



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének javaslata az alapellátó gyermekegészségügyi ellátás szerkezeti megújítására

Előzmény:

A gyermekorvosi alapellátás Magyarországon optimális, gyermekgyógyász szakorvosi szintű elsődleges orvosi ellátást biztosított a 0-18 éves korú lakosság számára. Ennek köszönhetően ma a 18 év alatti lakosság 75%-át, a 14 alattiak közel 80% -át már az első orvos-beteg találkozás során magasan kvalifikált csecsemő- és gyermekgyógyász végzettségű szakorvosok látják el. Ez a gyermekek és serdülők számára mind a gyógyító ellátás, mind a prevenció, mind pedig a krónikus betegek gondozása területén, felnőtt életükre is kiható, jelentős egészség-nyereséget eredményez.

Emellett a családorvosi ellátás fejlődésével kialakult egy ugyancsak magas szintű, a felnőtt lakosság ellátására optimalizált területi alapellátó rendszer.

A vegyes praxisok nagy száma ellenére a gyermekek viszonylag kis hányadát látják el, többségében háziorvosi, és csak néhányan két, háziorvosi és gyermekorvosi szakvizsgálattal.

Jelen helyzet, szakmai kompetencia különbségek:

A felnőtt és a gyermekpopuláció eltérő morbiditási jellemzői következtében a két szakképzés tananyaga és gyakorlata között igen szűk a szakmai átfedés, a két szakorvosi csoport, a háziorvos és a házi gyermekorvos, alapvetően eltérő szakmai kompetenciákkal rendelkezik. A lakosság többségét jelenleg mind az életkor, mind a jellemző betegségtípusok vonatkozásában megfelelő szakember látja el, azonban a két rendszer bármelyikének visszaszorulása, leépülése rövid és hosszú távon egyaránt jelentős egészség-kockázatot hordoz.

Probléma felvetés:

- Esélyegyenlőség

Jelentős területi egyenlőtlenségek alakultak ki az alapellátás mindkét területén, de főként a gyermekek primer ellátásának tekintetében. Ellátási egyenlőtlenséghez vezet, hogy a 18 év alattiak kb. 20%-át nem gyermekgyógyász szakorvos, hanem vegyes praxisok orvosai látják el. Az ellátottak érdeke, hogy a hátrányban lévő kisebbség ellátásának javításával teremtünk esélyegyenlőséget, és ne fordítva.

- “Fehér foltok”

A gyermekorvos nélkül maradt “fehér foltok” ellátásának felzárkóztatását a magas szintű, homogén gyermek ellátó praxisközösségek/csoportpraxisok, a szekunder és terciér gyermek ellátással és az érintett önkormányzatokkal koordinálva oldhatják meg. A családorvosi (GP) ellátáshoz történő csatolás virtuálisan elfedi ugyan a hátrányt, de hosszú távon tovább csökkenti a magas szintű gyermekgyógyászati ellátáshoz való területi hozzáférés esélyét. Cél a teljes körű elérhetőség biztosítása.

- Népegészségügyi mutatók javításának igénye

Az egészségben eltöltött életevek számának emelkedése mind az egyén, mind a gazdaság számára meghatározó jelentőségű. 0-18 éves kor között, magasan képzett gyermek egészségügyi és prevenciószakemberek összehangolt munkája javíthatja az egészségtudatos viselkedési szokásokat, a gyermekek és serdülők egészségét, ami meghatározó a későbbi, leggyakoribb népbetegségek kialakulásában.



Jelenleg az önállóan, elszigetelten működő gyermekpraxisok szétagoltsága nehezíti a szakmai konzultációk lehetőségét, valamint szűkre szabja a kompetenciabővítés, a magasabb szintű és szélesebb körű szolgáltatások bevezetésének lehetőségét. Mindezt tovább ronthatja, egy kisebbségi helyzet kötelező kialakítása.

Megoldási javaslat:

Elérhető egészségnyereség tekintetében és gazdasági hatásában is leghatékonyabb megoldás homogén házi gyermekorvosi praxisközösségek/csoportpraxisok létrehozása, a helyi szükségleteknek megfelelően, nem orvos szakemberek bevonásával, a közös szakmai és szervezési feladatok koordinálása a területi szekunder/tercier gyermekorvosi ellátással.

