

Égészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013-2020) működésének tapasztalatai alapján

Structural change supporting primary care service improvement programs based on the outcomes of primary care practice cluster model programs (2013-2020)

Dr. Dózsa Katalin Mária^{1,2}, Mezei Fruzsina¹, Kalmár István³,

Dr. Sinkó Eszter¹, Dr. Joó Tamás¹

¹ Semmelweis Egyetem EKK EMK Budapest, ² Háziiorvosi rendelő Páty,

³ Semmelweis Egyetem EKK DEI Budapest

Magyarország egészségügyi rendszere kórházközpontú, az alap-, és járóbeteg-szakellátás megerősítésre szorul. A lakosság idősödésével, a működő háziiorvosi szolgálatok számának csökkenésével, a helyettesítéssel ellátott körzetek szaporodásával, a pandémia és a digitális orvos-technológiai fejlődés hatására is folyamatosan szaporodnak a háziiorvosok feladatai. A háziiorvosi ellátással szemben támasztott igények és szükségletek túlnöttek a hagyományos, egy orvos és egy nővér praxisok keretein. Az elmúlt évtizedben robusztus praxisközösségi fejlesztések valósultak meg részben svájci, részben uniós, részben hazai források felhasználásával. 2021 januárjától a hagyományos háziiorvosi szolgálatok praxisközösségekbe tömörülhetnek, és az uniós fejlesztéseket apránként felváltja az állami fenntartású intézkedések sora. A cikk célja, hogy a fejlesztési programok fő tanulságait bemutassa, ezáltal a magyar egészségügy sikeres struktúraváltását, a háziiorvosi alapellátás teljesítőképességének kiszélesítését orvosszakmai szempontok alapján támogassa. A közlemény a háziiorvosi praxisközösségi fejlesztések sorában népegészségügyi fókuszú és a klinikai szemléletű programokat különböztet meg, bemutatva azok fő erősségeit és gyengeségeit. A pozitív és a negatív tanulságok ismerete kiemelt jelentőségű akkor, amikor a háziiorvosi ellátás további fejlesztése már állami keretek között valósul meg. Az orvosszakmai szempontból eredményes, hatékony és fenntartható programelemek megőrzése szolgálhatja a háziiorvosi ellátó rendszer preventív és definitív ellátási szerepének betöltését. Az európai viszonylatban magas arányú hazai korai halálozás (mind 75 éves életkor alatt, mind pedig aktív életkorban, vagyis 65 éves kor alatt) az alapellátás, és azon belül a háziiorvosi ellátás szakmai, szervezeti megerősítésével változhat meg. A jelenlegi praxisközösségekben résztvevő praxisok személyi és tárgyi működési feltételei, hatáskörei egyelőre változatlanok. A bemutatott fejlesztési programok alapot szolgáltattak a sikeres szolgáltatás fejlesztéshez az új háziiorvosi ellátás hatáskörök (szolgáltatási portfólió), praxisközösségi team szakmai kompetenciák, infrastruktúra feltételek, alapellátási törvény (ld. 2015. évi CXXIII. tv.)

végrehajtási rendelet tervezetek, valamint finanszírozási ösztönző rendszer javaslatának kidolgozásával. A közlemény kitér a praxisközösségek eddig megvalósult legfontosabb állami intézkedésére, a 2021-től érvénybe lépett 53/2021. (II. 9.) Korm. rendeletre is. A kormányrendelettel bevezetett bérkiegészítési rendszer függ a praxisközösségi szervezeti csatlakozás tényétől, módjától, a vonatkozó útmutatója meghatároz teljesítendő tevékenységeket és elszámolható pontszámokat, ugyanakkor bázisfinanszírozási elemként funkcionál. Fontos, hogy a további fejlesztési lépések következetesen a magyarok ellátási szükségleteihez igazodva, a korszerű alapellátás technológiai lehetőségeinek megfelelő, bizonyíték-alapú, minőségi teljesítmény irányában hassanak. A közlemény előbbieket megvalósulása érdekében mutat iránymutatást a megvalósult fejlesztési programok tapasztalatai alapján, tekintettel a 2021-től bevezetett béremelésre is.

Hungarian healthcare system is hospital centred, the primary and the specialized outpatient care segments of the system deserve enforcement. The eldering of the Hungarian population, the continuous increase of empty GP-practices, the rapidly expanding medical digital technological solutions and the extra work-load consequences of COVID-19 pandemic underline that the single-practice model is obsolete. Powerful arrangements for GP practices to work collaboratively as clusters were implemented in Hungary, using partly Swiss, partly EU and partly national funds resources. From January 2021, Hungarian GPs can work collaboratively as clusters, while EU development projects are increasingly replaced by a series of state-maintained measures. The aim of the article is to support the successful structural change of Hungarian healthcare in the field of primary care, aid the development of primary health care and present the main lessons of past development programs. Among the range of GP cluster development programs, the article distinguishes between public health-focused and clinically-oriented programs, outlining their main strengths and weaknesses. Preserving elements of programmes that are effective,

efficient and sustainable from a medical point of view will serve to ensure that the primary care system fulfils its preventive and definitive role in health care.

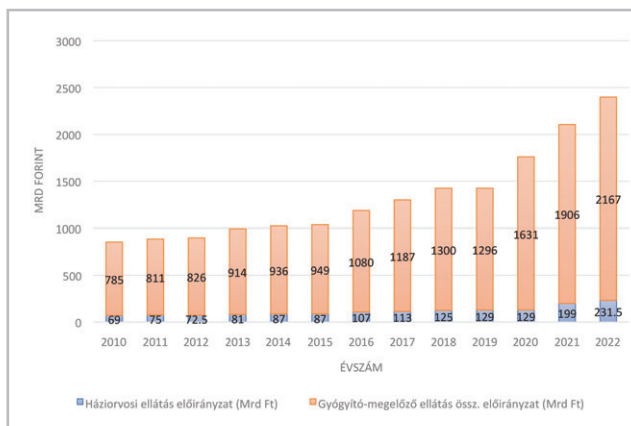
The high rate of premature mortality (both under 75 years of age and in active age, i.e. under 65 years) by European standards can be improved by strengthening the professional and organisational structure of primary care, including general practice. The human workforce and technical equipment conditions of the GP cluster forming GP practices have not changed yet. The development programmes described have provided ample basis for successful improvements in terms of new GP care competences (service portfolio), community practice team professional competences, infrastructural conditions, the Primary Care Act (see CXXIII./2015. Law.) and proposals for a financial incentive scheme. The article also covers the primary state measure implemented for group practices that came into force in 2021; the wage increases for general practitioners and practice nurses (see Government Decree No. 53/2021). The introduced wage supplement scheme distinguishes by type and way of establishing a GP community practice and its respective guidelines define the activities to be performed and the points to be accounted for, while functioning as a basic funding element. In terms of incentives, an increase in the fees for indicators defined by professional consensus is needed, to encourage screening and care for hypertension, lung disease, diabetes and oncology, which are part of the mass screening programme. In addition, the phased introduction of performance fees for modern, inexpensive and justified instrumental tests (e.g. ABPM, calibrated tuning fork test, ankle-arm index measurement, POCT HbA1C, CRP, lipid, INR small laboratory tests, etc.) and telemedicine care, the involvement of advanced-practice nurses in evidence-based and regular screening and chronic-care of the population is a priority.

It is important, that future development steps are consistently aligned with the care needs of the Hungarian population and follow evidence. The article outlines the way towards achieving an evidence-based, quality performance in line with technological capabilities of modern primary care, based on the learnings of the development programmes implemented.

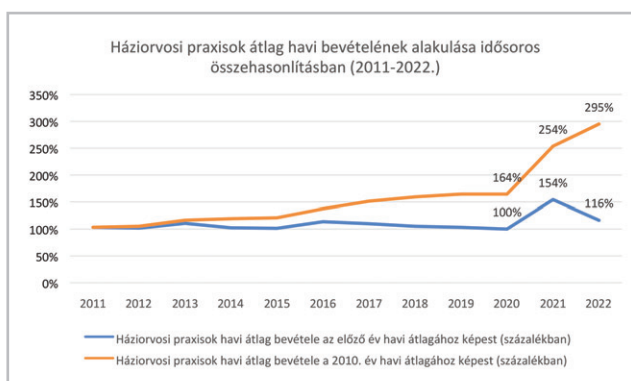
BEVEZETÉS

A magyar háziorvosi ellátás tekintélyes forrásbővítésben részesült 2014 óta, különösen 2021. januártól, lásd 1. és 2. ábra.

A 2010-es években a háziorvosi praxisok alulfinanszírozottsága fenyegető üresedéssel járt együtt, ezáltal az ellátás biztonság megingása reális veszélyként jelentkezett. A 2014 után megkezdődött, növekvő ütemű forrásbővítés mellett meghatározó jogalkotási lépések történtek (2015. évi CXXIII.



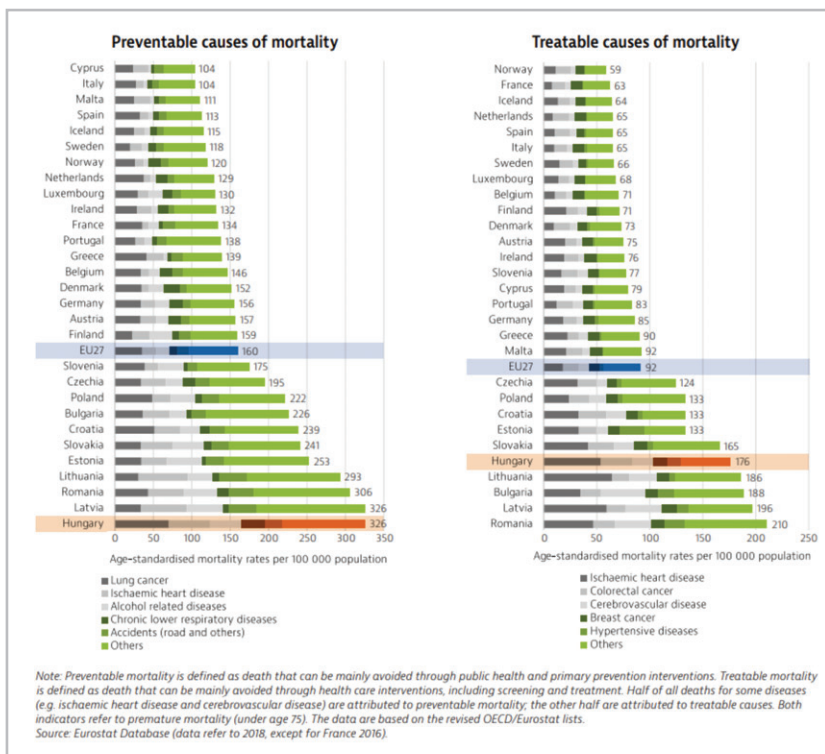
1. ábra
Háziorvosi előirányzat alakulása 2010-2022. 43/1999. Kormányrendelet aktualizált előirányzatai szerint



2. ábra
Háziorvosi praxisok átlag havi bevételeinek alakulása idősoros összehasonlításban (2011-2022., 43/1999. Kormányrendelet aktualizált előirányzatai és a NEAK háziorvosi statisztikai adatai szerint)

tv. alapellátási törvény, a praxiközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet), praxisközösségi és módszertani fejlesztések is megvalósultak az SH8/1 Svájci-Magyar Alapellátásfejlesztési Modellprogram (továbbiakban svájci-magyar modellprogram) keretében [1, 2], az EFOP 1.8.0 módszertani program (ld. EFOP 1.8.0-VEKOP 17.-2017-0001 B alprogram), az EFOP-VEKOP praxisközösségi program (ld. EFOP 1.8.2.-VEKOP-7.2.3.-17), valamint a „Három generációval az egészségért” kormányzati programok ideje alatt. Az említettek mellett egyéb értékes módszertani (pl. TÁMOP 625/B), illetve a leghátrányosabb helyzetű településeket érintő alapellátás fejlesztési programok is megvalósultak (a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és az OKFŐ részvételével).

Időszerű a kérdés, hogy várható-e mindentől a háziorvosi ellátás teljesítőképességének növekedése, kivált a hátrányos helyzetű területeken legalább dupla idejű hozzáférés biztosítása, a népegészségügyi szempontok mellett egységes klinikai irányelvek érvényesülése, a jelenkor tudása szerint szakmailag indokolatlan szakorvosi beutalások megszüntése, következményesen pedig a magyar lakosság egészségmutatóinak, ellátási adatainak [3, 4] és elégedettségének jelentős javulása. A hazánkról rendszeresen megjelenő ország jelentés (State of Health in the EU Hungary Country Health Profile) rámutat a hazai lakosság egészségmutatóira



3. ábra

Az életmóddal és az egészségügyi ellátás teljesítő képességével összefüggő elkerülhető halálozás EU-28 országokra vonatkozó összehasonlító ábrája (eredeti ábra, forrás: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies: State of Health in the EU Hungary Country Health Profile 2021.)

és egészségügyi ellátásának beavatkozási pontjaira, javaslva a lakossági primer prevenció erősítésén keresztül az életmód rizikók (alkohol abúzus, dohányzás, elhízás) csökkentését, és az ellátórendszer teljesítőképességének növekedése érdekében a háziorvosi alapellátás szűrő, krónikus beteg-gondozási kapacitásának megerősítését, jól szervezett működési feltételeinek kialakítását [5, 6].

CÉLKITŰZÉS

A 2010 után lezajlott (svájci-magyar, uniós és három generációs) praxisközösségi fejlesztések projektjelleggel valósultak meg, összesen több mint 1100 háziorvosi praxis részvételével. A pozitív szakmai eredmények országos bevezetése és fenntartása aktuális és égető kérdés. Míg a fejlesztési programok megengedték a kísérleti jellegű szakmai-szervezési megoldásokat, addig közfinanszírozott ellátás keretében országosan erre nincs lehetőség. Jelen közlemény célja, hogy átfogó (pozitívumokat, negatívumokat felsoroló) értékelést adjon az eddig megvalósult fejlesztések és intézkedések főbb tanulságairól és az evidencia alapú, közfinanszírozott szolgáltatás fejlesztés irányait a háziorvosi rendszerre vonatkozóan – orvosszakmai szempontok szerint – összefoglalja a korszerű ellátással elkerülhető korai halálozás mértékének csökkentése, a háziorvosi ellátás bizonyítékokon alapuló további fejlesztése és megerősítése érdekében.

A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELLPROGRAMOK TANULSÁGAINAK BEMUTATÁSA

A népegészségügyi fókuszú praxisközösségi modellprogramok fő tapasztalatai: erősségek, gyengeségek, megfontolások a jövőre nézve

A 2012-2020 között megvalósult svájci-magyar és EFOP-VEKOP praxisközösségi modellprogramok népegészségügyi fókuszot vittek az ellátásba. A hangsúly a lakosság magas arányban megvalósítandó egészségi állapot felmérésén (tömeges szűrésén), a közösségeknek nyújtandó primer prevenció rendezvények és foglalkozások megvalósításán, valamint egyéni és csoportos dietetikai-, gyógytorna-, és egészségügyi szakpszichológiai foglalkozások (együttesen a továbbiakban: szakdolgozói többlétszolgáltatások) nyújtásán volt. Mindezen többlétszolgáltatásokat a háziorvosi praxisokkal partneri együttműködésben, a praxisok lakossági mozgósítási erejére és a háziorvosok aktív szakmai részvételére támaszkodva valósította meg a két nagy modellprogram. A svájci-magyar modellprogram 4 praxisközösség (24 háziorvosi körzet) részvételével 2012-2017-ig, az EFOP-VEKOP modellprogram 51 praxisközösség (357 praxis) részvételével 2017-2021-ig működött. A svájci-magyar modellprogram Észak-kelet Magyarország hátrányos helyzetű, romák által sűrűbben lakott településeire és az ott élők egészségfejlesztésére, szűrésére koncentrált, az EFOP-VEKOP program országosan valósult meg. Az EFOP-VEKOP program szak-

mai módszertani felügyeletét külön uniós program – a már hivatkozott – EFOP 1.8.0. B módszertani program valósította meg. Emellett külön kiemelendő a háziorvosi indikátorok követése és fejlesztése, amely mindkét programban érvényesült, a svájci-magyar modellprogramban a praxisközösségi vezetőikkel rendszeres szakmai műhelymunka is lezajlott.

A népegészségügyi praxisközösségi modellprogramokban nyújtott szűrések kiemelten célozták a magasveszélyes, az emelkedett éhomi glükóz, az emelkedett diabétes rizikó (FINDRISC szerint), az emelkedett depresszió rizikó (rövidített Beck-score szerint), a hypercholesterinaemia, a hypertrigliceridaemia, a krónikus mozgásszervi betegségek, a dohányzás, az alkohol probléma és a krónikus vesebetegség szűrését. Mindkét programban jelentős népegészségügyi adatgyűjtés és értékelés valósult meg a programokba bevont lakossági egészségi állapot felmérés adatai alapján. A programok a fizikális paraméterek mellett az egészségi állapot felmérés részeként – a teljesség igényével – tartalmazták az egyéni és családi anamnézis felvételét, a korábbi műtéti beavatkozások, ismert betegségek, terápiák, életmód adatok és szociális körülmény adatok rögzítését. Az egészségi állapot felmérést a projektek a praxisokban plusz időráfordítással tudták sikeresen végrehajtani. Célzott többletmunkaerő foglalkoztatására is lehetőség volt a megszabott keretek között. A szűrések és a közösségi primer prevenciók programok során kiemelt hangsúlyt szántak a programok alkotói a rendszeres nőgyógyászati-, tüdő- és vastagbélrák-szűrésekre történő mozgósításra, dohányzásleszokás támogatásra, egészségnevelési közösségi programokra való mozgósításra. A szakdolgozói többletszolgáltatások programszerűen, egyéni és csoportos formában heti rendszerességgel váltak elérhetővé a várandósok, óvodások, iskolás korúak, aktív korúak és idősek számára is. A szakdolgozói többletszolgáltatásokkal a leggyakoribb életmódkockázatok (pl. elhízás, dohányzás, hanyagtartás), egyes esetekben betegek szakdolgozói gondozását (pl. cukorbetegség, vesebetegség, lumbago panasszal élők, depressziós betegek) célozták meg. A rendszeres szakdolgozói szolgáltatási portfólió kialakításában is aktívan vettek részt a praxisközösségek háziorvosai (az EFOP-VEKOP programban erőteljesebb önállósággal). A szakdolgozói többletszolgáltatások által biztosított foglalkozásokra az egységes módszertannal végrehajtott szűrések eredménye alapján irányították a pácienseket a háziorvos indikációja vagy egyetértése alapján. A szűrési módszertant a svájci-magyar modellprogram, majd az annak alapján létrehozott EFOP 1.8.0. módszertani központ adta. Mindkét népegészségügyi modellprogram esetén a lakosság elégedettsége kiemelkedő volt a szakdolgozói többletszolgáltatások vonatkozásában.

A hiánypótló gyógytorna, dietetikai és szakpszichológiai ellátás lakóhely közelében való elérhetősége kulcsfontosságúnak bizonyult és nagy népszerűséggel bírt [7, 2]. A szakdolgozói többletszolgáltatásokat előzetes járóbeteg szakorvosi beutalás nélkül, hónapokig tartó procedúra helyett pár héten belül, szélesebb indikációval, több korosztály számára, indokolt esetekben egyénileg, a saját településen (többség-

ben községekben) lehetett igénybe venni, amely egyéni sorokat volt képes pozitívan megváltoztatni. Ez utóbbiakról a szakdolgozók esetismertetésekét gyűjtötték, és a projektekben beszámolókat tartottak. Példaként említhető a gerincservet betegek egyéni gyógytornája, a sokszor szinte immobilis, krónikus degeneratív mozgásszervi betegek rendszeres, csoportos gyógytorna lehetősége helyben, vagy az onkológiai betegek és családjuk dietetikai tanácsadása is (immobilitás esetén a beteg otthonában).

A szakdolgozói többletszolgáltatások forrásigénye és fenntarthatósága egészségpolitikai szempontból támogatandónak bizonyult, ahogy az a svájci-magyar modellprogram záróértékelésében is szerepel [1], ugyanakkor az EFOP-VEKOP módszertani program szakértői friss, még részletesebb, modellszámítással alátámasztott finanszírozási javaslatcsomagot készítettek elő az egészségpolitika számára 2020-ban, amely azonban jelentős szakpolitikai HR fejlesztést igénylő szolgáltatásokkal is számol. A 2017-es értékelések alapján országosan már 35 milliárd forintból meg lehetett volna valósítani egy többletszolgáltatásokat nyújtó modell bevezetését, míg a 2020-as továbbfejlesztésben ennél messzebbre mentünk, és a fejkvóta átkalibrálástól kezdve a háziorvos napi tevékenységének újraszűrésével bezárólag 70 milliárdos többletköltséget azonosítottunk. 2022-re ennek az összegnek durván a kétszeresével emelte meg a praxisbevételeket a társadalombiztosítás, anélkül, hogy ösztönző jelent volna meg a betegeknek nyújtandó többletszolgáltatások elvégzésére.

A praxisközösségek háziorvosai a többletszolgáltatások fenntartásáért kampányoltak, ezekből egy-egy önkormányzat felvállalt fenntartási feladatot (pl. csoportos gyógytorna biztosítását), de rendszerszintű fenntartás mindmáig nem valósult meg, nem is indult el. Az EFOP-VEKOP program után előfordult, hogy a konzorciumot vezető önkormányzat a praxisközösségi programban beszerzett orvosi eszközöket utólag elvonta a háziorvosi körzetektől. Az EFOP-VEKOP program folytatásának elmaradásával veszteségként említendő az ott megkezdett lakóhelyközeli szakorvosi konzílium elérhetőségének biztosítása is, amely a szakdolgozói szolgáltatások mellett szintén népszerű volt mind a lakosság, mind a háziorvosok körében (pl. szemészet, reumatológia, diabétesz szakrendelés biztosítása helyben). A szakorvosi konzíliumhoz való hozzáférés növelésének létjogosultságát az EFOP-VEKOP programmal párhuzamosan megvalósított „Három generációval az egészségért” program is alátámasztotta.

A népegészségügyi fókuszú programok lezárásával nagy veszteség még a hiánypótló (jelenleg Magyarországon egységesen nem működő) közösségi primer prevenciók programok megszűnése is, amelyeket a népegészségügyi koordinátorok szerveztek, és amelyeknek köszönhetően óvodákban, iskolákban és munkahelyeken is megvalósultak rendszeres egészségfejlesztő foglalkozások a helyi védőnők, gyógytornászok, dietetikusok, szakpszichológusok aktív részvételével. Ezek a foglalkozások korosztályonként célzott problémaköröket dolgoztak fel a személyi higiéniától, a táp-

lálkozósi problémákon át a hanyag tartás problémáig, beleértve a legfontosabb egészségkockázatokat is (dohányzás, drog, alkohol, nemi úton terjedő betegségek). A programokat a helyi szakmai igényekhez igazító és lebonyolító, BSc, MSc végzettségű népegészségügyi szakemberek megmutatták, hogy jól tudnak együttműködni a háziorvosokkal és egyéb egészségügyi szakemberekkel, megbízható szervező egészségügyi szakemberekkel, megbízható szervező egészségügyi szakemberekkel, megismeretekkel, információkkal, népegészségügyi prevenció ismeretekkel, informatikai és statisztikai kompetenciákkal rendelkeznek. Tevékenységük egy önálló, Magyarországon hiánypótló, népegészségügyi primer prevenció közösségi ellátórendszerben, az egészségfejlesztési irodákkal (EFI) karöltve, illetve nagyobb méretű praxisközösségek koordinatív-adminisztratív felelőségeként indokolt lenne. Szerepük a romák népegészségügyi mozgósításában, megszólításában külön kiemelandő. Minderről részletesen számol be a svájci-magyar modellprogram Záró Értékelése [1].

A háziorvosi indikátorok szignifikáns javulását is sikerült teljesíteni a svájci-magyar modellprogramban (EFOP-VEKOP praxisközösségek esetén a szakmai műhelymunkát a COVID-19 pandémia miatt nem lehetett befejezni).

A háziorvosi krónikus beteg gondozás eredményességének mérése érdekében alkalmazott hatásmérő mutatókkal a stroke és az infarktus esetében is javulást lehetett detektálni, amely a stroke esetében (a svájci-magyar modellprogram ideje alatt) az utolsó megfigyelt évben (2015Q2-2016Q1) 24%-os relatív kockázatcsökkentést mért NEAK adatok alapján az első megfigyelt évhez (2012Q3-2013Q2) képest (90%-os konfidencia intervallum: 10%-38%), míg az akut miokardiális infarktus esetében 29%-os volt a javulás mértéke a kiindulási időponthoz képest (90%-os konfidencia intervallum: 2%-57%) aktív kórházi ellátási (AMI és stroke prevalencia) adatok alapján. A jelentős javulás orvosszakmai szempontból részben annak tudható be, hogy a praxisközösségek tevékenysége kontroll mentén zajlott, folyamatos összehasonlítás alakult ki a háziorvosi indikátorok és célcélokra gondozás vonatkozásában, így a már ismert betegek többszöri berendeléssel nagyobb figyelmet kaptak mind a prognosztikus paraméterek alakulása, mind a trombocita-aggregáció gátló szerek rendszeres szedése, mind pedig a korszerű ható-

anyag-összetételű, kombinált antihipertenzív kezelés vonatkozásában. Az összefüggés igazolása további vizsgálatot tesz szükségessé [1].

A teljesítményjelentési és elszámolási rendszer feltételei és bonyolultsága az uniós program legnagyobb gyengeségének bizonyult. Az EFOP 1.8.0. módszertani központ 2019-től kiemelt feladatként kezelte a praxisközösségek támogatását uniós jelentési kötelezettségeik szabályos teljesítésében, ezáltal likviditási gondjaik megszüntetésében. Ehhez az irányító hatóságokkal (EMMI és PM) szakmailag egyeztetett útmutatót adott ki 2019 nyarán, és folyamatos konzultációt biztosított a jelentés teljesítési elmaradással és közbeszerzési problémákkal küzdő praxisközösségek számára. A szakmai munka támogatására a központ online kommunikációs felületet alakított ki, amelyen keresztül a módszertani szakmai anyagok elérhetővé váltak valamennyi praxis számára, illetve ahol kérdéseket tehetnek fel a központ munkatársai számára. Itt követhették 2019 végétől összehasonlító grafikus felületen a háziorvosi indikátorai alakulását az országos mezőnyhöz és a többi praxisközösséghez viszonyítva, vagyis kezdetét vette egy praxisközösségi minőségügyi benchmark rendszer is. A központ célja az volt, hogy a vezető háziorvosokat szakmailag is segítse abban, hogy szűrési, oltási, beteg-gondozási mutatók szignifikánsan javuljanak. Az összehasonlítás ösztönző hatásának kiteljesedését a COVID-19 pandémia megjelenése akadályozta meg. A módszertani központ által – a pandémiáig – szervezett szakmai egyeztető fórumok aktív, 70-80%-os praxisközösségi részvétellel valósultak meg. A siker kulcsa a praxisközösségek aktív szakmai partnerségének kialakítása volt. Itt a praxisközösségek vezetői nemcsak tájékoztatást kaptak a szakmai előrehaladásról, további lépésekről, hanem személyes konzultációban résztültek, és egymással is megosztották tapasztalataikat.

A módszertani központ szakmai módszertani tevékenységének sikerét mutatják azok az egyetemi oktatásba bekerült tankönyvek, amelyek a háziorvosi, a háziorvosi mentorképzési és szakdolgozói (védőnői, ápolástani) szakképzés részévé váltak az orvostudományi egyetemeken. A módszertani központ kifejezett erősségévé vált a 4 egyetem szakmai műhelymunkájának összehangolása, a kollegiális kapcsolatok erősítése.

Az EFOP-VEKOP praxisközösségeket támogató EFOP 1.8.0. módszertani központ program a hiánypótló háziorvosi és szakdolgozói többlétszolgáltatások finanszírozásának fejlesztési javaslatcsomagja mellett a háziorvosi rendelők infrastruktúra háttérét is felmérte és annak fejlesztésére is javaslatot dolgozott ki, különös tekintettel a háziorvosi rendelőkben végzendő eszközös, műszeres vizsgálatokra (ABPM, kalibrált hangvilla vizsgálat, boka-kar index mérés, POCT HbA1C, CRP, lipid, INR kislabor vizsgálatok, stb.). A központ széleskörű szakmai egyeztetések eredményeként 2020-ban praxisközösségi kormányrendelet tervezetét is kidolgozott, amelyben a 2021-ben megjelent (53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet) kormányrendelettel szemben a béremelés helyett a szakmai kompetencia és a szervezeti működési fókusz domináns. Remélhetőleg ezek nem merülnek feledésbe a további alapellátás fejlesztés során.

	Modellprogram	Kontroll
	Stroke	
KI (első év)	0.45% (0.40% – 0.50%)	0.35% (0.33% – 0.37%)
KI (utolsó év)	0.34% (0.29% – 0.39%)	0.33% (0.31% – 0.37%)
Változás	- (-0.18% – -)	- (-0.05% – -)
Relatív KockázatCsökkenés Különbség (RKCS)	0.11% (0.04%)	0.02% (0.01%)
	24.1% (9.9% – 38.3%)	6.1% (-1.7% – 13.9%)
	AMI	
KI (első év)	0.13% (0.10% – 0.16%)	0.11% (0.10% – 0.12%)
KI (utolsó év)	0.09% (0.07% – 0.11%)	0.12% (0.11% – 0.13%)
Változás	- (-0.08% – 0.00%)	0.01% (0.00% – 0.03%)
Relatív KockázatCsökkenés Különbség (RKCS)	0.04%	- (-22.6% – -)
	29.5% (2.4% – 56.6%)	11.9% (1.1%)
	18.0% (1.8% – 34.2%)	41.4% (12.4% – 70.4%)

1. táblázat

Stroke és AMI kockázatbecslési eredmények kumulatív incidencia számítás alapján (zárójelben a 90%-os konfidencia intervallumok). (forrás [1])

A program nemzetközi és hazai klinikai irányelvek alapján sikerrel dolgozta ki előbb hat, nagy népegészségügyi terhet jelentő krónikus betegség (cukorbetegség, hipertónia, COPD, depresszió, mozgásszervi és daganatos betegségek) beteg-gondozási programját, azok akkreditált posztgraduális képzési programjait, majd a tapasztalatokra építve a legfontosabb népbetegségek szűrésére és gondozására vonatkozó, megújított háziiorvosi hatásköri listákat és az azokhoz illeszkedő kormányrendelet tervezetet. (lásd 3. táblázatban). Az új hatásköri listákat a MOTESZ – téma szerint illetékes – tudományos szakmai társaságaival, a Magyar Orvosi Kamara képviselőivel, a Házi Orvosok Online Szervezete vezetőivel, a Házi Gyermekorvosok Egyesületével, a Családorvos Kutatók Országos Szervezetével, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületével, és több országos intézet vezető munkatársaival, valamint és a praxisközösségi társszakmákat képviselő szakmai szervezetekkel, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával, egyetemi tanszéki vezetőkkel egyeztetették a program szakmai szakértői, lásd a 2. táblázatban. A módszertani központ és a szakmai műhelymunka sikerének kulcsa a praxisközösségekkel és az érintett szakmai szereplőkkel kialakított, széleskörű konszenzus volt.

ORVOS-SZAKMAI KÉPVISELETEK	Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Szakmai Kollégium - Házirosvostan Tagozat és Tanács	Országos Onkológiai Intézet
Gyermek alapelállítás (házi gyermekrosvostan, ifjúsági és iskolarosvostan) tagozat	Megelőző orvostan és népegészségügy, kórházi higiénia tagozat
Házi Gyermekorvosok Egyesülete	Magyar Orvosi Kamara
Családorvos Kutatók Országos Szervezete	Országos Mentőszolgálat
Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete	Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
Magyar Diabetes Társaság	Házirosvok Online Szervezete
Magyar Életmód Orvostani Társaság	SAKADOLGOZÓI ÉS EGYÉB SAKÉRTŐI KÉPVISELETEK
Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Magyar Gasztroenterológiai Társaság	Magyar Védőnők Egyesülete
Magyar Hypertonia Társaság	Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) tanács
Magyar Kardiológusok Társasága	Mozgásterápia és fizioterápia (szakdolgozói) tagozat és tanács
Magyar Onkológusok Társasága	Klinikai szakpszichológiai és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus tagozat
Magyar Pszichiátriai Társaság	Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozói) tanács
Magyar Reumatológusok Egyesülete	Szakmai Kollégium - Menedzsment, egészséggazdaságtan és egészségügyi informatika tagozata
Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság	Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület

2. táblázat

Az EFOP 1.8.0.-VEKOP 17-2017-00001/B Alprojekt által kidolgozott háziiorvosi hatásköri listák egyeztetésében részt vett szakmai képviselők, tudományos szakmai szervezetek

Az új hatásköri listákat kilenc felnőttkori népegészségügyi terhet jelentő betegcsoport és hat gyermekgyógyászati betegcsoport vonatkozásában sikerült orvosi-szakdolgozói szakmai konszenzusra elvinni, lásd 3. táblázat. A hatásköri listák kidolgozása során bebizonyosodott, hogy az alap- és a szakellátás képviselői között a munkamegosztás vonatkozásában, a szükséges humán erőforrás és kompetencia szint vonatkozásában és a technológiai feltételek vonatkozásában is konszenzus alakítható ki. A konszenzusra részét képezte a sürgősségi esetek ellátása, amelyben az Országos Mentőszolgálat Orvosszakmai Osztálya volt a projekt szak-

mai egyeztető partnere. A hatásköri listák tartalmazzák a kompetencia-, eszköz-, finanszírozási és technológiai igényt, ezáltal bizonyítékokon alapuló fejlesztési útmutatóként használhatók a praxisok további fejlesztéséhez.

FELNŐTTEK ELLÁTÁSÁNAK ÚJ HATÁSKÖRI LISTÁI
COPD és dohányzó betegek ellátása
Diabetes betegek ellátása
Daganatos betegek ellátása
Gasztroenterológiai betegek ellátása
Hipertónia betegek ellátása
Krónikus koronária szindrómás betegek ellátása
Pitvarfibrilláló betegek ellátása
Mentális betegek ellátása: hangulatzavarok szűrése, diagnosztikája, gondozása
Mozgásszervi betegek ellátása: csonttrikulázis és arthrosis szűrése, diagnosztikája, gondozása
GYERMEKEK ELLÁTÁSÁNAK HATÁSKÖRI LISTÁI
Anyagcsere és endokrin zavarok ellátása a gyermekalpellátásban
Daganatos megbetegedések ellátása a gyermekalpellátásban
Az emésztőrendszer megbetegedéseinek ellátása a gyermekalpellátásban
Hipertónia ellátása a gyermekalpellátásban
Magatartási és Mentális zavarok ellátása a gyermekalpellátásban
Mozgásszervi megbetegedések ellátása a gyermekalpellátásban

3. táblázat

Konszenzusra vitt háziiorvosi hatásköri listák

A közös munka az integrált, korszerű alap- és járóbeteg-ellátás megalapozását szolgálta. A folyamatnak azonban véget vetett a 2020-ban indult COVID-19 pandémia, így a program záró konferenciák és megfelelő szakmai, társadalmi kommunikációs lehetőségek, államigazgatási egyeztetés nélkül zárult. A program forrásait az NNK a járvány elleni védekezésre csoportosította át.

A népegészségügyi fókuszú programok kockázata, negatív tapasztalatai

A praxisközösségi modellprogramok fő kockázatát azok adminisztratív többletterhei jelentették. Mind a svájci fél, mind az EU-s támogatások felhasználásáért felelős Irányító Hatóság akkora adminisztrációt rótt a program végrehajtóra, sőt (a lakossági elégedettség és részvételek felmérése miatt), esetenként a lakosságra is, amely visszavetette a résztvevők motivációját. Az adminisztráció, a kötött foglalkoztatási forma lehetőségek, adózási és gazdálkodási kérdések többször jelentett veszélyt a programok megvalósíthatóságára. További jelentős akadályt okozott, hogy a programok megvalósítása idején még nem volt érvényes szabályozás a praxisközösségekre vonatkozóan, ezáltal pl. azok egészségügyi tevékenységének engedélyezése is problémásnak bizonyult. Az innovatív alapellátás-fejlesztési programok tehát védő jogszabályi környezetet igényelnek.

A népegészségügyi fókuszú programok hátrányának mondható, hogy a praxisközösségi projekt feladatokat hagyományos működési feltételek mellett (1 orvossal és 1 ápolóval) korlátozott területű rendelői helyiségben dolgozó praxisok

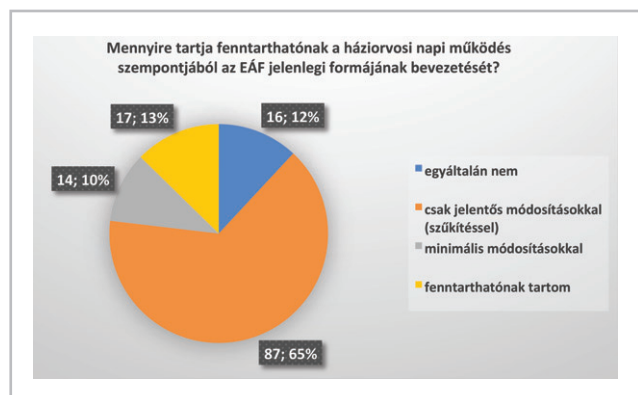
részvételével kellett megvalósítani. Ezáltal a legtöbb új szolgáltatás hely hiányában kiszorult a hagyományos rendelők-ből, ugyanakkor nem volt integrált informatikai háttér és közvetlen fizikai kapcsolat a szolgáltatók és az őket segítő, új (pl. szűréseket végző) szakemberek között. A svájci-magyar modellprogram magas betegforgalmat bonyolító praxisok részvételével valósult meg, amelyek többletterhelést már nehezen tudtak kezelni. Utóbbival is összefüggésbe hozható a svájci-magyar modellprogram magas pozitív szűrési eredményeit követő alacsony arányú krónikus beteg-gondozási arány. A többletszolgáltatásokra irányított krónikus betegek ugyan (diagnóztól függően) magas aránnyal (60-80%) vettek részt a szakdolgozói csoportos és egyéni foglalkozásokon, ugyanakkor (reprezentatív lakossági kérdőívvel felméréssel igazoltan) a településeken ismert krónikus betegek kisebb aránya – diagnóztól függően – 10-40%-a számolt be arról hogy átirányították gyógytorna vagy diétetikai vagy szakpszichológiai foglalkozásra (pl.: ismert hipertónia betegek 12,6%-a, cukorbeteg 38,4%-a). Emellett a modellprogramban résztvevő praxisokhoz bejelentett lakosság körében a kóros vérnyomásértékkel, kóros vércukorértékkel, kóros vérlipid értékekkel azonosított egyének töredéke jelent meg a szűrés eredménye alapján felmerült krónikus betegség diagnózisával (hipertónia, diabetes, hyperlipidaemia BNO kóddal) új betegként a teljesítményjelentési rekordokban (a háziorvosi ellátás, vagy gyógyszer kiváltás vagy labor vizsgálat, vagy szakellátás szintjén) a szűrést követő fél éven belül. A szűrőprogramba bevont egyének pseudo-kódjait vizsgálva, hipertónia gyanút követően az érintettek mindössze 13%-a, diabetes vagy prediabetes gyanút követően 10,8%-a, hypercholesterinaemia esetén 7,8%-a jelent meg a szűrővizsgálat alapján várt betegség diagnózisával az egészségügyi ellátórendszer jelentési rekordjaiban 6 hónapon belül. A vizsgálatban új (vagy kezeletlen) betegnek számított minden egyén, aki a szűrés dátuma előtti 12 hónapban a szűréshez kapcsolódó betegségek BNO kódjainak egyikével sem fordult elő a közfinanszírozott egészségügyi ellátásban, pl. nem váltott ki gyógyszert, nem fordult meg háziorvosnál vagy szakellátásban. A kóros vérnyomással, vércukorszinttel vagy magas koleszterinszinttel kiszűrtek létszámához képest a gondozásba vett, megerősített betegek alacsony aránya azt mutatja, hogy az elvégzendő többletfeladatok teljesítése az azok ellátásához szükséges személyi, tárgyi és informatikai adatkezelési jellegű többletfeltételeknek a praxisok működésébe integrált biztosításával lehet eredményes. A fél éven belüli alacsony gondozási ráta mögött a hagyományos praxisok túlterheltsége és az integrált informatikai infrastruktúra háttér hiánya mellett felmerült az is, hogy a kiszűrt egyének a kapott jó tanáccsal egyszerűen hazamentek, és nem keresték fel a háziorvost. A secunder prevenció sikerének garantálása tehát kiemelt feladat bármely jövőbeni fejlesztés tervezése, kivitelezése során.

A tömeges szűrések hatékonysági problémájára utalhat – legalábbis első körben – az is, hogy a szűréseken nagy arányban vettek részt gondozandó, már ismert betegek is (akiket az egészségi állapotfelmérés előtti 12 hónapon belül

a kóros értéknek megfelelő diagnózissal elláttak). [8] A szűrés (secunder prevenció) tehát akkor tekinthető hatékonynak és eredményesnek, ha a betegséggel még nem ismert egyének szűrése történik meg, másrészt, ha a betegség gyanújával azonosított egyén a megfelelő diagnózissal gondozásba kerül. A háziorvosi praxisoktól független (számukra a projektben kötelező) egyéges módszertannal kivitelezett tömeges szűrések alkalmazásával azonban nincs lehetőség szelektációra, és ez módszertani nehézséget jelent. További módszertani kihívás, hogy sokszor multimorbid egyénekről beszélünk, akiket két- vagy több diagnózissal már valamilyen szinten gondoznak, és ezért vizsgálandók lennének további komorbidityások vagy szövődmények irányában is. Ezek a differenciáldiagnosztikai szempontok nem kezelhetők az egységes, olcsó, szűkített módszertan szerint szervezett tömeges szűrésekkel, ugyanakkor a beteg oldaláról nem mindegy, hogy hány alkalommal vesznek tőle vért, hányszor kell sorba állnia, mire számíthat a vizsgálatokat követően. A sok, egymástól független, esetleg átfedéseket is tartalmazó vizsgálatok a beteg együttműködését ronthatják. Az egyén esetén indokolt, személyre szabott szűrési – vizsgálati módszertan kiválasztásához a páciens előzményeinek ismerete és klinikai evidenciákon alapuló értékelése elengedhetetlen. A hatékonyságot és a sikeres gondozásba vonást az segíti elő, ha a szűrések a háziorvosi rendelőben, személyre szabottan, a háziorvosi informatikai rendszerben rögzítve, az egyén kórelőzményének értékelésére és (orvos-szakmailag indokolt) célzott vizsgálatok önálló indikálására képes, kompetens egészségügyi munkaerő által, visszakövethető történetek meg. Ezt a komplex feladatot tehát a praxisokon kívül megszervezett, a betegek szelektálására nem képes, minden egyén esetén azonos módszertant alkalmazó tömeges szűrések nem tudják teljesíteni. A népegészségügyi fókuszú modellprogramok mindezek alapján megerősítették, hogy a háziorvosi praxisokban szükség van több vizsgálóhelyiségre és az orvos mellett megemelt létszámú szakdolgozói szakmai stábra (a jelenlegi létszám kb. dupláját elérő technikus minősítésű körzeti ápolóra, és kb. négyezer BSc vagy MSc képesítésű közösségi szakápolóra). Így lehetséges helyben, a szükséges egyéni előzmények, esetleges tünetek mérlegelése alapján összehangoltan szűrni és akár azonnal gondozásba venni, majd rendszeresen kontrollálni a pácienseket. A szűrés és gondozás tehát igen szorosan összefügg, és a beteg szempontjából is előnyös, ha egymást követi a beteg felesleges visszarendelése, tovább küldése nélkül. Aktív korúak esetén utóbbi különösen fontos szempont. [9] A páciens célzott, hatékony szűrővizsgálatait az orvos legszélesebb körű tehermentesítésével a – klinikai irányelveket is követni képes – MSc közösségi szakápoló (elterjedt nevén: körzeti-APN) tudja biztosítani (természetesen kompetens szakorvosi irányítás mellett) [10,11]. Az ismertetett praxisközösségi szűrőprogramok módszertani megvalósítása tehát nem ültethető át módosítás nélkül a gyakorlatba.

A praxisközösségek által ellátott lakosság nagyarányú (a svájci-magyar projektben 80%-os) egészségi állapot felméréséhez (népegészségügyi szűréshez) részletes (TUKEB eti-

kai engedéllyel rendelkező) adatszolgáltatás és kutatási tevékenység is tartozott mindkét hivatkozott programban. Ennek módszertana sem bizonyult fenntarthatónak a szokásos házi-orvosi forgalmi terhelés mellett. Az EFOP-VEKOP módszertani program idejére az egészségi állapot felmérés táblázatos tervében 1177 kérdés sor, közel 15 ezer cella szerepelt. Ennek oka, hogy a felmérés minden egyes egyén családtagjaira vonatkozó részletes egészségi állapot kérdéseket is tartalmazott (maximálisan 12 testvérrel és 12 unokatestvérrel számolva az egyéb családtagokon kívül), illetve az egyének esetén kitért a gyermekkori fertőző betegségektől (pl. bárányhimlő) kezdve a felnőttkori komolyabb fertőzéseken, védőoltásokon, labor mérési eredményeken át a tételesen felsorolt nagy szervrendszeri és klasszikus krónikus betegségekig, műtéti vagy más orvosi beavatkozásokig, minden esetben dátummal. A felmérések papír alapon indultak, és az adatokat utólag kellett online kérdőív rendszerbe manuálisan bevinni. A felmérés részletessége és a napi házi-orvosi ellátás mellett történő megvalósítási lehetőségei is validitási kockázatokat vetnek fel. Az EFOP 1.8.0. B módszertani központ által a program végén végzett felmérés szerint egy felnőtt egészségi állapot felmérése (továbbiakban: EÁF) – tapasztalt, a beteget ismerő ápolóval 40 percet vett igénybe. Az orvos munkaideje (amíg a felmérést értékeli), a páciens fizikális vizsgálata, egyénileg indokolt műszeres vizsgálatai (EKG, boka-kar index mérés), gondozási igényeinek felmérése, szükség szerinti beutalóinak kiállítása, tájékoztatása, edukációja ettől teljesen külön értendő. A házi-orvosok többsége kritikus volt az EÁF módszertannal szemben, ugyanakkor csak 12 %-uk utasította el teljesen. A többség a módszertan módosítását (szűkítést) tartotta szükségesnek a fenntarthatóság érdekében, lásd 4. ábra.



4. ábra Az EFOP-VEKOP praxisközösségi házi-orvosok véleménye az egészségi állapot felmérésről. forrás: EFOP1.8.0.-VEKOP 17. B alprogram Módszertani Központ reprezentatív felmérése 134 válaszadó házi-orvos részvételével (37,5 %-os részvételi arány mellett)

Gyakorlati jelentőségű tanulság, hogy a házi-orvosok arról is határozott véleményt alkottak, hogy milyen kompetencia körbe rendelhető a jövőben az új, fókuszált módszertan szerinti egészségi állapot felmérés. A válaszadók 87%-a a feladatra plusz munkaerőként felvett, képzett szakápoló kompetencia körébe javasolta rendelni, ahogyan a prevenciók rendelést is inkább a házi-orvos által foglalkoztatott, diplomás

szakápoló hatáskörébe rendelnék. Ennek a kompetencia szintnek ma Magyarországon legjobban a Mihalicza ösztöndíjas közösségi MSc szakápolók, más néven körzeti APN-ek felelnek meg. A szakdolgozói többlétszolgáltatások bevezetésének első lépéseként a szakápolói többlétszolgáltatások bevezetése javasolt, amely megoldás – bevonható HR hiányában – hiányzott a népegészségügyi fókuszú praxisközösségi programokból. A már említett, egyelőre alacsony létszámú, Mihalicza ösztöndíjas körzeti szakápolók elhelyezkedése a korlátozott szűrési és gondozási teljesítmény ellenére – minőségi teljesítményösztönzők hiányában – egyelőre nem megoldott a házi-orvosi alapellátásban, ugyanakkor top prioritás lenne a praxisközösségi prevenciók rendelés sikeres megvalósítása érdekében.



5. ábra Praxisközösségi házi-orvosok véleménye az egészségi állapot felméréshez szükséges kompetenciáról. forrás: EFOP1.8.0.-VEKOP 17. B alprogram Módszertani Központ felmérése 219 válaszadó házi-orvos részvételével (61%-os részvételi arány mellett)



6. ábra Praxisközösségi házi-orvosok véleménye a prevenciók rendeléshez szükséges kompetenciáról. forrás: EFOP1.8.0.-VEKOP 17. B alprogram Módszertani Központ felmérése 219 válaszadó házi-orvos részvételével (61%-os részvételi arány mellett)

A prevenciók rendelés megítélése jól mutatja, hogy Magyarországon egyelőre alig ismert a közösségi MSc szakápolók szakmai kompetenciája, másrészt alátámasztja, hogy a prevenció minden szakember feladata, és a praxisban ennek elsődleges felelőse a szolgálatot vezető házi-orvos. Fontos egészségpolitikai feladat a praxisközösségekről

szóló 53/2021. (II.9.) Korm. rendelet megjelenése óta, hogy a prevenciók rendelés szakmai működési feltételei, szervezési elvei, szakmai standardjai konszenzussal megszülessenek. A hivatkozott – EFOP 1.8.0. B alprojekt – hatásköri listák ebben is iránymutatásként tudnak szolgálni.

A klinikai fókuszú, „Három generációval az egészségért” c. praxisközösségi programok tapasztalatai

A „Három generációval az egészségért” programok házi-orvosi konzorciumai jelentősen eltértek a népegészségügyi praxisközösségi programok szervezeti és működési felállításától. A kormányzati program kifejezetten a hiánypótló vagy nem kellő számban megvalósuló műszeres vizsgálatokat célozta és támogatta (helyben végzett EKG, boka-kar index mérés és perifériás érbeteg szűrés, pitvarfibrilláció szűrés, COPD előszűrés spirométerrel, ABPM vizsgálat, stb.), a helyi járóbeteg szakellátóval (pl. tüdőgondozóval) történő szorosabb, szervezett együttműködés (pl. COPD szűrése és gondozása, iszkémiás szívbeteg gondozása, diabetes gondozás, szemészeti szűrés, stb.) és orvosi indikáció alapján kérdőíves szűrések rutinszerű alkalmazása mellett (pl. dohányzás dependencia felérése, FINDRISC, Beck féle szűrés, stb.). A program módszertana képezi a jelenlegi praxisközösségek teljesítményként elszámolható prevenciók tevékenységi listájának alapját, ami egyértelmű sikerként könyvelhető el. A program erőssége, hogy a napi betegforgalomból, vagy behívással, orvosi döntés alapján történtek meg a klinikai irányelvek ajánlása szerinti célzott szűrések (pl. pitvarfibrilláció rutinszerű szűrése 65 éves kortól, hipertónia szűrése minden felnőtt egyén esetén évente legalább egyszer) illetve hiánypótló műszeres vizsgálatok. A szakmai szempontból sikeres működés mellett a kormányzati program erőssége volt, hogy egyszerűbb adminisztrációval és sikeresen történt meg az orvosi konzorciumok által előre megpályázott eszközök beszerzése és kiosztása a házi-orvosi körzetekhez, illetve a velük együttműködő járóbeteg-szakellátó helyekre. Ezek a műszerek jelenleg is helyben használhatók, hiánypótló szerepet töltenek be. Erősségként említendő az orvosi pályázati lehetőség, a saját fejlesztési program szakmai tervének elkészítési kötelezettsége, amely közös gondolkodásra ösztönözve bevonta a projekt előkészítésbe a pályázó házi-orvosi közösségeket. A pályázatokhoz a megcélzott népbetegségek vonatkozásában a klinikai irányelvekhez igazodó szempontrendszert nyújtott a program szakmai felelőse, a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet (GOKVI). A program erőssége még, hogy a házi-orvosi rendelőkben és a szakellátó partner intézményen belül valósult meg, abban az ott dolgozók vettek részt, lehetőséget kaptak azonos software háttérrel bíró, korszerű orvosi-diagnosztikai eszközök (pl. ABPM, EKG, Holter- EKG, spirométer) közös beszerzésére. A konzorciumok szakdolgozói többlétszolgáltatások biztosítására is kaptak lehetőséget, amelyek azonban nem rendelkeztek egységes szakmai módszertani supervisor háttérrel (mint a népegészségügyi programokban), így a monitoring,

értékelés lehetősége elmaradt a népegészségügyi programokétól. A program lezárásával a szakdolgozói többlétszolgáltatások éppúgy megszűntek, mint a fent említett projektekben. A program gyengesége a népegészségügyi fókuszú programokhoz hasonlóan az integrált praxisközösségi informatikai támogatás hiányából adódó többlet adminisztrációs kötelezettség volt. Összességében azonban az alapellátásnak lendületet adott a résztvevő családorvosok és szakellátók közötti szakmai együttműködés, a szakdolgozói többlétszolgáltatások nyújtása és a korszerű eszközök beszerzésének, használatának lehetősége.

A praxisközösségi kormányrendelet eddigi hatásai: erősségek, gyengeségek, megfontolások a jövőre nézve

A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II.9.) Korm. rendelet 2021. januárjától megteremtette a praxisközösségek érvényes jogi entitását, amely rég várt pozitívum. A rendelet indukálta a praxisközösségek (többségében konzorciumok) gyors tempójú felállítását, hiszen a megadott praxisközösségi formákhoz csatlakozó házi-orvosok részesülhettek többletdíjazásban (2022. év eleji tájékoztatás szerint a házi-orvosok 40%-a). A bérkiegészítés nagyságrendje oly mértékű, hogy az a házi-orvosi praxisok bevételeit 2022-től havonta átlagosan 3 millió forint közelébe emelte. A bérkiegészítés hátránya, hogy a fiatalok kompenzációja relatíve alacsony (az első 5 évben 176 000-410 000 Ft/hó) és nem játszik kellő szerepet benne a teljesítmény, hiszen a praxisközösségi kötelezően jelentendő teljesítmény-pontszám minimális odafigyeléssel teljesíthető. Az idősebbek azonban jelentős támogatást kapnak a bejelentett kártyaszámtól és a teljes teljesítménytől függetlenül, így ma minél kisebb a praxis és minél idősebb a házi-orvos, annál kedvezőbben alakul a bevétele, a kártyapénz dominanciája mára a múlté. Fontos hangsúlyozni, hogy a házi-orvosok átlagéletkora 60 év felett van, tehát a többség igen jelentős (2022. januártól 627 900-1 979 100 Ft-ig terjedő) bérkiegészítésben részesül.

Az országosan, átlagosan havi 3 millió forint összbevétel azonban már nagy biztonságot nyújt ahhoz, hogy a magát rendszeresen képező, elkötelezett házi-orvos jobb minőségben tudjon gondoskodni betegei ellátásáról, képes legyen investálni, részmunkaidőben további munkaerőt foglalkoztatni. Mindez azonban a házi-orvos szabad döntése. Tehát továbbra is a házi-orvos egyéni anyagi és szakmai ambíciója határozza meg, hogy mit kezd a megemelt praxisfinanszírozási összeggel, amelynek legnagyobb része bázisfinanszírozás. Ez jelenti a rendelet gyengeségét. A házi-orvos dönthet úgy, hogy továbbra is marad magában az OKJ ápolóval dolgozva, de dönthet úgy is, hogy további értékes munkaerővel erősíti meg a praxist (akár részmunkaidőben, akár a többi praxissal közösen foglalkoztatva pl. körzeti APN-t). A rendelet első lépésben tehát egyéni praxisok „bérközösségi” felállítását eredményezte, és kérdés, hogy ezt követően ki, hogyan valósított meg szakmai együttműködést, szolgáltatásfejlesztést újabb munkatárs bevonásával, vagy túlórában. A rendeletben

szakmai iránymutatás, humán erőforrás és tárgyi feltételek tekintetében nem köszöntek vissza a korábbi praxisközösségi programok eredményei, különösen az EFOP 1.8.0. módszertani központ által kidolgozott kormányrendelet tervezet szakmai tartalma. A rendelet legjobban megfogható, kötelező érvényű szakmai előírása heti legalább 4 óra prevenciók rendelés előírása heti legalább 20 órás háziorvosi rendelési időn belül. Ez igen csekély többletteljesítményt igényel egy a kor tudásának és a lakosság ellátási szükségleteinek megfelelő, modern háziorvosi ellátó rendszerre háruló napi feladattömeghez képest. A teljesítmény-elvárás belső arányai nem tükrözik egyelőre a népegészségügyi problémák arányait (egyenlő eloszlást követnek, pl. a kardiiovaszkuláris teljesítmény aránya maximum egyharmad lehet) és jelenleg könnyen teljesíthető, illetve túlteljesíthető plusz munkaerő foglalkoztatása nélkül is. Hátránya egyelőre a dupla adminisztráció, az automatikus EESZT/NEAK teljesítményjelentés hiánya. A háziorvosi programok EESZT kapcsolatának fejlesztése azonban várhatóan hamar képes lesz a kérdést – legalább részlegesen – kezelni a járványügyi feladatokhoz (COVID-teszt EESZT feltöltéshez) hasonlóan. A teljesítmények elszámolása és finanszírozása azonban NEAK hatáskör, amely szereplőnek jelenleg nincs rálátása a praxisközösségi teljesítményre, ezért ez a hiányosság sürgősen orvosolandó, illetve táblázat, és szabadon használható „étlap” helyett lépésenként valódi teljesítmény-ösztönzők alakítandók ki (ld. később ennek javasolt lépéseit).

A prevenciók rendeléséhez az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) a praxisközösségekben elszámolható szakmai tevékenységek listáját tette közzé, amit rendszeresen frissít. Emellett ugyanitt elérhetők a GOKVI Módszertani Központ szűrő kérdőívei is. A jelenlegi türelmi időszak nyilvánvaló okai a pandémia, recessziós veszéllyel sújtott háborús környezet, és az új (2022-2026.) kormányzati ciklus átmeneti állapota. Kulcskérdés azonban, hogy a háziorvosi alapellátás további kormányzati szabályozási és fejlesztési intézkedései ráépülnek-e a korábbi szakmai ajánlásokra, elmozdul-e a fejlesztés az EFOP 1.8.0. módszertani program által javasolt, hiánypótló teljesítményösztönzők, bizonyítékalapú ellátások irányába, amelyek ösztönöznék újabb munkatársak foglalkoztatását és lendületet adna a szakdolgozó képzésnek is. A bizonyítékalapú szolgáltatások fejlesztése és az azokhoz való hozzáférés ugyanakkor nem lehet diszkriminatív a praxisközösségekbe nem tömörülő háziorvosok által ellátott lakossággal szemben.

EREDMÉNYEK, MEGÁLLAPÍTÁSOK

Nemzetközi és hazai szakmai ajánlások szerint Magyarországon a háziorvosi alapellátás szervezeti háttere, szűrési és gondozási teljesítő képessége markáns fejlesztésre szorul.[2, 4, 9] Míg a fejlesztési programok megengedték a kísérleti jellegű szakmai-szervezési megoldásokat, addig közfinanszírozott ellátás keretében országosan erre nincs lehetőség. A bizonyítékalapú többletszolgáltatásokhoz szükséges feltétel rendszer azonosítható, és az a háziorvosi praxi-

sokba integráltan képes hatékony és eredményes változtatást elérni. A többletteljesítmény infrastruktúra és humán erőforrás igénye meghaladja a jelenlegi működési feltételeket. A sikeres behívás, szűrés, irányelvekhez igazodó gondozás, rendszeres kontroll megnövelt létszámú, kompetens orvos-ápolói csapat, praxisonként nagyobb teret, több helyiséget és megújult – evidencia alapú orvosi vizsgálatokat lehetővé tevő – eszközparkot (új minimumfeltételeket) igényel a háziorvosi telephelyeken és rendelőkben. Az egy orvos-egy ápolói modell helyett első lépésben a praxisokban a háziorvos mellett megemelt (minimum 2 fő) szakápolói létszám biztosítása alapvető lenne (a technikai képesítésű körzeti ápolók mellett egyre több BSc/MSc ápoló bevonásának lehetőségével a prevenció és gondozási feladatok szakszerű biztosítása érdekében). A bizonyítékalapú szolgáltatások fejlesztése és az azokhoz való hozzáférés ugyanakkor nem lehet méltánytalan a praxisközösségekbe nem tömörülő háziorvosok által ellátott lakossággal szemben. Az EFOP 1.8.0. B programban konszenzusra vitt hatásköri listák alkalmasak arra, hogy az egészségpolitika a szakmával közösen lefedesse az országosan szakmailag általánosan elvárt háziorvosi szolgáltatási standardokat (új, kötelező hatásköri lista), és azonosítsa, hogy mely kiegészítő (drágább, magasabb kompetenciát igénylő) szolgáltatásokat (pl. licenc képzéshez vagy szakvizsgálóhoz és szakellátói minimum feltételekhez kötött egyes szakellátási feladatok, szakdolgozói többletszolgáltatások, POCT diagnosztika, stb.) delegálja praxisközösségi centrumokhoz, vagy járási egészségügyi központokhoz.

A finanszírozás fejlesztésének az előbbi szempontokat figyelembe véve szükséges lépésről lépésre haladni (minőség- és teljesítményösztönzők révén). A népegészségügyi programok során igazolást nyert, hogy a már ismert és valamilyen minőségben gondozott egyének esetén a háziorvosi indikátorok további fejlesztése, a kritikus pontokon a finanszírozás jelentős emelése, a benchmark rendszerben történő követés már rövid távon képes az akut szívizom infarktus és a stroke relatív kockázatát szignifikáns mértékben csökkenteni a kontrollcsoportokhoz képest [1]. Ezért a finanszírozás fejlesztése terén első körben javasolt a hipertónia, a tüdő- és a cukorbetegség szűrését és gondozását, valamint – a szervezett szűrési körbe tartozó – onkológiai betegségek szűrését ösztönző – szakmai konszenzussal kiválasztott – háziorvosi indikátorok díjának érzékenyítő emelése, országos benchmark egyidejű bevezetésével. Javasolt emellett a járványügyi veszélyhelyzet alatt bevezetett átlagos háziorvosi indikátorfinanszírozás azonnali feloldása, és a valós teljesítményhez igazítása. Az indikátor ösztönzők gyors emelése mellett a korszerű, olcsó és bizonyítékalapú eszközös vizsgálatok (pl. EKG, ABPM, boka-kar index mérés, hangvilla teszt, stb), valamint a telemedicinális gondozás teljesítménydíjazásának lépcsőzetes bevezetése prioritás. Az OKFŐ praxisközösségi prevenciók teljesítménylista B300 szerint jelenthetővé tétele sürgető, kulcsfontosságú technikai lépés a teljesítményösztönzési rendszer kialakítása felé. A teljesítmény-díjazás akkor sikeres, ha a feladatok ellátásához szükséges létszámú és

képzettségű ápolói réteg fizetése a praxisok által ki is termelhető, illetve a volumen szabályok az ellátási szükséglethez a szakma szabályai szerint igazodnak. A programok tapasztalatai alapján hiánypótló gyógytorna-, diétetika-, szakpszichológia többlétszolgáltatásokra vonatkozó finanszírozási javaslatcsomag szintén elkészült az EFOP 1.8.0.-VEKOP 17.-2017-00001B módszertani program keretében. Az elmúlt időszakban a teljesítményösztönzők nemzetközi szintéren elmozdultak az érték alapú (value based payment) finanszírozás irányába, illetve a köteget finanszírozást (bundled payment) előtérbe helyezve a krónikus gondozás folyamatának támogatására. Ezekről is az EFOP 1.8.0.-VEKOP 17.-2017-00001 B módszertani program dolgozott ki javaslatokat a NEAK-kal folytatott együttműködés és országos felmérés alapján. A program mindemellett bőséges alapot szolgáltatott a sikeres szolgáltatásfejlesztéshez az új háziiorvosi ellátás hatáskörök (szolgáltatási portfólió), a praxisközösségi team szakmai kompetenciák, az új infrastruktúra feltételek, az alapellátási törvény (Id. 2015. évi CXXIII. tv.) végrehajtási rendelet tervezeteinek kidolgozásával.

A drága fejlesztések fokmérője azok pozitív eredményeinek országos gyakorlati alkalmazása. Az új háziiorvosi hatásköri listák szakpolitikai disszeminációja a pandémia miatt elmaradt, ugyanakkor egyeztetési módszertanának folytatása, és az új hatáskörök jogalkotásba, fejlesztéspolitikába ültetése feltétlenül javasolt. A kialakított módszertannak köszönhetően nemcsak a feladatok, de azoknak feltételei is tételesen megjelentek, így a struktúraváltáshoz (az alapellátás megerősítéséhez) szükséges szakmai kompetencia, HR fejlesztés, finanszírozási, technológiai és infrastruktúra fejlesztés vezérfonala tud lenni a jövőben.

A praxis és a praxisközösségi munkaerő többletfejlesztése akkor ér cél, ha választ ad a helyi lakosság korszerű ellátással elkerülhető korai halálozási és súlyos szervi szövődés eseményeire, különös tekintettel a szív- és érrendszeri, a cukorbetegséghez köthető, a tüdőbetegségekhez köthető, és a szűréssel csökkenthető daganatos betegségek miatt bekövetkező szövődésekre és halálozásokra. Mindez a feladatokhoz illeszkedő működési feltételek mellett, felkészült, megfelelő létszámban rendelkezésre álló, motivált szakemberekkel valósítható meg. A klinikai irányelvek szerinti orvosi indikáció ismerete, alkalmazása alapvető a hatékony erőforrás felhasználásban. Utóbbi érdekében prioritás az alapellátásban dolgozó szakorvosok és szakápolók kardiovaszkuláris-, anyagcsere-, onkológiai- és légzőszervi kórképek irányelvek szerinti szűrési és gondozási ismereteinek rendszeres fejlesztése, egységes, naprakészen tartása. A magyar lakosság egészségi állapota alapján a háziiorvosok szakmai irányítása mellett dolgozó közösségi MSc szakápo-

lói réteg és a jelenleginél szélesebb körzeti ápolói (technikusi és BSc szintű minősítésű) réteg aktív részvétele elengedhetetlen. Ezen szakemberek járási, megyei és országos létszámának konszenzus alapú meghatározása sürgető egészségpolitikai feladat, különös tekintettel arra, hogy rövid távon várható a háziiorvos szakorvosi létszám további zuhanása, amely nem kompenzálható körzetek összevonásával, diplomás ápolókkal vagy telemedicinális orvosi konzultációs ellátással sem. Szintén prioritás a területi jellemzők (hátrányos helyzet) és a megnövekedett elvárások (Id. új hatásköri listák) figyelembevételével meghatározni a szükséges háziiorvos szakorvosi létszámot.

Az adatgyűjtési, kutatási igényeket a jövő fejlesztései során szükséges leválasztani a háziiorvosi szolgálatok egészségügyi ellátási feladatairól. A közcélokat szolgáló kutatási, elemzési adatgyűjtés háziiorvosi programba integrált, EESZT kapcsolattal rendelkező, automatikus informatikai háttérnek biztosításával – az eddigi programok módszertanai alapján – megvalósítható. A lakosság egészségi állapotának javítása és a szolgáltatások minőségének fejlesztése érdekében az egészségügyi személyzet nem terhelhető redundáns adatszolgáltatással. Az EESZT-ben kialakított adatkezelő rendszeren belül javasolható egy összehangolt, közcélú népegészségügyi, egészség-gazdaságtani elemzési, ill. ellátórendszer-fejlesztési monitoring és elemzési munka, meghatározott állami szervek (Id. OKFŐ, NEAK, NNK) valamint egyetemi kutatóműhelyek részvételével.

A praxisközösségi modellprogramok részvételi aránya igazolta, hogy Magyarországon egy széles háziiorvos szakorvosi réteg készen áll arra, hogy a fejlesztések aktív résztvevője lehessen. Változtatásmenedzsment evidencia, hogy minden mélyreható, jelentős változás a rendszerszereplők aktív bevonásával és egyetértésével valósítható meg sikeresen [12, 13]. Valamennyi intézkedés a hazai és nemzetközi, bizonyítékalapú orvos szakmai eljárásokra, a korábbi fejlesztések eredményeire támaszkodva tud kiegyensúlyozott, a kihívások súlyának sorrendjét követve, célzott és sikeres válaszokat adni.

Érdekeltségek: A cikk tudományos, szakmai célú, megírásához anyagi, üzleti érdekeltég nem fűződik.

Köszönetnyilvánítás: Köszönet illeti a 2012 óta praxisközösségi modellprogramokban részt vett háziiorvosokat és munkatársaikat, a praxisközösségi felmérések és elemzések -2013-2020 közötti időszakában- módszertani tervezésében résztvevő -SH8/1, valamint EFOP 1.8.0.-VEKOP 17.-2017-00001- fejlesztési programok szakmai szakértő munkatársaikat és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő szakmai szakértőit.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Dózsa K, Sinkó E, Merész G és Velkey Z. (szerk): SH/8/1 regisztrációs számú Svájci Hozzájárulás keretében támogatott 'Az egészségügy forrásainak felhasználásá-

val népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával' című program Záró Értékelés, verzió 02., 2017. [Online].

- Available:
https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Záró_Értékelés_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf.
- [2] Dózsa E, Gaál K, Sinkó E, "Háziorvosi alapellátás , hogyan tovább ? IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja , pp. 7–16, 2017.
- [3] EU OECD, Health at a Glance: Europe 2020: State of in the EU Cycle. 2020.
- [4] OECD: Health at a Glance: Europe 2016," OECD Publ., p. 210, 2016, <https://doi.org/10.1787/9789264012639-en>
- [5] OECD/EU: State of Health in the EU. Hungary Country Health Profile 2019, 2019.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
 Megtekintve 2022.07.22.
- [6] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies: State of Health in the EU Hungary Country Health Profile 2021. [Online]. Available:
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/482f3633-en.pdf?expires=1651485346&id=id&accname=guest&checksum=3151B316746940711FBEE631293F638E>.
 Megtekintve 2022.07.30.
- [7] Bóta Á, Dózsa K, Sinkó E, Szabóné Gombkötő É: Betegekintés az alapellátás jövőjébe a praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások forgalmi adatain keresztül," IME - az egészségügyi vezetők szaklapja, vol. XVI., no. 6., pp. 17–23, 2017,
https://www.imeonline.hu/article.php?article=2017._XVI./6/mit_nyujtanak_a_praxiskozossegek_es_kinek_betegekintes_az_alapellatas_jovojebe_a_praxiskozossegek_altal_nyujtott_szolgaltatasok_forgalmi_adatain_keresztul.
 Megtekintve 2022.07.30.
- [8] Dózsa K, Girasek E, Merész G, and Bóta Á: Establishment of a Management Information System related to the primary health care system and public health intervention, supporting sectorial decision making and internal professional control at relevant levels of services," SH/8/1 Swiss-Hungarian Cooperation Programme of „Public Health Focused Model Programme for Organising Primary Care Services Backed by a Virtual Care Service Centre” WP8.5.1. Project, Semmelweis University Health Services Management Training Centre, Budapest, 2017.
- [9] OECD, Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2019.
- [10] Lüscher TF: Prevention is better than cure: The new ESC Guidelines," Eur. Heart J., vol. 37, no. 29, pp. 2291–2293, 2016, doi: 10.1093/eurheartj/ehw321.
- [11] Visseren FL et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Eur. Heart J., vol. 42, no. 34, pp. 3227–3337, 2021, doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
- [12] Szócska M, Réthelyi JM, and Normand C: Managing healthcare reform in Hungary: Challenges and opportunities," British Medical Journal, vol. 331, no. 7510. 2005, doi: 10.1136/bmj.331.7510.231.
- [13] Beckhard R., Harris R.T.: Organizational Transitions. Managing Complex Change, Addison-Wesley Series on Organization Development, 2nd Edition, 1987, ISBN-13: 978-0201108873

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Katalin Mária 1999-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Egészségügyi szakmenedzser másoddiplomát szerzett 2002-ben, részt vett a Semmelweis Egyetem EMK változtatás menedzsment kurzusának tananyag fejlesztésében és az ahhoz kapcsolódó kutatómunkában. Háziorvostan

szakorvos, majd diabetológia licenc képzést szerzett, jelenleg főállásban családorvosként dolgozik. 2011-2014-ig az Egészségügyért Felelős Államtitkárságon dolgozott titkárságvezetőként, majd politikai tanácsadóként. Utóbbi tevékenység részeként a magyar egészségügyi ellátórendszer humán erőforrás helyzetét elemezte, koordinatív szakmai feladatot látott el az első ágazati bértárgyalások elindításában, a 2012-es ágazati béremelés kidolgozásában és a 2012-2013-as béremeléshez szükséges ágazati forrásteremtés

megvalósításában. 2013-tól a NEFMI részéről az SH8/1 Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram felügyelő bizottsági tagja volt. 2013-2014-ben az Alapellátás megerősítésének stratégiai tervét készítette el az akkori kormányzat számára. 2015-től az SH8/1 program koordinatív szakmai szakértője, az EMK munkatársaival végezte el az első magyar praxisközösségi program záró értékelését. Az EFOP 1.8.0.-VEKOP 17-2017-00001 program alapellátás módszertani alprogramjának senior szakértője majd szakmai vezetője volt 2020-ig. Kutatási területe az alapellátás evidencia alapú fejlesztése, a klinikai irányelvek gyakorlatba ültetése, a krónikus nem-fertőző betegségek társadalmi terheinek mérése. A Semmelweis Egyetem EMK tudományos munkatársa, a Magyar Diabetes Társaság Családorvosi Munkacsoportjának vezetőségi tagja, a Háziorvosok Online Szövetségének vezetőségi tagja, a Családorvos Kutatók Országos Szövetségének tagja.



Mezei Fruzsina MSc 2017-ben orvosi antropológusként végzett az Egyesült Királyságban, a Durham University-n, mesterdiplomáját 2019-ben Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás szakon szerezte meg az ELTE-n. A Nemzeti Népegészségügyi Központ egészségpolitikai szakértőjeként (2017-2020) krónikus gondozási protokollok kialakítását koordinálta a szakellátás tehermentesítése érdekében, majd egészséggazdaságtani elemzőként csatlakozott a



Kalmár István 2010-ben végzett egészségügyi informatikus menedzserként a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, majd 2017-ben egészségügyi szakmenedzser mesterdiplomát szerzett az Egészségügyi Menedzserképző Központban. Az elmúlt években több hazai egészségügyi infor-



Dr. Sinkó Eszter, közgazdász, egészségpolitikai szakértő. 1979-ben végezte el a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemet elméleti gazdaságpolitika szakon. Az Orvostovábbképző Intézetben kutatóként dolgozott (1980-1983), majd a Szociális Intézetek Központjában a statisztikai osztályt vezette. Később az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, az egészségügyi reform első hullámakor az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete (1988-



Joó Tamás PhD közgazdász, okleveles egészségpolitikai szakértő és elektronikus információbiztonsági vezető. 2011–2016 között kutatóként, gazdasági elemzőként, illetve projektvezetőként az államigazgatás különböző szintjein dolgozott. Több hazai és nemzetközi WHO projekt, valamint fejlesztés irányítója és résztvevője. 2014-től a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központjának senior egészségügyi közgazdászaként hazai

és nemzetközi finanszírozású projektek előkészítésében és végrehajtásában vesz részt. Különböző digitális egészségüggyel, adattudománnyal, mesterséges intelligenciával, ipari befolyásolási technikákkal, egészségbiztonsággal és kibervédelemmel kapcsolatos területeken végzi kutatási és oktatási feladatait. 2010 óta foglalkozik a dohányzást érintő társadalmi, egészségügyi, szabályozási és gazdasági területek vizsgálatával és kutatásával. 2022-ben szerzett PhD fokozatot a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájában.

Syreon Kutató Intézetbe. 2021 óta a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológia Értékelő Karának Phd diákja, ahol digitális egészségügyi és med tech innovációs projektekkel foglalkozik. Hazai és nemzetközi projektimplementációs tapasztalatai révén ismeri az innovatív egészségügyi technológiák és digitális egészségügyi megoldások bevezetésének nehézségeit. Az Omron Medistance digitális egészségügyi szakértőjeként célja az innovatív megoldások befo-gadásának segítése, valamint az innováció fellendítése az egészségügyi ökoszisztéma különböző érdekeit szem előtt tartva.

matikai és rendszerfejlesztési projektben vett már részt, főbb szakterülete az alap- és szakellátás betegellátási folyamatainak optimalizálása és ezek informatikai támogatása. Több mint 5 éve a Semmelweis Egyetem Digitális Egészségtudományi Intézetében alkalmazott egészségügyi informatikai rendszerekkel kapcsolatos tantárgyakat oktat egészségügyi szervező hallgatóknak.

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjénél vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az SE EMK igazgatóhelyettese. A lap 2001-es alapításától az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja Szerkesztőbizottságának tagja.

és nemzetközi finanszírozású projektek előkészítésében és végrehajtásában vesz részt. Különböző digitális egészségüggyel, adattudománnyal, mesterséges intelligenciával, ipari befolyásolási technikákkal, egészségbiztonsággal és kibervédelemmel kapcsolatos területeken végzi kutatási és oktatási feladatait. 2010 óta foglalkozik a dohányzást érintő társadalmi, egészségügyi, szabályozási és gazdasági területek vizsgálatával és kutatásával. 2022-ben szerzett PhD fokozatot a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájában.



XXI. IME Országos Kontrolling és Szervezeti Menedzsment Konferencia

2022. december 1.