

**MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYA**

**J/5885. számú**

**jelentés**

**az egészségügyi alapellátás és járóbeteg-szakellátás új finanszírozási rendszerének  
kialakításáról**

**Előadó: dr. Székely Tamás  
egészségügyi miniszter**

**Budapest, 2008. május**

A 2008. március 9-i ügyszavazásokon hozott döntések végrehajtásáról szóló 2008. évi IX. törvény 7. § (4) bekezdésében az Országgyűlés felhatalmazta a Kormányt, hogy dolgozza ki az egészségügyi alapellátás és járóbeteg-szakellátás megfelelő működését biztosító új finanszírozási rendszert, és azt terjessze az Országgyűlés elé. Ez a jelentés – a felkérésnek eleget téve – bemutatja az egészségügyi alapellátás tekintetében a Kormány által már elfogadott rendelkezéseket, valamint az alapellátást és a járóbeteg-szakellátást érintő további tervezett intézkedéseket.

## **I. Megvalósított intézkedések**

A Kormány 2008. május 21-én elfogadta az egyes egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló kormányrendeletet (a továbbiakban: kormányrendelet), amely a háziiorvosi és fogorvosi finanszírozási rendszer módosításának tárgyában – 2008. április 29-én – a Magyar Orvosi Kamarával kötött megállapodásban foglaltak megvalósítására irányult. A kormányrendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet, valamint az egészségügyi szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításával az alábbi változásokat eredményezi:

### **a) Jogviszony-ellenőrzés díjazása**

A finanszírozott egészségügyi szolgáltatók számára az elmúlt év áprilisától kormányrendelet írja elő a biztosítottak jogosultságának ellenőrzését, ami 2007. december 1-jétől kizárólag az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartásában elektronikus úton (on-line módon) végezhető el.

A kormányrendelettel az ellenőrzéssel járó többletmunka elvégzésének külön díjazása érdekében bevezetésre került a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti szolgáltatók, valamint a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltatók tekintetében a jogviszony-ellenőrzési díj, melynek mértéke minden egyes ellenőrzés után 50 forint, azzal, hogy erre a szolgáltatók 2008. január 1-re visszamenőleg jogosultak.

A jogviszony-ellenőrzés díjazásának bevezetése a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti ellátásban 2008-ban 2,652 milliárd forint, a fogászati ellátásban 369,9 millió forint többletbevételt jelent a háziiorvosok, házi gyermekorvosok, háziiorvosi ügyeleti orvosok és fogorvosok számára.

### **b) Jogviszony-ellenőrzés elmulasztásának következményei alóli mentesítés**

Az ellátásra való jogosultság ellenőrzésének elmulasztását 2007 decemberétől oly módon kell szankcionálni, hogy a mulasztó egészségügyi szolgáltató az adott ellátási eset után járó finanszírozási összegnek csak a 90%-ára jogosult. Az ellenőrzési kötelezettség bevezetése óta eltelt időszak tapasztalatai alapján azonban megállapítható, hogy előfordulnak olyan esetek, amikor az egészségügyi szolgáltatón kívüli okból nem végezhető el a jogviszony-ellenőrzés. Így a kormányrendelet mentesíti az egészségügyi szolgáltatót a szankció alól, ha az

egészségügyi szolgáltató az egészségügyi ellátás igénybevételekor igazoltan a felelősségi körén kívüli okból eredő üzemzavar miatt nem tudja ellenőrizni, hogy a biztosított jogviszonya fennáll-e. Az egészségügyi szolgáltató felelősségi körén kívüli okból eredő üzemzavar alatt az adatkapcsolat létesítéséhez igénybe vett, nem az egészségügyi szolgáltató ellenőrzése alatt álló távközlési rendszer üzemzavarát kell érteni.

