

## Beszámoló a „Praxisközösség” konferenciáról

# Mennyit ér a házi orvos, ha magyar?

*A magyar egészségügy egészségét diszfunkcionalitás jellemzi, s ez alól nem kivétel a házi orvosi rendszer sem, hangzott el a TEREK Egyesület napokban megtartott praxisközösségi konferenciáján.*

A házi orvosi rendszer indulásakor sokat hangoztatott kapuőri szerep képtelen érvényre jutni, ami többek között annak tudható be, hogy a szakrendelések egy jelentős része szabadon felkereshető és sürgősségi betegként bárki felvehető a kórházakba is. Nem véletlen, hogy jó néhány fekvőbeteg-ellátó intézmény betegforgalmának egyharmadát – van ahol akár 40 százalékát – eléri a sürgősségi esetek aránya, sorolta Sinkó Eszter. Az pedig – tette hozzá – már a kilencvenes évek elején, az indulás pillanatában tudott volt, hogy a fejkvóta alapú finanszírozás nem ösztönöz a másik meghirdetett cél, a definitív ellátás megvalósítására. Az utóbbi döntés során ugyanis az volt az elsődleges szempont, hogy miként tudják kordában tartani a házi orvosok fizetését, illetve a szolgáltatások után járó díjtételeket. Bizonytalanok a kompetenciák, annak ellenére, hogy a kilencvenes évek elején a házi orvosok többször tanácskoztak e kérdésről, kompetencia listákat is készítve, ezeket azonban a kormányzat nem karolta fel, s „szilárdította meg” a szabályozás szintjén.

Ami a házi orvosi kassza helyzetét és a praxisok bevételét illeti, az idei költségvetésben például a gyógyító-megelőző kiadásokból való részesedése még a 10 százalékot sem éri el – alig valamivel több 81 milliárd forintnál –, miközben már a rendszer indulásakor is 11,3 százalék volt. Reálértéken számolva – 100 százaléknak véve az 1993-as helyzetet – 8–10 milliárd hiányzik még az induló pozícióhoz képest is.

### JÓ, DE KEVÉS A SEMMELWEIS TERV

A Semmelweis Tervben szereplő, a házi orvosi ellátás fejlesztését érintő pontok fontosak ugyan, de nem elégségesek az elkerülhetetlen megújításhoz, szögezte le az SE Menedzserképző Központjának kutatásvezetője. Vannak egyéb próbálkozások is, ilyennek

ígérkezik a svájci és a magyar kormány közötti megállapodás alapján létrejövő úgynevezett svájci alap, melynek keretében megállapodás született az alapellátási közösségek támogatásáról, kérdés azonban, hogy ez elnyeri-e a politikusok tetszését. Egyéb közösségi-egészségfejlesztési programok is megjelennek, ezekhez pályázati forrás a TÁMOP 6.1.2-ből szerezhető.

Teljes körű funkcionális felülvizsgálatra van szükség, akárcsak a kompetenciák újragondolására, meghatározására. Változtatni kell továbbá a finanszírozási technikán, s fejlesztendő az informatika. Sinkó Eszter példaként említette Írországot, ahol az alapellátás átalakítása után a házi orvosok 40 százaléka csoportpraxisban dolgozik. Nyugat-Európában mindenütt ez a tendencia figyelhető meg, tette hozzá.

### BETEGENKÉNT 500 FORINT

A házi orvoslás ágazati szintű helyzetének egészségpolitikai elemzését egészítette ki Komáromi Zoltán a hétköznapok adataival. Két év alatt 6875-ről 6745-re csökkent a házi orvosi praxisok száma, amelyekben egyébként éves szinten 55 millió orvos-beteg találkozási pont kerül sor. Egy átlagos házi orvosi praxis éves forgalma 10–12 ezer fő, ami napi szinten 42–80 beteg ellátását jelenti, akikre egyenként – mint ezt egy korábbi felmérés kimutatta – 5,36–348 perc jut. Egy beteg ellátása a kisebb praxisokban átlagosan 500 forint, a nagyobbakban elérheti az 1000 forintot. Ez az összeg az országos szakfelügyelő főorvos szerint a szakorvosi díjazások egyharmada. A hazai praxisokat átlagosan 1 orvos működteti, 1,2 szakdolgozó bevonásával. Dániában ez az arány 1:4,2!

A rendszer 1993-ban 20 forintos kártyapénzzel indult, ez egy év alatt megduplázódott, 1997-re elérte a 80 forintot, majd 2002-re felment 163 forintra. Az elmúlt tíz évben azonban 160,2–163,1 forint között mozog. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár házi orvosi kasszája arányaiban nagyobb mértékben növekedett, mint a kártyapénz. Ez azzal magyarázható, hogy kisebb tételekkel emelték a különböző szorzókat.

**Horváth Judit**

### Pályázat a közösségi-egészségfejlesztési programokra

Megjelent az Új Széchenyi Terv Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében az „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben” című pályázat. A kistérségi pályázat célja az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták kialakítása a lakosság és a speciális, magas kockázatú célcsoportok körében kistérségenként egy-egy koordinált fejlesztési projekt keretében, az egészségfejlesztést kistérségenként támogató intézmény kialakításával és az egészségügyi ellátórendszer egészségfejlesztéssel összefüggő feladatainak összehangolásával, kapcsolatainak fejlesztésével.

Pályázható összeg: legalább 25 millió Ft, legfeljebb 125 millió Ft. A támogatás mértéke az elszámolható költség 100%-a. A pályázat benyújtásának határideje: 2012. március 20-tól 2012. május 2-ig (TÁMOP-6.1.2/11/3).