



ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI SZÖVETSÉG
(O.A.SZ.)

Cím: 8360 Keszthely, Sopron u. 2.
www.oasz.hu
Tel.: 30/9866-366
E-mail: elnok@oasz.hu, info@oasz.hu
Elnök: *Dr. Hertelendy László*



Tárgy: szakmai javaslatok a fogorvosi alapellátást tárgykörében az Alapellátási Törvény készülő végrehajtási rendeleteihez!

Ikt: 51/2015

Dátum: 2015 10 12

összeállította: Dr Nagy Ákos fogszakorvos

NEFI, Alapellátási Igazgatóság részére

Tisztelt Alapellátási Igazgatóság!

Az OASZ, mint az Egészségügyi Államtitkárság mellett működő civil jogszabály egyeztető fórum tagja és önálló szakmai szervezet, az alábbiakban küldöm a fogorvosi alapellátás javítását célzó szakmai javaslataink fő irányait.

Megtiszteltetésnek vennénk, ha a szakmai koncepció megalkotásában személyesen is kifejtethetnénk elképzeléseink indokait és ezáltal is segítségükre lehetnénk!

**Az Országos Alapellátási Szövetség koncepciója az fogászati alapellátás javítására
Célkitűzések:**

1. A beteg érdekeltségének megteremtése a szűrővizsgálatok elvégzésében, ill. a prevencióban és a definitív kezelések elvégzésében.

Megoldási javaslat: a jelenlegi korcsoportos kedvezmények helyett – nyilván 18 év felett - bonus-malus rendszer bevezetése a kedvezmények igénybevételére.

2. A fogorvos érdekelté tétele a minőségi betegellátásban, a jelenlegi anomáliák megszüntetése, pl.:
 - a. beteg nem tud gyakorlatilag orvost választani
 - b. az orvosok kifizettetnek egyébként finanszírozott kezeléseket a betegekkel
 - c. „optimalizált” jelentések

Megoldási javaslat: az alapellátó fogászati finanszírozási rendszert minél jobban meg kell feleltetni a házi orvosoknak, be kell vezetni a fogorvosi kártyarendszert, amivel a betegek a mozogni tudnak a szolgáltatók között. Ezzel a minőségi problémákkal küzdő orvosok

kénytelenek lesznek tovább képezni magukat ill. „nehéz zsebű” orvosok is rákényszerülnek magatartásuk megváltoztatására. Az OEP-nek ellenőriznie kell a kezelések megtörténtét, a beteget kötelezni kell az ellenőrzés során az együttműködésre.

3. Magánrendelés, közfinanszírozott rendelés körüli értelmezési zavar felszámolása.
A zavart az okozza, hogy a jogalkotás közfinanszírozott, nem közfinanszírozott és magán tevékenységet próbál elválasztani egymástól.

Megoldási javaslat: Meg kell érteni, hogy a nem közfinanszírozott tevékenység és a magán tevékenység egy és ugyanaz, ilyen tekintetben az összes szolgáltató versenyben van egymással.

Minden szolgáltatót magánszolgáltatónak kell tekinteni, csak az önkormányzati szerződéssel rendelkező szolgáltatók törvényben meghatározott egyes tevékenységeit az OEP és az önkormányzat finanszírozza, másokat a páciens, a nem szerződött szolgáltatót pedig mindig a páciens.

4. Az iskola fogászati praxisjog problémája.
A működtetési jog praxisjoggá alakítása során kiderült, hogy az iskola fogászatok valójában a terület nélküli gyermek házi orvosi praxisnak felelnek meg, egyben kiderült, hogy nem lehet működési jogukat praxisjoggá alakítani.

Megoldási javaslat: A kártyarendszer bevezetésével a kettős bázisfinanszírozás megszüntethető, de praxisjogot az iskola fogászat csak úgy kaphat, ha teljes értékű – területi ellátási kötelezettséggel rendelkező – gyermekfogászat alakul pl. úgy, hogy az adott oktatási intézmény utcáit és korosztályát rendelik hozzá, de ez azok felé szolgáltatók felé, akikhez most ezek a gyerekek tartoznak, kártalanítási kötelezettséget keletkeztet.

Részletesen:

Hogyan alakultak ki azok az anomáliák, amelyek ma már a rendszer fenntarthatóságát veszélyeztetik?

A lakosság szájegészségi állapota Magyarországon valamennyi mutatót figyelembe véve kedvezőtlen, a fogszuvasodás és a fogágybetegség a lakosság csaknem 100%-át érinti, népbetegségnek számít.

A lakosság 1995. közepéig ingyenesen juthatott az állami fogorvosi ellátáshoz, de a jogosultságot biztosító szabályok nem ösztönöztek a fog- és szájbetegségek kellő időben történő ellátásának igénybevételére, nem alakították ki a fogazat ápolásában, megőrzésében való érdekeltséget.

A **Bokros** csomag keretében **1995. július 1-től** a szakma ajánlásaitól eltérően - amelyek elsősorban a teljesítményfinanszírozást, megelőzést és a lakosság egészségügyi kultúrájának növelését célozták - **az aktív korú népesség körében a sürgősségi ellátás kivételével valamennyi fogorvosi beavatkozásért térítési díj kötelezettséget állapítottak meg – emiatt a különbség a finanszírozott és magánellátás között jóformán eltűnt**, ezzel

egyidejűleg csökkentették a fenntartóknak biztosított TB támogatást. **A lakossági terheket növelte a fogtechnikai termékek, szolgáltatások támogatásának teljes megszüntetése is.**

A lakosság a térítéskötelezettség bevezetésével az egyes szolgáltatások díjait pontosan nem ismerte, ezért sok esetben a szolgáltatásokat sem kereste fel, és a betegforgalom lényegesen visszaesett.

1996. július 1-től a területi ellátási kötelezettséget vállaló magán fogorvosokkal és egészségügyi vállalkozásokkal **is közvetlenül köthetett finanszírozási szerződést az E. Alap kezelője.** Erre többségében a korábbi közalkalmazott fogorvosok körében, **a rendelők "funkcionális" privatizációját követően került sor. Azaz a fogorvosok többsége magánvállalkozóvá vált. Ugyanakkor a magánpraxis és az E. Alap által finanszírozott fogorvosi tevékenység azonos rendelőben történő gyakorlása a két ellátás ellenőrizhetetlenségéhez vezethet – írja az Állami Számvevőszék 1998-ban. Azaz ezt problémát 1996 óta nem sikerült megoldani...**

2001-ben, a co-paymentes finanszírozási rendszer megszűnésekor a finanszírozó a konzerváló fogászati és protetikai ellátások kieső összegét alig kompenzálta. Ez a súlyos örökség azóta is terheli a fogászati praxisok helyzetét.

2007-ben a vizitdíjas rendszer bevezetésekor a fogászatok újabb veszteséget szenvedtek el, mert az amortizációfinanszírozás során egy átlagos fogászat 70-110 ezer forintot tudott lehívni, vizitdíjból pedig, kompenzációval együtt kb. 40-45 ezer forintot tudott beszédni. A vizitdíjas rendszert a népszavazás megszüntette, de az eredeti állapot, az amortizációfinanszírozás nem állt helyre.

A fogorvosi kassza növelése, az említett „érv” miatt, folyamatosan elmaradt a háziiorvosi kasszáétól.

Mindez oda vezetett, hogy 2015-re, ha a háziiorvosi és a fogorvosi kassza egyenlően nőtt volna, akkor a fogászati kasszában közel 20 milliárd forinttal többnek kellene lennie.

Ez a folyamatos hátrасorolás ilyen tételben kimerítheti a 2003. évi CXXV. törvény 8. § o. és t-pontját.

A háziiorvosi **finanszírozási rendszer** folyamatosan csiszolódott, sok körülményt figyelembe vesz, a fogorvosi ehhez képest **látványosan elnagyolt.** Ld:

Háziiorvosi és fogorvosi alapellátó praxis finanszírozásának összehasonlítása:

	Háziiorvosi alapellátó praxis	Fogászati alapellátó praxis
Bázis finanszírozás	van	van, életkori szorzókkal
Kártyapénz	van, életkori szorzókkal	nincs
Indikátor / teljesítmény díjazás	van	van
Eseti ellátási díj	van	nincs
Kiegészítő díjazás önálló rendelő esetén	van	nincs
Kiegészítő díjazás több rendelő esetén	van	nincs
Területi kiegészítő díjazás	van	nincs
Szakdolgozói kiegészítés	van	nincs
Nagy körzet esetén plusz szakdolgozó finanszírozása	van	nincs
Szakképzettségi szorzó, gyakorlati idő figyelembe	van	nincs

vétele		
Praxis alap, rezidensi ösztöndíj, letelepedési pályázat	van	nincs
Jogviszony ellenőrzés díja	van	van
Az OEP nyilvántartást vezet az egyes háziiorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottokról	igen	nem

Problémát jelent a valóság-ellenőrzés hiánya a fogorvosi rendszerben.

A fogorvosi kassza zárt kassza, és valójában becsületkassza, mert **az OEP a fogorvosok teljesítményjelentésének valóságát alig ellenőrzi.**

2007-ben a fogászaton is bevezették a minimumidőket, de a kezdeti szigoron később hatalmasat lazítottak – „természetesen” a rendszerbe bevitt teljesítményhez a sem a kasszát, sem az ellenőrzést nem igazították hozzá, így senki nem tudhatja, hogy az így bevitt teljesítmény a betegek szájában, vagy a fogorvosok papírjain létezik. **A jelenség leírható a „közlegelők tragédiája” többszereplős fogolydilemmával:**

Adott egy közlegelő, amely tíz tehenet tud eltartani, és így mindegyik tehén tíz liter tejet ad. A legelőn kiinduláskor 10 gazda tart fejenként egy tehenet. Az egyik gazda egyszer csak gondol egyet, és kicsap *még egy* tehenet a legelőre. Ekkor egy-egy tehennek már kevesebb fű jut, ezért mindegyik 10 helyett csupán 9 liter tejet ad naponta – de az a gazda, amelyik két tehenet legeltet, 10 helyett 18 liter tejhez jut. Ezt idővel észreveszi egy másik gazda, és az is kicsap még egy tehenet a legelőre. Ekkor már az elégtelen táplálék miatt minden tehén csak 8 liter tejet ad, de akinek két tehene van, annak 16 liter teje lesz. És így tovább, végül a legelőn áll 20 sovány tehén, és összesen adnak 20 liter tejet. A végén mindenki rosszul jár, a gazdák is, a vásárlók is.

Alapvető kérdések merülnek fel újból:

1. Miként lehetne megakadályozni a csoport tagjainak (nem feltétlenül csak egyéneknek) a saját rövid távú érdekeiket szolgáló, ám a csoport jólétét a problémák révén fenyegető, szabálytalanul versengő viselkedését?
2. Miként lehetne elősegíteni a csoport jólétét és egyben közjót szolgáló, a hosszabb távú szempontokat is tekintetbe vevő, együttműködő viselkedést?

A célkitűzések részletes megoldási javaslatai:

1. A betegek kellő motiválása a szájüregi szűrések / kezeléseik elvégzésében

Véleményünk szerint a betegek népegészségügyi szűréseken való részvételének motivációja leginkább egy **bonusz-malusz rendszer bevezetésével** oldható meg.

A jelenlegi háziiorvosi rendszerben a bizonyos időközönként meg nem jelenő betegeket a háziiorvosnak ki kell jelentenie, azaz a rendszer nem a beteget, hanem az orvost bünteti.

A bonusz-malusz rendszert a fogászatban a szűrővizsgálatok elvégzéséhez kell kötni.

A szűrővizsgálatokat és ennek igazolását a 48/1997. (XII. 17.) NM rendelet szabályozza.

Javasolt kategóriák:

M: a beteg az előző évben nem volt szűrővizsgálaton. A tárgyévben térítésmentesen **csak** a szintén a 48/1997. (XII. 17.) NM rendeletben leírt **sürgősségi** ellátásokat veheti igénybe.

B0: A beteg 18 év alatti, illetve középiskolába jár: A jelenlegi 18 év alatti csomag.

