

Tervezet a pulmonológiai járóbeteg-ellátás átalakításáról a Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium 2007. július 13.-i ülésén megvitatott és elfogadott javaslat

(a tervezet előterjesztői: Böszörményi Nagy György a Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke, Kovács Gábor országos tüdőgyógyász szakfőorvos és Strausz János az Országos Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgatója,
a vitában részt vettek a kollégium tagjai és a meghívott regionális tüdőgyógyász szakfőorvosok)

A pulmonológiai járóbeteg ellátás jelenleg a tüdőgondozói hálózaton alapul. Emellett tüdőgyógyászati járóbeteg ellátást végeznek a fekvőbeteg intézmények ambulanciái, szakrendelése és néhány privatizált, főleg vállalkozó orvos által működtetett rendelés. Ezek a rendelések mind OEP szerződéssel rendelkeznek. Itt nem nyerne említést azok a tüdőgyógyászati tevékenykedő vállalkozó orvosok, vállalkozások, amelyeknek nincs OEP szerződésük. Feltételezhetjük, hogy számuk csekély, inkább egy-két órás szolgáltatásokról lehet szó egyéb, szintén nem OEP finanszírozott rendeléseken belül (pl. menedzser szűrés).

A járóbeteg struktúra átalakításakor beszélni kell még a tüdőgyógyászati járóbeteg rehabilitációról, amely külön szakma kód alatt önálló minimum követelményekkel rendelkezik, s amely a jövőben speciális feltételei miatt – bár szorosan kapcsolódik a tüdőgyógyászati ellátáshoz – inkább a prevenció tevékenységei között lehet (tercier prevenció).

A tüdőgondozás, amely szintén önálló járóbeteg kóddal rendelkezik jelenleg, a jövőben az egységes járóbeteg szakellátás része lehet, tevékenységeinek megfelelő definiálása és finanszírozása mellett.

A tüdőszűrés jelenlegi formájában nem tartható. Sem a szakmai igények, sem a tárgyi feltételek, de a jogszabályi környezet sem indokolja a jelenlegi tüdőszűrő állomások fenntartását. Ott ahol az ÁNTSZ a jogszabályoknak, vagyis a megelőző év tbc incidenciájának megfelelően elrendeli a kötelező szűrést, ott azt a jelenleginél nagyobb fegyelemmel végre kell hajtani. Ez a 30 évesnél idősebb lakosság mellkas röntgen vizsgálatát jelenti (ilyen megközelítésben a 60%-os átszűrtség a lakosság 30%-át jelenti szám szerint). Ahol az ÁNTSZ nem rendeli el a kötelező szűrést, ott el kell érni, hogy a 40 évesnél idősebb dohányosok részt vegyenek az ajánlott szűrésben (ilyen megközelítésben a 60%-os átszűrtség a lakosság 7%-át jelenti szám szerint). Ehhez biztosítani kell az infrastruktúrát, amely elsősorban digitális röntgen készülékek telepítése lehet olyan centrumokban (megyeközponti tüdőgyógyászati szakellátó egységekben), ahol kellően nagyszámú a lakosság, a távolabbi lakosok is beutaznak egyéb dolgaik végett, s rendelkezésre állnak az egyéb tárgyi és személyi feltételek is. A készülékek ilyen telepítés mellett a jóval csekélyebb számú szűrővizsgálat mellett (például, ha Szegeden települ egy ilyen készülék, akkor évente kb. 30 000 rizikó csoportos vizsgálat prognosztizálható) a napi diagnosztikai rutin felvételeket is elkészíthetik.

A pulmonológiai járóbeteg ellátás jelenlegi tüdőgondozói struktúrája

Jelenleg 162 tüdőgondozó működik az országban. Emellett 135 stabil és 48 mobil EF szűrőállomás végzi a szűrést. Regionális bontásban ez azt jelenti, hogy Közép-

Magyarországon 35 TG (BP:20; PM:15), Észak-Magyarországon 20 TG (BAZ:10; HEV:5; NÓG:5), Dél-Alföldön 23 TG (BKK:8; BÉK:9; CSO:6), Észak-Alföldön 31 TG (HAJ:7; SZO:13; SZA:11), Közép-Dunántúlon 18 TG (FEJ:6; VES:6; KOM:5), Nyugat-Dunántúlon 16 TG (GYŐ:5; VAS:5; ZAL:6), a Dél-Dunántúlon pedig 18 TG (BAR:7; SOM:6; TOL:5) működik jelenleg.

A rendelések számát tekintve (egy TG-ban több rendelés is lehet)

Közép-Magyarországon, Budapesten: 20 TG-ban 70 befogadott rendelés van jelenleg. A rendeléseken 51 aktív (részben szerződéses) és 19 nyugdíjas (65 év feletti) szakorvos dolgozik.

Pest megyében: 14 TG 20 rendelésén 15 aktív és 3 nyugdíjas (1 vállalkozó) szakorvos dolgozik.

A régióban eszerint 66 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Észak-Magyarországon ugyanezen adatok: BAZ: 10 TG 16 rendelésén 9 aktív, 5 nyugdíjas (2 Edelényhez tartozó TG-ban 9 szerződéses részállásban) orvos dolgozik. HEV: 5 TG 9 rendelésén 4 aktív és 2 nyugdíjas (Gyöngyösön 3 részállású aktív) orvos dolgozik. NÓG: 5 TG 6 rendelésén 5 aktív és 3 nyugdíjas (3 aktív részállásban) orvos dolgozik.

A régióban eszerint 18 aktív szakorvos ténykedik a járóbeteg ellátásban az Edelény által ellátott TG-on kívül.

Dél-Alföldön: CSO: 6 TG 12 rendelésén 8 aktív és 3 nyugdíjas (1 szerződéses részállásban)

BKK: 8 TG 13 rendelésén 8 aktív és 5 nyugdíjas szakorvos. BÉK: 9 TG 11 rendelésén 9 6 aktív és 3 nyugdíjas (utóbbiak részállásokban) szakorvosok dolgoznak.

A régióban eszerint 23 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Dél-Dunántúlon: BAR: 7 TG 15 rendelésén 12 aktív, 2 nyugdíjas és 2 szerződéses (1 nyugdíjas, 1 aktív) szakorvos dolgozik. TOL: 5 TG 6 rendelésén 2 aktív és 4 nyugdíjas kollega dolgozik. SOM: 6 TG 8 rendelésén 2 aktív, 3 nyugdíjas és 3 szerződéses szakorvos dolgozik (ez utóbbiak v.sz. nyugdíjasok).

A régióban eszerint 16 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Nyugat-Magyarországon: GYŐ: 5 TG 9 rendelésén 8 aktív (egy részfoglalkozású) és 2 nyugdíjas (1 részfoglalkozású) szakorvos dolgozik. VAS: 5 TG 6 rendelésén 3 aktív és 3 nyugdíjas szakorvos dolgozik. ZAL: 6 TG 8 rendelésén 4 aktív és 3 nyugdíjas szakorvos dolgozik.

A régióban eszerint 15 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Észak-Alföldön: HAJ: 7 TG 11 rendelésén 11 aktív szakorvos dolgozik. SZA: 10 TG 15 rendelésén 12 aktív és 3 nyugdíjas szakorvos dolgozik. SZO: 13 TG 16 rendelésén 8 aktív és 4 nyugdíjas szakorvos dolgozik (több tüdőgondozóban szerződéses orvos látja el a feladatot).

A régióban eszerint 31 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Közép-Dunántúlon: FEJ: 6 TG 9 rendelésén 4 aktív és 2 nyugdíjas (1 szerződéses részfoglalkozású) szakorvos dolgozik. KOM: 5 TG 6 rendelésén 4 aktív és 1 nyugdíjas szakorvos dolgozik. VES: 6 TG 10 rendelésén 6 aktív és 4 nyugdíjas szakorvos dolgozik.

