



EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSÉNEK KONCEPCIÓJA

EGÉSZSÉGÜGYÉRT FELELŐS ÁLLAMTITKÁRSÁG

2015. április

Tartalom

BEVEZETÉS	4
A stratégiai dokumentum célja és előzménye	4
Az alapellátás megerősítésének indokai	6
A koncepció módszertana	7
Célok és alapvetések	7
HELYZETELEMZÉS	9
Az alapellátás célja, feladatai, legfőbb kérdései.....	9
A háziorvosi kapuőri funkció	10
Az alapellátás prevenciós célú megerősítése	11
A praxisok szervezeti alternatívái	12
Az alapellátás pillérei.....	12
Háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás.....	12
Fogorvosi alapellátás	21
A háziorvosi ellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás.....	30
Védőnői ellátás	33
Iskola-egészségügyi ellátás.....	39
Foglalkozás egészségügyi ellátás	43
Otthoni szakápolás	44
SWOT ELEMZÉS	45
VÍZIÓ ÉS JÖVŐKÉP.....	47
AZ I. ÜTEM CÉL-ÉS ESZKÖZRENDSZERE	48
Általánosan megfogalmazható célok, elvárások az alapellátás egészére vonatkozóan.....	49
Az alapellátás népegészségügyi fókuszú megerősítése.....	51
A háziorvosi kapuőri tevékenységének megerősítése	52
A védőnői rendszer fejlesztése.....	53
Az iskola-egészségügyi ellátás egészségfejlesztési és prevenciós fókuszú fejlesztése.....	56
A fogászati alapellátás, a háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi ellátás összekapcsolása a szájüregi prevenció érdekében	57
További szakterületek integrálása az alapellátásba	59
A szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése a népegészségügyi célok érdekében.....	60
A foglalkozás-egészségügyi rendszer átalakítása	60
A háziorvosi ellátás megerősítése humán-erőforrás oldalról	62
Az egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályája, jövedelmi helyzetének javítása	63

Háziorvosok kompetenciájának bővítése	67
Alapellátás –specifikus egészségügyi szakdolgozói szakképesítés bevezetése	69
Az egészségügyi szakdolgozók kompetenciájának bővítése	70
A háziorvosi korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzése	71
A szakellátási tevékenység díjazásának tételes megjelenése az alapellátás szintjén	77
A háziorvosi szolgálatok labordiagnosztikai elrendelésének felülvizsgálata.....	79
A háziorvosi letelepedési pályázat kiterjesztése	82
Egyéb felvetések, kérdések, javaslatok	83
Fogorvosi alapellátás –javaslatok a továbbfejlesztésre	84
Alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás	85
Az alapellátás országos szervezésének és irányításának, szakmai felügyeletének szervezeti kérdése	86
AZ ALAPELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSÉNEK II. ÜTEM CÉL-ÉS ESZKÖZRENDSZERE	87
Az alapellátás minőségi megerősítésének eszközei	88
Lakóhely-közei Egészség-szolgáltatás (LESZ) struktúra	90
Minősbiztosítás rendszer.....	95
MEGVALÓSÍTÁS ÉS MONITORING	96
Az I. és II. ütem megvalósításának fő lépései	96

BEVEZETÉS

Erős egészségügyi alapellátási rendszerekkel rendelkező országokban jobb a lakosság egészségi állapota, a szükségtelen kórházi felvételek aránya alacsonyabb, kisebbek a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek az egészségi állapotban.

Egy ország egészségügyi alapellátása akkor tekinthető erősnek, ha:

- képes elsődleges, személyes és folyamatos ellátást nyújtani az egyén, a család és a közösség számára;
- általánosan, széles körben, az ország teljes területén hozzáférhető,
- az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt;
- az ellátás folyamatossága időben (tartós orvos-beteg kapcsolat az orvosnál történő regisztráció alapján), információközvetítésben és kapcsolati rendszerben egyaránt jelen van;
- az egészségügyi szolgáltatások széles skáláját biztosítja (átfogó);
- megfelelő irányítással működik;
- megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik;
- a munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető.

Nemzetközi tapasztalatokra támaszkodva az alapellátás fejlesztése minőségi javulást, optimalizált feladatmegosztást, növekvő egészségélményt – állampolgári elégedettséggel növekedését, az üresen maradt praxisokhoz tartozó lakosság ellátásának megoldását, a szubszidiaritás elvének fokozott érvényesülését – kevesebb kórházi beavatkozást, a feladatbővítés révén lakóhely-közelbeni szolgáltatások bővülését eredményezi.

Bár az egészségügyi kiadások (vásárlóerő paritáson és egy főre jutó értékben) a megerősítés és a fejlesztés éveiben magasabbak – mivel egy erős alapellátási rendszer fenntartása költségekkel jár, cserébe az átfogó alapellátással rendelkező rendszerekben mérsékeltebb az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedése.

A stratégiai dokumentum célja és előzménye

A Kormány a 1039/2015.(II.10.) Korm. határozattal elfogadta az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégiát, melyben kormányzati prioritásként került rögzítésre az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezése, prevenciós tevékenységének erősítése, a járóbeteg-szakellátás megerősítése, egy fenntartható, jól működő intézményrendszer kialakítása.

A Kormány az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és az azzal összefüggő feladatokról szóló 1711/2014. (XII. 5.) Korm. határozattal felhívta az emberi erőforrások miniszterét, hogy az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú részét képező egészségügyi alapellátási rendszer működőképességének fenntarthatósága, valamint annak szakmai és finanszírozási szempontú megerősítése, a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás kapuőri szerepének erősítése, továbbá a lakosság egészségi állapotának javítása és a betegellátás színvonalának javítása érdekében vizsgálja felül az egészségügyi alapellátási rendszert és ennek alapján tegyen javaslatot az átalakítás irányaira, a következő szempontok szerint:

- az egészségügyi alapellátás felülvizsgálata alapján annak átalakítása szakmai, gazdasági-költséghatékonysági szempontok szerint történjen,
- alapvető cél a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzésével
- szükséges a szűrővizsgálatok hatékonyabbá tétele, különösen az alapellátó rendszer ez irányú tevékenységének megerősítésével,
- a praxisjoggal érintett alapellátási formákban a praxisjog vagyoni értékének növelése szükséges,
- az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálata térjen ki az egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályájának kidolgozására is,
- differenciált közszolgáltatás lehetőségének biztosítása szükséges,
- az előterjesztés térjen ki az önkormányzati feladatellátás, illetve az ahhoz tartozó pénzügyi, költségvetési és anyagi feltételek biztosításának vizsgálatára, bemutatására

Jelen koncepció célja, hogy teljes képet adjon az egészségügyi alapellátás minden szegmensének jelenlegi helyzetéről és problémáiról és ennek alapján meghatározza a különböző alapellátási területek fejlesztési irányait, a közpolitikai, szabályozási és támogatási teendőket, illetve számba vegye az ezek megvalósításához szükséges eszközöket, erőforrásokat.

A dokumentumban található problémaorientált szakmai értékelés összeállításában felhasználásra kerültek a szakmai szervezetek által felvetett mindazon problémák, amelyek a további vizsgálatok által megalapozottnak bizonyultak, valamint figyelembe vételre kerültek az alapellátáson belül már elindult programok (pl.: Norvég Kezdeményezés lelki egészség központ koncepciója, a Svájci Alapból megvalósuló népegészségügyi fókuszú praxisközösségi modell, uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi prevenciós, egészségnevelő és szűrő programok, uniós forrásból megvalósuló E-Health projektek).

A hivatkozott Korm. határozat utolsó pontjában meghatározott feladat teljesítése érdekében az Emberi Erőforrások Minisztériuma, a Belügyminisztérium és a Nemzetgazdasági Minisztérium közreműködésében történik meg az önkormányzat alapellátással kapcsolatos feladatainak, az ahhoz tartozó költségvetési feltételeknek az áttekintése. A koncepció a felülvizsgálat eredményével, megállapításaival a későbbiek során kiegészítésre kerül.

Az alapellátás megerősítésének indokai

Az alapellátás reformjára több oldalról is sürgető szükség van:

- A magyar lakosság népegészségügyi mutatói rendkívül rosszak nemzetközi összehasonlításban. Az újonnan felfedezett daganatos betegségek teljes népességen belüli aránya és a daganatos halálozási arányszám mind a férfiak, mind a nők körében a világ élvonalában van. Kiugróan magas a férfiak körében az ajak-és szájüregi, a vastagbél és végbél daganatok miatti halandóság. A tüdőrák miatti halandóság hazánkban közel kétszerese az uniós átlagnak. A nők emlőrák halálozása a tüdőrák okozta halálozás mögött a második helyen áll. **A drága kezeléseket igénylő, és munkaképességet ellehetetlenítő daganatos és krónikus betegségek egy része megelőzhető, illetve korai felismerés esetén lényegesen olcsóbban kezelhető lenne.** Ugyanakkor tényként kell elismerni, hogy a háziorvosi rendszer szakszerű működése és a katéteres laboratóriumok korai beavatkozásai következtében a szív-, és érrendszeri megbetegedések területén jelentős előrelépés történt, s a születéskor várható élettartam átlagosan 5 évvel növekedett az elmúlt 20 év távlatában.
- A magyar lakosság egészségtudatossága, egészségismerete gyenge. A rossz egészségi állapotért nagymértékben felelős az egészségkárosító életmód, különösen a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás. A magyarországi egészséges életév-veszteség legjelentősebb kockázatai közül 1990-ben és 2010-ben is az egészségtelen táplálkozás, a magas vérnyomás, a dohányzás, a magas testtömeg-index és az alkoholfogyasztás képviselte a legnagyobb részarányt. A rosszabb életkilátások háttérében – akárcsak a fejlett országok többségében – döntően az életmóddal összefüggő, krónikus nem fertőző betegségek és a sérülések állnak. **A népegészségügyi szemléletű egészségügyi megteremtése és együttműködése az oktatással és szociális ágazattal alapvető fontosságú.**
- Hazai és nemzetközi szakmapolitikai irányelvek szerint, uniós és WHO szinten is **kiindulási cél az alapellátás kapuőri szerepének megerősítése**, és a lakosság egészségügyi ellátásának áttekintése a költségesebb kórházi ellátásoktól az alap- és járóbeteg ellátás felé.
- A háziorvosi szolgálatok adják a magyar alapellátás gerincét. **A szolgálatok, 1/3-a az adott településen egyedüli ellátóként működik** egy, vagy több helység lakosait ellátva.
- Nemzetközi ajánlás az **alapellátás és járóbeteg-szakellátás szakmai szintjeinek erősítése**, dominanciájának növelése a betegellátásban.
- A Kormány számára komoly kihívást, de **egyúttal kivételes lehetőséget is teremt az a tény, hogy a háziorvosok közül akár mintegy 3500-4000 fő természetes lecserélődése is elképzelhető az elkövetkező 10 évben.**

A koncepció felépítése a kormányzati stratégia-alkotás terén általánosan elterjedt módszertant követi, egyúttal megfelelvén a kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III.12.) Korm. rendelet IV. fejezetében a stratégiai dokumentumok tekintetében előírt kritériumoknak.

A koncepció módszertana

A dokumentum tervezése és megalapozása az EMMI Egészségpolitikáért Felelős Helyettes Államtitkára által vezetett munkacsoport keretében zajlott, együttműködve az Egészségügyért Felelős Államtitkárság szervezeti egységeivel, az érintett háttérintézmények és független szakértői csoportok, szakmai műhelyek bevonásával, valamint az alapellátás szakmai szervezeteivel történt egyeztetésekkel.

A koncepció kiindulópontja azoknak az alapvetéseknek a rögzítése, amelyek mentén a koncepcióban tervezett (később jogszabályokban megjelenő) intézkedések meghatározásra kerültek.

A helyzetértékelés az egészségügyi alapellátásnak az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban Eütv.) 152. § (1) bekezdése szerinti ellátási formái („az alapellátás pillérei”) szerinti elemzéseket tartalmaz, minden ellátási formánál bemutatva annak jogszabályban előírt feladatát; a jelenlegi feladatellátás jellemzőit, a feladatellátásra ható, utóbbi években történt intézkedéseket; a legfőbb problémákat a finanszírozás, működési feltételek, működési folyamatok és humán erőforrás területén.

Ezen a pillérek szerinti helyzetértékelésen alapul az alapellátás egészére vonatkozó SWOT elemzés, amely a vízió és jövőkép megfogalmazásához jelent kiindulási alapot.

A jövőkép az alapellátás megerősítését egy folyamatként határozza meg, amely két szakaszra bontható. Az I. szakasz jövőkép-vezérelt cél-és eszközrendszer, a népegészségügyi, humán –erőforrás, finanszírozási és szervezeti intézkedések az „Egészséges Magyarország 2014-2020 ágazati stratégiával való összhang bemutatásával kerülnek kifejtésre.

A lakóhely-közelbeli szolgáltatások széles spektrumát nyújtó, a helyi szükségletekhez igazodó, és a vertikális integráción alapuló alapellátás megteremtését célzó II. szakasz intézkedéseit külön fejezet tartalmazza.

Célok és alapvetések

- Az alapellátás továbbra is az önkormányzatok kötelező feladata marad, de az állam nagyobb szerepet vállal az alapellátási rendszer működtetése feltételrendszerének biztosításában, javításában.

- Az alapellátás komplex feladatrendszerének szabályai önálló törvényben kerülnek meghatározásra.
- Az egészségügyi alapellátás körében végzendő ellátások köre alapvetően nem változik, azzal, hogy a védőnői szolgálatok működtetése vonatkozásában az állami szerepvállalás megerősítése szükséges, illetve bővíthet a foglalkozás-egészségügyi ellátás és az otthoni szakápolás bizonyos elemeivel.
- A vállalkozási formában működő alapellátók státusza nem változik.
- Az egészségügyi alapellátás megerősítése egy folyamat, melynek végcélja egy lakóhely-közelbeli egészségügyi szolgáltatások széles spektrumát biztosító, rugalmasan felépülő, a közösségek szükségleteihez igazodó, hatékony és fenntartható alapellátásként fogalmazható meg. E folyamat első szakaszában a struktúra alapvetően nem változik, a hangsúly a szemléletépítésre, az új szervezeti megoldásokra irányuló kezdeményezések támogatására és a jogszabályi környezet kialakítására irányul.
- Az alapellátás megerősítése során a folyamatban lévő modellkísérletek (Svájci Alapból megvalósuló népegészségügyi fókuszú praxisközösségi modell és a TÁMOP 6.2.5. B) tapasztalatai is felhasználhatók.
- Mivel az ország különböző helyei között jelentős demográfiai, szociális és településszerkezeti, úthálózati különbségek állnak fenn, nem lehet egyetlen, ideális modellt alkotni, hanem egy több modellből álló javaslatcsomagra kell javaslatot tenni, amely a helyi viszonyoktól függően biztosít választási lehetőséget.
- Az alapellátás feladatai között a prevenció tevékenységnek nagyobb szerepet kell kapnia, építve az Egészségfejlesztési Irodákkal- való együttműködés lehetőségeire.
- Konceptcionális kérdés, hogy a területi és elsődleges prevenciót egy bürokratikus szervezet közbeiktatásával – a lehetséges források megosztásával - vagy közvetlenül a háziorvosi team kapacitásának növelésével, pl. prevenció nővérrel történő bővítésén keresztül valósítjuk meg.
- A praxisok horizontális (praxisközösség) és vertikális (csoportpraxis) integrációjának lehetőségét meg kell teremteni, javítva ezzel is az alapellátás hatékonyságát. (Elsősorban azokon a településeken, ahol ennek egyéb földrajzi, infrastrukturális feltételei és lehetőségei már adóttak vagy várhatóan a későbbiekben kialakulnak).

- Az alapellátási feladatok ellátására kötött szerződések egységes szerződési feltételeket tartalmazzanak. A praxisjog mindenkor jogosultja a területi ellátási kötelezettség átvételével jogszabályokban egyértelműen körülhatároltan köteles biztosítani az ellátást. Praxis adás – vételt követően nincs szükség újabb „feladat átvállalási szerződésre”, az önkormányzatokkal köthető szerződés annak tárgyában, hogy az milyen módon és eszközökkel támogatja, segíti a háziiorvosi praxis helyi sajátosságokon alapuló működését.
- Lehetővé kell tenni az egyéb szakvizsgával rendelkező háziorvosok és fogorvosok számára a szakvizsgájuknak megfelelő ellátási tevékenység gyakorlását a tevékenység végzéséhez szükséges feltételek rendelkezésre állása esetén.
- A közvetlenebb lakossági kapcsolatok miatt az alapellátás – néhány kivételtől eltekintve – prioritást élvez a szakellátáshoz képest, vagyis nem a szakellátás orvosa végez háziiorvosi munkát, hanem a háziorvos láthat el szakellátáshoz tartozó feladatokat is.
- Az alapellátásnak olyan adatbázisa legyen, amely nemcsak az adatok rögzítésére és archiválására alkalmas, hanem szükség esetén a beteg ellátása, eredményes gyógykezelése érdekében hozzáférhető, a jogosult szakember számára kezelhető.
- Rendezni szükséges a háziorvoslás, mint rendszer működése feletti szakmai kontroll kérdését, melyben kizárólag szakmai gyakorlattal és képesítéssel rendelkező háziorvosok vehetnek részt.
- A praxisok gazdaságos működését – benne a résztvevő szakszemélyzet elvárható bérezését is – biztosítani tudó valós költségeken, és ráfordításokon alapuló, az amortizációt elismerő finanszírozás megteremtése szükséges.
- Az alapellátás minőségi megújításához vonzóvá kell tenni a háziiorvosi/házi gyermekorvosi és fogorvosi életpályát mind a fiatal orvosok, mind a középkorú szakorvosok számára.

HELYZETELEMZÉS

Az alapellátás célja, feladatai, legfőbb kérdései

Az egészségügyi alapellátás *Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény* 3. § (1) bekezdése értelmében az önkormányzatok kötelező feladatát képezi.

Az egészségügyi alapellátás körében végzendő ellátások körét az Eütv. 152. § (1) bekezdése határozza meg, így a települési önkormányzatok az egészségügyi alapellátás körében az alábbiakról kell gondoskodnia:

- a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
- a fogorvosi alapellátásról,
- az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról,
- a védőnői ellátásról,
- az iskola-egészségügyi ellátásról.

A háziorvosi kapuőri funkció

Az alapellátásban az egyik legjelentősebb, és döntést igénylő kérdés a háziorvosi kapuőri funkció szerepe és szintje. A háziorvos jelentős szerepet kap mind a teljes ellátásban betöltött szerep arányait tekintve, mind a betegút irányítás kulcsszereplőjeként.

A háziorvos a betegek első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel, a beteg – néhány szakellátás jelentette kivételtől eltekintve - csak háziorvosi beutalóval mehet tovább az egészségügy egyéb területeire. A kapuőri funkció egyaránt fontos a minőségi és a hatékony betegellátás érdekében, különösen fontos ennek megerősítése abban az esetben, amikor a hosszúak a szakellátásban a várólisták, illetve a rendelkezésre álló források nem elegendőek a szükségletek kielégítéséhez.

A – már a Semmelweis Tervben is megfogalmazott célkitűzés - definitív ellátások minél alacsonyabb progresszivitási szinten történő megvalósulása, az „Egészséges Magyarország 2014-2020” ágazati stratégiában is deklarálásra került. A megerősített háziorvosi kapuőri funkció, a szélesebb körű alapellátási kompetenciák, a preventív fókuszú ellátás és az egyéb egészségügyi és szociális ágazatok szereplőivel való kooperáció elősegíthetik a magasabb szintű egészségügyi ellátások tehermentesítését, és a költségek csökkentését.

Az alábbi táblázat az alapellátásnak nemcsak az egészségügyi ágazaton belüli súlyát mutatja, hanem a nemzetgazdaságban betöltött szerepét is jelzi.

ÉRINTETTEK SZÁMA (OEP forrás alapján)				
Alapellátási tevékenység	Érintett szolgálatok száma	Érintett szolgáltatók száma	Érintett orvosok száma	Érintett szakdolgozók
háziiorvosi ellátás	6549	6272	6331	7906
háziiorvosi ügyeleti ellátás	356	263	n.a.	n.a.
iskolaorvosi ellátás (teljes állású)	240	2319	198	
iskolaorvosi ellátás (részállású)	3063		2950	
iskolai védőnői ellátás	1039	1776		1010
területi védőnői ellátás	4009			3742
védőnői anya- gyermek és csecsemővédelem	19	19	n.a.	n.a.
fogászati ellátás	3385	2381	2910	3190
Összes	18660	13030	12389	15848
EGYÉB ÉRINTETTEK	<i>teljes magyar lakosság, ágazati háttérintézmények, képzőhelyek, Szakmai Kollégium, szakmai képviselvek, ágazatvezetés</i>			

Az alapellátás prevenció célú megerősítése

Az alapellátás másik legfontosabb kérdése annak prevenció célú megerősítése, amelynek egyik iránya az Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k) hálózatának továbbfejlesztése.

Az EFI-k az intézményrendszer fejlesztése keretében, egészségügyi szolgáltatókhoz kapcsolódva, a lakosságszámhoz igazodóan, jöttek és jönnek létre, jogi státuszuk, jogi szabályozásuk még megoldandó feladat.

Az EFI-k oly módon **javítják az egészségügyi ellátórendszer prevenció tevékenységét**, hogy a háziiorvosi szolgálatoktól, a járóbeteg szakrendelésről vagy fekvőbeteg szakellátást követően az egészségfejlesztési irodákba irányított életmódváltásra szorulókat, vagy saját elhatározásukból jelentkezőket **életmódváltó programokba vonják be, körükben kockázatbecslést végeznek, és mozgósítják őket a szűrővizsgálatokon történő részvételre.**

Az EFI-k további fő feladata a járás egészségfejlesztési programjainak koordinálása, az, hogy, összekötő kapocsként működjenek az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg szakellátás és az egészségfejlesztési programokat megvalósító szervezetek között. A feladat, forrás, szakszemélyzet telepítése a praxis-team bővítése révén - a legközelebb az ellátandókhoz- a háziiorvosi praxisba.

A praxisok szervezeti alternatívái

Az alapellátás erősítésének harmadik fő elemét a praxisok szervezeti alternatíváinak megőrzése, fejlesztése jelenti. Nemzetközi példák alapján az egyéni praxisok helyett a szolgáltatók csoportpraxisokban, illetve multidiszciplináris csoportokban való tevékenységének ösztönzése a követendő út.

- **Praxisközösség**

A praxisközösség a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgáltatók (felnőtt, vegyes, gyerek) feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás (adott esetben bizonyos mértékű autonómia megtartásával), amely az azonos telephelyen működő, és/vagy területileg egymás mellett levő háziiorvosi szolgáltatókat működtet.

A praxisjoggal rendelkező háziorvosok önkéntes **horizontális együttműködését** jelenti, melybe további foglalkoztatottak is bevonásra kerülhetnek. Itt kell megjegyezni, hogy a magyar háziiorvosi rendszer, a koncesszió alapuló területi ellátási kötelezettségben személyesen nyújtott szakorvosi ellátással hungaricum és eredményes. Minden betegelégedettségi felmérésben a lakosság legnagyobb részének bizalmát élvez.

- **Csoportpraxis**

A háziiorvosi praxisok olyan **vertikális együttműködését** jelenti, ahol megjelenik, és a praxisok közössége által ellátott lakosság számára elérhető lesz a praxisok saját felelősségi körében működtetett szakellátási formák.

Ebben az esetben az sem kizárt, hogy - az általuk ellátott betegek morbiditási vagy egyéb szükségletein alapuló adataira figyelemmel - a közösség orvosai hívnak meg közreműködésre specialistát a betegeknek adott helyen és időben nyújtott szakorvosi szolgáltatás keretében nyújtott ellátásra.

Az alapellátás pillérei

Háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás

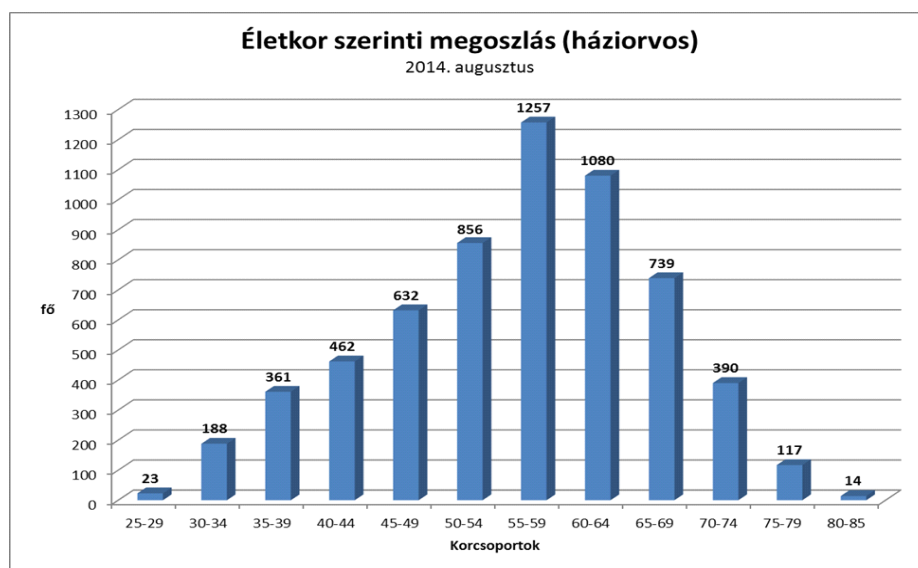
A jelenlegi feladatellátás jellemzői

Azt, hogy az ország területén bárki, bármikor, meghatározható helyen és időben jogosult legyen igénybe venni a háziiorvosi ellátást, a területi ellátási kötelezettség biztosítja. A területi ellátási kötelezettséget vállalva a háziiorvosi szolgáltató – praxisjog birtokában, vagy helyettesítőként megjelenve – minden olyan feladat ellátásra kötelezettséget vállal, amelyet jogszabály a háziorvos jogkörébe utal, vagy nem jelöl meg kötelezett szolgáltatót, de azt a háziorvos is elláthatja.

A háziiorvosi szolgálat definitív ellátásra volna kötelezett, rendelkezik kompetencia listával. A lista leírja a végezhető szolgáltatásokat, azonban ezzel számos jogi és finanszírozási szabály a helyben elvégezhető beavatkozásokat, meghozható döntéseket az ellátórendszer magasabb szintjére tolja. Egyéb szabályok ugyanakkor a háziorvos hatáskörébe utalnak olyan kötelezettségeket, amelyek pl. szociális alapúak.

A háziorvosnak kiemelt jelentősége van a prevenció mindhárom szintjén.

Háziiorvosi szolgálatok, száma, háziorvosok átlagos életkora, praxis típusonként, 2013,
Forrás: OEP, 2014. augusztus



A háziiorvosi ellátás 2010-2015 évi változásai

A háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás előirányzata az elmúlt években az alábbiak szerint alakult az Egészségbiztosítási Alapban (továbbiakban: E. Alap).

<i>(adatok millió forintban)</i>						
Jogcím	2010	2011*	2012	2013	2014	2015**
praxisfinanszírozás (fix díj, területi pótlék, "kártyapénz")	69 092.0	73 257.7	71 846.8	80 320.2	86 308.4	86 292.0
eseti ellátás	567.0	652.0	612.6	625.6	597.2	649.3
ügyeleti ellátás	9 613.5	9 589.4	9 625.5	10 100.7	10 137.7	10 106.2
háziiorvosi ellátórendszer megújítása						10 000.0

Összesen	79 272.5	83 499.1	82 084.9	91 046.5	97 043.3	107 047.5
Alapellátási vállalkozás támogatás	200.6	380.6	3 735.0	3 617.3	1 662.8	60.0
* 13 havi teljesítménydíjjal						
** tervezett (kifizetés) előirányzat						

2010-ben bekövetkezett változások

- Amennyiben a háziiorvosi szolgálat ellátási területéhez **külterületi lakott hely** is tartozik, akkor **magasabb összegű (43.000 Ft/hó) területi kiegészítő díjazásban részesülhet**. Korábban a magasabb összegű díjazás feltétele a külterületi lakott helyen élő lakosság meghatározott aránya volt, az új szabályozás értelmében már nem kell vizsgálni a külterületen élők arányát. Éves szinten ezen a jogcímen **250 millió** forint plusz díjazásban részesültek a háziiorvosi szolgáltatók.

- A háziiorvosi indikátorrendszer díjazása**

2010. októbertől a „tesztrendszer” felváltotta az „éles” rendszer, ami azt is jelentette, hogy a rendszerben elért eredményeik után díjazásban részesültek a háziiorvosi szolgáltatók. Éves szinten plusz **300 millió** forint került kifizetésre az indikátorrendszerben mért eredmények alapján.

- A háziiorvosi szolgáltatók egyszeri díjazása** 2010. decemberben

A területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltatók 200.000 forintos összegű egyszeri támogatási díjban részesültek. Összesen több mint **1,2 milliárd** forint plusz kifizetés történt a szolgáltatók részére.

2011-ben bekövetkezett változások

- A háziiorvosi indikátorrendszer díjazásának emelése**

2011. júliustól a rendszerben elért eredmények alapján történő díjazás addig havi 100 millió forintos keretösszege 250 millió forintra emelkedett. Így éves szinten 2,1 milliárd forint került kifizetésre az indikátorrendszerben mért eredmények alapján, ami az előző évhez képest **1,8 milliárd** forint plusz forrást biztosított a háziiorvosi szolgáltatók részére.

- A finanszírozási technika megváltozása**

A teljesítések és a kifizetések közötti három havi „csúszás” két hónapra rövidült. A 2011. szeptemberi és októberi jelentések után is 2011. decemberben kerültek kifizetésre a teljesítménydíjak („kártyapénz”, ambuláns díj, jogviszony ellenőrzési díj), így ebben a hónapban két hónapnak megfelelő díjazásban részesültek a szolgáltatók. Ezen változáshoz

kapcsolódóan a 13 havi teljesítménydíjak kifizetése közel **3,6 milliárd** forint plusz bevételhez jutatta a háziiorvosi szolgáltatókat 2011. decemberben. Az ettől kezdődő időszakban a teljesítések és kifizetések közötti csúszás már folyamatosan két hónap.

- **Eszköztámogatási rendszer megújítása az alapellátási vállalkozások körében**

A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 216/2011. (X. 19.) Korm. rendelet újra lehetővé tette, hogy a vállalkozási formában működő alapellátási szolgáltatók az eszközpótláshoz, a meglévő eszközpark fejlesztéséhez, korszerű eszközparkok létrehozásához támogatást vegyenek igénybe. 2011. októbertől 2012. május 31-ig igényelhették a támogatási összeget az érintett szolgáltatók, havi 50.000 Ft, összesen maximum 1.500.000 Ft értékben. A 2011-es év folyamán közel **214 millió** forint támogatási összeg került kifizetésre ezen a jogcímen a háziiorvosi szolgáltatók részére

- **A háziiorvosi havi/heti jelentések beküldése interneten keresztül**

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) 2011. január 1. után a háziiorvosi szolgálatokra is kiterjesztette az Elektronikus Jelentésbeküldő Rendszer (E-jelentés) használatát. A rendszer célja a háziorvosok munkájának megkönnyítése, az adminisztrációjuk csökkentése, oly módon, hogy egyszerűsíti a jelentésbeküldés folyamatát. A korábbi floppy-n történő jelentés helyett adatátviteli vonalon (interneten) keresztül valósul meg a heti/havi jelentések elektronikus úton történő beküldése az OEP részére.

2012-ben bekövetkezett változások

- **A háziiorvosi indikátorrendszer díjazásának további emelése**

2012-ben a rendszerben elért eredményeik után havi 250 millió forintot kaptak a háziiorvosi szolgáltatók. Így éves szinten 3 milliárd forint került kifizetésre az indikátorrendszerben mért eredmények alapján, ami az előző évhez képest **900 millió** forint plusz forrást biztosított a háziiorvosi szolgáltatók részére.

- **Eszköztámogatási rendszer megújítása**

Ezen a jogcímen az év folyamán már több, mint 4800 háziiorvosi szolgáltató részesült támogatásban. A támogatás összege éves szinten meghaladta a 2,5 milliárd forintot, tehát az előző évhez képest **2,3 milliárd** forinttal több támogatásban részesültek a háziiorvosi szolgáltatók az eszközparkjuk felújításához, bővítéséhez, fejlesztéséhez.

- **A háziiorvosi szolgálatok teljesítménydíjazásának (Ft/pont érték) emelése**

A háziiorvosi teljesítménydíj elszámolásának alapjául szolgáló Ft/pont érték 2003 (!) óta nem került emelésre, azaz közel 10 éve 162-166 Ft/pont között mozgott. 2012. november hónaptól a háziorvos ellátás éves előirányzatának emelésével 184-188 Ft/pont-ra emelkedett ez az érték. Ez közel **1 milliárd forint** plusz forrás bevonását igényelte a 2012-es évre vonatkozóan.

2013-ban bekövetkezett változások

- **A háziiorvosi havi jelentések beküldési idejének változása**

2013. január 1-ét követően 5 munkanap áll a háziiorvosi szolgáltatók rendelkezésére, hogy az E-jelentés rendszerén keresztül megküldjék havi jelentéseiket az OEP-hez. Ezt megelőzően 5 naptári napban került meghatározásra ugyanezen időszak, ezért a módosítással a háziiorvosi szolgáltatóknak több idejük maradt a jelentések elkészítésére, beküldésére. Különösen nagy jelentősége van ennek az intézkedéseknek az olyan hónapokban, amikor a hónap első napjai munkaszüneti-, vagy ünnepnapokra esnek.

