

„EGÉSZSÉGSZERVEZÉS FEJLESZTÉSEI A GYAKORLATI TAPASZTALATOK TÜKRÉBEN” KONFERENCIA

EGÉSZSÉGESEBB EGÉSZSÉGÜGYÉRT PROJEKT

2015.11.27.

SZÉCHENYI 2020 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Az alapellátás fontosabb működési modelljei Európában

Borbás Ilona

Közigazgatási főtanácsadó

ÁEEK

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Alapellátás

Az alapellátás **szakemberek csoportja** által nyújtott, **általánosan hozzáférhető, egyén-központú, átfogó** egészségügyi és közösségi szolgáltatások összessége, amely az **egyéni egészségügyi szükségletek nagy többségét** képes kielégíteni. A szolgáltatásokat az egyénekkal, informális gondozókkal, családokkal és közösségekkel **tartós partnerségben** szervezi, és központi szerepet játszik az **ellátás koordinációjában** és **folyamatosságának** biztosításában.

(Forrás: Európai Bizottság, 2014)

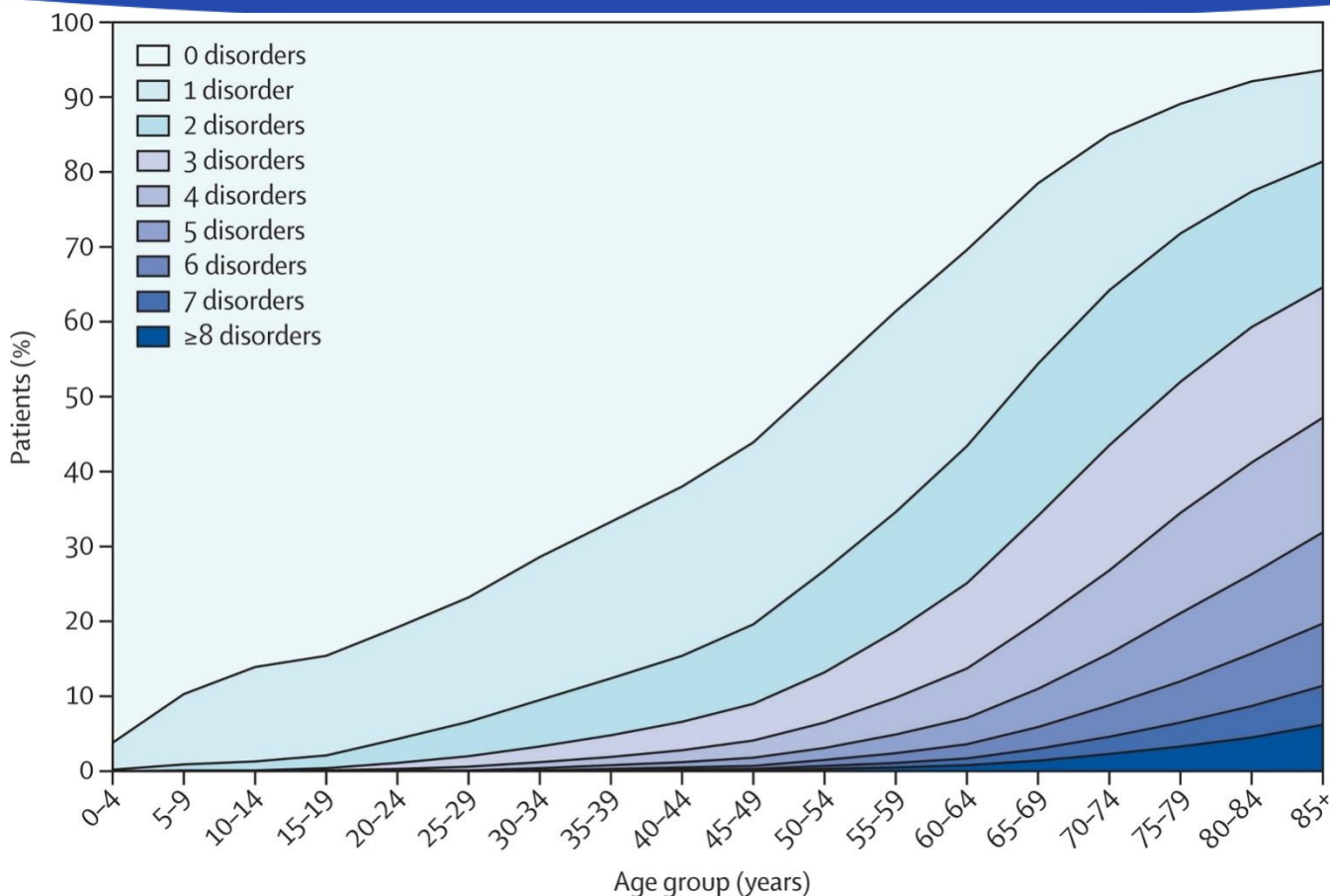
Az alapellátás keresletét és kínálatát befolyásoló tényezők