A több, elsősorban hátrányos helyzetű település lakosságát ellátó házi orvosok helyzetének könnyítése érdekében a technikai feltételek biztosításáig, de legkésőbb 2008 végéig a kormányrendelet mentesíti az ellenőrzési kötelezettség alól a házi orvosi szolgáltatót azon ellátások vonatkozásában, amelyeket – a székhely kivételével – olyan településen végez, ahol az elektronikus úton történő ellenőrzésnek hiányoznak a technikai feltételei. A technikai feltételek hiányáról a szolgáltató a jelentése megküldésével együtt értesíti a finanszírozót.

#### **c) Jogviszony-ellenőrzés a 14. életévét be nem töltött személy esetén**

Az egészségügyi szolgáltatók felesleges adminisztrációs terheinek csökkentése érdekében a 14. év alatti biztosítottak jogviszonyának ellenőrzését a kormányrendelet oly módon szabályozza, hogy az ellenőrzést a 14. életévét be nem töltött személyek esetében csak az első ellátásra való jelentkezéskor kell elvégeznie minden egészségügyi szolgáltatónak. Lehetőséget ad erre a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint a szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény is, mivel annak 16. §-a (1) bekezdésének 1) pontja szerint az egészségügyi szolgáltatásra minden olyan kiskorú jogosult, aki a Magyar Köztársaság területén lakóhellyel rendelkezik. 14 éves kortól azonban indokolt a rendszeres jogviszony-ellenőrzés fenntartása, mivel ettől a kortól egyéb jogcímen, például tanuló szerződés alapján is biztosított lehet a kiskorú.

#### **d) Szakmai szorzók emelése**

A házi orvosok finanszírozásának egyik eleme az orvos szakképzettségét tükröző szakmai szorzó. A Kormány ezeket a szorzókat módosította annak érdekében, hogy a finanszírozási rendszer jobban ösztönözze a házi orvost a házi orvosi szakvizsga megszerzésére, illetve jobban elismerje a hosszú ideje körzetben végzett gyógyító munkát. Az alapszakvizsgával nem rendelkező, de 25 évnél több, körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező házi orvosnál a szakmai szorzó értéke 1,1-ről 1,2-re változott. Míg az alapszakvizsgával rendelkező házi orvosnál a szakmai szorzó értéke 1,2-ről 1,3-ra változott. A módosítás 2008-ban 2,502 milliárd forint pluszbevételt eredményez a házi orvosi szolgáltatóknak.

#### **e) Fix összegű díjazás emelése**

A fix összegű díjazás a házi orvosi finanszírozás egyik központi eleme: erre a díjra „nagy biztonsággal” számíthatnak a praxisok működtetői, így a stabil gazdálkodás egyik alapvető tényezője. A kiszámíthatóság érdekében a díjazás mértéke emelésre került. Az átlagosan 47%-os fix összegű díjemelés 65-75 ezer forintos növekedést eredményez a szolgáltatóknál. Ennél magasabb lesz a növekedés a több településen működő, és a jogszabály által – hátrányos helyzete miatt már eddig is – 50 százalékkal magasabb összegű fix díjban részesülőknél. A fix összegű díjazás változását ismerteti az alábbi táblázat:

	<i>A kormányrendelet hatálybalépése előtti összeg</i>	<i>A kormányrendelet hatálybalépése utáni összeg</i>	<i>Növekmény</i>
<b>Felnőtt</b>			
1200 lakos alatt	188 000	<b>253 000</b>	65 000
1200-1500 lakos	165 000	<b>235 000</b>	70 000
1500 lakos felett	122 000	<b>197 000</b>	75 000
<b>Gyermek</b>			
600 lakos alatt	200 000	<b>265 000</b>	65 000
600-800 lakos	177 000	<b>247 000</b>	70 000
800 lakos felett	135 000	<b>210 000</b>	75 000
<b>Vegyes</b>			
1200 lakos alatt	196 000	<b>261 000</b>	65 000
1200-1500 lakos	170 000	<b>240 000</b>	70 000
1500 lakos felett	129 000	<b>204 000</b>	75 000

Mint ahogyan az már fentebb bemutatásra került, a házi gyermekorvos és a vegyes praxis házi orvosa a 14. éves kor alatti személyek esetében a jogviszony-ellenőrzésre csak az első ellátásra jelentkezéskor köteles. A jogviszony-ellenőrzésből származó díjfizetésre is csak ekkor jogosultak, ezért 6 hónap eltelte, azaz 2008. október 1-jétől a fix összegű díjazásuk ismételtlen megemelésre kerül, házi gyermekorvosi szolgáltatók esetében havi 25.000 forintra, vegyes praxis esetén havi 10.000 forintra.

