

## Helyzetjelentés

A ki ma tiszta képet akar kapni az úgynevezett **"Kórház törvény"** kérdésében, meglehetősen nehéz helyzetbe kerül, mert egykettőre elszédül. Érvek hangzanak el érvekkel szemben és valamennyi fél abszolút biztos igazában. Nyilatkozatok dömpingje jelenik meg a különböző szak és nem szak médiákban, és valamennyi érdekelt fél azt állítja, hogy nem kap szót és elhallgatják igazát. Mint ismeretes, az előző kormányzati ciklus végére megszületett úgynevezett *"Mikola féle"* kórház törvény felfüggesztésre került a jelenlegi kormány által, s a felfüggesztés hatályát veszti 2003. július elsejével. Tehát lépni kell. A Parlament elé beterjesztésre kerülő jelenlegi kormányzati törvénytervezetet pedig igen sok oldalról támadják. Viharok keresztüzzében áll, mint ahogy azt a legutóbbi több, mint kilenc órás vita is jelezte.

### Hol az igazság?

Az egyik fél azt állítja, hogy nála megszűnik kimazsolázása a nyereséges részlegeknek, mire a másik fél azt válaszolja, hogy ezzel szemben utat enged a differenciálatlan tőkének és érdekeltségeknek. De az azonos oldalakon állók véleménye sem egységes, mert azt mondják, hogy nincs itt az ideje a privatizációnak, vagy nem a tulajdon kérdésével, hanem a finanszírozás reformjával kell kezdeni az egyébként valamennyi megszólaló által beismert tény: reform nélkül elsüllyed a már régen léket kapott egészségügyünk. És mára mindkét fél elismeri: bizony az egészségügyben dolgozók időben történő, kielégítő tájékoztatása nem történt és történik meg, ami szorongást és elbizonytalanodást eredményez a dolgozók körében. Nem csoda hát, ha ott is gyanúsat szimatolnak, ahol egyébként abszolút világos a képzet.

Nehéz is ebben állást foglalni, különösen a kibicnek, akinek - mint tudjuk - semmi sem drága.

Az egészségügyi szakújságírókat viszont arra szólítja fel lelkiismerete, hogy tudása szerint tájékoztasson, objektíven. Ennek szellemében az újság szerkesztő kénytelen megjegyezni: az egészségügy körül zajló bonyolult helyzetjelentések nem magyar jelenségek. Sőt: a világ legkülönbözőbb részeiről érkeznek a legmegdöbbentőbb információk, tudósítások, amik arra utalnak, hogy bizony újra kell gondolni mindazt, ami még tegnap jónak, célszerűnek, kivitelezhetőnek látszott...

**Mert a többszereplős egészségügy mindenütt kimutatja anomáliáit, egyszerűen azért mert költségérzékeny, miközben humán ideológiától vezérelt.**

Egyik külföldön járt olvasónk elküldte találásra a *Stern* egyik fél évvel korábbi számát azzal a megjegyzéssel, hogy talán nem ártana tudatosítani az érintettekkel, hogy Németországban sem fenéki tejfel ezen a téren az élet. De Svájcban és Angliából is kaptunk híreket, amiket most folyamatosan megosztunk olvasóinkkal. Egyfajta tájékozódás végett, talán így könnyebb nyalogatni hazai sebeinket. Bár a német magazin populáris sajtó, mégis üzenet lehet a változás előtt álló egészségügyünknek.

A *Stern* 2002. 11. 14-es 47-es számában a téma beharangozását így vezeti fel *Andreas Petzold* főszerkesztő **"Az elkábított egészségügy"**-című vezércikkében:

*Tisztelt Stern Olvasók!*

*Önök még világosan látnak? Van egyáltalán fogalmuk arról, hogy miképpen működik egészségügyi rendszerünk? Most kezdődő sorozatunk segít Önöknek, áttekinteni a káoszt. Hogy amikor megbetegszünk, tudjuk, miféle szabályok érvényesek abban a nyárspolgári világban, amibe betegségünk által kénytelenek vagyunk bemerészkedni? Bátran állítom: sorozatunk **Abszurdisztánba** való utazással ér fel.*

Első cikkünk bemutatja a politika gyámoltalanságát, amely vonatkozik a súlyos problémák őszinte és határozott vállalásától.

Majd másik munkatársunk leírja, miképpen keresi pénzét a "a praxis, mint cég" és házi és szakorvosoknak - ahhoz hogy gazdaságilag sikeresen működhessenek - miért van szükségük olyan páciensekre, akik voltaképpen egészségesek.

A következő héten a kórházi kulisszák mögé tekintünk., majd szót ejtünk az orvosi egyesületek és biztosítók adminisztrációjáról, hogy rávilágítsunk, miképpen pazarolódnak a milliárdok. Az utolsó cikkben arra a gyógyszeriparra vetünk egy pillantást, amelynek készítményei Németországban lényegesen drágább, mint más országokban.

Riportereink tudósításai az egészségügy különböző területeinek problémáiról részben nagyon elrugaszkodnak egymástól, de a gondoknak közös a nevezője: *senki nem akar spórolni! Pedig kénytelen!*

*Ulla Schmidt* egészségügyi. miniszterasszony közel két éve ingázik a különböző érdekcsoportok között, hogy nyugtató piruláit szétosztssa! Mindhiába!

Az országgyűlési választások előtt nem akartak teret engedni a nyugtalanságnak. Ennek ellenére egy dolog világos: a határidő meglehetősen szűkös, most kell megtalálni a helyes irányvonalat. **Időközben a 70 millió törvényileg biztosított személynek már csak a fele fizet teljes járulékokat, így pedig a szolidáris orvosi ellátásnak esélye sincs, hogy életben maradjon! Ha csak a zabolátlan járulékok ösz-szege tovább nem nőne, erőteljesen felemelve a munka költségeit.**

A most felállítandó reformbizottság megerősíti majd, amit a szakértők már rég javasolnak: csak egy alapbiztosítás szavatolható mindenki számára, ami a betegség kockázatát lefedi (baleset, kórházi tartózkodás, súlyos betegségek). Aki viszont többet akar - mintegy 'teljes kaszkó' - , fizessen ennek megfelelően. Mivel ez keserű igazság, - főleg a szociáldemokraták részére, - jobb stratégia, hogy a szükséges döntéseket egy bizottság által nyújtandó fedezet mellett hozzák meg.

*Üdvözlettel: Andreas Petzold"*

(A cikk további folytatását ajánljuk Önöknek a Balla M. Anna főszerkesztő a 4-ik oldalon.)

**Tematikus lapszámunk az egészségügyi reform - azon belül is a "Kórház törvény" - kapcsán felmerülő kérdések láttelelezését vállalja fel a teljesség igénye nélkül.**

**Azzal a plusszal, hogy e kérdésben az Európai Unió egyes tagországaiban zajló eseményeket is szemlézzük...**

## Miért nem alszik eleget a kórházban a beteg?

Több évtizedes tapasztalatok szerint az átlagos alvási igény egészséges felnőtteknél 7,2 óra. Amerikai, angol és skandináv adataink vannak arról, hogy a kórházban minimum 8 órára lenne szükség, nyugodt körülmények között. Erre kevés helyen fordítanak figyelmet. Hazánkban is a betegápolásra fektetnek súlyt, illetve a rehabilitációra, szó sincs az alvászavarokról, vagy a mennyiségi-minőségi kialvatlanságról.

Az alvási elégtelenség szomatikus és pszichés diszkomfort érzést eredményez 60 százalékban. Elsősorban az ágynevelők, ágyak állapotára és a hőmérséklet irreális ingadozására panaszkodnak.

A kórházi szorongás eleve alvászavarokat okoz, a lelki instabilitás 50 százalékban előfordul. Legalább i-

lyen fontos a fájdalom alvászavar okozása 40 százalékban. Együtt jelentkezőkor 80 százalékban krónikus alvászavar előidézhető.

A betegek egyharmada megjelölte a kórházi körülményeket is, elsősorban a zajt és az indokolatlan fényt. Az ágyak elhelyezkedése a vártól eltérően nem befolyásolt. A kórházban nagysága és átjárhatósága azonban 10 százalékban okként lett megjelölve. Nyilvánvalóan voltak az említettek "etológiai funkcióiban" eltérések a betegségtől függően. A műtétes osztályok betegek érzékenysége, adekvátan elfogadható, de a gerontológián természetes alvászavarok is előfordulnak.

A kórházi szorongás eleve alvászavarokat okoz, a lelki instabilitás 50 százalékban előfordul. Legalább i-

jogosságát. Az adatnyerések reprezentatívak, országonként 10.000 betegek érintettek voltak. 18 évesőtől 80 évesig 1:1 férfi, nő arányban, és valamennyi kórházi osztályra kiterjedően.

Hasonló következtetéseket vontak le valamennyi intézetben, osztályon, nemektől és életkortól függetlenül. A betegek alvási igénye sehol sem volt kielégítő, a zavaró okok rendszeresen fennálltak, az ápolóknak nem jutottak tudomására. A menedzsereknek, az ellátóknak erre is fel kell figyelniük, preventív intézkedéseket tenniük. Folyamatban vannak a javított alvászavarok gyógyulást befolyásoló hatásainak az értékelései, protokollba való beépítésük.

(Ápolási rovatunk a 11-es oldalon)

Dr. Salamon Sándor

## Mölnlycke Health Care

COMFORT AND PROTECTION

**BARRIER®**

www.klinidrape.com

www.barrier.net

**klinidrape**  
NO COMPROMISE IN SECURITY

## A műtőben nincs kompromisszum!

Klinidrape és Barrier egyszerhasználatos műtői izoláló rendszer szakszerű használatával az **asepsis** megtartása a műtét kezdetétől a legvégéig biztosított. A rendszerek úgy lettek kifejlesztve, hogy **teljes impermeabilitást** nyújtanak a teljes felületen, fokozott folyadékkontrollt és megnövelt szakítószilárdságot a különböző műtői zónák szerint. A rendszer alkalmazásával kompromisszumok elkerülésével lehet biztosítani a megfelelő betegápolást.

Cégünk missziója:

**"Minőség a gyógyításban az élet minőségéért!"**

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Rezső u. 5-7.

Tel.: 06 1 477 30 80 Fax: 06 1 210 76 00

**Mölnlycke**  
Health Care



A kórháztvörvény vagy más néven "saláta" törvénytervezettel kapcsolatban városi önkormányzati kórház igazgató főorvosaként a következő észrevételeim lennének:

**1. A törvény azon szándéka, hogy különböző szervezeti formákat lehetővé kíván tenni, elfogadható, javasolható.**

**2. Lényeges azonban és az előzőt csak kiegészíti, hogy az intézmények egységes működési rendje fennmaradjon, tehát ne lehessen egyes szakmai ágakat az intézményeken belül privatizálni, mert az egészben maradás ezt a lehetőséget - legalább is az általam ismert tervezetekben - ugyan erősíti, de nem zárja ki.**

**3. Tehát, - mint témabevezetőmben említettem, - a törvény nem írja elő, tehát nem kötelező az intézeti szerkezet-gazdálkodási forma megváltoztatása, tehát a tulajdonosok vagy a működtetők szabadon választott lehetősége megmarad és ezt nagyon fontos dolognak tartom.**

**4. Érthető a törvény azon szándéka, hogy finanszírozókat kíván bevonni a hiányzó vagy legalábbis azonnal rendelkezésre nem álló források fedezetére.**

Ezzel kapcsolatban vannak kritikái észrevételeim, éspedig:

a.) \*a jogfolytonosságot és a jogbiztonságot sérti az, hogy a már meglévő szerződéseket utólag a törvény életbe lépésekor az új szabályozók feltételeihez kell igazítani. Amennyiben erre nézve esetleg a végrehajtási utasítás találna megoldást, kérdéses: a törvény felülírható-e?

b.) Ahogy a visszamenőleges, úgy az előreható jogi szabályozás is számos problémát vet fel a már megkötött szerződésekkel kapcsolatban. Az új finanszírozók és új tőkebefektetők megjelenését akadályozza a 15 éves futamidő előírása. \*Véleményem szerint a meglévő és már működő befektetők esetleges kivonu-

# A "Kórháztvörvényről" főigazgatói szemmel

**A Parlament elé napokban bekerülő Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló kormány által beterjesztésre kerülő törvénytervezetről történő véleményalkotásom előtt mindenekelőtt szeretném megjegyezni: szerencsés lenne, ha a törvény bevezetőjében egységesen keretbe foglaltatna a szolidaritáson alapuló mindenkire kiterjedő államilag garantált biztosítási formában működő egészségügyi ellátás kodifikálása. Ez azért fontos, mert ma a világ országaiban gyakorlatilag két féle ellátási rendszer közül hosszú távon el kell dönteni, mi melyik rendszer mellett tesszük le voksunkat.**

**A politikai felhangoktól cseppet sem mentes egészségügyünk átszervezéséről szóló reformlépésről alkotott konkrét szakmai véleményem előtt, hogy jegyezzem meg: rendkívül sokat árt vagy ártott az ügynek, hogy rosszul ment át a médián maga a szándék. A legkülönbözőbb laikus médiák polemizálnak ezekben a kérdésekben, szinte mi magunk is ezekből a lapokból értesülünk a törvény értelmezéséről és ettől egy-kettőre prejudikálunk. Miközben elsikkad a lényeg: hogy ez az úgynevezett Kórháztvörvény egy kerettörvény! A "Hogyan törvényes útját" összegzi, arra az esetre, ha az intézmények tulajdonosai forrásbevonásra gondolnának az egészségügy területén, mert mint tulajdonosok, nem tudnak vagy nem találnak más megoldást intézményeik finanszírozására. Magyarul: abszolút szabad kezét biztosítanak az igenre vagy a nemre! Tehát nem kötelező érvényű, és ha mondjuk egy önkormányzat tisztességgel gondoskodni tud kórházáról, nem is kíván foglalkozni ezzel a kérdéssel.**

**Tehát másképp viszonyul a törvényhez az, aki szorult helyzetben van és másképp, aki - csak mint egy lehetőséggel számol!**

lását vagy eddigi tevékenységüknek, aktivitásuknak a csökkenését is eredményezheti. Egy rövid példával: általában a befektetők számára 15 éves futamidőt ír elő a törvénytervezet jelenlegi formája. Épületek esetében a 15 év az gyakorlatilag értelmetlenné tenne minden beruházást a befektető részről, hiszen egy egészségügyi létesítmény ár Magyarországon átlag körülbelül 500 ezer forintban hatá-

rozható meg. Egy 3-400 négyzetméteres intézmény, amely nem egy jelentősebb méretű intézmény, azt jelenti, hogy 150 millió forintos beruházással számolva, a 2,5 százalékos amortizációs kulccsal a 15 év alatt nem hogy a nullszaldó vagy a profit, de még a befektetés amortizációja sem érhető el. Ez önmagában véve azt a szándékot húzza keresztül, amiért maga az egész új szabályozás

készül.

c.) A tervezetből hiányolom az általam már több alkalommal felvetett **amortizáció kérdését**, annak hiányát. Pedig ez szerintem lehetetlenné teszi a tőkebevonást. Nyilvánvalóan, hogy ha rövid a futamidő a beruházásra, - még ha a műszeramortizációt veszem is, -ami az épülethez képest jóval magasabb, 12,5-16 százalék közötti, - amortizáció nélkül a

A vízvezeték szerelő megjavítja a vízvezetékét, az autószerelő megjavítja az autót, az üveges meg a törött ablaküveget, - valamennyien azért, hogy pénzt keressenek. Az orvos pedig sínbe teszi törött lábamat, kúrálja túlszírosodott májamat, mert ő jó ember. Így szeretnénk. Ám az orvosok is vállalkozók. Cégüket praxisnak nevezik, a kuncsaftot pedig páciensnek.

**Mitől lesz egy orvos sikeres vállalkozó? Valószínűleg a tele városzobától.**

A hamburgi orvos, Jörg Inzelmann városzobája egy teljesen normális hétköznapon annyira tele van, hogy még a folyosón is állnak. Örömkialtásait bizonyára alig tudja elnyomni, hiszen minden pár percben új beteggel rohan ide-oda, titkárnői segédletének pedig piros a jobb füle a sok telefonálgatástól. Ámde a munka sok, a pénz pedig kevés. Inzelmann háziorvos. "Egy páciens teljes kezeléséért - mindegy, hogy hányszor jön el hozzám, vagy én hozzá -, 50 Eurót kapok negyedévenként a biztosítótól" - mondja Inzelmann - akkor sem többet, ha hetedszer jön fogadóórámra."

A kölni egyetem ökoegészségügyi professzora Karl Lauterbach következőket mondja: "Az egy betegre jutó kezelési idő a háziorvosoknál átlagosan 6 perc Németországban. A legalacsonyabb érték Európában. Az öreg, krónikusan beteg páciensek nem gazdaságosak. A háziorvos vállalkozónak nincs szüksége nehéz esetekre, hanem olyanokra, akik elvben nem is betegek, csak valamiféle kisebb bibijük van, amit problémamentesen lehet kikezelni. A biztonság kedvéért a doktor kontrollálja még, hogy a terápia eredménnyel járt-e. Természetesen a következő negyedévben, akkor kap megint 50 Eurót a biztosítótól.

A következő utcában található Inzelmann évfolyamtársának Ronald Weschének praxisa. Wesche három évvel ezelőtt önállósította magát. Ámde ő nem háziorvos.

Ajtaján ez olvasható: Fizioterápiás és rehabilitációs szakorvos, természetgyógyász.

Wesche minden kezelést felszámolhat a biztosítónak. Wesche örülhetne, ha egy nagybeteg érkezne a várószobájába, mert nála: sok munka sok pénz. Ámde mégsem így van. Hogy Wesche ne-hogy túlkeresse magát, egy pontszisztémát kell figyelembe vennie, amely osztályozza kezelését. Páciensenként nem okozhat a kezelésért és gyógyszerekért több költséget, mint kollégáinak átlaga... "Állandóan a behatároltság keretein belül kell maradnom, amit nem is ismerek, mert ez utólag kerül megállapításra." A szakorvos nem kereshet többet páciensekre lebontva, mint konkurens kollégája, beteget számát sem növelheti. Ökonómiailag kifejezve: Wesche orvosi cége nem növekedhet. "A biztosítási szisztémán belül csak igen korlátozottan befolyásolható praxisom gazdaságosságát. Tulajdonképpen vállalkozó vagyok egy tervgazdálkodásban".

A korlátok miatt a szakorvos legjobb beteget szintén az egészséges páciens. A kezelési költségek behatároltságára való tekintettel Weschének sok páciensre van szüksége, akiket csak "ép-

## A praxis, mint vállalkozás

**Összefoglaló fordítás "Kein Cent Darf Übrig Bleiben" c.ikk kapcsán**

("Stern" 2002. 11. 14.)

penhogy" kell kezelni. "Egy krónikus beteg kezeléséhez szükségem van "alig" betegekre, különben a korlátozások miatt nem tudom ezek kezelését ellátni" - mondja Wesche. Az egészségügyi tervgazdálkodásban tehát akkor keresnek a házi és szakorvosok jól vagy jobban, ha csaknem egészségeket toboroznak praxisukba.

**És mi történik valójában a betegekkel?**

M.L már húsz éve szenved krónikus gerincbántalmakban. "Háziorvosomnak túl drága vagyok ő egyedül nem tud kezelni" Mint krónikus beteg ő a többszörösét igényli az átlagnak, mind gyógyszerben, mind pedig kezelési költségekben. Így gerincoszlopának alsó részét egy orthopediai szakorvos kezeli, a felsőt Ronald Wesche. Bántalmainak mellékhatását alsó végtagján egy harmadik orvos kezeli. "A gerincbántalmak kezelésére három orvos nem más, mint egy medicínális és ökonómiai örültség." Három praxis ugyanis több költséget produkál. Az egészségügyi ellátási szisztéma a nem betegeket csalogatja a rendelőbe és elhanyagolja a valóban szenvedőket... Az orvosnak nem áll érdekében és nincs semmi ösztönzője hogy holosztikus szempontok szerint gyógyítsa betegét. A páciens sem akar spórolni. Fizetnie ugyanis kell minden hónapban, hiszen közvetlenül levonják a fizetéséből. Tehát "mindenből a legjobb" az éppen elegendő... Olykor a páciens feltétlenül CT vizsgálatot akar - azaz rendel - mert a szomszédnak is az volt - említi Wesche. Egy CT vizsgálat 400 Euróba kerül és csak ritkán szükséges. Ha Wesche a CT vizsgálatot felírja, akkor a páciens ki-elégítené ugyan, de a közösséget károsítaná, ez a következmény. "Ha azonban egy követelt vizsgálatot megtagadunk, akkor elmennek a konkurenciához. Valaki majdcsak felírja. Így lesz a drága készülékek beszerzése rentábilis."

"Túldiagnosztizálás az eredmény azért, hogy a drága készülékek megfelelő kihasználtsággal dolgozzanak" - mondja az ökoegészségügyi professzor Lauterbach. "Most fejeztünk be egy felmérést alapján készült tanulmányt és igazoltuk, hogy Németországban minden harmadik röntgenfelvétel teljesen felesleges."

**A politika a költségek növekedésére nem reagál, nyoma sincs semmi olyan reformnak, amely az ökonómiailag is gondol-**

**kodó orvosokat és pácienseket megjutalmazná.** Sőt: a tárca miniszterasszonya be akarja fagyasztani az orvosok bérét a mai szinten "Sok praxist fenyeget a bezárás", - állítják az orvosfunkcionáriusok. "Minden harmadik orvosi praxist a tönkremenés fenyeget" - mondja egyikük.

"Évek óta panaszoknak ugyanazok, noha csak 1,1 százalék adta eddig fel praxisát, a nyugdíjazásokat nem beszámítva. Minden panasz ellenére nem mennek tönkre a praxisok Németországban, az üzemeltetés rizikónélküli" - mondja válaszul Lauterbach.

**Miért panaszoknak tehát az orvosfunkcionáriusok?**

Azért, mert a tervgazdálkodási szisztémában jövedelmük növekedését nem érhetik el teljesítménynöveléssel, csakis a politikára való nyomás gyakorlásával.

Ugyanakkor, ahelyett, hogy kutathatnának vagy igazi vállalkozóként praxisukkal költséghatékonyan de eredményorientáltan gazdálkodhatnának, egy teljesítményellenes bürokráciába kényszerülnek. "Ez a bürokrácia minden negyedévben minden orvosnak 2 cm vastag papírcsomagot küld, új szabályzókat törvényváltozásokat és rendeleteket. Egyetlen orvos sem képes az összes törvényeket naprakészen ismerni, amelyekhez pedig tartania kellene magát."

Aki pénzkeresési vágytól vezérelve vált orvossá, mindent megpróbál a nyereség növelésére, mint minden más vállalkozó. Az orvosnak ez azt jelenti: kevesebb betegbiztosított, több privátpáciens. Utóbbiaknál az árak magasabbak, de főleg nincs előírt limit. És privátpáciensnek azonnal van hely az előjegyzési nap-tárban.

**Végezetül:**

A gyógyszeripar emberei újabb bevételi forrásokat nyitnak meg az orvosok előtt. (Például: gyógyszereik felhasználási hatásait ellenőriztetni az orvosokkal - nem kísérleti, hanem bevezetett gyógyszerek kipróbálásáról van szó ).

"Az orvos felírja a páciensnek a gyógyszert, megfigyeli hogyan hat és kitölti egy kérdőívet. A felhasználási megfigyelésnek a gyógyszeripar részére semmiféle tudományos értékkel bíró eredménye nincs" - mondja a professzor. Ámde, mint - Peter Schönhoffer kiadásában megjelenő "Arznei Telegramm"-ban - írja: körülbelül 750 millió Eurót fizet a gyógyszeripar az értéktelen és haszontalan megfigyelésekért orvosainak. Megközelítően 10 ezer Eurót évenként és fejenként annak, aki beszáll ebbe a figye-lői státuszba. A végén ezt az összeget természetesen hozzácsapják a gyógyszer árához, amit azután a páciens fizet meg. Ugyanúgy, mint azt az 1,2 milliárd Eurót, amelyet a gyógyszeripar orvosi kongresszusok finanszírozására (Németországban) kiad. Ennyi az értéke ezeknek a "továbbképzéseknek", ha a partner velük tart.

Ilyenkor természetesen a praxis már pénteken zárva van...

Bartha György



# A privát egészségbiztosítás szerepe és jelenlegi helyzete az OECD országokban

A fenti szervezetekhez és a látókörünkbe tartozó európai országoknál az egészségbiztosításban a **többszektoriság** a jellemző. (Az egészség, vagy betegségbiztosítások klasszikusan, szűkebb értelemben az egészségügyi ellátások költségeit fedező biztosítások, tágabb értelemben azonban ide sorolunk minden olyan biztosítást, előtakarékosságot, amely az egyén egészségi állapota miatt felmerülő többletköltségek fedezetére szolgál.) Az egészségügyi kiadások az OECD országok nemzeti jövedelmének egy folyamatosan növekvő, - jelenleg 8-10 százalékos - részét jelentik. Az egészségügyi kiadások meghatározó részét - átlagosan 74 százalékát - közfinanszírozásnak megfelelő forrásokból fedezik. A technológiai fejlődés a fogyasztók új elvárásai, az idősödő népesség, valamint a kormányzatoknak az az ellenállása, hogy az állami költségvetésnek egy állandóan növekvő részét fordítsák az egészségügyre, egyre növekvő finanszírozási problémát jelent a tagországok többségében. **Mindenhol reformok vannak folyamatban és habár a magánfinanszírozást bonyolító biztosítók csak egy kiegészítő szerepet játszanak, mégis egyre nagyobb jelentőséggel bíró meghatározó részesei ezeknek a reformoknak.** **A piaci szereplők:** a kötelező állami-társadalombiztosítási rendszer, a magánbiztosítók, az egyéb magánbiztosítási intézmények (például: pénztárak, egyesületek, klubok, alapítványok).

## Privát biztosítások

Két szinten fejtik ki szerepüket a finanszírozásban: a/ amikor vállalják, hogy visszatérítik az egészségügyi kiadásokat, illetve a szolgáltatásban, b/ amikor szervezik is a különböző természetbeni ellátásokat. Tanulságos, hogy az egyébként homogenizálódó EU országokban milyen sokféleképpen szerveződik a magán egészségbiztosítás. Az egészségügyi ellátórendszer típusa, a szolgáltatások finanszírozásának eltérő módja és intézményesülése mellett a magánbiztosítás elterjedését számos egyéb tényező is meghatározza; így a hagyományok, az infrastruktúra fejlettségi foka, az orvosok, a szakma szervezettsége, érdekérvényesítési képessége, tulajdoni struktúrák, politikai tényezők, kortendenciák, stb. A privát biztosítás **fejlettsége** és mérete **minden országban függ a nemzeti egészségbiztosítás szervezetétől** és bár mindenhol egyre inkább megfigyelhető egy vegyes rendszer kialakulása jelentős különbségek is vannak az egyes országok között. Amerikában és Svájcban mintegy 40 százalékát az egészségügyi kiadásoknak privát biztosítások fedezik és a lakosság háromnegyed része vesz részt a privát rendszerekben. Németországban és Hollandiában a lakosság 20 százaléka csatlakozott az önkéntes biztosítókhoz. Franciaországban, Kanadában, Japánban, Ausztriában és Dániában főként co-payment biztosítások szerveződtek, a Skandináv országokban és Nagy Britanniában csak a lakosság10 százaléka vesz részt a kiegészítő biztosításban és a költségeknek mintegy 5-10 százalékát fedezik ebből a forrásból. Írországban és Ausztráliában a lakosság 40 százaléka vesz részt a privát biztosításban, míg közép-és kelet-európa országokban és Görögországban a privát biztosítás szerepe rendkívül marginális maradt. Abszolút értelemben az egészségbiztosítási piac minden országban növekedőben van és az EU országokban bevezetett direktívák, - amelyek bizonyos értelemben liberalizálták az európai piacot - további fejlődésre és nagyobb versenyre adnak lehetőséget.

## Közös jellemző

A számtalan eltérés ellenére is kiemelhetünk azonban néhány olyan jellemző vonást, amely a hazai helyzet megítélése és alakulása szempontjából is tanulságos lehet:

- a magánbiztosítás egyetlen országban sem kötelező, részesedése az egészségügyi ellátás finanszírozásában változó, de általában 10 százalék alatt van; ezt jól szemlélteti a következő tábla adatai

| Az egészségügyi rendszerek finanszírozása, 1990.<br>%-os megoszlás |                |               |                  |                        |       |                       |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|------------------|------------------------|-------|-----------------------|
| Ország                                                             | Járulék forrás | Állami forrás | Magán biztosítás | Saját befizetés, eseti | Egyéb | Források a GDP %-ában |
| USA                                                                | 19             | 25            | 31               | 22                     | 3     | 13                    |
| Nagy-Britannia                                                     | 8              | 72            | 6                | 14                     | 0     | 6                     |
| Franciaország                                                      | 67             | 6             | 9                | 17                     | 1     | 9                     |
| Olaszország                                                        | 40             | 35            | 5                | 20                     | 0     | 8                     |
| Németország                                                        | 66             | 12            | 8                | 13                     | 1     | 8                     |
| Hollandia                                                          | 63             | 7             | 18               | 12                     | 00    | 8                     |
| Spanyolország                                                      | 40             | 38            | 5                | 17                     | 0     | 7                     |
| Svájc                                                              | 45             | 24            | 7                | 24                     | 0     | 7                     |
| Portugália                                                         | 13             | 63            | 3                | 21                     | 0     | 7                     |
| Svédország                                                         | 16             | 69            | 3                | 12                     | 0     | 9                     |
| Dánia                                                              | 0              | 87            | 1                | 12                     | 0     | 6                     |
| Írország                                                           | 6              | 66            | 10               | 18                     | 0     | 7                     |
| Belgium                                                            | 44             | 33            | 5                | 18                     | 0     | 7                     |
| Görögország                                                        | 43             | 26            | 3                | 18                     | 0     | 5                     |
| Ausztria                                                           | 56             | 25            | 6                | 13                     | 0     | 8                     |

Forrás: The Health Insurance Opportunity; a Worldwide Study of Private Medical Insurance Market By Ian Youngman, ©Lafferty Publication Limited, Dublin, 1994.

- az országok többségére az jellemző, hogy mindeikre kiterjedő egészségbiztosítás, vagy állami egészségügyi ellátás van, néhány országban azonban meghatározott csoportok - az önálló, vagy a legmagasabb jövedelműek - szabadon választhatják meg a biztosítási konstrukciót;

- a kötelező biztosítás keretében nyújtott szolgáltatások döntő többsége sem teljesen ingyenes, ezeket bizonyos önrész, vagy hozzájárulás (co-payment) befizetése mellett lehet igénybe venni;

- a privát biztosítások az előbbi fizetési kötelezettségek fedezetére, illetve a kötelező biztosítás keretében nem nyújtott szolgáltatások finanszírozására szerveződnek;

- a kormányzat szerepe ott is meghatározó, ahol "piacosabb" egészségügy működik, csak más típusú; az adókedvezmények, a biztosítási díj szabályozásán, a szelekció szigorításán, a szolgáltatások feltételeinek meghatározásán keresztül befolyásolja a folyamatokat.

Az egészségügyi ellátás költségeit, - így a pri-

vát egészségbiztosítás termékeit is - három meghatározó modell szerint finanszírozzák:

- a járulékok kockázati alapú kalkulációjával,

- a kockázati szelekciót tiltó community-rating módszerrel,

- és alapképzést is megvalósító tartalékolási technikával.

A kockázaton alapuló módszer lehet egyéni (Luxemburg, Svájc), illetve csoportbiztosítás (USA, Franciaország, Németország, Nagy Britannia, Kanada, Portugália) amikor a munkáltatóval kötnek mindenkre kiterjedő szerződéseket. A legkevésbé elterjedt, amelyet Írországban és Ausztráliában alkalmaznak. Ez a megoldás éppen azért, mert módszer community-rating nem egyéni vagy csoport kockázat alapján, hanem nemzeti bázison számítják a járulékokat, sokkal egyenlőbb esélyt ad a biztosítás igénybevételére, mint az előzőek.

- a cikk folytatása a 12. oldalon -

# MIÉRT VAGYUNK JOBBAK A LEGJOBBNÁL?



„Két év sikeres értékesítési munkám eredményeként ma már termékmenedzserként bizonyíthatok.”

Nagy Judit  
termékmenedzser (gyógyszerész)

Orvoslátogató  
(az ország egész területére)

Területi vezető

Termékfelelős

Tréning menedzser

Regisztrációs asszisztens

Klinikai kutatási asszisztens

A már korábban is a világ első számú gyógyszergyártójaként számontartott Pfizer 2003-ban egyesült a Pharmaciával. Ez az esemény új fejezetet nyitott a gyógyszeripar történetében. A vállalat célja, hogy mindenki számára a legjobb partnerként teljesítse misszióját: innovatív gyógyszerek biztosításával járuljon hozzá a hosszabb, egészségesebb, boldogabb élethez.

Tudjuk, hogy a Pfizer ereje a jól képzett és magasan motivált munkatársaiban rejlik, akik számára munkaadóként is a legjobb partner kívánunk lenni. Kiváló termékeinknek, valamint az általunk elvárt magas szakmai színvonalnak és dinamikus üzletpolitikánknek köszönhetően a jelenben tanulást és fejlődési lehetőséget, a jövőben biztonságot kínálunk. Mi a Pfizernél sikerorientált, rugalmas, remek szervezőkészségű munkatársakat keresünk. Nálunk Ön valóban a legtöbbet tudja kihozni magából, miközben mi minden eszközt biztosítunk kiemelkedő teljesítménye eléréséhez.

Kérjük, keresse fel honlapunkat, ahol bővebb információt talál rólunk és a felsorolt nyitott pozíciókról, valamint küldje el jelentkezését.



Társ a gyógyításban

www.pfizer.hu

karrier@pfizer.hu



# Beteg Egészségügy Németországban

Összeállítás a Stern magazin honlapja alapján 2002. nov - 2003. május 11.

1. rész

## Röviddel az Exitus előtt

Túl drága: 30 százalékos járulékkal fenyegetnek! Évente 220 milliárd euróra rugaszkodik az az összeg, amelyet egészségünkre költenek és mintegy négy millió fő dolgozik ebben a viruló szakiparban! Túl bürokratikus! Nem elég hatékony! A szakértők hiányolják az orvosok minőségügyi ellenőrzését.

Csak radikális kúra mentheti meg betegeskedő egészségügyi rendszerünket. Négy részes sorozatunk észleli a gyenge pontokat: mi az, amit Németország rendelőiben és kórházaiban rosszul csinálnak? A pénztárak mennyit pazarolnak valóban? Mi az, ami ennyire hatalmasá teszi a gyógyszeripart?

Beszéljünk először az ORVOSLOBBYRÓL

### A funkcionáriusok blöffjei

Amikor saját javadalmaikról van szó, számos orvos nem ragaszkodik a színtiszta igazsághoz: általában túl sokat vizsgálnak, kezelnek és számolnak el. Ime nyolc népszerű trükk:

#### Pénztárkassza (EÜP-s) honoráriumok

Állítás: "Évek óta egyfolytában csökken a biztosított orvosok bevétele," mondja Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, az Orvostársaság Egyesülete (KBV) elnöke. Állítása szerint a rendelők harmada csödközeli helyzetben van. Sőt, az "Ärzte-Zeitung" arról panaszkodik, hogy "a honorárium gyakran könyöradomány jellegű."

Tény: A Pénztárkassza (EÜP) tavaly 22 milliárd eurót utalt a biztosított orvosok 23 egyesülete számlájára, ami 410 millió euróval több, mint 2000-ben. Az utóbbi 10 év során az orvosi honoráriumok összege 43 százalékkal nőtt. Ugyanakkor a biztosított orvosok száma 27 százalékkal nőtt, úgy hogy akkor is szerény reálnövekedéssel van dolgunk. Az orvosok ZI-intézete 1998-as költségösszehasonlítása kiderítette, hogy a 25.000 nyugatnémet általános orvos mindegyike átlag 190.000 eurós évi forgalmat ért el. Az üzemi ráfordítások levonása után az átlag orvos bruttó 83.000 eurót keresett, és a szakorvosok átlagnyeresége ezen még túl is tesz.

#### Magánhonoráriumok

Állítás: Klaus Rehm professzor, a kölni egyetemi klinika baleseti sebészete vezetője arról panaszkodik, hogy a magánpáciensek díjazási rendje 1977-től datált és utoljára 1982-ben változtattak rajta. Magyarul: az orvosok ugyanannyi pénzért kezelik magánpácienseit, mint 25 éve.

Tény: A díjazási rendet 1988-ban és 1996-ban az orvosok javára módosították, igaz csekély mértékben. Az ambulans orvosi kezelések ráfordításai 1983 óta 162 százalékkal nőtt biztosítottanként. Összehasonlításképp: az EÜP-tagok körében a ráfordítások csak 80 százalékkal nőttek.

#### Munkaidő

Állítás: Richter-Reichheim KBV-főnök sérelmezi, hogy az orvosok átlagos heti munkaideje 47 és 65 óra közt mozog.

Tény: Egyre gyakrabban fordul elő, hogy a biztosítottak zárt rendelői ajtókat előtt találják magukat. Leonhard Hansen észak-rheinai KV egyesület elnök bevallja belső körökben, hogy "egyesületünk területi irodáiban egyre sürűbben szembe találjuk magunkat olyan jelenségekkel, mint: páciensek, akik belátható időre nem kapnak vizsgálati időpontot, a nap kellős közepén bekapcsolt üzenetrögzítők, vagy mindennemű kimentés nélkül hiányzó orvosok."

#### Gyógyszerészeti költségvetések

Állítás: Az orvosok gyakran azt állítják, hogy fel van használva gyógyszerkeretük. Például drága Aids vagy SM készítmények részére. Ezen felül már nincs rá keretük, s ha túllépnek a kereten, saját zsebből kell fizetniük érte.

Tény: Az olyan "drága" pácienseket, mint Aids vagy SM eseteket a rendelőkben külön kezelik, költségeik nem terhelik a többi beteg gyógyszerkeretét. Ulla Schmidt egészségügyi miniszter egyébként törölte a gyógyszerre szigorú költségvetési elszámolását. Az előző évek során a kollektíve felhalmozott túllépéseket sosem követelték vissza.

#### Orvoshiány

Állítás: Az alacsony honoráriumok és a magas terhelés miatt lassan már senki se vágyik az orvosi pályára. "Tűzriasztásos" levelében a Szövetségi Orvoskamara elnöke, Jörg-Dietrich Hoppe figyelmeztette az egészségügyi minisztériumot, hogy hamarosan "fenyegető ellátási szükség helyzettel" fognak szembesülni.

Tények: Változatlanul nagyszámú érettségiző rohamazza meg a humán orvostant. A tanulási helyeket kezelő központi szervnél tavaly mintegy háromszor annyi jelentkezőt tartottak számon, mint amennyi hely állt rendelkezésre. A 2002/03 tanév téli szemesztere 23.651 jelentkezője 17 év óta a legmagasabb szám. Időközben viszont csak a kiképzettek 60 százaléka kíván orvosként dolgozni, eloszlásuk a különféle régiókra és területekre egyenlőtlen. A kórházak valóban nehézségekbe ütköznek az utánpótlás területén, és egyes keletnémet régiókban általános orvoshiányt tapasztalnak. Más régiók és szakterületek viszont túl sűrűn vannak ellátva orvosokkal, ezért immár tartósan nem vesznek fel újabbakat.

#### Kórház

Állítás: A kórházak által alkalmazott orvosok "katasztrofális díjazásért" robotolnak, nyilatkozik Knut H. Sponer starnbergi orvos. A hivatalos munkaidőn kívüli készenlétek díjazásuk is méltatlan.

Tény: A klinikai orvosok időbeni igénybe vétele valóban nagy. A túlórákat a gyakorlatban nem mindig ellentételezik. Ha viszont erről eltekintünk, az orvosi keresetek nem maradnak el más, hasonló értelmiségi szakmáktól. Tanulmányait és másfél éves praktikumát követően egy 28 éves, egyedülálló kórházi orvos továbbképzési idejében havi 3.150 eurót keres. Egy nős 35 éves szakorvos 4.200 eurót kap kézhez, amihez hat készenléti vállalása esetén még körülbelül 1.500-nyi pótlék is társul.

#### Elszámolási család

Állítás: A hamisan elszámoló orvosok kizárólag kollégáikat rövidítik meg, elvégre a pénztárak csak a szerződésileg rögzített honoráriumösszegeket utalják a biztosított orvosok egyesületeinek - így érvelnek a funkcionáriusok. Egyébként csak ritkán fordul elő család.

Tény: Gernot Kiefer pénztári elnök becslése szerint, - aki egy vizsgálati bizottságot is elnököl, - az orvosi számlák közel húsz százaléka hibásak - beleértve a tudatlanságból történő eseteket is. Viszont a bünyügyi statisztika szerint 2000-ben 17.000-nél több családi gyanú merült fel. Utoljára Hessen tartományában fordult el olyan eset, hogy 574 orvos állítólag módszeresen megrövidítette magánpácienseit túlszámlázás révén. Annak állítása sem állja meg a helyét, hogy a pénztári pácienseket nem érinti a csalásos túlszámlázás, hiszen család esetén a többi szolgáltatásra annál kevesebb pénz áll rendelkezésre.



### A szakma önmagáról kialakított képe (Selbstverständnis)

Állítás: A Szövetségi Orvoskamara, hivatalos önbemutatója szerint, "a páciensek érdekeit is képviseli".

Tény: Olyan funkcionáriusok, mint Hans-Jürgen Thomas, a Hartmann-Szövetség elnöke, számos alkalommal vádolta az egészségügyi biztosítókat "teljes kaszko-mentalitással". E mögött az a felfogás rejlik, hogy a pénztári járadékok alapvetően csak az alapellátásra ele-

gendők, és hogy a pácienseknek az alapellátáson túlmenő szolgáltatásokért ezen felül közvetlenül kellene fizetniük. Az úgynevezett süni-lista (Igel-Liste) már erre irányuló próbálkozás. Néhány orvos viszont már a kötelező oltásoknál megtagadta a chipkártya elfogadását. A közelmúltban is egyes berlini orvosok pénzt szedtek oltásokért, mert egyes pénztárakkal hiányoztak a megfelelő szerződések.

Kurt Kieselbach  
- a téma folytatása a 9. oldalon -

## TUDÓSÍTÓNKTÓL

Svájcban a szociáldemokraták népszavazást írtak ki május 18-ára egy olyan alkotmánymódosításról, amely az egészségügy finanszírozását más alapokra helyezné és a költségeket csorbítaná. A kormány ellenzi a módosítást.

A kezdeményezőök fájlalják a kötelező biztosítás magas térítési díját. Egyrészt a jövedelemhez akarják igazítani a befizetendő önrész mértékét, másrészt az Áfát és a vagyontakat akarják megcsapolni az egészségügyfinanszírozásához. Szerintük ez a rendszer a biztosítottak 80 százalékának alacsonyabb egészségügyi hozzájárulást hozna, a magas keresetűek és az 1 millió franknál nagyobb vagyonnal rendelkezők rovására; a jövedelemnél az első 20.000 frank járulégmentes lenne.

Viszont nem csak költségátcsopontosításról lenne szó, hanem újraszabályozná az orvosi teljesítések díjtételeit, a generikumokat támogatná, az orvostani csúcstechnológiánál a szövetségi szerveknek nagyobb beszólásuk lenne, az orvosok létszámánál a pénztárak kizárólagossága megszűnne, és minőségügyi ellenőrzések a felesleges szolgáltatások csökkentése érdekében (www.gesundheit-sante.ch a kezdeményezőök honlapja)

A kormányzat először is elvből ellenzi a Mehrwertsteuer emelését / megcsapolását ("nem egy önkiszolgáló bolt"), s hogy a be-

tegségbiztosítás jövedelem- és vagyonadó módján működjön. Vonakodnak a meglévő rendszer ekkora megbotlygatásától. Szerintük nem bizonyított, hogy az alacsony keresetűek jobban járnának, és költségudatosság vonatkozásában, inkább a verseny csökkentése fenyeget. Ha az új rendszerben a kantonok költségvetési részesedése kiesne, masszív Áfa növelés lenne szükséges.

Attól sem akarnak engedni, hogy a kantonok térítési díjtételei különbözzenek, ami összefüggésben van az eltérő egészségügyi 'fogyasztással'. A kormányzat szerint a központi probléma nem a biztosítási prémiumrendszer, hanem az egészségügyi kimagasló költségei, és erre szerintük nem nyújt meggyőző megoldást a javasolt alkotmánymódosítással előírt központosítás. Az átállás miatti adminisztrációs költség-többlettől tartanak, a meglévő rendszer pedig a biztos és minőségi egészségügyi ellátást tette lehetővé, amit prémium-engedmények révén szociálisan elviselhetővé tettek, és ebben a rendszerben képzik a költségek mérséklését.

A pártok többnyire ott NEM-re buzdítanak, azzal a globális indoklással, hogy hatalmas pazarlást és költségrobbanást okoznak ezek a módosítások.

(Tudósítónktól.)



A parlament által most tárgyalt Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló törvény élénk, és nem könnyen követhető vitát vált ki. A félreértések és az alaptalan félelmek eloszlátása céljából összefoglaltuk a leggyakrabban elhangzó kérdésekre adható egyszerű és közérthető válaszokat. Reméljük, ezzel sikerül mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók jövőféltő aggodalmait eloszlatni.

**Megszűnik-e az ellátási felelősség az intézmények átalakulásával?**  
Nem, a törvény az állam és az önkormányzatok ellátási felelősségét semmilyen módon nem csökkenti. Az állam továbbra is felelős a tulajdonában levő intézmények (orvosegyetemek, országos intézetek, kórházak, szanatóriumok) működéséért, de a társadalombiztosítási finanszírozáson keresztül az egész ellátórendszer működéséért közvetlen felelősséget visel. Fontos, hogy a törvény nem érinti, nem csökkenti az önkormányzatok felelősségét sem. Attól, hogy egy állami vagy önkormányzati kórház átalakul, sem az állam, sem az önkormányzat, sem a tulajdonos, sem az üzemeltető felelőssége nem változik. Az egészségügyi célvagyon fogalmának a bevezetése egyébként külön garanciát nyújt arra, hogy a privatizált intézmény vagyónát nem lehet kiárusítani. Ezért az ellátás biztonságát az egészségügyi intézmények esetleges átalakulása, privatizálása semmilyen módon nem veszélyezteti, sőt: a gazdasági háttér stabilitásával, a működés ésszerűsítésével nő az ellátás biztonsága.

**Alapvető célja-e a törvénynek az ellátórendszer, a kórházak privatizációja?**  
Nem. A privatizáció az állami vagy önkormányzati tulajdon eladását jelenti, az egészségügyben nem ez lesz a meghatározó folyamat. A törvény az ellátás minőségének javulását, az ellátórendszer átalakulását, hatékony működését célozza. Ezért szabályozza törvény azt, hogy az egészségügyi intézmények hogyan alakulhatnak át gazdasági társaságokká, de ezt nem teszi kötelezővé, és a törvény semmilyen ösztönzést sem tartalmaz a privatizációra! A gazdasági formaváltás nem feltétlenül jelent priva-

# “KÓRHÁZTÖRVÉNY”

## Kérdések és válaszok az intézményi törvénnyel kapcsolatban

### ESzCsM

tizációt: a társaság lehet nonprofit is (Kht), de ha Kft-vé, vagy Rt-vé alakul a kórház, akkor is maradhat az állam vagy az önkormányzat kizárólagos tulajdonában, tehát ilyenkor csak a gazdálkodási forma ésszerűsödött, de a kórházat nem privatizálták.

**Romlik-e az ellátás minősége az átalakult intézményekben?**  
Nem. Az elmúlt évek tapasztalatai egyértelműen azt mutatják, hogy ez a félelem alaptalan. A privatizáció nem egy ismeretlen, új dolog az egészségügyben, aminek a várható hatásairól találgatnunk kell: a háziorvosi ellátás több mint 80 százaléka, vagy a művese-ellátás, a korszerű képalkotó vizsgálati módszerek (CT, MR) ma is zömmel privatizáltan működnek. Ezeknek az ellátásoknak - az akár 10 éves referenciával rendelkező - minősége mutatja azt, hogy a privatizált ellátások szakmai tartalma igen magas színvonalú, és azt is láthatjuk, hogy ezeken a területeken kulturáltabb, kellemesebb az ellátás környezete, és egy kicsit az odafigyelés is nagyobb. Ennek ellenére a törvény természetesen komoly garanciákat tartalmaz a minőség megőrzésére, és szektorsemleges javítására. A törvény végrehajtási rendeletei kapcsán megújulnak a szakmai minimumfeltételek, és a szakmai protokollok, finanszírozási szabályok pontosodása mellett megerősödik a szakfelügyeleti rendszer is. Ugyanakkor azt is tudnunk kell, hogy az egészségügyi intézmények gyors rendbetétele nem lehetséges a közcélú magánbefektetések nélkül. A tőke megtérülésének feltétele a betegek elégedettsége, a szolgáltatások jó minősége, mert csak így tud a befektető helytállni a szolgáltatói versenyben, tehát a befektetők létérdeke a minőség javítása. Ennek nyertese viszont a beteg.

**Kell-e majd fizetni a privatizált intézményekben?**  
Nem. Azt, hogy mi jár ingyen a betegeknek, nem az intézmények működési módja, vagy tulajdonviszonya határozza meg, hanem a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény, és ez a törvény nem változik. Egyébként ma is jelentős mennyiségű intézmény működik vállalkozásként, és ezekben az intézményekben

ma sem kell fizetni. Ha valaki háziorvost választ, ugyanúgy nem fizet, ha a háziorvosa vállalkozó, mintha közalkalmazott, de ugyanúgy ingyen végzik el a magánintézményekben a CT, MR vizsgálatot, a művese kezelést, a laborvizsgálatot a beutalt betegeknek. Ugyanígy nem érintheti anyagilag a betegeket majd az sem, ha a kórházak gazdálkodási formája, vagy tulajdonviszonya megváltozik.

**Csökken-e a privatizált intézményekben a dolgozók bére?**  
A törvény erre nem adhat garanciát, de az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a privatizált, vagy vállalkozásban működő intézményekben a dolgozók megélhetése jobban biztosított, mint a közsférában, és a munkakörülmények is jobbak. Az 50 százalékos béremeléssel a bérhelyzet kiegyensúlyozottabbá vált, de összességében ma is jobb megélhetést biztosít a magánszféra az egészségügyben.

**Megszűnik-e az egészségügyi dolgozók állása a privatizáció miatt, várható-e tömeges munkanélküliség az intézményi törvény hatására?**  
Az egészségügyi rendszer átalakításának célja az, hogy egy hatékony, a megváltozott szükségletekhez és az igényekhez jobban alkalmazkodó ellátórendszer jöjjön létre. Az intézmények átalakulása is ezt a célt szolgálja, ezért nem lehet azt ígérni, hogy az átalakulás senkinek az állását nem érintheti. Ugyanakkor mindez nem jelenti azt, hogy bármely szakmában, vagy területen munkanélküliség lép fel. Az egészségügy átalakulása továbbra is igényli az egészségügy dolgozóinak munkáját, és az intézményi törvénnyel együtt kidolgozott, az egészségügyi dolgozók jogállásáról szóló törvénytervezet az ügyelet és túlmunka kérdésének rendezésével új munkahelyeket teremt a kórházi szférában is. Az EU csatlakozás várható hatásait is figyelembevéve az ágazatban inkább munkaerőhiány fenyeget, mint a munkanélküliség megjelenése.

**Kivonják-e a tőkét a befektetők, és szegényebb lesz-e ezzel az egészségügy?**  
Ez egy olyan kérdés, amiről higgadtan kell gondolkodni. Az egészségügy elmaradt fejlesztései csak tőkeinjekcióval pótolhatók, és a tőke

korrekt viselkedését csak akkor lehet elvárni, ha a más ágazatokban elvárható legális megtérülés az egészségügyben is legálisan, szabályozottan biztosítva van. Minden egyéb megközelítés demagógia, vagy a fekete-gazdaság felé tolja a befektetőt. (Lásd: nonprofit forma kötelező előírása a befektetők számára). Ugyanakkor két dolgot szintén tudni és látni kell. Az egészségügy szakmai kisbefektetői nem a profit reményében fektetnek be, hanem munkahelyüket kívánják ily módon stabilizálni. A nagybefektetők valóban elvárják tőkéjük hosszútávú megtérülését, de ennek forrása nem a színvonal rontása, hanem a hatékonyabb gazdálkodás, célszerűbb szerkezet. Ha azt akarjuk, hogy a hosszútávú megtérülésben és ne a rövidtávú lerablásban legyen érdekelt a befektető, akkor olyan szabályokat kell hozni, amelyek biztosítják ennek feltételeit is.

**Várható-e a tömeges privatizáció a törvény után?**  
Nem tudhatjuk, hiszen ez a befektetői hajlandóság kérdése, de a tömeges gyors privatizáció bizonyosan nem várható az egészségügyben. Az egészségügy privatizálása ma is lehetséges, mégsem tömeges a privatizáció az egészségügyben. A törvény célja nem a privatizáció terjesztése, hanem a privatizáció szabályozása, a megfelelő garanciális elemek kidolgozása.

**Miért van szükség arra, hogy csak a kórház egészét lehet privatizálni, társaságként működtetni, az az egyes részeit nem?**  
Az egészségügyi intézmények egyben, a különböző szakterületek, szolgáltatások együttműködésével töltik be szerepüket. Ezért logikus, hogy a kórházüzem nyereségessége vagy veszteségessége csak egyben értelmezhető. Véget kell vetni annak a gyakorlatnak, amely a kórház nyereséges részeit privatizálta, a veszteséges részeket pedig az állam, vagy az önkormányzat nyakán hagyta. Az új törvény is lehet-ővé teszi beszállítók alkalmazását, de a kórház vezetése "egyben" szerződik az egészségbiztosítással, és maga dönti el, hogy maga nyújtja, vagy vásárolja közreműködőktől a szolgáltatásokat. Mindez az intézmény egészé-nek - ezzel a betegellátás - stabilitását, biztonságát szolgálja.

**Olcsóbb lesz-e az egészségügy az átalakítástól az államnak?**  
Ezt nem lehet ígérni. Az egészségügy átalakításának, az intézmények átalakulásának a célja nem a költségek csökkentése, hanem az ellátás hatékonyságának, minőségének a javítása. Ha aközött kell választani, hogy olcsóbb, vagy jobb egészségügyet akarunk, akkor mi az utóbbit választjuk.

(www.eum.hu-törvényjavaslat)

## Oda-vissza vita a kórháztörvényről

Négypárti egyeztetés várható a “Kórháztörvény-tervezet” módosító javaslatairól, ám az önkormányzati törvény megváltoztatásának kicsi az esélye - értékelte lapunknak Schvarcz Tibor, az MSZP egészségügyi munkabizottságának vezetője a parlament egészségügyi bizottságának május 6.-i vitáját. *A szinte egész napos testületi értekezleten az ellenzéki indítványok döntő részét a kormány és a bizottsági többsége elutasította.* Így azt is, hogy az előző ciklus végén elfogadott, de az új kormány által felfüggesztett Mikola-féle kórház-privatizációs jogszabályt tegyék újra hatályossá. A jelenlegi kormány elképzeléseihez kapcsolódó ellenzéki javaslatok nem engednék, hogy profitorientált vállalkozások működtessék a kórházakat. Javasolták viszont, hogy a privatizálandó egészségügyi intézményekben a dolgozók szakmai tudásukat tíz százalékos tulajdonrészre válthassák. Selmeczi Gabriella (Fidesz) a Népszabadságnak elmondta: hajlandóak lennének politikai alkura annak érdekében, hogy az orvosi kamara által is szorgalmazott lehetőséggel tulajdonhoz juthassanak az egészségügyben dolgozók. Javaslataikat azonban a kormány képviselői és a bizottság többsége elutasította. **A szaktárca a kormányzati képviselők hasonló indítványát sem támogatta, a bizottság többsége viszont igen. E szerint az orvosoknak, a szakdolgozóknak illetve az általuk alapított társaságoknak előnyt biztosítanának a kisebbségi tulajdonrész megszerzéséhez.** (Ehhez is szükség lehet az önkormányzati törvény módosítására.) Rácz Jenő, a szaktárca helyettes államtitkára ez ellen úgy érvelt, hogy a tulajdonnal nemcsak előnyök, hanem kötelezettségek is járnak. **A kedvezményezettek nem tudnának tulajdonuk arányában részt venni egy többmilliárdos kórház felújításában.** A testület elutasította Csáky András (MDF) képviselő javaslatát is, amellyel erősítené az egyházak egészségügyi intézményalapítási és működtetési jogát. A kormányzati döntést Rácz azzal indokolta, hogy az egyházak frásban és szóban is elfogadták a parlament elé benyújtott törvénytervezetet. A tárcával szemben viszont a bizottság támogatja Csáky javaslatát, hogy nem kellene nyilvános pályázatot hirdetni az egészségügyi közszolgáltatásra, ha az egyházi tulajdon visz-szaadását jelen-tené.

Népszabadság, 2003. 05. 08.

