

# Mi történt 1992 márciusa óta a háziiorvoslásban? A teljesség igénye nélkül...

[Dr. habil Balogh Sándor | Dr. Grósz András | Dr. Füredi Gyula]

Országos Alapellátási Intézet

*Hasonló tartalmú cikk már megjelent ez év nyarán a „Népegészségügy” magas színvonalú hasábjain. Úgy éreztük azonban, hogy szükséges egy másik olvasótábor elé tárni gondolatainkat, megállapításainkat. A szerzők*

Immár 20 év telt el azóta, hogy Magyarországon a körzeti orvosi rendszer háziiorvosi rendszerré alakult. Ez alatt a 20 év alatt a háziiorvosi tevékenység számos olyan változáson ment keresztül, melyek alapvetően befolyásolták a házi-orvosok munkakörülményeit. Csak a legfontosabbakat említve, a praxisban dolgozó orvosok túlnyomó többsége megszerezte a házi-orvostani szakvizsgát, munkájukat kompetencialista, fejlett számítógépes rendszer segíti. Amikor két évtized történéseiről igyekszünk összefoglalást készíteni akkor nem könnyű kiválogatni a lényeges és mindenki számára fontos változásokat és mindezt klasszikus cikk formájába szinte lehetetlen. Ekkor kell feltenni a kérdést, hogy teljes kép kialakítására kell törekedni, vagy egy-egy részt kiemelni, azt részletesen elemezni, vagy a hosszú folyamat összefüggő láncolatainak leírására kell kísérletet tenni. A terjedelem, az érthetőség és új információk közlését figyelembe véve készítettük el ezt az összeállítást sem ezt, sem azt a megoldást választva. A teljesség igényének mégis minimálisan eleget téve a cikk végén közzé tesszük azt az irodalmat, amely forrásanyagként a korábbi években közlésre került, illetve amely az igényes olvasót hozzásegítheti a teljesebb és szélesebb körű ismeretek, információk megszerzéséhez.

## Háziiorvosi tevékenység végzésére való jogosultság:

Változatlan csak a házi gyermekorvosok képesítési feltétele, a csecsemő és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítés maradt.

Az 1992-es szabályozás szerint házi-orvos az lehet, aki

- általános orvostani szakorvosi szakképesítéssel rendelkezik, vagy
- a rendelet hatálybalépésekor körzeti orvosként dolgozik, vagy
- belgyógyász szakorvosi szakképesítéssel, vagy más klinikai területen szerzett szakorvosi szakképesítéssel rendelkezik és 2 éves körzeti orvosi gyakorlata van, vagy

- szakorvosi szakképesítéssel nem rendelkezik, de megszerezte az általános orvostani szakvizsgálathoz szükséges előgyakorlatot,
- a rendelet hatálybalépésekor üzemorvosként, illetve körzetben csoportvezető (fő) orvosként dolgozott és két éven belül megszerzi a d) pontban előírt gyakorlatot.

1990-ben közel ezer volt azoknak a körzeti orvosoknak a száma, akik semmiféle szakképesítéssel nem rendelkeztek. A szakképesítés nélkül dolgozó körzeti orvosok számára egy ún. átképzési program teljesítését követően nyílt lehetőség a szakvizsga megszerzésére. A házi-orvosok szakmai igényességét igazolja, hogy annak ellenére, hogy csak ezeknek a kollégáknak kellett volna az átképzésben résztvenniük, akkor vette kezdetét az ún. kreditpontok alkalmazása és lett „szokás”, hogy a körzeti-házi-orvosok rendszeres továbbképzéseken vettek részt és gyűjtötték a pontokat. Ez a kialakult rendszer lett később az alapja az egész orvosi kart érintő működési nyilvántartásnak, az öt évenként kötelezően teljesítendő továbbképzésnek, amelyet az 1999-es rendelet fogalmazott meg.

A szakképesítésre vonatkozó előírások alól a népjóléti miniszter ebben az időben –különösen indokolt esetben– felmentést adhatott, és ez volt az egyetlen olyan időszak, ahol felmentést lehetett adni a csecsemő és gyermekgyógyászat szakvizsga megléte alól is.

A rendelet előírta, hogy 1998. december 31-ét követően csak házi-orvosi szakvizsga birtokában lehet a rendszerben maradni. Alig 50 olyan kolléga volt, aki nem teljesítette az előírást, így a továbbiakban már nem dolgozhattak házi-orvosként.