B1: A beteg az előző évben volt **OEP finanszírozott vagy magán** szűrővizsgálaton. A tárgyévben **a sürgősségi a preventív és a fogmegtartó** kezelések térítésmentesek. (Jelenlegi 18-62 év közöttiek)

B2: A beteg az előző két évben volt **OEP finanszírozott vagy magán** szűrővizsgálaton. A tárgyévben **a sürgősségi a preventív és a fogmegtartó** kezelések térítésmentesek **plusz a kivethető fogpótlások** fogorvosi munkadíja. (Jelenleg rokkantnyugdíjasok és közgyógyellátottak)

B3: A beteg az előző három évben volt **OEP finanszírozott vagy magán** szűrővizsgálaton. A tárgyévben **a sürgősségi a preventív és a fogmegtartó** kezelések térítésmentesek **plusz a kivethető és rögzített fogpótlások** fogorvosi munkadíja. (Jelenlegi 62 év felettek)

A bonusz szintet az OEP-nek kell nyilvántartania, és a TAJ ellenőrzéskor a közfinanszírozott szolgáltató felé jeleznie (ez egy speciális betegélettét lekérdezés). Egyben értelmet nyer a magánszolgáltatók szűrésének jelentése is, a nőgyógyászati szűrések jelentéséhez hasonlóan. Javasolt, hogy az érvénytelen, rendezetlen „piros, kék, barna” TAJ-jal rendelkezők, kerüljenek M kategóriába. A szűréseiket az OEP tartsa nyilván, de a bónuszukat csak rendezett „zöld” TAJ mellett élesítse.

2. Megfelelő finanszírozási rendszer kialakítása

Véleményünk szerint a fogászati finanszírozási rendszert a háziiorvosi finanszírozási rendszer elemeit átvéve kell módosítani, ezáltal a különbségeket csökkenteni.

A háziiorvosi finanszírozás három pillérű: bázis + kártya + teljesítmény.

A fogorvosi finanszírozásból a középső pillér hiányzik, emiatt a betegek nem tudnak „fogorvost választani”. Elméleti lehetőség persze van, de **a fogorvos** a jelenlegi rendszerben **abszolút nem érdekelt** körzeten kívüli beteg „oepes” ellátásában.

Az OEP rendelés elvileg azt jelenti, hogy rendelkezésre áll egy az előírásoknak megfelelő rendelő (személyi és tárgyi feltételek) és közfinanszírozott ellátást biztosít az ott megjelenő, azt igénybevevő pácienseknek. Ezért az OEP és az önkormányzat fizet egy bizonyos összeget. Ennek az összegnek kellene fedeznie a rendelő költségeit akkor is, ha egy beteg sem jelenik meg.

Van egy rendelőajtó, mögötte előírt felszerelés és személyzet. Ennek akkor is vannak költségei, ha semmit sem csinálnak, csak rendelkezésre állnak.

Jelenleg a fogorvosi kassza 30%-a a „fix” összeg, 70%-a teljesítménydíj, **ijesztően alacsony zárt kassza** mellett. Ez a finanszírozási összeg szezonális ingadozásához vezet.

A szezonális persze nem baj, de a jelenlegi rendszer, a mostani finanszírozási és ellenőrzési gyakorlattal tarthatatlan, korrumpálja a résztvevő praxisokat, az említett **fogolydilemma** szerint.

Ha (nyilván megfelelő források hozzárendelésével) **átrendezzük a fogászati finanszírozást** akkor az arányokat át kell dolgozni, és a „fix” díjakat legalább 50-55%-ig felvinni:

Bázis: hasonló a háziiorvoséhoz, korcsoportos szorzó nélkül.

Kártyapénz: hasonló a háziiorvosihoz, életkori szorzókkal.

A fogorvos-választás a választani kívánt fogorvosnál történő jelentkezéssel venné kezdetét. Ha a fogorvos a jelentkezést elfogadja, az őt választó személy szűrővizsgálatát elvégzi. Ha a bónuszrendszer bevezetésre kerül, a fogorvos látja a paciens bónusz szintjét. (Ez tulajdonképpen egy speciális betegéletút lekérdezés).

Fontos kritériumok:

1. ha beteg kiválaszt egy fogorvost, a szűrés után egy évig a sürgősségi ellátásokon kívüli, „bónusz” ellátásokra annál a fogorvosnál jogosult, akit választott.
2. oktatási intézmény tanulóinak szűrését az oktatási intézményhez rendelt fogorvos végzi, máshoz csak különösen indokolt esetben adható a kártya –ezzel elejét lehet venni a mostani állapotnak, miszerint az iskola orvosa elvégzi a szűrést, de a definitív ellátások elvégzését a „körzetire” bízza, ami pl. kollégistáknál a fogak ellátatlanságát jelenti.
3. ha a beteg nem annál a fogorvosnál vesz igénybe nem sürgősségi ellátást, akinél a kártyája van, a szolgáltatónál árlista szerinti térítési díjat köteles fizetni.

