



Alapellátás 2.1.: Terápiás javaslatok

KINCSES GYULA

PRIMARY CARE 2.1.: THERAPEUTIC RECOMMENDATIONS

Az alapellátás színvonala és elérhetősége meghatározó a populáció egészségi állapotában. A kétrészes közlemény az alapellátás rendszerváltás utáni fejlődését, jelenlegi problémáit és megoldási lehetőségeit veszi számba. Az első rész bemutatta a háziorvosi rendszer kódoltan növekvő hiányosságait és ennek kockázatait: az ellátási hiány mellett hasonlóan súlyos probléma az alapellátás szűkre szabott szakmai jogosultsága; a háziorvosi rendszer az elmúlt 30 évben nem követte arányosan az egészségügy általános szakmai-technológiai fejlődését, és orvosi munkára alapozott individuális tevékenység maradt; az alapellátás nem integrál elég szakellátási feladatot, és nem veszi igénybe a diplomás szakdolgozók segítségét.

A második rész számba veszi a háziorvosi rendszer lehetséges fejlődési irányait, a felmerült modelleket, ezek előnyeit és hátrányait. Széles körű az a meggyőződés, hogy a háziorvosi rendszer jelen formájában már nem tartható fent, és ez nem is lenne korszerű.

A tanulmányban felsorolt lehetőségek nem egymást kizáró (választandó) alternatívák, hanem párhuzamos megoldások, mert 5-10 éves távlatban az eltérő szervezeti formák együttélésére, egymásba átalakulására kell felkészülni. A tervezett találkozásokra alapozott, szűrő-gondozás központú működés kulcsa a kiterjesztett kompetenciájú ápolók alkalmazása.

A kollektív tudás hasznosítása, a gazdaságos üzemméret kialakítása érdekében a diplomás szakdolgozókkal támogatott közösségi megoldások (csoportpraxis, praxisközösség) és a szakellátási tudást befogadó, telemedicinával támogatott alapellátás a jövő.

The quality and accessibility of primary health care (PHC) are critical determinants of the population's health status. This two-part review takes stock of the development of primary care since the political transition, including its current challenges and possible solutions.

The first part identified the growing shortcomings of the general practitioner (GP) system and their risks. In addition to the shortage of PHC personnel, the narrowly tailored professional competencies of GPs are an equally serious problem. PHC has not followed the technological development of healthcare over the past 30 years and has remained an individual activity of GPs. Primary care does not integrate enough outpatient specialist care tasks and does not rely on the help of graduate nurses. As a result, the PHC system is less responsive to chronic disease management, preventive care, and comprehensive patient needs.

The second part outlines the possible development trends of PHC, the models that have emerged, their advantages and disadvantages. There is a widespread belief that the GP system can no longer be maintained in its current form, and that this would not be in line with the desired health policy goals.

The options listed in the study are not mutually exclusive (to be chosen) alternatives; rather they are parallel solutions, because in a 5-10 year perspective, we must be prepared for the coexistence of different organizational forms which may transform into each other. The key to the planned needs based, screening-centered operation is the use of nurses with extended competencies. In order to utilize collective knowledge and establish an economical scale of operation, the future belongs to community solutions supported by graduate nurses (group practices, practice community) and PHC supported by telemedicine, incorporating specialized care knowledge.

alapellátás, egészségügyi reform

primary care, healthcare reform

dr. KINCSES Gyula (levelezési cím/correspondence): e-mail: dr@kincsesgyula.hu

Érkezett: 2025. április 11.

Elfogadva: 2025. április 17.

<https://doi.org/10.33616/lam.35.0199>

Kiindulás: a helyzet összefoglalása

A közlemény első része az alapellátás jelenlegi helyzetét írta le. Az adatok azt mutatják, hogy folyamatosan és gyorsuló ütemben nő a betöltetlen praxisok száma (1, 2). A háziorvosi korstruktúra kódolja a további növekedést. Bár az alapellátás szakmai színvonala és kompetenciaszintje folyamatosan nő, de ez a fejlődés mégis elmarad az egészségügy általános fejlődési ütemétől, és a bevezetett minőségi indikátorok önmagukban csak korlátozott javulást érhetnek el az alapellátás definitív ellátóképeségében. Szembesülni kell azzal, hogy az 1992-ben bevezetett és akkor sikeres alapellátási modell az egészségpolitika számára mára már valójában ki nem mondott kudarc történet:

- nem alakult ki általános gyakorlathként a szűrésen és gondozáson alapuló, preventív, ütemezett ellátásra épülő működés, még mindig a panaszvezérelt ellátások adják az orvos-beteg találkozások zömét;

- a háziorvoslás nem vált presztízsszakmává, a területet ma már az elöregedés, a növekvő hiány uralja;

- nem nőtt az elvárásnak megfelelően az alapellátás definitív ellátóképesége, a háziorvosi ellátás felszereltsége, kompetenciaszintje, belső munkaerő-struktúrája;

- az alapellátás pedig individuális tevékenység maradt, nem vált szakdolgozókkal, diplomás szakdolgozókkal támogatott teammunkává.

