

**A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM PSZICHIÁTRIAI KLINIKA  
POSZTGRADUÁLIS TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZŐ PROGRAMJA**  
(Szakorvosok Folyamatos Továbbképzése, CME)

**„ELME MATER”**

**2008/I. félév**

2008. február 13. ***Pszichiátriai útvesztők Hippokratész és a jog között***

Ea.: **Dr. Szilárd János** egyetemi tanár  
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Szeged

2008. március 12. ***„Szenvedélyek viharában”: medveemberek addikciója***

Ea.: **Dr. Gerevich József** egyetemi docens  
Budapest

2008. április 9. ***„Elbánik a pánikkal”. A pánikbetegség klinikai formái***

Ea.: **Dr. Gábor S. Pál** főorvos  
Budapest

2008. május 14. ***Pszichotikus kórformákhoz társuló fejlődési  
rendellenességek***

Ea.: **Dr. Cimmer Csongor** egyetemi  
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Szeged

***A rendezvények helyszíne:*** Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,  
***Új Klinikai Tömb*** (Szeged, Semmelweis u. 6.) földszinti  
***tanterme.***

***Időpontja:*** a hónap 2. szerdája, délután 14.30 óra. Az előadások várható  
időtartama a vitával együtt: 2 óra.

***Szervező:*** Dr. Szendi István – Tel.: (62) 545-942, fax: (62) 545-973

A továbbképző program előadásainak témái és időpontjai elérhetők interneten.

***Honlap:*** <http://www.szote.u-szeged.hu/psych/rendframes.html>

## ÚJ KÉSZÍTMÉNNYEL BŐVÜLT A RICHTER KARDIOLÓGIAI PORTFOLIÓJA

**2007. júliusa óta kapható a gyógyszerárakban a Richter új angiotenzin-receptor blokkoló (ARB) családba tartozó vérnyomáscsökkentő készítménye a Portiron.**

A Richternek, hazai gyógyszergyáráként célja, hogy korszerű, hatékony, kedvező árfekvésű készítményekkel szolgálja a lakosság életminőségének javítását és a betegek gyógyítását. A Társaság számos terápiás területen kínál korszerű és hatékony gyógymódot, és megkülönböztetett figyelmet fordít a szív- és érrendszeri betegségek gyógyítására. A Richter „Szívhang” programja kifejezi a betegek iránti elkötelezettséget, és azt az erőfeszítést, amellyel a gyógyítás eredményességéhez igyekszik hozzájárulni. A Társaság élen jár a szív- és érrendszeri betegségek kezelésére szolgáló készítmények fejlesztésében, komplex terápiát biztosítva. Folyamatosan bővíti kardiológiai készítményeinek körét. Az ACE gátló, kalcium csatorna blokkoló, valamint a fixdózisú kombinációs készítményei mellett idén forgalomba hozta az ARB csoportba tartozó új, hatékony, kiválóan tolerálható, korszerű vérnyomáscsökkentőjét. Ezzel teszi lehetővé, hogy a jövőben mind több beteg hozzájusson az egyik legkorszerűbb vérnyomáscsökkentő készítményhez, tovább csökkentve a magyarországi betegek kardiovaszkuláris morbiditását és mortalitását. A Richter éppen ezért hozta forgalomba az OEP által elsőként támogatásba befogadott és a patikákban elsőként hozzáférhető generikus ARB készítményét, amelynek árfekvése az eddiginél szélesebb körű alkalmazást tesz lehetővé.

A magasvérnyomás-betegséget „első számú gyilkos”-nak (Killer Number One) hívják, hiszen a szív- és érrendszeri betegségek (szívinfarktus, szívelégtelenség, agyi érkatasztrófák, vese elégtelenség, érszűkület) 80 százalékának háttérében a kórosan magas vérnyomás az egyik legfontosabb kóros tényező. A lakosság fele az iparilag fejlett országokban, így hazánkban is szív- és érrendszeri betegségek következtében hal meg.

Az életkor előrehaladtával az erek falának rugalmassága csökken, így a szisztole (amikor a szív összehúzódik) alatt mért vérnyomás fokozatosan emelkedik. A vérnyomás emelkedésével párhuzamosan nő a szív és az erek terhelése és károsodása, ez gyakran vezethet súlyos, halálos kimene-

telű szövődmények kialakulásához. Közmegegyezés alapján a 140/90 Hgmm értéket tartják a normális vérnyomás felső határának. Az érfal merevvé válásának és az érlemezés kialakulásának kiváltó oka a magas vérnyomás mellett a dohányzás, vérszírok – első sorban a koleszterin – jelentős növekedése, emelkedett vércukor, vagy a már kialakult cukorbetegség. Ezen kockázati tényezők gyakran együtt járnak és egymás hatását fokozva rombolják érrendszerünket. A magasvérnyomás-betegség hatékony kezelésének célja a betegek élettartamának növelése, életminőségük hosszú távú javítása.

Magasvérnyomás-betegségben az elsődleges cél a maximális szív-érrendszeri rizikó csökkentésének elérése.

*Az emelkedett vérnyomás kezelése önmagában is szükséges mert visszafordítható kockázati faktorról van szó. A vérnyomás legfelső, még normálisnak tekinthető értéke 139/89 Hgmm, de ezt az értéket (az ún célértéket) cukorbetegségben és nagy, illetve nagyon nagy kockázatú betegekben (agyierkatasztrófa, infarktus, fehérje ürítéssel járó vesebetegség) 130/80 Hgmm alá kell vinni.*

A gyógyszer mellékhatásaira fokozottan figyelni kell, mert azok a nem megfelelő beteg együttműködés legfontosabb okai. Mellékhatások tekintetében a gyógyszerek nem egyformák. Előnyben részesülnek továbbá azok a gyógyszerek, amelyek 24 órás hatással és napi egyszeri adagolással bírnak, mert az egyszerűbb kezelés jobb együttműködést eredményez.

Az Európai Hipertónia Társaság és az Európai Kardiológus Társaság közös legújabb 2007 júniusában született állásfoglalása és a Magyar Hipertónia Társaság 2005 óta érvényes ajánlása értelmében az ARB-k az elsőként választandó vérnyomáscsökkentők. Kedvező hatékonyságuk és biztonságos alkalmazhatóságuk nagyszámú betegen nyert már bizonyítást. Az ARB típusú készítmények rendelkeznek a legkevesebb mellékhatással (tolerabilitása megegyezik a placebóéval). A felmérések szerint a kezelés során a betegek terápiás együttműködése a vérnyomáscsökkentők közül ARB-k esetében a legjobb és a terápiahűség aránya a legmagasabb.

**További információ: Beke Zsuzsa PR vezető Richter Gedeon  
Tel.: 431-4888, e-mail: [zs.beke@richter.hu](mailto:zs.beke@richter.hu)**

## AZ ALAPELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSA ELŐTT A MINISZTERELNÖK HÁZIORVOSOKAT HÍVOTT MEG SZAKMAI BESZÉLGETÉSRE A PARLAMENTBE

**Augusztus elején a miniszterelnök szabadsága megkezdése előtt megbeszélést tartott háziorvosokkal a jelent és jövőt illetően. A másfél órás beszélgetés fontos információkat adott a döntéshozóknak, a miniszterelnöknek és megismerhetők voltak a kormányzati szándékok is. A következő összeállítás a találkozót és eredményeit foglalja össze**

Az elmúlt év folyamán az egészségügy átalakítása, a teljesítmény-volumen korlát, a fekvőbeteg kapacitás szűkítése és átrendezése, ill. a területi ellátási kötelezettség pontosítása a szakellátás szereplői körében okozta a legjobban érezhető hatást, közvetve az alapellátást sem hagyta érintetlenül. Sőt, számos más, célzottan az alapellátásra (is) szabott rendelkezés, pl. a tételes betegforgalmi jelentési kötelezettség, a „gyógyszer-gazdaságossági” és közgyógy-ellátási rendelet vagy az ellátási jogosultság vizsgálata egyértelművé tették, hogy nincsenek kivételek vagy kivételezettek az új kihívások szemszögéből. Vezető egészség- és egyéb politikusok számos összefüggésben említették az alapellátó háziorvosok hatás- és szerepkörének fontosságát folyamatban, a velük szembeni elvárások nagyságát eközben, alig esett szó viszont arról, hogy ezek a változtatások minden esetben többlet feladatot róttak ki az említett szolgáltatókra.

A különböző alapellátást képviselő szervezetek és testületek tisztségviselői, lévén egyidejűleg választott szakemberek és szakmájuk mindennapos művelői, saját tapasztalatuk és kollegiális tájékozódásuk alapján is arra a következtetésre jutottak, hogy a szakellátásban korlátozott ellátói kapacitás más változásokkal együtt az alapellátás számára tetemes többlet feladatot jelent. A megnövekedett feladatok változatlan vagy gyengülő feltétel rendszer mellett ugyanakkor veszélyeztetik az alapellátó praxisok és működésük stabilitását.

Az említett tisztségviselők megfelelő fórumokon hangot adtak aggodalmaiknak, amelyre az egészségügy vezetői úgy reagáltak, hogy nyitottak a párbeszédre kellő előkészítés után. Az egymást váltó tárca vezetők egybehangzó felkérései alapján így a „kéretlenül” megkezdett adatgyűjtést a háziorvoslás (házi gyermekorvoslást is beleértve) helyzetének elemzése céljából az első félév folyamán szisztematikusan folytattuk. A szakma kollégiuma, országos intézete, a vezető szakfelügyelők és a profil tanszékek szakembereinek bevonásával több hónapos munka során igyekeztünk kollegáink minél szélesebb körét tájékoztatni az idézett felkérésekről és megadni a lehetőséget általunk minden elért kollegánknak arra, hogy tapasztalatával, ötletével vagy egyéb módon segítsen a lehető legvalósabb képet alkotni magunkról a zajló egészségügyi reform folyamatában. A vállalkozás elsődleges szempontja végig az maradt, hogy bizonyítsuk a kapott adatok hitelességét a nagyszabású átalakításban és azokkal meggyőzhessük a döntéshozókat arról, hogy alapvető társadalmi érdek az alapellátás döntő részét képező háziorvoslás stabil helyzete és pozitív jövőképe.

Főlöszlegesen találgatni, hogy hangadásunk ereje („tömege”) vagy a politikai vezetők józan ítélőképessége és realitásérzéke, netán más okok vezettek oda, hogy a kormány vezetője másfél órányi idejét biztosította arra, hogy július végén az említett

tisztségviselők tizenkét fős csoportját fogadja és kellő felkészülés után érdemben beszélje át velük az alapellátás döntő volumenét képező háziorvoslás helyzetét. Szerencsénk volt tehát, hogy a jó időben érkezett meghívás után nem kellett kapkodva felkészülni és témákat találni, hanem a friss elaborátum mentén kezdeményezhettük a diskurzus témáit és irányvonalát.

A miniszterelnök úr tehát elfogadta témaajánlatunkat, de előre is jelezte amiről azután a helyszínen is meggyőződhetünk, hogy három kérdés érdeklí különösen: a háziorvosi hatáskör (kompetencia), a vizitdíj és a hálapénz. A két utóbbival érdemben, de nem a szükségesnél hosszabban esett szó, meg tudtuk győzni egymást arról, hogy ezek fontos, de nem csak ezek, vagy nem elsősorban a hálapénz, a jövőt döntően befolyásoló részei a szolgáltatásnak. Annál fontosabb viszont a kompetenciák pontosítása, a szakellátás járóbeteg részével való állandó egyeztetés és feladatvállalás átrendezése megfelelő feltétel rendszerben. Miniszterelnök úr egyértelművé tette, hogy megfelelő minőségi garanciák mellett nyitott arra, hogy a háziorvosi kompetencia kiszélesítését beiktassák a kormányprogramba, aminek másik alapvető feltétele viszont, hogy a járóbeteg kassa-ráfordítások kedvezően alakuljanak. Természetesen elfogadta azt az érvelést, hogy a többlet feladat vállalás tételesen kerüljön majd finanszírozásra.

A megbeszélésen minden meghívott szót kapott és lévén rutinos és felkészült szakemberek, módot találtunk arra, hogy a szakma minden lényeges, módosítást vagy megoldást igénylő gondját szóba hozzuk. Tekintve, hogy mindegyikünk jól ismerte az említett dolgot, nem kellett attól tartani, hogy valaki is „elkalandozik” vagy egyéni problémákkal foglalkozik akkor, amikor szót kap.

Az igen jó hangulatban eltelt másfél óra végén mindkét fél azt érezhette, hogy megmozdult vagy mozdulni fog valami a szakmában. Ezt az érzést megerősítette az a feladat „kiosztás”, amely a befejező fázisa volt a találkozóknak. Nevezetesen, szakma közösségünk azt a feladatot kapta nagyon szűk, néhány hetes határidővel, hogy készítsen el egy nagyon tömör és lényegre törő koncepciót az alapellátás közeljövőjéről, amely immár a kormányigényt és szándékot is ismeri, de szinte mindenre nyitott z „alulról jövő” kezdeményezésekre és tág teret vetít előre egy rövid időn belül bekövetkező egyeztetési folyamatban. Utóbbi a kormányfő tervei szerint minden érintett fél részvételével, de szűk körben, a hatékonyságot megcélzó „csúcserkeztet” formájában nagyon rövid határidőn belül kerülne sorra.

A beszámoló után szeretnénk közreadni azt a dolgot, amelyről az előbbiekben többször szó esett. Ha már el is jutott kormányzati tényezőkhöz természetesen nem tartjuk véglegesnek és lezártnak, sokkal inkább vitaanyag, amelynek autentikus vitapartneri a szakma képviselői. Sokrétúsége révén és a könnyebb áttekinthetőség érdekében fejezetekbe rendeztük mondandónkat, amelyet tehát ajánlunk a nyájas olvasó figyelmébe.

Budapest–Szeged, 2007. augusztus

**Prof dr. Hajnal Ferenc**

**Dr. Balogh Sándor**

## PRAXIS PROGRAM 2007–2010.

A miniszterelnökhöz megküldött munkaanyag, a Háziorvostan Szakmai Kollégium anyaga alapján

### I. FÁZIS: 2007. december 31.-ig teljesítendő

**1. Az adminisztráció racionalizálásának** első lépcsője (ld. 6.1 a táblázatban):

- Egyes jelentési elemek törlése (pl. beutalón napló sorszáma, továbbküldési célszolgáltató OEP kódja, ÁNTSZ kábítószerek havi nemleges jelentés), a közgyógyellátási igazolvány kiadási folyamatának egyszerűsítése; havi jelentés egyszeri küldése;
- Háziorvosi rendelőkben az Internet elérési lehetőségeinek praxis által történő biztosítása kötelezően (ld. 8.1 a táblázatban);
- Egyszeres jelentésküldés feltételeinek kidolgozása
- A költség-hatékony gyógyszerrendelést segítő további informatikai tájékoztatási lehetőségek kidolgozása. A jelenlegi szabályozás áttekintése, szükség szerint felfüggesztése.

Feladatok: Jogszabály módosítás

**2. Strukturális átalakítás előkészítése,** jelenleg működő program kiszélesítése: a tartósan betöltetlen körzetek és a háziorvosi ellátás humán erőforrás problémájának megoldása (ld. 2.1 a táblázatban):

- 12 hónap helyett 6 hónapos szabály kimondása tartósan üres kritériumként;
- Kistérségi szinten kezdeni, ahol nagy a 60 év feletti háziorvosok és a betöltetlen körzetek aránya.
- Átképzés:
  - átképzési programok a „felszabadult” szakorvosok számára 2007. szeptember–december között (jelenlegi jogszabályi keretek között megoldható)
  - területi ellátási kötelezettség (TEK) nélküli praxisok Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozottan (0,5–2 év időtartamra)
  - kistérségben: szakorvosi-központi gyakornok képzése (helyettesítés, ügyeleti feladatok ellátására), mentor-kistérségi szakorvos koordinátor vezetésével OALI keretében kiemelt PILOT-PROJEKT.

Feladatok: Jogszabály módosítás (43/1999 Kr, 4/2000 EüM, 66/1999 EüM rendeletek módosítása) Új jogszabály(ok) előkészítése, felvetődik egy Alapellátási Törvény kidolgozása.

**3. Szakmai tevékenység** (ld. 1.1, 7.1 a táblázatban)

- Az alapellátás körébe tartozó szakterületek áttekintése, az alapellátás és a járóbeteg szakellátás közötti határterületek helyzetének szakmai szempontú rendezése (pl. foglalkozás-egészségügy, fegyveres erők testületeinek-, MÁV dolgozók alapellátása).
- A háziorvosi szakmai kompetenciák összeállítása, szakmai egyeztetése.
- A leggyakrabban előforduló megbetegedések alapellátási szakmai protokolljainak előkészítése.
- Az alapellátás kompetencia körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások finanszírozási protokolljára történő javaslatok kidolgozása, illetve ezzel párhuzamosan a finanszírozási protokollokban nem szereplő, de a szakmai kompetenciába tartozó beavatkozások feltételrendszerére, díjazására vonat-

kozó javaslatok összeállítása, ide értve a kiegészítő biztosítási finanszírozási kört érintő kérdéseket is.

**4. Működtetési jog változtatásai** (ld.4.2 a táblázatban)

Vállalkozás is vásárolhat működtetési jogot

Feladatok: Jogszabály módosítás

**5. Az alapellátásban térítési díj fejében történő ellátások díjazásának rendezése** (ld. 5.2 a táblázatban) (Mind a háziorvosok részéről, mind a betegek részéről kedvező lehetne a fogadtatás, hiszen a beteg otthonában történő konzílium jellegű tanácsadás vagy gyógyszerrendelés kiegészítő kényelmi szolgáltatás lehetne).

Feladatok: Jogszabály módosítás

### II. FÁZIS: 2008–2009. év

#### II/I. 2008. első félév

**1. Az adminisztráció racionalizálásának** második lépcsője (ld. 6.1 és 8.1, 8.2 részei a táblázatban):

- Az I/1. pontnak megfelelően: a forgalmi napló kiváltása a tételes háziorvosi jelentés (B300), törzskartonok, táppénzes napló, szakmai ajánlások és egyéb jelentések (kábitószerek, fertőző beteg, KSH stb.) információ tartalmának rendezése alapján, párhuzamosságok megszüntetése, a receptírási program beépítése; a változtatások bevezetése
- TAJ szám ellenőrzés

**2. Strukturális átalakítás finanszírozási modelljének kipróbálása:** praxis közösség, csoport praxis, kistérségi ellátás, kistérségi fejkvóta meghatározása.

Feladatok: EU pályázat

**3. Praxis finanszírozási technikáinak bővítése**

- Egyes egészségbiztosítási szolgáltatásokra történő külön szerződések megkötési lehetőségének vizsgálata az I/3. pont alapján (ld. 5.1 a táblázatban)
- Kiegészítő biztosítási csomag alapját képező szolgáltatások és feltételeinek meghatározása az I/3. pont alapján (ld. 5.3 a táblázatban)
- Praxis minőségi alapú finanszírozásának pilot vizsgálata (ld. 5.5 a táblázatban)

#### II/II. 2008. második félév

**1. Az alapellátás kistérségi szintű szervezésének országos kiterjesztése** (II/II/2. pontban leírt modell alapján) (ld.2.2 a táblázatban)

Feladatok: Jogszabályi keretek megteremtése

**2. Működtetési jog változtatásai:** praxis jog, praxisalap 2009. év előkészítése

#### II/III. 2009. év első félév

1. II/I/1 pont szerint kidolgozott jelentési rendszer on-line informatikai felületének biztosítása (ld. 8.2 a táblázatban).
2. Kistérségi ellátás rendszerének korrekciója.
3. Praxis minőség alapú finanszírozási technikájának bevezetése.
4. Praxisalap jogszabályainak „kihirdetése” (ld. II/II/2 pont).

Készítette: Dr. Dobos Éva, Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Papp Renáta, Dr. Balogh Sándor. Munkacsoport tagok: Dr. Ilyés István, Dr. Füredi Gyula, Dr. Becka Éva, Dr. Szabó János, Dr. Kozma Anna, Dr. Garay Erzsébet, Dr. Józsa István, Dr. Morva László, Dr. Hasitz Ágnes, Dr. Huszár András, Dr. Komáromi Zoltán

| TÉMAKÖR                | PROGRAMOK  | CÉL  | MÓDSZER   | ERŐFORRÁS BIZTOSÍTÁSA   | JOGSZABÁLY   | POLITIKAI KOCKÁZAT  | KÖZÉRTET-JAVÍTÁS  | HATÁRIDŐ  |
|------------------------|--|--|---|---|--|---|---|---|
| 1. Szakmai tevékenység | 1.1. Háziiorvosi tevékenységi körök rendszerezése        | Ellátási csomagok meghatározása  | Hatásköri Lista aktualizálása és harmonizálása  | Munkacsoport működtetése  | Jogszabály alapjól szolgál; biztosítási csomagok kialakításának alapja | Szakma csoportok közötti konfliktus; pártpolitikai nincs                          | Beteg: igen<br>Alapellátás: igen<br>Szakellátás: közvetett módon igen | 2007. nov.15.   |
|                        | 2.1. Új ellátási formák kialakítása                      | Járóbeteg ellátás hozzáférhetőségének és működési költség-hatékonyágának javítása        | Praxisközösség, csoportpraxis, kistérségi ellátás pilot tanulmánya  | Pályázat  | Szükséges  | Nincs   |   | Beindítása  |
| 3. Humán erőforrás     | 2.2. Új ellátási formák rendszerbe való illesztése       | Ld.mint 2.1.   | Praxisközösség <sup>1</sup> csoportpraxis, kistérségi ellátás bevezetése  | Megalapozott normatív finanszírozás illetve kórházi struktúra átalakítási program megtakarításaiból               | Szükséges  | Ellátási szintek és azon belüli szolgáltatók közötti konfliktusok; önkormányzatok | 2007. dec.31.-től   | 2009.   |
|                        | 3.1. Szakképzés, átképzés                                | A praxis feladatainak ellátásához szükséges minden humán erőforrás kapacitás biztosítása | Reziidensi illetve központi gyakornoki rendszer; tanszékekhez illesztett oktató praxisok. Szakdolgozók rendszerszerű képzése. | Kompenzáló állami és biztosítói forrás  | Van, de módosítást igényel   | Nincs   | Minden ellátó és ellátott   | 2008. január  |
|                        | 3.2. Továbbképzés  |  | Folyamatos továbbképzés   | ??  | Van  | Nincs   | Nincs   | Minden ellátó és ellátott   |
| 4. Praxis működés      | 3.3. Életpálya modell <sup>2</sup> kidolgozása           |  | Kinevezési rendszer   | Nincs   | Szükséges jogszabályba beillesztve                                     | Nincs   | Minden ellátó   | 2008. január  |
|                        | 4.1. Működtetési jog változásai                          | Praxisváltás és elhelyezkedés megkönnyítése  | Működtetési jog koncessziós joggá alakítása   | Nincs   | Módosítás szükséges  | Önkormányzati érintettség   | Háziorvosoknak fontos   | 2009. decem.  |
|                        | 4.2. Működtetési jog megvásárlási feltételeinek javítása | A lakosság-közeli járóbeteg ellátás bővítése, olcsóbb ellátó helyen                      | Praxis alap létrehozása és banki megbízás   | Praxis alap központi részben lehetséges, míg a vállalkozási vásárlások lehetőségének biztosításához nem szükséges | Módosítás szükséges  | Járóbeteg szakellátással konfliktus lehetséges                                    | Beteg számára előnyös; háziorvos számára s fontos                     | Jogszabály módosítás után azonnal – Praxis alap a központi költségvetés miatt 2008. második félév 2009. |

1 Praxisközösség több háziiorvosi praxis együttműködése, míg a csoportpraxis egy vagy több háziiorvosi praxis és járóbeteg szakellátók rendszerszerű együttműködése.

2 Életpálya modell lényege: szakmai előmenetel biztosítása a háziorvosok számára is, főorvosi cím odaítélése meghatározott kritériumok alapján.

Szakmai tevékenység részei a szakmai ellátóképesség vagyis kompetencia („clinical competence”) illetve a szakmai hatáskör („authority”), beleértve a jogszabály által megengedett illetve közfinanszírozott tevékenységet is

**H A V O R - I G E S Ö T N E S E R K E N S**

| TÉMAKÖR                  | PROGRAMOK  | CÉL  | MÓDSZER   | ERŐFORRÁS BIZTOSÍTÁSA  | JOGSZABÁLY   | POLITIKAI KOCKÁZAT                               | KÖZÉRTET-JAVÍTÁS  | HATÁRIDŐ   |                  |
|--------------------------|--|--|---|--|--|--|---|--|------------------|
| 5. Finanszírozás         | 5.1. Kombinált finanszírozás bevezetése a háziorvosi tevékenységben                                |  | Meghatározott, esetenként licence köteles tevékenységek „fee for service” finanszírozásának bevezetése                          | Szerződésben rögzített TVK alapú   |  |  |   | 2008. január   |                  |
|                          | 5.2. Az alapellátásban térítési díj fejében történő ellátások díjazásának rendezése                | Jogszabály által biztosított lehetőségek pontosítása; praxis bevétel növelése központi erőforrás igények         | Jogszabály módosítása   | Páciens által fizetett ellátás   | Módosítás szükséges  | Ellátottak felől mérsékelt kockázat              | Ellátók   | 2007. dec.   |                  |
|                          | 5.3. Kiegészítő biztosítási csomag alapját képező szolgáltatások és feltételeik meghatározása      | Jogszabály által biztosított lehetőségek pontosítása; praxis bevétel növelése központi erőforrás igények         | Jogszabály módosítása   |  | Páciens által fizetett ellátás (vagy kiegészítő biztosításon keresztül vagy közvetlenül) | Szükséges  |   | Ellátó és ellátott számára előnyös (közkiadás csökken, beteg-közeli ellátás nő)                        | 2008. január     |
|                          | 5.4. Minőség alapú kiegészítő finanszírozási elemek kidolgozása                                    | A háziorvosi tevékenység minőségének elismerése, az ellátás minőségének javítása                                 | Pilot tanulmány   |  | Pályázat   | Szükséges  |   | Előnyös mind az ellátó, mind az ellátott részére   | 2008. szeptember |
|                          | 5.5. Minőség alapú kiegészítő finanszírozási elemek bevezetése                                     |  | Indikátorok követése és klinikai auditok a szakfelügyeleti rendszerben  | Struktúraátalakítás eredményeként felszabaduló források; kiegészítő biztosítás   |  |  |   |  | 2009. október    |
| 6. Adminisztráció        | 6.1. Adatszolgáltatás racionalizálása, felesleges jelentések megszüntetése                         | Betegekre fordítható, felszabaduló idő növelése  | Jogszabály módosítás  | Nem kell   | Szükséges  | Kockázat nincs, csökken a támadási felület       | Előnyös mind az ellátók, mind az ellátottak számára             | 2007. szept. 30.   |                  |
| 7. Betegutak             | 7.1. Betegirányítás szabályainak multidiszciplináris kialakítása                                   | Ellátási rendszer működésének racionalizálása, párhuzamos ellátások megszüntetése                                | Munkacsoportok kidolgozzák a finanszírozási eljárásrendek alapját képező algoritmusokat   | Munkacsoportok működtetése   | Szükséges  | Konfliktus lehetősége a szakmai csoportok között | Előnyös az ellátórendszer egésze valamint az ellátottak számára | 2008. május  |                  |
| 8. Informatikai rendszer | 8.1. Elektronikus jelentés feltételrend szerének biztosítása                                       | Modern és biztonságos adatáramlás biztosítása  | Praxisok Internet elérésének, magas biztonságú elektronikus jelentés eszközszerelvére   | Internet biztosítása praxis által kötelezően; a biztonságos elektronikus kommunikációs rendszer eszközeit központi szinten biztosítani | Módosítás szükséges  | Nincs  | Előnyös az ellátórendszer egésze valamint az ellátottak számára | 2007. december (praxis Internet hozzáférhetőségének biztosítás), majd 2009. a központi fejlesztésekre. |                  |
|                          | 8.2. On-line kapcsolattartó rendszer kialakítása az egészségügyi ellátórendszer szervezetei között | Ellátórendszer szereplői közötti kommunikáció, javítása; párhuzamos ellátások csökkentése, ellátás felgyorsítása | Kommunikációs felületek kialakítása az információ központok – felhasználók között, a beteginformációk eljuttatása az ellátókhoz | EU források informatikai rendszer működtetésére  | Módosítás szükséges  | Nincs  | Előnyös az ellátórendszer egésze valamint az ellátottak számára | 2009.  |                  |

**HÁZIORVOSTANI SZAKMAI  
KOLLÉGIUM**  
SZEGED, Korányi fasor 9.  
6720 Szeged  
Elnök: Prof. Dr. Hajnal Ferenc Ph.D.  
Tel/fax: 36 62 545-553  
E-mail: [Hajnalf@model.szote.u-szeged.hu](mailto:Hajnalf@model.szote.u-szeged.hu)

**HUNGARIAN BOARD OF  
GENERAL PRACTICE**  
SZEGED, Korányi fasor 9.  
H-6720 Szeged  
Chairman: Ferenc Hajnal, M.D, Ph.D.  
Tel/fax: 36 62 545-553  
E-mail: [Hajnalf@model.szote.u-szeged.hu](mailto:Hajnalf@model.szote.u-szeged.hu)

**Gyurcsány Ferenc  
Miniszterelnök Úrnak  
Magyar Köztársaság Kormánya  
Budapest**

*Tisztelt Miniszterelnök Úr!*

Molnár miniszter úr ez év februári, majd Horváth miniszter asszony júniusi egybehangzó felkérései alapján és „kéretlenül” is foglalkozni kezdtünk az első félév folyamán a tavaly kezdődött egészségügyi átalakítás alapellátásra kifejtett szakmai hatásainak, a házi orvoslás (házi gyermekorvoslást is beleértve) helyzetének elemzésével. Véleményalkotó közösségként minden lehetséges fórumon hangsúlyoztuk ezen túl a reformok hatásvizsgálatának szükségességét az alapellátás szereplőinek körében.

Több hónapos munkánk során igyekeztünk kollegáink minél szélesebb körét tájékoztatni az idézett felkérésről és megadni a lehetőséget általunk minden elért kollegánknak arra, hogy tapasztalatával, ötletével vagy egyéb módon segítsen a lehető legreálisabb képet alkotni magunkról a zajló egészségügyi reform folyamatában. Elsődleges szempontunk az volt és maradt, hogy a nagyszabású átalakításban stabil maradjon az alapellátás döntő részét képező házi orvoslás helyzete és maradjon meg pozitív jövőképe.

A témák sokrétűsége révén és a könnyebb áttekinthetőség érdekében fejezetekbe rendeztük mondanókat, utalunk e levél mellékleteire.

Közölni szeretnénk, hogy a tárcának július 13-án átadott összefoglalót Kollégium tagságának és kollegáink széles körének kérésére el kívánjuk juttatni az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottságához, a parlamenti pártok egészségügyi kabinetjeihez, illetve a szakmai tömegtájékoztatás eszközei révén szakemberi közösségünkhöz is.

Végül kifejezzük készségünket arra, hogy a Kormány kijelölt képviselőjével bármikor egyeztessünk az anyag bármelyik pontjáról vagy egészéről, szem előtt tartva az alapellátás minden érintett fél számára hasznos és kívánatos további működésének szempontjait.

A Kollégium tagsága nevében  
tisztelettel:

Szeged, 2007. július 24.

Dr. habil. Hajnal Ferenc

## A HÁZIORVOSTANI SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLLÁSFOGLALÁSA ÉS JAVASLATAI AZ EGÉSZSÉGÜGYI REFORM ALAPELLÁTÁST ÉRINTŐ KÉRDÉSEIHEZ. 2007. JÚNIUS

*2007. márciusában az egészségügyi tárca vezetésétől felkérést kaptunk arra, hogy fogalmazzuk meg az egészségügyi alapellátás helyzetértékelését, állásfoglalását a jelenleg zajló reformról, közvetítsük a háziiorvosi szakma (házi orvosok és házi gyermekorvosok) kéréseit, javaslatait. A Háziiorvostani Szakmai Kollégium tagságából létrejött szakértői csoport egy tömör szakmai anyagot állított össze, amely rámutat a szakma igen nehéz helyzetére.*

*Egyidejűleg olyan javaslatokat is megfogalmaztunk, amelyek segítik az egészségpolitikában érintett döntéshozókat abban, hogy döntéseikkel biztosítsák az alapellátás stabilitását és fejlődőképességét a jelenlegi átalakulás folyamatában. A változtatások célja a lakosság jelenlegi, kiemelkedően rossz morbiditási és mortalitási mutatóinak javítása, melyhez szükséges népegészségügyi felmérések, egészségügyi intézkedések, szűrővizsgálatok végzésére egyedül a háziiorvosi szolgálat alkalmas.*

*Meggyőződésünk szerint megfelelő jogalkotás és szabályozás nélkül bizonytalan a reform- folyamat kimenetele, kérdéses lehet sikere, lakossági fogadtatása.*

### KIINDULÓ HELYZET

Az alapellátás markáns és kikerülhetetlen részese az egészségügyi ellátó rendszernek, szerepe az egész világon folyamatosan felértékelődik. Egy közelmúltban befejeződött nagy nemzetközi felmérés bizonyította, hogy a lakosság egészségmutatói ott jobbak, ahol magas szinten szervezett az alapellátás (1). A Starfield által vezetett, 13 fejlett OECD országban végzett felmérés szerint az alapellátás megfelelő hatáskör és források birtokában hozzájárul az ellátáshoz jutás jobb lehetőségéhez; forrásai és szakmai ereje csökkenti az egészségügyi költségvetési ráfordítást; az alacsony jövedelmű rétegeknél javítja leginkább az egészségi paramétereket; tehát csökkenti a társadalmi különbségek negatív egészség-hatásait (state-of-the-art-lecture, AAFP, 2002.). A társadalmilag hátrányos helyzetű népesség esetében különösen szignifikáns az alapellátó orvos-ellátottság és az egészségi mutatók javulása közötti egyenes összefüggés (2). Ugyanakkor le kell szögeznünk, hogy a háziiorvosi ellátás minden más ellátási formához képest a legolcsóbb egészségügyi szolgáltatás.

A hazai alapellátás mai modern arculata a 80-as évektől

kezdve bontakozott ki és napjainkig alakul, alkalmazkodik a szakmai fejlődés, a szakmapolitika és lakosság ellátási igényei szerint. Miután viszont a politikai és makrogazdasági döntések mindenütt kiemelkedően befolyásolják (ld. előbb!) az egészségügy e leginkább lakosság-közeli formáját, mi, a szakterületet képviselő szakmai testületek tagjai, úgy ítéljük meg, hogy az **alapellátás jelenlegi helyzete** (1.1.sz. melléklet) a legtöbb területen halaszthatatlan beavatkozást igényel.

### ÁLTALÁNOS JAVASLATOK

A magyar egészségügyi ellátás **strukturális reformintézkedésein** belül az alapellátási feladatokhoz illeszkedő módosításokra van szükség, melyhez kell igazítani a háziiorvoslás egyéb területeinek elvárt jellemzőit, mint az **ellátási hatáskörök, szakképzés, finanszírozás, adminisztráció**.

Indokolt a feladatellátásra épülő struktúra-váltás az alapellátás területén; a működő és hatékony szolgáltatások együttműködését az **integrált szervezeti forma**, illetve a kistérségi szolgáltatások kialakítása, működtetése és monitorozása segítheti.

A háziiorvoslás szakmai tevékenysége feladatok és felelősség delegálásával végezhető el optimálisan, melynek megfelelően szervezeti alapegysége a **praxis-team** (házi orvos és munkatársai), és nem önmagában csak a házi orvos. Bármilyen jellegű rendszerfejlesztési elképzelés ebből az alapelvből kell, hogy kiinduljon, azaz a lakosság alapellátásának javítását nem az egyedi praxisok számának növelésével, hanem a praxis-teamek fejlesztésével, integrációjuk támogatásával kell megkezdeni. Célszerű **szétválasztani az egészségügyi és szociális ellátást**, mind a feladatkörök és ehhez igazított finanszírozás meghatározásánál, mind a jogosultságok elbírálása és teljesítése szintjén.

A **Háziiorvosi Hatásköri Lista** (továbbiakban HHL) szakmánkénti felsorolásban megállapított módon részletesen leírja, hogy a házi orvos

- milyen mértékű elméleti tudással rendelkezve, milyen gyakorlati és manuális készségek birtokában képes önállóan vagy szakkonzíliumok igénybevitelével betegeknek állapotát folyamatosan nyomon követni, ill.
- miképpen képes betegeit a szakmai standardoknak megfelelően sürgős vagy folyamatos ellátásban részesíteni, gondozni.



Megítélésünk szerint, ezeknek az elvárásoknak a házi-orvosi kar a szakképesítés birtokában és az évenkénti továbbképzések teljesítése esetén döntő mértékben képes megfelelni, mely tény a jogszabály alkotás során figyelembe kell venni, ugyanakkor a **szakfelügyeleti rendszeren** keresztül a teljesítést ellenőrizni is szükséges.

A betegutakat meghatározó **beutalási rend**nek támogatnia kell a házi-orvoslás kapuóri feladatának teljesíthetőségét (1.2.sz. melléklet), melyhez a jelenlegi **co-payment módosítására** is szükség van.

A házi-orvoslás az egészségügyi rendszer első vonala, szakember-ellátottságának biztosítását ezért az egészségpolitikának prioritásként szükséges kezelnie. Megítélésünk szerint már a házi-orvosi szakképzésben részt vevők számának csökkentése is veszélyeztetné a lakosság elsődleges egészségügyi ellátásának zavartalanságát. A **házi-orvosi szakképzés** a szakorvosképzés sajátos területe: a szakma sajátossága miatt nincs olyan munkáltató, aki a házi-orvosi szakképzésben résztvevő orvost a szakképzésének törzsképzési periódusában alkalmazhatná, és szakképzésének költségeit átvállalhatná.

A házi-orvosi teamek fejkvóta szerinti **finanszírozása** mellett olyan elemek bevezetésére van szükség, melyek **tükrözik a teljesítményt**, a ráfordított időt, ill. a team gondozói és egyéb munkateljesítményét, a munka minőségét.

Az **egységes információt nyújtó informatikai rendszer** a szükségességek adatok elérhetősége és eljuttatása elengedhetetlen a reform megvalósításának érdekében.

A **racionális adatszolgáltatás** megtartása mellett, a fölösleges adminisztratív terhek eltörlésével és a kompetenciák bővítésével jelentősen lehetne javítani a házi-orvosi munka minőségén, ill. több időt és energiát fordítani a prevencióra, definitív ellátásra és az önképzésre.

A piac vezérelte, és az elsősorban gazdasági szempontokat figyelembe vevő szemlélet, a szakmai evidenciák, morbiditási és mortalitási mutatók megkövetelik **hatás-tanulmányok** adta mutatók figyelembe vételét. Ez egyben a hosszú távú tervezés feltétele.

## TÉTELES JAVASLATOK

### 1. Struktúra

- A nemzetközi példák és ajánlások alapján a kis lélekszámú települések esetében **Kistérségi Egészségközpont** kialakítása képes leginkább megfelelni a lakosság igényeinek, az ellátórendszer lehetőségeinek és az ellátásért felelős önkormányzatok elvárásainak. A Kistérségi Egészségközpont részei lehetnének a **csoportpraxisként működő Kistérségi Alapellátási Központok**.
- A központok hálózata megvalósíthatja országosan a teljes gyermeklakosság gyermekgyógyász szakorvossal történő ellátását. Bizonyos szakellátások működ-

tetésével bővíti a korábbi alapellátási kompetenciát. Ahol nem lehetséges ilyen egységek kialakítása, **kistérségi gyermekorvosi rendelések** működtetése lenne kívánatos. Ezek a mai vegyes praxisok gyermek-ellátását támogatnák, valamint a házi gyermekorvosi lehetőségnél bővebb kompetenciával rendelkezének (bizonyos gyermek-szakellátási feladatokat is ellátnak), és működési helyüktől és lehetőségeiktől, valamint az ott dolgozók képzettségétől függően, megfelelő ellátást nyújthatnak a környezetükben lévő – önálló gyermekorvosi praxis fenntartására egymagukban képtelen – települések számára. Minden bizonnyal továbbra is lesznek olyan területek, ahol a gyermekek ellátása a házi-orvos feladata marad. Tevékenységét a közelében működő centrum szakmailag segíteni tudja. E szerkezet rugalmasan alkalmazkodik a helyi sajátosságokhoz, a lakóközösség igényeihez, így országosan sokrétű gyermek-alapellátó szerkezet alakul ki. (a téma bővebb kifejtése meghaladja e munka kereteit)

- A Kistérségi Alapellátási Központokban kivitelezhető a folyamatos orvos (házi-orvos) utánpótlást biztosító, a tartósan üres házi-orvosi körzeteket helyettesítő házi-orvosi megoldással megegyező **„kistérségi helyettesítő házi-orvosok”** kihelyezése.
- **A működtetési jogot koncessziós joggá kellene alakítani, emellett elengedhetetlen az egyértelmű szabályozás kidolgozása, jogszabályi szinten is.**
- **Praxisalap** létrehozására van szükség a kívánt generációváltás és a falusi betegellátás folyamatos lehetővé tétele érdekében.
- **Pályázati rendszer a praxis-team és környezete fejlesztésére** (munkahelyteremtő hatás is)
  - 4 órás adminisztrátor alkalmazása (munkanélküli, érettségizett): havi 50 000 Ft – 2 évig (cca. 4000 munkahelyet teremtene)
  - 1500 páciens fölött 2. nővér alkalmazása: havi 120 000 Ft – 2 évig
  - Prevenció nővér, „közösségi ápoló” praxisközösségenként illetve csoportpraxis részeként
  - Nővér munkahely kialakítása: 25% önrész – 250 000 Ft / 1 000 000 Ft (prevenció tevékenység, nővérgondozás színtere)
  - Informatikai hálózat kialakítása nővér munkahely, ill. recepció munkahely kialakítása esetén: 25% önrész – 50 000 Ft / 200 000 Ft (többcsatornás betegellátás, betegirányítás)
- Tárgyi minimumfeltétel legyen a **szélessávú internet** elérésére alkalmas számítógép.

### 2. Hatáskörök, betegirányítás

- A beutalási rend alapelvei vegyék figyelembe a **házi-orvoslás folyamatát** (1.2.sz. melléklet)
- A **szakellátásba történő visszarendelés esetén csak 6 hónapot meghaladó** kontroll időpont esetén kelljen a házi-orvosi beutaló.

- **Jogszabályi szinten pontosan definiálni kell a beutaló időbeni érvényességének fogalmát.** Javasoljuk, hogy a beutaló a mindenkor receptérvényességgel rendelkezze, azaz jelenleg 90 nap.
- Az OSZMK által készített új beutalási rendben tervezett KÁMIR a beteg számára legyen mindenkor elérhető interneten vagy telefonos úton, hogy a – különösen a **területen kívüli – ellátásra a fogadó-készség biztosítását a beteg saját maga számára tudja biztosítani**, mely alapján a háziorvos képes kiállítani a beutalót.
- A **betegcsoportonkénti ellátási szint kompetenciájának** meghatározásánál kérjük figyelembe venni a háziorvoslás folyamatát (1.2.sz.melléklet), a Háziorvosi Hatásköri Lista tartalmát, valamint azokat a szakmai protokollokat, melyeket Kollégiumunk már 5 témában a Közlönyben megjelentetett.
- **Népegészségügyi szűrés behívási rendszere** kapcsolódjék a KÁMIR-hoz, melynek révén
  - a behívás ténye a háziorvosi praxisoknál is megjelenjen, így ő jelezni tudná, hogy pl. él-e még ez a beteg, vagy nincs-e már kezelés alatt olyan betegség miatt, mit most akarnának szűrni
  - a szűrőállomás megküldi a háziorvosnak a leletet.
- A háziorvosok más szakellátókkal történő kapcsolattartásának az alapját a **Háziorvosi Hatásköri Lista** szerint kell meghatározni, a háziorvos teljesen önálló, vagy kivizsgált esetek további ellátása, illetve a szakellátás irányításával végzett követés kategóriák alapján.
- **Kerüljön egyértelműen megfogalmazásra** (rendeletben vagy a Járóbeteg Szabálykönyvben), hogy a szakellátó a lakóhelye szerint területileg hozzá tartozó beteg diagnosztikai vizsgálatát köteles elvégezni, függetlenül attól, hogy a kiállító szolgáltató az ő ellátási területére tartozik-e, ha a beutaló megfelel a jogszabályi előírásoknak, hozzá szól.
- **A laboratóriumi vizsgálatok rendelkezésének jelenlegi korlátozása több ponton is túlzottan betegellenes.** Az igazolt tumoros betegnek jelenleg csak onkológus kérhet tumor-marker vizsgálatot, igazolt pajzsmirigy betegnek csak endokrinológus kérhet a TSH-n kívül egyéb speciális labor vizsgálatot.
- **Sürgősségi helyzetben a képalkotó diagnosztikának legyen továbbutalási lehetősége** a szükséges ellátásnak megfelelő irányba.
- A „**sürgősségi ellátás**” fogalma **pontosításra szorul**, el kell különíteni a sürgős, életveszélyes állapotok ellátásától, vagy a következő rendelésig nem halasztható esetek ellátásától, amit inkább nevezünk **akut beteg ellátásnak**, mint sürgősségi ellátásnak. Az akut betegellátásnak a háziorvosi ügyelet a gondnoka, a sürgősségi ellátásnak pedig az OMSZ.
- **A sürgősségi ellátást határozottan le kell választani a háziorvosi ellátási feladatokról** azzal a kitételrel, hogy természetesen a háziorvos feladata – mint minden orvosnak – az életveszély elhárítás azon-

nali megkezdése. Azonban nem feladata elsőként érkezni egy sürgősségi hívásra, és majd azután szülessék meg a döntés, kell-e OMSZ részvétel az ellátásban. **A sürgősségi ellátás alapja egy sürgősségi hálózat legyen!** Azokban az esetekben, amikor a mentőre vonatkozó feladatokat mégis más (pl. a háziorvos) látja el, annak a feltételeiről, a felhasznált eszközök pótlásáról a felelős, tehát az OMSZ kell, hogy gondoskodjék. Mindeközben természetesen az is igaz, hogy nem lehet azonos szabályokat előírni az ország valamennyi területére, a megoldások keresésében a fenti rendező elveket tartjuk helyes kiindulási alapnak.

- A **központi ügyelet** a racionális együttműködésről, az erőforrások optimális felhasználásáról szól. Az lenne a célszerű, ha a központi ügyelet heti 168 órában fedné le a területet. Hasonló megoldásra példa, ha az együttműködésre kész háziorvosok a hét 4 napján rendelkeznek, zömében előjegyzéssel, míg az 5. napon a többi háziorvos nevében is akut betegellátást végeznek, kiemelve azt a tényt, hogy ebben az ügyeleti ellátásban is a háziorvos- OMSZ feladat megosztására vonatkozó rendező elvnek kell érvényesülnie. Azaz az ügyeletet adó háziorvosnak nem lehet nagyobb a feladatköre, mint a napközben dolgozónak, az csak a halaszthatatlan, de kizárólag háziorvosi feladatokra szűkül.

### **3. Terápiás kompetencia**

- A szakmai kollégiumok képviselői tekintsék át egyrészt ATC rendben, másrészt jelentősebb kórképenként a **terápiás együttműködés hatékony formáit a szakrendelés és alapellátás között.**
- A **szakmai grémium megállapításait** a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, terápiás eljárások rendelkezéséről szóló **rendeletekben vegyék figyelembe**, kérjük indokolni a szakma felé az ettől eltérést.
- A **32/2004-es ESZCSM rendeletet** ne „falatonként”, hanem átfogóan rendezzék valamennyi érintett szakterület korrekciós javaslatainak megkérésével, a technikai hibák kijavításával. A korrekció során minden egyes szabályozást vegyenek figyelembe, úgy, mint más rendeletek, szabálykönyvek (pl. adott gyógyszerrel történő terápia diagnosztikai szükségletének hatásköre a Járóbeteg Szabálykönyvben), szakmai protokollok ajánlásai, OGYI alkalmazási előíratok. Ezzel egyszerre és azonos elvek alapján lehet kijavítani a rengeteg hibát, miközben vélemény ütközés esetén a szakmák között konszenzusra (ha nem megy, kompromisszumra) kell jutni
- A terápiás szokások megváltoztatása folyamatos és nem lehet erőltetett tevékenység, ebben legalább **2 éves átállási időt** kell biztosítani!
- A hatékony gyógyszerelés támogatására létrehozott **szoftver(ek) folyamatos ellenőrzése és korrekciója szükséges!**
- A **gyógyszerek logisztikai garanciáit** is tartalmaz-

za a rendelet, és ez tükröződjék a rendszer működésében!

- Mivel a lakosság nagy része tudatlan saját testét, betegségeit, az otthoni betegellátást illetően, javasoljuk a **beteg-oktatás – egészségnevelés támogatását** az óvodáskortól folyamatosan.
- Terápiás céljaink elérésére betegeink kapjanak több, **független szervezet által készített és szakmailag hivatalosan ellenőrzött segédanyagokat** otthoni egészségmegőrző tevékenységükhöz.
- A **háziorvosi team terápiás kompetenciájának** meghatározásakor nem vették figyelembe a **Háziorvosi Hatásköri Lista** ajánlásait. Ennek megfelelő módosításokra vonatkozó részletes javaslatokat a *1.3.sz. mellékletben* írtuk le.

### 3. Szakképzés

- a háziorvoslás a **hiányszakmák** között legyen nyilván tartva;
- a **háziorvosi szakképzés központi gyakornoki rendszerben** történő fenntartása feltétlenül szükséges;
- a központi gyakornoki rendszerben történő háziorvosi szakképzés létszáma nem csökkenthető, háziorvos rezidensek **minimális létszámát az eddigi, 80-100 háziorvos rezidens/év** létszámnál jóval több rezidensre lenne szükség a háziorvosi kar magas életkorú korösszetétele miatt;
- a más klinikai szakvizsgával rendelkező **szakorvosok háziorvosi rendszerbe történő átlépését a „részben támogatott rendszer”-ű szakképzés keretében**, a ráépített háziorvosi szakképesítés megszerzésével szükséges biztosítani, és oktatókórházi gyakorlataiknak és felkészítő tanfolyamuknak időtartamára eszerint támogatásban részesülhessenek;
- a központi gyakornoki rendszerben megvalósuló **háziorvosi szakképzés törzsképzési periódusát teljesítő rezidensek a felsőoktatási intézményekkel álljanak munkavégzésre irányuló jogviszonyban**, a megállapított háziorvosi szakképzési helyekre a szakképzést végző felsőoktatási intézmények (családorvosi tanszékek) pályázhassanak, melynek eredményeként a rezidensek illetményét és egyéb juttatásait a központi költségvetés biztosítsa a felsőoktatási intézménynek;
- a központi gyakornoki rendszerben megvalósuló **háziorvosi szakképzés 38 hónapjának** (vagyis a 12 hónapos szakgyakorlatának is) **indokolt lenne a központi finanszírozása**;
- A központi gyakornoki rendszerben a rezidensek illetményét és egyéb juttatásait a központi költségvetés biztosítja, szükséges azonban a **szakképzés egyéb költségeinek megtérítése is**.
- A szakmai igényesség fenntartása mellett a praxisprogram (PP) eredményeit is figyelembe véve szükség-szerűnek látszik a **mobilitás, a szakmák közötti átjárhatóság korlátozott lehetővé tétele**.

### 4. Finanszírozás

- Mivel jelenleg az ajánlott értelmiségi minimálbér ill. a közalkalmazotti bérszínvonal sem biztosítható a praxisok bevételeiből, a finanszírozásnál a team tagjainak elvárható **munkabére** legyen kiindulási alap.
- A jelenlegi működés, de különösen a struktúra átalakítási reform alappillére, a **praxis-team legyen a finanszírozás alapja**.
- A minőségbiztosítás kritériumainak megfelelően kialakított praxis elemző algoritmus elfogadása, amely legyen képes lemérni a praxisok „értékét”, és alapozza meg a **minőségi szemléletű differenciált finanszírozást, legfeljebb 10% erejéig**. Az **alap fejkvóta finanszírozás mellett** legyen lehetőségük a praxisoknak bizonyos, a kompetenciájukba tartozó **tevékenységekre is szerződést kötni**. Így ezek a tevékenységek ellenőrzöten biztosítanak a kórházi kezeléseket kiváltását, ugyanakkor ezen az úton oldandó meg a prevenció tevékenység térítésének kérdése is az alapellátásban. A minőség fokozatosan váljék az alapellátás finanszírozást súlyozó faktorrá!
- A **praxisközösségek finanszírozásának** fentiekben túli további **javítása** annak érdekében, hogy ezzel is az integrációs folyamatokat segítsük.
- Meg kell teremteni a **csoportpraxisok** működésének finanszírozási alapjait.
- A **pályakezdő orvost** foglalkoztató praxisok számíthassanak külön támogatásra pályázati forrásból.
- Nyugdíj előtt álló kollégák részére életjáradék vagy egyéb biztosítók által nyújtott „elővételi” szerződés létrehozása a működtetési jog ill. praxis értékesítés fejében.
- A nem biztosítottak fejkvótájának praxisok finanszírozásából történő levonását határozottan ellenezzük, ugyanis az ő háziorvosi ellátásuk, gondozásuk sem tagadható meg,
- rászorultaknál **szociális alapú kompenzációt**,
- más nem biztosítottaknál a **privát ellátás pontos feltételeinek meghatározása**, a díjak beszedésének támogatása javasolt
- Az önkormányzatok eszközbiztosítási kötelezettsége megszűnt, ezért legyen alapvető eleme az **amortizáció teljes körű fedezése** az alapellátás finanszírozásának.
- **Definitív ellátás ösztönzése**: meghatározandó, mit jelent a definitív ellátás fogalma a háziorvosi ellátás számára. Melyek azok a kórállapotok és azok milyen szintjéig, amelyek egyértelműen a háziorvos gondozási feladatkörébe tartozik.
- **Szakmai protokollok alapján történő eredményes gondozás**: indikátorok követése a szakfelügyelet által klinikai audit formájában.
- Valódi **ráfordítás vizsgálat központi szervezése és támogatása a Szakmai Kollégium (HSzK) bevonásával**, kiegészítve a **team munka-terhelésének** felmérésével (ld. NHS GP Contract rendszerében a Carr-Hill formula).

- Az **önkormányzatok** feladatának meghatározása, kötelezettségeinek törvénybe iktatása az új szerkezeti háló kialakítása.
- Véleményformáló szakmai kör (Háziorvostani Szakmai Kollégium) bevonása a döntések előkészítésébe, hatásvizsgálat a végrehajtás során.
- Az egészségügyi és **szociális ellátás határának pontosítása** mind a finanszírozás, mind a jogosultság elbírálása és teljesítése szintjén (ld. előbb is).
- A bevezetett **co-payment rendszer folyamatos fejlesztésre** szorul.

### 5. Adminisztráció

- **Szűnjön meg az alábbi dokumentációs kötelezettség:**
  - beutalókra a naplósám rögzítése
  - a háziorvosi betegforgalmi tételes jelentésben a továbbküldés iránya a célintézmény 9 jegyű kódjának rögzítésével (a szakellátásban sem elvárás)
  - vényekre a BNO rögzítése (nem ad a felhasznált gyógyszerek indikációjáról valós képet, jelenleg inkább félrevezet, mint tájékoztat)
  - dátum rögzítése, ameddig a gyógyszer ellátás biztosított.
- **A BNO kódlista frissítésére, rendezésére, a fordítás pontosítására lenne szükség**
  - a WHO ICD-10 verzióinak (1995-2005 között) megfelelő frissítés elvégzése, megtartva a nemzetközi szabályok alapelveit
  - bármely magyarországi egészségügyi szolgáltató által használt BNO lista egyezősége mind formai, mind tartalmi szempontból
  - a háziorvoslás specifikumaihoz igazodó, a nemzetközi szabályokat figyelembe vevő alkódosítással a differenciál diagnosztikai helyzeteknek is megfelelő kódok létrehozása;
  - a kódok szövegezésének pontosítása, szakmai háttérének megfelelő átfogalmazása;
  - csak egyetlen helyes verzió, mely elérhető, a témával kapcsolatban lévő honlapok mindegyikén
- Egységes adattartalmú **informatikai rendszer**, ill. az **informatikai rendszer elvárt működési jellemzőinek központi meghatározása** (mit kell tudnia egy háziorvosi rendszernek, ne a felhasználók költségén kelljen az optimális működést biztosítani, az lehessen „jogszabály követés” kategóriába tartozó fejlesztés), valamint az **adott területhez tartozó szolgáltatások on-line kapcsolata** elengedhetetlen.
- A **háziorvosi betegforgalmi tételes jelentés eddig összegyűlt adataiból** feltétlen szükség lenne egy, az adatszolgáltatás hatékonyságára vonatkozó **elemzésre**, mely alapján meghatározható azon adatok köre, melyek valóban szükségesek.
- **Táppénzes jelentés elegendő lenne havonta, és mint minden más jelentés esetében az elektronikus adatküldés itt is legyen elfogadott!**

- **A jelenlegi (levélben küldött floppy) formátum teljesen elavult. Minden jelentés küldhető legyen elektronikus formában, kapcsolt file-ként.**

### 6. Gyógyszerrendelés racionalizálása:

- A **költség-hatékony gyógyszerrendelés monitorozásának** az orvosok részére kiküldött áprilisi havi próbalistája alapján jelenleg **alapvető metodikai hibái** vannak, ezek megoldása közül az alábbiakat tartjuk a legfontosabbnak:
  - Az országos átlagban (vagyis adott orvos értékelésénél a nevezőben) csak olyan orvosok szerepeljenek, akik egyáltalán szerepelnek a figyelésben (tehát havi felírt támogatási érték elérte a 200 000 Ft-t), ezen felül pedig csak olyan csoporthoz lenne szabad hasonlítani adott orvos értékét,
    - amely ellátói csoportban az orvos dolgozik (pl. háziorvos – háziorvos, vagy szakellátó, ellátói szintek szerint)
    - amely az adott ATC csoportban írt kiváltott receptet.
  - A felírást ajánló program kerüljön egyeztetésre a monitorozás elvével, ugyanaz legyen az alapja, tehát az ajánló is ATC csoporton belüli NTK különbségen és ne hatóanyagon belüli NTK különbségen alapuljon. Kérjük, hogy ezt a szempontot a „minősített” számítógépes programok akkreditációjánál vegyék figyelembe.
  - A háziorvosok által szakorvosi javaslatra felírt szerek külön értékeljék, mert annak – még hatóanyag szintjén is – történő kiválasztása a szakorvos döntése volt.
  - Megoldást kell találni arra, hogy amikor a beteg kéri a drágább gyógyszer felírását, az nem az orvos büntetését eredményezze.
- Az OEP költség-hatékony gyógyszerkiadásainak biztosításához **az azonos hatóanyag tartalmú készítményeken legyen azonos fix összegű támogatás**, aki (beteg) a drágább gyógyszert választja, az megfizetheti a felárat!
- A hatékony gyógyszerrendelés elveinek alkalmazását elsődlegesen az egészségpolitikának kell felvállalnia, amikor pl. az **emelt támogatottságú szerek közé csak meghatározott NTK értékű gyógyszereket vesz fel**. Jelenleg ezt a felelősséget az orvosra hárították azzal, hogy minden gyógyszer bekerült versenypolitikai okok miatt, miközben annak „előnytelen választásáért” az orvost / szolgáltatót büntetik.
- A **terápiás szokások megváltoztatása** folyamatos és lassú tevékenység legyen, az ennek a támogatására létrehozott színezett szoftver nagyon jelentős és pozitívan ható tényező a folyamatban. Többféle gyógyszer szedő betegnél alapvető belgyógyászati előírás, hogy egyszerre egynél több gyógyszert változtatni komoly hiba. Az átállítás ezért tart sokszor hónapokig. Mivel a páciensek testileg és lelkileg is nehezen tűrik a gyors és nagymértékű változásokat, ebben legalább 2 éves átállási időt kell biztosítani.

- A költség-hatékony **gyógyszerrendelést alátámasztó szakmai protokollokat** készítsék el a szakmákkal meghatározott, nemzetközileg elfogadott, pontos és részletes módszertani és tartalmi előírások alapján (ne a jelenleg „csináljanak egy terápiás protokollt” felkérés szintjén). Ezekben alapvető elvárás legyen, hogy az ajánlások bizonyítékokon alapuló (tudományos+ tapasztalati + hazai ellátási körülmények) információk alapján, a szakmák között kötelezően előírt konszenzus-teremtés után készüljenek el. Az EüM rendelkezik a készítésre vonatkozó rendelettel, azonban annak betartását nem teszik kötelezővé. Természetesen a munkát díjazni kell, és a készítőket fizetős honlapok elérhetőségével támogatni kell.
- **A háziorvos rendelhessen minden gyógyszert.** A megfelelő szakorvosi javaslatokat is kaphatná a háziorvos elektronikus formában a szakellátó helyektől, ez folyamatos online kapcsolatban könnyen megoldható. Továbbá tény az is, hogy a kizárólag szakorvos által rendelhető gyógyszerek esetén az első alkalmat leszámítva ritkán történik tényleges vizsgálat a szakellátó helyen. Ez a főlegesen betegutakat lényegesen rövidítené.
- A gyógyszer-logisztikai garanciáit ugyanakkor meg kell valósítani – sajnálatos, hogy a szoftver igen komoly tévedéseket és logikátlan színezéseket tartalmaz, ennek folyamatos ellenőrzése és korrekciója szükséges.
- A háziorvosi szolgálat számára is, mint a szakellátó szolgáltatók esetében – csak az IBR tapasztalatokra alapozva – kockázatközösségre alapuló értékelés fogadható el.
- **A közgyógyellátási (KGY) rendszer jelen formáját el kell törölni, jobb lenne a szociálisan rászorultaknak egységesen havi gyógyszer-támogatást adni.** Példa a megoldásra: adott a költségvetésben a KGY-ra fordítható keret, ennek 1/12-e a havi KGY-keret. Ezt minden hónap elsején el lehet osztani az abban a hónapban érvényes KGY-igazolványok országos számával, így kijön az egy főre fordítható KGY-keret.

### **7. Vízidíj, dobozdíj**

#### **A vízidíj rendszer további finomítását javasoljuk:**

- A **vizidíj-mentességek** körét szakmai szempontból át kell tekinteni. Az Eü100 kategóriában megszűntetett teljes ingyenesség, azaz 300 Ft dobozdíj beve-

zetése a jelenleg diagnózis alapon mentes betegcsoportokat is érinti. Ilyenformán a betegellátásban sem tartjuk jogosnak a – mindenki számára soha nem tökéletesíthető mentességi rendszer mellett – a betegellátásban a diagnózis alapú mentességet. A mentesség általában szociális rászorultság szerinti juttatás legyen.

- Ha fennmarad a mentesség ténye, a **diagnózis alapú mentesség kompenzációját ki kellene dolgozni.**
- Az **életkor szerinti mentesség szempontjából egységes legyen az alapellátás a szakellátással:** minden 18 év alatti korú páciensre vonatkozzon, ne csak a 14 éves életkorig.
- **A laboratóriumi mintavételekhez** kapcsolódó problémát Kollégiumunk a laboratóriumi szakmával egyezteteti, az általuk betérjesztésre kerülő javaslatokkal egyetértünk.
- Az 52/2006-os EüM rendeletben szükséges a **sürgőség eseteinek gyermekgyógyászati szempontú kiegészítése**
- A **16/2007. EüM rendelet 1.§-ban megfogalmazottak** kerüljenek pontosításra:
  - Beutaló nélküli ellátásból laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok sem indíthatók (mert azok is szakellátásnak minősülnek)
  - Beutaló nélkül ellátásból a szakrendelés magához sem rendelheti vissza a beteget.
- **Ügyeletben** a hívások és a bejövő betegek vízidíja egyforma (1000,- Ft). Feltétlenül változtatni kell valamilyen irányba, mert a hívások száma nagymértékben emelkedik, ami jelentősen lassítja az ügyeleti munkát.
- **A július 1-től bevezetett változások esetében egyenlő megítélést kérünk az alap és szakellátás számára:** ha a szakellátás beutaló nélküli vagy nem oda szóló beutalóval történő igénybevétele 1000 Ft-os vízidíjjal jár, akkor a nem a választott háziorvosánál, nem sürgős ellátás igénybe vétele esetén sem 600 hanem 1000 Ft legyen a vízidíj.

#### **Hivatkozások**

1. Policy relevant determinants of health: an international perspective. B Starfield and L Shi; Health Policy, 60: 201-18.; 2002;
2. Comparative study Contribution of primary care to health systems and health. B Starfield, L Shi, and J Macinko; Milbank Q, 83(3): 457-502. 2005;
3. Investing in General Practice The New General Medical Services 2004. / Contract Annex D: Carr-Hill resource allocation formula / www.hcsu.org.uk (Health Care Standards Unit – NHS)

## A HÁZIORVOSTANI SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLLÁSFOGLALÁSA ÉS JAVASLATAI AZ EGÉSZSÉGÜGYI REFORM ALAPELLÁTÁST ÉRINTŐ KÉRDÉSEIHEZ (Melléklet)

### HELYZETELEMZÉS

#### Általános megjegyzések

- A *struktúrát ilyen mélyen érintő* változtatásoktól csak hosszabb kifizési idővel remélhetünk pozitív eredményt.
- *Tisztázatlan a háziorvosok számára szolgáltatóként közvetlen partner önkormányzatok szerepe.*
- *Az átalakítás gerincét képező rendeletek bevezetése előtt/közben nagy a tájékoztatatlanság*, hiányzik vagy nagyon kevés a felkészülési idő. A laikusok tájékoztatása nem megfelelő, sok esetben hibás információkat kapnak (ld. pl. vizitdíjjal kapcsolatos hibák a lakossági tájékoztatásban)
- *A szociális megfontolásból hozott rendeletek* (pl. közgyógyellátás, „passzív táppénz”) negatív hatással vannak az orvos-beteg viszonyra.
- Az egymástól függő keresleti-kínálati oldalt *korlátok szabályozzák*, gátolva a minőség érvényesülését, megszakítva a sajátos orvos-beteg kapcsolatot a házi orvoslásban.
- *A kiterjesztett negatív „öszönzés”* (az átlagtól kissé eltérők büntetése stb.) egy „szürke sávot” hoz létre, gátolva a szakmai sokszínűséget, kirekesztve többeket az ellátásból. *A kirekesztettek számára csak a tehetősebbek emelt szintű ellátásának biztosítása látható egyértelműen a programban*, a leszakadó rétegek ellátása nem körvonalazott, különösen mivel a potenciális segítő civil és a karitatív szervezetek támogatása egyidejűleg csökken

#### 1. Sztruktúra

- A háziorvosi praxisok **humán erőforrás krízishelyzetben** vannak: 2005-ben a 60 év feletti háziorvosok aránya elérte a 30%-ot, és mintegy 150 tartósan betöltetlen háziorvosi körzet található az országban. Mindezek alapján nyilvánvalóvá vált hogy az alapellátás terén – amennyiben a jelenlegi tendenciákhoz képest változás nem áll be – legkésőbb 5–10 éven belül súlyos ellátási gondok merülnek fel.
- A **praxis-team, az alapellátás ma egyetlen elfogadható működési egysége**. A legtöbb háziorvosi praxis jelenleg egy orvosból és egy nővérből áll. A 6800 izoláltan dolgozó praxis nem tud megfelelni a jelenlegi követelményeknek sem, pedig a reform a prevencióval

és a célértékeket elérő gondozási feladatokkal megnöveli az alapellátás feladatait. Nem a praxisok számának, hanem a szakdolgozók számának növelése a megoldás, és a felvállalt feladatokhoz időszakosan vagy részidőben foglalkoztatott szakdolgozók (prevenciós szakember, dietetikus, gyógytornász) tudnák az alapellátás színvonalát növelni. Ezen feladatok felvállalásához a praxisok összefogására lenne szükség.

- Az **integrált szervezeti forma** (kistérség, praxis-közösségek) tudná megszervezni a szolgáltatások bővítését és az ellátás színvonalának emelését a legkevesebb ráfordítással. Helyi szinten maguk a praxisok látják, hogyan lehet a felesleges párhuzamosságokat elkerülni, a szűréseket és helybe hozott szakorvosi ellátásokat megszervezni, a lakosságot motiválni. A szakmai összefogást és a lehetőségek jobb kihasználását pályázatokkal vagy kiegészítő finanszírozással lehetne motiválni.
- Nem szabad megfeledkezni arról, hogy az apró falvas térségekben vagy az alföldi tanyás településeken az **ellátás elérhetősége** nem azonos a városi lakosságnak nyújtott lehetőségekkel és területenként is jelentősen eltér. Az elérhetőség függ az úthálózattól, az autóbusz közlekedéstől, a távolságtól, általában az infrastruktúrától. Ugyanakkor a falusi közösségek, önkormányzatok hajlandók lennének az egészségügyi ellátás javítása érdekében anyagi forrásokat ráfordítani, de a jelenlegi gazdasági helyzetben nehéz erre forrást találni.
- **Betegek teherviselő képessége** területenként változó. A biztosított jogviszony feltérképezésével feltehetően kirajzolódik a teherbíró képesség határa. Úgy véljük, hogy markáns különbségek lesznek az egyes társadalmi rétegek és az egyes földrajzi területek között is. Az ellátás tervezése és szervezése során ezeket is figyelembe kell venni.
- Az **Irányított Betegellátási Rendszer** az abban részt vevő alapellátási egységek számára nagyon hasznos tapasztalat volt a szakmai összefogás és a lehetőségek jobb kihasználása tekintetében. (prevenció, betegutak, horizontális integráció). Mivel a keletkezett adatok az OEP és az Egészségügyi Minisztérium rendelkezésére állnak, feltétlenül fel kell használni a reform tervezésénél. A hibák tanulságosak, az előnyök pedig fenntartandóak.

## 2. Hatáskörök, betegirányítás

- A háziiorvosi praxisok a 2. sz. melléklet szerint végzik egészségügyi tevékenységüket.
- A jelenlegi rendeletek és más szakmák szakmai protokolljai sem a háziorvosok fenti betegirányítási rendjét, sem a Közlönyben megjelent Háziiorvosi Hatásköri Listát nem veszik figyelembe.
- **A sürgősségi ellátás felelőssége** ma nem különül el megfelelő módon az ellátási szintek között. Különbséget kell tenni aközött, hogy a háziorvoslás, mint az ellátó rendszer aktív szegmens, köteles-e a sürgősségi ellátásra (és akkor itt valóban csak a klasszikus sürgősségi ellátást értjük alatta), vagy a háziorvos, aki aktuálisan az elsőként elért, különleges szakképesítéssel rendelkező orvos. Ez utóbbi ugyanis valamennyi orvos kötelessége és nem csak a háziorvosé. Rendszerszerűen nem szabad ezt a felelősséget (ami valóban képzettségi, technikai igényeket is jelent) a háziorvoslásra bízni, ehhez ugyanis jól képzett, megfelelő technikával és informatikával felszerelt, erre a feladatra kiképzett, napra kész rutinnal bíró egység (!) szükséges. Az esélyegyenlőségnek ez a feltétele és nem az, ha valakit kinevezünk felelősnek. A háziorvos feladata a beteg állapotának stabilizálása lehet a csapat kiérkezéséig, hasonlóan bármelyik másik éppen arra járó, vagy a közelben megtalálható orvoshoz. Mindezt abban a tudatban jelenthetjük ki, hogy nyilvánvalóan nagyobb az esély arra, hogy általában a háziorvost éri el és valószínűleg számos olyan eset lesz a továbbiakban is, amikor előbb ér oda, mint a mentő. Rendszerszerűen azonban a mentőszolgálatra kell épüljön ezeknek az eseteknek az ellátása. Jó megközelítést ad a mentésről szóló jogszabály: gyakorlatilag azok az esetek, amihez azonnal indulni kell, nem a háziorvos, hanem az OMSZ feladatát jelentik. A két szakterület együttműködik, de nem úgy, hogy "előbb lássa orvos, aztán ha kell, szóljanak, kimegyünk".
- A **Járóbeteg Szabálykönyv** egyértelműen megfogalmazza, hogy a kizárólag a szakorvos ellátási feladat körébe tartozó vizsgálatok elvégzésére a szakorvos a háziorvost nem kötelezheti, azokat a szakorvos köteles elvégeztetni. Ilyenkor a szakorvos a beteg lakóhelye szerint illetékes diagnosztikai rendelőbe utalhatja be a beteget, ezt azonban a fogadaskötelesség egyértelmű jogszabályi megfogalmazása hiányában, a volumenkorlátra való hivatkozással a diagnosztikai egységek, ha a szakellátó nem a területükhöz tartozik. Ez nem megalapozott, mert e szabály megjelenése előtt is ezek a betegek a háziorvosuk révén a területileg illetékes szolgáltatóknál kerültek kivizsgálásra, tehát a rájuk eső TVK jelenleg is a szolgáltatóknál van. Nagyon nehézvé válik betegeink együttműködésének megtartása, ha ilyen atrocitások érik őket.

## 3. Terápiás kompetencia

- A jelenlegi beutalási rend, gyógyszerfelírási rendeletek miatt a betegek szakellátásba irányítása sok esetben főlegesen történik, ezzel mind a szakellátás, mind a beteg (vizitdíj) terhei indokolatlanul megnőnek, gátolják az érdemi szakmai munkát.
- A terápiás compliance-t a beteg részéről két irányban befolyásolja a reformfolyamat. Egyrészt, a háromhavi gyógyszerírás kedvező a beteg számára a vizitdíj fizetés elengedésére, viszont a minőségi gondozás terén elért eredményeink megsemmisülnek, ha a háromhavi felírás feltételeként rendeletileg nem írják elő a szakmai társaságok által évente meghatározott és az Egészségügyi Minisztérium által közzétett célértékek elérését.
- A **Háziiorvosi Hatásköri Lista** szakmánkénti felsorolásban megállapított módon részletesen leírja, hogy a háziorvos, szakképesítése birtokában és az évenkénti továbbképzések teljesítése esetén milyen tevékenységek elvégzésére alkalmas. Ezzel szemben ma az látszik, hogy a rendelkezések sorozatosan figyelmen kívül hagyják a háziorvosok tényleges elméleti és gyakorlati tudását, rendeletekkel köteleznek arra, hogy a betegellátás számos, saját kompetenciába rendelt problémáját a szakellátással együttműködve, annak alárendelten oldják meg.
- Nem érzékelhető a háziiorvosi gyakorlatban a ma is létező **Gyógyszerügyi Bizottság** működése, melynek feladata és vezérelve elsősorban a szakmai hatékonyság lenne.

## 4. Költséghatékony gyógyszerrendelés

- A **költség-hatékony gyógyszerrendelés monitorozásának** az orvosok részére kiküldött április havi próbalistája alapján jelenleg alapvető metodikai hibái vannak:
  - Úgy tűnik, hogy az országos átlag (adott orvos értékelésében a nevező) minden receptet felíró orvost tartalmaz, még olyat is, aki éppen GYES-n van. A törvénytervezet 2005-s előkészítési fázisának EÜM dokumentációjában határozott célként tűzték ki az értékelés homogenitását – még a szakmák és ellátási szintek között is ez az elv ezzel sérül!!
  - A felírást támogató program csak hatóanyagon belül ad meg helyettesíthetőségi ajánlatokat, ugyanakkor a monitorozás ATC csoportonként történik, melyen belül több hatóanyag létezik, ezek között pedig lehet lényeges különbség a NTK-ban. Nagyon könnyen eredményezhet a program követése magas Bsúly értéket.
  - A háziorvosok sok esetben szakorvos által javasolt hatóanyagot ír fel, mely adott ATC csoportban lehet, hogy a magasabb NTK értékűek közé tartozik. A szakellátás erre állítja be a beteget, akinek az átállítása szakmai hiba lenne, viszont további felírá-

- sáért a háziorvos egy személyes praxisát büntetik (miközben a szakorvosnál a szolgáltató intézmény „nyeli le” a büntetést).
- A társadalombiztosítási támogatás összegét, a gyógyszerek rendelkezésére állóságát és hozzáférhetőségét leíró jogszabályok gyakran hónapról hónapra változnak, így változhatnak a gyógyszer rendelése és a kiváltása között eltelt időben is
  - Jelentős különbségek lehetnek az átlagot tekintve az egyes orvosi szakterületek között is. A jellemzően magasabb tb támogatású gyógyszereket rendelő szakterületek a házi gyermekorvosi szolgálatok, emiatt hátrányba kerülnek a kiegyensúlyozottabb gyógyszerrendelést folytató területekkel (pl. felnőtt háziorvosi praxisokkal) szemben.
  - **Esélyegyenlőtlenséget** okoz az a helyzet, amikor egy szolgáltató intézmény valamennyi orvosának átlag Bsúly értéke alapján a szolgáltató intézménytől vonják vissza a finanszírozás 1–10%-át, ugyanakkor a háziorvosi praxisok esetén orvosonként értékelik azt a gyógyszerrendelést, mely többnyire a szakellátó javaslata alapján történik. A háziorvosi szolgálat számára is csak – az IBR tapasztalatokra alapozva – kockázatközösségre alapuló értékelés fogadható el.
  - Nem fogadható el, hogy havonta változó preferenciás listából kell dolgoznunk, a közzétett bonyolult képlet szerint havonta más-más gyógyszerek kerülhetnek a zöld sávba.
  - A gyógyszerek gazdaságosabb felírásának jelenlegi rendszere nem jó, orvost, beteget túlterhelő, időigényes, és sok újabb orvos–beteg találkozást tesz szükségessé, a beteget ráadásul összezavarja.
  - **Az olcsóbb gyógyszerekből az ellátás nem folyamatos**, a hiánycikkek miatt a gyógyszertár mást ad, mint amit a beteg eredetileg szedett, vagy mint aminek a szedésére rábeszéltek.
  - **Nincs hozzáférhető**, háziorvosok számára elérhető és naprakész **gyógyszer-információ**, ami hivatkozási alap lenne. Nem tekinthető elégséges információnak a gyógyszer törzs megjelölése, a rendelésnek alapfeltétele lenne a mindenre kiterjedő információ a gyógyszerekről (OGYI honlapján az Alkalmazási Előiratok csak tájékoztató jellegűek, ami nem helyes)
  - Nem szerepel a gyógyszer-gazdaságossággal és forgalmazással kapcsolatos törvényben, hogy ki a gazdája a gyógyszerek forgalomba hozatalával egyidejű, kötelező tájékoztatásnak a rendelő orvosok felé. Részletes leírást csak esetlegesen, gyártói, illetve szponzorált formákban, reklámból finanszírozott kiadványokból kaphatunk.
  - Nem tekinthető komolynak az a felvetés, hogy az orvos rendszeresen tájékozódjék az általa rendelt gyógyszerek aktuális patikai fellelhetőségéről. A gyógyszerlogisztika követése nem háziorvosi kompetencia és feladat. Ezt nem is vállalhatjuk, ui. még kisebb városok esetén is 4–5 gyógyszertár készletét kellene folyamatosan figyelembe venni.
  - Lassú és követhetetlen az információ a forgalomból kivonásról, gyártási kapacitások változásáról. Olyan életfontos, nem szezonális szerek esetén, mint a Syncumar akadozik az ellátás, jelenleg pl. csak a jóval drágább 1 mg-os kiszerelés kapható, ami komoly veszélyeket rejt magában a betegek részére, ugyanakkor jelentős többletkiadással jár (itt kellene érvényesülni a gazdaságosságnak!).
  - Komolytalan és teljesen fölösleges a betegek nyilatkoztatása a gyógyszerek áráról kapott felvilágosításról, ami a napi rendelési időből legalább 20 percet vesz el.
  - A százalékos gyógyszerár-támogatás nem átlátható rendszert hoz létre, a gyógyszer-forgalmazás ezen a téren teljesen esetleges pénzügyi eredménnyel járhat, mely nem utal egységes koncepcióra.

### 5. Szakképzés

- A **házi orvos szakképzés** 1992-es bevezetése és a 6/1993 (II. 19.) EüM sz. rendelettel megvalósult felzárkóztató képzés előírásával a rendszerváltást követő időszak egyik jelentős eredménye volt az egészségügyben.
- A háziorvos szakképzés **törzsképzési periódusát** teljesítő rezidensek, amint az egyéb orvosi szakmák rezidensei is, eddig a szakképzésüket végző felsőoktatási intézményekkel állnak közalkalmazotti jogviszonyban. A tervzet szerint a jövőben a miniszter által meghirdetett szakképzési helyeket egészségügyi szolgáltatók pályázhatják meg. Mivel a *házi orvoslás* sajátosságából eredően azonban nincs olyan munkáltató, amely a háziorvos szakképzésben résztvevő orvost alkalmazhatná, és szakképzésének költségeit átvállalhatná, előbbi követelmény a háziorvos szakképzés esetében nem teljesíthető.
- Az eddig **elhalasztott kormányrendelet** tervezete szerint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszer eddigi központi támogatása lényegesen szűkülne azáltal, hogy a szakképzést támogatott, központi gyakornoki rendszerben, részben támogatott rendszerben és költségtérítéssel rendszerben kívánják megvalósítani.
- A **betöltetlen háziorvosi praxisok magas száma**, a dolgozó háziorvosok kifejezetten kedvezőtlen kormegoszlása és a jelenleg általános elismerést arató és sikeres, a betöltetlen praxisokra létrehozott „praxisprogram” (PP) is amellet szólnak, hogy a *házi orvos szakma a hiányszakmák közé tartozik*. A PP rendszerbe állásával megállni látszik a tartósan betöltetlen körzetek számának emelkedése, a növekedés mértéke azonos volna a megkötésre kerülő szerződések számával, azonban a PP és a rezidensképzés együttesen sem képes a megüresedő és megüresedés előtt álló körzetek orvos-szükségletét fedezni, további megoldások (átképzés, kistérségek stb.) keresése szükséges.
- A PP jó terepet nyújt a **szakmák közötti átjárhatóság** számára, már több mint húsz körzetben bizto-



sított orvost úgy, hogy a többszörös szakmai felügyelet és kontroll alatt dolgozó kollégák a szakképesítésük megszerzéséhez szükséges gyakorlatot is folytatják. A program népszerűségét mutatja, hogy belgyógyász, sebész, nőgyógyász szakképesítéssel rendelkező orvosok is léptek a rendszerbe, de vannak közöttük a klinikai gyakorlatokat már abszolváltak is. Utóbbiak működtetési jog megszerzésére jogosultak, mégsem vállalják az elkötelezettséget, hanem inkább a PP feltételeit.

- A PP óvatos nyitása kapcsán célszerű fenntartani annak azon elemeit is, amelyek a **szoros szakmai kontrollt és a működtetési jogot** érintik. Az OAL-ival történő szerződéskötés az egyik garanciája a felügyelet biztosításának. Alkalmazásával a szakképesítés megszerzéséig működtetési jog nélkül dolgoznak a kollégák, a szerződés megszűntekor szabadon dönthetnek: maradnak a településen vagy változtatnak. Erre működtetési jog birtokában csak korlátozott esetben volna lehetőségük. (ezzel vált lehetővé a kollégák orientálása – legalább átmenetileg – a nehezebb körülményeket jelentő területek felé)

## 6. Finanszírozás

- A háziiorvosi **teamek fejkvóta szerinti finanszírozása nem tükrözi a teljesítményt**, a ráfordított időt, ill. a team gondozói és egyéb munkateljesítményét, a munka minőségét.
- A jelenlegi finanszírozási rendszer **nem teszi vonzóvá a fiatal pályakezdők részére a háziiorvosi pályát**,
- az idősebb korosztály pedig túlhajszolt, az alacsony egyéni fizetések kifizethetősége miatt egyéb tevékenység végzésére kényszerül a team valamennyi tagjával együtt.
- A paraszolvencia közel nem olyan mértékben kompenzálja a finanszírozási hiányt, mint, ahogy ezt kívülről feltételezik.
- **Nem pontosan tisztázott az önkormányzatok szerepe:** törvényi ellátási felelősségüket, kölességük ráeső részét számosan nem vállalják, sok esetben semmilyen támogatást nem nyújtanak, de fölérdeklőségüket érvényesíteni igyekeznek.
- Az **eszköztámogatás ill. amortizáció megszüntetése a praxisok számára nem pótolts veszteség.**
- A teljesítmény értékelése nélkül, a *nem biztosítottak fejkvótájának beharangozott levonásával* az alacsonyabb lélekszámú, de minőségben jól teljesítő praxisok, praxis közösségek ellehetetlenülnek, mely hátrányos helyzetű térségekben a lakosság ellátatlanságához vezethet.

## 7. Adminisztráció

- Az elmúlt évben, főleg az utóbbi 3 hónapban bevezetett ill. a közeljövőben előre-jelzett **adminisztrációs kötelezettség** a háziiorvosi team eddigi munkarendjét felborította, nem mindenben megalapozott és

az adatok hasznosságához képest aránytalanul nagyobb munkaidő ráfordítással teljesíthető a két-fős praxis team-ek számára az alábbiak szerint:

- Receptekre, beutalókra kötelező, eddig nem kért információk (BNO, naplósám stb.)
- Közgyógy ellátottakhoz kapcsolódó eljárási követelmény,
- Az új gyógyszerrendelési szabályok megkövetelte ellenőrzés, nyilatkoztatás,
- Biztosítási jogviszony ellenőrzése, beteg tájékoztatása nem egészségügyi teendőkről
- Diagnosztikus, terápiás kompetenciánk beszűkítésével a beutalások számának indokolatlan emelkedése, szakellátási előjegyzések intézése annak minden költségével.
- A jelenleg megkövetelt adattartalmú jelentési kötelezettség, melynek hasznossága a team munkájára vonatkozóan számos ponton kétséges.
- Az ellátási jogviszony érvényességének ellenőrzésével kapcsolatos eljárásrend (tájékoztatás és ennek megtörténtéről történő nyilatkoztatás)
- A **vényeken a BNO kódok** feltüntetetésének értelme kétséges és adatvédelmi szempontból is aggályos, a TB-támogatás nélküli szereknél pedig végképp értelmezhetetlen. A BNO kódok felvitele a receptekre egy átlagos rendelési napon kb. 20–30 perc többletmunkát jelent, különösen a helyszíni ellátás során.
- A beutalásokon és a vényeken feltüntetendő BNO kód rögzítéséhez használt **BNO kódlista elavult, felújításra** szorul, számos gyakori betegség (pl. metabolikus szindróma, NERD, NSAID gastropathia, FUO, stb.) hiányzik a listáról, műtét utáni állapotokat, betegségek gyanúját, megelőzését nem lehet megfelelő kóddal kifejezni, ezért sok hamis adat születik. Mivel rosszak a szoftverek a keresés nehézkes és lassú, pl. több tucat betegség névelővel szerepel az ABC-ben, latin és magyar kifejezések váltakoznak, stb.
- A **beutalókra kerülő naplósámok** tartalma nem célszerű, a beutalások számítógépes rögzítésekor ui. nincs értelme a beutalási hely 9-jegyű kódja rögzítésének. Ha pl. a beteg nem megy el a beutalás helyére, az OEP-nél nem jelentkezik ehhez kapcsolódó költség, ha pedig elmegy, a szakrendelés eleve lejelenti a beteget a beutaló orvos 9 jegyű kódjával. A helyszíni betegellátásnál, ami sok praxisban heti 20-40 beteget tesz ki, a naplósámok pontos megadása sokszor lehetetlen. A naplósámnak egyébként sincs sok értelme, hiszen a beteg ellátása az aznapi dátum alapján e nélkül is visszakereshető. Technikai okokból sokszor egyszerűbb a beutalót kézzel megírni, ilyenkor a 9 tagú naplósám ráírása plusz munka. Ha ezen igen nehézkes és időigényes kódolás célja a betegutak követése, ez a cél nem valósul meg.
- Az országos **szolgáltatói kódlista** hiányos (OEP honlapján a háziiorvosi rendszerek számára feltett adatbázis nem felel meg az aktuális állapotnak), nehézkes, használhatatlan, a változó kórházi helyzetben

különösen kaotikus a megfelelő intézményi kódot megtalálni, értelmetlen és nagyon lelassítja a rendelést, és a szakellátás számára sincs előírva.

- A **közgyógyellátási rendszer** jelenlegi formája nehézkes, nem elég rugalmas, dokumentációja rendkívül időigényes, lassú és rengeteg hibalehetőség van benne. A jelenlegi rendszer hatalmas adminisztratív teher mind az OEP-nek, mind a háziorvosoknak.

#### 8. Vizitdíj

- A vizitdíj bevezetése a háziorvosi praxisok működtetésének biztosításában – a jelenlegi finanszírozási gondok mellett – anyagi segítséget jelent, módszereiben azonban folyamatos finomításra szorulna:
- A **lakossági tájékoztatás** sok esetben pontatlan, hiányos vagy félreérthető volt, aminek mai napig nem történt meg a korrekciója (pl. a sürgősségi ellátás 52/2006-s rendelet tartalmára vonatkozó elemei csak a teljesen vizitdíjmentesek, s nem bármely „sürgős ellátási szükséglet”)
- A **vizitdíj-mentességek** szakmai szempontból esélyegyenlőséget okoznak: a tartós kiemelt betegségek körébe tartozó diabétesz pl. nem igényel több és magasabb szintű gondozást, mint egy hipertóniás vagy egy koronária műtéten átesett beteg.
- A mentesség **esélyegyenlőséget okoz a praxisok között is:** gyermeklakosság esetén diagnózistól

függetlenül kapják a házi gyermekorvosi praxisok a kompenzációt, míg a felnőtt populációban a diagnózis alapon mentes páciensek után a praxis nem kap kompenzációt, mi több, ha nem mentes esetben nem szedi be a vizitdíjat, neki kell kifizetnie.

- Az elsősorban fekvő, illetve értelmi fogyatékos páciensek ellátatlanságának kockázatát jelentheti, hogy az **orvos által kezdeményezett lakáson történő látogatások is emelt vizitdíjasak.** Mivel e betegek nem képesek az orvos kihívására vagy nincs pénzük a megemelt vizitdíj kifizetésére, a hívások megszűnhetnek.
- A **laboratóriumi minták vételéhez** kapcsolódó vizitdíj feszültséget teremtett a praxisok és a laboratóriumok (akik a mintához szükséges csövet ingyen biztosítják) között.
- A **0–18 éves korúak mentessége nem hozhatta meg a kívánt eredményt** az alább felsorolt esetekben:
  - több orvos azonos rendelőben történő rendelése esetében a gyermek más orvossal történő ellátása;
  - indokolatlan házhoz hívások;
  - ügyelet nem sürgős esetben történő igénybe vétele;
- Ezek igen nagy számban fordulnak elő. Mivel a házi gyermekorvosi rendszer a vizitdíj kompenzációját központi keretből megkapta, e vonatkozásban egyéb visszatartó (nem vizitdíjas) intézkedések szükségesek.

# VII. HÁZIORVOS NAPOK 2008. 04. 25–27. BALATONFÜRED