A régióban eszerint 14 aktív szakorvos dolgozik a járóbeteg ellátásban.

Össességében országosan 162 tüdőgondozó, 276 rendelésén 183 aktív és 72 nyugdíjas (65 év feletti) tüdőgyógyász szakorvos dolgozik jelenleg a járóbeteg ellátásban.

A pulmonológiai járóbeteg ellátás alapegysége a minimum követelmények alapján

A pulmonológiai járóbeteg szakellátás alapegységének jelenleg azt az egységet tekinthetjük, amely egy teljes foglalkoztatású tüdőgyógyász szakorvosból és két, illetve a szakmai minimum feltételekben meghatározott feladatok ellátásához szükséges számú szakdolgozóból áll. Egy ilyen egység szervezése (és OEP befogadása) 50 000 lakosonként (kb. 25 háziorvos) indokolt.

Ez az egység (szakorvos) kompetens ellátni a tüdőgyógyászat valamennyi, a járóbeteg ellátás terén végezhető tevékenységeit (ideértve a tbc, a tüdőrák, a légúti allergiás, a légúti obstruktív betegségek diagnosztikai, terápiás és követési feladatait). Egyes ritka betegségek (pl. CF, rendszerbetegségek tüdőgyógyászati manifesztációi) esetében a kollégium meghatározhatja a kompetencia kört.

A tüdőgyógyászati szakellátás alapegységének rendelkeznie kell azokkal a személyi, tárgyi és szakmai minimum követelményekkel, amelyek segítségével a fent megjelölt járóbeteg ellátási feladatokat el is képes végezni (pl. spirográf, allergológiai teszt, illetve röntgen berendezés).

A szakellátó egység szakmai fogalom. Megvalósulhat különböző önálló, illetve integrált formákban. Finanszírozási és tulajdonlási formái is különbözőek lehetnek (pl. önálló vállalkozó, önkormányzati, KHT, stb...). A kollégium és a szakfelügyelet felelőssége nem az egyes finanszírozási, tulajdonlási és integrált formák, hanem a minimum követelmények meghatározásában és teljesítésének az ellenőrzésében rejlik.

A pulmonológiai járóbeteg szakellátási egységek (rendelések) megjelenési formái különbözőek lehetnek. A lehetséges formák azonban meghatározhatják az egész ellátási szerkezetet, s érintik a minimum követelményeket is. Milyen típusú formák képzelhetők el?

1)

Több tüdőgyógyászati szakellátási egység működik együtt egy épületben önállóan, nem többszakmás poliklinikán belül. Ez lényegében véve a jelenlegi több rendeléses tüdőgondozók egyszerű átalakulása révén jöhet létre elsősorban a nagy városokban, ahol ennek a feltételei adottak. Ilyenek lehetnek a jelenlegi megyeközpontokban lévő több rendeléssel működő szakellátó intézmények, illetve Budapesten a nagyobb lakosság számú kerületekben a megfelelő infrastruktúrával rendelkező, a személyi és tárgyi minimum követelményeknek megfelelő intézmények. Ezeken a helyeken általában most is betöltöttek a szakorvosi státusok. A tulajdonosok általában közvetlenül, vagy a területi kórházon keresztül az önkormányzatok.

2)

Több tüdőgyógyászati szakellátó egység (a lakosság számának megfelelően) egy poliklinikán, vagy kórházon belül. Ez lehet fővárosi kerületi, vagy vidéki városi poliklinika. A tüdőgyógyászati szakellátó egységek (rendelések) számát a terület lakosság száma határozhatja meg. A tulajdonlás itt is különböző lehet. A minimum feltételek megvalósítása során egyszerűbb a helyzet, hiszen ha van röntgen elérhetőség a poliklinikán egy épületen belül, akkor nem szükséges a szakrendelésnek megvalósítania azt külön. Itt is a tüdőgyógyász értékeli a mellkas röntgen felvételeket, illetve világítja át a beteget a szabálykönyvben is rögzített kompetenciának megfelelően.