Forrás: KPMG-Nuffield Trust, 2014



Multimorbiditás: kivételből általános



Forrás: Barnett et al: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. (2012) *The Lancet*, 380 (9836), pp. 37-43

Az alapellátás domináns modelljei

Domináns ellátó:

- **Egyszemélyes praxis – 13 EU tagország**
 - **rendelőjében önállóan praktizáló szakorvos/háziorvos**
 - Németo., Ausztria
 - **egyszemélyes háziiorvosi praxis**
 - pl. Cseho., Szlovákia, Horváto., Románia, Belgium
- **Csoportpraxis – 7 EU tagország**
 - pl. Dánia, Észtó., Íro., Hollandia, Franciao., UK
- **Egészségügyi Központ – 8 EU tagország**
 - pl. Finno., Svédo, Spanyolo. Portugália, Litvánia

Az alapellátók többségének jellemzői

- Kis önálló praxisok, ritka a multidiszciplináris csoport
- Rugalmatlan és rövid idejű konzultációk, elérhetőség csak hétfőtől péntekig normál munkaidőben
- Nincs lehetőség a tanácsadás telefonon, email-en, Skype-on vagy más modern eszközzel történő elérésére
- Nincs megfelelő diagnosztikai támogatás
- Elégtelen módon kapcsolódik a szakorvosokhoz, közösségi szolgáltatásokhoz
- Gyakran nincs valós szerepe az ellátás koordinálásában

HR problémák

Az oktatás fragmentált, jó ideje változatlan, statikus tantervekre alapul

- A HR kompetenciák és a lakosság szükségletei nem mindig találkoznak
- csapatmunka képesség és hajlandóság hiányosságai,
- a szakemberek technika szemlélete fejlesztésre szorul
- epizodikus ellátási gyakorlat a folyamatos helyett
- kórház orientált szemlélet
- hiányos szerepvállalás az egészségügyi rendszerek teljesítményének javításában.

Frenk et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376(9756): 1923-1958.

Csoportpraxis, egészségügyi központ

- **Csoportpraxis** – források, eszközök megosztása, rugalmas fejlesztés
- **Önkormányzati egészségügyi központ**
 - **Finnország:** széleskörű szolgáltatások: népegészségügy, járóbeteg-, fekvőbeteg ellátás (30-60 ágy/központ), multidiszciplináris személyzet, technikai támogatás, 30 ezer lakos/központ

- **Közösségi egészségügyi központ – nonprofit szervezetek**



» **Belgium 120 központ**, közösség-orientált és területi szemlélet, együttműködés a közösségben dolgozó más szektorokkal. **Community Health Centre Botermarkt, Ghent, 6000 lakos**

» **Anglia: Bromley by Bow Health Centre, London, 15 ezer lakos**



Az erős alapellátó rendszer

- Általánosan hozzáférhető
- Koordinálja az egészségügyi ellátást
- Folyamatos: időben, információközvetítésben, kapcsolati rendszerben
- Átfogó ellátást nyújt
- Megfelelő irányítással működik
- Megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik
- A munkaerő folyamatos fejlesztése jellemzi

Erős alapellátó rendszerrel rendelkező országok:

- Belgium, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Hollandia, Litvánia, Portugália, Szlovénia, Spanyolország
- Többségében csoportpraxis, egészségügyi központ, kapuőr szerep, széleskörű szolgáltatások

Kringos et al.: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice, November, 2013



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Új modellek az alapellátásban I.

Szuperpartnerségek, multipraxis szervezetek

Tulajdoni szerkezetük a partnerségben működő háziiorvosi szervezetek jellemzőit követi

- Központosított menedzsment és irodai funkciók
- Szélesebb körű szolgáltatások (szakorvosi konzultáció helyben, diagnosztika stb.), kibővített rendelési idő, elektronikus kapcsolat és betegadat megosztás, minőségfejlesztés

Az ellátott betegek száma néhány tízezer, de lehet százezres is.



250 fős személyzet, > 65 ezer lakos, 13 helyszín



hurley group

400 fős személyzet, >100 ezer lakos, 17 helyszín



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Új modellek az alapellátásban II.

