



8900 Zalaegerszeg, Kosztolányi tér 6.

fakoosz@gmail.com

Tel: 92-598-455, 92-393-375, 30-9797-251, 30-637-6963

Alapvető Jogok Biztosa Hivatala

Dr. Szabó-Tasi Katalin részére

Budapest

Tisztelt Hölgyem!

Tárgy: Kiegészítés az AJB-4169/2012. sz. beadványhoz

A fenti számon folyamatban lévő vizsgálatot, mint kezdeményező, az alábbiakkal szeretnénk kiegészíteni, melyek figyelembe vételét megállapításaiknál tisztelettel kérjük.

A házi orvosok kötelezően vállalkozási formában működnek. Állami kötelezettséget vállalnak át az államtól, ill. az Önkormányzatoktól, mégpedig azt, hogy az alapellátást közszolgáltatás jelleggel, ingyenesen, folyamatosan biztosítják az adott területen (körzetben) élő biztosítottak számára.

Azonban nincs semmiféle olyan objektív szabályozás, amely garantálná, hogy a folyamatos, területi ellátási kötelezettséggel biztosított alapellátás ellenértékét a házi orvosnak állami forrásból megtérítsék.

Vagyis az állam áthárítja egy folyamatos állami kötelezettség teljesítését a házi orvos vállalkozóra, azonban nem garantálja, hogy ennek ellenértékét a vállalkozó meg is kapja. Ha az állam nem tanúsít jogkövető magatartást, hogyan várja ezt el a vállalkozóktól és az állampolgároktól?

A házi orvosok szolgáltatásukért vállalkozói díjban részesülnek az E-alapból, mely folyósítására az OEP-pel finanszírozási szerződést kötnek. A finanszírozási szerződés

szerint a díjazást a Költségvetési tv. és a 43/1999. sz. kormányrendelet alapján kerül meghatározásra.

Azonban az így megállapított díjazás független az alapellátás folyamatos biztosításához szükséges ráfordításoktól, annál jelentősen kevesebb.

Azért kevesebb, mert a 2011. évi ÁSZ jelentés alapján a valós ráfordítások számbavétele az elmúlt 20 évben szándékosan nem történt meg, és a költségvetés E-alapjának tervezése során így nem is vették figyelembe.

Az önkormányzatok számára az alapellátás biztosításának kötelezettségét ugyan az Önkormányzati tv. előírja, de források a feladat teljesítéséhez nincsenek rendelve, és az sincs rögzítve, hogy milyen és mekkora forrásokat kell az önkormányzatoknak a feladatot átvállaló házi orvos számára biztosítani.

A házi orvosoknak a jelenlegi szabályozás szerint attól függetlenül kell egy állami közszolgáltatást, a folyamatos alapellátást biztosítani az adott területen élő biztosítottak számára, hogy a részükre folyósított díjazás ennek ráfordításait fedezi-e.

A házi orvos a jelenlegi szabályozás szerint csak kockázatvállalás, felelősség, folyamatos szolgáltatási kötelezettség és adózás szempontjából vállalkozó, finanszírozása állami tulajdonú, önálló működésű és gazdálkodású közintézmény finanszírozásának felel meg. Vagyis magánvagyonra egy részét bevonják az állami feladatok ellátásának forrásai közé, azaz államosítják.

A praxisjog (2000. évi II. tv.) vásárlásakor a házi orvos működtetési jogot szerez.

De minek a működtetési jogát? Egy olyan állami kötelezettség (állami finanszírozású ingyenes alapellátás folyamatos biztosítása területi ellátási kötelezettség mellett) működtetési jogát (azaz egy negatív vagyont, vagyis belső államadósság működtetési jogát), mely állami kötelezettség (belső államadósság) teljesítéséhez az állam nem bocsátja rendelkezésre, nem garantálja a forrásokat.

A praxisjog számos sebből vérzik, ezek egyike, hogy annak, aki az állam helyett teljesíti az állami kötelezettségeket (fizeti a belső államadósságot), annak nem garantálják, csak hitegetik, megtévesztik, hogy az állami kötelezettségvállalás teljesítéséből eredő ráfordításait ellentételezik.

Kérjük, hogy

- szíveskedjen feltárni a házi orvosi alapellátás állami finanszírozásával kapcsolatos anomáliákat,
- szíveskedjen megállapítani azt, hogy a házi orvosok finanszírozására vonatkozó szabályozás ellentétes egyrészt az Ártörvénnyel, másrészt az Eb tv-nyel, és kérjük,
- szíveskedjék kezdeményezni, hogy a házi orvosok alapellátási munkájának ellentételezése megfelelő módon szabályozásra kerüljön.

A házi orvos vállalkozók díjazására két törvény vonatkozik:

a) **1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv)**

b) **1990. évi LXXXVII. törvény az árak megállapításáról (Ártörvény)**

Az Eb tv. Szerint:

34. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

- a) a ráfordítások alapján meghatározott normán,
- b) az ellátandó feladatokon,
- c) az ellátott esetek számbavételén,
- d) fejkvótán,
- e) a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain,
- f)²⁴¹ egyes szolgáltatások tekintetében teljesítményegységének mennyiségén,
- g)²⁴² az a)-f) pontban foglaltak kombinációján, és
- h)²⁴³

alapuló rendszerben történik.

Tehát az Ebtv. Azt mondja ki, hogy a finanszírozás

vagy az a), vagy a b), vagy a c), vagy a d), vagy az e), vagy az f) pont szerint, vagy pedig az a)-f) pontban foglaltak **mindegyikének** kombinációján alapul.

Mivel

- a törvény nem mondja ki azt, hogy az a)-f) pontban foglaltak tetszőleges kombinációját lehet alapul venni,

- az egyes a)-f) pontok után nem szerepel az „és/vagy” kitétel,

ezért a **köznapi értelemben vett kombináción azt értjük, hogy a felsorolásból minden elemet fel kell használni.**

Pld. ha azt állítjuk, hogy a gyógyszerkészítmény a hatóanyag, a segédanyag, a sikosítóanyag, édesítőszer és vivőanyag kombinációja, akkor ez alatt azt értjük, hogy ezen anyagok mindegyikét tartalmazza a készítmény.

Azonban a 43/1999. sz. kormányrendeletben a kombinációs elemek közül a ráfordításokat tükröző elem kimaradt.

Mivel más konkrét állami/önkormányzati forrást nem rendel semmiféle törvény az alapellátáshoz, ezért az alapellátás finanszírozása kizárólag a 43/1999. sz. kormányrendelet alapján történik.

Az Ártörvény szerint

A törvény hatálya

1. § (1) E törvény hatálya kiterjed:

a) a gazdasági tevékenységet folytató jogi személyre, jogi személyiség nélküli gazdasági és egyéb társaságra, természetes személyre (a továbbiakban együtt: vállalkozó), valamint az általuk belföldön érvényesített árakra és díjakra, továbbá

b) a hatósági ár megállapítójára.

(2) A törvény hatálya nem terjed ki:

a) a jogszabályok alapján kötelezően igénybe vett szolgáltatások díjára;

b) a külön törvény felhatalmazása alapján szabályozott szolgáltatási díjakra;

- c)2 a hegyközség által megállapított termőhelyi védőárra;
- d)3 az agrárpiaci rendtartásról szóló 2003. évi XVI. törvény alapján megállapított árakra;
- e)4 a villamos energiáról szóló 2007. évi LXXXVI. törvény hatálya alá tartozó termékek vagy szolgáltatások árára;
- f)5 a földgázellátásról szóló 2008. évi XL. törvény hatálya alá tartozó termékek vagy szolgáltatások árára;
- g)6 pénzforgalmi szolgáltatás nyújtásáról szóló 2009. évi LXXXV. törvényben szabályozott szolgáltatási díjakra;
- h)7 a távhőszolgáltatónak értékesített távhő árára, valamint a lakossági felhasználónak és a külön kezelt intézménynek nyújtott távhőszolgáltatás (fűtés és használati melegvíz) díjára;
- i)8 a víziközmű-szolgáltatásról szóló törvény alapján meghatározott díjakra;
- j)9 a személyszállítási szolgáltatásokról szóló törvényben meghatározott helyi, valamint az elővárosi, regionális és országos közösségi közlekedési szolgáltatások áaira.

(3) E törvény alkalmazásában gazdasági tevékenység: nyereség- és vagyonszerzés céljából üzletszerűen, ellenérték fejében történő termelő vagy szolgáltatási tevékenység folytatása.

Hatósági ármegállapítás

7. § (1) A mellékletben felsorolt termékekre, szolgáltatásokra (a továbbiakban együtt: termék) az ott feltüntetett miniszter, illetve a helyi önkormányzat (a továbbiakban együtt: hatósági ár megállapítója) legmagasabb árat vagy legalacsonyabb árat (a továbbiakban együtt: hatósági ár) állapít meg.11

(2)12 A termék hatósági árat az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben kell megállapítani, ha az árat a miniszter állapítja meg, vagy az árat a központi költségvetés támogatja.13

8. § (1) A legmagasabb árat - a (2) bekezdésben szabályozott kivétellel - úgy kell megállapítani, hogy a hatékonyan működő vállalkozó ráfordításaira és a működéséhez szükséges nyereségre fedezetet biztosítson, tekintettel az elvonásokra és a támogatásokra is.17

(2) A továbbfeldolgozók vagy továbbértékesítők részére értékesített egyes energiahordozók ára a külpiaci árak szintjén is meghatározható.18

(3) A legalacsonyabb árat úgy kell megállapítani, hogy az legalább a hatékonyan működő vállalkozó ráfordításaira fedezetet biztosítson, tekintettel az elvonásokra és támogatásokra is.

9. § (1) A hatósági ár megállapítása történhet tételesen vagy a hatósági ár kiszámítására vonatkozó előírásokkal.

(2) A hatósági árat alkalmazási feltételeivel (pl. a minőség, a határidő, a szállítások ütemezése, a megrendelés nagysága, a teljesítés helye, a fizetési feltételek) együtt kell megállapítani.

A háziiorvosi szolgáltató bevételei és kiadásai

A helyi önkormányzatokról szóló 1990.évi LXV. törvény az önkormányzatok kötelezően ellátandó feladatai közé sorolja az egészségügyi alapellátás biztosítását. Az

egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a háziorvosi, házi gyermekorvosi, a fogászati alapellátásról, az ezekhez kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői és az iskolaegészségügyi szolgálatról.

A 2011-ben módosított önkormányzati törvény az önkormányzatok alapellátással kapcsolatos általánosan megfogalmazott feladatait nem módosította, és nem fejtette ki részletesebben azt sem a korábbiaknál, hogy a helyi önkormányzatoknak tételesen milyen kötelezettségei vannak, ill. milyen anyagi forrásokat azok, amiket nekik kell biztosítaniuk az alapellátás feladatát átvállaló háziorvosoknak.

A települések többsége költségvetési hiánnyal küzd, nem kapnak pántlikázott forrásokat, amelyeket kizárólag az alapellátási kötelezettségük teljesítésére használhatnak fel, és semmi sem kötelezi őket arra, hogy anyagilag hozzájáruljanak a háziorvosi alapellátás költségeihez.

Ha pedig köteleznék is őket erre bármilyen szabály, semmi sem szankcionálja azt, ha az önkormányzat a vállalt kötelezettségének nem tesz eleget.

Az önkormányzatok által adott támogatás kimerül az orvosi rendelő rendelkezésre bocsátásában, azonban sok esetben a háziorvosnak bérleti díjat kell fizetnie. Az önkormányzatok vállalják a rendelő épületének fenntartását, külső javítását, az épületgépészeti javítások elvégzését, de gyakran ezen vállalt kötelezettségüknek sem tesznek eleget forráshiányra hivatkozva.

Arra is vannak példák, hogy egy magánbefektető által épített egészségháza kényszerítik be a háziorvost, miután az önkormányzat a beruházásért cserébe vállalta, hogy minden egészségügyi szolgáltatást évtizedeken át ott fog nyújtani, ám ennek terheit (bérleti díj+rendelő fenntartási költségek) az orvos vállalkozására hárítja át.