Javasolt, azonos keretrendszerben működő, de homogén gyermek és homogén családorvosi, döntően felnőtt alapellátó rendszer fejlesztése. A gyermek-alapellátásnak az egységes csecsemő- és gyermekorvosi ellátórendszeren belüli működése, mind a szakmai hátteret, mind a feladatellátás folyamatos koordinációját biztosíthatja. Az alapellátás két pillérének párhuzamos erősítése a teljes populáció számára nyújthat magas szintű szakorvosi ellátást, anélkül, hogy ez logisztikailag kétszeres szervezést igényelne, hiszen a gyermek-alapellátás a gyermekgyógyászat integráns részévé válik.

Cél, hogy valamennyi gyermek részesülhessen a magasabb szakorvosi szintű ellátásban már közvetlenül a területen. Ennek legjobb megoldása a gyermekorvosi hálózat fenntartása, gyermekorvosi praxisközösségek/csoportpraxisok létrehozása.

Primer gyermekorvosi ellátás (házi gyermekorvos, alapellátó gyermekorvosi team, praxisközösség/csoportpraxis)

A praxisközösségek felnőtt ellátásban alkalmazott módszerei, céljai és tapasztalt eredményei hatékonyan adaptálhatók a gyermek-alapellátásba. **Javasolt** a felnőtt- és idős ellátástól alapjaiban eltérő ismereteket, szemléletet és kompetenciát igénylő gyermekellátásban, **gyermekspecialisták bevonása mind szakorvos, mind fejlesztő, mind pedig prevenciószakemberek vonatkozásában.**

A javaslat által várható előnyök:

1. Kevesebb kórházi kezelés: a gyermekgyógyászati fekvő- és járóbeteg szakellátási/kórházi ellátási igény csökkenése a teljes lakosság vonatkozásában a kompetenciahatárok módosulása következtében.
2. Esélyegyenlőség: az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek csökkenése mind a felnőtt, mind a gyermek populációban.
3. Elégedettség: a gyermekgyógyász szakorvosi tudáshoz való hozzáférés lakosságszintű kiterjesztése országos lefedettségre, ezáltal a lakossági elégedettség javulása, rövid és hosszútávú egészségnyereség.
4. Népegészségügyi mutatók javulása (pl. speciális, gyermekekre adaptált szűrőprogramok, prevenciószakember tevékenység tervezésének következtében).
5. A szakmai, szervezési, finanszírozási tervezés is kiszámíthatóbbá, előre átláthatóbbá válik.
6. A javaslat jól illeszkedik "Az Egészséges Magyarország Egészségügyi Ágazati Stratégiához".

Javaslat a gyermekellátás strukturális átalakítására:

1. A jelenlegi házi gyermekorvosi praxisokat, **ahol ez lehetséges,** gyermek-alapellátó



- praxisközösségekké=csoporthaxisokká szervezésének lehetősége, a **praxisjog megtartása és az alapfeladatok önálló finanszírozása mellett.**
2. Az egyes praxisközösségek/csoportpraxisok többlet **szolgáltatásai igazodjanak a korcsoport, a terület és az egyének szükségleteihez.**
 3. **A területi alapon megszervezett** gyermek ellátó alrendszer (primer, szekunder, terciér ellátás együttműködése) alkalmas lehet a jelenleg betöltetlen gyermekpraxisok területét is országos szinten lefedni gyermekgyógyász szakorvossal.
 4. A legmagasabb szintű gyermekellátás széleskörű megtartása érdekében, **házi gyermekorvosi praxist megszüntetni vagy átalakítani vegyes praxissá, kizárólag a szakmai kollégiumi, és/vagy kolleghiális vezetők egyetértésével lehessen.**
 5. A jelenlegi járóbeteg szakellátás szintjéről az egyes gyermekgyógyász **szubspecialitások kapacitásait** az alapellátásba integrálva, ezek a praxisközösség/csoportpraxis teljes területén **páciensközeli definitív ellátásban** kerülhetnének kihasználásra, javítva így az alapellátás színvonalát, ami egyértelmű költség- és egészséghaszonnal jár.
 6. Az alapellátó gyermekgyógyász szakorvosok által szakmailag koordinált praxisközösségekben/csoportpraxisokban speciálisan képzett **nem orvos végzettségű szakemberek bevonásával** alakuló praxis közösségek egységesen magas szintű prevenciós és gondozási tevékenységet láthatnak el.

Az ellátási szint emelésének szakmai lehetősége

A betegközeli definitív ellátások arányát és a betegelégedettséget egyaránt emelheti egyes, jelenleg a szakellátásban többletkapacitásként jelentkező speciális, gyermekgyógyászati szemléletű ellátási formák beépítése az elsődleges ellátásba.

Ennek egyik lehetősége az alapellátó gyermekgyógyász szakorvosok többlet kompetenciáinak, azaz **második szakvizsgájának** a jelenleginél hatékonyabb bevonása, kihasználása.

Másik lehetőség a családorvosi modellhez hasonlóan, a nem orvosi feladatok delegálása magasan képzett, nem orvos végzettségű szakembereknek (**dietetikus, gyógytornász, fejlesztőpedagógus, korai intervenciós szakember, logopédus, gyermekpszichológus, gyógypedagógus, fejlesztésben dolgozó szakember**, stb.) a praxisközösségen/csoportpraxisokon belül.

Harmadik lehetőség, hogy a gyermekgyógyászati járó- és fekvőbeteg szakellátás terhelésének csökkentésével várható, hogy területi kórházban / ambulancián dolgozó jól képzett gyermekgyógyászok tovább erősíthetik a fent vázolt ellátási formában a gyermek-alapellátó praxisok közösségére épülő rendszert. Az **alapellátásba csoportosítható szakorvosi kapacitás** minden gyermek számára a jelenleginél komplexebb, életkorának és egészségügyi állapotának leginkább megfelelő szolgáltatást biztosíthat.

Az ellátási szint emeléséhez szükséges strukturális változás

Magasabb szintű definitív ellátás a jelenleg, önállóan működő gyermekpraxisok és a családorvosi praxisközösségekbe integrált gyermekellátók lehetőségeit egyaránt meghaladja. Országos szintű megvalósítása az **egységes gyermekgyógyászati szemlélet** keretében, a területi **gyermekorvosi szakellátáshoz szakmai szinten szorosan kapcsolódó, tisztán gyermek-alapellátó praxisközösségek/csoportpraxisok** rendszerében lehetséges. Ez egy, a csecsemő- és gyermekgyógyászat teljes vertikumát felölelő, alap- és szakellátást is magába foglaló, komplex gyermek-egészségügyi rendszer kialakításával valósulhat meg.



Szakmai és gazdasági szempontból is optimális ellátási szerkezet

5-8 alapellátó házi gyermekorvosi praxis együttműködése lehetővé teszi egy nagyobb ellátási területen az ellátottak szükségleteinek megfelelően, társszakmák bevonását. Ez magasabb szintű és kiterjedtebb prevenció, terápiás és gondozási lehetőségeket biztosít, azaz a gyermekek így egészségesebbek maradnak, és egészségesebben kezdik a felnőtt életüket, a betegek pedig nagyobb eséllyel és gyorsabban gyógyulhatnak.

Az eddigiekben, az egyedül dolgozó házi gyermekorvos által ellátott, de valójában nem orvosi feladatok delegálásának lehetősége jelentős mértékű gyermekgyógyász szakorvosi kapacitást szabadít fel a jelenleg vegyes praxisban ellátott gyermekek ellátására is.

Mindezek együtt a fent vázolt struktúrával lehetővé teszik egy teljes spektrumában hatékony, komplex gyermekellátó rendszer kialakítását. Ez a szakmai, szervezési, finanszírozási tervezést is kiszámíthatóvá, előre átláthatóvá teszi.

Részletes kifejtés

1, A gyermek-alapellátás, a gyermekorvosi ellátás alapja

A gyermekorvosi alapellátás szakmai tartalmát tekintve a csecsemő- és gyermekgyógyászathoz tartozik, csupán működési területe, logisztikája és jelenlegi finanszírozása azonos a házi orvosi rendszerrel. Az alapellátásban praktizáló gyermekorvosok a kórházakban dolgozó kollégáikkal azonos szakorvosi képesítéssel, szemlélettel és szakmai gyakorlattal bírnak.