- **A háziiorvosi szolgálatok teljesítménydíjazásának (Ft/pont érték) újbóli emelése, valamint az előző évi emelés szintre hozása**

Az újbóli emelésre 2013. november hónaptól került sor, visszamenőlegesen 2013. januártól kezdődő hatállyal. Ennek hatására a 184-188 Ft/pont érték 200 Ft/pont fölé emelkedett. Ez kb. **4 milliárd** forint plusz forrás bevonását igényelte. A 2012. év utolsó két hónapjában végrehajtott hasonló teljesítményarányos díj emelés szintre hozása további **4,5 milliárd** forintot igényelt 2013-ban.

2014-ben bekövetkezett változások

- **A háziiorvosi szolgálatok teljesítménydíjazásának (Ft/pont érték) harmadszori emelése a négy év során**

Együttal 300 ponttal növekedett azon háziiorvosi szolgálatok degressziós ponthatára, melyek háziiorvosi szakvizsgálóhoz szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet illetve szakorvost illetve további szakdolgozót alkalmaznak teljes munkaidőben.

Ennek hatására a hozzávetőlegesen 200 forintos pontérték 206-210 forintos értékre emelkedett. Az újbóli emeléshez éves szinten **2,4 milliárd** forint szükséges.

- **A háziiorvosi indikátorrendszer díjazásának harmadszori emelése**

Az eddigi 3 milliárd forintos éves díjazás kerete 60%-kal emelkedett, így 2014-ben már 4,8 milliárd forint (havonta 400 millió forint) áll rendelkezésre az indikátorrendszerben elért eredmények díjazására. **1,8 milliárd** forinttal több kifizetés történik tehát a praxisban történő szakmai és minőségi munka díjazására.

- **Szakdolgozói kiegészítő díjazás bevezetése**

Új elemként jelent meg a háziiorvosi szolgálatok finanszírozásában, melynek értelmében, a szolgálatokban – legalább heti 20 órás munkaidőben – alkalmazott szakdolgozóként meghatározott összegű (10-20.000 forint/hó) díjazásra jogosult a háziiorvosi szolgáltató. Ezen intézkedés végrehajtása kb. **1,8 milliárd** forint plusz forrás bevonását igényelte.

- **Háziiorvosi letelepedési pályázat**

Az egészségügyi szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdésében foglaltak alapján a legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására az

OEP 2014. augusztus 1-én pályázatot írt ki. Összesen 46 pályázat érkezett az OEP-hez, melyből 41 kaphatott nyertes minősítést.

Végül 38 háziorvossal került megkötésre finanszírozási és támogatási szerződés, így az összes kifizetésre kerülő támogatási összeg **412,8 millió** forint lett.

2015-ben folyamatban lévő, kormányzati döntést már nem igénylő változások

- **A háziorvosi ellátórendszer megújításának első üteme.**

A háziorvosi szolgáltatók rezsitámogatási díjának bevezetése. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatok rezszi költségeinek fedezetére egységes havi 130 000 forint rezsitámogatási díjban részesülnek. Ezen intézkedés végrehajtása éves szinten **10 milliárd forint** plusz forrás bevonását igényelte.

- **Háziorvosi letelepedési pályázat 2015-ben.**

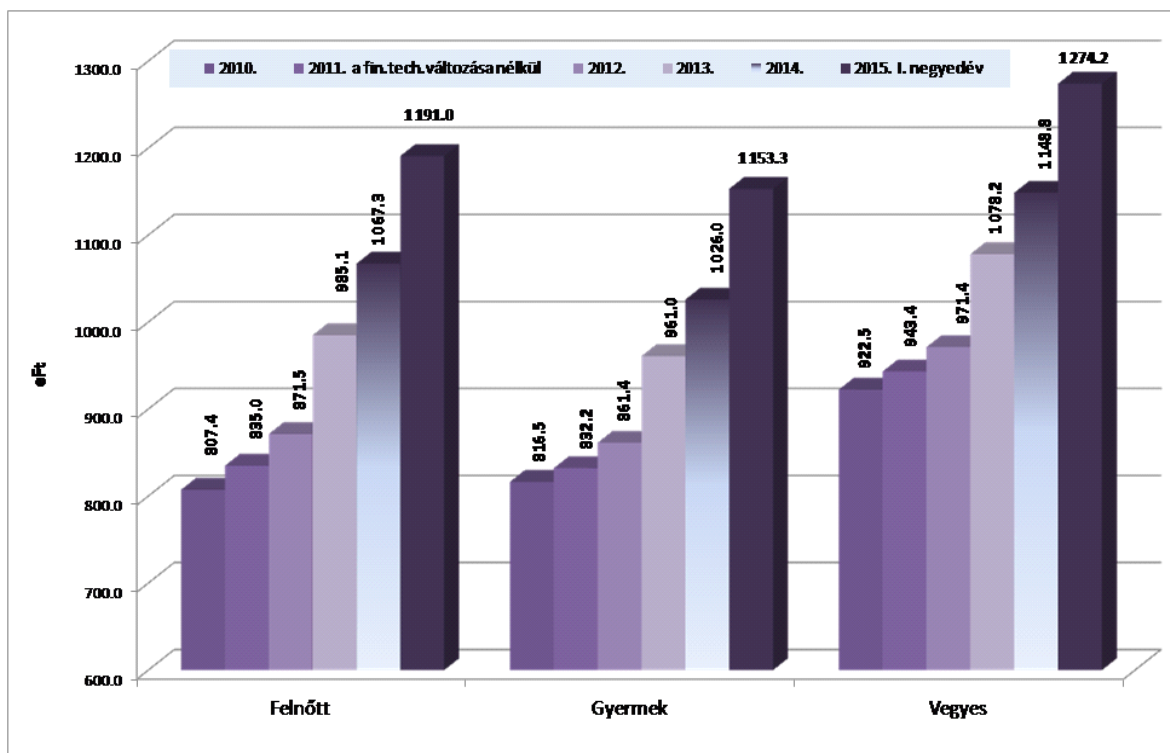
Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdésében foglaltak alapján 2015-ben is kiírásra kerülhet a pályázat. Rendelkezésre álló összes pályázható összeg: **500 millió forint**.

- **Praxisváltó pályázat 2015-ben.**

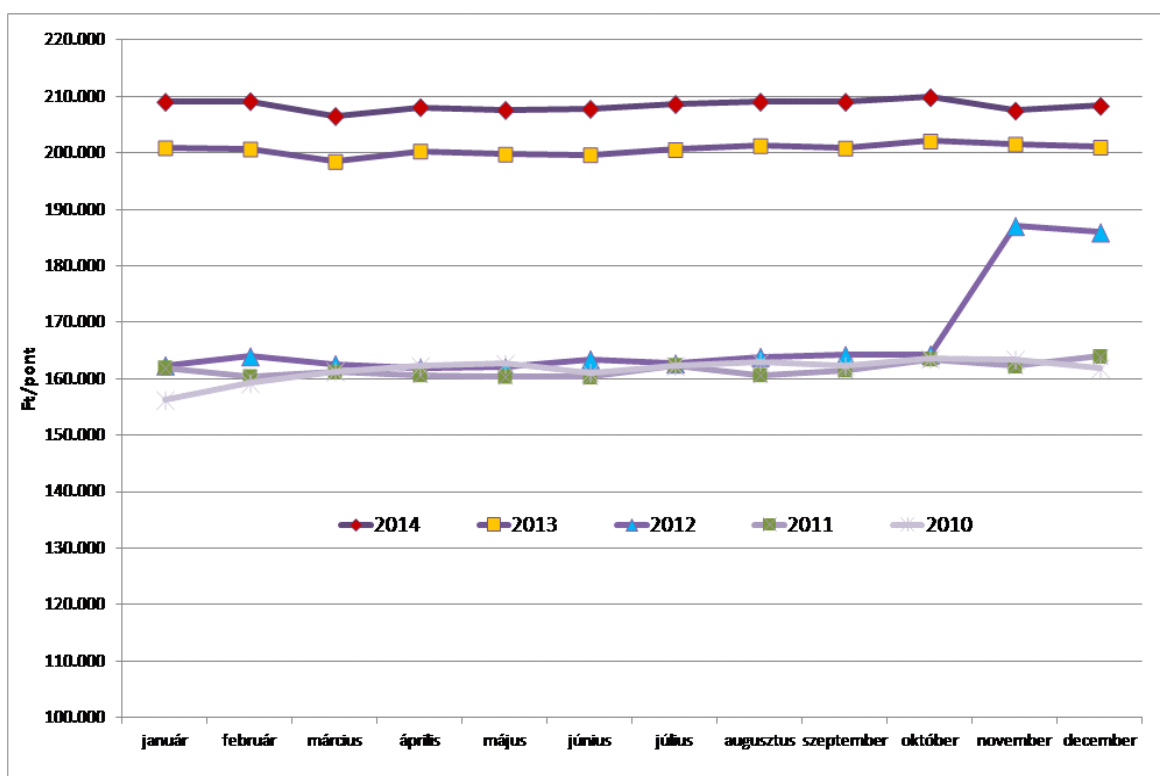
A tervek szerint ebben az évben 250 millió forinttal folytatódik a praxisváltó program, melynek keretében a praxisváltáshoz kaphatnak vissza nem térítendő támogatást a praxisokba lépni szándékozó kollégák.

Az alábbi ábrák a felsorolt változások hatásait mutatják be.

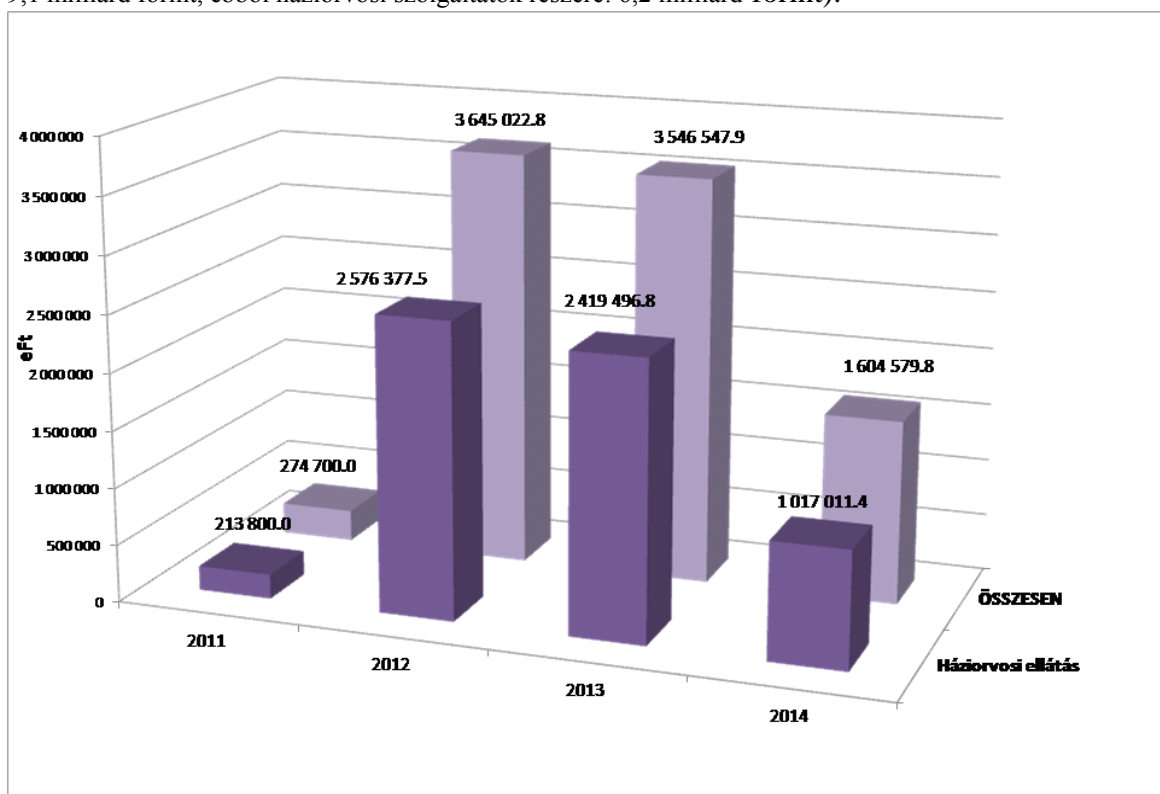
Az egy háziorvosi szolgálatra jutó átlagos havi bevétel alakulása 2010-2015.



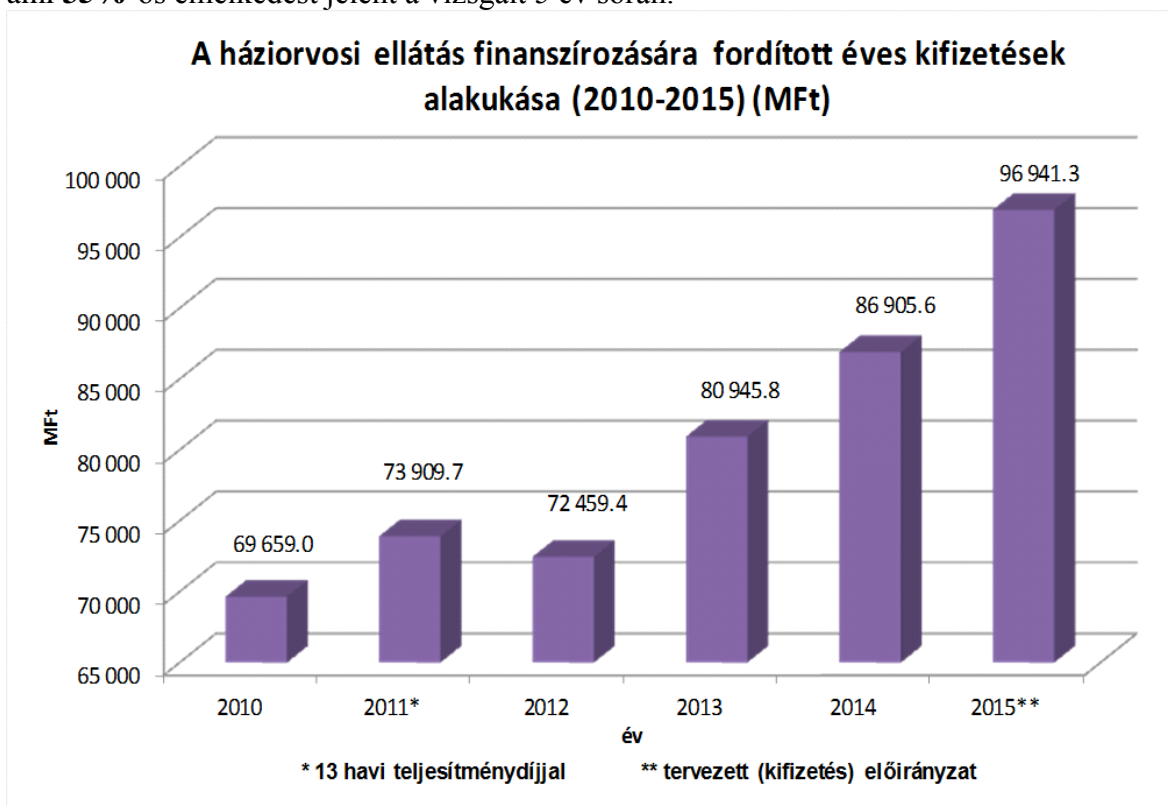
A háziorvosi Ft/pont érték alakulása 2010-2014



Az eszköztámogatási rendszer megújítására kifizetett összegek alakulása 2011-2014. (Többszörösítés: közel 9,1 milliárd forint, ebből háziorvosi szolgáltatók részére: 6,2 milliárd forint).



A 2015-ös tervezett kifizetés közel 28 milliárd forinttal haladja meg a 2010-es kifizetéseket, ami **35%-os** emelkedést jelent a vizsgált 5 év során.



A praxis finanszírozása az alábbi költségek fedezetéül szolgál:

- bérek
- állam felé visszafizetett munkáltatói és munkavállalói járulék, SZJA
- különböző adótípusok
- a működtetési költségek (közüzemi díjak, üzemanyag és gépkocsi beszerzés, fenntartás, telefon, internet, informatika, tartós és fogyó eszközök beszerzése, hatósági felülvizsgálat, céggköltségek, banki szolgáltatások, karbantartás, veszélyes hulladék kezelés, stb.)

Problémák

Finanszírozási pénzügyi és vagyoni kérdéskörben

- A kormányzat által biztosított források következtében a finanszírozás javult, de a praxis bevétele még mindig nem teszi lehetővé a háziorvosi jövedelem kívánt mértékű növelését és az alkalmazotti bérek emelését.
- A praxisok adás-vételét az alábbi problémák nehezítik:
 - A pályakezdő, vagy közalkalmazotti körből érkező orvosok nem jelentenek fizetőképese keresletet, mivel hosszútávú anyagi kockázatot (hitelt), és a befektetés bizonytalan megtérülését kell vállalni.
 - Különösen nehéz a kedvezőtlen szocio-kulturális környezetben lévő, rossz állapotú ingatlan, felújítandó rendelővel bíró praxisok értékesítése.

Humán erőforrás körében

- a korfa és a migrációs tendenciák miatt utánpótlás krízis országosan, vonzó életpálya hiánya, és gyenge szakmai presztízs
- a praxisjog összességében nem tudta beváltani az eredeti egészségpolitikai szándékot: a visszavonulók méltó végkielégítését és a háziorvosi hivatás egyértelmű presztízsnövelését, vélhetően több ok mellett azért sem, mert nem születtek meg időben azok a stratégiai és operatív döntések, melyek megakadályozhatták volna a mára kialakult válság helyzet kialakulását
- az egészségpolitika eddig nem deklarálta az alapvető célt, mely szerint a 0-18 évesek ellátása szakmai okokból elsősorban a gyermekorvosok feladata
- a rendszer csak csecsemő- és gyermekgyógyász rezidenst ismer, a házi gyermekorvosi rendszer részére nincs önálló keretszám

Működési feltételek, működési folyamatok a szervezés körében

- az önkormányzatok teherbírásuktól és szándékuktól függően biztosítják a működési feltételeket, így azok nem egységek. Nem valósult meg a valós duális finanszírozási gyakorlat, a legnagyobb többség az OEP finanszírozásra hagyatkozik, saját forrást nem mozgósít
- a valós szakmai felügyelet működési és finanszírozási problémái, a konzultációs lehetőség esetlegessége
- az önkormányzati felelősség érvényesülésének korlátai (emelkedő betöltetlen körzetek száma)
- a szabályozók nem teszik érdekeltté a háziorvosokat abban, hogy minél több ellátást a praxisban oldjanak meg, így a betegnek az ellátás magasabb szintjeit is fel kell keresnie
- magas napi betegforgalom és alacsony az egy betegre fordítható idő esetleges a betegirányítás, előjegyzés, korlátlan az ellátási kötelezettség a fogadott betegszámban és időben.

Fogorvosi alapellátás

A jelenlegi feladatellátás jellemzői

A fogorvosi alapellátás sajátossága, hogy ma az egyetlen olyan szakterület, ahol nem kötelező a releváns szakirányú szakképesítés, a feladatok a fogorvosi diploma birtokában elláthatók. Az ellátási kötelezettség területi elven, az önkormányzattal kötendő szerződésben megfogalmazottak szerint meghatározható. A fogorvosok jelenlegi feladatköre zömében lefedi a szükséges tevékenységeket.

Egészségbiztosítás keretében a fogorvosi ellátásnak alap és szakellátási szegmense is létezik. A fogorvosi alapellátás feladata a fog- és szájbetegség gyógyító-megelőző alapellátása, míg a fogorvosi szakellátás bizonyos többletcompetenciákkal rendelkezik.

A fogorvos - asszisztens segítségével - biztosítja az egészségügyi ellátást a hozzá forduló beteg számára. A beteget rendelési időben látja el, és szükség esetén szakorvosi intézetbe továbbutalja. A munkaidőn túli fogorvosi feladatok ellátása ügyelettel biztosított.

A fogorvosi szolgáltatás területi ellátási kötelezettséggel (körzetben), gyermek- (0-18. éves korig), felnőtt- (19 éves kortól) és vegyes szolgálat (felnőtt és gyermek) keretében szervezett.

A fogászati alapellátás beutaló nélkül, a fogászati szakellátás (szájsebészet, fogszabályozás, fogágybetegségek kezelése, gyermekszakellátás, fogászati röntgen) beutalóval vehető igénybe.

Az egészségbiztosítás keretében egyes ellátások életkortól függetlenül térítésmentesen járnak, és vannak ellátások, amelyek támogatása a biztosított életkorához igazodik.

Életkortól függetlenül támogatott fogászati ellátások:

- sürgősségi ellátás,
- szűrővizsgálat (meghatározott gyakorisággal, pl. 18 éves kor felett évente egyszer),
- szakorvosi beutaló alapján góckutatás és más alapbetegségekhez kapcsolódó fog és szájbetegségek kezelése,
- fogmegtartó kezelés (amalgám és esztétikus fogtömés, gyökérkezelés, gyökértömés évente egyszer),
- fogsebészeti ellátás,
- fogköeltávolítás,
- ínyelváltozások kezelése.

Életkortól/állapottól függően támogatott fogászati ellátások:

A teljes körű fogászati alap- és szakellátás – a fogtechnikai költségek kivételével – az alábbi esetekben térítésmentes:

- 18 éves korig,
- 18 éves kor betöltését követően, a középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán folytatott tanulmányok ideje alatt,
- a várandósság megállapításától a szülést követő 90 napig,
- 62 éves életkor felett.

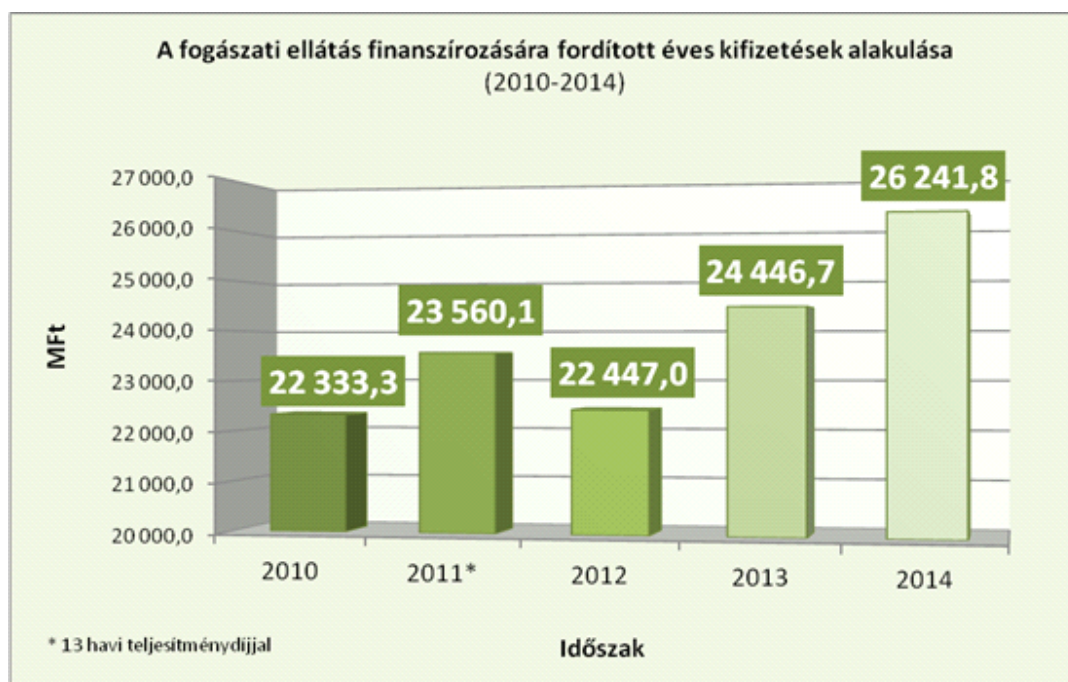
Azaz, gyakorlatilag a teljes fogászati ellátórendszer - melynek igénybevétele a vonatkozó jogszabályok alapján az esetek többségében térítésmentes - rendelkezésre áll a lakosság részére.

A fogászati ellátás 2010-2014. évi változásai

A fogorvosi ellátás előirányzata az elmúlt években az alábbiak szerint alakult az E. Alapon belül.

Jogcím	2010	2011*	2012	2013	2014
Fogászat (millió Ft-ban)	22.644,3	23.469,6	22.447,0	24.446,7	26.241,8
Alapellátási vállalkozás támogatása	200,6	380,6	3.735,0	3.617,3	1.663,0
<i>Megjegyzés: * 13 havi teljesítménydíjjal</i>					

A 2014-es kifizetés 3,9 milliárd forinttal haladja meg a 2010-es tény kifizetéseket, ami 17,5 %-os emelkedést jelent.



2010-ben bekövetkezett változások

- ***A fogászati szolgálatok egyszeri díjazása 2010. decemberben.***

A heti 30 óra rendelési időben működő alapellátási fogászati szolgálatok 150.000 forint összegű, egyszeri támogatási díjban részesültek. A heti 30 óránál alacsonyabb óraszámú működő szolgálatoknál időarányosan történt a díjazás összegének megállapítása. Ennek alapján **380 millió** forint plusz kifizetés történt a fogászati szolgáltatók részére.

2011-ben bekövetkezett változások

- ***A finanszírozási technika megváltozása.***

A teljesítménydíjak elszámolására a tárgyhónapot követő harmadik hónap helyett a második hónapban kerül sor. A 2010. október és november havi fogászati jelentések után 2011. január hónapban kerültek kifizetésre a teljesítménydíjak, így tehát egy hónapban két havi díjat kaptak a szolgáltatók. Ezen változáshoz kapcsolódóan az adott évben a 13 havi teljesítménydíjak kifizetése következtében a fogorvosi szolgáltatók 1,2 milliárd forint plusz bevételhez jutottak.

- ***Eszköztámogatási rendszer megújítása az alapellátási vállalkozások körében.***

A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 216/2011. (X. 19.) Korm. rendelet újra lehetővé tette, hogy a vállalkozási formában működő alapellátási szolgáltatók az eszközpótláshoz, a meglévő eszközpark fejlesztéséhez, korszerű eszközparkok létrehozásához támogatást vegyenek igénybe. 2011. októbertől 2012. május 31-ig igényelheték a támogatási összeget az érintett szolgáltatók, havi 50.000 Ft, összesen maximum 1.500.000 Ft értékben. 2011. év folyamán ezen a jogcímen közel 61 millió forint támogatási összeg került kifizetésre a fogorvosi szolgáltatók részére.

- ***A fogászati teljesítmény-jelentések beküldése interneten keresztül (e-Jelentés).***

Az OEP 2011. május hónaptól a fogorvosi szolgáltatókra is kiterjesztette az Elektronikus Jelentésbeküldő Rendszer (E-jelentés) használatát. A rendszer célja a fogorvosok munkájának megkönnyítése, az adminisztrációjuk csökkentése, oly módon, hogy egyszerűsíti a jelentésbeküldés folyamatát. A korábbi floppy-n történő jelentés helyett adatátviteli vonalon (interneten) keresztül valósul meg a heti/havi jelentések elektronikus úton történő beküldése az OEP részére.

2012-ben bekövetkezett változások

- ***Eszköztámogatási rendszer megújítása.***

Az év folyamán a támogatásra jogosult fogorvosi szolgáltatók számához képest a szerződött fogorvosi szolgáltatók aránya meghaladta a 80%-ot, így ezen a jogcímen közel 1.900 fogorvosi szolgáltató részesült támogatásban. Az előző évhez képest közel 1,0 milliárd forinttal több támogatásban részesültek a fogorvosi szolgáltatók eszközparkjuk felújításához, bővítéséhez, fejlesztéséhez.

- ***A fogorvosi szolgáltatók és szakrendelések alapdíjának emelése.***

A fogorvosi ellátásban a díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 2008. óta nem változott. Ezt követően első alkalommal 2012. novemberétől került sor alapdíjemelésre oly módon, hogy a korcsoportos pontszám 39,2 forint/hóra emelkedett, amely 14 %-os alapdíj növekedést jelentett a fogorvosi szolgáltatók és szakrendelések finanszírozásának fix (bázis) részénél, amely azonban az egész összeg kb. 5,5%-os növekedését jelentette. Ez éves szinten 1.1 milliárd forint többletkifizetést eredményezett.

2013-ban bekövetkezett változások

- ***A fogorvosi havi teljesítmény-jelentések beküldési idejének változása.***

2013. január 1-ét követően 5 munkanap áll a fogorvosi szolgáltatók rendelkezésére, hogy az E-jelentés rendszerén keresztül megküldjék havi jelentéseiket az OEP-hez. Ezt megelőzően 5 naptári napban került meghatározásra ugyanezen időszak, ezért a módosítással a fogorvosi szolgáltatóknak több idejük maradt a jelentések elkészítésére, beküldésére. Különösen nagy jelentősége van ennek az intézkedéseknek az olyan hónapokban, amikor a hónap első napjai munkaszüneti-, vagy ünnepnapokra esnek.

- ***A fogorvosi szolgáltatók és szakrendelések alapdíjának újbóli emelése.***

Az ismételt emelésre 2013. november hónaptól került sor, visszamenőlegesen 2013. január hónaptól kezdődő hatállyal. A díjemelés végrehajtására a megelőző évhez hasonlóan az alapdíj alapját képező korcsoportos pontszám emelésével került sor, amely 44,2 forint/hó értékre változott. Ennek alapján a fogászati szolgáltatók díjazásának fix összegű eleme 12,7 %-kal nőtt, amely összességében 4,8%-os bevétel növekedést eredményezett. Ez hozzávetőlegesen 1,1 milliárd forint plusz forrás bevonását igényelte.

2014-ben bekövetkezett változások

- ***A területi ellátási kötelezettséggel működő fogászati alapellátást nyújtó szolgálatok kiegészítő díjazása.***

2014. januártól a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradott, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott településen alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálatok havi 100 ezer forint kiegészítő díjazásban részesülnek. Ennek alapján a szolgálatok fix összegű díjainak mértéke országos átlagban 9,2 %-kal emelkedett, amely 3,2 %-kal növelte a fogászati szolgáltatók átlagbevételét. Ez éves szinten 816 millió forint plusz forrás bevonását igényelte.

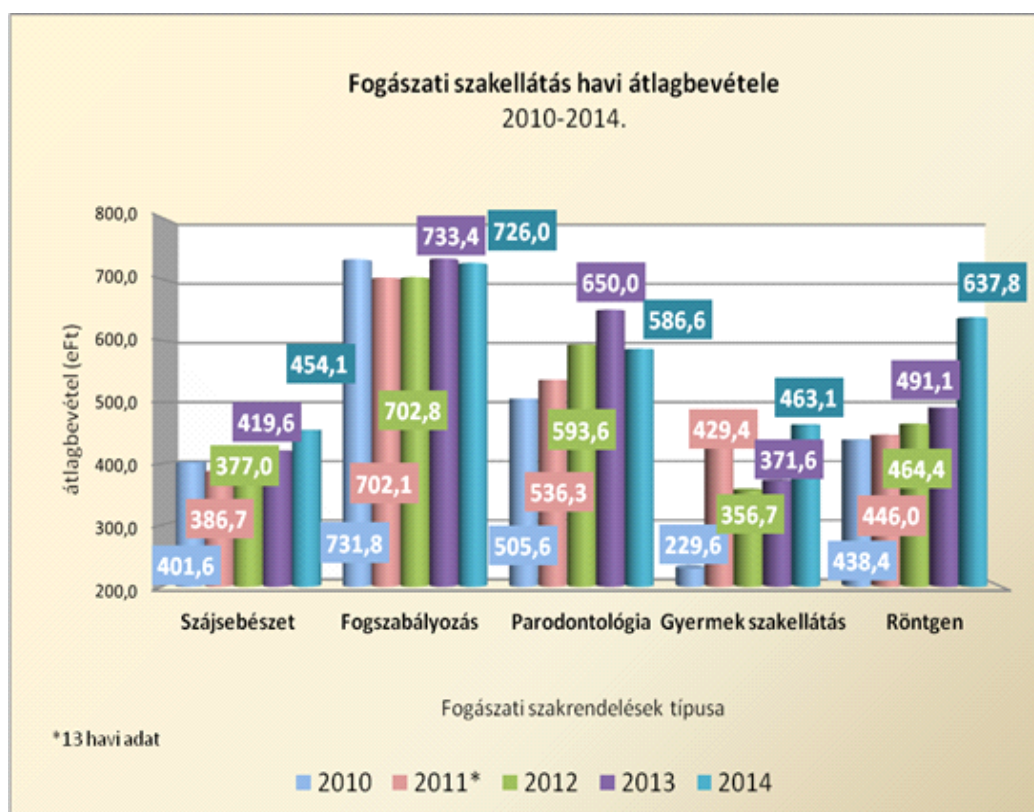
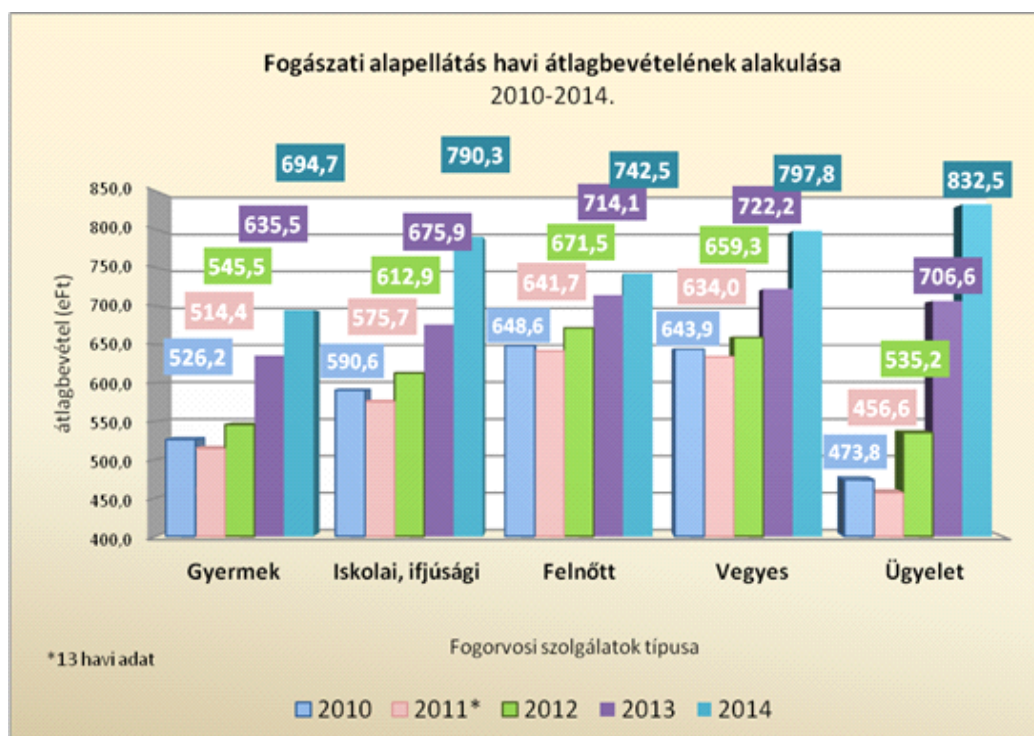
- ***Egyes fogászati prevenció és szűrés keretébe tartozó fogászati beavatkozások pontértékének emelése.***

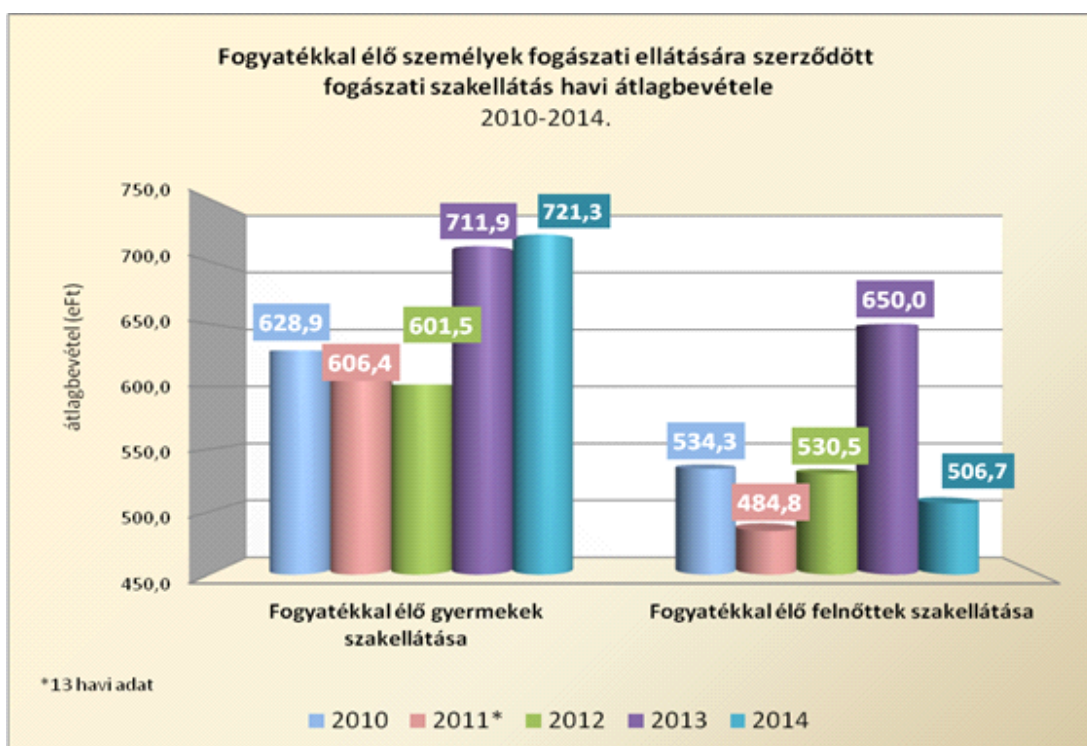
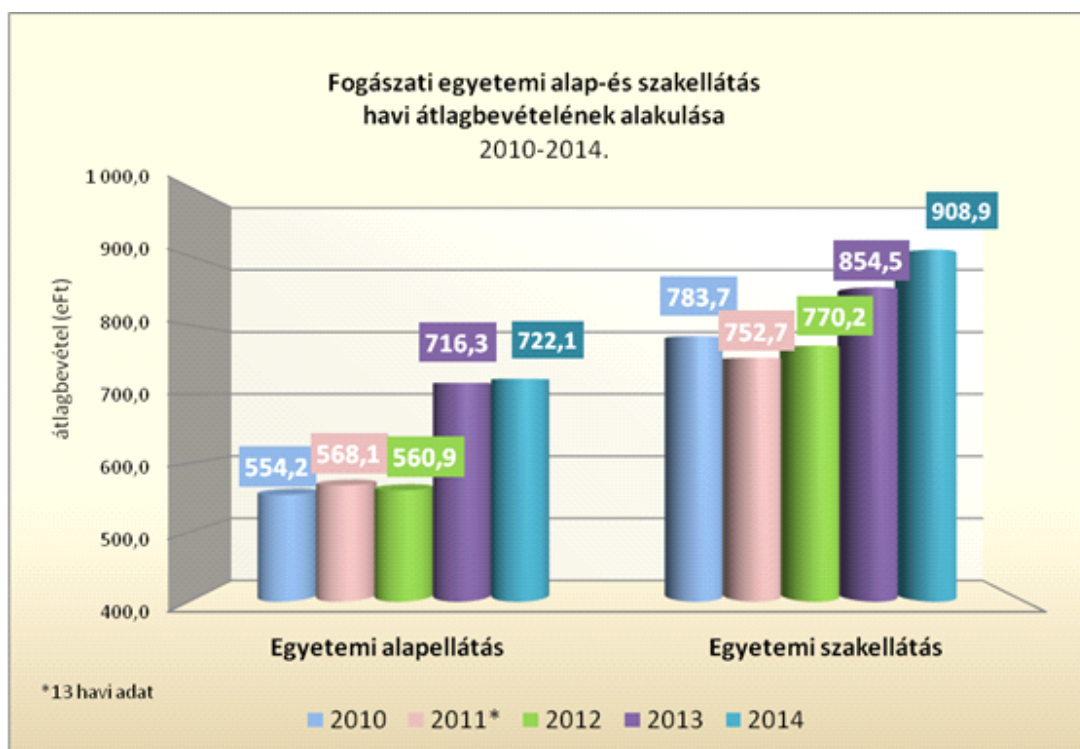
A szájüregi rák és rákmegelőző állapot szűrés és a komplex gyermekkori prevenciók tevékenység fejlesztése érdekében, a fogászati beavatkozások közül a prevenció és gyermek-, iskolai és ifjúsági fogászati beavatkozások pontértékei emelkedtek. Az emelt pontérték alapján történő elszámolást a 2014. január havi kifizetésektől kellett alkalmazni (azaz a 2013. november havi teljesítmény-elszámolástól), a visszamenőleges korrekciós összegek kifizetésére a 2014. június havi utalás keretében került sor. A kiemelt feladatok fejlesztése érdekében végrehajtott pontemelés éves szinten 684 millió Ft plusz bevételt jelentett a fogászati alap- és szakellátást végző szolgáltatók részére. Ennek alapján a fogászati alapellátás átlagbevétele 3,2 %-kal, a szakellátás átlagbevétele 8,9 %-kal emelkedett, amely országos szinten 3,5 %-os átlagbevétel emelkedést tett lehetővé.

A 2014. évi maradvány terhére az alapellátásban finanszírozott fogászati praxisok számára egységesen, praxisonként 105.000 Ft egyszeri kiegészítő díj kifizetésére került sor. Ennek megfelelően 2014. december hónapban 2810 fogorvosi szolgálat részesült kiegészítő díjazásban, összesen 295,1 millió Ft összegben.

A következő ábrák a felsorolt változások hatásait mutatják be

A 2010. évi adatokhoz viszonyítva a fogászati praxisok átlagbevétele 2014-re jelentősen emelkedett. Az átlagbevételek alakulását ellátási szintenként és szervezeti egység típusonként a következő ábrák mutatják.

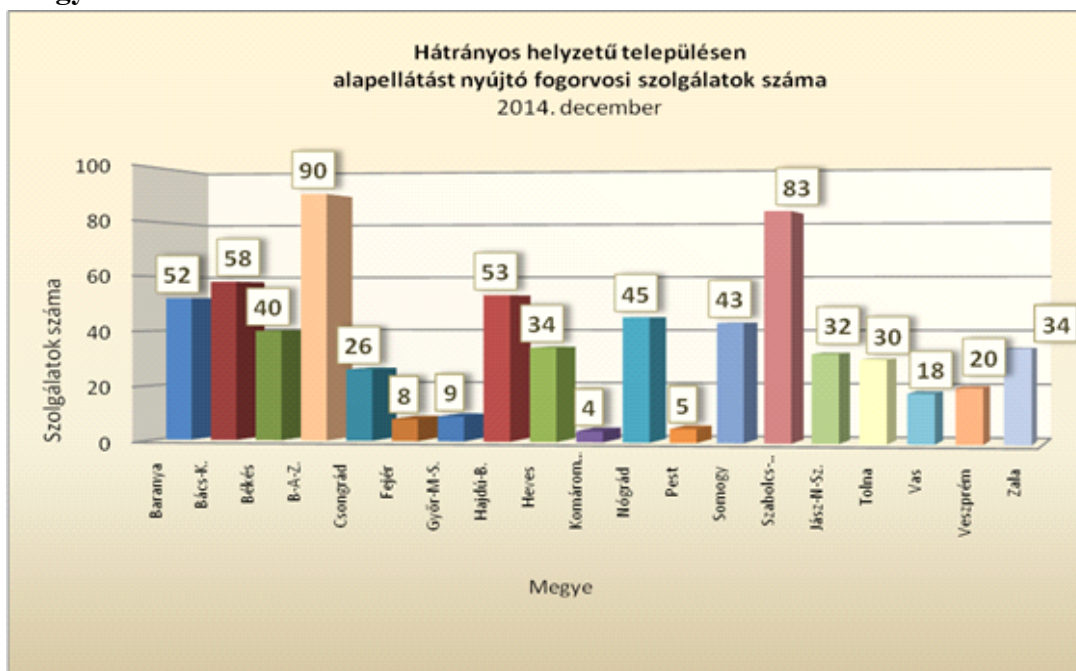




Az eszköztámogatási rendszer megújítására kifizetett összegek alakulása 2011-2014 (A teljes alapellátást érintő többletforrás 9,1 milliárd forint, ebből a fogorvosi szolgáltatók részére 2,7 milliárd forint került kifizetésre).



A hátrányos helyzetű településen fogászati alapellátást nyújtó szolgálatok száma megyénkénti bontásban.



A társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradott, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott (hátrányos helyzetű) településeken, országos szinten összesen 684 db alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálat biztosítja a fogászati alapellátást. Ezek havi finanszírozási díja tehát 100 ezer forinttal emelkedett.

Problémák

Finanszírozás és egyéb pénzügyi illetve vagyoni kérdéskörben

- A fogászati alapellátás alulfinanszírozottsága a legjelentősebb a többi alapellátási tevékenységhez képest (heti 30 óra közfinanszírozott ellátásért átlag 700 ezer Ft

forrás/szolgálat/hó), ezért a betöltetlen fogászati praxisok száma 2002. óta folyamatosan emelkedik

- A térítésmentes fogászati alapellátásokhoz rendelkezésre álló OEP költségvetési keret nem képes biztosítani az azokhoz szükséges bérjellegű és dologi kiadások fedezetét.
- A fix díjmelés jelentősen elmaradt a háziiorvosi praxisokra eső havi 70-80 ezer Ft-os finanszírozás emelési szinthez képest, miközben a fogászati praxisok anyagköltsége magasabb, mint a háziiorvosi praxisoké.

Humán erőforrás körében

- Előregedett fogorvos kar (átlagéletkor: 50,5 év, továbbá fogorvosok mintegy 20 %-a nyugdíjas)
- Nincs életpálya-modell, a közsférában nem éri meg elhelyezkedni, magas az elvándorlási arány - a privát szférába, vagy külföldre távoznak, így egyre kritikusabb - munkaerőhiány van mind az alapellátásban, mind a szakellátás szubspecialitásaiban (pl.: arc- állcsontsebészet)
- A jelenlegi WHO irányelveknek megfelelően 2000 lakosra legalább 1 fogorvos szükséges. A csak az OEP által finanszírozott fogorvosok számának figyelembevételével Magyarországon 3500-4000 lakosra jut egy fogorvos.

Működési feltételek, működési folyamatok, szervezés körében

- folyamatos tempóban üresedő praxisok, ezáltal a területi lefedettség növekvő hiánya
- a magán – és közfinanszírozott ellátás összemosódik, ezért nem valósághű sztereotípiák a fogorvosi alapellátók jövedelmének megítélésében. Következmény: a szakma gyengébb érdekérvényesítő képessége
- a lakosság igen rossz szájhygiénés állapota, prevenciós tevékenységek elégtelensége, a lakosság jelentős része egyáltalán nem megy el fogorvoshoz
- a jelenlegi feladatok sem kerülnek teljes körűen elvégzésre, elsősorban a prevenció területén
- szakmai konzultáció és felügyelet nem megfelelő működése
- az önkormányzatok teherbírásuktól és szándékuktól függően biztosítják a működési feltételeket, így azok nem egységesek
- a valós szakmai felügyelet hiánya, a konzultációs lehetőség esetlegessége
- az önkormányzati felelősség érvényesülésének korlátai (emelkedő betöltetlen körzetek száma)
- az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet elavult, nincs összhangban a fogászati ellátást szabályozó egyéb rendeletekkel és az iskola-ifjúsági fogászatok praxisjogának kérdése további felülvizsgálatra szorul.

A háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás

A jelenlegi feladatellátás jellemzői

Magyarországon jelenleg 263 közfinanszírozott ügyeleti szolgáltató lát el 366 háziiorvosi ügyeleti szolgálatot, évi közel 10 Mrd Ft-os költségvetési keretből. A szolgálatszámok megyei megoszlása változatos képet mutat.

A háziiorvosi ügyeleti ellátás mind szervezettségében, mind szakmai tartalmában változatosságot mutat az országban. Eddig nem volt arra lehetőség, hogy egységes szervező és szakmai elvek tudjanak érvényesülni, pedig ez a betegutak biztonságát és az ellátás minőségét nagyban garantálná. Az ügyeletek ellátásához szükséges humán erőforrás biztosítása a szakmától érkező jelzések szerint egyre komolyabb kihívást jelent.

Magyarországon jelenleg 263 közfinanszírozott ügyeleti szolgáltató lát el 366 háziiorvosi ügyeleti szolgálatot.

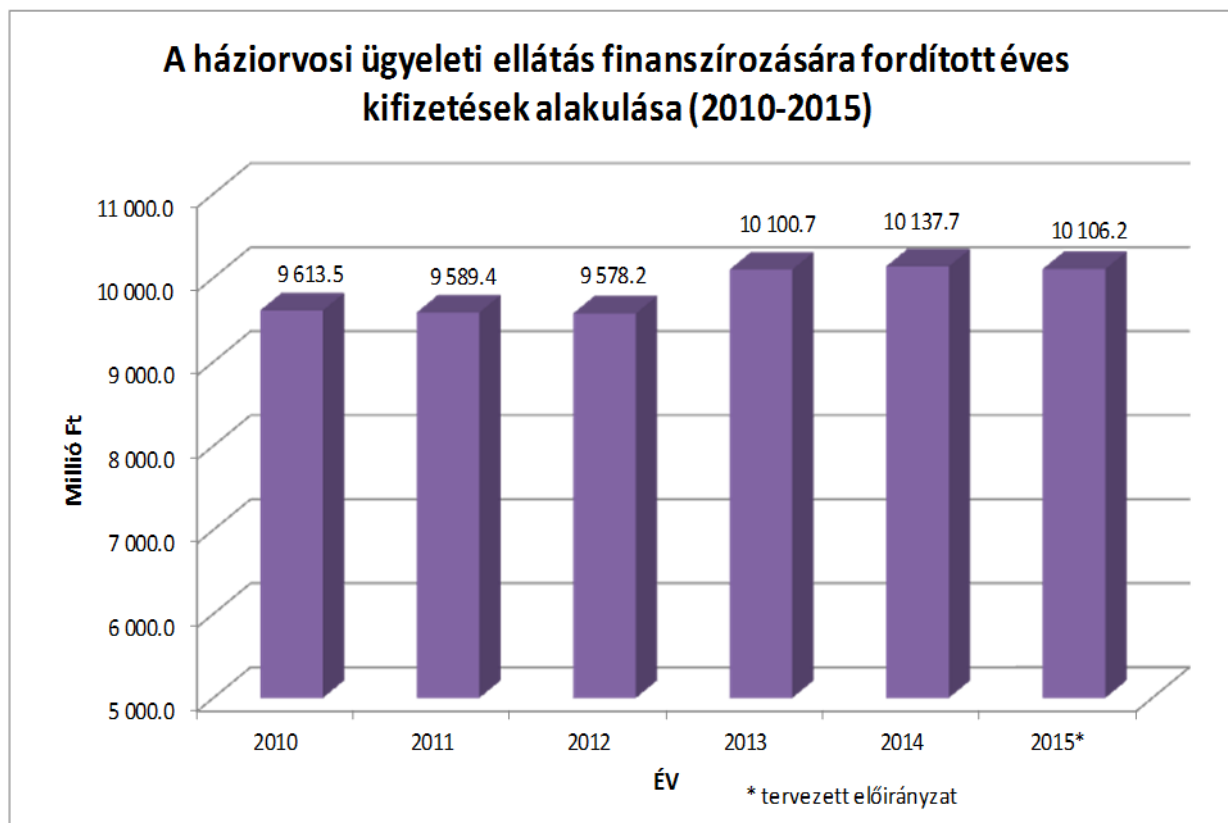
A 2008 és 2012 közötti tendenciákat figyelve elmondható, hogy az összevont ügyeleti szolgálatoknál megfigyelhető a központi ügyeletté alakulás, a központi ügyeletek pedig lassú ütemben átalakulnak az OMSZ által működtetett központi diszpécser szolgálattal kiegészült ügyeleti szolgálatokká. A háziiorvosi ügyeleti szolgálatokat egyre kevesebb szolgáltató látja el az országban, és egyértelmű a koncentrálódási tendencia.

Az ügyeleti ellátás 2010-2014. évi változásai

A háziiorvosi ügyeleti ellátás előirányzata az elmúlt években az alábbiak szerint alakult az Egészségbiztosítási Alapban.

Év	Kifizetés (millió Ft)
2010	9 613.5
2011	9 589.4
2012	9 578.2
2013	10 100.7
2014	10 137.7
2015*	10 106.2
* tervezett (kifizetés) előirányzat	

A 2015-ös tervezett kifizetés kb. 500 millió forinttal haladja meg a 2010-es kifizetéseket, amely **5%-os** emelkedést jelent a vizsgált 5 év során.



2010-ben bekövetkezett változások

Nem volt változás.

2011-ben bekövetkezett változások

Nem volt változás.

2012-ben bekövetkezett változások

Nem volt változás.

2013-ban bekövetkezett változások

- Az ügyeleti ellátás díjazásának alapösszegének, azaz az 1 főre jutó normatívának 40 Ft/fő összegről **42Ft/fő** összegre történő emelése. Az emelésre 2013. november hónaptól került sor, visszamenőlegesen 2013. januártól kezdődő hatállyal. Ez éves szinten **500 millió** forint plusz forrás bevonását igényelt.

2014-ben bekövetkezett változások

Nem volt változás.

2015-ben tervezett változások

Nem volt eddig változás.

Mindeközben a háziiorvosi ügyeleti ellátás szerkezete folyamatosan változik, és a magasabb minőségi ellátást nyújtó központi ügyeleti szolgálatok biztosítják 97,5 %-ban az ország lakosságának háziiorvosi ügyeleti ellátását.

IDŐSZAK	Ügyeleti szolgálatok száma	Ügyeleti szolgálatok száma				Ellátandó lakosság szám			
		Összevont	Központi	Központi és diszpécser	Összesen	Összevont	Központi	Központi és diszpécser	Összesen
2010	288	51	266	48	365	466 757	7 790 050	1 880 635	10 137 442
2011	278	43	240	75	358	407 472	6 797 532	2 903 807	10 108 811
2012	272	40	234	92	366	347 224	6 782 475	2 959 861	10 089 560
2013	261	31	225	99	355	301 815	6 425 702	3 359 287	10 086 804
2014	263	23	219	109	351	237 275	6 203 757	3 638 268	10 079 300

Problémák

Finanszírozás és egyéb pénzügyi és vagyoni kérdéskörben

- Mivel a jelenlegi finanszírozás az ellátandó lakosság szám alapján történik meg, így nagy különbség van az egyes ügyeleti szolgálatok díjazásában. Sok önkormányzat lehetőségeinek függvényében többlettámogatást biztosít az ügyeleti ellátáshoz, azonban ennek megoszlása országosan heterogén, azonban ennek elemzése alaposabb áttekintést igényel.

(Ma már önkormányzati hozzájárulás nélkül nemigen tartható fenn ügyeleti ellátás).

Humán erőforrás körében

- A rendszer értékelése során nem érvényesíthetők humán erőforrás tervezési szempontok: nincs valid adat az ügyeletet ellátó orvosok korára és képzésére vonatkozólag. Az ügyeletet ellátásához szükséges humán erőforrás biztosítása a szakmától érkező jelzések szerint egyre komolyabb kihívást jelent

Működési feltételek, működési folyamatok, szervezés keretében

- Az ellenőrizhetőség nem megoldott, nehézkes a minőségi garanciák biztosítása
- Sokszereplős rendszer, egységes szakmai irányítás és a koordináció lehetőségének hiánya

- Egy belépési pont, egységes betegút menedzsment hiánya, helyi specialitások
- Az ügyeleti szolgáltatók tevékenysége országosan nem egységesen szerveződik, a számonkérhetőség, a minőség nem garantálható. Az új közigazgatási rendszerben városi, ill. járási szinten szervezendő, irányítandó, ellenőrizendő lehetne.

Védőnői ellátás

A jelenlegi feladatellátás jellemzői

A feladatköre megfelelően tisztázott, de a primer prevenciónak nagyobb szerepet kell kapnia az ellátásban.

A védőnői szolgáltatások típusai az alapellátásban:

- *A területi védőnői ellátás:* az egész országot lefedő ellátás, amelynek alapegysége a védőnői körzet. A területi védőnői rendszer lakosság-közelit ellátást nyújt. Az óvodák ellátását is a területi védőnők végzik.
- *Iskolai védőnői ellátás:* az iskolavédőnők a 6-18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban tanulók megelőző iskolaegészségügyi ellátásában vesznek részt. Közreműködnek az iskolai egészségfejlesztési programokban és ezek szervezésében, végzik a tanulók védőnői szűrővizsgálatát, (közegészségügyi szükség esetén) személyi higiénéjének ellenőrzését, szervezik az iskolaorvosi vizsgálatokat és az iskolai kampányoltásokat, valamint szükség esetén kapcsolatot tartanak a szülőkkel.

A védőnők a gyógyító-megelőző ellátásban elsősorban mint területi védőnők és iskola-védőnők tevékenykednek. A területi védőnői és az iskola-védőnői ellátásról a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik. A védőnő feladatai révén a felnőtt és gyermek háziorvosi ellátáshoz, a gyermekjóléti és családvédelmi szolgálatok tevékenységéhez, valamint a szülészorvosok gondozói tevékenységéhez kell, hogy hozzájáruljon. A MESZK országos felmérése szerint (mintegy 1000 védőnő nyilatkozata alapján) az alapellátásban működő védőnői szolgálatok 92,5 %-át önkormányzat, vagy önkormányzat által fenntartott gazdasági társaság tartja fenn. A védőnők kisebb arányban egyéni vállalkozóként, többségében önkormányzati, vagy vállalkozási alkalmazottként dolgoznak.

A védőnők alapfeladatuk keretében, nővédelmi feladatokat is ellátnak. Jellemzően a nők egészségvédelmében, egészségnevelésében, a családtervezésben, az anyaságra való felkészítésben és a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében vesznek részt.

A védőnők átlag életkora 39 és 46 év között mozog megyénként, tehát **az emberi erőforrás állomány az alapellátás e területén relatív fiatal.** A védőnők számát összevetve a praxisok

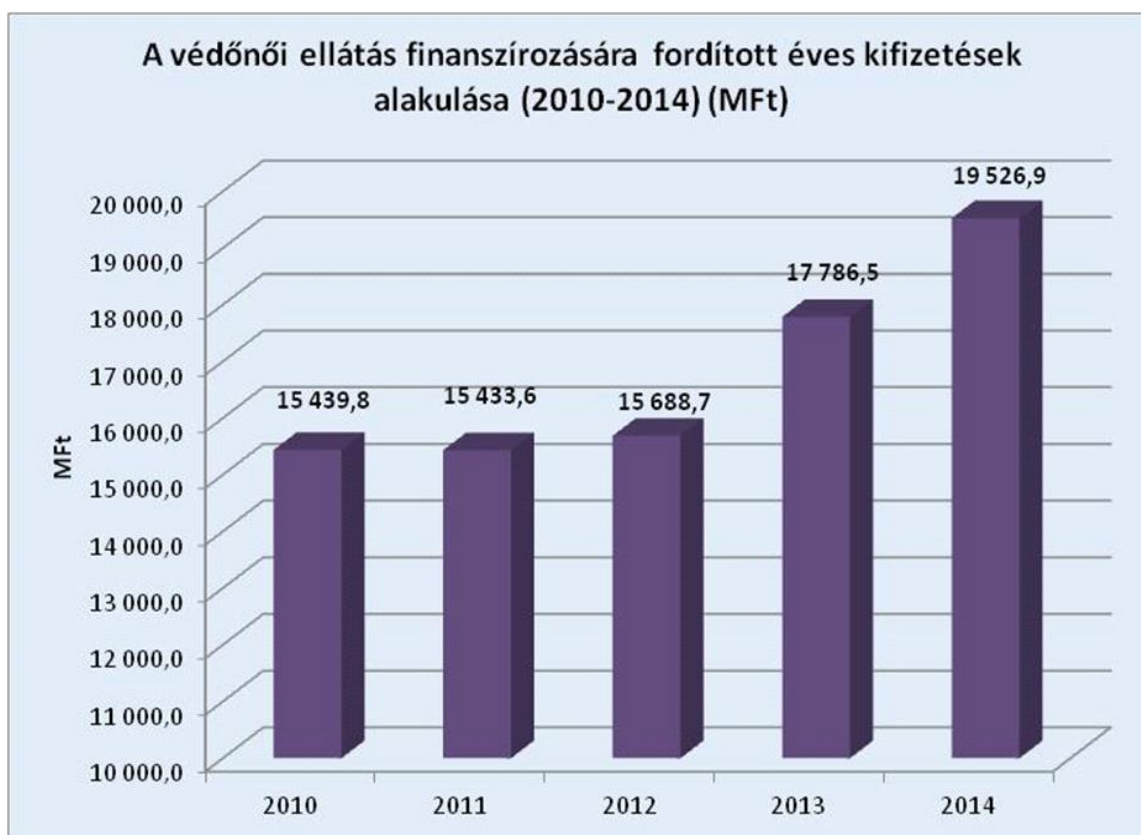
és iskolai védőnői szolgálatok számával, azt állapíthatjuk meg, hogy országos szinten elvileg elegendő védőnő áll rendelkezésre a védőnői ellátás biztosításához.

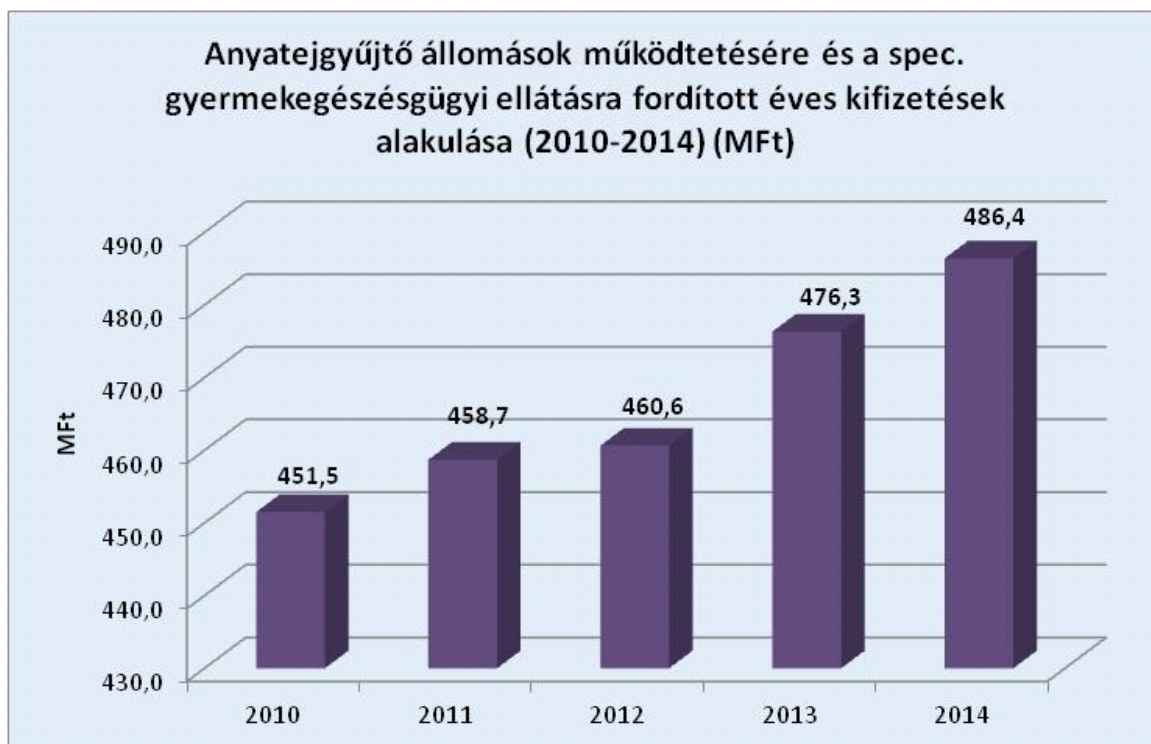
A védőnői, anya-, gyermek- és ifjúságvédelmi ellátások 2010-2014. évi változásai

A védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelmi ellátások előirányzata az elmúlt években az alábbiak szerint alakult az E. Alapban.

<i>(adatok millió forintban)</i>					
Jogcím	2010	2011	2012	2013	2014
Iskola-egészségügyi ellátás	1 856,0	1 856,0	1 899,4	2 217,1	2 241,6
Védőnői ellátás	15 439,8	15 433,6	15 688,7	17 786,5	19 526,9
Anya-gyermek- és csecsemővédelem	451,5	458,7	460,6	476,3	486,4
Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen*:	17 747,3	17 748,3	18 048,7	20 479,9	22 254,9
<i>* MSZSZ ellátás nélküli kifizetések</i>					

A 2014-es kifizetés több, mint 4,5 milliárd forinttal haladja meg a 2010-es kifizetéseket, ami közel 25%-os emelkedést jelent ezen kasszák tekintetében.





A védőnői ellátást érintő változások bemutatása

2011-ben bekövetkezett változások:

- ***Az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 73/2011. (IV. 29.) Korm. rendelet módosította az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletet 2011. május 1-jei hatállyal.***

A módosítás következtében 2011. május 1-től a települési önkormányzatoknak lehetőségük van finanszírozási szerződést kötni részmunkaidős iskolavédőnői szolgálatra is. Korábban részmunkaidős iskolavédőnői szolgálatot csak azon szolgáltatók működtethettek, ahol az oktatási intézmény fenntartója nem települési önkormányzat volt. A módosítás nagy segítséget jelent elsősorban a kis települések önkormányzatainak.

2012-ben bekövetkezett változások:

- ***A védőnői szolgálatok teljesítménydíjazásának (Ft/pont) emelkedése.***

2012 szeptemberében az egészségügyi alapellátás részére finanszírozási díjnövekményt határozott meg az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása 2012. novemberi havi hatállyal. A rendelet hatására a védőnői finanszírozást érintő Ft/pont érték a korábbi átlagos 279,8 forintról 315,8 forintra növekedett. Ez kb. 13%-os emelkedést jelent.

