Az alábbi szervezetektől érkezett vélemény az egészségügy átalakításáról szóló javaslatcsomaggal kapcsolatban a MOK elnökségéhez (illetve ezen szervezetek járultak hozzá a honlapon való közzétételhez). A véleményeket továbbítottuk Takács Péter egészségügyi államtitkárnak és a következő sorrendben teszünk közzé az alábbi pdf dokumentumban:

MOK Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területi Szervezete

MOK Csongrád-Csanád Megyei Területi Szervezete

MOK Heves Megyei Területi Szervezete

Medicina 2000 Szövetség

MOK Baranya Megyei Területi Szervezete

MOK Fejér Megyei Területi Szervezete

MOK Fogorvosok Területi Szervezete

MOK Győr-Moson-Sopron Megyei Területi Szervezete

MOK Komárom-Esztergom Megyei Területi Szervezete

MOK Szabolcs-Szatmár- Bereg Megyei Területi Szervezete

MOK Tolna Megyei Területi Szervezete

Országos Alapellátó Szövetség

MOK Vas Megyei Területi Szervezete

Dr. Weltner János véleménye

Tisztelt Elnök Úr!

Az egészségügyet felügyelő Minisztérium tervezetéről, az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről a Magyar Orvosi Kamara B.-A.-Z. Megyei Területi Szervezetének Elnöksége az alábbi észrevételeket teszi:

Az előterjesztésben leírt szándék támogatandó, de az anyag rövidsége miatt a leírt, de részleteiben ki nem fejtett változásokról szóló javaslatok egy része nem támogatandó.
A részletes program, mely kormányprogramként fog a MOK elé kerülni lesz alkalmas arra, hogy részleteiben véleményt adhassunk róla, mielőtt a parlamentbe kerül, várjuk!

Vélemény fejezetenként:

I. Alapellátás

- a létszámkérdés megoldására nincs javaslat.
- az alacsony betegszámmal rendelkező praxisok kivezetése esetleg még több háziorvos távozását fogja okozni. A 2500 vagy ennél nagyobb lélekszámú körzetek ellátása nagyon megterhelő. A szabadságolás, továbbképzés helyettesítési kérdése gondot fog jelenteni.
- az ügyelet kérdése megoldatlan. Ha nem orvos ügyel, nem írható ki, hogy „Orvosi ügyelet”.
- az állami „részvétel” lehetősége nem ismert, hiszen a praxis jog pénzen vásárolt vagyoni jog pontok kiemelésével.
- az OMSZ irányítást pontosan rögzíteni kell, a felelősségi

II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele:

- alapvető a létszámkérdés megoldása. Jelenleg a területi szakrendelések alkalmazotti létszáma – egy korábbi felmérés alapján – sokkal kevesebb, mint a szerződéses orvosok száma. Az egysége elvek alapján szervezett területi járóbetegellátás támogatandó, de a létszám előzetes rendezése nélkül nem. Azzal, hogy mindenki kirendelhető lesz ez a kérdés nem oldódik meg, állandó konfliktus forrása lesz.

III. Fekvőbeteg-szakellátás:

- a létszámkérdést a döntés előtt felmérve, kell kialakítani a koncepciót. Az, hogy minden dolgozó változó telephelyű kinevezést kap nem megoldás, nem támogatható. Pl.: amennyiben valakit áthelyeznek egy másik telephelyre munkavégzésre, és ott pl. ügyeleti tevékenységet is el kell látnia, akkor ezzel akár még csökkenhet is a jövedelme, amennyiben az adott osztályra, ahova kihelyezték, az anyaosztályinál kisebb ügyeleti javadalmazás van megállapítva
- a Megyei Kórházak magas minőség/volumen összefüggésű ellátásokat nyújtanak, mint követelmény támogatandó, **de** ennek létszám a társszakmákban is és ellátási hely (műtő) biztosítása nélkül nem támogatható.
- az elvárt esteszám a szakmai gyakorlat szinten tartásának elengedhetetlen feltétele. A jelenlegi betegforgalom és a beteg tovább küldések alapján, most megmondható, hogy hol van elfogadható teljesítés.

- A beteglátogatási rend átalakításának indoka elfogadható, de ne internetes bejelentkezés alapján, hanem a beteg mondja meg ki lesz az a két látogató, akit vár.
- Nem tartjuk szerencsés megoldásnak, ezért meggondolásra ajánljuk, hogy egy teljes megyében az egészségügyi ellátás teljes vertikumában egy munkáltató legyen.

IV. Egészségügyi informatika – adatkezelés

- az egységes adatkezelés minden téren való megvalósítása és zavartalan működése elengedhetetlen, azt is biztosítani kell, hogy a TAJ számmal a beteg a saját dokumentációját megnézhesse.

V. A Nemzeti Laborhálózat kialakítása

- a koncepció támogatandó.
- a labor nem feltétlen önmagában gazdaságtalan, ez alapvetően a klinikusoktól függ.
- a vegyszer és műszer beszerzés lényeges szűkítése (csak egy szolgáltató nem biztonságos), sokkal olcsóbb és jobban szervezhető.
- alapkövetelmény kell legyen, hogy a sürgős jelzésű labor vizsgálat eredménye a lehető legrövidebb időn belül elérhető legyen.
- az újonnan bevezetett vizsgálatokról az igénybe vevő orvosokat tájékoztatni kell (mérés határok, gyógyszerfüggés, kor, nemi határok stb.)
- Az anyagszállítást, sürgős esetben is a leggyorsabb és legbiztonságosabb módon kell szervezni

VI. A szűrővizsgálatok rendszerének áttekintése támogatandó

VII. Illetmények

- 1. EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK ILLETMÉNYEN FELÜLI JUTTATÁSA
  - Ügyeleti díj és önként vállalt túlmunka díjazása a napi órabérnél alacsonyabb nem lehet. Tekintettel arra, hogy az ügyelet minden órája munkaidő (EU direktíva) ennek a szolgálati időbe történő beszámítása követelmény.

- 2020. ÉVI C. TÖRVÉNY módosítása
  - az eddigi és a korábban megállapított bértábla szerinti alapbér nem csökkenthető. Bármilyen ettől eltérő bérmozgás csak akkor vezethető be, ha az elrendelendő értékelési rendszer teljes terjedelmében vitára, véleményezésre került. Jelen formájában nem támogatható.
  - az Egészségügyi Szakdolgozók bérrendezése támogatandó.

VIII. Várólista csökkentés: rendezendő.

IX. Közreműködők

- a megfelelő létszám biztosításával a kivezetés támogatható

X. A szakápolás átalakításáról szóló új törvény koncepciója támogatandó

XI. A kötelező egészségbiztosítás pénzbeli ellátásait támogató informatikai rendszerek (e-Pell) kialakításához szükséges, egyes társadalombiztosítási törvények módosításáról

- támogatandó.

XII. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása a köznevelési intézmények által a SARS-COV-2 koronavírus elleni oltottsági státuszra vonatkozó adatkezeléshez kapcsolódó szabályozási környezetben tapasztalt hiányosságokkal összefüggésben

- támogatandó.

Miskolc, 2022. 11. 07.

Üdvözlettel:

Dr. Nagy Ferenc
alelnök
és
Dr. Csilek András
elnök
**Magyar Orvosi Kamara Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területi Szervezete**
Cím: 3526 Miskolc, Zsolcai kapu 19.
Telefon: 06-46/508-770 Fax: 06-46/508-771 Mobil: +36-20/665-26-58; +36-20/665-26-64
Honlap: www.mokborsod.hu e-mail: mokborsod@mokborsod.hu
ügy intézője: Salamon-Iván Krisztina

Gondolatok az “egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról”

2. pont 3 §

A betegek látogathatósága, és ápolása:
Ha egy családnak gondoznia kell egy beteget, nem életszerű, hogy egy áplója legyen 0-24-ben . A családtagok a feladatot megosztják egymással. A rájuk háruló teher, és az életben egyébként ellátott feladatuk szerint. Tehát nem lehet egy nevesített ápolót kijelölni.

Nem csak a betegnek van joga a hozzátartozóihoz, és a kapcsolattartáshoz, hanem a hozzátartozóknak is a beteggel való kapcsolathoz. Így a minősített esetekben minden gyermeknek akinek az anyja ott volt a születésénél, lehetősége kell legyen, hogy pl. az édesanya távozásakor jelen lehessen. Legyenek akár ketten vagy hárman is. Ez a hozzátartozó rokont megillető jog kell legyen. A család együttes jelenlétének lehetősége nem vehető el.

Az átalakítás kapcsán csak az az intézet kaphasson működési engedélyt ahol az “ egészségügyi szolgáltató infrastrukturális feltételei” lehetővé teszik az emberhez illő kapcsolattartást. Ez olyan szükségszerű mint a mosdócsap.
A covid kapcsán már fény derült arra amit mindíg és mindenki tudott, hogy ennek elmaradása milyen traumatizációkat okozott, és vannak akik inkább választják, választották a gyógykezelés elmeradásából fakadó biztos halált, mint annak a rizikóját, hogy elhagyatva kell átmenniük életük utólső nagy eseményén.
A látogatási szabályok kigondolásánál nem szabad a beteget izolált egészségügyi munkadarabnak gondolni. Ma már elismerten tudjuk, hogy az élet a kapcsolati rendszerekben zajlik. 168 órából önkényesen kötöt 6 órát megszabni a kapcsolatokban élés legetőségére, a beteg és a hozzátartozók számára is az eddigiekhez képest jelentős visszalépés. A segítő foglalkozásúnak lehetne a látogatás elősegítésével foglalkoznia, ahelyett hogy ismeretlenül, és szaktudás nélkül megpróbáljon kapcsolódnia egy krizishelyzetben lévő beteghez. A betegek érzelmi kiszolgáltatottságát izololációját fokozza, hogy a dolgozók vezényelhetőek, a jelenlétük nem tekinthető biztosnak.

6§.
Egy család működési rendje egy meghatározott napirendben alakul, és a családtagok egymás munkájára figyelemmel tudnak résztvenni a család életében. Ha a vezénylés miatt a közlekedési idő megváltozása ebbe belezavar akkor a család működésében, a gyermekek, idősek elláttásában is zavarok keletkezhetnek, az elhanyagolás a veszélyeztetés különböző fokai valósulnak meg. A dolgozó pszihoszociális egyensúlya megborul. Napi nyolc óra munka és három óra utazás mellett nem lehet egészséges családban élni. A munkahelyi légkörnek egészségmegörző szerepe is van, változó munkahellyel a munkhelyi közösségek szétzilálódnak. Emberek vagyunk közösségben akarunk létezni.

7§
A praxis elidegenítéshez megtalált és kiválasztott , esetleg bevezetett jelöltet a Praxiskezelő csak azután engedélyezi, ha a Praxiskezelőnek nincs más jelöltje.
A paxiskezelő elővételi joggal rendelkezik?
Megfizetteti a saját jelöltjével a mások által kínált árat?
Ha valaki praxist akar venni akkor a Praxiskezelőnél kell jelentkezzen?
A praxiskezelő jelöli ki, hogy melyik praxist veheti meg?
Milyen szabadséga van a választásban?
Hogyan alakul a praxis eladási értéke?

Központi becslés, meghatározott mutatók?  Mindenkinek mást érhet egy praxis a saját körülményeitől függően.
Ez az eladhatóságot, és a vásárlási kedevet is visszaveti.
Mit mutatnak a hatástanulmények?

13§
A praxiskezelő  módosítja a körzethatárokat. Milyen mértékben milyen garanciákkal? Ellehetetleníthet praxisokat, vagy degresszió fölé is emelhet? A praxis egyéni vagyoni értékű jog is.

A véleményt kikéri, amit szükség esetén vesz figyelembe.????

14§
Gyermekorvosi ügyeletet lát el a Mentőszolgálat. Tehát nem gyermekügyeletet akárkikkel, gyermekorvosi ügyeletet?

17§
eddig is a megfelelő informatikai rendszert használtuk, Most  csak egyfajta lesz? Ennek végtelen sok hátrányát látjuk.

19§
 jogszabályban meghatározott ellátásbiztonsági szempontok, jogszabályban meghatározott módon. Mik ezek a szempontok és módok. Kikre vonatkozik. Hogy érinti ez a háziorvososkat?

19, 2
Mi van ha a mentő nem fogadja el a megbízást? Mik a csábítás, mik a kényszerítés eszközei?

19,5
2024  után a mentőnek  az ügyeletet el kell vállalnia? Utána nem lehet szerződést kötni, és a régi megszűnik.

23§ 10. oldal
3,  a nem szolgálati jogviszonyú védőnőnek kevesebb a fizetése?

21§ 22§
Az illetmény csökkentés szabályait nem ismerjük, de lesznek. A minősítő eljárás nyilvános lesz?

Az emelésre nincsenek minőségi szabályok? 21§.  nem említ ilyeneket. Ez teljesen subjektív?

Az új gondolkodás a pénz újraelosztását jelenti, vagy van rá elkülönített forrás?

A teljesítménymuatók figyelmbe veszik az adott lehetőségeket is? Hiába akarnék pl. többet operálni, ha nincs műtősnő, vagy aneszteziológus, és a főnök nem enged. Ezek e lehetőségek meghatározhatják a fizetésem 60% -át?

A hasonló beosztású munkatársammal lesz az összehasonlítás?

A teljesítménymutatók értelmes teljesítmények felé sarkalnak majd? Főleg nem orvosi, és papírmunka lesz az elvégzeddő feladat?  Kérdőívek kitöltése?

A teljesítményem tárgyi akadályaira és személyi akakdályozóira milyen módon lehetek hatással?
Hogyan marad meg az érzésem, hogy kompetens vagyok a sorsomban?

Kire terhelik az elosztás felelősségét? Távol a vármegyében, vagy az osztályon dőlnek el a dolgok.

Egységekre leosztva lesz jutalomkeret?
Aki ügyesebben sündörög oda több lehetőség kerül?

Esetleg csak újraelosztási kötelezettség lesz.
Valkiktől el kell venni, hogy másoknak adni lehessen?
Ha elmegy az akitől elvettek miből kap aki marad? Az új beálló munkaerő az előző pénzét örökli, vagy borul a rendszer.
Minden a vármegyénél, mint egyetlen munkáltatónál dől el?

Jogorvoslati lehetőség lesz-e, he elvettek a fizetésemből, vagy ha én nem kaptam pluszt?
A döntés egy hónapra szól, vagy visszavonásig?
Vannak-e kötelező újraértékelő időszakok?
Kamara szerepe az értékelésben?

A munkaszerződésben meg kell határozni az illetményt. Ez most -tól -ig lesz? Mindíg lesz szerződésmódosítás. Ez nem kiegészítés, jutalom, büntetés?

A rendszer feltételezi, hogy a fizetés 20 %-a mint szabadjövedelem szerepel a dolgozók családi jövedelmében. Tehát az alapszükségletek a 20% nélkül is kielégíthetők.
Hogyan számol azzal, hogy a kieső jövedelem pótlására más források után kell néznie. Pl. többletmunka máshol, stb. Esetleg csak máshol. Ez hogyan lesz hatással a teljesítményére, motivációjára?

Mit mutatnak a hatástanulmányok?

Változó munkhely, változó munkaidő, változó fizetés fogja megteremteni a stabil dolgozó kollektívát?

Ez nagyfokú kiszolgáltatottságot és visszaélési lehetőséget eredményez. A munkásarisztokráciáról már régebben tanultunk, de a mi történelmünkben is voltak az egyenlőbbek. A dolgozól között 60 % os bérfeszülség nagyon soknak látszik.
Teljesen titkos lesz ki kapott többet? Ha az orvosk és a szakdolgozók bérfeszülsége kezelhetetlen akkor a szakdolgozók közötti feszültség hogyan lesz pályán tartó erő?

23§

A munkaerő kölcsönzésre nem azért volt szükség mert nem volt hiány, hanem mert volt. A kölcsönzött munkaerő kiesésekor ki fog dolgozni? Az illetményük a szuperbruttóval ( összes munkáltatói járulék ), éjszakai, hétvégi pótlékokkal, szabadsággal, betegállománnyal helyettesítéssel, a helyettesítő túlórájával stb. együtt mennyivel volt lényegesen magasabb?
Mit mutatnak a hatástanulmányok?

A szakorvoshiányt csak rezidens helyek létesítésével lehet enyhíteni.
Ha nincs elég fiatal, ne az időseket okoljuk, hogy megöregedtek.

E-mailben érkezett.

Javasoljuk, hogy a Kamara az előterjesztés elfogadhatatlanságát hangsúlyozza.

- A nagy megerősítés mellett semmi szó nincs arról, hogy az orvosbérek értéktartása 20% infláció mellett hogyan is fog megvalósulni, hogyan fog történni a "minőségellenőrző rendszer", jó káder/rossz káder alapon?
- Ellenben 20%-os büntető bércsökkentés lehet?
- Az ügyeleti bérezés és annak kaotikus voltáról nincs benne semmi.

Nyilvánvalóan, ha lehetőséget és megfelelő időt biztosítanak készséggel részletesen teszünk javaslatokat az egyes pontokra, ehhez szükségünk lenne még az általuk tett kijelentések mögötti kutatási eredményekre, adatokra, kimutatásokra, valamint szívesen végzünk szakmai szereplők és szakértők körében egyeztetéseket, de a MOK csak az általa ilyen módon adott javaslatok teljes elfogadása alapján tudja csak támogatni.

Heves Megyei TESZ nevében: Hoffmann Anita

*M E D I C I N A  2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

**Dr. Takács Péter**
**ÁLLAMTITKÁR**

**Belügyminisztérium**
**Egészségügyért Felelős Államtitkárság**
Budapest

**Tisztelt Államtitkár Úr!**

**A Medicina 2000 Szövetség véleménye az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről és a kapcsolódó normaszövegről:**

**Az alapellátási ügyelet koncepciójához**
Ezidáig a háziorvosok munkanapokon sok helyen 20:00 óráig tartó rendeléseket is biztosítottak az általuk ellátott lakosság számára. Ez fontos a munkaidő után is igénybe vehető, elektív, vagy csak korlátozottan sürgős ellátások esetében. Az előterjesztés átalakulást bemutató részében azonban a járási ügyeleti központokban háziorvosi ügyelet formájában történne a 16:00 óra utáni rendelés. Véleményünk szerint ez a munkavállalók számára hátrányt jelentene, munkaidő után nehezebben jutnának el háziorvosukhoz (vagy ki kell várniuk, hogy a háziorvos ügyeljen éppen a járási alapellátási ügyeletben?). Ez hozzáférési romlást, vagy szabadság/táppénz igénybevételét fogja igényelni a munkavállalók részéről, a táppénzes napok számának növekedésével. Javasoljuk e szempont szerint az előterjesztés átgondolását. Mivel az orvosok átlagéletkora 60 év feletti, kérdéses, hogy vállalják-e ezt a beosztást, valamint az esti és a hétvégi ügyeletet. Kockázatként jelentkezik, hogy vissza fogják adni a praxist, növelve ezzel a betöltetlen körzetek számát.

**Az egészségügyi dolgozók illetménye**
1. Az egészségügyi dolgozók illetményen felüli juttatásának felsorolása nem tartalmazza a szolgálati elismerést, pedig az nagy, és az intézmények számára nem kezelhető és kiszámíthatóan jelentkező költségterhet jelent. Nem tehetnek arról, hogy milyen hosszú szolgálati jogviszonnyal rendelkező kollégákat munkáltatnak, és ez finanszírozási egyenlőtlenséget szül az intézmények között. Szükséges lenne ennek is beillesztése a felsorolásba, illetve annak finanszírozására a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendeletben történő megjelenítéssel. Javasoljuk evvel kiegészíteni az előterjesztést. Fontos megjegyezni, hogy a + 20 %-os munkáltatói bérkiegészítésre is jó lenne, ha minden intézmény - mondjuk a TVK-ja arányában - kapna egy éves keretet, amiből a munkáltató ezt (valóban azoknak, akik ezt megérdemlik) biztosítani tudja. A negatív eltérítést a jelenlegi HR helyzetben nagyon veszélyesnek tartjuk.

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre
*Titkár:* Kiss Ilona
*Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc, Bodroghelyi László, Dr. Kiss Marianna, Dr. Mechler András, Dr. Pál Miklós, Dr. Szarvas Tibor, Dr. Tóth József

*M E D I C I N A 2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

2. Az egészségügyi intézmény az egészségügyi szakmát kiszolgáló gazdasági, műszaki, informatikai területek gyakorlati szakemberei nélkül életképtelenek. A működtetéséhez szükséges készségű, képességű, végzettségű szakemberek elvándorlásának megállítása érdekében elkerülhetetlen ezen terület béremelésére többletforrások biztosítása.

3. Évek óta jelzik a szakmai szervezetek, hogy ezen a területen is meg kellene valósítani a nyugdíjasok továbbfoglalkoztatásának lehetőségét.

**Közreműködők, személyes közreműködők kivezetése a rendszerből**

1. Az előterjesztésben nem egyértelmű, hogy a személyes közreműködő, vagy a közreműködő feladatellátási lehetősége szűnik meg. A normaszöveg mindkettő kivezetését előírja 2024. január 1-től, míg a normaszöveghez csatolt indoklás csak a személyes közreműködőkét. Az előterjesztés azt is tartalmazza, hogy az *„intézkedés finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb lenne az egészségügyi szolgáltatók számára, hiszen a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók.”* Ez nem igaz, hiszen a személyes közreműködők az OKFŐ utasítása szerint nem kaphatnak többet, mint az eszj alatt állók 2021-ben, egy teljesített órára vonatkozóan. Azonban az is igaz, hogy intézmények számára valóban van előnye az eszj alatt történő alkalmazásnak, hiszen ahhoz bértámogatást kapnak a NEAK-tól. A közreműködők kivezetése lehetetlenné teszi a járókban az egynapos sebészetek működtetését. Amennyiben a személyes közreműködőket kivezetik, úgy valamilyen egyszerűsített alkalmazási formát bevezethetnének, főleg a kisebb óraszámú rendelők, vagy a helyettesítés esetében lenne ez fontos. Ennek hiányában a kisebb szakrendelőkben teljes szakmák szűnnének meg, a nyugdíjasok sem dolgoznának tovább. Ez a foglalkoztatási forma teszi lehetővé, hogy a háziorvosok egyéb szakvizsgájukkal 1-1 napot a szakrendelőben rendelhessenek.

2. Az intézmények nem csak társadalombiztosítási finanszírozással látnak el egészségügyi feladatot. Ilyen például a foglalkozásegészségügy. Ebben a körben nem indokolt a közreműködői szerződések tiltása. Egyes esetekben - országos lefedettség, távolabbi telephelyek ellátása - kapcsán nem lenne méretgazdaságos saját telephely kialakítása saját munkavállalókkal, e tiltás rontaná az ellátási hatékonyságot. Javasoljuk a tiltást csak a tb finanszírozott tevékenységekre szűkíteni, és ezt megjeleníteni a normaszövegben is.

**A védőnők kórházhoz való integrálása**

A védőnők kórházhoz való integrálását nagyon kockázatosnak tartjuk. A védőnők zöme területi és iskolavédőnő, akik az önkormányzatok tulajdonában lévő tanácsadókban, illetve a területi iskolákban dolgoznak szoros kapcsolatban a gyermekorvosokkal és az iskolaorvosokkal. A szövegben nem szerepel, hogy kapcsolatot tartatának a gyermekorvosokkal, és szó sem esik az iskolaorvosokról. Amennyiben a védőnők a járási kórházakba kerülnek, úgy lazul a kapcsolatuk a gyermekorvosokkal, ami ellátáshatékonyságot ront.

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre
*Titkár:* Kiss Ilona
*Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc, Bodroghelyi László, Dr. Kiss Marianna, Dr. Mechler András, Dr. Pál Miklós, Dr. Szarvas Tibor, Dr. Tóth József

*M E D I C I N A 2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

**Szakrendelők állami irányítás alá vétele**

Véleményünket többször elmondtuk e témában. Alapvetés: 2013-ban már minden magyar önkormányzatnak lehetősége volt átadni a szakrendelőjének fenntartását az államnak. Jelenleg így csak azok az önkormányzatok rendelkeznek tulajdonosként önálló járóbeteg szakrendelővel, akik kifejezetten akarták ezt. Nem véletlen, hogy ezek az önkormányzatok fontosnak tartják a járóbeteg szakrendelőjüket, azt saját anyagi forrásokból folyamatosan fejlesztették, támogatták.

- Költséghatékonysági okból minden egészségügyi rendszerben cél a beteg kórházon kívüli ellátása, gondozása. Szoros járóbeteg szakellátási gondozással elkerülhető számos kórházi felvétel, ez pedig a független járóbeteg szakellátásban valósulhat meg leginkább. Ambuláns ellátási formában 4-6x olcsóbb az ellátás, mint fekvőbeteg formában.
- A szakrendelők függetlensége biztosíthatja, hogy a szakrendelő ne csak a kórházi osztály előszobája legyen, hanem érdemi ellátást nyújtson a lakosságnak. Ugyanis a kórházak által működtetett szakrendelőkben az orvosok – mivel szoros kapcsolatban állnak az adott szakrendelés kórházi osztályával – gyakran az osztályról ideiglenesen kihelyezett orvosok, akik nem abban érdekeltek, hogy definitív ellátást adjanak, hanem abban, hogy minél több beteget utaljanak a saját osztályukra, így növelve az adott osztály forgalmát és finanszírozását.
- A kórházak nagy részében még mindig nincs elkülönítve a járó-és fekvőbeteg ellátó részleg. Az orvosok a fekvőbeteg osztályon „ambulálnak” (munkaidőben pl. két műtét között). A betegeket nem előjegyzés alapján látják el, hanem érkezési sorrendben, így a betegeknek egy ambuláns ellátás során akár 6-8 órát is várakozniuk kell a tömött kórházi folyosókon. Ezzel szemben a független rendelőintézetekben az ellátás sokkal szervezettebben, előjegyzés alapján történik, így a betegnek így jóval kevesebb időt kell eltölteni a rendelőben, az orvos csak az ambuláns betegellátással foglalkozik, így nagyobb figyelem is jut az ellátottakra.
- A központosított rendelések miatt romlana a betegek hozzáférése az ellátásokhoz. Megnőne az utazási költség, ami mind a betegek, mind az ellátórendszer részéről többletköltséggel járna. (Utazási utalványok, betegszállítás költség növekedése, rokoni támogatás az odajutáshoz). A megnövekedett várakozási idők és/vagy utazással töltött időveszteség miatt jelentősen nőne a munkából kiesett napok száma. Ide kapcsolódik, hogy az önkormányzatok sokhelyütt támogatják a lakosok eljutását a rendelőintézetekbe.
- Több lakossági felmérés tanúsítja, hogy ma a legnagyobb elégedetlenséget a szakellátásban tapasztalható a hosszú betegfogadási és várótermi várakozási idők okozzák. Ez a probléma az előző két pontban részletezett okok miatt a kórházi járóbeteg szakellátást érinti, nem pedig a független rendelőintézeteket, ahol az ellátás előjegyzés alapján történik.
- A kórházfüggetlen járóbeteg ellátás, a jelenlegi finanszírozási keretek között jelentős, rendszerszerű adósságállomány képződése nélkül működik, amiben szerepe van a gondoskodó önkormányzatoknak éppúgy, mint a jobban megtestesülő helyi vezetői és fenntartói felelősségnek is.
- A független szakrendelők tulajdonosai, a helyi önkormányzatok által nyújtott eddig a felújítási és fejlesztési támogatások az intézményekkel együtt automatikusan elvesznek, ami az érintett önkormányzatok számára vagyonvesztésként jelenik meg.

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt *Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc Dr. Szarvas Tibor
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László Bodroghelyi László Dr. Tóth József
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor Dr. Kiss Marianna
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre Dr. Mechler András
*Titkár:* Kiss Ilona Dr. Pál Miklós

*M E D I C I N A 2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

- Sok településen, illetve fővárosi kerületben, ahol nincs kórház, a település egészségügyi ellátását a szakrendelők irányítják. Részt vesznek a prevenciós programok szervezésében, irányításában, ezzel javítva a helyi lakosok egészségi állapotát. Ezt a távoli kórházvezetés biztosan nem fogja tudni megtenni.
- Ezért sokhelyütt a szakrendelőhöz integráltan működik az alapellátás egy része (védőnői szolgálat, gyermekfogászat, iskolaorvosi ellátás). A szakrendelők kórházhoz csatolásával ezek ismét közvetlenül az önkormányzatokhoz kerülnének, melyek koordinálására az önkormányzatoknak személyzetet kell kiállítani, illetve akár új helyszín is keresni nekik.
- Az államosítással összességében a fenntartói „figyelem", felelősség messzire kerül az intézménytől. Csökken a direkt állampolgári kontroll, a helyi igényekre történő rugalmasabb és gyorsabb alkalmazkodás. Az esetleges államosítás során személytelenné válnak, kiüresednek, elvesznek azok az együttműködések a helyi társadalom szereplőivel, amelyek mozgatórugói a prevenciós tevékenységeknek.
- Egynapos sebészetek alacsony szövődmény rátája az önálló járóbeteg rendelőkben egyértelműen bizonyított, mivel a beteg valóban egynapos ellátást kap, nem keveredik a kórházban fekvő betegekkel és a fekvőbeteg ellátást végző személyzettel. A műtéti előkészítés, a műtét és az utókezelés lakóhelyhez közel történik meg, a beteget nem kell kitenni az utazás (utaztatás) fáradalmainak és költségének. A szakrendelők kórházakhoz történő integrálása nyomán a jelenleg működő szakrendelői egynapos sebészetek centralizálása várható, amely ellentmond a világtrendeknek.
- Amennyiben kórházi irányítás alá kerülnek a szakrendelők, elsorvadnak, ez látható a 2013-ban az ÁEEK által átvett szakrendelők többségénél, amely pedig tovább fokozza a magyar ellátórendszer nemzetközi összehasonlításban is igazolt kórházcentrikusságát. Az államosított rendelőintézetek működése lomhább lesz, intézkedéseket helyi szinten nem tudnak hozni az ellátás rugalmasan változó igényeihez. Konkrét rossz példák:
  - Sátoraljaújhelyi Kórház bezárta a Gönci Szakrendelőt, nem is nyitja újra. A helyiek most küzdenek érte.
  - A II. kerületi Szakrendelő vegetált mindaddig, amíg a Szent János Kórházhoz volt integrálva, és az Önkormányzat át nem vette.
  - MÁV Központi Kórház Rendelőintézete: teljesen leamortizálódott a rendelő (beázás, ablakok, liftek, gépészeti egységek), nem érkeztek műszerek abban a pár évben, mikor nem volt önálló.
  - 1983 és 2003 között a XVI. kerületi szakrendelő a Péterfi Sándor utcai kórházhoz tartozott. Az épület teljesen leamortizálódott az idő alatt, életveszélyessé vált (egy ablaka ki is esett), az átvételt követően az önkormányzat 500 millió forintot költött rá, két évig tartó felújítás formájában.
  - Szigetszentmiklós, Nagykáta szakrendelők helyzete
  - A XX. ker. Szakrendelő, Ady u.-t a Jahn Ferenc Délpesti Kórházhoz integrálták, az önkormányzat támogatja a működését (hogy egyáltalán fennmaradjanak).
  - Sokszor a kórházak eddig sem igazán tudtak mit kezdeni a hozzájuk „integrált" rendelőkkel (lásd Bajcsy Kh-hoz csapott Gyömrő és Monor esetét), azok műszaki, informatikai, szakmai integrációja nem történi meg, hivatalosan a rendszer részei, de

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt *Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc Dr. Szarvas Tibor
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László Bodroghelyi László Dr. Tóth József
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor Dr. Kiss Marianna
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre Dr. Mechler András
*Titkár:* Kiss Ilona Dr. Pál Miklós

*M E D I C I N A 2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

Félő, hogy a kórházakhoz történő integráció a kórházakra is olyan terhet ró majd, amit nem fognak tudni kezelni. Fontos az alap- és fekvőbetegellátás mellett a járóbeteg ellátás szerepéről, helyéről is egyeztetni, hiszen egy jól működő szakrendelői hálózattal hatékonyan elláthatók a diagnosztikus és gondozási feladatok, így kevesebb beteg kerül kórházba, amivel a magas költségen működő sürgősségi osztályok, de általában az egész kórházi ellátórendszer válláról is sok terhet lehet levenni – költséghatékonyan. E célok eléréséhez fontos a járóbeteg szakellátás autonómiája, amelynek záloga az önkormányzati fenntartás, illetve kórházon belül az autonóm működés. A független járóbeteg intézmények képesek definitív módon, jól szervezetten ellátni ezt a funkciót

Mit is gondolnak erről az önkormányzatok? Erről a Szövetség a tagintézményei, és azok tulajdonos önkormányzatai körében gyors felmérést végzett 2022. július első felében. A megkérdezettek között kormánypárti, ellenzéki és független önkormányzatok (polgármesterek) egyaránt szerepeltek, és elöljáróban elmondható, hogy a válaszok egységesek voltak, nem játszott bennük szerepet az egyes önkormányzati tulajdonos pártszínezete.
Összesen 35 intézmény adott választ kérdéseinkre. A kérdésekre a válaszokat az iskolai osztályzatokhoz hasonló módon lehetett megadni: 1: nem értek egyet; 2: kicsit egyetértek; 3: inkább egyetértek; 4 teljesen egyetértek a kijelentéssel.

- Az első állítás „Az önkormányzat fél, hogy romlik az ellátás szervezettsége az állami átvételt követően”-ra adott osztályzatok átlaga 3,82 volt, gyakorlatilag minden önkormányzat fél, hogy romlik az ellátás szervezettsége, ha az állam átveszi. Sok településen, illetve fővárosi kerületben, ahol nincs kórház, a település egészségügyi ellátását a szakrendelők irányítják. Részt vesznek a prevenciós programok szervezésében, irányításában, amit a távoli kórházvezetés biztosan nem fog tudni megtenni. Az államosítással összességében a fenntartói „figyelem”, felelősség messzire kerül az intézménytől. A fenntartók és lakosság is érzi, hogy csökken a direkt állampolgári kontroll, a helyi igényekre történő rugalmasabb és gyorsabb alkalmazkodás.
- Sokhelyütt a szakrendelőhöz integráltan működik az alapellátás egy része (védőnői szolgálat, gyermekfogászat, iskolaorvosi ellátás), és „Az önkormányzat szeretné, ha az alapellátással együtt maradna a rendelőintézet” állításra adott válaszok átlaga 3,75 volt, tehát a tulajdonos önkormányzatok érzékelik az előnyeit, hogy egy intézmény fogja össze mind az alap, mind a szakellátást a településen, márpedig az államosítással az alapellátástól távolabb kerülnének a szakrendelők, a meglevő kapcsolatrendszerek lazulnának. Mindezzel a teljes egészségügyi infrastruktúra is veszítene működési hatékonyságából.
- Nem véletlen tehát, hogy „Az önkormányzat nem támogatja, hogy a rendelőintézetet a területileg illetékes kórházhoz integrálják” állításra adott válaszok átlaga 3,71 lett, azaz kvázi minden tulajdonos aggódik a területileg illetékes kórházhoz történő integráció miatt. A 2013-ban az ÁEEK által átvett szakrendelők többségénél sajnos jól látható, hogy amennyiben kórházi irányítás alá kerülnek a szakrendelők, elsorvadnak – a kórházak nyomasztó problémái miatt a járóbeteg szakellátás rendre háttérbe szorul, csökken a színvonala, és megint kórházcentrikussá válik az ellátás.
- Ha a kérdést a másik irányból tettük fel: „Az önkormányzat megnyugszik, ha az állam átveszi a rendelőintézetet” állításra adott válaszok átlaga 1,15 volt, azaz nem okoz fellélegzést az önkormányzatoknak a rendelőintézetük elvesztése.

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt *Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc Dr. Szarvas Tibor
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László Bodroghelyi László Dr. Tóth József
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor Dr. Kiss Marianna
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre Dr. Mechler András
*Titkár:* Kiss Ilona Dr. Pál Miklós

*M E D I C I N A 2 0 0 0*
**MAGYAR POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG**
**1062 Budapest, Podmaniczky u. 109. Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf.: 608.**
**Telefon: +36(1)881-0191 Fax: +36(1)881-0192**
**E-mail: titkarsag@medicina2000.hu Web: www.medicina2000.hu**

Mindezeken túl sokszor a független szakrendelők tulajdonosai, a helyi önkormányzatok biztosították eddig a felújítási és fejlesztési forrásokat, egyes önkormányzatok pedig működési támogatást is nyújtanak intézményeiknek. Az állami tulajdonba vétel után ezek a források értelemszerűen elvesznek, így az államosítás a magyar egészségügyi rendszerből történő nettó forráskivonást jelentene!

- Ezzel egybevág, hogy „Az önkormányzat továbbra is támogatná anyagilag a rendelőintézetet, amennyiben fenntartásában marad.” állításra adott osztályzatok átlaga 3,71 volt, tehát a tulajdonos önkormányzatok továbbra is támogatnák anyagiakkal a rendelőket, amennyiben a fenntartásukban maradnak.
- A konkrétumok érdekében azt is megkérdeztük, hogy „Az elmúlt három évben évi átlagban mekkora beruházási és működési támogatást kapott az intézmény az önkormányzattól?”, így már azt is tudjuk, hogy CSAK a válaszadó rendelőintézeteket évi 5,85 milliárd forinttal támogatják az önkormányzatok. Erről nem lehet lemondani.

Amennyiben a járóbeteg szakrendelőket államosítják, úgy javasolják, hogy az önkormányzati tulajdonban lévő szakrendelőket az állam bérelje. A szakrendelőkben jelenleg nem csak szakellátás, hanem alapellátás is folyik (fogászat, háziorvosi rendelő, védőnői tanácsadó, orvosi ügyelet stb.) Ez extrém módon bonyolítaná az épületek fenntartását, működtetését!

A szakrendelők államosításával kapcsolatban, már az is előrelépés lenne, ha az önkormányzatok továbbra is eldönthetnék, hogy akarják/tudják-e működtetni.

Budapest, 2022. november 7.

Tisztelettel:

Dr. Pásztélyi Zsolt
elnök

*Elnök:* Dr. Pásztélyi Zsolt
*Elnökhelyettes:* Dr. Polák László
*Elnökhelyettes:* Dr. Tóth Tibor
*Örökös tiszteletbeli elnök:* Dr. Varga Imre
*Titkár:* Kiss Ilona

*Elnökségi tagok:* Dr. Berzéki Ferenc, Bodroghelyi László, Dr. Kiss Marianna, Dr. Mechler András, Dr. Pál Miklós, Dr. Szarvas Tibor, Dr. Tóth József

E-mailben érkezett

Tisztelt Elnök Úr!

A salátatörvény egyes elemeivel kapcsolatos észrevételek:

- **alapellátás szerkezeti átalakítása**: 2028-ig meg akarják szüntetni az 1.200 fő alatti praxisokat. Ez a praxisok kb. 30%-a (Baranyában 40%). Úgy látszik, hogy az elöregedő háziorvosok és egyre több betöltetlen praxis (kb. 10%) problémáját a körzetek számának csökkentésével, az egy praxisra jutó nagyobb betegszámmal akarják megoldani. 1.500 fő felett már a betegellátási, gondozási és az egyre inkább előtérbe kerülő prevenciós tevékenységek minőségének romlásával jár, nem véletlenül lép már itt érvénybe a degresszió a NEAK finanszírozásában. A körzethatárok kijelölése átkerül az önkormányzatoktól az OKFŐ-höz, ez önmagában még nem lenne aggályos, de ha ezzel a nagy (az előterjesztésben 2.000-2.500 fős) praxisok kialakítása a cél, ez sok helyen az ellátáshoz jutás feltételeit ronthatja (aprófalvas területek, mint pl. Baranya), és a praxisban végzett szakmai tevékenység színvonalát is kedvezőtlenül befolyásolja. Ezen kívül a körzethatárok módosításánál csak az önkormányzatok és NEAK véleményét kérik ki, az érintettek, illetve az alapellátási helyi képviselőinek (pl. kollegiális vezetők) és az ellátott terület lakosságának a véleményét sem. Ezen kívül mi lesz az 1.800 megszüntetendő praxis orvosaival és szakdolgozóival? Ki fogja a végkielégítésüket kifizetni (jellemzően az orvos alkalmazottai, de nem ő szünteti meg az állást), illetve ki fogja kárpótolni a praxisjogukért a háziorvosokat?
- **háziorvosi ügyelet átalakítása**: az ügyeletek a jelenlegi struktúrában - főleg a humán erőforrás hiánya miatt - valóban nehezen tarthatók fenn. Az OMSZ koncepciójában nem tisztázott a háziorvosok részvételének részletei (kötelező, opcionális), illetve az előterjesztés szövegében nagyon homályos a helyszíni ellátás meghatározása: "16-08-ig illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt". A tervezet szerint háziorvos 16-22-ig és hétvégén 8-14-ig tart ügyeletet. Ezen időszak alatt, ha ki kell vonulni, ki látja el az ügyeletbe érkező betegeket, ha a háziorvos kivonulásra kap utasítást? És a fennmaradó időben, amikor nincs ügyeletben háziorvos (22-08-ig), hogyan értelmezhető a kivonulás, kinek jelzik a kivonulási igényt? Remélhetőleg nem kerül visszaállításra a "háziorvosi készenlét" intézménye?!
- **miniHIS kötelező használata** az alapellátásban: a jelenlegi fejlesztés szintjén az államilag fejlesztett és preferált szoftver használhatósága meg sem közelíti a legtöbb praxisban használt piaci medikai szoftverek használhatóságát. Amennyiben ezek követik a jogszabályban előírt fejlesztéseket, maradhassanak továbbra is használhatóak az ellátásban
- **a fekvőbeteg ellátásban** megjelenő "**segítő személy**" lehetősége feltehetőleg a jelentős nővérhiány miatti ápolási problémák megoldására tett próbálkozás, ugyanis így lehetővé teszik, hogy a hozzátartozó bejárjon a kórházban fekvő beteg hozzátartozóját ápolni, de ez pozitívum is egyben, hogy a beteg személyes kapcsolata megmaradhasson a kórházi kezelés ideje alatt is
- **vármegyei munkáltatói jog, közreműködői jogviszony** megszűntetése: az adott megyében minden kórházi dolgozó változó telephellyel kerül alkalmazásra, és bárhová vezényelhető, ahol maximum 3 órányi utazással ellátható a szükséges feladat. Ez valószínűleg sok eddig még hivatástudatból a rendszerben maradt

munkaerő elvándorlását fogja eredményezni, csakúgy, mint a személyes közreműködői jogviszony megszűntetése
- **egészségügyi dolgozók minősítése és illetményének csökkentése, emelése**: A MOK béremelési megállapodása szerint az eszjv tv. által meghatározott bérektől lefele nem lehet eltérni. A +40% juttatás a jelenlegi 20%-hoz képest előrelépés.
- **a szakápolási központok** leválasztása az egészségügyről valóban indokolt, ha majd a végrehajtási rendeletben megfelelő mennyiségű elérhető férőhely lesz megfelelő területi elosztásban.

Ami hiányzik az előterjesztésből:
- az alapellátás prevenciós lehetőségeinek bővítése többletszolgáltatást nyújtó szakemberek bevonásának lehetőségével (prevenciós nővér, APN-ek szerepe, gyógytornász, dietetikus, stb.)
- az alapellátásban már meglevő szakmai kompetenciák (szakvizsgák, licencek), valamint a majdan megszerezhető jártasságok (UH, sebkezelés, stb.) használatának lehetősége megfelelő kompetenciák és finanszírozás biztosításával (már évek óta szóban forgó téma)
- az 502/2021. (VIII.18.) Kormányrendelet szerint felállítandó járási alapellátási központok helye és szerepe az ellátórendszerben

Egyelőre a küldött anyagra ennyit tudunk reflektálni.

Üdvözlettel:

Dr. Verzár Zsófia elnök
Dr. Princz János titkár

**E-mail-en érkezett**

**Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása**

Az alapellátási ügyelet ellátórendszer átalakításához – az országosan egységes ügyeleti ellátás biztosításához – azonos szempontok szerinti ügyeleti ellátás megszervezése szükséges. Erre kiváló támpontot ad a másfél éve tartó Hajdú-Bihar megyei pilot program, amelynek lényege, hogy a rendelési idő végétől a háziorvosi ügyeletet az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ) szervezi és látja el.

A HBM-i pilot objektív és szakszerű értékelése nem történt meg. Ez alapján sem a területi sajátosságokat, sem a humán erőforrás igényt megfelelően felmérni nem lehet. A pilot eredményessége manipulált, kozmetikázott és koncepciózus eredményt hozott.

A tapasztalatokra alapozva megállapítható, hogy este 10 és reggel 6 óra között gyakorlatilag csak sürgősségi ellátás, illetve mentési feladat merül fel az háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik.

„Szabályos háziorvosi tevékenység” maliciózus kifejezés. A sürgősségi betegellátás is háziorvosi kompetencia és feladatkör jelenleg! A „kiterjesztett háziorvosi rendelés” kifejezés degradálja a háziorvosi munkát. Amennyiben „alapellátási ügyeletet” szervezünk, annyiban a feladatellátást és betegforgalmat is lehet ebben az irányba szabályozni. Amennyiben „háziorvosi rendeléseket” tartunk az ügyeleti időben, azok – ismerve a betegek igényeit – szabályozhatatlan betegáradattal és követelményekkel járnának.

Jelenleg az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján az önkormányzat és a háziorvos között kötött feladat-ellátási szerződésben kell rögzíteni az ügyeleti feladatokban való részvétel rendelkezéseit, azonban ez számos esetben nem történik meg.

Kötelező elem – a működési engedély kiadásának feltétele – a feladatellátási szerződésekben ez a pont. Milyen felmérés alapján állítható, hogy ez nem történik meg?

A gyakorlatban a feladat- ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat. Az önkormányzat ezért háziorvosi ügyeleti szolgáltatót bíz meg az ügyeleti feladatok biztosítására, esetenként többletfinanszírozással. Ahol ez nem megoldható, azon a településen a háziorvosi ügyeletet vállalók többletterhelése jelentkezik.

Ez a megállapítás csúsztatás és alkalmas a háziorvosi szolgálatok rossz fényben való feltüntetésére. Érzelmi színt visz az indoklásba. Ráadásul nem is igaz, hiszen az ügyeleti ellátás minden önkormányzatnak pluszkiadást jelent, akármilyen szolgáltatóval köt szerződést. Minden esetben ügyeleti szolgáltató végzi az ügyeletet. Ebben változó mértékben vesznek részt a területen dolgozó háziorvosok. Nem azért bíz meg az önkormányzat egy szolgáltatót plusz költségért, mert a háziorvos nem vállalja az ügyeletet! Ez a megállapítás teljes tudatlanságot és rosszindulatot feltételez.

Ennek az a következménye, hogy a működés nem optimális, nincs fölötte minőségi kontroll, illetve az ezzel kapcsolatban kiáramló pénz sem ismert.

Ezért – a fent jelzett pilot alapján – úgy kerül megszervezésre az ügyeleti ellátás, hogy a városi kórház koordinálásával minden járásban, a járásközpontban háziorvosi ügyelet lesz, amit a járásban dolgozó háziorvosok végeznek, illetve hétvégén és ünnepnapon is napi 6 órában (8:00-14:00) biztosítanak

Teljesen zavaros elképzelés, hogy a „városi kórház" mit definiál, és hogy mit jelent a koordinálás.

A kórház nem koordinálhatja és vezényelheti a háziorvosok munkáját!

A „háziorvosok végeznek" kifejezés szintén a teljes hozzá nem értés bizonyítéka. Olyan rendszer, amely visszavezet minket a 1970-es évekbe biztosan nem kivitelezhető és szakmailag is teljesen elfogadhatatlan.

Sajnos a „járásközpontok" megfogalmazás is csúsztatás, hiszen a korlátozottan megismert OMSZ-os előterjesztés nem minden járásközpontot jelölt meg ügyeleti helyszínként. Sőt a legtöbb megyében megyén kívüli központokat nevesít! Az alapellátási ügyeletek központjai nem lehetnek megyén/járáson kívüli helyszínek!

Az ettől eltérő időkben, tehát hétköznap 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén, illetve ünnepnapokon 14:00-08:00-ig az OMSZ biztosítja az ügyeletet a járás létszámától és a szolgálat igénybe vételétől függően diszpécser szolgálattal, vagy központi kivonulással, vagy helyi járási kivonulással, orvossal, mentőtiszttel, vagy APN-nel. Ha az ellátás mentőtiszttel, vagy egyetemet végzett ápolóval történik, akkor a telemediciális konzíliumot ők biztosítják.

A kórház koordinálásával-hogyan?
A járásban dolgozó háziorvosok végeznek…..,
Példaként az enyingi járás:
Dég, - jelenleg nincs orvos, helyettesítéssel ellátott
Enying, összesen öt körzet van, ebből 3-ban van orvos
Kisláng, 1 orvos
Lajoskomárom, 1 orvos, nyugdíjas, 70 év felett
Lepsény, 2 orvos
Mátyásdomb, - jelenleg nincs orvos, helyettesítéssel ellátott
Mezőkomárom,
Szabadhídvég a két településen 1 orvos
Mezőszentgyörgy, 1 orvos
13 körzet – 9 orvos, abból 1 fő 70 feletti nyugdíjas
Finanszírozás? Ki és mennyit?

Háziorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete

A háziorvosi ellátás és az ügyelet az alábbiak szerint szerveződik, illetve szükséges biztosítani:

- 08:00-16:00-ig hétköznap a háziorvos saját rendelőjében, a területéhez vagy a praxisközösség területéhez tartozó betegek háziorvosi ellátása (pl. szűrés, vizsgálat, beutaló, receptírás),

A sürgősségi ellátást ezen időszak alatt ki látja el?

- 16:00-22:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon 08:00-14:00-ig a háziorvos ügyeletet lát el a járási szakrendelő területén, azon városi kórház szervezésében, amelyhez a járás területileg tartozik.

Nonszensz! Mit jelent ez az ügyelet? Két orvos, sofőr, asszisztens? Ugyanaz a struktúra, mint eddig, csak fele pénzből és az ügyeleti betegellátás 95%-t?

- 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén 14:00-08:00-ig a háziorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó orvosi ügyeletet az OMSZ biztosítja.

- 16:00-08:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt.

Ez a teljes káosz és kompetencia határok átlépése! A kivonulási igényt minden esetben az OMSZ látja el, amennyiben a háziorvosi ügyelet a járási rendelőben folyik. Amennyiben ez nem valósul meg, úgy értelmetlen és fokozott terhelést kap a háziorvosi ügyelet: biztosítania kell a kijárás feltételeit; az OMSZ szakmai felügyelete méltatlan helyzetet és vállalhatatlan dokumentációs terhet jelentene.

Teljesen felesleges a külön háziorvosi ügyelet fenntartása. Nincs olyan ügyeleti időre eső feladat, ami nem lenne halasztható, vagy tanácsadással megoldható, csak a sürgősségi esetek, melynek ellátása mentőt igényel. Felesleges pénzkidobás egy, a lakosság számára maximum kényelmi szolgáltatásként működő, szakmai szempontból kétséges rendszer fenntartása. Ennek a költségéből az OMSZ bővítése, megerősítése megoldható lenne.
A városi kórház szervező feladatát teljességgel nem értem, hiszem az OMSZ-szal kellene leginkább szervezkedni, a kórház még a helyszínt se biztosítja, igazán kár bevonni….

Az ügyeleti rendszer biztosítása az önkormányzatoktól az OMSZ-hoz kerül át. Az előterjesztés szerinti átalakítások Budapestre egyelőre nem terjednek ki. Az önkormányzati érdekszövetségek az ügyeleti szerkezet fenti átalakítását támogatják, sőt kifejezetten kérik.

Milyen érdekszövetségről van szó? Az önkormányzatok érdemben nem vizsgálhatták meg a kérdést, és nem kaphattak az alapellátástól megfelelő tájékoztatást a változtatás megfelelő értékeléséhez!

Összességében megállapítható, hogy az OMSZ általunk nem megismerhető koncepciója alapján készült előterjesztés teljesen alkalmatlan az ügyeleti rendszer átalakításához. Hibásan értelmezett pilot-ra épül. Mellőz mindenfajta alapos elemzést, amely az önkormányzatok és az alapellátásban dolgozók ügyeleti ellátási felelősségét érinti. A háziorvosi munka és szolgálat rosszindulatú vagy hozzá nem értő jellemzéséből indul ki. Megvalósításához a járási ügyeleti szerkezet széleskörű felmérésére lenne szükség. A járási alapellátási ügyeletek koordinálása és szakmai felügyelete önálló alapellátási szakmai testületre kell, hogy tartozzon, amelyet sem a kórház, sem az OMSZ nem tud megfelelően ellátni.

Megjegyzésként a rendszer átalakításához:
„Az orvostanhallgatók csupán 5 százaléka szeretne háziorvosként dolgozni a jövőben, a megkérdezettek 72 százaléka egyéb szakterületen helyezkedne majd el, míg a válaszadók negyedének nincs még preferált szakterülete – ez derül ki

egy friss kutatásból.
A hallgatók tíz százaléka első választandó szakirányként a gyermekgyógyászatot választja, másodikként a háziorvostant, ez a hallgatók 4,7 százalékát teszi ki, harmadik szakirányként pedig 8 százalék jelölte meg az alapellátásnak ezen területét.
Mind a négy orvosképző egyetem hallgatóit megkérdezték
A felmérésben 465 negyed- és ötödéves orvostanhallgatót kérdeztek meg, a kutatás 2019. december és 2020. április között zajlott.
A kutatást Mohos András, Kolozsvári László, Rinfel József, Varga Albert, Markó-Kucsera Mária és Torzsa Péter készített. A tanulmány címe Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi, fókuszban a háziorvosi hivatás, és elsőként a Lege Artis Medicinae-ban orvosi szaklapban tették közzé.

Nincs elég utánpótlás
Mint írják: az évente kiadott háziorvostan szakképesítések száma 2014 óta egyszer sem érte el a 150-et. Így a tanulmány szerint kijelenthető, hogy, a több mint hatezer háziorvosi szolgálatot, és orvosonként átlagosan negyvenéves szolgálati időt alapul véve, a jelenlegi szakképzési rendszer nem biztosít elegendő utánpótlást a háziorvoshiány megoldására.
Ennek egyik fő oka a háziorvosi kar elöregedése, felidézik, hogy 2017-ben a felnőtt praxisban dolgozó háziorvosok átlagéletkora 57 év volt, a vegyes praxisban dolgozóké 56,4 év, az egyre idősebb orvosok száma évről évre nő. Kiemelték: az aktívan praktizálók negyedét a 65 évesnél idősebbek tették ki.
Az elemzés szerint a helyzet súlyosságát jelzi, már 2015-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma (Emmi) által publikált koncepció is arra hívta fel a figyelmet, hogy a háziorvosok közül akár mintegy 3500-4000 háziorvos természetes lecserélődése is elképzelhető az elkövetkező 10 évben. A kutatás adatai szerint 2022. április 1-jén a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma: 669 volt, a GKI adatai szerint szeptemberben pedig 687 alapellátó praxisban tartósan nem volt állandó háziorvos.”

**Magyar Orvosi Kamara**
**Fogorvosok Területi Szervezete**

# Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvény tervezete, és az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről tárgyú előterjesztés véleményezése

## Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

### 3. §

(9) A segítő személy
…
b) az ápolt beteg benntartózkodása idejére tartózkodhat a beteg mellett, ha az egészségügyi szolgáltató infrastrukturális feltételei ezt lehetővé teszik,

Vélemény: A kórházak nincsenek felkészülve a hozzátartozók folyamatos jelenlétére. Így ez csupán elvi, és nem alanyi jogot keletkeztet.
Szerencsésebb volna olyan módon fogalmazni, hogy az "infrastruktúrális feltételeket a kórház nem köteles biztosítani." Ekkor ugyanis a megjelölt hozzátartozó (hallottunk már ilyet) egy széken ülve, egy jógamatracon fekve is biztonságot nyújtva jelen lehet a páciens mellett.

### 6. §

Az Eütv. 155. §-a a következő (13a) bekezdéssel egészül ki:
…
d) a munkavégzés helyének munkáltató általi egyoldalú meghatározása a foglalkoztatottra nézve – különösen egészségi állapotára vagy családi körülményeire tekintettel – aránytalan sérelemmel nem járhat,

Vélemény: Az „aránytalan sérelem” nem kellően egyértelmű; annak megítélése, hogy mely sérelem minősül aránytalannak, kinek a hatásköre lesz eldönteni?

e) a munkavégzés helye és a lakóhely között – tömegközlekedési eszközzel – történő oda- és visszautazás ideje naponta a három órát, tíz éven aluli gyermeket nevelő foglalkoztatott esetében a két órát nem haladhatja meg.”