Hálózatok, szövetségek

Független háziiorvosi praxisok funkciók megosztására, szolgáltatások fejlesztésére hálózatba szerveződnek

- Hollandia: 7000 háziorvos kb. 100 hálózatban, krónikus ellátásra összpontosítva.



Zorg in Ontwikkeling (ZIO), Hollandia, Maastricht, alapítvány

- 170 ezer lakos, multidiszciplináris csoport - 90 háziorvos + paramedikális dolgozók, szakellátási szerződés a Maastricht-i Egyetemi Kórházzal
 - Krónikus betegek ellátására szerződések a biztosítókkal: COPD, asztma, érrendszeri betegségek, szívelégtelenség stb.
 - Oktatás, HR, IT támogatás, közbeszerzések, ingatlanfejlesztés
- UK: Suffolk GP Federation 61 praxis, 540 000, Tower Hamlets 37 praxis, 270 000 lakos, CIC forma



Anglia: új modellprogramok

2014 - NHS öt évre szóló jövőképe (200 millió GBP beruházási alap új ellátási modellek kialakításához):

- **14 többszakmás közösségi szolgáltató (MCP - Multispecialty Community Providers)**, alapellátás kiegészítése szakellátással, összekapcsolása a szociális ellátással, átlagosan **100 ezer lakos/MCP** (NHS England ajánlásai: 30-50 ezer fő)
- **6 alapellátási és aktív ellátó rendszer (PACS - Primary and Acute Care Systems)**, az alapellátás és a fekvőbeteg ellátás integrálására, **200-250 ezer fős terület/PACS**

Megvalósítás alatt lévő tervek

- Ausztria
 - 2014: a házi orvos kapuőri szerepének és a betegek alapellátás iránti kötődésének megerősítése
 - **team-munka** (központi alapellátó team: házi orvos, ápoló és asszisztens és kiegészítő kompetenciák), **hálózatokba** szerveződés
- Szlovákia
 - 2014: **130 integrált egészségügyi ellátó központ létrehozásának tervezete (30-40 ezer lakos/központ)**
 - Alapszolgáltatások és kiegészítő szolgáltatások, szűrések, prevenció, szakorvosi konzultációk

Fejlesztési koncepció - Írország

- 2014: **Közösségi Egészségügyi Szervezetek – CHO-k** - koncepciója (alap-, szociális-, mentális-, jólléti ellátás)
- **9 CHO**: integrált ellátás a közösségi egészségügyi szolgáltatásokon belül, a közösségi és az aktív kórházi szolgáltatások között és a tágabb közszférában (500 ezer fő/CHO)
- **90 Alapellátási Hálózat** átlagosan **50 ezer fős lakosságszámmal**

Fejlesztési koncepció - Belgium

	Egészségügyi ellátás	Lakosságszám
Mezszint - Alapellátási zóna	Egészségfejlesztési, gyógyító, palliatív és prevenciós szolgáltatások koordinációja. Koordináció a szekunder szinttel. Heti hét napon át 24 órában	75 ezer-125 ezer lakos
Mikroszint - Alapellátási intézmények/ hálózatok, praxisok	Szakközeli csoportok/hálózatok egészségügyi szolgáltatásai az alapellátási intézmény keretében, önkéntesek és gondozók támogatásával	Vidéki területeken min. 5000, városi területeken min. 10 000 lakos

Az új modellek jellemzői

- **Kibővített alapellátás** (prevenció, egészségfejlesztés, rehabilitáció) **30 ezer-100 ezer fős lakosságra szervezett szolgáltatók, szolgáltatói hálózatok** (egészségügyi központok 30 ezer-40 ezer főre, superpartnerségek, hálózatok, zónák 50 ezer-100 ezer főre)
- **Szakellátással vagy szociális ellátással integrált ellátást nyújtó hálózatok 170-250 ezer fő.**
- Ellátási tervek, szerződések, koordinátorok

A szakdolgozók új szerepei

Ápolók fokozottabb bevonása

- Kisebb egészségi problémák kezelése (Egyesült Királyság, Svédország)
- Korlátozott gyógyszerrendelési hatáskör (Egyesült Királyság, Svédország, Franciaország, Románia)
- Immunizálási programok (Egyesült Királyság, Hollandia)
- Krónikus betegút-koordináció (Belgium, Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Svédország, Szlovénia)
- Ápolók által irányított „klinikák” (Svédország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Franciaország, Spanyolország)

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE