



ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

KISTÉRSÉGI EGÉSZSÉGGŐZPONT AZ ALAPELLÁTÁSI STRUKTÚRA-VÁLTOZTATÁS LEHETSÉGES MODELLJE

DR. HARGITAI RÉKA–DR. BALOGH SÁNDOR

A Kistérségi Egészségközpontok létrehozásának célja olyan **lakosság-közeli, prevenciós ellátási forma** kialakítása, amely biztosítja, hogy a lakosság egészségi állapotát befolyásoló, szociális, egészségügyi, esélyegyenlőségi kérdések komplex megoldásával **költség-hatékony**, az **ellátást definitív** módon az alacsonyabb ellátási szinteken tartó **minőségi szolgáltatás** alakuljon ki, elérve ezzel az **elkerülhető halálozás csökkenését, az átlagéletkor növekedését.**

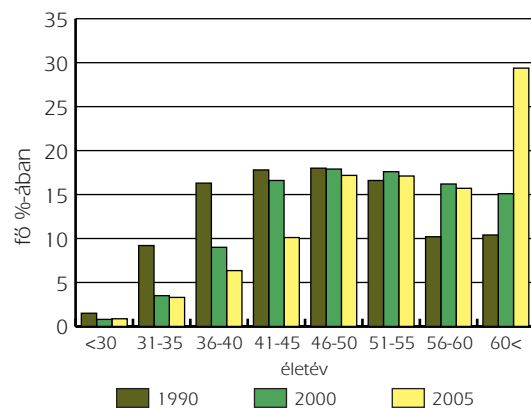
I. HÁTTÉR, ÁLTALÁNOS MEGFONTOLÁSOK

Az alapellátás terén olyan strukturális változtatás szükséges, amely nem teljes rendszerében változtatja meg az egészségügyi alapellátást, hanem lehetővé teszi, hogy a rosszabbul ellátott területeken megvalósulhasson más gyakorlatok alkalmazása, elsősorban kistérségi szinten. Az erőforrások koncentrálása, a realitásokra is figyelemmel végső soron az ellátás optimalizálását eredményezheti.

A jelenleg rendelkezésre álló humán erőforrás megítélése szempontjából fontos figyelembe venni a háziorvosok és házi gyermekorvosok korcsoportos megoszlását, mely egyértelműen a szakterület előregedését mutatja. A 2005-ös adatok alapján készült alábbi ábra egyértelműen mutatja, hogy a 35 éves és annál fiatalabb házi orvosok aránya 4,17%, míg ugyanez házi gyermekorvosok esetében 3,17%, míg a 60 év feletti aránya házi orvosok esetében 29,4%, gyermekorvosoknál 32,2%. Ha a szakvizsga megszerzése miatti időkorrekciója céljából kicsit nagyobb időtávlatot tekintünk, akkor láthatjuk, hogy házi orvosok esetében a 40 év alattiak aránya 10,5%, míg az 55 év feletti aránya 45%. Házi gyermekorvosok esetében pedig 40 év alatt mindössze 9,2%, és 55 év felett 47,6% található.

A házi orvosi szakma utánpótlásának elégtelensége különösen akkor tűnik szembe, ha a házi orvosok, illetve a házi gyermekorvosok jelenlegi életkormegoszlását az idő függvényében vizsgáljuk. Az alábbi két ábra szemléletesen mutatja, hogy milyen mértékű változás tapasztalható a házi orvosok és házi gyermekorvosok korösszetételében az elmúlt időszakban.

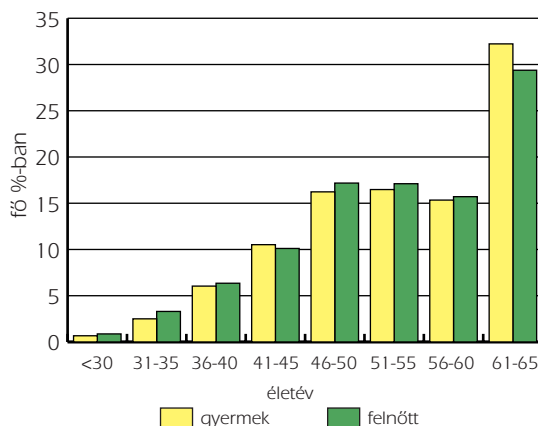
**Házi orvosok korösszetételének változása
1990–2000–2005**



