

Háziorvosi ellátás és anyagi-érdekeltségi rendszer¹

Néhány gondolatot szeretnék elmondani a háziiorvosi ellátásról, mint az alapellátás részéről, tehát a körzeti, illetve a gyermekkörzeti ellátásról.

A kétpólusú egészségügynek ez lenne az egyik meghatározó oldala. Jelenleg egy pars pro toto megoldás született. Tudniillik, nem az egész magyar egészségügynek a kardinális változása történik meg, hanem csak az ún. háziiorvosi ellátásé. Felmerül itt már önmagában is az a kérdés, hogy az egészségügyi rendszert szabad-e úgy alapvetően megváltoztatni, hogy a változás csak az egyik alrendszert érinti és a többi változatlan marad? Akkor is fel kell ezt a kérdést tenni, ha tudjuk azt, hogy nem quo ad futurum történik ennek a többi résznek a megváltoztatása, hanem remélhetőleg belátható időn belül. A háziiorvosi rendszer hatálybalépésének ideje 1992. április 15. volt. Tulajdonképpen ez egy "barátságos" dátum is lehetne, de amitől izgalmassá vált, az a következő: a háziiorvosi rendszer kialakításának egyik technikai kelléke az ún. betegbiztosítási igazolvány. A betegbiztosítási igazolványnak véleményem szerint három alapvető funkciója van:

- a háziorvos választás eszköze,
- a biztosított azonosításához szükséges dokumentum,
- a háziiorvosi finanszírozáshoz teljesítménymérő eszköz.

A betegbiztosítási igazolvány hármas funkciója bizonyos értelemben túl-dimenzionált, így alakult ki a bevezetése körüli problémakör. Néhány költői kérdés, amire a későbbiek folyamán megpróbálok válaszolni, amit úgy lehet feltenni, hogy több kérdés merül itt fel: Ki gyűjti, mikor gyűjti, mennyit

¹ Ez az előadás "A háziiorvosi praxis: szabad szellemi foglalkozású vállalkozás vagy alkalmazotti státus" c. szakmai továbbképző konferencián hangzott el. A konferencia helye és időpontja: Budapest, SOTE, 1993. április 15-18.

gyűjt az igazolványból? A háziiorvosi körbe kik tartoznak bele, kik kívánnak bele tartozni? A beteg, illetve a potenciális beteg milyen módon és mennyire képes a háziorvos anyagi körülményeit determinálni? Kiemelném azt, hogy a háziorvos praxisban résztvevők, dolgozók köréből orvosi dominancia következtében az orvosoknak az érdekei látszódnak javulni, vagy sérülni. A háziorvosi praxisba tartozó egyéb résztvevők többnyire meg sem említetnek, vagy rendkívül ritkán. Az ő érdekképviselőjük ebben a vonatkozásban sokkal szegényebbnek látszik, mint az orvosoké. A megjelent rendelet rögzíti azt, hogy ki gyűjthet megbiztosítási igazolványt (vagy egyszerűbb nevén kártyát). Amikor megjelent a rendelet, a változás terveit, szervezeti elképzeléseit már széles körben vitatták és a gyakorlatban pedig az történt, hogy a később megjelent jogszabályban rögzítettekén kívül is számos kolléga elkezdett "kártyát" gyűjteni.

Ennek több következménye lesz. Az egyik az, hogy a társadalombiztosítás megyei igazgatósága olyan kollégával, aki a jogszabályban rögzítetteknek 100 százalékgig nem felel meg, nem fog szerződést kötni. Ebben az esetben a beteg, a potenciális beteg viszont nem biztos, hogy vissza fogja kérni a kártyáját, mivel az számára esetleg frusztrált vállalkozást jelentene. Másrészt az arra "jogosult" kolléga is károsodik, tudniillik azt a kártyát nyilván csak jelentős késéssel tudja a biztosított az arra "jogosult" orvosnak leadni.

A rendelkezés szerint a magyar biztosított nem köteles leadni a kártyáját, hiszen a háziorvos akkor is köteles ellátni a biztosított beteget, aki hozzá bármikor fordul, hogyha a kártyáját nem is neki adta oda.

Főleg kisebb településeken képzelhető el az, amikor valamilyen konfliktus következtében nem akarja az illető háziorvos elfogadni az egyik betegnek a megbiztosítási igazolványát. Erre jogszabályban meghatározott lehetőségei vannak, de egy egész sor tortúrán kell, hogy keresztül menjen előtte. Ugyanakkor semmi értelme sincs, mert az a beteg, akitől nem akarja a kártyát elfogadni, minden panaszával annyiszor keresi meg őt, ahányszor akarja, és ő annyiszor köteles ellátni őt.

A rendeletben nem szerepel az, hogy "mennyit" gyűjthet. Vannak az ideális nagyságú körzetekről, vagy ideális nagyságú betegellátásról szakmai normatívák, de végül, ezek nem kerültek a rendeletbe. Ennek az a követ-

kezménye, hogy jelenleg nincsen minimuma és nincsen maximuma az elfogadható betegbiztosítási igazolványok számának. Egyes kollégák tömémentlen mennyiségű kártyát igyekeztek megszerezni és 1992-ben a jelenleg hatályban lévő összes rendelet lehetővé teszi ezt. Ugyanakkor, ha a házi orvos minden feltételnek megfelel, végső soron minimális "kártyaszám" mellett is hivatalosan házi orvosként dolgozhat és a biztosító szerződést köt vele. Elképzelhető az, hogy valaki a jogszabály szerint mindennek megfelel, a területileg illetékes tisztiorvostól is megszerzi az összes engedélyt és ő ezek szerint házi orvos lesz. Ugyanakkor jogszabály nem írja elő, hogy a társadalombiztosítás köteles minden házi orvossal finanszírozási szerződést kötni. Tehát esetleg lesznek olyan házi orvosok, akik de jure mindenben megfelelnek, hogy házi orvosokká váljanak, és a társadalombiztosítás mégsem fog velük szerződést kötni. Ezért, ha a biztosított beteg megy hozzájuk, akkor ellátják őket, de nyilvánvalóan felszámolják azt az összeget, ami egy nem biztosítási rendszerben működő egészségügyi ellátáskor szokásos.

A házi orvosi ellátás rendező elveiről is szeretnék néhány szót mondani. Alapvető rendező elv a területi ellátási kötelezettség, amely tulajdonképpen összefügg az önkormányzati törvénnyel. Megpróbálták a nem területi ellátási kötelezettséget is, mint rendező elvet valahogyan illeszteni, de a területi ellátási kötelezettség maradt a fő rendező elv. Ezáltal az alapellátásban jelenleg tevékenykedő felnőtt, illetve gyermek körzeti orvosok, támaszkodva a települési önkormányzatokra, az egészségügyi kormányzatnál kivívták azt, hogy a prioritás az övéké legyen. Ezáltal az összes többi lehetséges szereplő, az ún. vállalkozó orvosok, akik nemcsak a területi ellátási elv alapján igyekeznek ebbe a rendszerbe beépülni, számos hátránnyal indulnak. Én ide sorolom természetesen azon üzemorvosokat is, akik házi orvosokká kívánnak lenni bármilyen üzemben, vagy a MÁV-nál, BM-nél, HM-nél dolgozókat is.

Ezáltal a házi orvossá válásnál nem érvényesülhet az esélyegyenlőség. A rendszer lehetőséget ad minden körzeti, vagy gyermekkörzeti orvosként dolgozó kollégának, hogy akkor is házi orvos maradjon, hogyha történetesen egyetlen egy kártyát sem fog kapni. Tudom, hogy ez egy szélsőséges eset, de előfordulhat és ő marad a helyén, továbbra is fogja kapni a fizetését ebben az esetben is.

A területi ellátási kötelezettséget vállaló házi orvosok 1992-ben változatlanul megkapják az úgynevezett alapbért, ami nem lehet kevesebb, mint az automatizmusokkal megemelt 1991. évi bérek. Ehhez jön az a bizonyos kártyapénz, mint változó "bér", ami a legkülönbözőbb számítások szerint is elég nagy szórást mutathat. Ennek a bizonyos változó bérnek céljellegűnek kell lennie. A társadalombiztosítás a szerződését viszont nem a házi orvossal köti, hanem a házi orvosi szolgálatot működtető önkormányzattal, így sajnos a későbbiekben is lehet azzal számolni, hogy ez a céljellegű összeg átalakulhat és bármivé átalakulhat. Konkrét példám néhány napos: az egyik városunkban a polgármester kijelentette az egyik kollégának, hogy miután nagyon jó orvosnak tartja és tudja, hogy sok kártyát tudott éppen ezért begyűjteni, úgy gondolja, hogy ebből a pénzből a többi "lerobbant" rendelőt szeretné felhozni egy kicsit már komolyabb szintre.

Ezzel a kolléga teljesítmény motivációját sikerült két perc alatt agyonütnie. Az az érzésem tehát, hogy ezt az összeget a felülről lefelé történő szétosztással juttatják az orvosokhoz, helyenként eltérő módon. Ez az újabb típusú finanszírozási rendszer nem fogja tudni kiküszöbölni a hálapénzt. Marad tehát amit előbb úgy említett, az úgynevezett alapbér, a változó bér és ezeken kívül marad még továbbra is a hálapénz. Hogy mennyi, ezt nem lehet előre megmondani, de attól tartok, hogy nem nagyon fog különbözni a korábitól.

Az érdekeltségről szeretnék néhány szót mondani. Az önkormányzatnak az az érdeke, hogy minél kisebb fennakadással, folyamatosan történjen a házi orvosi ellátás. Ugyanakkor ez különböző kötelezettségeket is ró az egyes településekre, mint a házi orvosi rendelők működtetőire, hiszen a jogszabály előírja azt a minimum standardot, amit egy házi orvosi rendelőnek tudnia kell, legkésőbb 1993. december 31.-ig. Vannak olyan települések már most is, ahol olyan műszereket (laboratóriumokat, fizioterápiás készülékeket) vásároltak meg, amely egy 1000 ágyas kórháznak sincs. Miután 1992-ben nem vezetődött be a feladat finanszírozás, sem pedig a valódi teljesítményfinanszírozás a házi orvosi ellátásban, ezt sajnos úgy kell pillanatnyilag tekinteni, hogy ezekhez a házi orvosi szolgálatokhoz a társadalombiztosítás plusz összeget nem fog tudni hozzátenni. Tehát, ha a működési költségei annak a bizonyos praxisban megemelkedtek, éppen azért, mert színvonalassá vált,

vagy túl színvonalassá vált, akkor a települési önkormányzatnak kell ezt a különbséget megfinanszírozni. Ez majd csak a későbbiek folyamán fog változni, a tervek szerint 1993-ban, amikor a szakellátások teljesítményfinanszírozása elkezdődik. Az azonban várható, történetesen a laboratóriumi ellátásra és ez az illetékes szakmai kollégium véleménye is, hogy csak akkor kössön a biztosító szerződést, ha a laboratóriumi szakvizsgával rendelkező kolléga üzemelteti a rendelőt. Gyakran hangoztatott dolog az, hogy utazási költséget vált ki, ha helyben végzik el a laboratóriumi feladatokat. Várhatóan a rezszi és annak költségeit tudja finanszírozni a biztosító, de egyebet nem.

Az orvostársadalom különböző csoportjainak is eltérőek az érdekei a háziorvosi ellátás bevezetésekor. Az üzemorvosok komoly lobbyzást követően végül is de jure "bekéredzkedtek" ebbe a rendszerbe. Említettem viszont, hogy de facto ténylegesen nehéz nekik bekerülni, mert annyi akadályt kell leküzdeniök. Tudom, hogy szélsőséges a példa, de hadd mondjam el, a paksi atomerőműnek a kellős közepén lévő nagyon komolyan felszerelt üzemorvosi rendelővel kapcsolatosan is elhangzottak, hogy ott háziorvosként tevékenykedhessenek az eddigi üzemorvosok. Lehet, hogy a vállalat még meg is engedné, de hát számos olyan hatóság lesz, aki viszont nem engedi meg azt, hogy egy atomerőműnek a kellős közepén bárki, bármikor a folyamatos betegellátást igénybeveendő, ott megjelenjen és háziorvosi ellátást kérjen.

Szakorvosok más érdekeket képviselnek a háziorvosi ellátással szemben. Többen, miután végzettségük és motivációjuk is meg volt arra, hogy bekerüljenek, a bevezetésekor még sokkal jobban dotált rendszerbe, gyakran teszik fel a kérdést, hogy miért nem lehetnek ők háziorvosok? Mindenük megvan: végzettségük, rendelőjük stb. Itt azt kell mondani, hogy egyszerűen azért nem, mert ezt a jog nem teszi lehetővé.

Nyugdíjas kollégáknál is nagyon gyakran felmerül, hadd gyűjtsenek ők is kártyát. Sok kártyát nyilván nem tudnak összegyűjteni, ha pl. kis településen laknak, de ha erre rászorulnak, akkor hadd tegyék. Ez egy jövedelemkiegészítés számukra. Nem részletezem tovább. Valószínű, hogy a megyei társadalombiztosítási igazgatóságok nem kötnek velük szerződést, "szociálpolitikai megfontolás alapján".

A gyermekorvosokkal kapcsolatos konkrét problémaként merült fel, hogy

ők is kötelesek-e a folyamatos betegellátásban részt venni. Erre azt kell mondjam, hogy igen. Attól, hogy valaki gyermek-háziorvos, még nem kapott felmentést arra, hogy ne vegyen részt folyamatos ellátásban. Ez nagyon sokszor komoly problémákat jelent.

Ugyanakkor azt lehet mondani, hogy a háziorvos, aki valamilyen ügyeleti szolgálatban részt vesz és ez alapvetően háziorvosokra vonatkozatható ügyeleti szolgálat, az teljesíti a jogszabály által megköveteltek. Ez akkor is igaz, hogyha pl. van olyan körzet, ahol több település is tartozik hozzá, vagy az orvos munkáltatója nem egyezik meg az ügyelet fenntartójával. Elfogadható tehát, hogy ha a társadalombiztosítással kötendő szerződés előtt az orvos megkötöti a szerződést az ügyeleti szolgálatban való részvételre, a települési önkormányzattal. A területi ellátási kötelezettséget vállaló vállalkozó orvos, ha be tud valamelyik ügyeleti szolgálatba kerülni, akkor azt tege meg, ha nem tud bekerülni, akkor az a helyzet állhat elő, hogy 24 órás non stop szolgálatban kell dolgoznia. Amikor azt említettem, hogy nincs esélyegyenlőség, akkor én ezt is beleértettem.

Külön problémát jelentenek országszerte a nagy szociális otthonok főállású orvosai. Ezek a kollégák a jogszabály szerint nem lehetnének háziorvosok. Ez azt jelenti, hogy azon a településen, ahol az a szociális otthon, vagy nevelőotthon, vagy egyéb otthon elhelyezkedik, az ott szolgálatban lévő háziorvos lesz az, akihez a szociális otthon lakói ellátásért fordulnak. Itt a probléma nem is az igazán, hogy az a háziorvos el tudja-e végezni ugyanazt, és ugyanolyan jól, mint ahogyan ellátta azt a főfoglalkozású orvos, hanem az, hogy mi lesz az otthon orvosával. Az önkormányzat azt mondja, hogy a háziorvos ezt is ellátja, akkor ő ezt az állást már nem finanszírozza meg. Gondolkozhat persze úgy is, hogy eddig is meghaladta annak a főfoglalkozású kollégának a tevékenysége a háziorvosi teendőket. Nagyon sok esetben egyéb plusz feladatokat is ellátott, akár kórházi ágyat is tudott kiváltani ezzel az intézet (otthon). Meghagyja tehát ezt a kollégát, hiszen a feladatok nyilván nem csökkentek az új rendszer kialakításával.

Arról is említettem már egy-két mondatot, hogy ki képviseli a szakdolgozóknak az érdekeit. Keményen befolyik a háziorvosi rendszerbe a Magyar Orvosi Kamara, de találkoztam tevékenységem folyamán ilyen kemény

hőzállással az Ápolási Egyesület vagy más szervezet részéről. A háziiorvosi ellátásban tevékenykedő szakápolóknak, illetve a nővéreknek az érdekei nem jelenítődnek meg. Azt hiszem, hogy jelentős változást jelent majd az is, amikor ezen a területen is meg fog jelenni a regisztrált nővér fogalma.

Egy kicsit pontosabb eligazítást fog nekünk arról adni, hogy mit is kell tudnia, mit is kell csinálnia a háziiorvosi praxis nem orvos tagjainak.