## Hiányzik a szakmai támogatás

A Fidesz nem támogatja az egészségügyi dolgozók jogállásáról szóló törvénytervezet parlamenti vitára bocsátását - jelentette ki a szakbizottság ülésén Gógl Árpád képviselő. A vitában szót kapott érdekképviselői szervezetek is kemény kritikával illették a tervezetet, ám az a kormánypárti képviselő a többségi szavazataival zöld utat kapott. **Az egészségügyi tárca államtitkára szerint az ésszerű vélemények bekerülhetnek a tervezetbe.** Kökény Mihály úgy érvelt: az ágazatban dolgozók harmada ma sem közalkalmazott, így elkerülhetetlen az egységes törvény. Ez 60 órában maximálná a heti munkaidőt, amiből 8 kötelező, 12 pedig önként vállalható túlóra lenne. Ez utóbbi jövő májustól lépne hatályba, s a 2004. évi költségvetésben 15 milliárd forintot terveznek az ellentételezésére. A kormány határozata szerint adókedvezmények is megilletik majd az egészségügyieket - mondta. A Magyar Kórházszövetség elnöke nem lát garanciát arra, hogy vezetőtestületük ilyen formában elfogadjja a tervezetet. Ajkay Zoltán szerint abból hiányzik a túlmunka, a továbbképzés miatt kieső munkaerőpótlás pénzigényének garanciája. Pedig az egész országban már most kevés a nővér, több szakterületen orvoshiány van, s nem lehet kiszámítani, hogy az EU-csatlakozással milyen mértékű lesz a kivándorlás. A Magyar Orvosi Kamara kitart amellett, hogy legalább önálló fejezetben szabályozzák az orvosok jogait és kötelezettségeit - mondta a közttestület alelnöke. Szilvási István kijelentette: a magánosodó egészségügyben igényt tartanak arra, hogy szellemi apportként vagyoni joghoz jus-sanak az orvosok, s törvényben garantálják az orvoslás díjtételeit. Végső döntést a május közepén összeülő országos testület hoz, amelynek tartalma attól függ: sikeres lesz-e a miniszterelnöknél kezdeményezett talál-kozójuk. Medgyessy Péterrel egyeztetne a Magyar Gyógyszerész Kamara is. Hávelné Szatmári Katalin kifejtette: igényt tartanak a patikusok munkaviszonyának törvényi rendezésére is.

Világgazdaság 2003.05.07.



# Helyzetjelentés 1.

## Beszélgetés az egészségügyi bizottság elnökével

A parlamentben igen éles vitát, az egészségügyben dolgozók körében pedig felháborodást váltott ki Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló törvényjavaslat. A “Kórháztvörvényről” zajló vitát hallgatva, néha olyan érzése van az embernek, hogy olykor a hozzászólók sem igazán tudják, miről beszélnek. A törvényjavaslatot övező félreértések tisztázására dr. Vojnik Máriát, a parlament egészségügyi bizottságának elnökét kértük.

● **A köztudatban, sőt szakmai körökben is csak azt hallani, el akarják adni a kórházakat, az állam így akar kivonulni az egészségügy finanszírozásából.**

- Szó sincs erről! Nem eladni akarjuk az állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő kórházakat, rendelőket, hanem az ellátás minőségének javítását, az ellátórendszer hatékonyságát szeretnénk növelni, a szükséges fejlesztéseket, átalakításokat elősegíteni, azzal, hogy igen szigorú szabályozás mellett engedélyezzük más források bevonását, az intézményi átalakulást. Téves az feltételezés is, hogy az állam ki akar vonulni az egészségügy finanszírozásából. Csak az elmúlt másfél évben 300 milliárd forint többletforrást kapott az egészségügy, és érdemben nőtt az egészségügyi közkiadások GDP-n belüli aránya is.

● **A leendő kórháztulajdonos szabadon rendelkezik majd az épülettel, eladhatja?**

- Tulajdonhányadot szerezhet, tulajdonostárs lehet, de megmondjuk, mekkora, a bank által hitelesített tőkeösszeggel vagy nagy értékű műszerrel léphet be. Kaucióként az éves működési költség egyhavi díját kell letennie, évente egyszer be kell számolnia a gazdasági tevékenységéről, és szakmai szervezetek ítélik meg a munkáját. Az egészségügyi ellátáshoz szükséges épület, műszer védettséget élvez. Garancia van arra, hogy a privatizált intézményi vagyont nem kiárusítható, csak egészségügyi és szociális célra használható.

● **De miért kell a korszerűsítéshez átalakulni, magántőkéket bevonni?**

- Egy kht. vagy egy gazdasági társaság olyan hitelekkel, lízing lehetőségeket tud igénybe venni, amelyeket a közintézmények a jelenlegi formában nem tehetnek meg. A szervezeti kötıtségek miatt az egészségügyi intézmények ma nem versenyképesek, noha egy piaci világból szerzik be a műszereket, eszközöket. Fegyvertelen Dávidok a Góliáttal szemben. Azért kell a magántőke, mert a költségvetés nem képes egyedül finanszírozni a felhalmozódott fejlesztési lemaradást. Akkor lehetett volna ezt elkerülni, ha a nemzeti össztermék (GDP) összes többletét csak erre költjük, de akkor semmi más fejlesztésre nem jut. Nincs útiépítés, oktatásfejlesztés... Másik megoldásként növelhettük volna a járulékokat, emelhetjük volna az adókat, de talán mégsem kéne azon a négy-ötmillió köztcherviselőn megegyet "ütni", akik tízmillió ember egészségügyi ellátási költségeit adják össze. Maradt tehát az, ami a magyar egészségügyben sem ismeretlen, hiszen a privatizáció, a vállalkozói működtetés és a magántulajdon már jelen van az ágazatban. A háziorvosi, a művese-ellátás, a képkalkotó vizsgálati módszerek (CT, MR) igen nagy százalékban így működnek.

● **A tapasztalatok azt mutatják, hogy a privatizált ellátások minősége nem romlott, sőt...**

- Sőt, a szakmai tartalmuk igen magas, kulturáltabb a környezet, nagyobb az odafigyelés és ezért a betegnek nem kell

külön fizetni. Nagyon fontos, hogy a privatizált intézményekben a társadalombiztosítás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásra a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény ingyenességet garantál és ezen az intézményi törvény semmit sem változtat. A közcélú magánbefektetések pontosan azért hasznosak, mert a tőke csak akkor térül meg, ha hatékony és gazdaságos a működés, ha a beteg elégedett, a szolgáltatás magas színvonalú, ha a befektető helyt tud állni a szolgáltatói versenyben. Ehhez pedig folyamatos minőségjavítás szükséges, ami a beteg érdekét szolgálja.

● **Ám a verseny nem mindig tisztességes és nem mindig ellenőrizhető.**

- A törvény nagyon szigorún fogalmaz a minőségi és szakmai követelményekkel kapcsolatban. A szakfgyeleti rendszer erősítésével ellenőrizni, követni lehet, hogy a gyógyuláshoz szükséges kezelést milyen minőségben kapta meg a beteg. Azt az esélyegyenlőséget szeretnénk megteremteni, hogy mindenki, anyagi helyzetétől függetlenül jusson a legjobb egészségügyi ellátáshoz. Ma a magánszférában nincs paraszolvencia...

● **Lehet, hogy éppen a hatékonyabb gazdálkodás miatt félnek az egészségügyi dolgozók a bérek csökkenésétől, a munkanélkülivé válásától, s ezért hadakoznak minden formában a törvény ellen.**

- Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a magánszféra jobb megélhetést ad az egészségügyben, mint a közszféra, noha az átlag 50 százalékos béremeléssel kiegyensúlyozotabbá vált a bérhelyzet. Tömeges elbocsátásoktól, munkanélküliségtől nem kell félni, hiszen az átalakulás után is szükség lesz az egészségügyi dolgozókra, akik hét jogállás közül választhatnak. Az intézményi törvénnyel együtt kidolgozott, a dolgozók jogairól és foglalkoztatási szabályairól szóló törvénytervezet az ügyelet és a túlmunka kérdésének rendezésével új munkahelyeket terem. Hozzá kell azonban tenni, hogy az egészségügyi rendszer és az intézmények átalakítása egy hatékony, a megváltozott szükségletekhez igazodó ellátórendszer létrejöttét szolgálja. Felelőtlenség lenne azt ígérni, hogy a változás senki munkahelyét nem érinti, de nem kell attól tartani, hogy bármely szakmában vagy területen munkanélküliség lesz. Csupán az azonos munkahelyen, azonos munkakörben való foglalkoztatás garanciája merülhet fel, de nem tömegesen. Az EU csatlakozás várható hatásait is figyelembe véve inkább munkaerőhiányra számítunk. Akik az állásukat féltik, azokat vezetik meg, akiknek nincs félnivalójuk.

● **Ha most, mint a Jósza András kórház aneszteziológusát kérdezném akkor is ezt mondaná?**

- Nem tudom, mi lesz két év múlva, lehet, hogy a kórházba kell visszamenem. Huszonöt év orvosi gyakorlatával nem lehetek az egészségügy árulója.

# Helyzetjelentés 2.

**A kórháztvörvény vitájában, csak a lényegről nem beszélünk, arról, hogy milyen egészségügyi rendszert akarunk. Ez a disputa maradt el lassan egy évtizede.**

Az EU-tagállamokban működő rendszerek két nagy csoportra oszthatók: az egyik az államilag szervezett és irányított közellátási rendszer, a másik az államilag "piacfelügyelt" szolgáltatási rendszer. Ez a kettő filozófiájában, célkitűzéseiben alapvetően különbözik egymástól. A harmadik fő irány, a meghatározóan a piac által szervezett egészségügyi ellátás mintapéldája az USA, Európában nincs ilyen. Mindkét rendszernek vannak komoly előnyei és hátrányai. A közellátási rendszerek (1990 előtt nálunk, Angliában és a skandináv államokban ma is) állampolgári jogon biztosítják állami ellátórendszeren keresztül az ellátást min-

denkinek. Ez a rendszer igazságos, olcsó és jó egészségi állapotot garantál. Az olcsóságnak ára van: az állami "szolgáltatásadagolás", a várorlisták, elhelyezési körülmények stb. miatt a lakosság kevésbé elégedett, mint azt a szolgáltatás minősége indokolná. A szolgáltatási elven szerveződő egészségügyben a kötelező társadalombiztosítás vásárolja a szolgáltatásokat a biztosítottak számára. A szolgáltatásvásárló is a "köz" intézménye, de nagyobb szerep jut a magánszférának, mint a közellátási rendszerekben. Ez a rendszer is lehet igazságos, a lakosság többnyire elégedett vele, de általában drágább. Durva és általánosító leegyszerűsítéssel: az állami ellátás olcsó, mindenkire kiterjed, de kevésbé "betegbarát", a szolgáltatási rendszer rugalmasabb, de drágább. A kiadások szintje a piac szerepével együtt nő. Mutatja ezt az alábbi táblázat. Az orvostudomány és a technika fejlődése, az élettartam meghosszabbodása, a fogyatékkal, betegséggel

élők arányának növekedése miatt az egészségügyi költségek a világon mindenütt nőnek. Sinkó Péter és Major Tamás örökbecsű kabarétréfája szerint a szocializmus "ama" fejlettségi fokán a teljes körű, magas színvonalú és ingyenes ellátásból egyszerre mindig csak kettő teljesült: ha ingyenes és teljes körű, akkor nem magas színvonalú (SZTK), ha ingyenes és magas színvonalú, akkor nem teljes körű (Kútvolgyi), ha teljes körű és magas színvonalú, akkor nem ingyenes (paraszolvencia). Ezek az értékek sajnos a kapitalizmus eme (és bármely) szakaszában is csak egymás rovására érvényesíthetők. Ez az egészségügyi finanszírozás alapvető és nemzetközi paradoxona. Magyarország félúton van az állami egészségügy és a szolgáltatási rendszer között: elindultunk a szolgáltatási rendszer felé, de az intézményrendszer és a tulajdonviszonyok nem alakultak át megfelelő mértékben.

- folytatás a 7. oldalon -

## Az orvosok és más egészségügyi dolgozók jogállásának egyes kérdéseiről szóló törvényjavaslat

Az egészségügyi ellátórendszer több mint 10 éves átalakulásának eredményeként az állami-önkormányzati egészségügyi intézmények mellett párhuzamosan különböző társasági formákban működnek az egészségügyi szolgáltatók, sőt egyes ellátások területén ma már az egészségügyi magánszektor a meghatározó (háziorvoslás, dialízis). Az egészségügyi szolgáltatók tekintetében a 90-es évek második felére megszülettek azok a szektorsemleges szakmai szabályok, amelyek a tulajdonosoktól és a működési formáktól függetlenül azonos szakmai követelményeket határoztak meg valamennyi egészségügyi intézmény tekintetében. Ennek eredményeként az egészségügyi intézmények működési engedélyének kiadása egységes követelményrendszer szerint történik, függetlenül attól, hogy korlátozott felelősségű társaságról, költségvetési szervről vagy egyéni vállalkozóról van szó, amelynek célja elsősorban a szolgáltató működtetési viszonyait nem ismerő betegek számára a szakmai követelményeknek megfelelő ellátás garantálása.

A különböző szervezeti formákban működő egészségügyi szolgáltatók alkalmazásában álló egészségügyi dolgozók tekintetében azonban még nem született egységes szabályozás, így jelenleg az határozza meg a tevékenység végzésére irányuló jogviszony tartalmát, hogy az egészségügyi szolgáltató pl. költségvetési szervként, gazdasági társasági formában vagy egyéni vállalkozásként működik-e. Így pl. az állami, önkormányzati költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott egészségügyi dolgozók közalkalmazottként, a gazdasági társaságoknál foglalkoztatottak munkaviszony keretében, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat keretében köztisztviselőként, a fegyveres szerveknél szolgálati viszony keretében, illetve az egészségügyi szolgáltató jogállásától függetlenül különböző polgári jogi jogviszonyok keretében vagy önfoglalkoztatóként látják el feladataikat.

A különböző jogviszonyra vonatkozó szabályozás azonban számos kérdésben nem egységes, más-más követelményeket határoz meg az egészségügyi dolgozókkal szemben, illetve más-más rendelkezéseket tartalmaz a munkavégzés egyes szabályaira (pl. a rendkívüli munkavégzés évi kerete, az ügyelet és a készenléti alatti effektív munkavégzés meghatározása). A munkajogi törvények eltérő szabályozási tárgyukból eredően nem rendezhetik továbbá a vállalkozás keretében végzett egészségügyi tevékenységek kérdését sem, így ezek vonatkozásában munkavégzési korlátot jogszabály jelenleg nem állapít meg.

A törvényjavaslat alapvető célja az ágazatban dolgozókra vonatkozó alapvető szabályok szektorsemleges meghatározása volt, azaz, hogy a munkavégzésre irányuló konkrét jogviszonytól függetlenül határozza meg az egészségügyi tevékenység végzésének feltételeit és egyes alapvető szabályait.

A vonatkozó Európai Unió irányelveknek megfelelően a törvényjavaslat rögzíti az egészségügyi dolgozók esetében kötelezően elrendelhető (a Munka Törvénykönyvével összhangban heti 40 óra rendes munkaidő és 8 óra kötelezően elrendelhető rendkívüli munkavégzés), illetve önként vállalható egészségügyi tevékenység időtartamát, amelynek maximális időtartama heti 12 óra lehet. Az egészségügyi dolgozó pihenéshez való jogának biztosítása érdekében az általa végzett valamennyi egészségügyi tevékenység idejét össze kell számítani, azaz heti 60 óránál akkor sem dolgozhat többet az egészségügyi dolgozó, ha több munkáltatónál tevékenykedik, vagy ha vállalkozóként és alkalmazottként is dolgozik.

Az egészségügyi ellátás folyamatos hozzáférhetőségének biztosításában a jövőben is szerepet fog játszani az egészségügyi dolgozók által önként vállalt többletmunka, amelynek elismerésére a törvény tervezete kiemelt díjazást biztosít. Az önként vállalt többletmunka további elismerésére tesz javaslatot a törvény tervezete a szolgálati idő számítása során bevezetett kiegészítő szolgálati idő fogalmával, amely a nyugdíj összegének kiszámításánál ismeri el az egészségügyi dolgozók által végzett, egy életpályát figyelembe véve sokszor több évben mérhető többlettevékenységet.

A hatályos szabályok jelenleg - a munkavédelem általános szabályaihoz igazodóan - csak a szervezett munkavégzés esetére írják elő a kötelező munkaköri alkalmassági vizsgálatokat, így jogszerűen előfordulhat, hogy a közalkalmazottként alkalmatlan egészségügyi dolgozó egyéni egészségügyi vállalkozóként működési engedélyt kapjon. Az egészségügyi dolgozók munkaköri alkalmasságának szektorsemleges szabályozásától várható az ellátás szakmai színvonalának emelkedése, hiszen az egészségi állapotuk miatt nem kellő színvonalon tevékenykedők a jövőben nem csak foglalkoztatottként, hanem vállalkozóként is csak olyan egészségügyi tevékenységet végezhetnek, amelyre teljes mértékben alkalmasak.

Az egészségügyi dolgozók kötelező továbbképzési rendszerben történő részvételét a törvény tervezete a képzéshez szükséges tanfolyamokon való részvételét lehetővé tevő munkaidő kedvezményenl támogatja. Az egyéb, elsősorban a szakmai ismeretek napi szinten tartását, illetve fejlesztését biztosító kedvezmények megállapítására a jelenleg előkészítés alatt álló egységes közszolgálatról szóló törvényben kerül majd sor.

Budapest, 2003. április 23.



