

04.10.29.

**Magyar Orvosi Kamara Háziiorvosi Szekció
konferenciája**

Dr. Kertai Aurél a MOK Háziiorvosi Szekció elnöke:

Kedves kollégák, örömmel üdvözlöm Önöket a jelen megrendezésre kerülő kongresszuson és megkérem a kongresszus levezető elnökét, Dr. Kalabay László professzor urat, hogy kezdje meg a kongresszus levezetését.

Dr. Kalabai László egyetemi docens (SOTE):

Sok szeretettel üdvözlöm a kerekasztal résztvevőit, meghívott vendégeinket, a szervezőket és minden kedves hallgatót. A kerekasztal címe, *Alapellátási kerekasztal az aktuális egészségügy politika tükrében,* örökvényű.
Ha az aktuális, mint a szó, szerepel a címben, akkor ez mindig aktuális lesz. Amikor a kerekasztal elnöki posztjára mfelkérést kaptam, - azt hiszem, három hónappal ezelőtt volt, nem gondoltam volna, hogy ennyi változás történik az egészségügyben. Nem tudom, Szervező Úr egyetért-e velem, lehet, hogy ő gondolta volna talán, én semmiképpen sem. Új kormánya, új miniszterelnöke van az országnak, az egészségügyi miniszter személye is megváltozott. Sok változás történt, van készülődés meglátjuk, hogyan alakul a jövő. Ezért is hívtuk össze az alapellátás, és nagyobb körben az egészségügy különböző területeinek képviselőit.

Úgy terveznénk a kerekasztalt, hogy először a Szervező Úr tart bevezetést, utána meghívottaink kapnak szót egymás után, a kivetített sorrendben. A sorrend véletlenszerű, nem fontossági sorrend. Utána kerülne sor az elhangzottak megbeszélésére, diszkussziójára.

Köszönöm szépen.

Dr. Kertai Aurél: Köszönöm szépen a megnyitóbeszédet, és akkor elmondanám, hogy én mire gondoltam, és tényleg azért, hogy az aktuális helyzetnek megfelelően, hisz amikor ennek elkezdtük a szervezését, akkor ez valamikor még áprilisban volt, hát ottan akkor egészen más problémák voltak. Kezdődött a területi ellátásszervezéssel, annak a problémája, amit a háziiorvosok szempontjából éreztünk, hogy az egzisztenciális veszélyeztetettség állapotába került volna a háziiorvos, hogyha az létre jött és megszavazta volna a Parlament. Aztán az közben kicsit változott, akkor lett belőle egy másik, háziiorvosok szempontjából az sem volt egy jó dolog semmilyen szempontból pozitív, de a törvény-tervezetnek volt egy rendkívüli jó hatása az orvostársadalomra, az, hogy egységesítette őket. A tervezet belátható gyengeségei során azért lettek támogatói is, így a MOTESZ meg az Irányított Betegellátók Országos Szövetsége állt ki mellette, hogy ez milyen jó lenne. Aztán az ötlet halmaz a sülylesztőbe került, amint tapasztalhattuk a sajtóból, és maradt a porondon az irányított betegellátási rendszer, egyelőre 2 millió fővel és a tervezet 50 milliós előterjesztése egyelőre úgy tűnik, nincsen a napirenden tartva.

Nemrégiben jelent meg a miniszter úrnak a praxisalappal kapcsolatos tájékoztatója. A praxisalapot a Kamara kezdeményezte évekkal előtt, ez év elején az Alapellátási Munkabizottság létrehozott egy koncepciót, több pontot is tartalmazott ez, és itt a praxisalapnak az egész koncepcióját megfogalmaztuk. Ezt jelentette be a miniszter úr. Az alapelvek jók, de egy gond, hogy a részletes szabályozás nem ismert, és mindig a részletekben vannak a problémák. Januárban bevezetésre kerülne egy olyan jogszabály-tervezet, aminek nincsen meg a jogszabályi ismerete, és kikből lesz az irányítás, kik fogják a praxisalapot irányítani, kik lesznek kuratóriumának, ha olyan fogja irányítani, a tagjai, kikből állnak? A praxisjog akkor tényleg esetleg meg tudna alakulni, mert az állna működtetési jogból és a koncessziós jogból, és ez gyakorlatilag szabályozná a praxisok működtethetőségét, eladhatóságát és esetleges végkielégítéseket. Ez is még nyitott kérdéseket hagy maga után.

Finanszírozásról. A finanszírozás az alapellátásban az tragikus. Folyamatosan nominálértéken csökken. A reálértéken számolva pedig nagyon-nagyon csökken. Vegyük a közüzemi áremeléseket, a gyógyszerek ÁFA-jának a bevezetését, háziiorvosi rendelőbe is kell vásárolni gyógyszert. Jelenleg a tavalyi szint megtartásához az Alapellátási Kassza 20%-os emelésére lenne szükség most januártól, hogy ugyanolyan gazdasági feltételekkel tudjunk továbbdolgozni, mint mondjuk egy másfél, két évvel ezelőtt.

A házi orvosoknak és az OEP szerződésnek a problémáját is szeretném azért hangsúlyozni, mert ez a szerződéskötés, amit kötünk az OEP-pel az gyakorlatilag jogszabályokon alapuló diktált szerződés. Nem az OEP találja ki, nem a házi orvos találja ki, hanem a jogalkotó, és akkor gyakorlatilag egy formai, egy kényszerszerződést kell, hogy aláírjunk.

A háziiorvosi életpályamodell, illetve az egész orvostársadalom életpályamodelljéből egy pár gondolat: Ezek csak kérdések, amire válaszokat nem tudom, hogy fogunk-e tudni kapni.

Először is, az elvándorlás. Az orvosok egy része jobb kereseti lehetőségek fejében elhagyja az országot tartósabban. Kiöregedik az orvostársadalom. Meddig dolgozzon a házi orvos? Haláláig, vagy míg megrokkanasáig?

Utánpótlás csökkenése. Nincsen, akinek a praxisát továbbadja. Nem vonzó a háziiorvosi pálya. Egyetemre jelentkezések csökkennek, azon belül a háziiorvosi irányba való képzés is csökken. Üres állásoknak a helyére figyelemmel, annak az okát is azért meg kellene nézni. Kettős dolog lehet, a helyi szociális problémák és a finanszírozásnak a gondja.

A munkaidő betarthatatlansága az alapellátásban is jelent gondot. Itt a központi ügyeleteknek a szervezése talán segítséget jelentene.

És aztán az elvándorlások után most jön a bevándorlás. Jönnek Magyarországra szép számmal a külföldiek, itt a képzési szintjüket – nem megsértve senkinek a személyét – azért meg lehetne kérdőjelezni. Ez vezethet a háziiorvosi szakma felhígulásához. Végzés után, új jogszabály-tervezet szerint, rögtön elmehet a praxisba, tudom, hogy idősebb kollégák 30–35 évvel ezelőtt ugyanezt tették, hisz egyetem befejezése után, hogyha valahol volt egy üres állás, elmehetett házi orvosnak, tehát ugyanolyan, gyakorlatilag betegellátási gyakorlat nélkül került ki, de hát úgy érezzük, hogy az elmúlt tízennéhány évnek a háziiorvosi képzése, családorvosi rendszer kialakítása az pont az irányban történt, hogy egy végzett, gyakorlatlaltal rendelkező házi orvos tudjon a területen dolgozni. Ezt én egy visszalépésnek tartom, és a háziiorvosi szakma felhígulásához vezet. Mi legyen a megoldás? Hát, erre a megoldásra csak nagy hatalmas kérdőjeleket lehet tenni, de van benne pont is, hogy mi az. Egyszerű. Pénzt kell vinni az egészségügybe; megfelelően vonzóvá tenni a pályát, vagyis az orvosoknak a megbecsülését társadalmi szinten kellene valahogy jobban megkapnunk, és itt a társadalmat gyakorlatilag a médiák befolyásolják. Nem lehet tapasztalni, én legalábbis még nem nagyon láttam, hogy valahol, a kitüntetésekén kívül, azt mondják, hogy itt ez a társaság, ez az orvoskollektíva jól dolgozik. Mindig csak a negatívumokat adja ki. Hát ezek a kérdések.

Válaszokat a háziiorvosi rendszer vár, igaz, hogy egyre csökkenő türelemmel.

Bocsánat, még a befejezés előtt – a következő ábrát legyen szíves. Ezt az ábrát csak azért vetítem föl, hogy az esélyegyenlőtlenségeknek a tipikus példája. Ez mutatja az országnak azon területeit, ahol az egészségügy és a betegellátottság az alsó negyedben van az országos átlagnak. Úgyhogy, hatalmas területek, amik további fejlesztésre szorulnak, és ez már sajnos nem a háziiorvosoknak a megoldási lehetőségei közé tartozik.

Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen a bevezetőt. Valóban rengeteg kérdés merült fel, amire reméljük, hogy legalább néhányra valamiféle irányelvet, valamiféle választ, kiutat mégis lehet pozitív irányban mondani ezen a kerekasztalon. Meg is kérném rögtön első meghívott előadónkat, Beke Éva doktornőt, aki az Országos Alapellátási Intézet szakmai igazgatója.

Dr. Beke Éva: Talán azon a gondolatsoron szeretnék végigmenni, amit Kertai doktor is végigvett. Az ellátásszervezéssel kapcsolatos dolog. Úgy gondolom, hogy valóban szerencsés, hogy ez pillanatnyilag nem valósult meg, elég sok olyan jellegű problémát vetett volna föl ennek a szervezetnek a létrejötté, ami a háziiorvosok szempontjából és az alapellátásban dolgozók szempontjából hátrányos lett volna.

A praxisalappal kapcsolatosan: nagyon jó dolognak tartom azt, hogy ha ez a praxisalap megvalósul, de nagyon sok kérdés felmerül, például, hogy ki fogja biztosítani a pénzt, a likviditást a praxisalaphoz? Ez milyen nagyságú összeg lesz, ki fogja működtetni a praxisalapot? Azt tudomásul kell venni, hogy

a praxisalapnak a létrejötté

alapvetően nem az hogy itt egy adásvétel történjen, hanem inkább azért, hogy azok a kollégák, akik nyugdíjba szeretnének vonulni vagy bármilyen egészségügyi ok vagy családi probléma miatt nem tudják a továbbiakban a munkát vállalni, nekik legyen lehetőségük arra, hogy az éppen nem kelendő praxisukat valahová be tudják adni, és ennek fejében egyfajta ellátáshoz juthassanak.

A finanszírozással kapcsolatosan nem tudok mást mondani, mint az utóbbi években a finanszírozás nagymértékben csökkent, devalválódik az egész rendszer, és mindenféleképpen szükség lenne arra, hogy ebbe a rendszerbe pénz kerüljön. Szerény számításaink legalább 8–10 milliárd forintba lenne szükség az alapellátásban ahhoz, hogy az a megfelelő szinten tudjon működni és a mai európai elvárásoknak meg tudjon felelni. Hiszen ha a prevencióra gondolunk, mindenféleképpen szükséges lenne, hogy egyre nagyobb mértékben a prevenció előtérbe kerüljön. A háziiorvosoknál pillanatnyilag a prevencióra külön finanszírozás nincs.

Voltak próbálkozások – talán 1997-ben volt az első próbálkozás –, amikor is előírták a háziiorvosoknak, hogy milyen prevenciós munkát kell végezni, de ugyanakkor a finanszírozás végül is elmaradt. Tehát kár, hogy a prevenció így ezen a síkon elsiklik, pedig a jövő mindenféleképpen a prevencióban van.

Az OEP szerződésekkkel kapcsolatosan, hát valóban kicsit jobb lenne, ha ebben is némi változás történhetne, hiszen nem mindig előnyösek ezek a szerződések az orvosok számára, és ez talán elriasztja azokat, akik a háziiorvosi rendszerbe szeretnének bekerülni, és nem biztos, hogy a fiatalok minden esetben felvállalják ezeket a problémákat.

A háziiorvosi életpályamoddal és az elvándorlással kapcsolatosan az a véleményem, hogy ha megnézzük a háziiorvosi korlát, akkor akár még tíz évvel ezelőtt a korfa az a 40–55 éves korosztály között volt, mára ez lényegesen eltolódott és a 60– és azon felüli korosztály felé tendál egyre jobban. Nagyon sok kolléga van, aki szinte valóban az utolsó percig dolgozik és egyszerűen nem engedheti meg magának azt, hogy kellő időben menjen nyugdíjba, hiszen a nyugdíjából nem tudja azt életszínvonalat biztosítani, amit addig megengedett magának

.. Ugyanakkor a fiataloknak pedig nem igazán vonzó ez a rendszer, amely egyre nagyobb terhet ró a háziiorvosokra, egyre nagyobbak a követelmények a háziiorvosokkal szemben, egyre nagyobb az igény a társadalom részéről is a háziiorvosokkal szemben, valamint a

felettes szervek részéről is. Hiszen az előbb említettem a prevenciós tevékenység

is, nem kis problémát jelent és fog jelenteni, az elkövetkezendő időben a háziiorvosoknál. A prevenció megvalósításában nagyon fontos szerepük lenne a szakdolgozóknak, viszont egy háziiorvosi praxisban pillanatnyilag a jelenlegi finanszírozásból csak egy szakdolgozót tudnak tartani az orvosok, ez pedig ahhoz, hogy egy jó prevenciós munka valósulhasson meg, mindenféleképpen kevés.

Az üres állásokkal kapcsolatosan: elsősorban azokon a területeken vannak üres állások, ahol szegényebb a régió vagy község és ezért üres a háziiorvosi praxis akár már évek óta is. A társadalomnak az összetétele is olyan hogy nagyobb számban fordulnak elő roma közösségek. Nem biztos, hogy a háziiorvosok elsősorban ezekben a községekben szeretnék az életüket eltölteni. De azoknak, akik viszont felvállalják azt, hogy ezekben a praxisokban dolgozzanak, esetleg ezekben az üres praxisokban munkát vállalnak mindenképpen egy pluszfinanszírozáshoz kellene hogy jussanak. Ez is talán egy életpályamodellhez hozzá tudna járulni.

A központi ügyeletekkel kapcsolatosan az a véleményünk, hogy mindenféleképpen fontos a központi ügyeletek megvalósítása, a sürgősségi ügyeletekkel történő összekapcsolása, hiszen ez jelenti a jövőt. Nem feltétel, hogy egy épületen belül legyen az OMSZ-szal, de az OMSZ-szal való közös együttműködésre mindenféleképpen a sürgősségi betegellátás szempontjából szükség van. A Minisztérium is a pályázataival azt preferálja, hogy ezek a központi ügyeletek létrejöjjenek. A készenléti ügyeletek már az európai uniós elvárásoknak, követelményeknek nem felelnek meg, tehát mindenféleképpen ezeket fel kell számolni, és tulajdonképpen 2005. december 31-éig tudomásom szerint meg is kell szűnniük.

A külföldi orvosokkal kapcsolatosan majd a „jövő zenéje” lesz, hogy hogyan alakul az országban a helyzet. Hogy tudjuk megtartani az orvosokat itthon, hiszen a magyar orvosok nagyon jól képzettek és Európában, különösen én úgy láttam, hogy Angliában nagyon nagy a kereslet a magyar orvosok iránt.

Azt hiszem, hogy Kertai doktor főbb gondolatain próbáltam végigmenni, és ezeket egy kicsit a saját szemszögemből interpretálni. Amit még hozzá szeretnék tenni, hogy problémát jelent a szakképesítés megszerzése, és itt szóba került az, hogy visszatérnénk ahhoz a rendszerhez, ami volt évekkel ezelőtt, hogy az egyetem után valaki rögtön elmehet háziiorvosnak. Mi ezt nem így képzeljük el, mindenféleképpen a rezidensi rendszert fenn kell tartani, hiszen az európai elvárásoknak ez felel meg, de úgy gondoljuk, hogy egyfajta „részállású rezidentúra” mellett lehetne munkát vállalni a fiataloknak. Ez feltételezi azt, hogy továbbra is a képzésben részt vesznek és ennek a képzésnek a végén ugyanúgy szakorvosi vizsgát, licencvizsgát kell tenni, mint a jelenlegi rendszerben. Tehát nem szeretnénk, hogy a háziiorvosi rezidensi képzésben visszalépés történjen..

Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen a beszámolót. Át is adnám a szót akkor Kőrösi László főosztályvezető-helyettes úrnak, az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól.

Kőrösi László: Köszönöm szépen a szót. Én is választanám azt az utat, hogy szekcióvezető úr szavaira reflektálnék, különösen külön előadásanyaggal én sem készültem.

Az OEP részéről, úgy gondolom, hogy itt elsősorban a finanszírozás az, ami minket érint és Önöket is leginkább ez érdekli részünkről. El kell mondjam, hogy amik itt előzőleg elhangzottak, ezek nem teljesen pontos hivatkozási alapok. Finanszírozás az elmúlt években hál' istennek nem csökkent, legalábbis nominálértékben, reálértékben viszont nyilván lehetnek elmaradások. Sajnos nem csak a háziiorvosi finanszírozásra igaz, hanem az egészségügy teljes finanszírozását érintheti, hogy az elmúlt időszakban, elsősorban itt a 2004. évet kell figyelembe venni, tehát nem sikerült annyi pénzt beletenni a kasszába, mint amennyit szerettünk volna, talán a 2005. év javulást hozhat. Mindenképpen egy inflációkövető növekménnyel számolunk, de talán előlött is sikerül néhány százaléknyi pluszforráshoz jutnia az egész alapnak, ezen belül a háziiorvosi ellátás, reméljük, hogy több forrást kaphat.

A finanszírozás lényegi elemeiben változás valószínűleg nem lesz jövő évben, tehát nem fog bekövetkezni az, amire tavaly ígéretet kaptunk, hogy a finanszírozás egyik eleme tényleges teljesítményhez kötődjön, ez most már majdnem biztos, hogy nem fog jövőre megvalósulni; tavaly került bevezetésre, inkább az év elején a háziiorvosi szolgálatok tételes betegforgalmi jelentése. Ez gyakorlatilag egy olyan lehetőség, amely már Önök előtt is nyitva áll, viszont jelenleg még ez egy opcionális dolog. Tehát arról van szó, hogyha Önök a havonta elvégzett teljesítményükről, illetve a napi tevékenységükről egy meghatározott rekordkép alapján jelentést küldenek az OEP felé, és erre előzőleg külön szerződést kötnek, akkor megtehetik, hogy havonta leadják a jelentésüket és ezért némi pluszfinanszírozás jár. Ez az a rendszer, ami hogyha széles körben elterjedne, alapot biztosítatna arra, hogy legalább a finanszírozásnak egy része valódi teljesítményelvű finanszírozás legyen, ugye amit most teljesítménydíjnak hívunk, valójában semmi köze a teljesítményhez, ez a bejelentkezettek létszáma alapján egy normatív finanszírozásnak felel meg valójában.

Fontos tétel még a 229/2001-es kormányrendeletben definiált eszköz és ingatlan támogatás. Elterjedt korábban ezzel kapcsolatban olyan pletyka, hogy esetleg ez a rendszer megszűnne, jelenleg nem tudunk arról, hogy bárki is meg akarná ezt a rendszert szüntetni, tehát jövőre várhatóan a jelenlegi formájában fog továbbélni a rendszer.

Prevenció. Prevencióhoz vissza kell mutassak az előbbi gondolatsorra, tehát a tételes betegforgalmi jelentéshez kötődne valamilyen formában ez a preventív tevékenység, külön díjazás is ahhoz kötődne, tehát az, hogy prevenció, teljes körben a háziiorvosi kasszában, erre külön tételként megjelenjen, biztos, hogy nem járható út, tehát most már annak lehet lehetősége, hogy tényleges preventív tevékenységet finanszírozzon az OEP valamilyen formában. Ahhoz önmagában kevés, hogy egy rendelet vagy bármi előírja a háziorvosok részére, hogy ezt a preventív tevékenységet végezzék is. Igenis, tehát ennek valamilyen formában személyhez kötötten meg kell jelennie, hogy preventív tevékenységet végez, de konkrétan ilyen és ilyen preventív tevékenységet ilyen és ilyen biztosítottaknál.

Praxisalap, ami nagy kérdés. Ehhez igazából az OEP-nek sok köze nincs, nem is volt és nem is hiszem, hogy lesz. Alapvetően maga a praxisalap a működtetési jog adásáról és vételéről szólna, talán az Egészségügyi Minisztérium illetékesei, akik ezzel kapcsolatban bármilyen konkrétumot tudnának mondani. Jelenleg ők nincsenek közöttünk.

Én köszönöm, igazából ezeket a gondolatokat fűztem volna hozzá, hogyha bármilyen kérdés vagy konkrét felmerülő probléma van, azzal kapcsolatban is szívesen állok rendelkezésükre.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen a rövid de annál tömörebb beszámolót. Tovább is adnám a szót Hazay Balázs doktornak, aki a Magyar Orvosi Kamara Foglalkozás-egészségügyi szekciójának az elnöke.

Dr. Hazay Balázs: Köszönöm szépen a meghívást. A múlt ismerete nélkül a jelent nem tudjuk értékelni. Szeretnék beszélni egy pár szót a múltról.

1992-ben kezdtük előkészíteni azt a folyamatot, hogy az OEP által finanszírozott területről

leválva, a foglalkozás-egészségügy egy másfajta finanszírozásra térjen át. Az alap kiindulásban szerepelt a „kinek az érdeke” elve. A munkáltató érdeke az, hogy olyan emberek dolgozzanak, akik a tevékenységet egészség károsodás nélkül tudják végezni. Az orvosnak az érdeke, mivel ebből él, hogy a munkavállalókat olyan ellátásban részesítse, munkáltatói megelégedéssel, hogy ők optimálisan tudják elvégezni munkájukat. Az államnak érdeke kiszállni a finanszírozásból de érdeke az is, hogy a munkáltatók által elvállalt feladatok teljesítése megtörténjen. A fentiek alapján kézenfekvő, hogy ezt a tevékenységet a munkáltatónak kell fizetni.

1995-ben 800 főállású üzemorvos kikerült az „utcára” megszűnt az állása, az OEP finanszírozása. De megjelentek a XCIII/1993-as munkavédelmi törvény végrehajtási utasításai. A törvény szerint minden munkáltatónak, minden munkavállalóra kötelező foglalkozás-egészségügyi ellátást kell biztosítani. A végrehajtási utasítások ezek mikéntjét szabályozzák. Tulajdonképpen a foglalkozás-egészségügyi orvosok nem kaptak rendelőt és nem is kértek. Nem kaptak műszereket és nem is kértek. Egy olyan kényszerpályára voltak állítva, hogy saját erőből kellett a vállalkozásaikat létrehozni. De megvolt a piac, ott volt az a lehetőség, hogy minden munkáltatónak igénybe kell venni a szolgáltatást. Gyorsan fölálltak a szolgáltatások és elkészítettük az úgynevezett fejkvóta rendszert. A fejkvóta rendszer olyan számításon alapult, hogy az egészségügy egy kis területén tisztességes orvosi bérek alakuljanak ki, és tisztességes háttér, egy olyan háttér, ahol megfelelő munkát lehet végezni, színvonalas munkát. Naiv elképzelések. Hihetetlenül naiv elképzelések. Eltelt 9 év, mert 1995-ben lett bevezetve, és mi a mai valóság? Mások is meglátták ebben az üzleti fantáziát, itt lehet pénzt keresni, lehet pénzekhez jutni.

És akkor teljesen jogosan, mert nem volt annyi üzemorvos, hogy a mintegy 3 millió munkavállalót ellássa, elkezdődött a tömeges szakorvos képzés. 3 év alatt mintegy 1 500 orvos szakvizsgázott. Én azt hiszem, a magyar orvoslás történetében ilyen szakvizsgáztatási teljesítmény még nem fordult elő. Nem akarom méltatni, hogy a tisztelt kollégák, hogy szerezték be az igazolásukat, hogy főállású tevékenységben hány évet töltöttek el ezen a területen, de a lényeg az, hogy szakvizsgára bocsátották őket.

A fejkvóták mértékét tárgyaló Érdekvédelmi Tanács albizottsági ülésein résztvettem. Ezen a következő megállapodás történt a kormány, a munkáltató és a munkavállalói képviselőik részéről: Az 1. számú mellékletben lévő fejkvótát kell alkalmazni, magasabb összegben is megállapodhatnak, ha a körülmények ezt indokolják.

Azt a szövegezést amire kezet fogtunk megváltoztatták. A következőképpen hozták ki: Eltérő megállapodás hiányában az 1. számú mellékletben lévő fejkvótát kell alkalmazni.

Ez megváltoztatta a korábban már vázolt törekvéseinket. Miért? A munkáltató ebben a pillanatban azt vette észre, hogy ő versenyeztethet, és a referenciákkal nem rendelkező szolgáltatók közül nyilván azt választotta, aki a legalacsonyabb ajánlatot tette az összegre, vagy a személyes kapcsolatok döntöttek.

A munkáltató megkapta az ajánlatot az ellátás összegére mire közölte, hogy a kollégája ennél olcsóbban vállalkozik. Nyilván erre gondolkodóba esett és mivel félt, hogy nem ő kapja az üzletet ő még olcsóbbá vált. Egyik nagyobb városunkban ahol az önkormányzati dolgozók mintegy 6 200-an vannak az őket ellátó orvos felhív, hogy egy tisztelt kolléga, az ellátásért 1 500 forintért vállalná míg ő ezt eddig 3800 forintért csinálta. Az önkormányzat meg van elégedve a munkájával, de kevés a pénze és nem tud ennyit fizetni ezért félő, hogy az 1500-as ajánlatot választja. Ugye milyen szépen degradáljuk saját magunk az orvosi munka értékét?

Az Orvosi Kamara foglalkozás-egészségügyi szekciója kezdeményezésére minden évben a díjtétel-egyeztető bizottság javaslatára az Orvosi Kamara elnöksége ajánlást tesz a fejkvóták nagyságára. Ez tulajdonképpen az 1995-ben létrejött kormányrendeletben szereplő áraknak az infláció mértékének megfelelő emelése a szinten tartás érdekében. 20004-ben ezek az összegek A kategóriában 16 000 forint évente, B kategóriában 13 500 forint, C kategóriában 10 500 forint, és D kategóriában 8 000 forint.

Ehelyett ez a kolléga 1 500 forintot ajánlott ezeknek az ellátására. Van olyan pályázati anyagunk, amiben a tisztelt kolléga 800 forintot ajánl a fejkvótára. Kérem szépen, ez az a terület, amikor az orvosoknak nincs jogalapjuk rámutogatni az OEP-re, az államra, a miniszterre, hanem itt egymásra kell mutogatni. Hogy ki csinálja ezt? Hogy élünk mi? Igaz, kényszerhelyzetben egzisztenciális okok miatt. De tulajdonképpen én azt hiszem, hogy itt ha az orvosok között nincs egy olyan összefogás, akkor ennek a tevékenységnek a súlyos degradálása következik be. És ez mit okoz?

Óriási színvonalvesztést! Tegnap a foglalkozás-egészségügyi konferencián, ahol mintegy 170 ember vett részt, elmondtuk, hogy fontos dolognak tartjuk a minőségbiztosítási rendszer kiépítését a szolgáltatóknál. Ez bizony sok

pénzbe kerül, de a fejkvóta rendszerbe ha betartjuk, ezek fedezete

benne van. És benne van a tisztességes bér és vonzatai, a rendelő fenntartási költségei, a tovább képzés, az utazás, az ügyvédi, banki költségek és minden ami szükséges a színvonalas ellátáshoz. a. Itt nem mondhatja azt az orvos, hogy én nem tudom ebből kihozni. Ki tudná hozni, de természetesen 1 500 forintos fejkvótából nem tudja kihozni. Tehát tulajdonképpen szükség lenne egy olyan összefogásra, elsősorban megyénként megszervezve a foglalkozás-egészségügyet, hogy megfelelő színvonalon lehessen ezt végezni.

Az üzemorvoslás olyan terület lett a pénz miatt, ahol kétharmad része résztvevénységgént végzi azt.

Szakmailag nehéz elismertetni és elfogadtatni egy olyan területet, ahol kétharmada részállásban csinál egy szakmát és csak egyharmada főállásban. Én mindenképpen azt mondom és azt kell képviselnem, hogy előnyt kell élveznie a főtevékenységben végzőnek.

Minden szakorvosnak lehetősége van választani, mit akar végezni főtevékenységként.

De mindenképpen szükség van a résztvékenységként dolgozó üzemorvosokra.

De a résztvékenységet megfelelő színvonalon, tisztességgel kell elvégezni és nem lehet elfogadni, hogy akinek

2 400 kártyája van a háziorvosláshoz, akkor még vállalja

800 vagy 1 000 ember foglalkozás-egészségügyi ellátását. Azért, mert egyszerűen nem jut rá idő, a tisztességes ellátásra. Tudom, hogy kényszerhelyzetben vannak, tudom, hogy rossz anyagi helyzetben van a háziiorvosi szolgálat, de megfelelő minőségi színvonalat kell biztosítani az ellátásban.

Köszönöm szépen, és állok rendelkezésre, bárkivel vitatkozom, bárkivel... és mindent megértünk, csak ne degradáljuk az orvosi tevékenységet. Saját magunk visszük le annak értékét. A megyékben meg kell egyezni, össze kell jönni, meg kell beszélnünk és igenis egy véd és dacszövetséget kell létrehozni. Fel kell állítanunk saját rendszerünket a kívánt színvonal eléréséhez. Igénytelen munkavégzéssel ne verjük szét ezt a szakterületet.

Dr. Kalabay László: Amikor elkezdtem ezt az elnöklést, most arra gondoltam, hogy kommentár nélkül fogom átadni a szót sorban, meghívott vendégeinknek, de azért hadd mondjak annyit, hogy ha a Kamara szemszögéből nézzük, ez egy több száz éves probléma. Itt a Kamara eredeti funkcióját, a céh és a foglalkozási összetartást kellene valóban forszírozni, nagyon egyetértek az utolsó néhány mondattal. Ez tulajdonképpen a hozzászólásom lényege. Tovább is adnám a szót Simek Ágnesnek, a Falusi Családorvosok Országos Szövetségének elnökének.

Dr. Simek Ágnes: Köszönöm szépen. Kedves Kollégák! Ugye a szekciónak az a címe, hogy egészségügy politikai kérdések. Azt, hogy ezt a háziorvos és alapellátó orvostársadalom mennyire tartja fontosnak, vagy mennyire érzi úgy, hogy valamiféle befolyása lehetne ennek a politikára, az mutatja, hogy hányan vagyunk itt a teremben. Ha nagyon erősen kihúzzuk magunkat, akkor kiderül, hogy mi vagyunk itt többen. Ezt sajnos tudomásul kell venni, és az első és legfontosabb, amit nagyon szeretnénk elérni, hogy az egészségügy egyszer ne politika

legyen. Ne négyévenként változzon attól, hogy most jobbra vagy balra, balközép vagy jobbközép, hanem legyen egy olyan hosszú távú, legalább egy fél emberöltőt átívelő 15–20 éves program, amibe bele lehet illeszteni egy csomó mindent, és lehessen leültetni a politikusokat úgy, hogy most felejtsék el a pártállásukat és azt nézzék meg, hogy milyen egészségügyi mutatók vannak, ez alapján mit kellene tennünk és ezt hogyan tudjuk megvalósítani technikailag, financiálisan.

Amint mi mindenképpen nagyon szeretnénk, az az, hogy legyen minőségbiztosítás. Ennek az az alapja, hogy fel kéne mérni, hogy milyen egészségi állapota van ma Magyarországnak, a magyar népességnek. Erre történtek kezdeményezések, nagyon büszke vagyok arra, hogy az egyik falusi felmérést épp a FAKOOSZ végezte, az OALI-nak van egy nagyon alapos felmérése erről, melyet a Szegedi Orvostudományi Egyetem Családorvos Tanszékével közösen dolgoztak ki, de igazi átfogó, országos egységes felmérésünk nincsen. Addig pedig nincs miről beszélni, amíg nem tudjuk, hogy mi az, amit rendbe kell hozunk. Ha ez alapján felépítünk egy elvárási rendszert::: milyen műszerezettséget, milyen személyi állományt, milyen szakmai protokollokat kívánunk meg, akkor megvalósul végre az a nagyon tündérmesébe illő álom, hogy mindenki – mindenkor - minden helyen ugyanazt a I - lehetőleg legmagasabb szintű - ellátást kapja meg. Úgy gondoljuk, hogy ez lenne az alapvető az egész egészségügyi ellátás során.

A finanszírozást tekintve, ugye mindig sírunk azon, hogy nincsen pénzünk. De ha átnézzük az egész egészségügyet, épp azért, mert nincsenek igazán szakmai protokollok, nincsenek meghatározott betegellátási módszerek, borzasztó pazarlás folyik. Ha végignézi mindenki a körzetét, nekem van olyan betegem, akinek negyedév alatt ötször csináltak CT-t. Nem tudom, hogy mennyivel lettünk okosabbak tőle, de hogy óriási kiadás volt, az biztos. Tehát igazából, ha egy átjárható, valóban alapellátás – járóbeteg-ellátás - kórházi ellátás, egymással kommunikáló rendszert tudnánk kialakítani, én azt hiszem, hogy egy csomó belső forrást találnánk, amit nagyon jól hasznosíthatnák.

Amit úgy alapvetően a háziorvosoknak szeretnénk. Igenis legyen szakorvos a háziorvos. Mindenütt hangoztatjuk, hogy kapuőr szerep, definitív ellátás, erről adatok vannak, hogy a háziiorvosi körzetben a betegek 84%-át véglegesen ellátjuk, hát becsüljük meg akkor annyira ezt a 84% beteganyagot, hogy igenis szakorvosok lássák el.

Amit nagyon fontosnak tartunk még a háziiorvosi ellátásban: ugyanúgy, ahogy szeretnénk, hogy a háziorvos szakorvos legyen, az oxiológiai ellátáshoz is legyen joga a betegnek! A sürgősségi ellátás ne legyen háziiorvosi feladat.

Egy jó szűrő, megelőző, gondozó munkát végző házi orvos nagyon ritkán kerül abba a helyzetbe, hogy sürgősségi ellátást nyújtson. Ez azt jelenti, hogy egyre kevésbé van benne gyakorlata, egyre kisebb a tapasztalata. Ugyan az elméletet tudja, de már lehet, hogy az infúziós szerelék nem találja meg. Mindenképpen szeretnénk, hogy azt a hatalmas összeget, amit most még sokszor készenlétbe, de mindenképpen központi ügyeletekbe öli az egészségügyi finanszírozás, kapja meg a mentőszolgálat és abból építsenek fel egy igazán jól működő, valóban szakellátáson alapuló sürgősségi ellátást.

Nagyon szeretnénk, hogyha a praxisalap elméleti dolog maradna. A háziiorvosi praxisjog megvásárlása jelenleg azt jelenti, hogy amire az államnak nem volt pénze, - hogy tisztességesen megfizesse a házi orvosait, - azt gyakorlatilag egymástól vesszük el, mert a nyugdíjba vonuló kolléga a fiatal kolléga neki adott magán pénzéből próbálja meg a nyugdíjas éveit eltengetni. Valahogy úgy gondoljuk, hogy nem a fiatalok kezét kellene ezzel megkötni és arra kényszeríteni, hogy inkább gyógyszergyári ügynök legyen vagy menjen külföldre, hanem aki nyugdíjba megy, akár kapjon az államtól vagy valamilyen más formában végkielégítését, a praxisát meg adja át a kollégának úgy, ahogy van.

Nagyon szeretnénk, hogyha elismernék azt, hogy a háziiorvosi ellátás igenis egy veszélyes szakma. Mindannyian tudjuk, hogy hány kollégát ért kisebb-nagyobb atrocitás. Nekünk olyan kollégánk is volt FAKOOSZ-on belül, aki meghalt, mert ügyletben megkéselték. Ugyanúgy, ahogy a rendőröket, a tűzoltókat megilleti a veszélyességi pótlék, a karkedvezményes, a száz százalékos nyugdíj, mert nem átlagos, társadalom által elfogadható körülmények között dolgoznak, ugyanúgy a házi orvost is. Nem hiszem, hogy a VIII. kerületben kisebb lenne a veszély, mondjuk a Mátyás tér környékén egy sötétben való kimenetellel, de ezt valahol az államnak kellene értékelnie és honorálnia. Nagyon szeretnénk, hogyha mihamarabb veszélyességi pótlékot kapnánk, mindenképpen azon küzdünk, hogy 100%-os nyugdíjjal menjen nyugdíjba a házi orvos, jelentős karkedvezménnyel. És amit még nagyon szeretnénk, hogy valamilyen módon a finanszírozásba kerüljön bele a szűrés-megelőzés. Akár 3–4 körzetben legyen lehetőség arra, hogy alkalmazzon egy diplomás ápolót. Ez lenne igazán a szűrés-megelőzésnek a valódi módszere, mert akkor egy arra képzett, arra felkészített szakember el tudná végezni azt, amit most megpróbál a nővér meg az orvos, csak nem igazán sikerül. És akkor az a pénzt valóban arra fordítanák, amire szánták.

Mindenképp szeretnénk hangsúlyozni a falusi házi orvosoknak a hátrányait és ezeknek a kompenzálásáért küzdünk.

Azt tudomásul kell venni, hogy a falusi háziorvos abszolút izoláltan dolgozik. Ha olyan az időjárás és olyan helyen lakik: nincs térerő, akkor gyakorlatilag még kommunikációs lehetősége sincs. Tehát szeretnénk, ha valahogy ezeket a hátrányokat, hogy neki továbbképzésre nehezebb elmozdulni, hogy az autóját mostoha körülmények között kell használni, hogy esetleg több körzetben nem ideális körülmények között kénytelen a beteget ellátni, hogy készenlétet kell még mindig adni, hogy a kézi gyógyszerért nem lehet megszabadulni, valamilyen formában kompenzálna a finanszírozás, vagy megszüntetné az irányítási rendszer.

Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen. Továbbadom a szót dr. Huszár Andrásnak, a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete elnökének.

Dr. Huszár András: Köszönöm a szót elnök úr és köszönöm a meghívást. Én másképp értékelném, ez a tele pohár esete ugye, én megtiszteltetésnek érzem, hogy azok, akik eljöttek, azok meghallgatnak minket. Ez a félig üres pohárnak a dilemmája. Egészségpolitikáról lévén szó, hadd kezdjem azzal, amit egy-két helyen most már elmondtam, és ezzel kezdte Kertai Aurél is a beszámolóját.

Adva volt egy reformnak minősített kísérlet a nyáron, amelyen lehet, többünknek a nyara ráment, az ellátásszervező címen létrejött valaminek. Ezt én úgy gondolom, hogy a szakma sóhaja kísérete, és a megszűnését, legalábbis ebben a körben, amelyben én mozgok, senki nem bánja. Azonban egy dolgot vegyünk észre és ez legyen egy figyelmeztetés a mi számunkra. Én úgy gondolom, hogy amennyiben a szakma nem képes a közeli jövőben megkezdeni egy szakmából eredő reform terveinek a kidolgozását, akkor ez a szituáció, amibe nyáron kerültünk, ez ismétlődni fog. Nevezetesen, a közgazdaságtan, a jog, esetleg a saját kihagyásunkkal ismét elő fog állni valamiféle reformtervvel, mert erre a finanszírozás országos anomáliája szorítani fogja. Tehát én úgy gondolom, hogy most van és most lenne itt az a pillanat, amikor deklarálnunk kellene, hogy az egészségügy a politikán felül álló dolog, és deklarálnunk kellene azt, hogy igenis, a szakma képes arra, hogy hosszas, szakmán belül egymás cincálásával létrehozson egy életképes reformtervet. Ennyit szerettem volna előzetesen, és én a közeljövőben, ahol mikrofont kapok a kezembe, ezt el fogom mondani, mert amit az ember papagájként ismét, az előbb-utóbb tapasztalatom szerint valamilyen szinten be fog következni. Merem remélni, hogy nálam kompetensebb személyek is át fogják venni ezt az elvet, és talán akkor eredményes lesz a dolog.

Amikor végiggondoltam, hogy mit fogok ma elmondani, akkor tudom azt, hogy nem Házi Gyermekorvos Társaságnak beszélek, ezért megpróbálok valamilyen irányokat megszabni, amely ezt a jelenleg is még az alapellátás egynegyedét átfogó rendszert szorítja. Nagyon sokat gondolkodik a világ nem csak itt Magyarországon, hanem a világon mindenhol, hogy mi lesz a gyermekorvosi alapellátás jövője. Ugyanis, nagyon nagyok a kihívások. Az első kihívás mindjárt, amire nem tudunk igazából ma még választ adni, az a demográfiai trend. Nagyon jól tudjuk, hogy lassan most már második éve 100 ezer alatt van a szülések száma, és ez a szám egyre inkább csökken, tehát erre valamilyen módon a szakmának választ kell adni. Ugyanakkor, a szakmán belül átalakulóban vannak a morbiditási mutatók is, a morbiditási struktúra. Előtérbe lépnek az allergológia, előtérbe lép a pulmonológia, gasztroenterológiai panaszok, és előtérbe kerül Magyarországon pedig már nagyon régóta, már évek óta ez a trend, a szociál-pediátria kérdése, amellyel mindenféleképpen ennek az ágazatnak foglalkoznia kell. Ennek következtében bizonyos kompetenciák átértékelése szükséges. Gondolok arra, hogy az alapellátó, a gyermekorvosi alapellátó igenis kell, hogy CRP-t alkalmazzon, igenis kell, hogy pickflowmétert alkalmazzon, igenis a megfelelő és a modern gondozási formákat kell, hogy alkalmazza, ugyanakkor ezeket a finanszírozásnak is követnie kell és kellene, mert különben ez zsákutcába fog vezetni.

Fölvetődik a kérdés az ismeretek halmozása és felhalmozódása, és mondhatom azt, hogy robbanásszerű felhalmozódása következtében, amely végül is kiváltotta a szakmánknak a specializációját és olyan fokú specializációját, amely szintén a belgyógyászatban végbe ment, azonban valahogy úgy érzem – természetesen igazi rálátásom erre nincs, ezt nálam okosabb emberek jobban tudják – az a fajta specializáció, amely az általános gyerekgyógyászatot specializációs kissezakmákra szedte szét. Kardiológia, gasztroenterológia, pulmonológia, allergológia, stb., stb., mindenki ismeri. Fölvetődik ilyenkor a szakmán belül, hogy mi az általános gyermekgyógyász szerepe, annak a gyermekgyógyásznak a szerepe, aki gyakorlatilag az alapellátásban dolgozik és követelmény is a részére, hogy mint egy holisztikus szemlélettel szemlélje a gyereket. Ennek a két rendszernek a szakmán belüli együttműködése és a gondozásban a beteg kiszolgálása, ez eléggé zűrös a mi szakmánkban, ennek a kidolgozása mindenféleképpen szükséges.

Működésünk. A működésünk most már kilencvenvalahány százalékában az alapellátás privatizált formában működik, úgy nevezett funkcionális privatizált formában, OEP támogatással. Ez 1992–93-ban, amikor alakult, ez egy nagy újság volt, azonban most már levonhatjuk azt a tapasztalatot több mint tíz éves működés kapcsán, hogy azt kell, hogy mondjam, durva megközelítéssel, hogy a piaci viszonyok ezt a rendszert csak kedvezőtlenül érintették. Ez nagyon furcsa paradoxonnak tűnik.

Pozitívumot. A piac pozitívuma az általában nem érvényesült, a piac negatívumai viszont érintettek minden kispraxist. Mire gondolok? Például egy piaci elemnek tekinthető a szabad

orvosválasztás. Mindenki pontosan tudja, aki egy picit is figyeli az egészségpolitikát, hogy a szabad orvosválasztást menni támadás érte. Mennyi támadást érte a nagypraxist létrehozó kollégát, hogy gyakorlatilag gátlástalanul vállalja a kártyákat, a kispraxisok és a kismennyiségű kártyákat elfogadó kollégák pedig sírtak azáltal, hogy nem tudják a praxisukat fenntartani. Végül is, itt nem tett differenciálást az a szerkezet sem, hogy a kispraxis sok esetben – és itt tisztelet a kivételnek, és itt nem a vidéki településen dolgozók létszámára utalok – a kispraxis nem minden esetben véletlenül kispraxis. Tehát ott, ahol mondjuk lehetne egy normál praxist létrehozni, mert a demográfia és az egyéb létszámok erre lehetőséget adnak, az a kispraxis nem véletlenül lett kispraxis. Erre azért egy kicsit gondolni kellett. Ugyanakkor, azt kell mondanom, hogy a praxisfejlesztéssel és a praxismenedzsmenttel kapcsolatban nincsenek praxisfejlesztési modellek. Nem tudjuk, hogy mi felé megyünk, nem tudjuk ezt a szerkezetet – persze lehet azt mondani, hogy az önálló tulajdonú rendelő az jelent valahol egy minőségi ugrást, én azt hiszem, hogy nem jelent olyan minőségi ugrást, főleg nem kifelé a beteg irányába, tisztelet a kivételnek, láttam ilyet is, olyat is, mindenhol nagyjából és kicsinyéből ugyanazt az ellátást tudjuk nyújtani, mert az adottságaink ilyenek.

Mi az átalakítás és egyáltalán a továbblépés gátja? Azt kell mondanom, hogy a finanszírozás – és nagyon örülök, hogy Kőrösi László erre utalt már –, hogy valamiféle fajta ilyen irányú reform irányában el kellene menni. Miért? Mert adva van egy bázisfinanszírozás, a bázisfinanszírozás pedig a kispraxisokat preferálja. Ugye az 50% kapcsán csatáztunk végig, én magam is személyesen a kispraxisok létjogosultságáért, mindent meg kell adni a kispraxisoknak. Ma már azt kell mondanom, hogy olyan esetben, ahol a kispraxisnak a fenntartása nem létszükséglet, nem arról van szó, hogy a település elveszíti az orvosát abban az esetben, ha azt megszüntetjük, mégis meg kellene vizsgálni, hogy a kispraxisok fenntartása bázisfinanszírozási segítséggel valóban megfelelő vonulata-e a szakma fejlődésének.

A fejkvóta rendszer, amely a minőséget nem veszi figyelembe. Nem veszi figyelembe, mert abban a pillanatban, amint az előzőekben említett kompetenciát megemeljük egy bizonyos irányba, amiről azt kell mondanom, hogy a szakmának valóban okvetlen szüksége – a gyermekorvosi szakmáról beszélek –, abban a pillanatban ezt vetítve a finanszírozásra, a zártkasszarendszer azonnal visszaköszön, és leviszi az egy pont értékét, ezt tudjuk. A zártkassza rendszer, és egy szót mondjak, és ezzel biztos Kőrösi doktor egyetért vagy nem ért egyet, a zártkassza rendszer az egy garancia. Garancia az orvosnak arra, hogy ő megkapja a juttatását és garancia a biztosítónak arra, hogy a csúcsok nem döntenek az eget, tehát nem egy... felülről zártkasszában ez az értelme. De a zártkassza igenis visszafogja most már a szakmai fejlődést, és tudom azt, hogy nem kerül ebbe a zárt kasszába – és a jövő év sem lesz az egészség éve –, tehát a zárt kasszában való működést egy bizonyos... én a magam részéről a szakmai fejlődés egyik gátjának is tartom.

Mire lenne szükség? Arra lenne szükség végül is, hogy valóságos teljesítményelemeket

vigyünk a rendszerbe, ezt meg lehetne tenni fokozatosan, azonnal és ugrásszerűen és hirtelen váltással természetes, az én agyamban is elképzelhetetlen, de végre el kellene lépünk egy bizonyos szinten, és nem a 150 forintos prevenciós díjak játszanak itt szerepet, hanem gondosan lefektetett gondozási protokollokkal alátámasztott, evidence base medicine-nel is alátámasztott valódi prevenciós rendszer. Itt gyakorlatilag a gyerekvonalon, amelynek része és beépített munkamódszere a prevenció, itt még nehezebb lesz ezeket a dolgokat kialakítani. Ugye, az oltási rendszer finanszírozása meg az egyebek, szóval ezek azért eurokonform dolgok, tehát ezek talán megvalósíthatók, vagy legalábbis az általam a legelején említett reformok lényeges része lehetne.

Mi a fejlődés útja? Valljuk azt, mi házi gyermekorvosok, és az egyesület vezetősége, hogy a rendszerünk racionalizálása szükséges, mert Kertai Aurél fölvetette Magyarországnak ezt a téképét, én is föl tudtam volna vetíteni, az a tény, hogy ahol sok a gyerek, ott gyermekorvos nincsen. Ez Északkelet Magyarország, Szabolcs-Szatmár megye, alig van házi gyermekorvosi praxis, Nógrád megye ilyen nagyon ellátatlan terület a mi szakmánkban még, szintén lehetne ott megfelelő elérhetőséget, nem mondom ki direkt azt, hogy házi gyermekorvosi praxist, tehát racionalizálni kell a rendszert, és itt már az esélyegyenlőségről is beszélünk. Tehát nem szabad, hogy differencia legyen a házi gyermekorvosi rendszerben a gyermekgyógyász elérhetőségében az ország bármely részén. Most már nem praxisbővítésről beszélünk, beszélhetünk konzultációs rendszerről, MSZSZ-ről, mindenféle módszerek, ezek a módszerek pontosan megvannak, amivel ezeket a kérdéseket meg lehet oldani. Én úgy gondolom, hogy a városokban előbbre lépést jelentene mindenképpen health and drom-ok létrehozása. Tehát ez az atomizált szerkezet, amely magányosságra ítéli az orvost, akinek a belső minőségbiztosítása is ezáltal meglehetősen nehézkessé válik, vissza kellene térni, itt Magyarországon 2–3–4 évvel ezelőtt csoportpraxisnak hívtuk ezt az egész rendszert. Tehát tulajdonképpen centrumokat hoznánk létre, ahol igenis lehetne – és megint finanszírozási kérdés, most már ide nem térnék vissza – több asszisztenssel esetleg több praxis, dietetikus, gyógytornász, egyéb társszakmának az alkalmazásával egy olyan befejezett ellátást nyújtani, olyan definitív ellátást nyújtani, amelyek valóban megfelelőek lennének a betegek számára, és mindenképpen előrelépést jelentene. Talán ez magával hozhatná azt is, hogy a szakmának presztízse legyen, ez gyermekgyógyászati oldalról még szorítóbb, mint a háziiorvosi oldalról, nincsen utánpótlásunk, a mi korfánk valahol 55 év fölött van most már, tíz év múlva lelép a színről a nagy része a gyermekorvosnak, és van egy olyan félelmünk, hogy amennyiben változás nem történik ebben a kérdésben, ez az őshüllő, mint házi gyermekorvos, ki fog halni, amelynek mindenképpen a gyerekek részéről szakmai következményei is lesznek.

Azzal tudom csak zárni, hogy egyrészt köszönöm, hogy meghallgattak, másrészt, amennyiben tudok válaszolni a később felvetődő vagy akárkiben benne maradó kérdésekre, vagy az általam említett, de igazából ki nem fejtett kérdésekre, nagyon szívesen állok rendelkezésre.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen, és hát nagyon remélem, hogy azért ez a szomorú kép, amit a legutolsó mondatokkal felfestett Huszár András doktor, hát talán, bízzunk benne, hogy mégsem lesz így. Bár a mostani gyerekek addigra már úgyszintén túllépik a gyerekkort, amíg lesznek gyermekek később, utána ugyanolyan kicsik, mint akiket most gyógyítani kell.

Továbbadnám a szót Takács Zoltán doktornak, az Országos Mentőszolgálat főigazgatójának, és nagy érdeklődéssel várom nyilván az elhangzottakra is és sürgősségi ellátási rendszerrel kapcsolatban is fog valamit válaszolni nekünk.

Dr. Takács Zoltán: Köszönöm szépen a szót. Elég lehangoló képet festettünk már eddig közösen a magyar egészségügyről. Nem bízatom Önöket azzal, hogy majd felvidítom Önöket. Megkímélem egy powerpoint-os prezentációtól, de azért néhány számtól nem a hallgatóságot. Nyilván szeretnék beszélni az Országos Mentőszolgálatnak a megújulásáról, bár erről is eszembe jutott egy gondolat, a változás szükségessége, ez Kennedynek volt a nagy mondása, hogy a „változás az szép szó, csak sok az ellensége”. Körülbelül ezt éljük nyilván a mindennapokban.

Szeretnék egy picit a változásunkról, illetve annak a hangsúlyáthelyezéséről, ami egyértelműen a sürgősségi ellátás irányába hat, és nagyon szeretnék a szállításról néhány gondolatot ejteni, és ezt mindenképpen kétirányúvá tenni ezt a kommunikációt, hiszen erről hallhattok az utóbbi időben, és én azt gondolom, hogy a mi pici kis kasszánknak valahol ez lesz a rákfenéje.

Mentőszolgálat. Ugye 1948-ban alapították, bár a történelmi előzményei azok 1896-ra nyúlnak vissza, és Kressz Gézára. 1948-ban Európában először alakult egy olyan egységes mentőszolgálat, amely nem csupán szakmaiságában, hanem szervezésében, riasztásában, tárgyi feltételrendszerében, humánerőforrásában, képzésében egységes volt, és ezt a mai napig elmondhatjuk magunkról. Ez egy akkora érték, mely érték után a mai napon is csak nagyon sok európai ország ácsingózik, de nem tudhatja magáénak. Ez az az érték, amire alapozzuk mi az elmúlt hónapok megújulásának programját, és amire alapozni kívánjuk a jövőnek a lépéseit is.

2003 évben 2,1 millió egyszerű betegszállítási feladatot végzett a Mentőszolgálat, amihez

összesen 650 000 sürgősségi feladat társult. Ez az az arány, vagy ez az az aránytalanság, amire fel szeretném hívni a figyelmüket. Egyébként ezt 63 millió kilométer futásteljesítményével tette. A 2,1 millió egyszerű betegszállítási feladat, ez egy 10 milliós országban azt jelenti, hogy gyakorlatilag minden ötödik magyar állampolgár megfordult szállítási feladat kapcsán mentőautóban. Európai statisztikákat figyelve, ez egy borzasztóan magas szám.

A következő ilyen, talán nagyon fontos statisztikai szám lehet, hogy a 15 percen belüli kikerkezési idő az 2003-ban 78,2% volt. Ha megint egy kicsit lefordítjuk magyarra, akkor ez azt jelenti, hogy közel mindegyik beteghez azonnal, tehát mentési feladatoknál, 15 percnél túl érkezett ki Magyarországon mentőgépkocsi, és én nem szeretnék itt nagyon mélyen a korai szívhalálról vagy a sztrókról értekezni, de az bizonyos, hogy ezek azok a betegek, akiket nagy valószínűséggel el is veszítettünk.

A következő meggondolandó statisztikai szám az az, hogy ennek a 650 000 sürgősségi feladatnak a megfelelő, objektív felszereltsége, gépkocsija legyen Magyarországon, de nyilván ugyanolyan humán erőforrás problémákkal küszködünk, mint mondjuk amilyen a gyermekorvosok. Tehát el kell gondolkodnunk azon, hogy esetleg európai mintára egy többlépcsős mentőápoló képzés, egy-kettő-hármas szintű mentőápoló képzés indokolt-e vagy egészen más, úgynevezett párhuzamos riasztási rendszerre kellene áttérnünk a soros riasztási rendszerről. Ez nagyon-nagyon mély mentésszervezési szakmai alapok, amelyekre nem biztos, hogy ki kell itt térnünk, bár szívesen beszélek róla, illetve ha kérdésük van, szívesen válaszok.

Mért baj ez a 2,1 millió egyszerű betegszállítási feladat? Nem csupán azért, mert ez borzasztóan leterheli gazdaságilag az Országos Mentőszolgálatot, hanem azért, és elsősorban azért, mert akkora kapacitást von el, amivel gyakorlatilag eredményezi a 78,2%-os 15 percnél belüli kikerkezést. Arról van szó, hogy a kis, 2–3 kocsis mentőállomásokon gyakorlatilag már reggel, sőt már előző nap tudottan, alkalmi betegszállítási feladatokkal az összes mentőjárművet elindítják megyeszékhelyek kórházai, szakrendelői irányába, amitől annak a kistérségnek a mentési lefedettsége, kapacitása az gyakorlatilag nulla. Amikor arról beszélünk, hogy mekkora fehérfoltok vannak Magyarországon, akkor nem azokat a fehérfoltokat érthetjük ez alatt, melyeket mondjuk egy Magyarország térképen fel szoktunk rajzolni, hanem ennek a sokszorosát tekinthetjük fehérfoltnak, legalábbis a 15 percnél belülség tekintetében, amelyekre ugyan van mentőállomásunk, de mentési kapacitás tekintetében nyugodtan fikciónak minősíthetjük, mert vagy nem 24 órában áll rendelkezésre a mentőszolgáltatás, vagy alkalmi betegszállítási feladatokkal már a reggeli óráktól esetleg a késődélutáni órákig a kapacitások le vannak kötve. Ezért nagyon fontosnak tartjuk azt a párbeszédet – és szeretném, ha ez itt is kétoldalúvá válhatna –, hogy hogyan tudunk ezen a nyilván évtizedek óta és nagyon sok-sok okból idevezetett rendszeren közösen változtatni. Az első lépésben a kórházigazgatókat kértük arra, hogy vizsgálják felül betegszállítási rendelési szokásaikat, és talán nem biztos, hogy

minden gyógyintézetből exmittált betegnek mentőgépkocsival kell távoznia. Ma az egészségbiztosítási törvény azt mondja, hogy azon betegeknek állítható ki a betegszállítási utalvány, akik aktuális állapotuk okán más járművel az ellátórendszerhez nem tudnak hozzájutni vagy onnan nem tudnak távozni. Ez ugye a jelenlegi egészségbiztosítási törvény szövege. El kell azon gondolkodni, hogy akár szociális indokból is, biztos-e, hogy ezt a mentőhálót kell terhelnünk ilyen nagyarányú feladatokkal.

A következő kérdés az orvosi ügyeletek kérdése. Én nagyon szépen köszönöm ezt a felvetést, hogy mi lenne, hogyha ezt generálisan az Országos Mentőszolgálat oldaná meg. Nyilván nagyon szívesen, különösen, ha ehhez forrást is rendelnek. A baj az az, hogy ennek nagyon jelentős részét ma is az Országos Mentőszolgálat látja el, csak forrás nélkül. És én itt nem azt szeretném mondani, hogy még ide több pénzt és akkor majd mi ezt meg fogjuk tudni flottul oldani, nem fogjuk tudni egyébként megoldani. Borzasztó hosszú időnek kell ahhoz eltelnie, hogy mondjuk minden mentőállomáson esetkocsit tudjunk indítani, mondjuk, hogy a most megálmodott orvosi ügyeleti, amelyről lehet már nagyjából hallani és látni, hogy egyes megyékben, régiókban hol lesznek azok a központi háziiorvosi ügyeleti központok, hogy ezeken a központokon valóban teljes kapacitással fel tudjunk állni.

Tehát én ma nem látom annak realitását, hogy az alapellátás orvosai ebből a feladatból teljességgel kivonulhassanak, nem szakmailag nem látom, hanem fizikailag nem. Persze, ez is felvet egy kérdést, hogy a lakosság miért fordul a központi háziiorvosi ügyeletekhez, mert ugye erről nekünk is vannak egészen jó statisztikáink, ezeknek a hívásoknak a döntő többsége megint erősen megkérdőjelezhetően indokolt. De ez is évtizedeknek a hagyománya, amit nem biztos, hogy hónapok perspektívájában vagy akár csak kormányrendeletek vagy finanszírozási rendeletek változtatásával meg fogunk tudni oldani. Egy biztos, hogy a mentőszolgálat hajlik arra, hogy az orvosi ügyeleteknek és a mentőszolgálatnak közös diszpécshatszolgálat legyen, ahol ez nem valósítható meg, mert lehet, hogy kis állomás, nincs diszpécshatszolgálat, ott is hajlunk arra – és erre különféle szintű együttműködési szerződésformák születtek, és már nagyon sok ilyen központi háziiorvosi ügyeleti szolgálattal, hol önkormányzattal, hol vállalkozással meg is kötöttek –, hogy mindenképpen legyen szakmai együttműködés.

Tehát legyen rádió a központi háziiorvosi ügyeleti kocsiban, lehessen feladatot átadni, ugye, amiről megint csak beszélt, a kommunikációs csatornáknak a nem egész lefedettsége, természetesen ez is inkább vidéken jellemző és nem a főváros vagy a nagyvárosi környezetben. Tehát minimum egy ilyen szakmai együttműködési megállapodás szülessen, és azt gondoljuk, hogy kell is, hogy szülessen a központi háziiorvosi ügyeletet ellátók, illetve az Országos Mentőszolgálat között.

Ezt már inkább csak tájékoztatás oldaláról, hogy mi talán elsőként elindultunk a regionális szervezés irányába, bár mindenki beszél erről, hogy ugye az ellátórendszer regionális egészségügyi tanácsok mentén akár ÁNTSZ oldalról is régiókba fog szerveződni, sokan arra hivatkoznak, hogy ez egy uniós elvárás, vagy talán mert ez itt így jó lesz, vagy mert a közigazgatás ebbe az irányba mozdul el. A mentésszervezés tekintetében ez nem egy új keletű dolog, korábban találtam – Oravecz Béla volt a mentőszolgálat első főigazgatója 1948–66-ig – egy párizsi mentőkonferencián egy előadásanyagot, amiben ő mentőközpontokról beszél. Most megtaláltuk, 1949-ben az első Ötéves Terv, ugye a dülő kommunizmus, 1949–54 programját, amiben tételesen nevesítetten szerepelnek a leendő régióközpontok, csak akkor területi mentőközpontnak hívták. Tehát valószínű, hogy ez egy picit felsőbb racionalizálási elv és sokkal korábbról eredeztethető, mint akár a mi rendszerváltásunk vagy akár az uniós tagságunk.

A mentőszolgálatnak, az elmúlt hónapokban nem tudom mennyire volt hallható vagy mennyire nem, egy elég nagyarányú fejlesztése kezdődött el. December 31-éig összesen 199 darab új mentőgépkocsi áll szolgálatba, ebből egyébként több mint 100 már szeptember hónapban szolgálatba állt. Ezek között Mercedes sprinter, eset, rohamkocsik, Ford Transit mentőgépkocsik találhatóak. Négy új mentőállomást építünk illetve adunk át még ebben az évben és egy viszonylag jelentős többletforráshoz jutottunk az épületeink felújításának tárgyában is. Nyilván, amely évtizedeken át el volt hanyagolva, talán inkább az elmúlt 10 évben bizonyosan, mert utoljára 100 gépkocsi feletti évi gépkocsicseré 1994-ben volt Magyarországon. Ez egy 1 300 gépkocsit futtató szolgálat. Jól tervezhető volt, hogy bizony ezek a gépkocsik el fognak öregedni és sok kilométert futván a közutakon, idővel cserére szorulnak. Ezek a cserék elmaradtak. Ezt nem fogjuk tudni megint csak hónapok távlatában pótolni, de elindultunk egy elég nagyarányú gépkocsicseré fejlesztés irányába.

Szeretnénk átpolarizálni a mentőszolgálatot. Szeretnénk hangsúlyosabbá tenni a mentési irányt, el szoktam mondani, hogy ezt 1948-ban Országos Mentőszolgálatnak hívták, nem Országos Betegszállító, nem Országos Gépjárműjavító Szolgálatnak, és még sok ilyen szinonimát tudnék használni. Akkoriban 300–400 000 betegszállítási feladat volt, az 50-es évek elején Magyarországon, ezzel szemben sikerült 2,1 millióra növelnünk. A kérdés az ugye jogos, hogy ennyivel lett betegebb a magyar populáció, ennyivel több ellátási forma jelent meg, ami szállítási igényt eredeztet, ennyivel romlottak a közlekedési viszonyok, ennyivel lett kevesebb magánautó, ennyit romlott a BKV szolgáltatása.

Nyilván ezek csak viccesen felvetett gondolatok és magam sem gondolom komolyan. Tehát mi a hangsúlyt egyértelműen áthelyeznénk a mentés irányába, és azt gondoljuk, hogy az egyszerű betegszállítási feladatok egy jelentős részét nyilván az OEP-nek megfelelő szakmai kontroll mentén nyugodtan indokolatlannak lehetne minősíteni, ugyanúgy ahogyan Ön említette a négy CT vizsgálatot, bár ez nem 40 év alatt történik, nekünk vannak olyan, talán több is mint

felháborító adataink, hogy simán történik három CT vizsgálat három külön kórházban ugyanarról a betegről ugyanazon a héten. Ez a szabad orvosválasztás. És nyugodtan szállítjuk Kisvárdáról egyébként a mai napon is Kaposvárra képképző diagnosztikára, keresztül az országon, mondjuk 5–6 CT-n a betegeket. De számtalan rémtörténetet én itt el tudnék mondani, ami azt támasztja alá, hogy nem biztos, hogy a legracionálisabban vannak azok a források ma felhasználva, amelyek akár a mentőszolgálat költségvetésében nevesítettek, akár esetleg ettől nagyobb kitekintésben az E Alapban nevesítettek. Tehát mi szeretnénk ezeknek a szállítási feladatoknak az indokoltságát hangsúlyosabban vizsgálni, vizsgáltatni az Egészségbiztosítási Pénztárral, és az így megmaradó egyszerű betegszállítási feladatoknak, azt gondoljuk, hogy egy jelentősebb része nyugodtan alternatív betegszállító szolgálattal, amit az OEP el fog dönteni, vagy az egészségpolitika el fog dönteni, elvégeztethető. Mi a gépkocsiparkunkat, a kapacitásunkat és a költségvetésünket arra szeretnénk elsősorban fordítani, amire ezt a szervezetet 1948-ban alapították és amire remélhetőleg két hónap múlva is a Magyar Parlament a költségvetésünkönél felteszi a kezét, az pedig mentésügynek hívják.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen. Elnöki jogkörömnél fogva, mielőtt megnyitnám a részletes vitát, visszaadnám a szót Kertai Aurél szervező kollégának.

Dr. Kertai Aurél: Köszönöm szépen. Csak egy pár szóval szeretnék reflektálni az itt elhangzott előadásokra.

Felírtam egy-két gondolatot. A szakképesítés nélküli orvos rezidensként fog továbbtanulni és ez a státusza marad meg. Igen, csak hát gyakorlatilag, mondjuk Magyarország észak-keleti csücskében, ahol még térerő sincsen, nehezen tudom elképzelni. Lehet, hogy meg tudják oldani, de azt nem tudom, hogy hogyan.

Fölmerült további hozzászólásnál is, elsősorban a prevenció, aztán a szűrések, teljesítmény-arányos finanszírozás. Ezt érzésem szerint mindenképpen csak úgy lehet megvalósítani, hogyha erre külön célzattal plusz pénz jön bele a rendszerbe, mert azt az osztogatást, hogy a bázispénz meg a kártyapénz arányait összevissza válogassuk, vagy utána abból vegyünk le, és utána abból legyen egy teljesítmény-arányos finanszírozás, szóval ezt valahogy már nem lehet elfogadni. Ez logikus, de csak úgy oldható meg, hogyha ezeket a finanszírozásokat megmaradnak és ez plusz tételként jelenik rá.

Nagypraxisok és a kispraxisoknak a vitája az már nagyon régóta folyik. Nagypraxisban nem

mindenki azért dolgozik, mert gyűjtögeti a kártyákat, van, amikor kényszerből dolgozik. Meg kellene emelni, és itt is figyelembe kellene venni, hogy legyen olyan plusz finanszírozás esetleg egy nagypraxisnak, akár a degressziónak a csökkentésével, hogy plusz személyzetet alkalmazzon, hogy két nővér, két szaknővér legyen és egy írnok legyen. Rengeteg az adminisztrációs munka, mit meg kellene oldani. Ez gyakorlatilag vonatkozik a szűrésre is.

Hazai kollégának a hozzászólásához. Itt gyakorlatilag a díjazás az tényleg majdnem 10 éve lett rendeletileg meghatározva. Ezt nem értem, és szerintem senki szakmapolitikus nem tudja megmagyarázni, hogy amikor ez az államnak egy forintjába nem kerül, csak kétsoros rendeletet kellene írni az összegszerűségnek a módosításáról, ezt mért nem teszik meg. Ez egyszerűen számomra egy érthetetlen dolog. Régóta kéri a Kamara, és ez nem csak a foglalkozás-egészségügyi díjtételekre vonatkozik, ahol a jogszabály eleve értelmezhetetlenné tette a fixdíjat, mert ez nem az, ezt bárki bármennyiért csinálhatja, hogyha nagyon megpiszkálnánk, akkor azt mondja, hogy itt van a jogszabály, ezek szerint dolgozom. De ugyanez vonatkozik a háziorvosi, térítéssel ellátandó tevékenységeknek a széles körére. Hosszú évek óta nem volt benne változás. Az inflációkövetés az... a Kamara beadott a díjtétel-egyeztető bizottságon keresztül egy javaslatot, durván 50%-os emelést ajánlottunk benne, erre várnánk, hogy ez hogyan fog továbbmenni, és erre a minisztérium mit fog dönteni.

A mentőszállításokkal kapcsolatban egy probléma van, ezt néha kikényszerítik a háziorvostól a családtagok, mert a jogszabályban a más jármű helyett, én úgy emlékszem, hogy tömegközlekedéssel nem oldható, tehát az nincs beleírva, hogy a saját járművel vagy a szomszédéval menjen, és ezek néha vitára adnak alkalmat a család és a háziorvos között.

A regionális tanácsok is meg lettek említve. Ezzel kapcsolatban csak egyetlen egy a gondom, hogy először a közigazgatási régiókat kellene meghatározni, és utána az ehhez csatlakozó regionális tanácsot, mert van egy pár belőle, de azok ilyen önkéntesen szerveződő önkormányzati összejövetelek. Nincsen jogkörük. Ezt nem én találtam ki, ők mondtak saját magukról.

Köszönöm szépen, egyelőre ennyi.

Dr. Kalabay László: Megkérdezem először, kíván-e valaki válaszolni?

Hozzászólás: Kertai Auréllal teljesen egyetértve: évek óta nem lett ez változtatva. Az eltérő megállapodás a magyarázat szerint, amit az Egészségügyi Minisztérium Jogi Főosztálya alkotott annak idején, a következő indok volt: 1995-ben hozták ezt létre és azért változtatták meg, mert nagyon sok cégnél ott volt a rendelő, ott voltak a műszerek, és nyilvánvaló, hogyha egy cég ad a saját dolgozóinak az ellátására valamit, akkor nem lehet ugyanazt a fejkvótát alkalmazni, mint akinek nincs. Csak ez a jogszabályból nem derül ki, hogy ők erre gondoltak. Ezek ilyen szép gondolatok, csak a munkáltató ezt nem követte.

Egy biztos, és azt hiszem egy szorzásművelettel ebben a pillanatban, ebbe a foglalkozás-egészségügybe 40 milliárd forint van. Ebből az áralámenések miatt körülbelül 22–24 milliárd forint ott marad a munkáltatónál, annál a munkáltatónál, akik megszavazták azt, hogy igen, ezt elfogadják, hogy ez a fejkvóta nagysága, ez az alku munkáltatók képviselőivel volt. Az egészségügy így bánik ezzel a dologgal, egy új bevételi forrás lehetett volna, de sajnos ez munkáltatónál marad, nem az egészségnél. Na most, az egészségügy résztvevői az meg egy megfélemlített csapat.

Tehát itt tulajdonképpen egzisztenciálisan kiszolgáltatottak és kis, apró kis önértékekből álló dolgok, hogy ugyan már.. stb. tudjuk, hogy ez így működik. Vannak tervek, elkészített, amit Huszár András mondott, hogy igen, itt az ideje, hogy készítsük el, tegyük le az asztalra, mert felettünk fogják megcsinálni a közgazdászok, a pénzügyi emberek, stb., a jogászok és minden, de az biztos, hogy nem azt a célt szolgálja, hogy nekünk jobb legyen, de még azt se, hogy a betegnek legyen jobb. Mi egy megoldást látunk, 1993-ban megszavazta a Parlament a balesetbiztosítási ág létrehozását, ami 3-lábon áll, a baleseti rokkantnyugdíjak kifizetése, a baleseti ellátások és a foglalkozás-egészségügy. Ezt a kettőt nem tudom miért, de nem lehetett létrehozni, nem lehetett kivonni az OEP finanszírozási köréből, mert az OEP-nek a lehetőségei akkor csökkennek. De a foglalkozás-egészségügyi önálló pénztárt létre lehet hozni, és ezt meg lehet csinálni. Abban a pillanatban hatósági árakat lehet bevezetni a foglalkozás-egészségügybe egy nagyon szigorú ellenőrzéssel és egy nagyon szigorú minősegbiztosítási rendszer bevezetésével. Kész. Megvan.

A másik amit szeretnék, foglalkozás-egészségügy. A magyar egészségügybe egyetlenegy olyan helyzet nincs a foglalkozás-egészségügyön kívül, ahol rendelet írja elő, hogy az embernek meg kell jelenni, hogy ott kell lenni és a vizsgálatban részt kell venni. Kivéve a foglalkozás-egészségügyet, törvény írja elő a kötelező orvos-beteg-munkavállaló kapcsolatát. Annak a munkavállaló rétegnek, aki úgy melleleg ugye eltartja ezt az országot, mert a munkaképes munkavállalóra kötelező ez az ellátás. A vizsgálatokat meg kellene csinálni mindenkinek, a minimál feltételekkel megfelelő műszerezettséggel minden vizsgálatot elvégezni kötelezzen a jogszabály minden foglalkozás-egészségügyi orvost, és azonkívül, hogy dönti, hogy ez alapján ő alkalmas-e abba a munkakörbe, kötelezzen minket rendelet arra, hogy ezt az ismeretanyagot, ezt az információt kötelességünk legyen elküldeni a háziiorvosának az

illetőnek, aki akkor azt is tudná jelezni vagy beírni, hogy negatív a státusza, és higgye el a foglalkozás-egészségügynek, de azt is, hogyha pozitív, és legyen lehetőség a pozitív vizsgálati eredményeket produkáló embereket behívni magához és gondozásba venni. Ezt így nagyon lehetne segíteni és népegészségügyi szempontból ezt rendkívül fontosnak tartanánk. Érdekes módon, nem kapunk erre... ugyan már..., mert üzlet a szűrés? Hát ott van 3 millió ember, és a tervekben benne van, hogy a vállalkozói réteget is bevonni a foglalkozás-egészségügyi kötelezettségbe, hiszen köztudomású, hogy az a vállalkozói réteg az, aki önmagát a legjobban kizsákmányolja.

Köszönöm. Nem szólok többet.

Dr. Kalabay László: Én ebben még nem lennék annyira biztos, mert lehet, hogy a hallgatóság soraiból lenne kérdés.

Egy megjegyzés még. Az elhangzottak közül, mégpedig az oktatással kapcsolatban. Az, hogy részmunkaidőben lehessen szakvizsgát szerezni háziiorvos-tanból, ez az embernek első hallásra egy valamilyenfajta felhígítását jelenti a képzési rendszernek, akárhogy is nézzük. Rendben van az, hogyha valaki egy friss orvosi diplomával kikerül a mélyvízbe, akár egy háziiorvosi praxisba, kezdték nagyon sokan a kollégák közül, én betegellátásban kezdtem, én is voltam ugyanilyen helyzetben szinte egyedül, 160 ágyra egy féléves diplomával, amiben volt toxikológia és hematológiai és minden egyéb, az ember sok mindent tanult és konzultációs lehetőség szinten nem, még azt hadd tegyem hozzá. Sok mindent tanult, de hát ezen azért már túllépett az idő. Van rezidensképzés, és nincs vita afelől, hogy a rezidensképzésre szükség van, nem beszélve arról, hogy az európai képzési normák is ezt írják elő, de nekem mégis az az érzésem, hogy nem biztos, hogy a rezidensi rendszerbe való bekerülés, illetve a szakvizsga megszerzésének ilyenfajta könnyítése végül is eléri ezt a célját, hogy a hiányzó praxisokat betöltsi. Sokkal inkább attól tartok, hogy egyszerűen csak nagyobb segítség lehet az olyan kollégák számára, akik valamilyen módon egy papírral többet akarnak. A papírvadász szakképzéseknek a megszerzése mindannyiunk számára ismert dolog. Én azt hiszem, hogy ebből a szempontból csak egyfajta nem biztos, hogy jogos, könnyebbséget jelent. Nem beszélve az egyetemek szempontjából, amelyeknek a rezidensképzési rendszerét kvázi rövidre zárnám.

Végző soron, beszélünk arról, hogy most is szidjuk a mai szakmai színvonalat, de meggondoljuk, hogy miért... de még mindig jobbnak tartjuk, mint amilyennek jósoljuk a jövőbelit, végző soron miért ilyen, amilyen volt, talán azért, mert a korábbi képzés volt jobb. Én azt hiszem, hogy ezen csökkenteni nem lenne jó dolog.

Tudok olyan háziiorvos kollégát, aki kiment Angliába 10–15 éves gyakorlata volt itt Magyarországon, ne gondolják a kollégák, hogy kapásból elfogadták mindenfajta ajánlását, szakvizsgát, úgy elküldték ilyen-olyan, amolyan továbbképzésre, mint annak a rendje. Pedig orvoshiányban szenvedő országról van szó, ez való igaz, és valamivel gazdagabbak, mint mi vagyunk.

Hozzászólás: Én csak egy pillanatra szeretnék a szakképesítéshez és ehhez a részállású rezidensi témához hozzászólni. Azzal tökéletesen egyetértek, hogy arra mindenféleképpen vigyázni kell, hogy ez a rendszer, ha már jól kialakult, akkor ne legyen az, hogy egy felhígulás történjen meg. Ezzel maximálisan egyetértek. Itt egyedül arról van szó, hogy most pillanatnyilag van egy megoldatlan helyzet, amiben valami megoldást kell találni, és ez egy a lehetséges rosszak közül, úgy tűnik, hogy talán ez lenne a legkevésbé rossz megoldás. Valóban, én úgy gondolom, hogy az alapellátásban a jövőben a csoportpraxis az nagyon nagy előrelépést jelenthetne olyan irányban, hogy talán akkor ezek az üres háziiorvosi praxisoknak illetve a betegeknek az ellátatlansága megoldódna, és ez mindenféle szempontból egy szakmai előrelépést jelenthetne.

Dr. Kalabay László: Jó. Köszönöm szépen. Átadnám a szót a hallgatóságnak.

Kiss Gábor, Borsod megyei háziiorvos: Minden előadáshoz egy pár szót szeretnék szólni, hol véleményt, hol kérdés is lenne. Dr. Beke Éva szájából hangzott el, hogy 1 alkalmazott van a praxisoknak a nagy részében. Én ezt elmondtam már vagy három héttel ezelőtt egy ilyen konferencián, hogy érdemes lenne felmérni, hogy mióta vállalkozók vagyunk, 1993-tól, hogy akkor szerintem majdnem minden háziiorvosi körzetbe két nővér volt, és most felmérni, hogy mennyi van. Ennek egyszerű oka van, nem tudja fizetni az orvos, az egyiket elküldte, maradt neki egy asszisztensnője. Egy asszisztensnővel komoly gondozói munkát, prevenciót végezni nem lehet. Nekem a napi betegforgalom átlagban 40–50 fő, 1 850 fős praxisom van, itt egy nővérral tűzoltás folyik, ott komoly gondozói munkát nem lehet végezni. Ahhoz, hogy két alkalmazott legyen, nyilván ahhoz pénz kellene. Majd ezzel kapcsolatban még folytatom.

A népegészségügyi program céljairól három héttel ezelőtt az Egészségügyi Minisztériumnak egy előadója tartott előadást nekünk, és ott elmondta, hogy a háziiorvosnak természetesen jelentős szerepe kell legyen a népegészségügyi program céljainak elérésében, ugyanis a gondozásba, az egészséges életmódra való nevelésben a háziiorvosnak azért van nagy szerepe, mert ő ismeri a betegeket, illetve a beteggel a kapcsolata jó. Ezzel kapcsolatban azt

mondtam neki, hogy jó volt régebben, de az évben, pontosan az Egészségügyi Minisztérium részéről folyamatosan lejártnak minket. Az összes orvost, a kórházi orvost, a háziorvost, a kórházi orvost, tehát egy folyamatos lejárás folyik az országban az orvosok ellen, lásd a hálapénzt, a receptfelírási dolgokat, stb. Tehát, hogy lehet úgy komolyan a beteggel jó kapcsolatot kiépíteni, ha pont a mi szakmai felettesünk járat le minket a betegekkel szemben és folyamatosan megpróbál minket szembeállítani vele? Ennek két következménye volt, hogy most már ott tartok, hogyha olyan betegemnek, akivel bizalmas kapcsolatom volt, fel akarok egy új gyógyszert írni, mondjuk egy statint, akkor már furcsán néz rám, és megkérdezi, hogy ugyan mondjam már el, hogy miért, mert nyilván arra gondol, hogy pénzt kapok érte.

A másik – mondtam, hogy Borsod megyei háziorvos vagyok – 400 roma lakosom van az 1 850-ből, elértük azt, vagy elérte a mindenkori hatalom, hogy hetente fordulnak elő olyan atrocitások, hogy ránk akarják borítani az asztalt, tűrhetetlen, nyomdafestéket nem tűrő hangon kioktatnak engem meg a beosztottjaimat, tehát nem lehet tisztességesen dolgozni, és nekik ehhez joguk van. Tehát ebben az évben éreztem először, hogy úgy érzik, hogy mindenhez joguk van, engem lealázni, a személyzetet, tehát egyszerűen nagyon rossz a hangulat. Én is elgondolkodtam rajta, hogy eljövök Borsod megyéből. Ez összecseng azzal, hogy mért Borsod megyében van a legtöbb betöltetlen háziiorvosi praxis. Én is elgondolkodom most már hetente, hogy eljövök onnan, mert normálisan dolgozni ilyen hangnemben nem lehet.

Kertai Aurél doktorhoz a díjtételekkel kapcsolatban én is szerettem volna mondani, hogy a jogosítványos pénzt, a látlevél, a vérvétel, ezeket is karban kellene tartani, mert évek óta nem változtak.

Hazay Balázs doktor úrnak szeretném mondani, hogy üzemi szakorvos is vagyok a háziorvoslás mellett, és el kell, hogy mondjam, hogy nagy szerencsém, hogy üzemorvosként is dolgozom, mert ha háziorvosként megvizsgállok egy beteget, kapok érte 160 forintot, hogyha az egy kisboltban dolgozik nálam a faluban, megvizsgálom, akkor 8 000 forintot fizet nekem a vállalkozó. Hát ebből a pénzből tudom fenntartani a háziiorvosi praxist. Tehát magyarul, jelenleg azok a háziiorvosi praxisok működőképesek és nem állnak a csőd szélén, akinek az orvosa üzemorvosi dolgokat és csinál, és ezt a pénzt belepumpálja a háziiorvosi ellátásba.

Kőrösi László doktor úrnak az előadásához szeretném hozzátenni, hogy a betegforgalmi jelentés, én úgy találkoztam valahol egy adattal, hogy talán 5 000 forintot akar az OEP adni érte, hát nem hiszem, hogy ez eget verően megrengetné a mi anyagi helyzetünket, és megnéztem, mielőtt ide jöttem volna, hogy januártól 3–4 forinttal szépen csipkedik lefelé a kártya pénzt, 160 valamennyiről indult, most 159 volt a legutóbbi finanszírozás. Tehát

körülbelül 10–15 000 forintot vesztettem minden hónapban januártól. Nem feltűnően, csak szépen csipegetik lefelé fillérenként, úgyhogy most 3–4 forinttal kevesebb a kártyapénz, mint ez év januárjában volt. Úgyhogy, ahogy ígérete, hogy az inflációnak megfelelő emelés talán lesz, akkor gondolom, visszakapjuk azt a pénzt, amit most elvettek tőlünk januártól, és akkor 2005-re ugyanott vagyunk, ahol ez év januárjában voltunk.

Huszár doktor úr mondta, hogy a minőségi munka változó finanszírozására szükség lenne. Ezzel kapcsolatban, volt egy Országos Alapellátási Intézet által szervezett konferencia olyan 6–7 évvel ezelőtt a SOTE-n a Nagyvárad téren, ahol 1-től 5-ig besorolták csoportokba a praxisokat, és más lesz a pontérték. Tehát, aki minőségi munkát végez, több dolgozóval, azoknak több lesz a kártyapénz, akinek nem, azoknak meg kevesebb. Tehát ilyen elmélet hangzott el. Ugyanezt most három héttel ezelőtt a népegészségügyi programmal kapcsolatban egy fiatal doktor úr megint ugyanígy elmondta, hogy ezt tervezik. Tehát 6–7 évvel ezelőtt is meghallgattam ugyanezt az előadást. Én akkor, 6–7 évvel ezelőtt az asszisztensemét elküldtem továbbképzésre, megvettünk huszonéves EGK-t, vérnyomásmérő monitort, fizioterápiát berendeztünk, stb., az egyik asszisztensnőmnek négy szakosítója van, a most jár megint valamire, nem vettük semmi értelmét, mert ugyanúgy 159 forint nekem is a kártyapénz, mint annak, aki nem csinál, úgymond semmit.

Takács Zoltán úrnak szeretném mondani, hogy addig, míg a mentőszállítás ingyenes lesz, addig mindig ez a probléma fenn fog áll. A szlovákok ezt most ügyesen megcsinálták, fizetni kell kilométerenként valamennyi pénzt. Az a lényeg, hogy nálunk is be kellene ezt valahogy vezetni, csak ugye ezt senki nem merte eddig felvállalni. Be kellene vezetni, és az a lényege, hogy több legyen a pénz, mint a vonatjegy vagy buszjegy, tehát többet kelljen fizetni a mentőért.

Kertai doktornak nagyon igaza van, nagy nyomás van rajtunk, folyamatosan, és mivel, hogy az a rendszer van, hogyha a betegre egy cseppet csúnyán nézek, akkor átviszi a kártyáját a másik praxisba. Nagyon nehéz nekünk észérvekkkel azt mondani a betegnek, hogy tessék idefigyelni, nem jár a mentő, tessék menni kocsival vagy busszal, mert akkor megsértődik, úgyis elmennek a betegek, ha azt sem tudjuk, hogy mért ment el, hátha még nyíltan összeütközünk velük. Tehát ez, ha ingyenes marad, folyamatos probléma lesz a szállítással. Ezzel kapcsolatban konkrétan szeretném mondani, hogy Szerencsen bedugult a mentőállomás, kéthete senkit nem visznek el, csak a sürgősségi betegeket és olyan időpontos beteget, akik nefroló... van egy pár hely, ahova időpontra vissza kell vinni a betegeket, vagy éppen Holter EKG-ra, folyamatosan itt hagyják már egy hete a betegeket. A következő, jön a telefon nekem, hogy doktor úr csináljon valamit. Mondom, én mit csináljak. Elkezdik szidni a mentőket, akkor nekem 20 perc alatt megmagyarázom, hogy ne a mentőket szidja, hanem a kormányt, aki nem ad pénzt a mentőre. De mondjuk azért annyi előnye van a dolognak, hogy így a felelősséget áthárítom, megvédem a mentősöket, mert megmondom, hogy a

döntéshozókat kell szidni nem pedig a mentőst, akinek van két kocsija Szerencsen. Beszéltem a mentőállomással, amikor már harmadik nap ott maradtak a betegek sorban, azt mondta, hogy két mentőjük van 180 hívás jött be, szállítási igény. 180. Ezt elmondtam a betegeknek, mondtam, hogy tessék a kormány felé reklamálni, hogy adjon több mentőt, meg több mentőápolót, meg túlórát fizethessenek, stb. és akkor majd rögtön lesz mentő. Például az indokolatlan szállításhoz, protrombin mérés. Ez szerintem iszonyú nagy teher a mentőállomásra. Ezzel kapcsolatban szeretném mondani, van gép Magyarországon, amit meg lehet venni, meg tudnánk háziiorvosi praxisban protrombinokat nézni, csak az baj, hogy az a csík többbe kerül a készülékbe, mint a beteg után járó havi kártyapénz. Innentől kezdve nem működik a rendszer. A gépet még egyszer megveszi az ember valahogy, de a csík. Egy koleszterincsík 550 forint. Egy triglicerid csík 550, egy cukor 250–280 forint. Több mint a beteg után járó havi kártyapénz. Innentől kezdve elgondolkodik az ember, hogy minek? Azért, hogy nekem veszteséget okozzon? Nem fogom megcsinálni, inkább beküldöm. A legtöbb ilyen beteg nem tud bemenni kocsival, meg egyedül van, meg idős beteg, nincs kocsija. Mentőt kell adnom hozzá, mert az meg fontos a protrombinszint ellenőrzéshez. Tehát megcsinálnak sok mindent EKG-t is tudnék csinálni, csinálunk fiziót is, csak mind a saját költségemre csinálom, amikor éppen olyan kedvem van, nekem ez mind veszteség, amit én csinállok otthon.

Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: Hát igen, sok minden kérdés elhangzott. Nem tudom, kik milyen sorrendben kívánnak válaszolni. Legyen még kérdés? Jó. Ki kíván még hozzászólni?

Hozzászólás: Szeretném megkérdezni Takács Zoltán főigazgató urat, hogy lehetséges-e a mostani áldatlan betegszállítási helyzetben esetlegesen úgy javítani, hogy – a mentőszolgálat és az alternatív betegszállítók között az elmúlt években azért feszültség volt – egy jobb együttműködéssel? Tehát, hogyha egymással kommunikatív kapcsolatot tartanának, hogyha esetlegesen egy irányba menő gépkocsikkal el tudnak szállítani olyan betegeket, akiket addig a köztük lévő feszültség és a kommunikáció hiánya miatt nem lehetett. Úgy hiszem, hogy ebből profitálhatna a beteg és az egész egészségügy. Kérem, hogy nyilatkozzon az ügyben, hogy lát-e erre lehetőséget.

Legliver Anika, Vas megye: Nem tudom, hogy Önök közül lát-e valaki arra megoldást, hogy az ügyeleti ellátás és a törvényes munkaidő közti lehetséges harmonizációt hogy lehetne megoldani? Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: További kérdés, megjegyzés?

Hozzászólás: Hazai doktor és Huszár doktor említette azt, hogy a szakmai szervezeteknek a szakmapolitika felé bizonyos szakmai terveket kellene letenni ahhoz, hogy ne legyünk játékszerei egyes szakmapolitikai döntéseknek. Az lenne a konkrét kérdésem, hogy másfél év óta, tehát 2003. augusztusa óta, a Magyar Orvosi Kamara, illetőleg a FAKOOSZ, Házi Gyerekorvosok Egyesülete tett-e le valamilyen tervet a finanszírozás bővítésére, a prevenciós tevékenység vagy a teljesítmény finanszírozásra a minisztérium asztalára? És hogyha letett, akkor ezt nyilvánosságra lehet-e hozni? Hogy az egyszerű kamarai tagok háziiorvosok is megismerjék, hogy tett értünk a szakmai testület. Még egy rövid kérdésem van, hogy van-e valakinek az asztalnál ülők közül adata arra, hogy az elmúlt két évben hány háziiorvos, hány gyerekorvos adta föl a praxisát és ment ki külföldre dolgozni?

Dr. Kalabay László: További kérdés, megjegyzés? Nincs, hát akkor megkérném akkor az előadóinkat, hogy válaszoljanak. Én nem is tudom, hogy talán milyen sorrendben kellene. Akkor kezdjük innen. Jó.

Hozzászólás: A protrombin abszolút jogos kérdés. Több alternatívánk van, a mentőautókból mozgólabort építünk, sokkal olcsóbb lenne, mint random mód szerint beszállítani a betegeket különféle gyógyintézetekbe. Nem hiszem, hogy ez jó ötlet részemről, bár nyilván gyorsan megvalósítható és óriási költségcsökkenést és kapacitás-felszabadulást jelentene. A szerencsi példát konkrétan ismerem, csak szeretném megnyugtatni, hogy nem a legrosszabb helyzet Szerencs Magyarországon, nem tudom, hogy ez most biztatja-e bármivel, mert legalább Borsod megyében van viszonylag jelentős alternatív kapacitás, ami egyébként nem fogja megoldani ezt az eszméletlen bummot, mert nem tudom, hogy itt igazából mi történt. Persze tudjuk, egy ingyenes szolgáltatás, ami korlátlanul igénybe vehető napi háromszor is. Én még itt ki szeretnék tekinteni, hogy miért is veszik igénybe, elsősorban nem azért, mert másképp nem tud hozzájutni, hanem mert a szakrendelői sor így a legrövidebb, tehát egy piros kabáttal baromira gyorsan lehet bonyolítani vizsgálatokat, és ez tényleg a labortól a reumatológiáig bezárólag bármire sajnos igaz, és a fiúk ebben abszolút partnerek, hiszen nekik is az az érdekünk, hogy az az 5 beteg, akit bevitt nagyon gyorsan meglegyen, gyorsan hazaviszi és a következő körével, nyilván irreális azt képzelni, hogy két gépkocsival 180 beteget meg tud fordítani, de egyébként 45–50-et megcsinál naponta a szerencsi mentőállomás. Ami eszméletlen teher. Ezért a beteg nem csupán ahhoz jut hozzá, hogy ingyen van a közlekedési eszköz, szemben mondjuk a busszal, hanem még szakrendelőben is hozzájut, kvázi az elsőbbségéhez, amit a fiúk és a nők közötti jó kapcsolat még ápolni tud, és még tovább tud gyorsítani, és ezt nulla paraszolvencia mentén is gyakorlatilag begyorsul, és persze eredeztet egy csomó konfliktust, hogy mért előzte meg, mért nem, mi a sürgős, mi nem sürgős.

Általában a piros kabáthoz a sürgősség képzete társul. Ez még ugyan nem említett probléma, de legalább akkora súlyú, mint hogy építsünk-e mobillaborokat a mentőautóból. Globálisan, azt gondolom, hogyha van egy átstrukturálódó ellátó rendszer, és vannak kasszák, de valahol mégis minden kassza egy E Alapból eredeztethető, akkor azt gondolom és nyilván teszünk még ilyen javaslatokat az OEP felé, hogy érdemes lenne kiszámolni, hogy mibe kerül ma mentőgépkocsival laborba szállítani betegeket, akár protrombinra, de bármire. Egyébként én bármilyen konzíliumra is kivetíthetném ezt, és abszolút igaz ez kontrollokra, például, mondok napi példát. Pécsről Balatonfüredre rehabilitált beteg kontroll vissza az Pécsre történik. De gyakorlatilag a traumás kontrollok. A fővárosban balesetet szenvedett, OPSI-ban történő ellátott szerencsi lakost nem a miskolci kórházban varratszedik, hanem az OPSI-ban.

Tehát probléma nekünk persze, nem tudom, Szerencs után mi az első falu, mindegy, rég jártam Borsodban, probléma persze a 10–15 km-es szállítás is, ami ettől csak egy nagyságrenddel nagyobb probléma, amiről itt már beszéltünk, hogy ugyanez a szerencsi varratszedés az OPSI-ba jön Budapestre, 220 km-re. Visszatérve, amikor erről beszélgettünk, hogy mekkora pénz van a betegszállítási kasszában és ez mért nem elég, és megoldás-e a több mentőautó. Szerintem nem megoldás egyébként a több mentőautó, inkább át kellene gondolni, hogy talán nem lenne-e jobb a háziorvosoknak odaadni a stixre az 500 forintot. Önöknek egyszerűbb, jobban kötődnek a beteghez, nyilvánvalóan elvégezhetnek olyan vizsgálatokat, ennek azért van egy praxismegtartó, betegmegtartó ereje, rólunk egy jelentős kapacitás lemegy, amit egyébként Önök fognak felhasználni akkor, amikor valóban van egy sürgős, azonnalos betege, akihez nem fogunk tudni mentőautót küldeni.

Konkrét történet. Tiszalök, nincs messze Önöktől. 58-kmre sikerült a sírkőraborult gyerekre legközelebbi mentőgépkocsit, nem esetkocsit, mentőgépkocsit küldeni. Nyilván így az életben maradási esélyek az idővel exponenciálisan csökkennek. A rövid üzenet az az, hogyha meg tudunk ilyesmit fogalmazni, hogy úgy lenne érdemes és egy picit átjárhatóvá tenni már legalább a gondolat szintjén kasszákat, úgy lenne érdemes ezt vizsgálni, hogy felvetni ennek a költségességét az egyik kassza terhére, és mi szívesen kivennénk, kiadnánk, átadnánk ennek a költségét akár egy másik kassza terhére, ami bizonyosan jobb betegellátást eredményez. Nem jó ez a betegnek, hogy mi hurcoljuk keresztül, egyébként. Ez is egy utópia, nem szeretnek a betegek szakrendelőkbe járni vérvételre, nem jó ez senkinek.

A betegszállítói kérdésre. Nyilván abszolút az a jövő, ha rendelkezésre állnak mentési, illetve elsősorban ma betegszállítási kapacitások, akkor azok valamilyen egy egységes logisztikai rendszert képezzenek és lehetőleg egy irányításban lehessen a gépkocsikat küldeni. Ma valóban ez történik, hogy lehet, hogy három külön szervezet három gépkocsija is halad ugyanazon az úton, egyvalami hál' istennek nem történik, hogy félig terhelt vagy üresen

történjen, mert legalább minden autó tele van. Ezzel együtt, ebben egy racionalizálási lépést bizonyosan tennünk kell, és én azt gondolom, hogy így, hogy most már azért eltelt egy hat hónap és így látható nagyjából, hogy milyen költségvetésből milyen feladatokra fókuszál a mentőszolgálat, erre meg van is lehetőség, itt a betegszállítók 1–2 képviselőjével erről már külön beszéltünk is, meg utána is nyilván beszélhetünk is.

Név nélkül: Komáromi Zoltánnak a második kérdésére tudok választ adni. Nem tudok arról, hogy valaki házi gyermekorvosi praxist ott hagyott volna azért, hogy külföldre távozzon. Talán egy eset volt, ahol házastárs külföldi útja miatt történt ez meg, de ott sem eredendően a praxis került leadásra.

Név nélkül: Az első kérdést, hogy terjesztettünk-e be erre vonatkozó javaslatot, OALI-val közös munkában vagy 2002-ben vagy 2003-ban, ha megölsz sem tudom, de terjesztettünk be, 2003 volt valószínűleg, az oltások és a szűrések kiegészítéseképpen egy tervezetet, amely természetesen szakmai oldalról próbálta volna meg a finanszírozás változtatását. Annyira hoztuk ezt nyilvánosságra, hogy a mellettem ülő Kőrösi László véleményezte és találta használható megoldásnak, aztán elhalt az 50%-os tárgyalásokon meg azon a tényen, hogy a finanszírozás állandóan csökken, mert azért azt a kaotélát a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének vezetősége mindig szem előtt tartotta, hogy akkor lép fel új igénnyel, hogy a rendszerbe ennek megfelelő pluszfinanszírozást tud keríteni. A meglévő finanszírozásra az előadásomban lévő zártkassza révén úgy gondolom, hogy nem terhelnénk rá és nem is lehet és visszautasítást is kapunk az ügyben, ha újabb tevékenységet terhelnénk rá. Megint csak arra kell utalnom, hogy a kompetencia növelését szintén így képzeljük el, hogyha a pluszfinanszírozást jelent, márpedig a kompetencia növelése a házi gyermekorvosi praxisoknak létszükséglete.

Tehát még egyszer mondom, beterjesztettük, utána nem láttuk már, 2003-at követően, elérkezettnek az időt arra, hogy újabb igényekkel lépünk föl, hiszen egy állandóan zsugorodó finanszírozásban ez teljesen fölösleges lett volna. Azt kell mondanom, hogy ugyanakkor az elvet, miszerint ez okvetlenül szükséges, továbbra is, ma is és az első lehetőség kapcsán újra fel fogjuk eleveníteni és jelezni fogjuk.

Név nélkül: Én számokra szeretnék reagálni, amiket Borsod megyéből érkezett kollégaúr említett. Az összevetés több ponton sántít. Ugye itt a 8 000 forintot a 160 forinttal tetszett szembeállítani. Egy havi összeget egy éves összeggel szembeállítani eleve nem szerencsés. Másrészt, a 160 forint sem 160 forint, ezt Ön is tudja, ugye van szakszorzója, vannak a korcsoportonkénti pontszámok, van a fixdíj, van a területi kiegészítődíj ezek mind árnyalják ezt a 160 forintos díjat. Figyelembe kell azt is venni, hogy a 8 000 forintért a

foglalkozás-egészségügyi szakorvos legalább évente egyszer azért megvizsgálja azt az alkalmazottat, míg a háziiorvosi finanszírozási rendszer nem egy teljesítményelvű finanszírozás, ezért ezeket a számokat így nem is lehet, nem is szabad említeni. Vannak olyan emberek, akik bejelentkeztek még valamikor a 90-es évek elején egy háziiorvoshoz és azóta nem is jártak ott. Tehát tíz éven keresztül gyakorlatilag folyamatos finanszírozást kap egy olyan betegért a háziorvos, akit nem is lát. Nyilván, ennek a másik oldala, hogy vannak olyan betegek, akiket akár naponta háromszor is lát folyamatosan. Nyilván, hogy ebben az esetben a 160 forint, 200 forint vagy 800 forint vagy akármennyi finanszírozás nem vehető alapul.

Elhangzott az, hogy az OEP 5 000 forintot akar adni a tételes betegforgalmi jelentések díjazásáért. Az OEP nem akar vagy nem adhat saját szájíze szerint megfelelő összegeket, az OEP annyit fizethet, amennyit a vonatkozó kormányrendelet számára előír. Ez a kormányrendelet valóban 5 000 forintot ír most elő ennek a díjazására, azonban ezért is egy opcionális lehetőség, mert ezt mi is tudjuk, hogy havi 5 000 forint nem sokat jelent ebből a szempontból, mondhatjuk, hogy semmit, de mégis, hogyha valakinek van egy számítógépes rendszere, amit egyébként is működtet, amit egyébként is használ és nyilvántartja benne a teljes betegforgalmát, annak az embernek már nem egy nagy dolog előállítani egy tételes betegforgalmi jelentést a hónap végén. Az gyakorlatilag számítógépen pár perc alatt elvégezhető.

Komáromi doktor tette föl a kérdést, hogy tud-e valaki arról, hogy hány háziorvos hagyta ott a praxisát és távozott külföldre. Úgy gondolom, hogy az országban senki nem tud erre válaszolni jelenpillanatban. Azt tudjuk, hogy két éve a betöltetlen háziiorvosi praxisok száma olyan 110 körül volt, jelenleg 130 körül járunk, tehát két alatt egy olyan 20 háziiorvosi praxis vált betöltetlenné. A növekmény szerencsére jelenleg még nem drámai mértékű. De hogy ezek közül az üressé vált praxisok közül az orvosok, tehát az elhagyó orvosok, hányan távoztak külföldre, azt nem hiszem, hogy meg lehet mondani. Köszönöm szépen.

Név nélkül: Ehhez az utolsóhoz én csak annyit tudnék hozzászólni, hogy természetesen adat nincsen, de nálam telefonon többen érdeklődtek háziorvosok közül, hogy milyen lehetőségekkel és milyen feltételekkel lehet esetleg elmenni külföldre dolgozni. Beirányítottam a Kamara illetékeséhez, akik ezzel foglalkoznak, de tényleges elmenésről nem tudok. Az elvándorlást azt nem csak a háziorvosokra, hanem az összes orvosi részre gondoltam, mert ott van, tehát ott is jelentkezők vannak. De ebből hányan mennek ki, arról szerintem adata senkinek nincsen.

Név nélkül: Köszönöm szépen a borsodi kollégának az elbeszélését az egy szakdolgozó egy

praxisról, mert úgy gondolom, hogy az is alátámasztja azt, amit én a bevezetőben elmondtam, hogy mindenféleképpen a finanszírozásban kellene, hogy egy változás bekövetkezzen, itt nem feltétlenül kell, hogy úgy dolgozzon két szakdolgozó egy praxisban, hogy csak egy praxisé legyen az a második szakdolgozó. Elképzelhetőnek tartanám azt is, hogy egy prevenciós nővér legyen, aki esetleg 3–4 praxisnak a prevenciós munkáját is ellátja, és ezáltal tulajdonképpen a praxisokra egy kisebb teher hárulna a finanszírozás szempontjából.

A népegészségügyi program valóban nagyon sok helyen említi a háziorvosokat, nagyon sok dolgot hárítanak a háziorvosra, minden területen azt várják a háziorvostól, hogy naprakész információi legyenek, és hogy valóban a prevenció területén egyre többet hozzon. Ezt várná a népegészségügyi program tőle. Úgy gondolom, hogy ez mind időben, mind a finanszírozás szempontjából, ismételten csak ezt tudom mondani, egy elég nehéz probléma.

Amiről itt szó volt, még a minőségbiztosításról. Valóban volt az intézetnek ilyen kezdeményezése, hogy akkreditálja a praxisokat és ennek alapján egy finanszírozással legyen összekötve az, hogyha egy jobban felszerelt praxis egy jobban képzett nővérrel-örvossal van, akkor esetleg ott több finanszírozás kerüljön oda. Ez egy kétélű dolog, mert ugyanakkor viszont magával hozhatta volna azt, hogy a kisebb praxis vagy esetleg saját hibáján kívül rosszabb körülmények között lévő praxis bekerülne abba a mókuserékbe, hogy még kevesebb finanszírozáshoz jutna. Tehát végül is ez a dolog az Intézet részéről, azt hiszem, ezért is feneklett meg és nem foglalkoztunk vele így ebben a formában. De a minőségbiztosításra biztos, hogy szükség van, és egy megkerülhetetlen probléma, tehát ezt előbb-utóbb tudomásul kell vennünk, hogy be kell iktatni a háziiorvosi munkába is a minőségbiztosításnak az elemeit.

Az ügyelettel kapcsolatosan, azt hiszem, hogy a kolléganő egy nagyon kényes kérdést érintett, mert pillanatnyilag ma Magyarországon a 60 órás munkaidőt/hét írják elő. Ha azt veszem alapul, hogy az orvosnak még a létszámhiány miatt részt kell vennie az ügyeleti rendszerben, ez bizony biztos, hogy ezt a 60 órát túl fogja lépni. Ugyanakkor viszont azt is tudomásul kell venni, hogy a jogszabályok lehetőséget biztosítanak arra, hogy az ügyeleti időnek csak egy bizonyos százalékát tudják be munkaidőnek, amit csak effektív munkával töltött, ez egy ilyen 25–50%-a lehet az ügyeleti időnek. Tehát én biztos vagyok benne, hogy ebből Magyarországon is probléma lesz, talán még bíróságig is el fog jutni a dolog nem egy alkalommal, mint ahogy az Európai Unió országaiban már erre volt példa. Az orvosok meg is nyerték ezeket a pereket, de a gyakorlatban semmi változás nem történt sajnos. Köszönöm szépen.

Név nélkül: Köszönöm szépen. Én akkor kezdem ezzel a munkaidővel, mert nekünk ez a

legfontosabb. Mi úgy gondoltuk, hogy május 1-jétől Európához tartozunk. Ott pedig, mint ahogy elmondta a kolléganő is, az a bírósági hozzáállás most már, hogy az otthonától munkavégzés céljából távolléti idő igenis ügyelet, munkavégzés. Tehát az nekünk beszámít. Én még ehhez azt is hozzátenném, hogy a kötelező munkaidőnk 48 óra, hisz a 40 órán túl a 8 óra kötelező, a 12 az a szabadon választottan kötelező. Ebből adódóan, mi úgy gondoltuk, hogy miután vannak ezek a helyettesítő-párok, és ez mindenütt létezik, ha ügyelünk, a kollégám dolgozik helyettem másnap. Ennek egyedül a finanszírozása nincs meg. Na most, mi ezt finanszírozzuk. Én leszámolom neki a 3 000 forintos óradíjat, közmegegyezéssel kettőnk között, ő ugyanígy leszámolázza nekem, ez minden hónapban pontosan ugyanannyi, mert egyformán ügyelünk, tehát nem okoz ez adóban gondot. Viszont arra meg lehetőség van, a Kamarával beszélve, amennyiben úgy gondoljuk, elmehetünk próbaperre, hogy ezt bizony az önkormányzatnak fizetni kellene, hisz vele vagyunk szerződésben. Úgyhogy, mi most ezt az utat járjuk, megpróbáljuk Európát behozni Magyarországra.

Ami azt illeti Komáromi Zoli kérdésére, hogy hányan mentek házi orvosok külföldre, nem tudom. Én csak a Kamara adatait tudom, hogy összesen hány orvos ment el, és ez már 100-as nagyságrend. Ami azt jelenti, hogy nem egy szórványos nekibuzdulás, hanem igenis úgy érzik a kollégák, hogy a sokkal nehezebb feltételek, kimerem mondani, a sokszor megalázó munkakörülmények – hisz helyettes orvosnak veszik fel, állandó helyettesnek veszik fel, ügyeletos orvosnak veszik fel, nem igazán a szakképzettségében veszik fel, ahogy professzor úr is mondta, előbb le kell tenni a honosító vizsgákat –, mégis úgy érzik a kollégák, hogy anyagilag emberhez méltóbb körülményeket tudnak maguknak teremteni, ami miatt mégis érdemes a hazájukat elhagyni, amit valahol nagyon szomorúnak érzek.

Az anyagokat. 1999-ben csináltunk egy komplett minőségbiztosítási tervet Krup doktor részvételével és a FAKOOSZ Nagy Béla főosztályvezető úrnak a vezénylete alatt. Ez valahol az OEP valamelyik fiókjában meg kell, hogy legyen. Akkor a terv az volt, hogy ezt a komplett anyagot, amiben a gyakorlati útmutatók és sablonok is benne vannak, egy CD-n az összes házi orvos ingyenesen megkapja, és ezt felhasználva számon kérhetik tőle, hogy a minőségbiztosítási rendszert használja is. Azóta csak az fordult elő, hogy ez, az, amaz, mindenféle magáncégek megpróbálták akkreditáltatni a semmit, hisz egy egységesen elfogadott alapellátási minőségbiztosítási rendszer nincs. Na most, vagy ezt lehetne fölhasználni vagy bármit csinálni, csak nem arról kellene szólni a dolog, hogy a házi orvosokat megint valamilyen módon megpróbálják egy vásárlási kényszerbe belehajtani, hanem azt, hogy amit megkívánnak tőlük, annak finanszírozása is meglegyen.

Ami anyagokat beadunk a miniszter uraknak és hölgyeknek. 2000-ben elkészült a falusi lakosság egészségügyi állapota. Ezt Jávor Andrásnak odaadtuk, Mikola miniszter úrnak odaadtuk, az OALI-ba beadtuk, ahogy te nem kaptál róla semmiféle visszajelzést, úgy mi sem, noha kérésre adtuk be. Kifejezetten kérték, hogy ezt az anyagot adjuk le.

Csináltunk egy Háziiorvosok pszichés státusza című felmérést. Ezt is leadtuk javaslatokkal együtt, hogy ennek alapján milyen egészségpolitikai változásokat szeretnénk. Leadtuk az ellátásszervezői törvény-tervezethez a javaslatunkat – az első javaslatunk az volt, hogy a törvényt ne adják ki, és nagyon boldog vagyok, hogy legalább ennyi bejött. A FAKOOSZ minden éves kongresszusára, minden aktuális minisztert meghívunk, akinek szóban és írásban odaadjuk a javaslatainkat, kéréseinket, elvárásainkat. Minden miniszterrel külön négy szemközt beszélgetést kérünk, külön hangsúlyozva, hogy a falusi orvosoknak milyen egyéb elvárásaik vannak, odaadjuk, mindenki tudja, hogy mi történt ennek megfelelően. Most a legközelebbi körben fog megjelenni a legújabb aktuális javaslatainknak a tömkelege. Én azt hiszem, hogy a kompetenciánk, az erőnk, a hatalmunk idáig terjed, hogy aztán ki hogyan nem használja fel, az már nem a mi bűnünk.

Név nélkül: Borsodi kollégához kapcsolódva, hogy átcsoportosítja és abból sok mindent felhasznál a háziiorvosi praxisában, azt kell mondanom, hogy ez egy kényszerpálya. De a szakma ennek nem örül. Hogy lehet átcsoportosítani, vagy rosszul állapítottuk meg a javasolt díjat? Ugyanis itt azért szeretném az OEP-nek a főosztályvezető-helyettesét... „A foglalkozás-egészségügyi ellátás egy éves ellátás, amely tartalmaz alkalmassági, vizsgálatot, időszakos vizsgálatot, helyszíni bejárást, higiéniés vizsgálatokat, tanácsadást a munkáltatónak” és még rengeteg mindent, és bármikor a munkavállaló eljőhet a rendelőbe és ott panaszát orvosoljuk, irányítjuk, küldjük, foglalkozunk vele. Receptet írunk neki, gyógyszereljük, mert nem tud elmenni a háziiorvosához, mert nincs ideje rá. Az OEP-nek a legújabb ötlete, hogy hát ezt meg kéne szüntetni..., hát ez... azt hiszem, betegellenes. Egyetlen foglalkozás-egészségügyi orvos sincs biztosítva, a beteg van biztosítva. Nem az a megoldás, hogy ne írjanak receptet, mert... ha mi írjuk a receptet, akkor ő nem megy a háziiorvosához ugyanért a gyógyszerért, vagy arra számít, hogy akkor nem megy el, azt meg van ő anélkül is. Kevesebb a kiadás. Hát ez is lehet egy megoldás. Tehát nem, én a másik gondolatom az, hogy én valószínűnek tartom, hogyha a háziiorvosok, általában a magyar egészségügy helyére lesz téve, nem lesz ennyi foglalkozás-egészségügyi orvos, mert nem a szakma szépségeiért mentek el ezek az orvosok erre a pályára, hanem a piszkos anyagiak miatt. Nekem az is szomorú egyébként, hogy mi azért jöttünk erre a pályára, mert szeretnénk a betegeken segíteni és nem ilyen anyagi kérdésekkel foglalkozni, és szinte ma már mindenki ezzel foglalkozik. Szóval, ez valami olyan mélységes szinten van a magyar egészségügy.

Van-e tervünk? Komáromi doktor vetette fel. Hogyne lenne. Mi soha nem vártuk meg, hogy mondják meg, hogy mi legyen, hanem mindig kezdeményeztünk és mindig észrevettük a hibákat, hogy mit lehetne és hogy lehetne ezt jobbra tenni, aztán amikor sikerült valamit elérni és az nagyon jól sikerült, abban a pillanatban a hiénák rácsaptak, és akkor egy kicsit megint változott, aztán megint elkezdett az ember gondolkodni, akkor megint mit lehetne csinálni. Most jelen pillanatban úgy áll a helyzet, hogy átdolgoztuk a teljes jogszabályt, szakmai kollégium

megtárgyalta, amíg volt szakmai kollégiumunk, mert most már hónapok óta nincs, de valószínű, hogy most nagyon rövid időn belül meg alakul. Kihozták a rendeletet, de nincs változás, és a gondolataink nem változnak hónapról-hónapra, nem változtatjuk, hanem igen, már elég régóta ugyanazt képviseljük a foglalkozás-egészségügyben, tehát megvannak ezek a dolgok.

Hogy széles körbe ismertessük, erre viszont nem azt a taktikát választjuk, hogy na, akkor ismertessük és ki..., hanem először a szakma, tényleg a kollégium, de nagyon sok fórumon is előadások hangzanak el ezzel kapcsolatosan, és nem írásban adjuk ezeket, mert meg kell vitatni, a felmerült kérdéseket módosítani, és amikor letisztultak a dolgok, akkor lehet majd..., de ha van fogadókészség, csak abban az esetben lehet ezt megbeszélni a szakmának.

A fogadókészség az annyi, hogy a foglalkozás-egészségügyi pénztárnak a létrejöttéhez kapunk-e olyan támogatást, amit megkaptunk, igen, dolgozunk, és kidolgoztuk. Tehát asztalon van, utána... és itt is az van, hogy a politika fogja eldönteni. Sajnos, mi hoztuk létre ezzel az áralámenésekkel a munkáltatói oldalnak az ellenkezését, mert ők most már megszokták azt, hogy ezt a szolgáltatást lényegesen olcsóbban meg lehet kapni, holott kezdetben beleegyeztek, de aztán mi voltunk olyan ügyesek, hogy menjünk alá.

Köszönöm szépen.

Dr. Kalabay László: További kérdés, megjegyzés?

Dr. Kertai Aurél: Bocsánat, ehhez annyit szeretnék mondani, hogy ez év koratavaszán az Alapellátási Munkabizottságban, ami gyakorlatilag minket érint, a többi az nem az alapellátást érintette volna annyira, megtörtént egy anyag, ami ugyebár nem annyira a finanszírozáshoz, az anyagi helyzethez jelentett volna javulást, ez az iparűzési adónak a megszüntetése. Közös volt a megállapodás, hogy ez helyes. Nem történt meg. Jelenpillanatban egyelőre ez történt. Egyéb finanszírozási részekben is bement javaslat, ez például, amint amit említettem az elején, ezek a díjtételeknek az emelésre.

Én azt hiszem, hogy mivel szervezőként ezt nem tettem meg és elnézést a mulasztásomért, nagyon szeretném innen megköszönni a meghívott résztvevőknek, hogy eljöttek hozzánk, és részt vettek nagy aktivitással ezen a beszélgetésen.

Dr. Kalabay László: Köszönöm szépen, előrehaladt az időnk nagyon most már, én azt hiszem, hogy sok olyan kérdés hangzott el, amire nehéz választ adni, az egész egészségügy úgy, ahogy van, tele van ellentmondásokkal ellentétekkel, ellenérdekeltséggel, rettenetesen megosztott minden területen, hát bízunk benne, hogy ez az aktuális kérdés, hogyha legközelebb lesz kerekasztal vagy valami hasonló fórum, akkor már valamivel kedvezőbb képet tudunk aktuális dolgokról beszélni.

Ezennel bezárnám az ülést. Megköszönöm, ha van még folyóban lévő diskusszió, kérdés, akkor ezt az ülés után folytatjuk. Megköszönöm meghívott vendégeinknek, szervező úrnak a munkáját, részvételét, előadását, válaszait és a hallgatóságnak az aktív részvételét.

Köszönöm szépen.

- 0 -