

## Orvosként dolgozni Európában

Villáminterjú Dr. med. Marghescu Sándor emeritus professzorral

„Ha most nem lépsz, vagy rosszul lépsz akár végzetes is lehetsz saját magadnak” – szól a „nesze neked fogd meg jól” figyelmeztetés az egészségügyben dolgozó orvosnak. Talán ezzel magyarázható az a nagyfokú olvasási kényszer is, amellyel böngész – a könyvtárat egyébként nagy ívben elkerülő – kolléga a 2001. évi CVII. törvényt az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.

Az igazsághoz azért az is hozzátartozik, hogy a törvény analizálására nem kisebb személy, mint a tárca minisztere szólította fel több ízben az érintetteket a médián keresztül. „El kell olvasni a törvényt” – hangzott hivatkozással a magyarázat az okvetetlenkedő riporternek, aki a királyi televízió késő esti hírműsorában, a „Lenni vagy nem lenni” orvosi léthelyzetre kereste a mindenki számára közérthető választ. Hogy a válasz benne foglaltatik-e a törvényben, vagy hogy a jogi kifejezések értelmezése, annak személyre és körülményeire történő lebontása adekvát-e vagy sem, az nem célja e rövid írásnak, lévén a szerző csupán csak egészségügyi újságíró. Viszont annyit saját erőből hozzá tud tenni a témához, hogy próbál olyan riportanyagokat megszólaltatni, akik mondjuk egy Európai Unió tagország egészségügyében végeztek aktív pályafutásukat. Ennek szellemében készült az alábbi villáminterjú Dr. med. Marghescu Sándor emeritus bőrgyógyász professzorral, aki 1949-től dolgozott és élt külföldön, megismerve az osztrák, a francia, a német egészségügyet. 149 tudományos előadás, 214 továbbképző előadás, 160 tudományos értekezés, 3 könyv (Allergiás kiütések, Általános családorvos, Bőrgyógyászat Egyetemi tankönyv), 18 könyvfejezet (Bőrgyógyászat, Diabetológia, stb.) hitelesíti, hogy nemcsak a gyakorlatban (1977 és 94 között a Hannoveri Egyetemi és Önkormányzati Klinika professzora), hanem elméletben is öregbítette hírünket a nagyvilágban.

\*

Szentendre otthonában, a varázslatos Szamárhégyen fogadott, ahol nyugdíjba vonulás után gyakran tartózkodik.

Rövid életrajza: Erdélyben született, Kalocsán a jezsuitáknál érettségizett, 1948-ban a Szegedi Orvostudományi Egyetemen kezdte orvosi tanulmányait, de klerikális magatartása miatt az ország elhagyására kényszerült és az insbrucki egyetemen szerzett orvosi diplomát. Párizsban lett a bőrgyógyászat szakorvosa, közben kalandos úton 1956-ban hazajött, részt vett a Corvin közti csatában mint mentős, majd menekült és Münchenben folytatta orvosi pályafutását. Onnan pályázta meg Hannover. Feleséget Magyarországról választott, egy orvostanhallgató kolleganőt, akit az időközben született négy gyermek nevelése elcsábított a gyógyító munkától. A jelenleg is aktív feleség a család mellett a kultúra mecénása. Hannoverben képzőművészeti galériát, itthon könyvkiadót működtet és hidat épít a nemzetek kultúrái között. Az emeritus professzor házat vásárolva Magyarországon, napjainkban is aktív, részt vesz a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat munkájában és henteente egyszer egy felekezeti öregek elfekvőjében végez orvosi munkát.

...Az orvostudomány fejlődése óriási és ennek anyagi vonzatával egyetlen ország sem tud

lépést tartani. – vezeti fel a témát a professzor. Ez a világon mindenütt gond és ezért jellemző az ágazatra a pénzhiány. A megszorító intézkedések napirenden vannak, a különbség talán annyi, hogy a fejlettebb országokban ez közgazdasági kérdés és többnyire a politikusok és a kormányzat között zajlik az érdekegyeztetés. Ebből az egészségügyben dolgozó gyógyító semmit sem érez, de maga a páciens sem. A beteg biztosítása szavatolja a maximális ellátást, az orvos pedig a rendszer szervezetsége miatt tisztességesen meg van fizetve. Tehát nem érzékeli magát a kérdést: jól is néznék ki, ha a gyógyítás helyett ilyen kérdésekkel kellene foglalkozni. 35 aktív év mondatja ezt velem, ebből az utolsó 17 évben egy 206 ágyas bőrgyógyászati osztályt vezettem a klinikán Hannoverben. Az osztály fele állami, fele önkormányzati tulajdonban van. Az andrológia, proctológia és flebológia is hozzánk tartozott, továbbá a speciális bőrrák műtéti megoldását is anesztéziában, két műtőnk segítségével végeztük az osztályon.

• **Tapasztalatai szerint hogyan működik a német biztosítási rendszer?**

Németországban mindenki biztosított valamilyen formában és ez a biztosítási kérdés magára az egészségügyi dolgozóra nem ró semmi feladatot. Azért vannak a kórház adminisztratív dolgozói, hogy ezeket ők végezzék. Egy bizonyos kereseti határ alatt mindenki **szociális biztosított**. Az átlagkeresetű jövedelem általános biztosítással jár, ami a bérekből az üzemekben vagy munkahelyeken 14,9 százalék levonást jelent, a munkaadóra és a munkavállalóra pedig fele-fele arányban jelent kötelezettséget. Ezen kívül van az **ápolásbiztosítás**, ami 1,7 százaléka a keresetnek. Az így levont összegek a tartományokhoz kerülnek, akik ebből fizetik az orvosokat – ápolókat. Adott esetben a tartományok kisegítik egymást. Az átlagkereset felett pedig létezik a **privát biztosítás**, amit Németországban a sokféleség és a versenyhelyzet jellemez. Általában három fokozat jellemzi ezeket a biztosításokat, de csak az ellátásra vonatkozik ez a megkülönböztetés és nem az orvosi-szakmai ellátásra. A különbség a két biztosítás között, hogy a privat biztosítottak előre fizetnek, amit nekik majd megtérít a biztosítójuk. Gyakorlatilag a feketén dolgozókon kívül senki nem esik ki a rendszerből, hiszen a szociális hivatal is ott van, ha valaki segélyezett. A feketén dolgozók köre büntetőjogi kategória és törvényellenes, ezzel egy törvénytisztelő állampolgár nem foglalkozik. A vendégmunkások is valamilyen formában biztosítottak, hiszen a munkavállalási engedély megadásakor a kormány biztosítja magát ezen a téren. (Magyarországon most napirenden van ez a kérdés, talán nem ártana ebből a szempontból mérlegelni a kormány szándékát, anélkül, hogy ez bármiféle agitációnak tűnne. – a szerk.)

Itt kívánom megjegyezni, hogy összességében mégis elmondható: valamennyi kórház deficittel dolgozik és vannak előre nem tervezhető kiadások, aminek képtelenség határt szabni. Hogy ki fizeti a deficitet ez központi kérdés, de mint mondtam- ez nem érinti a kórházi alkalmazottakat. Számtalan caritatív segélyszervezet és egyéb átcsoportosítás függvényeként az élet halad tovább, feltéve természetesen, hogy semmilyen büntetőjogi panama nem keresztezi a dolgot. De ezt is különböző szervezetek hivatottak ellenőrizni, úgyhogy ha baj van, az közös gondolkodást igényel.

(folytatás a 11. oldalon)

## Önkéntesek: saját elhatározásból ingyen

Lapunk hasábjain az elmúlt esztendő őszén számoltunk be arról, hogy az Egyesült Nemzetek Szervezete 2001. évet az **Önkéntesek Évének** nyilvánította. Ebből eredően hazánkban tavaly több fontos eseményre került sor, amelyhez január 23-án, a Budapesti Kongresszusi Központban megtartott **Egészségügyi Önkéntesek Találkozója**val a szak tárca is csatlakozott.

Vitathatatlan az a tény, hogy Magyarországon az egészségügyi önkéntesek tevékenységét mintegy két évezreden át először a római katolikus, később pedig a többi egyház tartotta kézben. A legelsőnek talán azt a hat szolgát tekinthetjük, akiket I. István király bocsátott a pécsváradi püspökség ispotályának rendelkezésére. Egészen 1948-ig, az úgynevezett „fordulat évéig”, amikor az egyházi rendeket erőszakosan betiltották vagy működésüket adminisztratív eszközökkel korlátozták, a hazai kórházakban, más gyógyító, valamint szociális intézményben nagyon sok apáca és protestáns diakonissza dolgozott. A civil szféra felé történő nyitás dátumának 1864-et tekinthetjük, amikor a solferinói csata után létrejött a Vöröskereszt, amely azután – a Vörös Fél-

hoddal együtt – világmozgalommá szélesedett. Ahhoz nem fűződik kétség, hogy az önkéntességnek, mint elvnek, nem tettek jót a különböző, azaz a barna és a vörös diktatúrák sem. Nem véletlen tehát, hogy hazánkban az „újranitás” a 80-as évtized végén játszódott le, amikor ismét létrejött az alapítványi jogintézmény, majd megszületett az egyesületi törvény.

**Az önkéntességnek, a saját akaratból, sőt belső indítástól fakadó, térítésmentes munkának** hatalmas társadalomformáló ereje van, amely elsődlegesen pozitív és negatív események kapcsán jut érvényre. Utóbbiakat illetően gondoljunk például a sajnálatos tisztai árvizekre. Nos, erről a potenciális összefogásról, energiáról a honi egészségügy sem mondhat le. A cél ugyanis az, hogy sok segítőt vonjanak be az egészségfejlesztés, -megőrzés, a betegség-megelőzés fontos feladatának támogatásába. Félreértés ne essék: a kórházakban, rendelőkintézetekben önkéntesen munkát vállalók nem arra törekednek, hogy az állami szolgáltatásokat helyettesítsék, netán azok hézagait töltsék be.

(folytatás a 11. oldalon)



SAJTÓIRODA

PR és Kommunikációs  
Ügynökség

2000 Szentendre, Fiastyúk u. 2.

Tel.: 06 (26) 500 638/39

Tel./Fax: 06 (26) 316 659





# Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra II.

A Látlet korábbi számában olyan, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogesetokről volt szó, amelyekben az Európai Unió legfelsőbb jogi fóruma, az Európai Bíróság hozta meg a végső ítéleteket. Ezekben az esetekben az uniós tagállamok polgárai egészségbiztosítójuk előzetes engedélye nélkül vettek igénybe más tagállamban egészségügyi szolgáltatásokat és kérték a költségek utólagos megtérítését.

## Az egészségügyi szabad piac hatása az érdekeltre

Az első ítéletet még 1998-ban hirdették ki két, egymáshoz nagyon hasonló jogesetben. A Kohl és Decker ügyekben hozott közös döntésében a bíróság elismerte az állampolgároknak azt a jogát, hogy más tagállamban vegyenek igénybe egészségügyi szolgáltatást, akár az egészségbiztosító előzetes engedélye nélkül is. (Egyébként mindkét esetben nem túl költséges ambuláns ellátásról volt szó.) Csak emlékeztetőül: a két luxemburgi állampolgár egyike szemüveget csináltatott magának Belgiumban, a másik pedig kiskorú lányát vitte fogszabályozásra Németországba.

Az ítélet hatására egy tanulmány készült, amely az egészségügyben érdekelt valamennyi fél szempontjából vizsgálta az unióban belüli szabad betegvándorlás hatásait.

Ennek a tanulmánynak azt az általunk kissé egyszerűsített táblázatát közöljük, amely a négy szabadságjog (az árak, a személyek, a szolgáltatások és a tőke szabad mozgása) egészségügyben való érvényesülésének előnyeit és hátrányait tartalmazza.

daságossági vizsgálat és az igazgatási többletköltségek miatt.

Ez a lépés nemcsak a pénztártagok számára biztosít tág lehetőségeket az egészségügyi szolgáltatók igénybevétele, és segíti a verseny kialakulását az európai egészségügyi rendszerek között, hanem mérföldkönek tekinthető a szabad európai betegpénztár választás felé is.

## Az Európai Bíróság ítéleteinek eddigi hatása

### Kórházi ellátások

Most nézzük meg, hogy mi történt a 2001. nyarán hozott ítéletek kihirdetése óta eltelt fél évben.

Emlékeztetőül: egy belga betegen (Vanbraekel ügy) olyan műtetet hajtott végre Franciaországban, amelyet akkoriban saját hazájában nem végeztek. Ő azért nem kapta meg a kezelésre az előzetes engedélyt – amely felhatalmazta volna a költségek utólagos megtérítésére –, mert a javaslatot nem egyetemi klinika orvosa készítette.

A másik két ügyben a holland betegek más tagállamban olyan terápiás eljárásban részesültek, amelynek vagy újdonságát (Geraets-Smits ügy) nem ismerte el a holland egészségbiztosító, vagy Hollandiában még csak kísérleti jelleggel végezték (Peerbooms ügy), és az érintett beteg kora miatt (46 év) nem vehetett részt benne.

A Bíróság ítéleteinek már az eltelt fél év alatt is jelentős hatása van egyes tagállamokban.

### Dánia

Dániában például az életveszélyes betegségek kezelésére vonatkozó

### Finnország

A másik véglet Finnország. Itt egyáltalán nincs hivatalos reakció az Európai Bíróság ítéleteire. Ez azért is érdekes, mert a finn betegek lehetőségei meglehetősen korlátozottak. Csak a területileg illetékes kórházhoz fordulhatnak, még az egyébként szabad kapacitással rendelkező másik hazai kórházak sem kereshetik fel. Egyetlen további lehetőségük a fizető kezelés egy magánklinikán.

### Ausztria

Ausztriában az ítéleteknek nem volt komoly kihatása, mert az osztrák betegbiztosítás a szolgáltatások költségterítésében nem tesz különbséget aszerint, hogy azokat Ausztriában vagy külföldön vették-e igénybe. Sőt, abban sem tesz különbséget, hogy a szolgáltatást az Európai Unió egyik tagállamának egészségügyi ellátója biztosította-e vagy ún. harmadik országbeli.

### Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában az Európai Bíróság ítéletei nagy publicitást kaptak a médiában. Ez érthető is, hiszen egész Európában talán itt a legrosszabb a helyzet. 1982 és 1997 között a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) kórházaiban az összes ágyak 25%-át leépítették. Ugyanebben az időszakban az egészségügyi munkahelyek (orvosi, ápolói) száma is csökkent 30%-kal, így jelenleg az 1000 lakosra jutó 2 kórházi ágygal ez az ország az utolsó az EU-ban. (Most azt tervezik, hogy két évben belül 1000 külföldi orvost és 2000 nővért toboroznak, hogy enyhítsék a munkaerőhiányt.) Ugyanakkor a betegek száma folya-

másik röviddel az ítéletek nyilvánosságra kerülése után előzetes engedély nélkül külföldön gyógyította magát. (Akkoriban a magyar sajtó is emlegette ezeket az eseteket.) Félő, hogy ha a betegek tömegesen külföldi gyógykezelést vesznek igénybe, akkor ezek költsége meghaladhatja az NHS által szervezett külföldi kezeléseket árát. Ezért az NHS lépni kényszerült. Az ítéletek kihirdetése után rövid időn belül megkereste a német kórházakat és tárgyalásokat kezdeményezett. A német kórházak körülbelül 15%-nyi szabad kapacitással rendelkeznek, és egyébként is az európai egészségturizmus célpontjai. Így számukra a brit páciensek egészségügyi ellátása előnyös lenne, hiszen plusz bevételt jelentene.

Ugyanakkor nincsenek egyértelmű jelei annak, hogy a brit kormány lényegesen többet kívánna költeni állampolgárai egészségügyi ellátására és nagy tömegek számára finanszírozná az egészségturizmust. Legfeljebb abban az esetben, ha a költségek utazással együtt is kedvezőbbek lennének külföldön, mint otthon. Ez viszont – a brit kórházszövetség véleménye szerint – a belföldi kórházak pénzügyi biztonságát veszélyeztetné. Mégis, ha csak a gazdaságossági szempontok kerülnek majd figyelembevételre a döntésnél, bizony lehetséges, hogy a jelenleg is jókora szabad kapacitásokkal rendelkező brit magánklinikák hoppnan maradnak. Arról van ugyanis szó, hogy egy angol magánklinika közel 15%-kal többet kér például egy csípőizületi műtétért, mint amennyibe ugyanez Németországban kerülne az NHS-nek. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy a németek 10 nappal hosszabb ápolási idővel számoltak, az árkülönbség még nagyobb.

### Szakmai szervezetek

Bár már hónapok teltek el az ítéletek kihirdetése óta, a szakmai szervezetek által készített részletes kommentárok és elemzések még mindig váratnak magukra. Pedig a szakmai szervezeteknek lépniük kellene, mert az Európai Bíróság ítéleteinek olyan fogalmi, mint a „túl hosszú várakozási idő” és a „nemzetközi orvostudomány által elismert kezelés” pontosabb, szakmai alapon történő meghatározást igényelnek.

Ehhez azonban nemzetközileg összehasonlítható módon meg kellene határozni a kórházak minőségi standardjait és összehasonlíthatni az európai kórházak ellátási színvonalát. Ha ezt nem teszik meg, félő, hogy nem tekintik majd őket teljes jogú partnerként a politikusok, és kevésbé vonják be őket az európai szintű egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályok kialakításába. A tagállamok zömének reagálása is várat még magára. Valószínű azonban, hogy a politikusok és az egészségügyi szektor képviselői a bírósági ítéletek következményeit másként fogják megítélni. Egy azonban biztos. Feltétlenül cselekedniük kell, ha nem akarják, hogy az Európai Unió tagállamainak egészségpolitikáját döntően az Európai Bíróság határozza meg. Ez azt jelentené ugyanis, hogy a politika és az egészségügy érintettjei kimaradnának ezen terület jövőjének alakításából, ami tudásuk és tapasztalatuk mellőzése miatt senkinek sem lenne érdeke, és nem volna az ügy előnyére sem.

### Egészségügyi dolgozók

Végül nézzük meg a harmadik egészségügyi vonatkozású ítélet (SIMAP ügy) következményeit.

### Németország

A Marburgi Szövetség, a német kórházi orvosok szövetsége már régóta

kifogásolja az orvosok túl hosszú munkaidejét, de eddig nem sok sikerrel.

Az Európai Bíróságnak az az ítélete, amely szerint az orvosok napi és heti munkaideje nem lépheti túl a 10, illetve a 48 órát, komoly jogi háttérrel bír. Ha nem történik semmi a munkaidő csökkentés érdekében, akkor a szövetség kódolási sztrájkjal fenyegetőzik. Ez azt jelentené, hogy az orvosok nem töltenének ki elszámolási nyomtatványokat, és nem kódolnának. Ezzel a betegellátás nem romlana, viszont a kórházak finanszírozása bajba kerülhet. A szövetség követeli azt is, hogy az esetet alapon alapuló finanszírozási rendszert, amely hasonló a magyar HBCS-hez (homogén betegcsoport) csak a munkaidőre vonatkozó korlátozások anyagi hatásainak figyelembe vételével együtt vezessék be.

