



Ikt.szám: 675-1/2022

**Pintér Sándor**

belügyminiszter úr részére

BELÜGYMINISZTERIUM

Tisztelt Miniszter Úr!

Jelen írásunk az idő rövidege miatt csupán vázlatos felsorolás és irányjelzés, nem lehetett célunk egy kompakt program elkészítése. Megítélésünk szerint ez kormányzati feladat, és a Magyar Orvosi Kamara elnöksége ehhez akar most inputot adni.

Miniszter úr azt kérte, hogy most nyissuk tágabba a gondolkodás kereteit, és alternatívaként felvethetünk az eddigi joghellyel, gyakorlattal nem konform javaslatokat is.

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége ennek megfelelően az alábbi főbb problémákat azonosítja, illetve az alábbi javaslatokat teszi.

**Új Semmelweis terv**

Mint azt a Miniszterelnöknek írt levelünkben írtuk, az ágazat sodródásként éli meg az elmúlt időszakot: nem volt ismert, megvitatott „mesterterv”, fejlesztési - átalakítási program, és ehhez a kollégák szemében irányítási – igazodási válság is társult: nem volt egyértelmű, követhető hierarchia az EMMI - BM / OKFŐ - NNK - Operatív törzs négyyszögben. A történelmi jelentőségű orvosi béremelés nem egy program végrehajtásnak volt az eszköze, „csak” a hálapénz tiltása kapcsolódott hozzá, így a hatásfoka is a várt alatt maradt.

Az egészségügy komplex rendszer, amelyben érdemi, eredményes változtatások csak a szabályozások, beavatkozások összehangolt kezelésével érhetők el.

Jelenleg, a korábban is alacsony hatékonysággal, korszerűtlenül működő közösségi egészségügyi ellátás a koronavírus-járvány után válságban van. A korábbi, részben informálisan működő betegutak szétszilárdtak, a várakozási idők számos területen extrém módon megnyúltak, egyes ellátások közel elérhetetlenné váltak és számos területen munkaerőhiány lépett fel. A dolgozói korfa torz, az utánpótlás erősen hiányos, főként a szakdolgozói területen komoly munkaerőhiány van. A közellátás rendszere sem hosszú, sem rövid távon jelen formájában nem tartható fenn, és jelentős kiigazításra, átalakításra szorul.

Ezért **elengedhetetlennek tartjuk egy, a Semmelweis tervvel összemérhető részletességű program elkészítését**, ami kijelöli a fejlődés irányát, a jövőképet, egyben igazodási pontot jelent a rendszer minden szereplőjének. A megújított Semmelweis Terv társadalmi támogatáshoz a tervet megalapozó adatokat transzparenssé, széles körben publikussá kell tenni. A szakmától mindehhez reális input és támogatás, a változások elfogadása csak informált bevonásuk esetén várható.

A Magyar Orvosi Kamara ebben a munkában szívesen vesz részt.

## **Adat alapú tisztánlátás, őszinte szembenézés**

Egy valós, reális tervhez viszont ismerni kell a tényhelyzetet. Ma úgy az ellátók, mint az intézményrendszer és a menedzsment az adatok célhoz kötött torzításában érdekelt. Ezért nem ismerjük kellő mélységgel az egészségügy valós folyamatait, ezek költségét, illetve a tényleges kapacitásokat, ezek tényleges kihasználtságát, a munkaerő-ellátottság adatait. A finanszírozási rendszer érdekében torzított adatszolgáltatás csak korlátozottan alkalmas a népegészségügyi konzekvenciák levonása.

Kiemelten igaz ez magánegészségügyre, melyről gyakorlatilag semmilyen érdemi információval nem rendelkezünk, de a NEAK által finanszírozott intézményekben sem ismerjük a valós tevékenységet – lásd: a HIS rendszerek „bevételeoptimalizációs” moduljai -, és a ténylegesen rendelkezésre álló HR állományt. Mindezt nehezíti a többkörös alvállalkozói rendszer, ami miatt az is előfordul, hogy működési nyilvántartásban nem szereplő orvos végez gyógyító tevékenységet. (Félreértés ne essék: nem a személyes közreműködést, illetve a vállalkezési lehetőségeket akarjuk beszűkíteni, de tudni kell, hogy ki, hol, mit, milyen kompetenciával végez és milyen jogviszonyban dolgozik.)

Ennek a megoldása alapesetben az EESZT rendszerben adott: minden orvosi tevékenység szektorsemleges az EESZT használatához kötött, és ez alkalmas a tényleges HR erőforrás és annak eloszlásának felmérésére. (Ki melyik szektorban és hány helyen dolgozik, és hogyan alakul az egyes szektorok dinamikája stb.)

Amennyiben automatizált real time összefűzés lenne a Magyar Orvosi Kamara tagnyilvántartása, az Országos Kórházi Főigazgatóság működési nyilvántartása és a Nemzeti Népegészségügyi Központ/Kormányhivatal működési engedélyek között, akkor tisztán látnánk a valós HR eloszlást, és az is garantálható lenne, hogy csak működési engedéllyel rendelkező orvos vehessen részt a gyógyításban

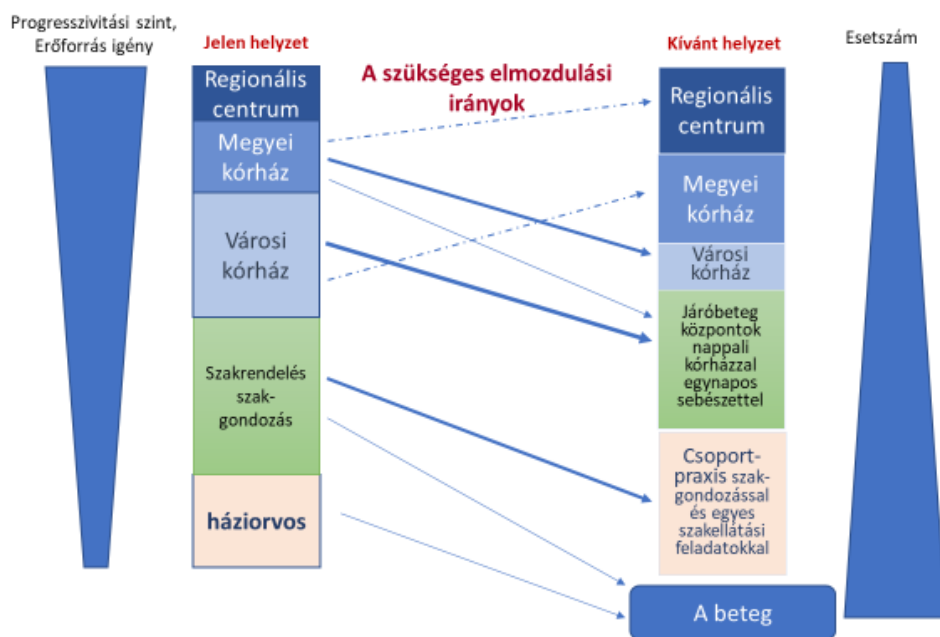
Az átalakítások, átszervezések megtervezéséhez ismerni kell a hatékonyság, eredményesség mutatóit a morbiditási és mortalitási adatok mellett például a szövödmények, a kórházi fertőzések arányát akár intézményi bontásban. Szintén fontos a betegelégedettség egységes mérése és publikálása, mert ez tud hatással lenni a közellátás betegközpontú működésére.

## **Az ellátórendszer szerkezeti átalakítása**

A Magyar Orvosi Kamara több tanulmányában, közleményében leírta, hogy a gyógyítás a szakellátásban erőforrás-koncentrációt igényel, és a jelenlegi szétagolt, sok esetben redundáns szerkezet HR oldalról nem (sem) tartható fenn. A megváltozott technológiai - kulturális és szakmai környezet lehetővé teszi a változtatást. (Az ellátások tömege a járóbeteg-ellátás irányba tolódik el, illetve egyes technológiák kiváltják a kórházi kezelést, és megint mások a személyes orvos-beteg találkozásokat is. A Covid járvány felgyorsította ezt a folyamatot.)

A két éve Miniszter úr számára írt tanulmányunkat most is érvényesnek tartjuk, de az aktualitása nőtt.

## A szerkezet és a tevékenységtömeg szükséges elmozdulási irányai



Az ábra jól mutatja, hogy az egyes elemek önmagukban nem változathatók, a rendszer egészének a szerkezetét, működését és érdekviszonyait kell megváltoztatni.

### A változás közös feltételei

A szerkezet önmagában nem reformálható, ezzel együtt kell változnia a rendszer működésének és szabályozásának. Ennek három alapvető feltétele van:

- a HR struktúra és kompetencia átalakítása,
- a szabályozási eszközök megújítása,
- a finanszírozási - érdekeltségi rendszer átalakítása.

### HR struktúra és kompetencia átalakítása

A HR struktúrában a legfontosabb feladat a szakdolgozók állományának mennyiségi és minőségi fejlesztése. A nővérbéremelés folytatása elkerülhetetlen, de külön kiemelt bérezését kell biztosítani a diplomás ápolóknak (APN). Ennek a folyamatnak akkor van értelme, ha egyúttal érdemben bővül a szakdolgozók és az APN-ek kompetenciája.

Orvosi vonalon valójában nincs globális létszámihiány, de egyes szakterületeken van munkaerőhiány, és ezt egyre növeli a közsférában a magánszféra agresszív növekedése. A szakképzés átalakítása fontos. A klasszikus, kizárólag szakvizsgálóhoz kötött képesítések mellett felértékelődnek a részkompetenciákat adó licencvizsgák.

### Az ápolás megerősítése

A szerkezeti átalakításnak, az ellátás minőségének - biztonságának alapvető feltétele az ápolás fejlesztése, beleértve az otthoni szakápolást és a hospice ellátást. Ugyanígy fejleszteni kell a szociális ellátórendszeren belül is a szakápolást, mert ez tudja tehermentesíteni a fekvőbeteg szakellátást. A hatékonyságjavulás, az ellátórendszer felesleges terhelésének megszüntetése érdekében szükséges a szociális ápolás leválasztása az egészségügyi ellátásról.

## **A betegutak újrászabályozása**

A progresszivitási szintek (és a hozzájuk tartozó kompetenciák) felülvizsgálata után újra kell szabályozni a betegutakat a valós szükségletek és HR lehetőségek alapján. Ennek célja az, hogy mindenki hozzájusson a megfelelő ellátáshoz, de csak a megfelelő ellátási szinten, és szűnjön meg a magasabb szintek felesleges terhelése.

A betegutak rendezésének kritikus pontja, hogy a szokások (és régebben a hálapénz) ezt rendszeresen felülírták. Éppen ezért betartható, de megkövetelt szabályokat kell hozni.

Ehhez a kérdéskörhöz tartozik az online, egységes előjegyzési rendszer, amelytől eltérni csak külön indoklással lehet (várólisták).

## **A minimumfeltételek megújítása**

Ki kell dolgozni a megújított minimumfeltételeket a valós igényekhez, kapacitásokhoz, korszerű szabályozási feladatokhoz társítva.

A mai minimumfeltételek ideáltipikusan készültek, azaz nem a reális helyzetet, hanem a vágyott helyzet rögzítették, és így gyakorlatilag valamennyi intézmény megszegi őket valamelyik ponton és időpontban.

A minimumfeltételeket

- a realitásoknak megfelelően kell meghatározni,
- alapvetően az egyedi tevékenységek (OENO kódok, HBCs-k) tárgyi személyi és társított feltételeit kell meghatározni, és ebből kell a kötelezően nyújtandó feladatok alapján egy osztály vagy rendelés minimumfeltételeit meghatározni (a működési engedélyt tevékenység-halmazra adják ki, és ezek összessége adja a szervezeti egység minimumfeltételeit). Ez a rugalmas rendszer lehetővé tenné a részkompetenciákkal való bővítést.

## **Szakmai szabályok folyamatos fejlesztése**

Az elmúlt időben az EMMI behozandó a jelentős elmaradást, felgyorsította a szakmai protokollok készítését és kiadását. Ez jó, de ahhoz, hogy ezek a napi gyakorlatba kerüljenek

- társadalmasítani kell a készítésüket,
- visszacsatoláson, monitorozáson kell alapulnia a korrekciójuknak,
- be kell építeni a jógyakorlatokat,
- a bevezetésüket be kell építeni a szakmai továbbképzés rendszerébe.

Mindez indokolja, hogy megfelelő előkészítés után a Magyar Orvosi Kamara olyan kompetenciával rendelkezzen, hogy azok készítésének, karbantartásának, oktatásának felügyeletében kiemelten fajsúlyos és aktív szerepet tudjon vállalnia.

## **Az info-kommunikációs technológiák alkalmazásának támogatása**

Az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ megalakulásával lehetőség kínálkozik az egészségügyi informatikai nyilvántartó rendszerek összehangolására, a betegellátás - jelenleginél még hatékonyabb - támogatására. A Magyar Orvosi Kamara az elkövetkező időszakban az alábbi funkciók fejlesztését és támogatását tartja kiemelten fontosnak:

- telemedicina hatékonyabb támogatása mind az orvos nélküli térségek pótlólagos alapellátása érdekében, mind pedig a különféle diagnosztikai eszközök és betegnél otthon viselhető/használt orvostechonikai eszközök adatainak központi feldolgozásával és tárolásával, betegadatokhoz csatolásával,
- támogatni kell a mesterséges intelligenciára épülő alkalmazások, kutatások és terjedését az orvosi munka támogatása érdekében,

- műtéti és szakvizsgálati központi előjegyzési rendszer kialakítása a várólisták hatékonyabb ledolgozása és hatékony betegirányítás, egyenletes betegelosztás érdekében,
- orvoskereső az adatbázisok összekapcsolásának segítségével, amely részben publikus, részben hatósági/nyilvántartási lekérdezéseket tesz lehetővé (szakmai működési nyilvántartás, aktív munkahelyek listája, ÁNTSZ működési engedélyek adatai, akár egyéni ellátási statisztikák megjelenítése),
- betegelégedettségi és szakmai minőségi mutatók mérésének, elemzésének az informatikai és szervezeti háttérének megteremtése,
- központi egészségügyi dokumentumtár létrehozása és indexálása a mindenkor hatályos egészségügyi szabályzók kereshetősége és használhatósága érdekében (jogszabályok, miniszeri, államtitkári, OKFŐ utasítások és intézkedések, tisztifőorvosi (országos, járási, kerületi) eljárásrendi határozatok és intézkedések, szakmai protokollok stb.),
- ellátási adatok elemzésével (BIG DATA) megtámogatott döntéshozatal a kapacitások kialakítása és az új betegutak meghatározása során,
- képképző eszközök képi adatainak teljes szektorra kiterjedő EESZT feltöltése és központi tárolása.

A lakossági szolgáltatások integrált felületeként az NHS Call mintájára be kell vezetni a megújított DrInfo rendszert. Ez tudja hiteles és praktikus információkkal ellátni a lakosságot, és ez képes a sürgősségi rendszer felesleges terhelésének csökkentésére, valamint az ellátás igénybevételének adekvanciájának javítására. És ez a felület lehet alkalmas a fent jelzett feladatok (várólisták kezelése, minőségi indikátorok lakossági közlése stb.) ellátásra is.

## Finanszírozás

A finanszírozásban elengedhetetlen a reális - valós költségek elismerése, de ez is csak abban az esetben lehet eredményes, ha

- a rendszer teljes felülvizsgálata után a valós költségek alapján kerülnek meghatározásra a díjtételek,
- minőség és mennyiség (teljesítmény) alapú indikátorokra épülő teljesítményarányos bérezés kerül bevezetésére, a kikerülő illegális motivációt (hálapénz) legális és transzparens ösztönzéssel pótolva. Az illegális motivátor, a hálapénzrendszer helyett minőségi indikátorokon alapuló legális érdekeltségi rendszert kell kialakítani.

Fontos ezen indikátoroknak a betegek előtti nyilvánossága. Mindez megteremtené a finanszírozási rendszer érdemi átalakításának lehetőségét, az értékalapú egészségügy elveinek megvalósítását.

## Alapellátás

Az egészségügy lakossági megítélésének, hatékonyságának, működésének kulcskérdése az alapellátás állapota, minősége, hozzáférése, prevenciós és definitív-ellátási képessége.

A sommás megállapítások nem érvényesek, mert az alapellátás nem tekinthető egységesnek: az innovatív, korszerűbb formát igénylő praxisok ugyanúgy léteznek, mint a hagyományelven tovább élő klasszikus működésű, de elöregedő állományú - és ezért csökkenő teljesítőképességű - praxisok.

Az alapellátás fejlesztésben ezért többféle modell, működési - szervezési forma együttélésére kell felkészülni, és azokat kell kiemelten támogatni, akik a korszerűbb működésre akarnak átállni. A praxisok generális államosítása bizonyosan kontraproduktív lenne, de megfontolható a tartósan betölthetetlen praxisok felvásárlása a praxisalapon keresztül. Ezekben a praxisokban már elindíthatók egyéb formák is.

A tartósan betöltetlen praxisok száma folyamatosan nő, de ezen a területen gyors javulást lehet elérni a fenntarthatatlan praxisok felszámolásával, összevonással, praxishatárok kiigazításával. A megoldás feltétele, hogy se az önkormányzatok, se a területet ellátó kollégák ne járjanak rosszabbul.

Az alapellátás fejlesztésében két irány emelendő ki:

- szakellátási tevékenységek beágyazása az alapellátásba,
- az alapellátás megerősítése a nem orvos munkatársak, így szakdolgozók, diplomás ápolók, gyógytornászok, dietetikusok, ergoterapeuták számának, kompetenciájának emelésével.

### **A szakorvosi feladatok integrálási lehetősége az alapellátásba:**

- a csoportpraxisok (nem praxisközösségek) elindítása,
- a licenc vizsga alapú kompetenciabővítés,
- telemedicinális háttérszolgáltatások, amelyek bizonyos szakorvosi szolgáltatásokat konzultációkat helybe hozzák,
- egyes, az alapellátás tekintetében kiemelt gyakorlati jelentőségű szakvizsgák (pl. belgyógyászat) esetén könnyített belépési lehetőséget kell biztosítani. Szükséges: egy vizsgaköteles tanfolyam, ami a háziorvosi nem szakmai feladatokat (releváns jogszabályok, adminisztratív feladatok stb.) oktatja.

### **Az alapellátás megerősítése szakdolgozók, diplomás ápolókkal, más segítőkkel**

Ez a feltétele a szűrési gondozási rendszerek hatékony működésének („felnőtt védőnő”), de ez tudja mentesíteni az orvosokat a felesleges adminisztratív terhektől.

Megjegyezzük, hogy a fentiek az alapellátásban dolgozó fogorvosi praxisokra is vonatkoznak, és a fogorvosi praxisközösségek jó modelljei lehetnek a szakellátás (pl. fogszabályozás) integrálásának.

### **A népegészségügyi (közegészségügyi - járványügyi) rendszer szervezeti megerősítése, az ÁNTSZ eredeti szervezetének és jogosítványainak visszaállítása**

A COVID járvány és annak kezelése is rámutatott a közegészségügyi-járványügyi rendszer hiányosságaira. Az Országos Tisztifőorvos jogosítványai nem terjednek ki a Kormányhivatalok szervezetébe integrált területileg illetékes népegészségügyi szakigazgatási szervek közvetlen irányítására, így fordulhat elő olyan helyzet, hogy az operatív munkaértekezlet összehívása a tárcák közötti átjárás, hivatali út miatt időben jelentősen túllépi az operativitás korlátait, csak utólagos szakmai egyeztetésnek minősülhet. Az országos tisztifőorvos ráadásul csak szakmai irányokat javasolhat, a területi munkára közvetlen ráhatása nincs. A kormányhivatalok szervezetében az egészségügyi tevékenység nem lehet hangsúlyos, illetve gyakran hátrасoroltan konkurens az erőforrás allokációiban.

A népegészségügyi munkát végző szakállomány - orvosok és szakdolgozók - a kormányzati szolgálati jogviszony hatálya alá tartoznak, így hátrányt szenvednek az egészségügyi szolgálati jogviszony hatálya alá tartozó egészségügyi dolgozókkal szemben, ami az így is alulreprezentált szakterületről további elvándorlást vetít elő.

### **Népegészségügy**

A magyar lakosság egészségi állapota rosszabb, mint ami az ország gazdasági - kulturális helyzetéből vagy a magyar egészségügy teljesítményéből, hozzáférésekből következne. Ez elsősorban a népegészségügyi rendszer gyengeségével és a lakosság alacsony egészségtudatosságával magyarázható.



Az előző kormányzati ciklusban tervezett és elindított nemzeti népegészségügyi programok - elsősorban a Covid járvány következtében - nem hoztak áttörő eredményt, ezért ezeket aktualizálva újra kell indítani. Ezen a területen kiemelt feladat a programok társadalmi beágyazottságának, a lakosság bevonásának erősítése az egészségtudatosság és érdekeltségen keresztül.

Az önmagukban folytatott szűrési kampányok társadalmi egészségnyeresége alacsonyabb hatásfokú, ezért a nemzeti programoknak nem szűrési kampányokra, hanem a megelőzés - szűrés - kivizsgálás - gyógyítás - rehabilitáció - gondozás egységére kell épülnie.

## **Köz- és magánegészségügy viszonya**

Alapvető állításunk, hogy a köz- és magánszféra viszony rendezésének alapja egy megfelelő minőségű és hozzáférésű közellátás. Ha ez nem teljesül, nem lehet igazságos és társadalmi elégedettséget, megfelelő egészségnyereséget hozó megoldást találni. A magánegészségügynek az utóbbi időben tapasztalható kontrol nélküli növekedése a munkaerőelszívás miatt már a közellátás működését veszélyezteti. Ezért alapvető feladat a két szférát közelíteni egymáshoz, azaz a közszférát is betegközpontú, a betegelégedettséget is figyelembe vevő szolgáltatási rendszerré kell alakítani.

Mind a Magyar Orvosi Kamara által készített nemzetközi elemzés, mind a hazai tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a két szféra merev szétválasztása nem működik, illetve káros. A magánegészségügy az agresszív növekedés ellenére nem állt össze rendszerré, nincsenek szakmai betegutak, ráadásul a növekvő igények miatt már a magánegészségügyben is hozzáférési problémák jelentkeznek. Azt is tapasztaljuk, hogy a létező tiltások ellenére működik szabályozatlan és ellenőrizetlen együttműködés a két szféra között, de nem rendszerszinten.

A magánegészségügy jobb megismerése érdekében az EESZT-n keresztül ennek a szektornak is elemezni kell a teljesítményét, igénybevételét, annak dinamikai változásait, de monitorozni kell az ellátás minőségét is. Meg kell teremteni mindennek az intézményi hátterét vagy önálló intézményként (egészségügyi felügyelet?) vagy az OKFŐ kompetenciájának kiterjesztésével a magánszférára is.

A magánegészségügy terjedése már olyan méretet öltött, olyan tömegű, hogy visszaszorítása esélytelen, és nem is lenne a nemzetközi trendekbe illő. Ezért a magánegészségügyet az egészségügyi rendszer részének kell tekinteni, és a közszférával nem konkurens, hanem szinergista viszonyba kell hozni. A két szféra jól szabályozott átjárhatóságát, ellenőrzött, transzparens, betegérdekű együttműködését kell elérni egységes szakmai szabályozással és erős ellenőrzéssel.

Meg kellene vizsgálni, hogy a közösségi egészségügyben a magánforrások befogadásának milyen lehetőségei vannak. A magánegészségügybe hatalmas lakossági forrás áramlik, és ez ma gyakorlatilag elkerüli a közszférát. Célul kell kitűzni, hogy a közösségi egészségügy is tudjon nagyobb mértékben fogadni magánforrásokat oly módon, hogy ez segítse a rendszer transzparenciáját, csökkentse a szürkegazdaság felé sodródását, de ne sérthesse az ellátás igazságos hozzáférését.

Meg kell vizsgálni azt is, hogy közforrások milyen módon és feltételekkel kerülhetnek a magánszolgáltatókhoz. A Magyar Orvosi Kamara elnöksége azt a lehetőséget nem tartja károsnak, ha a szektorsemleges finanszírozás elvét alkalmazva a közfeladatokat vállalkozások, magánszolgáltatók látják el. Így működik a háziorvosi rendszer is. Kockázatot ott jelenthet mindez, ahol egy szűk szegmensben a magánszféra monopol helyzetbe kerül, így a közszféra kiszolgáltatottá válik. Meg kell vizsgálni azt is, hogy a várólista ledolgozás vagy lokális ellátási hiányok felszámolása érdekében is bevonhatók legyenek vállalkozások a közellátásba.

Ezek a kérdések számos egészségnyereségi, igazságossági és az egészségpolitikán túlmutató konzekvenciával rendelkeznek, de ezek széleskörű megvitatása ezidáig elmaradt. El kell kezdeni az ezzel kapcsolatos párbeszédet, társadalmi vitát. A Magyar Orvosi Kamara ebben aktív szerepet vállal, illetve vállalja az ezzel kapcsolatos konferencia, társadalmi vita megszervezését

Budapest, 2022. május 19.

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége nevében,

Tisztelettel:

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