

# Az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás megújításának tervezetéről

## A HGYE álláspontja

### I. ÁLTALÁNOS SZEMPONTOK

#### Gyermekorvosi indikátorok – különbség a szemléletben

Az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás célja az alapellátó praxisok ellátási minőségének javítása, a karmesteri, kapuóri funkció színvonalának emelése. E feladatok ellátásának minősége – sok egyéb körülmény mellett – elsősorban a praxis orvosának a teljesítményétől függ. Így az indikátor alapú teljesítményfinanszírozásnak elsődlegesen a házi gyermekorvos/házi-orvos valós betegellátó tevékenységének torzításmentes, igazságos mérésére kell törekednie. Ezért fontos, hogy lehetőleg azonos körülmények között működő praxisokat hasonlítsunk össze, és az is elengedhetetlen, hogy az adatbevitel bonyolultsága, az adatok eljuttatása, az indikátorszámítás módja ne sújtja igazságtalanul az egyébként jól teljesítő praxisokat. Ez a programfejlesztő cégek és a számítás módszereit kialakítók felelőssége. A fentiek megvalósítására, a kedvezőbbnek tűnő változások ellenére is további lépéseket szükséges tenni. Nagy a felelősség a házi gyermekorvosi alapellátás mindennapi szakmai gyakorlatát befolyásoló, a különböző szakmai célokat szolgáló indikátorok kijelölésében is.

#### Statisztika és szakmai célok

A statisztikai törvényszerűségek érvényesítésének a szakmai célokat kell szolgálniuk, és kizárólag a torzításmentes eredmény-mérés védelmében előzhetik meg azokat. A célcsoportok nagyságának megállapításánál figyelembe kell venni a gyermekorvosi praxisokat évtizedek óta folyamatosan sújtó demográfiai viszonyokat, a vészesen csökkenő praxislétszámokat. (24 gondozott száz százalékos beoltása ugyanis legalább akkora teljesítmény, legalább olyan fontos szakmapolitikai cél, mint 25 gyerek 96%-os átoltottsága. 14 kizárólag szoptatott csecsemő a praxisban legalább akkora szakmapolitikai érték, mintha tizenöten lennének. Részletesebben ld. lentebb).

#### Célértékek és motiváció

A célértékek megállapítása bonyolult és nagy felelősséggel járó feladat. A megyn-

ként és kerületenként eltérő morbiditási, szociokulturális viszonyok, valamint a nagyon különböző intézményi lehetőségek területre szabott célértékeket igényelnek. Ezek központi, elméleti megállapítása esetén nagy a szakmai tévedés lehetősége. Ezért helyesen a kiindulási célérték megállapításánál az előző időszak helyi gyakorlatából kialakult átlagokat célszerű figyelembe venni.

A felső kvartilis értékelése helyett igazságosabb rendszert teremtené az országos vagy legalábbis regionális átlag feletti teljesítők díjazása. A jól teljesítő megyék így nem kerülnének hátrányba. Nagyobb, régiós (több megye) célértékmegadását támogatjuk. Az ezen érték fölött teljesítőket díjazni kell.

Javasoljuk, hogy a régiós átlag feletti teljesítő kapja meg az elérhető maximális pontszámot. Az átlag feletti teljesítők díjazásból való kihagyása, a juttatásban részesülők felső és alsó kvartilisbe sorolása jelentősen csökkentheti a „versenyzők” motivációját. Általános tapasztalat és visszajelzés, hogy az irreális célértékek elkedvetleníthetik a kollégákat, és így kevésbé lesznek motiváltak a magasabb színvonalú teljesítésre.

#### A rendszer sérülékenysége

Azzal, hogy újabb indikátorok kerültek be a gyermekorvosi praxisok értékelésébe csökkent a gyermekorvosok díjazási rendszerének sérülékenysége. Örvedetes tehát, hogy a házi gyermekorvosi indikátorok száma hatról nyolcra emelkedett. Ez ugyan még messze van a kívánatos 15-től, ami a rendszer teljes kiegyensúlyozottságát eredményezhetné. Erre tett javaslatot a házi gyermekorvosi szakfelügyelet és a HGYE is.

#### Elkülönített kasszák

Sajnálattal tapasztaltuk, hogy az elkülönített gyermek-alapellátási és házi-orvosi indikátorkassza nem valósult meg. A zárt, praxiszámarányos gyermekindikátor-kassza kialakítását azért tartjuk szükségesnek, mert az elméletileg megszerezhető pontszám praxistípusonként ugyan azonos, de az ahhoz vezető út a jelentősen eltérő indikátorok, és azok teljesítése miatt annyira különböző, hogy a rendszerben – még a

gondos számítások ellenére is – benne van hol az egyik, hol a másik praxistípus anyagi hátrányának lehetősége.

Minden praxistípus azonos teljesítménye érjen azonos pontértéket. Az előző ciklus rendszerében a házi gyermekorvosi praxisok részaránya 23,92%, ugyanakkor a házi gyermekorvosok részesedése az indikátorfinanszírozásból csak 17,09% volt a rendszer első negyedében. Üdvözöljük a havonkénti elszámolást, mert ez gyorsabb visszajelzést, rugalmasabb korrekciót, kiszámíthatóbb gazdálkodást biztosít a praxisoknak.

### II. RÉSZLETES ÉRTÉKELÉS

#### Meningococcus C elleni védőoltás

A meningococcus elleni oltottság mérése 2 hónapos kortól javasolt, mert a védőoltás is ettől az életkortól lehetséges. Ha ugyanis a 2 és 24 hónapos közötti korcsoportot vesszük a számításnál figyelembe, akkor a két hónapos kor alattiak esetlegesen változó száma nem torzíthatja igazságtalanul a gyermekorvos teljesítményét.

#### 6 éves kor alatti szűrővizsgálat

A szűrővizsgálatok, a csecsemő és a gyermek fejlődésének nyomon követése („fejlődési mérföldkövek”) a házi gyermekorvosi ellátás legfontosabb feladatai közé tartoznak. Itt azonban nemcsak a lappangó betegségek korai felfedezése a cél, hanem a normálistól eltérő fejlődés, fejlődési ütem kiszűrése is feladat. A jövő generációjának életminősége ugyanis jelentős részben az eltérő nevelési szükséglet felismerésétől, a korai fejlesztés időben történő bevezetésétől függ. Ezért az 51/1997-es szűrési rendeletnek és az eredeti javaslatunknak megfelelően több, meghatározott életkorra ütemezett szűrővizsgálatnak is helye lenne az indikátorok között.

#### Vaspótló kezelés a 10–18 éves lányok között

Szakmai tény, hogy az adolescens korcsoportban, különösen a serdülő lányok körében az átlagot meghaladóan fordul elő a vashiány. Az indikátor szakmai célja ezért helyesítható. E korcsoport vashiányának

szűrésére ugyanakkor nincs érvényben lévő, evidence based alapokon álló protokoll. Kollégáink visszajelzései is arra indítottak bennünket, hogy már a tavalyi ciklusban a serdülő lányok vaspótlására vonatkozó indikátor visszavonását és más paraméterrel történő helyettesítését javasoljuk. Fontosnak tartjuk, hogy ha mindezek ellenére megmaradt ez az indikátor, akkor a rendelet megfogalmazásában legyen benne, hogy „csak laboratóriumi vizsgálattal igazolt vashiány esetén történhet vaspótlás”.

### **Szakellátásba küldés**

A beutalóknál célszerű lenne a szakrendelők által dokumentált és a B300-ban szereplő adatok összevetése, ami informatikai lekérdezéssel megoldható. A kettő között szignifikáns különbség nem fordulhat elő. Ha mégis lenne, akkor a szakrendelés helyszíni ellenőrzésére van szükség. Többször hallani ugyanis, hogy a beutaló nélkül megjelenő betegnél „beviszik” a házi orvos/házi gyermekorvos adatait. Több szakrendelés pedig indokolatlanul kér beutalót

visszarendelés vagy gyógyszerfelírás esetén is. Megfontolandó e gyakorlat szankcionálása.

### **Ügyelet igénybevétele**

Az indikátor céljával egyetértünk és azzal is, hogy a hétvégi ügyelethez fordulás nem befolyásolja e paraméter kiszámítását.

### **Antibiotikum-használat**

Ahogy ezt már korábban is jeleztük, az eddigi antibiotikum-célértékek teljesítése sokszor irreális (ld. budapesti 2,8%). Teljesítése azt jelentheti, hogy akinek szakmailag indokolt lett volna, az sem kapott antibiotikumot. Sajnos az előterjesztésben ennek megváltoztatásáról nincs szó.

### **D-vitamin-ellátás**

Jól detektálható indikátor, ráadásul nagyon fontos szakmai, egészségpolitikai cél fogalmazódik meg benne. Felmerül, hogy az évtizedek óta beivódott helyes gyakorlat miatt a teljesítés közel 100%-os arányú

lesz, ezért itt a differenciálás a praxisok között nehezebbé válhat.

### **Kizárólagos anyatejes táplálás**

A kizárólagos anyatejes táplálás bizonyítására nem megfelelő a tápszervények detektálása, mert vannak nem vényköteles anyatejpotló tápszerek is forgalomban. Ennél az indikátornál a 15 fős félévesenkénti limit több kisebb praxist eleve kizár az ezért való pontszerzés és indikátorfinanszírozás lehetőségéből. Javasoljuk a limit eltörlését, hiszen a házi orvos/házi gyermekorvos nem tudja befolyásolni praxisában a születendő gyermekszámot, és a 15-nél kevesebb csecsemő anyatejes táplálása is ugyanolyan fontos, főleg, ha országosan a sok kis létszámú gyermekpraxis csecsemőinek összlétszámát is tekintetbe vesszük.

Üdvözöljük a tapasztalatok birtokában a rendszer rövid időn belüli felülvizsgálatát, azonban kérjük már a most induló ciklusban fenti javaslataink figyelembevételét.

## **Tiltakozás**

**A HGYE az alábbi közleményt juttatta el a Magyar Távirati Irodához. Tiltakozásunkat az Index, a hvg.hu, a MedicalOnline, a Webdoki mellett az internetes fórumok és a média széles köre ismertette.**

Amint az köztudott, az egészségügy most tervezett béremelése az alapellátás dolgozóit nem érinti.

Nem vitatjuk a kórházakban, szakrendelőkben dolgozó orvosok, nővérek, műtősök és más alkalmazottak béremelésének aktualitását, nem a nekik szánt keret újraosztását kérjük. Azt fájjaljuk, hogy a házi orvosok, házi gyermekorvosok, fogorvosok és munkatársaik finanszírozási helyzete nem került napirendre. Nem értjük, hogy képviselőink miért nem kaptak meghívást a tárgyalásokra, amikor az alapellátás pénzügyi lehetőségei régóta képtelenek lépést tartani a közüzemi díjak emelkedéséből, a működtetéshez nélkülözhetetlen eszközök drágulásából, a forgalmi adó növekedéséből, vagy az inflációból adódó kihívásokkal.

A praxisok többsége még a közalkalmazotti bértáblának megfelelő fizetéseket sem tudja kigazdálkodni dolgozói számára, nemhogy eleget tegyen az „elvárt béremelés” kívánalmának. A gyermekgyógyászat hiányszakma, a házi orvosokat tárt karokkal várják külföldön. A ma 60 éves átlagéletkort közelítő alapellátó orvosok 10 éven belül kieshetnek a munkából. Nem kérdezzük, hogy mire lesz elég a nyugdíjuk, de felhívjuk a döntéshozók figyelmét arra, hogy ha tovább halogatják azokat a lépéseket, melyek az egészségügyi pályát vonzóvá tennék, pályamegtartó erejét növelnék, rövid időn belül veszélybe kerül a lakosság szakszerű egészségügyi alapellátása.

Tisztában vagyunk az ország gazdasági helyzetével, mégis határozott álláspontunk, hogy prioritásként kell kezelni az ágazat mielőbbi, különbségtétel nélküli, reális igényeknek megfelelő finanszírozását.

2012. március 1.