

# „SZERVEZETI HATÉKONYSÁG FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN – TERÜLETI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK KIALAKÍTÁSA” TÁMOP 6.2.5 B

## KONFERENCIA AZ EGÉSZSÉGESEBB EGÉSZSÉGÜGYÉRT

2015 06 30

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

# Egészségpolitikai kihívások az alapellátás újjászervezésében

dr. Sinkó Eszter

**SZÉCHENYI** MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYAEurópai Unió  
Európai Szociális  
Alap**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

# LÁTHATÓ KORMÁNYZATI PRIORITÁSOK

- Kormányzati prioritások vannak:
  - 1) Alapellátás megerősítése
  - 2) Kórházi adósság eliminálása
  - 3) Magán-, és közellátás együttélésének megtiltása a közintézményekben (2014. november)
- Célfüggvény (2014. decemberben): nullszaldós költségvetés előírása a kórházak számára 2015. áprilistól

# ÁLLAMTITKÁRSÁG ÁLTAL DEKLARÁLT MOZGÁSTEREK

- 1) A Semmelweis terv “él”
- 2) Nagyobb mozgástér a kórházigazgatóknak
- 3) Átjárható kasszák (járóbeteg szak-, és fekvőbeteg ellátás között)
- 4) Paraszolvencia “kezelése” központi elem
- 5) Népegészségügyi vonal, egészségfejlesztés, szűrések, EFI-k megmentése
- 6) Megyei kórházak primátusa – amúgy a Semmelweis terv térségi szemléletével ellentétes
- 7) Az egynapos beavatkozások TVK mentesítése, várólisták csökkentése, beavatkozások elvégzéséhez időkorlát rendelése

# KORMÁNYZATI CÉLOK MEGVALÓSULÁSA 1.

- Alapellátás megerősítése:
  - 1) Alapellátási törvény megalkotása
  - 2) Praxisbevételek emelése (10 + 10 milliárd Ft)
- Kórházi adósság eliminálása:
  - 1) 60 milliárd Ft adósság kifizetése
  - 2) Megyei E. Egyeztető Bizottságok felállítása a kórházi kapacitások átrendezésére – ajánlás született, kormány elvetette
  - 3) Megyei Irányító bizottságok felállítása: a miniszter javaslattevő, döntés-előkészítő testületei lesznek kapacitáselosztás, TEK meghatározásban.

# KORMÁNYZATI CÉLOK MEGVALÓSULÁSA 2.

- GYEMSZI megszűnése, szűkített szerepkörű ÁEEK
- OEP ellátásszervezői szerepet kap
- OALI mint önálló intézet megszűnik, funkciói megosztásra kerülnek: az OTH és a NEFI között
- Műtétekre várakozás ideje: max. fél év a költségesebbre, max. negyed év a kevésbé bonyolult műtétekre
- Daganatos betegség gyanúja esetén 14 napon belül CT és MRI-hez kell jutnia a betegnek
- 1+ 5 milliárd Ft várólisták ledolgozására

# KORMÁNYZATI ANYAG 1.

- „Egészséges Magyarország 2014-2020”,  
Ágazati Egészségügyi Stratégia (EMMI, 2015.)
- Az alapellátás keretében elsősorban:
  1. a házi orvosok kapuőri szerepének növelése,
  2. preventív szolgáltatásaiknak fejlesztése,
  3. a házi orvosok által nyújtott definitív ellátások arányának a növelése jelennek meg célként.

# KORMÁNYZATI ANYAG 2.

- E cél elérése érdekében:
  1. “az alapellátás és járóbeteg-szakellátás megerősítése,
  2. a humán erőforrás veszélyek kezelése,
  3. a kompetenciaszint növelése,
  4. a kapuőri rendszert biztosító finanszírozási és
  5. motivációs rendszer kiépítése” az elsődleges



# AZ ALAPELLÁTÁS JELLEMZŐI EURÓPÁBAN

“Egy ország alapellátása akkor tekinthető megfelelőnek, erősnek, ha:

1. (általánosan, széles körben) hozzáférhető,
2. az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt,
3. biztosítja az ellátás folyamatosságát,
4. az egészségügyi szolgáltatások széles skálájával foglalkozik (átfogó),
5. megfelelő Információ közvetítéssel (EHR) rendelkezik,
6. megfelelő irányítással működik,
7. megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik, és a
8. munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető.”

