



A Magyar Orvosi Kamara elnökségének véleménye a megkapott rendelet csomagról

Általános vélemény

Általános véleményünk: a tervezet jelen formájában és szándékaiban bevezetésre alkalmatlan, számos ponton veszélyezteti az ellátásbiztonságot, szűkíti az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségét, hozzájárul a munkaerő elvándorláshoz és alkotmányossági kérdéseket is felvet.

Mindenekelőtt meg kívánjuk jegyezni, hogy az egészségügyi rendszer működésének és finanszírozási alapjainak ilyen mértékű átalakítása, az azzal kapcsolatos aggályok és megválaszolatlan kérdések olyan ellátásbiztonsági és megbízhatósági kérdéseket vetnek fel, melyek megnyugtatóan bizonyosan nem rendezhetők a társadalmi egyeztetésre rendelkezésre álló, adventi időszakra eső 5 munkanap alatt. Ráadásul a rendeletek alapját adó törvény is szokatlanul hosszú idő után, 2022. december 21.-én lett kihirdetve, így ez tovább csökkentette a legálisan rendelkezésre álló véleményezési időt.

A rendeleteket számos, az értelmezést nehezítő fogalmazási pontatlanság, hiba nehezíti, illetve a szakpolitikai szándékok jobb megértését nem segítik az egymondatos, kvázi a címet ismétlő tartalmi összefoglalók, valamint az indokolás hiánya sem.

Összességében továbbra is határozott véleményünk, hogy az egészségügy átalakítása hatalmas horderejű, a magyar társadalom jövőjét nagyban meghatározó, évtizedekig tartó projekt. Nem vezényelhető le a társadalom és a szakma érdemi bevonása és egyetértése nélkül, rohamtempóban, pusztán néhány napos véleményezési határidővel kiadott, az egész átalakulást csak töredékeiben megjelenítő, alig indokolt törvények és rendeletek segítségével.

Noha fentiek szerint az átfogó terv, az azt megalapozó hatástanulmányok és adatok ismételt kéréseink ellenére továbbra is ismeretlenek számunkra, az eddig megismert törvényi és rendeleti változások alapján az alábbi kép látszik kirajzolódni:

- A GDP arányában a hasonlóan fejlett országokkal összehasonlítva eddig is alulfinanszírozott egészségügyi rendszerre, közellátásra továbbra sem kíván a kormány érdemi többlet költségvetési forrást biztosítani. Enélkül pedig mind az átalakulás, mind a további működés, de különösen a fejlődés és fejlesztés elképzelhetetlen.
- Az egyre nehezebben elérhető ellátások, növekvő várólisták, az ezek okozta növekvő lakossági elégtelenség, egészében a rossz hatékonysággal és mind nagyobb hiányosságokkal működő egészségügyi rendszer hibáinak elfedését a kormányzat nem utolsósorban az egészségügyi dolgozók jogainak csorbításával képzelel el. Motivációval megnyerhető, szabadon vándorló munkaerő helyett vezényléssel és kilátásba helyezett szankciókkal kívánják a humán erőforráshiányt

orvosolni, a hatékonyságot növelni. Márpedig nehezen elképzelhető, hogy a mai, nyitott határokkal jellemzett világban a jól képzett, mindenütt keresett munkaerő zokszó nélkül elfogadja jogai, szabadsága csorbítását és a magánéletébe való hasonló beavatkozást - sokkal valószínűbb a további jelentős elvándorlás, különösen a diplomások körében.

- Az Eszjtv. szellemében megszavazott salátatörvény és a most megkapott rendelettervezetek egy, az orvosi mentalitástól idegen, utasításos rendszer képét vetítik fel, amely nem innovációbarát, nem motiváló, és az eredeti szándékkal ellentétben többeket a közellátás - illetve a szakképzési rendelet miatt az ország - elhagyására fog ösztönözni.
- Szakdolgozók nélkül nincs működő egészségügy, ennek alapfeltétele a szakdolgozói béremelés
- Mindezek - a megmaradó forráshiány, növekvő munkaerőhiány, az átláthatatlan átalakulás okozta kétségek, bizonytalanság - együtt a közellátás, és részben már a magánellátás további romlásával, a megbiztonság további csökkenésével járnak majd, még nagyobb elégedetlenséget eredményezve, politikai kockázatot hordozva.

Fenti okokból a Magyar Orvosi Kamara a jelen rendeletek változatlan formában történő bevezetését támogatni nem tudja, a rendelettervezeteket nem fogadja el, annak átdolgozását kéri. Az Önök munkáját segítve megküldjük javaslatainkat, mely számos gyakorlati hibára, elkapkodott és átgondolatlan előkészítésre mutat rá. **Határozottan kérjük a törvény és rendeletek bevezetésének halasztását, az érdemi társadalmi és szakmai konzultáció lefolytatását,** ezen belül az átfogó koncepció és a hatástanulmányok megismerhetőségét. Véleményünk szerint **csak így képzelhető el egy betegközpontú, a megbiztonságot előtérbe helyező, transzparens, tanuló, és a változó körülményekhez adaptálódni tudó egészségügy kialakítása.**

Az egyes rendelettervezetekről alkotott részletes vélemény a következő oldalakon található.

**A Magyar Orvosi Kamara elnökségének véleménye a
a belügyminiszter .../2022. (...) BM rendelete
egyres egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról**

Általános megjegyzés

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége a területi szervezetek és szakértők véleményét is kérve áttanulmányozta a megküldött rendelet tervezetét.

**1. A HÁZIORVOSI, HÁZI GYERMEKORVOSI ÉS FOGORVOSI TEVÉKENYSÉGRŐL SZÓLÓ
4/2000. (II.25.) EÜM RENDELET MÓDOSÍTÁSA**

A Magyar Orvosi Kamara már előző javaslatcsomagában leírta, hogy **a minimális praxis létszámot nem bejelentkezett fő, hanem kártyapont alapján kellene meghatározni.** A tervezetben ennek ellenére házi gyermekorvosi körzeteknél minimális létszámként 600, felnőtt és vegyes praxisban 1200 főt nevesít.

Változatlanul fontosnak és nem halaszthatónak ítéljük meg a praxisalap létrehozását, melynek kettős feladat van:

- a külső körülmények miatt értékesíthetlenné vált praxisok esetében is biztosítja a pénzt és munkát befektető kolléga számára az időskori életszakasz nyugodt kezdetét,
- lehetővé teszi a nagyobb térségekre is kiterjedő ellátásszervezési, működési modellek kipróbálását, bevezetését a praxiskezelő számára.

**2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSÁHOZ
SZÜKSÉGES SZAKMAI MINIMUMFELTÉTELEKRŐL**

A tervezet szerint városi kórház lehet az, amelyik a belgyógyászat, sebészet, szülészet és sürgősségi ellátási területből legalább kettőt nyújt. Ez így egyrészt szakmaiatlan, hiszen sürgősség nélkül is lehet így kórház, másrészt nem tisztázott, hogy egynapos sebészet pl. beleszámít-e a szakmák teljesítésébe. Célszerűbb lenne azt nevesíteni, hogy ezeket az alapszakmákat (a szülészet kivételével?) kötelező nyújtani, de ez egynapos sebészet és nappali kórház keretében is teljesíthető.

Ennél súlyosabb **ellátásbiztonsági és hozzáférési kockázatot rejt a „vármegyei kórház” definíciója**, amely szerint **a felsorolt 21 szakmából legalább 5-öt kell nyújtani egy megyei kórházban.** Ezek szerint lehet olyan vármegyei kórház (olyan megye), amiben alapvető szakmák egyáltalán nincsenek. Nem tudunk elképzelni egy olyan megyei kórházat, amelyik a szemészetből, bőrgyógyászatból, neurológiából, fül-orr-gégészetből és ortopédiából áll, de nincs benne a traumatológia, intenzív ellátás, pszichiátria, kardiológia és onkológia. Elképzelhetetlen, hogy egy megyei kórház fontos szakmák nélkül működjön.

Ebben a felosztásban felvetődik az a kérdés, hogy amennyiben életbe lép az egy megye egy kórház elv és gyakorlat, akkor hogyan értelmezhető a városi és a vármegyei kórház fogalma, léte?

A tervezet másik hibája, hogy a fekvőbeteg ellátás progresszivitási szintjeit csak megyén belül értelmezi. A vármegyei és városi kórház definiálása mellett **definiálni kellene a regionális centrumok elvárt képességeit is.**

Az lenne a célszerű, ha a rendelet a hozzáférési esélyegyenlőség biztosítása érdekében meghatározná, hogy milyen ellátásokat kell biztosítani

- regionális szinten,
- vármegyei szinten,
- és városi kórház vonzáskörzet szinten.

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FOLYAMATOS MŰKÖDTETÉSÉNEK EGYES SZERVEZÉSI KÉRDÉSEIRŐL SZÓLÓ 47/2004. (V. 11.) ESZCSM RENDELET MÓDOSÍTÁSA

A központi ügyelet (5) bekezdés szerint a központi ügyeletet *a városi kórház alakítja ki a Mentőszolgálattal és a kollegiális vezetővel együttműködve.* Az együttműködési kötelezettség jó, de ez a megfogalmazás nem teremt egyértelmű felelősségi viszonyokat: ki felelős az ellátás megszervezéséért, a személy- és tárgyi feltételek biztosításáért, ki - kit utasíthat.

A (8) a) bekezdés szerint a területen **dolgozó alapellátó orvos az ügyeleti szolgálatban legfeljebb** két alkalommal vesz részt. Ez a maximálás első ránézésre megnyugtató, de miután a (8) c) bekezdés szerint helyettesítéssel is ellátható az adott orvosra rótt ügyeleti kötelezettség, akkor

- nem definiált, hogy ki (milyen képesítésű, jogviszonyú stb.) lehet a helyettes orvos,
- a területről nem tudja más kolléga átvenni az ügyeletet, hiszen maximum kettőt ügyelhet.

Helyesebb lenne az a megfogalmazás, hogy az ügyeleti szolgálatban való részvételre – a (8) b) és (8) c) bekezdésben foglaltak figyelembevételével – **havonta legfeljebb 2 alkalommal kötelezhető.**

A (8) b) bekezdés szerint az ügyeletben az ügyeletes orvos által foglalkoztatott ápoló látja el az asszisztensi feladatokat.

Kérdések:

- **Ki, miből fizeti az orvos által biztosítandó személyzetet?**
- **Ki biztosítja a fogyó anyagokat?**
- **Ki biztosítja a gépkocsit és gépkocsivezetőt, amennyiben az ügyelet alatt házhoz is kell menni?**

- **A központi ügyeleti időre ki köt felelősségbiztosítást?** Az ügyelet működtetője, vagy külön-külön kötnek a közreműködő orvosok?
- **A házi orvosok milyen jogviszonyban végzik az ügyeleti tevékenységet,** azaz a házi orvosi tevékenységük része, vagy külön szerződés alapján?
- **Ki készíti az ügyeleti beosztást,** kinek van ebben ügyeletre kötelező **utasítási joga?**
- Nem meghatározott, hogy a (8) d) bekezdésben definiált ügyeleti idő alatt, **az ügyeletes orvosnak ki kell-e menni hívásra a beteghez, vagy ez az OMSZ feladata?**

A rendelet megnyugtatóan ügyeletnek tekinti a központi ügyeletet, ellentétben Csató dr. szóbeli tájékoztatásával, amely szerint 16.00-22.00 óráig tartó idő kiterjesztett házi orvosi rendelés.

4. AZ ORVOSOK, FOGORVOSOK, GYÓGYSZERÉSZEK, ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI FELSŐFOKÚ SZAKIRÁNYÚ SZAKKÉPESÍTÉSSEL RENDELKEZŐK FOLYAMATOS TOVÁBBKÉPZÉSÉRŐL SZÓLÓ 64/2011. (XI. 29.) NEFMI RENDELET MÓDOSÍTÁSA

Ez a módosítás csomag a jelen formájában végrehajthatatlan, és szándékával ellentétben nem javítja, hanem csökkenti a magyar ellátórendszer humánerőforrás ellátottságát és ellátásbiztonsági kockázatokat rejt.

Maga az alap szándék, ami közelíti a köz- és magánellátás tudását, illetve az, hogy a szakvizsga (mely egy szakma teljes spektrumának végzésére jogosít fel) karbantartásához olyan szakmai gyakorlatot is meg kell követelni, amelyet a szakma széles spektrumában végeztek, az akceptálható, de **a javasolt megvalósítás erre alkalmatlan.**

Főbb javaslataink:

- ki kell dolgozni egy akkreditációs rendszert, amely alapján a megfelelő komplexitású és esetszámú magánintézményi kör is felkerülhet az Országos Kórházi Főigazgatóság honlapján feltüntetett, a továbbképzéshez szükséges szakmai és technikai feltételek biztosítására alkalmas intézményi körbe,
- ennek kialakításáig is képzőhelynek kell elismerni azokat a magánszolgáltatókat, akik részt vesznek a szakképzésben (most lehet olyan abszurd helyzet, hogy egy szakképzésben oktató orvosnak más intézménybe kell mennie a szakmai gyakorlat megszerzése érdekében),
- meg kell vizsgálni a tömbösítés (nem heti negyven óra, hanem egyben töltött 2 hetes, hónapos blokkok) lehetőségét is, azaz a közellátásban töltött munka nem,
- a szaktárcának tudomásul kell vennie azt, hogy vannak olyan szakterületek, ahol a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók kapacitásai elégtelenek a szakmai gyakorlat befogadására (kiemelten ilyen terület a fogszakorvosi tevékenység és a foglalkozás-egészségügy).

Részletes problémák:

- Tisztázatlan a kötelezés alapján a közellátásban dolgozók státusza a befogadó intézményekben. Ők képzésen vannak ott? Akkor kell számukra képzési terv, tutor stb. Ha az Eszjtv. alá tartozik ez idő alatt, akkor a munkarendjét a befogadó képző hely határozza meg?
- Ráadásul ilyen töredék időben dolgozó nem tud beilleszkedni az ottani munkarendbe, nem tud team-ek tagjává válni.
- A képzőhelyet az orvos maga választja meg, vagy ellátási érdekből vezényelhető?
- Tisztázatlan, hogy a havi 20 óra (illetve 10 óra) amennyiben valaki több szakvizsgát tart karban, akkor annyiszor 20 órát kell szakterületenként közellátásban dolgoznia?
- A 10 óra ügyelet, mint kötelező keretidő nehezen értelmezhető, azaz havi egy ügyelettel is letudható a kötelezettség?
 - A 10 óra nem illeszkedik az intézmények ügyeleti beosztásához. A 10 óra elteltével a befogadó intézmény köteles a töredék időre ügyeletest biztosítani?
 - Miután ez tűnik a feladat legkönnyebb “letudásának”, féltő, hogy tömegesen vesznek részt olyan kollégák havi egy alkalommal az ügyeletben, akiknek nincs meg az ehhez szükséges napi rutinjuk, gyakorlatuk, mert évek óta nem ilyen jellegű tevékenységet végeznek. Ráadásul ez ellentétes a rendelkezés alapszándékával, hogy a közellátásban a szakma széles spektrumát gyakorolja a továbbképzésre kötelezett.
- Aki havi 10 órát ügyel egyedül valahol egy kisebb osztályon, az egyébként milyen „szakmai továbbképzésben” vesz részt, és kitől tanul?
- A jelenleg a magánegészségügyben dolgozók zöme néhány fő szakmai csoport köré koncentrálódik. Hol lesz annyi hely, hogy ezeken a területeken tudják a 20 órás gyakorlatukat tölteni 2023. január 1-je után?
- Egyes szakmákban (kiemelten: fogszakorvosi tevékenység és a foglalkozás-egészségügy) nincs annyi közfinanszírozott kapacitás, amely a képzésre be tudná fogadni a magánellátásban dolgozókat.
- A rendelet-tervezet szerint a gyakorlati továbbképzés keretében létrejövő jogviszonyra nem kell alkalmazni az Eszjtv. 4. § (1)-(5) bekezdése szerinti összeférhetlenségi szabályokat. Ez az amúgy is csak halkuló, de nem megszűnő hálapénz visszaépülést hozhatja, hiszen a havi 20 óra közösségi rendelés alkalmas a magánellátásban talált esetek közintézményi megoldására.
- A kötelező 20/10 órát szolgálati jogviszonyban kell tölteni. A törvény alá való betérésnek számtalan jogszabályi akadálya, korlátja van (Eszjtv. 2.§ (4), (5) bekezdés). *Ezek szerint ezek a kollégák foglalkozásvesztéssel lesznek büntetve, hiszen nem teljesíthetik a szakképzési kritériumokat. Ez aránytalan sérelem, hiszen a nevesített cselekmények önmagukban nem jelentik a foglalkozástól való eltiltást.*
- A tervezet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységet kiveszi a rendelet hatálya alól, bár ők, mint közfinanszírozott szolgáltatók, eleve benne

sincsenek. Ugyanakkor ez a felmentés várhatóan csak a háziorvosi szakvizsga karbantartására vonatkozik, amennyiben a háziorvos más szakvizsgát szeretne karbantartani és alkalmazni, úgy a havi 20 órás távollét számára is kötelező?

- Ez a rendelkezés megnehezíti (kvázi ellehetetleníti) a külföldről hazatérni kívánó kollégák visszatérését, és ki fogja zárni a magyarországi tevékenységből azokat a kollégákat, akik ma osztott munkaidőben dolgoznak Magyarországon és külföldön, mert nem tudják teljesíteni a rendeletben leírt gyakorlatot.
- A megfogalmazásból nem egyértelmű, hogy az a felsorolás, mely szerint, aki nem közfinanszírozott, nem állami, vagy nem önkormányzati fenntartású, vagy tulajdonú egészségügyi szolgáltatónál főállásban dolgozik (nem közfinanszírozott, nem állami, nem önkormányzati), ott a feltételek külön-külön, vagy együttesen értelmezendők. (Azaz közfinanszírozott magánszolgáltatóra vonatkozik-e a jogszabály?)
- Nem tisztázott, hogy mi a helyzet a részleges közfinanszírozási szerződéssel bíró magánszolgáltatók és felekezeti kórházak is esetében.
- Miután a rendeletet a 2023. január 1-je után lejáró működési engedélyek esetén kell alkalmazni, a közeljövőben lejáró működési engedélyek esetén nincs semmilyen felkészülési idő a végrehajtáshoz (képzőhelyek kijelölése, munkaszerződések megkötése, mindennek az adminisztratív háttérének megteremtése stb.). Ezért a rendelet bevezetését minimum 3 hónappal el kell halasztani.

Vélemény a belügyminiszter
“a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről”
rendelet-tervezetéről

HÁZIORVOSI - HÁZI GYERMEKORVOSI RENDSZER

Mindenképpen támogatandó az alapellátásban is a minőségi munkavégzés elismerése és a teljesítmény elemek finanszírozásba történő nagyobb arányának elve, ezt üdvözljük. Azonban senki sem gondolta, hogy ezt nem plusz források biztosítása, hanem meglévők elvonása és átcsoportosítása révén teszi meg a kormányzat. Ez elfogadhatatlan.

Az indikátorrendszer még a tervezett módosítást követően sem képes a valós teljesítmény mérésére - szemben az arra sokkal alkalmasabb praxisközösségi indikátorokkal -, hiszen nem elvégzett szakmai tevékenységet, hanem annak más praxisokhoz viszonyított arányát vizsgálja, amelyet számos tényező torzít. A jelenlegi indikátorkészlet elemeinek teljesítése alkalmatlan a szolgáltató tényleges teljesítményének mérésére azért is, mert annak teljesítése a szolgáltatótól független, a beteg közreműködését igényli, csakúgy ahogy a szolgáltatótól független az egyes indikátorpontok teljesítéséhez szükséges szakellátások, laborszolgáltatások elérhetősége. Ezen indikátorok alkalmazása felülvizsgálatot igényel és bevezetésük esetén is felkészülési időszakot és tesztperiódust javasolunk a várható változások modellezésére.

Az indikátorrendszer és a hozzá kapcsolódó finanszírozási változások egyértelműen hátrányos helyzetbe hozzák a vidéki, falusi praxisokat, tovább csökkentve azok vonzerejét és megtartó képességét. Ezt nem képes kompenzálni a tervezett 100 ezer forint kiegészítő díj. A fix és területi díjak megszüntetése hátrányosan érinti a nagy területű körzeteket (területi díj kiesése) és a több rendelőt fenntartó szolgálatokat. Az új finanszírozási tervezet nem számol sem a több rendelő miatti fenntartási költségekkel és - főleg vidéken - a nagyobb üzemanyagköltségekkel. Azt sem látjuk biztosítva, hogy a fenti finanszírozási elemek megszüntetése esetén pontosan mi biztosítja a fedezetét a betegek lakáson történő ellátásának, vagy éppen az oltóanyagok vidékre történő kiszállításának?

*A megemelkedő és nem kompenzált költségek, csökkenő önkormányzati támogatások mellett **praxisok ellehetetlenítését, felszámolását okozhatja**, ha egyes praxisok esetében az indikátor rendszer bevezetése miatt a NEAK bevétel is csökken.*

A tervezet megvalósulásával jellemzően a nagy kártyaszámmal rendelkező praxisok, valamint a több telephelyen szolgáltatást biztosító, döntően aprófalvas praxisok esetében jóval nehezebb lesz 1-1 indikátornak a megfelelő teljesítése, így a fix díjak kivezetésével még inkább a kis kártyaszámmal rendelkező praxisok kerülnek helyzeti előnybe a finanszírozás kapcsán.

Abban nem látunk a tervezetben változást, hogy az indikátorrendszer az adott megyében vizsgálja a házi orvosok szolgáltatók teljesítményét, miközben egy megyén belül mind a szakellátás, mind a laborszolgáltatások (melyek az indikátorok vizsgált feltételeinek teljesítéséhez szükségesek) elérhetősége óriási területi különbségeket mutat. És bár a járáson belüli települések hozzáféréseben fenti szolgáltatásokhoz is lehet különbség pusztán a település központhoz mért távolsága okán, mégis indokoltabbnak tűnik a teljesítmény indikátorok összehasonlítását járási szinten megtenni.

Összességében ez az indikátorrendszer nem az ösztönzést szolgálja, hanem torz módon forrás elvonásra törekszik. Ez a jelenlegi infláció- és energia áremelkedés mellett ellehetetleníti a praxisok működését, a házi orvosok fognak kilépni a rendszerből.

Területi szervezettől hasonlóan kritikus észrevétel érkezett:

1. A területi pótlék eltörlése kb. 250.000,- Ft bevétel csökkenést okoz praxisonként.
2. Pótlására az indikátor teljesítmény elszámolása szolgál, de a zárt kassza miatt, aki jól teljesít, max. az eredeti összeget kapja. Aki átlag alatt termel, az veszteséggel zár, így a praxisok jelentős része bevétel kiesést szenvedhet el.
3. A beteg compliance-ja nagyban befolyásolja a teljesítményt.
4. Az indikátor elszámolásban gondot okoz, hogy egyes elemeket nem az elvégzett tevékenység szerint pontozzák, hanem a fogadó szakrendelés BNO kódolása alapján.
5. Egyes megállapított célértékek elérése sok esetben lehetetlen, hiába teljesít a házi orvos egyes tevékenységeket illetően jelentősen a regionális, vagy országos átlag felett.

Összegezve: az indikátor rendszer átláthatatlan, bonyolult, ellenőrizhetetlen, lényegében a NEAK annyit fizet, amit jónak lát, a fix területi díj helyett.

FOGORVOSI INDIKÁTORRENDSZER

FOGORVOSI INDIKÁTOROK ELEMZÉSE

A minőségbiztosítás a fogorvosi ellátórendszerben ugyanolyan fontos lenne, mint a házi orvosi alapellátásban. Sajnos, az előkészített rendszer hasonlóan nem az ösztönzést szolgálja, hanem torz módon forrás elvonásra törekszik.

Vélemény az egyes indikátorok hatásáról:

INDIKÁTOR: tömést követő gyökérkezelés

INDIKÁTOR: tömést követő fogeltávolítás

(felnőtt, vegyes és gyermek fogászatok)

Ezen indikátorok képletei egyértelműen vélelmezik a képletekben szereplő elemek ok-okozati összefüggését, ami a valóságban sok esetben nem igaz (pl. parodontális történések megjelenése).

A szövődmény kialakulása olyan kockázat bekövetkezte, ami önmagában nem alapozza meg a felelősséget. Ezen indikátorokra az orvosnak csak indirekt ráhatása van.

Direkt módon ezért IRRELEVÁNS ilyen formában a mérése, és a finanszírozás függővé tétele.

A cél valószínűleg a kódpörgetés megállítása, de ebből a szempontból az indikátor nyilvánossága hasznosabb volna, mint finanszírozás befolyásoló tényezővé tétele.

A tömést követő gyökérkezelés kétesélyes fogak "preventív" gyökérkezelése felé mozdít, ellentmond a "best endo is no endo" szemléletnek, ezen kívül eltitkolásokhoz vezethet.

A tömést követő fogeltávolítás kétesélyes fogak nem "preventív" gyökérkezelése felé mozgat, hanem kimondottan eltávolításuk irányba, ezen kívül szintén eltitkolásokhoz vezethet.

INDIKÁTOR: Fogkö eltávolítás (felnőtt és vegyes fogászat)

Ez az indikátor ellentmond önmagának, ellentétes irányokba mozgat. A tevékenység időkorlátos, tehát lehetetlen minden betegnek elvégezni. Ha a hónapban csak időkorlátos betegek érkeznek, az indikátor értéke NULLA lesz. Emellett arra buzdítja a fogorvost, hogy a legkisebb, esetleg láthatatlan fogkövet is távolítsa el (kódpörgetés). A megfelelően edukált betegnek előbb utóbb nem lesz fogköve, tehát a fogorvos a helyes szájhigiéniá oktatásával rombolja az indikátorát.

Megjegyezzük, hogy 18 év alattiaknak is lehet fogköve, de ez az indikátor gyermek fogászaton nem indikátor.

INDIKÁTOR: Felnőtt szűrés (felnőtt és vegyes fogászat)

Ezen indikátoroknál időkorlát van évente egyszer.

Ellentétes irányú vektorok vannak beépítve: teljesítmény vs. időkorlát. Amennyiben egy hónapban csak időkorlátos betegek jelennek meg, akkor ezen indikátoroknál az orvos látszólagos teljesítése önhibáján kívül NULLA lesz.

INDIKÁTOR: gyermek szűrés (gyermek fogászat)

Ezen indikátoroknál időkorlát van - iskola fél évente egyszer.

Ellentétes irányú vektorok vannak beépítve: teljesítmény vs. időkorlát.

Amennyiben egy hónapban csak időkorlátos betegek jelennek meg, akkor ezen indikátoroknál az orvos látszólagos teljesítése önhibáján kívül NULLA lesz.

Megjegyezzük, hogy ahol nem felnőtt - gyermek körzetstruktúra működik (Budapest és egy két nagyobb város kivételével), ott a vegyes fogászatok végzik a gyermek ifjúsági és iskolafogászati munkát. Erről a rendelet nem vesz tudomást, ez az indikátor a vegyes fogászatoknál nem szerepel, ami elvi hiba.

INDIKÁTOR: barázdazárás (gyermek fogászat)

Ez az indikátor, a szakmai irányelvvel szembe menve, minden 18 év alatti összes fogának barázdazárására buzdítja a fogorvost, holott ez a tevékenység csak megfelelő indikáció esetén (hétköznapi nyelven mély, nehezen tisztítható barázdaszerkezet) mellett javasolt.

Az indikátor kimondottan "kódpörgető" indikátor, indokolatlan kezelések elvégzése felé mozgat.

A vegyes fogászatok ebből is kimaradtak, ez elvi hiba, szintén nem vesz tudomást arról, hogy az ország jóval nagyobb részében ők látják el a gyermek, ifjúsági és iskolafogászati feladatokat.

ÖSSZEGEZVE

Ebben a formában ezen indikátorok nem felelnek meg mérésre, hiszen az általuk mért adatok egy részében az orvosnak NINCS ráhatása az eredményre, más részük ELLENTÉTES vektorokat tartalmaz, nem valószínű, hogy érdemi minőségjavulást eredményeznek. Amire nincs direkt ráhatása az orvosnak és tőle független, azzal őt financiálisan szankcionálni nem lehet.

Sérti az egyenlő bánásmód elvét, hogy csak a területi ellátási kötelezettséggel dolgozó fogorvosok számára készült indikátorrendszer, az alapellátás más szereplői és szakellátás számára nem készült ilyen, holott az iskolafogászati szolgálat gyakorlatilag TEK nélküli gyermekkörzet. A felnőtt ellátást végző TEK nélküli felnőtt körzetek, és a szakellátás minősége is ugyanúgy monitorozandó lenne.

A rendszer gyökeres megváltoztatása tehát alkotmányossági aggályokat vet fel:

- sérti az egyenlő bánásmód elvét,
- úgy hozott hátrányt okozó rendelkezést, és az úgy hárított fokozott kockázatot egyes címzettekre, hogy nem hagyott semmiféle megismerési és felkészülési időt.

Korábban jeleztük, hogy véleményünk szerint az indikátorrendszer az ellátás biztonságának, hatékonyságának és minőségének folyamatos monitorizálására, javítására szolgáló eszköz, nem pedig a dolgozók honorálására. Ez utóbbi irányú felhasználása kontraproduktív lenne, a hibák eltitkolásához és a minőség romlásához vezet, következésképp mind az ellátórendszer, mind a betegek számára káros hatást eredményezne.

A rendszerrel kapcsolatban további kételyek, kérdések merülnek fel:

- A rendkívül erős kompetitív egyéni verseny, hogy egyeztethető össze a praxisközösségi kooperatív viselkedéssel?
- Miért nem a praxisközösségekhez csatlakozhattak együttműködőként a vállalkozó szakellátók, és az iskolafogászatok, TEK nélküli körzetek, így erősítve a kooperációt és emelve a praxisközösség kompetenciaszintjét?
- A fogászati alapidj nem azonos a házi orvosival, teljesítmény elemeket tartalmaz. Lásd FA kódok. Azaz ki nem fizetett elemek lesznek a TEK (területi ellátási kötelezettségű) fogászati alapellátásban. Miért?
- Megértjük azt, hogy szükség van az önhibájukon a praxisközösségi rendszerből kimaradtak, főleg TEK gyermekfogászattá visszaalakulni nem tudó iskolafogászatok és fogszabályozók kompenzációjára, de ezt a praxisközösségi rendszeren keresztül tartjuk szerencsésnek.
- A jelenlegi formában a módosítás miatt a fogászati praxisfinanszírozás az átlagos TEK praxisközösségi alapellátásban vélhetően nem nő, hanem csökken.
- Az, hogy elveszik a praxis nagyságának megfelelő fejkvóta finanszírozás, hiba, nem elfogadható.
- A jelenlegi rezsihelyzet miatt kérjük, hogy a fogászati kasszán belül a rezsitámogatást emeljék a házi orvosival azonos szintre, ezzel legalább a rezsidijjal kapcsolatos igazságtalanság eltűnik a rendszerből.

A hibák jelzése mellett kérjük, hogy ezeket az indikátorokat ne élesítsék, maximum teszteljék nyilvánosan, mind a szolgáltatók, mind a betegek számára megismerhetően.

A MOK VÉLEMÉNYE 9/1993. (IV. 2.) NM RENDELET „3. SZÁMÚ MELLÉKLETÉNEK MÓDOSÍTÁSÁRÓL”

A 9/1993 NM rendelet a HBCs szerint költségterítés alapja, tartalmazza minden fekvőbetegellátási esemény NEAK térítésének pénzügyi szabályait.

1. Fontos, hogy az anyagban szerepel, hogy ideje lenne megfelelő módszertannal és eszközökkel végzett költségfelmérés alapján elérni, hogy minden tevékenységet valós árán térítsen a NEAK. Továbbá a veszteségmentes működés anyagi feltételeinek biztosításával helyre kell állítani az egészségügyi tevékenységek végzése iránti érdekeltséget.
2. Nem ismert az illetékes Szakmai Kollégiumi tagozatok véleménye a szakterületeken ismert költségváltozásokról, elvárásokról, fontossági sorrendekről.
3. Nem ismert az ilyen feladatokra létrehozott minisztériumi munkabizottság álláspontja.
4. Nem derül ki, hogy változik-e a HBCs pont forintértéke, és ha igen, mennyivel.
5. A jelen módosítási javaslatban az egyes tételekhez nincs hozzárendelve az 50 elemű súlyszámtömb, ezért nem derül ki, hogy melyik változást mi indokolta:
 - a. a szükséges emberi erőforrások mennyisége és költsége?
 - b. a hotelköltségek (ápolási napok változása, energia, étkeztetés, segédüzemek stb.) változása?
 - c. a szakmai anyagok összetételének, mennyiségének, deviza és/vagy forintárának változása?
6. Nem derül ki, hogy a változások nyomán és a korábbi évekhez – 2018 - 2021 – képest mennyi lesz a várható **forintkiáramlás**, és ennek a fedezete rendelkezésre áll-e, illetve hogy a **magánellátás**ba átkényszerült ellátásokból fakadó csökkenés mennyi, és ez várhatóan változik-e?

A VÁLTOZÁSOK GYORSELEMZÉSE

A táblázatokban lévő tételek 58 főcsoportba tartoznak, ebből 11 sürgősségi, 26 belgyógyászati és 21 műtétes jellegű.

A jelenlegi javaslat a 761 HBCs súlyszámának ismeretlen szempontok szerinti változtatását tartalmazza. A változások megoszlása:

- a. 30 (3,94%) csökkenő,
- b. 55 (7,23%) változatlan,
- c. 599 (78,7%) fél pontnál kevesebbel emelkedett,

- d. 37 (4,86%) fél és 1 pont közötti értékkel emelkedett,
 - e. 19 (2,5%) 1-2 ponttal emelkedett,
 - f. 21 (2,76%) több, mint 2 ponttal emelkedett.
7. A 21 **sürgősségi ellátás költségét térítő HBCs** pontszámait a háromműszakos működés személyzetigénye és a jelentős vizsgálat szám határozza meg. A súlyszámváltozások:
- a. a változások összege 0,04 pont,
 - b. a változások átlaga 0,00219 pont, azaz 434 Ft., a medián 0,0 pont,
 - c. a legnagyobb emelkedés 0,01770, ami ennél a HBCs-nél 8,38%.
8. A 354 **belgyógyászati** jellegű (M = Medical) HBCs személyzet, vizsgálat és gyógyszerigényes **ellátás költségét térítő** homogén betegségcsoport súlyszámainak változásai:
- a. a változások összege 56,89 pont,
 - b. a változások átlaga 0,15716 pont, azaz 31 117 Ft,
 - c. a medián 0,05321 pont, azaz 10537 Ft,
 - d. a legnagyobb emelkedés 8,01651, ami ennél a HBCs-nél 45%, azaz 1587269.
9. A 364 **műtétes** jellegű (P, azaz Procedures) **ellátás költségét térítő** homogén betegségcsoport súlyszámainak változásai:
- a. a változások összege 94,65 pont,
 - b. a változások átlaga 0,25239 pont, azaz 49974 Ft,
 - c. a medián 0,09837 pont, azaz 19477 Ft,
 - d. a legnagyobb emelkedés 3,19104, ami ennél a HBCs-nél 19%, azaz 631826.

A pontérték-emelkedések átlagai és mediánjai közötti jelentős különbségek arra utalnak, hogy érdemben néhány – valamilyen szempont szerint – kiválasztott HBCs emelésére került sor.

A súlyszámok megemelése igen fontos és elkerülhetetlen volt. Különösen akkor, ha a szakpolitika a teljesítmény-arányos költségtérítés mellett dönt.

A HBCs eredeti céljait tekintve emlékeztetnék arra, amit néhai Dr. Bordás István igazolt: ha a kórházak finanszírozásában intézményfenntartás, rendelkezésre állás, vagy bármi más címen u.n. fix elem marad, akkor az kioltja a HBCS által keltett költséghatékonyság és mérethatékonyság iránti érdekeltséget.

A jelenlegi bértábla és bérrendszer nem biztosít a helyi munkáltatók számára kellő mozgásteret még azáltal sem, hogy a megyénkénti egyetlen munkáltató az évenkénti

néhány ezer valamilyen (milyen?) teljesítményértékelés alapján akár valamilyen leosztott hatáskörben ösztönző bérrendszert működtessen.

A TVK korlátozza az intézetek kapacitáskihasználási buzgalmát, és a területi ellátási kötelezettség segítségével segít életben tartani az alkalmatlan ellátóhelyeket.

Remélhetőleg a további szükséges, összehangolt és kellően egyeztetett lépésekkel fokozatosan felszámolható a jelenlegi kedvezőtlen helyzet.

ÖSSZEGRZÉS

Összességében a változtatás szándéka helyeselhető, elmaradása káros lett volna. Ez a jogszabály tüzoltás szerűen próbál segíteni az ellehetetlenült kórházfinanszírozáson, bevallottan átmeneti jellegű, érdemi szakmai egyeztetések nélküli. Reménykeltő, hogy további kiigazítások ígértét is tartalmazza.

- a) Mindenképpen kellene látni egy szöveges indoklást, hogy:
- a. Mi a célja ennek a HBCS kódrevíziós csomagnak? (Pld sebészeti és kardiológiai HBCs-k általános korrekciója, egyes gyógyszer tartalmú M-es HBCs-k valorizálása)
 - b. Mekkora fedezet áll mögötte éves szinten aktív fekvőbeteg szakellátási kassza szintjén?
 - c. Mi a következő lépés, pl. az alapidj korrekciójára is sor kerül-e?
 - d. Teljesítmény elvű finanszírozásra való visszaállás tervezett ideje?
 - e. Mikor építik be (beépítik-e) a béremeléseket a HBCs súlyszámokba?
 - f. Hogyan változik az éves teljesítmény volumen alapú finanszírozás rendszere ezt követően?
 - g. Mik a korlátai a mostani kódrevíziós csomagnak? Pl. az orvosi bérek beépítését (még) nem tartalmazza, nem terjed ki az EFI keretek felülvizsgálatára, beépítésére.
- b) Általában megállapítható, hogy nagyon fontos intézkedésről van szó. Üdvözlendő, hogy 4-5 év elmaradt kódkarbantartási munkáit követően a mostani egészségügyi vezetés egyik első intézkedésként nekifogott ennek a sziszifuszi feladatnak. További elismerést érdemel, hogy ez nem *fűnyíróelv* szerint történt, hanem szelektíven. Például az egyik leginkább veszteséges terület az általános sebészet lenne az egyik legnagyobb nyertese ennek a módosításnak 15%-körűli súlyszám emelkedéssel.
- c) Ugyanakkor a HBCs súlyszámok karbantartása, korrekciója még önmagában nem oldja meg az egyszerhasználatos eszközök finanszírozásának kérdését a minimál-invazív és más nagyobb direkt költségű eszközöket alkalmazó mütetes eljárások teljes körű finanszírozását. (Idén november végén került be az Államtitkárság és a NEAK asztalára egy komplex a hasi - onkológiai sebészet EFI keret rendezését célzó kódkarbantartási kérelem.)

- d) Kiegészítő fix finanszírozásra ott van szükség, ahol a rendelkezésre állás önmagában elvárt, de nem cél a 100%-os kihasználtság elérése (pl. SBO – sürgősségi ellátás, fertőző részlegek, osztályok fenntartása), de ez az egész aktív fekvőbeteg szakellátási finanszírozás néhány %-át érheti csak el.
- e) Az éves volumen alapú szolgáltatásvásárlást a költségvetési korlátok betartása, a területi hozzáférés kiegyenlítése, az innovatív eljárások gyorsabb elterjesztése és nem utolsósorban az indokolatlan kínálat indukálta kereslet visszaszorítása érdekében javasolt fenntartani, de ezt is karban kell tartani egészségi-szükséglet elemzések elkészítésével (health needs assessment), területi és a socio-ökonómiai státuszt figyelembe vevő részletes hozzáférési elemzések végzésével.
- f) A fix elemként finanszírozott béreket, béremelést egyéb személyi juttatási költségelemeket javasolt mielőbb beépíteni a HBCs súlyszámokba, és a kórházi szakellátások terén mielőbb visszaállni a teljesítmény alapú finanszírozásra.

Fontosnak tartjuk azt is megjegyezni, hogy

- az ellátási szintek harmóniája érdekében **hasonló munkára lenne szükség a járóbetegellátásban használt OENO pontértékek korrekciójával kapcsolatban is,**
- a kívánt hatások elérése érdekében **a lehető leghamarabb át kell állni a fix összegű finanszírozásról az HBCs pontértékek alapú teljesítmény finanszírozásra.**

A fentiek alapján a MOK szükséges korrekciós munkák, érdemi elemzések adatgyűjtések megkezdése mellett a rendelet mihamarabbi bevezetését támogatja.

Budapest, 2022. december 23.

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége nevében,

Tisztelettel:

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

A TESZ-ek beérkező véleményét külön levélben továbbítom, de a két kiemelte érintett réteg (FOTESZ és a Házi Orvosi Csoport) véleményét e levél mellékleteként küldjük.