

A vállalkozó házi orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta

[Garai Lilla államvizsga dolgozata alapján, SZTE-ÁOK]

Bevezetés

A rendszerváltás előtti egészségügy nem felelt meg a műszaki- és tudományos fejlődés állította feltételeknek és az öregedő lakosság egészségügyi helyzetének sem. Ezért az új kormánynak egészségügyi reformokat kellett véghezvinnie. A reformok az akkori körzeti orvosi rendszert is érintették, amely a házi orvosi rendszer kialakulását eredményezte új működési jogviszonnal és finanszírozással. A bevezetett finanszírozás csak részben váltotta be a hozzá fűzött reményeket, mostanra pedig a működtetésre fordított pénz alig fedezi a házi orvos költségeit.

A finanszírozás rendszere

A reformok egyik mozgató tényezője a piac érvényesülése volt az egészségügyben, amely egyes közgazdászok szerint az erőforrások kihasználtságát és a költséghatékonyságot fokozhatja. De kiemelik, hogy ezek az előnyök csak akkor érvényesülnek, ha a változások mellett erősebb szakmai felügyelet és a negatív piaci hatások csökkentéséért felelős állami szabályozás valósul meg, amely figyelembe veszi az egészségügyi piac sajátos vonásait. A világ minden részén máig vitatéma, hogy az egészségügyi rendszer problémáira a piaci elemek erősítése a megoldás, vagy éppen a nagyobb állami szerepvállalás a társadalmi egyenlőtlenségek enyhítése érdekében.

A piac kedvező hatásainak érvényesülése reményében indult el a privatizáció folyamata 1992-ben, többek között a házi orvosi vállalkozások engedélyezésével. A házi orvos ekkor még nem lett tulajdonosa a rendelőnek, a berendezésnek és egyéb felszerelésnek, de az Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződés alapján önmaga látta el vállalkozóként a praxishoz kötődő feladatokat, vagyis az ún. funkcionális privatizáció valósult meg. Majd az 1998-ban megalakult kormány alatt vált teljessé a privatizáció, amely azóta az érintettek akarata és a helyi adottságok függvényében folytatódik.

A rendszer gazdaságosabbá tételének másik lépése volt a normatív teljesítményelvű finanszírozás bevezetése, amely alapján a finanszírozás az ellátáshoz szükséges átlagos ráfordítás és költség alapján történik. Ezen az elven a házi orvoslás esetében a per capita rendszert vezették be, vagyis az orvos a hozzá bejelentkezett betegek száma után kap térítést, amelyet még számos tényező módosít.

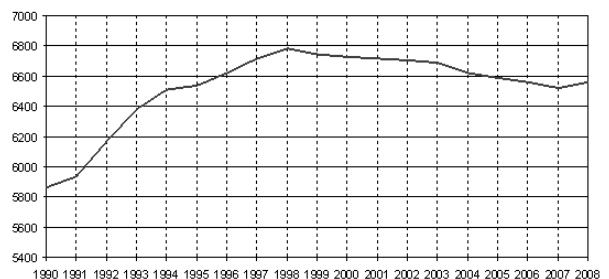
Fontos még megemlíteni, hogy a finanszírozást dualiz-

tikussá alakították. A működési költségeket az Egészségbiztosítási Alapból (E. Alap) folyósítják, míg a beruházási költségeket a jogviszonytól függően az önkormányzat, vagy a szolgáltatást nyújtó vállalkozó állja. Ez a rendszer számos visszasságot eredményez.

A világ minden részén máig vitatéma, hogy az egészségügyi rendszer problémáira a piaci elemek erősítése a megoldás, vagy éppen a nagyobb állami szerepvállalás a társadalmi egyenlőtlenségek enyhítése érdekében. Közvetlenül a reformok után úgy tűnt a régi rendszer hibáit sikerül kiküszöbölni. Az új finanszírozás valóban segít a pénz megfelelő felhasználásában. Számos beruházás történt, mert a szolgáltatók a jobb színvonalú ellátásától jobb megélhetést és beteg-megelégedettséget reméltek, de évek múlva rá kellett döbenniük, hogy a finanszírozás csak a nevében teljesítmény elvű, ráadásul a fejlesztést támogató programokat is leállították. A pozitív irányú folyamat megrekedt, és azóta sem sikerült olyan változtatásokat véghezvinni, amelyek kilendítenék az egészségügyet ebből az állapotból. A minőségi ellátás nem érhető el minden beteg számára, és ugyanazt a munkát végző orvosok is igen eltérő színvonalon dolgoznak, a jövedelmezőség nem tükrözi a munka minőségének. Ráadásul az orvosokat nem készítik fel a piaci szemléletmódra, mai napig nem képesek eligazodni a gazdálkodás útvesztőiben. Sokan, akik viszont jól átlátták, és átlátják a piacgazdaság működését, átestek a másik oldalra és a gyógyítást, csak üzletként kezelik.

Újabb reformokra lenne szükség, amelyek figyelembe veszik a magyar gazdaság jelenlegi helyzetét, a népesség egészségügyi helyzetét és a társadalmi hozzáállását mind a betegek, mind a gyógyító munkát végzők szemszögéből. A helyzet megoldását sürgeti, hogy az elmúlt pár évben egyre kevesebben választották a házi orvoslást hivatásuként, de figyelembe kell venni azt is, hogy Magyarország népessége csökken.

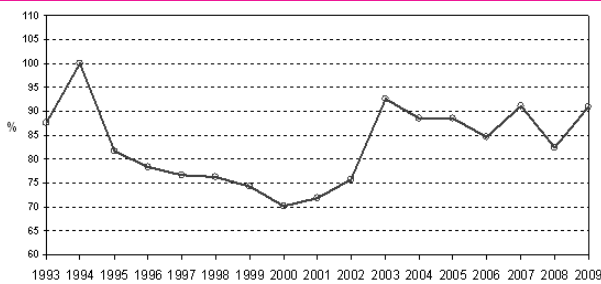
1. ábra A házi orvosok és házi gyermekorvosok száma 1990–2008



Az állami finanszírozás költségeinek változása a '90-es évektől

Az állam háziiorvosi ellátásra jutó kifizetéseinek változása az ESKI honlapján található adatok alapján került elemzésre. Sajnos az adatok sok kategóriában csak 2006-ig állnak rendelkezésre és csak pár értéket lehetett pótolni az interneten talált dokumentumokból.

2. ábra A praxisfinanszírozás reálértéke (%) az 1994-es évhez viszonyítva



Az 1. ábra azt szemlélteti hogyan változott a praxisok finanszírozására fordított pénz (fix díj, területi pótlék, kártyapénz, egyéb) reálértéke az 1994-es évhez képest. Jól látható, hogy 1994 óta a háziorvosok által kapott pénz reálértéke 2000-ig 30%-kal csökkent, majd 2003-ra a 2002 szeptember 1-jével bevezetett 50%-os közalkalmazotti béremelés hatására jelentősen emelkedett, de így is csak az 1994-es érték 92,6%-át érte el. Azóta hullámozó tendencia jellemzi az államtól kapott összeget, de összességében egyre kevesebb jut egy háziorvosnak és most 2009-ben is az 1994-es értéknek csak a 91%-át éri el.

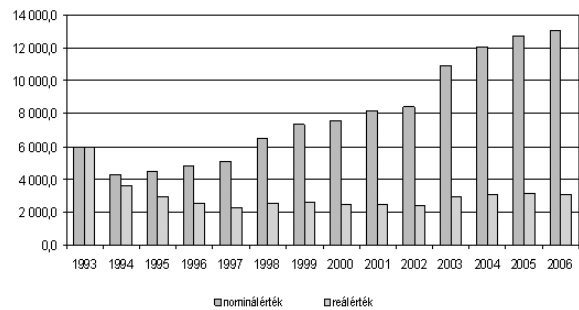
A praxisfinanszírozás egyik tétele a **fix összegű díjazás**, amelyre a területi ellátási kötelezettséget vállaló (TEK) háziorvos jogosult. A működési költségeket hivatott fedezni (közműdíj, telefon, eszközök, tisztító-, fertőtlenítőszer, gyógyszerek stb.). Nagysága függ a lakosság számától,

1. táblázat A fix díj változása (nominálérték)

Év	1999	2008
Felnőtt körzet esetén, ha a körzet felnőtt lakosainak száma		
nem éri el az 1200 főt	96 000 Ft	253 000 Ft
1200 és 1500 fő között van	91 000 Ft	235 000 Ft
1500 fő felett	86 000 Ft	197 000 Ft
Gyermekkörzet esetén, ha a körzet lakosainak száma		
nem éri el a 600 főt	106 000 Ft	290 000 Ft
600 és 800 fő között van	101 000 Ft	272 000 Ft
800 fő felett van	96 000 Ft	235 000 Ft
Vegyes körzet esetén, ha a körzet lakosság száma		
nem éri el az 1200 főt	102 000 Ft	271 000 Ft
nem éri el az 1200 főt	96 000 Ft	250 000 Ft
1500 fő felett van	91 000 Ft	214 000 Ft

összetételétől és a körzet helyétől. A 1. táblázatban az látható, hogy a kis lakosság számú körzetek támogatása nagyobb mértékben nőtt, amellyel valószínűleg a számos ilyen betöltetlen körzetet akarták vonzóbbá tenni az orvosok számára. Ezen nominális értékek alapján nem gondolná senki, hogy alulfinanszírozott a háziorvoslás.

3. ábra Az E. Alap kiadása a fix összegre (mFt)

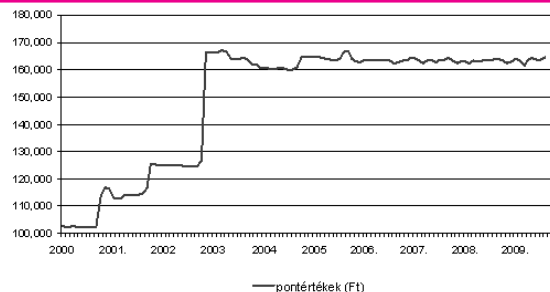


Az országosan kifizetett fix díjak alakulását vizsgálva az látszik, hogy 1994-től 2003-ig lassan emelkedett a fix díjazásra szánt összeg, és kisebb mértékben ugyan, de csökkent a díjak reális értéke. 2003-ra jelentősen nőtt a fix összeg miatti kiadás a közalkalmazotti béremeléssel egy időben, de az inflációt is figyelembe véve ez a kiugró emelkedés a finanszírozás valódi értékét csak igen kis mértékben befolyásolta és az azóta történő emelések csak a reálérték szinten tartására voltak elegendők.

A **területi pótlék** a háziorvos „kiszállási” költségeit fedező havi díjazás. Csak a TEK orvosnak jár, valószínűleg abból kifolyólag, hogy a kijelölt területről köteles kártyát elfogadni, míg a területi ellátási kötelezettség nélküli (TEKN) orvos nem köteles és így kiválaszthatja azokat a betegeket, akik rendelője környékén laknak. A területi pótlék 1994-ben 546,0 mFt összkidást jelentett az E. Alap számára és ez az összeg 2001-ig érdemben nem változott. 2002-ben a fent említett rendelet következtében itt is kiugró volt az emelkedés, 2250,2 mFt-ra nőtt az összeg, de azóta változatlan ez az érték, amely 26 000 és 43 000 Ft között, az ellátott terület adottságaitól függő díjat jelent a jogosultnak. Ez nem fedezi a felhasznált benzint és a gépjármű amortizációját.

A praxisfinanszírozás legjelentősebb tétele a **„kártyapénz”**, amellyel a megfelelő teljesítményre és a minőségi

4. ábra Pontértékek havi bontásban (Ft)

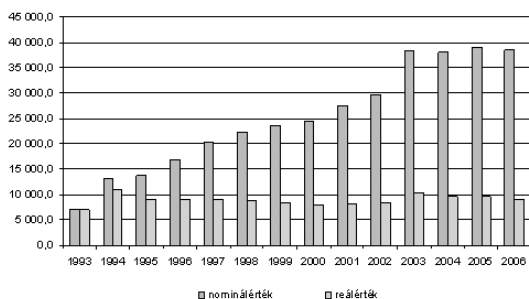


ellátásra akarták ösztönözni a szolgáltatókat. Az orvos a hozzá leadott TAJ kártyáktól és egyéb tényezőktől függő pontérték alapján kapja. Egy pont értéke havonta változik. Az OEP számítja ki, egy előre megadott országos keretösszeget visszaosztva, attól függően, hogy az adott hónapban hány érvényes kártyaszámot adtak le.

A 3. ábrán látható, hogy 2000-től 2003-ig évről-évre növekedett a kártyákért járó pont értéke. Majd 2002-ben a közalkalmazotti béremelés következtében októbertől novemberre 126,58 Ft-ról 166,347 Ft-ra ugrott egy pont értéke. Míg a kórházakban a közalkalmazotti béremelkedés 50% volt, addig a vállalkozó házi orvosok esetében a finanszírozás 31,5%-kal emelkedett, de így is jelentősnek számított a korábbiakhoz képest. Azóta a pontértékek szinte változatlanok.

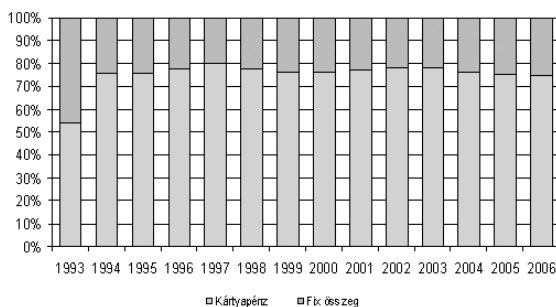
A 4. ábra azt szemlélteti, hogy milyen értékvesztés történt az évek során a „kártyapénzt” illetően. Sajnos az elmúlt három évről még nem közölték az adatokat, de a változatlan pontértékek és a növekvő inflációt összevetve, valószínűleg a reálértékek jelentős csökkenését mutathatnak.

5. ábra Az E. Alap kiadása a teljesítmény díjazására (mFt)



A 5. ábrán az látható hogyan arányul a kártyapénz és a fix összeg értéke egymáshoz. A kártyapénz 1994-ben kapott nagyobb jelentőséget a finanszírozásban, mivel ezzel a korábban már említett elv alapján a teljesítmény javítását akarták elérni. Az aránya egészen 1997-ig növekedett. 1997-től viszont kisebb hullámzással, de csökkenő tendenciát mutat. A háttérben az állhat, hogy a kormányzat is szembesült a ténnyel: a fejkvóta rendszer nem a szolgáltatás minőségéhez hűen finanszírozza az ellátókat. Az

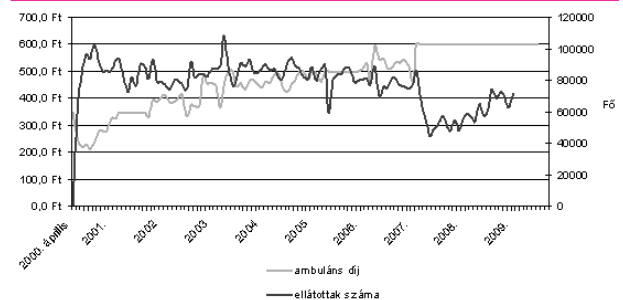
6. ábra A fix összeg és a kártyapénz egymáshoz viszonyított aránya (nominálérték)



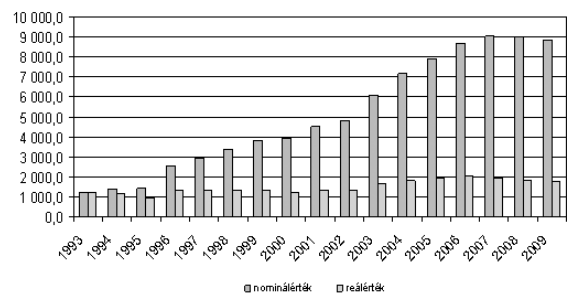
arányok megváltozása egyedül a TEKN házi orvosokat érinti rosszul, mivel ők nem jogosultak fix díjazásra, amely ellen-súlyozná a hiányt, csak kiegészítő díjazásra, amennyiben a gyermekpraxis létszáma a 300 főt, a felnőtt praxis pedig a 600 főt meghaladja. Összege havi 78 000 Ft.

Olyan ellátottak után, akik nincsenek bejelentkezve a praxisba, de TAJ kártya vagy nemzetközi biztosítás alapján jogosultak az ellátásra és a házi orvos nem helyettesítésből adódóan látja el őket, **ambuláns díj** jár. Ez a díjtétel nem vonatkozik a TEKN szolgáltatókra. Az ellátás finanszírozása zárt kasszából történik és függ az adott hónapban ellátottak számától, így minél több az ambuláns beteg, annál kevesebb az egy esetre jutó összeg, de fordított esetben az összeg maximuma 600 Ft lehet. 2007 márciusa óta a maximális érték változatlan.

7. ábra Az ambuláns díj és az ellátottak számának változása



8. ábra Az ügyeleti ellátás összköltsége nominál és reálértékben (mFt)



Az **ügyelet** biztosítása az önkormányzat feladata. Korábban a házi orvosokat kötelezték a feladat elvégzésére, most az ügyeletet az önkormányzattal feladat átvállalási szerződést kötő vállalkozók is szolgáltatathatják. [21] A díjazás alapösszege 40 Ft/fő/hó, amely a lakosság szám alapján területi szorzókkal egészül ki. Központi ügyelet szervezése esetén további támogatást kap a szolgáltató. [20] A 7. ábrán az látható, hogy az ügyelet költsége folyamatosan nőtt 2007-ig, amely a reálérték szinten tartására, enyhe emelésére volt elegendő. 2007 óta azonban egyre kevesebb pénz jut az ügyelet támogatására.

Az OEP által finanszírozott bevételek közé tartozik még a számítógépes adathordozón történő jelentés esetén havi 5000 Ft, és a TAJ szám ellenőrzésével kapható alkalman-kénti 50 Ft.

Megbeszélés

Sajnálatos módon a reformoktól várt hatások jó része elmaradt, még ha a fejkvóta rendszer bevezetése elméletben megfelelt volna az alapellátás problémáinak megoldására. A többletmunkát nem téríti meg a biztosító és a pénzügyi szempontokat figyelembe véve az orvosok a létszám maximalizálására és a teljesítmény minimalizálására törekednek. Nem jött létre prevenció érdekeltség, és nincs ösztönző hatás a definitív ellátásra. Továbbá nem mérik a háziiorvosi ellátás minőségét és így az nem építhető be a finanszírozásba.

A vállalkozások indulásakor a 229/2001. Korm. rendelet alapján egyéb támogatások is jártak annak, aki saját rendelőt tartott fent. Támogatták kiadásait, ami kb. 50 000 Ft többletet jelentett havonta és kedvezményes banki hitelek felvételét biztosították. 2007. január 1-jével megszüntették ezeket a juttatásokat és a hosszú távú tapasztalatok alapján azok jártak jobban, akik korábban nem vállaltak magukra komolyabb beruházást. [32] Valószínűleg ilyen változások tudatában nem sokan választották volna az önállósodást, ami mostanra több gond, mint haszon. Az adózási törvények egyre szigorúbbak és egyre nehezebb pénzt megtakarítani. Nélkülözhetetlen egy alapos könyvelő vagy hogy az orvos tisztában legyen az adózási törvény minden pontjával.

A privatizáció eddig főleg csak funkcionálisan valósult meg és az orvos gyakran nem tudja elérni, hogy az önkormányzat biztosítsa a rendelő fenntartásához és fejlesztéséhez szükséges forrást. A helyzet akkor sem jobb, amikor nem az önkormányzaté a rendelő, mert a teljesítmény elmentételezése nem biztosítja elegendő tőke megteremtését a szükséges beruházások kivitelezéséhez, ezért a házi orvosok gyakran kényszerülnek másodállások vállalására, hogy fejleszteni vagy éppen fenntartani tudják praxisukat. Gondot jelent az is, hogy kisebb településeken nem lehetséges a praxist gazdaságosan működtetni. Az alapellátásban a mai napig nem oldották meg az amortizáció finanszírozásának problémáját. Ezekon túl az egészségügyi ellátás tárgyi adó mentes, vagyis a házi orvos által nyújtott szolgáltatás nem tartalmaz ÁFA-t, de minden forgó és álló eszközt 25%-os ÁFA-val terhelve vásárol és ÁFA mentessége miatt nem igényelheti vissza, mint a többi ÁFA körbe tartozó vállalkozó. Ez óriási hátrányt jelent beruházások és fejlesztések esetén. Komoly bizonytalansági tényező, hogy az önkormányzat bármikor felbonthatja a szerződést a háziorvossal, és ez gátat szab a privatizációnak, mert a nagyobb befektetéseknek nincs esélye megtérülni.

A nyugdíjba készülő idősebb kollegák a praxis-jog átruházásából remélnék némi nyugdíj-kiegészítést, de a csökkenő kereslet miatt ez elmarad, sőt a rendszerből való kilépést is megnehezíti. Továbbá a területi ellátási kötelezettség nélküli orvosok nem rendelkeznek a praxis átruházási jogával, amely „ugyanolyan tevékenységet folytató orvosok indokolatlanul hátrányos megkülönböztetésére vonatkozó alkot-

mányos aggályokat vet fel”. [18] A kevésbé frekvenciált területen dolgozó területi ellátási kötelezettséget vállaló orvosok is hátrányban vannak, mert a praxisjog értéke a piac szabályainak megfelelően alakul és ez jelentős értékvesztést jelen számukra. A TEK orvosoknak hátrány a praxis eladásakor az is, hogy szerződésben állnak az önkormányzattal, tehát a beleegyezése nélkül nem adhatják el a praxist.

A változások azért előnyökkel is jártak. A vállalkozó házi orvos a költségek elszámolásával, és a költségtudatosság kialakulása révén megtakarításokkal több jövedelemhez juthat. A betegeknek joguk van a szabad orvosválasztáshoz. A szabad orvosválasztás versenyt teremtett és az ellátás minőségének javulását. A nehézségek ellenére számos házi orvos évek óta szükséges beruházásokat valósít meg, színvonalas rendelőket alakít ki, bár mint már fentebb leírtam gyakran másodállások révén. Egyre többen arra törekednek, hogy a betegeknek kielégítő szolgáltatást nyújtsanak, habár a többletfinanszírozás hiányában ebben anyagilag nem érdekeltek.

Összefoglalás

A finanszírozási rendszer és a házi orvosok mostani helyzetének alapos áttekintése után rá kell döbbernünk, hogy a reformok hatásai alig érvényesültek. Az ország költségvetéséből a praxisfinanszírozásra jutó összeg nem elegendő a szolgáltatók nyugodt megélhetéséhez. A valóban teljesítményarányos finanszírozás hiánya rányomja bélyegét az orvosi ellátásra, amely fokozza az orvos és beteg között a feszültséget és ezzel mindkét fél részéről az elégedetlenséget. A '90-es évek elején voltak a legjobb helyzetben az orvosok, azóta minden próbálkozás ellenére csak romlott a helyzet, amelyben nagy szerepe van a gyakran gazdasági szempontokat figyelmen kívül hagyó politikai harcoknak. A válság és a kormány nyilatkozatai alapján pedig a jövőben sem várható megfelelő támogatás egy élhetőbb rendszer kialakításához (az államvizsgadolgozat 2009-ben készült – szerk.).

Irodalom

1. 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet - 2. 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet - 3. 151/2008. (V. 30.) Korm. rendelet - 4. 229/2001. Korm. rendelet - 5. 2006. évi CXXI. Törvény - 6. Barzó T.: A működtetési jog (praxisjog), mint vagyoni értékű jog jogi háttere és alkalmazhatósága http://kvt99.lib.uni-miskolc.hu:8080/servelet/eleMEK.server.fs.DocReader?id=282&file=Barzo_Timea_tezisek.pdf - 7. Dr. Besze K.: A háziiorvosi ellátás finanszírozása az egészségügy finanszírozás rendszerében - 8. Mihályi P.: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia, Springer Orvosi Kiadó Kft., 2000. - 9. Dr. Boncz I. - Donkáné Veresné É. - Dr. Oberfrank F.: Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39, 6, 559-566 o. - 10. Dr. Rékássy B.: Jelenthető-e megoldást a privatizáció a magyar egészségügy jelen problémáira? <http://www.hospital-fed.hu/kh99/kh9906/privatizacio.htm> - 11. Dr. Rurik I.: Gondok és útkeresés a háziiorvoslásban, Orvosi Hetilap 2009. 150. évf. 34. szám 1615-1622. o. - 12. Pető É. - G. Heathcore (szerk.): Változások az egészségügyi ellátásban - a változások menedzselése, Az egészségügyi alapellátás aktuális kérdései I. kötet, Medicina Könyvkiadó, 2005.

A téma, amelyet Garai Lilla feldolgozott, évek óta tárgyalt, de befejezetlen, megoldatlan helyzetet tükröz. Érdekes, hogy egy a szakmában még nem jártas fiatal orvosjelölt a meglévő és megtalált irodalom és a konzulens véleménye alapján mennyire hű tükörképet hoz létre. Feltehető kérdés mi a minőség, mi garantálja, befolyásolja egy a hagyományos orvostika és orvosi viselkedésmód megléte esetén a minőséget? A finanszírozás? Vagy már az orvosi tudást és igényességet ennyire deformálja a pénz a finanszírozás? Valóban a fejkvóta a kártyaszám maximalizálását és a teljesítmény minimalizálását jelenti? A teljesítményt nem az orvosi tudás és hivatástudat befolyásolja? A működőképességet nem a ráfordítható pénz nagysága, hanem annak elosztás módja befolyásolja?

Várjuk véleményüket és ehhez a Medicus Universalis két korábbi közleményét is mellékeljük.

Szerkesztőség

2010. februári számban megjelent közlemény

Dr. Balogh Sándor c. egyetemi docens

Az általános orvoslás válsága, vagy változtatni szükséges?

1980-as évek végétől kezdődtek meg azok az előkészítő munkák, amelyek az egészségügy átalakítását, megreformálását tűzték ki célul. Mindezek a rendszerváltással felgyorsultak és konkrét formában meg is történtek. A fő és meghatározó lépések a 90-es évek közepéig be is fejeződtek. Az elmúlt 15 év számos módosulást eredményezett, melyek az irányon módosítottak, de alapvető irányváltásra nem került sor. A megtett vargabetűk nyitottá tették az egészségügyi ellátást, az átláthatóság mögé nem mindig felismerhető szándékok rejtőztek el, amely a klasszikus gyógyítási folyamatot és az orvos–beteg viszonyt megváltoztatták, az egészségügyet sebezhetővé tették több évtizedes alapjait megbontották. Emellett változatlanul egy külső gondoskodó erő látszata is fennmaradt, amely öngondoskodás nélkül is alig néhány forintért helyre tud állítani mindent ami nem jó és mindent ami gond. Ezzel homlokegyenest ellenkezően megjelent egy álságos, minőségi jelszavakra hivatkozó, elsősorban pénzügyi szempontokat figyelembe vevő irány, amely a társadalmat szembeállította az egészségügy szereplőivel.

A sajtóban megjelenő hírek, amelyek sokszor nem a köz ügyét hanem a hírek szenzációját szolgálják, az amúgy is meglévő indulatokat csak tovább szítják, és sokat ártnak. Ártnak elsősorban a kétségbeesett betegeknek, másodsorban a lakosságnak, és végezetül az amúgy sok sebből vérző egészségügynek. Elgondolkodtató, hogy előbb ér a helyszínre a média mint a mentő, és valamilyen módon előbb ismeri a történetet mint az egészségügy érintett szereplője.

Megrendült az egészségügybe vetett hit és bizalom, megjelent a kétkedés, a gyanakvás, a bizalmatlanság. Előfordult, hogy minden baj forrásának az orvost, nővért, patikust, az egészségügyet stigmatizálták és újra és újra felbukkant a hálapénz ami nem szükségszerűség, hanem jellemhiba. A közelmúltban még az a képtelen hír is megjelent, hogy az egészségügy korrupt és az ország korruptsági megítélésének ez a legfőbb oka. Emiatt senkit nem hallottunk szólni és kikérni a szégyentelen gyanúsítást. A mára kialakult helyzet az amúgy is másként gondolkodó fiatalokat, életpályájuk kiválasztásakor, nem az orvos egyetem irányába tereli.

Mindezek mellett a világ minden fejlett, vagy fejlődő országában megjelent a szolgáltatás típusú egészségügyi ellátás, amely a hagyományos egészségügy hippokrateszi esküre alapozott mítoszának válságát eredményezte. Ez utóbbi a ki, miért és mennyit fizet és ki, hogyan számolja el kialakulatlan rendszer hiányában további válságot idézett és idéz elő. Ennek egyik, de döntő eleme az orvosképzés és orvos utánpótlás problémái az európai méretű és különösen a volt szocialista országok területén jelentkező orvoshiány.

Kérdések és kihívások az alapellátás szakmai, működési és finanszírozási rendjében

[Dr. Balogh Sándor PhD]

Két évtizede, hogy a Magyar Köztársaságban megtörténtek a többpártrendszeri parlamenti választások, melynek folyamodványaként a választások után megkezdődött az egészségügyi rendszerváltás. Ezzel párhuzamosan többek között létrejött az önkormányzati rendszer.

Az úgynevezett egészségügyi rendszerváltás keretében konkretizálódott a biztosítás alapú egészségügyi ellátás gyakorlati és működési rendszere, illetve elkezdődött az eddigi állampolgári jogon fizetett egészségügy társadalombiztosítási finanszírozása. Megjelent a biztosítási kártya, a biztosítási szám, később TAJ szám, a biztosítási jogviszony, amely kezdetben és még ma is zömmel szinte mind a tíz millió magyar jogosultságát jelentette. Lehetővé vált, korlátok között a szabad orvos választás, az ehhez kötött házi-orvosi teljesítmény finanszírozás. Az alapgondolatok voltak: 1. A teljesítmény alapja a morbiditás, amely az ellátás mennyiségét a szakmai szabályok szerint determinálja, a morbiditás pedig alapvetően az életkorral függ össze. Ez jelentette a korhoz kötött korrigált fejkvótát (kártyapénz). 2. A teljesítményen túl az alapellátásnak működnie szükséges és a rendelőt nyitva kell tartani kevés kártya esetén is, ami egy földrajzi területtől befolyásolt állandó bevételt kell biztosítani, a mai fix díj. 3. A minőség minimális mércéje a szakmai képesítés szakvizsga ami a teljesítményt is érinti (szakmai szorzó). 4. A magán tulajdon igényessége az eddigi állami ellátás helyett javítja, javíthatja az ellátás színvonalát, illetve a működtetőhöz, házi-orvoshoz közvet-

len úton jutó finanszírozás felhasználása optimálisabb működést eredményez. Ennek jegyében már 1992-ben kész volt a házi-orvoslás jogszabályi működési leírása, szakmai, szakképzési szakmai tartalma (rezidensi rendszer), minimum felszerelése, finanszírozásának máig is alig változott, változtatható (!) rendje és szinte egyedül állóan kompetencia leírása. 20 éve minta és úttörő volt az alapellátás sikerei az egészségügyön belül inkább irigyetek mint partnereket hozott. Az elmúlt 20 év azonban számos változást hozott amelybe a házi-orvoslás egyedülisége, egyedül állósága minden tekintetben többek között úgy mint szakmai, finanszírozási, partner kapcsolati, társadalmi beágyazódási viszonylatokban, kiszolgáltatottá, sérülékennyé vált. A kedvező pozíció fokozatosan elolvadt és mára kritikussá vált. Szükséges és elengedhetetlen az egyes kérdések felvetése és tisztázása, amelyek a következők. 1. Szakmai megfelelés, megfelelhetőség, vagy adminisztratív elszámoltatás, 2. Partnerség és szakmai integráció az egészségügyi rendszerben, vagy kirekesztés abból és „bűnbak” stigmatizáció, 3. Partnerség és korrektség az „államhatalmi” szervekkel minisztériumok, ÁNTSZ, egészség pénztár, APEH, 4. Biztonságos és kiszámítható működés, mind szakmai, mind finanszírozási tekintetben, 4. Önkormányzatiság és hogyan?

Ezek és más kérdések felvetése megoldása a jövőre gondolva elodázhatatlan. A realitás, a lehetőség...

Egy házi-orvosi praxis átlagos működési költségei I hónapra számítva

(Házi-orvosok Országos Egyesületének számításai alapján)

Bér és járulék költségek*:	400 000,- Ft	Adminisztráció:	49 000,- Ft
Közüzemi költségek:	48 000,- Ft	(papír, nyomtatvány, könyvelő, egyéb)	
(Villany, gáz, fűtés, víz, szemét, hulladék, biztosítások)		Informatika:	50 000,- Ft
Kommunikáció:	28 000,- Ft	(szoftver, festék, amortizáció**)	
(mobil és vezetékes telefon/fax, internet, amortizáció, egyéb)		Autó:	93 200,- Ft
Szakmai anyagok, működés:	48 000,- Ft	(amortizáció***, biztosítások, súlyadó, egyéb)	
(fecskendő/tű, gyógyszer, kötszer, reagensek, egyéb)		Üzem(kenő)anyagok:	40 000,- Ft
		Adók:	28 000,- Ft
		Rendelő gép/műszer/ berendezés****:	69 200,- Ft
		Összesen +:	853 400,- Ft

*4/2000 EüM rendelet alapján 2 fő minimálbér kétszerese után kötelezett adó, járulék és bérfizetés alapján.

**200 000 forint értékű informatika eszközpark, 5 éves elhasználódás esetén.

***4 millió ft-os autó 5 éves elhasználódás esetén.

****a minimum rendeletben megfogalmazott rendelői felszerelés számított 7,5-8 millió forint értéke és 10 év elhasználódás esetén.

+ A költségek átlagokat jelentenek, amelyek a legkritikusabbak a bérszámítás tekintetében. Kiegészítést, a működőképességet az önkormányzatok hozzájárulása, vagy az egyéb bevételek fedezhetik.