



JÁRÓBETEGELLÁTÁS, SZAKRENDELŐI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA

Alapvető állításunk, hogy a MOK nem rendelkezik azokkal a részletes információkkal, amelyek eldönthetik, hogy egy konkrét szakrendelő/szakrendelés az adott helyen megőrzendő, fejlesztendő, vagy éppen az igazságos hozzáférés és fenntarthatóság érdekében összevonandó, megszüntetendő. A MOK országos elnöksége a közép- és hosszú távú alapelveket, tendenciákat, dilemmákat tudja leírni. A címben szereplő “járóbetegellátás” nem elírás, mert az összzemosódó határok miatt általában a járóbetegellátásról is kell gondolkodni.

Azt az állításunkat, hogy a technológiai - szakmai és kulturális váltás miatt a hagyományos kórházi kapacitások egy részét erőforrás-koncentrációval fejleszteni kell, más részüket pedig járóbeteg szakellátási központokká kell alakítani, a jelenben is érvényesnek tekintjük. Új fogalomként használjuk az “átmeneti intézmények” kifejezést, ami egy olyan járóbeteg szakellátási központ, amely számos kórházi funkciót őriz meg, illetve vált ki, azaz ambuláns formában egynapos sebészetet, nappali kórházat és akár hotel (medmotel) részt is tartalmaz. (A medmotel egy olyan része az intézménynek, amelyik nem egészségügyi szolgáltatásként az egynapos sebészetre, nappali kórházba érkező betegek számára biztosít műtét előtt és után, illetve a kezeléssorozat alatt egészségügyi felügyelet nélküli elhelyezést.)

AZ ÚJRAGONDOLT JÁRÓBETEGELLÁTÁS

A járóbeteg szakellátás fogalma általában is értelmezési zavarokkal küzd, hiszen klasszikus mondást idézve: „Magyarországon az egészségügyi ellátás kétszintű, amely a következő három szintből áll”. Tehát a járóbeteg szakellátás sokak szemében önálló entitásként létezik, nem pedig a kórházi rendszerrel összzemosott szakellátásként. A világban egyik oldalról a klasszikus brit/angolszász modellben az alapellátás és a szakellátás között húzódik a határ, és ott a járóbeteg szakellátás egyértelműen a szakellátás része, ezzel ellentétben a német modell a járó- és fekvőbeteg ellátást különbözteti meg élesebben, és a járóbeteg ellátáson belül nem különít el ilyen konkrétan szakellátást és alapellátást. (A praxis tulajdonosként letelepedett szakorvos sok esetben egyúttal alapellátási feladatokat is ellát.)

Ennek a definíciós problémának egyik oka az, hogy általában is a járóbeteg szakellátás fokozatosan összzemosódik egyrészt a fekvőbeteg ellátással, másrészt az alapellátással. A fekvőbeteg ellátással való összzemosódás oka egyik oldalról a szervezet integráció (egy megye, egy kórház = egy ellátó rendszer), illetve a hagyományos kórházi kezelések (egynapos sebészet, nappali kórház), a szakrendelő intézetekbe való diffundálása, a másik oldalról, inkább csak célként jelenik meg a szakellátásoknak az alapellátásba való integrálása. (Erre Magyarországon tömeges gyakorlati példa még nincs.) De ez felel meg úgy a nemzetközi gyakorlatnak, mint a hazai szakpolitikai szándékoknak.

A kórház-rendelőintézeti integráció mellett számos érv felhozható, mint pl. a szakmai képzés, a továbbképzés jobb, a napi rutinba ágyazott biztosítása rotációval, illetve az

ellátási hiányok kompenzálása a nagyobb munkaerő pool segítségével. Ugyanakkor az elmúlt idő tapasztalata az, hogy miután az integrációt a vezető intézmény vezetője irányítja, ezért ez az integráció inkább elszív szakembert a járóbeteg szakellátástól, mint biztosít, azaz a saját működését tartja prioritásnak, nem a periférián levő szakrendelőket.

AZ ALAPVETŐ DILEMMA

A járóbeteg szakellátással kapcsolatban két, egyformán fontos és megalapozott, de ellentétes tendencia/igény fogalmazódik meg:

- az erőforrás koncentráció, a méretgazdaságosság, stb. miatt,
- a szakellátásoknak a lakosság közeli ellátásokba való integrálása.

Ez a két tendencia gyakorlatilag ellentétes, hiszen ha hatékonyabb működés miatt koncentrálódik a járóbeteg szakellátás, akkor az távolabb kerül a lakosoktól, ha viszont a lakossághoz közeli ellátásokat preferálják, oda integrálódnak a szakellátási funkciók, akkor az szétkeni az erőforrásokat, kockáztatja a gazdaságos üzemméretet és az egyenszilárdságú minőséget.

A MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

Ennek a problémának az egyik feloldási lehetősége a Telemedicina intenzívebb alkalmazása. A Telemedicina lehet az az eszköz, amely teljesíti a két (látszólag) ellentétes feltételt:

- megfelelő erőforrás koncentrációval és kihasználással, költséghatékonyan a megfelelő szakmai ellenőrzés és kontroll mellett minőségben működik,
- ugyanakkor a szolgáltatásai el tudnak érni az alapellátás széles körébe.

E tekintetben érdemes tanulmányozni, illetve erősíteni a Máltai Szeretetszolgálat ezzel kapcsolatos jól működő projektjét, ami a hátrányos helyzetű csoportok és területek ellátási hiányainak pótlását célozza, de maga a metodika alkalmas általában a szakellátási tudásnak az alapellátásba való integrálására.

A szakellátásnak az alapellátásba való integrációjának másik módja az, hogy szakorvosi tudásokat viszünk az alapellátásba. Ez jogilag ma is létezik, de méretgazdasági és egyéb okok miatt a gyakorlatban nem nagyon terjed. Ha egy házi orvos karbantartja a szakvizsgáját és teljesíteni a szakmára vonatkozó teljes minimumfeltételt, akkor végezhet szakorvosi tevékenységet, de:

- nem tisztázott, hogy miután ez nem alapellátási feladat, végezhető-e ez a házi orvosi rendelési időben annak terhére?
- nincs rendezve a finanszírozása, tehát a házi orvos ellenérdekelt ebben,
- az egy átlag praxisban előforduló szakorvosi esetszám olyan alacsony, amire nem lehet gazdaságosan minimumfeltételeket, teljes körű továbbképzéseket stb. fenntartani.

E miatt egyrészt a praxisok koncentrációját, együttműködését, a praxisközösség, majd a valódi (alapszintű szakorvosi feladatokat is integráló) csoportpraxis jellegű működést tartjuk perspektívikusnak, másrészt, mint ahogy azt többször leírtuk, a szakvizsgák karbantartásának ösztönzése helyett licensz vizsgákat kellene támogatni, hiszen az alapellátásban nem egy szakma teljes spektrumát célszerű/szabad nyújtani, hanem annak rutinellátásait, és ez a képesség sok esetben licensz vizsgával is megszerezhető. Ennek a karbantartása, minimumfeltételének biztosítása sokkal olcsóbb.

Mindemellett szükséges a járóbetegellátó centrumok technológiai megerősítése.

ÖSSZEGZÉS

A járóbeteg szakellátás - mint általában az egészségügyi rendszerek- átalakulóban van, és a fő tendenciák:

- a járóbetegellátás (nem csak szakellátás) megerősödése, a tevékenység tömegnek az aktív kórházi ellátásból a járóbetegellátás felé tolódása,
- a hagyományos határok elmosódása az egyes szintek között,
- az IKT eszközök, kiemelten a telemedicina kiterjedt alkalmazása, úgy az ellátók közötti kommunikációban, mint a beteg oldalról.

Bár a felvázolt jövőkép akár egy tiszta és logikus rendszer, de itt is megjegyezzük, hogy a jelen A helyzetből nem lehet egy homogén B helyzetbe egy lépésben átmenni, mert a korszerű és valós jövőkép egy sokkal árnyaltabb, többszektörű, a helyi igényekhez és lehetőségekhez jobban alkalmazkodó ellátórendszer, amelyben párhuzamos megoldások tudnak élni egymás mellett, közös szabályozás és felügyelet alatt.

2023. szeptember 29.



Magyar Orvosi Kamara
Dr. Kincses Gyula s.k.
Elnök