Teljesítmény díjazás: a jelenlegi pont és minimumidő rendszer megfelelő.

Eseti ellátási díj: ha beteg nem a választott orvosnál vesz igénybe sürgősségi ellátást az ellátó fogorvos részesüljön eseti ellátási díjban

Kiegészítő díjazás önálló rendelő esetén: az új alapellátási trv. szerint ez **önkormányzati feladat**, a háziiorvosihoz hasonlóan kell megoldani

(Az önkormányzatok többsége a fogorvosi alapellátás biztosításával kapcsolatos kötelezettségét teljesítettnek tekinti azzal, hogy a feladatellátással megbízza egészségügyi intézményét vagy a fogorvosi szolgálatot működtető vállalkozást, és hozzájárul közvetlen társadalombiztosítási finanszírozásukhoz.

Az önkormányzatok a feladatellátás működési és fejlesztési kiadásaihoz forrásokat csak csekély mértékben biztosítanak- tisztelet a kivételnek.)

Kiegészítő díjazás több rendelő esetén: az új alapellátási trv. szerint ez önkormányzati feladat, a háziiorvosihoz hasonlóan kell megoldani

Területi kiegészítő díjazás: nem értelmezhető, fogorvos rendkívül ritkán megy házhöz.

Szakedzői kiegészítés: hasonlóan a háziiorvosihoz

Nagy körzet esetén plusz szakdolgozó finanszírozása: hasonlóan a háziiorvosihoz

Szakképzettségi szorzó, gyakorlati idő: hasonlóan a háziiorvosihoz

Jogviszony ellenőrzés díja: jelenlegi rendszer megfelelő

Praxisalap, rezidensi ösztöndíj, letelepedési pályázat: hasonlóan a háziiorvosihoz

Az OEP nyilvántartást vezet az egyes fogorvosi szolgálatokhoz

bejelentkezett biztosítottokról: hasonlóan a háziiorvosihoz

3. A fogorvosi magánrendelés és a közfinanszírozott rendelés szétválasztása

egy olyan gordiuszi csomó, amit 20 éve nem tudnak megoldani, hatalmas problémát látnak benne, pedig egyrészt a jelenlegi törvények is szabályozzák a kérdést, egyrészt a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési szóróló 1997. évi LXXXIII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 217/1997. évi Korm. rendelet 35. § (1) pontja.

Véleményünk szerint abból kell kiindulni – és ezzel a gordiuszi csomót átvágni, hogy **minden fogorvos magán fogorvos** és valójában azonos tevékenységeket végez, csak **egyed-egy rendelők szerződést kötöttek az önkormányzatukkal**, arra nézve, hogy egy, az

önkormányzat által meghatározott körzet betegeit ellátják, és az önkormányzati szerződés birtokában az OEP-pel, ennek megfelelően bizonyos tevékenységek finanszírozását nem közvetlenül a beteg, hanem az önkormányzat és az OEP állja.

Rendszeres jogalkotói aggodalom, hogy a fogorvos „magánbeteggé konvertálja TB-s beteget”.

Fontos, ha a beteg a háziorvosi rendszerhez hasonlóan kiválaszthat egy adott szolgáltatót, onnantól csaknem megszűnik a magánbeteggé konvertálás lehetősége.

4. Az iskolafogászati praxisjog problémája.

A működtetési jog praxisjoggá alakítása során kiderült, hogy **az iskolafogászatok valójában a terület nélküli gyermek háziorvosi praxisnak felelnek meg**, egyben kiderült, hogy nem lehet működési jogukat praxisjoggá alakítani.

A kártyarendszer bevezetésével a kettős bázisfinanszírozás megszüntethető, de praxisjogot az iskolafogászat csak úgy kaphat, ha teljes értékű – területi ellátási kötelezettséggel rendelkező – gyermekfogászáttá alakul pl. úgy, hogy az adott oktatási intézmény utcait és korosztályát rendelik hozzá, de ez azok felé szolgáltatók felé, akikhez most ezek a gyerekek tartoznak kártalanítási kötelezettséget keletkeztet.

Ha a körzet nem alakítható át praxisjoggal rendelkező gyermekfogászáttá, akkor **a bázisfinanszírozását a TEK nélküli háziorvosokéhoz hasonló báziskompensációval kell biztosítani.**

Dr Hertelendy László elnök