2013-ban bekövetkezett változások:

- **2013 októberében az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet újabb módosítása további díjemelést határozott meg az egészségügyi alapellátás területén.**

A növekményre a 2013. novemberi kifizetéstől kezdődően voltak jogosultak a szolgáltatók, 2013. januárig visszamenőleg. A Rendelet azt is meghatározta, hogy a 2013. január-október hónapokra visszamenőlegesen járó díjemelések egy összegben kerültek kiutalásra a 2013. november eleji finanszírozással egyidejűleg. A 2012. novemberi finanszírozási adathoz viszonyítva a 2013. novemberi finanszírozási növekmény a *területi védőnői* szolgálatok havi finanszírozásánál **átlagosan 13,8 eFt többletet**, míg *iskolavédőnői* szolgálatok esetében a havi finanszírozás **átlagosan 13,4 eFt emelkedést** jelentett.

2014-ben bekövetkezett változások:

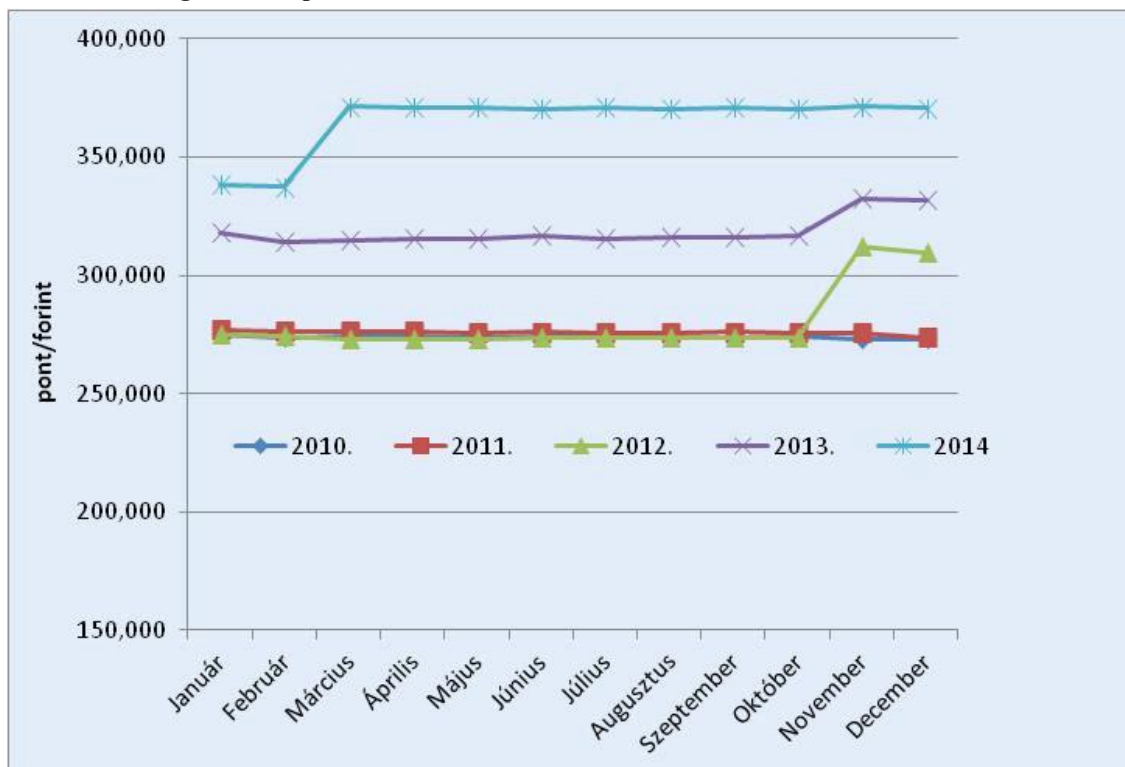
- **2014. februárban ismét módosításra került az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet. Ennek hatására 1,75milliárd forinttal került megemelésre a védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelemi ellátás 2014. évre vonatkozó előirányzata.**

Ez az összeg teljes egészében a védőnői ellátást biztosító szolgáltatók díjazásának emelésére fordítandó. A növekményre a 2014. márciusi kifizetéstől kezdődően jogosultak a szolgáltatók, 2014. januárig visszamenőleg. A módosított Rendelet azt is meghatározta, hogy a 2014. január-február hónapokra visszamenőlegesen járó díjemelések egy összegben kerültek kiutalásra a 2014. március eleji finanszírozással egyidejűleg. A többletfinanszírozás az iskolavédőnői szolgálatok esetében átlagosan **29.900 Ft emelkedést** eredményez 2013. december havi kifizetésekhez képest, mely **10,4 %-os bevétel-növekedést** jelent. A területi védőnői feladatokat ellátó szolgálatok esetében ez a növekmény átlagosan **28.400 Ft**, mely **9,6 %-os bevétel-növekedést** eredményez.

Teljesen új elemként jelentek meg a módosítások során azok az előírások a módosított jogszabályokban, melyek arra kötelezik az OEP-pel szerződött egészségügyi szolgáltatókat, hogy a finanszírozás díjemeléseket a védőnők juttatásainak emelésére fordítsák.

A következő ábra a védőnői változások hatásait mutatják be.

A védőnői szolgálatok Ft/pont értékének alakulása 2010-2014



Problémák

Finanszírozás és egyéb pénzügyi és vagyoni kérdéskörben

- A finanszírozás nem megfelelően differenciált, nem tükrözi a védőnői körzet/iskola/óvoda szintjén a munkaterhet, és nem ösztönöz szakmai fejlődésre, több szolgáltatás nyújtására, jobb teljesítményre
- Az önkormányzatok nem minden esetben adják tovább az OEP-től származó finanszírozási díjakat teljes mértékben a védőnők számára (a védőnők zöme közalkalmazott)
- A megtörtént finanszírozás-emelés ellenére a védőnők még mindig alulfizetettek (a szakellátásban történt béremeléssel összevetve is)
- Országosan jellemző a finanszírozási létszámkeret felett gondozottak előfordulása, amely esetek után többletfinanszírozás nem jár, egyéb ösztönzők sincsenek beépítve a finanszírozásba

Humán erőforrás körében

- A védőnői gárda az orvosok után/mellett a legmagasabban képzett egészségügyi szakterület, ennek ellenére a képzettségük alatt vállalnak, vállalhatnak feladatokat
- Hiányzik a vonzó életpálya

- Nehéz egységesen megítélni a védőnők munkaterhelését

Működési feltételek, működési folyamatok, szervezés keretében

- A fenntartók/munkáltatók eltérő működési feltételeket biztosítanak. A fenntartói/működtetői érdekek gyakran nincsenek összhangban a minőségi ellátás érdekeivel. A munkavégzéshez szükséges költségek biztosítása egyenlőtlen, munkáltatótól függő, szubjektív.
- A jelenlegi rendszerben a minimum feltételeket nem teljesíti maradéktalanul minden szolgáltató, ezért számos szolgálat ideiglenes működési engedély alapján biztosítja a szolgáltatást.
- Nem kielégítő/ill. nem megoldott a szakmán belüli és a társszakkák közötti kommunikáció. A sokszereplős, illetve hiányos informatikai rendszer nem teszi lehetővé a szakemberek naprakész információátadását, emiatt sérül a gondozottak joga a körültekintő ellátásra.
- Az ellátandó körzetek/területek/iskola/óvoda kialakításánál, meghatározásánál a szakmai szempontokat több helyen, figyelmen kívül hagyták a munkáltatók.
- Az ellátásszervezés, a működési feltételek biztosítása gyakran „személyfüggő”, a fenntartó/működtető (pl. önkormányzat, kórház, megyei kormányhivatal, stb.) szemléletétől függ.
- A szakmai irányítás és szakfelügyelet országos szintje az OTH keretei között működik. A Kormányhivatalok létrejöttét követően a megyei és a járási vezető védőnők kikerültek az OTH irányítása alól és a Kormányhivatalok munkáltatása alá kerültek, ebben a struktúrában gyakorlatilag nem biztosított az egységes szakmai felügyelet, mivel a Kormányhivatalok önálló döntési és irányítási joggal rendelkeznek, az OTH-nak nincs utasítási jogköre. Jelenleg, a megyei, járási szakfelügyelő védőnők szakmai felettesei a megyei, járási kormányhivatalok vezetői - ami nehezíti a vezető védőnők valós szakfelügyelői munkáját.
- Sok a betöltetlen szolgálat
- Sok esetben veszélyes körülmények között kell dolgozni, viszont nem megoldott a védőnők személyének biztosítása
- Az egyéb alapellátási tevékenységekkel összehangolt, népegészségügyi szükséglet alapú, országos módszertani és tervezési háttér hiánya
- Elszigetelt működés, gyakran hiányzik az együttműködés az egyes szakterületek között
- A tevékenységgel kapcsolatos nagy adminisztratív teher

- Teljesítménymérés és ösztönzők hiánya
- A védőnői hálózatban rejlő népegészségügyi lehetőségek nem kellő kiaknázása (e téren már komoly előrelépések történtek uniós források felhasználásával)
- A gondozottak ellátása kapcsán sok esetben megvalósíthatatlan - a szabad orvosválasztás és földrajzi távolságok miatt - az alapellátás többi szereplőjével való megfelelő együttműködés
- A védőnői jelentések finanszírozási és népegészségügyi hatása nem tud kellő erővel visszacsatolódni a rendszerbe

A felsorolt hiányosságok miatt a védőnői rendszerben rejlő lehetőségek kiaknázása – a magasan képzett és hivatástudattal rendelkező szakember állomány ellenére – nem, vagy nehezen valósul meg.

Iskola-egészségügyi ellátás

A jelenlegi feladatellátás jellemzői

A szolgáltatásra az önkormányzat szerződik és egyben dönt arról, hogy maga a szolgáltatás hol, milyen formában érhető el. A feladatkör megfelelően tisztázott, de a primer prevenciónak nagyobb szerepet kellene kapnia az ellátásban.

Az iskolaorvosi ellátásban jelenleg kb. 200 főállású iskolaorvos dolgozik, a többiek zömében a házi orvosok, azaz a feladatot a területi ellátási munkájuk mellett látják el.

Az iskola-egészségügyi ellátással kapcsolatos szakmai viták egyik legfontosabb kérdése annak önállósága vagy a házi gyermekorvosi rendszerbe olvadása. Az állam és egészségpolitika oldaláról az a legfontosabb, hogy **az iskolák népegészségügyi színterek, ahol lehetőség van a gyermekek egészségismereteinek megalapozására, egészségfelmérésére, kampányoltására, különböző vizsgálatok és gondozásba vételek indikálására.**

Az iskolaorvosi ellátást érintő változások bemutatása

2012-ben bekövetkezett változások:

- **Eszköztámogatási rendszer bevezetési az iskolaorvosi vállalkozások körében.**

A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 216/2011. (X. 19.) Korm. rendeletet módosítása alapján 2012. január 1-től lehetőségük van a vállalkozási formában működő teljes munkaidős iskolaorvossal ellátott iskolaorvosi

szolgálatoknak a meglévő eszközpark fejlesztéséhez, korszerű eszközparkok létrehozásához támogatási igény benyújtására. 2012. május 31-ig igényelheték a támogatási összeget az érintett szolgáltatók, havi 50.000 Ft, összesen maximum 1.500.000 Ft értékben. A 2012-es év folyamán közel **10 millió** forint támogatási összeg került kifizetésre ezen a jogcímen az iskolaorvosi szolgáltatók részére.

- **Az iskolaorvosi szolgálatok díjazásának (normatív és fejkvóta alapú) egyszeri emelése.**

Az iskolaorvosi szolgálatok díjazása 2012-t megelőzően 2006. óta nem változott. Az iskolaorvosi szolgálatok részére 2012 decemberében egyszeri díjkifizetés történt, mely összességében **43,4 millió Ft** többlet kifizetést jelentett a szolgáltatók részére, ami részmunkaidős iskola-orvosi szolgálatok esetében átlagosan 4.200 Ft többletfinanszírozást jelentett, míg teljes-munkaidős iskolaorvosi szolgálatoknál ez átlagosan 128.200 Ft plusz kifizetést eredményezett.

2013-ban bekövetkezett változások:

- **Díjemelés január 1-jétől az iskolaorvosi szolgálatok számára**

A részmunkaidős iskolaorvosi szolgálatok normatív díjazásának alapidíja 2013. január 1-jétől 40 Ft-ról 45,6 Ft-ra változott. A lebegő értékű Ft/pont díj teljes munkaidős orvosi szolgálatoknál az átlagos 241 Ft-ról 287 Ft-ra emelkedett.

- **Az iskolaorvosi szolgálatok díjazásának újbóli emelése, valamint az előző évi emelés szintre hozása.**

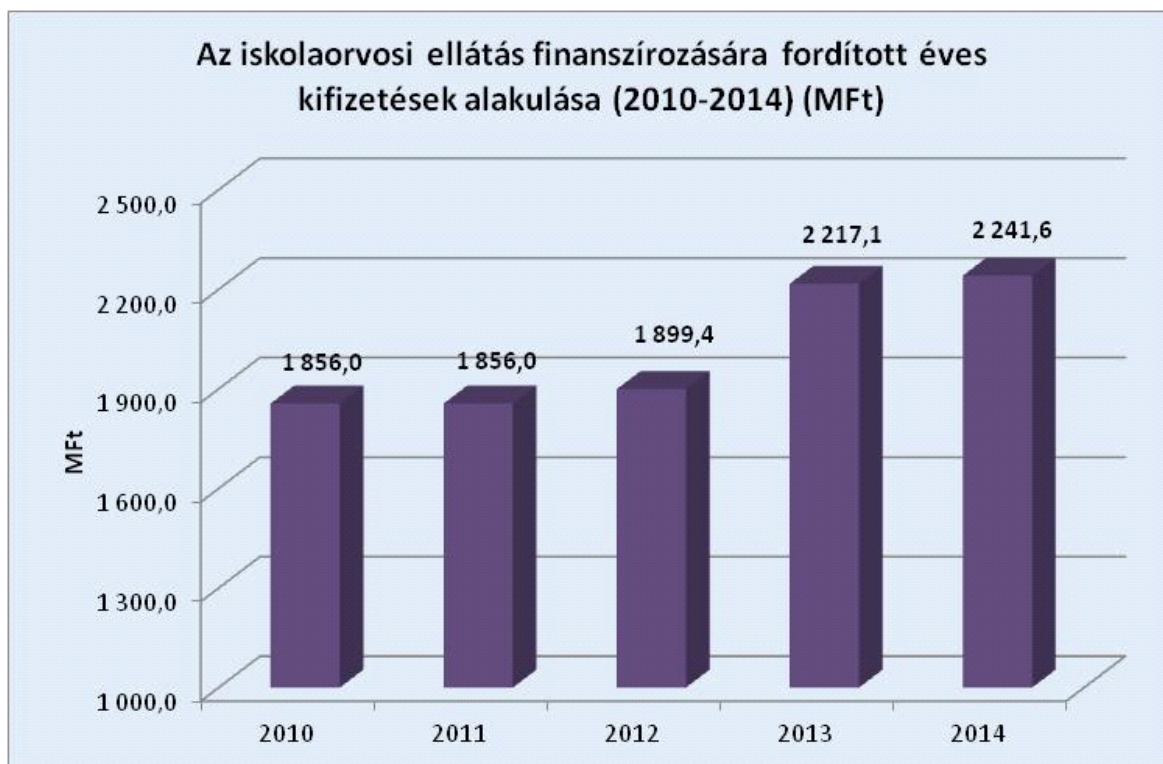
Az újbóli emelésre 2013. november hónaptól került sor, visszamenőlegesen 2013. január hónaptól kezdődő hatállyal. Ennek következtében a normatív díjazás alapösszege 45,6 Ft-ról 47,8 Ft-ra, míg a Ft/pont érték 287 forintról 307 Ft körüli összegre emelkedett. A díjemelések összesen közel **318 millió** forint **plusz** forrást jelentettek az iskola- és ifjúság-egészségügyi kasszáknak.

2014. évi kasszasöprés

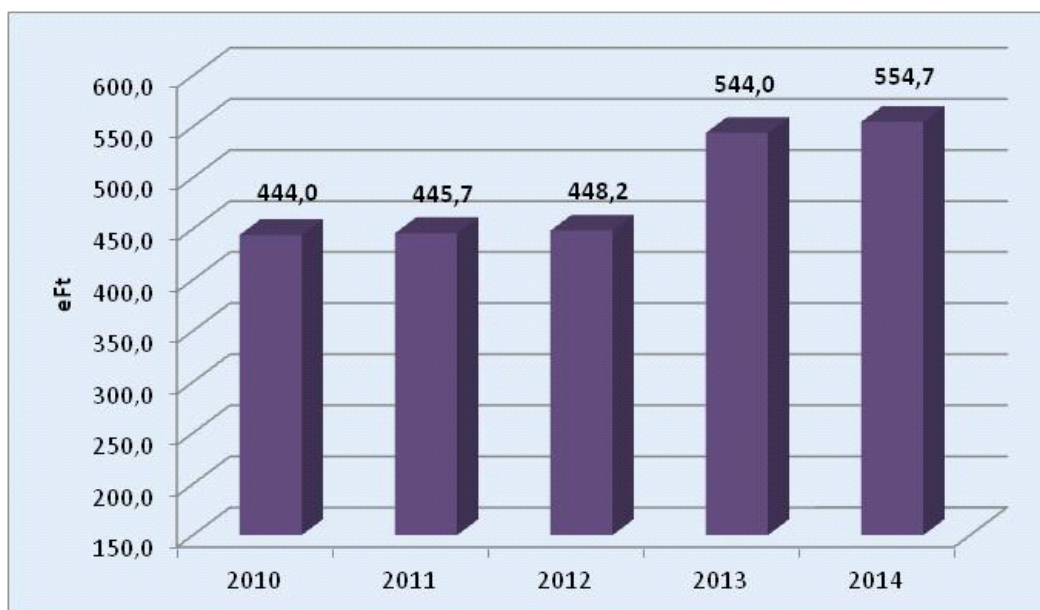
- **A 2014. évi maradvány** terhére az alapellátásban finanszírozott teljes munkaidős orvossal működő iskolaorvosi szolgálatok számára egységesen, szolgálatonként 105.000 Ft egyszeri kiegészítő díj kifizetésére került sor.

Ennek megfelelően 2014. december hónapban **238** teljes munkaidős iskolaorvosi szolgálat részesült kiegészítő díjazásban, összesen **25 millió Ft** összegben.

Az alábbi ábrák mutatják a fentiek hatásait



Az egy részmunkaidős iskolaorvosi szolgálatra jutó átlagos havi bevétel alakulása 2010-2014



**Az egy teljes-munkaidős iskolaorvosi szolgálatra jutó átlagos
havi bevétel alakulása 2010-2014**



Problémák

Finanszírozás és egyéb pénzügyi és vagyoni kérdéskörben

- Az iskolaorvosi szolgálatok finanszírozásának mértéke kirívóan alacsony, különösen ahol (az ország jelentős részében) ún. részmunkaidős iskolaorvossal működik az ellátás.

Humán erőforrás körében

- Az orvosok átlag életkora magas, az orvosok 60%-a 55 éves, vagy idősebb

Működési feltételek, működési folyamatok, szervezés keretében

- Az iskolaorvosi és az iskolavédőnői ellátás külön szolgálatként működnek, külön működési engedéllyel és finanszírozási szerződéssel, nem alkotnak szakmailag egy egységet
- A települési önkormányzat és az iskolafenntartó „személye” elválík
- Az iskolaorvosi és a házi orvosi, házi gyermekorvosi feladatkör gyakran keveredik, nem mindig tisztázott, hogy adott feladatot kinek kellene elvégezni. Ez a legrosszabb esetekben azt eredményezi, hogy egy adott gyermeknél senki nem végzi el az adott tevékenységet.

Foglalkozás egészségügyi ellátás

A foglalkozás-egészségügyi ellátás jelenleg rendszerszerűen nem az egészségügyi alapellátás része, azonban funkcionálisan az ellátás az alapellátáshoz kötődik, az alapellátás egyéb területeivel való együttműködés formái további átgondolást igényelnek.

A foglalkozás-egészségügyi tevékenység jelenleg három progresszivitási szinten megvalósuló, minimumfeltételek biztosításához kötött egészségügyi szolgáltatás, mely működési engedély köteles, és amelyet foglalkozás-egészségügyi szakorvosi képesítéssel rendelkezők végeznek.

A foglalkozás egészségügyi alapellátási szolgálatok feladatköre jogszabályi szinten pontosan meghatározott, de sok az átfedés a háziiorvosi szakterülettel. Feladatát és kompetenciáját alapvetően - az Eütv.-en túlmenően – a munkavédelmi törvény határolja be. Mivel nincs szervezett és szabályozott informatikai kapcsolat a foglalkozás - egészségügyi és az egészségügyi ellátó rendszer között, egyrészt számtalan adat keletkezik, duplikálódik - egyaránt terhet jelentve mind a munkavállaló, mind az ellátórendszer számára - másrészt viszont a keletkezett adatok az ellátórendszer szempontjából nézve elvesznek, nem hasznosulnak.

Jelenleg a munkáltató közvetlenül díjazza az ellátást biztosító orvost, így a finanszírozás alapesetben független az E. Alaptól, oda csak a foglalkozási betegségek vagy az üzemi balesetek kapcsán terjeszkedhet át (aminek az E. Alapban nincs meg a bevételi forrása).

A foglalkozás-egészségügy jelenlegi struktúrája – beleértve a rendszer szabályozását, ellenőrzését és finanszírozását is, korlátozza a jogszabályokban meghatározott szándékok hatékony érvényesülését.

A változtatásra, a racionális átalakításra ugyanakkor csak rendszerszerű megközelítéssel kerülhet sor.

Nem hagyhatók figyelmen kívül az alábbiak:

- A működőképes rendszer kiépítése csak a feladatok meghatározása után lehetséges. A rendszer működéséhez szükséges források meghatározása ezt követően jöhet szóba.
- Alapkérdés a humán erőforrás vonatkozásában a prevenció és a kuráció jelenlegi együttélésének prolongálása vagy elválasztása. Ennek alapján ártékelhető a feladat ellátására képes személyzet kiképzésének, tudásuk folyamatos fejlesztésének az igénye.
- A kockázatok figyelembevétele alapján átgondolható az alapellátáson belüli munka-ill. feladatmegosztás éppen az igényes szakmaiság promóciója érdekében

A foglalkozás-egészségügy nem csupán a munkaköri alkalmasság elbírálását jelenti, hiszen sok esetben a populáció egy részének a kizárólagos orvos-beteg találkozási pontja. Jól működő, hatékony rendszer képes megalapozni a valódi primer prevenció érvényesülését, miközben mind a foglalkoztatottak, mind a munkáltatók érdekeire figyelemmel van. Speciális képzettséggel, alkalmas technikai készségek birtokában az egészség megőrzés szakértőjeként

foglalhatja el a helyét a munka világában. Ebből egyenesen következik az az igény is, hogy a továbbiakban nem szűkíthető le kompetenciája a szervezett munkavállalókat érintő területre, hanem az a munka világának teljes egészére ki kell terjedjen.

A jelenleg élő foglalkozás-egészségi osztályok elavultak, sem a foglalkozás-egészségügyi feladatok rendszerezéséhez, sem a munkáltatók tényleges kockázatértékelésére nem alkalmasak.

A szakmai, műszaki és jogi elvárásokat is figyelembe venni képes szakfeladat ellátásához szükséges szolgáltató rendszer kiépítése csak a rendező elvek alapján jöhet szóba. A rendszert alkotó szolgáltatókkal szemben támasztott igények jelenthetik az alapját a szolgáltatások fejlesztésének.

Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás rendszerszerűen ezidáig nem az egészségügyi alapellátás része, azonban az alapellátásban való intenzívebb jelenlét, és annak formái további átgondolást igényelnek.

Jelenleg viszonylag szűk körű ellátási spektrummal működik, amit kompetencia revízió plusz forrásbevonás esetén bővíteni lehet. A szakápolási szolgáltatók vállalkozási formában működnek, területi ellátási kötelezettséggel, saját elhatározásuk alapján. Az önkormányzatok nem jelennek meg ezen a szakterületen a közszolgáltatás felelőseiként.

Az OEP finanszírozás éves szinten 4,5 milliárd forintos előirányzata viszonylag szűk mennyiségű és spektrumú ellátást tesz lehetővé, a hozzáférési lehetőség is korlátozott és a rendelkezésre álló kapacitások kihasználtsága sem minden esetben optimális.

A speciális tudású szakemberek (pl. gyógytornászok) sok esetben inkább az intézményi munkakört választják.

Menedékkérő, menekült és oltalmazott jogállású személyek egészségügyi ellátása

Az egészségügyi alapellátást a menedékkérő, menekült és oltalmazott jogállású személyek számára is teljes körűen hozzáférhetővé kell tenni azon intervallumban, amely alatt azt a menedékkjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény lehetővé teszi.

Jelenleg egyes, egyébként az alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó jogosultságot különböző szintű jogszabályi rendelkezések rendezik (házi orvosi ellátás, fogorvosi és védőnői ellátás), amelynek eredményeképpen a szolgáltatások biztosítása területileg nem egységes, illetve folyamatos értelmezési problémákat generál. Mivel a helyzet rendezése nemcsak az érintett személyi kör, de egyben a lakosság védelmét is szolgálja, az alapellátáshoz való egyértelmű hozzáférést, jogosultságot a fenti személyi kör számára a lehető leghamarabb meg kell teremteni.

SWOT ELEMZÉS

Az alapellátási rendszer előzőekben vázolt helyzetelemzése alapján a rendszer egészére vonatkozóan az alábbi értékelés adható.

ERŐSSÉGEK	GYENGESÉGEK
<ul style="list-style-type: none"> • lakosság-közel ellátás • hagyományok • kiemelkedő elkötelezettség a rendszer szereplői részéről • országosan kiépült, bejáratott rendszer • A területi ellátási kötelezettség mindenki számára biztosítja az ellátáshoz jutás jogosultságát • Az egészségügyi alapellátás korlátozások nélkül igénybe vehető • Az önkormányzatok által létesített körzetek finanszírozása garantált • Az egyetemes önkormányzati felelősség biztosítja az alapellátás szektorainak integrálását • A lakossági igények szerint az önkormányzatok döntenek a körzetek létesítéséről, módosításáról. • A sürgősségi ellátás terén a finanszírozás a szakmailag magasabb szintű ellátás szervezését ösztönzi • A kapitáción alapuló praxis-financezírozás a gerjesztett teljesítményt korlátozza • A praxisok szakmai és technikai minimuma előírt, elvileg az esélyegyenlőség az egyes praxisokban való ellátás szintjén megvalósulhat • A háziiorvosi körbe való bejutásnak kihirdetett szakmai feltételei vannak • A háziiorvosi rendelőnek meghatározott tárgyi feltételeknek kell megfelelniük. • A vállalkozások elterjedése 95 %-os 	<ul style="list-style-type: none"> • Alulfinanszírozott, kiürülő rendszer • Vonzó életpálya hiánya • Széttagoltság, alapellátás szereplők integrált működési kereteinek hiányosságai • Kapuőri szerephez szükséges kiegészítő szakmák hiánya, hiányzó financezírozási ösztönzők • Integritás hiánya a szakellátással, közös betegút menedzsment ösztönzők hiánya • Inhomogén szakmai minőség, a rendszer szintjén beépítendő minőségi garanciák hiánya • Országos népegészségügyi és alapellátás módszertani intézet, illetve a felügyeleti rendszer (szervezeti háttér) hiánya • ellátásokhoz való hozzáférés egyenlőtlensége • Az önkormányzat elvi felelőssége nem minden esetben realizálható • A szeparált körzeti rendszer nehezíti a helyettesítések rendjét, a szakmai továbbképzések elérését, a betegellátás megfelelő szinten tartásának folyamatos biztosítását • Az elvileg teljes körű területi lefedettség a betöltetlen körzetek miatt károsodik és korrigálhatatlan mértékű ellátási feszültségeket okozhat • A területi és normatív elemek együttes jelenléte mellett a szakmai felelősség keveredik, miközben maga az ellátó személye azonos lehet (ld. háziorvos és iskolaorvos, ill. területi védőnő és iskolai védőnő) • A teljesítmény elemek és a minőségi mutatók érdemben nem jutnak szerephez az alapellátásban • Hiányzik a definitív ellátás ösztönzése, egyes jogszabályok kifejezetten korlátozzák azt. • Elégtelen lehetőségek (pl. pályázatok) a forrásoldal bővítésére, a minőségi elemek támogatására • Hiányzik a duális financezírozás önkormányzati oldalának számonkérhető megjelenítése

	<ul style="list-style-type: none"> • A lakosság egészségügyi ismeretei hiányosak • A lakosság nem érdekelt a takarékos ellátásban • Szociális igények és egészségügyi ellátások keverednek
<p style="text-align: center;">LEHETŐSÉGEK</p> <ul style="list-style-type: none"> • EFOP • Kormány által elfogadott Egészséges Magyarország stratégia • kormányzati elkötelezettség • finanszírozási többlet lehetősége • népegészségügyi fókuszú megerősítés • futó programok tapasztalatainak felhasználhatósága • letelepedési támogatás • életpálya • horizontális és vertikális integráció (szakellátási lehetőségek bővítése) • minőségi javulás • kevesebb kórházi beavatkozás • lakóhely-közelbeli szolgáltatások bővülése • EFI-k • A nem realizálható önkormányzati felelősség delegálása más szintre • Az önkormányzatok anyagi helytállása helyébe az amortizáció megjelenítése a finanszírozásban • Szakmai ösztönző rendszerek alkalmazása • Minőségi elemek megjelenésének támogatása • Az erőforrásokkal való hatékonyabb gazdálkodás elősegítése önkormányzati együttműködéssel • Az alapellátás szabad szakmai kapacitásainak felmérése és előnybe helyezése • A munkamegosztás (orvos, ápoló, adminisztrátor ill. védőnő, szakápolói szolgálat, hospice, OMSZ stb.) racionalizálása • Az egészségügyi és a szociális alapellátás együttműködésének racionalizálása 	<p style="text-align: center;">VESZÉLYEK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alulfinanszírozott, kiürülő rendszer • Az ellátás szakellátás felé történő terelésének kényszere • Várható természetes fogyás a házi orvosoknál 10 éven belül mintegy 4000 fő • betöltetlen praxisok • szükséges források biztosíthatósága • Az önkormányzati felelősség kiváltása megfelelő garanciák nélkül destabilizálhatja a rendszert • A teljesítményt ösztönző elemek indukált teljesítményt hoznak • A hozzáférhetőség javulása indukálja a fokozott igénybevételt • Az elvárt magasabb szint azonos kasszából való finanszírozása felborítja az egyensúlyt és veszélyezteti az átlag alatt maradó praxisokat. • A jelenlegi rendszer a közben belépett új szabályok (pl. uniós munkaidő és a velejáró bérek) miatt destabilizálódik, szaporodik az üres körzetek száma

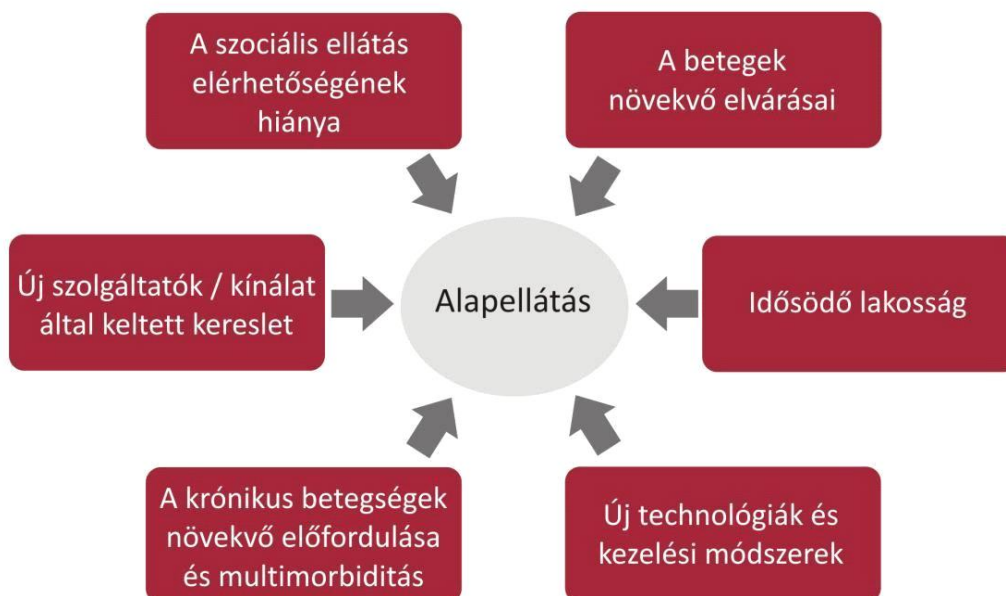
VÍZIÓ ÉS JÖVŐKÉP

Az erős, népegészségügyi fókuszú elsődleges, azaz alapellátás-orientált egészség-szolgáltatás megerősíti az egyént saját egészsége iránti felelősségvállalásában, de egyúttal be is vonja az egyént a gyógyítás döntéshozatali folyamatába.

Az egészségük iránt felelősséget vállaló egyének és közösségek teljes bizalommal támaszkodnak az elsődleges egészség-szolgáltatást biztosító, egészségfejlesztő és gyógyító intézményhálózat tevékenységeire, minden rászoruló számára támaszt nyújtva megújuló szemléletben.

Az elsődleges egészség-szolgáltatók a közösségek szükségleteihez igazodnak, fenntartható módon megteremtve az egyenlő hozzáférést és biztosítva az egészségbeli egyenlőséget.

Az alapellátás jelenlegi keretei között – néhány éven belül – már nem lenne képes kielégíteni az egyre növekvő szükségleteket és igényeket. Az ellátás minőségére és hatékonyságára kedvezőtlen hatással bír az, hogy nem megfelelő a pénzügyi források allokációja, a szervezeti keretrendszer és az információáramlás sem. Az alapellátók számára - a jelen struktúra szerint - túlterheltséget okozna a költséges fekvőbeteg ellátás tehermentesítését célzó, alapellátás felé történő elmozdulás is. Ez indokolja az alapellátás minőségi megerősítését.



A megfogalmazottak szerinti jövőkép elérése két ütemben valósítható meg.

Az I. ütemben az Egészséges Magyarország 2014-2020 stratégia 3.2.1.2. *Az alapellátás megerősítése az alap- és a szak- (azon belül a járóbeteg) ellátás feladatköreinek pontos kialakításával, az ehhez illeszkedő működési feltételek megteremtésével, a betegút menedzsment optimalizálása mentén*” pontja alatt specifikált, az alapellátás megerősítését támogató alábbi célok megvalósítása szükséges és lehetséges.

- Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás funkcionális integrációjának kialakítása a definitív ellátás népegészségügyi szemléletű biztosítása mentén.
- Közösségi szinten a szükségletek szerinti háziorvosi és házi gyermekorvosi, fogorvosi ellátási kompetenciák és kapacitások kialakítása a területi egyenlőtlenségek figyelembe vételével.
- Finanszírozási rendszer átalakítása a kapuőr érdekeltségi rendszer és a minőségi elvárások megerősítése érdekében a hátrányos helyzetű területek specialitásainak figyelembevételével.
- Szakmai támogatási rendszer területi szintű működése, kapacitások és források allokációjának biztosítása, minőség menedzsment.
- Háziorvosi és házi gyermekorvosi, fogorvosi ellátás humán erőforrás ellátottságának javítása.
- Technológiai fejlesztés, telehealth és telecare szemlélet megteremtése, a módszertan gyakorlati kivitelezése.
- Támogató, az orvosi elfoglaltságot csökkentő, a hatékonyságot növelő és az egészség fejlesztést, közösségi ellátást biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, erőforrások biztosítása.
- Vonzó életpálya, a háziorvosi és házi gyermekorvosi szakterület választásának ösztönzése a szakorvosjelöltek és más területen dolgozó szakorvosok körében, az adminisztratív és anyagi korlátok oldás.
- A rendszertervezés országos módszertani háttérének biztosítása a meglévő háttérintézményi keretek között
- Az alapellátás és az egyes szakterületek összehangolt, közös, rendszerszintű programja, az érintett szakmai háttér intézmények, és területi szerveik bevonásával, az államigazgatás és önkormányzatok összefogásával.

A II. ütemben az alapellátás minőségi továbbfejlesztésének új dimenziója - **Lakóhely-közel** **Egészség-szolgáltatás (LESZ)** – struktúrájának kialakításához az alábbi további célok megvalósítása, illetve továbbfejlesztése szükséges:

- A közösségi egészség-szolgáltatás szintjén nyújtott szolgáltatások bővítése
- Az alapellátás minőségének fejlesztése
- Az alapellátás finanszírozásának továbbfejlesztése
- Az ellátás koordinációjának fejlesztése
- Az alapellátás menedzsmentjének megerősítése

AZ I. ÜTEM CÉL-ÉS ESZKÖZRENDSZERE

A Kormány által elfogadott „Egészséges Magyarország 2014-2020” stratégia az alapellátás kompetenciáinak megerősítését az alábbi célok és eszközök mentén látja megvalósíthatónak.

Általánosan megfogalmazható célok, elvárások az alapellátás egészére vonatkozóan

- A szolgáltatásoknak lakosság-közelben - de nem feltétlenül az adott településen - minden érintett számára ismert, térben és időben biztonságosan kell rendelkezésre állniuk, mert a betegek irányítása csak így szervezhető. A határterületi érintettségek miatt azonos helyen nemcsak az egészségügyi, hanem más – pl. szociális – alapellátások hozzáférése is indokolt, sőt más, kapcsolódó területek – pl. gyógyszerár, gyógyászati segédeszköz bolt stb. – jelenléte is kívánatos, javítani szükséges a szociális és egészségügyi alapellátás kapcsolatát. A helyi szociális ellátással történő kooperáció erősítésében a családorvosoknak vezető szerepet kell biztosítani.
- A centralizált, ám a betegek által jól és biztonságosan megközelíthető, igénybe vehető rendelőben az érintett lakosság teljes körének azonos szakmai színvonalon, azonos technikai feltételekkel működő szolgáltatáshoz kell jutnia. El kell jutni oda, hogy a szolgáltatás minősége ne attól függjön, hogy a beteg lakhelye szegényebb vagy gazdagabb település, több települést lát-e el a körzet egy orvosa, vagy egy település több orvosa képes az ellátást nyújtani.
- A népegészségügyi szolgáltatásoknak az alapellátás szerves részévé kell válniuk, az egészségtudatos magatartás kialakítása és a betegségek, valamint a betegségkockázatot jelentő magatartásformák és kockázati tényezők korai felismerése érdekében. Elengedhetetlen az alapellátásban résztvevő szakemberek prevenciós, egészségfejlesztő/nevelő szerepének erősítése, a háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi ellátás prevenciós szemléletű átalakítása, komplex érdekeltségi rendszer megteremtése és más szakmacsoportok (népegészségügy, mentálhigiéne, gyógytornász stb.) képviselőinek bevonása, valamint ehhez kapcsolódóan a védőnői preventív tevékenység bővítése.
- A népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek fejlesztésével és az önkormányzatok bevonásával érhető el. Szükség van a folyamatos, konzisztens, a célcsoportokhoz igazított, a programokat támogató egészség-kommunikációra, a teljes körű iskolai egészségfejlesztésre a köznevelésben.
- A méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a szociális, köznevelési, felzárkózási, civil és egyházi, valamint a foglalkoztatási és egészségügyi ellátások összehangolt fejlesztése és alkalmazása szükséges a hátrányos helyzetű térségekben, különös tekintettel a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.
- Az alapellátás minőségi megújításához elengedhetetlen a szereplők együttműködése, új funkciók megjelenítése, célzottan képzett szakemberek bevonása, a rendelkezésre álló források rugalmasabb és hatékonyabb felhasználása.
- A kisméretű, egymástól független praxisok fenntarthatóságának gondolatát meghaladva, új struktúra irányába szükséges elmozdulni, ahol a praxisok egymással és más szolgáltatókkal együttműködve elégítik ki az ellátási igényeket. A TEK szeparált körzetei helyébe - vagy mellé - egymást átfedő felelősségi körökre alapozottan kell a

szolgáltatásokat biztosítani (több egészségügyi szolgáltató egyetemleges felelőssége egy, a jelenleginél nagyobb, de továbbra is meghatározott földrajzi területen).

- A csoportos együttműködés nemcsak a betegek közvetlen ellátását támogathatja, de segítheti az egészségügyi személyzet képzését, továbbképzését, szakmai felügyelethez kötött tevékenységének kivitelezését, az aktuális igényekhez jobban igazodni képes munkamegosztás révén segíti a kapacitásokkal való racionális gazdálkodást, továbbá a laikus oktatásnak is kedvező színhelye lehet. Az alapellátás fejlesztése során törekedni kell a vertikális integrációból adódó előnyök kiaknázására, lehetővé kell tenni és segíteni kell azt ezt célzó szerveződési formák elterjedését.
- Az alapellátás megújításának a részeként bővíteni szükséges a lakosság-közelbeli szolgáltatások körét. Figyelemmel kell lenni arra, hogy a lakosság közelében megjelenjen olyan ellátási formák, amelyek elérhetősége nem csak elvárható, de fontos is (pl. foglalkozás-egészségügy).
- Az alapellátás minőségi megújításához az alapellátásba szükséges a célzottan képzett szakemberek bevonása. Elengedhetetlen a szereplők együttműködése, új funkciók megjelenítése, célzottan képzett szakemberek bevonása, a rendelkezésre álló források rugalmasabb és hatékonyabb felhasználása.
- Fejleszteni szükséges az egészségügyi ellátórendszer prevenciós kapacitásait – az EFI-k országos lefedettségű hálózatának létrehozásával és tevékenységük továbbfejlesztésével - az Egészséges Magyarország 2014-2020 stratégia népegészségügyi prioritásainak teljesítése érdekében (keringési betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása; daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése; Léleki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése; a környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése).
- Korszerűsíteni kell a szűrővizsgálati rendszert, fokozatosan ki kell terjeszteni országosan a szervezett lakossági szűréseket a vastagbél-szűrésre és a szájüregi szűrésre, valamint gyermekeket és családokat érintően be kell vezetni a melanoma kockázatsökkentő programot, illetve kiszűrni a káros alkoholfogyasztási szokásokat.
- Az orvos és a beteg közötti aktív együttműködés támogatásával elő kell segíteni a beteg egészségtudatos magatartásának kialakítását, a fokozott egyéni felelősségvállalást. Az alapellátás működési elveinek a jelenlegi a betegség-központú működés helyett sokkal inkább egészség- központúvá kell válniuk, elősegítve a közösségi egészség-szervezés – közösségi egészségtervek rendszerének kialakítását.
- Biztosítani kell a korszerű, egészségfejlesztéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatos készségek, szakmai tudás megszerzését az alapellátásban dolgozó szakemberek számára, képzés, továbbképzés formájában.
- Meg kell teremteni, illetve tovább kell fejleszteni az alapellátásban dolgozó szakemberek pozitív ösztönzőkkel való motiválásának komplex rendszerét.
- Fiatal orvosokat kell bevonni a rendszerbe, mivel a háziorvosi kar nagyon elöregedett. Lehetővé kell tenni, hogy az egyetem elvégzését követően már a rezidensképzés alatt dolgozhassanak mentor mellett a frissen végzettek háziorvosként. A graduális képzésben nagyobb teret kell adni az integratív, holisztikus szemléletű általános orvosi

felkészítésnek, praxis gyakorlattal orientálni a háziiorvosi szakorvosi pályára a hallgatókat.

- A központi gyakornoki rendszerben lényegesen emelni kell a háziorvos rezidens keretszámokat előrelátó tervezés keretei között, oktató háziorvosi praxisok hálózatát kell létrehozni, a háziorvos mentorokat pedig valós tiszteletdíjban kell részesíteni.
- Egységes informatikai fejlesztéssel kell segíteni az alapellátás szereplőinek munkáját és együttműködését, lehetővé téve a szakmai protokollok megvalósítását, a monitorozást, az egyéni egészségtervek kidolgozását és megvalósítását, továbbá az alapellátásban dolgozó szakemberek közötti, valamint az ellátórendszer további szereplőivel való hatékonyabb kooperáció és kommunikáció megvalósulását.
- Az alapellátás jelenlegi struktúrája rigid, ugyanakkor stabil az ellátásban dolgozók és az abban résztvevők érzékenyen reagálnak a változásra. Ezért a módosítások az érintettek anyagi és szakmai motiválásán szükséges alapuljanak. Főbb szempontok:
 - az átalakítás nem okozhat anyagi kárt az alapellátásban dolgozók számára
 - a többletforrások az alapellátás funkcióbővítéséhez kerüljenek hozzárendelésre
 - a fejlesztésben való részvétel önkéntes

Az alapellátás népegészségügyi fókuszú megerősítése

Az Egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és azzal összefüggő feladatokról szóló 1711/2014. (XII.5.) Korm. határozat következő pontjai érintik közvetlenül a népegészségügy, a szűrések kérdését:

- szükséges a szűrővizsgálatok eredményesebbé tétele, különösen az alapellátó rendszer ez irányú tevékenységének megerősítésével

Ezen túlmenően az alapvetések között rögzített kiemelt kormányzati cél, hogy az alapellátás feladatai között a prevenció tevékenységnek nagyobb szerepet kell kapnia.

A háziiorvosi ellátás népegészségügyi szemléletű megújításának célja, hogy a háziorvosok és szakdolgozók hatékonyan hozzájáruljanak az Egészséges Magyarország 2014-2020 stratégia céljainak megvalósításához: az egészségfejlesztésben, a szív és érrendszeri betegségek, diabetes, daganatos betegségek, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek prevenciójában, szűrésében és gondozásában, a lelki egészség fejlesztésében, illetve a mentális zavarban szenvedők gondozásában és az allergia visszaszorításában a tényeken alapuló orvoslás alapján kidolgozott, felhasználó-barát informatikai rendszerrel támogatott protokollok alapján, megfelelő finanszírozási háttérrel, de egyúttal a teljesítményt monitorozva és számon kérve tevékenykedjenek. Munkájukat az alapellátás többi szereplőjével, az Egészségfejlesztési Irodákkal, a Kormányhivatalokkal és a szakellátással szoros együttműködésben végezzék annak érdekében, hogy a kliens- és betegutak egészét lefedő, rendszerszintű fejlesztés valósuljon meg.

A praxisközösség ellátóként a résztvevők közötti racionális munkamegosztással segítheti az esélyegyenlőség elvének érvényesülését, népegészségügyi szolgáltatásokat (pl. egészségi állapot felmérés, tanácsadás, szűrési programokra mozgósítás, stb.) és a lakosság-közelében definitív ellátás formájában – speciális licence megszerzését követően – többlétszolgáltatásokat nyújthat a betegellátás és gondozás területén, ezzel csökkentve a páciensekre és a szakellátó intézményekre háruló terheket.

A praxisközösségben működő alapellátás biztosítani képes az általánosan hozzáférhető, egyén-központú, átfogó egészségügyi és közösségi szolgáltatások összességét, amely az egyéni egészség szükségletek többségét képes kielégíteni, és részt képezheti a közösségi egészség-szervezésnek.

A házi-orvosi kapu-ori tevékenységének megerősítése

Az alapellátás megújításának a részeként bővíteni szükséges a lakosság-közelében szolgáltatások körét. Az egészségtudatos magatartás kialakítása és a betegségek, valamint a betegségkockázatot jelentő magatartásformák és kockázati tényezők korai felismerése érdekében fontos, hogy az alapellátás szerves részévé tegyük a népegészségügyi szolgáltatásokat. A dolgozói kompetenciák rendezésével, valamint új típusú szolgáltatásokat nyújtó szakemberek integrálásával szélesíthető a helyben elérhető definitív szolgáltatások és ellátások köre.

A megerősített házi-orvosi kapu-ori funkció, a szélesebb körű alapellátási kompetenciák, a preventív fókuszú ellátás és a kooperáció egyéb egészségügyi és szociális ágazati szereplőkkel elősegíthetik a magasabb szintű egészségügyi ellátások tehermentesítését, és a költségek csökkentését.

Megfontolandó olyan **gondozási-tanácsadási** idő bevezetése, amelynek teljesítése alapján maximált összegben Ft/hó díjazás járhatna. Ennek a tevékenységnek a vezető megbetegedési és halálozási okokat kell megcéloznia, pl.:

- hypertonia-, metabolikus zavarok rendelés (elhízás, hyperlipidaemia, köszvény, stb.), diabetes gondozás és ezek szövődményeinek, pl.: veseelégtelenség és kísérő-betegségek megelőzése, szűrése, szükség szerinti gondozása,
- alkoholbetegek gondozása
- nikotinfüggők leszoktatása
- COPD-ben (zömmel a dohányzás következtében kialakuló krónikus légzési elégtelenség) szenvedő betegek gondozása, légző torna biztosítása
- mozgásszervi rendelés, szervezett mozgásterápia, gyógytorna (utóbbi biztosítását országos szinten létrehozott alapellátó gyógytornász szolgálat rendszeren keresztül javasolt megvalósítani az önkormányzatok által biztosított helyiségben, házi-orvosi beutalóval)
- lelki egészséggel kapcsolatos kockázati tényezők, mentális zavarok kiszűrése, a mentális zavarban szenvedők gondozásában részvétel

Megfontolandó továbbá a **szűrési tevékenység díjazása** (különös tekintettel az onkológiai szűrésre). Ennek keretében a házi orvos rendelési időben, vagy a gondozási időben előre szervezett szűrési, illetve szűrésre irányító tevékenysége (amennyiben megtörténik) kerülne díjazásra úgy, hogy havonta meghatározott összeget kapna az **onkológiai betegségek szűréséért és korai felismeréséért**. A díjazás megállapításának alapja pl. az lehetne, hogy az érintett populáció hány százaléka vett részt mammográfiás, méhnyak, vastagbél, tüdő- és egyéb szűrővizsgálatokon.

A valóban ütőképes házi orvosi praxis team házi orvosból, körzeti közösségi ápolóból, prevenciós nővérből, egészségügyi alap szakképesítéssel rendelkező orvos adminisztrátorból kell, hogy álljon, szorosan együtt működve a védőnővel és a házi szakápolókkal valamint a házi szociális gondozókkal.

A létszámában megnövekedett team lehetőséget ad a több csatornás betegellátásra, amikor egy időben (rendelési idő) párhuzamosan és önállóan szűrési, gondozási és gyógyítási tevékenység folyik.

Ez az ellátási forma egy többhelyiséges orvosi rendelőt kíván, ahol egymástól külön helyiségekben folyik a munka. Ma már előírás, hogy a beteg orvosával négy szemközt is találkozhasson. Egy előremutató fejlesztés ezt is és az ideális rendelői körülmények megteremtését is kell, hogy szolgálja.

A védőnői rendszer fejlesztése

A védőnői hálózat minden szempontból a magyar egészségügy egyik komoly vívmánya. A védőnők munkájának szélesebb tétele és az ellátásba komplexebb módon történő bevonása által tovább fejleszthető a már elindult népegészségügyi, prevenciós és szűrési beavatkozások köre, megvalósításuk módja.

Fontos cél a védőnői rendszer - mint „hungarikum” - értékeinek megőrzésével történő fejlesztése, korszerűbb működés elérése, a megelőző ellátásban való hatékonyabb szerepvállalása érdekében. Az alapellátásban a házi gyermekorvosok, az iskolaorvosok, a védőnők, a pszichológusok és egyéb gyermekegészségügyi szakemberek korábbi évtizedek hagyományaira épülő hatékony együttműködését, valamint a szociális és egészségügyi alapellátás kapcsolatát is javítani szükséges. A védőnői szolgálat – gyermekek ellátásával foglalkozó valamennyi egészségügyi szolgáltatóval együtt – a gyermekvédelmi jelzőrendszer részeként is jelentős feladatot lát el, ezért szükséges megerősíteni a védőnő szerepét a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztettségének megelőzése és megszüntetése érdekében. Különösen fontos az alapellátás egészébe szervesen integrált védőnői hálózat megerősítése. Jelenlétük biztosítása kiemelt fontosságú a hátrányos helyzetű térségekben és a hátrányos helyzetű családok gondozásában.

A fejlesztések céljai:

- A védőnői szolgálat helyének és feladatainak újradefiniálása az átalakuló egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában, és az ahhoz történő rugalmas illesztése;

- A védőnői szolgálat egységes szakmai és funkcionális irányítási rendszerének kialakítása;
- A védőnői hivatás hatékonyságának javítása minőségügyi rendszerének kialakításával;
- A védőnői szolgálat tevékenységeinek más népegészségügyi célcsoportokra való kiterjesztése a módszertani eszköztárának folyamatos megújításával, a védőnők képzettségének és képességeinek fejlesztésével, a megszerzett kompetenciák jobb kihasználásával, valamint a védőnői szakterületek közötti átjárhatóság biztosításával;
- A védőnői ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása, az ellátás szervezési egyenlőtlenségek csökkentése a szolgálat rendszerének átalakításával;
- Fontos cél, hogy a betöltetlen védőnői körzetek ellátása a humánerőforrás gazdálkodás lehetőségével ösztönzést és megoldást adjon az utánpótlás biztosításához, a pályán tartáshoz és a pályaelhagyók visszatéréséhez;
- A védőnői ellátás finanszírozásának, a védőnők javadalmazásának átalakítása a minőség- és teljesítménynövelés, illetve a pályorientáció és pályán maradás ösztönzése céljából;
- **A védőnők gyermekvédelmi jelzőrendszerben betöltött szerepének megerősítésével kapcsolatosan szükséges a gyermek élethez való jogának és egészséges fejlődésének biztosítása érdekében a szülő számára együttműködési kötelezettség előírása.**

A védőnői ellátás finanszírozási rendszerének változtatása szükséges, amely figyelembe veszi az ellátott körzet sajátosságait. Egyértelműen rögzíteni szükséges, hogy az ellátás biztosításához a tartós és egyéb fogyó eszközök biztosítása kinek a feladata. (Különösen fontos ez abban az esetben, ha több szakember – eltérő működtetésben – együttműködve lát el feladatot pl. iskola-egészségügyi ellátás vállalkozó orvos, védőnőt alkalmazó szolgáltató, KLIK)

A fenntartási költségekhez külön állami forrás biztosítása (pályázati formában a konkrét működési költségek lehívására) szükséges. Azon települések számára, akik önhibájukon kívül nem rendelkeznek kellő forrással elengedhetetlen a forrás biztosítása.

A védőnőkre is el kell készülnie - jogszabályba foglalva - a felsőfokú végzettségnek megfelelő bértáblának.

A védőnői ellátásról szóló rendeleteket felül kell vizsgálni és rögzíteni kell a minimum feladatok körét, valamint a védőnői területre is el kell készíteni a finanszírozási indikátorrendszert, ki kell dolgozni az eltérő munkateher, többlet feladatok, valamint a minőségi munkavégzés díjazását.

Fel kell mérni a védőnői feladatkörbe beépülő új kompetenciák eszközigényét és az ennek finanszírozáshoz szükséges forrásokat biztosítani szükséges.

Át kell gondolni ez ellátható létszámot a prioritások és az új kompetenciák figyelembevételével, ez esetleges szakosodás lehetőségének figyelembevételével, valamint felül kell vizsgálni a védőnői ellátás minimumfeltétel listáját (terület, iskola).

A vezető védőnőket (szakmai vezető védőnők) vissza kell integrálni az OTH-ba. Fontos, hogy a vezető védőnő kapjon jogosítványt, a feltárt hiányosságok szankcionálására, egyetértési

jogot a védőnői szolgálatot érintő döntések meghozatalában. A szakfelügyelet a szolgáltatók feletti szakfelügyeletet gyakoroljon.

Biztosítani kell, hogy a szolgáltatóknak, a védőnőket érintő döntéseikhez, (a védőnő szakmai munkája, továbbképzésen való részvétel, a rugalmas munkaidőkeret meghatározása, a védőnői körzetek kialakítása, a körzetekben az ellátható létszám meghatározása - TAJ-szám alapján -, helyettesítés - ellátási érdek, kirendelés, feladatátvállalási szerződés, stb.) kötelezően ki kelljen kérnie a szakfelügyelet véleményét, ill. csak egyetértésükkel hozhassák meg döntéseiket. Ezzel a helyi sajátosságok is jobban figyelembe vehetők lennének.

Támogatni kell a vállalkozói feladatellátást, mivel a jelenlegi pontfinanszírozás alapján ezt csak azok a védőnők tudják megvalósítani, akik a maximális ellátotti számot kapják a körzetükkel együtt. Kis létszámú, nagy földrajzi területű körzetek esetében ez nem megoldható.

Lehetővé kell tenni, hogy az Egészségügyi Szakmai Kollégium keretében alakuljon meg az önálló Védőnői Ellátás Tagozat/Tanács.

Növelni kell a védőnői ellátás hatékonyságát – a gyermek érdekében – a szülő számára együttműködési kötelezettség előírása által. A törvényen alapuló együttműködési kötelezettség bevezetése esetén megszűnne a szülők (gyermeket gondozó személyek) lehetősége a védőnői ellátás visszautasítására. Ez a változás a gyermek élethez és egészséges fejlődéshez való jogát szolgálná.

A magyar lakosság egészségi állapota szükségessé teszi, hogy a védőnő hálózat az eddigieknél nagyobb mértékben kapcsolódjon be a primer és szekunder prevencióba, nem csak a gyermekkorban, hanem a felnőttek vonatkozásában is. Ez hosszútávon részét képezheti a védőnői hálózat stratégiai fejlesztésének, és egyúttal az eddigieknél magasabb szintű minőségi gondozás megvalósulásának.

Az elsődleges megelőzésben (a primer prevencióban) a védőnők feladatai az egészségi állapot javítására, a rizikótényezők elkerülésére, csökkentésére irányulnak, különös tekintettel az egészséges táplálkozásra, a mindennapos testmozgásra, az egészséges és biztonságos környezet kialakítására, az egészségkárosító magatartás elkerülésére, a családtervezési módszerek alkalmazására.

A másodlagos megelőzésben (szekunder prevencióban) a védőnőknek fontos szerepük van a rizikótényezők, az elváltozások, a megbetegedések korai felismerésében (anamnézis, megfigyelés, észleléssel, nyomon követés, vizsgálatok és szűrővizsgálatok végzésével) és jelzésében.

A harmadlagos megelőzésben (a terciér prevencióban) a védőnő alapfeladata az illetékességi körébe tartozó, tartós megbetegedésben, fogyatékkal, hátrányos helyzetben élő személyek (családok) fokozott gondozása, egészségi állapotuk és környezetük nyomon követése, segítségnyújtás az elfogadható körülmények és életvitel kialakításában.

Az iskola-egészségügyi ellátás egészségfejlesztési és prevenció fókuszú fejlesztése

Az iskola-egészségügyi ellátással kapcsolatban felmerült anomáliák felszámolása érdekében mielőbb szükséges megoldani az alábbi feladatokat:

- A hatáskörök tisztázásával fel kell számolni a párhuzamosan történő iskolaorvosi és a házi gyermekorvosi/háziorvosi szűrővizsgálatokat
- A szülő választásának és kötelezettségének teljesülése, valamint a gyermekjogok érvényesülése érdekében életkori szűrővizsgálatok végzésében a házi gyermekorvos/háziorvos illetékességét meg kell erősíteni
- Szükséges megerősíteni a főállású iskolavédőnő szerepét
- Biztosítani kell a vizsgálatok során a szülői jelenlétet, illetve elő kell segíteni a szülői együttműködést
- Szükséges az iskola-pszichológusi rendszer és az iskolai szociális munkás rendszer megerősítése, illetve kiépítése
- Melanoma- kockázatcsökkentés megvalósítása javasolt a bölcsődékben, családi napközikben, köznevelési és felsőoktatási intézményekben
- Folyamatosan törekedni kell az egészség-műveltség fejlesztésére
 - Ennek eszköze a folyamatos, konzisztens, a célcsoportokhoz igazított, a programokat támogató egészség-kommunikáció, a teljes körű iskolai egészségfejlesztés a köznevelésben.
 - A méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a szociális, köznevelési, felzárkózási, civil és egyházi, valamint a foglalkoztatási és egészségügyi ellátások összehangolt fejlesztése és alkalmazása a hátrányos helyzetű térségekben különös tekintettel a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.

A népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek fejlesztésével és az önkormányzatok bevonásával érhető el. A méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a szociális, köznevelési, felzárkózási, civil és egyházi, valamint a foglalkoztatási és egészségügyi ellátások összehangolt fejlesztése és alkalmazása szükséges a hátrányos helyzetű térségekben, különös tekintettel a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.

A védőnők mellett a prevenció ápolói - amennyiben rendelkezésre állnak, diplomás ápolókkal betöltve - munkakör elterjesztésére javasolt a háziorvosi praxisközösségekben.

A prevenciós ápoló támogathatja és kiegészítheti a házi orvos prevenciós munkáját, a primer-szekunder-tercier prevencióban egyaránt.

A prevenciós ápoló fő feladatai az alábbiak lennének:

- Házi orvosi praxisokban történő szűréseken való részvétel elősegítése, mozgósítás, koordináció.
- Szervezett lakossági szűrések nagyobb hatékonyságú megvalósításának elősegítése, együttműködve a szűrési koordinátorral, védőnővel, foglalkozás egészségügyi szolgáltatóval, EFI-kkel.
- A krónikus betegek előírás szerinti gyógyszer-szedésének és életmód javításának elősegítése, utóbbi az EFI-kel szoros együttműködésben. (Közzeti-közösségi ápolói kompetencia).
- Közzégi egészség fejlesztésben a házi orvosi alapellátás részvételének koordinációja.

A fogászati alapellátás, a házi orvosi és foglalkozás-egészségügyi ellátás összekapcsolása a szájjüregi prevenció érdekében

Magyarországon a szájjüregi daganatok által okozott halálozás drámaian magas, és folyamatosan emelkedő. Sajnálatos, hogy éppen fokozott rizikójú személyek úgyszólván soha nem fordulnak meg orvosi – és így fogorvosi – rendelésen, annak ellenére, hogy a szájjüreg szűrővizsgálata módszertanilag egyszerű, nem időigényes, könnyen keresztülvihető eljárás.

Bár a szájjüregi daganatok szűrővizsgálata nem elégíti ki a bizonyítékon alapuló népegészségügy által a szervezett lakosságszűréssel szemben támasztott követelményeket, ezért szervezett szűrővizsgálatok nem kezdeményezhetők a probléma népegészségügyi súlyára tekintettel szükséges *a célzott, alkalomszerű (opportunistikus) szájjüregi szűrővizsgálatok meghonosítása és kiterjesztése érdekében* további lépések megtétele.

A fogorvosi alapellátás orvosa (48/1997.(XII. 17.) NM) rendelet értelmében köteles a nála jelentkező beteg stomato-onkológiai szűrővizsgálatát elvégezni, és azt az OEP-nek jelenteni. A 18 év feletti betegek átszűrtsége 10 % alatti, amely arányon javítani szükséges.

Érvényt kell szerezni az 51/1997. (XII.18.) NM rendeletnek, amely előírja, hogy a házi orvosoknak el kell végezni a „kompetenciájukba tartozó” szűrővizsgálatokat. A házi orvosok esetén – akik gyakrabban és rendszeresebben találkoznak betegeikkel – új szempontként felmerül a szakmailag megalapozott szájjüregi szűrővizsgálatok végzése is.

A foglalkozás-egészségügy keretében a 18-65 év közötti munkaképes korú, aktív munkavállalók kötelesek munkaidőben, rendszeresen (fizikai dolgozók évente, szellemi munkakörben dolgozók 2 évente) munkaköri alkalmassági vizsgálaton megjelenni. A kötelező vizsgálatok kitűnő alkalmat kínálnak az alkalmoszerű szájüregi szűrővizsgálatok elvégzésére is. Az orvosok fele egyben házi orvos is, bár jelentési kötelezettségük és beutalási jogosultságuk nincs.

Átfogó cél: a jelenleg kiemelkedően magas és emelkedő irányzatú szájüregi daganatos halálozás csökkentése.

Közvetlen cél és a célcsoportok: az átlagos kockázatú népesség rendszeres (évenkénti) szájüregi vizsgálata, kiemelten a szájüregi rákok rizikócsoportjába tartozó, elsősorban 40 év feletti dohányzó és rendszeresen alkoholt fogyasztó férfiak és nők fogászati szűrővizsgálata

A szűrővizsgálat szervezési formája: opportunisztikus, egyéni orvos-betegtalálkozáshoz kötött vizsgálat.

Az esélyegyenlőség biztosítása: Fokozott figyelmet kell fordítani a legnagyobb kockázatú lakosságcsoportba tartozók (például a dohányzó, rendszeres alkoholfogyasztó, elhanyagolt száj-higiénájú személyek, hajléktalanok, munkanélküliek, rendszertelen munkát végzők stb.) esélyegyenlőségére. Erre tekintettel ezeknek az orvossal ritkán találkozó személyeknek az elérhetősége érdekében célzott, vagy más szervezeti formában (pl. ételosztás, vagy tüdőszűrővizsgálatok alkalmait felhasználva) történő szűrővizsgálata indokolt, amelyeket célszerű a házi orvosi ellátásuk helyszínéhez integrálni, finanszírozásukhoz forrástöbbletet biztosítani, és azt fixen (heti 4-6 rendelési idő alapján), vagy teljesítményarányosan, esetleg a kettő kombinációjaként szétosztani.

A szűrővizsgálatokat végző szakember-csoportok: Indokolt, hogy a szájüregi szűrővizsgálatokat – a Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tagozatának állásfoglalása alapján – elsősorban a fogorvosok, de másodsorban a házi orvosi-, és a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosai is végezzék. Kíváncsú az OEP-szerződéssel nem rendelkező magán-fogorvosokat a szűrővizsgálatokba történő bevonása is, jóllehet a magán fogorvosok a fogorvosi ellátásról szóló törvény alapján a szűrővizsgálatot elvégezhetik, és erről a 48/1997. (XII. 17.) NM rendelet mellékletében szereplő lap szerint igazolást adhatnak.

A szájüregi szűrővizsgálatok feltételrendszere

Ahhoz, hogy a fenti alapellátási orvos-csoportok a megjelölt célcsoportok rendszeres szűrővizsgálatát elvégezzék, és jól dokumentálható tartalommal rögzítsék, jogszabály módosítás, a szűrővizsgálati módszer (protokoll) meghatározása, egységesítése, a jelenlegi dokumentálási és informatikai rendszer bővítése és egységesítése, a betegirányítás meghatározása, képzési és továbbképzési lehetőségek megszervezése, valamint hathatós lakossági kommunikáció szükséges. A lakosság szájüregi egészségének javítása részét képezi az általános egészségügyi kultúra fejlesztésének.