OEP-től háziorvosi ügyelet fenntartására kapott díjat önkormányzatok rendszeresen késve, vagy egyáltalán nem fizetik ki, sőt egyes esetekben forráshiányra hivatkozva presszionálják a háziorvost, hogy ingyen ügyeljen.

A háziorvos ugyan követelhetné, hogy az OEP finanszírozását egészítse ki az önkormányzat, de azzal azt kockáztatja, hogy az önkormányzat összeférhetetlennek nyilvánítja, és a feladat-átvállalási szerződését felmondja. Ezzel a háziorvos nem csak a munkáját, hanem a praxisvásárlásba beleölt pénzét is elveszíti.

Állami kötelezettség átvállalásának teljesítésekor nem elvárható, hogy a vállalkozó pereskedjen azért, hogy megfelelő finanszírozást kapjon. A pereskedésre, pénzbehajtásra a háziorvosnak sem ideje, sem kapacitása.

A háziorvos finanszírozása ugyan elviekben duális finanszírozás, azaz az OEP és az önkormányzatok együtt biztosítják a ráfordításainak ellentételezését, azonban megfelelő jogszabály és az önkormányzatoknak juttatott forrás hiányában kizárólag a 43/1999. sz. kormányrendelet alapján történik a finanszírozása.

Az alapellátást gyakorlatilag csak a társadalombiztosítás E-alapja finanszírozza, kötelező állami/önkormányzati források nincsenek hozzárendelve.

A háziorvosi ellátás finanszírozása a **43/1999. sz. kormányrendelet** alapján egy bonyolult sémában működik.

Melyek a háziiorvosi praxis bevetéeli forrásai?

I. OEP-től származó bevételek

1. Fix díj + területi pótlék
2. Teljesítménydíj (degresszióval korrigált fejkvóta)
3. Ambuláns ellátás díja
4. Indikátor pontszám alapján számított díj
5. jogviszony ellenőrzésből származó díj

II. Egyéb jogszabály által meghatározott bevételek

1. Térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások díjai.
2. Nem kötelező védőoltás beadásának díja

Munkaidőn túl megszerezhető bevételek

- I. Ügyeleti díj (OEP és egyes esetekben Önkormányzat által finanszírozott)
- II. Egyéb, jogszabályban meg nem határozott bevételek
Másod-, harmadállásból származó díjak, kutatásban való részvétel,
- III. Pályázatok

A **fix díj** 197.000 Ft és 290.000 Ft között változik, amely 1,1-es, 1,3-as vagy 1,5-ös szorzóval kerülhet módosításra.

- 1,1-es szorzó, ha önálló épületben praktizál és nincs másik E. Alapból fi finanszírozott tevékenységet folytató szervezet,
- 1,3-as szorzó, ha több településen működő rendelőben dolgozik,
- 1,5-ös szorzó, ha kistérségi támogatási alap céllelőirányzatából támogatott település, ha a lakosságszám eléri a 800 főt, vagy a leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó települések közül kettő vagy több településre terjed ki a körzet és a lakosságszám 800 és 1500 fő között van.

A területi pótlék arra szolgál, hogy a háziiorvos a fekvőbetegeket otthonukban lássa el, ennek nagysága attól függően, hogy milyen a terület szőrtsága (község, város, külterület) 26.000 -43.000 között változik.

A **teljesítménydíjat** a 11 § (3) szerint a háziiorvos által ellátandó lakosok száma és korcsoport szerinti megoszlása, valamint a háziiorvos képzettsége határozza meg, amelyet azonban degresszióval csökkentenek, ha a lakosok számából és életkorából képzett pontérték felnőtt körzet esetén a 2400-at meghaladja.

A degresszió már az optimálisnak ítélt, 1400 fős praxisokat esetén is érvényesül.

Ha a háziiorvosnak 1800 betege van, akiknek a korcsoport szerinti megoszlása a következő, akkor a háziiorvos pontjainak száma az alábbiakban alakul:

15-34 év közötti bejelentkezett biztosított 500 fő * 1 pont = 500 pont

35-60 év közötti bejelentkezett biztosított 600 fő* 1,5 pont = 900 pont

60 év feletti bejelentkezett biztosított 700 fő* 2,5 pont = 1750 pont

mindösszesen 3150 pont

Ezt a 3. sz. melléklet szerint úgy kell korigálni, hogy a valós pontszám (3150) és a határérték (2400) szorzatát vesszük, és ebből négyzetgyököt vonunk. Így kijön, hogy a finanszírozott pontszám 2750, azaz 400 ponttal (12,7 %-kal) kevesebb, mint a valós pontérték.

Ezt kell megszoroznunk a házi orvos képzettsége szerinti szorzóval (házi orvos szakorvos: 1,3; egyéb orvos: 1,0), hogy a teljesítménydíj alapját képező pontszámot (szakorvos esetén 3 055) megkapjuk.

A teljesítménydíjjal kapcsolatban feltétlenül meg kell említenünk, hogy a házi orvos és az OEP nyilvántartása nem fedi egymást, az OEP-nél a felnőtt házi orvosok rendszeresen 20-100 biztosítottal kevesebbet tartanak számon, mint a házi orvos. Ennek korigálása rendkívül nehézkes, többszöri nekifutás után történik csak meg. 6735 házi orvos esetén ez azt jelenti, hogy az OEP havonta több százezer beteg ellátását - legalább időlegesen, amíg a házi orvos észre nem veszi, és az OEP-nél el nem éri, hogy a megfelelő intézkedéseket megtegye - egyáltalán nem finanszírozza a szolgáltatók felé.

Az OEP adatai a KSH adataival sem egyeznek. Az OEP 2010. októberi adatai szerint) közel 1,9 millió gyermek (18 éven aluli) ellátását finanszírozza az egészségbiztosító. A KSH kilencvenezzerrel több gyermekről tud, mint az OEP, vagyis **90 e gyermekalappellátása egyáltalán nincs finanszírozva.**(<http://www.hgye.hu/nincs-kategorizalva/ki-latja-el-a-gyerekeket-2020-ban/>)

A teljesítménydíj pontértékének megfelelő díjazást az egészségügyi kormányzat állapítja meg évente és teszi közzé.

Milyen módon történik az 1 pont havi értékének kiszámítása?

Az E-alap házi orvosokra szánt kiadási előirányzatának összegéből levonásra kerül:

- az újonnan kialakított praxisok átlagos havi díja,
- a hajléktalanok ellátására létrehozott praxisok átlagos havi díja,
- a fi x díjak összege

- az indikátor pontok finanszírozására szánt összeg

- ambuláns ellátásra szánt összeg

- különböző egyéb „lecsippentgetések”, meghatározatlan célra,

majd ezt a maradék összeget elosztják az országos szinten összesített pontszám összegével és elosztják 12 hónapra.

Az adott évre érvényes Ft/pont díjat az egészségügyi kormányzat rendeletben teszi közzé. Ez gyakorlatilag 10 éve nem változott.

2012. novemberétől történik olyan előrelépés, amellyel a praxis bevétele kb. 80.000 Ft/hóval növekszik.

Az **ambuláns ellátásért** (területen kívüli betegek, turisták, rokonlátogatók ellátásáért) kapott díj nem jelentős, havi 6.000 Ft körüli nagyságú.

Indikátor-pontszám alapján számított díj: Ezt a minőségi teljesítés mutatójának szánták. A gyakorlatban nem működik, ebből egy-egy praxis kb. 8.000 Ft-ot tud realizálni havonta. Az egészségügyi kormányzat ugyanis az OEP által preferált praktikus adatokat helyezi előtérbe a házi orvosok valódi működését leíró indikátorokkal szemben.

A házi orvosnak „kapuőri” szerepet szánnak a nagyobb költségű szakorvosi, kórházi ellátások felé. A költségcsökkentés legegyszerűbb módja, ha a házi orvos nem a beteget küldi a szakorvoshoz ill. kórházba, hanem ő maga konzultál telefonon a szakorvossal ill.

kórházi orvossal, és helyben intézkedik. A házi orvos és a magasabb szintű ellátás kiváltását célzó együttműködést az indikátor-pontszám nem tudja és nem is akarja figyelembe venni.

A minőségi teljesítést egyébként is az elérhető nyereség, nem pedig az árbevétel szempontjából kellene jutalmazni. Addig, amíg a praxis veszteséges, nincs értelme minőségi teljesítést díjazni.

Jogosultság ellenőrzés: Az ellátott személy ellenőrzése interneten a TB adatbázisában azért, hogy az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e: 50 Ft/db. (Ennyiért a piacon a nyilvános WC-t sem lehet használni.)
A jogosultság ellenőrzésből származó árbevétel kb. havi 40.000 Ft.

Az egyéb jogszabály által meghatározott bevételek egészségügyi kormányzat által finanszírozott védőoltások beadása

A nem kötelező védőoltással történő immunizálás nem vehető igénybe az E-alap terhére (1997. évi LXXXIII Tv. 18 § t) pontja).

A megbetegedési veszély elhárítása céljából önkéntesen igénybe vehető térítésmentes oltások (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 7. §) az azt igénylők számára azért térítésmentes, mert az állam a központi költségvetés terhére átvállalja az oltóanyag költségeit.

Az 1997. évi törvény az egészségügyről 142. § (1)-(6) meghatározza az egyes egészségügyi ellátások működésének fedezetét. Eszerint a kötelező védőoltások, valamint a „külön törvényben ... vagy kormányrendeletben” - 284/1998 Korm.r. 2 § (8) bekezdés - meghatározott feladatok költségének fedezetét a központi költségvetésben kell biztosítani.

A madárinfluenza idején az Ominvest 3 milliárd Ft-ot kapott a védőoltás elkészítéséért, az állami tulajdonú nagykereskedő 0,87 Md Ft-ot a védőoltás terítéséért, a házi orvost pedig kötelezték arra, hogy adja be az oltást ingyen.

Később kiderült, hogy 4 Md Ft volt védőoltás beadására elkülönítve a költségvetésben, de ez a házi orvosokhoz nem jutott el.

Jelenleg oltásonként 200 Ft-ot kap a házi orvos influenza védőoltásért az oltás beadását követő egy év múlva. Annak ellenére, hogy a védőoltások beadása nem az E-alap terhére történik, az indikátorok között megjelenik a védőoltások beadására vonatkozó mutató.

Ha magánszemély kezdeményezi egyéb oltás beadását, az oltás beadásának díja 2.000 Ft, azaz ennek tízszerese.

Egészségügyi kormányzat által kiírt pályázatok

A kiírt pályázatok száma csekély, kis jövedelmet eredményez, és veszteséges.

Éppen ezért a korábbi Egészségügyi Minisztérium által kiírt pályázatok sikertelenek voltak, a házi orvosok „üveggyöngyöt a bennszülötteknek” programnak hívták őket.

Pld. olyan pályázatot írtak ki, amely fél év alatt 300 e Ft árbevételt eredményezett volna a házi orvosnak (havi 50 e Ft), de havonta 30 e Ft készkiadás (pld. tesztcsík) vonzata volt. A maradék 20 e Ft/hó terhére kellett volna a napi kb. 2 órás egészségügyi tevékenységet elvégezni, adminisztrálni, dokumentálni, lejelenteni. (450 Ft/óra munkabér számlára, kb. 200 Ft/óra nettó munkabér)

2005-ben prevenciós programot írt ki az Egészségügyi Minisztérium. Ennek keretében 8

hónapi munkáért átlagosan 640 e Ft juttatásban részesülhettek volna a házi orvosok. Igazoltan dokumentálni kellett volna azt, hogy egészségnevelő programokat szerveztek, a betegeket értesítették és behívták a prevenció programra, hirdetésekkel adták fel. Mivel az adminisztrációs költségek nagysága a pályázat teljesítésével elérhető összeg nagyságával közel azonos volt, a házi orvosok mindössze 7 %-a jelentkezett a programra.

Kórházak számára hasonlóan „rentábilis” pályázatokat írtak ki. Többre került a pályázat elkészítése, mint maga az elnyerhető támogatás.

II. magánszemély által finanszírozott

1. Lőfegyvertartására való egészségi alkalmasság pszichológiai vizsgálata: 6550 Ft
2. Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek vizsgálata: 4350 Ft
3. Gépjármű-vezetői, vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat: 1150–6550 Ft
4. Véralkohol vizsgálathoz vérvétel: 4350 Ft
5. Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálat: 5400 Ft
6. Láttelel kiadása: 3200 Ft
7. Részeg személy detoxikálása: 6550 Ft
8. Kábítószer hatása alatt álló akut ellátása: 6550 Ft
9. Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat: 10 900 Ft
10. Orvosszakértői vizsgálat és szakvéleményezés: 6550 Ft

Ezek közül a gépjármű vezetői alkalmassági vizsgálat fordul elő havi 1-1 alkalommal, a többi alkalmassági vizsgálat esetleges.

Detoxikálandó, kábítószer hatása alatt álló személlyel rendszerint a mentők foglalkoznak.

Véralkohol vizsgálathoz vérvételt a rendőrség szokott kérni, ezt azonban nem szokták kifizetni, ill. sértésnek veszik, ha az orvos számlát ír a tevékenységről.

Az orvosi szakvéleményezéseket házi orvos ritkán ad, a rokkantság megállapításához (6 oldalas nyomtatvány kitöltése) az orvos ingyen köteles adni.

Az **ügyeleti ellátás** a napi 8 órán felül végzett többletmunka, amelyet elviekben az OEP finanszíroz, és amelyet

- vagy kötelezően a házi orvosok, ill. a belőlük szervezett ügyeleti szolgálat,
- vagy az Önkormányzat által megbízott központi ügyeleti szolgálat lát el.

A házi orvos alaptevékenysége szempontjából az ügyeletről származó árbevétel nem vehető figyelembe, hiszen ez munkaidőn túl végzett munka.

Az ügyeleti ellátásért (16-8 óra között végzett, ill. hétvégi munkáért) kapott vállalkozói díj rendkívül alacsony, 1.100-3.700 Ft/óra között változik.

3700 Ft/óra díjazást csak azok kapnak, akiknek az Önkormányzat kiegészíti az OEP finanszírozásból származó díjazását, de ehhez az ügyeleti szolgálatban résztvevő házi orvosoknak pert kell nyerniük az Önkormányzattal szemben.

Jelenleg egy mérnökóra ára 14.000 Ft, amely 4-10-szerese az orvosi ügyeletben, éjszakai munkával elérhető díjazásnak.

Központi, kiszervezett ügyelet hiányában a házi orvosok kötelesek az ügyeletben részt venni. Ha nem tudnak benne részt venni, akkor helyettesítést állíthatnak maguk helyett. Azonban a helyettes nettó költsége nagyobb, mint a házi orvos bruttó árbevétele. Magyarul: a házi orvos többet fizet a helyettesének nettóban, mint amennyit az ügyeletért

számlára kap. Tehát az ügyeleti ellátást részben neki kell finanszíroznia a saját nettó jövedelme terhére.

A házi orvosok kiszípolozásának legújabb technikája az, hogy a házi orvosi ügyeleti szolgálatot beépítik a kórházi SBO-ba (sürgősségi betegellátási osztály).

A házi orvosi ügyelet a hozzá tartozó körzetek munkaidőn túli (16-8 óra) betegellátásáért felel, ez kb. 80 e fő. Az SBO a fél megye, vagyis 200-300 e fő ellátásáért felel.

A technika az, hogy a városi ügyeletért felelős városi ügyeleti szolgálat szerződést köt a kórházzal, a házi orvosi ügyeletet betelepítik a kórházba, az SBO mellé. Így az SBO-ra igyekvő betegek „előszűrését” a házi orvosok látják el 16-8 óra között, jelentősen tehermentesítve a kórházi SBO-t, és anyagilag a kórházat. Természetesen a házi orvosok díjazása nem változik, és annak ellenére, hogy így már területen kívüli betegeket is ellátnak, a házi orvosi ügyeletben részt kell venniük.

A jogszabályok által nem meghatározott bevételek közé azon tevékenységek tartoznak, amelyet a házi orvos az alapellátáson kívül, túlmunkában végez. Így például idősök otthonában rendel vagy üzemorvosi tevékenységet végez (ha van üzemorvosi szakvizsgálója is), vagy gyógyszergyárak által finanszírozott kutatásban vesz részt. Ez az árbevétel nem vehető figyelembe a praxis finanszírozásakor.

A házi orvosi E-alapból történő finanszírozásának összértéke 800.000-900.000 Ft körüli egy 1800-2000 fős praxisnál.

14 e Ft/óra mérnökórával számítva ez kb. 60 mérnökóra/hó-nak felel meg, azaz egy mérnök (asszisztens és rendelő nélkül) napi 2,7 órás munkáját fedezné.

Kiadások

közmű díjak	132.000	
(víz-, gáz, áram-, szemét, veszélyes hulladék, telefon, mobiltelefon, internet)		
takarítás	70.000	
tisztítószer, irodaszer, postaköltség	30.000	
gyógyszer, kötszer, reagensek	30.000	
munkaruha, törölköző, lepedő	8.000	
számítógépes programkarbantartás	20.000	
továbbképzés, szakirodalom, folyóirat	20.000	
felelősség- és vagyonbiztosítás	20.000	
könyvelés	30.000	
bankköltség	10.000	
iparűzési adó	10.000	
gépjármű lízing	110.000	
gépjármű működtetési költségei	80.000	
(üzemanyag, biztosítás, javítás, mosatás)-----	570.000	
orvos bruttó bére	160.000	
orvos bérének járulékai	45.600	
orvos nettó bére		104.800
nővér bruttó bére	120.000	
nővér bérének járulékai	34.200	

nővér nettó bére		78.600
munkabér és járulécai összesen	359.800	
mindösszesen	929.800	

A fentiekből látható, hogy csak a rendelői infrastruktúra működtetése kerül havonta közel 400 e Ft-ba, a háziornosnak a beteg háznál vagy közterületen történő ellátásához szükséges gépkocsi további havi 200 e Ft. Ez a finanszírozási összeg 63- 72 %-a. Ennél több is lehet (80 %), ha az Önkormányzat bérleti díjat kér a háziornostól a rendelőért.

A háziornos gazdálkodása ezért szűkös keretek közé van szorítva, és az indokolt költségek fizetését is csak a saját ill. asszisztense jövedelmének rovására tudja teljesíteni.

Mint látható, a 800-900 e Ft/hó finanszírozás nem elegendő arra, hogy egy kb. 4 millió Ft értékű (luxusnak nem mondható) gépjárművet lízingeljen a háziornos, és mellette saját magának nettó 105.000 Ft, a nővérnek nettó 79.000 Ft bért adjon.

Az, hogy egy vállalkozó orvos a nyugdíjkorhatár előtt 105 e Ft-os nettó munkabért tud realizálni, nem nagy perspektíva.

De ha gépkocsit lízingel és tart fenn, még ennyi sem jut neki.

Összehasonlítás:

1) A nemzetgazdaságban 2012-ben - a költségvetési intézményeknél és a megfigyelt nonprofit szervezeteknél - teljes munkaidőben alkalmazásban állók átlagos bruttó keresete 220 505 forint volt az első nyolc hónapban.

A bruttó kereset + járulécai 566,7 e Ft/hó kifizetést jelentenének 2 fő részére.

2) A HVG Kiadó gondozásában megjelent Szakmák Könyve szerint 2005-ben keresett havi 220.000 Ft-ot egy közalkalmazott orvos.

3) Ha a háziornos egy hétvégén ügyeletet vállal Angliában, akkor a nettó jövedelme (minden költség és adó levonása után) kb. 200.000 Ft, azaz kétszerese annak, amit háziornoslással Magyarországon egész hónapi munkával megkereshet.

Megjegyezzük, hogy a gépkocsit az egészségügyi kormányzat nem vette be a háziornos kötelező felszerelési tárgyai közé, mert akkor az OEP-nek ezt is finanszíroznia kellene. Így nem finanszírozza.

Viszont azok a kötelező felszerelési tárgyak, amelyeket a háziornosnak vinnie kell magával (ambu táska, hordozható EKG, orvosi táska, lélegeztető készülék, stb.) tömegük ill. térfogatuk miatt nem szállíthatók egyszerre sem kézben, sem biciklin. Még a Suzuki csomagtartója is kicsi ezek egyidejű szállításához.

A jelenlegi finanszírozás szerint a háziornosnak egy zárható kiskocsit maga után húzva kellene kifutnia a beteghez, ha sürgős esethez hívják. Ha rendelésről hívnák el, vége lenne a rendelési időnek, mire visszaérne.

Vagy gyalog kellene megtennie 10-50 km-t, kimenni a mezőbe, erdőbe, termőföldre, ha ott haláleset történik, hogy a halotti bizonyítványt kiállítsa, és a halotyszállítás megtörténhessen.

Az 1930-as években még járt a háziornosnak a lovaskocsi lovassal. Ma már csak a kis, zárható kézikocsit húzhatja maga után az OEP finanszírozásból.

A háziornosok 2/3 része 50 év feletti, jelentős részük elérte a nyugdíjkorhatárt, de 70-80 éves háziornosok is praktizálnak még, mert nem tudják eladni a praxisukat ill. nem tudnak

megélni a nyugdíjuktól. Éppen ezért elvárni azt, hogy az orvos gyalog kiszaladjon a sürgős esethez (akár balesethez, akár szívinfarktushoz), egyrészt anakronizmus, másrészt fizikai képtelenség.

A házi orvos kötelező felszerelési tárgyai közé a gépkocsi nem tartozik, de az OEP számos olyan számítástechnikai eszköz, szoftver beszerzését, fenntartását, lecserélését írja számára elő, amelyre a praxis működtetéséhez és a betegellátáshoz nincs szükség, kizárólag az OEP ellenőrző tevékenységét hivatott szolgálni. Ennek ellentételezése viszont nem történik meg.

Jó példa erre a nyomtató esete 2009-ből. Házi orvosok működésének feltétele, hogy receptet tudjon nyomtatni. Ha a nyomtató nem működik, a rendelést le kell állítani.

Házi orvosok beszereztek mátrix nyomtatókat, amelyeknek a működési költsége évi 8.000 Ft volt. Az OEP előírta, hogy ezenkívül vonalkódot is kell nyomtatni a receptre. Mivel vonalkód nyomtatására a mátrixnyomtató nem alkalmas, le kellett selejtezni a jól működő nyomtatókat. Helyette azzal kellett kísérletezgetni, hogy vajon melyik lézernyomtató vagy tintapatronos nyomtató alkalmas arra, hogy az OEP-től jövő, változó papírminőségű receptet elakadás nélkül továbbítsa, és folyamatosan működjön napi 4 órában.

Általában 2-3 nyomtatót is vettek a házi orvosok (50 e Ft/db), mire az egyik bevált.

A lézernyomtató ill. tintapatronos nyomtató működtetési költsége lényegesen nagyobb, mint a mátrixnyomtatóé: Az évi 8 e Ft-tal szemben évi 120 e Ft.

Mindezen költségek ellentételezésére az OEP egyszéri 10 e Ft-ot, azaz tízezer Ft-ot utalt ki a házi orvosoknak.

Annak senki sem számolt utána, hogy a vonalkód rányomtatása a receptre éves szinten kb. 700 millió Ft többletköltséggel jár, és ez megéri-e, mivel ezt a költséget a házi orvosokra terhelték rá.

A finanszírozás nem veszi figyelembe azt, hogy állandóan szükség van apróbb-nagyobb karbantartásra, javításra, cserére, kalibrálásra akár az orvosi eszközök, akár az irodai eszközök, akár a rendelő felszerelésének vonatkozásában.

A finanszírozás azt sem veszi figyelembe, hogy az alapellátást folyamatos üzemben kell működtetni, azaz ha a házi orvos ill. asszisztense továbbképzésre, szabadságra megy, vagy netán megbetegszik, balesetet szenved vagy kórházi ellátásra szorul, a betegeket akkor is el kell látni.

A finanszírozás nem teremt lehetőséget arra sem, hogy a házi orvos váratlan eseményekre (lopás, rongálás, tüzeset, vízkár, baleset, stb.) tartalékokat képezzen. Ugyanakkor számos olyan káresemény bekövetkezhet, amelyet a biztosító egyáltalán nem térít meg ill. nem valós értéken térít. Pld. gépkocsi ellopása, totálkáros baleset, gépkocsi kisebb, de rendszeres károsodása, gépkocsi alvázának rendszeres károsodása a rossz utak miatt, gépkocsi feltörése, rongálása, nagyértékű eszközök, pld. EKG (600 e Ft) ellopása csomagtartóból, pénztárca, bankkártya ellopása miközben az orvos segítséget nyújt, ruha vérrel vagy hányadékkal való nagymértékű szennyeződése, dühöngő beteg kártétele a rendelő felszerelési tárgyaiban, stb. és ebben az esetben a házi orvosnak kell kigazdálkodnia a szükséges fedezetet.

A finanszírozás természetesen nyereséget sem tesz lehetővé a házi orvos vállalkozás számára, noha a házi orvos for-profit szolgáltatóként működik.

Ezeknek a jelenleg nem finanszírozott, de egy ésszerűen vezetett vállalkozás költségei

között feltétlenül szereplő költségelemeknek az összessége kb. 600 e Ft-ot tesz ki.

A kórházban vállalkozóként dolgozó baleseti sebészek, sürgősségi betegellátási osztályon (SBO) dolgozó orvosok munkabére 4000 Ft/óra.

„A felmondott sebészek vállalkozóként dolgoztak a kórházban. 4000 forintos órabért kértek, amit sem mi nem tudunk hosszú távon megadni, sem más kórház. .. Ez esetben nyolcszáz-ezer-egymillió forint lenne az a pénz, amit számlára kapnak, ahhoz képest, hogy eddig 600-650 ezret számláztak vállalkozóként, ebből persze még adót, járulékot is fizettek. A közalkalmazott orvosok fizetése nettó 300 ezer körüli. ..Amikor külföldre távozó kollégánkat megpróbáltuk pótolni, akkor derült ki, hogy például kaposvári és marcali kollégáink bérének mi csak a felét keressük – állította Székér Zoltán, a baleseti sebészeti részleg volt vezetője. – Mi is csak a megye többi baleseti sebészéhez hasonló fizetést akartunk, ” (2012.8.09.)

<http://www.sonline.hu/somogy/kozelet/felmondtak-a-baleseti-sebeszek-a-siofoki-korhazban-455817>

„A sürgősségi szakmában általában is tapasztalható szakemberhiány annyira fölsrófolta az árakat, hogy óránkénti háromezer-nyolcszáz forintnál többet nem tudok fizetni.” Rác Jenő, a veszprémi kórház igazgatója 2012. április 18.

<http://www.magyarhirlap.hu/belfold/orvoshiany-veszpremben-a-surgossegin.html>

Veszprémben az ügyeletben résztvevő, vállalkozó házi orvosok beperelték az önkormányzatot, és részükre a bíróság 2011-ben 3.700 Ft/óra ügyeleti munkadíjat állapított meg.

Ha 4.000 Ft/óra munkadíjjal számolunk, akkor a házi orvos számára kifizetendő összeg munkabéreként 22 nap * 8 óra * 4 Ft/óra = 704.000 Ft, járulékokkal együtt. Ebből 540 e Ft bruttó, 339 e Ft nettó munkabért lehet fizetni.

Ez megfelel a siófoki kórházban, közalkalmazottként dolgozó orvosok fizetésének.

A nővér számára bruttó 300 e Ft/hó, nettó 192 e Ft/hó lenne a megfelelő díjazás, melynek munkáltatót terhelő pluszköltsége 85.500 Ft/hó..

Az orvos és a nővér fizetésének fedezetéül a finanszírozásban kb. 1,1 millió Ft-nak kellene rendelkezésre állnia. Ehelyett 230-330 e Ft/hó, azaz **a szükséges bér fedezetének 21 %-30 %-a biztosított.**

A praxisfinanszírozásba nincs beépítve a praxisvásárlás költsége.

Jelenleg az önkormányzat akár 5 évben is meghatározhatja a házi orvos vállalkozó szerződésének időtartamát. (2000. évi II. tv. 2/b § (2) pontja)

Ez azt jelenti, hogy a praxisvásárlásra fordított költségnek 5 éven belül meg kell térülnie.

A házi orvos nem a vállalkozása bevételeiből, hanem az adózott magánjövedelme terhére vásárolja a praxis működtetési jogát, tekintettel arra, hogy a praxist csak magánszemély működtetheti.

A praxisjog értékének meghatározásakor a praxis bevételeinek 80 %-ából kell kiindulni.(313/2012. sz. Kr. 14§ (2) pont)

Ez egy 800-900 e Ft árbevételeű praxis esetén 7680 e - 8640 e Ft.

Ezt 5 évre elosztva azt jelenti, hogy 128-144 e Ft nettó pluszjövedelemre kell szert tennie a házi orvosnak ahhoz, hogy a praxisvásárlás költsége megtérüljön akkor, ha a praxisjogot készpénzből, hitelfelvétel nélkül fizette.

Ha hitelt is vett fel hozzá (ez a gyakrabban előforduló eset), akkor ennek a nettó pluszjövedelemnek a mértéke, amely a praxisvásárlást kompenzálja, az előző kétszerese, vagyis 256-288 e Ft is lehet.

Tény, hogy az OALI 2012. januárjában pályázatot hirdetett 1-4 millió Ft vissza nem térítendő támogatásra praxisvásár megvalósításához, de a pályázók köre korlátozott volt, 2010.01.01-2012.03.31. között kellett megszerezniük szakképesítésüket.

Azonban a többi, a praxisjogot nem alanyi jogon, a közalkalmazotti státusz megszűnésének ellentételezéséért kapó, hanem a praxisjogot állami támogatás nélkül megvásároló orvos is joggal elvárja, hogy számukra a finanszírozás fedezetet nyújtson ne csak a költségeikre, hanem a beruházásukra is.

A praxisjogot elvben el is lehet adni az 5 éves szerződés lejárta után. A praxisjogból származó bevétel után az orvosnak személyi jövedelemadót és egészségügyi hozzájárulást kell fizetnie (összesen kb. 40 %).

A praxis eladásának az a feltétele, hogy

- a) legyen, aki meg akarja venni, és ez az orvos rendelkezzen a praxisjog megszerzéséhez szükséges feltételekkel (313/2012. sz. Kr. 13 § (1) pont)
- b) az önkormányzat hozzájáruljon ahhoz, hogy a vevőjelölt átvegye a praxist, és előszerződést kössön vele (313/2012. sz. Kr. 4 § 3/b pont).

Mivel évek óta kb. 150 praxis áll üresen, ingyen sem kell a vevőnek, nem biztos, hogy a praxisjogot értékesíteni lehet.

Ha mégis van vevő, de az önkormányzat a feladat-ellátási szerződés megszűnését követő 6 hónapon keresztül nem hajlandó előszerződést kötni a vevőjelölttel, akkor a praxiseladás meghiúsul. (313/2011. sz. Kr. 13/A §)

Vagyis az, hogy a házi orvos visszakapja a praxisvásárlásba fektetett pénzét, egyáltalán nem garantált.

Mivel a praxisjog adás-vétele nem szabadon történik, hanem az önkormányzat jóváhagyásával, ezért az eladásából származó bevétel realizálása bizonytalan.

A praxisjog vásárlásába beinvestált összeget a házi orvosnak fizetés formájában ki kellene tudni vennie. Azaz a praxisjog árát a finanszírozási költségekbe bele kellene építeni, mégpedig úgy, hogy az 130-140 Ft/hó nettó pluszjövedelmet biztosítson az orvosnak 10 éven keresztül..

Ez azt jelenti, hogy az orvosnak 925 e Ft kellene a finanszírozásban biztosítani bérköltségre. Ez a nővér bérköltségével együtt 1310 Ft/hó, ami helyett mindössze 230-330 e Ft/hó áll rendelkezésre. **Vagyis a szükségeshez képest mindössze a 17,5 - 25,2 % -át fedezi a finanszírozás a bérnek.**

Az, hogy az önkormányzat nem akar előszerződést kötni a vevőjelölttel, egyáltalán nem teoretikus lehetőség. A gyakorlatban számos alkalommal fordult elő az, hogy önkormányzati képviselő(k) orvos ismerősüknek akarták átjátszani a praxist, és ezért addig húzták-halasztották az önkormányzati hozzájárulás megadását az adás-vételhez, amíg a házi orvos kifutott a 6 hónapos határidőből.

De ma már objektív probléma is felmerülhet. Mivel a házi orvos hiányszakma lett, a 6.735 házi orvos 2/3 része 50 év feletti, és sokan nyugdíj mellett praktizálnak, a következő 5 évben várhatóan 1500 fő fog felhagyni az orvosi tevékenységgel.

Ennek ellensúlyozására 2012. szeptembere óta úgy változtatták meg a vonatkozó kormányrendeletet, hogy kibővítették azon orvosi szakképesítések körét (80 közül 34), amely feljogosítja az orvost arra, hogy praxist vásároljon, és háziiorvosként elhelyezkedjen.. <http://www.metropol.hu/cikk/944046>

Ma már repülőorvos, szemész, pszichiáter, sebész vagy klinikai onkológus is betölthet háziiorvosi praxist, ha vállalja, hogy idővel megszerzi a háziiorvosi szakképesítést..

Emiatt előfordulhat, hogy az önkormányzat azért nem akar előszerződést kötni az új orvossal, mert nem tartja megnyugtatónak azt, ha egy szemészorvos kezeli a betegeket, akinek belgyógyászati gyakorlata nincs, és a helyi betegeken akarja ezt a gyakorlatot megszerezni.

A fentiekből látható, hogy egy háziiorvosi praxis nagyon szerény finanszírozása - amely csak az elismerhető költségeket veszi figyelembe - kb. 2,5 millió Ft/hó-ba kerülne.

Ehelyett a háziiorvosok havi 800-900 e Ft/hó finanszírozást kapnak.

A háziorvos vállalkozó finanszírozásának jogi értékelése

A háziorvos vállalkozó OEP-től kapott bevétele (beleértve a teljesítmény díjat is) a **valós ráfordításoktól függetlenek, attól függenek, hogy az adott évben a Költségvetési Törvény E-alapjában mekkora pénz áll rendelkezésre a háziiorvosi tevékenység finanszírozására.**

A 43/1999. sz. kormányrendelet úgy tekinti, hogy az Ártörvénynek 1 § (2) *b) pontja*, amely szerint az Ártörvény nem terjed ki a külön törvény felhatalmazása alapján szabályozott szolgáltatási díjakra, egyes esetekben felmentést ad a kormánynak az alól, hogy a hatósági árazásra vonatkozó törvény alapján állapítson meg szolgáltatási díjat.

Pedig a többi szolgáltatás esetén, amelyek szintén ki vannak emelve az Ártörvény hatálya alól, pld. áram-, gáz-, víz-, távhőszolgáltatás esetén a külön törvényben szabályozott szolgáltatási díjakat kifejezetten hatósági ár alapján határozzák meg.

Az egyéb, az Ártörvény hatálya alól kiemelt, külön törvényben szabályozott közszolgáltatások díjazása tekintetében nem fordul elő, hogy egy hatósági árat nem tekintenének hatósági árnak, és nem ennek megfelelően állapítanak meg a nagyságát. , Csak a 43/1999. sz. Kormányrendelet szerinti díjazás nem történik a ráfordítások figyelembevételével.

Az Ártörvény 43/1999. sz. Kormányrendelet általi, jelenlegi jogértelmezése alapján létrejött egy olyan új, még **nem létező, mindenféle gazdasági racionalitást nélkülöző árkategória** „a külön törvény felhatalmazása alapján szabályozott szolgáltatási díjakra”, amely

- nem felel meg a szabad ár kritériumainak, mivel a díj nagyságát kormányrendelet szabályozza,
- nem minősül hatósági árnak sem, mivel nem esik az Ártörvény hatálya alá,
- mivel képzése során nem kell figyelembe venni a ráfordításokat, független a ráfordításoktól,
- egyesíti a szabad ár és a hatósági ár hátrányait a vállalkozó számára, anélkül hogy bármelyik előnyével rendelkezne.

ILYEN KÖZGAZDASÁGI ÁRKATEGÓRIA VISZONT NINCS.

A közgazdaságtan kétféle árat ismer a) a szabad árat és a b) hatósági árat.

Harmadik kategória nincs.

Ráadásul mindkét árfajta függ a ráfordításoktól.

Olyan ár, amely független a ráfordításoktól, nincs. Pláne piacgazdaságban.

Közgazdaságilag egyszerűen értelmezhetetlen egy olyan ár, amelynek a nagyságát ugyan törvény (Költségvetési tv.) és rendelet (43/1999. sz. kormányrendelet) szabályozza, azaz definíciószerűen hatósági ár, de mégsem vonatkoznak rá a hatósági ár szabályai.

Az ártörvény legfontosabb funkciója, hogy garantálja a szabályozott területeken

- **a fogyasztók védelmét** a vállalatok esetleges túlárazásos gyakorlataival szemben, továbbá
- **a beavatkozás által érintett vállalkozások védelmét a hatóságok túlkapásaival szemben, hogy ne csökkenthessék olyan túlzott mértékben az árakat, amely révén nem biztosított a fedezet az indokolt költségekre és az elismerhető jövedelemigényre .**

A 43/1999. sz. kormányrendelet pont az Ártörvény utóbbi célját, azaz a vállalkozók hatósági túlkapások elleni védelmét, szünteti meg azzal, hogy bevezet egy önkényesen meghatározható hatósági árat.

Az Ártörvény jelenlegi értelmezése szerint a 43/1999. sz. Kormányrendelet úgy tekinti, hogy „a külön törvény felhatalmazása alapján szabályozott szolgáltatási díjak” esetében a hatósági árképzésre vonatkozó szabályokat nem kell betartani, mivel ezekre a szolgáltatási díjakra nem vonatkozik az Ártörvény, ezért nem hatósági árasak. Azaz a **definíciószerűen hatósági áras díjazás esetén nem kell alkalmazni a hatósági ár megállapítására vonatkozó szabályokat.**

Megvizsgáltuk azt, hogy a 43/1999. sz. kormányrendelet szerinti árképzés minek felel meg.

Megfelel-e a finanszírozás a 43/1999. sz. kormányrendelet vállalkozó állami támogatásának?

A 163/2001 (IX.14.) sz. Kormányrendelet a vállalkozásoknak nyújtott állami támogatások tilalma alóli mentességek egységes rendjéről szól.

A 4 § (1) szerint állami támogatás egyedi támogatásként vagy támogatási program keretében nyújtható.

Háziorvosi szolgáltatás nyújtására nincs támogatási program.

Éppen ezért a háziorvos szolgáltatók sosem pályáztak állami támogatásra, így állami támogatásban sem részesülhetnek.

Az 5 § (1) határozza meg a támogatási szerződés kötelező tartalmi elemeit.

A b) pont szerint meg kell határozni a támogatás maximális mértékét a támogatási intenzitás és/vagy a támogatástartalom maximális mértékében/összegében kifejezve, míg az e) pont szerint a saját forrás mértékét definiálni kell.

A támogatási intenzitás a támogatástartalom és az elszámolható költségek jelenértékének

hányadosa, százalékos formában kifejezve.

A háziiorvosi szolgáltatók sosem vállaltak semmiféle önrészt a szolgáltatás teljesítéséhez, és a díjazásukat sem az összköltség %-ában állapítják meg. Éppen az a problémájuk, hogy a díjazásuk teljesen független a költségeiktől, mert a kötelezettségük teljesítéséhez szükséges ráfordítások nagyságát sosem határozták meg. .

A működési támogatásokra a 31 § vonatkozik, amely szerint kivételes esetben – a IV. és VI. fejezetben felsorolt célok támogatása kivételével – működési célra nyújtható támogatás, amennyiben az hozzájárul az adott térség fejlődéséhez, arányos a megoldani kívánt hátránnyal, időben korlátozott és csökkenő mértékű.

A háziorvosok díjazása független attól, hogy hozzájárul-e az adott térség fejlődéséhez, nem arányos a megoldani kívánt hátránnyal, időben meghatározatlan és növekvő mértékű.

Mivel háziorvosok működési költségeinek támogatására sosem írtak ki pályázatot, a pályázaton a háziorvosok el sem indulhattak.

A támogatási szerződés kötelező tartalmi elemei, így az állami feladat átvállalásának összköltsége, az önrész nagysága hiányoznak a háziiorvosi finanszírozási szerződésből, így az nem tekinthető támogatási szerződésnek.

Tehát a 43/1999. sz. kormányrendelet szerinti díjazás nem felel meg vállalkozó állami támogatásának.

Minek felel meg a 43/1999. sz. kormányrendelet szerinti díjazás?

Leginkább állami tulajdonú, önállóan gazdálkodó és működő költségvetési szerv támogatásának.

Ebben az esetben ugyanis nem kell a ráfordításokhoz igazítani a támogatást.

Azt, hogy a jelenlegi finanszírozási szabályozás a háziorvos vállalkozót állami tulajdonú költségvetési intézménynek tekinti, az alábbiak támasztják alá:

- jogszabályban meghatározott állami, illetve önkormányzati feladatokat (azaz közfeladatokat) közérdekből, alaptevékenységként, lát el,
- haszonszerzési lehetőség nélkül,
- jogszabályban meghatározott követelmények és feltételek alapján
- ,- jogszabályban meghatározott szerv vagy személy (ÁNTSZ, OEP) irányítása vagy felügyelete mellett,
- az alapító okiratban megjelölt működési körben közfeladat-ellátási kötelezettséggel,
- éves költségvetéséből vagy költségvetési keretéből gazdálkodva,
- állami forrásból finanszírozzák a fenntartását,
- nem a ráfordítások alapján történik a díjazása, hanem a rendelkezésre álló források alapján,
- az OEP nem számla alapján, hanem úgy számolja el a szolgáltatási díjat, mintha egy másik államháztartáson belüli szervezet részére pénzeszközt adott volna át vagyongazdálkodás céljára
- az OEP ellenőrzési jogkörét fenntartja, hogy a szolgáltató hogyan használta fel a díjazást
- jogszabályokban gyakran „támogatást” említenek a háziorvos díjazása kapcsán.

Igaz, hogy a háziiorvosi vállalkozás tulajdonosa a háziorvos, nem pedig az állam, de **azzal, hogy a vállalkozást költségvetési szervként finanszírozzák, az állam bevonja a háziorvos magánvagyonát az államháztartásba, tehát burkoltan államosítja.**

Összefoglalva:

1. A háziiorvosi szolgálatok kötelezően vállalkozási formában működnek. Átvállalják az állami alapellátás közfeladatát. Ellentételezésként elviekben szolgáltatási díjat kapnak az OEP-pel kötött finanszírozási szerződés alapján. Valójában finanszírozási szempontból költségvetési szervként működnek, csak kockázatvállalás, felelősség, szolgáltatási kötelezettség és adózás szempontjából vállalkozók.
2. Az Ebtv. alapján a szolgáltató ráfordításait is figyelembe kellene venni a szolgáltatás díjazásakor, de a feladat ellátásához szükséges, folyamatosan növekvő ráfordításokat az egészségügyi kormányzat sosem határozta meg.
3. Közgazdaságilag és jogilag két árkategória létezik: szabad ár és hatósági ár.
4. Mivel a házi orvosok díjazását a Költségvetési Törvény és a 43/1999 sz. kormányrendelet határozza meg, a házi orvosok díjazása definíciószerűen hatósági ár kategóriába tartozik.
5. A hatósági ár meghatározását az Ártörvény (1990. évi LXXXVII. törvény az árak megállapításáról) szabályozza. A 8. § (3) szerint minimálisan olyan hatósági árat lehet csak megállapítani, hogy az legalább a hatékonyan működő vállalkozó ráfordításaira fedezetet biztosítson. Ennek megfelelően a hatósági ár megállapításakor legalább a ráfordítások megtérülését biztosítani kell.
6. A 43/1999. sz. kormányrendelet ráfordítástól független állami normatívát határoz meg a házi orvos vállalkozó díjazásakor.
7. A 43/1999. sz. kormányrendelet úgy tekinti, hogy az Ártörvény nem vonatkozik a házi orvos vállalkozókra.
8. Azzal, hogy a hatósági ár meghatározására vonatkozó törvényt a 43/1999 sz. kormányrendelet nem veszi figyelembe, és a magántulajdonú vállalkozás számára az állami tulajdonú költségvetési szervek állami támogatásának megfelelő díjazást állapít meg, az állam a házi orvos magántulajdonát állami tulajdonnak tekinti, amely bevonható az államháztartás kötelezettségeinek finanszírozásába. Azaz az állam burkoltan államosítja a házi orvos magánvagyonát.
9. Az Ártörvény és a 43/1999. sz. kormányrendelet között feszülő ellentmondást mind az egészségügyi kormányzatnak, mind az OEP-nek már régen észre kellett volna vennie, és jogszabály módosításra vonatkozó javaslatot kellett volna tennie.
10. De nem akarta észrevenni, mert akkor a ráfordítások figyelembevételével kellett volna finanszíroznia a házi orvosokat.

Jogi szempontból a 43/1999. sz. kormányrendelet bevezet egy olyan paradox hatósági árat, amely

1. önkényesen, a költségek negligálásával határozható meg; teret ad a hatósági túlkapásoknak
2. szubjektív szempontok alapján mélyen a költségek alatt (házi orvos) és magasan a költségek felett (CT, MRI, művese szolgáltatók) is meghatározható
3. egyes vállalkozások hátrányos gazdasági megkülönböztetésére, ellehetetlenítésére ad lehetőséget, míg másokat indokolatlan versenyelőnyhöz juttathat
4. a költségek alatt meghatározott hatósági ár „felfaló hatósági árnak” nevezhető; a felfaló árazást a Verseny törvény tiltja, a Versenyhivatal bünteti;
5. ergo a 43/1999. sz. kormányrendelet olyan árazást törvényesít, amely törvénytelen

6. ezt a fajta paradox hatósági árat a közgazdaságtan sem ismeri, tehát nem csak törvénytelen, hanem egyben közgazdasági nonszensz is
7. az Ártörvény céljával ellentétes, hiszen az Ártörvény célja nem csak a fogyasztók védelme, hanem a vállalkozók védelme is a hatósági túlkapásokkal szemben
8. állami közszolgáltatás felszámolásához vezet, noha a közszolgáltatások fenntartása állami feladat
9. jogbizonytalanságot okoz.

Ennek megfelelően a jelenlegi, 1999. óta fennálló finanszírozási szabályozás szerint

1. ugyan soha nem írtak ki pályázatot házi orvosok állami támogatására, a házi orvosok nem is nyújtottak be ilyen pályázatot, önrészt sosem vállaltak (163/2001 (IX.14.) sz. Kormányrendelet a vállalkozásoknak nyújtott állami támogatások tilalma alóli mentességek egységes rendjéről, 4 § (1)), mégis részleges állami támogatásban részesülnek
2. amely állami támogatás még a vállalkozók állami támogatásának kritériumait sem teljesíti, hiszen vállalkozó állami támogatása esetén meg kellene határozni egyrészt a felmerülő feladat összköltségét (5 § (1) (b)), másrészt az önrészt (5 § (1) (e)), és ezek sosem kerültek meghatározásra,
3. tehát a 43/1999. sz. kormányrendelet közintézmény, mégpedig önállóan működő és gazdálkodó költségvetési szerv állami támogatásának felel meg;
4. a házi orvos hiába vásárolta meg a praxisát és működik formailag vállalkozóként,
5. finanszírozási szempontból a házi orvosi vállalkozás állami intézmény, vagyona állami tulajdon,
6. a házi orvos a praxis megvásárlásával azt a jogot vásárolta meg, hogy vagyonát/munkaerejét az állam az államháztartásba bevonhassa térítés nélkül
7. a házi orvos jogfosztott pária, akire sem a közalkalmazotti, sem az vállalkozói szabályok nem érvényesek, és
8. akinek biztosítania kell a közszolgáltatást a lakosság számára akkor is, ha a folyósított állami támogatás nem nyújt fedezetet a közszolgáltatás felmerülő költségeire.

