A Magyar Orvosi Kamara elnökségének és munkacsoportjainak helyzetfelmérése és javaslatai

2024. február 15.

TARTALOMJEGYZÉK

A dokumentum célja 3

A dokumentum formai magyarázata 3

AZ EGÉSZSÉGÜGY A BETEGÁGYAK MELLŐL 4

Alapellátás 9
Szakrendelői járóbeteg szakellátás 30
Az állami egészségügyben dolgozó személyes közreműködők státusza 32
A közfinanszírozott fogászat legégetőbb problémái 35
Fekvőbeteg-ellátás 39

HUMÁNERŐFORRÁS 43

Társadalmi megbecsültség javítása 45
A motiváció növelésének eszközei 46
Bér 49

A MINISZTÉRIUM ÉS A KAMARA KÖZÖS MUNKÁJÁRA TETT JAVASLATOK 53

A Magyar Orvosi Kamara Intenzív Terápiás és Aneszteziológiai Munkacsoportjának szakmai javaslata 53
Magán és állami egészségügyi rendszer kapcsolatának vizsgálata az egészségügyben 57
A Magyar Orvosi Kamara Pszichiátriai Munkacsoport javaslatai a pszichiátriai ellátás fejlesztésére 61
Nemzeti Protézis Regiszter megújítása az értékalapú egészségügy meghonosításáért 63

A KAMARA, MINT AZ ÁLLAM MŰKÖDÉSÉNEK FONTOS SZERVE, A BETEGEK ÉRDEKE 73

Kamara vagy szakszervezet? 74
Az orvosetikai rendszerről 75
A kötelező tagság kérdése 77
Irányelvek fejlesztése 78

MELLÉKLETEK 79

Az NNK 2023 évi kijelölő határozatainak áttekintő elemzése, avagy “Mi az, ami nincs?” 79
Pszichiátriai Osztályok infrastrukturális körülményei 3 aktív, megyei centrumból 94

A DOKUMENTUM CÉLJA

A dokumentum célja, hogy a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnöksége visszajelzést adjon az egészségügyért felelős miniszternek az egészségügyi átalakítás folyamatáról, jelenlegi helyzetéről, hatásairól, és javaslatot adjon néhány lehetséges beavatkozásra, változtatásra. Nem részletes reflexiót vagy tervet készítettünk, hanem a minisztérium és a MOK közötti produktív együttműködést szolgáló kezdeményezést, a kiinduló tárgyalásához szükségesnél nem mélyebb információkkal és javaslatokkal. A dokumentumot több munkacsoport készítette, így stilárisan és részletességben lehetnek különbségek. Csak jelzésértékkel térünk ki az egészségnevelés kérdésére, amit népegészségügyi szempontból olyan jelentőségű beavatkozási lehetőségnek tartunk, hogy később kimunkálandó, külön ennek szentelt javaslatban szeretnénk elkészíteni.

FORMAI MAGYARÁZAT

A dokumentumot a február 27-én esedékes minisztériumi egyeztetés után nyilvánosságra hozzuk. Az érzékeny információkat ugyanakkor rózsaszínnel jelöltük, ezeket a nyilvános verzióban kitakarjuk. Három fő egységet hoztunk létre, mindegyiknél vázoljuk a problémát és javaslatokat fogalmazunk meg. Egyes részek tartalmaznak ábrákat nagy mintaszámú, alacsony hibahatáros felméréseinkből, melyeket az orvosok körében 2024. február 2-7 között végeztünk. Ezen túl az Európai Bizottság State of Health in the EU 2023-as és az OECD Health at a Glance 2023-as kiadványának egyes ábráit használjuk.

AZ EGÉSZSÉGÜGY A BETEGÁGYAK MELLŐL

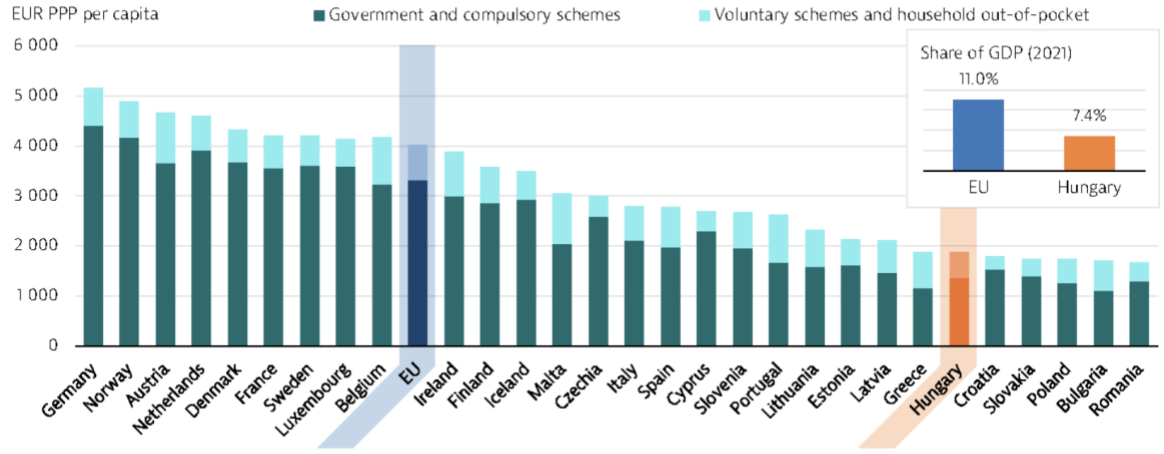
Az egészségügy átalakítása, reformja a magyar államigazgatás három évtizedes adóssága. Az építő szándékú kritikák sora előtt le kell szögezni, rendkívül jelentős lépés, hogy a Kormány belekezdett ebbe a folyamatba, a Magyar Orvosi Kamara legjobb tudása szerint fog közreműködni abban, hogy az országnak a lakosság érdekét, az orvosi hivatás küldetését szolgáló egészségügye legyen.
Ahogy várható volt, a reform véleménykülönbségek és érdekellentétek sorát is felszínre hozta. A Kamara - azzal, hogy az orvostársadalom különböző színtereinek rálátását tudja összegyűjteni - a betegek melletti másik felhasználói/ stakeholder csoport jelzéseit képes az átalakítási folyamathoz biztosítani. Amikor visszajelzéseinkben a problémás területek kielemelése dominál, az nem azt jelenti, hogy az átalakítás szükségességét vitatjuk, sokkal inkább módszert, választott eszközöket, melyeknél lehetnek alkalmasabbak és hatékonyabbak a cél elérésére. A Kamara ebben a javaslatban az általunk megfelelőnek tartott beavatkozási formákat bemutatva abban igyekszik segíteni, hogy a szervezési megközelítések az egészségügy sajátosságait figyelembe véve hatékonyan érvényesülhessenek. Közös érdekünk egy hatékony, megfelelő hozzáférést biztosító, fenntartható, az ellátók és ellátottak számára elégedettséget hozó egészségügy létrejötte.

Minden átalakítási folyamat az abban érintettek helyzeténk változásával, így bizonytalansággal jár. A változások elfogadásának alapja a megértés, ezért érdemes törekedni arra, hogy az érintettek világos képpel rendelkezzenek az átalakítások céljáról, tudják pozicionálni magukat a folyamatban. Ez ma nem adott, és ez érdemben rontja a folyamatokkal való azonosulás esélyét. A koronavírus járvány és az azzal párhuzamosan elinduló egészségügyi átalakítás okozta bizonytalanságot az orvosok (és minden egészségügyi dolgozó) számára első helyen az okozza, hogy nem ismert a magyar egészségügy tervezett jövőképe. Ahogy a rendszerszintű kérdések (pl. biztosítási rendszer), úgy a felhasználót közvetlenül érintő szempontok (pl. kirendelések) vonatkozásában sincsenek világos pontok. Ezeket - lehetőleg konszenzussal - rögzíteni kell. A gyakorló orvosok jelentős része nem rendelkezik átfogó ismeretekkel a biztosítási rendszerekről, a finanszírozás formái, a ráfordítások mértéke mégis olyan átható hatással bíró szervező elvei az egészségügynek, amelyek mélyrehatóan meghatározzák a napi orvosi tevékenységet. Az ellátórendszer tervezett struktúrája már olyan alapvető kérdés, amit mind a betegeknek, mind az egészségügyi dolgozóknak ismernie kell. Az átalakítás folyamata során a terület szereplőinek fel kell tárni, hogy melyik intézkedéssel mi a cél, milyen alapvető problémát akarnak megoldani. Ehhez szükséges a - sokszor ellentmondó - sajtónyilatkozatokon túl egy hivatkozható, iránymutatóként szolgáló átalakítási terv megalkotása és nyilvánosságra hozása.
Az egészségügy átalakítása a társadalom minden területére hatással van. Ezért egyes kérdések messze túlmutatnak a szakpolitika kérdésein, a Kamara ezek vonatkozásában korlátozott illetékességgel bír. A Magyar Orvosi Kamara az orvosi hivatás alapeszméje felől megközelítve, korábban is ismert elveit változatlanul fenntartva azt az általános célt jelöli meg, hogy **a lehető legerősebb állami egészségügyi rendszer kialakítására kell törekedni, mely biztosítja - a gazdasági és társadalmi realitásokat figyelembe véve - a legmagasabb szintű szolidaritást.** A szilárd és fejlett állami egészségügy mellett jól szabályozott magánegészségügyi színtérre van szükség, a kettő között rendezett (tehát nem

csak gátolt) betegutakkal. A két terület hatékony, de igazságos együttműködése járhat a társadalom számára a legnagyobb egészségnyereséggel.

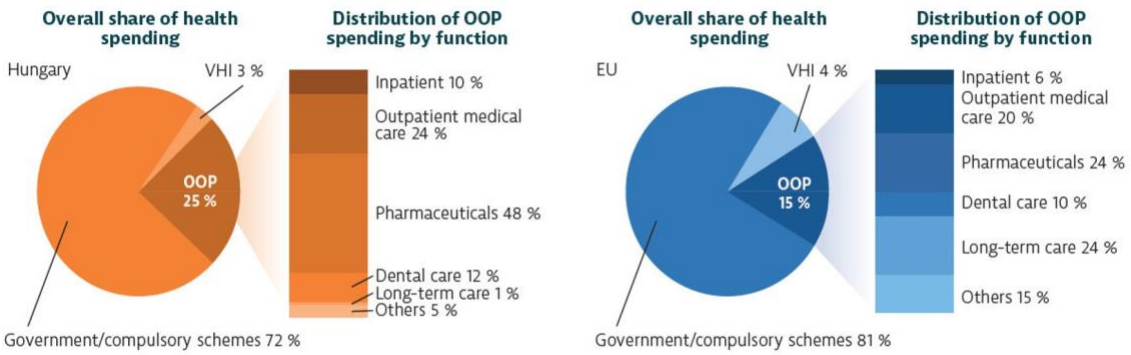
A realitás azonban az, hogy az egészségügy, és ezzel a magyar emberek egészsége ma feltehetően nem jelent a kormányzatnál prioritást. A Kamara és az egészségügy szereplői sokszor hangsúlyozták az elmúlt évtizedben, hogy nem érződik a “health in all policies” elve, az egészségügyi szempontok nem állnak ott minden politikai döntés mögött. A nemzetközi kitettség ellenére a gazdasági fellendülés során pl. nem történt meg az egészségipar fejlesztése, sőt, egészen nyilvánvalóan előnyös egészségügyi szempontokat soroltak hátra rövidtávú érdekek mögé (jó példa a kötelező foglalkozás-egészségügyi szűrés eltörlése - itt az egészségügy alapja, a prevenció sérül).
A magyar költségvetés nem fordít eleget az egészségügyre. A GDP arányos ráfordítás is alacsony, de ez az összehasonlítás nem is megfelelő megközelítés egy olyan piacon, ahol legfeljebb a béreken lehet érdemben spórolni, a bekerülési költségeket sokkal inkább nemzetközi árak határozzák meg (hiszen ugyanannyiba kerül egy reagens, egy MR készülék vagy egy protézis Belgiumban, mint nálunk). Sokkal pontosabb, ha azt nézzük meg, Magyarország mennyit költ fejenként állampolgáraira. Itt amellett, hogy ez normatívan is nagyon alacsony érték, ki kell emelni, hogy a magyar lakosság adón túli közvetlen ráfordításai (out of pocket) nagyon nagy arányúak más országokhoz viszonyítva.

Figure 7. Spending on health in Hungary is among the lowest in the EU



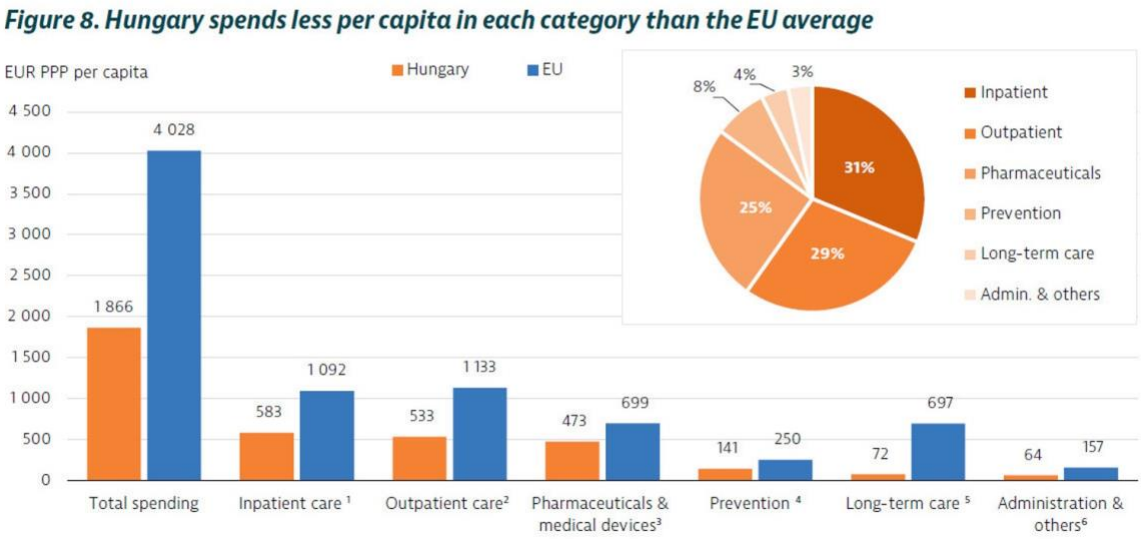
Note: The EU average is weighted.
Source: OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021, except Malta (2020)).

Figure 13. Out-of-pocket expenditure on outpatient pharmaceuticals is the highest in the EU



Notes: VHI refers to voluntary health insurance, which also includes other voluntary prepayment schemes. The EU average is weighted.
Sources: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database (data refer to 2021).

A ráfordítások az utógondozási és rehabilitációs szektorban egészen döbbenetesen alacsonyak (vessük össze ezt a miokardiális infarktus beavatkozást követő akut és késői halálozásával!).



A magán és állami viszonyában a magyar egészségügyi ellátás átalakításának egyik figyelmeztető előképe lehet a fogorvosi ellátás. Magyarországon ezen a területen ma nagyon jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak hozzáférés tekintetében. Miközben világszínvonalú ellátást nyújtó magánszektorunk van, ami nemzetközi egészségturizmust is kiszolgál, az állami ellátás finanszírozása és lehetőségei rendkívül rosszak. Ahogy később azt jelezni fogjuk, ezen a területen is megfigyelhető, hogy a maradék, keskeny állami sávon belül pont a megelőzés területe (iskolafogászat, fogszabályozás) az, amire a legkevesebbet fordítja az állam, minden korábbi szakmai figyelmeztetés ellenére. A nemzetközi árakhoz igazodó magánszolgáltatási árak a lakosság jelentős része számára nem fizethetőek meg, így tömegek maradnak minőségi ellátás nélkül. Ennek a magyar lakosság általánosan rossz szájüregi egészségében jól kimutatható következménye van.

Az átalakítási terv ismeretében feloldhatóak lennének a szakmán belül azok a kérdések, hogy miért a nem túl jól, nem igazságosan, de mégiscsak működő részek átalakításával kezdődik a reform több helyen. Jó példa erre a háziorvosi ügyeleti ellátás, ami pazarlóan, egyenetlen színvonalon, tehát mindenképpen átalakítandó területként működött, mégis megközelítési kérdést vet fel, hogy ésszerű-e úgy belenyúlni egy rendszerbe, hogy előtte elmarad a terület normál működésének (humánerőforrás, infrastruktúra, szabályozás) rendezése. Az átalakítás globális eredményének - beleértve a szakma és a szakmapolitika viszonyának megromlását - a nem politikai kommunikáció szintű kiértékelése szintén fontos.

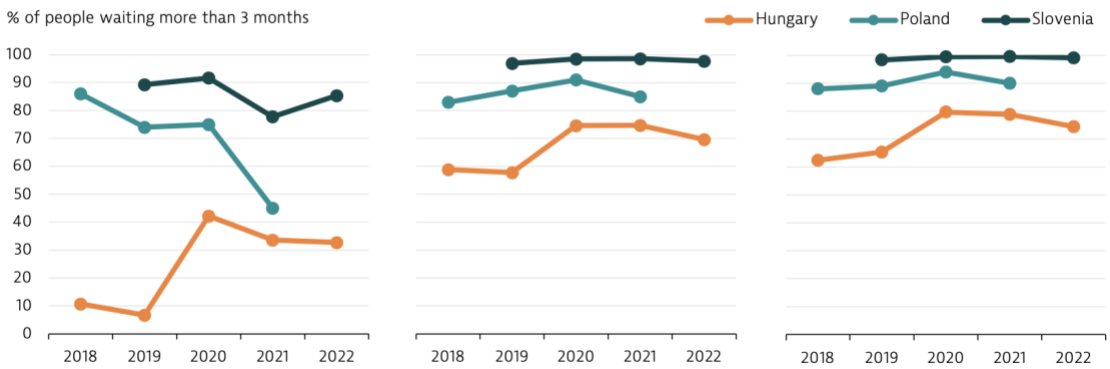
Mellékletként csatoljuk az NNK 2023-as kijelölő határozatainak összefoglalását. Látható, hogy a kijelölések mindössze 19 százaléka volt tervezett átalakítás vagy karbantartás következménye, 81%-ban kényszerhelyzet (humánerőforrás vagy eszközhiány) szülte, hogy más intézet lássa el a betegeket. 2024 elején már a tavalyi számok felénél járunk. Javaslatunk az, hogy az ágazat vezetése léptessen életbe egy olyan információközlő-visszajelző mechanizmust, ami a betegágyak melletti felhasználói visszajelzéseket össze tudja vetni az egészségügy más szintjeiről érkező adatokkal. Emiatt lenne szükség független ellenőrző

hatóságokra is. Általános, hogy az egészségügyi hatóság az ellenőrzéseket nem megfelelően folytatja le, szabálytalanságok sora mellett működnek az egészségügyi intézmények. (Megfelelő ellenőrzés mellett még több kijelölő határozattal kellene szembesülnünk.)

Ez az arány felveti azt a kérdést, hogy ha ennyiszer kell áttervezni a folyamatot, megfelelő-e az államtitkárság tervezési módszertana, és/ vagy a rendelkezésre álló adatok minősége, pontossága, a visszajelzések megfelelő integrálása elmarad-e a megfelelő szinttől. Javasoljuk a felhasználók, így a szakmai kamarák véleményének pontosabb elemzését.

A MOK már 2020-ban, az első hullám alatt figyelmeztetett a COVID akkor még láthatatlan áldozataira (https://mok.hu/koronavirus/allasfoglalasok/a-lathatatlan-aldozatok). Rengeteg vizsgálat és beavatkozás maradt el, ami most csapódik le az ellátórendszeren. A várólisták a kimutatások szerint a pandémia alatt ugrottak meg, azóta ledolgozni ezt nem sikerült.

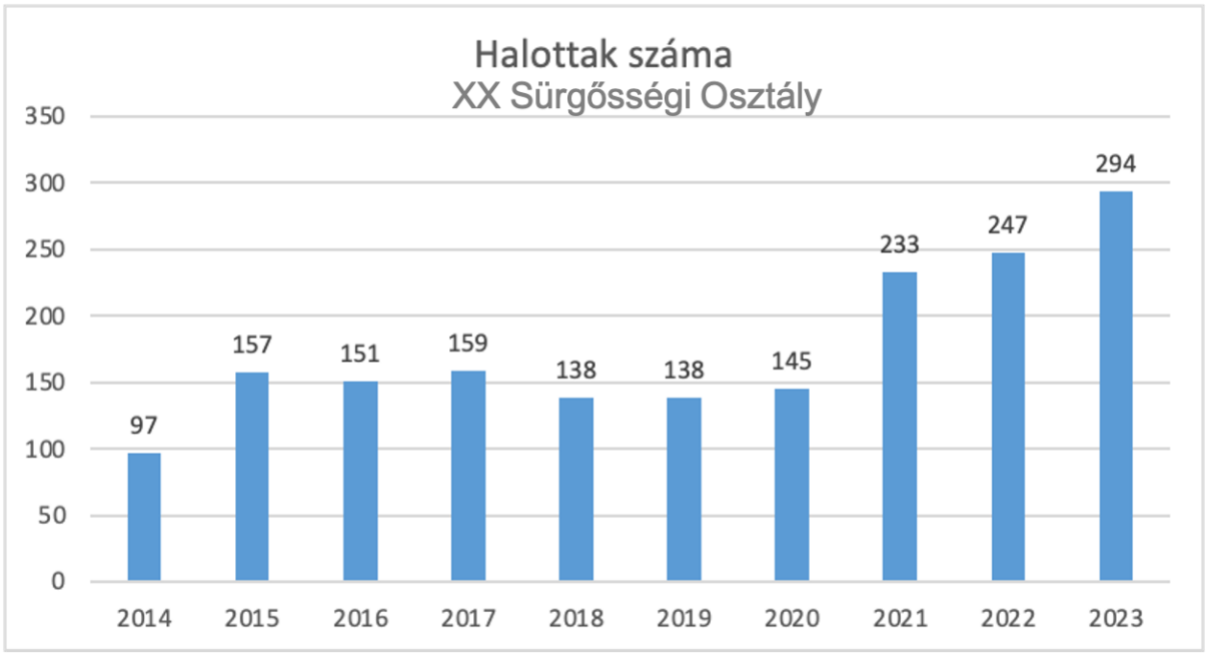
Figure 15. Waiting times for elective surgeries increased in Hungary during the COVID-19 pandemic



Source: OECD Health Statistics 2023.

A kommunikációban a műtéti várólisták kerültek előtérbe, de a rendszert belülről nézve ennél is jelentősebb probléma pl. a képalkotó vizsgálatok, járóbeteg szakrendelések várólistáinak , a pathológiai leletezés idejének megnyúlása, mert a megnövekedett terhelés, a csökkent kapacitás és a betegutak szabályozatlansága egymást fokozva rontja az egész rendszer hatékonyságát.

Kollégáink összesítése szerint a betegek halálozása az SBO-kon megnőtt. Csatoljuk az egyik SBO-ra bekerült betegek közül elhunytak számát (az ellátottak teljes száma érdemben nem változott)


Halottak száma
XX Sürgősségi Osztály
350
300
250
200
150
100
50
0
97
157
151
159
138
138
145
233
247
294
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023

ALAPELLÁTÁS

A problémákat 4 +1 téma köré lehet csoportosítani.

I. Humán erőforrás kérdések
II. Infrastruktúra, tárgyi eszközök, technikai kérdések
III. Gazdasági, finanszírozási kérdések
IV. Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések

+1. Magánorvoslás lehetősége az alapellátásban

Rövid-, közép-, és hosszútávú célokban lehet gondolkodni.

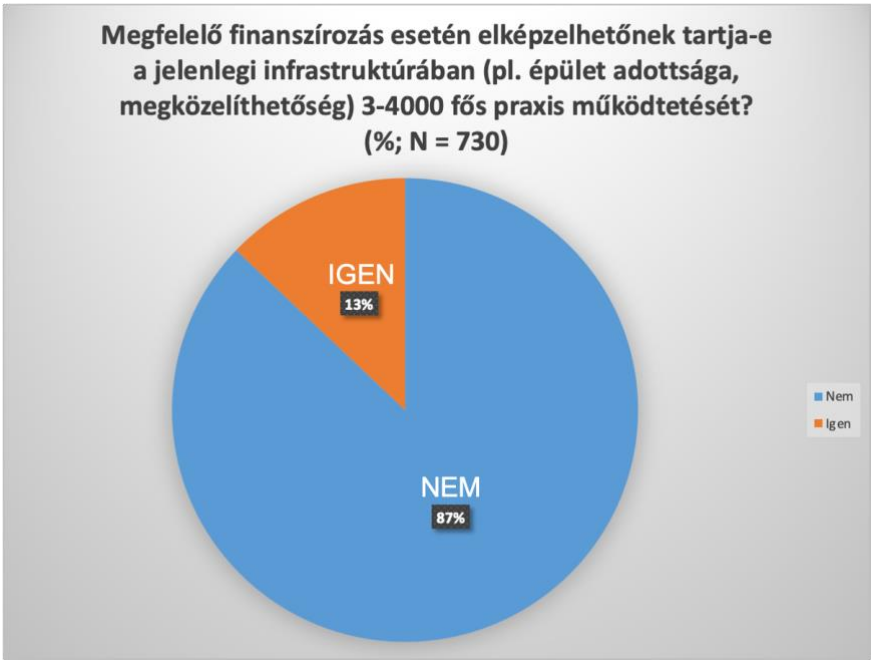
A rövidtávú célok legyenek azok, amik a működőképesség fenntartása miatt azonnali beavatkozást igényelnek illetve azok, amiket 1 éven belül meg lehet valósítani úgy, hogy azok nem járnak jelentős költségvetési ráfordítással, csak szervezési- vagy jogszabály módosítási feladatokat, kisebb technikai változtatásokat igényelnek.

A középtávú célok a 2-3 éves célok. Ezek legyenek azok, amik a mostani kormányzati ciklusban megvalósíthatók, főként a gazdasági kérdéseket érintő problémák és szakmai kérdések.

A hosszútávú célok az 5+ éves célok, amik a struktúra teljes átalakítására , a humán erőforrás tartós és hosszú távú bevonására, a magánorvoslás megvalósítására, a hosszútávú egészségpolitikai programok, szűrőprogramok megvalósítására kijelölt célokat és az ezekre adott javaslatokat tartalmazzák.

A probléma jellege	Infrastruktúra, tárgyi eszközök, technikai kérdések
A probléma megnevezése	**Az orvosi rendelők infrastrukturális feltételeinek elégtelensége**
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	

- Az orvosi rendelők épülete korszerűtlen, nem felel meg a XXI. századi műszaki követelményeknek. A rendelők többségében korszerűtlen a fűtés, a világítás, többségük nem akadálymentes.
- A korszerűtlen épületgépészeti rendszerek fenntartása nem költséghatékony, jelentős többletköltséget eredményez (rezsi, karbantartás).
- Alapterületük nem felel meg az előírásoknak, nincs külön nővérszoba, vizsgáló- és elkülönítő helyiség, a személyzet részére a szociális helyiségek nem biztosítottak. Kis alapterületüknél fogva nincs lehetőség a szükséges eszközök elhelyezésére, vagy a szakdolgozók munkakörülményeinek biztosítására.
- A rendelők többsége nem alkalmas a praxisközösségi tevékenységek végzésére.
- Egy rendelőben (közös váróban és esetenként közös rendelőhelyiségben is) több (akár 2-3) praxis is működik. Ez jelentősen korlátozza az egy praxisban végezhető rendelői munka idejét. Nincs lehetőség a rendelési időn kívül végezhető munka rendelőben történő elvégzésére.
- A fentiek különösen akkor fognak jelentős problémát okozni, ha a praxisösszevonásokkal akár 4-5 ezer fős praxisok is létrejönnek.



Problémamegoldási javaslat

- Jöjjön létre az „1 praxis 1 rendelő” rendszer, ahol megvalósulhat a XI. századi infrastruktúra és legyen elvárt az 1 rendelő - 1 váró -3 vizsgáló mint minimumfeltétel a rendelők kialakítása során.
- a praxisközösségek valódi, tartalommal megtöltött létrejötte esetén az infrastruktúra ennek megfelelő kialakítása szükséges, ahol a váró lehet részben közös (elkülönítési lehetőséggel például a légúti fertőzött betegek és nem fertőző betegség miatt érkezettek számára), de elegendő helység szükséges a résztvevő praxisok és a hetente egy-két nap rendelési idejű egyéb szakorvosok és dolgozók (gyógytornász, dietetikus, rehabilitációs szakember) számára

· Az önkormányzatoknak legyen lehetőségük pályázni a rendelők átalakítására, új rendelők kialakítására, építésére.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Gazdasági, finanszírozási kérdések
A probléma megnevezése	A háziorvosi finanszírozás felülvizsgálata
A probléma megoldásának időbelisége	Rövidtávú

A probléma részletes leírása

- A jelenlegi finanszírozási forma bonyolult, átláthatatlan, kiszámíthatatlan és ebből kifolyólag tervezhetetlen a praxisok működtetése.
- A jelenlegi finanszírozás elégtelen, nem nyújt fedezetet a működési és rezsi költségekre, nem követi az inflációt.
- A sok esetben év közben is változó bér-, adózási-, rezsi-, és egyéb területeket érintő jogszabályok és az ebből adódó fizetési kötelezettségek teljesen tervezhetetlenné teszik a praxis éves költségvetését.
- A jelenlegi finanszírozásba nincs betervezve az eszközök amortizációja, az új beruházások-, fejlesztések anyagi alapja.
- A bértámogatás megállapításának módja negatív irányban diszkriminatív a többi egészségügyi ágazatban dolgozók béréhez képest, illetve töredék bértámogatás jut az 1 orvos -1 nővér arány feletti szakdolgozókra.
- A differenciált és alacsony kereseti lehetőség miatt az alapellátás nem vonzó a szakdolgozók és az orvosok számára sem.
- A zárt kasszából finanszírozott „indikátor finanszírozás” bevezetése és ezzel párhuzamosan a fix- és a területi díj eltörlése (most nem részletezve az indikátorok szakmaiatlanságát) aránytalan hátrányokat okozott minden praxisnak. Mindemellett látjuk és értjük a teljesítményalapú finanszírozási elem szükségességét.
- A praxisok különbözőek, vannak minden praxisban hozzávetőlegesen egyforma nagyságú és jellegű kiadások és vannak mérettől, földrajzi elhelyezkedéstől és alkalmazott számtól függő egyedi jellegű kiadások.

Problémamegoldási javaslat

- A finanszírozásnak **3 jól elkülöníthető elemből** kellene állnia:
  1. **Működési- és rezsi költségek fedezete** (kalkulálva az ellátandó terület földrajzi nagyságával, az ellátottak számával és korcsoportos összetételével, a telephelyek számával és a fenntartott infrastruktúra költségeivel (telefon, internet, medikai szoftver, gépjármű fenntartás és üzemeltetés, rezsi, fogyóanyagok, biztosítás, hulladék elszállítás)

  2. Bérköltségek
    - § minimálbér – és bérminimum emeléshez igazítva
    - § minden foglalkoztatottra járjon a teljes bértámogatás járulékokkal növelt összege - 1 szakdolgozó = 1 teljes bértámogatás
    - § A bérre fordítható finanszírozás tisztán a bér „soron „ jelenjen meg, kezeljük elkülönítetten.
- A fenti két elemből származó bevételnek fent kell tudni tartania a praxist.

  3. Indikátor alapú finanszírozás
    - § A teljesítmény alapú tényező megjelenése a finanszírozásban szükséges és jó elem lehet, de az ilyen célra szánt kasszának mindenképp felülről nyitottnak kell lennie és kizárólag teljesítményösztönző jelleggel fogadható el.
    - § Az indikátoroknak jól mérhetőnek, megvalósíthatónak és népegészségügyi célhoz kötöttnek kell lennie, tükröznie kell a valós teljesítményt. Kialakításakor figyelemmel kell lenni arra, hogy a praxisok eltérő jellege miatt egyik praxis se kerülhessen hátrányos helyzetbe.

- Az IPA fizetési kötelezettség eltörlése az alapellátást biztosító vállalkozások vonatkozásában.
- A degresszió eltörlése.

Megjegyzés	

A probléma jellege	Gazdasági, finanszírozási kérdések
A probléma megnevezése	A térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díjának aktualizálása
A probléma megoldásának időbelisége	Rövidtávú
A probléma részletes leírása	
· A térítési díjak mértéke 10 éve változatlan. Mértéke méltatlanul alacsony, nem éri el a szakorvosi óradíj arányos mértékét.	
Problémamegoldási javaslat	
· Mihamarabbi jogszabálymódosítással ezeket a díjakat rendezni lehet. · A díjak 2 évenkénti felülvizsgálata és inflációkövető rendezése szükséges.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Gazdasági, finanszírozási kérdések
A probléma megnevezése	A praxisjog védelme
A probléma megoldásának időbelisége	Rövidtávú
A probléma részletes leírása	
· A praxisjog egy vagyoni értékű jog. Ezt az alapellátó orvosok nagy része saját erőből, jelentős összegért vásárolta. · A jelenlegi átszervezésekkel és praxisösszevonásokkal ezen praxisok forgalomképessége csökken, a praxisok elértéktelenednek, illetve a megszüntetett kis praxisok értéke anullálódik. · A fenti folyamat eredményeképpen sérül a tulajdonhoz való jog, mint első generációs alapjog.	
Problémamegoldási javaslat	
· A praxisalap létrehozása. · A praxisösszevonással vagy megszüntetéssel érintett praxisok tulajdonosainak megfelelő mértékű kártalanítása.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Gazdasági, finanszírozási kérdések Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Az indikátor rendszer finanszírozásának átdolgozása
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú

A probléma részletes leírása

- A zárt kasszából finanszírozott „indikátor finanszírozás” bevezetése és ezzel párhuzamosan a fix- és a területi díj eltörlése aránytalan hátrányokat okozott minden praxisnak. Mindemellett látjuk és értjük a teljesítményalapú finanszírozási elem szükségességét.
- A jelenlegi indikátorok nem tükrözik a praxisban végzett tényleges munka mennyiségét.
- Az indikátorok számítása bonyolult, nem valid és nem a praxisok által jelentett adatokon alapul.
- Bizonyos indikátorok teljesülése nem a praxisban dolgozók tevékenységétől függ - így igazságtalan
- Az indikátorok szakmaisága erősen kifogásolható.

Problémamegoldási javaslat

- A teljesítmény alapú tényező megjelenése a finanszírozásban szükséges és jó elem lehet, de az ilyen célra szánt kasszának mindenképp felülről nyitottnak kell lennie és kizárólag teljesítményösztönző jelleggel fogadható el.
- Az indikátoroknak jól mérhetőnek, megvalósíthatónak és népegészségügyi célhoz kötöttnek kell lennie, tükröznie kell a valós teljesítményt. Kialakításakor figyelemmel kell lenni arra, hogy a praxisok eltérő jellege miatt egyik praxis se kerüljön hátrányos helyzetbe.
- A pontszámítási rendszernek egyszerűnek és átláthatónak kell lennie.

Megjegyzés	

A probléma jellege	Gazdasági, finanszírozási kérdések
A probléma megnevezése	A kötelező ügyeleti rendszer óradíjának felülvizsgálata
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	
· A jelenlegi óradíjak megállapítása nem konszenzusos jelleggel történt, annak mértéke nem korrelál a jelenlegi szakorvosi óradíjak mértékével. · Nem volt lehetőség az ügyeleti szerződés megkötésekor az óradíjakról történő egyeztetésre. · Sok kolléga az óradíj mértéke miatt sem kötötte meg az ügyeleti szerződést.	
Problémamegoldási javaslat	
· Az ügyeleti óradíjaknak követni kell a mindenkori szakorvosi óradíjak mértékét, azt évente felülvizsgálni és indexálni szükséges.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Humán erőforrás kérdések
A probléma megnevezése	Helyettesítés, szabadság kérdése
A probléma megoldásának időbelisége	Rövidtávú
A probléma részletes leírása	
· A háziorvosi helyettesítés nem megoldott. Tartós betegség, akut betegség, szabadság, továbbképzés esetén nehezen vagy nem találni helyettest · Nincs elég helyettesítő orvos. A praxisok orvosai egymást helyettesítik. · A szabadságot le kell dolgozni, vagy a helyettes orvost meg kell fizetni – ez jelentős többletköltséget jelent a praxisoknak. · A praxisban alkalmazott másodorvost 8 órában kell alkalmazni, de csak 4 órás bértámogatás vehető igénybe részére.	
Problémamegoldási javaslat	
· A másodorvosok teljes bértámogatásának megfizetése. · Orvosonként és szakdolgozónként plusz másfél havi (30 munkanap) bérnek és járulékainak a beépítése a praxisfinanszírozásba a helyettesítések megoldása érdekében. · A helyettesítés megoldható legyen más szakvizsgákkal rendelkező orvosokkal is (pl. belgyógyászat, tüdőgyógyászat….)	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Humán erőforrás kérdések
A probléma megnevezése	Fiatalok szakmai támogatása
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	
· A fiatal kollégáknak nem vonzó a háziorvosi szakma abból a szempontból sem, hogy az alapellátásban önállóan és egyedül kell dolgozni, döntéseket hozni (nem ugyanaz a team munka mint a klinikai ellátásban).	
Problémamegoldási javaslat	
· Mentorprogram kidolgozása. · A fiatal, praxisvásárlás előtt álló kollégák bevonása a praxisközösségi munkába akár alkalmazott orvosként is.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Humán erőforrás kérdések
A probléma megnevezése	Praxisösszevonások kérdése
A probléma megoldásának időbelisége	rövidtávú
A probléma részletes leírása	
· A praxisösszevonások- és megszüntetések elindultak. · Nem látható a pontos metódus, a jogi háttér (területi megoszlás, technikai kivitelezés, kártalanítás, személyi és tárgyi feltételek biztosítása, finanszírozás) kidolgozatlan.	
Problémamegoldási javaslat	
· **A praxisösszevonások leállítása,** külön munkacsoport létrehozása, a jogi és a technikai háttérről egyeztetések lefolytatása az érintett szervekkel (kormányhivatalok, önkormányzatok, NEAK, alapellátók képviselete).	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Folyamatos szakorvosi konzultációs lehetőség
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	
· A szakorvosi ellátás kapacitásai az orvoshiány és a kórházösszevonások miatt egyre csökkennek, a szakrendelések előjegyzési időpontjai egyre nőnek. · A sürgősségi ellátás és a halasztható, későbbre előjegyezhető esetek közötti „subacut” esetek ellátása nem megoldott.	
Problémamegoldási javaslat	
· Szakorvosi konzultációs telefon és email lehetőségének megteremtése, aminek keretében a háziorvos referálhatja a szakorvos felé az esetet, telemedicinális konzíliumot kérhet.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Valódi többletkompetenciák biztosítása
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	
· A háziorvosok nagy része rendelkezik egyéb szakvizsgával is. · A háziorvosi szakvizsga jelenleg „zsákutca” abban a tekintetben, hogy jelenleg csak néhány ráépített szakvizsga megszerzése lehetséges a háziorvosi szakvizsgát követően. A fiatalok számára ezért sem vonzó ez a szakterület.	
Problémamegoldási javaslat	
· A többletkompetenciák megszerzésének lehetőségét meg kell teremteni. ezek lehetnek licencek is (rövid képzési idővel, célirányos képzésekkel) . · A megszerezhető másodszakvizsgák körének kibővítése. · A meglevő szakvizsgák használatának megengedése kiterjesztve akár a praxisközösség szintjére is (pl. szakorvosi javaslatok). · Ezen plusz jártasságok megszerzése és alkalmazása a gyakorlatban tehermentesíthetné a szakrendelőket is bizonyos feladatok tekintetében.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Adminisztrációs terhek csökkentése
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú

A probléma részletes leírása

- A napi háziorvosi munka jelentős része az adminisztratív feladatok elvégzéséről szól.
- Az adminisztráció sok esetben felesleges és nagy része nem orvosi és nem szakképzett nővéri feladat.
- Az orvosi munkaidő adminisztrációs feladatokra történő igénybevétele a legnagyobb humán erőforrás pazarlás, ami az egészségügy egészét érinti és elveszi az időt a tényleges orvosi feladat elvégzésétől és a betegellátástól.
- Sok esetben kell olyan ügyet intézni, adminisztratív feladatot elvégezni a háziorvosi rendelésen ami nem egészségügyi feladat, nem a betegellátáshoz kapcsolódik (igazolások kiadása, szociális ügyek intézése, felesleges beutalók írása, párhuzamos dokumentációk vezetése….)
- Az alkalmazott elektronikus felületek nem egységesek, használatuk nem minden esetben felhasználóbarát , nem illeszkednek a medikai szoftverekhez (eHvb, EESZT, fertőzőbeteg jelentő rendszer, mentés megrendelése, betegszállítás megrendelése, ejelentés rendszer,….)

Problémamegoldási javaslat

- Olyan egységes medikai szoftver kidolgozása, ami biztosítja a jelenlegi top 3 medikai szoftver által biztosított szolgáltatásokat és a jelenleg tárolt adatokat ebbe a rendszerbe adatvesztés nélkül konvertálni lehessen, vagy
- lehetővé kell tenni a jelenlegi medikai szoftverek és a fenti elektronikus felületek akadálymentes kommunikációját.
- Minimalizálni szükséges a nem orvosi feladattal járó adminisztrációt.
- Minden praxis/praxisközösség számára minimumfeltétel kellene, hogy legyen legalább 1 adminisztrátor, akinek a bérét a finanszírozásba be kell építeni.

Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	A páciensek érdekeltté tétele az egészségük megóvásában
A probléma megoldásának időbelisége	Hosszútávú
A probléma részletes leírása	
· A jelenlegi egészségügyi rendszerben semmiféle olyan elem nincs, ami a saját egészségük védelmére motiválná a pácienseket. · Az állampolgároktól semmiféle felelősségvállalást nem vár el a jelenlegi rendszer.	
Problémamegoldási javaslat	
· Jutalmazó jellegű rendszer kiépítése. · Érdekeltté kell tenni a pácienseket a szűrővizsgálatokon való részvételben, a rendszeres statusvizsgálatokon való megjelenésben és az egészséges életmód megtartásában. · Erre ösztönző kedvezményeket, juttatásokat kell biztosítani – adókedvezmény, járulékkedvezmény, sportolási lehetőség biztosítása, belépők sportrendezvényekre, ingyenes és szervezett szűrések, szabadnap, kedvezményes patikai szolgáltatások…..) · Jól tervezett és kiszámítható szűrőprogramok, hosszútávú egészségpolitikai célok megfogalmazása.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Egészségtan tantárgy
A probléma megoldásának időbelisége	Hosszútávú
A probléma részletes leírása	
· Az egészségkultúra szintje igen alacsony. · Nincsenek alapvető egészségtani ismeretek. · A káros szenvedéllyel és a függőségekkel élők száma kifejezetten magas. · A szűrővizsgálatokon való részvétel alacsony. · Vezető halálokok között vannak a rosszindulatú daganatok, a szív-érrendszeri betegségek és a cukorbetegség.	
Problémamegoldási javaslat	
· Az egészséges életre nevelést már a születéskor a családban el kell kezdeni. Az otthon látott minta alapvető fontosságú. (Szülők edukálása). · Kötelező egészségtan tantárgy az általános iskolában és a középiskolában.	
Megjegyzés	A KAMARA ELNÖKSÉGE ERRE A PONTRA KÜLÖN KIDOLGOZOTT JAVASLATOT NYÚJT MAJD BE.

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Diagnosztikai korlátozás feloldása
A probléma megoldásának időbelisége	Rövidtávú
A probléma részletes leírása	
· A szakrendelések elérése korlátozott. · Ezeket a páciens gyakran csak azért veszi igénybe, mert a háziorvos nem küldheti a beteget adott vizsgálatra vagy speciális szakrendelésre.	
Problémamegoldási javaslat	
· A korlátozás feloldása, a kompetenciák szélesítése. (Laborvizsgálatok, CT, MRI ….) · A szakrendelők terhelése jelentősen mérséklődhet.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Orvostanhallgatók oktatása
A probléma megoldásának időbelisége	Középtávú
A probléma részletes leírása	
· Az orvostanhallgatók képzésében minimális az alapellátási képzés. · A hallgatók nem ismerik az alapellátás sajátosságait, ezáltal nem is tartják vonzónak a háziorvosi pályát, illetve ha később más szakterületen dolgoznak akkor nincs rálátásuk és nincs közvetlen szakmai kapcsolatuk az alapellátásban dolgozó kollégákkal.	
Problémamegoldási javaslat	
· Háziorvosi elméleti és akár évente gyakorlati képzés az orvosképzés során. · Jogi- és vállalkozási ismeretek oktatása az alapellátási studiumon belül. · Az egyéb klinikai szakvizsgák része legyen legalább 1 hónap alapellátási gyakorlat.	
Megjegyzés	

A probléma jellege	Szakmai, egészségpolitikai, népegészségügyi kérdések
A probléma megnevezése	Protokollok kialakítása
A probléma megoldásának időbelisége	középtávú
A probléma részletes leírása	
· A háziorvosi szakterületen nincsenek egységes szakmai protokollok, kompetencialisták	
Problémamegoldási javaslat	
· A protokollok kidolgozása, a háziorvosi protokollok összehangolása az egyéb szakmai protokollokkal	
Megjegyzés	

A probléma jellege	+ 1: Magánorvoslás az alapellátásban
A probléma megnevezése	+ 1: Magánorvoslás az alapellátásban
A probléma megoldásának időbelisége	Hosszútávú
A probléma részletes leírása	
· A háziorvostan szakvizsgával rendelkező orvosok ki vannak zárva a magánrendelés lehetőségéből.	
Problémamegoldási javaslat	
· A magánorvoslás lehetőségének megteremtése szükséges. · Konkrét javaslatokat tenni csak az után lehet megalapozottan, ha ismerjük a kormányzat alapellátással kapcsolatos jövőképét. · A kérdés sokrétű és csak nagyon sok egyéb körülményt figyelembe véve lehet egy jól és hasznosan működő magánorvosi rendszert kialakítani az alapellátásban. · A KAMARA ELNÖKSÉGE CSAK HOSSZÚ TÁVON TUDJA ELKÉPZELNI A BEVEZETÉST, JELEN HELYZETBEN POTENCIÁLIS VESZÉLYNEK TARTJUK.	
Megjegyzés	

SZAKRENDELŐI JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS

A járóbeteg szakellátás (egyes, magánszolgáltatók által nyújtott, zömmel diagnosztikai területek kivételével) alapvetően két igen eltérő formában történik: egy részük a kórház - rendelőintézeti egység része, másik részük változatlanul önálló szakrendelőként működik. A két működési forma részben azonos, de sok tekintetben különböző problémákkal küzd.

A szakrendelőkben gyógyítók az egészségügyben a középső ellátási szintet képviselik, a háziorvosi és a kórházi ellátás között. Tehermentesítik a kórházi ambulanciákat, és költséghatékony, döntő többségében befejezett ellátást nyújtanak a lakossághoz közeli szakrendelőkben.
A szakrendelők a háziorvosokéhoz nagyon hasonló demográfiai problémával küzdenek. Számos kolléga eleve több évtizednyi fekvőbeteg ellátást követően választja ezt a működési formát, illetve gyakori az olyan kollégák esetén e pályaív választása, akik az ügyeleti rendszerben nem tudnak, nem szeretnének részt venni (pl. gyermekeket nevelnek, olykor egyedül). A szakrendelői munka igen intenzív, a humánerőforrás kapacitás pedig a pandémia után érezhetően csökkent, a betegutak, kivizsgálási időszakok megnyúlása ennek a korlátozott kapacitásnak is köszönhető. A járóbeteg szakellátás fragmentáltabb az optimálisnál, de ezt illetően pontos adataink nincsenek. A szakellátó intézmény felszereltsége és eszközparkja (pl. áll-e rendelkezésre közvetlen képalkotó vagy laborháttér), befolyásolja, hogy milyen mértékben tud definitív ellátást nyújtani, milyen arányban kell továbbirányítania a betegeket felsőbb szintekre. A járóbeteg szakellátás az első szint, ahol az alapellátás kapacitás és kompetencia növelésének jótékony hatásait érzékelni lehetne.
A járóbeteg ellátás leírt problémái azért is jelentenek rendszerszintű problémát, mert egyrészt nem csökkentik a lehetséges és kívánatos mértékben a kórházak terhelését, másrészt azzal, hogy elégtelen működése miatt egyes esetek súlyosabb állapotban kerülnek kórházba, fokozzák a kórházi rendszer terhelését, ahelyett hogy az eredeti kormányzati szándék szerint a megerősödő járóbetegellátás tehermentesítené a fekvőbeteg ellátást.

Javaslatok

1) A 8 órás orvosi munkaidő való életnek megfelelő szabályozása a szakrendelőkben. 2023. július 1-jével a 528/2020. kormányrendelet a szakrendelőkben dolgozók addigi hat órás, közvetlen betegellátással töltendő munkaidejét nyolc órára módosította. Ezzel egyidejűleg nem növelték a közfinanszírozásban ellátható betegek kvótáját. A szabály több ponton problémás és életszerűtlen.

A) infrastrukturális és szervezési akadály: A szakrendelés számos helyen 12 órát fed le egy nap, 2 orvos váltja egymást, hogy a 8-16:00 közötti munkaidőn túl is nyújtson ellátást az intézmény. Ha az orvosoknak nyolc órát kell a rendelőben tartózkodnia, akkor van ahol naponta néhány órában két orvosnak kellene osztoznia egy szobán, vizsgálóasztalon, műszerezettségen, nincs meg a 2x8 órához tartozó kubatúra.
B) Életszerű szakmai, terhelési akadály: a szakrendelőkben a kollégák legtöbbször több beteget látnak el, mint az a szakmai megközelítés szerint optimális lenne. Hat órát szakrendelőben rendelni intenzív munkát jelent, olyan figyelmi terhelés, mint egy 6 órás műtétet elvégezni. A munkaerőforrás szempontjából inkább a terhelés csökkentése, kötelező

szünetek bevezetése volna indokolt, mint a 6 óra 8 órára emelése. Konkrét kérésünk az államigazgatás szereplőihez, hogy szerezzenek közvetlen tapasztalatot, vigyenek végig kollégáinkkal néhány 6 órás rendelést különböző szakterületeken.

2023. augusztusában a MOK szakrendelői munkacsoportja felmérést készített a 8 órás orvosi munkaidő várható hatásairól. Akkor 1094 válasz érkezett (kb. 4000 orvos dolgozik szakrendelőben). A válaszadók fele latolgatta, hogy a magánegészségügy felé részben vagy egészben átteszi tevékenységét, vagy ténylegesen nyugdíjba vonul, a fiatalabbak külföldön vállalnának munkát.

2) A hatályos OENO törzslista, azaz, a járóbeteg-szakellátásban elszámolható vizsgálati és beavatkozási tevékenységek listája elavult. A szakrendelői teljesítményt finanszírozó OENO pontok gyakorlatilag a 2000-es évek óta változatlanok. Pont revízió lenne szükséges, az új eljárások befogadásával.

3) A *Járóbeteg Irányítási Rendszer* kialakításának szempontjai nem világosak, az eddigi lépések alapján inkább a kontrollfunkció látszik (orvos irányítási rendszer), mint a komoly kapacitási kihívásokat információtechnológiai megközelítéssel segítő eszköz. A rendszer kialakítását megalapozó alapvető szakmai szempontok nem világosak, ezeket szeretnénk kommunikálni a kollégák felé:

- Mi alapján határoznák meg a megfelelő ellátási időt a betegek esetén?
- Vannak beutaló köteles szakrendelések, de vannak beutaló nélkül igénybe vehetők is. Utóbbiaknál komoly probléma az akut betegek korlátlan, gyakorlatilag tervezhetetlen megjelenése, mely az esetlegesen párhuzamosan létező előjegyzéseket keresztülhúzza. .
- A szakrendelők között műszerezettségben, így a beteg ellátási időkben is komoly eltérések vannak. A magasabb ellátási szintűek jóval kevesebb beteget küldenek tovább a kórházi ambulanciákra, de hosszabb beteg ellátási időt igényelhetnek.
- Egyes betegségek rendszeres, de tervezhető kontroll vizsgálatokat igényelnek, aminek a gyakoriságát és optimális időtartamát a kezelő orvos tudja meghatározni, ez betegségenként és betegenként is eltérő lehet.
- Egységes, egymással jól kommunikáló informatikai rendszerek szükségesek.

AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓ SZEMÉLYES KÖZREMŰKÖDŐK STÁTUSZÁNA

Az 1990-rendszerváltás után kialakult új egészségügyi rendszer a szolidaritás elvű társadalombiztosításra és annak szektorsemleges szolgáltatás vásárlására épült. Bár az ellátások zömét az állami/önkormányzati tulajdonban lévő intézmények nyújtották, de kezdettől jelen voltak a közellátásban az egyházi, alapítványi és magán tulajdonú szolgáltatók is. Ezektől a szolgáltatóktól az OEP, majd NEAK közvetlenül vásárolt szolgáltatásokat A rendszer szükségszerű rugalmasságát, a helyi hiányok kitöltését az egészségügyi szolgáltatókkal szerződő személyes közreműködők biztosították. Ők tették működőképessé a HR hiánnyal küzdő intézményeket, ez tette lehetővé az ügyeletek ellátását és az alkalmilag szükséges speciális tudást, ellátást. Elsődlegesen a kórházi szektorra jellemző, hogy kizárólag alkalmazottakkal nem, vagy csak lényegesen drágábban biztosítható a folyamatos ellátás, tehát a mai kapacitások és HR struktúra mellett személyes közreműködés nélkül kockáztatva lenne az ellátásbiztonság, de egyáltalán a működés is.

Mindenekelőtt tisztázó jelleggel különbséget kell tenni az állami szférában dolgozó vállalkozói formák között, melyeknek két formája van.

1. Nagyobb humánerőforrással dolgozó, személyes közreműködőket biztosító cégeken keresztül történő munkavállalás

A „közvetítő" cégek több szakterületre kiterjedően nagyszámú alkalmazottat vagy közreműködőt foglalkoztatnak és bocsátanak rendelkezésre az állami munkáltató aktuális igényeinek megfelelően (pl. részvétel osztályos nővérek vagy anaesthesiológiai szolgálat munkájában). Tartalmában hasonlítható a munkaerő kölcsönzéshez, de jogilag ez másik forma, más jogosítványokkal és kötelezettségekkel, hibásan nevezi ezt a sajtó munkaerőközvetítésnek vagy bérnővér rendszernek.

Amennyiben az adott szolgáltatónak több szakterületre, nagyobb óraszámban szükséges humánerőforrást találnia, a nagyobb munkaerő-bázissal rendelkező (közvetítő) cégek jelentősen tudják segíteni az allokációt, a gyorsan változó, szerteágazó igények kiszolgálását. Ez abból a szempontból is előnyös lehet az állami munkáltatónak, hogy nem a saját HR részlegének és a közreműködést igénybe vevő osztálynak kell külön menedzselni az egyenként szerződést kötő, egyenként számlázó, egyéni problémákkal rendelkező vállalkozókat.

Tisztában vagyunk vele, hogy a felülvizsgálat nélküli, alkalmanként extrém magas óradíjakkal megkötött szerződések kontraproduktívak a rendszer működését illetően, azonban az ettől való félelem indukálta intézkedések, az ilyen típusú szerződések kategorikus tiltása az elmúlt hetekben a betegbiztonság és az egyes ellátások hozzáférhetőségének drasztikus csökkenéséhez vezetett.

Egységesen lehetne meghatározni törvényben vagy rendeletben, milyen szabályokkal köthet szerződést az állami intézmény a „közvetítő" cégekkel (pl. maximális bér, óraszám, minőségbiztosítás folyamatos ellenőrzése, stb.)

2. Egyéni vállalkozókkal illetve kis létszámú társas vállalkozás (legtöbbször egy vagy két taggal, de maximum néhány taggal rendelkező cégekről van szó) tagjaival állami intézet által személyes közreműködésre megkötött szerződés.

Ebben az esetben a vállalkozó orvos legtöbbször saját, maximum néhány személyből álló cége köt szerződést állami intézménnyel, az adott orvos foglalkoztatására vonatkozóan (egy konkrét orvosi rendelés). Maguk kötnek szerződést és maguk számláznak az állami intézet felé, szerződés szerint.

A rájuk vonatkozó személyes közreműködői jogviszony 2024. januártól történő kivezetése tervben volt az ágazat vezetése részéről, és a bizonytalanság miatt ebből a kategóriából sokan a magán szférába mozdultak el, tovább mélyítve az állami szférában lévő munkaerőhiányt. A személyes közreműködők ilyen formájú alkalmazhatósága – az utolsó pillanatban - végül nem került kivezetésre, viszont jelenleg limitált, határozott idejű engedélyhez kötött, időben maximalizálva van, nem kellően vonzó.

Az Eszjtv hatályba lépése óta észlelhető egyfajta, a személyes közreműködőket lépésről lépésre kiszorítani próbáló jogalkotásai tendencia, mellyel a MOK Vállalkozók és Magánegyészségügyben Dolgozók Munkacsoportja nem ért egyet. Jelenleg azon kevés számú személyes közreműködő, aki még jelen van a rendszerben, maximálisan a 2021-es bruttó Eszjtv-s bérezés időarányos részét kaphatja, ami rendkívül előnytelen.

Ha figyelembe vesszük egy potenciális Eszjtv-ben foglalkoztatott dolgozó szuperbruttóját, az esetleges cafeteriát, a fizetett szabadságokat, illetve azt a tényt, hogy az állami intézet a saját jogviszonyos alkalmazottaitól bizonyos óraszám felett már csak az önként vállalt túlmunka jelentősen megnövekedett bérterhelése mellett tud további munkavégzést követelni, az azonos feladatot ellátó személyes közreműködő költsége kedvezőbb (alacsonyabb) lehet az állami intézetnek. Ennek figyelembe vételével is érdemes lenne számolni, mindezt összevetve a fent említett jelenleg hatályos bérszabályozással.

A helyzet stabilizálása, a jogviszony törvényben vagy jogszabályban szabályozott, de szabad gyakorlása ezt a munkavállalási formát ismét vonzóvá tenné, ezzel számos megürült státuszt ismét be lehetne tölteni az állami szférában.

Szerencsés és vonzó lenne, ha csak azoknak a személyes közreműködőknek a tevékenységét kellene engedélyeztetni, akiknek bérezése speciális eset miatt többe kerülne, mint az aktuális feladatra egy Eszjtv hatálya alá tartozó alkalmazott felvétele és alkalmazása. Ilyen speciális helyzet oka lehet allokációs nehézség (pl. egy adott szakembernek más megyéből vagy országrészről kell átjönnie az adott rendelésre), vagy időbeli specialitás (pl. egy csak napi 3-4 órás rendelésre nehezebb humán erőforrást találni), vagy speciális szaktudás, szakismeret szükségessége (az egész országban csak néhány ember ismeri az adott eljárást), stb.

A személyes közreműködők munkája megfelelően megkötött szerződés esetén teljesítményre orientált, vagyis a személyes közreműködő érdekelt abban, hogy minél több pácienst lásson el megfelelő minőségben adott idő alatt. A teljesítmény orientáció a várólista csökkentésének egyik optimális eszköze lehet.

A vállalkozó orvosok általában magánéleti, illetve egyéb szakmai és nem szakmai okok miatt nem dolgoztak korábban közalkalmazottként az állami rendszerben, és az egészségügyi szolgálati jogviszonyba sem léptek be később. A fenti jogbizonytalanság - nevezetesen a személyes közreműködői jogviszony kivezetésének terve és korlátozása - a magánellátásban való munkavállalás felé mozdította el ezt a réteget. Ígéretes és szükséges lenne tehát a stabil vonzó háttér ismételt megteremtése illetve visszahozatala.

A vállalkozók - mindkét fent leírt formában való - jelenlétét az állami szektorban több érv is indokolja. A vállalkozó munkaerő (mindkét formában) mobilis, gyorsan mozgósítható, direkt teljesítményarányos rendszerben foglalkoztatható, alkalmas az egyes ellátóhelyek átmeneti vagy tartós, részleges humánerőforrás-hiányának betöltésére. Legyen szó akár arról, hogy a kisgyermekes orvos munkaerő a gyermek bizonyos életkoráig nem osztható be ügyeletbe és éjszakai munkavégzésre, akár arról, hogy az osztályon egy tartósan beteg szakdolgozó helyére szükséges néhány hónapra helyettes, a közreműködők, esetlegesen közreműködő cégek jelenléte problémamentesen meg tudja oldani a hiányt.

A KÖZFINANSZÍROZOTT FOGÁSZAT LEGÉGETŐBB PROBLÉMÁI

Az utóbbi két évtized egészségügyi jogszabályi változásai rendkívül negatív irányban érintették a fogászatot. Kialakult egy erőteljes magánszektor, ami nemzetközi szinten versenyképes, egyes technológiai területeken vezető szereplő, rendkívüli mértékben visszaszorult és - nem csak anyagi értelemben - elszegényedett ugyanakkor az állami szektor. Kifejezetten fájó, hogy az állami feladatként a rendszer alapját jelentő prevenciós tevékenység elhanyagolt területté vált. Ezek kulcsszerepet játszanak abban, hogy alig van Magyarországon olyan felnőtt, akinek nincs foghiánya, a szájüregi daganatokhoz kötött mortalitásban pedig az Európai Unió legutolsó helyén állunk. A betegekre nézve közvetlenül káros, hogy a Kamara etikai jogköreinek megvonása ahhoz vezetett, hogy a szakma elvesztette az etikai kontrollt a megtévesztő, rossz gyakorlatot folytató kollégák felett.

A funkcionális privatizációval a magánszférába kényszerített alap- és szakellátók az önkormányzatoktól feladatvállalási szerződéssel, javarészt saját tulajdonú ingatlanjaikban, saját eszközparkjukkal teljesítik a NEAK finanszírozott ellátást.

Fogászati alapellátás

Az alapellátás kérdéskörével az utóbbi másfél évben sokat foglalkoztunk, reményeink szerint a megkezdett egyeztetések az Országos Kórházi Főigazgatósággal és az Egészségügyi Államtitkársággal való közös munka, ha lassan is, de meghozzák a kívánt eredményeket.

Csakhogy – habár technikailag két közfinanszírozott ellátó közt nincs, és nem szabadna különbségnek lennie – a fogászati ellátás rendre elmaradt finanszírozását tekintve még a szintén alulfinanszírozott háziorvosok, házi gyermekorvosok mögött is.

Az utóbbi néhány év törekvései változásokat indukáltak az alapellátás tekintetében, melyek bizonyos szempontból pozitívnak is tekinthetőek, de a zárt kasszából történő újra osztás egyre nehezebb helyzetbe hozta a szolgáltatók egy kisebb hányadát.
Ők a teljes állású iskolafogorvosok, valamint a szakellátó kollégák, ezen belül is főként a gyermek, ifjúsági- és iskolafogászattal összefüggő fogszabályozó szakellátók, valamit azok a szájsebész és parodontológus kollégák, akik nem tartoznak az egészségügyi szolgálati jogviszony hatálya alá.

Vázolt problémák:

Rezsitámogatás

A fogászati vállalkozások rezsitámogatása nem elégséges. Noha számtalanszor jeleztük – és ígéretet is kaptunk a rendezésre – a jelentős anyag- és eszközigénnyel működő fogorvosi rezsitámogatás havi összege 140 000 Ft-tal kevesebb, mint az általános orvos vállalkozóké. Noha korábban számokkal igazoltuk a Belügyminisztérium felé, hogy a fogorvosi rendelők fenntartási költsége a háziorvosokénál is magasabb, a 2019-es ígéret ellenére nem korrigáltak erre a szintre.

Bértámogatás

A fogorvosi alapellátás bértámogatása rendkívül eltérő. Az alapellátásban dolgozóknak – tekintve, hogy területi ellátási kötelezettséggel, vagyis körzettel rendelkeznek – lehetőségük van élni praxisjogukkal. A megvásárolt praxisok tulajdonosai különböző közösségekbe tömörülve a jogszabály-adta bértábla támogatásának 80, illetve 100%-ára jogosultak abban az esetben, ha tevékenységüket legalább 30 órában végzik.

Támogatottságuk így is elmarad az alapellátás többi szereplőjéhez képest, hiszen

- Ø elvették a praxisméret függvényében folyósított alapdíjat,
- Ø az indikátor-rendszer bevezetésével még a finomhangolások után is nehéz a kívánt teljesítmény elérése (minimumidők emelése)
- Ø a beavatkozások pontértéke messze elmarad a valós értéken történő finanszírozástól
- Ø hiányoznak az eszköztámogatási pályázatok, ugyanakkor a rendelők felszereltségére egyre szigorúbb szabályok léptek érvénybe. Az egészségügy más területeihez hasonlóan a fogászatban is elképesztően gyors a technikai fejlődés. Azonban az egyes fogászati beavatkozások irreálisan alacsony finanszírozása, valamint a korábban már működött eszköztámogatási rendszer jelenlegi teljes hiánya azzal a veszéllyel fenyeget, hogy a most még elvegetáló alap- és szakellátó praxisok a fejlesztések elmaradása miatt elavulnak, nem tudnak betegeiknek a kor színvonalának megfelelő ellátást nyújtani.
- Ø és a már említett rezsi-támogatás is alacsony

Számításaink szerint egy alapellátó – tehát közfinanszírozott ellátást nyújtó – fogorvos átlagos havi támogatása mindennel együtt kb. 1 000 000 Ft-tal alacsonyabb, mint háziorvos és gyermekorvos kollégájáé.

Iskolafogászat

Ugyanakkor adott hazánkban az elsődleges kapuőri funkcióra kitalált, és remekül felépített iskolafogorvosi szolgálat. Az iskolafogászati rendszer elindítása több, mint 100 évvel ezelőtt történt hazánkban. A 80-as évekre a teljes országot lefedő rendszer működött, amely lehetővé tette a bölcsődés, óvodás kortól a prevenciós programok és a kuratív, definitív ellátások biztosítását. Komplex prevenció ebben a rendszerben működtethető. Az iskolafogászat jogi szabályozását tekintve az iskolaegészségügyhöz sorolt, ugyanakkor technikailag egy teljes értékű alapellátó gyermekfogászat, ahol a kiemelt prevenciós tevékenységen kívül kuratív és elektív gyermekellátás is folyik. Külön kiemelendő, hogy az ország szegényebb területein a gyermek- és fiatalkorú lakosság egyetlen hozzáférési lehetősége az orális egészségneveléshez, prevencióhoz és ellátáshoz az iskolafogorvoson keresztül lehetséges.

Jelenleg hazánkban azonban nem egységes e terület szabályozása és szervezése sem. A kollégák négy különböző formában látják el az iskolafogászati feladatokat:

- Ø egészségügyi szolgálati jogviszonyban (ezekkel a szolgálatókkal általában nincs felmerülő probléma)
- Ø gyermekfogászati alapellátó praxisokban iskolafogászati szerződéssel
- Ø vegyes (gyermek és felnőtt) alapellátó praxisokban iskolafogászati szerződéssel (utóbbi két formában dolgozókra a korábbi pontokban felsorolt nehézségek

vonatkoznak, ők praxisjoggal rendelkeznek az elsődleges ellátási területükkel kapcsolódóan, ezért bértámogatásuk 80, illetve 100%)

Ø főállású iskolafogászati szolgáltatóként. Az ő helyzetük rendkívül nehéz, támogatottságuk pedig méltánytalan, hiszen főállásuk ellenére 30%-os bértámogatottsággal rendelkeznek, és mindemellett érintik őket azok a hátrányok, amelyek a többi fogorvos kollégát is. Az egyetlen méltányolandó, hogy tőlük az alapdíjat nem vették el. Mint már említettük, e szolgálatok a prevenciós szűrőtevékenységen kívül valódi ellátást is végeznek, a gyermekeket visszarendelik és ellátják. Támogatásuk mégis messze alulmarad egy gyermekfogászati alapellátóétól.

Miben gyökerezik a probléma?

§ hogy az iskolafogászat területi ellátási kötelezettséggel (TEK) vagyis körzettel nem rendelkezik, ennél fogva nem jogosult praxisjoghoz jutni. Márpedig a magasabb bértámogatás feltétele a praxisközösségekhez való tömörülés, aminek viszont feltétele a praxisjog megléte.

§ a Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezetének (MOK FTESZ) legnagyobb szakmaetikai kérdése, hogy e néhány (csatolt táblázatunkból kitűnik, hogy valóban kevés szolgáltatóról beszélünk) kolléga – a később említésre kerülő szakellátók mellett – miért kerül hátrányos megkülönböztetésre, miért esik el havi rendszerességgel jelentős mértékű, jogosan járó támogatástól?

§ A magyar állam érdeke polgárai egészségének védelme, és az egységes hozzáférés biztosítása. A szájüregi egészség nem csak annak esztétikája miatt rendkívül fontos, hanem mert iniciális betegségforrás is. Ugyanakkor az egészséges, illetve időben felismert és ellátott szájüregi betegségek megelőzik más, a későbbiekben kialakuló súlyos belgyógyászati betegség kialakulását, melyek későbbi felismerése, diagnosztikája és terápiás ellátása költségben is messze meghaladja a fogászatét. Ennél fogva az iskolafogászati rendszer támogatásainak rendezése nemzetgazdasági érdek is.

Fogászati szakellátás

Végül, de nem utolsó sorban szükségszerű a NEAK finanszírozott szakellátók támogatásának egységesítése is. Jelen pillanatban az alulfinanszírozottságnak és a szakma presztízsének el nem ismertsége oda vezetett, hogy a szakképzésben nem megfelelő az utánpótlás, a közfinanszírozott praxisokat sorra hagyják el a kollégák. Szájsebészeti szakellátásra száz kilométereket kell utaznia a páciensnek, a második progresszivitási szinten több vármegyében nincs parodontológiai ellátás, és olyan kevés a közfinanszírozott fogszabályozó szakellátó szolgálat, hogy az ország egyes területein tíz éves várólista alakult ki. A fogszabályozás NEM ESZTÉTIKAI szükséglet. Az állcsont viszonyok rehabilitációja a kora gyermekkorban elkezdve súlyos ortopédiai, neurológiai, belgyógyászati betegségek kialakulását előzi meg, így azok támogatásának szükségessége ismételten gazdasági érdeke is az államnak.

A szakellátó kollégák alulfinanszírozottságának tényezői:

§ nincs körzetük, tehát praxisjoguk sincs, így csak 30%-os bértámogatásra jogosultak;

§ rezsitámogatottságuk alacsony

§ a jogszabályi változásokkal beavatkozásaik minimumidői megnőttek, de pontértékeik változatlanok (és a valós értéken történő finanszírozástól messze eltérőek) maradtak;
§ alapdíjuk nincs.

Összefoglalva

A magyar fogászati ellátórendszer az összeomlás határán áll. Természetesen a pácienseknek joguk és lehetőségük van a magánegészségügyben történő kezelések igénybevételére, de ezt egy elég jelentős létszámú társadalmi réteg nem engedheti meg magának. Amennyiben a felsorolt anomáliák nem kerülnek megoldásra, hazánkban a fogatlanság kiemelt népbetegséggé, a következményes és rendkívül drága terápiát igénylő belgyógyászati, elsősorban emésztőszervi rendellenességek kezelhetetlenné, a szájüregi rákos morbiditás, és mortalitás pedig még magassabbá válik majd az évtized végére. Szükségszerű az iskolafogorvosok, és a vállalkozásban, feladatvállalási szerződéssel dolgozó szakorvosok praxisközösségekkel történő együttműködési lehetőségének megteremtése, ezáltal a bértámogatások egységesítése.

A prevenciós tevékenység kiemelt fontosságának szem előtt tartása mellett az említett problémák megoldása érdekében mielőbbi, szeparáltan a fogászati ellátást érintő tárgyalások megkezdését javasoljuk, hogy a közfinanszírozott ellátásban dolgozó kollégáink munkájuk elismerése mellett hozzájárulhassanak a népegészségügyi mutatók javításához, egy egészséges nemzet mosolyához.
Az orális egészség a test és a lélek egészségének kapuja!

Készítette: Dr. Linninger Mercedes és Dr. Skapinyecz Tibor

FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS

A fekvőbeteg ellátás területén a MOK által korábban leírtakat tartjuk: ez a szerkezet a jelenlegi erőforrásstruktúrából nem működtethető reálisan. Ezért szakszerű szerkezeti reformok kellenek, a szükséges pénzügyi forrásokat biztosítani szükséges, valamit életszerű szabályozással a HR helyeztet is stabilizálni kell. Egyetértünk tehát a Minisztériummal abban, hogy az ellátórendszer szerkezeti átalakítása szükségszerű, jó minőségű egészségügyi ellátás enélkül nem jöhet létre. Kicsi, nem hatékony, aktív ellátóhelyeket kell átalakítani nappali ellátást (egynapos sebészeti ellátást, nappali kórházi ellátást, utógondozást, rehabilitációt és járóbeteg szakellátást) nyújtó ellátópontokká. A szűk keresztmetszet az aktív osztályok működésében sokszor az ügyeleti ellátás biztosításához szükséges humánerőforrás, illetve általában a mennyiségi és minőségi szakdolgozó hiány. Egy krónikus-rehabilitációs osztály ilyen szempontból is jobban használja a személyi kapacitásokat. Fontos ugyanakkor, hogy az átalakítás tervezett legyen, és ne aktuális politikai szempont (billeg-e a körzet) legyen az elsődleges döntési tényező. Ezért is kritikus a szakma széleskörű támogatása, mely a meghozott döntésnek védelmét jelentheti a politikai csatározások szempontjából.

A centralizáció sok szempontból alkalmas eszköz, de lehetnek olyan területek, ahol a hatékony működést gátolja. Élő példa jelenleg az épületkarbantartás, a betegszállítás, élelmezés és takarítás, ahol nagyon rossz minőségű szolgáltatásoknak nincs alternatívája, az osztálynak nincs érdemi eszköze a változtatásra.
Az intézményrendszer centralizációjához a döntéseknek az intézményvezetéstől elkerülő centralizálása társul, ami csökkenti a menedzsment mozgásterét, rontja a hatékonyságot, növeli az adóságállományt. A bürokratikus központi engedélyeztetési folyamatok miatt heteket kell várni zárcserékre, elromlott csapok javítására. Az eszközbeszerzésre még egy gumipapucs vagy személyi számítógép szintjén is jellemző, hogy ugyanaz az eszköz, ami a piacon azonnal elérhető, csak hónapokkal később, a piaci árnál jelentősen drágábban érkezik meg az osztályra.
A betegszállítás elégtelensége sok helyen a jó ütemű betegellátás első számú akadálya.
A takarítás a kórházi fertőzések szempontjából is egy kritikus tényező, a munka egységes szabályozása, annak betartatási lehetősége nagyon hiányzik.

Az egyetemi központokban megkezdődött vármegyei központú ellátásnál látszanak pozitívumok. Fény derült az eddig maszkolt hatalmas humánerőforrás hiányra, az ezzel kapcsolatos szabálytalanságokra (ezeket helyenként az intézmények továbbra is kénytelenek alkalmazni pl. az ügyeleti ellátás területén), de a szabályozási ellentmondások miatt konfliktusokkal jár a folyamat, ami felmondásokhoz is vezetett ezekben az egyetemi központokban. Fontos lenne a jogi státuszt rögzíteni: vonatkoznak-e az OKFŐ utasításai és az Eszjtv. rendelkezései az egyetemi klinikákra, a munkavállalókra. A városi kórházakba történő kirendelések esetén a Mtv. “44 napos” szabálya a kamara és a kollégák által is támogatott elfogadható megközelítés, ez az, amit államtitkár úr a sajtóban és a legutóbbi egyeztetésen (július 24. is) említett. Ennek ellenére, arra hivatkozva, hogy az Egyetemre nem vonatkozik az OKFŐ rendelkezés, ezzel ellentétes utasítás, több hónapos kirendelés is történt, sokszor szóban tájékoztatják a kollégákat, hogy másnap reggel az 50 kilométerre lévő kórházban kell kezdenie. Ez ismét a tervezhetőséget, az állami egészségügybe vetett bizalmat romboló lépés. Különösen hátrányos, ha a szakképzését töltő rezidensekkel,

szakorvos-jelöltekkel akarják fél éves turnusokban megoldani a munkaerőhiányt, hiszen ezeknek a kollégáknak a centrumokban kell a tapasztalt kollégák segítségével a szükséges tudást elsajátítani. Általában véve, világosan tisztázni kell, mit érthet a vezető az egy telephely fogalma alatt.
A kinevezésekre (lehet-e egyetemi klinikát vezetni 65 év felett), az összeférhetetlenségi szabályokra (lehet-e egyetemi klinikán beosztott házastárs, gyermek) ugyanígy értelmezési anomáliák vonatkoznak.
Az egyetemi klinikák és kórházak fekvőbeteg ellátására is vonatkozó tisztázatlan terület még az állami ellátórendszer által használt épületekben, műtőkben nyújtott magánszolgáltatás. Etikailag, orvos-beteg bizalmat is érintő problémás jelenség, ha a beteg az állami ellátásban szembesül a hosszú várakozási idővel, majd ugyanaz az intézmény értesíti, hogy magánellátás keretei között a tervezett beavatkozást rövid időn belül el tudja végezni. Az egyetemi klinikák és kórházak ilyen szolgáltatásának egy világos szabályok szerint felépült rendszerben lehet helye, behozhat új technológiát, szemléletet, ugyanakkor jelenleg előfordul, hogy azért kell állami sürgős ellátásra szoruló betegnek várakoznia, mert az infrastruktúrát vagy a humánerőforrást lefoglalja a magánellátás. Világos szabályozói lépésekre van szükség.

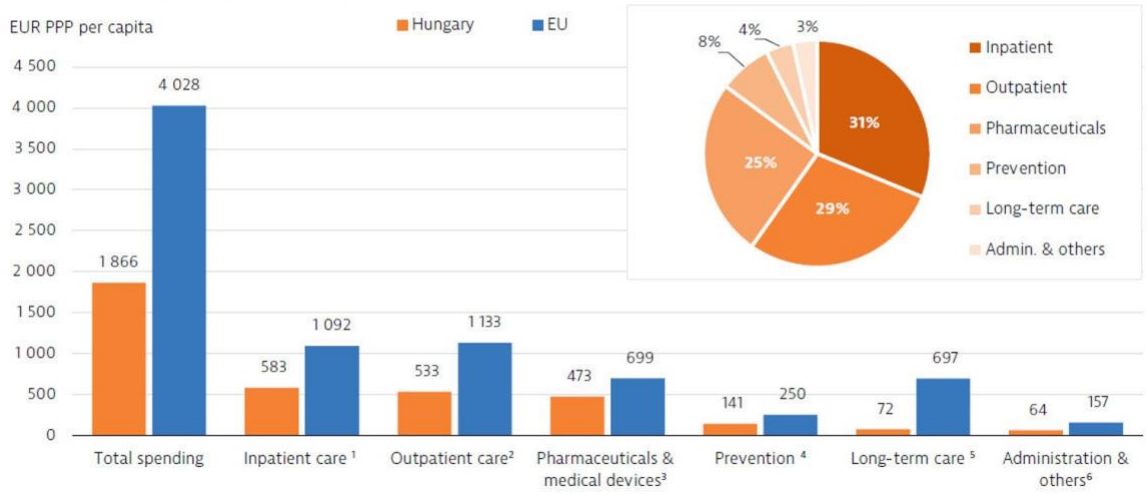
Az állami és a magán érintkezésénél külön munkát igényel a szülészet helyzete, melyet széleskörű társadalmi vita után szeretnénk benyújtani a minisztériumnak. Itt csak annyit jelzünk, hogy van egy európai viszonylatban szokatlan szakmai gyakorlat (kizárólagosan a választott orvos vezeti végig a terhességet majd magát a szülést is), mely összefonódott a szakmai elveket nem figyelembe vevő társadalmi elvárásokkal. Anyagi érdekek, a beteg aggályai mozgatják elsődlegesen ezt a területet, a szakmai szempontok háttérbe szorulnak. Kizárólag jogszabályi eszközökkel a helyzet nem kezelhető rövid távon.

A fekvőbeteg ellátás mindennapi legnagyobb problémája, hogy az SBO-tól az osztályokig a betegek két csoportja bent ragad az aktív osztályokon.

1) az orvosi felügyeletet időszakosan, ápolást-gyógyfoglalkozást rendszeresen igénylő páciensek, akik krónikus illetve rehabilitációs osztályokat igényelnek
2) A tartós nem elsősorban egészségügyi szakmai felügyelet igénylő betegek. Itt hiába írja elő jogszabály, hogy a hozzátartozónak kell gondoskodnia a betegről, az orvos kezében nincs eszköz, ha ez nem történik meg

Magyarország az egészségügyi költések szempontjából extrém mértékben keveset fordít ezekre az ellátásokra

Figure 8. Hungary spends less per capita in each category than the EU average



E betegek miatt "bedugulnak" az osztályok, a valóban aktív ellátást igénylő pácienseknek nem jut hely, a szakképzett ápoló személyzetet szociális feladatok ellátása köti le.
Ahhoz, hogy az egészségügy hatékonyabban működjön, ezeknek a problémáknak a megoldása szükséges: szociális ellátórendszer fejlesztése, rehabilitációs és krónikus osztályok nyitása.

A fekvőbeteg osztályok teljesítménye, műtéti várólisták

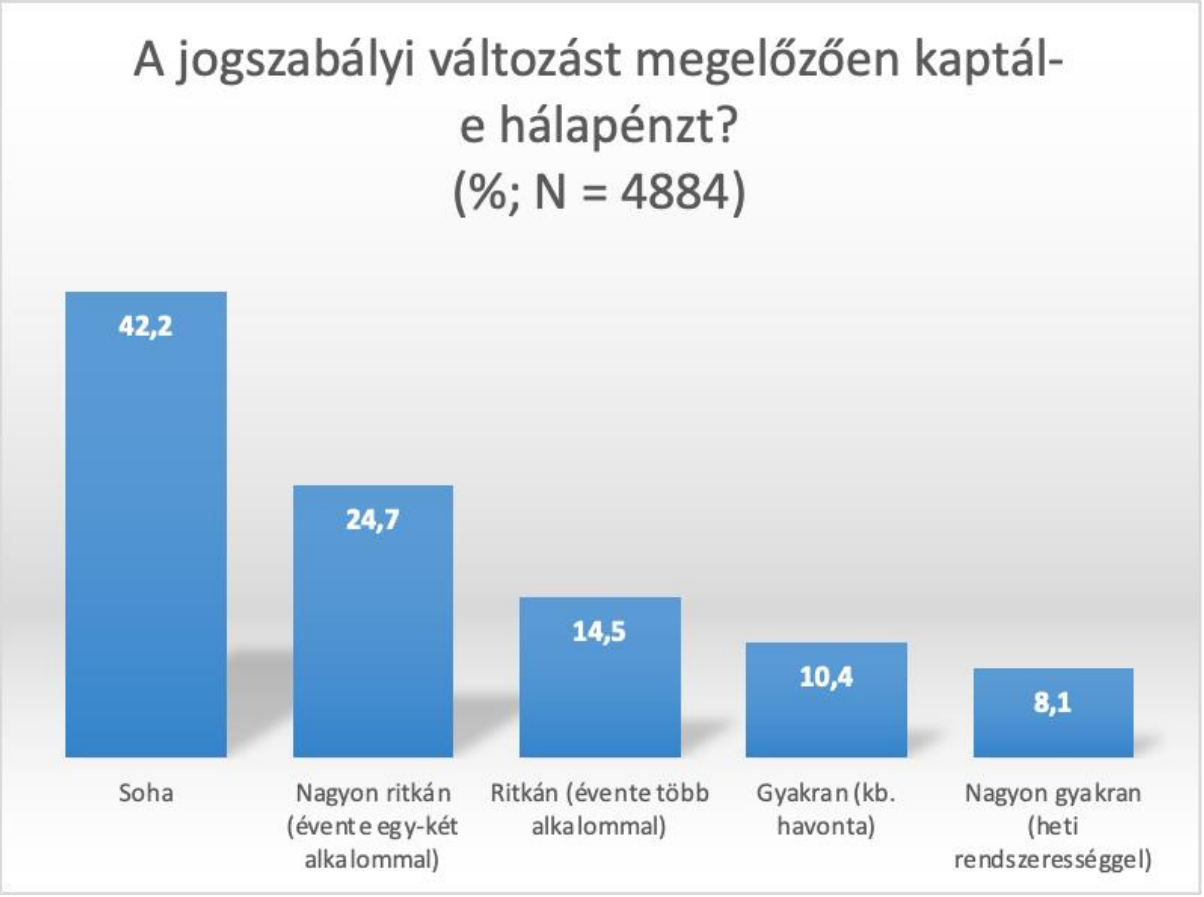
Nem állnak rendelkezésünkre pontos adatok arról, hogy a fekvőbeteg osztályok teljesítménye, az ellátott betegek száma hogyan változott. A kormány által publikált adatokból, a sajtóból értesülünk a várólistákról, mely az egészségügyi ellátás egy részének működésére enged következtetni, jellemzően műtétes szakmákban. Gyakorlati tapasztalatunk szerint a műtéti várólistáknál jóval nagyobb gondot okoznak a betegek ellátásban a nem-műtétes kivizsgálások megszervezése, az ott kialakult torlódás. Ez a betegutat jelentősen elnyújtja.

A várólisták megnyúlásánál időszakosan axiómaszerű megállapításokat hallunk (pl. "a várólisták növekedése a hálapénz eltörlésének/a nagyarányú fizetésemelésnek/a teljesítménybérezés hiányának köszönhető), melyeket semmilyen általunk ismert adat nem támaszt alá.

A következő tényezők szerepét érdemes mérlegelni:

- A várólisták hossza a COVID alatt nyúlt meg, hiszen a zárás miatt feltorlódtak a betegek. Az elmaradt beavatkozásokat a folyamatosan jelentkező igény mellett már szűkebb kapacitásokkal kell pótolni.
- az OECD adatok alapján a kiemelt területeken (nagyízületi protézis, katarakta stb.) nemzetközi összehasonlításban nem extrém hosszúak a várólisták, ezzel szemben a rutineljárásoknál főleg a járóban extrém hosszúak az előjegyzések és késleltetik a megfelelő diagnózis megállapítását, a kezelés megkezdését.
- A pandémiát követően több helyen nem a korábbi szerkezetű ellátórendszer állt vissza, osztályok szűntek meg, vagy ágyszámok csökkentek, az új helyzet rendszerszintű, tervezett optimalizációja nem történt meg

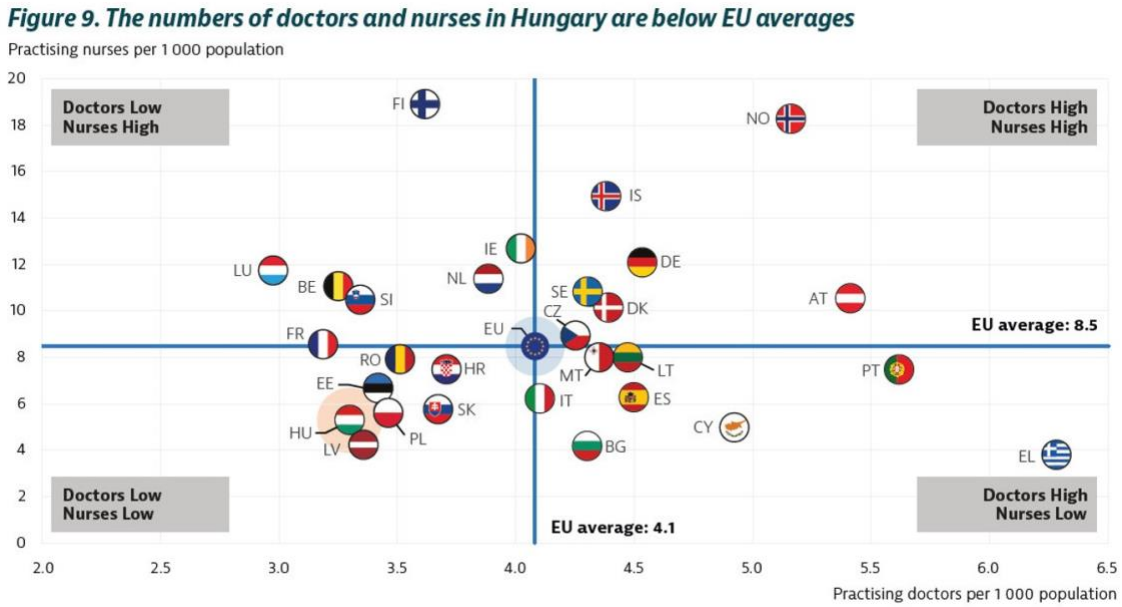
- A nem megfelelő finanszírozás miatt nem érdekelt a kórház és menedzsmentje abban, hogy veszteséges gyakorlatot folytasson, azaz az értéken alul finanszírozott ellátási formákat nagyobb számban (avagy egyáltalán) elvégezze
- Szakdolgozó hiány: teljes team nélkül nem indulhat el műtét, asszisztens hiányában lelassul vagy lehetetlenné válik a rendelés.
- A paraszolvencia jelentette motiváció eltűnése: ez rendszerszinten egy semmilyen értelmezhető adattal nem alátámasztott kijelentés. Egy igen szűk, de ismert szakmai és személyi körre ez lehet igaz, akik az elvesztett jelentős hálapénztömeget a magánellátásban pótolják, de a rendszerszintű problémát nem ez okozza. A mi adataink: az orvosok 80%-a eleve nem a hálapénzből élt, az orvosok 8.1%-nál lehetett a paraszolvencia számottevő mértékű. A legegyértelműbb cáfolat pedig, hogy nem csak a korábban hálapénzes területeken nő a várólista.



- teljesítmény(volumen)bérezés hiánya: ez szintén tévedés, mely az orvosi motiváció téves ismeretéből származhat, a későbbiekben részletezzük.
- Amikor a bér, paraszolvencia, teljesítmény összefüggésein gondolkozunk, érdemes a patológia (azon belül a szövettani munka) helyzetére tekintenünk. A szakterületen soha nem volt jellemző a paraszolvencia, ahogy magánellátás sem (közreműködői szerződések igen). A béremelés és a magánszektor robbanása ilyen módon nem befolyásolhatta, mégis nő a várólista a szövettani vizsgálatokra.

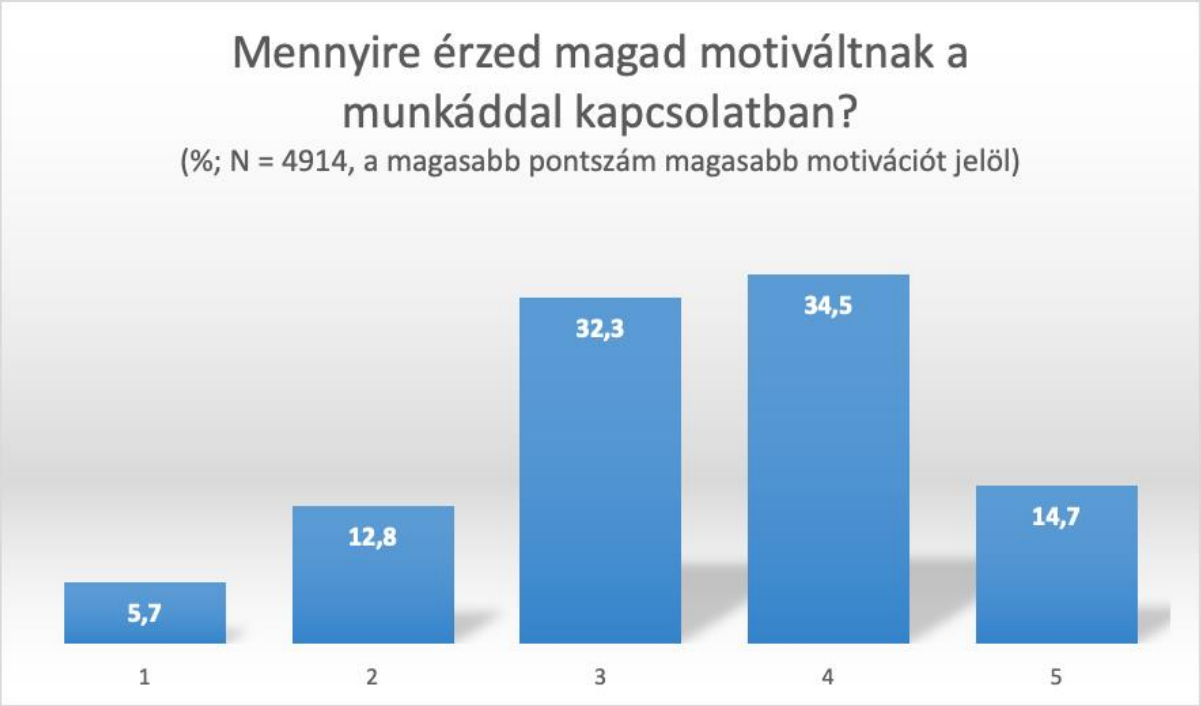
HUMÁNERŐFORRÁS

A humánerőforrás problémák az egész világon jellemzik az egészségügyet, különösen azokat az országokat érintve, ahol komoly finanszírozási hiány is jelen van. A globális egészségügyi munkaerő hiánynak döntően társadalmi oka van, melynek elemzése meghaladja ennek a dokumentumnak a kereteit. Azt fontos leszögezni, hogy a legmagasabb fizetéseket nyújtó és nettó importőr Egyesült Államok is komoly munkaerőhiánnyal küzd, melynek hátterében az ottani elemzések szerint az a tény áll, hogy az orvosi hivatással együtt járó életmód, pályaív, felelősség, önfeladás a jelenleg uralkodó értékrendhez nehezen illeszthető. Ez a folyamat nem áll a magyar döntéshozók irányítása alatt, a humánerőforrásért nagyon éles nemzetközi verseny van, melyhez az elmúlt években felzárkózott a magánegészségügy jelentette belső verseny is.
Szakmai körökben is viták folynak arról, hogy milyen mértékű az orvoshiány. Abban minden szakértő egyetért, hogy a szakdolgozók száma alacsony, a csekély adminisztratív személyzet pedig belső, relatív egészségügyi szakszemélyzet hiányt generál. Az orvosok létszámát illetően célszerű az egészségügyi rendszer felépítésétől kezdeni.
Azok a rendszerek, ahol alacsony az össz orvoslétszám, jellemzően széles és erős alapellátással rendelkeznek, így kevesebb szakorvosra van szükség. Ahol az alapellátó rész kisebb, és elsősorban irányító szerepük van, definitív ellátást kisebb arányban nyújtanak, ott a szakorvosoknak jóval több beteget kell ellátniuk, ezért nagyobb szakorvosi létszámra van szükség (lsd.: Görögország) . Magyarországon kevés a háziorvos és nagyon alacsony számban képesek (kapnak jogosítványt) definitív ellátásra. Emiatt a mindennapokban mindenki által észlelhető valóság is az, hogy Magyarországon orvoshiány van.
Az orvoshiány enyhítésének legolcsóbb és leggyorsabb módja az alapellátás számbeli és szakmai megerősítése.



A humánerőforrás mennyiségi kérdéseit nem lehet elválasztani a minőségi kérdésektől, így ezekre is szeretnénk kitérni ebben a szakaszban.

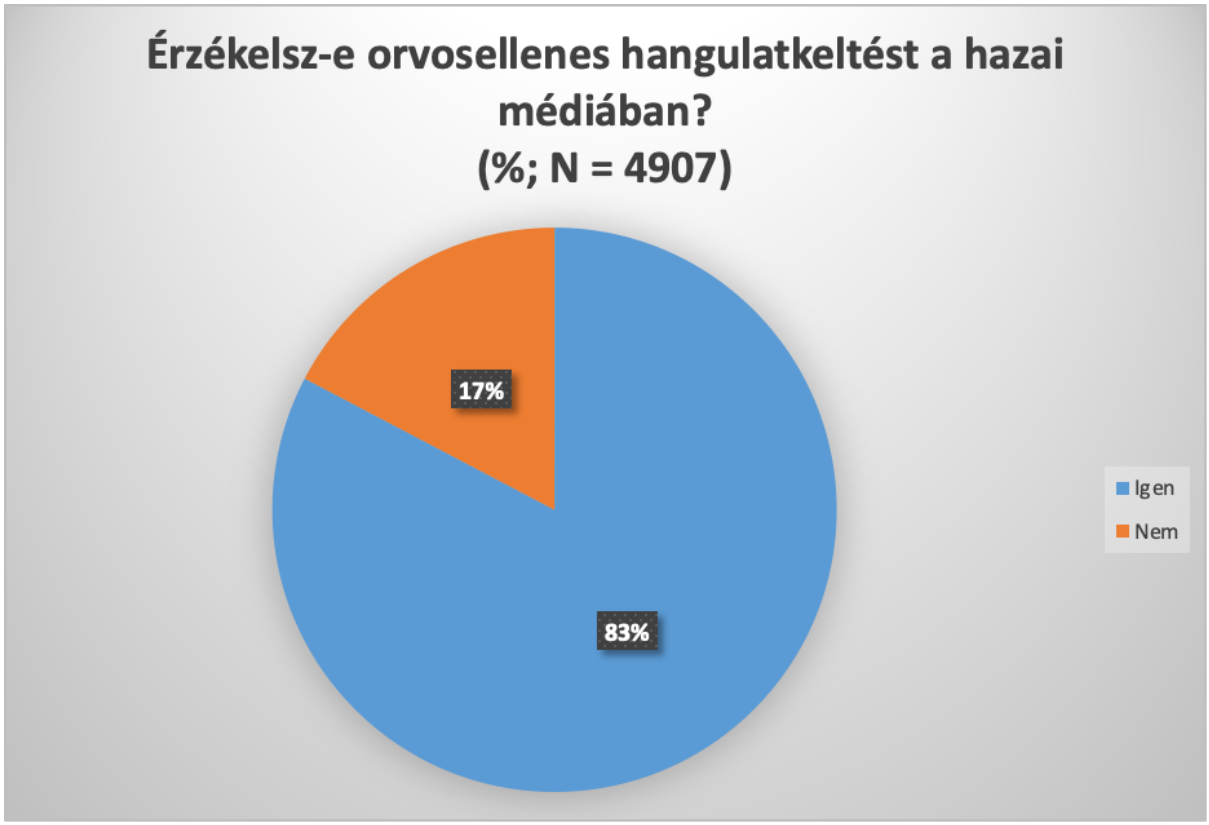
A felméréseink is azt támasztják alá, hogy az orvosok motivációja leromlott (az orvosok több mint fele csak közepes mértékben, vagy annál kevésbbé motivált),



és az orvosok 38 százaléka egy klinikailag validált szűrőskálán is mérhetően diszfunkcionális pszichés állapotban van.

Mik lehetnek ennek az okai?

Felméréseink alapján a munkakörülmények (beleértve a betegszám okozta terhelést, a munka minőségének romlását) és a bizalomvesztés okozza az orvosok motivációban is megmutatkozó problémáit.
A pandémia után egy olyan központi kommunikációs irány jelent meg az egészségügyi dolgozókkal, különösen az orvosokkal kapcsolatban, amit a kollégák 82 százaléka orvosellenes hangulatként érzékel. Ez a kommunikáció - az egészségügyi rendszer jelenlegi állapotával együtt - megbontja az orvos és beteg közti bizalmat, beférkőzik a mindennapjainkba. A hitelességi problémák, a betegek és orvosok szembeállítása, miközben a gyógyítás egy partnerségi viszonyon alapul, a hivatásunk alapjait kérdőjelezi meg. Megszégyenítéssel nem lehet jó pályaképet kialakítani, nem lehet egy területet vonzóvá tenni. Az NVSZ hálapénz kampánya vagy a bilincsben és vezetőszáron a munkahelyükről, orvosi munkaruhában elvezetett, a hivatásra szégyent hozó kollégák videón történő közszemlére tétele rombolja a becsületes orvosok morálját is. Állítsák elő az orvost, kapja meg a büntetését, de a megszégyenítést fejezzék be. Adódik a kérdés, hol marad a jó példa statuálása, hol látjuk vezető hírekben kollégáink tömegeinek önfeláldozását?



Ha az NNK osztályvezetője élő adásban olyat mond a várólisták növekedését illetően, hogy “két millió fix-szel az orvos könnyen viccel” az megrontja az orvosok ágazati vezetésbe vetett bizalmát. Ha az államtitkár TV-interjúk sorában nyilatkozza azt, hogy “egyes orvosok newtonista módon az energiaminimum elvére törekednek”, az nem csak azért problémás, mert az sugallja, hogy az orvosok lusták, hanem a fizikából szigorlattal bíró orvostársadalomban hiteltelenné is teszi a vezetést, hiszen Newton és az energiaminimum elve között 200 év van: az egyik mechanika/ termodinamika, a másik kvantummechanika.

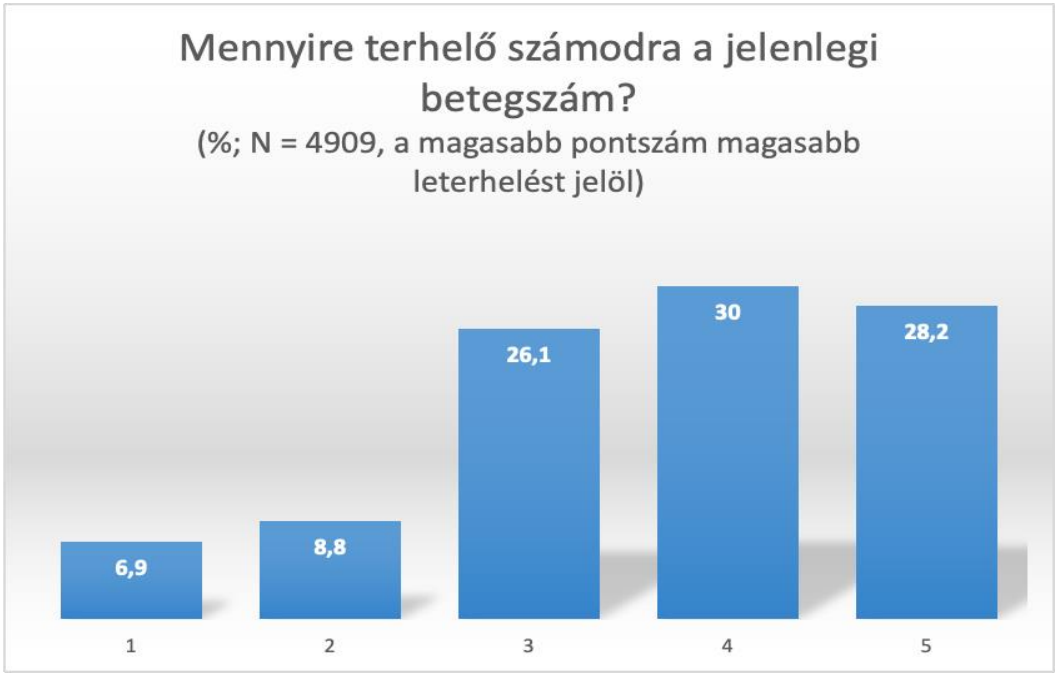
A tervtől elmaradó eredmények, a kapkodás állandó érzete, a korrekciók, a felhasználók tapasztalatainak és saját számaiknak teljesen ellentmondó nyilatkozatok, a nem megtartott ígéretek politikai oldalról lehet, hogy sikeresek, de a szakmai oldal felé a kormányzati hitelesség csaknem eltűnt. Eleve az a benyomása az orvostársadalomnak, hogy a gyakorlati, az elmúlt években betegágy mellett tapasztalatot szerzett emberek hiányoznak az egészségügyi irányításból. Szükséges emiatt hiteles szakmai szereplőt találnia a kormányzati oldalnak.

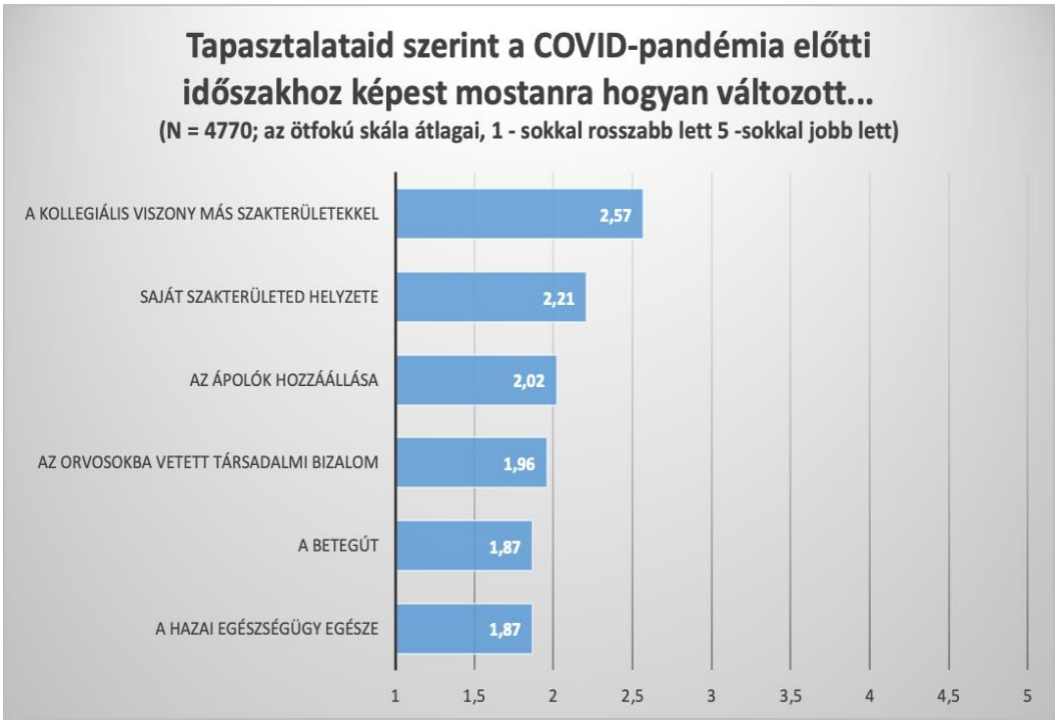
A TÁRSADALMI MEGBECSÜLTSÉG JAVÍTÁSA

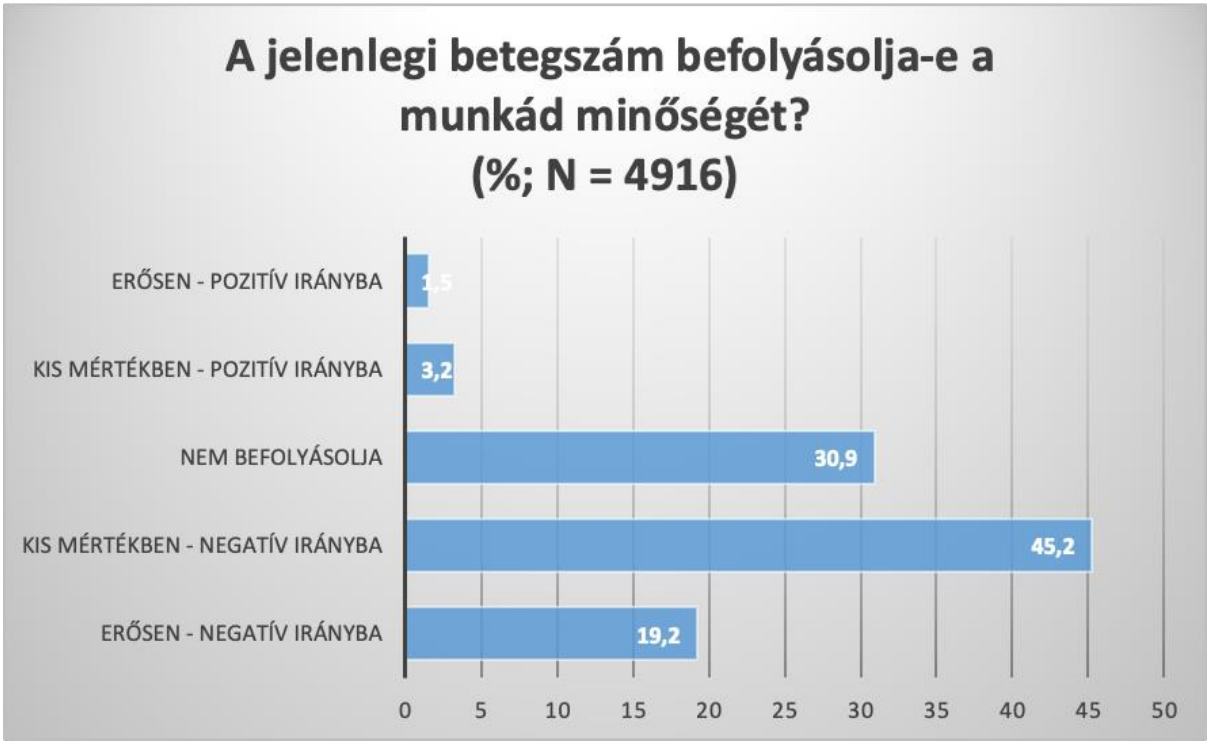
Kormányzati kampányokra van szükség a hivatás mellett, hogy minél több fiatal gondolkozzon ebben a pályában. Ez egyben motiválóan hatna a már orvosként/ ápolóként dolgozókra, ahogy a pandémia alatt is hozzájárult a kitartáshoz a kormányzati és társadalmi támogatás.
Két nemzetközi példa:
https://www.union.co.uk/our-news/what-did-you-do-today/
https://www.leadersnet.at/news/33699,arbeiterkammer-launcht-neue-kampagne.html

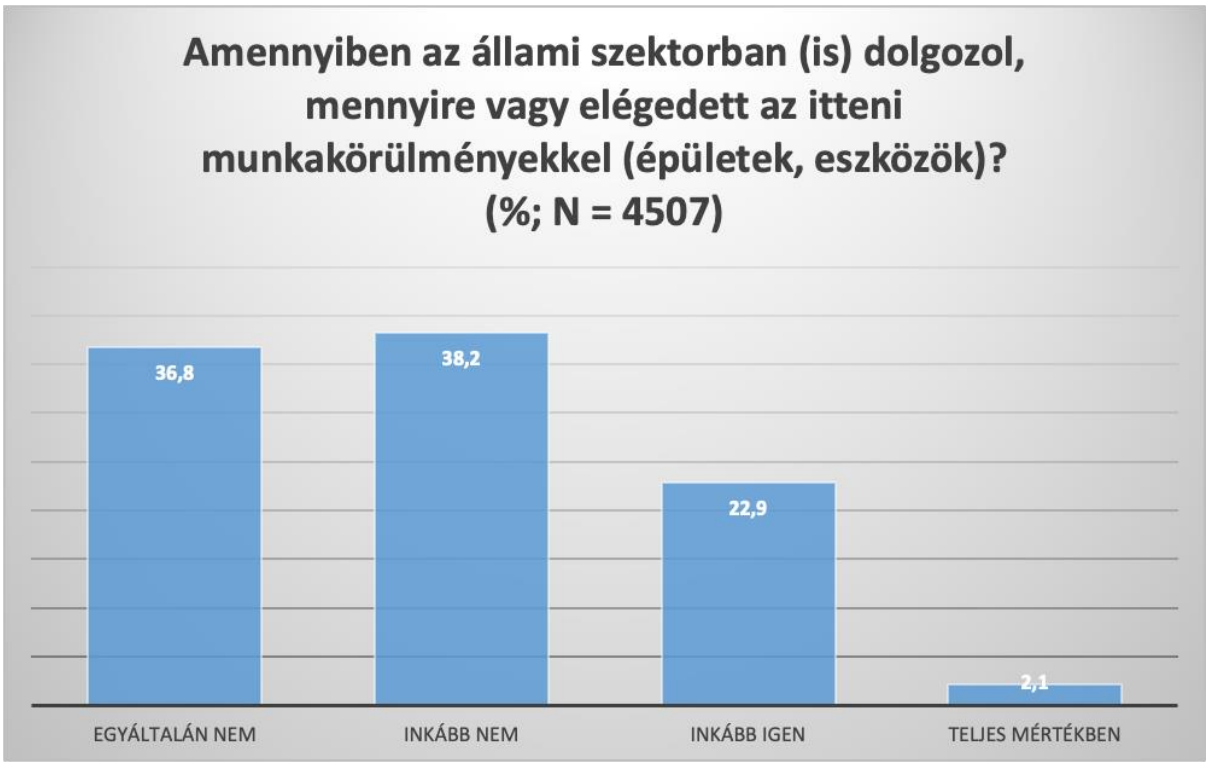
A MOTIVÁCIÓ NÖVELÉSÉNEK ESZKÖZEI

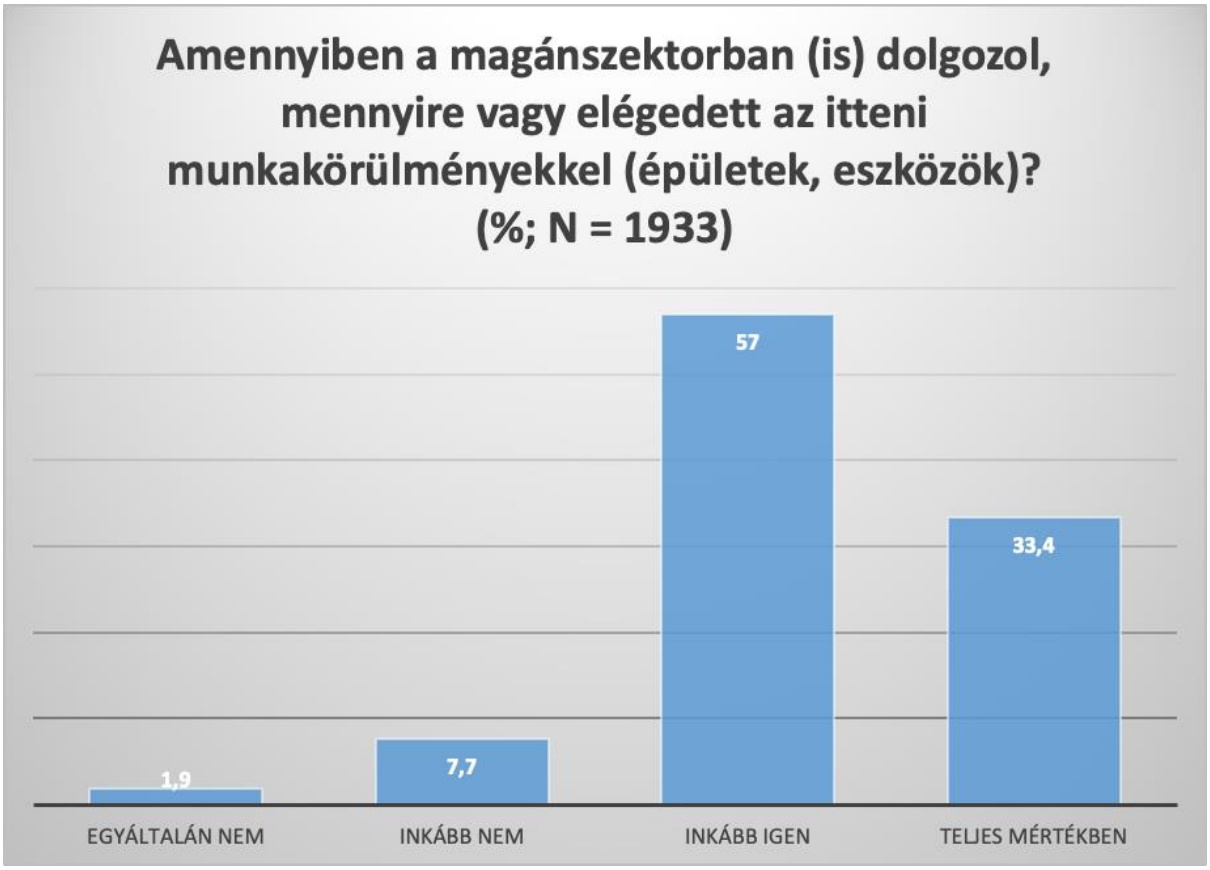
Az orvosokat illetően a bér alapvetően fontos, de nem az egyedüli motivációs tényező, a jelenlegi motivációs probléma pedig pusztán a bérrel nem kezelhető.
Felmérésünk szerint a munkakörülmények határozzák meg most elsődlegesen a kollégáink motivációját, ebben pedig jelentős romlást érzékelnek.






A jelenlegi betegszám befolyásolja-e a munkád minőségét? (%; N = 4916)
ERŐSEN - POZITÍV IRÁNYBA
1,5
KIS MÉRTÉKBEN - POZITÍV IRÁNYBA
3,2
NEM BEFOLYÁSOLJA
30,9
KIS MÉRTÉKBEN - NEGATÍV IRÁNYBA
45,2
ERŐSEN - NEGATÍV IRÁNYBA
19,2
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50


Amennyiben az állami szektorban (is) dolgozol, mennyire vagy elégedett az itteni munkakörülményekkel (épületek, eszközök)? (%; N = 4507)
36,8
38,2
22,9
2,1
EGYÁLTALÁN NEM
INKÁBB NEM
INKÁBB IGEN
TELJES MÉRTÉKBEN



Az orvosoknál tradicionálisan az előre kiszámítható, biztos pályakép (előmeneteli rendszer) fontos eszköze a pályán és az adott munkahelyen maradásnak, ez más országokban is így van. Emiatt is fontos tudni, hogy milyen infrastruktúrában képzeli el a kormányzat az egészségügyet, a munkahely és a pályaív bizonytalansága ugyanis a betegellátáson csapódik le. A minősítési rendszernek és a minőségellenőrzésnek nem büntető, hanem inspiráló jellegűnek kell lennie. A jelenleg alkalmazott szempontrendszerben rengeteg a szubjektív tényező, a felettes belátása. Az eddigi gyakorlat alapján érdemben nem használható (az orvosi egyetemeknél működik az oktatóknál használt minősítési rendszer, mely egy jobb megközelítést alkalmaz).

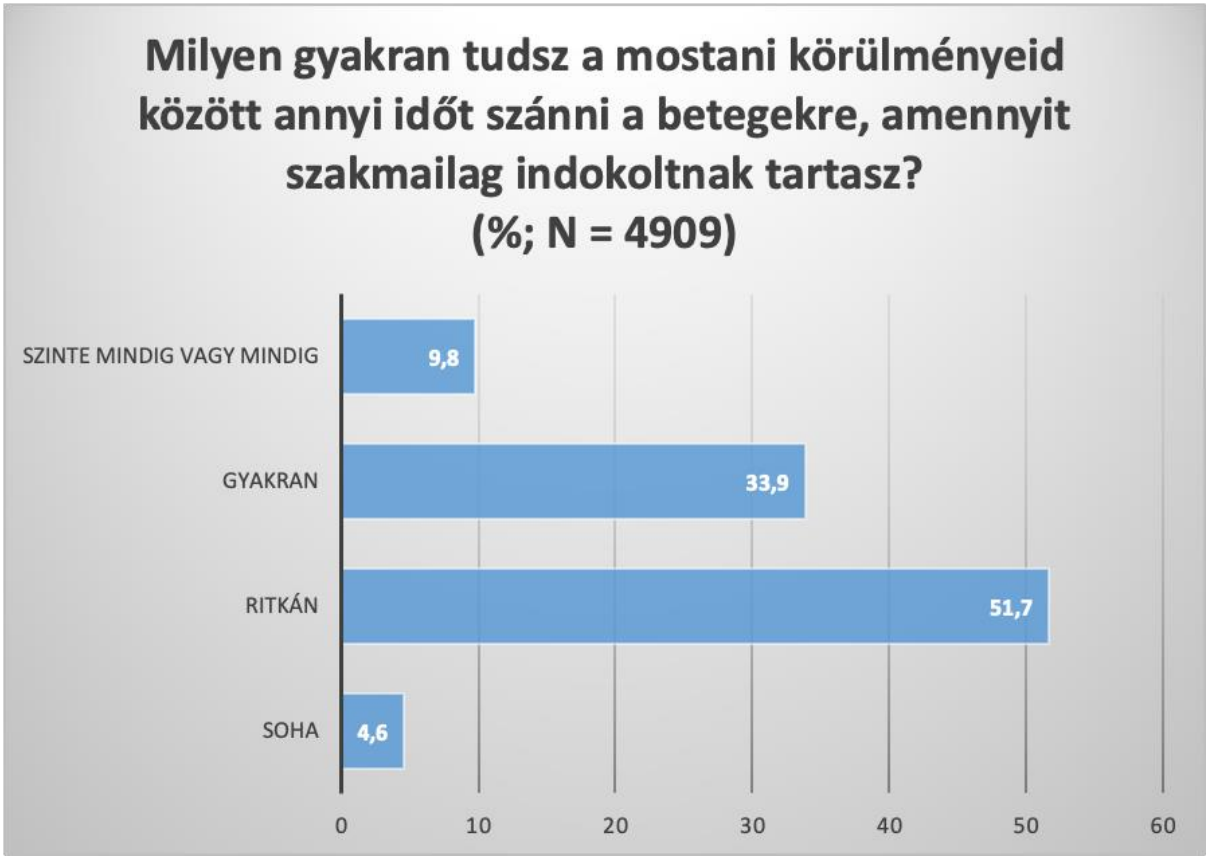
BÉR

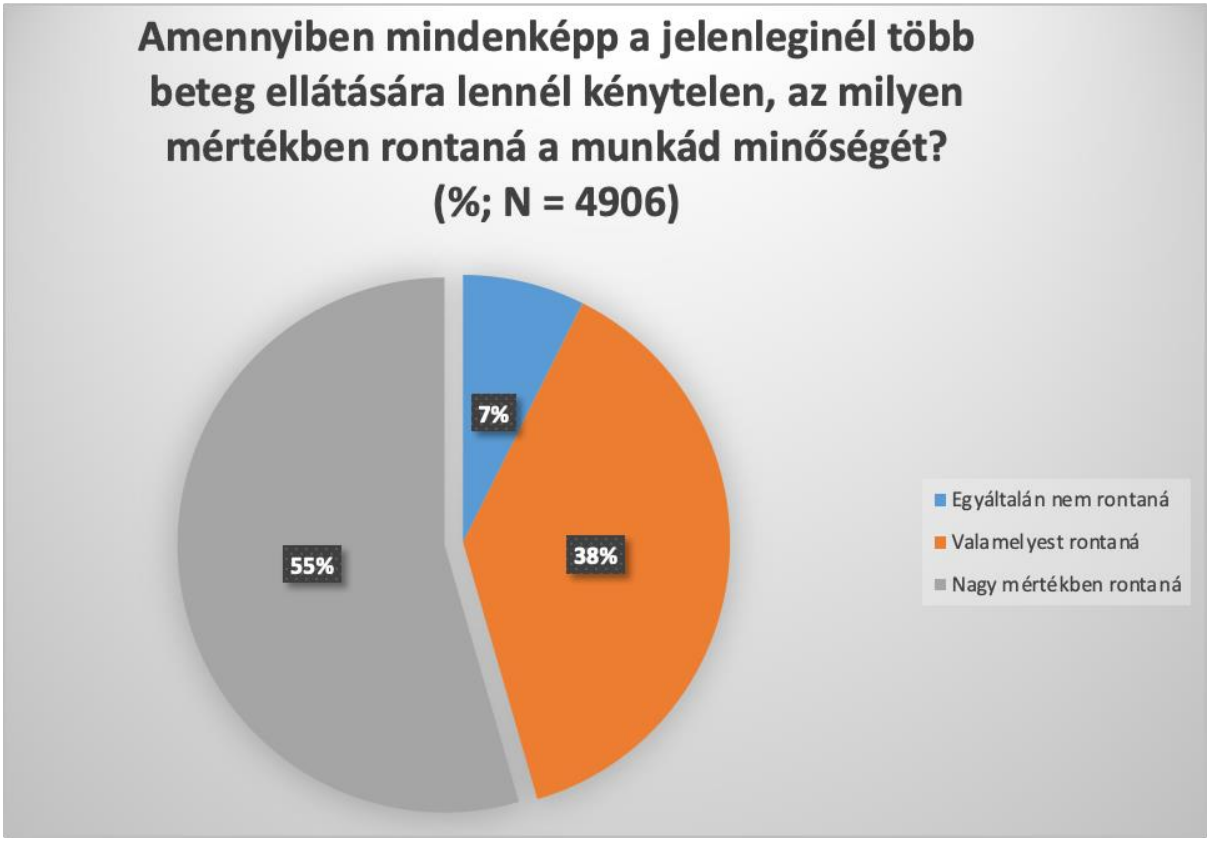
A sajtóban államtitkár úr nyilatkozatából értesültünk arról, hogy az egészségügyben az orvosok átlagbére 2.2 millió forint. **A Kamara egyik fő célkitűzése, hogy az orvosi bérek értékállóságát megőrizze,** ugyanis a miniszterelnök úrral 2020-ban kötött megállapodás után újra elindult az állami bérek vonzerejének csökkenése, leszakadunk a célértékként megjelölt legközelebbi orvoselvándorlási célország (Ausztria) bérének 60%-os szintjétől. https://www.medmedia.at/wp-content/uploads/2023/06/get_doc2.php_pub.pdf

Szeretnénk kérni, hogy a minisztérium bocsássa a kamara rendelkezésére az orvosi bérekről rendelkezésére álló adatokat, hogy megfelelően lássuk a helyzetet, a mi felméréseink ugyanis nem tükrözik az államtitkár úr által ismertetett számokat.
Elemzéseink és álláspontunk kialakításában segítenének a következő információk: Milyen az alapbér átlaga, mediánja? Szakterületi, intézményi, közreműködő vs. eszjtv, ügyeleti bontásban milyen eltérések mutathatóak ki?