A családok, a beteg gyerekek elemi érdeke, hogy a gyermekkori speciális problémákhoz értő, az adott területen legmagasabb képzettséggel rendelkező szakember számukra elérhető legyen. Gyermekek esetében ez a szakember az 5 éves posztgraduális szakképzéshez kötött gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkező szakorvos, aki a gyermekbetegségek teljes spektrumában tájékozott, mindenki másnál korábban képes felismerni a kezdődő problémákat, és azok közül legtöbbet tud definitív módon ellátni. Kevesebb beteget küld tovább szakellátásba, őket viszont időben és célzottan, a kompetens ellátóhelyre. A *'gyermek nem kis felnőtt'* igazságnak felel meg az is, hogy csak az önálló gyermek járó- és fekvőbeteg ellátáshoz szervesen és harmonikusan kapcsolódó alapellátó gyermekorvosi hálózat képes az egységes gyermekorvoslás teljes vertikumát megfelelő szinten képviselni.

A cél az, hogy az ország minden területén minden gyermek 0-18 éves életkorig szabadon és egyenlő eséllyel hozzáférhessen az alapellátás keretei között a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi tudáshoz. Ennek következtében több gyermek fejlődjön és növekedjen egészségben és biztonságban, ha mégis megbetegszik, jó eséllyel gyógyuljon meg az alapellátásban, a súlyos betegek pedig kivétel nélkül megfelelő időben kerüljenek szakellátásba.

Magyarországon a gyermekek jogai igen hangsúlyosak, ezért csatlakozott hazánk az UNICEF Gyermekjogi egyezményéhez, és emelte be az alkotmányba a gyermekek gondoskodáshoz való jogát. A gyermekek egészsége terén ezt a gondoskodást legmagasabb szinten egy **teljes vertikumú, alap és szakellátást is magába foglaló, komplex gyermek-egészségügyi rendszer** tudja nyújtani.

Finanszírozás

A praxisjog megtartása, és a mennyiségben vagy minőségben elvégzett többlet teljesítmény elismerése



egyaránt fontos. A gyermek-alapellátó praxisok területi alapon, de nem feltétlenül szorosan egymás mellett szervezett együttműködésének alapvető feltétele, hogy legyenek jól működő egyéni praxisok. Mindazok a tevékenységek, amelyek a praxis szintjén elláthatók, ezután is ott kell, hogy történjenek. A finanszírozási és szervezeti szempontból továbbra is önállóan működő praxisok meghatározott tartalmú szakmai együttműködése azonban számos előnnyel jár.

Ideális praxisméret és finanszírozás

A gyermek-alapellátó praxisközösség/csoportpraxis az adott terület szükségleteinek és lehetőségeink függvényében optimálisan **öt-tíz önálló házi gyermekorvosi praxis funkcionális közösségként** fogható fel, amely megfelelően definiált szakmai tevékenységeket közösen végez előre meghatározott szervezeti, pénzügyi keretek között. Az egyéni teljesítmény-különbségek (minőségi és mennyiségi) elmosódásának megelőzése érdekében érdemes a praxisok részleges függetlenségét megtartani az alapfeladatok ellátására. A praxisközösségi/csoportpraxis **többletfeladatok finanszírozása** az alapfinanszírozástól elkülönítve kell, hogy történjen.

A praxisközösség/csoportpraxis tagjainak legnagyobb fizikai távolsága lehetőség szerint ne legyen több kb. 20-30 km-nél. A kialakítandó konkrét megoldások tekintetében a területi sajátosságokhoz illeszkedjen. **Van, ahol az ilyen jellegű ellátásokat kell odavinni a beteghez és van, ahol a beteg gyermeket kell vinni az ellátási helyre.** Így egy adott területen mintegy **4 000-10 000 gyermek koordinált alapellátása valósítható meg.**

A praxisközösség/csoportpraxis ilyen módon megoldást kínálhat az adott területén lévő tartósan betöltetlen praxisok betegeinek ellátására is. **A betöltetlen praxis területét, megfelelő szakmai, finanszírozási szabályok kidolgozását** követően, a praxisközösség/csoportpraxis tagjai láthatják el, a praxis későbbi betöltése esetén újraindítási lehetőségének megtartása mellett.

A praxisközösség/csoportpraxis tagjai maguk közül választanak szakmai vezetőt, a közösség tagjai együtt felelnek a közösségi feladatok elvégzéséért.

A csapat koordináltan, munkaidőben napi hosszabb rendelés biztosítására képes, mint az önálló praxisok, a betegek számára átlátható struktúrában. A praxisközösség/csoportpraxis lehetőséget jelent az orvosi, szakdolgozói **helyettesítés biztosítására** is a közösségen belül. A fizikailag egymástól távolabbi, más településen elhelyezkedő házi gyermekorvosi **praxisok izolálódásának, leszakadásának megakadályozását,** a dolgozók szakmai fejlődését ugyancsak szolgálja.