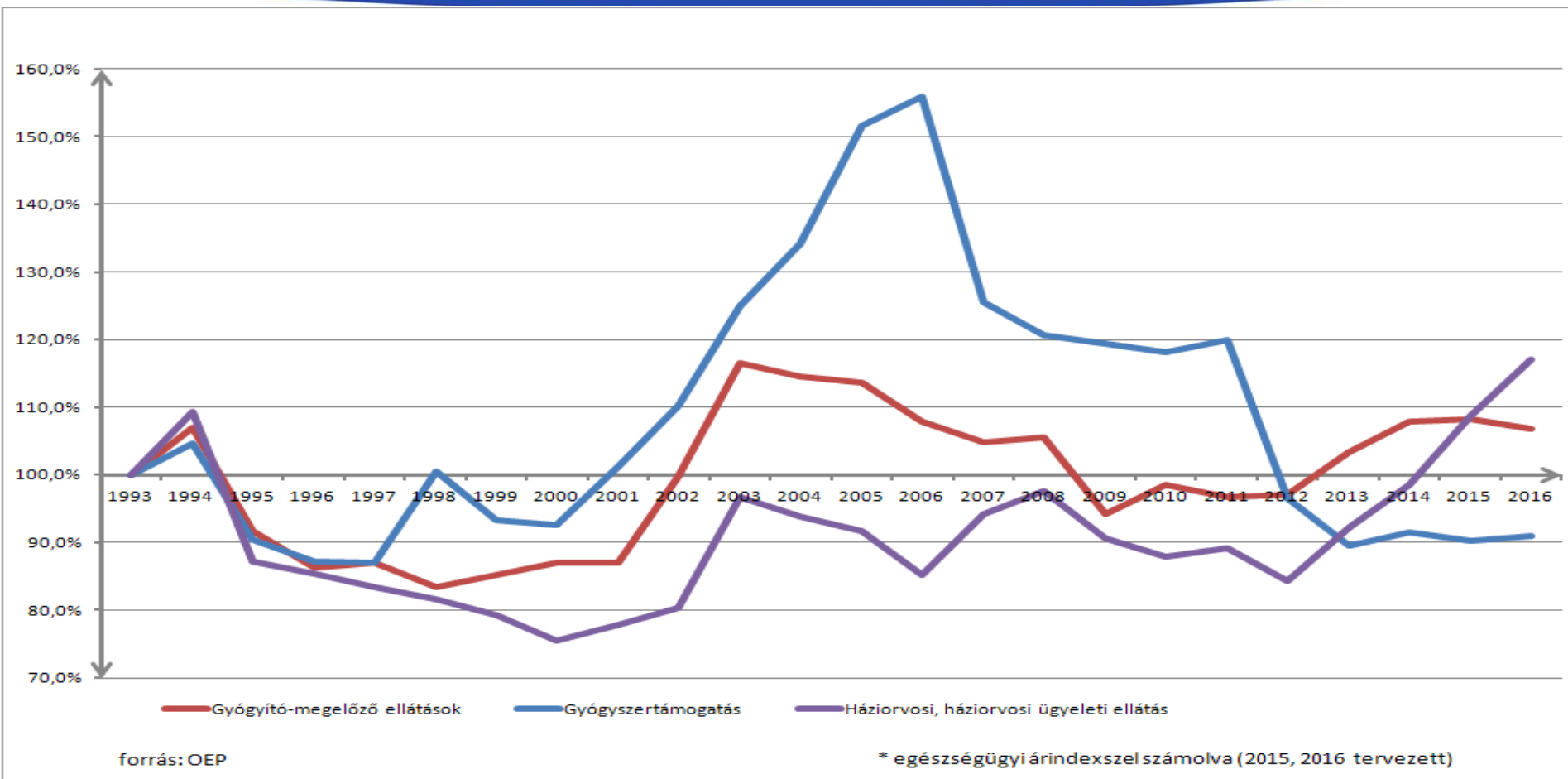
(Forrás: ESKI összeállítás, 2014. Nuffield Trust, a KPMG, EU-támogatású

programok és az Európai Bizottság szakértői testületének kutatásokon alapuló szakmai publikációi alapján)