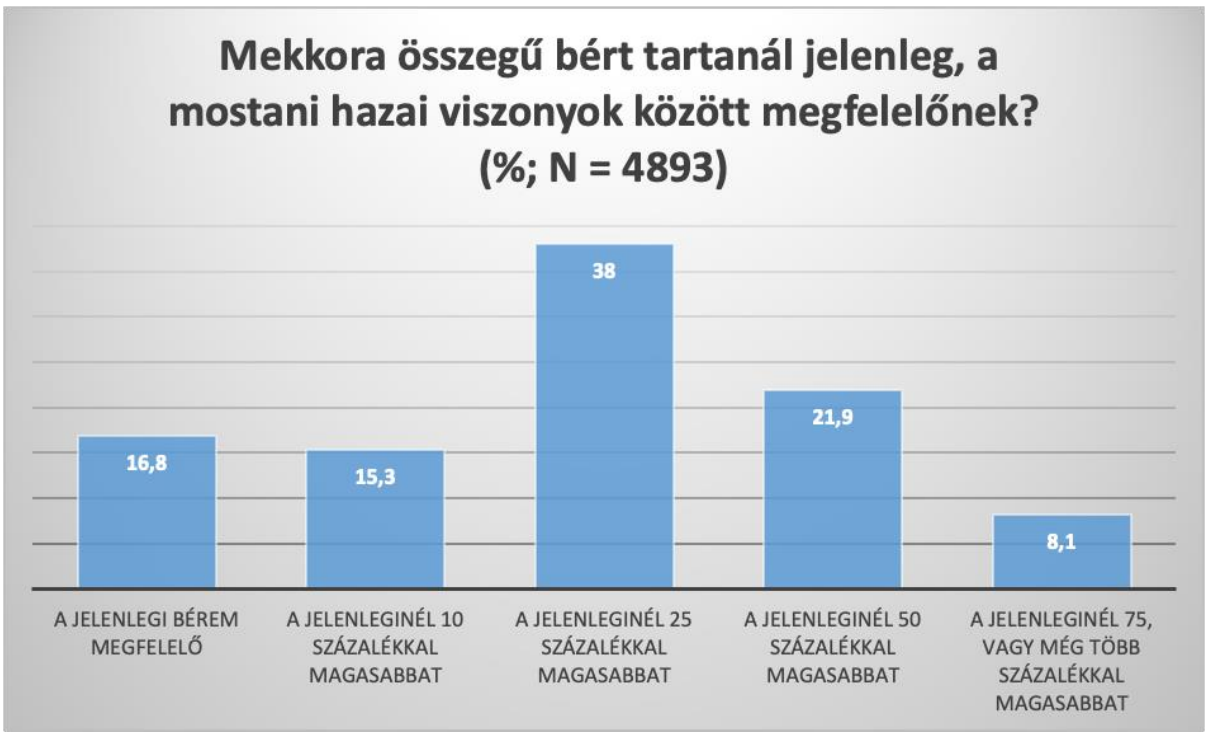
Államtitkár úr többször említette a MOK által 2020-ban beterjesztett és elfogadott javaslatra a "szocialista bértábla" kifejezést is.
Ez tévedés. Ilyen szerkezetű bértáblát alkalmaznak az egészségügyben Ausztriától, Németországon át a skandináv államokig. Az évtizedeken át hasonló struktúrájú bértábla célja minden országban hogy az orvosi hivatás, mint pálya vonzó legyen. A nemzetközi szakirodalom és a saját felméréseink is azt mutatják, hogy az államtitkárság által lebegtetett teljesítmény(volumen)bérezés nem alkalmas az ellátott betegek és a minőségi szolgáltatás együttes javítására, sőt betegszelekcióhoz, a súlyosabb, komplikáltabb esetek ellátatlanságához vezet. A felmérésünk szerint a jelenlegi helyzetben a kollégák akkor sem tudnának lényegesen több beteget ellátni, ha minden körülmény (infrastruktúra és bér) is adott lenne hozzá.



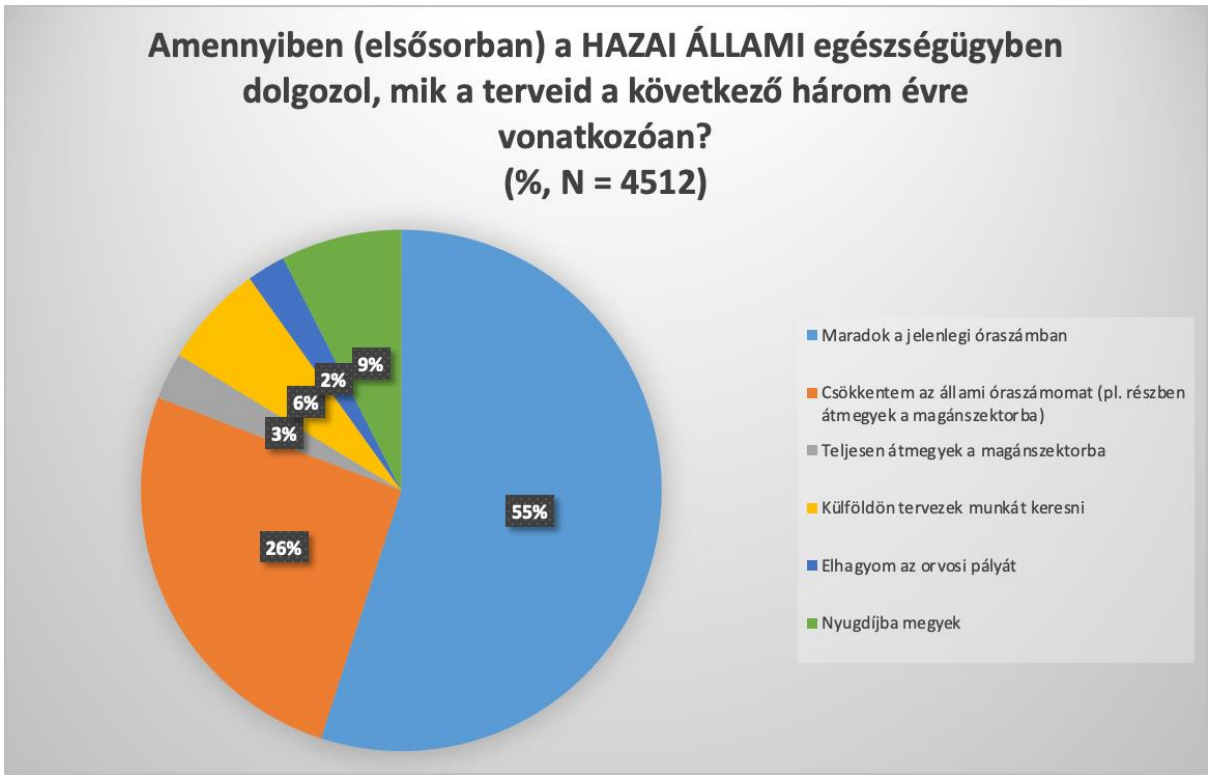

Milyen gyakran tudsz a mostani körülményeid között annyi időt szánni a betegekre, amennyit szakmailag indokoltnak tartasz?
(%; N = 4909)
SZINTE MINDIG VAGY MINDIG
9,8
GYAKRAN
33,9
RITKÁN
51,7
SOHA
4,6
0
10
20
30
40
50
60


Amennyiben mindenképp a jelenleginél több beteg ellátására lennél kénytelen, az milyen mértékben rontaná a munkád minőségét?
(%; N = 4906)
7%
38%
55%
Egyáltalán nem rontaná
Valamelyest rontaná
Nagy mértékben rontaná

Ahogy írtuk, a jelenlegi béreket kollégáink nem érzik megfelelőnek.



A jelentős infláció után a munkaerőpiacon megindultak a korrigáló béremelések. Üdvözöljük, hogy a kormány elkötelezett az erős állami egészségügy mellett. Béremelésre ehhez szükség van, az államháztartásnak ezt a nehézséget le kell küzdenie. Az átalakítási folyamat során kiemelten szükséges megmutatni, hogy van hosszú távú pályakép az egészségügyben.



A fenti, bérekre vonatkozó adatok megismerése után a kamara meg tudja küldeni javaslatát a bértábla karbantartására.

A béremelés a kamarai tagok első számú elvárása a kamarával szemben, ez elől kitérni a jelenlegi helyzetben nem áll módunkban, és nem is szeretnénk. A környezetünkben sorra lépnek sztrájkba az orvosok, Szlovéniában 5 hete zajlik a túlmunka felmondás. Úgy gondoljuk, hogy jelenleg még nyitott az az időablak, amikor a kollégák által megcélzott nagyobb béremelési igényt ki lehet váltani egy kisebb, de beépített automatizmust tartalmazó jogi szabályzással, hogy az értéktartás biztosított legyen. Ez a pályaképre is kedvezőbb hatással bírna, mint egy ellenállással és feszültséggel kiharcolt nagyobb emelés.

A MINISZTÉRIUM ÉS A KAMARA KÖZÖS MUNKÁJÁRA TETT JAVASLATOK

A Magyar Orvosi Kamara Intenzív Terápiás és Aneszteziológiai Munkacsoportjának szakmai javaslata

Az aneszteziológiai és intenzív terápiás szakma szinte minden más kórházi szakmával szoros kapcsolatban áll, így szerepe átfogó a fekvőbeteg ellátásban. Kiemelendő, hogy az intenzív terápia a magánellátásban csak nagyon korlátozottan elérhető, tehát egyértelműen pótolhatatlan feladatokat lát el a közösségi egészségügyben

Az aneszteziológiának komoly szerepe van az akut ellátást is biztosító intézményekben, de nagyobb részben tervezett ellátást nyújt és nem megkerülhető az egynapos műtéti beavatkozásokat biztosító kórházakban sem. Intenzív terápiás háttér nélkül viszont egyetlen aktív, akut ellátást biztosító kórház sem tud működni, mivel ezek az osztályok fogadják a legsúlyosabb állapotban levő betegeket.

Jelenleg az aneszteziológiát és intenzív betegellátást érintő, az egészségügyi kormányzat és a szakma részéről beavatkozást igénylő pontokat csak nehezen tudunk meghatározni, mert naprakész, hiteles, a tervezést lehetővé tevő betegellátási és forgalmi adatokkal csak részben rendelkezünk. Ezek leginkább a NEAK felé leadott teljesítményekből sejthetőek.

Így szakmai javaslatunkként mind az aneszteziológiában, mind az intenzív terápiában, elsődleges feladatként a pontos adatgyűjtést és elemzést biztosító országos szakmai regiszterek létrehozását javasoljuk.

Utóbbi szükségességét bizonyítja a közelmúltban zajlott COVID-19 pandémia is. Más országok hasonló adatai, így például az Egyesült Királyságban már létező ICNARC (Intensive Care National Audit & Research Center) óriási segítségére voltak mind a szakmának, mind a politikusoknak a krízishelyzet kezelésében.

1. Problémák az aneszteziológiai adatokkal és finanszírozással

- Jelenleg, az aneszteziológiai ellátás külön finanszírozási tétellel nem rendelkezik, az bele van építve a műtéti tevékenységért fizetett intézményi bevételbe. Az aneszteziológia költségigénye az orvosi technika fejlődésével jelentősen megnövekedett a század eleje óta. Erről azonban hazai, pontos adatokkal nem tudunk szolgálni.

- A növekvő várólisták hátterében nem csak kapacitás hiány, hanem műtői szervezési problémák is meghúzódnak.

§ Javaslat:

· Minden hazai műtőben egységes elektronikus regiszter és betegirányítás bevezetése, amely egyben egy országos aneszteziológiai szakmai regiszter létrehozását is biztosítja.

· Esetfinanszírozás bevezetése az aneszteziológiai ellátásban, leválasztva azt a műtéti tevékenységért fizetett finanszírozásról.

§ Javaslat előnyei:

· Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér meglétének kihasználása.

· Meglevő műtői kapacitások optimálisabb kihasználása, ezáltal a várólisták csökkentése.

· Pontos, intézmények között összehasonlítható adatok az aneszteziológiáról, amelyek a betegellátás egységesedését és minőségének javulását szolgálhatják és elvezethetnek a betegelégedettség javulásához is.

· A regiszter létrehozása és finanszírozás reformja által várt eredmények függetlenek lesznek egymástól.

· Az adatok segítségével minőségbiztosítás vezethető be, illetve jelentős tudományos tevékenység is generálható a mesterséges intelligencia segítségével.

§ Javaslat hátrányai:

· Szoftveres és hardveres fejlesztés költségvonzata.

· Nem kielégítő adatgyűjtési rendszer esetén az adminisztrációs munka növekedése, valótlan adatok lejelentése.

2. Problémák az intenzív terápiás adatokkal és finanszírozással

- Nincsenek pontos és naprakész adataink a kritikus állapotúak ellátásáról (pl. napi és intézményi szabad ágykapacitás, lélegeztetett betegek száma, stb.).

- Egy adott intézmény intenzív osztályos kapacitáshiánya hatással van a műtét utáni időszakban ilyen ellátást igénylő operációkra, mely miatt növekednek a várólisták.

- Az intenzív terápia költségigénye az orvosi technika fejlődésével jelentősen megnövekedett és folyamatosan tovább emelkedik. Azonban ezekről hazai, pontos adatokkal nem tudunk szolgálni. A jelenlegi homogén betegcsoport (HBCs) alapú kifizetés súlyosan alulfinanszírozza ezt az ellátási formát.

§ Javaslat:

· Egységes, országos intenzív osztályos szakmai regiszter létrehozása.

· Esetfinanszírozás bevezetése az intenzív terápiában.

§ Javaslat előnyei:

· Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér meglétének kihasználása.

· Optimális intenzív osztályos ágykihasználás, krízis helyzetekben (pandémia, katasztrófa helyzetek) jobban tervezhető ellátás.

· Pontos, intézmények között összehasonlítható adatok az intenzív terápiáról, amelyek a betegellátás egységesedését és minőségének javulását szolgálhatják és elvezethetnek a betegelégedettség javulásához is.

· Az adatok segítségével minőségbiztosítás vezethető be, illetve jelentős tudományos tevékenység is generálható a mesterséges intelligencia segítségével.

§ Javaslat hátrányai:

· Szoftveres és hardveres fejlesztés költségvonzata.

· Nem kielégítő adatgyűjtési rendszer esetén az adminisztrációs munka növekedése, valótlan adatok lejelntése.

3. Problémák a szakmai oldalon

- Jelenleg mindösszesen csak 2 darab, érvényes, aneszteziológiát és intenzív terápiát érintő, Egészségügyi Szakmai Kollégium által gondozott szakmai irányelv van érvényben.

§ Javaslat:

· Új irányelvek elkészítése az aneszteziológia és intenzív terápia területén.

§ Javaslat előnyei:

· A betegellátás és -elégedettség javulása.

· Szakmai regiszterek minőségbiztosítási feladataihoz szakmai háttér jön létre.

§ Javaslat hátrányai:

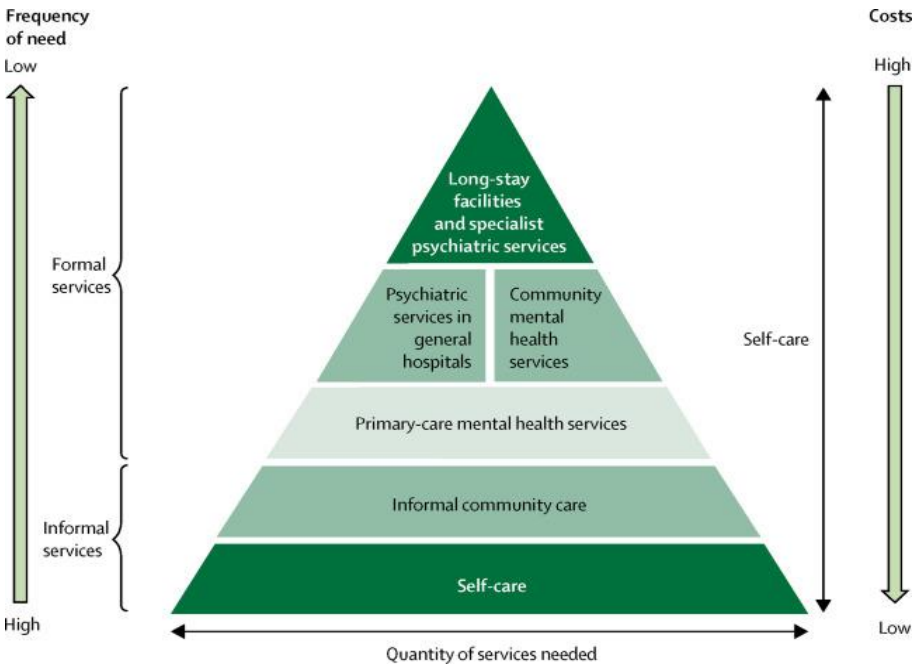
· Nincs.

A Magyar Orvosi Kamara Pszichiátriai Munkacsoport javaslatai a pszichiátriai ellátás fejlesztésére

A következőkben szeretnénk a Magyar Orvosi Kamara Pszichiátriai Munkacsoport javaslatait összefoglalni a magyarországi pszichiátriai ellátás fejlesztésére. Rövid összefoglaló dokumentumunk hivatkozik a Magyar Pszichiátriai Társaság Ellátás-szervezési Munkacsoportjának „*A mentális ellátás koncepciója az alap- és a szakkellátás szintjei*n" c. dokumentumra (2022.12.11.).

A pszichiátriát orvostudományi szakterületeként a tágabb értelemben vett mentális egészségügyön belül érdemes értelmezni. A nyugati társadalmakban a mentális betegségek jelentette társadalmi és gazdasági terhek az onkológiai valamint a szív-érrendszeri betegségekhez mérhető nagyságrendűek (*WHO: World mental health report: Transforming mental health for all, 2022*). Magyarországon ennek például aggasztó, közvetlen mutatói a serdülők magas arányú nyugtató fogyasztása, a magas - és az elmúlt években ismét emelkedő tendenciát mutató - öngyilkossági halálozás és az alkoholbetegek száma.

Ahogy a keringési betegségek jelentős része eredendően függ a társadalom életmódjától, táplálkozásától, mozgásigényétől és egészségtudatosságától, úgy függ a mentális betegségek túlnyomó része a társadalom pszichés jóllététől. A WHO piramis-ábrája jól mutatja be ezt az összefüggést: minél alacsonyabb szinten tud egy ország a mentális egészség megőrzésére, a megelőzésre figyelmet fordítani, annál kisebb teher hárul a specializált egészségügyi ellátásra.



A WHO által javasolt optimális mix

Bhugra és mtsai, 2017, Lancet

Magyarországon a fenti szerkezet nem rajzolható meg, az informális közösségi ellátás (pl. munkahelyek, iskolák) és az alapellátás szintjén rendszerszinten hiányoznak a mentális egészséget védő mechanizmusok. Emiatt a pszichiátriai szakellátásra zúdul az ország mentális egészségügyi problémáinak tekintélyes része. A pszichiátria az állami egészségügyi rendszeren belüli évi kb. 1 millió orvos-beteg találkozásával a 3-4. legnagyobb szakterület.

Az intézményeknek és szakorvosaiknak azonban nincs kapacitásuk ennyi beteget megfelelően ellátni. Magyarországon a pszichiátria humánerőforrása tartósan meggyengült, nagyon komoly hiánnyal küzdünk orvosi és szakápolói területen is (*403 felnőtt pszichiáter szakorvos, 1180 pszichiátriai szakápoló – 2018)*, és ennek jól meghatározható, objektív okai vannak, melyek egyben beavatkozási pontot is jelentenek:

1) A GDP-n belüli ráfordítás az egészségügyi büdzsén belül is alacsony arányú (4,2 %), az ellátás súlyosan alulfinanszírozott. Mindezek mellett a rosszul szervezett ellátási struktúra a bekerülési és az ápolási idő indokolatlan megnyúlását okozza, ami jelentős és indokolatlan eü. költségvetési terhet jelent.

2) A magánellátás az összes szakterület közül a legkönnyebben szívja el az erőforrást, hiszen nincs szükség érdemi műszerezettségre. A súlyosabb, krónikus kórformák ellátásának a magánellátásban nincs helye, nem megfizethető tartósan a kezelésnek ez a formája, így az állami ellátásra maradnak a nehezebb és költségigényesebb feladatok. Ugyanakkor érdemes azt is hangsúlyozni, hogy a magánegészségügy jelentős terhet vesz le az állami járóbeteg ellátásról.

3) A munkakörülmények az elmúlt évtizedekben komoly mértékben romlottak. Az intézmények jelentős része az 50-es évekbeli állapotoknak felel meg, rácsokkal, a társzakmáktól történő szegregációval (Illusztrációkat a javaslat végére csatoltunk). A COVID alatt a korábban működő helyek tovább zilálódtak, sok csak papíron működik szabályosan, több korábban felújított épületből a pszichiátriát eltávolították és más szakterületet költöztettek a helyére. Mindez a betegek, a hozzátartozók és a dolgozók elégedetlenségét okozza és az ellátás színvonalát jelentősen rontja.

4) A gondozói hálózat a súlyos humánerőforrás hiány miatt nem tudja ellátni eredeti szerepét, a hosszú utánkövetést és támogatást igénylő mentális betegek tartós kezelését, sokkal inkább túlterhelt szakrendelőként működik. Ennek a következménye az, hogy a családok ápolás terheltsége tovább növekszik a mentális betegséggel érintett hozzátartozók révén. Ez pedig a kiesett munkaidővel nemzetgazdasági terhet ró az államháztartásra.

5) Az akut pszichiátriai fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények sokszor idős, szociális ellátást igénylő páciensek ellátásával foglalkoznak, mivel a betegpopuláció ellátásra specializálódott, állami intézmények (ápolási osztályok) hiányoznak a rendszerből.

6) A pszichiátriai betegek rehabilitációja nem megoldott. A pandémia előtti időszakban működő pszichiátriai rehabilitációs intézmények ágyai jelenleg számos helyen még nem elérhető.

Több korábbi terv utalt arra, hogy a kormány a magyar lakosság mentális egészségének megóvásával programszerűen akar foglalkozni. Orbán Viktor miniszterelnök 2013-ban a WHO igazgatójával egyeztetett az ügyről, 2014-2020 időszakra terv szintjén megjelent a Nemzeti Lelki Egészség Stratégia, a 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadta a 2019-2030 közötti időszakra a Nemzeti Mentális Egészségügyi Programot. Mindezek megvalósítása

szinte teljes egészében elmaradt az elmúlt évtizedben. A Nemzeti Drogstratégia, 18/2009. (III. 4.), mely 2018-ban megszűnt nem került meghosszabbításra, míg alkoholstratégia eddig nem készült.

Biztatónak tűnt, hogy a Kamara Pszichiátriai Munkacsoportját és a Magyar Pszichiátriai Társaság elnökét Horváth Ildikó államtitkár asszony egyeztetésre fogadta 2021-ben, azonban az egészségügy irányításának átalakításával ezek az egyeztetések megszűntek.

JAVASLATAINK

A jelenlegi nehéz gazdasági helyzetben a pszichiátria fejlesztése igényel ugyan költségvetési erőforrást, ez elsősorban a szakterület megújulásának bázisát adó intézmények építését, fejlesztését jelenti, de legalább ilyen sürgető, hogy a rendszer átalakítása elkezdődjön.

Ehhez a fő javaslatunk, hogy a Belügyminisztérium ágazati képviselői, a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Pszichiátriai Társaság együttesen alakítson egy munkacsoportot, ami áttekinti és megszerkeszti a magyarországi pszichiátriai ellátás teljes, rendszerszintű átalakítását. Javaslatot tesz osztályok bezárására, járóbeteg pontok nyitására, a szakmai ellenőrzés kidolgozására, jogszabályi környezet rendezésére stb.

Egy ilyen pilot jellegű munkával megvalósulna a szakmai szempontok képviselete, a Kamara és a szakma együttesen állhat ki társadalmi, politikai jellegű kritika esetén az intézkedések mellett.

Előzetesen a pszichiátriai ellátás átalakításának javaslatát is a piramis szerkezetnek megfelelően taglaljuk:

1) A piramis alapjának erősítése (pl. az iskolákban mentális egészségügyi fejlesztés - testnevelésóra mintájára, helyére -, relaxációs és konfliktuskezelő tréningek gyermekkortól, destigmatizáció, addiktológiai prevenció, internet - és mentális egészség). Hosszú folyamat, hatása 10 éves távon várható.

2) Az alapellátás kompetenciáinak és szerkezetének fejlesztése: mentálhigiénés láb a praxisoknál, licensz vizsga után antidepresszívum felírási lehetősége. 5-10 éves távlat

3) A járóbetegellátás megerősítése, gondozóhálózat – közösségi pszichiátria – erősítése, humánerőforrás biztosítása, szakrendelői munka kereteinek megszervezése. 5 éves távlat.

4) A gondozói hálózat fejlesztése, annak differenciálása a szakrendelésektől. 5 éves távlat.

5) A szakmai centrumok és fekvőbeteg ellátás minőségi fejlesztése, intézményprogram kialakítása központi kórházakban (lásd a mellékeletet!), megfelelően felszerelt pszichiátriai osztályok (diagnosztika, idegrendszeri társszakmák együttműködése), centralizált fekvőbeteg osztályok kialakítása megfelelő diagnosztikus és terápiás háttérrel, high security kórtermek kialakítása központi kórházakban, nappali szanatóriumok, rehabilitációs intézmények fejlesztése. A pszichiátriai egységek felújítása/ kialakítása a többi szakterülethez képest olcsó (nem szükséges műtőblokk, különleges gépészeti megoldások). 1-5 éves távlat.

6) Tartós elhelyezés intézményeinek kialakítása és fejlesztése. A krónikus ellátási igényű pszichiátriai betegek tartós ápolásának megoldatlansága a jelentősen drágább kórházi ápolási napok számát növeli. 10 éves távlat.

7) A kötelező pszichiátriai gyógykezelés ambuláns formájának bevezetése, jogi hátterének megteremtése. A fekvőbeteg osztályos kötelező gyógykezelés működő ellátási forma,

ugyanakkor bizonyos esetekben elegendő lenne a páciensek kötelező ambuláns után követése. 5 éves távlat.

8) A dolgozók mentális egészségének óvása mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok bevonásával, Bálint csoportok létrehozásával. 5 éves távlat.

9) A jelenleg elérhető pszichiátria / addiktológia tárgyú szakmai irányelvek szinte egésze érvényét vesztette. A szakmai irányelvek frissítése és rendszeres felülvizsgálata elengedhetetlen.

Javaslataink egyes részleteit, ahogy az a fentiekben említettük, a Magyar Pszichiátriai Társaság Ellátás-szervezési Munkacsoportjának „*A mentális ellátás koncepciója az alap- és a szakkellátás szintjei*n” c. (2022.12.11.). dokumentum tartalmazza.

Összefoglalva, a mentális egészségügy jelentős fejlesztésre és átalakításra szorul. Ennek minél hamarabbi megkezdése rövid-, közép- és hosszú távon jelentős mértékben hozzájárul a pszichiátriai megbetegedéssel küzdő páciensek optimális szintű ellátáshoz, életéveinek meghosszabbításához, a szektorban dolgozó orvos- és szakdolgozó személyzet megtartásához, mentális egészségük megóvásához, az egészségügyi kiadások csökkentéséhez, és nem utolsó sorban a társadalom pszichés jóllétének megóvásához. **E célok eléréséhez a Magyar Pszichiátriai Társaság, a Magyar Orvosi Kamara együttműködését és munkacsoportban aktív segítségét ajánlja fel a Minisztériumnak.**

MAGÁN ÉS ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER KAPCSOLATÁNAK VIZSGÁLATA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A Magyar Orvosi Kamara Vállalkozók és Magánegészségügyben Dolgozók Munkacsoportjának javaslata

Magyarországon a biztosított betegek az állami közellátás mellett egyre jelentősebb számban veszik igénybe a fizetős magángészségügyi szolgáltatásokat. Megfogalmazhatjuk, hogy a magyar betegek igénylik, és a hosszú várakozások és a hozzáférési problémák miatt szükségük is van a magánegészségügyre. A magánszektorban gyógyított betegek tehermentesíthetik az állami szektorban kialakult várólistákat (mindemellett a magánegészségügybe vándorló orvosok csökkentik az állami ellátókapacitást) .
Az elmúlt években olvashattuk azt, hogy a kormányzat törekszik a magán és állami egészségügy harmonizációjára, mégis a rendelkezések a szétválasztást célozták, megnehezítve a két szektorban dolgozó orvosok együttműködését. Leegyszerűsítve úgy tekinthetjük, hogy a betegnek két orvosa van, mindkettőt fizeti, az egyik a magánszektorban a másik az állami szektorban dolgozik, a beteg joggal várja el, hogy ez a két orvos együttműködjön, és ezt az állam optimálisan szabályozza. Ez a beteg érdeke!

Szükséges, hogy olyan etikus és méltányos szabályokat hozzunk, mely a betegutakat segítik, és nem akadályozzák a lehető legjobb gyógyításban.

A betegnek a megfelelő ellátáshoz információra, és az orvosának továbbküldési, beutalási jogosítványa kell legyen.

Járóbeteg ellátási betegutak

Jelen helyzetben a magánorvos nem utalhat beteget az állami ellátásba, annak ellenére, hogy az a biztosított betegének gyógyítását szolgálja az ő befizetéséből tartja fenn magát.
A magánorvosnál diagnosztizált, vagy ellátott beteg a háziorvosán keresztül kérheti az indokolt, szakorvos által is alátámasztott állami további vizsgálatot vagy ellátást kérni. (Egy másik út, ha a sürgősségi ellátásban jelentkezik már diagnosztizált panaszával, terhelve az amúgy valóságos sürgős esetekre létrehozott SBO-kat, ügyeleteket.)

Elhangzik sokszor, hogy a magán- és államiegészségügy szétválasztása azt jelenti, hogy a magánszektorban induló ellátás minden eleme legyen a magánszektorban. Ez nem méltányos a beteggel szemben, hiszen mindkét szektort ellátását fizeti, gyakran nem is engedheti meg a teljes gyógyítás zsebből történő kifizetését, valamint a magánszektorban nincs meg a gyógyítás teljes spektruma.

A két szektor között futó betegutak ma gyakran a háziorvoson keresztül történnek, akiknek itt kapuőr szerepük lehetne. Az alapellátásban dolgozó orvoskollegák elmondják, hogy ennek a szabályozása nem megfelelő, tiltások, és negatív motivációt okozó rendeletek és egyéb szabályok jellemzik, ennek megfelelően a túlterhelt háziorvosok sokszor negatív attitűddel reagálnak a náluk a magánszektorból megjelenő betegek indokolt beutalásával kapcsolatban.

Mire egy beteg a magánkardiológusától eljut a gyógyító ellátást végző sebészeti centrumba, hiába van meg a korai diagnózis, még el kell mennie a háziorvosához, aki be tudja beutalni

az állami kardiológiai szakrendelésre, majd ott tovább utalják a szívsebészeti centrum rendelésére, és ahol döntenek a műtéti programba kerülésről.

Egy magánklinikán csipőprotézisra váró, mozgásában korlátozott beteg, aki esetleg messziről is érkezik, joggal várná, hogy a lakóhelyén történjen meg a preoperatív laborvizsgálat, de ezt is csak a háziorvoson keresztül kérheti, aki az érvényben lévő szabályozók szerint nem is utalhatná be. A várandósokat gondozó magánszülészek sem kérhetik az indokolt vizsgálatokat a labortól, csak ha a várandós még egy plusz megjelenésben beutalót kér a háziorvostól.

Javasoljuk, hogy a magán- és állami egészségügy harmonizációja alatt ne a szétválasztás, hanem az együttműködés legyen a cél. Tudjuk és elfogadjuk, hogy a visszaéléseket szigorú szabályokkal kell megszüntetni, de ez nem mehet a betegek kárára.

1. Legyen elérhető a magánorvosok beutalási lehetősége úgy, hogy szakrendeléshez, vagy a beteghez kötötten legyen egy megfelelő havi esetszám (hasonlóan a TVK-hoz), amiben a beutalás az állami szektoron belüli gyakorlatnak megfelelően történhet.

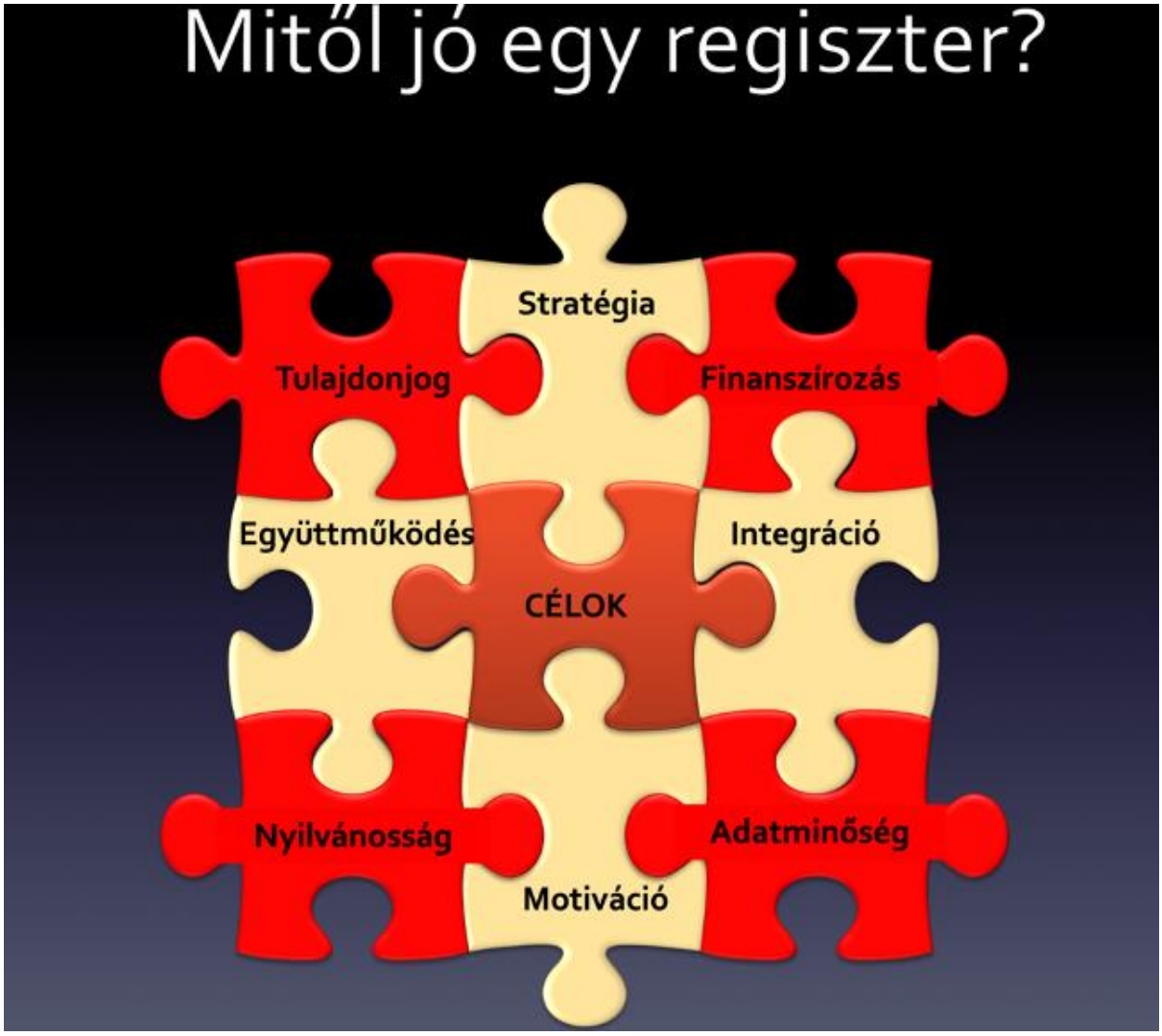
vagy

2. Kiválthatja a beutalók rendszerét az is, ha különböző betegségekhez, ellátásokhoz beutaló nélküli továbbküldést szabályozó betegút-protokollok állnának rendelkezésre, esetleg már meglévő ellátási protokollok betegútmenedzsmentje alapján. Így lehetőség lenne pl. az osteoporosis gyanús beteg magánból történő továbbküldése egy betegút protokoll alapján DEXA vizsgálatra, állami ellátó helyre, majd csontanyagcsere laborba szintén állami ellátó helyre, és ha már diagnosztizált, vissza akár a privát ellátóhoz konzultációra, terápia beállításra. Mind a DEXA, mind a labor így csak egyszer történne az egészségügyi adót fizető betegnek, háziorvosát nem is kellene felkeresnie beutalóért.

Így érvényesülhet az az elv, hogy a magánszektort is értintő, átívelő betegutak esetén egyértelmű és betartható a szabályzás, ami a betegeket segíti és nem akadályozza az optimális gyógyulásban.

Javaslat:
A Magyar Orvosi Kamara szeretné a Minisztérium szakmai segítségét kérni, hogy betegútelemzéssel feltárhassuk a jelentősebb mintázatokat az állami és magánegészségügy találkozási pontjainál. A Kamara ez év novemberben konferenciát szervez, melynek témája a betegutak, állami és magán találkozása lesz, tisztelettel kérjük a minisztériumot, hogy ezen a konferencián előadóként vegyen részt.

NEMZETI PROTÉZIS REGISZTER MEGÚJÍTÁSA AZ ÉRTÉKALAPÚ EGÉSZSÉGÜGY MEGHONOSÍTÁSÁÉRT



A fenti ábrán felsorolt minden egyes kis részletnek, darabnak nagyon lényeges szerepe van egy jól működő regiszter működésénél.
Jól megválasztott stratégiával, minden érdekelt integrációjával, motivációjával, széleskörű együttműködés segítheti a regisztert. Kormányzati szerepvállalás jótékony lehet a kielégítő és transzparens finanszírozáshoz, a stratégiai célok eléréséhez, felügyeletéhez. Megfelelő adatminőség birtokában a nyilvánosság is nagymértékben hozzájárulhat a kitűzött célok sikeres eléréséhez.

A magyarországi Nemzeti Protézis Regiszter fejlődésének és működésének, illetve a nemzetközi jó gyakorlatok ismerete alapján jelenleg ahhoz, hogy egy nemzetközileg is értékelhető és gyakorlatban is jól működő Regiszterünk legyen az első három legfontosabb prioritásként a következőket tartom:

1. A Regiszter tulajdonjogának megváltoztatását,
2. A Regiszter irányítói szerkezetének teljes átalakítását,
3. A Regiszter finanszírozásának teljesen más alapokra helyezését, mely garantálja a Regiszter fennmaradását és magas színvonalú működését hosszútávon is.

1. Regiszter struktúra és irányítás

I. Tulajdonjog

Mint jogtulajdonos sem a szakmai társaság (Magyar Ortopéd Társaság) önállóan, sem pedig a NEAK nem tudta a regiszterben rejlő lehetőségeket olyan mértékben, minőségben kiaknázni, amit más nemzetközi regiszterek évek, évtizedek óta felmutatnak. Ezek részletes okait nem tárgyalnám, de szakmai meggyőződésem, hogy mint a Regiszter önálló jogi tulajdonosai, sajátos érdekeltségük is korlátozta a kiterjesztett célok megfogalmazását és elérését; egyik szervezet tevékenysége sem volt kellőképpen támogatva kormányzati, minisztériumi szinten; széleskörű partneri integrációt nem tudtak elvégezni; a Regiszter irányítótestületei elégtelenül, nem hatékonyan működtek; stratégiai céljaik nem voltak részletesek, árnyaltak, azok teljesítésének ellenőrzése, így például a jogszabályban is rögzített részletes éves jelentések sem kerültek elkészítésre vagy ha készültek is azok minősége messze alulmúlta a nemzetközi standardokat, illetve alapjában nem kerültek visszacsatolásra a rendszer szereplőihez, így a kórházakhoz, osztályokhoz, sebészekhez.

Az Egyesült Királyságban a National Joint Registry (NJR - https://www.njrcentre.org.uk/) az EÜ Minisztérium megbízásából az Egészségügyi Minőségfejlesztési Partnerség (Healthcare Quality Improvement Partnership) alatt működik, mely bizonyítottan a világ egyik legjobbjaként. Mivel a Regisztert a mindenkori egészségügyért felelős miniszter felügyeli, ezért ilyen szintű tulajdonjogi váltás rövid-, és hosszútávon is Magyarországon is elősegítené a megfelelő felügyeletet, működést, motivációt, a szereplők széleskörű integrációjának elindítását.

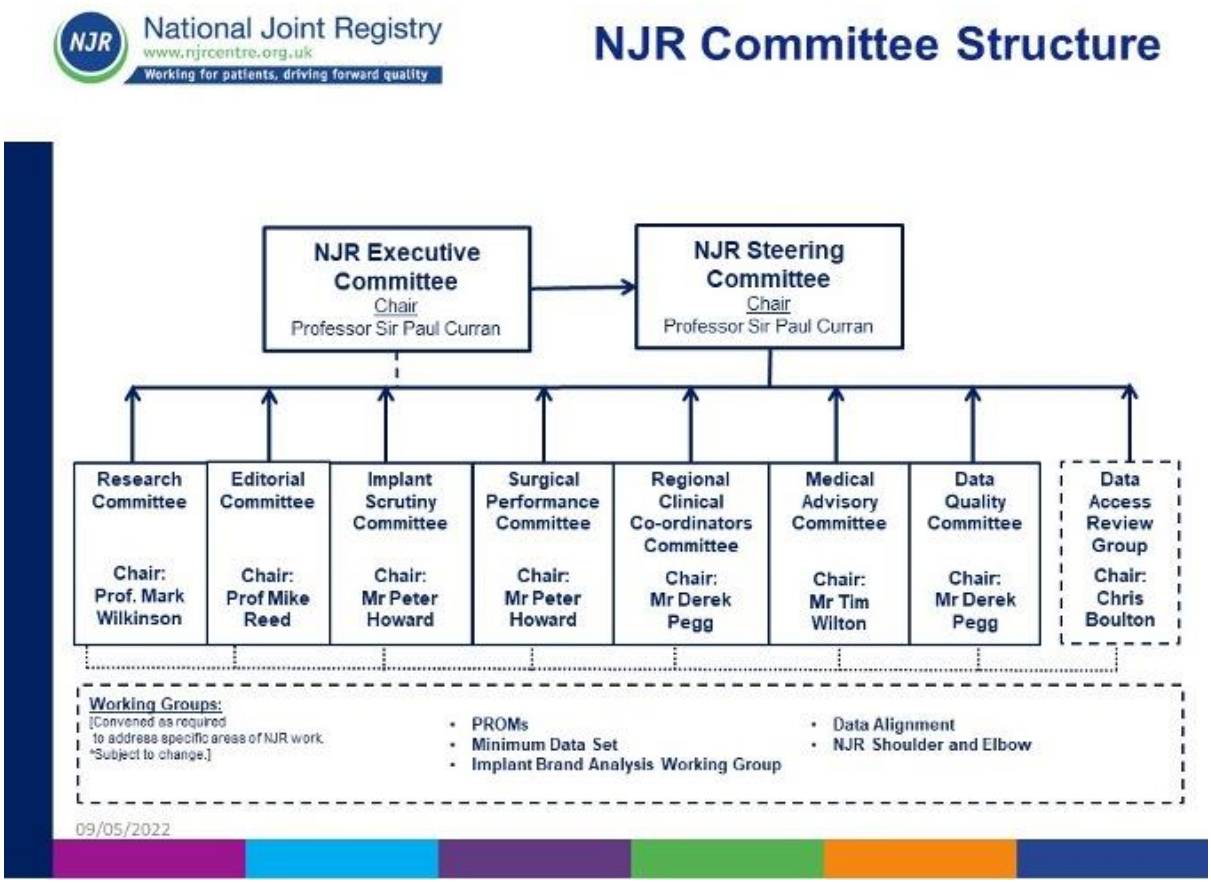
Magyarországon a Minőségügyi és Betegbiztonsági Osztály alá tartozhatna, ami a mindenkori egészségügyet felügyelő minisztérium, miniszter alá tartozik.

II. Vezetői Testület és albizottságok

Javaslat a magyar Nemzeti Protézis Regiszter Vezetői testületre (15 tag):

- Az elnököt az egészségügyért felelős miniszter nevezi ki *(1 tag)*
- Alelnök (ortopéd-traumatológus) *(1 tag)*
- Ortopéd Társaság elnöke/delegáltja *(1 tag)*
- Traumatológiai Társaság elnöke/ delegáltja *(1 tag)*
- Ortopéd-traumatológus, Szakmai Kollégium delegáltja *(1 tag)*
- Beteg csoportokból, csípő- és térdprotézisen átesett betegek *(2 tag)*
- Implantátum gyártó / forgalmazó cég delegáltja*(2 tag)*
- Közegészségügyi, népegészségügyi szakember / epidemiológus *(1 tag)*
- Állami egészségügyi szolgáltatók menedzsmentjének delegáltja (OKFŐ) *(1 tag)*

- Független/magán egészségügyi szolgáltatók delegáltja*(1 tag)*
- Társszakmai képviselő, ortopédiai speciális érdeklődés területtel – háziorvos, nővér, gyógytornász *(1 tag)*
- NEAK delegáltja *(1 tag)*
- MOK delegáltja *(1 tag)*



A NJR irányítói struktúrája

A NJR vezető testületének felépítése, mely jól működő mintaként szolgálhat**:**

- NJR Chair *(1)*
- NJR Medical Director / Vice Chair *(1)*
- Patient representatives *(2)*
- Orthopaedic surgeon members *(3)*
- Public health and epidemiology representative *(1)*
- NHS Trust management representative *(1)*
- Independent healthcare sector representative *(1)*
- Practitioner with special interest in orthopaedics *(1)*
- Orthopaedic manufacturer representatives *(2)*

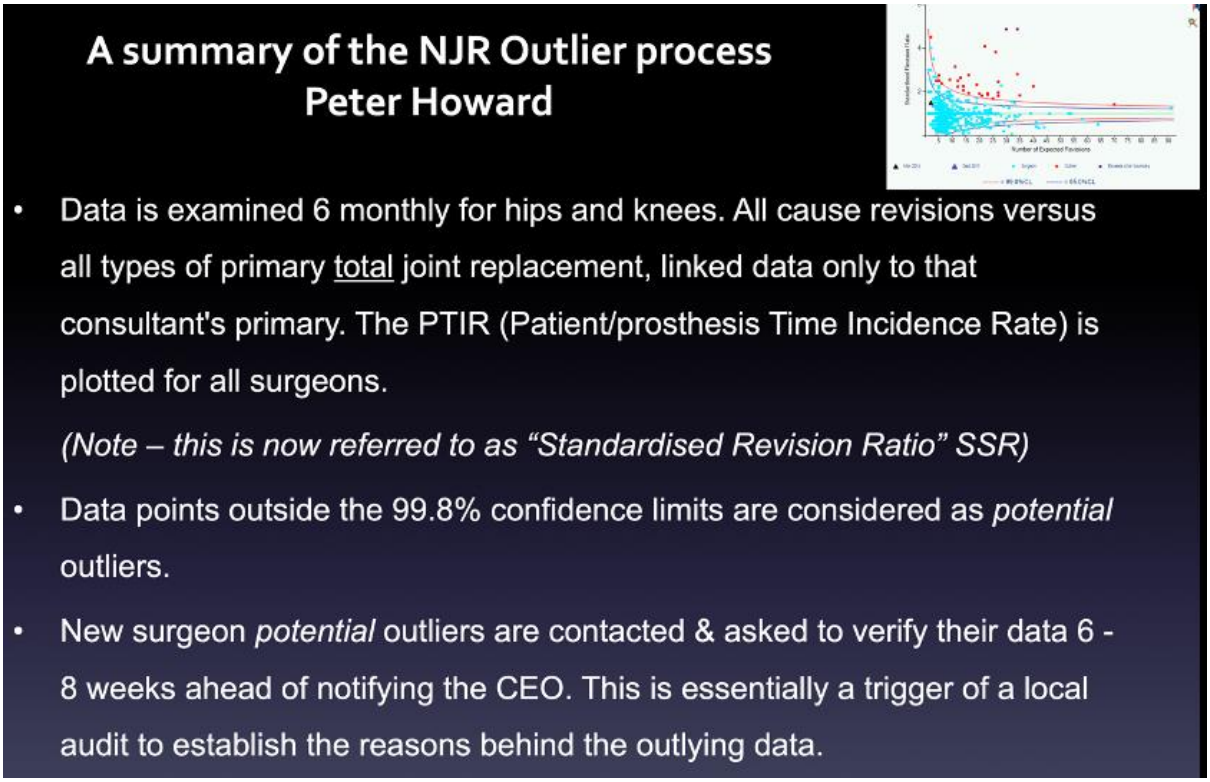
(https://reports.njrcentre.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2020th%20AR%20Online%20Appendices%20Parts%201%20and%202.pdf)

Albizottságok

Számos albizottság segíti a vezetői testület munkáját, a feladatokat megosztják, de minden albizottság munkája összefut a vezetői testületnél.

Fontos albizottságok:

- Kiugró értékek és adatminőségi albizottságok *(Outlier and Data Quality Sub-committees)*
  Feladatuk, hogy felismerjék a kiemelkedően jól és rosszul teljesítő implantátumokat, kórházakat, sebészeket. Ennek gyakorlati folyamatát mutatja az alábbi ábra.



- Implantátum teljesítmény és ellenőrzési albizottság *(Implant Performance and Scrutiny Sub-committee)*
- Szerkesztőbizottság *(Editorial Board)*
- Kutatási albizottság *(Research Sub-committee)*

Jelenlegi albizottságok az NJR-nél:

- *Executive Committee - Chair, Professor Sir Paul Curran*
- *Medical Advisory Committee - Chair, Mr Timothy Wilton*
- *Editorial Committee - Chair, Professor Mike Reed*
- *Implant Scrutiny Committee - Chair, Mr Peter Howard*
- *Surgeon Performance Committee - Chair, Mr Peter Howard*

- *Research Committee - Chair, Professor Mark Wilkinson*
- *Data Quality Committee - Chair, Mr Derek Pegg*
- *Regional Clinical Coordinators Committee - Chair, Mr Derek Pegg*

III. Javadalmazás

A tagok nem részesülnek díjazásban, kivéve a Regiszter elnökét és alelnökét és a Regiszter albizottságainak elnökeit.
Amennyiben az üléseken való részvétellel kapcsolatban költségek merülnek fel (például utazás, szállás), a tagok a Regiszter költségtérítési szabályzatának megfelelően kapják meg a költségtérítést.
(https://reports.njrcentre.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2020th%20AR%20Online%20Appendices%20Part%203.pdf)

2. Finanszírozás

Minden protézis műtétet végző kórháznak előfizetési díjat kell fizetnie. A díjat minden évben az egyes kórházak által a nyilvántartásba beküldött eljárások száma alapján számítják ki. (Az Egyesült Királyságban a 2020 előtt ez az előző pénzügyi év volumenén alapult, de az elmúlt két évben a volumeneket a 2019/20-as szinten fagyasztották be a COVID-hatások figyelembe vétele érdekében.)

A Regiszter önfinanszírozó, és az előfizetési díjat a stratégiai célok elérése érdekében évente elvégzendő munkák költségeinek megfelelően vizsgálják felül.

Amikor az NJR-t létrehozták, úgy finanszírozták, hogy minden egyes csípő- és térdprotézis műtét költségeire 25 font körüli illetéket vetettek ki, függetlenül attól, hogy a műtétet regisztrálták-e vagy sem. Az illetéket az implantátum költségéhez adták hozzá, a kórház fizette, az implantátum forgalmazó szedte be, majd továbbította a nyilvántartónak. Ennek a finanszírozási módszernek az volt az előnye, hogy a Regiszter akkor is megkapta a finanszírozást, ha a beavatkozást nem jelentették le a Regiszternek. A teljes finanszírozás évente több mint kétmillió font volt és a műtétek mennyiségének növekedésével egyre nőtt. Az elmúlt években a költségeket csökkentették azáltal, hogy az iparágtól további bevételeket szereztek a szállítói/forgalmazói visszajelzési szolgáltatáshoz való hozzáférésért. A jelenlegi költségek körülbelül 15 fontot tesznek ki beavatkozásonként, bár a pénzt most már nem illetékként, hanem éves előfizetésként szedik be a kórházaktól. Minél több eljárást végez a kórház, annál magasabb az előfizetés. E költségek perspektívába helyezése érdekében az NHS-es esetek esetében **a teljes eljárási költségeknek körülbelül 0,25%-át,** a független szektorban végzett esetek esetében pedig körülbelül 0,2%-át teszik ki. Mivel Magyarországon a magánszektor egyre nagyobb mértékben vesz részt a primer nagyízületi implantációk területén, ezért hozzájárulásuk a Regiszter finanszírozásához fontos lépés, egyben nem terheli meg a társadalombiztosítást.
Véleményem szerint Magyarországi viszonylatban az első években 150-200 millió forintnak megfelelő összegből kellene gazdálkodjon a Regiszter, de ennek pontosítása a fentiek értelmében függ a stratégiai célok meghatározásától. A megfelelő szoftver vásárlása vagy kialakítása, folyamatos fejlesztése, illetve a statisztikai elemzések elkészítése, visszacsatolása, publikálása az első időszakban nagyobb forrásokat emészt fel, majd idővel

ezeknek a költsége lecsökken, mivel automatizmusok alakulnak ki a rendszerben és a szoftver karbantartása, a rendszer fenntartása kevesebb költségből is megoldható lesz.
Mivel a Regiszter a minőségi munkát és a betegbiztonságot támogatja, mozdítja elő, ezért közép- és hosszútávon a Regiszterre fordított költségek maximálisan megtérülnek. A revíziók száma egy jól működő Regiszternél lecsökken, mivel a primer beültetések is jobb minőségben, egységes standardok szerint történik és így a költséges revíziók száma is javul. Az ápolási napok száma is jelentős javulást mutat egy jól működő regiszter mellett, amivel szintén költségeket lehet csökkenteni.
Az adatok megosztásával reflektorfényt tudunk vetni mind az alul teljesítésre, mind pedig a szakterületen mutatkozó problémákra, a legjobb gyakorlatokra, ami lehetővé teszi a betegbiztonság, az eredmények, a hatékonyság és a költségek bizonyítékokon alapuló javítását is. A beavatkozások hatásai szinte valós időben nyomon követhetőek, ami további ösztönzést ad arra, hogy javítsuk a szolgáltatásaink nyújtását. *(https://gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2020/02/GIRFT-orthopaedics-follow-up-report-February-2020.pdf)*

(A 2022/23-as időszakban összesen 3 385 630 font (2021/22-ben 3 246 110 font) összegű előfizetést gyűjtöttek be az NHS és a független szektor szolgáltatóitól. Az egyéb bevételek 717 090 fontot (2021/22 782 863 font) tartalmaztak szállítói hozzájárulásokat, a kutatási adatkészletek rendelkezésre bocsátásának költségtérítési díjait, befektetési bevételeket és egyéb ad hoc bevételi forrásokat.)
Hasonló járulék/adóként finanszírozzák az Ausztrál protézis regisztert is, ahol meghatározzák elsőként a Regiszter éves fenntartási költségét (2.5 millió ausztrál dollár) és ahhoz rendelik hozzá a protézisenkénti hozzájárulási adót.
(https://www.legislation.gov.au/F2015L01714/2021-03-25/text)

A Regiszter implantátum-összehasonlító szolgáltatása a költséghatékonyság támogatására

Segíti az állami és magán egészségügyi szolgáltatókat, hogy részletesebben megértsék az implantátumok felhasználását *(a)* a költségek összefüggésében, *(b)* a bizonyítékok és tendenciák összefüggésében, összehasonlítva az országos helyzettel.
Mivel az egészségügyi szolgáltatókra egyre nagyobb nyomás nehezedik a költségek ellenőrzésére, ez a szolgáltatás információt és valós adatokat nyújt a kórházaknak és sebészeknek, hogy megértsék a helyi implantátum költségeket klinikai kontextusban és azt, hogy ezek hogyan viszonyulnak az országos viszonyítási pontokhoz.
A Regiszter ilyen funkciója olyan adatokat szolgáltat, amelyek lehetővé teszik az országos/területi beszerzési és kórház irányítási csapatok számára, hogy jobban megértsék és képviseljék a helyes árképzési adatokat. A szolgáltatás emellett személyre szabott adatokat is szolgáltat az implantátumok használatáról és költségeiről az egyes intézmények számára, akár sebészekre lebontva is.
A jelentés magában foglalja a következőket:

- Adatokat a klinikai gyakorlatra (Cementes, cement nélküli, hybrid, stb.)
- Implantátumok költségei
- Márkák/brandek használata
- Betegprofil

- Implantátumok költségei anonimizált sebészenként

Ez a kórházon belüli helyi csapatnak nyújt információt az implantátumok költségeiről, kiemelve, hogy hol vannak potenciális költségmegtakarítási lehetőségek. A szolgáltatás implantátumokról biztosít költségadatokat a klinikai adatokkal együtt, így a hatékonyságot és költségmegtakarítást kereső szolgáltatók számára eszközként szolgál, anélkül(!), hogy a betegek számára nyújtott protézis műtétek minősége csorbát szenvedne.
A szolgáltatás objektív adathalmazzal és adatokkal látja el a klinikusokat, a menedzsmentet, a beszerzési és pénzügyi csapatokat is, az elemzések segítik a helyi felülvizsgálatokat és döntések meghozatalát.
Ez a szolgáltatás ingyenes az állami egészségügyi szolgáltatóknak, de fizetős a magánszolgáltatóknak, amivel a Regiszter működési költségeit lehet támogatni.
(https://www.njrcentre.org.uk/wp-content/uploads/2022/02/Approved-to-be-on-new-site_NJR-EMBED_service_outlined_v1.3.pdf)

3. A Nemzeti Protézis Regiszter átalakításának fő stratégiai célkitűzései

- Betegbiztonság erősítés, támogatása
- A protézis műtétek értékének, költséghatékonyságának valós felbecsülése, a költségek optimalizálása országos szinten
- Megbízható működési modell és irányítás kialakítása, amely hosszútávon is garantálja a Regiszter fennmaradását és magas színvonalú működését
- Az adatokhoz és információkhoz való hozzáférés lehetővé tétele az érdekelt felek részére (sebészek, osztályok, kórházak, betegek, protézis gyártók és forgalmazók, döntéshozók)
- Az adatminőség javítása
- A tudományos kutatás lehetővé tétele és támogatása
- A betegek és a nyilvánosság bevonása
- A betegeknek fontos eredmények javítása (PROMS, PREMS)
- Az érdekelt felek bevonása és számukra lényeges információk kommunikációja
- Kulcsfontosságú partnerségek kialakítása a magyar egészségügyi szereplőkkel és nemzetközi együttműködés kialakítása

4. Célok

A regiszter nyilvántartja, nyomon követi, elemzi és jelenti az ízületpótló műtétek teljesítményét, és folyamatosan törekszik a szolgáltatás minőségének javítására és a kutatási elemzések lehetővé tételére, hogy végső soron javítsa a betegek számára is fontos minőségi mutatók eredményeit.

- Segítsen a pácienseknek többet megtudni a számukra elérhető implantátumokról.
- Segítsen a sebészeknek kiválasztani a pácienseik számára a legjobb orvostechnikai eszközöket, implantátumokat.
- Segítsen megtudni, hogy a különböző márkájú ízületi protézisek mennyi ideig működnek (kihordási idő, első revízióig eltelt idő- survivorship).

- Az implantátumot kapott egyes betegek azonosításának elősegítése, amennyiben az implantátum teljesítményével vagy biztonságosságával kapcsolatban később aggályok merülnek fel.
- A betegbiztonság javítása az implantátumok, a sebészek és a kórházak teljesítményére vonatkozó eredmények vizsgálatával, valamint a szükséges intézkedések meghozatala.
- A kórházakra és sebészekre vonatkozó naprakész információkat tartalmazó honlapon keresztül a betegek is részt vehessenek a döntéshozatali folyamatban.
- A Regiszter weboldalán keresztül történő információmegosztás, amely lehetővé teszi a betegek számára, hogy megértsék a műtétek kockázatait és előnyeit, és jobban felkészüljenek arra, hogy részt vegyenek a bizonyítékokon alapuló döntéshozatalban és a kezelési terveikkel kapcsolatos döntésekben.

A regiszter adatokat további hosszú távú előnyök biztosítására is felhasználják az alábbiak révén:

- visszajelzés nyújtása az ortopéd sebészeknek és a csapatoknak a magas klinikai színvonal fenntartása érdekében, amelyet a sebészek és a kórházi osztályok éves értékelése során felhasználhatnak,
- az implantátumok teljesítményéről szóló éves jelentések nyílt közzétételének elősegítése,
- korai visszajelzés nyújtása a szabályozó hatóságok számára az implantátumok teljesítményével kapcsolatos aggályokról,
- rendszeres visszajelzés a beszállítóknak az implantátumaik teljesítményéről, annak érdekében, hogy a beszállítók tájékoztatást kapjanak azok eredményeiről és nemzetközi összehasonlításban is validan szerepeljenek a magyar fejlesztésű és gyártású implantátumok is,
- a kórházak teljesítményének nyomon követése és összehasonlítása, valamint jelentések készítése számukra.

(A jelenlegi jogszabályban rögzített, megfogalmazott célokat összevetjük a jól működő regiszterek kitűzött céljaival és adaptáljuk azokat a magyarországi rendeletbe.)

5. Minőségi adatok

A Regiszter adatai lehetővé teszik a változások előmozdítását, a legjobb gyakorlatok feltérképezését, befolyásolását, így azok elterjesztését, fontos adatalapú, bizonyítékokon nyugvó kutatások elvégzését, és végső soron maximalizálják a betegbiztonságot és optimalizálják az eredményeket. A kiváló minőségű adatok minden protézis regiszter alapját képezik, értékes adataink alapvető szerepet játszanak a betegek jobb minőségű ellátásának elősegítésében, ezért elengedhetetlen, hogy az adatok pontos képet adjanak, azaz validak legyenek.

Az adatminőségi stratégia támogatása elengedhetetlen egy sikeres és jól működő Regiszterhez. E stratégia kulcseleme a regiszteren belüli adatok teljességének és minőségének értékelésére irányuló országos program, melyet évente el kell végezni, hogy visszamenőlegesen ellenőrizzük az adatok minőségét a regiszterbe jelentést tevő valamennyi kórházban.

Az adatokhoz és információkhoz való hozzáférés lehetővé tétele az érdekelt felek részére (sebészek, osztályok, kórházak, protézis gyártók és forgalmazók) és szakmai szervezetekkel (OKFŐ, NEAK, Ortopédiai, Traumatológiai Szakmai Társaságok, MOK) való együttműködés minőségbiztosítás/felügyelet céljából azért is fontos, mert így alapjában a visszacsatolásban résztvevők értékelik, ellenőrzik, validálják a rájuk vonatkozó adataikat. Az adatok körültekintő transzparenciája is mindenképpen segíti ezt a folyamatot. Az adatok és részletes szakmai elemzések, éves beszámolók transzparens megjelenítésének részletkérdései a vezető testület és egyes albizottságok szakmai felügyeletére kell támaszkodjon, de jogszabály szintén meg kellene jelenjen, hogy az éves jelentések átláthatóan és részletesen milyen határidőre kell publikálva legyen.

Egy helyi kórház, a helyi kórházi adminisztrációs rendszeréből származó adatkivonatot szolgáltat. Ezt az adatot ezután összehasonlítják, összevetik a kórház által már benyújtott Regiszter-nyilvántartási adatokkal és a hiányzó rekordokat, valamint az adatokban mutatkozó eltéréseket jelentik a kórháznak, hogy ezeket kijavítsák. Külső auditokat kell végezni és az adatszolgáltatás minőségét folyamatosan monitorozni, nyomon követni kell.
Az adatminőség leggyengébb láncszeme általában a sebész, aki rögzíti a műtét után az adatlapon az adatokat. Az kell elérni, hogy az adatlapok kitöltése a műtét után minél előbb és pontosan történjen meg. Ez általában 2 percnél hosszabb időt nem vesz igénybe jól működő arthroplasztika regisztereknél.
Az adatlapok elektronikus rögzítése már nem az orvos, hanem egy adminisztrátor feladata kell legyen. Ennek minél egyszerűbbé tétele is nagyon fontos a napi gyakorlatban. A beültetett implantátumok vonalkódjainak bevitele és felismerése a legjobb gyakorlat. A szoftver naprakészen, pontosan kell felismerje a beültetett implantátumokat, könnyen kezelhető felületet kell létrehozni az adatok minél pontosabb rögzítésére. Munkaidőben „Helpdesk” üzemeltetése fontos, ami viszonylag rövid határidőn belül (24 órán belül) segíti az adminisztrátorok mindennapos munkáját online.

Adatkezelés, adatmegoldások és kapcsolódó szolgáltatások
Erre szerződő fél kell, akik a szoftvert fejlesztik, karbantartják és a felhasználókat is informálják naprakész információkkal. Az Egyesült Királyságban ezt a NEC Sofware Solutions UK végzi. *(https://www.necsws.com/case-studies/healthcare/national-joint-registry)*
Mivel alapjában teljesen azonos az adatlapunk az NJR-nál használatossal, azaz hasonló adatokat viszünk be, mérünk, ezért felmerülhet annak lehetősége, hogy azonos szoftvert használjunk, esetleg megvásároljuk a NJR által is használt szoftvert. Kelet-európai központjuk Magyarországon is elérhető. *(NEC Eastern Europe, Head Office and Hungarian Branch, Telephone: +36 1 814 6424, NEC Eastern Europe Kft., Rákos tér 34, 1142 – Budapest, Hungary)*
A szoftver fejlesztésre egy kormányzati körökben már jó referenciával bíró, megbízható céget is ki lehet választani és szerződni azzal hosszútávon, folyamatos fejlesztések igényének garanciájával. Így például a nem megfelelő implantátum párosításokról (mismatch) szóló értesítés egy viszonylag új szolgáltatása az NJR-nak.
A valós idejű (az adatbevitel időpontjában történő) riasztás a lehetséges nem megfelelő implantátum párosításról és az arról szóló értesítés nyomon követése az első évben 21 valódi implantátum-eltérést azonosított. Jelenleg vizsgálják egy önálló, a műtőben mobilon vagy számítógépen használható alkalmazás kifejlesztésének lehetőségét, amely valós időben vizsgálja az implantátumokat, és azonnal figyelmezteti a személyzetet az összeférhetetlen kombinációkról, kiegészítve a műtőben végzett jelenlegi ellenőrzéseket, így csökkentve az

esetleges revíziók számát. (Példa erre: rossz átmérőjű fejet párosítanak a vápához, vagy rossz oldali implantátumot tesznek be, oldaltévesztés.)

Statisztikai elemzés, megoldások és kapcsolódó szolgáltatások

Jó nemzetközi gyakorlat: az angol National Joint Registry (NJR) a statisztikai elemzési munkáját a bristoli és az oxfordi egyetemek közös csapatára bízták, velük szerződtek. A csapat felelős az NJR adatainak és más forrásokból származó adatok komplex elemzéséért, valamint a potenciális kiugró teljesítmény azonosítására szolgáló statisztikai módszerek kidolgozásáért és végrehajtásáért. Szerepük kiterjed a tervezett és ad hoc adatelemzésekre is. Tervezett adatelemzések: az NJR éves jelentésében szereplő (https://reports.njrcentre.org.uk/)
vagy az implantátumokat vizsgáló bizottságok, illetve a sebészeti teljesítményt vizsgáló bizottságok munkájának középpontjában álló elemzések elkészítése.
(https://www.hqip.org.uk/tenders/hqip-nca-2111-njr-statistical-analysis-support-and-associated-services/)
Magyarországon a biostatisztikában élenjáró egyetemek, illetve szakemberek bevonása lenne célszerű. Az NJR által használt statisztikai értékelések, módszertanok publikációkban megtalálhatóak, azok alkalmazása javasolt, hogy nemzetközileg is összehasonlítható elemzéseket kapjunk. *(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566661/)*

6. Kutatás

A Regiszter ösztönzi a regiszter adatállományának felhasználását olyan kutatási kérdések megválaszolására, amelyek hozzáadott értéket képviselnek az ízületi protézis műtétek gyakorlatára, a klinikai eredményekre, a költséghatékonyságra és a betegbiztonságra vonatkozó ismereteinkhez.
A kutatók hatékonyan használják az adatokat az egyes alapbetegségekkel és a betegek társbetegségeivel kapcsolatos eredményekre vonatkozó kérdések elemzésére, valamint az alkalmazott implantátum, protézissel kapcsolatos klinikai és költséghatékonysági eredmények vizsgálatára.
Ezek a kutatási eredmények általában a legrangosabb nemzetközi tudományos szaklapokban jelennek meg.
(https://www.njrcentre.org.uk/research/njr-research-publications-and-outputs/)
Hazai orvosegyetemekkel, doktori iskolákkal való kapcsolat mindenképpen előnyös és támogatandó, melyekkel az egyetemek nemzetközi megítélését, rangsorolását is segítené a Regiszter.

Összeállította: Dr. Hegedűs Zsolt főorvos, csípő- és térdspecialista, Consultant Orthopaedic Surgeon
Országos Sportegészségügyi Intézet; Wáberer Medical Center, Budapest
Practice Plus Hospital, Bristol, UK

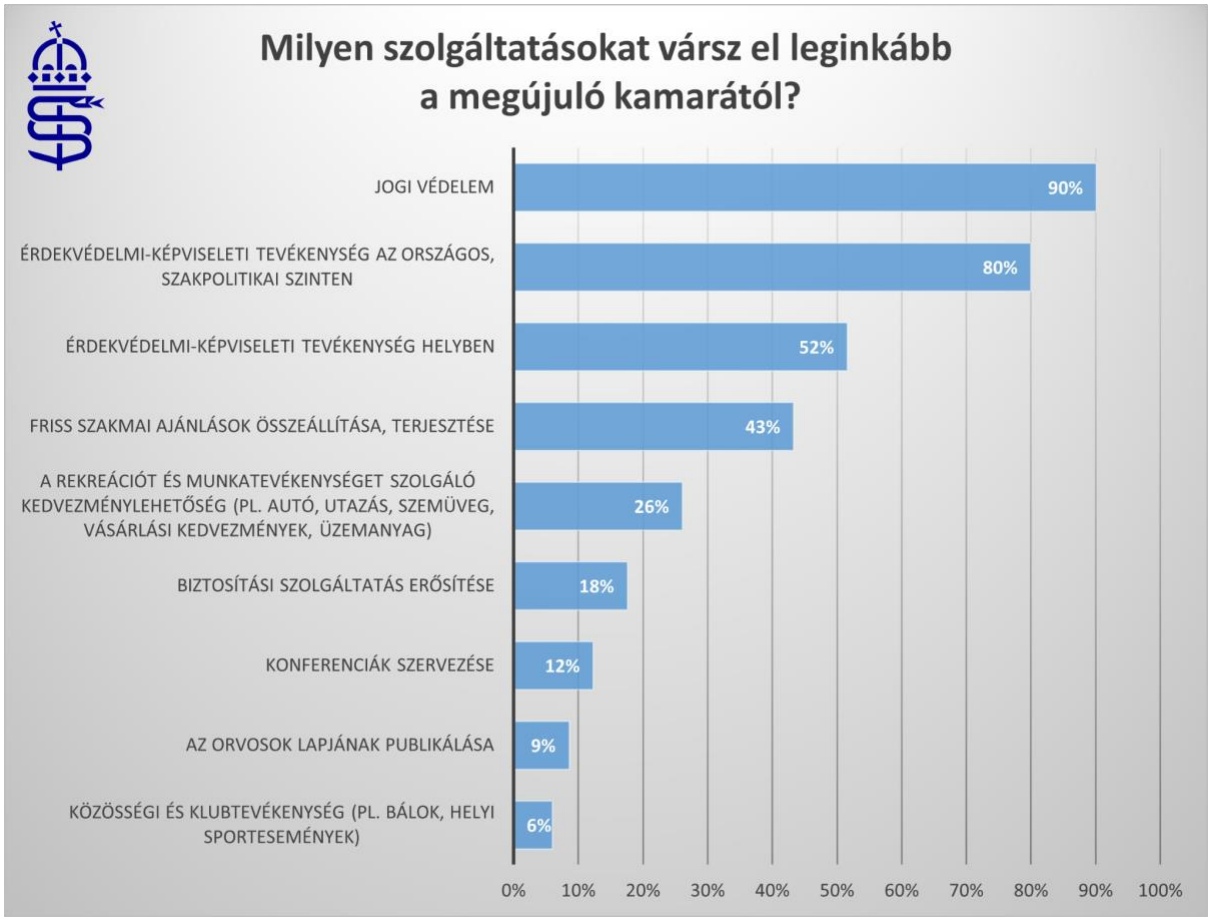
A KAMARA, MINT AZ ÁLLAM MŰKÖDÉSÉNEK FONTOS SZERVE, A BETEGEK ÉRDEKE

A Magyar Orvosi Kamara fő küldetése, hogy az orvosi hivatás eszméjét, elveit védje, őrizze. Nemzetközi kitekintésben azt látjuk, az orvosi kamarák tevékenységének nem része, hogy szakszervezeti funkciót töltsenek be. Ennek fő oka az, hogy a Kamarának a legfontosabb dolga a szakmai kontrollt gyakorolni, védeni az orvosi hivatás működését, elősegítenie, hogy az orvoslás magas szinten, a szakmai szabályokat követve működjön, fejlődjön.
Ezt nem célszerű összemosni olyan területekkel (pl. a bérkérdés) melyek elkerülhetetlenül a politikával való összetűzéshez vezetnek, olyan politikai indíttatású ellenintézkedést generálva, ami utána végül a betegeknek okoz kárt.

Kamara vagy szakszervezet?

Magyarországon a MOK ezt klasszikus kamarai a szerepet a kétezres évek elejéig töltötte be, amikor politikai csatározások kereszttüzébe került és 2007-ben megszüntették a kötelező kamarai tagságot. Ez a lépés olyan károkat okozott a kamara szakmai funkcióiban és így a magyar orvoslásnak, amit azóta sem lehetett helyrehozni. A Kamara költségvetésének megroppanásával és az új törvényi környezettel szakmai tevékenysége behatárolt lett, és a 2012-es törvény is csak részben állította helyre a kamara jogosítványait.

Két tényező is ahhoz vezetett, hogy az orvostársadalom a Kamarától kezdte elvárni a szakszervezeti tevékenységet. A bérszínvonal olyan alacsony lett, hogy az orvostársadalom igényelte az érdekérvényesítő fellépést, ezt a szerepet, pedig a Kamara biztosította, mert a kormányzat szakszervezeti oldalról a Magyar Orvosok Szakszervezete helyett a Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezetével kezdte meg a bértárgyalásokat, mely hitelesen orvosokat nem képvisel, orvos tagról nem tudunk.
Innentől a Kamara kényszerűen abba a helyzetbe került, hogy a szakmai érdekképviselet mellett a munkavállalói érdekképviseletet is ellássa. Paradox módon az orvosi kamara kötelező tagságának megszüntetésével ez a szakszervezeti profil lett a tagjaink által elvárt fő tevékenység, melynek a 34511 önkéntes tag erőteljes nyomatékot is ad:



Javaslat: a Kormány állítsa vissza a Kamara kötelező tagságát, a bértárgyalásokba pedig vonja be a Magyar Orvosok Szakszervezetét.

Az orvosetikai rendszerről

A kamara a FÜGGETLEN (minisztériumtól és kamarai vezetéstől is) etikai bizottságokkal őrizte az orvoslás működésének alapelveit 2023. áprilisáig. A tevékenység törvényes keretek között és törvényi felügyelet mellett zajlott. Alapja - törvény és az Alapszabály által meghatározott módon - a folyamatosan karban tartott és megújított Etikai Kódex volt.
A korábbi időszak etikai kódexével, etikai eljárásaival kapcsolatban sem az elsőfokú bizottságok, sem a törvényszék vagy a kúria, sem pedig a felügyeletet gyakorló minisztérium nem talált érdemi hiányosságot vagy szabálytalanságot. Az etikai eljárások működését, hatékonyságát, a hivatásrend védelmében végzett munkáját a hitelesség biztosította. Az etikai bizottságok tagjait az orvostársadalom maga választotta, a korábbi kamarai törvényben biztosított szakmai és etikai autonómia alapján. A bizottságok munkájuk során meg tudtak felelni azoknak az elvárásoknak, melyek biztosították az etikai eljárások elismertségét, így az etikai tevékenység köztiszteletben állt, a bizottságok tagjait a kamara tagjai a helyi és az országos szervezetben is teljes mértékben elfogadták.
Az etikai normarendszer és az erkölcsi érdekvédelem hitelessége összetartozás érzést közvetített, ugyanakkor megfelelő visszatartó erővel rendelkezett. A tevékenység legfontosabb jellemzői a következők voltak: függetlenség, pártatlanság, tárgyszerűség, jogszerűség és kollegialitás.
Ezek azok a kötelező elvárások, melyeknek az etikai eljárások során meg kell felelni, hogy a panasztevési hajlandóságtól kezdve az eljárások során hozott döntésekig az etikai tevékenység a hivatásrend védelmét szolgálhassa. **Csak az érintettek bizalmát bírva lehet tehát eredményes az erkölcsi érdekvédelem.**
A COVID két éve után a Magyar Orvosi Kamara etikai szervei elkezdték vizsgálni az etikai eljárások nyilvánosságának lehetőségeit, majd 2023 februárjában konszenzus született az Etikai Konferencián, mely alapján elkezdődhetett volna anonimizált esetek közlése.

Orvosetikai és tudományetikai kérdések nem ugyanolyan megközelítést igényelnek. Az orvosetika nem véletlenül van a gyakorló orvostársadalomhoz rendelve a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban. A legfőbb ok az, hogy az orvosok maguk azok, akik a saját hivatásuk tisztaságának védelmében, egy saját maguk emelete szabályzói körben a jog mozgásterénél is szigorúbban lépnek fel. Amíg a kontroll orvosi részét nem a hivatásrend felett őrködő szervezet tagjai gyakorolják, a szervezet működése diszfunkcionális lesz, **legnagyobb kárvallottjai pedig a betegek lesznek (most máris azok)**. A kamara kötelező tagságának és etikai önrendelkezésének megvonása óta követjük, hogy kik nem a kamara tagjai. Tavaly minden hálapénz miatt eljárás indított orvos esetén megkerestük a hatóságokat, hogy megtudjuk, kamaránk tagja-e az illető. A számos alkalomból egyetlen esetben fordult ez elő. Sorozatban jönnek a jelzések tagjainktól, hogy egyes kollégák, akik már nem tagjai a kamarának, megkérdőjelezhető szakmai-üzleti tevékenységet folytatnak. Nem tudunk fellépni ellenük, miközben szégyent hoznak az orvoslásra.

Nem érthető a jogalkotó szándéka azzal, hogy az - egyébként nem definiált - etikai vétség esetén kiszabható szankciókat megváltoztatja. Csak figyelmeztetés, megrovás és pénzbüntetés, valamint vezetői tevékenység időszakos korlátozása róhatók ki. Ez azt jelenti, hogy az eddigi legsúlyosabb szankciók, azaz a felfüggesztés és a kizárás, melyek kirívóan súlyos etikai vétségek esetén voltak kiróhatók, hiányoznak. Ez is mutatja, hogy ennek a

feladatnak a kamaránál van a helye, mert mi megléptük ezt a súlyos lépést is, ha kell. A súlyos szankciók, bár a gyakorlatban ritkán került rájuk sor, visszatartó erővel bírtak, hiszen egy orvos számára minden szempontból komoly büntetés (volt), ha nem dolgozhat. A következmény a jövőre nézve, hogy súlyos etikai vétségek esetén, amikor az orvos tevékenysége a társadalomra nézve akár veszélyes is lehet, nincs lehetőség tevékenységének érdemi korlátozására. Jogi felelősségrevonásra természetesen most is van lehetőség, ám a jogi eljárások lefolytatása elhúzódó, következményei a távolabbi jövőben érvényesülnek csak. Ezekben az esetekben a MOK Etikai Kollégiuma korábban nem ezeknek a szankcióknak az eltörlésére, hanem éppen ellenkezőleg, az érintett orvos tevékenységének már az etikai eljárás idejére történő felfüggesztésre tett javaslatot. A súlyos szankciók megfelelő alkalmazása, azok visszatartó ereje és akár a javasolt azonnali hatályú, ideiglenes intézkedések gyakorlatának bevezetése képviselné a hivatásrend és egyben a betegek érdekének védelmét. Az új szabályozással viszont várhatóan mind a betegek, mind a kollégák részéről megszűnik az az elvárás és bizalom, amit a Magyar Orvosi Kamara korábbi autonóm, belső igazságszolgáltatása jelentett.

Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy a törvénynek a kamarai tagságra vonatkozó szabályozása nyomán közel 34 000 kamarai tag korábbi kamarai tagságának megtartása mellett döntött, mely egyben arra is utal, hogy a korábbi etikai értékrendet fogadja el.

Javaslat: Az etikai eljárásokat újra össze kell kapcsolni a kamarai működéssel. Biztosítható az Etikai Bizottságok független működése, de az orvosszakmai oldalt a hivatásrendi köztestületnek kell összefognia.

A kötelező tagság kérdése

Ahogy korábban is jeleztük, több szakmai okból is a kötelező kamarai tagságot látjuk indokoltnak. Úgy véljük, a magyarországi orvosi hivatás jövője és a betegek jelenének érdekében a politikai döntés valamilyen korrekcióra szorul. A normális orvos köztestületi működéshez legalább a kötelező kamarai regisztráció fontos, mert jelen helyzetben kifejezetten a társadalom és a betegek szempontjából káros jelenségek sora áll elő. Néhány gyakorlati példa, amire már volt példa az elmúlt évben:

- a gyógyszereket illető hatósági és gyártói figyelmeztetéseket nem tudjuk eljuttatni minden orvoshoz, így veszélyes szerek alkalmazása maradhat nem-kamarai orvosnál
- büntetőeljárásnál, nyomozásnál nem tudjuk kiadni a szükséges adatokat, ha nem tagunk az orvos
- nem tudjuk elljuttatni a szakmai irányelveket, továbbképző anyagokat, ezzel az orvostársadalom egy része nem jut el a friss szakmai információkhoz, szakmai fejlődése gátolva van. Ez egy egészségügyi átalakítás során különösen káros.
- egy pandémia vagy más vészhelyzet esetén senki nem tudja, hogy hány orvos van, hol találhatóak meg, milyen területen foglalkoztathatóak, hogyan mozgósíthatóak

Javaslat: az orvosoknak legyen kötelező regisztrálni a MOK-nál, a Kamara vezesse az orvosi nyilvántartást, megosztva az ágazati vezetéssel

Irányelvek fejlesztése

A korábbiakban számos ponton jeleztük, hogy a szakmai irányelvek nem állnak rendelkezésre, vagy nagyon kevés számú az érvényes, közzétett szakmai irányelv a legtöbb szakterületen. Érdemes átgondolni, hogy az irányelv fejlesztéshez megfelelő apparátus rendelkezésre áll-e.

Javaslat: A Kamara a korábbi államtitkári felvetésnek megfelelően felajánlja, hogy a MOTESZ-szel közösen delegál tagot a Szakmai Kollégiumokba, így biztosítva, hogy a felhasználók visszajelzései megjelenjenek a miniszter tanácsadó testületében.

MELLÉKLETEK

Az NNK 2023 évi kijelölő határozatainak áttekintő elemzése, avagy "Mi az, ami nincs?"

(meg nem jelent cikk)

A 2024-es év nagyobb mennyiségű - emellett a fővárost szokatlan arányban terhelő - a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) által kiadott ideiglenes, a korábbi ellátóhelyek kapacitáshiánya miatt helyettük más intézményeket a feladatra kijelölő határozatával és az általuk keltett figyelemmel indult.
A MOK nevében a sajtómegkeresésekre azt válaszoltuk, ***a probléma nem újkeletű***, ***csak súlyosbodik, kellő mennyiségű személyzet, orvosok és ápolók hiányában eddig is szüneteltették rendelési idejüket szakrendelők, csökkentették ágyszámukat vagy zárták be részlegeiket, osztályaikat kórházak.***
Január elsejétől ehhez járult hozzá a "bérnővérek" (szerződéssel, vállalkozóként, nem az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozó ápolók, asszisztensek) alkalmazásának tiltása, ami több kórházban - legalább átmenetileg - ellehetetlenítette a minimumfeltételek teljesítését.
A Belügyminisztérium ezt követően sajátos hangvételű közleményben reagált, az NNK intézkedéseit a normál működéshez illetve az ápolók "kizsákmányolása" elleni harchoz sorolva. *(http://os.mti.hu/hirek/183610/a_belugyminiszterium_kozlemenye)*
Ezután vettem a fáradtságot, és végignéztem, kigyűjtöttem az NNK 2023-as évi kijelölő határozatait. (Elég babra munka volt, mivel a honlapon kimásolásra alkalmatlan formában vannak fent.)
Alább a forrás és az eredmények.
Összesen közel 100 kijelölő határozat született, némi kimaradással a nyári hónapokban illetve szünettel az év végén, novemberben és decemberben.
Szinte biztosan nem adnak teljes képet, mert egyrészről a kapacitás szűkítések, az osztályok ápolóhiány miatti ágyszámcsökkentései itt nem jelennek meg, másrészről informálisan több olyan osztály, rendelés és részleg legalább átmeneti bezárásáról tudunk, melyek itt nem látszódnak.
A kirajzolódó kép azonban így is tanulságos.
A kijelölő határozatok* 81%-a *készült az ellátások valamilyen fellépő hiány vagy meghibásodás miatti leállása kapcsán, az eredeti ellátók helyett - sokszor jelentősen távolabbi - másokat kijelölve (majd ezt akár többször módosítva).
Ebből úgy látszik, leginkább **két dolog nincs: ember és** láthatóan követett **koncepció.**

Amint az a piros színnel kiemelt indoklásokból látszik, a leggyakoribb probléma a szakorvosok és ápolók hiánya - és pótlásuk lehetetlensége.
Ez megfelel annak, amit számos szakértővel párhuzamosan a MOK is régóta állít: a magyar egészségügy széttagolt, redundáns és egyszerűen nem rendelkezik ennyi ellátóhelyre elegendő személyzettel. Az orvosok létszáma inkább a szükséges helyek számához képest elégtelen (bár az új OECD jelentés alapján nemzetközi összehasonlításban az orvosok számában is az európai mezőny legvégéhez tartozunk és a hiányt a szakmák közti torz elosztás sok területen súlyosbítja). A szakdolgozók, ápolók száma viszont minden számítás és összehasonlítás szerint nagyon alacsony. Ezek alapján mintegy 30 000 szakdolgozó

hiányzik a rendszerből - és akkor itt még nem beszéltünk a veszélyesen torz korfáról és az utánpótlás hiányáról.
Fentiek alapján - természetesen a hiányzó dolgozók pótlása és megbecsülése mellett - **az egészségügyi rendszer jelentős strukturális átalakítása lenne szükséges**, az ellátási területek újrarendezésével.
Kellene legyen egy koncepció arról, egy adott terület adott egészségügyi állapotú lakosságának ellátásához hány kórház, hány szakrendelő, nappali ellátást nyújtó kisebb egység, hány háziorvosi és gyermekorvosi praxis szükséges - ezek hogyan dolgozhatnak együtt. Az így feleslegessé vált rendeléseket véglegesen meg kellene szüntetni, a felszabaduló erőforrásokat, személyzetet a közelben megmaradt más helyekre rendezni.
Nos, ha van is ilyen koncepció - és reméljük van - az továbbra sem publikus, s ami még nagyobb baj, itt érdemben működésében sem jelenik meg.
Hiába van abban szélesebb egyetértés - a MOK is többször leírta -, hogy a technológiai fejlődés és kulturális váltás miatt a jelenlegi rendszer nem csak fenntarthatatlan, de nincs is szükség ekkora kórházi kapacitásra. **A "karcsúsításnak" nem az a módja, hogy szüneteltetjük/megszüntetjük azon ellátásokat, ahova már nem jut orvos vagy szakdolgozó,** mert így jó eséllyel ott csökken a kapacitás, ahol a legnagyobb volt a szükséglet (a szegény, eddig is rosszul ellátott területeken, ahova jószántából alig jelentkezik valaki). Így biztosan nem alakul ki egy egyenletes hozzáférést garantáló rendszer. Mindemellett a fekvőbeteg kapacitás csökkentése csak abban az esetben nem okoz ellátási hiányt, ha az érintett területen előbb elkezdődik a kompenzáló járóbetegellátások (egynapos sebészet, nappali kórház) fejlesztése. Itt ennek nincs nyoma: a határozatok alapján a betegközeli, járóbeteg ellátások is sok helyen kiürülnek.

Összességében:
A kijelölések kevesebb mint 19%-a szól normál működésről, kapacitás átrendezésről, karbantartásról, fejlesztésről.
A többi - 81% - tűzoltás, átmeneti foldozgatás, "visszavonásig". A betegek pedig elveszve bolyonganak a rendszerben, ellátást keresve..



