Merre tovább gyermek-alapellátás?

Fenntartható-e a házi gyermekorvoslás jelenlegi rendszere?

Dr. Kálmán Mihály

„A gyermekekért, a gyermekorvosokért!"

A válaszhoz felelősségteljes, adatokon alapuló elemzésre, és a HGYE eredeti céljainak a jelenlegi helyzet adta lehetőségekkel való összevetésére lenne szükség. Alapvető törekvésünkről, hogy a gyermekeket minél nagyobb arányban házi gyermekorvosok lássák el a területen, nem mondhatunk le. Célszerű lenne azonban azt is megvizsgálni, hogy a jelenlegi körülmények között mi lenne az a célkitűzés, amivel az optimális, és mi, amivel a még éppen elfogadható megoldást el lehetne érni. Mi az az elviselhető kompromisszum, ami még a magasabb színvonalú területi gyermekorvosi ellátás irányába mutat? És mi az, amit feltétlenül el kellene kerülni?

A tűzoltásszerű beavatkozásoknak is hosszú távú célt kell követniük, amelyeknek nem lehet más a mércéje, mint a gyermekek érdekének megfelelő, jobb minőségű ellátás. A kisebb jelentőségű, helyi szintű beavatkozásoknak is ebbe az irányba kell hatniuk. Egy átfogó, rendszerszerű átalakításnak egyszerre kell érintenie a képzést, az ellátórendszert és a finanszírozást is.

ELSŐDLEGES ELLÁTÁS, KÖZVETLEN ELÉRHETŐSÉG

Az eddig járt úton visszafordulni nem szabad, de a cél elérésének útvonalát, módját lehet az adott helyzetnek megfelelően módosítani. Célunk mindig is a gyermekek számára esélyegyenlőséget biztosító házi gyermekorvosi hálózat fenntartása, fejlesztése, korszerűsítése volt. Arra törekedtünk, hogy valamilyen ellátási formában (szólópraxis. csoportpraxis, praxisközösség, egészségközpont, medical home) minden gyermek számára közvetlenül elérhető legyen a gyermekorvosi alapellátás. Erről az útirányról most sem mondhatunk le, mert akkor az identitásunkat jelentő célokról mondanánk le. A különböző túlélési terveknek tehát határt kell szabnia annak az identitásunkra jellemző kritériumnak, hogy az újítások közepette is megmaradjon a házi gyermekorvosi hálózat közvetlen elérésének a lehetősége. Ettől marad ugyanis a gyermekgyógyász szakorvos házi gyermekorvos. Minden képzési, rendszerbeli innovációnak ebbe az irányba kell hatnia, mert különben, a fürdővízzel a gyereket, az elsődleges házi gyermekorvosi hálózatot is kiöntjük. A helyzethez alkalmazkodni kell, de nem szabad beletörődni a házi gyermekorvosi ellátást a modernizálás helyett a megszüntetés irányába szorító tendenciákba.

MI MARADJON, MI VÁLTOZZON?

A házi gyermekorvosokat tömörítő egyesület deklaráltan és véglegesen soha nem mondhat le arról a törekvéséről, hogy a házi gyermekorvoslást gyakorló gyermekorvosok – lehetőség szerint – minden gyermek számára közvetlenül elérhetők maradjanak. Vagyis ne legyen szükség beutalóra a házi gyermekorvos rendelőjébe. A gyermekek speciális igényeit kielégítő módszereink mellett közvetlen elérhetőségünk miatt vagyunk házi gyermekorvosok, és nem a szekunder ellátásban dolgozó szakorvosok.

A közvetlen elérhetőségünk megőrzése mellett is működhet a házi gyermekorvos irányításával a jól képzett paramedikális szakemberek által végzett előszűrés. Nem minden szülői telefonhívást kell ugyanis a gyermekorvosnak elintézni, nem minden náthával kell a rendelőbe jönni, az értelmetlen igazolások gyártásáról már ne is beszéljünk. Életszerű, ezért el kell fogadnunk azt is, hogy bizonyos helyzetekben szükség lehet a háziorvosok sürgősségi beavatkozására is. Az alapértelmezett helyzetben azonban továbbra is a házi gyermekorvosnak kell a gyermek fejlődésének, egészségének és betegségeinek felelős gazdájának maradnia.