#### **f) További szakdolgozó díjazása**

Szakmailag hosszú ideje támogatott elv, hogy a házi orvosi praxisokban az alapnak tekintett egy orvos és egy ápoló (asszisztens) mellett további dolgozók is segíthessék a tevékenységet. A további szakdolgozó alkalmazása esetén a házi orvosi praxis degressziós határa megemelésre kerül: napi 4 órás alkalmazás esetén 400 ponttal, 8 órás alkalmazás esetén 800 ponttal. A napi 4 órás alkalmazás a minimális érték, ennél kevesebb időben történő munkavégzés esetén nem jár pluszdíjazás.

Megközelítőleg 1000 azon praxisok száma, amelyeknek a további szakdolgozó alkalmazása legalább +500 teljesítménypontot (több mint 80.000 forint bevételemelkedést) jelent.

#### **g) Fogászati ellátásban a fix összegű díjazás megemelése és egyes fogászati beavatkozásra fordítható minimális időkeretének meghatározása**

A fix összegű díjazás a kormányrendelet hatálybalépése előtt 31 Ft/pont volt, ami 34,4 Ft/pont értékre megemelésre került.

A módosítás eredményeként 2008-ban 561,6 millió forintra emelkedik összességében a fogorvosok fix összegű díjazása.

A fogorvosi ellátás minőségének javítása érdekében a kormányrendelet szabályozza a fogászati betegellátási minimumidőt. Ezáltal csak az a teljesítmény kerül finanszírozásra, amely elvégzéséhez (a minimumidő figyelembevételével kiszámított) szükséges idő nem haladja meg a szerződött óraszámot. Ezáltal a fogászati ellátás finanszírozására rendelkezésre álló összeg igazságosabb elosztása valósulhat meg, valamint megakadályozhatóvá válik a „kiugróan magas teljesítmények” elszámolása.

## **II. A konvergenciaprogram feltételrendszerén belül tervezett további intézkedések**

### **II/1. Az alapellátás fejlesztése**

#### **a) A háziiorvosi jelentési kötelezettség felülvizsgálata, egységesítése, „egyablakossá” tétele**

A háziiorvosok jelenleg több helyre (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, ÁNTSZ), eltérő időpontban kötelesek a praxisukról, illetve tevékenységükről adatot szolgáltatni. A jelentési rekordkép módosításával megoldható lenne, hogy ezek a szolgáltatók havonta egy alkalommal, egy helyre – a havi finanszírozás teljesíthetősége érdekében az OEP részére – jelentsenek. A jelentések adattartalmát a fogadó választaná szét és küldené tovább a többi adatigénylőnek. A változtatás a háziiorvosok adminisztratív terheinek csökkentését eredményezné.

#### **b) On-line valós idejű elektronikus jelentési kötelezettség bevezetése**

A technikai fejlődés lehetőségét kihasználva (pda, okostelefon, lap-top, mobilinternet) a szolgáltatók számára az on-line jogosultság ellenőrzése, illetve az ellátásról a jelentés beküldése akár a beteg otthonából is megtehető. Ez különösen a több, kisebb települést ellátó körzetek esetében hozna azonnali változást. Monitorozhatóvá, követhetővé válna a rendelési időn kívüli tevékenység, illetve a népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú szűrés-gondozás.

A tervezett módosítás bevezetését megelőzően szükséges kidolgozni az eszközök beszerzésének módját, továbbá biztosítani kell megfelelő felkészülési időt. Elképzeléseink között szerepel az általános bevezetést megelőzően egy önkéntességen alapuló pilot-vizsgálat elvégzése, amelynek eredményeit az általános bevezetés során hasznosítani lehetne.

