



Dr. Takács Péter

egészségügyért felelős államtitkár úr részére

Ikt.szám: 988-5/2022

Belügyminisztérium

Tisztelt Államtitkár Úr!

Köszönettel megkaptuk az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről szóló javaslatcsomagot.

A javaslatcsomagról általában:

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége többször kifejtette, hogy az egészségügy átalakítása nem halogatható, és ezért üdvözljük, hogy a Kormány hozzáfog az egészségügy korszerűsítéséhez, átalakításához.

Ugyanakkor a Kamara azt is mindig kifejtette, hogy **az egészségügy átalakítása csak komplex folyamatként értelmezhető, ahol egyszerre és összehangoltan történik a kapacitások, az irányítás és a működés átalakítása, amelynek része a finanszírozás, azaz a forráselosztás és az érdekeltségi rendszer, illetve a szakmai szabályozás újraszabályozása**, beleértve az egyértelmű betegutak meghatározását és a kompetenciák tisztázását is. Az egészségügy komplex problémáira átfogó és minden részletre kiterjedő és árnyalataiban is átgondolt válaszok szükségesek. Ezért a **jelen törvényjavaslatot a szükséges reformoknak csupán egy, elsősorban az irányítás átalakítására koncentráló elemének tekintjük, és változatlanul hiányoljuk a társadalmi egyeztetésen alapuló, parlamenti ciklusokon átívelő, a beteget központba helyező és a megbízhatóságot mindig figyelembe vevő, a hibákat feltáró és abból tanuló, az alulfinanszírozottságot érdemben kezelő, minél transzparenssebb egészségügy átfogó stratégiai javaslatának kidolgozását. Ez utóbbiban készséggel segítünk.**

Az előterjesztés több helyen nem koherens, mert például a szabad orvosválasztás szabályozása a vezetői összefoglaló kiemelő felsorolásában említve van, de nincs kifejtve ennek a szabályozása, és főleg az előterjesztés egyáltalán nem beszél arról, hogy az intézményválasztás milyen módon lesz, vagy lesz-e szabályozva.

Az előterjesztés szerint legfontosabb szervezési szempont a megbízhatóság lesz, de ezt az egyik legfontosabb gondolatot a rendelkezések nem támasztják kellően alá.

A másik általános probléma az, hogy **ha már a kormányzat az egészségügy centralizálása mellett dönt, akkor ezt célszerű konzekvensen végigvinni**. Így, hogy a rendelkezés hatálya alól kikerülnek nemcsak a magánszolgáltatók, de az Eszjtv. alá tartozó nem állami fenntartású intézmények (pl. egyetemek, egyházi intézmények), valamint a főváros, azt jelenti, hogy nem lesz egységes irányítás és ellátásszervezés az

ágazatban. Szintén nehezen értelmezhető az egyetemek helyzete ebben a rendszerben, melyek egyértelműen szakmailag egy-egy terület, nem csak a megye vezető intézményei, és ugyan az Eszjtv. alá tartoznak, de nem állami fenntartásúak, így a törvény számos rendelkezése rájuk nem vonatkozik. Ugyanígy probléma, hogy a legnagyobb redundancia, párhuzamosság és szervezési bizonytalanság a fővárosban van, ami szintén ezek szerint nem került megoldásra.

A MOK változatlanul azt képviseli, hogy abban, hogy e szabályozás hatálya alá tartozik-e egy szolgáltató, ne az legyen a meghatározó, hogy ki a fenntartó, hanem az, hogy közfinanszírozott szolgáltatást nyújt-e.

A harmadik rendszerszintű probléma, hogy **jó néhány érdemi területtel nem foglalkozik a javaslatcsomag, holott például a köz- és a magán viszonyának rendezése nélkül az egészségügy problémái nem oldhatók meg.** Az Eszjtv. végrehajtási utasítása még mindig adós az összeférhetetlenségi szabályok megalkotásával, és e tekintetben ez a javaslatcsomag sem hoz előrelépést.

