



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 betegbiztonsági 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 képzei el. Motivációval megnyerhető, szabadon vándorló munkaerő helyett vezénlyéssel 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 betegbiztonság 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 betegbiztonságot 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
egyes 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 értékesíthetatlenné 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, szülészeti 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 szülészeti 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 háziorvosok milyen jogviszonyban végzik az ügyeleti tevékenységet,** azaz a háziorvosi 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 háziorvosi 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”, félok, 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 töltetni 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 töltetni. 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 háziorvosok 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 javasunk 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 háziorvosi 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 háziorvosok 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 háziorvos 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 háziorvosi 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 kódporgetés 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 szájhigiénia 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 iskola fogászati 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 iskola fogászatok, TEK nélküli körzetek, így erősítve a kooperációt és emelve a praxisközösség kompetenciaszintjét?
- A fogászati alapdíj 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 gyermekfogászatá visszaalakulni nem tudó iskola fogászatok 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 kasszában belül a rezsitámogatást emeljék a házi orvosival azonos szintre, ezzel legalább a rezsidíjjal 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 súlyszámömb, 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 **műtéti** 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.

ÖSSZEGZÉS

Összességében a változtatás szándéka helyeselhető, elmaradása káros lett volna. Ez a jogszabály tűzoltás 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:
- Mi a célja ennek a HBCS kódrevíziós csomagnak? (Pld sebészeti és kardiológiai HBCs-k általános korrekciója, egyes gyógyszer tartalmú M-es HBCs-k valorizálása)
 - Mekkora fedezet áll mögötte éves szinten aktív fekvőbeteg szakellátási kassza szintjén?
 - Mi a következő lépés, pl. az alapidj korrekciójára is sor kerül-e?
 - Teljesítmény elvű finanszírozásra való visszaállás tervezett ideje?
 - Mikor építik be (beépítik-e) a béremeléseket a HBCs súlyszámokba?
 - Hogyan változik az éves teljesítmény volumen alapú finanszírozás rendszere ezt követően?
 - 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%-körüli 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 műtétes 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:

Magyar
Orvosi
Kamara

Digitálisan aláírta:
Magyar Orvosi
Kamara
Dátum: 2022.12.23
17:11:04 +01'00'

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 Háziorvosi Csoport) véleményét e levél mellékleteként küldjük.



Dr. Takács Péter

Belügyminisztérium

egészségügyért felelős államtitkár részére

Tisztelt Államtitkár Úr!

Az egészségügyi rendszer átalakítását szolgáló salátatörvény végrehajtási rendeleteinek a kormány.hu oldalon olvasható tervezeteivel kapcsolatban társadalmi egyeztetés keretein belül az alábbi észrevételeket kívánjuk tenni.

Mindenekelőtt meg kívánjuk jegyezni, hogy az alapellátási rendszer működésének és finanszírozási alapjainak ilyen mértékű átalakítása, az azzal kapcsolatos aggályok és megválaszolatlan kérdések olyan ellátásbiztonsági és betegbiztonsági kérdéseket vetnek fel, melyek megnyugtatóan bizonyosan nem rendezhetők a társadalmi egyeztetésre rendelkezésre álló 5 munkanap alatt. Miután az alapellátási rendszer működési és finanszírozási alapjait érintő kormányzati átalakítási szándék részletei sajnos nem kerültek ismertetésre és véleményeztetésre sem a háziiorvosi szakmai szervezetek (MOK Háziiorvosi Csoport, MOK FOTESZ, HAOSZ, HGYE), sem az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziiorvosi Tagozata számára, ezért érdemben nem is alakíthatták azt. Ezért kérjük, hogy ezen szervezetek bevonásával azok újragondolásra, megbeszélésre kerüljenek elfogadás előtt.

3 főcsoport ami tisztázásra szorul (+1 rezsi)

1. alapellátási ügyeleti átalakítás :

- A legfontosabb megválaszolatlan kérdés **a tervezett országosan egységes feladatellátási szerződés kérdése, mely egyáltalán az OMSZ által működtetett ügyelet működésében való részvételi kötelezettséget keletkezteti.** Ezen feladatellátási szerződés tervezetét kérjük mielőbb megküldeni véleményezésre,

miután annak minden alapellátó orvos általi aláírása nélkül a tervezett új ügyeleti rendszer sem tud felállni. **A meglévő feladat ellátási szerződések módosítása csak mindkét szerződő fél beleegyezésével történhet, mert ha nem így van és kényszerítő körülmény kerül felderítésre az komony alapjogi aggályokat vet fel.**

- A tájékoztatók során többször elhangzott hogy közreműködői szerződés révén lesz biztosított a háziorvosok foglalkoztatása és az OMSZ-al történik a szerződéskötés. Azonban **sokszor keveredett a tájékoztatókban a személyes közreműködői, valamint a közreműködői szerződés kifejezés** miközben ezen két szerződéses forma közt óriási különbség van.
- Nem ismert, hogy az ügyeleti tevékenység időszakára **ki biztosítja annak felelősségbiztosítását és milyen feltételekkel.**
- A rendelettervezet **a praxisok szakdolgozóit kötelezné ügyeleti részvételre. A jelenlegi munkaszerződéseik nem tartalmazznak ilyen kötelezettségeket,** így a háziorvosi vállalkozások nem tudják kötelezni őket munkaszerződés módosítás nélkül. Kérdéses, hogy a praxisnővérek (sok helyütt nyugdíj mellett továbbfoglalkoztatott) ezen változtatásra hajlandók-e? **Jellemzően az ügyeleti szolgálatok működésében eddig is részt vettek praxis nővérek, akiknek ez a havi 6-8 ügyelet stabil megélhetést biztosított a praxisnővéri fizetésük kiegészítéseként. Ezen stabil szakdolgozói gárda megtartását és fejlesztését javasoljuk az esetleges praxisnővéri részvétellel szemben.**
- Kérdéses továbbá, hogy milyen jogviszonyban tervezik a szakdolgozók foglalkoztatását?
- Hibásnak tartjuk azt az elképzelést, hogy **jelenleg jól működő alapellátási ügyeleket szüntet meg** az egészségügyi irányítás, mert ezekre lehet támaszkodni és a meglévő jó gyakorlatokat átvéve fejleszthetők a korábban nem megfelelően működő ügyeleti pontok. Ez szakmai segítséget, a gördülékenyebb továbbműködést segítő lehetőséget jelentene az OMSZ számára is.
- Aggályosnak találjuk, hogy **a területi kollegiális vezetők megválasztásáig és a járási alapellátási központok megalakulásáig** - amely legalább fél-egy év - **a megyei kollegiális vezetőkre és az alapellátási ügyeletszervezésben járatlan városi kórházra hárul az egész megye ügyeleti beosztása,** miközben ehhez semmiféle apparátussal nem rendelkeznek és a kollégák sincsenek a kollegiális vezetővel semmiféle jogviszonyban.
- Az ügyeleti pontokon **egy ügyeleti sorral, 6 órás ügyeleti idővel és többnyire 2x akkora ellátási területtel mint korábban, a kijárás biztosítása aggályos.**

Javasoljuk, hogy a kiszállást biztosító autó mentőtisztet, vagy APN-t vigyen a helyszínre. Amennyiben ott nem biztosítható definitív ellátás, a döntésük alapján kerüljön beszállításra az ügyeleti pontra, vagy az SBO-ra. **Ügyeletes orvosnak beteghez kiszállnia csak legvégső esetben kelljen.**

- Aggályosnak találjuk továbbá, hogy **korábban nagy esetszámmal működő ügyeletek szűnnek meg, pusztán azért mert nem járásszékhelyen működnek.** Az ügyeleti pontok kijelölésének alapja számunkra úgy tűnik pusztán közigazgatási és nem szakmai volt.
- **Halottvizsgálat** esetében a 2023. július 1-ig terjedő időszakban **a 6 óra vizsgálat megkezdéséig számított idő azt fogja eredményezni, hogy az ügyeleti kapacitás csökkenése miatt minden éjjel elhunytat a rendelés megkezdése előtt nekünk kell majd megvizsgálni, ami fel fogja borítani a rendeléseket.**

2. A praxisfinanszírozás tervezett átrendezése az indikátorkasszának a fixdíjak rovására történő emelésével

- **Miközben támogatjuk a praxisfinanszírozásban a minőségi munka elismerését és a praxisok teljesítményértékelését, nem gondoltuk, hogy a kormányzat azt többletforrás biztosítása nélkül, a praxisfinanszírozásban történő átcsoportosítással gondolja megvalósítani.** Úgy ráadásul, hogy a mérés alapját jelentő jelenlegi indikátorrendszer még a tervezett változtatásokkal is elavult. **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.
- A fix és területi díj tervezett elvétele és elavult, a valós teljesítmény mérésére alkalmatlan indikátorok alapján történő visszaszerezhetősége, **társulva egyidejűleg a rezsiköltségek drámai emelkedésével csődbe vihetik a háziiorvosi vállalkozásokat.** Ezért semmi esetre sem elfogadható, **vörös vonal a fix és a területi díjak egyik napról a másikra történő átcsoportosítása, ennek bevezetése**

gondos számításokat és tesztidőszakot igényel.

- Ha a valóban a **teljesítményfinanszírozás arányának növelése a cél a praxisfinanszírozáson belül**, akkor **az azt monitorozó indikátoroknak nem a lakosság együttműködésén múló, a háziorvosok által kevésbé befolyásolható tevékenységekre, vizsgálatokra kellene fókuszálnia**, ráadásul lakossági ösztönzők nélkül. Meglátásunk szerint **a szoros praxisközösségi indikátorok sokkal inkább képesek leképezni egy praxis valós többletteljesítményét**, mert nem függenek ezen külső, nem befolyásolható tényezőktől.
 - **A fix díjak átcsoportosítása döntően a vidéki praxisokat sújtja, melyeknek éppen a megtartó képessége, vagy még inkább vonzóvá tétele lenne szükséges.** Ezen finanszírozási elem elvétele, teljes bizonytalanságba taszítja ezen praxisokat, mert a jelenlegi indikátorok teljesítését esetükben számos objektív tényező korlátozza, már csak az ellátott lakosság szakellátáshoz, laborszolgáltatáshoz történő hozzájárulásának nehezítettsége miatt is.
 - 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, ami egyértelműen nem cél.**
 - Abban sem látunk a tervezetben változást, hogy az indikátorrendszer az adott megyében vizsgálja a háziorvosi 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.**
3. **alapellátásban dolgozók másod, harmad szakvizsgájának megtartásához szükséges "gyakorlat" letöltésének kötelezettsége az OKFŐ által meghatározott helyszíneken és ESZJVT munkaviszonyban.**
- Aggályosnak találjuk, hogy **az alapellátásban dolgozó háziorvosok más szakvizsgájuk megújításához szükséges gyakorlati idő igazolást csak havi 20 óra közfinanszírozott ellátásban történő feladatvállalással, vagy ugyanott 10 óra ügyeleti ellátással szerezhetik meg.** Bár a rendelet úgy fogalmaz., hogy az nem vonatkozik a háziorvosokra, de ez vélhetőleg csak a háziorvosi szakvizsga megújítására érthető. Más másodszakvizsgákra is igaz, de az alapellátásban

gyakran jellemző üzemorvosi szakvizsga megújítását illetően egyszerűen nem is tudjuk értelmezni, hogy milyen közfinanszírozott ellátásban kellene ezeknek a kollégáknak részt venniük. Kit állítsunk be addig magunk helyett a háziorvosi rendelésbe és milyen pénzből fizessük a helyetttest?

- Másik dilemma, hogy a közfinanszírozott járóbeteg vagy fekvőbeteg ellátásban történő gyakorlat **csak munkaviszony létesítésével képzelhető el, amely értelemszerűleg ESZJTV munkaviszony.** Azonban az ESZJTV munkaviszony, még ha az havi 20 órára szól is elsődleges munkaviszonynak számít és a háziorvosok minden más tevékenységét, beleértve az alaptevékenység háziorvoslást, de folytatva a magánrendelésekkel engedélyeztetni kell az OKFŐ-vel, továbbá a jogviszony a vezénylés lehetőségét is megalapozza.

NEM A RENDELETEKHEZ TARTOZIK SZOROSAN, DE.... REZSIHELYZET

- Az energiahordozók árának elszabadulása tervezhetetlen, ráadásul nem ugyanolyan mértékben sújtja a háziorvosi szolgáltatásokat. Számos jó példát látunk az önkormányzatokkal kötött megállapodásokra, amely képes volt rendezni a problémát, döntően azonban a tagjaink az önkormányzatok elutasító hozzáállásáról számolnak be a kérdést illetően. A kamara levelet intézett államtitkár úrnak és miniszter úrnak is megoldási javaslatokat vázolva és kormányzati intervenciót kérve, azonban eddig érdemi választ nem kaptunk a javaslatokra. **A kamara felmérése alapján egyes praxisokban 8-10-szeres rezsiköltség növekedéssel kell számolni, melyet önkormányzati vagy állami segítség nélkül valamilyen módon a praxisok fix finanszírozásából kellene kigazdálkodnia a szolgáltatóknak. Erre úgy látjuk a háziorvosi szolgáltatók ilyen egyre romló és főleg tervezhetetlen finanszírozási környezet mellett képtelenek lesznek és tömegével fognak csődhelyzetet jelenteni.** Egy olyan indikátor alapú finanszírozás átcsoportosítás bevezetése, melyet döntően a háziorvosi szolgálat valós teljesítményétől független tényezők is mozgatnak, az elszabaduló rezsiköltségtől való kitettséget csak tovább növelné.

Megjegyezzük továbbá, hogy a szakdolgozói bérek alapellátásban történő jövő évi emelésének sincs meg a finanszírozási fedezete, miközben azt a finanszírozási rendelet értelmében a szakdolgozói bértáblához szükséges igazítani.

Tisztelt Államtitkár úr!

Kamaránk több ízben jelezte, hogy az előregedett háziorvosi kar indokolatlan terhelése, a kötelező ügyeleti rendszer bevezetése több a nyugdíj után még a pályán maradó kollégát szolgálata befejezésére, végleges nyugdíjba vonulásra készít majd, amely nemcsak az ügyeleti, de a nappali ellátás biztonságát is veszélyezteti egyes területeken. A finanszírozás fix

és területi díj elemeinek elvonása, valamint a rezsiköltségek aggasztó és kontrollálatlan elszabadulása és annak kompenzálásának elmaradása főként az egyébként is nehéz helyzetben lévő peremterületeket ellátó vidéki praxisokat terheli. Ezeken a területeken az ügyeleti ellátás járásonkénti megszervezhetősége is kérdéses. **Sajnos azt tapasztaljuk, hogy az alapellátásban tervezett változások nemcsak az idős, nyugdíj mellett dolgozó kollégákat, de a fiatal, még mobilis és agilis 40 év alatti kollégákat is a pálya elhagyására ösztönzi.** Rezidensek, fiatal még praxis nélküli szakorvosok arról számolnak be megkereséseikben, hogy nem látnak semmiféle valós perspektívát a háziiorvoslásban, ami több mint tragikus hír az alapellátás jövője szempontjából.

Tisztelettel kérjük ezért javaslataink megfontolása mellett a rendelettervezetnek a háziiorvosi szakmai szervezetekkel történő újratárgyalását.

Budapest, 2022. december 22.

dr. Soós Zoltán sk.
csoportvezető
Magyar Orvosi Kamara
Háziiorvosi Csoport

Magyar Orvosi Kamara

Fogorvosok Területi Szervezete

Székhely: 1068 Budapest, Szondi u. 100.

Postacím: 1406 Budapest, Pf.: 11.

Telefon: +36-1-353-2188

E-mail: kamara@fogorvos.hu



Iktsz: VII/1289-28/2022

Tárgy: Vélemény

Dr. Kincses Gyula

elnök úr részére

Magyar Orvosi Kamara

Tisztelt Elnök Úr!

Alábbiakban küldjük a MOK Fogorvosok Területi Szervezete (továbbiakban: FTESZ) kivonatolt véleményét, melyet az elnökség tagjainak észrevételeiből állítottunk össze.

A véleményezési időszak – tekintve az ünnepek közeledtét – méltánytalanul szűk, és ilyen fajsúlyos kérdések érdemi megfontolására bizony kevés.

Mindezek ellenére igyekeztünk a fogorvosokra vonatkozó kérdésekben releváns szakmai és részben jogi véleményt készíteni.

I. norma-tervezet

A belügyminiszter

.../2022. (...) BM rendelete

egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

A médiacsatornákon a hivatalos kézhezvételünk előtt (2022.12.19.) megjelent normatervezet 4. pontja (Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása) hatalmas felháborodást váltott ki a magánorvosok körében.

A Fogorvosok Területi Szervezetének elnöksége körében magánfogorvos kollégák is képviselik a tagságot, akik összegyűjtve gondolataikat egyértelműen arra a következtetésre jutottak, hogy **a normatervezet ebben a formában kivitelezhetetlen, megfontolatlan és elfogadhatatlan.**

Megvizsgálva a norma-tervezet vonatkozó részét kétségeink merültek fel a megfogalmazást illetően, ezért sejtésünk igazolására jogi kontrollt és szakvéleményt kértünk több szakértőtől.

Az aggályosnak ítélt részek összefüggéseit kihúzással nyomatékosítjuk az alábbiakban, és fontosnak tartjuk, hogy erről a magánszektorban dolgozó kollégákat mielőbb értesítsük, egyrészt azért, mert a felháborodásuk jogos, másrészt a szélesebb társadalmi jelenlét megakadályozhatja a kormányzatot abban, hogy utólag mégis bevonja a szakmacsoportot.

A kérdéses szövegrész:

1. Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása

8. §

Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet (a továbbiakban: R4.) a következő 10/A. §-sal egészül ki:

„10/A. § (1) Az orvos, illetve egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során szerzett szakorvosi képzettséggel rendelkező továbbképzésre kötelezettnek a 8. § (1) bekezdés szerinti gyakorlati továbbképzés teljesítésének igazolásához havonta 20 óra gyakorlati időt kell az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) honlapján feltüntetett, a továbbképzéshez szükséges szakmai és technikai feltételek biztosítására alkalmas közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók közül annál az egészségügyi szolgáltatónál letöltenie a szakképesítése (szakképesítései) szerinti szakterületnek megfelelő munkakörben, amellyel a továbbképzésre kötelezett a gyakorlat teljesítéséről megállapodott.

Tehát a címben taxatívan felsorolt négy szakmacsoport közül a rendelet változása csak az alábbi kettőt - orvos, illetve egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során szerzett szakorvosi képzettséggel rendelkező - érinti, a fogorvost és a gyógyszerészt nem!

2022. december 22-én a kamarai egyeztetésen dr. Takács Péter egészségügyért felelős Államtitkár Úr két alkalommal is megerősítette ezen álláspontunkat: a háziorvosra, fogorvosra, valamint a foglalkozás egészségügyi szakorvosra nem vonatkozik a rendeletmódosítás.

Amennyiben jelen véleményünkre a Belügyminisztérium illetékesei mégis azzal válaszolnak, hogy a tervezetből „véletlenül maradtak ki” a fogorvosok, az alábbi észrevételt tesszük:

A rendelkezés sok szempontból hibás és több ponton alapjog sértő!

Az Alaptörvény XII. cikk (1) bekezdése mindenki jogaként deklarálja a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához való jogot, amely azt jelenti többek között, hogy az állam nem akadályozhatja meg, nem teheti lehetetlenné az adott munka vagy foglalkozás gyakorlását. Ezzel a rendelkezéssel sérül továbbá a magánélethez való jog is tekintve, hogy ha a magánorvos a praxisát csak az eddig kialakított óraszámában tudja ellátni, akkor a magánrendelésen felül többletmunkát kénytelen vállalni a gyakorlati pontok teljesítése érdekében. A magánélet védelméről szóló 2018. évi LIII. törvény 3. §-a kimondja: „az állam elősegíti és támogatja a magánszféra tiszteletben tartását előtérbe helyező szemlélet kialakulását és fenntartását a társadalmi és a gazdasági élet valamennyi területén.”

Jól látható, hogy a tervezett módosítás teljesen ellentétes e hivatkozott törekvéssel.

Mindamellet, hogy értjük az intézkedéssel elérni kívánt célt, véleményünk szerint a magánorvosok autonómiájának, jogainak ilyen mérvű csorbítása egészen biztosan ambivalens eredményt generálna a közfinanszírozott ellátásban.

Egyebekben hasonló, igen részletes véleményét honlapján a Vállalkozók Országos Szövetsége is kifejtette (elérhető itt: <https://vosz.hu/vosz-info/a-vosz-allasfoglalasa-az-egyes-egeszsegugyi-temaju-modosito-rendeletek-tervezete-kapcsan>), mellyel teljes mértékig azonosulni tudunk!

II. norma-tervezet

A KORMÁNY

----- rendelete

egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról

A jelenleg véleményezésre kézhez kapott norma-tervezet alábbi része váltotta ki a legnagyobb felháborodást a FTESZ elnöksége által képviselt tagságból:

2. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása

A norma-tervezet szövegezése nem egyértelmű, egymásnak ellentmondó bekezdéseket tartalmaz. A 7. § (1) bekezdése valóban a következőként alakul:

43/1999. (III.3.) Korm. rend **eredetileg:**

23. § (1) * **A fogászati alapellátásban a fogorvosi szolgálat** a területi kötelezettség szerint a szolgálathoz tartozó - és a szerződésben megállapított - lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján **havi alapidíjas finanszírozásban részesül**. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó

Tervezet:

23. § (1) **A fogászati alapellátásban az iskolai, ifjúsági szolgálata** az általa a nevelési, oktatási intézményben ellátandók - és a szerződésben megállapított - létszámától függően korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján **havi alapidíjas finanszírozásban részesül**. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó iskolai, ifjúsági szolgálat esetén a 22. § (6) bekezdés b) pontja szerinti személyek esetén 4,6.”

Ha kiragadva csak ezt a szakaszt olvassuk, akkor valóban indirekt fogalmazásban eltörlésre kerül a havi alapidíj, nem érintve az iskolafogorvosokat, a szakellátókat illetve az egyetemi alap- és szakellátásban dolgozókat.

Ha azonban a rendeletet tovább olvassuk, és összevetjük az eredeti, jelenleg is hatályos szöveggel, akkor a következőkre jutunk.

Eredetileg:

25. § (1) * A rendeletek teljesítményéről **a fogászati szolgáltató** a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgy hónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. **A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidíj** és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

Tervezet:

25. § (1) A rendeletek teljesítményéről a **fogászati szolgáltató** a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgy hónapot követő hónap 5.

munkanapjái. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. **A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidíj** és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj. A NEAK a 25/B. § (2) bekezdése szerinti minősítő teljesítménydíjat a jelentés megküldését követő második hónapban utalványozza a szolgáltatónak.”

Nincs nevesítve egyetlen szolgálat sem, hanem az eredeti normaszöveghez hasonlóan „fogászati szolgáltató” megnevezés szerepel.

Ilyen formában a norma egymással ellentétes információkat tartalmaz, szükségszerű tehát annak megvilágosítása.

Amennyiben az alapidíj átcsoportosításra (valójában nem eltörlésre) kerül, akkor az alapellátásban dolgozó kollégák praxisainak finanszírozása szélsőséges esetekben ellehetetlenülhet. Ez ebben a formában elfogadhatatlan.

Különös tekintettel arra, hogy a finanszírozásból még mindig hiányzik az a 2019-ben megígért 140 000 Ft-os rezsitámogatási összeg, mellyel az alapellátó fogászati praxisokat a házi orvosokéhoz hasonló szintre emelnék.

A jelenlegi válságos helyzetben, a megnövekedett rezsiköltségek (áremelkedések, energiaválság, poszt-covid megnövekedett ellátási igény stb.) mellett az alapidíj eltörlésével a fogorvosi praxisok jelentős része NEM FENNTARTHATÓ, mellyel kockára tesszük a betegek biztonságát és az ellátás folytonosságát.

Kérjük tehát, hogy az alapidíj teljesítménytől függetlenül maradhasson a praxisoknál azok fenntarthatósága és a minőségi munka biztosítása érdekében!

III. norma-tervezet

A belügyminiszter

.../2022. (...) BM rendelete

a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről

Induljunk ki abból a jóindulatú feltételezésből, hogy a Minisztérium illetékesei nem büntető szándékkal kívánják bevezetni a minőségi indikátorrendszert. Lássuk be, az alapellátásban átmenetileg bevezetett átalányfinanszírozás sok esetben rombolta az ellátási morált (természetesen ezt nem lehet általánosan kijelenteni). Ugyanakkor a közelmúltban az alapellátási praxisok bérfinanszírozása jelentősen megnövekedett. (Sajnos ebből a bértámogatásból többszöri kezdeményezésünk ellenére kimaradtak az iskola fogorvosok és a szakellátók is.) E növekmény ellenszolgáltatásul az Állam joggal vár el teljesítményt. Másrészt a minőségi indikátor-rendszer jelenléte Európa számos országában régóta működő pozitív ösztönző szisztéma.

De!

Véleményünk szerint:

- **az indikátorok bevezetését nem volna célszerű január 1-én megvalósítani, annak kipróbálására tesztidőszak volna szükséges.**
- **a tesztidőszak arra is megfelelő lenne, hogy a sok esetben aggályosnak ítélt minőségi indikátorok valóban alkalmasak-e indikátorként, vagy azok finomítása, újragondolása szükséges-e. Amennyiben igen, úgy a szakmai szervezetek bevonása az egyeztetésekbe megkerülhetetlen. Jelen pillanatban az indikátorok részletes elemzése nem, azok bevezetésének azonnali halasztása fontosabb kérdés.**

- továbbá megfontolásra javaslom az indikátorszámítás alapjául szolgáló időszak felülvizsgálatát, hiszen az egy olyan intervallumra esik, amikor az alapellátás jelentős korlátozással volt képes teljesíteni, a COVID-19 járvány szükségszerű kényszerkezeléseket eredményezett az aerosol használatából eredő fertőzés veszélyének elkerülése érdekében.

A MOK Fogorvosok Területi Szervezetének nevében biztosíthatom Önöket arról, hogy minden lehetséges rendelkezésre álló eszközünkkel küzdeni fogunk megszerzett jogaink megtartásáért, praxisaink védelméért, ezáltal pácienseink érdekeiért, azaz magáért a betegbiztonságért.

Ennek érdekében a jövőben is nyitottak vagyunk bármilyen érdemi tárgyalásra.

Kollegiális üdvözlettel:

*Dr. Linninger Mercedes s.k.
elnök*

Összeállítás a vélemény kialakításához:

A Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezetének

észrevételei

az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú jogszabályok módosításának
tervezetéről

A MOK BTSZ elsődlegesen rögzíti, hogy a Magyar Orvosi Kamara az orvosok szakmai érdekképviselői köztestülete. A társadalmi egyeztetésre érkezett szakmai anyagot kizárólag ebből a szempontból kívánjuk véleményezni.

Kormányrendeletekhez:

1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása

A módosítás lényege, hogy a minisztérium helyett a NEAK-ot jelöli ki a Kormány az alábbi feladatok ellátására: egészségbiztosító ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését. A minisztérium feladatkörét törli.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

2. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása

a módosítás lényege a praxisjoggal rendelkező orvosokat érinti az önkormányzat körzet határ módosítása esetére.

a két havonta történő utalást havi gyakoriságra módosítja,

bevezeti a területi kiegészítő díjazást

(ügyv. megj.: ez fontos és az orvosok érdekét szolgálja, elfogadható)

a NEAK ügyeleti díj finanszírozását kiterjeszti az állami mentőszolgálatra is

az iskola fogászatot érintő módosítást tartalmaz

finanszírozási módosításokat tartalmaz

Ami fontos:

„(6) Ha a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziiorvosi szolgálat orvosa **nem a Hr. szerint végzi a programozott betegellátást**, az ellenőrzési jegyzőkönyv kelte szerint hónapra folyósított (5) bekezdésben, illetve (5a) bekezdésben meghatározott kiegészítő díj 50%-át visszavonja.”

Ügyvédi megjegyzés.: Ha a rendelési időt az általános munkaidőhöz igazítják, és munkaidőn túl csak ügyeleti szolgálat van, meg is ágyaztak a visszavonás lehetőségének. A Hr. (4/2000. (II.25.) Eüm rendelet) nem tartalmazza a programozott beteg ellátás fogalmát. A miniszteri rendeletek módosítása között sem szerepel ez a fogalom.

(21) Ha a finanszírozó tudomására jut, hogy az egészségügyi szolgáltató a területi ellátási kötelezettségébe tartozó beteg ellátását megtagadta, kikéri az országos tisztifőorvos véleményét, amely alapján a finanszírozó az országos kórház-főigazgató, illetve más szerv fenntartásában álló szolgáltató esetén a fenntartó értesítésével az egészségügyi szolgáltató

tervezett éves keretét esetenként járóbeteg-szakellátásban legalább 1, aktív fekvőbeteg-szakellátásban legalább 2 súlyszámnak megfelelő mértékkel csökkenti.

Ügyvédi megjegyzés: az orvost semmi nem védi, ha a területén lakó beteg sértő, vagy elfogadhatatlan megatartást tanúsít vele szemben. Jelenleg lehetősége van kérni az NNK segítségét, a jövőben ezt szankcionálni kívánják? ez így elfogadhatatlan. Módosítási javaslat lehetne: kellő indok és az NNK közreműködése nélküli megtagadás,

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

3. A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása
a módosítás lényege a beteg részéről történő másik orvos igénylés esetén mi a teendő

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

4. Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII.23.) Korm. rendelet módosítása
A módosítás lényege az ügyeleti szolgálatba történő bevonás

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

5. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet módosítása
A módosítás lényege a háziorvosi körzet fogalmának meghatározása

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

6. A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet módosítása
a módosításlényege a halottvizsgálat megkezdésének legkésőbb 6 órában történő meghatározás

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

7. Az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet módosítása
A módosítás lényege a NEAK feladatkörének meghatározása.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

8. Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet módosítása

A módosítás lényege, hogy hatályát veszti az alábbiak:

(4) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 35/A. §-a szerinti Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetőjeként.

(5) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az Eüak. 35/H. §-a szerinti önrendelkezési nyilvántartást vezető szervként.

(6) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az Eüak. 35/L. §-a szerinti feladatok ellátására kapcsolati kódot kezelő szervként.

(6a) Az OKFŐ a (4)-(6) bekezdés szerinti feladata ellátásába adatfeldolgozóként vonja be az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaságot.

(12) bekezdés szerint az OKFŐ mint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetője a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítése érdekében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 19/A. §-a szerinti nemzeti kapcsolattartó szerv. Az OKFŐ nemzeti kapcsolattartó szervként biztosítja a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítésével összefüggő információcserét az Európai Unió tagállamainak nemzeti kapcsolattartó szerveivel és az Európai Bizottsággal együttműködve.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

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

A módosítás lényege nem érinti különösebben az érintettek jogait, inkább a munkáltató kötelezettségét szigorítja a tájékoztatási kötelezettség vonatkozásában,

Ügyvédi megjegyzés: azt azonban már nem lehet érteni, hogy miért helyezi hatályon kívül az alábbi rendelkezést: Eszjtv. Vhr. 25. § (3) bekezdés szerint ha az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy részmunkaidős jogviszonyból teljes munkaidős jogviszonyra vált, akkor az illetményét a teljes munkaidőre tekintettel szükséges megállapítani.

10. A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet módosítása

A módosításlényege az ügyeleti szolgálatokkal és az állami mentőszolgálattal való együttműködésre vonatkozik

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

11. A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm.rendelet módosítása

A módosítás lényege az EESZT működtetésére vonatkozik

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

12. Hatályba léptető rendelkezések

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

Miniszteri rendeletekhez:

a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendelkezéséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításáról

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

1. A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.)EüM rendelet módosítása

A módosításlényege a területi szakmai vezető és az OKFŐ feladatait, valamint a körzethatárok kialakításának szempontjait érinti.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

2. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet módosítása

A módosítás lényege a városi és a vármegyei kórházak feladatait érinti.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

2. Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet módosítása

A módosítás lényege a háziorvosokat és az állami mentőszolgálat ügyeleti feladatait érinti. A lényeg, hogy a háziorvosok

ügyeleti feladata hétköznap 16-22 óráig, hétvégén és ünnepnapokon 8-14 óráig tart. Az is rögzítésre került, került, hogy a Központi ügyelet az érintett háziorvosi körzetek lakosságának folyamatos vagy meghatározott időben történő **alapellátási szintű sürgősségi** ellátása,

Ügyvédi megjegyzés: ha a háziorvosok 8-16 óráig látják el a területi ellátási kötelezettségükön belül az egészség megőrzési, gyógyító stb feladataikat, akkor általában a betegek a nem sürgősségi ok miatt csak saját munkaidejükben kereshetik fel a háziorvost, ami külön a megjelenésekről szóló igazolások kiadását is indokolja majd. Ez plusz adminisztrációs teher. A központi ügyelet helye az OMSZ által a járás területén megjelölt ügyeleti helyszínen.

Tagi szolgáltatás során szerzett információ: A legtöbb háziorvos megvásárolta nem is kevés pénzért a praxisjogot, hitelt vett fel, vagy letelepedési támogatásban részesült, mindezeket nem tette volna fentiek ismeretében, ha azonban így már nem kíván részt venni a háziorvoslásban, vissza kell fizetnie a támogatásokat, sakk-matt helyzetbe kerültek.

Az elnökség részéről nem érkezett észrevétel.

3. Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása

A módosítás lényege: azon orvosra vonatkozik, aki nem közfinanszírozott, nem állami vagy nem önkormányzati fenntartású vagy tulajdonú egészségügyi szolgáltatónál főállásban, teljes munkaidejű jogviszonyban végez egészségügyi tevékenységet. A gyakorlat teljesítése során végzett a továbbképzésre kötelezett az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonyban áll, egyebekben egészségügyi tevékenységét az (1) bekezdés szerinti megállapodás szerint végzi.

Az OKFŐ honlapján található majd meg azon eül szolgáltatók jegzéke, ahol a gyakorlat teljesíthet, innen választhat az orvos és köthet megállapodást a gyakorlati időre, amely alatt eszjv-ba kerül.

Ügyvédi megjegyzés és elnökségi vélemények: A szabályozást nem lehet miniszteri rendelet szinten megoldani, munkajogi kérdések tömkelege marad nyitva, a magánszféra érdekeit és az orvosok szakmai és egzisztenciális érdekeit is sérti,

Elnökség tagjai véleményének lényege:

sokan elmennek külföldre, nyugdíjas orvosok felhagynak a munkavégzéssel, a betegek egy része visszakényszerül az állami ellátásba, növelve az ottani kollégák terheit, nehézséget jelent úgy bemenni dolgozni, hogy ismeretlen körülmények között kell teljesíteni a hivatást,

diszkriminatív jellegű a szabályozás, nem befolyásolhatja a gyakorlat helyszínének jellege, hogy az magán vagy állami finanszírozású,

a magán finanszírozásban általában jobbak a tárgyi és személyi feltételek és azok ellenőrzése is szigorúbb a magán szférában, mint az államilag finanszírozottban,

sok területen a magán ellátásban tudnak csak korszerű beavatkozásokat végezni

ki garantálja, és hogy, milyen jelzőkkel, hogy az állami finanszírozású intézményekben a szakmai gyakorlati képzés valóban a minőségi fejlődést jelent az orvos számára

a szakmai érdekképviselő számára ez a tervezet teljességgel elfogadhatatlan.

Ami viszont benne van, hogy a magánszférában ellátott betegét beviszheti az állami szférába az érintett orvos a gyakorlata ideje alatt és el is láthatja, mert nem vonatkozik erre az esetre az összeférhetetlenség.

Összeállította. dr. Dudás Márta ügyvéd
2022. december 21.

Magyar Orvosi Kamara Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területi Szervezete

Magyar Orvosi Kamara elnöke
Dr. Kincses Gyula
részére

Tisztelt Elnök Úr!

Áttekintettük

1. a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről szóló rendelet tervezetét,
2. az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló rendelet tervezetét,
3. az egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló rendelet tervezetét,
4. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló rendelet tervezetét,
5. az egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló rendelet tervezetét.

A Magyar Orvosi Kamara Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területi Szervezet Elnökségi tagjainak véleménye alapján a következő választ adjuk.

I.

Házi orvos finanszírozás:

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.

II.

Házi orvos ügyelet:

1. Az ügyeleti koncepció ebben a formában működésképtelen lehet, az asszisztens kötelező részvétele is aggályos. Átgondolandó.

III.

Fekvő ellátás finanszírozása:

1. Zárt kassza lesz, így éves felülvizsgálatkor csakis a többi szolgáltató rovására lehet finanszírozást növelni.
2. Az éves keret mértéke +/-10 % lehet, de a vidéki ellátások színvonalának, hozzáférhetőségének csökkenése bizonyos ellátások megszűnése miatt centralizáció jelenhet meg, ennek finanszírozása, hogyan történik?
3. Az éves keretek havi bontása szezonális indexek alapján kétséget vet fel: a szolgáltató, ha úgy látja, hogy a teljesítmény nem megfelelő, akkor nem fogja elengedni a dolgozókat szabadságra, szabadnapra.
4. Az 528/2020 (XI.28) KR: 25. § előírt valamennyi tájékoztató pontban történt változásról legkésőbb a hatálybalépés napján tájékoztatni kell a dolgozót. KÉSŐ.

Javaslatunk az Országos Elnökség felé, hogy mindenképpen a változásokat folyamatosan figyelemmel kell kísérni a gyakorlatban és azonnal jelzéssel kell élni, ha negatív hatást észlelnek.

Üdvözlettel:

Dr. Nagy Ferenc alelnök
és
Dr. Csilek András elnök

MOK Bács-Kiskun Megyei Területi Szervezete

Én nem tartom ördögtől valónak, hogy -20% és +40% közötti bérdifferentiálást teremts minőségi motivációra.

Érveim:

1. Az Eszjtv. olyan mértékű fizetésemelést hozott, amelyből, ha -20% a csökkenés, még mindig méltó megélhetést biztosít, magyarul nem fog éhen halni a kolléga.
2. A bértömeg nem fog csökkenni. Vagyis a pénz a rendszerben marad és az egyesek -20%-a mások +40%-ában jelenik majd meg.
3. A -20% és +40% közötti tartomány szélesebb, mint a 0-40%-ig terjedő, és (talán) elég széles ahhoz, hogy érdemben motiváló legyen (lásd alapellátás minőségi indikátor rendszerét, mely épp az "alulfinanszírozottságánál fogva nem tölti be a funkcióját.)
(3.a. Ha a kötelező gépjármű-biztosításnál elfogadjuk a bolus-malus rendszert, akkor itt miért vagyunk finnyásak?)
4. Jól ismerjük egymást. Többé-kevésbé reális képünk van a kollégáink munkájáról. **Nehogy mi kezdjünk falazni a dolgukat nem megfelelően végző kollégáknak.** Egyfelől verjük a harci dobokat, hogy minőségbiztosítást akarunk, másfelől annak egyik eszközét nem akarjuk tudomásul venni. Ez visszás és hiteltelen is.

Dr. Gaszner András elnök
MOK Bács-Kiskun Megyei Területi Szervezete

MOK Heves Megyei Területi Szervezete

Részemről egy pontban hívnám fel a tisztelt érintetteket (az amúgy minden sebből vérző törvényt illetően), mely **a vegyes praxisok minimum létszámát érinti:**

- ismeretes, hogy meghúzták a praxisok minimum létszámát, **600 fő gyermek, 1200 fő felnőtt és 1200 fő vegyes-praxisban.**
- a minimum 600 fő a gyermek-praxisban az 1200 fős felnőtt-praxisnak pont a számtani fele, azaz 1 gyerekekkel való egészségügyi foglalkozás a törvényalkotó szerint 2 felnőttnek a szakmai fáradtságával jár és ez így is van helyén, megfelel a valóságnak.
- a fentiekből következik, hogy a vegyes-praxisokat illetően, ahol jelenleg 1200 fő a minimum létszám határ (azonosan az 1200 fős felnőtt-körzettel), **a törvényalkotó egyáltalán nem vette figyelembe, hogy a vegyes körzet több száz gyermek ellátását foglalja magában, egyáltalán nem egyenlő az azonos létszámú felnőtt-praxis szakmai energia igényével.**
- ugyan-akkor a törvény azt sem nem veszi figyelembe, hogy a **vegyes-praxis** (mely több falu ellátását érinti) **óvodákat és általános iskolát is magába foglal**, itt OEP szerződéssel kötelezően iskola-orvosi feladatokat is el kell látni és ezen belül praxison kívüli gyermekek ellátása is kötelező része az iskola-orvosi feladatkörnek.

Javaslat:

- a fentiek alapján módosítani javaslom a gyermekeket és felnőtteket egyaránt magába foglaló vegyes-praxisok minimum létszámhatárát, mert nem lehet azonossá tenni a felnőtt-praxisok minimum létszámával.

- a vegyes-praxisok minimum létszámhatárát a gyermek és felnőtt-praxisok között kellene megállapítani, egy fő gyermek a vegyes-praxisban is, két felnőtt pontszámmal legyen azonos, mint ahogyan ezt az arányt a törvényalkotó a gyermek- és felnőtt-praxisok létszám arányában helyesen érvényesítette. Ha ez nem változna, az a vegyes-körzetekben bejelentkezett gyermekek hátrányos megkülönböztetését jelenti.

Köszönettel, Szabó József dr. / háziorvos, Heves Megye 100090056 (hátrányos térségi) körzet

MOK Győr-Moson-Sopron Megyei Területi Szervezete

Tisztelt Államtitkárság,

A következő javaslatokat teszem:

1. Önálló Egészségügyi Minisztérium létrehozása, mert a problémahalmaz komplexitása és a problémák mennyisége ezt feltétlenül szükségessé teszi. Feltételezem, hogy a BM-től való leválás az eljárásrendeket is egyszerűsítene.
2. Egészségügyi Kerekasztal életre hívása, melyben az összes érdekelt és érintett részt vesz, mint politikai pártok, szakmai testületek, szervezetek, betegszervezetek. Hasonlóan ahhoz, melyben évekig Orbán Viktor is helyet foglalt, mielőtt kormányra kerültek. Ez azért fontos és szükséges, mert a megoldandó problémahalmaz az egész nemzetet, határainkon is átnyúlva érinti és hosszútávú megoldásokra van szükség, melynek megvalósítása több parlamenti ciklusban fog történni.
3. Határozott elkülönítése a jelenlegi intézkedéseknek, melyek a kialakult krízis helyzet rövidtávú kezelésére irányulnak a hosszútávú tervezéstől, az átfogó komplex EÜ Reformtól.
4. Teljes transzparenciát, a BCG riport és hasonló elemzések, az ágazatot érintő adatok nyilvánosságra hozatalát és könnyű hozzáférhetőségét. Nemzetünk, társadalmunk és szakmai testületeink és azok tagjai a XXI. században kellően érettek ahhoz, hogy a kényes vagy szokatlan adatokat javaslatokat is reálisan tudják értelmezni. A MOK vezetőséggel való beszélgetés során adott válaszát, mi szerint a BCG anyag számos a hazai egészségügyi rendszertől, kultúrától nagyban eltérő javaslatot tartalmaz, aminek nyilvánosságra hozatala zavart, szükségtelen izgalmat félelmet keltene nem tudjuk kollégáim tömegeivel együtt elfogadni. Értjük, hogy politikai szempontból kényes lehet a nyilvánosságra hozatal. Ugyanakkor szakmai szempontból rendkívül káros és ellehetetleníti az őszinte együttműködést, valamint az adatok visszatartása akadályozza az egészségügy rendbetételére irányuló munkát.
5. Kezdjük meg a fent ajánlott szervezetek vagy más felállítandó szervezeti struktúrában a hazai egészségügyi rendszer komplex, átfogó helyzetfelmérését transzparensen. E munkába vonjuk be a különböző szakterületeket érintő egyetemeket, MTA-t és külföldi szakértőket.
6. Az 5. pontban javasolt munkával egyidőben hasonló módon kezdjük meg az egészségügy teljes spektrumát (finanszírozás, biztosítási rendszer, egyetemi és szakoktatás, tovább képzés, HR, szolgáltatói struktúra, szakmai minőség ellenőrzés és biztosítás, folyamatos javulás, tulajdonosi struktúra, társadalmi elfogadottság és betegelégedettség stb.) felölölő hosszú távú terv megalkotását, mely világos esetleg alternatív célokat tűz ki és megoldási javaslatokat tartalmaz.
7. A jelen krízis helyzet (ápoló és orvoshiány, betöltetlen háziorvosi körzetek számának növekedése, kiégettség, motivációs és érdekeltségi problémák stb.) megoldására hozunk létre nemzeti egészségügyi válság stábot (a kialakítandó EÜ minisztérium részeként), mely meghatározza, és nyilvánosan bemutatja a fő problémákat, ezeket egyeztetni a szakmai és beteg szervezetekkel, majd gyors és ideiglenes megoldási javaslatokat tesz a kormányzat részére. A javaslatok kialakításánál figyelemmel kell lenni a hazai rendszerünk rendkívül nagy

diverzitására, mely lehetetlenné teszi az esetek nagy részében általános egész országra érvényes jó megoldások, szabályok megadását.

8. Az előző pontokban megadott munka eredményességének záloga a szakmai szervezetek és a szakemberek autonómiájának fokozása, a hierarchia ésszerű csökkentése vagy lebontása és helyette alulról választott felelős vezetőkkel és képviselőkkel működő struktúrák preferálása (pl. kórházi osztályok választott osztályvezetővel, osztályok melyek vállalkozás formában működnek és kapcsolódnak a kórház menedzsmenthez, az orvos szakmai szervezetek társaságok megbízása és helyzetbe hozása pl. szakmai ajánlások létrehozására, szakvéleményezésre).

9. Valószínűleg szükséges új intézmények kialakítása külföldi mintára. Pl. NICE az orvoslás minőségbiztosítására (irányelvek, implementálásuk stb.) vagy az egészségügyi dolgozók HR kezelő intézete, (a kiégés kezelésére, menedzselésre, a külföldre, más szektorba került kollégák visszahozatalára).

A jelenlegi, már több évtizede folyó szektor irányítási és működtetési gyakorlatot az orvostársadalom fiatalabb generációi, melyek ismerik a világ legkorszerűbben működő ellátási rendszereit nem tartják működőképesnek, alkalmatlannak tartják a válságból való kilábalásra. Ezt bizonyítja az elmúlt évtizedek számtalan egészségügyi reform kísérlete, melyek nem hoztak átütő eredményt és a hazai mutatóinkat és betegelégedettségi szintet Európa utolsó helyére engedték süllyedni. E miatt és a jelenlegi "egyeztetési " gyakorlat miatt, - melyet nem tartunk egyeztetésnek, partneri viszonynak, inkább csak baráti, illetve törvény által előírt formális tájékoztatásnak vagy eszmecserének tekintjük - a bizalom szinte teljesen elveszett az egészségügyi vezetés szinte minden szintje felé. E nélkül viszont kudarcra van ítélve minden próbálkozás az egészségügy rendezésére.

Tisztelettel,

dr. Szijjártó László
gyermekorvos
MOK Győr-Moson-Sopron megyei TESZ elnök

A MOK
Fogorvosok Területi
Szervezetének
részletes véleménye
„társadalmi egyeztetés”
tárgyban történt
normatervezetek
véleményezésről

I. norma-tervezet

A belügyminiszter .../2022. (...) BM rendelete egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

A médiacsatornákon a hivatalos kézhezvételünk előtt (2022.12.19.) megjelent normatervezet 4. pontja (Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása) hatalmas felháborodást váltott ki a magánorvosok körében.

A Fogorvosok Területi Szervezetének elnöksége körében az alábbi észrevételek születtek:

1. "Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása" tervezet kapcsán az alábbi észrevételeket tesszük:

- a fogászatok esetében eddig határozott szándék volt a magán és közfinanszírozott ellátás szétválasztása, ez a tervezet most ezzel szembe megy.
- B.-A.-Z. megyében véleményünk szerint jelenleg ellátásbiztonsági szempontok nem indokolják a magánellátók bármilyen formában történő bevonását a közfinanszírozott ellátásba.
- Továbbképzésről lévén szó, nem derül ki a normaszövegből, hogy milyen szakmai tevékenységet kell a képzésben résztvevő orvosnak végeznie, és hogy a képzőhelynek milyen feltételeket kell biztosítania. Fogászatok esetében, még a közfinanszírozott ellátásban is a drága gépek magántulajdonban vannak. Ezek bármilyen meghibásodása, a javítás költsége vita tárgyát képezheti a képző és a képzett között.

Általánosságban elmondható, hogy az elképzelés részletes kimunkálása szükséges. Nem jó irány az, ha nincs egy részletes koncepció, hanem egy magasabb szintű jogszabályban megállapítunk valamit, és alacsonyabb szintű rendeletekben próbáljuk az élethez alakítani az elképzelést.

2. A magánszektorban dolgozó kollegák végtelenül fel vannak háborodva! Semmilyen körülmények között nem támogatják ennek létrejöttét! A kiemelt részben szereplő 20 munkaóra/hónapot, sem tudom támogatni! Ez évi több mint egy hónapot jelent. Ha ez így marad, idővel (nem csak a fogászati) a szakvizsgák száma csökkeni fog vagy esetleg kiürül.

3. A továbbképzésre kötelezettek (~magánorvosok) ilyen jellegű foglalkoztatását nem tartom ördögtől valónak, De:

Fontos tisztázni a részleteket:

- milyen jogviszonyban is áll ekkor a főként majd gondolom helyettesítő kolléga
- Milyen bérezést kap
- Kiterjed-e a felelősségbiztosítása az okozott (mű)hibákra

4. Megrökönyödve olvastam a továbbképzéseket szabályzó 64/2011.(XI.29) NEFMI rendelet módosításáról szóló tervezetet. Arra most nem térnék ki, hogy részleteiben mennyire nincs kidolgozva, és mennyi időnk van megvitatni a bevezetésig, mert kollégák ezt előttem megtették.

Magánrendelést folytatok, egyike vagyok kb. 5000 fogorvos kollégának, aki nem áll szerződéses jogviszonyban a NEAK-kal. Ha jól értelmeztem a rendelet módosítást, havi 20 órát kell dolgoznunk ezentúl az OKFÓ által kijelölt képzőhelyen, hogy biztosítva legyen továbbképzésünk gyakorlati része. Ha ezt nem teljesítjük, nincs 5 évente igazolás, nincs működési engedélyünk. Számoljunk egy kicsit, mit jelent ez a havi 20 óra! Évente 240 óra, ez 6 órás napi fogorvosi munkaidővel számolva 40 munkanap, ami a hétvégéket lecsupaszítva nagyjából 2 egész hónap!

Erre az időszakra, - tételezzük fel a legrosszabbat, hogy állampolgári kötelességből - a lakóhelyemtől távol "vezényelve" ingyen teljesítem a gyakorlati időmet. Közben mi történik a saját pácienseimmel,

az elmaradt bevétellel? Erre az időre ki ad fizetést az asszisztensnőnek, takarítónőnek? Kényszerszabadságra küldöm őket, vagy ők is jönnek velem kalandozni?

Városunkban a helyi viszonyokat jól ismerve látszik: az átalányfinanszírozás lerontotta a NEAK szerződött praxisok munkamorálját, és most nagyon finoman fogalmaztam. Így a magánrendelőknél van nagy terhelés. Ha 2 hónapra kivonnak minket a forgalomból, abból beláthatóan óriási káosz lesz.

Azt sem értem hogy havi 10 óra ügyelettel hogyan lehet gyakorlati továbbképzési kötelezettséget teljesíteni, amikor tudjuk, hogy a fogászati ügyeletek nem igazán a szakma csúcsát jelentik.

Hogy gondolja az OKFŐ, hogy olyan kollégákat irányít, akik nem írtak alá szerződést Eü. Szolgálati Jogviszonyról? Vagy ebbe automatikusan bele leszünk kényszerítve?

Milyen felelősség terheli a kirendelt fogorvosokat egy olyan rendelőben, ahol más eszközeivel, anyagaival idegen pácienseket kezel?

Miért gondolja úgy az egészségügyi kormányzat, hogy a továbbképzés "reformja" mögé csomagolva ez meg fogja oldani az egyre fokozódó szakemberhiányt?

Ráadásul a továbbképzéshez szükséges szakmai és technikai feltételek biztosítására alkalmas közfinanszírozott szolgáltatóknál a fogászat területén pont nem jellemző az orvoshiány.

Véleményem szerint ez kontraproduktív lesz, ugyanis a fiatalon, friss diplomával rendelkezők nemhogy a szakképzési rendszerbe nem fognak belépni, de ilyen feltételek mellett még az országot is gyorsabban elhagyják. És akkor leszünk igazán bajban!

5. Dr. Linninger Mercedes, FTESZ elnök:

Megvizsgálva a norma-tervezet vonatkozó részét kétségeim merültek fel a megfogalmazást illetően, ezért sejtésem igazolására jogi kontrollt és szakvéleményt kértem több jogi szakértőtől.

Az általam aggályosnak ítélt részek összefüggéseit kihúzással nyomatékosítom az alábbiakban, és fontosnak tartom, hogy erről a magánszektorban dolgozó kollégákat mielőbb értesítsük, egyrészt azért, mert a felháborodásuk jogos, de nem alátámasztott, másrészt a szélesebb társadalmi jelenlét megakadályozhatja a kormányzatot abban, hogy utólag mégis bevonja a szakmacsoportot.

Tehát a kérdéses szövegrész:

6. Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet módosítása

8. §

Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet (a továbbiakban: R4.) a következő 10/A. §-sal egészül ki:

„10/A. § (1) Az orvos, illetve egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során szerzett szakorvosi képzettséggel rendelkező továbbképzésre kötelezettnek a 8. § (1) bekezdés szerinti gyakorlati továbbképzés teljesítésének igazolásához havonta 20 óra gyakorlati időt kell az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) honlapján feltüntetett, a továbbképzéshez szükséges szakmai és technikai feltételek biztosítására alkalmas közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók közül annál az egészségügyi szolgáltatónál letöltenie a szakképesítése (szakképesítései) szerinti szakterületnek megfelelő munkakörben, amellyel a továbbképzésre kötelezett a gyakorlat teljesítéséről megállapodott.

Tehát a címben taxatíván felsorolt négy szakmacsoport közül a rendelet változása csak az alábbi kettőt - orvos, illetve egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során szerzett szakorvosi képzettséggel rendelkező - érinti, a fogorvost és a gyógyszerészt nem!!!

Amennyiben jelen véleményünkre a Belügyminisztérium illetékesei azzal válaszolnak, hogy a tervezetből „véletlenül maradtak ki” a fogorvosok, az alábbi észrevételt tesszük:

A rendelkezés sok szempontból hibás és több ponton alapjog sértő!

Az Alaptörvény XII. cikk (1) bekezdése mindenki jogaként deklarálja a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához való jogot, amely azt jelenti többek között, hogy az állam nem akadályozhatja meg, nem teheti lehetetlenné az adott munka vagy foglalkozás gyakorlását. Ezzel a rendelkezéssel sérül továbbá a magánélethez való jog is tekintve, hogy ha a magánorvos a praxisát csak az eddig kialakított óraszámban tudja ellátni, akkor a magánrendelésen felül többletmunkát kénytelen vállalni a gyakorlati pontok teljesítése érdekében. A magánélet védelméről szóló 2018. évi LIII. törvény 3. §-a kimondja: „az állam elősegíti és támogatja a magánszféra tiszteletben tartását előtérbe helyező szemlélet kialakulását és fenntartását a társadalmi és a gazdasági élet valamennyi területén.” Jól látható, hogy a tervezett módosítás teljesen ellentétes e hivatkozott törekvéssel.

Mindamellet, hogy értjük az intézkedéssel elérni kívánt célt, véleményünk szerint a magánorvosok autonómiájának, jogainak ilyen mérvű csorbítása egészen biztosan ambivalens eredményt generálna a közfinanszírozott ellátásban.

Egyebekben hasonló, igen részletes véleményét honlapján a Vállalkozók Országos Szövetsége is kifejtette (elérhető itt: <https://vosz.hu/vosz-info/a-vosz-allasfoglalasa-az-egyes-egeszsegugyi-temaju-modosito-rendeletek-tervezete-kapcsan>), mellyel teljes mértékig azonosulni tudunk!

II. norma-tervezet

A KORMÁNY

rendelete

egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról

A jelenleg véleményezésre kézhez kapott norma-tervezet alábbi része váltotta ki a legnagyobb felháborodást a FTESZ elnöksége által képviselt tagságból:

2. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása

...

7. §

(1) Az R1. 23. § (1) bekezdés helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A fogászati alapellátásban az iskolai, ifjúsági szolgálat az általa a nevelési, oktatási intézményben ellátandók – és a szerződésben megállapított – létszámától függően korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapidíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó iskolai, ifjúsági szolgálat esetén a 22. § (6) bekezdés b) pontja szerinti személyek esetén 4,6.”

(2) Az R1. 23. § (5) és (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskolai, ifjúsági szolgálatok esetén a szolgáltató az alapidíj 60 százaléka jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben legfeljebb két fogorvost foglalkoztat.

(6) A korcsoportonkénti szorzóval számított korcsoportos-pontszám 6000 pont felett degresszió alá esik. A degresszió számítási módját a 3. számú melléklet C) pontjának megfelelően kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott fogorvos által nevelési, oktatási intézményben ellátandó valamennyi létszámot figyelembe kell venni függetlenül attól, hogy ellátásukra egy vagy több körzetben kerül sor. Az így számított pontértéket a körzetek pontszámának arányában kell figyelembe venni.”

(3) Az R1. 23. §-a a következő (7a) bekezdéssel egészül ki:

„(7a) A fogorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése érdekében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg a területi ellátási kötelezettséggel működő fogorvosi alapellátás keretében a gyermek-, felnőtt-, vegyes szolgálat indikátorait. A finanszírozó a fogorvosi szolgálat megfelelő gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján, havi rendszerességgel értékeli az indikátorok szerinti teljesítést, és erről értesíti az adott szolgálat működtetőjét.”

8. §

Az R1. 25. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A rendelkezések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapdíj és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj. A NEAK a 25/B. § (2) bekezdése szerinti minősítő teljesítménydíjat a jelentés megküldését követő második hónapban utalványozza a szolgáltatónak.”

9. §

Az R1. III. fejezete a következő 25/B. §-al egészül ki:

„25/B. § (1) A fogorvosi szolgáltató a fogorvos gyógyító-megelőző tevékenységének 23. § (7a) pontja szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább egyikében pontot ér el.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgyhónapban díjazásra jogosult fogorvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2023. január időszak értékelésétől kezdődően havi gyakorisággal történik.

(3) A fogorvosi szolgáltató az adott szolgálatra vonatkozó finanszírozási szerződése megszűnését megelőzően végzett ellátások alapján esedékes minősítő teljesítménydíjazásra finanszírozási szerződése megszűnését követően a fogorvosi szolgálatot megillető teljesítménydíjjal együtt jogosult.”

Az elnökség tagjaitól az alábbi észrevételek érkeztek:

1. Bár nem a jogszabály változáshoz kapcsolódik, de 140.000 Ft rezsitámogatás hiányzik a fogorvosoknál a háziorvosokhoz/házi gyermekorvosokhoz képest.
2. **Nagyon nehezményezem, hogy a finanszírozást módosító törvénytervezet (remélhetőleg nem szándékosan) többszöri olvasásra sem egyértelmű leírást tartalmaz! Viszont még ha nem is egyértelmű, de az kivehető, hogy (az „iskolafogászat” kivételével) az alapdíj megszűnik! Mi fog történni az alapdíj összegével, ez sem derül ki! Több kolléga is jelezte, de számomra sem egyértelmű, hogy a kiegészítődíj pontosan mit jelent. Az egész finanszírozásra vonatkozóan pontos korrekt tájékoztatást kell kérni!**

Továbbra is folyamatosan kérni kell, az - egyenlő bánásmódra is hivatkozva - a beígért 140.000 Ft rezsitámogatás kiegyenlítését. A bérminimum emelkedésével ez még hangsúlyosabbá vált.

Minden körülmények között az alapdíj megtartását ki kell „harcolni”, kisebb vagy nagyobb volumenben! Nem maradhat alapdíj nélkül egyetlen egy körzet sem, még a legrosszabbul dolgozó kolléga sem!!! Nem csak a fogorvosok miatt, hanem a betegellátás biztonsága miatt!!! Ha csak nem az a cél, hogy sok helyen szép lassan megszűnjön a fogászati alapellátás!

Egy praxisnak/egy körzetnek tervezhető jövedelemmel kell rendelkeznie akár vállalkozás, akár Önkormányzat tartja fenn! Ha az alapidíjat beintegrálódik a teljesítményfinanszírozásba, nem csak bizonytalan bevételt generál, hanem létbizonytalanságot, ami **hosszútávon kontraproduktív!**

Ha sok olyan hónap lesz egy praxisban, amikor nem tudta teljesíteni a célértéket, - akár önhibáján kívül akár nem - és nem kap minimális alapilletményt sem, marad a rezszi és a bér, az garantáltan a praxis megszűnését fogja eredményezni vagy vegetálását!

Fejlesztés/fejlődés kizárt! Főleg ilyen anyag és rezszi árak mellett! Az idősebb kollegák magas fizetései életben fogják tartani ideig-óráig a rendelőket, de a rendszerből előbb vagy utóbb kikerülnek! Látszat, vegetáló fogászatiakat generál az alapilletmény hiánya és idővel egyre több ellátatlan, üres körzetet eredményez, főleg vidéken vagy ahol ÖNK a fenntartó!!!

3. Ha ezt az eredeti normaszöveget összevetjük a módosítási javaslattal, akkor az én sajnálatos értelmezésem szerint az alapellátók közül csak az iskola, ifjúsági szolgálatok részesülnek alapidíjban. Az egyetemi és a szakellátás alapidíját nem érinti a rendelet tervezet. S ezért említi a továbbiakban is az alapidíjat.

Véleményem szerint, ha valami úgy szól, hogy "helyette", akkor az az egész bekezdés törölve van.

A közfeladatot ellátó fogászati szolgáltatók zöme vállalkozó. Egyik-napról a másikra nem lehet megvonni az eddig a rezsitámogatás mellett biztos jövedelmet. Hiába marad a fogászati kassza összege ugyanannyi vagy még valamivel több is mint a múlt évben, ezt az átalakítást nem lehet egyik pillanatról a másikra bevezetni. Annak ellenére, hogy meggyőződésem, hogy a tisztességesen dolgozó kollégák még jól is járhatnak. Mégis azt kell mondanom, hogy így nem lehet tervezni, ekkora bizonytalanságra. Valami fokozatosságra van szükség, esetleg változtatni az alap és a teljesítmény arányán, de eltörölni az alapot ily gyorsan nem lehet.

4. BÁZISPÉNZ ELVONÁS és TELJESÍTMÉNY FINANSZÍROZÁS kérdésében

Tervek szerint megszűnik a körzet méretéből kalkulált bázis pénz, „Fogorvosi alapellátás finanszírozása” (kivételek iskolafogászati)

A fenti tétel volt alkalmas arra, hogy a működéshez szükséges anyagot, eszközt, a támogatáson felüli szükséges alapbért, szervizelést...stb kifizethessék a szolgáltatók. Ez működésük alapfeltétele.

JAVASLAT:

Ha a jogalkotó csak két (rezsitámogatás, bértámogatás) tételben szeretné kifizetni a praxisokat, akkor a rezsitámogatásba, (annak növelésével) épülhetne be a bázis pénz

Ráadásul a fogorvosok +140 000 Ft rezsitámogatása is még ígéret számunkra, ami elmaradás a háziorvosokhoz képest.

5. Az alapfinanszírozást meg kellene hagyni, de aki többet és jobban dolgozik, kapjon többlet finanszírozást.
6. Mivel a most bevezetni kívánt indikátor alapú teljesítményértékelés az iskola-ifjúsági szolgáltatókra nem vonatkozik, ezért esetükben az eddigi alapidíj számítás megmarad.

Értelmezésem szerint ugyancsak nem érint a változás a fogászati szakellátást nyújtó szolgáltatókat - ideértve az egyetemi alap- és szakellátást nyújtó szolgáltatókat sem.

A felnőtt-, vegyes-, és gyermekfogászati szolgáltatók esetében a jogszabály módosítást követően az alapidíj további folyósítása a minőségi indikátorok alapján jelentett teljesítmény függvényében, mintegy annak ellenértékeként történik.

Tehát az indikátorok nem egy szolgáltatóra vonatkozó abszolút számokat, hanem az egyes indikátorok szintjén megvalósuló országos arányszámokat néznek!

A kettő nem ugyanaz.

Ezt ebből a szempontból helyesnek tartom.

Fontosnak tartom megjegyezni azt is, hogy a most bevezetni kívánt indikátorok algoritmusai oly módon független a rendelésen megjelent beteglétszámtól, hogy az egyes ellátási típusokhoz tartozó beteg megjelenést kezel indikátorként.

Tehát ha egy adott szolgáltató havonta 50 beteg esetén 25 indikátort jelent, ugyanúgy teljesíti a minőségi elvárásokat, mint az a szolgáltató, aki 200 beteg esetén jelent 100 indikátort.

5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Fogászati ellátás

Praxisfinanszírozás 38 950,7

Indikátorrendszer finanszírozás 3 543,4

Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás 45 069,1

Fogászati ellátás összesen 87 563,2

A fenti táblázatból látható, hogy a most bevezetni kívánt indikátor alapú finanszírozás időarányosan praxisfinanszírozás (bázis, kiegészítő díj, rezsitámogatás) alig 10%-át teszi ki.

Ez olvasatomban, azt jelenti, hogy

1. Nem lesz olyan szolgáltató, aki az általa elvégzett teljesítménye alapján nem kap a jövőben valamennyi, az addigi alapdíjat is magában foglaló teljesítménydíjat. Mindenki kapni fog valamit.
2. Ez a minőségi indikátorok alapján történhet felfelé, vagy adott esetben lefelé is.
3. Tehát nem teljes értékű elvonás, hanem differenciálás történik
4. Nem ismerjük az erre vonatkozó algoritmusokat, de ennek mértéke becslésem szerint az eddigi praxis bevétel 10%-a lehet, ami nagyságrendileg nem sok, de a jelenlegi helyzetben nominálisan nem is .

Mit értek ezalatt:

Ha egy adott szolgáltató jól teljesít, akkor az addig alapdíjként folyósított finanszírozási részösszege a jövőben az elvégzett teljesítménye alapján folyósított teljesítménydíjban akár több százezer forinttal is nőhet, vagy ellenkező esetben csökkenhet,

De bármilyen teljesítményt is jelent, annak ellenértékeként a fentiek alapján valamilyen finanszírozási összeget kapni fog.

És végezetül egy megjegyzés.

Bár a most elemzett indikátorok jelenlegi formában csak jelentős korrekciókat követően alkalmasak a minőségi teljesítményértékelésre, azok a kollégák, akik a szakmai protokoll alapján végzik a tevékenységüket, egy adott indikátor esetében biztosan meg fognak felelni a jogalkotói elvárásoknak. Gondolok itt a "pozitív" indikátorként megjelenő szűrések és fogköeltávolítás végzésére, amit mindenki elvégez és lejelent, ahogyan az arra vonatkozó időkorlát (éves, féléves) engedi.

És mivel az utóbbi jelentési korlátok mindenkire egységesen vonatkoznak, ezekből senki nem tud a másik szolgáltató rovására túljelenteni.

7. Dr. Linninger Mercedes – FTESZ elnök:

Véleményem szerint a norma szövegezése nem egyértelmű. Az egymásnak ellentmondó bekezdéseket tartalmaz. A 7. § (1) bekezdése valóban a következőként alakul

43/1999. (III.3.) Korm. rend eredetileg:

23. § (1) * **A fogászati alapellátásban a fogorvosi szolgálat** a területi kötelezettség szerint a szolgáltathoz tartozó - és a szerződésben megállapított - lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján **havi alapdíjas finanszírozásban részesül**. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó

Tervezet:

23. § (1) A fogászati alapellátásban az iskolai, ifjúsági szolgálat az általa a nevelési, oktatási intézményben ellátandók – és a szerződésben megállapított – létszámától függően korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapidíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó iskolai, ifjúsági szolgálat esetén a 22. § (6) bekezdés b) pontja szerinti személyek esetén 4,6.”

Ha kiragadva csak ezt a szakaszt olvasom, akkor valóban indirekt fogalmazásban eltörlésre kerül a havi alapidíj, nem érintve az iskolafogorvosokat, a szakellátókat illetve az egyetemi alap- és szakellátásban dolgozókat.

Ha azonban a rendeletet tovább olvassuk, és összevetjük az eredeti, jelenleg is hatályos szöveggel, akkor a következőkre jutunk.

Eredetileg:

25. § (1) * A rendelések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidíj és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

Tervezet:

25. § (1) A rendelések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidíj és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj. A NEAK a 25/B. § (2) bekezdése szerinti minősítő teljesítménydíjat a jelentés megküldését követő második hónapban utalványozza a szolgáltatónak.”

Nincs nevesítve egyetlen szolgálat sem, hanem az eredeti normaszöveghez hasonlóan „fogászati szolgáltató” megnevezés szerepel.

Ilyen formában a norma egymással ellentétes információkat tartalmaz, szükségszerű tehát annak megvilágosítása.

Ha ugyanis az alapidíj eltörlésre, vagyis - inkább nevezzük így - átcsoportosításra kerül, akkor az alapellátásban dolgozó kollégák praxisainak finanszírozása ellehetetlenül. **Ez teljességgel efogadhatatlan.**

Különös tekintettel arra, hogy a finanszírozásból még mindig hiányzik az a 2019-ben megígért 140 000 ft-os rezsitámogatási összeg, mellyel az alapellátó fogászati praxisokat a házi orvosokéhoz hasonló szintre emelnék.

A jelenlegi válságos helyzetben, a megnövekedett rezsiköltségek (áremelkedések, energiaválság, poszt-covid megnövekedett ellátási igény stb.) mellett az alapidíj eltörlésével a fogorvosi praxisok jelentős része NEM FENNTARTHATÓ, mellyel kockára tesszük a betegek biztonságát és az ellátás folytonosságát.

Kérjük tehát, hogy az alapidíj teljesítménytől függetlenül maradjon a praxisoknál azok fenntarthatósága és a minőségi munka biztosítása érdekében!

III. norma-tervezet

A belügyminiszter

.../2022. (...) BM rendelete

a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről

Számunkra, fogorvosok számára a norma-tervezet 3. pontja tartalmaz releváns információkat:

3. Fogorvosi indikátorrendszer

6. §

(1) A NEAK a fogorvosi szolgálatok gyógyító-megelőző tevékenységét jelen alcímben meghatározott, indikátor alapú kódrendszer szerint értékeli.

(2) A NEAK a fogorvosi szolgálatok gyógyító-megelőző tevékenységét a 7. § valamint a 2. melléklet szerinti indikátorok esetén indikátoronként havonta értékeli.

(3) A fogorvosi szolgálatok értékelése megyei bontásban és praxiscsoportonként történik a következők szerint:

a) a városokban

aa) a felnőtt és vegyes körzetben együttesen, és

ab) a gyermek körzetekben;

b) városnak nem minősülő településen

ba) a felnőtt, illetve a vegyes körzetben és

bb) a gyermek körzetekben.

7. §

(1) A felnőtt és a vegyes körzetek a következő indikátorok alapján kerülnek értékelésre a 2. mellékletben meghatározottak szerint:

a) tömést követő gyökérkezelés,

b) tömést követő fogeltávolítás,

c) fogkő eltávolítás,

d) fogorvosi szűrővizsgálat az ellátottak körében.

(2) A gyermek körzetek a következő indikátorok alapján kerülnek értékelésre a 2. mellékletben meghatározottak szerint:

a) tömést követő gyökérkezelés,

b) tömést követő fogeltávolítás,

c) barázdazárás,

d) fogorvosi szűrővizsgálat az ellátottak körében.

(3) Az (1) és a (2) bekezdés szerinti indikátorok célcsoportjait, az adott indikátorhoz kapcsolódóan kapható pontszámokat, az adatforrást és az indikátor számításának módját a 2. melléklet tartalmazza.

8. §

(1) A fogorvosi indikátorok szerinti gyógyító-megelőző tevékenységének minősítésére célértékek mentén kerül sor.

(2) A célértékek minden indikátor esetében az 1 § c) pontja alapján kerülnek kiszámításra és a NEAK honlapján kerülnek közzétételre.

(3) Indikátoronként a 2. mellékletben szereplő pontszám kapható.

(4) A 7. § (1) és (2) bekezdésében foglalt indikátorok esetében meghatározott célértékek naptári évre érvényesek, meghatározásuk a tárgyévet megelőző, az indikátor meghatározása szerinti időtartam fogorvosi adatai alapján történik.

(5) Ha az adott fogorvosi szolgálat egy adott indikátor esetén eléri a 90%-os arányt, a célérték figyelembevétele nélkül, 2 pontban részesül.

(6) Ha az adott fogorvosi szolgálat egy adott indikátor esetén eléri a 80%-os arányt, a célérték figyelembevétele nélkül, 1 pontban részesül.

(7) Abban az esetben, ha a (3) bekezdés és az (5)-(6) bekezdés alapján számított pontérték eltér, úgy a pontérték meghatározásnál minden esetben a magasabb pontszám kerül megállapításra.

(8) Az adott megyében, illetve a főváros kerületeiben az egyes fogorvosi szolgáltatókra jutó pontszámok összeadódnak, és a rendelkezésre álló keretösszegeből a fogorvosi szolgáltatók az összes indikátorban megszerzett összpontszámuk arányában részesülnek díjazásban.

4. Záró rendelkezések

9. §

Ez a rendelet 2023. január 1-jén lép hatályba.

A Fogorvosok Területi Szervezetének elnöksége körében az alábbi észrevételek születtek:

1. Aki nem dolgozott indikátorokkal, nehezen érti a kiszámolás módját, a saját praxisára vonatkozóan az anyagi konzekvenciákat és esetlegesen a visszaellenőrzés módját/lehetőségét. A háziorvosoknál már korábban bevezetésre kerültek indikátorok, az ő elmondásuk szerint több probléma merült fel. Ezért fontosnak tartanánk, hogy a fogorvosok esetében több idő kellene a bevezetésre, lenne lehetőség akár kérdezz-felelek módon is az alaposabb megismerésre. Ez így elszigetettnek tűnik, ami a bőrünkre (zsebünkre) megy, pont ebben a rezsidázós időszakban.

2. Határozott véleményem:

- A 25-50% durván sok! A 80 %-ot (max. 75%) sokkal könnyebben fogadná el az orvosok társadalom és nem is lennének ennyire felháborodva!!! Ha marad a 25-50% garantáltan el fog indítani egy pontgyártás cunamit! Biztos, hogy mindenkinek le lesz szedve a fogköve és mindenki le lesz szűrve, hogy legalább egy kategóriába pontot érjen el és kapjon teljesítményfinanszírozást. Minden kolléga arra fog törekedni, hogy 100%-ot érjen el legalább egy indikátorban, hiszen nem ismeri a rá vonatkozó átlagot. Amennyiben könnyebben lehet elérni a célértéket, kisebb a valószínűsége a csalásnak, így a jelentések valóságtartalma is magasabb marad.

- Az első 50-25%-ba bekerülni lehetetlen lesz, ha valaki akár 1 hétre megy szabadságra. (Jogszabálynak megfelelően, egybefüggő 2 hét tervezett szabadságot ki kell adni az asszisztensnek, ha így kéri. Nem beszélve arról, ha valaki betegség miatt 2-3 hétig nem tud dolgozni!) 50-25%-os célérték biztosan egy hónapos szabadságolásokat fog generálni! Betegellátás szempontjából abszolút kontraproduktív! Ez ahhoz is vezethet, hogy több orvos kolléga a nyaralás alatt, viszi magával a számítógépet és fiktív pontokat gyárt. Ez tényleg senkinek sem az érdeke.

- Pozitívum a célérték; megye, város, nem város kategóriákra bontása.

- 7.§ (1) a) tömést követő gyökérkezelés

- Innentől kezdve a pulpasapkázás, akár direkt vagy indirekt formája eltűnik a rendszerből! „Preventív” gyökérkezelések vagy húzások fogják átvenni a helyét.

- 7.§ (1) b) tömést követő fogeltávolítás

- Ez első látásra, egy pozitív indikátornak tűnt. Hiszen nagyon ritkán fordul elő, hogy tömés után a páciens nem vállalta a gyökérkezelést/gyökértömést és ragaszkodik a húzáshoz. DE mivel esetünkben az 7§ (1) a) indikátor elem lép életbe, így; A variáció/ még tömés előtt mérlegelni fog az orvos, hogy inkább kihúzza a fogat vagy sem. A lakosság fogatlanításához vezet. B variáció/ megcsinálja ingyen van nem! De nem fogja kockáztatni az egész hónap teljesítményfinanszírozását egy pulpitis fog miatt! Hogy nem korrekt az biztos, de az egész indikátor rendszer sem az, ebben a formában. **Fontosnak tartom megjegyezni, hogy szigorúan maradandó fogakra legyen mindez érvényes. Jelenlegi változatban ez nem egyértelmű.**

- 7.§ (1) c) fogkő eltávolítás és a 7.§ (1) d) fogorvosi szűrővizsgálat

- Ezek jó indikátorok, természetesen a kollégák biztos, hogy túl fogják tolni a rendszert depurálással és szűréssel, de a lakosság szempontjából pozitív hozadéka lesz. Mivel mindkét

indikátor kisebb időt igényel és időkorlátja sem jelentős, szerintem a fogorvosok nagy része meg is csinálja.

Több kollega is jelezte, hogy az indikátor rendszer, főleg az a) és b) pontja abszolút inkorrekt az orvosokkal szemben, **mivel a lakosság irányába nincs semmilyen retorzióval**. Az elhanyagolt és felelőtlen szájhigiénia miatt kialakult óriási kráterekért (...és csak akkor jelennek meg, ha fájdalmat éreznek) nem az orvos a felelős! Egy városon belül is nagy különbségek vannak a körzetek összetétel és korfája között.

(2) A gyermek körzetek a következő indikátorok

- 7.§ (2) a) tömést követő gyökérkezelés. - 7.§ (1) b) tömést követő fogeltávolítás

Az indikátor rendszer e két eleme miatt (legalábbis ebben a formában) legnagyobb vesztesei a gyerekek és a gyerekfogászati körzetek lesznek. Tény, hogy a tejfogak eltávolítása vagy fogszabályzás miatti maradandó fogeltávolítás sokkal gyakrabban fordul elő, mint a felnőtt lakosságnál. **A 24 hónapos időintervallumot a gyermekfogászat esetében nagyon hosszúnak tartom! Javaslom a 6 vagy 12 hónapra való módosítását.** Ellenkező esetben, itt is elindulnak a trükközések! Nem utolsó sorban az is tény, hogy nyáron nem intenzív a betegellátás, nehezebb a betegek tervezett ellátása, az orvosok hibáján kívüli okok miatt. Hiszen felnőtt jelenlétében történnek a beavatkozások, a felügyeletet nyáron szülők nehezebb tudják megoldani (munka, táborozás, nyaralás, stb.) miatt. Sokszor időpont egyeztetés ellenére sem jelennek meg, erre az orvosnak nincs ráhatása.

Nagyon fontosnak tartom, hogy csak maradandó fogakra vonatkozzon az a.) és b.) indikátor elem!

- 7. § (2) c) barázdazárás és a -7.§ (2) d) fogorvosi szűrővizsgálat bevezetését, mint indikátor egy pozitív döntés a jogalkotóktól.

- Pozitívumnak tartom, továbbá azt is, hogy az indikátor rendszerbe az „iskolai, ifjúsági szolgálatok” nem kerültek bele!

3. Az indikátorok bevezetését én sem tartom "ördögtől valónak". A bevezetés módját és idejét viszont nem tudom helyeselni. Rendkívül korán van a januári bevezetése, időt kellene kapnunk, hogy egyáltalán megértsük, hogy miről van szó. Ezt jeleznünk kellene. S azt is, hogy az előző évek teljesítményéhez való viszonyítás megint nem jó, mert azok az évek egy rendkívüli időszakot a Covidos rendelést öleltek fel. s ez nem lehet egy objektív mérce.

4. Az indikátorok meghatározása esetében több szakmai kérdés is felmerülhet. Pl.

1.)2.) INDIKÁTOR (mennyi tömés után kellett gyökér kezelni, fogat eltávolítani): nem minden esetben van a tételek között ok- okozati összefüggés (pl. parodontológiai okok, preendo-, kockázatok, szövődmények...stb)

Ráadásul az alábbi indikátorok kevésbé ösztönöznek a fog életben tartására, esetleg megmentésére, sokkal inkább a biztosabbnak tűnő extractió irányába terel.

3.)4.) INDIKÁTOR (fogkő eltávolítás, szűrés) időkorlátos tevékenység! ráadásul van akinek gyakrabban szükséges depurálni, mégsem számolható el, ráadásul, ha adott hónapban zömmel időkorlátos betegek jelennek meg a teljesítmény nulla lesz

Mi a helyzet a „0” pontos beavatkozásokkal?

JAVASLAT:

indikátorok bevezetése előtt, azok meghatározásához szükséges SZAKMAI ÁLLÁSFOGLALÁSt kérni (objektívebb minőségi mutatók megalkotása)

„0” pontos beavatkozások kivezetése

célszerűbbnek tűnik a „minimum idők” meghatározásához, esetleg felülvizsgálatához kötni az elszámolható teljesítmény rendszert.

5. szakmailag megalapozott, az életben sokszor előforduló eseteket modellezzenek.

Értem én, hogy ki kell szűrni a túljelentőket, de ez nem mehet annak a rovására, hogy a fogorvos szakmai kompetenciája, egyes fogak megtartása, esetleg eltávolítása csak annak a kérdése legyen, hogy az indikátorok hogyan alakulnak majd a későbbiekben!

Egyébként a mai informatikai eszköztárral rém egyszerűen visszaellenőrizhetőek lennének a beavatkozások, és azok megtörténte. Például co-payment esetén senkiben fel nem merülne, hogy valótlan, vagy felesleges jelentések, kezelések történhessenek, hiszen ekkor a visszaellenőrzés is automatikusan megtörténne a betegek részéről is.

6. A fogorvosokat érintő rendelet-módosítás részben elfogadható, szakmailag azonban átgondolatlan. gyermekfogászatban a fogak tömés utáni élettartama rendkívül bizonytalan, főleg kétes esetekben! Nem beszélve a gyökérkezelésekről.

7. A véleményezésre megküldött jogszabálytervezetek kapcsán kronológiai sorrendben az alábbi észrevételeket tenném.

Az előterjesztés bevezetőjében leírtakkal (összefoglaló indoklás) egyetértek.

A törvénytervezet fogorvosi alapellátást érintő részével kapcsolatban az alábbiakat tartom fontosnak megjegyezni:

6.§.

(3) A fogorvosi szolgálatok értékelése megyei bontásban és praxiscsoportonként történik a következők szerint:

a) a városokban

aa) a felnőtt és vegyes körzetben együttesen, és

ab) a gyermek körzetekben;

b) városnak nem minősülő településen

ba) a felnőtt, illetve a vegyes körzetben és

bb) a gyermek körzetekben.

Az előterjesztés ezen részével egyetértek, ugyanis a jogalkotói szándék figyelembe veszi, hogy a most bevezetni kívánt indikátorok csak részben képesek objektív értékelésre, mivel az esetek nagy részében az adott egészségügyi szolgáltató által végzett alapellátási tevékenység az ellátást végző orvos személye és szaktudása, szakmai elhivatottsága mellett jelentős mértékben függ az ellátandó körzet lakosainak mentálhigiénés edukáltságától, valamint az erre vonatkozó ellátórendszer infrastrukturális fejlettségétől (diagnosztikus háttér, betegutak elérhetősége).

7. §

(1) A felnőtt és a vegyes körzetek a következő indikátorok alapján kerülnek értékelésre a 2. mellékletben meghatározottak szerint:

a) tömést követő gyökérkezelés,

b) tömést követő fogeltávolítás,

c) fogkő eltávolítás,

d) fogorvosi szűrővizsgálat az ellátottak körében.

(2) A gyermek körzetek a következő indikátorok alapján kerülnek értékelésre a 2. mellékletben meghatározottak szerint:

a) tömést követő gyökérkezelés,

b) tömést követő fogeltávolítás,

c) barázdázás,

d) fogorvosi szűrővizsgálat az ellátottak körében.

A fogorvosi indikátor alapú teljesítmény értékelés kapcsán fontosnak tartom megjegyezni, hogy

- az első két csoportba tartozó indikátorok esetében az erre vonatkozó értékelés visszamenőleges jelleggel történik, és az erre előírt 24 hónapos időszak nagy részben a pandémiás időszakban történő betegellátásra vonatkozik, ahol is az elektív, magas kockázatú beavatkozások tiltása következtében nagyrészt akut ellátás történt.

Ez véleményem szerint mindenképpen torzítja az erre vonatkozó értékelést.

2. melléklet a .../2022. (...) BM rendelethez

8.§

(5) Ha az adott fogorvosi szolgálat egy adott indikátor esetén eléri a 90%-os arányt, a célérték figyelembevételével, 2 pontban részesül.

(6) Ha az adott fogorvosi szolgálat egy adott indikátor esetén eléri a 80%-os arányt, a célérték figyelembevételével, 1 pontban részesül.

Felnőtt és vegyes fogorvosi körzet indikátorai

1. Tömést követő gyökérkezelés (FOGGY%)

1.1. Célcsoport: A fogorvosnál 24 hónappal korábban tömással ellátott biztosítottak száma

1.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál 24 hónappal korábban tömással ellátottak közül azok aránya, akik gyökérkezelésben részesültek a megelőző 24 hónapban.

2. Tömést követő fogeltávolítás (FOGELT%)

2.1. Célcsoport: A fogorvosnál 24 hónappal korábban tömással ellátott biztosítottak száma

2.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál 24 hónappal korábban tömással ellátottak közül azok aránya, akik fogeltávolításban részesültek a megelőző 24 hónapban.

A fenti két indikátorra meghatározott számítási képlet a jogalkotói szándékkal ellentétesen azt dotálja, ha az említett ún. "negatív" indikátornak tekintett tömést követő gyökérkezelésből, és vagy fogeltávolításból valaki minél többet csinál.

Szakmailag hibás, ellentétes előjelű korrekciója szükséges!!!

3. Fogkő eltávolítás (FOGKO%)

3.1. Célcsoport: **A fogorvosnál adott hónapban ellátott biztosítottak száma**

kiemelt szövegrész helyébe " **a fogorvosnál adott hónapban megjelent, eltérő beteg azonosítóval (Taj szám) rendelkező és ellátott biztosítottak száma, kivétel a 7 S kategória**"

ellenkező esetben az akut ellátásra jelentkező, illetve az adott hónapban többször megjelenő, illetve visszarendelt betegek esetében az indikátor torz számot ad

3.2. Jelentése: **A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok aránya, akik fogkőeltávolításban részesültek.**

kiemelt szövegrész helyébe " **azok aránya, akik az adott beavatkozásra vonatkozó időkorlát alapján (félév) fogköeltávolításban részesülhetnek.** "

4. Szűrővizsgálatok végzése 18 év felett (FOGSZ%)

4.1. Célcsoport: A fogorvosnál adott hónapban ellátott 18 év feletti biztosítottak száma

4.2. Jelentése: **A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok aránya**, akik fogorvosi szűrésben részesültek.

kiemelt szövegrész helyébe " **a fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azon 18 év feletti biztosítottak aránya,**

Célcsoportra vonatkozó megjegyzés és indoklás ugyanaz, mint a 3. pontnál, mérlegelendő a 7S kategória.

Gyermek fogorvosi körzet indikátorai

1. Tömést követő gyökérkezelés (FOGGY%)

1.1. Célcsoport: A fogorvosnál 24 hónappal korábban töméssel ellátott biztosítottak száma

1.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál 24 hónappal korábban töméssel ellátottak közül azok aránya, akik gyökérkezelésben részesültek a megelőző 24 hónapban.

2. Tömést követő fogeltávolítás (FOGELT%)

2.1. Célcsoport: A fogorvosnál 24 hónappal korábban töméssel ellátott biztosítottak száma

2.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál 24 hónappal korábban töméssel ellátottak közül azok aránya, akik fogeltávolításban részesültek a megelőző 24 hónapban.

Megjegyzés és indoklás ugyanaz, mint a felnőtt és vegyes körzet esetében.

Megfontolandó, hogy csak maradó fogakra vonatkozzon

3. Barázdazárás (FOGBA%)

3.1. Célcsoport: A fogorvosnál adott hónapban ellátott 18 év alatti biztosítottak száma

3.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok aránya, akiknél barázdazárás történt.

A számításra vonatkozó képlet hibás!

3.3. Számítás:

FOGBA% = FOGBA / BE * 100

FOGBA%: A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok aránya, akik **fogköeltávolításban** részesültek

FOGBA: A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok száma, akik **fogköeltávolításban** részesültek

BE: adott hónapban ellátott biztosítottak száma

4. Szűrővizsgálatok végzése (FOGSZ%)

4.1. Célcsoport: A fogorvosnál adott hónapban ellátott 18 év alatti biztosítottak száma

4.2. Jelentése: A fogorvosi szolgálatnál adott hónapban megjelentek közül azok aránya, akik fogorvosi szűrésben részesültek.

Célcsoport korrigálása szükséges ld. a felnőtt és vegyes körzetnél leírtakat.

A fentiekben az elemzett indikátorok véleményem szerint ebben a formában nem alkalmasak a bevezetésre, mivel az általam jelzett korrekciókhoz szükséges informatikai háttér jelenleg nem áll rendelkezésre, változatlan formában pedig nem adnak valós képet a betegellátás színvonaláról, torzítanak.

Az indikátorok kapcsán minden életbe lépő változást csak fokozatosan, a működés során felmerülő tapasztalatok birtokában, és ami fontos, csak előremenő rendszerben javasolt bevezetni.

Fontos megjegyezni, hogy bárminemű korrekcióra is kerül majd sor, egyidejűleg szükséges a meglévő finanszírozási rendszer elemeinek újrachangolása, korrekciója, adaptálása a megváltozott jogszabályi környezethez (az egyes beavatkozások pont értékének, valamint minimum idejének korrekciója)

8. Egy olyan indikátor rendszert akarnak bevezetni, ami soha nem volt, nincs vele semmi tapasztalatunk. Az idő rövidebbé a fő probléma. 2 hét alatt akarják lenyomni mindenki torkán. (nem csak a fogorvosokén!)

Az erre irányt adó idő intervallum pedig egy olyan időszak, ami szinte teljesen átformálta a gyógyító munkát. COVID miatti korlátozások, beteglétszám csökkenés, átlagfinanszírozás bevezetése, stb.

Ez végképp nem korrekt.

Érthető a minisztérium szándéka, de erre idő kell és széleskörű egyeztetés. Ez így nem elfogadható!

9. Az egészségügyi rendszert érintő nagy horderejű átalakítás-tervezetről érdemi véleményeket várni rövid idő alatt az ünnepek előtti héten elég méltatlan és nehéz.

- A tervezett változtatások több elemével egyet lehet érteni. A hazai viszonyok szükségessé teszik hogy az alapellátásban a hangsúly a prevenció és a fogak megtartása irányába tolódjon el.

Az viszont elvárható és szükséges, hogy valódi szakmai egyeztetés után megalkotott részletszabályok alapján induljanak el a változások.

- Az indikátorok kizárólag a teljesítmény finanszírozást szabad hogy befolyásolják, a fix díjat nem, sőt annak emelése szükséges bizonyos fogászati anyagok, eszközök nagy mértékű áremelkedése miatt.

- A "fiktív kezeléseknél" és " pontgyártásnak" elejét kell venni, és minden visszaélésre lehetőséget adó intézkedést el kell kerülni.

- Az alapfinanszírozást meg kellene hagyni, de aki többet és jobban dolgozik, kapjon többet finanszírozást.

- Az indikátorok bevezetése indokolt. De újragondolásuk szükséges, és próbaidőre, hatástanulmányra is szükség lenne bevezetésük előtt, tekintve, hogy új elképzelésről van szó a fogászatban. (pl.tömött fog későbbi gyökerkezelése, tehát a fog megmentése negatívan hat a finanszírozásra!?)

- Az indikátorok megállapításánál a tervezet az elmúlt 24 hónapot kívánja figyelembe venni, ami a Covid járvány miatt nem szerencsés, mert nem mutatja a reális állapotokat. A részletszabályokat itt is ismerni kellene.

10. Dr. Linninger Mercedes, FTESZ elnök:

Induljunk ki abból a jóindulatú feltételezésből, hogy a Minisztérium illetékesei nem büntető szándékkal kívánják bevezetni a minőségi indikátorrendszert. Lássuk be, az alapellátásban átmenetileg bevezetett átalányfinanszírozás sok esetben rombolta az ellátási morált (természetesen ezt nem lehet általánosan kijelenteni). Ugyanakkor a közelmúltban az alapellátási praxisok bérfinanszírozása jelentősen megnövekedett. (Sajnos ebből a bértámogatásból többszöri kezdeményezésünk ellenére kimaradtak az iskolafogorvosok és a szakellátók is.) E növekmény

ellenszolgáltatásául az Állam joggal vár el teljesítményt. Másrészt a minőségi indikátor-rendszer jelenléte Európa számos országában régóta működő **pozitív** ösztönző szisztéma.

De!

Véleményem szerint:

- az indikátorok bevezetését nem volna célszerű január 1-én bevezetni, annak kipróbálására tesztidőszak volna szükséges.
- a tesztidőszak arra is megfelelő lenne, hogy a sok esetben aggályosnak ítélt minőségi indikátorok valóban alkalmasak-e indikátorként, vagy azok finomítása, újragondolása szükséges-e. Amennyiben igen, úgy a szakmai szervezetek bevonása az egyeztetésekbe megkerülhetetlen. Jelen pillanatban az indikátorok részletes elemzése nem, azok bevezetésének azonnali halasztása fontosabb kérdés.
- továbbá megfontolásra javaslom az indikátorszámítás alapjául szolgáló időszak felülvizsgálatát, hiszen az egy olyan intervallumra esik, amikor az alapellátás jelentős korlátozással volt képes teljesíteni, a COVID-19 járvány szükségszerű kényszerkezeléseket eredményezett az aeroszol használatából eredő fertőzés veszélyének elkerülése érdekében.

IV – V. norma-tervezet

A belügyminiszter

.../2022. (...) BM rendelete

egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

A módosítás csupán egyetlen ponton érinti a fogászati szakellátást, mely szerint:

a. „3. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez”

- Az Általános anesztéziában végzett fogászati ellátás súlyszáma 1,20130-ról 1,20806-ra nő

b. „1. melléklet a 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelethez” ellátások folyamatábrái változnak

Hozzáfűzni valónk a norma-tervezethez ezért nincs.

Budapest, 2022. december 22.

Dr. Linninger Mercedes

elnök

MOK Fogorvosok Területi Szervezete