Megújuló gyermekorvosi alapellátás

Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete,
HGYE

Budapest, 2017. október
www.hgye.hu

Bevezetés

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete évtizedek óta küzd a gyermekorvosi alapellátó rendszer fennmaradásáért és fejlesztéséért. Meggyőződéssel valljuk, hogy ezt a munkát elsősorban a gyermekek sorsáért érzett aggodalom, és csak másodsorban a saját, gyermekorvosi érdekünk motiválja. Felelősséget érzünk a közép-és időskorú felnőttek nagy terhet jelentő egészségi állapotáért is, hiszen napjainkban már számos tudományos közlemény foglalkozik a felnőttek gyermekkorban gyökerező betegségeivel. Az egészséges felnőttkor záloga az egészséges gyermekkor.
Fogadja minden érdeklődő e dokumentumot jó szándékú hozzájárulásnak ahhoz, hogy gyermekeink minél boldogabb életet élhessenek.

Tartalomjegyzék:

Tartalomjegyzék		**3. oldal**
I.	**A házi gyermekorvoslás missziója**	**5. oldal**
II.	**Házi gyermekorvosi ellátás, 2017 Körkép a szolgáltatásról**	**7. oldal**
II. 1.	**A praxisok száma**	**7. oldal**
II. 2.	**Az ellátók korfája**	**7. oldal**
II. 3.	**Tartósan betöltetlen praxisok számának alakulása**	**7. oldal**
II. 4.	**Fehér foltok alakulása a gyermek alapellátásban**	**8. oldal**
II. 5.	**Finanszírozási körkép**	**8. oldal**
III.	**A házi gyermekorvoslás jövője**	**10. oldal**
III. 1.	**Önálló alrendszerré válás**	**10. oldal**
III. 2.	**Szakmai kompetencia, definitív ellátás arányának emelése**	**10. oldal**
III. 3.	**Rugalmas ellátási modellek**	**11. oldal**
III. 4.	**Életpályamodell**	**11. oldal**
III. 5.	**Módszertani központ**	**11. oldal**
III. 6.	**Utánpótlásképzés**	**11. oldal**
III. 7.	**Finanszírozási környezet**	**11. oldal**
III. 8.	**Korszerű munkakörnyezet**	**12. oldal**
III. 9.	**Második szakdolgozó rendszerszintű alkalmazása**	**12. oldal**
III. 10.	**Rezidensek fogadása a praxisban**	**12. oldal**
III. 11.	**Gyermekgyógyászati ellátás megteremtése a fehér foltokon**	**12. oldal**
III. 12.	**Szakmai/ adminisztratív munka aránya**	**12. oldal**
IV.	**Szakmai megújulás programja**	**13. oldal**
IV. 1.	**Megújuló curriculum, emelt kompetencia**	**13. oldal**
IV. 2.	**Módszertani egység**	**14. oldal**
IV. 3.	**Házi gyermekorvosi tutor-hálózat megteremtése**	**15. oldal**
IV. 4.	**Népegészségügyi programok a gyermek-egészségügyben**	**15. oldal**
IV. 5.	**Kollegiális vezető rendszere**	**15. oldal**
IV. 6.	**Teljesítményfinanszírozás**	**17. oldal**
	IV.6.1. Indikátorrendszer - monitoring	**17. oldal**
	IV.6.2. Házi gyermekorvosi szakvizsga, második szakvizsgák, licencek	**18. oldal**
IV. 7.	**Gyermekek otthon ápolása**	**18. oldal**
V.	**A szerkezeti megújulás programja. Flexibilis ellátás**	**19. oldal**
V. 1.	**Ellátási hierarchia**	**19. oldal**
V. 2.	**Rugalmas ellátási modellek**	**19. oldal**
V. 3.	**Praxis átalakítási moratórium**	**19. oldal**
VI.	**Kapcsolat az alapellátás szereplőivel**	**21. oldal**
VI. 1.	**Védőnői hálózat**	**21. oldal**
VI. 2.	**Háziorvosi ellátás**	**21. oldal**
VI. 3.	**Iskola-egészségügyi ellátás**	**21. oldal**

VII. Önkormányzat, szolgáltatási kultúra és eszközök **22. oldal**

VII. 1. Önkormányzat feladatai **22. oldal**
VII. 2. Rendelő infrastruktúra **22. oldal**
VII. 3. Szolgáltatási kultúra **22. oldal**
VII. 4. Eszközbeszerzés **22. oldal**

VIII. A gyermekek ügyeleti ellátása **23. oldal**

IX. Finanszírozási javaslataink **24. oldal**

IX. 1. Emelkedő finanszírozási pálya **25. oldal**
IX. 2. Eszközbeszerzés **25. oldal**
IX. 3. Tutor-hálózat **25. oldal**
IX. 4. Módszertani központ **25. oldal**
IX. 5. Többletteljesítmény díjazása: **25. oldal**
IX. 6. Kollegiális vezető **25. oldal**
IX. 7. Nem kötelező, térítés ellenében adható védőoltások kérdésének újraszabályozása. **25. oldal**
IX. 8. Helyi iparűzési adó **25. oldal**
IX. 9. Átalány szabályozás személygépkocsi **26. oldal**
IX. 10. Degresszió **26. oldal**

X. Programunk megvalósulásától remélt eredmények **27. oldal**

X. 1. Országosan kiterjedt gyermekorvosi alapellátás **27. oldal**

X. 2. Szakmai minőség emelkedése

X.2.1. Akut ellátás, első találkozás (first contact care) minőségének javulása. **27. oldal**

X.2.2. Kora-gyermekkor fejlődési zavarainak hatékonyabb kezelés **27, oldal**

X.2.3. Krónikus betegségek gondozása, szuboptimális kimenetek csökkentése **27. oldal**

X.2.4. Krónikus fertőző megbetegedések gyermekkori prevenciója: **27. oldal**
X.2.5. Krónikus nem fertőző megbetegedések gyermekkori prevenciója, népegészségügy: **27. oldal**

X. 3. A terület igényeihez alkalmazkodni képes praxisszerkezet **28. oldal**
X. 4. Módszertani központ, rezidensi képzőrendszer: **28. oldal**
X. 5. Kiszámítható életpálya, stabil finanszírozás **28. oldal**

I.

A házi gyermekorvoslás missziója

A házi gyermekorvoslás lehetővé teszi a hazai 0-19 éves életkor közötti gyermeknépesség közvetlen, azaz beutalás nélküli alapellátását. Egyedülálló ellátási formaként csecsemő és gyermekgyógyászati szakorvosi tudással és készségekkel valósítja meg a prevenciós, gyógyító tevékenységet e korcsoport számára. A gyermekgyógyászat alapvonásaként számon tartott szociális érzékenységgel, szociál-pediátriai szemléletével képes a gyermek és közössége érdekét komplexen szolgálni.

Meggyőződésünk szerint a hazai gyermeknépesség alapvető érdeke, hogy az alapellátásban korlátozás nélkül, az ország egész területén hozzájuthasson a csecsemő és gyermekgyógyász szaktudáshoz, biztosítva területileg is az azonos esélyeket. Ezen ellátás nyújtására kizárólag a házi gyermekorvosi rendszer képes.

Az elsődleges gyermekszakorvosi ellátás számos előnnyel rendelkezik minden más formához képest.

1. Elsődleges ellátás (first contact care).

Számos sürgősségi állapotban az első találkozás minősége határozza meg a kimenetet, adott esetben a túlélést is. Az ellátásban - tekintve, hogy sokszor ritka, de bármikor előforduló állapotokról van szó - nem csupán az elméleti tudás, hanem a nagy esetszámok mellett kialakuló készségek is döntő szerepet játszanak. E vonatkozásban nem lehet túlértékelni az öt éves klinikai szakképzés jelentőségét, különösen, ha azt a vegyes-praxisok pár hónapos gyakorlatával vetjük össze.

2. Ritka megbetegedések.

Ezek felismerése (anyagcsere, onkológiai, immunológiai stb.) ugyancsak a gyermekgyógyászat komplex, mélyebb, naprakész ismeretét igényli. A megkésett kórisme, az elégtelenül szervezett betegutak ezzel szemben akár a végleges egészségkárosodás esélyét is nagyban növelhetik.

3. Krónikus betegek gondozása.

E területen a szükséges készségek az életminőség romlásának megakadályozását, lassítását, adott esetben az életminőség javítását teszik lehetővé. Nem szabad elfeledkezni az iskolai hiányzások, az ezzel összefüggő szülői terhek mértékéről sem, azaz arról az orvosi teljesítményről, ami lehetővé teszi a betegségtípustól függő, sokszor teljes életminőség megélését.

4. Korai fejlődés zavarai.

A koraszülöttséggel és más kóros neonatológiai állapotokkal összefüggő korai fejlődési zavarok időben való felismerése az egyetlen garancia a kellő időben, megfelelő módszerrel végzett fejlesztői munkára. Ennek késése, vagy elmaradása későbbi életkorban már nem, vagy alig korrigálható eltérésekhez vezet. A finom eltérések felismerése ugyancsak nagy tapasztalatot igényel, amely csak nagyszámú gyermekkel való rendszeres találkozás és a szisztematikus gyermekgyógyászati tudásszint fenntartása mellett lehet eredményes. Így elkerülhető a túldiagnosztizálásból eredő felesleges kezelés, és a betegségtudat, azaz a pszichés iatrogénia is.

5. Elkerülhető halálesetek.

A csecsemőhalálozás jelenleg elért, Európai szinten is figyelemre méltó hazai értéke döntően a perinatális ellátás, kisebb részben a várandós-gondozás, és az ehhez kötődő alapellátási munka eredménye. Négy éves életkortól azonban a gyermeknépesség körében a balesetek jelentik a vezető halálokot. Ezek megelőzése komplex társadalmi, jogi, nevelési feladat, melyben az alapellátás katalizátor, koordinátor szerepet játszhat.

E tevékenységben a gyermekkel, családjával, óvodai-iskola közösségével egyaránt rendszeres kapcsolatban lévő házi gyermekorvos kulcsszereplő.

6. Felnőttkori krónikus megbetegedések gyermekkori megelőzése.

A gyermekkorban sokszor még csak rejtőzködve induló felnőttkori betegségek, köztük a nagy gazdasági terhet jelentő népbetegségek (kiemelten a CVD) kialakulásának késleltetése, a kockázati csoportok korai felismerése és kezelése, az életmód tanácsadás szintén egy jól szervezett házi gyermekorvosi ellátás feladata.

A fenti célokat csak egy szakmailag és gazdaságilag megerősített, országos lefedettségű rendszer képes elérni. A gyermekgyógyászat szakmai fejlődése és a jóléti társadalmak finanszírozási korlátai egyaránt a centralizációs folyamatot erősítik, ami a jelenleginél várhatóan nagyobb praxisonkénti ellátotti létszám, illetve a praxisok közötti funkcionális együttműködés fejlődése irányába hat. Az utóbbi évtizedben a humán erőforrás, az utánpótlás kérdése is az azonnal megoldandó problémák sorába került.

II.

Házi gyermekorvosi ellátás, 2017 - Körkép a szolgáltatásról

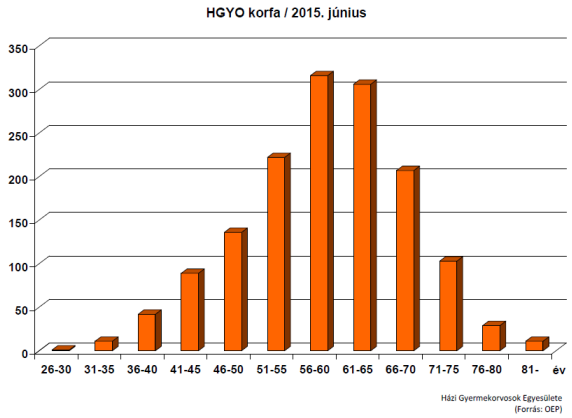
II. 1. A praxisok száma:

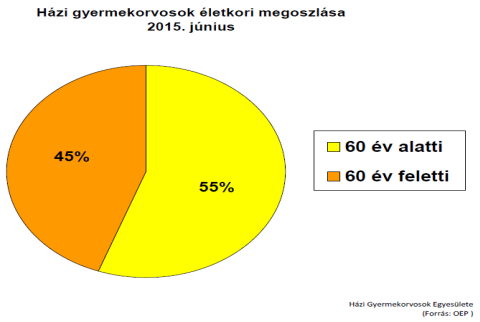
Magyarországon 2017 júliusában mintegy 1500 házi gyermekorvosi praxis működött. Az egy praxisban ellátott gyermekek száma kevéssel 900 fő feletti, nem változott lényegesen az elmúlt években.

Házi gyermekorvosok látják el a gyermekek 75% - át. A maradék 25 %-ot két csoport teszi ki: a gyermekorvosi ellátás hiányában vegyes praxisokba bejelentkezett családok, illetve a 14 éves kor felett opcionális lehetőségként a felnőtt háziorvosi praxisok

II. 2. Az ellátók korfája:

Az alapellátás más szegmenseihez hasonlóan a házi gyermekorvosi szakterületre is jellemző a humán erőforrás krízis, azaz sürgős érdemi beavatkozás nélkül a hiány fokozódására lehet számítani. Az életkori megoszlás, a 60 év felettiek kiugró, mintegy 45% aránya különösen figyelemre méltó. 2010-ben pl. 265 fő, napjainkban kb. 374 fő dolgozik 65 év felett. Az utánpótlás hiányát megtévesztően elfedi, hogy számos kolléga óriási erőfeszítéssel, akár 70 éves kora felett - sokszor még egy másikban is helyettesítve- dolgozik a praxisában. A következő 10 évben e generáció visszavonulása elkerülhetetlen, ami drámai hiányokhoz vezet, olyan településeken is, ahol ezt jelenleg elképzelhetetlennek tartjuk.





II. 3. Tartósan betöltetlen praxisok számának alakulása:

A tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma 2010-ben 156 volt (köztük 20 gyermekpraxis), 2016-ban a szám 315-re emelkedett (közülük házi gyermekorvosi praxis 65). A szám a házi gyermekorvosok tekintetében az utánpótlás elégtelensége ellenére sem nő a hiány tényleges mértéke szerint. Ennek magyarázata egy nem kívánatos gyakorlat: a települési önkormányzat - ellátási felelősségétől indíttatva - sokszor egyszerűen megszünteti, vagy felosztja a praxist. A gyermekek számára ez véglegesen bezárja a gyermekellátás lehetőségét, hiszen jellemzően vegyes praxisokhoz kerül az ellátás, a praxis megszüntetése esetén pedig értelemszerűen minden statisztikából kikerül.

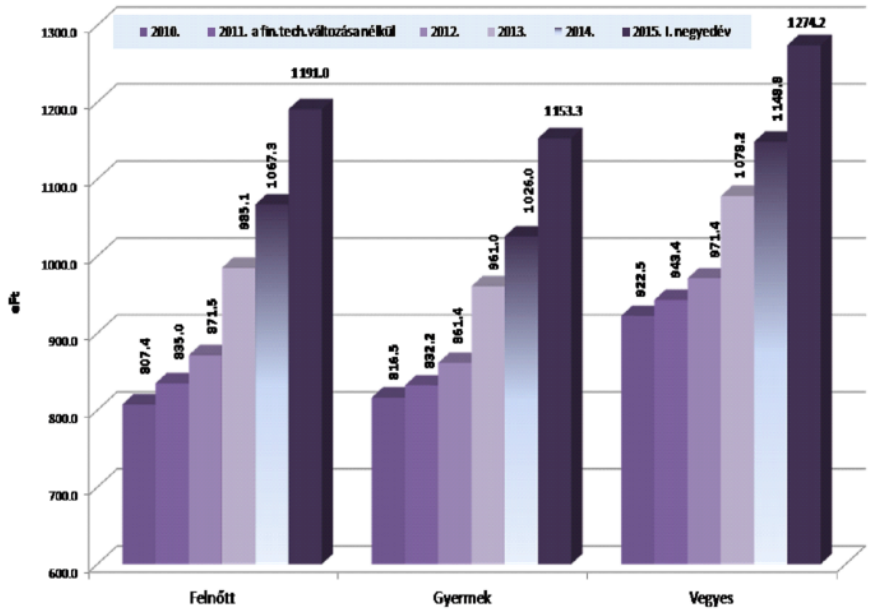
A kérdés kezelésére indított Méhes Károly ösztöndíj nem váltotta be a reményeket. A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelettel rögzített évi 40 fős házi gyermekorvosi rezidensi keretszám feltöltése nem volt eredményes, a képzőhálózat kialakítása elmaradt.

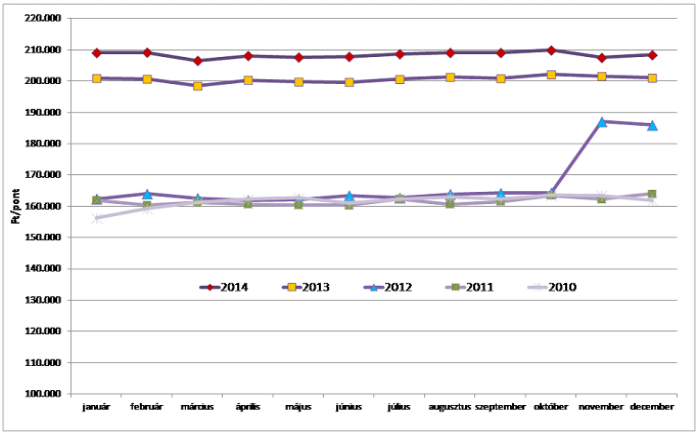
II. 4 Fehér foltok alakulása a gyermekorvosi alapellátásban:

A praxisok területi eloszlása nagyon egyenetlen. Önmagában a betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok száma *a jövőbeni ellátás szempontjából* nem mérvadó, hiszen nem minden önkormányzat kíván a továbbiakban házi gyermekorvosi praxist működtetni még ott sem, ahol ezt a gyermeklétszám egyébként lehetővé és indokolttá tenné. ***A valóságos helyzetet ezért a tartósan betöltetlen és a vegyes-praxissá átalakított gyermekorvosi praxisok együttes száma jellemzi.*** Másik oldalról az ellátó szisztémánk korszerűtlen szétforgácsoltságát jelzi, hogy az elmúlt évtizedek megváltozott demográfiai viszonyai miatt éppen azokon a területeken működnek likviditási gondokkal küzdő egészen kis praxisok is, ahol a gyermekorvosi alapellátás kisebb számú gyermekorvosi praxissal is megnyugtatóan biztosítható lehetne. A házi gyermekorvosi ellátás megteremtésére jelenleg hiányoznak az innovatív ösztönzők is az ellátás fehér foltjain.

II. 5 Finanszírozási körkép:

2010-től markáns felzárkóztatási folyamat vette kezdetét, melynek eredményeként a praxisok bevétele mintegy 40 %-kal emelkedett. Különösen fontos lépés volt a 2002 -2010 időszakban nem emelkedett pont forintértékek emelése, illetve a rezsitámogatás bevezetése. Jelentős fejleménynek tartjuk a 2011-ben indult eszközbeszerzései programot is, mely kiterjedtebb kompetenciára adott lehetőséget, és kiszámítható felújítási lehetőséget kínált az elérhető források erejéig.





Sajnos a praxistípusokat összevetve az is megállapítható, hogy a házi gyermekorvosi praxisok a finanszírozásukat illetően lassú lecsúszásban vannak, melynek számos oka van: a születésszám csökkenése, korábbi demográfiai csúcsok felnőtt korba érése, külföldre költöző, a hazai finanszírozásból kieső gyermeknépesség. A házi gyermekorvosi rendszer demográfiai sérülékenységét sem a praxistörvény, sem a praxisfinanszírozás nem kezelte megfelelően. Az eszközbeszerzési programban biztosított eszközök egy része inkább a felnőtt háziorvosi szolgálatok igényeivel találkozott, így számos gyermekorvos kolléga azt csak korlátozottan tudta igénybe venni. A megoldatlan finanszírozás (teszt reagensek, munkaerő), a főleg a nagyvárosokban összezsúfolt gyermekorvosi praxisok szűkös körülményei sem kedveztek az eszközök használatának. Végeredményben e folyamatok szintén a pálya vonzerejének csökkenéséhez járulnak hozzá.

III.
A házi gyermekorvoslás jövője

A HGYE elsődleges célja az országos lefedettségű, megújulásra, szakmai fejlődésre képes gyermekgyógyászati alapellátó hálózat biztosítása. Meggyőződésünk, hogy így garantálható a gyermeknépesség számára a hazai hagyományoknak, településszerkezetnek megfelelő, hozzáférési korlát nélküli, alapellátó szakorvosi ellátás a területen. Kulcsfeladat hárul az egészségpolitikára annak felvállalásában, hogy a házi gyermekorvosi ellátási forma fenntartása, annak területi és szakmai fejlesztése, az ellátottak érdekében, rövid és hosszú távon is szükséges. Ez az állásfoglalás nyithat utat az ellátási egyenlőtlenségek minél gyorsabb felszámolásához, és a fiatal kollégák pálya iránti bizalmának elnyeréséhez.

III. 1. Önálló alrendszerré válás?:

A házi gyermekorvoslást önálló alrendszerként a gyermekegészségügy, az alapellátás és a népegészségügy intézményi rendszerével szoros együttműködésben képzeljük el.

Az önálló alrendszeri működés garantálná a szakmai integritást, valamint a társszakmákkal való együttműködést és a leghatékonyabb ellátásszervezést országos szinten - hasonlóan a háziorvoslás jól kiépített oktatási, intézményi rendszeréhez és képviseleti gyakorlatához. Erre nagyon jó alapot jelent az alapellátási törvényben a szakma megjelenítése, illetve a Szakmai Kollégiumok rendszerében a házi gyermekorvostan szerepeltetése. A jövőbeni lépéseket ezen irányadó dokumentumok mentén kell megtenni. Az alrendszeri működés számos feltétele jelenleg nem adott, ezeknek biztosítása szükséges a szakmai irányító és koordináló hátterével együttesen.

Az ellátási helyzet további romlásának megállítását, a fejlődés biztosítását számos intézkedés együttes alkalmazásában látjuk, melyeket az alábbiakban sorolunk fel.

III. 2. Szakmai kompetencia, definitív ellátás arányának emelése:

A jelenlegit meghaladó kompetenciával működő, a kihasználatlan szakmai kapacitásokat is kiaknázó, nagyobb számú definitív eset ellátására képes szakmailag megújuló praxisok jelentik a jövő útját. Ennek egészséggazdasági előnyei nyilvánvalók. Ezzel együtt a felesleges orvos-beteg találkozások számának (jelenleg egyik legmagasabb Európai érték) csökkentése, a nem orvosi feladatok leadása vagy delegálása (kompetens szakdolgozó felé) is szükséges. Erre jó példát jelent az orvosi igazolások túlburjánzó sokasága,

illetve a csupán ezért történő megjelenések Nyugat-Európai gyakorlathoz képest extrém száma, mely csökkentésének egyik kívánatos eszköze a szülői kompetencia emelése.

III. 3. Rugalmas ellátási modellek:

Az ellátószerkezet olyan rugalmassággal kell, hogy rendelkezzen, ami lehetővé teszi a területi sajátosságokhoz való alkalmazkodást. Ezt a célt a jelenleginél rugalmasabb, eklektikus ellátási modellek alkalmazásával lehet elérni. A működőképes formák kialakítása az ellátási felelősséget viselő önkormányzat, a szakirányítás, a finanszírozó, illetve az illetékes szakmai szervezet közös, konszenzuson alapuló feladata.

III. 4. Életpályamodell:

A stabil, nyugodt munkavégzés, a fiatalok számára perspektívát kínáló jövőkép szempontjából nagy jelentőségű a kiszámítható életpályamodell. Ez különösen annak fényében fontos, hogy az egészségügy más területein ilyen már kidolgozásra került.

III. 5. Módszertani központ:

Az egészségpolitika több évtizedes adósságát képezi, hogy effektív szakmai és irányítási szereplőként nem működik a házi gyermekorvoslásban módszertani központ. Ennek súlyos következménye~~i~~ többek között a szakorvosképzési, tutor-hálózat kiépítésének elmaradása, a házi gyermekorvosi pálya elmúlt évtizedekben lezajlott pályázatokból, modellkísérletekből való kimaradása, a szakmai irányelvek fejlesztésének elakadása. Egy ilyen központ gyors felállítása nem csupán a fenti célokat szolgálná, hanem világos, kiszámítható partnere lehetne egyéb szakmai és irányító szervezeteknek is.

III. 6. Utánpótlásképzés:

1. Keretszámok és vonzerő:

A házi gyermekorvoslás számára a 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelettel meghatározott 40 fős évi keret effektív kitöltése nem biztosított. Ez arra utal, hogy a szakma „versenyképességét" a medikusok alacsonynak találják: a gyermekekkel foglalkozást a kollégák jelentős hányada meglehetősen nehéznek tartja, a biztos jövőkép hiánya, a röghöz kötöttség egyaránt számos kockázatot hordoz, a szakma anyagi presztízse - az elmúlt évek jelentős finanszírozási emelései~~-~~ellenére is - még mindig alacsony. Tehát a perspektíva javítása döntő jelentőségű. Az eddig megkezdett finanszírozás növelési tendenciát az utánpótlás biztosítása érdekében is folytatni kell.

2. Gyakorlati képzés kérdései, oktatóhálózat hiánya:

Fontos problémának tartjuk, hogy a graduális és posztgraduális oktatásban a hallgatók nem szerezhetnek a házi gyermekorvoslásról közvetlen tapasztalatokat, így nem ismerhetik meg szépségeit, kihívásait, amiket szakmai jövőjük tervezésekor figyelembe vehetnének. A területi munkát választó szakorvosjelöltek részére nem állnak rendelkezésre akkreditált oktató praxisok - a működő tutor-hálózat hálózat - melyben számos házi gyermekorvos is részt vesz - a Háziorvostani Tanszékek szakmai felügyelete alatt jelenleg csak a háziorvosok képzését szolgálja. A fentiek miatt az oktató praxishálózat szakmai és módszertani megerősítése, a házi gyermekorvosi tutor-hálózat kiépítése most már elodázhatatlan feladat.

3. A pályakezdő kollégák nem látják biztosnak a gyermek alapellátás fennmaradását, ennek egyik oka a vegyes-praxissá átalakítás lehetősége és gyakorlata, valamint a hosszú távú fejlesztésről szóló egészségpolitikai döntés hiánya.

III. 7. Finanszírozási környezet:

Kulcstényező a stabil, kiszámítható, versenyképes, a praxisjog értékének kitermelését is lehetővé tevő finanszírozás, amely képes a szakterület iránt kellő vonzerőt biztosítani. Azt a szintet tartjuk megfelelőnek, ami mellett az ellátórendszer stabilan működik (pl. utánpótlás hiányában nem szárad ki). A praxisok száma, nagysága, alkalmazkodva a demográfiai helyzethez és a területi igényekhez, megfelelő gazdasági stabilitást képes biztosítani a házi gyermekorvosi praxisok számára.

III. 8. Korszerű munkakörnyezet:
A munka tartalmi megújulásának feltétele a korszerűsödő, korunk technológiai, fogyasztói igényeinek, a betegjogok érvényesülésének megfelelő munkakörnyezet (zsúfoltság csökkentése, megfelelő időtartam, helyiségek).