#### **c) Rezidens alkalmazásának anyagi támogatása a háziiorvosi rendszerben**

A minőségi szolgáltatás egyik fontos feltétele a megfelelő szakképzettséggel rendelkező háziiorvosok foglalkoztatása. Háziiorvosi szakvizsgával még nem rendelkező orvos foglalkoztatása esetén a háziiorvosi szolgáltatót anyagi támogatásban részesítenénk, ösztönözve ezzel az alkalmazást. Az intézkedés segítené a háziiorvosképzést, szerepet játszana a frissen diplomát szerzettek irányításában, továbbá a praxisok hosszú távú működőképességét is biztosítaná.

#### **d) Részleges teljesítményfinanszírozás bevezetése**

Lehetőségként merül fel a teljesítményeken alapuló bérezés bevezetése a háziiorvosi gyakorlatban. Elképzeléseink az alábbiak:

##### **1. A biztosítottak egészségi állapotának felülvizsgálata, rizikófaktorok kigyűjtése és feldolgozása**

A háziiorvosi törzskartonok adattartalmát tervezzük kiegészíteni a kiemelt népegészségügyi betegségek rizikófaktorainak vizsgálatával, a biztosított aktuális egészségi állapotának vizsgálatával, valamint a háziorvos által is elvégezhető szűrővizsgálatok eredményének rögzítésével.

##### **2. Népegészségügyi szűrésen történő részvételre történő irányítás**

A háziorvosoknak kiemelkedő szerepe van abban, hogy a hozzájuk tartozó betegek milyen mértékben jutnak el a szűrésekre. A korán felismert és kezelt betegség mind a lakosság egészségi állapotában, mind költségghatékony gyógyításában figyelemreméltó eredményre vezethet.

A tevékenység anyagi elismerésénél indikátorok kerülnének kidolgozásra, megállapításra kerülne egy olyan arányszám, amellyel az egyes praxisok ilyen jellegű tevékenysége mérhetővé válna, és alapul szolgálna a kiegészítő díjazáshoz.

Bevezetése előtt indokolt annak felmérése, hogy a háziorvosok közül hányan szeretnének részt venni egy ilyen munkában.

##### **3. Népbetegségnek számító betegségek „mini” diagnosztikája**

A háziorvos által bizonyos betegségekben, gondozás keretében végzett kislaboratóriumi és egyéb műszeres vizsgálatok kiegészítő finanszírozását célul lehetne kitűzni. Ilyen lehetne például cukorbetegség esetében a háziorvosi rendelőben elvégzett vizeletvizsgálat, vércukormérés.

#### **e) Hátrányos helyzetű/üres praxisok kiegészítő támogatása**

A hátrányos helyzetű településeken szervezett háziiorvosi körzetek nagy számban betöltetlenek. E településeken működő háziorvosok nehezebb munkakörülmények között dolgoznak. Tervezzük a hátrányos helyzetű praxisok finanszírozási helyzetének további javítását, melyhez az ellátásra kötelezett önkormányzatok hozzájárulását is szeretnénk megnyerni.

#### **f) Gyógyszerfelírási szabályok változása**

Azok a szakorvosi javaslatok, melyek alapján a háziiorvosi szolgáltatók kiemelt támogatással rendelhetnek gyógyszert a biztosítottak részére, jelenleg 6 hónapig érvényesek. A háziorvosok definitív ellátása érdekében indokolt felülvizsgálni a szabályozást. Meghatározott esetekben, ahol nem várható a beteg gyógyulása, a szakorvosi javaslat érvényességi idejét fokozatosan egy évre lehetne hosszabbítani. Ezáltal a krónikus betegségben szenvedő betegeknek

ritkábban kellene szakorvoshoz fordulniuk a szükséges gyógyszer, gyógyászati segédeszköz felírása céljából, ami által – a ritkább orvoshoz járás eredményeként – csökkennének a betegek terhei. Kevesebb nélkülözhető szakorvos-beteg találkozásra kerülne sor, ami csökkentené az Egészségbiztosítási Alap kiadásait.

## **II/2. Járóbeteg-szakellátás fejlesztése**

### **a) A kapacitások normatív alapon történő meghatározása és ezekre szerződés kötése**

Szükségesnek látjuk törvényi szintű szabályozásban meghatározni az ellátási kötelezettség pontos tartalmát, tehát, hogy az önkormányzatnak az ellátási kötelezettsége keretében milyen minimális kapacitásokat kell működtetnie. Törvényi szinten definiálni kell a 10 000 lakosra jutó minimális kapacitásokat szakmacsoportonként az alapszakmákból kiindulva.

Országosan meg kell határozni azt a kapacitásmértéket, melynek finanszírozását a biztosítónak kötelezően biztosítani kell. Ezzel meg lehet teremteni a biztosítottak esélyegyenlőségét a szolgáltatások hozzáférhetőségében. Szükségesnek tartjuk áttekinteni, hogy a jelenlegi szakmák közül melyeket kell minél „közelebb vinni” a lakossághoz, illetve melyeket szükséges centralizáltan működtetni.

A szabályozásban meg kell határozni az ellátási kötelezettségnek megfelelő kapacitások elosztási módját a finanszírozási szerződéssel rendelkező és a minimumfeltételeknek megfelelő szolgálatok között, illetve az új szolgáltatók befogadásának rendjét.

A járóbeteg-szakellátásban a rendelkezésre álló humánerőforrások figyelembevételével javítani kell a hozzáférhetőséget, összhangban az ÚMFT-ben megfogalmazottakkal, azaz a kistérségi járóbeteg-szakellátási fejlesztési elképzelésekkel. Szükségesnek tartjuk az egyes járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények területi ellátási kötelezettségeinek áttekintését az átfedések kiküszöbölése érdekében.

### **b) A járóbeteg-szakellátás progresszivitási szintjeinek felülvizsgálata, a szakambulancia, szakrendelés szétválasztása, újradefiniálása**

Tekintettel arra, hogy az egyes szakrendelések megnevezése nem egységes, tevékenységük a megszerezhető szakorvosi és felsőfokú képesítésekkel nem feleltethető meg, ezen rendszer áttekintését tervezzük. Az új, szakmai tartalmat is magában foglaló nomenklatúra átláthatóbbá tenné a rendszert.

A Népegészségügyi Programhoz kapcsolódva terveink között szerepel bizonyos újszülöttkori szűrések (látás- és hallásszűrés vizsgálatának) TVK és a járó- és a fekvőbeteg-szakellátás összefuttatási szabály alóli mentesítése.

### **c) Gondozási tevékenység újradefiniálása**

2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az előző évi 50%-ára csökkent. Erre a teljesítményelvű finanszírozásra való fokozatos áttérés, illetve a

finanszírozásban meglévő területi egyenlőtlenségek csökkentése, kiküszöbölése miatt került sor.

Ez a gondozóintézetek egy részénél finanszírozási gondot jelentett, jellemzően az alacsony betegforgalmú gondozók esetében, ahol a teljesítmények után járó díjazással nem tudták teljes egészében pótolni az addigi fix díjazást.

A probléma rendezése érdekében módosításra került a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet. Ezáltal 2007. július 1-jétől lehetővé vált, hogy a gondozóintézetek a járóbeteg-szakellátás kódjainak szakmai kompetenciájukba eső teljes vertikumát jelenthessék.

*A gondozók finanszírozása fejlesztésének keretében további cél:*

A gondozói hálózat működésének, teljes szakmai vertikumának áttekintése, valamint finanszírozásának felülvizsgálata, különös tekintettel az egyes szakmák specificitásaira.

Célszerű felmérni a finanszírozási változások bevezetése óta eltelt időszak tapasztalatait, az eredmények birtokában a további változtatásokat meghatározni a szakmai javaslatok figyelembevételével.

A szakmai tartalom meghatározását követően lehet döntést hozni a jelenlegi gondozórendszer további működtetéséről, járóbeteg-szakrendelővé/szakambulanciává való konvertálásáról, vagy új gondozói tevékenységek bevezetéséről.

#### **d) A TVK-számítás rendszerének átalakítása a járóbeteg-szakellátások tekintetében**

Tervezzük a jelenlegi bázisszemléletű és kapacitásfüggő TVK-rendszert részben vagy egészben az ellátandó lakosság számhoz és az ellátandó szakmai feladathoz kötődő TVK-rendszerre átalakítani.

Elképzeléseink között szerepel a finanszírozásban a progresszivitás elveinek megjelenítése, elismerve a nagyobb szaktudást és fejlettebb technikák többletköltségeit.

A teljesítmény volumen korlátokat összevont szakellátási szinten együttesen javasoljuk meghatározni, azzal a korlátozással, hogy az intézményen belül a volumen korlátot továbbra is csak a fekvőbeteg-ellátásból lehessen a járóbeteg-szakellátás irányába átcsoportosítani.

#### **e) Informatikai feladatok**

Az egységes egészségügyi adatbázis kialakítása érdekében az ÁNTSZ és az OEP által alkalmazott kódokat egységesíteni szükséges.

A hatályos jogszabályok értelmében a szakellátás szolgáltatóinak jelenleg az ellátandók jogosultságát a finanszírozó adatbázisában on-line ellenőriznie kell. A szolgáltatók döntő többsége az erre alkalmas kapcsolatot kiépítette, az adatbázist és a szükséges informatikai fejlesztést az OEP megvalósította. A rendszer továbbfejlesztésével a teljesítményjelentések az ellátással egyidejűleg on-line kerülhetnének a finanszírozóhoz.



#### **f) A nappali kórházi rendszer áttekintése**

Céljaink között szerepel az aktív fekvőbeteg-szakellátást kiváltó, és a betegek lakóhelyéhez közel biztosított ellátási formák bővítése. Ennek érdekében tervezzük a nappali ellátások rendszerének áttekintését, lehetőségekhez mérten történő bővítését, amellyel terveink szerint valós betegáramlást indukálnánk a fekvőbeteg-ellátásból a járóbeteg-ellátás irányába.

Ehhez a munkához szükségesek a pontos fogalommeghatározások annak érdekében, hogy a szakmailag és szervezetenként különböző ellátási formák és az általuk végzett tevékenységek jobban áttekinthetővé váljanak. A felülvizsgálatot elkezdjük, és folytatni kívánjuk.

#### **g) A jogosultság-ellenőrzés díjazása**

A finanszírozott egészségügyi szolgáltatók számára az elmúlt év áprilisától kormányrendelet írja elő a biztosítottak jogosultságának – az OEP nyilvántartásában elektronikus úton történő – ellenőrzését, amelynek elvitathatatlan eredménye, hogy az Egészségbiztosítási Alap első alkalommal, pozitív egyenleggel zárt.

Az ellenőrzésre és a biztosítottak tájékoztatására kötelezett szolgáltatók az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság hiánya esetén is kötelesek térítésmentesen, OEP-finanszírozás ellenében ellátni a „biztosítottat”, ha érvényes TAJ-számmal rendelkezik.

A jogosultság-ellenőrzés elmulasztásának szankcióját az elmúlt év decemberétől kell alkalmazni, amely szerint a mulasztó az adott ellátási eset után járó finanszírozási összegnek csak a 90%-ára jogosult.

A szankció mellett, a technikai feltételeket és plusz munkát igénylő feladat elvégzésének díjazásával az egészségügyi szolgáltatók érdekeltsége is megteremthető. Ennek érdekében indokolt a járóbeteg-szakellátások tekintetében is – az alapellátásban 2008 májusában bevezetett díj analógiájára – a jogviszony-ellenőrzési díj bevezetése. A díjazás részben kompenzálná a vizitdíj megszüntetéséből eredő bevételekiesést.