A fenti ábrán jól látható, hogy amíg 1990-ben a 35 év alatti házi orvosok aránya még 10,7%, 2000-re ez az arány már csak 4,3%, míg 2005-re 4,17% lett. Ezzel szemben a 60 év feletti aránya 1990-ben 10,4% volt,

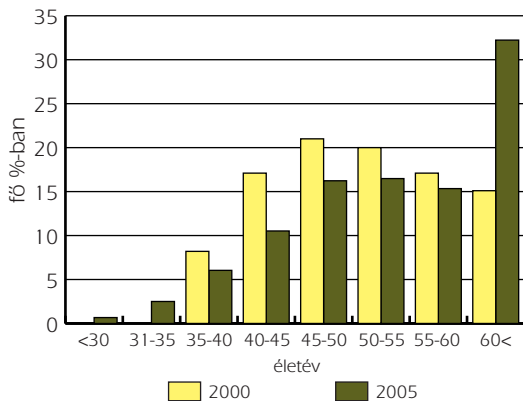
**A házi orvosok és a házi gyermekorvosok
korcsoportonkénti százalékos megoszlása**

(Gyermekek: n=1444, felnőttek: n=4844)



2000-re már 15%-ra nőtt, és 2005-ben elérte a 29,4%-os értéket.

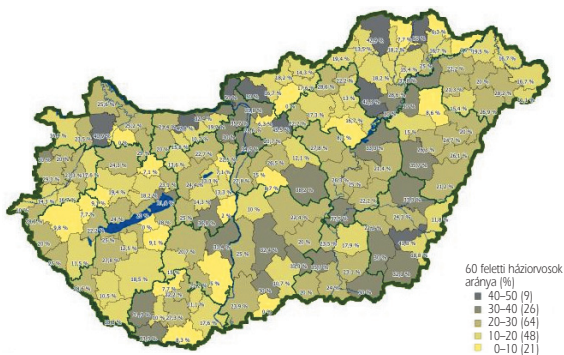
Házi gyermekorvosok korösszetétele
2000–2005



Házi gyermekorvosok esetében talán még inkább tragikus a helyzet: a 35 év alattiak aránya 2000-ben 0,15% volt szemben a 60 év felettek 15%-os arányával. 2005-re a 35 év alattiak aránya ugyan 3,17%-ra emelkedett, ugyanakkor a 60 év felettek esetében ez az arány már elérte a 32,2%-ot.

A lakosság ellátásának biztonságát a házi orvosok utánpótlásának ilyen mértékű elégtelensége egyértelműen veszélyezteti. Az alábbi térképen a 60 év feletti házi orvosok százalékos aránya látható kistérségi bontásban. (Az ábrát az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet készítette.)

60 év feletti házi orvosok aránya a kistérségekben

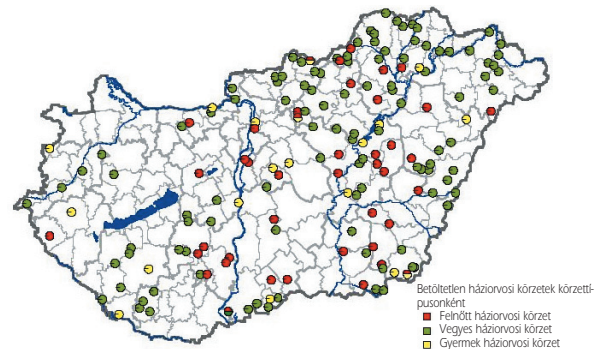


A térkép kistérségi bontásban ábrázolja a 60 év feletti orvosok arányát, a legvilágosabb színárnyalat a 10% alatti, míg a legsötétebb a 40% feletti gyakoriságot jelöl. A legsötétebb tónussal jelölt kistérségek közül is érdemes kiemelni a Szobi, Rétsági és Abauj-Hegyközi kistérséget, ahol a 60 év felettek aránya már eléri az 50%-ot.

Ha a fent bemutatott problémakörhöz hozzáveszünk, hogy már most is mintegy 150 tartósan betöltetlen házi orvos körzet található az országban, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy az alapellátás terén – amennyiben a jelenlegi tendenciákhoz képest változás nem áll be – legkésőbb 5–10 éven belül súlyos ellátási

gondok merülnek fel. A tartósan betöltetlen körzetek földrajzi eloszlását az alábbi térkép szemlélteti (az ábrát az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet készítette): jól megfigyelhető, hogy a betöltetlen körzetek sűrűsége változó, az Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi Régióban a legnagyobb.