Vélemény: Ez gyakorlatilag nem más, mint az állandó kirendelés körülírása. Elfogadhatatlan!

## Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény módosítása

### 7. §

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) Öotv. 2/A. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép és a § a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
„(1) A praxisjog elidegenítésére vonatkozó szándékát az azt elidegeníteni kívánó személy bejelenti a praxiskezelőnek és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzatnak. Ha a praxiskezelő nem jelöl meg más, a praxisjogot megszerezni kívánó orvost, a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy jelöli meg a praxisjogot megszerezni kívánó orvost.

Vélemény: A praxisjog egy vagyoni értékű jog. Ez gyakorlatilag a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy tulajdonhoz való alkotmányos alapjogának aránytalan és indokolatlan korlátozása.

A praxisjog elidegenítése elsősorban a tulajdonost, és csak másodsorban a praxiskezelőt szabad érintse. Ebben a formában a törvénymódosítás alkotmányellenes és ELFOGADHATATLAN, javasoljuk a sorrend megfordítását!

**Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény (Eatv.)**

**19.§**

22. § (1) E törvénynek a Módtv.-nyel megállapított 6/B. §-ában foglaltakat 2023. december 31-ig az e §-ban foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

(2) Az állami mentőszolgálat a 6/B. §-ában foglalt feladatát ott látja el, ahol a háziorvosi, házi gyermekorvosi ügyeleti ellátásra (e § alkalmazásában a továbbiakban: ellátás) a települési önkormányzat nem rendelkezik egyéb egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodással, és a települési önkormányzat az ügyeleti ellátásra megállapodást köt az állami mentőszolgálattal, ha az erre irányuló kezdeményezését az állami mentőszolgálat elfogadja.

Vélemény: az állami mentőszolgálat ügyeleti ellátást érintő feladatköreit illetően elírás történt a 6/A.§ és 6/B.§ vonatkozásában (6/B.§ a védőnői ellátást tartalmazza).

**Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény**

**21.§**

(1) Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 7. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) A (2) bekezdés szerinti minősítés alapján, az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest a 8. § (3) és (6) bekezdése szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye 40%-kal növelhető.”
(2) Az Eszjtv. 7. §-a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:
„(3a) A (2) bekezdés szerinti minősítés alapján a 8. § (3) és (6) bekezdése szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye – a 8. § (2) és (3) bekezdésétől és az Eütev. 11/A. § (4)-(6b) bekezdésétől eltérően – az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal csökkenthető.

Vélemény: Jelenleg az Eszjtv.-ben meghatározott orvosi bértábla megjelöli a kötelezően fizetendő bérminimumokat. Ha egy munkakörben valaki nem teljesíti a munkakörébe addresszált feladatokat, akkor annak nem bércsökkentés, hanem a jogviszony megszüntetése az egyetlen megoldása. A munkáltatónak nem érdeke és nem is feladata az ilyen típusú "ösztönzés", a rosszul teljesítő alkalmazott helyére alkalmasabb személyt lehet felvenni a garantált bérminimummal.

Az illetménynövelés ugyan szépen hangzik, de itt megint túl nagyvonalú azt egy későbbi jogszabály megszületéséhez kötni, valamint nem meghatározni azt, hogy ki finanszírozza a meg nem határozott indikátorok alapján "túlteljesítő" alkalmazottak illetménynövelését.

Az illetménycsökkentés lehetősége a jogszabály születésekor is felmerült, a Kamara már akkor sem támogatta.

**22. §**

Az Eszjtv. 17.§ (1) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
*(Felhatalmazást kap a Kormány arra, hogy rendeletben határozza meg)*
*„c)* az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy minősítésének szabályait, és a minősítés alapján alkalmazható illetménycsökkentés részletes feltételeit,”

Vélemény: A munkáltató és a fenntartó majd megvizsgálja a minősítendő személy betegellátási adatait.
Kinek kedvez ez:
- annak, aki erőn felül, gyorsan de esetlegesen gyengébb minőségben dolgozik (teljesít)
- annak, aki jól manipulál a jelenthető feladatokkal (pontgyártás)

Kinek nem kedvez:
- aki többletfeladatokat vállal (pl.: adminisztráció, oktatás területén) ennek következtében betegadatokkal nem alátámasztható a többletmunkája
- akik magas színvonalú, időigényes beavatkozásokat végeznek, melyek pontszerűsíthető, objektív mérőszámokkal nem mérhetőek.

**23.§**

Az Eszjtv. a következő 21. §-sal egészül ki:

„21. § (1) Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2022. évi … törvénnyel megállapított 1. § (12) bekezdése 2022. december 31. napjáig hatályos rendelkezései szerinti engedély alapján megkötött, munkaerő-kölcsönzésre irányuló szerződés 2024. január 1-jén hatályát veszti. Az e törvény hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató és a munkaerő-kölcsönző a szerződésből eredő jogok és kötelezettségek tekintetében legkésőbb 2024. január 31. napjáig a felek egymással
elszámolnak.

(2) 2024. január 1-jétől nem köthető új szerződés a Kormány rendeletében meghatározott közreműködésre, személyes közreműködésre, ide nem értve a Kormány rendeletében meghatározott egészségügyben dolgozóval kötött szerződést.”

Vélemény: A közreműködői szerződések kivezetése jelen formában az ellátás-szervezési és betegbiztonsági szempontok együttes figyelembevétele esetében is megroppantja a közfinanszírozott ellátást.
A javaslat az állami fenntartású egészségügyi szolgáltató által végzett egészségügyi tevékenységre vonatkozik. A háziorvosi ügyeleti ellátást az esetek döntő többségében közreműködői szerződések alapján biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. Hasonló analógia alapján végzik tevékenységüket a fogászati szakellátást végző fogszabályozó fogorvosok, valamit a fogászati rtg. rendelést végző szolgáltatók.
Tisztázandó, hogy a rendelkezés vonatkozik a vegyes-és magántulajdonú gazdasági társaságokra egyaránt?

**ELŐTERJESZTÉS**
**a Kormány részére**
**az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről**

**I. Egészségügyi alapellátás**
**3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban**

Nem egyértelmű, hogy a rendszer használatának elrendelése fogorvosokra is vonatkozik-e.

**II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele**

Beláthatatlan következményei lehetnek az önkormányzatoktól átvett járóbeteg-szakellátó intézményekben a szakellátók közreműködői szerződései felmondásának (a fiatal orvosok külföldre távozhatnak, az idősebb orvosok elsősorban a magánszektort fogják választani). Felmerül a kérdés, mi lesz a fogászati szakellátókkal? Ők részben szintén közreműködői szerződéssel látnak el közfinanszírozott feladatokat, mások direkt NEAK finanszírozással, mint az alapellátás praxisai. Mi történik például, ha az ellátási feladatot elveszik tőlük, és nem kívánnak egészségügyi szolgálati jogviszonyt létesíteni? Mi lesz a feladathoz évtizedek alatt hozzárendelt vagyontárgyaikkal, mi lesz az alkalmazottjaikkal? Ha nem maradhat az eddig beváltan működő rend, akkor sokak szerint a jobb megoldás nem az állami intézményekhez, hanem a praxis közösséghez való csatlakozás.

**VII. Illetmények**
**2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATI JOGVISZONYRÓL SZÓLÓ 2020. ÉVI C. TÖRVÉNY MÓDOSÍTÁSA**

A teljesítményértékelés megalapozására vonatkozó javaslat ellentétes a jelenlegi jogszabályi környezet által meghatározott orvosi bértábla alapján kötelezően kifizetendő bérösszegekre vonatkozó kötelezettségekkel, valamint az erre vonatkozó megállapodásokkal.

A minősítés alapjául szolgáló adatszolgáltatás szempontjából az EESZT adatszolgáltatásra vonatkozó kötelezettség elegendő, az erre vonatkozó munkáltatói jogkör kibővítése nem indokolt.

**4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK BÉREMELÉSE**

A szakdolgozók béremelését helyeselni lehet, de a finanszírozását mind az állami, mind a privatizált körzetekben, szolgálatokban biztosítani kell.

**Megjegyzés!**
1./A béremeléshez szükséges 168,3 milliárd forint fedezete nem látszik a jövő évi költségvetésben.
2./Az ehhez szükséges forrásigényt nem fedezheti az orvosok esetében most bevezetni kívánt minősítési rendszer alapján történő 20%-os bérelvonás
3./Tisztázandó, hogy a béremelés az Eszjtv. hatálya alatt álló szakdolgozókra, vagy minden egyes szakdolgozóra egységesen vonatkozik! Amennyiben minden szakdolgozóra, úgy a szakdolgozói béremelés költsége nem hárítható át az egészségügyi szolgáltatókra.

Összességében, ha már ennyi jogszabály módosítás történik, miért nem fértek bele a fogorvosok által preferált alapvető kérdések: rezsitámogatás, iskolafogászat, szakellátás?

## I. Egészségügyi alapellátás

Borzasztó. A lényegi problémákat sokszor nem is említi, mint elöregedett, súlyosan hiányos munkaerő helyzet. Vagy krónikus, korszerűtlen alulfinanszírozás, a képzés, kompetenciakörök korszerűtlensége, mely, mind a szakellátás, az alapellátás, alapellátási ügyeletek ellehetetlenüléséhez vezet, s ezek rendezése helyett próbálja az egyébként is diszfunkcionáló és hasonló problémákkal küzdő OMSZ-ra háritani az alapellátási ügyeletet stb.

Egyáltalán nem biztos, hogy a munkaerő megyei központba tömörítése szerződésileg. kombinálva a közreműködői szerződéses rendszer leépítésével, nem kívánatossá nyilvánításával nem okoz még nagyobb ellátási és betegbiztonsági hiányt.
Mert megjósolható a kiáramlás a rendszerből a központosítás és a szerződéses viszony visszaszorítása következtében.
valamint a centralizált, de nem érdekelt és motivált megyei központok a perifériák elsorvasztását fogják inkább preferálni, mint racionálisfejlesztését és egyenletes minőség biztosítását.
Ezzel szétverik a maradék működőképes egységeket is nem kínálva helyette hosszabb távú átgondolt fejleszthető alternatívát.
A tönkrement rendszer működésképtelenné váló egységei helyett egy látszat-működőképes rendszert találnak ki papíron.
Katonai mintára, a vert sereg újraszervezése, újra csoportosítása a minta. Csakhogy, az orvoslás nem katonaság....

Összefoglalva:

A javaslat a szétesett, tönkrement hazai egészségügyi ellátórendszer már érezhető és várható problémáinak krízismenedzsmentjére egy nem kellően átgondolt kétségbeesett kísérlet. Melynek elsődleges célja a kialakult súlyos helyzet elismerésének elkerülése. s ez egyben akadálya a néha racionálisnak látszó megoldási javaslatok sikerének is.
Rendkívül kockázatos, érdemi javulás nem várható csak a problémák elkendőzése.
Javaslom, egy széleskörű helyzetfelmérésen és egyeztetéseken alapuló rendszer lényeges valós problémáit megnevező vizsgálat elvégzését és erre alapuló rövidtávú lokális/regionális krízis megoldási tervek elkészítését parallel egy hosszabb középtávú egészségügyi komplex rendszerterv kialakításával. s ezek lehetőség szerinti összehangolását.
Az ÚT (Újratervezés) programja lehet ennek kiinduló alapja.

**1200 fő alatti praxisok megszüntetése**
Városi praxis pl. Budapest esetén kivihető, sőt üdvös, vidéken nem lesz orvos, aki egy megakörzetet lát el számos telephelyen - a megnövelt létszámú degresszióval eddig is sújtott városi praxisok aránytalanul magasabb terhelést kapnak és még büntetik is a ki nem fizetett munkával(degresszió)

*magánvéleményem: ha nem lesz megfelelő nővéri képzés pontos szakmai alapon nyugvó tematikával felépítve, vizsgához kötve, hozzá kompetencia rendelve, az egy orvos 3-4 nővér elképzelés nem fog működni. A nővérek képzése, továbbképzése nulla, csak azt tudják , amire mi megtanítjuk őket és amit meg akarnak tanulni.*

*- a második szakvizsga nem működik az alapellátásban, érdekeltség sincsen hozzárendelve, de ettől függetlenül sem él. Definitív ellátásban pillanatnyilag senki sem érdekelt. A szakellátás nem értékén finanszírozott, így korlátlanul igénybe vehető, sokszor csak papíron működik (pl.fekvőbeteg inkontinencia eszköz javaslata, tényleges orvos-beteg találkozás sem történik, igaz ezt a telemedicina megoldotta).Az alapellátó anyagi érdekeltsége is hiányzik plusz képzésben.*

Kérem mok NE TARTSA VISSZA TOVÁBB AZT AZ INFORMÁCIÓ HALMAZT AMINEK BIRTOKÁBAN VAN és ismertesse tisztán és világosan, hogy milyen veszélyeket ismertek fel azok a kollégák akik a pilotban dolgoztak. Lehet hallani híreketarról, hogy emelkedett lényegesen az SBO terhelése, hogy az egész országból vittek mentőtiszteket Hajdú-ba, hogy ki lehessen állítani az ügyeletet adó kollégákat. Itt van az utolsó pillanat, amikor ezt még el lehet mondani.

A praxisközösségekbe szerveződés lehetőséget biztosít a háziorvosok számára a másod szakvizsgák korlátozott gyakorlására, illetve a jártassági igazolványok megszerzésével különböző szakterületen olyan ellátás nyújtására, amely eddig kizárólag a járóbeteg-szakrendelés körébe tartozott.
Üdvözölve ezt a törekvést, jelezném, hogy ha nincs mögé megfelelő finanszírozás téve, ami betakarja a szakasszisztensi, illetve a beteg educatori működést is, akkor nem jelent minőségi előrelépést, és a háziorvosi rendelési időn kívül egy másik idősávban tartom kivitelezhetőnek, nem pedig a háziorovosi rendelés keretein belül, ahol a feszített rendelési ütem mellett ilyen plussz tevékenységek végzésére nincs idő.
**A későbbiek folyamán, 2028. január 1-ig bezárólag, a gazdaságtalan üzemméretű körzetek (praxisok) – ideértve különösen az 1200 fő alatti praxisokat – kivezetésre kerülnek.** Az önkormányzatok …részjogosítványaik továbbra is megmaradnak.

A törvénytervezet nem tesz különbséget a gyermek, vegyes, felnőtt praxisok között, vajon miért? A gyermek praxisoknak az 1200 fő alsó határ rendkívül magas. Ezt részletezni szükséges. Mi lesz az így megszűnő háziorvosi praxis tulajdonosokkal, vajon hogy döntik el, hogy x adja a kártyáit y-nak, vagy fordítva ha két kisebb körzet van egymás mellett? Milyen kompenzálásra számíthat az a kolléga aki alól ilyen módon kihúzzák a körzetét? Milyen részjogosítványokra tartottak igényt az önkormányzatok?
A védőnők irányítását a kórházvezetőre bízni óriási hiba, mert nem ismeri a területi ellátás tulajdonságait, buktatóit. a kórházi kollégák csak a házon belüli dinamikát ismerik, a területi ellátást nem. Ide egy alapellátásban jártas szakember kinevezésére van szükség ami irányítja a védőnőket, háziorvosi ügyeletet, majd az alapellátást is összefogja. Ismeri a kollégákat és nem rendelkezik évtizedes előítéletekkel az alapellátásban dolgozók szakmai ismereteiről, vagy a kompetenciákról, lehetőségeikről.

**Az alapellátási ügyelet ellátórendszer átalakításához – az országosan egységes ügyeleti ellátás biztosításához – azonos szempontok szerinti ügyeleti ellátás megszervezése szükséges.**

A fenti miatt elutasítom azt a tervezetet mely az OMSZ alá gyűri a háziorvosi ügyeleteket is. Az OMSZ szemlélete egész más mint egy háziorovosi szemlélet. Az ügyeletben is vannak olyan helyzetek, melyben egy orvos jelenléte rendkívül fontos például a pszichiátriai betegek ellátásakor, mely az éjjeli órákban is gyakran előfordul. Egy halott vizsgálatnál is kevéssé rekonstruálható a helyszínen fellelhető információk tömege, mely elveszik, ha nincs ott a halottvizsgálati bizonyítványt kiállító orvos.

Vétek azokat a helyi közösségeket megbontani, ahol a területen dolgozó háziorvosok régóta jól működő ügyeleti rendszerben az ellátottak megelégedésére és az egymás mellett lévő praxisok orvosainak kooperatív és folyamatos kommunikáción alapuló szakmai műhelyeiként működnek. Ezeken a területeken felelősséget vállalunk egymás betegeiért, mert ismerjük egymást és jó munkakapcsolat miatt úgy figyelünk a másik praxis betegeire, ahogy a mi praxisunk betegeivel is elvárjuk törődjenek cserébe. Ezeken a területeken kifejezetten hátrányos lesz az új modell szerinti működés.

**…az háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik.**

Kifejezett félreértelmezése a háziorvosi ügyeleti működésnek, mely kigyomlálása népnevelési feladat. A háziorvosi ügyeletnek nem feladata rendszeresen szedett gyógyszerek felírása, mert nem tud valaki munkaidőben orvoshoz menni, vagy napok óta fennálló enyhe lefolyású meghüléses stb. megbetegedések ellátása. Az ügyeletnek az alapellátási sürgősségi feladatok ellátása a dolga se több se kevesebb. Ezt a luxus szolgáltatást le kell építeni.
A gyakorlatban a feladat ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat.
Az ügyeleti feladatok ellátásában való együttműködés jelenleg is törvényi kötelességünk, ez legyen minden háziorvossal betartatva, de legyen lehetősége az orvosnak ezt a feladatot egy fiatalabb kollégának delegálni, aki szívesen elvállalja az idősebb kolléga helyett.

A jelenlegi ügyeleti finanszírozás nem tartható a területi egyenetlensége miatt, a háziorvosok órabérét javaslom bruttó 10000 Ft/óra ügyeleti díjban megállapítani és a finanszírozást állami forrásból biztosítani, valamit a háziorvosok biztosan elutasítják az ESZJVT aláírását az OMSZ-val, vagy bárki mással. Ez a lépés a feladatellátási szerződések tömeges felmondását fogja megaután vonni.
Emlékeztetem a szíves előtejesztőt, hogy a háziorvosok egyharmada- fele jelenleg is nyugdíjas, vagy 5 éven bellül nyugdíjjas lesz, a rendszerből való kilépésüket senki nem tudja megakadályozni.

Ennek az a következménye, hogy **a működés nem optimális,** nincs fölötte minőségi kontroll, illetve az ezzel kapcsolatban kiáramló pénz sem ismert.

A minőségi kontrollt, melyet a visszaállított szakfelügyelői hálózat és a betegelégedettségi mutatók online közzététele mellett ki kell egészíteni egy a háziorovok kiégését kezelő országos intervenciós program bevezetésével, mely a foglalkozási egészségügyi vizsgálathoz csatoltan elérhetőnek kell lennie a kollégák számára, hogy felismerjék az érintettségüket és tudják, hogy hova fordulhatnak segítségért.

Ezért – a fent jelzett pilot alapján – úgy kerül megszervezésre az ügyeleti ellátás, hogy a városi kórház koordinálásával minden járásban, a járásközpontban háziorvosi ügyelet lesz, amit a járásban dolgozó háziorvosok végeznek,
A háziorvosok működését nem irányíthatja kórházi kolléga, ide egy lépcsőt be kell helyezni, mert csak egy járási alapellátásért felelős háziorvos töltheti be felelősséggel ezt a nehéz feladatot.
Az ettől eltérő időkben, tehát hétköznap 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén, illetve ünnepnapokon 14:00- 08:00-ig az OMSZ biztosítja az ügyeletet a járás létszámától és a

szolgálat igénybe vételétől függően diszpécser szolgálattal, vagy központi kivonulással, vagy helyi járási kivonulással, orvossal, mentőtiszttel, vagy APN-nel
Ettől biztos , hogy megnő az SBO terhelése.

- 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén 14:00-08:00-ig a háziorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó orvosi ügyeletet az OMSZ biztosítja.

Kivel? VAN ENNYI ORVOSUK, VAGY AKÁR MENTŐTISZT, KÉTLEM?

- 16:00-08:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt.

Vissza kell utasítani ezt a rendszert, mert alacsonyabb iskolai végzettségű ember ne opponáljon az ellátásért felelős háziorvos felett. Az ellátás átadása, csak úgy fogadható el, ha az OMSZ-s kolléga előterjeszti az hívást, de ha az orvos másképp ítéli akkor a mentőnek vissza adhassa a feladatot. Tehát az utolsó szó az orvosé, nem a diszpécseré.
A járási központban jelentkező esetszám mellet elképzelhetetlennek tartom, hogy a beteg lakására történő kijárást biztosítani tudja egy orvos egyedül. Ezt az OMSZ-nak kell végeznie 16.00 -22.00 illetve hétvégén 8.00 - 14.00 között is. Legyen lehetősége a háziorvosi ügyeleten is jelentkezni a pácienssel a kollégának. Az már a következő lépés, hogy az előtriázsban milyen módon egyeznek meg a résztvevők.

ÉJJEL NEM VONULUNK AZ OMSZ HELYETT! Ez a rész pontosításra szorul.

Az ügyeleti rendszer biztosítása az önkormányzatoktól az OMSZ-hoz kerül át. Az előterjesztés szerinti átalakítások Budapestre egyelőre nem terjednek ki.
Vajon miért is?

Az önkormányzati érdekszövetségek az ügyeleti szerkezet fenti átalakítását támogatják, sőt kifejezetten kérik.
Ettől függetlenül, ha nem kérik, akkor megtarthassák a jelenlegi rendszert, ha közmegelégedéssel működik. Persze kapják meg azt a plusz finanszírozást, amit bele kell tenni a rendszerbe a többi helyen is, hogy a pilotban dolgozók órabérével azonos bért tudják kifizetni a megmaradó rendszerben dolgozó háziorvosoknak is.

**3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban**
Azon háziorvosok számára, akik a fenti feltételeknek megfelelő szoftverrel nem rendelkeznek és számára az eddigi szoftverét biztosító szervezetek nem végzik el a fejlesztést, az állam biztosít megfelelő rendszert.
Biztosítsa az állam az ingyenes rendszert, de a versenyt kivezetni a piacról és egyeduralkodó miniHIS-t teremteni hiba. A párhuzamosan működő rendszerektől meg kell követelni a kommunikációt és az adat áttöltés biztosítását egyik programból a másikba adatvesztés nélkül. Természetesen tudja minden program kezelni az állami rendszereket, de elvenni a versenyt, csak minőségromláshoz vezethet.

**Az önkormányzati érdekszövetségek támogatják a javaslatot azzal a pontosítással, hogy az ingatlan ne az állam tulajdonába, hanem használatába kerüljön.**

Vonatkozzon ez azokra az ingatlanokra is, amelyeket az alapellátás használ, bérelje az állam az önkormányzatoktól, de ezzel is rengeteg praxis érdeke sérül, mert az önkormányzatok segítették a működést pl.: rezsi átvállalásával. Ez megszűnik.

**A járóbeteg szakellátók átvétele esetén a szakellátó vezetőjének kinevezéséhez az érintett települési önkormányzat véleményét kikéri a kinevezésre jogosult,**

Ez a nesze semmi fogd meg jól. A kamarának is van véleményezési joga a kinevezéseknél, kérdezem én hány esetben tartják ezt be és mit ér a véleményünk, ha nincs mellette vétó jogunk?

Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása
-mikortól él az új koncepció?
-országos lesz-e?
-Budapest miért kivétel (kis körzetek, évtizedek óta nem ügyelnek)
-mindenkinek kötelező lesz?
-ki szervezi?
-a háziorvos ügyeletet lát el a járási szakrendelő területén, azon **városi kórház szervezésében, ez mit jelent?**

**OMSZ diszpécserközpontja**
**osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt**- az OMSZ erre a feladatra nem alkalmas, nincsen benne tapasztalata. A mostani ügyeleti rendszerben dolgozó nővérek alkalmasak erre.
***Az ügyelet nem lehet a rendelés meghosszabbítása!!!!***

A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban.
Korábban arról volt szó, csak akkreditált háziorvosi program kaphat engedélyt. Ha nem felel meg a jogszabályi előírásnak, ne működhessen. Ehhez ellenőrzést kellene hozzárendelni.
Még egy plusz program ahhoz vezet, hogy több platformon kell rögzíteni ugyanazon adatokat. Lsd. oltások, fertőző beteg bejelentés és társai. Arról nem beszélve, hogy a TAJ szám alapján bevitt adatokhoz nincsen hozzárendelve egy adatbázis, ami miatt az adatokat egyesével külön-külön kell felvinni.

Az alapellátás átalakításával kapcsolatos tervezettel nagyjából egyet lehet érteni,
de a degresszió eltörléséről a nagyobb praxisok esetén nincs szó!
Finanszírozás növelése nélkül ez nehezen kivitelezhető!
Nem lehet értelmezni ügyeletek kapcsán a „ helyszínre vonulási igényt”az OMSZ részéről!
Reggel telefonálnak, vagy éjszaka?

*Praxislétszám alacsony, a praxis kivezetése-mi történik az ott dolgozó kollegával?*
*Igen, szeretném a másik két szakvizsgámat is használni, köszönöm, ha sikerül elérni.*
*Ügyeleti rendszer: OMSZ ügyeleti időben az elhunytak körüli teendők ellátása aggályos.*
*Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozók munkateljesítményének értékelése, a bér növelése-csökkentése az értékelés mentén, szerintem óriási konfliktusforrás, az értékelés mibenléte nem világos. A többi rendelkezés szerintem rendben van*

**II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele**
- ez főként szervezési és gazdasági szempontból logikus döntés, az érvelések alapján egyetértek vele, de szintén nem az én szakterületem

A javaslat célként *„az önkormányzati járóbeteg-szakellátó intézmények tevékenységének megyei ellátórendszerbe történő, a mostaninál szorosabb integrációjá”*-t jelöli meg. Ez orvosszakmai szempontból alapvetően helyeselhető. A szakrendelőkben általában tapasztalt szakorvosok dolgoznak, gyakran évtizedes kórházi szakmai tapasztalattal. Valóban vannak problémák pl. a beutalásnál. Előfordul, hogy a tapasztalt szakorvos által beutalt pácienst a kórház sürgősségi vagy az adott szakellátó osztályon rezidens kolléga vizsgálja, adott esetben kórházi szakorvos közvetlen személyes ellenőrzése nélkül.

A megállapítás, mely szerint a járóbeteg-szakellátó intézmények (JSZI) *„egészségügyi ellátásokat a lakosság bizonyos csoportjai számára”* nyújtanak ellátást igaz. Ez azonban nem különbözik a kórházaktól, hiszen mindenütt a területi ellátási kötelezettség elve érvényes.

A szakrendelőkben a kórházi ambulanciákhoz képest általában korlátozott a szakmai spektrum, a diagnosztika és a terápiás beavatkozások tekintetében is. Korábban valószínűleg nem jelentett gondot, ha az eszközös beavatkozást igénylő beteg a kórházi ambulanciára került beutalásra.

A kórházi ellátás elérhetősége azonban nyilvánvaló módon megromlott. Célszerű lenne tehát a nem kórházi szakellátó intézmények kompetenciáit bővíteni. A javaslat ezen része támogatandó: *„ez több esetben a jelenlegi tevékenységük kiterjesztésével, egészségházi vagy járási egészségközponti funkciók felvállalásával kell, hogy járjon”*

Ezáltal vonzóbbá válhatnának a fiatalabb szakorvos kollégák számára. Mivel a szakrendelőkben csak nappali ellátás folyik, családbarát munkahelyek, a gyermeknevelésből visszatérni kívánó kolléganők számára is ideális lehetőséget kínálnának.

Nem világos ugyanakkor, hogy az *„az önkormányzati fenntartás alá tartozó egészségügyi szakellátást nyújtó intézmények állami átvétele”* miért szükséges ezen célok eléréséhez.

Véleményem szerint nem támogatandó az ilyen szakellátó intézmények szoros intergrációja a megyei kórházakba. A fekvőbeteg ellátó intézmények más prioritásokat szabnak, más szemléletmód érvényesül. Félő, hogy az eddigi ambuláns járóbeteg ellátás nem lesz prioritásként kezelve a munkaerő- és eszköz-allokáció szempontjából. Holott betegelégedettségi szempontból a lakhely közelében gyorsan problémamegoldás lenne a kívánatos cél.

A javaslattervezet más pontjai szerint cél, hogy a *„megyei szintű kórházak elektív és magas minőség/volumen összefüggésű ellátásokat nyújtanak, és képesek a különleges esetek kezelésére.”* Ez alapján sem logikus, hogy a „rutin” esetek ezen intézményeket terheljék. Orvos szakmai szempontból a szakellátás független működése lenne kívánatos (pl. műtétek szükségességének objektív megítélése)

Az életpályamodell fontos elemei is ezen szakellátó intézmények, hiszen azon szakorvos kollégák, akik „önálló” orvosi tevékenységet szeretnének folytatni, a tervezet

megvalósulása (integráció a megyei kórházba) esetén már csak a magánszektorban találnák meg ezt a „független” tevékenységet. Ez semmiképpen sem lehet egy megfontolt törvénytervezet célja, hogy az amúgy is megfogyatkozott szakorvosokat a magánszektor felé terelje.

**III. Fekvőbeteg-szakellátás**

Szintén összevonás, központosítás, humán erőforrás tologatás, amit egyszer csak megunnak a dolgozók. Még megyén belül a megyei munkáltató kórház sem tudja, hogy a kisebb városi ellátás milyen, nincsenek felmérések, adatok. Plusz még az alapellátás központja is legyen a megyei kórház, ezek mind azt eredményezik, hogy végeken tovább romlik az ellátás, az egészség és csökken a vidék népessége. Urbanizáció erősödni fog.
Látogatási rend központi megszabása és tervezett kivitelezése nem rossz. A segítő, legalább bármikor bemehet, bár segítő tudása megkérdőjelezhető

**1. Ellátási struktúrát érintő intézkedések**

Az ellátások folyamatosságának biztosítása érdekében, az alábbi fő elvek érvényesülése mellett javasolt – **a közfeladatot ellátó közérdekű vagyonkezelő alapítványi formában működő kórházak kivételével** – az ellátási struktúra optimalizációja:

A kamarának ki kell mondani, hogy ez a tervezett változás azért kell, mert az ellátórendszer válsága miatt, csak katonai módszerekkel biztosítható az egészségügyi ellátás, a tervezet csak a vészhelyzet idejére fogadható el, korlátozott ideig, melyet meg kell határoznia a kormányzatnak. A központosítás, a büntető intézkedések stb …
*Kórházi struktúrát- működést érintő intézkedések*

· Kórház nem kerül bezárásra, járási egészségközpontok kerülnek kialakításra, amelyek új funkciót is kapnak (prevenció, ügyeletszervezés).

Ez az alapellátás feladata, melyet egy háziorvosnak kell szakmai alapon összefogni. A prevenciónak tér kell és finanszírozás. Ha a felesleges adminisztratív terheket csökkentik az alapellátáson, akkor lesz sok kollégas aki fellélegezve végre azt fogja csinálni, amiért háziorvosnak ment, a megelőzést és a beteggondozást.

·· Minden állami tulajdonú kórház egészségügyi dolgozójának munkáltatója a megyei kórház lesz, a dolgozók változó telephellyel kapnak munkaszerződést, így rotációjuk megoldható a központ és a városi telephelyek között.

Ettől nagymértékű munkaerő kivándorlás várható mind külföldre, mind a magán egészségügyi szektorba.

- Az alapellátás, a népegészségügyi prevenció és a központi ügyelet járási központja a városi kórház lesz.

Tiltakozom, fent már leírtam miért.

- A városi kórházakban az egy napos műtéteket, belgyógyászati alaptevékenységet, valamint a szülészeti és sürgősségi ellátásokat – további szakmák jelenléte mellett - biztosítjuk.

Intenzív osztályos háttér nélkül életveszélyes.

- Tartós ápolási kapacitások megerősítése javasolt – a korábbi fekvőbeteg osztályok infrastruktúráján olyan egységek kialakítása, ahol az idősgondozás elsősorban a szociális szektorra támaszkodva megoldható.

Komoly bérfeszültség várható, sőt kikerülnek nővérek az ESZJTV alól, majd akik benn maradtak azoknak megemelik a bérét, a szociális szektorban meg látjuk, hogy évtizedek óta mennyivel kevesebbet keresnek.

· Az ellátásszervezési feladatok esetében nem szükséges központi kormányzati beavatkozás, az OKFŐ koordinálásával, megyei szinten kell meghatározni az otthon közelében nyújtott szakellátások körét és kapacitását. Ennek keretében kórházanként és osztályonként meghatározásra kerül az az elvárt esetszámot, melyet teljesíteni szükséges

Hol van itt a minőségbiztosítás és a presszió alatt milyen lesz a szövődmény ráta jobb, vagy rosszabb?

**A fenti elvek alapján a kórházi struktúrát és szakmaszerkezetet érintő feladatokat az OKFŐ megyei szinten koordinálja a valós lakossági ellátási igényekhez és a rendelkezésre álló humánerőforráshoz igazodó kapacitás-kiosztással, a releváns szempontok figyelembevételével, a minisztérium útján bevonva a lakossági véleményközvetítés szempontjából jelentős intézményeket és a megyei kórházak vezetőit.**

Ki fogja felmérni a lakossági igényeket, és hiába van igény ha nincs hozzá humán erőforrás. Milyen intézményeket fognak megkérdezni?

Egyetértek vele! De mondja ki a MOK-hogy azért kell ez mert kevés a kórházakban az ápoló!

2023. július 1-jétől az egészségügyi szolgáltatónak lehetősége legyen az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvosok és szakdolgozók alapilletményét a minősítésük alapján nem csak emelni (legfeljebb 40 %-kal), hanem szükség szerint csökkenteni (legfeljebb 20 %-kal) is.
Legyen meg a forrás a 40 %-os béremelésre, a 20 % csökkentést utasítsa el a MOK.

A további csökkenés megakadályozása érdekében 2 lépcsős béremelést javasolunk, amely szerint a tervezett béremeléssel **az orvosi-szakdolgozói bérarány összesítve 36%-ra emelkedne**.

Ez kevés lesz a rendszerből való kiáramlás megakadályozásához, minimum 50 %-ig kellene emelni, főleg, hogy megszüntetik a szerződéses jogviszonyokat. Kell hozzá forrást biztosítani a költségvetésben és az orvosi bérek további emelésére is, mert az infláció elviszi azt amit kaptunk.

**Tekintettel arra, hogy a korábbi 4 lépcsős szakdolgozói béremelés megvalósult, és jelen előterjesztés további szakdolgozói béremelést javasol, így a továbbiakban a kamarai tagdíjak állam általi átvállalását kivezethetőnek tartjuk.**
Ha megemelik 50%-ra akkor lehet róla szó.

## IV. Egészségügyi informatika - adatkezelés

Az informatikai rdsz-ek egységesítését üdvözölni lehet, amely lehet a mini His rdsz is, de hogyan tudjuk elérni, hogy az eddigi adatok veszteség nélkül át konvertálhatóak legyenek? Szükség van olyan rendszerre, amely mind az EESZT mind a NEAK felé a kért adatokat maradéktalanul kezelni tudja. Könnyen kezelhető, egységes és mindent tudó rendszerre van szükségünk!

## V. A Nemzeti Laborhálózat kialakítása

## III. Várólista csökkentés

Célunk, hogy a pandémia előtti nemzetközi szinten is kedvező várakozási idő csökkentésében tapasztalt helyzetet minél előbb újra elérhessük, ezáltal a jól működő 2019-es rendszerhez térünk vissza.
Szerintem a Covid előtt is sokat vártak a betegek a műtétekre, mert már akkor is kevés volt a személyzet.

- **Várólistára** azok kerülnek, akiknek indokolt lenne a műtét, de kapacitás hiányában nem lehet végrehajtani 60 napon belül az ellátást.
Mit szándékozik tenni az államtitkárság ott ahol 6 - 8 - 10 hónapot várnak a betegek egy műtétre, mert mindíg elhalasztódik.
- **Az előjegyzési listára** azon betegek kerülnek, akik a beavatkozást későbbi időpontra kérik. A beteg állapota nem igényel azonnali műtétet, középtávon ütemezhető a beavatkozás, figyelembe véve a beteg időzítésbeli szempontjait is. Szintén előjegyzési listán szerepelnének

**A módosító javaslat szerint minimum bázis beavatkozás számot határozunk meg minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónak.** Így nem kell külön jelentkezniük és feladatvállalást tenniük a program kapcsán, a NEAK közli ki az elvégzendő beavatkozás számot.

Ki és mi alapján határoz erről, excelből nem lehet helyi működéseket átlátni?

**közreműködés közül a személyes közreműködés kivezetésre kerüljön,** amely intézkedés **finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb** lenne az egészségügyi szolgáltatók részére, hiszen jelenleg a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók.

Itt is hagyják majd tömegével az egészségügyet és a határon túl, vagy már szakmában helyezkednek el. A határon túl sok szorosát keresheti meg egy ápoló, területi béreket figyelembe kell venni, mert nem lesz a határmenti kórházakban ápoló.

**A személyes közreműködők, a munkaerő-közvetítők és a munkaerő-kölcsönzők kivezetése az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók rendszeréből 2023. év végéig megvalósítható.**

Addig rengetegen itt hagyják a rendszert.
A **szociális ellátásban** A szociális otthonokban folyó alapápolási, valamint a szakápolási feladatok egységesítése lehetővé teszi, hogy e tevékenységek többlet költségvetési forrás bevonása nélkül, sokoldalúbb szolgáltatást lehetővé tevő helyen koncentrálódjanak, költséghatékonyabb allokációt lehetővé téve az időseket szolgáló ellátórendszerben.
Súlyosan alulfinanszírozott a rendszer, szomorú, hogy ezt le merik írni.

Az ellátottak szempontjából eredményesebb, ha a szociális ágazat keretében kapják meg a szükséges gondoskodást, hiszen a szociális intézmény teljes ellátást – fizikai, mentális és egészségügyi gondoskodást – nyújt lakóinak, emellett személyes igényeiknek megfelelően otthon-jelleget biztosít számukra.

Ha elvesszük az otthonápolást, területi szociális ellátást a rendszerből, akkor elvesszük a betegek jogát, hogy az otthonukban haljanak meg. Hol marad az emberség?

Az átvett feladat ellátásának biztosítása érdekében garanciális elem, hogy az átvett szakdolgozók foglalkoztatója a feladat átvételének napjától a szakápolási központ, ezért az egészségügyi szolgálati jogviszony közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át, azonban a szakdolgozó a továbbfoglalkoztatást visszautasíthatja. Mivel a feladatátadással együtt az átadó egészségügyi szolgáltatónál a munkaköre nem gyakorolható tovább, az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 12. §- a szerinti – másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő – áthelyezése kezdeményezhető.

Az átvett feladatra jutó költségvetési forrás számításakor a krónikus fekvőbeteg szakellátás finanszírozását kell alapul venni, a finanszírozást az Egészségbiztosítási Alap adja át az állami fenntartású befogadó intézmények fenntartójának.
Bér feszültséggel és elvándorlással fog járni. Kimarad a szociális ellátásba átvett nővér a jövőbeni béremelésből is.

> b) az érintettek fertőzöttségének tényére, valamint – az adott járvány természetétől függően – az oltottsággal, védettséggel rendelkező személyeknek a védőoltás tényére, a védettségi időtartamra vonatkozó adatával összefüggésben a jövőben az adatkezelőként a köznevelési intézmény kerüljön kijelölésre azzal, hogy ezen adatfajtákat a köznevelési intézmény vezetője által kijelölt személy, valamint az a személy is megismerhesse, akinek esetében ez – foglalkozásának jellegénél fogva – szükségképpen indokolt.
>
> Ezt csak az iskolaorvos, vagy a nővér láthassa és jelezze, ha egy osztályban gond van. Hol vannak a jogai a betegnek. Mi köze az osztálynak ahhoz, hogy XY-nak milyen betegsége van?

## IX. Közreműködők

A javaslat célja: *„a személyes közreműködés kivezetésre kerüljön, amely intézkedés finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb lenne az egészségügyi szolgáltatók részére, hiszen jelenleg a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók”* - jelenleg a közreműködők óradíja nem lehet magasabb, mint amennyi az adott kolléga Eszjtv alapján számított bérének egy órára vetített összege.

Összességében érthető, hogy szolgálati jogviszonyt szeretne előírni a törvényhozó. Ugyanakkor utalva az előző pontnál leírt „szakorvosi életpályamodell” azon szakaszára, hogy sok kolléga tudatosan szeretne önálló, független szakorvosi tevékenységet folytatni. Félő, hogy ezen tapasztalt szakorvos kollégák Eü szolg. jogviszony alternatíva nélkül nem fognak részt venni a közfinanszírozott ellátásban.

Ezt a javaslat is megjegyzi és pontos felmérést javasolt 2022. december 31-ig. A MOK számára elengedhetetlen lenne, hogy ezen felmérés adataiba betekinthessen. Ellenkező esetben megjósolhatatlanok a közreműködők kivezetésének hatásai.

## X. A szakápolás átalakításáról szóló új törvény

**7. §**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) Öotv. 2/A. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép és a § a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„(1) A praxisjog elidegenítésére vonatkozó szándékát az azt elidegeníteni kívánó személy bejelenti a praxiskezelőnek és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzatnak. Ha a praxiskezelő nem jelöl meg más, a praxisjogot megszerezni kívánó orvost, a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy jelöli meg a praxisjogot megszerezni kívánó orvost.

(1a) A praxiskezelő kizárólag akkor jelölhet az önkormányzat véleményének kikérését követően más orvost, ha azt jogszabályban meghatározott ellátásbiztonsági szempontok indokolják és az ezeknek megfelelő orvost az érintett önkormányzat(ok) a javaslattételt követő 6 hónapon belül sem jelölik meg

Értelmezésem szerint a praxisjogát értékesíteni kívánó fél csak a praxiskezelő után jogosult vevőt hozni. Ez elegánsabb lenne, ha az eladónak lenne elsőbbségi joga értékesíteni és a praxiskezelő csak elfogadná a vevőt. Mi van, ha a praxiskezelő által megjelölt orvossal nem jut egyezségre az eladó fél? Ebben az esetben könnyen kijátszható az eladó fél. Mi van, ha pl a családtagnak szeretné átadni a praxisát? Beleszól a praxiskezelő, hogy ő pedig XY-t jelöli a praxisra? Az a passzus még kiszolgáltatottabbá tesz bennünket!

Összegzésképpen: ez egy jól átgondolt, az egészségügyi dolgozókat ismét csak megfélemlítő és kiszolgáltatottá tevő törvénytervezet, mely rólunk szól, nélkülünk, beleszólásunk nélkül, ez egészségügyi felső vezetésben dolgozó ötletgyártó kollégáink segítségével jött létre és ez csak egy látszategyeztetés, mert a tv. elfogadása már eldöntetett.

Az egésszel kapcsolatban az az érzésem, hogy ide-oda tologatjuk a problémákat, de igazi megoldás nincs. Az ördög pedig a részletekben rejlik, vagyis csak a megvalósítás során, a részletszabályok ismeretében lehetne megítélni, mire lesz elég ez az egész.

Alapellátás: ki kellene dolgozni egy motiváló pontrendszert, hogy megérje hátrányos helyzetű körzetekbe is háziorvosnak lenni. Mert a 2000 beteg pl Óváron nem ugyanannyi munka, mint 3 borsodi faluban. Ha 1500-2000 fős praxisokat akarnak, az a minimum, hogy töröljék el a degressziót! És valahogy plussz finanszírozást kapjanak a több településen dolgozók, mert nem fair, h ugyanannyit kapok pl én, mint az, aki 3 faluba rohangál.

Sehol sincs a kompetencianövelés, pedig az sok terhet levenne a szakellátásról, mi pedig beutaló gyártás helyett gyógyítanánk.

A laborok központosításáról csak annyit: a kft ügyvezető igazgatója dr. Boér Gábor

Az EESZT-t fejlesztő kft ügyvezetője pedig az OKFŐ informatikai főigazgató helyettese.

A kórházakról: Nem lesz több humán erőforrás, ezért ezeket valóban jobban, sokkal hatékonyabban kellene csoportosítani. Kérdés, ezt hogy lehet, meg lehet/e valósítani. A beteget el kell juttatni az ellátás helyére, amihez a betegszállító kapacitást is növelni kell. Erről nincs szó.

A tényleges ellátást nem nyújtó, 1-2 orvossal működő helyeket szerintem be kell zárni. Olyan osztályok maradjanak, ahol minőségi betegellátáshoz van elég humán erőforrás. Ha valakinek ide ingáznia kell, kapjon erre plussz pénzt, hogy megérje a dolgozóknak messzebbről is bejárni ide dolgozni. A betegeket pedig egyértelmű beteg utakon, könnyen elérhető szállítással, minél egyszerűbben, gyorsabban el tudjuk juttatni a definitív (!) ellátás helyére.

Azért jár a bogár. 1500-2000-es körzeteket akarnak. Módosítják az utca névsort, és ha a beteg ragaszkodik az orvoshoz? Pl x-nek alig van, z-nek 3000, hiába mondják, hogy holnaptól 5 utca átkerül x-hez, a beteg ragaszkodni fog z-hez, vagy annyira kap majd finanszírozást és slussz? Amúgy x, a degresszió 2200 felett van, ergo ezzel törölnék is, de más a papír, és más a gyakorlat. A gyerekkörzetesek továbbra se fognak ügyelni? Bérfeszültség, nem azért, de jelenleg az sbo-on olyan pótlékok vannak, hogy jobban keres az asszisztens, mint a rezidens, ha még a szakdolgozót emelik, na az lesz ám bérfeszültség és azt valóban irtó gáz elképzelni, hogy a diszpécser füttyentésére orvos ugorjon. Ezt úgy lehet kivitelezni, ha a beteget közvetlenül orvossal összekapcsolják...és hát az ügyeleti javadalmazás nincs benne. Per pillanat ennyi jutott eszembe

Előbbit akkor lehet kivitelezni, ha eltörlik a szabad orvos választást és katonai módszerekkel, ki hol lakik, oda tartozik. Előbbit akkor lehet kivitelezni, ha eltörlik a szabad orvos választás alapjog, ha korlátozzák, a jogállamiságnak kuka, jaaaa, vagy az már eddig is kuka. Szerintem ez senkit sem érdekel. Ja, és a végtelenségig cinikusak, papíron jól mutasson, hogy betöltöttek minden körzetet, vagy a körzetemet összevonják x-szel, ő meg menjen mondjuk Zalába,15 falut ellátni??

Ja, meg a diszpécser megmondja, hogy menjek ki Gipsz Jakabnéhoz. Az kap orvost, aki a legagresszívebb. Az OMSZ irányítás eddig sem mérlegelt. Aki fel tudta hívni a 112, az bizony mentőt kapott.

Sok nyugdíjas háziorvos az elmúlt 30? évben nem fizetett - van,aki egyáltalán nem fizetett - magának fizetést, a pénzét vállalkozói kivétben vette ki., most meg a nyugdíja nulla, viszont ha rendel megkapja a kétmillió bérkiegészítést. Nem kell bedőlni a méltatlankodó nyugdíjas kollégáknak, most mondják, de alig valaki fog közülük felállni szerintem.

Vesd össze:tisztelt kollégák legalább 10 éve mondják,hogy elmennek végleg" nyugdíjba, csak nincs aki megvegye" a praxist. Ja az nincs, meg nem is lesz.

A munkámból adódó tapasztalatok alapján a fekvőbeteg ellátás, illetve ehhez szorosan kapcsolódva a közreműködők témaköréhez tudok érdemben hozzászólni.

A megyei szinten alkalmazott rotációs elv lényegében a vezénylés bújtatott formája, ráadásul minden korlát és kontroll nélkül. Még veszélyhelyzetben sem így működik, nemhogy a mindennapi életben. Azon túl, hogy az eddigi közreműködőket még jobban elriasztja az eü szolgálati jogviszonytól, további elvándorlás is várható a magánegészségügy felé. Tehát még kevesebb ember lesz arra, amire eddig is kevés volt.

Egyébként rotáció jelenleg is van az egészségügyben, a kórházakban, nem is csak megyei szinten. Nálunk győri, soproni és budapesti kollégák is dolgoznak. Úgy hívják, hogy önként vállalt túlmunka. A nevében is benne van, hogy önkéntesen és plusz javadalmazásért történik.

Összefoglalva: a rotációs elv alapján változó munkahellyel történő foglalkoztatás általánosságban nem elfogadható. A közreműködőként való alkalmazás pedig nem példa nélküli sem az európai unióban, sem a világban máshol.

mokkem
TERÜLETI SZERVEZET

**Magyar Orvosi Kamara Komárom-Esztergom Megyei Területi Szervezet**
**elnöke Dr. Fehér Béla**
2800 Tatabánya, Béla király körtér 16. fsz. 2. | Tel:06-34-788-794 | E-mail: info@mokkem.hu

**Magyar Orvosi Kamara**
**Dr. Kincses Gyula**
**elnök**

**Ikt. szám:** 179/2022.

**Tisztelt Elnök Úr!**

Kérésének megfelelően az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről szóló előterjesztést Elnökségünk megtárgyalta és a következő álláspontot alakította ki.

A megismert anyag jelen formája kidolgozatlan és számos részletkérdésre nem ad választ, ugyanakkor pontatlanságai miatt zavarkeltésre és ellenérzés kiváltására is alapot adhat.

„A későbbiek folyamán, 2028. január 1-ig bezárólag, a gazdaságtalan üzemméretű körzetek (praxisok) – ideértve különösen az 1200 fő alatti praxisokat – kivezetésre kerülnek."

Megjegyezni kívánjuk, hogy ugyan még messze van a 2028-as év, de a házi gyermekorvosi praxisok nagy része 1200 fő alatt van. Erről külön tárgyalni kellene. Nem beszélve a kis települések problémáiról, hiszen ott is alacsonyabb kártyaszámok vannak. Tehát az előterjesztés nem számol a gyermekpraxisokkal?

„A tapasztalatokra alapozva megállapítható, hogy este 10 és reggel 6 óra között gyakorlatilag csak sürgősségi ellátás, illetve mentési feladat merül fel az háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik. „

***Miért kell hogy a háziorvosi rendelési idő befejeztével háziorvosi tevékenység folyjon az ügyeletben?***

Így soha nem fog a sürgősség és a sürgősség elve érvényesülni. Mellesleg mellékletben csatolom a sürgősségi betegellátásra vonatkozó törvényi jogszabályok számát, illetve /FONTOS!/ a jogszabályban rögzített sürgősségi betegségcsoportokat, melyek megjelenésük óta senki nem revideált és egyebekben szakmai szempontból most is megállják a helyüket. Nem mellesleg nem látok háziorvosi ügyeletet indokló betegséget itt leírva…

„Jelenleg az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján az önkormányzat és a háziorvos között kötött feladat-ellátási szerződésben kell rögzíteni az ügyeleti feladatokban való részvétel rendelkezéseit, azonban ez számos esetben nem történik meg. A gyakorlatban a feladat ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat. Az önkormányzat ezért háziorvosi ügyeleti szolgáltatót bíz meg az ügyeleti feladatok biztosítására, esetenként többletfinanszírozással. Ahol ez nem megoldható, azon a településen a háziorvosi ügyeletet vállalók többletterhelése jelentkezik."

mokkem
TERÜLETI SZERVEZET

**Magyar Orvosi Kamara Komárom-Esztergom Megyei Területi Szervezet**
**elnöke Dr. Fehér Béla**
2800 Tatabánya, Béla király körtér 16. fsz. 2. | Tel:06-34-788-794 | E-mail: info@mokkem.hu

***Hol volt az állam a kontrollnál, hogy az önkormányzatok megtehették és számukra rossz döntésekre kényszerítették a háziorvosokat???***

Ehhez még hozzájárul, bár itt nem része az előterjesztésnek, hogy a rezsiköltségek finanszírozását olykor rendelői bérleti díjak fizetését is lenyomták az orvosok torkán…

Javaslataink az elnökség egységes véleménye szerint, hogy a háziorvosokat ne lehessen kötelezni ügyeletre, ugyanakkor a központi ügyeletben bármely általános orvosi diplomával rendelkező vehessen részt. Az előterjesztés alapján a háziorvosok rendelési idejét gyakorlatilag 22 órára tolják ki. Nem tisztázott, hogy kijárós ügyelet lesz-e, ugyanis, ha az orvos címre megy, az jelentős időt vesz igénybe, így az ügyeletre jövők várakozási ideje megnő, ez elégedettlenséghez vezet. Diszkriminatívnak gondoljuk Budapest kiemelését a rendszerből. Így jelentős különbség keletkezik a kollégák közt, hiszen Budapesten az ünnepnapokon való részvétel és az ügyeleti kötelezettség továbbra sem áll fenn. Tipikus oszd meg és uralkodj! Feszültségkeltés főváros és vidék között, szakmai köntösbe öltöztetve.

Azon településeken, ahol jelenleg is jól működik akár külső szolgáltató, akár önkormányzatok által szervezett ügyelet, ne kerüljön bevezetésre a rendszer, viszont, ahol jelentős a terhelés, alacsonyak az óradíjak, ott lenne célszerű változtatni.

„Az önkormányzati érdekszövetségek az ügyeleti szerkezet fenti átalakítását támogatják, sőt kifejezetten kérik."

Számunkra érthetetlen és követhetetlen ezen rész logikája.

Egy OMSZ diszpécser-**aki nem orvos végzettségű**-irányítja majd a rendszert és küldi az orvost olyan helyre ahová nem akar az amúgy kevés mentőkocsiból kiküldeni.

**Ha indokolatlan akkor humánerőforrás és benzin pocsékolás, ha meg indokolt sürgős hívás van akkor pedig felesleges időt veszítünk.**

**Az OMSZ ügyeleti idejében a halottvizsgálatokat ki fogja végrehajtani?**

A szabadságolás és egy másik praxis párhuzamos vitele, helyettesítése, hogy fogja mindezt és a törvényi kötelező pihenőidőket befolyásolni? Vállalkozó orvosok esetében ez nem a közalkalmazotti vonal szabályai szerint megy…pl. kötelező pihenőidő stb.

Ha az önkormányzatoktól átkerül az ügyelet biztosításának felelőssége akkor nyilván **új feladatellátási szerződés is kell majd az orvosokkal, amit vagy aláírnak, vagy nem**. Tartunk tőle, hogy az öregek inkább **VAGY NEM!**

**Összefoglalva:**

- Nem ismert az ügyeleti szám (havi) és díjazása sem.

mokkem
TERÜLETI SZERVEZET

**Magyar Orvosi Kamara Komárom-Esztergom Megyei Területi Szervezet**
**elnöke Dr. Fehér Béla**
2800 Tatabánya, Béla király körtér 16. fsz. 2. | Tel:06-34-788-794 | E-mail: info@mokkem.hu

- Ismert a háziorvosok és házi gyermekorvosok korfája, ezek alapján inkább csökkenteni kellene a terhelést, mint növelni. Félő, hogy az amúgy már nyugdíjas kollégák nagy számban fogják elhagyni a rendszert, ami a napközbeni ellátást is veszélyezteti.

- Fontos lenne definiálni, hogy a védőnői önálló tevékenység mellett a háziorvosnak, házi gyermekorvosnak milyen jogosultságai vannak a védőnői tevékenységgel kapcsolatban (kér, utasít…?).

- Elnökségünk több tagja 20-30 évet ügyelt, és ebből tudjuk az ügyeleti ellátások 80-90 %-a indokolatlan és halasztható. Például: 2 hete fáj a torkom, nem tudtam aludni, gondoltam 03:00-kor bejövök, írjanak AB-t. Napok óta fáj a derekam, cementes zsákokat pakoltam, de most éjfélkor jöjjön ki az ügyelet XYpusztára most, mert ez a kötelessége az orvosnak, ezért fizetem a TB-t… Pistikének 37,6-ot mértek az óvodában, vigye az anyuka azonnal az ügyeletre.

- Ezek alapján az ideális rendszer 16.00 óra után OMSZ + SBO. Felesleges a háziorvosi ügyelet. Ha szükséges, az ügyeleti pénzt be kellene építeni az OMSZ rendszerébe.

- Jónak tartjuk az informatikai rendszer összefésülését, a labor átszervezést, a párhuzamos vizsgálatok megszüntetésére. Nagyon sok a pazarló vizsgálat, és a nagyon fontos vizsgálatok pedig nehezen vagy nem érhetőek el.

Tatabánya, 2022. november 07.

KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI TERÜLETI SZERVEZET * MAGYAR ORVOSI KAMARA

Dr. Fehér Béla

elnök

# Egészségügyi ellátórendszer megújítása

# Kormányelőterjesztés

*Megjegyzések (2022.11.06.)*

**1) Gazdaságtalan üzemméretű praxisok**

**Gazdaságtalan üzemméretű praxisok:** ebben a témakörben érdemes differenciálni a gyermek, a vegyes és a felnőtt praxisokat.

Javaslom az alábbi méretek alatti, jelenleg önálló telephelyen működő praxisok áthelyezését/összevonását, centralizált, közös telephelyen történő ellátását, a jelenlegi praxishatárok újragondolását:

- **800 fő alatti gyermek praxisok**
- **1100 fő alatti vegyes praxisok**
- **1400 fő alatti felnőtt praxisok**

**2) Ügyelet**

A vezetői összefoglalóban csúsztatás az az állítás, hogy a *„gyakorlatban a feladatellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat.”*

A valóságban a háziorvosi szolgáltatók ahhoz a jogszabályi rendelkezéshez tartják magukat, hogy ha az önkormányzat egyéb ügyeleti szolgáltatóval köt szerződést az alapellátási ügyelet biztosítására, akkor az adott területen dolgozó háziorvos nem kötelezhető az ügyeletben történő részvételre.

**Háziorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete**

*„- 16:00-08.00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt.”*

Ez a javaslati pont teljességgel értelmezhetetlen.

- Ezekben az időtartamokban a főállású háziorvosnak nincsen munkaideje, tehát nem vezényelhető
- A járási ügyeletben dolgozó háziorvos ezen időtartam csak egy részében dolgozik (hétközben 16:00-22.00, illetve hétvégén 8:00-14:00)
- A járási ügyeletben dolgozó háziorvos – mivel az egész járás alapellátási ügyeletét fogja ellátni, a telephelyét nem hagyhatja el az ügyelet ideje alatt. (akár több órára)

Ebből következőleg a megújuló jogszabályban deklarálni kell, hogy azon sürgős esetek elsődleges ellátása, melyek esetén a páciens – betegségéből fakadóan - nem tudja felkeresni a háziorvosi rendelőt/alapellátási járási ügyeletet/területi sürgősségi osztályt a jövőben az OMSZ ellátási körébe

**[D1] megjegyzést írt:** Alapvetően az a kérdés rendeleti szintű jogi szabályozás keretein belül fog realizálódni, a normaszövegben a hatáskör állami átvétele van csupán kodifikálva, bár az néhány helyen egészen biztosan módosítást igényel. Van olyan javaslat is (és szerintem is lehet, hogy ez lesz a befutó), ami nem kártyaszámhoz, hanem pontértékhez kötnék a méretgazdaságosság kérdést, amivel a gyermek és felnőtt praxisok közti kártyaszám különbség lényegében eltűnne.

**[ZdS2R1] megjegyzést írt:** Az 1200 fős határ valószínűleg a vegyes praxisokra lett meghatározva, de még esetükben is túlzó. A praxis kialakítás jelenleg 1200 fő alatt nem lehetséges, lehet ez volt a vezérelv. A valóság az, hogy 800-1000 fő között van valahol az a határ (és igen ezt pontértékben meghatározni szerencsésebb és igazságosabb) ami alatt gazdaságtalan már a praxis önálló fenntartása.

**[D3] megjegyzést írt:** Teljes mértékben egyetértek ezzel a fejezettel. Az ügyelet reformja megkerülhetetlen, a centralizáció szükséges, de úgy átvenni ezt a feladatot, hogy a részletei nem ismertek, véleményem szerint súlyos ellátásszervezési problémákat okozhat. Erre a háziorvosi karra nem lehet ráterhelni az ügyeleti kötelezettséget, egész egyszerűen már nem terhelhető tovább a rendszer. A centralizáció jó irány, a közös diszpécser szolgálat is, de a jelenlegi szolgáltatói struktúrához hasonló ellátásszervezés mentén, ami a helyi sajátosságokra is tud reagálni.

**[ZdS4R3] megjegyzést írt:** Egyetértek. Egyértelműen deklarálni kell, hogy a háznál történő ellátás az OMSZ feladat és ha az OMSZ általi helyszíni ellátás nem elégséges, akkor szállítsa be a triázsnak megfelelő ellátási szintre. Azt is deklarálni kell, hogy a háziorvosi rendelési/rendelkezésre állási időn túl semmiféle vonulási igény nem merülhet fel. A járási ügyeletben szolgálatot teljesítő orvoshoz lehet behozni ellátásra beteget, egyebekben az OMSZ feladata az ellátás mind a 16-22, mind a 22 utáni időszakban. Ehhez kell a mentőtisztek halottvizsgálati jogosultsága.

tartoznak. Amennyiben OMSZ által a helyszíni ellátás nem elégséges, orvosi ellátásra szorulnak, OMSZ a beteget – triázs alapján - a háziorvosi rendelőbe/járási ügyeletre/sürgősségi osztályra szállítja. A jövőben szociális indok (pl. nincs autója) nem jelentheti a beteg otthonában történő ellátás indokát.

### 3) miniHIS

Alábbiak pontos meghatározása, pontos definiálása javasolt:

- EESZT migrációs modul
- Orvosi alkalmassági igazolás
- Rizikófelmérő adatlap

**[D5] megjegyzést írt:** ez is rendeleti szintű szabályozás, de egyetértek, erre majd ott mindenképpen ki kell térni

**[ZdS6R5] megjegyzést írt:** Tisztázni kell, hogy nem a miniHIS a kötelező, hanem a miniHIS-nek megfelelő funkciók kötelezően biztosítandóak a háziorvosi szoftverekben. Aki a minimum követelményt nem teljesíti, az kiesik. A miniHIS persze ingyen biztosítandó, ez és a jó funkcionalitás magától fogja a terjedését segíteni és minnél többen használják, annál könnyebb a fejlesztése.

### 4) Orvosi bérrendszer átalakítása (-20% - +40%)

**Alapvető probléma:**

- A háziorvosok, házi gyermekorvosok száma folyamatosan csökken (1998-ban: 6780 fő, 2021-ben: 5807 fő)
- A betöltetlen praxisok száma folyamatosan nő (2004-ben: 125 betöltetlen praxis, 2022-ben: 680 betöltetlen praxis)
- A háziorvosok átlagéletkora fokozatosan nő (2021-ben felnőtt/vegyes praxis: átlag 58,4 év, gyermek praxis: átlag 60,9 év)
- Az egy háziorvosra jutó éves betegforgalom fokozatosan nő (1998-ban: 9727 fő/év, 2021-ben: 13937 fő/év)
- Az orvostanhallgatók körében a háziorvosi szakma népszerűtlen, a megkérdezettek 5%-a készült háziorvosnak a 4 orvosegyetem körében készült felmérésen = nincs utánpótlás
- Az elszabaduló, a jövőben bizonytalan rezsiárak sok helyen működésképtelenné tehetik az alapellátási praxisokat, jelentős bizonytalansági faktort jelentenek, ami a szakma népszerűségét tovább ronthatja

**[D7] megjegyzést írt:** kiegészíteném azzal, hogy egy esetleges ügyeleti kötelezettség a problémát tovább mélyíti, a szakma még inkább népszerűtlen lesz, az a kevés jelentkező(aki az ügyeleti kötelezettség hiánya, egyéb szabadabb mozgástér miatt választja az alapellátást) is el fog fordulni ettől a területtől

**Ha ezt a problematikát, népszerűtlenséget tovább tetézzük avval a javasolt fejlesztéssel, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszony (ESZJ) alá tartozó orvosok/szakdolgozók fizetése az alapellátásban vállalkozóként dolgozó orvosokénál/szakdolgozókénál 40%-kal magasabb lehet (és ezt az lehetőséget az alapellátásban kizárjuk), a jövőben a háziorvosi/házi gyermekorvosi/praxisnővéri szakmát teljes mértékben ellehetetlenítjük!**

**JAVASLAT: MINŐSÉGI MUNKAVÉGZÉS ESETÉN MEG KELL TEREMTENI A LEHETŐSÉGET AZ ALAPELLÁTÁSBAN IS AZ EMELT SZINTŰ, AKÁR +40%-os BÉRTÁMOGATÁSRA!**

**[D8] megjegyzést írt:** Nagyon jó javaslat, támogatom. Ne feledkezzünk meg itt a szakdolgozói bértámogatásról sem az alapellátásban.

**[ZdS9R8] megjegyzést írt:** A javaslat szerintem is jól átgondolt és indokolt. Nem engedhető meg, hogy az alapellátás mind orvosi, mid szakdolgozói szinten lemaradjon ismét a bérdifferenciálás lehetőségéből. István javaslata ezt jól alátámasztja.

A Kormányelőterjesztésben szereplő javaslat -20% és + 40%-os differenciálást javasol az orvosi bértáblához viszonyítva, a minőségi munkavégzés függvényében.

A háziorvosi bértámogatási rendszer a szoros praxisközösségbe rendeződéshez, illetve az evvel járó plusz feladatok elvégzéséhez köti az orvosi bértáblához igazított bártámogatási összegeket. Aki ezt a plusz feladatot nem vállalja, és csak a kollegiális praxisközösségi rendszerhez csatlakozik, 20%-kal kevesebb bértámogatást kap (így a háziorvosi rendszerben a -20% már kódolva van).

Szoros praxisközösségek esetén, különböző szakmai tevékenységekből, havonta, átlagosan minimum 100 pont elvégzése szükséges a szoros praxisközösséghez társított, emelt finanszírozás kiutalásához. Az egyes szakmai tevékenységekhez társított pontértékek úgy lettek kialakítva, hogy 1 pont piaci értéke nagyságrendileg 1000 Ft.

Egy 50 éves, 21-25 éve dolgozó háziorvos bértámogatása: 1.226.000 Ft

Egy 50 éves, 28-30 éve dolgozó praxisnővér bértámogatása: 251.500 Ft

Az ehhez társított +20%-os bértámogatás összege (orvos+nővér): 295.500 Ft

Az ehhez társított +40%-os bértámogatás összege (orvos+nővér): 591.000 Ft

Javaslom, hogy a háziorvosi minőségi munkavégzéshez kötött béremelést kössük a szoros praxisközösségekhez, az azokban végzett, meghatározott szakmai tevékenységekhez, a következő módon:

- A szoros praxisközösséghez tartozás alapja átlagosan havi 100 pontnyi szakmai tevékenység végzése, így havi száz pontnak nincsen „többlet" értéke. Ez az alaptevékenység.
- A **havi 100 alapponton felüli szakmai tevékenység** jelentsen a praxisteam számára (orvos + praxisnővér) emelt bértámogatást az alábbiak szerint:
    - + 75 pont/hó = +5% bértámogatás, havi elszámolással
    - +150 pont/hó = +10% bértámogatás, havi elszámolással
    - +225 pont/hó = +15% bértámogatás, havi elszámolással
    - +300 pont/hó = +20% bértámogatás, havi elszámolással
    - +375 pont/hó = +25% bértámogatás, havi elszámolással
    - +450 pont/hó = +30% bértámogatás, havi elszámolással
    - +525 pont/hó = +35% bértámogatás, havi elszámolással
    - +600 pont/hó = +40% bértámogatás, havi elszámolással

**Miért jó, miért szükséges egy ilyen rendszer bevezetése?**

- Nem lehet komoly bérfeszültség az orvosi rendszerben, az alapellátó orvosok számára is biztosítani kell a minőségi munkához társított emelt (max. +40%) bérszintet
- A szoros praxisközösségben már bevezetett szakmai tevékenységek ismertek, szakmailag átgondoltak, többszörös módosításon estek át, csak a praxisteam munkáját minősítik
- A szoros praxisközösségek ezen szakmai tevékenységeket a NEAK felé jelentik, EESZT-be feltöltik, a jelentési/visszajelzési rendszer már üzemben van, működik
- A fenti rendszerben az elvégzett munka pontértéke, piaci értéke, az ehhez társított bértámogatás egymásnak jól megfeleltethető
- A nemsokára elkészülő, Prevenciós rendeléseken végzendő feladatokat meghatározó szakmai irányelv is ezen tevékenységek végzését szorgalmazza, támassza alá
- A 25 milliárd Ft-os eszköztámogatási projekt (ha végre eljut a praxisokhoz) is ezen tevékenységek végzéséhez biztosítana a minimumfeltételeket meghaladó háziorvosi/házi gyermekorvosi eszközparkot.
- Ezáltal a praxisfinanszírozásban sokkal hangsúlyosabb szerepet kaphat a minőségi munkavégzés – 2021-ben az egyetlen, finanszírozással összefüggő minőségi/szakmai mutató az indikátorrendszer, ennek aránya átlagosan a finanszírozás 4%-a. Ha ezt a rendszert bevezetnénk, a praxisfinanszírozás 22,5%-a a minőségi munkavégzéshez lenne társítva (3,2% indikátor + 19, 3% bértámogatás).

**5) Praxisadásvétel az OKFŐ véleményezésével**

A javaslat legproblémásabb része szerintem.

*7. § (1) A praxisjog elidegenítésére vonatkozó szándékát az azt elidegeníteni kívánó személy bejelenti a praxiskezelőnek és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzatnak. Ha a praxiskezelő nem jelöl meg más, a praxisjogot megszerezni kívánó orvost, a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy jelöli meg a praxisjogot megszerezni kívánó orvost.*
*(1a) A praxiskezelő kizárólag akkor jelölhet az önkormányzat véleményének kikérését követően más orvost, ha azt jogszabályban meghatározott ellátásbiztonsági szempontok indokolják és az ezeknek megfelelő orvost az érintett önkormányzat(ok) a javaslattételt követő 6 hónapon belül sem jelölik meg.*

Észrevétel:

Pontosítandó, hogy ezt úgy kell értelmezni, miszerint a praxiskezelő csak akkor szól bele egy praxis adásvételébe ha 6 hónapon túl nem tudja ezt az orvos az eddigiek szerint (önkormányzattal egyeztetve) megoldani! Elfogadhatatlan és a tulajdonjogot súlyosan csorbító tényező, ha nem a praxisjog tulajdonosa dönthet arról, kinek értékesíti azt. Ez pontosítandó feltétlenül. Az államtitkár úr kamaránál tett látogatásakor az ezzel kapcsolatos terveket én az alábbiak szerint hallottam: Aki nyugdíjba akar menni, dönthet, hogy értékesíti a praxisjogot, vagy visszaadja azt a praxiskezelőnek. A praxiskezelő megállapít egy értéket a praxist illetően és azt megkapja akkor is, ha a praxiskezelőnek adja vissza. Ez persze alatta van annak az összegnek amiért pl. egy városi praxist el tud adni a valóságban ma. Valószínűleg annak a praxisnak a gazdája értékesíteni fogja, nem a praxiskezelőnek visszaadni. De pl. egy 2-3 millió Ft-os megállapított praxisérték is segítség annak a nyugdíjba vonulónak, aki viszont jelenleg nem tudja eladni a praxisát.

Tisztelt Elnök Úr !

Szakmai egyeztetésre megküldött törvényjavaslat bizonyos részét az alábbiakban véleményezném:

***„Nemzeti Laborhálózat kialakításához szükséges intézkedések bevezetése" c.*** részhez

- „A **köztulajdonban álló laboratóriumok működése veszteséges**, amely jelentős szerepet játszik a kórházak eladósodásában."

A laboratóriumok nem-veszteséges működése kivitelezhetetlen a jelenlegi laborfinanszírozási rendszerben:

**okai:**

- -az évtizedek óta **zárt laborkassza** jelensége (exponenciálisan megnőtt országos vizsgálatszám ugyanazon térítési összeg mellett ) kritikátlanul alacsony 60-70 fillér (!!)=0,6 Ft/NP kifizetést eredményezett a járóbetegellátás klinikumi 1,98 Ft/NP térítésével szemben
- a vizsgálatok tömege elavult,**kritikátlanul alacsony értékű elemi pontszámon** (rutin klinikai kémia:45,54,36 (!!)NP = gyakorlatilag 20-30 Ft-on finanszírozva, ugyanakkor minden laboratóriumi vizsgálatra rárakódó fix ktség min.40 Ft-ra becsülhető („Ráfordítás adatgyűjtés projekt" GYOGYINFOK Szekszárd 2006.-08.)
- vizsgálatkérések **in-put szabályozásának hiánya**: bármely szintű ellátás mennyiségi és minőségi korlátok nélkül rendelhet vizsgálatot,melyet a laboratóriumnak kötelessége elvégezni, (anyagi veszteségei ellenére is !)
- a magasabb progresszivitási szinten álló laboratóriumok kiszolgáltatva a kisebb laborokból el nem végzett vizsgálatok fogadására és teljesítésére.
- A területi ellátási kötelezettség miatt az alap-és járóbeteg szakellátás számára végzett tömeges vizsgálatok (össz.75-80 %-a) a kórházi laboratórium költségei miatt az intézményeket hatalmas veszteségekre kényszerítik. (főként megyei szinten)

**javaslatok:**

- racionális és a **valódi bekerülési költségeket tükröző pontrendszer** és **in-put szabályozás** (vizsgálatok elrendelhetőségének mennyiségi és időbeli leszabályozása) megteremtése.
- ezzel együttesen lehetővé válna a **zárt laborkassza feloldása.**
- a kialakított laboratóriumi struktúrában az un. **„kötelezően végzendő vizsgálatok" szabályának bevezetése** a megfelelő szinteken.
- A **kórház működésének rentábilitását ne érintse a járóbeteg diagnosztika költsége**!

A törvényjavaslatban vázolt főként a **labortechnikát érintő módosítások nem oldják meg a jelen helyzet visszáságait és a költséghatékony diagnosztikai működést!**

Egyben nagyfokú és egyértelműen körvonalazódó **szakmai aggály** valamennyi szakember számára **az „egységesítés"** koncepciója! Az invitro diagnosztika rendkívül **szerteágazó részterületei nem fedhetők le uniformizált gépparkkal** és reagens vásárlással. Egyetlen forgalmazó sem rendelkezik az összes területet kiszolgáló termékekkel. **Ezen feltételek teljesítése nélkül a betegellátás minőségének és hozzáférésének joga kikerülhetetlenül sérülni fog !**

Tisztelettel kérem a fenti véleményem a laborszakmát érintő radikális változtatások következményei miatt elemzésre,megvitatására . További kérdés esetén szívesen állok rendelkezésre

köszönettel: dr Székelyi Katalin MOK Tolna Megyei TESZ – választókerületi elnök

ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI SZÖVETSÉG
(O.A.SZ.)
Cím: 8360 Keszthely, Sopron u. 2.
www.oasz.hu
Tel.: 30/9866-366
E-mail: elnok@oasz.hu, info@oasz.hu
Elnök: *Dr. Hertelendy László*

címzett: Magyar Orvosi Kamara elnöke és elnöksége

tárgy: véleményezés egészségügy átszervezésének törvénytervezetéről

ikt: 10/2022/EÜ.

Tisztelt Kincses Gyula Elnök Úr, Tisztelt Nagy Ákos alelnök Úr, Tisztelt Nagy Marcell Főtitkár Úr!

Köszönjük a lehetőséget a véleményalkotásra. Sajnos kevés idő állt rendelkezésünkre; de a téma fontossága miatt senki sem engedheti meg magának, hogy ne kövessen el minden tőle telhetőt annak érdekében, hogy helyes jogszabály szülessen.

I Vezetői összefoglalóhoz tett észrevételeink

- I. AZ ELŐTERJESZÉT CÉLJA

- **praxiskörzetek meghatározása során állami szerepvállalás biztosítása**: Elfogadjuk, hogy szükség lehet rá, de a lényeg a részletekben rejlik, azaz, hogy az állam mikor kell, hogy beavatkozzon egy folyamatba, aminek természetes szereplője a vállalkozó orvos, akinek vagyoni értékű, személyes praxisjoga van, valamint az önkormányzat, mint a településen lakók érdekeit első kézben biztosító szereplő. Az Önkormányzati TV szerint az alapellátás önkormányzati feladat, amelyet feladat- átadási, átvállalási szerződéssel lát el a praxisjoggal rendelkező orvos által.

    - Álláspontunk az önkormányzatiság, a probléma közeli megoldás keresés és a szubszidiaritás elvén alapul. Azaz, a problémákat ott kezeljék, ahol az keletkezik és a felsőbb szint kizárólag az alacsonyabb ( az emberhez, a problémához közelebb levő ) szint eredménytelensége esetén avatkozzon be a folyamatokba.

      Jelen tervezet szellemiségében ezekkel ellentétes, az államhoz centralizál olyan feladatokat is, melyet adott esetben a vállalkozó orvos és az önkormnyzat külső beavatkozás nélkül is meg tud valósítani.

Országos Alapellátási Szövetség
8360 Keszthely, Fő tér 1.
Szsz.: 11600000-00000000-30230578
Adószám: 19200687-1-20

1. Az egészségügyi alapellátáshoz

Az összefoglaló az **ellátandó lakosságszámot** ( köznyelven utcabeosztást) tekinti a munka és teljesítmény indikátorának. Azonban ez nem igy van. Utalnak a korosztályra pl, nem ennél nem lépnek tovább, holott van egy korrigált mérőszám, ami az ellátandó lakosságszámnál reálisabb képet ad egy praxis munkájáról. Ezek egyike a NEAK által nyilvántartott kártyaszám és annak korosztályos szorzószámai; összességében pontszám, ami alapján a finanszírozásunk egy részét is kapjuk. Ezek meglevő adatok, havonta küldi a NEAK az orvosoknak. Ott van még a települési szorzó, hisz nem mindegy, hogy a budai várkerületről, vagy Zala aprófalvas településeiről beszélünk. ezek az adatok szintén a NEAK-nál megvannak és jobban alkalmasak a terhelés megbecslésére, mint az ellátandó lakosságszám. Pontos terhelési adatokat pedig még a szintén az EESZT-ben látható betegforgalmi adatok adnak.

Fentieket támasztja alá, hogy a szabad orvosválasztás révén városokban és környékükön semmi összefüggés nincs az ellátandó lakosságszám és kártyaszám közt egy praxisban. Saját adataink alapján azt látjuk, hogy a praxis létszámának kb. fele az aki a területén lakik és fele, aki kintről kérte magát a praxisba. Összevetettük egy város körzeteinek ellátandó lakosságszámát és kártyaszámát. Érdekes eredményt kaptunk: egyharmadnál korrelált a lakosságszám a kártyaszámmal. Egy harmadnál aránytalan eltolódás volt az egyik, másik harmadban pedig a másik irányban. Azaz semmilyen következtetés nem vonható le a az ellátandó lakosságszámból a praxis munkájára nézve. Ezért minden erre alapozott döntés is helytelen, nem a valóság talaján áll.

Kiegészítve fentieket a szubszidiaritás, az önkormányzatiság és a probléma közeli megoldási stratégiával úgy gondoljuk, indokoltan a tervezetben szereplő súllyal, mintegy általánosítva elvenni a körzet megállapítási jogot az önkormányzatoktól, valamint elvenni az elsődleges jogot praxis átadás esetén a személyhez kötött vagyoni joggal rendelkező háziorvostól és az önkormányzattól.

Elfogadjuk, hogy nehéz helyzet van a sok betöltetlen praxis miatt. Azonban a megoldás nem az ésszerűtlen és aránytalan központosítás, hanem a háziorvosi pálya vonzóvá tétele. Ennek kifejtése nem tárgya jelen levelünknek.

Elfogadjuk, hogy ahol a települési önkormányzat és az orvos nem tudott új orvost a rendszerbe állitani ( tartósan betöltetlen körzetek) , ott és csak ott, az önkormányzat bevonásával legyen az államnak joga a reménytelenül betöltött körzetet elosztani. Ezzel azonban csak statisztikailag csökken a betöltetlen praxisszám, a munkát ugyanazok az esetleg már túlterhelt orvosok fogják elvinni, akik a helyettesítést is megoldották.

**Gazdaságtalan üzemméretű körzetek kivezetése**

- előző pontban leírtak alapján nincs reális adat a jogalkotó előtt, amire ilyen súlyú döntést megalapozottan meghozhatna.

- Mi lesz a személyhez kötött vagyoni jog kompenzálásával? Milyen árfolyamon?

- Miért törölnének el központi utasítás alapján vmit, amit a helyi betegek, az önkormányazt – azaz, azok, akiket érint, jónak tartják?

- Mi lesz a többévtizede a jól kialakított kis körzetekkel, melyekre az orvos a szakmai életét áldozta? Ha megszüntetik a praxisát, nem fog elvándorolni máshova!

**Védőnők**

Mit ad hozzá a tevékenységükhöz, hogy az önkormányzattól elkerülnek , ahogy a körzet kialakítás joga is? Szerintünk helyben kell ezeket szervezni és az állam ott avatkozzon be, ahol nincs érdemi helyi megoldás.

**Ügyeleti rendszer átalakítása**

Elégségesnek gondoljuk arányos, kb. egyforma lakosságszámú ügyeleti körzetek kialakítását. Az létszámbeli aránytalanságok felszámolásával és megfelelő díjazás mellett a sok évtizedes bevált rendszer tovább működhetne. Elfogadjuk, hogy ahol nem találnak helyben megoldást az ügyeleti körzetek kialakítására, ott az állam közbelépjen; vagy finanszírozási eszközökkel motiválja a megfelelő nagyságú ügyeleti körzetek kialakítását.

Nem tartjuk szerencsésnek, hogy alapellátási feladatokban a városi kórházak kapjanak szerepet. Két külön egészségügyi ágazatról van szó!

Miért lehetetlenítenék el a sok pénzből kialakított ügyeleti szervezeteket, helyeket, amelyek jól működnek, de a kórházi telephelyen kívül? Mi okból ragaszkodik a jogalkotó, hogy a szakrendelő területén legyen? Rugalmatlan, értelmetlen, életszerűtlen és drága, pazarló!

Homályos számunkra a megfogalmazás is. 16-22 közt a háziorvos lát el ügyeletet, emellett még pluszban helyszínre is vonul 16-8 közt? Hogy van ez?

Hány önkormányzat menekül az ügyelet ellátásának biztosításától? Akiket ismerünk ilyet, mind olyan, hogy a NEAK finanszírozás nem elég a bérekre. Ha lenne korrekt bér, lenne orvos is!

3. **miniHIS kötelező használata**

   Elfogadjuk a tervezetet. Háziorvos alkalmasság igazolása szükséges kitétel? Milyen alkalmasságra gondolnak? A munkahelyi alkalmasság megítélése üzemorvosi kompetencia!

**II. járóbeteg szakellátó intézmények állami átvétele**

A rendszerváltozás egyik fő eredménye volt az önkormányzatok szerepének erősítése, melyet kifejez az Önkormányzatok feladatairól szóló törvény is. Jelen előterjesztés

Országos Alapellátási Szövetség
8360 Keszthely, Fő tér 1.
Szisz 17600000-00000000-

elfogadása esetén az egészségügyi ellátás tekintetében ez szinte kiüresedik; beismerésre kerül, hogy az önkormányzat nem jó gazdája a rábízott feladatoknak. Úgy látjuk, ez nem így van, hanem forrás hiány okozza a bajok nagy részét. Ezt pedig az „államosítás" nem oldja meg.

A háziorvosok vonatkozásában is egy öszvér, saláta megoldás marad, amiben az önkormányzatoknak igazán már se joga, se eszköze nem lesz. A helyi háziorvos a gondjaival eddig fordulhatott az önkormányzathoz, de ezután még kevésbé fog tudni.

**III. Fekvőbeteg-szakellátás**

Alapellátóként első vonalban találkozunk a betegek véleményével és szükségleteivel, ezért megalapozottnak tartjuk, hogy véleményt nyilvánítsunk e kérdésben is.

Tőlünk nyugatra elhelyezkedő országokban azt látjuk, hogy a városi kórházak sokszor olyan felszereltséggel működnek, mint nálunk a megyeiek. Azaz egy járásnyi embernek, lakóhelyükhöz közel tudnak definitív ellátást nyújtani.

Jelen tervezet minden elemében ezzel ellentétes; hozzájárul a városi kórházak elsorvadásához, azaz az ellátás a betegtől messzebbre kerüléséhez. A megyei fő intézménynek az lesz az érdeke, hogy saját kapacitásait használja ki és azt pótolja. E a szándék legmarkánsabb példája a dolgozók megyén belüli átrendelésének lehetősége. Ezt embertelennek tartjuk, bevezetését maximum az új felvételek esetében tartjuk elfogadhatónak, azoknál, akik ezt tudatosan vállalják. A jelenleg is a rendszerben dolgozók vagy ne essenek ennek hatálya alá, vagy kérésükre mentesülhessenek ez alól. Hogy gondolják, hogy egy évtizedek óta a lakóhelyén dolgozó, ott házat vásárolt szakember naponta utazgasson a megye másik részébe?

E felvetésben ez elkeseredettséget látjuk és a feladást. Hogy már akkora a baj, hogy csak ilyen „karhatalmi hangulatú" intézkedéssel lehet egyáltalán embert találni a megyei kórházakba és ennek beáldozzák a városi kórházakat is.

Jó a megkezdett irány az orvosok megvalósult és a szakápolók tervezett bérrendezésével! Ezt vigyék tovább!

**Szakmaszerkezet**

Nem tudjuk támogatni, hogy az alapellátást, ahol a fő forma a személyhez kötődő vagyoni praxisjog, belemossák akár ilyen szinten is az egészségügy más szintjeihez, legyen az akár szak, akár fekvőbeteg ellátás.

Támogatjuk viszont a korábban vázolt járási alapellátási központok felállítását, de függetlenül az egészségügy más ágazataitól! Nem lehet az alapellátás központja a kórház, mert a feladatuk gyökeresen másról szól!

2. **Beteglátogatási rend**

Támogatjuk a segítő személyek bevonását. Ne teljesen hagyják a helyi házirendre, határozzanak meg egy minimumot, amit a házirendnek tartalmaznia kell!

**V. Nemzeti Laborhálózat**

Egyetértünk a racionalizálással. A tervezet megállapítja, hogy a köztulajdonú laborok veszteségesek. Azt látjuk, hogy a magán laborok pedig szárnyalnak.

Nem értjük és kifejtés nélkül veszélyesnek látjuk a kijelentést, miszerint „ az orvosok nem rendelhetnének el indokoltatlan laborvizsgálatokat." Ki mondja meg, hogy mi felesleges? Legalább orvosnak kéne lennie és ismernie a beteget és a betegséget!

**Minden formában támogatjuk a szakdolgozók béremelését!**

**IX. Közreműködők**

Az eü. szolgálati jogviszony számos kötöttséget tartalmaz, amit a jelenleg közreműködőként dolgozók nem kívántak vállalni; ezért várhatóan őket az eü. jogviszony alá beterelni sem lehet. Ha kiesnek, azt az ellátást be kell zárni ( erre szolgálna a városi kórházak sorvadásának elfogadása és az átrendelés bevezetése?) .

**Szociális ágazat**

Szövetségünk tagjainak egy része szociális otthonokat ellátó orvos. Tapasztalatuk azt mutatja, hogy az idősotthonok mára inkább hasonlítanak a régi chronikus, elfekvő osztályokhoz, azaz szükség van nagyobb mértékben egészségügyi végzettségű szakszemélyzetre és orvosra nagyobb óraszámban! Honnan lesz orvos és a bérére fedezet a szociális ágazatban?

Jó irányként indult az otthonápolási rendszer erősítése, ott kérünk több kapacitást! Olcsóbb, emberibb!

**ÉSZREVÉTELEINK A JOGSZABÁLY SZÖVEGHEZ**

A vezetői összefoglalóhoz fűzött véleményformálásunk során kitértünk a lényeges elemekre, ezeket itt nem ismételnénk.

**1993 évi III tv 131§ Szakápolás**

Országos Alapellátási Szövetség

- kérjük az otthonápolási kapacitás és forrás emelését!

- legyen magasabb a minimum alkalmazott eü. ápolók és intézeti orvosok óraszáma. Forrásbiztositás ezekhez.

- **1997 évi CLIV Tv 4.§**

    - két szakma nagyon kevés, ez visszalépés! A megyei kórház, mint munkáltató el fogja szívni a dolgozókat, igy végleg ellehetetlenül a városi ellátás, mert emberállományát elviszik a megyéhez!

    - Vannak kórházak, melyek nem illeszthetőké bele a megyei-városi beosztásba, pl. a Hévízi Szent András Kórház. Esetében:

        - konkrét problémát jelent az Eü. átszervezésnél, hogy nincs megyei koncepció kidolgozva, így szükség lenne .
            - - megyénként egy tanácsadó testület kijelölésére, aki a megye egészségügyi ellátást ismeri és javaslatokat tud tenni az ellátásszervezésére
            - - megyei helyzetelemzésre (kontrolling adatbázis alapján), mert nincs egységes strukturális jövőkép a megye Eü. ellátásával kapcsolatban
            - Személyes (Hévíz Kórház) problémája, hogy ez az.intézmény nem felel meg a városi kórház kategóriának :
            - – a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház egyedi engedéllyel 65 %-ig végezhet vállalkozási tevékenységet – melyet ebben a tervezett struktúrában nem lehet hatékonyan, gazdaságosan szervezni, a megyei irányító intézmény egyáltalán nem végez gazdasági tevékenységet, mégis ő irányítana úgy, hogy a vállalkozási tevékenységből fakadó sajátosságokat és kiviteleket ne tudja kezelni és értelmezni
            - - országosan egyedi a működése, mert egészség és gyógy turisztikai, valamint természetvédelmi feladatokat is ellát
        - <u>vagyis esetében és más hasonló intézmények esetében kivételt kell(ene) képezni, mint az az alapítványi formában működő kórházaknál már létezik. Ezek körének meghatározására országos felmérés szükséges!</u>

**- 1997 évi CLIV Tv 6.§ bevezetése felháborodást és elvándorlást fog okozni!**

Kérjük: - töröljék. Ne hatalmi szóval, hanem ösztönző eszközökkel biztosítsák a szakemberellátást!

Minimum kérésünk:

- csak új szerződéskötés esetén legyen

- jelenlegi dolgozó kérelmére mentesülhessen automatikusan

- **2000.évi II. Tv**

- **7. §. A praxis elidegenítési joga a praxisjoggal rendelkező háziorvosé legyen! Utána szálljon be az önkormányzat és utána az állam, ha az előző nem jutott eredményre fix határidőn belül.**

- **13.§ a praxiskezelő** az alapellátási körzetek kialakításába csak ott folyjon bele, ahol a helyi önkormányzat nem tudott 1 éven belül megoldást találni.

**2011 évi CLXXXIX TV**

- **14§ és 15.§ , 18.§ törlését kérjük. Indoklás előző részben!**

- **15§** ÉRINTI A 2015 évi CXXIII. 5§-T IS, RENDEZNI KELL. Mit jelent az együttműködés, mit kell biztosítania az önkormányzatnak?

- **19.§** Tekintettel, hogy a szempontok, melyek alapján a módosítás született, nem releváns, a paragrafus teljes átdolgozása szükséges! Az ellátandó létszám nem mutatója a praxis munkájának, arra más jelzők állnak rendelkezésre.

- Mi történik, ahol az OMSZ nem vállalja az ügyeletet? Miért kell bekényszeríteni az OMSZ alá a jól működőket? Egységes, járási alapellátási ügyeletek támogatása!

- Gyerekorvosok részvételének biztosítása az ügyeletekben ott is, ahol nincs külön gyerek alapellátási ügyelet.

- A háziorvosokat milyen szerződésekkel terelnék az OMSZ ügyeletbe akaratuk ellenére? Nekik a szerződésük az önkormányzattal van! Praxisjoguk elvehetetlen személyi jog!

**ÁLTALÁNOS INDOKLÁSHOZ FŰZÖTT MEGJEGYZÉSEINK,** amennyiben a korábbiakban nem tértünk ki rá

A javaslat szemben megy a nyugati gyakorlattal és a betegközeli ellátás elvével akkor, amikor áthelyezésekkel, osztály bezárásokkal megágyaz a városi kórházak leépülésének. Egy megyei intézménnyé szervezésükkel minden gyakorlati érdemi önálló döntéshozói jogosultságuk megszűnik.

A tervezet nem tér ki az országos ellátást nyújtó, vagy különleges ellátást nyújtó kórházakra, mint pl. a Hévízi Szent András Reumakórház, melyeknek kivételt kéne élvezniük a városi-megyei kórház rendszer alól.

**RÉSZLETES INDOKLÁSHOZ FŰZŐDŐ MEGJEGYZÉSEINK**

Országos Alapellátási Szövetség
8380 Hévíz, Fő tér 1.

1§ a feladatátadáshoz forrásrendelés szükséges. Szükségesnek látjuk a minimumfeltételekben szabályozni a megemelkedő munkához szükségképp társuló intézményi orvosi óraszámot is.

Háziápolási rendszer erősítése, a drága intézményi elhelyezés csökkentéséért.

A szociális ellátóhelyek jelenleg is több éves várólistával működnek! Méltánytalan a várókkal szemben, hogy a kórháziak soron kívüliséget kapjanak! A kórház olyan szinten leterhelni a felvételi helyeket, hogy a saját belső felvételi rendszerük gyakorlatilag ellehetetlenül!

**4-5§ Ki kell venni a speciális helyzetben levő, akár mert országos feladatot lát el, akár egyéb sajátosságaik miatt egyes kórházakat, mint pl. Hévízi Szent András Reumakórház ( vállalkozási tevékenység, szakmaspecifikus ellátás országos szinten, természetvédelmi feladatok)**

**7.§ Praxisjog elidegenítés joga.** Első kell legyen az eladás jogának és az utód kiválasztása során a személyes vagyoni joggal rendelkező háziorvos. Második a helyi viszonyokat ismerő önkormányzat. Az állam csak és kizárólag abban az esetben lépjen be, ha az első két érintett meghatározott időn belül nem jut megoldásra.

**19.§ törlést kérünk.** Az előterjesztés alapja nem releváns. Az ellátandó lakosságszám nem indikátora a praxis terheltségének és munkájának.

Összegzés: a tervezet álláspontunk szerint „ vészforgatókönyv", nem szolgálja hosszú távon az egészségügyi alapellátás érdekeit. Az állam ilyen mértékű szerepvállalását túlzónak és kontraproduktívnak tartjuk; amely elfojtja a helyi jól működő mechanizmusokat is. A tervezet alapellátást érintő részeinek visszavonását és újradolgozását javasoljuk. Törlési, módosítási javaslatinkat megtettük.

**A jogalkotó szíves figyelmébe ajánljuk a 2015 évi CXXII Tv-t az alapellátásról, melynek megalkotása a szakma széleskörű bevonásával történt és melynek végrehajtási rendeleteinek megalkodásával megvalósíthatónak tartjuk a jogalkotó pozitiv szándékát az alapellátás rendezésére.**

Keszthely 2022 11 7

Dr Hertelendy László

elnök

Országos Alapellátási Szolgálat
Cím: 8360 Keszthely, Fő tér 1.
Szsz.: 17900000-00000000-00000000
Adószám: 19000000-2-00

**Vélemény**

1. A vármegyei kórház hatáskörébe tartozna a törvényjavaslat szerinti vidéki illetőleg városi kórházak munkaerő beosztása. Ez a mindennapi életben gyakorlatilag kivitelezhetetlen, sok esetben az orvosok nem tudják felvenni valós vagy vélt okok alapján a mindennapi munkát, így egy központi helyről reálisan megoldani úgy, hogy bármilyen helyre, főleg más helységbe azonnal delegálni nem lehet munkaerőt. Ennek megfelelően borul minden olyan helyen az aznapi beosztás, ahonnan el kell menni és ahova át kell irányítani munkaerőt. Invazív beavatkozást végző osztályokon (pl. sebészeti szakmák, radiológia, kardiológia stb.) ez halmozottan érvényes, lényegében veszélyezteti a biztonságos betegellátást.

*"A fenti elvek alapján a kórházi struktúrát és szakmaszerkezetet érintő feladatokat az OKFŐ megyei szinten koordinálja a valós lakossági ellátási igényekhez és a rendelkezésre álló humánerőforráshoz igazodó kapacitás-kiosztással, a releváns szempontok figyelembevételével, a minisztérium útján bevonva a lakossági véleményközvetítés szempontjából jelentős intézményeket és a megyei kórházak vezetőit."*

Ez nagyon általános megfogalmazás, ez alapaján szinte minden intézkedést „át lehet vinni". és tudjuk az ördög a részletekben lakozik.

Megoldás erre az lenne, hogy az érintett helyeken olyan jellegű legyen a munkaerő igény (adott esetben meg kell szüntetni osztályokat), hogy oda ilyen szakembereket ne kelljen és ne lehessen azonnalra delegálni, hanem ők már eleve a központi vármegyei helyen dolgoznának. Annak függvényében, hogy a központi helyen milyen az ellátás lefedettsége, lehet adott esetben beosztani elsődlegesen járóbeteg ellátást elvégzésére. A fekvőbeteg osztály, ügyeleti sor, invazív beavatkozások, műtétek a központi helyen történnének. A városi kórházba nem. Ez a feltétele annak, hogy a szakmai ellátás lehetőség szerint egységes, betegbiztonság szempontból megfelelő lenne. Minden más alternatíva gyengíti ezt a vonalat.

2. Szabad orvosválasztás lehetőségét illetően kiemelten káros ennek a lehetőségnek a megvonása. Nem megengedett és itt főleg a sebészeti szakmák kerülnek előtérbe, de ez ugyan úgy érvényes az egyéb szakmákra is, hogy adott jellegű és szakmai tudást feltétlenül igénylő beavatkozások olyan orvosok által kerüljenek elvégzésre, akik ebben rendelkeznek megfelelő jártassággal. Szakmailag a beteg felé abszolút etikátlan, a biztonságos betegellátás szempontjából pedig kifejezetten veszélyes, ennek mindenjogi pódiumával együtt.

3. A beteg látogatási rendet illetően, az utóbbi években főleg a covid-19 által generált helyzetben kifejezetten káros lenne, ha egységes elvek alapján történne ennek a szabályozása.
4. Az aktív ellátást végző intézetek, osztályok infrastrukturális szempontból összességében teljesen alkalmatlanok jelen helyzetben kezelni azt, hogy a beteg

mellé valaki beköltözik és részt vegyen az ellátásban. A krónikus ellátást ápolási tevékenységet végző intézetekben is valószínű, hogy hasonló a helyzet, de a hozzátartozó ilyen jelegű bevonása a betegellátásba mindennapi felszültséget, konfliktust, nézetletérést fog generálni, egyrészt orvos szakmai, ápolási, másrészt pedig beteg hozzátartozói szinten. És akkor még nem is beszélünk a folyamat járványügyi vonatkozásairól.
Összességében: aktív osztályra nem szabad beengedni ilyen módon a látogatókat, ápolási krónikus osztályra csak abban az esetben legyen megengedett, ha infrastrukturális, járványügyi stb. feltételek adottak.

5. Ha és amennyiben az egészségügyi törvény módosításáról beszélünk, egyértelműen ki kellene vezetni azt a paragrafust, mely megtiltja, hogy a beteg azonos jellegű panaszaival állami és magánellátás keretén belül ugyanazt az orvost megkeresse. Biztonságok betegellátást szempontjából kifejezetten káros, felesleges beteg utakat, ellátási igényt, szakorvosi véleményezési szükségességet generál, arról nem is beszélve, hogy a konkrét betegségének az ellátása nem biztos, hogy megfelelő lesz.

I. Egészségügyi alapellátás:
   1. A praxisjog valójában személyhez kötött vagyoni értékű jog. Ebben a pontban kifejtettek és azok működtetése még praxisközösségek esetében is teljesen irreális és kivitelezhetetlen, hisz nincs igény az orvosok sőt a frissen végzettek között sem olyan, aki háziorvosi praxisban kívánna dolgozni. Az itt megadott és ismert adatok is ezt bizonyítják. Az pedig kifejezetten káros, az OKFŐ (praxiskezelő) számára átadni körzethatárok átalakítás és kijelölési jogát, valamint a betöltetlen körzetekkezelését. Ezzel a jelenleg érvényes önkormányzattal kötött feladatellátási szerződések érvényét vesztik, mint ahogy a részletes indokolásban is kifejtésre került. Miután a praxisjog vagyoni értékű jog és személyhez kötött álláspontom szerint törvénytelen és megengedhetetlen 1200 fő alatti praxisok kivezetése, hanem arra kellene törekedni, hogy a betegellátás érdekében azt optimálisan lehessen fenntartani.

   2. Ügyeleti rendszer tekintetében az önkormányzat és a praxisban dolgozó orvos feladat ellátási szerződésének lényeges és kötelező tartalmi eleme az ügyeleti rendben történő részvétel. Ha az ügyeleti rendszer az OMSZ-hoz kerül át a tervezet szerint és ahhoz az önkormányzatok is áldását adták, ez esetben hozzá kell igazítani az orvosokkal kötött feladatellátási szerződésben foglalt kötelezettség teljesítésének a rendjét.

Az ügyeleteket a járásokban- városi kórházak koordinálásával szerveznének. Ott ahol a járásban nincs városi kórház (pl Vas megyében vannak ilyen járások) ott ki koordinálná?

3. A HIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban írtak nagyon figyelemreméltó kezdeményezés, ennek lebonyolítása, financiális módja a tervezetben nem kézzelfogható, az állam mikor és hogyan kívánja elvégezni a fejlesztést?

II. A települési önkormányzat járóbeteg szakellátási intézményének az átvétele:
Álláspontom szerint hibás lenne ez a tervezet elfogadása, hisz a helyi viszonyokat központi irányítási rendszerrel a betegellátás sérülésével járna, e tekintetben egységet kialakítani képtelenség.
Az ingatlanok állami tulajdonba vételnél sem lehet egységesen fellépni, hisz a praxisok jelentős részében az ingatlanok magán tulajdonban vannak.

III. Fekvőbeteg ellátására vonatkozóan a fentiekben már kifejtettem.

IV. Informatikai adatkezelésben történő átalakítás: mindhárom pontban fogadható.

V. A laborhálózat kialakítása:
Az egységes reagens rendszer műszerpark felállítása indokolt.

VI. Szűrő vizsgálatok keretrendszere:

VII. Illetmények:
Az illetményen felüli juttatások, díjak megállapítása az OKFŐ feladata lenne a tervezet szerint, ezek beépülnének az alapbérbe. (Ez esetben a szolgálati jogviszonyról szóló egyedi szerződéseket ennek megfelelően módosítani szükséges.)

VIII. Várólista csökkentés:
Mindenki számára üdvözlendő, de ehhez a megfelelő személyi és tárgyi feltételeket biztosítani kell.

IX. Közreműködők:
A közreműködők kivezetése jelenleg betegellátási problémákat okozna, hiszen több helyen így oldható meg a szakember hiány.

A nem egészségügyi tevékenységet végzők esetében is indokolt (pl. ügyvédek, könyvvizsgálók stb.) szigorítani. Miért kell jogi vagy egyéb tevékenység végzésére osztályokat fenntartani?

X. Szakápolók: A fentiekben már kifejtettem.

A 2000. évi II. törvény 7 §. sérti a praxisjogosult önrendelkezési jogát akkor, amikor az elsődlegesen a praxiselidegenítés esetén csak utolsó sorban engedi általa kijelölt orvosnak átadni a saját vagyonát.

13. §. Az alapellátás körzetek kialakítása, ügyeleti rendszer stb. állami feladattá tenni eléggé átgondolatlannak látszik, még akkor is, ha az önkormányzatok véleményét ki is kérnék.

21. §. A jelenlegi nehéz helyzet és munkaerő hiány az adott esetben illetmény csökkentés és egyéb más intézkedés még nehezebbé teszi a beteg ellátás biztosítását.

A Vas Megyei háziorvosok kollegiális véleménye:
Az anyag terjedelme, az értelmezés nehézsége és az idő rövidsége miatt elsősorban az általam jól ismert alapellátást érintő tervekkel kapcsolatban tudok véleményt mondani.
Kiemelném, hogy Takács Péter államtitkárnak a MOK elnökéhez címzett levelében az szerepel, hogy „jelen előterjesztés és normatervezet csak azon intézkedéseket tartalmazza, melyek törvényi szintű szabályozást igényelnek". Nagyon fontosnak tartom, hogy **a MOK elnökség rákérdezzen azokra a tervezett intézkedésekre is, melyeket az államtitkárság ill. BM saját hatáskörben kíván megtenni,** már az országgyűlési törvénymódosítás elfogadása után, az új jogszabályok birtokában!! Hiszen „az ördög a részletekben rejtőzik"! Amit erősen **hiányolok az ELŐTERJESZTÉS CÉLJA fejezet felsorolásai közül:**

- Szükséges lenne helyre- ill. visszaállítani a korábbi ÁNTSZ-hez hasonló **közegészségügyi és járványügyi szolgálat**ot. A covidjárvány egyértelműen bizonyította a jelenlegi, közigazgatásba olvasztott népegészségügyi szolgálat inszufficienciáját! Nem működik a szakmai felügyelet rendszere sem!
- Az **otthoni szakápolás**i rendszer kapacitásának és finanszírozásának bővítése szükséges!
- A **szociális ágazat**ban dolgozók, tervezett többletmunkájukat (ld. krónikus osztályok ágyainak átadása) is elismerő sürgős bérrendezése szükséges!

## I. Egészségügyi alapellátás:

### 1. Az alapellátás szerkezetének átalakítása:

A **praxiskezelő**i rendszer (OKFŐ) kialakítása alapvetően jó cél, ha jól működik, hiszen számos feladata lesz: nyilvántartja és követi az alapellátó praxisok számát, működését, humán erőforrás ellátottságát, a praxisokra jellemző morbiditási és mortalitási mutatókat, az ott zajló munka hatékonyságát, gondoskodna a praxis átadás-átvételi folyamatának szabályszerűségéről, a mindenütt egyforma feladat-vállalási szerződések tartalmáról és betartásáról, kiiktatva ezzel a főleg vidéki kistelepülésekre jellemző helyi önkormányzati kiskirályi gyakorlatot.
Nagyon fontos feladata lenne abban is, hogy az elmúlt években, az utánpótlás hiánya miatt kiüresedett praxisjog vagyoni értékét helyreállítsa, ezzel a nyugdíjba vonuló, a praxisban eltöltött akár több évtizedes munkát és energiát befektetett háziorvos kollégák tisztességes ellenértéket kapnának a praxiskezelőtől praxisjoguk átadása fejében. Ehhez pénzügyi alapot kellene létrehozni!! Ez származhatna részben központi költségvetési forrásból, részben a rendszerben dolgozók aktív korban történő befizetéseiből.

A tervezet szerint első lépésben **a praxiskezelő számára átadásra kerül a körzethatárok átalakításának, kijelölésének joga és a betöltetlen praxisok kezelése**. Mindez úgy, hogy a meglévő körzethatárok kiterjesztésével, módosításával beolvasztanák a jelenleg nagy számú (10-12%), tartósan betöltetlen praxisokat a még működő praxisokba.
Ezt teljesen látszatintézkedésnek tartom, hiszen az ellátandó össz. lakosságszám nem csökken és háziorvosból sem lesz több, mint amennyi most van! Vagyis az egy háziorvosra jutó ellátotti szám jelentősen emelkedik, ami biztosan az alapellátás szakmai színvonalának és elérhetőségének romlásához vezet!
Vizsgálatok sora bizonyítja, hogy a jelenlegi struktúrában kb. 1500 lakos látható el hatékonyan és tisztességesen egy praxisban. Ezen a praxisközösségi szerveződés sem fog javítani, mivel egyáltalán nem látjuk a forrását a kiegészítő személyzet rendelkezésre állásának (gyógytornász, dietetikus, praxisnővér, szűrési koordinátor, prevenciós nővér stb. honnan?), akik a háziorvosi terhek egy részét átvennék.
Ráadásul a praxislétszám növekedését finanszírozási degresszió sújtja! Minél több lakost lát el a praxis, arányosan annál kevesebb finanszírozást kap cserébe! **A degresszió eltörlését a praxishatárok átrajzolásával egyidejűleg elengedhetetlennek tartjuk!**
Amennyiben a többletmunkát továbbra is „büntetik”, úgy számolni kell azzal, hogy a jelenleg nyugdíj mellett dolgozó ill. a korfa alapján rövidesen nyugdíjkorúvá váló, nagy számú háziorvos abbahagyja a tevékenységét. (És itt nem beszélek arról, milyen következményei vannak és lesznek annak, hogy a vállalkozó háziorvosok piaci áron tankolnak, duplájára emelték a cégautó adókat, a nem lakossági árú rezsiköltségük kifizethetetlennek látszik, a bérkiegészítésük az eü-i szolgálati jogviszonyos kollégákénak csak 30-80%-a, és ez még munkáltatói adóterheket is tartalmaz, és még sorolhatnám az elmúlt időszak háziorvosokra nézve kedvezőtlen tendenciáit.)

A tervezet ahelyett, hogy olyan intézkedéseket hozna, amelyek vonzóbbá és megbecsültebbé tennék a háziorvosi munkát, biztosítva ezzel az utánpótlást, pusztán adminisztratív módon, kényszerhelyzetet teremtve, parancsszóval szüntetik meg a „praxisbetöltetlenséget”!

Fentiek is bizonyítják, hogy a háziorvosi status egy kényszervállalkozás, amiben semmiféle piaci helyzet nincs, a finanszírozás nem alku kérdése, hanem annyi, amennyit a NEAK hajlandó fizetni, a többletmunkáért degresszió jár, de semmi beleszólásunk nincs az életünk és munkánk alakulásába, ugyanakkor kötelezettségeink megszámlálhatatlanok, a vállalkozással együttjáró terheink az egekig érnek.

## 2. Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása

„Az alapellátási ügyelet ellátórendszer átalakításához -az országosan egységes ügyeleti ellátás biztosításához- azonos szempontok szerinti ügyeleti ellátás megszervezése szükséges.”

Az „országosan egységes” ellátásból már induláskor **kimarad Budapest**! Vajon miért?
Válasz: mert a fővárosi OMSZ nem tudja átvállalni az ügyeleti ellátást, mivel az alaptevékenységét jelentő mentési feladatokra sincs elegendő személyzete! Tudjuk, hogy jelenleg is napi szinten rendelnek fel vidéki mentőegységeket Budapestre, hogy képesek legyenek megbirkózni a feladataikkal. Ezzel persze a vidéki kapacitás is beszűkül.

Mintaként a **Hajdú-Bihar megyei OMSZ szervezésű háziorvosi ügyeleti pilot** programot tekinti az előterjesztés.
Hivatkozik az ottani tapasztalatokra, melyek szerint „az éjszakai órákban szinte csak sürgősségi ellátás és mentési feladat merült fel”. A mi tapasztalatunk és statisztikánk mást mutat. Eszerint az ügyeleti betegforgalom 38%-a esik a kérdéses időszakra (22-08 ó ill. hétvégén és ünnepnapon 14-08 ó között), ugyanakkor a teljes ügyeleti időben ellátott betegek közül csupán 6-6,5%-os a sürgősségi osztályra történő tovább utalás, az ügyelethez forduló páciensek közel 94%-a definitív ellátást kap az alapellátási ügyeletben jelenleg.

A Hajdú-Bihar megyei pilothoz ismerni kell azt a tényt is -és erről pontos információnk van-, hogy az ügyelet biztosításához számos alkalommal vezényeltek át más országrészekből Hajdú-Biharba mentőtiszteket, teljes hétvégékre. Tehát, nem ment az olyan zökkenőmentesen egy megyényi területen sem! Hogyan lehet ez működőképes akkor országosan?

**Értjük a célt és a szándékot**. Ismert, hogy az ország számos területén nem működik vagy akadozik az alapellátási ügyelet, több helyen már nem tudnak az ügyeletben orvost biztosítani. Az is köztudott, hogy az alapellátási ügyeletet gyakran indokolatlanul veszi igénybe a lakosság, nem áll fenn sürgősségi, a következő háziorvosi rendelésig nem halasztható egészségkárosodás, sokan kényelmi okokból veszik igénybe.
De ezen nem lehet csodálkozni, hiszen a lakosság évtizedek óta így volt szocializálódva, ezt erősítette bennük a politika is. A nap 24 órájában, bárhol, bármikor, bármilyen panasszal fordulhat orvoshoz. Ez helytelen gyakorlat valóban, de a lakossági igény és elvárás a tervezett intézkedéstől nem fog megváltozni. Az OMSZ-os sürgősségi ügyeletet csak a lakosság tájékoztatása, megnyerése, edukációja után szabadna bevezetni, mert ha a jövőben „nem jut orvosi ellátáshoz", akkor komoly frusztrációt szenved, amit az egészségügyben dolgozókon fog levezetni. Ez nem lehet célja a politikának sem!

Városunkban 17 éven keresztül OMSZ működtetésben zajlott az alapellátási orvosi ügyelet. Mentésirányítók kezelték a telefonokat és döntöttek a házhoz hívásokra történő kivezénylésről. Mivel minden megkeresésre vagy mentőt vagy ügyeletes orvost kellett biztosítaniuk, mérlegelési joguk nem volt, ebből fakadóan nagyon sok volt a lakáson történt indokolatlan ellátás (éjszakai torokfájás, térd- és derékfájás, „rosszul vagyok", „3 hete gyenge vagyok" stb.), a személyes megjelenés pedig kontrollálatlan, végtelenített lehetett, erre ráhatása az OMSZ-nak akkor sem volt. Az eszközök, gyógyszerek, gépkocsik beszerzése, pótlása, karbantartása, központi engedélyekre várva nagyon nehézkes és hosszadalmas volt, az ügyeleti számlákat sokszor késedelmesen teljesítették. A gyógyszerkészlet csak azon szereket tartalmazhatta, melyeket a mentőautókban is használtak, más, alapellátásban használt gyógyszereket (per os béta-blokk., szorongásoldó, egyes fájdalomcsillapítók) nem engedélyeztek. Már 2003-ban, az induláskor kértük, hogy a kikérdezéskor alapellátáshoz igazított protokollokat használjanak, kapcsolják be a telefonokat tanácsadásra vagy ültessenek be az irányításba rutinos, alapellátásban jártas szakdolgozót, aki az ügyeleti telefonokat kezelné, ezek a kéréseink 17 év alatt sem teljesültek. Viszont az OMSZ működtetés a NEAK finanszírozás mellett jelentős önkormányzati anyagi áldozatot is igényelt.

2020.jan.1-től az alapellátási ügyelet működtetését az önkormányzat vette át, ehhez kiváló infrastrukturális és szakmai környezetet biztosított. Az elmúlt 2 évben szakmai és önkormányzati irányítás mellett minden városunkban dolgozó háziorvos részt vesz az ügyeletben, főállású, kiváló szakdolgozók segítik őket, az önkormányzat minden tárgyi és személyi feltételt, a NEAK finanszírozás mellé ügyeleti díjkiegészítést biztosít. A struktúraváltás óta eltelt időben a lakosság részéről kifogás, panasz bejelentés nem érkezett.

Tudatos és következetes edukációba kezdtünk a lakosság irányába, ebben a covid járvány okozta korlátozások is segítettek minket. Ezen munka eredményeképpen jelentősen csökkent az indokolatlan házhoz hívások és megjelenések száma, nőtt a telemedicinális ellátás aránya.

Mindezeket azért írtam le, mert van tapasztalatunk az OMSZ-os és az önkormányzati működtetéssel is. Legfőbb probléma az, hogy az alapellátási ügyelet és az OMSZ mentési feladata nagyon távol áll egymástól, nem szerencsés keverni. Most ezt tervezik, emiatt számos kérdés felmerül:

- A tervezetben **jó, hogy mentesítené a háziorvosokat** az éjszakai ügyeleti kötelezettség alól. Ez a része támogatható.
- A **járási szintű ügyeleti szerveződés** túl nagy lakosságszámot és ellátandó területet jelentene, miközben az ügyeletet végzők létszáma nem változik. A lakosság attitűdje nem azonnal fog megváltozni, ezért az ügyeletet ellátók túlterhelése prognosztizálható.
- Hogyan tudja ellátni a plusz ügyeleti feladatot az OMSZ, mikor jelenlegi tevékenységét is csak túlórákkal képes biztosítani? Mi lesz, ha egy újabb járványügyi veszélyhelyzet áll elő? (A covidba is majdnem belepusztultak.)
- Honnan lesz annyi **mentőtiszt és APN**, amennyi az ügyeletekre pluszban kell? Milyen orvosokat biztosít az OMSZ az éjszakai és hétvégi, h.o. nélküli ügyeletekben? Önként ügyeletet vállaló háziorvosok szerintem nem lesznek.
- Ki végzi majd el éjszaka és hétvégén a **hatósági ügyeleti feladatok**at? Halottvizsgálat, rendőrségi véralkohol és kábítószer mintavétel, látlelet, fogdai elhelyezés előtti orvosi vizsgálat?
  Évekkel ezelőtt megszületett a jogszabály a halottvizsgálati szakértőkről, de továbbra sincsenek halottkémek, rendőrorvos és igazságügyi orvosszakértő hiányában a rendkívüli halál esetében is háziorvos vesz részt a hatósági halottszemlén. Halottvizsgálat után ki tölti fel az elektronikus halottvizsgálati bizonyítványt?
- Lesz-e az OMSZ-os ügyeleti dolgozóknak **EESZT hozzáférés**e? (beteg kórtörténete? gyógyszerei? allergiája? stb.)
- Ha orvos nélküli OMSZ ügyelet van, **ki tud receptet felírni?** (sürgősségi fogamzásgátlás, antibiotikum stb.) Ha senki, akkor a beteg hogyan jut gyógyszerhez?
- A mentőtisztek és APN-ek nem tudnak komplex betegvizsgálatot végezni, hiszen nem ezt tanulták. Ők vitális paramétereket mérnek, de ez nem mindig elegendő. A lakosság elvárása is magasabb ennél. Elégtelen ellátás vagy vitás kérdés esetén megnőhet az SBA-k forgalma, romlik a beteg elégedettség.
- **Mit szólnak a** tervezethez az ügyeleti átszervezésben érintett **mentődolgozók**? Mi lesz a jelenleg háziorvosi ügyeletben főállásúként alkalmazott dolgozókkal az átszervezés után?
- Az előterjesztés arról ír, hogy **„08:00-16:00-ig hétköznap a háziorvos saját rendelőjében** háziorvosi ellátást végez”. Hogyan kell ezt értelmezni? Napi 8

órára kívánják növelni a rendelési időt? Mi van a területi munkával? Mikor végzi a vállalkozással és a praxisműködtetéssel kapcsolatos munkáját? Hogyan képzelhető ez el a 2 orvos-1 rendelő szerkezetben?

- „22:00-08:00-ig ill. hétvégén 14:00-08:00-ig a háziorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó **orvosi ügyeletet az OMSZ biztosítja**." Itt konkrétan orvosi ügyeletet említ, nem mentőtisztet vagy APN-t. Milyen orvosokkal kívánja ellátni ezen ügyeletet?
- **„16:00-08:00-ig ill. hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt."** Nagyon fontos kérdés!!! Szeretnénk, ha a háziorvos által ellátott ügyeleti időben (16:00-22:00-ig ill. hétvégén 08:00-14:00-ig) a telefonokat nem az OMSZ diszpécserszolgálata kezelné és osztályozná, mert ezt mi jobban meg tudjuk oldani!!!! Fent részleteztem a korábbi 17 éves rossz OMSZ tapasztalatunkat az irányítást illetően, valamint írtam az elmúlt 2 évben a beteg ellátásban és edukációban elért eredményeinkről, ami bizonyítja, hogy az alapellátásban szerzett szaktudásunk, tapasztalatunk, rutinunk és az EESZT segítségével ezen hívások jelentős részét tanácsadással, utánkövetéssel meg tudjuk oldani. 08:00-16:00 közötti időszakban sem pesztrál minket senki!!
- **Javasoljuk, hogy az OMSZ alkalmazzon a diszpécserszolgálatban olyan rutinos, magas tudású, empatikus, alapellátásban jártas szakdolgozót, aki az alapellátást érintő ügyeleti telefonokat kezelné, ezzel tehermentesítve a mentődolgozókat is.**

3. **A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban**

Erre nagyon egyszerűen tudok válaszolni: **NEM!** Már részben ismerjük az említett állami miniHIS rendszert, nem kérünk belőle! A mi medikai szoftverünk fényévekkel jobb, korszerűbb, kezelhetőbb a miniHIS-nél. Reméljük, minden központilag felállított akadályt képesek lesznek megugrani ez után is.

**A teljes előterjesztés anyagával kapcsolatban sommásan az a véleményem, hogy a túlzott centralizáció kifejezetten káros tud lenni, ezt gondolom a tervezetben írtakról is.**

**BELÜGYMINISZTER**
**IGAZSÁGÜGYI MINISZTER**
**Szám: BM/ /2022.**

A 2011. évi CXII. törvény
27. § (5)–(7) bekezdése szerint
**NEM NYILVÁNOS**
Készült: 2022. szeptember 27.

# ELŐTERJESZTÉS

**a k~~K~~ormány részére**

**az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről**

**Budapest, 2022. szeptember**

| Készítette | Látta | Jóváhagyta |
|---|---|---|
| | Dr. Takács Péter<br>államtitkár | |
| | Dr. Dargay Eszter<br>helyettes államtitkár | |
| BM JKHÁT | Dr. Tóth László<br>helyettes államtitkár | Dr. Felkai László<br>közigazgatási államtitkár |
| | Dr. Boér Gábor<br>helyettes államtitkár | |
| | ~~Dr. Takács Péter~~<br>~~államtitkár~~ | |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

# EGYEZTETÉSI LAP

## 1. AZ EGYEZTETÉS ALAPADATAI

| | |
|---|---|
| ***előzetes egyeztetésre való megküldés:*** | ***2022. szeptember 28.*** |
| ***honlapon való közzététel időpontja:*** | |
| ***közigazgatási egyeztetésre megküldés:*** | |
| ***közigazgatási egyeztetés lezárása:*** | |
| ***közigazgatási államtitkári értekezlet időpontja:*** | ***2022. október 11.*** |
| ***stratégiai és családügyi kabinetülés időpontja:*** | |
| ***gazdasági kabinetülés időpontja:*** | |
| ***kormányülés időpontja*** | |

## 2. AZ EGYEZTETÉSBEN RÉSZT VEVŐK

### 2.1. Minisztériumok

| Intézmény | Egyetért | Nem ért egyet | Nem adott véleményt | Észrevétele maradt fenn |
|---|---|---|---|---|
| Igazságügyi Minisztérium | | | | |
| Miniszterelnöki Kormányiroda | | | | |
| Pénzügyminisztérium | | | | |
| Honvédelmi Minisztérium | | | | |
| Miniszterelnöki Kabinetiroda | | | | |
| Miniszterelnökség | | | | |
| Agrárminisztérium | | | | |
| Külgazdasági és Külügyminisztérium | | | | |
| Kulturális és Innovációs Minisztérium | | | | |
| Technológiai és Ipari Minisztérium | | | | |
| Építési és Beruházási Minisztérium | | | | |
| gazdaságfejlesztésért felelős miniszter munkaszervezete | | | | |
| nemzetpolitikáért, nemzetiségpolitikáért, egyházpolitikáért és egyházdiplomáciáért felelős miniszter munkaszervezete | | | | |
| területfejlesztési miniszter munkaszervezete | | | | |

### 2.2. Egyéb állami szervek

### 2.3. Egyéb szervezetek Szakmai Kamarák? Betegek szervezetei? Szakszervezetek?

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

# VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

## 1. AZ ELŐTERJESZTÉS CÉLJA

Az előterjesztés olyan intézkedéseket tartalmaz, amelyek az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükségesek. A javaslatok érintik az egészségügyi ellátórendszer szinte valamennyi szegmensét.

Az egyes változtatások főbb elemei a következők:

1. egészségügyi alapellátás terén a praxiskörzetek meghatározása során állami szerepvállalás biztosítása,
2. az ügyeleti rendszerben az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) korábbi pilotprogramjának kiterjesztése,
3. az alapellátásban jogszabályban előírt feltételeknek megfelelő szoftver használata,
4. a járóbeteg-ellátásban az állami szerepvállalás növeléséhez szükséges intézkedések biztosítása,
5. a fekvőbeteg-ellátásban a látogatási szabályok pontosítása,
6. az alapellátás kivételével a szabad orvosválasztás megszüntetése, az alapellátó javaslattételi lehetősége is megszűnik!
7. az egészségügyi adatkezelés tisztázása,
8. Nemzeti Laborhálózat kialakításához szükséges intézkedések bevezetése,
9. az egészségügyi szűrési rendszerek felülvizsgálata,
10. az egészségügyi dolgozók illetményének szabályainak pontosítása, áttekintése,
11. várólisták csökkentése, az előjegyzési és betegfogadási listák hosszú várakozási idejének rövidítése kimarad?
12. egészségügyben ~~történő~~ létező közreműködő~~és~~i jogviszonyok felszámolása,
13. szakápolási rendszer átalakítása, kerettörvény kialakítása.

Az előterjesztés az intézkedések megvalósításához szükséges törvényszövegeket, valamint a feladatok kitűzéséhez szükséges k~~K~~ormány~~,~~ határozatokat tartalmazza.

1. A kórházi adósságállománnyal kapcsolatban szükséges intézkedésekről és (*új szövegrész a szeptemberi anyaghoz képest*) az egészségügyi ellátórendszer finanszírozásáról külön előterjesztés készül.

### *I. Egészségügyi alapellátás*

#### 1. Az alapellátás szerkezetének átalakítása

1. Jelenleg a háziorvosi rendszer klasszikusan az egy orvos, egy nővér koncepcióra épül. A~~z emellett kialakított~~ emellett kialakított (*új szövegrész a szeptemberi anyaghoz képest*) körülbelül 6500 körzet határait így az ellátandó betegszámot az önkormányzattal ~~történt~~ kötött feladatvállalási szerződés szabja meg az orvos, vagy az őt képviselő cég számára. ~~a~~ A körzet betöltéséről az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) gondoskodik praxisjog biztosításával, mely a megfelelő szakmai kompetenciák igazolása után személyhez kötött vagyoni értékű jog. A 6500 körzetből mintegy 620 tartósan (6 hónapnál hosszabb ideje) betöltetlen, illetve állandó helyettesítéssel biztosított az orvosi ellátás. Részletesen áttekintve a praxisok működését megállapítható, hogy a jogszabályban megkövetelt óraszámban 1500-2000



**formázott:** Jobb: 1,6 cm

**[WJ1] megjegyzést írt:** Nem ismerjük a pilot eredményeit: 2022 augusztusi közlés: "Békássy Szabolcs jelenleg nem tud olyan szakmai koncepcióról, ami január 1-jével bizonyos megyében az ügyeleti szolgáltatás kiterjesztését tartalmazná. Mint mondta, momentán a Hajdú-Bihar megyei pilot program tapasztalatainak az értékelése zajlik, és csak annak végeztével fogalmazódhatnak meg olyan szakmai javaslatok, amik mentén bizonyos döntést meg lehet hozni az ügyeleti rendszer átalakítása kapcsán."

**[WJ2] megjegyzést írt:** Az állam elsődleges feladata a szabályozás. Hibás irány, ha a végrehajtás és az ellenőrzés is állami feladat, különösen, ha még az államon belül is ugyanabban a kézben van mindhárom.
L.: Montesquieu: "... egy szervezet egyféle funkciót gyakorolhat, valamint hogy egy személy kezében nem koncentrálódhat többféle hatalmi ág. A hatalmi ágak elválasztása mellett ezek egymással való szembeállítását is kimondta, azaz azt, hogy a hatalmat csak másik hatalommal lehet korlátozni". Idézi: http://real.mtak.hu/125249/1/a-kozigazgatas-a-hatalommegosztas-rendszereben.pdf

**[WJ3] megjegyzést írt:** A frissített szöveg: a szabad orvosválasztás szabályozásának módosítása

**formázott:** Betűtípus: Dőlt, Betűszín: 1. szöveg

**formázott:** Normál (Web), Térköz Előtte: Automatikus, Utána: Automatikus, Többszintű + Szint: 1 + Számozás stílusa: 1, 2, 3, … + Kezdő sorszám: 1 + Igazítás: Bal oldalt + Igazítás: 0,63 cm + Tabulátorhely: 1,27 cm + Behúzás: 1,27 cm

**formázott:** Normál (Web), Térköz Előtte: Automatikus, Utána: Automatikus, Többszintű + Szint: 1 + Számozás stílusa: 1, 2, 3, … + Kezdő sorszám: 1 + Igazítás: Bal oldalt + Igazítás: 0,63 cm + Tabulátorhely: 1,27 cm + Behúzás: 1,27 cm

esetleg 2500 beteg látható el. A szám függ az adott körzet életkori, jóléti és közlekedési mutatóitól. Jelenleg 1825 olyan körzet van, ahol az ellátotti szám nem haladja meg az 1200 főt.

Célunk olyan háziorvosi ellátási rendszer kialakítása, ahol a háziorvos kollegák terhelése lehetőség szerint egyenletes, az üres körzetek száma minimális és a megfelelő üzemméret optimális ellátást biztosít a betegek számára. A praxisközösségekbe szerveződés lehetőséget biztosít a háziorvosok számára a másod szakvizsgák korlátozott gyakorlására, illetve a jártassági igazolványok megszerzésével különböző szakterületen olyan ellátás nyújtására, amely eddig kizárólag a járóbeteg-szakrendelés körébe tartozott. Ezzel a betegek nagyobb része kaphat definitív otthonközeli ellátást, és amellyel (*új szövegrész a szeptemberi anyaghoz képest*) csökkenthető a járó- és fekvőbeteg ellátók leterheltsége is, továbbá a kialakítandó telemedicinális konzultációval a szakrendelőkbe való bejutási idő is lerövidíthető.

A tervezett **intézkedés lényege**, hogy **első lépésben az OKFŐ, mint praxiskezelő számára átadásra kerül a körzethatárok átalakításának, kijelölésének joga, továbbá átveszi a betöltetlen körzetek kezelését.**

**2028. január 1-ig bezárólag, a gazdaságtalan üzemméretű körzetek (praxisok)** – ideértve különösen az 1200 fő alatti praxisokat – **kivezetésre kerülnek.** Az önkormányzatok támogatják a jelenlegi rendszer korrekcióját, azzal, hogy egyes részjogosítványaik továbbra is megmaradnak.

Az alapellátás szerves részét képező védőnői szolgálatok tekintetében a praxiskezelő által átalakított körzetekhez igazodva, ahhoz szervesen kapcsolódva a védőnői körzetek kialakításának a jogosultsága is állami kézbe kerül.

A védőnői szolgálatokat a városi fekvőbetegellátó-intézményhez telepítjük, a védőnőket alkalmazotti állományba vesszük.

Az országban jelenleg mintegy 4900 védőnő dolgozik, akik közül például 3600 fő területen, 950 fő iskolában, 105 fő kórházban, és 64 fő családvédelmi szolgálatnál nyújt ellátást.

**2. Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása**

Az alapellátási ügyelet ellátórendszer átalakításához – az országosan egységes ügyeleti ellátás biztosításához – azonos szempontok szerinti ügyeleti ellátás megszervezése szükséges. Erre kiváló támpontot ad a másfél éve tartó **Hajdú-Bihar megyei pilot program**, amelynek lényege, hogy **a rendelési idő végétől az háziorvosi ügyeletet az Országos Mentőszolgálat** (a továbbiakban: OMSZ) **szervezi és látja el.** A tapasztalatokra alapozva megállapítható, hogy este 10 és reggel 6 óra között gyakorlatilag csak sürgősségi ellátás, illetve mentési feladat merül fel a háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik.

Jelenleg az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján az önkormányzat és a háziorvos között kötött feladat-ellátási szerződésben kell rögzíteni az ügyeleti feladatokban való részvétel rendelkezéseit, azonban ez számos esetben nem történik meg. A gyakorlatban a feladat-ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat. Az önkormányzat ezért háziorvosi ügyeleti szolgáltatót bíz

**[WJ4] megjegyzést írt:** Óvatosnak kell lenni: egyrészt növelendő a körzetenkénti lakos-szám és a háziorvosi feladat, másrészt további feladatok vállalhatók. Ezek szakmai ellenőrzéséről csak azért nem ejtek szót, mert az egyebütt sincs.

**[WJ5] megjegyzést írt:** Milyen mutatók alapján és ki állapítja meg, hogy egy körzet gazdaságtalan?

**[WJ6] megjegyzést írt:** A tapasztalatok értékelése még nem ismert: l., mint fentebb: https://infostart.hu/belfold/2022/08/25/egyelore-meg-sincs-szo-az-uj-haziorvosi-ugyeleti-rendszer-kiterjeszteserol

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

meg az ügyeleti feladatok biztosítására, esetenként többletfinanszírozással. Ahol ez nem megoldható, azon a településen a háziorvosi ügyeletet vállalók túlterheltsége jelentkezik.

Ennek az a következménye, hogy **a működés nem megfelelő,** nincs fölötte minőségi kontroll, illetve az ezzel kapcsolatban kiáramló pénz sem ismert.

Ezért – a fent jelzett pilot alapján – úgy szervezzük meg az ügyeleti ellátást, hogy a városi kórház koordinálásával minden járásban, a járásközpontban háziorvosi ügyelet lesz, amit a járásban dolgozó háziorvosok látnak el, Hétvégén és ünnepnapon a háziorvosok napi 6 órában (8:00-14:00) ügyeleti ellátást biztosítanak. Hétköznap 22:00-08:00-ig, továbbá hétvégén, illetve ünnepnapokon 14:00-08:00-ig az OMSZ biztosítja az ügyeletet a járás létszámától és a szolgálat leterheltségétől függően diszpécser szolgálattal, vagy központi kivonulással, vagy helyi járási kivonulással, orvossal, mentőtiszttel, vagy APN-nel OKHÁ-val. Ha az ellátás mentőtiszttel, vagy egyetemet végzett ápolóval történik, akkor a telemediciális konzíliumot ők biztosítják.

**[WJ7] megjegyzést írt:** Az APN betűszónak 39 visszafejtése található a szótárban. Itt talán az Advanced practice nurse a jelentése, aminek a hazai hivatalos megfelelője a okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló

**Háziorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete**

A háziorvosi ellátást és az ügyeletet az alábbiak szerint kell biztosítani:

- 08:00-16:00-ig hétköznap a háziorvos saját rendelőjében, a területéhez vagy a praxisközösség területéhez tartozó betegek háziorvosi ellátása (pl. szűrés, vizsgálat, beutaló, receptírás),
- 16:00-22:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon 08:00-14:00-ig a háziorvos ügyeletet lát el a járási szakrendelő területén, azon városi kórház szervezésében, amelyhez a járás területileg tartozik.
- 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén 14:00-08:00-ig a háziorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó ügyeletet az OMSZ biztosítja.
- 16:00-08:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt.

**[WJ8] megjegyzést írt:** Ezek szerint a háziorvosi ügyelet ekkor részben a rendelőben, részben a területen lát el feladatokat.
A diszpécserközpont feljegyezhetné az egyéb kéréseket is (recept, beutaló stb., és ezt elektronikusan továbbíthatja a beteg választott háziorvosának.

Az ügyeleti rendszer biztosítása az önkormányzatoktól az OMSZ-hoz kerül át. Az előterjesztés szerinti átalakítások Budapestre egyelőre nem terjednek ki. Az önkormányzati érdekszövetségek az ügyeleti szerkezet fenti átalakítását támogatják, sőt kifejezetten kérik.

### 3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban

A háziorvosi rendszerben alapvető elvárás, hogy a háziorvos úgy rögzítsen adatokat, hogy azokat az egyes állami informatikai rendszerek meghatározott struktúrában át tudják venni.

Mindehhez olyan szoftver szükséges, amely ezekkel a rendszerekkel megfelelően kommunikálni tud és az adatokat az elvárások szerint rögzíti.

Erre figyelemmel az alábbi műszaki feltételeket várjuk el a háziorvosok által használt rendszerekkel kapcsolatban:

- EESZT migrációs modul beépítése a háziorvosi rendszerbe
- EESZT beépülő modul beépítése a háziorvosi rendszerbe
- Vezetői engedély kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- MÁK Tartós beteg igazolás kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- NNK – OSZIR Fertőzőbeteg jelentés kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- Menekülök ellátásának kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- Rapid Antigén Teszt kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- Rizikófelmérési adatlap kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből.
- Az adatok átadása az ***e***lektronikus ***H***alott***V***izsgálati ***B***izonyítvány rendszernek, majd az adatok továbbítása az eHVB-ből az elektronikus anyakönyvi rendszernek

A fenti elvárásokat – törvény felhatalmazása alapján – miniszteri rendelet fogja rögzíteni.

Azon háziorvosok számára, akik a fenti feltételeknek megfelelő szoftverrel nem rendelkeznek és számára az eddigi szoftverét biztosító szervezetek nem végzik el a fejlesztést, az állam biztosít megfelelő rendszert.

A miniHIS állami tulajdonban lévő, az ESZFK Nonprofit Kft. által fejlesztett és üzemeltetett ingyenes, webes technológiával rendelkező medikai alkalmazás. Teljesértékű háziorvosi rendszer, mely alkalmas a törvényben meghatározott kötelező adatszolgáltatás biztosítására a NEAK és az EESZT felé. Főbb funkciók: Páciens adatkezelés, eRecept, eBeutaló rögzítés, EESZT Páciens életútkezelés, -követés. A rendszer ASP szolgáltatásként, ingyenesen hozzáférhető és rendelkezik elérhető végfelhasználói támogatással az ESZFK Kontakt Center munkatársai által.

**[WJ9] megjegyzést írt:** Reklám, nem ide való

***II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele***

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény szerint az önkormányzatok által önként vállalt feladat a járóbeteg-szakellátás biztosítása. Jelenleg tehát ahol nem fekvőbetegellátó szolgáltatóba integrált a járóbeteg-szakellátás, a feladatot az önkormányzat látja el a következő szervezetek útján:

- - önkormányzati költségvetési szerv (a vizsgált 95 szolgáltatóból 51),
- - önkormányzati tulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 42),
- - vegyes tulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 1),
- - magántulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 1).

Finanszírozással a feladatra az adott ellátó szerződés alapján rendelkezik. A járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók listáját az 1. függelék tartalmazza.

**[WJ10] megjegyzést írt:** Nincs ilyen függelék

Alapvető egészségpolitikai cél az önkormányzati járóbeteg-szakellátó intézmények tevékenységének megyei ellátórendszerbe történő, a mostaninál szorosabb integrációja.

**[WJ11] megjegyzést írt:** Egészségügyünk történelmében már volt olyan időszak, amikor minden ellátást a megyei kórházhoz integráltak. Nem vált be. Nagyon nem. És nem az informatika hiánya miatt.

Jelenleg ezek az intézmények elsősorban a fenntartó önkormányzatok korábbi döntései, valamint esetenként a szomszédos településekkel létrejött megegyezések alapján nyújtanak egészségügyi ellátásokat a lakosság bizonyos csoportjai számára. Ellátási portfóliójuk sokszor kizárólag helyi érdekek szerinti és nem veszi figyelembe sem a közelebbi területi (járási), sem pedig a távolabbi megyei ellátási preferenciákat.

Előbbiekből fakadóan kiemelt cél, hogy ezek az intézmények egységes logika és feladatleosztás szerint vállaljanak részt a lakosság ellátásában. Az önkormányzati járóbeteg-szakellátóknak kapuőri, prevenciós és gondozási tevékenységet is el kell majd látniuk, ez több esetben a jelenlegi tevékenységük kiterjesztésével, egészségházi vagy járási egészségközponti funkciók felvállalásával kell, hogy járjon.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

1. Az egységes szempontok alapján működő ellátórendszer megteremtése érdekében az előterjesztés az önkormányzati fenntartás alá tartozó egészségügyi szakellátást nyújtó intézmények állami átvételét célozza az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) és a megyei irányító intézmények bevonásával.

   Az önkormányzati érdekszövetségek támogatják a javaslatot azzal a pontosítással, hogy az ingatlan ne az állam tulajdonába, hanem használatába kerüljön.

   Jelzi az előterjesztő, hogy azon területeken, ahol a megyei irányító funkciót KEKVA intézmények látják el, ott abban az esetben, ha a járóbeteg ellátók átvételre kerülnek, gondoskodni kell azoknak a KEKVA intézmények felé történő átadásáról.

   A járóbeteg szakellátók átvétele esetén a szakellátó vezetőjének kinevezéséhez az érintett települési önkormányzat véleményét kikéri a kinevezésre jogosult, továbbá az önkormányzatok rálátása érdekében minden évben beszámol az érintett települési önkormányzatnak az átvett intézmény működéséről.

## *III. Fekvőbeteg-szakellátás*

### 1. Ellátási struktúrát érintő intézkedések

Az ellátások folyamatosságának biztosítása érdekében, az alábbi fő elvek érvényesülése mellett javasolt – **a közfeladatot ellátó közérdekű vagyonkezelő alapítványi formában működő** klinikai központ **kivételével** – az ellátási struktúra optimalizációja:

*Kórházi struktúrát- működést érintő intézkedések*

- Kórház nem kerül bezárásra, járási egészségközpontok kerülnek kialakításra, amelyek új funkciót is kapnak (prevenció, ügyeletszervezés).
- Egy megyében egy önálló jogi személyiséggel rendelkező szakellátó egészségügyi intézmény jön létre.

1. A koncepció szerint, a megyei irányító intézmények telephelyeiként, társkórházként működnének a jelenlegi városi intézmények. A munkáltatói jogokat egy megyén belül a megyei irányító intézmény gyakorolná. A tervezett kapacitásokat egyenletes földrajzi eloszlásban a lakossági igényeknek maximálisan megfelelve kell kialakítani. A vidéki klinikai központokat érintő megyék (Hajdú-Bihar megye, Baranya megye, valamint Csongrád-Csanád megye), továbbá a főváros és Pest megye ellátása specifikus, azonban egységes betegút- szervezési elvek érvényesülnek itt is.

- Minden állami tulajdonú kórház egészségügyi dolgozójának munkáltatója a megyei kórház lesz, a dolgozók változó telephellyel kapnak munkaszerződést, így rotációjuk megoldható a központ és a városi telephelyek között.

*Szakmaszerkezetet érintő*

- A lakóhelyhez közeli ellátás megerősítésre kerül:
  - Az alapellátás, a népegészségügyi prevenció és a központi ügyelet járási központja a városi kórház lesz.

**[WJ12] megjegyzést írt:** L.: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2100009.tv 12. 23. §

**[WJ13] megjegyzést írt:** Egészségügyünk történelmében már volt olyan időszak, amikor minden ellátást a megyei kórházhoz integráltak. Nem vált be. Nagyon nem. És nem az informatika hiánya miatt.

**[WJ14] megjegyzést írt:** Első lépésként meg kell határozni, hogy melyek azok a népegészségügyi tekintetben elsőbbséget igénylő eljárások, melyek időablakon belüli elérhetőségét egyenletesen, méret- és költséghatékonyan biztosítani kell. Ilyenek például a szívizomelhalás, az agyi keringészavar és a végtagi és zsigeri erek elzáródása esetén elengedhetetlen katéter labor. Ilyen a sürgősségi ellátásban alkalmazandó képalkotó és laboratóriumi bajmegállapítás (UH, CT, MRI, kémia, biokémia) folyamatos üzemeltetése, az intenzív és a baleseti osztály, a légimentés fogadásának lehetősége, és mindehhez az elegendő létszám. Ahol mindez nincs, az nem kórház. Ma. Tudomásul kell venni, hogy e matuzsálemi korú és/vagy a mai népbetegségeket és különösen ezek heveny formáit ellátni képtelen épületek nem kórházak. Létük a heveny kórképek esetén általában nyújtja a betegutakat. Ezt csak úgy védhető ki, ha akut esetet egyáltalán nem fogadhatnak.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

  - A városi kórházakban az egy napos műtéteket, belgyógyászati alaptevékenységet, valamint a szülészeti és sürgősségi ellátásokat – további szakmák jelenléte mellett - biztosítjuk.
  - Szakrendelések megmaradnak lakóhely közelben.
- Szakmaspecifikus koncentráció valósul meg: nagy humánerőforrás igényű szakmák a megyei egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézménybe költöznek. A legfontosabb szervezési szempont a betegbiztonság.
- A megyei szintű kórházak elektív és magas minőség/volumen összefüggésű ellátásokat nyújtanak, és képesek a különleges esetek kezelésére.
- Egynapos sebészet térnyerése. A műtétes osztályok kiváltása szükséges modern egynapos sebészeti egységekkel – ott, ahol földrajzi-közlekedési szempontok miatt indokolt.
- Tartós ápolási kapacitások megerősítése javasolt – a korábbi fekvőbeteg osztályok infrastruktúráján olyan egységek kialakítása, ahol az idősgondozás elsősorban a szociális szektorra és az egyházakra támaszkodva megoldható.
- Az ellátásszervezési feladatok esetében nem szükséges központi kormányzati beavatkozás, az OKFŐ koordinálásával, megyei szinten kell meghatározni az otthon közelében nyújtott szakellátások körét és kapacitását. Ennek keretében kórházanként és osztályonként meghatározásra kerül az az elvárt esetszám, melyet teljesíteni szükséges. Amennyiben ez nem teljesül, úgy a kórházi osztály működése ágazatirányítói jogkörben felfüggeszthető lesz.
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 150. §-ának módosítása, bővítése indokolt. Az Áht. 9. § h) pontja szerinti, az egyedi utasítás kiadására vonatkozó irányítói, miniszteri jogkör is átruházásra került a középirányító OKFŐ-nek az 516/2020. Korm.rendelet 2. § (5a) bekezdésében az Áht. 9/A. §-alapján, így a működés felfüggesztésének jogköre is átruházható az OKFŐ-re.

**A fenti elvek alapján a kórházi struktúrát és szakmaszerkezetet érintő feladatokat az OKFŐ megyei szinten koordinálja a valós ellátási igényekhez és a rendelkezésre álló humánerőforráshoz igazodó kapacitás-kiosztást, a minisztérium útján bevonva a megyei kórházak vezetőit.**

Az új rendszer bevezetésének eredményeképp hatékonyabb és átláthatóbb szakmai irányítás mellett, szabályozottabb környezetben biztosíthatóak az ellátások, továbbá a szakellátás és a lakosság közeli alapellátások összhangja.

A megyei kórház vezetője minden évben egyszer beszámol a megyei közgyűlésnek, valamint, ha a megyei kórház a városi kórház feladatait is ellátja, akkor a megyei jogú város képviselőtestületének.

**2. Beteglátogatási rend átalakítása**

Jelenleg az intézmények látogatási rendjei között jelentős eltérések mutatkoznak. A kontrollálatlan beteglátogatási szabályozás a betegellátás zavartalansága ellenében hat. A betegellátás során figyelemmel kell lenni:

- a látogatással nem érintett betegek jogaira,
- a betegellátás zavartalanságára,

**[WJ15] megjegyzést írt:** Az egynapos ellátások ügyében is figyelembe kell venni a kapacitáskihasználtságot, különös tekintettel a sterilezési, veszélyes hulladékkezelési, légkezelési, helyiséghasználati, karbantartási, stb. költségeire.

**[WJ16] megjegyzést írt:** Az akut sebészeti ellátásban több szűk időablakú kórkép van, ezért e megállapítás nem lehet általános érvényű. Az egynapos ellátás nem szakmai, hanem finanszírozási kategória. A megyei kórházak sebészete biztosan nem váltható ki, viszont a jelenlegi ágykihasználtság mellett képes az egynapos kategóriába tartozó évi max. 100.000.- műtét elvégzésére. Ha ezek kikerülnek a sebészeti osztályokról, akkor ezek kapacitáskihasználtsága tovább csökken, mérethatékonysága romlik. Az egynapos ellátást meg kell hagyni annak, ami: finanszírozási kategóriának, célszerűen úgy, hogy minden műtét alsó határnapja 0, és minden operált beteg 30 napi belüli második-többedik kórházi felvétele esetén a garanciális szabály lép érvénybe. Ez esetben nem kell külön osztogatni az egynapos TVK-t sem.

**[WJ17] megjegyzést írt:** Ki határozza meg? Szakmai tekintetben ez módszertani levél formájában lehetne a Szakmai Kollégium, de kérdés, hogy megoldható-e jogszabályi felhatalmazás nélkül.
A minimumfeltétel rendelet már tett erre kísérletet. Így lett a nem túl bonyolult emlőműtétek elvárt száma kezdetben 100, majd 70, és a nagy bonyolultságú nyelőcsőműtétnél az elvárt szám 17 (sic!).Célszerűbb az alkalmazandó minőségmutatók meghatározása (halálozás, sebgennyedés, 5 éves túlélés, visszavételi arány stb.), melyek évenkénti értékelésével lehet a működési engedélyeket módosítani.
100 rosszul ellátott eset nem jobb 15 jól ellátottnál.

**[WJ18] megjegyzést írt:** A szakmaszerkezet az alapellátás terén teljes mértékben, a szakellátás szintjén azonban csak részlegesen megyei (NUTS 3) szintű kérdés. A progresszivitás III szintjén nagytérségi (NUTS 2), illetve országos (NUTS 1) szervezésre is szükség van. https://www.ksh.hu/teruletiatlasz_eu_nuts

**[WJ19] megjegyzést írt:** Ez a rész felesleges. A látogatás szabályozásának Szervezeti és Működési Szabályzatban rögzítendő javaslatát a kórházi felügyelő tanácsra kell bízni: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800023.eum

- az egészségügyi intézmények működési rendjére.

Nem megengedhető, hogy az egészségügyi intézmények területén korlátozás nélkül jelenjenek meg jelentős számban látogatók, mert jelenlétük sérti mások jogait, valamint zavarja az ellátást. Ugyanakkor biztosítani kell a kapcsolattartás alkotmányos jogát is.

**Javaslat a látogatási rend szabályozására**

A beteg kapcsolattartási joga az Alaptörvényből származó joga. Ugyanakkor a jog gyakorlása során folyamatosan tiszteletben kell tartani más betegek jogait is, hiszen a beteg kapcsolattartása érinti mások magánélethez, egészséghez való jogát, amely mind közvetlenül, mind a fekvőbeteg-gyógyintézet betegellátásának zavartalanságában megnyilvánul.

2., Bevezetésre kerül az ún. segítő személy fogalma, aki közvetlenül segíti a beteget a fekvőbeteg intézetben, de természetesen ápolásnak nem minősülő tevékenységet végezve), az ápolt beteg mellett tartózkodik.

Ápolási segítő csak az a természetes személy lehet, akit/akiket a nagykorú és cselekvőképességében nem korlátozott ápolt beteg erre teljes bizonyító erejű magánokiratban felhatalmazott. Kiskorúak, illetve cselekvőképességükben korlátozott beteg esetén a jogszabályok szerint kell eljárni. A segítők személyes adatai/k az egészségügyi dokumentációban rögzítésre kerültek. A beteg mellett egyszerre egy ápolási segítő tartózkodhat, a folyamatos jelenlét szüksége esetén 1-1 segítő naponta legfeljebb 6 órát lehet jelen, és betegenként és naponta legfeljebb 3 segítő vehető igénybe. A segítő személy jelenléte a kórházban nem korlátozódik a látogatási időre. A segítő személy fogalma kiterjed – a törvényben biztosított többletjogokkal – a szülőkre, a szülésben résztvevőkre, valamint az egyházi támogatókra is.

**[WJ20] megjegyzést írt:** Ez a meghatározás elegendő.
A kiterjesztés a feltételezett családtagokra és másokra nem lehet független a beteg akaratától. A rokonság, illetve a kapcsolat ténye a kórház részéről nem állapítható meg.
A beteg általi felhatalmazás, a szükséges és elégséges feltétel.

3., A látogatási idő és a látogatók száma korlátozható, valamint előzetes bejelentkezéshez (pl. informatikai úton történő előjegyzéshez) köthető. Szintén előírható, hogy a látogatók védőöltözetet viseljenek, természetesen ehhez a gyógyintézetnek kell biztosítania az eszközöket.

4., A látogatási korlátozások természetesen nem vonatkoznak az ún. kísérőkre, akik a beteg befekvését, személyes tárgyaik szállítását, valamint az intézményből történő távozást segítik.

5., A fekvőbeteg-gyógyintézet rendje fenntartása érdekében elengedhetetlen, hogy a 14 év alattiak látogatása ki legyen zárva, hiszen jelenlétük súlyosan és főleg indokolatlanul zavarhatja az egészségügyi ellátást. A korlátozás ugyanakkor nem vonatkozna a testvérre és az egyenesági rokonra.

A javaslatnak költségvetési vonzata nincs

## *IV. Egészségügyi informatika - adatkezelés*

1. Az előterjesztés az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában meghosszabbítja a kérdéses adatok megőrzési idejét. Az EESZT-ben az érintettekre vonatkozóan kezelt adatok vonatkozásában az Eüak. határozza meg a tárolt adatok megőrzési idejének maximumát, amely időpont után az adatokat törölni szükséges. Ezen időtartamok az ellátási célra tekintettel kerültek meghatározásra A központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában ugyanakkor a hatályos szabályozás alapján 2022. november 1-jét követően szükséges megkezdeni a 2017-ben elhunyt személyek eseménykatalógus és eProfil adatainak törlését. Egészségügyi szakmapolitikai célok megvalósulása érdekében, tudományos kutatás céljából szükséges az adatok elérhetőségi idejének meghosszabbítása. A

módosítási javaslat fenti okokból a központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában a megőrzési időt az érintett halálát követő 5 évről 10 évre módosítja.

2. Az EESZT-ben rögzített adatok és a NEAK által nyilvántartott egészségbiztosítási adatok – betegéletút – vonatkozásában meghatározott őrzési idő alapvetően különbözik abban, hogy a NEAK vonatkozásában az anonimizálásra vonatkozó határidő a bekerüléstől számított 30 év elteltével kezdődik meg. A módosítási javaslat a NEAK vonatkozó őrzési időnek az EESZT-s őrzési időhöz hasonló szabályozására tesz javaslatot, ami alapján az őrzési idő a beteg halálát követő 10 évre változna.

3. Az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló ESZFK Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság (a továbbiakban: Szolgáltatóközpont) szolgáltatási köre bővítésre kerül. Az egészségügyi ellátórendszer informatikai ellátása tekintetében szakmapolitikai érdek, hogy az állami ellátórendszer azonos kiszolgáló informatikai háttérrel rendelkezzen annak érdekében, hogy az egészségügyi intézményrendszer által elvégzett feladatok, ellátások folyamatosan összehasonlíthatóak, egybevethetőek legyenek. Ezek részleteit kormányrendeleti szabályok fogják meghatározni.

## *V. A Nemzeti Laborhálózat kialakítása*

**Közpolitikai cél**

Az egyes egészségügyi ellátások kérdéseiről szóló 2354/2020. Korm. határozatban foglaltak szerint **a Kormány** az országos egészségügyi ellátás magas színvonalú biztosítása érdekében szükségesnek látja az állam fokozott szerepvállalását és **döntött a Nemzeti Diagnosztikai Laborhálózat megvalósításáról**. A feladat végrehajtására az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában lévő **Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft. (a továbbiakban: NOLD NKft.)** került kijelölésre.

**A laborszolgáltatás jelenlegi helyzete**

Hazánkban jelenleg a laborszolgáltatás sajátossága, hogy **a laborok egymástól függetlenül** – heterogén jelleggel –, irányítási, gazdálkodási és fenntartási szempontból elkülönülten, **szigetszerűen működnek**. **A köztulajdonban álló laboratóriumok működése veszteséges**, amely jelentős szerepet játszik a kórházak eladósodásában.

**Jelenlegi szakmai környezet**

- jelenleg **különböző eszközökön**, különböző **mérési és referencia tartományokkal**, **különböző** gyártóktól származó **reagensekkel történik a szolgáltatás nyújtása**
- a labortechnológiák sajátossága, hogy a beszerzési költségek jelentős részét a reagensek teszik ki
- gyakoriak a telepített, szállítói tulajdonú eszközök verseny nélküli reagensbeszerzése
- **különböző informatikai rendszerek** közötti átjárhatóság nem lehetséges
- a különálló laborokban végzett **vizsgálati módszerek eltérőek** és csak részben adnak egységes eredményt
- több szakkérdésben hiányzik az egységes álláspont
- a laborok többsége a jelenlegi minimumrendeletben előírt feltételeknek nem felel meg
- a vizsgálatok **megrendelésének jelentős része még mindig papír alapon történik**

**Az egységes adatbázis hiányában a vizsgálati eredmények összehasonlítása és visszakövethetősége nem valósulhat meg, a mért eredmények tendenciáinak kimutatására és az azokból történő következtetések levonására nem alkalmas. Mindez újabb és újabb indokolatlan laborvizsgálatokat és felesleges költségeket generál**, továbbá ezek hiányában jelentős adatvagyon vész el, amely meghiúsítja a populációra vonatkozó prevenciós törekvéseket is. Ezek a hiányosságok kizárólag szabályozással nem szüntethetőek meg.

**Jelenlegi financiális környezet**

- **veszteségesen működő laborok**
- **nem hatékony gazdálkodási méretek**
- a jelenlegi laborok indokolatlanul nagy száma, feleslegesen **párhuzamos kapacitások** fenntartását vonja maga után
- az intézményenként egyedi, alacsonyabb volumenű **közbeszerzések drágák**
- jelenleg **a minták szállításának költségei nem kimutathatóak,** mert azok szállításai az önkormányzatok, kórházak, szakrendelők és magánszolgáltatók által vegyesen történik
- **az** egyes laborokat üzemeltető **intézmények - kórház, egyetem, egyház vagy önkormányzat laborköltségei nehezen**, vagy egyáltalán nem **kimutathatóak**

**A jelenlegi rendszer a fentiek alapján sem az ellátás biztonsága, sem a gazdaságos üzemméret szempontjából nem hatékony és jelentős veszteségeket generál. A „láthatatlan" költségekkel együtt az éves közfinanszírozott laborköltségek elérhetik a 65-70 milliárd forintot, amely ebben a formában nem biztosítja a közpénzek hatékony felhasználását.**

**[WJ21] megjegyzést írt:** Nem bizonyított állítás. Mi erről a Szakmai Kollégium Orvosi laboratórium tagozatának véleménye? orvlab.tagozat@aeek.hu

**A változtatás indoka**

Jelenleg laboratóriumot bármilyen egészségügyi intézmény fenntarthat, ha megfelel a minimum feltételeknek. Ezért:

a) a laborok mérete nem gazdaságos,
b) a reagens és a műszerpark sokféle; ezért a leletek nem azonos paraméterekkel készülnek,
c) nem lehetséges a leletek strukturált leképezése,
d) általánosságban is nem alkot az egész egy egységes, átlátható rendszert.

**A változás tartalma**

a) Egységes reagens rendszer kerül az egyes vizsgálatokhoz beszerzésre. Ezekhez egységes – 5 évre bérelt, majd meghosszabbítható – műszerpark.
   A beszerzések nem irányulnak egyetlen beszállító ellen sem. Azonban az kétségtelen, hogy – miután csökken a sokszínűség – számosan kiszorulnak a magyar piacról.
b) A laboratóriumok a fekvőbetegellátó intézményeknél lennének.
c) A kiválasztott vállalkozó folyamatos szállításának az lenne a biztosítéka, hogy a közbeszerzési kiírás ezt a feltételt jelölné meg: saját költségére, Magyországon olyan raktárbázist kell működtetni, amely – a szállítás elmaradása esetén is – 5 hónapos folyamatos magyarországi kiszolgálást, ellátást biztosít.
d) Az ország 5 régióra lenne osztva. A nem azonnal szükséges vizsgálatok leleteit a közbeszerzésen nyertes logisztikai szolgáló szállítaná az érintettektől (háziorvos, stb.) a laborba.
e) Az orvosok – legalábbis közfinanszírozott módon – nem rendelhetnének el indokolatlan laborvizsgálatokat. Szakmai protokoll által meghatározott időintervallumon belül kötelező az akkreditált laborok által végzett laboreredményt elfogadni. A leleteken a referenciatartomány mellett vizsgálatonként fel kell tüntetni az ismétlés lehetséges legkorábbi

napját vagy az ismétlés tilalmának hosszát, kivéve a beteg állapotától függően akár naponta többször is szükséges ismétlések eseteit.

f) A közbeszerzést ez évben szándékozunk kihirdetni, ez év végi eredmény kihirdetéssel. A szállítások 2023. I. félévében kezdődnek meg és az egyes laborok nem egyenként, hanem csoportban, párhuzamosan állnak át. Az átállás befejezése attól függ, hogy a közbeszerzési nyertes milyen időpontot vállal erre.

## *VI. A szűrővizsgálatok keretrendszere részletes szabályainak a kialakításáról, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló, felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű szűrővizsgálatok rendszerének továbbfejlesztéséről*

A szűrővizsgálatok lehetnek kötelezőek, vagy önkéntesen igénybe vehetőek.

A *0-18 éves korúak* kötelező szűrővizsgálatait *az* 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 1. melléklete tartalmazza.

Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 2. számú melléklete szerinti, *életkorhoz kötött, alkalomszerű, felnőttkori vizsgálatokat*, továbbá 3. számú mellékletben foglalt *népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrővizsgálatokat* (25 és 65 év között nők **háromévenkénti méhnyakszűrése**, és a 45 és 65 év közötti **nők kétévenként végzett emlőszűrése**) *az adott kor- és célcsoportba tartozó személyek önkéntesen vehetik igénybe*.

A *népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrővizsgálatok körének bővítése keretében* a **szervezett vastag- és végbélszűrés (vastagbélszűrés) országos lefedettséggel** 2018. évben indult az 50–70 év közötti férfiak és nők céllakosságra kiterjedően, kétévenkénti gyakorisággal. Finanszírozása 2023. június 30-ig az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések" projekt terhére történik. A teljes célpopuláció bevonásához *szükséges kapacitások kialakításához jogszabály módosítás* (valamennyi háziorvosi praxis részére kötelezővé válik a szűrővizsgálat szervezésében és lebonyolításában való aktív közreműködés), *valamint a jelenlegi 55-ön túl további endoszkópos gasztroenterológiai laborok bevonása szükséges* (megfelelő személyi, tárgyi és szakmai feltételek meglétével), illetve a *kolonoszkópos felvételek értékeléséhez* a mesterséges intelligencia bevonása is megfontolandó.

2014. évtől modellvizsgálatként zajlik **az alacsony sugárdózisú, többszeletes CT-vizsgálattal (LDCT) történő tüdőrák szelektív szűrése (HUNCHEST program)** az 50-74 éves, jelenlegi vagy korábbi erősen dohányzó célpopulációra kiterjedően. A programban jelenleg 18 magyarországi centrum vesz részt. 2023-ban javasolt a 18 centrumhoz kapcsoltan praxisközösségek bevonása a céllakosság azonosítása, meghívásuk kezdeményezése érdekében (10 000 fő bevonása). Ennek várható költségigénye 440 millió Ft. Ezt követően, az eredmények függvényében indulhat el 2024-től a program országos kiterjesztése.

**[WJ22] megjegyzést írt:** Ez miért nem végezhető el az EESZT-be feltöltött adatok elemzésével?

A szűrések kapcsán hangsúlyozni szükséges, hogy **az önkéntesen igénybe vehető vizsgálatokon (állapotfelmérés/kockázatbecslés/szűrés) meg nem jelenés az érintett számára nem járhat negatív szankciókkal.**

### 1. Szűrési keretrendszer kialakítása

*A szűrési keretrendszer kialakításának célja*, hogy a *Magyarországon végzendő* szűrések megfeleljenek a WHO 1968-ban definiált (Wilson&Jungner*), 2014-ben megújított* szűrővizsgálati szabályoknak[1] és

**[WJ23] megjegyzést írt:** Újabb: 2022.09. 29 https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme

1 UK National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of screening programme. 2014

egyben meghatározza a szűrésben résztvevők feladatait, illetve új szűrésnem befogadásának módszertanát.

A kritériumok vonatkoznak a szűrések teljes folyamatára: a célállapotokra/célbetegségekre, a szűrővizsgálatokra, a szűrőprogramokra, azok végrehajtására, a diagnosztikára, az intervencióra és a nyomon követésre (monitoringra) egyaránt.

**2. Felnőttkori, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok körének korszerűsítése (2025-től)**
**2.1. A főként a háziorvosi ellátásban végzett, felnőttkori, életkorhoz kötött alkalomszerű szűrővizsgálatok körének újragondolása** keretében valamennyi 25, 45, 65 éves korú lakos az adott évben meghívásra kerül állapotfelmérés és kockázatbecslés céljából. Ehhez az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 2. számú mellékletének módosítás szükséges.

Kockázatbecslés:
- Alkoholfogyasztási szokások felmérése,
- Dohányzási szokások felmérése,
- Cukorbetegség kockázatának felmérése,
- Depresszió kockázatának felmérése
- Egyéni- és családi kórtörténet.

A kockázatbecslést követően, *25, 45 és 65 éves korban főként a háziorvos által végzendő vizsgálatok – átlagos kockázatú pácienseknél:*

Vizsgálatok
- Általános fizikális vizsgálat,
- Testtömeg-index meghatározása,
- Haskörfogat mérése,
- Vérnyomásmérés,
- 12 elvezetéses EKG vizsgálat ,
- Légzőrendszer állapotának felmérése, háziorvosi, foglalkozás-egészségügyi alapellátás orvosa beutalójával a szűrőközpontban, légzésfunkciós vizsgálat,
- Laboratóriumi vizsgálatok (koleszterin, triglicerid, éhgyomri vércukormérés, /a cukorbetegség nem egyértelmű diagnózisa esetén orális cukorterhelés/, vesefunkció (CN, creatinin) vérkép, májfunkció, vizeletvizsgálat),
- Szemészeti vizsgálat elvégzése is javasolt.

– *65 éves korban, a fentieken túl – átlagos kockázatú pácienseknél:*
- Hasi elváltozások átfogó vizsgálata férfiaknál és nőknél; háziorvos beutalót ad hasi ultrahang vizsgálat elvégzésére. A járási egészségközpontokban kell megteremteni a lehetőséget, sonográfussal, a kiterjesztett ápolói kompetenciák keretében.
- Csontsűrűség mérés-csontritkulás vizsgálat (a csont ásványi anyag tartalmának meghatározása), 65 éves nők és férfiak körében; háziorvos beutalót ad elvégzésére. A járási egészségközpontokban javasolt megteremteni a lehetőséget a kiterjesztett ápolói kompetenciák keretében.

***2.2. A foglalkozás-egészségügyi ellátás keretében biztosítani szükséges*** *az 51/1997. NM rendelet módosított 2. számú melléklet szerinti állapotfelmérés, kockázati besorolás, szűrés igénybevételének lehetőségét az arra jogosultak részére.*
A javaslat szerint, a munkavállalók körében a foglalkozás-egészségügyi szolgálat keretében is igénybe vehető lenne – a NEAK-al kötött szerződés alapján, kiegészítő finanszírozással – jelen előterjesztésben

szereplő tervezet szerinti állapotfelmérés, kockázati besorolás, szűrés 25 és 45 éves korban. Az ehhez szükséges bizonyos vizsgálatok, továbbá a nem negatív eredménnyel kiszűrt munkavállalók további vizsgálatának kezdeményezéséhez elengedhetetlen a szolgálatok E. Alap terhére való beutalási jogosultságának visszaállítása.

### *2.3. Foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által végzendő átfogó egészségügyi állapotfelmérés és orvosi vizsgálat*

A betegségek korai felismerése érdekében a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat végzi el a 25 és 45 éves korban végzendő átfogó egészségügyi állapotfelmérést, amennyiben az a háziorvosi ellátás keretében nem történt meg.

## *VII. Illetmények*

### 1. EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK ILLETMÉNYEN FELÜLI JUTTATÁSA
(az E. Alap egyensúlyát biztosító intézkedésekről szóló előterjesztésből átemelt rész)

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 26. § (1) bekezdése alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában álló egészségügyi szolgáltatók az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII. 29.) OKFŐ utasítása (a továbbiakban: OKFŐ utasítás) szerint jogosultak illetményen felüli juttatásokat adni az általuk foglalkoztatott egészségügyi dolgozók részére.

Az OKFŐ utasítás alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 8. § (3) bekezdése szerinti személyeket (orvos, szakorvos, fogorvos, szakfogorvos, gyógyszerész, szakgyógyszerész, továbbá egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy) a következő illetményen felüli juttatások illetik meg:

- ügyeleti díj,
- készenléti díj,
- önként vállalt túlmunka,
- képesítési pótlék,
- műszakpótlék,
- helyettesítési díj,
- kirendelési díj,
- vezetői juttatás,
- illetménykiegészítés (eseti illetménykiegészítés, fix díj, szakterületi támogatás),
- jutalom.

Az OKFŐ utasítás szerint *az eseti illetménykiegészítés, a fix díj, a szakterületi támogatás, és a jutalom* kizárólag abban az esetben nyújtható, *ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.*

Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet) 3. § (1a) és (1b) bekezdése értelmében az egészségügyi szolgáltatók **az ügyelet, a készenlét, az önként vállalt túlmunka és a műszakpótlék biztosításához támogatásra jogosultak**. A támogatás mértéke az Eszjtv. hatálya alá

tartozó fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál megegyezik az OKFŐ utasításban megállapított összeggel.

A hatályos rendelkezések értelmében **nem jár támogatás** az egészségügyi szolgáltató részére **a képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás, illetménykiegészítés** és a **jutalom** biztosításához. Az **egészségügyi szakdolgozók a fentiek közül** helyettesítési és kirendelési díjra jogosultak, amely díjak biztosításához a szolgáltatók támogatást szintén nem kapnak.

## 2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATI JOGVISZONYRÓL SZÓLÓ 2020. ÉVI C. TÖRVÉNY MÓDOSÍTÁSA

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől új egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése mellett jelentős mértékben emelte az orvosok alapilletményét munkájuk elismeréseként. A jogalkotó az Eszjtv. bevezetésekor rendelkezett arról, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkateljesítményét a munkáltató írásban értékeli, amely minősítés alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal növelhető. Jelen előterjesztés célja, hogy **az egészségügyi szolgáltató esetlegesen 20%-kal csökkenthesse az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvos alapilletményét, ha a minősítés során a teljesítménye nem éri el a kívánt követelményeket**. A teljesítményértékelés megalapozására a javaslat lehetővé teszi azt is, hogy a munkáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartója a minősítéshez szükséges mértékben és célból a minősítendő személy által végzett egészségügyi tevékenység során keletkezett, vagy azzal összefüggő betegellátási adatokat, az ezen adatokat hordozó egészségügyi dokumentációt megtekinthesse és azokat a minősítés érdekében kezelhesse.

**[WJ24] megjegyzést írt:** A megyéhez egyébként is hibás elképzelés keretében átkerült munkáltatói jogosultság következtében ez egy nagy mennyiségű papírgyártást, utazgatást, aláírogatást, egyeztetgetést igénylő feladat.

**[WJ25] megjegyzést írt:** Az ilyen dolgozótól meg kell válni. Az bércsökkentés ötlete halálra van ítélve. Mellesleg miért **csak az orvosokra vonatkozna**?

Az „A” verzió értelmében 2023. január 1-jétől, a „B” verzió szerint 2023. július 1-jétől az egészségügyi szolgáltatónak lehetősége legyen az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvosok alapilletményét a minősítésük alapján nem csak emelni, hanem szükség szerint csökkenteni is.

## 3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK PÓTLÉKRENDSZERÉNEK ÁTALAKÍTÁSA

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket alapilletmény és illetményen felül járó díjak, pótlékok illetik meg. Az egészségügyi tevékenység végzése során a szakmák eltérő specifikusságára tekintettel különböző leterheltséget, veszélyességet jelentenek, valamint különböző végzettséggel, képesítéssel végzik az egészségügyi dolgozók a munkájukat, mely különbözőségek ellentételezéseként részesülnek pótlékokban.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket megillető **illetményen felül járó díjak jelenleg nagyon heterogén, nehezen átlátható rendszert alkotnak**, ezért célszerű lenne az egyszerűsítése, átláthatóvá tétele.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló **orvosok** illetményen felül járó juttatásait és azok mértékét az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII.29.) **OKFŐ utasítás**a tartalmazza. Ezzel szemben az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló **egészségügyi szakdolgozók** illetményen felül járó juttatásai különböző jogforrásokból olvasható össze:

- az illetménypótlékokat egyrészt – elsősorban uniós irányelv alapján kötelezően adandó mozgóbéreket – az egészségügyi tevékenység végzéséről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.),
- az Eszjtv.,

- az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. Korm. rendelet),
- az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet, valamint
- az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII.29.) OKFŐ utasítása tartalmazza.

Jelen előterjesztés célja, hogy az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat megillető illetményen felül járó díjak rendszere egységesen, átlátható, jól számítható módon kerüljön kialakításra. Annak érdekében, hogy **átlátható és egységes rendszer alakulhasson ki**, javasolt **valamennyi illetményen felül járó díj megállapítását az országos kórház-főigazgató hatáskörébe utalni**.

[WJ26] **megjegyzést írt:** Ez a rész kegyetlenül mutatja a költségvetési finanszírozás korlátait, rugalmatlanságát. Egy HBCS típusú finanszírozás esetén az egyes szolgáltatások térítési díjából kell a munkáltatónak kigazdálkodni a versenyképes bért, miközben meg kell felelnie a tevékenységre vonatkozó szabályoknak. Ez számtalan helyi tényezőtől is függ, ezért egy "egységes" központi szabályozás sok helyen bénító hatásúvá válik.
Ha a bér meghatározásában az alkalmazottal közvetlen napi kapcsolatban álló munkáltatónak semmi érdemi szerepe nincs, akkor nem lesz hatása a dolgozó munkájának minőségére.

Megoldási javaslatként két verzió – „A" és „B" verzió – kerül bemutatásra. Az „A" verzió esetében az illetményen felül járó díjak kivezetése kerül bemutatásra – kivéve az Európai Unió irányelveinek való megfelelés miatt kötelezően adandó mozgóbér elemek –, míg a „B" verzióban **a mozgóbéren túl a jelenlegi szabályozás szerinti** illetményen felül járó díjak kerülnek bemutatásra..

Az **„A" verzió** esetében 2023. január 1.-jétől megvalósuló béremeléssel egyidejűleg **kivezetésre kerülnének a különböző jogcímeken adott illetményen felül járó juttatások**, mint például a szakterületi pótlék, a képesítési pótlék, a vezetői juttatás vagy az idegen nyelvi pótlék. Az Európai Unió irányelveinek - *a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek, valamint az Európai Unióban alkalmazandó átlátható és kiszámítható munkafeltételekről szóló az Európai Parlament és a Tanács 2019. június 20-i (EU) 2019/1152 irányelvének* – való megfelelés érdekében a „mozgóbérek" – ügyeleti díj, készenléti díj, műszakpótlék, önként vállalt túlmunka,– továbbra is megtartásra kerülnének, és kiegészítésre kerülne a helyettesítési és kirendelési díjakkal.

Az „A" verzió esetében **a tervezett béremelés mértéke ugyanakkor nem minden esetben garantálja az illetményen felül járó díjaknak a jelenlegi bérek reálértéken számított csökkenése nélkül történő kivezetését, különös tekintettel a vezetőkre**. A vezető beosztású egészségügyi dolgozók, ha szakterületi és/vagy képesítési pótlékban, idegen nyelvi pótlékban is részesülnek jelenleg, akkor a béremelést követően ezen jogcímek kivezetésével a keresetük csökkenne.

Például egy 11-15 éves jogviszonnyal rendelkező középfokú végzettséggel rendelkező (D kategória) vezető pozíciót betöltő egészségügyi szakdolgozó 2023. január 1.-jétől 18,7%-os béremelésben részesülne, ami bruttó 61 334 Ft emelést jelent. Jelenleg a vezetői pótlék bruttó 20 000 Ft, amelyhez, ha hozzá járul egy szakterületi pótlék, amelynek összege 30 000 Ft és ehhez társul középfokú idegen nyelvtudási pótlék 10 000 Ft-ban, akkor a jelenlegi béréhez képest a béremelés számára bruttó 1 334 Ft emelkedést jelentene. Azokban a kategóriákban, ahol a béremelés bruttó összege 25 000-40 000 Ft között valósul meg előfordulhat, hogy 2023. január 1-jétől csökkenne a bérük az illetményen felül járó díjak kivezetésével.

A béremelés mértékének növelésével kiküszöbölhető lehetne, hogy a jelenlegi bérek reálértéken számított csökkenése ne történjen meg, ugyanakkor az az orvosi-szakdolgozói bérarány közti változást is jelentene.

A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 3. pontja alapján bértámogatásra kizárólag az alapbér és a mozgóbér tekintetében jogosult a rendelet hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató. Ezen

bérelemeken túli, a megkeresésben foglalt jogcímek esetén így a korábbi gyakorlat alapján forrásigény nem merül fel.

A „B" verzióban **csak a mozgóbér elemekre lehet támogatást igényelni**, azzal, hogy a továbbiakban **jogszabályi lehetőség lesz** a táblázatban feltüntetett pótlékok közül a **szakterületi pótlék, fix díj, sürgősségi betegellátási műszakpótlék, vezetői juttatás és pótlék adására, valamint a munkáltatói döntésen alapuló juttatás kifizetésére, azonban támogatás nem igényelhető rá.**

Kivezetésre kerül a képesítési pótlék, címpótlék, idegen nyelvi pótlék.

## 4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK BÉREMELÉSE

2020. november 18-án került kihirdetésre az Eszjtv., amely az orvosok számára olyan mértékű béremelést hozott, amely következtében felborult az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók bére közti arány. Az előterjesztés célja az egészségügyi szakdolgozók 2023. január 1-jétől történő bérfejlesztése, amellyel normalizálható az orvosi-szakdolgozói alapbérek aránya.

Az orvosi-szakdolgozói bérek arányának összehasonlítása az Európai Unióban:

**A szakorvosok és a kórházi ápolók havi átlagos jövedelme az OECD adatai* alapján (US$), kiegészítve az orvosok és szakdolgozók 2021. évi és 2022.01-03. havi átlagos kereseti adataival az egészségügyi ágazati bér-és létszámstatisztikai adatfeldolgozás adatai alapján**

| **Sorszám** | **Ország** | Szakorvosok / OKFŐ adatforrás esetén orvosok | | Kórházi ápolók / OKFŐ adatforrás esetén a teljes szakdolgozói kör | | A kórházi szakdolgozók átlagos jövedelmének aránya az szakorvsoook jövedelméhez viszonyítva | Forrás, megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Legfrissebb rendelkezésrá álló adat az OECD adatbázisában | Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US$) | Legfrissebb rendelkezésrá álló adat az OECD adatbázisában | Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US$) | | |
| 1. | Írország | 2019 | 15 997 | 2020 | 5 428 | 33,9% | OECD |
| 2. | Németország | 2019 | 13 238 | 2018 | 4 527 | 34,2% | OECD |
| 3. | Finnország | 2019 | 10 500 | 2019 | 3 691 | 35,1% | OECD |
| 4. | Olaszország | 2020 | 7 754 | 2020 | 2 782 | 35,9% | OECD |
| 5. | Hollandia | 2019 | 14 642 | 2019 | 5 259 | 35,9% | OECD |
| 6. | Luxemburg | 2015 | 23 906 | 2020 | 9 533 | 39,9% | OECD |
| 7. | Portugália | 2018 | 4 275 | 2018 | 1 756 | 41,1% | OECD |
| 8. | Magyarország | **2019** | 3 031 | **2019** | 1 249 | 41,2% | OECD |

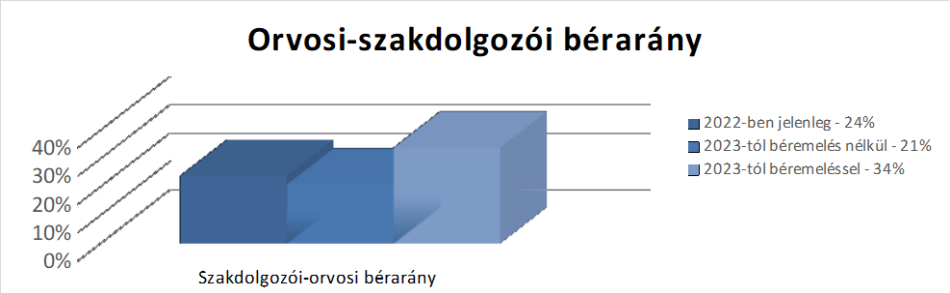
Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Dánia | 2013 | 15 333 | 2013 | 6 427 | 41,9% | OECD |
| 10. | Franciaország | 2018 | 8 041 | 2018 | 3 415 | 42,5% | OECD |
| 11. | Szlovákia | 2018 | 3 198 | 2018 | 1 395 | 43,6% | OECD |
| 12. | Észtország | 2020 | 4 127 | 2020 | 1 933 | 46,8% | OECD |
| 13. | Szlovénia | 2019 | 5 025 | 2019 | 2 388 | 47,5% | OECD |
| 14. | Spanyolország | 2020 | 7 571 | 2020 | 3 799 | 50,2% | OECD |
| 15. | Litvánia | 2018 | 2 257 | 2018 | 1 169 | 51,8% | OECD |
| 16. | Görögország | 2020 | 3 713 | 2020 | 1 931 | 52,0% | OECD |
| 17. | Csehország | 2019 | 3 558 | 2019 | 1 888 | 53,1% | OECD |
| 18. | Lettország | 2018 | 2 402 | 2018 | 1 334 | 55,5% | OECD |
| 19. | Belgium | 2019 | 10 799 | 2019 | 6 487 | 60,1% | OECD |
| 20. | Lengyelország | 2018 | 1 906 | 2018 | 1 635 | 85,8% | OECD |
| 21. | Magyarország ** | **2021** | 4 833 | **2021** | 1 577 | 32,6% | OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatisztika; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét. |
| 22. | Magyarország ** | **2022. január-március** | 6 144 | **2022. január-március** | 1 682 | 27,4% | OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatisztika; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét (kizárólag a MÁK körbe tartozó intézmények esetén volt lehetőség a vizsgálatra). |

A 2016-ban megkezdett ágazati bértárgyalások eredményeként kialakításra került a bérek közti arány, amely alapján az egészségügyi szakdolgozók bére átlagosan az orvosi bérek 45%-át érte el. Az orvosi bérek emelésének első üteme 2021. január 1-jétől valósult meg, amelynek következtében az egészségügyi szakdolgozói bér már csak a 32%-át érte el az orvosi béreknek, 2022. január 1-jével pedig átlagosan 27,%-ra csökkent, amivel a nemzetközi összehasonlításban utolsó helyére került

Magyarország. Az egészségügyi szakdolgozókat érintő bérfejlesztés elmaradása esetén ez az arány tovább csökkenne 2023. január 1-jétől 21%-ra.

A további csökkenés megakadályozása érdekében a tervezett béremeléssel **az orvosi-szakdolgozói bérarány összesítve 34%-ra emelkedne**.




Az **alap- és középfokú végzettséggel rendelkezők** részére a béremelés százalékos mértéke létszámaránnyal súlyozva **átlagosan 26,5%**-os mértékben valósulna meg, amely szerint az orvosi-alap-és középfokú végzettséggel rendelkező szakdolgozói bérarány 30,7%-ra emelkedne.

A **felsőfokú végzettséggel rendelkezők** részére a béremelés százalékos mértéke létszámaránnyal súlyozva **átlagosan 41,6%,** amely szerint az orvosi-felsőfokú végzettséggel rendelkező szakdolgozói bérarány 46,7%-ra emelkedne.

A béremelés százalékos mértéke eltérő besorolási osztályonként és azon belül is eltér szintenként, ezáltal egyfajta **életpálya modellként** is szolgál, a fiatalok számára látható az előrehaladás mértéke, a **középkorosztály részére megtartó, illetve visszahozó ereje** lehet, míg **elismeri és megbecsüli a régóta pályán levő** egészségügyi szakdolgozókat, továbbá vonzóvá válhat a nők korkedvezményes nyugdíjazását igénybe vevő egészségügyi szakdolgozók részére a továbbfoglalkoztatás kérése – ahogy az orvosoknál is megfigyelhető volt, hogy a béremelést követően kétszer annyian jöttek vissza, mint előtte – ezáltal is növelve az egészségügyi szakdolgozók létszámát.

**[WJ27] megjegyzést írt:** Életpályamodell lehet egy illetményalap, mely a havonta egy főre jutó, vásárlóerőértékben számolt és forintra átszámolt nemzeti összetermékből indul ki, amihez végzettség, szolgálati idő, beosztás és más kialkudott szorzókat rendel. Egy ilyen illetményalap folyamatosan és automatikusan követi a gazdaság teljesítőképességét és az inflációt. L. A szövegbe beszúrt táblázatot is.

| https://www.ksh.hu/stadat_files/gdp/hu/gdp0004.html<br>https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0001.html | | | Letöltés: 2022.10.31<br>https://www.mnb.hu/arfolyamok | | | | Ft/Eur<br>412 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GDP 2021 vásárlóerő-paritáson EUR | népesség 2021.01.01 | GDP/fő/év | **GDP/fő/év** | GDP/fő/hó | Szorzó orvosok esetén | Szorzó szakdolgozók esetén | arány |
| 237 610 200 000 € | 9 689 010 | 24 524 € | 10 104 002 Ft | 842 000 Ft | 1,5 | 0,7 | |
| | | | | | 1 263 000 Ft | 589 400 Ft | 47% |

**A béremelés forrásigénye** 2023. évre tekintettel szochóval együtt **130,6 Mrd Ft** lenne, amely 2024-ben 142,5 Mrd Ft többletforrás igényt jelentene (a forrásigény a mozgóbérek forrásigényét nem tartalmazzák tekintettel a 2. pontban ismertetett illetményen felüli juttatások átalakítására).

A béremeléshez és a pótlékrendszer átalakításához szükséges forrásigény biztosításáról szóló Korm. határozat tervezetét az 5. melléklet tartalmazza („A" változat: alapbér 130,6 Mrd Ft +mozgóbér 30,32 Mrd Ft; „B" változat:megegyezik az „A" változattal).

A megjelölt százalékok és összegek becsült értékek. A tényleges értékeket számos tényező befolyásolhatja (pl.: a bértábla struktúrájának változása, a létszámarány változása kategóriánként).

Az illetmény fejezethez tartozó további háttéranyagokat a 2-3. függelék tartalmazza.

## *VIII. Várólista csökkentés*

**Az intézkedés lényege:**

A várólisták mihamarabbi csökkentése. A meghozott intézkedések célja, hogy mielőbb sor kerüljön a kórházi várólisták csökkentésére, amely egyaránt magában foglalja a műtétre várakozók számának és a várakozási időnek a csökkentését is. A szakmai irányelvek szerint indokolt ellátásokat a betegek és a rászorulók teljes köre a megfelelő időben megkapja, a lehető leggyorsabban hozzájusson a diagnózisához, illetve a szükséges ellátása és a betegségének kezelése mihamarabb elkezdődjön. Célunk, hogy a pandémia előtti nemzetközi szinten is kedvező várakozási idő csökkentésében tapasztalt helyzetet minél előbb újra elérhessük, ezáltal a jól működő 2019-es rendszerhez térünk vissza.

E célokat szem előtt tartva az alábbi intézkedések bevezetése javasolt:

1. ***Szabad orvosválasztás megszüntetése***

A várakozási idő szempontjából problémát jelent, hogy a **betegek ragaszkodnak egy adott intézményhez vagy orvoshoz,** így ez is jelentősen hozzájárul a várólista hosszának növekedéséhez. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírja, hogy amennyiben a beteg az adott egészségügyi szolgáltatónál nem részesíthető az egészségi állapota által indokolt legrövidebb időn belül a szükséges ellátásban, **tájékoztatni kell őt arról, hogy az adott ellátás mely egészségügyi szolgáltatónál biztosítható.**

Rögzíteni szükséges, hogy az egészségügyi ellátás az állami intézmények esetén az intézmény feladata, nem pedig az egyes orvosoké. Erre figyelemmel a beteg számára nem az általa választott, hanem az indikációk alapján szükséges, az egészségügyi intézmény által kijelölt orvos tudja a legmegfelelőbb kezelést biztosítani. Az intézmény tudja megállapítani erre figyelemmel, hogy

- a beteg állapota, tünetei okán milyen orvos szükséges számára,
- a tünetek és állapot okán az intézmény rendelkezésre álló, e tekintetben a szükséges kompetenciával rendelkező orvosai közül (az ellátás zavartalanságára figyelemmel) ki fogja tudni a beteget időben ellátni.

**[WJ28] megjegyzést írt:** Ez csúsztatás. Jelentős különbségek lehetségesek az egyes ellátóhelyek, és ezen belül az egyes orvosok tevékenységének szakmai minőségében. Ezt ismerni és közzétenni kellene a háziorvosok tájékoztatása érdekében.

**A szabad orvosválasztás az alapellátás kivételével az állami fenntartású intézményekben megszűnik. A tervezet alapján az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosítottat a finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónál a szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos látja el, helyette másik orvos nem igényelhető.**

2. ***Az előterjesztés keretében a várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok pontosítása.***

**Kikerülnek** a várólistákról az esedékes időpontban – indokolás nélkül – **távolmaradó betegek**, valamint azok a betegek, akiknél valamilyen oknál fogva **megszűnt** a műtéttel kapcsolatos orvosi **indikáció**. Ezen betegek, később – orvosilag indokolt esetben – felvételüket kérhetik az előjegyzési listára.

Ahhoz, hogy **valid információk** álljanak rendelkezésre a rendszerben minden ellátást igénylő betegeket rögzíteni szükséges, az ellátásra várakozók közül azonban a publikus, lekérdezhető listákon a NEAK csak azok számát fogja szerepeltetni, akik már 60 napon túl várakoznak, mivel a nemzetközi gyakorlat szerint, valamint a magyar terminológiai értelemben ezt az esetszámot tekinthetjük valós várakozási problémának.

A várólista, valamint az előjegyzési lista jelenleg is elkülönül egymástól azonban a várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok további pontosítása is szükséges, hogy még élesebben és egyértelműben különüljön el egymástól a két listatípus.

- **Várólistára** azok kerülnek, akiknek indokolt lenne a műtét, de kapacitás hiányában nem lehet végrehajtani 60 napon belül az ellátást.
- Az előjegyzési listára azon betegek kerülnek, akik a beavatkozást későbbi időpontra kérik. A beteg állapota nem igényel azonnali műtétet, középtávon ütemezhető a beavatkozás, figyelembe véve a beteg időzítésbeli szempontjait is.

Ezen felül – a betegtájékoztatást, valamint az ellátások operatív szervezését segítendő – a NEAK honlapján a kiválasztott várólista esetében lehetőség lesz rá, hogy a beteg a műtéteket elvégző szolgáltatók listáját a várakozási napok száma szerint növekvő vagy csökkenő sorrendbe lekérdezze. **A NEAK szoros ellenőrzése mellett valósul meg a várólisták ledolgozása** (szigorú ellenőrzésre kerül mind a listák vezetése, mind a műtétszámok teljesülése). **Amennyiben a kórház nem teljesíti vagy nem megfelelően vezeti a listákat, akkor a NEAK finanszírozás elvonással szankcionálja**.

### *3. Minimum beavatkozás szám meghatározása minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltató részére*

Jelenleg azok a szolgáltatók vesznek részt a várólista csökkentési programba, akik jelentkeztek és feladatvállalást tettek. A várólista csökkentési programok a szolgáltatók esetszám alapú vállalása szerint kerültek összeállításra.

**A módosító javaslat szerint minimum bázis beavatkozás számot határozunk meg minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónak.** Így nem kell külön jelentkezniük és feladatvállalást tenniük a program kapcsán, a NEAK közli ki az elvégzendő beavatkozás számot.

### *4. A hatályban lévő finanszírozási ösztönző módosítása, az emelet összegű finanszírozás a jövőben kizárólag az intézményeket illetik meg*

A javaslat szerint a járóbeteg-szakellátásban és az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a jelenleg hatályban lévő **finanszírozási ösztönző 130%-ról 150%-ra változna**.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A **többletteljesítés magasabb díja** alapvetően többlet ellátásokkal járó költségeket hivatott kompenzálni. Ezeket a bázison felüli többletvállalásokat gyakran **új műszakok beállításával, szervezésével és túlmunka elrendelésével** oldják meg a szolgáltatók. A többlet műszakok tehát további plusz költségekkel (pl: fűtés, villamos energia díja) is járhatnak. Az emelt finanszírozás a kórházak jogos költségeit ismeri el, amelyek a műtők hosszabb napi üzemórája miatt keletkeznek.

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben jelenleg szereplő **személyes ösztönzők kivezetésre kerülnek. Az emelt finanszírozással kizárólag az egészségügyi szolgáltató rendelkezhet.** A módosítással az egészségügyi szolgáltató a várólista keretében végzett ellátás során az emelt összeget a keletkező többletköltségeinek fedezetére is felhasználhatja (pl.: műszakpótlék, rezsidíj, műtőtakarítás stb.). **Ezáltal a szolgáltató költségfedezeti helyzete is javulhat.**

**[WJ29] megjegyzést írt:** Ha az eddigi személyes ösztönzést a rezsi fedezetére fordítják, akkor a maradék személyes érdekeltség is megszűnik.
További előny, hogy az emiatt távozó munkatársak bérének fedezete is megmarad.

***5. Országosan nyilvántartott betegfogadási lista kialakítás.***

RRF terhére megvalósuló projekten belül kerül biztosításra a fedezet azon informatikai rendszer kidolgozására és kiépítésére, amely a fekvőbeteg szakellátás várólistáihoz hasonlóan **a járóbeteg-szakellátás betegfogadási listáit is országosan egységesen kezeli.** A teljes betegút követését lehetővé teszi és a járóbeteg ellátásban alkalmazott betegfogadási listákat országosan képes szinkronizálni. **A rendszer azt a célt szolgálja, hogy a járóbeteg-ellátásban ne alakuljon ki hosszú várólista.**

A kötelező várólisták alakulását az előterjesztés *4. függeléke* tartalmazza.

## *IX. Közreműködők*

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől bevezette az egészségügyi szolgálati jogviszonyt, amellyel egyidejűleg rendezte, hogy az állami és az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztathatóak az egészségügyi és egészségügyben dolgozók. Az Eszjtv. az egészségügyi szolgálati jogviszony mellett ugyanakkor nem zárja ki a közreműködő, valamint az önkéntes segítő egészségügyi szolgáltató általi igénybevételének lehetőségét.

A tervezet célja, hogy az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóknál egészségügyi tevékenységet csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként lehessen végezni, vagyis a személyes és tárgyi feltételt biztosító **közreműködés** valamennyi típusa **kivezetésre kerüljön,** amely intézkedés **finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb** lenne az egészségügyi szolgáltatók részére, hiszen jelenleg a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók.

Az előterjesztő javasolja, hogy

- a szervezeti közreműködés hosszabb távon, több lépcsőben szűnjön meg,
- valamennyi egészségügyi szolgáltatással összefüggő egészségügyi tevékenység csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként legyen végezhető 2024. január 1-jétől.

**[WJ30] megjegyzést írt:** Az önkéntes segítő valójában munkavégzésre irányuló jogviszonyt, azaz ingyenmunkát jelent, ami a betegellátás terén is erkölcstelen. Korábban az így foglalkoztatottak joggal remélték, hogy hálapénz formájában pénzhez jutnak.
Az önkéntes segítő fogalma eredetileg az e szövegben említett ápolási segítőnek felelt meg.

1. Fentiek érdekében az **OKFŐ első lépésben a tárgyi és személyi feltételeket együttesen biztosító új közreműködői szerződések megkötésére moratóriumot vezet be, amely szerződések az OKFŐ kizárólagos jóváhagyása mellett tarthatók fenn, illetve köthetők meg. A személyes közreműködői szerződések engedélyezését végső határidőhöz kell korlátozni.**

Jelenleg 11895 közreműködő szolgáltató van, akik 1146 közfinanszírozott szolgáltatónál 8855 (járó-és fekvőbeteg szakellátás) közfinanszírozott szervezeti egység munkájában vesznek részt, szinte minden szakmában. Ezen belül a legtöbb közreműködő (3221) a központi ügyelet szakmában van.

[WJ31] megjegyzést írt: Az ügyelet nem szakma!

Jelenleg nem ismeretes, hogy hány fő dolgozik a közreműködőknél. A **közreműködés kivezetése esősorban ellátás-szervezési és betegbiztonsági szempontok együttes figyelembevétele mellett, fokozatosan történhet meg.** Ennek érdekében az OKFŐ a fenntartása alá tartozó intézmények tekintetében felmérést végez, a felmérés során a kórházak felülvizsgálják a közreműködői (ideértve a személyes közreműködést is) szerződéseket és azok fenntartásának indokoltságát jelzik. Az OKFŐ a közreműködői szerződések fenntartásával kapcsolatos szakmai álláspontját a Belügyminisztérium részére megküldi. A felmérésben az összegek, szerződési határidők feltüntetése mellett meg kell jeleníteni azok közbeszerzési státuszát is. A felmérés határideje legkésőbb: 2022. december 31.

**2. A nem egészségügyi tevékenységet végző szervezetek, illetve személyek** (pl. ügyvédek, könyvvizsgálók stb.) **megbízásának lehetőségét szigorítani javasolt. Nem kivezethető a szerződések megkötése ezen területen,** mert ezek olyan feladatok, amelyeket az egészségügyi szolgáltató saját szakemberekkel nem tud ellátni, illetve ilyen szakemberek állandó foglalkoztatása drága és pazarló lenne. A kontrolláltabb szabályozás alapján a szerződéseket a megyei intézményi integrációra tekintettel szükséges szabályozni oly módon, hogy megyei intézményenként (ideértve az integrálódó telephelyeket is) egy féllel köthető szerződés egy szakfeladat tekintetében, a szerződés megkötését az Országos Kórházi Főigazgatónak szükséges jóváhagynia.

Fentiekhez az OKFŐ jogosítványának hatáskörét meghatározó jogszabályi rendelkezés szükséges.

**A személyes közreműködők, a munkaerő-közvetítők és a munkaerő-kölcsönzők kivezetése a rendszerből legkorábban a jövő év végéig valósítható meg.**

Az átalakításra rendelkezésre álló idő megfelelő.

Az OKFŐ első lépésben az új közreműködői szerződések megkötésére moratóriumot vezet be a fentiek szerint. A személyes közreműködői szerződések engedélyezését végső határidőhöz kell korlátozni.

A közreműködőkre vonatkozó adatokat az 5. függelék tartalmazza.

## X. A szakápolás átalakításáról szóló új törvény

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolási, gondozási tevékenység más módon szerveződik.

Az ápolási feladat az **egészségügyi ellátáson belül** a háziorvosi (körzeti) ápolónők munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban is megjelenik.

**A fekvőbeteg szakellátás ápolási ágyain fekvő betegek**, mint ahogyan az ellátási forma nevében is szerepel elsősorban ápolásra szorulnak, azaz mindennapi szükségleteiket, mint az étkezés, tisztálkodás, öltözködés nem tudják segítség nélkül megoldani. Ezek a többségükben idős betegek általában krónikus betegségekben is szenvednek, amely miatt gyógyszeres és egyéb kezelést igényelnek folyamatosan. Mindemellett állapotuk nem igényel folyamatos orvosi felügyeletet, ahogyan jelenleg ez az ápolási osztályokon történik.

A betegek legtöbbször az aktív kórházi ellátásból kerülnek ápolási osztályokra, mivel állapotuk már nem igényel rendszeres, aktív egészségügyi ellátást, emiatt a kórházi elhelyezésük már nem indokolt. **A betegek egy része szociális okból marad kórházi ellátás keretei között**, például amiatt, hogy a

családjuk mindennapi ellátásukról nem tud személyesen gondoskodni, emiatt fekvőbeteg intézetben való elhelyezésük szükségessége forog fenn. Ezen betegek többsége orvosi beavatkozást, rendszeres egészségügyi ellátást nem igényel, alapvetően szociális okokból kerül a fekvőbeteg-ellátó intézménybe.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet) 7. melléklete alapján a finanszírozás módja szerint **krónikus ellátásnak** minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú. A Korm. rendelet 8. számú melléklete tartalmazza a krónikus ellátások megnevezéseit és azok szorzószámát.

**Finanszírozás szempontjából** tehát **ápolási ágynak minősül minden olyan ágy, amelyen a kórház a Korm. rendelet 8. számú melléklete szerinti ápolási tevékenységet végez.**

A **szociális ellátásban** az ápolás az alap- és szakellátások szintjén a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtva történik.
2017. szeptember 1-től hatályos a szakápolási központra vonatkozó rendelkezés, amely a szociális intézményi ellátás szabályozásának talaján, annak bekerülési, finanszírozási, térítési díj megállapítási szabályainak logikáján alapul. A hatályos szabályozást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szoc. tv.), valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCSM rendelet tartalmazza. A szociális intézményi keretek között igénybe vehető, komplex szakápolási ellátást nyújtó szakápolási központban magas progresszivitást nem igénylő szakápolási tevékenységek valósulnak meg az igénybevevők ellátásában. Ezen túlmenően a szociális intézmények jelenleg az egészségügyi ellátórendszerben lévő, szociális szükségletekkel rendelkező személyek ellátását is képesek felvállalni. A szociális otthonokban folyó alapápolási, valamint a szakápolási feladatok egységesítése lehetővé teszi, hogy e tevékenységek többlet költségvetési forrás bevonása nélkül, sokoldalúbb szolgáltatást lehetővé tevő helyen koncentrálódjanak, költséghatékonyabb allokációt lehetővé téve az időseket szolgáló ellátórendszerben.

Mivel az ápolás és gondozás valamennyi eleme egyaránt megtalálható az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között, a párhuzamosságok miatt ugyanolyan egészségi állapottal rendelkező személy egészségügyi vagy szociális ellátást egyaránt igénybe vehet.
A rendszer átalakításával elérni kívánt cél az, hogy az ápolási szükséglettel rendelkező személy az igényeinek legmegfelelőbb, legjobb minőségű szolgáltatást kapja. A szakápolás jellemzői alapján célszerűbb azt szociális, tartós ápolást-gondozást nyújtó intézmények keretein belül végezni, azért is mert a szakápolás súlya az egészségügyön belül alacsony, területi lefedettsége egyenetlen. Az ellátottak szempontjából eredményesebb, ha a szociális ágazat keretében kapják meg a szükséges gondoskodást, hiszen a szociális intézmény teljes ellátást – fizikai, mentális és egészségügyi gondoskodást – nyújt lakóinak, emellett személyes igényeiknek megfelelően otthon-jelleget biztosít számukra.

A törvény megteremti a jogalapját annak, hogy az egészségügyi szakellátás azon ápolási ágyai kerüljenek a szociális ellátórendszer részére átadásra, amelyeken tartós ápolást-gondozást végeznek, az állami fenntartású egészségügyi intézményekben végzett ápolást a szociális ellátórendszer keretein belül működő szakápolási központok végzik a jövőben.

Az eddig egészségügyi ellátás keretében biztosítási jogviszony alapján és az intézmények térítési díjakról szóló szabályzatában meghatározott napi díj mellett igénybevett krónikus fekvőbeteg ellátás egy része helyett a jövőben a Szoc. tv. szerint számított térítési díj mellett igénybe vehető komplex szociális és egészségügyi ellátást kap az adott férőhelyet használó igénybevevő.

A törvény meghatározza az ápolási ágyak átadásának kereteit, a feladat átvételéhez kapcsolódó vagyonmozgást, biztosítja, hogy a feladatot egészségügyi szolgálati jogviszony keretében végző szakdolgozók a közalkalmazotti jogviszonyba kerüléssel sem kereshetnek kevesebbet, mint a feladatátvétel időpontjában, valamint szabályozza az egészségügyi ellátórendszerben ápolt betegek szociális ellátórendszerbe átkerülésének, valamint az EESZT-hez csatlakozással az egészségügyi adatkezelési és jelentési követelmények garanciális szabályait (ez utóbbi kapcsán szükséges Eüak. módosítást az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvénytervezet tartalmazza).

Az átvett feladat ellátásának biztosítása érdekében garanciális elem, hogy az átvett szakdolgozók foglalkoztatója a feladat átvételének napjától a szakápolási központ, ezért az egészségügyi szolgálati jogviszony közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át, azonban a szakdolgozó a továbbfoglalkoztatást visszautasíthatja. Mivel a feladatátadással együtt az átadó egészségügyi szolgáltatónál a munkaköre nem gyakorolható tovább, az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 12. §-a szerinti – másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő – áthelyezése kezdeményezhető.

Az átvett feladatra jutó költségvetési forrást az Egészségbiztosítási Alap biztosítja az állami fenntartású befogadó intézmények esetében. A krónikus fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását kell alapul venni. A finanszírozás jelenleg napidíjon alapul, a napidíj mértéke 6600 forint/nap, és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet által meghatározott szorzó szakápolás esetén 1,0-szeres. A szakápolási központ működéséhez az Egészségbiztosítási Alapból legfeljebb az átadásra kerülő ágyszámnak (kapacitásnak) megfelelő finanszírozott összeget kell biztosítani a szakápolási központ működtetéséhez.

Nem állami fenntartású intézmények esetében a 2024. évi központi költségvetésről szóló törvénybe szükséges beépíteni a szakápolási központ jogcímet, amely alapján a szakápolási központ a szociális tevékenységhez nyújtott alaptámogatása mellett a szakápolási tevékenység után kiegészítő állami támogatást hívhat le.

Fenntartótól függetlenül biztosítani szükséges továbbá az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerint az ápolási tevékenység végzéséhez előírt egészségügyi dolgozókat megillető bérkiegészítéséhez kapcsolódó támogatás összegét.

Mivel a jelenleg finanszírozottnál magasabb összeget nem igényel az ágyak átvétele, ezért a központi költségvetést terhelő többletigény nem jelentkezik a feladattal.

Az átvett ingatlanra eső központi költségvetésből, a megemelkedett energiaköltségekhez kapcsolódó kompenzációs összeg szintén átadásra kerül.

## 2. AZ IGÉNYBE VETT ESZKÖZÖK

2.1. Jogalkotás

Az előterjesztés szerinti intézkedésekhez szükséges törvénymódosításokat az 1. melléklet, a szakápolásról szóló új törvényt a 2. melléklet tartalmazza.

Az előterjesztés szerinti intézkedésekhez kormányrendeletek megalkotása is szükséges a következő témákban:

- alapellátás,
- egészségügyi informatika,

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- laborhálózat,
- szűrés,
- illetmények,
- várólista csökkentés.

2.2. Egyéb intézkedés

Kormányhatározat kiadása szükséges a következő témákban.

- A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele. A Korm. határozat tervezetét a *3. melléklet* tartalmazza. (Az átvételről szóló döntés meghozatalát követően törvényalkotás válik szükségessé.)
- A nemzeti orvoslaboratóriumi diagnosztikai laborhálózat kialakítása. A Korm. határozat tervezetét a *4. melléklet* tartalmazza. (A későbbiek során Korm. rendelet megalkotása is szükséges lesz)
- Az illetményen felüli juttatásokhoz kapcsolódó Korm. határozatot az *5. melléklet* tartalmazza.
- A béremeléshez kapcsolódó Korm. határozatot a *6. melléklet* tartalmazza.

2.3. Alternatívák

A javasolt intézkedésnek nincs alternatívája.

## 3. AZ ELŐTERJESZTÉS KORMÁNYPROGRAMHOZ VALÓ VISZONYA

Az intézkedések a Kormányprogramban is kiemelten szereplő folyamatos betegellátást hivatottak biztosítani, továbbá az egészségügyi dolgozók elismerését támogatni.

## 4. VITÁS KÉRDÉSEK

| Sorszám | Észrevételt tette | Észrevétel rövid tartalmi leírása | Előterjesztő álláspontja |
|---|---|---|---|
| - | - | - | - |

## 5. ELŐZMÉNYEK, KAPCSOLÓDÁSOK

Az előterjesztés nem kapcsolódik más folyamatban lévő előterjesztéshez.

## 6. EURÓPAI UNIÓS KAPCSOLÓDÁSOK

A tervezet nem rendelkezik európai uniós kapcsolódással.
Előzetes véleményezési kötelezettség az Európai Unió joga alapján nem áll fenn.
A tervezet nem tartalmaz az EUMSZ 107. cikke szerinti állami támogatást.

## 7. ORSZÁGGYŰLÉSI TÁRGYALÁSRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

Az előterjesztésben szereplő törvénytervezetet – törvényjavaslatként – az Országgyűlés az általános szabályok szerint tárgyalja.

## 8. TÁRSADALMI EGYEZTETÉS

A tervezetet a jogszabályok előkészítésében való társadalmi részvételről szóló 2010. évi CXXXI. törvény 5. § (5) bekezdése alapján nem kell társadalmi egyeztetésre bocsátani, mivel annak sürgős elfogadásához kiemelkedő közérdek fűződik.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

## 9. AZ ELŐTERJESZTÉS KOMMUNIKÁCIÓJA

**9.1. Milyen kommunikáció javasolt az előterjesztés elfogadása esetén?**

**9.2. A tájékoztatás módja**

| | |
|---|---|
| Politikai döntéshozatalt követő szóvivői tájékoztató | Nem |
| Tárcaközlemény | Nem |
| Tárca által szervezett sajtótájékoztató | Nem |

**9.3. Fő üzenet**

**Az előterjesztő részéről nyilatkozó: Dr. Takács Péter**

**9.4. Részletes kommunikációs terv**

Aktívan nem kommunikálandó.

## 10. INDOKOLÁS KÖZZÉTÉTELE

A törvénytervezethez kapcsolódó indokolás a Magyar Közlöny kiadásáról, valamint a jogszabály kihirdetése során történő és a közjogi szervezetszabályozó eszköz közzététele során történő megjelöléséről szóló 5/2019. (III. 13.) IM rendelet 20. § (2) bekezdés a) pontja alapján az Indoklások Tárában közzétételre kerül.

Kérem a Kormányt, hogy az előterjesztést fogadja el.

Budapest, 2022. szeptember

Dr. Pintér Sándor
belügyminiszter

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

# HATÁSVIZSGÁLATI LAP

**Előterjesztés címe:** az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről

**I. Alapellátás átalakításának költségvetési hatásai**

*Alapellátás szerkezetének átalakítása*

A kivezetésre kerülő betöltetlen körzetek területén lévő rendelők esetén azok vagyoni viszonyait egyesével, a konkrét eseteknél szükséges megvizsgálni és az önkormányzatokkal egyesével szükséges megállapodni a hasznosításukat vagy állami kézbe vételüket illetően.

*Az ügyeleti rendszer átalakításához: 33 Mrd forint*

| | |
|---|---|
| 74 járás/járásonként 1 orvos, 1 ápoló, 1 gépkocsivezető<br>hétköznap 16:00-22:00-ig (6 óra)<br>hétvége és ünnepnap 08:00-14:00-ig (6 óra) | 6 932 624 580,- |
| 81 helyszín orvos/APN/mentőtechnikus/sorőr<br>hétköznap 22:00-08:00-ig<br>hétvége és ünnepnap 14:00-08:00-ig | 8 634 536 564,- |
| Háttér dolgozók személyi jellegű költségei jarulékokkal | 2 510 864 329,- |
| Üzemeltetés dologi kiadásai | 761 962 693,- |
| Az egyszeri beruházási, felhalmozási és készlet feltöltési költségek | 5 295 188 211,- |
| Back office többletköltség (174 járás) | 257 640 000,- |
| **Összesen** | **33 027 352 941,-** |

**Alkalmazott bruttó óradíjak:**

| Megnevezés | Ft/ó |
|---|---|
| Orvos | 9900 |
| Orvos/APN/Mentőtiszt | 7800 |
| Ápoló | 3200 |
| Gépkocsivezető | 3000 |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

| | | |
|---|---|---|
| Mentőtechnikus | | 3500 |
| Szocho mértéke | | 13% |

**Egyszeri beruházási, felhalmozási és készletfeltöltési költségek**

Az OMSZ 81 járásban 102 helyen tervezi az ügyeleti központok, helyszínek kialakítását, elsődlegesen a fekvőbeteg-ellátó intézmények Sürgősségi Betegellátó egységei mellé települve.

A helyszíneken szükséges kialakítani a megfelelő infrastruktúrát.

E költségek tartalmazzák

- a belső átalakítást,
- mobíliákat,
- orvosi eszközöket,
- gyógyszereket,
- egyéb az ellátáshoz szükséges felszereléseket,
- készleteket (egyszer használatos egészségügyi eszközök, fogyóanyagok)
- autót,

**amelynek becsült költsége 1,3 Mrd forint**.

**Az intézkedéshez költségvetési támogatás szükséges.**

Jelenleg 13 milliárd forint áll rendelkezésre az E-Alapban ügyeletre, információink szerint az önkormányzatok ugyanennyit még hozzátettek, de ezt saját költségvetésükből spórolással gazdálkodták ki. Ezért jelentős forrásigénye van ennek az átalakításnak.

Az összes költség megoszlása:

- egyszeri beruházás jellegű: 5 295 188 211,- forint
- éves szintű: 27 732 164 730,- forint

A jelenlegi rendszerben a háziorvosi ügyeleti rendszer finanszírozása éves szinten:

- - 13 Mrd forint NEAK finanszírozásból
- - 13 Mrd forintönkormányzatok által saját forrásból kipótolt összegből (tekintettel arra, hogy az új rendszer szerint erre nem lesz szükség, döntés szükséges ennek elvonásáról).

Az új – OMSZ által működtetett – háziorvosi ügyeleti rendszer költsége (amely tartalmazza a délutános orvosok működési költségét és bérét is):

- • egyszeri, beruházási költség: 5 295 188 211,- Forint – az RRF-ből finanszírozható,
- • éves működési költség: 27 732 164 730,- Forint – NEAK és EFOP finanszírozásból oldható meg.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

Az éves működési költség finanszírozása úgy oszlik meg, hogy

- - a 197 db járásból a kedvezményezett járások besorolásáról szóló 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendeletben megjelölt 116 támogatott járásban az ügyeleti költségek az EFOP-ban elszámolhatók: 14,7 Mrd (a pilothoz hasonlóan)
- - a többi járás ügyeleti költsége pedig NEAK finanszírozású: 13 Mrd Ft

**Összességében** az éves 27,7 Mrd forintüzemeltetési költségeket a NEAK finanszírozás és az EFOP uniós forrás fedezi. Jelzendő azonban, hogy a forrást az EFOP forrás elmaradását követően is biztosítani kell.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele**

*A „B" változat esetén*

A szakértői teamek felállításához szükséges forrásigény tekintetében az OKFŐ az alábbi kalkulációt végezte el. A táblázat a javasolt létszámban jelzett szakértők tekintetében egy havi díjazást tartalmaz, az OKFŐ becslése szerint a feladat 2 hónap alatt hajtható végre, vagyis **a külső szakértők bevonásának teljes költségigénye a feladat tekintetében 620 millió forint**.

| **Végzettség** | **Létszám** | **Óradíj járulékokkal, utazási költségekkel együtt (Ft)** | **Havi óraszám** | **Összesen/hónap** |
|---|---|---|---|---|
| jogász | 32 | 25 000 | 172 | 137 600 000 |
| közgazdász | 32 | 25 000 | 172 | 137 600 000 |
| műszaki | 8 | 25 000 | 172 | 34 400 000 |
| **Mindösszesen:** | | | | **309 600 000** |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**VI. A szűrővizsgálatok keretrendszere részletes szabályainak a kialakításáról, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló, felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű szűrővizsgálatok rendszerének továbbfejlesztéséről**

**Felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok költségigénye:**

*1. Átfogó egészségügyi állapotfelmérés a teljes céllakosságra kiterjedően a háziorvosi ellátásban:*

A 25, 45, 65 éves lakosság szűrővizsgálata 421 ezer fő bevonását jelenti, amely 5000 háziorvosi praxissal számolva praxisonkénti évi 84 beteg szűrését teszi szükségessé.

**2.3. Felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok költségigénye:**

A 25, 45, 65 éves lakosság szűrővizsgálata 421 ezer fő bevonását jelenti, amely 5000 háziorvosi praxissal számolva praxisonkénti évi 84 beteg szűrését teszi szükségessé. Ennek költsége 2,6 Mrd Ft/év, amely finanszírozása az RRF vagy EFOP+ európai uniós fejlesztések (háziorvosi rendszer átalakítása) terhére történne.

Az alábbi táblázat mutatja be a tervezett vizsgálatok többlet finanszírozási igényét:

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

| Korcsoport és érintett lakosságszám | Beavatkozás kódja | Beavatkozás megnevezése | Beavatkozás pont értéke | Finanszírozási többletigény Ft |
|---|---|---|---|---|
| **25 és 45 éves korban** | 11041 | Vizsgálat | 750 | 428 101 740 |
| | 23130 | Glukóz terhelés | 205 | 117 014 476 |
| **288 284 fő** | 21310 | Glukóz meghatározása | 26 | 14 840 860 |
| | 22200 | Glukóz kimutatása vizeletből | 9 | 5 137 221 |
| | 21420 | Összkoleszterin meghatározása | 45 | 25 686 104 |
| | 21411 | Trigliceridek meghatározása | 54 | 30 823 325 |
| | 21141 | Kreatinin meghatározása kinetikus Jaffé módszerrel, szérumban | 36 | - |
| | 21143 | Kreatinin meghatározása enzimatikus módszerrel | 125 | 71 350 290 |
| | 22111 | Kreatinin meghatározása vizeletből, kinetikus Jaffé módszerrel | 36 | 20 548 884 |
| | 22150 | Karbamid meghatározása vizeletben | 54 | 30 823 325 |
| | 21120 | Karbamid meghatározása szérumban | 54 | 30 823 325 |
| | 22160 | Húgysav meghatározása vizeletben | 54 | 30 823 325 |
| | 24600 | Aszpartát-amino-transzferáz (ASAT, GOT) meghatározása | 45 | 25 686 104 |
| | 24610 | Alanin-amino-transzferáz (ALAT, SGPT) meghatározása | 45 | 25 686 104 |
| | 21150 | Összes bilirubin meghatározása szérumban | 45 | 25 686 104 |
| | 28011 | Vérkép, automatával I. | 36 | - |
| | 28012 | Vérkép, automatával II. | 54 | - |
| | 28013 | Vérkép, automatával III. | 98 | - |
| | 28014 | Vérkép, automatával IV. | 150 | 85 620 348 |
| | 12601 | EKG végtag és mellkaselvezetéssel | 308 | 175 807 115 |
| | 17102 | Spirometria | 522 | 297 958 811 |
| | | | | **1 442 417 463** |
| **65 éves korban** | 11041 | Vizsgálat | 750 | 197 738 145 |
| | 23130 | Glukóz terhelés | 205 | 54 048 426 |
| **133 157 fő** | 21310 | Glukóz meghatározása | 26 | 6 854 922 |
| | 22200 | Glukóz kimutatása vizeletből | 9 | 2 372 858 |
| | 21420 | Összkoleszterin meghatározása | 45 | 11 864 289 |
| | 21411 | Trigliceridek meghatározása | 54 | 14 237 146 |
| | 21141 | Kreatinin meghatározása kinetikus Jaffé módszerrel, szérumban | 36 | - |
| | 21143 | Kreatinin meghatározása enzimatikus módszerrel | 125 | 32 956 358 |
| | 22111 | Kreatinin meghatározása vizeletből, kinetikus Jaffé módszerrel | 36 | 9 491 431 |
| | 22150 | Karbamid meghatározása vizeletben | 54 | 14 237 146 |
| | 21120 | Karbamid meghatározása szérumban | 54 | 14 237 146 |
| | 22160 | Húgysav meghatározása vizeletben | 54 | 14 237 146 |
| | 24600 | Aszpartát-amino-transzferáz (ASAT, GOT) meghatározása | 45 | 11 864 289 |
| | 24610 | Alanin-amino-transzferáz (ALAT, SGPT) meghatározása | 45 | 11 864 289 |
| | 21150 | Összes bilirubin meghatározása szérumban | 45 | 11 864 289 |
| | 28011 | Vérkép, automatával I. | 36 | - |
| | 28012 | Vérkép, automatával II. | 54 | - |
| | 28013 | Vérkép, automatával III. | 98 | - |
| | 28014 | Vérkép, automatával IV. | 150 | 39 547 629 |
| | 12601 | EKG végtag és mellkaselvezetéssel | 308 | 81 204 465 |
| | 3570A | Csontsűrűség mérése végtagcsontokon | 968 | 255 214 032 |
| | 3570C | Csontsűrűség mérése törzscsontokon | 1840 | - |
| | 3570D | Csontsűrűség mérése pQCT-vel | 996 | - |
| | 3570E | Quantitatív csontultrahang vizsgálat | 968 | - |
| | 17102 | Spirometria | 522 | 137 625 749 |
| | 36130 | Hasi (áttekintő, komplex) UH vizsgálat | 944 | 248 886 412 |
| | | | | **1 170 346 168** |
| **Mindösszesen:** | | | | **2 612 763 630** |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**VII. Illetmények**

**VII.1. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet módosítása**

**I. Költségvetési hatások**

Működési költségelőleg előirányzatából 2 000 millió forint és a Gyógyító-megelőző ellátás jogcím-csoporton belül még várhatóan keletkező egyéb kisebb összegű megtakarításokból összesen 1 706,5 millió forint forrás biztosítható, azzal, hogy ezek az összegek csak év végén állnak majd rendelkezésre, tehát jelenleg nem lehet az átcsoportosításukról rendelkezni. A szükséges, összesen 11 668,7 millió forintos fedezetigény fennmaradó részének finanszírozásához 7 962,2 millió forintot külső forrásból kell biztosítani, amelyre előirányzat-emelést javasolunk Kormány hatáskörében.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

Az előterjesztő várakozásai szerint az intézkedés révén átláthatóbb rendszer jön létre.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**VII.2. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény módosítása**

**I. Költségvetési hatások**

A tervezet többletforrás igény biztosítását nem tartalmaz, az egészségügyi szolgáltatók számára teszi lehetővé, hogy differenciáljanak a rendelkezésükre álló bértömeg tekintetében.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

Az előterjesztő várakozásai szerint az intézkedés révén a munka terén jobban motiválhatóvá válnak az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvosok.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**VII.3. Az egészségügyi szakdolgozók pótlékrendszerének átalakítása**

**I. Költségvetési hatások**

Az **„A" verzió** esetében az illetményen felül járó mozgóbér többlet **forrásigénye** szochóval együtt 2023-ban bruttó **30,32 Mrd** Ft lenne. A mozgóbér mértéke az alapbér változásával párhuzamosan módosul. További juttatásokra a jogszabály a jövőben nem ad lehetőséget.

A **„B" verzió** esetén a mozgóbérek megtartása mellett – amely **2023-ban szochóval bruttó 30,32 Mrd. Ft.** – az alábbi további illetményen felüli pótlékok vannak a jelenlegi szabályozás figyelembevételével.

| Jogcím | Érintett létszám | Kifizetésre kerülő összeg éves szinten (Mrd Ft, szochóval) | 2023. január 01-től |
|---|---|---|---|
| képesítési pótlék | 3151 | 0,7 | megszűnik |
| vezetői juttatás és pótlék | 1945 | 1,4 | |
| címpótlék | 218 | 0,02 | megszűnik |
| idegen nyelvi pótlék | 294 | 0,04 | megszűnik |
| szakterületi pótlék | 62776 | 18,5 | |
| fix díj | 3594 | 3,26 | |
| sürgősségi betegellátási műszakpótlék | 3162 | 11,92 | |

Intézményi kör: OKFŐ bér- és létszámstatisztika adatforrás esetén a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerinti intézményi kör, az OKFŐ felmérés esetén az OKFŐ fenntartású egészségügyi szolgáltatók, a klinikai központok, az OMSZ és az OSEI.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

Az előterjesztő várakozásai szerint az intézkedés révén átláthatóbb rendszer jön létre.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**VII.4. Az egészségügyi szakdolgozók béremelése**

**I. Költségvetési hatások**

A béremeléssel érintettek létszáma: 83.832 egészségügyi szakdolgozó. A humánerőforrás és az orvosi-szakdolgozói bérarányok rendezése érdekében tervezett béremelés többlet forrásigénye 2023-ban szochóval együtt 130,6 Mrd Ft.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

Az előterjesztő várakozásai szerint az intézkedés révén az egészségügyi szakdolgozók tekintetében humánerőforrás megtartó ereje lenne és ezzel elősegítené az ellátórendszer működését.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

## VIII. Várólista csökkentés költségvetési hatásai

A javaslatok megvalósítása további forrás bevonását nem igényli, a fedezet rendelkezésre áll az Egészségbiztosítási Alap Összevont szakellátás jogcím előirányzatán belül a várólista csökkentés előirányzat során. Jelenleg 2022. augusztus hónapig (június havi teljesítmények alapján) a rendelkezésre álló keret 70%-át vették igénybe az egészségügyi intézmények.

| Gyógyító-megelőző ellátások 2022. évi előirányzata és kifizetési adatai (eFt) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Megnevezés | | 2022. évi tv. szerinti előirányzat | 2022. évi módosított előirányzat | Kifizetés összesen | Időarányos teljesítés %-ban (66.7) |
| **10.** | **Összevont-szakellátás** | | | | |
| | Fekvőbeteg-szakellátás | **650 784 200,0** | **661 575 900,0** | **439 827 074,0** | **66,5** |
| | *várólista csökkentés* | ***5 000 000,0*** | ***13 597 700,0*** | ***9 413 476,3*** | ***69,2*** |

A járóbeteg-szakellátásban használt országosan egységesen kezelt betegfogadási lista informatikai rendszerének kidolgozásához és kiépítéséhez szükséges forrás az RRF terhére megvalósuló project keretein belül kerül biztosításra.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**IX. Közreműködők**

**I. Költségvetési hatások**

A tervezet többletforrás igény biztosítását nem tartalmaz.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

Az egészségügyi ellátórendszer területén ellátási nehézségek alakulhatnak ki a közreműködői szerződések, engedélyek visszavonásával. Jelenlegi adatok szerint 3 859 fő személyes közreműködői engedély visszavonására lenne szükség, amely létszám kiesése az egészségügyi ellátórendszerből humánerőforrás hiányt generálhat.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**X. A szakápolásról szóló új törvény**

**I. Költségvetési hatások**

1. Az átvett feladatra jutó költségvetési forrást az Egészségbiztosítási Alap biztosítja, az állami fenntartású befogadó intézmények esetében a krónikus fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását kell alapul venni. A finanszírozás jelenleg napidíjon alapul, a napidíj mértéke 6600 forint/nap, és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet által meghatározott szorzó szakápolás esetén 1,0-szeres. A szakápolási központ működéséhez az Egészségbiztosítási Alapból legfeljebb az átadásra kerülő ágyszámnak (kapacitásnak) megfelelő finanszírozott összeget kell biztosítani a szakápolási központ működtetéséhez.

2. Nem állami fenntartású intézmények esetében a 2024. évi központi költségvetésről szóló törvénybe szükséges beépíteni a szakápolási központ jogcímet, amely alapján a szakápolási központ a szociális tevékenységhez nyújtott alaptámogatása mellett a szakápolási tevékenység után kiegészítő állami támogatást hívhat le.

3. Fenntartótól függetlenül biztosítani szükséges továbbá az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerint az ápolási tevékenység végzéséhez előírt egészségügyi dolgozókat megillető bérkiegészítéséhez kapcsolódó támogatás összegét.

4. Az átvett ingatlanra eső központi költségvetésből, a megemelkedett energiaköltségekhez kapcsolódó kompenzációs összeg szintén átadásra kerül.

Mivel a jelenleg finanszírozottnál magasabb összeget nem igényel az ágyak átvétele, ezért a központi költségvetést terhelő többletigény nem jelentkezik a feladattal.

**II. Adminisztratív terhek**

Az adminisztratív terhek várhatóan nem növekednek.

**III. Adatkezelési műveletek adatvédelmi hatásvizsgálatának eredményei**

Az intézkedéseknek nincs adatkezelési műveleteket érintő hatása.

**IV. Egyéb hatások**

A törvény megteremti a jogalapját annak, hogy az egészségügyi szakellátás azon ápolási ágyai kerüljenek a szociális ellátórendszer részére átadásra, amelyeken tartós ápolást-gondozást végeznek, az állami fenntartású egészségügyi intézményekben végzett ápolást a szociális ellátórendszer keretein belül működő szakápolási központok végzik a jövőben.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

# HATÁROZATI JAVASLAT

A Kormány megtárgyalta és elfogadta az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről szóló előterjesztést, és elrendeli az előterjesztés

a) 1. és 2. mellékletében szereplő törvények tervezeteinek törvényjavaslatként az Országgyűléshez történő benyújtását, a törvényjavaslatok országgyűlési előadójaként a Kormány képviseletét a belügyminiszter látja el,
b) 3. melléklete szerinti Korm. határozat tervezetének az érintettek részére történő közvetlen megküldését,
b) 4-6. mellékletében szereplő Korm. határozatok tervezeteinek a Kormány határozataiként a Magyar Közlönyben való közzétételét.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*1. melléklet az előterjesztéshez*

**2022. évi… törvény**

**egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról**

**1. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény módosítása**

**1. §**

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 11. §-a a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:

„(3a) Az érintett foglalkozás-egészségügyi ellátását végző orvosa jogosult a 4. § (1) bekezdés szerinti cél érdekében az érintett által a foglalkozás-egészségügyi állapotfelmérés alapján a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatairól tudomást szerezni úgy, hogy az adatokat az egészségbiztosítási szerv elektronikus lekérdezés formájában biztosítja számára.”

**2. §**

Az Eüak. 22. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) Az (5) bekezdés szerinti adatokat az egészségbiztosítási szerv az érintett halálát követő 10 évig, amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, amely a 10 éves őrzési időn túlmutat, akkor az ügy lezárásának időpontjáig kezeli. Ezt követően az adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől.”

**3. §**

Az Eüak. 35/B. § (1) bekezdése a következő *f)* ponttal egészül ki:

*(Az EESZT-hez engedélyezett informatikai rendszere útján csatlakozásra köteles)*

„*f)* a szociális gondoskodást és a szociális ellátásokat szabályozó törvényben meghatározott szakápolási központ.”

**4. §**

Az Eüak. a következő 36/C. §-sal egészül ki:

„36/C. § Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2022. évi … törvénnyel (a továbbiakban: Módtv1.) megállapított 22. § (6) bekezdésében, 35/F. § (3) bekezdésében és 35/J. § (2) bekezdésében foglaltakat a 2023. január 1. napján már őrzött adatok vonatkozásában is alkalmazni kell.”

**5. §**

Az Eüak.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

a) 11. § (4) bekezdésében az „A (3) bekezdés” szövegrész helyébe az „A (3) és (3a) bekezdés” szöveg, az „a kezelőorvost” szövegrész helyébe az „a kezelőorvost és a foglalkozás-egészségügyi orvost sem” szöveg,
b) 35/F. § (3) bekezdésében az „5 évig” szövegrész helyébe a „10 évig” szöveg,
c) 35/J. § (2) bekezdésében az „5 évvel” szövegrész helyébe a „10 évvel” szöveg
lép.

**2. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosítása**

**6. §**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 19. §. (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosítottat a finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónál a szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos látja el, helyette másik orvos nem igényelhető.”

**7. §**

Az Ebtv. 18. § (6) bekezdés c) pontjában a „foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások” szövegrész helyébe a „foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások az egészségbiztosításért felelős miniszter rendelete szerinti állapotfelmérés, kockázati besorolás kivételével” szöveg lép.

**3. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása**

**8. §**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 11. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„11. § (1) A beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során jogosult – jelen alcímben meghatározott feltételekkel – más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, továbbá látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni. A beteg megtilthatja, hogy a gyógykezelésének tényét vagy a gyógykezelésével kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárják. Ettől csak a gondozása érdekében, közeli hozzátartozója vagy a gondozására köteles személy kérésére lehet eltekinteni.

(2) Ha a beteg
a) önmagát nem tudja ellátni,
b) állapota miatt folyamatos segítségre szorul,
c) hosszútávú fekvőbeteg ellátást igényel
d) pszichés krízishelyzetben vagy
e) haldoklik,
jogosult arra, hogy az általa megjelölt személy (a továbbiakban: segítő személy) mellette tartózkodjon. Cselekvőképtelen beteg esetén a fenti személy megjelölésére a 16. § (1)-(2) bekezdésében meghatározott személy is jogosult.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

(3) A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.

(4) A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy - amennyiben ezt az ő vagy újszülöttje egészségi állapota nem zárja ki - újszülöttjével egy helyiségben helyezzék el.

(5) A beteget megilleti a vallási meggyőződésének megfelelő egyházi személlyel vagy vallási egyesület vallásos szertartást hivatásszerűen végző tagjával való kapcsolattartásnak és vallása szabad gyakorlásának joga.

(6) A (3)-(5) bekezdésben megjelölt személyeket – ha jogszabály másként nem rendelkezik – a látogatás szabályai szempontjából segítő személynek kell tekinteni.

(7) A segítő személy
a) kizárólag – tudatmódosító szerek hatása alatt nem álló – nagykorú személy lehet,
b) az ápolt beteg benntartózkodása idejére tartózkodhat a beteg mellett, ha az egészségügyi szolgáltató infrastrukturális feltételei ezt lehetővé teszik,
c) jelenléte a látogatási idő tekintetében nem korlátozható.

(8) A beteg mellett legfeljebb egy segítő személy tartózkodhat, ide nem értve az (5) bekezdés szerinti személyt.

(9) A segítő személy (2) és (5) bekezdésben foglalt jogai fertőző megbetegedés veszélye – különösen járványos időszakban – esetén korlátozható vagy a 11/A. § (2) bekezdés d) pontja szerint korlátozható.”

**9. §**

(1) Az Eütv. „A kapcsolattartás joga” alcíme a következő 11/A. és 11/B. §-sal egészül ki:

„11/A. § (1) A kapcsolattartási jogokat a beteg e §-ban foglalt feltételekkel gyakorolhatja.

(2) A fekvőbeteg-gyógyintézet, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézet fenntartója a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, a betegek jogainak – így különösen az egészséghez és emberi méltósághoz való jogának – tiszteletben tartása, a betegellátás zavartalansága, a fertőző betegségek terjedésének kockázatának csökkentése érdekében fekvőbeteg-gyógyintézet házirendjében a következők szerint korlátozhatja:
a) elrendelheti, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézetben a látogatás előzetes bejelentkezéshez legyen kötött,
b) elrendelheti, hogy a fekvőbetegbeteg-gyógyintézetben meghatározott – legalább 4 órás –látogatási időben történhet látogatás,
c) elrendelheti, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézetben a beteg egy időben legfeljebb hány látogatót fogadhat,
d) elrendelheti, hogy a beteglátogatás csak meghatározott, a fekvőbeteg-gyógyintézet által biztosított védőöltözetben történhet.

(3) Fekvőbeteg-gyógyintézetbe 14 év alatti személy látogatóként – a testvér és az egyenesági rokon kivételével – nem léphet be.

(4) A (2) bekezdés a)-c) pontjában foglaltakat nem lehet alkalmazni a segítő személyekre, valamint arra, aki
a) a beteget a kórházi kezelésre, befekvésre elkíséri, segíti a személyes használati tárgyainak kipakolásában, átöltözésben, segíti,
b) a beteg hazabocsátásakor igazolhatóan a betegért jön, segíti a beteget személyes használati tárgyainak összepakolásában, átöltözésben, az intézmény elhagyásában,
c) röviddel a beteg beérkezése/felvétele után érkezik és az intézményben szükséges használati tárgyakat, ruházatot, tisztálkodási szereket, előző egészségügyi dokumentációkat a beteg után hozza.

11/B. § A beteg - törvény eltérő rendelkezése hiányában - jogosult saját ruháinak és személyes tárgyainak a használatára. A betegek jogainak – így különösen az egészséghez és emberi méltósághoz való jogának – tiszteletben tartása, a betegellátás zavartalansága, a fertőző betegségek terjedésének kockázatának csökkentése érdekében a fekvőbeteg-gyógyintézet házirendjében a tárgyak használatát és épületbe behozatalát korlátozhatja.”

**10. §**

Az Eütv. 150. § (1) bekezdése a következő l) ponttal egészül ki:

*(A miniszter az e törvényben foglaltaknak, valamint a Kormány egészségpolitikai döntéseinek megfelelően ellátja az egészségügy ágazati irányítását. Így különösen)*

„l) a betegbiztonság érvényesítése érdekében az állami fenntartású egészségügyi intézmények egyes tevékenységeit felfüggesztheti.”

**11. §**

Az Eütv. 247. §-a a következő (1d) bekezdéssel egészül ki:

„(1d) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy rendeletben állapítsa meg a krónikus, nem-fertőző betegségek megelőzésére, korai felismerésére irányuló szűrővizsgálatok szabályait, a szűrővizsgálatok bevezetésének és végzésének feltételeit.”

**4. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény módosítása**

**12. §**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) Öotv. 2/A. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„2/A. § (1) A praxisjog elidegenítésére vonatkozó szándékát az azt elidegeníteni kívánó személy bejelenti a praxiskezelőnek és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzatnak. Ha a praxiskezelő nem jelöl meg más, a praxisjogot megszerezni kívánó orvost, a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy jelöli meg a praxisjogot megszerezni kívánó orvost.

**13. §**

Az Öotv. 2/B. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki:

„(9) Ha a települési önkormányzat a háziorvosi ellátás biztosításáról az egészségügyi alapellátási törvényben foglaltak szerint lemond, az e § szerinti feladat-ellátási szerződést a praxiskezelő köti meg.”

**14. §**

Az Öotv. 3. §-a a következő (8a) és (8b) bekezdéssel egészül ki:

„(8a) E törvénynek az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2022. évi … törvénnyel (a továbbiakban: Módtv.) megállapított rendelkezései a 2023. január 1. napján meglevő praxisjogokat és a feladat-ellátási szerződés szerinti jogokat és kötelezettségeket – a praxisjog elidegenítéséig vagy megszűnéséig – nem érintik.

(8b) A Módtv.-nyel megállapított 2/B. § (9) bekezdése szerinti esetben a háziorvos személyének kiválasztásánál az érintett települési önkormányzatot véleményezési jog illeti meg.”

**15. §**

Az Öotv.
a) 2. § (1) bekezdésében az „az önkormányzat által meghatározott” szövegrész helyébe az „a kormányrendeletben meghatározott praxiskezelő (a továbbiakban: praxiskezelő) által megállapított” szöveg,
b) 2. § (2) bekezdésében az „a települési önkormányzat rendeletében meghatározott” szövegrész helyébe az „a praxiskezelő határozatában megállapított” szöveg,
c) 2/B. § (7) bekezdésében az „A közalkalmazotti” szövegrész helyébe az „Az egészségügyi szolgálati” szöveg, az „a közalkalmazotti” szövegrész helyébe az „az egészségügyi szolgálati” szöveg,
d) 2/C. §-ában az „A kormányrendeletben meghatározott praxiskezelő” szövegrész helyébe az „A praxiskezelő” szöveg
lép.

**5. Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény módosítása**

**16. §**

A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Mötv.) VII. fejezete a következő 129/A. §-sal egészül ki:

„129/A. § (1) Az egészségügyért felelős miniszter feladatkörében eljárva a járóbeteg- szakellátás biztosítása érdekében jogosult kezelni az a)-d) szerinti adatokat és adatszolgáltatást kérhet a települési önkormányzatoktól az általuk ellátott járóbeteg-szakellátási feladathoz kapcsolódóan

a) a feladatellátás módjáról,
b) a feladatot ellátó intézmény szervezetéről,
c) a feladat ellátását szolgáló önkormányzati tulajdonú vagy önkormányzati tulajdonban álló gazdasági társaság ingó és ingatlan vagyonáról,
d) a feladat ellátását szolgáló, az önkormányzattal szerződésben álló, járóbeteg-szakellátást végző gazdasági társaság e feladat ellátását szolgáló ingó- és ingatlan vagyonáról.

(2) Az egészségügyért felelős miniszter az (1) bekezdés szerinti feladata ellátása érdekében a települési önkormányzat által a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódó szerződéseket megismerheti.

(3) A települési önkormányzat az (1) bekezdés szerinti adatszolgáltatást üzleti titokra vagy magántitokra hivatkozva nem tagadhatja meg.”

**17. §**

A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § 4. pontjában és 23. § (5) bekezdés 9. pontjában az „egészségügyi alapellátás,” szövegrész helyébe a „törvényben meghatározottak kivételekkel az egészségügyi alapellátás” szöveg lép.

**6. Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény módosítása**

**18. §**

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény (a továbbiakban: Eatv.) 6. §-a helyébe a következő rendelkezés lép, és azt megelőzően a következő alcímmel egészül ki:

„***3a. Az állam feladatai az egészségügyi alapellátás körében***

„6. § (1) A praxiskezelő határozatban megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit.

(2) Az (1) bekezdés szerinti körzetek megállapítása és kialakítása során a praxiskezelő kikéri a működési engedély kiadására hatáskörrel rendelkező egészségügyi államigazgatási szerv, az egészségbiztosítási szerv és az adott körzet területe szerinti települési önkormányzat véleményét is.

(3) A praxiskezelő az egészségügyi alapellátási körzetek kialakításának szempontjait a honlapján közzéteszi.”

**19. §**

Az Eatv. 7. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A praxiskezelő az alapellátási körzetekről nyilvántartást vezet.”

**20. §**

Az Eatv. 8. §-a a következő (6a) bekezdéssel egészül ki:

„(6a) A háziorvos az (1) bekezdésben foglalt feladata, valamint az egészségügyi szakrendszerekkel történő folyamatos kapcsolattartása érdekében a miniszter rendeletében meghatározott feltételeknek megfelelő informatikai rendszert használja.”

**21. §**

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 18. § (2) bekezdése a következő i) ponttal egészül ki:

*(Felhatalmazást kap a miniszter, hogy)*

„i) A 8. § (6a) bekezdés szerinti feltételeket”

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*(rendeletben állapítsa meg.)*

**22. §**

Az Eatv. a következő 20-22. §-sal egészül ki:

„20. § (1) 2023. január 1. napjától az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtására kiadott rendelet szerint tartósan betöltetlen háziorvosi körzettel kapcsolatos további döntéseket a praxiskezelő hozza meg az e §-ban foglaltak szerint.

(2) A praxiskezelő az (1) bekezdés szerinti tartósan betöltetlen körzetet másik körzettel összevonja.

(3) A (2) bekezdés a) pont szerinti döntés esetén figyelemmel kell lenni arra, hogy az ország egész területe háziorvosi körzetekkel hézagmentesen és átfedésmentesen lefedésre kerüljön.

(4) A tartósan betöltetlen körzetet elsősorban annak a körzetnek valamelyikével kell összevonni, amelyben a helyettesítést ellátó, praxisjoggal rendelkező háziorvos a praxisjoga alapján háziorvosi ellátást nyújt. Az összevonás során a praxiskezelő honlapján szereplő szempontokat figyelembe kell venni.

21. § (1) A praxiskezelő köteles gondoskodni arról, hogy 2028. január 1-jét követően az egészségügyi alapellátási körzetek feleljenek meg a honlapján szereplő szempontoknak. A szempontoknak meg nem felelő háziorvosi körzetekkel érintett egészségügyi szolgáltatókat és települési önkormányzatokat a vonatkozó eljárásrendre történő tájékoztatással egyidejűleg a praxiskezelő kiértesíti.

(2) A praxiskezelő honlapján szereplő szempontoknak meg nem felelő háziorvosi körzet háziorvosi ellátásának biztosításáról a települési önkormányzat az (1) bekezdés szerinti határidőt megelőzően is lemondhat. Ebben az esetben a települési önkormányzatot e törvény szerinti jogok és kötelezettségek a továbbiakban nem illetik meg, illetve nem terhelik.

(3) A (2) bekezdésben foglalt lemondása esetén a települési önkormányzat a korábban az alapellátásra biztosított, az önkormányzat tulajdonában álló ingatlant és ingóvagyont az állam részére felajánlja. Az állam részére felajánlott vagyonelemek átadását a praxiskezelő és az önkormányzat megállapodásban rögzíti.

22. § Az egészségügyi államigazgatási szerv a 7. § (1) bekezdése szerinti nyilvántartást – az adatok naprakésszé tételét követően – 2023. április 1-jéig a praxiskezelő által megadott formában a praxiskezelő rendelkezésére bocsátja.”

**23. §**

Hatályát veszti az Eatv.
a) 2. § (1) bekezdés b) pontja,
b) 7. § (2) bekezdés d) és e) pontja,
c) 11. § (1) bekezdésében az „ , illetve csoportpraxis” szövegrész,
d) 11. § (2) bekezdésében az „és csoportpraxisok” szövegrész.

**7. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény módosításáról**

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**24. §**

(1) Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 7. §-a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:

„(3a) A (2) bekezdés szerinti minősítés alapján a 8. § (3) bekezdése szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal csökkenthető.”

(2) Az Eszjtv. 7.§-a a következő (7) bekezdéssel egészül ki:

„(7) A munkáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartója a minősítéshez szükséges mértékben és célból a minősítendő személy által végzett egészségügyi tevékenység során keletkezett, vagy azzal összefüggő betegellátási adatokat, az ezen adatokat hordozó egészségügyi dokumentációt megtekintheti és azokat a minősítés érdekében kezelheti.”

**25. §**

Az Eszjtv. a következő 22. §-sal egészül ki:

„22. § 2024. január 1-jétől nem köthető új szerződés a Kormány rendeletében meghatározott közreműködésre, személyes közreműködésre, ide nem értve a Kormány rendeletében meghatározott egészségügyben dolgozóval kötött szerződést.”

**8. Záró rendelkezések**

**26. §**

(1) Ez a törvény – a (2)-(3) bekezdésben foglalt kivétellel – a kihirdetését követő napon lép hatályba.

(2) Az 1-10. §, a 12-15. §, a 18-23. §, („A” verzió szerint a teljes 24. §) a 24. § (2) bekezdése, a 25. § 2023. január 1. napján lép hatályba.

(„B” verzió szerint) (3) A 24. § (1) bekezdése 2023. július 1-jén lép hatályba.

**27. §**

A 16-17. § az Alaptörvény 31. cikk (3) bekezdése alapján sarkalatosnak minősül.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*2. melléklet az előterjesztéshez*

**2022. évi ... törvény**

**a szakápolás átalakításához kapcsolódó egyes intézkedésekről**

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelése és a szociális gondoskodás szolgáltatási rendszerében a szakápolást nyújtó komplex ellátás kialakítása, valamint a két ellátórendszer feladatainak összehangolása és az ellátási színvonal emelése érdekében az Országgyűlés a következő törvényt alkotja:

**1. Általános rendelkezések**

**1. §**

E törvény alkalmazásában

*a)* átvett feladat: az egészségügyi közszolgáltatás részeként végzett fekvőbeteg-szakellátás krónikus ellátása közül, az egészségügyért felelős miniszternek a szociálpolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében kijelölt állami fenntartású egészségügyi intézmény által átadott ápolási ágyakon végzett tevékenység (a továbbiakban: szakápolás), valamint a feladatot ellátó befogadó intézmény működtetésére irányuló intézmény-fenntartási kötelezettség;

*b)* átvett vagyon: a szakápoláshoz kifejezetten és nevesítetten kapcsolódó állami tulajdonban álló ingó és ingatlan vagyon, valamint vagyoni értékű jog;

*c)* átadó fenntartó: az állam egészségügyi fenntartói feladatainak ellátására a Kormány által kijelölt szerv;

*d)* átvevő fenntartó: az állam szociális fenntartói feladatainak ellátására a Kormány által kijelölt szerv;

*e)* átadó intézmény: szakápolási célú fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény;

*f)* befogadó intézmény: az átvevő fenntartó fenntartásában álló, a szociális gondoskodást és a szociális ellátásokat szabályozó törvényben (a továbbiakban: Szt.) meghatározott központi költségvetési szervként működő szakápolási központ.

**2. §**

(1) Az egészségügyi intézmény által átadott ápolási ágyakon végzett szakápolást az átvevő fenntartó veszi át és a befogadó intézmény útján látja el.

(2) Az átadó intézményt, valamint a befogadó intézményt az egészségügyért felelős miniszter a szociálpolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletben jelöli ki.

**3. §**

(1) Az ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti szakellátásban részesülő beteg szakápolási központba történő áthelyezéséről a szakápolási szükséglet vizsgálata alapján az átadó intézmény szakellátást végző orvosa dönt.

(2) Az átadó intézmény az átadás napját megelőző 35. napig átadja az átvevő fenntartónak az átvett feladattal együtt orvosszakmai döntés alapján átvételre javasolt beteg (a továbbiakban: beteg) nevét,

lakcím adatait, és a nyilatkozattételre jogosult személynek, vagy a beteg törvényes képviselőjének a nevét, elérhetőségét.

(3) Az átvevő fenntartó az átadás napját megelőző 30. napig tájékoztatja a beteget, valamint a nyilatkozattételre jogosult személyt vagy a törvényes képviselőt az új jogviszonyról, a szakápolási központban nyújtott szolgáltatásokról és a fizetendő térítési díj szabályairól.

(4) A beteg, a nyilatkozattételre jogosult személy, vagy a törvényes képviselő a fenntartói tájékoztatás kézhezvételétől számított 8 napon belül nyilatkozik, hogy a beteg elfogadja-e az ápolását, gondozását a szakápolási központban.

(5) Ha a beteg, a nyilatkozattételre jogosult személy vagy a beteg törvényes képviselője a szakápolási központba történő áthelyezéséhez nem járul hozzá, de a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátása szakorvosi döntés alapján a továbbiakban nem indokolt, a szakellátást végző orvos a beteget az otthonába bocsátja.

(6) Ha a beteg, a nyilatkozattételre jogosult személy, vagy a beteg törvényes képviselője a (4) bekezdés szerinti nyilatkozatában hozzájárul az áthelyezéshez

*a)* az átadó intézmény legkésőbb az átadás-átvétel napját megelőző hónap 15. napjáig átadja a beteg Szt. szerinti ellátottak intézményi nyilvántartása vezetéséhez szükséges adatait az átvevő fenntartónak;

*b)* a befogadó intézmény az átadás-átvétel napjától számított, legfeljebb 15 napon belül az Szt.-ben meghatározott megállapodást köt a beteggel;

*c)* a beteg a nyilatkozat megtételét követő 15 napon belül átadja a jövedelem- és vagyonnyilatkozatát a befogadó intézménynek, amely alapján a befogadó intézmény vezetője további 15 napon belül meghatározza a fizetendő személyi térítési díjat.

(7) A beteg Szt. szerinti gondozási szükséglet vizsgálatát nem kell elvégezni.

(8) A beteg – a jövedelem- és vagyonnyilatkozat kivételével – mentesül a szociális tárgyú jogszabályokban a szociális intézményi jogviszony létesítéséhez előírt dokumentumok benyújtásának kötelezettsége alól.

(9) A szakápolási központ soron kívül fogadja az átadás-átvétellel érintett fekvőbeteg ellátást biztosító egészségügyi intézményből, továbbá a szakápolási központ székhelye szerinti vármegye egészségügyi szolgáltatójának fekvőbeteg ellátást nyújtó osztályáról a szakorvosi javaslatra érkező beteget.

**2. A feladatátadáshoz kapcsolódó vagyonjogi kérdések**

**4. §**

(1) A feladat átvételének időpontjától az átvett vagyon tekintetében a magyar államot megillető tulajdonosi jogokat a Magyar Nemzeti Vagyonkezelő Zrt. gyakorolja.

(2) A feladat átvételének időpontjában az átvett vagyon vagyonkezelői joga ingyenesen az átvevő fenntartóra száll át, azzal, hogy az átvételt követően az átvevő fenntartó jogosult a vagyonkezelői jogát a nemzeti vagyonról szóló 2011. évi CXCVI. törvény 11. § (9) bekezdése alapján átruházni.

(3) Ha az átadásra kerülő ágyakhoz kapcsolódó ápolási feladatot az átadó intézmény az átadás időpontját megelőzően 50 ágynál kevesebb ágyon látja el, az átadó és az átvevő fenntartó a 6. § szerinti megállapodásban megegyezhetnek abban, hogy

*a)* az átadó fenntartó az ingatlan tekintetében más, a feladatellátás elvégzésére alkalmas ingatlant vagy ingatlanrészt ajánlhat fel, illetve

*b)* az átvevő fenntartó eltekinthet a feladatellátást szolgáló ingatlan átvételétől, feltéve, hogy rendelkezik a feladatellátásra alkalmas ingatlannal.

(4) Az (1) bekezdésben meghatározottakat az általános forgalmi adóról szóló 2007. évi CXXVII. törvény (a továbbiakban: Áfa tv.) alkalmazásában olyan jogutódlással történő megszűnésnek kell tekinteni, amely az Áfa tv. 18. § (1) bekezdésében leírt feltételeknek megfelel.

### 3. A szakápolást végző foglalkoztatottak átvétele

### 5. §

(1) A feladat átvételének időpontjától e törvény erejénél fogva a befogadó intézmény foglalkoztatja tovább a szakápolásban résztvevő dolgozókat (a továbbiakban: átvett foglalkoztatott). Az átvett foglalkoztatott az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonya a (2)-(15) bekezdésben foglaltak szerint e törvény erejénél fogva a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény (a továbbiakban: Kjt.) szerinti közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át.

(2) A továbbfoglalkoztatás elfogadásáról az átvett foglalkoztatott nyilatkozatot tesz.

(3) A befogadó intézmény a feladat átvételének időpontját követő 14 napon belül közalkalmazotti kinevezési okmányt ad át az átvett foglalkoztatottnak, egyidejűleg tájékoztatja a foglalkoztatottat arról, hogy

*a)* egészségügyi szolgálati jogviszonya e törvény erejénél fogva, a kinevezési okmány átvételét követő hónap első napjával közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át, és

*b)* a kinevezési okmány átvételét követő 15 napon belül nyilatkozhat arról, hogy a továbbfoglalkoztatásához nem járul hozzá.

(4) Ha az átvett foglalkoztatott a továbbfoglalkoztatásához nem járul hozzá, az Eszjtv. 12. §-a szerinti áthelyezése kezdeményezhető.

(5) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően nem alakul át a jogviszony, ha az átvett foglalkoztatottal közalkalmazotti jogviszony nem létesíthető. Ebben az esetben az átvett foglalkoztatottat a feladat átvételének időpontját követő 15 napon belül erről tájékoztatni kell, és a tájékoztatással egyidejűleg egészségügyi szolgálati jogviszonyát a munkáltatói felmondás szabályai szerint meg kell szüntetni.

(6) A Kjt. 21. § (1) bekezdésének alkalmazásában a kinevezés elfogadásának minősül, ha az átvett foglalkoztatott a (3) bekezdés *b)* pontjában meghatározott nyilatkozatot – a jogvesztő – határidőn belül nem teszi meg.

(7) A kinevezési okmányban megállapított illetmény összege nem lehet alacsonyabb mértékű, az átadást közvetlenül megelőző 6 hónap átlagában jogszabály és az egészségügyi szolgálati munkaszerződés alapján járó alapilletmény és az illetményen felül járó díjak együttes összegénél.

(8) Az átvett foglalkoztatottra vonatkozóan az egészségügyi ágazati illetmény-előmeneteli szabályokat kell alkalmazni.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

(9) Az átvett foglalkoztatottnak az átadó intézménynél az átadást megelőzően megszakítás nélkül jogviszonyban töltött idejét – ideértve a megszakítás nélkül az átadó intézmény jogelődeinél jogviszonyban töltött időt, valamint a Kjt. 25/A. §-a szerinti átadást megelőzően fennállt közalkalmazotti jogviszony tartamát is – úgy kell tekinteni, mintha azt a befogadó intézménynél töltötte volna el. Ezen időtartamok együttes figyelembevételével kell a jubileumi jutalmat, valamint a kinevezéssel létesített közalkalmazotti jogviszony megszűnése vagy megszüntetése esetén a munkavállalót megillető felmentési időt és végkielégítést megállapítani.

(10) Az átvett foglalkoztatott részére ki nem adott szabadságot a befogadó intézmény adja ki azzal, hogy az átadás évében a szabadság mértékét a közalkalmazotti jogviszony létrejöttéig az Eszjtv., majd az ezt követő időszakra a Kjt. rendelkezései szerint időarányosan kell megállapítani.

(11) Az átvett foglalkoztatott próbaidejének mértékét az átadás-átvétel nem érinti.

(12) A befogadó intézményben az átadó intézménynél megkezdett munkaidő-keret irányadó.

(13) Az egészségügyi szolgálati jogviszony e törvény erejénél fogva történő közalkalmazotti jogviszonnyá alakulására tekintettel a Kjt. 20. § (4) bekezdését nem kell alkalmazni.

(14) A Kjt. 1. §-ában foglaltaktól eltérően az átvett foglalkoztatottak egészségügyi szolgálati jogviszonya közalkalmazotti jogviszonnyá történő átalakulásáig, vagy az (5) bekezdés szerinti megszüntetéséig a befogadó intézmény egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt is foglalkoztathat.

(15) Az átadás-átvétel hónapját megelőző hónapra járó illetményt és járulékait az átadó intézmény fizeti meg az átvett foglalkoztatott után.

**4. A szakápolás átadásáról szóló megállapodás**

**6. §**

(1) A feladatátadás és jogutódlás feltételeit, az átadás-átvétel időpontját, és az átvett vagyon körét az átadó és átvevő fenntartó, az átadó és befogadó intézmény, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő területi szerve megállapodásban rögzítik.

(2) Az (1) bekezdés szerinti megállapodást az átadás-átvétel időpontját megelőzően legalább 45 nappal kell megkötni.

(3) A megállapodás megkötését követő 8 napon belül az átvevő fenntartó megindítja a szakápolási központ szolgáltatói nyilvántartásba történő bejegyzésére irányuló eljárást.

(4) A szolgáltatói nyilvántartásba való bejegyzésre irányuló eljárásban a működést engedélyező szerv ügyintézési határideje 30 nap.

**7. §**

(1) A feladat átvételének időpontjában a feladatellátással érintett valamennyi jog és kötelezettség tekintetében – ide nem értve a vagyonkezelői jogot – az átadó intézmény jogutóda a befogadó intézmény. A jogutódlás a követeléseket nem teszi lejárttá.

(2) A befogadó intézmény az átvétel napját követő 60. napig jogosult a feladatellátáshoz kapcsolódó kötelmek megszüntetésére.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

(3) A feladatátvétel napján az átadó intézmény és a beteg között, az egészségügyi jogszabályok szerinti ápolási díjról kötött megállapodás megszűnik.

(4) A szakápolással összefüggő hatósági engedélyek jogosultjának a feladat átvételének időpontjától a befogadó intézményt kell tekinteni. A hatósági engedély ennek megfelelő módosítását a befogadó intézmény a feladat átvételét követően haladéktalanul kezdeményezi.

(5) Az európai uniós társfinanszírozású projektek tekintetében a feladat átvételének időpontjában az átadó intézmény helyébe az átvevő fenntartó, illetve a befogadó intézmény lép. A jogutódlás miatti szerződésmódosítást az átvevő a feladat átvételének időpontjától számított 10 napon belül kezdeményezi. A támogató, illetve a közreműködő szervezet a szerződésmódosításokat a kezdeményezéstől számított 20 napon belül végrehajtja.

(6) A szakápolás átvételének időpontjában folyamatban lévő közbeszerzési eljárásokban a feladat átvételének időpontjától az átadó intézmény helyébe a befogadó intézmény lép.

**5. Záró rendelkezések**

**8. §**

Felhatalmazást kap az egészségügyért felelős miniszter, hogy a szociálpolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletben határozza meg az átadó intézményeket, valamint a befogadó intézményeket.

**9. §**

Ez a törvény 2023. január 1-jén lép hatályba.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*3. melléklet az előterjesztéshez*

**A Kormány**

**2…../2022. (…) Korm. határozata**

**a települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről**

A Kormány a járóbeteg-szakellátás egységes elvek mentén történő átalakítása, a szakellátási feladatra rendelkezésre álló erőforrások szakmailag magas szintű, költséghatékony elosztása, és a betegutak egységesítése, rövidítése érdekében a következő határozatot hozza:

1. A Kormány a települési önkormányzatok által fenntartott járóbeteg-szakellátó intézmények átvételének koncepciójával egyetértve szükségesnek tartja a települési önkormányzatok egyes járóbeteg-szakellátási intézményeinek, alapítványainak, és gazdálkodó szervezeteinek, továbbá az általuk ellátott szakellátási feladatoknak és az ezen feladatok ellátásához szükséges vagyonnak Magyar Állam által - külön jogszabályban meghatározott módon - történő átvételét az ellátási színvonal emelése, egységessége és a hatékonyabb feladatellátás érdekében.

2. A Kormány annak érdekében, hogy a járóbeteg-szakellátó intézmények állami feladatellátásba történő átvétele 2023. július 1-jével megvalósuljon, felhívja a belügyminisztert, hogy – az Országos Kórházi Főigazgatóság bevonásával – végezzen el átfogó állapot- és igényfelmérést 1. pont szerinti intézmények és vagyon tekintetében, melynek keretében

a) végezze el az intézmények és vagyonelemek felmérését, ideértve az intézmények személyi állományát, vagyonát, szerződési-, és kötelezettség-állományát;
b) tekintse át a folyamatban lévő, illetve befejezett, de fenntartási kötelezettséggel terhelt uniós pályázati eljárásokat és tegyen javaslatot azok fenntartásához, befejezéséhez szükséges intézkedésekre.

*Felelős:* belügyminiszter
*Határidő:* 2022. december 31.

3. A Kormány felhívja a belügyminisztert, hogy – az Országos Kórházi Főigazgatóság bevonásával – készítsen el intézkedési- és költségtervet a 2. pont szerinti állapot- és igényfelmérés lebonyolításáról.A Kormány felhívja a pénzügyminisztert, hogy - a belügyminiszter bevonásával – gondoskodjon a 2. pontban meghatározott feladatok ellátása érdekében a Magyarország 2022. évi központi költségvetéséről szóló 2021. évi XC. törvény 1. melléklet XIV. Belügyminisztérium fejezet, …… cím, ….alcím javára egyszeri jelleggel legfeljebb 620 000 000 forint biztosításáról;

*Felelős:* belügyminiszter pénzügyminiszter
*Határidő:* 2022. október 31. a felmerülés ütemében

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

4. A Kormány felhívja a belügyminisztert, hogy a 2. pont szerint lebonyolított felmérés eredményének ismeretében,

a) tegyen javaslatot a Kormány részére átvételre kerülő intézmények és vagyon pontos körére,
b) tegyen javaslatot a Kormány részére az 1. pont szerinti feladat végrehajtásához szükséges jogszabályok megalkotására, és a kapcsolódó kormányrendeletek, illetve miniszteri rendeletek módosítására;
c) készítse elő - a pénzügyminiszter bevonásával - a járóbeteg-szakellátó intézmények átvételének és működtetésének költségvetési feltételeit, és tegyen javaslatot az ütemezésre vonatkozóan.

*Felelős:* belügyminiszter pénzügyminiszter
pénzügyminiszter

*Határidő:* 2023. január 31.

5. 2023. január 31-től az átvétel időpontjáig az átvételre kerülő intézmények vagyonelemei, illetve az intézmények működését biztosító források terhére a települési önkormányzat vagy az intézmények által vállalt új kötelezettség tekintetében a Magyar Állam csak azon terheléseket és kötelezettségeket veszi át, amelyet a belügyminiszter az Országos Kórházi Főigazgatóság javaslata alapján jóváhagyott.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*4. melléklet az előterjesztéshez*

**A Kormány**

**…/2022. (…) Korm. határozata**

**a nemzeti orvoslaboratóriumi diagnosztikai laborhálózat kialakításáról**

A Kormány a nemzeti orvoslaboratóriumi diagnosztikai laborhálózat (a továbbiakban: nemzeti laborhálózat) megvalósítása érdekében:

1. egyetért azzal, hogy a közfinanszírozott, állami fenntartású fekvőbeteg intézményekben Országos Kórházi Főigazgatóság koordinálása mellett a Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft. (a továbbiakban: Társaság) valósítsa meg a nemzeti laborhálózat létrehozását és felhívja a belügyminisztert, hogy tegye meg az ehhez szükséges intézkedéseket;

   Felelős: belügyminiszter
   Határidő: azonnal

2. egyetért azzal, hogy a közfinanszírozott, állami fenntartású fekvőbeteg intézményekben lévő orvosi laboratóriumi, diagnosztikai tevékenységet lehetőség szerint a Társaság végezze;

   Felelős: belügyminiszter
   Határidő: 2023. március 1.

3. felhívja a belügyminisztert, hogy a nemzeti laborhálózat működéséről a Kormány részére jelentést készítsen.

   Felelős: belügyminiszter
   Határidő: 2024. december 31.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*5. melléklet az előterjesztéshez*

**A Kormány**

**…/2022. (…) Korm. határozata**

**az Egészségbiztosítási és Járvány Elleni Védekezési Alap előirányzatának megemeléséről**

A Kormány a Magyarország 2022. évi központi költségvetéséről szóló 2021. évi XC. törvény (a továbbiakban: Kvtv.) 12. § (2) bekezdésében biztosított jogkörében elrendeli a Kvtv. 1. melléklet LXXII. Egészségbiztosítási és Járvány Elleni Védekezési Alap fejezet, 1. Egészségbiztosítási Alap cím, 2. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai alcím, 7. Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoport 7. Célelőirányzatok jogcím előirányzatának 7 962 200 000 forinttal történő megemelését az 1. melléklet szerint.

Felelős: pénzügyminiszter
belügyminiszter
Határidő: azonnal

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*6. melléklet az előterjesztéshez*

**A Kormány**

**……../2022. (……) Korm. határozata**

**az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi szakdolgozók egyes egészségügyben dolgozók, valamint védőnők béremeléséhez szükséges források biztosításáról**

**„A” és „B” verzió**

A Kormány a Magyarország 2023. évi központi költségvetéséről szóló 2022. évi XXV. törvény (a továbbiakban: Kvtv.) 12. § (1) bekezdés b) pontjában biztosított jogkörében elrendeli a Kvtv. 1. melléklet LXXII. Egészségbiztosítási és Járvány Elleni Védekezési Alap fejezet, 1. Egészségbiztosítási Alap cím, 2. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai alcím, 7. Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoport, 7. Célelőirányzatok jogcím 160 920 000 000 forinttal történő megemelését az 1. melléklet szerint.

Felelős: pénzügyminiszter
belügyminiszter
Határidő: 2023. január 1-jét követően azonnal

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

# RÉSZLETES ELŐTERJESZTÉS

## I. Egészségügyi alapellátás

### 1. Az alapellátás szerkezetének átalakítása

Jelenleg a háziorvosi rendszer klasszikusan az egy orvos, egy nővér koncepcióra épül. Az emellett kialakított körülbelül 6500 körzethatárait így az ellátandó betegszámot az önkormányzattal történt feladatvállalási szerződés szabja meg az orvos, vagy az őt képviselő cég számára a körzet betöltéséről az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) gondoskodik praxisjog biztosításával, mely a megfelelő szakmai kompetenciák igazolása után személyhez kötött vagyoni jog. A 6500 körzetből mintegy 620 tartósan (6 hónapnál hosszabb ideje) betöltetlen, illetve állandó helyettesítéssel biztosított az orvosi ellátás. Részletesen áttekintve a praxisok működését megállapítható, hogy a jogszabályban megkövetelt óraszámban 1500-2000 esetleg 2500 beteg látható el. A szám függ az adott körzet életkori, jóléti mutatóitól. Jelenleg 1825 olyan körzet van, ahol az ellátotti szám nem haladja meg az 1200 főt.
Célunk olyan háziorvosi ellátási rendszer kialakítása, ahol a háziorvos kollegák terhelése lehetőség szerint egyenletes, az üres körzetek száma minimális és a megfelelő üzemméret optimális ellátást biztosít a betegek számára. A praxisközösségekbe szerveződés lehetőséget biztosít a háziorvosok számára a másod szakvizsgák korlátozott gyakorlására, illetve a jártassági igazolványok megszerzésével különböző szakterületen olyan ellátás nyújtására, amely eddig kizárólag a járóbeteg-szakrendelés körésbe tartozott. Ezzel a betegek nagyobb része kap definitív otthon közeli ellátást, és amellyel csökkenthető a járó- és fekvőbeteg ellátók leterheltsége is, továbbá a kialakítandó telemedicinális konzultációval a szakrendelőkbe való bejutási idő is lerövidíthető.

A tervezett **intézkedés lényege**, hogy első lépésben az OKFŐ, mint praxiskezelő számára átadásra kerül a körzethatárok átalakításának, kijelölésének joga, továbbá átveszi a betöltetlen körzetek kezelését.

A későbbiek folyamán, 2028. január 1-ig bezárólag, a gazdaságtalan üzemméretű körzetek (praxisok) kivezetésre kerülnek.

Az alapellátás szerves részét képező védőnői szolgálatok tekintetében a praxiskezelő által átalakított körzetekhez igazodva, ahhoz szervesen kapcsolódva a védőnői körzetek kialakításának a jogosultsága is állami kézbe kerül.
A védőnői szolgálatok a városi kórházhoz kerülnek telepítésre, alkalmazotti állományba.

**Tervezett intézkedés eredményei:**

1. Számos betöltetlen körzet összevonásra kerülhet, ezáltal a betöltetlen körzetek számra csökken, helyettesítési díj kifizetésre nincs szükség, a betegutak áttekinthetőbbé válnak. Ezzel kapcsolatban a praxis ellátotti számának degressziós határértékét 3000-re emeljük, így a kollegák motiváltak lesznek több beteg ellátásra.
2. Átlátható betegellátási struktúrát alakítunk az alapellátás területén.
3. A másod szakvizsgák, illetve a jártasságok megszerzésével járó előny jelentkezik a betegek számára, illetve a háziorvosi finanszírozásban is..

**További teendők:**
Az új körzethatárok kialakításával az önkormányzatoknak a feladat-ellátási szerződést módosítani szükséges. (Második lépésben tervezzük a feladatvállalási szerződést az önkormányzatok helyett a

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

praxiskezelővel megkötni. A jelenleg üres körzetek esetében betöltéskor a feladatvállalási szerződés már a praxiskezelővel történik.)

**2. Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása**

Problématérkép

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján az önkormányzat és a háziorvos között kötött feladat-ellátási szerződésben kell rögzíteni az ügyeleti feladatokban való részvétel rendelkezéseit, azonban ez számos esetben nem történik meg. A gyakorlatban a feladat-ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat.

Az önkormányzat ezért háziorvosi ügyeleti szolgáltatót bíz meg az ügyeleti feladatok biztosítására, esetenként többletfinanszírozással. Ahol ez nem megoldható, azon a településen a háziorvosi ügyeletet vállalók túlterheltsége jelentkezik.

Ennek az a következménye. hogy **a működés nem megfelelő,** nincs fölötte minőségi kontroll, illetve az ezzel kapcsolatban kiáramló pénz sem ismert. Ahhoz, hogy egységes ügyeleti ellátást tudjunk biztosítani az egész országban, az kell, hogy mindenhol azonos szempontok szerint tudjuk az ügyeleti ellátást megszervezni. Erre kiváló támpontot adott nekünk a másfél éve tartó **Hajdú-Bihar megyei pilot program**, amelynek lényege, hogy **a rendelési idő végétől az háziorvosi ügyeletet az Országos Mentőszolgálat** (a továbbiakban: OMSZ) **szervezi és látja el.** A tapasztalatokra alapozva megállapítható, hogy este 10 és reggel 6 óra között gyakorlatilag csak sürgősségi ellátás, illetve mentési feladat merül fel az háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik.

Ezért úgy kerül megszervezésre az ügyeleti ellátás, hogy a városi kórház koordinálásával minden járásban, a járásközpontban háziorvosi ügyelet lesz, amit a járásban dolgozó háziorvosok végeznek, illetve hétvégén és ünnepnapon is napi 6 órában (8:00-14:00) biztosítanak, az ettől eltérő időkben, tehát hétköznap 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén, illetve ünnepnapokon 14:00-08:00-ig az OMSZ biztosítja az ügyeletet a járás létszámától és a szolgálat leterheltségétől függően diszpécser szolgálattal, vagy központi kivonulással, vagy helyi járási kivonulással, orvossal, mentőtiszttel, vagy APN-nel. Ha az ellátás mentőtiszttel, vagy egyetemet végzett ápolóval történik, akkor a telemediciális konzíliumot ők biztosítják.

A délutáni rendelésben ugyanolyan receptfelírási lehetőség van, mint a rendes háziorvosi rendelésben, kivéve, hogy a javaslatra történő receptírások nem biztos, hogy hozzáférhetőek.

**Háziorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete**

A háziorvosi ellátás és az ügyelet az alábbiak szerint szerveződik, illetve szükséges biztosítani:

- 08:00-16:00-ig hétköznap a háziorvos saját rendelőjében, a területéhez vagy a praxisközösség területéhez tartozó betegek háziorvosi ellátása (pl. szűrés, vizsgálat, beutaló, receptírás),
- 16:00-22:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon 08:00-14:00-ig a háziorvos ügyeletet lát el a járási szakrendelő területén, azon városi kórház szervezésében, amelyhez a járás területileg tartozik.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén 14:00-08:00-ig a háziorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó orvosi ügyeletet az OMSZ biztosítja.

- 16:00-08:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziorvos számára a helyszínre vonulási igényt.

**Tervezett intézkedés előnyei:**

- Az egész országban átlátható rendszer kialakítása
- A lakosság létszámához és igényeihez, személyre, illetve közösségre szabottan kialakított ügyeleti ellátás
- az ügyeleti igények maximális figyelembevételével a felelősség meghatározása

### 3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban

A miniHIS állami tulajdonban lévő, az ESZFK Nonprofit Kft. által fejlesztett és üzemeltetett ingyenes, webes technológiával rendelkező medikai alkalmazás. Teljesértékű háziorvosi rendszer, mely alkalmas a törvényben meghatározott kötelező adatszolgáltatás biztosítására a NEAK és az EESZT felé. Főbb funkciók: Páciens adatkezelés, eRecept, eBeutaló rögzítés, EESZT Páciens életútkezelés, -követés. A rendszer ASP szolgáltatásként, ingyenesen hozzáférhető és rendelkezik elérhető végfelhasználói támogatással az ESZFK Kontakt Center munkatársai által.

A rendszer rendelkezik NEAK vényírási minősítéssel és EESZT csatlakozáshoz szükséges engedéllyel így teljesértékű medikai rendszerként használható. A miniHIS továbbá szervesen illesztve van a Belügyminisztérium által fejlesztett videocsatornához, valamint az arckép- és kártyafelismerő azonosítási rendszerhez és egyedülálló módon telemedicina-képes rendszer.
Az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó módosítási javaslatokkal összefüggésben szükséges a miniHIS egységes használatának elrendelése a háziorvosok körében. Ennek érdekében szükséges

- a háziorvosi tevékenység tekintetében műszaki minimumkövetelményként előírni a miniHIS rendszer használatát,
- elrendelni a miniHIS rendszer kizárólagos használatát a NEAK és az EESZT adatszolgáltatások teljesítése tekintetében.

Az egységes bevezetés és az ellátások EESZT-ben való mérhetőségének biztosítása feltételezi a megfelelően aktualizált, az NNK azonosítókkal összevezetett praxis és praxisközösségi, valamint a TAJ-HO praxis-praxisközösség nyilvántartások meglétét.

A szabályozás bevezetése műszaki notifikációt igényel, ezért a bevezetés ütemezése az alábbiak szerint valósítandó meg:

- 2022. november 1-jétől kezdődően 15 háziorvos bevonásával önkéntes pilot lebonyolítása,
- kötelező műszaki notifikációs feltételek alkalmazása a használható háziorvosi rendszerekkel kapcsolatban: a műszaki notifikációt követően, 2023. április 1-jétől.

Költségigény a „műszaki notifikáció” mentén történő átmenet esetén: 0Ft, becsült átfutási idő: 2024 év vége.
Költségigény a „kijelölés” mentén történő kikényszerítés esetén: 8,322MD Ft, becsült átfutási idő: 2023 év vége.

A Belügyminisztérium jogi álláspontja szerint műszaki notifikáció köteles egy ilyen jogszabály bejelentése. Ennek keretében műszaki feltételeket kell támasztanunk az elvárt rendszerekkel kapcsolatban. Ennek átfutási ideje 3-6 hónap azaz az ütemezés átfutási idejében ezt érvényesíteni kell. Az EESZT-MiniHIS előírásával kapcsolatban az alábbi műszaki feltételeket várjuk el a háziorvosok által használt rendszerekkel kapcsolatban:

- EESZT migrációs modul beépítése a háziorvosi rendszerbe
- EESZT beépülő modul beépítése a háziorvosi rendszerbe
- Vezetői engedély kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- MÁK Tartós beteg igazolás kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- NNK – OSZIR Fertőzőbeteg jelentés kiállítása közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- Menekülök ellátásának kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- Rapid Antigén Teszt kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből
- Rizikófelmérési adatlap kezelése közvetlenül a háziorvosi rendszerből

Fentiek ütemezésére előírást adunk a rendszergyártóknak és aki nem tudja teljesíteni, az a rendszer nem lesz használható egy adott türelmi idő után.
Ezen megoldás előnye, hogy az előző fejezetben felsorolt összes támogatási költség eliminálható, hiszen a rendszergyártóknak megvan a lehetősége, hogy teljesítsék a feltételeket és a háziorvosoknak az állam biztosít egy minden igényt kielégítő ingyenes alternatívát.
A felkészülési idő alatt – a feltételek publikációja után – erős kampányt indítunk az EESZT-MiniHIS használata mellett. Ennek költségkerete be van tervezve az ESZFK kommunikációs költségtervébe 9MFt-tal.
Ezen megoldással is elérhető az azonnali – 2023 januári dátummal kezdődő – térnyerés megindulása az EESZT-MiniHIS javára.
Természetesen ezen megoldás hátránya, hogy a direkt kikényszerítés hiánya miatt a MiniHIS mellett valószínűleg maradnak még erős és jó minőségű háziorvosi rendszerek a piacon, de mivel azok teljesítettek minden feltételt, biztosított lesz az ágazatvezetői és miniszteri elvárás a pontos adatszolgáltatásra, miközben az EESZT-MiniHIS erős és határozott térnyerése is biztosított. Évente kétszeri alkalommal további működési feltételek szigorításával a háziorvosi adatszolgáltatás pontosítása érdekében további gyors tisztulásra lehet számítani.
Ezzel a megoldással két éven belüli teljeskörű „békés átmenet és tisztulás" biztosítható a háziorvosi rendszerek piacán az EESZT-MiniHIS javára.
**Ezen alternatíva költségigénye: 0Ft.**

**II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele**

Az egységes szempontok alapján működő ellátórendszer megteremtése érdekében az előterjesztés „A" és „B" opcionális javaslatot fogalmaz meg, ahol:

- **az „A" változat** az önkormányzati fenntartású intézményi kör tekintetében a jelenleginél **szorosabb ellátásszervezési, szakmai és finanszírozási kontrollt** ír elő, illetve biztosít az állam részére.
- a **„B" változat** az önkormányzati fenntartás alá tartozó egészségügyi szakellátást nyújtó **intézmények állami átvételét** célozza az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) és a megyei irányító intézmények bevonásával.

**„A" változat – Erősebb ellátásszervezési, szakmai és finanszírozási kontroll**

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény szerint az önkormányzatok által önként vállalt feladat a járóbeteg-szakellátás biztosítása. Annak ellenére, hogy ez a rendelkezés a továbbiakban sem változik, **az intézményeknek és fenntartóiknak több feltétel végrehajtását együttesen vállalniuk kell.**

**E vállalás hiányában vagy tartós nem teljesítése esetén a „B" változat szerinti állami feladatátvállalásra kerül sor.**

Amennyiben az önkormányzati fenntartású járóbeteg szakellátást ellátó intézményi kör nem kerül át állami fenntartásba, a lakossági igények és a járóbeteg-ellátás hatékony megszervezésének igénye miatt **az OKFŐ állami kontrollszerepét meg kell erősíteni a közfinanszírozott ellátások egységes színvonalú biztosítása érdekében**. Javasolt módszere az Eütv. egyes fenntartói felelősségi körre vonatkozó szabályozásainak pontosítása (szakmai feltételek biztosításának ellenőrzése, szakmai felügyelet megerősítése, ellátási területek meghatározásából eredő szakmai változtatások kezdeményezése stb.), ezekhez kapcsolódóan az **OKFŐ központi ellenőrzési jogkörének megerősítése**, és az ehhez kapcsolódó részletszabályok kidolgozása az 516/2020. Korm. rendeletben. A tervezett intézkedésekhez az alapokat az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 155. § (21) bekezdés már tartalmazza. E szerint az önkormányzati fenntartású, járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény tekintetében a következő szakmai fenntartói jogköröket az az irányító megyei intézmény gyakorolja, amelyik székhelye szerinti megye területén a járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény székhelye található:

- az egészségügyi intézmény által kötendő egészségügyi ellátási szerződés jóváhagyása,
- az egészségügyi intézmény kapacitásainak átcsoportosításával, csökkentésével, illetve szakmai összetételével kapcsolatos módosítás kezdeményezése,
- az egészségügyi intézmény ellátási területe módosításának kezdeményezése,
- váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet miatt szükséges többletkapacitásra kötendő finanszírozási szerződés kezdeményezése,
- az egészségügyi intézmény működési engedélyének módosítása iránti kérelem előzetes jóváhagyása az egészségügyi szolgáltató által végezhető szakmák, az ellátás progresszivitási szintje és formája, az ágyszám és a heti óraszám tekintetében,
- az egészségügyi intézmény működési engedélyében szereplő egészségügyi szolgáltatás szüneteltetéséhez és annak meghosszabbításához való hozzájárulás, ha azt jogszabály a szüneteltetés és annak meghosszabbítása feltételeként előírja, valamint
- az egészségügyi intézmények belső minőségügyi rendszerének összehangolása, egységes szakmai minőségértékelési rendszer működtetése.

**<u>A javasolt megoldás a következőket eredményezi:</u>**

- **Ellátásszervezési oldalról:**
  - Az intézmény feladatellátási portfólióját és kapacitásait 80 százalékban a megyei irányító intézmény jogosult meghatározni.
  - A szomszédos irányító intézmények megegyezését követően a járóbeteg szakellátó megyén átnyúló ellátásokat is végezhet.

**[WJ32] megjegyzést írt:** Ez igaz lehet az I és II progresszivitási szintre, de nem kezeli a III progresszivitási szintet, az egyetemek és néhány megyei intézet feladatellátását, egyes szakterületek eltérő sajátosságait.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- Az intézmény köteles betartani az országos szakmai elvek és a megyei irányító által meghatározott betegutakat.
- Az irányító intézmény javaslatára, az OKFŐ jóváhagyásával a járóbeteg szakellátó köteles népegészségügyi, prevenciós feladatokat is ellátni. Ez adott esetben egészségházi vagy járási egészségközponti feladatok ellátásával is járhat.

➢ **Gazdálkodási, kontrolling és műszaki szempontból:**

- A járóbeteg szakrendelők vállalják, hogy a továbbiakban az OKFŐ által meghatározott, egységes orvostechnológiai és informatikai eszközöket alkalmazzák, melyeket központi beszerzés keretében szereznek be. Intézmények és fenntartóik vállalják, hogy legkésőbb két naptári éven belül az OKFŐ által meghatározott HIS rendszereket, tárgyi és személyi nyilvántartó rendszereket, HR és kontrolling rendszert alkalmazzák.
- Az intézmények vállalják, hogy az OKFŐ részére statisztika célból folyamatosan kontrolling adatokat szolgáltatnak.

**[WJ33] megjegyzést írt:** Ez ugyan illiberális, de egyúttal súlyosan kontraproduktív, verseny- és fejlődésellenes. Annak idején egyes egyházak, majd egyes pártok is azt hitték, hogy egyeduralmuk a mindenkit üdvözítő, aztán kiderült, hogy ez nem találkozik a lakosság elvárásaival. A rendszerváltás előtti 2-3 évtized tapasztalatai szerint ez a szuperintegráció az egészségügyben sem vált be. Remélhetőleg nincs, és nem is lesz személyes összefonódás az irányító minisztérium és OKFŐ valamint az ellátóhelyeket kiszolgáló cégek között.

➢ **Humánerőforrás gazdálkodási szempontból:**

- A járóbeteg szakellátók és fenntartóik vállalják, hogy a humánerőforrás gazdálkodás során minden esetben a központilag előírt jövedelemképzési szabályokat alkalmazzák.
- Intézményi szintű vagy egyéni közreműködésről az irányító kórház engedélyét kell kérniük.
- Az intézmény vállalja, hogy teljes humánerőforrás kapacitásának 15 százalékáig (éves óraszámok) az irányító intézmény tőle költségtérítés mellett ideiglenes humánerőforrást irányíthat el.irányító intézmény a járóbeteg ellátó kérésre ugyancsak humánerőforrást biztosíthat a járóbeteg szakellátó feladataink ellátásra, szintén költségelszámolás mellett.

➢ **Fejlesztési oldalról:**

- A járóbeteg szakellátó intézmény jogosult központi fejlesztési források igénybevételére, ha a meghatározott feltételeknek megfelel és a fejlesztéssel az irányító kórház is egyetért.

➢ **Egyéb várható hatások:**

- Hasznos és kölcsönösen előnyös helyi és megyei együttműködési hálózatok jöhetnek létre.
- A járóbeteg szakellátók a megyei ellátási rendszer lakosságközeli „lábát” tudják erősíteni különösebb forrásigény nélkül is.
- Erősödhetnek a kapuőri, prevenciós, gondozási funkciók.
- A középtávú tervek között szerepel egy lakosságarányos (szükségleteket tükröző) finanszírozási rendszer kialakítása, azonban ennek megtörténtéig a megyei járóbeteg finanszírozási arányok fenntartása javasolt.

**[WJ34] megjegyzést írt:** A fejpénz alapú finanszírozás súlyos tévedés lenne. Alkalmatlan arra, hogy a központ valódi értékre, egészségnyereségre költsük. Az eltérő egészségkultúra, az eltérő megbetegedési arányok, az eltérő orvoshozfordulási hajlandóságok, az eltérő megközelíthetőségek következtében ezzel csak hibázni lehet.
Értelmetlen is, ha a betegek hozzáférése mindenhol biztosított, az egészségmegőrzés és nevelés folyamatos, és létezik a betegelégedettség figyelése és bevonása az amúgy is szükséges, ámde hiányzó minőségügybe.
Mellesleg mi lesz az azokra szánt fejpénzzel, akik máshol laknak, mint a hivatalos lakcímük, akik magánellátásokat vásárolnak az állami helyett?
A megyei arányok megtartása az eddigi 3-havi átlagolást tartja fenn? Ez gazdasági szempontból is tévedés, és nem helyettesíti a költségfigyelést, kód- és árkarbantartást.

**„B” változat – Állami feladatátvétel:**

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény szerint az önkormányzatok által önként vállalt feladat a járóbeteg-szakellátás biztosítása.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

Az állami tulajdonba vétel napjával az adott önkormányzati járóbeteg-ellátó intézmény, mint jogi személy - akár költségvetési szerv, akár gazdasági társaság – megszűnik. A megyei irányító intézmény telephelyeként olvad be a költségvetési szervbe, egyúttal a telephely működési engedélye, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (továbbiakban: NEAK) kötött szerződése átszáll a jogutódként megjelölt megyei irányító intézményre.

**Az állam általi feladatátvétel a következőket eredményezi:**

- **Ellátásszervezési oldalról:**
  - Az integráció megvalósulásával a fekvőbeteg-ellátó osztályok szakemberei könnyebben bevonhatóak, szükség esetén átvezényelhetőek a szakrendelői ellátásba, így közvetlen tapasztalatot tudnak szerezni az elsődleges ellátási területről. Ezáltal a betegút-szervezése a kórházi osztályok felől optimalizálható.
  - Lehetővé válik az alacsonyabb szinten ellátható tevékenységek kihelyezése a szakrendelőkbe, ami tehermentesíti a fekvőbeteg-ellátó osztályok munkájának egy részét, így az osztály a súlyosabb esetekre tud koncentrálni, kapacitásainak terhelése csökkenthető.

- **Gazdálkodási szempontból:**
  - A járóbeteg szakrendelők központi irányítása csökkenthető, amely a jelenleginél valamivel kisebb összegű rendszeres kiadást jelent (munkabér-tömeg csökkenése).

- **Humánerőforrás gazdálkodási szempontból:**
  - Bizonyos esetekben a szakrendelőben dolgozó, szakmailag felkészültebb munkaerő bevonható a fekvőbeteg osztályok munkájába.
  - Átszervezhetővé, bizonyos esetekben központosíthatóvá válnak az informatikai és műszaki háttérszolgáltatások, ami lehetővé teszi a hiányterületekből adódó hozzáférés és szolgáltatásminőség javítását.

- **Kontrolling területen:**
  - A szakrendelők a továbbiakban nem igényelnek külön erőforrást, a járóbeteg ellátás tevékenységének követése megoldható központilag.
  - A szakrendelők bevonása a rendszeres kontrolling beszámolók elkészítésébe javítja az OKFŐ rálátását az intézményrendszer gazdálkodására.

- **Fejlesztési oldalról:**

Egy – egy szakmát illetően vertikális beruházások valósulhatnak meg, ahol már az optimalizált, racionális betegút határozhatja meg az erőforrások allokációját.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- **Egyéb várható hatások:**önkormányzatok által korábban – azok gazdasági helyzetétől függően, eltérő mértékben - biztosított pótlólagos támogatásoktól elesnek az intézmények, amelynek tárgyi és pénzbeni mértéke – becslésektől függően – országosan évi 50 és 100 milliárd forint között van. Itt nyilvánvalóan országos szintű forráspótlásra lesz szükség.
- Az államosításra kerülő járóbeteg ellátók és vagy fenntartóik számos hosszútávú szerződéses kötelezettséggel rendelkeznek, mely esetekben a harmadik felet kárpótolni kell.
- A központi, változó telephelyen történő kötelező munkabeosztás következtében jelentős humánerőforrás lemorzsolódás és ezzel bizonyos ellátások akár teljes megszűnése is várható bizonyos területeken.
- A jelenlegi intézményi működés számos eseteben hibrid funkciójú önkormányzati épületekben valósul meg, komoly konfliktusforrást jelenthet a kényszerű együttélés.

**[WJ35] megjegyzést írt:** Álprobléma. A bevásárlóközpontokban vidáman él együtt a halas, a könyves, a gyógyszertár meg a sebészet.

**<u>További teendők:</u>**

- A fekvőbeteg-ellátó intézmények állami fenntartásba történő átvételekor az intézményekhez tartozó szakrendelők is állami fenntartásba kerültek. Ennél fogva jelenleg vegyes képet mutatnak a tulajdonosi viszonyok.
- **Az önkormányzatok által működtetett járóbeteg-szakellátás szakmánkénti megoszlása nem minden esetben illeszkedik a helyi igényekhez, továbbá szakmánkénti megosztásban is átfedések vannak. Van olyan település, ahol több olyan szakma is megjelenik az ellátásban, amelyre nincs szükség, annak ellenére, hogy azt több egészségügyi intézményben is biztosítják. Ezzel szemben az adott területen a lakossági szükségletek szerinti szakellátás csak távolabb érhető el.** Önkormányzatok nem rendelkeznek rálátással az országos ellátórendszerre, a kapacitások elosztásához helyben nincsen meg a kellő szakmai tudásuk, így szükségessé vált az állam által történő átvétel és a centralizált, megfontolt szakmai irányítás megvalósítása a magasabb színvonalú, de költséghatékony ellátás megszervezése érdekében.

**Az állami átvétel keretében első lépésként a 100%-os önkormányzati tulajdonban lévő szolgáltatók közül azon intézmények átvétele történik meg, melyek esetében a NEAK-kal kötött finanszírozási szerződésben a szakorvosi/nem szakorvosi kumulált óraszám eléri vagy meghaladja a 100 órát (95 db intézmény).**

**A feladatellátás átvételéhez szükséges vagyoni helyzetek tisztázása érdekében szükséges az intézményi kör teljes felmérése (136 db önkormányzati tulajdonú szolgáltató + feladatellátásra szerződéssel bevont további, vállalkozásként működő szolgáltatók), ideértve a szerződések tartalmát, a vagyon- és társasági jogi helyzetet, mindehhez törvényi rendelkezés biztosítja az adatkezelést.**
A felméréshez szükséges forrásigény – 2 hónapra –**620 millió forint**.

**<u>III. Fekvőbeteg-szakellátás</u>**

**Az ellátások folyamatosságának biztosítása érdekében, az alábbi fő elvek érvényesülése mellett**

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**javasolt az ellátási struktúra optimalizációja:**

*Kórházi struktúrát- működést érintő intézkedések*

- Kórházat nem zárunk be, járási egészségközpontokat alakítunk ki, amelyek új funkciót is kapnak (prevenció, ügyeletszervezés).
- Egy megyében egy önálló jogi személyiséggel rendelkező szakellátó egészségügyi intézmény jön létre (megyei irányító kórház).

  A koncepció szerint, a megyei irányító intézmények telephelyeiként, társkórházként működnének a jelenlegi városi intézmények. A munkáltatói jogokat egy megyén belül a megyei irányító intézmény gyakorolná. A tervezett kapacitásokat egyenletes földrajzi eloszlásban a lakossági igényeknek maximálisan megfelelve kell kialakítani. A vidéki klinikai központokat érintő megyék (Hajdú-Bihar megye, Baranya megye, valamint Csongrád-Csanád megye), továbbá a főváros és Pest megye ellátása specifikus.

- Minden állami tulajdonú kórház egészségügyi dolgozójának munkáltatója a megyei kórház lesz, a dolgozók változó telephellyel kapnak munkaszerződést, így rotációjuk megoldható a központ és a városi telephelyek között.

**[WJ36] megjegyzést írt:** Ha elvesszük a munkáltatói jogköröket a helyi szakmai vezetőktől, akkor nem marad hatásos eszközük a működtetés minőségének biztosítására.
A dicsőségtábla, a hét legjobb takarítója cím nem mindenre elég.

*Szakmaszerkezetet érintő*

- A lakóhelyhez közeli ellátás megerősítésre kerül:
  - Az alapellátás, a népegészségügyi prevenció és a központi ügyelet járási központja a városi kórház lesz.
  - A városi kórházakban az egy napos műtéteket, belgyógyászati alaptevékenységet, valamint a szülészeti és sürgősségi ellátásokat – további szakmák jelenléte mellett - biztosítjuk.
  - Szakrendelések megmaradnak lakóhely közelben.
- Szakmaspecifikus koncentráció valósul meg: nagy humánerőforrás igényű szakmák a megyei egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézménybe költöznek. A legfontosabb szervezési szempont a betegbiztonság.
- A megyei szintű kórházak elektív és magas minőség/volumen összefüggésű ellátásokat nyújtanak, és képesek a különleges esetek kezelésére.
- Egynapos sebészet térnyerése. A műtétes osztályok kiváltása szükséges modern egynapos sebészeti egységekkel – ott, ahol földrajzi-közlekedési szempontok miatt indokolt.
- Tartós ápolási kapacitások megerősítése javasolt – a korábbi fekvőbeteg osztályok infrastruktúráján olyan egységek kialakítása, ahol az idősgondozás elsősorban a szociális szektorra és az egyházakra támaszkodva megoldható.
- Az ellátásszervezési feladatok esetében nem szükséges központi kormányzati beavatkozás, az OKFŐ koordinálásával, megyei szinten, kell meghatározni az otthon közelében nyújtott szakellátások körét és kapacitását.

**A fenti elvek alapján a kórházi struktúrát és szakmaszerkezetet érintő feladatok tekintetében központi kormányzati rendelkezés nem szükséges, az OKFŐ megyei szinten koordinálja a valós ellátási igényekhez és a rendelkezésre álló humánerőforráshoz igazodó kapacitás-kiosztást, bevonva a megyei kórházak vezetőit.**

Az új rendszer bevezetésének eredményeképp hatékonyabb és átláthatóbb szakmai irányítás mellett, szabályozottabb környezetben biztosíthatóak az ellátások, továbbá a szakellátás és a lakosság közeli alapellátások összhangja.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**2. Beteglátogatási rend átalakítása**

**Javaslat a látogatási rend szabályozására**
A beteg kapcsolattartási joga az Alaptörvényből származó joga. Ugyanakkor a jog gyakorlása során folyamatosan tiszteletben kell tartani más betegek jogait is, hiszen a beteg kapcsolattartása érinti mások magánélethez, egészséghez való jogát, amely mind közvetlenül, mind a fekvőbeteg-gyógyintézet betegellátásának zavartalanságában megnyilvánul.

Erre figyelemmel az előterjesztő a hatályos, jogalkalmazói vitákat eredményező rendelkezések újraszabályozását javasolja, a következők szerint:

1., A beteg jogait el kell ismerni, ugyanakkor a házirend azt – a törvényben meghatározottak szerint – korlátozhatja.

2., Bevezetésre kerül az ún. segítő személy fogalma, aki
- az önmagát ellátni nem tudó,
- az állapota miatt segítségre szoruló,
- a hosszútávú kórházi ellátást igénylő,
- pszichés krízishelyzetben lévő
- a haldokló beteg
beteg kórházi benntartózkodása alatt, (gyakorlatban az egészségügyi szolgáltató ápolási személyzetének munkáját segítve, de természetesen ápolásnak nem minősülő tevékenységet végezve), az ápolt beteg mellett tartózkodik.

Ápolási segítő csak az a természetes személy lehet, akit/akiket az ápolt beteg erre igazoltan felhatalmazott és adatai/k az egészségügyi dokumentációban rögzítésre kerültek.
- Az ápolt beteg mellett egyszerre egy ápolási segítő tartózkodhat folyamatosan.
- Az ápolt beteg mellett kizárólag tünetmentes, tudatmódosító szerek hatása alatt nem álló nagykorú személy lehet jelen.
- A segítő személy részt vesz az ápolt beteg életminőségének javításában, lelki szenvedéseinek enyhítésében, fizikai és szellemi aktivitása támogatásában.
A segítő személy jelenléte a kórházban nem korlátozódik a látogatási időre.
A segítő személy fogalma kiterjed – a törvényben biztosított többletjogokkal – a szülőkre, a szülésben résztvevőkre, valamint az egyházi támogatókra is.

3., A látogatási idő és a látogatók száma korlátozható, valamint előzetes bejelentkezéshez (pl. informatikai úton történő előjegyzéshez) köthető. Szintén előírható, hogy a látogatók védőöltözetet viseljenek, természetesen ehhez a gyógyintézetnek kell biztosítania az eszközöket.

4., A látogatási korlátozások természetesen nem vonatkoznak az ún. kísérőkre, akik a beteg befekvését, holmijainak szállítását, valamint az intézményből történő távozást segítik.

5., A fekvőbeteg-gyógyintézet rendje fenntartása érdekében elengedhetetlen, hogy a 14 év alattiak látogatása ki legyen zárva, hiszen jelenlétük súlyosan és főleg indokolatlanul zavarhatja az egészségügyi ellátást.

**Eredmények:**

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A házirend helyett szigorúbb, kontrolláltabb jogi környezetben lenne biztosított a gyógyintézetekben a beteglátogatást, garantálva ezzel a betegellátás zavartalanságát. Emellett a beteglátogatás folyamata a betegtársak jogait is jobban tiszteletben tartaná.

A korlátozások alapját törvényi szabályozás adná, amely hasonló, alapjogi kérdéseket érintő korlátozások estében nagyobb biztonságot ad. Valamint, mivel egy-vagy több hozzátartozó kórházi fekvőbeteg intézményben, kórteremben történő látogatása más, bennfekvő beteg alapvető jogát korlátozhatja, szükséges a pontos, magas szintű szabályozás.

**<u>További teendők:</u>**
A beteglátogatással kapcsolatban, az Eütv. módosításán túl szükséges a részletszabályok kormányrendeleti szinten történő módosítása is.

A szabályozás módosításával megszűnnének az intézmények látogatási rendjei között jelenleg fennálló jelentős eltérések. Ezáltal a látogatáshoz kapcsolódó jogok egyrészt egységesebb, magasabb szintű védelmet élveznének, másrészt a beteglátogatás rendszere megfelelően működne pandémiás, vagy egyéb válsághelyzetek esetén is. Mindezeken túl a betegek jogai is hatékonyabb, egységes védelmet élveznének.

A javaslatnak költségvetési vonzata nincs.

A látogatási korlátozásokra figyelemmel az előterjesztő megvizsgálta, hogy miként biztosítható a betegek számára **telefonkészülék** a kapcsolattartás biztosítására. A feladathoz szükséges készülékek bruttó 40.000,- Ft-ért érhetőek el, a korlátlan beszélgetést biztosító díjcsomag 5.000 Ft/hó értékben elérhető. A készülékek ugyanakkor nem állnak rendelkezésre, azok beszerzése szükséges lehet, ha a Kormány támogatja azt.

**<u>IV. Egészségügyi informatika - adatkezelés</u>**

**<u>Előzmények, elérni kíván célok</u>**

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (a továbbiakban: EESZT) az érintettekre vonatkozóan *az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény* (a továbbiakban: Eüak.) határozza meg a tárolt adatok megőrzési idejének maximumát, ahogyan a NEAK által nyilvántartott egészségbiztosítási adatok esetén is.

*A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet* (a továbbiakban: 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet) meghatározta az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló ESZFK Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság (a továbbiakban: Szolgáltatóközpont) által az egészségügy területén nyújtott központosított informatikai szolgáltatások körét, szolgáltatások igénybevételére kötelezett és jogosult szervek körét, azon informatikai rendszereknek a körét, amelyek üzemeltetéséről vagy fejlesztéséről a Szolgáltatóközpont gondoskodik, és a Szolgáltatóközpont egyéb feladatait.

Az előterjesztés célja annak biztosítása, hogy az EESZT-ben és NEAK-nál elérhető nemzeti adatvagyon rendelkezésre tudjon állni. Ennek érdekében az előterjesztés az EESZT központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában meghosszabbítja a kérdéses adatok megőrzési idejét, a NEAK által nyilvántartott egészségbiztosítási adatok – betegéletút – őrzési idejét pedig hozzáigazítja. További cél a Szolgáltatóközpont szolgáltatási körének bővítése, egyes egészségügyi ágazati informatikai feladatoknak a Szolgáltatóközponthoz történő telepítése az

egészségügyi ellátórendszer informatikai támogatási hatékonyságának növelése, az egészségügyi ellátás helyi és területi szintjein az informatikai ellátási különbségek felszámolása.

Az előterjesztés célja továbbá az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) és a belügyminiszter közötti feladat és hatáskör megosztásának rendezése arra tekintettel, hogy az OKFŐ feladat- és hatásköre elsődlegesen középirányító szervként az egészségügyi ellátórendszer operatív szakmai- és intézményirányítási feladatainak ellátása. Erre tekintettel szükséges az egészségügyi adatok fokozott védelme érdekében az egészségügyi informatikai feladatok közül a személyes és különleges adatok kezelésével együtt járó hatásköröket a belügyminiszterhez telepíteni.

**Tervezett intézkedés lényege**

1. Az EESZT-ben az érintettekre vonatkozóan kezelt adatok vonatkozásában az Eüak. határozza meg a tárolt adatok megőrzési idejének maximumát, amely időpont után az adatokat törölni szükséges. Ezen időtartamok az ellátási célra tekintettel kerültek meghatározásra:

| | | |
|---|---|---|
| Papír alapú és EESZT-ben tárolt egészségügyi dokumentáció nyilvántartása | az egészségügyi dokumentációra vonatkozó szabályok szerint (megőrzési idő legalább 30 év,, zárójelentés esetén 50 év, képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvétel esetén 10 év, a felvételről készített lelet esetén 30 év) | Eüak. 30. § |
| Papír alapú gyógyszer és gyógyászati segédeszköz vénynyilvántartás | A vény visszavonásától, felhasználásától vagy felhasználási idejének lejártától számított 5 év | Eüak. 30. § (7) bek. |
| | | |
| EESZT-ben rögzített Központi eseménykatalógus | az érintett halálát követő 5 év | Eüak. 35/F. (3) bek. |
| EESZT-ben rögzített Egészségügyi profil | az érintett halálát követő 5 év | Eüak. 35/J. (2) bek. |
| EESZT-ben rögzített vénynyilvántartás adatai | A vény visszavonásától, felhasználásától vagy felhasználási idejének lejártától számított 30 év | Eüak. 30. § (7a) bek. |

Az EESZT 2017. november 1-jén kezdte meg működését. Az egészségügyi dokumentáció nyilvántartása és az elektronikus vénynyilvántartás esetében a megőrzési idő 30 év. Fontos azonban kiemelni, hogy a kötelező nyilvántartási időt követően gyógykezelés vagy tudományos kutatás érdekében - amennyiben indokolt - az adatok továbbra is nyilvántarthatók és ha a további nyilvántartás nem indokolt a tudományos jelentőségű adatokat az illetékes levéltában kell elhelyezni.

A központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában ugyanakkor a hatályos szabályozás alapján 2022. november 1-jét követően szükséges megkezdeni a 2017-ben elhunyt személyek eseménykatalógus és eProfil adatainak törlését. Egészségügyi szakmapolitikai célok megvalósulása érdekében, tudományos kutatás céljából szükséges az adatok elérhetőségi idejének meghosszabbítása. A módosítási javaslat fenti okokból a központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában a megőrzési időt az érintett halálát követő 5 évről 10 évre módosítja.

2. A NEAK által kezelt finanszírozási adatok kezelésére vonatkozó, 2015. január hó 1. napjától hatályos szabályozás az Eüak 22. § (6) bekezdése ami alapján az adatot az egészségbiztosítási szerv nyilvántartásába való bekerüléstől számított 30 évig, amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben

bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig lehet kezelheti. Ezt követően az adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől.

A hivatkozott szabályozás annak hatályba lépése óta több alkalommal is módosításra került az alábbiak szerint:

| Jogszabály hatálya | Mikortól | Hány évig | Határidő lejártát követő teendő |
|---|---|---|---|
| 2007.01.01-2007.07.24. | Adatok felvételétől | **5 évig**, amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig | adatokat meg kell semmisíteni |
| 2007.01.25-2008.12.31. | Adatok felvételétől | **10 évig,** amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig | adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől |
| 2009. 01.01-2014. 12.31. | Adatok felvételétől | **15 évig,** amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig | adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől |
| 2015.01.01-től | Adatok egészségbiztosítási szerv nyilvántartásba való bekerüléstől | **30 évig,** amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig | adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől |

Hivatkozott módosításhoz kapcsolódó jogalkotói szándék a nemzeti adatvagyon védelmén túl az is volt, hogy ekként valósulhat meg az összhang az Eüak. általános adatmegőrzési előírásaival, különös tekintettel arra, hogy hasonlóan hosszabb ideig tartó adatkezelés volt már akkor is biztosítva a különböző regiszterek számára.

A kiterjesztett időtartam előbbieken túl eredményesebbé teszi a NEAK az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendeletben rögzített és az alábbiakban a teljesség igénye nélkül részletezett egészségbiztosítási feladatainak maradéktalan ellátását:

- részt vesz az egészségbiztosítást érintő folyamatok elemzésében és értékelésében, valamint a rövid, közép- és hosszú távú fejlesztési koncepciók kidolgozásában,

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- meghatározza a területi egészségügyi ellátás megszervezésének módszertanát, és irányítja a területi egészségügyi ellátás megszervezését,
- részt vesz az egészségügyi szakellátási kapacitásokkal és ellátási területekkel kapcsolatos eljárásokban,
- ellátja az egészségüggyel, az egészségügy finanszírozásával kapcsolatos fejlesztési, elemzési és értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatokat,
- szakértőként eljár a Kormány által meghatározott szakkérdésekben,
- jogszabályban foglalt feladatkörében statisztikai adatokat gyűjt és elemez.

Az EESZT-ben rögzített adatok és a NEAK által nyilvántartott egészségbiztosítási adatok – betegéletút – vonatkozásában meghatározott őrzési idő alapvetően különbözik abban, hogy az EESZT-ben rögzített adatokra vonatkozó törlési kötelezettség az érintett halálát követő 5 év elteltével áll be, míg a NEAK vonatkozásában az anonimizálásra vonatkozó határidő a bekerüléstől számított 30 év elteltével kezdődik meg.

Figyelemmel arra, hogy nevezett adatok mind a már fent hivatkozott alapfeladatok ellátásához is szükségesek, ugyanakkor azok azonosításra alkalmas módon történő megőrzése az érintett ellátásának hatékonyságát is növeli, a módosítás az 1. pontban meghatározottakkal összhangban főszabályként az érintett halálát követő 10 éves őrzési időt ír elő.

Az átmeneti rendelkezések biztosítják, hogy a módosításban foglaltak a hatályba lépése napján nyilvántartásban lévő adatra nézve is alkalmazandóak legyenek.

3. Az egészségügyi ellátórendszer informatikai ellátása tekintetében szakmapolitikai érdek, hogy az állami ellátórendszer azonos kiszolgáló informatikai háttérrel rendelkezzen annak érdekében, hogy az egészségügyi intézményrendszer által elvégzett feladatok, ellátások folyamatosan összehasonlíthatóak, egybevethetőek legyenek.

A jelenleg is fennálló egészségügyi informatikai szolgáltatások, elsősorban az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel már megfelelő alapot teremtettek a további fejlesztésekhez. Ahhoz azonban, hogy ezek a fejlesztések megvalósulhassanak, hosszú távon szükséges - az egységes elvek biztosítása érdekében - központi szolgáltatások megvalósítása. Így lehetséges a jelenleg még részben „szigetszerűen” működő rendszerek integrációja és egységesen magas színvonalra emelése, amely egyúttal megteremti a lehetőséget az ellátásfokúszú egészségügyről a szolgáltatásfókuszú egészségügyre való átállásra, valamint az ellátási folyamatok, protokollok digitalizálására és hatékonyságuk növelésére.

A részletes szabályok kialakításához kormányrendeleti szabályozás szükséges.

## V. Nemzeti laborhálózat

### 1. Helyzetelemzés

A 2354/2020. kormányhatározat alapján a Kormány döntött a teljes Nemzeti Laborhálózat, ideértve az egységes laborinformatikai és logisztikai rendszer létrehozásáról. A feladat végrehajtására az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában lévő **Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft. (a továbbiakban: NOLD NKft.)** került kijelölésre.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A jelenlegi helyzetben a laboratóriumi tevékenységek az egyes kórházi struktúrák integrált részét képezik, amelyből fakadóan a laboratóriumok egymástól elkülönülve, szigetszerűen működnek. Az egészségügyi szolgáltatók laboratóriumai jelenleg különböző fenntartásban állnak: *állami, alapítványi, egyházi, önkormányzati, honvédelmi, magánszolgáltatói fenntartás*, amelynek eredményeként a laboratóriumok működése heterogén képet mutat mind jogilag, gazdaságilag és orvos szakmai értelemben is. **Mindezek együttesen járulnak hozzá ahhoz, hogy a laboratóriumok működése a jelenlegi rendszerben nem átlátható, nem hatékony, gazdálkodásuk veszteséges, az orvos szakmai irányelvek egységesen nem érvényesülnek, valamint nincs egységes minőségbiztosítás és akkreditáció**.

**Jelenleg 213** közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató 395 telephelyén/szervezeti egységében működik laboratórium, amely helyett hatékony módon **a jövőben 81 laboratóriummal kerül lefedésre az országos igény**.

**A célzott és eredményes terápiás eljárást 70%-ban a pontos labordiagnosztika határozza meg**, ezért fontos az egységes minőségbiztosítási rendszer bevezetése, valamint a centralizált laborhálózat akkreditálása.

### 1.1.Költségek

A Nemzeti Laborhálózat koncepciója (a továbbiakban: Program) által meghatározott 2019-es referenciaévben a NEAK 28,7 milliárd forintot fizetett ki a járóbeteg ellátásban a laboratóriumok részére és a vizsgálatok megoszlásából arra lehet következtetni, hogy a **teljes nemzeti költségteher** – figyelembe véve a fekvőbeteg ellátás finanszírozási terhét - hozzávetőlegesen **60 milliárd forint értéket tesz ki**.

### 1.2. Humánerőforrás

Jelenleg a laboratóriumi ellátás hozzávetőlegesen 3.600 főt foglalkoztat. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a diplomás és a szakdolgozói létszám az egyes kisebb laborok tekintetében erősen hiányos, amelynek következtében a humánerőforrás szempontjából a jelenlegi laborok működése bizonyos esetekben már nem felel meg a minimumfeltételekben meghatározott követelményeknek. Az aktív humánerőforrás tekintetében a korfa elöregedő struktúrát mutat. Néhány éven belül a szakdolgozók igen jelentős része eléri az öregségi nyugdíjkorhatárt. A centralizált működéssel, a laborok számának csökkentésével, a gazdaságos üzemméretek kialakításával, az autovalidálás és a távvalidálás kiterjesztésével, illetve a szakoktatás támogatásával elérhető a létszámhiány csökkentése és az adott laborokon belüli megfelelő létszámú foglalkoztatott biztosítása az ellátás hosszú távú fenntartása érdekében.

### 1.3. Informatika

A laboratóriumi információs rendszerek **jelenlegi helyzete**:

- egészségügyi intézményeként eltérőek,
- nem egységes és szabványos adatstruktúrát használnak,
- a vizsgálatkérő adatlapok nem egységesek, a helyi igények és szempontok alapján kerültek kialakításra,
- nem strukturált adatokat küldenek az EESZT-be és a kórházi információs rendszerekbe, ezért további elemzések elvégzésére alkalmatlanok,

**[WJ37] megjegyzést írt:** Az egész EESZT nem-struktúrált kereshetetlen PDF adathalmaz, kivéve tán a gyógyszereket - amennyire ez látható.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- a szállítási folyamatokat informatikailag eltérő módon kezelik, a folyamatok státusza gyakran nem követhető,
- nincs hálózati kapcsolat az egyes laboratóriumi rendszerek és laboregységek között.

Az egységes laborinformatikai rendszer kifejlesztésének célja, hogy hazánkban egységes elven és szabványokon alapuló, transzparens működésű, valamint központilag irányított és üzemeltetett laborinformációs rendszer kerüljön bevezetésre.
A Program által megvalósítani kívánt **Ágazati Labor Információs Rendszer** (*továbbiakban, rövidítve: ÁLR*) kialakításával az alábbi eredmények érhetőek el:

- nyomon követhető minták,
- egységes minőségű adatok,
- statisztikai jelentések és menedzsment dokumentumok előállítása,
- távvalidálás,
- integrálható logisztikai rendszer,
- országos reagens gazdálkodás,
- átlátható költségek,
- minőség-ellenőrzés,
- országos adatbázis,
- anonimizált betegadatok monitorozása,
- nemzeti biobank.

## 2. A Nemzeti Diagnosztikai Laborhálózat kialakítása

A Nemzeti Laborhálózatot működtető NOLD NKft. önálló, országos intézményként, az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) egészségügyi szolgáltató rendszerének integrált része, amely öt régióból, 81 laboratóriumból áll. A kialakítás során a jelenlegi vérvételi helyek nem változnak, a minták a logisztikai szolgáltató közreműködésével a vérvételi helyekről kerülnek beszállításra a kijelölt laboratóriumokba.
A hálózati struktúra tervezése szempontjából két tényező meghatározó: a vizsgálati mintavételi helyek és mennyiségek, valamint a laborok lehetséges helyei. A laborstruktúra kialakítása során alapvetés, hogy a jelenlegi aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben a program által meghatározott célok és funkciók mentén kerülnek kialakításra a laborok.

A Nemzeti Laborhálózat három szinten kerül kialakításra: az L1, az L2 és az L3 típusú laborok. Az L1 típusú labor a helyben levett minták kiértékelését végzi az előre meghatározott vizsgálati palettája alapján. Azon vizsgálatok, amelyek ezen a körön kívül esnek az L1 laborból továbbításra kerülnek a vizsgálati kompetenciával rendelkező laborokba (L2, L3). Az L2 és L3 típusú laborok azon túlmenően, hogy a helyben levett minták kiértékelését végzik, ellátási körzetükben a begyűjtött minták kiértékelését is elvégzik.

Azon vizsgálatok tekintetében, amelyek éves előfordulási száma csekély, vagy a vizsgálat végzése speciális szaktudást igényel a továbbiakban az egyetemekkel történő együttműködési megállapodás keretében kerülnek elvégzésre.

A ik az alábbi ütemezés szerint építi ki a laborhálózatot. Az ütemezés **a közbeszerzési eljárás időigényének** és a lehetséges **pályázók általános szállítási és telepítési képességeinek**, valamint a **betegellátás biztonságának szem előtt tartásával** került kialakításra.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**3. Elérhető eredmények**

A közfinanszírozott, állami fenntartású labortevékenység átszervezésével, centralizálásával az alábbi eredmények érhetőek el:

- központi szervezet, egységes stratégia és irányítás megteremtése,
- **csökkenő leletátfordulási idő**,
- országosan **egységes és homogén minőség,**
- **akkreditált labortevékenység,**
- **magánszolgáltatók kivezetése** a közfinanszírozott állami egészségügyi rendszerből,
- **érték alapú átlátható finanszírozás és beszerzés**,
- **költséghatékonyság,**
- aktualizált **minimumfeltételek és szakmai kontrollok,**
- **racionalizált humánerőforrás felhasználás,**
- **egyéb vizsgálatok** (pl. PCR teszt) végzésének lehetősége,
- a feleslegesen elvégzett vizsgálatok terhére **új, a kor fejletségének megfelelő modern vizsgálatok bevezetése**,
- az országos egészségügyi ellátó rendszerben **modellértékű működés**,
- az ország minden területén **azonos minőségű laboratóriumi ellátáshoz történő hozzáférés** biztosítása a lakosság számára.

**4. A Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai NKft.**

A Nemzeti Laborhálózat megvalósítása során az egyetemi laborok mellett, egyedüli közfinanszírozott szolgáltatóként a Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft. fog működni, mint laboratóriumi szolgáltató.

A cég 2021. november 1. napján került megalapításra, majd 2022. február hónapban kapta meg a működéshez szükséges támogatási összeget az Emberi Erőforrások Minisztériumától. A NOLD NKft. előkészítő tevékenysége során a szükséges felméréseket és elemzéseket, a laborfinanszírozás, valamint a szakmai szabályozás felülvizsgálatát az ágazat szereplőivel együttműködve folyamatosan végzi, annak érdekében, hogy a betegellátás folyamatosságát és biztonságát szem előtt tartva, a strukturált és ütemezett laborellátás átvételét megkezdhesse.

**5. Közbeszerzési eljárások lefolytatása**

**5.1. Reagens és kapcsolódó szolgáltatások**

A Nemzeti Laborhálózat kialakításra tekintettel a laboratóriumok intézményenkénti közbeszerzései során bontófeltétel került előírásra, annak érdekében, hogy ezen szerződések a lejárati határidőt megelőzően is megszüntethetőek legyenek a Program végrehajtása érdekében.

A laboratóriumi reagens, fogyóeszköz feltételes közbeszerzési eljárását **a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság dinamikus beszerzési rendszer keretében bonyolítja** le, melynek első, részvételi szakasza lezárult. Az eljárás második, ajánlattételi szakaszának eredményes lezárulta határozhatja meg a telepítés és a labortranszfer pontos ütemezését.

A beszerzendő reagensek, kiegészítők és készülék bérleti igények vizsgálati csoportonként kerültek összeállításra 17 részben (17 db eljárás) annak érdekében, hogy minél szélesebb körű verseny alakulhasson ki a beszállítók között a szakmai színvonal megtartása mellett. **A központosított közbeszerzési eljárás a reagensek országos, éves mennyiségét és minőségét nem érinti. Alapvető célja, hogy a kiszolgáló automaták tekintetében a kor technológiai színvonalának megfelelő, a**

**jelenleginél modernebb, egységes géppark kerüljön kialakításra.**

Arra az esetre ha, a beszállító működésében zavar merülne fel vagy a gyártása szűnne meg, a közbeszerzési dokumentumok és specifikációk alapján készült szerződésekben biztosítottak azok a garanciák, amelyekkel két napon belül át lehet állítani a már letelepített készülékeken történő vizsgálatvégzést más szolgáltató reagensére. Az eljárás kiírása alapján az ellátáshoz szükséges **5 havi készlet biztosított Magyarország területén a NOLD NKft. számára**.

Összefoglalóan kijelenthető, hogy **a NOLD Nonprofit Kft. minimalizálta az ellátásból esetlegesen adódó kockázatokat**, felmérte és kidolgozta az alternatív lehetőségeket a folyamatos diagnosztikai szolgáltatás biztosítása céljából.

**5.2. Logisztikai beszerzés**

A **„minta utazzon, ne a beteg”** program szerinti alapelvét a centralizáció során régiónként szervezett, logisztikai rendszer biztosítja. A központosított szállítás-logisztikai feladatok kiszolgálására az **öt régióra öt önálló közbeszerzés kerül kiírásra**.

A minták szállítását végző logisztikai szolgáltatónak biztosítania kell, hogy az esetenként vagy hirtelen jelentkező szállítási feladatokat is végre tudja hajtani a meghatározott időkereteken belül. A szállítást végző járműveknek rendelkeznie kell GPS nyomkövető rendszerrel, hogy szükség esetén vagy vitás helyzetben ezen adatokat értékelni lehessen. A minták átadás-átvételi tevékenységét elektronikus eszközökkel kell végezni, biztosítva a laborinformációs rendszerekkel történő adatkapcsolatot.

Biztosítani szükséges a megfelelő szállítási környezetet, amely biztosítja a szállítás során a minták sérülés mentességét, elvárt hőmérsékleten történő tartását, illetve minden olyan körülményt, ami szükséges a laborelemzések eredményes elvégzéséhez, figyelemmel a preanalitikai szabályok betartására.

**VI. Az egészségügyi szűrések rendszerének felülvizsgálatáról, a szűrővizsgálatok keretrendszere részletes szabályainak a kialakításáról, a népegészségügyi célú, szervezett szűrővizsgálatokon való részvétel támogatásáról**

A Kormány a „szűrővizsgálatok új rendszeréről, valamint a céllakosság átszűrtségének növelését célzó intézkedésekről szóló 2044/2020. (XII. 29.) Korm. határozattal elrendelte a szűrések valamennyi releváns elemét egységes rendszerben tartalmazó új jogi szabályozás előkészítését.

Az egészségveszteségek döntő része hazánkban is – más fejlett országokhoz hasonlóan – a megelőzéssel jelentősen csökkenthető, krónikus nem fertőző betegségekre vezethető vissza.

Az orvostudomány és a társtudományok mai állása szerint bizonyos krónikus nem fertőző megbetegedések esetében a betegség által okozott betegségteher és a halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a *szűrővizsgálat* a legígéretesebb stratégia.

A szűréseket/vizsgálatokat tekintve az egészségügyi ellátás feladata olyan eljárások alkalmazása, amelyek által a betegség már a kezdeti szakaszában felfedezhető. A korai felismerés, a hatékony terápia alkalmazása a visszafordíthatatlan folyamatok, szövődmények kialakulását mérsékelheti, előzheti meg.

A szűrővizsgálat célja, hogy azonosítsa az adott célállapotot/célbetegséget megelőző elváltozásokat vagy azt a kialakulás korai szakaszában, és megkezdődhessen annak mielőbbi kezelése.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A szűrővizsgálat a tünet- és panaszmentes, magukat egészségesnek vélő személyek egyszeri, vagy időről időre megismételt vizsgálata arra alkalmas módszerrel. Célja nem a diagnózis felállítása, hanem a célállapot/célbetegség kizárása, vagy valószínűsítése.

A szűrővizsgálatok – a prevenció eszközeként - mára a közérdeklődés homlokterébe kerültek. Üzleti lehetőséget biztosítanak a magánszolgáltatók számára is, akik viszont sok esetben - szűrővizsgálatként hirdetve - tudományosan nem alátámasztott módszereket, eszközöket alkalmaznak.

*A szűrési keretrendszer kialakításának célja*, hogy a *Magyarországon végzendő* szűrések megfeleljenek a WHO 1968-ban definiált (Wilson&Jungner*), 2014-ben megújított* szűrővizsgálati szabályoknak[2] és egyben meghatározza a szűrésben résztvevők feladatait, illetve új szűrésnem befogadásának módszertanát.

A kritériumok vonatkoznak a szűrések teljes folyamatára: a célállapotokra/célbetegségekre, a szűrővizsgálatokra, a szűrőprogramokra, azok végrehajtására, a diagnosztikára, az intervencióra és a nyomon követésre (monitoringra) egyaránt. Ennek értelmében, a népegészségügyi célú szervezett szűrési folyamat szabályozása kiterjed a szűrővizsgálatot követő diagnózis felállítását célzó tisztázó vizsgálatokra, valamint az azt követő ellátási tevékenységekre is.

**Eredmények:**

- Egységes, hozzáférhető és az érintettek (szolgáltatók és a célcsoportba tartozók) számára egyaránt könnyen érthető és értelmezhető szabályozás alakulhatna ki a szűrési szakterületen (pl. szűrésszervezés, finanszírozás, minimumfeltételek, működési engedélyezés, megfelelőség-értékelés, működés-felügyelet, szervezeti és szervezetek közötti együttműködések).
- A rendelet az új, hatásos és hatékony szűrési módszerek egészségügyi rendszerbe történő, szabályozott feltételrendszere szerinti bevezetése biztosítja, hogy a célállapotok, célbetegségek megelőző állapotban, vagy minél korábbi, lehetőleg tünet- és panaszmentes állapotban kerüljenek felismerésre, ezáltal is növelve az egészségügyi ellátások eredményességét és költséghatékonyságát,
- Hosszabb távon csökken bizonyos betegségek esetén a halálozás.
- Az a szolgáltató, aki egy adott szolgáltatását szűrővizsgálatként hirdeti, de az nem felel meg az új szűrővizsgálati kritériumoknak, szankcionálható.

A *népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrővizsgálatok körének bővítése keretében* a **szervezett vastag- és végbélszűrés (vastagbélszűrés) országos lefedettséggel** 2018. évben indult az 50–70 év közötti férfiak és nők céllakosságra kiterjedően, kétévenkénti gyakorisággal. Finanszírozása 2023. június 30-ig az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések" projekt terhére történik. A teljes célpopuláció bevonásához *szükséges kapacitások kialakításához jogszabály módosítás* (valamennyi háziorvosi praxis részére kötelezővé válik a szűrővizsgálat szervezésében és lebonyolításában való aktív közreműködés)*, valamint a jelenlegi 55-ön túl további endoszkópos gasztroenterológiai laborok bevonása szükséges* (megfelelő személyi, tárgyi és szakmai feltételek meglétével), illetve a *kolonoszkópos felvételek értékeléséhez* a mesterséges intelligencia bevonása is megfontolandó.

2014. évtől modellvizsgálatként zajlik **az alacsony sugárdózisú, többszeletes CT-vizsgálattal (LDCT) történő tüdőrák szelektív szűrése (HUNCHEST program)** az 50-74 éves, jelenlegi vagy korábbi erősen dohányzó célpopulációra kiterjedően. A programban jelenleg 18 magyarországi

2 UK National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of screening programme. 2014

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

centrum vesz részt. 2023-ban javasolt a 18 centrumhoz kapcsoltan praxisközösségek bevonása a céllakosság azonosítása, meghívásuk kezdeményezése érdekében (10 000 fő bevonása). Ennek várható költségigénye 440 millió Ft. Ezt követően, az eredmények függvényében indulhat el 2024-től a program országos kiterjesztése.

A szűrések kapcsán hangsúlyozni szükséges, hogy a szűrés esetleges elmaradása nem járhat negatív szankciókkal.

**II. Felnőttkori, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok körének korszerűsítése (2025-től)**

Az 51/1997. NM rendelet (a továbbiakban: Rendelet) 4. § szerint az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül a) a háziorvosi szolgálat feladatkörébe tartozik minden olyan szűrővizsgálat elvégzése, amelyre e rendelet nem jelöl ki más egészségügyi szolgáltatót, valamint e Rendelet *3. számú mellékletében* foglalt szűrővizsgálatokban (szervezett népegészségügyi szűrések) való közreműködés. A Rendelet 2. számú mellékletében foglalt állapotfelmérés, kockázatbecslés-, szűrővizsgálat elvégzése, vagy arra beutalás a háziorvosok feladata.

A felnőttkori életkorhoz kötött szűrések a jelenlegi szabályozás szerint önkéntesek és az ellátást alapvetően biztosító háziorvos nem köteles a páciensét behívni a szűrésre. Így ezek a szűrések kizárólag a páciens kérése alapján történnek meg, és nincs olyan dokumentációs rendszer, amiben külön, strukturáltan leszűrhető módon követhető a felnőttek életkorhoz kötött alkalomszerű szűrése. Ahhoz, hogy a lakosság egészségtudatosságát és az átszűrtséget növeljük, szükséges az alapellátási rendszer által biztosított szűréseknél a meghívás alkalmazása.

Szükséges a háziorvosok aktív, ellenőrzött bevonása az állapotfelmérés, kockázati besorolás, szűrések végzésébe. Ennek érdekében elengedhetetlen a törzskartonok feltöltését teljes körű, naprakész feltötlése, kapcsolódó indikátorrendszer kialakítása a finanszírozás meghatározott részének ellentételezéseként . Az OKFŐ RRF-8.1.1-22 Alapellátás fejlesztése c. projektjének megvalósítása keretében alakult egy munkacsoport, amely a háziorvosi praxisközösségek tevékenységeinek méréséhez kapcsolódóan indikátorokat határoz meg. Az OKFŐ Alapellátásfejlesztési Igazgatóságának igazgatójával történt egyeztetés alapján tervben van, hogy az állapotfelmérésre, szűrésre és a törzskarton feltöltésére vonatkozóan is meghatározásra kerülnek indikátorok. Ezen fejlesztés a praxisközösségek prevenciós tevékenységeinek ellátását és a szűrésre való mozgósítás megvalósítását segítene mérni.

A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet által meghatározott 4 órában végzett prevenciós rendelés a legoptimálisabb az állapotfelmérés, a kockázatbecslés és a szűrések elvégzésére.

**II. 1. A főként a háziorvosi ellátásban végzett, felnőttkori, életkorhoz kötött alkalomszerű szűrővizsgálatok körének újragondolása** keretében valamennyi 25, 45, 65 éves korú lakos az adott évben meghívásra kerül állapotfelmérés és kockázatbecslés céljából. Ehhez az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 2. számú mellékletének módosítás szükséges.

Kockázatbecslés:
- Alkoholfogyasztási szokások felmérése,
- Dohányzási szokások felmérése,
- Cukorbetegség kockázatának felmérése,
- Depresszió kockázatának felmérése

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

– Egyéni- és családi kórtörténet.

A kockázatbecslést követően, *25, 45 és 65 éves korban főként a háziorvos által végzendő vizsgálatok – átlagos kockázatú pácienseknél:*

Vizsgálatok
- Általános fizikális vizsgálat,
- Testtömeg-index meghatározása,
- Haskörfogat mérése,
- Vérnyomásmérés,
- 12 elvezetéses EKG vizsgálat ,
- Légzőrendszer állapotának felmérése, háziorvosi, foglalkozás-egészségügyi alapellátás orvosa beutalójával a szűrőközpontban, légzésfunkciós vizsgálat,
- Laboratóriumi vizsgálatok (koleszterin, triglicerid, éhgyomri vércukormérés, /a cukorbetegség nem egyértelmű diagnózisa esetén orális cukorterhelés/, vesefunkció (CN, creatinin) vérkép, májfunkció, vizeletvizsgálat),
- Szemészeti vizsgálat elvégzése is javasolt.

– *65 éves korban, a fentieken túl – átlagos kockázatú pácienseknél:*
- Hasi elváltozások átfogó vizsgálata férfiaknál és nőknél; háziorvos beutalót ad hasi ultrahang vizsgálat elvégzésére. A járási egészségközpontokban kell megteremteni a lehetőséget, sonográfussal, a kiterjesztett ápolói kompetenciák keretében.
- Csontsűrűség mérés-csontritkulás vizsgálat (a csont ásványi anyag tartalmának meghatározása), 65 éves nők és férfiak körében; háziorvos beutalót ad elvégzésére. A járási egészségközpontokban javasolt megteremteni a lehetőséget a kiterjesztett ápolói kompetenciák keretében.

**II. 2. A foglalkozás-egészségügyi ellátás keretében biztosítani szükséges** az 51/1997. NM rendelet módosított 2. számú melléklet szerinti állapotfelmérés, kockázati besorolás, szűrés igénybevételének lehetőségét az arra jogosultak részére.
A javaslat szerint, a munkavállalók körében a foglalkozás-egészségügyi szolgálat keretében is igénybe vehető lenne – a NEAK-kal kötött szerződés alapján, kiegészítő finanszírozással – állapotfelmérés, kockázati besorolás, szűrés 25 és 45 éves korban. Az ehhez szükséges bizonyos vizsgálatok, továbbá a nem negatív eredménnyel kiszűrt munkavállalók további vizsgálatának kezdeményezéséhez elengedhetetlen a szolgálatok E. Alap terhére való beutalási jogosultságának visszaállítása.

Problémát jelenthet viszont, hogy

- bizonyos vizsgálatok elvégzése a munkából való kieséssel jár (pl. szervezett szűrővizsgálatok, laborvizsgálatok) - a munkáltató elvi, hosszútávú érdekeit (egészséges munkavállalók) fölülírhatják a rövidtávú érdekek (napi munkavégzés biztosítása),
- a munkáltató számára a munkavállaló kiesése – még ha rövidebb időre is – egyértelműen pénzügyi hátrányt jelent,
- az állapotfelmérés és orvosi vizsgálatok elvégzésének többletköltsége tovább növeli a NEAK terheit (ugyanis a foglalkozás-egészségügyi ellátás jelenleg nem közfinanszírozott), valamint
- a megfelelő adatkezeléshez az EESZT továbbfejlesztése szükséges, a fentiekhez kapcsolódóan azonban még szükséges meghatározni a kötelezően feltöltendő adatok körét.

**II. 3. Felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok költségigénye:**

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

*1. Átfogó egészségügyi állapotfelmérés a teljes céllakosságra kiterjedően a háziorvosi ellátásban:*
A 25, 45, 65 éves lakosság szűrővizsgálata 421 ezer fő bevonását jelenti, amely 5000 háziorvosi praxissal számolva praxisonkénti évi 84 beteg szűrését teszi szükségessé. Ennek költsége tervezetten 2023-tól 1,02 Mrd Ft/év, az RRF vagy EFOP+ európai uniós fejlesztések (alapellátás fejlesztés) terhére.

*2. Foglalkozás-egészségügyi szolgálat által végzendő átfogó egészségügyi állapotfelmérés és orvosi vizsgálat*
A betegségek korai felismerése érdekében a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat is végezheti a 25 és 45 éves korban végzendő átfogó egészségügyi állapotfelmérést, amennyiben az a háziorvosi ellátás keretében nem történt meg.

A fent bemutatott rendszer szakmai egyeztetése – a kockázatfelmérésben érintett szakmák bevonásával – még szükséges. Valamint ugyancsak szükséges a háziorvosi törzskarton és a jelen javaslat szerinti állapotfelmérés és kockázatértékelés harmonizálása.

*Szűrési keretrendszer*
A szűrési keretrendszer működtetésével kapcsolatos tervezett költség évi 280 millió Ft. Ez azonban *többletforrás biztosítását nem igényli*, mivel a népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrések szervezését és koordinációját végző Nemzeti Népegészségügyi Központ részére a működtetéshez szükséges összeg (2021. évtől évi 1.200 millió Ft pénzügyi erőforrás átadásával) bázis finanszírozásként már biztosított.

*Felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű vizsgálatok költségigénye:*

*Átfogó egészségügyi állapotfelmérés a teljes céllakosságra kiterjedően a háziorvosi ellátásban*
A 25, 45, 65 éves lakosság szűrővizsgálata 421 ezer fő bevonását jelenti, amely 5000 háziorvosi praxissal számolva praxisonkénti évi 84 beteg szűrését teszi szükségessé. Ennek 2,6 Mrd Ft/év, amely finanszírozása az RRF vagy EFOP+ európai uniós fejlesztések (háziorvosi rendszer átalakítása) terhére történne.

A szűrések kapcsán hangsúlyozni szükséges, hogy a szűrésen meg nem jelenés az érintett számára nem járhat negatív szankciókkal.

## VII. Illetmények

### 1. EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK ILLETMÉNYEN FELÜLI JUTTATÁSA
(az E. Alap egyensúlyát biztosító intézkedésekről szóló előterjesztésből átemelt rész)

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 26. § (1) bekezdése alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában álló egészségügyi szolgáltatók az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII. 29.) OKFŐ utasítása (a továbbiakban: OKFŐ utasítás) szerint jogosultak illetményen felüli juttatásokat adni az általuk foglalkoztatott egészségügyi dolgozók részére.

Az OKFŐ utasítás alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 8. § (3) bekezdése szerinti személyeket (orvos, szakorvos, fogorvos, szakfogorvos, gyógyszerész, szakgyógyszerész, továbbá egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú

szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy) a következő illetményen felüli juttatások illetik meg:

- ügyeleti díj,
- készenléti díj,
- önként vállalt túlmunka,
- képesítési pótlék,
- műszakpótlék,
- helyettesítési díj,
- kirendelési díj,
- vezetői juttatás,
- illetménykiegészítés (eseti illetménykiegészítés, fix díj, szakterületi támogatás),
- jutalom.