- folytatás a 6. oldalról -

A rendszerváltáskor, a gazdaság és a szociális biztonság megrendülésekor az ország jól döntött, hogy nem helyezte piaci alapokra az ellátást. De a mai Magyarország már teljesen más! **Amikor a kórháztvérnyről döntünk, valójában arról kell döntenünk, hogy a félúton levő egészségügyi rendszerünket merre vezetjük tovább?** Olcsóbb és igazságosabb legyen a rendszer, vagy jobb és emberibb? A magyar egészségügynek van egy sajátos paradoxonja: a rendszer igazságossága nem az állami befolyás növelésével, hanem a piaci mechanizmusok és a szervezett magánfinanszírozás, a kiegészítő biztosítások szerepének növelésével érhető el. Ma minden magyar állampolgár kötelezően hozzájut az egészségügyi ellátásokhoz, így a jogosultak köre nem bővíthető. **A jobb hozzáférés két eszközzel javítható: az ellátórendszer fejlesztésével - aminek feltétele a közcélú magánbefektetések lehetővé tétele - és a magánfinanszírozás rendszerbe szervezésével.** A magyar egészségügy ma csak a magánfinanszírozás (látszólagos) térnyerésével válhat igazságosabbá, mert csak a legális piac képes az illegális piacot kifizérteni, a rászorultak támogatására módot adni. **A hálapénzhez nem kapcsolható adókedvezmény, segély, számonkérés és fogyasztóvédelem.**

Mindenki tudja, hogy az egészségügy alulfinanszírozott. Naponta hallunk a kórházak adósságáról, de a belső adósságok (az elmaradt fejlesztések, felújítások, a szervezetváltás elmaradt költségei) ennél is nagyobbak. Bár az állami kiadások emelkednek, a lemaradás belátható időn belül közpénzből nem hozható be. Az áttöréshez szükség van a magánforrásokra is. Erről higgyük, indulatmentesen kell gondolkodni. A tőkéből korrektt viselkedést csak akkor várhatunk, ha a más ágazatokban elérhető megtérülés legálisan biztosítható itt is. Ezért például a nonprofit forma kötelező előírása is demagógia, ami a feketegazdaság felé tolja a befektetőt. Nonprofit módon működhetnek egyházak, közalapítványok, de a "nonprofit befektetés" fából vaskarika, mert a tőkebefektetésen alapuló nonprofit vállalkozások ugyanúgy profitorientáltak, csak a dolgot megdrágítja a mosodai költség... A nagybefektetők elvárják tőkéjük hosszú távú megtérülését, de ennek forrása nem a színvonal rontása, hanem a hatékonyabb gazdálkodás, célszerűbb szerkezet. **A kórháztvérnynek hosszabb távon is kiszámítható, stabil környezetet kell teremtenie a befektető számára.** Ha a tőkét gyanús elemként kezelik, akkor nem rendezkedhet be a hosszú távú megtérülésre, csak a terület gyors lerablására. Az egészségügy szakmai kisbefektetői nem a profit reményében fektetnek be, hanem munkahelyüket kívánják stabilizálni. Az orvosoknak érthetően az a vágyuk, hogy szaktudásukat apportként elismertetve maguk privatizálhassanak. **Csak hogy a közgazdasági szabályok között az egészségügy sem lehet gyevi bíró. Az egészségügy nem egységes "üzem", az egyes ellátási típusok privatizációja sem kezelhető egységesen.** A járóbeteg-ellátásban (különösen a praxisok esetében) kizárólag az orvosoké lehet a privatizátori szerepe, és a járóbeteg-szakellátásban is elképzelhető a munkavállalói résztulajdonosi programhoz (MRP) hasonló megoldás. De nem reális az az elképzelés, hogy a kórházakat MRP-alapon kell privatizálni. Kizárni persze ezt sem szabad, de legyünk őszinték: megmentette volna Diósgyőrt vagy Csepelt az MRP?

**Az átalakításra váró kórházakat csak egy erős menedzsment mentheti meg, nem pedig az ott dolgozók heterogén érdekvérvényesítése.**

(Dr. Kincses Gyula  
a MEDINFO mb. főigazgatója  
Népszabadság, május 7.)

| Az egy főre jutó egészségügyi kiadások |      |      |      |      |  |
|----------------------------------------|------|------|------|------|--|
| USA dollárban (OECD HEALTH DATA, 2002) |      |      |      |      |  |
|                                        | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |  |
| Magyarország                           | 294  | 303  | 311  | 300  |  |
| Egyesült Királyság                     | 1458 | 1578 | 1663 | 1660 |  |
| Franciaország                          | 2222 | 2265 | 2238 | 2017 |  |
| Németország                            | 2648 | 2625 | n.a. | n.a. |  |
| Egyesült Államok                       | 3936 | 4113 | 4309 | 4563 |  |

Az új kormány 2002-ben egy még működőképes, de teljesítőképesége határán levő, feszültségekkel, adósságokkal és irreális elvárásokkal terhes ellátórendszert vett át, melynek legfőbb összetartó ereje az egészségügyi dolgozók hivatástudata és szakmaszeretete volt, amely napjainkra kimerülően van. Így evidenciává vált az egészség megőrzésének társadalmi, az egészségügyi ellátórendszer konszolidációs és a modernizációs programja, amely majd kénytelen kialakítani a finanszírozás reformjának programját is. Ezekből következik az **át-törés jellegű változásnak evidenciája, amit ebben a kormányzati ciklusban kell elérni, és amely a változásokat visszafordíthatatlanná teszi.**

De mindez **alapvető attitűdváltás nélkül nem megy.** Az eddigi **ellátórendszer központúság** helyett **"fogyasztóvezérelt"** rendszert akarunk, amely a hatékonysági és hagyományos minőségügyi javulás mellett **a beteg által megélehető minőséget is javítja.** **Egy hatékonyabb, jobb üzeme-gazdaságú, ellenőrzött és számonkérhető minőségű, fenntarthatóan finanszírozható ellátórendszer kialakítására van szükség, amely alkalmazkodik a megváltozott szükségletekhez, az orvostudomány és az orvostech-nika fejlődése kapcsán bekövetkezett változásokhoz, a megváltozott igényekhez, a gazdaság és a lakosság teherbíró-képességéhez.** Jelentősen **növelni kell a finanszírozáshoz rendelkezésre álló forrásokat, javítanunk kell a rendelkezésre álló források felhasználásának hatékonyságát** (mind az allokációs, mind a technikai hatékonyságot), **optimalizálni és modernizálni kell a szolgáltatásokat.**

Ennek eredményeként:

- A magyar lakosság egészségben, életminőségben is csatlakozik Európához,
- A korszerűsített, magasabb szakmai színvonalon működő egészségügyi rendszer megfelelő területi és pénzügyi hozzáférés mellett elégti ki az ellátási igényeket, nagyobb létbiztonságot nyújtva a benne dolgozóknak.
- Hogyan, milyen programokkal?**
- 1. Az ágazat bérhelyzetének, illetve az egészségügyi humán erőforrás presztízisének javítását elősegítő programcsomaggal.
- 2. Tulajdonosváltás és gazdálkodási formaváltás programjával.
- 3. A regionális szemléletű ellátás-fejlesztés és konszolidáció programjával.
- 4. Az egészségpolitika háttérintézményeinek átalakításával.
- 5. A finanszírozás reformjával.
- 6. Az informatikai fejlesztés programjával.

**Programunk fő elemei 1.**

- A népegészségügyi program végrehajtása
- Az egészségpolitikai döntéshozatal és a konszenzusteremtés intézményrendszerének megszilárdítása
- Az egészségügy regionális átszervezéséhez kötött konszolidációja
- a) adósságkönnyítés
- b) a fejlesztéspolitika és új szervezet kialakítása
- c) az ellátórendszer modernizáció

## Helyzetjelentés 3. A magyar egészségügy átalakítása avagy még egyszer a "Mit- Miért- Hogyan" -ról

**Ugye felesleges mindig utalni a rossz, - de most már javuló tendenciájú - Magyarországot jellemző egészségi állapotra? Ugye nem kell állandóan bizonygatni, hogy kétséget kizáróan az elmúlt években elbizonytalanodott az érdemi változásokat halogató egészségpolitika?**

ós konszolidációja

-d) megfelelő környezet biztosítása

- Az egészségügy intézmények átalakulása
- Public Private Partnership program

**Programunk fő elemei 2.**

- Ágazati humánpolitika megújítása
- Forrásteremtés programja
- Az egészségbiztosítási rendszer korszerűsítése
- A szolgáltatás vásárlás változásai
- A kiegészítő biztosítások

● A szociális és az egészségügyi ellátórendszer új együttműködése

● Ágazati informatika átfogó fejlesztése - stabil működést alakít ki, amely alkalmazkodóképessé teszi a piaci kihívásokhoz, és megakadályozza a hiány újratemelődését

Mindezt: többlépcsős megvalósítással, amelynek elemei: stabilitás adósság - könnyítés, - átalakítás, fejlesztés.

Az egészségügy átalakításának reformjához az alábbi tervek-re van szükség:

- Regionális szemléletű Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Terv készítése
- Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozása.
- Regionális szinten kiegyenlített kapacitások biztosítása a területi ellátási kötelezettségű intézményeknek,
- Több forrású fejlesztési-pályázati alap a fejlesztést célzó kiegyenlítésekhez,
- A minőség-szabályozás, a progresszivitási elv és a finanszírozási szerződés rendszerének összekapcsolása a regionalitással.

Információpolitika

● Az egységes minőségű, **elektro-nikusan vezetett, egymással kommunikáló alapdokumentációk, alapnyilvántartások és alap-adatbázisok rendszerének kialakítása, illetve korszerűsítése.**

● Az ágazat **zárt, a személyes adatok védelmét is biztosító kommunikációs rendszerének (VPN) kialakítása.**

- Az adatok és az IT eszközök széleskörű hasznosítása, **a tudásmenedzsmentnek a technikai és szakmai feltételeinek kialakítása.**
- Megfelelő és fenntartható, egységes szabvány-rendszerre épülő osztott finanszírozású **fejlesztési program indítása az egészségügyi szolgáltatók informatikai rendszereiben.**

Legfőbb eredmények

- az elosztási rendszer javítása
- az ellátási csomag pontosítása, eljárás-értékelés megerősítése,
- a co-payment rendszer kiterjesztése
- az ápolás-biztosítás kialakítása
- a kiegészítő finanszírozások rendszerbe szervezése + az Egészség-számla bevezetése

- az egészségpolitika intézményrendszerének átalakítása
- az egészségügyi és szociális feladatok jobb összehangolása
- egészségügyi informatikai fejlesztések elindítása

**Feladataink:**

- A programiroda és a szakapparátus munkájának még szorosabb összefonása, a program szakmai beágyazásának szélesítése (együttműködés országos intézetekkel, egyetemekkel, szakmai szervezetekkel, véleményvezérekkel) a program jobb kommunikációja (külső és belső kommunikáció, PR tevékenység megerősítése erősítése).

Lehet, hogy ez utóbbiban mulasztottunk és most ezért van az intézményi törvény elfogadása körül ez az értelmi - érzelmi zűrzavar, mint ahogy azt Kökény Mihály államtitkár a kormány nevében be is vállalta a "Merre tovább magán egészségügy?" - Humán Egészségügyi Magán-szolgáltatók Egyesületének rendezvényén a Cotton Clubban május 8-án azon a bizonyos buszbalesetes tragikus napon, amikor azért ismételtelen bebizonyosodott, hogy helyén van a magyar egészségügy szervezetszervezésben tudásban, helytállásban, ha nagy a baj. Szervezetten racionálisan kell működni krízishelyzet nélkül is, pontosan azért, hogy tudatosan tervezve legyen az egészségügy. És a kormány ezen az úton halad.





# “KÓRHÁZTÖRVÉNY”

## Több figyelem, jobb ellátás\*

**"...A "kórháztvörvény" politikával átszótt vitájába új színt hozott Szolnoki Andrea írása (Mit üzen a kórháztvörvény?, április 17.). A főpolgármester-helyettes asszony szerint a kórháztvörvény az egészségügyre fordítható források hiányában, az állam felelősségének pótlására születik meg - változatlan finanszírozási rendszer mellett, s szerinte a megoldást a biztosítási rendszer reformja jelenti.**

Szolnoki Andrea, aki nyilván olvasta a kormányprogramot, nyitott kapukat döngtet: a program szerint ugyanis az ellátórendszer átalakításával egyidejűleg a finanszírozás rendszerén és feltételein is változtatni kell. A kórháztvörvény üzenete nem az állam kivonulása. Az intézményfenntartóknak mindig kevés a pénz, de ezt az állam is megértette, mert igenis növelte és növeli az egészségügy forrásait. **Az intézményi átalakulás és a magánbefektetések segítése nem jelenti azt, hogy a kormány nem akar több pénzt fordítani az egészségügyre.** A tények sem ezt mutatják: 2002-ben és 2003-ban 150-150 milliárd többletforrás került az egészségügybe, és évek óta először nőtt érdemben az egészségügyi közkiadások GDP-n belüli aránya. Biztos az is elkerülte Szolnoki Andrea figyelmét, hogy az átlagosan 50 százalékos béremelés mellett 2 milliárd forintos komfortosítási program valósult meg, és 3,1 milliárd forintot fordítottunk a pénzügyi válságban lévő 30 kórház adósságkönnyítésére. Idén - több év óta először - ugyan csak 2,5 százalékos mértékben, de ismét van pénz az áremelkedések részbeni ellentételezésére, s 15 milliárd forintos műszerprogramot is megvalósítottunk. Hároméves programot fogadtunk el a mentőszolgálat fejlesztésére. Az idén 250 mentőautó beszerzésére és 25 mentőállomás építésére kerül sor. **A kormány tehát igenis több pénzt**

\*A "Kórháztvörvény" kapcsán elhangzó szakmai vélemények még a koalíciós partnereken belül is véleménykülönbségeket kulminálnak. *Dr. Szolnoki Andrea* főpolgármester helyettes, a szabaddemokraták vezető egészségpolitikusa szerint a reformot a finanszírozás átalakításával kellene kezdeni és mivel a biztosítás törvényjavaslata még nem készült el, korainak tartja a kórháztvörvényt. Ennek hangot is adott "Mit üzen a kórháztvörvény" címmel egyik napilapunkban, melyre a reform egyik tárcafelelőse *dr. Győrfi István* ugyanazon lap hasábjain válaszolt. Ennek a véleménynek összegző üzenete van a kormány reformpolitikáját illetően, úgy ezt teljes terjedelemben közöljük.

(A szerk.)

**tett az egészségügybe, de való igaz, hogy ez a felhalmozódott fejlesztési lemaradások pótlására nem elég. Keresni kell ezért más források bevonásának lehetőségét is.** A tőkebefektetésre nem az állam kivonulása miatt van szükség. A több évtizede elmaradt fejlesztések gyors pótlására, a bérek emelésére és az egészségügy átalakítására valóban nem tud egyszerűen, egy lépésben elég pénzt szánni az állam. Ezért várja a befektetőket, akik felgyorsítják ezt a folyamatot, mégpedig az államnak a szolgáltatásvásárlást garantáló ígérete alapján, de az állami és önkormányzati tulajdon sérelme nélkül és a saját kockázatukra. A magánbefektetések bevonásával az állam - közvetlenül vagy közvetve - az állami egészségügyi kiadások növelésére tesz ígéretet. **Az átalakításának célja nem a tulajdonosváltás, hanem az ellátórendszer hatékonyságának és a beteg által is érzékelhető minőségének a javítása.** Ez a másik oka a magánbefektetések elősegítésének, hiszen - mint ahogy Szolnoki Andrea is helyesen

írja - a rendszer ott a leginkább "betegbarát", ahol a magánbefektetés, a vállalkozás a legelterjedtebb: gyógyszertárak, alapellátás, művese, komputertomográfus vizsgálatok stb. **A magánbefektetés és a vállalkozói működés két dolgot garantál: a közvetlen tulajdonosi érdekelttség folytán a hatékonyabb, gazdaságosabb működést, és több figyelmet az ellátás körülményeire, a betegre - a "fogyasztói" igényeknek való jobb megfelelést.** Hiszen ez létérdekük, s az egészségügyi hatóságok is ügyelnek erre a működési engedélyek kiadásánál és "üzem közben" is. Szigorú szakmai, finanszírozási követelményeknek és folyamatosan ellenőrzött eljárásrendnek kell a szolgáltatóknak megfelelniük. A változtatás célja tehát az, hogy a körülmények javuljanak, a rendszer igazságosabb, az ellátás biztonságosabb legyen, teremtsdjön meg az állampolgár számára az egyenlő hozzáférés esélye a közpénzből finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokhoz. Ma ettől távol állunk. És a továbbiakban már valóban érdemi különbség van a szabad demokraták és a szocialisták gondolkodása között. **Az előterjesztők - a nemzetközi szakirodalommal egyetértve - úgy gondolják, hogy a szolgáltatói verseny javítja az ellátás minőségét, és nem veszélyezteteti annak biztonságát, de a biztosítási rendszer privatizációja már óhatatlanul kockázatszelekcchiohoz, az egyenlőtlenségek fokozódásához vezethet.** Kár lenne ezt a kérdést túlideologizálni. Jó lenne, ha a vita végre a politika helyett arról szólna, amiről kell, a betegről és az ő ellátásáról. Meg kell kérdezni a magyar társadalmat, elégedett-e azzal, hogy életkilátásai tíz évvel rosszabbak az európai átlagnál. Ezen kell változtatnunk, és nem politikai viták mocsarába fullasztani minden kezdeményezést

*Dr. Győrfi István*  
(Népszabadság április 22)

## Kifogásolt jogszabálytervezetek

**A miniszterelnök közbenjárását kéri az orvosi kamara a kórházakról és az egészségügyiek jogállásáról szóló törvény tervezetében. Attól tartanak, hogy a szorgalmazott privatizáció kiszolgáltatja az ágazatot és dolgozóit a magántőkének. A szaktarca szerint a spontán tőkebevonást diszkriminációmentesen szabályozni kell.**

Az új kórháztvörvény fölvaltáná az előző kormányzat idején elfogadott, ám az új parlament által 2003 júliusáig felfüggesztett jogszabályt. Erre azért került sor, mert több paragrafusa nem harmonizált a Medgyessy-kormány programjával - mondta a Világ gazdaságnak a szaktarca helyettes államtitkára. Az előző ez év közepén, az utóbbi januártól, fokozatosan lépne hatályba. *Rácz Jenő* ezek között említette, hogy a kormány sem vállalkozókat, sem vállalkozói csoportokat nem kíván kizárni az egészségügyi befektetésekből, s lehetővé tenné a szakmai tőke térnyerését is. Ám a MOK ezzel nem ért egyet. Mint azt Gyenes Géza főtitkár kifejtette: az ágazat piacra dobása a szegények és gazdagok egészségügyét alakítaná ki. A kamara azt reméli, *Medgyessy Péter* a május közepére összehívott országos testületi ülés előtt fogadja őket, hogy tájékoztathassák: megbeszéléseket ugyan folytattak a szaktárcával a törvénytervezetekről, ám konszenzus nincs. A kamara kompromisszumkész, így testülete a miniszterelnöki választól függően dönt az érdekérvényesítés egyéb eszközeinek alkalmazásáról. A főtitkár szerint ugyanakkor a kormányzatnak nem lehet érdeke az egészségügyiek demonstrációja. A kamara - csakúgy, mint az egészségügyiek szakszervezete és az ellenzéki pártok - elveti azt is, hogy forprofit gazdasági társaságokká

alakulhassanak a jelenleg költségvetési intézményként működő kórházak, a nonprofit formát azonban támogatja. Félti az egészségügyi vagyont is. Ám az egészségügyi minisztérium szerint az ágazat célvagyonként kezelt ingatlanjainak védelmét kellően védi a törvényjavaslat. **A legnagyobb vita az egészségügyi dolgozók jogállását szabályozó elgondolásokról folyik. A kormányzat egységesen szabályozná az ágazatban dolgozók munkaviszonyát, a MOK külön törvényben garantálná az orvosok alanyi jogait, s azt, hogy munkaviszonytól független (vállalkozó, szabadfoglalkozású, közalkalmazott) díjazás illesse meg őket. A köztisztület célja, hogy a jelenlegi 140-160 ezer forint bruttó havi fizetés öt év alatt érje el az Európai Unió átlagát. Ezért dolgozta ki azt az életpályamodellt, amely bérköltségekkel együtt 600 ezer forintban határozná meg a szakorvosi kezdő fizetést. Ám *Rácz Jenő* szerint a bér a gazdaság teljesítőképességétől függ, ezért ahhoz, hogy ne kelljen évente törvényt módosítani, a jövedelmek alakulását rendeletben kell szabályozni. A helyettes államtitkár hozzátette: a múlt őszi, átlagosan 50 százalékos egészségügyi béremelés az orvosoknál átlagosan 70 százalék volt, s ez jelentős. Elismerte, hogy ez az EU-s és a nemzetgazdasági átlagfizetésekhez képest még mindig kevés. Rácz megjegyezte: az előző parlament által elfogadott kórháztvörvény-tervezethez 70 módosítást adtak be a kormánypártok, és most sem zárkóznak el az ésszerű javaslatok elfogadásától.**

Világ gazdaság, 2003.05.07.