Részletes megjegyzések

1. Az alapellátás átalakítása

Az alapellátás átalakításában a nem működő, eddig is csak formálisan létező praxisok összevonás útján való felszámolása, a nagy szórás nélküli lakosságszámú, működőképes praxisméreték kialakítása támogatandó irány. Megfelelő részletszabályok esetén az OKFŐ-höz telepített jog tud ebben előrelépést hozni. Ugyanakkor az előterjesztés is személyhez kötött vagyoni jognak tekinti a praxisjogot és tisztázni kell, hogy ezeknél az átalakításoknál **hogyan lehet a praxisok orvos által vezérelt forgalomképességét megőrizni és a jogsérelmeket megelőzni, hogyan lehet a szerzett, vagy megvásárolt vagyon értékű jog kárpótlását megoldani.** Változatlanul a praxisalap létrehozását tartjuk ennek legjobb megoldására.

Nem tartjuk megfelelőnek az alábbi jogszabályi megfogalmazást: *“ha a praxiskezelő nem jelöl meg más, a praxisjogot megszerezni kívánó orvost, a praxisjogát elidegeníteni szándékozó személy jelöli meg a praxisjogot megszerezni kívánó orvost.”* Véleményünk szerint az adásvételben az eladó - vevő megegyezésének kell prioritást kapnia, és az OKFŐ ezt -jogszabályban meghatározott esetekben- tudja korlátozni.

A gazdaságtalan méretű praxisok kivezetésére előírt idő várhatóan elegendő, de ebben a folyamatban konfliktusforrás lehet az, hogy ha az orvos ma helyettesítés útján látja el az üres praxist, akkor a helyettesítési díjjal jobban jár, mintha ugyanazt a munkát praxis összevonás után látja el.

Fontos annak tisztázása, hogy az 1200 fős minimális praxis létszám generális számként nem értelmezhető. Javasoljuk a mérethatár alábbi szerinti újragondolását:

- 800 fő alatti gyermek praxisok
- 1100 fő alatti vegyes praxisok
- 1400 fő alatti felnőtt praxisok

Az előterjesztés említi ugyan a praxisközösségeket, de csak mint lehetőséget arra, hogy magasabb kompetenciát is alkalmazzanak a házi orvosok. Magának a praxisközösségeknek a szervezését semmilyen technikai, pénzügyi, finanszírozási eszköz nem támogatja, holott a jövőt bizonyosan a közösségi ellátás támogatása jelenti.

Félő, hogy a hirtelen, drasztikus átalakítás nem fogja vonzóbbá tenni az alapellátást, hanem további bizonytalanságot szül, ami az ismert korfa mellett további ellátási kockázatot jelent.

Támogatjuk, hogy korszerű, és az EESZT-vel kompatibilis miniHIS rendszereket kell alkalmazni az alapellátásban, és szintén pozitívum az, hogy az előterjesztés nem egyetlen központi, a Kormány által készített ingyenes rendszer kötelező használatát írja elő, hanem a Kormány meghatározza az elvárt paramétereket, azaz szabványt alkot, és aki akarja, az piaci alapon a szabványnak megfelelő szoftvert használja, vagy elfogadja a kormányzatit.

Ugyanígy hiányossága az előterjesztésnek, hogy **sem az ellátók, sem a lakosok számára nem tartalmaz ösztönzést a rendszeres szűrés és erre épülő gondozás megerősítésére, a prevencióra.**

Az alapellátás ügyeleti rendszerével kapcsolatban többször kifejtettük véleményünket, hogy maga az alapelv ugyan logikus, ugyanakkor számos technikai probléma felmerülése várható. Amennyiben a Hajdú-Bihar megyei pilot program a referencia pont, annak eredményeit célszerű lenne nyilvánosan ismertetni.

Probléma forrása lesz, hogy **az előregedett háziiorvosi kar nehezen vállalkozik az ügyelet ellátására, főleg akkor, ha ez korlátozott időben, korlátozott jövedelmet biztosít.** A két párhuzamos szolgálat működtetését csökkenő összegből nehéz lesz fenntartani, hiszen eddig egy rendszer látta el mindezt, és a legtöbb esetben az önkormányzat is támogatta. Az átalakítással az önkormányzatok ismert helyzetéből is következően ez a támogatás érdemben csökken, vagy megszűnik.