Még néhány tanulság:

- szerintem, ha az alapellátási szint fölött bármilyen ellátás egyetlen embertől függ, az ő munkaképességén, jelenlétén múlik, az lényegében rendszerhiba.
  Márpedig az indoklásokban többször előkerül az egyetlen hozzáértő szakorvos kiesése, megbetegedése, olykor szabadsága. Kellene legyen kinevelt, betanított helyettes, utód.
- érdemi tartalékok műszerekből sincsenek. Egy nagyobb, akár megyei szintű ellátóhelynek - vagy országos intézetnek - nem kellene hosszabban leállnia mondjuk a CT meghibásodása miatt - lehetne belőle akár több. Ahogy mondjuk liftből is. (Számos helyen van is - de messze nem mindenhol, ahova kellene.) Az pedig, hogy az MR kompatibilis monitor meghibásodása miatt húsz hétig egy megyeszékhelyről a 120 km-re levő fővárosba küldik a vizsgálat alatt altatást igénylő felnőtteket és gyerekeket - hát… Nincs túl sok ilyen, de azért néhány szállítás árából is kijönne egy ilyen monitor ára. (Kicsit utánakérdezve: az illető, nagy forgalmú megyeszékhelyi kórháznak nincs saját MRI-je - noha igényét már sokszor jelezte - a területén lévő MRI-t külsős cég működteti. Ők viszont feltehetőleg nem igazán érdekeltek a bonyolultabb, időigényesebb altatásos vizsgálatok feltételeinek megteremtésében - és a szállítások költségeit (és kockázatát) sem ők viselik. Ez az állami és magán közötti szervezési anomália talán megoldódik a közeli jövőben - rendszerszinten viszont marad elég).

https://www.nnk.gov.hu/index.php/egeszsegugyi-igazgatasi-foosztaly/nyilvantartasok/ellatasi-teruletek-nyilvantartasai/kijeloles?fbclid=IwAR0zi3AqUiST75_XCxRYzDAWVk36PU0K9U4wFAqhdNiMdmNkJ6QA_wi-vdQ

NNK határozatok 23 január 1-től december 31-ig (valójában október 2-ig)

A “módosításokat”, mivel legtöbb esetben korábbi (előző évi) kijelölések meghosszabbítását takarták, nem kívántam egyenként részletezni, így besorolásokat sem kaptak.
Az ellátási területek módosításáról, kijelöléséről szóló határozatokat pedig (jóindulatúan) az átszervezésekhez, szükséges és remélhetőleg tervszerű változtatásokhoz soroltam - és szintén nem írtam ki részletesen. Az adott napon a fenti linken megtalálhatóak.

Indoklások színkódja:
Normál működés, ellátási területek kijelölése, módosítása (akkor is, ha adott esetben erre azért volt szükség, mert kiderült - feltehetőleg egy beteg nem kicsi kálváriája útján -, hogy adott község sehova sincs az adott ellátásra hozzárendelve)- világos zöld
Normál működés felújítás, költözés, új eszköz beszerelése- zöld
Normál működés, karbantartás, rendszeres szervíz (akkor is, ha tartalékok megléte esetén ehhez nem lenne szükséges az ellátás, ügyelet átirányítása) - sötét zöld
Személyzeti feltételek hiánya, nincs szakorvos, ápoló - piros
Valódi indoklás nincs, de személyi ok okkal feltételezhető - narancs
Eszköz meghibásodása vagy hiánya - kék

Piros (HR hiány) : 46
Narancs (indoklás nincs, HR hiány feltételezhető): 14
Kék (eszköz meghibásodása) 10
Piros-kék (minimumfeltételek hiánya - nem eldönthető, eszköz és/vagy HR): 8
Világos zöld (ellátási területek kijelölése, módosítása, új szakma hozzárendelése: 10
Zöld: (felújítás, új eszköz beszerelése, költözés): 5
Sötét zöld (eszköz karbantartása miatti leállás): 3
Össz: 96 (+2 amit nem tudtam besorolni)
Azaz a normál működés miatt kijelölések, változtatások aránya (bármilyen zöld) 19%
Valamilyen (szakorvos, ápoló, eszköz) hiány miatti, legalább látszólag ideiglenes, tűzoltás jellegű kijelölések aránya 81%

22.01.10.

1. Nőgyógyászati szakrendelés

Balatonfüred helyett Veszprém (Csolnoky)
22 dec. 22-től 23 jan 8-ig.
Indoklás: szakorvos hiány.

2. Szülészeti és újszülött ellátás

Szentes Dr Bugyi István Kh helyett Hódmezővásárhely és szegedi egyetem szegedi és kecskeméti intézményei
23 január 1-től visszavonásig
Indoklás. szakorvos hiány

3. Fogszabályozás

Hódmezővásárhely és Makó helyett szegedi egyetem
23 január 1-től június 30
Indoklás: személyi feltétel átmeneti hiánya

Módosítások

4. Szülészeti és újszülött ellátás - ügyeleti feladatok

Mezőtúri kórház helyett Karcag, Szolnok, Gyula , Szentes
22 dec 26-tól 23 jan 31-ig a kijelölt 18 napon
Indoklás.a műtétet és anesztéziát indokló ügyeleti ellátás szülészet- nőgyógyászat terén biztosítani nem tudja

5. Szülészeti ellátás III. progresszivitási szint (II. maradt)

Szolnok (Hetényi) helyett SE Budapest, Debreceni egyetem, Honvéd Kh.
23. jan 1-től visszavonásig
Indoklás:III-ról II-es szintűre való visszaminősítés OKFŐ kezdeményezésre
(? lehetne a normál működés, átszervezés része - de akkor miért visszavonásig?)

6. Dento-alveoláris sebészet, járóbeteg ellátás

Miskolc Markhot Ferenc oktatókórház és rendelőintézet helyett Miskolc BAZ megyei központi kórház és SE Budapest
elrendeléstől 23 júius 30-ig

Indoklás:fogászati panoráma-röntgengép működésképtelensége

7. Fogászati és általános röntgendiagnosztika, általános sebészet
Szabadszállás helyett Kecskemét
22 dec 21-től 23, dec 21-ig
Indoklás: “személyi feltételek átmeneti hiánya és az elavult és javíthatatlan tárgyi feltételek hiánya végett” sic! (az az indoklás, hogy nincsenek elavult eszközeik? egyáltalán, hogy lehet egy feltétel elavult és javíthatatlan?!)

01.13.
8. Nem traumás akut idegsebészet
János Kh (Budapest) helyett Manninger BK (Budapest)
23 jan 14 és 18.
Indoklás:meghibásodott operációs mikroszkóp elhúzódó javítása

9. Szülészeti, nőgyógyászati és újszülött ellátás, ügyeleti feladatok
Karcag helyett Szolnok
23. jan 13 , 14 és 22.
Indoklás:”nem tudja biztosítani az ügyeleti ellátást” aneszteziológus hiányában

10. Szülészet, nőgyógyászat ügyeleti feladatok - módosítás
Mezőtúr helyett Karcag
23 jan 13 és 14 - visszavonva
Indoklás:: karcagi kórház (fentebb) jelezte, hogy nem tudja biztosítani a szülészeti és nőgyógyászati műtéti ellátást

01.20
11. Ortopédiai járóbeteg szakellátás
Rétság helyett Balassagyarmat
időpont nincs
Indoklás:Rétság az ortopedia szakma valamennyi óraszámát szünetelteti

Módosítás

01.26.
12. Urológia járóbeteg szakellátás
Parádfürdő helyett Eger
23. jan 31-től visszavonásig
Indoklás:”minimumfeltételek átmeneti hiánya”

13. Gasztroenterológia, akut endoszkópos beavatkozások
Hatvan helyett Gyöngyös
elrendeléstől 23 febr. 1-ig
Indoklás:”nem tudja biztosítani” majd telefonos megkeresésre: az ***egyetlen gasztroenterológus szakorvos*** az érintett napon orvosi beavatkozáson esik át, ezért átmenetileg kiesik a munkából

14. Fül-orr-gégészet, csecsemő és gyermekellátás (I.és II. szint)

Cegléd helyett Szolnok, Bajcsy Zs. és Jahn ferenc Kh. (Budapest)
23 jan 28-ápr 2-ig
Indoklás: “átmeneti humán erőforrás hiány”

15. Szemészeti járóbeteg ellátás
Balatonalmádi helyett Veszprém
visszavonásig
Indoklás: “személyi feltételek átmeneti hiánya”

16. Traumatológia járóbeteg szakellátás
Tapolca helyett Veszprém
visszavonásig
Indoklás:”humánerrőforrás hiánya”

17. Gyermekortopedia
Tóth Ilona Eü Szolgáltató (Budapest XXI. ker) helyett Heim Pál Kh. (Budapest)
visszavonásig
Indoklás:”biztosítani nem tudja” (lényegében nincs)

01.30.

18. UH-diagnosztika, Fül-orr-gégészet, Onkológia, Bőr- és nemibeteg-ellátás, Csecsemő és gyermekgyógyászat, Ortopedia, Urológia
Siklós (Medi-Home BT) helyett Siklós és Pécsi egyetem
23 január 1-től visszavonásig
Indoklás:”teljes kapacitást szüneteltetni kényszerül szakorvoshiány miatt”

19. Parodontológia járóbeteg ellátás
Kecskemét helyett Szeged
23 dec 31-ig
Indoklás:: a parodontológiai ellátást végző szakorvosnak (1) a kórházzal létrejött szolgálati jogviszonya megszűnt. Másikat nem találtak.

20. Ortopedia, járóbeteg szakellátás
Gödöllő helyett SE Budapest
visszavonásig
Indoklás:” a személyi feltételeket saját hatáskörben nem tudják biztosítani”

21. Gasztroenterológia - akut endoszkópia
Hatvan helyett Gyöngyös
23 febr 13-ig
Indoklás: ***az (egyetlen) szakorvos felépülése elhúzódott*** (jobbulást visszamenőleg is!)

22. Gasztroenterológia járóbeteg szakellátás
Ibrány (Medi-Amb) helyett Nyíregyháza
visszavonásig
Indoklás: személyi feltétel átmeneti hiánya

23. Pszichiátria (közlemény)

Hévizgyógyfürdő és Reumakórház - átcsoportosítás során pszichiátria új szakmaként

02.01.

24. Szülészet - ügyeleti feladatok

Mezőtúr helyett Karcag és Szolnok

23 febr 1 és 28 között 12 kijelölt napon

Indoklás: “aneszteziológus szakorvos hiányában”

25. Traumatológia

Tapolca helyett Veszprém, Ajka és Keszthely

visszavonásig

Indoklás: “járóbeteg szakellátást teljes egészében szüneteltetni kényszerül humánerrőforrás hiánya miatt”

02.06

26. Röntgen és Uh-diagnosztika

Mezőcsát helyett Miskolc

visszavonásig

Indoklás: “valamennyi óraszámát szünetelteti”

27. Bőr- és nemibeteg ellátás

Sümeg helyett Ajka

visszavonásig

Indoklás: “ humánerrőforrás hiánya miatt”

02.08.

28. Röntgen és Uh-diagnosztika járóbeteg szakellátás

Tiszaújváros helyett Miskolc

visszavonásig

Indoklás: “valamennyi óraszámát szünetelteti”

02.09.

29. “a Kórház területéről érkező betegek ellátása”

Mezőtúr helyett Szolnok

visszavonásig

Indoklás:”humánerrőforrás hiánya miatt”nem tudják ellátni a bőrgyógyászati szakrendelést és nemibeteg gondozót. (sajátos módon ez csak az indoklásban szerepel így, a határozat eleje mintha az összes területi betegről szólna)

Módosítás

02.14

30. Módosítás: Szülészeti és újszülött ellátás

Szentes Dr Bugyi István Kh helyett - a korábban kijelölt Hódmezővásárhely és szegedi egyetem szegedi és kecskeméti intézményei helyett - Orosháza (dr László Elek kórház)

Indoklás: utóbbi jelentkezett a feladatra, közelebb vannak és győzik is.

31. Gyermek és ifjúságaddiktológia járóbeteg szakellátás

Veszprém helyett Gárdony (Egészségdokk)
23 febr 26-ig meghosszabbítva
Indoklás: “személyi feltételek átmeneti hiánya”

02.20

32. MRI diagnosztika

Székesfehérvár helyett Veszprém és SE Budapest
23 febr 27-től visszavonásig
Indoklás: MRI készülék cseréje szükséges

02.21. Módosítások

02.22.

33. Gyermeknőgyógyászat járóbeteg szakellátás

Tatabány helyett SE Budapest
23 febr 25- dec 31-ig
Indoklás: kisebb szakorvosi óraszám

02.27

34. Szakápolás- fekvőbeteg szakellátás

Parádfürdő helyett gyöngyös és Hatvan
23 márc 1- visszavonásig
Indoklás: “minimumfeltételek átmeneti hiánya miatt … Ápolási Osztály elnevezésű szervezeti egységét szüneteltetni kívánja”

35. Gyógytorna fiziko- és fizioterápia

Tiszavasvári “egészségügyi szakellátási feladatának nem teljesítése következtében” helyett Nyíregyháza (SzSzB megyei Kh)
23 febr 23-tól visszavonásig
Indoklás: a korábban ellátást nyújtó KFT-vel a szerződés lejárt, újat az önkormányzat nem kötött (nem tudott)

02.28:

36. Kardiológiai intervenciós ellátás

Uzsoki Kh (Bp.) helyett Honvéd Kh (Bp.)
febr 27- visszavonásig
Indoklás: szükséges gép meghibásodása

03.02.

37. Stroke ellátás és Neurológiai fekvőbeteg ellátás ügyeleti feladatai

Szolnok helyett 8 nagy budapesti kórház valamint a szegedi és debreceni egyetem
március 5 és 24 között megjelölt öt nap
Indoklás: a kórház önálló Neurológiai ügyeletet kiállítani nem tud a személyi feltételek átmeneti hiánya miatt

38. 31. kirendelés meghosszabbítása március 12-ig

Indoklás: szakorvosi személyi feltétel átmeneti hiánya

39. CT diagnosztika
Salgótarján helyett balassagyarmat és Hatvan
23.02.28 (a kijelölés keltezése 02.27)
Indoklás: CT karbantartás

03.03.
40. Tüdőgyógyászat és légzésrehabilitáció
Szolnok helyett Országos Pulm. Int (Bp), SE Bp, debreceni egyetem
23.03.01-31-ig
Indoklás:tűdőgyógyászat és légzésrehabilitáció szakmában az összes 27 ágyból eddig szüneteltetett 7 mellett mostantól a maradék 20-at is szüneteltetik (valódi indoklás nincs, viszont 23.05.31-ig tervezik)

03.06.
41. Sürgősségi betegellátás I prog. szint.
Ajka helyett Veszprém
visszavonásig
Indoklás: március 2-án kelt határozat szerint az ajkai kórház I. prog. szintű sürgősségi ellátást nem nyújthat. (?)

Iktatószám javítás

03.08.
42. Szakápolás
Hódmezővásárhely (ahol az ápolási osztály szünetel) helyett Kecskemét és Gyula
23.március 6-tól dec 31-ig.
Indoklás: “személyi feltételek átmeneti hiánya”

43. Dento-alveoláris sebészet, járóbeteg ellátás
Dunaújváros helyett Székesfehérvár
23. március 27- ápr 12-ig
Indoklás: szakorvosi személyi feltétel átmeneti hiánya

03.09
44. Sebészet, járóbeteg szakellátás
Nyergesújfalu helyett Esztergom
23.03.07-től visszavonásig
Indoklás: szakorvosi személyi feltétel hiánya

45. Parodontológia
Szekszárd helyett pécsi egyetem
visszavonásig
Indoklás: humánerőforrás hiány

03.13.
46. Akut sebészeti szakellátás
Jahn F. Kh (Bp) helyett 8 másik Bp-i nagy kórház
23.03.11-26.

Indoklás:I Bel. osztály kezdődő felújítása (kórházon belüli átrendezéssel)

03.16.

47. Akut ügyeleti stroke- akut CZ diagnosztika
Bajcsy Kh. (Bp) helyett mindenki más
23.03.13-tól visszavonásig
Indoklás:CT berendezés meghibásodása

03.24.

48. Kardiológia járóbeteg szakellátás
Pásztó helyett Salgótarján
23.04.17-06.04-ig
Indoklás: minimumfeltételek átmeneti hiánya

49. Neurológia
Kunszentmárton helyett Szentes
visszavonásig
Indoklás: humánerőforrás hiány

50. Szemészet járóbeteg szakellátás
Kunszentmárton helyett Szolnok
visszavonásig
Indoklás: humánerőforrás hiány

03.28

51. Fül-orr-gégészet járóbeteg szakellátás
Sátoraljaújhely helyett Miskolc
23.04.07-ig
Indoklás: személyi feltételek átmeneti hiánya

03.29.

52. Urológia járóbeteg szakellátás
Mezőcsát helyett Miskolc
23.04-01-től visszavonásig
Indoklás: valamennyi óraszámát szünetelteti (nincs)

04.03.

53. Arc és állcsont-szájsebészet, ügyeleti ellátás
Szolnok helyett Honvéd, János Kh és SE Bp.
23 április 5 és 30 között a kijelölt napokon
Indoklás: személyi feltételek átmeneti hiánya

54. Traumatológia I. szintű ügyeleti feladatok, műtétek
Berettyóújfalu helyett debreceni egyetem
23 márc 31 és ápr 15 között a kijelölt napokon
Indoklás: “átmeneti humánerőforrás okok”

55. Kardiológiai rehabilitáció

Nyíregyháza (Sz-Sz-B megyei kh) helyett debreceni egyetem
meghosszabbítás visszavonásig
Indoklás: minimumfeltételek átmeneti hiánya

56. Szülészet nógyógyászat járóbeteg ellátás
Borsodnádasd helyett Ózd
visszavonásig
Indoklás: “szakma valamennyi óraszámát szünetelteti

57. Gyermekszemészet
Csillagtelepi Szemészeti Kft (Bp, XXI.ker,) helyett SE és Heim pál kh Bp.
23 márc 29-től 24 márc 29-ig
Indoklás: “átmeneti humánerőforrás hiány”

04.04.
58. MRI diagnosztika
Eger helyett Hatvan és Gyöngyös
visszavonásig
Indoklás: készülék meghibásodása

04.12
59. Érsebészet járóbeteg ellátás
Szigetvár helyett Pécsi egyetem
visszavonásig
Indoklás: “humánerőforrás hiány”

04.19
módosítás

04.24.
60. Kardiológia és audiológia
Hajdúszoboszló helyett debreceni egyetem
visszavonásig
Indoklás:”szüneteltetés”

04.25.
61. Gyermek és ifjúságaddiktológia
Veszprém helyett Gárdony
23 ápr 24-30 és május 15-21
Indoklás: “szakorvosi személyi feltétel átmeneti hiánya”

62. altatásban végzett MRI
Győr helyett Heim Pál Kh (gyermek) és SE Bp. (felnőtt)
visszavonásig
Indoklás: ***MRI kompatibilis betegmonitor meghibásodása (“a szervizelés akár húsz hetet is igénybe vehet”)***

05.04.

63. Röntgen dg - járóbeteg
Harkány helyett Siklós
23 máj 5- júli 31-ig
Indoklás: épület átalakítás és új rtg. berendezés beszerzése

05.09
64. Csecsemő csípőszűrés
Szigetszentmiklós helyett SE Bp.
23 júni 9-ig.
Indoklás: humán erőforrás hiány (az egyetlen, konkrétan megnevezett orvos megbetegedése)

05.11.
65. Gyermek és ifjúságpszichiátria - járóbeteg ellátás
Pásztó helyett Salgótarján
23 júni 16-ig
Indoklás: minimumfeltételek átmeneti hiánya

Módosítás: 40. meghosszabítása dec 31-ig

05.17
66. Dento-alveoláris sebészet
Dunaújváros helyett Székesfehérvás
23 máj 30-júni 5-ig és júni 14-26-ig
Indoklás: szakorvosi szakmai feltételek átmeneti hiánya

67. Közlemény ellátási terület megállapítási eljárásról

05.25.
68. Közlemény ellátási terület megállapítási eljárásról

69. Sürgősségi betegellátás és betegfelvétel
Honvéd kh helyett számos budapesti, valamint a váci és kistracsai kh.
23 május 32-júni 1
Indoklás: informatikai karbantartás

70. Urológia járóbeteg szakellátás
Püspökladány helyett debreceni egyetem
visszavonásig
Indoklás:"szüneteltetés"

71. Közlemény ellátási terület módosításáról

06.06
72. Gyermek onko-hematológiai fekvőbeteg szakellátás
Heim Pál kórház helyett a SE, a pécsi, debreceni és szegedi egyetem valamint a miskolci kórház
visszavonásig

Indoklás: a Heim pál kórházban az utóbbi időben jelentősen megemelkedett az onko-hematológiai betegek száma, emiatt kérik, hogy az új betegek felvételét szüneteltethessék. A bent levőket ellátják.

73. Röntgendiagnosztika - csontsűrűség vizsgálatok
Tatabánya helyett Győr
visszavonásig
Indoklás: DEXA készülék meghibásodása, várható pótlás 1-2 hónapon belül

74. Közlemény ellátási terület módosításáról

75. Csecsemő és gyermek járóbeteg ellátás
Sümeg helyett Tapolca
visszavonásig
Indoklás: “humánerőforrás hiánya

módosítás

76. Szülészet, nőgyógyászat
Dél-pesti centrumkórház helyett három másik budapesti kórház
23. júli 1-10-ig
Indoklás: elektromos hálózatot és lifteket érintő nem halasztható javítási munkák

06.08.
77. Fogászati és egyéb röntgen, sebészet
Szabadszállás helyett Kecskemét
23 dec 31-ig
Indoklás: szakmai feltételek átmeneti hiánya

78. Határozat ellátási terület megállapításáról

79. Közlemény ellátási terület módosításáról

06.12.
80. Traumatológia, Reumatológia, Fül-orr-gégészet, Bőr és nemibeteg gondozás
Paks helyett Szekszárd
23 júni 2-9 és 26-30
Indoklás:***”az alábbi szakmák vonatkozásában a megjelölt időpontokban teljes kapacitását szüneteltetni kényszerül szabadságolás miatt”***

81. Fül-orr-gégészeti járóbeteg ellátás
Ajka D-Medico Kft helyett Ajka Magyar Imre kórház
24 április 30-ig
Indoklás: szakorvosi szakmai feltételek átmeneti hiánya

06.26.
82. határozat: Dunakeszi területéről érkező angiológia, phlebologia, lympológiai betegek hozzárendelése Honvéd, Szent Imre és Dél-pesti centrumkórházhoz

Indoklás: felülvizsgálat során megállapítást nyert, hogy e szakmák terén Dunakeszi nincs hozzárendelve egy szakellátóhoz sem.

83. Szemészet II. és III. prog. szint
szegedi egyetem helyett II. szinten Gyula és Kecskemét, III. szinten SE, Pécsi és debreceni egyetem, gyermekszemészet terén fentiek és Heim Pál kh. Bp.
visszavonásig
Indoklás: műtőblokk felújítás és költözés

84. Sürgős CT vizsgálatok
Kecskemét helyett Dunaújváros, Kiskunhalas és Szeged
visszavonásig
Indoklás: CT készülék meghibásodása

07.24.
85. Csecsemő és gyermekgyógyászat, szülészet
Jászberény helyett Szolnok, Cegléd, Kistarcsa, Hatvan
23 júli 24-szept 1.
Indoklás: ***"a Csecsemő és Gyermekgyógyászati osztályon történt személyi változások miatt a megjelöli időben a kórház kizárólagosan hétköznapokon, nappali ellátást tud biztosítani gyermekgyógyászat tekintetében, mindez pedig magával vonja a szülészeti ellátást is."***

09.07.
86. Gyermeksebészet és traumatológia
Szegedi egyetem helyett 3 másik egyetem, Heim Pál és Bethesda kórházak (Bp.) valamint taruma terén Manninger BK, János Kh, Kecskemét, Gyula és a többi egyetem
visszavonásig
Indoklás: Gyermeksebészeti osztály felújítási munkálatai (pályázat)

87. Pszichiátriai rehabilitáció
Hódmezővásárhely helyett szegedi egyetem és Kecskemét
23. júli 1 - dec 31-ig
Indoklás: személyi feltétel átmeneti hiánya

88. Fogszabályozás
Hódmezővásárhely helyett szegedi egyetem
23. júli 1 - dec 31-ig
Indoklás: személyi feltétel átmeneti hiánya

89. Reumatológia
Baktalórántháza helyett Nyíregyháza
23 júli 1-24 júli 1.
Indoklás: ellátáshoz szükséges feltételek átmeneti hiánya

90. Pszichiátria
Jászberény helyett Szolnok és Cegléd
visszavonásig

Indoklás: “humán erőforrás hiánya (szakorvos hiány)”

Módosítás

91. Kardiológiai rehabilitáció
Karcag helyett Szolnok és debreceni egyetem
visszavonásig
Indoklás: “rehabiltációs osztály teljes szolgáltatását szünetelteti”

92. Transzfuziológia
Karcag helyett OVSz Szolnok
visszavonásig
Indoklás: “Transzfúziológus szakma teljes szolgáltatását szünetelteti”

10.02.
93. CT vizsgálatot igényló poly- és neurotrauma ellátás
Manninger BK helyett Dél-pesti, János és Honvéd Kh. (Bp.)
23 okt 9 reggel 8-du 4.
Indoklás:CT karbantartás

94. Idegsebészet járóbeteg ellátás
Karcag helyett debreceni egyetem
visszavonásig
Indoklás: “nem tudja ellátni”

95. CT diagnosztika
Jászberény helyett Hatvan és Cegléd
23. okt 4 reggel 9- du 3.
Indoklás:CT karbantartás

96. Szemészeti műtéti ellátás
pécsi egyetem helyett Kaposvár Szekszárd és Budapest kórházai (ügyeleti rend szerint
23 szept 27 -okt 2.
Indoklás: Szemészeti osztály más telephelyre költözése

97. Urológia ügyeleti feladatok
Szolnok helyett debreceni egyetem, Se, Uzsoki Kh Bp.
23 okt 6 és 28 között kijelölt 10 napon
Indoklás: “készenlétet személyi feltételek átmeneti hiány amiatt kiállítani nem tud”

98. Arc, állcsont és szájsebészet ügyeleti feladatok
Szolnok helyett Se, János és Honvéd Kh. Bp.
23 okt 9 és 29 között megjelölt napokon
Indoklás: “készenlétet személyi feltételek átmeneti hiány amiatt kiállítani nem tud”

A következő határozat keltezése már 2024.01.06. (azaz novemberben és decemberben határozat nem született - részben ez is lehetett az oka a januári “dömpingnek” - a “bérnővérek” alkalmazásának tiltása mellett).

Pszichiátriai Osztályok infrastrukturális körülményei 3 aktív, megyei centrumból:

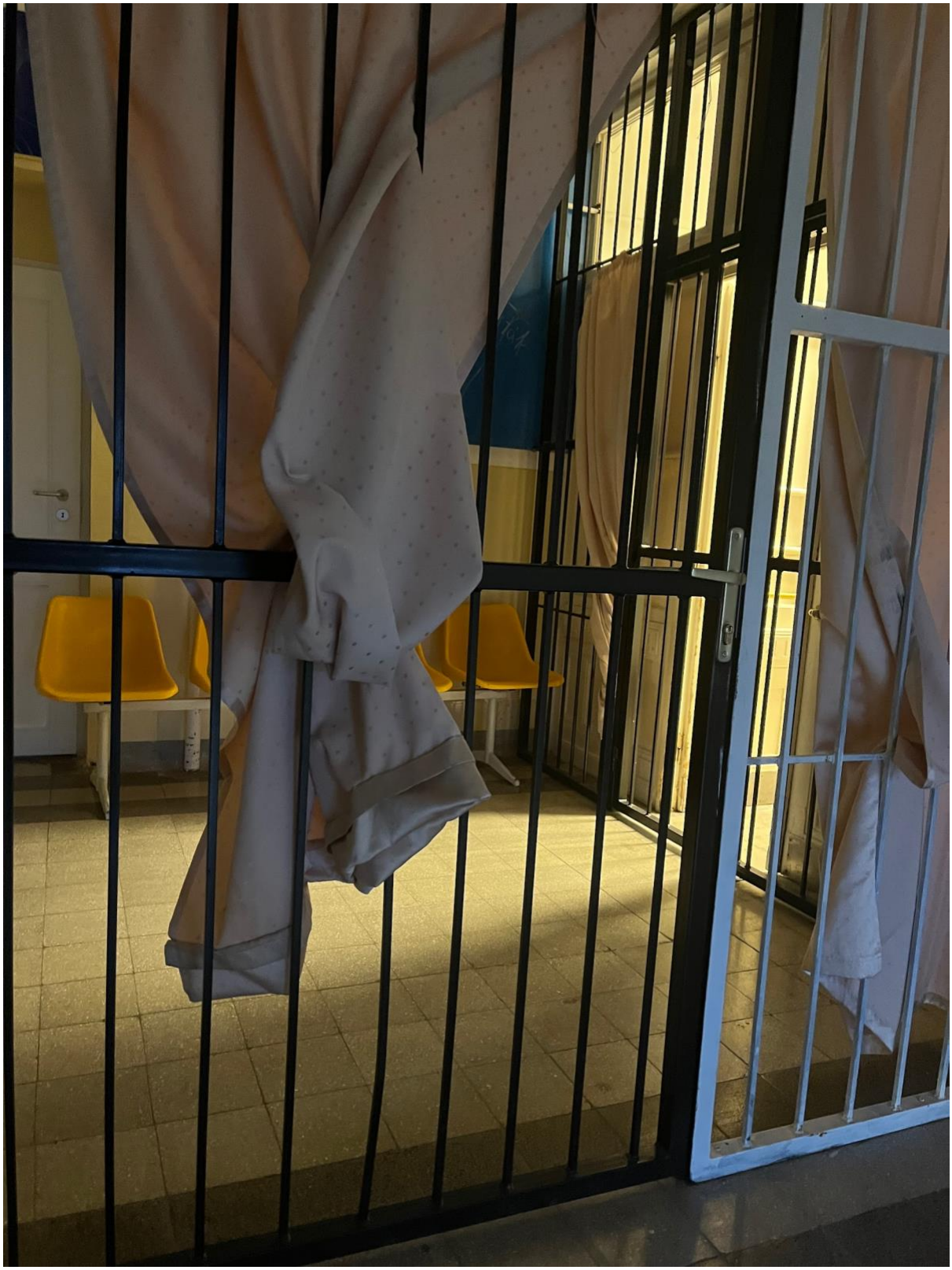
Frissen mosott női mosdó (egyben szennyes tároló) padlója:



Egyetemi klinika mosdója:



Osztály duplán zárt rács mögött. Ez az egyetlen menekülőút.



Terápiás helyiség ablaka




a személyzeti mosdó
kézmosási lehetősége

Itt heteket töltenek betegek



Osztály bejárata



Az osztály szállítóeszköze a telephelyen



Pszichiátriai betegségek kezelését nem segítő környezet



Betegmosdó



A betegek szekrényei





Rácsokat fél évszázada nem szabadna alkalmazni pszichiátriai osztályon



Felmoshatatlan szenny



A légkondicionálás számos helyen nem megoldott





Infekciókontroll nehéz helyzetben