III. 9. Második szakdolgozó rendszerszintű alkalmazása:
A második szakdolgozó alkalmazása a megnövelt kompetencia, és a hatékony népegészségügyi prevenciós aktivitás feltétele a gyermekorvosi praxisokban. Ehhez mind a finanszírozás, mind az infrastruktúrafejlesztés, mind a képzés tekintetében lépésekre van szükség.

III. 10. Rezidensek fogadása a praxisban:
A jelenlegi csecsemő és gyermekgyógyász szakképzési rendben két hónap alapellátásban letöltendő időszak szerepel. Azt az ezzel szemben kialakult széles körű gyakorlatot, amelyben ez az időszak a járó-fekvőbeteg intézmények ambulanciáján telik el, meg kell szüntetni, és az alapellátásban eltöltendő 2 hónapos, jogszabályban rögzített gyakorlatnak szükséges érvényt szerezni.

A rezidensek - háziorvosokéhoz hasonló - bevonása a gyermekorvosi alapellátásba felbecsülhetetlen oktatási értékkel járna. Ezt a jelenlegi finanszírozás-a degressziós határ emelésével lehetővé is tenné. A gyermekorvosok szakképzési rendszere azonban nem tartalmaz ilyen rendelkezést, ezért a gyakorlatban ennek a finanszírozási lehetőségnek az alkalmazására nincs lehetőség. E rendelet megváltoztatását javasoljuk.

III. 11. Gyermekgyógyászati ellátás megteremtése a fehér foltokon:
A szociálisan hátrányos helyzetű, betegségektől jobban sújtott népesség lakóhelyén jelenleg többnyire nem jut gyermekorvosi ellátáshoz. Ezért gyakran csak egy távoli kórház sürgősségi ambulanciája nyújt - jóval drágábban - megnyugtató gyermekorvosi ellátást számukra. A gyermekgyógyászat nemzetközi grémiumai ezért nem indokolatlanul szorgalmazzák minden gyermek gyermekorvosi alapellátását 18 éves koruk eléréséig.

A jelenleginél flexibilisebb struktúrában a mostaninál nagyobb betegszámmal működő, kiterjedtebb, definitívebb ellátást nyújtó praxisok mellett az ellátást nélkülöző területeken szükség van a centralizáltabb ellátás megteremtésére (pl. mikrotérségi központok). Így megvalósulhat a gyermekorvosi alapellátás az azt ma még nélkülöző területeken. Az ellátói szerkezetnek meg kell felelni a terület demográfiai, morbiditási viszonyainak is. Csak ahol az ellátási felelősség azt indokolja szükséges mindig minden betöltetlen praxist betölteni. A fehér foltokon azonban új házi gyermekorvosi praxisok megteremtése kívánatos. Az valós igényeknek és a lehetőségeknek megfelelő korszerű struktúra az ellátásért felelős intézményeknek és a szakmai szervezetek együttes munkája során alakulhat ki.

A házi gyermekorvosi praxis vegyes háziorvosi praxissá való átalakítása a fent részletezett szakmai okokból elfogadhatatlan gyakorlat.

A praxisváltások esetén is - a gazdaság más szféráihoz hasonlóan - örvendetesnek tartanánk hiteltámogatás, adott esetben a munkahelyteremtéshez kötődő letelepedési támogatás, adókedvezmény alkalmazását.

III. 12. Szakmai/ adminisztratív munka aránya:
Az adminisztratív ügymenet csökkentése, a felesleges párhuzamosságok felszámolása elengedhetetlen előfeltétele a hatékonyság növelésének, és szükséges a szakmai tevékenység zavartalan folytatásának.

IV.
A szakmai megújulás programja

A társadalom elvárásaival is találkozó magasabb színvonalú alapellátói munka csak magasabb szakmai kompetencia gyakorlásával biztosítható. Ennek része a szakmai kompetencia általános emelése, illetve a kollégák által megszerezhető speciális szaktudások, licencek, szakvizsgák alkalmazási lehetőségének biztosítása. A gyermekgyógyászati szaktudás és az alapellátási készségek magasabb szintű, nemzetközi viszonylatban is progresszív ötvözését reméljük egy jövőben megteremtendő házi gyermekorvosi szakvizsgától. Az ezt szolgáló feltételek megteremtését évek óta szorgalmazzuk. A belgyógyász szakvizsga / háziorvos szakvizsga analógiának megfelelően párhuzamos kompetencia és finanszírozás emelkedést (magasabb szorzószám) tartunk szükségesnek. Ezzel nagyot lépnénk az európai szemmel modernnek mondható ellátás felé. A fenti képzések valós szükséglethez, valamint a tudományos eredményekhez egyaránt igazodó szakmai hátterét is biztosítaná.,

Mindezt a fent leírtak szellemében tehát önálló alrendszerként a gyermekegészségügy, az alapellátás és a népegészségügy intézményi rendszerével szoros együttműködésben képzeljük el.

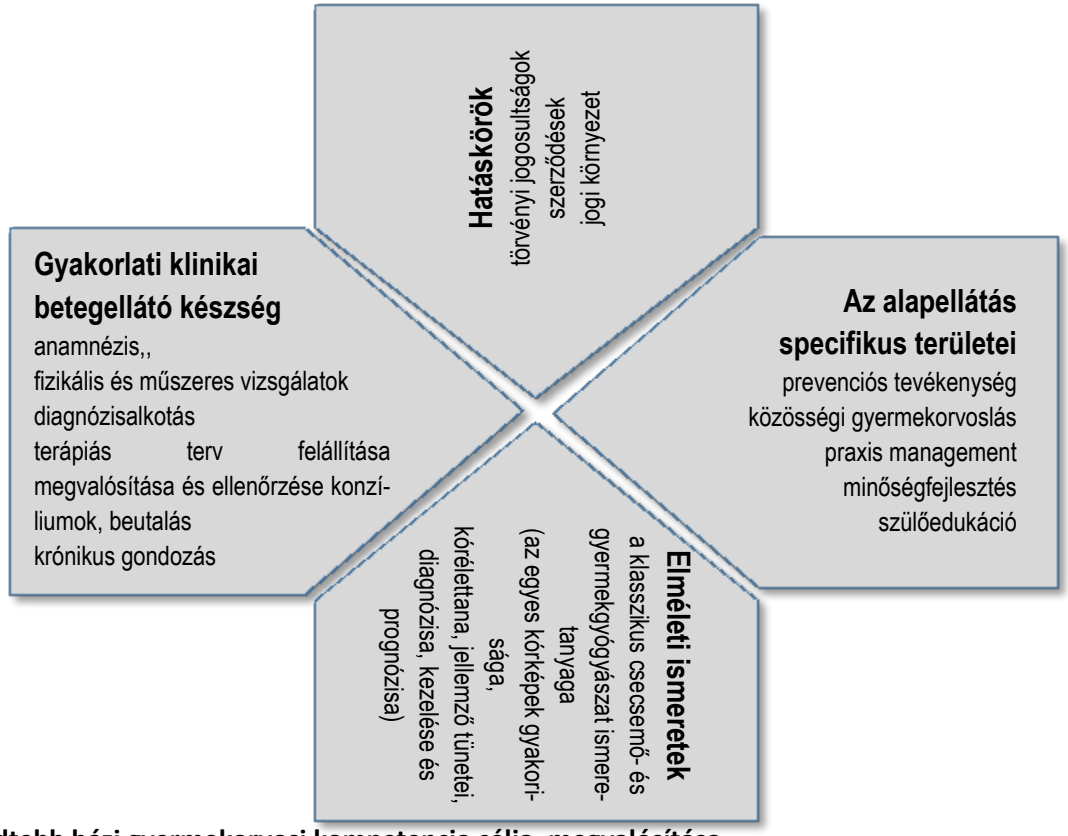
A fenti célok megvalósulása számos feltételhez kötött.

IV. 1. Megújuló curriculum, emelt kompetencia

A szakma fejlődésének megfelelően a gyermek-alapellátási curriculum megújítását támogatjuk. Ez egy speciálisan összeállított és rendszeresen gondozott, tanítható ismeretekké átalakított ismeretanyag, és nem csak egy leegyszerűsített („lebutított”) klinikai gyermekgyógyászat. Ez jelenthetné az általános gyermekgyógyászati szakvizsgára ráépíthető házi gyermekorvosi szakvizsga tananyagát is. Fontosnak tartjuk nemzetközileg harmonizálható standardok alkalmazását, a szakmai irányelvek rendszerszerű megújítását, melyeket többek között a minőség controlling alapfeltételének is tekintünk.

A kompetens alapellátó („házi”) gyermekorvos fogalma

Az alapellátó („házi”) gyermekorvos kompetenciája a gyermekgyógyászat széleskörű elméleti ismeretein alapuló gyakorlati betegellátó és praxisvezetési készségek folyamatos, önálló alkalmazását jelenti, az alapellátás szakmai specifikumait és az adott törvényi hatásköröket is figyelembe véve.



A kiterjedtebb házi gyermekorvosi kompetencia célja, megvalósítása

A házi gyermekorvosok számára számos - jelenleg csak a szakellátásban elérhető diagnosztikus és terápiás - eljárás biztonsággal átadható a csecsemő és gyermekgyógyászati szakképzés tartalma alapján. Ezzel emelkedne a definitív ellátás aránya, és tehermentesíteni lehetne a szakorvosi ellátást is. Az érintett kompetenciák epidemiológiai viszonyok változását is figyelembe vevő meghatározására szakmai munkacsoportot kell felállítani az érdekelt szakterületek (házi gyermekorvos, családorvos, gyermekgyógyászati járóbeteg ellátás képviselője, oktatási-képzési hely szakembere) részvételével.
A kompetenciaemeléshez támogató finanszírozási környezetre van szükség (személyzet, tudás, műszer).

A házi gyermekorvosi kompetencia kibővítésére jó lehetőség a gyakran előforduló allergiás betegségek házi gyermekorvosi ellátása. Nagy hányaduk szakmai megítélése sem a specialisták szaktudását, sem a hozzá tartozó infrastruktúrát nem igényli, a szükséges döntések a gyermekgyógyászati szaktudás birtokában, megfelelően támogató metodikai és finanszírozási környezet biztosításával az alapellátásban is hatékonyan kivitelezhetőek.

IV. 2. Módszertani egység létrehozása:

A házi gyermekorvoslást, mint önálló entitást sajátos kettősség jellemzi. Szakmai tartalmában, ismeretanyagában az általános csecsemő- és gyermekorvoslásra épül, működési, logisztikai kereteit tekintve azonban az alapellátáshoz kötődik. A szakma műveléséhez szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek összességének meghatározásánál, a „kompetens” házi gyermekorvos fogalmának definiálásánál ezt a kettősséget nem szabad figyelmen kívül hagyni.
Magyarországon a családorvosi / háziorvosi rendszer kialakításakor a házi gyermekorvoslás, mint önálló szakmai entitás megfogalmazása és rendszerbe integrálása nem történt meg, a háziorvosoknál az elmúlt évtizedekben kialakított rendszer a házi gyermekorvosok-vonatkozásában nem létezik. Ennek következtében elmaradt a házi gyermekorvoslás módszertanának kidolgozása, melynek logikus következménye a házi gyermekorvosi szakma fokozatos értékvesztése.

Így jelenleg az alábbi feladatok ellátása elmarad az elvárható színvonaltól:

1. Tutor képzési hálózat működtetése,
2. Módszertani anyagok, irányelvek készítése, karbantartása,
3. A rezidensképzés feladatainak ellátása,
4. Minőség ellenőrzés,
5. Controlling biztosítása,
6. Szakmára szabott pilot-ok, modellkísérletek megtervezése, kivitelezése, értékelése, illetve
7. Szakmai-tudományos koordinációs munka katalizálása.

Mindezen feladatok elvégzésére, a gyakorlati teendők meghatározása, összehangolása céljából feltétlenül szükséges lenne egy házi gyermekorvosi szakmai módszertani egység felállítása egy önálló tanszék, intézet, vagy osztály formájában a gyermekegészségügy jelenlegi intézményi rendszerével szoros együttműködésben.

Egy ilyen önálló módszertani egység legfontosabb feladatai :

1. A szakma módszertanának, identitásának meghatározása és folyamatos képviselete
2. Modern, európai színvonalú szakmai követelményrendszer és kontrolling felállítása
3. Elméleti és gyakorlati törzsanyag és képzési rendszer (curriculum) kidolgozása
4. Rendszeres szinten tartó és szintre hozó továbbképzési lehetőségek biztosítása
5. Szakmai kommunikáció elősegítése, konferenciák, publikációk, hazai és nemzetközi szakmai kapcsolatok ápolása és fejlesztése

IV. 3. Házi gyermekorvosi tutor-hálózat megteremtése:

A szaktudás átadása nem statikus és elméleti feladat, fejlesztése leghatékonyabban a mentori viszonyban történhet. Ezért nem csupán az utánpótlás, hanem a szakmai fejlődés szempontjából is döntő jelentőségű és sürgős feladat a képzőhálózat megteremtése (szervezési, szakmai-módszertani és finanszírozási vetületével együtt).

IV. 4. Népegészségügyi programok a gyermek-egészségügyben:

A népegészségügyi programok jelentőségét egyre több területen ismerjük fel. Bizonyos esetekben a teljes célpopulációt elérő programok (pl. dohányzás ellenes, mindennapos testnevelés) hatékonyak, máskor azonban szükséges azok egyénre szabása (emlőszűrés, CVD szűrés). Az egyénre irányuló népegészségügyi szűrőprogramok jelenleg csupán a felnőtt lakosságra kerültek kidolgozásra, pedig azok gyermekkori kiterjesztése és harmonizálása a populáció programjaival, az egészséges felnőttkor megalapozását jelenthetik, akár egyénenként több évtizednyi egészséges életévet hozhatnak. Társadalmi szintű eredményeket önmagában a színvonalas praxistevékenység csupán korlátok között nyújthat - tekintve, hogy a lakóközösség egy szeletét képes csak elérni - ezért konkrét, mérhető paraméterek mentén koordináltan felépített, komplex népegészségügyi programok (kora-gyermekkori fejlődés, obezitás, kardiovaszkuláris prevenció, baleset-megelőzés stb.) végrehajtása is szükséges. Ezek jelenleg sajnos még hiányoznak. A népegészségügyi programok megvalósítására kiváló terep az alapellátás, mert ez az egyetlen beutalási korlát nélkül elérhető és széles populációt elérő beteg közeli ellátási forma.

IV. 5. Kollegiális vezető rendszere:

A házi gyermekorvosok szakmai munkáját napjainkban senki sem ellenőrzi. A háziorvosok / házi gyermekorvosok szakmai munkájának támogatására, irányítására, ellenőrzésére nagy szükség van. - Erre a feladatra az 2015. évi CXXIII. alapellátási törvény által megteremtett kollegiális vezető rendszerét hatékony eszköznek tartjuk. Fontosnak tartjuk azt is, hogy ezen személyeket a kollégák választása alapján nevezik ki.

A kollegiális vezető intézmény hatékony működéstől számos eredményt várunk:

1. Az ország teljes lefedettsége révén egyenletesebb koordináció
2. A praxisok elszigeteltségéből származó hátrányok ellensúlyozása.
3. A szakmai minőség-ellenőrzés szintjének emelkedése
4. Kompetens szereplő megjelenése az egészségügy, népegészségügy egyéb szereplőivel, a szociális ellátórendszerrel és az önkormányzatokkal történő kapcsolattartás terén.

Az eseti szakfelügyelők és kollegiális vezető kapcsolata:

A korábbi városi / megyei / országos szakfelügyeleti rendszer megszüntetése után kialakított eseti szakfőorvosi rendszer feladata a panaszesetek kivizsgálása, az általános minőségügyi szempontok kialakítása lett. Ez különbözik a kollegiális vezető feladatkörétől. Megfontolandó a két rendszer harmonizálása, vagyis párhuzamosságuk megszüntetése.

IV. 6. Teljesítményfinanszírozás:

IV.6.1. Indikátorrendszer - monitoring

Az indikátoralapú teljesítményfinanszírozás célja a praxisok végzett munka minőségének, kapuőri funkciójának javítása, ösztönzése. Létrehozásához szükség volt, bizonyos egészségcélok és minőségi elvárások konszenzusos definiálására.

Statisztika és szakmai célok

A statisztikai módszereknek, adatfeldolgozásnak a szakmai célokat kell szolgálniuk, a célcsoportokat, célértékeket szakmai részvétellel rendszeresen felül kell vizsgálni. A házi gyermekorvosi indikátorok számának 16-ra emelése azért kívánatos, mert ez a rendszer jelenlegi sérülékenységét csökkentené. Erre már tett javaslatot a Házi Gyermekorvosok Egyesülete és a Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátás Tagozata és Tanácsa. Az életkori és népegészségügyi szűrések esetén a szakmai irányelvek és az 51/1997. NM. szűrővizsgálati rendeletben foglaltak a mértékadók (B300-as tételes betegforgalmi jelentések).

A gyermekellátási indikátorok a házi gyermekorvosi és az vegyes praxisokra vonatkoznak. Bár a vegyes praxisok teljesítése a kis esetszám miatt nem kerül értékelésre, az adatgyűjtés az ő esetükben is fontos lenne a vegyes és házi gyermekorvosi praxisok gyermekellátásának összehasonlítása szempontjából.