Különleges helyzete van a védőnőnek is. A védőnőnek a munkáltatója egyértelműen az önkormányzat, de feladatot ad nekik az a háziiorvos is, aki gyermekeket is ellát. Ez mondjuk gyermek-háziiorvos, akár vállalkozóként is. A vállalkozó gyermek-háziiorvosnak tehát egy védőnő munkatársat is kell találni.

A védőnők jövőjével kapcsolatban hónapról hónapra felmerül az az elképzelés, hogy a területileg illetékes tisztifőorvosi hivatalba épüljön be az összes védőnő és ne csak megyei szinten. Most kétféleképpen van. Vannak a megyei védőnők, a megyei ÁNTSZ-nél, és van a területi védőnő, az egyes önkormányzatoknál. Tehát ez egy heterogén rendszer pillanatnyilag.

A háziiorvosi ellátás aktuális nehézségeiről, az ügyeleti rendszerben való részvételről, a 24 órás folyamatos betegellátásról már szóltam.

Az adminisztrációval kapcsolatban azt kell mondanom, hogy induláskor nincs rá mód, hogy a háziiorvosi rendszer bevezetéséhez szükséges összes informatikai feladatokhoz, egyöntetűen, tehát adatkompatibilisen, mind hardvert, mind szoftvert lehessen biztosítani. Ezért 1992-ben, egy olyan felemás megoldásra van csak lehetőség, hogy ahol meg tudják csinálni, ott az adatszolgáltatás gépi, és ahol ez nem megy, ott marad a manuális forma. Problémát jelent az úgynevezett "kollegális vezető" orvosnak a belépte ebbe a rendszerbe.

A kollegális vezető orvos, pillanatnyilag még csak egy elméleti fogalom, vagyis, hogy mi mindent kellene neki tudnia. Két évre választják majd meg, a háziiorvosok közül. Jelenleg azért nem jelent különös problémát, mert pillanatnyilag a szerződéskötések időszaka van. Csak ezt követően kerül sor a kollegális háziiorvosok megválasztására.

Ha a Kamara által megkövetelt teljesítményt egy ilyen háziiorvosnak mind tudnia kell, akkor jogosan merül fel az a kérdés, hogy a háziiorvos feladatait

mikor és hogyan fogja elvégezni. Arról nem is beszélve, hogy hatósági és érdekképviseleti feladatot is ellát, mégis külön szerződés formájában a társadalombiztosítás fogja finanszírozni. Szokatlan, hogy egy olyan feladatot finanszírozzunk, ami végülis közvetlenül nem a mi feladatunk. A biztosítottak az érdekeiket szolgálná a társadalombiztosítás és az ellátó orvos. Tehát egy kevés szereplős, viszonylag tiszta rendszer. Ha minél több közbülső lépcső fog megjelenni, homályos, definiálatlan és egymást fedő kompetenciákkal, akkor - és félek attól - a biztosítottak érdekei sérülnek. Arról sem vagyok ugyanakkor meggyőződve, hogy ez eredményezi a házi orvosok kemény és minden körülmények között funkcionáló érdekvédelmét.

A társadalombiztosítás természetesen számol a tisztiorvosi szolgálatokkal és a Magyar Orvosi Kamarával. Mi nem a szakmába kívánunk beleszólni. De ha azt észleljük, hogy az egészségügyi szolgáltatás nem kellő színvonalon, hatékonysággal és nem kellő módon és időben történik, akkor javaslatot teszünk a szerződés módosítására, vagy felbontására. A szerződésbontás, végső szankció, de ha bekövetkezik, akkor ez a települési önkormányzatot nem mentesíti az alapellátás minden körülmények közötti biztosítása alól. Tehát, hogyha nem veszi észre, vagy tudatosan nem kívánja észrevenni az általa működtetett házi orvos szolgálat azon gyenge pontjait, amit a társadalombiztosítás kifogásol, akkor könnyen kellemetlen helyzetbe hozhatja önmagát.

Meggyőződésem, hogy a felsorolt nehézségek ellenére az alapellátás átstrukturálásához hozzá kellett kezdeni. Amennyiben a feladat megvalósítása sakszerűen történik, alapját képezheti a szakellátás reformjának is.