MAGYAR ORVOSI KAMARA

ELNÖK

C: 1068 BUDAPEST, SZONDI UTCA 100. | LC: 1039 BUDAPEST 62 PF.: 175
TEL: +36 1 269 4391 | E: ELNOK@MOK.HU | W: WWW.MOK.HU

Dr. Kamarás Ferenc Ákos
BM Egészségügyi Államtitkári Kabinet

Iktsz.:208-4/2024

Belügyminisztérium

tárgy: Betegutak egyes problémáinak megoldására tett javaslatok

Tisztelt Dr. Kamarás Ferenc Ákos kabinetfőnök úr!

Háttér

Egymást erősítő, hirtelen bekövetkezett változások, mint

1) a pandémia utáni intézmény átrendeződés,
2) az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C törvény (Eszjtv) hatása a párhuzamos állások megszűnésére,
3) az orvosok átvándorlása a magánegészségügybe

a korábban bejáratott betegutak idejének megnyúlását és - felesleges lépéseket beiktatva - azok megtörését eredményezte az egészségügyben. Mindez elsősorban tapasztalati alapú, részben szubjektív érzet, mert nincs szisztematikus ellenőrzés az egyes kórképek ellátási idejét, módját, a résztvevő szereplőket illetően. Joggal feltételezhető, hogy az állami rendszeren belül és az állami és magán rendszer határán is van tér a betegutak egyszerűsítésére, rövidítésére.

Magyarországon a biztosított betegek az állami közellátás mellett egyre jelentősebb számban veszik igénybe az önköltséges magánegészségügyi szolgáltatásokat. A hosszú várakozási idők, a hozzáférési problémák miatt a magánegészségügyben nyújtott ellátások - anyagi helyzet által szelektálva - hozzáférhetőbbé teszik az orvoshoz jutást. Ennek hatása kettős: miközben a magánszektorban gyógyított betegek tehermentesíthetik az állami szektort, rövidíthetik az ott kialakult várólistákat, a magánegészségügybe vándorló orvosok csökkentik az állami ellátókapacitást.

Az elmúlt években kifejezett kormányzati szándékként a rendelkezések a magán és állami egészségügy szétválasztást célozták. Ez segítette láthatóbbá tenni az állami szektor valós kapacitását, ugyanakkor megnehezítette a két szektorban dolgozó orvosok együttműködését, éles töréseket okozva a betegutakban. A magánegészségügy és a közösségi egészségügy párhuzamos működése, egymást követő igénybevétele sok esetben a betegutak duplikálódását okozza, illetve a legális átjárás lehetőségének hiánya miatt a már elvégzett kivizsgálások eredménye értéktelenné válik, így például a magánból a közellátásba visszatérve időhúzóan és költségesen újra kell indítani a kivizsgálásokat.

A betegek jelenleg kénytelenek választani a két rendszer között, melyek között a jogi szabályozás sajátosságai miatt nincs megfelelő szakmai együttműködés. Pedig a páciens, aki közvetve vagy közvetlenül fizet az egészségügyi ellátásért mindkét szektorban joggal várná el, hogy a vele foglalkozó két orvos együttműködjön, és ezt az állam optimálisan szabályozza.

Szükséges, hogy olyan etikus és méltányos szabályokat hozzunk, mely a betegutakon segítik, és nem akadályozzák a pácienseket.

Problémafelvetés, javaslatok

Javaslatunkat két szinten fogalmazzuk meg. Először általános ellátásszervezési kérdésekkel foglalkozunk a járóbeteg ellátási területen, majd egy speciális területen (onkológia) teszünk javaslatot a hatékonyabb, olcsóbb, több egészségnyereséget hozó ellátásszervezésre.

Esetmenedzserek hiánya

A betegellátásban dolgozók számára ismert, hogy az orvosok drága munkaidejük jelentős részében nem orvosi, hanem adminisztratív, betegirányítási, betegútszervezési munkát végeznek. A hatalmas terhelés miatt az állami egészségügy orvosai azonban az utóbbi években fokozatosan visszaléptek esetmenedzseri szerepükből, inkább csak a beavatkozások elvégzésére fókuszálnak. Emiatt a betegutak szervezésénél az ellátórendszer hatékonyságának javításához kiemelt fontosságú lenne ennek a feladatnak az optimális allokálása.
A betegutak meghatározása alapvetően szakmai irányelveken alapuló orvosi - diplomás ápolói munka, de ennek technikai leszervezése lehet szakdolgozói feladat.

Megítélésünk szerint:

- a még nem tisztázott diagnózisú, esendő állapotú betegek betegútjának meghatározása, a kivizsgálás megtervezése orvosi feladat,
- a meghatározott és alátámasztott diagnózisú betegek további ellátásának megszervezése azonban lehet a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) önálló feladata megfelelően kialakított irányelvek alapján,
- az így meghatározott betegutak technikai szervezése (időpontfoglalás stb.) - adminisztrátori feladat.

Mindez természetesen szükségessé teszi azt, hogy

- legyenek karbantartott szakmai irányelvek, amelyek megszabják az elvi betegutakat,
- legyen egyértelmű, átlátható és nyilvánosan elérhető, hogy az egyes intézmények milyen diagnózis esetén, milyen területi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek.

Az állami- és magánegészségügy határán megakadó betegutak

Jelen állás szerint magánorvos nem utalhat beteget az állami ellátásba, annak ellenére, hogy az a biztosított betegének gyógyítását szolgálja.
A magánorvosnál diagnosztizált vagy ellátott beteg a szabályozás szerint csak háziorvosán keresztül kérheti az amúgy már megindokolt, szakorvos által is alátámasztott további vizsgálatot vagy ellátást állami finanszírozású intézményben. Más esetben a sürgősségi ellátásban jelentkezik már a magánellátásban diagnosztizált panaszával, terhelve az amúgy valójában sürgős esetek ellátására létrehozott SBO-kat, ügyeleteket.

A magán- és állami egészségügy szétválasztása jelenleg azt jelenti, hogy a magánszektorban induló ellátás minden eleme a magánszektorban kell maradjon. Ez nem

méltányos a beteggel szemben, hiszen gyakran nem is engedheti meg a teljes gyógyítás teljes térítését önerőből. Más esetekben a magánszektorban nincs meg a szükséges gyógyítás teljes spektruma.

A két szektor között futó betegutak koordinálását ma általában a háziorvosok végzik, kényszerű beutalási lépéseket iktatva a betegútba.

Hétköznapi, valós, illusztratív példák

I) “X” beteg mellkasi panasz miatt magánkardiológus szakrendelését keresi fel. Felmerül invazív diagnosztikai, esetleges terápiás eljárás szükségessége. Hiába van meg a korai iránydiagnózis és a következő szakmailag indokolt lépés a betegúton (invazív kardiológiai centrum), a betegnek vissza kell mennie a háziorvosához, aki be tudja utalni az állami kardiológiai szakrendelésre. Itt akár több hónappal későbbre kap időpontot, hogy majd onnan tovább utalják a szívsebészeti centrum rendelésére, ahol döntenek a műtéti programba kerülésről.

II) “Y” beteget hasi panasz miatt háziorvosa ultrahang vizsgálatra irányítja. A beteg telefonon az állami rendelésen időpontot sem kap, csak ígéretet, hogy majd hívják időponttal. Magánrendelést választ, ahol tumorgyanú merül fel, dinamikus MRI vizsgálat indokolt. Ezt magánellátásban a beteg nem tudja megfizetni, azonban magánorvosától beutalót sem kaphat állami MRI vizsgálatra. Visszamegy háziorvosához, aki szintén nem utalhatja be közvetlenül az indokolt radiológiai vizsgálatra. A betegnek először belgyógyászati szakrendelésre kell időpontot foglalnia, onnan pedig újabb időpontot kérnie immár az MRI beutaló birtokában. Ezekre a plusz lépésekre és jelentős időveszteségre nem orvosszakmai indokok miatt kerül sor, hanem a szabályozás elégtelensége miatt.

Megoldási javaslatok

Javasoljuk, hogy a magán- és állami egészségügy harmonizációja alatt ne a merev szétválasztás, hanem a szabályozott együttműködés legyen a cél, ügyelve arra, hogy a paraszolvencia bújtatva se térhessen vissza a rendszerbe.
Tudjuk és elfogadjuk, hogy a visszaéléseket szigorú szabályokkal kell megszüntetni, de ez nem mehet a betegek kárára.

Javasoljuk a **“szektorsemleges gyógyítás”** módszerét. A betegutat ne az határozza meg, hogy ki fizeti az ellátást: az állam a betegek által befizetett járulékokból, vagy a beteg maga a zsebéből (esetleg biztosítóján keresztül).

A betegnek joga van eldönteni, hogy a köz- vagy a magánellátást veszi igénybe időnyereség céljából, kényelmi vagy egyéb okokból. Ugyanakkor a magyar betegek érdeke, hogy az általuk elérhető és el is ért egészségügyi szolgáltatások között az együttműködés optimális legyen, a szektorok között futó betegutakat a rendelkezések ne akadályozzák. **A legrövidebb betegút az, amit az orvosszakma javasol.** A betegek által közvetlenül fizetett és az állam fenntartott szektorok optimális együttműködéséhez nem kell plusz költség, nem terheli az állami költségvetést. Az állami szektorban régóta működő, a szakmák által kidolgozott és elfogadott betegutak, beutalási rend kell érvényes legyen, tekintet nélkül arra, hogy ki finanszírozza a gyógyítást.

Röviden: Azt javasoljuk, hogy a beutalási rend általános érvényű legyen, szektorsemlegesen, azt orvosszakmai megfontolások vezéreljék, az eddig kialakított gyakorlatra épüljön.
A biztosított, járulékot fizető betegek jogos igényeinek megfelelően az államnak lehetővé kell tennie a szükséges állami szektorban elérhető ellátáshoz való hozzáférést.

Reálisan felmerülhet az aggály, hogy az így kinyitott lehetőségek miatt az állami rendelések túl- illetve tovább terhelődnek. Ennek elkerülésére a következő javaslataink vannak:

1. Javasoljuk, hogy a magánorvosok beutalási lehetősége úgy legyen szabályozva, hogy szakrendeléshez, vagy a beteghez kötötten legyen egy megfelelő havi esetszám (hasonlóan a TVK-hoz), amin belül a beutalás az állami szektoron belüli gyakorlatnak megfelelően történhet. Ennek ellenőrzésére az EESZT lehetőséget, a JIR támogatást nyújthat.

2. Kiválthatja a beutalók rendszerét az is, ha különböző betegségekhez, ellátásokhoz beutaló nélküli továbbküldést szabályozó betegút-protokollok állnak rendelkezésre, esetleg már meglévő ellátási protokollok betegútmenedzsmentje alapján.
(Gyakorlati példa: 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.)

3. Megfelelő szakmai kontroll kialakítása. Bízzunk meg a szakorvosainkban, hogy csak a megfelelő és indokolt esetekben utalják be a beteget, de ellenőrizzük. Dolgozzuk ki annak a rendszerét, hogy az indokolatlan vizsgálatokat felismerjük és szükség esetén eljárunk ellene (ez is szektor semleges kell legyen).

Szakmai egyeztetések sorával eljuthatunk odáig, hogy az osteoporosis ellátáshoz hasonlóan, bizonyos ellátásoknál megadható legyen a beutalási jog magánorvosok felé.

Ennek a kötegelt finanszírozás fejlesztéshez hasonlóan peremfeltételeket kell adni:

- a betegcsoportnak, amelynél a beutalást megadjuk, jól beazonosíthatónak kell lennie, hogy a "gaming", azaz az eset valósnál súlyosabbnak feltüntetése elkerülhető legyen,
- el kell jutni addig, hogy a betegutakat részletesen elemezzük, kimutassuk a lépések közti jelenlegi késési időszakokat. A jelen helyzet pontos feltárása az első lépés, erre jön az intervenció megtervezése, végrehajtása, majd elengedhetetlen az azonos technikájú visszamérés.

A beteg felől nézve így érvényesülhet az az elv, hogy a magánszektort is érintő, átívelő betegutak esetén egyértelmű és betartható legyen a szabályozás, ami a betegeket segíti és nem akadályozza az optimális gyógyulásban.

4. Munkacsoport mielőbbi létrehozása, mely a szektorsemleges gyógyítás beutalási rendjét és kontrollját kidolgozza. A munkacsoportban javasoljuk az egészségügyi kormányzat képviselői mellett a betegjogi képviselők részvételét, Nemzeti Beteg Fórum képviselőjét, valamint a MOK képviseletét.

Az onkológiai ellátás speciális helyzete

Magyarországon a felismert daganatos betegségek gyógyításának hatásfoka elkeserítően rossz, a statisztikák ezt világosan mutatják.
Ezért javaslatunk szerint a közösségi és magán egészségügy betegútjainak összehangolását első lépésben az onkológiai ellátás területén kell kidolgozni és szabályozni. Ez az egyik olyan fontos terület, ahol a beteg gyógyulási esélyeit a betegutak zavara, megnyúlása jelentősen rontja az időveszteség miatt, emellett felesleges költségeket is generál. Emellett ez pilot projektként is szolgálhat a további szabályozáshoz.

Kiemelendő, hogy az onkológia területén voltak Magyarországon olyan projektek az elmúlt évtizedben, melyek IT megoldások alkalmazásával hatékonynak bizonyultak a betegutak érdemi rövidítésében (pl. OnkoNetwork projekt - Kaposvár, Király Gyula). Érdemes lenne nagyobb területen is pilot projektet indítani a már bevált módszertan adaptálásával, immár a JIR lehetőségeire építve, onkológiai területi irodák létrehozásával, ahová az iránydiagnózissal a magánegészségügy orvosa is közvetlenül utalhat. Itt e terv szerint esetmenedzserek informatikai támogatással, a JIR-t használva, protokollok mentén irányítják, koordinálják és követik a betegek útját a diagnózistól a kezelés végéig, jól elemezhető adatokat gyűjtve a folyamatról.

Budapest, 2024. április 23.

Tisztelettel,

Dr. Álmos Péter s.k.
a MOK elnöke

Digitálisan aláírta: Magyar Orvosi Kamara
Dátum: 2024.04.23 12:07:22 +02'00'