Szűrővizsgálati protokoll (módszer) meghatározása

A javasolt vizsgálati módszer a *WHO* és az *NIDR* (National Institute of Dental Research, USA) standard módszertani ajánlásán alapul, amelyet hazai viszonylatban több éve rutinszerűen alkalmazni ajánlott.

Dokumentálás, informatikai rendszer

1. Az elvégzett szűrővizsgálat dokumentálására javasolható lenne a fogorvosok és a nem fogorvos alapellátók által egységesen használt egyszerűsített vizsgálati lap, amely a szájüregben talált elváltozásokat, illetve azok hiányát rögzíti, továbbá feltünteti a beteg esetleges továbbirányítását is.
2. Az adatok betegnyilvántartó programokba direkt módon is bevihetők.

A szükségesnek tartott képzési formák

Az alapellátás mindhárom orvos-csoportja számára ráképzés, és rendszeres továbbképzés szükséges. A továbbiakban megfontolandó, hogy a képzési ciklusban a fogorvosokon kívüli alapellátók is kötelező szinten tartó képzés formájában részesüljenek stomato-onkológiai oktatásban.

Szakmai és lakossági kommunikáció

A közmédiában kiemelt helyen és időpontban szükséges foglalkozni a szájhygiéniai kérdésekkel, és a szűrővizsgálatokon való részvétel fontosságára fel kell hívni a lakosság figyelmét.

További szakterületek integrálása az alapellátásba

Ahhoz, hogy a népegészségügy területén érdemi változások, pozitív irányba tudjanak elmozdulni, fel kell használni a rendelkezésre álló szakemberek képességeit, motiváltságát, szakmai tudását, be kell őket illeszteni a meglévő rendszerbe és lehetőséget kell biztosítani ahhoz, hogy érdemben dolgozni tudjanak.

Az alapellátást szükséges megerősíteni egy országos **dietetikus**, valamint a jelenleginél elérhetőbb **gyógytorna** szolgáltatási szakmai hálózattal. A dietetikusok praxis közösségi szintű jelenlétükkel hozzájárulhatnak a túlsúlyos gyermekek és felnőttek egészségfejlesztéséhez, szakmai tevékenységük részévé válhatna – a háziorvosok közreműködésével - az óvodák és iskolák egészségfejlesztési programjának, és a Kormányhivatalokkal együttműködve a helyi közétkeztetés szakmai felügyeletének.

A **gyógytorna** szolgáltatások biztosítása az EFI-k rendszeres fizikai aktivitást segítő programjainak támogatása mellett az otthonápolás támogatásával kulcsfontosságú lehet a kórházi beutalások elkerülésében, a szövődmények megelőzésében (pl.: csípőtáji törött idős, operáción átesett betegek mobilizálása; speciális rehabilitációs/önellátást segítő gyakorlatok

betanítása stroke után, légzőtorna COPD-s betegeknek, háziorvos által szervezett aktív idősödés programokban szakmai részvétel, stb.).

A szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése a népegészségügyi célok érdekében

Az Eütv.-ben rögzítettek szerint a szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai - lehetőleg panaszmentes - szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével.

A szűrővizsgálatok a lakosság széles körében életkorhoz kötötten, illetve fertőző megbetegedésekkel kapcsolatosan, valamint egyes idült, nem fertőző betegségekre vonatkozóan végezhetők.

Az egyes életkorokban térítésmentesen igénybe vehető, az életkori sajátosságokhoz igazodó, betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokat, az igénybevételükkel kapcsolatos eljárás rendjét, „a kötelezően és önkéntesen igénybe vehető szűrővizsgálatok körét a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról” szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet szabályozza.

A népegészségügyi szűrések hatásosságának, eredményességének javítása érdekében folyamatban van működésük felülvizsgálata, költségvetési források függvényében további kiterjesztése, a lehető legnagyobb átszűrtség és annak folyamatos fenntartása elérésére intézkedési terv összeállítása. E komplex és folyamatos feladat, végrehajtása több területet érintően, több lépcsőben zajlik.

2013. évben az Egészségügyért Felelős Államtitkárság érintett főosztályai, a Szakmai Kollégium illetékes tagozatai, a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (továbbiakban: MOTESZ) és az OTH bevonásával, megküldött javaslataik alapján megkezdődött szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése. Egyetértés van abban, hogy a szűrővizsgálati rendszer korszerűsítéséről bizonyítékokon alapuló elemzések és hatástanulmányok alapján szülessen döntés az adott szűrőprogram (szűrővizsgálat+diagnosztika+kezelés) hatásossága, a gyakorlatban várható eredményessége, költség-hatékonysága, költségvetési hatása, a hozzáférhetősége, a megvalósíthatósága (jogi, szervezeti feltételek, kapacitások, stb.) vonatkozásában, azaz történjen meg a döntéshozatal előtt a szakma szabályainak megfelelően a szűrőprogram, mint egészségügyi technológia értékelése. Ez nemcsak a bevezetendő új, hanem a meglévő, korábban esetleg ilyen szempontból nem vizsgált szűrésekre is vonatkozik.

A Szakmai Kollégium illetékes tagozatai, a MOOTESZ és az OTH bevonásával jelenleg zajlik hatályos magyar szabályozás szerinti szűrővizsgálatok felülvizsgálata a szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése bizonyítékokon alapuló elemzések és hatástanulmányok alapján.

A foglalkozás-egészségügyi rendszer átalakítása

A foglalkozás-egészségügy bekapcsolása a prevenció és szűrési tevékenységbe

A foglalkozás-egészségügyi tevékenység jelenleg három progresszivitási szinten megvalósuló, minimumfeltételek biztosításához kötött egészségügyi szolgáltatás, mely működési engedély köteles, és amelyet foglalkozás-egészségügyi szakorvosi képesítéssel rendelkezők végezhetnek.

A foglalkozás-egészségügyi rendszer átalakításának kiemelt egészségpolitikai céljai az alábbiak:

- A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások prevenció-központú fejlesztése a szolgálat rendszerének átalakításával;
- A foglalkozás-egészségügyi rendszer hatékony irányítási rendszerének megteremtése;
- Valamennyi munkát vállaló és végző ember egészségének és biztonságának hatékony védelme.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatot javasolt úgy átalakítani, hogy képes legyen a munkavállalók egészségének nyomon követésére és az egészséget nem veszélyeztető munkahely megteremtésében való közreműködésre, a munkavállalók egészségének és munkavégző képességének megőrzésére. Az üzemegészségügy és a foglalkozás-egészségügy több évtizedes tevékenységének számos sikere mellett, a tapasztalatok alapján, a szakmai értékekre építve *meg kell határozni a jövő foglalkozás-egészségügye továbbfejlesztésének irányát, világos, áttekinthető rendszerét, feladatait.*

- A foglalkozási betegségek felismerése, diagnosztizálása, foglalkozási eredetének felismerése és igazolása speciális képzettséget igényel – a munkakörnyezeti hatások, expozíciós viszonyok ismeretén, annak értékelésén alapul.
- A működésben a munkahelyi egészségi kockázatok felkutatása, hatásának megelőzése, az egészségfejlesztés, a szűrővizsgálatok végzése mellett a gondozás és rehabilitáció elvének kell érvényesülnie.
- A foglalkozás-egészségügyi alapellátás az egészségügyi alapellátás része.
- A jelenlegi szabályozási környezet felülvizsgálata szükséges.
- Az országos minőségbiztosítási és információs rendszer kialakítása szükséges, melynek elengedhetetlen feltétele a foglalkozás-egészségügy munkájának dokumentálására és monitorozására, illetve a foglalkozás-egészségügyi és a háziorvosi rendszer közötti információcsere biztosítására alkalmas informatikai fejlesztés.
- A foglalkozás-egészségügyi alapellátás keretébe kerüljön beépítésre az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül a szív- és érrendszeri kockázat felméréséhez szükséges szűrővizsgálatok elvégzése, majd a kockázat-besorolás elvégzése, a szájüregi szűrés elvégzése, illetve a szervezett lakossági szűrővizsgálatokon történő részvételre való mozgósító tevékenység (emlő, méhnyak, és a későbbiekben vastagbél).

Javaslatok a foglalkozás-egészségügyi rendszer átalakítására

- A háromszintű foglalkozás-egészségügyi szolgálat minőségi indikátorainak, a szakmai felügyeletének, irányításának és minőségbiztosításának egységesítése.
- Meg kell tartani a szolgáltatás nyújtásának kötelezettségét valamennyi szervezett munkavégzésben foglalkoztatottra, és meg kell teremteni a *hozzáférés* lehetőségét a nem szervezett munkavégzésben dolgozók számára.
- Meg kell szüntetni a korábban mesterségesen létrehozott A-B-C-D foglalkozás-egészségi osztályokat és ki kell dolgozni egy új, a munkahelyi egészségkárosodások kockázatainak elemzésére vonatkozó egységes, kötelező módszertant - amely megteremti az ILO 161-es Egyezményrel összhangban – a foglalkozás-egészségügyi ellátás *kockázat alapúvá tételét*.
- A szolgáltatók kötelező regisztrációja, az országos intézményben regisztrációs központ kialakítása.
- A foglalkozás-egészségügyi tevékenység csak *szakirányú szakképesítés* birtokában, személyes közreműködéssel legyen végezhető.
- *Meg kell szüntetni a fejkvóta rendszerű finanszírozást*, más hasonló egészségügyi szolgáltatáshoz (fegyvertartási engedély, búvárok, hajózás, pilóták, foglalkoztathatóság) egységes, jogszabályban előírt *alapdíjat* kell bevezetni, amely *a kockázatok mértékében változik*. (Bonus-malus rendszer.)
- Az egy főállású praxis által ellátható létszámot, az időszakos vizsgálatok gyakoriságát újra kell szabályozni.
- Az országos minőségbiztosítási és információs rendszer kialakítása szükséges, melynek elengedhetetlen feltétele a foglalkozás-egészségügy munkájának dokumentálására és monitorozására, illetve a foglalkozás-egészségügyi és a háziorvosi rendszer közötti *információcsere biztosítására* alkalmas informatikai fejlesztés.
- A foglalkozás egészségügyi alapellátás keretébe kerüljön beépítésre az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül a szív- és érrendszeri kockázat felméréséhez szükséges szűrővizsgálatok elvégzése, majd a kockázat-besorolás elvégzése, a szájüregi szűrés elvégzése, illetve a szervezett lakossági szűrővizsgálatokon történő részvételre való mozgósító tevékenység (emlő, méhnyak és a későbbiekben vastagbél).
- A foglalkozás egészségügyi ellátás fekvőbeteg ellátás finanszírozásának bevételi oldalát meg kell teremteni az E. Alapban

A háziorvosi ellátás megerősítése humán-erőforrás oldalról

Az Egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és azzal összefüggő feladatokról szóló 1711/2014. (XII.5.) Korm. határozat következő pontjai érintik közvetlenül a humán erőforrás kérdését:

- alapvető cél a háziiorvosi korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzésével
- az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálata térjen ki az egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályájának kidolgozására

Az egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályája, jövedelmi helyzetének javítása

Házi orvosok bértáblája

A területi ellátási kötelezettséget vállaló, praxisjoggal rendelkező házi orvosok tevékenységüket jellemzően a következő jogviszonyok egyikében végzik **(a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet (továbbiakban Hr.). 1. § (1))**:

- a) az önkormányzattal, az önkormányzati feladatokat ellátó egészségügyi intézménnyel közalkalmazotti jogviszonyban állnak,
- b) az önkormányzattal kötött szerződés értelmében a feladatokat gazdálkodó szervezeti formában vagy magánorvosként végzik.

Az Országos Tisztifőorvosi Szolgálat (továbbiakban: OALI) által biztosított helyettesítéssel ellátott tartósan betöltetlen körzetekben dolgozó orvosok tevékenységüket az OTH-val létesített munkaviszony keretében végzik.

A háziiorvosi és fogorvosi alapellátás finanszírozásában nem szerepel megjelölt tétel a házi orvosok és fogorvosok jövedelmének biztosítására. **A finanszírozás elsősorban a betegszámon és az ellátási teljesítményen alapul, illetve a körzet által ellátott terület sajátosságait veszi figyelembe, így az egyes házi orvosok és fogorvosok számára fizethető jövedelem tekintetében jelentős eltérés lehet.** Az önkormányzatokkal létesített közalkalmazotti jogviszony, illetve az OTH-val létesített munkaviszony vélhetően nem tud olyan versenyképes jövedelmet biztosítani, ami motiválni tudná az orvosokat a betöltetlen körzetek ellátására.

A házi orvosok nem tartoznak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá sem, így a közfinanszírozott fekvő- és járóbeteg-ellátásban dolgozók számára biztosított béremelésben nem részesültek. Az alapellátásban dolgozók, így a házi orvosok és a háziiorvosi körzetekben dolgozó szakorvosok jövedelmének növelését 2012-től kezdve a finanszírozási díj többszöri emelésével kívánta biztosítani a Kormány.

A finanszírozási díjtétel-változások esetében nem kerültek olyan külön szempontok meghatározásra, hogy az emelés összegét a szolgáltatók mire használhatják, így olyan rendelkezés sem történt, amely előírt volna bármilyen kötelezettséget a szolgáltatók számára a házi orvosok díjazásának módosítására. Az intézkedések mindössze a szolgáltatók díjazásának

emelésére vonatkoztak. A szolgáltatók díjazásukat/finanszírozásukat az általános szabályok szerint használhatták/használhatják fel.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (2) bekezdése értelmében a finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel. Mindezek értelmében a szolgáltatók döntésétől függ, hogy az emelés összegét a finanszírozási szerződésben foglalt feladatok tekintetében mire fordítják, így többek között fordíthatták/fordíthatják a bérek növelésére is. Amennyiben a szolgáltatás nyújtására az önkormányzat kötött finanszírozási szerződést, akkor az önkormányzat dönt, hogy a finanszírozást a finanszírozási szerződésben foglaltak figyelembevételével mire fordítja.

A jelenleg hatályos szabályozás alapján az alapellátás finanszírozása jelentősen eltér a járó-, illetve fekvőbeteg-ellátás finanszírozásától, **az alapellátásban dolgozók esetében – a jelen finanszírozási szabályok mellett – azonos, béremelés-jellegű, bértábla alapú szabályozásra nincs mód.** Az alapellátás finanszírozása kapcsán figyelemmel kell lenni arra, hogy annak biztosítása sok esetben vállalkozási keretek között, a munkaerőpiac és a vállalkozói szféra törvényszerűségeire és szabályozására figyelemmel történik, ahol az állami beavatkozás lehetősége csekély. Emellett általánosságban **az alapellátás finanszírozásának sajátossága, hogy figyelemmel van az egyéni teljesítményre és az ellátottak számára is.** Az alapellátásban dolgozók esetében – közvetett módon – a finanszírozási díjak megemelésével volt biztosítható az egészségügyi dolgozók részére a magasabb illetmény, munkabér (vagy más díjazás) megnövelésének lehetősége.

Amennyiben a háziorvos számára biztosítandó minimális illetmények, illetve bérek meghatározásra kerülnek, akkor figyelemmel kell lenni:

- *a finanszírozás keretében a háziorvosok jövedelmét biztosító elemek megjelölésére, elkülönítésére;*
- *arra, hogy a „garantált jövedelem” és a jelenlegi finanszírozás fontos elemét képező teljesítmény alapú díjazás hogyan viszonyul egymáshoz;*
- *a vállalkozó háziorvosok keretében a vállalkozás szabadságára, a vállalkozásokra vonatkozó szabályozásokra.*
- *A praxis működéséhez szükséges egyéb költségek finanszírozásbeli meghatározására.*

A háziorvosi bértáblára készített modellek a következő szempontok figyelembe vételével készültek:

- a díjazás a közfinanszírozott egészségügyben szakorvosként eltöltött évek emelkedésével sávosan emelkedik
- a háziorvosi pálya vonzóvá tétele érdekében a háziorvosi jövedelmek jelentsenek versenyképes vonzerőt
- a háziorvosok jövedelme haladja meg a Markusovszky Ösztöndíjban és hiányszakmák támogatásban részesülő rezidensek jövedelmét (nettó 292 633 Ft/hó);
- az OSAP 1626 ágazati bér- és létszámstatisztikában publikált szakorvosi jövedelmek (szakorvosok havi átlagos jövedelme bruttó 494 737 Ft volt 2013-ban).

Háziorvosok - „A” változat

Szint	Évek	Nettó	Bruttó	Szuperbruttó
1	0-5	350 000 Ft	534 351 Ft	678 626 Ft
2	6-10	375 000 Ft	572 519 Ft	727 099 Ft
3	11-15	400 000 Ft	610 687 Ft	775 573 Ft
4	16-20	425 000 Ft	648 855 Ft	824 046 Ft
5	21-25	450 000 Ft	687 023 Ft	872 519 Ft
6	26-30	475 000 Ft	725 191 Ft	920 992 Ft
7	35-	500 000 Ft	763 359 Ft	969 466 Ft
Szakvizsga nélkül				
	szv. nincs	300 000 Ft	458 015 Ft	581 679 Ft

Megjegyzés: adott bruttó bérnél a nettó bér ennél magasabb is lehet, például családi adókedvezmény esetén

Háziorvosok - „B” változat

Szint	Évek	Nettó	Bruttó	Szuperbruttó
1	0-5	400 000 Ft	610 687 Ft	775 573 Ft
2	6-10	430 000 Ft	656 489 Ft	833 740 Ft
3	11-15	460 000 Ft	702 290 Ft	891 908 Ft
4	16-20	495 000 Ft	755 725 Ft	959 771 Ft
5	21-25	530 000 Ft	809 160 Ft	1 027 634 Ft
6	26-30	565 000 Ft	862 595 Ft	1 095 496 Ft
7	35-	600 000 Ft	916 031 Ft	1 163 359 Ft
Szakvizsga nélkül				
	szv. nincs	320 000 Ft	488 550 Ft	620 458 Ft

Megjegyzés: adott bruttó bérnél a nettó bér ennél magasabb is lehet, például családi adókedvezmény esetén

Egészségügyi szakdolgozók bértáblája

A háziorvosi és fogorvosi praxisokban foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók foglalkoztatása jelenleg többféle módon megvalósulhat:

- a Munka Törvénykönyvének megfelelő munkavállalói jogviszonyban, **alkalmazottként** (a gazdasági szervezetként vagy vállalkozóként működő háziorvosok és fogorvosok esetében a leggyakoribb forma);
- **közalkalmazottként;**
- **egyéni vállalkozóként, vagy társas vállalkozás tagi közreműködőjeként.**

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2012.évben vizsgálatot végzett a különböző összetételű praxisokban, a felmérés alapján a válaszadók **jelentős része, 80,4 %-a alkalmazotti jogviszonyban dolgozott**, az egyéni vállalkozók aránya mindössze 2,6 % volt.

A háziorvosi és fogorvosi alapellátás finanszírozásában nem szerepel megjelölt tétel az egészségügyi szakdolgozók díjazásának biztosítására. Az alapellátásban egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi szakdolgozók **szintén nem tartoznak az egészségügyi**

ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá, így a közfinanszírozott fekvő- és járóbeteg-ellátásban dolgozók számára biztosított béremelésben nem részesültek. A 2012. és 2013. évi finanszírozási díjtétel-változások esetében nem kerültek olyan külön szempontok meghatározásra, hogy az emelés összegét a szolgáltatók mire használhatják, így olyan rendelkezés sem történt, amely előírt volna bármilyen kötelezettséget a szolgáltatók számára a szakdolgozók díjazásának módosítására.

Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 40/2014. (II. 24.) Korm. rendelet az alapellátás tekintetében megindított finanszírozás-emelési folyamatot tovább folytatta az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) 2014. február 25-én hatályba lépő módosításával. Ennek keretében az alapellátásban javasolt fejlesztések (ezek között a háziorvosi kártyapénz emelése és a fogorvosok bázisfinanszírozásának, a háziorvosi és fogorvosi praxisban dolgozó szakdolgozók bérének emelése, valamint a védőnői finanszírozás emelése) biztosítására összesen 10 Mrd Ft került átcsoportosításra. A háziorvosi és fogorvosi szolgálatban foglalkoztatott szakdolgozók célzott béremelésének biztosítására 1 Mrd Ft költségvetési forrás terhére került bevezetésre az ún. szakdolgozói kiegészítő díj, amely közvetlenül a szakdolgozót illeti meg. A Kr. 14. § (4a) és (4b) bekezdése alapján:

„(4a) A háziorvosi szolgáltató havonta - szakdolgozónként, legalább heti 20 órában történő foglalkoztatás esetén - a következő szakdolgozói kiegészítő díjazásra jogosult:

- a) a legalább heti 40 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 20 000 Ft,*
 - b) a legalább heti 30 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 15 000 Ft,*
 - c) a legalább heti 20 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 10 000 Ft,*
- amelyet a háziorvosi szolgáltató a szakdolgozót közvetlenül megillető bérének, jövedelmének kiegészítésére köteles fordítani.*

(4b) A (4a) bekezdés a)-c) pontjában foglaltaktól eltérő mértékű foglalkoztatás esetén a háziorvosi szolgáltató időarányos díjazásra jogosult.”

A jelenleg hatályos szabályozás az egészségügyi szakdolgozók esetében sem adott módot bértábla kialakítására.

Amennyiben a háziorvosi praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók (ápolók, asszisztensek) számára biztosítandó minimális illetmények, illetve bérek meghatározásra kerülnek, akkor figyelemmel kell lenni:

- a finanszírozás keretében az egészségügyi szakdolgozók díjazását jövedelmét biztosító elemek megjelölésére, elkülönítésére;*
- arra, hogy a „garantált jövedelem” és a jelenlegi finanszírozás fontos elemét képező teljesítmény alapú díjazás hogyan viszonyul egymáshoz;*
- egy praxisban alkalmazott több egészségügyi szakdolgozó esetében az egészségügyi szakdolgozók számára – illetve arra, hogy a finanszírozás előnyben vagy hátrányban részesíti-e valamilyen módon több szakdolgozó foglalkoztatását.*

A háziiorvosi praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók bértáblájára készített modellek a következő szempontok figyelembe vételével készültek:

- a díjazás az egészségügyi tevékenység végzésével eltöltött évek emelkedésével sávosan emelkedik
- a díjazás figyelembe veszi a végzettséget, a szakképesítés nélküli, a szakképzett és a diplomás szakdolgozókra különböző táblák vonatkoznak
- a háziiorvosi ellátásban való munkavégzés vonzóvá tétele érdekében a háziiorvosi praxisokban dolgozó szakdolgozók jövedelme legyen versenyképes;
- az OSAP 1626 ágazati bér- és létszámstatisztikában publikált egészségügyi szakdolgozói jövedelmek (2013-ban a nem szakképzett szakdolgozók havi átlagos jövedelme bruttó 175 908 Ft, az OKJ-s ápolói szakképesítéssel rendelkezőké havi bruttó 187 957 Ft, a diplomásoké havi bruttó 254 446 Ft volt).

Egészségügyi szakdolgozók

Sztint	Évek	Nettó			Bruttó			Szuper bruttó		
		szakkép. nélkül	szakképzett	diplomás	szakkép. nélkül	szakképzett	diplomás	szakkép. nélkül	szakképzett	diplomás
1	0-5	98 250	131 000	163 750	150 000	200 000	250 000	190 500	254 000	317 500
2	6-10	104 800	137 550	170 300	160 000	210 000	260 000	203 200	266 700	330 200
3	11-15	111 350	147 375	180 125	170 000	225 000	275 000	215 900	285 750	349 250
4	16-20	117 900	157 200	189 950	180 000	240 000	290 000	228 600	304 800	368 300
5	21-25	124 450	167 025	199 775	190 000	255 000	305 000	241 300	323 850	387 350
6	26-30	131 000	176 850	209 600	200 000	270 000	320 000	254 000	342 900	406 400
7	31-35	137 550	186 675	219 425	210 000	285 000	335 000	266 700	361 950	425 450
8	36-	144 100	196 500	229 250	220 000	300 000	350 000	279 400	381 000	444 500

Megjegyzés: adott bruttó bérnél a nettó bér magasabb is lehet, például családi adókedvezmény esetén.

Felvetődik a szakdolgozók jogállásának egységesítése, mely úgy a szakdolgozók, mint a hatóságok számára áttekinthetőbb rendszert biztosítanának.

Háziiorvosok kompetenciájának bővítése

A jelenlegi helyzet

A háziiorvosok körében többen rendelkeznek a háziiorvostan szakvizsgán kívül más szakképesítéssel, amely járó- illetve fekvőbeteg ellátásban a háziiorvoshoz képest többletcompetenciákra jogosítja fel őket. Szaktudásukat a háziiorvosi gyakorlatban nem tudják kihasználni, mert ezt a finanszírozás nem ösztönzi, illetve a szakorvosi

tevékenységhez kapcsolódó jogosultságokkal a háziorvosi szolgáltató nem rendelkezik. Ahhoz viszont, hogy a háziorvos ezekre a szakképesítésekre is fenn tudja tartani érvényes működési nyilvántartását, a szakorvosi tevékenységet gyakorolni kell, illetve az arra vonatkozó továbbképzési kötelezettséget is szükséges teljesíteni.

A finanszírozásban alkalmazott szakképesítési szorzó csak a háziorvosi tevékenység alapjául szolgáló szakképesítéseket veszi figyelembe (43/1999. Kr.):

12. § (7) A szolgálatot folyamatosan ellátó orvos szakképzettsége és orvosi gyakorlati ideje alapján alkalmazandó szakképzettségi szorzó:

a)	<i>a (8) bekezdés szerinti alapszakvizsgával nem rendelkező háziorvosnál</i>	1,0,
b)	<i>alapszakvizsgával nem rendelkező, 25 évnél több, körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező háziorvosnál</i>	1,2,
c)	<i>alapszakvizsgával rendelkező háziorvosnál</i>	1,3.

(8) A (7) bekezdés szerinti alapszakvizsgának minősül

- a) az általános orvostan szakorvosi szakképesítés,
- b) a háziorvostan szakorvosi szakképesítés,
- c) a belgyógyász szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti, illetve háziorvosi gyakorlat, valamint
- d) a házi gyermekorvosi szolgálatnál csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítés.

A háziorvosi szakképesítést első szakvizsgaként megszerző háziorvosok számára a további szakmai kompetencia, szakképzettség megszerzése jelentősen nehezített: egyrészt a hatályos szabályozás értelmében elsősorban költségtérítéssel képzés formájában van rá lehetőség, a háziorvosi praxis mellett a képzés idejére való távollét nehezen megoldható.

A szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet lehetővé teszi ún. licenc képzések elvégzését és licencek megszerzését. A rendelet melléklete alapján megszerezhető licencek egy része esetében a képzési idő akár 2 év is lehet, amelynek teljesítése a háziorvosi gyakorlat folytatása mellett szintén nehezen megoldható. **Megfontolandó, hogy a háziorvosi szakképzés keretében legyen lehetőség (további fél-egy év képzési idővel) egy-egy meghatározott területen jártasság (akár licenc) megszerzésére, amelynek háziorvosi praxisban történő használatára a háziorvos később megkapja a jogosultságot.**

Meghatározott beavatkozások végzésének elsajátítását lehetővé tevő, rövid képzési idejű licenc képzések kidolgozása célszerű kifejezetten a háziorvosok számára. Ez is hozzájárulhat a háziorvosi kompetenciák bővítéséhez, az alapellátásban végzett definitív ellátás arányának emelkedéséhez.

Javaslatok

- a háziiorvosi alapellátás keretében egyéb szakvizsgával végzett tevékenységek, jogosultságok és végzésük feltételeinek tételes meghatározása;
- a háziiorvosi alapellátás keretében egyéb szakvizsgával végzett tevékenységek finanszírozása, ennek alapos előzetes feltérképezése;
- a háziiorvosi ellátásban használt további szakorvosi szakképesítés esetleges figyelembe vétele a szakképzettségi szorzó megállapításakor (a szakképesítések körét meg kell határozni);
- meghatározott beavatkozások elvégzésének elsajátítására rövid képzési idejű licenc képzések kidolgozása kifejezetten a háziorvosok számára;
- más szakterületen való jártasságot biztosító képzés illesztése a háziiorvosi szakképzéshez (akár annak meghosszabbításával);

Részletes kidolgozás, ütemezés és finanszírozás: A kompetenciabővítő képzésekre vonatkozóan az Emberi Erőforrás-fejlesztési Operatív Program (EFOP) „A háziiorvosi alapellátás humán erőforrásának fejlesztése” konstrukció keretein belül kerülhet sor.

Alapellátás –specifikus egészségügyi szakdolgozói szakképesítés bevezetése

A jelenlegi helyzet

A jelenlegi szabályozás szerint a *háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről* szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet meghatározza a praxisban dolgozó ápolói képesítését, és feladatait.

A házi feladatköréhez kapcsolódó ápolási feladat önállóan körzeti ápolói szakképesítéssel, vagy klinikai szakápolói (körzeti-közösségi szakápoló) szakképesítéssel, vagy ápolói szakképesítéssel (OKJ szám: 54 5012 01), vagy gyermekápolói, illetve csecsemő- és gyermekápolói szakképesítéssel (OKJ szám: 54 5012 02), vagy diplomás ápolói szakképesítéssel látható el. Ezen túlmenően olyan személy, aki nem rendelkezik a rendeletben felsorolt valamelyik szakképesítéssel, a háziiorvosi szolgálatban akkor alkalmazható, ha felnőtt szakápolói képesítése van és kötelezettséget vállal arra, hogy az ápolói szakképesítést (OKJ szám: 54 5012 01) az alkalmazás időpontjától számított 2 éven belül, illetve a diplomás ápolói szakképesítést az alkalmazás időpontjától számított 4 éven belül megszerzi.

A 2012. évben egészségügyi szakképzési rendszer átalakítása során az új Országos Képzési Jegyzékből **kikerült a körzeti-közösségi szakápolói ráépített szakképesítés**, ennek következtében jelenleg nincsen elérhető alapellátás specifikus szakdolgozói képzés.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (továbbiakban: MESZK) 2012. évi felmérése alapján a felnőtt háziiorvosi ellátásban dolgozók 51.5 % - a körzeti közösségi szakápolói képesítéssel rendelkezett, emellett jelentős volt az OKJ ápolói képesítéssel rendelkező

szakdolgozók aránya is (34,4 %). A házi gyermekorvosi rendelőkben ez az arány kicsit másképp alakult, hiszen az ápolók 60 % - a csecsemő- és gyermekápolói képesítéssel rendelkezett és az ápolók mindössze 12,6 % - a látta el feladatait OKJ ápolói képesítéssel.

Az alapellátás szerepének megerősödése az egészségügyi szakdolgozóktól is alapellátás-specifikus ismereteket, kompetenciákat vár el, így egy, a korszerű ismereteket és a népegészségügyi szemléletet is tartalmazó alapellátás-specifikus képzési forma kidolgozása indokolt lehet.

Javaslatok

- alapellátási közösségi ápoló szakképesítése kialakítása, és beillesztése az Országos Képzési Jegyzékbe;
- alapellátási közösségi ápoló képzés biztosítása a körzeti-közösségi ápolói szakképesítéssel/OKJ ápolói szakképesítéssel/diplomás ápolói szakképzettséggel nem rendelkező háziorvosi praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók számára

Részletes kidolgozás, ütemezés és finanszírozás: A kompetenciabővítő képzésekre vonatkozóan ugyancsak az Emberi Erőforrás-fejlesztési Operatív Program (EFOP) „A háziorvosi alapellátás humán erőforrásának fejlesztése” konstrukció keretein belül kerülhet sor.

Az egészségügyi szakdolgozók kompetenciájának bővítése

4.4.1. A jelenlegi helyzet

A Hr. a háziorvosi szolgálatban végzett ápolói tevékenység tartalmát tételesen meghatározza.

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2. számú melléklet

Az ápolói tevékenység tartalma a háziorvosi szolgálatban

1. A praxis menedzsmentben való részvétel.
2. A háziorvosi ellátás körébe sorolt feladatokhoz tartozó ápolási tevékenységek végzése, beleértve a gyógyszerek különböző módon történő bevitelét, a vér- és vialadékvételt, valamint az egészségügyi ellátás más szintjén elvégzendő vizsgálatokra való előkészítést.
3. A megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett betegek előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása.
4. A beteg vizsgálatához, gyógykezeléséhez szükséges eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról való gondoskodás.
5. A rendelőben használatos gyógyszerek szakszerű tárolásáról, kezeléséről való gondoskodás.
6. Az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, az önszerveződő csoportok szakmai segítése, tanácsadás (pl. diabeteses betegek klubja).
7. A beteg testi higiéniájának biztosítása vagy ennek megszervezése azon személyeknél, akiknél a házi segítőszolgálat szakmai segítsége már nem elegendő.
8. Veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén az elsősegélynyújtás szakszerű megkezdése.
9. Sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetben - amikor a háziorvos, illetve az ügyelet orvos kihívására nincs lehetőség - a mentőszolgálat útján a beteg sürgős ellátásának megszervezése.

10. A betegellátás során a szociális alapellátás körében működő házi segítőszolgálattal, a kórházi ápolást kiváltó otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatókkal és szükség esetén a védőnői szolgálattal való együttműködés.

Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatják, hogy **rendkívül nagymértékben nőtt az adminisztrációs teher a praxisban dolgozó ápolók számára, a struktúra átalakítás következtében pedig a rehabilitációhoz társuló szakápolási feladatok száma, valamint ezek mellett a népegészségügyi programban meghatározottaknak megfelelően és a betegek igényei szerint a prevenciós feladatok száma is.** A rendelési időben ellátásra kerülő nagy beteglétszám miatt egyre kevesebb idő jut az ápolási feladatok megvalósítására, hiszen a legtöbb praxisban költségtakarékossági okból csak egy egészségügyi végzettségű szakdolgozó van alkalmazásban.

A MESZK 2012. évi felmérése alapján a szakdolgozók leggyakrabban végzett tevékenységei közé tartozott a gyógyszerek szakszerű tárolása és kezelése, valamint a gondozással kapcsolatos feladatok ellátása. Ezen kutatás alkalmával is felmérésre kerültek az egészségnevelési és prevenciós feladatok, a válaszadók 76 % - a már úgy nyilatkozott, hogy végez önállóan egészségnevelési és tanácsadási tevékenységet. Ebben a kutatásban már igazolódott, hogy a számítógéppel történő adatrögzítés, mint adminisztrációs feladat szinte teljes egészében az ápolók feladatkörébe került át, illetve 25 % - a már saját feladatként a rendelő takarítását is elvégzi.

Az alapellátás által ellátandó feladatok bővítése, a népegészségügyi szemlélet alapellátás előtérbe kerülése az ápolók részéről további kompetenciákat igényel, amelyek megszerzése lehetővé teszi számukra a szakmai előrelépést, közvetve az ápolói pálya presztízsének erősítését. Elmondható, hogy **míg az ápolók szakmai kompetenciájuk bővítésével további, jelenleg orvos által végzett feladatokat is el tudnának látni, az adminisztratív feladatok megoldása a praxis szakképzett dolgozói számára aránytalan teher, a képzettségek és kompetenciák nem megfelelő kihasználása.** A jelenlegi finanszírozás nem ösztönzi azt, hogy kifejezetten az adminisztratív feladatok ellátására – akár szakképzetlen- munkaerőt alkalmazzon a háziorvosi praxis.

Javaslatok

- a háziorvosi szolgálatban végzett ápolói tevékenység tartalmának bővítése;
- az adminisztratív terhek enyhítésére több szakdolgozó vagy adminisztratív feladatokat ellátó munkaerő alkalmazását ösztönző finanszírozás.

A háziorvosi korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzése

A jelenlegi helyzet

Az általános orvos szak képzési és kimeneti követelményeit az *alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet* határozza meg. A rendelet szövegében az alapellátás a mesterfokozat és a szakképzettség szempontjából meghatározó ismeretkörök között a szakmai törzsanyag részeként **„családorvostani bevezetőként”** kerül említésre, emellett a képzéshez kapcsolt szakmai gyakorlat követelményei között említi a **családorvostani praxisgyakorlatot**. A szakmai gyakorlatok időtartamát és követelményeit a felsőoktatási intézmény tanterve határozza meg azzal, hogy annak időtartama legalább 6 hét. A családorvosi praxisgyakorlat esetében a minimum 6 hetes időtartam nem feltétlenül valósul meg a gyakorlatban.

Az egyetemi oktatás során a háziorvosi, családorvosi ismeretekkel találkoznak a hallgatók, viszont az alapellátás szerepe nem kíséri végig az oktatást, ezáltal nem tud a pálya választását támogatását segítő presztízs kialakulni a klinikai szakterületekhez képest. Ahhoz, hogy a háziorvosi pálya presztízse más szakterületekhez képest alacsonyabb a szakorvosok –és olykor a maguk a háziorvosok- számára, már az egyetemi kurrikulum is hozzájárul. Mind a négy orvoscépzést folytató egyetemen működik családorvosi intézet vagy tanszék, amely a graduális képzés, a háziorvosi szakképzés és több esetben a foglalkozás-egészségügyi képzés irányítását is ellátja.

A graduális orvoscépzésben a következő **kötelező tárgyak** oktatása történik az egyetemeken:

	Debrecen	Pécs	Semmelweis	Szeged
Intézet neve	Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék	Családorvostani Intézet	Családorvostani Tanszék	Családorvosi Intézet és Rendelő
Elméleti tantárgy	V. évfolyamon 5 alkalom szeminárium		V. évfolyamon heti 2 óra előadás	2 félévben 2-2-óra előadás (IV. évfolyam 2 félévében és V. évfolyam 1. félévében)

Praxisgyakorlat	IV. évfolyamon	I.évfolyamon és szigorló évben is	VI. évfolyam 2 hetes praxisgyakorlat	
Egyéb kötelező tárgy	-	Orvosi kommunikáció (I. évfolyamon, 1 félév)	Bevezetés a klinikumba (I. évfolyamon, 1 félév, heti 2 óra)	-

A családorvostani intézetek emellett szabadon választható fakultációkat is kínálnak az orvostanhallgatóknak, amelyek a pálya iránti érdeklődést elősegíthetik.

Ezekre példa:

2000 és 2005. között a Semmelweis Egyetem, majd az OALI szervezésében minden évben megrendezésre került egy empátiás tábor orvostanhallgatók részére, amelynek keretében a háziorvosi pálya iránt érdeklődő orvostanhallgatók az orvos és a páciens szempontjából is átélték az ellátással kapcsolatos helyzeteket, megismerhették az alapellátáshoz kapcsolódó környezeteket (pl. szociális otthon, roma közösség), elsajátíthattak kommunikációs technikákat, emellett a több egyetemről érkező hallgatók között értékes személyes kapcsolatok alakultak ki.

javaslatok

- háziorvosi képzés szerepének erősítése az egyetemi graduális oktatásban;
- toborzás az V. éves orvostanhallgatók körében, orientáló szakmai gyakorlatok háziorvosi körzetekben;
- érzékenyítő táborok szervezése orvostanhallgatók számára;
- a háziorvosi pálya presztízsének növelése kommunikációs eszközökkel.

Részletes kidolgozás, ütemezés és finanszírozás: Az Emberi Erőforrás-fejlesztési Operatív Program (EFOP) „A háziorvosi alapellátás humán erőforrásának fejlesztése” konstrukció keretein belül kerülhet sor.

A háziorvosi szakorvosképzés

A jelenlegi helyzet

A háziorvosi szakképesítés a legrövidebb képzési idő (3 év) alatt megszerezhető szakorvosi szakvizsga. A képzési programot az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet tartalmazza.

HÁZIORVOSTAN szakképzés képzési programja

1. Képzési idő: 36 hónap

2. Képzési program:

2.1. 28 hó törzsképzési program:

- a) 6 hó sürgősségi gyakorlat, benne:
 - aa) újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés
 - ab) halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálattal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - ac) tutor irányítása mellett háziorvosi ügyeletben részvétel
 - b) 1 hó törzsképzési tanfolyamok
 - c) 6 hó belgyógyászat
 - d) 4 hó gyermekgyógyászat, benne: gyermekorvosi praxisgyakorlat
 - e) 2 hó sebészet:
 - ea) 6 hét általános sebészet
 - eb) 2 hét traumatológiai szakrendelés
 - f) 1 hó szülészeti-nőgyógyászati gyakorlat:
 - fa) 2 hét szülőszobai gyakorlat
 - fb) 1 hét terhesgondozás
 - fc) 1 hét nőgyógyászat
 - g) 1 hó neurológia
 - h) 2 hó pszichiátria, benne: stresszkezelési és pszichoterápiás alapismeretek
 - i) 5 hó családorvosi alapgyakorlat, ebből 2 hó a program elején töltendő le
- 8 hó szakgyakorlati képzés háziorvosi körzetben tutor irányítása mellett, ebben: 2 hó falusi praxisgyakorlat

3. Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei

A törzsképzési program befejezését követően részvizsga letétele, amely a szakgyakorlati képzés megkezdésének feltétele.

A képzésben a családorvosi gyakorlat mellett a belgyógyászat és a sürgősségi gyakorlat a leghangsúlyosabb. A klinikai gyakorlatok általában az osztály/szakrendelés munkájába bekapcsolódva történnek, a gyakorlatok nincsenek tekintettel az alapellátási specifikumokra, emellett a rövid gyakorlati idő azt sokszor nem teszi lehetővé, hogy a szakorvosjelöltek aktívan bekapcsolódhassanak az egészségügyi ellátásba. A háziorvos szakorvosjelöltek gyakran más, az adott szakterület szakorvosjelöltjeivel együtt teljesítenek gyakorlatot, a tutorok szerepén jelentősen múlik, hogy a háziorvos szakorvosjelölt milyen beavatkozásokat végezhet, milyen ismereteket szerezhet meg. Az oktatópraxisokra, az általuk végzett tevékenységekre nincsenek egységes követelmények.

A háziorvos szakorvosjelöltek központi gyakornokként, az egyetemek által vannak foglalkoztatva. A szakgyakorlati képzés alatt az egyetemek általi foglalkoztatás nem ösztönzi sem az egyetemet, sem a szakorvosjelöltet arra, hogy olyan praxisokban dolgozzon, ahol munkájára a legnagyobb szükség van, és a törzsképzés során szerzett ismereteit a gyakorlatban kamatoztassa.

A háziorvos szakképzés választása nem vonzó a fiatal orvosok számára. Ezt igazolja, hogy a támogatott szakképzési helyek sokszor nem kerültek teljesen betöltésre

További fontos indikátor azoknak a háziorvosoknak a száma, akik a szakvizsgát követően praxisban helyezkedtek el, ez jelenleg kb. 60%, a növelése létfontosságú lenne.

A friss szakvizsgás szakorvosok számára a praxisjog jelentős korlátot jelent. A praxis vásárlásához szükséges pénzügyi forrással a többség nem rendelkezik, és nem szívesen vállalják hitel felvételét a háziorvosi tevékenység megkezdéséhez. Különösen abban az esetben, amikor a családot alapító fiatalokat más hitelek is terhelik.

Azok számára, akik a háziorvostant első szakképesítésként választják rendkívül nehéz további alap-szakképesítést szerezniük. Amellett, hogy a hatályos szabályozás értelmében elsősorban költségterítéses képzés formájában van rá lehetőség, a háziorvosi praxis mellett a képzés idejére való távollét nehezen megoldható. Ez számukra versenyhátrányt jelent a korábban – más képzési rendszerben - több szakvizsgát megszerzett idősebb szakorvosokkal szemben. Külön említést érdemel a foglalkozás-egészségügyi tevékenység, amely sok háziorvos számára jelent kiegészítő tevékenységet, és bevételi forrást. A foglalkozás-egészségügyi szakvizsga megszerzéséhez egy fiatal háziorvosnak a háziorvosi szakvizsgát követően további 4 évet (beszámításokkal együtt is több, mint 3 évet) kellene képzésben töltenie.

Javaslatok

- oktatópraxisok fejlesztése, oktatópraxisok tevékenységének egységesítése;
- alapellátás specifikus klinikai gyakorlatok (kijelölt gyakorlati helyek, akik háziorvos szakorvosjelölteket fogadnak, speciális képzési program szerint);
- a képzés keretében rendszeres konzultációk, adott esetben Bálint-csoportok;
- központi gyakornoki rendszerben az egyetemek munkáltatói szerepének felülvizsgálata;
- a szakgyakorlati időben betöltetlen praxisokban való munkavégzés ösztönzése;
- praxisváltás program folytatása a fiatal háziorvosok praxishoz jutásának elősegítésére.
- praxisváltáshoz esetlegesen felvett hitel praxisból való finanszírozása körülményeinek megteremtése

Részletes kidolgozás, ütemezés és finanszírozás: Az Emberi Erőforrás-fejlesztési Operatív Program (EFOP) „A háziorvosi alapellátás humán erőforrásának fejlesztése” konstrukció keretein kívül egyes jogszabályi változtatások.

Házi gyermekorvosok képzése

A jelenlegi helyzet

A házi gyermekorvosi tevékenység csecsemő- és gyermekgyógyászat szakvizsgát követően folytatatható. A jelenlegi szakképzési rendszerben a házi gyermekorvosok képzése a csecsemő- és gyermekgyógyászat képzés keretében történik, amely összesen 2 hónap házi gyermekorvosi gyakorlatot tartalmaz. A képzési rendszer azon sajátossága következtében,

hogyan az egészségügyi szolgáltatók foglalkoztatják a rezidenseket, a szakképzést folytató fekvőbeteg-ellátó intézmények csak a saját utánpótlásukat biztosító gyermekorvos-rezidenseket foglalkoztatják, a házi gyermekorvosi körzetek szakember igényét nem tudják kielégíteni. A gyermekorvosi területen ezért relatív humán erőforrás hiány alakul ki, miközben a fiatal orvosok körében a csecsemő- és gyermekgyógyászat az egyik legnépszerűbb szakterület. A gyermekorvosi pályát választani kívánó rezidensek egy része nem jut rezidensi helyhez, miközben a házi gyermekorvosi területen jelentkezik hiány.

Javaslatok

- házi gyermekorvosi szakképzés biztosítása központi forrásból;
- a csecsemő- és gyermekgyógyászat szakképzés képzési programjában az alapellátás nagyobb hangsúlya;
- házi gyermekorvostan szakképesítés és/vagy licenc bevezetésének megfontolása (a szakma álláspontjára támaszkodva).

Más szakvizsgával rendelkezők bevonása a háziorvosi ellátásba

A jelenlegi helyzet

A Hr. alapján háziorvosi tevékenységet felnőtt vagy vegyes körzetben a következő képesítésekkel lehet ellátni:

Képesítés	Feltétel	Felügyelet
általános orvostan vagy háziorvostan szakképesítés	önállóan, gazdálkodó szervezeti formában, magánorvosként vagy közalkalmazottként	nincs
belgyógyászat szakképesítés, valamint 10 év körzeti vagy háziorvosi gyakorlat	önállóan, gazdálkodó szervezeti formában, magánorvosként vagy közalkalmazottként	nincs
1998. december 31-ig 25 éven keresztül folytatott körzeti vagy háziorvosi gyakorlat	önállóan, gazdálkodó szervezeti formában, magánorvosként vagy közalkalmazottként	nincs
Háziorvosi szakgyakorlat folytatására jogosult (28 hó törzsképzést és részvizsgát követően)	maximum 4 évig	szakmai felügyelet mellett
Jogszámban meghatározott egyéb szakvizsgával rendelkezők	területi ellátási érdekből, önkormányzattal megkötött feladatellátási szerződést követően; maximum 5 évig; OALI-val	szakmai felügyelet mellett

	képzésére szerződést köt; OALI társadalombiztosítási képzést követően; ha 5 éven belül nem szerez szakvizsgát, utána a társadalombiztosítási képzést kétévente meg kell ismételni	
Szakvizsga nélkül	tartósan betöltetlen körzetben, területi ellátási érdekből; OALI közalkalmazott helyettesítő háziiorvosként; maximum 6 évig; szakképzés megkezdésével; OALI jelöli ki a körzetet; OALI társadalombiztosítási képzést követően;	szakmai felügyelet mellett

Javaslatok

- a szakellátás felől az alapellátás irányába mutató karrierutak támogatása;
- belgyógyászat szakvizsgával rendelkezők számára a háziiorvosi szakképesítés megszerzésének könnyítése;
- más szakvizsgával rendelkezők esetében adminisztratív korlátok csökkentése – a háziiorvosi praxisban való munkának, a háziiorvosi szakképzésbe való bekapcsolódásnak ne legyen feltétele az önkormányzattal kötött szerződés (pl. alkalmazottként részállásban bedolgozhasson);
- háziiorvosi praxisban, valamint járó- vagy fekvőbeteg-ellátásban párhuzamosan végzett tevékenység ösztönzése;
- a tartósan betöltetlen körzetek betöltésére a letelepedési támogatás program folytatása;
- praxisváltás program folytatása a fiatal háziiorvosok praxisához jutásának elősegítésére, az ezzel kapcsolatos pályázati program folytatása

A szakellátási tevékenység díjazásának tételes megjelenése az alapellátás szintjén

A szakellátás megjelenése az alapellátás szintjén kétféleképpen valósítható meg. Egyrészt lehetőség lenne arra, hogy háziiorvosi csoportok közelében működő járóbeteg-szakellátó szolgáltatók **időszakosan „kihelyezett” rendeléseket** tartsanak („szatellit rendelők”), így a lakosság közelébe kerülne az ellátás. A másik lehetőség, hogy a háziiorvosi szakvizsgán túl egyéb szakvizsgával is rendelkező **háziiorvosok nyújthassanak járóbeteg-szakellátást** a saját és akár a háziiorvosi szakmai csoportokhoz tartozó többi háziiorvos betegeinek is.

Időszakosan „kihelyezett” szakrendelések

Két tényezőt kell figyelembe venni a „kihelyezett” járóbeteg-szakellátásoknál. Az egyik az, hogy ezek nem tekinthetők egyenértékűnek a teljes szakmai háttérrel rendelkező járóbeteg-szakellátásokkal, hisz a tárgyi feltételek egész biztosan csak korlátozottan állnának itt rendelkezésre.

A másik tényező a finanszírozás kérdésköre. Nem lenne célszerű a jelenlegi járóbeteg-szakellátás igen összetett finanszírozási rendszerét ezekben is bevezetni, hisz a már említettek szerint ez a járóbeteg-szakellátás nem lehet egyenértékű a klasszikus járóbeteg-szakellátással, illetve a bonyolult finanszírozási technikák (igen sok OENO kód és pont, TVK) helyett is célszerű lenne egy egyszerűbbet kidolgozni. A megoldás esetleg hasonlíthatna a jelenleg is működő mozgó szakorvosi szolgálatok finanszírozásához.

Előnyök:

- a szakellátás könnyebben hozzáférhetővé válik,
- az alapellátással összehangolt szakellátási tevékenység végezhető.

Hátrányok:

- korlátozott tárgyi feltételek, korlátozott ellátási kör,
- kérdés, hogy mely szakellátó és milyen feltételekkel vállalná ezt a típusú ellátást.

A plusz szakvizsgálóval rendelkező háziorvosok további szakvizsgájának megfelelő tevékenységek tételes díjazása

A definitív ellátás elősegítése és a szakellátások egyszerűbb elérése érdekében a szakvizsgálóval rendelkező **háziiorvosi szolgálatoknak lehetőségük lenne szakellátási szolgáltatást nyújtani** a háziorvosi rendelő keretein belül. Ez alapján amelyik háziorvos rendelkezik további szakvizsgálóval, végezhetne a saját szakterületén bizonyos, a szakma által meghatározott szakellátásokat tételes finanszírozás alapján, ezzel csökkentve a járóbeteg-szakellátás leterheltségét.

A tételes finanszírozás alapját a járóbeteg-szakellátásban használt **OENO kódrendszer** adná. Ez alapján minden egyes beavatkozásnak pontértéke van, mely a teljes háziorvosi körben összeadódna. Azon háziorvosi szolgálatok orvosai végezhetnének/jelenthetnének ilyen beavatkozásokat, akik az alapszakvizsgákon, valamint az üzemorvostan és iskola-egészségtan szakvizsgákon kívül más szakvizsgálóval is rendelkeznek. Ez a háziorvosok körülbelül 20-25%-át jelenti. Ezt követően az összes – háziorvosok által végzett – szakellátás pontértéke elosztásra kerülne egy zárt kassza keretein belül. A javasolt finanszírozási összeg **1,5 milliárd forint** lehetne éves szinten, mely alapján egy – várhatóan „dolgozó” – háziorvosi szolgálatra átlagosan kb. 100.000 Ft jutna havonta.

A jelenthető beavatkozások körét szűkíteni szükséges, szakvizsgáinként (az alapszakvizsgákon felül) kezdetben maximum 10 olyan beavatkozásra, amely a háziiorvosi keretek között elvégezhető. A díjazható szakmákat és beavatkozás ***OENO kódokat a szakmának szükséges meghatározni.***

A háziiorvosi keretek között elvégzett szakellátásokat a háziorvosok, a B300-as tételes betegforgalmi jelentésen keresztül továbbítanák az OEP felé. A jelentő rendszer erre minimális átalakítás után már jelenleg is alkalmas. Az elvégzett és jelentett szakellátások számát egyelőre nem lehet becsülni.

Ugyanakkor kijelenthető, ennek részletes kidolgozása és továbbfejlesztése úgy az alapellátásnak és a szakellátásnak, mint a betegeknek érdekét szolgálná, a hozzáférést és a hatékonyságot növelné.

Ezzel egy időben figyelembe kell venni azt is, hogy a háziiorvosi keretek között végzett szakellátás a rendelési időt jelentősen meghosszabbíthatja.

Továbbá a szakvizsgával rendelkező háziiorvosi szolgálatok nem csak egyéb szakellátásokat végezhetnének a háziiorvosi keretek között, hanem az adott szakvizsgához tartozó bizonyos gyógyszerek felírásával kapcsolatban is bővíthetne a kompetencia körük. Ez természetesen további forráskiáramlást jelenthet.

Előnyök:

- a szakellátás könnyebben hozzáférhetővé válik,
- a háziorvosnál helyben igénybe vehetők bizonyos ellátások,
- a járóbeteg-szakellátás tehermentesítése,
- szakvizsgák megszerzésére ösztönöz,
- „elismerésre” kerülne a szaktudás.

Hátrányok:

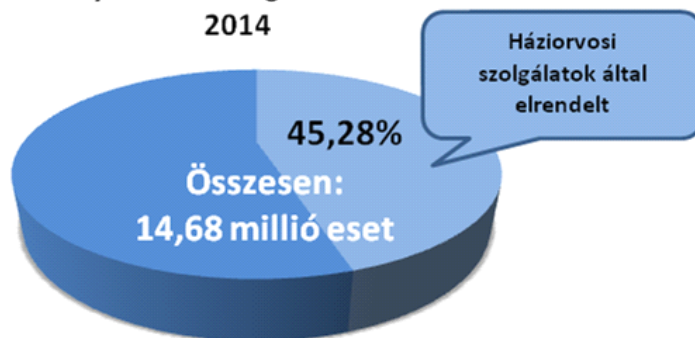
- a jelenlegi háziorvosok döntő többségének nincs olyan szakvizsgája, amellyel szakellátást végezhetne,
- finanszírozási technika pontos meghatározása szakmai vitát generálhat,
- növekedhet a rendelési idő,
- további adminisztratív terhet jelent.

A háziiorvosi szolgálatok labordiagnosztikai elrendelésének felülvizsgálata

A háziiorvosi szolgálatok alapvető feladata a hozzájuk bejelentkezett biztosítottak számára a testi és lelki egészség megteremtése és fenntartásának segítése. A háziorvos az egészségügy „kapuőre”, mely szerepe alapján törekednie kell az egyes betegek definitív, az alapellátás szintjén történő ellátására.

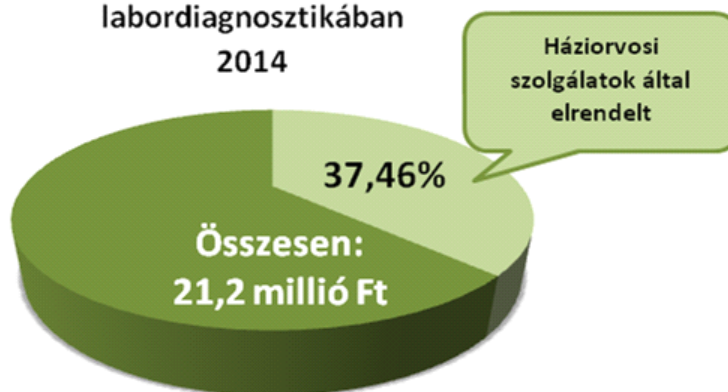
A definitív ellátás része a pontos kórkép megállapításához szükséges diagnosztikus ellátások, többek között a labordiagnostika igénybevétele. A háziiorvosi szolgálatok 2014-ben az összes labordiagnostikai esetek több mint 45,28 %-át kezdeményezték, a költségek 37,46 %-át generálták. Egy háziiorvosi szolgálat által elrendelt eset átlagosan 1.194 forintba került.

A háziiorvosi szolgálatok által elrendelt esetek aránya a labordiagnostikában
2014



A háziiorvosi szolgálatok által rendelt laborvizsgálatok esetszáma 2014-ben **6.648.391** volt. Egy laborvizsgálat alkalmával több beavatkozás is végezhető, például egy vérvétel esetében több marker is vizsgálható, így az elvégzett vizsgálatok száma ennél több.

A háziiorvosi szolgálatok által elrendelt esetek finanszírozási összeg aránya a labordiagnostikában
2014



A háziiorvosi szolgálatok által elrendelt laborvizsgálatok finanszírozási összege a 2014-es évben 7.942.147.915 Ft volt. Ennek megfelelően az egy háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett biztosítottra 836 Ft jutott.

A háziiorvosi szolgálatok által elrendelt laborvizsgálatok megoszlása az alábbi diagramon látható. A háziorvosok 57,4%-a 1000 eset, 91,1%-a 2000 eset alatt rendelt el az elmúlt év elszámolási időszakában.



A háziiorvosi kompetenciák változtatásával az alábbi két módon lehet befolyásolni a laborvizsgálatok számát.

- Az egyik esetben az **elrendelhető vizsgálatok típusát lehetne csökkenteni**. A háziiorvosi szolgálatok által elrendelhető laborvizsgálatokat a 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet határozza meg. Ez alapján a háziiorvosi szolgálatok az összes laborvizsgálat típusból közel a felének a felírására jogosultak. Amennyiben korlátozzuk az elrendelés lehetőségét, csökken a háziiorvosi szolgálatok által „felírható” laborvizsgálatok száma. Ebből természetesen az is következik, hogy vélhetően ténylegesen csökkenne az elrendelt vizsgálatok száma és így az ezekre kifizetett finanszírozási összeg is. **Ezzel a módszerrel orvos-szakmai alapon lehetne meghatározni, illetve csökkenteni azon laborvizsgálatok számát, melyek elvégzésének nincs feltétlenül relevanciája a háziiorvosi ellátás szintjén.** Ugyanakkor ez ellentmond a háziiorvosi kompetencia bővítés szándékának, illetve nem ösztönöz gazdaságilag hatékony, ugyanakkor szükségletalapú betegellátást.
- A másik lehetőség szerint minden egyes szolgálat számára meghatározható lenne az előző évek figyelembevételével (alapellátási laborvizsgálatok összege, illetve a betegszám) egy havi költségkeret, melynek felhasználása az adott orvos felelősségi köre lenne. (Csak a 2014-es év egy bejelentkezett biztosítottra jutó laboradatait alapul véve, a keret havi szinten, átlagosan a gyermek praxisok esetében kb. **61.000 Ft**, a felnőtt és vegyes praxisok esetében kb. **111.500 Ft** lenne.) Az

esetleges megtakarítás a praxisnál maradna, azonban fontos ezt minőségbiztosítási kritériumokhoz kötni. Ezzel a **háziiorvosi kompetencia növekedne**, melyhez további vizsgálat típusok (Pld. PSA, t3, t4) válnának a háziiorvosok számára elrendelhetővé.

A diagnosztikus vizsgálatok – mint a labordiagnosztika – körének bővítésével növekedhet a háziiorvos lehetősége a kórképek önálló megállapítására, nagyobb az esély a definitív ellátás, a „kapuőr funkció” megvalósítására. Ugyanakkor a saját keret felelősségteljesebb és költséghatékonyabb ellátást eredményezhet.

A háziiorvosi letelepedési pályázat kiterjesztése

A 2014. évben kiírt háziiorvosi letelepedési pályázat sikeres volt, hiszen hatására 38 egy éven túl betöltetlen háziiorvosi szolgálat került betöltésre.

Fontos lehet ugyanakkor egy olyan támogatási forma kialakítása és finanszírozási rendszerbe építése, amely „megelőzheti” vagy csökkentheti az egy éven túl betöltetlen háziiorvosi szolgálatok kialakulását, azaz támogatná azokat az újonnan rendszerbe lépő háziiorvosokat, akik a leendő háziiorvosi szolgálatuk praxisjogához vásárlás útján jutnak hozzá. A fiatal, pályakezdő háziiorvosok számára a praxisjog megvásárlása érthetően túl nagy tehernek számít.

Tapasztalataink alapján **országosan havonta 15-20 olyan háziiorvosi szolgálat van, melynek új háziiorvosa a praxisjogát adás-vétel útján szerezte meg. Éves szinten ez a szám tehát 200-250.** Ebben a számban kisebb mértékben olyan háziiorvosok is szerepelnek, akik nemcsak vásároltak, hanem előzőleg el is adtak praxisjogot.

A háziiorvosi letelepedési pályázatban megjelölt feltételekhez igazodva azon – az elmúlt 3 évben praxisjoggal nem rendelkező – háziiorvosok, akik praxisjukhoz adás-vétel útján jutnak hozzá és vállalják, hogy az általuk ellátott háziiorvosi szolgálatban önálló orvosi tevékenységet végeznek legalább:

- 2 év időtartamban : 1.000.000 Ft,
- 4 év időtartamban: 2.000.000 Ft,
- 6 év időtartamban: 3.000.000 Ft,
- 8 év időtartamban: 4.000.000 Ft,
- 10 év időtartamban: 5.000.000 Ft

egyszeri támogatási összegre lennének jogosultak, amely „szabad felhasználású” lehetne.

Az eddig leírtakat figyelembe véve éves szinten erre a célra kb. 1 milliárd forintot lenne indokolt biztosítani.

Jelenleg több mint 2.100 háziorvos kora haladja meg a 62 éves életkort. Valószínűsíthető, hogy ezek a háziorvosok 6-8 éven belül értékesíteni kívánják praxisjogukat, így éves szinten akár 400-500 praxisjog is értékesítésre kerülhetne.

Mindenképpen feltételezhetjük, hogy ezen egyszeri támogatás összeg finanszírozási rendszerbe építésével, illetve a többi ösztönző/pályázat mentén több orvos választhatná a következő években (újra) a háziorvosi pályát.

Előnyök:

- A háziorvosi életpálya vonzóvá tétele,
- Egyfajta támogatási forma bevezetése a praxisjog megvásárlásához,
- A folyamatosan emelkedő betöltetlen körzetek számának várható csökkenése.

Hátrányok:

- Finanszírozási többletigény

Egyéb felvetések, kérdések, javaslatok

- önkormányzatok szerepe, jogaik és feladataik átgondolása (marad-e a duális finanszírozás, vagy elfoglalja helyét az amortizáció, mint a gazdasági élet egyik alapeleme. Amennyiben a dualitás marad, a biztonságos működés egyik pillére lehet - a jelenlegi, csak a témakörök kötelező megválaszolását előíró szabályozás helyett – a feladatátadási szerződések központi megfogalmazása és kötelező alkalmazása).
- Kíváncsú lenne a gyermek lakhelyéhez bizonyos távolságon belüli házi gyermekorvosi körzetekhez kötni a háziorvos választást, hogy a védőnő-háziorvos egység megvalósulhasson.
- Célszerű lehet az önkormányzatok fölé egy olyan állami szervet kialakítani, amely problémás/vitás esetekben dönthet pl. körzetek összevonásáról, orvosok adott helyre történő kinevezéséről. Praxis-piac szabályozó szerep klasszikus kamarai funkció, az OALI adott a kihelyezési ügyek kezelésére
- A területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosi szolgálatok újragondolása, külön figyelemmel az egyes intézményekben működtetett egészségügyi szolgálatok és a háziorvoslás összekapcsolhatóságára (börtönorvos, bentlakásos intézmények orvosa, stb.): ehhez szükséges áttekinteni a "valós" praxisként működő szolgálatokat (pl. bizonyos bejelentkezett betegszámhoz kötni), és számukra bizonyos kritériumok mentén a jelenleginél szélesebb finanszírozási lehetőségeket biztosítani.
- A háziorvosi magángyakorlat helyzetének rendezését és esetleges engedélyezését érdemes lenne megvizsgálni, hiszen jelenleg a háziorvostan szakvizsga az egyetlen olyan szakképesítés, amely alapján magánorvosi tevékenység nem végezhető, mivel a

praxisjogot a szabályozás gyakorlatilag összekapcsolta a finanszírozással. Számos idős háziorvos azért nem adja át a praxisát, mert nem végezhet a belgyógyászhoz hasonlóan olyan háziorvosi magángyakorlatot, amely kizárólag piaci alapon, a bejelentkezéstől függetlenül nyújtana ellátást. Ebben a formában az orvos úgy működne, mint jelenleg a TEK nélküli háziorvos, azaz a biztosítóval gyógyszerrendelésre, stb. szerződést kötne, de nem lenne finanszírozási szerződése, azaz a magánorvoshoz forduló páciens a magánrendeléseken megszokott gyakorlat szerint fizetné meg az ellátás díját. Ezt a kérdést azért is indokolt rendezni, mert számos fiatal a háziorvoslás klasszikus magángyakorlat rendszerből történő kizárása is elrettent a háziorvostan szakképesítés megszerzésétől, hiszen annál rövidebb idő alatt, kevesebb gyakorlati munkával a magánpiacon jól konvertálható szakvizsgát szerezhet.