A házi-orvosi szakvizsgát egyébként a 9/1978. (XI. 29.) rendelet 1993. március 1-jén hatályba lépett módosítása vezette be. Ehhez az időponthoz köthető a képesítési feltételek első módosítása is, mely a házi-orvosi, vagy általános orvostani szakvizsga követelményét főszabályként határozza meg, és az egyéb esetek tekintetében úgy fogalmaz, hogy „házi-orvos lehet továbbá”, ily módon is kiemelő a szakvizsgát.

Az 1992-es szabályozáshoz képest változás, hogy belgyógyászok esetében megszűnt a két év körzeti orvosi gyakorlat meglétének a kötelezettsége. Az egyéb klinikai szakvizsgák felhasználhatósága szűkül, mert immár csak azokkal a szakképesítésekkel lehet belépni a rendszerbe,

melyekre a háziorvosi szakvizsgát rá lehet építeni. Az 1998 évvégi határidő nem változott.

Kivételes esetekben az aneszteziológia, oxyológia és a tüdőgyógyász szakvizsgával rendelkező orvosok esetében el lehetett tekinteni a körzeti orvosi gyakorlat meglététől, valamint a miniszter azon jogkörét, mely alapján felmentést adhatott a képesítési feltételek teljesítése alól szűkítette a jogalkotó.

A legfontosabb módosítás azonban annak a deklarációja, hogy azon orvosoknak, akik 1998. december 31-ig 25 éven át folyamatosan körzeti vagy háziorvosi feladatokat látnak el, nem kötelező megszerezni a háziorvosi szakvizsgát.

Az OEP által rendelkezésünkre bocsátott adatokból egyértelműen kiderül, hogy a ma háziorvosként dolgozók jelentős része ezen időszakban szerezte meg a háziorvosi szakvizsgát. 1995-ben 103 fő, 1996-ban 394 fő, 1997-ben 646 fő, míg 1998-ban 760 fő tett a ma dolgozó háziorvosok közül szakvizsgát.

1998. 12. 31-én letelt a szakvizsga megszerzésének a követelménye, ekkor lépett hatályba a következő módosítás. Ez alapján háziorvostani vagy általános orvostan szakvizsga birtokában, belgyógyászat szakvizsgával és 10 éves körzeti/háziorvosi gyakorlattal, vagy szakvizsga nélkül, de 25 éves körzeti/háziorvosi gyakorlattal lehet háziorvosi tevékenységet folytatni. Emellett megmarad az a szabályozás is, hogy aki a háziorvostani szakvizsgához szükséges szakgyakorlat folytatására jogosult, 4 évig dolgozhat háziorvosként. Ez a szabályozás lényegében a mai napig fennáll.

A módosítás következtében megszűnt a miniszter jogosultsága arra vonatkozóan, hogy felmentést adjon a képesítési követelmények alól. Erre, a 4/2000 EüM rendelet hatálybalépéséig a városi tisztifőorvosnak volt lehetősége, a területi ellátás biztonsága érdekében, átmeneti időszakra, és csak azon orvosok esetében, akik megkezdték a szakvizsgához szükséges gyakorlatok teljesítését.

Essék néhány szó a valójában sosem létezett, a hétköznapi életbe mégis bevonult licencvizsgáról. A szakképesítés megszerzése két szakaszból állt. Az előírt klinikai gyakorlatok letöltését követően léphettek be a kollégák a háziorvosok közé, és négy év állt rendelkezésükre a szakvizsga nélküli munkára. Licencvizsgának nevezték a klinikum igazolt letöltését, vagyis azt, hogy háziorvosi tevékenységet végezhet a kolléga, ám legfeljebb négy évig. Mivel az előírt háziorvosi gyakorlat 3 és fél év volt, az évente két szakvizsga időszak mellett így reális volt a vizsgán való részvétel.

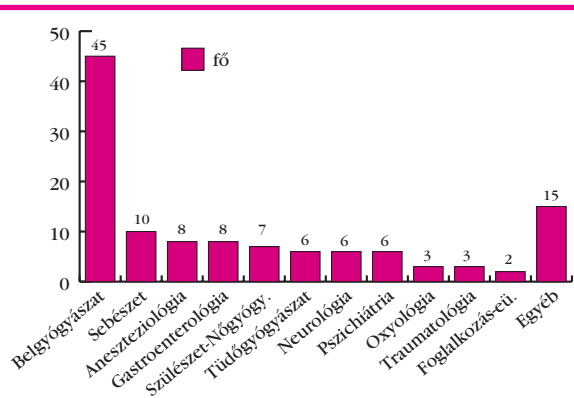
## Praxis I (PR I) és Praxis II (PR2) Programok

Az új háziorvosi rendelet, a 4/2000. EüM rendelet 2000. 02. 26-i hatályba lépése ezen szabályozást lényegében érintetlenül hagyja.

