

Eladható-e a gyógyítás művészete

[Dr. Papp Renáta¹ | Dr. Bersky Kamil² | Dr. Windak Adam³ | Dr. Haber George⁴ | Dr. Farkas-Páll Zsuzsanna⁵ | Dr. Pásztor László⁶]

1 Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, 2 Cseh Általános Orvosok Egyesülete, 3 Lengyel Háziorvosok Kollégiuma, 4 Román Családorvosok Egyesülete, 5 Nagyváradi Orvosi Egyetem Családorvosi Tanszék, 6 Szlovákiai Magánorvosok Egyesülete

A kérdés megválaszolható egyszerűen is: ha van vásárló. Ám amennyire összetett piacok jellemzik a XXI. századi gazdaságot, úgy a vevőt nem csak az egészségügyi szolgáltató szervezet komplex érdekeltségi rendszerében szükséges megteremteni. És mit takar a gyógyítás művészete a szolgáltatás orientált egészségügyi konstellációban? Elvesztett-e az a varázs, amely sokunkat a pálya felé irányított, amit a betegorientáltság, a kommunikáció, az emberismeret, a szakmai tudás és helyzetfelismerés ötvözete jelent? Vagy csak átalakult a defenzív ellátás és adminisztráció tömegében és észre sem vesszük, mert természetes. Mi tetszhet meg egy fiatal orvosnak és mi készíti arra, hogy a háziorvosi szakmát válassza? Célunk ezzel a cikkel az, hogy közelebb jussunk a megoldáshoz, és ha ez teljes mértékben nem is sikerül, reményeink szerint elgondolkodtatásra készítenek.

Az alapellátási rendszer hozzájárulása a népegészségügyi helyzet javításához vitathatatlan, evidenciák támasztják alá és ezek alapján a WHO megállapításai¹ ajánlásként fogalmazzák fejlesztési szükségletét a tagországok számára. Azt, hogy alacsony költséget igényel a speciális ellátások összehasonlításában nem újdonság és már-már magától értetődő, de vajon hogyan fejtheti ki az alapellátás a hatását, a lehető legjobb költség-hasznosság elérése érdekében? A recepthez kétségtelen szükséges a megfelelő szaktudással rendelkező háziorvosok tevékenysége az elvárt és szükséges kompetenciák mentén. Az egészségügyi rendszerben az alapellátás tevékenysége a népesség egészségügyi állapotának javítását fejtik ki, amelynek eredményessége fokozható, ha a háziorvosok egyéni céljainak előmozdítása is ez irányba történik.

A címben az eladás folyamata a háziorvoslában történő generációváltásra vonatkozik, és nem a működtetési jog adás-vételére, hanem a háziorvosi szakma, a tevékenység vonzóerejére az új belépők számára. Ebben a folyamatban a működtetési jog adás-vétele egy lépcső, amelynek befolyásoló hatása változó lehet. A jelen cikkben a generációváltás folyamatát befolyásoló tényezőket vizsgáljuk a következő Közép-Kelet Európai országokban: Csehországban, Lengyelországban, Magyarországon, Romániában és Szlovákiában.

A vizsgálat indokoltsága a RENECOP 2008. ülésén fogalmazódott meg. A RENECOP, azaz a Regional Network

of Collaboration in Primary Health Care a Közép-Kelet Európai országok alapellátásban dolgozó szakértőit tömöríti azzal a céllal, hogy felderítse a hasonló, háziorvosi rendszert érintő változások során felmerülő problémákat, elemezze a megoldási lehetőségeket a közös szocio-kulturális adottságok környezetében. A RENECOP országok jelenleg vagy a következő öt éven belül háziorvos-hiánnyal szembesülnek. Az utánpótlás folyamatának elemzését végeztük a különböző országokban a sarokpontok felderítése és a probléma megoldási lehetőségeinek azonosítása céljából, egy a Visegrád Alap által támogatott projekt keretében.

Módszer

A RENECOP országok szakértői összeállítottak egy kérdőívet, amely felelet-választós kérdéseket és esszé jellegű kérdéseket is tartalmazott. A kérdőív öt nagy fejezetre osztható, amely során a hiány mértéke és a háziorvossá válás folyamatának elemzése történik. Az első, általános rész a háziorvos hiányra vonatkozik és annak jellemzésére, a második az alapellátásban dolgozó munkatársak számszerű adataira, a harmadik a képzés folyamatát jellemzi a graduális és posztgraduális részt is felölelve, a negyedik a háziorvosi tevékenység megkezdésének körülményeit vizsgálja és az ötödik a háziorvosi rendszer jellemzőire tér ki.