3)

A 2. változathoz hasonló, de csak egy tüdőgyógyászati szakellátó egység működik a poliklinikán, vagy kórházban (lakosságszám nem igényel többet pl. egy kisebb városban, vagy kistérségi poliklinikán/ kórházban). Itt gondot jelenthet a szabadságok idején a szakellátás biztosítása, amit azonban helyettesítéssel meg lehet oldani.

4)

Egy tüdőgyógyászati szakellátó egység egy önálló épület egységben (pl. egy korábbi egyszemélyes tüdőgondozó – pl. Szarvas, Kisvárd, Ózd, Pásztó, Szentes, stb...). A tárgyi, személyi és szakmai minimum követelményeknek itt is meg kell felelni. Ezekben az egységekben biztosítani kell a megfelelő technikai színvonalú röntgen átvilágítási és mellkas rtg felvételezési lehetőséget. Enélkül nem tekinthető az egység pulmonológiai szakellátó egységnek.

5)

A fenti meghatározás alapján nem tekinthető ugyan önálló pulmonológiai szakellátó egységnek, de fel kell vetni a részfoglalkozású pulmonológus szakorvos (vállalkozó, vagy közalkalmazott) ténykedésének a kérdését. Ilyen orvos pl. az, aki saját munkaidejével gazdálkodva vállalkozóként biztosítja olyan poliklinikán, vagy csoport praxisban a tüdőgyógyászati szakellátást, ahol a térségben ilyen nincs. Pl. hetente egyszer, vagy kétszer 4 órában szerződik és nyújt szakellátást. Elvileg lehet ilyen igény, s tetszetős az is, hogy esetleg közelebb viszi ily módon a szakellátást a lakosság lakóhelyéhez. Hátránya lehet azonban az, hogy egy ilyen részleges ellátás „lefölözi” a betegeket és a bonyolultabb, vagy kényelmetlenebb eseteket viszont a területi szakellátó egységhez irányítja. Ezzel a kérdéssel foglalkoznia kell a kollégiumnak, hiszen a vállalkozó orvosok nagyobb számú megjelenése feltételezhető. Elzárkózni nem lehet, s talán nem is kell, de itt is ki kell alakítani a minimum óraszámot és a minimálisan végzendő tevékenységet (pl. tbc-s betegek ellátása alapfeltétel). Ez a forma ott jelenhet meg átmenetileg, ahol – elsősorban vidéken – szakorvoshiány alakul ki, ugyanakkor a területet el kell látni.

A pulmonológiai járóbeteg szakellátás javasolt struktúrája

Fentiek alapján Magyarországon jelenleg mintegy 200 teljes állású szakorvost foglalkoztató szakellátó egységre van szükség, hogy biztosítani lehessen az 50 000 lakos/ szakellátó egység struktúráját. Mivel ezek az egységek a legkülönbözőbb formában jelenhetnek meg, ahogy arról a megelőző szakaszban volt szó ez a kb. 200 szakrendelés mintegy 100 több rendeléses poliklinikai/intézményi, vagy egyszemélyes egységben jelenik meg. Ez a szám biztosítja az országos lefedettséget, a lakosság számára a megfelelő hozzáférést a pulmonológiai szakellátáshoz.

Milyen szempontoknak kell megvalósulniuk a szakellátó egységek megvalósulásához?

- 1) Megfelelő, a minimum követelményeket megvalósító infrastruktúra (korábbi tüdőgondozó/poliklinika/kórház épülete) megléte.
- 2) Személyi feltételek biztosítása mind az orvos, mind a szakdolgozók részéről.
- 3) Tárgyi minimum követelmények (pl. megfelelő színvonalú röntgen) megléte.
- 4) Megfelelő lakosságszám a vonzáskörzetben.
- 5) Jó közlekedési viszonyok.