Az elmúlt 12 évben kétszer került sor a rendelkezés érdemi módosítására. 2006-tól a tartósan betöltetlen házi-orvosi körzetekben, az Országos Alapellátási Intézet közalkalmazottjaként dolgozhatnak szakvizsga nélküli orvosok is. Nekik ugyancsak összesen 6 év áll rendelkezésre a szakvizsgájuk megszerzésére, de az előírt klinikai és háziorvosi gyakorlatok nem időrendi sorrendben történnek. Ez az úgynevezett Praxis I Program.

Az uniós szabályokat átvevő 2007-es rendelet-módosítással megszűnt a háziorvostani szakképesítés „rövidített rezidensi” (az ún. ráépített) rendszerben történő megszerzésének a lehetősége, így szinte lehetetlen helyzetbe kerültek azok az orvosok, akik nem a rezidensi rendszer keretében kívánták megszerezni a szakvizsgát, a már említett, a háziorvosi gyakorlatra jogosító licenchez nem jutottak hozzá. Tekintettel arra, hogy a szabályozás módosítása uniós követelmény volt, más megoldást kellett találni a problémára. Az OALI az orvostudományi egyetemekkel együttműködve készítette elő azt a javaslatot, mely szerint klinikai szakképesítéssel rendelkező orvosok a szakvizsgáig teljesítendő gyakorlatukat egyéni képzés terv alapján a háziorvosi munka mellett megszerezhetik. A javaslatból 2009 tavaszán jogszabály lett, így azóta klinikai szakvizsgával rendelkező orvosok is dolgozhatnak háziorvosként, ha az OALI-val képzési szerződést kötnek az egyik orvostudományi egyetemen történő képzés idejére. A szakvizsga megszerzésére 5 év áll rendelkezésre. A programba eddig 96 orvos lépett be.

1. ábra: A Praxis II. programba belépett orvosok szakvizsgái



Amint az ábrán láthatjuk, a belépett orvosok zömében belgyógyászat szakvizsgával rendelkeznek.

Érdemes megjegyezni, hogy az egészségügyi törvény alapján mindkét esetben egy, a megfelelő képzettséggel rendelkező mentor szakmai felügyelete szükséges a működési engedélyhez.

Licenc vizsgát szerzettek száma és háziorvosként dolgozók száma és aránya az OALI rendelkezésére álló licencbizonyítványok alapján.

Az immáron 14 éves gyakorlatnak megfelelően az egyetem és az OALI közös igazolást adnak ki a háziorvosi

tevékenység folytatására jogosító licenc vizsgáról. A licenccel rendelkezők és azok közül háziorként dolgozók száma jelentősen különbözik. A sok ok közül egyet-egy említve: a rezidensek vélhetően nem tudnak, vagy nem akarnak háziorként tartósan és folyamatosan dolgozni. A szakképesítéssel rendelkezők egy része nem a háziork munkavégzésének szándékával, hanem csak mintegy lehetőségként tett licenc vizsgát. Ennek a jelenségnek fő okaként a pálya vonzerejének az elmúlt időben történő jelentős csökkenését emelnénk ki. Ezen problémák áthidalására ad egy halvány esélyt a Praxis II Program.

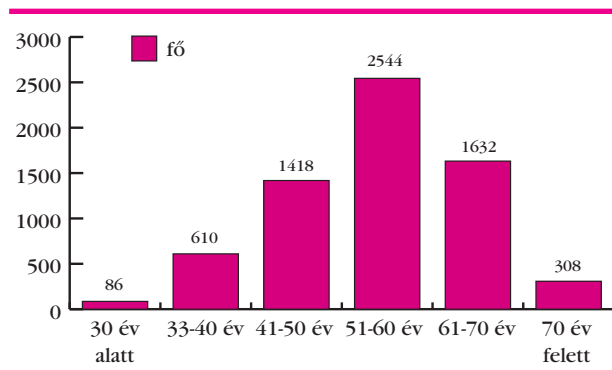
*Licenc vizsgát szerzettek száma és háziorként dolgozók száma és aránya az OALI rendelkezésére álló licenccbizonyítványok alapján*