Értelmezési problémát jelent a „háziiorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete” bekezdés negyedik bekezdése, amely szerint „18.00 és reggel 6.00 között, illetve hétfőn és ünnepnapokon az OMSZ diszpécser központja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziiorvosi számára a helyszínre vonulás igényt”. Ha ez azt jelenti, hogy az OMSZ vonul a beteghívásra, és tájékoztatja a háziorvost, akkor rendben van, és megfelel az előzetes tájékoztatásnak, de **ha az OMSZ utasítja a háziorvost, hogy vonuljon, akkor biztos, hogy nem fog működni, hiszen az ő ügyeleti ideje a tervezet szerint 22 óráig tart.**

Az, hogy az önkormányzatoktól az OMSZ-hoz kerül az ügyeleti rendszer biztosítása, támogatható, mert ez az önkormányzatoknak eszköz nélküli kötelezettsége volt, ráadásul a forrás szűkössége miatt ez problémásabbá válhatna. Arról, hogy az OMSZ milyen erőforrással tudja ezt a feladatot ellátni, az OMSZ vezetése tud felelősen nyilatkozni.

Kezelendő probléma, hogy -főleg nagyobb településeken- a háziiorvosi rendelés nem 16 óráig, hanem akár 20 óráig tart, a lakosság nagy megelégedésére, hiszen munkaidő után is tudnak a háziorvoshoz fordulni. Az új rendszernek nem szabad ezt a lehetőséget felszámolnia azzal, hogy a 16 óra utáni időt ügyeleti időnek tekinti.

Több területi szervezet jelezte, hogy a javasolt modellben nem tisztázott az, hogy az OMSZ ügyeleti idő alatt ki fogja a halottvizsgálatot végezni.

A védőnői szolgálatok és a praxisok területi összerendezése üdvözlendő, ugyanakkor az, hogy a városi kórházak állományába kerüljenek, problémás lehet, de ebben a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara véleménye lesz a meghatározó.

2. A települési önkormányzatok járóbeteg szakrendeléseinek átvétele

Az önkormányzati tulajdonú rendelőintézetek átvétele logikus része a központosításnak, és a fekvőbetegellátáshoz való szorosabb integráció megteremtí a szakmai együttműködés, egységesebb képzés, továbbképzés és a jobb forrásallokáció

lehetőségét. De ezek csak lehetőségek, az eszközrendszere nem ismert, és ezeknek nem egyértelmű előfeltétele a szakrendelők integrálása.

Ugyanakkor az előterjesztésből nem derül ki, hogy ez az integráció milyen fokú lesz. A szöveg a járóbeteg szakellátás részénél *intézményvezetőről* beszél, ami önálló intézményt tételez, de a kórházi részénél az van leírva, hogy egy intézmény van megyénként, tehát a rendelőintézetek a megyei vezető kórház telephelyei lesznek.

Az előterjesztés szerint: „Az önkormányzati fenntartás alá tartozó egészségügyi szakellátást nyújtó intézmények állami átvételét célozza az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) és a megyei irányító intézmények bevonásával”. Nem tisztázott, hogy az átvétel a tulajdonra, fenntartásra, vagy működtetésre vonatkozik.

A közalapítványi fenntartású intézmények itt is nevesítve vannak integráló funkcióban. Ez értelmezésünk szerint azt jelenti, hogy azokon a helyeken, ahol a megyei irányító funkciót ezek szerint egyetemi centrumok látják el, ott az egyetemhez, magyarul a közalapítványhoz történő integrálásra van szükség. A járóbeteg szakellátásról szóló rész az intézmények állami tulajdonba vételéről ír, de önmagában ebben a fejezetben nem található, hogy szervezetenként a megyei vezető kórház alá lesznek integrálva. Ezt mindenképpen tisztázni kell.

3. Fekvőbeteg szakellátás átalakítása

A tervezet szerint **egy megyében egy önálló jogi személlyel rendelkező egészségügyi szakellátó intézmény jön létre, amelyik a munkáltatói jogokat egymagában gyakorolja.** Ebből (itt) az következik, hogy a járóbeteg szakellátók is ide lesznek integrálva, hiszen azok is a szakellátó egészségügyi intézmények. Itt is megjegyezzük, hogy a tervezet állami tulajdonú intézményekről beszél, azaz nem érint az Esztv alá tartozó, de nem állami intézményeket: egyetemi klinikákat, egyházi intézményeket.

Minden állami tulajdonú kórház dolgozójának munkáltatója a megyei kórház lesz, változó telephellyel kapnak munkaszerződést, így rotációjuk megoldható. Ez járhat számtalan szakmai és szervezési előnnyel, de az egy megye - egy intézmény – egy munkáltató elvnel probléma, hogy egy nagyobb megyében, egymástól messze lévő településeken is vannak jelenleg kórházak. Így például egy jogilag a miskolci vezető intézményben dolgozó orvos, mint telephelyre bármikor átirányítható Sátoraljaújhelyre vagy Kazincbarcikára, és így minden kirendelési díj vagy egyéb nélkül lehet más településre a kollégákat átirányítani. Ez így biztos, hogy részletszabályozás ismerete és kompenzáció nélkül nem fogadható el, és **az ebből fakadó napi 2-3 órás utazási idő kompenzáció vagy munkaidő kedvezmény nélkül elfogadhatatlan.**

Tudható, hogy a rendszer bonyolult és kivételektől hemzseg, amit egységes szigorú szabályozással nehéz kezelni. Bizonyos kórházak, pl. a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház speciális helyzettel bír költségvetési szervként és egészségügyi intézményként, mert bevételének nagyobb részét, átlagosan 60-62 %-t a vállalkozási rész adja. A megyei irányító kórházzal történő integráció akadályos lehet turisztikai (hazai és EU-s) pályázatokon való indulásnak. A lelassult üzemeltetési folyamatok már eddig is komoly nehézséget jelentettek az egészség- és gyógyturizmusban, de féltő, hogy további anyagi, minőségi károk jelentkeznek. Megfontolandó, hogy a speciális jellegű, funkciójú szakkórházak (pl.: Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház. OSEI) közalapítványi formában működhessenek.

Látható, hogy ekkora változást előkészítés és modellezés nélkül kockázatos rövid határidővel bevezetni. Ezért azt javasoljuk, hogy **2023 januártól** törvényi felhatalmazással **induljon el egy darab egy megyére kiterjedő modellkísérlet,** és ennek eredményét,

tapasztalatait felhasználva készüljenek el azok a részletszabályok, amelyek alapján az országos kiterjesztés megvalósítható.

Nehezen értelmezhető az, hogy az alapellátás és a népegészségügyi prevenció valamint a központi ügyelet járási központja a városi kórház lesz. Nem elvi problémánk van ezzel, hanem irányítási - technikai. Ha egy kórház van egy megyében, és a városi kórház a megyei kórház telephelye, -tehát nem önálló intézmény-, akkor jogi személyiség nélkül hogyan rendelkezik önálló irányítói funkcióval?

A fekvőbeteg ellátással kapcsolatos egyéb megjegyzésekkel, ami az esetszám biztosítása, ellátás koncentráció, egynapos sebészetre terjesztése ezzel egyetértünk. Az egészségügyi és szociális ellátás leválasztásával szintén egyet tudunk érteni - ennek részletei nem csak az egészségügy, hanem a lakosság számára sem eléggé kifejtettek. Mindennek például a finanszírozási vonzata, hogy hogyan alakul, hogyan drágul a beteg részére.

4. Beteglátogatási rend átalakítása

A segítő személy fogalma bevezetésre kerül, ami annak a realitásnak a közvetett elismerése, hogy ma is jónéhány helyen a család látja el az alapvető ápolási (nem szakápolási) feladatokat a kórházakban. Ezt az intézményt még véletlenül sem szabad a nővérhiány legalizálására felhasználni, de azzal egyetértünk, hogy mindez szabályozott, legális keretek között történjen.

5. Laborhálózat központosítása

Azzal, hogy teljesen egységes metodikával kell végezni a vizsgálatokat, egységes struktúrában, idősoros elemzésre alkalmas módon kell az adatokat az EESZT-be feltölteni – egyetértünk. Az indokolatlan vizsgálatok és a párhuzamosság kiszűrése szintén fontos, de ennek egyértelmű szakmai szabályokon, utasításokon kell alapulnia.

Ugyanakkor - miután a laborvizsgálatok jelentős részét ma egy nemzetközi piaci cég végzi- a gyors államosítást vagy drágának, vagy átmeneti ellátási zavarokat okozónak tartjuk.

6. Az illetmények és az egészségügyi dolgozók illetményen felüli juttatása

A javaslatcsomag kritikus pontja, amellyel több probléma is van.

- **A teljesítményértékeléshez kötött jövedelem eltérítés tekintetében véleményünk változatlan. Magát a teljesítmény értékelését támogatjuk, és az ehhez kötött béreltérítést, mint intézményt a jövőt tekintve nem támadjuk, de az alábbi állításainkat fenntartjuk:**
 - a) **Mindezt fokozatosan, megfelelő előkészítéssel, megfelelő teszt-időszak után lehet alkalmazni, és a kidolgozás, tesztelés időszakában ehhez nem lehet jövedelem differenciálást kötni**
 - b) **Nemcsak a dolgozók, hanem az intézmény, az osztály, adott esetben teamek teljesítményét is mérni kell**
 - c) **Ennek forrása nem lehet a bértábla szerinti alapbér. Az alapbér mindenkinek jár, és ehhez pótlékként lehet külön forrásból teljesítés és minősítés alapú pótlékot rendelni.**

d) Az elvi megfontolások mellett rögzíteni kívánjuk az is, hogy ilyen inflációs időszakban, ami a következő évi béremelést elinflálja, **a nettó jövedelem csökkenést semmiképpen nem tudjuk elfogadni**, és a negatív differenciálás pedig ezzel járna.

- A tervezetben fel van sorolva, hogy a munkavállalót milyen illetményen felüli juttatások illetik meg. Az „illetik” nyelvtanilag azt jelenti, hogy ez jár a munkavállalónak, ugyanakkor a tervezet szerint az *„eseti illetménykiegészítés, a fix díj, a szakterületi támogatás, a jutalom kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik”*. **A munkavégzéssel kapcsolatos juttatásoknak járni kell, és ez nem lehet intézményi forrástól függő.**

A tervezet szerint *„nem jár támogatás”* – mármint NEAK részéről – *„a képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás illetménykiegészítés- és jutalomhoz”*. A képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás és illetménykiegészítés olyan díjazás, amit mindenképpen biztosítani kell, tehát ezt központilag kell megkapni az intézmények, ez nem lehet gazdálkodás függő.

A MOK változatlanul négy elemű jövedelem-szerkezetet tart elfogadhatónak:

- egységes, csupán a szolgálati időtől függő alapbér
- szakterületi és beosztási pótlékok
- minősítés alapú többletdíjazás
- eseti, változó díjak (ügyeleti díjazás, helyettesítési, kirendelési pótlék, jutalom stb.)

7. **Szakdolgozók béremelésének, pótlékrendszerének megítélése** nem a mi kompetenciánk – de minden szakdolgozói béremelést támogatunk. Külön üdvözljük azt, hogy a diplomás ápolók bére kiemelten emelkedik.

8. Várólisták csökkentése

A rendelkezés alapelve támogatható, de itt is **tisztázatlan jó néhány részlet**: hogy hol és ki vezeti a központi várólistát, ki tud rá beteget feltenni, hogyan értesülnek a várólistáról kiesőkről, hogyan értesül a beteg az esetleges előre kerülésről, hogyan választhat a beteg szolgáltatót.

A várólistáknál a **legnagyobb transzparencia és betegközpontúság kellene megvalósuljon**, hogy a betegek tényleg valid adatok alapján tudjanak érdemben dönteni arról, hogy hol, mikor, milyen betegelégedettségi és megbízottsági mutatók mellett kérhetik esetleg hamarabb, vagy kérésükre ütemezetten az egészségügyi ellátásukat.

Fontos lenne még szakmailag egyértelmű irányelveket megadni, hogy mely betegségek súlyos állapotát lehet előre venni a várólistán, és azok betartását szakmailag ellenőrizni.

9. A minimum meghatározott beavatkozás szám meghatározása minden finanszírozott állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltató részére

Ez támogatandó előrelépés korszerű szolgáltatásvásárlásban a jelenlegi globális TVK-hoz képest, de itt is érvényes, hogy **minden közfinanszírozott szolgáltatóra, akinek NEAK finanszírozási szerződése van, ennek kellene kiterjedni.**

Azt is látni kell, hogy a minimum meghatározott beavatkozás szám gyakran a humán erőforrás elégtelensége miatt nem teljesíthető. Egy-egy szakdolgozó, például műtősnő vagy aneszteziológiai asszisztens hiánya egy-egy műtő hosszabb idejű működését is gátolni tudja. Ezért is a *közreműködők szabályozásában inkább egy szabályozott flexibilitás kellene megvalósuljon, és nem a tervezett rigid tiltó szabályozás.*

Betegfogadási listalországos kiterjesztése – ez egy fontos dolog lehetne, hiszen az igazi probléma nemcsak a várólistáknál, hanem az előjegyzéseknél van, és ott is, ha egy kapacitás-kiegyenlítés, átirányítás hasznos lenne. Ennek részleteiről pillanatnyilag semmit nem tudunk.

10. Közreműködők szabályozása

A közreműködés szabályozása tekintetében elvi és szövegezési fenntartásaink vannak.

Egyet lehet érteni azzal a szándékkal, hogy az egészségügyi intézmények alapfeladatait elsősorban az Eszjtv. hatálya alá tartozó dolgozók lássák el, de **a közreműködők és a személyes közreműködők teljes kizárása nagyban csökkentené a rendszer flexibilitását, alkalmazkodó képességét és innováció befogadását.** Számptalan új tudás van és egyre több lesz, amelyek nem használhatók ki főállású dolgozókkal, de az ellátók egyenletlen terhelését, átmenti erőforráshiányait is közreműködőkkel lehet megoldani.

Azt is rögzíteni kell, hogy *amennyiben 2024 januárig a közreműködők is kivezetésre kerülnek, akkor egyes területeken (kiemelten: képzés, művészet) súlyos ellátási hiányok léphetnek fel,* mert ilyen tömegű ellátás pótlására, kiépítésére ilyen rövid idő alatt igen kevés az esély.

Általában is probléma a javaslatcsomaggal, hogy nem elég innovációbarát. A telemedicina nemcsak munkaerő pótló feladatú, de korszerű tudást visz/vihet az alacsonyabb ellátói szintekre, illetve lehetővé teszi egyes telephelyek jogszerű működését. Ennek a fontos és felértékelődő területnek a szakmai és finanszírozási szabályozása – annak ellenére, hogy az EESZT megteremtette ennek az ellenőrzött, biztonságos lehetőségét – várat magára, de a terület jellegéből fakadóan itt a közreműködés és személyes közreműködés az adekvát forma.

A másik probléma az szövegértelmezési: **nem koherens az előterjesztés,** a normaszöveg és a normaszöveg indokolása.

Az előterjesztés szerint „*A tervezet célja, hogy az Eszjtv. hatálya alá tartozó, állami fenntartású szolgáltatóknál egészségügyi tevékenységet csak az egészségügyi szolgálati jogviszonyban, vagy önkéntes segítőként lehessen végezni, vagyis a személyes és tárgyi feltételt biztosító közreműködés közül a személyes közreműködés kivezetésre kerüljön.*”

A mondat második fele ellentmondásban van az első felével, mert az a második tagmondat csak a személyes közreműködő kivezetéséről szól (aki egyenként nem biztosítja a tárgyi feltételeket), az első tagmondat viszont generális tiltást ígér.

A normaszöveg ezekkel ellentétben új közreműködői szerződések kötését tiltja csupán (2024. január 1-jétől nem köthető új szerződés a Kormány rendeletében meghatározott

közreműködésre, személyes közreműködésre), felmondásukról nem intézkedik, ellentétben a munkaerő kölcsönzéssel, melyek a törvény erejével felmondásra kerülnek.

Egyéb javaslatok

Jelen véleményünk alapvetően a koncepcionális kérdésekkel, és nem a jogszabálytervezettel foglalkozik. Ugyanakkor a MOK elnökségének van két, a MOK-kal kapcsolatos normaszöveg szintű javaslata.

1. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 112. § (5) bekezdése kiegészül a 112. § (4) bekezdés i) és j) pontjaival

Ennek megfelelően az új (5) bekezdés:

(5) A (4) bekezdés b)-c), e), f) és i)-k) pontja, továbbá a) pontjából az egészségügyi dolgozó neve, illetve az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt neve, valamint g) pontjából az egészségügyi tevékenység szüneteltetésének ténye bárki számára megismerhető adat.

Ez a módosítás a NAIH állásfoglalásával összhangban megismerhetővé teszi az egészségügyi dolgozóval szemben a törvény alapján etikai eljárás keretében kiszabott jogerős büntetés tényét, a büntetést kiszabó határozat jogerőre emelkedése napját és elévülésének időpontját. Az etikai ügyek nyilvánosságának megteremtése erősíti az egészségügyi ellátásba vetett közbizalmat és a visszatartó erő miatt preventív szemléletű.

2. Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény módosítása

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (a továbbiakban: Ekt.) 10/A. §-a hatályát veszti.

A törölni kívánt bekezdés az egészségügyben működő szakmai kamarák saját hatáskörű kompetenciájává teszi a tisztségviselők díjazásának meghatározását.

Összegzés

A MOK elnöksége üdvözli azt a tényt, hogy a kormányzat sokéves késlekedés után elkezdte az ellátórendszer érdemi átalakítását. Ugyanakkor változatlan az álláspontunk, hogy **az egészségügy átalakítása csak komplex folyamatként értelmezhető, ahol egyszerre és összehangoltan történik a kapacitások, az irányítás és a működés átalakítása, amelynek része a finanszírozás, azaz a forráselosztás és az érdekeltségi rendszer, illetve a szakmai szabályozás újraszabályozása.**

A jelen törvényjavaslatot csupán a szükséges reformoknak egy, elsősorban az irányítás átalakítására koncentrááló elemének tekintjük, és változatlanul hiányoljuk a egészségügy fejlesztésének átfogó stratégiai javaslatát. Ennek kialakításában készséggel működünk közre.

A javaslat egy erős - érzésünk szerint túlzó - centralizáció képét vetíti fel. Ennek az eldöntése kormányzati kompetencia, de ha már a működőképesség, hatékonyság érdekében a kormányzat az egészségügy centralizálása mellett dönt, akkor azt célszerű konzekvensen végigvinni és a közfinanszírozott ellátókra egységes tulajdon/fenntartó-független szabályozást alkotni. Ugyanígy probléma, hogy a legnagyobb redundancia, párhuzamosság és szervezési bizonytalanság a fővárosban van, ami szintén ezek szerint nem került most megoldásra.

A komplexitás hiányát jelzi, hogy **jónéhány érdemi területtel nem foglalkozik a javaslatcsomag, holott például a köz- és a magán viszonyának rendezése nélkül az egészségügy problémái nem oldhatók meg.** Az Eszjtv. végrehajtási utasítása még mindig adós az összeférhetlenségi szabályok megalkotásával, és e tekintetben ez a javaslatcsomag sem hoz előrelépést.

Ki kell mondani, hogy **az egészségügy jelen erőforráshiányos állapotában, amely úgy a pénzeszközök, mind a humán erőforrás szűkösségét is jelenti**

- ilyen ütemezésű,
- ilyen előkészítettségű

átalakítás egy lépésűs bevezetése csak komoly ellátásbiztonsági kockázatok árán valósítható meg.

A tagi szervezetektől beérkezett javaslatok alapján a legnagyobb kockázatot

- az alapellátási ügyeleti rendszer tervezett átalakítása,
- az egy megye - egy kórház elv munkavállalói kiszolgáltatottsága, a bújtatott, díjazás nélküli vezényelhetőség bevezetése,
- a nettó jövedelemvesztés lehetősége inflációs időszakban,
- a közreműködés és személyes közreműködés generális tiltása jelent.

Itt is kiemeljük, hogy a teljesítmény mérését, ennek nyilvánosságát úgy intézményi és dolgozói szinten fontosnak tarjuk, de az alapbér ehhez kapcsolt csökkentését elfogadhatatlannak tartjuk.

A beérkezett véleményeket e-mail formátumban külön levélben továbbítjuk Államtitkár úrnak.

Budapest, 2022.november 07.

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége nevében:

