

Az alapellátási törvényről

Pátri László, Póta György

A parlament úgy ítélte meg, hogy 2015-ben elérkezett az időt arra, hogy az alapellátással kapcsolatos alapvető kérdéseket egységes jogszabályi – törvényi – keretben foglalja össze. A törvény a háziorvosok, házi gyermekorvosok, fogorvosok, védőnők mellett az iskola-egészségügyi ellátásban, foglalkozás-egészségügyben dolgozókat, illetve a teljes hazai népességet érinti, és hangsúlyt kíván adni az alapellátásban végzett munkának. Talán megbocsátható, ha a továbbiakban a házi gyermekorvoslás kérdéseit részesítjük előnyben.

ELIGAZODÁSI PONT

Egy ilyen átfogó jogszabálytól azt várhatjuk el, hogy eligazodási pontot jelentsen nem csupán az ellátottak és ellátók számára, hanem az ellátásért felelős irányító, szabályozó szervek, s nem utolsósorban az ellátásért felelős települési önkormányzatok részére is. Biztosra vehető, hogy a jogszabály a konkrét intézkedések zömét rendeleti körbe utalja, amelyek kidolgozása időt, további szakmai konzultációt, egyeztetést igényel.

A jogszabály előkészítése során a Házi Gyermekorvosok Egyesülete folyamatos konzultálási lehetőséget kapott az EMMI Államtitkárság illetékeseitől. Közös kérdéseinkről természetesen időről időre egyeztetünk a háziorvosok vezetőivel is.

PERSPEKTÍVA

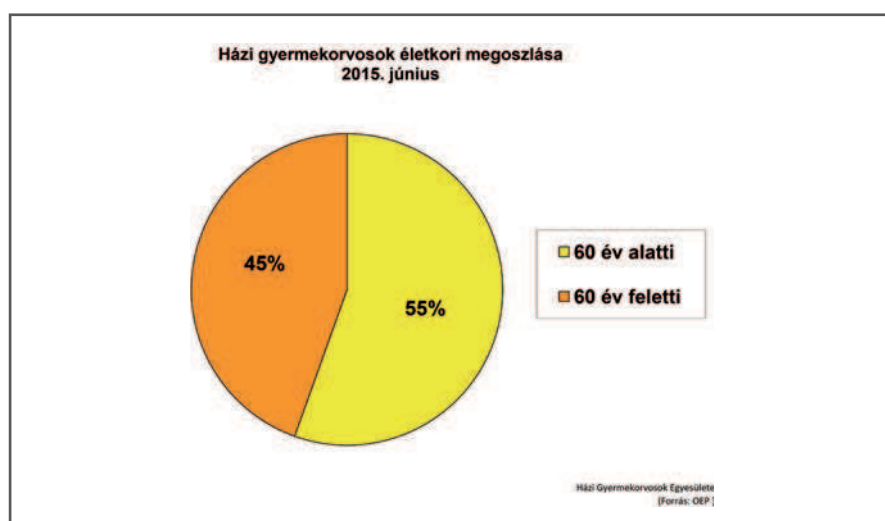
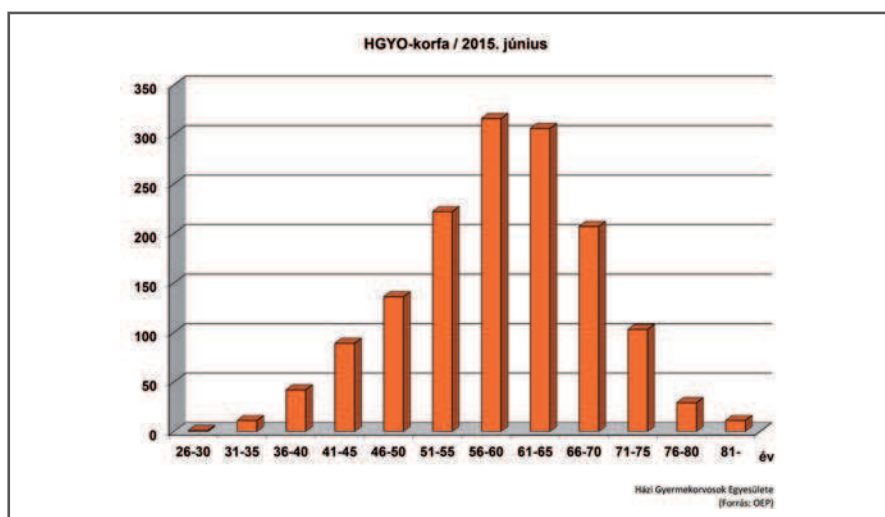
A törvény fokozott hangsúlyt helyez a *prevenció* mellett a helyesen értelmezett *kapuőr* szerepre, arra, hogy az állampolgárok az állapotuknak megfelelő ellátási szinten részesüljenek az egészségügyi szolgáltatásokból. Az ellátás színvonalát azért is növelni kell, hogy a szakterület iránt érdeklődő fiatal kollégák előtt egy vonzó pálya képe rajzolódjék ki. Csak a megfelelő egzisztenciát, középosztálybeli életmódot biztosító munkakör lehet attraktív a potenciális utánpótlás számára. Megkerülhetetlen ezzel kapcsolatban a jövedelmek kérdésre, hisz' nem csupán azért vált hiányszakmává nálunk a gyermekgyógyászat, mert a fiatalok külföldön jóval többet kereshetnek, de az itthon maradók sem szívesen választják ezt a területet – ami jól mutatja, hogy más

szakirányokban szélesebb szakmai perspektívát, nagyobb *egzisztenciális biztonságot* látnak a kollégák.

Ennek okai komplexek. Az orvosképzés (szemben a háziorvosok családorvosi tansekekre szervezett rendszerével) a mai napig adós a kiépített, intézményesített házi gyermekorvosi *rezidensképzéssel*, a gyermekszakorvosi rezidenskeretszám is jóval alulmúlja az ország szükségleteit. Talvaly 40-nél kevesebben tettek csecsemő- és gyermekgyógyászat-szakvizsgát, míg két évtizeddel korábban ez a szám 140 feletti volt.

akkor jönnek az alapellátásba, ha személyes meggyőződésük, hogy hivatástudatukhoz az egyéni boldogulásukat is megtalálják.

El lehet gondolkodni a *finanszírozás* belső szabályainak helyességén is (pl. a degenerációs határon, vagy a hosszú távon fenn tarthatatlan kis praxisok vegetálását tovább biztosító fixdíj-rendszerén), ám az alap-probléma a megszerezhető összjövedelem nagyságában van. A jövedelmi kérdés még élesebb, ha kvalifikált, egyre nagyobb szakmai autonómiával dolgozni akaró és képes *szakdolgozók alkalmazásán* is gondolko-



A központi költségvetés most elküldött valamennyit a házi gyermekorvosok utánpótlásának biztosítására, de nyilvánvaló, hogy a szakorvosok – a képzés feltételeinek könnyítése mellett is – csak

dunk, egy nagyobb praxis esetében akár két (3?) fővel is.

Fontos, hogy a beteg a lakóhelyéhez közel jusson hozzá a gyermekgyógyászatban elvárt és előírt szaktudáshoz, készsége-

gekhez – ez különösen az ellátás szempontból „*fehér folt*”-nak nevezhető területen jelent égető problémát. A kulcskérdés a beutaló nélküli, közvetlen elérhetőség.

A védőnőkhöz, házi orvosokhoz hasonlóan, nekünk is rendelkezniünk kell önálló *módszertani egységgel*. Létrejötté garanciát nyújtana a koordinációs mechanizmusban történő hatékony részvételre, a rezidensképzés, tutorhálózat kézben tartására, pályázatok, projektek, az alapellátásban végezhető kutatások szervezésére.

HÁROMSZÖG

Megszoktuk, hogy mindennapokban az alapellátói tevékenység az orvos–finanszírozó–önkormányzat háromszögben értelmezhető legegyszerűbben. Ezért látjuk fontosnak, hogy mindhárom szereplő vonatkozásában körülhatárolják a feladatokat és a felelősségi köröket. Mit jelent például az, hogy az önkormányzat gondoskodik a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátásról? Meddig terjednek kötelezettségei, vagy hogyan tudja figyelembe venni az ellátók szakmai, gazdasági szempontjait? *Hogyan tud az orvos beszélni* a munkáját érintő döntésekbe? Beszélhet-e eredményesen egy körzet megszüntetésébe vagy egy új kialakításába, a körzethatárok igazításába? *Ki tartja nyilván a praxisokat?* A folyamatosan nyújtandó ellátás miatt az *ügyeleti kérdések* pontosabb szabályozása előbb-utóbb megkerülhetlenné válik az önkormányzatok számára. Milyen kötelezettségei legyenek az adott településen működő *TEK nélküli praxisnak* például ügyelet szolgáltatásában?

Tiszteletre méltó szándék, hogy az önkormányzatok területenként különböző szerepvállalását megpróbálja egységesíteni a törvény. Ez azt is jelenti, *azonos tartalmú szerződések* lesznek az egész ország területén. A mintát a törvény mellékletben adja meg.

Az alapellátás régi sérelme a közszolgálat után fizetendő *iparűzési adó* kérdése – hiszen az alapellátás bajosan értelmezhető klasszikus, profitorientált vállalkozási tevékenységként. Az új jogszabály törvényi lehetőséget ad arra, hogy az önkormányzat ne vesse ki ezt az adónemet az alapellátókra.

