

Dr. Grósz András, Dr. Füredi Gyula, Dr. Balogh Sándor

AZ OALI PRAXISPROGRAMJA

Országos Alapellátási Intézet

Az Országos Alapellátási Intézet hatályos jogszabályok szerinti feladata, az azt igénylő önkormányzatok számára tartósan betöltetlen felnőtt és vegyes körzetekben a háziiorvosi ellátás biztosítása, valamint ehhez kapcsolódóan a háziiorvosok képzése.

Olyan önkormányzatok pályázhatnak az Intézetnél, ahol a tartósan betöltetlen körzetben a területi ellátási kötelezettségnek 6 hónapja csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni.

Azokat az orvosokat, akik a fenti módon valamely betöltetlen körzetbe kerülnek helyettesítő háziiorvosi munkát végezni, az Intézet a szakvizsgájuk megszerzéséig közalkalmazottként alkalmazza.

Az önkormányzatokkal az Intézet feladatátvállalási szerződést köt a HO ellátás biztosítására, és megkéri a területileg illetékes ÁNTSZ Kistérségi Intézetétől a működési engedélyt. A működési engedély birtokában kerül sor a finanszírozási szerződés megkötésére a területileg illetékes egészségbiztosítási pénztárral.

Ezt követően kezdődhet meg a praxis működése, ahol az abban dolgozó orvosnak kettős feladata van. Egyrészt a háziiorvosi ellátás biztosítása, másrészt az Orvostudományi Egyetem Családorvosi Tanszéke által kiállított egyéni képzési terv teljesítése. A képzési terv tartalmazza azt, hogy a jelöltnek a szakvizsgája megszerzéséig mi-

lyen gyakorlatokat kell elvégezni. A képzési terv a jelölt előképzettségétől függően maximum 48 hónapnyi gyakorlatot ír elő.

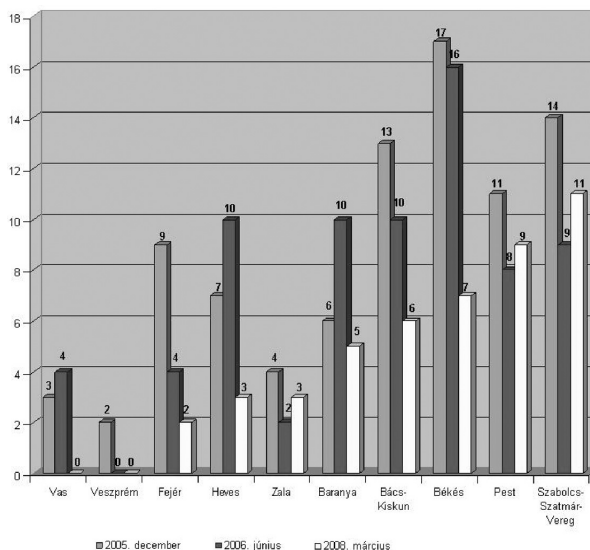
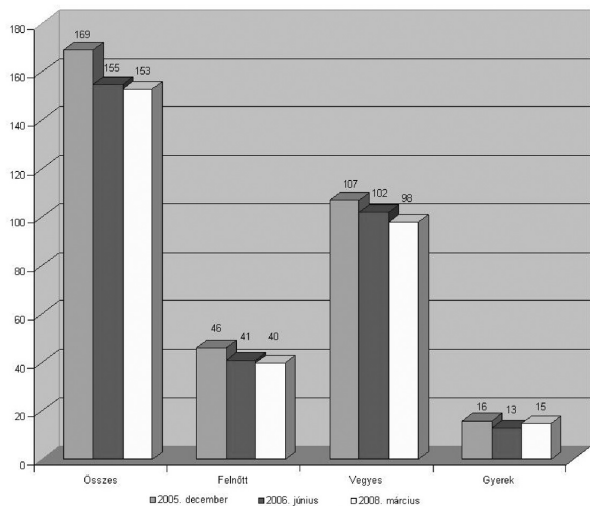
A 2006. január 1-jén indult program keretében jelen pillanatban 32 helyettesítő háziiorvos működik az országban, és 2008. július 1-jén további 5 kezdi meg működését a praxisprogram keretein belül.

A program következtében megállt a betöltetlen körzetek számának növekedése, és 2005. decembere óta 169-ről 153-ra csökkent a számuk (1. ábra). A betöltetlen körzetek számának csökkenése elsősorban a kisebb településekre jellemző vegyes körzetekben figyelhető meg.

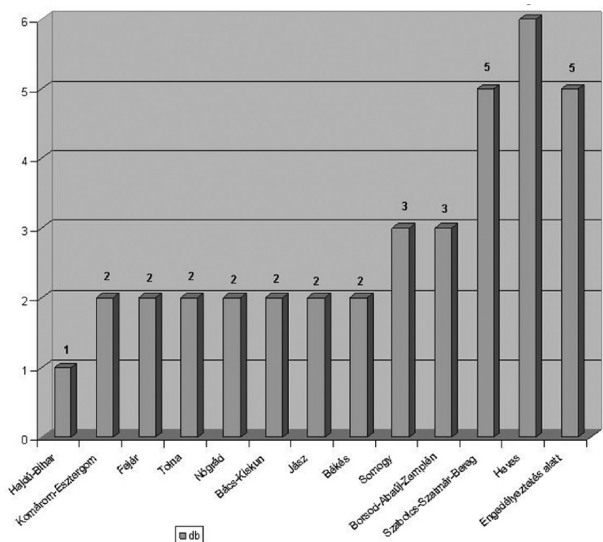
A betöltetlen vegyes körzetek száma két év alatt 107-ről 98-ra csökkent az addigi növekedéssel szemben. Az Intézet által betöltött 32 körzet közül 24 vegyes körzet, míg 8 felnőtt körzet. Országosan a betöltetlen felnőtt körzetek száma 46-ról 40-re csökkent, míg a betöltetlen gyermek körzetek száma – ezeket az OALI nem töltheti be – gyakorlatilag változatlan (15 db). Megyék szerint vizsgálva (2. és 3. ábrák) ott csökkent legnagyobb mértékben a betöltetlen körzetek száma, ahol az OALI a legtöbb szerződést kötötte az önkormányzatokkal.

2. ábra Megyék, melyekben csökkent a betöltetlen körzetek száma

1. ábra Betöltetlen körzetek száma típusonként



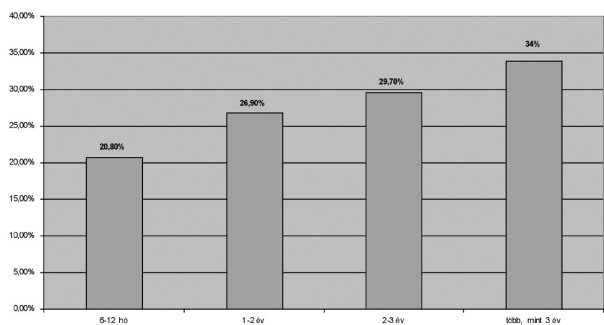
3. ábra OALI által betöltött körzetek



A legtöbb körzetet Heves (6 db), Szabolcs-Szatmár-Bereg (5 db), Borsod-Abaúj-Zemplén (3db) és Somogy (3 db) megyékben töltötte be az OALI. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ezen idő alatt 3-mal (14-ről 11-re), Heves megyében az első feladatátvállalási szerződés megkötése után (2006. június) 7-tel csökkent a betöltetlen körzetek száma. Borsod megyében, ahol 2006 júniusáig folyamatosan nőtt a betöltetlen körzetek száma, és 27-tel az országban a legmagasabb értéket érte el, megállt a növekedés, és a betöltetlen körzetek száma 24-re csökkent.

Az OALI által betöltött körzetek rendszerint több éve kinevezett házi orvos nélkül működtek, melynek következtében nem ritkán a betegkártyák 30–40%-a már más házi orvoshoz került (4. ábra).

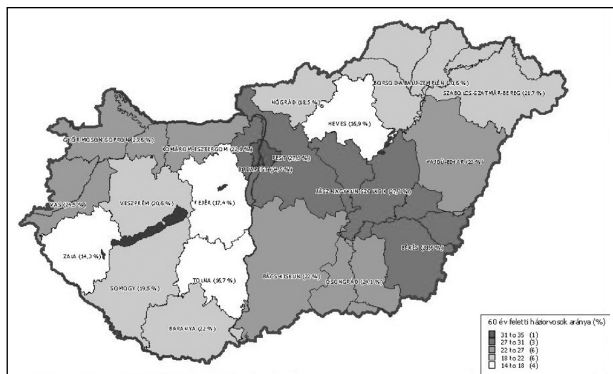
4. ábra Kártyaelvándorlás aránya a tartósan betöltetlen házi orvos körzetekben, az ellátandó lakosság arányában



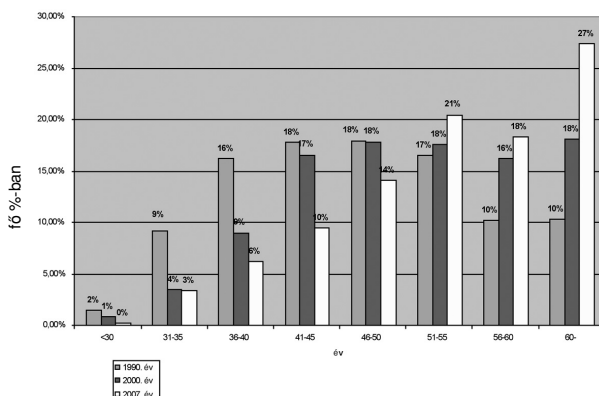
Ezekben az esetekben a program idejére járó fix finanszírozás biztosítja azt a lehetőséget, hogy a helyettesítő házi orvos a szakvizsgájának a megszerzéséig összegyűjtse a betegkártyákat, így biztosítva a megfelelő finanszírozást az önálló működéshez. Az OALI által üzemeltetett körzetek változás-jelentéseiből egyértelműen kitűnik, hogy a körzetekben a betöltést követő 2–3 hónapon belül megindul a kártyák visszavándorlása.

A házi orvosok erőteljes öregedése (5., 6. ábra), valamint az a tény, hogy a licencvizsgázott orvosoknak az öregedéshez képest alacsony az aránya, a szakma további előregedéséhez fog vezetni. Már most látható, hogy a 40 év alatti házi orvosok aránya 17 év alatt 27%-ról 9%-ra csökkent, míg az 55 év felettieké 20%-ról 45%-ra nőtt. Még a 41–50 év közötti házi orvosok aránya is csökkent, 36%-ról 24%-ra.

5. ábra 60 év feletti házi orvosok aránya a megyékben



6. ábra A körzeti- (1990), illetve házi orvosok (2000., 2007.) életkor szerinti megosztása



A program sikerét támasztja alá, hogy a részt vevő orvosok közül már van aki megszerezte a házi orvostani szakvizsgáját, és várhatóan az eddig is általa ellátott körzetben fog önállóan tovább dolgozni.

Jelen pillanatban 81 OALI által betölthető körzet található az országban. Ebből 5 körzet 2008. 07. 01-jén kezdi meg működését, a feladatátvállalási szerződéseket az Intézet már megkötötte. További 5 körzet indulása a nyár végén várható.

Megállapítások

A program indulása óta eltelt közel két és fél év tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a körzet betöltetlen státusza több esetben nem jelent tényleges ellátási zavart vagy az ellátás hiányát, és az önkormányzat nem él a praxisprogram adta lehetőségekkel. Emögött három fő okot találtunk:

EREDETI KÖZLEMÉNY

1. Az önkormányzat és a lakosok teljes mértékben elégedettek a jelenleg helyettesi státuszban dolgozó, ám adott esetben csak heti 2–3 alkalommal rendelő orvossal.
 2. A polgármesterek néhány esetben idegenkednek kezdő, vagy más szakvizsgával rendelkező orvos tevékenységétől, annak ellenére, hogy azok szakmai felügyelete biztosított.
 3. A körzet ugyan szerepel még a betöltetlen listán, ám a háttérben már folynak a tárgyalások a körzet határainak módosításáról, körzetösszevonásról, vagy szerencsés esetben az új orvossal való szerződésről.
- A Praxisprogram ismertté válásával egyre több olyan önkormányzat is megkeresi az Intézetet, ahol még nincs tartósan betöltetlen háziiorvosi körzet, ám valamilyen oknál fogva az ellátásban zavar van, vagy zavar fenyeget. A Praxisprogram jelenlegi keretein belül az OALI ezeken nem tud segíteni, hiszen az önkormányzat területén még nem található tartósan betöltetlen körzet (nem betöltetlen a körzet legalább fél éve). Ezekben az esetekben szükséges lenne jogszabályi feltételeket biztosítani olyan központi segítségnyújtásra, amely az önkormányzat szuverenitásának érintetlenül hagyása mellett, egyaránt segít a körzetből kilépni és belépni szándékozónak a működtetési jog értékesítése/megvásárlása során. Ennek egyik feltétele a Praxis-alap létrehozása, mely az eladónak kifizeti, a vevőnek megelőlegezi a kölcsönösen kialakított vételárat, melyet a vevő háziiorvosi tevékenységének megkezdését követően részletekben visszafizet az Alapba.
- Hasonlóan lehet eljárni, ahol a működtetési jog tulajdonosa nem kíván megválni a praxistól, ám átmenetileg nem képes személyesen ellátni a háziiorvosi teendőket (pl: Gyes, baleset, betegség). Ezekben az esetekben megoldható lenne, hogy egy közvetlen a háziiorvos által, vagy praxisalapról, vagy valamilyen biztosítási konstrukció szolgáltatásaként a biztosító által finanszírozva egy központi státuszban álló orvos látná el az átmeneti helyettesítését. Ezek az orvosok egy olyan kvázi működési engedélyt kapnának egy kistérségi ÁNTSZ-től, mely

a személyi feltételek meglétét igazolja, és az egyéb szükséges személyi feltételeket (ápoló), és valamennyi tárgyi feltételt a helyettesített körzet működési engedélye szerint kellene biztosítani.

Összegezve

1. A tartósan üres körzetek helyettesítő orvossal történő ellátásának gyakorlati és az intézet egyéb vizsgálatának tapasztalatai alapján a 2004-ben megkezdett Praxis-programot megerősíteni és továbbfejleszteni szükséges.
2. Lehetőséget kell biztosítani, hogy a Praxis alap létrehozásával, a tartósan üres körzetek OALI-n keresztül történő betöltésének gyakorlata 6 hónapos időkorlát nélkül is megvalósulhasson.
3. Ugyancsak a tartósan üres körzetek orvos utánpótlásának gyakorlatára alapozottan az átmeneti helyettesítések megoldására egészségpénztár finanszírozta, helyettesítő orvosi központi rendszert látszik szükségesnek kialakítani.
4. A szakorvos jelölt, fiatal szakorvos praxisban való alkalmazásának finanszírozási alapjainak megteremtésén túl, a korábban ráépített szakképesítést megszerezni szándékozók és az alapszakképesítés 2 éves szakgyakorlati (rezidens) idején túl OALI alkalmazotti státuszban, egészségpénztári finanszírozással, ún. kistérségi gyakornoki rendszer kialakítása célszerű. Ez segíti a rezidensi rendszer tovább folytatását, a praxis váltást és mérsékli a fiatal orvosok és pályamódosítók pályaelhagyását.
5. Kistérségi, mikrotérségi szinten, 8–15 praxisra kiterjedően, alapellátási koordinációt szükséges létrehozni, amely biztonságossá, kiegyenlítettébbé és lakosság közelivé teszi az egészségügyi ellátást, lehetőséget nyújt a háziiorvos több szakvizsgájának kiterjesztettebb hasznosulására. Biztosítható a gyermekorvosi ellátás is és kompenzálható a tartós, vagy átmeneti orvoshiány.