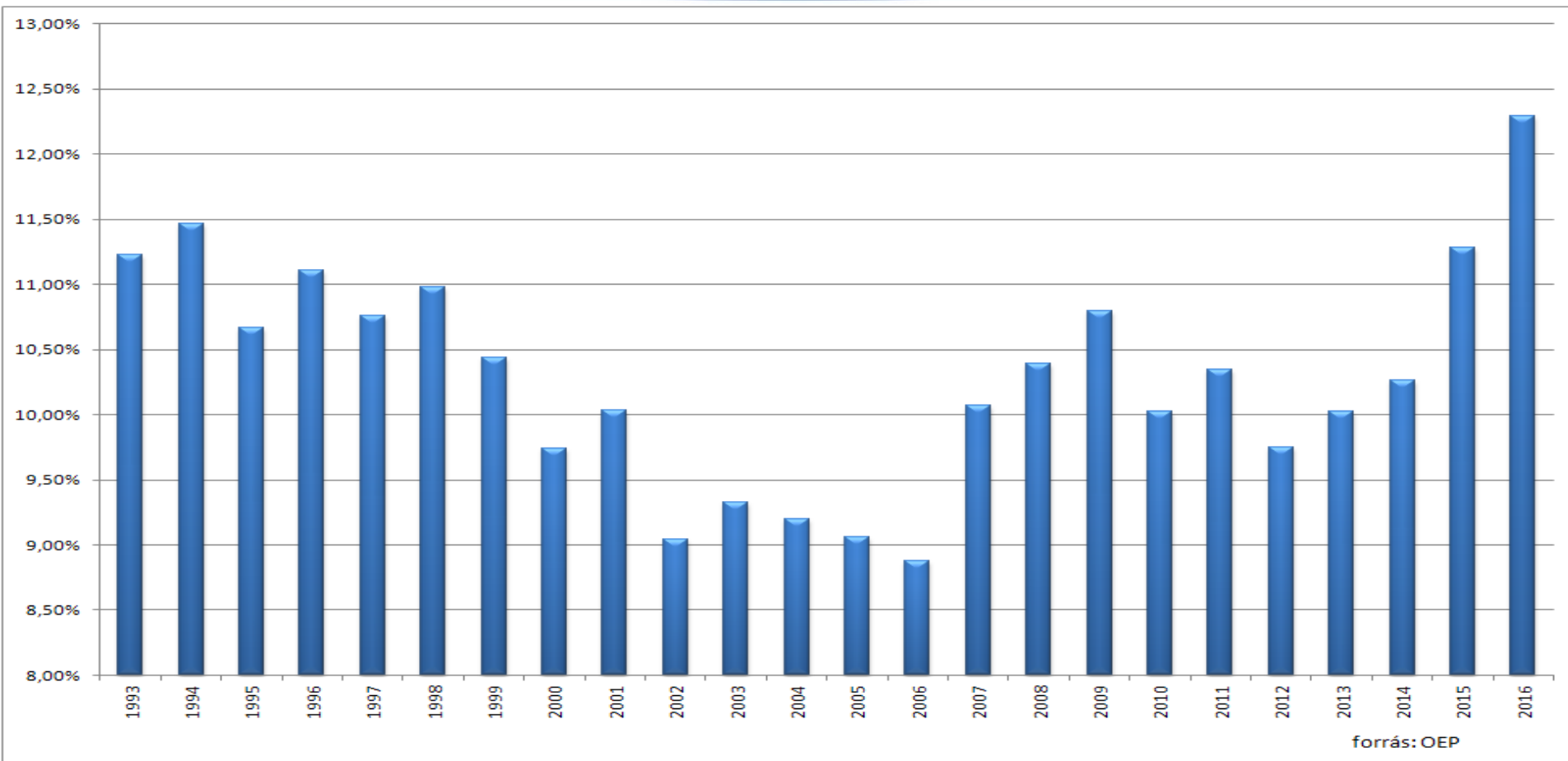
# AZ ALAPELLÁTÁS HAZAI HELYZETE

- Ma az alapellátás egyetlen jellemzővel bír az imént felsoroltból:
  - ✓ a relatíve jó hozzáfééréssel, kivéve ott, ahol tartósan betöltetlen körzetek vannak
  - ✓ csökken a házi orvosok száma
  - ✓ és sok a helyettesítés
- Jó hír, hogy a praxisbevételek növekednek : 2010 után a reálérték emelkedés erőteljessé vált, s ez a tendencia folytatódni is fog