–

A házi orvos a jelenlegi finanszírozási szabályok szerint nem vállalkozó és szolgáltató, hanem állami tulajdonú költségvetési intézmény kiszolgáltató közalkalmazottja, aki

1. megvásárolja a munkalehetőségét az állami szektorban (praxisjog) (abszurd)
2. nem vonatkoznak rá a közalkalmazotti kedvezmények
3. nem garantált a közalkalmazotti munkabére
4. megteremti és folyamatosan biztosítja a közszolgáltatás feltételeit, biztosítja a törvényekben és rendeletekben szabályozott közszolgáltatást, függetlenül a közintézménynek juttatott állami támogatástól,
5. saját munkabére rovására kell kipótolnia a közintézmény állami támogatása és a felmerülő költségek közötti különbséget
6. szabadságra, betegállományba csak úgy mehet, ha maga helyett saját költségére helyettesít állít (melyik állami alkalmazott kötelezhető erre?)
7. kötelező túlmunkát vállalnia (ügyelet) függetlenül a túlmunka díjazásától és gyakran a túlmunkára vonatkozó időbeli korlátozástól is
8. teljes anyagi felelősséget vállal az elvégzett munkájáért (állami szektorban ezt a közintézmény vállalja)

A házi orvos vállalkozása a finanszírozási szabályok szerint nem magánszemély által

alapított és birtokolt vállalkozás, hanem olyan önállóan működő és gazdálkodó állami költségvetési intézmény, amely

1. az ÁFA törvény szerint gazdasági tevékenységet végző adóalany,
 2. a kapott állami támogatást „árbevételként” kell elkönyvelnie, nem pedig „állami támogatásként”, és ennek megfelelően kell adóznia
 3. az OEP felé elszámolási kötelezettsége van a kapott állami támogatással
 4. közintézményekkel és állami támogatással ellentétben vállalkozói adót kell fizetnie (állami támogatásból még for-profit vállalkozás esetén sem fizethető vállalkozói adó)
 5. semmiféle adókedvezményben nem részesül, sőt még olyan adót (iparűzési adó) is fizetnie kell, amelyet más közszolgáltatóknak nem
 6. finanszírozását központilag, az E-alapban alultervezik, tehát ha a központi forrásokon kívül más forrást nem tud bevonni, csődbe kerül
 7. csőd esetén az állam (közintézményekkel ellentétben) nem konszolidálja.
-

A 2011.évi ÁSZ jelentés szerint

53. oldal: „4.1. Háziiorvosi kassza előirányzatának tervezése az E. Alapban

Az Egészségbiztosítási Alapban (E. Alap) a gyógyító-megelőző ellátások, ezen belül a **háziiorvosi ellátás költségvetési előirányzatát** a tervezési köriratnak megfelelően **az előző év bázisán, szintre hozással, és a fejlesztési többletek figyelembevételével készítették el.** A tervezés kialakított rendszerében a költségvetésben javasolt változásokra vonatkozóan készültek számítások, azonban a kassza előirányzatának megállapítását nem alapozták meg hatásvizsgálatok. „

58. oldal: „4.3. Méretgazdaságosság kezelése a finanszírozásban

A méretgazdaságosság a szolgáltatók szemszögéből a bevételek és kiadások viszonya.

A finanszírozási rendszer nem a szolgáltatók tényleges költségein alapul.

Az EU versenyjoga szerint az általános gazdasági érdekű közszolgáltatások állami ellentételezésének mértéke nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek biztosításához szükséges költség egy része vagy egésze fedezéséhez szükséges összeget, figyelembe véve a kapcsolódó elismervényeket és az ésszerű nyereséget. Az ellentételezés kiszámításához alapul vett paramétereket objektív és átlátható módon előre kell meghatározni.

Az uniós norma szerint *„az ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell meghatározni, amelyek fejében egy átlagos, jól vezetett és közlekedési eszközökkel rendelkező vállalkozás biztosította volna e kötelezettségeket.”*

(A Bizottság 2005. november 28-i 2005/842/EK határozata az EK-Szerződés 86. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vállalkozásoknak közszolgáltatással járó ellentételezés formájában megítélt állami támogatásokra történő alkalmazásáról (3)-(4) bekezdése)

A kompenzáció helyes mértékének, a gazdaságosság megállapíthatóságának egyik tényezője, az OEP díjazás összege ismert (átlátható), azonban **a praxisok elismerhető háziiorvosi költségeiről nincsenek megbízható adatok.** Ezen kívül a háziiorvos valamennyi tevékenységével összefüggő bevételek összessége sem ismert.

A praxisok költségeinek felmérését az OEP megkísérelte, azonban a tapasztalt

elkülönítési és elszámolási hiányosságok miatt a házi orvosoktól kapott adatok nem tekinthetők megbízhatóknak, illetve összehasonlíthatóknak.”

A 2011. évi ÁSZ jelentés értékelése

A 2011.évi ÁSZ jelentésből egyértelműen kiderül, hogy **sem az E-Alap** házi orvosai szolgáltatásra vonatkozó részének **megtervezésekor, sem pedig** az E-Alap házi orvosai szolgáltatásra fordított részének **felhasználása után nem történt meg annak a felmérése/ellenőrzése, hogy a finanszírozás elegendő volt-e a célfeladat teljesítésére.** Vagyis sem elő- sem utókalkulációt nem végeztek a kormányzati szervek (egészségügyi kormányzat, OEP), hogy a feladat ellátásához szükséges pénzügyi eszközöket a közszolgáltatást végző házi orvosok rendelkezésére bocsátották-e, ill. ha volt ilyen felmérés, arról mélyen hallgattak.

De ha nem volt adatuk, akkor hogyan terveztek?

Hogyan lehet felelősen megtervezni az E-alap felosztását, ha csak a bevételeket veszik számba, a kötelezettségek felmérésétől eltekintenek?

Az ÁSZ jelentés azon része, amely szerint a költségvetési előirányzatot az egészségügyi kormányzat/OEP „a fejlesztési többletek figyelembevételével készíti el”, egyszerűen nem fedi a valóságot, mert a költségvetési előirányzat úgy került meghatározásra, hogy házi orvosok esetén még a kötelezően előírt bérnövekményre sem tartalmazott fedezetet.

A 2011-es ÁSZ jelentés szerint:

„A kompenzáció helyes mértékének, a gazdaságosság megállapíthatóságának egyik tényezője, az OEP díjazás összege ismert (átlátható), azonban **a praxisok elismerhető házi orvosai költségeiről nincsenek megbízható adatok.** Ezen kívül a házi orvos valamennyi tevékenységével összefüggő bevételek összessége sem ismert.”

Az orvosokat képviselő szervezetek legalább 15 éve folyamatosan jelzik a kormányzatnak, hogy a házi orvosai finanszírozás nem fedezi a praxis költségeit. Ennek érdekében számos alkalommal egyeztettek az egészségügyi kormányzattal, és kidolgozott kalkulációkat is átnyújtottak a praxisok fenntartása során felmerülő költségekről, melyek közül több nyomtatásban, a sajtóban is megjelent.

Ezért egyszerűen nem igaz, hogy az egészségügyi kormányzat/OEP nem rendelkezik adatokkal a praxisok elismerhető költségeiről.

Ezen költségeket ráadásul nem nehéz számba venni, és ha az egészségügyi kormányzat/OEP nem is, az őket ellenőrző ÁSZ kb. fél órás munkával kikalkulálhatta volna – ha akarja. De ő sem akarta. Vagy kiszámolta, és elriadt attól, hogy mekkora a számított és a valós érték közötti különbség, ezért nem írta le.

Az sem igaz, hogy a kompenzáció helyes mértékét azért nem lehetett kikalkulálni, mert a bevételek összemosódnak a házi orvos egyéb tevékenységeiből származó jövedelmekkel. Ugyanis semmi köze az egészségügyi kormányzatnak azon tevékenységek bevételeihez, amelyeket a házi orvos a szabadideje, nem pedig az OEP-szerződésben lekötött, napi 8 órás főmunkaideje terhére végez. És ezt a kiegészítő tevékenységet nem is végezné, ha az OEP finanszírozás elégtelensége rá nem kényszerítené.

A kompenzáció helyes mértékének a meghatározásának a legfőbb akadály az, hogy **az OEP-nek nem érdeke a kompenzálendő költségek körének és a ráfordítások nagyságának definiálása.** Mivel ha ezt meghatároznák, akkor egyrészt ki is kellene

fizetni, másrészt nem lehetne korlátlanul további szolgáltatásokat ingyenesen igényelni a házi orvos szolgáltatótól az OEP-pel kötött szerződésre hivatkozva. A régi és az új, folyamatosan felmerülő igényekhez fedezetet is kellene biztosítani.

A 2011-es ÁSZ jelentés szerint:

„A praxisok költségeinek felmérését az OEP megkísérelte, azonban a tapasztalt elkülönítési és elszámolási hiányosságok miatt a házi orvosoktól kapott adatok nem tekinthetők megbízhatóknak illetve összehasonlíthatóknak.”

Az egy alapvető tévedés és csúsztatás, hogy a praxisok költségeit úgy kellett volna felmérni, hogy azt vizsgálják, hogy a rendelkezésre álló hiányos OEP-források a házi orvosok hogyan használják fel.

Az uniós keretszabály egyértelmű útmutatást ad arra vonatkozóan, hogy **a költségeket becsülni kell**, és olyan költségeket kell figyelembe venni, amelyek egy átlagos, jól vezetett (tehát nem alulfinanszírozott) vállalkozásnál felmerülnének.

Az Ártörvény is egyértelműen fogalmaz: a hatósági árnak legalább a hatékonyan működő vállalkozó ráfordításaira fedezetet kell biztosítani, tekintettel az elvonásokra és támogatásokra is.

Tehát olyan költségeket is figyelembe kell venni, amelyekre jelenleg a praxis nem tud költeni, ill. jóval kevesebbet költ a szükségesnél (pld. jó szoftver, munkabér és járulékoknak megfelelő szintre emelése, gépkocsi vásárlás és fenntartás, tartalékok várható és váratlan eseményekre, tartalék betegállomány, szabadság idejére).

Ráadásul az OEP rendszeresen végzett ellenőrzéseket házi orvosoknál az általa kiutalt összeg felhasználásáról (ld. ÁSZ jelentés 19. old.). Ezeknek az ellenőrzéseknek az eredményét nem tudta volna felhasználni, ha akarja? De nem akarta.

A praxisok költségeinek felmérésének elmulasztására csak az a logikus magyarázat, hogy túl nagy a különbség a valós költség és a házi orvosoknak kifizetett finanszírozás között, ezért nem kerülhetett nyilvánosságra. Sem az OEP-től, sem az ÁSZ-től.

Az különösen érdekes, hogy az ÁSZ „elfelejti” megkérdezni az OEP-től, hogy ha már közel 20 éve finanszírozza a házi orvos szolgáltatókat, akkor vajh miért mulasztotta el ezen 20 év alatt a ténylegesen ráfordítandó költségek felmérését, és a tényleges és a szükséges finanszírozás összehasonlítását.

És ezen 20 év során mennyire felelősen készített költségvetési előterjesztést, ha nem voltak adatai a praxisok valós költségeiről, csak az előző évi kifizetésekről?

Hogy nem tudta egy olyan szervezet, amely havonta kb. 6700 praxis adatát, ezek mindegyikének gyógyszerrendelési szokását, 10 millió biztosított adatát dolgozza fel, 20 év alatt megállapítani az alapellátás valós ráfordításait? Úgy, hogy nem akarta. Mert ha nem méri fel, nem vesz róla tudomást, akkor ez az adat nem is létezik.

A magyar egészségügyi alapellátás biztosítása, a „fenntarthatóság”, „folyamatos fejlődés” és a „területi és szociális különbségek kiegyenlítése” csakis a szükséges és a valóban ráfordított költségek egyenlősége esetén biztosítható.

Ha a tényleges ráfordítás kisebb, mint a szükséges, akkor a rendszer veszteséges, nyilvánvalóan nem fenntartható, azaz az összeomlása kódolt.

Ezt a kérdést azonban az ÁSZ egyáltalán nem vizsgálta és nem feszegette.

Ehelyett könnyedén átsiklott a témán, és egészen elképesztő módon áttért arra, hogy a tényleges költségek 40-50 %-át, a bérköltségek 25-30 %-át fedező finanszírozásért milyen minőségi követelményeken kellene javítaniuk a házi orvosoknak, és kellőképpen

ösztönöz-e a finanszírozás a minőségi mutatók javítására.

Ez a módszer olyan, mintha egy emeletes ház állapotfelmérésekor a lakberendezési kellékek minőségjavításával foglalkoznának, miközben behunyják a szemüket, hogy ne lássák, mekkora és hány repedés tátong az alapon.

Illyés Gyula szavaival élve: „növeli, ki elfődi a bajt”.

Összességében megállapíthatjuk az ÁSZ jelentés kapcsán, hogy **az egészségügyi kormányzat/OEP 20 év alatt nem volt hajlandó sem felmérni, sem tudomásul venni azt, hogy az államilag finanszírozott alapellátásnak mekkora a valós költsége, és az elmúlt 20 évben az összes eddigi E-alap tervezése a valós ráfordítások ismeretének hiányában történt.**

Ez egy nagyon súlyos és szándékos szakmai műhiba. Sajnos, a szándékosságot külön ki kell emelnünk.

A történeti hűség kedvéért megjegyezzük, hogy akkor, amikor közalkalmazotti jogviszonyból vállalkozói jogviszonyba kényszerítették a háziorvosokat, az első néhány évben még figyelembe vették a valós költségeket. Majd néhány év múlva, amikor a háziorvosok többsége már vállalkozóvá vált, akkor csökkentették le a finanszírozás mértékét.

Uniós szabályok a közszolgáltatásokról

A 2011-es ÁSZ jelentés érintőlegesen hivatkozik a 2005/C 297/04 EU keretszabályra, amely a magyar közszolgáltatók fogalmához hasonló „általános gazdasági érdekű szolgáltatások” állami támogatását szabályozza.

Bár a háziorvos szolgáltatók vállalkozói díjban részesülnek, ez az vállalkozói díj az uniós keretszabály alapján állami támogatásnak minősül. Azért minősül uniós értelemben állami támogatásnak, mert nem a költségek elemzése és becslése alapján állapították meg, hanem a ráfordításoktól független állami normatívák alapján.

Ha a ráfordítások alapján határoznák meg a nagyságát, akkor nem minősülne uniós értelemben vett állami támogatásnak.

Az állami támogatást – korábban amennyiben a „de minimis” definíciónak megfelelően 3 év alatt a 100.000 Eurót, 2012. áprilisától az 500.000 Eurót meghaladja - az Uniónak le kell jelenteni, jóvá kell hagyatni. Amennyiben az Uniónak nem jelentik le, és nem hagyatják jóvá, a versenytárs bírósághoz fordulhat, beperelheti az állami támogatásnak minősülő díjazás jogosultját, és a jogosultnak a kapott összeget vissza kell térítenie.

Más jogkövetkezménye a tagállamok számára az „Uniónak lejelentendő állami támogatás” formájában történő ellentételezésnek nincs.

A Lisszaboni Szerződés 14.cikke elismeri az „általános gazdasági érdekű szolgáltatások” (SGEI) közös értékét az Unión belül, és azt, hogy központi szerepet játszanak a társadalmi és a területi kohézió előmozdításában. A 14. cikk azt is leszögezi, hogy a tagállamoknak ezeket a szolgáltatásokat olyan elvek és feltételek, különösen gazdasági és pénzügyi feltételek alapján kell működtetni, amelyek lehetővé teszik rendeltetésük teljesítését.

A tagállamoknak joguk van eldönteni, hogy milyen mértékben kompenzálják a

közszolgáltatókat.

Azonban az uniós gyakorlatban – kivéve tendereztetés esetét - jóformán csak az fordul elő, hogy a közszolgáltatókat túlkompenzálják, és a bizottságok amiatt aggódnak és hoznak intézkedéseket, nehogy az államtól kapott juttatás miatt a közszolgáltatók meg nem érdemelt versenyelőnyhöz jussanak a piacon.

A versenyszabályok betartása ill. az indokolatlan versenyelőny megszerzése az Unió neuralgikus pontja, éppen ezért nagyon érzékenyen reagál bármiféle olyan anomáliára, amely a piac torzulását okozhatja.

Különösen érzékenyen reagálhat olyan törvényi szabályozás feltárására, amely az állam durva piaci beavatkozására utal, és amely lehetővé teszi egyes piaci szereplők gazdasági ellehetetlenítését, ill. azt, hogy más piaci szereplők meg nem érdemelt versenyelőnyhöz jussanak.

A megkülönböztetés-mentesség, az egyenlő bánásmód, az átláthatóság, az arányosság és a kölcsönös elismerés a közbeszerzések alapelvei. Az Unió úgy tekinti, hogy e szabályok és alapelvek be nem tartása kockázatot jelent a közösségi alapokra (pld. kohéziós alap) nézve, és a szabálytalanságokat keményen szankcionálja.

A közszolgáltatással járó ellentételezés formájában nyújtott állami támogatásról szóló közösségi keretszabály (2005/C 297/04, majd a helyébe lépő 2012/21/EU sz. keretszabály) foglalkozik az ún. Altmark-esettel, amikor egy busztársaság kapott állami támogatást. (Erre a szabályra hivatkozik a 2011-es ÁSZ jelentés is a háziorvosi finanszírozás kapcsán.)

A 2012/21/EU keretszabály szerint

(1) A Szerződés 14. cikke úgy rendelkezik, hogy az Unió a Szerződés 93., 106. és 107. cikkének sérelme nélkül saját hatáskörében gondoskodik arról, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat olyan elvek alapján és feltételek mellett nyújtsák, amelyek lehetővé teszik rendeltetésük teljesítését.

(2) Egyes általános gazdasági érdekű szolgáltatások esetében ahhoz, hogy olyan elvek alapján és olyan feltételek mellett legyenek nyújthatók, amelyek lehetővé teszik rendeltetésük teljesítését, a közszolgáltatási kötelezettségből eredő speciális költségek egy részének vagy egészének fedezése érdekében az állam pénzügyi támogatására is szükség lehet. A Szerződés 345. cikkének megfelelően – az Európai Unió Bírósága értelmezésében – irreleváns, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat köz- vagy magánvállalkozások nyújtják-e.

(4) Az **Altmark-esetben** hozott ítéletében a Bíróság megállapította, hogy a közszolgáltatás ellentételezése négy feltétel együttes teljesülése esetén nem minősül a Szerződés 107. cikke szerinti állami támogatásnak.

Egyrészt a kedvezményezett vállalkozást ténylegesen közszolgáltatási kötelezettségnek kell terhelnie, és e kötelezettségnek egyértelműen meghatározottnak kell lennie.

Másrészt az ellentételezés kiszámításának alapjául szolgáló feltételeket tárgyilagos és átlátható módon előzetesen kell megállapítani.

Harmadszor, az ellentételezés nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek végrehajtása során felmerülő költségek egészben vagy részben való fedezéséhez

szükséges mértéket, figyelemmel az érintett bevételekre és az ésszerű nyereségre. Végül, amikor egy adott esetben a közszolgáltatási kötelezettség végrehajtásával megbízott vállalkozás kiválasztása nem közbeszerzési eljárás keretében történik, amely lehetővé tenné, hogy azt a jelöltet válasszák, aki a közösségnek legkevesebb költséggel járó szolgáltatást tudja nyújtani, **a szükséges ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell megállapítani, amelyek egy átlagos, jól vezetett és a szükséges eszközökkel megfelelően felszerelt vállalkozásnál felmerülnének.**

(5) Amennyiben e kritériumok nem teljesülnek, a Szerződés 107. cikke (1) bekezdésének alkalmazására vonatkozó általános feltételek viszont igen, úgy a közszolgáltatás ellentételezése állami támogatásnak minősül és a Szerződés 93., 106., 107. és 108. cikke hatálya alá tartozik.

5. cikk **Ellentételezés**

(1) Az ellentételezés összege nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek teljesítéséhez szükséges nettó költséget, beleértve egy ésszerű nyereséget is.

(2) A nettó költség kiszámítható a (3) bekezdésben meghatározott költségek és a (4) bekezdésben meghatározott bevételek közötti különbséggént. Kiszámítható továbbá a közszolgáltatási kötelezettséget teljesítő vállalkozás nettó költsége és ugyanazon vállalkozás közszolgáltatási kötelezettség nélküli nettó költsége vagy haszna közötti különbséggént.

(3) A figyelembe veendő költségek az általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtásakor felmerült valamennyi költséget magukban foglalják. A költségeket az általánosan elfogadott költségelszámolási elvek alapján kell kiszámítani, az alábbiak szerint:

a) amennyiben a szóban forgó vállalkozás tevékenysége az általános gazdasági érdekű szolgáltatásra korlátozódik, minden költségét figyelembe lehet venni;

b) amennyiben a vállalkozás az általános gazdasági érdekű szolgáltatáson kívül eső tevékenységeket is folytat, csak az általános gazdasági érdekű szolgáltatáshoz kapcsolódó költségeket lehet figyelembe venni;

c) az általános gazdasági érdekű szolgáltatáshoz kapcsolódó költségek fedezhetik az általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtása során felmerülő közvetlen költségeket, továbbá az általános gazdasági érdekű szolgáltatás és az egyéb tevékenységek közös költségeinek megfelelő részét;

d) ha az általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtásához beruházások – különösen infrastruktúra-beruházások – szükségesek, akkor azok költségeit is figyelembe lehet venni.

(4) A figyelembe veendő bevételeknek mindenképp magukban kell foglalniuk az általános gazdasági érdekű szolgáltatásból származó bevételeket, függetlenül attól, hogy a Szerződés 107. cikke szerinti állami támogatásnak minősülnek-e.

Ha az adott vállalkozás attól az általános gazdasági érdekű szolgáltatástól eltérő tevékenységekhez kapcsolódó kizárólagos vagy speciális jogokkal rendelkezik, amelyhez a támogatásban részesül, és ez az ésszerű nyereséget meghaladó nyereséget

keletkeztet, vagy a vállalkozás más, állam által nyújtott előnyben részesül, ezek – tekintet nélkül a Szerződés 107. cikke szerinti célnak megfelelő besorolásra – beletartoznak a vállalkozás bevételeibe.

A tagállam úgy határozhat, hogy az adott általános gazdasági érdekű szolgáltatáson kívüli tevékenységekből származó nyereségeket teljesen vagy részben az általános gazdasági érdekű szolgáltatás finanszírozására kell fordítani.

(5) E határozat alkalmazásában „ésszerű nyereség” alatt azon tőkemegtérülési ráta értendő, amely mellett egy átlagos vállalkozás a kockázat szintjének figyelembevételével a szolgáltatás nyújtása mellett döntene a megbízás teljes időtartamát tekintve. A „tőkemegtérülési ráta” itt az a belső megtérülési ráta, amelyet a vállalkozás a befektetett tőkén a projekt időtartama alatt realizál. A kockázat szintje az érintett ágazattól, a szolgáltatás típusától és az ellentételezés jellemzőitől függ.

(6) Az ésszerű nyereség meghatározásakor a tagállamok ösztönző kritériumokat állapíthatnak meg, különösen a nyújtott szolgáltatás minősége és a termelési hatékonyság növelése tekintetében. A hatékonyság növelése nem ronthatja a nyújtott szolgáltatás minőségét. A termelési hatékonyság növeléséhez kötődő esetleges jutalmakat olyan szinten kell meghatározni, hogy az lehetővé tegye a növekmények arányos felosztását a vállalkozás és a tagállam és/vagy a felhasználók között.

Az 2012/21/EU sz. keretszabály kiegészítő, 2012/C8/02 melléklete a háziiorvosi szolgáltatást egyértelműen az „általános GAZDASÁGI érdekű” szolgáltatások közé sorolja.

Mivel a háziiorvosokat nem közbeszerzési pályázat útján választották ki, ezért „a szükséges ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell megállapítani, amelyek egy átlagos, jól vezetett és a szükséges eszközökkel megfelelően felszerelt vállalkozásnál felmerülnének.”

A fentiekből látható, hogy az Unió már 2001 óta a ráfordítások alapján történő ellentételezést részesíti előnyben, és arra próbálja rászorítani a tagállamokat, hogy a ráfordítások alapján finanszírozzák – ha ez részben vagy egészben szükséges – a közszolgáltatásokat.

A ráfordítások alapján történő finanszírozás lényegében azonos a hatósági áron való ellentételezéssel.

Eszerint a háziiorvosok finanszírozását azon költségek elemzése alapján kell megállapítani, amelyek egy átlagos, jól vezetett és a szükséges eszközökkel megfelelően felszerelt vállalkozásnál felmerülnének.

A háziiorvosi szolgáltatás szabadpiaci ára teljesítmény alapján

A szabadpiaci ár kiszámításánál a következő paramétereket vettük figyelembe:

Egy háziiorvosi szolgáltató, amelynek a praxisfinanszírozása 800.000-900.000 Ft/hó, havi 800 beteget lát el.

A 800 betegből 720-at lát el a rendelőben, 80-at háznál.

A nővér havi 80 alkalommal lát el betegeket otthonukban.

A házi orvosi szolgáltató tevékenysége 3 szegmensből áll:

- adatkezelői, adatfeldolgozói tevékenység az OEP felé
- orvosi tevékenység rendelőben
- kiszállás lakásra + orvosi tevékenység
- nővér kiszállása lakásra + nővéri tevékenység

Az adatkezelői tevékenységéhez leginkább az SZJA és TB járulékokkal kapcsolatos könyvelői tevékenység áll közel.

Ennek díjazása egy könyvelői irodában havi 3.000 Ft/fő.

Bár a házi orvos jóval több adatot köteles feldolgozni és továbbítani, mint egy könyvelői iroda az SZJA és TB ügyintézés kapcsán.

A rendelőben végzett orvosi tevékenység szabadpiaci díjazása 8.000 Ft/alkalom.

Tekintettel arra, hogy a házi orvosnál a rendelőben „tömegtermelésről” van szó, 5.000 Ft/alkalomban állapítjuk meg ennek a díjazását.

A lakáson végzett orvosi tevékenység szabadpiaci ára 15.000 Ft/alkalom.

A lakáson végzett nővéri tevékenység szabadpiaci árát 5.0000 Ft/alkalomnak becsüljük.

Díjazások az elvégzett tevékenység alapján

Könyvelői tevékenység	800* 3.000 = 2.400.000 Ft
Orvosi tevékenység rendelőben	720* 5.000 = 3.600.000 Ft
Orvosi tevékenység háznál	80* 15.000 = 1.200.000 Ft
Nővéri tevékenység háznál	80* 5.000 = 400.000 Ft
Mindösszesen	7.600.000 Ft

Tehát annak a tevékenységnek, amelyért a házi orvosi szolgáltató 800.000-900.000 Ft/hó praxisfinanszírozást kap, a szabadpiaci értéke ennek közel tízszerese, vagyis 7,6 millió Ft/hó.

De a házi orvosi szolgáltató esetén csak az adatkezelői, adatfeldolgozói tevékenységének a szabadpiaci értéke is a háromszorosa a teljes praxisfinanszírozásnak.

A becslés során nem vettük figyelembe a szűréssel, tanácsadással kapcsolatos tevékenységet, a védőoltások beadásának költségét, a különböző igazolások, rokkantsági és halottvizsgálati szakvélemények kiadásának költségét, stb., csak a nagyon szűken vett ellátó tevékenységet.

Hatósági áras közszolgáltatások díjazása

Kéményseprési szolgáltatás Pest megye 2012

Kötelező kéményseprőipari közszolgáltatás díjtáblázat

az árak forintban értendők és ÁFÁ-t nem tartalmaznak)

Megnevezés	(kéménytípus)	Mértékegység
Nettó díj (Ft)		
Egyedi , szilárd, nyitott	E-S-B	db/I. Alkalom 1 225 Ft
	E-S-B	db/II.alkalom 1 225 Ft

Egyedi, szilárd,zárt	E-S-C	db/I.alkalom	1 469 Ft
	E-S-C	db/II.alkalom	1 469 Ft
Egyedi, gáz, nyitott	E-G-B	db/alkalom	2 445 Ft
Egyedi, gáz, zárt	E-G-C	db/alkalom	3 413 Ft
Központi, szilárd, nyitott	K-S-B	db/I.alkalom	7 886 Ft
	K-S-B	db/II.alkalom	7 886 Ft
Központi, szilárd, zárt	K-S-C	db/I.alkalom	9 457 Ft
	K-S-C	db/II.alkalom	9 457 Ft
Központi, gáz, nyitott	K-G-B	db/alkalom	15 772 Ft
Gyűjtő, szilárd, nyitott	Gy-S-B	szint/bekötés/ I. alkalom	531 Ft
	Gy-S-B	szint/bekötés/II.alkalom	531 Ft
Gyűjtő, gáz, nyitott	Gy-G-B	szint/bekötés/alkalom	1 067 Ft
Gyűjtő, gáz, zárt	Gy-G-C	szint/ bekötés/alkalom	2 134 Ft
Egyedi tartalék	Ta-E	db/alkalom	1 394 Ft
Gyűjtő tartalék	Ta-Gy	szint/bekötés/alkalom	740 Ft
Időszakos használatú (Üdülő) Ü		alkalom/4 év	1 630 Ft

Abból a tényből kiindulva, hogy egy kéményseprő napi 8 órás munkaidő alatt kb. 30 házat jár le, ahol többnyire nem csak egy, hanem több kémény is van, a kéményseprő napi 80.000 Ft árbevételre tesz szert a Kéményseprő Vállalat számára. (kéményseprők által mondott adat)

A kéményseprőnek maximum biciklire, tükörre van szüksége és egy kefére.

22 munkanapot feltételezve ez 1.770.000 Ft/hó, azaz **két kéményseprő szakmunkás négyszer annyi árbevételt termel hatósági áron a Kéményseprő Vállalat számára, mint amennyi egy háziiorvosi praxis jelenlegi díjazása.**

Ráadásul a hírek szerint egy kormányzati rendelet alapján jövőre egy mérnökóra árába, 14.000 Ft-ba kerül majd a használaton kívüli kémények vizsgálata, tehát a hatósági áron dolgozó kéményseprő még nagyobb árbevételt termel majd a vállalata számára.

A kéményseprő vállalatok lakossági szolgáltatása - saját bevallásuk szerint - még ilyen árakon is veszteséges.

A KőVA Zrt, által biztosított hulladékszállítás díja 2012. január 1-től az alábbiak szerint alakul:

A hulladék közszolgáltatási díj két részből tevődik össze, alapdíjból (470,4 Ft + ÁFA/hó/ürítési hely) és ürítési díjból (3,29 Ft + ÁFA/I/ürítés). A szolgáltatási díjak a járatos hulladékgyűjtő edényzetek esetében az alábbiak szerint alakulnak heti egyszeri ürítés esetén.

Hulladékszálítási díjak	Nettó alapdíj (Ft/+ÁFA/hó)	Nettó ürítési díj (Ft/+ÁFA/alkalom)
70 literes gyűjtőedény	470,4	230
80 literes gyűjtőedény	470,4	263
110 literes gyűjtőedény	470,4	362

120	literes	470,4	395
gyűjtőedény			
240	literes	470,4	790
gyűjtőedény			
1 100	literes	470,4	3 618
gyűjtőedény			

A kukásoktól kapott információ alapján napi 800-1000 edényt ürítenek. A becslés során azt feltételezzük, hogy naponta egy kukásautó 800 edényt ürít, amelyet hetente megismétel. Az ebből származó nettó alapidő teljes mértékben fedezi a kukásautó működtetését, amortizációját, a hulladéklerakási díjakat ($800 \cdot 470,4 \cdot 5 = 1.881.600$ Ft/hó, 85.227 Ft/nap). Ha 300 Ft/os nettó átlagárat feltételezünk csak az ürítési díjra, és egy nap alatt 800 kukát ürítenek, akkor 240.000 Ft/nap a kukaürítés nettó díja. A kukaürítést rendszerint két személy végzi.

Tehát a két kukás + sofőr 22 munkanap alatt 5,28 millió Ft kukaürítési díjat termel a KöVa Zrt.-nek hatósági áron, amely kb. 6,5-szöröse egy háziiorvosi praxis jelenlegi teljes finanszírozásának.

Alapellátás helyzetének áttekintése

1994-ben a tb-alapok járulékbévételei a GDP-hez viszonyítva 16,5 % volt, ez 1998-ra 12,7 %-ra csökkent, 2005-ben a GDP 8,5 %-át fordították egészségügyi kiadásokra, ma már pedig csak a GDP 5 %-át. Ha figyelembe vesszük az E-alapot terhelő, nem egészségügyi, hanem szociális célú kiadásokat (GYED, GYES, gyógyszerártámogatás, stb.), a helyzet még rosszabb, jelenleg nem éri el a GDP 3 %-át.

Vagyis ma Magyarországon a GDP-hez viszonyítva kevesebb, mint harmadát fordítják egészségügyi kiadásokra, mint 18 évvel ezelőtt. Csak a közelmúltban 1000 Md Ft-ot vont ki az állam az egészségügyből.

Azonban az egészségügyre fordított kiadások nem csökkenthetők határ nélkül, mert az ellátórendszer összeomlik.

A háziiorvosok területi ellátási kötelezettsége révén Magyarország teljes lakosságának háziiorvosi ellátása elvileg biztosított. De a jelenlegi finanszírozással az alapellátásra terhelt sokrétű tevékenység feltételei nem biztosíthatóak. Pedig 1996-os, külföldi adatokra épülő vizsgálatok szerint a háziiorvosi praxis finanszírozása az egészségügyi ellátások kb. 20%-át teszi ki, de a generált költségek kb. 80%-áért felelős. (Nálunk az alapellátásra az egészségügyi ellátások 9 %-át fordítják, de valószínűleg nálunk is a generált költségek 80 %-ért felelős.)

Ugyan minden kormányzat szóban és formailag az alapellátás megerősítését tűzte ki célul az elmúlt 20 évben, de a tevékenység az alapellátó orvos számára még ma is veszteséges.

Emiatt a háziiorvosi szakterületet választók száma kritikus érték alá csökkent. Az országban 150 betöltetlen körzet van, de nem csak Szabolcsban, hanem Vas megyében is. Számos praxist töltenek be helyettesítéssel, gyermekorvosi praxisok állnak üresen nagyvárosokban (Budapesten, Sárovaron, Szombathelyen), és a háziiorvosi szakma elöregedett.

Míg 1990-ben a 35 év alatti és a 60 év feletti házi orvosok aránya közel azonos volt, addig 2006-ban a 60 év feletti házi orvosok aránya már hatszorosa volt a 35 év alattiaknak, jelenleg pedig 35 év alatti házi orvos alig van a 6735 házi orvos között. 1990 és 2007 között a házi orvosok körében a 60 éven felüliek aránya 10,38%-ról 27,44%-ra nőtt. Várhatóan 1500 házi orvos fogja abbahagyni a praktizálást 5 éven belül. Kőszegen például a 6 házi orvosból 4 már jelenleg is nyugdíjas, bármikor abbahagyhatja a praktizálást., Utánpótlás pedig a jelenlegi feltételek mellett nincs. Az utóbbi tizenkét év tapasztalatai ugyanis azt mutatják, hogy a rendszer mindössze 1052 házi orvost „termelt ki”. Ugyanakkor külföldön a házi orvosi szakma keresett, a külföldön munkát vállaló orvosok közül a házi orvosok a második helyen állnak.

Ma a házi gyermekorvosok átlagos életkora 56 év. A jelenleg praktizáló 1572 gyermekorvos közül csak 8 fő (0,5 %) 35 év alatti, 550 fő (több mint egyharmada) 60 év feletti. A 60 év felettek aránya Budapesten még ennél is rosszabb, 45 %.

Az alapellátás elodázhatatlan, nemzetközi szinten sürgető átalakításának szükségességét hangsúlyozta a WHO 2008. évi World Health Report-ja is arra ösztönözve valamennyi ország kormányát, hogy egészségügyi reformjának homlokterébe az alapellátás megerősítését helyezze, mely révén a lakosság általános egészségi állapota javítható, az egészségi állapot társadalmi/földrajzi egyenlőtlenségei érdemben mérsékelhetők.

Az anyag összeállítása dr. Vassné Becker Livia elvitathatatlan érdeme.

Alsónemesapáti 2012. október 30.

Dr. Selmeczi Kamill
elnök