Betöltetlen házi orvos körzetek körzettípusonként



Mind ezek alapján indokolt a feladatellátásra épülő struktúra-váltás az alapellátás területén; a működő és hatékony szolgáltatások együttműködését az integrált szervezeti forma, illetve a kistérségi szolgáltatások kialakítása, működtetése és monitorozása segítheti. A nemzetközi példák és ajánlások alapján a kis lélekszámú települések esetében Kistérségi Egészségközpont kialakítása képes leginkább megfelelni a lakosság igényeinek, az ellátórendszer lehetőségeinek és az ellátásért felelős önkormányzatok elvárásainak.

II. INTÉZMÉNYI MODELL

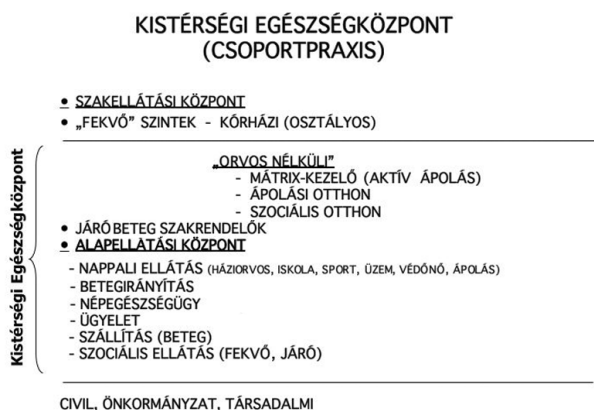
A fenti lehetőségek meghatározzák a fejlesztés további irányait, különös tekintettel azokra a lehetőségekre, melyeket a fekvőbeteg ellátó kapacitás tervezett csökkentése jelenthet. A körzetek számának növekedése az elmúlt 15 év tapasztalatai alapján nem lehetséges. A humán erőforrás kapacitás és a műszeres eszközpark költségessége, illetve kihasználhatósága miatti ésszerű telepítése, a lakosság közeli ellátások lehetőségének megtartása mellett, Kistérségi Egészségközpontok kialakítását teszi szükségessé.

A Kistérségi Egészségközpont **funkcionális egység** képez, és nem elengedhetetlen feltétele a „közös épületbe költözés”, bár kétségtelenül előnyt jelent. A helyi igényeknek megfelelően jelentős eltérések lehetnek a centrumot alkotó egységek között. A központját minden esetben házi orvosokból álló team adja, melynek tagjai előjegyzés alapján látják el a hozzájuk tartozó betegeket. A sürgősségi betegellátás 24 órában áll a lakosság rendelkezésére, így az előjegyzés alapján működő ellátást nem befolyásolja. Ez nem csak a betegelégedettség javítása szempontjából jelent fontos lépést, hanem az orvos **preventív és gondozó tevé-**

kenységére is több időt tud fordítani. A Kistérségi Egészségközpont magját képező Alapellátási Központ-hoz csatlakozhatnak igénytől és lehetőségtől függően az ápolási és szociális ellátást biztosító egységek is. Az otthonápolás mellett a szociális és ápolási otthonokat szintén érdemes a Kistérségi Egészségközpont-hoz csatolni. A kistérségi szinten az Egészségközpont team tagjai a prevenciót és a rehabilitációt végző szakemberek is, így munkájukat az orvosokkal és a szociális ellátással koordináltan magasabb hatásfokkal tudják végezni.

Kistérségi szinten a járóbeteg szakellátás azon területei is reprezentálhatók – a szekunder prevenció keretében szakmai egységet képezve a gondozásban az alapellátással –, melyeket a betegek a leggyakrabban vesznek igénybe, és emiatt a legtöbbet utaznak. Ez a kérdés megoldható akár a team részeként a szakorvos állandó státuszával az Egészségközpontban, akár heti néhány napos rendelési idő biztosításával.

A Kistérségi Egészségközpont és azon belül is az Alapellátási Központ szerkezetét az alábbi ábra illusztrálja:



Ennek az alábbiakban bemutatásra kerülő két formája és két lépcsője valósítható meg.

A két lehetséges forma:

- Kistérségi Egészségközpontok,
- önálló Kistérségi Alapellátási Központok.

A Kistérségi Egészségközpontok kialakításának két lehetséges lépcsője:

- rövid távon koordinációs központ létrehozása (szakmai integráció),
- hosszú távon a Kistérségi Egészségközpont fizikai (épület és eszközpark) létrehozása.

Kistérségi Egészségközpontok

- az Alapellátási Központ adja Kistérségi Egészségközpont „magját”, az alábbi pontban meghatározott feladatokkal,
- járóbeteg szakrendelők,
- sürgősségi betegellátás (lehetőség szerint az Országos Mentőszolgálattal integrált módon)

- nappali kórház,
- „orvos nélküli” – vagyis diagnosztikus és aktív orvosi terápiás tevékenységet nem igénylő egészségügyi szolgáltatások:
- mátrix-kezelő (aktív ápolás),
- ápolási otthon,
- szociális otthon.

Kistérségi Alapellátási Központok

A Kistérségi Alapellátási Központ részét képezheti a Kistérségi Egészségközpontnak, azonban „mikrotárségi” szinten önállóan is előfordulhat.

(15 000–25 000 lakos, 15–25 háziorvos/gyermekorvos)

A központokban integrálásra kerülnek a lakosság közeli ellátások elemei:

- Egészségügy:
 - háziorvosi alapellátás (házi orvos, házi gyerekorvos, foglalkozás-egészségügyi orvos, sportorvos, iskolaorvos, fogorvos, területi és iskolai védőnő, ápolás, szakápolás), szakdolgozói rendelő,
 - mobil szakorvosi csoport vizsgálóhelyeinek, logisztikai rendszerének kiépítése (konzílium, diagnosztika),
 - otthoni szakápolás,
 - szűrés, egészségnevelési foglalkozások helyszíne,
 - az ügyeleti ellátás helyszínei,
- Szociális: szociális alapellátás irodái (házi segítségnyújtás, családsegítés, étkeztetés, információs szolgálat, falugondnok), szociális étkeztetés helyszíne, idősek klubja,
- Egyéb helyiségek: klubok, (fiók)-gyógyszertár, és más egészségügyön és szociális ellátáson kívüli szféra: önkormányzat, oktatás, sport, civil szervezetek, helyi intézmények, munkahelyek, betegszervezetek stb.,
- Alapellátásba építhető szakellátás (letelepedett szakorvos)
 - járóbeteg szakellátás (mobil és fix telepítésű).

III. HUMÁNERŐFORRÁS BIZTOSÍTÁSA, ÁTKÉPZÉSEK, TOVÁBBKÉPZÉSEK

A Kistérségi Egészségközpont a jelenlegi dolgozói létszám felett – figyelembe véve a hiányos ellátási elemek fejlesztését – átlagosan mintegy további 20–30 fő számára biztosít munkaalkalmat, beleértve az ápolási feladatokon túl a speciális szakdolgozói feladatokat (diétetikus, mozgásterapeuta, prevenciósnővér, pszichológus) továbbá közhasznú munkásokat is (kisegítő szociális gondozó, telepi tanácsadó, egészségőr, stb). Településszámban ez 6–10 falu, mintegy 15–20 km sugarú körben (védőnői körzetek, szociális alapellátó

(gondozási) központ(ok), családsegítő központ, gyógyszer-tár, diszpécser központ).

A Kistérségi Alapellátási Központokban kivitelezhető a folyamatos orvos (házi orvos) utánpótlást biztosító, a tartósan üres házi orvosi körzeteket helyettesítő házi orvosi megoldással megegyező „**kistérségi helyettesítő házi orvosok**” kihelyezése. Ennek gyakorlati megvalósítása a következőképpen képzelhető el. A tartósan betöltetlen körzetek helyettesítő házi orvossal történő ellátásának elősegítése 2005. novemberétől az Országos Alapellátási Intézet jogszabályban rögzített feladata. Azon tartósan betöltetlen házi orvosi körzetekben, amelyekben a területi ellátási kötelezettségnek egy évet meghaladóan nem tudnak eleget tenni, és a körzet lakosság száma eléri az 1200 főt, az OALI közvetlen közreműködésével – pályázat alapján – helyettesítő házi orvos kerül alkalmazásra, akinek feladata, hogy szakvizsgáját 6 – illetve ráépített szakvizsga esetén 4 – éven belül megszerzi. Az OALI közvetlen közreműködésével egyrészt közalkalmazotti jogviszony keretében alkalmazza a szakképesítés nélküli helyettesítő házi orvost, másrészt a lakosság ellátása szempontjából az önkormányzat, az ÁNTSZ, az OEP, és a helyettesítő házi orvos továbbképzését biztosító egyetem felé egészségügyi szolgáltatóként lép fel.

A modell biztosíthatja a jelenleg még más területen dolgozó, de **munkahelyét elvesztő orvosok részére a foglalkoztatást működtetési jog megszerzése nélkül, mintegy 200 orvos beforgatásával az alapellátás rendszerébe**. Segíti ugyanakkor a fekvőbeteg ellátási kapacitások csökkentése következtében felszabaduló orvosi és egyéb szakdolgozói munkaerő tervszerű beillesztése és átképzése a **definitív ellátási** lehetőségek kibővítését, hiszen a letelepedő szakorvosok járóbeteg szakellátást is tudnak nyújtani az adott kistérségben.

A kistérségi szinten történő team-munka a jelenlegi gyakorlatnál sokkal nagyobb teret biztosít a **helyi szinten megvalósuló folyamatos továbbképzésre**. Ennek keretében egyaránt megoldható a tematikus továbbképzés (meghívott előadók, cikkreferátumok), az aktuális problémák áttekintése és megbeszélése, klinikopatológiai konferenciák megtartása. Fontos megemlíteni a laikus képzések lehetőségét is, mely a lakosság egészségtudatos magatartásának kialakulása szempontjából játszik döntő szerepet.

IV. FINANSZÍROZÁS, ÖSZTÖNZŐ RENDSZEREK

A Kistérségi Alapellátási Központok működését biztosító finanszírozás alapját a **kistérségi** fejkvóta adja, mely lényegében az alapellátás finanszírozásában jelenleg is alkalmazott fejkvóta rendszerének kistérségi szinten történő integrációját jelenti. Attól függően, hogy a helyi lehetőségek mit engednek meg, a kistérségi

fejkvóta adta bázishoz egyéb kiegészítő források is társulnak (járóbeteg szakellátási „pontok”, szociális és ápolási otthon finanszírozása). Kistérségi szinten a kórközi közösség elemszáma már elfogadható, így magában hordozza a racionális tervezés és gazdálkodás és ezen keresztül a **fenntarthatóság** lehetőségét.

A szakmai integráció – koordinációs központ létrehozásával és működtetésével – gyakorlatilag már a fenti lehetőségek kihasználásával megoldható. A fizikailag egy helyre telepített Kistérségi Egészségközpont kubarájának kiépítéséhez vagy átépítéséhez szükséges beruházások megvalósításához az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében végzett pályázat nyújthat segítséget. Szintén pályázati formában nyílik lehetőség a telemedicina nyújtotta lehetőségek bevezetésére, melyek hathatós segítséget biztosítanak a definitív ellátás körének bővítésében. A Pulzusprogram keretében pedig a népegészségügyi informatikai fejlesztések válnak lehetővé.

V. A KISTÉRSÉGI EGÉSZSÉGKÖZPONTOK LÉTREHOZÁSÁNAK LEHETSÉGES ÉS KÍVÁNTOS EREDMÉNYEI:

- A szeparált körzetek helyébe az egymást fedő felelősségi köröket (több **egészségügyi szolgáltató egyetemleges felelőssége** egy a jelenleginél nagyobb, de továbbra is meghatározott földrajzi területen).
- A szolgáltatások lakosság-közeli területen, de nem feltétlenül az adott településen, térben és időben ismert és biztonsággal rendelkezésre álló módon **hozzáférhetők, így a betegek mozgása is szervezhető**.
- A feltárt határterületi érintettség miatt azonos helyen nemcsak az egészségügyi, hanem más – pl. szociális – alapellátások hozzáférése is indokolt, sőt más, kapcsolódó területek – pl. gyógyszer-tár, gyógyászati segédeszköz bolt stb. – jelenléte is megoldható.
- A csoportos együttműködés nemcsak a betegek közvetlen ellátását támogatja, de segíti az **egészségügyi személyzet képzését, továbbképzését**, szakmai felügyelethez kötött tevékenységének kivitelezését, sőt a **laikus oktatásnak** is kedvező színhelye lehet.
- Ugyancsak javítja a csoportok együttműködése a **kapacitásokkal való racionális gazdálkodást** az aktuális igényekhez jobban igazodni képes munkamegosztással.
- Nem elhanyagolható, hogy a központosított, általában jól és biztonságosan megközelíthető, illetve igénybe vehető rendelőkben az érintett lakosság teljes köre azonos szakmai színvonalon, azonos technikai feltételekkel működő szolgáltatáshoz jut. Megsűnik annak az esetlegessége, hogy a beteg

- lakhelye szegényebb vagy gazdagabb település, több települést lát el a körzet egy orvosa, vagy egy település több orvosa képes az ellátást nyújtani.
- A lakosság közelében megjelennek olyan ellátási formák, amelyek elérhetősége nemcsak elvárható, de fontos is (pl. **szűrővizsgálatok**, a gyakori járóbeteg szakellátás formái)
 - Olyan **egészségügyi informatikai bázisa** legyen, amely nemcsak az adatok rögzítésére és archiválására alkalmas, hanem szükség esetén a beteg ellátása, eredményes gyógykezelése érdekében azok hozzáférhetőek, a jogosult szakember számára kezelhetők legyenek.

VI. KÖVETKEZTETÉSEK

Összefoglalásként tekintsük át, hogy az egyes szereplők oldaláról milyen előnyöket biztosítana a modell bevezetése. A **lakosság számára** a szűrővizsgálatok elérhetőségének és a definitív ellátás lehetőségeinek kibővülése kistérségi szinten egyértelmű előnyt jelent: ezekkel ugyanis csökken az ellátások igénybevételéhez megtett utazásra fordított idő és költség. Hatására feltételezhetően javul a lakosság egészségi állapota, egyrészt a panaszok megjelenése és definitív ellátása közötti idő rövidülése, másrészt a szűrővizsgálatok igénybevételi hajlandóságának növekedése – vagyis az időben felismert és kezelt megbetegedések számának emelkedése – miatt.

Az ellátást végző **orvosok** oldaláról nézve a csoportpraxis bevezetése mindenképpen előnyt jelent a munkaszervezés racionalizálás szempontjából. Könnyebben oldható meg ebben a formában a továbbképzés, szabadság vagy betegség miatti hiányzások helyettesítése; a központi ügyelet rendszere pedig a munkaidő tervezhetőségében nyújt segítséget. Csoportpraxis szintjén ugyanakkor a működési költségek csökkenése éppúgy várható, mint a nagyobb beruhá-

zások (újfajta műszerek beszerzése, amortizálódott gépek cseréje, informatika fejlesztése) lehetőségének bővülése. A **letelepedett szakorvosok** – tehát azok a háziorvosok, akik klinikai szakvizsgával is rendelkeznek – lehetőséget kapnak, hogy konzultáció formájában szakorvosi gyakorlatukat is folytathassák. Ez a szabályozás szempontjából természetesen időben és finanszírozásban is elkülönített rendszert feltételez.

Az ellátásért felelős **önkormányzatok** számára a magas színvonalú definitív ellátás biztosítása mellett a kistérségi szinten biztosítható racionálisabb gazdálkodás révén a működés költségeinek csökkentése jelenti a nyereséget.

A **finanszírozó** szempontjából a lakosság-közeli ellátás jelent költségcsökkenést, mely részben az utazási költségtérítés összegének csökkenése, részben a munkából kiesett idő mérsékelődésén keresztül jelenik meg.

A szabályozásért felelős **egészségügyi kormányzat** oldaláról tekintve a fentiekben felsorolt csaknem valamennyi előny megjelenik: a magas színvonalú ellátás, az utazási és táppénzköltségek csökkenése, a betegek és az orvosok elégedettsége, valamint a lakosság egészségi állapotának várható javulása. További jelentős pozitív hatásként jelentkezik a szakorvosi és szakdolgozói kapacitás racionális kihasználása, és jobb tervezhetősége; valamint a kistérségi csoportpraxisok biztosítékot jelentenek arra is, hogy a humán erőforrás (szakorvosok, egészségügyi szakdolgozók) képzésére fordított összegek megtérüljenek, és ne vesszenek kárba. A kistérségek szintjén közös informatikai bázis az egységesebb adatfeldolgozáson keresztül az egészségpolitikai tervezés- terén jelentenek segítséget.

A fentiek alapján, mind anyagi, mind humán erőforrás biztosítása szempontjából, sőt a minőség oldaláról is jobb ellátás biztosítható a lakosság részére kistérségi szinten, mint községi szinten, ugyanakkor a betegek a kistérségen belüli közlekedése többnyire még igen könnyen megoldható.