Részletes indikátor javaslatok

Indikátor megnevezése, javaslat	Mérés módja	Indoklás
Meningococcus C elleni védőoltás. indikátor szám emelés (2 ind)	**M1.: 2-6 hónapos kor M2:12-23 hónapos kor**	Az életkori prevalencia miatt indokolt a 2-6 hónapos korban és a 12-23 hónapos korban beoltottak számára külön indikátor bevezetése
6 éves kor alatti szűrővizsgálatok (V, vizsgálat) (7 ind.)	**V.1--V.7.**	6,12 hó, 2,3,4,5,6 éves életkor A célérték (80%) e vonatkozásban fix. Minden életkori szűrővizsgálat különálló indikátorként értékelendő.
Vaspótló kezelés kiterjesztés 0-18 éves életkorra	két kiváltott recept/12 hó	Nem csak a jelenleg vizsgált 10-18 éves leányoknál fontos adat. Vannak egyéb anémiára hajlamosító életkorok is.
Szakellátásba küldés	Szabályozása rendben van	A szűrővizsgálatok beutalásként értelmezett, indikátorteljesítést befolyásoló téves gyakorlatának megszüntetése
Cholecalciferol ellátás	Technikai korrekció	Az ideiglenes TAJ-szám birtokában a megfelelő életkorban felírt recept a rendszerben nem jelenik meg, ezért az évi kettő recept kiváltása rendszerszerűen nem teljesül sokszor – ez nagyon jelentős alul-mérést jelent. Ez a technikai eredetű bizonytalanság megszüntetendő. (?) Marketing diverzifikáció kezelése!
Antibiotikum használat	Célértékek változtatása szükséges	Az irreálisan alacsony célértékek emelése
Kizárólagos anyatejes táplálás:	Megfelelő létszámú célcsoport kiválasztása	A számításnál figyelembe vett éves betegszám limit évi 30-ra módosítását javasoljuk - ennek magyarázata a születések számában megfigyelhető hullámzás.
Ügyeleti ellátás:	BNO korrekció	A megfigyelt körből a baleseti sérülések, mérgezések BNO-k kivétele.
Laborvizsgálatok:	Megfelelő gyakorlat	Az országos átlagtól való 30%-os eltérés mérése: megfelelő indikátor.

Javasolt további indikátorok:
Varicella elleni oltottság aránya 1-3 éves kor között
Influenza elleni oltottság aránya 6 hó-18 év között (elmúlt 12 hónap)
Influenza elleni oltottság aránya a krónikus betegek körében

Asthma bronchiale: asthma bronchiale miatt gondozottak közül azon gyermekek aránya, akik legalább 3 különböző alkalommal váltottak ki asthma kezelésére alkalmas emelt összegű támogatású gyógyszert az elmúlt 12 hónapban.

Obezitás
Az obezitás miatt gondozottak közül azoknak aránya, akik legalább 2 alkalommal megjelentek a házi gyermekorvosi rendelőben obezitás miatt az elmúlt 12 hónapban.

IV.6.2. Házi gyermekorvosi szakvizsga, második szakvizsgák, licencek:
A házi gyermekorvosi szakvizsga magas szinten jeleníti meg a szakma identitását, garantálja a szélesebb kompetencia-csomaggal való működést, megfelelő finanszírozási feltételek mellett növeli a szakma vonzerejét. E cél megvalósulása egyidejűleg teszi lehetővé a definitív ellátások arányának növelését, és a járó és fekvőbeteg-ellátásra jutó terhelés csökkenését. A fakultatívan megszerezhető többletismeret a szakmai színvonal emeléséhez vezet.

A házi gyermekorvosi licencek létrehozása a szükséges minimumfeltételek megállapításával, a szakterületek közötti kompetenciahatárok rögzítése, valamint a megfelelő finanszírozás hozzárendelése előfeltétele a házi gyermekorvosok kompetenciabővítésének. A házi gyermekorvosi szakvizsga magától értetődően magában foglalja a gyermekgyógyászati licencek gyakorlásának lehetőségét is. A további szakvizsgák alkalmazásának alapellátási törvényben rögzített elveivel egyetértünk.

IV. 7. Gyermekek otthonápolása
Ösztönözni kell az otthonápolási szolgálatokat, hogy tevékenységüket a gyermekek ellátására is terjesszék ki. Ezzel jelentős számú krónikus beteg otthonában történő, kórházi kapacitások felesleges igénybevételét nem igénylő, humánus ellátási formát lehetne biztosítani.

V.
A szerkezeti megújulás programja. Flexibilis ellátás

Elsődleges célunk, hogy alapellátási szinten a 0-19 éves korosztály az egész ország területén beutaló nélkül minden nap hozzáférhessen a gyermekgyógyász szakorvosi ellátáshoz. Meggyőződésünk, hogy flexibilis (struktúrájában és finanszírozásában) , a terület igényeinek megfelelni képes praxisszerkezet kialakításával ez a cél elérhető.

Az alábbi ellátási hierarchiát tartjuk célszerűnek, a vegyes praxisok szerepét az első 4 lehetőség meghiúsulása esetén tartjuk jogosultnak. A 2-4. alternatívák: csak a mindennapos folyamatos gyermekgyógyászati ellátás képes biztosítani a diagnosztikus és terápiás kontinuitást, ezért az esetenkénti konzultánsi szerepet (MSZSZ) nem tarjuk támogatásra érdemes lehetőségnek. A finanszírozási hátteret természetesen ki kell dolgozni.

V. 1. Ellátási hierarchia

Javasolt gyermek alapellátási formák a gyermekeknél	**Alapjellemzők**
1. Önálló házi gyermekorvos praxisok	gazdaságilag, humánerőforrás szempontból megerősítve, a jelenleginél nagyobb betegszámmal (900 versus 1200-1500 ellátott)
2. Praxisközösségek gyermekpraxissal (mikrotérségi praxis)	mikrotérségi centrum több háziorvos és egy házi gyermekorvos a napi ellátásban történő részvételével.
3. Praxisközösségek gyermekgyógyász szakorvossal	mikrotérségi centrum több háziorvos és egy állandó gyermekorvos napi jelenlétével (nem alapellátó gyermekorvos)
4. Gyermekgyógyász szakorvosi rendelés	fehér foltokon rendszeres, effektív óraszámban gyermekgyógyászati rendeléssel, konzultációval megtámogatott háziorvosi praxis a, más házi gyermekorvosi praxis munkatársainak részvételével b, egyéb gyermekgyógyász szakorvos bevonásával.
5. Vegyes-praxis	amennyiben nem biztosítható a gyermekek szakorvosi ellátás, a vegyes-praxisok jelenthetik a gyermekkel való első találkozás helyét (kényszermegoldás!).

V. 2. Rugalmas ellátási modellek:

Kiemelkedő jelentőségű a területi sajátosságokhoz való alkalmazkodás. Véleményünk szerint ezt a célt a jelenleginél rugalmasabb ellátás szerkezeti modell alkalmazásával lehet elérni. A működőképes formák kialakítása az ellátási felelősséget viselő önkormányzat, a népegészségügyi szervek, a finanszírozó, illetve az illetékes szakmai szervezet közös, konszenzuson alapuló feladata.

V. 3. Praxis átalakítási moratórium:

Az akadozó utánpótlás miatt kialakulóban van az a hibás gyakorlat, ami a megüresedett házi gyermekorvosi praxis tevékenységét gyorsan háziorvossal (vegyes praxis) kívánja biztosítani. Ez az adott területen a házi gyermekorvoslás megszűnését eredményezi, és a gyermekek ellátásának színvonalában ez visszalépést jelent.

Míg egy felnőtteket (is) ellátó háziorvosi praxis betöltését annál magasabb összeggel támogatja az állam, minél több éve betöltetlen, egy házi gyermekorvosi praxis, ha nincs szerződött orvosa, akkor már 6 hónap után megszüntethető, és a területet ellátó felnőtt vagy vegyes praxisba beolvasztható. Ezen praxisok meg sem jelennek a betöltetlen praxis statisztikákban, vagy a több éve betöltetlen praxisok támogatásában. Az

egyszer megszüntetett házi gyermekorvosi praxis soha többé nem alakul vissza! A vegyes praxissá alakítás "jó" az háziorvosnak, mert megkapja a gyerekek után járó finanszírozást, "jó" a TB-nek, mert megspórolja a területi díjat, és "jó" az önkormányzatnak, mert egy gonddal kevesebb. Egyedül a gyereknek rossz, mert gyermekellátásban kevésbé képzett orvosok látják el (4 hónap kontra 5 év gyermek specifikus képzési idő). Az eredmény a vegyes praxisokban: kevesebb prevenció, kevesebb korai diagnózis, kevesebb védőoltás, több az antibiotikum.

Megoldási javaslat:

Moratórium a megüresedett házi gyermekorvosi praxisok átalakítására, a gyermek körzetek vegyes körzetté alakítására, a gyermekkörzetek és a területen élő gyermekekre szánt finanszírozás integritásának megtartásával legalább 5 évig. Azaz, a gyermekgyógyászat szakvizsgával rendelkező (továbbiakban: gyermekorvos) helyettes(ek) kapja meg a praxis teljes támogatását, területi díjjal együtt és degresszió mentesen, hiszen az állam ezt a forrást eredetileg az ott élő gyerekekre szánta, és ez a forrrás biztosíthatja a megfelelő képzettségű helyettesítést.

Feladatok, konszenzus kialakítása

Az 5 éves praxis megszüntetési moratórium alatt~~,~~ az ellátási forma fennmaradását támogató konszenzus megalkotása lehetséges és szükséges, az ellátásért szakmailag felelős szakmai irányítás, a finanszírozó, az érintett szakmai szervezet, valamint a területi ellátásért felelős helyi önkormányzatok

- a praxis szerkezet,
- a működés szakmai keretrendszere,
- a szakképzés és a továbbképzés kérdéseiről,
- a kis praxisok, a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok ,
- az ellátatlan területek kezeléséről.

