

MAGYAR  
EGÉSZSÉGÜGY

Zöld könyv

# Tartalomjegyzék

Mi a zöld könyv?	4
6+!	4
I. Általános rész	6
Mi valósult meg eddig az egészségügyi reformból	6
Miért?	6
Dilemmák világszerte	12
II. Részletes rész	13
1) Valódi biztosítás = valódi biztonság	13
2) Ésszerűbben jobbat	17
3) Egy intézmény, amely minket véd	23
4) Ma kétszer fizet, egyszer kap	26
5) Méltóságteljes, biztonságos öregkor	33
6) A beteg szabadsága	36
7) Keserű pirula vagy gyógyír?	38
8) A választás szabadsága, avagy verseny a páciensért	42
III. Epilógus helyett	46
A reform most nem csak kényszer: lehetőség is	46

TÖBBEN, JOBBAN, TOVÁBB

*Zöld könyv az egészségügyről*

## Mi a zöld könyv?

A pontos választ nem a zöld, hanem az úgynevezett fehér könyvek felől érdemes megközelíteni. Ez utóbbiak voltaképpen állapotleíró tanulmányok, amelyek „pillanatfelvételt” készítenek egy-egy terület (vagy akár ország) aktuális helyzetéről, de nem tartalmaznak megoldási javaslatokat.

A zöld könyv műfaja ennél több – mégpedig éppen a megoldási javaslatokkal az. A zöld könyvet ezért meghatározhatjuk olyan, két kötelező részből álló kiadványként is, amely egyfelől egy szakterületet leíró fehér könyvből, másfelől pedig az abban feltárt problémákhoz, kihívásokhoz rendelt megoldási lehetőségek katalógusából áll.

Ilyen kiadvány a magyar egészségügyről szóló zöld könyv is, amelyet az olvasó most a kezében tart. Minden fejezete két részből áll: a hazai állapotok leírásából és a nemzetközi példákból kiolvasható, jellemzőbb megoldási lehetőségek bemutatásából.

A könyv megmutatja, hogy problémáinkkal nem vagyunk egyedül a világban, más országok is hasonló dilemmákkal, kihívásokkal néztek szembe az elmúlt évek során, és adtak jobb, vagy kevésbé jó válaszokat rájuk.

A példákból jól látszik majd, hogy nincs egyetlen üdvözítő út, nincs olyan kizárólagos megoldás, amely minden ország, minden egészségüggyel kapcsolatos problémájára megnyugtató választ adna. Nincsen bölcsek köve, amelyet megtalálhatnánk.

A különböző utak megismerése mégis tanulságos, mert csak ezek sikeréből vagy kudarcából okulva lehet megtalálni azt a konkrét megoldást, amely a magyar egészségügy sajátos kihívásaira a legjobb választ adhatja.

6+!

**Magyarországon átlagosan hat évvel rövidebb életet élünk, mint az európai polgárok többsége.** Mindez nem sorsszerűség. Nem valamilyen titokzatos átok következménye, amelyről nem tehetünk. Nem az ország gazdasági ereje a felelős érte, mert sok, **Magyarországnál szegényebb országban is hosszabb élet jut az embereknek. Magyarzatképpen ezért nem hivatkozhatunk tőlünk független körülményekre.**

Ha rajtunk múlik, milyen hosszan élünk és milyen minőségben, akkor a legsúlyosabb erkölcsi kötelességünk a valódi okokat feltárni és változtatni rajtuk.

A magyar emberek rövidebb életének az egyik fő oka az, hogy az elvárhatónál sokkal kevésbé törődünk egészségünkkel. Döntően az egészségtelen életmódunk miatt, mi, magyarok szinte világelső vagyunk a daganatos és a szív-érrendszeri megbetegedések okozta halálozásában. Az öngondoskodás és a jövőnkért érzett felelősség sokkal kevésbé befolyásolja mindennapjainkat, mint ahogy az szükséges lenne.

**A rövidebb élet okai között a másik fontos ok: az egészségügyi ellátórendszer állapota.** Adatok bizonyítják, hogy Magyarországon egyes rákos megbetegedések esetében a téves diagnózisok aránya meghaladja a 20 százalékot! Emlődaganatos megbetegedés esetén hazánkban feleakkora az esély a gyógyulásra, mint Finnországban; ebben az összehasonlításban Magyarország az ötödik legrosszabb helyen áll Európában.

Ezen a tarthatatlan helyzeten csak közösen tudunk változtatni. A kormány felelőssége, hogy korszerű, humánus és szolidáris egészségügyi rendszert hozzon létre a biztonságos és színvonalas ellátás érdekében. Valamennyiünk felelőssége pedig az, hogy egészségtudatosabban éljünk, vagyis az egészség ügye a fejünkben ne a háziorvosnál, a szakrendelőnél, vagy a kórháznál kezdődjön, hanem a sportolásnál, az egészségesebb étkezésnél és a rendszeres szűréseknél.

Ha van nemzeti program, akkor ez az: a következő években olyan egészségügyi rendszert hozunk létre és működtetünk, amely ösztönöz az egészségtudatosabb életre, hatékonyabbá és humánusabbá teszi a gyógyító munkát, a magyaroknak pedig hosszabb és teljesebb életet biztosít.

**Éljünk minél többen, minél tovább, jobb életminőségben – ez a magyar egészségügyben végrehajtandó minden változás értelme.**

Többen, tovább, jobban – a most induló reformnak ez a tétje.

## I. Általános rész

Mi valósult meg eddig az egészségügyi reformból?

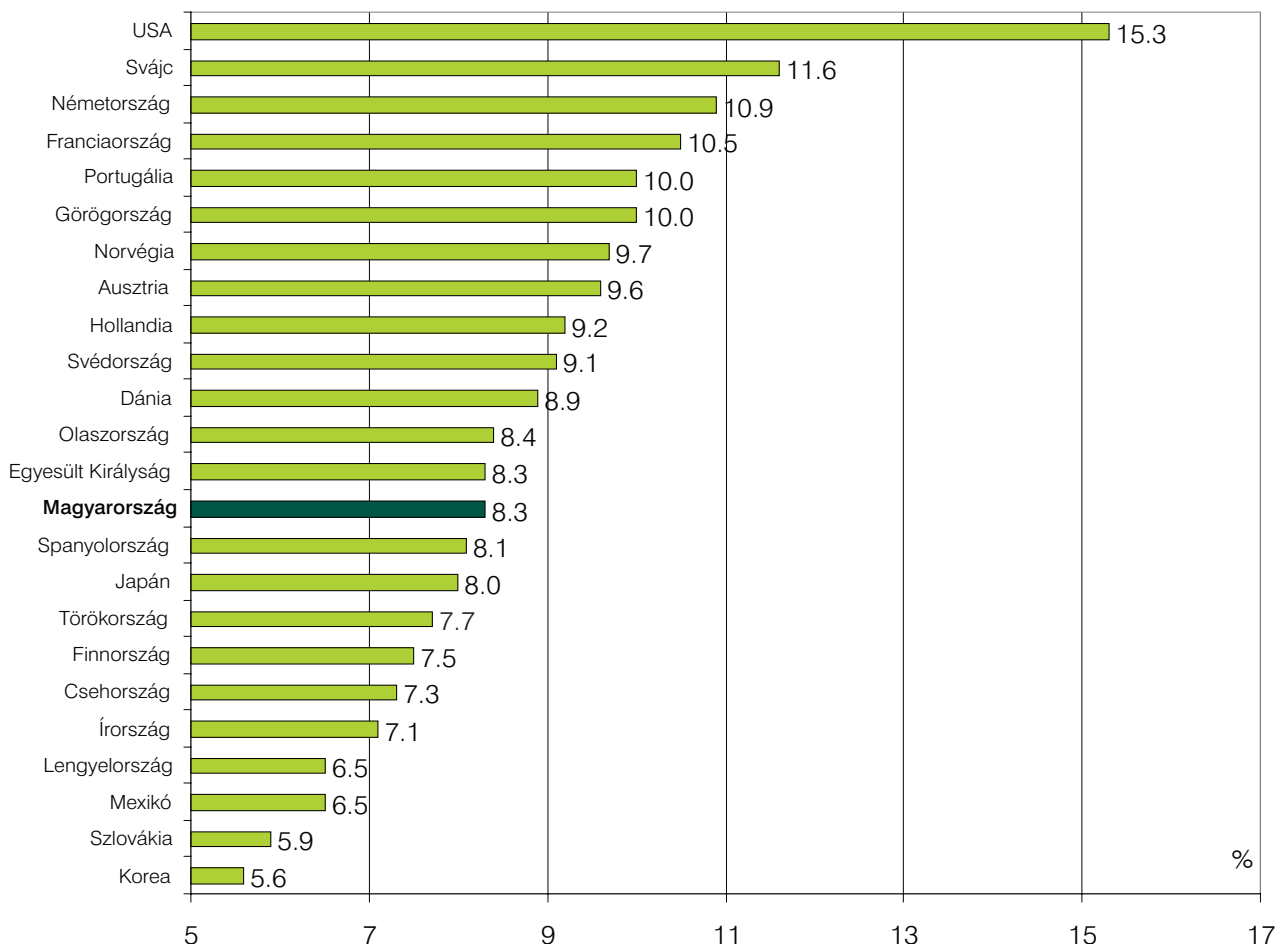
- A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében folytatódik a nagy parlamenti egyetértéssel elfogadott **népegészségügyi program**.  
Cél az egészségtudatos magatartás népszerűsítése és támogatása, a szűrések hatékonyságának javítása. Ennek érdekében tovább kell pontosítani a bizonyítottan hatékony szűrések lehetséges célcsoportjait és elérésüket.
- A lakosok, a betegek tájékoztatásában új szakaszt jelent az elindított és nemrég megújított **Dr.Info** rendszer, amelynek szolgáltatásai folyamatosan bővülnek.
- A **100 lépés** programjának keretén belül megkezdődött
  - › a biztosítási rendszer kialakításához nélkülözhetetlen feltételek megteremtése:
    - **az egyéni számlák rendszernek kialakítása,**
    - **a teherviselőik azonosítása,** jogviszonyok rendezése,
    - **az ellátási csomagok elvi kialakítása.**
  - › A szakmai szabályok („**protokollok**”) **megalkotása**
  - › A legnagyobb problémát jelentő megbetegedések területén (daganat, szív-érrendszeri, sürgősségi, gyermek-egészségügy) **elkezdődtek a nagy nemzeti programok.**
- A **Nemzeti Fejlesztési Terv (NFT I.) ágazati mintaprogramjai** elindultak, és az **Új Magyarország Fejlesztési Terv (NFT II.) véglegesítése elkezdődött.**

Miért?

Miért van szüksége Magyarországnak egészségügyi reformra? Röviden válaszolva azért, mert a jelenlegi helyzet tarthatatlan – a szó szoros és átvitt értelmében egyaránt.

Tarthatatlan a helyzet, mert amíg nem kevés pénzt költünk egészségügyre – minden száz forintból több, mint 8-at (ezzel a világ legfejlettebb országainak rangsorában az erős középmezőnyben vagyunk, ott, ahol az Egyesült Királyság, Dánia, Olaszország vagy Japán is szerepel) –, addig bizony a hazai viszonyokat megtapasztalva egészségügyünket mégis okkal érezzük szegénynek. Vagyis a közvélekedéssel ellentétben nem arról van szó, hogy keveset költenénk az egészségügyre, hanem arról, hogy amit költünk, azt rosszul költjük el. Mert hiába felel meg a magyar egészségügy GDP-részesedése az európai átlagnak, ha például az orvos-beteg találkozások száma kétszer akkora, mint az uniós átlag, vagyis az egy esetre jutó fizetség ennek függvényében jóval alacsonyabb, mint az indokolt lenne. Az orvosok jelentős része túlságosan sokat dolgozik megszegyenítően kevés javadalmazásért, az orvosok társadalma kettészakadt: a rendszer haszonélvezőire, a hálapénzt, a beszállítói kenőpénzeket zsebre tévő elitre, és a betegekért áldozatokat vállaló „kizsákmányolt” „második vonalra”.

## Az egészségügyi kiadások részaránya a GDP-ben (2004)

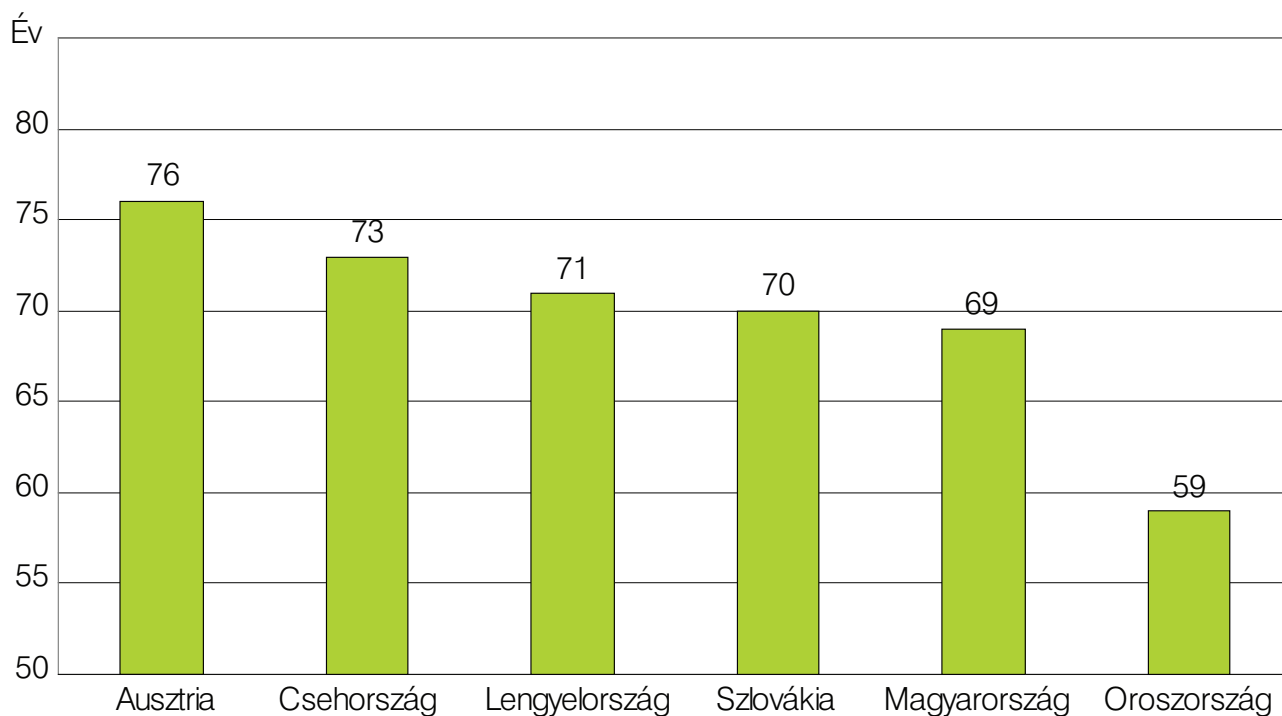


Forrás: OECD

Tarthatatlan a helyzet azért is, mert bár szívesen beszélünk „ingyenes egészségügyről”, a valóságban kétszeresen is fizetünk az egészségügyi szolgáltatásokért: egyszer tisztán, a járulékaikkal, másszor pedig feketén, amikor hálapénzt adunk. (A felmérések szerint ma, Magyarországon minden második ember valószínűnek tartja, hogy az egészségügyi intézményekben hálapénzt kell adnia azért, hogy megfelelő bánásmódban részesüljön. A hálapénzek nagyságrendjét ismerve ez az igazi *fizetés*, sőt „ráfizetés” egészségügy.)

A helyzet tarthatatlan, mert a születéskor várható élettartam tekintetében jócskán elmaradunk a hozzánk hasonló fejlettségű, vagy az egészségügyre velünk nagyjából hasonló arányban költő európai országoktól, magyarán kevesebb ideig élünk, mint a „papírforma” szerint élhetnénk. És ne gondoljuk, hogy csak a szerencsésebb történelmű nyugat-európai országokhoz viszonyítva rosszabbak az életkilátásaink: hosszabb életre számíthatnak a hasonló történelmű és gazdasági fejlettségű csehek, szlovákok és lengyelek is – pedig ezekben az országokban az egészségügyre fordított kiadások aránya még kisebb is, mint hazánkban.

## Születéskor várható élettartam (Férfiak, 2004)



Születéskor várható élettartam (2002)	
<b>Magyarország</b>	72,43
<b>Lengyelország, Csehország, Szlovákia együtt</b>	74,64
<b>EU15</b>	78,70

**Többért kevesebbet.** Hiába költünk többet az egészségügyre a szomszédainknál, a magyarok életkilátásai – születéskor várható élettartama – mégis alacsonyabb az övékéinél. Amint az ábrán látszik, a legragikusabb a helyzet a magyar férfiak esetében. Minden negyedik magyar férfi még a 60. születésnapját sem éri meg! Látható, hogy ez az arány nemcsak Ausztriában, de még a velünk hasonló fejlettségi szinten lévő, ugyanakkor az egészségügyre nálunk kevesebbet költő Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában is kedvezőbb.

**Tarthatatlan a helyzet, mert a magyar emberek életéveik 13%-át betegen élik.** Ráadásul világelső vagyunk jelentős népegészségügyi problémákban: igen magas a daganatos és a szív-érrendszeri megbetegedések okozta halálozás. Ráadásul nemcsak általában rosszak az adataink, de nagyok a területi egyenlőtlenségek is. Talán már nem is meglepő, hogy általában a legszegényebb, legelmaradottabb térségben a legnagyobb a veszteség. (Ezért is kiemelkedően fontos a kiegyensúlyozott területfejlesztés, mert a végleges megoldást ez adja majd az egészségügyi rendszer átalakítása mellett.)



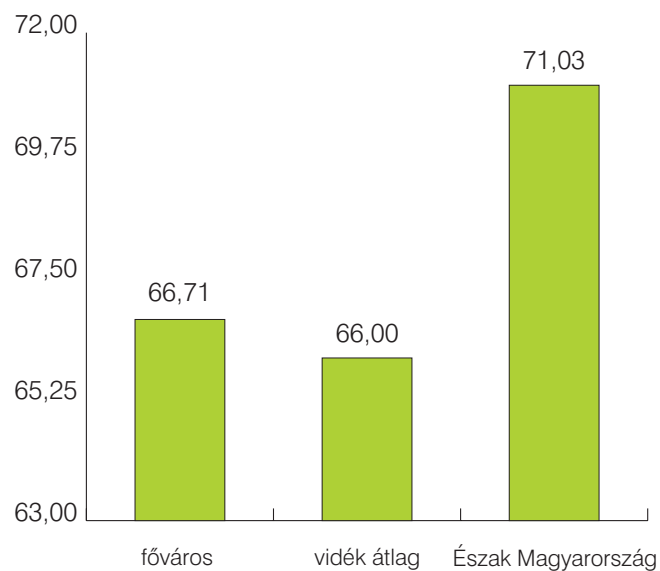
## A 100 000 főre jutó elveszett életévek a potenciális 70 évből\* (2004)



\*: a nvers halálozás alanián mindkét nemre

Forrás: ESKI IMEA

## 10 000 főre jutó keringési rendszer betegségei miatt meghaltak száma 2004-ben



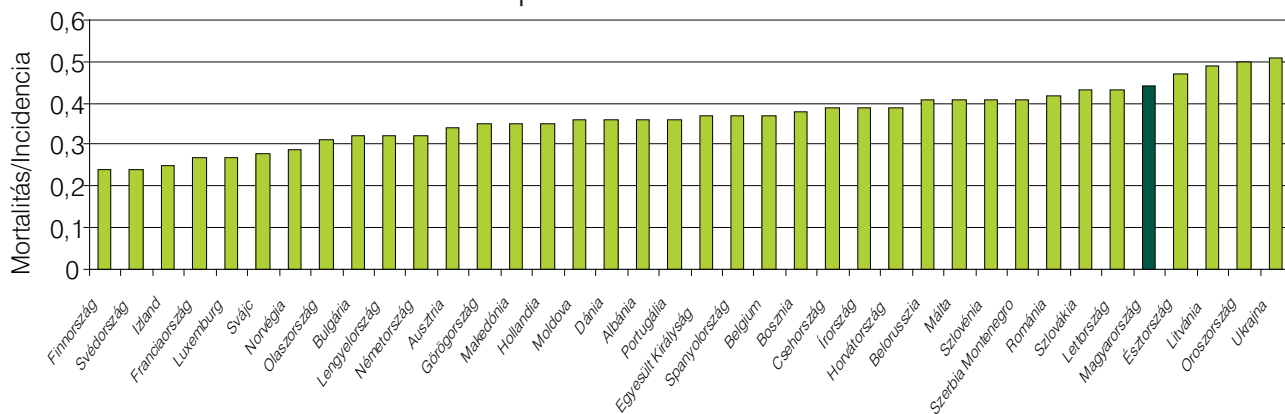
**Halálos egyenlőtlenség.** Magyarországon nemcsak a halálozások száma magas, de nagyok a területi egyenlőtlenségek is.

Bár azt tudjuk, hogy az úgy nevezett *morbidityban* (beteggé válásban) döntőek az egészségügyön kívüli okok, ám nem vitatható az ellátórendszer egyenetlen minőségének, hozzáféréseinek és hatékonysági problémáinak a szerepe sem. A *mortality* (halálozás), illetve a felismert esetekre vetített halálozás, a betegség „túlélése” azonban az egészségügyi rendszer egyik legfontosabb hatékonysági mutatója.

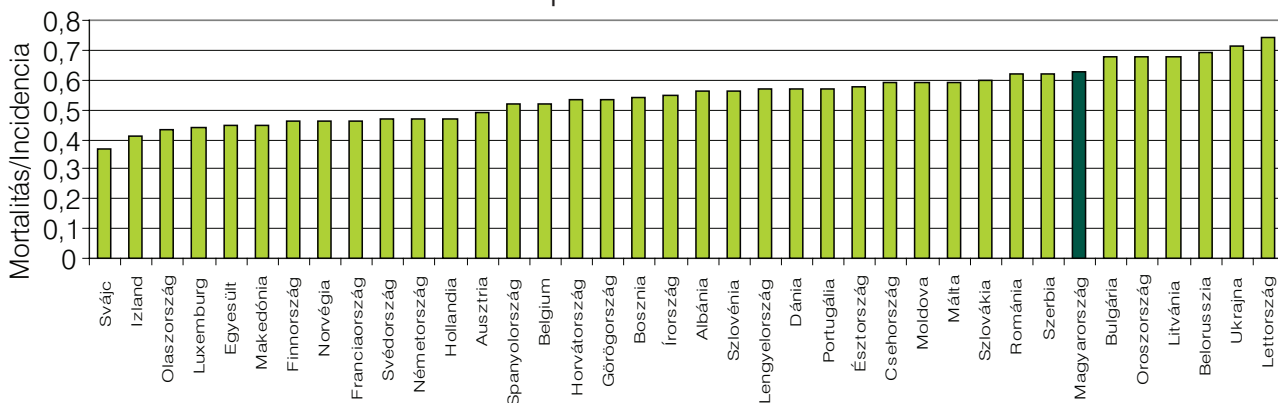
A helyzet a magyar egészségügyben – sok egyéb mellett – éppen azért tarthatatlan, mert hazánkban ez az adat ma nagyon kedvezőtlen.

Nem nyughatunk bele abba a helyzetbe, hogy egy ekkora országon belül ilyen ordító különbségek legyenek az emberek életkilátásaiban, és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés épp ott legyen a legrosszabb, ahol az emberek a legbetegebbek.

Halálozási valószínűség emlődaganatos megbetegedés esetén Európában a nők körében



Halálozási valószínűség végbél daganatos megbetegedés esetén Európában a férfiak körében



**Későn, rosszul.** Az ábra tanulsága, hogy a felismert daganatos betegek gyógyulási esélye is rossz: Magyarországnál csak pár szovjet utódállamban rosszabb az eredmény.

Hármas szorításban élünk tehát: Magyarországon az egészségtelen életmód, a környezeti ártalmak miatt magas a daganatok előfordulási gyakorisága, a nem megfelelő szűrés, önellenőrzés miatt viszonylag későn kerül a betegség felismerésre, azaz a kezelés szempontjából elhanyagolt állapotban kezdődik meg a gyógyításuk, és nem megfelelő a gyógyítás eredményessége sem.

A veszteségek azonban nem csak életévekben és a családok fájdalmában mérhetőek. A rossz egészségi állapot a kezelési költségeken kívül jelentős termelés-kiesést is okoz: számítások szerint akár ezermilliárdos nagyságrendű a veszteség, azaz a GDP közel 5%-a vész el az idő előtti megbetegedések és halálozások miatt. Gondoljunk csak bele, ez az elvesztett pénz annyi, mint az összes magyar kórházra és a gyógyszer támogatásra az OEP egy év alatt kifizet! Az előzőeken túl ezért is tarthatatlan a mai helyzet: ha ugyanis egészségesebbek lennénk, gazdagabbak is lehetnénk, hiszen a hatékonyabb egészségügyi rendszernek köszönhetően egészségesebbé váló magyar társadalom nagyobb gazdasági növekedést volna képes elérni. Ez fordítva is igaz, beteg-

rokkant társadalom nem képes a gazdaság fejlesztésére. A „szegénység – egészségtelen életmód – betegség” ördögi köréből ki kell törnünk.

A helyzet tarthatatlan azért is, mert miközben az utóbbi emberöltőkben a magyar gazdaság hatalmasat fejlődött, a magyar orvosok és nővérek pedig világszínvonalú tudást szereztek, addig az egészségügy nem tartotta a lépést, hatékonyságát tekintve megragadt egy múltbéli, gyengébb színvonalon. Gondoljuk csak meg: osztrák szomszédaink gazdasága ma épp négyszer több jövedelmet képes előállítani, mint 40 évvel ezelőtt, és ezzel a fejlődéssel párhuzamosan közel a felére csökkent az osztrák társadalomban az ún. halálozási arányszám, vagyis azoknak az aránya, akik valamilyen betegség következtében hunynak el. A gazdasági fejlettség – ha tetszik: az emberek életszínvonala – és a halálozási ráta ugyanis elméletileg szoros összefüggésben áll egymással: minél fejlettebb egy ország, minél jobban élnek az emberek, annál tovább élnek egészségesen és annál kevesebben halnak meg betegségben. Magyarországon azonban a gyakorlat sajnos cáfolja ezt a tételt. Hiába állít elő a gazdaságunk kétszer annyi nemzeti jövedelmet, mint mondjuk 1960-ban, hiába élünk jobb életszínvonalon, mint akkor: a halálozási arány szinte semmit sem csökkent. Ma 1000 megbetegedett magyarból közel ugyanannyi hal meg, mint 40 évvel ezelőtt!

Azonban a helyzet nemcsak tarthatatlan, de *fenntarthatatlan* is, mert az ország legégetőbb kihívásaira a jelenlegi egészségügyi rendszer nem képes valódi válaszokat adni. Miközben ugyanis a születéskor várható élettartam folyamatosan nő (még ha jóval lassabban is, mint másutt) aközben a népesség száma mégis egyre csökken. Szakértői számítások szerint, ha a jelenlegi tendencia folytatódik, alig fél évszázadon belül kevesebb mint 9 millióan leszünk Magyarországon.

Ez a demográfiai változás pedig valóban oda vezet, hogy fenntarthatatlanná válik a közös adóforintokból finanszírozott nyugdíjak és egészségügyi ellátások rendszere. Könnyű belátni, hogy miért: egyre kevesebb aktív embernek kell majd eltartania egyre több idős, inaktív embert.

Persze nem mondhatjuk, hogy ez a probléma váratlanul ért volna minket: egyrészt azért, mert ezzel a gonddal szinte minden fejlett országnak meg kell küzdenie, másrészt azért, mert nagyjából két évtizede Magyarországon is jól láthatóvá vált, hogy ez a tendencia milyen veszélyeket rejt mindannyiunk időskori, vagy egészségügyi értelemben vett biztonságára nézve. A politika – és valljuk be: maga a társadalom – eddig nem kezelte a helyén ezt a kérdést, ezért az elmúlt években, évtizedekben nem is történt semmi érdemleges: ránk maradt, hogy megelőzzük a bajt.

Most kell cselekedni, mert most még lehet.

A magyar „egészség ügye”, és a magyar egészségügy változásért kiált. Az ágazat valódi reformja nem halogatható tovább.

## Dilemmák világszerte

Az orvostudomány fejlődése és az ellátási igények növekedése a világon mindenütt egyre élesebb konfliktushoz vezet, amit a „**szakmailag lehetséges – gazdaságilag megengedhető**” konfliktusának nevezünk.

A hozzáférés elsődleges szempontja mindenütt a méltányosság, az igazságosság. Ezért a hozzáférés korlátozásában sehol nem alkalmaznak elsődlegesen piaci eszközöket.

Az igénybevételt három módon szabályozzák a világban.

1) **Vannak országok, amelyek a kapacitásokat – azaz a kínálatot – korlátozzák.**

Az ellátás ingyenes, de szigorú szabályok határozzák meg, hogy ki hova mehet. A háziorvos is csak korlátozottan lehet megválasztani, a háziorvos által indokoltnak tartott kórházi ellátásban pedig a felajánlott 4-5 kórház közül lehet választani. Egyes átlagos beavatkozásokra (sérvműtét, szemlencse beültetés, mandulaműtét stb.) fél-egy, akár kettő évet kell várni. Várólisták jellemzik az Egyesült Királyság, Írország, Spanyolország, Portugália, Svédország vagy Finnország egészségügyét is. **Fontos** tudni, hogy ezekben az országokban **állami az egészségügyi rendszer működtetése.**

2) **A másik korlátozási eszköz a beteg választásának korlátozása, az ellátás megszervezése, a betegutak „menedzselése”. Ebben a modellben a beteg nem versengő szolgáltatók közül választja ki azt, hogy ki kezeli, hanem az ellátásának van egy gazdája** (a háziorvos, vagy egy ellátás-szervező), aki a leghatékonyabb – és a megfelelő ellátások közül a legolcsóbb – ellátást szervezi meg a betegnek. Dániában például a szabad általános és szakorvos választás részleges költségtérítéshez kötött. Franciaországban pedig csökkentett összegű visszatérítést kap a biztosítótól az a beteg, aki a szakellátások nagyobbik részét a háziorvos beutalója nélkül keresi fel.

3) **A harmadik lehetőség**, amikor nem a kínálatot vagy az igénybevétel módját korlátozzák, hanem a „keresletet”, azaz **a betegeknek fizetniük is kell az igénybevételért.** Európa országainak többségében ma már a szavak szintjén sem ingyenes az ellátás, hanem valamilyen – többnyire szimbolikus mértékben – a páciensnek is hozzá kell járulniuk gyógyításuk költségeihez (vö: co-payment, vizitdíj).

## II. Részletes rész

### 1) Valódi biztosítás = valódi biztonság

*A biztosítási elv következetes érvényesítésére és a járulékrendszer átalakítására van szükség*

#### **Tudta, hogy:**

- **legalább félmillióra tehető azoknak a száma, akik úgy veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, hogy nem fizetik meg a törvényes járulékot, vagyis „potyautasok”?**
- **a munkaviszonnyal rendelkezők közel fele csak minimálbér után fizet járulékot, de maximális ellátást vár el az egészségügytől?**

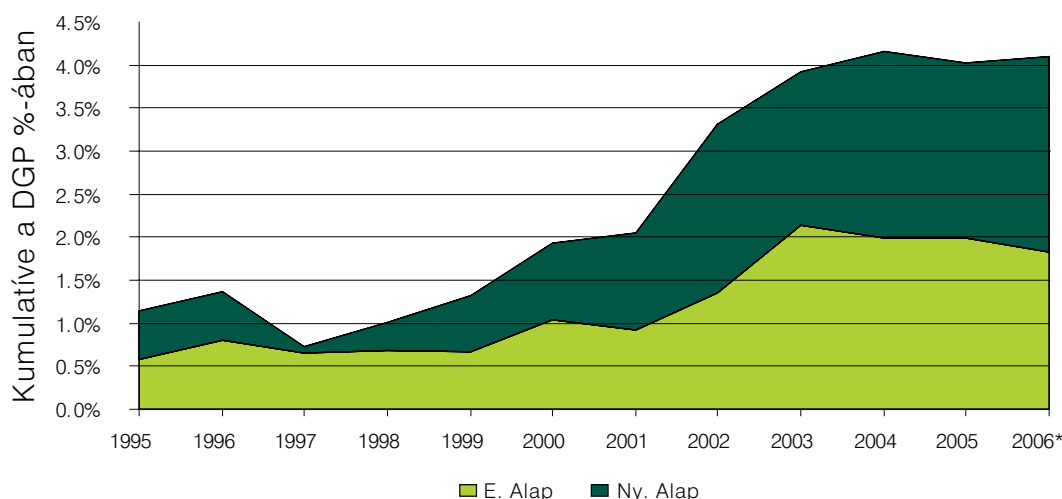
#### Potyautasoktól drága rendszer

Ma mintegy 3,5 millió magyar állampolgárról tudjuk, hogy fizet járulékot, de legalább félmillióra tehető azoknak a száma, akik úgy veszik igénybe az ellátást, hogy ezek jó része „potyautas”, de vannak köztük olyanok is, akik jogosultak az ellátásra, csak éppen hiányoznak a nyilvántartásból.

Ma csak azt tudjuk, hogy az egyes cégeknek mennyit kellene befizetniük a dolgozók után, de nem tudjuk, hogy valójában mennyit fizettek be. Azt pedig végképp nem tudjuk, hogy a munkában eltöltött évek alatt – a különböző jogviszonyok után – mennyit fizettek be egy-egy biztosított után.

A mai magyar társadalombiztosítási rendszerben az kap ellátást, akinek Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma) van. De nem tudjuk pontosan, hogy kinek érvényes a társadalombiztosítása és kinek nem, illetve mennyit fizettek be utána. Így lehetséges, hogy a becsületes járulékfizetők állják a nem fizető „potyautasok” számláját is. A rendszer nem utolsó sorban ettől olyan drága.

A központi költségvetés hozzájárulása a tb-alapokhoz



**Ördögi kör.** Egyre többen bújnak ki a járulékfizetés alól, vagy elsumákolják a jövedelemarányos közteherviselést, ezért egyre inkább a becsületesen fizetők állják a csalók ellátásának költségeit.

A valamennyiünk pénzéből finanszírozott magyar társadalombiztosításban ugyanis nemcsak azt nem tudjuk, hogy ki a biztosított és ki a jogosult, de arról sincs információnk, hogy aki jogosult, annak mi jár a pénzéért. Mennyire igazságos az, hogy egyeseknek a szüléskor választott orvos jár, másokat pedig az éppen szolgálatban lévő doktor lát el?

Mivel nem tudjuk pontosan, hogy mit várhatunk el a befizetéseinkért, és mi számít pluszszolgáltatásnak, kétszer is fizetünk az ingyenesnek mondott egészségügyért: először fehéren, a járulékainkkal, aztán feketén, vagyis zsebbe, a hálapénzzel. Pedig a paraszolvenca esetében nincs fogyasztóvédelem: nem tudjuk, hogy eleget, sokat, vagy keveset adtunk-e, elsősorban pedig azt, hogy vajon nem olyasmicért fizetünk-e, ami egyébként jár nekünk.

### Nemzetközi megoldások

A világon mindenütt – ahol az egészségügy társadalombiztosítási alapon működik – követelmény, hogy a biztosító tartsa nyilván, kinek van érvényes biztosítása. Az állampolgárnak pedig mindenütt naprakész információja kell, legyen arról, hogy van-e élő jogviszonya, és mennyit fizetett, vagy fizettek be utána.

Bevett szokás, hogy mindenkinek létrehoznak egy ún. egyéni „számlát”, amelyen a befizetések egy helyen, személyre lebontva vannak nyilvántartva, és átlátható, hogy mikor, mennyit fizettek be egy-egy személy után, és valóban befizették-e, vagy törvény alapján szerzett jogon (nyugdíjas, tanuló stb.) veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

Mindezekon felül a legtöbb európai országban a biztosítottak pontosan tudják, hogy mit várhatnak el a befizetéseikért.

A szolidaritás és az öngondoskodás elveinek érvényesítése mellett a különböző ellátásokat általában háromféle biztosítási csomagba csoportosítják.

Az *alapsomagba* tartoznak az alanyi (emberi, illetve állampolgári) jogon járó szolgáltatások, amelyek mindenkit megilletnek, függetlenül attól, hogy van-e biztosítása vagy nincs. Tipikusan ilyenek a mentési- és sürgősségi ellátások, a közegészségügyi érdekből végzett ellátások, valamint az anya- és csecsemővédelem.

A *második biztosítási csomagban* a járulékot fizető, illetve a jogosultsággal rendelkező lakosság hozzájárulhat a szükséges és általánosan biztosítható ellátásokhoz. A rendszer lényege, hogy nem ró nagyobb terhet a lakosságra, csak megszüri a „potyautasokat”.

Ezekben a rendszerekben – a fenti szóhasználattal „potyautasoknak” nevezett emberek – csak meghatározott díjfizetés ellenében kapnak ellátást.

A *harmadik szint* az úgynevezett kiegészítő csomag, amelyben a többlétszolgáltatásért (pl. különszoba, választott orvos, arany fogtömés, esztétikai célú plasztika) felárat kell fizetni.

A kiegészítő csomagra külön biztosítás köthető, azaz részletre megvásárolható az igényelt színvonalú ellátás, természetesen extra befizetés ellenében.

### A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

**A Kormány szándéka az, hogy kialakítja az egészségbiztosítási azonosítóhoz (TAJ kártyához) kötött jogviszony-igazolás rendszerét.** Létrehozzuk az ún. **egyéni „számlát”** annak érdekében, hogy **befizetéseink egy helyen legyenek nyilvántartva, és átlátható lehessen, hogy mikor, mennyit fizettünk, illetve fizettek utánunk.** Ezzel tiszta, átlátható, számonkérhető viszonyokat hozunk létre, és kiszűrjük a potyautasokat, az ügyeskedőket, a jövedelmüket eltitkolókat. Csak akkor tudjuk csökkenteni a tisztességesen fizetők terheit, ha senki nem csal.

A naprakész nyilvántartásnak természetesen csak **akkor van értelme, ha a házi orvosnál, a szakrendelőben, a kórházakban és a gyógyszertárakban is hozzá lehet férni a nyilvántartáshoz.** Erre technikailag két megoldás kínálkozik:

#### 1) Elektronikus kártya

Ez a megoldás a modern informatika előnyeit használja ki. Eszerint az elképzelés szerint minden biztosított polgár rendelkezne egy elektronikus azonosító kártyával, amelyről a valamennyi ellátó helyen megtalálható készülékkel kapcsolat teremthető a központi adatnyilvántartással.

Ez a rendszer ennyiben hasonlóan működik a bankkártyákhoz. Akik ezt a megoldást támogatják, azt mondják: a befizetett járulékaink is legyenek ugyanolyan biztonságban, mint a bankba tett pénzünk. A központi számítógép és az elektronikus kártya segítségével minden pillanatban pontosan megmondható, hogy a biztosított után ki, mekkora járulékot fizetett. Ezzel a technikával lehetőség nyílik arra is, hogy az orvos rögzítse a vizsgálat eredményeit és a felírt gyógyszereket, így ezt más ellátó helyeken lévő orvosok is megismerhetik. Ezzel követhetővé válna a beteg ellátási története, a betegút, biztonságosabbá válna a gyógyítás. Ennek a megoldásnak az a hátránya, hogy a kiépítés miatt rövidtávon drágább. Ugyanakkor a kiépítéshez európai uniós forrásokat is igénybe vehetünk.

## 2) Hagyományos kártya

A másik megoldás alapvetően megőrizné a mai, papíralapú TAJ-kártyát. Ebben az esetben az orvos legfeljebb a jogosultságot tudja lekérdezni a viszonylag lassú internetes kapcsolat segítségével, de ekkor továbbra is fennmarad annak a lehetősége, hogy az adófizetők olyan ellátás költségeit is fizetik, amely meg sem történt. A papíralapú kártya rendszerében az ellátás orvosi részletei, a diagnózis, a gyógyszerelés és a gyógyszerérzékenység természetesen nem rögzíthető. Ez a megoldás rövidtávon lényegesen olcsóbb, de az ellátás biztonságát nem tudja növelni.

A kötelező egészségbiztosítás tényleges társadalombiztosítássá alakításának, a biztosítási elv erősítésének alapfeltétele a biztosítási csomagok meghatározása. Az orvosok bevonásával olyan rendszert alakítunk ki, amely érvényesíti a szolidaritás elvét, de lehetőséget teremt arra is, hogy az öngondoskodás a mainál sokkal nagyobb szerepet kapjon az egészségügyi szolgáltatások vásárlásában. A biztosítási csomagok megmutatják, hogy milyen szolgáltatások járnak nekünk alanyi jogon, milyenek a kötelezően fizetett járulékokért, és milyenek az esetleges önkéntes, többletbiztosítási-díjért.

Az **ellátási csomagok meghatározása** elsősorban egészségpolitikai, szakmai-orvosi feladat. Ebben a fontos kérdésben szükség van közmegegyezésre a határok meghúzásánál. Meg kell vitatnunk, hogy mely ellátások tartozzanak feltétlenül az állampolgári jogon mindenkinek járó alapcsomagba, melyek a minden biztosítottnak járó biztosítási csomagba, és melyek azok a szolgáltatások, aminek a költségeit nem a közösből kell fedeznünk.

A Kormány a **szolidaritás és az öngondoskodás** elveinek **egyidejű érvényesítésére három csomagot** javasol meghatározni.

### I. Alapcsomag

Ide tartoznak azok az ellátások, amelyek **állampolgári** (sőt: emberi) **jogon mindenkit megilletnek, függetlenül attól, hogy valakinek van biztosítása vagy nincsen:**

- a **mentés, a sürgősségi ellátások, az életveszély elhárítása**
- a **közegészségügyi érdekből végzett ellátások**
- az **anya és csecsemővédelem.**

Nem megengedhető az, hogy a mentő annak függvényében vigye el a sürgős ellátást igénylő beteget, hogy van-e biztosítási kártyája, vagy nincs. A fertőző beteg gyógyítása sem múlhat azon, hogy fizetett-e járulékot. És ugyanígy, a magzatok, csecsemők egészségét sem lehet kitenni a felnőttek biztosítási helyzetéből adódó bizonytalanságoknak.

### II. Biztosítási csomag

Ezt a csomagot a legegyszerűbben úgy írhatnánk le, hogy az a lényegét tekintve azokat az egészségügyi szolgáltatásokat fedezi, amelyeket biztosítottként ma is megkapunk, amikor rendelőbe, vagy kórházba megyünk. A cél tehát ebben az esetben az, hogy a befizetett járulékokért ezzel a

csomaggal a lakosság lakhelytől, származástól és vagyoni helyzetétől függetlenül hozzájuthasson a szükséges és általánosan biztosítható ellátásokhoz, de:

- itt már derüljön ki, hogy fizetett, vagy nem, azaz jogosult-e vagy sem,
- az ellátások nem tetszőleges tartalommal, tetszőleges igénybevételi rendben vehetők igénybe, hanem megadott tartalommal és megadott beutalási és eljárásrend szerint.

### III. Kiegészítő csomag

**Amennyiben a II. csomag ellátásait valaki más tartalommal, más eljárásrendben akarja igénybe venni, mint ahogy az jár – és ez orvosi szempontból megengedhető – akkor saját pénze, önkéntes biztosítása terhére ezt megteheti.** Ez a csomag tartalmazza a kényelmi többletszolgáltatásokat is. Természetesen ezekért a szolgáltatásokért külön „felárat” kell fizetni: a különszobáért, a választott orvosért, az esztétikai célú plasztikai műtétéért stb. Ezzel a csomaggal a pénzünkért alapvetően kényelmet, gyorsabb gyógyulást, és nem egészséget vásárolunk!

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálnia a maga válaszait:**

- Milyen ellátások tartoznak az állampolgári jogon járó alapsomagba?
- Megengedhető-e az, hogy a biztosítási csomagban a várólistás ellátásoknál kiegészítő csomagból soronkívüliséget lehessen vásárolni?
- A beutalási rendtől eltérő helyen igénybevett szolgáltatás finanszírozásában a kiegészítő csomag milyen szerepet kapjon?



## 2) Ésszerűbben jobbat

*Az ellátórendszer átalakítására és kapacitásainak újragondolására van szükség*

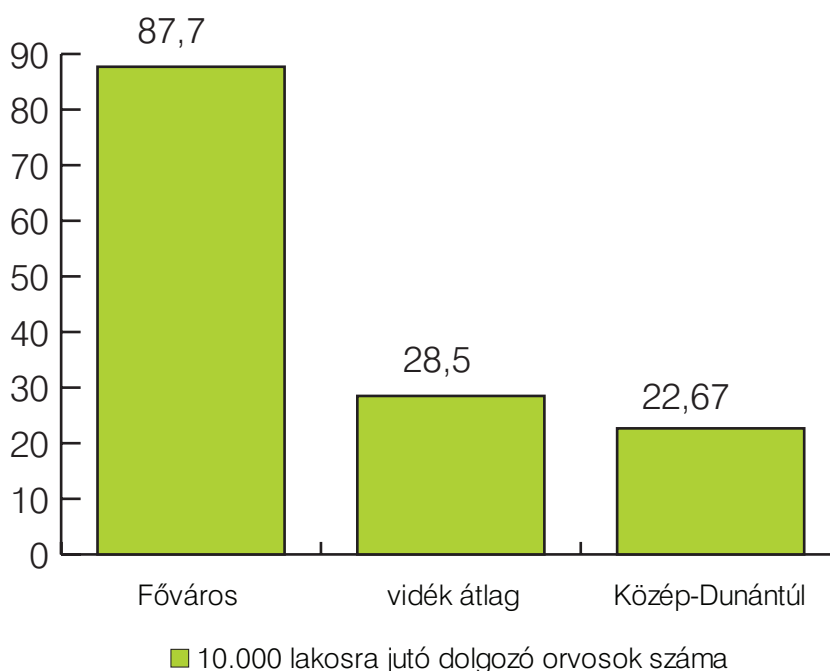
### Tudta, hogy:

- **Magyarországon az úgynevezett aktív kórházi ágyak közel 1/3-a kihasználatlan, miközben az ápolásra szoruló hozzátartozóinkat legálisan szinte lehetetlen színvonalas ellátóhelyre bejuttatni?**
- **egyetlen aktív kórházi ágy fenntartása évente 5,45 millió forintunkba kerül, míg a krónikus és a rehabilitációs ágyak fenntartása ennek csak a felébe kerülne?**
- **a legtöbb kórház arra törekszik, hogy fekvőbetegként lássa el a beteget, mert így sokkal nagyobb bevételt kap, mint ha járóbetegként látná el?**
- **hogyan jelenleg aktív kórházi ellátásban részesülő betegek csaknem 20%-a el-látható lenne járóbetegként is?**
- **hogyan míg a fővárosban 2 villamosmegállónyira érhető el egy kórház, az ország szélén lévő megyékben egy nap megy rá arra, hogy a falvakban élők szakorvos-sal találkozhassanak?**
- **ha ez a tendencia folytatódik, akkor a megtermelt nemzeti jövedelmünk egyre na-gyobb részét a rosszul működő kórházak fogják felemészteni?**

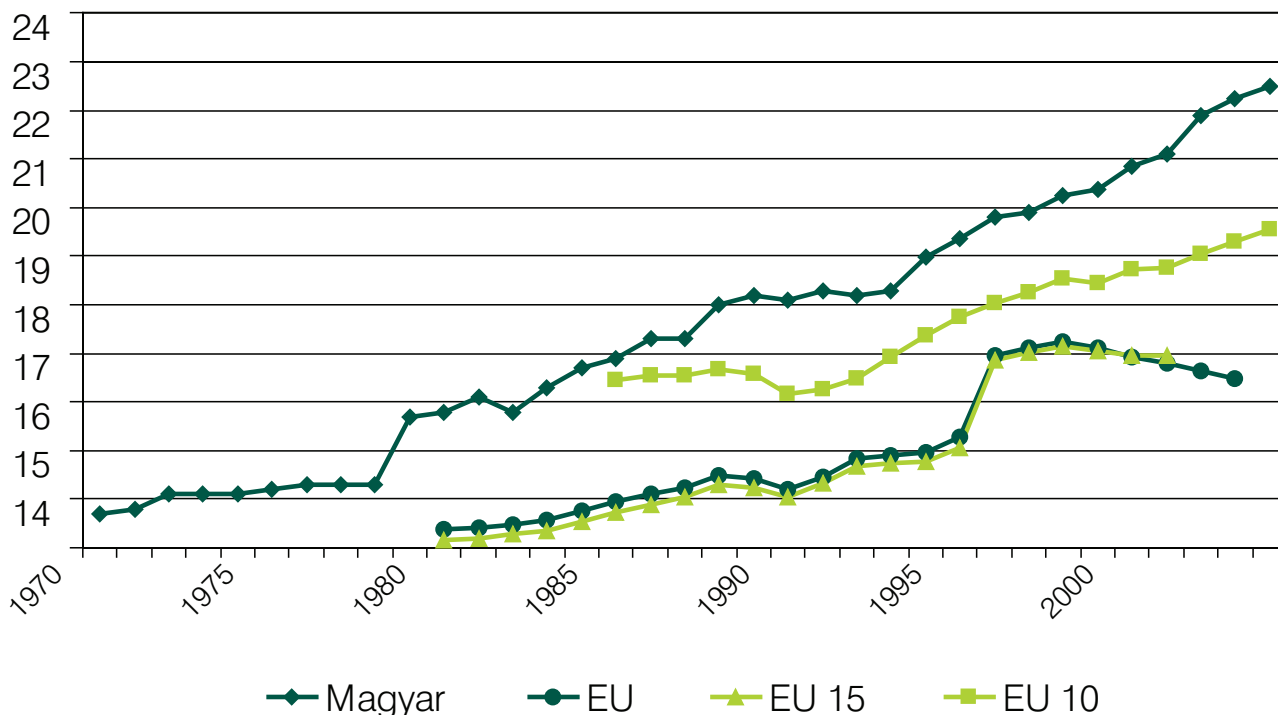
### Hol az ágy sok, hol a beteg

A **jelenlegi ellátórendszer torz és igazságtalan**. Az állam nem tehetne különbséget beteg és beteg között, közvetve mégis ez történik.

10.000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma



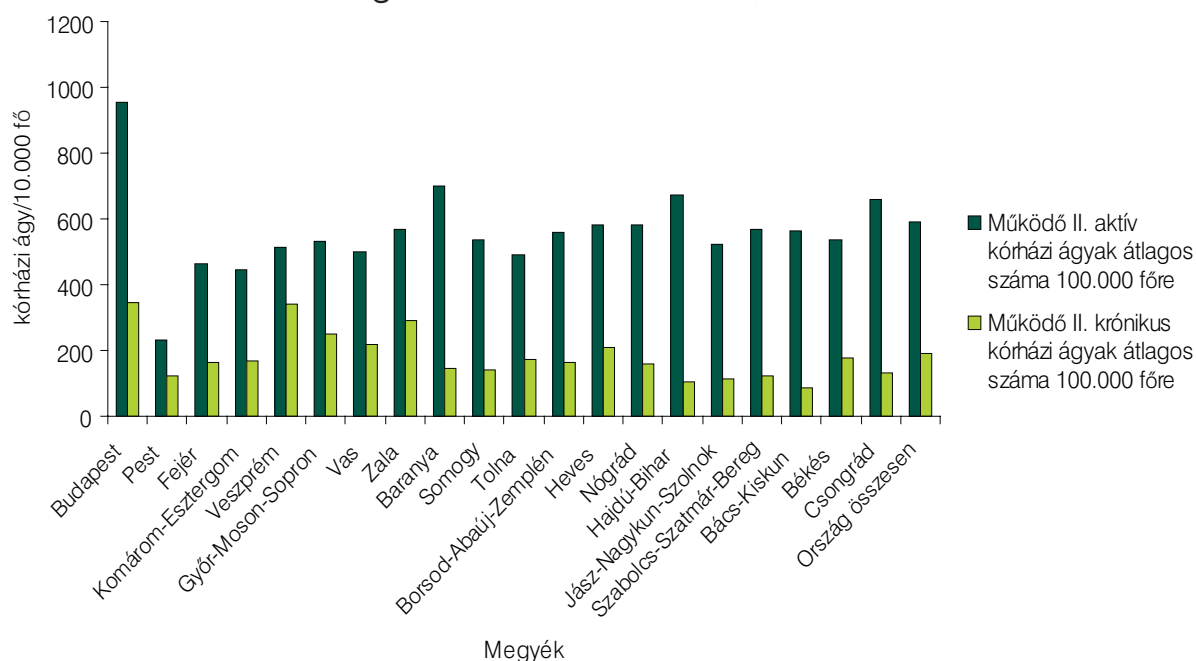
## Aktív kórházi felvételek száma 100 lakosra



Forrás: European health for all - January 2006

Az igazságtalanságok legfőbb oka az egészségügyi kapacitások torz területi eloszlása. Az országnak vannak olyan részei, ahol az egy orvosra jutó betegek aránya jobb, mint az európai átlag, de van olyan terület is, ahol lényegesen rosszabb. Az egészségügy teljesítőképessége például azokban a régiókban a legalacsonyabb, ahol a legrosszabb az egészségügyi állapot (Baranya, Hajdú-Bihar, Nógrád, Szabolcs), és ott a legmagasabb (Budapest és környéke), ahol a legjobb. Így lehetséges az, hogy egy észak-magyarországi falusi kisnyugdíjasnak jóval kisebb az esélye arra, hogy jó orvosi ellátáshoz jusson, mint egy budapesti polgárnak. Illetve amíg Hajdú-Bihar megyében összesen két településen van három kórház, addig Veszprém megyében kevesebb lakosra, kisebb területre 9 városban 10 kórház jut. De ugyanúgy sem a szükség, a távolság, vagy a józan ész nem indokolja azt, hogy a főváros területén 43 kórház közel száz (!) telephelyén folyjék kórházi ellátás. Semmi nem indokolja, hogy egy észak-alföldi rehabilitációra szoruló betegnek negyedannyi (!) esélye legyen az indokolt ellátásra, mint például Veszprém megyében.

## Működő aktív és krónikus kórházi ágyak átlagos száma 10 000 főre\*, 2004.

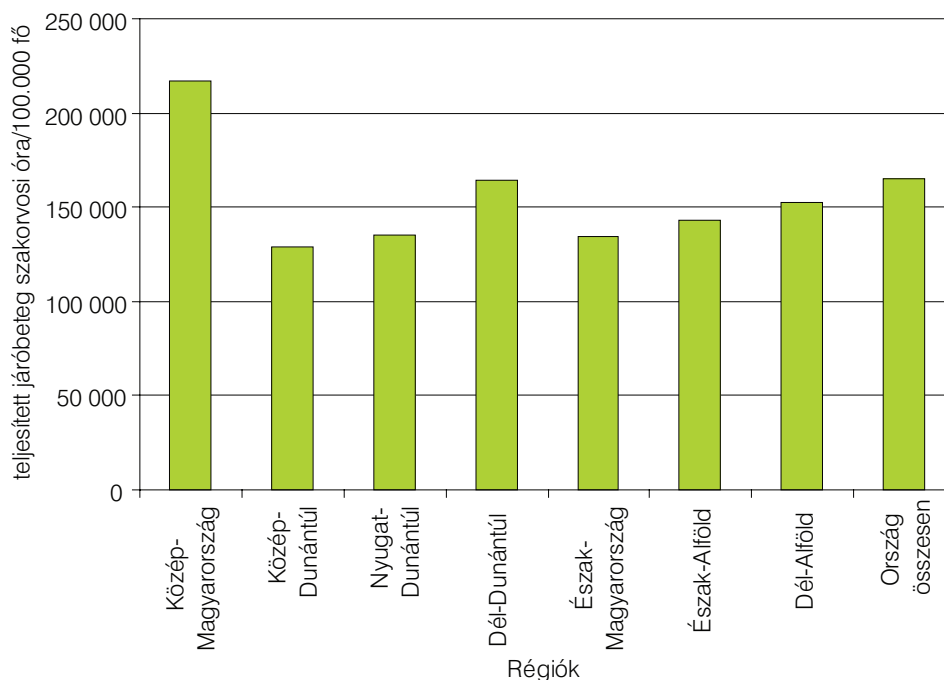


\*: KSH 2004. évközi népességre vetítve

Forrás: ESKI IMEA

Ezek az egyenlőtlenségek a járóbeteg-ellátásban is ismertek.

## 100 000 főre jutó teljesített évi járóbeteg szakorvosi órák száma\*, 2004.

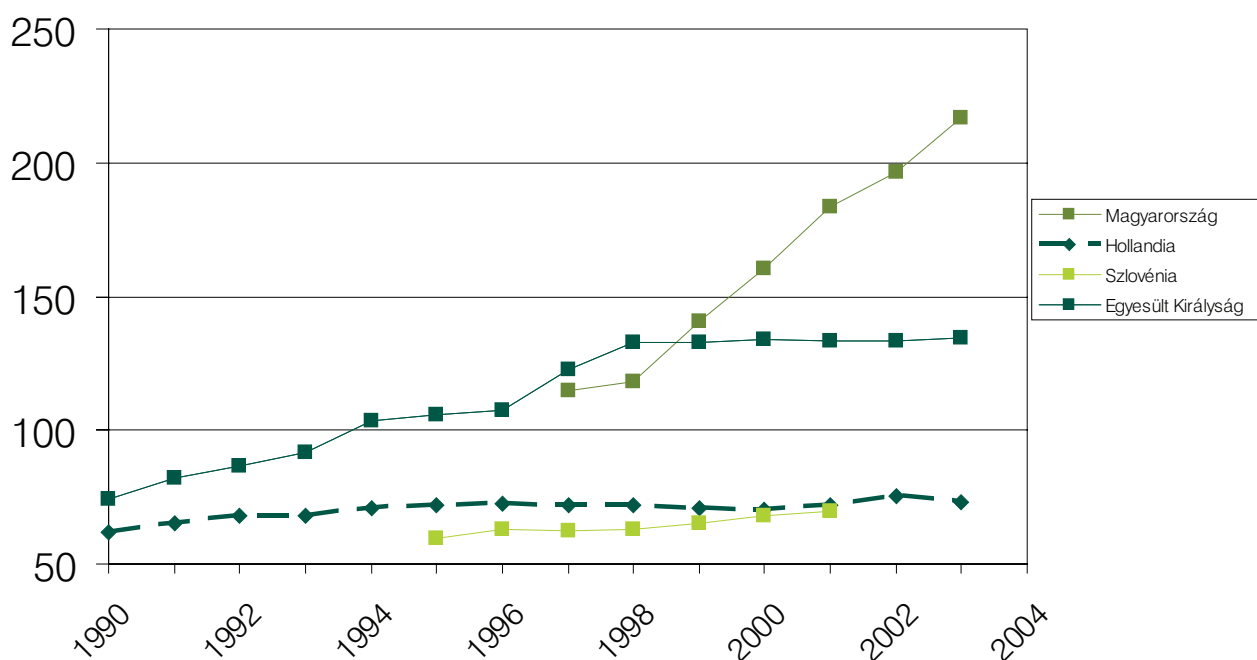


\*: KSH 2004. évközi népességre vetítve

Forrás: ESKI IMEA

Mai egészségügyünkkel az igazságtalanság mellett azonban komoly hatékonysági problémák is vannak. Miközben a gyógyítás fejlődése lehetővé teszi a kórházi ellátások kiváltását, a gyors, kevésbé megterhelő ambuláns kezeléseket, Magyarországon még mindig kórházközpontú az ellátás. Ennek – többek között – az az oka, hogy a legtöbb kórház jelenleg kényszerűen abban érdekelt, hogy a betegek minél többen kórházban fekdjenek, mert az intézmény így lényegesen több finanszírozást kap. Gyakran csak papíron fektetik be a betegeket a kórházba, hogy az intézmény elszámolhassa a kezelést a biztosító felé, így megkapja a hotelszolgáltatás, ápolás és étkezés költségeit is a közösből, de valójában mindezeket megspórolja a betegeken. Így lehetséges az, hogy Hollandiában 7-szer, Nagy Britanniában pedig 14-szer (!) annyi egynapos műtétet végeznek, mint Magyarországon, pedig ez a betegeknek lényegesen kényelmesebb, kevesebb a kórházi fertőzés esélye az adófizetőknek pedig sokkal olcsóbb megoldás volna.

Műtétek száma ezer lakosra



Forrás: OECD HEALTH DATA 2005, October

**A műtétek országa.** A nálunk lényegesen fejlettebb Angliában, de a velünk hasonló fejlettségű Szlovéniában is lényegesen kevesebb a műtéti beavatkozás, mint hazánkban, ahol az ellátórendszernek jobban megéri kórházban tartani az embereket, mint járóbetegként kezelni őket.

Az aktív fekvőbeteg-ellátás a legdrágább ellátási forma. Egyetlen kórházi ágy fenntartása évente 5,45 millió forintunkba kerül. A kórházak anyagi érdeküktől vezérelve mégis ezt az ellátási formát választják a legtöbbször, és a krónikus betegek ápolását is így oldják meg, hiába kerülne a krónikus és rehabilitációs ágyak fenntartása csupán feleannyiba.

A kórházak szétaprózódott telephelyei és osztályai nem képesek a szabályoknak megfelelő, biztonságos, minőségi ellátást nyújtani. Míg a Magyarországnál hatszor népesebb Franciaországban 22, itthon még mindig 50 intézetben végeznek daganatos kezelést (2005-ig több, mint 400 osztályon). Azokban a kórházakban, ahol bizonyos esetek csak ritkán fordulnak elő, a szakemberek nem képesek kellő gyakorlatot szerezni az ellátásban, így sokkal gyakoribbak a szövődmények. Emellett az intézményrendszer nem követte a megbetegedési viszonyok változását sem: az elmúlt évtizedekben hiába csökkent a fertőző megbetegedések száma, és emelkedik folyamatosan a daganatos, mozgásszervi és mentális megbetegedések előfordulása, a kórházak struktúrája

többnyire változatlan maradt. A korszerű antibiotikumok forgalomba kerülése kapcsán a beteggyerekek döntő többsége kórházi bennfekvés nélkül, családi körben meggyógyítható, ennek ellenére a gyerekosztályok ágyszáma nem igazodik a realitásokhoz. 15-20 éve a gyomorfekélyt még műtéttel kezelték, ma már gyógyszeres kúrával járóbetegként egyensúlyban tarthatók a betegek. Számos nagy szervi műtetet (pl. epekő, nőgyógyászat) kis beavatkozásokkal, egynapos sebészeti eljárásokkal meg lehet oldani, a sebészeti ágyak száma mégsem csökken...

Magyarországon még mindig sokan azt hiszik, aki jó professzor a tudományban, az automatikusan jó intézményvezető is. Ám a kórházaink helyzete ékes bizonyítéka annak, hogy azok a vezetői képességek, amelyek egy főorvosi karból kikerülő vezetőt alkalmassá tesznek a saját osztálya felvirágoztatására, nem feltétlenül elegendők egy kórház sikeres menedzseléséhez is. Ez a tévhit tetézi a területi egyenlenségekből fakadó gondokat is. Pedig épp az elismert, sikeres vezetők a megmondhatóik annak, hogy az intézményirányítás külön szakma, amely nem keverendő össze a gyógyítás tudományával.

### Nemzetközi megoldások

A nemzetközi megoldások azt mutatják, hogy az egészségügyi ellátórendszer fenntartható fejlődése csak radikális átalakítással oldható meg, mert a változatlan szerkezet újratermeli a feszültségeket és a társadalmi különbségeket. A szerkezetátalakítás pedig csakis úgy lehetséges, ha ehhez az európai uniós forrásokat és a vállalkozói tőkét is bevonjuk.

Más országok példájából tudjuk: célszerű megerősíteni a lakosság-közeli ellátásokat (háziorvosi rendszer, járóbeteg-szakellátás, kistérségi egészségközpontok) a kórház-szerkezetet pedig ezzel párhuzamosan átalakítani. A legtöbb európai országban az aktív kórházi ellátásokat az úgynevezett „súlyponti” (központi, regionális) kórházakban biztosítják, amelyek mindenki számára lehetővé teszik az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést, és képesek a lakosság szükségleteihez igazodó jó minőségű szolgáltatást nyújtani. A kisebb kórházak funkciója átalakul: egy térség rutinellátásainak központjai lesznek, a biztonságos ellátást nyújtani nem képes ágyak pedig rehabilitációs, ápolási, vagy akár szociális részlegé alakulnak.

A rendelőben dolgozó szakorvosok is kezelhetik a kórházban a betegeiket. Emellett a kórházaknak nemcsak vezetése, hanem felelős menedzsmenete is van, amely képes a politikától valamint a helyi viszonyoktól függetlenül, társaságként gazdálkodni.

### A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

Az egészségügyi reform megvalósításával **kiegyenlítjük az igazságtalan területi különbségeket, korszerű és hatékony struktúrájú ellátórendszert alakítunk ki.** Elérjük azt, hogy **csak akkor fekdjünk kórházban, ha valóban szükséges, viszont lényegesen jobb körülmények között, mint ma.** Ez csak lényegi átalakítással biztosítható, mert a változatlan szerkezet újratermeli a feszültségeket és a társadalmi különbségeket.

A szerkezetátalakítás az európai közösségi források és a vállalkozói tőke bevonásával lehetséges. Az ellátórendszer átalakításában **célunk a lakosság-közeli ellátások** (háziorvosi rendszer, járóbeteg-szakellátás, kistérségi egészségközpontok) **megerősítése és a kórház-szerkezet átalakítása.** Az aktív kórházi ellátás az egyenletes hozzáférést biztosító „súlyponti kórházak” rendszerén alapul. A kisebb kórházak funkciója átalakul: egy térség rutinellátásainak központjai lesznek, a biztonságos ellátást nyújtani nem képes ágyak pedig rehabilitációs, ápolási, vagy akár szociális részlegé alakulnak.

A Kormány, a legtöbb nemzetközi példával összhangban, azt mondja: **jobb a betegnek, ha a lakhelyétől távolabb ugyan, de meggyógyul, mintha a közelben gyógyíthatatlan marad.** Tudomásul kell venni, hogy drága technológiát és nagy szakmai rutint igénylő beavatkozásokat nem lehet mindenhol biztosítani. Nem lehet minden kis kórházba több százmillió forintos orvosi készüléket vásárolni. Ahol az orvosok bizonyos betegségekkel csak elvétve találkoznak, ott nyilvánvalóan nem rendelkeznek olyan megbízható szakmai gyakorlattal, amely a betegek biztonságát szolgálja. Ezért kell úgy átalakítani az ellátórendszert, hogy a sürgősségi és „hétköznapi” eseteket minél több helyen - lehetőleg a járóbeteg-ellátás keretében - elláthassák, ugyanakkor a komolyabb és költségesebb beavatkozásokat csak azokon a helyeken lehessen elvégezni, ahol erre megvan minden szükséges adottság.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálni a maga válaszait:**

- Az egészségügyi ellátás szempontjából **többszörösen hátrányos helyzetű régiókban** (Észak-Alföld, Észak-Magyarország, Dél-Dunántúl) **a szükséges kapacitásokat lehet-e a központi régió ágyszám-többletének a leépítésével biztosítani?**
- Valóban **szükséges-e az ápolási-rehabilitációs ágyak számának a növelése?**
- Van-e valós igény az ún. egnapos ellátások iránt?
- **Igénylik-e az emberek, hogy megismerjék az egészségügyi szolgáltatók gyógyításának minőségi mutatóit?**

### 3) Egy intézmény, amely minket véd

*A felügyeleti rendszer kiépítésére, megerősítésére van szükség*

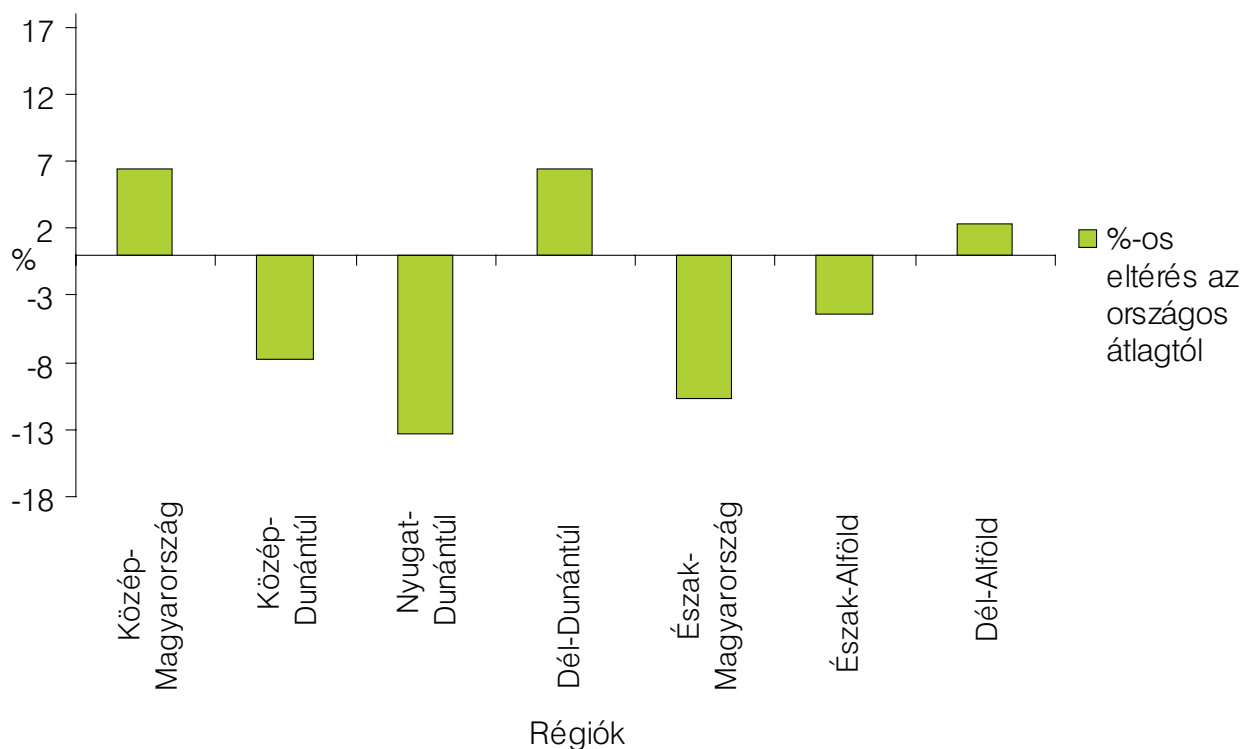
#### **Tudta-e Ön:**

- hogy az **egészségbiztosítás 1500 milliárd forintos kiadásának elköltését a biztosítottak képviselőiben nem felügyeli semmilyen hatóság?**
- hogy **ma nem készül hivatalos nyilvántartás arról, melyik kórházban milyen eredményesen gyógyítanak, vagy milyen magas a szövődmények aránya, sőt kifejezetten titkolják azokat?**
- **ma nincs Magyarországon olyan testület, amelyik ellenőrizné, hogy a biztosító minden betegnek és minden kórháznak, rendelőknek finanszírozza-e mindazokat az ellátásokat, melyek jogszabály szerint járnak nekik?**
- hogy az **OEP ugyanúgy finanszírozza a minőségileg elfogadhatatlan, a betegeket megalázó körülmények között kezelő intézményeket, mint a magas színvonalon dolgozókat?**

### Biztosítás + felügyelet = kétszeres biztonság

Tájékozatlan és kiszolgáltatott betegek, sem pénzügyi, sem szakmai szempontból nem kellően hatékonyan felügyelt pénzköltés – röviden így jellemezhető a jelenlegi magyarországi helyzet. Pedig a biztosítási rendszer biztonságos, ellenőrizhető és kiszámítható működése kiemelt fontosságú az egészségi állapot, a betegbiztonság, valamint a gazdaság stabilitása szempontjából egyaránt. A jelenlegi magyar rendszer azonban nem igazságos és nem számon kérhető, a szolgáltatások minősége erősen változó, a betegek előtt pedig nem ismertek a kórházak minőségi, illetve szakmai mutatói, mert azok nem nyilvánosak. A mai rendszer nem szolgálja kellőképpen a betegek érdekeinek védelmét, aminek következménye a betegek kiszolgáltatottsága, bizonytalansága, és ez teremt alapot az egészségügy feketepiacának, a hálapénzrendszernek a működéséhez is.

## Az 1 főre jutó OEP finanszírozás\* regionális különbségei 2004.



Súlyozás: OEP FIFO intézet szerinti súlyszám, 2004

\*: Fekvőbeteg finanszírozás a beteg lakhelye szerint

Forrás: ESKI IMEA

**Kontroll nélkül.** Az egészségügy torz működését a járulékok kezelésével megbízott OEP kiegyensúlyozatlan, ellenőrizetlen működése is elősegíti. A legfejlettebb közép-magyarországi régióban az országos átlagnál közel 7 százalékkal többet költenek 1 fő egészségügyi ellátására, míg a legelmaradottabb észak-magyarországi régióban kb. 11 százalékkal kevesebbet.

### Nemzetközi megoldások

Ellenőrzött működés, nagyobb biztonság – a nemzetközi tapasztalatok ezt mutatják. Azokban az országokban ugyanis, ahol valódi társadalombiztosítás működik, mindenütt van olyan intézmény, amely erős, külső felügyeletet lát el a szolgáltatók felett. A lakossági biztosítások (autó-, lakásbiztosítások stb.) illetve a bankok működését egyébként már Magyarországon is efféle felügyelet ellenőrzik, amelyek vigyáznak a lakosság befizetésire, megtakarításaira, valamint öröködnék a bankok és biztosítók működése felett.

A nemzetközi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az egészségügyben is hatékonyan működnek az efféle felügyelet: ez ugyanis a biztosítási verseny tisztaságát, az ellátás biztonságát és jogszerűségét védő egyik leghatékonyabb eszköz. A felügyelet öröködnék a biztosítottak pénzének jogszerű felhasználása fölött, és ezeken keresztül az állam képes betartatni és ellenőrizni a biztosítók és ellátó helyek kötelességeit, és így tud maradéktalanul érvényt szerezni a betegek jogainak és érdekeinek.

Mondhatjuk azt is, hogy a felügyelet gondoskodik a betegek *fogyasztóvédelméről*. Mert amikor orvoshoz fordulunk, kórházba fekszünk, műtetre várunk, akkor nem kiszolgáltatjuk magunkat, hanem szolgáltatást veszünk igénybe.

Az egészségügyi felügyelet ellenőrzik a kórházak hatékony és szabályszerű gazdálkodását, a kórházban nyújtott szolgáltatások minőségét, és információt biztosítanak az állampolgárok-



nak arról, hogy melyik kórházban milyen minőségű szakmai munka folyik. A felügyelet értékeli a szolgáltatók munkáját, és erről a lakosságot is folyamatosan tájékoztatja. Az Európai Unió számos országában működő több biztosítós rendszerben pedig ezek a felügyeletek öröködnék a biztosítók működése felett is.

### A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

Az **egészségbiztosítási rendszer átalakításának fontos feladata a nyilvánosságot garantáló Felügyelet megteremtése**. A Felügyelet célja, hogy **a befizetett járulékokért minél jobb szolgáltatásokat kapjunk, és információk birtokában választhassunk**. Feladata, hogy a többszereplős szolgáltatási piacon vigyázzon a pénzünkre, őrködjön annak hatékony és szabályszerű elköltése felett. A cél az, hogy mi járulékfizetők minél több egészséget kapjunk a pénzünkért, azaz jó minőségű és célszerű szolgáltatásokat vehessünk igénybe. A **Felügyelet** ezért **értékeli, minősíti a szolgáltatók munkáját, és erről a lakosságot folyamatosan tájékoztatja**.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálni a maga válaszait:**

- **Milyen beleszólása legyen a Felügyeletnek az egyes ellátási típusok finanszírozására fordítható közpénzekre vonatkozóan, pl. kórházi – gyógyszer-finanszírozás aránya?**
- **Hogyan biztosítsa a Felügyelet a társadalmi kontrollt az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása felett?**
- **A Felügyelet a kormány irányítása alatt, vagy attól függetlenül működjön?**

#### 4) Ma kétszer fizet, egyszer kap

*Hatékony eszközök a hálapénz ellen*

##### **Tudta-e Ön:**

- **hogya a nyugdíjasok átlagosan egyhavi nyugdíjukat költik évente hálapénzre?**
- **hogya az összes hálapénz az orvosok egyötödének a zsebében – döntően adózatlanul - koncentrálódik?**
- **hogya a hálapénzt kapó orvosok köre azonos azokkal, akiket a gyógyszergyártók, egészségügyi beszállító cégek is különböző legális és nem legális módszerekkel fizetnek?**
- **hogya a betegellátásban dolgozó orvosok, nővérek nagyobb hányadának esélye sincs a hálapénzre és a gyártók, forgalmazók kedvezményeire?**

##### Drága ingyenesség

A hálapénz: erkölcstelen és igazságtalan. A felmérések szerint ma mégis minden második magyar úgy gondolja: az egészségügyi intézményekben hálapénzt kell adnia azért, hogy megfelelő bánásmódban részesüljön. Így ma hazánkban évente legalább 80-100 milliárd forintnyi hálapénzt fizetünk ki az orvosok egy kisebb hányadának. Gondoljuk csak meg: ez az összeg ötször akkora, mint amennyibe a magyarországi mentőszolgálat egész évben kerül, sőt, ennyi pénzből az összes magyar kórház két és fél hónapon keresztül működtethető volna! Egy magyar állampolgár átlagosan évente 8-10 ezer forint hálapénzt fizet az orvosra zsebébe. Persze az „átlag” nem fejezi ki a valóságot, a szomorú tény az, hogy a betegeknek sokkal többet kell fizetniük.

Sokan még ma is „ingyenes egészségügyről” beszélnek, pedig a hálapénzzel kifizetett egészségügnél nincs drágább és igazságtalanabb megoldás. A mai egészségügyi rendszerben a többség kétszer fizet: egyszer tisztán, adóval és járulékkal, egyszer pedig feketén, zsebbe. A hálapénz azonban a korrupció egyik formája. A tűzoltónak vagy a bolti eladónak sem fizetünk hálapénzt. De nem fizetünk hálapénzt a gyógyszertárakban sem. A borítékba tett pénz nem adózik, megalázó helyzetbe hozza azt is, aki adja és azt is, aki kapja. Az egészségügyben szinte általánosnak mondható kiszolgáltatottság érzését egyébként a hálapénz intézménye is fokozza, hiszen nyilvános tarifák hiányában a beteg fél, hogy hátrányba kerül egy, az elvártnál „vékonyabb boríték” miatt, a rászoruló pedig azért, mert eleve képtelenek annyit adni, amennyit érzésük szerint adni kellene.

A hálapénz ráadásul egyértelműen betegség-arányos terhet jelent a betegnek – és miután hivatalosan nem létezik – , a rászorultak számára nem adható semmilyen felmentés, nincs felső korlát, vagy legális kompenzáció.

A hálapénz okai között ki kell emelni azt, hogy egyes jogos lakossági igények ma legálisan nem vásárolhatók meg az ellátási csomag meghatározatlansága miatt. Ma például senki nem tud számla ellenében fizetni azért, hogy ki vezesse le a felesége szülését, vagy ki operálja a gyermekét. Így kénytelen feketén megvásárolni mindezt.

A mai rendszer ráadásul az orvostársadalmon belül is igazságtalan különbségeket teremt: a hálapénz jelentős része a szakma egyötödének zsebében koncentrálódik. Amíg mindenki fizet a szülészetben, és a többség fizet a műtétekért, addig senkinek nem jut eszébe a röntgenorvosnak adni. Az orvosi kar többsége egy év alatt nem kap annyit, mint némely főorvos egy hónap alatt.

Orvosok jövedelme: sok vagy kevés?

Napjainkban az egészségügyi ágazat létszám, munkaerő és kereseti viszonyai áttekinthetetlenek. A statisztikák ugyanis csak az alkalmazotti állomány hivatalos keresetét tükrözik, és ebből semmilyen következtetést sem lehet levonni. Az igazi torzítás az orvosok esetében történik. Hiszen **a házi orvosok, a gyermekorvosok és a fogorvosok szinte kizárólag vállalkozói formában tevékenykednek, és igen gyakori az a megoldás is, amikor az alkalmazotti viszonyban álló egészségügyi dolgozó – mintegy mellékállásban – vállalkozói státuszban is dolgozik.**

Emiatt a **praktizáló orvosok legkevesebb 1/3-a kimarad a KSH bérstatisztikájából**, méghozzá éppen azok, akik – saját bevallásuk szerint is – viszonylag sokat keresnek. Szintén **kimarad a nyilvántartásból a (legális) magánpraxis**, valamint a mellékállásokból származó juttatások átlagjövedelem növelő hatása.

Ma két csoport bír EU-s szinten is magasnak mondható jövedelemmel az orvosok között. Egyfelől azok, akiknek módjuk volt teljes mértékben átállni a magángazdaságba, és ott tulajdonosi pozícióba kerülni. Ez egy igen szűk szegmens. Másfelől, a **magas jövedelem egy szűk orvosi elit privilégiuma**. Azoké, akik **egyszerre töltenek be közép- és felsővezetői pozíciókat az állami finanszírozású gyógyító és oktató intézményekben, haszonélvezői a nemzetközi tudományos együttműködésből adódó lehetőségeknek, és emellett még jelentős mértékű hálapénzzel adózatlan jövedelmekre is szert tudnak tenni.**

És természetesen van egy harmadik csoport is, a valóban alulfizetett, nehezen élők több tízezres tábora. Ők – akik a hálapénzből is csak módjával részesülnek – csak akkor számíthatnak mainál gyorsabb bérfelzárkózásra, ha ez együtt jár az ágazat egészének *reformjával*, a köz- és magánfinanszírozás éles elválasztásával, és az ágazatban dolgozó *alkalmazotti összlétszám érezhető csökkenésével*.

## Nemzetközi megoldások

A hálapénz Nyugat-Európa legtöbb országában ismeretlen fogalom. Ez többek között azzal is összefüggésben van, hogy az EU-tagállamok több mint kétharmadában bevezették a lakossági önrészfizetést (angolul: co-payment) ún. vizitdíj, vagy kórházi napi térítés formájában. Ezekben az országokban a beteg pontosan tudja, hogy amikor orvoshoz fordul, akkor szolgáltatást vásárol. Mint mindennek, természetesen ennek is van ára. A nemzetközi tapasztalat szerint, még a kis összegű, de nyilvános vizitdíj is képes visszaszorítani a nagyobb összegű és ellenőrizhetetlen hálapénzt. A jelenség azonos a gyógyszeres szolgáltatások igénybevételeivel; a patikákban beszerzett orvosságokhoz is jelentős a biztosítói támogatás, de a térítési díj megfizetése miatt nincs olyan kényszerünk, hogy a patikusoknak borravalót adjunk.

Természetesen a lakossági önrész, a vizitdíj, vagy kórházi díj is számos problémát, szakmai és etikai megfontolást vet fel.

Az első kérdés, hogy milyen célból alkalmazza ezt egy adott ország? Általános az a vélekedés, hogy az egészségügyi kiadások olyan magasak, hogy a lakossági önrész forrásteremtő célból, az állami vagy költségvetési források pótlására nem alkalmas. Ezért az önrész általában szimbolikus mértékű, és üzenete van: semmi sincs ingyen, mindennel gazdálkodni kell.

A vizitdíj alapvető dilemmája, hogy kik fizessenek, szabad-e terhelni azokat, akik valóban rászorultak? És miután tudjuk, hogy a szegénység és a betegség kéz a kézben jár, a másnak nem jelentős összeg épp a leginkább rászorultakat zárhatja el a szükséges ellátástól. Ezzel pont a leginkább hátrányos helyzetűek kerülnek még kiszolgáltatottabb helyzetbe.

A világ erre a problémára többféle választ is ad.

Először is a lakosok fizetési kötelezettsége sehol nem korlátlan, mindenütt van valamilyen felső korlát, vagyis a vizitdíj formájában kért hozzájárulás összege egy évben nem léphet túl egy meghatározott keretet, mert azon túl már nem kell fizetnie a betegnek. Így a betegre nehezedő teher nem arányos a betegség költségességével, és a betegség csak egy bizonyos határig jelent terhet a páciensnek. Ennek a felső korlátnak a mértéke országonként változó.

A másik elterjedt megoldás az, hogy egyes csoportokat (gyermekek, krónikus betegek, szegények) mentesítenek a díjfizetés alól. Ez a megoldás teljes védelmet nyújt a leginkább rászorultaknak, igaz, ezzel a rendszer is erősen felpuhul: pont a nagyfogyasztók nem lesznek költségérzékenyek. A harmadik megoldási típusban mindenkinek fizetni kell, de az igazán rászorultak kompenzációt kapnak. Ez lehet általánydíjas, és lehet utólagos visszatérítés.

A tapasztalatok alapján a legcélszerűbbnek a kompenzációs módszer tűnik. Ez megfelelő védelmet nyújt a rászorultaknak, ugyanakkor az ellátást gyakran igénybevevők is találkoznak a fizetés aktusával, még ha ez nem is jelent tényleges terhet a számukra. A módszer további előnye, hogy lehetővé teszi a szociális és egészségügyi mentesség szétválasztását: szociális mentességet így nem egészségügyi, hanem szociális ágon lehet finanszírozni.

Co-payment / Lakossági Önrésztartás												
Ország	alapellátás				járóbeteg-ellátás				Fekvőbeteg-ellátás			
	forma	Mérték	felsőkorlát	kivétel	forma	mérték	felsőkorlát	kivétel	forma	mérték	felsőkorlát	Kivétel
Ausztria	Fix	2006.01.01-től 10 EUR/év E-Card szolgáltatás díja (2005 végéig 3,63 EUR/né)	n.a.	P	Együtt az alapellátással				fix	tartományonként változó (szerződéstől függő), átlag 8-10 EUR/nap	28 napig	P
Belgium	%-os	ált. 10-25%	P	P	%-os	40%	P	P	fix	felvételi díj 27,27 EUR és 13,06 EUR/nap (hozzátartozó, gyerek: 4.64 EUR/nap)	P	P
Ciprus	Fix	1,71-6,82 EUR	P	P	Fix	1,71-6,82 EUR	P	P	fix	5,12-17 EUR	P	P
Csehország	X				X				x			
Dánia	%-os	a szabadon választott orvos díjának egy része (a lakosság 2%-a él vele)	x	ha választott házi orvoson keresztül veszik igénybe szolgáltatást	%-os	a szabadon választott orvos díjának egy része (a lakosság 2%- a él vele)	x	ha választott házi orvoson keresztül vesznek igénybe szolgáltatást	x			
Egyesült Királyság	X				X				x			
Észtország	X				Fix	3,2 EUR	P	P	fix	1,6 EUR/nap 10 napig, utána növekvő	n.a.	P
Finnország	Fix	11 EUR első 3 konzultációra	P	18 év alatt	Fix	22 EUR/konzultáció	P	18 év alatt	fix	26 EUR/nap	P	P
Franciaország	%-os és fix	30% + 1EUR vizitdíj	P	P	%-os és fix	30% + 1EUR vizitdíj	P	P	%-os és fix	15 EUR/nap	n.a.	P
Görögország	X				Fix	2,9 EUR/alkalom	x	X	x			
Hollandia	X				X				x			
Írország	Fix	n.a.	családonként évi 500 EUR, személyenként 220 EUR	alacsony jöv. és 70 év felett	Fix	45 EUR	családonként évi 500 EUR, személyenként t 220 EUR	alacsony jöv. és 70 év felett	fix	45 EUR/éjjel	P	alacsony jöv. és 70 év felett
Lengyelország	X				X				x			
Lettország	%-os	Költségek 25%-a	X	P	%-os	költségek 25%-a	x	P	fix	felvételi díj 7,67 EUR; majd 2,3 EUR/nap	123 EUR/év	P
Litvánia	x				x				x			
Luxemburg	%-os	vizit 20%-a minden hónap első vizitjén, további vizitek 5%-a	44 EUR/alkalom	P	%-os	vizit 20%-a minden hónap első vizitjén, további vizitek 5%-a	44 EUR/ alkalom	P	fix	9,31 EUR/nap	x	X
Magyarország	x				x				x			
Málta	x				x				x			

Ország	Co-payment											
	alapellátás				járóbeteg-ellátás				Fekvőbeteg-ellátás			
	forma	Mérték	felsőkorlát	kivétel	forma	Mérték	felsőkorlát	kivétel	forma	mérték	felsőkorlát	Kivétel
Németország	fix	10 EUR/negyedév	em 2%-a, krónikus	18 éves kor alatt + bonusz		együtt az alapellátással			fix	10 EUR/nap	az éves jövedelem 2%-a, krónikus betegeknek 1% és 28 napig	gyermekek anyagilag rászorultak
Olaszország	x	X	x	x	fix	36 EUR	P	P	x	X	x	X
Portugália	fix	2-8 EUR/alkalom	<b>P</b>	<b>P</b>	fix	2-8 EUR/alkalom	<b>P</b>	<b>P</b>	x			
Spanyolország	x				x				x			
Svédország	fix	11-16 EUR/alkalom	<b>P</b>	csak a 20 év alattiak sürgősségi esetben	fix	16-33 EUR/alkalom	<b>P</b>	csak a 20 év alattiak sürgősségi esetben	fix	max. 8.75 EUR/nap	<b>P</b>	<b>P</b>
Szlovákia*	fix	20 SK/alkalom, 60 SK/ügyelet	n.a.	gyermek, veszélyeztetett terhes, krónikus és elmebeteg	fix	20 SK/alkalom	n.a.	gyermek, veszélyeztetett terhes, krónikus és elmebeteg	fix	50 SK/nap, 60SK/ügyelet	ua. intézményben 21 napig	gyermek, veszélyeztetett terhes, krónikus és elmebeteg
Szlovénia	%-os	Változó	n.a.	<b>P</b>	%-os	változó,0-40%	n.a.	<b>P</b>	%-os és fix	változó,0-40%	n.a.	<b>P</b>

### Jelmagyarázat:

X: nincs co-payment vagy felsőkorlát

✓: alkalmaznak co-paymentet vagy felsőkorlátot

n.a.: nincs adat

\* a hírek szerint 2007-től az új kormány eltörli a co-payment az alap-, szak- és kórházi ellátásban (reformjavaslat)

**A kevesebb több.** Az ellátás igénybevételének ésszerűsítése érdekében az Európai Unió tagállamainak több mint kétharmada alkalmazza a lakossági önrészfizetést (co-paymentet) vizitdíj vagy kórházi napi térítés formájában. A régi tagállamok közül kizárólag Anglia, Hollandia, Spanyolország rendszerében nem található meg ez az eszköz, és az újak közül jelenleg mindössze Magyarország, Csehország, Litvánia, Málta és Lengyelország nem alkalmazza. A többi 17 tagország mindegyikében alkalmazzák valamilyen formában a kötelező önrészfizetés eszközt.

Betegkompenzációs alap – az osztrák modell

**Ausztáriában 2001 óta működik az úgynevezett betegkompenzációs alap, amely egy Európában egyedülálló megoldással kártérítést nyújt a betegek számára a nem orvosi műhibákból eredő, és így bírósági eljárásban nem érvényesíthető esetekben.** Ilyen eset lehet például egy orvosi beavatkozás után nem műhibából eredő fertőzés, amelynek **következményei beláthatatlanok a beteg számára, de kártérítés korábban nem járt érte.**

Az alapot a betegek által fizetett kórházi napidíjból képezik. Indokolt esetben a betegek az így képződő alpból egy **bizottság vizsgálata és döntése alapján fájdalomdíjban, kiadáskompenzációban** vagy akár **a kieső jövedelem pótlásában is részesülhetnek.** A kifizetés felső határa 36 ezer euró (kb. 10 millió forint), de maradandó károsodás esetén ez az összeg akár a 70 ezer eurót (kb. 20 millió forint) is elérheti.

**A betegkompenzációs alap legfőbb célja a betegek jogainak minél erőteljesebb és hatékonyabb védelme:** hogy az egészség elvesztése ne jelentse a jogok elvesztését is.

Ezzel a megoldással mindez úgy érhető el, hogy a rendszer nem ró további terhet a betegekre, és a kórházakat sem terheli kártérítési kötelezettség.

### A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

Önrészfizetés voltaképpen most is létezik a magyar egészségügyben, de ellenőrizetlen és igazságtalan formában: **aki hálapénzt ad, ma is önrészt fizet.** Aki a vizitdíj bevezetését támogatja, azt mondja: **nem az a cél, hogy a beteg sokat fizessen, hanem az, hogy a szabályosan fizetett kisebb összeg kiváltsa a szabálytalanul fizetett nagy összegű hálapénzt.** Mert jobb keveset fizetni tisztán, mint sokat feketén. A hálapénz a legnagyobb és legigazságtalanabb terhelést a szegényeknek okozza. A hálapénzt ugyanis a rászorulóknak is fizetik, **a vizitdíj összegét viszont utólagosan vissza lehet téríteni** nekik, vagy **mentességeket lehet megállapítani.**

Mások a vizitdíj miatt éppen a rászorultakat féltik. Azt mondják, a vizitdíj sokakat visszatartathatna attól, hogy időben orvoshoz menjenek. Ez pedig nem jó sem a betegnek, sem az adófizetőknek, hiszen az elmaradt vizsgálat esetleg még költségesebb betegség kialakulásához vezethet. A vizitdíj támogatói erre azt válaszolják, hogy a rászorulóknak nem kellene fizetni, a **szűrővizsgálatok pedig mindenképpen ingyenesek lennének.** Ahogy **nem kellene fizetni többek között a terhességvizsgálásban részesülőknél, a 3 éven aluli gyermekek után vagy a sürgős, nem halasztható akut ellátások esetében.**

A nemzetközi tapasztalatok egyébként azt mutatják, hogy azokban az országokban, ahol vizitdíj bevezetésére került sor, az üzleti biztosítók annak kompenzálására biztosítási csomagokat alakítottak ki.

Magyarországon az emberek nagyjából kétszer annyit fordulnak orvoshoz, mint a nyugat-európai polgárok. Ennek a költségeit természetesen a járulékfizetők állják. A vizsgálatok szerint az orvoshoz fordulások nem minden esetben indokoltak. Mindenképpen olyan megoldásra van szükség, amely ésszerűsíti az ellátórendszer igénybevitelét. Az európai tapasztalatok szerint ennek megfelelő eszköze a kis összegű vizitdíj. A vizitdíj ellenzői viszont azt állítják, hogy a felesleges igénybevitel csökkentésére nem alkalmas eszköz a vizitdíj, mert a keresletet nem a betegek határozzák meg, hanem az orvosok. Szerintük a problémára a több biztosítós rendszer bevezetése önmagában is válasz, mert a betegeket képviselő biztosítók érik el a hálapénz megszü-

nését és az indokolatlan igénybevétel csökkentését.

A Kormány elszánt abban, hogy a hálapénz-rendszert megszüntesse, és az egészségügyi ellátórendszer indokolatlan igénybevételét a betegek, és az adófizetők érdekében csökkentse, és jobban finanszírozottá tegye a rendszert.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálni a maga válaszait:**

- **A vizitdíj mellett, vagy ellene szól több érv?**
- **Vajon a lehető legalacsonyabb összegű, szélesebb kört érintő vizitdíj bevezetése a jobb megoldás, vagy a magasabb összegű, de szűkebb kört érintő?**
- **Esetleg azok fizessenek magasabb díjat, akik a beutalási szabályoktól eltérnek?**
- **Kik kapjanak mentességet a vizitdíj megfizetése alól?**



## 5) Méltóságteljes, biztonságos öregkor

*A gyógyítási és ápolási szolgáltatások szétválasztására van szükség*

### **Tudta-e Ön:**

- hogy a **kórházi ágyakon nyújtott ellátás kb. 30%-a szociális indíttatású**, azaz az ellátott személynek nem kórházban, hanem például bentlakásos szociális otthonban lenne a helye, mert ápolásra, felügyeletre szorulna?

### Gyógyításnak álcázott gondozás

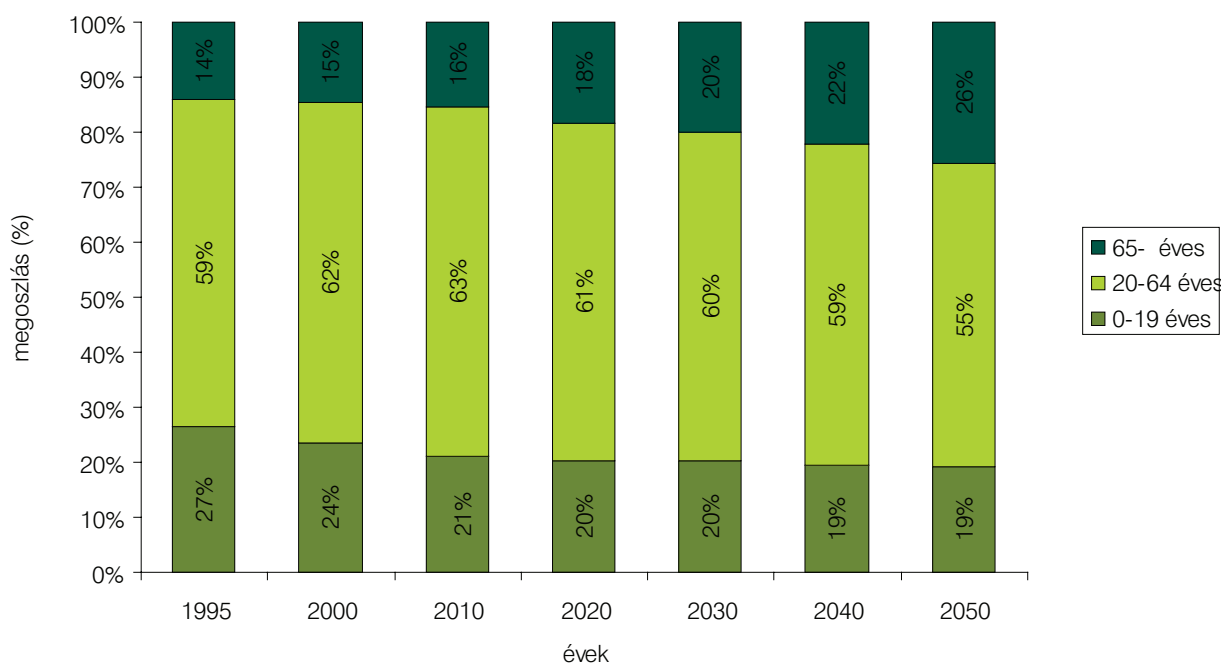
Az európai országokhoz hasonlóan – még az ilyen értelemben vett lemaradásunkkal együtt is – Magyarországon egyre többen élnek egyre tovább. Ezzel azonban egy új típusú társadalmi kihívással kell szembenéznünk, nevezetesen azzal, hogy **egyre több idős, beteg, önmagát** ellátni képtelen emberről kell gondoskodnunk. Nekik nem kórházi kezelésre van szükségük, nem a szó klasszikus értelmében vett gyógyításra, hanem ápolásra, gondoskodásra.

A mai magyar ellátórendszer azonban képtelen arra, hogy megfelelő színvonalú ápolási szolgáltatást nyújtson a rászorulóknak, ezért ezt a feladatot a kórházak látják el. Szívszorító eseteket ismerünk arról, amikor a folyamatos ápolást igénylő súlyos beteg ellátását a dolgozni járó családtagok képtelenek megoldani. Ma két út áll előttük: vagy drága, magas napidíjas fizetős szolgáltatásokat vesznek igénybe (ha ki tudják fizetni), vagy átmenetileg – boríték ellenében – bedugják a beteg hozzátartozót a kórházba. Ezzel azonban több probléma is van. Egyrészt az aktív, gyógyításra fenntartott kórházi ágyakon ápolási tevékenységet végeznek, miközben a kórház a lényegesen drágább gyógyítási tevékenységért kapja meg az állami normatívát, a közpénzt. Ez tetemes többletkiadást jelent mindannyiunknak, hiszen a kórház egy olyan tevékenységért kap támogatást, amit valójában nem is végez el. Így lehetséges az, hogy a kórházi ápolás személyenként átlagosan mintegy 140 ezer forintba kerül...

A másik probléma, hogy mivel a kórházak alapfunkciója a gyógyítás nem pedig az ápolás, ezért nem is képesek megfelelő színvonalú ápolási szolgáltatást nyújtani az idős, beteg embereknek. A legtöbb egészségügyi intézmény jellemzően nagyon alacsony színvonalon biztosít ápolást az erre a célra fenntartott osztályokon. A csekély számú, jobb ellátást biztosító intézmények pedig rendszerint csak önrész fizetése mellett vehetők igénybe.

A népesség életkilátásainak emelkedése a következő évtizedekben a meglévőnél jóval nagyobb ápolási kapacitás megteremtését teszi szükségessé, mindezt pedig úgy kell kielégítenünk, hogy az eltérő egyéni igények is kielégíthetők legyenek. Erre a problémára a magyar ellátórendszernek is fel kell készülnie, hisz már így is több évtizede görgetjük magunk előtt ezt a problémát.

## A népesség várható korösszetétele\* (1995-2050)



\*alapváltozat

Forrás: Népesedés és Népességpolitika – tanulmányok –

Hablicsek László – Tóth Pál Péter A nemzetközi vándorlás szerepe a magyarországi népességszám megőrzésében 1999-2050 között

**Nehéz képlet, nagy kihívás.** Az előrejelzések szerint 2050-ben 10 százalékkal több idős emberről kell majd gondoskodnia 7 százalékkal kevesebb aktív korúnak.

### Nemzetközi megoldások

Európa egyre több országa néz szembe az ápolási igények növekedésével. Az okok közösek: az élettartam növekedése mellett az orvostudomány fejlődése folytán egyre több betegség válik az élettel tartósan összeegyeztethetővé, és egyre több beteg igényel hosszabb ideig tartó ápolást, gondozást. Emellett a hagyományos családmodell változása is az egyedülállók számának növekedését hozza és az ellátás, a gondoskodás igényét növeli.

A legtöbb országban jól körülhatárolhatóan különválnak az ápolási és gyógyítási feladatkör, és olyan rendszert működtetnek, amelyben az ápolást az egészségügyi és a szociális rendszerből kiemelve képesek fenntartható módon megoldani. Ennek jelentős tapasztalatai vannak már Németországban, és az ápolást különálló kihívásként kezelik már Franciaországban, Hollandiában és Luxemburgban is.

Azokban az országokban, amelyek már felkészültek a következő időszak egyik legnagyobb kihívására, az állampolgárok külön köthetnek ápolásbiztosítást, amely egy kötelező és egy önkéntes pilérből áll. Ezekben a rendszerekben lényeges elem, hogy az előtakarékosság nem csupán saját célra használható fel, hanem a közeli hozzátartozók ápolására is. Így a társadalmi szolidaritás jegyében erősödik a fiatalabb generációk idősek iránti felelősségvállalása, és a most aktívak a kiegészítő díjjal nemcsak a saját biztonságukat vásárolhatják meg, hanem a szüleikét is.

## A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

Ezekkel a problémákkal Magyarországon is szembe kell nézni. Ha sikerül elérnünk, hogy életkilátásokban is felzárkózzunk Európához, akkor nálunk is tovább fog növekedni az ápolásra, ellátásra szoruló aránya.

Ezért a **Kormány olyan rendszert kíván létrehozni**, amely az **ápolás feladatkörét** – mint a következő időszak **egyik legnagyobb társadalmi kihívását** – **az egészségügyi és a szociális rendszerből kiemelve, önállóan képes fenntartható módon megoldani.**

**Első lépésben az egészségügyi, a központi és az önkormányzati rendszerekben levő szociális gondoskodásokat kell egységes rendszerbe szervezni.** Felmérjük, hogy mit nyújt ez a rendszer ma, és mibe kerül. Ez lehet az alapja az új ápolásbiztosítási rendszernek.

Ez a rendszer is a biztosításra épül. **Az ápolásbiztosítás egy hosszú távon is működőképes rendszerben két elemből, a kötelező és az önkéntes pillérből áll.** A kötelező része szabályozott feltételek mellett garantált és egységes ápolási szolgáltatásra jogosít valamennyi biztosítottat. Ezt mindenki igénye szerint egészítheti ki önkéntes magánbiztosítással. A magánbiztosítás számos szolgáltatásból állíthat össze különböző termékcsomagot egyedi igények és előtakarékosági hajlandóság szerint. Tartalmazhat az intézeti ápolás mellett – az állapottól függően – különböző mértékű házi ápolást, de mindezt kombinálva is. Nyújthat ápolói kíséretet, speciális járművet alkalmankénti kulturális, szórakozási, vásárlási célra, biztosíthat távolabbi ápoló intézetben rövidebb idejű környezetváltást.

Lényeges elem, hogy az **előtakarékoság nem csupán saját célra használható, hanem közeli hozzátartozók ápolására is.** Így a kiegészítő díjjal nemcsak a saját későbbi biztonságunkat vásároljuk meg, de szüleink iránti kötelességeink teljesítésében is segítséget kapunk.

Amit biztosan látunk: a jelenlegi források nem fedezik tartósan az ápolási kiadásokat. Ezért a későbbiekben előreláthatóan önkéntes kiegészítésre lesz szükség.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálni a maga válaszait:**

- **A kiegészítő ápolásbiztosítás, vagy az előtakarékoság-e a nagyobb közigényt kielégítő megoldás?** (Vajon mindenki inkább magának és családtagjának tenne félre, vagy a többség inkább úgy gondolja, hogy a betegség nem válogat, és nagy baj esetén csupán közös kockázatviseléssel, azaz biztosítással lehet magunkon segíteni?)
- **Milyen jelenlegi egészségügyi és szociális ellátásokat lenne célszerű bevonni a kötelező ápolásbiztosítás rendszerbe?**
- **A gyógyászati-segédeszköz ellátás egészségügyi szolgáltatás vagy ápolási kiadás?**

## 6) A beteg szabadsága

*A táppénz-rendszer reformjára van szükség*

**Tudta, hogy:**

- **a magyar munkavállalók döntő többsége inkább betegen is dolgozik, mert fél, hogy elveszíti az állását?**

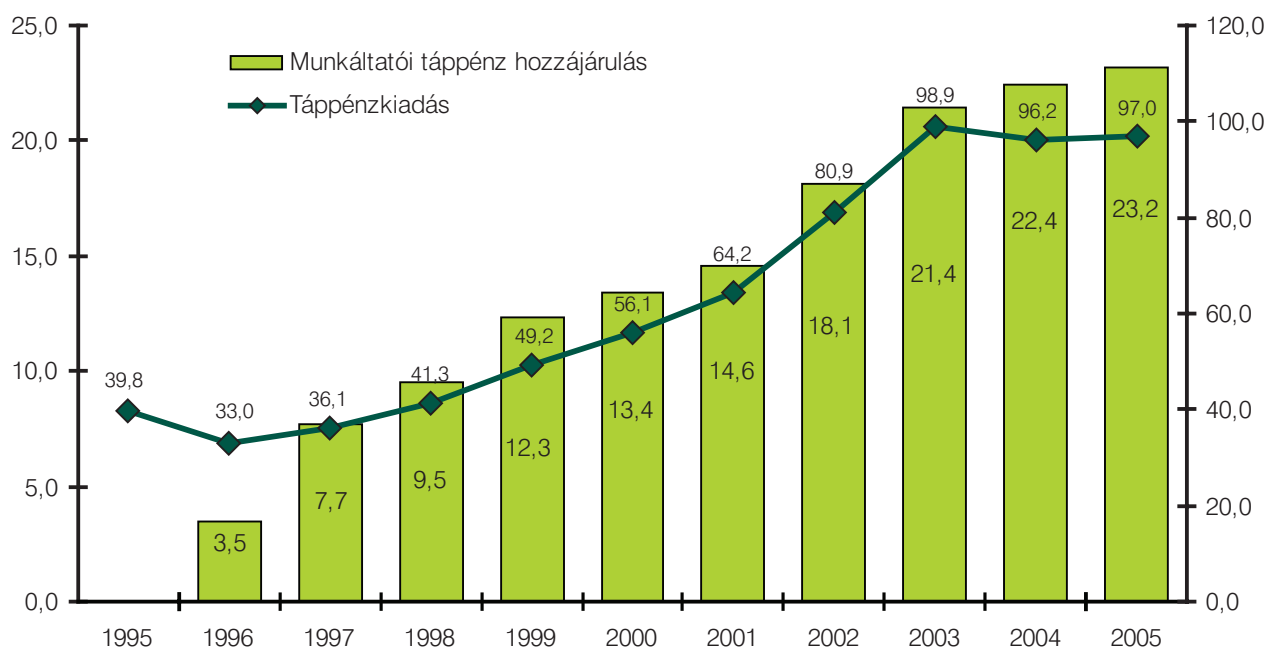
### Inkább beteg, mint munkanélküli?

Az egészségre vigyázzak jobban, vagy a munkámra? – sajnos a magyarok többsége ma úgy érzi, így kell feltennie magának a kérdést. A jelenlegi táppénz-szabályok ugyanis nem nyújtanak megfelelő biztonságot a munkavállalóknak, de jelentős terheket jelentenek a munkáltatóknak. Magyarországon egy munkavállalót éventénként 15 munkanap betegszabadság illet meg keresőkép-telensége idején. A munkavállaló ilyenkor táppénzt kap, aminek kétharmadát az Egészségbizto-sítási Alap, egyharmadát pedig a munkáltató fedezi.

Mivel a munkavállaló betegsége anyagi terhet jelent a munkáltató számára, ezért nem áll ér-dekében olyan embert alkalmazni, akinél fennáll annak a lehetősége, hogy táppénzre megy. Az utóbbi két évben a táppénzesek aránya 3,5 százalékról 2,9 százalékra csökkent.

Így azok a dolgozók, akik megbetegednek, még a munkahelyüket is kockáztatják a munkáltatóra hártott fizetési kötelezettség miatt, és a munkahelyük helyett inkább az egészségüket veszélyez-tetik, de betegen is dolgoznak, vagy betegségük idejére fizetés nélküli szabadságot vesznek ki.

Mindez torz, kiszámíthatatlan és legfőképpen igazságtalan viszonyokat eredményez a táppénz-ellátásban, ami nem jó sem a munkaadónak, sem a munkavállalónak.



**Munkahely vs. egészség.** A munkáltatók táppénz-hozzájárulásai az elmúlt években folyamatosan nőttek, miközben a központi táppénzkiadások csökkentek. Ez azt támasztja alá, hogy a munkáltatók terheivel egyre inkább nőtt a munkavállalók fenyegetettsége, ezért nem mertek táppénzre menni.

## Nemzetközi megoldások

Több országban az egészségügyi alpbiztosításnak ma már nem része a betegség esetén kieső jövedelem pótlása, még olyan klasszikus társadalombiztosítási rendszerrel működő országokban sem, mint Németország.

Az európai országok közel felében ma is létezik önálló táppénzre szóló biztosítás. Ez azt jelenti, hogy elkülönül a munkáltató költsége és a munkavállaló betegsége. Ez a biztosítás a munkavállaló számára egzisztenciális biztonságot, a munkáltató számára pedig a költségek stabilitását, kiszámíthatóságát eredményezi.

Azokban az országokban, ahol ez a rendszer működik, bevett gyakorlat, hogy a táppénzbiztosítás kötelező és önkéntes elemből áll össze. Minden járulékfizető számára biztosított az alapszintű táppénzbiztosítás, de emellett mindenkinek lehetősége van önkéntesen vállalt többletbiztosítást is kötni, ami lehetővé teszi, hogy a munkavállalónak betegsége idején is ugyanannyi jövedelme legyen, mint amikor dolgozik.

## A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

**A Kormány a keresőképtelenség problémájának tartós rendezésére önálló táppénzbiztosítási rendszer létrehozásának a megvizsgálását javasolja.** Ebben elkülönülne a munkáltató költsége és a munkavállaló betegsége. Ez a biztosítás a munkavállaló számára egzisztenciális biztonságot, a munkáltató számára a költségek stabilitását, kiszámíthatóságát eredményezne.

**Erről párbeszédet kell kezdeményezni a munkáltatókkal: döntsék el, hogy mi a kedvezőbb számukra. Maradjon a jelenlegi rendszer, vagy a munkáltatói táppénz-hozzájárulást járulékfedezetűvé tegyék, és ezzel kiszámítható költséggé alakítsuk a munkáltató kockázatát?**

Az önálló táppénzbiztosítás teremti meg az alapját annak, hogy **a későbbiekben egységes rendszerben lehessen kezelni a keresőképtelenség és a rehabilitáció kérdését, azaz tartós táppénzzé alakulva szűnjön meg a mai, számos visszaélésre lehetőséget adó „rokkantnyugdíj” intézménye.**

A cél kettős: egyrészt a megváltozott munkaképességűek visszavezetése a munka világába, másrészt az igazságosság érvényesítése, hiszen rossz és drága az a rendszer, ahol az egyszer rokkantnyugdíjat szerzett személy – rehabilitálhatóságtól függetlenül – véglegesen rokkantellátásban részesül.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálnia a maga válaszait:**

- **Igazságos-e, hogy olyanok is kapnak rokkantnyugdíjat, akik mellette „rendesen” dolgoznak? Vállalható-e önként egészen alacsony járuléknövekedés azért, hogy betegség esetén akár még a fizetésénél is magasabb táppénzt kaphassunk?**
- **Várható-e a rokkantnyugdíj tartós táppénzé alakításától a ma tapasztalt visszaélések csökkenése?**
- **Támogatja-e a társadalom valóban azt, hogy a rokkantnyugdíj munkanélküliséget elrejtő szerepe csökkenjen?**

## 7) Keserű pirula vagy gyógyír?

*Több patika, olcsóbb gyógyszerek, jobb ellátás*

### **Tudta-e Ön:**

- **hogyan Magyarországon – a világon egyedülállóan – majdnem ugyanannyi köl-tünk gyógyszer-támogatásra, mint fekvőbeteg-ellátásra?**
- **hogyan gyógyszer-támogatásra egy évben többet költ az állam, mint a felsőokta-tásra és a kultúrára összesen?**
- **hogyan hiába szerez ma gyógyszerész végzettséget valaki, nem nyithat automa-tikusan patikát?**
- **hogyan ma a fővárosban mindössze 8-9 gyógyszer-tár tart „kisablakos” ügyeletet éjszaka és hétvégén?**
- **hogyan ma 5000 lakos kell egy patika alapítási engedélyéhez akkor is, ha a leg-közelebbi gyógyszer-tár több mint 10 km-re van?**

## Felszabadítható energiák

Az elmúlt évtizedben a magánosítás hatására a gyógyszer-tárak megújultak, miközben az ellátás zavartalanul működött. Ma a legnagyobb problémát, a legtöbb lakossági panaszt nem a verseny, hanem éppen a verseny korlátozása okozza. A piackorlátozó megszorítások miatt nem létesül-hetnek szabadon gyógyszer-tárak, akkor sem, ha megfelelő végzettségű gyógyszerész garantál-ná a szolgáltatás biztonságát. Többek között ezért kevés az éjjel is nyitva tartó gyógyszer-tár. Az erősebb verseny csökkentené az árakat, és olyan kényelmi szolgáltatások is megjelenhetné-nek, mint az internetes gyógyszer-rendelés, vagy a gyógyszer-házhozszállítás.

A piac azonban nem old meg minden gondot. A hátrányos helyzetű körzetekben gyakran nem éri meg gyógyszer-tárat működtetni, mert a szabályozás olyan követelmények teljesítését írja elő, amit az alacsonyabb forgalmú patikák nem tudnak teljesíteni. Ezeken a területeken az államnak kell olyan támogatást nyújtania, hogy a gyógyszer-tárak ne legyenek veszteségesek, és mindenki hozzájuthasson a szükséges gyógyszerekhez.

## Nemzetközi megoldások

Európa 25 tagállama közül 9-ben semmilyen korlát nincs a gyógyszer-tárak alapításában, és a töb-bi ország egy részében is szabadabb a szabályozás, mint Magyarországon. 9 országban még olyan megkötés sincs, hogy csak gyógyszerész lehet patikatulajdonos. 8 országban patikákon kívül is lehet bizonyos recept nélküli orvosságokat kapni.

## Árral szemben

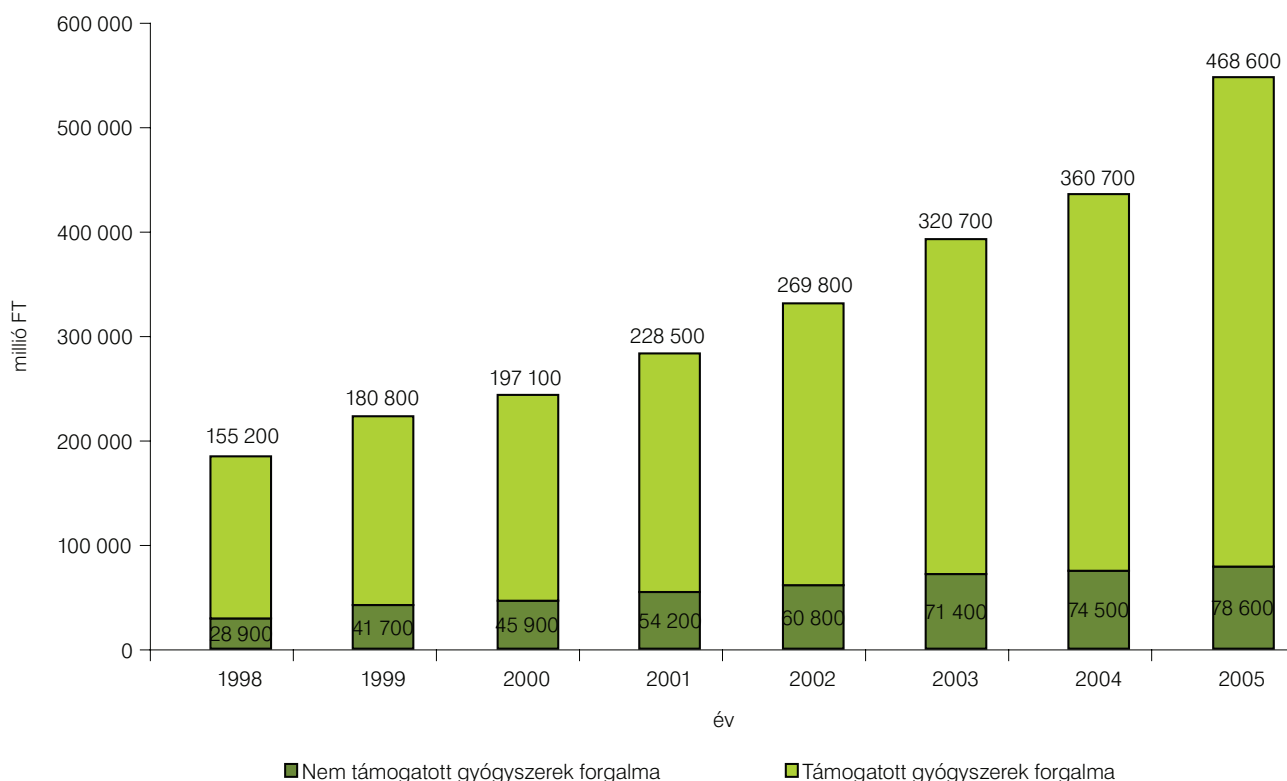
A gyógyszerkiadások feltartóztatatlan növekedése egyre elviselhetlenebb terhet jelent mind a betegek és a családok, mind az egészségbiztosítás költségvetése, tehát az adófizetők számára. Miközben örvendetes, hogy gyakorlatilag a világ összes korszerű gyógyszere kapható Magyar-országon, ennek költsége megengedhetetlenül nő. A világon sehol nincs még egy ország, amely ugyanannyit költ gyógyszer-támogatásra (349 milliárd Ft), mint az aktív fekvőbeteg-ellátásra (353 milliárd Ft). Nemzetközi összehasonlításban általában is magas a gyógyszerkiadás. És semmi nem bizonyítja azt, hogy ez a hatalmas támogatás mind kizárólag a betegek gyógyulása érdekében, és a legjobban hasznosul. Illusztrációként két elgondolkodtató adat: ma, Magyarországon egy köz-gyógyellátottra évente 103(!) doboz gyógyszer jut átlagosan, ugyanakkor évente több száz tonna gyógyszer-t dobunk ki a szemétkébe...

Mivel a költségvetés véges, a túlzott gyógyszerfogyasztás a gyógyításra fordítható összeg rovására megy. Ráadásul ma ahány gyógyszer, annyi ár. A többféle támogatási arány még bonyolultabbá teszi a rendszert. A beteg nem is tudja, sok esetben az orvos sem, mennyibe kerül a felírt gyógyszer.

Ezért egy dologban minden szakértő egyetért: hogy a jelenlegi támogatási rendszert át kell alakítani.

## Támogatott és nem támogatott gyógyszerek forgalmának alakulása (1998 - 2005)

támogatott és nem támogatott gyógyszerek forgalmának alakulása  
1998 - 2005



### Nemzetközi megoldások

Európa sokszínű ebben a kérdésben is. Az árak féken tartása mindenütt probléma.

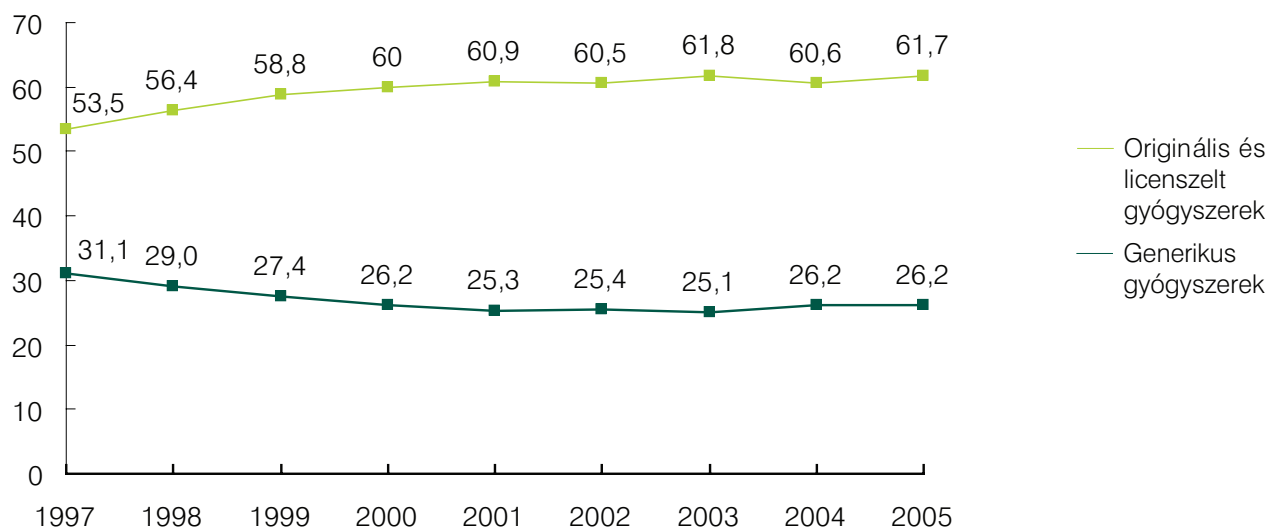
Többféle eszközt alkalmaznak:

- Minden ország korlátozza a támogatott gyógyszerek körét, és az azonos hatású gyógyszerek közül igyekszik csak az olcsóbbat támogatni.
- Vannak országok, ahol a támogatást az adott hatású legalacsonyabb árú gyógyszerhez igazítják.
- A legtöbb országban technológia-értékeléshez (tudományos bizonyítékokkal való összevetéshez) kötik az új gyógyszerek befogadást.
- Az országok többsége támogatja a lejárt szabadalmi védettségű, az ún. generikus, azaz a lényegesen olcsóbb, „utángyártott” gyógyszerek alkalmazását.
- Vannak országok, ahol az orvosnak támogatási keretből kell gazdálkodniuk, és azon belül rendelhetnek támogatást a betegek számára
- Hét országban is alkalmazzák azt a technikát, hogy recept vagy dobozdíjként egységesítik a gyógyszerek árát a betegek számára, azaz a fixált dobozdíj felett az árat a biztosítás fizeti

## A magyar gyógyszerpiac megoszlása készítménytípusok szerint

Készítménytípusok piaci részesedése, százalék

Készítménytípusok piaci részesedése, százalék



Forrás: IMS Health Pharmaceuticals Market Overview 2005

**Olcsóbb helyett drágát?** A gyógyszerkiadások visszafogásának nemzetközileg legelfogadottabb és napjainkban leghatásosabban alkalmazott eszköze a magas árú, originális gyógyszerek helyettesítése olcsóbb, azonos hatóanyag-tartalmú generikus készítményekkel. Az erre tett magyarországi kísérletek eddig nem jártak sikerrel, hazánkban 1997 és 2005 között a generikus gyógyszerek piaci részesedése – a nemzetközi trenddel szemben – 31%-ról 26%-ra esett vissza, azóta pedig gyakorlatilag változatlan, annak ellenére, hogy hazánk jelentős generikus gyógyszergyártói kapacitással rendelkezik.

### A Kormány által javasolt megoldási lehetőségek Magyarországon

#### 1) Gyógyszer-támogatási rendszer

**Magyarországon a lakossági és a biztosítói gyógyszerterhek növekedését meg kell állítani.** Ezért Magyarországon is alkalmazni kell az eddig ismert és az új technikákat.

A **gyógyszer-ár és ártámogatás teljes rendszerét, folyamatát**, (a befogadást és az ártárgyalást) **nyilvánossá tesszük**. Elérjük, hogy csak bizonyítottan hatásos és költséghatékony gyógyszerek maradjanak a támogatási rendszerben, a nyilvános ártárgyalással, a versennyel pedig leszorítjuk az árakat.

#### **Folytatjuk a generikus programot.**

Az ártámogatási rendszer végleges kialakításánál megvizsgálunk minden lehetőséget: a jelenlegi százalékos ártámogatás és a legolcsóbb gyógyszer árához igazodó fix támogatási rendszert. **Alternatívaként megvizsgálandó az úgynevezett dobozdíjas rendszer.** Ennek lényege: a **gyógyszerek térítési díja 2-3 sávban egységes (dobozdíj)**, így a különböző betegségen szenvedő betegek terhei egységesek, azaz nem betegségárasak.

A gyógyszerkiadások harmadik összetevője az ár, és a támogatási rendszer mellett az **orvosok rendelési szokása. Ezen is változtatunk.** Megnézzük, hogy a beteg volt-e orvosnál azzal a diagnózissal, aminek alapján számára a gyógyszert felírták.



**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálnia a maga válaszait:**

- **Indokolt-e, hogy betegségtől függetlenül dobozonként azonos árat kelljen fizetnie a betegeknek?**
- **Az azonos hatóanyagú, egyenértékű készítményeken kívül azokat, amelyek sokkal drágábbak az e csoportba tartozó termékeknél, ki kell-e zárni a támogatási listáról?**
- **Az ingyenesség megszüntetése a rászorulóknak számára a jelenleg betegséghez kötötten 100%-os támogatással rendelhető gyógyszereknél milyen dobozdíj mellett fogadható el?**

## 2) Patika liberalizáció

**A világon sok helyütt lehet fejfájás elleni gyógyszert vagy lázcsillapítót kapni a szupermarketben, pályaudvaron, esetleg a benzinkútnál.** E megoldás támogatóinak az az érve, hogy fejfájás bármikor jöhet, benzinkút pedig mindenhol van. Így folyamatosan, éjjel-nappal biztosított, hogy lehessen kapni olyan gyógyszereket, amelyek nem veszélyesek, de csökkentik a felesleges szenvedést.

Az **ellenzők** szerint ugyanakkor a **gyógyszer kiszolgálása speciális tudást igényel**, a benzinkutas nem tudja megmondani, hogy az általa árult lázcsillapító milyen keresztthatásokat produkál a többi gyógyszereinkkel, vagy például allergizálhat-e. E megoldás elutasítói ezért azt mondják, gyógyszert csak szakember adhasson ki.

**Ebben a tárgykörben Magyarországnak – sok más országhoz hasonlóan – a következő fontos kérdésekre kell megtalálnia a maga válaszait:**

- **Lehessen-e kapni egyes vény nélküli gyógyszereket szupermarketekben és benzinkutaknál, vagy minden gyógyszert továbbra is csak a gyógyszertárakban lehessen beszerezni?**

## 8) A választás szabadsága, avagy verseny a páciensért

### *Az egy és több-biztosítós rendszer dilemmája*

#### **Tudta-e Ön:**

- hogy az államosításokig Magyarországon is több-biztosítós rendszer volt?
- hogy az EU régi tagállamaiban ott, ahol biztosítási elven működik az egészségügy, a betegek általában több biztosító közül választhatnak?
- hogy több országban a kötelező egészségbiztosítás mellé ugyanannál a biztosítónál kiegészítő egészségbiztosítást is lehet kötni?
- hogy a több-biztosítós rendszer nem azonos az üzleti biztosításokkal és Európában a több-biztosítós rendszer mindenütt szolidaritáselvű?
- hogy a több biztosítós rendszerben nem kellene a polgároknak a mainál többet fizetni?
- hogy a biztosítók minden bejelentkezett biztosítottat kötelesek elfogadni, nem válogathatnak a biztosítottak között, ezért nem alakulhat ki külön szegény és gazdag egészségügy?
- hogy ott, ahol létezik vizitdíj, az egymással versengő biztosítók ennek költségeit részben vagy egészben átvállalhatják?

### A sokszínű Európa

Európa egészségügyi rendszerei hasonló értékekre, de eltérő megoldásokra épülnek. Nincs „európai modell”, csak európai értékrend. Minden európai ország egészségügye a szolidaritásra, a méltányosságra, a minőségre és a hatékonyságra épít. A közösségi rendszerek minden országban megadják a biztonságot és a védelmet az embereknek, és – eltérő mértékben – építenek az öngondoskodásra, az egyén érdekelttségére. Egyre több ország ismeri fel, hogy az állam nem lehet senki helyett egészséges, ez az egyénen is múlik.

A közös célokat két fő modellben valósítják meg Európa államai: társadalombiztosítási rendszert vagy állami egészségügyi szolgálatot működtetnek.

A szakértők véleménye megoszlik, és ez alapján nem lehet feketén-fehéren állást foglalni egyik rendszer mellett sem. A vélemények abban többé-kevésbé megegyeznek, hogy:

- Az állami egészségügyi rendszerek között vannak pazarlók is, és vannak olyanok is, amelyek alkalmasak az állam költségeinek féken tartására. Mindegyikre jellemző viszont, hogy nem alkalmazkodnak a betegek igényeihez (hosszú várólisták, korlátozott választás). Ilyen rendszert működtet például Nagy-Britannia.
- A több-biztosítós rendszerben nagyobb a betegek elégedettsége, választási lehetősége, jobban illeszkedik az öngondoskodás támogatásához. Ez összeegyeztethető az erős társadalmi szolidaritás és igazságosság érvényesülésével. Ilyen rendszert működtet például Németország.
- Az „egybiztosítós” modell a szakértők többsége szerint tartósan nem maradhat fenn: előbb-utóbb választani kell a klasszikus társadalombiztosítás és az állami egészségügy között.

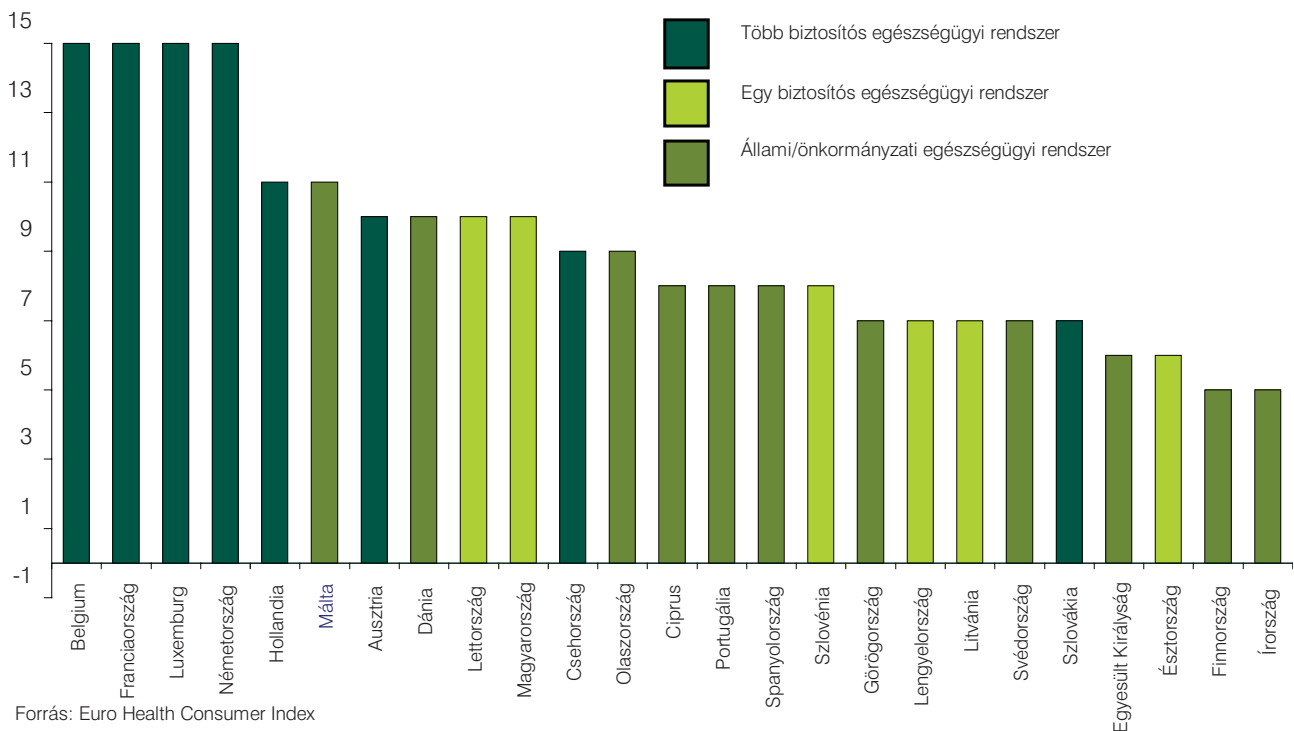
A több-biztosítós modell ellenzői, vagy bírálói az alábbi két, legfontosabb ellenérvet, aggályt szokták felhozni e megoldási javaslattal szemben:

- A több-biztosítós modell szereplői üzleti alapon működnek, céljuk a profit, a nyereség maximalizálása, ezért féltik, hogy a versengés, illetve a nyereségorientált működés a gyógyító munka rovására válik, hiszen az üzleti biztosítók abban érdekeltek, hogy minél többet „spóroljanak” a betegen.

- Az előbbi logikai sort folytatva a modell bírálói attól is tartanak, hogy újabb társadalmi igazságtalanság forrása lehet az, ha a szolidaritási elv helyébe a profitorientált működés lép. A nyereségüket féltő biztosítók ugyanis ellenérdekeltek abban, hogy betegeskedő, hátrányos helyzetű, idős ügyfelekkel is szerződést kössenek, hiszen az ő megbetegedésük kockázata lényegesen nagyobb másokénál, így velük a biztosítók is lényegesen nagyobb rizikót vállalnának. Ezért e modell ellenzői még a szigorú törvényi garanciák ellenére is attól tartanak, hogy könnyen előállhat az a helyzet, amelyben szinte kasztrendszer-szerűen válik el egymástól gazdagok és szegények biztosítója, vagyis gazdagok és szegények egészségügyi rendszere.

Várakozási idő a gyógykezelésre - háziorvosra, szakorvosra, térd- és csípő izületi, bypass mű tétre, rákos kezelésre - az Európai Unió országaiban  
(maximálisan adható pontszám: 15)

Várakozási idő a gyógykezelésre - háziorvosra, szakorvosra, térd- és csípő izületi, bypass mű tétre, rákos kezelésre - az Európai Unió országaiban  
(maximálisan adható pontszám: 15)



**A verseny a betegért van.** Azokban az országokban, ahol társadalombiztosítás működik, általában jobb az ellátásokhoz való hozzáférés. A várólisták inkább az állami rendszerekre jellemzők.

## Nemzetközi megoldások

Európa nem egységes.



Az egyes országok rendszerét az ésszerűség mellett történeti okok is meghatározzák. Amíg a II. világháború előtt a társadalombiztosítás jelentette a szolidaritás és igazságosság eszméjét, addig a II. világháború után Anglia és egyes skandináv államok mellett a volt szocialista államokban is megjelentek az állami rendszerek. Európa „közepére” a társadalombiztosítás jellemző: a beteg által választható, versengő társadalombiztosítási rendszer van Németországban, Franciaországban, Svájcban, Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban, Ausztriában, valamint Csehországban és Szlovákiában. A régi tagállamok közül a brit államokban, Írországon és az északi országokban állami rendszerek működnek. A déli államokban kevert egészségügyi rendszerek működnek, melyek finanszírozása állami túlsúlyú.

## Magyarországi dilemmák

A nemzetközi példák is azt mutatják, hogy az állami egészségügy és a társadalombiztosítás között félúton megrekedt rendszer egyik modell előnyét sem hordozza markánsan, de ezt támasztják alá mindannyiunk hétköznapi tapasztalatai is. Nem teljesül az igazságosság, az egyenlő hozzáférés, az ingyenesség és a költség-kontroll, de nem jelentkeznek a verseny, az öngondoskodás és a választási szabadság által kínált előnyök sem.

Ezért Magyarországon is el kell dönteni azt, hogy a beteg érdekét szolgáló, a jobb és eredményesebb ellátást biztosító tényleges versenyhez elég-e a szolgáltatók versenye, vagy szükség van a finanszírozók versenyére is, akik gazdaságosabb, eredményesebb, minőségi ellátást kényszerítenek ki a szolgáltatókból.

Ezt a vitát Magyarországon is le kell folytatni. A vita arról is szól, hogy mit gondolunk az állam szerepéről. Azt mondjuk-e mi is, hogy – erős állami szabályozás mellett – a biztosítottakért folyó verseny hatékonyabb, betegbarát megoldásokat tud produkálni? Vagy kitarunk a jelenlegi, direkt állami irányítású „egybiztosítós” rendszer mellett, azzal hogy a biztosító mögött álló állam garanciát vállal annak valódi biztosítóként való működtetéséért, illetve az adott esetben újratermelődő hiányáért is?

### Ami a vitában nem lehet alku tárgya:

- A **társadalombiztosítás szolidaritás elvű és nemzeti kockázatközösségen alapul**, azaz a biztosítók nem a hozzájuk bejelentkezett biztosítottak befizetéseiből gazdálkodnak, hanem a közös befizetések szükségletarányos részéből.

- **A több-biztosító csak a biztosítottak részéről jelent választási szabadságot, a biztosítók minden bejelentkezett biztosítottat kötelesek elfogadni,** nem válogathatnak a biztosítottak között, ezért nem alakulhat ki külön szegények és gazdagok biztosítója, azaz szegények és gazdagok elkülönült egészségügyi rendszere.
- **A biztosítási csomagok és a kötelező járulékmérték meghatározása az állam feladata, a biztosítók ennél csak többet ígérhetnek a biztosítottaknak, kevesebbet nem.**

A biztosítók a kötelező biztosítási csomag szintjén csak a szolgáltatások minőségében, a biztosítottak érdekeinek képviselőként versenyezhetnek egymással. Eredményt, profitot azonban kizárólag az ún. kiegészítő csomagok szintjén zajló versengés hozhat a számukra.

**Az egy, vagy több-biztosítós modell vitáját célszerű volna még az idén eldönteni itt, Magyarországon is.**

### III. Epilógus helyett

#### A reform most nem csak kényszer: lehetőség is

##### *Uniós fejlesztési források az egészségügyben*

A magyar egészségügy reformja nem a politikusok, a közgazdászok vagy az orvosok ügye. Téved, aki azt gondolja, hogy a reform elsősorban pénzről szól, a kapacitások újragondolásáról, a finanszírozás átalakításáról, vagy más, a hétköznapi ember számára talán elvont dologról. A reform mindannyiunk ügye, mert a szó legszorosabb értelmében az életünkről szól.

Például arról, hogy nem fogadjuk el végzetnek, megváltoztathatatlan ténynek, hogy a Magyar Köztársaság minden újszülött polgára átlagosan hat évvel rövidebb életre számíthat, mint a nyugatabbra születő társai. Nem nyugodhatunk bele, hogy a rövidebb életnek a tekintélyes részét, több mint a 10%-át betegségben töltjük. Túrhetetlen, hogyha ez a betegség daganatos, vagy szív-érrendszeri problémának bizonyul – ami a „magyar átok” szerint ugyancsak valószínű –, akkor a gyógyulás esélyei ma Magyarországon a legrosszabbak, csupán néhány, volt szovjet utódállamnál jobbak a kilátásainknál.

Nem nézhetjük tétlenül, hogy bár az állam nem tehetne különbséget egyik és másik polgára között, az egészségügy mára állandósult „üzemzavarai” miatt, közvetve mégis ezt teszi: ma bizony nem számíthat ugyanolyan jó minőségű egészségügyi ellátásra (végső soron ugyanolyan jó életkilátásokra) egy észak-kelet-magyarországi, vidéki polgár, mint mondjuk egy pesti, vagy egy győri.

A tarthatatlan helyzet tehát az, hogy nemcsak Európához képest élünk rosszabb életminőségben és kevesebb ideig annál, ahogy és amennyit „papírforma” szerint élhetnénk, hanem önmagunkhoz képest is.

A reform ezekre a súlyos – az ország és a nemzet jövője szempontjából – alapvető jelentőségű kérdésekre adhat választ. Az egészségügyi reform a gyakorlatban bizonyíthatja, ráadásul belátható időn belül, hogy nem létezik „magyar átok”: rossz megbetegedési és halálozási statisztikáink, listavezető helyünk a daganatos, szív- és érrendszeri betegségek fekete vetélkedőjében, területi és társadalmi igazságtalanságaink nem a Sors kegyetlenségére vezethetők vissza, hanem egészségtelen életmódunkra és egészségügyi rendszerünk rossz működésére.

A mai helyzetnek mindenki áldozata: a még egészséges emberek, a megbetegedettek, az orvosok, a nővérek, az egészségügyi dolgozók és a nemzetgazdaság is! Ami ugyanis az egyén számára betegség, az a gazdaság számára a nemzeti össztermék százalékában mérhető veszteség: a munkaerőpiacon termelés kiesés, a közfinanszírozott ellátórendszerben pedig kiadásnövekedés. De vesztesei a mai helyzetnek az orvosok, nővérek is, hiszen hiába szereznek hosszú évek kemény munkájával világszínvonalú tudást maguknak, hiába végzik hivatástudattal és odaadással a munkájukat: egy alapvetően rosszul működő rendszerben a kimagasló teljesítmény is sokszor csak arra elég, hogy az egészségügyünk bizonyos aspektusokból kevésbé rosszul működjön, mint másokban, de ahhoz nem elég, hogy *jól*, illetve optimálisan.

Mindazok a megoldásra váró konkrét problémák, kihívások, amelyek a világ sok más országához hasonlóan a magyar egészségügy megújítását is végigkísérik – legyen szó a potyautasok hiányzó járu-lékairól, a hálapénzről, a finanszírozhatatlan és ezért reformra szoruló gyógyszerár-támogatásokról, vagy az ún. aktív kórházi ágyak számáról – csupán eszközei a reformnak, nem céljai.

A célunk az, hogy a magyarok egy évtizeden belül hat évvel hosszabb életre számíthassanak, amelyből a mostaninál jóval több évet tölthetnek jó életminőségben, egészségesen. Ebben minél több magyar-nak legyen része függetlenül attól, hogy a Nyugat- vagy Kelet-Magyarországon, falun vagy városban élnek.

Éljünk minél többen, minél tovább és jobb életminőségben – ez a magyar egészségügy reformjának a valódi célja.

A reform kényszere persze már legalább egy évtizede világos minden hozzáértő, vagy felelős ember számára. A mostani pillanatot tehát önmagában nem ez teszi alkalmassá a reform elindítására. Hanem az, hogy most nemcsak a kényszere adott a reformnak, hanem hosszú emberöltők után végre a lehetősége is.

A 2007 és 2013 között Magyarország számára elérhetővé tett uniós források ugyanis soha nem látott mértékű és mélységű fejlesztéseket tesznek lehetővé a számunkra az élet (és az ország) minden területén.

Európa tagállamai számára semmilyen korlát nincs abban a tekintetben, hogy a közösségi forrásokat a gazdasági növekedés fokozása és a foglalkoztatás növelése érdekében akár a saját nemzeti egészségügyi rendszerük fejlesztésére is felhasználják.

A Magyar Köztársaság kormánya ezért a kormányprogramban is deklarálta, hogy a szükséges infrastrukturális fejlesztésekkel korszerű ellátórendszeri struktúrát alakít ki.

Amint azt láttuk, a magyar egészségügyi rendszer struktúrája nem korszerű: van, ahol nagyon sok kórház van, míg az ország egyes részein nem megoldott az ellátás. Igazságtalan rendszer jött létre, amihez nem minden állampolgár jut hozzá egyenlő eséllyel. A fejlesztési források segítségével olyan rendszert teremthetünk, ahol a területi különbségek mérséklődnek.

A reform során a gyógyító intézményrendszer is változik, korszerű, új és felújított kórházakban, szakrendelőkhöz fognak gyógyítani az orvosok. A reform részeként a szemléletváltoztatás mellett az Európai Unió támogatásával meg akarjuk újítani az épületeket is, hogy a kor és a lakosság jogos elvárásainak megfelelő színvonalon folyhasson az ellátás.

A jelenlegi magyar kórházi struktúra működtetése a nemzeti jövedelem működéséhez képest nagyon drága. Sok az ágy, és ami ebből a szempontból fontosabb: túl sok az olyan kórházi ágy, ahol egyáltalán nem fekszik beteg, pedig az ilyen ágyak fenntartása is közel 5 és fél millió forintunkba kerül évente.

A fejlesztési forrásoknak és a működő tőke bevonásának eredményeként a nagy kórházak, sürgősségi központok megújulnak, a telephelyeik pedig részben megszűnnek, hiszen a korszerű technológiák elterjesztésével nem lesz szükség annyi ágyra, helyre, ezért relatíve olcsóbb lesz a fenntartásuk, ezzel párhuzamosan pedig javul a betegellátás színvonala.

Az előregedett, alapszakmás, korszerűtlen kiskórházakat az Új Magyarország Fejlesztési Terv végrehajtásával, vagy egyszeri nagy összegű forrásbevonással korszerűsített, magas színvonalú intézményekké, vagy pedig ambulanciává, rehabilitációs intézménnyé, ápolási osztállyá alakítjuk, amelyek az ország minden szegletében biztosítják majd a zökkenőmentes betegellátást.

A fejlesztési forrásokból is finanszírozott reform során átalakítjuk a magyar ellátórendszer korszerűtlen struktúráját is. Az elmúlt évszázadban kialakult kórházi rendszerünk nem igazodik a megváltozott betegségstruktúrához, ezért megerősítjük a járóbeteg-szakellátását a kistérségi központokban, egynapos sebészeteiket, nappali kórházakat, rehabilitációs központokat és ápolási otthonokat létesítünk. Az emberhez méltó elmúlás körülményeit biztosító országos HOSPICE ellátórendszert alakítunk ki.

A fejlesztési forrásokból nemcsak átalakítunk és rekonstruálunk, de építünk is. Több olyan kistérség van ugyanis az országban, ahol a háziorvoson kívül semmilyen ellátás nincs a közelben. Ezeket a területeket fejlesztenünk kell az ellátást: kistérségi központokat tervezünk, ahol több szakorvos is rendelkezésre áll, hogy a betegek helyben gyógyuljanak, és ne kelljen órákat utazniuk.

A kórházakat úgy kell átalakítani, hogy a sürgősségi ellátást helyben tudják biztosítani, de a speciális szakismeretet, felszereltséget, és gyakorlatot igénylő ellátás térségi centrumokban történjék. Ez a folyamat már lezajlott a daganatos megbetegedések kezelésénél, ahol onkológiai centrumok jöttek létre. A centrumokat fejleszteni fogjuk, hogy emlőrákos és más daganatos halálozásban végre jobb eredményt tudjunk felmutatni.

Mert végső soron ez az egészségügyi reform célja és értelme: fejleszteni az egészségügyet, hogy az jobban legyen képes megőrizni, „fejleszteni” és helyreállítani az egészségünket, jobbat tenni az életünket!

Erről szól a magyar egészségügy reformja.