HAOSZ
Háziorvosok Online Szervezete

JAVASLATCSOMAG A HÁZIORVOSI/ HÁZI GYERMEKORVOSI RENDSZER ÁTFOGÓ MEGÚJÍTÁSÁHOZ

Minőségi változásra van szüksége az alapellátásnak

2020.05.27.

A javaslatcsomagot szerkesztette a

HAOSZ
Háziorvosok Online Szervezete

Lendület

Minőség

Konstruktivitás

Országos reprezentáció

www.haosz.hu

I. Humánerőforrás háttér és eszközpark 5
1. Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet 5
2. Kollegiális vezető, szakfelügyelő a háziorvosi rendszerben 7
3. Háziorvosi/házi gyermekorvosi életpályamodell 9
4. Eszközpályázat, az eszközök pótlása, javítása, időszakos validálása 11
5. Praxisnővéri kompetenciák növelése 16
6. Tartósan betöltetlen, halmozottan hátrányos helyzetű praxisok 21
Tartósan Betöltetlen Praxisok 21
Halmozottan hátrányos helyzetű települések háziorvosi ellátása 23
7. Praxisközösségek 24
8. Csoportpraxis 28
9. A minőségi ellátáshoz szükséges területek, helyiségek, humánerőforrás 30
10. Gyermekegészségügyi ellátás 33
II. Szakmai munka szabályozása 40
11. Minőségi indikátorok az alapellátásban 40
12. Jogviszony ellenőrzés, ambuláns ellátás 46
13. Népegészségügyi szűrések 49
14. Foglalkozás-egészségügy díjazása, jogköre, részvétele a prevencióban 52
15. Háziorvosi/házi gyermekorvosi szakmai irányelvek 56
III. Szervezési feladatok, dokumentáció, IT háttér 57
16. Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) 57
17. Várandósgondozás dokumentálása 60
18. Az adminisztrációs terhek csökkentése 62
19. Háziorvosok napi forgalmának szabályozása 67
20. Napi rendelési idő 70
21. Alapellátási ügyelet, sürgősségi ellátás 71
22. Magánrendelés 74
23. Önkormányzat - feladatátvállalási szerződés 77
24. Telemedicina 79
25. Törzskarton / Háziorvosi Szűrés / Praxisközösségi szűrés 81
IV. Finanszírozási javaslatok 85
26. Egységes díjszabás nem NEAK finanszírozott tevékenységekre 85
27. A támogatott gyógyszerrendelés szabályainak a módosítása 87
28. Influenza védőoltás, HPV, Pneumococcus, Meningococcus oltás 94
29. Degresszió 96

30. Helyi Iparűzési Adó 99
31. Cégautó, cégautó-adó 101
32. Magyar Kereskedelmi és Iparkamarai tagdíj 103
33. Központi finanszírozás = vállalkozói díj 104
34. Praxisjog 108
V. Lakosság számára érzékelhető változások, egészségnyereség 109

I. Humánerőforrás háttér és eszközpark

1. *Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet*

PROBLÉMA

Az alapellátás integrált irányítását leíró végrehajtási rendelet nélkülözhetetlen. A háziorvosi, házi gyermekorvosi, foglalkozás- és iskolaegészségügyi, otthonápolási-, hospice- valamint az alapellátó fogorvosi szolgálatoknak nincs módszertani központja, irányító hatósága, ezért javasolt az önálló "**Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet**" felállítása, felhatalmazása, mielőbbi beindítása.

JAVASLAT

Az alapellátás egységes módszertani, szakmai támogatásának biztosítása. A stratégiai menedzsment folyamatok, fejlesztési koncepciók gátját jelentő intézményi fragmentáció megszüntetése. Az Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet:

- az alapellátó szolgáltatók felé képviselje a módszertani irányelveket, szakmai támogatási folyamatokat
- az illetékes ágazati állami szervek felé pedig képviselje az alapellátás sajátságait

Konkrét feladatok: A létrehozandó intézménynek kétféle jogköre van: felügyeleti és véleményezési.

Felügyeletet gyakorol: Praxisregiszter kezelése, praxisjog és körzethatárok koncepciójának felülvizsgálata, tartósan betöltetlen praxisokban történő ellátás megoldása, infrastrukturális rendszerekkel kapcsolatos megoldások tervezése és kivitelezése, kollegiális szakmai vezetői hálózat kiépítése és működtetése, alapellátásra vonatkozó költségvetési forrású pályázatok (például a jelenlegi „3 generációs" programhoz hasonlók, vagy a jövőbeli eszköztámogatási pályázatok), alapellátó ügyeletek módszertani felügyelete, mintapraxis működtetése.

Véleményez: betegellátási módszertani ajánlások, alapellátást érintő jogszabályok (különös tekintettel az Alapellátási Törvényben érintett kérdések) és finanszírozási rendelkezések (például az indikátor-rendszer koncepcionális reformja), betegút-protokollok és beutalási rend, alapellátást érintő képzési rendszerek (különös tekintettel a licencek rendszerének módosítására).

Az Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet alá javasolt Járási Alapellátási központok felállítása. A Járási Központok feladata:

- A járási praxisközösségi szerveződés elősegítése, koordinálása, szakmai módszertani támogatása
- A járási Otthonápolási Szolgálatok szakmai módszertani támogatása
- A járási Hospice szolgálatok szakmai módszertani támogatása
- A járási Egészségfejlesztési Irodák szakmai támogatása
- A járási háziorvosi-, házi gyermekorvosi-, fogorvosi-, foglalkozás-egészségügyi-, védőnői praxisok szakmai módszertani támogatása
- Fenti egészségügyi ellátók tevékenységének az összehangolása, koordinációja, támogatása

FELTÉTELRENDSZER

Elsődlegesen a szervezetileg teljesen önálló intézmény koncepciója támogatandó, ugyanakkor amennyiben erre a jelenlegi közigazgatási környezeteben nem nyílik lehetőség, akkor az Emberi Erőforrások Minisztériumának tulajdonosi joggyakorlása alatt álló gazdasági társaság keretei között szervezendő.

JOGSZABÁLYI FELHATALMAZÁS

Az 1773/2018-as Kormányhatározat az egészségügyi alapellátás 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programjának kidolgozásáról és az ahhoz kapcsolódó intézkedési tervről 1. számú melléklete alapján országos alapellátási szakmai központot kell működtetni. Az Alapellátási Törvényben nevesíteni kell az intézményt, a jelenleg fragmentáltan különböző háttérintézményeknél lévő feladatok pontos körét, a jogszabályi deregulációs és harmonizációs folyamatokat követően, alapszabályban kell rögzíteni.

Szervezeti és működési szabályzat megalkotása

KONKRÉT FELADATOK

Az alapellátással kapcsolatos projektek koordinálása, egymással összhangban történő megvalósítása. Szakmai koncepciók, jogszabálymódosítások véleményezése, megalkotása. Szakmai protokollok fejlesztése, karbantartása.

2. Kollegiális vezető, szakfelügyelő a háziorvosi rendszerben

PROBLÉMA

A háziorvosi/ házi gyermekorvosi ellátórendszerben működő praxisok az egy orvosból és hozzá tartozó szakdolgozóból álló modellre épülnek, a praxisok között nagyobb településeken, közös rendelőhasználat esetén sincs szükségszerűen kapcsolat. A kis települések háziorvosai végképp elszigetelten működnek. Mindez a szakmai konzultációk, módszertani tapasztalatcserék hiányán túl nagy mértékben hozzájárul az izoláltan dolgozó alapellátó szakemberek körében meghatározó jelentőséggel bíró burn out szindróma korai kialakulásához is.

A jelenlegi törvényi szabályozás két módon is biztosítaná az alapellátás működésének egyen szilárdságát, ezért ezen hálózatok mihamarabbi felállítása, a pályázati eljárás során kiválasztott vezetők kinevezése szükséges:

1. **kollegiális vezetői rendszer (szakmai)**,

2. **szakfelügyelő főorvosi rendszer (hatósági)**.

A háziorvosok/házi gyermekorvosok és a járó- és fekvőbeteg ellátók közötti szakmai és kommunikációs problémák megjelenítésére, megoldására nincs szakmailag kompetens képviselő. Ugyanez mondható el az egészségügy, népegészségügy egyéb szereplőivel, a szociális ellátórendszerrel és az önkormányzatokkal történő kapcsolattartás terén is.

Szakmai felügyelet és hatályos szakmai irányelvek hiányában az országban az alapellátás heterogén, egységes szakmai színvonal nem alakítható ki.

JAVASLAT

Az Alapellátási törvény végrehajtási rendeletei közül egyedül a kollegiális vezetői rendszer kereteit leíró rendelet került leírásra. Az országos és megyei vezetők pályázati eljárást követően kiválasztásra kerültek, javasolt mihamarabbi kinevezésük. Kinevezésüket követően javasolt a területi(járási) kollegiális vezetők jogszabálynak megfelelő módon történő megválasztása. A kollegiális vezetői rendszer funkcióját abban az esetben képes betölteni, amennyiben olyan szervezeti struktúrához csatlakozik, mely képes a területen dolgozó kollégák szakmai, módszertani támogatását biztosítani. A területi szinten, választás útján kialakításra kerülő kollegiális szakmai vezetői rendszernek az országos alapellátási szakmai központ irányítása alatt kell működnie, annak területi hálózataként.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

A rendszerben dolgozó területi, megyei és országos kollegiális szakmai vezetők folyamatos tájékoztatást nyújtanak a praxisoknak a jogszabályok és szakmai irányelvek változásáról, meghatározott szempontok szerint értékelik a területükön dolgozó háziorvosok/házi gyermekorvosok tevékenységét, biztosítják a folyamatos kommunikációt a praxisok, valamint az egészségügy többi szereplője, a szociális ágazat és az önkormányzatok között, ezzel

biztosítva az egységes színvonalú ellátást. A kollegiális szakmai vezetői rendszer felállításával és működtetésével egy olyan kapcsolattartó, koordináló, ellenőrző feladatot ellátó rendszer épül ki, ami az alapellátás fejlesztését, az ellátás minőségének biztosítását, az alapellátásban dolgozók szakmai kérdésekkel kapcsolatos érdekérvényesítését fogja elősegíteni.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS

Bevezetés tervezett időpontja: azonnal

3. *Háziorvosi/házi gyermekorvosi életpályamodell*

Az élet minden területén, minden szakmában elismerik az adott területen eltöltött időt presztízsben, szakmai és financiális megbecsülésben. Kivétel ez alól a háziorvoslás. Egy háziorvosi/házi gyermekorvosi körzetben teljesen mindegy, hogy fiatal szakorvos, vagy már 20 éve ott dolgozó tapasztalt háziorvos/házi gyermekorvos ül. A finanszírozás ugyanaz – a praxis finanszírozását nem befolyásolja sem a dolgozók életkora, sem a praxisban töltött idő.

Javasolt a körzetben eltöltött időnek vagy az orvos és a szakdolgozó életkorának a szakmai és financiális megbecsülése is!

Szakmai megbecsülésként értékelhető: 4/2000. EüM. rendelet **11/A. § *** *Az a háziorvos, aki 20 éven keresztül folyamatosan körzeti, illetve háziorvosi feladatokat, körzeti gyermekorvosi, illetve házi gyermekorvosi feladatokat látott el, valamint az az alapellátást végző fogorvos, aki 20 éven keresztül folyamatosan fogorvosi alapellátási feladatokat látott el, a címzetes főorvosi cím használatára jogosult.*

Financiális megbecsülésként, életpályamodellként két lehetőséget javaslunk:

- A Magyar Orvosi Kamara és a szakdolgozói közalkalmazotti bértábla figyelembe vétele a praxis NEAK finanszírozásának a meghatározásakor, vagy
- a praxis teljesítménypontok szakmai szorzójának növelése a szakmában töltött idő függvényében:
    - **szakvizsga nélküli orvos szakmai szorzója: 1** (jelenlegi szisztéma)
    - **friss szakvizsgás orvos szakmai szorzója: 1,5** (jelenlegi szisztéma szerint 1,3)
    - 5 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **1,65**
    - 10 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **1,8**
    - 15 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **1,95**
    - 20 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **2,1**
    - 25 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **2,25**
    - 30 éve dolgozó szakorvos szakmai szorzója: **2,4**

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

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

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

FELTÉTELRENDSZER

-

FORRÁSIGÉNY

Előzetes becslésünk alapján szakmai szorzó növelésének a többletköltsége évente kb. 35 milliárd Ft.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

A praxisban töltött idő anyagilag is megbecsültté válik, érdemes a praxisban maradni, érdemes lesz Magyarországon háziorvosi/házi gyermekorvosi praxist vállalni, a fiatal kollégák számára vonzóvá válhat a pálya.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020.

Bevezetés: 2021.01.01.

4. Eszközpályázat, az eszközök pótlása, javítása, időszakos validálása

PROBLÉMA

A jelenlegi duális finanszírozást értelmezve, alapvetően önkormányzati feladat lenne a háziorvosi/házi gyermekorvosi eszközpark beszerzése, fenntartása, karbantartása. Erre azonban hazánkban nincsen példa (tisztelet az elenyésző kivételnek).

Eddig 2 alkalommal, kampány jelleggel 3 évig tartó pályázati lehetőség volt a háziorvosi/házi gyermekorvosi eszközpark megújítására, havi 50.000 Ft-os kerettel, új eszközök vásárlására. Ezen eszközpályázatokban való részvétellel a háziorvosok vállalták, hogy a továbbiakban biztosítják a minimumfeltételekhez szükséges eszközparkot, azonban az ehhez való anyagi forrás 2015-ben bezárult.

A mai magyar gyakorlat az, hogy a háziorvos – az amúgy is szűkös – Központi finanszírozásból maga oldja meg eszközeinek a beszerzését, fenntartását, javíttatását, időszakos felülvizsgálatát. A háziorvosi praxisokban használt, jelenlegi minimumfeltételek szerint kötelező eszközök 75-80%-a, a minimumfeltételeken felüli eszközök 85-95%-a a praxisok saját tulajdonában van!

A Minisztériumi rendelet szerint biztosítandó minimum eszközpark elavult, javasolt ennek a felülvizsgálata és a minőségi háziorvoslást elősegítő eszközpark használatának a támogatása.

AZ ESZKÖZPARKKAL, EDDIGI PÁLYÁZATOKKAL KAPCSOLATOS PROBLEMATIKA

Önkormányzatnak nincsen elkülönített forrása a háziorvosi/házi gyermekorvosi eszközpark beszerzésére, fenntartására – erre nem is költ plusz összeget.

Nem folyamatos, csak kampány jellegűek voltak a pályázatok, nem lehet tudni, mikor nyílik újra, így nem tervezhető.

Csak új eszközök vásárlására volt használható, az eszközök amortizációját, javítását, alkatrészcseréjét nem fedezte (pl. EKG akkumulátor, EKG pácienskábel, defibrillátor akkumulátor, egyéb eszközök) – a háziorvosi/házi gyermekorvosi finanszírozásba nincsen beépítve az amortizáció.

Az eszközök kötelező jellegű, időszakos validálását nem tartalmazza (EKG, vérnyomásmérő, laboreszközök, sterilizáló stb.).

A háziorvosi/házi gyermekorvosi minimumfeltételek mellett számos más, a mindennapi működést, a minőségi lakóhelyközeli betegellátást segítő eszközre lehet szüksége a praxisnak.

JAVASLAT

- Legyen Központilag finanszírozott, folyamatos „eszközpályázat” – 3 éves keretösszeggel, 3 évente történő elszámolással
- Javaslatunk havi 50-100.000 Ft-os keretösszeg biztosítása:
    - Legalább 3 minőségi eszköz rendszeres használatának a vállalása esetén: 50.000 Ft/hó
    - Legalább 6 minőségi eszköz rendszeres használatának a vállalása esetén: 100.000 Ft/hó
- Az összeg felhasználható legyen az eszközök javítására, alkatrészcseréjére, amortizációjára.
- Az összeg felhasználható legyen az eszközök kötelező jellegű, időszakos felülvizsgálatára, validálására is.
- A rendeletben meghatározott minimumfeltételek mellett az alábbi célokra is felhasználható legyen:
    - *háziorvosi/házi gyermekorvosi kompetenciába beilleszthető orvostechnikai eszközök (Holter, ABPM, laboreszközök, szűrő audiométer, defibrillátor stb.)*
    - *egyéb kapcsolódó eszközök, berendezés, bútorzat, amelyek a váróterem és rendelő, tanácsadó és szociális helyiségek komfortosítását szolgálják*
    - *a levegő fertőtlenítésére alkalmas légtisztító berendezések (UVC lámpák, ózongenerátorok), árnyékolástechnika, indokolt esetben klímaberendezés*
    - *az alapellátás keretében végzendő/végezhető (népegészségügyi) szűrővizsgálatok elvégzését támogató eszközök*
    - *szemléltető, demonstrációs eszközök (pl.: egészséges életmódra nevelést, betegoktatást segítő szemléltető, demonstrációs eszközök)*
    - *telekommunikációt, telemedicinát támogató ITC fejlesztés: kiemelten az alapellátási munkát, ellátást segítő informatikai eszközök (hardver és operációs rendszerek), betegelőjegyzési-, betegirányító rendszerek, telefonhívás-, videohívás rögzítésére szolgáló IT megoldások*
    - *kiemelten az alapellátási munkát, ellátást segítő irodatechnikai eszközök*

Háziorvosi praxis - Minmumfeltétel			
Eszközök	**Felnőtt praxis**	**Gyermek praxis**	**Vegyes praxis**
Vérnyomásmérő, vérnyomásmérő mandzsettasor	X	X	X
EKG	X		X
Doppler (Működési frekvencia: 2, 4, 5 és 8 MHz)	X		X
Vércukormérő	X	X	X
Fonendoszkóp	X	X	X
Reflexkalapács	X	X	X
Pupillavizsgáló lámpa	X	X	X
Hőmérő (érintésmentes)	X	X	X
Ollók	X	X	X
Sebészeti csipeszek	X	X	X
Gyomormosó szett	X	X	X
Beöntő készlet	X	X	X
Vizeletvizsgálati gyorsteszt	X	X	X
Személymérleg	X	X	X
Csecsemőmérleg		X	X
Mérőszalag	X	X	X
Magasságmérő	X	X	X
Otoscop	X	X	X
Színlátást vizsgáló könyv	X	X	X
Látásélesség vizsgáló tábla	X	X	X
Sürgősségi táska	X	X	X
Babyhaler/spacer (gyógyszer adagolására alkalmas inhalációs eszköz - felnőtt, gyermek, csecsemő)		X	X
Defibrillátor	X		X
2 l-es Oxigénpalack	X		X

Háziorvosi praxis - Minőségi ellátás ALAP			
Eszközök	**Felnőtt praxis**	**Gyermek praxis**	**Vegyes praxis**
Betegirányító, betegoktató, betegelőjegyzési rendszerek	X	X	X
Pulzoximéter	X	X	X
ABPM / apne-ABPM / CBPM	X	X	X
POCT - CRP mérő	X	X	X
POCT - vizelet analizátor	X	X	X
POCT - INR mérő	X		X
BKI mérő	X		X
PWV mérő	X		X
Centrális-vérnyomásmérő	X		X

Háziorvosi praxis - Minőségi ellátás PLUSZ			
Eszközök	**Felnőtt praxis**	**Gyermek praxis**	**Vegyes praxis**
Kilégzett levegő CO mérő	X		X
Spirometer	X	X	X
Praxis Holter	X		X
Szűrőaudiometer	X		X
Tens-készülék	X	X	X
POCT - D-dimer	X		X
POCT - HgbA1c	X	X	X
POCT - Lipidek	X		X
POCT - Troponin T	X		X
POCT - iFOB	X		X
Testösszetétel analizáló (BIA mérő)	X	X	X
Ophtalmoscope	X		X
Szemfenék-vizsgálati kamera	X		X
Sürgősségi szonográf	X	X	X
Szemléltető, demonstrációs eszközök (pl.: ambu baba, önvizsgáló modellek stb.)	X	X	X

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

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

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

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

50-100.000 Ft/hó/praxis 3 évenkénti elszámolással

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Kiszámítható, tervezhető, tudatos eszközpark fenntartás, bővítés.

Az amortizáció, a kisértékű kiegészítő eszközök, tartozékok cseréje, az időszakosan kötelező validálások is bekerülnek a praxisfinanszírozásba.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: 2020.07.01.

Első elszámolás: 2023. 06.30

5. *Praxisnővéri kompetenciák növelése*

A HÁZIORVOSI/HÁZI GYERMEKORVOSI ÁPOLÓ/ASSZISZTENS JOGOSULTSÁGAINAK ÚJRAGONDOLÁSA

A kompetenciaszintek szabályozatlansága miatt a háziorvos többször lát el olyan tevékenységet, ami megfelelő szabályozás esetén ápolói/asszisztensi kompetenciával is ellátható lenne. Mindezzel egyidőben a gyakorlat azt mutatja, hogy ezen tevékenységeket a háziorvos – részben a rendelési időben történő túlterheltsége miatt – gyakran ápolójának delegálja, és abban csupán adminisztratív jelleggel vesz részt, amely gyakorlat a jelen szabályozással ellenkezik.

Az ellátási folyamatban a jelen szabályozás mellett mindig megjelenik az orvos, mint ellenőrző (orvosi pecsétet és aláírást kiadó) személy, azonban sok esetben az elvégzett ápolói munkát megismerni és felelősen jóváhagyni hosszú idő. Az orvos így vagy a saját munkája helyett az ápoló ellenőrzését kell, hogy végezze, és így az ápoló nem tud a kompetenciájának megfelelő segítséget nyújtani hatáskör híján, valamint az orvos nem tud saját feladataira koncentrálni; vagy „megbízva” ápolója készségeiben, „vakon” pecsétel és aláír, hogy a valódi orvosi munkára tudjon fókuszálni a páciens érdekében.

Az AHL (alapellátási hatásköri lista) készülő NNK projektdokumentum, amennyiben elkészül, és majdan valamennyi ellátási tevékenységet, betegséget érint, akkor erre a diszkrepanciára megoldással szolgálhat és többlethatáskört biztosíthat az ápolóknak. ***A jelenlegi ellátási gyakorlatot egyrészt legalizálná, másrészt a háziorvosok felszabaduló többletkapacitását kiterjesztett hatáskör esetén hasznosítani lehet majd.***

A 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet jól lefedi a kórházi, vagy szakrendelői ápolói feladatköröket, de nehezen (leginkább semennyire sem) alkalmazható az alapellátási ápoló önálló munkájára.

ALAPELLÁTÁSI FELADATKÖRÖK

- anamnézis felvétel – alapellátásban az esetek döntő részében ismert
- panaszok kikérdezése, rögzítése – orvos és ápoló is végzi
- betegvizsgálat (kikérdezés alapján elkülönítve)
- akut beteg vizsgálata – alapvetően orvosi feladat, távollétében az ápoló is végezheti a kompetenciaszintjének megfelelően (pl. sürgősség)
- adminisztráció rendezése, vezetése – ápolói feladat
- területi munka (sebkötözés, injekciózás, stb.) – ápolói feladat

PROBLÉMA

A háziorvos/házi gyermekorvos napi munkájában nincs esélye arra, hogy valamennyi krónikus beteggondozási folyamatot felügyeljen. Az egy betegre jutó 3-6 perc nem elegendő arra, hogy „tűzoltás" helyett tisztességes prevenciós, gyógyító és beteg-edukációs munka történjen. Ezt ráadásul a rendelési idő növelése sem oldaná meg, mert (állandó betegforgalom mellett) 6-12 perc sem elegendő. (A koronavírus veszélyhelyzeti időszak előtti állapotok szerint)

Az alapellátási ápoló kompetencialistája nem követi az alapellátási (krónikus gondozási) igényeket, a nagy esetszámot, és továbbra is a kórházi „osztályos munkán" alapszik

Az ápolói létszám növelése a feladatok hatékony megosztását csak a jelen jogi szabályozás megszegésével tudja segíteni. A szabályokat betartva a nővér a rendelési idő legnagyobb részében írnokként kezeli a számítógépet.

A háziorvosi rendelő infrastruktúrája a praxisok jelentős részében (minimum 40%) nem teszi lehetővé az önálló ápolói tevékenységet – nem áll rendelkezésre külön orvosi és nővéri helyiség, amiben párhuzamosan lehetne munkát végezni.

JAVASLAT

Gondozási protokollok kidolgozása az egyes krónikus betegségekhez, amelyet az ápoló, igazodva a 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet szelleméhez, „önállóan" vagy „önállóan az orvos utasítására" képes végrehajtani.

Bizonyos krónikus betegségek gondozása keretében, hogyha a páciens "szóbeli nyilatkozata szerint panaszmentes" és az ápoló a protokollban leírt vizsgálat után eltérést nem talál, akkor önállóan el tudja látni a háziorvos által beállított terápia meghosszabbítását. Mindezt a telemedicina jogszabály által biztosított távkonzultáció alapján is lehetségessé kell tenni az ápoló által is, ha a krónikus páciens kezelésének folytatása a fenti gondozási protokollba beleilleszthető. ***A telemedicina jogszabály a veszélyhelyzet utáni időszakra vonatkozóan is kiterjesztendő, biztosítva a távkonzultáció lehetőségét és az ezen alapuló diagnosztikus és kezelési lehetőségeket, csökkentve a személyes megjelenések számát, mely a vészhelyzet után is kívánatos. A felszabaduló többletidő az orvos-szakmailag indokolt személyes ellátást igénylőkre fordítható, a minőségi ellátás kulcsa.***

Amennyiben a praxisnővér végzi a krónikus terápia meghosszabbítását, úgy ez eszerint tárolódjon a háziorvosi szoftverben és az EESZT-ben. Így pontosan nyomon követhető lenne, hogy adott feladatot a team mely tagja végezte el. Az EESZT-hez való hozzáférés, e-Recept kiadás is nyomon követhető az ápolói hatáskör erre vonatkoztatott kiterjesztésével, az AHL-nek megfelelően.

A praxisnővér vegyen részt a felnőttkorban beadható védőoltásokkal kapcsolatos betegtájékoztatásban, és a beteg beleegyezése illetve kontraindikációk hiányában önállóan részesítse a beteget védőoltásban (AHL).

Meg kell határozni a háziorvosi rendelő infrastrukturális minimumfeltételeit, melyben elő kell írni minimum 2 rendelőhelyiség használatát.

Krónikus terápia meghosszabbítása – a konkrét javaslat bemutatása: a páciens rendszeres és eseti gyógyszerei az EESZT-ben tárolódnak. Háziorvos ehhez megadhatná a gondozás szerint optimális következő orvosi vizit időpontját: 1-12 hónap időintervallumban. Amennyiben **megadott időintervallumon belül** páciens megjelenik az ápolói ellátáson, és ha „szóbeli nyilatkozata alapján panasz és tünetmentes", és az ápoló a kórképnek megfelelő gondozási protokoll végrehajtásakor eltérést nem észlel, úgy e-Recept formájában engedélyezhesse mind a krónikus (pl.: vérnyomáscsökkentők), mind egyes eseti (pl.: NSAID, visszatérő, kivizsgált reumatológiai panaszok) gyógyszerek további kiváltását. Kérdéses esetben, ápolói feladat, hogy felismerje azon szituációkat, mely a kompetenciáját meghaladja, és ebben az esetben orvoshoz irányítsa a pácienst (távkonzultációra, szükség esetén személyes vizsgálatra).

Törzskartonban új elem:

Panasz és tünetmentesség esetén az ellenőrző orvosi vizsgálatok gyakorisága (legördülő lista):

- ☐ *1 hónap*
- ☐ *3 hónap*
- ☐ *6 hónap*
- ☐ *9 hónap*
- ☐ *12 hónap*

Ezen időintervallumon belül lehet a nővérnek e-Receptet önállóan kiállítania. Ha ez letelt, akkor csak orvos adhatja ki a gyógyszereket, és ezzel együtt újra indul a számlálás.

Javasolt kompetencialista kiegészítés praxisápolók részére (részletesen a készülő AHL-ben)

Diagnosztika		**Terápia**	
önállóan	orvos utasítására önállóan	önállóan	orvos utasítására önállóan
körzetbe tartozó beteg kikérdezése	új beteg kikérdezése élőszóban vagy telefonon	körzetbe tartozó krónikus beteg rendszeresen szedett gyógyszereinek felírása adott időintervallumon belül, elektronikus formában	akut beteg ellátása csoportdiagnózis szerint *(dr. Sirák András: Sürgősségi betegellátás c. könyvének nővéri fejezetei alapján)*
körzetbe tartozó beteg fizikális vizsgálata	új beteg fizikális vizsgálata		akut fájdalom csillapítása
krónikus betegségeknek megfelelő protokoll szerinti vizsgálat végzése és értékelése, úgy mint vérnyomásmérés vércukormérés boka-kar index mérés hangvilla teszt visus vizsgálata EKG vizsgálat végzése stb.	páciens betegségének besorolása csoportdiagnózis szerint *(dr. Sirák András: Sürgősségi betegellátás c. könyvének nővéri fejezetei alapján)*		tanácsadás élőszóban vagy telefonon láz hasmenés hányás fájdalom diéta

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

44/2004. ESzCsM rendelet 7.§ (3), 4/2000 EüM rendelet

FELTÉTELRENDSZER

Protokoll kidolgozása szükséges a jogosultsági esetekre és időtartamra, meghatározandó a felírható hatóanyagok/ gyógyszerek köre is.

Az e-Recept felírási algoritmusába kerüljön beépítésre egy olyan modul, ami lehetővé teszi azt, hogy a háziorvos által elrendelt, krónikus beteggondozás részét képező gyógyszer és/vagy gyógyászati segédeszköz kiváltásának a jóváhagyása ápolói kompetenciakörben is végezhető legyen. Az ápolói „jóváhagyás" időszakos végzését valamennyi esetben a háziorvos rendeli el (ennek informatikai lenyomatát hagyva), meghatározva az érintett receptkört és a jogosultság időtartalmát. Kizárólag krónikus beteggondozás részét képező, előzetesen a háziorvos által elrendelt receptek esetén történhet feladatdelegálás, valamennyi esetben előzetes protokoll szerint - rögzített időkorlátig, amit követően ismételt háziorvosi/házi gyermekorvosi elrendelés szükséges (az időkorlát automatikusan kerül beállításra, meghatározott protokoll szerint, ehhez képest a háziorvos jogosult a beállításban az időkorlátot csökkenteni).

FORRÁSIGÉNY

–

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Csökkenő adminisztrációs teher. Több idő a valódi betegellátásra.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020.

Bevezetés: 2021. január 1.

6. *Tartósan betöltetlen, halmozottan hátrányos helyzetű praxisok*

Tartósan Betöltetlen Praxisok

PROBLÉMA

Pillanatnyilag 506 (NEAK 2020. május) a legalább 1 éve betöltetlen háziorvosi, házi gyermekorvosi praxisok száma. Ez a szám háziorvosok, házi gyermekorvosok magas átlagéletkora miatt valamint a hátrányos helyzetű kistérségekben, az elnéptelenedő kistelepülésekkel, az elszigetelt zsákfalvakkal, a nagyrészt mélyszegénységben élők lakta településekkel rövid időn belül jelentősen tovább fog növekedni.

Azokba a falvakba, ahol nincsen iskola, óvoda, ahol a lakosok száma nem, vagy alig haladja meg az 1000 főt, szinte lehetetlen orvost találni – ez humán erőforrás probléma. Másik gond, hogy sok az olyan kistelepülés, ahol hiányos, vagy rossz állapotú az infrastruktúra és nem áll rendelkezésre a XXI.-ik század igényeit kiszolgáló, jól felszerelt háziorvosi rendelő és a szükséges tárgyi feltételek sem biztosítottak (és várhatóan sohasem lesznek adottak).
Ezen települések ellátására 2 fő koncepcionális megoldás lehetséges.

A környező praxisokból (vagy valahonnan) heti néhány órában kirendelünk a szükséges tárgyi feltételekkel nem rendelkező „rendelőbe" 1 orvost. Így elmondhatjuk, hogy biztosítjuk adott település „folyamatos" ellátását. Bár így a lakosok számára sem a tárgyi, sem a személyi feltételek nem adottak a korszerű háziorvosi ellátáshoz.

Összevont praxisok kialakítása, egy a kor követelményeinek megfelelő, praxisközösségi működéshez is infrastruktúrát biztosító központi rendelővel, ahol biztosított a folyamatos orvosi ellátás. A központi rendelő kialakítását követően az összevont praxishoz tartozó kistelepülések rendelőit csak elsősegélynyújtó helyként használják. ***Az összevont praxis betegei részére a települési önkormányzatoknak biztosítani kell a páciensek ingyenes utaztatását a területi központi rendelőbe.***

JAVASLAT

A tartósan betöltetlen praxisok ellátására csak a 2. koncepciót tartjuk elfogadhatónak. Célunk egy országosan homogén, magas szintű háziorvosi ellátási rendszer kialakítása, mely minden állampolgár részére biztosítja a megfelelő szakmai színvonalú ellátást.

A koncepció részelemei:

A degresszió megszüntetésével és pluszfinanszírozással lehetőséget kell biztosítani, hogy a tartósan betöltetlen praxisokat jelenleg is ellátó háziorvosok az ellátott praxis lakosságát saját praxisukhoz integrálják és felsőfokú végzettségű ápolókkal közösen biztosítsák a több telephelyű praxis ellátását.

Az összevont praxis rendelőinek és a központi rendelőnek a fenntartását a praxishoz tartozó önkormányzatok közösen biztosítják. Az önkormányzatok feladata a betegek központi rendelőbe történő térítésmentes utaztatásának a biztosítása is.

A központhoz tartozó kistelepülések – állami támogatással – ingyenes közlekedési lehetőséget biztosítanának lakosaik számára a központi rendelő felkereséshez.

Törekedni kell rá, hogy a háziorvos, gyermekorvos szakorvosjelöltek (rezidensek) ezekben az összevont praxisokban töltsék a háziorvosi praxis gyakorlatuk egy részét, illetve minden klinikai szakma szakorvos jelöltje a szakorvosképzés időszakában legalább 1 hónapos praxisgyakorlaton vegyen részt ezekben a praxisokban.

Évente kb. 1000 orvos végez az egyetemeinken, ezek nagy része rezidensként folytatja tanulmányait. Javasoljuk az első rezidensi évben – kötelező jelleggel – háziorvosi sürgősségi licence vizsga letételét minden Magyarországon tanuló rezidens számára, mely licence birtokában munkát vállalhatnának alapellátási ügyeletekben. Javasoljuk, hogy – kötelező jelleggel – minden rezidensképzés 2. évébe kerüljön be egy hónap háziorvosi gyakorlat egy összevont háziorvosi körzetben. Ezen települések önkormányzatának kellene biztosítania a lakhatást a rezidensek részére, 1 hónapig a rezidensnek segítenie kellene a háziorvos munkáját, és kötelező jelleggel részt kellene vállalni a terület ügyeleti ellátásában. Így országosan kb. 100-120 összevont körzet, kb. 350-400 település folyamatos orvosi ellátását tudnánk segíteni rezidensek bevonásával.

A központi rendelő lenne a bázisa a praxis betegeit ellátó otthoni szakápolási szolgálatnak és a praxisközösségi prevenciós munka színtereit is itt kell kialakítani. A központi rendelők munkájába bevont gyermekorvosokkal, mozgó szakorvosi szolgáltatások biztosításával a hátrányos helyzetű településen élők definitív szakorvosi ellátását is könnyebben meg lehetne oldani.

Halmozottan hátrányos helyzetű települések háziorvosi ellátása

PROBLÉMA

A szegregátummal rendelkező hátrányos helyzetű településeken jelentős kihívás biztosítani nem csak az állandó orvosi, hanem az egészségügyi szakszemélyzet jelenlétét is. Jellemzően ezeken a településeken jelenleg semmilyen egészségügyi szolgáltatás nem érhető el, a háziorvosi/házi gyermekorvosi praxis tartósan (évek óta) betöltetlen, a letelepedési pályázatok jelentős anyagi támogatásával sem sikerül a praxisokat betölteni.

JAVASLAT

Adott településen körülbelül 800 lakosonként 1 fő, de lehetőség szerint minimum 2 fő szakképzett főállású ápoló biztosítása.

Ezen felül heti 2 napban, napi három órában non-doktor (MSC ápoló) szakszemélyzet biztosítása a helyszínen, krónikus gondozási és prevenciós - egészségfejlesztési feladatok ellátására.

Amennyiben a terület betöltetlen ill. tartósan betöltetlen körzet területén helyezkedik el, erre kiképzett orvos biztosítása akut betegségek ellátására 3 órában, a hét 2-3 napján, ezidő alatt csecsemő- és gyermekorvosi távkonzultációs lehetőséggel. Amikor személyesen nincs orvos munkaidőben a településen, akkor munkaidőben folyamatos orvosi konzultációs lehetőség biztosított a településen dolgozó szakdolgozóknak, akik a helyszíni ellátást biztosítják. A konzultáció telefon-, illetve video konzultáció lehet, mely a későbbiekben kidolgozandó protokoll alapján, dokumentáltan valósul meg. Ehhez jól felkészített nővérek és megfelelő tárgyi feltételek szükségesek.

A szakmai felügyeletet biztosító háziorvos a saját rendelési idejében, a saját rendelőjében a hátrányos helyzetű településen élők számára is biztosítja a folyamatos háziorvosi ellátást

Fentiekhez kapcsolódik az un. segédegészségőrök (a helyi lakosság motivált és képezhető tagjaiból kiválasztva) foglalkoztatása 1 fő/500 fő felnőtt lakosság valamint plusz 1 fő/50 fő 0-6 éves korosztályba tartozó gyermekenként.

A területen Minőségi ALAP + PLUSZ felszereltség javasolt (Lásd Eszköztámogatás)

A rendszer működőképessége tesztelhető a helyi orvosi szint működtetése nélkül is (csak orvosi távkonzultációval), illetve a központi rendelőben történő orvosi ellátással.

A halmozottan hátrányos helyzetű településen foglalkoztatott orvosokat, szakdolgozókat kiemelt fizetési kategóriába kell sorolni (Közalkalmazotti bértábla minimum kétszerese).

7. *Praxisközösségek*

Az elmúlt 8 évben a lakosságközeli ellátások fejlesztése, a preventív szemlélet fokozása, a definitív ellátások kiterjesztése érdekében több modellprogram zajlott és zajlik országban:

- Nem központi fenntartású Egészségfejlesztési Irodák működési célú támogatására.
- SH/8.1Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési modellprogram
- EFOP-1.8.2-17 Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése
- Három generációval az egészségért program

Emellett országos szinten működnek az Otthonápolási szolgálatok és a Hospice Szolgálatok.

A **praxisközösségi** együttműködéseket segítő hazai és uniós pályázatok a népegészségügyi szemlélet erősítésén túl, a korábban egymástól izoláltan működő háziorvosi teamek közti együttműködés javításával egyértelműen az alapellátás szerkezeti átalakulását készítették elő (közel 1000 praxis dolgozik jelenleg praxisközösségi formában projekteken belül). Fontos jellemzője a praxisközösségi működésnek, hogy az alapellátás számos szereplőjének együttműködésén alapulnak. A megvalósult illetve folyamatban lévő projektek népszerűek voltak mind a biztosítottak, mind a kollégák körében, és rámutattak arra, hogy a kollégák részéről fennáll a hajlandóság a szakmai együttműködések kialakítására. Az alapellátási törvény felhatalmazza a minisztert a praxisközösségről szóló jogszabály megalkotására, megfelelő jogszabály és finanszírozási feltételek mellett a praxisközösségi működésmód az ország számos további pontján megjelenne. Szakértői vélemények szerint a praxisközösségek választ adhatnának a humánerő krízis és a területi ellátatlanságbeli problémák jelentős részére is.

ALAPELLÁTÁSI PRAXISKÖZÖSSÉG

Az Alapellátási Törvény nevesíti a praxisközösség fogalmát, azonban a részletes szabályokat tartalmazó miniszteri rendelet, a felhatalmazás ellenére a mai napig nem jelent meg.

A praxisközösségi együttműködés célja lehet többek között:

- Szűrési, prevenciós, egészségfejlesztési feladatok hatékony ellátása
- Lakosság/lakóhely közeli egészségügyi ellátások arányának növelése
- Közép és hosszú távon a lakosság egészségi állapotának javítása
- A praxis-teamek együttműködésének hatékonyabbá tétele
- A betöltetlen körzetek problematikájának kezelése
- Közösségi ellátás biztosítása

JAVASLAT

A praxisonkénti orvos – praxisnővér – védőnő bázis-teameken felül javasolt – a praxisközösség valamennyi praxisában foglalkoztatott –- praxisközösségi szakemberek: *praxisközösségi koordinátor, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, praxisközösségi nővér, szociális munkás, egészségfejlesztő, mediátor-egészségőr*.

A **praxisközösségi koordinátor, gyógytornász, dietetikus, pszichológus** munkaköröket minden praxisközösségben **biztosítani kell**, ezen felül a praxisközösség helyi adottságainak megfelelően további 1-2 munkakör biztosítása ajánlott.

Javasolt tevékenységek:

Heti 2 óra elkülönített és dedikált háziorvosi prevenciós rendelés, ahol az egészségi állapot felmérésen megjelent páciensekkel és krónikus betegekkel konzultál az orvos.

Csoportos prevenciós többletszolgáltatások (pl. gyógytorna csoportok, testsúlycsökkentők csoportja, diabéteszesek klubja, csoportos diétás tanácsadások, relaxációs csoportok, stresszkezelő csoportok stb.)

Egyéni tanácsadások (dietetikai tanácsadás, mentálhigiénés tanácsadás, egyéni gyógytorna stb.)

Egészségfejlesztési programok (pl. rendszeres óvodai/iskolai egészségfejlesztő programok, munkahelyi egészségfejlesztő programok, egészségnapok, részvétel falunapokon/fesztiválokon)

Praxisközösségi költségek:

- Infrastruktúra és alapeszköz-készlet biztosítása
- Havi rendszeres költségek:
  - Praxisközösségben alkalmazott, foglalkoztatott szakemberek havi bérköltsége
  - Praxisközösségi orvosok teljesítményarányos praxisközösségi feladatfinanszírozása
  - Praxisnővérek praxisközösségi tevékenységének finanszírozása
  - Védőnők praxisközösségi tevékenységének teljesítményarányos finanszírozása
  - Eszköz-anyagszükséglet (fogyóeszközök, egészségfejlesztési programok demó anyagai, szóróanyagok)

ÖSSZEFOGLALÓ JAVASLAT

Javasolt egy országosan egységes prevenciós szemléletű, a népegészségügyi kihívásokra hatékonyan reagáló, országosan illetve regionálisan szervezett alapellátási hálózat kialakítása. Ennek megvalósítása a projektek, modellprogramok tapasztalatainak, eredményeinek értékelést követően, ezek hosszú távú fenntarthatóságának a biztosításával valósulhat meg.

ALAPVETŐ KIINDULÓPONTOK

- Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet létrehozása
- Járási Alapellátási Központok létrehozása
- A regionális (járási) alapellátási szolgáltatók összehangolt szakmai működtetése, koordinálása

Az Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátási ügyeleti, fogorvosi, iskolaorvosi, védőnői, otthoni szakápolásban és hospice ellátásban résztvevő, praxisközösségi szereplők integrált irányítási, módszertani, és szakmai támogatói funkcióját képes biztosítani.

Az önálló Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet szervezeti struktúrájában, az országos szint alatt javasolt Járási Alapellátási Központok létrehozása. A központok feladata az adott járás/terület népegészségügyi mutatóinak és a lakosság egészségi állapotának ismeretében a szükséges szolgáltatások tervezése – az alapellátás működésének szervezése, a működéshez szükséges humán erőforrás biztosítása, a szakmai minőségbiztosítás. A Járási Alapellátási Központok a munkaadói a járás területén működő praxisközösségek praxisközösségi szakembereinek, és az alapellátás működéséhez szükséges egyéb szakembereknek. A háziorvosi praxisok, praxisközösségek innen igényelhetik a szakemberek szolgáltatásait. A Járási Alapellátási Központok felállítása mellett fontos megőrizni a háziorvosi praxisok gazdasági, szervezeti integritását. A praxisközösségi szerveződés, a Járási Alapellátási Központokkal kapcsolatos együttműködés funkcionális, a többletszolgáltatást nyújtó szakemberek optimális hozzáférhetősége szempontjából meghatározó.

PRAXISKÖZÖSSÉGI PROGRAM BEVEZETÉSÉNEK IDEJE

A biztonságos működéshez szükséges jogszabályok megalkotása, a költségvetésben elfogadott plusz finanszírozás rendelkezésre állását követően folyamatosan.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

- Az alapellátási praxisok szakmai és/vagy gazdasági együttműködésének a kialakítása
- Módszertani hálózat kialakítása, területi szakmai vezetés beépítése a rendszerbe, belső és külső monitoringgal
- Az alapellátás kompetenciájának kiterjesztése, ennek megfelelő szélesebb hatáskör biztosítása
- A kapuőri funkció és a definitív ellátások fejlesztése
- Emelt szintű alapellátás, lakóhelyközeli szakellátás biztosítása a praxisközösségekben
- A lakosságközeli egészségügyi ellátások arányának a növelése
- A praxis-teamek kapcsolatainak a javítása
- További szakdolgozók bevonása az alapellátási rendszerbe
- A definitív ellátások számának növelése

- A prevenciós tevékenységek növelése
- A szakellátás tehermentesítése
- Prevenciós rendelések bevezetése
- A primer-, szekunder-, tercier prevenciós tevékenységek erősítése
- Egyéni-, csoportos- és színtérprogramok bevezetése
- Országosan szakmailag egységes alapellátási rendszer létrehozása, melynek részelemei a háziorvosi-, házi gyermekorvosi-, fogorvosi-, védőnői-, hospice ellátás, otthoni szakápolás, praxisközösségi többletszolgáltatások
- Alapellátási és népegészségügyi célok helyi adaptációja, megvalósítása

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: folyamatosan

Bevezetés: 2021-2022.

8. *Csoportpraxis*

DEFINÍCIÓ

Olyan együttműködési forma, amely keretében a háziorvosi/házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók.

ALAPVETŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Az 1997. évi az egészségügyről szóló CLIV törvény alapján az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

A szakellátási feladat elsődleges helye a **szakrendelő**, ahol a szakfeladat ellátásához szükséges mind tárgyi, mind személyi feltételek maradéktalanul rendelkezésre állnak.

Csoportpraxisok létrehozását csak olyan esetekben tartjuk indokoltnak, ha a csoportpraxisba szerveződő háziorvosi praxisok szakrendelőtől való távolsága/elérhetősége miatt a praxisokhoz tartozók szakrendelőbe jutása jelentős terhet jelent az ellátandóknak, ezért a szakellátáshoz való hozzáférés nehézségekbe ütközik, korlátozott, ahol sérülhet az ellátáshoz jutás esélyegyenlőségének elve és gyakorlata.

Véleményünk szerint a hosszú előjegyzési idő önmagában nem jelentheti indokát a csoportpraxisok létrehozásának, ebben az esetben a szakellátás kapacitását kell növelni, finanszírozását kell emelni.

A szakrendelő 20 km-es vonzáskörzetében elhelyezkedő csoportpraxisba olyan szakellátási feladatot nem javaslunk kivinni, ami a szakrendelőben is elérhető.

A lakóhely közeli ellátások arányának növelése érdekében elsősorban a mozgó szakorvosi szolgáltatás rendszerének fejlesztését javasoljuk.

JAVASLAT

Mivel a csoportpraxisok feltételrendszerének kialakítása bonyolult feladat, költséghatékony működése nem bizonyított, ezért az alapellátásban, a lakóhelyen történő definitív ellátások számának javítása érdekében elsősorban a mozgó szakorvosi szolgáltatás rendszerének fejlesztését javasoljuk.

Javasoljuk, hogy a második, harmadik szakvizsgával rendelkező, azt karbantartó háziorvosok a praxisukban és praxisközösségükben használhassák a szakvizsgáik adta diagnosztikai és terápiás lehetőségeket. Ezt a tevékenységet szabályozottan, a háziorvosi rendeléstől elkülönített időkeretben és plusz finanszírozás biztosítása mellett végezzék.

Javasoljuk a szakellátó hálózat megerősítését, a TVK igényekhez, szükségletekhez történő igazítását.

A szakrendelői hálózattól távol eső praxisközösségek, összevont praxisok – plusz finanszírozásból – foglalkoztathassanak az adott hely igényeinek megfelelően, rész munkaidőben szakorvosokat, alapellátási praxisban történő szakellátási feladatok elvégzésére. Ehhez meg kell határozni a lakóhelyen is igénybe vehető klinikai szakmák körét, ki kell alakítani a szakellátás személyi és tárgyi feltételeit.

SZÜKSÉGLETEK

Csoportpraxis működési feltételeinek, kapcsolatrendszerének, szervezeti felépítésének, a csoportpraxisonként ellátandó populáció nagyságának meghatározása.

Tárgyi, személyi és finanszírozási feltételek meghatározása.

A csoportpraxis működéséhez szükséges jogszabályok, szakmai irányelvek létrehozása.

Mozgó szakorvosi szolgáltatás szakmai, személyi, tárgyi, finanszírozási feltételeinek kidolgozása.

9. *A minőségi ellátáshoz szükséges területek, helyiségek, humánerőforrás*

PROBLÉMA

Magyarországon a praxisok 85-90%-a Önkormányzati tulajdonú, 10-15%-a saját tulajdonú rendelőt használ. A praxisok jelentős részében nem áll rendelkezésre a működéshez szükséges minimális infrastruktúra.

Az 1 orvosra jutó nővérszám Magyarországon: 2.07, az OECD 34 tagállamában: 2.75, az USA-ban 4.27, a magyarországi háziorvosi praxisokban kb. 1.3. Szakértők szerint az ideális érték: 4.

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

3. § (1) Az egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell
a) A négyszemközti konzultációt is lehetővé tevő rendelőhelyiséget, amelyben
aa) az adott egészségügyi szolgáltatásra előírt tárgyi feltételek használata, illetve szakszerű tárolása - ideértve a gyógyszerek, a mérgező hatású anyagok és a veszélyes hulladék tárolását is - biztosított,
ab) az aa) pontban foglaltakon túl rendelkezésre áll a beteg fektetésére alkalmas vizsgálóágy,
ac) a beteg ellátását végző egészségügyi dolgozó számára a kézmosási, illetve kézfertőtlenítési lehetőség és a szükséges bútorzat biztosított,
b) a rendelőhelyiséggel közvetlen kapcsolatban lévő, vagy azon belül elkülönített öltöző területet, kivéve, ha az ellátás jellegéből adódóan a beteg fizikális vizsgálata nem szükséges,
c) váróhelyiséget.

JAVASLAT

Biztosítani kell, hogy a 21. század működési kereteinek megfelelően a háziorvosi rendelő modernizálásra kerüljön. Ez jelenti a megfelelő méretű rendelő biztosítását, a rendelési időnek megfelelő időtartamban és ezen kívül is – a várható hatáskör bővülések, további szakdolgozók, diplomás ápolók alapellátási munkába bevonását is figyelembe véve.

Ahhoz, hogy a háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelőkben a jövőben minőségi munka folyhasson, ahhoz rendeletileg szabályozni kell az infrastrukturális minimumfeltételeket. Javasoljuk a „60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről” módosítását az alábbiak szerint:

2020.07.01-től az új építésű, az új építési engedélyt igénylő, illetve pályázati forrásból felújításra kerülő háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelők kialakításánál az alábbi infrastruktúrát a helyi Önkormányzatoknak biztosítaniuk kell a rendelőben dolgozó háziorvosok részére:

Háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelő:

- Váróterem – várakozónként 4 m^2, minimum 16 m^2
- Orvosi szoba - minimum 18 m^2
- Nővérszoba - minimum 16 m^2
- Plusz rendelő helyiség – minimum 16 m^2: további szakdolgozók foglalkoztatása esetén (pl. dietetikus, pszichológus, gyógytornász, diplomás ápoló, népegészségügyi szakember)
- Fektető, elkülönítő - minimum 12 m^2
- Öltöző, szociális helyiség: minimum 6 m^2, személyzeti WC-vel

Védőnő:

- Váróterem – várakozónként 2 m^2, minimum 16 m^2
- Tanácsadó – minimum 16 m^2
- Munkaszoba: 2 vagy több védőnő esetén – minimum 16 m^2

A rendelőhöz tartozzon mentőbejárat, mozgássérült parkoló, akadálymentes bejárat.

2021.01.01-től Önkormányzatoknak munkanapokon legalább napi 4 óra* időtartamban biztosítaniuk kell minden szerződött háziorvos/házi gyermekorvos számára az önkormányzati rendelőt, kivéve, ha a szerződött háziorvos/házi gyermekorvos saját tulajdonú rendelővel rendelkezik.

**Plusz szakdolgozó(k) foglalkoztatása esetén, ha nem áll rendelkezésre plusz rendelő helyiség, napi 8 órában szükséges a rendelő biztosítása.*

HUMÁN ERŐFORRÁS

A jelenlegi háziorvosi/házi gyermekorvosi praxisokban a humánerőforrás modell: 1 orvos + 1 praxisnővér – jogszabály szerint kötelezően, főállásban. Tekintettel arra, hogy nincsen dedikált finanszírozási keret a humánerőforrás biztosítására, a jelenlegi praxisfinanszírozásból kevés praxis tudja kigazdálkodni további szakdolgozók foglalkoztatását. A háziorvosi praxisok humánerőforrás szükségletét az alábbiak szerint lehet differenciálni:

- praxis típusa (felnőtt/gyermek/vegyes)
- praxis mérete (500/1000/1500/2000/2500/3000 fő)
- praxis elhelyezkedése (tanyavilág/falu/város/nagyváros)
- praxishoz tartozó települések száma (1/2/3/4/5)
- praxis által ellátott lakosság (normál/hátrányos helyzetű/halmozottan hátrányos helyzetű)

Általánosságban véve elmondható, hogy alapesetben minden praxis számára fontos lenne, napi 4 óra időtartamban orvosírnok (második praxisnővér) alkalmazása. Nagyméretű, több települést ellátó, halmozottan hátrányos helyzetű lakosságot ellátó praxisokba javasolt ezen felül diplomás ápoló(k) bevonása. A lakóhelyközeli ellátások, népegészségügyi többletszolgáltatások biztosítása érdekében javasolt további szakdolgozók: gyógytornász, dietetikus, pszichológus, egészségőr, népegészségügyi szakember bevonása - praxisközösségi ellátás keretei között.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

FELTÉTELRENDSZER

Önkormányzatoknak, ill. a saját tulajdonú rendelővel bíró háziorvosoknak az infrastrukturális minimumfeltételek biztosításához állami segítségnyújtás lehetőségét javasoljuk.

FORRÁSIGÉNY

Rendelőfelújítás költsége.

További szakdolgozók bevonásának bérköltsége.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

A minőségi háziorvosi/házi gyermekorvosi munkához, a négyszemközti orvos-beteg találkozások megvalósulásához, plusz szakdolgozók alapellátási rendszerbe történő bevonásához, az alapellátási feladatkörök bővítéséhez a fenti minimális infrastruktúra bevezetése elengedhetetlen.

Az orvosi munka hatékonyságának növeléséhez, a lakóhely közeli ellátások kiszélesítéséhez elengedhetetlen a praxisokba további szakdolgozók bevonása.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Bevezetés: 2020. július 1./2021.01.01.

10. Gyermekegészségügyi ellátás

PROBLÉMA

A gyermekpopuláció 75 %-át házi gyermekorvosok, 25 %-át vegyes praxisok látják el.

A házi gyermekorvosi korfa ismeretében - amely a háziorvosi korfánál is súlyosabb képet mutat - elmondható, hogy a közeljövőben a gyermekorvosi praxisok nagy számban üresednek ki, kényszerűségből vegyes praxissá alakulnak át, ezzel megnövelve a gyermek járó-és fekvőbeteg ellátásra nehezedő terhelést.

A házi gyermekorvos a csecsemő-és gyermekgyógyász szakvizsgájából adódó kompeteciáját sem használhatja ki hatáskör hiányában.

Házi gyermekorvosi rezidensképzés nincs, csecsemő-és gyermekgyógyász szakorvosképzés keretén belül kell képződnie a házi gyermekorvosoknak. Az utóbbi évben célzottan meghirdetett rezidensi helyek sem kerültek betöltésre és ez a keretszám nem is biztosít megfelelő utánpótlást, így ezokból is a házi gyermekorvosok számának drasztikus csökkenésére kell számítani.

A házi gyermekorvosi/háziorvosi és a védőnői ellátás egyre inkább elkülönül egymástól térben és időben is. Az orvos és a védőnő közötti korábbi rendszeres, napi, személyes kapcsolat esetleges, elektronikus kapcsolattartássá szűkül.

Mindkét szolgáltatónak területi ellátási kötelezettsége van, de az önkormányzatok, akik többnyire a védőnői szolgálatok működtetői, az orvosi körzethatároktól függetlenül módosítják a védőnői körzethatárokat, ezáltal az ellátandó területekben is csökkenhet az átfedés.

Míg szabad háziorvos/házi gyermekorvos választás van, a védőnői ellátás terén ez nem lehetséges, bár egyik szolgáltatás sem tagadható meg gyermekek esetében.

A védőnők számára a megfelelő számítástechnikai hardver és szoftver a szolgálatok többségében nem biztosított.

A védőnői szakma országos vezetése a háziorvostól elkülönülő védőnői munkát preferálja, ami egyes településeken oda vezet, hogy a védőnőnek tilos a házi gyermekorvosi rendelőbe belépni, a házi gyermekorvossal személyesen együttműködni.

Az iskola-egészségügy tárgyi feltételeinek biztosítása a helyi önkormányzatok feladata lenne, amely sok esetben nem valósul meg.

2014-es adatok szerint az iskolaorvosi tevékenységet mindösszesen az összes iskolaorvos 6,4%-a (184 fő) látja el főfoglalkozásban és a főállású iskolaorvosi praxisok 22.6 %-a is betöltetlen. Átlag életkoruk 57 év, az utóbbi 5 évben 5 orvos tett iskola-egészségtan és

ifjúságvédelem szakvizsgát. Az iskolaorvosi ellátás túlnyomó részét – 93.6%-át (2689 fő) – jelenleg is házi gyermekorvosok, háziorvosok végzik fő tevékenységük mellett.

A fő-és részmunkaidős szolgálatok által ellátottak létszám-megoszlása 30/70%.

JAVASLAT

Gyermekegészségügyi alrendszer

A **gyermekegészségügyi önálló alrendszer** a gyermeklakosság egészségi állapotát fenntartó és javító, szakmai irányelvekben meghatározott szakmai szabályok alapján kialakított és szakmai protokollokkal menedzselt ellátási folyamaton alapul, amely biztosítja az esélyegyenlőséget az ellátáshoz történő hozzáférésben.

A **gyermekegészségügyi önálló alrendszer meghatározó két szereplője a háziorvosi (háziorvosi vagy házi gyermekorvosi) és a védőnői szolgálat.** A gyermek egészségi állapotáér**t közösen felelnek megosztott felelősséggel.**

Az egészségi állapot fenntartása védőnői, míg javítása háziorvosi felelősség kell, hogy legyen. Tevékenységüket a gyermekkori különböző szintű prevenció ellátási folyamatait szabályozó protokollokban kijelölt, és egyik vagy másik szereplőre allokált feladatok határozzák meg.

A **folyamat dokumentációja és információáramlása közös elektronikus platformon, a gyermekhez tartozó dokumentációban és nem egyik vagy másik szolgáltató kizárólagos belső dokumentációjában zajlik, biztosítva a feladatok elvégzéséhez szükséges információ megosztását.**

A **gyermekegészségügyi alapellátás irányítása:**

1. **szakmai szabályokat** (szakmai irányelveit) a **gyermekegészségügyi módszertani irányítás** kell, hogy meghatározza
2. **működtetés** (szakmai protokollok és praxismenedzsment**) szempontjából** a szolgáltatói (háziorvosi és védőnői) praxisok az **Alapellátási Módszertani Központhoz** kell tartozzanak.

Az alrendszer orvosi szereplői:

Az önálló alrendszerként történő meghatározás nem feltétlen kell azt jelentse, hogy mindig, minden 0-14 (18) éves pácienst csecsemő -és gyermekgyógyász szakorvos lát el. Alapvetés,hogy minden gyermek egészségi állapota által szükséges szintű alapellátásban kell, hogy részesüljön.

A gyermekegészségügyi alrendszer részét kell képezzék a csecsemő-és gyermekellátás sürgősségi és bizonyos szintű akut ellátásában jártas **háziorvosok**.

Alapellátási hatásköri listában kell meghatározni, melyek azok a tevékenységek a gyermekellátás tekintetében, amelyek „alaptevékenységként" a háziorvostan szakvizsgával végezhetőek. Amennyiben ez a jelenlegi kompetenciával nem biztosítható, úgy képzés szükséges.

A gyermekellátás hatásköri listájában meghatározásra kerülnek azok az ellátási feladatok, melyekhez **gyermekgyógyász szakképesítés** szükséges, melynek elérése vagy házi gyermekorvosi praxisokban zajló ellátás keretében, vagy vegyes praxisok esetén gyermekgyógyász konzíliummal biztosítható. A lakosságközeli ellátás alapelve szerint utóbbi konzíliumot a praxisban kell elérhetővé tenni. Ahol, vagy ameddig ez megoldhatatlan, a legközelebbi általános gyermek szakellátás biztosítja a konzíliumi hátteret.

Az esélyegyenlőség biztosításának lehetséges módja az alapellátásban:

1. Lakosságközeli ellátást végző alapellátó team kialakítása azokon a területeken mindenképpen, ahol jelenleg nincs, vagy néhány házi gyermekorvosi praxis működik. Itt a **csecsemő-és gyermekgyógyászati ellátás még az alapellátásban** elérhető, de az ellátásba a csecsemő-és gyermekgyógyász adott probléma vagy a probléma meghatározott szintjén jelentkező szakellátói közreműködés igénye esetén, helyben - lakosságközeli színtéren - kapcsolódik be.

A gyermeket először a háziorvos látja, aki a szakmai szabályok-protokollok- alapján **dönt** a gyermekgyógyászati ellátás szükségességéről, vagy a protokollok által meghatározott pontokon kötelezően gyermekgyógyászhoz **irányítja** a gyermeket.

Az alapellátó team-ben meghatározott felelősséggel és együttműködési kötelezettséggel vesznek részt a háziorvosi team jelenlegi tagjai, a védőnők és a bevont egyéb alapellátó szolgáltatók.

2. Nagyvárosokban házi gyermekorvosi praxisközösségek létrehozása

- a rendszerből kilépő kollégák pácienseinek ellátására
- a praxisközösségek gyermekgyógyászainak szabad kapacitása lehetővé teheti a csecsemő-és gyermekgyógyászati ellátás biztosítását olyan területeken, ahol a praxisteamek nem rendelkeznek gyermekgyógyásszal

A szükséges feltételek:

Szakmai: szakmai irányelvek, ezek alapján ellátási protokollok kidolgozása

háziorvosi kompetenciabővítés a 18 év alatti korosztály ellátásában, elsősorban az akut és sürgősségi kórképek tekintetében

Ellátásszervezési: szakmai feladatok azon szintre történő delegálása, ahol rendelkezésre állnak a „szükséges, de elégséges" feltételek, a nem egészségügyi kompetenciába tartozó feladatok megszüntetése.

Háziorvosi adminisztrációs terhek csökkentése és főképpen további terhek bevezetésének elkerülése

A megváltozott szerkezetű ellátásra új finanszírozási technikák kialakítása

4. Biztosítani kell a gyermekegészségügyi alrendszer, ezen belül az alapellátás **és az egészségfejlesztés területén felelősséggel rendelkező további szereplő közötti együttműködés** elektronikus vagy személyes **platformját,** amelyen keresztül az egyéni képességek fejlesztése, a közösségi cselekvések erősítése, az egészséget támogató környezet kialakítása és fenntartása, az egészséget támogató szakmapolitikai irányelvek megfogalmazása, az egészségügyi ellátó rendszer megelőzés központú áthangolásához szükséges információátadásnak meg kell történnie.

5. Biztosítani kell a megfelelő szakképesítéssel rendelkező népegészségügyi szakemberek elérhetőségét az alapellátásban.

Megerősített, definitív ellátást végző gyermekalapellátást eredményező fejlesztés:

A házi gyermekorvos graduális és posztgraduális képzése, kötelező továbbképzése - semmiben nem különbözik a járó - és fekvőbeteg ellátásban dolgozó csecsemő - és gyermekgyógyász kollégájától

Meg kell szüntetni azokat a korlátozásokat, amelyek a diagnosztika és a terápia tekintetében – kiemelten támogatott gyógyszerek rendelése javaslata – kizárólag a csecsemő-és gyermekgyógyász munkahelyéből adódnak és nem igényelnek egyéb szakképzést. Ezzel növelhető a definitív ellátások aránya, csökkennek a betegutak, javul a szakellátáshoz való hozzáférés

Kompetencia- és hatáskörbővítéssel, megfelelő finanszírozási technikákkal igazolt jártasság, licencek és további szakvizsgákkal ellátható tevékenységi köröket kell kialakítani.

Járási szinten biztosítani kell a házi gyermekorvosi ellátást a vegyes praxisok páciensei számára távkonzultációs lehetőséggel, orvos-szakmai indok esetén pedig a személyes vizsgálat lehetőségével .

Kapcsolat a védőnői szolgálatokkal:

A gyermekegészségügyi alrendszer egységes szakmai irányelvek mentén történő működését a védőnői szolgálatok házi gyermekorvosi/háziorvosi praxishoz, praxisközösséghez történő integrálása jelentheti.

Az integráció előnyei:

Ebben a konstrukcióban a területi ellátási kötelezettséget a praxis/praxisközösség egésze teljesíti, nincs kommunikációs hiba a védőnői és orvosi ellátás elkülönültsége, a területi eltérések miatt, nehezebben esnek ki az ellátórendszerből gondozottak.

A szabad orvosválasztás szabad praxis választást jelent a továbbiakban, ahol a páciens egy szorosan együttműködő, azonos szakmai elveket valló team-et választ.

Mind a 18 év alatti korosztály körében kötelező, mind a 18 év felettiek esetében kötelezően felajánlandó szűrővizsgálatok, de a várandósgondozás kapcsán is a védőnői és orvosi tevékenység tervezése, ütemezése, összehangolása gördülékenyebbé válik. A többlépcsős információátadásból adódó hibák elkerülhetők.

Garanciális és finanszírozási feltételek:

A védőnői szolgálatok finanszírozása a háziorvoshoz/házi gyermekorvoshoz/praxisközösséghez külön soron érkezzen, felhasználása kizárólag a védőnői tevékenységre történhessen, elszámolása a kötelezően jelentendő (elszámolandó) kategóriába kerüljön.

A védőnő praxishoz történő csatlakozásakor az eddigi fenntartó az eszközös minimumfeltételeket a háziorvosi praxisnak adja át, illetve biztosítsa.

A továbbiakban a háziorvosi praxis finanszírozásánál a védőnői eszközök pótlása is jelenjen meg.

Vitás szakmai kérdésekben a mindenkor érvényes szakmai irányelvek, illetve az érintett szakmai felügyeleti szerv megállapításai az irányadók.

Iskola-egészségügyi ellátás:

Szakmai feladatok:

A kiskorúak harmonikus testi és lelki fejlődésének elősegítése (1997.évi CLIV.Tv.42§) az ifjúság-egészségügyi gondozás feladata.

1. Primer prevenció:

18 év alatti korosztály körében végzendő primer prevenciós tevékenységet (egészségnevelés, egészségfejlesztés) a jogszabály megosztja az oktatási-nevelési intézmények és az egészségügyi ellátás között (38.§,40.§).

Ezen a területen az iskola-egészségügynek kiemelt szerepe és lehetősége van színtérprogramok keretében az azonos életkorú gondozotti csoportok körében történő egészségnevelésre és egészségfejlesztésre. **Ennek fenntartása a védőnői szolgálat révén** indokolt a továbbiakban is, mert kompetenciával és hatáskörrel is rendelkezik.

2. Szekunder prevenció, egészségügyi ellátás

A két alapellátó között oszlik meg a gyermekek életkora és a tankötelezettség teljesítése szerint. Tanköteles korig az életkori kötelező szűrővizsgálatok és a kötelező védőoltások végzése a háziorvos, házi gyermekorvos kompetenciája és hatásköre, a tankötelezettség fennállása alatt ez a hatáskör az iskola-egészségügyé. Ugyanakkor a tanköteles korú, de iskolába nem járó gyermekek körében 18 éves életkorig a feladat marad a háziorvosi ellátásban.

Az iskola-egészségügyi ellátás során is kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermek személyiségi jogainak, emberi méltóságának tiszteletben tartására, valamint arra, hogy **a gyermeknek joga van az életkorának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz**, illetve ahhoz, hogy **szülője, törvényes képviselője,** illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy **mellette tartózkodjon**, amely **az iskola keretei között rendszerszerűen nem biztosítható.**

Tekintettel arra, hogy az iskola-egészségügyben 2 évente történnek szűrővizsgálatok, azaz kötelezően **2 évente jön létre orvos, védőnő-gyerek találkozás, nem feltétlen alakul ki az a bizalmi viszony**, ami kiszűrt rendellenességek további vizsgálatához, illetve a krónikus betegségek gondozásához szükséges, **és amely egyébként a gyermek választott háziorvosánál rendelkezésre**

Humán erőforrás:

A **főfoglalkozású iskolaorvosi létszám** igen limitált, a rendszerből kilépő kollégák utánpótlása sem biztosított, létszámbővülésre utaló tendencia pedig nem látható, az iskolaorvosi feladatokat kis településeken kisvárosokban és nagyvárosok általános iskoláiban jellemzően jelenleg is háziorvosok/házi gyermekorvosok látják el.

JAVASLAT

Az **iskolaorvosi feladatok** kerüljenek háziorvosi/házi gyermekorvosi hatáskörbe azzal, hogy a védőnői tevékenység mind a szűrővizsgálatok, mint az iskolai egészségnevelés, egészségfejlesztés tekintetében kapjanak kiemelt szerepet az iskolai színtéren zajló tevékenység keretei között.

Az **iskolai kampányoltások** és orvosi szűrővizsgálatok kerüljenek háziorvosi/házi gyermekorvosi hatáskörbe, hiszen az elmúlt évtizedek igazolták, hogy a korábban iskolai keretek között az általános iskola első évfolyamában végzett DiPerTe vakcináció házi gyermekorvoshoz, vegyes praxishoz történő delegálása nem eredményezett kedvezőtlen változást az oltási fegyelemben. A térítésmentes, de nem kötelező védőoltások

igénybevételét – amelyek közül az influenza oltás jelenleg is háziorvosi feladat – pedig javíthatja a meglévő háziorvos-szülő-páciens bizalmi viszony.

A **szakmai alkalmasság orvosi elbírálása** speciális ismereteket igényel, ezért azokban az intézményekben, ahol ilyen szakmai elvárás van, iskola-egészségtan és ifjúságvédelmi, vagy foglalkozás-egészségügyi szakvizsga megléte szükséges.

Alapvető elvárás és feltétel az EESZT-hez történő csatlakozás és az elektronikus dokumentálás és információ megosztás az alapellátó szolgáltatók között a feladatok elvégzésének felesleges duplikálása érdekében.

Az iskolaorvosi munka finanszírozásának megoldása halaszthatatlan.

ÉRINTETT JOGSZABÁLYOK

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról

49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

II. Szakmai munka szabályozása

11. Minőségi indikátorok az alapellátásban

PROBLÉMA

- Különböző (változó), korábban lebegtetett célok elérése
- A praxisokat az indikátorrendszer egymáshoz hasonlítja, nem a szakmai irányelvek betartása a mérce
- Értelmezhetetlen indikátorok
- Központi finanszírozó számára követhetetlen indikátorok (pl. nem támogatott bétablokkoló)
- Nagy a szórás az országban, nem egységes a kitűzött cél
- A háziorvosi szolgáltató tevékenységétől (nagy mértékben) független az elérendő cél (pl. mammográfia)
- Bizonyos vizsgálati eredmények (pl. mammográfiás szűrés) nem kerül EESZT-be, ezáltal nehezen követhető, a felkerülő dokumentumok pedig nem strukturált adatokat tartalmaznak (pdf formátum), ezért nem lehet informatikailag követni, feldolgozni, IT döntési fát, protokoll szintű IT döntési segédletet hozzákötni

JAVASLAT

- Legyen egységes, kiszámítható elérési cél, legfeljebb településtípus szerinti változóval (pl. nem város / város)
- Háziorvos számára legyen bármikor lekérdezhető (név szerinti) adatbázis, hogy kik tartoznak a célcsoportba, kiknek esedékes a vizsgálat, javasolt adott kezelés, ill. a praxis hány %-a abszolválta a vizsgálatot/kapja a szükséges kezelést
- Háziorvosi/házi gyermekorvosi szoftver kötelezően jelezze, hogy adott, megnyitott páciens számára esedékes-e adott vizsgálaton való részvétel, adott kezelés
- Háziorvosi/házi gyermekorvosi szoftver folyamatosan jelenítse meg a megjelentek, kezeltek arányát
- Különítsünk el kezelési/gondozási indikátorokat és Diagnosztikai (egyéb) indikátorokat
- A kezelési/gondozási indikátorok esetén országosan egységes célérték elérése esetén jut többletfinanszírozáshoz a praxis
- A diagnosztikai (egyéb) indikátorok esetén a praxisban végzett minőségi munka kerül díjazásra teljesítményalapú díjazással

A jelenlegi felnőtt praxisokban vizsgálandó indikátorokról azt gondoljuk, hogy nem tükrözik a háziorvosi minőségi munkát. Nem, vagy csak nehezen befolyásolhatóak, nem ösztönző jellegűek, nincsen pozitív hatásuk a háziorvosok mindennapi tevékenységére. Ezek teljesülése vagy elmaradása sokkal inkább adott populáció társadalmi helyzetével, gondolkodásával, egészségkultúrájával van összefüggésben, mint adott orvos munkájának minőségével (ezért is ilyen nagy a szórás az ország egyes területeit vizsgálva), ezért a jelenlegi indikátorok törlését javasoljuk, és az alább indikátorok bevezetésére teszünk javaslatot:

MINŐSÉGI INDIKÁTOROK

KEZELÉSI/GONDOZÁSI INDIKÁTOROK

(nem teljesül: 0 pont, teljesülés esetén 1 pont)

Háziorvosi/házi gyermekorvosi szoftver alapján történjen az elszámolás. A zárt kasszát, Ft/pont értéket úgy kell beállítani, hogy mindenkinek jut pénz, ha teljesíti a megadott feltételeket:

Gyermekpraxis

D-vitamin ellátottság a 0-3 éves korosztályokban. A háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálathoz bejelentkezett 3 éves kor alatti gyermekek közül igazoltan megfelelő D-vitamin ellátásban részesültek aránya. Azt a gyermeket tekintjük megfelelően ellátottnak, akinek a megelőző 12 hónapban történt D-vitaminszint meghatározás normál értéket adott. Célérték: >70%

6 hónapos korig kizárólag anyatejjel táplálás. Célérték: >70%

Életkori szűrővizsgálatok az aktuális jogszabály szerint. (A háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálathoz bejelentkezett 6 éves kor alatti gyermekek közül azok aránya, akiknél az **orvosi kompetenciába tartozó** szűrési tevékenységek közül legalább 1 megtörtént a megelőző 12 hónapban.) Célérték: >70%

Krónikus betegek gondozása 1: Asthma bronchiale. A meghatározott éves megjelenések száma/telemedicina révén dokumentáltan kontrollált eset (4/év, mert 3 havi gyógyszert lehet egyszerre felírni) hány százalékban teljesül. Célérték: >70%

Krónikus betegek gondozása 2: Obesitas: meghatározott éves megjelenési szám/telemedicina révén dokumentáltan kontrollált eset (4/év) hány százalékban teljesül. Célérték: >70%

Kóros BMI értékük alapján obesnek minősített gyermek esetében történik-e meghatározott időintervallumon belül hypercholesterinaemiák kiszűrésére vérzsír vizsgálat. Célérték: >70%

Antibiotikum használat: bakteriális gyorstesztekkel, CRP és/vagy laboratóriumi vizsgálattal alátámasztott antibiotikum rendelés száma az összes antibiotikum rendeléshez viszonyítva. Célérték: >20%

A veszélyeztetett korosztályokban vashiányos anaemiával kezeltek között a Se Fe értékkel igazoltak aránya. Célérték: >90%

Vizelet rutin vizsgálat laboratóriumba utalással. Célérték: <30%

Meningococcus C-vel szembeni átoltottság a házi gyermekorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 2-6 hónapos csecsemők körében. Célérték: >70%

Felnőtt praxis

Krónikus betegek gondozása 1: Hypertonia: a hypertoniás betegek közül azok aránya, akiknél az elmúlt 12 hónapban egy alkalommal legalább kreatinin szint meghatározás történt. Célérték: >70%

Krónikus betegek gondozása 2: CV: Béta blokkoló kezelés a myocardialis infarctuson átesett betegek körében. Célérték: >70%

HgbA1c mérés legalább évente a diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Hgba1c <7.5 a diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Szemészeti vizsgálat legalább évente a diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Vérzsír vizsgálat legalább évente a hipertónia és diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Időszakos laborvizsgálat legalább évente (életkornak, gondozási csoportoknak megfelelően). Célérték: >70%

Nagy – igen nagy CV kockázatú páciensek (praxis kb. 20%-a) körében időszakos (legalább 2 évente) EKG végzése. Célérték: >70%

Nagy – igen nagy CV kockázatú páciensek (praxis kb. 20%-a) körében időszakos (legalább 2 évente) BKI mérése. Célérték: >70%

Antibiotikum használat: bakteriális gyorstesztekkel, CRP és/vagy laboratóriumi vizsgálattal alátámasztott antibiotikum rendelés száma az összes antibiotikum rendeléshez viszonyítva. Célérték: >20%

Vegyes Praxis

D-vitamin ellátottság a 0-3 éves korosztályokban. A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett 3 éves kor alatti gyermekek közül igazoltan megfelelő D-vitamin ellátásban részesültek aránya. Azt a gyermeket tekintjük megfelelően ellátottnak, akinek a megelőző 12 hónapban történt D-vitaminszint meghatározás normál értéket adott. Célérték: >70%

Krónikus betegek gondozása: Gyermekkori asthma bronchiale. A meghatározott éves megjelenések száma (pl. 4/év, mert 3 havi gyógyszert lehet egyszerre felírni) hány százalékban teljesül. Célérték: >70%

Kóros BMI értékük alapján obesnek minősített gyermek esetében történik-e meghatározott időintervallumon belül hypercholesterinaemiák kiszűrésére vérzsír vizsgálat. Célérték: >70%

Antibiotikum használat: bakteriális gyorstesztekkel, CRP és/vagy laboratóriumi vizsgálattal alátámasztott antibiotikum rendelés száma az összes antibiotikum rendeléshez viszonyítva. Célérték: >20%

Meningococcus C-vel szembeni átoltottság a vegyes praxisú szolgáltatóhoz bejelentkezett 2-6 hónapos csecsemők körében. Célérték: >70%

Béta blokkoló kezelés a myocardialis infarctuson átesett betegek körében. Célérték: >70%

HgbA1c mérés legalább évente a diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Hgba1c <7.5 a diabetes mellitus miatt gondozottak körében. Célérték: >70%

Időszakos laborvizsgálat (életkornak, gondozási csoportoknak megfelelően). Célérték: >70%

Nagy – igen nagy CV kockázatú páciensek (praxis kb 20%-a) körében időszakos (legalább 2 évente) EKG végzése. Célérték: >70%

DIAGNOSZTIKUS (EGYÉB) INDIKÁTOROK

(teljesítmény alapú finanszírozással)

- INR (2000 Ft/ vizsgálat, maximum 3/páciens/hó)
- CRP (3000 Ft/vizsgálat)
- iFOB (2000 Ft/vizsgálat) – 50 év feletti korosztály, maximum 2/páciens/év
- StrepA (2000 Ft/vizsgálat)
- D-dimer (8000 Ft/vizsgálat, maximum hetente 1)
- Troponin (8000 Ft/vizsgálat, maximum hetente 1)
- Hgba1c (3000 Ft/vizsgálat) – indikátorként NEAK felé jelenthető, elszámolható
- Lipid panel (3000 Ft/vizsgálat) – indikátorként NEAK felé jelenthető, elszámolható
- ABPM/CBPM (=szakrendelői finanszírozás, maximum 20/praxis/hó)

- BKI mérés (=szakrendelői EKG finanszírozás, maximum 20/praxis/hó)
- Arteriográfos vizsgálat (=szakrendelői EKG finanszírozás, maximum 20/praxis/hó)
- Holter EKG (=szakrendelői finanszírozás, maximum 10/praxis/hó)
- Spirometria (=szakrendelői finanszírozás, maximum 10/praxis/hó) – COPD licence-hez kötve
- Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő, a páciens számára államilag támogatott, térítésmentes védőoltással történő immunizálás (influenza, HPV, pneumococcus, meningococcus stb.) esetén, a 284/1997. Kormányrendeletben meghatározott mértékű – jelenleg 2000 Ft – immunizálási díj oltásonként (Központi finanszírozásból (NEAK))

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet

284/1997. Kormányrendelet

FELTÉTELRENDSZER

A jelenlegi indikátorrendszer átalakítása.

Az új indikátorok, vizsgálati eredmények, terápiák háziorvosi/házi gyermekorvosi szoftverben, EESZT-ben történő regisztrálása, NEAK általi lekérdezhetősége – ezáltal a teljesítményfinanszírozás biztosítása.

A teljesítmény ellenőrzése a háziorvosi/házi gyermekorvosi döntések, a háziorvos által detektált adatok alapján. (A háziorvos szakmaiságától független tényező, hogy a beteg kiváltja-e a receptet, vagy a patika éppen mire cseréli le…)

Hosszú távon javasolt a minőségi indikátorok bővítése, ill. az indikátorokhoz kötött finanszírozás jelentős mértékű emelése. ***Elsőként azonban szeretnénk tesztelni az általunk ajánlott új rendszer működését, és ezt követően tennénk szakmai javaslatot a rendszer szakmai és financiális bővítéséről.***

FORRÁSIGÉNY

A jelenlegi indikátorrendszer éves költsége 4,8 milliárd Ft. Javasoljuk ezt a kidolgozott indikátorok használatával 2021—2022-ben minimum 10 milliárd Ft-ra emelni.

Javasoljuk 2021-ban ennek a rendszernek a monitorozását, majd 2022-2023-ben további 5-5 milliárd Ft-tal a forrásbővítést.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

A háziorvosi/házi gyermekorvosi finanszírozásba beépül a fogyóeszközök + az ehhez kapcsolódó munkadíj/teljesítménydíjazás finanszírozása.

Betegközeli ellátás fejlesztése javítja az esélyegyenlőséget, a vizsgálatokhoz való hozzáférést.

Alapellátási szinten jobb minőségű akut ellátás, gondozás, több definitív ellátás, kevesebb szövődmény

Az antibiotikum felhasználás racionalizálása (CRP, StrepA gyorstesztek) – önmagában a CRP teszt rendszeres használatával minimum 20-30%-os antibiotikum felhasználás csökkenés érhető el!

Javuló minőség egyes betegségek gondozásában, szélesebb körű gondozási lehetőség (kevésbé együttműködő rétegek elérése)

Páciens számára könnyebb hozzáférhetőség, egyszerűbb gondozás, jobb adherencia kialakításának a lehetősége, kevesebb munkából kieső nap, kevesebb kórházi kezelés.

Jól nyomon követhető, monitorozható, számon kérhető vizsgálatok, célok, eszközök.

Jól körülhatárolt, minőségbiztosításilag lefedett, szakmai szabályozási elem háziorvosi/házi gyermekorvosi bevezetése

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés, bevezetés:

Teljesítményindikátorok: azonnal

Diagnosztikus/terápiás indikátorok: 2021. január 1.

Monitorozás: 2021.

Forrás, indikátorbővítés, módosítás: 2022-2023

12. Jogviszony ellenőrzés, ambuláns ellátás

Jogviszony-ellenőrzést valamennyi egészségügyi szolgáltató köteles végezni. Ez online módon történik, a szolgáltató – (az orvos) – a beteg TAJ számának megadásával a NEAK nyilvántartási rendszerén keresztül végzi el az ellenőrzést. A jogviszonyellenőrző informatikai rendszer az alábbi jelzéseket adhatja a szolgáltatónak a jogviszony függvényében:

ZÖLD - TAJ érvényes, jogviszonya rendezett jelzést

- Praxishoz tartozó: térítésmentesen ellátandó (NEAK alapfinanszírozás)
- Praxison kívüli: ambuláns díjért térítésmentesen ellátandó (NEAK kiegészítő finanszírozás)[1]

PIROS - TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen jelzést

- Praxishoz tartozó: NEAK alapfinanszírozás a **PIROS** jelzés mellett továbbra is jár, a páciens továbbra is biztosított. Az ellátásért térítési díj nem kérhető.
- Praxison kívüli: ambuláns díjért térítésmentesen ellátandó (NEAK kiegészítő finanszírozás)[1]
- A páciens figyelmét fel kell hívni arra, hogy a jogviszonya rendezetlen, rendezze azt!

KÉK - külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen jelzést

- Az átmenetileg érvénytelen TAJ számmal rendelkező - külföldön biztosított - személyek esetében közfinanszírozott egészségügyi ellátást TAJ-ra nem vehetnek igénybe. Külföldi biztosító által kiadott, érvényes Európai Uniós egészségbiztosítási kártyára orvosilag szükséges ellátás nyújtható térítésmentesen.
- NEAK alapfinanszírozás nincsen
- A TAJ ismételt érvényesítéséig a praxisból kijelentendő (amennyiben a praxishoz tartozott)
- Ambuláns díjért térítésmentesen ellátandó (NEAK kiegészítő finanszírozás) [1], ha
    - a háziorvos a szokásos havi ambuláns jelentésében szerepelteti az ellátást (térítési kategóriában: 0E jelzéssel), valamint
    - nemzetközi jelentést is készít, amelyben szintén szerepelteti az ellátást.

BARNA - TAJ egyéb okból érvénytelen jelzést

- Ebben az esetben az egészségügyi szolgáltatások csak térítés mellett vehetők igénybe.
- NEAK alapfinanszírozás nincsen
- A jogviszony rendezéséig a praxisból kijelentendő (amennyiben a praxishoz tartozott)

Országosan egységes térítési díjak megállapítása javasolt[3]

*Ha érvénytelenné válik egy TAJ szám (**KÉK** vagy **BARNA** jelzés), azt a NEAK automatikusan kijelenti a háziorvosi szolgálattól, függetlenül attól, hogy jelenti-e a szolgáltató vagy sem. A **NEAK havi visszaigazoló listáin ezek a TAJ számok a „kijelentkezés" oldalon szerepelnek, TAJ PASSZÍVÁLT megjelöléssel, illetve ennek pontos dátumával**.*

1) 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

13. § (1) Ha a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat a Hr. 3. §-ának (3) bekezdése alapján olyan térítésmentes ellátásra jogosult személyt lát el (ide nem értve az ügyeleti szolgálatban ellátottakat), aki*

a) biztosított, azonban az adott szolgálathoz nem jelentkezett be, vagy

*b)** nemzetközi egyezmény, vagy a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján jogosult az ellátásra [a továbbiakban *a)-b)* együtt: eseti ellátás],

a szolgáltató a (3)-(5) bekezdésben meghatározottak szerint részesül az E. Alapból díjazásban.

(2) Az (1) bekezdést alkalmazni kell a helyettesítés során is, kivéve, ha az ellátott biztosított a helyettesítő, illetőleg a helyettesített praxisba bejelentkezett.

(3)* A háziorvosi szolgáltató a tárgyhót követő hónap 5. munkanapjáig az ambuláns napló adatai alapján a *4. számú melléklet* szerint jelenti az általa nyújtott eseti ellátásokat a finanszírozónak. A NEAK az adatokat összegyűjti, és az eseti ellátások így előálló számával elosztja az eseti ellátás díjazására rendelkezésre álló havi keretösszeget. A kapott összeg, de legfeljebb 600 forint, a tárgyhóban az egy eseti ellátásra kiutalható díj.

2) NEAK állásfoglalás/tájékoztatás a jogviszony ellenőrzéséről

„A jogviszony-ellenőrzés eredményétől függetlenül minden érvényes TAJ számmal rendelkező (zöld és piros) betegnek meg kell kapnia a szükséges egészségügyi ellátást. Amennyiben az ellenőrzés eredményeként kiderül, hogy a beteg jogviszonya rendezetlen –azaz „Piros lámpát kapott", a közfinanszírozott ellátás nyújtását akkor sem tagadhatja meg az egészségügyi szolgáltató, és nem térítetheti meg a beteggel az ellátás (gyógyszer, segédeszköz, stb. teljes árát)"

http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/jogviszony_nyt_ell/jogviszonyellenorzes

JAVASLAT

- NEAK által fizetett ambuláns díj összege: **3.000 Ft**
- Háziorvosi térítési díjak összege **BARNA** jelzés esetén
  - Orvosi vizsgálat: **7.200 Ft**
  - Vényírás: **1.000 Ft**
  - Vércukorvizsgálat: **1.000 Ft**
  - EKG vizsgálat: **2.000 Ft**

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

43/1999. Korm. rendelet, 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet

FELTÉTELRENDSZER

-

FORRÁSIGÉNY

Ambuláns díj megemelésének a költsége.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Tiszta, korrekt, egyértelmű szabályrendszer szerinti ellátás

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: azonnal

13. Népegészségügyi szűrések

PROBLÉMA

A páciensek nem eléggé motiváltak a szűréseken való részvételre, ezért országosan kevesen jelennek meg a szűréseken.

Az orvosok nem kapnak visszajelzéseket a szűréseken való részvételről, sokszor csak a páciensektől kapott információkra lehet hagyatkozni.

A szűrővizsgálatok jelentős része magánellátásban képződik.

A CRC (colorectalis carcinoma) szűrés jelenlegi metodikája nem hatékony, nem korszerű.

JAVASLAT

A gyermek-egészségügyi szűrővizsgálatok (51/1997. NM) és a gyermekek megfelelő prevenciós gondozása segítségével sok felnőttkori betegség előfordulása megelőzhető, késleltethető. Ezt segíti a szűrővizsgálati rendelet módosítása, a gyermekkori szűrések kötelezővé tétele.

Felnőttek körében, aki a javasolt népegészségügyi szűréseknek eleget tesz, az társadalombiztosítási járulékkedvezményben részesüljön. A legnagyobb egészségnyereség a 45-65 éves korosztály népegészségügyi vizsgálatából származik, így a kérdés ebben a korosztályban releváns. A vizsgálatok elvégzése/ellenőrzése a szakmai irányelvek szerint javasolt.

2020. január 1-ig minden nem közfinanszírozott szolgáltatást nyújtó orvosi vagy fogorvosi szolgáltatási típuskóddal és működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatónak el kellett végeznie az EESZT csatlakozást, és 2020. június 1-től meg kell kezdeniük a vonatkozó jogszabályokban meghatározott adatok EESZT-be történő továbbítását. Javasolt a népegészségügyi szűrések teljesülését az EESZT-ben erre dedikált felületen kezelni.

A jelenlegi OSZR szűrési regiszter összefésülése javasolt az EESZT-vel.

A szükséges, esedékes vizsgálatokra a figyelemfelhívást a háziorvosi rendelőben – a törzskarton validálásakor, és a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok során javasoljuk végrehajtani. A foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok, illetve a törzskarton validálása során ellenőrizni kell, hogy egy éven belül a vérnyomásmérés, vércukormérés, illetve a népegészségügyi kérdőívek kitöltése megtörtént-e. Amennyiben nem, ezt a vizsgálat részeként meg kell tenni. Amennyiben az egyéb klinikai szűrővizsgálatok nem történtek meg, ezekre fel kell hívni a páciens figyelmét.

CRC szűrés: a jelenleg zajló random kiválasztásos, meghívásos, központi laborban végzett szűrés helyett a háziorvosi praxisok POCT iFOBT végzésre alkalmas gépekkel ellátása, a tesztek teljesítményarányos finanszírozása, az 50 év feletti korosztály egyéb megjelenéshez kötött szűrése, az eredmény EESZT-ben regisztrálása szükséges. Az egy épületben dolgozó praxisok összevonhatók a POC gépek használatában a költséghatékonyabb működéshez. A POC gép további előnye, hogy nem egy paraméter mérésére alkalmas, ezzel a helyben végzett magasabb szintű ellátás biztosítását segíti elő.

Javasolt szűrővizsgálatok, azok dokumentálása, kompetencia:

Vérnyomásmérés	Bármely eü. szolgáltató
Vércukormérés	Háziorvos, fogl.eü. szakorvos, labor
Lipidpanel	Háziorvos, fogl.eü. szakorvos, labor
Vesefunkció	Háziorvos, fogl.eü. szakorvos, labor
Méhnyakrák	Nőgyógyászat, védőnő
Emlőrák	Mammográfia
Vastagbélrák (székletvér, colonoscopia)	Háziorvos, belgyógyász, sebész, gasztroenterológus

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

Alapellátási törvény (CXXIII/2015)

FELTÉTELRENDSZER

2020.06.01-től az összes egészségügyi szolgáltató **KÖTELEZŐ JELLEGGEL** csatlakozott és adatot szolgáltat az EESZT-hez. A népegészségügyi szűrővizsgálatok, és azok eredménye automatikusan kapcsolódjon a páciens EESZT-ben tárolt törzskartonjához.

FORRÁSIGÉNY

A népegészségügyi szűréseken résztvevők társadalombiztosítási járulékkedvezménye.

A CRC-szűréshez a POCT gépek és tesztek költsége, ***mely összességében kedvezőbb*** összevetve a jelenleg üzemeltetett központi szűrés költségvetésével (postázás, labor működtetése, anyag- és személyzet költsége stb.)

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országos egységes, tiszta, korrekt, szabályozott rendszer.

Az egészségtudatosság növelése. A szűréseken való részvétel pozitív (anyagi) visszacsatolással jár.

A háziorvos/házi gyermekorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos feladata egyszerűsödik.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés: 2020.

Bevezetés: 2021.

14. Foglalkozás-egészségügy díjazása, jogköre, részvétele a prevencióban

Cél: Minőségi munkavégzés a foglalkozás-egészségügyi szektorban, ami a dolgozó egészségének védelmét garantálja, azt kell megállapítani, hogy a dolgozó egészségi állapota az aktuális munkavégzés során nem jelent veszélyt (állapotromlást) önmaga, és/vagy a munkakörnyezete számára

PROBLÉMA

A jogszabályban 1995 óta változatlan „javasolt" árak

A kereslethez mérten (a foglalkozás-egészségügyi vizsgálat = szükséges rossz alapelven) országos lefedettséggel olyan giga-cégek alakultak, akik nyomott árakon – jelentősen még a '95-ös árak alatt dolgoznak

Munkáltatónak ***csak az ár és a papír számít (a minőségi munkavégzés nem valódi versenytényező***)

A kis szolgáltatók nem tudnak versenyre kelni a minősíthetetlenül alacsony árakkal

Beutalási joga a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak nincsen – így a kötelező alapvizsgálatokon és a fizikális vizsgálatokon túl egyéb diagnosztikai vizsgálatok nem, vagy a háziorvosi szolgálaton keresztül történnek, pedig adott szűrővizsgálatra, a biztosítással rendelkező munkavállalónak szüksége van

A javasolt (de nem kötelező) vizsgálatokat a munkáltató nem fizeti ki (még az orvosi díjazást is nehezen fizetik ki), így jelentősen beszűkülnek a foglalkozás-egészségügyi tevékenység lehetőségei

Mind a primer, mind a szekunder prevenció terén jelentős népegészségügyi potenciál van benne, ami a jelenlegi szabályozás, beutalási jogkör hiányában nehézkes, és jórészt az orvos hivatástudatára van utalva

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2020. június 1-vel kezdődő kötelező EESZT-be történő adatszolgáltatási kötelezettsége, ***kétségtelen előnyei mellett (páciens előzményi adatokhoz való hozzáférés lehetősége***), az orvosoknak az egyébként is meglévő szakmai felelősségét tovább növeli, hiszen ebben az esetben is a háziorvosi szolgálatokhoz hasonlóan limitált időkeret áll rendelkezésre adott páciens vizsgálatára. (2017 októbere óta egyre terjedelmesebb pdf formátumú EESZT dokumentumok teljeskörű áttekintésére ez az idő nem feltétlenül elegendő)

Problémát jelenthet, ha az iskolaorvosok által kiadott szakmai alkalmassági vélemény nem megalapozott, a tanuló az iskola elvégzése után, nem alkalmas minősítést kap a foglalkozás-egészségügyi munkaköri előzetes vizsgálatkor

JAVASLAT

A jogszabályban rögzített vizsgálati díjak emelendők (több mint 20 év után)! Az árakat, az ABCD besorolásnak megfelelően törvényileg kell megállapítani, az árak kövessék az éves infláció mértékét. A Magyar Orvosi Kamara 2014-ben (!) kiadott ajánlása:

- A kategória: 21.200 Ft/fő/év
- B kategória: 18.200 Ft/fő/év
- C kategória: 14.300 Ft/fő/év
- D kategória: 10.600 Ft/fő/év

Külön, szintén törvényileg garantált díjtétel a munkakörhöz kötött védőoltások beadásáért, mely szintén a munkáltatót terheli (díjtételre történő konkrét javaslat később kidolgozandó)

Külön, szintén törvényileg garantált díjtétel a szerződött cégek foglalkoztatott dolgozóinak a könnyű- és nehézgépkezelői jogosítványa, illetve a mezőgazdasági gépkezelői jogosítványainak érvényesítéséért, cégek által szervezett tanfolyamok által adott képesítésre történő alkalmasság megállapítására is (díjtételre történő konkrét javaslat később kidolgozandó)

A jogszabályban **nem javasolt**, hanem **fix minimálár** legyen meghatározva a fenti esetekben! (Persze többletszolgáltatást lehet ezen felül magasabb áron nyújtani)

Így alapesetben, ***a hatósági minimáláron nem az ár, hanem a minőség, az ezért elvégzett munka fog versengeni!***

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknak a NEAK finanszírozott diagnosztikai beutalási jogosultságot, ha korlátozott mértékben is, de vissza kell állítani (később kidolgozandó, a jogosultság mértéke).

A foglalkozás-egészségügyi szakorvos vállalja a felelősséget a munkavállaló biztonságos munkakörnyezetben történő foglalkoztatásáért, azonban miután az orvosi vizsgálat időkerete véges, az EESZT-ben tárolt dokumentumok pedig egyre terjedelmesebbek, ezért az orvosnak a munkavállaló korábbi anamnesztikus adatainak korrekt megismeréséhez ***a páciens köteles és felelős az orvos figyelmét felhívni a betegségeire***, vagy a leletek papír alapon történő bemutatása által, és/vagy az EESZT-ben tárolt konkrét dokumentumok áttekintésére történő figyelemfelhívással!

A páciens törzskartonjában szereplő, foglalkozás-egészségügyi szakember által elvégzendő vizsgálatokat – az EESZT-ben kötelező jelleggel javasolt megújítani, amennyiben erre adottak lesznek a feltételek

A szakmai irányelvek szerinti népegészségügyi szűrővizsgálatok is képezzék a foglalkozás-egészségügyi szakvizsgálatok részét (később kidolgozandó ebben a háziorvosokkal való pontos feladatmegosztás)

A munkáltatóknak legyen lehetősége az ügyfélkapun keresztül e-beutalót készíteni, EESZT-be feltölteni, I. fokú orvosi alkalmassági vizsgálatra

Javasolt, hogy a munkáltató által elkészített e-beutaló jogosítsa fel a munkáltatóval szerződésben álló foglalkozás-egészségügyi szakorvost adott munkavállaló EESZT-ben tárolt adataihoz való hozzáférésre, a munkavállaló beleegyezése mellett, ezáltal a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak van lehetősége az alkalmassági vizsgálathoz szükséges e-beutalások elkészítésére és a munkavállaló már úgy érkezhet az alkalmassági vizsgálatra, hogy mindezeknek eleget tett. (Ezzel az esetleges többszöri foglalkozás-egészségügyi megjelenések száma csökken, a munkavállaló kevesebb munkaórát hagy ki). Javasoljuk a „Beutalás I. fokú alkalmassági vizsgálatra" c. nyomtatvány kiegészítését az alábbiakkal:

Munkavállaló hozzájárul, hogy a szerződéses jogviszonya alatt, munkáltatóval szerződésben álló foglalkozás-egészségügyi szakorvos hozzáférjen a munkavállaló EESZT-ben tárolt adataihoz. IGEN / NEM

Munkáltató tudomásul veszi, hogy amennyiben munkavállaló NEM engedélyezi az EESZT-ben tárolt adataihoz való hozzáférést, evvel a foglalkozás közben előforduló balesetek kockázata fokozódhat, és az ezzel járó többletkockázat a munkáltató felelőssége.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

Kormányrendelet a foglalkozás-egészségügyről (89/1995)

FELTÉTELRENDSZER

Foglalkozás-egészségügyi szakorvos 2020.06.01-től csatlakozik az EESZT-hez, az általa elvégzett vizsgálatok tárolódjanak a páciens törzskartonjában.

Foglalkozás-egészségügyi szakorvos kapja vissza NEAK finanszírozott beutalási jogát legalább a diagnosztikai vizsgálatokra (részletes kidolgozás szükséges)

Munkáltató ügyfélkapun keresztül feltölthesse az Alkalmassági vizsgálatra szóló beutalót az EESZT-be.

A „Beutalás I. fokú alkalmassági vizsgálatra" formanyomtatvány módosuljon.

FORRÁSIGÉNY

Központi forrásigény nincsen.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Az egészségtudatosság növelése. Az évente kötelezően elvégzett vizsgálatok mind a primer, mind a szekunder prevenciós folyamatokat felerősítik.

A háziorvos/házi gyermekorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos feladata egyszerűsödik.

Tisztább átláthatóbb foglalkozás-egészségügy, ahol a minőség, és nem az ár verseng.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020.

Bevezetés: 2021. január 1.

15. Háziorvosi/házi gyermekorvosi szakmai irányelvek

PROBLÉMA

Az utóbbi évtizedekben igen jelentős a fejlődés a betegség-kutatás, a gyógyszerkutatás, az evidenciák és ezzel együtt a műhibaperek terén is, ezért a magas színvonalú és biztonságos betegellátás csak az aktuális szakmai irányelvek naprakész ismerete mellett valósítható meg.

A háziorvosoknak és házi gyermekorvosoknak a feladat széles spektruma miatt tájékozottnak kellene lenni mindazon irányelvek tartalmát illetően, amelyeknek alapellátási, háziorvosi vonatkozásai vannak. A több tucat gyakran több száz oldalas szakmai irányelv teljes ismerete megvalósíthatatlan, ami kedvezőtlen hatással van az egységes elvek alatt zajló szakmai munkára, a betegek és ellátók biztonságára egyaránt.

JAVASLAT

A háziorvosi/házi gyermekorvosi munka alapdokumentuma az alapellátási hatásköri lista (AHL). Az NNK gondozásában jelenleg készülő AHL a háziorvosi, házi gyermekorvosi praxisok, háziorvosi praxisközösségek valamennyi egészségügyi szakemberének feladatait, kompetenciáit, a kötelezően ellátandó feladatokat tartalmazza.

A biztonságos munkavégzés és a betegbiztonság növelése érdekében elengedhetetlennek tartjuk, hogy minden olyan szakmai irányelv, melyben a háziorvoslás, házi gyermekorvoslás érintett, ahol az alapellátó teamnek feladata van, kötelezően tartalmazzon egy olyan fejezetet, melyben célzottan az Alapellátás feladatait ismertetik és minden olyan esetben, ahol ellátási folyamatról van szó, a fejezet részeként készüljön egy folyamatábra a teendőkről, az egyes folyamatelemek felelőseiről. Ennek a fejezetnek a kidolgozásába minden esetben kerüljön háziorvos, házi gyermekorvos, szükség szerint egyéb alapellátási szakember bevonásra.

FORRÁSIGÉNY

A szakmai irányelvek kidolgozása központi finanszírozást igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Egységes, szabályozott, a beteg és ellátó biztonságát jelentősen növelő, számon kérhető rendszer. Mindez a minőségi betegellátáshoz, későbbiekben minőségbiztosítási rendszer bevezetéséhez szükséges alapvető momentum.

A kollegiális szakmai vezetői munka szakmai alapját is ennek kell képeznie.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Bevezetés: folyamatosan

III. Szervezési feladatok, dokumentáció, IT háttér

16. Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)

PROBLÉMA

A modern egészségügyi ellátói rendszer elképzelhetetlen és megvalósíthatatlan a minden szereplőre kiterjedő, egységes adattárolási, szolgáltatási informatikai rendszer kialakítása nélkül. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos adatkezelés, a XXI. századi progresszív egészségügyi gyakorlatban másképp megvalósíthatatlan.

Eddigi teljesülések:

Jogszabályok alapján

2015 és 2020 között lezajlott EESZT próbaidőszakot követő rendszer indítás. A folyamatos fejlesztések eredménye a jelenlegi infrastrukturális háttér mellett működő EESZT rendszer.

Az egészségügyi szolgáltatók adatkezelési kompetenciái és lehetőségei adottak, a szabályozások szerint részben megvalósultak.

Az EESZT rendszer biztonsága informatikai szempontból a mindennapi alapellátási gyakorlatban stabilnak, működése folyamatosnak mondható.

Használata kiváltképp a 2020 évi COVID-19 járványügyi vészhelyzetben általános gyakorlattá vált. Az elektronikus vények rendelése kibővült a gyógyászati segédeszközök rendelésének vonatkozásában is.

Végrehajtási rendelkezés alatt álló vagy rendelkezésre váró fejlesztések:

Jogszabályok alapján

Minden magyarországi egészségügyi szolgáltató számára kötelező EESZT alapú összeköttetés és adatszolgáltatás.

Az egészségügyi szereplők közötti kommunikáció csak és kizárólag az EESZT rendszeren keresztül valósulhat meg. Az EESZT-től eltérő elektronikus egészségügyi adatszolgáltatások ellenőrzése, tiltása és szankcionálása.

A szolgáltatók adatszolgáltatásának feltétel nélküli kötelezettsége az elektronikus tér felé.

Adathozzáférési/kezelési kompetenciák hatályos jogi szabályozás alapján történő egyértelmű definiálása, kiosztása az EESZT szolgáltató által történjen meg.

Az EESZT-ben tárolt, az adott Eü.-i szolgáltató adatkezelési kompetenciájába tartozó tartalmak – a szolgáltatók által használt szoftverek beállításától függően – adott esetben letölthetők, frissíthetőek, eltárolhatók legyenek (automatikus szinkronizáció).

A diagnosztikai vizsgálatokra, szakellátásra történő beutalások elektronikus lehetőségét a szakellátóknak 2021. június 21-ig kell megteremteniük. Ez egészüljön ki a rehabilitációs ellátásokra történő beutalási lehetőséggel. Szükséges az egészségügyi szolgáltatók felszólítása és a fejlesztések ellenőrzése – mert sok helyen nem az EESZT alapú informatikai fejlesztés folyik, hanem egyéb web alapú szolgáltatásoké.

<u>További fejlesztési igények:</u>

Az EESZT-ben tárolt adattartalmak strukturált, felhasználóbarát módon szerkeszthetők, kezelhetők legyenek.

Az egészségügyi törzskarton adattartalmának a feltöltése és folyamatos frissítése minden bevont egészségügyi szolgáltató számára legyen kötelező.

Igény esetén képformátumok lehívására – megtekintésére is lehetőség legyen (digitalis képalkotó felvételek)

A Kormányhivatalok bekapcsolása az EESZT felület adatbázisába (papír alapú adminisztrációs terhek, GDPR, adatvédelem, papír dokumentumok hamisítási veszélyének csökkentése):

- Szociális, rehabilitációs, fogyatékossági, ápolási járadékok megadásához szükséges igazolások
- Orvosi alkalmassági vizsgálatok (jármű, lőfegyver…)
- Rehabilitációs szak-hatósághoz történő beutalók
- Adókedvezményhez történő igazolás
- Közgyógy ellátási igazolások

A NEAK ill táppénz kifizető helyek bekapcsolása az EESZT felület adatbázisába, a papír alapú adminisztrációs terhek csökkentése érdekében:

- Keresőképesség – táppénz igazolások kiadása az EESZT rendszerből lehívhatók legyenek.

NNK Járási Népegészségügyi szerv bekapcsolása az EESZT felület adatbázisába

- kötelező védőoltások igénylése, jelentése, nyilvántartása
- fertőző betegségek bejelentése/kijelentése

Az e-beutaló írásának/fogadásának technológiai megteremtése: vagy az e-beutalóhoz kötött központi betegelőjegyzési rendszerrel vagy az egészségügyi szolgáltatók körében távkonzultációs koordinátorok kinevezésével

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet

A kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény

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

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

27/2015. (II. 25.) Korm. rendelet az Állami Egészségügyi Ellátó Központról

147/2020. (IV. 22.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról

FELTÉTELRENDSZER

Jelenleg is érvényes VHR-ek betartása

Jogszabályi módosítások

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás alapú.

Az EESZT informatikai feltételrendszerének bővítése

A rendszer használatának oktatása.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Egységes, kompetencia szerint hozzáférhető adathozzáférés

Adatvédelmi és GDPR szabályok egységes követhetősége

Teljes elektronikai ügyintézés lehetősége - gyors, követhető, ellenőrizhető, egyértelmű

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Folyamatosan zajlik

17. Várandósgondozás dokumentálása

PROBLÉMA

A 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet deklarálja a várandós gondozásban részt vevőket, azok szerepét, feladatát, az időszakosan kötelezően elvégzendő vizsgálatokat.

A jogszabály több éve hatályban van, de a betartása továbbra is nehézségekbe ütközik: a Várandósgondozási Könyvben szereplő beutalót Központi Laboratórium részben fogadja el, pl. a HbsAg, VDRL nem készül el a kiskönyv alapján. Ha háziorvos külön beutalót készít, jogszabálynak megfelelően, a Központi Labor sokszor azt sem fogadja el, mondván, hogy bizonyos vizsgálatokat csak nőgyógyász kérhet, ilyen például a D-vitamin szint. További probléma, hogy mindez terület- és laborfüggő, nincs egységes országos szabályozás.

JAVASLAT

A Várandósgondozási könyv adattartalmának a tárolási helye: **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér.**

A várandósgondozás kezdő időpontja: amikor a nőgyógyász a várandósság tényét megállapítja.

Amennyiben a várandósság elérésének érdekében programozott családtervezés, orvosi beavatkozás történik, ez is képezze részét a várandósgondozás dokumentációjának.

A várandósgondozás lezárása: a várandósgondozást vezető felelős személy a várandósság megszakadását, befejezését deklarálja (abortusz, szülés).

A várandósgondozás alapszakasza: a gondozásban részt vevő személyek (nőgyógyász, szülésznő, védőnő, háziorvos) elektronikusan (az EESZT-ben) deklarálják, hogy részt vesznek a gondozásban, megtörténik a kockázat-besorolás. Az első háziorvosi/házi gyermekorvosi várandósgondozási időpontban élesednek az EESZT-ben a trimeszter szerinti orvosi beutalások (ezek az elektronikus beutalók aktiválódnak a megfelelő trimeszterekben, és adott szolgáltatók, pl. labor innen lehívhatják azokat, papír alapú beutaló nélkül).

Az automatikus diagnosztikai beutalásokat – kompetenciaszinteknek megfelelően – a gondozásban részt vevők validálják, értékelik.

A várandós gondozással kapcsolatos minden dokumentáció az EESZT-ben tárolódik.

Hozzáférés: kompetenciának megfelelően.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet

FELTÉTELRENDSZER

Működő EESZT, az abban tárolható-lekérhető beutalókkal.

A védőnőket bele kell venni az EESZT-be azért, hogy a szereplők egységesen hozzáférjenek.

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás bővítést nem igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országos egységes, tiszta, korrekt, átlátható szabályozott rendszer.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: 2020. november 1.

18. Az adminisztrációs terhek csökkentése

PROBLÉMA

Számos esetben a háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálatoknak olyan diagnózisokról, ellátásokról kell igazolást kiállítaniuk, melyek nem az alapellátás keretei között keletkeztek, ott nem is keletkezhetnek (pl. igazolás fogyatékossági támogatáshoz, ápolási segélyhez, NRSZH beutalók, igazolás adókedvezményhez stb.).

Számos esetben magánellátás, foglalkozás-egészségügy, szakellátás (kompetencia hiányában, információ hiányában, saját terheinek csökkentése érdekében) áthárítja az adminisztratív terheit az alapellátásra (pl. további beutalók elkészítése, táppénzre vétel, utazási utalvány kiállítása stb.).

A háziorvosnak olyan felesleges kötelező jelentéseket kell manuálisan (online felületen) kitölteniük, melyek egyébként a NEAK adatbázisban szerepelnek. Tehát adott esetben csak egyetlen adatigényléssel az ország összes szolgáltatójára vonatkozó közérdekű adat továbbítható lenne - gondolunk itt például az éves KSH jelentésre.

A jelenlegi eljárásrendek szerint, a finanszírozó, az alapellátók felé rendszeresített formanyomtatványok használatát követeli meg. Ilyenek a sokféle papír alapú beutalók, vények, táppénzes papírok, igazolások, alkalmassági vizsgálatok stb.. Ezek nem csak felesleges adminisztratív terhet, hibalehetőséget, adatvédelmi kockázatokat, indokolatlan költség kiadásokat jelentenek (papír, nyomda, nyomtatvány, nyomtatószer, posta és szállítás), hanem éppen az alapellátó fő tevékenységének rovására, ***a betegellátásra fordítható időt csökkentik***. Továbbá feleslegesen a körzeti nővér mellett adminisztrátor alkalmazásának szükségét jelentik – mely a finanszírozásból nem vagy nehezen kigazdálkodható. Számos esetben éppen a NEAK felé fennálló elektronikus heti és havi jelentési kötelezettség teljesítésével az adattartalom jelenleg is továbbításra kerül, mégis elvárás a papír alapú adminisztráció. Ezt érthetetlenül bonyolítja tovább a kézzel is kötelezően vezetendő táppénzes napló előírása – miközben a háziorvosi szoftverek mindezt naprakészen tartalmazzák. A már működő EESZT mellett pedig az adatok egyértelműen és azonnal hozzáférhetővé válnak a finanszírozó számára.

Mivel a beutaló-köteles ellátások finanszírozása kontroll vizsgálat és új vizsgálat esetén lényegesen különbözik, ezért szakellátók – hogy magasabb díjat számolhassanak el a finanszírozó felé – megpróbálnak minél több kontroll vizsgálatot is új vizsgálatként elkönyvelni. Ezért kontroll vizsgálatra érkező páciensektől is megkövetelik (jogszabályellenesen) háziorvosi/házi gyermekorvosi beutaló beszerzését. Jelen érvényben lévő szabályozás kimondja, hogy mi tekinthető új és mi tekinthető szakrendelőben kontroll vizsgálatnak (9/2012. (II.28.) NEFMI Rendelet). A NEAK több alkalommal tájékoztatta a szakellátókat, és a háziorvosokat, hogy milyen esetben indokolt a beutaló köteles szakrendelések igénybevétele esetén új beutaló kiállítása, változás nem történt.

A szakellátók abban érdekeltek, hogy minél több ellátást új ellátásként kódoljanak, amely magasabb finanszírozási pontszámot jelent. Ezért a pácienseket – sok esetben jogszerűtlenül - nem fogadják háziorvosi beutaló nélkül. Így a háziorvoshoz visszairányított páciens indokolatlan adminisztratív terhet jelent az alapellátó és az egészségügyi rendszer számára.

Gyakori, hogy a szakellátóhoz beutalt, a szakellátó által megállapított további diagnosztikai illetve ellátási szükség esetén - a szakellátó jogosultsága ellenére - nem rendeli el azokat, hanem annak igényét a háziorvos felé jelzi – ezzel a szakellátást nem fejezi be. A kivizsgálási folyamatot az alapellátóra terheli, majd azt követően ismételt „beutalást vár el" ugyanarra a szakellátó helyre, a eseményt így új esetként és nem kontroll vizsgálatként rögzíti. Ez nem csak szakmai, etikai hanem finanszírozási szabálysértésekre adhat alapot.

Krónikus betegség alatt gondozás alatt álló (diabetológia, kardiológia, neurológia, nefrológia, tüdőgyógyászat….) és visszarendelt, időponttal rendelkező páciensek (6-12 hó) számára a szakrendelés az alapellátótól várja el a megelőző vizsgálatok elvégzését (labordiagnosztika). A labordiagnosztika vonatkozásában azonban a háziorvosi hozzáférés egyre korlátozottabb. A páciens feleslegesen, a szakrendelés által elrendelt laborbeutaló miatt keresi csak fel a háziorvosát – miközben a szakrendelést követően lenne indokolt az. A háziorvos ez esetben a laborelőjegyzés miatt sok esetben csak a tervezett szakorvosi vizsgálat időpontja utánra tudja beutalni a beteget. Ennek hiányában viszont a szakellátó nem látja el pácienst.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az NEAK állásfoglalás és az érvényben lévő rendelet ellenére nagyszámú értelmetlen beutaló kiállítás történik, a beutalók információtartalma pedig jórészt csekély

A páciens kiszolgáltatott a szakellátóval szemben

A háziorvos kiszolgáltatott a pácienssel szemben, hiszen a páciens vele van napi szintű kapcsolatban, tőle vár megoldást

A jogosulatlan és felesleges terhek a háziorvoson csapódnak le

JAVASLATOK

A fogyatékosságot, leszázalékolást, adókedvezményre jogosító megbetegedések tényét, a rendszeres gyógyszerlistát (pl. közgyógyhoz) tároljuk Egészségügyi Szolgáltatói Térben. A megfelelő hatóságok – igénylés esetén – férjenek hozzá a számukra releváns adatokhoz, AZ EESZT -ben tárolt adatok alapján hozzák meg döntésüket, szakvéleményüket, plusz háziorvosi/házi gyermekorvosi véleményezés szüksége nélkül.

A házi szakápolás és az annak keretében végzett összes tevékenység dokumentációja kerüljön át az EESZT-be.

A házi szakápolás elrendelése és ellenőrzése vagy legyen kizárólag háziorvosi/házi gyermekorvosi kompetencia, és így maradjon a hozzá fűződő háziorvosi/házi gyermekorvosi dokumentáció vagy maradjon szakellátói kompetencia, de akkor a dokumentációs része is kerüljön a szakellátáshoz.

Magánellátók, szakellátók ne delegálhassák a háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgáltatókhoz a beutalók gyártását, a szakellátás számára szükséges vizsgálatok elvégzését. ***A jelenleg hatályos beutalásra vonatkozó jogszabályok maradéktalan betartatását kérjük!***

Tekintettel arra, hogy a magánellátók a sokszor nehezen hozzáférhető és előjegyzés alapján is túlterhelt szakellátókat tehermentesítik, felmerül annak kérdése, hogy NEAK finanszírozott ellátásokra szabályozott módon beutalási kompetenciát kapjanak. (ld. Magánorvosi ellátás fejezet).

Azok a jelentések, amelyek adattartalma elektronikus adatbázisban rendelkezésre áll, generálódjanak automatikusan, és a fogadó részéről is legyen olyan informatikai felület, amely az adattartalmat automatikusan átveszi. Lehetőség szerint manuális beavatkozásra ne legyen szükség. ***A NEAK felé küldött heti és havi jelentések szüksége az EESZT mellett kérdésessé válik, hiszen abban, a finanszírozó által igényelt adatok prompt rendelkezésre állnak.*** Így egy havi ellenőrzés és adatkarbantartás jelentheti a lezárást – mellyel a finanszírozó felé tett adatszolgáltatási kötelezettség jóváhagyásra kerül.

A papír alapú dokumentáció teljes EESZT alapú, elektronikus kiváltását javasoljuk! (ld. EESZT fejezet). A páciensek saját adataikhoz az ügyfélkapun keresztül hozzáférnek.

Rendszerbiztonság zavar, meghibásodás esetére az egységes formátumú és méretű papírdokumentáció használatára teszünk javaslatot.

A COVID-19 járványügyi időszak igazolta az e-recept jogosultságát és gyakorlatát. A későbbiekben a vény alapú nyomtatás teljes eltörlését javasoljuk (GDPR, adatvédelem, visszaélések kockázata). Papír alapú vény használata kizárólag a betegágy mellett, a pro familia ill. rendszerbiztonság zavar, meghibásodás esetére legyen fenntartva. A páciens számára kizárólag egy A/4 vagy A/5 alapú gyógyszer szedési igazolást kiadása legyen csak szükséges a páciens igénye esetén.

A táppénzes állomány megállapítása és tartása, nem kizárólagosan háziorvosi kompetencia. A jelenlegi szabályozás szerint a szakrendelések is élhetnek táppénzre vételi jogukkal. Tekintettel arra, hogy a táppénzen lévő páciensek 70-80 %-a a szakellátásból érkező diagnózis miatt kerül táppénzes állományba, kontroll vizsgálatokra oda jár vissza, a szükséges egyéb kezeléseket (gyógytorna, fizioterápia….) a szakorvos rendeli el számára, ő is ellenőrzi azokat megalapozottnak és indokoltnak véljük, hogy a táppénzes állománnyal kapcsolatos dokumentáció ott történjen meg:

- Amennyiben a páciens várható táppénzes állománya 3 hétnél hosszabb vagy egyéb a szakrendelés által elrendelt kezelésre van szükség
- vagy a páciens kontroll vizsgálatokon megjelenni ott fog

- a táppénzes állományt kizárólag a szakorvos állapíthassa meg és indíthassa el Pl.: várandósgondozás, rheumatológiai gyógyfürdő kezelések, kardiológiai, pszichiátriai és mozgásszervi rehabilitáció stb ……esetén.

Táppénzes állományba vétel kizárólag EESZT alapú elektronikus összeköttetés és adatszolgáltatás alapján történjen. A papír alapú igazolások kiadása szűnjön meg (GDPR, adatvédelem, visszaélések kockázata). A szakorvosi rendszer együttműködése is sokkal jobb lenne, ha felesleges papír-adminisztrációs teher nélkül, az EESZT-hez kapcsolt beteg nyilvántartási programban történne meg.

A döntéshozók részéről többször felmerült, hogy egységesítik a kontroll és új vizsgálat OENO kódját, és egységesítik a finanszírozást az új és kontroll vizsgálatok vonatkozásában. Ebben az esetben a fenntartó okok egy része megszűnik, és a háziorvosok irányába a beutalók kiadására vonatkozó nyomás csökken. A beutalási rendről szóló szabályokat ebben az esetben is szükséges ismerni és betartani mind a szakellátóknak, mind a háziorvosoknak. Feladat a jogszabály és NEAK állásfoglalás további részletezése az alábbiak szerint, a könnyebb megértést és betarthatóságot célozva.

<u>Új beutalót kell kiállítani</u>

- új betegnek, aki adott szakrendelésen még nem járt
- Olyan betegnek, aki ugyan korábban már járt, de miután további szakgondozást aktuálisan nem igényelt, kontroll vizsgálatra nem hívták vissza, viszont adott állapota indokolja az ismételt szakrendelői megjelenést
- gondozott, vagy a szakrendelés profiljába illő más betegsége (más kódú betegsége) miatt megy soron kívül, nem a korábban meghatározott időpont, vagy időintervallumban. (Pl. egy évre hívták vissza, viszont állapota indokolja – melyet a háziorvosa a beutalóban rögzít–, hogy korábban menjen vissza az adott szakrendelésre, mint azt a gondozó szakrendelő orvosa előzetesen megállapította)
- akinek ugyan van időpontja, időintervalluma megadva, de nem gondoskodik arról, hogy ennek eleget tegyen. Elfelejti az időpontját vagy nem kér a megadott időintervallumban kontroll időpontot. Ebben az esetben marad a technikai beutalás.

<u>Kontroll vizsgálatnak minősül, új beutaló kiállítása nem szükséges:</u>

- ha időpontra/időintervallumban rendelik vissza a beteget és a beteg ennek eleget tesz
- ha a betegnek van más panasza is, más betegsége, mely a szakrendelés profiljába esik, és a kontroll időpontjában/időintervallumában jelenik meg
- ha időintervallum van megadva pl. kontroll évente, kétévente, panasz esetén, szükség esetén, és a beteg megkéri az időpontot az adott időintervallumon belül, és a szakrendelés várólistája miatt csúszik a megjelenése és meghaladja az adott pl. egy éves időszakot, beutaló nem kérhető. Ennek indoka, hogy a várólisták, előjegyzések időtartama változhat, ezt egy beteg nem tudja, nem tudhatja követni, emiatt hátrány nem érheti

A fentiek megismertetése a háziorvosokkal, szakellátókkal, vezetőkkel és dolgozókkal, betegirányítókkal. Az intézményekben ki kell jól látható helyen függeszteni, az intézmények honlapjára, háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelőkben, honlapokon elérhetővé tenni, biztosítva a betegek, hozzátartozók tájékoztatását

A szakrendelők kötelezően tüntessék fel honlapjukon, a váróban az aktuálisan érvényes várakozási időket a szakrendeléseikre, negyedévi rendszerességgel

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

9/2012. (II.28.) NEFMI Rendelet

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet a keresőképtelenség és keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről

FELTÉTELRENDSZER

EESZT- kompetenciák hozzárendelése megadása

Rendeleti módosítás

FORRÁSIGÉNY

–

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Egyszerűbb betegutak, kisebb esetszám / forgalom, tervezhetőbb ellátások, adminisztrációs teher csökkentése, adatkezelési és hozzáférési gyorsaság növekedése, költséghatékonyság növekedés

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020

Bevezetés: 2020-2022

19. Háziorvosok napi forgalmának szabályozása

PROBLÉMA

A jelenlegi törvényi szabályozás azt írja elő, a járványügyi vészhelyzet előtti időszakra vonatkozóan, hogy a rendelési idő alatt érkező pácienseket el kell látni. Tehát ha pl. 100 páciens érkezik az aznapi rendelésre (és ez nem egy egyedi eset), és a nővérnek nincsenek önálló ellátásra jogosítványai, akkor a 4 órás rendelésből minden páciensre jut 2,5 perc. Ez önmagában is lehetetlen küldetés. És ehhez hozzá kell tenni azt a tényt is, hogy kb. a 40. pácienssel történő beszélgetés után a figyelem is jelentősen csökkenhet. Az a tapasztalat, hogy a koronavírus veszélyhelyzet előtti időszakban egy orvosi rendelésen, ahol anamnézisfelvétel – betegvizsgálat – ellátás – javaslat történik, egy rendelés alatt 40 főnél több fő ellátása felelősséggel nem vállalható. Hozzátéve, hogy ***20-25 fő/ 4 órán túl a krónikus betegek gondozása, diagnosztikus tervezés pontossága, gondossága is sérülhet.***Rendszeresen előfordult, hogy olyan akut beteg érkezett a rendelésre, vagy olyan akut beteghez volt házhoz hívás, akinek az ellátása akár fél-1 órát is igénybe vehetett(!). A napi esetszám emelhető a nővér által önállóan ellátott esetek számával (injekció, kötözés stb.), ill. az olyan esetekkel, melyek ellátásának az előkészítését nővér 90%-osan, önállóan el tudja végezni (pl. rendszeres gyógyszerfelírás, szakápolói gondozás, INR mérés, vizelet-, vércukorvizsgálat, lelet előkészítés az EESZT-ből, referálás stb.) és csak az orvosi jóváhagyás, javaslat vagy aláírás szükségeltetik. Illetve ez utóbbi szám emelhető további szakdolgozók bevonásával (dietetikus, pszichológus, prevenciós nővér, gyógytornász stb.). mely utóbbiak jelenleg azonban csak a praxisok elenyésző hányadában, főként az utóbbi időben szárnyait bontogató praxisközösségekben elérhetőek.

Felmérésünk alapján a háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátások közel 30%-ában, adott páciensre jutó ellátások száma (jelentősen) meghaladta az évi 12 esetszámot. ***Véleményünk alapján az átlagosan havi 1-nél több háziorvosi/házi gyermekorvosi esetszám éves szinten az esetek nagy részében szakmailag megkérdőjelezhető.***

A járványügyi vészhelyzet óta a páciensek jórészt fegyelmezetten betartják a negyedórás előjegyzési időket, és a távkonzultációs lehetőséget is elfogadják. A tapasztalatunk az, hogy számos betegség, állapot, tanácsadás, kérdés, adminisztratív tevékenység személyes megjelenés nélkül is magas színvonalon biztosítható, a páciens áttekinthető, megszabható, a következő háziorvosi vizit (személyes vagy távkonzultációs) időpontja a páciens krónikus betegségéhez és állapotához szabva.

JAVASLAT

A háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátásba is be kell építeni forgalomlassító tényezőket a járványügyi vészhelyzet után is.

Javasoljuk:

- kedvező tapasztalatainkra alapozva ***a telemedicina jogszabály által biztosított távkonzultáció további alkalmazását a járványügyi vészhelyzet utáni időszakban is***
- ***elkülönített telefonos tanácsadási időkeretet kijelölni, illetve ekkor fogadnánk az időpont-foglalási igényeket is, amennyiben távkonzultációs döntés alapján orvos-szakmailag indokolt a páciens rendelői megjelenése (rendelőintézetekben képzett, triázsolásban kompetens recepciós alkalmazása preferálható)***
- ***preferálni az elektronikus betegelőjegyzést, időpontkérést (orvosszakmailag indokolt esetben),*** illetve járványidőszak leteltét követően nővéri személyes konzultációnak is teret lehet engedni, (megfelelő indokoltság esetén)***, e-Recept igénylés lehetőségét biztosítani, kompetenciától függően, nővéri/orvosi jóváhagyást követően***
- ***kötelező betegelőjegyzés és triázsolás, aznapi, illetve halasztható szubakut és krónikus ellátásra, ennek megfelelő tanácsadási időkeretre beosztani vagy indokoltság esetén személyes megjelenésre***
- ***továbbra is a negyedórás páciensbeosztást, személyes vizsgálat esetére***, kivételt képezhetnek a „gyors" ellátásnak minősített ellátások, pl. injekciós kúra.
- ***általában a telemedicina jogszabály "jó" gyakorlatainak a beépítése a továbbiakban is pl. adminisztrációs igények, vagy munkaképességcsökkenés megállapítása, egyéb szociális vagy KGY igények 5 napos határideje vagy a tp-es papír elektronikus továbbításának lehetősége***
- a nővér önálló kompetenciájának kiszélesítését, feladatkörének meghatározását, az önálló „asszisztensi ellátás" fogalmának, szabályozásának a bevezetését (AHL)
- a háziorvosi/házi gyermekorvosi heti rendelési idők – praxisnagyságtól függő – újragondolását, és az ehhez szükséges korszerű infrastruktúra kialakítását
    - amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 3500 alappontot (szakszorzó nélkül) – a heti minimális rendelési idő emelkedjen 18 órára
    - Amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 4000 alappontot (szakszorzó nélkül) – a heti minimális rendelési idő emelkedjen 20 órára kivéve, ha a praxis legalább napi 4 órában plusz szakdolgozót (nővért, orvos-írnokot, prevenciós nővért) vagy a háziorvosi/házi gyermekorvosi szakvizsgához szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet, illetve szakorvost alkalmaz a háziorvos felügyeletével

- a rendelési idő felosztását tervezett és akut ellátásra, tervezhető napi ellátási limittel: az orvosi ellátás napi felső limitszámát 40-ben javasoljuk meghatározni, melyben a telemedicinával ellátott páciensek is beletartoznak.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás-bővítést nem igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országos egységes, tiszta, korrekt, szabályozott rendszer.

A minőségi betegellátáshoz szükséges idő/beteg biztosítása.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020. koronavírus vészhelyzet időszaka

Bevezetés: koronavírus vészhelyzet feloldása után azonnal

20. Napi rendelési idő

PROBLÉMA

A minimális rendelési időn kívül nincsen definiálva a háziorvos munkaideje, rendelkezésre állás ideje, feladata a sürgősségi ellátásban.

JAVASLAT

A háziorvosi/házi gyermekorvosi munkaidő definiálása, jogszabályban rögzítése: **08.00-16.00**

Ezen belül vállalandó az alap minimum **napi 2, heti 15 óra** rendelési idő.

Amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 3500 alappontot (szakszorzó nélkül) – a heti minimális rendelési idő minimum **heti 18 óra**.

Amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 4000 alappontot (szakszorzó nélkül) – **a heti minimális rendelési idő: 20 óra**, kivéve, ha a praxis legalább napi 4 órában plusz szakdolgozót (nővért, orvos-írnokot, prevenciós nővért) vagy a háziorvosi/házi gyermekorvosi szakvizsgához szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet, illetve szakorvost alkalmaz a háziorvos felügyeletével.

A háziorvos/házi gyermekorvos rendelési idő alatt lehetőleg ne hagyja el a rendelőt.

A háziorvosi/házi gyermekorvosi munkaidő alatt – a praxistörvényben deklaráltak szerint – nappali sürgősségi ügyeleti ellátás érhető el (2015.CXXIII Tv10 §. (1)), minimum mentőtiszti ellátási szintek az akut, 2 órán belüli sürgősségi esetek ellátása érdekében. A nappali esetek ellátásban háziorvos/házi gyermekorvos supervisor-i szerepet tölt be, szükség esetén nappali ügyeletessel konzultál, az ügyeletes, az OMSZ munkáját segíti.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet; 2015.CXXIII. Tv.

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

A nappali ügyelet bevezetése pluszforrást igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országos egységes, tiszta, korrekt, szabályozott rendszer.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020. Bevezetés: 2021. január 1.

21. Alapellátási ügyelet, sürgősségi ellátás

Alapvetően **el kell különíteni a sürgősségi ellátást,** amely az *„akut életveszéllyel járó illetve elsődleges ellátás nélkül súlyos vagy maradandó egészségkárosodás veszélyét hordozó történések/kórállapotok felismerését, elsődleges ellátását, szakintézetbe történő azonnali beutalását, szükség esetén állapottól függően megfelelő szintű szállításának megszervezését, és orvosi felügyelet biztosítását"(1997.évi CLIV Tv.az egészségügyről) jelenti,* **az akutan jelentkező tünetek, panaszok ügyeleti időben történő ellátásától.**

PROBLÉMA

A háziorvosi/házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) feladatok rendelési időn kívüli ellátására az Alapellátási törvény értelmében ügyeleti szolgálatot kell szervezni, illetve azt központi ügyelet útján kell ellátni.

A központi orvosi ügyeleti rendszer a háziorvosi alapellátás integrált része,

mely jelentős terhet vesz le a fekvőbeteg ellátó rendszer válláról, hiszen az alapellátási ügyeletek viszonylatában évente több mint egymillió orvos beteg találkozás valósul meg, ezen esetszámnak azonban csupán 10% kerül azonban tovább küldésre az ellátórendszer magasabb szintjeire.

A humánerőforrás hiánya az alapellátási ügyeletek tekintetében a legmeghatározóbb, melynek oka többrétű. A háziorvos kollégák 40%-a, a házi gyermekorvosok 50%-a hatvan év felett praktizál ezért érthető módon az ügyeleti szolgálatból fakadó többletterhelésnek nem tudják kitenni magukat. Míg azonban a háziorvosok -részévétele az alapellátási ügyeleti ellátásban mára elenyésző, addig a házi gyermekorvosok nem léphetnek ki az ügyeleti szolgálatból, hiszen gyermekorvosi alapellátási ügyeletet csak házi gyermekorvos vagy rezidens teljesíthet (házi gyermekorvos rezidens viszont nincs). A fiatalabb orvos-kollégák valamint más felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező ellátók szélesebb körű szerepvállalását az ügyeleti ellátásban a hiányos, korlátozó jogszabályi környezet akadályozza.

Az ügyeletek finanszírozása évek óta változatlan, a járóbeteg ellátás, a sürgősségi betegellátó osztályok, valamint a fekvőbeteg osztályok kiszervezett ügyeleti óradíjaival az alapellátási ügyeletek képtelenek versenyezni, a kollégák vállalásait a fokozódó humánerőforrás sújtotta környezetben egyértelműen a bérlicit határozza meg. Az alapellátási ügyeleti szolgáltatók zárt kasszából gazdálkodnak, ezzel szemben az intrahospitalis ellátásban szükség esetén a növekvő adósságállomány terhére ugyan, de biztosítható a kialkudott bérigény kifizetése. A fentiek jelentős problémát rónak az önkormányzatokra is, hiszen azok kötelező feladatuk ellátásának biztosítása érdekében a NEAK finanszírozást egyre jelentősebb önkormányzati támogatással kénytelenek kiegészíteni. A szolgáltatás minősége jelenleg egy adott önkormányzat gazdasági erejétől függ, és nem veszi figyelembe az ellátandó lélekszámból, valamint épített és természeti környezetből fakadó tulajdonságokat.

A szolgáltatás időbeli hozzáférhetősége is nagy területi különbözőségeket mutat, egyes területeken (jellemzően nagyvárosokban) folyamatos 24 órás ügyeleti szolgáltatás működik, míg a jellemzően vidéki vagy hátrányos helyzetű régiókban változó az ügyelet hétköznaponkénti elérhetősége

Az Országos Mentőszolgálattal való együttműködés esetleges, a prehospitalis sürgősségi ellátásban résztvevő szereplők egymástól függetlenül, a feladatok koordinálása nélkül végzik tevékenységüket.

JAVASLAT

- Térinformatikai tervezés útján az alapellátási ügyeletek optimális üzemméretének, ideális elhelyezkedésének, racionális strukturális szervezésének meghatározása
- A térinformatikai tervezést követően pilot program keretén belül javasolt az új alapellátási ügyeleti struktúrával kapcsolatos következtetések levonása
- Az új ügyeleti struktúra országos kiterjesztése, SBO-k közelében az ellátás szervezése az adott sürgősségi osztállyal szoros együttműködésben (közös triage), egyéb területeken pedig optimális üzemméret mentén szervezett járási alapellátási ügyeleti központok felállításával javasolt
- Az akut, következő rendelésig nem halasztható kórképek és állapotok meghatározása jogszabályban meg kell történjen és betegedukációval, ösztönző rendszerrel biztosítani kell, hogy az ügyeletek és SBO-k igénybevétele csak indokolt esetben történjen meg
- Az OMSZ-szal kapcsolatos együttműködés erősítése, diszpécserszolgálati szerződéskötési gyakorlatának szabályozása, felülvizsgálata
- szakmai minimumfeltételek kidolgozása
- működéssel kapcsolatos felelősség kérdésének a pontos meghatározása
- a humánerőforrás hiányának csökkentésére javasolt számos kiterjesztett kompetenciával rendelkező szakember (mentőtiszt, APN) alkalmazása, akik jelenleg hatáskör hiányában nem tudnak adekvátan az ügyeleti ellátásban részt venni, holott alkalmazásukkal az ügyeleti ellátás hatékonysága jelentősen növekedne, és ezzel is csökkennének a humánerőforrás hiánya okozta problémák
- a szakorvoshiány kezelésére javasolt az ügyeleti alapellátási licence vizsga bevezetése, amit egyetemi kurzus keretében utolsó éves szigorló orvosok is felvethetnének, majd az egyetem elvégzése után licence vizsgát tehetnének, így az ügyeleti alapellátásba már a rezidens orvosokat (a törzsképzés elvégzése előtt) nagy szakmai biztonsággal be lehetne kapcsolni. Hasonlóképpen ezt a licence vizsgát megkövetelnénk a más felsőfokú egészségügyi végzettségű szakemberektől is (mentőtiszt, APN), ezáltal is biztosítva a szakmai biztonságot és minőséget

- a tárgyi eszközök minimumfeltételek revíziója is elengedhetetlen. Az elmúlt évtizedben tapasztalt szignifikáns technika- és eszközfejlődést nem tudta a szakma (jogszabályi felhatalmazás nélkül) megfelelő ütemben követni. Ezért a 60/2003-as ESzCsM rendelet mellékletében szereplő, úgynevezett eszköz-minimum lista revíziója is szükséges. A POC diagnosztika ügyeleti ellátásában történő használata a szakmai színvonal emelkedése mellett az ügyeletek definitív ellátóképességét is nagymértékben növelné
- Országosan egységes gyermekorvosi ügyeleti szabályozás bevezetése. A teljes ügyeleti időben elvárható szakmai minimum, hogy a sürgősségi kórképekkel ügyelethez forduló gyermekeket csecsemő- és gyermekgyógyászok lássák el az SBO-kon. Ezek mellé integrálhatók alapellátási ügyeletek. Az azonban, hogy teljes ügyeleti időszakban akut tünetekkel jelentkezők ellátására mindenhol csecsemő- és gyermekgyógyász álljon rendelkezésre megvalósíthatatlan és indokolatlan
- Multidiszciplináris egészségügyi teamből álló Nemzeti Segélyvonal bevezetése az NHS111 mintájára

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Térinformatikai tervezés követően meghatározott, optimális üzemméret mentén szerveződő, megfelelő tárgyi és személyi feltételekkel rendelkező alapellátási ügyeleti rendszer.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS

Előkészítés: 2020.

Bevezetés tervezett időpontja: 2021. január 1.

22. Magánrendelés

ALAPVETÉS

Ma már elképzelhetetlen az egészségügyi ellátás magánszolgáltatók nélkül. Az egészségpolitika és gazdaság a magánegészségügy – társadalombiztosítást tehermentesítő esetszám és kiadás vonatkozásaival tervez.

A magán egészségügyi ellátók minden fejlett berendezkedésű társadalomban elérhetők, alapvetők a szolgáltatási szférában.

A magánellátás a lakosság számára egy opcionális ellátási forma. A közfinanszírozást tehermentesítő szerepe egyértelmű.

PROBLÉMA

Magyarországon a jelenleg érvényes szabályozás szerint háziorvosi szakképesítéssel magánorvosi rendelést, szolgáltatást üzemeltetni nem lehet. Ez az egyetlen orvosi szakvizsga, szakma, melyre működési engedélyt nem kiadható – nem közfinanszírozott módon.

Ez az adminisztratív korlátozás sok szempontból érthetetlen, számos jelenleg is a háziorvoshoz köthető szakmai és jogi gyakorlatnak ellentmond.

A háziorvosi társadalom volt az 1990-es évek elején az első, kollektíven vállalkozóvá – tehát magánellátóvá tett társadalmi réteg.

A háziorvosok 99 %-a jelenleg is önálló vagy társas vállalkozás keretében, vállalkozói szerződés alapján végez közfinanszírozott alapellátási közfeladatot.

A háziorvosi feladatkörbe delegált kompetenciák egy része nem NEAK finanszírozott ellátás, melyért a háziorvos ellátási díjra jogosult (pl. jogosítvány-, lőfegyver alkalmassági vizsgálatok, igazolások, szakvélemények kiadása… stb).

A magyar biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldi állampolgárok számára a háziorvos ellátást térítés ellenében nyújt (kivéve az EU-s polgárokat és államközi megállapodás alapján végzett sürgős szükség eseteit). Ezen páciensek száma folyamatosan emelkedik.

Tehát a háziorvos a közfinanszírozás mellett, jogszerűen térítésköteles ellátásokat is nyújt, melyekhez kapcsolódóan akár beutalási kompetenciákkal is rendelkezik. Ennek során minden tekintetben megvalósul a magánorvosi gyakorlat.

A szabályozás azonban mindezek ellenére nem teszi lehetővé azt, hogy a bejelentett rendelési helyétől és finanszírozási szerződésétől függetlenül kizárólag térítésköteles ellátásokat végezzen magánellátóként.

Mindeközben a NEAK finanszírozásból gazdálkodó kórházakban, szakrendelőkben alkalmazottként vagy vállalkozóként dolgozó, más szakvizsgával rendelkező kollégák magánellátói tevékenysége mindennapos, jól szabályozott gyakorlat.

Az egészségügyi rendszert tehermentesítő magánorvosi ellátók nem rendelkeznek diagnosztikai, szakellátói, betegszállítási-mentési beutalási kompetenciával.

Ellentmondások:

- a magánegészségügyi ellátók szakorvosi jogosultságaikat (kiemelt gyógyszertámogatás, szakorvosi javaslat kiadása) képesítésnek megfelelően gyakorolhatják. Tehát a NEAK finanszírozást magánellátás keretében jelenleg is, akár kiemelt módon megvalósul.
- a beutalási kompetencia hiánya - az egyébként alapellátási rendszer részét képező, de nem NEAK finanszírozott foglalkozás-egészségügyi ellátásban is problémát okoz. Az ellátás tárgya éppen az a munkáltató (és munkavállaló), aki a társadalombiztosítási jogosultság alapját képező járulékfizető (forrás).

Következmény:

- a magánellátó orvosok felmerülő szakmai igények esetén mindezeket a beutalókat az alapellátó orvosokra terhelik (alapellátó felesleges felkeresése)
- vagy saját közfinanszírozott kórházi/járóbeteg szakrendelésre irányítják a pácienst (soronkívüliség), ahol a beutalás megtörténik (tehát nincs kapuőr funkció/NEAK megtakarítás)
- vagy térítésköteles módon végeztetik el a pácienssel a vizsgálatokat

JAVASLAT

Praxisjoggal rendelkező háziorvosok, illetve praxisjoggal rendelkező házi gyermekorvosok a rendelési időn kívül, a rendelkezésre állási idejükben, a NEAK felé bejelentett TEK rendelőben is végezhessenek magánrendelést (hiszen jelenleg is végeznek nem NEAK finanszírozott ellátást ugyanott)

Praxisjoggal rendelkező háziorvosok, illetve praxisjoggal rendelkező házi gyermekorvosok a rendelési és rendelkezésre állási idejükön kívül, a NEAK felé bejelentett TEK rendelőn kívül is végezhessenek magánrendelést.

Javasoljuk, hogy a foglalkozás-egészségügyi orvosok, és egyéb magánorvosok - meghatározott feltételek szerint - köthessenek a NEAK-kal közfinanszírozott diagnosztikai és ellátási beutalásra, betegszállításra, gyógyszer rendelésre szerződést. Vállalva, teljesítve ezzel a kötelező EESZT kapcsolatot és adatszolgáltatást.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás-bővítést nem igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országos egységes, tiszta, korrekt, szabályozott rendszer. A magánrendelések csökkentik a szak- és alapellátás terheit, egyszerűsödnek a betegutak, a felesleges adminisztratív rendszer terhek csökkennének.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés: 2020

Bevezetés: 2021. január 1.

23. Önkormányzat - feladatátvállalási szerződés

PROBLÉMA

Az alapellátás duális finanszírozása nem valósul meg.

Az Önkormányzatok feladata az alapellátás biztosítása, azonban ehhez nem társul dedikált finanszírozási háttér, pontos feladatkör, meghatározott fenntartói kötelezettség.

A háziorvosok sok esetben ki vannak szolgáltatva az Önkormányzatnak, az Önkormányzattól átvállalt feladatról szóló szerződésbe minimális a beleszólásuk.

Sok esetben sajnálatos gyakorlat, hogy egyes önkormányzatok nem biztosítják az elvárásoknak megfelelő, kulturált, minőségi betegellátást lehetővé tevő infrastruktúrális hátteret.

Az önkormányzati tv. 2013. évi változása miatt az önkormányzatok kötelező feladatai nem definiáltak, de ha az önkormányzat kötelező feladata lenne az alapellátáshoz való hozzájárulás, a feladatfinanszírozási rendszer akkor sem teremti meg az ehhez szükséges központi költségvetési fedezetet. ***Az önkormányzati vagyon az Ebtv. szerint pedig nem forrása az egészségügyi ellátásnak.***

JAVASLAT

Pontosan kell definiálni az önkormányzatok - duális finanszírozásban játszott komptenciáit, kötelezettségeit.

A fenntartói kötelezettségéhez egyértelműen szabályozott forrást kell hozzárendelni.

Ki kell dolgozni az Önkormányzat – háziorvos/házi gyermekorvos kapcsolatának szakmai szabályozását: a „Feladatátvállalási szerződést” országosan egységesíteni kell.

A jelenlegi egyoldalú – NEAK- háziorvosi finanszírozásból nem gazdálkodhatók ki azok a költségek, amelyeket az önkormányzatok próbálnak teljes egészében átterhelni a vállalkozó háziorvosokra.

A COVID-19 járványügyi védekezés vonatkozási rávilágítottak az önkormányzatok szerepvállalásának hiányosságaira (kommunikáció és együttműködés, nem kiszámítható vészhelyzetek kapcsán kialakult forrásigény vonatkozások).

A nem tervezhető, „vész” eseti költségeket a NEAK finanszírozott alapellátó kigazdálkodni nem tudja. Ahogy a katasztrófa védekezésre, úgy járványügyi vészhelyzetekre is jól meghatározott és definiált keretet kell elhatárolni az önkormányzati költségvetésben.

A feladatmegosztásra tett javaslataink:

A jogszabályi előírások szerinti infrastrukturális minimumfeltételeknek megfelelő rendelő épület, -gépészet fenntartása, karbantartása, állagmegóvása, a rendelő és környezetének

tisztántartása, akadálymentesítése, takarítása, védelme (riasztó), szükség esetén rendfenntartó biztonsági őr alkalmazása stb. az önkormányzatok fenntartói kötelezettsége.

A működési engedélyen felüli szakdolgozók alkalmazása esetén, a munkavégzéséhez szükséges infrastruktúra kialakítása az önkormányzat feladata (gyógytornász, laborasszisztens, dietetikus, adminisztrátor, betegirányító)

A rezsiköltség = épület és infrastruktúra fenntartási költségei (fűtés, világítás, víz, , telefon, internet) teljes mértékben az önkormányzat fenntartói kötelezettségébe kell tartozzon.

2016-tól a NEAK által bevezetett "rezsitámogatás"-ra hivatkozva (mely összeget valójában a praxisok az időközben a közszférában lezajlott bérfejlesztésekhez történő felzárkóztatására fordítanak) az önkormányzatok nem vállalják át a fenntartói költségeket, vagy a korábbi támogatást jelentősen csökkentették.

A NEAK finanszírozásba épített „rezsitámogatás" címkének meg kell szűnnie!

A finanszírozás emelésével az közalkalmazotti szférában történt és történő, a szakmai szervezetek és a Magyar Orvosi Kamara ajánlásai szerint kigazdálkodható bérek alapját meg kell teremteni!

Az szakmai minimumfeltételek (orvosi eszközök beszerzése, karbantartása, javításra, időszakos validálása) továbbra is legyen háziorvos feladata, melyhez elengedhetetlen a Központi finanszírozás átalakítása (lásd később).

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól1

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás-bővítést nem igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG:

Országos egységes, tiszta, korrekt, szabályozott rendszer

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés: 2020. Bevezetés: 2021. január 1.

24. Telemedicina

Szakmai oldalról évek óta nagy az igény, hogy legyen meg a telemedicina jogszabályi háttere. Erre a problematikára a világjárvány kényszerítette ki a megoldást: 2020. áprilisában megszületett, bár egyelőre csak a veszélyhelyzet idejére, a telemedicinát szabályozó hazai kormányrendelet (157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet).

A telemedicina lehetséges funkciói

- **A páciens otthoni méréseinek adatainak továbbítása**
  - Kezelőorvoshoz
  - Orvosi adatbázisba
  - Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe
- **Páciens – kezelőorvos távkonzultáció**
  - Telefonos konzultáció
  - Videokonzultáció
  - E-rendelés
  - Orvosi vizit előkészítése (előzetes állapotfelmérés)
- **Professzionális eszközök vizsgálati eredményeinek továbbítása**
  - Távleletezés alapjául
  - Orvosi adatbázisba
  - Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe
  - Módszertani központba (minőségbiztosítás)
- **Orvos-orvos távkonzultáció**

JAVASLAT

- A telemedicina jogszabály hatályban maradása a veszélyhelyzet után időszakban is
- A telemedicina használatához szükséges háziorvosi/házi gyermekorvosi IT fejlesztések financiális támogatása (lásd Eszköztámogatás)
- Univerzális EESZT gateway kialakítása, melyen keresztül a páciensek a saját mérési adataikat, az egészségügyi szolgáltatók pedig a professzionális vizsgálati eredményeket az orvostechnikai eszközről (vagy annak szoftveréből) közvetlen EESZT-be tudják továbbítani
- Az e-beutaló elküldésének és fogadásának, az orvosok közötti távkonzultáció jogszabályi és technológiai feltételrendszerének a megvalósítása (a háziorvosi e-beutalóra a szakorvos e-ambulánslappal válaszol)
- Anyagi ösztönző elemek bevezetése a telemedicina eszköztárának a használatára (például Indikátorrendszer)

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet

FELTÉTELRENDSZER

Jogszabályi háttér, EESZT felkészítése

FORRÁSIGÉNY

IT fejlesztések – Eszköztámogatás.

Ösztönző elemek – Indikátorrendszer.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Gyorsabb, hatékonyabb munkavégzés, lerövidülő betegutak.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Bevezetés: 2020.07.01.

25. Törzskarton / Háziorvosi Szűrés / Praxisközösségi szűrés

PROBLÉMA

Az utóbbi évek egyik komoly szakmai és politikai hibája az új típusú háziorvosi törzskarton adattartalmának – a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 3. és 4. számú mellékletének a módosítása.

A probléma lényege, hogy a jogalkotók összekeverték az egészségi állapotfelmérést a háziorvosi törzskartonnal. Az egészségi állapotfelmérés három részből tevődik össze:

- Törzskarton
- Háziorvosi szűrés
- Praxisközösségi szűrés

Ezt a három adattartalmat élesen el kell különítenünk, külön kell kezelnünk. A teljes egészségi állapotfelmérést nem tekinthetjük a páciens Törzskartonjának, ennek időszakos felvételére a jelenlegi ellátórendszerben sem tárgyi, sem személyi, sem infrastrukturális, sem financiális feltételek nincsenek meg.

Törzskarton

A Törzskarton a páciensek törzsadatait tartalmazza

Törzsadat: a háziorvosi praxisba bejelentkezett páciens egészségi állapotát hosszú távon meghatározó, egyéni és környezeti jellemzőit leíró, a háziorvos által nyilvántartott, a praxis informatikai rendszerének törzskartonjában rögzített adat.

Törzskarton kitöltése a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szerint 0-14 éves korig: évente, 15-34 éves korig: 3 évente, 35 éves kortól: 2 évente kötelező. A törzskarton kitöltése a kártyapénz utalásának a feltétele.

Háziorvosi szűrés

Az 51/1997-es NM rendeletben meghatározott, életkorhoz kötött szűrővizsgálatok illetve népegészségügyi célú szűrővizsgálatok összessége. Az NM rendelet szerint a gyermekkori szűrővizsgálatok végzése kötelező jellegű. A felnőttkori vizsgálatokat az adott korcsoportba tartozó páciensek önkéntesen vehetik igénybe!

Praxisközösségi szűrés

A praxisközösségi finanszírozásból honorált egészségi állapotfelmérés + prevenciós rendelés keretében olyan egészségkárosító életmódi, életviteli állapotok feltárása, melyek megváltoztatásában a páciens motivált, amelyek támogatásában a praxisközösségi team kompetens és amelyek gondozása adott praxisközösségi munka keretei között megvalósítható.

A praxisközösségi szűrésnek egyelőre jogszabályi háttere nincsen. A praxisközösség szűrések egyelőre EFOP, VEKOP, 3 Generációs pályázatok keretei között valósultak meg.

JAVASLAT

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 3. és 4. számú mellékleteinek a módosítása: külön kerüljön meghatározásra a Törzskarton, a Háziorvosi Szűrés és a Praxisközösségi szűrés kötelező + javasolt adattartalma

Minden szűrővizsgálat esetén határozzuk meg a végzés javasolt gyakoriságát

Minden szűrővizsgálat esetén határozzuk meg a végzéshez szükséges tárgyi, személyi, infrastrukturális és financiális feltételeket.

A Törzskarton időszakos felvétele alatt a páciensek törzsadatainak az időszakos felülvizsgálatát, értékelését, validálását javasoljuk.

A Törzskarton adattartalma jelenjen meg az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben és amennyiben ebben az adattartalomban bármilyen változtatás történik – a változtatást végző egészségügyi szolgáltató által történjen meg EESZT-ben az adatmódosítás

Az önkéntesen igénybe vehető felnőttkori háziorvosi szűrések végzésének jelenlegi motiváló tényezője a háziorvosi indikátorrendszer. Véleményünk szerint például a mammográfiás szűrés tekintetében a mammográfiát végző szakellátó vagy a vizsgálatot igénybe vevő páciens helyett a háziorvost motiválni felesleges, és alacsony hatásfokú. Javaslatunk ehelyett a páciens például adókedvezményekkel történő motivációja.

A praxisközösségi szűrések meghatározásához a teljes praxisközösségi tevékenység szakmai, jogszabályi, infrastrukturális és financiális hátterének az elsődleges megalkotása szükséges.

A háziorvosi törzskarton javasolt adattartalma 21 éves kor alatt:

Páciens alapadatok
Allergiák
Oltások
Krónikus betegségek
Rendszeres gyógyszerek
Szülő/gondviselő legmagasabb iskolai végzettsége
Születési anamnézis
Családi anamnézis
Testsúly, Testmagasság, BMI, vérnyomás, pulzus
Kötelező életkori szűrővizsgálatok

A háziorvosi törzskarton javasolt adattartalma 21 éves kor felett:

Páciens alapadatok
Allergiák
Oltások
Krónikus betegségek, állapotok, fogyatékosság
Rendszeres gyógyszerek
Legmagasabb iskolai végzettség
Testsúly, Testmagasság, BMI, vérnyomás, pulzus
Családi anamnézis (korai szívinfarktus, korai stroke, hirtelen halál, daganatos betegség) – 65 éves korig
Népegészségügyi szűrővizsgálatok
Fizikális vizsgálat

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 3. és 4. számú melléklete

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

Központi finanszírozás-bővítést nem igényel.

IV. Finanszírozási javaslatok

26. Egységes díjszabás nem NEAK finanszírozott tevékenységekre

PROBLÉMA

A hazai szabályozás alapján van számos olyan háziorvosi/házi gyermekorvosi tevékenység, amelyek nem tartoznak a kötelező egészségbiztosítás ellátási keretébe. Ezen tevékenységek egy részének díjazását jogszabály rögzíti (284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet), de a nem finanszírozott tevékenységek jelentős részére nincs egységes szabályozás, azt minden háziorvosi szolgálat saját hatáskörén belül határozza meg. Ez sok esetben az önkormányzattal vitát generál, illetve a szomszédos praxisok közötti különbségekből adódóan felesleges betegmozgásokat, elégedetlenséget, indulatokat vált ki.

JAVASLAT

Országosan egységes díjszabás kialakítása.

Javasolt összegek

I. Szakvélemények:

- Személyi higiénés alkalmassági vizsgálat járványügyi szempontból kiemelt munkakörben történő munkavállaláshoz: **7000 Ft**
- Örökbefogadó szülők egészségi alkalmassági vizsgálata: **3500 Ft**
- Gyámnak való alkalmasság megállapítására: **3500 Ft**
- Egészségpénztárak, üzleti biztosítók felkérésére, valamint jogászi megkeresésre adott szakvélemény: **7000 Ft**
- Külföldön tanulni, munkát vállalni szándékozók egészségi alkalmasságáról szakvélemény magyar nyelven: **7000 Ft**
- Minden egyéb, vizsgálatot igénylő, nem finanszírozott véleményezés: **7200 Ft**

II. Igazolások:

- Tanfolyami részvételhez, külföldi ösztöndíjhoz, beiskolázáshoz: **3500 Ft**
- Foglalkozás-egészségügy kérésére, a korábbi, ill. gondozott betegségekről: **3500 Ft**
- Külföldi utazáshoz gyógyszerszedési igazolás kiállítása: **1500 Ft**

III. Beavatkozások, nem a háziorvos kezdeményezésére:

- A páciens kezdeményezésére- vagy más szolgáltató kérésére történő vizsgálat, beavatkozás végzése a rendelőben (alkalmanként) (pl. EKG sportorvoshoz, szemműtéthez, sebészet kérésére): **3500 Ft**
- *IV. Egyéb szolgáltatások: (lakáson +kiszállási díj)*
- Elektronikusan tárolt leletek nyomtatása, leletmásolás: **200 Ft/oldal**
- Nem kötelező védőoltások beadása a rendelőben: **2000 Ft/oltás**
- Vérvétel a rendelőben: **2000 Ft**
- Infúzió beadása a rendelőben (alkalmanként): **2000 Ft**
- Lakáson, a beteg kezdeményezésére –nem sürgős, nem fekvőbeteg – történő „kényelmi” látogatás: **7000 Ft**

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

–

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Országosan egységes hozzáférés biztosítása.

Egyértelmű szabályrendszert teremt.

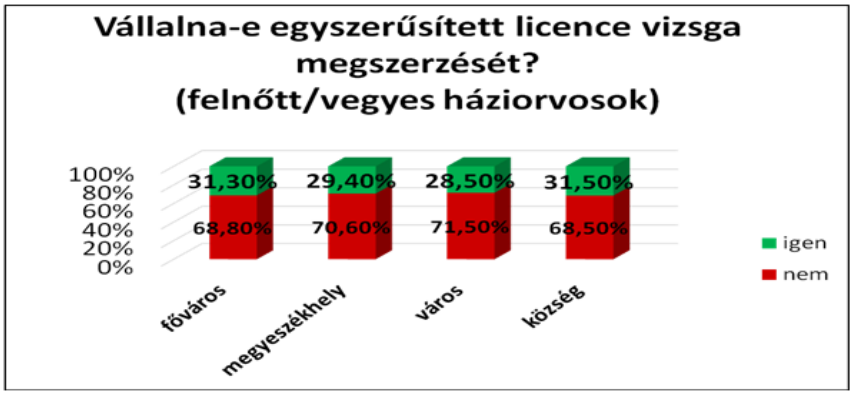
ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: azonnal

27. A támogatott gyógyszerrendelés szabályainak a módosítása

PROBLÉMA

Vannak olyan gyógyszerek, amik segítenék a mindennapi háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátást, sok esetben csak javaslatra, vagy arra sem írhatóak, így szakorvosi viziteket generálnak. Elvárás lenne a háziorvosok felé, hogy definitív, korszerű, a szakmai irányelveknek megfelelő ellátást nyújtsanak, csökkentsék a szakorvosi beutalások, vizitek számát. Mi, háziorvosok erre az igényre nyitottak vagyunk, azonban ehhez biztosítani kell a terápiás lehetőségeink kiszélesítését, másod-harmad szakvizsgák alkalmazásának a lehetőségét, és licence-k bevezetését. Felméréseink alapján ***kb. 1000 háziorvosnak van karbantartott másod-harmad szakvizsgája, melyet szívesen hasznosítana, a háziorvosok kb. 30%-a vállalna licence vizsgával többletmunkát, minőségibb háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátást.*** Az NNK által készülő AHL is foglalkozik a kérdéssel.



Jelen szabályozás szerint kettő vagy akár többszakvizsgás háziorvos a szakellátásban (is) dolgozva felírhat támogatott szereket, míg ugyanazt a gyógyszert ugyanaz az orvos a háziorvosi rendelőben nem írhatja fel.

Felmérésünk alapján széles szakmai konszenzuson alapulva, javaslatunk a kiemelt támogatással rendelhető gyógyszerek felírhatóságának módosítására:

Eddig támogatottan csak járóbeteg szakrendelésen felírható szereket adott szakma szakorvosa a háziorvosi rendelésen (is) kedvezményesen, megkötés nélkül felírhassa

Bizonyos készítményeket, melyeket eddig támogatottan csak járóbeteg szakrendelésen voltak felírhatóak, ***háziorvos kedvezményesen, megkötés nélkül felírhassa***

Háziorvosi/házi gyermekorvosi licence-ek kerüljenek bevezetésre, mellyel háziorvos felírási jogköre kiszélesedik

Bizonyos gyógyszerek/segédeszközök felírhatósága módosuljon.

JAVASLAT

1. Járóbeteg szakrendelés/fekvőbeteg gyógyintézet írhat”-ról

➔ **Adott szakma „Megkötés nélkül írhat”-ra átminősíteni**

Ezáltal például a háziorvos belgyógyász adott belgyógyászati indikációjú, adott szert a háziorvosi rendelőjében, belgyógyászati szakvizsgájával kedvezményesen felírhatja a saját páciensének.

A második, harmadik szakvizsga használatához javasoljuk NEAK szerződés módosítását, kiegészítő szerződés kötését.

A második-, harmadik szakvizsga praxisban történő alkalmazásával háziorvos saját pácienseinek szolgáltat magasabb szinten – **kártyapénz alap szakmai szorzót emeljük 1,3-ről 1,6-ra (0,3/plusz szakvizsga alkalmazása)**

A háziorvosi praxisban az alábbi szakvizsgák használatát tartjuk relevánsnak a támogatott gyógyszerrendelés háziorvosi praxisban történő alkalmazása tekintetében:

- Belgyógyászat
- Csecsemő-gyermekgyógyászat
- Endokrinológia
- Gasztroenterológia
- Kardiológia
- Neurológia
- Reumatológia
- Tüdőgyógyászat

További szakképesítések, pl. sebészet, urológia, neurológia, pszichiátria stb. is rendkívül hasznosak lehetnek adott esetben a páciens számára. NEAK-kal kötött külön szerződéskötés esetén javasoljuk, hogy **teljesítményarányos finanszírozásként többletdíjazásban részesüljenek** ezek a kollégák. Pl. sebész varrateltávolítás, urológus által biztosított prosztatarákszűrés, neurológus carotis doppler uh, pszichiáter gyógyszerfelírás, gondozás stb. A szakorvos ezáltal akár definitív ellátást tud nyújtani a praxis vagy akár más praxis páciensei számára is adott szakterületen. **Azonban meggondolandó valamennyi klinikai szakvizsga esetében is a teljesítményalapú finanszírozás helyett a magasabb szorzó alkalmazása: szakmai szorzó emelése 0,2/szakvizsga.**

2. Járóbeteg szakrendelés/fekvőbeteg gyógyintézetet javasolhat/írhat”-ról

➔ **Háziorvos „Megkötés nélkül írhat”-ra átminősíteni**

Ezáltal a háziorvos a pl. belgyógyászati indikációjú szert a továbbiakban kedvezményesen felírhatja a saját páciensének. Plusztámogatás nem szükséges.

Javítsuk Háziorvos Megkötés nélkül írhat-ra, így adott feltételek esetén háziorvos is felírhassa kedvezményesen (meghatározott gyógyszerek/gyógyászati segédeszközök ld. alább).

3. Háziorvosi/házi gyermekorvosi licence-ek

Járóbeteg szakrendelés/fekvőbeteg gyógyintézet javasolhat/írhat”-ról

➔ **Licence vizsgával rendelkező háziorvos „Megkötés nélkül írhat”-ra átminősíteni**

- Diabetológia
- COPD, asthma
- Kispszichiátria (szorongás, depresszió)
- Gyermek-pulmonológia
- Gyermek-gasztroenterológia
- Gyermek-nefrológia
- Gyermek-pszichiátria

Ezáltal a háziorvos adott licence vizsgával, adott szakvizsgához kötött szert a háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelőjében kedvezményesen felírhatja a saját páciensének.

Saját pácienseinek szolgáltat magasabb szinten – **kártyapénz alap szakmai szorzót emeljük 1,3-ről 1,5-re (0,2/licence)**

A támogatott gyógyszerek felírásának módosítására kidolgozott részletes szabályozás:

Magyarázat a táblázathoz:

JB = járóbeteg **SZ** = szakorvos **H** = háziorvos

H+L = háziorvos + licence vizsga

*****= javasolt módosítás

**** =** Szakorvosi javaslatra felírható, a javaslat érvényességi ideje 12 hónap. Amennyiben HgbA1c érték <7%, a javaslat érvényességi ideje a vizsgálat időpontjától számítva további 6 hónappal meghosszabbodik – azaz addig nem szükséges szakrendelői kontroll, amíg jó a szénhidrát-anyagcsere, és a háziorvos kézben tartja a gondozást.

*** beutalási jog módosítást igényel: háziorvos igényelhessen oszteodenzitometriás vizsgálatot. Osteopenia esetén (T-score = -1.5 – -2.5) háziorvos kedvezménnyel írhassa fel a D-vitamint és a kálciumot. Osteoporosis kezelése marad reumatológiai kézben

Leggyakrabban használt segédeszközök: *Otthonukban vagy bentlakásos intézményben ápolt, szakrendelés felkeresésére nem vagy kizárólag betegszállítással képes betegek esetében*

- Kötszerek
- Személyi gondoskodás és védelem segédeszközei *(higiénés segédeszközök, sztómaterápiás segédeszközök, vizeletelvezetők, vizeletgyűjtők, vizeletfelszívó és defekálási segédeszközök, mosdási, fürdési és zuhanyzási segédeszközök)*
- Személyes mozgás segédeszközei *(egy-két karral működtetett járást segítő eszközök, kerekesszékek)*

Az 5 év alatti gyermekek antibiotikummal történő kezelése (EÜ50 11.)

Probléma: jelenleg kedvezményesen csak a háziorvos és a csecsemő-gyermekgyógyász írhatja fel ezen gyógyszereket. Így az egyéb szakrendelések (gégészet, szemészet, sebészet stb.) csak normatív támogatással írhatják fel, ezért a gyermekorvosi rendelőkbe továbbküldik ezen gyermekeket a kedvezményes felírhatóság miatt, ezzel felesleges orvos-beteg találkozásokat, várakozásokat generálva.

Javaslat: Minden szakorvos, megkötés nélkül írhassa ebben az indikációban kedvezményesen a gyógyszereket.

Javaslat a háziorvosok gyógyszerrendeléséhez

Indikáció	**Gyógyszer(csoport)**	**JB ➔ SZ írhat**	**JB ➔ H írhat**	**JB ➔ H+L írhat**
Követelmény		**Adott szakvizsga**	**Háziorvostan szakvizsga**	**Háziorvostan + adott licence**
EÜ50 6/a.	Lantus, solostar, Levemir, Toujeo (BTI)	*	**	*
EÜ 50 6/b.	Novonorm, Starlix		**	
EÜ 50 7.	Hyalgan	*		
EÜ50 9/a1.	Egifilin csoport			*
EÜ50 9/a2.	Egifilin csoport			*
EÜ 50 10.	Trimetazidin	*		
EÜ 70 1.	Új típusú antidiabetikumok	*	**	*
EÜ 70 5.	Kreon, Pangrol	*		
EÜ70 6.	Instillagel		*	
EÜ70 9/a1.	D vit., Calcium		***	
EÜ70 9/a2.	Oralis biszfoszfonát – prim preventio	*		
EÜ70 9/b1.	Oralis biszfoszfonát – sec preventio	*		
EÜ70 13.	Tápszer-italok		*	
EÜ70 14.	Betadine, Ialugen, Curiosin		*	
EÜ70 25.	Adenuric	*		
EÜ70 26.	Pradaxa, Xarelto, Eliquis	*		
EÜ70 28.	Pradaxa, Xarelto, Eliquis	*		
EÜ90 1/e	Ezetrol, Liptruzet	*		
EÜ 90 1/f.	Inegy	*		
EÜ90 2/a.	Glucagen	*		
EÜ90 2/b.	Neuropathia kezelése	*		
EÜ90 3/a.	Asthma br.			*
EÜ90 3/a.	COPD			*

Indikáció	Gyógyszer(csoport)	JB ➔ SZ írhat	JB ➔ H írhat	JB ➔ H+L írhat
Követelmény		**Adott szakvizsga**	**Háziorvostan szakvizsga**	**Háziorvostan + adott licence**
EÜ90 4/a1.	LMWH (D6890, Z2980)		*	
EÜ90 4/a2.	LMWH (D6890, Z2980)		*	
EÜ90 4/b1.	LMWH (D6890, Z2980)		*	
EÜ90 4/c1.	LMWH (D6890, I2690, I829, Z298)		*	
EÜ90 7/a1.	Alprazolam csoport, antidepr.			*
EÜ90 8.	Rivotril, tegretol, tiapridal	*		
EÜ90 10.	Ursofalk	*		
EÜ90 17.	Propycil	*		
EÜ90 24/ a2	Alfaré, Milumil, Milupa…	*		
EÜ90 24/b2	Humana, Milupa, Nutrilon…	*		
EÜ90 25.	Codoxy csoport (M1790, M1690)		*	
EÜ 90 30.	Premix insulin	*		*
EÜ100 1.	Inzulin		**	
EÜ100 6/a.	Oxigén	*		
EÜ 100 16, 17, 18	Végleges állapotok, veleszületett anyagcsere-zavarok		*	
EÜ 100 21/a	Alprem, Milumil neonatal…	*		
EÜ 100 57.	LMWH (D689, I2600, I2601, I2602, I2603, I269, I48H0,I6380, I6760...)		*	
EÜ100 60.	Kreon (C25)		*	
Szakorvos	**Neodolpasse infúzió**		* (Általános)	
Intézeti	**Cavinton injekció**		*(Általános)	
Javaslatra	**Cilostazol tabl.**		*(Általános)	
Szakorvos	**Konakion, Konakion Paediatric inj.**		*(Általános)	
	Leggyakrabban használt gyógyászati segédeszközök *(korlátozott indikációban)*		*	

A teljesség igénye nélkül, fentebb a leggyakrabban előforduló készítmények kerültek felsorolásra. Az itt fel nem sorolt, szakvizsgával írható, a felírhatósághoz speciális diagnosztikát nem igénylő készítményekre is vonatkozzon; illetve aktuálisan az újonnan bevezetésre kerülő készítményekre is, hogy amennyiben adott licence vagy szakvizsga rendelkezésre áll, az aktuális NEAK emelt/kiemelt indikációjú aktuális készítménylistában szerepeljen, és alkalmazható legyen.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet

FELTÉTELRENDSZER

Szakmailag karban tartott szakmák esetén kiegészítő vényírási szerződéskötési lehetőség NEAK-kal, támogatott indikációjú szerek háziorvosi/házi gyermekorvosi rendelőben történő felírására.

Könnyen elérhető, főállású praxis mellett elvégezhető licence-ek kidolgozása, bevezetése, licence-szel rendelkező háziorvosok kompetenciájának meghatározása.

FORRÁSIGÉNY

A szakszorzó nélküli átlag alappontszámot figyelembe véve, átlagosan a 2. szakvizsga kb. 165.000 Ft/hó plusz finanszírozást jelent, ez 1000 orvosra vetítve évi 2 milliárd Ft plusz finanszírozás bevezetését igényli.

A szakszorzó nélküli átlag alappontszámot figyelembe véve, átlagosan a licence vizsga 110.000 Ft/hó plusz finanszírozást jelent, ez 2000 orvosra vetítve évi 2,6 milliárd Ft plusz finanszírozás bevezetését igényli.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Betegközeli ellátások fejlesztése.

Háziorvosi/házi gyermekorvosi kompetenciák növekedése.

Minőségibb krónikus beteggondozás, kevesebb szövődmény, kevesebb kórházi kezelés, kevesebb munkából kiesett nap.

A szakrendelők leterheltségének a csökkenése, a szakrendelői várólistáknak a rövidülése.

Kevesebb adminisztrációs teher (gyógyszerjavaslatok beszerzése, karbantartása, regisztrálása)

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Másodszakvizsgák esetén bevezetés: azonnal

Licence vizsgák bevezetése: 2021-től folyamatosan

28. Influenza védőoltás, HPV, Pneumococcus, Meningococcus oltás

PROBLÉMA

A járványügyi érdekből végzett, de nem kötelező védőoltást a NEAK nem finanszírozza

Jogszabályban rögzített módon ezen védőoltásokért **a pácienstől nem kérhető térítési díj**

Az oltást végző orvos feladatai:

- állapotfelmérés, tájékoztatás, beleegyezés kérése
- az oltóanyag tárolása, beszerzése, vényen történő elrendelése
- az injekció elkészítése, beadása
- megfigyelés, szövődmények esetén azok ellátása
- dokumentáció, veszélyes anyag megsemmisítése
- szakmai felelősségvállalás

Kizárólag **az influenza oltás esetén és csak akkor jár érte a háziorvos számára díjazás – az indikátor rendszer alapján –** ha az adott praxisra meghatározott átoltottságot (30-50%) eléri az orvos.

A teljesült munka elvégzéséért jár díjazás a háziorvos számára, azonban az átoltottság mértékét rengeteg, nem az orvostól függő körülmény befolyásolja. Pl. a NEAK a célcsoportja számára nem teszi azt kötelezővé, nem teszi a biztosítási jogviszony feltételévé (nem szankcionálja, nem jutalmazza) Továbbá a társadalmi közhangulat, média, összeesküvés elméletek, páciensek hozzáállása, járványügyi helyzet, betegek elutasító attitűdje befolyásolja.

JAVASLAT

Járványügyi érdekből **nem kötelező** védőoltással történő, a páciens számára **államilag támogatott, térítésmentes** védőoltással történő immunizálás (jelenleg: influenza, HPV, pneumococcus, meningococcus) esetén, minőségi indikátorként, fizessen Központi finanszírozás (NEAK) a 284/1997. Kormányrendeletben meghatározott mértékű – jelenleg 2000 Ft – **immunizálási díjat oltásonként.**

Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő, **a páciens által megvásárolt** védőoltással történő immunizálás esetén, **a páciens továbbra is fizesse** meg a 284/1997. Kormányrendeletben meghatározott mértékű – jelenleg 2000 Ft – immunizálási díjat.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

284/1997. Kormányrendelet

FELTÉTELRENDSZER

–

FORRÁSIGÉNY

Indikátorrendszerben a járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő, a páciens által megvásárolt védőoltással történő immunizálás díja.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Egyértelmű, tiszta, korrekt szabályozási, elszámolási rendszer.

Az eddigi gyakorlatban folytatott ingyenmunka megszüntetése.

Valódi teljesítménynövelő tényező beépítése a finanszírozási rendszerbe.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: azonnal

29. Degresszió

PROBLÉMA

- Bizonyos kártyaszám fölött, nem kapja meg a teljes kártyapénzt a háziorvos/házi gyermekorvos, ennek értékét degressziós számítással csökkentik.
- Egyre több a tartósan betöltetlen praxis (jelenleg 400 felett), ezért egyre nagyobb a teher ezen praxisokat ellátó kollégákon.
- A háziorvosok/házi gyermekorvosok 40-48%-a nyugdíjas korú, így a betöltetlen praxisok száma az elkövetkezendő évek alatt várhatóan többszörösére fog emelkedni (a folyamat megállításához évi 300-400 új háziorvosnak kellene a rendszerbe kerülnie, éveken át...)
- Minden páciensnek (elvileg) kellene biztosítással rendelkeznie – így elég furcsa a mai gyakorlat, hogy a teljes biztosítást fizető, a háziorvosi szolgálatot folyamatosan igénybe vevő páciens után miért nem kapja meg a háziorvos a kártyapénzt.
- Több páciens egyértelműen több feladatot jelent a praxisteam számára.
- Minden praxisban van legalább 50-100 fő, akit NEAK nem finanszíroz. A csúsztatott finanszírozásnak köszönhetően ennek a tisztázása gyakorlatilag lehetetlen (ennek száma országosan elérheti a 300-600.000 főt!!)

Hány praxist érint a degresszió?

A 2017. január havi adatok alapján.

Típus	**Háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálatok száma**	**Degresszió alá eső szolgálatok száma**	**Degresszió alá eső szolgálatok aránya %**
Felnőtt	3 543	1 820	51.4%
Gyermek	1 515	662	43.7%
Vegyes	1 502	185	12.3%
Együtt	6 560	2 667	40.7%

Mennyi a degresszió miatt visszatartott éves praxisfinanszírozás?

Mivel zárt kasszáról beszélünk azt mondhatjuk elsődlegesen, hogy 0 Ft, hiszen ha plusz forrás bevonása nélkül törölnénk el a degressziót, akkor a forint/pont érték csökkenésével járna. Ezáltal az eddig degresszált szolgálatok kártyapénze növekedne, az eddig nem degresszált szolgálatoké pedig csökkenne.

Típus	Összes alappont	Összes degresszált pont	Összes végleges pont	Összes végleges pont-degresszió nélkül	Degresszió alapján levont pont	forint/pont érték	Degresszió alapján levont kártyapénz (Ft)
Felnőtt	9 869 386	9 300 927	11 947 159	12 677 352	730 193	210.061	**153 385 045**
Gyermek	3 725 202	3 485 974	4 502 702	4 811 703	309 001	210.061	**64 908 998**
Vegyes	3 883 460	3 837 916	4 820 577	4 877 782	57 205	210.061	**12 016 466**
Összesen	17 478 047	16 624 817	21 270 439	22 366 837	1 096 398	210.061	**230 310 509**

JAVASLAT

A degresszióban lévő praxisok humánerőforrás kapacitásainak bővítésétét hangsúlyosabban elősegítő finanszírozási rendelet módosítása

A degressziót enyhítése céljából többlet rendelési idő vállalását elősegítő feltételek megteremtése

Hosszútávon adegressziót el kell törölni, a jelenlegi pont/Ft érték megtartásával, mely hozzájárulhat a finanszírozási szempontból életképtelen, tartósan betöltetlen körzetek integrációjához is, csökkentve ezáltal a tartósan betöltetlen körzetek számát

A TAJ szám ellenőrzéssel egyidejűleg be kell vezetni azt is, hogy az informatikai rendszer minden ellátásnál ellenőrizze, hogy adott páciens adott körzethez tartozik-e. Így a jogosulatlan átjelentések, és egyéb anomáliák könnyen kiszűrhetőek (ellátásonként).

A jogosulatlan átjelentést szigorúan szankcionálni kell (finanszírozás megvonással).

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

43/1999-es Kormány rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

FELTÉTELRENDSZER

Javasoljuk a degresszió enyhítését, hosszú távon eltörlését az alábbi feltételek mentén:

- További szakdolgozó, orvos foglalkoztatása esetén a degressziós ponthatár nagyobb mértékű megemelését
- Amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 3500 alappontot (szakszorzó nélkül) – a heti minimális rendelési idő emelkedjen 18 órára
- Amennyiben a praxis éves átlag alappontszáma meghaladja a 4000 alappontot (szakszorzó nélkül) – a heti minimális rendelési idő emelkedjen 20 órára, kivéve ha a praxis legalább napi 4 órában plusz szakdolgozót (nővért, orvos-írnokot, prevenciós nővért) vagy a háziorvosi/házi gyermekorvosi szakvizsgához szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet, illetve szakorvost alkalmaz a háziorvos felügyeletével

FORRÁSIGÉNY

Javasoljuk a degresszió eltörlésével együtt a jelenlegi pont/Ft érték megtartását, így a szükséges forrásigény évi 3 Milliárd Ft.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Tiszta viszonyokat szeretnénk, minden magyar biztosított után fizessen a NEAK teljes kártyapénzt!

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: visszamenőlegesen 2020. szeptember 1-től

30. Helyi Iparűzési Adó

PROBLÉMA

Jogszabály szerint az Önkormányzatoknak lehetőségük van az alapellátási vállalkozások számára elengedni az IPA-t, amennyiben a vállalkozás adóalapja nem haladja meg az évi 20 millió Ft-ot, és az adóalap legalább 80%-a közvetlen NEAK finanszírozásból származik.

Ezzel kapcsolatban probléma, hogy:

Az önkormányzatoknak ez csak egy lehetőség, és nem kötelezettség – számos település nem is adta meg ezt a kedvezményt.

Ez a két kritérium több vállalkozást is kizár az IPA-mentesség lehetősége alól, például:

- plusz ügyeleti ellátás – vállalkozás formájában, egy magánszolgáltatón keresztül,
- foglalkozás-egészségügyi plusz ellátás,
- a háziorvosi/házi gyermekorvosi vállalkozás egyéb (nem alapellátási) tevékenysége miatti plusz bevételek
- orvos-házaspárok plusz bevétele
- praxisközösségek plusz bevételei esetén
- iskola-egészségügyi ellátás

JAVASLAT

1990. évi C. törvény 39C. § (4)
Az (1)-(3) bekezdésben foglaltaktól eltérően az önkormányzat rendeletében jogosult a háziorvos, védőnő vállalkozó számára mentességet, kedvezményt megállapítani, feltéve, ha annak vállalkozási szintű iparűzési adóalapja az adóévben a 20 millió forintot nem haladja meg. Az adómentességnek, adókedvezménynek valamennyi háziorvos, védőnő vállalkozó számára azonosnak kell lennie.

úgy módosuljon, hogy

Az (1)-(3) bekezdésben foglaltaktól eltérően az önkormányzat rendeletében deklarálja, hogy az alapellátási vállalkozások esetében (háziorvosi/házi gyermekorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi, alapellátási ügyeleti, védőnői, iskolaorvosi ellátások) ***az alapellátás működtetéséért fizetett központi (NEAK) finanszírozás nem képezi a helyi iparűzési adó adóalapját****, vagyis a NEAK finanszírozás a helyi iparűzési adó tekintetében adómentességet élvezzen valamennyi alapellátási vállalkozás esetében.*

Ez a módosítás a továbbiakban mindenkire kiterjedő, átlátható, tiszta, korrekt viszonyokat teremt.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

1990. évi C. törvény 39C.

FELTÉTELRENDSZER

A NEAK által utalt finanszírozás után nincs IPA, minden egyéb bevétel képezi az IPA adóalapját.

FORRÁSIGÉNY

Központi plusz finanszírozást nem igényel.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Nem a HIPA mértéke a jelentős kiadás, hanem az adófizetési kötelezettség pszichés hatása, az elv a zavaró. Nem tudjuk, nem akarjuk elfogadni, hogy az önkormányzat saját, kötelező feladatát átvállalva, elvégezve, ezután az önkormányzat, a megbízó felé adókötelezettség terhel bennünket.

A javasolt változtatásokkal kifejeződne a közfeladat elvégzésének elismerése. A valódi vállalkozói alapon szerzett árbevétel természetesen más vállalkozásokhoz hasonlóan a HIPA alá esik. Ez más ágazatok által is tisztességes elveken nyugvó szabályozás.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés, bevezetés: azonnal

31. Cégautó, cégautó-adó

PROBLÉMA

Magyarországon a háziorvosi/házi gyermekorvosi minimumfeltételek között nem szerepel a gépjármű, így megfelelő finanszírozás sincsen hozzárendelve, holott elképzelhetetlen a mai magyar alapellátás gépjárműhasználat nélkül. És bár az alapellátás önkormányzati feladat, nem ismerünk az országban olyan önkormányzatot, amely biztosítaná az alapellátási praxisok számára a gépjárműhasználatot. Ebből a helyzetből adódóan a háziorvosok vagy a saját, vagy a cégük autóját használják alapellátási feladatokra, ritka kivétellel CSAK és KIZÁRÓLAG alapellátási feladatra.

A cégautó-adót meghatározó 2016. június 15-én kihirdetett jogi szabályozás alapján az alapellátási szolgálatok cégautó-adó mentességet élveztek (volna 2017.01.01-től) függetlenül attól, hogy az autót más feladatra is igénybe veszik-e vagy sem:

A gépjárműadóról szóló 1991. évi LXXXII. törvény

17/D.§ (Mentes az adó alól az a személygépkocsi,)
„f) amelyet az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 5. § (1) bekezdése szerinti alapellátási tevékenység ellátása érdekében, valamint az egészségügyi államigazgatási szerv törvény alapján kizárólag betegségmegelőző, gyógyító, egészségkárosodást csökkentő közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi alapfeladatának ellátása érdekében üzemeltetnek..."

AZONBAN a 2016. novemberi adócsomagba visszakerült a korábbi szabályozás:

17/D. §* Mentes az adó alól az a személygépkocsi,
*f)** amelyet kizárólag az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 5. § (1) bekezdése vagy 16. §-a szerinti tevékenység ellátása érdekében, valamint az egészségügyi államigazgatási szerv törvény alapján kizárólag betegségmegelőző, gyógyító, egészségkárosodást csökkentő közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi alapfeladatának ellátása érdekében üzemeltetnek,

Így az alapellátás ismét elveszti az adómentességét, melyet 2016 júniusában megkapott!

A kétszeres adóztatás kizárása *

17/F. § * A negyedévre fizetendő adóból levonható a személygépkocsi után az adóalany terhére az önkormányzati adóhatóság által megállapított gépjárműadó. Levonásra a negyedév azon hónapjaira jutó gépjárműadó esetén van lehetőség, amelyben a személygépkocsi utáni cégautóadó- és gépjárműadó-kötelezettség egyaránt fennállt, feltéve, hogy az adóalany a gépjárműadó fizetési kötelezettségének határidőben eleget tett.

JAVASLAT

Az alapellátás minimumfeltételeinek részét kell képeznie a gépjárműnek. Ehhez működtetési és amortizációs finanszírozást kell rendelni (kivéve, ha háziorvos/házi gyermekorvos a praxis ellátásához nem tartja szükségesnek gépjármű fenntartását, és erről finanszírozót írásban tájékoztatja).

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 5. § (1) bekezdése szerinti alapellátási tevékenység ellátása érdekében használt gépjárművek mentességet élvezzenek a cégautó-adó alól (kizárólagosság nélkül!), álljon vissza a 2016.06.15-i szabályozás!

Első lépésben – azonnali hatállyal – **praxisonként 1 autó esetében javasoljuk a kizárólagosság nélküli cégautó-adómentességet**.

Második lépésben az autóhasználathoz tartozó költségekhez javasoljuk plusz finanszírozás hozzárendelését:

- Gépjármű fenntartási átalánydíj: **70.000 Ft/hó/praxis**
- Gépjármű beszerzési átalánydíj: **70.000 Ft/hó/praxis**

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

A gépjárműadóról szóló 1991. évi LXXXII. törvény, és a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

FELTÉTELRENDSZER

A minimumfeltételek között szerepeljen a gépjármű, praxisonként 1 db.

FORRÁSIGÉNY

A gépjármű fenntartására, működtetésére, beszerzésére javasolt havi átalánydíj

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

Mindenki tudja, hogy a mai háziorvoslás elképzelhetetlen gépjármű nélkül. Viszont ennek sem a szabályozási, sem a financiális háttere nincsen biztosítva. Cél: tiszta szabályozási rendszer kialakítása.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020.

Bevezetés:

Cégautó-adómentesség kizárólagosság nélkül: 2021.

Gépjármű fenntartási átalánydíj: 2021.

Gépjármű beszerzési átalánydíj: 2022.

32. Magyar Kereskedelmi és Iparkamarai tagdíj

PROBLÉMA

2012. január 1-től életbelépő új rendelkezések alapján a gazdálkodó szervezetek (egyéni és társas vállalkozások) kötelesek:

- kamarai nyilvántartásba vételüket kezdeményezni,
- a kamarai közfeladatok ellátásához évente 5.000,- Ft kamarai hozzájárulást fizetni (a hozzájárulás összege önkéntes kamarai tagok esetén levonható a tagdíjból), amelyet a kamara igazolás kibocsátásával ismer el,
- a kamara pedig köteles részükre a törvényben meghatározott szolgáltatásokat (tanácsadás gazdasági, pénzügyi, adózási, hitelhez jutási kérdésekben; üzleti partnerkeresés és pályázatfigyelés) térítésmentesen nyújtani.

Ezzel kapcsolatban problémáink, hogy:

- Az alapellátási vállalkozások számára kötelező az Orvosi Kamarai tagság, és az ehhez fűződő kamarai tagdíj.
- Az alapellátási vállalkozások számára kötelező az Iparkamarai hozzájárulás megfizetése is.
- Az alapellátási vállalkozások számára a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara semmilyen szolgáltatást nem nyújt.

JAVASLAT

Azok az alapellátási vállalkozások (háziorvosi/házi gyermekorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi, alapellátási ügyeleti, védőnői, iskolaorvosi ellátások), amelyek esetében **a vállalkozás adóalapjának adóévben legalább a 80%-a alapellátási tevékenységből származik, és a vállalkozást működtető orvos az Orvosi Kamarai Tagdíjat megfizeti, mentességet élvezzenek a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara kamarai hozzájárulásának megfizetése alól**.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

Gazdasági kamarákról szóló 1999. évi CXXI. törvény

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG:

Nem az Iparkamarai tagdíj mértéke a jelentős kiadás, hanem a tagdíjfizetési kötelezettség pszichés hatása, az elv a zavaró.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés: 2020. Bevezetés: 2021.

33. Központi finanszírozás = vállalkozói díj

PROBLÉMA

A központi finanszírozás van, aki támogatásként, van, aki vállalkozói díjként kezeli, holott egy szolgáltatás ellenértéke, egyértelműen vállalkozási díj.

Támogatásként van megcímkézve, azonban adózás szempontjából mégis vállalkozói díjként viselkedik.

A NEAK (korábbi OEP) a felhasználását az utolsó forintig elszámoltatja. Viszont ha arról az oldalról közelítjük meg, hogy ez egy egészségügyi szolgáltatásnak az ellenértéke, vagyis egy vállalkozói díj, akkor ennek elszámoltatását NEAK nem kérheti (kivéve, ha szolgáltató nem teljesíti a szerződésben vállalt feladatait).

NEAK könyvelési igénye nincs harmóniában a NAV könyvelési igényével, ilyen szempontból – teljesen felesleges – kettős könyvelést kell vezetni.

A finanszírozási összege elégtelen – nincs összhangban a valós kiadásokkal (szolgáltatás – ellenszolgáltatás). Eddig senki sem törekedett a finanszírozást a valós költségekhez igazítani. Nem tartalmaz amortizációt, fogyóeszköz-igényt, autó-felhasználást, életpályamodellt, felesleges degresszióval szűkített.

Az Önkormányzatok pontos feladata nincsen jogszabályban rögzítve, az önkormányzat feladatához nincsen konkrét, számon kérhető finanszírozás hozzárendelve.

A háziorvos vállalkozók NEAK-kal és az önkormányzattal kötött szerződése kettős, közjogi és magánjogi természetű. A feladatellátás vonatkozásában a közjognak, a finanszírozás szempontjából a magánjognak kellene érvényesülnie. Azonban a finanszírozással kapcsolatos konstrukció nem teszi lehetővé, hogy a Ptk. egyik alapelve, a szolgáltatás-ellenszolgáltatás egyensúlya érvényre jusson. Annak ellenére, hogy ezt az egyensúlyt nem csak a Ptk., hanem a 2005/842/EK, majd ennek a helyébe lépő 2012/21/EU bizottsági határozat ill. az Eb. tv. alapján is biztosítani kellene, és az alapellátó szolgáltatókat a valós ráfordítások, nem pedig a rendelkezésre álló források alapján kellene ellentételezni. Így az alapellátó vállalkozások finanszírozása jogellenes, államilag tervezetten veszteséges, ezért (noha államilag kötelező közfeladatot látnak el) önmagukban fenntarthatatlanok.

Nincsen olyan jogszabály, amely rögzítené, hogy milyen típusú és mekkora forrást kell az önkormányzatoknak a feladatot átvállaló háziorvos számára biztosítani. Ebből következően megállapítható, hogy kötelező módon az alapellátást gyakorlatilag csak az Egészségbiztosítási Alap finanszírozza, kötelező önkormányzati vállalások nincsenek a feladat ellátásához hozzárendelve.

JAVASLAT

Az Önkormányzat pontos feladatának jogszabályban rögzítése, és ehhez konkrét, számon kérhető finanszírozás rendelése

A Központi finanszírozás vállalkozó díjként történő kezelése

A jelenlegi Központi finanszírozás egyes elemeinek elkülönítése, a valós költségekhez történő igazítása, 3 fizetési kategória kialakítása

- *Vállalkozói díj* – Központi Finanszírozó felé elszámolást nem igényel **(kivéve, ha vállalkozó nem teljesíti a szerződésben vállalt kötelezettségét)**
- *Fix feladatra folyósított átalánydíj 1* - Központi Finanszírozó felé elszámolást nem igényel **(kivéve, ha vállalkozó nem teljesíti a szerződésben vállalt kötelezettségét)**
- *Fix feladatra folyósított átalánydíj 2* - Központi Finanszírozó felé elszámolást igényel

Konkrét javaslatok az egyes finanszírozási elemekre, azok felhasználására, kategóriákba sorolására (a jelenlegi finanszírozási szisztéma, a háziorvosi/házi gyermekorvosi praxisok valós költségeinek a felhasználásával):

1. Vállalkozói díj – Központi Finanszírozó felé elszámolást nem igényel

- HSZ fix díj
- HSZ teljesítményarányos díj (életpályamodellként növelt szakmai szorzóval, degresszió nélkül, másodszakvizsgák-, licence vizsgák figyelembevételével)
- Indikátor elszámolás (kezelés, gondozás)
- Jogviszony ellenőrzési díj
- Eseti ellátás díja
- Iskola-orvosi ellátás díja

Ennek a kategóriának kell fedeznie a praxis dolgozóinak a bérköltségét (a szabadságokat is beleértve). Összhangban kell lennie a praxis nagyságával, összetételével, a praxisban eltöltött idővel (életpályamodell), a szakmai munka minőségével (másodszakvizsgák, licence-ek, indikátorok), a szakdolgozói létszámmal

Szükséges beavatkozás: *életpályamodell bevezetése, degresszió eltörlése, másodszakvizsgákhoz-, licence vizsgákhoz plusz finanszírozás rendelése, indikátorrendszer átalakítása, kibővítése*

2. Fix feladatra folyósított átalánydíj 1 – Központi Finanszírozó ***felé elszámolást nem igényel***

- „Területi díj" (egyszer-használatos eszközök, sürgősségi gyógyszerek, kötszerek, tintapatron, nyomtatványok, tisztítószer egyéb fogyóeszközök, egyszeri díjak stb.)
- Rezsitámogatás (víz, villany, gáz, telefon, internet, veszélyes hulladék, informatika, riasztó, bank, biztosítások)
- Gépjárműtámogatás – üzemeltetés, beszerzés

Ez a kategória hivatott a praxis működési költségeinek a fenntartását biztosítani.

Szükséges beavatkozás: *az autó üzemeltetési, beszerzési költségeihez átalánydíj rendelése*

3. Fix feladatra folyósított átalánydíj 2 – Központi Finanszírozó ***felé elszámolást igényel***

- Eszköztámogatás, amortizáció – havi 50.000/100.000 Ft, 3 évenkénti elszámolás
- Indikátorok (diagnosztikai vizsgálatok – teljesítményarányos díjazás)
- Páciens számára nem kötelező, térítésmentes oltások teljesítménydíjazása
- Praxisközösségi prevenciós munkáért, csoportpraxisok működtetéséért fizetett támogatás, eszközfelhasználás
- Védőnői szolgálatok működtetése

Ez a kategória a rendelő eszközparkjának a fenntartását, ill. az alap NEAK szerződésen felüli feladatok elvégzésének, egy XXI.-ik századi minőségi ellátás financiális hátterét hivatott biztosítani.

Szükséges beavatkozás: *eszköztámogatás, teljesítménydíjazás bevezetése, praxisközösség-, csoportpraxis költségeihez finanszírozás rendelése, védőnői szolgálatok háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálathoz rendelése*

A következő oldalon található táblázat ***egy átlagos, jól vezetett és a szükséges eszközökkel megfelelően felszerelt*** háziorvosi/házi gyermekorvosi praxis havi működtetési költségeit veszi számba a Magyar Orvosi Kamara által javasolt orvosi díjtétellel, illetve a szakdolgozói bértábla szerinti összegekkel. A jelenlegi finanszírozás nem tartalmazza a 2. asszisztens bérköltségét, a jelenlegi átlagos finanszírozásból kb. bruttó 400.000 Ft orvosi bér kalkulálható ki.

A táblázat nem tartalmazza az egyéb szakdolgozók (dietetikus, gyógytornász stb.), a praxisközösségek, a csoportpraxisok kialakításának, fenntartásának a költségeit.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

FELTÉTELRENDSZER

A vállalkozó teljesítse a szerződésben vállalt kötelezettségeit.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG

A kettős könyvelés megszüntetése.

Egyértelmű, tiszta, korrekt, a hatályos jogszabályoknak megfelelő szabályozási, elszámolási rendszer.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA

Előkészítés: 2020. Bevezetés: 2021.

	Háziorvosi működési költségek	**Éves**	**Havi átlag**
Vállalkozói díj	Orvos bérköltség (50 éves orvos - **2020. évi MOK ajánlás szerint**)	19 784 172 Ft	1 648 681 Ft
	Nővér bérköltség (kötelező 8 órás - 50 éves nővér, **2020.01.01. E kategória**)	3 657 612 Ft	304 801 Ft
	Takarítónő bérköltség (4 órás - 50 éves, **2020.01.01. A kategória**)	1 167 192 Ft	97 266 Ft
	2. asszisztens bérköltség (4 órás - 50 éves, **2020.01.01. C kategória**)	1 453 356 Ft	121 113 Ft
	Az évi szabadság orvosi helyettesítésének a díja (1 hó)	1 648 681 Ft	137 390 Ft
	Az évi szabadság alkalmazottak helyettesítésének a díja (1 hó)	523 180 Ft	43 598 Ft
	A bérköltségekre rakodó közteher (19% - **visszafolyik az állami ktg-be)**	5 364 497 Ft	447 041 Ft
	Összesítés	**33 598 690 Ft**	**2 799 890 Ft**
Területi díj + Rezsidíj	Energia (víz, villany, gáz)	720 000 Ft	60 000 Ft
	Tisztítószer, fertőtlenítőszer	360 000 Ft	30 000 Ft
	Posta, telefon (vezetékes, mobil), internet	420 000 Ft	35 000 Ft
	Nyomtatvány, irodaszer, papír, festékpatron	240 000 Ft	20 000 Ft
	Gyógyszer, kötszer, orvosi segédanyag	600 000 Ft	50 000 Ft
	Egyéb anyagköltség (diagnosztikus tesztek - POCT)	600 000 Ft	50 000 Ft
	Veszélyes hulladék szállítás	180 000 Ft	15 000 Ft
	Háziorvosi szoftverkarbantartás	360 000 Ft	30 000 ft
	Honlap, betegelőjegyzés, betegtájékoztatók	180 000 Ft	15 000 Ft
	Riasztó - távfelügyelet	120 000 Ft	10 000 Ft
	Rendelőbiztosítás	96 000 Ft	8 000 Ft
	Gépkocsi karbantartás, javítás	480 000 Ft	40 000 Ft
	Üzemagyag (autó)	360 000 Ft	30 000 Ft
	Gépkocsi biztosítás	150 000 Ft	12 500 Ft
	Gépjárműadó (önkormányzat)	27 000 Ft	2 250 Ft
	Cégautóadó	132 000 Ft	11 000 Ft
	Könyvelési díj	480 000 Ft	40 000 Ft
	Bankköltség	180 000 Ft	15 000 Ft
	Felelősségbiztosítás	120 000 Ft	10 000 Ft
	MOK tagdíj	27 600 Ft	2 300 Ft
	Iparkamarai hozzájárulás	5 000 Ft	417 Ft
	Iparűzési adó	480 000 Ft	40 000 Ft
	Összesítés	**6 317 600 Ft**	**496 467 Ft**
Fejlesztés Képzés	Autó beszerzés, lízing	840 000 Ft	70 000 Ft
	Szakkönyv	30 000 Ft	2 500 Ft
	Továbbképzés + szállásköltség	240 000 Ft	20 000 Ft
	Eszköztámogatás - Műszervásárlás + karbantartás	1 200 000 Ft	100 000 Ft
	Összesítés	**2 310 000 Ft**	**192 500 Ft**
	Teljes összeg	**42 226 290 Ft**	**488 857 Ft**

34. Praxisjog

PROBLÉMA

A praxisjog **elvileg** a háziorvos személyes tulajdonát képező, egyrészt a hosszú távú működés biztonságát jelentő, másrészt egy anyagi tulajdont jelentő jog. A gyakorlatban az önkormányzatok ezt a működési jogot – ha az érdekük ezt kívánja – könnyedén átlépik, sok praxis praxisjoga pedig eladhatatlanságából adódóan vagyoni jognak nem tekinthető. Harmadrészt az eladás, a szükséges önkormányzati hozzájárulás, a praxisjog átruházása stb. sok visszásságra, konfliktusra ad lehetőséget.

JAVASLAT

Praxis-alapkezelő (tényleges) létrehozása, melyből a háziorvos nyugdíjazása, praxis elhagyása után megkapja a praxis ellenértéket (= 1 évi NEAK díjazását).

Pályakezdő/új háziorvos pedig a praxisjogot az alapkezelőtől (nem az elődjétől) veszi meg – államilag támogatott, hosszú távú, kedvezményes hitelkonstrukció keretében.

Praxisjogot csak és kizárólag orvos birtokolhat. Amennyiben háziorvos adott praxis praxisjogát az alapkezelőnek visszaadta, és az alapkezelőtől azt senki meg nem vette, adott körzet ebben az esetben betöltetlenné nyilvánítódik. A betöltetlen praxis helyettesítésének a megszervezése az Önkormányzat feladata. Az üres (megüresedő) praxisokra jelentkező orvosok személyét a praxisjog megvásárlása előtt az Önkormányzat ismerhesse meg, legyen választási joga. A praxisjog alapkezelőtől történő megvásárlásának feltétele lehet az Önkormányzattal megkötött feladatátvállalási szerződés.

Tartósan betöltetlen körzet esetén (6 hónapot követően) alapkezelő – törvényileg szabályozott módon – csökkentheti adott praxisjog vételi árát, ill. nyújthat hozzá állami, vissza nem térítendő támogatásokat.

ÉRINTETT JOGSZABÁLY

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

FORRÁSIGÉNY

Praxis-alapkezelő létrehozása.

HASZON, ELŐNY, EGÉSZSÉGNYERESÉG:

Országos egységes, tiszta, korrekt, államilag szabályozott praxis adás-vétel.

ELŐKÉSZÍTÉS, BEVEZETÉS TERVEZETT IDŐPONTJA:

Előkészítés: 2020.

Bevezetés: 2021.

V. Lakosság számára érzékelhető változások, egészségnyereség

Alapvetően azt kell elmondanunk, hogy a háziorvosi/házi gyermekorvosi szakma a demográfiai és financiális problémái mellett frusztrált, megkeseredett, hitevesztett. Az elmúlt 15 évben mindenki elmondta, mindenki támogatta, mindenki egyet értett abban, hogy az alapellátás megerősítésre, megújításra szorul. És bár anyagi támogatás érkezett az ágazatba, a szakmai megújítás ez idáig minden esetben elmaradt annak ellenére, hogy a szakma több konkrét javaslatot tett le az asztalra, és számos rendszerszintű anomália ellen tiltakozik évek óta.

A javaslatcsomag nagy nyeresége lenne, ha a háziorvosok/házi gyermekorvosok visszakapnák a hitüket, ha nem csak az aznapon szeretnének túljutni, hanem szeretnének többet tenni, megújulni, magasabb szintű háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátást nyújtani. Ez a változás alapvetően szükséges a teljes ágazati megújuláshoz.

A JAVASLATCSOMAG BEVEZETÉSÉVEL A LAKOSSÁG SZÁMÁRA RÖVID TÁVON (1-2 ÉVEN BELÜL) ÉREZHETŐ VÁLTOZÁSOK

A háziorvosi/házi gyermekorvosi eszközpark, rendelő felszerelésének a megújulása (régóta a fiók alján heverő eszközök előkerülése) (4., 11. fejezet)

A rendelői definitív ellátások számának jelentős emelkedése az új diagnosztikus eszközök (ABPM, Holter, INR, CRP stb.) és a kiterjesztett háziorvosi/házi gyermekorvosi kompetencia mindennapi használatával (4., 11., 27. fejezet)

Kevesebb szakrendelői, célzottabb laboratóriumi beutalások (14., 16., 17., 18., 24. fejezet)

Kevesebb felesleges háziorvosi/házi gyermekorvosi vizit, várakozás (igazolások, felesleges beutalók gondozásra, szakellátásra stb.) (14., 15., 17., 18., 24., fejezet)

Jobb, egységesebb házi gyermekorvosi – védőnői szakmai együttműködés (10. fejezet)

Egyszerűbb ügyintézés (4., 5., 6., 7.,8., 10., 11., 14., 17., 18., 24., 27. fejezet)

Rövidebb várakozási idő, hosszabb ellátási idő (4., 5., 6., 7., 8., 10., 16., 17., 19., 21., 22., 24. fejezet)

Nagyobb hangsúly a prevenciós ellátásokon (4., 5., 6., 7., 8., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 25. fejezet)

Gyorsabb segítség a hétköznapi sürgősségi eseteknél (20., 21. fejezet)

Gyorsabb információáramlás, ezáltal sokkal jobb együttműködés az alapellátók – szakellátók – kórházi orvosok között (16., 24. fejezet)

Szemléletváltás a betöltetlen praxisok sorsával kapcsolatban: az összevont praxisok létrehozásával olyan települések számára is elérhetővé válik az elfogadható szintű alapellátás, akiknek évek óta nincsen háziorvosa, nincsen felszerelt háziorvosi rendelője (6. fejezet)

A JAVASLATCSOMAG BEVEZETÉSÉVEL A LAKOSSÁG SZÁMÁRA HOSSZABB TÁVON (2-5 ÉVEN BELÜL) ÉREZHETŐ VÁLTOZÁSOK

A helyi szintű, lakosságközeli definitív ellátások további, jelentős fokú emelkedése (6., 7., 8., 9., 10., 11., 16., 24. fejezet)

A prevenciós szemlélet jelentős fokú emelkedése, a népegészségügyi szűrővizsgálatokon való megjelenések jelentős emelkedése, a nem kötelező védőoltásokkal történő immunizálás jelentős mértékű emelkedése (4., 5., 6., 10.,. 11., 13., 14., 16., 24., 28. fejezet)

Magasabb szakmai színvonalú háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátás (1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 16., 17., 21., 24., 25., 27.fejezet)