VI.
Kapcsolat az alapellátás szereplőivel

VI. 1. Védőnői hálózat

A védőnők szakmánk elsődleges szakmai partnerei, ezért a velük való együttműködés színvonala jelentősen meghatározza a gyermekellátás, különösen a prevenció hatékonyságát. A szervezeti elkülönülés mellett a funkcionális kapcsolódás írja le a hatékony kooperációt (többek között közös irányelvek, stratégiák, módszertan, jó gyakorlatok kidolgozása, közösen kivitelezett csecsemő-tanácsadás formájában). A védőoltások adminisztrációjában, eljárásrendjében nincs korszerű, elektronikus, gyorsan áttekinthető, megfelelő adattartalommal rendelkező ügymenet. Az EESZT bevezetése remélhetően ezt a jövőben megoldja.

VI. 2. Háziorvosi ellátás

Sok helyen a vegyes praxisban dolgozó családorvosok képviselik az egyetlen helyben elérhető orvosi ellátást a gyermekek számára is. Ezért nagyon fontosnak tartjuk, hogy a gyermekek terápiás és prevenciós ellátásáról naprakész ismeretekhez jussanak.

VI. 3. Iskola-egészségügyi ellátás

A feladatokat szükséges a XXI. század követelményeihez igazítani. Az iskolaorvosnak elsősorban prevenciós, azaz egészségnevelési, járványügyi (kampányoltások), dietetikai, és egészségügyi tanácsadói feladatai vannak. Minden, a tanulókkal történő találkozást ki kell használni az egészséget támogató magatartás kialakítására. A finanszírozás emelése elsősorban a részállású iskolaorvosok esetén nem halasztható. Kulcstényezőknek a humán erőforráshelyzetet, a minimumfeltételek és a párhuzamosságok újra gondolását tartjuk.

VII.
Önkormányzat, szolgáltatási kultúra és eszközök

VII. 1. Önkormányzat

Az önkormányzatok és az alapellátás együttműködésének kereteit az önálló orvosi tevékenységről (2000. II. tv.) az Önkormányzati tv. (2011. évi CLXXXIX.) és az Alapellátási tv. (2015. évi CXXIII.tv.) rögzíti. A keretrendszer lehetőséget ad a helyi adottságok és szükségletek figyelembevételére, ezzel azonban rendkívül súlyos aránytalanságokra is, az egyes praxisok működtetési feltételei tekintetében.

Célszerű lenne az egyes településeken belül, valamint a települések között is, a természetben, engedményekben (pl. IPA) vagy forrásátadással nyújtott önkormányzati támogatás egységesítésére ható jogszabályi háttér kialakítása. A rendkívül diverzifikált tulajdoni, támogatási és működési viszonyok ellenére ez biztosíthatná az ellátáshoz szükséges időtartamban és minőségben rendelkezésre bocsátott rendelő (betegellátás) és tanácsadó (prevenció) helyiségeket, valamint a lakossági és szakmai elvárásoknak megfelelő eszközrendszert.

A támogatás módjára és minőségére egy országosan egységes minimum szint meghatározása szükséges, melytől csak pozitív irányban térhetnének el az önkormányzatok.

VII. 2. Rendelői infrastruktúra

A rendelő és a rendelés körülményeinek újragondolása szükséges a rendelési, készenléti idő, a szükséges helyiségek biztosítása, a második szakdolgozó, a teljesítményfinanszírozás, és nem utolsó sorban a szolgáltatási kultúra biztosítása szempontjából.

VII. 3. Szolgáltatási kultúra

Az ESZT bevezetése jó apropó az adminisztratív feladatok egyszerűsítése, felesleges terhek felszámolása, párhuzamosságok felszámolása szempontjából is. Célszerű új orvostámogató számítógépes platformok létrehozása (pl. irányelvtár).

Kívánatosnak tartjuk az adminisztratív feladatok egyszerűsítését:

1, Szakmai adminisztráció

pl. e-igazolás, az iskolai orvosi igazolások rendszerének átgondolása

Az önellenőrzéshez a NEAK adatok követhetőségének javítása indokolt.

2. Gazdasági adminisztráció

A NEAK pénzügyi ellenőrzési szerepének egyszerűsítése. Véleményünk szerint az ellenőrzés számára a személyi és tárgyi feltételek (minimumfeltételek) teljesülése kell, hogy garanciát jelentsen a praxis működésére, az üzemszerű működés biztosítására. Ezért az ellenőrzés általános feladatának ennek garantálását látjuk. Ezen túl nyilvánvalóan ellenőrzést igényel a célzottan nyert támogatási források (eszközbeszerzés, bértámogatás) felhasználása is.

2. A NEAK és NAV ellenőrzési gyakorlatának összehangolása a fentiek alapján

3. Nem életszerű a Magyar Kereskedelmi és Iparkamarai tagdíj megléte a Magyar Orvosi Kamara kötelező tagsága mellett. Ennek kivezetését javasoljuk.

VII. 4. Eszközbeszerzés

A korábbi sikeres eszköztámogatási program tapasztalatai alapján annak megtartását javasoljuk (folyamatos támogatási formaként), ám nem csupán az eszközök beszerzésére, hanem a működtetésükre vonatkozóan is. A kiszámíthatóság mellett fontos, hogy a házi gyermekorvos szakmai igényeihez jobban igazodjon a támogatott eszközök listája.

Nagy jelentőséggel bírhat az adott szakmai pályázatokon keresztül megszerezhető források megteremtése, ahol megfelelő indoklással, a helyi igényeknek és szükségleteknek megfelelő eszközök beszerzésére juthat forrás.

VIII.
Gyermekek ügyeleti ellátása

A házi gyermekorvosi ügyelet sem jogi szabályozásában, sem díjazásában nem különül el a felnőtt populáció ügyeleti ellátásától, így törvényi kötelezettség hiányában sok helyen nem biztosított.

A gyermekek orvosi ellátása azonban más tudást, készséget igényel, mint a felnőtteké, ezért az ügyeleti ellátás tekintetében az ellátás konkrét formáit a következő elvek szerint látjuk célszerűnek kivitelezni.

1. Törekedni kell, hogy a legszélesebb körben gyermekorvos lássa el az ügyeleti időben is a gyermekbetegeket. Ez ma számos területen hiányzik, ami megfelelő szakmai teljesítmény nélkül a szükségest messze meghaladó számú gyermek költséges, kórházi ellátás felé terelését eredményezi.

2. Az alapellátási ügyelet önálló ellátási forma, ennek előnyeit meg kell őrizni. Nem támogatjuk azon törekvéseket, melyek a fekvőbeteg intézményekbe~~,~~ vagy sürgősségi osztályokba kívánják integrálni ezt az ellátási formát.

3. A jelenleg elkülönítetlen felnőtt és gyermek finanszírozás akadályozza az ellátási formák racionális tervezését, szükségesnek látjuk az elkülönítés megteremtését.

Az ügyeleti finanszírozás felnőtt és gyermek ellátási formákra bontása egyértelműn ösztönző lenne arra nézve, hogy - a gyermekek számára legkedvezőbb módon - ügyeleti időben is a lehető legnagyobb lefedettséggel, gyermek szakorvos lássa el a gyermeket.

IX.
Finanszírozás

Üdvözöljük a megindult pénzügyi felzárkóztatási folyamat folytatását a következő célok elérése céljából:

1. Stabil, középosztálybeli egzisztenciát és a praxisjog értékének helyreállítását biztosító praxisfinanszírozás
2. Középtávon kiszámítható életpályamodell
3. A finanszírozás azon szintje, amely megakadályozza a rendszer kiszáradását, a kollégák elszivárgását, sőt lehetővé teszi az ellátórendszer egészséges önreprodukcióját, azaz tartalmazza a praxisjog középtávon (5 év) kitermeléséhez szükséges forrásokat is.
4. A hátrányos helyzetű térségek ellátásának elősegítésére megfelelő finanszírozási alap létrehozása (területi szorzók, illetve általános gazdasági ösztönzők alkalmazásával).
5. A többletteljesítmény elismerés—finanszírozási oldalának kidolgozása. A többletkompetencia megszerzésének elősegítése pályázati alap létrehozásával.

Finanszírozási szintek az alapellásban

Finanszírozás formájának megnevezése	**Tartalma**	**Funkciója**
Alapfinanszírozás	Jelenlegi NEAK által biztosított díjazás emelkedő pályán	A praxis működésének teljes körű biztosítása
Minőségi többlet finanszírozása	Licencek, szakvizsgák alapján fakultatív végezett többletmunka ellentételezése	Definitív ellátás emelése Szakmai ösztönzés Pénzügyi ösztönzés
Funkcionális teammunka finanszírozása (csoportpraxis, praxisközösség)	Adott területen folytatott fakultatív népegészségügyi aktivitás ellentételezése,	A terület népegészségügyi paramétereinek javítása

Javaslataink:

IX. 1. Emelkedő finanszírozási pálya:

Lépcsős emelési pálya. A jelenlegi gyakorlatot - az évente biztosított szabadon felhasználható 130000 Ft / hó többletfinanszírozás rendszerét - megfelelőnek tartjuk, ennek folytatását tartjuk kívánatosnak a fenti célok eléréséig.