A második szakvizsga, licencvizsga révén megszerzett, vagy megszerezhető többletjártasság a praxisközösség/csoportpraxis valamennyi betege számára elérhetővé válik megfelelő jogi, szervezési és finanszírozási viszonyok között. Ez egyfelől vonzó perspektívát nyit az alapellátásban dolgozni kívánó fiatal orvosoknak, másrészt ezzel növelhető a területen megvalósuló definitív ellátás aránya, ezzel elkerülhetővé válik, hogy a gyermekek jelentős hányada indokolatlanul progresszívebb, költségesebb szinteken kerüljön ellátásra.

A Kormány által véglegesített **telemedicina** rendeletnek köszönhetően a **távkonzultációs ellátási forma** bevezetése és további fejlesztése - különösen a 2020-as világjárvány során szerzett kedvező tapasztalatokat is figyelembe véve - további kapacitásbővülést eredményezhet.

Vegyes praxisközösségek kockázata



A fent vázolt cél házi orvosokból és hozzájuk csatlakozó gyermekorvos(ok)ból álló praxisközösséggel nem oldható meg. Az egy, vagy két házi gyermekorvosi praxisnak egy nagyobb házi orvosi praxisközösségekbe való integrálása széttagoltságot konzervál, anélkül, hogy valódi szakmai, működési többletet tudna nyújtani. A házi gyermekorvosok betagozódása egy szakmailag teljesen eltérő kompetenciákat igénylő szakterületbe, a fentebb elnyök helyett nemcsak tovább növelheti a szakmai izolációt, veszélyeztetheti a gyermekek specialistákhoz jutásának esélyét kisebbségi helyzetük miatt, de nehezítheti a szakma szerinti helyettesítést is, végső soron a gyermek alapellátás szakmai színvonalának devalválódásához vezetne. Már rövid távon növeli annak kockázatát, hogy a kicsit is problémásabb beteg gyermekek azonnal költségesebb, progresszívebb ellátási szintre kerüljenek, márpedig ez a családoknak és az ellátórendszernek egyaránt nagyobb terhet jelent. Hosszabb távon pedig az alapellátásban nyújtott gyermek-szakorvosi ellátás elsorvadásához vezet.

Mit tud nyújtani a házi gyermekorvosi csoportpraxis?

1, Mit nyújthat a rendszer azoknak a gyermekeknek, akiket ma is házi gyermekorvosok látnak el? (kb. 80%)

A többletszolgáltatások integrálása és koordinálása mellett a szülök által megszokott és kedvelt, személyhez kötődő, kölcsönös bizalmon alapuló magas szakmai szintű betegellátás fenntartását, emellett hatékonyabb prevenciót, szükségletalapú, eddig el nem érhető szolgáltatásokat, mindezt átlátható szervezésben.

2, Mit nyújt a rendszer azoknak a gyermekeknek, akiket ma vegyes praxisok látnak el? (kb. 20%)

A járásban működő helybeli **házi orvosi praxisközösségek számára folyamatos gyermek-szakorvosi háttérrel tud biztosítani a közelben működő házi gyermekorvosi praxisközösség/csoportpraxis**, biztosítva a többlet szolgáltatásokat is. Ez földrajzi adottságtól és logisztikai lehetőségektől függően megvalósulhat helyben, vagy a gyermekek mozgásával, akár államilag biztosított, célzott logisztikával kiegészítve (kisbusz). Így a házi gyermekorvosi praxisközösség nyújtotta szakorvosi ellátásban és többletszolgáltatásban részesülhetnek ezek a gyermekek is már az alapellátás szintjén, **növelve az esélyegyenlőséget**, a hozzáférés esélyét (win-win helyzet, mind a házi orvos, mind a házi gyermekorvos, mind pedig a családok számára)

Szakmai elnyök:

A magasabb ellátási szintek, azaz a szakrendelések és fekvőbeteg osztályok tényleges tehermentesítésre, a **várólisták csökkentésére, a lakosság-közeli ellátás fejlesztésére, jelentős költségmegtakarítást** is lehetővé téve, a házi gyermekorvosok csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképesítése biztosíthatja a speciális elméleti tudást és gyakorlati szakismeretet. Mindez megfelelő alapot biztosíthat a kompetenciaszint további emelésére is a gyermekalapellátás keretei között.