A közeljövőben új szerkesztéssel és koncepcióval jelenik meg a Látlelet. Az egészségügyi tájékoztatást felvállaló lap - Magyarországon egyedülállóan - együtt kíván szólni a gyógyítás folyamatában résztvevő szereplőkhöz: gyógyítókhoz - betegekhez. A területek elkülönülve, de mégis egy lapszámon belül úgynevezett postahajtásban szolgálják a szerkesztői célt és kiválóan alkalmasak az orvos - beteg kapcsolatban az egymást segítő koncepció felvállalására.

*Megújulva, megfrissülve  
a szakmának, a betegeknek  
külön-külön, mégis egybe  
várja Önt a  
Látlelete*



# Beteg Egészségügy Németországban

Összeállítás a Stern magazin honlapja alapján 2002. nov- 2003. május 11.

2. rész

"Egy halott zsebeibe nem illik nyúlkálni." Nem illik, de Ulla Schmidt miniszter asszonyt ez sem riasztja vissza. A törvény szerint biztosítottak halotti járulékát szándékozik megfizetni, úgy hogy a pénztár utolsó teljesítése 525 eurót tenne ki. A választások lefutottak, a mindig mosolygó szocdem politikusnő már nem ismer tabut. Aacheni szülőházaja egyik bölcsességét megszívlelte: *"Ha valakire vic sorogni akarsz, próbáld egy mosollyal."*

Remek szociálmíniszterünk sürgősségi beavatkozással három milliárd eurónál nagyobb megtakarítást próbál átréselni. Így akarja megelőzni az biztosítási (EÜP)-járulékok rekordgyanús átlag 14,5 százalékra történő emelését. *"Levegőre van szűkségünk"*, bizonygatja Schmid, aki időt szeretne nyerni a helyzet átfogó kezelése érdekében.

Ez az átfogó kezelés már nagyon várat magára. A pazarlás változatlanul elképesztő méreteket ölt, a ráfordítások folyton növekednek és látványosan még nincs érdembeli megoldás a társadalom öregedésével szemben. *"A német egészségügy az összeomlás felé tart,"* figyelmeztet Wolfgang Franz mannheimi közgazdász professzor.

Egyelőre csak "Ulla nővér" (így a párton belüli gúny) érvágása készül: elképzelése szerint az orvosoknak a ránk következő évben le kell mondaniuk a honoráriumok növeléséről, a kórházak költségvetését is be kell fagyasztani, az EÜP-knak adminisztrációs költségeiket le kell faragniuk, és a fogászatoknak öt százalékkal csökkenteniük az áraikat. A takarítási potenciál mintegy feléről a gyógyszereszkárnak kell gondoskodnia, amely az utóbbi évek során *"elképesztően keresett"* (így Schmid). A gyógyszeripar, a nagykereskedők és a gyógyszerárak összehangolt árcsökkentése és engedményei nyomán 1,4 milliárd euróról mondanának le.

**ULLA MINDENKI ELLEN.** Egyedül a pácienshez nem nyúlnak, ígéri Schmidt. *"A pótfizetéseket nem emeljük, az orvosi szolgáltatásokat nem csorbítjuk."*

Pont ezek kapcsán a 71 millió törvényesen biztosított állampolgárnak már régen merülnek fel a kételeyeik.

Egy pénztártagok körében tartott reprezentatív felmérés már tavaszkor nyugtalanító eredményeket produkált. A megkérdezettek kétharmada minőségi lazulástól és a teljesítmény megrövidítésétől tart. *"A biztosítottak nincsenek megelégedve, elbizonytalanodtak,"* vélekedik Hans Jürgen Ahrens, az Általános Helyi Pénztárak Szövetségi Egyesülete (AOK) elnök-igazgatója.

Ehhez még hozzájön a lobbisták "lármája" (id. Schmidt) is. Mindenki Ulla ellen. A Gyógyszergyártók Kutatási Szövetségének főnöke, Bernhard Scheuble dühös: *szerinte "első sorban a páciensek lesznek a kormányzati tervek vesztesei"*, amikor hamarosan már nem állnak rendelkezésre korszerű gyógyszerek. A Szövetségi Orvoskamara elnöke Jörg-Dietrich Hoppe a megtakarítási műtét következményeképpen kilátásba helyezi, hogy az orvosi rendelők "hetenként felváltva" zárásra kényszerülnek. Szerinte is, *"ez az esztelen politika a páciensek kárára van"*. A Német Kórházi Társaság főigyevezetője Jürgen Robbers fájjalja a költségvetés befagyasztását: *"a páciensek hátán vívják ezt ki"*- állítja.

Ennyi gondviselés láttán az alany bizony gyanító lesz, hiszen jogos a feltételezés, hogy a piaci szereplők siránkozása nem csupa önzetlenségből fakad. Frank Bsirske a Verdi főnöke, maga is a kórházi nővérek érdekképviselője, elismeri: *"Valóban nagyon, nagyon, nagyon sok pénzről van szó."* **Pontosabban évi 220 milliárd eurót költenek Németországban az egészségügyre, és a szakma mintegy négy millió embernek ad munkát. 350.000 orvos és fogorvos ugyanúgy küzd a maga részéért ezen a piacon, mint félmilliónyi rendelő asszistens és 50.000 gyógyszerész, a kórházaknak pedig milliónál több alkalmazottjuk van.**

A politika számára kész dilemma: a svájci Prognos AG szakemberei szerint az egészségügy a "nyerő szakmák" közé sorolandó, mert a ránk követő 20 esztendő során növekedése más szakmák kétszeresét teszi ki. Ugyanakkor a törvényes betegbiztosítás egy olyan költségtényező, mely a munkát egyre csak drágítja.

Jelenleg a munkáltatók és munkavállalók együttesen 140 milliárd eurót dobnak össze. Ulla Schmidt szerint "ez elegendő pénz", ezért a járulékokat befagyasztaná, ami szükségserűen a ráfordítások oldalán megtakarításra kényszerít.

Elődjei hasonlót kíséreltek meg. Ezek a megtakarítási akciók mindig csak egy, két esztendőig bizonyultak hatékonynak. Jellemzően csak a tüneteket kezelték, nem pedig a problémák okait. 50 törvény született 7000 rendelet kíséretében, s a nap végén a járulékok mégis növekedtek. "Mindig csak költségszabályozó politikánk volt, de minőségileg sosem változtattunk semmit," így Karl Lauterbach kölni egészségügyi közgazdász véleménye.

**HIHETETLEN:** a német egészségügy nem csak rossz, hanem drága is. Gazdasági teljesítményéhez képest Németország nemzetközi összehasonlításban a második legnagyobb összeget költ az egészségre - ezen csak az Egyesült Államok tesznek túl. A várható élettartamnál viszont a németek éppen csak elérik az ipari országok átlagát. Átlagos ellátásukért túl sokat fizetnek a németek. Egy hasonlattal élve, az egészségügyi ipar a biztosítottak Golfot szállít egy Mercedes árán.

A *"Határozott Cselekvés az Egészségügyben Szakértői Tanács"* n. testület 2001. augusztusi tanulmányában kipellengérezte a "módon felüli és aluli és az elhibázott ellátást".

A szívkatéterezés példáját hozták fel: Németországban erre a vizsgálatra kétszer annyi alkalommal kerítenek sort, mint az átlag európai gyakorlatban, ennek ellenére 25 százalékkal több ember hal meg szívinfarktus következtében.

Másik példa a mellrák: évi 100.000 műtétet meg lehetne előzni, ha a mammográfia során gondosabban dolgoznának. Acukorbetegséget is: az érintettek következetes ellátásuk 20.000 lábamputációt és 30.000 agyvérzést segítene megelőzni. Rolf Rosenbrock berlini egészségügyi közgazdász meggyőződése szerint *"a költséges megbetegedési esetek negyede könnyűszerrel megelőzhető lenne"*.

A "német betegség" okait már nagyon sokszor és pontosan elemezték. Tanulmányok egész könyvtára alátámasztja azt, hogy túl sokat vizsgálnak, feleslegesen kezelnek, és sokat számolnak el. A legnagyobb hiányosság a következők:

**Hiányos transzparencia.** A páciens nincs tisztában azzal, mennyibe kerül az általa igénybe vett kezelés, sőt, az orvos sem tudja, mennyit kap a terápia fejében. A legkevésbé pedig a pénztár tud, mert ez utóbbinak a biztosított orvosok egyesülései csak gyűjtőszámlákat nyújtanak be.

**Nincs igazi versenyhelyzet.** Igaz, hogy a pénztárak - akik a maguk díjtételeivel tagokat toboroznak - versenyben állnak egymással, de a betegek legjobb ellátása terén nincs verseny, ami végzetes hiba, tekintettel arra, hogy az esz-közök 80 százalékát a biztosítottak csupa 20 százalékára fordítják.

**"Nincsenek minőségügyi szabványok.** Az orvosok nem zárandokolnak a TÜV-hez, még akkor sem, ha szakmai képzésük már 30 éves elmúlt el. A kórház kiválasztásánál a páciensek kizárólag szájpropagandára támaszkodhatnak. Az USA-ban a klinikák kötelesek, hogy műtéti statisztikájukat közzé tegyék, belecítve a műhibák gyakoriságát.

*"Szeretnénk, hogy a legjobb minőségért verseny alakulna,"* nyilatkozik Ulla Schmid a reformok következő szakaszáról faggatva. *"A megelőzést viszont "önálló oszloppá fejlesztenénk, az egészségügyben belül - lehetőleg az óvodától az idősok otthonáig."*- mondja.

Mindezek tetőzéséül az orvosi kartell meg akarják kerülni: a pénztáraknak lehetővé tennék, hogy "közvetlen szerződéseket" kössenek "anélkül, hogy a biztosított orvosok egyesülése megakadályoznákn abban". Ha ez sikerülne, akkor kifizetődő válna az orvosok számára, hogy sok páciens felületes megvizsgálása helyett kevés páciént alaposan kezelnének. A kórházi rendszert is alaposan megváltoztatná egy új elszámolási szisztéma, mert napipénz helyett - ami kedvez a hosszú klinikai ellátásnak - általánydíjat kapnának minden elvégzett műtét

után. A szakemberek számítanak arra, hogy néhány kórház be fogja zárni kapuit, első sorban a kis, kevésbé szakosodott intézmények. A nemzetközi összehasonlításban még mindig nagy ágymennyiség némileg csökkenne.

**A JÁRULÉK-KAZÁNBAN LÉVŐ NYOMÁSÁT** a miniszter asszony - csökkenteni kívánja. Legkésőbb egy évtized múlva a társadalom öregedése súlyos pénzügyi válsághoz vezet majd a pénztároknál. Már ma is a nyugdíjasok aránya a lakosság 30 százaléka. Az AOK tagsága 40 százaléka nyugdíjas, a berlini AOK-nál ez az arány eléri az 50 százalékot. A fővárosi főpénztárnak januártól a járulékot rekord 15,5 százalékra kell emelnie, máskülönben a társ-pénztárok megtagadnák a kiegyenlítő fizetéseket. Ez csak a szomorú csúcs, de még mindig nem fedi a költségeket. A többi AOK segítsége nélkül a járulékszint most 17,8 százaléknál tartana - sőt, az összes pénztár közötti kiegyenlítő fizetések ("kockázatszerkezeti kiegyenlítés") nélkül a 20 százalékot is messze túlszárnyalná. Az idősebbek átlag 2,3-szor akkora költséget okoznak, mint a befizetők.

A biztosítottak közössége havi 182 eurót fizet minden nyugdíjas után. A fiatalabbak szolidáris hozzájárulása már most meghaladja a 33 milliárd eurót - amely összeg valamennyi egészségügyi ráfordítás negyede. Ezért a tudósok 2040-ig 20-30 százalékos járulékokat jósolnak. Ennek háttere: nem csak a növekvő várható életkort, hanem az orvostani előmenetelt is finanszírozni kell. "A korszerű orvostan nem képes gyógyítani," így Martin Paul, a berlini orvostan dékánja, "hanem azt eredményezi, hogy a páciensek tovább élhetnek betegségükkel." Bernd Raffelhörschen freiburgi pénzügyi kutató viszont jósolja, hogy alapvető reformok hiányában a rendszer "két nemzedéken belül" össze fog omlni.

Pont ezt akarja megghiúsítani Gerhard Schröder kancellár egy új reformbizottsággal. Ennek főnökéül Bert Rürupot szembelték ki, a tevékeny darmstadti "gazdasági bölcset". E szakértői csoportnak - első sorban a zöldpártiak sürgetésére - nagyító alá kell vennie *"a szociális rendszer fenntarthatóságát"*. Amennyiben a bizottság azonban komolyan veszi küldetését, azokat a kérdéseket is meg kell válaszolnia, amelyeket a szocdem és zöld politikusok a koalíciós szerződésbe még nem merték felvállalni, mint:

*Az egészségügyi . biztosítások belüli átcsoportosítások.* Ennek gyakorlata eléggé áttekinthetetlen. Az alapelv tulajdonképpen, hogy az egészségesek támogatják a betegeket és a jobban keresők az alacsonyabn keresőket. Gyakorlatilag viszont a szegény egészségesek támogatják a gazdag betegeket - sőt: a magánbiztosítókhoz fordulók egyáltalán nem vesznek részt ebben, és az ingyen biztosított hozzátartozó házastársaknál, gyerekeknél az a helyzet, hogy a kötelezően biztosítottak fele hozzátartozó, az önkéntes magánbiztosítóknál pedig a biztosítottak háromnegyede hozzátartozó.

*A munkabér egyre kevésbé alkalmas a járulék alapjaként.* Ha azt akarjuk, hogy a munka költségei megfizethetők maradjanak, akkor a munkáltatói rész reálértékét - ami jelenleg a járulék felénél tart - be kell fagyasztani. Egy 'Wertschöpfungsabgabe' n. adó nem bevezetése is szóba került annak érdekében, hogy a magas bérköltségaránnyal dolgozó vállalatokat tehermentesítsék. Vagy pedig más bevételeket kell előteremteni, például vagyonból vagy ingatlan bérbe adásából. Ez többek között azért is lennekedvező, mert a száftos mellékkeresettel rendelkező nyugdíjasok magasabb járulékot fizetnek - eddig a járulék megállapításakor kizárólag a nyugdíjat veszik számításba.

*A teljesítmények jegyzékét ellenőrizni kell.* Olyan teljesítések, mint az anyasági pénz, a háztartási segély, vagy a - csökkentendő - halottpénz tulajdonképpen nem az egészségbiztosításhoz tartoznak, hanem máshol az államháztartásban kell elhelyezni. A megelőzési kezelések pénzelésének pedig csak Németországban van hagyománya. Más országokban, mint például Svájcban az egész fogászat ki lett iktatva. A táppénz folyósítása is egyszerűen megszervezhető egy magánbiztosítás keretében. *A csökkent teljesítés alternatívája a magasabb önrész.*

Olyan magán-biztosítótársaságok, mint a Vereinte - az Allianz-csoport leányvállalata - már a nagy üzletet szimatolják. A *"magántartalékok jobb mozgósítása"* jegyében több közgazdász professzor segítségével egy merőben új rendszer javaslatát dolgozták ki. Az egységes, 'saktalanított' alapellátás minden 21 év feletti állampolgárnak havi 200 eurójába kerülne, ehhez társulna egy évi 100 eurós kötelező önrész. A fogászati beavatkozásokra, hallókészülékekre, szemüvegekre és sportbalesetek kezelésére a rendszer immár nem terjedne ki. Csak azok a személyek kapnának állami pótteljesítést, akik keresetük több, mint 15 százalékkát kénytelenek az egészségügyre költeniük - ez a mai küszöb kétszerese.

Meglehet, hogy a szakértők tanácsai és az érdekképviselők kívánságai meglehetősen eltérőek - egyben találkoznak a professzorok, orvosok és miniszterek: nagy általában ők nem tagjai az AOK, Barmer és Társainak - túl sokat keresnek, vagy pedig köztisztviselők. A törvényes Biztosítások (EÜB) jövőjéről merőben a magánpáciensek döntenek - ami a pénztártagok részére nem feltétlenül megnyugtató körülmény.

## A RENDSZER SZABÁLYAI

### Amit a pácienseknek tudniuk kellene

A magánpénztárakhoz irányuló cserét most megnehezítik. A legfontosabb dolog számukra változások és fogalmak áttekintése

### Törvényes egészségügyi biztosítás

Németországban jelenleg 355 Betegbiztosító (EÜP van,) amelyeknél az V. szociális törvénykönyv 314 paragrafusának megfelelően összesen 70,8 millió fő van biztosítva. A biztosítottak csupa 50 százaléka kötelezően vagy önkéntesen vannak biztosítva, akik jelenleg munkajövedelmük 14 százalékát járulékként befizetik. 22 százalék a nyugdíjas, aki kedvezményes járulékot fizet, 28 százalék hozzátartozóként járulégmentesen van biztosítva Biztosítási kötelezettség és a járulék magassága Aki alkalmazotként havi 3.375 eurónál kevesebbet keres, automatikusan a törvényes egészségügyi biztosítás kötelező tagja. A kereseti határt évente újonnan határozzák meg, 2003-ban várhatóan 3.450 eurót tesz ki. Addig az összegig a járulékot a kereset százalékaként tartják vissza. Az önállóan, vagy jobban keresők önkéntesen válhatnak taggá, vagy magánbiztosítóhoz mehetnek. 2003-tól várhatóan csak havi 3.825 eurós keresettől lehet váltani magánbiztosítóhoz.

### A Biztosított orvosok egyesülése (KV)

A "szerződött orvos általi ellátás biztosításához" törvény által előírt terjedelemben a mintegy 116.000 biztosított orvos kötelezően tagjai a 23 regionális orvosi egyesülés egyikében. A pénztárak a KV-kel állnak szerződéses viszonyban, amely szerződések az évente folyósítandó összhonoráriumot (költségvetést) előírányozzák. Országos viszonylatban ez az összeg 2001-ben körülbelül 43 milliárd márkára rugaszkodott. Az egyes KV-k a maguk pontrendszere szerint megállapítják, hogy mennyi pénzt kap az egyes orvos. A pénztárak általában nem tudják, melyik orvos melyik teljesítést melyik biztosított részére számol el.

### A biztosító váltása

Eddig minden kötelező tag jogában állt, hogy 18 hónapos tagság után kéthónapos felmondási idő mellett váltsa törvényes pénztárát. Amennyiben a pénztár emeli a járulékot, a felmondási idő betartása mellett azonnal lehet váltani. Az önkéntes tagok és a magas keresettel rendelkezők - akik emiatt magánbiztosítóhoz is válhatnak - nincsenek kötelezve a 18 hónapos határidő által. A magánbiztosítótól csak szigorú feltételek mellett lehet visszatérni a köztörvényes pénztárhoz, és az 55. életév után ez a lehetőség teljesen ki van zárva. Ez a rendelkezés a helyettesítő, vagy vállalati pénztáraknál biztosítottakra is vonatkozik.

### Kockázatszerkezeti kiegyenlítés

A pénztárak kötelesek egymás közt kiegyenlíteni a pácienseik különböző kockázati szerkezetéből (életkor, kereset, hozzátartozók száma) eredő költségeiket

Nr.47.14.11.2002 Stern..  
(Lorenz Wolf Doettingchem, Georg Wedemeyer tollából összeállította: Neumann István K.Team)



# A változó kor klinikumáról

A termékeny életkor és a senicum közötti időszakról (climacterium) kívánok összefoglalást adni, különös tekintettel a perimenopausára, az utolsó szabályos menses előtti és utáni 1-3 évre. Ilyenkor az enyhébb ciklus rendellenességek mellett számos vegetatív és pszichés tünettel találkozhatunk. Ezek a vérzés megszűnése után is fennmaradhatnak, vagy fokozódhatnak. A menopausa az az utolsó havi vérzés, amelyet peteérés előz meg s egy éven belül nem követi újabb. Magyarországon a 48-51. évek-re tehető, befolyásoló faktorai: szociális okok, etnikai tényezők, születésszám, dohányzás, stb. Fontos a változókor panaszainak okait megtalálni, biztonságos terápiás sémákat beállítani, szoros szakorvosi diagnosztika, kezelési követés mellett.

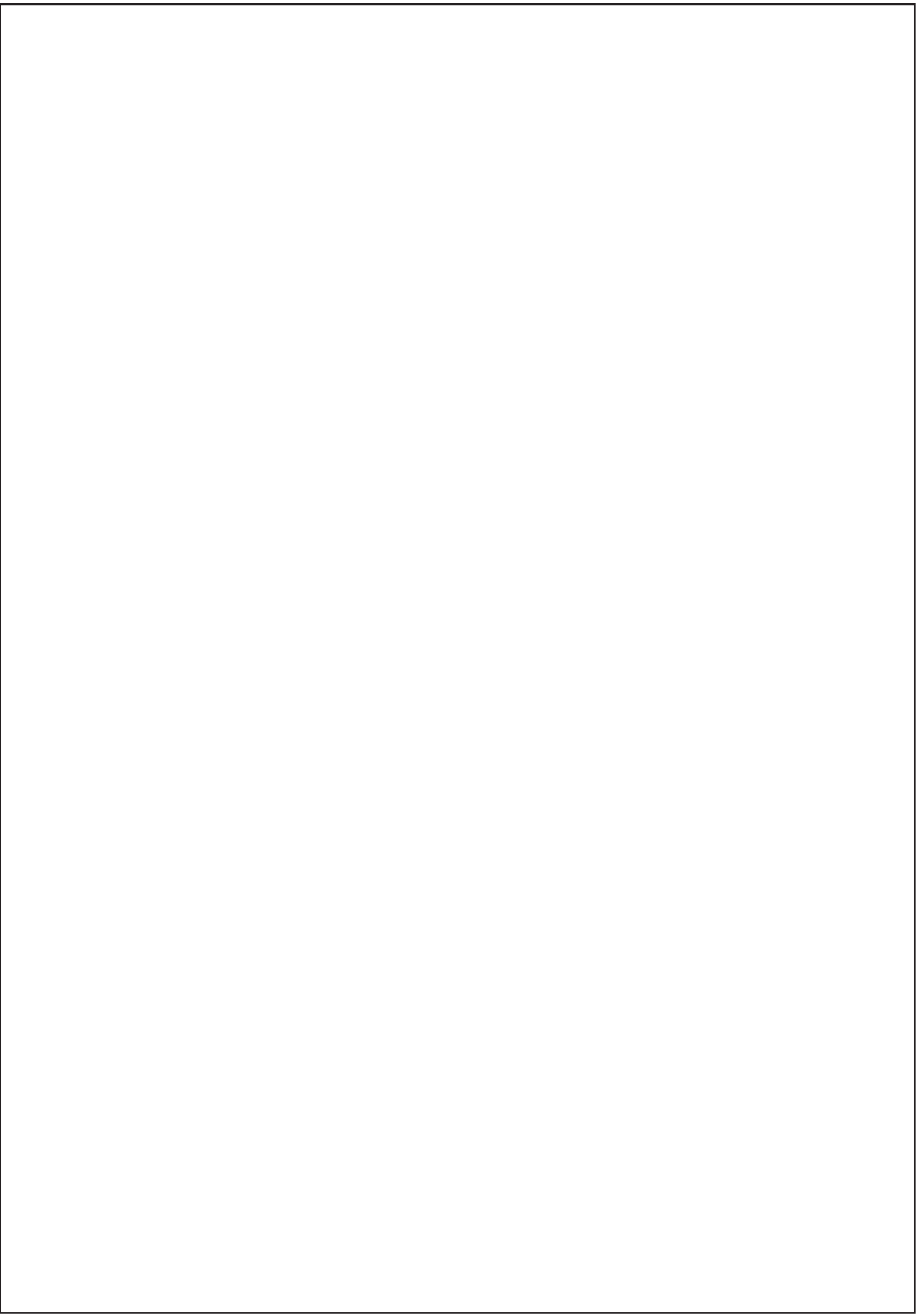
**A menopausa endokrinológiája**  
Kialakulásában két tényező játszik szerepet. Egyfelől a petefészektüszők kimerülésének, másfelől a folliculusok FSH-receptor hiánya. Ezen utóbbit már a praemenstruáló nőknél is igazolták, azaz a tüszők FSH receptorainak szintéziséért felelős folyamatok zavara megelőzi a petefészek folliculusok kimerülését. Kezdetben az FSH- és LH-szintek emelkedettek, míg az ösztadiol és inhibin szintek alacsonyak. Az évek múlásával az FSH-, LH-szintek is csökkentek, az oestrogénszintet pedig a zsírszövet androge és oestrógen konverzió határozza meg. A perimenopausa átmeneti szakaszában variabilitás van.

**Tünettan**  
Jellemzők a vasomotoros tünetek, így a hőhullámok (flush), a szapora szív működés, a vérnyomás labilitás. A kültakaró ereiben nő a véráramlás, a flush-epizódokban intercraniális nyomásnövekedés révén kínzó fejfájásokat okozhat. A hőhullámok éveken át ismétlődhetnek, postmenopausalisan is. Gyakorik a pszichés zavarok, amelyek nagymértékben befolyásolják az életvitelt. Az urogenitális involúció, vérnyomászavarok, libidó csökkenés, küllemváltozás pedig hat az önértékelésre, az érzelmi hangulati életre is. Egyeseknél szorongás, letargia, másoknál depresszió, alvászavarok és fáradékonyság fordulhat elő. A többszörös krízisszituációk megoldása nagymértékben függ a személyiségtől. Az említettek fel- és megoldásában segíthetnek a menopausa klubok, a szaksegítség és önszorgító csoportok részvételével.  
A cardiovascularis kórképek előfordulása gyakoribbá válik, mivel a postmenopausal oestrogen elégtelenség fokozza a hölgyek koszorúér veszélyeztetettségét. A női nemi hormonok csökkentik az LDL-ts trigliceridet s növelik a HDL-t. Ezáltal védik az endothel integritását, gátolják az alakos elemek kitapadását, emelik az ér relaxációt (azaz javul az áramlás). Közel 80 százalékban fordulnak elő csontizületi tünetek, elsősorban a postmenopausal osteoporosis mellett. A spontán törés mindössze 20 százalékban jellemző, míg zömmel a csontsűrűség ritkulás (Bone Mineral Density BMD) diagnosztikus. Ezt a denzitometerek jól jelzik.

A jellemzők:  
- BMD T-score 1-2,5 között osteopaeniára utal,  
- BMD T-score 2,5 alatt osteoporosisra jellemző.  
Az Urogenitalis atrophia által okozott panaszok a menopausa után 1-2 évvel jelentkeznek. Így az ún. atrophias colpitis hüvelyviszketéssel, fájdalmas közösüléssel, gyakori vizelési ingerrel, sérülékenységgel, alkalikus pH eltolódással. Mindezek után érthető, hogy ezen "gyulladás" adekvát terápiáját nem az antibiotikumok, hanem a hormonpótló gyógyszerek jelentik.  
Utoljára, de nem utolsósorban említjük meg az urinalis szövődményeket. Az anus felől az atrophias hüvelyen át bejutó Gram negatív baktériumok cystitist, urethitist okozhatnak. Gyakori az incontinencia kialakulása is, aminek egyik oka az oestrogen-hiány.

A menopausa-syndroma kezelési elvei  
Fontos az egészségfelmérés, az életmódbeli tanácsadás, gondozás és hormonpótlás. Az első szinten a családorvos felméri az egészségi állapotot, s a második szintre a menopausa szakambulanciára irányítja, stb. Kivizsgálás után hormonpótlás beállítása és ellenőrzés történik. A gondozás az első szinten is folytatódik, állapot követéssel, a hormon mellékhatások kiszűrésével. Ezen utóbbiból figyelemmel kísérendők: vérzés zavarok, folyadékretenció, hőelváltozások.  
Felhívnam a figyelmet arra, hogy klimaktériumos vérnyomásemelkedés során a gyógyszerdózisok nem emelendők, ritkán csökkenthetők. (Az inzulin adagokat is csökkenteni szokták.)  
Az ellátás harmadik szintjét az oestrogenhiány által kiváltott (vagy súlyosbított) anyagcsere és/vagy szervi elváltozások (pl. I. típusú osteoporosis) kivizsgálására, kezelésére alkalmas centrumok adják. A szükség szerint (lásd panaszok) társszakmákkal való konzíliumokra is számíthatunk.

Dr. Kollár László  
Szülész-nőgyógyász főorvos  
Nyíregyháza



## A krónikus bronchitis és az akut exacerbációja

Az emphysemával együtt alkotja az úgynevezett krónikus obstruktív légúti betegségcsoportot (COPD). A pulmonológiai nyilvántartás szerint hazánkban közel 800 ezer ember szenved ebben a betegségben, így a morbiditást nézve Európában az első helyen vagyunk. Kialakulásában szerepe van az alfa-1 antitripszin hiánynak, a dohányzásnak, a foglalkozási poroknak és gőzöknek. Diagnosztikus értékű, ha két éven át három hónapig produktív köhögés fordul elő, s szívbetegség, illetve más tüdőbetegség kizárható.

### Kezelés

A háziorvos szakmai-emberi kötelessége, hogy felhívja a figyelmet a megelőzésre, például a dohányzás mellőzésére. Ennek a károsító hatását elsősorban a légzésfunkciós vizsgálat során a FEV1 rohamos csökkenésével érzékelhetjük. Leszokás után a FEV1 javulása jelzi az obstrukció csökkenését, s a köhögés, illetve a váladék elmaradását. Helyreáll a hörgők öntisztulási folyamata. Mindezek hangsúlyozása ezért is fontos, mert a köhögés elnyomása csak az improduktív esetben indokolt.

### A köhögés típusai

**Produktív**  
**Akut:** Bronchitis, Krónikus folyamatok akut exacerbációja  
**Krónikus:** Bronchitis, Bronchiectaria, Asthma, Emphysen  
**Improduktív**  
**Akut:** Orrmelléküregi betegségek, Gége-garat folyamatok, Pneumonia, Embolia, Pleuritis, Gőzök-gázok belélegzése  
**Krónikus:** Emphysena, Ormmelléküreg gyulladás Garat-gége betegségei, Trachma dyskinesis, GORD, Centrális tumor, TBC  
**Szívbetegségekben:** kisvérköri hypertenzió (gravis esetekben produktív) gyógyszerek, pl. ACE-gátlók hatása.  
A krónikus bronchitisben a reggeli órákban jelentkezik a produktív köhögés, ami idővel állandósulhat (s a dohányosokra is jellemző). A tüdők felett sípolást-búgást, durva szörtyözreket hallhatunk, gégszeti és mellkas röntgen el-

térés nélkül. A dohányzás elhagyása reverzibilis javulással jár együtt.

### A gyógyszeres kezelés algoritmusa (súlyossági okoktól függően)

Enyhe: Ipatropium bromid, (3-6 puff, 60-120 mg/4x naponta)  
Mérsékelt súlyos : ß-2 agonista (2-4 puff napon-ta + pos Retard teophyllin)  
Súlyos: Karticosteroidok (pos 0,4-0,6 mg/kg 2-4 héten át)  
A mucolyticumok közül az N-acetilcisztein erős antioxidánsként au akut exacerbációkat ritkítja, a lefolyás súlyosságát enyhíti.  
Igen súlyos esetekben szükség lehet az otthoni oxigénterápiára is. Az akut exacerbáció az idős, multimorbid betegeknél súlyos szövődményekhez vezethet. A jellemző tünetei:  
a./ A dyspnol gyakorisága, a ventiláció romlásával;  
b./ Purulens köpet, rohanszerű köhögéssel;  
c./ Láz leukocytosissal.  
Mérlegelendő a szakorvosi konzultációk és az intézeti beutalás indikációi. Ezek lehetnek:  
a./ zavartság, aluszékonyság,  
b./ nyugalmi dyspnoe,  
c./ a légzésszám >25/min.,  
d./ a pulzusszám >110/min.,  
e./ mélyülő cianosis,  
f./ a belégzési segédizmok használata.  
Lehetséges terápiánk az oxyológiai ellátás során a következő:  
1./ Iv.bolusban 120 mg metilprednisolon (ismételve) vagy infúzióban 0,2-0,8 mg trkg/h dózisban.  
2./ Theophyllin 5 mg/kg 30 perces cseppinfúzióban. (A dohányosoknál a fokozott metabolizmus miatt nagyobb dózisban is.)  
3./ Aerosol terápia (Venturi elven alapuló porlasztóval), otthon legbiztonságosabb az Atrovent oldat (0,025 %-os), 1-2 ml/2-3 ml fiziológias sóoldattal hígítva.  
Szövődményes esetekben az otthoni sürgősségi ellátás után a beteg intézetbe utalandó, rendezett cardiopulmonális státuszánál.

Dr. Salamon Sándor

## PÁLYÁZATI FELHÍVÁS



HUNGUEST HOTEL  
PELION  
TAPOLCA  
★★★★

**A 2003. Július 1-én nyitó tapolcai HUNGUEST HOTEL PELION szálloda igazgatója pályázatot hirdet tüdőgyógyász vagy allergológiai foglalkozó belgyógyász szakorvos részére, az új gyógyszálló asztmás, allergiás betegeinek, illetve barlangtherápiás kúrájának irányítására.**

**Pályázati feltétel:** - szakorvosi képesítés a megjelölt szakmákból,  
- társalgási szintű német nyelvtudás

Bérezés, munkaidő, letelepedési feltételek egyedi megbeszélés tárgyát képezik  
További rész munkaidős közalkalmazotti jogviszony létesítésére a tapolcai Kórháznál van lehetőség.

A pályázatokat a hotel igazgatójához Pokorádi Sándorhoz az alábbi címre kérjük benyújtani. Hunguest Hotel Pelion 8380 Hévíz, Vörösmarty u. 91.  
Tel/Fax: 83/343-109



## KÖZLEMÉNY

A makói Dr. Diószegi Sámuel Kórház - Rendelőintézet 2001. februárjában Csongrád megye egészségügyi intézményei közül elsőként szerezte meg minőségügyi rendszerének tanúsítását, melyet a DEKRA ITS végzett. A tanúsítvány három évre szól, mely időszak alatt évente felügyeleti auditokon ellenőrzik minőségügyi rendszerünk állapotát.

2003. március 12-13.-án a második felügyeleti auditon is sikeresen bizonyítottuk, hogy megfelelünk a szigorú nemzetközi előírásoknak, melyet az ISO szabványok állítanak a minőségügyi rendszerekkel szemben. Ezek a követelmények minden szinten beépültek a napi munkába, munkatársaink felkészültek a megmérettetésre.

Az elmúlt évek alatt megtapasztaltuk a minőségügyi rendszer szükségességét és hasznát, mely időnként több munkát jelent, de ezáltal működésünk áttekinthetőbbé vált, minden szervezeti egységünk azonos logikai rend szerint működik. Az egységes eljárások biztosítják mindenkor az azonos minőséget szolgáltatásaink nyújtásában és biztonságot jelent munkatársainknak, hiszen szabályozások és protokollok segítik munkájukat.

A betegelégedettségi vizsgálatok eredményei is alátámasztják jó tapasztalatainkat. Számos kedvező visszajelzést kapunk, melyek szerint betegeink is érzik az ellátás minőségének javulását és értékeli törekvéseinket.

A felügyeleti audit sikere után sem pihentünk meg, minőségügyi rendszerünket fejleszteniünk kell, hogy megfeleljén az idő közben megújult szabvány követelményeinek. Tanúsítványunk december közepéig érvényes, folyamatos fenntartásához, megújításához az év végén újabb auditon kell bizonyítanunk megfelelőségünket.

Dr. Takács István  
Főigazgató

Makó 2003. március 17.  
Dr. Jakus Lajos  
Minőségbiztosítási igazgató

## Ápolástan - Mozaik: A PICU (Psychiatric intensive care unit)

A pszichiátriai osztályok zárt részeit a 70-es években felszámolták. Időközben azonban nyilvánvalóvá vált, célszerű a magasabb szintű ápolási intervenciókra alkalmas részlegeket létrehozni, amelyek képesek speciális ellátást biztosítani az akut szakaszokban. Ezek lettek az angolszász országokban az úgynevezett "PICU"-k, megfelelő technikai háttérrel és orientáltan képzett ápolószeméllyel. Utóbbiak 80 százaléka magas szakképzettséggel bír, intenzív ellátásra alkalmas elmeápoló. Az első egységek 1990-től működnek Angliában, az USA-ban, illetve elvéve Magyarországon 1995-től. Ma már egyértelmű, és nagy létszámú betegen szerzett tapasztalatokról lehet beszámolni. A típusos ápolási problémák: agresszivitás (külső, illetve "belső"), menekülési késztetés, kiszámíthatatlanság és hullámzó betegség dinamizmus. Ezekben az egységekben a nő, férfi arány 1:3, az átlagos életkor 42 év, s a betegek 30 százaléknál alkoholos anam-

nézis, 5 százalékban drogabuszus is szerepelt. Visszaeső 25 százalékuk, pszichiátriai multimorbiditás 10 százalékban előfordul két hetes tartózkodási idő mellett. Frissen diagnosztizált beteg 15 százalékban fordul elő. Egyénre szabott diagnosztika, kezelés mellett igen szigorú felülvizsgálat után, a 100 százalékos kibocsátási kritériumok teljesítésével kerülhetnek az úgynevezett "alvó osztályokra". A kritériumok röviden összefoglalva: kontroll visszanyerés, kommunikáció, adaptáció, empátia a külvilággal és compliance, utóterápiás-rehabilitációs biztonság. Utórevíziók szerint is a PICU-k eseteiben alig 1-2 százalékban találtak úgynevezett "ágyblokkolást". Csökkentették az osztályok szakmai leterheltségét, rövidítették a kezelési időt, javítottak a szakmai protokollokon és a minőségbiztosítási, finanszírozási feltételeken.

