

Mi nem tetszik?

2016. február 27-re kibővített küldöttértekezletet hívtunk össze, hogy megtudjuk, jövőnket illetően miként gondolkodik tagságunk

A résztvevőket inkább foglalkoztatták a jelen gondjai, mint a jövő kihívásai. Gondjainkat a szakmai témák, a finanszírozás problémái és az ellátórendszer működésének kérdései körül összegezzük.

SAKMA

Általános vélemény, hogy szakmánk presztízse csökken, munkánk indokolatlanul nagy hányadát teszik ki olyan tevékenységek,

sítések jelenleginél szélesebb körű kihasználására.

Szerepelt a felvetett problémák között a telefonos tanácsadás, a házhoz hívás feltételrendszere csakúgy, mint a védőnői hálózattal való együttműködés javítása. A védőnő részvétele az orvosi tanácsadáson a közös feladat végrehajtásának színvonalát bizonyosan javítaná.

Egyetértettünk abban, hogy a házi gyermekorvos és a háziorvos gyermekellátó

ken, ahol a házi gyermekorvosi ellátás nem alakítható ki, magasabb szintű ellátásra adna esélyt a háziorvosi praxisokhoz kapcsolódó házigyermekorvos-konzulensi hálózat, amelynek tagjaitól a szülő közvetlenül (beutaló nélkül) is kérhet segítséget.

FINANSZÍROZÁS

A hozzánk hasonló gazdasági erejű országokéval egyező mértékű finanszírozásért küzdünk.

Általános igény, hogy a praxis működési költségeit biztosító juttatást egészítse ki a szakvizsgát, kompetenciát, gyakorlatot elismerő, a prevenció és gyógyító teljesítményre arányos finanszírozás. Differenciált területi díjakkal kell segíteni a munkavállalást a gyermekgyógyászati ellátatlan területeken, átgondolást igényel az átlagos méretű praxisokat is sújtó jelenlegi degressziós rendszer. Ellentmondásos a gyermek-alapellátás indikátorrendszere.

Súlyos gond a praxisok értékvesztése, eladhatatlansága, nehezítve ezzel a házi gyermekorvosi generációváltást. A fiatalabb kollégák nehezményezték, hogy nem tapasztalnak kellő fogékonyt a praxisvásárlási gondjaik iránt.

Továbbra sem értjük, miért kell a költségvetési finanszírozásból gazdálkodó alapellátó



amelyek nem felelnek meg sem képzettségünknek, sem gyakorlatunknak. Sok jelzés érkezett a párhuzamos tevékenységekkel szemben, vagy a társszakmákkal, a fekvőbeteg- és szakellátással történő együttműködést illetően. Vészterhesen nehezednek a betegutak, nincs kellő információáramlás a szolgáltatók között, nincs egységes szakirányítás. Kihaszíthatatlanok az elektronikus konzultációs lehetőségek, a jogalkotó nem tekint feljebb a szülőre.

A felvetések jelentős része a szakmai minőség fejlesztése, az egységesen magas ellátási színvonal biztosítása köré csoportosult. Segíthetné munkánkat a szakmai ajánlások, útmutatók aktualizálása, a minőség-ellenőrzés, a hatékony szakfelügyelet. A szakmai kompetenciát önkéntesen tett elsődleges gyermekellátó szakvizsgával, licencvizsgákkal lehetne bővíteni. A társszakmák képviselőinek bevonásával kialakított csoportpraxisok segítenék a definitív ellátást. Lehetőség kell adni a speciális képe-



kompetenciája nem lehet azonos, és abban is, hogy a gyermekorvosi alapellátáshoz való hozzáférés lehetőségét minél szélesebb körben biztosítani kell. Azokon a területe-

tónak iparűzési adót is fizetnie? Jelenleg az önkormányzatok egyedi jóindulatán múlik a mérséklés foka, így a jogalkotó szándéka ellenére nem jött létre a kívánt csökkenés.

Hiányzik a szakmának előnyös normatív megfogalmazás: pl. 90% mérséklés. Az sem világos, hogy egy körzet szétesztásakor miért nem kerül a fix díj is ahhoz az orvoshoz, ahová a feladat?

Érthetetlen, hogy miért a felnőtteket elátló ügyeleti szolgálat kapja évtizedek óta egy adott terület 14–18 éveseknek ügyeleti fejkvótáját, ha ellátásukat a gyermekorvosi ügyelet végzi?

Igazságtalannak érezzük, hogy ugyanazon munkáért a részállású iskolaorvos a főállású fizetésének csak a töredékét kapja, és azt is, hogy az iskola-egészségügy finanszírozása messze elmarad az üzemegészségügyétől. Miért?

A kollégák részéről újra és újra felvetődik, hogy kiépített gyermekorvosi alapellátás mellett indokolt-e az iskolaorvosi hálózat fenntartása? Véleményünk szerint iskola-egészségügyre szükség van, de a rendszer jelen állapotában sok szempontból diszfunkcionális, ezért jelentős módosításokra szorul. A jelenlegi párhuzamosságokat meg kell szüntetni, és az iskolaorvosokat új típusú, prevenciós és egyéb közösségi feladatokkal kell ellátni és ehhez illeszkedő jogkörökkel kell őket felruházni.

Díjazni kellene az egészségnevelést és a népegészségügyi tevékenységet, fejkvóta alapú szisztéma mellett is látnánk értelmét bizonyos mértékű teljesítményfinanszírozás-

nak. Célzott pályázatokkal is támogatni kellene az alapellátókat.

MŰKÖDÉSI KÖRÜLMÉNYEK

A feladatok racionalizálása, a munkaerő-utánpótlás helyzete, a hozzáférés egyenlőtlensége, az egységesen magasabb ellátási színvonal érdekében hol van értelme központi (csoport)praxis kialakításának, van-e akadálya a rendelési óraszám növelésének, az indokolatlan otthoni látogatások megszüntetésének?

Meddig megoldhatatlan, hogy akár több település közös üzemeltetésű gépkocsijával vigyék a távol lakó rászorulókat a jól felszerelt központi rendelőbe, hogy gépkocsival gyűjtsék be és szállítsák laborba a vizsgálati anyagot, hogy magasan kvalifikált paramedikális szakember végezzen orvost nem igazán igénylő ellátást, hogy megfelelő számú, jól képzett és megfizetett asszisztent alkalmazhassunk? Átgondolásra érdemes, milyen jogszabályi változásokra van szükség ahhoz, hogy egy beteg adataihoz egy központi adatbázisból hozzáférjünk. Mikor lesz végre lehetőség praxisból is végezhető tudományos munkára, külföldi tanulmányútra?

(Az összegezést Benedek László, Havasi Katalin, Kádár Ferenc, Kollár László, Kovács Ákos, Muzsai Géza, Németh Jenő, Pátri László, Szentannay Judit készítette.)



A gyermek-alapellátás jövője.
Mit tehet a HGYE a túléléshez szükséges
szakmapolitikai döntések megvalósításáért?

A HGYE XXII. őszi konferenciája

2016. november 25–26.

Budapest, Danubius Hotel Helia

A rendezvényre a kollégák mellett várjuk a szakmánk jövője iránt
érdeklődő rezidenseket, szakorvosjelölteket is!

A meghívót szeptemberben küldjük!