6) Maximálisa 50 km-es távolság az ellátott települések és a szakellátó között

Budapesten és a tbc szempontjából rosszabb epidemiológiai helyzetű megyékben (Szabolcs és Szolnok) a jogszabályi ellátási és szűrési kötelezettségek miatt a fokozatos struktúra átalakítást javasoljuk azzal a megjegyzéssel, hogy a minimum követelmények betartása alapkövetelmény. Így a változtatásokat a jelenlegi egységekben a szakmai, tárgyi és személyi minimum követelmények teljesítése, valamint a forgalom alakulásának az ismeretében lehet kialakítani.

Ugyanezek az elvek érvényesek lehetnek ott is, ahol a tbc epidemiológiai helyzete kedvezőbb, azzal a megjegyzéssel, hogy bár regionális szervezetekben gondolkozunk, a jelenlegi megyei központokban kell kialakítani a több szakorvost foglalkoztató szakellátó intézményeinket. A megyék többi egysége lehet egy szakorvost foglalkoztató egység önállóan, illetve poliklinikához integráltan.

Csak a példa kedvéért mit jelentene ez országosan:

Közép-Magyarország

Budapesten a jelenlegi 20 helyett 10-12 szakellátó egység maradna (40-45 szakorvossal).

Pest megyében a jelenlegi 14 TG helyett 10 (15-20 szakorvossal).

Közép-Magyarország: 20-25 egységben 60-70* szakorvos (lakosság: kb. 2,8 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 56 szakorvosi rendelés kellene, de az ezt közelítő kapacitás kialakítása fokozatosan ajánlott.

Észak-Magyarország

BAZ: a jelenlegi 10 TG helyett 7-8 szakellátó egység (10-14 szakorvossal)

Heves a jelenlegi 5 TG helyett 4 egység (6 szakorvossal)

Nógrád a jelenlegi 5 TG helyett 4 egység (6 szakorvossal)

Észak-Magyarország: 15-16 egységben 22-26* szakorvosi rendelés (lakosság: kb. 1,3 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 26 szakorvosi rendelés kellene

Észak-Alföld

Szabolcs: a jelenlegi 11 TG helyett 6-7 szakellátó egység (10-11 szakorvossal)

Hajdú: a jelenlegi 7 TG helyett 5 szakellátó egység (8-10 szakorvossal)

Szolnok: a jelenlegi 13 TG helyett 6-7 szakellátó egység (10-11 szakorvossal)

Észak-Alföld: 18 egységben 30* szakorvosi rendelés (lakosság: kb. 1,5 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 30 szakorvosi rendelés kell

Dél-Alföld

Csongrád: a jelenlegi 6 TG helyett 5 szakellátó egység (10-12 szakorvossal)

Bács: a jelenlegi 8 TG helyett 5 szakellátó egység (8-10 szakorvossal)

Békés: a jelenlegi 9 TG helyett 5 szakellátó egység (8-10 szakorvossal)

Dél-Alföld: 15 egységben 24-26* szakorvosi rendelés (lakosság: kb. 1,4 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 28 szakorvosi rendelés kellene

Közép-Dunántúl

Fejér: a jelenlegi 6 TG helyett 4 szakellátó egység (5-6 szakorvossal)

Veszprém: a jelenlegi 6 TG helyett 4 szakellátó egység (5-6 szakorvossal)

Komárom: a jelenlegi 6 TG helyett 4 szakellátó egység (5-6 szakorvossal)

Közép-Dunántúl: 12 egységben 15-18* szakorvosi rendelés (lakosság: 1,1 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 22 szakorvosi rendelés kellene

Dél-Dunántúl

Baranya: a jelenlegi 7 TG helyett 4 szakellátási egység (6-8 szakorvossal)

Tolna: a jelenlegi 5 TG helyett 4 szakellátási egység (5-6 szakorvossal)

Somogy: a jelenlegi 6 TG helyett 4 szakellátási egység (5-6 szakorvossal)

Dél-Dunántúl: 12 egységben 18-20* szakorvosi rendelés (lakosság: kb. 1,0 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 20 szakorvosi rendelés kell

Nyugat-Magyarország

Vas: a jelenlegi 5 TG helyett 4 szakellátási egység (5-6 szakorvossal)

Zala: a jelenlegi 6 TG helyett 4 szakellátási egység (5 szakorvossal)

Győr: a jelenlegi 5 TG helyett 4 szakellátási egység (7-9 szakorvossal)

Nyugat-Magyarország: 12 egységben 18* szakorvosi rendelés (lakosság: kb. 0,8 millió)

*Megjegyzés: a lakosságszám alapján 16 szakorvosi rendelés kellene

Összességében, az egész országra vonatkozóan (lakosságszám: kb. 10 millió) 100 egységben 200 szakorvosi rendelésre lenne szükség. A példa kedvéért felvázolt modellben 103 szakellátó egységben 190-200 szakorvosi rendelés szerepel. Jelenleg ennyi szakorvost csak a nyugdíjasok bevonásával lehet biztosítani. Nem lehet még pontosan látni azt, hogy a fekvőbeteg intézményekben történt átalakulások nyomán hány aktív szakorvos helyezkedik majd el a járóbeteg ellátásban. Inkább vidéken jelentkezik gond, a fővárosban van a modellnek megfelelő számú aktív szakorvos. Jelenleg mintegy 180 tüdőgyógyász szakorvos ténykedik a járóbeteg ellátásban, ez a szám az év végéig várhatóan valamennyire emelkedhet. Ha a szükséges szakorvosi létszám biztosítását a következő 3-5 évben a fekvőbeteg ellátásból kikerülő tüdőgyógyászok nem oldják meg, akkor ezt a szintén a fekvőbeteg ellátásból kikerülő belgyógyász kollegák bevonásával, tüdőgyógyászati átképzésük biztosításával, szakképesítés elérésével lehet megoldani.

A jelenleg kialakult fekvőbeteg struktúra szerinti tüdőgyógyászati szakkórházakban és tüdőgyógyászati osztályokon biztosított a szakorvosi létszám. A nyugdíjazásokat azonban a rezidensek száma hosszabb távon nem biztosítja. Nyolc önálló szakintézményről és 18 kórházi osztályról van szó, ahol mintegy 200-250 szakorvos dolgozik. A hosszabb távú utánpótlás biztosítása stratégiai feladat.

Finanszírozás

A vázolt járóbeteg ellátási struktúra csak akkor működőképes, ha megfelelő és garantált finanszírozás áll az ellátás rendelkezésére. A „garantált” kifejezést a várható biztosítói átalakulás indokolja.

2007 végén (esetleg még előbb) megszűnik a bázis finanszírozás. Ez a változás időszerű, hiszen az 1992-es önkényesen megállapított bázis összegek részben túlhaladottak, részben akkor sem voltak reálisak. Olyan gondozók is kapnak folyamatosan ilyen összegeket, akik már nem is végeznek tüdőgyógyászati járóbeteg ellátó tevékenységet. Az ellátó egységek csak akkor lesznek képesek ellátni a betegeket, ha a szakellátási tevékenységeket megfelelő német pontok szerint finanszírozza a biztosító. Ebben az irányban már történtek is lépések az év első felében, amikor elvonták már a bázis egyik részét (szűrések, Mantoux, illetve a tbc bakteriológia egyes tevékenységei). A továbbiakban meg kell erősíteni valamennyi olyan

tevékenység német pontjait, amelyeket eddig a bázisból végeztünk (kontakt felkutatás, vizsgálat, gondozott beteggel kapcsolatos egyéb teendők). Emellett kiemelten kell kezelni azokat a légzésfunkciós vizsgálatokat, amelyeket a tüdőgyógyászati szakellátás végezhet (a légzésfunkciós vizsgálatok a COPD mellett ma már egyes kardiovaszkuláris betegségek, tüdődaganatok ellátásának fontos markerei és prognosztikai elemei).

A jelenleg szintén a bázisból finanszírozott tbc ellenes gyógyszerek finanszírozását is rendezni szükséges. Javasoljuk, hogy kerüljenek eü100-as receptre felírható és 100%-os támogatással hozzáférhetővé a kizárólagos antituberkulotikus szerek (INH, RAMP, SM, PZA, ETB, PAS, CYCLO, RIGE). Ezek összköltsége, a jelenlegi betegszám ismeretében nem haladja meg az 50-60 millió Forintot. Azok az antibiotikumok, amelyek a rezisztens esetekben kerülnek alkalmazásra legyenek központi keretből hozzáférhetőek a tbc-s betegek számára. Ezek ugyanis többnyire más betegségekben kerülnek felhasználásra. Lehetne pl. az OKTPI-ben egy lerakata ezeknek a gyógyszereknek, amit az ÁNTSZ költségén az OKTPI szigorú indikáció esetén ellenőrzöttén biztosít a beteget kezelő intézménynek. Egy ilyen szisztéma egyéb előnyökkel is járna, hiszen nagyobb biztonsággal lehetne a rezisztens tbc-s eseteket követni. A rezisztens esetek költségesebb és hosszabb kezelésének a gyógyszerköltsége hasonló, mintegy 50-60 millió Forint lehet.

A bázisból történik a tüdőszűrések finanszírozása is jelenleg, de a szűrések sorsa egy külön fejezetet érdemel.

Kulcskérdés, hogy a jelenlegi szakrendelési és gondozási óraszámokat vonják össze, s azok egységesen a szakellátást biztosítsák, hiszen a gondozási tevékenységek is szakellátásként jelennek meg a jövőben.

Tüdőszűrés

A tüdőszűrés jelenlegi formájában nem folytatható a jövőben. Ezt semmilyen szakmai indokkal nem lehet alátámasztani, s nincsenek meg a technikai feltételei sem. Ráadásul a közelmúltban napvilágra került személyi szakmai hiányosságok (pl. kettős leolvasás hiánya, több hónapi tartó leletezés) a jogalkotó és a finanszírozó homlokterébe is kerültek.

A tüdőszűrést el kell végezni ott, ahol ezt az ÁNTSZ az ismert ok miatt elrendeli. Ezek a területeken (2007-ben: Budapest, Pest, Baranya, Borsod, Szabolcs, Szolnok és Hajdú egyes területei) legalább 60%-os átszűrtséget kellene elérni az érintett lakosság körében. Idén még a meglévő tüdőszűrő állomások végzik, júliustól már emelt német pontokért a szűrést.

2008-tól azonban fel kell készülni arra, hogy megszűnnek a tüdőszűrő állomások. Ezeknek az állomásoknak a bezárása jelenti a legnagyobb problémát a dolgozóknak, ugyanis emiatt mintegy ötszáz ember elbocsátását lehet prognosztizálni országosan.

A tüdőszűrés technikai feltételeit illetően el kell érni azt, hogy 2008-tól digitális berendezések álljanak rendelkezésre azokon a megyeszékhelyeken lévő szakellátó egységekben, ahol jelenleg ilyen nincs. Működnek már ilyen berendezések több helyen (Debrecen, Szolnok, Budapest II, XX-XXIII, Dabas, Cegléd, stb...). A megszüntetett bázis finanszírozás jelentheti a forrását a beszerzéseknek. Ezek az egységek jelenthetik a megoldást a 40 – 75 éves dohányosok mellkas rtg vizsgálatára is a tüdőrák korai felfedezése érdekében. Ez további lehetőséget jelent ennek a célpopulációnak a kérdőíves, spirográfias COPD szűrésére is.

Megjegyzendő, hogy ott, ahol az ÁNTSZ elrendeli a 30 évesnél idősebb lakosság kötelező szűrését és 60%-os a megjelenés, ott a lakosság 30%-át teszi ki a megjelenések száma (pl. Budapesten ez 540 ezer vizsgálatot jelentene (2006-ban kb. 300 ezren jelentek meg!). Ahol az ÁNTSZ nem rendeli el a szűrés, de elvégezhető a 40 – 75 éves dohányos rizikócsoporthoz ajánlott vizsgálata, ott ez 60%-os megjelenéssel számolva az összlakosság 7 %-át (pl. a Nyugat-magyarországi régióban ez összesen kb. 60 ezer, de Csongrád megyében 30 ezer vizsgálatot) jelentene. A számok is jelzik, hogy ahol nem kötelező a szűrés, ott marad kapacitása a berendezéseknek a rutin diagnosztikus mellkas röntgen felvételek készítésére is (100 ezer expozíció/év/egység). Ahol kötelező ott érdemes meghagyni a már meglévő és technikailag megfelelő – akár hagyományos – szűrőegységeket.

Mobil digitális szűrő egységek állnak rendelkezésre Csongrád, Borsod, Veszprém Zala és Szolnok megyékben. Ezek az egységek alkalmasak lehetnek arra, hogy a megyétől átvéve, megfelelő szervezéssel a jövőben az egész régióban végezhesék a zárt közösségek vizsgálatát, illetve a megye központokon túl történő rizikó szűréseket.

A szűrés finanszírozását megoldja a jelenlegi korrekció. Fontos, hogy a leolvasást végző szakemberek (kettős leolvasás!) megkapják a tulajdonostól azt az összeget, amit az emelt díjazáson belül a finanszírozó a leolvasásra állapított meg (kb. 50Ft/kép!). A díjazást a fenntartók kapják meg, tehát helyileg kell elérni azt, hogy ebből a pénzből a leolvasást végző szakorvos megkapja a neki járó pénzt.

Gondoskodni kell arról, hogy az ajánlott szűrés végzése se legyen vizitdíjas és ne ütközzön volumen korlátba.

Egyéb prevenció

A tüdőszűrésről az előző szakaszban volt szó. A COPD szűrése ma még nem szerepel a népegészségügyi programban, bár volt már konkrét ígéret erről. A mobil rizikócsoporthoz szűrés lehetővé teszi a COPD nagyobb arányú felkutatását is.

Dohányzás leszokás támogatás: el kell érni, hogy a tüdőgyógyászati járóbeteg szakellátó egységek minimum követelményei között szerepeljen ez a tevékenység, s mint ilyet a biztosító fogadja be ezt a tevékenységet minden szolgáltató esetében. Ez a tevékenység ne essen a volumenkorlátozás és az időkorlátozás alá.

Tüdőgyógyászati rehabilitáció

A tüdőgyógyászati rehabilitáció jelenleg önálló szakmakóddal rendelkező tevékenység. Jelenleg csupán néhány tüdőgondozó végzi a tárgyi és a személyi feltételek híján. Át kell gondolni azt, hogy milyen formában és milyen minimum feltételekkel lehet ezt a tevékenységet a tüdőgyógyászati szakellátó egységek szakmai minimum feltételévé emelni. Valószínű, hogy mind a 100 egységben nem lehet ezeket a feltételeket megteremteni, s ezért ezzel nem is kellene ellehetetleníteni ezeket az egységeket. A kollégium kompetenciája lehetne annak a megállapítása, hogy mely egységek képesek teljesíteni a feltételeket (gyógytornász, tárgyi feltételek, stb...). Elképzelhető, hogy csak kijelölt egységekben folya

ilyen rehabilitáció, amely az ennek megfelelő német pontokat elszámolhatná. Az erre ki nem jelölt egységek ezt nem tehetnék meg.