# EGÉSZSÉGÜGYI KASSZÁK VÁLTOZÁSA REÁLÉRTÉKEN\* (1993=100%)



# HÁZIORVOSI, ÜGYELETI ELLÁTÁS KIADÁSAINAK ARÁNYA A GYÓGYÍTÓ-MEGELŐZŐ ELLÁTÁSOK KIADÁSAIBÓL (%)



\*2015, 2016 tervadatok



Svájci Hozzájárulás



MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

# A PROJEKTEK

- A projektek mentik meg az alapellátás jövőjét
- A svájci alapellátási modellkísérlet és a TÁMOP 6.2.5/B nélkül:
  - ✓ az alapellátás ma a hagyományos modellt építené tovább
  - ✓ némileg bővülő forrásmennyiséggel,
  - ✓ de többletelvárás, többletfeladat nélkül

# ALPELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSÁNAK NEMZETKÖZI IRÁNYAI 1.

- Nemzetközi kutatások szerint a háziiorvosi tevékenység fókuszának átstrukturálása indokolt:
  - ✓ rizikómenedzsment/kockázatkezelés az új fókuszban
- Két fő tevékenységben testesülhet ez meg:
  - ✓ Preventív tevékenységek, egészségőrzés (egészségfejlesztési tevékenységek) – népegészségügyi orientáció
  - ✓ Krónikus gondozás megújítása

# ALAPELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSÁNAK NEMZETKÖZI IRÁNYA 2.

- A megújítást segítő körülmények:
  - ✓ Szervezeti megújítás (solo praxisból a praxisközösségek illetve a csoportpraxis felé való elmozdulás)
  - ✓ Integrált ellátás irányában való elmozdulás
  - ✓ Finanszírozási megújítás (fekvóta típusú finanszírozásból vegyes finanszírozás irányába elmozdulás, eredmény alapú finanszírozás megjelenése)
  - ✓ Informatikai, telemedicinális megújulás (EHR, eHealth, mHealth eszközök)
  - ✓ Betegszerepek újraértelmezése – partnerség, felelősség
  - ✓ Személyre szabott medicina megjelenése: egyéni egészségtervek

# AZ ALAPELLÁTÁS JELLEMZŐI EURÓPÁBAN

“Egy ország alapellátása akkor tekinthető megfelelőnek, erősnek, ha:

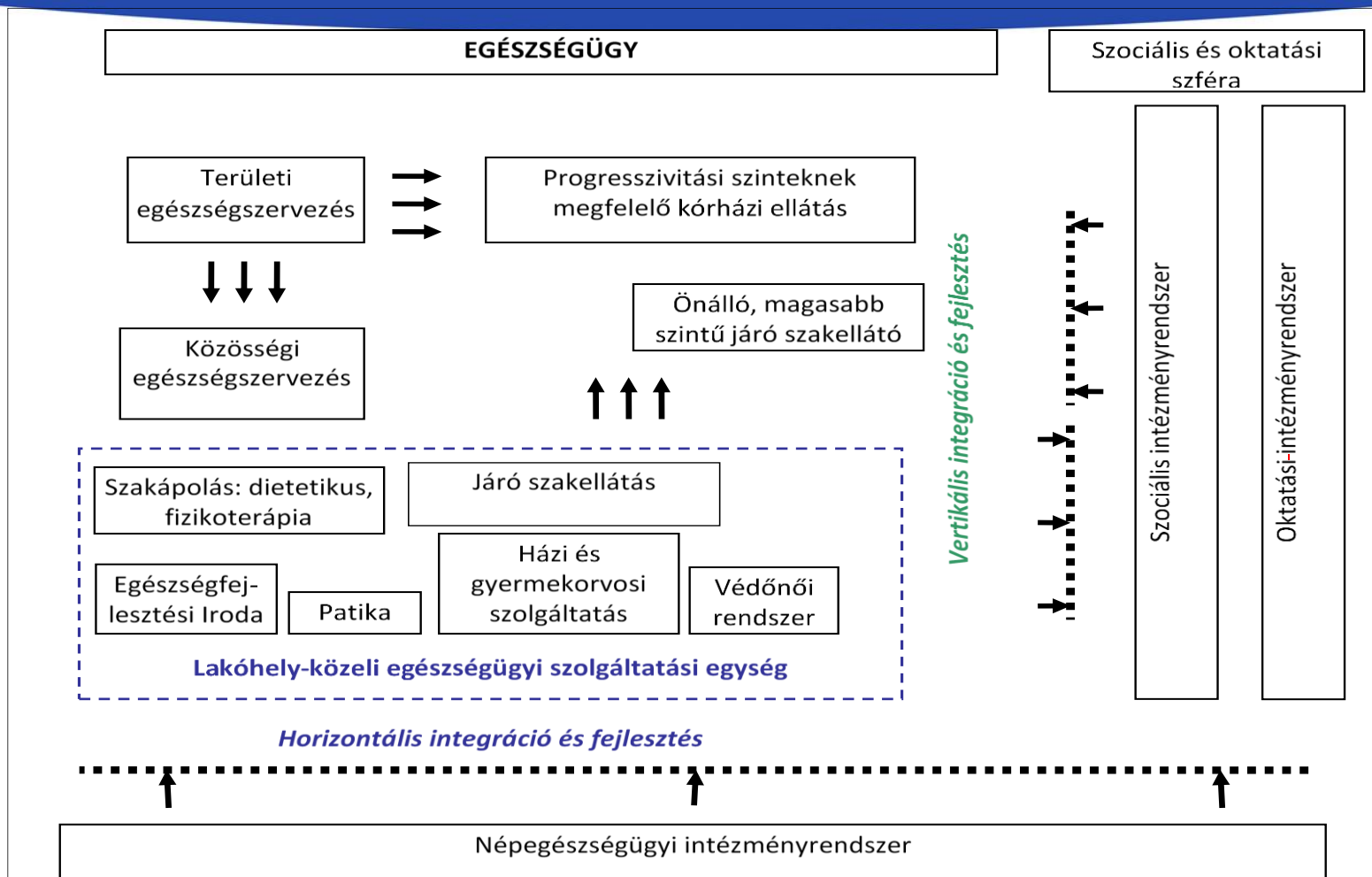
1. (általánosan, széles körben) hozzáférhető,
2. az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt,
3. biztosítja az ellátás folyamatosságát,
4. az egészségügyi szolgáltatások széles skálájával foglalkozik (átfogó),
5. megfelelő Információ közvetítéssel (EHR) rendelkezik,
6. megfelelő irányítással működik,
7. megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik, és a
8. munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető.”

(Forrás: ESKI összeállítás, 2014. Nuffield Trust, a KPMG, EU-támogatású

programok és az Európai Bizottság szakértői testületének kutatásokon alapuló szakmai publikációi alapján)



# A HORIZONTÁLIS ÉS VERTIKÁLIS INTEGRÁCIÓ MENTÉN KIALAKÍTOTT FEJLESZTÉSI KONCEPCIÓ



Forrás: Gaál Péter, 2014.

# LAKÓHELY-KÖZELI EGÉSZSÉGSZOLGÁLTATÁS

- „Hipotézisünk szerint, egy erős, egészségfejlesztésre, megelőzésre és gondozásra egyaránt koncentráló, megújuló alapellátási modell jelentős mértékben képes javítani egy közösség egészségi állapotát, feltételezve az interszektoriális beavatkozások összehangoltságát. A többletfeladatokkal megerősített szolgáltató hálózatnak a lakóhely-közeli egészség-szolgáltatás (LESz) elnevezést adjuk, jelezvén, alapvetően a népegészségügyi tevékenységek megszervezése inspirálja az elsődleges egészség-szolgáltató rendszer kialakítását.”

Forrás: Vájer Péter, 2015

# ALAPELLÁTÁSI TÖRVÉNYTERVEZET

- Mi történik az alapellátással?
  - ✓ Nem államosítják a praxisokat
  - ✓ Csoportpraxisok vagy praxisközösségek alakulhatnak
  - ✓ Több munkatárs csatlakozhat a praxisközösséghez (dietetikus, gyógytornász, pszichológus, stb.)
  - ✓ Lakóhelyhez közeli integrált ellátásoké lesz a jövő
  - ✓ Ösztönzés várható első körben az alacsonyabb továbbküldési mutató produkálása érdekében
  - ✓ Szakorvosi vizsgával rendelkező házi orvos bizonyos teljesítményeket ismertethet el az OEP-pel

# KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 *Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása*



Svájci  
Hozzájárulás

SZÉCHENYI  
PROGRAMIRODA

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE