



A MOK HÁZIORVOSI CSOPORTJÁNAK KÖZLEMÉNYE

az egészségügyi ellátórendszer átalakítási tervzetének
alapellátást érintő kérdéseiről

A nemrégiben megjelent egészségügyi reformtervezet előterjesztésében és normaszövegében az alapellátási rendszerrel kapcsolatos megállapítások és változtatási javaslatok számos ellátás- és betegbiztonsági problémát vetítenek előre, melyekkel kapcsolatban az alábbi megállapításokat kívánjuk közzétenni. Véleményünk szerint a törvényjavaslat addig nem vihető az Országgyűlés elé, amíg a részletszabályok nincsenek kidolgozva, vagy a megjelölt szempontokra nincsenek garanciák.

1. Az alapellátás szerkezetének átalakítása

- Gazdaságtalan üzemméretű praxisok átalakítása

Támogatjuk mind a praxisok, mind az ügyeleti körzetek határának kijelölésének OKFŐ hatáskörbe rendelését, mert jelenleg a gazdaságtalan üzemméretű praxisok és ügyeleti szolgálatok kialakulása döntően helyi önkormányzati érdekek mentén történt meg. Azonban a tervezetben szereplő 1200 fős határhoz képest differenciálni szükséges felnőtt/vegyes/gyerek praxisok esetén, valamint célszerűbb a létszámhoz képest pontértéket megállapítani, mely az adott praxis munkaterhelését valósabban képezi le.

Támogatni ezért csak az alábbi létszámok (vagy ennek megfelelő pontértékek) alatti, jelenleg önálló telephelyen működő praxisok áthelyezését/összevonását, centralizált, közös telephelyen történő ellátását tudjuk:

- 800 fő alatti gyermek praxisok
- 1200 fő alatti vegyes praxisok
- 1400 fő alatti felnőtt praxisok

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy számos fenti létszám alatt működő, de jelenleg betöltött praxis esetében a területi elhelyezkedés miatt az összevonás miatti esetleges megszűnés a lakosság számára aránytalan teherrel járna, így esetenként egyedi méltányosság válhat szükségessé.

- 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.

A törvénytervezet ezen pontja ebben a formájában a praxisjog, mint tulajdonjog súlyos korlátozása. Nem tudunk elfogadni semmiféle olyan változtatást, ami a praxis adásvétel során a felek közti egyezséget ellehetetleníti és ezzel a praxisjog elértéktelenedéséhez vezethet.

- A védőnői szolgálatok a városi fekvőbetegellátó-intézményhez kerülnek telepítésre, alkalmazotti állományba. Praxisközösségek további működésének hiányzó feltételei, Járási Alapellátási Központ koncepció kiüresítése

Mind a védőnői szolgálat fekvőbetegellátó intézményekhez rendelése, mind az ügyeleti szolgálatok szakmai irányításának a törvénytervezetben az adott járáshoz tartozó városi kórházhoz rendelése tovább erősíti a centralizációt, a jelenlegi kórházcentrikus egészségügyi ellátórendszert. Mindeközben nem jelenik meg a tervezetben a praxisközösségi rendeletben nevesített Járási Alapellátási Központok helye a rendszerben, sem irányítás, sem ellátás-szervezés, sem szolgáltatásnyújtás szempontjából. Ezt azért is hiányoljuk, mert a korábbi elképzelések szerint a Járási Alapellátási Központok feladatai közé tartozna az adott területen egységes ügyeleti rend megvalósítása és a praxisközösségek működésébe bevont szakemberek (védőnők, gyógytornászok, dietetikusok, egészségpszichológusok) foglalkoztatása, az ő munkavégzésüknek a koordinálása. A tervezetben megjelenő módosítások a Járási Alapellátási Központ koncepció kiüresítéséhez vezethetnek.

2. Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása

- 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.

A pilot program eredményei nem ismertek, az csupán azzal kapcsolatban adott jó tapasztalatokat, hogy egyéb kompetenciával rendelkező szakemberek (APN nővérek, mentőtisztek) is részt vegyenek a jelenleginél jóval aktívabban az ügyeleti ellátásban.

A Hajdú-Bihar megyei házi orvosok kötelező orvosi ügyeleti részvétele nem valósult meg a programban, ami viszont nagyban eltér attól a koncepciótól, ami az OMSZ szakmai javaslataiban olvasható.

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

Az önkormányzati szövetségek eddigi nyilatkozatai alapján nem támogatják az ügyeleti rendszer tervek szerinti átalakítását.

- A házi orvosoknak az új feladatellátási szerződés havi 2 kötelező ügyeletet írnia elő.

A házi orvosi kar több, mint fele jelenleg nem vesz részt az ügyeleti ellátásban, miután azt az önkormányzattal szerződött külsős szolgáltató végzi. A házi orvosoknak ezért a kötelező részvételt az ellátásban nem célszerű megjelölni, hiszen a házi orvosok jelentős része nagyon előregedett. Komoly veszélynek látjuk, hogy amennyiben a nyugdíj mellett tovább szolgáló házi orvosoknak ügyeleti kötelezettséget írnak elő, úgy sem azt, sem a nappali ellátást nem vállalják tovább. Miután a házi orvosok 25 %-a nyugdíjkorhatáron túl teljesít szolgálatot, ennek ellátásbiztonsági következményei beláthatatlanok. Ezért olyan szakmai javaslattal szeretnénk segíteni a folyamatok átalakítását, ahol a házi orvosnak egyfajta ellátási felelőssége, ellátás-szervezési funkciója van, de az semmiképpen nem kötelező feladatellátásként megjelölve.

- A jövőben a jelenlegi csaknem 300 ügyeleti pont helyett 102 ügyeleti pont szerepel a tervezetben jelentősen csökkentve a páciensek hozzáférését.

Egyrésztől üdvözljük, hogy a jelenleg elsősorban az önkormányzati érdekek mentén szervezett ügyeleti rendszerhez képest az átalakítás során az OKFŐ-höz kerül az ügyeleti körzethatárok kijelölésének joga, mely optimálisabb és módszertanilag megalapozottabb ellátást eredményezne. Meglátásunk szerint az új ügyeleti körzethatárokon belül nagyobb teret kellene engedni annak, hogy akár a járási kollegiális praxisközösség, akár kistérségi társulás vállalkozhasson az ellátás megszervezésére, de semmiképpen sem kötelező részvétellel. A betegek jó része jelenleg a szociális helyzete miatt nem tudja elérni az orvost, azért, mert nincs a települések között tömegközlekedés és mert nincs saját autója. Ha a beteg nem tud mozdulni, be kell szállítani az ügyeletre vagy más ellátóhelyre. Kérdés, hogy ezekre a betegekre, akikhez eddig a házi orvosi ügyelet házhoz ment, lesz-e kapacitása a mentőszolgálatnak.

3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban

Bár támogatjuk, hogy az alapellátásban és a kórházi ellátásban is olyan medikai szoftverek kerüljenek alkalmazásra, melyek egymással integráltan működnek és a leletek, beutalók, egészségügyi adatok továbbítása gond nélkül megtörténhet. Nem támogatjuk viszont a jelenleg magas szolgáltatási színvonalú medikai szoftverek ellehetetlenítését, különösen amennyiben a miniHIS funkcionalitása ezen medikai szoftvereknél alacsonyabb fokú. Javasoljuk, hogy az alapellátásban csak olyan medikai szoftvereket lehessen használni, amelyek előre rögzített és transzparens paramétereknek megfelelnek, képesek integrált működésre. Meglátásunk szerint amennyiben a miniHIS funkcionalitása magas színvonalú és ingyenesen biztosított, úgy a házi orvosi szolgálatok nagy számban fognak

egyébként is ezzel a lehetőséggel élni, amely a rendszer további fejlesztését is könnyebbé teszi.

4. Az egészségügyi dolgozók illetményen felüli juttatása, az egészségügyi szakdolgozók béremelése

Egy nemrégiben közzétett kutatás alapján ismert, hogy csökken a házi orvosok és házi gyermekorvosok száma, miközben folyamatosan nő a betöltetlen praxisok száma, valamint a házi orvosok életkora. Az orvostanhallgatók körében a házi orvosi szakma népszerűtlen, csupán a hallgatók 5 %-a nyilatkozott úgy a kutatásban, hogy házi orvosnak készül. Ha ezt a helyzetet a tervezet tovább tetézi azzal, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszony alá tartozó orvosok/szakdolgozók fizetése az alapellátásban vállalkozóként dolgozó orvosokénál/szakdolgozóknál 40 %-kal magasabb is lehet (és ezt az lehetőséget az alapellátásban kizárjuk), a jövőben a házi orvosi/házi gyermekorvosi/praxisnővéri szakmát teljes mértékben ellehetetleníti. A házi orvosi bértámogatási rendszer a szoros praxisközösségbe rendeződéshez, illetve az evvel járó plusz feladatok elvégzéséhez köti az orvosi bértáblához igazított bértámogatási összegeket. Aki ezt a plusz feladatot nem vállalja és csak a kollegiális praxisközösségi rendszerhez csatlakozik, 20%-kal kevesebb bértámogatást kap (így a házi orvosi rendszerben a -20% már kódolva van).

Fentiek alapján azt javasoljuk, hogy a házi orvosi 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 „többit” 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

A fenti javaslat bevezetésével teljesülnek az alábbi célkitűzések:

- 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 25 milliárd Ft-os eszköztámogatási projekt is ezen tevékenységek végzéséhez biztosítaná 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. Egészségügyi tevékenység csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként végezhető 2024. január 1-jétől

Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakításának tervezete szerint a 16-22 óra közti időszak ügyeleti feladataira a feladatellátási szerződésben kötelezett háziorvos a tevékenységét megbízási szerződés alapján fogja végezni, 8500.- Ft + SZOCHO összeggel. Aggályosnak találjuk, hogy miközben a tervezet 2023 végével kivezetni tervezi a közreműködői szerződéseket, aközben az alapellátási ügyelet átszervezésekor ezzel a foglalkoztatási formával számol. Még aggályosabb, hogy amennyiben ezen lehetőség megszűnik 2023 végével és a további ügyeleti foglalkoztatás csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban történhet az azzal jár, hogy a háziorvosnak az alaptevékenységének és más vállalkozási tevékenységének végzésére is engedélyt kell kérnie az OKFŐ-től.

Budapest, 2022. november 14.

Dr. Kincses Gyula s.k.
a Magyar Orvosi Kamara
elnöke

Dr. Soós Zoltán s.k.
a MOK Háziorvosi Csoportjának
vezetője