Miközben erre törekszünk, be kell látnunk, hogy rövid távon a jelenlegi szervezettséggel, személyzettel és finanszírozással képtelenség elvárni, hogy minden 18 évnél fiatalabb pácienst mindenkor és mindenhol házi gyermekorvos lásson el. De kérdés, hogy valóban így, ebben a szervezettségben kell-e továbbra is dolgoznunk. Ha igen, akkor várhatóan még tovább romlik a helyzet. Akkor valóban nem sok esélye marad a házi gyermekorvoslásnak mint országos hálózatban működő alapellátásnak. De miért szükségszerű ez? Felelősen ki akarhatja ezt? Átfogó, rendszerszerű változtatásokkal a tendenciát még meg lehet állítani.

Ahhoz, hogy a házi gyermekorvosi ellátó hálózat fennmaradjon, nemcsak a rendszerünkkel kapcsolatos bánásmódnak kell változnia, hanem céljaink elérésében nekünk is. De vajon meddig mehetünk el a helyzettel, a lehetőségekkel való kiegyezésben úgy, hogy közben a házi gyermekorvoslás lényege és hálózata is megmaradjon? Ez itt talán a legnagyobb dilemma.

EKLEKTIKUS FORMÁK

Alapvető és vízválasztó tehát az a kérdés, hogy a gyermekek érdekét szolgáló céljainkat kell-e feladnunk, vagy csak a hozzá vezető utat kell módosítanunk? Helyes-e, ha elállunk eddig érvényes alapvető szándékunktól? Az eddig nagyrészt spontán zajló folyamatok után kullogunk és visszafordíthatatlannak fogadjuk el azok irányát, vagy más ellátási formákat keresünk a házi gyermekorvoslás továbbélésére? A válasz egyszerű: eredeti célkitűzéseink eléréséhez a házi gyermekorvosi ellátás korszerű formáira van szükség. Szükségszerű-e, hogy az egyre kevesebb házi gyermekorvos automatikusan egyre több vegyes praxis létesítését eredményezze, vagy elképzelhető más megoldás is? Mert az nem igazán jövőbemutató és cizellált szakmapolitikai (rendszerszerű) válasz a problémákra, hogy gyermekek tömegeit egyszerűen a vegyes praxisokba irányítják. Ilyen erővel megszüntethetnék („nem tartom fontosnak, helyettesíthetőnek vélem, nem képezek, nem adok intézményi és tudományos hátteret, nem adok elég pénzt, tehát lassú sorvadásra, presztízsvesztésre ítélem") az elemi iskolákat is, mert a gyerekek az óvodában is jól „elvannak". Hogy az óvoda nem iskola? Ha a hivatalos felfogás annak tartja, akkor az lesz. Végtére az is pedagógiai intézmény.

Az már régen nyilvánvaló, hogy egyrészt a modern, rendszerszerű válasz nem eredményezhet egy széttagolt hálózatot („egy falu–egy orvos"), és nem alapulhat a team-

munkát továbbra is elhanyagoló ellátórendszeren. Másrészt nem lehet a fővárosra, a városokra és a falvakra egyaránt kötelező modellt ráerőltetni, mert alapvetően eltérőek a körülmények. De nem célszerű egy az egyben a gyermekek alapellátására egyszerűen ráhúzni a felnőttek háziorvosi ellátására alkalmas szisztémát sem. E két rendszer fejlesztése különböző körülményei és szükségletei miatt különböző megoldásokat követel meg. Két egymáshoz illeszkedő, de önállóságát megtartó szisztémára van szükség. A gyermekorvosi alapellátó rendszer eklektikus ellátási formák kialakítását igényli, de úgy, hogy közben a gyermekek ellátásának színvonala nem csökkenhet. Olyan ellátórendszer kell, amiben a kevesebb gyermekorvos több, igazán beteg gyermeknek képes gyógyulást biztosítani.