### Franciaország

Franciaországban is változások várhatók. Itt a kórházak nem orvos dolgozó számára akarják bevezetni a 35 órás munkahetét. A probléma az, hogy már így is munkaerőhiány van, ezért a valódi munkaidő csökkentéséhez szükséges 45.000-80.000 új dolgozó beállítása minimum három évet venne igénybe. Az sem világos, hogy honnan lesz erre pénz, hiszen a kormány által biztosított összeg csak 36.000 új állásra elegendő. A további munkahelyek finanszírozása magára az egészségbiztosításra várna, de az amúgy is veszteséges.

Akár lesz elég új dolgozó, akár nem, az nyilvánvaló, hogy a rövidebb munkaidő alatt fokozott termelékenységet fognak megkövetelni, azaz ugyanazt a munkát kevesebb idő alatt kell majd elvégezni. Így a rövidebb munkaidőnek fokozott stressz lesz az ára.

## Az Európai Parlament állásfoglalása

Az Európai Parlament úgy tekint a szociális biztonságra, mint a társadalom egyik legfontosabb értékére és nem a gazdaság megterhelésének tartja. Az a véleménye, hogy az Európai Uniónak a szociális védelem terén aktívabbnak kell lennie, természetesen figyelembe véve az egyes tagállamok szociális rendszereinek különbségeit is. Ez az aktívabb szerep az unió részéről megkövetelné a szorosabb együttműködést a tagországokkal és azok szociálpolitikában érintett szervezeteivel, szövetségeivel.

Mindez azt jelzi, hogy az Európai Parlament egyetért azokkal a javaslatokkal és követelésekkel, amelyek célja, hogy a társadalombiztosítást kapcsolják az uniós alapszerződéshez, azaz legyen erősebb az uniós hatás az egészségügyet érintő döntési folyamatokban.

A Parlament úgy véli, hogy a tagországoknak az adóterheket a munkához kapcsolódó jövedelmekről más tényezőkre, például a környezetvédelemhez kapcsolódóan közismertek és nemzetközileg is elfogadottak azok az elvek, amelyek szerint „a szennyező fizet”, „a felhasználó fizet”. Ha ezeket az elveket minden tagállam következetesen alkalmazná, akkor a parlament szerint a munkából szerzett jövedelmeket terhelő egészségügyi járulékok, adók csökkenthetők lennének, ugyanakkor az egészségügyre nem költenének kevesebbet a tagállamok, mert ezen az úton pótlásuk is megoldódna.

**Dr. Czibalmos Ágnes**  
EU. szakértő

1. ábra

A szabad piac előnyei és hátrányai az egészségügy		
Szereplők	Előnyök	Hátrányok
Páciensek	Nagyobb választék Kedvezőbb árak Hozzáférhetőség határon túli egészségügyi szolgáltatásokhoz Elkerülhető várólisták Az árak különbözőségeiből fakadó előnyök (pl. gyógyszerek esetén) Folyamatos külföldi gyógykezelés lehetősége, pl. baleset után vagy nyugdíjasoknak	A piac esetleg teltetővé válik Bizonytalanság az ellátásban, ellátatlan területek alakulhatnak ki Nehéz a védekezés a túlszámlázás ellen Nincs minőségi garancia az ellátó szakudására és az ellátásra vonatkozóan Várólisták kialakulása a külföldiek miatt Nincs közvetlen számlakegyenlítés a biztosító által
Hatóságok	A versenyhelyzetből és a nagyobb választékból fakadó előnyök: pl. alacsonyabb ár A különféle testületek, tanácsok, szakszervezetek kisebb beleszólási, beavatkozási lehetősége	A külföldi ellátókat nem lehet szankcionálni, emiatt közegészségügyi előírások is sérülhetnek Az ellátás minősége nem garantálható A költségek emelkedhetnek Az ellátás tervezhetetlen, nem alkalmazkodik a lakosság szükségleteihez Növekvő igénybevétel, ami növekvő költségekhez vezet Növekvő adminisztráció az egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumok szétszórtsága miatt (nincs központi adatbank) Növekvő adminisztráció a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátások miatt
Egészségügyi szolgáltatók	A verseny és a piacnyitási előnyök: növekvő igények, nyitott piac, jobb eszközkihasználás, a minőség javul(hat)	A versenyhelyzet és a piacnyitási hátrányai: tisztességtelen verseny a külföldi szolgáltatók részéről, akiket a más tagállambeli hatóságok nem szankcionálnak A páciensek elvándorlása és/vagy rendszerellenes megjelenéseik hatása
Gyártók	A verseny és a piacnyitási előnyök: növekvő igények, nyitott piac, a minőség javul	Paralel import

Forrás: Willy Palm, Jason Nickless, Henri Lewalle, Alain Coheur: Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection system. Association Internationale de la Mutualité, 2000

Mint az várható volt, az egészségügy minden szereplője szempontjából lennének előnyei és hátrányai egy igazi, nyitott piacnak, az uniós-szerte szabad orvos- és kórházválasztásnak. De az ellátás megfelelő minőségének biztosítása komoly gondot okozna, sőt, jelenleg inkább megoldhatatlan lenne, és a finanszírozás is meg lehetőségen körülményessé válna.

### A Siemens kísérlete

Mégis úgy tűnik, hogy a Siemens egészségpénztára megkísérli az általa biztosított egyéneknek megszervezni ezt az Európa-szerte igénybe vehető ellátást. Ez a pénztár tehát igyekszik kihasználni az Európai Bíróság ítéletei által adott lehetőségeket, és szerződést köt európai egészségügyi szolgáltatókkal, sőt, európai egészségbiztosítási kártya bevezetését is tervezi. Külföldi egészségügyi ellátás igénybevétele esetén a költségtérítés az az összeg lesz, amelyet a pénztár a természetbeni szolgáltatásnál belföldön vállalt volna, mínusz 5%, a hiányzó gaz-

garanciaként tekintenek az ítéletekre, és a dán kormány már meg is állapodott az egészségügyi hatóságokkal abban, hogy 2001. szeptember elseje után egyetlen beteg sem várhat életveszélyes betegségekkel – például szívbetege, daganatos megbetegedések – két hónapnál tovább vizsgálatra egy szakorvosnál, majd ezt követően két hétnél többet a kezelésre. Ha a helyi hatóságok nem tudják ezeket a feltételeket biztosítani, akkor más területi kórházban vagy magán egészségügyi intézményben kell a beteget ellátni, ha az sem sikerül, akkor külföldi ellátást kell biztosítani számára. Egy országos információs központot is létrehozta, amely felügyeli a várakozási időket, és mutatja a szabad egészségügyi kapacitásokat az országban. A kezelési garancia tartalmazza az összes elfogadott kezelési eljárást, ezzel a dánok teljes mértékben végrehajtják az Európai Bíróság ítéleteinek rendelkezéseit.

matosan nőtt. Orvos- és ápolóhiány lépett fel, még úgy is, hogy Nagy-Britannia tradicionálisan vonza a fiatal orvosokat mind a szakmai fejlődés, (továbbképzés, szakképesítés megszerzése), mind a letelepedés szempontjából. Ez különösen igaz az írekre, de a volt gyarmatbirodalom országaiból, például Indiából is szép számmal érkeznek orvosok. A helyzet annyira súlyos, hogy a legutóbbi brit parlamenti választások kampányának központi témája az oktatásügy mellett az egészségügy volt.

A várólisták hosszúsága, a várakozási idő akár 18 hónap is lehet. Így több mint egy millió ember – köztük sok súlyos szívbeteget és daganatos megbetegedésben szenvedőt – csak abban bízhat, hogy szerencséje lesz és megéri ezt az időt. Ezalatt egészségi állapotuk folyamatosan romlik.

Nem véletlen hát, hogy a brit média sokat foglalkozott ezekkel az ítéletekkel. Ennek hatására a hosszú várólistán lévő betegek közül egyik-



# Betegelégedettségi vizsgálatok régen és ma - jelentőségük az ápolásban

**Az egészségügyi ellátás minőségének folyamatos vizsgálata, ellenőrzése javítása és fejlesztése kiemelten fontos feladat, hiszen az ellátás kimenete az emberekre hat, akiknek gyógyulási és életésélyei, életminősége függ az ellátás színvonalától. A betegek elégedettsége a minőséggel az egészségügyi ellátás minden dimenziójában (struktúra, folyamat, eredmény) rendkívül fontos komponense a minőség biztosításának, hiszen az ellátás a betegért van. A betegelégedettség mérése az egyik leggyakrabban használt módszer az ellátás minőségének megítélésére. A betegelégedettségi vizsgálatok a betegek negatív véleményeinek tendencia szintű kimutatásával rávilágítanak a gyenge pontokra, és így segítséget nyújtanak a fejlesztési irányok kijelöléséhez. Az ily módon véghezvitt fejlesztések, változtatások pedig hozzájárulnak a betegek elégedettségének javításához.**

A betegek elégedettsége nem csupán a kórház megítélése, betegforgalma szempontjából lényeges, hanem mert egyre több kutatás igazolta azt, hogy a betegek elégedettségének döntő hatása van a gyógykezelés sikerességére is. Az egészségügyre fordítható apadó, vagy legalábbis stagnáló források miatt erősödik a vita a meglévő források elosztásáról, ez erősíti a versenyt a szektor szolgáltatásai között is. Nagy valószínűséggel azok a szolgáltatások számíthatnak anyagi támogatásra, amelyek bizonyítják értékességüket. A minőségjavító intézkedések, köztük a minőségi mutatók rendszeres felhasználása, segítenek bizonyítani az ápolás értékességét, jelentőségét. Az ápolók által nyújtott szolgáltatás nagy hatással van az ellátottak közérzetére, elégedettségére. Nemzetközi tapasztalatok szerint az egészségügyi rendszerben nyújtott szolgáltatások mintegy 80 százalékát az ápolási szolgáltatáson keresztül itéli meg az ellátásban részesülő lakosság. Mivel az ápolók töltnek legtöbb időt a páciensekkel, közöttük zajlik a legtöbb interakció, ezért ennek az érintkezésnek a milyensége képezi az ápolásminőség megítélésének egyik alapját.

A minőségi mutatók mérésének egyik fontos értéke az a visszajelzés, amit általuk az ápolást végző személyzet kap. A betegelégedettség minőségi mutatói ugyan nehezen számszerűsíthetőek, s az értelmezésük is többféle lehet, de azért van néhány főbb elem, amit vizsgálni lehet. Az ANA (American Nursing Association) például az alábbi 4 féle elemet vizsgálta: **betegek elégedettsége az ápolási szolgáltatással, a fájdalomcsillapítással, az oktatási információkkal, az általában vett kezeléssel.** Az igény a betegek elégedettségének vizsgálatára már korábban is jelen volt, de a mérés körülményei, módszerei, tartalma és némileg még a célja is eltért a napjainkban szokásostól. Korábban a páciensek és az ellátó személyzet között alá-fölérendeltségi viszony volt, amely napjainkra a megváltozott társadalmi környezet, az új egészségügyi törvény, a lakosság megnövekedett és megváltozott elvárásai miatt is partneri viszonyra alakult. Emellett azonban maga az ellátás is sokat változott, így például az ápolói szakma nagyfokú önállósodási törekvései következtében az ápolói szerep is jelentős változásokon ment keresztül. A nagymértékben alárendelt ápolói helyzetből önálló döntési lehetőséggel és felelősséggel rendelkező szerepkör alakult ki, vagyis a feladatközpontú és irányított

ápolást a betegközpontú önálló ápolás váltotta fel. Ezek a pozitív változások közvetve további fejlődést indukáltak, a korábban nem rendszeres és nem tervezett betegelégedettségi felmérések tervezetté és rendszeressé váltak, amely a minőségbiztosítási rendszerek kiépítésének és valós gyakorlati működésének köszönhető leginkább. A felmérések célja is összetettebbé vált, a hajdani belülről fakadó „kíváncsiság” helyébe a minőségfejlesztéshez szükséges rendszerezett, strukturált információnyújtás igénye lépett. Ezekhez a magasabb rendű célokhoz természetes módon szükség volt a módszerek fejlesztésére is.

A kezdeti, intézményi szinten készített, gyakran csak eldöntendő kérdéseket tartalmazó kérdőíveket – amellyel ráadásul a saját személyzet kérdezte meg a betegeket, ezáltal mintegy óhatatlanul is befolyásolva a válaszokat – szakszerűbbé kellett tenni. Kórházunkban ez több, kifejezetten betegelégedettség vizsgálatára kifejlesztett kérdőív felkutatásával, elemzésével történt, a mások által leírt eredmények és tapasztalatok alapján dolgoztuk ki saját alap elképzelésünket, amelyet végül a minőségbiztosítási munkacsoport véleményezett. Tapasztalattal szolgált számunkra az is, hogy az *Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1999. május 19-én betegelégedettségi felmérést végzett az ország területén, ennek során 4009 beteg nyilatkozott kórházi benntartózkodásának körülményeiről, így a Hajdú-Bihar Megyei Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézetben is, ahol 88 beteg véleményét tárták fel. Ekkoriban már független kérdező biztosok végezték a felméréseket és a feldolgozás is számítógéppel, kódok segítségével történt. A megelőző időszakokban a célokhoz mérten az eredmények visszacsatolása sem volt mindig megfelelő, általában a pozitív dolgokat nagyította föl, és nem számolt a torzító tényezőkkel, lépések pedig csak a nagyon kirívó negatívumok kezelésére történtek. Napjainkban a felmérés eredményeinek tudományos igényű elemzése jellemző, amelyet külső értékelők végeznek el, ezek után pedig a belső értelmezés következik. Az eredmények felhasználása is tervszerűen és teljes körűen, szabályozott formában zajlik, vagyis a minőségbiztosítási tanács előkészíti a döntéseket a felsővezetők számára, a döntésekről aztán értesítést kap minden osztályvezető és dolgozó, kiemelten az őt érintő területekről, majd megtörténhet a megvalósítás.*

A betegek elégedettségének felmérésekor számtalan tényezőt szükséges vizsgálni, amelyek összességében befolyásolják a beteg véleményét a kapott ellátásról, ehhez néhány példát az 1. számú ábra mutat. Kiemelten a beteg-ápoló kapcsolat elemeinek értékelése mellett azonban van néhány fontos, nem csupán a betegelégedettségi vizsgálatokon keresztül mérhető tényező, amelyek segítségével az ápolási szolgáltatás működése elemezhető, minősége megítélhető, így például az ápolók elégedettsége, a kórházi fertőzések aránya, betegsérülések aránya, bőr épségének megőrzése, különböző szinteken képzett

ápolók aránya, ápolási órák összege betegnaponként.

Az ápolás számára a betegelégedettségi kérdőívek eredményei jelzéseket adnak, amelyek akkor érik el céljukat, ha ezután lépések történnek a hibák kijavítására, újabbak megelőzésére. Ezért fontos,

hogy az eredmények ismeretében csoportosítsuk az ápolást érintő problémákat, vizsgáljuk meg azok okait: *tartsunk megbeszélést, ötletbörzét megoldási javaslatok gyűjtésére, válasszuk ki a legmegfelelőbb lépéseket, készítsünk akciótervet a lépések megvalósítására, valószínűsítsük meg a tervet, ellenőrizzük a megvalósítást, és szükség esetén végezzük el a korrekciót!*

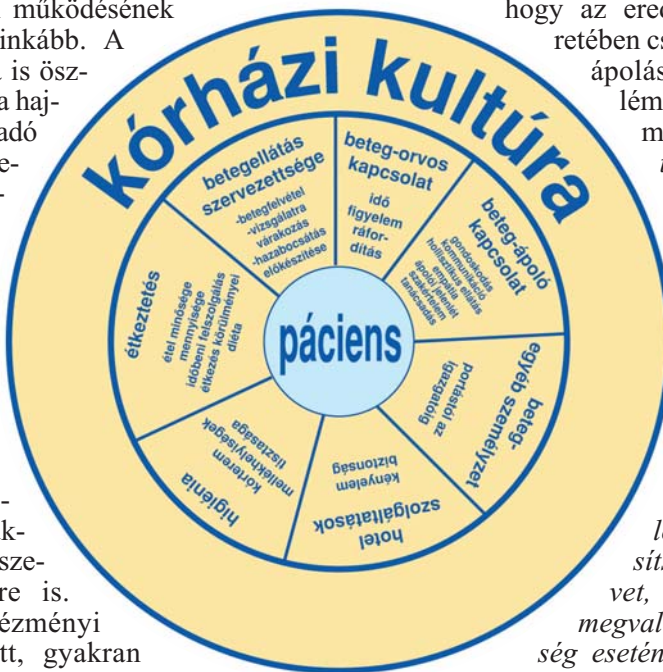
A minőségügyi rendszerek aktív működése feltételezi, hogy a kórházak menedzsmentje egyre komplexebb eszközöket fog alkalmazni a minőségi munka érdekében. Kórházunk *TÜV-tanúsítványa* szerint az *ISO 9001:1994-es szabványt* használja, azonban **2003-tól kötelezővé válik az ISO 9001:2000-es szabvány használata,**

amely olyan lényeges pontokon mutat eltérést a jelenleg alkalmazotthoz képest, mint a *kötelező vevői elégedettség mérés, dolgozói elégedettség mérés, illetve a folyamat- mutatók képzése és használata.* Ebből is látszik, hogy a szabvány tartalma egy komplex minőségügyi rendszer működtetését irányozza elő. Így a jövőben az ápolási szolgáltatás is – mint a vevői elégedettséget meghatározó egyik kulcsszolgáltatás – további komoly feladatokkal néz szembe.

**Petrikné Jakab Zsuzsa**  
ápolási igazgató  
Debrecen

„Kommunikációs stratégia a magyar kórházakban, avagy a Public Relations (PR), mint a marketingeszköz ajánlott formája ...”

(folytatás a 7. oldalon)



## HATÉKONY MEGOLDÁSOK

**A krónikus sebekkel bajlódó betegek életminősége jelentősen romlik. Számuk sajnos szaporodik. A betegek nagy része alapbetegségénél fogva az egészségügyi ellátórendszer látóterében van, így ellátásuk biztosított.**

Néhányuk gondjáról csupán egy-két hozzátartozó vagy ismerős tud, így sebgyógyulásuk esélye minimális.

**Pedig számtalan megoldás biztosított. Adott a jogi lehetőség, miszerint a legjellemzőbb nehezen gyógyuló, krónikus sebekhez társadalombiztosítási támogatással receptre írható a kötszerek is. A kórházon kívüli ellátó rendszereknek is (családorvos, otthonában kezelt betegek házi szakápolási hálózata, járóbeteg szakellátás, hospice, egyéb szociális területek, stb.), így módjában áll a legmodernebb eszközöket alkalmazni. Adott az ellátók felkészültsége.**

**Ismertetőnkkel a folyamatos változásokra, újdonságokra hívjuk fel most a figyelmet, mert a hónapokig-évekig elhúzódó sebgyógyulás esetében ezek alkalmazása újabb lehetőség a gyógyítók kezében.**

A kötszerek korábban fedő funkciót láttak el a bőr folytonossági hiánya, a seb felszín tetején. A külvilág ártalmaitól ma is védeni kell azt, de a funkciók kiszélesedtek, mondhatni multifunkcionálisak lettek.

**A megfelelően kiválasztott kötési feladata: Védelem a külső kontaminációtól (bőrbaktériumok), a környezet mechanikus ingeritől (ruha dörzsölésétől, nem kívánatos hőhatásoktól). Szekrénum felszívása és megtartása, optimális feltételeket biztosítása a sebgyógyuláshoz a nedves sebbezelés révén.**

**Gyorsítsa a sebgyógyulást, hogy kevesebb táppénz, kevesebb életminőségi hátrány legyen. A fájdalmat csökkentse vagy szüntesse meg. Ne okozzon a betegnek kellemetlenséget, komfortérzetet, mozgásszabadságát egyáltalán nem vagy csak minimális mértékben befolyásolja.**

### NEM ILLÚZIÓ A FENTIEKNEK TÖRTÉNŐ MEGFELELÉS!

**Magyarországon is elérhető, hozzáférhető az a kötszercsalád, amellyel a fenti szakmai és életminőségi elvárásoknak meg lehet felelni. A Mölnlycke Health Care által gyártott és forgalmazott kötszercsalád neve: TENDRA. Sebtiltó kötszereink (lapok, gélek, alginátok): MESALT, NORMLÉL, HYPERGÉL, MELGISORB és MELGISORB CAVITY. A gélek és alginátok jelentősége azóta fokozódott, amióta orvos-szakmailag bizonyított a nedves sebbezelés (hydro) előnye. A feltisztított sebalapra különböző abszorpciós kötések és a sebvédelem funkcióját maximálisan biztosító kötszereinket ajánljuk, ezek: MEPORE, MEPORE PRO, MESOFT, FILMULIN, MESORB, ALLDRESS, ill. MEPITEL, MEPILEX, MEPILEX BORDER.**

**Rögzítésre is alternatívát nyújtunk, választható megoldások: MEFIX vagy MEFILM.**

A fenti speciális kötszerek alkalmazását könnyen elsajátíthatják az egészségügyi dolgozók, mert prezentációkon, kötözési gyakorlatokon, kredit pontos oktatási formában megtaníthatjuk alkalmazását annak a főszempontnak megfelelően, hogy **eredményt akkor érhetünk el, ha a megfelelő helyre alkalmazzuk a megfelelő anyagot!** Külön kiemeljük a TENDRA kötszercsalád azon termékeit, amelyek SAFETAC jelzéssel kerültek forgalmazásra. A SAFETAC egy egyedülálló és szabadalmaztatott szilikon technológia, amely megváltoztatja a kötözés módját, azáltal, hogy minimalizálja a fájdalmat és traumát. Szelektív mikrotapadást biztosít a sebet körülvevő száraz bőrön anélkül, hogy az a nedves sebbe ragadna. Ezzel teszi lehetővé a zavartalan sebgyógyulást és válik költséghatékonyá! Biztosítja a nedves sebmilőt, redukálja a maceráció rizikóját, nem hagy maradványokat a seben, elkerülhető vele az epidermisz károsodása, nem okoz allergiás reakciókat.

A fenti pozitív tulajdonságok miatt alkalmazzák hatékonyan a klinikákon és kórházakban különböző manuális szakmákban, s a krónikus sebek kezelésében. Népszerűségük nemcsak a plasztikai/égési osztályokon nagy, hanem az Ulcus centrumokban és rehabilitációs osztályokon. A decubitusos betegek ellátása tekintetében számtalan tanulmány és előadás mutatja be eredményes alkalmazását. 2001. áprilistól felírhatóvá vált a MEPITEL szilikonháló, így otthoni körülmények között is alkalmazható.

**Sokoldalú felhasználhatósága miatt reméljük, hogy Ön is sikereket tud elérni a sebgyógyulás minden fázisában speciálisan alkalmazható SAFETAC kötszereinkkel: a MEPITEL-lel, a MEPILEX-szel, a MEPILEX BORDER-rel. A hipertrófikus sebek és keloidok kezelésére a MEPIFORM Safetac termékünket ajánljuk.**

Keresse termékeinket és kérdés esetén cégünket a 06 (1) 477-3080-as budapesti telefonon.



# Az egészségügyi ellátás finanszírozása 2002-ben

A gyógyító megelőző ellátások kiadásai 2001-ben 13,6 százalékkal haladták meg a 2000. évi költségvetési előirányzat lehetőségeit. Valamennyi szolgáltatás – kivéve a CT, MRI diagnosztika és a betegszállítás – díjtétele növekedett.

A múlt évben több olyan új finanszírozási elem épült a rendszerbe, amely a 2002. évben kedvező lehetőségeket biztosít a szolgáltatói kör számára.

2002-re a gyógyító-megelőző kassza előirányzatainak növekedése 80 milliárd forint. Ez az előző évhez viszonyítva közel 20 százalék növekedésnek felel meg. A növekményből 30,4 milliárd forint a 2000. év végén jóváhagyott 2002-es évi költségvetés növekménye, a többi a 2001. év végén beépülő 10,6 milliárd forint 2002. évi automatizmusának kormány által jóváhagyott összege. (Lásd 1. sz. melléklet.)

Néhány jelentős, erre az évre kiható változás 2001-ben:

A **háziorsvosi szolgálat** finanszírozása 2001-ben új fix költséggel, az ún. területi kiegészítő díjazással bővült, amellyel a beteg felkeresésének költségeit kívánjuk támogatni. A bevételek 2002-ben ezen a címen 1,7 milliárd forinttal lesznek magasabbak a 2001. évinél. A TAJ kártyák után fizetett teljesítmény elszámolás díjtétele dinamikusan, évente több mint 10 százalékkal növekedett. Ma egy pont értéke meghaladja a 125 Ft-ot, míg 2000-ben ez az összeg 102 Ft volt.

A **fogászati ellátás** kasszája 2001-ben 16 százalékkal volt magasabb az előző évinél, mert az év végén bevezetésre kerülő térítésmentes fogmegtartó kezelés költségfedezetével együtt a bevételek átlagosan 16 százalékkal növekedtek.

A **járóbeteg szakellátás** teljesítmény finanszírozásának forrása egy év alatt jelentősen növekedett. A 2001. évi 61,3 milliárd forintos kiadás 18,7 százalékkal magasabb az előző évinél. Ekkora arányú növekedést egyetlen szakterület sem tudhat magáénak e 2 év viszonylatában.

A **fekvőbeteg-ellátás** részesedése a finanszírozásból évek óta 61-62 százalék. A tárca a fekvőbeteg-ellátó intézetek helyzetének javítása érdekében az év végén több mint 7 milliárd forinttal növelte az intézményi bevételi lehetőségeket. Ennek eredményeként 2001-ben a 174 fekvőbeteg-ellátó intézmény közül 96 intézet – amelyek bevételi részaránya 58-59 százalék – ért el inflációt meghaladó mértékű bevétel-növekedést. Közülük 20 intézmény 20 százalékot is meghaladó mértékűt. (Lásd 2. sz. melléklet.)

2. A járóbeteg kassza pontértékének 0,85-ről 0,98 forintra emelése mintegy 6 milliárd forintos növekményt vetített előre ez évre.

3. A térítésmentes fogmegtartó kezelések 2002. évi költségvetése több, mint 4 milliárd forint.

4. A művese-kezelések esetszám-növekedésből adódó kapacitás-fejlesztésének fedezete a 2001-es 400 millió forintról 2002-re 1,1 milliárd forintra emelkedik.

Említést érdemlő tényező a fekvőbeteg-ellátó intézményi kör pénzügyi helyzetének alakulása, amely az utóbbi napokban sajtóvisszhangot is kiváltott. 2002 januárjában átlagosan 15,7 százalékkal haladja meg az intézmények bevétele az előző év azonos hónapjainak bevételét. Ez – a 2 százalékos járulékmértékcsökkenés figyelembevételével – a létszám és bérgezállás költség-növekedésének biztos

A gyógyító-megelőző ellátások 2000. és 2001. évi teljesítése és 2002. várható kiadása 1.sz.melléklet

Megnevezés	2000. évi teljesítés	2001. évi teljesítés	2002. évi összes forrásigény	2001/2000	2002/2001
	millió Ft	millió Ft	millió Ft	%-ban	%-ban
1. Háziorsvosi, háziorsvosi ügyelet ellátása összesen	36.607,6	41.137,6	45.464,1	112,4%	110,5%
2. Védőnő-, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	8.333,5	9.235,1	11.675,6	110,8%	126,4%
3. Fogászati ellátás	10.409,1	12.078,4	16.172,7	116,0%	133,9%
4. Gondozóintézetek gondozás összesen	8.154,1	9.500,6	8.608,5	116,5%	90,6%
5. Betegszállítás, és orvosi rendelvényű halottszállítás összesen	3.687,0	4.173,5	4.816,5	113,2%	115,4%
6. Járóbeteg szakellátás	51.607,0	61.260,1	75.163,9	118,7%	122,7%
7. CT, MRI	7.056,9	7.842,2	9.823,2	111,1%	125,3%
8. Művesekezelés	10.143,0	11.606,4	13.031,8	114,4%	112,3%
9. Otthoni szakápolás	1.274,4	1.462,8	1.613,7	114,8%	110,3%
0. Fekvőbeteg szakellátás összesen	222.753,4	249.944,2	297.620,6	112,2%	119,1%
1. Működési költségvetés	0,0	0,0	350,6		
2. Felmentéssel, végkielégítéssel járó kiadások	475,0	243,7	583,7	51,3%	239,5%
3. Célelőirányzatok összesen	706,0	1.821,8	5.392,4	258,0%	296,0%
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>361.207,0</b>	<b>410.304,4</b>	<b>490.317,3</b>	<b>113,6%</b>	<b>119,5%</b>

A Célelőirányzatok 2001. évi teljesítési adata tartalmazza a munkahelyi pótlék jogcímen kifizetett 755,6 millió forintot is.

A Gyógyító-Megelőző Ellátások kasszáinak pontértékei és alapjai 2.sz.melléklet (2000 - 2002 január)

Teljesítés ideje	Kifizetés ideje	Művese alapdíj	CT, MRI pontérték	Járóbeteg pontérték	Fekvőbeteg		Betegszállítás havidíj	Fogászat pontérték	Házi szakápolás alapdíj	Háziorsvosi pontérték
					orsz.aktív alapdíj	krónikus napidíj				
2000 Szeptember	2000 December	19.106,10	1,08	0,85	73 677**	2.900	56,88	1,83	1.900	102,41
<b>Átlagos telj. 2000.évben</b>		<b>18.902,31</b>	<b>1,13</b>	<b>0,81</b>	<b>74.700</b>	<b>2.833</b>	<b>63,54</b>	<b>1,75</b>	<b>1.875</b>	<b>102,39</b>
2001 Szeptember	2001 December	17.594,74	1,00	0,98	95.000	3.300	54,02	3,19	2.000	116,81
<b>Átlagos telj. 2001.évben</b>		<b>19.004,10</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90</b>	<b>92.390</b>	<b>3.150</b>	<b>59,21</b>	<b>2,18</b>	<b>2.000</b>	<b>114,46</b>
2001 Október	2002 Január	21.231,17	0,99	0,98	95.000	3.300	70,62	2,64	2.100	125,25
November	Február				100.000	3.500				

\* A 2001. évi adatok nem tartalmazzák az év végén kifizetett kasszamaradványok djemelő hatását.  
\*\* 2000. december hónapban az aktív fekvőbeteg szakellátás meghirdetett országos alapdíja 75.500 forint volt.

Külön érdemes megemlíteni, hogy a 10,6 milliárd múlt évi fedezetre kialakított finanszírozási elemek közül új:

1. A háziorsvosi és fogorvosi ellátás finanszírozásában az eszköz és ingatlanhasználati díj, amely igényléshez és feltételekhez kötött forrás. 2002-ben az éves költségfedezete 4,4 milliárd forint.

2. A munkahelyi bérpótlék 2001-ben módosított szabályozásából eredő forrásigény 6 milliárd forint az idén.

3. A traumatológia teljesítmény-elszámolási normatívájának emelése mintegy 5 milliárd forint többletet jelent ebben az évben.

Ugyanebből a forrásból az egyes díjtételek emelésére fordított pénzeszköz jelentős helyzet-javító elem.

(Lásd 3. sz. melléklet.)

Fekvőbeteg szakellátás bevételeinek változása (a 2001. illetve a 2000. évi 1 havi átlag alapján) (kassza szintű) 3.sz.melléklet

Bevétel változás az előző év %-ában	Intézetek száma	Bevétel megoszlása, %
-5,0 alatt	6	1,2
-0,1 - -5,0 között	6	2,4
Változatlan	1	0,1
0,1 - 5,0 között	18	10,1
5,1 - 10,0 között	47	27,5
10,1 - 20,0 között	76	52,6
20,0 felett	20	6,1
<b>Összesen</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

1. Az aktív fekvőbeteg ellátás alapdíja tavaly 90 ezerről 95 ezer forintra, majd idén februártól 100 ezer forintra emelkedik. A krónikus fekvőbeteg-ellátás alapdíja 3100-ról 3300 forintra, februártól 3500 forintra nő. Mindez 2002-ben 25 milliárd forintos kiadási növekménnyel jár.

## A Magyar Köztársaság Kormánya és Románia Kormánya között aláírt Egyetértési Nyilatkozat egészségügyi vonatkozásai

Az Egyetértési Nyilatkozatban foglaltak a (Nyilatkozatban rögzített speciális feltételek alapján biztosított) magyarországi munkavállaláshoz kapcsolódóan keletkeztetnek egészségügyi ellátással kapcsolatos jogosultságot a román állampolgárok részére.

Az Egyetértési Nyilatkozat rendelkezései alapján Magyarországon munkát vállaló román állampolgár – a Magyarországon legális alkalmazott bármely más személlyel megegyező módon – az általános társadalombiztosítási szabályok hatálya alá kerül. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a munkavállaló és hazai munkáltatója az általános szabályok alapján köteles járulék- és adófizetési kötelezettségét teljesíteni. Másrészt, a járulékfizetéssel a munkavállaló jogosultságot szerez az egészségbiztosítás ellátására, szintén az általános szabályok alapján. A munkavállaló családtagjai közül az eltartott közeli hozzátartozó is jogosultságot szerez az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira, amennyiben a munkavállalóval együtt, családi együttélés biztosítása céljából kiadott tartózkodási engedéllyel tartózkodik Magyarországon.

A szomszédos államokban élő magyarokról szóló 2001. évi LXII törvényben, valamint az Egyetértési Nyilatkozatban foglaltak nem érintik azokat a jogosultságokat, amelyeket a Budapesten, 1961. szeptember 7-én aláírt magyar-román szociálpolitikai egyezmény biztosít. Az egyezmény alapján – jogszerű ideiglenes magyarországi tartózkodása alatt – a román állampolgár jogosult a sürgősségi egészségügyi ellátás igénybevételére a magyar fél költségén. Az egyezmény alkalmazása során a Magyarországon legálisan munkát vállaló román állampolgár már eddig is a Magyarországon élő személyekkel azonos elbírálás alá esett a társadalombiztosítási szabályok alkalmazása szempontjából.

A hatályos hazai jogszabályok – megfelelő végrehajtás esetén – biztosítják azt, hogy kizárólag az adott munka elvégzéséhez megfelelő egészségi állapotú, a munkavégzésre alkalmas személyt alkalmazzon a munkáltató. Azaz a munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha a foglalkozás-egészségügyi szakorvos az adott munka elvégzésére alkalmasnak találja, és az erre vonatkozó igazolást kiállítja. Az egészségügyi megfelelőségről előzetes, illetve – meghatározott munkakörökben – időszakos orvosi vizsgálat alapján kell dönteni. Így valamennyi Magyarországon munkát vállaló személyt munkaköri alkalmassági vizsgálatnak kell alávetni.

A szomszédos államokban élő magyarokról szóló törvény, valamint az Egyetértési Nyilatkozat által biztosított munkavállalási lehetőséggel várhatóan a munkavégzésre alkalmas, aktív korú, jó egészségi állapotú, az átlagosnál kisebb egészségbiztosítási kockázatú személyek fognak élni. A hazai biztosítottakra vonatkozó statisztikai adatokon alapuló becslések szerint a 35 év alatti munkavállaló egészségügyi ellátásának átlagos havi költsége mintegy 2000 Ft, a 35 és 50 év közötti munkavállalóé mintegy 4 400 Ft. Ugyanakkor a munkavállaló 50 000 Ft/hó minimálbéren történő foglalkoztatása esetén az Egészségbiztosítási Alap bevétele havi 11. 500 Ft.

A szomszédos államokban élő magyarokról szóló törvény, valamint az Egyetértési Nyilatkozat által biztosított munkavállalási lehetőséggel várhatóan a munkavégzésre alkalmas, aktív korú, jó egészségi állapotú, az átlagosnál kisebb egészségbiztosítási kockázatú személyek fognak élni. A hazai biztosítottakra vonatkozó statisztikai adatokon alapuló becslések szerint a 35 év alatti munkavállaló egészségügyi ellátásának átlagos havi költsége mintegy 2000 Ft, a 35 és 50 év közötti munkavállalóé mintegy 4 400 Ft. Ugyanakkor a munkavállaló 50 000 Ft/hó minimálbéren történő foglalkoztatása esetén az Egészségbiztosítási Alap bevétele havi 11. 500 Ft.

fedezete és tartalmaz dologi kiadás-növekedést is.

(Lásd. 4. sz. melléklet.)

Gyógyító-megelőző ellátások kifizetése 4.sz.melléklet

Év/Hónap	Összes kifizetés	Fekvőbeteg szakellátás
2001. január	33 504,8	20 879,4
2002. január	39 670,1	24 153,7
<b>Index (2002/2001)</b>	<b>118,4 %</b>	<b>115,7 %</b>

Év/Hónap	Összes kifizetés	Fekvőbeteg szakellátás
2001. február	33 509,2	20 283,1
2002. február	40 000,0	24 356,6
<b>Index (2002/2001)</b>	<b>119,4 %</b>	<b>120,1 %</b>

Az ellátások 2002. évi fedezete az alábbiak szerint tartalmazza a költségvetési előirások szerinti kiadások forrásigényét:

1. a minimálbér 50 ezer forintra történő emelésének fedezete 15 milliárd forint, amely megközelítőleg 100 ezer egészségügyi dolgozót,

2. a közalkalmazotti illetménytáblázat szerinti kötelező 7,75 százalékos béremelés fedezetigénye 13-15 milliárd forint,

3. az egyéb, így a dologi kiadások inflációt követő növekményének fedezetéül mintegy 45-50 milliárd forintos előirányzat növekedés szolgál 2002-ben. Ez a 2001. év végén beépülő 10,6 milliárd forint automatizmusából származik.

EüM - Sajtóiroda

## Ön dönt,

hogy személyi jövedelemadójának egy százalékával segíti-e lapunk megjelenését.

**PARASZOLVENCIA MENTES GYÓGYÍTÁSÉRT  
KÖZHASZNÚ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPÍTVÁNY**

Adószám: 18041332-1-01

Támogatását köszönjük!



# 2001. évi CVII. törvény

## az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról \*

Annak érdekében, hogy a többszektörűvé vált egészségügyi ágazatban az egészségügyi közszolgáltatások és az orvosi tevékenység hatékonyan szolgálják az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben meghatározott célok valóra válását és ezáltal elősegítsék a lakosság egészségi állapotának javulását, továbbá az egészségügyi dolgozók helyzetének javítását, az Országgyűlés a következő törvényt alkotja:

### BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK

1. § E törvény hatálya az egészségügyi közszolgáltatásokra, az azokat nyújtó egészségügyi intézményekre, az egészségügyi közszolgáltatás nyújtását szolgáló vagyontárgyakra, továbbá az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozókra terjed ki.

2. § (1) E törvény alkalmazásában  
a) egészségügyi közszolgáltatás: a részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás,  
b) orvosi tevékenység: minden olyan önállóan, felügyelet nélkül gyakorolható egészségügyi szolgáltató tevékenység, amelynek végzését jogszabály orvosi (fogorvosi) végzettséghez köti,  
c) progresszív ellátás: a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló egészségügyi intézményrendszerre épülő, a betegek egészségi állapotának összes jellemzője által meghatározott szinten nyújtott ellátás,  
d) teljes egészségügyi szakfeladat: a külön jogszabály szerinti egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel ellátható egészségügyi szakterülethez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége,  
e) egészségügyi részfeladat: a teljes egészségügyi szakfeladaton belül.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl e törvény alkalmazásában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. §-ában foglalt fogalom-meghatározásokat kell figyelembe venni.

### I. AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLTATÁSRÓL VALÓ GONDOSKODÁS

#### Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás

3. § (1) Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás magában foglalja különösen:  
a) a progresszív ellátás adott szintjének megfelelő egészségügyi közszolgáltatás nyújtásának szervezését,  
b) a közszolgáltatást nyújtó állami (önkormányzati) egészségügyi intézmények fenntartását, valamint  
c) a közszolgáltatás finanszírozását.

(2) Az egészségügyi közszolgáltatás biztosításáról az állam  
a) a helyi önkormányzatok,  
b) az Egészségügyi Minisztérium,  
c) az egészségügyi közintézményt fenntartó minisztériumok (a továbbiakban együtt: ágazati minisztérium), illetve  
d) az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató felsőoktatási intézmények (a továbbiakban a /d/ pont alattiak együtt: egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv), valamint  
e) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) útján gondoskodik.

(3) Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás keretében  
a) a helyi önkormányzatok feladatainak az e törvényben meghatározott szakmai szabályok, valamint a külön jogszabályban foglaltak szerint tesznek eleget,  
b) az Egészségügyi Minisztérium feladata – a külön jogszabályban meghatározott kötelezettségeken túl – azokra az egészségügyi közszolgáltatásokra terjed ki, amelyek a progresszív ellátás felső szintjein elhelyezkedő országos és/vagy regionális feladatot, illetőleg speciális ellátási igényt elégítenek ki.  
c) Az ágazati minisztériumok feladata – a külön jogszabályban foglaltak szerint – első sorban az adott ágazat munkavállalóinak, szol-

gálati jogviszonyban lévő dolgozóinak, illetve igényjogosultjainak az ágazat jellegéből adódó egészségügyi ellátására terjed ki,  
d) az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató felsőoktatási intézmények feladatkörére a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvényben, valamint a 13-15. §-okban foglaltakat kell alkalmazni,  
e) az OEP feladatköréről külön jogszabály rendelkezik.

(4) Bármely egészségügyi szolgáltató – a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően – jogosult egészségügyi közszolgáltatás nyújtására, amennyiben az OEP-pel finanszírozási szerződést köt.

4. § (1) Amennyiben az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv egészségügyi ellátási kötelezettségeit nem saját tulajdonában vagy fenntartásában lévő egészségügyi intézmény útján látja el, az ellátás megfelelő színvonalú teljesítése, illetve az ellátás biztonsága érdekében az egészségügyi szolgáltatóval a 6-7. § szerinti szerződést köt.

(2) Az az egyház, amely a Magyar Köztársasággal, illetve annak Kormányával egészségügyi ellátásra is kiterjedő megállapodást kötött vagy köt, a megállapodásban foglalt feltételekkel a 6-7. § szerinti szerződések megkötése nélkül jogosult egészségügyi közszolgáltatás nyújtására.

5. § (1) A 6-7. § szerinti szerződés megkötésére vonatkozó szándékot – a (4) bekezdésben foglalt kivétellel – nyilvános pályázat útján kell meghirdetni. Az újabb szerződés megkötésére vonatkozó pályázatot legkésőbb a szerződés lejártá előtti hat hónappal kell meghirdetni.

(2) A pályázat elbírálása során – érintettségük esetén – ki kell kérni:  
a) a területileg illetékes megyei (fővárosi) orvosi, illetve gyógyszerész kamarának,  
b) az érintett betegek érdekképviseleti szervezeteinek,  
c) a kórházi felügyelő tanácsnak,  
d) az egészségügyi intézmény szakmai vezetőtestületének,  
e) az egészségügyi dolgozók országos szakmai szervezete helyi képviselőit, valamint – a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően – érdekképviseleti szervezeteinek a véleményét.

(3) A pályázat elbírálása során figyelembe kell venni:  
a) a pályázó szakmai felkészültségét, illetve – már működő pályázó esetén – tapasztalatait,  
b) az ellátási biztonságát szavatoló tényezőket,  
c) az ellátás színvonalának emelését szolgáló befektetéseket,  
d) az alkalmazottak továbbfoglalkoztatására vonatkozó kötelezettség-vállalást, illetőleg  
e) már működő pályázó esetén a pályázó korábbi tevékenységére vonatkozó, a pályázati kiírásban meghatározott szakmai mutatókat.

(4) Nem kell nyilvános pályázatot hirdetni, ha a közszolgáltatás nyújtására a 4. § hatálya alá nem tartozó más közintézmény útján, az egészségügyi alapellátás körében vagy egyházi tulajdon visszadásával összefüggésben kerül sor.

#### Feladat-ellátási szerződés

6. § (1) Feladat-ellátási szerződést kell kötni azzal az egészségügyi szolgáltatóval, amely az egészségügyi közszolgáltatást az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv tulajdonában lévő létesítményben és/vagy eszközökkel nyújtja.

(2) A szerződés kötelezően tartalmazza:  
a) a területi ellátási kötelezettség pontos megjelölését,  
b) az ellátandó feladatok tételes meghatározását,  
c) a feladatok ellátásának színvonalát mérő mutatókat,  
d) az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által rendelkezésre bocsátott létesítmények és eszközök jegyzékét,  
e) a létesítmény-fenntartási (üzemeltetés és

rendes karbantartás, illetőleg állagmegóvás és felújítás) kötelezettségek tartalmát,  
f) a gép-, műszer és egyéb állóeszközök fenntartására, felújítására és pótlására vonatkozó rendelkezéseket, ide értve az értékcsökkentéssel kapcsolatos költségviselés kérdését is,  
g) a közszolgáltató által alkalmazott munkavállalók további foglalkoztatásával kapcsolatos kérdéseket,  
h) a szerződés felmondásának szabályait, beleértve a felmondási időt és annak garanciáját, hogy a folyamatos ellátás biztosítása nem szenved sérelmet,  
i) a feladatot ellátó azon kötelezettségét, hogy évente betérjessze a vele szerződött egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv részére pénzügyi és vagyommérlegét, valamint  
j) a feladatot ellátó kötelezettségét, miszerint amennyiben tartozása és egyéb kötelezettség vállalása 60 napon belül nem kerültek kiegyenlítésre, erről haladéktalanul értesíti a vele szerződött egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szervet.

(3) Eltérő megállapodás hiányában az egészségügyi szakellátás körében a (2) bekezdés e), f) pontjai szerinti kötelezettségek a közszolgáltatásról gondoskodó szervet terhelik.

#### Feladat-átvállalási szerződés

7. § (1) Feladat-átvállalási szerződést kell kötni azzal a 6. § (1) bekezdésének hatálya alá nem tartozó egészségügyi szolgáltatóval, amely az egészségügyi közszolgáltatást a nem saját tulajdonában vagy használatában levő létesítményben és eszközökkel nyújtja.

(2) A szerződés kötelezően tartalmazza – az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által rendelkezésre bocsátott létesítmények és eszközök jegyzékének kivételével – a 6. § (2) bekezdésében meghatározottakat.

(3) Ha a feladat-átvállalási szerződés keretében, illetve ahhoz kapcsolódóan a közszolgáltatás nyújtására szolgáló ingatlan is értékesítésre kerül, akkor a 10. §-ban foglaltakat is alkalmazni kell.

#### A szerződés-kötés közös szabályai

8. § (1) A 6-7. §-ok szerinti szerződés legalább három, de legfeljebb huszonöt évre, az alapellátás körében kötött szerződés határozatlan időre köthető meg.

(2) Nem köthető a 6-7. §-ok szerinti szerződés azzal a vállalkozással vagy nonprofit szervezettel, amely gyógyszer, illetve orvostechikai eszköz gyártásával, forgalmazásával foglalkozik, valamint amelynek tagjai között közvetlenül vagy más vállalkozáson keresztül közvetetten gyógyszergyártó és forgalmazó, illetve orvostechikai eszközt gyártó és forgalmazó vállalkozás van.

(3) Az alapellátás kivételével a 12. § (3) bekezdése szerinti egészségügyi közintézmény, egyház, továbbá közhasznú szervezet köthet feladat-ellátási, illetve feladat-átvállalási szerződést.

(4) A törvény 6-7. §-ai, illetőleg 9. §-a szerinti szerződés megköthető a működési engedéllyel még nem rendelkező jogi személlyel, jogi személyiséggel nem rendelkező társasággal, illetve természetes személlyel is azzal, hogy a szerződés csak a működési engedély jogerőre emelkedésével válik érvényessé.

#### Alvállalkozói szerződés

9. § (1) A 6-7. §-ok szerinti szerződést megkötő egészségügyi szolgáltató a szerződésben felsorolt egészségügyi közszolgáltatások ellátására további szerződést (a továbbiakban: alvállalkozói szerződés) csak az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv előzetes hozzájárulásával köthet. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató alvállalkozói szerződést kíván kötni, az erre irányuló ajánlatot az adott szolgáltatást nyújtó egészségügy dolgozóknak köteles megtenni. Az érintett egészségügyi dolgozók 30 napon belül nyilatkoznak szerződés kötési és egészségügyi szolgáltatóvá válási

szándékukról. Az egészségügyi szolgáltató az ajánlattal megegyező feltételekkel más egészségügyi szolgáltatóval akkor kötheti meg az alvállalkozói szerződést, ha az érintett egészségügyi dolgozók nyilatkozata nemleges vagy a szerződés megkötésére irányuló szándéknyilatkozat ellenére sem jött létre alvállalkozói szerződés.

(2) Nem köthető alvállalkozói szerződés:  
a) az intézeti gyógyszerár működtetésére, továbbá  
b) azzal a vállalkozással vagy nonprofit szervezettel, amely gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz gyártásával, forgalmazásával foglalkozik, valamint amelynek tagjai között közvetlenül vagy más vállalkozáson keresztül közvetetten gyógyszert, illetve gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó vállalkozás van.

(3) Az egészségügyi szolgáltató alvállalkozói szerződést – a (4)-(5) bekezdésben foglalt kivétellel – csak teljes egészségügyi szakfeladat ellátására köthet.

(4) A külön jogszabályban foglalt feltételek fennállása esetén részfeladat ellátására is köthető alvállalkozói szerződés, amennyiben az az egészségügyi szolgáltatás egységes színvonalát, folyamatosságát és biztonságát nem veszélyezteti.

(5) A szakellátás körében a területileg vagy időben elkülönülő részfeladat ellátására is köthető alvállalkozói szerződés azzal az egészségügyi szolgáltatóval, amelynek tagjai a szerződés megkötésének időpontjában kizárólag az adott szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozók közül kerülnek ki, ide értve az egyéni egészségügyi vállalkozót is.

(6) Alvállalkozásba adásnak minősül minden olyan szerződés, amelyet az egészségügyi szolgáltató valamely egészségügyi közszolgáltatás ellátása érdekében más egészségügyi szolgáltatóval köt. Az alvállalkozói szerződésében meghatározott egészségügyi közszolgáltatás ellátására további alvállalkozói szerződés nem köthető.

(7) Az (1)-(6) bekezdésekben foglalt rendelkezéseket az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv tulajdonában álló, illetve az általa fenntartott egészségügyi szolgáltatóra is megfelelően alkalmazni kell.

#### Az egészségügyi célvagyon

10. § (1) A közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által egészségügyi közszolgáltatás nyújtására értékesített ingatlan vagyontárgy egészségügyi célvagyonnak minősül, kivéve ha a vagyontárgy megszerzője egy másik egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv.

(2) Az egészségügyi célvagyon az egészségügyi közszolgáltatás nyújtásán túlmenően a szabad kapacitások kihasználása érdekében kizárólag csak egészségügyi szolgáltatás nyújtására és azzal összefüggő feladatok ellátására használható, illetve hasznosítható.

(3) Az egészségügyi célvagyon tulajdonosa az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szervnél kezdeményezheti, hogy az eredeti vagyontárgy helyére új vagyontárgy kerüljön. Az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv akkor adja ehhez hozzájárulását, ha az új vagyontárgy működtetése legalább változatlan színvonalon biztosítja az adott közszolgáltatás nyújtását, továbbá területi elhelyezkedése a közszolgáltatás igénybevevői számára nem jelent aránytalan sérelmet. A hozzájárulás megadása esetén és feltéve, hogy az egészségügyi hatóság véleménye szerint az új vagyontárgy megfelel a jogszabályi feltételeknek, az eredeti vagyontárgy célvagyon jellegének törlése mellett az új vagyontárgy minősül egészségügyi célvagyonnak.

(4) Amennyiben azért nem indokolt az egészségügyi célvagyonon jelleg fenntartása, mert az adott egészségügyi közszolgáltatási feladat megszűnt vagy más formában kerül ellátásra, és ennek tényét az egészségügyi



# 2001. évi CVII. törvény

## az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról \*

hatóság igazolja, az egészségügyi szolgáltató kezdeményezi az ingatlan célvagyoni jellegének törlését az ingatlan-nyilvántartásból.

(5) Az egészségügyi célvagyon felszámolási eljárás során történő értékesítése esetén az (1) bekezdés szerinti közszolgáltatásokról gondoskodó szervet, illetőleg az általa kijelölt egészségügyi közszolgáltatót elővásárlási jog illeti meg. Ha az elővásárlási jog jogosultjai e jogukkal nem élnek, akkor az ingatlan az egészségügyi célvagyon minősítés törlése mellett értékesíthető.

(6) A vagyontárgy egészségügyi célvagyoni jellegét, továbbá az (5) bekezdés szerinti elővásárlási jogot az ingatlan-nyilvántartásba be kell jegyeztetni.

### II. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK

#### Az egészségügyi szolgáltatók típusai

11. § Az egészségügyi szolgáltatók egészségügyi intézmény, valamint egészségügyi egyéni vagy – egészségügyi intézménynek nem minősülő – társas vállalkozás formájában látják el tevékenységüket.

#### Az egészségügyi intézmények

12. § (1) Az egészségügyi intézmény egészségügyi közintézmény, egyházi egészségügyi intézmény vagy egészségügyi magánintézmény lehet.

(2) Azt az egészségügyi intézményt, amelyben az állam vagy a helyi önkormányzat a többségi tulajdonnal rendelkezik, és b) közszolgáltatást nyújt, e törvény alkalmazása szempontjából egészségügyi közintézménynek kell tekinteni.

(3) Szakellátást nyújtó egészségügyi közintézmény – törvény eltérő rendelkezése hiányában – az alábbi szervezeti formákban működhet:

- központi költségvetési szerv,
- helyi önkormányzati költségvetési szerv,
- közhasznú társaság.

(4) Egyházi egészségügyi intézménynek minősül a külön törvénynek megfelelően egyházi jogi személyként működő egészségügyi intézmény.

(5) Egészségügyi magánintézménynek minősül az intézmény, amely nem tartozik a (2) vagy (4) bekezdés hatálya alá.

#### Az egészségügyi közintézmény szakmai fejlesztési programja

13. § (1) Az egészségügyi közintézmény – a külön jogszabályokban meghatározott szakmai és egyéb feltételeknek megfelelően – a szakmai fejlesztési programban (a továbbiakban: fejlesztési program) foglalt keretek között működik. A fejlesztési program ötéves időtartamra szól.

(2) A fejlesztési program tartalmazza:

- a gyógyító-megelőző feladatok összetételének változtatásával,
- a jelentősebb felújításokkal és fejlesztésekkel,
- a humán erőforrások fejlesztésével, valamint
- d) a minőségbiztosítással és minőségfejlesztéssel összefüggő koncepciókat, valamint szám-szerűen is megalapozott terveket.

(3) A fejlesztési program elkészítéséről az egészségügyi intézmény vezetése gondoskodik. Az elkészítés során ki kell kérni az egészségügyi hatóságok, valamint a kórházi felügyelő tanácsnak, a területileg illetékes megyei (fővárosi) orvosi, illetve gyógyszerészeti kamarának, a megyei egészségbiztosítási pénztárnak, továbbá az érintett szakmai és betegek képviselő szervezeteknek a véleményét is.

(4) A fejlesztési programot fel kell terjeszteni jóváhagyás céljából az illetékes egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szervhez (3.§), valamint a jóváhagyást követően tájékoztatás céljából az Egészségügyi Minisztériumhoz.

(5) Nem kell fejlesztési programot készíteni a kizárólag alapellátást nyújtó egészségügyi intézményben.

#### Egyetemi klinika

14. § (1) Az egyetemi klinika az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató egyetem (a továbbiakban: egyetem), illetve az egyetem által létrehozott klinikai központ keretében működtetett olyan szervezeti egység, amely a progresszív ellátás felső szintjén és a területi ellátási kötelezettség keretében nyújtott gyógyító-megelőző feladatainak keresztül biztosítja az adott szakterület – elméleti és gyakorlati képzését is magába foglaló – graduális, illetve postgraduális oktatását (tancélú betegellátás).

(2) Az egyetemi klinika szakterületét illetően kapcsolatot tart más egészségügyi intézményekkel, részt vesz az orvostudomány adott ágának elméleti és gyakorlati fejlesztésében, illetve a területen kutatómunkát végez.

(3) Az egészségügyi intézmény a klinika elnevezés használatára csak az (1)-(2) bekezdésekben foglaltak teljesítése esetén jogosult.

15. § (1) Az egyetem a hozzá tartozó egyetemi klinikák gyógyító-megelőző feladatainak ellátására – az oktatási miniszter előzetes hozzájárulásával – egyetemi klinikai központot (a továbbiakban: klinikai központ) alapíthat.

(2) A klinikai központ közhasznú társaságként hozható létre. A klinikai központban az egyetemen kívül üzletrészt – az egyetem döntésétől függően – csak a klinikai központ betegellátó tevékenységében érdekelt helyi önkormányzat, minisztérium, valamint az egyetemi klinika betegellátó tevékenységében részt vevő munkavállaló szerezhethet azzal, hogy az államnak a többségi üzletrésszel és a taggyűlésen leadható szavazatok több mint felével kell rendelkeznie.

#### Oktató kórház és oktató kórházi osztály

16. § (1) Az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés gyakorlati szakmai ismereteit – az egyetemen kötött szerződés alapján – olyan egészségügyi intézmény is nyújthatja, amely nem minősül egyetemi klinikának.

(2) Az (1) bekezdés szerinti egészségügyi intézmény az egyetem döntése alapján használhatja az „oktató kórház” elnevezést.

(3) Amennyiben a képzési feladatokat csak az egészségügyi intézmény egyes szervezeti egységei látják el, az (1)-(2) bekezdésben foglalt szabályok értelemszerű alkalmazásával ezen szervezeti egységek jogosultak az „oktató kórházi osztály” vagy az „oktató kórházi egység” elnevezés használatára.

#### Az egészségügyi vállalkozás

17. § (1) Az egészségügyi vállalkozások körében egészségügyi szolgáltatás egyéni egészségügyi vállalkozóként vagy társas vállalkozási formában nyújtható.

(2) Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő és a külön jogszabályokban meghatározott szakképzettséggel rendelkező személy jogosult egyéni egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatására.

(3) Az egyéni egészségügyi vállalkozó érvényes működési nyilvántartásban szereplő és a külön jogszabályokban meghatározott szakképzettséggel rendelkező személy jogosult egyéni egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatására.

(4) Az egyéni egészségügyi vállalkozó a vállalkozási tevékenységéből eredő kötelezettségeiért teljes vagyonaival korlátlanul felel.

(5) Az egyéni egészségügyi vállalkozó nem lehet más vállalkozás korlátlanul felelős tagja.

(6) Társas egészségügyi vállalkozás a hatályos jogszabályoknak megfelelő szervezeti formákban, érvényes működési engedély és felelős-

ségbiztosítási szerződés birtokában folytatható.

(7) A társas egészségügyi vállalkozás jogosult a nevében az „orvosi praxisközösség” elnevezés használatára, feltéve, hogy tagjai között kizárólag csak orvosok (fogorvosok) vannak.

### III. AZ ORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉNEK FORMÁI

18. § Orvosi, fogorvosi (a továbbiakban együtt: orvosi) tevékenység

- alkalmazott orvosként,
- szabadfoglalkozású orvosként, valamint
- vállalkozó orvosként látható el.

#### Alkalmazott orvos

19. § (1) Az alkalmazott orvos orvosi tevékenységet munkajogviszony, közalkalmazotti jogviszony, köztisztviselői jogviszony vagy szolgálati jogviszony keretében folytathat.

(2) Az alkalmazott orvos jogviszonyára az adott jogviszonyra vonatkozó külön jogszabályok rendelkezései irányadóak.

(3) Az alkalmazott orvos szabadfoglalkozású orvosi tevékenységet nem folytathat. Ez a korlátozás nem vonatkozik arra az orvosra, aki alkalmazotti jogviszonyt nem orvosi tevékenységre létesített.

(4) Az alkalmazott orvos a munkakörébe tartozó feladatok tekintetében az őt alkalmazónál egészségügyi vállalkozóként (további jogviszonyban) nem folytathatja tevékenységét.

#### Szabadfoglalkozású orvos

20. § (1) Szabadfoglalkozású orvosnak minősül az az orvos, aki szerepel az orvosok működési nyilvántartásában, orvosi szakirányú szakképesítéssel rendelkezik, továbbá a (2) bekezdés szerinti szerződéseket megkötö.

(2) Orvosi tevékenységet a szabadfoglalkozású orvos akkor folytathat, ha érvényes felelőségbiztosítási szerződése van, és a 21-22. §-ok szerinti orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést kötött.

(3) A szabadfoglalkozású orvos tevékenységét – az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződésben meghatározott keretek között – szakmailag önállóan, saját felelőségre végzi.

(4) A szabadfoglalkozású orvos által nyújtott egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben a betegnek okozott kárért közvetlen módon az egészségügyi szolgáltató felel.

(5) A szabadfoglalkozású orvos részére a külön jogszabály szerinti működési engedély beszerzésére nincs szükség.

(6) Ha e törvény vagy ennek végrehajtására kibocsátott rendelet, illetve az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés másként nem rendelkezik, a szabadfoglalkozású orvos jogaira és kötelezettségeire, továbbá felelőségére a Polgári Törvénykönyv megbízására vonatkozó rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

#### Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés

21. § (1) Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés az egészségügyi szolgáltató és a szabadfoglalkozású orvos, illetve a szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség (23.§) között jön létre orvosi és ahhoz kapcsolódó tevékenység ellátására. Ilyen szerződést az egészségügyi szolgáltató egyéni egészségügyi vállalkozó orvossal (17.§) is köthet.

(2) A szabadfoglalkozású orvos kizárólag olyan orvosi tevékenység végzésére kötheti meg a szerződést, amelyre nézve szakirányú szakképesítéssel rendelkezik.

(3) Amennyiben a szabadfoglalkozású orvos szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség tagjaként végzi tevékenységét, az orvosi tevé-

kenység ellátásáról szóló szerződést rá is kiterjedő hatállyal a praxisközösség köti meg. A praxisközösség által kötött szerződésre a 22. §-ban foglalt rendelkezéseket megfelelően alkalmazni kell.

22. § (1) Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést írásba kell foglalni.

(2) A szerződés tartalmazza:

- az egészségügyi szolgáltató, illetve a szabadfoglalkozású orvos nevét és székhelyét (lakóhelyét),
- a megbízás tárgyát képező orvosi tevékenység pontos meghatározását,
- a megbízás időtartamát,
- az orvosi tevékenység végzésének helyét,
- az orvosi tevékenység végzésének idejét,
- f) az egy naptári évre kötelezően elrendelhető, illetőleg önként vállalt ügyeleti és készenléti számra, továbbá az ügyeletet követően pihenőidő biztosítására vonatkozó megállapodást,
- g) az orvosi tevékenység végzésének személyi és tárgyi feltételeit,
- h) a szabadfoglalkozású orvos és az intézmény vezetése közötti munkakapcsolatot,
- i) a szabadfoglalkozású orvos és az intézményben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók közötti munkakapcsolatot (utasításadási jog, együttműködési kötelezettség, stb.)
- j) a megbízási díjat (ide értve az ügyeleti és készenléti számra vonatkozó díjazást is), illetve a díj kifizetésének idejét és módját, valamint
- k) a szerződés megszüntetésére, a felmondásra vonatkozó szabályokat, továbbá a felmondási idő tartamát.

(3) Kormányrendelet a szerződés tartalmi elemeire további részletes szabályokat állapíthat meg, amelyektől eltérni csak a felek megállapodása esetén lehet.

(4) Eltérő megállapodás hiányában az orvosi tevékenység ellátásához szükséges egyéb személyi feltételeket, a tárgyi feltételeket, valamint a biztonságos munkavégzés feltételeit az egészségügyi szolgáltató térítésmentesen biztosítja.

(5) Eltérő megállapodás hiányában a szerződés határozatlan időtartamra jön létre.

(6) A szerződés közös megegyezéssel, felmondással vagy azonnali hatályú felmondással szüntethető meg.

(7) A szerződést mind az orvos, mind az egészségügyi szolgáltató felmondással megszüntetheti. A felmondás időtartama – az azonnali hatályú felmondás esetét kivéve – három hónapnál, határozott időre megkötött szerződés esetén hat hónapnál rövidebb nem lehet. Ha a határozott időre megkötött szerződést az egészségügyi szolgáltató mondja fel, az orvos, – az azonnali hatályú felmondás esetét kivéve – egyévi, illetőleg amennyiben a szerződésből hátralevő idő ennél rövidebb, a hátralevő időre jutó megbízási díjra jogosult.

(8) A szerződést bármelyik fél írásban, részletes indokolással azonnali hatállyal felmondhatja, ha a másik fél jogszabályból vagy a szerződésből származó lényeges kötelezettségét szándékosan vagy súlyos gondatlansággal jelentős mértékben megszegi.

(9) Kormányrendeletben foglalt feltételekkel – az OEP bevonásával – olyan szerződés is köthető, amely szerint a szabadfoglalkozású orvos díjazásáról – az egészségügyi szolgáltató teljesítményigazolása alapján – közvetlenül az OEP gondoskodik.

(10) A (6)-(8) bekezdésekben foglalt rendelkezésektől érvényesen eltérni nem lehet.

#### Szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség

23. § (1) Szabadfoglalkozású orvosi praxisközösséget közkereseti társaság formájában két vagy több szabadfoglalkozású orvos alapíthat. Praxisközösség tagja csak szabadfoglalkozású orvos lehet.

(2) A szabadfoglalkozású orvosi praxisközös-



# 2001. évi CVII. törvény

## az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról \*

ség tagja köteles a praxisközösség által végzett orvosi tevékenységben – a társasági szerződésben foglaltaknak megfelelő – személyes közreműködésre. A praxisközösség tagjának személyre szóló felelősségbiztosítási szerződéssel kell rendelkeznie.

### Szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész

24. § (1) Az egészségügyi intézményben foglalkoztatott gyógyszerész alkalmazott gyógyszerészként vagy szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészként láthatja el tevékenységét.

(2) Két vagy több szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészi munkaközösséget hozhat létre.

(3) A szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészre, illetve a szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészi munkaközösségre az e törvény szabadfoglalkozású orvosra, illetve szabadfoglalkozású orvosi praxisközösségre vonatkozó rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

(4) E törvény rendelkezéseinek megfelelő alkalmazásával szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész és szabadfoglalkozású orvosi praxisközösséget is létrehozhat.

### ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

25. § (1) E törvény – a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel – 2002. március 31. napján lép hatályba, azzal, hogy a 21. – 22. § szerinti szerződés alapján orvosi (gyógyszerész) tevékenység csak 2003. január 01. napjától folytatható.

(2) E törvény 9. §-ának (2) bekezdése 2002. január 01. napján lép hatályba.

(3) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti:

a) az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, valamint az egyes törvények és törvényerejű rendeletek hatályon kívül helyezéséről szóló 1990. évi XXII. törvény 32-33. §-ai,

b) a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 2000. évi költségvetéséről szóló 1999. évi CIX. törvény 23. §-a, továbbá 24. §-ának (6) és (10) bekezdése,

c) a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai 1998. évi költségvetéséről szóló 1997. évi CLIII. törvény 59. §-a,

d) a Magyar Orvosi Kamaráról szóló 1994. évi XXVIII. törvény (a továbbiakban: MOKtv.) 43. §-a,

e) az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) 1. § (2) bekezdésének a) pontjából az „és külön törvényben meghatározott esetben a kezelőorvos” szövegrész, továbbá a 3. § (5) bekezdése.

(4) Az e törvény hatálybalépése előtt megkötött és a törvény szerint egészségügyi közszolgáltatás alvállalkozásba adására irányuló szerződéseket 2003. június 30-ig felül kell vizsgálni és a 9. § (3)-(4) bekezdéseiben foglalt rendelkezésekkel összhangba kell hozni. 2003. július 01-jétől az e törvény, illetve a végrehajtási rendeleteiben foglalt előírásoknak meg nem felelő szerződések érvényüket veszítik, illetve az e szerződések alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatások tovább nem finanszírozhatók.

(5) A magán-tevékenység végzésre vonatkozó működési engedéllyel rendelkező orvosokra, fogorvosokra, gyógyszerészekre, klinikai szakpszichológusokra, valamint egészségügyi szakdolgozókra 2003. január 01-jétől az egyéni egészségügyi vállalkozóra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

(6) A területileg illetékes orvosi kamara az e törvényben számára biztosított véleményezési jogot az erre irányuló megkereséstől számított tizenöt napon belül gyakorolja. E határidő leteltét követően vélelmezni kell a kamara beleegyező véleményét.

(7) A települési önkormányzatok a 26. § n) pontban meghatározott rendeleteiket e törvény hatálybalépésétől számított 3 hónapon belül alkotják meg.

26. § E törvény hatálybalépésével egyidejűleg:

a) A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (a továbbiakban: Sztv.) 3. §-ának 17. a9 pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[17. Egyéni vállalkozó: az a magánszemély, aki az egyéni vállalkozói igazolványa alapján vállalkozási tevékenységet végez, az igazolványában feltüntetett vállalkozási tevékenysége tekintetében, továbbá ettől függetlenül is] „a) az a magánszemély, aki külön jogszabály alapján egészségügyi és szociális vállalkozást, egyéni vállalkozó orvosi, klinikai szakpszichológusi, továbbá magánállatorvosi, illetve egyéb egészségügyi, szociális vagy gyógyszerészi magán-tevékenységet folytat.”

b) Az Sztv. 16. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„16. § (1) Önálló tevékenység minden olyan tevékenység, amelynek eredményeként a magánszemély bevételhez jut, és amely e törvény szerint nem tartozik a nem önálló tevékenység körébe. Ide tartozik különösen az egyéni vállalkozó, a mezőgazdasági őstermelő, a bérbeadó, a szabadfoglalkozású orvos, a választott könyvvizsgáló tevékenysége, a gazdasági társaság magánszemély tagja által külön szerződés szerint teljesített mellékszolgáltatás, ez utóbbinál feltéve, hogy a tagnak a bevétele érdekében felmerült költségét a társaság a költségei között nem számolja el.”

c) A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 4. § b) pontjának 2. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[b) Egyéni vállalkozó:]

„(2) a külön jogszabály alapján egészségügyi és szociális vállalkozást, egyéni vállalkozó orvosi, klinikai szakpszichológusi, továbbá magánállatorvosi, illetve egyéb egészségügyi és szociális, gyógyszerészi magán-tevékenységet folytató természetes személy (a továbbiakban együtt: egészségügyi vállalkozó),”

d) A felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Ftv.) 3. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) Az egészségügyi tudományterületen a (2) bekezdés a) pontja szerinti feltételek teljesülésénél – az egyetem és az egyetemi klinikai központ között létrejött megállapodásnak megfelelően – az egyetemi klinikai központ keretében foglalkoztatottakat is figyelembe kell venni.”

e) Az Ftv. 11. §-ának (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) A nem felsőoktatási intézménnyel történő együttműködés – az egyetemi klinikai központ, az oktató kórház (oktató kórházi osztály), valamint a (4) bekezdésben foglalt eset kivételével – a felsőoktatási intézmény feladatai közé tartozó képzés ellátására nem irányulhat.”

f) Az Ftv. 116. §-ának (2)-(5) bekezdései helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(2) Az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjai – ennek hiányában a felsőoktatási intézmény – az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződésben foglaltak szerint.

a) egészségügyi szolgáltatást nyújtanak az ellátási területükhöz tartozó biztosítottak számára,

b) ellátják a jogszabályokból és a progresszív betegellátásból rájuk táruló feladatokat.

(3) Az egészségügyi miniszter ágazata tekintetében koordinálja az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjaiban – ennek hiányában a felsőoktatási intézményben – folytatott:

a) betegellátó tevékenységet,

b) a tancélú gyógyító-megelőző tevékenységet,

c) ágazati kutató-fejlesztő tevékenységet, kivéve a 9/E. § (1) bekezdésében foglalt előirányzatot,

d) egészségmegelőző tevékenységet,

e) regionális ellátási tevékenységet.

(4) Az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjai – külön jogszabályban

meghatározott esetben a felsőoktatási intézmény – részt vesznek a szakorvos-, a szakfogorvos-, a szakgyógyszerész, klinikai szakpszichológus, népegészségügyi szakember képzésében, beleértve a más felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi szak- és továbbképzését is. E képzéseket az egészségügyi miniszter koordinációval segíti.

(5) A földművelésügyi és vidékfejlesztési miniszter ágazata tekintetében koordinálja és – külön jogszabályban meghatározott kivételekkel – finanszírozza az agrár felsőoktatási intézményekben folytatott:

a) ágazati kutató-fejlesztő tevékenységeket, kivéve a 9/E. § (1) bekezdésében foglalt előirányzatot,

b) a gazdálkodást segítő szaktanácsadási, valamint a gyakorlati képzési tevékenységet és annak fejlesztését, kivéve a 9/B. § (2) bekezdésében foglalt előirányzatot,

c) a növényi és állati járványos betegségeket megelőző tevékenységet és annak fejlesztését,

d) a vidék- és területfejlesztési tevékenységet.”

g) A MOKtv. 2. § (1) bekezdésének f) pontja a következő fh) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOKf) véleményezési jogot gyakorol]

„fh) a szabadfoglalkozású orvosok, illetve az orvosi praxisközösség és az egészségügyi intézmény között létrejövő orvosi tevékenység ellátásának részletes szabályairól szóló jogszabályról.”

h) A MOKtv. 2. § (1) bekezdésének i) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[2. § (1) A MOK]

„i) ajánlást ad a szabadfoglalkozású orvosi tevékenységért járó díjtételek, valamint az egyes orvosi szolgáltatások egészségügyi szolgáltatók által megállapított díjtételei alsó határait.”

i) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése az alábbi új o) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOK]

„o) a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően a háziorvos részére működtetési jogot állapíthat meg.”

j) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése a következő p) ponttal egészül ki

[2. § (1) A MOK]

„p) legkésőbb 2002. október 31. napjáig megállapítja – az orvosnak az alkalmazotti jogviszonyban folytatott tevékenységére is figyelemmel – a szabadfoglalkozású orvos és a vállalkozó orvos által teljesíthető munkavégzési, ügyeleti és készenléti időre vonatkozó felső határokat.”

k) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése a következő q) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOK]

„q) egyeztetést folytat a kormányzati szervekkel a szabadfoglalkozású orvosok közfinanszírozás körébe eső díjtételeinek tárgyában, valamint a szabadfoglalkozású orvos (szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség) és az egészségügyi intézmény közötti orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés általános szerződési feltételeinek kialakításában.”

l) Az ingatlan-nyilvántartásról szóló 1997. évi CXVI. törvény (a továbbiakban: Inyvtv. 9. §-ának (1) bekezdése az alábbi v) ponttal egészül ki:

„v) az ingatlan egészségügyi célvagyonai jellege.”

m) Az Inyvtv. 17. §-ának (2) bekezdés második

mondata helyébe az alábbi szövegrész lép:

„ (2) Az l)–v) pontokban meghatározott tények feljegyzésének elmaradása esetén a jogosult azokat nem érvényesítheti a jóhiszemű harmadik jogszerzővel szemben.”

n) Az Öotv. 2. § (1)-(2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„2. § (1) A háziorvos önálló orvosi tevékenységet – akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve – csak személyesen folyathat az önkormányzat által meghatározott háziorvosi körzetben, a működtetési jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedésétől.