Mindezek az állítások rendszerszintű megállapítások, és nem az egyes háziorvosokat minősítik, hiszen a háziorvosok többsége lelkiismeretesen végzi munkáját, de a finanszírozási ösztönzők (például a bértámogatás vagy a degresszió mai rendszere), a praxisjog kiüresedett és elértektelenedett intézménye, valamint a kompetenciakorlátok nem támogatják a rendszerszintű fejlődést. A praxisok terhelése és a végzett munka kompetenciaszintje, mennyisége erősen egyenetlen. Vannak kiváló, magas szakmai szinten dolgozó kollégák, de vannak helyettesítéssel ellátott praxisok, ahol az orvosi jelenlét esetleges minőségű. Azt is látni kell, hogy szükségszerűen több praxist helyettesítve nem is lehetséges minden praxisban azonos minőségű ellátást nyújtani.

Öt éven belül kritikusra (akár 2000 fölél) nőhet a betöltetlen praxisok száma, ha nem változnak érdemben a háziorvosi rendszer örökölt alapelvei (az egy orvos – egy nővér – egy falu elvű alapműködés, és a praxis kompetenciája egyenlő a háziorvosi szakvizsga kompetenciájával). Ez a helyzet már bizonytalan helyettesítésekkel, összevo-

násokkal nem lesz kezelhető. Rendszerszintű, mélyebb változásokra van/lesz szükség.

Be kell látni, hogy az alapellátás nem újítható meg a jelen formájában, hanem új szervezési elvekre is szükség van. Erről visszatérően születnek viták, publikációk (3–6). Azt is látni kell, hogy a háziorvosi rendelők jelentős hányadának kialakítása nem alkalmas korszerűen szervezett alapellátás nyújtására. A növekvő orvoshiány és növekvő ellátandó betegszám miatt – úgy a kollektív tudás hasznosítása, mint a gazdaságos üzemméret kialakítása érdekében – a diplomás szakdolgozókkal támogatott közösségi megoldások (csoportpraxis, praxisközösség) és a szakellátási tudást befogadó, telemedicinával támogatott alapellátásé a jövő. A megújuláshoz el kell fogadni, hogy a korszerű gyógyításhoz szükséges orvosi tudás már nem birtokolható egy személy által, és az ehhez szükséges korszerű orvostech-nika nem működtethető költséghatékonyan egyetlen orvos által, valamint számos egészségügyi tevékenység nem igényel orvosi képzettséget.

Lehetséges modellek az alapellátásban

Abban konszenzusközei állapot van, hogy a háziorvosi rendszer jelen formájában nem tartható fent, és ez nem is lenne korszerű. A jövő ugyanakkor ellentétes érdekekkel és elképzelésekkel tűzdelt nyitott kérdés, ezért az alábbiakban számba veszem a felmerült modelleket, közölve ezek rövid leírását és az általam vélelmezett előnyeit, hátrányait (1. táblázat). Az alább felsorolt lehetőségek nem egymást kizáró (választandó) alternatívák, hanem párhuzamosan élő megoldások, mert 5-10 éves távlatban az eltérő működési formák együttélésére, egymásba átalakulására kell felkészülni. Ez a fejezet nagyban épül a MOK háziorvosi csoport meghatározó személyiségeivel folytatott megbeszélésekre, amiért itt is köszönetemet fejezem ki, de az itt leírtak nem tekinthetők a MOK, vagy a MOK háziorvosi csoport álláspontjának.

A jelenlegi modell fejlesztése

A hagyományos háziorvosi modell: egy adott földrajzi területet egy orvos lát el, ahol a praxisban dolgozó szakdolgozó az orvos önálló kompetencia nélküli segítője. Rövid távon ennek a modellnek a meghatározó arányú, fejlődő továbbélésére kell felkészülni. A már kialakult és növekvő háziorvoshiány új beépőkkel csak részben kompenzálható, ezért a praxisok számának csökkenésére, az egy praxis által ellátandó lakosok számának növekedésére kell számítani. Ez

1. táblázat. A háziorvosi alapellátás lehetséges modelljeinek összehasonlítása

Modell neve	Fő jellemzők	Az orvos jogviszonya	Kompetencia	Előnyök	Hátrányok
<i>A jelenlegi modell fejlesztése</i>	Egy orvos – egy praxis. A meglévő rendszer kompetencia- és létszámbővítése.	Választható, jellemzően egyéni vállalkozó.	A háziorvosi szakvizsga kompetenciája.	Stabilitás, orvos-beteg kapcsolat megőrzése, a meglévő rendszerre épít.	Középtávon nem fenntartható; HR-korlátok; fejlődési lehetőségek beszűkültek.
<i>Központosított, államosított alapellátás</i>	Állami irányítás alá vont, járási szintű rendszer, hasonlóan a védőnői hálózathoz.	Eszjtv. alá tartozóan.	Nem ismert, valószínű: a háziorvosi szakvizsga kompetenciája.	Lokális hiányok központi kezelése; integrálható szakellátással.	Személyes kapcsolat megszűnik; politikai és szakmai ellenállás; az orvoshiány súlyosbodhat.
<i>Praxisközösség</i>	Jogi gazdasági önállóság megőrzése mellett közös erőforrások, szakdolgozók alkalmazása.	Választható, jellemzően egyéni vállalkozó.	A háziorvosi szakvizsga kompetenciája horizontálisan bővítve diplomás szakdolgozókéval.	Minőségjavulás, tudásmegosztás, költséghatékonyság, jobb helyettesítés.	Csökkenő szuverenitás; megvalósítás jogi/finanszírozási akadályai; helyiségek alkalmatlansága.
<i>Csoportpraxis</i>	Több, eltérő kompetenciájú szakember egy gazdasági egységben, közös telephelyen.	Választható, jellemzően társas vállalkozás tulajdonosa, alkalmazottja.	Vertikálisan is bővebb: a praxisban dolgozó szakorvosok és diplomás szakdolgozók kompetenciája.	Magasabb szintű, integrált ellátás; szakellátási terhek csökkenése; hatékonyság.	Kevesebb helyi elérhetőség; háziorvosi önállóság megszűnik; infrastruktúra-igényes.
<i>Telemedicinára épülő modell</i>	Központi orvosi rendelés, távolabbi egészségpontok diplomás ápolóval és telemedicinával.	Választható, jellemzően egyéni vállalkozó.	A háziorvosi szakvizsga kompetenciája telemedicinális szakorvosi kompetenciával bővítve.	Hatékonyabb orvoshasználat; elérhetőbb szakellátás vidéken is.	Lakossági ellenérzések; szakdolgozói hiány; infrastrukturális kihívások.
<i>Foglalkozás-egészségügyhez kapcsolt alapellátás</i>	Vállalati egészségügyi rendszer integrálása az alapellátásba.	Jellemzően egyéni vállalkozó vagy vállalkozás alkalmazottja.	A háziorvosi és foglalkozás-egészségügy szakvizsga kompetenciája.	Betegutak egyszerűsítése; vállalati érdek a prevencióban, háziorvosi tehercsökkentés.	Csak szűk alkalmazotti kört érint; praxisok elszívása, bevételkiesés a körzetekben.

ebben a modellben is változásokat indukál: a nagyobb lakosságszámot ellátó praxisokban csak második orvos, illetve megemelt számú és kompetenciájú szakdolgozók alkalmazása mellett lesz biztosítható színvonalas és eredményes (vagy legalább minőségtartó) ellátás. Ugyanígy alapfeltétel a degresszió átalakítása. Az utóbbi állítások egyébként a később leírt modell mindegyikére érvényesek. Mindez a praxishatárok átrendezését is magával fogja vonni, amit az orvoshiányon kívül a fogyatkozó lakosságszám és a megváltozó településszerkezet is indokol.

A betöltetlen praxisok száma csökkentésének elvben kézenfekvő módja a praxisok összevonása vagy felosztása a szomszédos praxisok között. Kézenfekvő, de a jelen feltételek mellett tömegesen nem kivitelezhető megoldás. A jelen szabályok mellett ez többletmunkát és bevételcsökkenést okozna, ami erőszakos átalakítás esetén tömeges praxiselhagyáshoz vezetne. MOK-on kívüli alternatív fórumokon, informális beszélgetésekben felmerült az a megoldás is, hogy a háziorvos a tartósan helyettesítéssel ellátott körzeteket második saját praxisként működtesse. Bár ez a megoldás szabályozottabb helyzetet teremt,

valójában csak az elnevezés változik, az ellátottság és a működés nem. A több praxis működtetésének lehetősége felveti a praxisláncok (vesd össze patikaláncok) kialakulásának lehetőségét.

Előnyei

Történetileg kialakult megoldás, sokáig közmegelegedés övezte, háziorvosok tömege szocializálódott bele, ezért rövid távon őrzi a rendszer stabilitását. A háziorvosok számára a függetlenség, önállóság komoly érték, amihez ragaszkodnak. Megmarad a személyes, közvetlen, évtizedes orvos-beteg kapcsolat, állandóság érzése betegoldalon is. A jelenlegi jogi és finanszírozási környezet, valamint a háziorvos képzés erre a modellre van felépítve. A jelen konzerválásának valódi előnye a „ha nem változik semmi, akkor baj sincs” elven alapul, ami csak rövid távon igaz.

Hátrányai

A korstruktúra és a rendelők örökölt kialakítása miatt ez a modell már középtávon sem fenntartható, szakmai fejlődése is korlátozott. A modell

konzerválása tovább rontja az alapellátás megújításának esélyét, ugyanakkor a gyors, erőszakos megváltoztatása tömeges kilépést okozna.

A szűk HR-kapacitás és a lakossági szokások miatt a modell őrzi a problémagenerált kontaktusok dominanciáját, nehezebben alakítható át tervezett, periodikus ellátásokra alapozottá.

A központi szervezés/irányítás nélküli disszeminált rendszerben nehéz helyettesítő orvost találni. Ez a praxistulajdonos számára egyre nehezebben megoldható feladat.