A fő kérdés előttünk mint egyesület előtt az, hogy hogyan viszonyulunk a házi gyermekorvoslás visszaszorulását, hosszabb távon esetleg megszűnését jelentő folyamatokhoz. Belenyugszunk azokba, vagy megpróbálunk differenciáltabban reagálni, és a gyermekek, gyermekorvosok érdekének megfelelően befolyásolni a folyamatokat? Ez utóbbihoz azonban tisztábban kell látnunk a mélyebben húzódó szándékokat, erővonalakat, azok végső hatásait. Értékelnünk kell a múltban és a jelenben mutatkozó, az apró részintézkedésekből összeálló, sokszor lappangó tendenciák következményeit.

A házi gyermekorvosi hálózat sorsát illetően három szakmapolitikai jövőkép lehetősége rajzolódik ki:

SPONTÁN FOLYAMATOK: A BIOLÓGIA GARÁZDÁLKODÁSA

Ennek, az eddig tapasztalt hozzáállásnak a képviselői nem foglaltak határozottan állást a gyermekek orvosi ellátásának szakmapolitikai kérdéseiben, nem avatkoztak proaktívan a gyermekek ellátórendszerének átalakításába. Nem foglaltak állást a gyermekek orvosi alapellátásában a házi gyermekorvosi ellátás prioritása mellett. E szemlélet nem tart szükségesnek semmiféle koncepciót, hiszen mennek a folyamatok maguktól is valamilyen irányba. Többnyire a házi gyermekorvosi rendszer zsugorodásának irányába. A biológia ugyanis feltartóztathatatlanul működik. Csökken a gyermeklétszám, eljár az idő a gyermekorvosok felett. A hosszú távú egészségfejlesztési stratégiák figyelembe se veszik, hogy a társadalom 20%-a azért továbbra is gyermek- és fiatalkorú marad. A többnyire rövid távú tervezésekbe egyébként sem férnek bele a felnőttek egészségét megalapozó gyermek-egészségügyi befektetések. Négy évre bőven elég tervezni, és erre az időre is csak olyasmit érdemes vetni, amit a következő választások előtt le is lehet aratni. Ilyen a politika természete, és ebbe nem igen fér bele a gyermekgyógyászat hosszú távú eredményessége. Többek között ezért parlamenti gyermek-lobbi, erősebb érdekérvényesítés nélkül sokkal többet nem is várhattunk, és a jövőben sem várhatunk.

Ez a fajta felfogás átlépett, átlép azon az ellentmondáson, hogy papíron a jogosultság alapjául egy az egyben elfogadható a házi gyermekorvosi kompetencialista a háziorvosok számára is, miközben az egyik mögött több éves gyermekkórházi gyakorlat, gyermekgyógyászati szakvizsga, a másik mögött néhány hetes, esetleg hónapos gyermekgyógyászati képzés áll. Ezzel olyan elvárásokat fogalmazunk meg a háziorvos kollégák felé, amit azok megfelelő képzés, és a készségüket szinten tartó beteganyag híján nem képesek az alapellátásban még optimálisan elérhető színvonalon teljesíteni. A valóságban ennek megfelelően, lakóhelytől függő, jelentősen különböző ellátási minőség létezik. Melyik szint fogadható el gyermekorvosi alapellátásnak? A kétféle színvonal a gyermekek egészséges élethez való esélyének egyenlőtlenségéhez vezet. Ráadásul azokban a térségekben mutatkozik ez az esélyegyenlőtlenség, ahol a legnagyobb szükség lenne a minél magasabb színvonalú gyermekorvosi alapellátásra. Ezzel az ellentmondással eddig senki nem foglalkozott, ezt a kérdést senki sem tekintette választ igénylő kérdésnek. Ez a magára hagyottság azt eredményezi, hogy az utódlás nélkül maradt gyermekorvosi praxisok vidéki, falusi környezetben megszűnnek, pácienseik a vegyes praxisok ellátásába kerülnek át, ahelyett, hogy korszerű és rendszerszerű megoldást keresnének a gazdátlanul maradt gyermekek gyermekorvosi alapellátásának megóvására.

A fővárosban és a nagyobb városokban, ahol még a megszüntetések ellenére is elegendő gyermekorvosi praxis marad, a gyermekeket szétosztják a még működő házi gyermekorvosok között. Ez utóbbi gyakorlat az ellátórendszer korszerűsítése szempontjából még hasznos is, mert annak arányosítását, és a nagyobb, életképesebb praxisok kialakítását szolgálja. E centralizációnak azonban szabályozottan, mindenki megelégedésére, a nagyobb praxisok ellátásához igazított körülmények közepette kell végbe mennie.

Eddig nagyjából a fent vázolt hozzáállás érvényesült. Így jutottunk ide.

A VISSZASZORULÁS ÚTJA: A „SZABAD VERSENY"

A másik, a spontán folyamatoknál még veszélyesebb „megoldás" a házi gyermekorvosok feladatainak jogi és finanszírozási korlátok nélküli, fokozódó szétosztása a háziorvosok, és az egyéb ellátók kezébe. A gyermekorvost nem igénylő döntésektől, feladatoktól valóban meg kell szabadulni (nátha-ellátás, igazolások), de e kompetenciatisztítás közben a gyermek gazdájának továbbra is a házi gyermekorvosnak kell maradnia. Ez szervezési és logisztikai eszközökkel még a demográfiai szempontból hátrányos településszerkezetben is megoldható.

Ez a vegyes ellátórendszer korlátozás nélküli kiterjesztésének irányába ható folyamat a házi gyermekorvosi rendszer fokozatos, ám felgyorsuló visszaszorítását (ezt a biológia most már ugyan lassabban, de biztosan önmagában is elvégzi), a háziorvosi gyermekellátás alapvető ellátási kompetenciaként való elfogadásának elutasítását, és a házi gyermekorvosi gondozásnak csak kevesek számára elérhető „elitellátásként" való fennmaradását eredményezné. Egy ilyen szakmapolitikai döntés a jelenlegi képzettségi szintek alapján a területi gyermekellátás színvonalának csökkenését, és a magyar lakosság egészségkultúrája, szokásai miatt a tömegellátásnak a kórházi osztályok ambulanciáira való rázúdulását jelentené.

Ez a szemléletmód nem a gyermekorvos gyermekgyógyászati alapellátását tekinti etalonnak, és nem bánja, hogy ha a gyermekek orvosi alapellátását a jövőben egyre nagyobb arányban háziorvosi praxisok végzik. Kortól, lakóhelytől függetlenül szabályozatlan versenyt gerjeszt a gyermekek elsődleges ellátásáért. Nem megjósolható, hogy milyen ellátási arány lenne egy ilyen folyamatnak a vége. Az bizonyos, hogy így az „első orvosi döntés" és a gyermekbetegek menedzselésének lehetősége a jelenleginél jóval nagyobb arányban kikerülne a gyermekorvosok kezéből. A képzettségbeli hiányosságokat pedig – ha kapacitással bírja – majd pótolja a kórházi ambulancia, esetleg a háziorvosi praxisban alkalmazottként dolgozó gyermekorvos, a védőnő vagy az iskolaorvos.

A házi gyermekorvosi rendszer visszaszorulását eredményezné, ha az egészségbiztosító az egész országra kiterjedően az összes háziorvosi praxis gyermekellátását finanszírozná, lehetővé téve ezzel azok vegyes praxissá alakítását, függetlenül attól, hogy működik-e a környéken házi gyermekorvosi praxis. Egy ilyen rendszer kialakítása súlyos visszalépést jelentene a gyermekek területi orvosi ellátásában. Szerencsére ilyen szándék nincs a láthatáron.

A helyzet megoldását nem a vegyes praxisok rendszerének nagyobb arányú elterjesztése, a gyermekek ellátásáért folytatott „szabad verseny" létrehozása, hanem az el-

sődleges gyermekorvosi képzés, a házi gyermekorvosi kompetencia kiterjesztése, és a házi gyermekorvosi ellátás dinamikus, rendszerszerű fejlesztése jelenti.

Spontán folyamatok helyett szabályozott, rendszerszerű változtatásokra lenne szükség.

A FENNMARADÁS ÚTJA: A RENDSZER KORSZERŰSÍTÉSE

E felfogás a lehetőségek maximális kihasználásával továbbra is a házi gyermekorvosokra bízná az összes, 18 év alatti gyermek orvosi alapellátását. Ez a mostani ellátási viszonyok között minden gyermekre vonatkozóan – rövid távon mindenképpen – irreális célkitűzés. Ennek ellenére helyeselhető az az álláspont, amely kizárólag azokat az egyedi és rendszerszerű átalakításokat ösztönzi, amelyek a gyermekorvosok gyermekellátási arányának növelését elősegítik. Minden intézkedésnek, az ellátó szisztéma direkt és indirekt befolyásolásának ebbe az irányba kell hatnia. Most már ott tartunk, hogy a jelenlegi ellátási arányok fenntartása is csak a gyermekorvosi ellátórendszer (praxislétszám, teammunka, infrastruktúra, finanszírozás) megváltoztatásával lehetséges.

Ennek az álláspontnak az az alapvető célkitűzése, hogy az „első orvosi döntés" és a betegek kórházon kívüli menedzselése a szakellátások, a társszakmák és a társágazatok irányába minél nagyobb arányban a házi gyermekorvosok kezében maradjon. Ehhez a célhoz kell megtalálni és igazítani a megfelelő képzési programokat és magát az ellátórendszert is. Képzéssel és főleg a házi gyermekorvosi ellátórendszer átalakításával kell válaszolni a kétségtelenül meglévő demográfiai és szervezési kihívásokra. Ezek a törekvések nem mondanak ellent, és ezért nem is állíthatók szembe a kényszerűségből vegyes praxist ellátó háziorvosok gyermekgyógyászati, elsősorban sürgősségi képzésével, a jól képzett, önálló munkára képes „primary care nurse practitioner"-ek munkába állításával, valamint a védőnők tevékenységének a betegellátás irányába történő elmozdításával.

Egy karcsúbb, de teammunkára alapozott szisztémában jóval kevesebb házi gyermekorvossal, jóval nagyobb létszámú gyermek is ellátható. Ez a szemlélet a házi gyermekorvos által nyújtott orvosi ellátást tekinti egyedüli etalonnak, ezt fogadja el a gyermekek számára elfogadható, teljes körű orvosi alapellátásnak. Ehhez keres változatos megjelenésű, csapatmunkán alapuló ellátási formákat.

Ez a felfogás egyedüli gyermek-alapellátási kompetenciaként a házi gyermekorvosi ellátás kompetenciáját fogadja el, és a házi gyermekorvosi ellátás részarányát megpróbálja a lehetőségekhez képest növelni. Ehhez kidolgozza azokat a modern ellátási formákat, amelyek ezt az alapvető célt – a házi gyermekorvosok csökkenő utánpótlása közepette is – lehetővé teszik. A háziorvosok gyermekellátását kényszerként fogja fel, és részarányukat igyekszik csökkenteni a gyermekellátásban. Nem tekint mintaként a vegyes praxisok gyermekellátására, de mindent megtesz a háziorvosok gyermekellátó – elsősorban sürgősségi – képességének növelésére. Törekszik az összes alapellátó kompetenciaszintjének emelésére és arra, hogy mindenki képzettségének megfelelő tevékenységet végezzen.

E felfogás érvényesülésének jogi, rendeleti feltétele az, hogy házi gyermekorvosi praxis környezetében ne lehessen vegyes praxist alakítani. Még falun se az legyen az első reakció, hogy az elárvult gyermekorvosi praxis helyén vegyes praxist alakítanak ki. Kissé távolabb biztosan található lenne egy elérhető gyermekorvosi praxis. A szülők eddig „informálisan" többnyire találtak is ilyet. A városokban, a fővárosban pedig ne finanszírozzák a háziorvosi praxisok gyermekellátását. Ne nyíljon az egész országra kiterjedő szabad verseny a gyermekek kártyájának elfogadására. A falvak háziorvosai ugyanakkor készenléti, eseti sürgősségi díjként kapják meg az idáig a gyermekkártyákért kapott javadalmazásukat.

A gyermekorvosok ellátási arányát növelő vagy a jelenlegit legalább megtartani igyekvő fejlesztési irányt – a részsikerek ellenére – máig nem sikerült megnyugtatóan biztosítani.

TERVEZÉS, TERVEZÉS

A fenti „stratégiákban" közös, hogy jelentős részben szakmapolitikai vélekedéseken és nem koherens egységbe foglalt, adatokon alapuló fejlesztési koncepciókon alapulnak. Nincs a valódi korszerűsítés irányába mutató rendszerszintű tervezés, a folyamatok nagyrészt spontán alakulnak. Mintha a jövőbeli eredmény nem lenne érdekes. Amellett, hogy hiányzanak egy korszerű gyermek-egészségügyi alapellátás képzési, képzettségi feltételei (pl.: jól képzett nurse-k, elsődleges ellátásra speciálisan kiképzett házi gyermekorvosok, gyermekek sürgősségi ellátásában jártas háziorvosok), nincs felmérve az sem, hogy melyik fejlesztési irány, milyen gyermek-alapellátó rendszer lenne a leginkább költséghatékony. A jelenlegi alapellátásban ebből a szempontból túlképzett orvos nincs, csak a lehetségesnél szűkebbre szabott, ezért kihasználatlan területi szakmai lehetőségek vannak.

Az első és a második verzióban összefoglalt folyamatok fokozatos zsugorodáson keresztül, ugyan eltérő gyorsasággal, de a hálózatszerű elsődleges gyermekorvosi ellátás visszaszorulásához, esetleg oázisszerűen megmaradó általános gyermekgyógyász szakorvosi ellátáshoz fognak vezetni. Sajnálatosan most olyan folyamatok jelei mutatkoznak, amelyekben nem nő, hanem csökken a gyermekek gyermekorvosi ellátásának aránya. Ez annak ellenére így van, hogy a korszerű házi gyermekorvosi szisztéma kialakítására, a gyermekorvosi ellátás arányainak megtartására, sőt növelésére a házi gyermekorvosi egyesületnek voltak és vannak javaslatai. Ezeket azonban a döntéshozói szintek eddig hivatalosan és a deklaráció szintjén még nem fogadták el.

ELTÉRŐ IGÉNYEK, ELTÉRŐ HATÁSOK

Megoldatlan az utódlás nélkül megszűnő gyermekorvosi praxisok tulajdonosainak méltó végkielégítése. Ha ez így marad, jónéhány gyermekorvos kénytelen lesz praxisa vagyoni értékét elveszítve nyugállományba vonulni.

A születésszám csökkenése, az utánpótlás hiánya a házi gyermekorvosi és a háziorvosi rendszert különbözőképpen érintette. A háziorvosi rendszert jóval kevésbé sújtotta az utóbbi évtizedek demográfiai változása, mint a házi gyermekorvosi hálózatot. A házi gyermekorvosi rendszerben a születésszám nagymértékű csökkenése aránytalanságot idézett elő az ellátandó gyermekek száma és a hálózat 60-as években kialakult mérete között. A fővárosban és a nagyvárosokban emiatt praxisok válhatnak feleslegessé, amelyekben a gyermekorvos elárvult helyét nem feltétlenül kell új utóddal betölteni. A háziorvosi rendszerben ugyanakkor nincs aránytalanság az ellátandók és a praxisok száma között, ezért nincs megszüntethető praxis, tehát mindegyiknek utódlással történő továbbélése, a megüresedett praxisok adásvételének támogatása elsőrendű érdek maradt. Ezért érthető, ha a törvény a praxist megvásárló utódok pénzügyi támogatásával kívánja élénkíteni a piacot, támogatni a praxisok adásvételét. Ez a rendelkezés a fentiek miatt a háziorvosoktól eltérő módon érinti a házi gyermekorvosokat, a házi gyermekorvosi hálózatot. Erre a hálózatra megoldásként egy olyan önkéntesen és ütemezetten igénybe vehető, állami praxisalapból történő „végkielégítési csomagot" kellene összeállítani, amely egyszerre segítené a rendszer országos és helyi arányosítását, és a feleslegessé vagy eladhatatlanná váló praxisok nyugdíjba vonuló tulajdonosainak kárpótlását.

Nagy az egyesület felelőssége abban, hogy a felszínen és a mélyben zajló folyamatok, a helyi és az országos intézkedések közül – azok végső hatásait felmérve –, melyiket támogatja.