	Összes licenc 1995-2008	Pályán 2010-ben	%
Debrecen	444	246	55,41%
Szeged	458	249	54,37%
Pécs	314	198	63,06%
HIETE	411	273	66,42%
SE	634	362	57,10%
Összesen	2261	1328	58,74%

**Érdemes megjegyezni, hogy az egészségügyi törvény alapján mindkét esetben egy, a megfelelő képzettséggel rendelkező mentor szakmai felügyelete szükséges a működési engedélyhez.** A két program keretében jelen cikk megírásáig összesen 176 olyan orvos lépett be a rendszerbe, akiknek e nélkül a lehetőségek nélkül nem lenne módja háziorki tevékenység folytatására. 2012. január 1-jén összesen 660 olyan orvos dolgozott TEK-es felnőtt vagy vegyes körzetben, akik 2007. 01. 01-jén még nem voltak a háziorki rendszerben. Közülük 122 fő az OALI PR1 vagy PR2 programján keresztül lépett be, ez 18,5 %-os arány. Ez az arány egyszerre mutatja a két program sikerességét és, hogy nincs olyan praxis váltást segítő folyamat, lehetőség amely eredményessé tegye a pályára állást, az új háziorkok belépését

Emiatt is sajnós a folyamatos változások ellenére a háziorkosok átlagéletkora folyamatosan növekszik.

2. ábra: Háziorkosok életkora



A szomorú valóságot nemcsak az oszlopok életkor aránytalanságot mutató volta, hanem a fiatalok hiánya is mutatja, mindez emellett, hogy húsz éve államilag támogatott háziorki képzés folyik. A háziorkosok közel 1/3-a nyugdíj korhatár felett dolgozik és ez számítva a magyar átlag életkorral összekötte is nagyon kedvezőtlen a helyzet.

Az elmúlt évtizedek során eddig látott és alkalmazott struktúra – egy orvos, egy vagy legfeljebb két nővér – további dominanciája valószínűleg hamarosan megkérdőjeleződik. A csökkenő orvoslátszám mellett a növekvő feladatok nem mindenütt láthatók el hasonló rendszerben, új opciókra van szükség. A helyettesítések tapasztalatai, a tartósan betöltetlen körzetek számának az alakulása, az eltérő képzettségi fokozatok egyidejű jelenléte, az informatikai lehetőségek, a racionálisabb finanszírozási megoldások új munkamegosztások, más felelősségi körök alkalmazását igénylik. Az alapellátás más szegmenseinek a fejlesztése is kiált új megoldásokért: üzemi orvoslás, védőnői ellátás, sportorvos, iskolaorvos, de beszélhetünk rendezett szűrővizsgálatokról, lakosság közeli, szűkített kompetenciájú szakellátásokról is. Első lépésnek is tekinthetjük ezen az úton a praxisközösségek kialakításának, majd később a személyzet bővítésének a támogatását: mindkét esetben a depresszió határa tolódik felfelé.

S ha már kompetencia: ne felejtjük el, hogy a kompetencia lista vonatkozásában is első a sorban a háziorkoslás. A MOK akkori Oktatási Csoportja támogatásával, amerikai kollégák együttműködésével fogalmazódott meg majd került egy éven át szakmai vitára az első háziorki kompetencia lista. A szakmai területenként átgondolt feladathalmaz ma is az alapját képezi a háziorkképzésnek, hiszen a lista elemei azok, amelyek végzésére a háziorkos jogosult, illetve amelyek ismerete elvárható. A kompetencia lista nem csak a háziorkosok számára alapmű, de segít az egyes orvosi szakterületek közötti együttműködés kialakításában, szabályozásában is. Az anyag rendszeres revíziójáról a szakmai kollégium gondoskodik. Aktuálisan érvényes formája mindenki számára bármikor hozzáférhető a tárca honlapján a szakmai protokollok között.

Továbbra is gyakran felvetődő kérdés a háziorkosként dolgozók egyéb szakképesítésének a támogatása. Nyilvánvalóan az álláspontok különböznek aszerint, hogy kinek milyen képzettsége van és azt miként használja. Talán elfogadhatjuk különösebb vita nélkül, hogy a betegnek a háziorki rendelőben magas színvonalú háziorki ellátást kell kapnia, nem múlhat az aktuális szerencsén, hogy orvosának milyen kiegészítő képzettsége van. Azt azonban érdemes volna talán támogatni, hogy a lakosság közeli ellátások fejlesztése, az elérhetőség javítása érdekében lehetővé véljék az extra képzettségre alapozott ellátások kialakítása, de nagyobb populáció számára, mint a saját körzet, s a szakrendelői finanszírozáshoz képest szűkített hatáskörrel.