Központosított, államosított alapellátás

Bár erre vonatkozó kormányzati szándék nem ismert, de az egészségügyi rendszer általános szervezési elveiből és egyes médiareakciókból következhethet az a megoldás is, hogy a rendszer erős kiüresedése esetén az állam magához vonja a feladatot, és a védőnői hálózathoz hasonlóan a megyei irányító intézményhez integrálja az alapellátást. Elképzelhető, hogy így a jelenlegi településszintű ellátás helyett a szakellátáshoz rendelt járási szintű ellátás felé mozdul el a rendszer. (Ez emlékeztethet a csoportpraxis-egészség ház modellre, de annak valós, a lokális ellátási érdeket megjelenítő előnyei nélkül.)

Előnyei

Illeszkedik egy, az Eszjtv. logikája alá szerveződő egészségügyi ellátórendszerhez. A megyei munkaerő-gazdálkodás javíthatja a lokális hiányok kezelését. Ez a modell alkalmas lehet egy járási szintű szakellátást is integráló ellátásszervezésre.

Hátrányai

Megszűnik a személyes és tartós orvos-beteg kapcsolatra épülő hagyományos alapellátás, és növelheti a szakellátásra torlódó feladatokat. (Az alapellátásba kirendelt szakorvos a szakellátás felé fogja terelni a betegeket, nem a helyben levő megoldásban érdekelt.) Nem garantálható, hogy az alapellátásban alapellátási szakemberek dolgozzanak.

A legnagyobb hátránya a megvalósíthatóság: idős vállalkozó orvosokat kockázatos szolgálati jogviszony alá kényszeríteni, és a praxisjog elvesztése is komoly politikai kockázatot generálhat.

Praxisközösség

Ez a pont nem a ma létező praxisközösségeket írja le, hanem az általam célszerűnek gondolt szervezetet és működést.

A praxisközösség 8-15 000 lakos ellátására

szerveződő praxis-együttműködés. A praxisok megtartják jogi, pénzügyi, szervezeti önállóságukat, saját rendelőikben rendelnek, de kötelezettségekkel és jogokkal járó konzorciális szerződést kötnek. A praxisok külön-külön szerződnek a NEAK-kal. A praxisközösség kompetenciája orvosszakmailag az alapellátással azonos, nem terjeszkedik azon túl, de a diplomás szakdolgozók segítségével vertikálisan kiszélesíti azt (diétetikus, gyógytornász, egészségpszichológus stb.). Orvosi szinten a praxistagok licencvizsgája jelenthet kompetenciaemelést.

A valós praxisközösség abban tud más lenni, mint a szóló praxisok kisebb halmaza, hogy közös erőforrásokat birtokolnak/működtetnek. Közös háttér szolgáltatásokat tarthatnak fent (üzemeltetés, könyvelés, takarítás, informatika stb.), és – megfelelő finanszírozási környezet esetén – a praxisközösség egész területén működő (azaz nem konkrét praxishoz tartozó) diplomás szakdolgozókat alkalmaznak.

Az ideális működésben a praxisok közös céget hoznak létre, amely nemcsak a technikai-üzemeltetési háttér szolgáltatásokat látja el, de ez a cég alkalmazza a közös szakmai szolgáltatást nyújtó diplomás szakdolgozókat és betegirányító esetmenedzsereket is. Megfelelő jogi környezet esetében ezen feladatok ellátására ez a cég közvetlenül szerződik a NEAK-kal.

Előnyei

Erősödik az orvosi együttműködés, a rendszeres esetmegbeszélésekkel, kiértékelésekkel, a speciális tudások megosztásával, a képességek (licencek) jobb kihasználásával javul az ellátás minősége, és a közös tudás nagyobb biztonságot ad az egyes orvosoknak. A praxisközösségen belül az eltérő licencvizsgák hasznosulása az egész praxisközösségre kiterjeszthető. A közösen alkalmazott diplomás szakdolgozók, közösen használt műszerek egyrészt költséghatékonyabbak, másrészt az egész ellátási területre egységesebb, emelt szintű ellátást tesznek lehetővé.

Az elkülönült irányítás, üzemeltetés miatt csökken az orvosok terhelése, és általában is jobban tudnak az orvosi feladatokra koncentrálni (szakdolgozók, esetmenedzserek bevonása). A helyettesítések, szabadságok megoldása az együttműködésben jobban lehetséges.

Mindez a betegek számára jelentős hozzáadott értéket és jobb minőséget tud biztosítani.

Hátrányai

Csökken a praxisok szuverenitása, önálló döntési kompetenciája, ami elsősorban szokássértő.

Az önállóságukat megtartott, önálló gazdasági egységként működő praxisok tulajdonosainak meg kell egyeznie gazdasági kérdésekben (a kisebbség érdekei sérülhetnek).

A jelenlegi finanszírozási rendszerben nem valósultak meg a modellben rejlő lehetőségek (a diplomás szakdolgozók, illetve az egyéb szakvizsga és licencvizsga alapján végzett szakellátási tevékenység finanszírozása).

Miután a rendelés a ma is működő rendelőkben folyik tovább, ezek kialakítása nem mindenütt alkalmasak szűrés-gondozás vagy diplomás szakdolgozó által működtetett rendelés folytatására.

Szakellátási kompetencia csak licencvizsga szintjén kerül az alapellátásba.

Csoportpraxis

A jövő tekintetében a legfontosabb és leginkább perspektivikus modell a csoportpraxis, amelyben 5-10 eltérő szakképesítésű orvos (köztük minimum négy háziorvos, egy szülész-nőgyógyász, egy gyermekgyógyász, egy képalkotó szakorvos és egy fogorvos), több diplomás szakápoló és emelt kompetenciájú ápoló együtt nyújt emelt szintű alapellátást és erre épülő egészségügyi szolgáltatásokat egy 15-30 000 fős közösségnek. Az elvi modellt az 1. ábra mutatja.

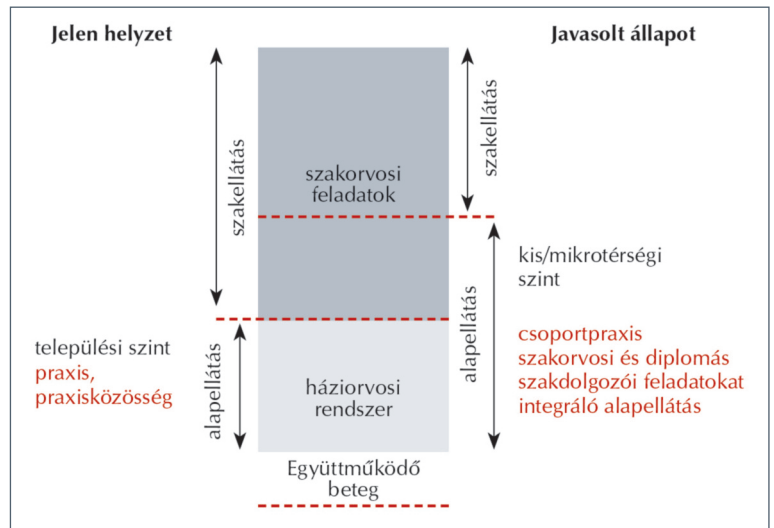
A valós csoportpraxisban a több praxis egy gazdasági szervezetként működve alkalmaz szakorvost (például nőgyógyászt, belgyógyászt, reumatológust stb.), ellátásszervezőt és diplomás szakdolgozót („prevenciós nővért”, dietetikust, gyógytornászt, egészségfejlesztőt stb.).

A csoportpraxis tehát:

- jogi és gazdasági szervezetként együtt viseli ellátási felelősséget az egész ellátandó területért, a csoportpraxistag orvosoknak nincs külön ellátási területük, területi rendelőjük;
- egy központi telephelyen (egészségház) szűrés-gondozás központú munkával látja el a hagyományos alapellátási feladatokat és biztosít korlátozott kompetenciájú szakellátást;
- mely során a diplomás szakdolgozók a helyi eljárásrendeknek megfelelő orvosi előírásra, de önálló kompetenciával végzik feladataikat, működtetnek elsődlegesen prevenciós rendeléseket, szervezik/végzik a házi szakápolást.

A szakellátási feladatok az alábbi módokon kerülhetnek a csoportpraxis ellátásába: a szakvizsgával, licencvizsgával rendelkező praxistagokon keresztül, telemedicinális ellátással vagy befogadó rendelés működtetésével (mozgó szakorvosi szolgálat számára helyiség biztosítása stb.).

A csoportpraxis ideáltipikus központi eleme a mikrotérségi egészségház. A csoportpraxis nem



1. ábra. Az alapellátás szükséges változási iránya (Kincses Gyula, 1996–2024)

mini rendelőintézet, hanem az emelt kompetenciájú alapellátás része, az ott dolgozó szakorvosok csak a szakterületük gyakori, de tömeges eseteit látják el. A csoportpraxis önálló, a szűrés-gondozást végző „nővérrendelőt”, és mozgó szakorvosi szolgálatot befogadó rendelőt is tartalmazhat, de helyet adhat fizioterápiának, gyógytornának, gyógyszerárnak és az ügyeletet üzemeltető mentőállomásnak is.

A sikeres működés alapfeltétele a háziorvosok, ápolók, diplomás szakdolgozók legális és körülhatárolt kompetencianövelése, a licencvizsgarendszer kiterjesztése a szakdolgozókra is.

A valós működéshez elengedhetetlen, hogy a praxisjogot a praxisban a személyesen közreműködő orvosok és diplomás szakdolgozók által alapított gazdasági társaság együttesen birtokolhassa, és a degressziós szabályok is a csoportpraxis egészére érvényesüljenek.

Az ellátás lokális hozzáféréseinek alternatív lehetőségei

Emelt kompetenciájú szakdolgozó által működtetett „fiókrendelő”, egészségpont. Ez célszerűen a társtelepüléseken kiüresedett háziorvosi rendelőkben működhet. Fontos rögzíteni, hogy az egészségpont nem önálló szolgáltató, nem rendelkezik önálló működési engedéllyel és NEAK finanszírozással, hanem a csoportpraxis része.

Az egészségpontok lehetséges feladatai: szűrés-gondozás protokollszerű rutinfeladatai (krónikus betegek alapgondozása, szükség esetén telemedicinális segítséggel), betegirányítási-ellátásszervezési feladatok, alapszintű sürgősségi ellátás.

Telemedicinális rendelés a telemedicinális mikrobusz segítségével, változó telephellyel.

Közösségi mikrobusz, amely nem egészségügyi szolgáltató, hanem menetrend szerinti körjáratban hozza-viszi a társult települések lakosait a csoportpraxis rendelőibe, az egészségháza és vissza.

Előnyei

A csoportpraxis kompetenciája (tudásszintje) magasabb, mint egy háziiorvosi praxisé, illetve a csak háziiorvosokból álló praxisközösségeké. Közösen használják a műszereket, így a műszerezettség is lehet korszerűbb, a szakellátási igényeket kielégítő.

Bár a hagyományos alapellátás kicsit messzebb kerül a lakostól, a szakellátás mai tömeges esetei közelebb kerülnek, ezzel tehermentesíti a szakellátást.

A praxisközösség egyéb előnyei itt határozottabban érvényesülnek.

Hátrányai

A hagyományos háziiorvosi rendelések megszűnésével távolabb kerül az ellátás. Fel kell adni a háziiorvosi önállóságot, és a praxisjog a hagyományos értelemben nem értelmezhető.

A legnagyobb probléma, hogy az egészségházak kiépítése idő- és pénzigényes. Átmeneti formákkal lehet a modell elindítását segíteni.

Telemedicinális támogatásra alapozott praxismodell

Ez a modell valójában a több települést ellátó praxis és a csoportpraxis átmenete: a 2–4 településen élő 2–5000 lakos ellátása érdekében egy központi, orvosi jelenlétre alapozott rendelő működik, és a többi telephelyen (egészségponton) emelt kompetenciájú szakdolgozók által működtetett, telemedicinával támogatott ellátás folyik.

Maga a modell arra az elvre épül, hogy ne egy orvos járjon körbe a praxishoz tartozó települések között, ahol szűk eszközrendszerű háziiorvosi ellátást nyújt heti pár órában, hanem egy központi telephelyen, telemedicinális ellátással támogatva nyújtsa az ellátást az összes telephely felé, melyek önálló, emelt kompetenciájú szakdolgozó által vezetett egészségpontként működnek.

Az egészségponton emelt kompetenciájú szakdolgozó vezetésével, de a praxisorvos felügyeletével folyik behatárolt kompetenciájú

kihelyezett alapellátás. A helyszíni telemedicinális team diplomás szakdolgozó vezetésével segíti az egészségpont munkáját, részint saját kompetenciában, részint a háziorvos távfelügyeletével és külső szakorvosi konzíliummal nyújt emelt szintű alapellátást.

A modell első körben nem általánosan bevezetendő célmodellként javasolt, hanem a halmozottan hátrányos, háziorvossal nem ellátható területeken tud jobb ellátást nyújtani.

Előnyei

A változatlan orvosszám és növekvő ellátandó lakosszám ellenére magasabb színvonalú alapellátás biztosítható. A telemedicinális lehetőség nemcsak a kihelyezett rendelőt teszi lehetővé, hanem házhoz visz bizonyos nehezen elérhető szakellátásokat is (például bőrgyógyászat, szemészet stb.).

Hátrányai

A lakosság első körben veszteségnek érezheti, hogy nem orvos rendel a faluban. Az emelt kompetencia és a megnövelt rendelési idő ezt kompenzálhatja, hiszen több problémája oldódik meg helyben, mint előtte.

A modell legnagyobb problémája és megvalósításának gátja, hogy alapvetően és nem kiválthatóan ápolókra és diplomás szakdolgozókra épül, amiből még az orvoshiánynál is nagyobb a deficit.

A foglalkozás-egészségügyhöz kapcsolt alapellátás

Az ellátórendszer töredezettsége és elérési nehézségei miatt egyre több nagyvállalat szervez a dolgozóinak valamilyen másodlagos ellátást. Hogy ez a folyamat ne egy elkülönült nagyvállalati ellátórendszer kialakulásához vezessen, célszerű a foglalkozás-egészségügy jogosítványait kiterjeszteni. Ma a foglalkozás-egészségügyi orvos a nem foglalkoztatásból fakadó megbetegedés esetén semmilyen beutalási-kezelési-kivizsgálási jogosítvánnyal nem rendelkezik. A '90-es években Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi orvos (üzemorvos) egyben az adott munkahely dolgozóinak háziorvosa is lehetett, de ez a lehetőség az évtized végére megszűnt. Annak érdekében, hogy a foglalkozás-egészségügy orvosa ne csak a foglalkoztatási megbetegedések szűrésével és megelőzésével foglalkozzon, hanem a munkavállalói egészség orvosa lehessen, célszerű megvizsgálni ezen rendszer újragondolásának lehetőségeit.

A jövő tekintetében a legfontosabb és leginkább perspektivikus modell a csoportpraxis.

Előnyei

Egy kézbe kerül a munkavállaló egészségének menedzselése. Egyszerűbb betegutakkal jobb munkavállalói egészség érhető el, és itt alkalmazhatók ösztönzők, bonus-malus rendszerek. Fellelges feladatoktól, párhuzamosságoktól mentül az alapellátás orvosa.

A helyi ellátás és ellátásszervezés csökkenti a munkaidő-kiesést, érdekeltté teszi a vállalatot ennek támogatásában.

Csökkenti a külföldi munkavállalók, külterületi munkásszállások ellátása miatt a háziiorvosra háruló terheket.

Hátrányai

Valójában csak célzott kör számára jelent jobb ellátást, hiába nő ezzel az alapellátási praxisok száma, az általános háziiorvoshiányt ez nem pótolja, sőt az átjelentkezések miatt a környező praxisok esetében bevételkiesést, ellehetetlenülést okozhat.

Általános, modellfüggetlen feltételek az alapellátás fejlődéséhez

A háziiorvosi terület népszerűsítése

Bár a csökkenő háziiorvosszám a korstruktúra miatt teljességében nem kompenzálható, de elengedhetetlen a háziiorvosi szakma presztízsének, megbecsültségének növelése. Ennek feltétele a kompetenciabővítés és a fiatalok jövedelmének rendezése.

Az ápolói szakma népszerűsítése

Nem csak az alapellátás, hanem általában az ellátórendszer jövőjét tekintve a szakdolgozók száma, kompetenciastruktúrája a leginkább kritikus terület (7, 8). Ezért a jövő érdekében a legfontosabb feladat az ápolási szakma megbecsülésének, presztízsének visszaállítása, a hivatást választók számának növelése. Ennek a programnak a definiálása nem ennek a közleménynek a feladata, de deklarálni kell, hogy ennek megoldása nélkül nincs reális jövőképe az egészségügynek.

A finanszírozás szükségessé változásai

A vázolt alternatívák mindegyikére igaz, hogy nem csupán a források bővítését igényli, hanem a finanszírozás szerkezetét is át kell alakítani.

A praxis bevételeinek egyre nagyobb hányada (közel kétharmada) fix, teljesítménytől függet-

len díj. A mennyiségi és minőségi munka ösztönzése érdekében növelni kell a teljesítményarányos rész (elsősorban „kártyapénz”) szerepét a finanszírozásban. Az indikátorrendszer – mely számos aránytalanságot tartalmaz (9–11) – fejlesztése elengedhetetlen, elsődlegesen a szocioökonómiai környezeti hatásokat kell korrigálni a rendszerben.

A degresszió jelen formájában nem éri el a szabályozási célt: az ellátandó lakosságszám növekedése esetén a praxis tulajdonosát további kollégák és ápolók bevonásában kell érdekeltté tenni.

A bértámogatás rendszerének bevezetése politikailag szükségszerű volt, hiszen a szakellátás markáns és életkor alapú béremelését valamilyen módon az alapellátásban is érvényesíteni kellett. Ugyanakkor ez rendszeridegen, hiszen az alapellátás finanszírozása alapvetően teljesítéselvű, a bértámogatás pedig életkorarányos fix összegű díjazás. A háziiorvosi praxisok alapvetően gazdasági társaságként működnek, és ebben a környezetben önmagában értelmezhetetlen a bértámogatás fogalma.

A korosztályos bértámogatás praxisközösséghez kötése nem érte el a célját, a fiatalok bértámogatását emelni kell a pálya vonzóbbá tétele érdekében.

Az alapellátás eredeti javasolt modellje a fejkvóta értékét a beteg életkora mellett a teljesített gondozási igénye alapján határozta meg. Akkor ennek meghatározása és ellenőrzése technikailag nem volt megvalósítható, de ma már megfontolandó, hogy az életkor mellett a krónikus megbetegedések miatti gondozási igény is megjelenjen a súlyszámában.

Összhangban az egészségügyi rendszer finanszírozásának fejlődésével általában is célszerű lenne az alapellátás egész finanszírozását újragondolni. Ehhez az irányított betegellátási modell (IBR) előzmények nyújtanak jó alapot.

Infrastrukturális feltételek

A háziiorvosi rendelők zöme az egy orvos – egy nővér – egy rendelő elvre épül, és városokban sok esetben váltott idejű rendelés folyik. Ez a modell alkalmatlan az önálló kompetenciájú ápolókkal támogatott szűrés-gondozás alapú működésre. Ezért egyrészt rendelőfelújítási/bővítési programot kell indítani, másrészt el kell indítani az egészségház programot.

Ellátásszervezési megoldások

A háziiorvosok munkaidejük jelentős részében nem orvosi munkát végeznek, illetve a betegek

nem orvosi tudást igénylő kérdésekkel keresik fel őket. Ezért megfontolandó, hogy általánossá kell tenni azt a modellt, hogy a betegek nem közvetlenül a háziorvost tudják felhívni, hanem egy előosztályozást is végző telefonos szolgáltatást, amelyik önmagában kezeli az orvost nem igénylő problémákat. Belátható időn belül ebbe a feladatba akkreditált MI-alapú rendszerek is bekapcsolhatók lesznek. Ugyanígy nem orvosi feladat az ellátások technikai megszervezése, betegutak menedzselése. Ezek a megoldások alapvetően a praxisközösség és csoportpraxis esetében üzemeltethetők hatékonyan.

Összefoglalás – Lehetséges továbbfejlesztési irányok

A betöltetlen praxisok számának növekedése (a háziorvosok számának csökkenése) előrevetíti a praxislétszámok növekedését, és a nagyobb praxislétszám csak több, emelt kompetenciával bíró szakdolgozóval, illetve csoportos megoldással látható el. A tervezett találkozásokra alapozott, szűrés-gondozás központú működés kulcsa a legális és kiterjesztett kompetenciájú ápolók, diplomás szakdolgozók alkalmazása az alapellátásban. Mindennek feltétele a degresszió rendszerének olyan átalakítása, amely ösztönzi orvosok, szakdolgozók alkalmazását a praxisban. A csökkenő háziorvosszám valós kompenzációs tartaléka a megemelt kompetenciájú szakdolgozók tömeges belépése az alapellátásba.

A fenntartható és eredményes működés feltételei összefoglalva:

- a gazdaságos működést biztosító praxisméret kialakítása (összességében kevesebb, de nagyobb praxisok kialakulása, a tartósan betöltetlen kisméretű praxisok kivezetése a rendszerből);

- a háziorvosi kompetenciabővítés jogi és akkreditációs követelményeinek meghatározása;

- a praxisközösség és a csoportpraxis jogi, finanszírozási és szervezeti feltételeinek kidolgozása (beleértve a praxisjogot, degressziót);

- az átvett/ellátott szakellátási feladatok finanszírozásának megoldása;

- a szakdolgozók, ezen belül a kiterjesztett kompetenciájú szakdolgozók számának és kompetenciájának növelése, a képzés mennyiségi és tartalmi bővítése;

- az egyszerűbb, de tömeges szakellátási feladatok integrálása az alapellátásba (a második szakorvosi képesítés kompetenciájának alkalmazása a minimumfeltételek függvényében, részkompetenciát adó licencvizsgák, telemedicina integrálása, mozgó szakorvosi szolgálat stb.);

- a telemedicina és általában az e-egészség intenzívebb alkalmazása.

Ebben az átalakulásban a Felzárkózó Települések program keretében a Magyar Máltai Szereletszolgálat előremutató megoldásai (mozgó telemedicinális szolgálat, diplomás szakdolgozók szerepének erősítése) tekinthetők egy korszerű alapellátás műhelymunkájának.

A fentiek együttesen biztosíthatják az alapellátás fenntartható fejlődését. A felvázolt jövőkép csak idealisztikus célmodell, fejlődési út, nem pedig kötelezően, egyetemesen bevezetendő rövid távú program. Az alapellátás erőszakos, kötelező átalakítása a szereplők beágyazottsága, adottságai miatt nem tud eredményes lenni, csak az evolutív, a korszerű megoldásokat támogató fejlődés képzelhető el reálisan.

Az időskorú háziorvosi kar hagyományörző, ezért középtávon a jelenlegi és új működési formák jogszabállyal megalapozott legális együttélése, támogatása a járható út, de az új formák erőszakos, kötelező bevezetése semmiképpen.

Irodalom

1. Kincses Gy. Alapellátás 2.1. *LAM* 2025;35(1-2):31-41. <https://doi.org/10.33616/lam.35.0031>
2. Kincses Gy. Status praesens: egészségügyi alapellátás a mai Magyarországon. In: Kolosi T, Tóth IGy (editors). *Társadalmi Riport 2025. Budapest: Társi; 2025. p. 415-35.*
3. Kincses Gy. Alapellátás 2.0. *IME* 2018;17(10):8-12.
4. Rósa Á. Praxisközösség, csoportpraxis vagy valami más. *Hírvivő* 2019;24(2):34-6.
5. Gógl Á. Csoportpraxis a kiút? *Konzílium* 1996;5(10):10-1.
6. Kincses Gy. Az alapellátás egy lehetséges jövőképe: az egészségház koncepció. *Medicus Universalis* 2005;38(6):221-4.
7. Sain H, Bánfai B. A kiterjesztett hatáskörű ápolói rendszer fogadtatása a magyar társadalom megítélése tükrében. *Nővér* 2020;33(4):9-17.
8. Siket A. A diplomás ápolók helye, szerepe az egészségügyi rendszerben, az alapellátásban. *Medicus Universalis* 2000;33(6):395-401.
9. Kolozsvári LR, Rurik I. A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal? *Orvosi Hetilap* 2016;157(9):328-35. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30378>
10. Pálkás A, Kovács N, Sipos V, Vincze F, Papp M, Czifra Á, et al. Az indikátoralapú teljesítményértékelésre épülő forráselosztás hatékonysága Magyarországon a felnőttéket ellátó háziorvosi praxisokban. *Orvosi Hetilap* 2019;160(39):1542-53. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31464>
11. Sándor J. Kell-e nekünk (is) háziorvosi teljesítményértékelés? *Medical Tribune* 2023;21(1):22-3.