(2) A működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység – törvényben meghatározott kivétellel – csak a települési önkormányzat rendelkezésében meghatározott háziorvosi körzetben folytatható.”

27. § Felhatalmazást kap a Kormány, hogy rendeletben határozza meg:

a) a feladat-ellátási szerződések és a feladatátvállalási szerződések pályáztatásával és pályázatok elbírálásával kapcsolatos részletes szabályokat,

b) az egyetemi klinikai központ alapításával, megszüntetésével, működésével, valamint az egyetem és az egyetemi klinikai központ együttműködésével kapcsolatos speciális részletszabályokat,

c) az egyéni egészségügyi vállalkozóként végezhető egészségügyi szakfeladatok és egészségügyi részfeladatok körét, valamint

d) az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés részletes szabályait.

28. § Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy rendeletben határozza meg:

a) az egészségügyi közintézmények vezetőjének és vezetőhelyetteseinek képesítési követelményrendszerét, illetőleg a vezetői megbíztatás betöltése érdekében kiírt pályázat részletes eljárási szabályait,

b) az egészségügyi közszolgáltatások alvállalkozásba adásának szakmai feltételeit,

c) az országos és/vagy regionális feladatkört jelentő egészségügyi közszolgáltatások körét, illetve regionális feladatkör esetében ezek földrajzi lehatárolását,

d) az egészségügyi közintézmények szakmai fejlesztési programjára vonatkozó szakmai szabályokat, valamint

e) az egészségügyi közintézmények működési rendjére, szakmai vezetőtestületére vonatkozó szabályokat.

Mádl Ferenc s.k. Dr. Áder János s.k.

a Köztársaság elnöke az Országgyűlés elnöke

(\*A törvényt az Országgyűlés a 2001. december 18-i ülésnapján fogadta el.)

„... A kórházi PR tevékenység feladata, hogy az intézmény érdekeinek és célkitűzéseinek megfelelő, kedvező irányba befolyásolja környezetének szereplőit, s a biztonságos, stabil működéshez szükséges szakmai és anyagi háttér megteremtését, fenntartását elősegítse. A PR az egyik legjelentősebb kommunikációs eszköz az intézmény jó hírnevének, a bizalomnak kiépítésére és megtartására. Rövid és hosszú távú biztonságos működésének nélkülözhetetlen eleme, ezért folyamatos, tervezett kommunikációt, interaktív információcserét, kapcsolatrendszert jelent. A PR mindig elémelő, tervezett, tudatos tevékenységet, nem pedig követő, az események után reagáló magatartást jelent.”

(folytatás a 8. oldalon)



# Törvényértelmezés

## Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról és az orvosi tevékenység formáiról szóló 2001. évi CVII. törvényhez:

A törvény hatálya kiterjed az önkormányzatok által fenntartott egészségügyi intézményekre is. Bármely egészségügyi szolgáltató jogosult egészségügyi közszolgáltatás nyújtására, amennyiben az OEP-pel finanszírozási szerződést köt.

A törvény első része 2002. január 1. napján, a szabadfoglalkozású orvosra, és az orvosi praxisközösségre vonatkozó rendelkezései pedig 2003. január 1. napján lépnek hatályba.

A közszolgáltatásról gondoskodó szerv a tulajdonos önkormányzat. Lehetőségei: saját tulajdonában, fenntartásában lévő egészségügyi intézmény útján látja el (4.§) a közszolgáltatást, vagy:

**I. Feladat ellátási szerződés** (6. §) keretében külső (nem általa fenntartott, illetve nem a tulajdonában lévő) egészségügyi szolgáltatóval teljesít, vagy

**II. Feladat átvállalási szerződést** (7. §) köt. Az utóbbi esetben is külső szolgáltatóval, az eltérés az, hogy a I. esetben a közszolgáltatás céljára szolgáló létesítmény az önkormányzat tulajdonában áll.

**Nem köthető szerződés** olyan gazdasági társasággal vagy közhasznú társasággal (vállalkozással, nonprofit szervezettel), amely:

- gyógyszergyártással, -forgalmazással,
- orvostechnikai eszköz gyártással, -forgalmazással foglalkozik,
- tagjai között közvetlenül vagy más vállalkozáson keresztül közvetlenül gyógyszergyártó és -forgalmazó, illetve orvostechnikai eszközt gyártó és forgalmazó vállalkozás van.

Az egészségügyi szolgáltató részéről további ún. **alvállalkozói szerződés** (a teljes eü. szakfeladatra) a tulajdonos önkormányzat előzetes hozzájárulásával köthető.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató alvállalkozói szerződést kíván kötni, erre irányuló ajánlatot az adott szolgáltatást nyújtó eü. dolgozóknak köteles megtenni (9. §).

A törvény kizárja ugyanakkor az alvállalkozói szerződést:

- intézeti gyógyszerártra,
- és olyan vállalkozással/nonprofit szervezettel, amely gyógyszer, gyógyászati segédeszköz gyártás, forgalmazásban érintett (közvetlenül vagy közvetetten ilyen vállalkozása van).

**Részfeladatra** külön jogszabályban foglalt feltételek esetén lehet alvállalkozói szerződést kötni (4. bek.).

**A szakellátás körében** a területileg vagy időben elkülönülő részfeladat ellátására is köthető ilyen szerződés.

A törvény hatálybalépése előtt megkötött és a törvény szerint egészségügyi közszolgáltatás alvállalkozásba adására irányuló szerződéseket 2003. június 30-ig felül kell vizsgálni.

A törvény hangsúlyozza a **célvagyon** fogalmát, tehát a közszolgáltatás nyújtására szolgáló ingatlan vagyontárgy csak e célra használható (10. §).

Szakellátást nyújtó egészségügyi közintézmény lehetséges **szervezeti formái**:

- helyi önkormányzati költségvetési szerv,
- közhasznú társaság.

A gyógyintézmények átalakítása a tulajdonosok elhatározásán alapulhat.

Az egészségügyi közintézmény számára **szakmai fejlesztési program** készítését írja elő a törvény. (A program ötéves időtartamra szól. – 13. §)

**Orvosi tevékenység**

- a) alkalmazott orvosként,
- b) szabadfoglalkozású orvosként, valamint
- c) vállalkozó orvosként látható el.

**Alkalmazott orvos** (19. §): orvosi tevékenységet munkajogviszony, közalkalmazotti jogviszony vagy szolgálati jogviszony keretében folytathat. Szabadfoglalkozású orvosi tevékenységet nem folytathat.

**Szabadfoglalkozású orvos**-nak (20. §) minősül az az orvos, aki szerepel az orvosok működési nyilvántartásában és orvosi szakvizsgá-

val rendelkezik. Tevékenységét szakmailag önállóan, saját felelősségére végzi. A tevékenysége során a neki felróható módon az egészségügyi szolgáltatónak okozott kárért teljes felelősséggel tartozik. Az egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben a betegnek okozott kárért a szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmény felel.

A szabadfoglalkozású orvos kizárólag olyan orvosi tevékenység végzésére kötheti meg a szerződést, amelyre nézve szakvizsgával rendelkezik.

**Egyéni egészségügyi vállalkozó:** (17. §) Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő és a külön jogszabályokban meghatározott szakképzettséggel rendelkező személy jogosult egyéni egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatására. Érvényes működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában a saját nevében és saját felelősségére nyújtja az engedélyében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokat. A vállalkozási tevékenységéből eredő kötelezettségeiért teljes vagyonával korlátlanul felel.

A **vállalkozó orvost** leginkább az különbözteti meg a szabadfoglalkozású orvostól, hogy a vállalkozó orvosnak működési engedéllyel kell rendelkeznie, azaz neki kell biztosítania az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges tárgyi feltételeket is. Ezzel szemben a **szabadfoglalkozású orvos** úgy végezhet önálló orvosi tevékenységet, hogy nem neki, hanem a vele szerződésben álló egészségügyi szolgáltatónak kell a tárgyi feltételeket megteremtenie. **Az orvosi tevékenység ellátásáról szerződést** (21. §) az egészségügyi szolgáltató és a szabadfoglalkozású orvos, illetve az orvosi praxisközösség között jön létre orvosi és ahhoz kapcsolódó tevékenység ellátására. Ilyen szerződést az egészségügyi szolgáltató vállalkozó orvossal is köthet.

A törvény az egészségügyi intézmények átalakulásának, valamint a lehetséges orvosi tevékenységi formák bővítésének a lehetőségeit általánosságban szabályozza, a részletes szabályok a végrehajtási rendeletekbe kerülnek. Így **kormányrendelet** fogja szabályozni:

- a **feladatellátási szerződések és a feladatátvállalási szerződések pályázatásával** és a pályázatok elbírálásával kapcsolatos részletes szabályokat,
- az **egy orvos által – tevékenysége ellátásának formájától függetlenül – teljesíthető munkavégzési, ügyeleti és készenléti időre vonatkozó szabályokat**, valamint
- az **orvosi tevékenység ellátására vonatkozó szerződés** részletes szabályait.

**Egészségügyi miniszteri rendelet** fogja szabályozni a következő kérdéseket:

- az egészségügyi közintézmények vezetőjének és vezetőhelyetteseinek **képesítési követelményrendszerét**, illetőleg a vezetői megbízás betöltése érdekében kiírt **pályázat részletes eljárási szabályait**,
- az egészségügyi közszolgáltatások **alvállalkozásba adásának szakmai feltételeit**,
- az országos és/vagy regionális feladatkört jelentő **egészségügyi közszolgáltatások körét**, illetve regionális feladatkör esetében ezek földrajzi lehatárolását,
- az egészségügyi közintézmények **szakmai fejlesztési programjára vonatkozó szakmai szabályokat**, valamint
- az egészségügyi közintézmények működési rendjére vonatkozó szabályokat.

A részletszabályok, végrehajtási rendeletek hiányában is **lényeges változásokat mutat a törvény**.

Egyrészt a kórházak szempontjából lehetővé teszi a **közhasznú társasággá alakulást**, másrészt adott kórház (és rendelőintézet) számára az egészségügyi tevékenységet végzőkkel való **kapcsolatok formáit is módosítja**. A rendeletek kiadása előtt is rögzíti már a törvény, hogy a betegnek okozott esetleges kárért a szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmény felel, függetlenül attól, hogy a tevékenységet közalkalmazott vagy szabadfoglalkozású orvos végezte (a Ptk. alapján ugyanis a kórház választotta ki a megbízottjait, értük ő felel). Elméletileg a beteggel szembeni kártérítési felelősség **rendeztetését** követően a kórház igényét tovább háríthatja (követelheti a kártérítési összeg megtérítését) a felróhatóan eljáró szabadfoglalkozású orvosra. Ez további bizonyítást igényel.

Változatlanul szabályozatlanul hagyja az új jogszabály is az orvosszakmai felelősségbiztosítást, holott a szélesebb egészségügyi intézményi formák, valamint a lehetséges orvosi formák kibővülése mind a betegek, mind az egészségügyi szolgáltatók érdeke védelmében az egészségügyi felelősségbiztosítás törvényi szabályozását igényelné. Az 1997. évi CLIV. törvény ezt egyébként kötelezettségként elő is írta a jogalkotó számára.

A törvény az **egészségügyi intézmények számára ír elő** alapvetően **kötelezettségeket**. Így például fő szabályként az orvosi tevékenység ellátásához szükséges egyéb személyi feltételeket, a tárgyi feltételeket, valamint a biztonságos munkavégzés feltételeit az egészségügyi szolgáltató térítésmentesen biztosítja.

Lényeges jogosultságokat biztosít a MOK számára. Például a MOK ajánlást ad a szabadfoglalkozású orvosi tevékenységért járó díjtételek, valamint az egyes orvosi szolgáltatások egészségügyi szolgáltatók által megállapított díjtételeinek alsó határait.

A törvény nem igazán tér ki az intézményi formák változásának **pénzügyi-gazdasági hátterére**. Az adóssághkezelésre, a finanszírozás átalakulására nem ad megoldást. Továbbá a leginkább lehetséges tőkebefektetők körét, gyógyszer és orvostechnikai eszközök gyártóit, forgalmazóit kifejezetten kizárja a közreműködésből. Nincs szó a törvényben arról sem, hogy az amortizációs költségeket az egészségbiztosító a finanszírozásban elismerné.

A kórházról törvény által „ajánlott megoldás”-ban a kórházak átalakulhatnak kht-vá az orvosok pedig vállalkozóként (akár gazdasági társaságként) vagy szabadfoglalkozású orvosként végezhetik munkájukat.

A törvény lehetőségeinek felhasználásához az egészségügyi intézményekben célszerű elemezni a jogi feltételeket. Továbbá meghatározni a lehetséges egységeket amelyeket célszerű és indokolt alvállalkozásba adni. Ugyanígy az esetleges közhasznú társasággá átalakuláshoz fel kell tárnai a jogi és a pénzügyi feltételeket, lehetőségeket.

Vizsgálandók a gazdaságossági feltételek, az épületek, berendezések kérdései, a személyzeti működtetés feltételei.

A lehetséges kidolgozott megoldási javaslatokról, a fenntartó, tulajdonos jogosult dönteni.

**Dr. Prokaj Rudolf**  
Eger

## Ön dönt,

Mint bizonyára Ön előtt is ismeretes, az 1996. évi CXXVI. törvény - amely a „személyi jövedelemadó meghatározott részének az adózó rendelkezése szerinti közcélú felhasználásáról” szól - lehetővé teszi, hogy többek között egészségügyi alapítvány is kedvezményezett legyen. (Magyar Közlöny 1996. december 26. 120.szám)

Amennyiben Ön úgy dönt, hogy személyi jövedelemadójának 1 százalékát a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítvány támogatására fordítja, felajánlását előre is köszönjük.

Ennek érdekében kérjük, hogy a 2001. évi személyi jövedelemadója bevallásakor az adócsomagjában postai borítékba zárva helyezze el a rendelkező nyilatkozatot: nevét, lakcímét és személyi számát, a kedvezményezett megnevezését és adószámát.

### PARASZOLVENCIAMENTES GYÓGYÍTÁSÉRT KÖZHASZNÚ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPÍTVÁNY

Adószám: 18041332-1-01

(Aki nem önadózó, a munkáltatójának adja át borítékban a rendelkező nyilatkozatot, személyi adatait és a kedvezményezett megnevezését!)

Tájékoztatásul szeretnénk közölni, hogy a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Alapítvány 1993 óta működik. Szaklapok ingyenes eljuttatását, munkanélkülivé váló egészségügyi dolgozók átképzését segíti.

Támogatását előre is megköszöni a PMGY Alapítvány kuratóriuma!

Ezúton köszönjük azoknak, akik 2001. személyi jövedelemadójuk 1 százalékával segítették lapunk megjelenését. A PMGY Alapítvány támogatása teszi lehetővé, hogy bizonyos kórházakban ingyen olvashatják a lapot.

Kommunikációs stratégia a magyar kórházakban, avagy a Public Relations, mint marketingeszköz ajánlott kivitelezője:

Hunga-Coord Kiadóház  
PR és Kommunikációs Ügynökség  
Szentendre

További információkért hívja a 06 (26) 316-659 telefonszámot



# Változások az egészségügy területén 2002-ben

**A személyi jövedelemadók 1 százalékának felajánlásából** származó 610,4 millió forint bevételből a 2002. évben az Országos Mentőszolgálat **311** millió forint értékben 50 darab új mentőgépkocsit fog beszerezni az előregedett járműveinek pótlására, az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet **154** millió forint támogatást kap orvosi műszerek beszerzéséhez. A koraszülött és beteg újszülött mentés egységes országos rendszerének kialakításához hordozható inkubátorral is ellátott rohammentő-gépkocsikat szerelünk fel 75 millió forint értékben.

**Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló törvény** 9. § (2) 2002. január 1-jén lépett hatályba.

Eszerint nem köthető alvállalkozói szerződés intézeti gyógyszerár működtetésére, továbbá bármely tevékenység ellátására olyan vállalkozással, amely gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz gyártásával, forgalmazásával foglalkozik, ideértve a közvetetten meglévő érdekeltiséget is. **2001. évi LXX. törvény** alapján a fogmegtartó kezelések 2001. november 1-jétől ismét térítésmentessé váltak.

**Gondozóintézeti gondozás: a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet** alapján 2002. január 1-jétől jelentett teljesítmények elszámolására 2002. április hónapjától kerül sor, a járóbeteg szakellátás terhére. Ezzel egyidejűleg a fix díj 80 százalékra csökken.

**Alapellátási vállalkozási tevékenységre vonatkozó 187/2001. (X. 12.) Korm. rendelet** december 1-jétől megemelte a háziorvosi területi kiegészítő díjazás összegeit (22-25 ezer forint), amelynek 2002. évi kihatása **1.812** millió forint. A saját tulajdonú ingatlan (25+25 ezer forint) és eszközhasználat (25 ezer forint) díjazására – a **229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet**ben meghatározott feltételek teljesülése esetén, önálló szerződés megkötését követően – a háziorvosi, illetve fogászati ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók jogosultak. A 2002. évi várható kihatása **4.4** millió forint.