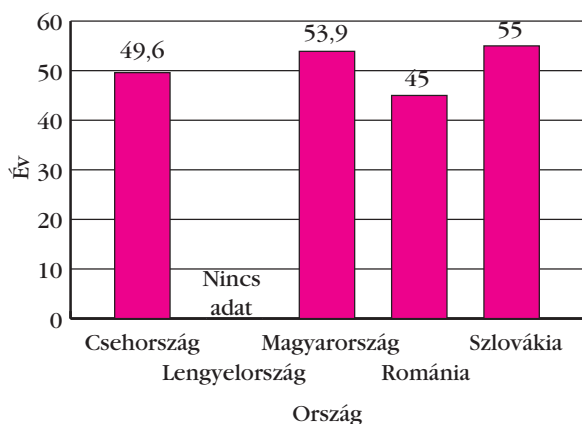
Eredmények

A megkérdezett országok közül, csupán Lengyelország jelezte, hogy jelenleg nincsenek jelei a háziorvos hiánynak, de a következő öt évben ezzel mindenképp szembesülni fognak ott is. A jelen háziorvos-hiány jellemzői közzé sorolhatók a területi egyenlőtlenség, azaz a hátrányos helyzetű településeken a hiány fokozódik. Emellett Romániában jellemzőek a nagy lélekszámú, 2000 feletti praxisok, amelyet nem kompenzál strukturális tényező, azaz a praxisok 95%-a egyéni és nem csoportpraxis, szakdolgozói segítség sem kompenzálja a problémát, 1,2 fő asszisztens jut egy háziorvosra.

Amíg jelenleg a lengyel háziorvosi rendszerben egyéb

szakképesítéssel rendelkező orvosok is elláthatnak házi-orvosi feladatokat, a következő öt évben Lengyelországban is jelentkezni fog a hiány, mert a képzési rendszerben egyre csökken a rezidensek száma. A többi országban a házi-orvosok életkorának növekedése jelenti a következő öt évben várható tünetet, ami megint csak a fiatal utánpótlás hiányát jelzi. A házi-orvosok átlagéletkorának értékei az egyes országokban az 1. ábrán láthatók:

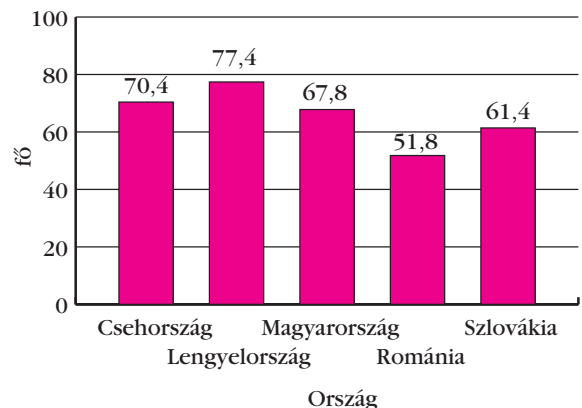
1. ábra Házi-orvosok átlag életkora



A kedvezőtlen átlag életkor nem a két extrém értékből adódik, hanem az összes életkorérték növekedéséből, például Csehországban a 60 év feletti házi-orvosok aránya 22%, a 30 évnél fiatalabbak aránya 1%, míg hazánkban a 60 évnél idősebbek aránya még magasabb, 29,2%, míg a 30 évnél fiatalabbak kevesebb, mint 1%-ban képviseltetik magukat².

Románia kivételével, ahol a házi-orvosok a teljes lakosságot látják el, 0. éves kortól, a többi országban megkülönböztethetők a kizárólag gyermekeket ellátó, az alapellátás struktúrájához tartozó házi gyermekorvosok. A lakosság-szám viszonyításában a házi-orvosok száma Romániában a legalacsonyabb, ami nem meglepő a házi gyermekorvosok teljes hiányában, majd következik Szlovákia és Magyarország a házi-orvosi ellátottság tekintetében (2. ábra).