Dr. Salamon Sándor  
háziiorvosi praxis,



Sonja spanyol királynő látogatása a Pethő Intézetben

## Felelősségünk a házi ápolás során

### Öt év tapasztalatainak összegzése

Az alábbiakban vázlatosan összefoglaltuk a házi ápolás során szerzett általánosítható tapasztalatainkat. Az otthoni szakápolás nemcsak a kezelés, gondozás és rehabilitáció módjaiban, de a kockázati tényezők szempontjaiból is egyedi jellegű. A teljesítményorientált finanszírozás mellett a betegek korán kikerülnek az akut ellátásból. Ez az ápolás során a beteg, a család és az ápoló számára egyaránt szigorúbb követelményeket támaszt. A korszerű orvosi technológia kezelése pedig a felelősséget tovább fokozza. Komplex anyagi-szakmai és jogi felelősség, szigorú protokollokkal és a minőségbiztosítási elvek betartásával érvényesül. Ugyanakkor empátikus kapcsolattartásra van lehetőség, ami segíthet az ápolónak a kommunikációban, munkája eredményességében. A compliance romlása viszont nagyon megnehezíti a funkcionális rehabilitációt. Adaptív, azaz anyagi, jogi, etikai és morális kötelességei is vannak a házi ápolási rendszerben dolgozóknak. Pontos dokumentáció a szakmai előírásoknak és pénzügyi feyelemnek megfelelően, a menedzsment, a szakhatóságok, a finanszírozó számára. Személyes felelősség és elszámoltathatóság, az anomáliák feltárásának a kijáratási

módszerek indoklásával. A betegek és a környezetük elégedettségének a mérésére kérdőíveket használhatunk, amelyek feldolgozása és értékelése a menedzsment feladata. A javítási technikák, a végrehajtás módszereinek a megjelölésével, folyamatosan korrigálhatják az egyes praxisok, praxis-közösségek házi ápolási tevékenységét. Fontos ismernünk a szolgáltatás megszüntethetőségének a lehetőségeit is. A szolgáltatás megszüntethető: - a betegnek, - a környezetének dokumentált kérésére, - az elégséges ellátási szint elérésekor, - a biztosítási-f finanszírozási fedezet hiányakor, - az ápolást végzők veszélyeztetésekor. Más speciális esetek is előfordulhatnak. Egyértelműen a szolgáltató felelőssége akkor valószínűsíthető, ha szakmailag elfogadható indokok nélkül fejezi be az ellátást. A hanyag ápolás során elszenvedett egészségkárosodásokért a vészhelyzetek megoldatlanságáért is a szolgáltatót terhelik a következmények. Természetes a felelőssége az ápolónak (és a szakmai felügyeletet gyakorló orvosnak):

- a felszerelések nem szakszerű használatáért,
- a dokumentációs hiányosságokért,
- a finanszírozási deficitkért,
- a jelentési kötelezettségekért,
- a környezetvédelmi, hulladékmegsemmisítési inszufficienciákért.

A dokumentációnak az említettekén túlmenően tükrözni kell:

- a nyújtott ellátás színvonalát,
- a beavatkozások szakszerűségét, jogosságát,
- jelezni a szövődményeket, iatrogéniákat,
- indokolni a konzíliumokat, intézeti elhelyezéseket.

Tartalmazza a beteg és környezetének önkéntes döntési kompetenciáját, compliance-t, a kommunikációs dokumentációt. Hosszasan folytathatnánk a lehetőségeinkről és felelősségünkről szóló beszélgetéseket, de ez meghaladja egy dolgozat lehetőségeit. Az ápoltak tájékoztatására azonban mindenképpen utalnunk kell. Tudniuk kell a nyújtható szolgáltatásokról, ezek veszélyeiről és a várható eredményekről. Ismerniük kell a más szolgáltatók által felkínált lehetőségeket, hogy szabad akaratl, a teljes választék alapján dönthessenek.

## Hivatás és pályaelhagyás

Napjainkra egy emberileg, politikailag és anyagiilag megosztott Magyarországon nemzeti válsághelyzet alakult ki. Sajnos, az egészségügy is finanszírozási, etikai és morális gondokkal küszködik. A helyzetünkön sokat ront az irányítás, ellenőrzés túlpolitizálása, az antihumanista, egoista média gátlástalan gyógyítás és gyógyító ellenessége, hecckampányai. Nagykorúvá vált a rendszerváltás után egy új orvos-generáció, akik büszkéek tudásukra, versenyképességükre, toleranciájukra és adaptációs készségeikre. Ugyanakkor értékeiket érvényesíteni akarják, mert nem "eurokomform rabszolgák", hanem egyenrangú partnerei kívánnak lenni az Európai Unió orvostársadalomának. Tehetségesek és vállalkozó szelleműek. Dogmákkal, álhumanista propaganda szövegekkel nem befolyásolhatók, avagy megfélemlíthetők. Nem kívánnak "üres gyomorral", lelkesedésből gyógyítani, a "magyar rögöz költőten", a pártok politikai érdekei szerint, empátikusan nyomorogni. Nem fogják felvállalni a hazai krízishelyzeteket, az egészségügy-ellenességet, az értelmiségiek elhethetetlenítését, tehetetlenségét, elidegenedését

### A pályaválasztásról és a csalódásról

Elsősorban a gyermekkori azonosulások, a családtagok, a közeli ismerősök példájának a követése, az altruisztikus segítségigény a befolyásoló. A megbecsülés, a társadalmi presztízs jelentősége lényeges mértékben csökkent. A felvételt követő eufória gyorsan tovaszáll, a fiatalok "küzdenek" a mérhetetlen tudásanyaggal és megpróbálnak megfelelni a gyakorlati készségeknek, magukéva tenni a pszichoszociális ellátáshoz szükséges empátiát, compliance-t. A "lehűlés éveit" következnek próbatételekkel, meg- és behódolásokkal, szükség szerint "jellemtelen alkalmazkodásokkal" a túlélésért, az előre menekülésért, azaz az egyetem mindenáron való elvégzéséért.

A csalódások, a kudarcok alkalmanként cinizmussal párosulnak az első években (az elméleti képzés idején az "anticipatív szocializáció" során). Ilyenkor alakul ki az orvoslásra jellemző szomatikus, biomedikális szemlélet, amely megalapozásában igen fontos az anatómia és az élettan, biofizika, biokémia. Ez a külső kényszereken alapuló "szerep-

tanulást" sok, a laikusok (akik a hallgatókat a gyógyító szerepbe "kényszerítik", például véleményt, tanácsokat kérnek). A hallgatók az elméleti képzést indokolatlanul dominánsnak tartják, de idővel változik a véleményük és összeeseng a gyakorló orvosokéval. Felismerik és értékelik az elméleti alapok fontosságát. Sajnos nálunk is kevés a gyakorlati képzésre szánt idő s nem eléggé hatékony. Hiányzik a megfelelő rutin és így bizálatotatott szolgálói s ennek rendelik alá életüket, ez határozza meg életútjukat. A gyógyítás presztízs társadalmi-politikai okokból csökkent, az orvosok szerepét "devalválták". Ugyanakkor a követelmények szigorodtak, a gyógyítás elszemélytelenedett és elembertelenedett.

### A pályaelhagyás útjairól

A passzívabbak is az egészségügy "közeliében maradnak", fontolgatva, fenntartva a visszatérés lehetőségét. Természetesen számtalan úgynevezett "vészkijáratra" van ma már lehetőség. Ezek közül néhány: a továbbtanulás jogász, közgazdász, természetgyógyász, stb. diplomák megszerzése céljából. Egy másik út a felduzzasztott létszámú gyógyszerismertető állások megpályázása. Ezt "részleges pályaelhagyásnak" tekinthetjük. Vannak, akik fordítási, számítástechnikai, gyógyászati segédeszközöket vagy orvosi műszereket forgalmazó vállalkozásokba kezdenek, mint "aktív pályaelhagyók". A merészebbek a kihívásokat kereső százak (és idővel ezrek is) külföldi állásokra pályázva keresik az egzisztenciális biztonságot és a szakmai "küzőrésit" lehetőségeket. Magasabb jövedelmek, elismertség és megbecsülés, továbbképzés, emelkedő nyugdíjalap. Hosszasan sorolhatnám az egyéni, szakmai és a családi előnyöket, (így utóbbinál a gyerekek tanulási, nyelvgyakorlási lehetőségeit).

### A következmények

Ellátási krízisek a megüresedő praxisokban, intézményekben, a szakma presztízsének további csökkenése mellett. Előregedés, túlterheltség s idővel ellehetetlenülés a pálya valamennyi területén. Az egészség elértéktelenedése, egy beteg nemzet kiszolgáltatottságának a fokozódása. Tisztelt szakmapolitikusok! Ez így nem mehet tovább! A tények magukért beszélnek!

(Pontos Név és Cím a szerkesztőségben)

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap



» OBSERVER «  
MAHIR OBSERVER MEDIAFIGYELŐ KFT.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.  
újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-főszerkesztő: dr. Kollár László, orvos-szerkesztő: dr. Salamon Sándor, ápolási témafelelős: Petrikné Jakab Zsuzsa, tervező-szerkesztő: Gyurgyik Zsuzsanna és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, 06 (26) 500-638, -39  
A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

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

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



# Az egészségügy átalakítása és az egészségpénztárak (ahogy ezt az egészségpénztár tagok látják)

*Helyes, hogy a "reform" szó eltűnik a feladat megjelölésből. Az egészségügy soha nem volt képes megfelelni a társadalmi elvárásoknak, sem nálunk sem másutt a világon. Viszont van egy elégedettségi szint minden országban, melyhez kényszeresen közelíteni igyekeznek az államok, azért, hogy a társadalmi közhangulat ne fenyegetsen robbanással.*

A korszerűsítés sem helyes kifejezés - a magyar egészségügyet világfolyamatok elvárásaihoz kívánják igazítani - az "egészségipar" kiteljesítése a cél. (az üzleti érdekeknek való alávetés) Persze az egészségüggyel szembeni adott társadalmi elégedetlenséget fel lehet használni arra, hogy a makro és mikro folyamatokba egyaránt be lehessen avatkozni. (az emberek többsége el is hiszi, hogy ennél rosszabb a rendszer már nem lehet)

Másoknak kapóra jön egy IMF jelentés - mint most is - mely követelte, követeli az egészségügy kiadásainak radikális csökkentését, amit az egészségügy privatizációjában érdekelt hazai lobb csoportok gazdasági nyomásgyakorlásra használtak, használnak fel az éppen regnáló kormányokkal szemben. E "kiváló szakemberek" az állami egészségügyet szembeállítják a priváttal, állítva, hogy az intézményhálózat privatizálása jelentős költségcsökkenést eredményez, miközben a szolgáltatások minősége érzékelhetően javulni fog. Hamis érvanyagaikban a gazdaság más ágazatainak privatizációs sikereit emlegetik, miközben azt elfelejtik hozzátenni, hogy az egészségügy eredményei gazdasági mutatókkal nem kifejezhetők.

**Az egészségügy működésének eredményét a**

**világon mindenütt a társadalom tagjainak testi és lelki állapotával, demográfiai mutatóival lehet jellemezni.**

A változtatás szándéka mögött a túlburjánzó technokrata felfogás és a haszonelvűség (tőkeérdek) húzódik meg. Azt csak csendben jegyezzük meg, hogy az intézményhálózatot hamarosan követni fogja a finanszírozási rendszer "lenyúlása" is.

A törvénytervezet ismeretében ami várható legalább is rövid távon (5-7 év)

- elégedettségi index további csökkenése az egészségügy iránt,
- esélyegyenlőség romlása a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben,
- a lakossági terhek növekedése,
- egészségügy állapotát is kifejező népegészségügyi és demográfiai mutatók romlása.

**Következmény:**

- növekvő ellátatlanság,
- felgyorsuló intézményi privatizáció a piacosítás minden negatív elemével,
- várólista (pénzért) a szolgáltatásokban,
- költségrobbanás - hiszen a rendszernek a profitot is ki kell termelni,
- kórházrombolás - a kórháztelkeken beindul a telekspekuláció.

**A reális veszélyek ellenére sem odázható el a rendszer átalakítása, amely veszélyek mérsekkelhetők, ha nemcsak a program kimunkálása, hanem végrehajtása is széles alapokon nyugvó társadalmi ellenőrzés mellett folyik. A társadalmi ellenőrzés megszervezésében, a fogyasztói érdekek képviseletében fontos szerep-**

**hez juthatnak az önkéntes kölcsönös egészségpénztárak, ha meg tudják őrizni identitásukat és működésük alapvető értékviszonyait. Ehhez viszont az önkéntes egészségpénztári rendszert erősíteni kell.**

Határozott megállapításokra van szükség, amelyek rögzítik:

- az önkéntes egészségpénztárak alapvetően beaváltották a hozzájuk fűzött reményeket. A működő pénztárak többsége modell-értékű rendszert alkotott. Az egészségbiztosítás átalakuló rendszerében funkciójukat ki kell bővíteni. Társadalmi elfogadottságukat további kormányzati támogatással erősíteni kell. (nem csak az adókedvezmény, hanem állami propaganda és feladatok delegálása további delegálása által)

**Alapvetően három pénztári modell különböztethető meg:**

- **döntően az egészségmegőrzésre koncentráló**
- egyéni egészségprogramok alapján - közösségi szolgáltatások igénybevételére ösztönző rendszer,

- **a fakultatív tagsági igények alapján sokszínű vevőkártyás** szolgáltatás vásárlás, nem kötelező szűrési programokkal
- **"kvázi" egyéni számlás** főleg gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök vásárlásra irányuló vevőkártyás konstrukció.

A kialakult rendszereket társadalmi hasznosságuktól függően kell preferálni. Adott esetben az adókedvezményt az igénybevett szolgáltatáshoz kellene kötni. (Az adókedvezményt ne lehessen automatikusan igénybe venni.)

A kiegészítő rendszer elterjedése feltételezi a kötelező rendszer által nyújtandó szolgáltatások egzaktabb meghatározását. A társadalombiztosításból "kirekesztett" egészségügyi szolgáltatások "fogyasztását" a kiegészítő rendszerbe lehet irányítani, de egyben ezzel elkerülhető a kettős finanszírozás is. Az EHO-t nem eltérőlni, hanem a halasztott fogyasztásba kell írni.

nyítani. A munkáltató munkavállalója döntése szerint vagy a költségvetésnek fizet, vagy az egészség számlára, a halasztott egészségügyi fogyasztás céljára. Halasztott fogyasztásra a számlát a tulajdonoson kívül más is tölthesse. Például a szülő a fogyatékos gyermek számára, akit a gondozók elhalálozása, egészségi állapot miatti akadályoztatása esetén ennek terhére látnak el.

A gyermek a szülő(-k) javára későbbi ápolási célra helyezhessen el összegeket.

A szolgáltatások igénybevételének a lehetőségét bővíteni kell. Erősíteni kell a családi jelleget, meg kell teremteni az örökölhetőséget. Át kell gondolni a szolidaritási elem alkalmazhatóságát is. A pénztártagot érdekeltté kell tenni a prevenciós szolgáltatások igénybevétele mellett a halasztott fogyasztásban is, tehát az egyéni számlán való felhalmozásban. Ennek egyik lehetséges formája az egészség takarékszámla, de az ápolás célú megtakarítás is. Szükségtennek látszik több majdnem azonos célú számla létrehozása - minél több számla, annál költségesebb ezek vezetése - helyett az egészségcélú egyéni tőke felhasználásáról - adott törvényi keretek mellett - a számla tulajdonosa döntson.

**A pénztárak és a fogyasztóvédelem**

A pénztárak a tagok megbízásából kontrollálják az államilag finanszírozott egészségügy szolgáltatásait. Szakmai testületeik (több pénztár együtt is tarthat fenn ilyeneket) megerősítik vagy elutasítják bizonyos egészségügyi beavatkozások szükségességét. Alternatív megoldásokat javasolnak. Követik a gyógyító folyamatokat. Az esetlegesen bekövetkező műhibák kivizsgálásában részt vesznek. Képviselek tagjukat kártérítési ügyekben. A pénztár érdekelt-ségi viszonyainak megfelelően jár el, hiszen a rehabilitációs költségek jelentős része terhelheti.

## A privát egészségbiztosítás szerepe és jelenlegi helyzete az OECD országokban

- folytatás a 3. oldalról -

Németországban, Ausztriában és Svájcban a biztosítók a harmadik megoldással, *alapok, tartalékok képzésével* kerülnek el azt, hogy a kor előrehaladtával a biztosítottaknak emelni kelljen a hozzájárulásait.

Európában mindenek előtt nagyon elterjedtek a *készpénzfizető biztosítások*, melyeket kórházi kezelés, hosszú ápolás, gyógyszervásárlás, nagy műtétek bekövetkezése, vagy kritikus betegségek esetén nyújtanak, illetve amelyek a kicső jövedelmet pótolják betegség, baleset és rokkantság esetén.

Természetesen a biztosító, vagy a pénztár egészségügyi intézményeket is létre hozhat, amelyben a biztosított tagok általi szolgáltatást tudja nyújtani.

A természetbeni egészségügyi szolgáltatásokat a legtöbb helyen irányított betegellátás (managed care) formájában nyújtják.

**A privát biztosítás előnye:** a fogyasztó nagyobb elégedettsége, választási, döntési lehetőségének a bővülése, a növekvő számú egészség-életmód ipar által nyújtott szolgáltatások kivonása a közfinanszírozás alól.

Ellentmondások és hátrányok a privát biztosítás területén: a kockázaton alapuló formák sértik az esélyegyenlőség érvényesülését, illetve valamennyi módszer alkalmatlannak bizonyult a költségcsökkentés céljának elérésére.

A fentiek tudatában a legtöbb OECD ország keresi a megfelelő finanszírozási megoldásokat, előnyben részesítik a csoportbiztosítást, illetve a kockázat szelekciót tiltó módszereket, biztosítók közötti kiegyenlítő kockázati alap létrehozását javasolják, új megtakarítási formák így az orvosi takarékszámla, illetve az ápolásbiztosítás bevezetésének a feltételeit bővíti. Előre láthatóan az OECD országokban gyorsuló ütemben fog kiépülni egy vegyes magán- és közösségi finanszírozásra épülő egészségügyi rendszer.

Az előrejelzések, trendek és tradíciók alapján a fejlett európai országokban a jövőben is domináns állami szerepvállalásra és döntő súlyú közfinanszírozásra lehet számítani, ezzel együtt az üzleti biztosítások és a non profit pénztárak jövőjét és mozgásterét a szakértők optimistán ítélik meg és további bővülésre számítanak.

A lakosság előregedése és ennek nyomán az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő szükségletek, a háttértudományok, az egészségügyi technika, a gyógyszerek gyors fejlődése, az egyedi igények differenciált kielégítésének a követelménye, valamint a szolgáltatások közötti választás iránti igény növekedése alapozza meg és indokolja ezeket a biztosítói várakozásokat.

A Pénztártanács albizottságának összefoglalója 2001. július

### Jelentősen nőtt a pénztárak bevétele

A pénztári szektorban felhalmozott vagyon tavaly 780 milliárd forint fölé, a GDP mintegy 5 százalékára nőtt az egy évvel korábbi 582 milliárd forintról. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (PSZÁF) összesítése szerint a pénztárak taglétszáma az év végén meghaladta a 3,4 milliót. Mind a három önkéntes pénztár típus kifizetései nőttek az elmúlt évben. Az önkéntes nyugdíjpénztárak 15 milliárd forintot fizettek ki tagjaiknak tavaly, 27 százalékkal többet, mint 2001-ben. Az egészségpénztárak kifizetései 66 százalékkal 5,5 mil-



liárd forintba, az üsszegélyezési pénztáraké pedig 34,2 százalékkal 2,7 milliárd forintba nőttek. (www.origo.hu)