Az OKFŐ utasítás szerint *az eseti illetménykiegészítés, a fix díj, a szakterületi támogatás, és a jutalom* kizárólag abban az esetben nyújtható, *ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.*

Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet) 3. § (1a) és (1b) bekezdése értelmében az egészségügyi szolgáltatók **az ügyelet, a készenlét, az önként vállalt túlmunka és a műszakpótlék biztosításához támogatásra jogosultak**. A támogatás mértéke az Eszjtv. hatálya alá tartozó fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál megegyezik az OKFŐ utasításban megállapított összeggel.

A hatályos rendelkezések értelmében **nem jár támogatás** az egészségügyi szolgáltató részére **a képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás, illetménykiegészítés** és a **jutalom** biztosításához. Az **egészségügyi szakdolgozók a fentiek közül** helyettesítési és kirendelési díjra jogosultak, amely díjak biztosításához a szolgáltatók támogatást szintén nem kapnak.

**Az illetményen felüli juttatások rendezése érdekében szükséges a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet kiegészítése és forrás biztosítása 11 668,7 millió forint összegben.**

Tekintettel arra, hogy az OKFŐ utasítása szerint az egészségügyi szolgáltatók kötelesek biztosítani az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személyi kör számára azokat az illetményen felül járó díjakat is – az illetménykiegészítés és a jutalom kivételével –, amelyek után bértámogatást nem igényelhetnek, az egészségügyi szolgáltatóknál ezek kifizetése folyamatosan növekvő költségvetési hiányként jelentkezik.

A költségvetési hiány kezelhető oly módon, hogy valamennyi, az OKFŐ utasítás alapján kötelezően adandó illetményen felül járó díj (képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás) biztosításához a munkáltató részéről fedezet igényelhető bértámogatásként az Egészségbiztosítási Alap terhére. Ez megvalósítható a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 3. § (1b) bekezdésének ilyen irányú módosításával.

A jelzett módosítással valamennyi, az Eszjtv. hatálya alá tartozó fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató (egyházi fenntartású intézmények, klinikai központok) jogosulttá válna a támogatásra.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

## 2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATI JOGVISZONYRÓL SZÓLÓ 2020. ÉVI C. TÖRVÉNY MÓDOSÍTÁSA

**Célok**

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől új egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése mellett jelentős mértékben emelte az orvosok alapilletményét munkájuk elismeréseként. A jogalkotó az Eszjtv. bevezetésekor rendelkezett arról, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkateljesítményét a munkáltató írásban értékeli, amely minősítés alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal növelhető. Jelen előterjesztés célja, hogy **az egészségügyi szolgáltató esetlegesen 20%-kal csökkenthesse az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvos alapilletményét, ha a minősítés során a teljesítménye nem éri el a kívánt követelményeket.** A teljesítményértékelés megalapozására a javaslat lehetővé teszi azt is, hogy a munkáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartója a minősítéshez szükséges mértékben és célból a minősítendő személy által végzett egészségügyi tevékenység során keletkezett, vagy azzal összefüggő betegellátási adatokat, az ezen adatokat hordozó egészségügyi dokumentációt megtekinthesse és azokat a minősítés érdekében kezelhesse.

**Eredmények**

Az „A" verzió értelmében 2023. január 1-jétől, a „B" verzió szerint 2023. július 1-jétől az egészségügyi szolgáltatónak lehetősége legyen az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvosok alapilletményét a minősítésük alapján nem csak emelni, hanem szükség szerint csökkenteni is.

## 3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK PÓTLÉKRENDSZERÉNEK ÁTALAKÍTÁSA

**Célok**

**Az illetménypótlékok célja az egészségügyi tevékenység nyújtása során kifejtett munkatevékenység egyes, az alapbérben meg nem jelenő, afölötti speciális körülményeinek (személyi feltételek, képesítési követelmények, a munkavégzés egyéb körülményei, különleges munkateljesítmény) munkáltatói ellentételezése, elismerése**.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló **egészségügyi szakdolgozókat megillető illetményen felül járó díjak jelenleg nagyon heterogén, nehezen átlátható rendszert alkotnak**, ezért célszerű lenne az egyszerűsítése, átláthatóvá tétele. Az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok szerinti **illetményre, illetménypótlékra, valamint munkáltatói döntésen alapuló juttatásra jogosult az egészségügyi szakdolgozó.**

A szakdolgozói illetménypótlékokat

- az egészségügyi tevékenység végzéséről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.), -
- az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. Korm. rendelet), valamint
- az Eszjtv. tartalmazza. Ezen túlmenően az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet rendelkezik az

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

egészségügyi szakdolgozókat megillető fix díjakról, valamint az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII.29.) OKFŐ utasítása is tartalmaz illetményen felüli díjakat az egészségügyi szakdolgozók részére.

Jelenleg az alapbérhez, illetve pótlékalaphoz kötött (a pótlékalap évek óta nem változott, 20 000 Ft) a struktúra. A pótlékok a következők.

*1. Mozgóbérek*

A munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló 2003/88/EK irányelvre tekintettel a mozgóbérek típusainak megtartása indokolt, mértéke azonban változtatható. Az Eütev. szerint járó mozgóbérek köre jelenleg: ügyeleti díj, készenléti díj, önként vállalt túlmunka, műszakpótlék. A mozgóbérek közé kerülne besorolásra a kirendelés és helyettesítési díj is.

Az illetményen felül járó díjak közül a 256/2013. Korm. rendelet meghatározza, hogy melyek azok a mozgóbér elemek, amelyre az egészségügyi szolgáltató támogatást vehet igénybe. Jelenleg a mozgóbér elemek közül az ügyleti díj, önként vállalt túlmunka, készenléti díj, műszakpótlék után jár támogatás, ez a kör egészülne ki **a helyettesítési** és **a kirendelési díj** mértékével.

*2. Szakterületi pótlék:* lehetőséget biztosít arra, hogy a különböző leterheltségű szakterületeken elismerésre kerülhessen az egészségügyi dolgozók munkateljesítménye, továbbá magába foglalja az eltérő veszélyességi fokkal járó szakterületeken végzett munka elismerését (mint például traumatológia, pszichiátria)

*3. Vezetői juttatás: a* vezetők felelősségének, leterheltségének elismerésként jár.

*4. Fix díj:* az adott szakterület személyi feltételeinek biztosítására kell fordítani a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet alapján. Tekintettel arra, hogy ez a juttatás is a szakterületen végzett munka elismeréseként, ezért külön megtartása nem indokolt.

*5. Sürgősségi betegellátási műszakpótlék:* a szakterület többlet terhelését ismeri el.

6. *További pótlékok: k*épesítési pótlék, címpótlék, idegen nyelvi pótlék.

*7 Munkáltatói döntésen alapuló juttatás:* ezek közé közé tartoznak jelenleg is az eseti illetménykiegészítés, a cafeteria, szociális alapú támogatások, jutalom stb. A munkáltatói döntésen alapuló támogatások kifizetéséhez jelenleg az egészségügyi szolgáltató bértámogatást nem vehet igénybe, azok abban az esetben adhatóak, ha az egészségügyi szolgáltató saját költségvetéséből ki tudja gazdálkodni – fedezet nélküli kötelezettségvállalás útján nem teljesíthető.

A címpótlék és az idegen nyelvi pótlék, valamint a képesítési pótlék 2023 januárjától kivezetésre kerülne.

**A fentiekkel kapcsolatban az alábbi alternatívák merülnek fel:**

Megoldási javaslatként két verzió – „A" és „B" verzió – kerül bemutatásra. Az „A" verzió esetében az illetményen felül járó díjak kivezetése kerül bemutatásra – kivéve az Európai Unió irányelveinek való megfelelés miatt kötelezően adandó mozgóbér elemek –, míg a „B" verzióban a mozgóbéren túl a jelenlegi szabályozás szerinti illetményen felül járó díjak kerülnek bemutatásra..

Az **„A" verzió** esetében 2023. január 1.-jétől megvalósuló béremeléssel egyidejűleg kivezetésre kerülnének a különböző jogcímeken adott illetményen felül járó juttatások, mint például a szakterületi pótlék, a képesítési pótlék, a vezetői juttatás vagy az idegen nyelvi pótlék. Az Európai Unió irányelveinek - *a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek, valamint az Európai Unióban alkalmazandó átlátható és kiszámítható munkafeltételekről szóló az Európai Parlament és a Tanács 2019. június 20-i (EU) 2019/1152 irányelvének* – való megfelelés érdekében a „mozgóbérek" – ügyeleti díj, készenléti díj, műszakpótlék, önként vállalt túlmunka, továbbra is megtartásra kerülnének, és kiegészítésre kerülne a helyettesítési és kirendelési díjakkal.

Az „A" verzió esetében a tervezett béremelés mértéke ugyanakkor nem minden esetben garantálja az illetményen felül járó díjaknak a jelenlegi bérek reálértéken számított csökkenése nélkül történő kivezetését, különös tekintettel a vezetőkre. A vezető beosztású egészségügyi dolgozók, ha szakterületi és/vagy képesítési pótlékban, idegen nyelvi pótlékban is részesülnek jelenleg, akkor a béremelést követően ezen jogcímek kivezetésével a keresetük csökkenne.

Például egy 11-15 éves jogviszonnyal rendelkező középfokú végzettséggel rendelkező (D kategória) vezető pozíciót betöltő egészségügyi szakdolgozó 2023. január 1.-jétől 18,7%-os béremelésben részesülne, ami bruttó 61334 Ft emelést jelent. Jelenleg a vezetői pótlék bruttó 20 000 Ft, amelyhez, ha hozzá járul egy szakterületi pótlék, amelynek összege 30 000 Ft és ehhez társul középfokú idegen nyelvtudási pótlék 10 000 Ft-ban, akkor a jelenlegi béréhez képest csökkenne a béremelés számára bruttó 1 334 Ft emelkedést jelentene. Azokban a kategóriákban, ahol a béremelés bruttó összege 25 000-40 000 Ft között valósul meg előfordulhat, hogy 2023. január 1-jétől csökkenne a bérük az illetményen felül járó díjak kivezetésével.

A béremelés mértékének növelésével kiküszöbölhető lehetne, hogy a jelenlegi bérek reálértéken számított csökkenése ne történjen meg, ugyanakkor az az orvosi-szakdolgozói bérarány közti változást is jelentene.

Az **„A" verzió** esetében az illetményen felül járó mozgóbér többlet forrásigénye szochóval együtt 2023-ban bruttó 30,32 Mrd Ft lenne.

A **„B" verzió** esetén a mozgóbérek megtartása mellett – amely 2023-ban szochóval bruttó 30,32 Mrd. Ft. – az alábbi további illetményen felüli pótlékok vannak a jelenlegi szabályozás figyelembevételével.

| Jogcím | Érintett létszám | Kifizetésre kerülő összeg éves szinten (Mrd Ft, szochóval) | 2023. január 01-től |
|---|---|---|---|
| képesítési pótlék | 3151 | 0,7 | megszűnik |
| vezetői juttatás és pótlék | 1945 | 1,4 | |
| címpótlék | 218 | 0,02 | megszűnik |
| idegen nyelvi pótlék | 294 | 0,04 | megszűnik |
| szakterületi pótlék | 62776 | 18,5 | |
| fix díj | 3594 | 3,26 | |
| sürgősségi betegellátási műszakpótlék | 3162 | 11,92 | |

Intézményi kör: OKFŐ bér- és létszámstatisztika adatforrás esetén a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerinti intézményi kör, az OKFŐ felmérés esetén az OKFŐ fenntartású egészségügyi szolgáltatók, a klinikai központok, az OMSZ és az OSEI.

A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 3. pontja alapján bértámogatásra kizárólag az alapbér és a mozgóbér tekintetében jogosult a rendelet hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató. Ezen bérelemeken túli, a megkeresésben foglalt jogcímek esetén így a korábbi gyakorlat alapján forrásigény nem merül fel.

A „B" verzióban **csak a mozgóbér elemekre lehet támogatást igényelni**, azzal, hogy a továbbiakban **jogszabályi lehetőség lesz** a táblázatban feltüntetett pótlékok közül a **szakterületi pótlék, fix díj, sürgősségi betegellátási műszakpótlék, vezetői juttatás és pótlék adására, valamint a munkáltatói döntésen alapuló juttatás kifizetésére, azonban támogatás nem igényelhető rá.**

Kivezetésre kerül a képesítési pótlék, címpótlék, idegen nyelvi pótlék.

## 4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK BÉREMELÉSE

**Célok**
2020. november 18-án került kihirdetésre az Eszjtv., amely az orvosok számára olyan mértékű béremelést hozott, amely következtében felborult az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók bére közti arány. Az előterjesztés célja az egészségügyi szakdolgozók 2023. január 1-jétől történő bérfejlesztése, amellyel normalizálható az orvosi-szakdolgozói alapbérek aránya.

Az orvosi-szakdolgozói bérek arányának összehasonlítása az Európai Unióban:

**A szakorvosok és a kórházi ápolók havi átlagos jövedelme az OECD adatai* alapján (US$), kiegészítve az orvosok és szakdolgozók 2021. évi és 2022.01-03. havi átlagos kereseti adataival az egészségügyi ágazati bér-és létszámstatisztikai adatfeldolgozás adatai alapján**

| Sorszám | Ország | Szakorvosok / OKFŐ adatforrás esetén orvosok | | Kórházi ápolók / OKFŐ adatforrás esetén a teljes szakdolgozói kör | | A kórházi szakdolgozók átlagos jövedelmének aránya az szakorvsook jövedelméhez viszonyítva | Forrás, megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Legfrissebb rendelkezésrá álló adat az OECD adatbázisában | Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US$) | Legfrissebb rendelkezésrá álló adat az OECD adatbázisában | Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US$) | | |
| 1. | Írország | 2019 | 15 997 | 2020 | 5 428 | 33,9% | OECD |
| 2. | Németország | 2019 | 13 238 | 2018 | 4 527 | 34,2% | OECD |
| 3. | Finnország | 2019 | 10 500 | 2019 | 3 691 | 35,1% | OECD |
| 4. | Olaszország | 2020 | 7 754 | 2020 | 2 782 | 35,9% | OECD |
| 5. | Hollandia | 2019 | 14 642 | 2019 | 5 259 | 35,9% | OECD |
| 6. | Luxemburg | 2015 | 23 906 | 2020 | 9 533 | 39,9% | OECD |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. | Portugália | 2018 | 4 275 | 2018 | 1 756 | 41,1% | OECD |
| 8. | Magyarország | **2019** | 3 031 | **2019** | 1 249 | 41,2% | OECD |
| 9. | Dánia | 2013 | 15 333 | 2013 | 6 427 | 41,9% | OECD |
| 10. | Franciaország | 2018 | 8 041 | 2018 | 3 415 | 42,5% | OECD |
| 11. | Szlovákia | 2018 | 3 198 | 2018 | 1 395 | 43,6% | OECD |
| 12. | Észtország | 2020 | 4 127 | 2020 | 1 933 | 46,8% | OECD |
| 13. | Szlovénia | 2019 | 5 025 | 2019 | 2 388 | 47,5% | OECD |
| 14. | Spanyolország | 2020 | 7 571 | 2020 | 3 799 | 50,2% | OECD |
| 15. | Litvánia | 2018 | 2 257 | 2018 | 1 169 | 51,8% | OECD |
| 16. | Görögország | 2020 | 3 713 | 2020 | 1 931 | 52,0% | OECD |
| 17. | Csehország | 2019 | 3 558 | 2019 | 1 888 | 53,1% | OECD |
| 18. | Lettország | 2018 | 2 402 | 2018 | 1 334 | 55,5% | OECD |
| 19. | Belgium | 2019 | 10 799 | 2019 | 6 487 | 60,1% | OECD |
| 20. | Lengyelország | 2018 | 1 906 | 2018 | 1 635 | 85,8% | OECD |
| 21. | Magyarország ** | **2021** | 4 833 | **2021** | 1 577 | 32,6% | OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatisztika; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét. |
| 22. | Magyarország ** | **2022. január-március** | 6 144 | **2022. január-március** | 1 682 | 27,4% | OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatisztika; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét (kizárólag a MÁK körbe tartozó intézmények esetén volt lehetőség a vizsgálatra). |

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A 2016-ban megkezdett ágazati bértárgyalások eredményeként kialakításra került a bérek közti arány, amely alapján az egészségügyi szakdolgozók bére átlagosan az orvosi bérek 45%-át érte el. Az orvosi bérek emelésének első üteme 2021. január 1-jétől valósult meg, amelynek következtében az egészségügyi szakdolgozói bér már csak a 32%-át érte el az orvosi béreknek, 2022. január 1-jével pedig átlagosan 27%-ra csökkent, amivel a nemzetközi összehasonlításban utolsó helyére került Magyarország. Az egészségügyi szakdolgozókat érintő bérfejlesztés elmaradása esetén ez az arány tovább csökkenne 2023. január 1-jétől 21%-ra.

A további csökkenés megakadályozása érdekében a tervezett béremeléssel **az orvosi-szakdolgozói bérarány összesítve 34%-ra emelkedne**, amely alapján a nemzetközi összehasonlításban Magyarország új pozíciót foglalhatna el.

A béremelés 2023. január 1-jétől valósulna meg – a béremelés forrásigényét erre tekintettel 11 hónapra szükséges meghatározni (január hónapra tekintettel februárban kerül első alkalommal kifizetésre). A béremelés mértékének meghatározásánál a 2023. január 1-jétől hatályos orvosi bérek kerültek figyelembe véve. Az egészségügyi szakdolgozói bértábla korábban a Kjt.-nek megfelelően 17 szintre bontotta a jogviszonyban töltött éveket (3 évente emelkedő) ezzel szemben az orvosi bértábla az Eszjtv. bevezetésével a 17 szintről lecsökkent 10 szintre (1-2 kategóriában 2 évente majd 5 évente emelkedő), amelynek köszönhetően átláthatóbb rendszer került kialakításra. Jelen egészségügyi szakdolgozó béremelésnél követve az orvosi bértáblát, lecsökkentetésre került 10 szintre a jogviszonyban töltött évek kategóriája, így azonos szintek szerint kerülhet összehasonlításra az orvosi és az egészségügyi szakdolgozói bérek aránya.

A szintek csökkentésén kívül az egészségügyi szakdolgozói bértábla megtartja a korábbi besorolási osztályokat (A-I osztály), amelyek közül „A”-tól „E” osztályig találhatóak az alap- és középfokú végzettséggel rendelkezők és „F”-től „I” osztályig a felsőfokú végzettséggel rendelkezők.

Az **„A-E” osztályba** tartozik az egészségügyi szakdolgozók 74%-a (66 507 fő, A kategóriában 4.311 fő, B kategóriában 4.612 fő, C kategóriában 7.179 fő, D kategóriában 12.670 fő, E kategóriában 37.614 fő), ebből kifolyólag a béremelés mértéke ezekben az osztályokban úgy kerültek meghatározásra, hogy átlagosan elérjék az orvosi bér 30%-át, így ebben a kategóriában **a béremelés százalékos mértéke létszámaránnyal súlyozva 26,5%-os mértékben valósulna meg**, amellyel az **orvosi szakdolgozói alapbérarány létszámmal súlyozva az „A-E” osztály tekintetében átlagosan 30,73 %-**ra emelkedne.

Az „**F-I” osztályba** 17 325 fő (F kategóriában 15.724 fő, G kategóriában 632 fő, H kategóriában 1.106 fő, I kategóriában 28 fő, J kategóriában 14 fő) egészségügyi szakdolgozó tartozik, esetükben a béremelés aránya magasabb, jól elkülönül a középfokú végzettségű szakdolgozók bérétől, **átlagosan a béremelés százalékos mértéke létszámaránnyal súlyozva 41,6%-os mértékben valósulna meg,** amellyel az **orvosi szakdolgozói alapbérarány létszámmal súlyozva az „F-I” osztály tekintetében átlagosan 46.7 %-**ra emelkedne.

A béremelés százalékos mértéke eltérő besorolási osztályonként és azon belül is eltér szintenként, ezáltal egyfajta életpálya modellként is szolgál, a fiatalok számára látható az előrehaladás mértéke, a középkorosztály részére megtartó, illetve visszahozó ereje lehet, míg elismeri és megbecsüli a régóta pályán levő egészségügyi szakdolgozókat, továbbá vonzóvá válhat a nők korkedvezményes nyugdíjazását igénybe vevő egészségügyi szakdolgozók részére a továbbfoglalkoztatás kérése – ahogy az orvosoknál is megfigyelhető volt, hogy a béremelést követően kétszer annyian jöttek vissza, mint előtte – ezáltal is növelve az egészségügyi szakdolgozók létszámát.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

**A béremelés forrásigénye** 2023. évre tekintettel szochóval együtt **130,6 Mrd Ft** lenne, amely 2024-ben 142,5 Mrd Ft többletforrás igényt jelentene (a forrásigény a mozgóbérek forrásigényét nem tartalmazzák – 2023-ban 9,4 Mrd Ft, 2024-ben 10,3 Mrd Ft – tekintettel a 2. pontban ismertetett illetményen felüli juttatások átalakítására).

**Jelenlegi egészségügyi szakdolgozói bértábla (2022. január 1-től)**

| SZINT | ÉVEK | EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK, EGYES EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK, VALAMINT VÉDŐNŐK BÉRTÁBLA FIZETÉSI OSZTÁLYOK | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| 1 | 0-3 | 244 842 | 264 428 | 298 773 | 307 309 | 330 072 | 408 322 | 421 126 | 426 817 | 436 066 | 466 653 |
| 2 | 4-6 | 247 778 | 268 835 | 303 041 | 313 000 | 340 031 | 422 549 | 436 776 | 446 735 | 457 407 | 490 840 |
| 3 | 7-9 | 250 717 | 273 243 | 307 309 | 318 691 | 349 990 | 436 776 | 452 426 | 466 653 | 478 747 | 515 026 |
| 4 | 10-12 | 253 655 | 277 650 | 311 577 | 324 382 | 359 950 | 451 004 | 468 076 | 486 571 | 500 088 | 539 212 |
| 5 | 13-15 | 256 593 | 282 056 | 315 845 | 330 072 | 369 909 | 465 231 | 483 726 | 506 490 | 521 429 | 563 398 |
| 6 | 16-18 | 259 532 | 286 464 | 320 113 | 335 763 | 379 868 | 479 458 | 499 376 | 526 408 | 542 770 | 587 584 |
| 7 | 19-21 | 262 470 | 290 871 | 324 382 | 341 454 | 389 827 | 493 685 | 515 026 | 546 326 | 564 110 | 611 772 |
| 8 | 22-24 | 265 408 | 295 279 | 328 650 | 347 145 | 399 786 | 507 912 | 530 676 | 566 244 | 585 451 | 635 959 |
| 9 | 25-27 | 268 345 | 299 686 | 332 918 | 352 836 | 409 745 | 522 139 | 546 326 | 586 162 | 606 792 | 660 145 |
| 10 | 28-30 | 271 283 | 304 092 | 337 186 | 358 527 | 419 704 | 536 367 | 561 976 | 606 080 | 628 133 | 684 331 |
| 11 | 31-33 | 274 222 | 308 499 | 341 454 | 364 218 | 429 663 | 550 594 | 577 625 | 626 000 | 649 474 | 708 517 |
| 12 | 34-36 | 277 160 | 312 907 | 345 722 | 369 909 | 439 622 | 564 821 | 593 275 | 645 918 | 670 814 | 732 704 |
| 13 | 37-39 | 280 098 | 317 314 | 349 990 | 375 599 | 449 581 | 579 048 | 608 927 | 665 836 | 692 155 | 756 890 |
| 14 | 40-42 | 283 037 | 321 720 | 354 259 | 381 290 | 459 540 | 593 275 | 624 577 | 685 754 | 713 496 | 781 076 |
| 15 | 43-45 | 285 975 | 326 128 | 358 527 | 386 981 | 469 499 | 607 504 | 640 227 | 705 672 | 734 837 | 805 262 |
| 16 | 46-48 | 288 941 | 330 595 | 362 847 | 392 758 | 479 675 | 622 072 | 656 267 | 726 168 | 756 816 | 830 198 |
| 17 | 49-51 | 291 943 | 335 123 | 367 218 | 398 619 | 490 069 | 636 991 | 672 712 | 747 261 | 779 452 | 855 905 |

| Kategória | Évek | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0-2 | 270 000 | 291 000 | 330 000 | 350 000 | 400 000 | 450 000 | 465 000 | 505 000 | 510 000 | 515 000 |
| 2 | 3-5 | 277 985 | 300 964 | 340 971 | 361 498 | 412 914 | 464 804 | 550 338 | 638 831 | 640 370 | 647 909 |
| 3 | 6-10 | 285 330 | 311 024 | 351 563 | 373 473 | 431 809 | 520 075 | 614 211 | 719 742 | 740 316 | 753 888 |
| 4 | 11-15 | 296 285 | 324 612 | 366 568 | 389 122 | 456 126 | 584 579 | 696 298 | 821 710 | 844 811 | 857 206 |
| 5 | 16-20 | 309 434 | 341 707 | 385 018 | 409 131 | 480 784 | 647 815 | 761 833 | 903 717 | 937 159 | 960 995 |
| 6 | 21-25 | 324 374 | 361 107 | 405 968 | 431 827 | 504 838 | 718 372 | 851 580 | 988 398 | 1 033 019 | 1 064 127 |
| 7 | 26-30 | 340 345 | 381 034 | 427 910 | 454 823 | 528 912 | 780 604 | 934 074 | 1 074 861 | 1 131 342 | 1 165 023 |
| 8 | 31-35 | 356 188 | 401 875 | 450 275 | 479 311 | 553 143 | 835 490 | 1 000 252 | 1 155 786 | 1 213 732 | 1 265 453 |
| 9 | 36-40 | 372 511 | 423 482 | 473 397 | 504 755 | 578 294 | 896 452 | 1 067 928 | 1 243 428 | 1 302 695 | 1 368 268 |
| 10 | 41- | 402 782 | 461 225 | 514 967 | 548 296 | 622 662 | 1 038 736 | 1 221 976 | 1 414 233 | 1 510 877 | 1 490 108 |

**Orvosi bértábla - 2023. január 1-től**

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

| | *A)* | *B)* |
|---|---|---|
| 1. | Gyakorlati idő | Összeg |
| 2. | 0-2 év | 687 837 Ft |
| 3. | 3-5 év | 875 906 Ft |
| 4. | 6-10 év | 1 231 212 Ft |
| 5. | 11-15 év | 1 399 247 Ft |
| 6. | 16-20 év | 1 491 679 Ft |
| 7. | 21-25 év | 1 655 653 Ft |
| 8. | 26-30 év | 1 794 715 Ft |
| 9. | 31-35 év | 1 868 567 Ft |
| 10. | 36-40 év | 2 025 667 Ft |
| 11. | 41- év | 2 380 057 Ft |

**A szakdolgozókat érintő tervezett emelés egy főre eső összege létszámaránnyal súlyozva**

| Kategória | Évek | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Összesen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0-2 | 25 158 | 26 572 | 31 227 | 42 691 | 69 928 | 41 678 | 43 874 | 78 183 | 73 934 | 48 347 | 45 777 |
| 2 | 3-5 | 31 452 | 33 249 | 39 402 | 50 459 | 75 093 | 46 529 | 115 000 | 194 666 | 204 304 | 165 131 | 56 914 |
| 3 | 6-10 | 35 401 | 38 619 | 45 232 | 55 877 | 83 842 | 86 890 | 165 323 | 257 881 | 261 569 | 238 862 | 75 039 |
| 4 | 11-15 | 41 062 | 44 174 | 52 615 | 61 334 | 90 498 | 124 669 | 221 235 | 324 703 | 331 918 | 303 482 | 89 432 |
| 5 | 16-20 | 48 709 | 53 350 | 62 846 | 70 884 | 96 221 | 162 358 | 255 130 | 367 477 | 385 853 | 373 411 | 105 907 |
| 6 | 21-25 | 58 838 | 65 453 | 77 249 | 84 422 | 104 452 | 211 000 | 319 280 | 421 891 | 443 031 | 416 370 | 120 351 |
| 7 | 26-30 | 72 000 | 81 348 | 94 992 | 101 987 | 119 167 | 258 465 | 387 748 | 488 699 | 524 550 | 504 878 | 140 762 |
| 8 | 31-35 | 80 751 | 91 530 | 107 083 | 112 750 | 119 702 | 279 545 | 415 168 | 520 684 | 552 768 | 549 494 | 147 127 |
| 9 | 36-40 | 93 191 | 107 312 | 124 370 | 130 461 | 131 067 | 321 033 | 462 552 | 582 578 | 622 031 | 621 052 | 164 415 |
| 10 | 41- | 117 261 | 135 644 | 157 156 | 161 877 | 155 840 | 434 809 | 583 847 | 713 108 | 766 024 | 668 631 | 201 128 |
| Összesen | | 52 854 | 74 868 | 80 071 | 94 920 | 108 857 | 184 445 | 394 513 | 417 620 | 543 647 | 464 307 | 120 135 |

## Eredmények

A béremeléssel azon túl, hogy az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók bére közti arány helyreállításra kerülhetne, és nagyban csökkentené a fennálló bérfeszültséget, elősegíthetné a megfelelően szakképzett ***utánpótlás***t is, hiszen vonzóvá tehetné a pályát választó fiatalok részére az egészségügyi terület választását. Az elmúlt évek bérintézkedései során megfigyelhető, hogy 2010-ben számarányát tekintve kiemelkedő 30-34, 35-39 és 40-44 éves korcsoportokba tartozók nem

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

hagyták el az ellátó rendszert, hanem 2020-ra az idősebb korcsoportok létszámát növelték. A 2010-ben meghatározó 30-44 évesek továbbvonulásával a fiatalabb korcsoportokból nem érkezett utánpótlás, így 10 év alatt ezen korcsoportokba tartozó ápolók száma jelentős mértékben csökkent. A 2020. évi korstruktúrában ugyanakkor a 30 évesnél fiatalabbak nagyobb számban vannak jelen, mint 2010-ben vagy 2015-ben voltak, ezzel az ápolók egyébként öregedő korstruktúrájában a fiatalodás lehetőségét biztosító korcsoportok jelentek meg.
A béremelés munkaerő megtartó erővel bír, nettó összegben mérve kézzel fogható, csökkenti a bérfeszültséget, jobban differenciál, és elismeri mind a szakképzettséget, mind a jogviszonyban töltött időt, életpályamodellként szolgál.

**Egyéb**
A bérfejlesztés elmaradása esetén az orvos-szakdolgozói bérek közötti arány tovább csökkenne 2023. január 1-jétől 21%-ra. A humánerőforrás megtartása, utánpótlása kérdésessé válik, a dolgozók elhagyják az egészségügyi ellátó rendszert.

## VIII. Várólista csökkentés

A Kormány célja, hogy minden beteg megfelelő időben, a lehető leggyorsabban hozzájusson a szükséges kivizsgáláshoz és kezeléshez. Ennek elérése érdekében szükséges, hogy a kiemelten kezelt, a kötelezően vezetett várólisták hossza a lehető legrövidebbre csökkenjen, a feltorlódott ellátások minél hamarabb ledolgozásra kerüljenek.

**Magyarországon a fekvőbeteg ellátásban két típusú várólista létezik:**

a) **Kiemelt, kötelező várólista** (Országos Intézményi Várólista Nyilvántartás – valamennyi szolgáltató számára jogszabályban előírt, a sorrendiség érdekében nyilvántartás vezetésre kötelezett várólista típus)
b) **Kapacitás hiány – 60 napot meghaladó várakozási idő – esetén kötelezően vezetendő** várólista típus: a kapacitás hiánnyal aktuálisan küzdő intézetek számára, azon ellátások köre, ahol valamilyen oknál fogva várakozási idő merül fel (pl.: pandémia)

A várólisták mellett létezik még az **intézményi előjegyzési lista** is: a fekvőbeteg-szakellátást végző egészségügyi szolgáltatónál adott ellátások tekintetében az intézményi várakozók listájától elkülönítetten vezetett lista, amelyen **a biztosított kérésére** (családi okok, más személyes elfoglaltság, járvány stb. miatt) a betegellátás tervezett időpontja **legalább 14 nappal későbbi, mint az intézményi várólista alapján meghatározható legkorábbi időpont**. Az előjegyzési lista a regisztrálási feladatok és a beavatkozások köre tekintetben megegyezik a várakozók listájával.

A rendszer átláthatósága és a várólisták nemzetközi összehasonlíthatósága növelhető azzal, ha a várólistákon és az előjegyzési listákon szereplő betegek egyértelműen elkülönülnek egymástól.

A várólista csökkentési program végrehajtáshoz szükséges forrást – összesen 13,6 milliárd forint mértékben - a Kormány biztosította. Magyarország Kormánya a várólisták rövidítésére, és felszámolására 2022-ig a szokásos éves ellátási esetszámon és finanszírozáson felül - mintegy 58 milliárd forintot fordított.

A Program indulását követően a plusz forrás biztosításával a tervezett ellátások újraütemezése azonnal megkezdődött, annak érdekében, hogy a koronavírus-járvány előtti, nemzetközi szinten is kedvező, várakozási idő csökkentésében tapasztalt helyzetet minél előbb újra elérhessük. Az egészségügyi ellátásra történő várakozási idő csökkentése érdekében a Kormány folyamatosan nyomon követi a

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

várólisták alakulását, a tervezett ellátások újra ütemezését és várólista nyilvántartási rendszer felülvizsgálatát.

**Jelenlegi intézkedések:**

Célunk, hogy a pandémia előtti nemzetközi szinten is kedvező várakozási idő csökkentésében tapasztalt helyzetet minél előbb újra elérhessük, ezáltal a jól működő 2019-es rendszerhez térünk vissza.

1. ***Szabad orvosválasztás megszüntetése***

A várakozási idő szempontjából problémát jelent, hogy a **betegek ragaszkodnak egy adott intézményhez vagy orvoshoz,** így ez is jelentősen hozzájárul a várólista hosszának növekedéséhez. törvény előírja, hogy amennyiben a beteg az adott egészségügyi szolgáltatónál nem részesíthető az egészségi állapota által indokolt legrövidebb időn belül a szükséges ellátásban, **tájékoztatni kell őt arról, hogy az adott ellátás mely egészségügyi szolgáltatónál biztosítható.**

Rögzíteni szükséges, hogy az egészségügyi ellátás az állami intézmények esetén az intézmény feladata, nem pedig az egyes orvosoké. Erre figyelemmel a beteg számára nem az általa választott, hanem az indikációk alapján szükséges, az egészségügyi intézmény által kijelölt orvos tudja a legmegfelelőbb kezelést biztosítani. Az intézmény tudja megállapítani erre figyelemmel, hogy

- a beteg állapota, tünetei okán milyen orvos szükséges számára,
- a tünetek és állapot okán az intézmény rendelkezésre álló, e tekintetben a szükséges kompetenciával rendelkező orvosai közül (az ellátás zavartalanságára figyelemmel) ki fogja tudni a beteget időben ellátni.

**A szabad orvosválasztás az alapellátás kivételével az állami fenntartású intézményekben megszűnik. A tervezet alapján az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosítottat a finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónál a szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos látja el, helyette másik orvos nem igényelhető.**

2. Az előterjesztés keretében a ***várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok pontosítása.***

**Kikerülnek** a várólistákról az esedékes időpontban – indokolás nélkül – **távolmaradó betegek**, valamint azok abetegek, akiknél valamilyen oknál fogva **megszűnt** a műtéttel kapcsolatos orvosi **indikáció**. Ezen betegek, később – orvosilag indokolt esetben – felvételüket kérhetik az előjegyzési listára.

Ahhoz, hogy **valid információk** álljanak rendelkezésre a rendszerben minden ellátást igénylő betegeket rögzíteni szükséges, az ellátásra várakozók közül azonban **a publikus, lekérdezhető listákon a NEAK csak azok számát fogja szerepeltetni, akik már 60 napon túl várakoznak**, mivel a nemzetközi gyakorlat szerint, valamint a magyar terminológiai értelemben ezt az esetszámot tekinthetjük valós várakozási problémának.

A várólista, valamint az előjegyzési lista jelenleg is elkülönül egymástól azonban a várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok további pontosítása is szükséges, hogy még élesebben és egyértelműben különüljön el egymástól a két listatípus.

- **Várólistára** azok kerülnek, akiknek indokolt lenne a műtét, de kapacitás hiányában nem lehet végrehajtani 60 napon belül az ellátást.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

- Az **előjegyzési listára** azon betegek kerülnek, akik a beavatkozást későbbi időpontra kérik. A beteg állapota nem igényel azonnali műtétet, középtávon ütemezhető a beavatkozás, figyelembe véve a beteg időzítésbeli szempontjait is.

Ezen felül – a betegtájékoztatást, valamint az ellátások operatív szervezését segítendő – a NEAK honlapján a kiválasztott várólista esetében lehetőség lesz rá, hogy a beteg a műtéteket elvégző szolgáltatók listáját a várakozási napok száma szerint növekvő vagy csökkenő sorrendbe lekérdezze. A NEAK szoros ellenőrzése mellett valósul meg a várólisták ledolgozása (szigorú ellenőrzésre kerül mind a listák vezetése, mind a műtétszámok teljesülése). Amennyiben a kórház nem teljesíti vagy nem megfelelően vezeti a listákat, akkor a NEAK finanszírozás elvonással szankcionálja.

3. ***Minimum beavatkozás szám meghatározása minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltató részére***

Jelenleg azok a szolgáltatók vesznek részt a várólista csökkentési programba, akik jelentkeztek és feladatvállalást tettek. A várólista csökkentési programok a szolgáltatók esetszám alapú vállalása szerint kerültek összeállításra.

**A módosító javaslat szerint minimum bázis beavatkozás számot határozunk meg minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatónak.** Így nem kell külön jelentkezniük és feladatvállalást tenniük a program kapcsán, a NEAK közli ki az elvégzendő beavatkozás számot.

**A bázis a 2019-es év azonos időszaka 1-es térítési kategóriával jelentett eseteinek 80%-a (az októbertől decemberig tartó időszak teljesítményei esetében ).** Ezáltal a NEAK 2022. márciustól szeptemberig tartó időszakban (az időszak bázisa feletti teljesítményre) 130%-os finanszírozást fizet, míg 2022. októbertől december 31-ig (az ezen időszak bázisa feletti teljesítményre) az emelt 150%-os finanszírozást kapják a szolgáltatók. Az elvégzendő műtétek számát az osztályvezető főorvos egyénre bontva közli a beosztott orvosokkal. Az elvégzett műtétek száma később hatással lesz az orvosok minősítésére is.

Amennyiben a szolgáltatók elérik az előírt minimum bázis beavatkozás számot emelt finanszírozásban részesülnek. Ezt a számot az osztályvezető főorvos egyénre bontva közli ki a beosztott orvosok részére, amely később hatással lesz a minősítésükre is.

4. ***A hatályban lévő finanszírozási ösztönző módosítása, az emelet összegű finanszírozás a jövőben kizárólag az intézményeket illetik meg***

A javaslat szerint a járóbeteg-szakellátásban és az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a jelenleg hatályban lévő **finanszírozási ösztönző 130%-ról 150%-ra változna**.

A **többletteljesítés magasabb díja** alapvetően többlet ellátásokkal járó költségeket hivatott kompenzálni. Ezeket a bázison felüli többletvállalásokat gyakran **új műszakok beállításával, szervezésével és túlmunka elrendelésével** oldják meg a szolgáltatók. A többlet műszakok tehát további plusz költségekkel (pl: fűtés, villamos energia díja) is járhatnak. Az emelt finanszírozás a kórházak jogos költségeit ismeri el, amelyek a műtők hosszabb napi üzemórája miatt keletkeznek.

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben jelenleg szereplő **személyes ösztönzők kivezetésre kerülnek**. **Az emelt finanszírozással kizárólag az egészségügyi szolgáltató rendelkezhet.** A módosítással az egészségügyi szolgáltató a várólista keretében végzett ellátás során az emelt összeget a keletkező

többletköltségeinek fedezetére is felhasználhatja (pl.: műszakpótlék, rezsidíj, műtőtakarítás stb.). **Ezáltal a szolgáltató költségfedezeti helyzete is javulhat.**

***5. Országosan nyilvántartott betegfogadási lista kialakítás.***

RRF terhére megvalósuló projekten belül kerül biztosításra a fedezet azon informatikai rendszer kidolgozására és kiépítésére, amely a fekvőbeteg szakellátás várólistáihoz hasonlóan a járóbeteg-szakellátás betegfogadási listáit is országosan egységesen kezeli. A teljes betegút követését lehetővé teszi és a járóbeteg ellátásban alkalmazott betegfogadási listákat országosan képes szinkronizálni. A rendszer azt a célt szolgálja, hogy a járóbeteg-ellátásban ne alakuljon ki hosszú várólista.

**Az intézkedések által elérni kívánt eredmények:**

- várólisták, előjegyzési listák és betegfogadási listák nyomon követhetősége
- növekszik a műtétre várakozók egészségügyi rendszerbe vetett bizalma
- várakozási idő csökkenése
- az ellátások operatív szervezésének javulása
- szolgáltatók költségfedezetének javulása

**A kötelező várólisták alakulását az előterjesztés *4. függeléke* tartalmazza.**

## IX. Közreműködők

### Célok

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől bevezette az egészségügyi szolgálati jogviszonyt, amellyel egyidejűleg rendezte, hogy az állami és az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztathatóak az egészségügyi és egészségügyben dolgozók. Az Eszjtv. az **egészségügyi szolgálati jogviszony** mellett ugyanakkor nem zárja ki a **közreműködő**, valamint az önkéntes segítő egészségügyi szolgáltató általi igénybevételének lehetőségét.

A tervezet célja, hogy **2024. január 1-jétől** az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóknál egészségügyi tevékenységet csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként lehessen végezni, vagyis a **közreműködő**, mint foglalkoztatási forma valamennyi típusa **kivezetésre kerüljön,** amely intézkedés **finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb** lenne az egészségügyi szolgáltatók részére, hiszen jelenleg a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók.

**Közreműködő meghatározása:**

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet) 23. § (2) bekezdése alapján **közreműködő** az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet) 2. § (1) bekezdés *k)* pontja szerint az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában részt vevő ***személy vagy szervezet***.

A 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet alapján kétféle típusú közreműködő különböztethető meg:

- ***közreműködő***, aki a tevékenység végzéséhez szükséges tárgyi és személyi feltételeket egyaránt biztosítja;
- valamint ***személyes közreműködő***, aki kizárólag személyi feltételeket biztosít.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

A ***közreműködő*** tevékenységét az egészségügyi szolgáltatóval kötött közreműködői szerződés alapján *közvetlenül végzi*, rendelkezik *működési engedéllyel* és *felelősségbiztosítási szerződéssel*. A *saját tulajdonában vagy használatában levő tárgyi eszközökkel* végzi a tevékenységét (azaz a tevékenység végzéséhez szükséges tárgyi és személyi feltételeket egyaránt biztosítja). *Személyesen ő* látja el, *vagy az általa foglalkoztatott* egészségügyi dolgozók látják el a közreműködés tárgyát képező feladatot és a közreműködést igénybe vevő *szolgáltató szervezeti egysége által ellátott betegek részére* nyújt, nyújtanak egészségügyi szolgáltatást a közreműködést igénybe vevő *szolgáltató nevében*.

A ***személyes közreműködő*** az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában részt vevő olyan személy vagy szervezet, aki vagy amely a közreműködést igénybe vevő *szolgáltató nevében*, a közreműködést igénybe vevő *egészségügyi szolgáltató által ellátott betegek részére személyesen nyújt* egészségügyi szolgáltatást. A közreműködővel szemben a személyes közreműködő *kizárólag a személyi feltételeket biztosítja*, a feladat ellátásához szükséges tárgyi feltételeket a közreműködőt igénybe vevő egészségügyi szolgáltató biztosítja. A személyes közreműködőnek n*em kell rendelkeznie önálló működési engedéllyel és felelősségbiztosítással*.

**A közreműködők szerepe az egészségügyben – alvállalkozói rendszer**

**A közreműködő további közreműködői szerződést köthet**, **feltéve**, ha a közreműködő által igénybe vett közreműködő **személyesen nyújt szolgáltatást**. A **személyes közreműködő további személyes közreműködői szerződést** akkor **köthet**, ha a további személyes közreműködő a szerződés szerinti szolgáltatás nyújtásában **személyesen vesz részt.**

Az egészségügyben a fenti rendelkezések alapján **kétszintű alvállalkozói rendszer jött létre**, két fő típus mentén:

**I. szint:**

- az egyik esetben az alvállalkozó maga is rendelkezik működési engedéllyel, valamint személyi és tárgyi feltételeket egyaránt biztosít (közreműködő)
- a másik esetben működési engedéllyel nem rendelkező, kizárólag személyi feltételek biztosítására vállalkozó partnerrel köt szerződést a kórház (személyes közreműködő).

**II. szint:**

A kórház szerződött partnere mindkét esetben további, **kizárólag személyi feltételek biztosítására** létesít „al-alvállalkozói" (azaz további személyes közreműködői) jogviszonyt természetes személyekkel (vagy egyéni vállalkozásokkal vagy olyan társas vállalkozásokkal, ahol a tag személyesen működik közre a tevékenység végzésében).

A **közreműködői szerződések** létjogosultságát az adja, hogy jelenleg az egészségügyi ellátórendszerben vannak olyan feladatok, amelyek ellátásnak **személyi és tárgyi erőforrásai ténylegesen nem állnak rendelkezésre az intézményekben**. Ennek okai jórészt **korábbi kiszervezésekre** vezethetők vissza, ahol – tipikusan jelentős erőforrás-igényű feladatok esetében – nem állt rendelkezésre a beruházásokhoz szükséges forrás. Ezért - fő szabály szerint **közbeszerzési eljárások útján** -, akár hosszú, több évtizedes jogviszonyok jöhettek létre olyan szakmai feladatok komplex ellátására, mint pl. a laboratóriumi diagnosztika, művesekezelések vagy a koraszülött-mentési feladatok ellátása, ahol a partnerek a helyiséget, a gépparkot és a személyzetet egyaránt biztosítják.

**Személyes közreműködők az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóknál**

Az Eszjtv. főszabály szerint a közreműködő igénybevételét engedélyezi, ugyanakkor a személyes közreműködő igénybevételének lehetőségét korlátozza. Az 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 23. § (3) bekezdése szerint az országos kórház-főigazgató engedélye szükséges ahhoz, hogy az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató személyes közreműködőt vehessen igénybe. Az országos kórház-főigazgató ***ellátási érdekből engedélyezheti*** személyes közreműködő igénybevételét.

Az engedélyezési eljárást részletesen az országos kórház-főigazgató 2/2021. OKFŐ utasítás 11. pontja tartalmazza.

Személyes közreműködők esetében az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) tájékoztatása alapján 3 913 engedély került kiadásra, melyből a jelenleg is **hatályos engedélyek száma 3 859**. Az engedélyeket határozott időre adja ki az OKFŐ, valamennyi személyes közreműködői engedély érvényességi ideje 2023. december 31. jelenleg, amely szükség esetén meghosszabbítható.

**Egyebek:**
A **teljes közreműködői szerződéses rendszer** kapcsán kiemelendő, hogy az egészségügyi ellátórendszert érintően **szakpolitikai szintű döntést igényel**, hogy valóban **teljesen ki kell-e zárni**, hogy bizonyos tárgyi és személyi erőforrások **szolgáltatásként történő megvásárlása lehetséges legyen?** Ennek teljes tiltása adott esetben azzal is járhatna, hogy az ellátórendszeren belüli szinergiák sem használhatók ki, pl. egy (jelenleg már magánszolgáltatóként működő) egyetemi klinika nem nyújthatna közreműködőként olyan szolgáltatást egy másik intézménynek, amit ott adott esetben korszerűbb eszközökkel, magasabb színvonalon tudnak ellátni.

**Személyes közreműködő** engedélyezésére jelenleg is csak ellátási érdekből kerülhet sor, ami azt jelenti, hogy ha kivezetésre kerül a személyes közreműködő igénybevételének lehetősége, akkor ellátási nehézségeket okozhat, a kieső humánerőforrást biztosítani szükséges, illetve olyan alternatívát szükséges biztosítani az egészségügyi dolgozók számára, amely alapján nem az egészségügyi tevékenység felhagyása mellett döntenek, hanem egészségügyi szolgálati jogviszony keretei közt folytatják az adott tevékenységet.

A tervezet szerinti közreműködés megszűnése esetén fennáll a különböző ellátási formáknál jelentkező humánerőforrás hiány valamint az ellátás hatékony biztosításának veszélye áll fenn.

**Javaslat:**
Első lépcsőként az új közreműködői szerződések megkötésére moratóriumot lehetne bevezetni, illetve azok megkötését rövid, határozott időre lehetne korlátozni. A személyes közreműködői szerződések engedélyezését végső határidőhöz lehetne kötni.

**X. Szakápolási központok**

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolási, gondozási tevékenység más módon szerveződik.

Az ápolási feladat az **egészségügyi ellátáson belül** a háziorvosi (körzeti) ápolónők munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban is megjelenik.

A fekvőbeteg szakellátás **ápolási ágyain** fekvő betegek, mint ahogyan az ellátási forma nevében is szerepel elsősorban ápolásra szorulnak, azaz mindennapi szükségleteiket, mint az étkezés, tisztálkodás, öltözködés nem tudják segítség nélkül megoldani. Ezek a többségükben idős betegek általában krónikus betegségekben is szenvednek, amely miatt gyógyszeres és egyéb kezelést

igényelnek folyamatosan. Mindemellett állapotuk nem igényel folyamatos orvosi felügyeletet, ahogyan jelenleg ez az ápolási osztályokon történik.

A betegek legtöbbször az aktív kórházi ellátásból kerülnek ápolási osztályokra, mivel állapotuk már nem igényel rendszeres, aktív egészségügyi ellátást, emiatt a kórházi elhelyezésük már nem indokolt. A betegek egy része szociális okból marad kórházi ellátás keretei között, például amiatt, hogy a családjuk mindennapi ellátásukról nem tud személyesen gondoskodni, emiatt fekvőbeteg intézetben való elhelyezésük szükségessége forog fenn. Ezen betegek többsége orvosi beavatkozást, rendszeres egészségügyi ellátást nem igényel, alapvetően szociális okokból kerül a fekvőbeteg-ellátó intézménybe.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet) 7. melléklete alapján a finanszírozás módja szerint **krónikus ellátásnak** minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú. A Korm. rendelet 8. számú melléklete tartalmazza a krónikus ellátások megnevezéseit és azok szorzószámát. **Finanszírozás szempontjából tehát ápolási ágynak minősül minden olyan ágy, amelyen a kórház a Korm. rendelet 8. számú melléklete szerinti ápolási tevékenységet végez.**

A **szociális ellátásban** az ápolás az alap- és szakellátások szintjén a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtva történik.
2017. szeptember 1-től hatályos a szakápolási központra vonatkozó rendelkezés, amely a szociális intézményi ellátás szabályozásának talaján, annak bekerülési, finanszírozási, térítési díj megállapítási szabályainak logikáján alapul. A hatályos szabályozást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szoc. tv.), valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCSM rendelet tartalmazza. A szociális intézményi keretek között igénybe vehető, komplex szakápolási ellátást nyújtó szakápolási központban magas progresszivitást nem igénylő szakápolási tevékenységek valósulnak meg az igénybevevők ellátásában. Ezen túlmenően a szociális intézmények jelenleg az egészségügyi ellátórendszerben lévő, szociális szükségletekkel rendelkező személyek ellátását is képesek felvállalni. A szociális otthonokban folyó alapápolási, valamint a szakápolási feladatok egységesítése lehetővé teszi, hogy e tevékenységek többlet költségvetési forrás bevonása nélkül, sokoldalúbb szolgáltatást lehetővé tevő helyen koncentrálódjanak, költséghatékonyabb allokációt lehetővé téve az időseket szolgáló ellátórendszerben.

Mivel az ápolás és gondozás valamennyi eleme egyaránt megtalálható az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között, a párhuzamosságok miatt ugyanolyan egészségi állapottal rendelkező személy egészségügyi vagy szociális ellátást egyaránt igénybe vehet.
A rendszer átalakításával elérni kívánt cél az, hogy az ápolási szükséglettel rendelkező személy az igényeinek legmegfelelőbb, legjobb minőségű szolgáltatást kapja. A szakápolás jellemzői alapján célszerűbb azt szociális, tartós ápolást-gondozást nyújtó intézmények keretein belül végezni, azért is mert a szakápolás súlya az egészségügyön belül alacsony, területi lefedettsége egyenetlen. Az ellátottak szempontjából eredményesebb, ha a szociális ágazat keretében kapják meg a szükséges gondoskodást, hiszen a szociális intézmény teljes ellátást – fizikai, mentális és egészségügyi gondoskodást – nyújt lakóinak, emellett személyes igényeiknek megfelelően otthon-jelleget biztosít számukra.

A törvény megteremti a jogalapját annak, hogy az egészségügyi szakellátás azon ápolási ágyai kerüljenek a szociális ellátórendszer részére átadásra, amelyeken tartós ápolást-gondozást végeznek, az állami fenntartású egészségügyi intézményekben végzett ápolást a szociális ellátórendszer keretein belül működő szakápolási központok végzik a jövőben.

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

Az eddig egészségügyi ellátás keretében biztosítási jogviszony alapján és az intézmények térítési díjakról szóló szabályzatában meghatározott napi díj mellett igénybevett krónikus fekvőbeteg ellátás egy része helyett a jövőben a Szoc. tv. szerint számított térítési díj mellett igénybe vehető komplex szociális és egészségügyi ellátást kap az adott férőhelyet használó igénybevevő.

A törvény meghatározza az ápolási ágyak átadásának kereteit, a feladat átvételéhez kapcsolódó vagyonmozgást, biztosítja, hogy a feladatot egészségügyi szolgálati jogviszony keretében végző szakdolgozók a közalkalmazotti jogviszonyba kerüléssel sem kereshetnek kevesebbet, mint a feladatátvétel időpontjában, valamint szabályozza az egészségügyi ellátórendszerben ápolt betegek szociális ellátórendszerbe átkerülésének, valamint az EESZT-hez csatlakozással az egészségügyi adatkezelési és jelentési követelmények garanciális szabályait (ez utóbbi kapcsán szükséges Eüak. módosítást az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvénytervezet tartalmazza).

Az átvett feladat ellátásának biztosítása érdekében garanciális elem, hogy az átvett szakdolgozók foglalkoztatója a feladat átvételének napjától a szakápolási központ, ezért az egészségügyi szolgálati jogviszony közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át, azonban a szakdolgozó a továbbfoglalkoztatást visszautasíthatja. Mivel a feladatátadással együtt az átadó egészségügyi szolgáltatónál a munkaköre nem gyakorolható tovább, az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 12. §-a szerinti – másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő – áthelyezése kezdeményezhető.

Az átvett feladatra jutó költségvetési forrást az Egészségbiztosítási Alap biztosítja az állami fenntartású befogadó intézmények esetében. A krónikus fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását kell alapul venni. A finanszírozás jelenleg napidíjon alapul, a napidíj mértéke 6600 forint/nap, és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet által meghatározott szorzó szakápolás esetén 1,0-szeres. A szakápolási központ működéséhez az Egészségbiztosítási Alapból legfeljebb az átadásra kerülő ágyszámnak (kapacitásnak) megfelelő finanszírozott összeget kell biztosítani a szakápolási központ működtetéséhez.

Nem állami fenntartású intézmények esetében a 2024. évi központi költségvetésről szóló törvénybe szükséges beépíteni a szakápolási központ jogcímet, amely alapján a szakápolási központ a szociális tevékenységhez nyújtott alaptámogatása mellett a szakápolási tevékenység után kiegészítő állami támogatást hívhat le.

Fenntartótól függetlenül biztosítani szükséges továbbá az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerint az ápolási tevékenység végzéséhez előírt egészségügyi dolgozókat megillető bérkiegészítéséhez kapcsolódó támogatás összegét.

Mivel a jelenleg finanszírozottnál magasabb összeget nem igényel az ágyak átvétele, ezért a központi költségvetést terhelő többletigény nem jelentkezik a feladattal.

Az átvett ingatlanra eső központi költségvetésből, a megemelkedett energiaköltségekhez kapcsolódó kompenzációs összeg szintén átadásra kerül.