IX. 2. Eszközbeszerzés:

A jól bevált eszközbeszerzési pályázat folyamatossá tétele garanciát jelentene a megfelelő állagú eszközpark fenntartására.
A finanszírozható eszközök listájának meghatározásánál figyelembe kell venni a szakmai sajátosságokat, a diagnosztikus és a terápiás eszközök fejlődési sajátosságait is.

Javasoljuk a fentieken túl pályázati források megnyitását, ahol megfelelő indoklással, a helyi igényeknek és szükségleteknek megfelelő eszközök beszerzésére juthat forrás.

IX. 3. Tutor-hálózat:

Jól működő házi gyermekorvosi tutor-hálózat nem működhet stabil pénzügyi háttér nélkül. Ez most teljesen hiányzik, létrehozása elengedhetetlen a rendszerszerű, országos kiterjedésű képzőhálózat megteremtésében.

IX. 4. Módszertani központ:
A szakma irányítási kérdéseinek koordinálása alkalmas módszertani központ finanszírozási feltételeinek biztosítása.

IX. 5. Többletteljesítmény díjazása:
A krónikus megbetegedések, gondozási feladatok számának jelentős növekedése miatt fontosnak tartjuk a kompetenciaemelés témakörben leírt többlettevékenységek fakultatív megjelenését a praxisokban. E feladatok ellátási kosárban elhelyezését, finanszírozási oldalát ki kell dolgozni (pl.: licencek alkalmazása).

IX. 6. Kollegiális vezetők rendszere:
Az alapellátási törvényben lefektetett rendszert is stabil pénzügyi alapokra kell helyezni, e nélkül működése nem garantálható.

IX. 7. Nem kötelező, térítés ellenében adható védőoltások:
A nem kötelező védőoltások esetében a térítési díj normatívvá téltelét javasoljuk. Nem megfelelő a jelenlegi szabályozás, ahol az orvos- beteg alku tárgyává teszi a kérdést, azaz az elvégezett munka ellentételezését. A Ezt a H1N1 oltás múltbéli gyakorlatához hasonlatosan, B300 jelentés alapján tartjuk célszerűnek átalakítani.

IX. 8. Helyi iparűzési adó:
Kívánatosnak tartjuk a közfinanszírozásból kapott, elszámolási és nyilvánosság kötelezettségével terhelt támogatás iparűzési adó hatálya alóli kivonását - hiszen a szó valódi értelmében nem tekinthető vállalkozói bevételnek, (nincs mögötte számla, nem védi az üzleti titok). Természetesen a praxisokat működtető vállalkozások egyéb bevételeire az általános iparűzési adóról szóló szabályozást tartjuk irányadónak.

A helyi önkormányzatok számára az iparűzési adó mérséklését biztosító lehetőség 20 M Ft felső limitet húzott meg. Azonban az eltelt évek során az emelkedő praxisfinanszírozásra tekintettel e határ felülvizsgálatát, illetve emelését célszerűnek látjuk.

IX. 9. Átalányadós gépkocsihasználat:

A gépjárműhasználat esetén javasoljuk a havi átalányköltség bevezetését, az útnyilvántartási kötelezettség ezzel egyidejű megszüntetésével.

IX. 10. Degresszió:
A degresszió szerepének újragondolása a határ felemelésével és a rezidensek fogadásának ösztönzésével.
A degresszió mentességhez a szakmai, minőségbiztosítási feltételek áttekintése szükséges.

X.

Programunk megvalósulásától remélt eredmények

X. 1. Országosan kiterjedt gyermekorvosi alapellátás.

Az országos kiterjedésű, stabil alapokon álló házi gyermekorvosi hálózat biztosítja a gyermeknépesség számára az elérhető legjobb prevenciót és gyógyítást az alapellátásban, azaz a szakorvosi szintű gyermekgyógyászati ellátást. Minden egyéb megoldási lehetőség szakmailag, vagy az elérés szempontjából (időben, térben) ettől a szinttől visszalépést jelent.

X. 2. Szakmai minőség emelkedése

Ez több diagnosztikus kompetenciát és definitív ellátást jelent az alapellátásban, azaz a progresszív ellátási szintekre csak a valóban oda tartozó betegek kerülnek. Ezzel együtt jár a szakdolgozói kompetenciaemelés, az adminisztrátori munkakör modernizálása is. Az így keletkező kapacitásteremtés a többletaktivitásra, az individuálisabb ellátásra való növekvő képesség létrehozását jelenti. Az országosan felépített, a helyi viszonyokra adaptált népegészségügyi programokkal jelentős egészségelőnyök érhetőek el közép- és hosszútávon egyaránt. A magasabb szintű szakmai ellenőrzés elősegíti a munka minőségének emelkedését.

A gyermekgyógyász szakorvos által nyújtott ellátás mérhető egészségnyereséget eredményez a következő területeken:

X.2.1. Akut ellátás, első találkozás (first contact care) minőségének javulása.

Az eredmény eléréséhez szükséges nem csak az ötéves gyermekgyógyászati szakképzés, hanem a nagyobb praxislétszám mellett még a ritkább megbetegedések esetében is megszerezhető, mással nem pótolható szakmai rutin, és a nélkülözhetetlen készségek megszerzése és szinten tartása jelenthet garanciát. Ma országosan >900 gyermek/praxis az átlagos praxislétszám.

X.2.2. Kora-gyermekkor fejlődési zavarainak hatékonyabb kezelése

E zavarok időbeni felismerése, a hatékony betegút menedzsment nem képzelhető el sokéves gyermekgyógyászati jártasság nélkül. A kóros fejlődési irány korai észlelése nagy gyermekgyógyászati rutint igényel. A megkésett felismerés ugyanakkor gyengébb terápiás eredményekhez, valamint további járulékos költségekhez vezet.

X.2.3. Krónikus betegségek gondozása, szuboptimális kimenetek csökkentése

A krónikus betegségek gondozása ugyancsak igényli a gyermek fiziológiai sajátosságainak ismeretét, a hosszú távú orvos-beteg kapcsolatba beágyazott egyedülálló kommunikációs, prevenciós lehetőséget. A megváltozott betegségspektrum (pl.: az allergiás és metabolikus megbetegedések számának emelkedése) előrevetíti, hogy az elkövetkezendő évtizedekben a gyermek alapellátásra egyre nagyobb feladat hárul, ami komoly kompetencianövekedést is feltételez. A krónikus megbetegedések zöménél ma nem a mortalitás a fő sikerkritérium, hanem a szuboptimális kimenetek számának csökkentése: a lehető legkevesebb kórházi felvétel, az alacsony szövődmény ráta, a kevesebb iskolai hiányzás, a táppénzigény csökkentése, az antibiotikum felhasználás optimalizálása és összefoglalóan a gyermek számára biztosítható legjobb életminőség.

X.2.4. Krónikus fertőző megbetegedések gyermekkori prevenciója:

A védőoltások a medicina egyik sikertörténetét jelentik. A terület fő letéteményese a házi gyermekorvoslás.

X.2.5. Krónikus nem fertőző megbetegedések gyermekkori prevenciója, népegészségügy:

A felnőtt lakosság idő előtti halálokait jelentő népbetegségek gyakorta gyermekkorból erednek, akár ebben a korban kezdődnek. Ezért a valódi primer prevenció lehetőségét jelenti a gyermekgyógyászati ellátás, beleértve a felnőttkorban kiemelkedő jelentőségű szív és érrendszeri megbetegedéseket, a túlsúly miatt jelentkező anyagcsere és mozgásszervi betegségeket. Az országosan felépített, a helyi viszonyokra adaptált népegészségügyi programokkal jelentős egészségelőnyök érhetőek el közép- és hosszútávon egyaránt.

X. 3. A terület igényeihez alkalmazkodni képes praxisszerkezet:
Javaslataink célja, hogy jól működő, magasabb kompetenciával rendelkező individuális, azaz szóló praxisok mellett teret adjon az innovatív szerkezeti megoldásoknak is (pl.: teammunka szinergiái), amiktől elsősorban a jelenleg fehér foltnak számító területen számíthattunk jelentős színvonal emelkedésre.

X. 4. Módszertani központ, rezidensi képzőrendszer:
A javasolt módszertani központ felállítása a háziorvosok rendszeréhez hasonlóan a gyermek-alapellátás területén megvalósítja a szakmapolitikai célok koordinációját, elősegíti a praxisgazdálkodást, kezeli a szakma stabilitásához elengedhetetlen pályázatokat. A rezidensek rendszerszerű, perspektívát biztosító képzőrendszerének autentikus gazdájaként irányít, összehangol.

X. 5. Kiszámítható életpálya, stabil finanszírozás.
A középtávon is kiszámítható finanszírozási pálya alapvető fontosságú az utánpótlás, a fiatal orvosok pályaválasztási döntéseinek szempontjából. A jelenlegi felzárkóztatási pálya folytatása addig a szintig kívánatos, míg a fiatalok beáramlásának növekedése képes lesz megállítani a praxis megszűnések folyamatát. Az ellátási csomagok újradefiniálásával meghatározható–a többletdíjazás mellett elvégezhető többletellátásainak köre, amely egyúttal csökkenti a progresszív szintekre jutó terhelést is. Ez új finanszírozási elemek bevezetését is igényli. Az életpálya részének tekintjük a kor színvonalának megfelelő munkavégzést szolgáló rendelői feltételek és munkakörülmények kialakítását is.