HÁZI GYERMEKORVOS NEVESÍTVE

A házi orvos mellett végre a házi gyermekorvost is nevesíti a törvény az adott rendelkezések felsorolásánál. Bár a korábbi jogszabály logikája szerint a házi orvos fogalma eddig is takarta a házi gyermekorvost, a laikus jogalkalmazók számára ez többször is bizonyításra szorult. Most talán mindenki számára érthetővé válik, hogy nem ugyanaz például a házi orvos és a házi gyermekorvos, vagy a házi orvosi és a házi gyermekorvosi rezidens. Rögzítésre kerül, hogy a törvény – élettani és pszichológiai sajátosságai miatt – 18 éves koráig (pontotétnapjáig) tekinti a gyermeket gyermeknek, eddig élvezheti egy növekvő fiatal a gyermekorvosi alapellátás előnyeit hazánkban.

ÚJ ELEMELK

Joggal várhatjuk el, hogy egy új törvény legyen képes az ellátás tartalmában és az ellátási szerkezet struktúrájában is a korábbi színvonal meghaladására. Örömmel szolgálunk, hogy várhatóan új elemek is megjelennek a törvényben. A *minőségbiztosítást*, a controllingra való törekvést szolgálja a szakfelügyelői, szakértői munka továbbvitele, de új elem lesz a helyi (kollégái által elismert szaktudású) *kollegiális vezető* újabb színre lépése is.

Várhatóan lehetővé válik a *második szakvizsga* használata. A személyi feltételeken túl e tekintetben is kidolgozásra várnak a tárgyi minimumfeltételek, a munkaidővel, finanszírozással kapcsolatos finomabb szabályozás kérdései.

PRAXISKÖZÖSSÉG, FLEXIBILIS STRUKTÚRA

A betöltetlen praxisok okozta ellátási hiány nagyobb városok esetében az adott praxis megszüntetésével, beolvasztásával egy ideig még kompenzálható, de a kisebb településeken ez azonnali ellátási zavarhoz vezet. Mérsékelni lehet a negatív következményeket az „időrabló”, párhuzamos vagy felesleges adminisztratív terhek csökkentésével, ami nyilvánvalóan növelhetné a betegellátásra fordítható érdemi időt.

A másik lehetőség a flexibilis, az adott terület földrajzi, demográfiai jellemzőihez

rugalmasan igazodó, új ellátási formák kialakítása. Ennek lehet egyik módja a *praxisközösség*, amelynek gondolata új lendületet kapott 2015-ben a TÁMOP 625 B projekt kapcsán: még az idén megjelenhetnek hazánkban a házi orvosok, házi gyermekorvosok területi ellátási kötelezettséggel rendelkező közös teamjei, amelyek mind szakmai, mind gazdasági előnyökkel járhatnak a csapattagok számára. A tudás, a tapasztalatcsere, a feladatmegosztás, a munkaerő jobb kihasználása mellett emelkedhet a hatékonyság, a betegbiztonság, javulhat a minőség, nem beszélve arról, hogy a kiterjedtebb pályázati, beszerzési lehetőségek gazdasági előnyökkel, a praxisok nagyobb működési biztonságával kecsegtetnek. Nem „kolhozról” lenne szó, tartalmi együttműködés gazdaságilag önálló praxisok között kialakított funkcionális hálózattal is elérhető. A praxisjog értéke következképp nem kerülne veszélybe – sőt, adott esetben a finanszírozás emelkedésével akár növekedhet is. Nem tiltott persze a gazdasági együttműködés sem, lehetnek ugyanis olyanok, akik egyéni sorsuk nyitott kérdései miatt nem szívesen kötnek le magukat praxisvásárlással, ám szívesen dolgoznának körzetben.

Másik fogalom a *csoporthoz*, ami megengedné, hogy házi gyermekorvoson kívül, multidiszciplináris csapatot létrehozva, más szakmák képviselői is belépjenek a közösségbe.

Mindezek mellett elkerülhetetlen annak definiálása, hogy mi az, amit az állampolgár az ellátási csomagban kaphat. Mi tartozik például a megelőző ellátások körébe – akár család- és nővédelmi gondozásról, akár mentálhigiénéről, akár házi gyermekorvoslásról stb. van szó.

RÉSZLETESEBB SZABÁLYOK

Amennyiben a törvény elfogadásra kerül, hozzáigazított rendeletek tisztázzák majd a részleteket. Ezen kell dolgozunk tovább, hiszen a gyermekek és orvosaik érkei összecsengenek, egy irányba hatnak. A megfelelő helyen és időben nyújtott kompetens ellátás az igazi záloga annak, hogy a következő generációk jobb életkilátásokkal induljanak a jövőbe.

A házi gyermekorvosokra is vonatkozó jogszabályok – a teljesség igénye nélkül

1997. évi LXXXIII. törvény kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről