

Van remény – „csak” váltani kell

Dr. Cserni István¹, Dr. Békássy Szabolcs², Dr. Kovács Erzsébet³, Dr. Rósa Ágnes⁴,
Dr. Taller Gabriella⁵, ¹ Házi orvos – Verőce, ² Házi orvos – Dunavarsány, ³ Házi orvos –
Hajdúböszörmény, ⁴ Házi gyermekorvos – Szeged, ⁵ Házi orvos – Solymár

Szakmai, politikai és laikus körökben is közismert tény és valamennyi érintett egyetért abban, hogy a házi-orvosi rendszer megújulásra, megerősítésre szorul. Az egészségpolitikai szándék az alapellátás korszerűsítése irányában egyértelműnek tűnik, ennek pontos mikéntjéről azonban az elmúlt években nem túl sok szó esett. A Házi orvosok Online Szervezete (HaOSz), egy olyan, a lendületen, konstruktivitáson, minőségen alapuló szakmai műhelymunkát hozott létre, mely a házi orvoslás minőségi átalakulását hivatott elősegíteni, mely nélkülözhetetlen az ágazat megújulásához, megerősítéséhez. A javaslatok egyaránt tartalmazznak rövid és középtávú feladatokat a szakmai munka szabályozása, a humán erőforrás háttér fejlesztése, a dokumentációs és információs rendszer korszerűsítése és a finanszírozási háttér stabilizálása területén.

Medical specialists, patients and politicians also agree that restructuring and confirmation of the general practitioner (GP) medical system is essential in Hungary. The intention of health policy is seem to be the modernisation of the primary care system however the ways and means of the system restructuring have not been discussed exactly. The GP Online Organization (HaOSz) has realized a professional work aiming reforming the GP medical system based on vitality, cooperation with partners and quality which attitude is inevitable in the reconstruction process. Suggestions include both short- and medium-term tasks within the area of regulations, development of human resources, improvement of administration and the stability of financing.

PROBLÉMAFELVETÉS

Nemcsak a házi orvosi szakma, de az egész társadalom aggódva figyeli a magyar házi orvosok korfáját: a házi orvosok átlagéletkora egyre magasabb (aktuálisan 57 év, a 60 év feletti házi orvosok száma meghaladja 40%-ot, a 60 év feletti házi gyermekorvosok száma a 48%-ot). Nagyon kis arányú az utánpótlás (az évi 110 rezidenshelyből 20 üresen marad) [1], egyre több a betöltetlen praxis (aktuálisan 347, ebből több, mint 1 éve betöltetlen 280) [10], egyre több páciensnek nincsen házi orvosa. A megüresedett házi gyermekorvos praxisok rendre megszűnnek és/vagy vegyes praxisokká alakulnak, a betöltetlen praxisok között így nem jelennek meg. Nincs a praxisokon átívelő szakmai vezetés, kevés a praxisok közötti kommunikáció, a praxisok árva egységekként dolgoznak. A házi orvosi pálya nem vonzó, az ágazatban dolgo-

zók elvesztették a hitüket, reményüket, a mindennapi munka jórészt kimerül a „tűzoltásban”. Az alapellátás egy része szabályozatlan, másik része rosszul szabályozott. 25 éve nem határozták meg konkrétan a működésre vonatkozó jogszabályokat [2,3,4], például, hogy mettől meddig tart a házi orvos munkaideje, mennyi egy házi orvos fizetése, mi a házi orvosok szerepe a sürgősségi ellátásban, valamint mi az önkormányzat kötelező feladata az alapellátásban stb.

Az elmúlt évek során mind a döntéshozók, mind az érintettek egyetértettek abban, hogy a házi orvosi ellátás megerősítésre szorul, és bár közel 50%-os arányú (reálértéken 15%) plusz finanszírozás érkezett 2012 óta a szektorba [9], érdemi változás a házi orvosi tevékenység szabályozásában nem történt. A házi orvosi ellátás aránya a teljes gyógyító-megelőző ellátáson belül immár tartósan és továbbra is 10% alatt van (aktuálisan 9,53%) [7].

2016 októberében alakult meg a Házi orvosok Online Szervezete (HaOSz) [8], azzal a céllal, hogy a házi orvosi szakmát kimozdítsa abból a több évtizedes gyakorlatából, hogy csupán az elégedetlenségének ad hangot szűk, vagy még szűkebb környezetében, de aktívan nem lép fel a változás érdekében. Lendületet, konstruktivitást, minőséget tűztünk a zászlónkra, melyhez néhány hónap alatt több mint 600 aktív házi orvos kolléga csatlakozott. Érdemi munkába kezdünk: áttekintettük a házi orvosi/házi gyermekorvosi rendszer legégetőbb anomáliáit, és ehhez megoldási javaslatokat, költségbecslést társítottunk. Munkánkhoz csatlakozott a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE), a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI), és a Sürgősségi Egészségügyi Magánszolgáltatók Országos Egyesülete (SEMOE) is.

Mit szeretnénk mi, a HaOSz-hoz csatlakozott házi orvosok, akik ebben az újonnan alakult szövetségben vállalva küzdünk egy magasabb színvonalú, vonzóbb, magasabb minőségű betegellátást végző házi orvosi rendszer megteremtése érdekében?

Korrekt, kiszámítható, egyértelmű szabályozási rendszert, mely figyelembe veszi a kiadásainkat, a munkába fektetett energiánkat, a szaktudásunkat, a minőségi házi orvosi ellátást, a pályán töltött időt. Normális, nyugodt körülmények közti szakmai munkát szeretnénk, elfogadható magyarországi bérezésért.

MI A GYÖKERE AZ ALAPPROBLÉMÁNAK?

A házi orvos vállalkozóknak a Nemzeti Alapkezelővel (NEAK) és az illetékes önkormányzattal kötött szerződése kettős, közjogi és magánjogi természetű. A feladatellátás vonatkozásában a közjognak, a finanszírozás szempontjából

a magánjognak kellene érvényesülnie. Azonban a finanszírozással kapcsolatos konstrukció nem teszi lehetővé, hogy a Ptk. egyik alapelve, a szolgáltatás-ellenszolgáltatás egyensúlya érvényre jusson. Ezt az egyensúlyt nem csak a Ptk., hanem a 2005/842/EK, majd ennek a helyébe lépő 2012/21/EU bizottsági határozat ill. az Eb. tv. alapján is biztosítani kellene, és az alapellátó szolgáltatókat a valós ráfordítások, nem pedig a rendelkezésre álló források alapján kellene ellentételezni.

Nincsen olyan jogszabály, amely rögzítené, hogy milyen típusú és mennyi forrást kell az önkormányzatoknak a feladatot átvállaló háziorvos számára biztosítani. A háziorvos és önkormányzat közötti szerződés kötelező tartalmi elemeit a 2000. évi II. törvény Az önálló orvosi tevékenységről ugyan meghatározza, de itt sincs rögzítve a praxis működtetésére vonatkozó kötelező, rendszeres önkormányzati szerepvállalás, sőt az önkormányzat nyilatkozhat úgy, hogy nem járul hozzá a praxis működtetéséhez. Ebből következően megállapítható, hogy kötelező módon az alapellátást gyakorlatilag a NEAK finanszírozza, egyéb önkormányzati vállalkások – a rendelő térítésmentes biztosításának kötelezettségén kívül – nincsenek a feladat ellátásához törvényileg hozzárendelve.

A háziorvosi bér a praxisprivatizáció óta a következőképpen képződik: a háziorvos fizetése az az összeg, amennyi marad hó végén a praxisfinanszírozásból, vagyis a finanszírozás MARADVÁNYA, az asszisztens és a takarítónő bérének levonása, a dologi kiadások (rendelői rezsi, biztosítások, adók, gépkocsi fenntartás, telefon, információs technológia, fogyóeszközök költsége stb.) levonása után.

Annak ellenére, hogy a bíróság, az ombudsman és a számvevőszék is foglalkozott már a kérdéssel, és mindenki egyöntetűen arra a következtetésre jutott, hogy a háziorvosi finanszírozás vállalkozói díj, melynek összhangban kellene lennie a praxis kiadásaival, eddig a döntéshozó tudatosan nem foglalkozott ezzel a kérdéssel. A zárt kassza egy bizonyos szisztéma szerint szétosztásra kerül úgy, hogy érdemben nem történt meg a praxisok valós költségeinek a felmérése [3, 11].

2011. április 1-től került bevezetésre a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének rendszere [5], amely a praxisokban végzett minőségi munkát lenne hivatott elősegíteni, azonban az elmúlt 6 év alatt nem készült összegzés, áttekintés ezen indikátorok változásáról, gyakorlati hasznáról. Számos szakmai problémát jeleztek a háziorvosok már több alkalommal a finanszírozó felé, azonban érdemi változás, korrekció nem történt (például a nem támogatott béta-blokkolók kérdése, a változó célértékek problematikája, más szolgáltatók munkájától való függőség stb.).

„MARADVÁNY-ELV” SZERINTI FINANSZÍROZÁS

Mit eredményez a jelenlegi alapvetően fix és fejkvóta alapú finanszírozási módszer, mely nem tükrözi a teljesítménykülönbségeket és az elmúlt két és fél évtized során reálértékben nem követte a költségek növekedését? Mit eredményez, hogy a társadalombiztosítás laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatokat csak járó- és fekvő-

beteg szakellátás keretében finanszíroz, az alapellátásban nem [6]?

A háziorvosok ellenérdekeltek abban, hogy drága műszert vásároljanak, költséges tesztekkel használjanak, plusz dolgozókat alkalmazzanak, magasabb szintű, költségesebb munkát végezzenek, mivel ezek mind a hó végi maradvány csökkenését eredményezik, így gyakorlatilag a háziorvos fizetését csökkentik.

Amennyiben továbbra is a fenti módszer marad a finanszírozásra, a döntéshozók növelhetik a háziorvosi kasszát – evvel a háziorvosok béérének emelkedése elérhető, azonban a munka minősége érdemben nem fog megváltozni, mert az orvos anyagilag továbbra is ellenérdekelte lesz abban, hogy több pénzt fordítson a praxis (minőségi) működtetésére. A jelenlegi finanszírozási struktúra független a praxisban végzett munkától, az orvos életkorától, a felhasznált eszközöktől, a praxis valós költségeitől. Ebben a rendszerben továbbra sem lesz ismert konkrétan a háziorvos bére, és a munka minősége továbbra is csak az orvos belső indítatásától függ, a finanszírozó által, felülről nem lesz befolyásolható.

SZOLGÁLTATÁS-ELLENSZOLGÁLTATÁS SZERINTI FINANSZÍROZÁS

Javaslatunk szerint a háziorvos béérének összhangban kell lennie a praxis nagyságával, korösszetételével, a háziorvos életkorával, a praxisban végzett minőségi munkával. Javasoljuk [8]:

- életpályamodell bevezetését – a szakmai szorító emelését a praxisban töltött idő függvényében;
- másodszakvizsgák (belgyógyászat, csecsemő-gyermekgyógyászat, endokrinológia, gasztroenterológia, kardiológia, neurológia, reumatológia, tüdőgyógyászat), licence vizsgák (diabetológia, copd, asthma, kispeszchiátria (szorongás, depresszió), gyermek-pulmonológia, gyermek-gasztroenterológia, gyermek-nefrológia, gyermek-pszichiátria) használatának a lehetőségét, ehhez konkrét finanszírozási struktúra bevezetését (szakmai szorító emelését szak-/licence vizsgánként) – ehhez kapcsolódóan a Támogatott gyógyszerrendelést szabályozó 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítását
- a degresszió teljes eltörlését;
- valódi, az evidenciákon alapuló minőségi munka alapú indikátorrendszert, mely meghatározott fix célértékek felett, és nem a változó országos átlag felett díjaz;
- teljesítményarányú díjazás bevezetését – bizonyos, a definitív és minőségi munkát elősegítő diagnosztikus vizsgálatok, és egyéb ellátások tételes elszámolásának a lehetőségét (ABPM, Holter EKG, spirometria, INR, CRP, StrepA, FOB, oltások);
- a gépjármű minimumfeltételek közé felvételét, beszerzéséhez, fenntartásához, működtetéséhez havi általánydíj rendelését;
- folyamatos eszköztámogatási rendszer bevezetését (eszközök beszerzésére, szervizelésére, időszakos validálására, folyamatos működtetésére);

- országosan egységes díjszabást a nem NEAK finanszírozott tevékenységekre stb.

A HaOSz által kidolgozott rendszerben a praxis összetételéből pontosan levezethető az orvos bére, a rendszerben plusz feladatokhoz lehet plusz finanszírozást rendelni, ezáltal – a finanszírozó által befolyásolható módon – minőségi változásokat lehet elérni a praxis működése terén.

HOGYAN LEHET ÚJRA EMELKEDŐ PÁLYÁRA ÁLLÍTANI A HÁZIORVOSLÁST?

- Változtatni kell a jelenlegi szemléleten, a páciensek és a szakma által is érzékelhetően az egész egészségügyi alapellátást előrébb kell sorolni az egészségpolitika prioritásai között
- Változtatni kell a finanszírozási struktúrán
- Változtatni kell a szakmai kommunikáción

AZAZ VÁLTANI KELL

Költség, minőség és teljesítmény alapú finanszírozási rendszert kell bevezetni. Finanszírozónak meg kell ismernie, figyelembe kell vennie a jól szervezett, jól működtetett praxis elvárható költségeit, és ehhez kell hozzárendelnie a finanszírozási rendszert (szolgáltatás-ellenszolgáltatás). Számításaink szerint az elkövetkezendő öt évben további 50%-os finanszírozás emelés szükséges ahhoz, hogy az elvárható minőségi, definitív munkát végző háziiorvosi praxisok kiadásai egyensúlyba kerüljenek a központi finanszírozással.

Olyan indikátorokat kell bevezetni – az ezzel kapcsolatos javaslatok szintén részletesen kidolgozásra kerültek a HaOSz által összeállított javaslatcsomagban [8] – amelyek valóban összefüggésben vannak a minőségi betegellátással, ezeket folyamatosan monitorozni, fejleszteni, javítani kell addig, míg valóban elérjük azt a célt, melyet a bevezetésükkel kitűztünk magunk elé. Ehhez azonban a finanszírozónak folyamatos, érdemi kommunikációra van szüksége a szakmát gyakorlókkal, a szektorban dolgozókkal.

A páciensek azon joga, hogy azonnali orvosi ellátáshoz jussanak az alapellátásban, valamint, hogy prevenciót is magában foglaló gondozási tevékenység is történjen az akut ellátáson túl, egymásnak sok esetben ellentmondó kívánal-

mak, melyeket feloldani – az orvosok fenti korfáját is figyelembe véve – csak a szabályozott, irányított betegelőjegyzési rendszer bevezetésével lehetséges, a képzett szakdolgozók kompetenciájának növelése mellett.

A HaOSz tagsága nem azt várja, hogy egy pillanat alatt megváltozik a rendszer. Felállítottunk egy 5 éves, mind szakmailag, mind finanszírozási szempontból tartható megújulási tervet, mely nem igényli a jelenlegi szisztéma szétbombázását, hanem egy folyamatos, lépésről-lépésre haladó megújulást eredményezhet. A HaOSz által összeállított átfogó javaslatcsomag a finanszírozó számára lehetővé tenné a szakmai alapokon nyugvó, elvárható, valós költségekhez igazított (szolgáltatás-ellenszolgáltatás) praxisfinanszírozást, és a minőségi munkához köthető bérezést, a minőségi munka többletköltségének a honorálását. A HaOSz körében elvégzett szavazás eredményeképpen a tagság 95.8%-ban támogatja a megújulási tervet [8]. Az Egészségügyi Államtitkársággal az elmúlt hónapok során intenzív kommunikációba kezdünk, az átalakításhoz minden szakmai segítséget készek vagyunk megadni.

Véleményünk szerint a javaslatunk az alapját képezheti a jövőbeni minőségi változásnak az alapellátás megújítását célozva és a kölcsönös párbeszédnek a döntéshozók és a háziiorvosi szakma között.

ÖSSZEFOGLALÁS

	MARADVÁNY-ELV	SZOLGÁLTATÁS – ELLENSZOLGÁLTATÁS
	Jelenlegi finanszírozás	HaOSz javaslatcsomag
Összeffüggés a praxis valós költségeivel, kiadásaival	Nincs	Szoros
Összeffüggés a praxisban folyó munkával	Nincs	Szoros
Összeffüggés a többletköltségekkel járó minőségi munkával	Ellenérdekelt	Érdekelt
Összeffüggés a háziiorvos szakmai képzettségével	Nincs	Szoros
Összeffüggés a háziiorvos korával	Nincs	Szoros
Háziiorvosi bérképzés ¹	A hó végi maradvány. Az elvégzett munkától független.	A praxis nagysága, összetétele, a praxisban töltött idő, a praxisban használt szakvizsgák, licence-ek, a praxisban folyó minőségi munka egyenes következménye.
Háziiorvosi bérképzés ²	Nehezen kiszámítható, hosszú távon nem tervezhető, nehezen növelhető.	Kiszámítható, tervezhető, többletmunkával növelhető.
Finanszírozó befolyása a munkavégzésre	Nincs befolyása. Többletfinanszírozásból nem következik egyértelműen többlet munkavégzés.	Van lehetősége befolyásolni. Többlet munkához közvetlenül többlet finanszírozás társítható.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Ádány Róza, Papp Magor: Prevenciók szolgáltatások az alapellátásban
- [2] 1997. évi LXXXIII. Egészségügyi Törvény
- [3] 43/1999. kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- [4] 4/2000. Eü. minisztériumi rendelet az alapellátásról
- [5] 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről
- [6] 9/2012. (II.28.) NEFMI rendelet az E. Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, elszámolhatósági feltételekről
- [7] 2016. évi XC. törvény Magyarország 2017. évi központi költségvetéséről
- [8] www.haosz.hu
- [9] www.ksh.hu
- [10] www.oali.hu
- [11] www.oep.hu

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Csérni István 2000-ben végzett a Semmelweis Egyetemen általános orvosként. 2004-ben háziorvostan, 2011-ben foglalkozás-egészségügyi szakvizsgát szerzett. Szakmai gyakorlatot végzett Buffalo-ban a New York Uni-

versity-n (Gasztroenterológia, Fej-nyak-sebészet, Tüdőgyógyászat), illetve mentőorvosként. 2003 óta dolgozik Verőcén háziorvosként. 2009 óta oktató háziorvos, 2000 és 2012 között a Medition Kiadó munkatársa szakmai irányelvek fejlesztésében, szerkesztésében. Az Erodium Orvosi Betegirányító Rendszer szakmai vezetője 2013 óta.

Dr. Békássy Szabolcs, 2007-ben szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, majd 2011-ben Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézetében háziorvostan szakorvosi képesítést. 2015 óta foglalkozás-egészségügyi szakorvosjelölt, a Pécsi Tudományegyetem Foglalkozás-egészségügyi és Munkahigiénés Központban. 2007-2008 között mentőorvosként dolgozott, 2008 óta háziorvosként tevékenykedik. A Háziorvosok Online Szervezetének alapító tagja.

Dr. Hámoriné Dr. Kovács Erzsébet 2001-ben szerzett általános orvosi diplomát Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában summa cum laude. 2007-ben a Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Karán, Master of Business Administration diplomát szerzett. 2001 óta a Debreceni Egyetem Klinikai Központ (DE KK), Belgyógyászati Intézetében klinikai orvos, szakorvos, 2009-ben szerzett belgyógyászat szakvizsgát. 2009 óta háziorvos, oktató háziorvos, 2011-ben végezte el háziorvosi szakvizsgáját. PhD hallgató, abszolutóriumát megszerezte, experimentális, klinikai hematológiai és hemosztázis kutatások témában: veleszületett és szerzett thrombophilia klinikai jelentőségének vizsgálata.

Dr. Rósa Ágnes 1983-ban végzett a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. 1983-tól 1995-ig a Szeged Megyei Jogú Város Gyermekkorházában dolgozott csecsemő- és gyermekgyógyászként, 1988-ban szerzett szakvizsgát. 1995-től Szegeden házi gyermekorvosként dolgozik, 2006-tól városi, majd megyei házi gyermekorvos szakfelügyelő. 2009-2011 között a Háziorvosi Szakmai Kollégium házi gyermekorvosi szakcsoportjának tagja, 2013-2016-ig a GYEMSZI, majd OBDK keretén belül a gyermek alapellátás állandó minőségügyi szakfőorvosa.

Dr. Taller Gabriella 1986-ban végzett a SOTE Általános Orvostudományi Karán. 1986-1988 között az Orvostovábbképző Egyetem Fül-Orr-Gégészeti Klinikájában dolgozott, majd 1988-1996. között a Szent Rókus Kórház Fül-orr-gégészeti osztályán. 1990-ben fül-orr-gégész, 1994-ben foniátria, 1999-ben háziorvostan szakvizsgát szerzett. 1996. óta dolgozik a Solymáron háziorvosként. E mellett fül-orr-gégészeti szakrendelést is végez.

Engedje be a fényt!

A Magyar Mülencse Implantációs és Refraktív Sebészeti Társaság éves kongresszusa kapcsán hívja fel rá a figyelmet, hogy a szürkehályog a mai modern műtéti technikával immár rutinszerűen gyógyítható. Ennek ellenére, egy friss felmérés szerint mégis több 10.000 honfitársunk halogatja a kezelést, amivel a vakságot kockáztatja.

A modern életvitel (pl. autóvezetés, számítógép és okostelefon használat) egyre jobb látóélességet igényel. Ennek köszönhetően az érintett betegek egyre korábban keresik fel a szemorvost, és kerül felismerésre a szürkehályog.

A szürkehályog a szemlencse betegsége. Az elváltozás lényege, hogy a szemlencse átlátszósága folyamatosan csökken, emiatt a betegek látása egyre homályosabbá válik. A betegség a nevét is erről kapta, a „cataracta” görög szó, ami vízesést jelent, mivel a beteg látása idővel egyre inkább olyanná válik, mintha vízfűggyönyön nézne keresztül.

A betegség tipikusan az idősebb korosztályt érinti. Kezdetben az elváltozás mértéke még alig észrevehető, de később akár teljes vakságot is okozhat. Kialakulása fájdalommentes, és a látásromlás sokáig észrevétlen maradhat. Sajnos a fejlődő országokban olyan gyakoriak az elhanyagolt esetek, hogy jelenleg a szürkehályog a vezető vaksági ok a világon, miközben műtéttel jól gyógyítható, és a beteg látása visszaadható.

A Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának kutatócsoportja a Lions Clubs International Foundation pályázati támogatásával felmérte, hogy Magyarországon milyen gyakori a szürkehályog előfordulása és az okozott látásromlás. A szűrővizsgálat során két vizsgálócsoport járta az országot, a felmérésben összesen több mint 3500, 50 éves vagy annál idősebb lakost vizsgáltak meg országszerte.

Folytatás a 21. oldalon