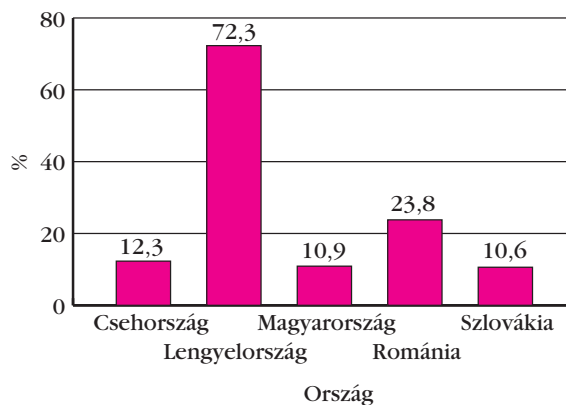
2. ábra 100 000 lakosra jutó házi-orvos és házi gyermekorvos



A házi-orvoslás tárgyának oktatása a vizsgált országokban kivétel nélkül szerepel a graduális curriculumban. A képzés időtartama változik az országok között, de országon belül is, egyetemről, egyetemre. Csehországban 60-90 órányi házi-orvoslás oktatásban részesülnek a hallgatók, Lengyelországban a Krakkói Egyetemen 100 órányi szerepel a tantervben, ebből 48 óra gyakorlat, míg Romániában a VI. graduális évben összesen 130-140 órányi képzést biztosítanak a hallgatóknak.

Minden vizsgált országban szervezett keretek között történik a házi-orvostan szakképzés, amelynek időtartama 36 hónap, kivéve Lengyelországot, ahol ez 48 hónapig tart. A rezidensi rendszerbe történő felvétel korlátozott számban történik, a lengyel rendszerben a rezidensi helyek száma nagyban meghaladja a jelentkezők számát, míg a cseheknél nincsenek számbeli korlátok a posztgraduális képzésben. A rezidensképzési helyek száma a 2008-ban végzett orvostanhallgatókhoz képest igen széles skálán mozog, ld. 3. ábra.

3. ábra A házi-orvostan szakképzési helyek száma a végzett hallgatók arányában, 2008-ban



A Lengyelországban jelentkező magas arány a képzési igények miatt tapasztalható, míg a többi országban 90-100%-ban rendelkeznek a házi-orvosok szakképesítéssel, addig Lengyelországban a házi-orvostan vagy általános orvostan szakorvosok aránya csupán 41,7% a dolgozó házi-orvosokhoz viszonyítva; Egészségügyi Minisztérium

1. táblázat A szakképzés szervezője és finanszírozója országonként

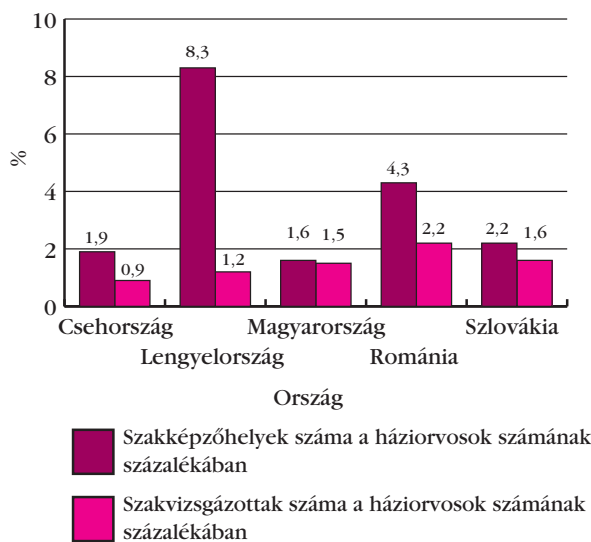
	A szakképzést szervező hely	A szakképzés finanszírozója
Csehország	Egészségügyi Minisztérium	Egészségügyi Minisztérium
Lengyelország	Egyetem és akkreditált képző központok	Egészségügyi Minisztérium, munkáltató
Magyarország	Egyetem	Állami költségvetés
Románia	Országos Egészségügyi Szakképzési Központ	Egészségügyi Minisztérium
Szlovákia	Egyetem	Házi-orvosok

által finanszírozott szakképzési program 1999-től áll rendelkezésre. Az alábbi táblázatban a szakképzés szervezői és finanszírozói láthatók országonként:

A környező országokban lezajlott reformfolyamatok többségben nem változtattak a szigorúan állami keretek között szervezendő háziorvostan szakképzésen, annak ellenére, hogy a háziorvosi rendszer teljes-részleges privatizációja zajlott le. Szlovákia kivétel, hiszen a háziorvos által történő finanszírozás/finanszírozhatóság elősegítheti a háziorvosi munkaerő önszabályozását, ám ha ez nem finanszírozható az aktuális bevételből, akkor ennek ellenkezője teljesül. Lengyelországban a háziorvosi tevékenység szolgáltatására köthető szerződésnek a rendelő és az eszközök beszerzésén túl nincsenek különösebb korlátai (pl. önkormányzati feladat ellátási szerződés, működtetési jog, stb.), a szolgáltató egységek egyre nagyobb hányada magán -, ezen belül nem háziorvosi - tulajdonba kerül, amely következtében a háziorvosok alkalmazottként működhetnek, a képzésüket a munkáltató/tulajdonos fizeti/fizetheti.

A szakképzésben résztvevő orvosok közül jellemző a lemorzsolódás, különösen jelentős ez a jelenség Romániában, ahol a közel 500 fős rezidensi helyek számából 250 fő jut el a szakvizsgáig, a többi rezidens más szakképzési terület felé orientálódik. Ennek oka a végzett orvosokhoz viszonyított nagyon alacsony szakképzési hely, amelyből a háziorvosi helyek jellemzően nem elsőként választottak. A 4. ábra mutatja, hogy vajon hogyan viszonyul a háziorvostan szakképző helyek száma, illetve a 2008-ban szakvizsgát tett háziorvosok száma a jelenleg praktizáló háziorvosok számához (a házi gyermekorvosokat leszámítva)

4. ábra A szakképző helyek és a szakvizsgát tett háziorvosok száma a praktizáló háziorvosok százalékában



A román rendszerben történő lemorzsolódás jelentős, míg a lengyel szakképzési rendszerben a képző helyek betöltetlenek maradnak és ennek figyelembevételével előre-

vetíthető a pár éven belül jelentkező háziorvos-hiány, amely a szakvizsgát tett háziorvosok alacsony arányából is látszik.

Minden vizsgált országban, a háziorvosi tevékenység elkezdeményezéséhez befektetés szükséges. Szlovákiában és Lengyelországban a pénzügyi befektetésen kívül (aminek nagyságrendje 35 000–50 000 EUR) a finanszírozási szerződés megkötése nem ütközik további akadályba. A többi országban a háziorvosi „státuszok” száma limitált, amely odaítélése változó mértékben függ a helyi önkormányzattól (Magyarországon), valamint a helyi önkormányzat, a helyi egészségügyi önkormányzat, az orvosi kamara, a biztosító képviselői csoportjától, Csehországban és Romániában.

A háziorvosok kompetenciája meghatározó a szakma művelési szabadságfoka szempontjából. Különböző mértékű korlátozások érvényesek országonként. Csehországban, Lengyelországban nincs szakmai korlátja a gyógyszerfelírásnak és a különböző vizsgálatokra történő beutalásnak, de a diagnosztikus vizsgálatok tekintetében pénzügyi keret áll rendelkezésre praxisonként. Magyarországon és Romániában a támogatott gyógyszerfelírás és a vizsgálatkérés nem minden esetben végezhető a háziorvos által először (pl. javaslatra indikálható normatív/emelt/kiemelt támogatással bizonyos gyógyszer), vagy támogatott formában (pl. CT, MR vizsgálat). Magyarország kivételével, a vizsgált országokban a fejkvóta alapú finanszírozás mellett, jelen van a tételes finanszírozás is a háziorvosi rendszerben, elérve a teljes bevétel 15–25%-át. A tételes elszámolás keretében térítik a preventív tevékenységet, az otthoni betegellátást. A háziorvosok szakmai fejlődési lépcsői kevéssé kidolgozottak és nem kötődnek ösztönző rendszerhez. A praxis szolgáltatási skálájának szélesítése kevéssé kötődik finanszírozási lehetőségekhez. Ennek a rendszernek a képzési és kompetencia részének kidolgozása Romániában megtörtént, a gyakorlati megvalósulása a beteg általi finanszírozásnak köszönhetően történik. A tudományos fokozatszerzésben Lengyelország jár az élen, 50 háziorvos rendelkezik PhD fokozattal.

Megbeszélés, következtetések

A vizsgálati kérdőívnek megfelelő részek eredményeinek bemutatása kiterjedt a praktizáló háziorvosok, a friss diplomás orvosok, a rezidensek és szakvizsgát teljesítők számszerű adataira, arányaira és összehasonlítására. Az utánpótlás áramlata kivétel nélkül megrekedni látszik a résztvevő országokban, amelyben nem különbözünk az Európai Unió többi részétől. Más szakmai területek miatt rendelkeznek jobb „elszívó erővel” a fiatal orvosok számára? Nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy az egészségügyi rendszer a szolgáltatás orientált gazdasági világba beágyazottan működik. A szakmai tevékenység, a finanszírozási technika, a szolgáltatási idő tekintetében, egyéb szakorvos feladata jóval letisztultabb, körülhatárolhatóbb, mint a háziorvosé.

Segíteni kell a házioroslás vonzóvá tételét, amelynek része a döntéshozók felé történő kommunikáció a szervezési kérdésekben és a fiatalok irányába történő kommunikáció a szakma jellemzőinek pozitív és nemcsak a fiatal orvosok, hanem a „nagyközönség”, a betegek igényeihez mért megfogalmazása által.

A háziorvosi rendszer szervezése szempontjából a közvetkező befolyásoló tényezők merülnek fel, különböző mértékben és interpretációban, az egyes országokban:

- a háziorvosi tevékenység elkezdésének könnyítése;
- a háziorvosi vállalkozás kezdeti befektetések hosszú távon történő megtérülése;
- a háziorvosi praxis szolgáltatásbővítési lehetőségeinek rendszerbe foglalása.

A betegek, ahogyan a betegelégedettségi vizsgálatokból³ kitűnik, elégedettek háziorvosukkal, mégis a társadalmi elismertség kevésbé tükrözi ezt vissza. A szakma megbecsülésének javítása érdekében, különösen a szakmai jellemzők és azok elért hatásának megfogalmazása szükséges. Például az elsődleges ellátás, a költség-hatékonyság nagyon fontos elemek az egészségügyi rendszer szervezése szempontjából, a döntéshozók számára különösen fontos megfogalmazni, de kevésbé hozzák divatba a háziorvoslást. Ehhez a háziorvosi rendszer szervezésbeli tulajdonságaitól érdemes elkülönítve kezelni azokat, amelyek a szakma jellegét írják le⁴:

- a háziorvos egy kiváló általános orvos;

- a betegeket és nem a betegségeket kezeli;
- a beteg és a közösség elkötelezett „üggyvédje” az információ és az egészségügyi rendszer vonatkozásában.

A kommunikációs feladatok mellett, a háziorvosi szakma „ön szabályozása” elengedhetetlen az értékek megőrzése és továbbvitele érdekében. Területei a háziorvosi tevékenység, a szakképzés és továbbképzés folyamatos minőségfejlesztése. A saját tevékenység monitorozásának és javításának kell a minőségfejlesztés mozgatórugójának lennie és nem a külső kényszernek. A háziorvosi tevékenység eredményességének bemutatásának képessége nélkül gyengül a tárgyalási pozíció akármelyik témában, bármelyik célcsoport felé. A monitorozás része a háziorvosi munkaerő-piaci helyzet figyelése is, amelynek elkezdésének, de legalább fontosságának bemutatásához reményeink szerint ez a cikk is hozzájárult.

Irodalom

- 1 WHO Health Report 2008
 2 Grósz A., Füredi Gy., Balogh S.: Az OALI Praxis Programja. MedUniv 2008. XLI/3:134-136
 3 Kertész A., Balogh S., Nagymajtényi L., Paulik E.: A háziorvosi ellátással való elégedettség demográfiai sajátosságai. MedUniv 2006. XXXIX/4:117-121.
 4 Marshall M.: Practice, politics, and possibilities. Br. J. of GP 2009:e1-e10.

[K V Í Z K V Í Z K V Í Z K V Í Z]



	a	b	c
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Név: _____

Cím: _____

Pecsétszám: _____

Med. Univ. 2009. júniusi szám
1426 Budapest, Pf. 155.