Ez különösen fontos kérdés a felnőtt kortól alapvetően eltérő megjelenésű **krónikus megbetegedések** tekintetében, amelyek **ellátása, gondozása speciális gyermekgyógyászati szaktudást igényel** (pl. az asthma bronchiale, cöliákia, mucoviscidosis gondozása, immunológiai, onkológiai és anyagcsere betegségek). A krónikus betegségek, kórállapotok tekintetében a szakellátó hálózat működése is életkorhoz igazodó, a felnőtt ellátástól jelentősen eltérő fókuszú. Fajsúlyosan jelenik ez meg pl. **a gyermekkori hypertonia felismerése, gondozása, a koraszülött utógondozás, a ritka betegségek felismerése és gondozása területén.**

Speciális problémát jelentenek a **kora-gyermekkori fejlődés zavarai** is, a megfelelő **korai intervenció** kérdése. Ezekben az esetekben a gyermekgyógyász szaktudás nélkül (felismerés, koordinálás, menedzselés) az elérhető társadalmi haszon elmarad és ez később súlyos életminőségbeli elmaradáshoz vezet. A gyermekgyógyász szemléleten és szaktudáson alapuló, időbeni felismerés és megfelelő gondozás egy sor



állapotsúlyosbodást, szövődmények halmozódását előzi meg, amely az egyén és a társadalom számára egészség- és gazdasági hasznot is eredményez.

Az ellátás biztonságának és hatékonyságának feltétele a **naprakész gyakorlat, melynek fenntartását a megfelelő esetszám biztosítja**, a vegyes praxisban - az orvos személyes kvalitásaitól függetlenül - kisebb az esélye a korai felismerésnek és megfelelő szintű ellátásnak. Ezekkel a betegségekkel egy vegyes praxis orvosa elvétve találkozhat.

Az elsődleges, másodlagos, harmadlagos megelőzés bővebb lehetőségei

A gyermekkori primer/szekunder/tercier prevenciók ellátás olyan speciális szaktudást és képzettséget igényel, amelyet hatékonyan és biztonságosan kizárólag csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos tud biztosítani, ezeknek a feladatoknak a megfelelő szintű ellátása rövid- és hosszú távon is állami, egészségügyi, gazdasági és társadalmi érdek.

Nem orvos végzettségű, speciális gyermekellátó szakemberek

A jelenleg is működő vegyes típusú praxisközösségekben elsősorban felnőtt ellátáshoz értő, nem orvos végzettségű szakemberek dolgoznak, így a gyermekek lakosságközeli magasabb szintű ellátására kevésbé nyújtanak lehetőséget. Ennek a feladatnak az ellátásához speciális gyermek-szakirányú végzettséggel rendelkező szakemberekre van szükség a területen, pl. **gyermekpszichológus, gyógytornász, prevenciók szakember**. Ők viszont egy gyermek-alapellátó team munkájához szakmai és költséghatékonysági szempontból egyaránt sokkal könnyebben és hatékonyabban tudnak kapcsolódni.

A teljes gyermekpopuláció lefedése

A tisztán gyermek-alapellátó praxisközösségek/csoportpraxisok és a területi gyermekszakellátó helyek, területi **gyermekosztályok, gyermekambulanciák fent vázolt integrálása során felszabaduló kapacitásokkal** a vegyes praxisok gyermek betegeinek ellátásaihoz is hozzá lehet járulni, a megfelelő színvonalú szakmai konzultációt időben biztosítva, az adott esetben szükséges ellátási utakat koordinálva, lerövidítve.

A nem orvosi feladatok delegálásával az alapellátásban felszabaduló csecsemő és gyermekgyógyász kapacitás bevonható az ellátatlan és a házi orvosi praxisközösségek vegyes praxisaiban ellátott gyermekek ellátásába.

Betegút-szervezés

Figyelembe kell venni, hogy a magas szintű járóbeteg-szakellátás megvalósításához elkerülhetetlen a szakellátás és az alapellátás közötti betegutak hatékony szervezése és folyamatos fejlesztése is. **Olyan rendszer kialakítása szükséges, amely azon túl, hogy kezeli a terület alapú betegút-szervezést, támogatja az alapellátást végző házi gyermekorvosi praxisok, csoportpraxisok/praxisközösségek és a területet ellátó kórházak nagyobb együttműködésének kialakítását, fejlesztését.**

2020. december 6.