

Dr. Hajnal Ferenc

A MAGYAR SZAKORVOSKÉPZÉS REZIDENSI RENDSZERE

Szegedi Tudományegyetem, Családorvosi Intézet és Rendelő, Háziórvostani Szakmai Kollégium

Előzmények

Nem lebecsülendő érzelmi viharokat is kavarva az egészségügy jelenlegi átalakításának hullámai elérték a diplomás szakmai utánpótlás jövőbeni biztosításának területét. Lévén szó magas szintű szakmai felkészítési szükségletéről, a jelöltek szakképzésének jó része a fejlett országokban mindenütt az oktatás posztgraduális szakaszában valósul meg. Leginkább egyértelmű e tény az általános orvosképzésben, ahol a diploma szakmailag nem használható másra, mint szakképzés (rezidensi út) vagy tudományos kutatói pályafutás (doktori iskolai képzés) megindítására.

Magyarországon az Egészségügyi és Felsőoktatási Törvény is az állam kötelezettségét nevezi meg az egészségügyi diplomások szakképzésének területén: „... az állam kötelezettségét képezi ... az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés, feltételeinek biztosítása, ... a központi költségvetésben kell biztosítani ... az egészségügyi szakképzésre és kötelező továbbképzésre vonatkozó állami támogatás fedezetét (EüTv. 142. §). Továbbá: ... az egészségügyért felelős miniszter szakmai irányításával és koordinálásával az egészségügyi felsőoktatási intézmény szervezi a szakorvos-, a szakfogorvos-, ... továbbképzést, ... mindezen feladatok ellátásához az egészségügyért felelős miniszter költségvetési támogatást nyújt (FOTv. 142. §).

Az egészségügyi tárca „háztájáról” viszont mintegy féléve érkeznek az érintettekhez a leginkább vezetői szintű üzenetek, melyek a jelenlegi rendszer felülről annak tűnő hiányosságait, pazarló voltát, „finanszírozhatatlanságát”, ill. a változtatás elkerülhetetlenségét említik. A közelmúltban az üzenetek helyett valódi, kormányzati jogszabálytervezetet kaptak kézhez az érintett intézmények, melyben a központi szerepvállalás komoly korlátozása került nyilvánosságra. Eszerint a miniszter által vezetett szakmai bizottság által évente kijelölendő, ún. hiány-szakterületeken maradna meg a központi személyi, dologi és oktatási költségvállalás, összességében mintegy negyedére szűkítve a támogatott kört és költségvetést, -fedezetet. A médiához

elérve a tervezet szakmai, szakmapolitikai és végül társadalmi vitát indított el, mely engem, mint e területen kezdettől szerepet vállaló szakembert arra ösztönzött, hogy szakmailag kíséreljem meg áttekinteni a kérdést.

A kezdetek és a precedens

Egyéni véleményem szerint nem túlzás azt állítani, hogy a szakorvosképzés új rendszerét kikényszerítette a szakmai fejlődés és az 1980/90-es évtizedforduló társadalmi-gazdasági átalakulásának egészségügyet érintő vonulata.

A fejlődés nem véletlenül a mindenki által utólag is igazi reformként értékelt átalakuláson átment területen, az alapellátásban mutatkozott meg elsőként (1). Hátterében (legalább) két ok állt: 1. a körzeti – háziórvos átminősítéshez rendelt követelményrendszer rávilágított arra, hogy sem a praktikus posztgraduális képzés nélküli, sem a más – nem erre célirányos – képzettséggel, más szakterületekről érkező orvosok nem rendelkeznek megfelelő felkészültséggel megsokszorozódott és igényességben megnövekedett feladataik ellátására, 2. az időközben bekövetkezett, magánosítás és önkormányzatiság irányába mutató gazdasági/társadalmi történések révén gyakorlatilag bedugultak az orvos-utánpótlás csatornái a területen.