**A traumatológián dolgozók fokozottabb**

**megbecsülése** érdekében a 2002. január 1-jétől a traumatológián dolgozó orvosok pótlékát 0-ról 120 százalékra, (bruttó havi **20520** forint bérjellegű fizetésemelés) a három műszakos nővérek pótlékát pedig 120 százalékról (bruttó havi 19.080- 2001-ben) 150 százalékra (bruttó havi 25650 forint) emelte (ez bruttó **6570** forint bérjellegű fizetésemelés). Az alacsony bérezés, a súlyos betegek ellátásának feladata, és a szakmára jellemző paraszolvencia hiányának következménye, a szakmamegítélet és orvosok elvándorlása. E körülmény az ellátás biztonságát veszélyeztette. Ezen kívül a teljesítményt kifejező HBCS értékét a traumatológiai ellátás vonatkozásában megemeltük a közvetlen költségek, illetve a progresszív ellátást végző osztályok figyelembevételével. Ez havonta mintegy **370 millió forint** többleforrást juttat a szakmának.

**Alapdíjak változása**

Aktív fekvőbeteg szakellátás HBCs díja február 1-jétől: **100.000 forint (2000. decemberében 75.500 forint, 2001. január 1-jétől 81.000 forint, 2001. július 1-jétől 85.000 forint, 2001. október 1-jétől 95.000 forint volt.)**

Krónikus fekvőbeteg szakellátás napidíja február 1-jétől: **3.500 forint (2000. decemberében 2.900, 2001. január 1-jétől 3.100, október 1-jétől 3.300 forint volt.)** Járóbeteg szakellátás pont/forint értéke **0,98 forint**, amely az éves teljesítmények függvényében változhat.

A 2002. évben a minisztérium kialakítja és beindítja a koraszülött mentés egységes országos rendszerét. **A koraszülött és beteg újszülött mentés egységes országos rendszerének kialakításához kapcsolódóan** a Kormány határozatot hozott a speciális mentési feladatot ellátó Magyar Koraszülött Mentő Közalapítvány létrehozására.

Megalakult az **Országos Gyógyintézet** **Központ**. Az Oktatási Minisztériummal, a Semmelweis Egyetemen és az Egészségügyi Minisztériummal együttműködve végrehajtottuk a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi

Kara Szabolcs utcai telephelyének országos intézetté történő átalakítását. Ez a Kormány határozata alapján a Semmelweis Egyetem konszolidációjának első üteme.

2001. novemberben cégbírósi bejegyzésre került a **Hungarotransplant Egészségügyi Koordinációs Kht.**, elfoglalta székhelyét a Frankel Leó úti Kis Buda Irodaházban, kialakította központi munkaszervezetét, tevékenységének gazdasági, munkaügyi és jogi hátterét. Megkezdte az országos koordinációs hálózat létrehozását is.

Személyi változások tekintetében is jelentős változások történtek, illetve várhatók az év elején. 2001. december 15-től a **Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet** új kinevezett főigazgatója dr. Kósa Lajos, eddigi megbízott főigazgató, a kórház osztályvezető főorvosa.

2002. január 1-jétől az **Országos Gyógyszerészeti Intézet** új kinevezett főigazgatója prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor, aki 2 pályázó közül került kinevezésre. 2002. január 7-től a minisztérium **III. egészségpolitikai főosztályának** új megbízott vezetője dr. Vályi Nagy István. A rendkívüli események kezeléséhez számottevő hátteret jelent az Állami Egészségügyi Tartalék, az ezt kezelő **Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet** új kinevezett vezető, Révész Bendegúz főigazgató vezeti.

**Kiemelkedően fontos az egészségügy szerepének erősítése a gazdaságélénkítő program keretében, tehát a részvétel a Széchenyi Tervben.**

Az egészségügyi szektor gazdasági jelentősége nemcsak abban határozható meg, hogy az ország GDP-je 7-8 százalékát állítja elő, hanem emellett az önmagában is jelentős részesedés mellett alapvetően kihat a GDP fennmaradó hányadának megtermelésére azáltal, hogy karbantartja a gazdasági növekedésben kulcsfontosságú emberi erőforrást. Az egészségügyben megvalósított befektetés az aktív korú lakosságon keresztül kihat a GDP 92-93 százalékára. Jelenleg az egészségügyi vállalkozások támogatása háttérbe szorul a gazdaság más vállalkozási területeihez képest, ezért cél az egészségügy integrálása a gazdaságélénkítő programba az egészségügyi vállalkozások támogatásán keresztül.

A kormány számára javasolt intézkedések 2002. évi költségvetési előirányzatait – figyelemmel az elfogadott 2002. évi költségvetésre – átcsoportosításokból lehet biztosítani a Széchenyi Terv keretében.

1) **A háziorvosi rendelők** privatizációjának támogatása a Széchenyi Terv keretében. Háziorvosi vállalkozások számára is hozzáférhetővé válik az önkormányzati rendelők megvásárlásának és felújításának állami támogatása (**200 millió forint**).

2) **A kamattámogatással kedvezményezett hitelkonstrukciók**, kiterjesztése a járóbeteg szakellátásra, a privatizáció és a működtetés

feltételeinek a javítására (**800 millió forint**).

3) **A kamattámogatással kedvezményezett hitelkonstrukciók** bevezetése a **gyógyszerészek** törvényben előírt tulajdon-hányadának biztosításának támogatására (**250 millió forint**).

4) **A minőségi gyógyturizmus** fejlesztésének támogatása az egészségügyi szolgáltatók körében. Az egészségügyi intézmények több lábra állásának és azon keresztül pénzügyi stabilitásuk javításának elősegítése (**250 millió forint**).

Az Egészségügyi Minisztérium Cselekvési Programja, a társadalombiztosítás reformja és a munkavédelem országos programjának megvalósítása keretében 2002-ben az OEP koordinálásával folytatódna a társadalombiztosítás **balesetbiztosítási ág kialakításának** munkálatai.

A rendszer a kockázatarányos járulérendszer és bonus-malus rendszer segítségével ösztönözni fogja a munkahelyi egészségkárosodások megelőzését, a munkavállalók munkahelyi biztonságának a növelését. A betegek eredményes gyógykezelése érdekében alkalmazza a korszerű minőségbiztosítási eszközöket, megvalósítja az egyéni betegutak követését és befolyásolását (case management). Alapvető céljai között szerepel a betegek társadalmi reintegrációja az orvosi és foglalkoztatási rehabilitáció útján. A balesetbiztosítási rendszer emellett hozzájárul a foglalkozás-egészségügyi ellátás, a rokkantsági és a kordkedvezményes nyugdíjrendszer problémáinak megoldásához.

Jelenleg folyamatban van a munkahelyek kockázati osztályainak, a járulék rendszernek a kidolgozása, az új biztosító szolgáltatási körének a kialakítása, a szervezeti feltételek megteremtése.

Elképzeléseink szerint az új társadalombiztosítási ágazat önállóan, vagy az OEP-en belül elkülönítve 2003-ban, vagy 2004-ben megkezdheti működését.

Átszervezi a minisztérium a **gyermekek égési sérüléseinek** ellátását. Súlyos III. fokú égési sérülteket (akiknek száma évente 80-90) a továbbiakban három centrum látja el: a pécsi és a miskolci (Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Centrum) valamint országos jelleggel a Bethesda Gyermekkórház. Ez utóbbi kialakítása 2002. tavaszán megtörténik, addig az ÁNTSZ nem változtatja meg az országos, jelenleg is érvényben levő betegbeutalási rendet. A szegedi gyermekklinika intenzív osztályának felszereléséhez az Egészségügyi Minisztérium eddig mintegy 9 millió forint-tal járult hozzá (műszerek, berendezések vétele, összesen 20 millió forint támogatás), az országos centrum kialakításának anyagi fedezetét is a minisztérium biztosítja.

**EüM. Sajtóiroda**

## Karitatív rovat

### Segítség Kárpátaljár

A Magyar Vöröskereszt második alkalommal indított programot a Kárpátalján élő rászorulóknak, olyanoknak, akik számára még a napi egyszeri meleg étel előteremtése is nagy gondot jelent **A 10 ezer svájci frank** értékű adományból a magyar humanitárius szervezet december elsejétől 3 hónapon át biztosítja 70 elesett ember napi egyszeri meleg étkezését. Az ott élő idős szegények számára a kéthavi nyugdíjuk teljes összege fedezné csak azt a kiadást, amit egy ember, egy hónapig tartó, napi egyszeri meleg étellelmeztetés jelent. Most azonban vöröskeresztes segítséggel, a hideg téli hónapokban legalább egyszer naponta térítésmentesen kétfogásos főtt ételhez jutnak a rászorulóak. **A Beregszászon** indított vöröskeresztes programnak már a múlt évben is nagy sikere volt. Akkor 100 nap - 100 ebéd néven szervezték meg ezt az akciót. Az adományt ezúttal is a **svájci Politeon Nemzetközi Társaság** ajánlotta fel a Magyar Vöröskeresztnak. Az ágyhoz kötött idős, beteg embereknek juttatott meleg étel kiszállításához 8 évesnél fiatalabb, használt gépkocsira lenne szüksége az ukrán karitatív szervezetnek, és ennek beszerzésére nincs meg az anyagi lehetőség. A Magyar Vöröskereszt által 2001-ben kiszállított 700 ezer forint értékű **mosószer, tisztítószer és egyéb higiénés cikk** mellé a kint élők további segítséget kértek a magyar szervezettől. **Rendkívül nagy szükségük lenne néhány beteg gyermek magyarországi kivizsgálására, esetleges gyógyítására; házi vércukorszintmérő készülékre; alapvető gyógyszerekre (fájdalom- és lázcsillapítóra valamint antibiotikumokra); és természetesen tartós élelmiszerre, édességre.**

### Bútoroztatás az árvízkarosultaknak

**Magyar Vöröskereszt és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat** közös programja árvízkarosultak megsegítésére összefogott az ország, köztük több nagyvállalat és a három mobilszolgáltató – a Westel, a Pannon GSM, a Vodafone – is. A telefontársaságok az

általuk megadott **segélyvonalra befutó hívások díjaiból összegyűlt 91,8 millió forintot** ajánlották fel az árvízkaros enyhítésére. A Magyar Vöröskereszt a Magyar Máltai Szeretetszolgálattal közösen konyhabútorok megvásárlására fordította a rájuk eső egy-egy harmadot, azaz szervezetenként 30,6 millió forintot. Az elmúlt hetekben már ki is vitték a családok többségéhez a konyhabútor, amelyet az érintettek nagy örömmel fogadtak. Legutóbb pénteken és szombaton a tarpai családok kerültek sorra, ahol összesen 122 háztartás kapta meg a berendezést. A bútoroztatási program négy ütemből áll: az első lépésben a konyhabútorok beszerelése szerepel, ez 534 háztartást érint. Eddig a terv 64,4 százalékát teljesítette a két szervezet, amely 344 háztartásnak jelentette a konyhabútor december 15-ig. Egy konyha berendezése átlagosan 67.550 forintba kerül, így eddig összesen 23,9 millió forintot használt fel a vöröskereszt. Második lépésként hat település 372 háztartása csaknem 12 millió forint értékben kapott szobabútor (heverő, ágy, kanapé). Ezt követően a harmadik szakasz, a már berendezett lakásokban felmérni a hiányosságokat és megpróbálni azokat pótolni. A negyedik ütemben is szeretnének együttműködni az érintett felek. Ebben az esetben a további bútor és más berendezési tárgyak igényét mérnék fel és közösen próbálnak enyhíteni a gondokon. A mobilszolgáltatók mellett az árvíz segélyezésben a **Henkel Magyarország Kft.** volt a Magyar Vöröskereszt egyik legjelentősebb támogatója. Az idén 41 millió forinttal segítették a humanitárius szervezet programjait Ebből az összegből 18 millió forint értékben a beregi árvízkarosultaknak, míg 23 millió forint értékben a szociálisan rászorulóknak juttattak adományt. **A Bábolna Rt.** is jelentős mértékben vett részt a beregi térségben a károk enyhítésénél valamint az újrakezdéshez is hozzájárult. Különösen nagy sikere volt annak az akciónak, amelyet a vöröskereszttel közösen az elpusztult állatok pótlására szerveztek: naposcsibét szállítottak a térség lakóinak

(folytatás a következő számban)

**Akar-e tiszteletpéldány tulajdonosa lenni úgy, hogy közben segíti is a lap megjelenését?! Semmi mást nem kell tennie, mint**

**személyi jövedelemadójának 1 százalékát a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítvány javára felajánlani,**

**amelynek adószáma: 18041332-1-01.**

**Ha erről nyilatkozik a lap kiadójának, akkor Önnek az**

**Orvosvédelem és a Láttelelet szaklapok tiszteletpéldányként járnak.**

**Felajánlását előre is köszönjük.**

**Balla M. Anna**  
újságíró-főszerkesztő

**A szerkesztőség címe:**

**HUNGA-COORD Sajtóiroda**

**2001 Szentendre, Pf.: 56.**

**Telefon/fax: 06 (26) 316-659, (26) 500-638, -39**



# Minőségbiztosítás az egészségügyben

**Az orvoslás, amely W. Osler megfogalmazása szerint „a bizonytalanságok tudománya és a valószínűségek művészete”, különbözik minden egyéb, kereskedelmi vagy ipari tevékenység precíz, határozott keretek közé szorítható szolgáltatás formáitól. Az orvosi diagnosztika az élő szervezet állapotváltozásaival foglalkozik, amelyeket alapvetően befolyásol az a tény, hogy a beavatkozások (megelőzés, gyógyítás, helyreállítás) eredménye jórészt tapasztalaton, gyakran statisztikai becslésen alapul, így hatékonyságuk csak bizonyos valószínűséggel becsülhető meg.**

**A minőségi elvárások, a mindenkori nyújtott vagy igénybe vett szolgáltatások megfelelő, garantált szakmai színvonalának biztosítása azonban az egészségügyben is – épp úgy, mint az élet más területén – alapvető, reális követelmény. Ez a felismerés nem új keletű. A betegellátás kórházi keretek között megvalósítható minőségbiztosítási rendszerének kidolgozása a múlt század elejére vezethető vissza.**

Az *American College of Surgeons* már 1917-ben megfogalmazta a kórházi betegellátás minimum követelményeit, amelyek jó része ma is időszerű. A követelményrendszer egyebek közt kiterjedt a betegfelvételi, kórtörténeti adminisztrációra, az egységes elvek szerinti dokumentálásra, megfogalmazott alapvető ápolási elveket, a diagnosztikai és terápiás tevékenység hatékonyságának elemzését, a konzultációk – a

betegek kivizsgálási és kezelési eredményeinek az osztály orvosai által történő együttes kiértékelésének – szükségességét, érintette a gyógyszerigazgatás, betegforgalmi, ágykihasználási adatok feldolgozását, a diagnosztikai és terápiás tevékenységek hatékonyságának elemzését. Meghatározta az alapvető személyi és dologi feltételeket.

1953-ban független nem profit bizottság, a *Joint Commission of Health Accreditation* (JCHA) vette át a kórházak akkreditálását. A JCHA minősítési politikájának erénye, hogy a helyi sajátosságok figyelembe vételével, az adott munkahelyen értékelte az egészségügyi ellátás minőségi jegyeinek érvényesülését. A következő évtizedekben a folyamatosan felmerülő igényeket követve öt-, hatvévenként módosultak az akkreditálási rendszer feltételei. A személyi és tárgyi feltételek biztosítása mellett egyre nagyobb igény jelentkezett a munkafolyamatok minőségi irányelveinek meghatározására. 1970-ben a JCHA kibocsátotta a munkafolyamatokra vonatkozó, *Accreditation Manual for Hospitals* (AMH) standardizálási és minőségi irányelveket. Majd 1975-ben napvilágot látott *Quality of Professional Services* (QPS), amely a szakellátási szolgáltatások minőségi irányelveit tartalmazza. A felsoroltak – bár valamennyi egészségügyi ellátásra, kórházviszonyokra készült – nem, vagy csak kevésbé adaptálhatók a hazai ellátási rendszerben, mivel lényegesen eltérő biztosítási, háttér és egyéb feltételek meglétén alapulnak. Magyarországon 1992-től történnek jelentős lépések az egészségügyi minőségfejlesztés megvalósítására, rendszerének megalkotására, bevezetésére.

A WHO közreműködésével megalakult a „Szövetség a Magyar Egészségügyi Minőségéért és Gazdaságosságáért” önkéntes egészségügyi szövetség.

• A Népjóléti Minisztérium kezdeményezésére megalakult az Egészségügyi Minőségfejlesztő Tanács.

• Fentiekkel egyidőben az *EOQ MNB* (*European Organisation of Quality, Magyar Nemzeti Bizottsága*) megalapította egészségügyi szakbizottságát.

• Az Egészségügyi Minisztérium 1999. decemberében a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájának is megbízást adott **Nemzeti Egészségügyi Minőségügyi Rendszer** kidolgozására.

• 2001. végén a Magyar Minőségtanácson belül megalakult az Egészségügyi Szakbizottság, melynek egyik célja a magyarorszá-

gi viszonyoknak legjobban megfelelő ISO minőségügyi rendszer egészségügyi adaptációjának folytatása.

Túl azon, hogy egészségügyünk „törvényességi csúszásban” van – az 1997. évi Eü. Törvény értelmében 1999. január elsejei hatállyal az egészségügyi intézményekben kötelező a minőségügyi rendszerek működtetése –, a magyarországi helyzet változtatását sürgeti az a 2000. évi WHO jelentés is, amely szerint, 5 fő szempont alapján értékelve a különböző országok egészségügyi rendszereinek működését, az 1997-ben közölt adatok összesített eredményének elemzése Magyarországot a 62. helyre sorolja az ENSZ tagállamok között.

## Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok

### DEMIN II

„ISO-tól a klinikai auditig”

2002. május 8-9.

Ez év májusában már második alkalommal kerül sor a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola rendezésében a Debreceni Minőségügyi Napok Konferenciájára. Az eseménynek idén ismét a Debreceni Akadémiai Bizottság Székháza ad otthont.

**A konferencia előadásai az alábbi témaköröket ölelik fel:**

- Szakmai standardok az egészségügyi szolgáltatók minőségügyi rendszerében.
- Klinikai audit helye az ISO 9000:2000 minőségügyi rendszerben.
- Bizonyítékokon alapuló egészségpolitika, orvoslás, ápolás.
- Minőségfejlesztés szempontjai a népegészségügyi szolgálatban.
- Sürgősségi betegellátás minőségbiztosítása, betegutak.
- Kardiovaszkuláris betegségek ellátásának minőségbiztosítása.

Bővebb tájékoztató a DE Népegészségügyi Iskola 4012 Debrecen, Pf.: 2. címen, illetve az 52/460-190 telefon, vagy 52/460-195 fax számon kérhető.

## HUNGA - COORD

## K I A D Ó H Á Z



## ISO – minőségbiztosítás a debreceni Kenézy Gyula Kórházban

Magyarországon az elmúlt években – hasonlóan a fejlett európai országokhoz – előtérbe került a minőségbiztosítás igénye. Részint a nemzetközi elvárások, amelyek a közelgő uniós csatlakozás feltételei, részint a törvényi szabályozás mind jobban megköveteli az egészségügyi intézményektől is az egységes minőségbiztosítási rendszer szerinti működést. Erre kiváló lehetőséget nyújt az ISO 9000 szabványsorozat szerinti minőségbiztosítási rendszer, amelynek bevezetése során kiteljesedhet a rend és a pontosság iránti igény. Figyelemre méltó tény, hogy e szabványra épülő rendszer nemzetközi tanúsítása külön rangot, elismerést ad a birtokosának.

Az ISO 9001 minőségügyi rendszert építette ki a debreceni Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézet is minőségpolitikai céljai megvalósítására. A hosszú és alapos előkészítő munkafolyamat záróakkordjaként a minőségügyi tanúsítványt a kórház 2001. februárjában kapta meg. Az auditáló cég a közelmúltban végezte a tanúsítást követő aktuális minőségügyi felülvizsgálatot az intézménynél.

*Ivanova Galina, a TÜV Bayern szolgáltató* üzletág vezetője – aki a Kenézy Kórház mellett több kórház rendelőintézet (Berettyóújfalú, Fehérgyarmati és Vásárosnaményi Önkormányzat, Kispest) valamint fogászati vezető auditora – tájékoztatása nyomán az ISO minőségbiztosítási rendszer alkalmazása során tapasztalható eredményeket, észrevételeket a következőképpen lehet összegezni.

A minőségbiztosítás, a belső minőségügyi rendszer kiépítése és működtetése hatékony eszköz az intézményi menedzsment kezében. Segítségével áttekinthető folyamatok, eljárások alakulnak ki az adott szervezetnél, könnyebbé válik a tervezhetőség. A kompetenciák és felelőségek egyértelmű meghatározása által a rendszer szolgálja egyúttal a hatékonyság és

eredményesség növelését, a betegek, valamint a dolgozók elégedettségének megteremtését, fokozását is.

A belső auditorok munkája által lehetőség nyílik a felmerülő hibák elemzésével, azok okainak feltárására, az ismételt előfordulást kiküszöbölő intézkedések hatékony megtételére. Jelentős eredmény, hogy a minőségi munka iránti igény egyre inkább beépül a mindennapi gondolkodásba és alapkövetelményként jelenik meg a dolgozók részéről, valamint szak-, illetve részterületen egyaránt (gyógyítók és háttérszolgáltatók – informatika, anyagigazgatás, élelmezés stb. – egységét tekintve is).

Az intézményvezetők számára határozott előnyként jelenik meg, hogy gördülékenyen, egyre kevesebb hibalehetőséggel működik a szervezet. Az eltérésjelzők tanúsága szerint önjavító mechanizmusok lépnek életbe, melyek kedvező kihatással vannak mind az intézmény általános megítélésére, mind a tevékenység, a személyi állomány jobb elismerése szempontjából.

Hátrányként az ISO alapú minőségirányítási rendszerben a bevezetés során képződő, de a működés feltételeit szükséges nagy mértékű dokumentáció említhető meg. Ezek megismerésére, a bennük foglaltak biztonságos elsajátítására gyakran túl kevés idő áll a munkatársak rendelkezésére. További nehézséget jelent, hogy a leírások, utasítások olykor bonyolult nyelvezete miatt előfordulhatnak értelmezési problémák. Mindez ráirányítja a figyelmet annak fontosságára, hogy kellő időráfordítás, precíz, alaposan átgondolt és elvégzett előkészítő munka nélkül nem lehet eredményes minőségügyi rendszert kiépíteni.

Pigniczki Ágnes  
Debrecen



# Emlék ma már?

Diákriporter voltam, az „Orvos-egyetem” – nél, amely „A Budapesti Orvostudományi Egyetem Dolgozóinak és Hallgatóinak Lapja” volt. Az előttem fekvő IX. évf. 9. számmon, amely 1965. március 3-án jelent meg, azt olvashatom az újság címe felett: „Világ proletárjai egyesüljete!” (Az akkor élt emberek közül sokan ezt a jelszót igyekeznek meg nem történné tenni a Kárpát-medencében, a fiatalabb generációnak meg semmi érzelmi kötődése hozzá.) A lap hátulján azt írták, hogy: „Megjelenik minden héten Ára 50 fillér”. A lap, VIII. évf. 8. számában, 1964. febr. 28-án, több más írás mellett az alábbiakat lehet olvasni:

## „Medikusok, betegvizsgálat, tisztaság cím alatt.”

„A tisztaság fél egészség” – mindannyian ismerjük ezt a közmondást, mégis sokszor vétünk aranyigazsága ellen. Legelembb követelmény volna, hogy a orvosok, amikor vizsgálat céljából beteghez nyúlnak, megmossák kezüket. Sajnos, ez a gyakorlatban, a legkritikább esetben történik meg. Nézzünk néhány példát! Sebészeti gyakorlat a Baross utcai sebészeti klinikán. Átöltöttünk az előadóterembe, és csoportonként indulunk a kórtermekbe. Betegbemutató során tapogatjuk a beteg testét, varratot szedünk – igaz, ezt műszerekkel –, általánosságban is vizsgáljuk, tapogatjuk a beteget, azzal a kezünkkel, amely a közlekedési eszközöktől és minden egyéb-től, amihez hozzáértünk piszkos. Sovány vigasz, hogy emiatt újabb

fertőzést még egy esetben sem mutattak ki az utóbbi időben, és hogy az első beteg vizsgálata után általában kezet mosunk, s a következőt már tiszta kézzel vizsgáljuk. Nem jobb a helyzet a bőr-, bel-, női és más klinikákon sem. Nem mentesség, hogy a női klinikán kesztyűben vizsgálunk. E hanyagságnak megvannak az objektív és szubjektív okai. Az előbbiekhöz tartozik, hogy egyik klinikán sincs öltözőhöz közel olyan helyiség, ahol tömegesen szappannal, meleg vízzel kezet moshatnánk és törölköző állna rendelkezésünkre. (Egy-egy ilyen gyakorlaton mintegy másfélszázán „rohanjuk meg” a klinikát.) Részben kivétel az I-es számú belklinikára, ahol a betegek fürdőszobájában vetkőzünk, s meleg víz áll rendelkezésünkre. De szappan, és törölköző soha, így a néha kétes tisztaságú köpenyekbe töröljük kezünket, amittől az még piszkosabb lesz. Sokszor a betegek amúgyis bizalmatlanul fogadják a hozzájuk közeledő orvosokat – kezünk tisztátalanságát tekintve nem alaptalanul. Szubjektív ok a orvosok egyéni hanyagsága és az, hogy eddig még egyetlen gyakorlatvezető sem kérdezte meg tőlünk: mostunk-e kezet? Szakmai körökben hallani olyan hangokat, hogy a klinikák nem olyan tiszták, mint egyes közkórházak, s hogy egyebek között a orvosoktatás is egyik oka, de – véleményünk szerint – nem szükségszerű velejárója. A felvetődő problémában rejlik veszélyek nem eltűntek, és semmiképpen sem válnak a klinikai oktatás dicsőségére. Mert hol tanulja meg a

medikus az aszepszist, a munkájában nélkülözhetetlen rendet és fegyelmet, ha nem a klinikán? Szomorú, hogy eddig erről nem beszélünk eleget. Mindenben fel kellene merülnie a kérdésnek: *mi lenne, ha ő volna a beteg, akit nem kezelnek tisztán...?* Tudjuk, hogy egyetemünk klinikáit jóval kisebb beteg- és medikuslétszámmal tervezték valamikor, nagy a zsúfoltság, a dolgozók túlterheltsége, és ebből adódik, hogy nehezen birkóznak meg a fennálló nehézségekkel. Mégis komolyan számolni kell e problémával, amely a legtöbbször nem anyagi, hanem szervezési kérdés. Néha csak szappan meg törölköző kellene, amit a csoportok a köpenyekkel együtt kapnának meg. Máskor talán kisebb beruházás kérdése volna, de a gyógyítás érdekében ez a legkevésbé, amit meg kellene tennünk.”

Németh Endre  
IV. o.h.

A fenti cikk utóélete napjaink összegzésében: Sebészet előadásra és gyakorlatra, az évfolyamnak az a része, ahová én is be voltam osztva, a Baross utcai II. számú sebészeti klinikára járt. Akkortájt volt „professzorváltás”. Dr. Mester Endrét nevezték ki tanszékvezetőnek. Az egyik előadás „katalógus volt” (amit az egyetemisták már akkor is nagyon utáltak, és nem tudom, hogy jelenleg dívik-e ez a gyakorlat) amikor felolvasták azoknak a névsorát, akiknek jelen kellett lenniük. Ilyenkor általában a „jelen” szó, hangos kiejtése mellett,

fel is kellett állnia annak, aki a nevét hallotta, és az „ügyeletes tantermi előadósegéd” regisztrálta papíron a tényeket. Nevevem elhangzásakor csend lehetett, mert nem voltam ott. Valószínűleg a Várkert Kioszk elnevezésű eszpresszóban, vagy a Szabó Ervin könyvtárban olvastam, tanultam. Ennek magyarázata az, hogy inkább vizuális típusú vagyok, és többször átolvasom a megtanulandókat. Szerettem volna a vizsgára jól felkészülni. A feszített tanulási ütem mellett, nem volt időnk minden előadást látogatni. Mester Endre professzor úr, meghatározott időre magához rendelt. Amikor beléptem a „professzori iroda” előterébe, ott számos fehérköpenyes, nálam idősebb ember várt valamire a titkárnőn kívül. Dél előtt 11 órára szólta a meghívó, s akkor nyílt az ajtó, a volt vendéget a professzor úr kiengedte, és kérdezte, hogy ott vagyok-e. Behívott, helyet kínált szobájában és beszélgettünk. Azt tudakolta, hogy miért nem járok az ő előadásaira. Feleltem, hogy járok, csak nem mindig, mert közben tanulnom is kell. Érdeklődött, hogy miből, s hogyan tanulok, mert ő gyakran mutat be olyan eseteket, amelyeket csak ritkán lehet látni. Tájékoztattam, hogy Bugyi István főorvos (akkor Szentesen dolgozott) könyveit olvasom. Erre úgy reagált, hogy jól ismeri és tiszteli Bugyi doktort, valamint az általam említett könyvet, de abban nem egészen úgy van leírva néhány dolog, ahogyan azt ő szeretné velünk megismertetni.

Elmondtam, hogy általános (körze-

ti) orvos szeretnék lenni (ami akkor nem tartozott a trendbe, mert legtöbbször valamilyen szűkebb orvosi specialitásra áhítottak) és engem kevésbé érdekelnek a raritások, inkább az, ami naponta elém kerülhet. Végülis barátságosan váltunk el azzal, hogy járjak szorgalmasabban az előadásokra.

A professzor úr érdeklődését az keltette fel irányomba, hogy az újság-cikk megjelenését megelőzően neveztek ki a klinika élére. Bár én, több tanhelyet megneveztem az általam kifogásoltak között, ő valószínűleg érzékenyebb volt a többiekénél. A közmondás szerint: „Új seprő, jól seper.” Őt, még érdekelte az, amit írtam. Emlékezetem szerint egy év múlva, a betegszobák előtt a folyosón kialakítottak néhány kézmosót és időnként agyonhasznált textiltörölköző is volt. (A papírtörölköző, akkor még igen drága kuriózum volt Magyarországon.)

Egy kedves ismerősöm az írta a mi nap, hogy „holnap fekszem be az általam nagyon utált kórházba, ahol a WC és a fürdő olyan koszos, hogy bármelyik használata előtt negyed órával oda kell menni, hogy az ember elfogadhatóvá tegye önmaga számára a körülményeket.” Nem a budapesti Baross utcai, Transzplantációs és Sebészeti Klinikáról van szó! Az, a közelmúltban megújult. Máshol azonban az „objektív és szubjektív tényezők” fellelhetően hatnak. **Mindenki sorra kerülhet. Tegyünk már valamit!**

Dr. Németh Endre  
Százhalombatta

## Orvosként dolgozni Európában

Villáminterjú Dr. med. Marghescu Sándor emeritus professzorral

(folytatás az 1. oldalról)

• **Ha jól értem, akkor a kórházakban dolgozók alkalmazottak, akik fizetést kapnak. Tisztességeset, munkájuknak, végzettségüknek, egzisztenciájuknak megfelelő, amitől nincsenek ráutalva a paraszolvenciára, és ami teljesen független attól, hogy a kórházak mondjuk deficittel zárják az évet. Mindez egy jóléti társadalomban függetlenül a hivatást a közgazdasági tényezőktől. De miből élnek azok az orvosok, akik önálló praxissal rendelkeznek?**

– Az úgynevezett szellemi szabadfoglalkozású orvosoknak kétfajta klientúrájuk létezik, így bevételük is két területből: az általános és privát biztosítottak ellátásából származik. Minden ténykedésnek pontrendszere, s annak ára van, amit három hónaponként az orvos benyújt a biztosítónak. A teljesítménye után kapja jövedelmét az orvos.

Ha valaki kórházi alkalmazott – mint amilyen például én is voltam Hannoverben –, csinálhattam ambulanciai szakrendelést a kórházban. A privát ambulancia bevételének 40 százalékát le kellett adni a kórháznak, hiszen a kórházé minden. Ezen kívül saját hatáskörömben kellett rendeznem az általam igénybevett személyzet, asszisztencia járandóságát. A kölcsönös megelégedettség alap helyét, tehát ez önmagát szabályozza.

• **Professzor úr mit tud a hazai helyzetről?**  
– Meglátásom szerint Magyarországon a reform jó irányban halad, eurokonform. Az

orvostársadalom érdeke, hogy az orvosi fizetések a teljesítmények alapján számfejtődjenek. Ez viszont csak akkor működik, ha az orvos van közvetlen kapcsolatban a biztosítóval. Szektorsemleges szerződéskötés és privát biztosítók megjelenése nélkül ez nem megy, de gondolom, erre is történnek lépések. Továbbá a számok arányában – egyének megterhelése 14,9 százalék, ápolás 1,7 százalék, fizetés 19,2 százalék, munkanélküli biztosítás 6,5 százalék – egyértelműen kikövetkeztethető a biztosítási díjak százalékos aránya. Úgy hallottam, Magyarországon itt van a legnagyobb anomália, a 44 százalékos tb-járulék, ilyenről sehol a világon nem hallottam. Ez melegágya a feketézésnek és a különböző fiktív munkavállalási szerződéseknek. Azt nem tudom, hogy az a nagyon várt Egészségügyi Törvény tartalmaz-e erre vonatkozóan megoldást, de azt világosan kell látni, hogy ennek módosítása nélkül nem lehet rendet rakni.

Magával az orvosi ellátással nincs baj, a szürkeállomány kiválóan teljesít. Ha van bajom, akkor inkább a lerobbant kórházak mellett a szervezetlenséget említeném. Megengedhetetlen, hogy egy beteg 2-3 órát várjon. A pontos időbeosztás nemcsak az üzleti élet kulcskérdése, hanem a nonprofit szférában is bizalomépítő. Ha pedig beteg emberekről van szó, akkor már nem is igen ragozható ennek a ténynek a fontossága.

Balla M. Anna

## Önkéntesek: saját elhatározásból ingyen

(folytatás az 1. oldalról)

Nyilvánvaló az is, hogy az egyes intézményekben megjelenő önkénteseket nem szabad olyan holmi lábatlankodó személyeknek tekinteni, akik például a kórházak folyosóin, a műtők előterében valamiféle „igét” hirdetnek vagy „teszik a törvényt”. Eme nézet kiküszöböléséhez persze az is szükségeltetik, hogy elsajátítsák a megfelelő egészségi ismereteket, magyarul, legalább az alapfogalmakkal legyenek tisztában. Bizonyára az önkéntesek soraiban ma már nem fordul elő az sem, hogy – vélt „jól értesültségüket” fitogtatva – éppen azokat riogatják, akik a betegágyon, netalán súlyos beavatkozásra várva, amúgy sincsenek könnyű helyzetben, hiszen ritka az az ember, aki szereti a kórházak légkörét. (Van, aki még a sajátos szagot sem képes elviselni, nem szólva a tűk, az infúziós eszközök és egyéb berendezések látványáról. Sokan tudják, hogy a magyar mozgáskorlátozottak mozgalmában szintén nagyon sok önkéntes dolgozik. Egyik példaként a révéseket említjük meg, akik a kórházakat, rehabilitációs intézeteket járva nyújtanak lelki és praktikus segítséget különösen azoknak, akik felnőttként váltak mozgássérültté.)

Dr. Mikola István egészségügyi miniszter nyitó előadásában azt hangsúlyozta, hogy a társaság az önkéntesek áldozatkész munkájára. Különösen most, amikor tevékenységük az Egészséges Nemzetért

Népegészségügyi Program sikeres megvalósításának egyik elengedhetetlen feltétele. Ezzel összefüggésben egyik szomorú tapasztalatáról számolt be. Nevezetesen arról, hogy napjainkban szakmai berkekben és a sajtóban ellenakció bontakozott ki az emlőrák-szűrési országos program beindítása miatt, miközben a magyar nők körében a daganatos megbetegedések száma több mint kétszerese a nemzetközi átlagnak, holott kezdeti szakaszában – esetleges műtét esetén, még esztétikai szempontból is – kiválóan gyógyítható. (Kénytelenek vagyunk azonban megjegyezni: egy kerekese székese hölgynek az ilyen vizsgálaton való részvétel nem kevés gondot jár. Tudniillik például a vetkőző helyiség még egy ép ember számára is rettenetesen szűk.)

Sáriné dr. Simkó Ágnes, az Igazságügyi Minisztérium miniszteri biztosa arra mutatott rá, hogy a véradástól eltekintve, az önkéntes munkavégzés jogi szabályozását minél hamarabb el kell végezni. Egyebek mellett elmondta: vannak elképzelések arról is, hogy az önkéntesek, sőt, ilyen „munkások” foglalkoztatása esetén, a közhasznú és még inkább a kiemelten közhasznú civil szervezetek bizonyos adókedvezményt kapjanak. Ezek viszont még pusztán tervek, amelyeket a Pénzügyminisztériummal kell egyeztetni.

Nagy Attila  
Budapest

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője, MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-szerkesztő: dr. Kollár László, ápolási témafelelős: Petrikné Jakab Zsuzsa  
Munkatársak: Thaly Borbála terjesztési vezető, Kollár Bence lap- és marketing igazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 (26) 500-638, -39, 06 (20) 978-5662, A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutánosságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

e-mail: latlelet@elender.hu ISSN 0865-7424



Nyomdai előkészítés: PopArt Grafikai Stúdió  
1011 Bp., Szilágyi D. tér 7.