- Kamarai tagság (egy kamara). Jelenleg az orvosok képezik az egyetlen olyan területét a gazdaságnak, ahol a működéshez két kamarával kell igazolt kapcsolatban állni. Törvényben kimondva kaphatnak az orvosok védelmet arra nézve, hogy tevékenységük a MOK tagsághoz kötött, minden egyéb kamarai jogviszony (beleértve a kötelező regisztrációt is) szükségtelen.
- Az alapellátás szakmai kiszolgáltatottságának minimalizálása: meg kell határozni, hogy mikor és milyen esetben kérhet más orvos a betegen keresztül beutalást vagy ellátást.
- Maximált életkorhoz kötni a háziorvosi tevékenységet (betöltött 80 év).

Fogorvosi alapellátás –javaslatok a továbbfejlesztésre

A fogászati szakellátásokat (fogszabályozás, szájsebészet, parodontológia) az alapellátási kassza finanszírozza. Ezeket a "szakellátásokat" emeltszintű alapellátássá kellene minősíteni, így vonatkoznia kellene rájuk is a praxistörvénynek.

Ha az alapellátó fogorvos rendelkezik ráépített szakvizsgával, akkor - ha az OEP-pel ilyen megállapodást köt - a körzetén belül a szakvizsgáját használhassa és az azzal kapcsolatos teljesítményt számolhassa el. Erre egyébként van példa: a fogászati röntgen kiegészítés az alapszerződés mellett.

Az egy fogászati szolgáltatóra eső átlagos finanszírozás egyezzen meg az egy háziorvosi szolgáltatóra jutóval és/vagy az OEP ne "bruttó körüli támogatást" fizessen, hanem vásároljon szolgáltatást, és vonatkozzon a szolgáltatás árának meghatározására az ártörvény. Innentől az OEP-nek nem pénzügyi ellenőrzéseket kellene végeznie, hanem a szolgáltatás megtörténtét.

Tisztázni kell az OEP és az önkormányzatok szerepét a működtetésben, a háziorvosi praxisokhoz hasonlóan.

A fogászati ellátás kimaradt a Praxisalapból, a letelepedési pályázatokból, a rezidensi ösztöndíjból, holott számarányosan több betöltetlen fogászati praxis van, mint háziiorvosi. Szükséges volna ezeket a fogorvosokra is kiterjeszteni.

Alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás

- A „**sürgősségi ellátás**” fogalma **pontosításra szorul**, el kell különíteni a sürgős, életveszélyes állapotok ellátásától, vagy a következő rendelésig nem halasztható esetek ellátásától, amit inkább nevezzünk **akut beteg ellátásnak**, mint sürgősségi ellátásnak. Az akut betegellátásnak a háziiorvosi ügyelet a gondnoka, a sürgősségi ellátásnak pedig az OMSZ.
- A **sürgősségi ellátást határozottan le kell választani a háziiorvosi ellátási feladatokról** azzal a kitéttel, hogy természetesen a háziorvos feladata – mint minden orvosnak – az életveszély elhárítás azonnali megkezdése. Azonban nem feladata elsőként érkezni egy sürgősségi hívásra, és majd azután szülessék meg a döntés, kell-e OMSZ részvétel az ellátásban. **A sürgősségi ellátás alapja egy sürgősségi hálózat legyen!** Azokban az esetekben, amikor a mentőre vonatkozó feladatokat mégis más (pl. a háziorvos) látja el, annak a feltételeiről, a felhasznált eszközök pótlásáról a felelős, tehát az OMSZ kell, hogy gondoskodjék. Mindeközben természetesen az is igaz, hogy nem lehet azonos szabályokat előírni az ország valamennyi területére, a megoldások keresésében a fenti rendező elveket tartjuk helyes kiindulási alapnak.
- A közismert humánerőforrás- problémák miatt érdemes felülvizsgálni, hogy kik dolgozhassanak, vállalhassanak ügyeletet, milyen rezidens és/vagy szakorvos dolgozhasson háziiorvosi ügyeleten. Felvethető, hogy bizonyos szakorvosjelöltek, amennyiben teljesítették a sürgősségi blokkot a központi rezidensi tervben.
- A **központi ügyelet** a racionális együttműködésről, az erőforrások optimális felhasználásáról szól. Az lenne a célszerű, ha a központi ügyelet heti 168 órában fedné le a területet
- Az alapellátási sürgősségi feladatokat, mint önálló szakma tevékenységét szükséges meghatározni. Egyértelműen ki kell mondani, hogy az alapellátási ügyelet nem azonos a sürgősségi ellátással, kizárólag az alapellátás tevékenységi körébe, kompetenciájába tartozó, következő rendelésig nem halasztható feladatok ellátását jelenti.
- Szükséges az ügyeleti óradíjak minimum értékének meghatározása, ideértve a fogászati ügyeleteket is.
- Az ún. ügyeleti minimumlistát az erre vonatkozó miniszteri rendelet kiegészítéseként volna célszerű meghatározni.
- Erősíteni szükséges az OMSZ irányító szerepét, és ahol csak lehetséges, a központi ügyeletek elhelyezését sürgősségi osztályok mellé kell rendelni.

Az alapellátás országos szervezésének és irányításának, szakmai felügyeletének szervezeti kérdése

Az alapellátás, azon belül is a háziorvoslás az egészségügyi ellátórendszer legnagyobb szolgáltatója, amelynek egységes működése a feltétele a rendszer hatékony és eredményes működésének. Ma valójában sem az alapellátás tényleges működéséről, terhelhetőségéről, megfelelőségéről, sem az egyes szolgáltatók hasonló kérdéseiről nem állnak rendelkezésre releváns információk. (A háziorvos jogszabályokban leírt feladatokat lát el részben kötelezően, részben opcionálisan, mint elsőként elérhető szolgáltató. A feladatoknak csak egy része tartozik a társadalombiztosítás látó-, és hatáskörébe.)

Az egységesség biztosítása csak egy újraépülő felügyeleti rendszer működésével várható.

A háziorvosi rendszer és maguknak a háziorvosok tevékenységének, szakmai megfelelőségének a kontrollja a szakmai felügyelet átalakításával hatástalanná vált. Ahhoz, hogy a háziorvosi rendszer, mint a legnagyobb létszámú szakterület egységes működése megalapozott és folyamatosan kontrollálható legyen – mind a mindennapi feladatok, mind a rendszer fejlesztése vonatkozásában – egy hatékony, maguknak a háziorvosoknak az aktivitására épülő kontroll szervezetre van szükség. A szervezet éves munkaterv alapján kell ellássa:

- a háziorvosi rendszer és
- az egyes háziorvosi szolgálatok ellenőrzését.

Működése akkor lesz a leghatékonyabb, ha az információáramlás a keretei között kétirányú:

- gyűjti és értékeli az adatokat annak érdekében, hogy a rendszer működőképességét értékelje, problémáit időben észlelje és javaslatot tegyen (pl. a jogalkotó, vagy a beavatkozásra feljogosított szerv számára) a korrekcióra,
- információkkal, ismeretekkel, tájékoztatással segíti az alapellátás egységes és rendszerszerű működését.

A szervezet etalonjának javasoljuk a háziorvosi szakfelügyelet piramisát:

- A rendszer alapját maguk a háziorvosok képezik.
- a háziorvosok csoportja(i) által választott “első az egyenlők között” (kollégialis vezető) akár járási, vagy pl. járási tisztiorvosi fókusszal (Érdemes átgondolni, hogy milyen és mekkora területre terjedjen ki a felelősség. Praktikus volna talán az érintett városi – járási tisztifőorvosi szintet figyelembe véve alakítani ki a köröket)
- Megyei háziorvos szakfelügyelők
- Országos háziorvos szakfelügyelő.

Az egyes szintek egymással állnak informális és munkakapcsolatban.

A szakmai felügyeleti rendszer működtetését az OALI-hoz, mint a háziorvosi szakterület módszertani intézetéhez történő szükséges kapcsolni a megfelelő jogosítványokkal és forrással, úgy, hogy a megyei, de az országos szakfelügyelő pályázat útján, az OTH (OALI) és a MOK egyetértésével kerüljön kiválasztásra.

A szervezet működése segítheti az alapellátást a felmerülő szakmai vagy működésbeli viták, anomáliák egységességre törekvő kezelésével is, a szerzett tapasztalatok közzétételével. Az etikai, fegyelmi kérdésekhez is hatékony, szakmai alapú, vagy akár módszertani megközelítésű együttműködéssel lenne képes közelíteni.

AZ ALAPELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSÉNEK II. ÜTEM CÉL-ÉS ESZKÖZRENDSZERE

Az alapellátás fejlesztésének alapvető lehetőségei nemzetközi tapasztalatok alapján:

- horizontális integráció az alapellátásban résztvevő összes szereplő között (háziorvos, fogorvos, gyógyszerész, védőnő, szociális munkás, stb.)
- lakóhely-közelbeli szolgáltatások bővítése koncentrálnálva:
 - az egészségfejlesztésre, egészségnevelésre
 - gondozásra
 - szakellátási lehetőségek bővítése (a vertikális integráció jegyében)

Az alapellátás fejlesztése a következő előnyöket eredményezi:

- minőségi javulás
- optimalizált feladatmegosztás
- növekvő egészségélmény – állampolgári elégedettség növekedése
- az üresen maradt praxisokhoz tartozó lakosság ellátásának megoldása
- szubszidiaritás elvének fokozott érvényesülése – kevesebb kórházi beavatkozás
- feladatbővítés révén lakóhely-közelbeli szolgáltatások bővülése

Ez a megközelítés a következő definícióhoz vezet:

A lakóhely-közelbeli egészség-szolgáltatás szakemberek csoportja által nyújtott, általánosan hozzáférhető, közösség-központú, átfogó népegészségügyi és egészségügyi szolgáltatások összessége, amely a releváns közösségi egészség-szükségleteket képes kielégíteni. Az egészség-szolgáltatásokat az egyénnel, a családokkal és a közösségekkel partnerségben, interszektoriális támogatottság mellett szervezi, és biztosítja az egészség-szolgáltatások átfogó szakmai koordinációját.

A lakóhely-közeliség egészség-szolgáltatás az alapellátás és járóbeteg-szakellátás integrációját valósítja meg. A szolgáltatási körnek szerves részét képezik az egészségfejlesztést, megelőzést és gondozást támogató új funkciók is.

A hatékony lakóhely-közeliség egészség-szolgáltatás betegellátási feladatain túlmenően, ösztönzi a közösséget az egészséges életmódra, a betegségek megelőzésére. Szolgáltatásainak tervezése és megvalósítása szintjén az egészséget holisztikus megközelítésben értelmezi. Az ellátás sokkal inkább egészségközpontú, mint betegségek központú szolgáltatás

A minőségi fejlesztéshez a teljes „alapellátási kassza” a 2016. évi 10,0 Mrd Ft-on túlmenően – a Kormány döntésétől és ütemezésétől függően – további bővítést igényel, a Kormány által meghatározott ütemtervnek megfelelően. (Előzetes számítások alapján ez 2017-ben évi kb. 20 milliárd Ft, 2018-2020 között további évi 20-25 milliárd Ft bővítést jelentene). **A fejlesztések az ellátórendszerre fordított befektetések növekedési ütemének csökkentését szolgálják, jelentős minőségjavulás mellett.** A fejlesztés megvalósulásának feltétele az ellátáson belüli párhuzamos csatornák felszámolása és az integráció, szolgáltatásbővülés jogszabályi és finanszírozási feltételeinek kialakítása, az uniós fejlesztési források összehangolása a fejlesztési koncepcióval. Cserében az új alapellátási modell azt kínálja, hogy

- kb. 10%-25 %-kal csökkenhet a kórházi felvételek száma 3-5 éven belül
- biztosítja a 2014-2020-ra meghirdetett ágazati célkitűzések megvalósítását.

Egy erős, egészségfejlesztésre, megelőzésre és gondozásra egyaránt koncentráló, megújuló alapellátási modell jelentős mértékben képes javítani egy közösség egészségi állapotát, feltételezve az interszektoriális beavatkozások összehangoltságát. A többletfeladatokkal megerősített szolgáltató hálózatnak a lakóhely-közeliség egészség-szolgáltatás (LESZ) elnevezéssel az kerül jelzésre, hogy **alapvetően a népegészségügyi tevékenységek megszervezése inspirálja az elsődleges egészség-szolgáltató rendszer kialakítását.**

Az alapellátás minőségi megerősítésének eszközei

Az alapellátás megerősítése tehermentesíti a fekvőbeteg ellátást és az önálló járó szakellátókat, elősegíti az egészségügyi rendszer hatékonyabb működését. Az általános és speciális szaktudást egyaránt magában foglaló, több szakmára és szakterületre kiterjedő **multidiszciplináris teamek lehetővé teszik az alapellátásban biztosított szolgáltatások spektrumának bővítését, valamint az ellátás egyéni szükségletekhez történő alakítását.**

A közösségi egészség-szolgáltatás magában foglalja a szociális ellátórendszerrel, az oktatási intézményekkel és a további helyi véleményformáló szereplővel való szoros együttműködést is.

A közösségi egészség-szolgáltatás szintjén nyújtott szolgáltatások bővítése

Az alapellátásban nyújtott szolgáltatások bővítése magában foglalja

- az alapellátás megelőző és népegészségügyi-egészségfejlesztési szerepének megerősítését, minőségének, eredményességének a javítását,
- az alapellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítását, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosságra,
- az alapellátásban dolgozók kompetenciájának a bővítését, különös tekintettel a szakdolgozói és egyes szakorvosi kompetenciákra
- az alapellátásban elérhető szolgáltatások bővítését, ennek keretében:
 - a lakosság egészségi állapotának felmérését
 - egyéni és közösségi kockázati tényezőkhöz illeszkedő egészségfejlesztését
 - a krónikus betegségek szövődményeinek kialakulását csökkentő gondozás és a rehabilitációs tevékenység javítását
 - egyes szakorvosi szolgáltatások biztosításának lehetővé tételét
 - e-egészségügyi technológiák alkalmazását
- a betegek öngondoskodásának erősítését, kezelésbe való aktívabb bevonását, egészségi állapotuk menedzselésének támogatását,
- az alapellátás közösségi szolgáltatásokkal való összekapcsolását,
- az ellátás koordinációjának, menedzsmentjének a megerősítését.

Az alapellátás minőségének fejlesztése

Az alapellátás minőségének fejlesztéséhez összehasonlítható indikátorok kidolgozására, az alapellátás teljesítményének folyamatos mérésére és monitorozására, valamint célzottan az ellátás minőségének fejlesztésére irányuló finanszírozási ösztönzők alkalmazására van szükség. Az egyes szolgáltatók teljesítményének összehasonlításához valós időben hozzáférhetővé kell tenni az ellátás minőségével és eredményeivel kapcsolatos információkat. Az alapellátók egészség-szolgáltatásainak a hatékonyságát, eredményességét folyamat-, és eredményindikátorok mérnék, ezen alapulna a többlettevékenységek finanszírozása is.

Az alapellátás finanszírozásának fejlesztése

Az alapellátás finanszírozása akkor működik megfelelően, ha elegendő forrás áll rendelkezésre annak érdekében, hogy lehetővé tegye az alapellátáshoz való méltányos hozzáférést, valamint ösztönzőket biztosítson az alapellátás hatékonyságának és minőségének fejlesztéséhez, az ellátás koordinációjához. A finanszírozásban figyelmet érdemel az egészségügyre fordított állami kiadások aránya, az egészségügyi szektorok, ill. földrajzi egységek közötti forrásallokáció, a lakosság és a szolgáltatások lefedettsége, a felhasználói díjak szerepe, valamint a szolgáltatók finanszírozásának reformja.

Az alapellátás finanszírozásának a fejlesztése a közösségi egészségcélok és az azok eléréséhez vezető indikátorok teljesítésén kell, hogy alapuljon. A minőségbiztosítás, a tevékenység célirányosságának biztosítása, olyan struktúrát hoz létre, amelyben a jól teljesítő közösségek jelentős többletfinanszírozáshoz jutnak a kevesebbet teljesítő közösségekhez képest.

Az ellátás koordinációjának fejlesztése

Adott páciens kezelésében résztvevő egészségügyi szakemberek bevonásával készített egyéni szolgáltatási (ellátási) tervek jelentősen hozzájárulnak az ellátás koordinációjához, monitorozhatóságához, egyrészt a különböző intézmények, másrészt az egészségügyi, mentális egészségügyi és szociális ellátás között.

Az alapellátás menedzsmentjének megerősítése

Az alapellátó hálózatoknak és szervezeteknek szakértelemmel kell rendelkezniük a lakosság egészségigényeinek felmérése, az információs rendszerek, az emberi erőforrás menedzsment, a folyamatfejlesztés, a stratégiai tervezés és az általános menedzsment terén. Ezen támogatásnak értelemszerűen méretgazdaságosnak kell lennie, integratív szerepet kell betölteni, ezért több csoportos együttműködés támogatására, kb. 80-150 ezer lakos egészségfejlesztésének támogatására ésszerű kialakítani.

Lakóhely-közeliség Egészség-szolgáltatás (LESZ) struktúra

Az alapellátás fejlesztésének a szakmai integráció irányába kell mutatnia. A szakmai integráció azonnali előnyei:

- minőségi javulás
- optimalizált feladatmegosztás
- növekvő egészségélmény
- az üresen maradt ellátási területek ellátás
- szubszidiaritás elvének fokozott érvényesülése
- feladat bővítés révén lakóhely-közeliség szolgáltatások bővülése

A szakmai integráció kialakításának módszertana

A szakmai közösségek felépítésének két alapvető eleme van, mely kritikus a nemzetközi tapasztalatok alapján:

- biztosítani kell a szakmai közösségek önszerveződését az adott közösségek egészség szükségleteinek, a közösség szociális, kulturális és földrajzi viszonyainak megfelelően
- folyamatosan támogatni kell a szakmai közösségek kialakulását és működését, ennek szintje és módszere a közösségi egészség-szervezés.

Az eltérő település szerkezet, az eltérő szociális, kulturális viszonyok, az eltérő egészségi állapot más-más szerveződési formák kialakulásához vezetnek, mint azt a hazai gyakorlatban is rendszeresen tapasztaljuk. Ennek következtében eltérő, a közösség szükségleteihez igazodó

modellek kialakulásának kell teret hagyni, biztosítva, hogy azok egységes célrendszernek megfelelően tevékenykedjenek. A felépítés, működés és az egységes irányok kialakításában kulcsszerepe van a közösségi egészségszervezésnek és a finanszírozás módszertanának.

A közösségi szint elnevezés egy hozzávetőlegesen 80 - 150 ezer lakosú, földrajzilag egységes területet jelenthet, amelynek határait elsősorban a háziorvosi ellátási területek jelölik ki. Ez a közösségi tér egybe esik a közigazgatási egység (korábbi kistérség, jelenlegi járás) határaival. A közösségi szinten belül helyezkednek el a csoportpraxisok vagy hagyományos háziorvosi szolgáltatások, melyeket a közösségi szinten elhelyezkedő közösségi egészségszervezés és egészségfejlesztés támogat.

Az új ellátási modell a közösségi szinten releváns egészségügyi és határterületi szolgáltatók funkcionális (horizontális, vertikális és interszektoriális) integrációjára épül, amelynek gerincét az egészségügyi járóbeteg-ellátás jelenleg is működő intézményei (egészségügyi alapellátás – háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogászati, ügyeleti és védőnői ellátások, otthoni szakápolás; járóbeteg-szakellátás, gondozóintézeti ellátások, gyógyszerellátás, egészségfejlesztési ellátások) adják, különös tekintettel a háziorvosi ellátásra és a járóbeteg-szakellátásra. Ehhez illeszkednek azok az új egészségügyi ellátási formák, amelyek korábban nem működtek, esetlegesen vagy alulfejlettek voltak (elsősorban az egészség-megelőzés és a prevenció területén, de ide tartozik a virtuális térben megvalósuló szolgáltatások fejlesztése is, valamint minden innovatív, hiánypótló szolgáltatásfejlesztési program), továbbá az egészségügyi ellátásokkal egységet képező határterületi szolgáltatások is (pl. szociális ellátás).

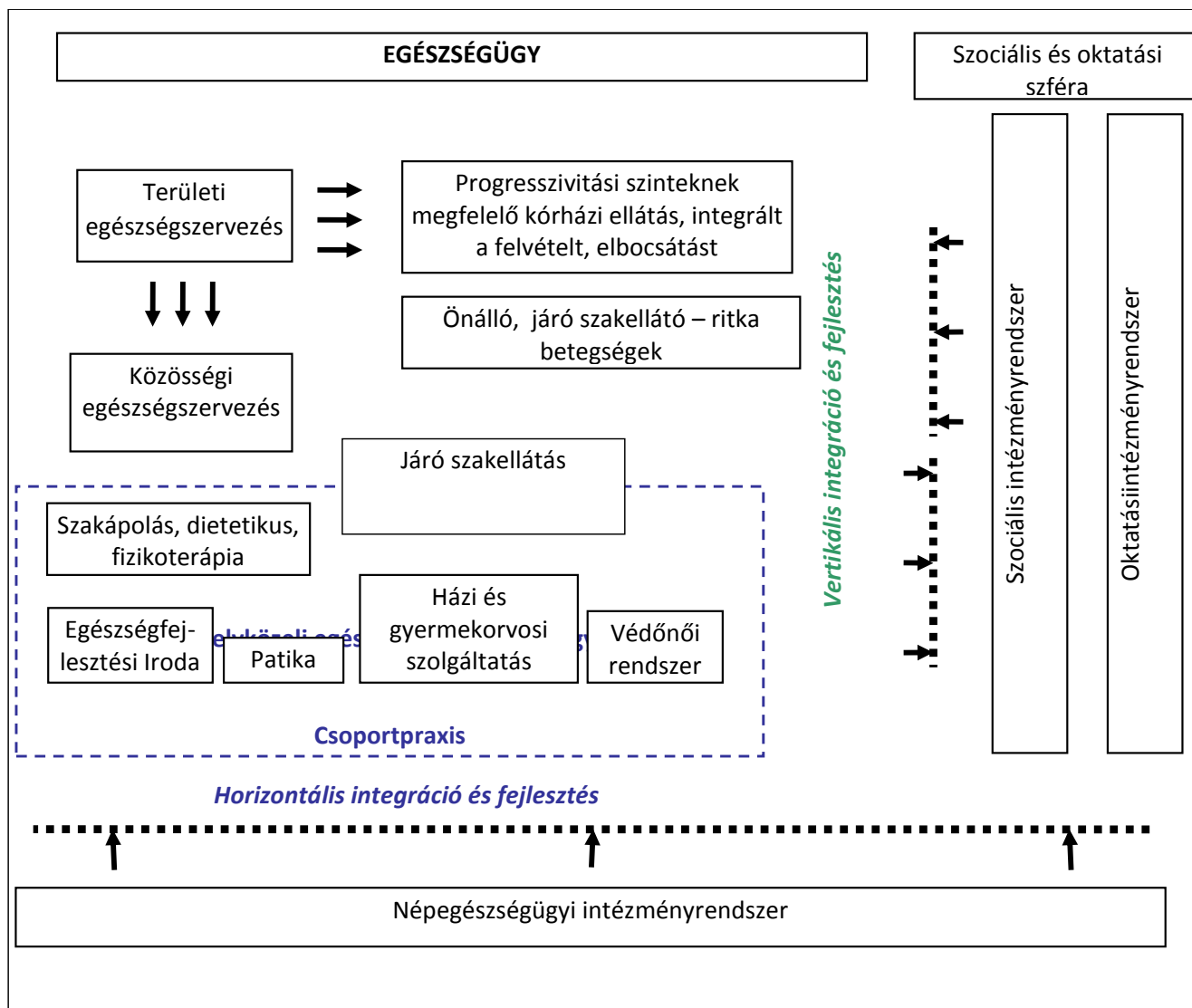
A horizontális és vertikális funkcionális integráció lépcsőről lépésre valósítható meg. Alapvetően a közösségi kezdeményezésekre támaszkodik, melynek jogszabályi lehetőséget és finanszírozási ösztönzést szükséges biztosítani. Ezentúl nagy szükség van az önszerveződés folyamatának támogatására annak érdekében, hogy valóban a közösségi igényeknek megfelelő szolgáltatások kerüljenek kialakításra. Az integráció végterméke a szakmai közösségek hatékonyan működő formája, amely a közösségi szintű egészség ápolásáért felelős integrált szolgáltatási egység.

A kis közösségek egészség-szolgáltatási alapegységeit támogató egységek a közösségi egészségszervezési központok (KEK) és az egészségfejlesztési irodák (EFI): ezen központok a következő szolgáltatásokat nyújtják az egészségápolási egységeknek:

- közösségi szükségleteknek és hatékonyságnövelésnek megfelelő fejlesztési irányok meghatározása (KEK)
- operatív működési támogatás (KEK)

- az ellátások folytonosságának biztosítása érdekében a betegutak monitorozása, az ellátások szervezése (KEK)
- népegészségügyi kompetencián és egészségkommunikációs ismereteken alapuló egészségfejlesztés (EFI)
- közösségi szintű egészségnevelési és egészségfejlesztési programok megvalósítása különböző szintereken (EFI)
- a települési, járási egészségfejlesztési tevékenységek koordinációja (EFI)részletes közösségi egészségtervezés, települési/járási egészségtervek készítésében, felülvizsgálatában, megvalósításában való részvétel (KEK, EFI)
- kliens állapotfelmérése és kockázatbecslés szerinti besorolása, a meghatározott kockázati tényezőkre vonatkozóan, az alap- és szakellátással történő szoros együttműködésben, a szakmai kompetenciák betartásával (EFI)
- indikátor alapú eredményesség elemzés és értelmezés (KEK)
- egészségszervezés, interszektoriális integrációs tevékenységek összehangolása (KEK, EFI)
- minőségbiztosítás (KEK, EFI)

A felépítés sematikus folyamatát az alábbi ábra szemlélteti:



Az egyes részegységek közötti feladat-, és hatáskörmegosztást, valamint a funkcionális integráció megvalósításának egyes szempontjait a következőkben részletezzük:

Finanszírozási modell

Az alapellátás finanszírozási rendszerében alapvető változtatást megfontolható. A jövő finanszírozási rendszere az alábbi elemekből épülhet fel:

- alaptevékenység költségfinanszírozása:
 - fejkvóta, illetve
 - tételes elszámolás alapján
- többlétszolgáltatások finanszírozása:
 - tételes elszámolás alapján, a közösségi egészségügyi szükségletek alapján megvalósuló egészségfejlesztési és gondozási tevékenységteljesítése alapján

- közösségi egészségtervekben meghatározott indikátorok szerinti teljesítés alapján

A fenti finanszírozási keret egyrészt biztosítja a működés alapját, másrészt a közösség érdekében végzendő tevékenységek összehangolására és kivitelezésére irányítja a figyelmet, harmadrészt eredmény és folyamat indikátorok mentén kifejezetten a működés eredményességét díjazza.

A finanszírozás e rendszere a vertikális integráció mentén a későbbiekben szükségessé teszi a jelenlegi járóbetegellátás és a jelenlegi alapellátás finanszírozásának összehangolását. Az új működési keretek közösségi szinten lehetővé teszik pl. a mobil szakellátás kialakítását, mely hatékonyan tudja támogatni a lakóhely-közelbeli ellátási formákat, maximalizálva a szakmai ismeretek minőségi előnyeit és a méretgazdaságosságból fakadó előnyöket.

A finanszírozás ilyen módon felépítve nem a szegregált háziiorvosi ellátást, hanem a kompetenciák, szakismeretek összehangolásán alapuló egészségcentrikus csoporttevékenységet állítja előtérbe, ahol az eredményes működés alapja a közösség egészségértékének növelése.

1.) Az alaptevékenységhez kapcsolódó fejkvóta

- A terület népességének létszámán alapszik
- A hátrányosabb egészségi állapotú térség, illetve térség szerkezet befolyásolja a fejkvóta mértékét

2.) Az alaptevékenység tételes elszámolása

- Az alapfeladatok ellátása során megvalósuló munka díjazása
- Az eddigi tevékenységek kiegészítésre kerülhetnek pl. elektronikus vizittel, távfelügyelettel, ellátási terv készítésével, illetve 3 évente történő egészségi állapot felméréssel

3.) Egészség-szükséglet alapján megvalósuló többletszolgáltatások tételes elszámolása

- Pályázat alapján megítélt forrás a kialakított egészség-célrendszernek megfelelő feladatok ellátására: konkrét szolgáltatási tevékenység elvégzésének finanszírozása, konkrét célrendszer alapján
- A pályázat kompetenciákhoz köti a tevékenységet és nem kizárólag munkakörhöz

4.) Egészség-szükséglet alapján meghatározott folyamat-, és eredményindikátorok szerinti teljesítés alapján

- A pályázatból megvalósított egészség-szolgáltatások hatékonysága, eredményessége alapján

- Arra ösztönzi a közösséget, hogy minél nagyobb mértékben a közösség egészségre koncentráljon
- Az indikátorok közösségi egészségtervben kerülnek rögzítésre, validálásuk és felülvizsgálatuk a finanszírozó feladata.

Kritikus fontosságú a szakellátás-szolgáltatások elérhetővé tétele a lakóhely-közelben egészség-szolgáltatások számára. A szakellátás integrációja a kész egészségügyi szervezési irányelvek (ESZIR) alapján képzelhető el több struktúrában:

- egy nagyobb szolgáltató biztosíthat szakorvosi kompetenciát a szolgáltató egység számára (mobil szakorvosi ellátás)
- szakorvosi kompetencia része a szolgáltatási egységnek (licenz alapú ellátás /pl.: diabétesz gondozás/, háziorvos egyéb szakvizsga képesítést használhatja)
- kompetencia bővítésként szakorvosi ismeretek megszerzése a szolgáltatói egységbe.

A lakóhely-közelben egészség-szolgáltatási rendszer szervezeti felépítése és hatásköre

A lakóhely-közelben egészség-szolgáltatás alapegysége a **praxis**. Mindenképpen számolnunk kell a településszerkezet sajátosságaival, melyekhez igazodva rugalmasan több modell jöhet létre, melyek a helyi sajátosságoknak megfelelően a legeredményesebb, minőségi szolgáltatást biztosítják.

A közösségi egészségügyi szervezés elsődleges feladata a közösségi egészségtervek kialakítása, valamint azok kivitelezésének általános támogatása és eredményességének biztosítása. A közösségi egészségtervek által kijelölt irányokban alapján kulcstevékenysége a praxisközösségek működésének módszertani, adminisztratív és operatív támogatása. Felelős a praxisközösségek működési eredményességének monitorozásáért. Összehangolja a közösségi szint kapacitásait és lehetőségeit, támogatja a praxis közösségek közti együttműködést. Alapvetően felelős az ágazaton túlnyúló egészségtevékenységek összehangolásáért, ezek biztosításáért.

A **térségi egészségügyi szervezés** elemző, értékelő, monitorozó tudásközpontként tevékenykedik, Biztosítja a közösségi egészségügyi szervezésnek a tervezéshez, kivitelezés támogatáshoz és eredmény biztosításhoz szükséges elemzéseket. Koordinatív funkciót lát el a közösségek közt a közigazgatási határok figyelembevételével.

Minőségbiztosítás rendszer

Licence alapú minőségbiztosítás + szakfelügyelet, esetmegbeszélés – szakmai ismeretek

Finanszírozási és módszertani szempontú minőségbiztosítás – szakmai ismeretek + eredmény + folyamat + gazdaságosság

A minőségbiztosítás alapja, hogy az egészségérték megteremtésének folyamatát kell pontosan leírni. Amellett, hogy pontosan meg kell határozni az egyes pácienscsoportokban kitűzött cél egészségértékeket, azok orvosi teljesítmény és egészségélmény tartalmával együtt, az ahhoz vezető folyamatot is meg kell meghatározni.

Ennek eszköze (1) egyrészt a betegségek és kockázatok legnagyobb részére az egészségszervezési irányelv, (2) másrészt ritka betegségekre, multimorbid betegek eseteire, valamint az onkológiai kezelésekre, ahol a személyre szabott medicina egyre nagyobb teret nyer, az egyedi esetekhez kapcsolódó döntési utakat és szolgáltatási utak megállapításának folyamatát leíró eljárásrend.

Eredmény- és folyamatindikátorok alkalmazásával mérhető a szolgáltatások minősége, amely indikátorokat a folyamatok kritikus pontjaihoz kell rendelni.

MEGVALÓSÍTÁS ÉS MONITORING

Az I. és II. ütem megvalósításának fő lépései

Év	Megvalósítandó feladatok
2015	szemléletépítés, az integráció támogatása, új szervezeti és jogszabályi keretek kialakítása
2016	az integráció terjesztése: vertikális és horizontális lehetőségek kiaknázása; pályázati rendszer bevezetése, szakorvosi rendszer finanszírozási rendszerének egységesítése; egyéni egészségtevékenységek felelősségi kereteinek bevezetése; lakóhely-közelbeli egészség-szolgáltatási egységek kialakítása, költség alapú finanszírozás megteremtése
2017	a finanszírozás hangsúlyeltolódása, a pályázati rendszeren keresztül történő teljesítményfinanszírozás előtérbe helyezése, ösztönző rendszer kiterjesztése, a szakorvosi rendszer integráció kiterjesztése, egyéni egészségtervek általános kiterjesztése
2018	a finanszírozás hangsúlyeltolódása, véglegesítése
2019	a finanszírozás hangsúlyeltolódása a teljesítményfinanszírozás irányába