Am ha már a képzésnél tartunk: méltán tekinthető a

háziiorvosi terület ebből a szempontból zsákutcának, hiszen aki erre adta a fejét, más szakképesítés megszerzésére – egy-két kivételtől eltekintve – nem lesz lehetősége. A fentiekben már körülírt, ha néven nem is nevezett kistérségi ellátási modell talán erre is lehetőséget fog adni, hiszen a struktúra, a racionális munkamegosztás a képzésre fordítható időt is képes lesz biztosítani .

Nem fejezhetjük be írásunkat anélkül, hogy a háziiorvosi ellátás biztonsága, az ellátásban résztvevők megterhelése szempontjából nézve az egyik legsúlyosabb jelenségről, a tervezhető és a nem tervezhető ellátások különválasztásáról ne beszéljünk. Ennek két fontos eleme kiált megoldásért: az egyik, a rendelés szervezhetősége, ami az előjegyzések, a betegellátásra fordítható idő és figyelem növelésével hatna bizonyosan a biztonságosabb, betegorientált ellátás felé. A másik az ügyeleti – tehát a következő rendelésig nem halasztható ellátások kérdése. Az már ma is bizonyosan látható, hogy egészségügyön kívülről érkező támogatás nélkül nem lehet szakítani a pazarlót, a szükségleteket jóval meghaladó, sok esetben éppen az indokolt ellátást lehetetlenné tévő igények visszaszorításában. Sajátos magyar szokás, hogy az ügyeletet „hívják” az emberek, az kevéssé kézenfekvő, amit a háziiorvosi rendelet már az elején pontosít: a háziiorvos a rendelőjében végzi a feladatait és csak indokolt esetben a beteg lakásán, tartózkodási helyén. El kell érjünk, hogy az indok az orvosi ellátásban is csak szakmai indok lehet, egyéb magyarázatok nem terhelhetik az E.Alapot.