Az éppen létrejött, az egészségügyi alapellátás kötelezettségével terhelt, eltérő módon, de folyamatosan forráshiányos tulajdonos/fenntartó kisebb-nagyobb önkormányzatok kész, kiképzett, „hadra-fogható” szakembereket igényeltek. Ráadásul a szakma véleményformáló szakemberei kiegészülve nemzetközi tapasztalatokat szerzett, részben klinikus, részben akadémiai szektorhoz tartozó kollegáikkal, ill. azok fejlett külföldi országokban dolgozó oktató, klinikus és gyakorló orvos partnereivel meggyőző platformot és „lobby”-t tudtak képezni az akkori kormányzat meggyőzésében központosított rendszer kialakítására és finanszírozására. Ennek nyomán a háziórvos utánpótlás megfelelő létszámú és

minőségű biztosítására 1993. végén megindulhatott a házi orvos szakképzés rezidensi rendszere. A képzés 27 hónapos időtartamban, központi állami finanszírozással, tárcsaszintű rendelet által megszabott keretben zajlott. A tananyag és követelményrendszer alapját az 1992/93-ban elkészült első magyar házi orvosi hatásköri (kompetencia) lista képezte, korszerű elméleti tudás, gyakorlat és készségek megszerzését célozta meg. A nagyobb részt rotációs osztályos gyakorlatokat kiegészítették a különböző kiscsoportos, szemináriumi, tréning-jellegű, a legmodernebb oktatási módszereket alkalmazó felkészítési technikák.

Az oktatás nagy része az egyetemeken oktatóira, koordinációja pedig az éppen megalakult egyetemi család orvos oktató csoportokra hárult. Az egyidejűleg, 1993-ban kiadott, minden házi orvosként működő orvos számára előírt, szakvizsgával végződő továbbképzési kötelezettség előbbiekhez hozzájáruló nagy volumenű oktatási feladata jórészt szintén az akadémiai szektorra hárult. Együttesen elősegítették, hogy 1993. és 1997. közötti mindegyik hazai orvosegyetemen megalakult a szakma oktatóbázisát képező tanszéki hálózat. Emellett a rezidenseknél alkalmazott „egy oktató-egy oktatót”, ún. tutoriális rendszerű gyakorlati módszertan ill. az egyéb, főleg a szakma sajátosságait képező oktatási feladatok autentikus elvégzésében vállalt szerep hozzásegített ahhoz, hogy kiválogatódhassanak azok a házi orvosok, akik azóta is bázisát képezik az oktatásnak. Sőt, miután a mai napig rangot jelent a szakmán belül az oktatói megbízatás, a részvétel a képzésben egyfajta szakmai elit képződését segítette elő: az oktató praxist vezető tutorok példaadó magatartás mintát, követendő modellt jelentenek kollégáik számára.

A programok kezdettől igyekeztek többet adni a résztvevőknek annál, mint ami a gyakorlati időket meghatározó követelmény-rendszerben rendeltileg szerepelt. Ennek eredményeként is értékelhető, hogy bebizonyosodott: a rezidensek elméleti és gyakorlati felkészültsége érezhetően jobb a hagyományos rendszerű képzést kapott szakorvos jelöltekénél.

Nem kérdőjelezhető meg tehát immár tizenöt éves távlatból sem, hogy a rezidensi rendszerű szakorvos képzés multidiszciplináris kiterjesztése a házi orvos-képzés sikeres rendszerének pozitív tapasztalatait alapul tudta venni.

Az általános rezidensi rendszer

A 90-es évek végére tehát a szakorvosképzésben érdekelt szakmai körök kezdeményezésére a kormányzat végül elfogadta a képzés új, rezidensi, magyarul központi gyakornoki rendszerét. Nemzetközi tapasztalatokra és sokak közvetlen forrásból származó ismereteire alapozva az észak-amerikai modelltől indultak ki. Ennek jellegzetessége az igazi rezidensi szemlélet, amely azt jelenti, hogy valódi „bentlakóként”, oktató intézményé-

vel(-ben) (együtt)élve sajátítja el a jelölt a legmagasabb szinten a szükséges elméleti és gyakorlati ismereteket, készségeket, melyek későbbi szakorvosi pályafutása során a legjobban szavatolják a sikert és ezzel az egyéni szakmai fejlődés, a fejlődéssel lépéstartás, esetleges tudományos kutatás stb. képességét. A megvalósításban ugyanakkor figyelmet fordítottak a szakterület azon európai vívmányaira is, melyek a 90-es években a szakorvosok (UEMS) (8) és általános orvosok (UEMO) szakmapolitikai szervezeteinek közvetítésével jutottak el hozzánk. Mindezen források és számos más, általános és specifikus új ismeret segítettek eljutni arra a következtetésre, hogy a szakorvosképzésnek megfelelő magas színvonalú oktatási tevékenység során fontos minden szakmai és módszertani vívmány: ld. modul-rendszerű, kiscsoportos oktatás, folyamatos értékelés, sokoldalú kommunikációs készség, vezetői és menedzsment ismeretek, csapatban működés (team-work), információs technológia, az elmélet és készségek egyeztetése az ellátás kontextusában, betegellátás biztonsága sürgősség esetén és kritikus élethelyzetekben stb. Mindezek azt bizonyították, hogy az a rossz hagyományú és gyakorlatú szakképzés, mely a röghöz (osztályhoz) kötöttséget, a famulusi attitűdöt, a hierarchia elfogadását, a főnökség iránti szervilizmust, olykor korszerűtlen, berögződött sablonok elfogadását, folyamatos elméleti készültség, naprakészség és kezdeményező készség kizárását természetesnek vette – szakmai nyitottság és nyíltság, az újdonságok iránti elkötelezettség helyett – végleg elavult.

Az utóbbiak ill. a folyamatos teljesítmény értékelés helyetti egyszeri minősítés (a szakvizsgán) ismeretében a szakmai vezetőknek, pácienseknek és minden érdekeltnek el kellett azt fogadni, hogy ugyanazon szakorvosi bizonyítvánnyal rendelkező orvosok közül számosan sokkal szűkebb kompetenciával rendelkezhetnek annak következtében, hogy pl. távoli, kis intézmények szűk szakmai profilját tudták csak megismerni/művelni, az állandó munkaterhelés, kényszer hiánya stb. miatt esélyük sem volt arra, hogy korszerűen működő, szélesebb szakmai profilú intézményt behatóbban megismerjenek, az új technikákat elsajátítsák.

Mindezek a szempontok vezettek oda, hogy a képzésért felelős egyetemi és intézményi szakmai vezetők megegyeztek abban: a központi gyakornoki időszakot arra kell felhasználni, hogy a jelöltek részesei lehessenek általános és specifikus tematikájú tanfolyamoknak, ill. a legintenzívebb és legmagasabb szintű elméleti és gyakorlati képzésnek – lehetőleg a legkvalifikáltabb intézményekben – annak érdekében, hogy a későbbi, ún. szakgyakornoki időszakban már valóban hasznos csapatként, házi orvosok esetén önállóan, érdemi hozzáértéssel lehessenek betegek és munkáltatójuk hasznára, akkor esetleg már kisebb, de szakmailag hiteles képzőhelyükön is. Elfogadható és utólag is bátran vállalható kompromisszum eredményeként a központi gyakornoki időszak tartamát két évben határozták meg.

Lényegében kezdettől a rendszer szerves elemévé vált az ún. intézményi akkreditáció. Ennek lényege, hogy sokoldalú szempontrendszer teljesítésével pályázhat bármilyen egészségügyi intézmény arra, hogy rész- vagy teljes jogkörű/tartalmú szakképzést nyújtson. A szempontrendszer a már említett UEMS (Szakorvosok Európai Uniója) akkor friss ajánlására alapult és a felelősök hamar tárcarendeleti szintre emelték. A többszintű akkreditációs rendszer lényegi letéteményesei az egyetemi intézmények lettek, melyeket viszont a minisztérium megfelelő szakbizottságának szakemberei a szakmai kollégiumok szakértőinek bevonásával akkreditálnak szabályos időközönként.

Az akkreditáció, ill. az eszerint kialakult intézményi hierarchia még inkább rávilágított arra a tényre, hogy a szakmai utánpótlás képzése központi, állami szintű feladat. A hazai finanszírozási rendszer sajátosságai miatt az egészségügyi szolgáltató intézmények (ld. a házi orvosi rendszerről szóló bevezetőt is!) források hiányában ugyanis nem képesek segítség nélkül vállalni a szakmai utánpótlás képzésének felelősségét és terhet. A jelenleg figyelembe vehető társadalombiztosítói forrás csak az elvégzett teljesítményt díjazza, nem kap többet egy bizonyos ellátásért pl. az az intézmény, amely esetleg évekre átadja orvosát más oktató intézménynek, a tulajdonos fenntartók pedig még kevésbé fordíthatnak forrást olyan befektetésre, melynek megtérülése kiszámíthatatlan és nélküli a garanciát.

Még mielőtt az olvasó sandaságra gyanakodna a szolgáltatók és tulajdonosok hozzáállásában akkor, amikor központi költségvetési forrásokat várnak el ezen a területen, le kell szögezni: a társadalombiztosítási alapú egészségügyi rendszert működtető országokban eltérő áttételeken át, de lényegében hasonló az állami szerepvállalás, sőt, a lényegében tisztán magánfinanszírozott USA-ban is központi pályázatokon át kiosztott adófizetői forrásból képezik az új szakorvosokat olyannyira, hogy a helyek egyharmadát külföldi állampolgárok pályázhatják meg (4). Magam annak idején közvetlen munkatársként éltem át az egyik legnagyobb amerikai egyetemi oktató kórházban, amikor rezidens kollégáim – sikertelenül – azért sztrájkoltak, hogy a jobban dotált kórházi státuszokba kerüljenek át az egyetemi státuszokból. A változtatást az tette lehetetlenné, hogy az egyetem pályázta és szerezte meg a rezidensképzéshez szükséges forrásokat, köztük a jelöltek bérét, holott a rezidensek munkaerejéből a kórház profitált. Mivel viszont a kórház rászorultsági alapon számlázott, azaz a szegények ellátásáért nem számíthatott bevételre, a fenntartó állam ezzel az áttétellel vállalt át szociális feladataiból.

Javaslatok a jövőre

Az előbbi példa részletesebb ismertetésével arra szerettem volna utalni, hogy az egészségügy területén a

fiskális, piaci szempontokat össze kell egyeztetni a szakmaiakkal, ad absurdum a társadalmi szolidaritásból adódókkal is. Az előzőeket a jelenlegi helyzetre lefordítva úgy ítélem meg, hogy az aktuális magyar szakképzési rendszer ésszerűsítése kivitelezhető annak céljai és elért színvonala sérelme nélkül és a jelen jogszabályi kereten belül is az alábbi megfontolások alapján:

- Tekintettel arra, hogy Magyarország lassan három éve az Európai Unió tagja, figyelembe veendő a ránk is vonatkozó szabályok: a fogorvosokkal és gyógyszerészekkel szemben az általános orvosok Európában is csak szakképzés vagy szabályozott posztgraduális képzés révén kaphatnak önálló működési jogot, válnak szakember kollégáikkal egyenértékűvé (5, 6, 7, 8).
- A hazai anyagi viszonyok között az érintettek, a szolgáltatók, különösen pedig a képzésért felelős oktató intézmények egyike sem képes átvállalni a szakképzés jelenlegi anyagi terheit ill. biztosítani magasan kvalifikált diplomás pályakezdeők egzisztenciáját az állami költségvetés helyett.
- A szakorvos jelölt „jól hasznosítható munkaerő” még akkor is, ha munkaereje részlegesen, intézmények között megosztva érvényesül.
- A napjainkból zajló, a fekvőbeteg- és általános kapacitások szűkülésével és/vagy átrendeződésével járó egészségügyi átalakulás időszakában óriási kockázatot jelent egy efféle, szintén szakmai jövőt érintő drasztikus döntés. A holnapjukban is bizonytalan intézmények képtelenek hosszú távú szükségleteiket megbecsülni, azaz még inkább képződhetne az a látás, hogy graduális szinten túlképzés van, a végzetek módosítsanak pályát vagy keressenek helyet maguknak a nemzetközi munkaerő piacon.
- Ezzel szemben minden releváns irodalmi forrás arra utal, hogy Magyarországon hiány van szakorvosokból, sőt, egyszerű összevetéssel megállapítható, hogy a hatvanas-hetvenes években végzett nagy létszámú orvos évfolyamok természetes visszavonulásával is csak kétharmadában pótlódik a kieső létszám: vö. az akkori évi 1000–1200 végzett létszámot a maiak évi 7–800 fős számával (4, 10).
- A veszendőbe menő graduális képzési költségektől eltekintve is értelmetlen erőforrás-, presztizs- és jövőbe fektetett beruházási veszteség lenne következőképpen az ország számára, ha évente 4–500 kezdő orvosnak kellene megélhetést és választott hivatásának megfelelő pályafutás reményét keresni jobb híján Európa vagy a világ bármelyik egészségügyében.
- Biztosra vehető az előző „forgatókönyv” szerinti esetben, hogy a legjobbak, legtehetségesebbek mennének el, akik viszont legjobb igyekezetük ellenére is csak másodrendű polgárként és kollégaként kulloghatnának helybeli, nyelvi, egzisztenciális stb. hátrányokkal nem terhelt társaik nyomában pályájuk során.

- A közeljövőben végző orvosok jóval több mint fele nő a családayai szerepvállalás legfőbb életszakaszában. Előrelátható tehát, hogy a körben exponenciálisan növekszik a pályaelhagyás vagy a kényszerű kompromisszumok elfogadása, kedvetlen, hamar „kiégő”, félmegoldásokat, egérutat kereső, „szinte csak papíron” szakorvosok létezése az évről évre változó néhány „hiányszakmában” (4).
- A döntéshozóknak vállalni kell azt a társadalmi feszültséget, amely az orvosi pályát választó fiatalok és családjuk részéről elkerülhetetlenül fellép és minden bizonnyal annál sokkal szélesebb társadalmi csoportok, közöttük a betegek szolidaritásától övezve az egész társadalom közérzetét ronthatja.

Összegzésként mint szerző el kell ismernem, hogy legjobb szándékom ellenére sem sikerült teljes mértékben csak szakmai érveket felsorolni a hazai szakképzés jelenlegi rendszere és gyakorlata mellett. Mentségemül szólhat viszont, hogy a szakmaiság mellett a szakmapolitikai, (egészség)gazdasági, egzisztenciális, szociális, társadalmi szempontok olyan komplexumot alkotnak a szóban forgó témakörben, mely részleteiben szinte értelmetlen, értékelhetetlen. Végül pedig abban re-

ménykedem, hogy egy e területen több évtizedes tapasztalatot szerzett szakmabeli legjobb igyekezete szerint sorba rendezett gondolatai segítenek az érdekelteknek abban, hogy a magyar orvos szakképzés jövőjét illető döntéseknél az anyagi lehetőségek szerencsésebben találkozzanak a szakmai szükségletekkel, a lakossági, szakemberi, kormányzati és biztosítói elvárásokkal, a szakmai jövő építésének elemeivel.

IRODALOM

1. Balogh: A háziiorvoslás első évtizede. Orvostovábbképző Szemle, 2003. 10(6): 10–15.
2. Balogh és mtársai: CME=CPD? Med. Univ. 1999; 32(6): 332.
3. Directive 93/16/EC, www.EU.org.
4. Directive 2001/19/EC, www.EU.org.
5. Directive 2005/36/EC, www.EU.org.
6. UEMS Policy Statement on Assessment during Specialist Postgraduate Medical Training, UEMS 2006/19 www.UEMS.org.
7. Hajnal: Mennyit ér a háziiorvosi szakma és karrier? MOTESZ Magazin 1999; 99/3: 41–42.
8. Hajnal: Szempontok és javaslatok a háziiorvosi rezidensi rendszerű orvosi szakképzésben. MOTESZ Magazin 1999; 99/4–5: 32.
9. Balogh: Háttér adatok a háziiorvosi ellátásról I. Med. Univ. 2000; 33(1): 21–25.

A WONCA TAGSZERVEZETEI ÉS DIREKT TAGLÉTSZÁMA 2007-ben

A világszervezet elnöke Dr. Alfred W. T. Loh körlevelet küldött minden országos szervezetnek, együttműködő direkt tagjainak, melyben vázolta az eddigi eredményeket, a tagországokat és szervezeteket.

Ebből kiderült, hogy a vezetőség mellett különböző szervezetei, egyesületei, munkacsoportjai, hivatalnokai, örökös, tiszteletbeli és ún. direkt tagjai vannak a világszervezetnek, melyek együttműködése és folyamatos kapcsolattartása teszi lehetővé zavartalan és egyre javuló működését. Az igazgatóság működését a tagszervezetektől érkező információkra alapozza, s azokra a visszajelzésekre, melyek az egyes tagszervezetektől és a tagoktól érkeznek. Ennek dokumentálására minden direkt tag és szervezet egy CD-n megkapta ill. folyamatosan megkapja azokat az adatokat, melyek a nyilvánosságra tartoznak. Az érdek-

lődök ebből az adattárból minden információt megkaphatnak, ami fontos lehet a szervezet működésének megismerésére. *(Közvetlen információval szolgálhatok minden érdeklődőnek, mivel ezt a CD-t is megkaptam Ref.)*

Az információ tartalma: egyesületek és szövetségek névsora, a tagegyesületek, az együttműködő szervezetek felsorolása, tagnévsor, külön említve a tiszteletbeli és örökös tagokat, beleértve a tisztségviselőket, végül a direkt tagnévsor.

Pillanatnyilag 112 szervezet, 93 országból tagja a WONCA-nak, összesen hat régióból
Ezek: WONCA – Afrika 6
társszervezettel,
WONCA – Észak-amerika 5
WONCA – Ázsia és Csendes-
óceán térség 19
WONCA – Európa 42
WONCA – Közép-kelet-Ázsia 13
WONCA – Dél-Amerika 17

Emellett együttműködő szervezetek is vannak (összesen 10), amelyek a munkában ugyanolyan intenzitással részt vesznek, mit a tagszervezetek.

84 országból összesen 1538 direkt tagja van a világszervezetnek (ezek a nem tag országokból jelentkezett háziiorvosok, akik önállóan jelentkeztek és fizetik a tagdíjat).

Ezeknek a tagoknak lehetőségük van minden, őket érintő, érdeklő esetben (akár cím, vagy munkahely változás esetében is) a titkárságukkal fölvenni a kapcsolatot, s innen információt, ill. a probléma megoldását remélhetik.

Cím: WONCA-World Secretariat
College of Medicine Building
16 Colleges Road 01-02
SINGAPORE 169854
Tel.: +656224 2886, email:
admin@wonca.com.sg

Dr. Hidas István