## E témában megjelent közlemények jegyzéke:

- Balogh S.: Mit várhatunk 1993. júliusától?; Med.Univ. XXVI/4 Szerkesztőségi rovat 245. 1993.
1994. évi háziiorvos továbbképzés (átképzés) első féléves terve; Med.Univ.: XXVII/2. Szerkesztőségi rovat 125. 1994.
- Balogh S.:A háziiorvos átképzés tapasztalatai (1993-1996); Med.Univ. XXIX/9-10. 329-336. 1996
- Balogh S. - Riesz T. - Erős A.: CME = CPD?; Med.Univ.: XXXII/6 332. 1999.
- Balogh S.: Háttér adatok a háziiorvosi ellátásról I.; Med.Univ.: XXXIII/1 21-25. 2000.
- Balogh S.: Háttér adatok a háziiorvosi ellátásról II. Med.Univ.: XXXIII/2. 97-102. 2000.
- Balogh S.: A háziiorvos továbbfejlesztésének lehetősége és kapcsolódása az Egészséges Nemzetért Programmal; Med. Univ.: XXXIV/4.229-231. 2001.
- Papp R., Balogh S.: A háziiorvosi munka értékelésének lehetőségei; prevenció, minőségi elemek. Med. Univ. XXXV/1: 47-48. 2002.
- Hajnal F., Balogh S.: Európai állásfoglalás a szakorvosok továbbképzéséről. MOTESZ Magazin, 38-43. 2002.
- Hajnal, F., Balogh, S.: A családorvoslás európai önmeghatározása; Medicus Universalis, XXXV/3. 129-131. 2002.
- Balogh S.: A háziiorvoslás első évtizede; Orvostovábbképző Szemle X. évf. 6. sz. 2003. július, 10-15.
- Papp R. - Balogh S.: Háziiorvosi prevenció a mindennapi gyakorlatban; Med. Univ.: XXXVI/6. 247-252. 2003.
- Balogh S. - Kékes E. - Császár A.: A cardiovascularis rizikófaktorok felmérése háziiorvosi praxisokban; Med. Univ.: XXXVII/1. 3-10. 2004.
- Belec B. - Paulik E. - Balogh S. - Hajnal F. - Nagymajtényi L.: Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében; Med. Univ.: XXXVII/1. 11 - 16. 2004.
- Belec B. - Paulik E. - Balogh S. - Hajnal F. - Nagymajtényi L.: A nők egészségi állapota és egészségmegtartása dél-alföldi megyékben; Med. Univ.: XXXVII/4. 171-175 2004.
- Müller A. - Balogh S. - Nagymajtényi L. - Paulik E. at all: A gyermek egészségi állapotát befolyásoló tényezők a dél-alföldi régióban; Egészségfejlesztés 48 (5-6); 36-40. 2006.
- Paulik E. - Balogh S. - Belec B. - Hajnal F. - Nagymajtényi L.: at all: Az elhízás epidemiológiai jellemzői a Dél-Alföldön; Népegészségügy 83 (1); 12-17. 2004
- Balogh S. - Hajnal F. - Belec B. - Nagymajtényi L. - Paulik E.: Factors associated with the consumption of fruits and vegetables in South-East Hungary; Acta Alimentaria 34 (2005) 145-152
- Medgyesi J. - Papp R. - Vernes R. - Döbrössy L. - Domán V. - Balogh S.: Onkológiai éberség a háziiorvoslásban? Med. Univ.: XXXVII/4. 177-186. 2004.
- Balogh S.: Gondolatok a háziiorvoslásról - Cardiovascularis prevenció, mint a háziiorvoslás fő módszere? Med. Univ.: XXXVII/6. 231-242. 2004.
- Balogh S.: A körzeti orvostól a háziiorvosig. Az alapellátás változásai és népegészségügyi kihívásai a 21. század elején. PhD-értekezés SZTE, Szeged, 2004
- Ungváry Gy. - Odor Andrea - Bényi M. - Balogh S. - Szakmáry É.: Romatelepek Magyarországon - gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok.; Orvosi Hetilap:146/15. 691-699. 2005.
- Hajnal F. - Hajnalné Szabó J. - Nagyvári P. - Belec B. - Balogh S.: Regionális egészség- és életmód felmérés területi ellátásban dolgozó védőnők körében; Med. Univ.: XXXIX/4. 141-145. 2006.
- Hajnal F. - Hajnalné Szabó J. - Nagyvári P. - Belec B. - Balogh S.: Területi ellátásban dolgozó védőnők ismeretei és magatartása az egészséges életmód témakörében és hozzáállása egészségnevelési feladatukhoz; Med. Univ.: XXXIX/5. 159-162. 2006.
- Hargitai R. - Balogh S.: Kistérségi Egészségközpont Az alapellátási struktúrávaltalos lehetséges modellje; Med. Univ.: XL/1. 9-13. 2007.
- Balogh S.: A kistérségi együttműködés, mint a struktúraváltás lehetősége és a népegészségügyi kérdések azonossága; Med. Univ.: XL/3. 99-101. 2007.
- Balogh S.: A dohányzásra vonatkozó minimális intervenció elterjesztése az alapellátásban. Medicina Thoracalis 2.sz. 60-82. old. 2007.
- Dr. Grósz András, Dr. Füredi Gyula, Dr. Balogh Sándor: Az OALI praxis-programja Med. Univ. XLI/3 134-136, 2008.
- Papp R. - Bersky K. - Wndak A. - Haber G. - Farkas-Páll Zs. - Pásztor L.: Eladható-e a gyógyítás művészete. Med. Univ. XLII/3. 101-104. 2009.
- Dr. Hargitai Réka, Dr. Balogh Sándor PhD: Az alapellátás szerepe vastagbélrák megelőzésében, korai felismerésében és gondozásában Med. Univ. XLI/3. 127-133, 2008.
- Balogh S.: Az általános orvoslás válsága, vagy változtatni szükséges? Med. Univ. XLII/3. 99. 2009.
- Balogh S.: Kérdések és kihívások az alapellátás szakmai, működési és finanszírozási rendjében. Med. Univ. XLIII/1. 3-4. 2010.
- Balogh S. - Fülel L. - Bölc Á.: Az alapellátás jogi szabályozásával kapcsolatos feladatok. Med. Univ. XLIII/2. 37-40. 2010.
- Balogh S.: Itt az idő, hogy megmentsük az egészségügyet! Med. Univ. XLIII/3. 79-80. 2010
- Balogh S.: Háziiorvoslás 2010-2014 Az alapellátás integrációjának lehetőségei Med.Univ. XLIII/ 5. 173-178. 2010.