



50. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2006. 9-12. szám

„mert a remény hal meg utoljára...”

Születésnapra

Az idén 50. éves Láttelelet gazdát cserél, ezzel is magyarázható átmeneti összevonása.

A fél évszázad ilyenkor többnyire jogosítványt ad némi csindandrattára, ami most elmarad. Az, hogy megjelentetése körül bonyodalmak voltak/vannak, ez – ismerve a gazdasági helyzetet – önmagában nem új hír, de talán visszás is lenne, ha a megszorító intézkedések közepette anyagi jólétről, netán nyereséges gazdálkodásról számolna be egy alapvetően nonprofit ágazatban működő szaklap. Viszont a lapkiadás, mint gazdasági tevékenység profitorientált szektor és e szerint vonatkoznak rá a gazdasági törvények is, amik közismerten 2006. július 1-el szigorodtak. A lapkiadónak ebben a formában veszteséget termel a lap, így megszüntette ezirányú kiadói tevékenységét.

A lapkiadás nehézségeivel egyébként tisztában van az ágazat is, ezért is szokott kiírni **laptámogatási pályázatot**, hogy segítse az ágazatban dolgozók működéséhez nélkülözhetetlen alapvető információk eljuttatását. 2006. második felében a Látteleletnek nem volt tudomása ilyen irányú promócióról.

A lapkiadás másik, jelentős bevételi forrása: **a hirdetés**. Általában a 89-es rendszerváltást követően marketingstratégiára épülnek a szaklapok megjelentetési. A szaklapokba a hirdetói partner mindig a beszállítói célcsoport, jelen esetben a gyógyszerhirdetők. Az új **gyógyszergazdaságossági törvény** és az e köré csoportosított változások eleve megkérdőjelezik a hirdetói stratégiát, nincs igazából kit is meggyőzni, hiszen az orvosok gyógyszerfelírási szokásait is érintik a változások. (Tegyük hozzá: jogosan.)

A Láttelelet többnyire eseti szerződésekkel működtette a szerkesztési koncepciójához tartozó orvosszakmai részt, amik most a fentebb említett okok miatt meghíusultak.

A szaklap előfizetési díja többnyire a postaköltséget fedezi, a közületi előfizetések pedig a kórházak, mint olvasói célcsoportok léte miatt a jövőre nézve némileg elbizonytalanodtak. (Természetesen ez majd kiforrja magát, de jelen helyzetben egyetlen jóérvű laptulajdonos sem inzultálja ilyesmivel a kórházvezetést.)

Most, mikor tradicionális intézmények sorsa alapjaiban kérdőjeleződnek meg, akkor mit is akar az idén félévszázados periodika? Talpra állni!

Mert soha nem volt annyira létszükséglet az információ, annak is összegzése, ami a rendkívüli intenzitású napi híreket próbálja valamilyen rendszerben foglalva eljuttatni az egészségügyben érdekelt felekhez!

Az 1993-ban koraszülötten magánalapítványként világra jött **Paraszolvenciamentes Manager Szemléletű Egészségügyi Közhasznú Alapítvány** működésének soha nem volt nagyobb létjogosultsága, mint napjainkban! A Láttelelet Egészségügyi Kommunikációs Szaklap ennek az alapítványnak az égisze alatt szeretne a jövőben megjelenni, ahol az alapítványi céllal is összhangban van a lapkiadás, hiszen ez az alapítói okiratában is szereplő kitétel. Mivel ez az alapítvány a köz érdekében tevékenykedik, továbbá erősen kötődik az ágazati- egészségügy – szektorhoz – így jó eséllyel kíván pályázni az ezirányú EU-s forrásoknál.

A főszerkesztő – addig is, míg az Alapítvány a forráskeresésben nem jár sikerrel – hiszen egy pályázat kifizetése időigényes – szíves türelmet kér hűséges olvasóitól!

És nemcsak a lap nyomtatott megjelenésében bízunk, hanem annak elektronikus formájában is, ami viszont jelen helyzetben igencsak bonyolult! Bízunk, hogy eljön az az idő is, amikor a minisztériumnak lesz némi ideje szétnézni saját háza táján és dönteni például a www.euagazat.hu honlapjának jövőjéről, ahol az elektronikus - ebook- könyvtárban a Láttelelet is tartalomszolgáltató, és nem áll le a múlt év májusában beindult fórum, ahol a Láttelelet utolsó ötven száma olvasható!

Vagy ha igen, akkor ad módot a folytatásra!
De hát annyi minden van most, hogy egy felelősen gondolkodó főszerkesztő csak egyet tud: türelmet kérni és türelemre inteni!

Ezért a jelenre és jövőre nézve kívánok valamennyiünknek:
Erőt, egészséget, kitartást és legfőképp Hitet!

És bízunk benne, együtt reméljük „Lesz még ünnep”, itt az Egészségügyben nekünk is
Dr. Kollárné Balla Anna
főszerkesztő



Nemzetközi viszonylatban is kimagaslóan sokat költünk gyógyszerekre, ami a hazai támogatási struktúrának köszönhetően a gyógyszerkassza rendszeres és jelentős túlszaladásához vezetett az elmúlt évtizedben. A támogatások részletes adatainak elemzése alapján látható, hogy a gyógyszerkassza túllépések elsősorban a kiemelt támogatással rendelkező, magasabb árfekvésű originális készítményeknek köszönhetőek, melynek folytán indokolatlannak tartjuk a szektor összes képviselőjét azonos szintű elvonással sújtani. Sokkal inkább a támogatási struktúra generikus termékek felé való elmozdítása lenne indokolt azon terápiás területeken, ahol erre lehetőség nyílik, s azon készítmények fogyasztásának, és/vagy támogatásának csökkentése, melyek a kaszsa hiányát indokolatlanul növelik.

A magasabb árszintű originális készítmények preferálása véleményünk szerint két esetben indokolt:

- ▶ a termék egyedi, tehát nincs olyan generikus termék, mely azonos hatóanyaggal és egyenértékűséggel rendelkezik;
- ▶ ha a teljes terápiás kiadásokat – azaz a gyógyszer költségeken felüli költségeket (pl. kórházi ápolás) is – figyelembe véve hatékonyabbnak számítanak, mint a generikus változat.

Megítélésünk szerint egy valódi strukturális reformra lenne szükség a hazai gyógyszerpiacon, mely elsősorban nem a gyártói terhek növelésére, hanem a fogyasztási szokások, illetve a túlfogyasztás csökkentésére kellene hogy irányuljon. Európai viszonylatban ugyan nem tekinthető kiemelkedőnek, a kelet-európai régió átlagát azonban jelentős mértékben meghaladja a magyarországi egy főre jutó gyógyszerfogyasztás. Hazánkat a régiós országok közül egyedül Szlovénia előzi meg, melynek fejlettsége azonban felülmúlja Magyarországot. A korrekett összehasonlítást a GDP arányos fogyasztás biztosítja, melynek tekintetében Magyarország már az élvonalban van nem csak Kelet-Európában, hanem az egész kontinensen, s a fejlettség arányos érték tekintetében csak Portugália és Görögország előz meg minket. Magyarország fejlettségéhez képest tehát az átlagosnál jóval többet fordít gyógyszerekre.

(A gyógyszerkiadások hosszú távú mérséklésére bővebben – a nemzetközi tendenciákat is figyelembe véve – javaslatok a 11. oldalon.)

Ágazati változások

2006. július 1. – 2006. december 31.

Zöld út a reformnak

Egészségügyi reform: papíron kész

Év végére a Parlament döntött az egészségügyi reform meghatározó jelentőségű törvényeiről. Átszabásra került gyakorlatilag az egész rendszer: a beutalás rendje, a kórházak feladatai, bevezetésre kerül a vizitdíj, a kórházi ápolási díj, meghatározták a kedvezményezettek körét, a mentességeket, szabályozták a várólisták körét, létrehozták az egészségbiztosítás felügyeletét, megszületett az új kamarai törvény, és elfogadták a képviselők az új gyógyszer-gazdaságossági törvényt. A kórházrendszer szűkítésével csökkentek az ágyszámok, és ennek átalakításával kapcsolatban a több mint száz módosító indítvány jelezte: a kórházstruktúra marginális kérdése a hazai egészségügynek.

A júniusban felálló új kormány e szűk fél évének az egészségügyet érintő, törvénybe foglalt és elfogadott átalakításait próbáljuk látleletezni ebben az összevont számunkban, hiszen ezek a változások alapkérdések az egészségügyben dolgozó döntéshozók számára. És egyben némi magyarázatot is próbálunk adni saját lapunk „lapsorsára” vonatkozóan...

Miniszeri MIÉRT?

„Kényszerhelyzet van, az egészségügyi rendszer nem jól működik, igazságtalan, Budapestre koncentrálódik a kapacitások nagy része, miközben számos területen nehezen jutnak ellátáshoz a betegek” – nyilatkozta egy rendezvényen Molnár Lajos egészségügyi miniszter. „...A konvergenciaprogram megkönnyíti a változtatást, hiszen ha ez nem lenne, lehet, hogy a politikának nem lenne bátorsága belefogni az egészségügyi reformba. Márpedig a világ, s azon belül a gyógyítás olyan ütemben fejlődik, hogy az 1950-es években, elnöki tanácsi rendelettel kialakított intézményrendszer már nem működőképes. Ezért kell a gyors reform” – szól az érv a rendkívüli tempó magyarázataként.

A miniszter szerint az ágazatnak nem lehet csupán egyik vagy másik elemét kiragadva változtatni, például nem lenne elégséges csak egy kórháztervényt megszakasztani, hiszen az hamar megbukna. Egyébként is úgy látja: a kórházterv – anyagi, politikai lobbik, csoportérdekek, pénzügyi nehézségek miatt – megmerevítene az egészségügyi rendszert. De ugyanúgy nem lehet kiragadva csupán a biztosítás finanszírozási rendszerét megváltoztatni, együtt kell megtervezni és átalakítani az egészségügy teljes rendszerét. Még akkor is, ha tisztában vannak vele, hogy az ekkora léptékű változás számtalan hibaforrást rejt magában. Éppen ezért a kormány számol azzal, hogy szükség lehet a korrekciókra, amelyeket azonban már könnyebb lesz elvégezni.

A nagy jelentőségű feladat, az egészségügyi struktúráváltás alapjainak a megteremtéséhez, szervesen igazodik az újfajta szemlélet: az emberek magatartásának a változása, s 2008-tól már az új szabályokhoz igazítva működhet a rendszer.

Az egészségügyi reform első szakasza

1. Gyógyszergazdaságossági törvény
(bővebben a 3. oldalon)

2. Egészségbiztosításról szóló törvény
(bővebben a 4. oldalon is – Egészségbiztosítás)
(Önrészfizetés az egészségügyben, biztosítási csomagok, várólisták szabályozása, művi meddővé tétel szabályozása).

Az egészségbiztosítási törvény egyik eleme a betegek által fizetendő 300 forintos vizitdíj, s a kórházi napidíj. (Ennek technikáján a miniszteri megbízott és csapata jelenleg dolgozik.) Várható, hogy egyelőre készpénzben fizetnek a betegek, de a törvény lehetővé teszi a bankkártyás és az önkéntes egészségpénztári fizetést is. A pénz az intézményben marad. Négy-millióan részben vagy egészen mentesülnek ez alól, a szociálisan rászorultak pedig az összeggel megemelt járadékból fizetik majd.. Az intézmények kötelesek az elvégzett beavatkozásokról nyugtát adni, amelyet a beteg aláír. Akik indok nélkül elmulasztják ezt, azoknál a következő havi finanszírozásból a tb 10%-ot levon. A januártól működő Egészségbiztosítási Felügyelet 400 millió forint költségvetési támogatással kezdi meg a munkáját; feladata annak vizsgálata, hogy a biztosítottak a törvény által garantált ellátást megkapják-e. Három ellátási csomagot állítanak össze, az alapvető ellátás minden házában tartózkodó polgárnak – biztosítástól függetlenül – jár. A biztosítási csomag a tb-járuék fejében térítésmentesen vagy részleges térítés mellett illeti meg a betegeket. A kiegészítő csomag önkéntes díjfizetésért megvásárolható többlétszolgáltatás. Szabályozzák és nyilvánossá te-

szik a várólistákat. A központin a transzplantációra, az intézményin az egyéb tervezhető műtetre várók lesznek, ám pénzért senki sem juthat előbbre.

3. Kamarai törvény
(bővebben a 4. oldalon – Kamarai Törvény)

4. A felügyeletről szóló törvény
(bővebben a 4. oldalon – Felügyelet)
Az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása. A Felügyelet olyan kormányhivatal, melynek hatásköre kiterjed a – kötelező és önkéntes – egészségbiztosítási szektor egészére. A Felügyelet elnökét munkájában a Felügyeleti Tanács segíti. Az Egészségügyi Minisztérium egyszeri, 400 millió forintos költségvetési támogatással számol a Felügyelet létrehozásával kapcsolatban.

5. Kórházfejlesztési törvény
(bővebben az 5-6. oldalon)
(Az ellátási hierarchia létrehozása, a kapacitások meghatározása)

Súlyponti kórházak száma 39
A kiemelt intézmények aktívágyszámát a miniszter állapította meg, ezek garantáltan megkapják a jelenlegi finanszírozást az OEP-től. A többi kórház sem szűnik meg, ám nekik – a tulajdonosaikkal együtt – a Regionális Egészségügyi Tanácsokban kell megegyezni arról, hány aktív ágyat és milyen orvosi szakmákban tarthatnak fenn a biztosító finanszírozásával, mennyit alakítanak át más célra, s mennyit szüntetnek meg. Az egyeztetések zajlanak. A jelenlegi 80 ezer hazai kórházi ágyat 9 ezerrel csökkentik, a megmaradókból 42-43 ezer lesz az aktív ágy, a többi krónikus és rehabilitációs célt szolgál majd. Az új struktúra jövő júliustól áll fől, ám az ellátási szükségletek szerint bármikor változtatható.

A területi kórházak átalakításának menete*
1.) Január 8-ig a szakminiszter javaslatot tesz az ágyszámok felosztására.
2.) Január 27-ig a RET-ek ennek ismeretében, de szabadon dönthetnek.
3.) Február 25-ig az összes érintett intézmény fenntartója elfogadhatja a döntést.
4.) Március 4-ig a szakminiszter dönt, ha helyben nem születik megegyezés.
*A törvényjavaslat nem dátumok, hanem a döntésre rendelkezésre álló napok szerint szabályozza a folyamatot. A fenti dátumok minden esetben a legutolsó határidővel számolva érvényesek.

A törvények hatálybalépése

2006. XII. 1.: A gyógyászati segédeszközök támogatásának kihirdetése. A művi meddővé tétel új szabályozása.
2006. XII. 29.: Gyógyszer-gazdaságossági törvény.
2007. I. 1.: Az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása. A kamarai törvény életbelépése. Várólisták szabályozása. Új biztosítási csomagok alkalmazása. A beutalási rend és az orvosválasztás új rendje.
2007. II. 15.: A vizitdíj bevezetése.
2007. V. 1.: Új RET-ek felállása.
2007. VI. 1.: Az egészségügyi struktúra átalakításának befejezése.

A Kormány középtávú céljai

Az egészségügyről a konvergencia programban

Egészségügy

Az egészségügyi reform célja, hogy a szolgáltatás színvonala növekedjék, a hozzáférés egyenlőtlenségei mérséklődjenek és az állami kiadások fenntartható mértékűek maradjanak.

A biztosítási elv erőteljesebb érvényesítése az eddig látszólag korlátlan közfelölösség és közfinanszírozás helyett egyértelművé teszi az egyén felelősségét egészsége megőrzéséért, szabályozottá válik az egészségügyi ellátás finanszírozásához történő egyéni hozzájárulás.

- A biztosítási elv alapján járó szolgáltatás igénybevételének feltétele a biztosított jogviszony, vagy más erre jogosító és nyilvántartott állapot megléte és az esedékes járulék megfizetése. Ennek hiányában csak alapszintű – mentés, sürgősségi, anya- és csecsemővédelmi, valamint járványügyi – szolgáltatások vehetők igénybe.
- A Kormány - a közfinanszírozás fenntartása mellett - mérlegelni fogja az egészségügyi biztosítási piac magánbiztosítók részére történő esetleges megnyitását. Nemzetközi összehasonlítások azt bizonyítják, hogy Magyarországon egyes esetekben indokolatlan mértékű az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet. A biztosítási elv érvényesítése mellett ezért szükséges az egészségügyi szolgáltatások iránti, az egészségi állapot alapján nem indokolt kereslet korlátozása és az egészségügyi intézményrendszer működési hatékonyságának növelése.

Ennek eszközei:

- Az orvos-beteg találkozóhoz kapcsolódóan (alapellátás, járóbeteg-szakellátás és az ezzel kapcsolatos diagnosztikai vizsgálatok, valamint aktív fekvőbeteg szakellátás esetében) az igénybevevő által fizetendő díj kerül bevezetésre az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó számlaadási kötelezettséggel együtt.
- Az ellátás következő (magasabb) szintjének igénybevétele jellemzően az alsóbb szinten kiadott beutalóval lehetséges. Azon személyek is részesülhetnek a természetbeni egészségügyi ellátásban, akikről a járulékot foglalkoztatójuk levonta, de azt nem fizette be.
- A kihasználatlan, vagy ésszerűtlenül működtetett túlzott aktív fekvőbeteg kapacitások megszüntetése vagy átalakítása krónikus, járóbeteg, vagy ápolási kapacitássá.
- A szolgáltatók versenyezhetnek a társadalombiztosítási finanszírozás elnyeréséért, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár csak a szükséges mértékben vásárol szolgáltatást.
- A szolgáltatók (jellemzően a kórházak) működési keretei átalakulnak, lehetővé téve az átláthatóságot biztosító könyvelést és eredmény-kimutatót, a tulajdonos (fenntartó) eredményérdekeltségét és a rugalmasabb bérézést biztosító foglalkoztatást.
- Az alapellátás (háziorvos) kistérségi összehangolása.
- A gyógyszer-támogatások esetében a már meghozott, illetve 2007-től bevezetendő intézkedésekkel a felírási szokások megváltoztatása, az ár-, a támogatási és a térítési rendszer átalakítása.
- Az ellenőrzési rendszer megerősítése, az informatikai rendszer fejlesztése. Az egészségügyi szolgáltatások színvonalának emeléséhez hozzájárul a minőségbiztosítás kiterjesztése. Ennek érdekében:
- Szakmai és finanszírozási protokollok (betegutak) érvényesítésére kerül sor a szolgáltatások igénybevételének és nyújtásának ésszerűsítésére érdekében.
- Létrejön a protokollok szerinti működés ellenőrzését és fogyasztóvédelmi feladatokat is ellátó egészségbiztosítási felügyelet.

Egészségügyi rendszer

A hosszú távú fenntarthatóság jellemzőit bemutató 6. sz. táblázat egészségügyi kiadásokkal foglalkozó rovatában jelenleg az EPC 2006. februárjában kiadott előrejelzései szerepelnek, amelyek így értelemszerűen így nem tartalmazzák a Kormány által meghozott intézkedések hatását. A Kormány kezdeményezi, hogy szakértői közreműködéssel hazai előrejelzés is készüljön e kiadások hosszú távú alakulásáról.

Intézkedések | Egészségügy

1.) Az egészségügy társadalombiztosítási jellegének megerősítése: a biztosítási elv lapján járó szolgáltatás igénybevételének feltétele a biztosítási jogviszony, vagy más erre jogosító és nyilvántartott állapot megléte és az esedékes járulék megfizetése6. Ennek hiányában csak alapszintű (mentés, sügősségi, anya- és csecsemővédelmi, valamint járványügyi) szolgáltatás vehető igénybe.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

2.) A kereslet korlátozása érdekében az orvos-beteg találkozóhoz (alapellátás, járóbeteg-szakellátás és az ezzel kapcsolatos diagnosztikai vizsgálatok, valamint aktív fekvőbeteg szakellátás esetében) kapcsolódóan az igénybevevő által fizetendő díj kerül bevezetésre az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó számlaadási kötelezettséggel együtt.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

3.) Szakmai és finanszírozási protokollok (betegutak) érvényesítése a szolgáltatások igénybevételének és nyújtásának ésszerűsítésére.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

4.) Az ellátás következő (magasabb) szintjének igénybevétele jellemzően az alsóbb szinten kiadott beutalóval lehetséges.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

5.) A kihasználatlan vagy ésszerűtlenül működtetett túlzott aktív fekvőbeteg kapacitások megszüntetése vagy átalakítása krónikus/ápolási, illetve szociális ellátó kapacitássá.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

6.) Az OEP szerződéskötési kötelezettsége megszűnik, a szolgáltatók versenyezhetnek a társadalombiztosítási finanszírozás elnyeréséért, az OEP csak a szükséges mértékben vásárol szolgáltatást.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006

7.) A szolgáltatók (jellemzően a kórházak) működési keretei átalakulnak, lehetővé téve az átláthatóságot biztosító könyvelést és eredmény-kimutatót, a tulajdonos (fenntartó) eredményérdekeltségét és a dolgozók rugalmasabb bérézését biztosító foglalkoztatását.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2007

8.) Létrejön az egészségbiztosítási felügyelet.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2007

9.) Az alapellátás (háziorvos) kistérségi összehangolása.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2007

10.) A Kormány – a közfinanszírozás fenntartása mellett – mérlegelni fogja az egészségügyi biztosítási piac magánbiztosítók részére történő esetleges megnyitását.

Döntés: 2006. Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2007

Intézkedések | Gyógyszerügy

1.) A támogatási kulcsok megváltoztatása (ezen keresztül a GDP 0,2%-ának megfelelő mértékű megtakarítás érhető el). A kulcsok megváltoztatása után minden vényköteles gyógyszer esetén térítési díjat kell fizetni.

Kormánydöntés: augusztus 31. Bevezetés: 2007.

2.) Fokozatosan szabaddá válik a patikaalapítás, a mai monopolisztikus korlátok megszűnnek.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006.

3.) A nem vényköteles gyógyszerek értékesítése széleskörben lehetséges lesz.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása:2006.

4.) Általánossá válik a támogatási összeg „fixesítése” a legolcsóbb referencia-termék támogatásának szintjén.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006.

5.) Szigorodnak a támogatott gyógyszerkörben maradás feltételei.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása:2006.

6.) A háziorvosok számára egyéni gyógyszerrendelési keret kerül megállapításra.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006.

7.) Az új szabályok biztosítják, hogy a kórházból távozó beteget (hacsak más indikáció nincs) jellemzően generikus készítmény szedésére „állítsák be”.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006.

8.) A támogatásba történő befogadás, a besorolás, fixesítés, volumenszabályok, beszerzés folyamatának teljeskörűen szabályozottá, átláthatóvá és nyilvánossá tétele.

Törvényjavaslat országgyűlési benyújtása: 2006.

Ezzel párhuzamosan döntést kell hozni abban a kérdésben is, hogy a demográfiai helyzetből adódóan hosszú távon növekvő kiadásokon belül mekkora legyen az állami kiadások aránya. A Kormány célja az, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásai 2006 és 2009 között a GDP arányában 0,9 százalékponttal csökkenjenek.

Gyógyító-megelőző ellátás

Az egészségbiztosítás egyik neuralgikus pontja a gyógyító-megelőző ellátás. Az elmúlt években Magyarországon nem csökkent az aktív kórházi ellátás túlsúlya, nem javultak, sőt egyes területeken növekedtek a már évtizedekkel ezelőtt kialakult területi aránytalanságok. Jelentős elmaradások vannak a költséghatékony terápiás eljárások alkalmazása terén és nagyon sok kórház küzd méretgazdaságossági problémákkal. Ennek következményeként a lehetségesnél, illetve az optimálisnál relatíve többet költünk, ugyanakkor a torz szerkezetben felhasznált források a kívánatosnál kevesebb szakmai színvonalbéli eredményt hoznak. A felsoroltak mellett az elmúlt években növekvő gondokat okoz a teljesítmények eszkalációja.

A gyógyító-megelőző ellátást az állam több formában finanszírozza. Az erre a célra fordított közkiadások 2006-ban elérik a GDP 3%-át. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók saját elszámolásuk alapján a nyújtott szolgáltatás függvényében fix összegű, és/vagy teljesítményarányos díjat kapnak. A díj megállapítása kormányzati hatáskör. A finanszírozási rendszer bizonyos garanciális elemeket is tartalmaz. Az Egészségbiztosítási Alap kezelője a teljesítmények elfutása esetén díjcsökkentést írhat elő.

Ez a rendszer biztosítja, hogy az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének gyógyító-megelőző előirányzata a kötött, (túl nem léphető) előirányzatok közé tartozzon. Az előirányzatok betartásának ilyen helyzetben alapvető feltétele, hogy a kapacitásbővítés, teljesítmény elszámolási szabályok változásának, és a díjmegállapításnak olyan kombinációi kerüljenek alkalmazásra, amelyek a szolgáltatók intenzív bevételnövelési törekvései ellenére az alap kiadási kötelezettségét az előirányzaton belül tartja.

A következő évekre a Kormány az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak csökkentését irányozta elő. A csökkenés a szolgáltatás színvonalának romlása nélkül is elérhető, mivel az intézkedések elsősorban a források hatékonyabb felhasználását és a pazarlások megszüntetését szolgálják.

A Kormány által – 2006 júliusában bejelentett – kiigazító intézkedések első csoportja az egyensúly rövidtávú javítását szolgálja. Az intézkedések (elszámolható teljesítmény csökkentése, teljesítménynövekedés elszámolhatóságának korlátozása, ellenőrzés fokozása, szolgáltatóhálózat kapacitásbővítésének leállításá, a díjak befagyasztása) októbertől jelentősen csökkentik az Egészségbiztosítási Alap kifizetési kötelezettségét, ugyanakkor mérséklik a szolgáltatók teljesítménynövelési lehetőségeit az elszámolható teljesítmény-maximum meghatározásával. Az ebből eredő megtakarítás 2006-ban csak az utolsó negyedévet érinti, így a kiadás-csökkentő hatás a következő években az ideinek a többszöröse lesz.

Az intézkedések második csoportját a fenti intézkedések hatására kialakuló nominális kiadási szintek tarthatóságát hosszabb távon szolgáló, a rövidtávú intézkedéseket felváltó, az ellátó rendszerben ma fennálló területi és strukturális aránytalanságok mérséklését, a méretgazdaságosság és a költséghatékonyság javítását célzó alábbi lépések alkotják:

- Az egészségügy társadalombiztosítási jellegének megerősítése (a biztosítási elv alapján járó szolgáltatás igénybevételének feltétele a biztosított jogviszony vagy más erre jogosító és nyilvántartott állapot megléte) és az esedékes járulék megfizetése.
- Ennek hiányában csak alapszintű – mentés, sürgősségi, anya- és csecsemővédelem, valamint járványügy – szolgáltatás vehető igénybe.
- *Azon személyek is részesülhetnek a természetbeni egészségügyi ellátásban, akikről a járulékot foglalkoztatójuk levonta, de azt nem fizette be.*
- A kereslet szabályozása érdekében az orvos-beteg találkozóhoz (alapellátás, járóbeteg-szakellátás és az ezzel kapcsolatos diagnosztikai vizsgálatok, valamint aktív fekvőbeteg szakellátás esetében) kapcsolódóan az igénybevevő által fizetendő díj kerül bevezetésre az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó számlaadási kötelezettséggel együtt.
- A szolgáltatások igénybevételének és nyújtásának ésszerűsítésére általánossá válik a szakmai és finanszírozási protokollok alkalmazása.
- Az ellátás következő (magasabb) szintjének igénybevétele jellemzően az alsóbb szinten kiadott beutalóval lehetséges.
- A túlzott aktív fekvőbeteg kapacitások átalakulnak krónikus, ápolási és járóbeteg kapacitássá, illetve megszűnnek.
- A szolgáltatók versenyezhetnek a társadalombiztosítási finanszírozás elnyeréséért, az OEP csak a szükséges mértékben vásárol szolgáltatást, az OEP szerződéskötési kötelezettsége megszűnik.
- A szolgáltatók (jellemzően a kórházak) működési keretei átalakulnak, lehetővé téve az átláthatóságot biztosító könyvelést és eredmény-kimutatót, a tulajdonos (fenntartó) eredményérdekeltségét és a dolgozók rugalmasabb bérézését biztosító foglalkoztatását. (Az intézkedés az Egész-

ségbiztosítási Alap egyenlegét közvetlenül nem javítja, hozzájárulhat azonban az intézményfenntartó önkormányzatok és állami szervek gazdálkodási pozíciójának javulásához.)

- Létrejön az egészségbiztosítási felügyelet.
- A Kormány mérlegelni fogja az egészségügyi biztosítási piac esetleges megnyitását.

A strukturális reform végrehajtása eredményeként jelentősen csökken az aktív fekvőbeteg ellátó kapacitás (elsősorban a fővárosban, Nyugat- és Dél-Dunántúlon, főként a kisvárosokban). Az aktív kórházi ellátó kapacitás csökkenését a krónikus és ápolási kapacitás szükségletek szerinti bővülése részben ellensúlyozza, a teljes kórházi kapacitás azonban csökken. Az ellátás a kisebb költségigényű ellátási formák irányába tolódik el.

A reformértékű változás egyik feltétele, hogy országosan egységes, a mainál kisebb aktív kórházi és nagyobb krónikus kapacitásokat tartalmazó normatívák kerüljenek meghirdetésre a szakellátási kötelezettségről rendelkező törvényben. Az elszámolható eljesítmény kerüljön átrendezésre a normatíváknak megfelelően. Az átalakulási folyamat megvalósítása és a korszerű, költséghatékony terápiák elterjesztése járjon érzékelhető anyagi támogatással.

A térítéskötelezettség valamely formájának 2007-re tervezett bevezetése lehetőséget teremt a szigorító intézkedésekkel eddig nem érintett háziorvosi és fogorvosi ellátás területén fizetett díjak néhány százalékos mérséklésére. Az itt keletkezett megtakarítás a szakellátás átalakítási programjának költséghatékonyságot javító fejlesztési céljaira használható fel. Ugyancsak a térítéskötelezettség bevezetése pótolhatja részben, vagy egészben a 2006. júliusi intézkedésekkel kivont forrásokat a járóbeteg szakellátásban.

Előkészítés alatt áll a fogászati ellátás társadalombiztosítási támogatásának mérséklését és a passzív táppénz időszakának szűkítését célzó intézkedés. Ezek az intézkedések a szándékok szerint a szakellátás strukturális átalakítását segíthetik elő. A kiadási célok teljesítését jogszabályi garancia szolgálja.

Gyógyszertámogatás

Az Egészségbiztosítási Alap növekvő hiányának évek óta egyik meghatározó tényezője a gyógyszertámogatás dinamikus növekedése. Az államháztartási egyensúly javításához alapvető fontosságú, hogy a gyógyszertámogatás növekedési üteme jelentősen mérséklődjön. Ennek érdekében racionalizálni kell a támogatási rendszert, fokozni a költséghatékonysági, hosszabbtávú finanszírozhatósági követelmények érvényesülését, növelni a gyártók érdekeltségét a fokozottabb árversenyben, növelni a lakosság és az orvosok költségerékénységét, a gyógyszer felírás, támogatás elszámolás, támogatás igénybevétel ellenőrzésének hatékonyságát.

A gyógyszer támogatási rendszer átalakítására az alábbi elvek szerint kerül sor:

- A gyógyszer-támogatási rendszerben az a cél, hogy az idei támogatás csökkenését követően a gyógyszerkassza előirányzata tartható legyen. Ennek érdekében a szabályozás kiterjed a gyártókkal való kapcsolatokra, a felírási szokások befolyásolásra és az indokolatlan kereslet korlátozására.
- Általánossá válik a támogatási összeg „fixesítése” – az azonos hatóanyagú csoportokban – a legolcsóbb (referencia) termék támogatásának szintjén.
- A háziorvosok számára egyéni gyógyszerrendelési keret kerül megállapításra.
- Az új szabályok biztosítják, hogy a kórházból távozó beteget (hacsak más indikáció nincs) jellemzően generikus készítmény szedésére “állítsák be”.
- Szigorú és zárt ellenőrzési rendszer következetes működtetése a felírási és támogatotti jogosultságok on-line követésére.

A gyógyszertámogatások előirányzott kiadási szintjének tartását a következő években az alábbi konkrét intézkedések szolgálják:

2006

- a támogatási rendszer az ún. „transzparencia” rendeletnek, illetve a gyógyszergyártókkal kötött, 2006. végéig hatályos szerződésnek megfelelő korrigálása (7,5%-os térítési díjcsökkentés visszarendezése a nem fixített körben, a többnyire kedvezőbb árszintű termékek alapján történő újrafixesítés, 2,7%-os támogatáscsökkentés a fix csoportokban);
- a gyógyszerfelírás fokozott ellenőrzése;

2007

- érvényesül a 2006. évközi támogatásracionalizálási és rendelésellenőrzési intézkedések áthúzódó hatása;
- az igénybevételi díj fizetéséhez, illetve a szolgáltatók számlaadási kötelezettségéhez kötött egészségügyi ellátási rendszer bevezetésének hatására kb. 4-5%-kal csökkenhet a felírt receptek száma, ami jelentősen mérsékelheti a támogatáskiáramlást;
- a gyógyszer-gazdaságossági törvény megalkotásával a biztosítót kedvezményező rendszer megeremtése;
- az ár- és befogadási szabályok árcsökkentést eredményező változtatása (a folyamatos fixesítés és a támogatott gyógyszerkörre vonatkozó teljes felülvizsgálat, az első generikus készítmény ármaximumának rögzítése, a generikus gyógyszerek befogadásának gyorsítása, a 90 napos befogadási határidő 30 napra történő csökkentésével);
- a térítésmentesség megszüntetése;
- a támogatott gyógyszerkörben maradás feltételeinek szigorítása, a nem költséghatékony gyógyszerek támogatásának megszüntetése;
- a háziorvosi gyógyszerkeret bevezetése;
- a felírási és támogatotti jogosultságok on-line követésére irányuló ellenőrzési rendszer általánossá tétele;

FORRÁS: PÉNZÜGYMINISZTERIUM HONLAPJA

Paraszolvenciamentes Egészségügyért
Közhasznú Alapítvány
ezúton mond köszönetet azoknak, akik a 2005-ös személyi jövedelem-adójuk 1%-ával segítették az Alapítvány munkáját. Az így felajánlásra került 47.539 Ft a szaklapok előfizetésénél került jóváírásra.

KONVERGENCIA

Dolgozik a Tárcá...

Indul az Egészségügy átalakítása (1.)

I. GYÓGYSZERGAZDASÁGOSSÁGI TÖRVÉNY*

A törvény lényege

Az új törvény az eseti alkuk és a kiszámíthatatlan, a biztosító és a biztosítottak számára robbanásszerű, kezelhetetlen költségemelkedés helyett a gyógyszerpiac valamennyi szereplője és a fogyasztók számára hosszútávon kiszámítható, biztonságos magatartást és pénzügyi stabilitást eredményez.

A gyógyszergyártók, a terjesztők, a gyógyszert rendelő orvosok, a betegek és az állam közös felelősségének új és a mainál igazságosabb rendszerét teremti meg a **Gyógyszergazdaságossági törvény**. Az új törvény szabályozni fogja a gyártók által fizetett kötelező kedvezményeket, a gyógyszert rendelő orvosok szigorúbb gyógyszerfelírási szabályát, és teljesen nyilvánossá teszi a gyógyszer-ártámogatás és a támogatásba való befogadás rendszerét.

A gyógyszer-támogatás összege az elmúlt években egyre nagyobb mértékben lépte túl a költségvetésben meghatározott keretet. A „felülről nyitott” gyógyszerkassza nem tudta megakadályozni a hiány növekedését, a keret túllépése esetén a hiányt az adófizetők fizetik meg. A **Gyógyszer-gazdaságossági törvényben** foglalt új szabályok garantálják a pénzügyi stabilitást. A magas gyógyszerköltség nemcsak a lakosokat és a kasszát terheli, de az egészségügyi kiadásokon belül is igen magas arányt ér el, így a gyógyítás lehetőségei elől veszi el a pénzt, mert a társadalmi ráfordítási lehetőségek is végesek. A döntéshozók szerint ezen változtatni kell, és ezért igazságosabban tervezik a terhek elosztását a fő szereplők (gyártók, szolgáltatók, biztosítók és biztosítottak) között

Az új egészségügyben a gyógyszer-támogatás rendszere egyenletesebben osztja el a terheket, mert **egy minimális díjat minden gyógyszerért fizetni kell**. Ez a lépés csökkenti az indokolatlan gyógyszer-túlfogyasztást, ezzel a járulékfizető pénzét hatékonyabban lehet elkölteni. Elérhető, hogy csak bizonyítottan hatásos és költség hatékony gyógyszerek maradjanak a támogatási rendszerben, a nyilvános befogadási eljárásokkal, a versennyel pedig leszorításra kerülnek az árak. Szétválasztásra kerülnek a gyógyszerforgalmazásban az egészségügyi és a szociális szempontok.. A súlyos betegek és a rászorulóak a jövőben is kiemelt támogatással juthatnak hozzá a gyógyszereikhez.

Mi változik?

A gyártók és forgalmazók felelőssége

A gyógyszergyártók és gyógyszernagykereskedők nagyobb felelősséget viselnek majd a gyógyszerkiadások féken tartásában: a jövőben kötelező rabattot (árkedvezményt) kell fizetniük a forgalmuk után. A **gyógyszerek legnagyobb vásárlója a társadalombiztosítás, ezért a támogatott gyógyszerek forgalma után a rabatt kedvezményezettje a biztosító**. A javaslat megadja a gyártóknak azt az önkéntes lehetőséget, hogy a befizetés alól részben vagy teljes egészében mentesüljenek, amennyiben egyes termékeiknek termelői árát csökkentik, és a biztosítóval kötött szerződésben vállalják, hogy **legalább három évig a vállalt áron forgalmazzák**. Ha a vállalt árcsökkentés mértéke nem éri el a befizetési kötelezettség összegét, úgy a különbözetet természetesen meg kell fizetniük. A **gyártókéhoz hasonlóan befizetési kötelezettség terheli a gyógyszer-nagykereskedelmi engedéllyel rendelkező gazdálkodó szervezeteket a közforgalmú gyógyszer-tárát működtető számára értékesített valamennyi közfinanszírozott gyógyszer után az árréstőmeg 2,5% erejéig**. A biztonságos gyógyellátás fenntartása érdekében közforgalmú gyógyszertárak részére a lakosság biztonságos gyógyszerellátásának érdekében, az állam a mindenkori éves költségvetési törvényben az Egészségügyi Minisztérium fejezetében, az e célra megjelölt előirányzat terhére ellátási érdekből támogatást nyújt az erre rászoruló gyógyszertáraknak.

- A költségvetésben megállapított **gyógyszerkeret túllépése esetén érvényesülni fog a kockázatmegosztás a biztosító és a gyártó között**. A gyógyszerkassza megtartása érdekében intézményesítjük a közös kockázatviselést a **gyártó és a biztosító között**. A jogszabály lehetővé teszi a tervezett kasszatúllépés kompenzálását a kötelező rabattal, a biztosító és a gyártó közötti egyedi támogatásvolumen szerződésekből eredő befizetési kötelezettségekkel és ezt meghaladó mértékű hiánynál törvényben rendezett sávok kockázatmegosztással. A gyógyszer-támogatási előirányzat 10%-os túllépésének mértékéig a kiadási többlet költségeit a biztosító és a forgalomba hozatali engedély jogosultjai sávosan megosztva, az e mértéket meghaladó kiadási többlet költségeit – gyártói visszafizetés formájában – kizárólag a forgalomba hozatali engedélyek jogosultjai (gyártók és forgalmazók) – a támogatott készítményeire kifizetett támogatási összeg arányában – viselik.

- A hatékony és gazdaságos gyógyszerellátás érdekében **visszaszorítjuk a gyártói promóciót a reklámozás és ismertetés (az orvoslátogatók tevékenységének) szabályainak szigorításával**. (Jelenleg az orvosok 10%-a azzal foglalkozik, hogy a többieket rábeszélje gyógyszer rendelésére.) A **gyógyszerlátogató után évente 5 millió, gyógyászati segédeszköz ismertetése esetén 1 millió forintos díjat kell a gyártóknak fizetniük. Ugyanezért szigorítjuk a konferenciákon, rendezvényeken való részvétel támogatásának szabályait**. Szigorítjuk azokat az előírásokat is, amelyek megmondják, milyen juttatások adhatók a gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosult személyek részére.

Az orvosok felelőssége

- A közös kockázatviselésben – közvetett módon – a gyógyszert felíró orvosok is részt vesznek. **Amennyiben a gyógyszert rendelő orvos az országos átlagtól eltérő módon rendszeresen indokolatlanul nem költség-hatékony gyógyszert rendel a betegnek akkor a túllépést közvetlenül, előre meghatározott arányban terítjük a háziorvos bevételére, vagy szakorvos esetén az orvost foglalkoztató intézmény finanszírozásában érvényesítjük**. Ez abban az esetben lesz így, ha az orvos hosszabb időszakon keresztül, indokolatlan módon, rendszeresen a drágább gyógyszert írja fel akkor is, ha ugyanolyan hatóanyaggal olcsóbb gyógyszer is rendelkezésre áll.
- Az ésszerű és biztonságos (a betegek és a biztosítók érdekeit egyaránt szolgáló) gyógyszerfelírás érdekében a **háziorvosoknak a biztosító által minősített szoftvert kell használniuk**.

A biztosító felelőssége

- Megváltoznak a gyógyszerbefogadási és támogatási szabályok**:
 - A referencia áron alapuló folyamatos fixítés bevezetése,
 - a támogatott gyógyszerkör folyamatos teljes felülvizsgálata és a támogatás megvonás szabályainak megkönnyítése,
 - a gyártói árajánlatok nyilvános (pl. interneten történő) versenyeztetése,
 - az olcsó generikus készítmények befogadásának könnyítése,
 - a támogatásvolumen-szerződések alkalmazásának kiterjesztése,

- a támogatásba való befogadás eljárási határidejének megváltoztatása pl. új generikum esetén egyszerűsített eljárásban 60 nap a jelenlegi 90 nap helyett,
- a már támogatott készítmények időszakonkénti, célzott összehasonlító költség-hatékonyági felülvizsgálata,
- Szigorodik az ellenőrzés**. Olyan ellenőrző rendszert hozunk létre, amely alkalmas a betegellátás színvonalának javítására, az orvosi gyógyszer-felírási gyakorlat értékelésére, támogatására és alakítására, az egészség-politika által kívánatos minőségi és hatékonysági célok megvalósulása érdekében. *Amennyiben az ellenőrzés során megállapítást nyer, hogy az orvos jogosulatlanul, illetve jogszabálysértően rendel gyógyszert illetve gyógyászati segédeszközt, akkor megfelelő szankciók alkalmazhatók* (finanszírozás csökkentése, megvonása, finanszírozási szerződés felfüggesztése, megszüntetése).

A beteg felelőssége

- Megszűnik a gyógyszerek térítésmentessége (kivéve közgyógyellátottak esetében) és az orvosi rendelőnyre kiadható, *a társadalombiztosítás által finanszírozott valamennyi gyógyszerért a betegnek minden esetben térítési díjat kell fizetnie*. A minimális térítési díj a kiemelt, indikációhoz kötött (Eü 100%) támogatással rendelhető készítmények esetében 300 Ft. (A rászorulóknál szociális ágon kapnának kompenzációt.)
- Minden betegnek mérlegelni kell: *ha ugyanolyan hatóanyagú, tehát ugyanolyan eredményt hozó gyógyszer közül a drágábbat választja, akkor azért többet is kell fizetnie*. A járulékokból gazdálkodó társadalombiztosítástól, végeredményben a többi járulékfizetőtől nem lehet elvárni, hogy két egyforma hatékonyságú gyógyszer közül a drágábbat nagyobb összeggel támogassa.

Miért jó a változás?

- Ha nem lenne Gyógyszergazdaságossági törvény, akkor a betegeknek a jövőben sokkal többet kellene fizetniük a gyógyszerekért**. Mivel a konvergencia-program nem teszi lehetővé, hogy a gyógyszerkassza felülről nyitott maradjon, a keret esetleges túllépésének teljes összegét a betegeknek kellene terhelni. Az új törvény azonban a kassza túllépésének kockázatát megosztja az összes szereplő között, ezért ennek esetleges terheit nem a betegeknek hárítja át.
- Megszűnnek az ellenőrizhetetlen alkuk a közpénzekkel**. Ma még a nyilvánosság kizárásával és nehezen ellenőrizhető módon történik a gyógyszerek támogatásának megállapítása. Ez még akkor is káros, ha minden a legtisztább körülmények között zajlik. A nyilvánosság stabilitást és nagyobb versenyt eredményez, amely mindenképpen mérsékli az árak emelkedését.
- Miért fizessünk ugyanazért többet?** Az új törvény mindenkit felelős magatartásra ösztönöz. Ha a beteg két egyforma hatású gyógyszer közül az olcsóbbat választja, akkor a kiadásai nem fognak érdemben növekedni.
- A jövőben több pénz lesz a gyógyításra**. Az új törvény helyreállítja a helyes arányokat az egészségügy finanszírozásában. Magyarországon, szinte példátlan módon, több pénzt fordítunk gyógyszer-támogatásra, mint a kórházak, szakrendelők, háziorvosok finanszírozására. A gyógyszerkiadások növekedésének megakadályozásával ez megváltozik, a jövőben több pénzt tudunk fordítani az ellátás minőségének javítására.
- Csökken az indokolatlan gyógyszerfogyasztás**. Magyarország élen jár az egy főre jutó gyógyszerfogyasztásban. Ezt az emberek egészségügyi állapota csak részben indokolja. Eközben nem mindig a leghatékonyabb gyógyszert váltjuk ki, és évente több száz tonna gyógyszert dobunk ki a szemétkébe. A gyógyszernek ára van, amelyet jó részt a járulékfizetők állnak. Ezért a gyógyszernek esetében megszűnik az ingyenesség, valamennyi készítményért legalább 300 forintot kell fizetnie a betegeknek.

A fenti célok megvalósítása érdekében a törvény tartalmazza

- A lakosságszámra (5000 fő) vonatkozó, továbbá a minimum távolságra (250-300 méter) vonatkozó **eddiggi gyógyszertár létesítési korlátok megszüntetését** a többletszolgáltatások vállalása esetén (pl. 24 órás nyitva tartás, nyújtott nyitva tartás, állandó ügyelet vagy készenléti biztosítása, házhozszállítás, nem támogatott gyógyszerek esetében az interneten történő rendeléshez szükséges web-oldal működtetése).

- Az egyes vény nélküli gyógyszerek patikán kívüli forgalmazhatóságának megteremtését*. Az EU tagállamok széles körében a gyógyszerek meghatározott körének forgalmazása engedélyezett (pl. Egyesült Királyság, Ausztria stb.) Tekintettel arra, hogy az utóbbi időben hazánkban is reális társadalmi igény mutatkozott némely tüneti kezelésre alkalmas termék gyógyszer-táron kívüli forgalmazására, a javaslat lehetővé teszi azt, egyidejű figyelemmel a gyógyszerbiztonsági, gyógyszer szakmai szabályok szigorú követelményeinek a betar(ta)tására. A külön jogszabály alapján működési engedéllyel rendelkező kiskereskedelmi egységben forgalmazható gyógyszerek köre az orvosi rendelőny nélkül is kiadható készítmények közül is csak azokra korlátozódik, amelyek esetében az alkalmazásukat megelőzően egyértelmű öndiagnózis állítható fel és még jelentős túladagolásuk sem okoz veszélyes mellékhatásokat. A javaslat kiemelt hangsúlyt fektet arra, hogy az ilyen tevékenységet folytató vállalkozások a gyógyszerek alkalmazásához szükséges tájékoztatáshoz megfelelő információs rendszert működtessenek.

- A „személyli jog”** – amely a gyógyszerész szakmai kompetenciáját és felügyeleti jogosítványait lesz hivatott megtestesíteni – *engedélyezésének a Magyar Gyógyszerész Kamarától az ÁNTSZ OTH országos tisztifőgyógyszerészhézh történő visszakerülését*, és a gyógyszertárak létesítése tekintetében a Kamara jelenlegi egyetértési jogának a megszüntetését (ezzel a megoldással harmonizál a Magyar Gyógyszerész Kamaráról szóló 1994. évi LI. törvény módosításáról szóló törvényjavaslat is).

- A gyógyszertárak társasági formájára, tulajdonlására vonatkozó szabályok módosítását*. A jelenlegi szabályozás (amely szerint a közforgalmú gyógyszertárak csak betéti társaság vagy egyéni vállalkozás formában működhetnek és bt. esetében a beltagok csak gyógyszerészek lehetnek és min. 51% tulajdoni részaránnyal kell rendelkezniük) gátja annak, hogy egyéb gazdasági társaságok is megjelenjenek a piacon, ezért az ez irányú korlátokat a javaslat eltörli. A jövőben bármilyen gazdasági formában lehet majd közforgalmú gyógyszertárt működtetni azzal, hogy amennyiben a közforgalmú gyógyszertárt gazdasági társaság működteti, úgy a személyli jog jogosultjának továbbra is tagként (vagy részvényesként) tulajdoni részaránnyal kell rendelkeznie (de annak aránya nem kerül meghatározásra).
- Az egyes patikátípusokkal kapcsolatos rendelkezések módosítását* (például az

intézeti gyógyszertárak vonatkozásában: a javaslat bővítve az ellátható személyi kört, lehetőséget ad arra, hogy a fekvőbeteg gyógyintézet közvetlen lakossági gyógyszerellátás céljából – külön működési engedély birtokában – közforgalmú feladatokat is ellásson, de a fekvőbeteg ellátási, és a közvetlen lakossági ellátási feladatoknak el kell különülniük. Az elkülönítés feltételeit külön jogszabály fogja tartalmazni.).

- A hátrányos helyzetű gyógyszertárak ellátási érdekből történő támogatási rendszerének módosítását*. (Átalakul az ellátási érdekből történő támogatás: A támogatás összege, amely eddig az E. Alap fejezetében jelent meg, a költségvetési törvényjavaslattal az EüM fejezetébe került át. Továbbá: az a közforgalmú gyógyszertár, melynek az éves árréstőmege a 30 millió Ft-ot meghaladja, köteles szolidaritási díjat fizetni. Ez az összeg az EüM fejezetébe (ún. patikaszolidaritási alapba) kerül befizetésre és a kistélepülések patikáinak támogatására kerül felhasználásra).

- Speciális fűzőkorlátozási szabályok bevezetését*. (A javaslat megtiltja, hogy a felvásárolni tervezett, községben elhelyezkedő patika 25 km-es, városban elhelyezkedő gyógyszertár 10 km-es, a fővárosban elhelyezkedő gyógyszertár 2 km-es körzetében lévő gyógyszertárak több mint 1/6-át közvetlenül, vagy közvetetten ugyanaz a vállalkozás, vagy vállalat csoport irányítsa. Ez a szabályozás nem akadályozza, hogy új gyógyszertárakat lehessen nyitni, ugyanakkor képes meggátolni a meglévő gyógyszertárak olyan összevásárlását, amely a területi versenyt érdemben csökkentené.).

*A gyógyszerellátás minőségének javítása

A törvény lényege

Az új törvény a betegek számára jobb hozzáférést és a szolgáltatások minőségének javítását eredményezi, de tekintetbe veszi a jelenlegi és az új piaci szereplők érdekeit is. A szabályozás annak tudatában készült, hogy a gyógyszer speciális áru, ezért kiemelt szempont a gyógyszerbiztonság megőrzése, a piacnyitás körülményei között is.

Az 1994 óta érvényben lévő szabályozás egy sor olyan korlátozást tartalmazott, amely erősen gátolta a verseny kialakulását és indokolatlanul nehezítette a gyógyszertárak alapítását és működését. Ilyen volt az ellátandók száma alapján és a területi elvek szerinti korlátozások meghatározása, a gyógyszerkiadás diplomához kötése, a működési forma meghatározása, vagy a Kamara szigorú kontrollja.

Azt a Gyógyszerész Kamara is elismeri, hogy legalább 120 új patikára lenne szükség az országban. Vita valójában abban van, hogy – a jelenlegi tulajdonosok érdekei és álláspontja szerint – a mai tulajdonosi kör nyithassa ezeket az új patikákat, vagy legyen a gyógyszerészek között esélyegyenlőség a tulajdonosi pozíció megszerzésében.

Vannak olyan patikák, amelyek éves forgalma több milliárd forint. Annnyi, mint egyes kórházak vagy az Országos Onkológiai Intézet éves költségvetése. Ezeknél csak a rv-támogatás után ott maradó árrés több tíz, akár több száz millió forintot tesz ki. Más patikák a túlélésért küzdenek. A jövőben azok a patikák, amelyeknek az árréstőmege nagyobb, mint 30 millió forint, szolidaritási díjat fizetnek a hátrányos helyzetben lévő patikák támogatására.

A jelenlegi sok tekintetben elavult és indokolatlan korlátozásokat tartalmazó szabályozás helyett új, korszerű és EU-konform törvényt alkotunk, amely elősegíti a verseny kialakulását, ezáltal javítja a gyógyszerhez jutás lehetőségeit, az ellátás minőségét, ugyanakkor garantálja a működés szigorú szakmai feltételeit és kontrollját.

Mi változik?

1. A gyógyszertár létesítési korlátok oldása

- Új közforgalmú gyógyszertár létesítésénél az engedélyt az ÁNTSZ-nek kötelezően ki kell adnia:

- ha egy településen nincs gyógyszertár,
- ha legalább 5000 lakos jut a gyógyszertárra, és a patikák bejárata nagyvárosban legalább 250 méterre, egyéb településen 300 méterre van,
- városban egy kilométeren belül, városon kívül öt kilométeren belül nincs gyógyszertár,
- ügyelet is ellátó egészségügyi szolgáltató épületében, vagy annak közvetlen közelében kívánják a patikát megnyitni, ahol még nincs gyógyszer-tár.

- A területi és a lakosságszámra vonatkozó korlátok ellenére is ki kell adni az engedélyt, ha az új patika vállalja, hogy legalább 3 éven keresztül**:
 - legalább heti 60 órát nyitvatart, vagy 40 óra nyitva tartás mellett folyamatos készenlétet tart,
 - és vállalja, hogy a fekvőbetegek részére 2 km-es körben kiszállítja a gyógyszert, vagy lehetővé teszi az Internetes gyógyszer-rendelést.
- A jobb ellátás érdekében – ahol nem működik közforgalmú gyógyszer-tár – az év egy meghatározott időszakára – legfeljebb évi 180 nap illetve évi 800 órai működésre – **Fiókgyógyszertár engedélyezhető**.
- Patika a kórházban: a fekvőbeteg gyógyintézet külön működési engedéllyel közforgalmú gyógyszertárt működtethet, amelynek alapítási feltételei – a személyli jog kivételével – a közforgalmú gyógyszertárával azonosak.

2. Egyszerűsödik az engedélyezési eljárás

- a személyli jog – ami valójában a patika műkötetésének joga – engedélyezése a Magyar Gyógyszerész Kamarától ismét az ÁNTSZ/OTH országos tisztifőgyógyszerészhéhez kerül,
- a gyógyszertárak létesítése tekintetében a Kamara jelenlegi egyetértési joga megszűnik,
- megszűnik a közforgalmú gyógyszertárak működtetéséhez szükséges személyli jog engedélyezéshez eddig előírt országos pályázati rendszer is,
- A személyli jog a gyógyszertár szakmai vezetésére jogosító általános engedéllyel válik.
- Csak az lehet felelős szakmai vezetője egy gyógyszertárnak, akinek van ilyen engedélye, de ez személyhez és nem adott gyógyszertárhoz kötött lenne, azaz átvihetővé válna más gyógyszertárba is. Ez a jogosítvány egy szakmai akkreditáció és nem „kvázi céhes monopólium”.

3. A gyógyszertárak társasági formájára, tulajdonlására vonatkozó szabályok eltörlése

- bármilyen gazdasági formában lehet majd közforgalmú gyógyszertárt működtetni azzal, hogy amennyiben a közforgalmú gyógyszertárt gazdasági társaság működteti, a személyli jog jogosultjának továbbra is tagként (vagy részvényesként) tulajdoni részaránnyal kell rendelkeznie.

folytatás az 5. oldalon »

INDUL A REFORM

Dolgozik a Tárca...

Indul az Egészségügy átalakítása (2.)

» *a 4. oldal folytatása*

4. Szakasszisztensek gyógyszer kiadási joga

A vényköteles gyógyszerek esetében visszaállítja a szakasszisztensek gyógyszer kiadási jogát, ugyanakkor a vény nélkül is kiadható gyógyszerek tekintetében szakmai, kiadhatósági korlátokat a törvény nem határozna meg.

5. A kis vényforgalmú gyógyszertárak támogatása – Szolidaritási díj

A gyógyszertárak ellátási érdekből történő támogatása és a vénykezelési díj (2006-ban 1.1 milliárd Ft) teljes egészében átcsoportosításra kerül a hátrányos patikák támogatására úgy, hogy ez az összeg ne az E Alap-ban, hanem külön előirányzatként az Egészségügyi Minisztérium fejezetében lesz elkülönítve.

- A nagy forgalmú patikáknak „Szolidaritási díjat” kell fizetni, amely a kiskforgalmú gyógyszertárak működőképességét támogatja: Amennyiben a közforgalmú gyógyszertár működtetésére jogosult éves árréstömege
 - 30 és 50 millió Ft között van, a befizetendő összeg az éves árréstömeg 0,5%-a,
 - 50 és 75 millió Ft között van, a befizetendő összeg 250 000 Ft, és az 50 millió Ft feletti rész 1 %-ának összegének összeze,
 - 75 millió Ft felett van, a befizetendő összeg 500 000 Ft, és a 75 millió Ft feletti rész 2%-ának összegének összeze.
- MFB-vel tárgyalásokat kezdtünk arról, hogy ott, ahol állatási hiány van, a patikaalapítást kedvezményes hitel is segítsé.

6. A patikaláncok és felvásárlás ellen: speciális fúzióengedélyezési szabályok

- Nem lehet fúzióra lépni ha, a felvásárolni tervezett, községben elhelyezkedő patika 25 km-es, városban elhelyezkedő gyógyszertár 10 km-es, fővárosban elhelyezkedő gyógyszertár 2 km-es körzetében lévő gyógyszertárak több mint 1/6-át közvetlenül vagy közvetten ugyanaz a vállalkozás, vagy vállalatcsoport irányítja.
- GVH engedély kell fúzió esetén, ha:
 - az érintett vállalkozáscsoportok tagjai és más gyógyszerforgalmazásban érintett vállalkozások által közösen irányított vállalkozások gyógyszer kiskereskedelmi forgalmazásból származó előző üzleti évben elért nettó árbevétele együttesen az egymilliárd forintot meghaladja,
 - az érintett vállalkozások, vállalkozás csoportok között van legalább egy olyan gyógyszerforgalmazásban érdekelt vállalkozáscsoport, melynek a gyógyszer kiskereskedelmi forgalmazásból származó előző évi nettó árbevétele a vállalkozáscsoport tagjai és más vállalkozások által közösen irányított vállalkozások e tevékenységből származó nettó árbevételével együtt százmillió forint felett van és
 - a tervezett összefonódás a területi koncentráció növekedését eredményezi.

7. Egyéb változások a gyógyszertárakban:

- A gyógyszertárak kötelesek betegtájékoztatási rendszereket működtetni, amelyek lehetővé teszik a nem vényköteles termékek árának összehasonlítását
- Gyógyszert csak 14 éven felüli személynek adható ki
- A patikák nem fogadhatnak el gyógyszert ajándékba a gyártóktól, szállítóktól.

8. Egyes vény nélküli gyógyszerek gyógyszertáron kívüli forgalmazhatóságának megteremtése

Felnőttnek tekintjük az állampolgárokat, ezért egyes Európai Uniós országok gyakorlatának megfelelően lehetővé tesszük a recept nélkül kiadható gyógyszerek egy részének patikán kívüli árusítását is. A kockázatok és felmerült aggályok megelőzése érdekében a forgalmazhatóságot szigorú feltételekhez kötjük:

- Az árusításhoz egészségügyi hatósági engedély kell
- biztonságos, szakszerű tárolás, eltartás, többi árucikktől jól látható elkülönítés
- folyamatosan rendelkezésre álló tájékoztatást biztosít – minősített információs rendszer vagy internetes díjmentes hozzáférés
- külön személy, aki be van jelentve az egészségügyi hatóságnál
- szabad polcion csak akkor helyezhető el, ha nincs különleges előírt tárolási feltétel a gyógyszernek
- fiatakoruák számára nem értékesíthető (ez ellenőrizhető is)
- valamennyi gyógyszer tájékoztatóját nyomtatott formában hozzáférhetővé kell tennie, jól látható helyen

Az Ab dönthet a gyógyszer törvényről

Az Alkotmánybírósághoz (Ab) fordult a Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége (Magyosz) a korábban elfogadott úgynevezett gyógyszer-gazdaságossági törvény miatt. A jogszabály szigorúan szabályozza azt, hogy a gyógyszergyártóknak mekkora mértékben kell hozzájárulniuk az orvosságok állami támogatását fedező gyógyszerkasszához. A Magyosz szerint a törvény alkotmányos alapelveket sért, mivel a gyártókat a közteherviselés alkotmányos alapelveibe ütköző módon befizetésre kötelezi. A szervezet emiatt az Ab-tól kéri a jogszabály egyes rendelkezései alkotmányellenességének vizsgálatát.

Miért jó a változás?

- Javul a lakosság gyógyszerellátása.** A korlátozások eltörlésével javul a lakosság ellátása, könnyebben, hamarabb jutunk gyógyszerhez, akár éjjel és hétvégén is. A gyógyszerpiacon is versenyhelyzet alakul ki, ami a szolgáltatások minőségének javulásához és az árak csökkenéséhez vezet. A gyors patikanyitást szerződéshben vállalt többlétszolgáltatásokkal választó új gyógyszertárak már ezekkel, indulásukkor jelentősen javítják a körzetük ellátását. A versenyhelyzet pedig a már működő patikákat is hasonló javulásra fogja késztetni.
- Könnyebben beszerezhető, olcsóbb gyógyszerek.** A vény nélkül kapható gyógyszerek gyógyszertertáron kívüli forgalmazásának engedélyezése jelentősen javítja majd a lakosság gyógyszerellátását. Ez különösen azokban a kistélepléseken fontos, ahol a körzetben sem található közel patika. E döntés hatására tovább erősödik a versenyhelyzet, és csökkennek a gyógyszerárak.
- Biztonságos ellátás a kistélepléseken is.** A kiskforgalmú, döntően kistélepléseken működő patikák támogatása nagyobb lesz.
- Tisztább és szakmailag megalapozottabb engedélyeztetési rendszer.** Az engedélyeztetési eljárás megváltoztatásával szétválík a szolgáltatói és

a fogyasztói oldal képviselte, az engedélyezés folyamata a továbbiakban a fogyasztói oldal érdekeinek előtérbe kerülésével történik.

- Egyszerűbb személyi feltételek a patikaalapításhoz.** A patikaliberalizáció eredményességét segíti, hogy a személyi jog ezentúl valóban a személyhez, és nem gyógyszerhárhoz kötött lesz.
- Reálisabb működési szabályok.** A személyi feltételek megváltoztatása ésszerűsíti a patikák működését, és szabályosnak ismeri el a jelenleg is gyakorta fennálló gyakorlatot.

II. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRÓL SZÓLÓ TÖRVÉNY

Vizitdíj és napidíj

Miért van szükség önrészfizetésre? Egyéni felelősség növelése, az indokolatlan igénybevétel csökkentése. A hálapénz visszaszorítása. Az ellátás minőségének javítása - a bevétel a szolgáltatóknál marad. Az önrész mértéke és a bevezetés időpontja: Február 15-től az egészségügyi ellátás minden szintjén mindenkinek egyésgesen 300 Ft-os vizitdíjat kell fizetnie.

Mentességek

Csaknem 4 millióan részben vagy egészben mentesülnek a vizitdíj-fizetési kötelezettség alól.

Nem kell fizetni a katasztrófa-egészségügy, a kötelező népegészségügyi ellátások, a járványügyi tevékenység, meghatározott szűrővizsgálatok esetén, valamint a terhesgondozás, a gyermekágyas anyák gondozása, és szülészeti ellátás esetében.

Mentesség jár a 18 év alatti gyermekeknek és fiataloknak. Mentesség a tartós gyógykezelésre szorulóknak is jár: nem kell fizetni többek között a dialízis kezelésben, onkológiai ellátásban és a kúraszerű ellátásban részesülőeknek. Nem kell vizitdíjat fizetni a hajléktalanoknak sem.

Kompenzáció

A szociálisan rászorulóik évente legalább 12 vizitre jutó kedvezményt kapnak a különböző jogcímenen folyósított ellátásaik megemelésével. A kompenzáció kb. 2 millió embert érint.

Az önkormányzatok, saját hatáskörben, minden rászorulónak adhatnak támogatást.

A vizitdíj befizetéséről szóló számlákkal, a 21. alakalomtól fizetett vizitdíj összege a helyi önkormányzatoktól visszaigényelhető. Kórházi tartózkodás esetén, éves szinten a 20 ellátási nap a felső határ, azaz ezután már egyáltalán nem kell ápolási díjat fizetni.

Vizitdíj fizetés módja

A vizitdíjat minden egészségügyi szolgáltatónál készpénzzel lehet majd fizetni. Az egészségügyi szolgáltatók maguk dönthetnek arról, hogy készpénzfizetésen kívül milyen más fizetési lehetőséget biztosítanak. Eszerint a fizetés történhet: bankkártyával illetve más készpénz-helyettesítő eszközzel (pl. egészségpénztári kártyával). A vizitdíj megfizetésének igazolása nyugtával, illetve egyszerűsített számlával történik majd.

Számla magyar nyelven

A vizitdíj bevezetésével párhuzamosan kötelezővé válik a teljesítésigazolással egybekötött tájékoztató számlaadás is. A beteg magyar nyelvű elszámolási nyilatkozatot kap kézhez. Ez alapján ellenőrizni tudja, hogy a szolgáltató milyen beavatkozást, kezelést kíván a biztosító felé elszámolni, és ezért milyen összeget igényel. A készpénzforgalom megjelenésével csökken a visszaélések lehetősége. Ha a szolgáltató ellenőrzése során kiderül, hogy a biztosítottal nem íratatta alá az elszámolást, a szolgáltató köteles az ellátás finanszírozási tételének 10 százalékát visszafizetni.

Az ellátási csomagok

Közmegegyezvén van abban, hogy a társadalombiztosítás rendszerének biztosítási alapon kell működni. Ez nem képzelhető el anélkül, hogy mind a biztosítottaknak, mind a biztosítónak és a szolgáltatónak egyértelmű legyen: a befizetett járulékkért cserébe milyen szolgáltatás jár. Az állami felelősség teljesülésének is feltétele, hogy az alapvető, az emberi jogokból levezethető egészségügyi szolgáltatások körét és finanszírozását pontosan rendezzük.

A három csomag

Érvényesítésére három csomagot javasol meghatározni:

Alapcsomag: minden, jogszerűen Magyarországon tartózkodó személynek jár biztosítási jogviszonytól függetlenül.

Biztosítási csomag: az az ellátási kör, amit a biztosítottak térítésmentesen vagy részleges térítés mellett vehetnek igénybe.

Kiegészítő csomag: az önkéntes díjfizetés, biztosítás útján megvásárolható többlétszolgáltatások.

A várólista rendszer kialakítása

A szabályozás célja az átláthatóság, a nyilvánosság ellenőrzésének megteremtése, az igazságosság érvényesítése, a bizalom erősítése, a méltányos hozzáférés és forráselosztás a nem sürgős betegellátásban. Ennek eszköze a szabályozott kialakítású és működésű, ellenőrzött és nyilvános várólista rendszer, valamint a Felügyelet létrehozása.

A várólista működése

A várólistára a kezelőorvos teteti fel a beteget. A várólista nyilvános, de személyes adatokat nem tartalmaz, a betegek – maga által választott – azonosító kód alatt szerepelnek. A sorrendet a felkerülés sorrendje határozza meg, ettől csak megfelelő, és kellően dokumentált indokkal lehet eltérni. A beteg pénzért sem kérheti a várólista szerinti rendtől való eltérést, de a Felügyeletnél kérheti más szolgáltatótól az ellátást.

Művi meddővé tétel

A jogszábályalkotást öt párti egyeztetés előzte meg. A parlament vi-tában érdemi észrevételt és módosítást senki nem fogalmazott meg. A beavatkozást 18 év felettiek kérelmezhetik.

A törvény a 18 és 26 év közöttiek esetében a fokozott garanciák biztosítása érdekében kétszer hat hónapos várakozási időt ír elő. 26 év felettiek esetében kétszer három hónap a várakozási idő. A törvény részletes tájékoztatási kötelezettséget ír elő.

Htb fizetési kötelezettség

Új koncepciót fogadott el a zárószavazás előtt a parlament arról, hogy jövőre milyen tb-járulékot kell fizetni a háztartásbeliek után. A nem biztosított akkor lesz jogosult egészségügyi ellátásra, ha vagy ő megfizeti a 9%-os egészségügyi szolgáltatási járulékot, vagy más személy, illetve

szerv átvállalja helyette azt. A teher alapja alapesetben a havi minimálbér lesz, ám ha az illető vagy a járulékfizetést átvállaló kérelmére az önkormányzat bizonyítványt állít ki a családjában az egy főre jutó havi jövedelemről, és erre az APEH is rábólint, a 9%-os járulékot az egy főre eső havi jövedelem, de legalább az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege után kell leróni. Továbbra is mentesülnek a megváltozott munkaképességűek, ha munkaképesség-módosulásuk mértéke eléri az ötven százalékot, az irányadó nyugdíjkorhatárt betöltők, akiknek jövedelme nem haladja meg a minimálbér 30%-át, valamint a hajléktalanok.

A kormánypárti többség a múlt hétfőn a 2007. évi költségvetést megalapozó egyes törvények módosító indítványairól döntve azt a változatot fogadta el, hogy a háztartásbeliek után az eltartó a saját jövedelme 3 százalékát fizeti meg egészségügyi szolgáltatási járulékként. A koalíciós pártok már akkor jelezték, most hétfőre új verziót terjesztenek be és fogadnak el.

III. KAMARAI TÖRVÉNY

A változás lényege

Célunk, hogy az egészségügyben működő szakmai Kamarák súlyát, erejét a későbbiekben ne a politika határozza meg, hanem a tényleges tagság akarata. Ezért az egészségügyben dolgozókat mentesítjük az egységesen kötelező kamarai tagság alól.

Az intézkedés az orvosok érdekében történik. Akkor tud jól működni egy szervezet, ha önkéntes, a szervezetért tenni akaró, a szervezet eredményességében érdekelt tagokból áll, és nem áll a politika befolyása alatt.

Mi változik?

Az egészségügyi szakmai kamarák a jövőben önkéntes alapon szerveződnek. A törvényben nevesített három kamara (*Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Gyógyszerész Kamara és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara*) továbbra is köztestület marad; közhatalmi feladataik köre csökken, az állam belső szervezetük alakításába nem szól bele. Az orvosi kamarák valódi, szakmai szervezetté válnak. A köztestületi kamarákon kívül önkéntes alapon más kamra is szervezhető.

A szakmai kamara etikai vétség gyanúja esetén etikai eljárást folytat le. Ha a kamara szakmai-etikai szabályok megszegésének alapos gyanúját észleli, a Megyei Etikai Tanácsot az ÁNTSZ megyei intézetét értesíti. Kamarai etikai ügyben első fokon a területi szervezet etikai bizottsága jár el. Az etikai eljárást 30 napon belül kell lefolytatni. Kiszabható etikai büntetések: – a figyelmeztetés; – a megrovás; – a mindenkori legkisebb kötelező munkabér havi összegének tízszereséig terjedő pénzbírság; – a tagsági viszony 1-6 hónapig terjedő felfüggesztése; – kizárás.

Az egészségügyi miniszter törvényességi felügyeletet gyakorol a szakmai kamarák működése felett. Jogszabálysértés esetén felhívhatja a kamarát a jogsértés megszüntetésére és ha ez nem történik meg, a miniszter bírósághoz fordulhat. Ha a bíróság a jogsértést megállapítja: – a jogsértő szabályzatot hatályon kívül helyezheti; – elrendelheti a kamara összehívását; – a jogsértő kamara tevékenységét felfüggesztheti, vagy a kamara ellenőrzésére felügyelőbiztost rendelhet ki.

Miért jó a változás?

A független és demokratikus Kamarák hitelesek lesznek, mert az önkéntes tagság egyúttal kiállás a szervezet mellett.

IV. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELÜGYELET LÉTREHOZÁSA

A törvény lényege

Az állam felelőssége olyan szabályozórendszer kialakítása, amely garantálja a társadalombiztosítás hatékony működésének intézményi és gazdasági alapjait. A Felügyelet a biztosított jogok érvényesülésének és a szolidáris teherviselés kötelezettségének, a méltányos és igazságos, minőségi szolgáltatásokat garantáló, azaz a szolidaritást, az igazságosságot és a hatékonyságot megvalósító biztosítói magatartás intézményes garanciáját teremti meg. A jogok érvényesülésének és ellenőrizhetőségének fontos eszköze a nyilvánosság, melyet ugyancsak a Felügyelet szabályoz és biztosít.

Mi a felügyelet?

- A Felügyelet az egészségügyi miniszter irányítása alatt álló központi hivatal. A Felügyelet hatásköre kiterjed a – kötelező és önkéntes – egészségbiztosítási szektor egészére.
- A Felügyelet elnökének kinevezéséig – amely e rendelet hatálybalépését követően legfeljebb 3 hónap lehet – az egészségbiztosításért felelős miniszter által megbízott **miniszeri biztos** látja el a Felügyelet felállításával összefüggő feladatokat.
- A Felügyelet elnökét munkájában a **Felügyeleti Tanács** segíti. A Felügyelet elnökét az egészségbiztosításért felelős miniszter javaslata, a Felügyeleti Tanács 10 tagját pedig a kormányrendelet-tervezetben nevesített szervezetek és személyek javaslata alapján, hat éves időtartamra a miniszterelnök nevezi ki és menti fel. Ezek: az egészségbiztosításért felelős miniszter, az egészségbiztosítási járulékfizetés szabályozásáért felelős miniszter, a Gazdasági Versenyhivatal elnöke, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének elnöke, a kötelező egészségbiztosítás ellátásait finanszírozó egészségbiztosító vezetője, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke és a Magyar Kórházszövetség elnöke együttesen, az egészségügy területén működő szakmai kamarák elnökei együttesen, az önkormányzati érdekszövetségek közös képviselője együttesen, valamint az Országos Érdekegyeztető Tanács munkáltaói és munkavállalói oldala tesznek javaslatot. A tagokat a miniszterelnök hat éves időtartamra nevezi ki és menti fel. A Felügyeleti Tanács vezetőjét a tagok egyszerű szótöbbséggel maguk közül választják meg.
- Az Egészségügyi Minisztérium egyszeri, 400 millió forintos költségvetési támogatással számol a Felügyelet létrehozása kapcsán.

A Felügyelet feladatai:

- Az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők védelme és az egészségügyi szolgáltatók működésének vizsgálata:
 - finanszírozási szerződések jóváhagyása
 - nyilvános minőség-, teljesítménymérési és értékelési rendszer kidolgozása és működtetése,
 - egészségügyi szolgáltatók hozzáférhetőségének és minőségének ellenőrzése,
 - várólisták ellenőrzése.

folytatás az 5. oldalon »

INDUL A REFORM

A jövő egészségügye – Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása és fejlesztése az egészségügyi reform meghatározó eleme. A reform és a fejlesztési program célja az **emberek élettartamának növelése és egészségi állapotának javítása**, valamint a területi és a társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségek csökkentése, **egy korszerű, hatékony és igazságos ellátórendszer megteremtése**. Olyan egészségügyi rendszer létrehozása, amelyben **mindenkinek méltósággal lehet gyógyulni, és méltó módon lehet gyógyítani**.

Mindannyian azt akarjuk, hogy

- tovább és egészségesebben élhessünk,
- ha megbetegszünk, akkor méltóságunkat megőrizve gyógyulhassunk,
- igazságos legyen az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés,
- mindenütt és mindannyian egyforma minőségű szolgáltatásokat kapjunk,
- megfelelő információk alapján dönthessünk,
- az ellátórendszer mind a szolgáltatásaiban, mind a finanszírozásában legyen átlátható, ellenőrizhető, és a rendelkezésre álló pénzeket a lehető leghatékonyabban használja fel,
- végre szűnjön meg a hálapénz.

A célok elérésének feltétele az ellátórendszer szerkezetének és működésének átalakítása. **Ezt a célt szolgálja az ötödik reformtörvény: a Kórházfejlesztési törvény.**

Olyan új szabályozást alakítunk ki, amely

- méltányos, igazságos hozzáférést biztosít a betegeknek az ország egész területén,
- megteremti a tervezhetőség, az igazságosabb és hatékonyabb ellátórendszer kialakításának eszközrendszerét,
- egyértelműen elkülöníti az állam és az önkormányzatok meghatározott felelősségét, beleértve az intézmény-fenntartási kötelezettséget is,
- az EU fejlesztési forrásokat is felhasználva egy fenntartható fejlődésű, finanszírozható, modern szolgáltatási rendszer alakít ki.
- Garantálja, hogy a biztosító az egészségügyi szolgáltatásokat
 - a szükséges mennyiségben,
 - az áltanosan garantálható és ellenőrzött szakmai színvonalon,
 - elfogadható és finanszírozható, a korszerű és reális elvárásoknak megfelelő körülmények között nyújtva vásárolja.

A cél elérése érdekében átalakítjuk az ellátórendszer szerkezetét és működését. Az új egészségügyben az ellátórendszer **korszerűbbé és igazságosabbá** válik. Szerkezete, működése **igazodik a kor színvonalához**, a megváltozott megbetegedési viszonyokhoz, **az egészségügyi technológiák fejlődéséhez és a jogos lakossági igényekhez**. Ez a mai „túlsúlyos” fekvőbeteg-ellátás átalakítását és a lakossághoz közeli ellátások megerősítését jelenti. A kistérségi szinten elérhető korszerű rendelők munkáját modern diagnosztikai központok és távkonzíliumok segítik, a régebben kórházban kezelt esetek zömét a területi egészség-központok nappali kórházai, egynapos sebészeti központjai látják el. Nő az alapellátás, a háziorvoslás szerepe, a háziorvos a betegek egészségének gazdájává válik. A szerkezet-átalakítás hatására:

- fokozatosan kiegyenlítődik a régiók között az egészségügyi szolgáltatások kapacitása, azaz a hozzáférési esély,
- az aktív fekvőbeteg-ellátás túlsúlya megszűnik, a felesleges, vagy párhuzamos kapacitások krónikus ellátással, járóbeteg- és otthoni ellátásokká alakulnak,
- egy kórházi ágyra, azaz a betegek ellátására több pénz jut,
- nő, és egységesül az ellátás és az ellátórendszer színvonala, felszereltsége, kulturáltsága,
- a beteg megfelelő szaksegítséggel „közlekedik” az ellátórendszerben: alapvetően a háziorvos szervezi az ellátását, de választásában széleskörű információk segítik.

Az átalakítás célja az, hogy minden beteg a betegségének leginkább megfelelő helyen és a lehető leghamarabb jusson ellátáshoz.

Ezért:

- A kórházakban az aktív ellátás zömmel regionálisan szervezett, csúcstechnológiával felszerelt centrumokba koncentrálnálódik, amelyek egyúttal sürgősségi központként is működnek. A felszabaduló kapacitások területi sürgősségi ellátóhelyekké, rehabilitációs osztályokká, ápolási otthonokká alakulnak.
- Új egészségügyi járóbeteg- és sürgősségi ellátó központok épülnek azokban a térségekben, ahol jelenleg nincs szakrendelő.
- Az elsővonalú ellátás biztonságát az alapellátás és a mentés megerősítése és fejlesztése adja.

Az ellátórendszert úgy terveztük meg, hogy

- a kiemelt kórházak **55 km**-en belül,
- a területi kórházak **30 km**-en belül,
- a területi járóbeteg-központok **20 km**-en belül,
- a mentő **15 percen** belül mindenki számára elérhetőek legyenek.



Kórházfejlesztési törvény (1)

1. Milyen lesz az új ellátórendszer?

Az új ellátórendszer négy szintre épül. Az egyes szintek kapcsolata (a „betegutak”, azaz az ellátási területek és a beutalási rend) jól szabályozott, így a beteget a számára szükséges ellátási szinten, lehetőleg lakóhelye közelében látják el. A kialakított betegutak következtében mindenki számára átlátható, hogy milyen problémával hol kötelesek őt ellátni, és hogy a kezelőorvosa a probléma súlyosbodása esetén hova tudja továbbutalni, ahol kötelesek is a beteget fogadni.

Az ellátórendszer az alábbi szintekre tagozódik:

1. Kiemelt kórházak – a súlyos betegek biztonságos ellátásáért

Az új ellátórendszer „zászlóshajói” a centrumokat, kompetencia-központokat is működtető **kiemelt kórházak**. Ez a 39 kórház az országban egyenletesen elosztva – az egyetemi klinikák, országos intézetek, megyei kórházak bázisán – a **legmodernebb, európai színvonalú technikával felszerelve, nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítja a súlyos, vagy speciális, ritka betegségben szenvedők hatékony ellátását**. Az ellátás biztonsága és garantált minősége érdekében csak a központokban folyhat például a daganatos betegek kezelése vagy szervátültetés, szívműtét, és hasonló, nagy felkészültséget igénylő beavatkozás, de a kiemelt kórházak fogadják azokat az eseteket is, amelyeket felszereltség vagy gyakorlat hiányában a területi kórházak nem tudnak megoldani.

Ezekben a kórházakban folyamatos fejlesztésekkel, korszerű műtői és diagnosztikai blokkok kialakításával biztosítjuk a hatékony és biztonságos gyógyítást. A kiemelt kórházak egyúttal sürgősségi központok is: **az év 365 napjában 24 órán át fogadják** a sürgősségi ellátásra szoruló betegeket. A kiemelt kórházak munkáját a **legmodernebb technológiákat is alkalmazó diagnosztikai központok** segítik, amelyek egyes eljárások esetén több szakmai központot is kiszolgálhatnak. Ezek a diagnosztikai központok nemcsak a kiemelt kórházakat, szakmai centrumokat szolgálhatják ki, de a távdiagnosztika és a telemedicina lehetőségeivel a radiológia és a kórszövetten területén segíthetik az általános kórházak, területi egészségközpontok munkáját is.

Mindegyik kiemelt kórháznak rendelkeznie kell a **legfontosabb képességekkel** (sürgősség, intenzív osztály, az alap-szaktmák súlyosabb betegségeinek kezelése), de bizonyos speciális betegségeket (daganatos betegek speciális kezelései, idegsebészet, szervátültetés, szívsebészet stb.) csak a több kiemelt kórház területét ellátó centrumokban lehet kezelni. Egyes betegségek esetében – például a szervátültetés – a centrumok régió-n átnyúló vagy országos feladatot látnak el.

A kiemelt kórházak **egy terület szakmai, szellemi központjai**: részt vesznek a területen dolgozó orvosok nővérek, szakasszisztensek képzésében, továbbképzésében is.

A kiemelt kórházak a kapacitások **egy részét garantáltan megkapják, ezen felül pályázhatnak** további kapacitásokért régiós szinten.

A kiemelt kórházak kiválasztása

A kiválasztásnál a **szakmai és a területi elv** egyaránt érvényesült:

- 1.) Megfelelő alap:** A leendő kiemelt kórházak jelenlegi felszereltsége, szakmai felkészültsége, szervezeti kultúrája legyen alkalmas a kiemelt kórházi szerep betöltésére, legyen alkalmas a szükséges fejlesztések befogadására.
- 2.) Sokoldalúság:** A leendő kiemelt kórházak már most is a szakterületek széles spektrumában nyújtsanak magas szintű ellátást. Ezen felül legyenek alkalmasak régiós, vagy azon túlterjeszkedő centrumok működtetésére.
- 3.) Népegészségügy:** Kiemelt kórház lesz a két legsúlyosabb népbetegség országos intézete: a Kardiológiai és az Onkológiai Intézet.
- 4.) Elérhetőség:** A kiemelt kórház legfeljebb egy óras utazással mindenki számára elérhető legyen.

2. Területi kórházak – általános ellátás a lakóhelyhez közel

A jelenlegi kórházak többsége **területi kórházként** folytatja munkáját. Ezek a kórházak az esetek nagy részét adó „általános” ellátásra szakosodnak: itt veszik ki a mandulát és az epekövet, itt vezetik le a szüléseket, itt operálják a sérvt vagy az orrpolyot, de itt látják el a belgyógyászati betegségek zömét adó betegségeket, itt állítják be a cukorbeteg terápia-át, vagy szükség esetén a beteg vérnyomását. A területi kórházak **aktív kapcsolatban állnak a környezetükkel**: diagnosztikai szolgáltatásokat vásárolnak a diagnosztikai központoktól, folyamatosan együttműköd-

nek a kiemelt kórházakkal, valamint a területen dolgozó rendelő-intézetekkel és háziorvosokkal.

A **fejlesztések** arra irányulnak, hogy a területi kórházak biztosítani tudják a **munka korszerű feltételeit**, a **kulturált hotel- és munkakörülményeket**, és a felesleges aktív kórházi kapacitások **krónikus ellátással** alakítását. Az ellátás biztonsága érdekében, amennyiben a területi kórházak olyan súlyos megbetegedést észlelnek, amely magasabb szintű ellátást igényel, akkor a beteget **továbbküldik** a terület ellátásáért felelős kiemelt kórházba. Így a súlyos betegségben szenvedők kezelése a jól felszerelt, nagy tapasztalattal és tudással bíró egészségügyi szakemberekkel rendelkező kiemelt kórházakban történik, míg **az ellátások többségét** a betegek lakóhelyéhez **közelebb eső** területi kórházak látják el. A területi kórházak az aktív ellátást szervezhetik a változó szükséglethez alakítható, úgynevezett **mátrix osztályok** kialakításával is, ugyanakkor a jelenleginél nagyobb szerepet vállalnak a rehabilitációban, krónikus ellátásban és ápolásban. A területi kórházak kapacitásait a Kórházfejlesztési törvényben meghatározott **régiós keretszámok** alapján a **Regionális Egészségügyi Tanácsok** döntik el.

3. Megújult szakrendelők – a területi járóbeteg központok

A kiemelt és a területi kórházak köré szerveződve **területi egészségügyi központok** működnek, biztosítva a **lakosság közeli járóbeteg szakellátást**. Ezekben a központokban a beteg, lakóhelye közelében – **20 km-es körzetben** –, megtalálja a szakrendelések többségét (belgyógyászat, sebesészet, nőgyógyászat, szemészet, fül-orr-gégegyógyászat, reumatológia, allergológia, stb.), ahol el tudják végezni a fontosabb diagnosztikai vizsgálatokat (labor, röntgen, ultrahang). Ide kerül az eszköz-igényes szűrések egy része is, mert a szűrések hatékonysága csak így biztosítható.

A fejlesztések hatására létrejövő központok munkája élesen különbözik a hagyományos rendelőintézetektől. A jól működő központoknak köszönhetően **nem kell a betegeknek távolabbi kórházakba utazni**, mert helyben is magas szintű, a kórházi kezelést kiváltó ellátásokat kapnak. A hagyományos szakrendelési feladatok mellett ezekre a központokra épülve működnek a betegek „bejárásos” kezelését végző **nappali kórházi részlegek**, ahol például befekvés nélkül is be tudják állítani a cukorbeteg terápiaját. A központok működtethetnek **egynapos sebészetet**, és szervezhetik az otthoni szakápolást is. Amennyiben a területen nincs az új szabályoknak megfelelő eléréssel **mentőállomás**, úgy a fejlesztések során a területi központok részeként építeni kell. Ezáltal sok olyan ellátás kerül **közelebb a beteghez, aminek igénybevételéhez eddig utazni kellett**. A területi egészségügyi központok szakmailag szorosan együttműködnek az alapellátással és a szociális ellátó hálózattal, így biztosítva a beteg gyógyulásához vezető úton az ellátás egységét. Jelenleg az ország összesen 168 kistérsége közül **29-ben nincs**, további **18-ban nem megfelelő** a járóbeteg szakellátás. Azon kistérségek száma, ahol se járóbeteg-szakellátás, se mentőállomás nincs, összesen 9 darab. A jelzett kistérségekben a fejlesztések gyakorlatilag zöld mezős beruházásként valósulnak meg **központi program keretében**.

Kiemelten fejlesztjük azokat a kistérségeket, ahol jelenleg nincs, vagy nem elégséges a járóbeteg szakrendelés, valamint azokat a kistérségeket, ahol eddig kis területi kórház nyújtott aktív ellátást, de a jövőben emelt szintű járóbeteg szakellátás, nappali kórházi és egynapos ellátásokkal biztosítják a lakosság gyógyulását. A járóbeteg-ellátás területi fejlesztése országos szinten nem feltétlenül jár többletkapacitás és többlettelejesítés létrehozásával, sokkal inkább a meglévő centralizált kapacitások lakossághoz közeli elosztását jelenti. A jelenleg meglévő területei aránytalanságok kiegyenlítésére, ellátási hiányok megszüntetésére a leépítésre kerülő aktív fekvőbeteg-ellátási kapacitások 20%-ának megfelelő mennyiségű potenciális többletkapacitás jelent fedezetet.

4. Az alapellátás – szakmailag megerősödik

Az új egészségügyben kiemelt szerepe van az **alapellátás megerősítésének**. A háziorvos nem csupán a gyógyítás első vonala, de a beteg egészségének a menedzsere is: az ő kezében futnak össze szűrési és a máshol végzett kezelések eredményei, és a háziorvos **szervezi a beteg további ellátását**, a „betegutak” is. A háziorvosi rendszer számára biztosítjuk a megfelelő **fejlesztési lehetőségeket**, amelyek eredményeként a háziorvosi rendelők diagnosztikai és terápiási lehetőségei nőnek.

folytatás a 8. oldalon »

» a 4. oldal folytatása

- A felügyeleti ellenőrzés. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató nem teljesíti a finanszírozási szerződésből fakadó kötelezettségeit:
 - felszólítja az egészségügyi szolgáltatót a kötelezett-sége teljesítésére,
 - más, területen kívüli, de a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval azonos progresszivitási szinten lévő egészségügyi szolgáltatót jelöl ki az ellátás elvégzésére,
 - pénzbírságot szab ki,
 - felszólítja az egészségbiztosítót a finanszírozási szerződés felfüggesztésére, súlyos jogszabálysértés esetén felmondására.

A pénzbírság mértéke legfeljebb 10 millió Ft lehet.

- Az egészségbiztosítási szolgáltatások kapacitásának ellenőrzése a szerződéseken keresztül.
- Az Egészségbiztosítási Alappal és a központi költségvetéssel kapcsolatos tervező, értékelő, javaslattevő szerepkör.
- Hatósági feladatok: engedélyezés és másodfokú hatósági jogkörök.

Miért jó a változás?

- Az új egészségügyben erős állami felügyelet segíti döntéseinket, és örökdik a szolgáltatások minősége és a pénzünk felhasználásának hatékonysága felett. A Felügyelet célja, hogy minél jobb szolgáltatásokat kapjunk és információk birtokában választhassunk. Feladata, hogy a többszereplős szolgáltatási piacon vigyázzon a pénzünkre, örökjön annak hatékony és szabályszerű elköltsége felett.
- A felügyelet erős fogyasztóvédelmi és betegtájékoztatósi funkciót tölt be.

Az egészségügyi ellátórendszer struktúraátalakításának támogatására, az intézményi átalakítások megkezdésére kiírt pályázat

Az egészségügyi ellátórendszer struktúraátalakításának támogatására, az intézményi átalakítások megkezdésére az egészségügyi intézmények működését segítő támogatásokhoz szükséges előirányzat-átcsoportosításról szóló 2164/2006. (IX. 20.) Korm. határozat alapján kiírt pályázati felhívásra 200 pályázatot érkezett be, amely tartalmazza a közösen benyújtott pályázatokat is.

Az önálló pályázatok többsége aktív ágyak leépítésére, aktív ágyak járó, illetve krónikus fekvőbeteg-szakellátásba történő konvertálásra irányult. A járóbeteg szakrendelők többnyire a telemedicina, az informatikai, a betegelőjegyzési, betegirányítási rendszer fejlesztésére, korszerűsítésére és komfortosításra nyújtottak be pályázataikat. A közösen benyújtott pályázatok egynegyede került elutasításra tekintettel arra, hogy nem feleltek meg a pályázati céloknak.

Ilyen elutasítási indok volt többek között:

- szakrendelő esetében szakorvosi óraszám befogadására,
- kálpalkotó diagnosztikai eszköz befogadása,
- teljes mértékben beruházásra, történő pályázás.

A kiemelt elbírálási szempontok közül:

- az aktív ágyak végleges megszüntetésére: 37 (19%) pályázó,
- aktív ágyak krónikus, illetve rehabilitációs ággyá konvertálását tervezte: 64 (32%) pályázó,
- járóbeteg szakellátásra konvertálást tervezett: 27 (14%) pályázó.

A további elbírálási szempontok közül az alábbiak szerint alakult a pályázók száma:

- sürgősségi vagy ügyeleti ellátás szervezésének korszerűsítése: 12 pályázó (6%),
- beteg előjegyzési, betegirányítási rendszer kialakítása: 26 pályázó (13%),
- telemedicina, IT technológia fejlesztés: 15 pályázó (8%),
- a beteg komfortját szolgáló beruházások megvalósítása: 20 pályázó (10%),
- az ellátás szervezésének korszerűsítése (onkológiai, kardiológiai, gyermek egészségügyi, sürgősségi vagy intenzív): 17 (8,5%).

Egy pályázó több (maximum 2) pályázatot nyújthatott be, amelyből az egyik önálló, a másik közös pályázat kellett hogy legyen. 19 pályázó nyert mindkét cél megvalósítására támogatási összeget. Kiemelt elbírálási szempontokra 88 pályázó, a további elbírálási szempontokra 84 nyert támogatási összeget.

A megszüntetett ágyakat különböző mértékben támogattuk:

- teljes telephely megszüntetésére kerül sor (2 MFt/ágy)
- teljes osztály megszüntetése vagy osztályok össze-

vonása keretében kerül sor az ágyak megszüntetésére (1,5MFt/ágy),

- krónikus, illetve járókapacitássá konvertálja a pályázó a megszüntetendő aktív ágyakat (1MFt/ágy),
- osztály megszüntetése és konverzió nélkül leépített aktív ágyak, ideértve az osztályok mátrixba szervezését (1 MFt/ágy).

Az egyes pályázók átlagosan:

- aktív ágyak leépítésére: 21 MFt,
- aktív ágyak járóbeteg-szakellátásba történő konvertálására: 6,5 MFt,
- aktív ágyak krónikus fekvőbeteg-szakellátásba történő konvertálására: 24,5 MFt

A további szempontok megvalósítására átlagosan 23 MFt-ot nyertek az egyes pályázók.

Ez azt jelenti, hogy a 6,5 Mrd Ft-ból összesen:

- 4,6 Mrd Ft (71%) az ágyak leépítésére, illetve konverziójára, valamint
- 1,9 Mrd Ft (29%) a további szempontokra került felosztásra.

Az alábbi táblázat mutatja összesen hány ágy kerül ki az aktív ellátásból és milyen megoszlásban:

- Aktív ágyszám megszűnés: 1586
- ebből osztálymegszüntetéssel: 518
- Járóbeteg ellátásba konvertálás: 571
- Krónikus ellátásba konvertálás: 2155
- Összesen aktív ellátásból kikerülő ágyszám: 4312

folytatás a 6-7. oldalon »

KÓRHÁZTÖRBÉNY

1. táblázat: Pályázat „Az egészségügyi ellátórendszer struktúraátalakításának támogatására az intézményi átalakítások megkezdésére” 2006. – A.) Ágyszám-csökkenítés alapján

Megye	Pályázó neve	Megszűnt aktív ágy		Járóbeteg ellátásba konvertált aktív ágy		Krónikus ellátásba konvertált aktív ágy		Kapacitás változás		Megjegyzés	Új szakterület
		Ágyszám	eFt	Ágyszám	eFt	Ágyszám	eFt	Összesen eFt			
Bács-Kiskun	Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht.	101	101 000	0	0	40	40 000	141 000	Aktív ágyak megszüntetésére és krónikus ellátásba konvertálására.		krónikus ellátás
Bács-Kiskun	Bajai Kórház	68	68 000	25	25 000	14	14 000	107 000	Aktív ágyak krónikus és járóbeteg ellátásba konvertálására.		Sebészeti és belgyógyászati jell. mátrix pszichiátriai rehabilitáció
Bács-Kiskun	Városi Kórház Rendelőintézet, Kiskunfélegyháza	0	0	0	0	18	18 000	18 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		mozgásszervi rehabilitáció
Bács-Kiskun	Városi Ön. Kórház-Ri., Kalocsa	0	0	0	0	16	16 000	16 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Baranya	Komló Városi Önk. Kh.-Ri.	0	0	11	11 000	49	49 000	60 000	Aktív ágyak járóbeteg és krónikus ellátásba konvertálására.		Pulmonológiai rehabilitáció
Baranya	Siklói Kórház Kht.	0	0	0	0	45	45 000	45 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		Kardiológiai rehabilitáció
Baranya	Szigetvár Városi Kórház	0	0	0	0	30	30 000	30 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Békés	Pándy Kálmán Kórház, Gyula	56	56 000	0	0	0	0	56 000	Aktív ágyszám megszüntetésére..		
Borsod-Abaúj-Zemplén	Miskolc MJV Önkormányzata Semmelweis Kh.	0	0	10	10 000	52	52 000	62 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba és krónikus ellátásba konvertálására.		
Borsod-Abaúj-Zemplén	B.-A.-Z. M. Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc; Szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház	0	0	0	0	43	43 000	43 000	Aktív ágyak krónikusra konvertálására.		Szikszó: ápolás
Borsod-Abaúj-Zemplén	Diósgyőri Kórház, Miskolc	0	0	0	0	37	37 000	37 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Borsod-Abaúj-Zemplén	Városi Kórház, Kazincbarcika	0	0	4	4 000	30	30 000	34 000	Aktív ágyak járóbeteg és krónikus ellátásba konvertálására.		
Borsod-Abaúj-Zemplén	Ózd Városi Önkormányzat Almási Balogh Pál Kh.	0	0	6	6 000	9	9 000	15 000	Aktív ágyak krónikus és járóbeteg ellátásba konvertálására.		
Budapest	MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet	40	60 000	60	60 000	0	0	120 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására, osztály megszüntetésére.		
Budapest	Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai Pulmonológiai és Fejlesztésneurológiai Intézet	70	105 000	0	0	0	0	105 000	Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetéssel.		
Budapest	Főv. Ön. Szent István Kórház és Rendelőintézet	30	45 000	0	0	30	30 000	75 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására. Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetéssel.		onkológiai rehabilitáció nappali stroke
Budapest	Szent Margit Kórház	20	20 000	0	0	52	52 000	72 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Főv. Ön. Szent István Kórház és Rendelőintézet, Főv. Szent László Kórház	45	67 500	0	0	0	0	67 500	Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetéssel.		
Budapest	Főv. Önk. Heim Pál Gyermekkórház	50	60 000	0	0	0	0	60 000	Aktív ágyak leépítésére, osztályok összevonására.		
Budapest	Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet	39	58 500	0	0	0	0	58 500	Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetéssel.		hospice
Budapest	Főv. Önk. Péterfy Sándor u-i Kórház-Rendelőintézet	25	37 500	0	0	20	20 000	57 500	Aktív leépítésére osztály összevonással, aktív ágy krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Szent Rókus Kórház és Ri.	4	4 000	0	0	50	50 000	54 000	Aktív ágyak megszüntetésére és krónikus ellátásba konvertálására.		belgyógyászati rehabilitáció
Budapest	Főv. Önk. Uzsoki utcai Kórház	0	0	34	34 000	20	20 000	54 000	Aktív ágyak járóbeteg és krónikus ellátásba konvertálására.		Ápolás
Budapest	Semmelweis Egyetem, Mo-i Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza	23	34 500	0	0	15	15 000	49 500	Aktív ágyak leépítésére és osztály megszüntetésére, valamint aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház	0	0	30	30 000	17	17 000	47 000	Aktív ágyak krónikus és járóbeteg ellátásba konvertálására.		mozgásszervi rehabilitáció
Budapest	Országos Gyógyintézeti Központ	0	0	0	0	40	40 000	40 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		Ápolás
Budapest	Főv. Önk. Károlyi Sándor Kórház és Ri.	25	37 500	0	0	0	0	37 500	Aktív ágyak leépítésére, osztály megszüntetéssel.		
Budapest	Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet	20	29 000	0	0	0	0	29 000	Aktív ágyak leépítésére, osztályok összevonására.		
Budapest	Fővárosi Önk. Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórháza, Csepeli Egészségügyi Szolgálat, XVIII. Pestszentlőrinc-Pestszentimre Eü. Szolg.	20	20 000	4	4 000	0	0	24 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására és megszüntetésére.		Gerontológia
Budapest	Országos Sportegészségügyi Intézet	0	0	0	0	20	20 000	20 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Mo-i Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza	0	0	0	0	20	20 000	20 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Semmelweis Egyetem	13	19 500	0	0	0	0	19 500	Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetéssel.		10 ágyon kúraszerű onkológia
Budapest	Szent János Kórház-Ri.	0	0	0	0	18	18 000	18 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Budapest	Főv. Önk. Bajcsy Zsilinszky Kórház	0	0	0	0	15	15 000	15 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		pszichiátriai rehabilitáció
Budapest	Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. Szentendre Város Egészségügyi Intézményei	0	0	10	10 000	0	0	10 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására.		
Csongrád	Szeged MJV Önkormányzat Kórház	0	0	35	35 000	0	0	35 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására.		
Csongrád	Hódmezővásárhelyi Megyei Jogú Város Önk. Erzsébet Kórház Rendelőintézet	0	0	0	0	29	29 000	29 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		ápolás Sebészeti mátrix
Csongrád	Dr. Bugyi István Kórház, Szentes	0	0	0	0	18	18 000	18 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Csongrád	Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos-és Gyógyszerésztudományi Centrum Szeged, MJV Önkormányzat Kórház Szeged, MJV Önkormányzat Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat	0	0	12	12 000	0	0	12 000	Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására.		
Csongrád	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kh-Ri., Makó	0	0	0	0	10	10 000	10 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Fejér	Fejér M. Szent György Kórház, Székesfehérvár	69	71 000	31	31 000	0	0	102 000	Aktív ágyak leépítésére és osztály megszüntetésre. Aktív ágyak járóbeteg ellátásba konvertálására.		Gyermekegyógyászati mátrix
Fejér	Szent Pantaleon Kórház Kht., Dunaújváros	0	0	74	74 000	25	25 000	99 000	Aktív ágyak járóbeteg és krónikus ellátásba konvertálására.		
Fejér	Városi Kórház Rendelőintézet, Mór, Batthyány Kázmér Szakkórház, Kisbér	10	10 000	0	0	0	0	10 000	Ágyszám leépítésre.		
Győr-Moson-Sopron	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr	41	48 000	0	0	92	92 000	140 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására, valamint aktív ágy teljes megszüntetésére.		
Győr-Moson-Sopron	Margit Kórház, Csorna	0	0	0	0	60	60 000	60 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		ápolás
Győr-Moson-Sopron	Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár	0	0	0	0	49	49 000	49 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Győr-Moson-Sopron	Lumniczer Sándor Városi Kórház-Rendelőintézet, Kapuvár	0	0	0	0	20	20 000	20 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Győr-Moson-Sopron	Állami Szanatórium, Sopron	0	0	0	0	10	10 000	10 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Hajdú-Bihar	Területi Kórház Berettyóújfalú	0	0	0	0	108	108 000	108 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Hajdú-Bihar	Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum VESZ Egészségügyi Szolgáltató Kht.	0	0	10	10 000	0	0	10 000	Aktív ágyak járóba konvertálására.		
Heves	Heves M. Önk. Markhot Ferenc Kórház-Ri., Eger	66	66 000	30	30 000	18	18 000	114 000	Aktív ágyak krónikusra és járóba konvertálására.		
Heves	Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, Hatvan	30	30 000	0	0	0	0	30 000	Aktív ágyak megszüntetésére.		Belgyógyászati mátrix Sebészeti mátrix
Heves	Bugát Pál Kórház Eü. Szolg. Kht., Gyöngyös	0	0	0	0	20	20 000	20 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		Ápolás
Heves	Mátraí Gyógyintézet, Mátraháza	0	0	0	0	20	20 000	20 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		kardiológiai rehabilitáció onkológiai rehabilitáció
Jász-Nagykun-Szolnok	Szolnok Megyei Hetényi G. Kh-Ri, Szolnok	112	128 000	0	0	0	0	128 000	Aktív ágyak leépítésére és konvertálására.		Sebészeti mátrix
Jász-Nagykun-Szolnok	Kátai Gábor Kórház, Karcag	0	0	16	16 000	64	64 000	80 000	Aktív ágyak járóbeteg és krónikus ellátásba konvertálására.		belgyógyászati rehabilitáció mozgásszervi rehabilitáció
Jász-Nagykun-Szolnok	Jászberényi, Erzsébet Kh.	15	15 000	0	0	42	42 000	57 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		ápolás
Komárom-Esztergom	Selye János Kórház, Komárom	21	21 000	0	0	15	15 000	36 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Komárom-Esztergom	Komárom-Esztergom Megyei Önk. Szent Borbála Kórháza, Tatabánya	0	0	8	8 000	22	22 000	30 000	Aktív ágy konvertálására.		Ápolás, Hospice
Komárom-Esztergom	Komárom-Esztergom M. Önk. Szent Borbála Kórháza, Tatabánya Vaszary Kolos Kórház, Esztergom	15	22 500	0	0	0	0	22 500	Aktív ágyak leépítésére osztály megszüntetésével.		
Komárom-Esztergom	Vaszary Kolos Kórház, Esztergom	0	0	0	0	19	19 000	19 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		onkológiai rehabilitáció
Nógrád	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján Dr. Kenessey Albert Kórház, Balassagyarmat,Margit Kórház, Pásztó	15	22 500	5	5 000	48	48 000	75 500	Aktív ágyak leépítésére és konvertálására: Salgótarján: 42,5 Mft Balassagyarmat: 8 Mft Pásztó: 25 Mft		ápolás
Pest	Toldy Ferenc Kh-Ri., Cegléd	0	0	0	0	53	53 000	53 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		ápolás
Pest	Jávorszky Ödön Városi Kórház, Vác	6	6 000	0	0	30	30 000	36 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Pest	Nagykörös Város Önkormányzat Rehab. Szakkórháza és Rendelőintézete	0	0	0	0	25	25 000	25 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		
Somogy	Magyar Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza	0	0	0	0	106	106 000	106 000	Aktív ágyak krónikus ellátásba konvertálására.		hospicekrónikus belgyógyászat kardiológiai rehabilitáció
Somogy	Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár	87	87 000	10							



STRUKTÚRAÁTALAKÍTÁS: PÁLYÁZATI EREDMÉNYHIRDETÉS

» *az 1. oldal folytatása*

Egy-két jellemző a pályázatokban vállalt célkitűzések közül:

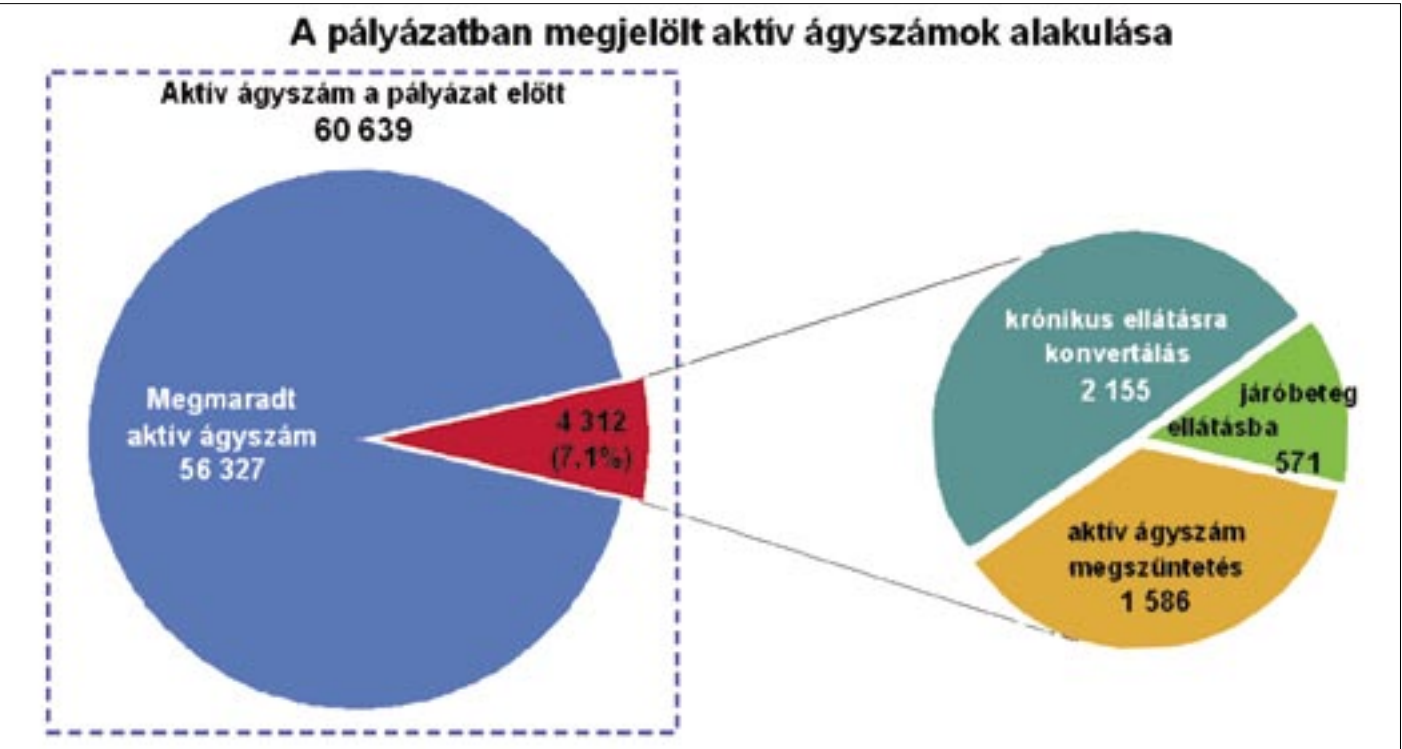
- Két, azonos városban lévő székhellyel rendelkező fekvőbeteg gyógyintézet a széttagolt gyermekonkológiai ellátást egy Gyermekonkológiai Diagnosztikus, Kezelő és Továbbképző Centrumba tervezi integrálni. Egységes gyermekpszichiátriai és mentálhigiénés ellátást terveznek létrehozni. A perinatalis intenziv centrumát (PIC) az egyik szolgáltató megszünteti, míg a másik fekvőbeteg gyógyintézet PIC centrumot alakít ki, hogy az ellátást egy telephelyen lehessen végezni.
- Egy szolgáltató a fekvőbeteg ellátásának átszervezése során rehabilitációs centrumot alakít ki külön telephelyen, kiemelten az onkológiai rehabilitációra. A jelenlegi struktúra problémája, hogy a kórházban az osztályokhoz kapcsolódóan működnek rehabilitációs ágyak, de a megfelelő személyi és tárgyi minimumfeltételek hiányoznak. A központosítással magasabb színvonalon valósulhat meg a betegellátás.
- Számos pályázó az aktív ágyai egy részének megszüntetésével párhuzamosan a megmaradó ágyait mátrix rendszerben működteti tovább, ami hatékonyabb működtetést tesz lehetővé.
- Egy megye összes kórháza közös pályázatot nyújtott be az ellátások területi integrációjára: a profilok kicserélésével, a felesleges ágyak leépítésével, bizonyos ellátások egy intézménybe koncentrálásával hatékonyabb és magasabb színvonalú ellátását valósítanak meg. A krónikus ellátás ágyszámát szintén emelik, ami az idősödő lakosság igényeinek jobb kiszolgálását teszi lehetővé. Egyúttal a pályázat fontos népegészségügyi prioritásokat helyez előtérbe, mint pl. a mammográfiai szűrések kiterjesztése.
- Jellemző az olyan pályázat, amelyben két fekvőbeteg intézmény konzorciumot alkotva az egyik intézményben az aktív ellátást fejleszti, míg a másikban a krónikus ellátást központosítja.
- A rehabilitációs ellátás fejlesztésére számos pályázat irányul, kiemelten foglalkoznak a pályázatok a népegészségügyi célkitűzésekhez kapcsolódó kardiovaszkuláris és onkológiai rehabilitációs ellátások fejlesztésével.
- Számos intézmény külső telephelyeinek megszüntetésére pályázik: az ellátás koncentrálása hatékonyabb ellátást, megtakarításokat eredményez, ami a betegellátás javítására fordítható. Az intézmények egy tömbbe az aktív, egy tömbbe a krónikus ellátást koncentrálják.
- Az ágymegszüntetések általában a tartósan kihasználatlan ágyakat érintik, így az ellátás biztonságát nem veszélyeztetik! Egy pályázó pl. tartósan

kihasználatlan ágyait leépíti, többi ágát mátrixba szervezi és a sürgősségi ellátást fejleszti.

- Az összevonás, központosítás által sok helyen nyílik lehetőség tágasabb betegváro helyiségek kialakítására, rehabilitációs foglalkoztatás bevezetésére, stb. míg a központosítás helyszínén korszerűbb technikai háttérrel folyhat a betegellátás.
- A komfortosítás jellemző pályázati célkitűzés, ami pl. vizesblokkok, klimatizálás, alacsonyabb ágyszámú szobák kialakítását célozza.

- Betegirányító, beteghívó rendszerek kialakításával a pályázók a várakozási idő csökkentését, kulturáltabb betegfogadást célozzák.
- Az IT fejlesztések közül számos irányul a különböző telephelyek, vagy akár különböző intézmények (fekvő, járó, háziorvosok) informatikai rendszerének integrálására, ami az adatok gyorsabb áramlásának biztosításával a betegellátás minőségét javítják, az előjegyzés egyszerűsítésével a kulturáltabb betegellátást teszik lehetővé.

FORRÁS



2. táblázat: Pályázat „Az egészségügyi ellátórendszer struktúraátalakításának támogatására az intézményi átalakítások megkezdésére” 2006. – B.) További szempontok szerint

Megye	Pályázó neve	Egyéb pályázati cél	
		Vállalt feladat megnevezése	Támogatási összeg eFt
Bács-Kiskun	Bajai Kórház	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	7 100
Bács-Kiskun	Városi Ön. Kórház-Ri., Kalocsa	IT technológia fejlesztésére.	14 300
Bács-Kiskun	Bács-Kiskun M. Önk. Kh. Ált. Orvostudományi Kar Oktatókórháza, Kecskemét	Belső struktúra korszerűsítés.	21 400
Baranya	Pécs MJV Egyesített Eü. Intézmények	Komfortosításra.	3 900
Baranya	Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Pécs	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	14 200
Békés	Városi Eü. Intézmény, Gyomaendrőd	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	3 100
Békés	Pándy Kálmán Kórház, Gyula	Komfortosításra..	21 400
Borsod-Abaúj-Zemplén	Városi Önkormányzat Rendelőintézete, Mezőkövesd	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	3 600
Borsod-Abaúj-Zemplén	Szent Ferenc Kórház, Miskolc	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	4 300
Borsod-Abaúj-Zemplén	Sárospatak Város Önkormányzat Rendelőintézete	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához és komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	6 400
Borsod-Abaúj-Zemplén	Miskolc MJV Önkormányzata Semmelweis Kh.Diósgyőri Kh., Miskolc	Szakmai párhuzamosságok megszüntetésére.	35 600
Borsod-Abaúj-Zemplén	Sátoraljaújhely Város Önk. Erzsébet Kh.	Sürgősségi ellátás korszerűsítésére.	42 700
Borsod-Abaúj-Zemplén	B.-A.-Z. M. Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc	Onkológiai ellátás átszervezésére.	42 700
Borsod-Abaúj-Zemplén	B.-A.-Z. M. Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc,Szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház	Belső átszervezésre a megyei kórháznak.	105 700
Budapest	Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat	Betegirányítási rendszer korszerűsítéséhez kapcsolódó működési költségekre.	3 600
Budapest	XIII. ker. Egészségügyi Szolgálat Kht.	Betegirányítási rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	3 600
Budapest	Dél-Budai Egészségügyi Szolgálat Kht.	IT technológia fejlesztése.	3 600
Budapest	Óbuda-Békásmegyer Eü. Szolgáltató Kht.	Betegelőjegyzési rendszer továbbfejlesztéséhez kapcsolódó működési költségekre.	4 300
Budapest	Országos Sportegészségügyi Intézet	Belső struktúra átalakítására.	7 100
Budapest	Zuglói Eü. Szolg.	Telemedicina kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	7 100
Budapest	Főv. Önk. Uzsoki utcai Kórház	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	7 800
Budapest	Gézengúz Alapítvány, Budapest/Győr	Működési költségekre, korszerűsítésre.	8 500
Budapest	International Medical Services - Nemzetközi Gyógyászati Szerviz Kft.	IT technológia fejlesztése	10 000
Budapest	Főv. Önk. Központi Stomatológiai Intézet	Betegirányítás, sürgősségi ambuláns ellátás biztosítása.	11 400
Budapest	Főv. Önk. Péterfy Sándor u-i Kórház-Rendelőintézet	Komfortosításra	34 100
Budapest	Budai Irgalmasrendi Kórház Kht.Szentendre Város Egészségügyi Intézményei	Betegirányítási és betegdokumentációs rendszer bevezetésére.	14 200
Budapest	Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	14 200
Budapest	Semmelweis Egyetem	Kúraszerű ellátás működési költségeire.	15 700
Budapest	Országos Pszichiátriai és Neurológiai IntézetCVI Kht.	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	16 000
Budapest	Gyógyír XI. Kht.	Informatikai fejlesztésekhez kapcsolódó működési költségekre.	17 800
Budapest	Főv. Önk. Szent Imre Kórház	Telemedicina kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	17 800
Budapest	Szent Margit Kórház	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	21 400
Budapest	Főv. Önk. Károlyi Sándor Kórház és Ri.	Belső osztály átszervezésére és sürgősségi ellátás korszerűsítésére.	21 400
Budapest	Fővárosi Önk. Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórháza,Csepeli Egészségügyi Szolgálat, XVIII. Pestszentlőrinc-Pestszentimre Eü. Szolg.	IT technológia fejlesztésére, telemedicina kialakítására.	25 600
Budapest	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	Sürgősségi, ügyeleti rendszer racionalizálására.	27 100
Budapest	Óltalom Karitatív Egyesület	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	28 500
Budapest	Országos Onkológiai Intézet	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	35 600
Budapest	Mo-i Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza	Komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	42 700
Budapest	Főv. Önk. Heim Pál Gyermekkórház,Budai Gyermekkórház és Rendelőintézet Kht.	IT technológia fejlesztése.	42 700
Budapest	Semmelweis Egyetem,Mo-i Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza	Komplex pályázati vállalásra, a pályázatban megjelölt megosztás szerint.	105 700
Csongrád	Móra-Vital Egészségmegőrző és Szoc. Kht., Mórahalom	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	6 400
Csongrád	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kh-Ri., Makó	Betegelőjegyzési rendszer fejlesztésére, sürgősségi ellátás racionalizálására.	7 100
Csongrád	Dr. Szarka Ödön Egyesített Egészségügyi Intézmény, Csongrád	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	7 100
Csongrád	Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos-és Gyógyszerésztudományi Centrum	Szervezés korszerűsítésére.	41 300
Csongrád	Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos-és Gyógyszerésztudományi CentrumSzeged, MJV Önkormányzat KórházSzeged MJV Önkormányzat Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat	Ellátásszervezés megvalósítására.	62 600
Fejér	Fejér M. Szent György Kórház, Székesfehérvár	Belső struktúra korszerűsítés.	6 400
Fejér	Városi Kórház Rendelőintézet, Mór, Batthyány Kázmér Szakkórház, Kisbér	Sürgősségi ellátás fejlesztésére.	17 100
Győr-Moson-Sopron	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr,Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár, Margit Kórház, Csorna	Belső struktúra korszerűsítés, a pályázatban megjelölt megosztás szerint.	42 700
Hajdú-Bihar	Eü. Szolgáltató és Vagyonkezelő Intézmény, Hajdúböszörmény	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához és komfortosításhoz kapcsolódó működési költségekre.	5 000
Hajdú-Bihar	Vamed Bt., Balmazújváros	IT technológia fejlesztésre	10 300
Hajdú-Bihar	Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum	Sürgősségi ellátás fejlesztésére, korszerűsítésére.	42 700
Hajdú-Bihar	Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi CentrumVESZ Egészségügyi Szolgáltató Kht.	Városi komplex ügyeleti ellátó rendszer létrehozására.	105 700
Heves	Heves M. Önk. Markhot Ferenc Kórház-Ri., Eger	Komfortosítás I. és II. telephelyen.	12 800
Heves	Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, HatvanBugát Pál Kórház Eü. Szolg. Kht., Gyöngyös	Ellátásszervezés korszerűsítésére.	39 600
Jász-Nagykun-Szolnok	Városi Önkormányzat Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet, Törökszentmiklós	Informatikai fejlesztésre.	7 100
Jász-Nagykun-Szolnok	Kunszentmárton Város Önkormányzata	Betegelőjegyzési rendszer továbbfejlesztéséhez kapcsolódó működési költségekre.	28 500
Jász-Nagykun-Szolnok	Szolnok Megyei Hetényi G. Kh-Ri, Szolnok	Komfortosításra.	29 200
Komárom-Esztergom	Vaszary Kolos Kórház, Esztergom	Onkológiai ellátás fejlesztésére.	3 600
Komárom-Esztergom	Selye János Kórház, Komárom	Komfortosításra.	10 700
Komárom-Esztergom	Komárom-Esztergom M. Önk. Szent Borbála Kórháza, TatabányaVaszary Kolos Kórház, Esztergom	Gyermekügyeleti sürgősségi ellátóhely kialakítására.	17 800
Komárom-Esztergom	Komárom-Esztergom Megyei Önk. Szent Borbála Kórháza, Tatabánya	Komfortosításra.	21 400
Nógrád	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Az ügyeleti rendszer racionalizálására és a betegirányítás kialakítására.	14 200
Pest	Szob Város Szakorvosi Rendelőintézet	IT technológia fejlesztésre.	1 300
Pest	Pilisvörösvár Városi Önkormányzat Szakorvosi Rendelőintézet	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	2 800
Pest	Misszió Egészségügyi Központ, Veresegyház	IT technológia fejlesztésre.	3 200
Pest	Törökbálint, Tüdőgyógyintézet	Kúraszerű ellátás fejlesztésére, betegelőjegyzési rendszer kialakítására.	5 700
Pest	Toldy Ferenc Kh-Ri., Cegléd	Betegelőjegyzési rendszer és telemedicina kialakításához, fejlesztéséhez kapcsolódó működési költségekre.	10 700
Pest	Érd Város Szakorvosi Rendelőintézet	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	11 400
Pest	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Betegelőjegyzési rendszer kialakításához kapcsolódó működési költségekre.	21 400
Pest	Jávorszky Ödön Városi Kórház, Vác	Sürgősségi ellátás megerősítésére.	21 400
Pest	Dunakeszi Város Önkormányzatának Szakorvosi Rendelőintézete	IT technológia fejlesztésre.	42 700
Somogy	Diótörés Alapítvány	Betegelőjegyzési rendszer kiépítésére. Komfortosításra.	9 600
Somogy	Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár	Komfortosításra és sürgősség fejlesztésére.	14 200
Somogy	Siófok, Város Kh.-Ri.	Komfortosításra.	14 200
Somogy	Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum, Kaposvár	Betegelőjegyzési, betegirányítási rendszer kiépítésére.	42 700
Somogy	Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár,Magyar Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza	Területi integráció megvalósítására.	105 700
Szabolcs-Szatmár-Bereg	Csenger Város Önkormányzat Népjóléti és Szociális Alapszolgáltatási Központ	Sürgősségi és ügyleti rendszer fejlesztésére.	4 600
Vas	Celldömölk, Kemenesaljai Kh.,Sárvár, V.Kh.Ri.	Belső struktúra átalakítására.	7 100
Vas	Dr. Batthyány Strattmann László Kh. Egészségügyi Szolgáltató Kft., Körmend	Sürgősségi betegfelvételhely kialakítására.	14 200
Vas	Vas Megyei és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórház	Komfortosításra, betegelőjegyzési rendszer kiépítésére.	32 700
Vas	Vas Megyei és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky KórházVas Megyei Rehabilitációs Kórház Szentgotthárd	Belső struktúra átalakítására.	35 600
Veszprém	General Medicina Kft Várpalota	Telemedicina, betegirányítás kialakítására.	1 800
Veszprém	Sümege Városi Kórház és Rendelőintézet	Komfortosításra.	7 100
Veszprém	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet, VeszprémMagyar Imre Kórház, Ajka, Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyint., Farkasgyepű, Gróf Esterházy Kórház-Ri, Pápa, Városi Kórház-Ri, Sümege, Palotahosp Kft. Városi Kórház-Rendelőintézet, VárpalotaDr. Deák Jenő Kh-Ri. és Gyógybarlang Kht., Tapolca, Zirc Városi Erzsébet Kh-Rl.	Ellátásszervezés megvalósítására.	105 700

» az 5. oldal folytatása

Ebben kiemelt szerepe van az **informatikának** is, mert ez teremti meg a távdiagnosztika, távkonzílium lehetőségét, ez alapozza meg azt, hogy a háziorvos felkészülten, minden információ és lelet birtokában hozza meg döntéseit, de az informatika fejlesztése teszi lehetővé annak az elvünknek az érvényesítését, hogy **„a lelet utazzon, ne a beteg”**. Bár az alapellátás fejlesztésében alapvető cél a lakóhely-közei ellátás biztosítása, de az alapellátásban is ösztönözni kívánjuk az orvosok, illetve önkormányzatok kistérségen belüli együttműködését. Ennek egyik lehetősége olyan központ működtetése, ahol a **háziorvosok együttműködése** és az egyes, heti pár órában kihelyezett szakorvosi konzíliumok és a gyógytornász mellett az központ része a központi ügyelet és folyamatosan nyitva tartó, vagy készenlétet tartó gyógyszerár. Itt történhetnek egyes központilag vagy helyben szervezett szűrések, és itt van a helyi közösségi egészségfejlesztés központja is.

A szív-érrendszeri megbetegedések felismerése, kezelése, a betegek gondozása szempontjából is meghatározó jelentősége lesz a **Pulzus Prevenációs Pontoknak**. A szív-érrendszeri megbetegedések tekintetében **speciálisan képzett nővérekre** alapozva itt történik a betegek előszűrése, gondozása, ellenőrzése, ideértve a telemedicina (pl.: távkgg) lehetőségeit is. Diagnóztist továbbra is **csak orvos állapot meg,** ő készíti a kezelési tervet, de a betegek szűrésében, ellenőrzésében, gondozásában aktívan részt vesznek a nővérek is. A Pulzus Prevenációs Pontok egyúttal az **életmód-programok**, betegklubok központjai is. A Pulzus Prevenációs Pontokban elérhető ügyfélfelkapun keresztül a betegek maguk ellenőrizhetik befizetéseiket és az elszámolt egészségügyi ellátásokat. Az informatika nemcsak az ellátórendszeren belül segíti a gyógyítást, hanem **házhhoz viszi a biztonságot**: a betegek különböző távdiagnosztikai eszközöket használhatnak, és az egyedüllétből fakadó kockázatokat csökkentő mobil táv-felügyeleti eszközöket alkalmazhatnak. Ugyanezekben a pontokban **Dr. Info** rendszeren keresztül és a Felügyelet honlapjáról tájékoztatást kapnak az egészségügyi intézmények és a biztosítók működéséről, eredményességéről, a szolgáltatók elérhetőségéről, illetve a betegségek természetéről, a gyógyszerekről, valamint az egészséges életmód lehetőségeiről.

Jóllehet az ellátások túlnyomó része így közelebb kerül a beteghez, a kiemelt ellátásokért felelős egészségügyi központok akár távolabbra is kerülhetnek. A távolságok leküzdése érdekében megerősítjük, **minde-
nütt egyformán elérhetővé tesszük a mentést és a légimentést.**

A vidéki mentőállomások elhelyezkedése:



III. Miért lesz jobb az új egészségügy?

Az átalakítás hatására

- **biztonságosabb**, hatékonyabb, magasabb szakmai színvonalú ellátást nyújtó,
- **méltányos**, a mainál lényegesen egyenletesebb hozzáférést biztosító,
- szakmai és pénzügyi szempontból is **fenntartható** fejlődésű ellátórendszer jön létre.

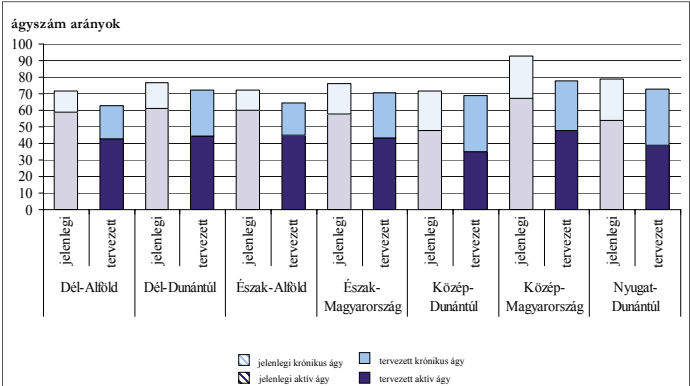
1. Az átalakult egészségügy szerkezete

igazságosabb, és jobban alkalmazkodik a megváltozott szükségletehez. Az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi szerkezete egyrészt aránytalan és igazságtalan, másrészt nem követi a szükségletek változását. Ennek következményeként:

- túl sok a kórházi ágy, nem elég fejlett a járóbeteg-ellátás,
- nagyok, és az egészségi állapot különbségeivel nem indokolhatóak a kórházi kapacitások eltérése az egyes területeken,
- még mindig túl sok az aktív, és kevés a krónikus ellátást nyújtó, illetve rehabilitációs kapacitás.

A Kórházfejlesztési törvény megteremti annak a lehetőségét, hogy a feltárt problémák megoldásra kerüljenek. A törvény elfogadásával és végrehajtásával jelentős, érezhető lesz a jó irányba történő elmozdulás.

10.000 lakosra jutó kórházi ágyak Magyarországon:



Az aktív kórházi ágyak száma a jelenlegi **60.146-ról 44.215-re csökken**. Ezzel párhuzamosan a krónikus fekvőbeteg ellátásban (rehabilitáció, ápolás) elérhető ágyak száma a jelenlegi **19.979-ről 27.169-re nő**. Az össz-ágyszám mintegy 11%-kal, **80.125-ről 71.384-re csökken**. Közel hét és félezre aktív ágy krónikussá alakul. Az átalakítások hatására csökken az aktív ellátás „túlsúlyossága”, és a megbetegedési viszonyok változásához igazodva nő a krónikus ellátás kapacitása. Ezáltal sikerül elérni azt, hogy az új szerkezet

- **igazságosabb**,
- jobban alkalmazkodik a megváltozott **szükségletekhez**,



Kórházfejlesztési törvény (2)

- jobban alkalmazkodik a **technológiai fejlődéshez**, a korszerű ellátás követelményeihez. Az aktív ágyak változását bemutató ábrán látható, hogy az átalakulás területi kiegyenlítődet hoz. A krónikus ágyak tekintetében is jelentős a kiegyenlítődet. Az átalakítás után létrejövő **új struktúra csökkenti az egyenlőtlenségeket**.

2. Helyi döntések – helyi felelősség

Az állam alkotmányos felelőssége az egészségügyi intézményrendszer működésének biztosítása. A hatékonyság és igazságosság érdekében köteles élni a tervezés eszközeivel. Ezért a **kiemelt jelentőségű ellátásokat, a kiemelt kórházak kijelölését** és szakmai működőképességük garantálását törvényi szinten, országosan, **törvényben szabályozzuk**. Ugyanakkor az **általános biztosítandó ellátások eloszlásának meghatározása** – a szubszidiaritás elvét is figyelembe véve – már **helyi felelősség**, mert ezeknek a döntéseknek illeszkednie kell az adott **régió jövőképe**, általános fejlesztési koncepciójába. A régió kapacitására a **miniszter javaslatot készít** a régiók szakemberei és intézményfenntartói számára, de a **végleges döntések a Regionális Egészségügyi Tanácsokban születnek**. E testületek működése a tulajdonosok felelős együttműködésén alapul, figyelembe veszi a helyi igényeket, a tradicionális értékeket és a pénzügyi lehetőségeket.

3. Az új egészségügy jobb minőségű, biztonságosabb ellátást nyújt

Az egészségügy jelenlegi aránytalan és nem jól szabályozott szerkezete és működése nem képes egyenesen jó ellátást nyújtani. A **korszerű gyógyítás drága, nagyértékű gépeket, és nagy tapasztalatú, speciális szakértelmű orvosokat kíván. Ez nem biztosítható mindenütt**. Részint mert költségigényes és nem hatékony, másrészt a **megfelelő szakmai gyakorlat csak a nagy centrumokban szerezhető meg**, kiskórházakban, évi néhány ritka eset ellátásával ez nem biztosítható. A nemzetközi tapasztalatok és az elvégzett elemzések azt bizonyítják, hogy azokban a kis kórházakban, ahol az egyes betegségek **alacsonyabb számban fordulnak elő, rosszabbak a kezelési eredmények**, mint azokban a centrumokban, ahol nagyszámú esetet kezelnek. Így van ez Magyarországon is. Az alábbi táblázat azt bizonyítja, hogy a kis esetszám rontja a betegek túlélési esélyeit. Azokban a kórházakban, ahol például nagy számban gyógyítanak szívinfarktusos beteget, akár **közel kétszer akkora a túlélési esély**, mint ott, ahol ilyen ellátást csak ritkán végeznek.

Ellátott infarktusok száma (évi esetszámok)	0-99	200-299	300-
Ellátottak halálozása	23,8%	18,0%	14,2%

A betegeknek az az **érdekük**, hogy súlyosabb betegségeket csak ott gyógyítsanak, ahol a **szakmai tapasztalat ehhez rendelkezésre áll**. Mert a **betegnek jobb, ha távolabb meggyógyul, mint ha a közelben gyógyítatlan marad**. A mindennapi betegségek gyógyításában megerősödik a helyi ellátás, jól felszerelt ambuláns központok, nappali kórházak, ápolási részlegek jönnek létre, és így a betegek nagy része **közelebb** talál megoldást egészségi problémáira, mint eddig, de nem feltétlenül kórházi ellátás keretében, hanem a **kellemesebb és kényelmesebb** megszokott környezetében. A technika fejlődése sok betegség esetében már nem teszi szükségessé a hosszadalmas kórházi kezelést, hanem olyan megoldásokat kínál, melyek rövidebb idő alatt vezetnek a gyógyuláshoz. **Ma már nem az a cél, hogy mindenáron kórházban gyógyuljunk, hanem, hogy minél nagyobb biztonságban és minél rövidebb idő alatt.**

4. Teljes lefedettség

Az új kórház szerkezet biztosítja, hogy mindenki számára **55 km-en belül** elérhető egy kiemelt feladatokat ellátó súlyponti kórház, annak minden szolgáltatásával.

Kiemelt kórházak elhelyezkedése:



A területi kórházak elhelyezkedése azt garantálja, hogy **30 km-en belül** elérhetőek legyenek az aktív fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek.

5. Komfortosabb, beteg-barát ellátás

A szükségletekhez igazodó számú kevesebb aktív ággyal a jelenlegi kórházi állapotok is javíthatók. A fejlesztések hatására így nemcsak a kórházak szakmai színvonala, az ellátás minősége és biztonsága javul, de megszűnik a zsúfoltság, **megszűnnek a sok ágyas kórtermek**. A kevesebb számú, de korszerűbb épületekben az ellátás minősége **tartósan biztosítható**. Miután a kórházak száma a reális szükségleteknek megfelelően alakul, **pénzügyi helyzetük is stabilizálódik**, ezáltal többet és jobban tudnak törődni az ellátás biztonságával, kulturáltságával.

6. Fenntartható fejlődés, finanszírozható egészségügy

Ha a jelenlegi helyzet nem változik, egy évtizeden belül csupán az aktív fekvőbeteg-ellátásra egy évben többet költünk majd (850 Mrd Ft), mint amennyit ma az egészségbiztosítás valamennyi gyógyító-megelőző ellátására összesen. Ez bizonyosan nem lehetséges, ezt nem teszi lehetővé sem a magyar gazdaság, sem a **lakosság teherbíró-képessége**, de ilyen kiadás-növekedés a konvergencia-program tarthatóságát is megkérdőjelezn.

Az átalakítás után nem költünk kevesebbet az egészségügyre: minden felszabaduló forint továbbra is az egészségügyben marad. Az aktív kórházak és ágyak számának csökkenésével megteremtődik annak a lehetősége, hogy a kevesebb kórházra és ágyra **több pénz jusson, azaz**

javuljon az ellátás minősége. Az átalakítás miatt felszabaduló pénzek nyújtják a fedezetét a megnövekedett krónikus ellátás és a járóbeteg-szakellátás fejlesztésének.

A Kórházfejlesztési törvény teremti meg az alapját a jobb ellátást nyújtó, de finanszírozható egészségügy működtetésének és **az uniós pénzeket is felhasználó fejlesztési források hatékony felhasználásának**. A törvény segíti az intézmények **gazdasági társasággá** alakulását – ami nem azonos a tulajdonosváltással –, ezzel megteremti a feltételt a **rugalmasabb gazdálkodásnak, a tőkebevonásnak, a hitelfelvételnek, azaz a fejlesztéseknek**.

Egyedül a szerkezetváltás tudja garantálni

- az **európai** szintű minőséget,
- a **finanszírozhatóságot**,
- a több **ápolási és rehabilitációs kapacitás** kialakítását,
- a **prevenciós** ellátások bővítését,
- a megfelelő és biztonságos **szakember-ellátottságot**, az EU munkaidő-szabályok betarthatóságát,
- a **lakossághoz közeli járóbeteg-ellátás**, ezen belül is az alapellátás fejlesztési lehetőségét.

IV. A fekvőbeteg kapacitások átalakításának ütemezése

- A törvény hatálybalépése: 2007. január 01.
- A miniszter felosztási javaslatot készít, és 8 napon belül megküldi a Regionális Egészségügyi Tanácsoknak (RET).
- A RET 20 napon belül dönt a normatívák és a hozzájuk tartozó ellátási területek egészségügyi szolgáltatók közötti felosztásáról.
- A döntés akkor érvényes, ha azt a régió területén működő valamennyi fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató fenntartója a RET döntésétől számított 30 napon belül jóváhagyta.
- Döntés vagy jóváhagyás hiányában a miniszter 8 napon belül dönt az adott régió normatíváinak felosztásáról.
- Az új finanszírozási szerződéseket 2007. március 31-éig kell megkötöni a megváltozott kapacitásokkal hozzáigazított teljesítmény-volumen-
kel és új alapdíjakkal.

V. A kapacitás változások hatása az egészségügy humán erőforrás helyzetére

Az ágazatban jelentős munkanélküliségtől nem kell tartani, sőt: a szerkezet-átalakítás teszi lehetővé azt, hogy **nem alakulnak ki munkaerő-hiány miatt ellátási zavarok**. Az ellátórendszer átalakítása a humán erőforrás szakmai struktúrájának és eloszlásának **átrendeződése** kísér. A korábban kialakult, egyes régiókban és szakmákban tapasztalható, regionálisan egyenlőtlen megoszlású **létszámhiányt** a **máshol felszabaduló** szakemberek szüntetik meg, a járóbeteg- és az alapellátás megerősítésével.

A humán erőforrás átszervezése regionálisan differenciáltan, a helyi szükségletek figyelembevételével megy végbe, melyet a **belső migrációt elősegítő intézkedéseknek** (pl. az otthonteremtési támogatási formák bővítése), átképzéseknek (pl. ápolók – szakápolók) és korszerű szakképzési politika (pl. rezidens támogatási rendszer átalakítása) támogatja. Az egyes régiók adatainak elemzéséből kiderül, hogy mind az orvosok, mind a szakdolgozók vonatkozásában a szakember ellátottság nagy eltérést mutat. Országos szinten a százezer lakosra vetített szélső értékek a szakdolgozók esetében **792 és 1.084 között** (37%-os különbség), míg az orvosoknál **224,4 és 426,3 között** (90%-os különbség) mozognak. Ezek az értékek az ellátási különbségekben is megnyilvánulnak. Az ország legelmaradottabb régiói (Észak-Alföld, Észak-Magyarország, Dél-Dunántúl), a népesség egészségi állapota szempontjából is kedvezőtlenebb képet mutatnak, mint a fejlettebb régiók, előbbieket az egészségügyi ellátórendszert tekintve is hátrányos helyzetben vannak. A regionális különbségeket tovább súlyosbítja, hogy ezekben a régiókban a legalacsonyabb az egy foglalkoztatott egy munkanapjára vetített GDP termelés.

VI. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztési programjának és az Új Magyarország Fejlesztési tervnek az összhangja

A következő években annyi pénzt tudunk költeni az egészségügy fejlesztésére, mint korábban egyszerre soha. **400 milliárd forint** uniós támogatás szolgál arra, hogy a kor színvonalának megfelelő ellátásokat kaphassunk. Ezt a pénzt nem szabad **változtatlanul hagyott korszerűtlen struktúrára**, pazarló rendszerre költeni. Azért van szükség az átalakításra, hogy az **uniós támogatás már a korszerű, modern és betegbarát egészségügy felépítését szolgálja**.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének programja	Új Magyarország Fejlesztési Terv	
	Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program, az „Egészségügyi Infrastruktúra fejlesztése” c. prioritás intézkedései	Regionális Operatív Programok, Humán erőforrás-fejlesztéssel összefüggő intézkedései
– vízió –		
kiemelt központok súlyponti kórházak fejlesztése	Struktúráváltást támogató infrastruktúra fejlesztés a fekvőbeteg szakellátás területén	
általános kórházak (fejlesztés a felszabaduló kapacitásokból) területi kórházak,		
kistérségi sürgősségi ellátóhelyek,		
ápolási otthonok		
rehabilitációs osztályok		Regionális Operatív Programok
járóbeteg-központok területi egészségügyi központok Pulzus Prevenációs Pontok fejlesztése	Regionális járóbeteg szakellátó hálózatok és központok létrehozása és fejlesztése (a kórház nélküli kistérségekben)	Regionális Operatív Programok (a kórházzal rendelkező kistérségekben)
Alap-háziorvosi ellátás területi egészségügyi központok Pulzus Prevenációs Pontok fejlesztése		Regionális Operatív Programok
mentés és légimentés fejlesztése	Mindkét előzőnek része	

Transzkultúra az ápolásban

A transzkulturális ápolásra és gondoskodásra vonatkozó ismeretek egy híd szerepét töltik be a különböző kultúrájú emberek hit és értékrendszere között a professzionális ápolásban. Bevezetése az egészségügyi szakemberek: az ápolók minden szinten való képzésébe, a szociális munkások, a szülésznők, védőnők, e.ü. szaktanárok az irányításért felelős szakemberek oktatásában és továbbképzésében új, korszerű szemléletet jelent és jelenthet. Az Európai Unióban változtatni kell évszázados előítéleteinken, domináns kultúránkból adódó paternalisztikus gondolkodásunkon, amely nem adott helyt az emberi másság tiszteletének, hiszen ez is lehet a felzárkózás egyik mérhető pontja.

A transzkulturális ápolás új fogalomként jelenik meg országunkban, mely az egészségügyi dolgozóktól új ismereteket, új hozzáállást kíván meg. A határok átjárhatóságával egyre több, számunkra idegen kultúrájú, vallású egyén tartózkodik hazánkban turistaként, munkavállalóként, letelepedőként, akik itt létük alatt szorulhatnak egészségügyi ellátásra is: történhet velük baleset, vagy hirtelen meg is betegedhetnek. A kórházba kerülővén az ápolásnak fel kell ismerni a más kultúrkörből érkező páciensek szokásainak sajátosságait, megérteni viselkedésüket, hogy képes legyen azt elfogadni és segíteni tudja őket felépülésükben.

Az ápolók, ha egy tőlük eltérő kultúrájú beteggel találkozhatnak, legtöbbször megütköznek másságán. Megszokott napi tevékenységükben, az ápolási folyamat során nem keresik a lehetőséget a más kultúrából érkező ápolási problémáinak megoldására. Amikor két különböző identitás találkozik – ha csak rövid időre is – ott a különbség feszültséget idézhet elő. Az ápolónak fel kell ismernie a más kultúrából adódó speciális szokásokat, viselkedést. Ez nem azt jelenti, hogy azonosulni kell a másikkal, hanem a transzkulturális ápolásban alkalmazott megközelítési módszerekkel a feszültséget csökkentenie kell.

Ezzel az új empirikus tudományággal az 1960-as években Madelaine Leininger amerikai ápolónő és antropológus kezdett el foglalkozni, 1980-ban nyilvánosságra hozta ápolási modelljét, mely „Sunrise” – Napkelte modell néven híresült el.

Lényege: a transzkulturális ápolás egy meghatározott irány, speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára. A nyert ismeretek felhasználásával segíthet a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolásában.

Hazánkban

a globalizációtól függetlenül mindig is jelen volt két olyan kultúrkör, amely a szokásostól eltér és ez az eltérés az egészségügyben markánsan megjelenik. Az egyik a zsidóság, az izraelita vallásúak, közössége, ők azok, akiknek eltérő szokásaival a hétköznapiakban ritkán lehet találkozni, mert zárt közösséget alkotnak. Az egészségügyi ellátást is igényeznek saját köreiken belül megoldani, kivéve a sürgősségi eseteket, ilyenkor szigorú, néha teljesíthetetlen előírásoknak kell megfelelni, mint például a kóser étkeztetés. Ezek mind sérthetetlen vallási követelményekből erednek, kezelésük kellő ismeret hiányában nagyon nehéz. Ilyenkor érdemes olyan szakmai-vallási szervezetekhez fordulni (pl. MA-ZSIHISZ), akik segíthetnek a probléma megoldásában.

A másik jelentős kultúrkör hazánkban, a roma. A mindennapi gyakorlatban ezzel találkozunk a legtöbbit. A kórházba kerülve a romák nehezen viselik a családtól történő elszakadást. Ennek tudható be, hogy akár a látogatás idejét is meghaladóan, a hozzátartozók nagyobb csoportokban veszik körül a beteg ágát.

Problémát okozhat a gyógyításban, hogy a roma közösségben úgy vallják, hogy az ital jelképe a testvériségnek, miközben a testet is tisztítja. Rendkívül fontos, hogy az egészségügyi személyzet miként tudja kezelni a fenti szituációt konfliktus nélkül. Képes-e rávenni az adott közösséget az egészségügyi intézmény szabályainak betartására.

Ha a roma közösségben valakinek sürgősségi ellátásra van szüksége, és orvost kell hívni, akkor 2-5 személyt is küldenek a rendelőbe. Ilyenkor a szabályokat nem betartván sokszor nem is kopognak, hanem ijedten dörömbölnék az orvosi szoba ajtaján. Számukra ez a segítségkérés módja. Jellemző, hogy egyszerre többen beszélnek és a beteg állapotát túlozva írják le. Tapasztalat, hogy ilyen esetben a leghangosabban beszélőhöz, vagy az idősebbhez kell mérsékelt hangnemben szólni, mert akkor ő is megnyugszik és a problémát, jobban tudja elmondani. A helyszínre érkezvén tapasztalható, hogy a beteg körül annyian tolonganak, ahányan csak oda beférnek. Ilyenkor, vagy helyi vajdát, vagy valamelyik idősebb személyt kell felszólítani, hogy küldjön ki a legközelebbi hozzátartozókon kívül mindenkit. Megjegyzem, hogy soha nem szabad félni, mert az egészségügy minden dolgozóját tiszteletben tartják.

Amennyiben a beteg saját lábán tud bejönni az orvoshoz, akkor is többen kísérik el. Már az utcán zajosabbak, amelyre a járókelők is felfigyelnek. A váróban sem maradnak csendben. Jóval hangosabban kommunikálnak, mint a többi beteg. Előfordul, hogy a kisgyermekes anyák magukkal viszik gyermeküket is, aki esetleg sír, zajong. A várakozást nehezen viselik. Ilyenkor ki kell menni a váróba, meg kell nyugtatni őket, és fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a házirendet betartva várakozzanak. A vizsgálatkor figyelemmel kell lenni arra, hogy a roma nők többsége nagyon szemérmes és vonakodva vetkőzik.

Felhívom a figyelmet egy szokatlan megjegyzésre, amit a romák mondhatnak egy ellenőrző vizsgálat alkalmával: „*doktor úr, a gyógyszer nem ártott*”. Ezt nem szabad félreérteni csak annyit jelent, hogy a beteg állapota nem javult.

Az egészségügy dolgozói, szociális munkások, segítők a munkájuk során gyakran találkoznak olyan romákkal, akik görcsösen ragaszkodnak az ősi babonáikhoz és hiedelemvilágukhoz. Ha olyan szokással találkozunk, amelyet úgy ítélünk meg, hogy káros az egészségükre, akkor meg kell győzni Öket annak elhagyásáról.

El kell fogadnunk, hogy a romák érzelmi kitérései az átlagnál erősebbek, ezért ha a családban haláleset történik, akkor többen egyszerre jajveszékelnék, hangosan zokognak, a nők sokszor megtépik ruhájukat, a férfiak késsel megvagdalthatják alkarjukat, a hasukat, mellkasukat. Ezek láttán nem szabad megijedni, felháborodni, megbotrálni, vagy akár megszólítani őket, mert végzetes következményei lehetnek. Ilyen esetben nyugodtan, higgadtan kell viselkedni, és a csendesebben reagálókkal kell szóba elegyedni.

Cserkész Sándorné

A 2006. dec. 18-án a Parlament által megszavazott Kórháztvény jogszabály mellékletében a következő kórházak szerepelnek kiemelt vagy – más elnevezéssel – súlyponti intézményként:

- Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Bp.
- DE OEC, Debrecen
- Dunaújv, Szent Pantaleon Kh.KHT
- Eger, Markhot F. MKh.
- Fehérgyarmat, Szatmár-Beregi Kh
- Győr, Petz A.Megyei Oktató Kh.
- Gyula, Pándy Kálmán MKh. Ri.
- Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kh., Bp.
- Kaposvár-Mosdós
- Karcag, Kátai Gábor Kh.-Ri.
- Kecskemét, BKM Önkorm. Kórháza
- Kiskunhalas, Semmelweis Kh. KHT
- Kistarcsa, Flór F. Kh.
- Miskolc, BAZ. M. Kh. Egyetemi Okt
- Nagykanizsa, V. Kh. Ri.
- Nyíregyháza, Jósa A. Megyei Kh
- Ózd, Almási Balogh Pál Kh.
- Pécsi Tudományegyetem
- Salgótarján, Szent Lázár M. Kh.
- Sátoraljaújhely, Erzsébet VKh.

- Semmelweis Egyetem
- Siófok, VKh.
- Sopron MJV. Erzsébet Kh. DEOEC
- Székesfehérvár, Szt. György MKh
- Szekszárd, Balassa J. M.-i Kh.
- Szent Imre Kórház, Fővárosi Önk
- Szent János Kórház Ri., Bp.
- Szentes, Cs.M. Önk. dr. Bugyi I. KH
- Szolnok, Hetényi G. MKh.
- Szombathely, Markusovszky M.Kh
- SZTE SZAOTE Centrum, Szeged
- Tatabánya, Szt. Borbála Kórház
- Uzsoki u. Kórház, Bp.
- Vác, Jávorszky Ödön Városi Kh.
- Veszprém, Csolnoki F. M.Kh.Ri.
- Zalaegerszeg, M-i jogú Kórház
- Gottsegen György Orsz.Kard.Int és Közp. Rendelőint.
- ONKI



Felmérés a kórházi ételmezésről

A dietetikuskok munkakörülményei, a betegek dietetikai szakellátása meglehetősen különböző az országban. Mind a kórház fenntartója, mind pedig a szervezeti hovatartozás befolyásolja a dietetikuskok munkakörülményeit és lehetőségeit, így áttételesen a betegeknek nyújtott ellátást és egyéb szolgáltatásokat is.

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA DIETETIKUS TAGOZATA ÉS A MAGYAR DIETETIKUSOK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE (MDOSZ) közös kutatást végzett, hogy a kórházi ételmezésről és a dietetikuskok munkájáról helyzetfelmérést és értékelést készítsen. A felmérés során megvizsgálták a dietetikuskok szervezeti és szakmai hovatartozását, munkaidő megoszlását, munkakörülményeit, a kórházi ellátásban részesülők lehetőségeit a dietetikussal történő kapcsolatfelvételtől, valamint betegélelgedettségi vizsgálatok szükségességét. Az adatfelvétel 2005 őszén, 24 kérdésből álló kérdőív kitöltésével történt. Az alkalmazott minta nagysága a szervezeti és szakmai hovatartozását tekintve a kórházakban dolgozó, MESZK-ben regisztrált dietetikuskok 28,1%-át, illetve a hazai összes kórházi ágyszám 51,8%-át jelentette, így a kapott eredmények jól alkalmazhatóak országos szintű következtetések levonására.

A felmért intézmények 20,3%-a fővárosi, míg 79,7%-a vidéki volt, a minta mind a földrajzi elhelyezkedés, mind az intézmény fenntartó szerint tükrözi az általános hazai helyzetet. E szerint a kórházak ételmezési üzemének működöttese 7,8%-ban kiszervezett, 92,2%-ban közvetlen irányításúként működik.

Egy intézményre átlagosan 4,6 dietetikus jut, az egy dietetikusra jutó betegszám átlagosan 166,8. Mivel azonban a válaszadó intézmények ágyszáma tag határok között változik (20 és 2098 ágy között), így előfordult, hogy egy dietetikus jut 20 betegre, mint ahogy az is, hogy egy több mint 550 ágas intézményben csak egyetlen dietetikus foglalkoztatnak!

A szakemberek a kórházi osztályos tevékenységen kívül különféle szakrendeléseken, ambulanciákon is látnak el feladatokat. A szakterületek szerint leggyakrabban a diabetológiai rendeléseken (az intézmények 40,6%-ában), majd ezt követik a nefrológiai (10,9%), gasztroenterológiai (10,9%), kardiológiai (9,4%), belgyógyászati (6,3%), endokrinológiai (4,7%), és terhesgondozó (4,7%) ambulanciák, szakrendelések.

Összességében az intézmények 85,9%-ában működik (diétás) szaktanácsadás, a kutatás során vizsgált intézmények több mint egyharmadában (37%) betegklubbal is találkoztak a felmérés készítői. A leggyakrabban cukorbetegeknek, lisztérzékenyeknek és vesebetegeknek szerveztek betegklubok, de van betegklub cukorbeteg gyermekek, Crohn-betegek, kardiológiai betegek, oszteoporózis és stroke-on átesett betegek részére is, valamint működik fogyókúra és kismama betegklub.

BETEGOSZTÁLYOKTÓL FÜGG A VESZÉLYEZTETETTSÉG MÉRTÉKE

Az ápolók betegsége a kiégésszindróma

Az egészségügyi és szociális intézményekben dolgozók körében előforduló egyik komoly mentális probléma a burnout, azaz kiégésszindróma. A főleg az ápolókat veszélyeztető betegséggel mind többen küzdenek, miközben a prevenció és rehabilitáció még gyerekcipőben jár.

A kiégés különösen azokra a munkavállalókra jellemző tünetegyüttes, akik jellemzően a segítő szakmákban helyezkednek el – mondta lapunknak Pálfi Ferencné, a Pécsi Tudományegyetem főiskolai karának tudományos munkatársa. A betegség veszélyei alapvetően a munkahelyi légkör, a munkatársak közötti nem megfelelő információáramlás és az egyéni konfliktuskezelési hajlam eltéréseinek összességéből erednek. A segítők munkájuk során folyamatosan beteg, ápolásra szoruló egyének közt mozognak, akikkel a kapcsolattartás speciális, nagyfokú empatikus képességet igényel. Az ehhez társuló fizikai megterhelés és túl sok stresszhatás hosszú távon megakadályozza az ápolók lelki-szellemi rehabilitációját, és érzelmi kimerültséghez, elszemélytelenedéshez vezethet.

A folyamat megelőzésének egyik módszere az úgynevezett Bálint-csoport, ahol a foglalkozások alkalmával a segítő területen dolgozók, még mentálisan egészséges emberként, kibeszélhetik problémáikat. Ezáltal az aha-élmény (amikor hirtelen eszünkbe jut egy kézenfekvő válasz vagy megoldás egy korábbi, sokszor már el is felejtett problémára) segítségével oldódnak szorongásaik, és könnyebben feldolgozzák az őket ért stresszorokat (a munkafeladat követelményei vagy más traumatikuss egyéni esemény). Az ilyen Bálint-csoportok résztvevői javarészt orvosok és medikusok, a nővérek száma sokkal kisebb.

A szakember szerint a nyugati országokban a kiégés elleni prevenció akár húsz-harminc éves múlta is visszatekint. Ehhez képest Magyarországon pusztán a jelenség vizsgálata és az eredmények elemzése is csak az utóbbi pár évben indult meg, a megelőzés pedig kezdeti stádiumban van. Nagyjából az ezredfor-

Az intézmények 60,9%-ában egységes a betegélelmezésre fordított összeg, ami a 2005. július elseji állapot szerint átlagosan 345,4 forint volt naponta. A szórás azonban itt is nagy: a legalacsonyabb összeg 190 forint volt, míg ugyanebben az időszakban a legnagyobb összeg 685 forint, ami több mint 3,5-szeres különbség! A betegélelmezésre fordított összeg diétánként mindösszesen az intézmények 20,3%-ában eltérő, míg az összeg az intézmények 12,5%-ában osztályonként volt különböző. Egy kivétellel minden megkérdezett kórházban alkalmaznak klinikai tápszer(ke)t. Ezek finanszírozása az intézmények 60,3%-ában a gyógyszerkeret terhére történik, 3,2%-ában van tápszerkeret, 6,3%-ban az ételmezési keretből történik. 7,9%-ban vegyes a klinikai tápszerek finanszírozása.

A tárgyi feltételek közül a dietetikai szolgáltatások számítógéppel történő ellátottságát, valamint a szoftveres segítséget vizsgálták. A szolgálatok 67,2%-a rendelkezik önálló számítógéppel, egy számítógépet átlagosan 3,8 dietetikus használ (előfordult, hogy egy szakemberre rögtön kettő, de az is, hogy tizenkét dietikusra egyetlen számítógép jut). A számítógépet minden esetben (100%) használják az ételmezési létszám karbantartására, 97,7%-ban anyagkiszabásra, 83,7%-ban pedig egyéb ügyvitelre is.

A dietetikuskok foglalkoztatása 95,3%-ban közalkalmazotti jogviszonyban történik, a kiszervező cég alkalmazottjaként a megkérdezettek csupán 1%-a, egyéb alkalmazottként 3,7%-a dolgozik. A kórház szervezeti felépítésében a dietetikuskok 75,3%-a az ápolási igazgatóhoz, 12,2%-uk az ételmezési osztályvezetőhöz, 7,1% az orvos-igazgatóhoz, 5,1% a gazdasági igazgatóhoz és 0,3%-uk pedig az osztályvezető főorvoshoz tartozik.

A dietetikusknak az intézmények 98,4%-ban volt munkaköri leírása. Ezek 33,9%-át a vezető dietetikus készítette, valamint nagy az ápolási igazgató és az ételmezési osztályvezető által készített munkaköri leírások aránya (28,8%, illetve 18,6%) is. E képet árnyalja azonban hogy átlagosan 6,8 éve készültek ezek a dokumentumok, és 15,9%-uk 10 évnél is régebbi volt.

Az ételmezési szakemberek munkájának dokumentálása az intézmények 70,3%-ában az ápolási dokumentáció része, 11%-ban nincs, és mindössze az esetek 12,5%-ában képez önálló dokumentációt (6,2%-ban egyéb módon oldják meg az adminisztrációt).

A felmérésből egyértelműen kiderül, hogy a fekvőbeteg intézményben dolgozó dietetikuskok létszáma a betegszámhoz viszonyítva rendkívül alacsony. Előfordul olyan intézmény is, ahol 1 dietetikusra több mint 300 beteg jut, amely a napi hatékony betegellátást veszélyezteti. A betegélelmezésre fordított összeg a legtöbb intézményben igen alacsony nem beszélve a speciális diéták költségigényéről. A klinikai tápszerek hovatartozása sem megoldott a finanszírozás tekintetében. A dietetikuskok munkavégzéséhez szükséges tárgyi feltételek is bőven hagynak kívánnivalót. (WKOMM.)

duló óta lehet olyan tréningeken, továbbképzéseken is részt venni, amelyek a burnout megelőzésére szolgálnak. Az első tapasztalatok azt mutatják, hogy bár az igény és érdeklődés megjelen az ilyen megelőző foglalkozásokra, a részvétel mégis alacsony. Ennek egyik oka a bizonytalan ügyeleti rend és a három műszak, valamint az általánosan elterjedt mellékállással való ütközés.

Ahogy a szakember kutatásaiból kiderült, a kiégés előfordulását bizonyos intézményes faktorok befolyásolják. Ilyen tényezők az osztályok típusa, a bérék és az ellátandó betegek súlyossági foka. Egy 2003-ban történt felmérés szerint, amelyben 805 ápoló vett részt, a megkérdezettek 34%-a veszélyben, 5,5%-a pedig a kiégettség állapotában volt. Ugyanezen felmérés azt is megmutatta, hogy az intenzív osztályokon dolgozók között több mint háromszor olyan magas a kiégettség mértéke, mint a krónikus osztályokon dolgozók közt, a veszélyeztetettség azonban mind az aktív, mind a krónikus és az intenzív osztályokon is igen magas.

Bár a legfrissebb kutatások eredményeit még nem hozták nyilvánosságra, elképzelhető, hogy az eltelt évek során a veszélyeztetett csoportok állapota tovább romlott. A burnout szindrómában szenvedő egészségügyi dolgozók nem egyedüli szenvedő alanyai a betegségnek. A tünetegyüttes hosszú távú fennállása nagymértékben csökkenti az elvégzett munka színvonalát, de negatív hatással van az egyének családi környezetére is. Ez pedig hosszú távon többre kerül, mint maga a prevenció.

Bálint Mihály pszichoanalitikus fél évszázada kezdte el kutatni az orvosi gyakorlat lelki vonatkozásait egy pszichiáterből és családorvosokból álló munkacsoportban. A csoportmunkára jellemző a rendszeres találkozás, a biztonságos pszichológiai légkör, az érzelmi reakciók megfogalmazása és kimondása, valamint a szabad véleménycsere. Alkalmazták az orvosok és más segítő foglalkozásúak mentálhigiénés állapotának karbantartására, a lehetséges lelki tünetek megelőzésére, enyhítésére.

(NAPI)

ÁPOLÁS



I. A Gyógyászati segédeszközök listája, és a támogatások újraszabályozása

Az Egészségügyi Minisztérium a reform kapcsán újragondolta és újr szabályozta a gyógyászati segédeszközök támogatási rendszerét. Ennek eredményeképpen a 2007. évi költségvetésbe alacsonyabb támogatási összeg, az idei 42,6 milliárd forint helyett, 35 milliárd forint került meghatározásra. A különbség 7,6 milliárd forint, ami a kívülállóknak szemével nézve jelentős csökkenésnek tűnhet.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál lezajlott vizsgálatok eredményeire alapozva az elmúlt hónapokban többször is a sajtó nyilvánosságra előtt igazoltuk, hogy a gyógyászati segédeszközök felhasználása terén jelentős pazarlás tapasztalható. Ennek megfékezése, egy átláthatóbb, és szigorúbb ellenőrzésekkel élő rendszer létrehozása azonban teszi lehetővé a kiadások ilyen mértékű mérséklését is.

Az újr szabályozásra azonban nem csak, illetve nem elsősorban a pazarlások megfékezése miatt volt szükség. Úgy gondoljuk, az elmúlt időszakban sok eszköz felhasználása – részben éppen a támogatási rendszernek köszönhetően is – nem szolgálta kellő mértékben a szakmai szempontokat. Mindezeket tekintetbe véve a Minisztérium a gyógyászati segédeszközök támogatásában a következő változásokat hajtja végre.

1.) Átalakítjuk a közgyógyellátást a 217/97. Kormány rendelet módosítása szerint. A 7400-féle támogatott termékből korábban 4128 közgyógyellátottak számára rendelhető eszköz helyett a továbbiakban 2816 szerepel a listán. Jelenleg minden harmadik termék közgyógyellátott. Közgyógyellátásban a legolcsóbb termékek kerültek a listára, illetve a miniszter úr által ellátási szempontból nélkülözhetetlennek ítélt eszközök. Az egyedi készítésű gyógyászati segédeszközök teljes köre továbbra is felírható közgyógyellátottaknak.

2.) Megváltoztatjuk a támogatások mértékét. Nézzük sorra a TOP 10 lista szerint, a 2005. évi adatok tükrében!

a) betétek és tamponok

Éves támogatásuk 7,6 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség pedig 94,5 millió db. A felírható maximális mennyiség havi 120 db, vagyis évi 1440 db. Tavaly 2.214 betegnek írtak fel ennél többet anélkül, hogy erre méltányossági engedélyt kértek volna.

TOP: 1. évi 29.040 db = napi 79 db
2. évi 12.960 db = napi 35 db
3. évi 8.640 db = napi 23 db
4. évi 4.601 db = napi 12 db

Az utóbbi kettőt azonos orvos írta fel, azonos patikában váltották ki. Az új rendszerben ezek támogatása 85%-ról 70%-ra csökken. A csökkenés célja az, hogy az érintettek figyelmét jobban átirányítsuk a tüneti kezeléssel a gyógyulást okozó műtéti beavatkozásra, vagy egyéb terápiás megoldások alkalmazására. Jobb és gazdaságosabb egyszer egy gyógyulást eredményező kezelést alkalmazni, mint hosszú évekig finanszírozni a tünetek kezelését.

b) kötszerek

Éves támogatásuk 5,5 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség pedig 23,6 millió db. A kötszereknek eddig nem volt maximális felírási mennyisége. A patikai kötszer forgalma közel állandó, ugyanakkor a segédeszköz forgalmazóknál az eladott mennyiség 2001 óta dinamikusan nő. A kötszerek egy része nemzetközi viszonylatban kiemelkedően magas árrésű termék, melyből van, amelyik a British National Formulary (=BNF) honlapján 680 Ft, míg nálunk 2300 Ft. (Lyfoam 10X17). A legtöbb kötszert fogyasztók részére havi(!) 500-1000 db nagyméretű kötszert írnak fel.

Az új rendeletben változott az indikációs kör, mennyiségi korlát került meghatározásra, módosult a felíró orvosok köre és kötelezővé vált a sebfelemelő lap használata. (Az OEP honlapján közzétette a formátumot, amelyet a szakma korábban konszenzussal elfogadott). Egyszerre egy sebre 3 különböző típusú kötszer írható fel. A nagyság tekintetében a sebnagyságot meghaladó legkisebb méretű kötszer írható.

Egyes kötszereknek 85%-ról 70%-ra, és 50%-ra mérséklődött a támogatási mértéke a 100%-os felírhatóságra lehetősége megszűnt, a tracheostomások számára viszont a papírvatta továbbra is 100%-kal biztosított.

Az intézkedés célja a kötszerek átláthatóbb, szakszerűbb és ennek megfelelően racionálisabb felhasználása.

c) hallókészülékek

Éves támogatásuk 5,8 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség pedig 3,8 millió db. Ebből készülék 4,7 milliárd Ft, a mennyiség 58 ezer db. Digitális hallókészülék támogatás változatlan (50%), az analóg hallásvitató eszközök támogatása 85%-ról 50%-ra csökkent. A 18 év alatti hallássérültek számára ugyanakkor 100%-ra emelkedett a készülékek és a működtetéshez szükséges elemek támogatása. A fejlődés legkritikusabb szakaszában lévő gyermekek 9 éves kor alatt 4 éves kihordási idővel kaphatnak ezentúl hallókészüléket.

A változtatás célja a modernebb, sokoldalúbb, magasabb életminőséget biztosító digitális készülékek használatának elősegítése, valamint annak a korosztálynak a kiemelt támogatása, ahol a beszédértés és beszédkézség képességei kialakulnak.

d) ortopéd cipők (tartozékkal együtt)

Éves támogatásuk 3,5 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség pedig 1,1 millió db. Egy ortopéd orvos havi 274 pár cipőt ír fel, ez 6 órás rendelési idővel számolva 40 percenként mindig káin betegnek egy pár cipő felírását jelenti. Az ortopéd cipők és tartozékaiknak esetében a súlyos lábdeformitások esetén nem, ám a közepes és enyhe elváltozások esetén használt lábbelik támogatása 70%-ra és 50%-ra változott

e) vércukorszintmérő tesztszék

Éves támogatásuk 2,75 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség 1 millió db.

f) stomazsák

Éves támogatásuk 2,6 milliárd Ft volt, a felhasznált mennyiség 4,7 millió db. A mesterséges testnyílással élők (stomások) eszközeinek támogatása nem változik.

Egyéb segédeszközök

- A sorozatgyártású ortézisek támogatása 70%-ról 50%-ra csökken. Az egyedi gyártású ortézisek ugyanakkor megmaradnak a kiemelt támogatással.
- A fénytani eszközöknél korábban 70%-os 50%-os támogatása 50%-ra csökken.
- A végtagprotézisek (100%) és kerekesszékek (85%) támogatása nem változik.

A rendelet a kihirdetése napján lép életbe, azonban a rendelkezéseit a 2006. december 1-jét követően rendelt gyógyászati segédeszközök tekintetében kell alkalmazni.

II. A sajtóhírek korrigálása

Az elmúlt napokban több médiumban is foglalkoztak a gyógyászati segédeszközök kérdésével. Tekintettel arra, hogy olyan téves adatok és hibás összefüggések kerültek a nyilvánosság elé, amelyek alkalmasak komoly nyugtalanság keltésére az érintettek körében, a Minisztérium fontosnak tartja, hogy érdemben reagáljon az elhangzottakra.

A jövő évi támogatás mértéke valóban kevesebb, 35 milliárd forint, mint az előző évi volt. A különbség 7,6 milliárd forint. Nem 10, ahogy azt sok médium, illetve szervezet állította.

A csökkenés oka elsősorban a pazarlások megszüntetése. Az elmúlt hónapokban feltárt, és a sajtónak is bemutatott visszaélések alapján biztonsággal állíthatjuk, csak a szigorúbb ellenőrzés révén milliárdos tételeket takarítottunk meg.

A csökkenés másik okát a most induló, folyamatos és nyilvános ártárgyalások jelentik. A változtatás bejelentése máris a gyártók hozzáállásában is jól látható eredményt hozott. A honlapunkon is szereplő dokumentumok alapján a gyártók érzik, hogy új, jobb feltételeket nyújtó ajánlatokat kell tenniük. Eddig a megkeresésekből 2.653 ajánlat lett feloldozva. Ebből:

- 551 termékél érkezett alacsonyabb ár (pl. kötszerek, pelenkák, ortopédiai termékek, kerekesszékek, hallókészülékek stb.)

- 45 termékél érkezett magasabb ár (pl. szemüveglencsék, tűk)
- 2.057 termékél megegyező ár.

570 jelenleg közgyógyellátás jogcímen felírható termék közül, amelyek nem egyedi méretvétel alapján készülnek, nem érkezett ajánlat.

A csökkenés harmadik elemét jelenti csak a támogatási rendszer változása. Ennek valóban inkább kiadáscsökkentő, és kevesebb esetben növelő hatása van. Ennek indoka hasonló, mint a vizitdíjnak, illetve a gyógyszerek díjának: a csökkenő támogatás a fogyasztót figyelmezteti az indokoltabb és takarékosabb felhasználásra.

A sajtóban megjelent összefüggés is alapvetően hibás: a támogatási összeg csökkenésének semmi köze a termékek árához. Azok ugyanis az értékesítési ártól és a támogatás mértékétől függenek, függetlenül a Minisztérium által tervezett támogatási kerettől. Nem igaz tehát, hogy a csökkenő támogatásnak szükségszerűen drágulást kell jelenteni – sokkal inkább csökkenő keresletet.

A pontosítás kedvéért nézzünk meg néhány konkrétan elhangzott számot is!

„Hegedűs Lajos példát is mond: eddig egy digitális hallókészülékért 22 ezer forintot fizettek a rászoruló, a mai naptól 93 ezer forintot kell ugyanazért az eszközért kiadni.”

A digitális hallókészülékek támogatása nem változik. A támogatás mértéke eddig is 50% volt, továbbra is ennyi marad. Így ami eddig 22.000 forintba került, ezentúl is 22.000 forint lesz.

„Egy ortopéd cipőhöz tegnapig ötezer forintért jutottak hozzá, mátlól 22 ezerért kaphatják meg.”

Az ortopéd cipők esetében súlyos lábdeformitásnál a támogatás mértéke nem változik, tehát az eddig 5.000 forintba kerülő cipő továbbra is 5.000 forint lesz. Közepes, vagy enyhe deformitás esetén a támogatás 70%-ról 50%-ra csökken, tehát az 5.000 forintos cipő körülbelül 8.300 forintba kerül, tehát messze nem 20.000 forintba.

„De a kötszerekért is jóval többet kell fizetni: háromezer helyett 16 ezret.”

Kötszerek esetén szintén a támogatottság mértéke változik. A legnagyobb csökkenést figyelembe véve (vagyis 85%-ról 50%-ra) a 3.000 forintos kötszer ára maximum 10.000 forint lehet, és nem 16.000.

Ugyanakkor fontos kiemelni: a kötszerek sok fajtájánál máris a jelenlegi helyzetnél jobb árajánlatokkal rendelkezünk. Például a Tegaderm termékcsalád bizonyos tagjaira 20-50%-kal kedvezőbb javaslat érkezett, vagy a szigetkötszerek majdnem mindegyikére 4-50%-kal alacsonyabb ajánlatunk van. Hosszan sorolhatnánk a példákat.

Ezen a területen az árak nyilvános versenyeztetésével komoly árcsökkentést szeretnénk elérni. Így a bekerülési költség a támogatás arányának csökkenésével sem lesz jelentős.

„December elsejétől mindössze egyetlen kerekesszéket kaphatnak a fogyatékosok, ami Hegedűs Lajos szerint azért kockázatos, mert ez a legolcsóbb termék lesz.”

A kerekesszékek támogatása nem változik, tehát ugyanolyan feltételekkel lehet őket beszerezni, mint eddig. Közgyógyellátottak esetén szűkül a választék: a minisztérium álláspontja szerint amennyiben az eszköz a kívánt célt teljes mértékben biztosítja, tekintettel kell lenni a gazdaságossági szempontokra is. A minőségi garanciát a befogadási procedura kell, hogy jelentse, a gazdaságosságit pedig az, hogy a megfelelő termékekből az orvos köteles a legolcsóbbat felírni.

A felsorolt változtatásokból világosan kiolvasható: a Minisztérium szakmai szempontok alapján döntött a támogatási rendszer megváltoztatásáról. Igyekezett maximálisan tekintettel lenni a betegek érdekeire, valamint a modern gyógyászati szempontokra.

Ugyanakkor a Minisztérium az OEP-pel együttműködve szigorúan fel kíván lépni a pazarlás, illetve az esetleges visszaélések ellen, mert fontos feladatának tekinti az adófizetők pénzének kontrollált, hatékony felhasználását.

EÜ MINISZTERIUM

Az elmúlt időszakban számtalan különféle elképzelés látott napvilágot a magyar egészségügy átalakításával kapcsolatban. Ezek egy jó része érinti az alapellátást, így a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara figyelemre méltó dolgokra rávilágító felmérése jó támpontot nyújthat a tervezett változások egy részének átgondolásához is.

A háziiorvosi hivatásról gyakran esik szó, azonban sokszor elfeledkezünk az ellátás nélkülözhetetlen szereplőjéről: a szakdolgozókról. Éppen ezért a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2006 első negyedében felmérést készített a háziiorvosi praxisokban dolgozó ápolók között. A felmérés során azt vizsgálták, hogy milyen kor- és képzettségi összetétel jellemző a körzeti ápolókra, milyen munkakörülmények között dolgoznak, illetve választ kerestek arra is, hogyan valósítható meg az ápolási tevékenység a háziiorvosi praxisokban. Az önkéntes alapon történő felmérésben egy anonim kérdőív kitöltésével vehettek részt a körzeti ápolók. Országszerte 259, különböző településtípusokon dolgozó ápoló szolgáltatott értékelhető adatokat.

Az háziiorvosi praxisokban dolgozó ápolók átlag életkora 43 év, de 58%-uk 41 év feletti, így várhatólag a közeljövőben jelentősebb számú utánpótlásra lesz szükség ezen a szakterületen.

A vizsgálat alapján megállapítható, hogy az ápolók több mint 90%-a rendelkezik a háziiorvosi praxisban előírt szakképesítéssel. Legtöbben az Országos Képzési Jegyzékben szereplő ápoló szakképesítéssel rendelkeznek (57%), a diplomás ápolók aránya 6%, ami érdekes módon magasabb, mint az országos átlag az egyéb szakterületen dolgozó ápolók körében. A vizsgálat idején az ápolók 79%-a a háziorvos alkalmazottjaként dolgozott, 7%-uk pedig vállalkozóként vett részt a praxis munkájában. A közalkalmazottak aránya 11%,



Valójában ápoló?

a nyugdíjasként dolgozóké pedig 3% volt. Bár az önálló ápolói munka megvalósításához optimális lenne, hogy az ápoló a rendelési időben külön helyiségben végezze tevékenységét, a vizsgálat során mindösszesen az ápolók mintegy egynegyede (23%) számolt be arról, 74%-uk az orvossal egy helyiségben dolgozik.

Elsősorban a tervezett adminisztrációs kötelezettségek növelésénél lehet fontos, miszerint az ápolók közel kétharmada (63%) a rendelési időnek több mint felében csak adminisztrációs tevékenységet végez, és 40 százalékuknál az adminisztrációs feladatok ellátása átnyúlik a rendelési időn kívülre is, időt vonva el a beteglátoztatásoktól! Az ápolók fele kizárólagos kezelője a rendelő számítógépének, és csak a praxisok 23%-ában optimális a helyzet, vagyis az orvosnak és az ápolónak is külön hozzáférése van az adatokhoz. A legmegfelelőbb helyzet – a praxisban külön adminisztrátor végezi az adatok kezelését – mindösszesen 5 százalékában valósul meg. További elgondolkodtató adat, hogy internethozzáférés csak a rendelők 15 százalékában van, – ráadásul többnyire korlátozott időben –, és az ápolók több mint fele sem otthon, sem a rendelőben nem tud csatlakozni a világhálózathoz.

A kapott eredmények szerint a körzeti ápolók nem ismerik teljes részletességgel, hogy a működést szabályozó (4/2000. EüM) rendelet milyen feladatokat ellátását írja elő számára, és nem is ezeket a feladatokat végzik mindannyian. A magasan kvalifikált, jól kép-

zett ápolók tevékenysége a háziiorvosi praxisokban túlnyomórészt az orvosnak való asszisztálásra és adminisztrációs feladatok ellátására terjed ki. Az önálló ápolói tevékenységre – amire megfelelő képzést szereztek –, így igen ritkán marad lehetőségük.

A felmérés során a leggyakoribb tevékenység a vizsgálatok és beavatkozások során végzett asszisztálás az orvosnak, valamint a gondozott betegek önálló nyilvántartása. Sajnos ennél ritkábban (68%) végeznek alapápolási tevékenységet a beteg otthonában, és még ritkábban (40%) vesznek részt a praxis menedzsmentben. Emellett az ápolók 28 százaléka naponta és további 21% ritkábban, de rendszeresen végzi a rendelő takarítását, holott ez nem tartozik az ápolói feladatok közé. Így már nem váratlan, hogy körükben a beteglátoztatások száma alacsonyabb az országos átlagnál. A havi átlag 36-40 beteg felkeresése, évente 430-450 beteglátoztatást jelent, szemben az országos 564-es számmal (KSH, 2003).

Az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja”-t az ápolóknak alig 60%-a ismeri, és csak mintegy felük vesz részt a program végrehajtásában.

Örömteli viszont, hogy az ápolók döntő többsége (88%) részt vett az elmúlt évben pontszerző szakmai továbbképzésen, és ugyanennyien tervezik ezt a következő évben is. Leggyakrabban (37%) az ingyenes továbbképzéseket részesítették előnyben, és egyenesedüket támogatta a munkáltató a továbbképzés so-

rán. Mindemellett az ápolók döntő többsége (59%) a közeljövőben továbbtanulást tervez, legtöbben (29%) idegen nyelvet szeretnének tanulni, és 12%-uk tervezi a főiskolai szintű ápolóképzésben történő részvételt. A továbbtanulás során kétharmaduk valamilyen anyagi jellegű támogatást is kapna ehhez a munkáltatójától.

Összefoglalás és következtetések

A vizsgálat eredményei igazolták, hogy a háziiorvosi praxisokban a munkavégzés körülményei nem támogatják kellően az ápoló önálló munkavégzését, hiszen az ápolóknak csak egynegyede tud külön helyiségben dolgozni. Feltétlenül szükséges lenne nagyobb arányban megoldani az ápolók külön helyiségben történő munkavégzését, ami elősegítené a szakmai munka kiteljesedését, és így az ápolók önállóan is tudnának a betegekkel foglalkozni.

Az adminisztrációs terhek növekedése egyértelműen megterhelő az ápolók számára. Szükség lenne tehát a háziiorvosi praxisokban megoldani az adminisztratív munkaerő alkalmazását, és megemelni az ápolók betegellátásra fordított idejét, a beteglátoztatások számát.

Az ápolók részvétele a vizsgálat szerint igen alacsony a népegészségügyi program végrehajtásában. Feltétlenül szükség van a részvételi arány növelésére, amit elősegíthet, ha feladataik egységesen és konkrétan meghatározottak, és a végzett tevékenységek arányában finanszírozásra is kerülnek.

Végezetül, bár a továbbképzéseken történő részvétel megoldható ugyan a praxisok nagy részében, de egyes esetekben nehézségeket okoz a folyamatos munkavégzésben. Bővíteni kellene a továbbképzések palettáját a sajtó útján történő, vagy internetes továbbképzési formában, bár ez utóbbinál szükséges a világhálózathoz történő hozzáférés bővítése.

(WKOMM)

ÁPOLÁS

Keserű pirula: mi okozta a gyógyszerkassza elszállását az elmúlt 10 évben?

» az 1. oldal folytatása

A relatív magas gyógyszerfogyasztás oka a hazai egészségügy torz struktúrája, valamint finanszírozási szerkezete, mely a gyógyszer fogyasztást ösztönzi a felvilágosítás, megelőzés és szűrő vizsgálatokkal szemben, s mely a gyógyszer kiadásokon keresztül közvetve gyakorlatilag a hiányos bérkiadásokat is finanszírozza (a gyártók ugyanis érdekeltté teszik az orvosokat a drágább készítmények felírására, melynek költségét a fogyasztók, illetve a költségvetés állja). Ezen struktúrát szemlélteti a gyógyszer kiadások teljes egészségügyi ráfordításokhoz viszonyított aránya, melynek tekintetében Magyarország vezető pozícióra tör az OECD tagállamok között. (Bár az egészségügyi kiadások pontos tartalma nem ismert számunkra az egyes országok esetében, így elképzelhető, hogy az adatok enyhé torzulást mutathatnak, a fő folyamatok azonban tetten érhetőek.)

Magyarországon a lejárt szabadalommal rendelkező, ún. generikus szerek aránya (a termelői ár alapján) jóval meghaladja a fejlett országokban tapasztalható szintet, ami a fejlődő országok esetében – az alacsonyabb költségűt a fogyasztók, illetve a költségvetés állja). Hazánkban ugyanakkor a generikus termékek aránya egyáltalán nem tekinthető magasnak regionális viszonylatban, s egyedül Horvátország hasonló értéke múlja alul a magyar szintet.

A generikus gyógyszerek régiós összevetésben alacsony súlya természetesen összefügg a gyógyszer kiadások magas szintjével, hiszen a szabadalmi védettséggel rendelkező ún. originális szerek átlagos ára jócskán meghaladja a generikus gyógyszerek árát

Állami terhek Magyarországon

A költségvetés – illetve ezen keresztül a gyártói terhek – szempontjából természetesen az állami kiadások alakulása a fontos. A támogatott gyógyszereken belüli állami finanszírozás aránya hazánkban 80%-ot tett ki 2004-ben, ami európai viszonylatban ugyan nem kiemelkedő, meg kell azonban jegyezni, hogy egyes európai országokban (Franciao., Németo., Benelux államok) több biztosítós rendszer működik, így az állami

A kiemelt támogatású nagy forgalmú készítmények						
gyógyszer	gyártó	terápiás terület	generikus helyettesítő		kisker forg. (m Ft)	
					1-3Q05	1-3Q06
Plavix	SanofiAventis	antithrombotikus szer	--		4,541	6,096
Risperdal	Janssen	antipszichotikum	igen		3,310	4,243
Controloc	Altana	fekélyellenes szer (PPI)	igen		3,065	4,155
Glivec	Novartis	citosztatikum	--		3,831	4,132
NeoRecormon	Roche	vérsezőgénység elleni	--		4,228	4,132
Nexium	AstraZeneca	fekélyellenes szer (PPI)	--		3,127	3,644
Zyprexa	Lilly	antipszichotikum	--		2,849	3,189
Seretide	GSK	asztma	--		1,555	2,901
Insulin Novo	Novo Nordisk	insulin	--		2,371	2,803
Fosamax	MSD	csonttrtkulás	igen		4,265	2,798
Humulin	Lilly	insulin	--		2,842	2,712
Symbicort Turbuhaler	AstraZeneca	asztma	--		1,437	2,608
Eporex	Janssen Cilag	vérsezőgénység elleni	--		2,741	2,567
Actonel+A-Trio	Aventis	csonttrtkulás	--		1,885	2,297
Clexane	Aventis	antithrombotikum	--		2,275	2,275
Xanax	Ph. Upjohn	nyugtató	igen		1,876	2,202
Arimidex	AstraZeneca	daganatellenes	--		1,371	2,050
Spiriva	Boehringer	asztma	--		856	2,004
Pariet	J. & J.	fekélyellenes szer (PPI)	--		1,141	1,920
Zoladex	Zeneca	daganatellenes	--		1,888	1,762
Seroquel	AstraZeneca	antipszichotikum	igen		1,030	1,650
Mabthera	Roche	daganatellenes	--		1,292	1,642
Zometa	Novartis	csonttrtkulás	--		868	1,522
Neulasta	Amgen	immunstimuláns	--		0	1,442
Durogesic TTS	Janssen Cilag	ópioid fájd. csill.	igen		1,334	1,389
Aspirin Protect	Bayer	antitrombotikum	--		1,027	1,386
Femara	Novartis	daganatellenes	--		1,093	1,386
Miacalcic	Novartis	oszteoporózis	igen		1,663	1,341
Lantus	Aventis	insulin	--		338	1,305
Xalatan	Ph. Upjohn	glaukóma elleni	--		1,275	1,232
Zyrtec	UCB	antihistamin	igen		1,460	1,130
Evista	Lilly	szelektív hormon modulátor	--		1,188	1,097
Velcade	Janssen Cilag	daganatellenes	--		140	1,049
Seropram	Lundbeck	antidepresszáns	igen		1,262	987
Cellcept	Roche	immunszupresszáns	--		850	885
Remeron	Organon	antidepresszáns	igen		905	876
Ezetrol	MSD	koleszterinszint csökkentő	--		30	870
Zolof	Pfizer	antidepresszáns	igen		1,041	820
Zofran	Glaxo Wellcome	hányáscsill.	igen		765	780
Sandimmun Neoral	Schering-Plough	immunszupresszáns	--		717	712
Prograf	Fujisawa	immunszupresszáns	--		579	661
Roferon-A	H-La-Roche	interferon (vírus ell. szer)	--		992	656
Casodex	Zeneca	daganatellenes	igen		999	561
Oxis Turbuhaler	AstraZeneca	adrenerg inhaláló szer	--		544	302
Kytril	SKB	hányáscsill.	--		517	297
Serevent	GSK	asztma	--		437	296
Intron-A	Schering-Plough	interferon	--		292	275
Aredia	Novartis	daganatellenes	--		342	115
Navoban	Novartis	hányáscsill.	--		100	85
Neurontin	Parke Davis	antiepileptikum	igen		106	76

Forrás: OEP, portfolio.hu

terhek nem azonosak az alábbi grafikonon látható értékekkel. A kelet-európai régióra vonatkozóan sajnos nem rendelkezünk összehasonlító adatokkal, Szlovéniában ugyanakkor jelentősen alacsonyabb az átlagos támogatási szint, mint Magyarországon.

A támogatott gyógyszerek jelentősen tekinthető támogatási szintjével párhuzamosan az elmúlt évek során a támogatott szerek forgalmának aránya is növekedést mutatott Magyarországon, mely szintén az állami terhek bővülését eredményezte. Mindezek következtében a gyógyszerekre fordított kiadások Egészségbiztosítási Alapon belüli aránya a tavalyi évben az elmúlt 13 év legmagasabb értékét mutatta, így alapvetően pozitívan értékelhető azon kormányzati szándék, mely a kiadások csökkentését helyezi a fókuszba. A „hogyan” kérdése azonban erősen vitatható, hiszen a nemrégiben elfogadott törvényi szabályozás nem veszi figyelembe azt, hogy mi okozza a gyógyszerkassza növekedését, illetve jelentősen tekinthető hiányát évről-évre.

Mi okozza a gyógyszerkassza növekedést? Közhelynek számít napjainkban, hogy a gyógyszerkassza jelenlegi helyzete nem tartható, és a kiadások drasztikus csökkentésére van szükség. A megfelelő kiadáscsökkentést azonban csak abban az esetben lehet elérni, ha ismerjük a kiadások növekedésének valódi okait. Míg az elmúlt 10 évben a teljes kassza 18%-os éves átlagos növekedést (CAGR) mutatott, addig a 90 és 95%-os támogatással rendelkező szerek (eü. 90/95%) 33%-os értéket produkáltak. A jellemzően originális gyógyszereket tartalmazó 90-95-100%-os támogatást élvező (a grafikonon eü. 90/95%, eü. 100%, illetve külön keret csoportok) termékek támogatásai összesen 25%-os éves átlagos növekedést értek el 1995 óta, jelentősen meghaladva a generikus szerek által dominált normatív és közgyógy csoport 14, illetve 8%-os CAGR-jét.

Hazai és importtermékek

A volt szocialista országokon belül kialakult „munkamegosztásnak” köszönhetően kiemelkedően nagy gyógyszeripari szaktudás halmozódott fel Magyarországon. A Richter kivételével az iparág legjelentősebb szereplői már rendelkeznek ugyan stratégiai tulajdonossal, tevékenységük, kutatás-fejlesztésük jelentős részét mégis Magyarországon végzik (bár stratégiai tulajdonossal nem rendelkezik, a Richter részvények döntő hányada – több mint 65%-a – külföldi befektetők tulajdonában van. Az alábbiakban a hazai gyártókon nem a tulajdonosi kört, hanem a földrajzi tevékenységi területet értjük.)

A hazai, jellemzően generikus termékeket előállító gyógyszeripar fejlettségének köszönhetően a belföldi termékeknek jelentős szerepük van a fogyasztáson belül, s bár ezen gyógyszerek átlagára 17%-os éves átlagos növekedést mutatott 1995 óta, az átlagos dobozár még mindig jelentősen elmarad az import termékek áráról. A hazai medicinának esetében azonban nem szabad megfedkezni az alacsony bázis értékről, valamint a portfóliók.

Megújulásáról

A kiemelt támogatással rendelkező (eü 90/95%, eü 100, külön keret), magasabb árfekvésű originális készítményeknek köszönhető a gyógyszerkassza elmúlt években tapasztalható jelentős növekedése, melynek folytatni indokolatlannak tartjuk a szektor összes képviselőjét azonos szintű elvonással (a támogatások 12%-ának befizetése) sújtani. Sokkal inkább a támogatási struktúra generikus termékek felé való elmozdítása lenne indokolt azon terápiás területeken, ahol erre lehetőség nyílik, s azon készítmények fogyasztásának, és/vagy támogatásának csökkentése, melyek a kassza hiányát indokolatlanul növelik.

Az azonos mértékű elvonás már csak azért sem indokolt, mert az egyes termékeken elért profit marginok jelentős eltéréseket mutatnak (generikus átlag: 8-10%, originális átlag: 30-40%), így akár több olcsó, alacsony haszonnal értékesített generikus termék forgalmazása is megszűnhet, mely végül az originális szerek felé való további eltolódás miatt a kiadások növekedését is okozhatja.

A táblázatban azon kiemelt támogatású készítményeket tüntettük fel, melyek az idei év első 9 hónapjában a legnagyobb forgalmat generálták. Az adatok kapcsán két tényezőt szükséges kiemelni:

- az 50 legnagyobb forgalmú termék 30%-ának létezik generikus helyettesítője, így ezen esetekben a generikumok preferálása lenne indokolt;
- a többi 70% esetében indokolt a költséghatékonyság vizsgálat, az orvosok felírásának ellenőrzése, valamint a nemzetközi ár-összehasonlítás elvégzése, mely természetesen a különböző piaci és támogatási struktúrák miatt csak korlátozottan lehetséges (részletek alább).

Javaslatok a gyógyszer kiadások csökkentésére

A Miniszterelnöki Hivatal megbízásából készült Zöld Könyv gyógyszer reformmal kapcsolatos része a generikus gyógyszerek támogatását, valamint a gyógyszer támogatások csökkentését fogalmazta meg. Evidens azonban, hogy a költségvetés gyógyszer kiadásainak csökkenése a fogyasztási struktúra gyökeres megváltoztatása nélkül csak a gyártók, illetve a fogyasztók terheinek növekedésével képzelhető el.

Bár a gyógyszer-gazdaságossági törvény alapvetően a gyártói terhek növelésére helyezi a hangsúlyt, a szabályozási változások megítélésünk szerint több pozitív tényezőt is tartalmaznak, úgymint:

- a recept- és vizitdíj bevezetése, ami részben visszaszoríthatja az indokolatlan fogyasztást;
- az orvosok gyógyszer felírási szokásainak ellenőrzése, mely Nyugat-Európában gyakran alkalmazott

Megítélésünk szerint egy valódi struktúrális reformra lenne szükség a hazai gyógyszerpiacon, mely első sorban nem – a gyógyszer-gazdaságossági törvény által szabályozott – gyártói terhek növelésére, hanem a fogyasztási szokások, illetve a túlfogyasztás csökkentésére kellene hogy irányuljon.

Ennek legfontosabb elemei az alábbiak lehetnének:

- 1.) a támogatási kulcsok valódi költségvetési kiadási tervekhez való igazítása: ez természetesen a fogyasztói terhek növekedését okozza, ugyanakkor egyben az indokolatlan túlfogyasztást is mérsékli. Véleményünk szerint indokolt lehet a támogatások szociális alapon történő differenciálása is, így azon rétegek okoznának csak költségvetési kiadás növekedést, melyek valóban rászorultak;
- 2.) a támogatott termékek teljes körű revíziója: annak érdekében, hogy csak azon szereket támogassa az OEP, melyek költséghatékonyak a betegek és az állam számára egyaránt, és szakmai szempontok alapján valóban indokoltak;
- 3.) új szerek támogatási rendszerbe való befogadása: csak a költséghatékony, valamint szakmai szempontok alapján is indokolt esetekben (egyes piaci vélemények szerint a jelenlegi befogadási gyakorlatban esetenként az egyes gyártók lobby ereje is szerepet játszik);
- 4.) a gyógyszerek hatóanyagként való felírása (a nemzetközi gyakorlatban nem ismertelen elem): ennek segítségével az orvosokat a gyártók nem tudnák érdekeltté tenni saját készítményeik felírására; ugyanakkor indokolt esetekben konkrét termékeket is felírhatnának az orvosok, hiszen a teljes helyettesíthetőség nem minden medicina esetében biztosított;
- 5.) a tájékoztatás ösztönzése az egyes gyógyszerek helyettesíthetőségéről: nem minden esetben ugyan, de gyakran lehetőség van az originális szerek olcsóbb árszintű generikus termékekkel való kiváltására, melyről azonban a betegeket tájékoztatni szükséges (már csak a számukra új, ismeretlen gyógyszer kapcsán gyakran kialakuló negatív pszichés mellékhatások miatt is);
- 6.) az originális termékek indokolt esetekben történő preferálása: az általában drágább originális készítmények preferálása két esetben indokolt: a.) a termék egyedi, tehát nincs olyan generikus termék, mely azonos hatóanyaggal és egyenértékűséggel rendelkezik; b.) ha a teljes terápiás kiadásokat - azaz a gyógyszer költségeken felüli költségeket (pl. kórházi ápolás) is - figyelembe véve hatékonyabbnak számítanak, mint a generikus változat (mivel a hatékonyság vizsgálat jelentős kiadásokat jelent, így elsősorban az új befogadások és a kiemelt támogatással rendelkező szerek esetén valósítható meg reálisan);
- 7.) tájékoztatás és felvilágosítás az egészség védelméről, a leggyakoribb betegségek lefolyásáról és kezeléséről a betegek számára, melybe az élelmiszeripart is érdemes lenne bevonni: egészségügyi szakmai becslések szerint a lakosság egészségi állapotára az egészségügyi rendszer mindössze 10%-os befolyással van, a genetikai tényezők körülbelül 30%-ot magyaráznak, a legfontosabb tényezőknek pedig 60%-kal az életmód számít. Ez utóbbi tekintetében hazánk kétes dicsőséggel rendelkezik, s - amint az alábbi grafikonokon is látható - mind az elhízás, mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás tekintetében előkelő helyet foglalunk el az OECD országok között. Ezen pont esetében azonban érdemi eredmények nyilvánvalóan csak évek-évtizedek múlva lennének érzékelhetőek, így a politika számára gyakorlatilag érdektelenek.

Barát Szabolcs Portfolio hu. nyomán



EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: A PMGYSZ Egészségügyi Közhazsnú Alapítvány megbízásából a Hunga-Coord Kft.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,
jogi szerkesztő: **Dr. Ábrahám László**, tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3450 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.



Lapunkat rendszeresen szimlézi Magyarország legnagyobb médiagigája az
«OBSERVER»
1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4736, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu



Idén májusban ismét Magyarországon járt Joseph J. Moreno, Dr. Jacob Levy Moreno, a pszichodráma és zeneterápia, csoportterápia megalkotójának unokaöccse. Édesapjának fivere, Dr. J.L. Moreno Bécsben született és dolgozott. Fiatalon Freud tanítványa volt, de később sok mindenben sajátos módszereket fejlesztett ki. J.L. Moreno 1925-ben Amerikába költözött, és itt fejtette ki később munkásságát. Hagyományait és gazdag szellemi örökségét J.J. Moreno folytatja, aki jelenleg New Yorkban él és dolgozik. Belső zenéd dallama c. könyve 1999-ben jelent meg Amerikában, s azóta a világ számos nyelvére lefordították. Hazánkban várhatólag ez év második felétől kapható a könyvesboltokban.

Fiatalos lendület, kedvesen ravasz szemhunyorítás jellemzi a 67 éves Morenót. A tréninget a zenetérpia és zenedráma általános bemutatásával kezdte, a már több alkalommal résztvevő, javarészt szakképzett zeneterapeuta, pszichiáter, pszichológus közönség nem teljes meglegedésére, annál inkább a laikus résztvevők örömére. A bevezetőből megtudhattuk, hogy a zenetérpia a mindenkinben meglevő improvizációs készségekre épül, igyekszik felkelteni a gyermekkorban jellemző kreativitást és spontaneitást, s ezáltal eljutni a személyiség mélyén rejlő örökhöz. Ehhez legtöbbször ritmushangszereket, ütőöket, dobokat, csengőket, xilofonokat és csörgőket alkalmaz, zenei képzést nem igénylő, erős kifejező erejű közlésekként.

A tréning első napjának délutánján Moreno dia vetítéssel egybekötött, lenyűgöző előadást tartott a savant szindrómáról, annak a zenével való, hihetetlennek tűnő kapcsolatáról. Savant szindrómáról beszélünk akkor, ha a máskülönbén súlyos, többszörösen testi-szellemi fogyatékos ember valamilyen mentális területen (és csupán azon) egyedülálló teljesítményre képes. A szindrómát általában gyermekkorban felismerik, gyakran társul autizmussal és egyéb fejlődési rendellenességekkel. Lehet azonban a bal agyféltekét érintő baleset vagy betegség eredménye, sőt tudósok kimutatták savant készségek kialakulását idős kori agy-éremeszedésben szenvedő pácienseknél is. Az autista savant-ok legtöbbje képes számok, adatok, rendszámok, térképadatok, sport vagy időjárás statisztikák stb. memorizálására, vagy egyéb, az egészséges ember számára megolghatatlannak tűnő matematikai műveletek elvégzésére stb. A jelenség pontos oka nem ismert még: néhány esetben egyértelmű neurológiai abnormalitások mutathatók ki, más savant-ok agya viszont anatómiailag és fiziológiailag is, a mai tudomány eszközeivel mérhetően, normálisnak mondható.

A savant szindróma és a zene számos, dokumentált, híres esete közül Moreno háromat emelt ki és mutatott be: Leslie Lemke, agykárosodást szenvedett amerikai vak muzsikust, Hikari Oe-t, a súlyos károsodással született japán zeneszerzőt és Blind Tom Wiggins-t,

az 1860-as években rabszolgaként, vakon és szellemi károsodással született zongoraművész.

Leslie Lemke koraszülött volt, glaukómát, agyszélhűdést és agykárosodást állapítottak meg nála. Nevelőszülők vették magukhoz, s a kislfi hét éven keresztül nem mutatott semmiféle javulást. Egy éjjel nevelőanyja azt hallotta, a gyerek Csajkovszkij 1. sz. Zongoraversenyét játssza hibátlanul, amit a televízióból hallott. Nevelőszülei támogatásával hamarosan mindenféle stílust mesterien játszott, s az 1980-as években koncertkörutakon csillogtatta tehetségét.

Hikari Oe története is egyszerre szívszorító és tanulságos. A japán Nobel-díjas irodalmár, Kenzaburo Oe és felesége sokáig vívódtak, életben tartásá-e az orvosok agyi sérvvel született és sürgős műtetre szoruló kislfiukat. Az orvosok tanácsa ellenére a gyerek élete mellett döntöttek, és Hikari megmaradt ugyan, de epilepsiában, fejlődési rendellenességben, látáskárosodásban és fizikális koordináció zavarban szenvedett. Beszélni soha nem tanult meg pár szón kívül, végül a zenében találta meg saját hangját és a zeneszerzésen keresztül tudta kifejezni magát. Az édesapa számára pedig a fogyatékos gyermek nevelése teherből lassan áldássá változott: ezt a történetet írta meg, saját gyógyítása képpen, munkássága legsikeresebb művében (*Hikari finds his voice – Hikari megtalálja saját hangját**)

Thomas „Blind Tom” Wiggins rabszolda anya gyermekeként született afro-amerikai autista savant és rendkívüli zenei östehetség volt. Egy éjjel gazdája arra ébredt, hogy a négy éves kislfi, aki még beszélni sem tudott, a gazda lányai által tanult zenedarabokat játssza hibátlanul a zongorán. A gazda profi zenészeket fogadott a gyerek mellé, aki hamarosan mintegy 7000, főleg klasszikus darabot játszott fejből, miközben szókincse soha nem haladta meg a 100 szót. Később zenei körutak következtek, egyszer még a Fehér Házban is játszott James Buchanan elnöknek. A sors igazságtalansága, hogy bevételre a rabszolgatartó családot gazdagították.

Moreno ezekkel a történetekkel a zene mindenén átütő, a súlyos agyi károsodáson is áthatólag kommunikációs erejét érzékeltette. A zenetérpia tehát általunk ismert harárokat lép át, eszközt ad a páciens vagy akár a nehézségekkel küszködő „normál” ember számára is saját maga kifejezésében, de eszközt a terapeuta számára is a páciens megszólaltatására. Segít abban, hogy elérhessük a Rogers által megfogalmazott célt, hogy kreatívan és önállóan gondolkodjunk, hogy közeli kapcsolatba kerüljünk személyiségünkkel, önünkkel, bármilyen képességekkel születünk és élünk is, bármilyen körülmények között.

Ezeket a gondolatokat hozta közel hozzánk Moreno, aki saját személyiségével, szellemi frissességével, életszeretetével mindennél jobban szemléltette az elmondottakat.

(K.Tar Ildikó tudományos segédmunkatárs, DEATCASZOK)

Néhány szó e tájról...

Ebben a kistérségben is az idők száma növekszik, ami számos gazdasági, szociális és társadalmi problémát okoz. A korstruktúra kedvezőtlen alakulása miatt az un. „eltartási kényszer” fokozódik, e munkaképes lakosság rohamos csökkenése mellett. Ezt a rohamos struktúra amortizáció, a szociális ellátó rendszerek lemaradt átalakulása követte, s így funkcionális zavarok, diszharmóniák jelentkeztek. Be kell vallanunk, hogy idő és cselekvési zavarba kerültünk!

A nyugdíjba kerüléskor természetes átalakul az időseink életmódja, életstílusa. Az egészségromlás, a mérséklődő alkalmazkodási képesség ezen a halmozottan hátrányos tér-ségben alapvetően csökkenti a veszteségek mérséklésének a lehetőségeit. A bezártság, a magukra maradottság első-sorban az apró falvakban növeli a fizikai-szellemi lelassu-lást, decentralizációt, szélsőséges esetekben konfliktusokat gerjeszt – különösen az ingerszegényebb perifériákon, ahol minimalizálódtak a közösségi kapcsolatok. Egyesek kritiku-san türelmetlenek is, vélt vagy valós sérelmeiket elfogultan túltértekelők, és így ritkán reálisan mélelegelők.

Sajnos, sokan a hivatalosan megállapított szegénységi küszöb alatti jövedelemből éldegélnék. Sorsukat negatívan befolyásolja az is, hogy számosakat a családjuk „elfelejtett, kitalozított”. Ezek közül kerülnek ki az asszociálódók, a margi-nizálódók, a különösen veszélyeztetettek. Szükségük van az önkormányzatok, az egészségügyi és a civil szféra aktívabb segítségére, hogy sorsatlanná ne váljanak. Számítsanak ön-szerveződéseik a támogatásunkra, empátiánkra és humanizu-musunkra. Közös a felelőségünk, erkölcsi köteleességünk. Ne feledjük, hogy változnak az idők, változnunk kell nekünk is. Időseink jelene megmutatja lehetséges sorsunkat is!

Miért e levél...

Hivatásom szeretete, a humanizmus és empátiám kollé-gáim többségéhez hasonlóan nem manipulálható és nem privatizálható. A gazdasági, politikai lobbyk alkalmazko-dásra kényszeríthetnek, de magukuvásra vagy megvásá-rolhatóságra sohasem. Hiszek a tisztességes, emberséges és sohasem kirekesztő gyógyításban. Ugyanakkor vallom a renitens gyógyítók betegnek megnevelésének, indokolt esetekben a megfegyverlézésének a szükségességét is. Kormánypártiak és ellenzékiek kötelessége a politikai ki-csínyeskedéseken való felülemelkedés, közös érdekeink-nek megfelelő konszenzus kialakítása. Állampolgári és hazafias feladatunk, mivel egy valóságos, következetes reform csak korrekt együttműködéssel valósítható meg.

FÓRUM

A betegelégedettség átalakítása, az egészségügyi rendszer feltétele

Napjainkban elvárható minőségi követelmény a beteg - attitűdök figyelembe vétele. Ez nálunk még sokszor nincs meg az alapellátásban sem, ami hátráltatja a bizonyítékokon, tapasztalatokon alapuló gyógyító munkánk hatékonyságát. Az elvárásoknak ezért sem tudunk eleget tenni, nem is szólva az elvárható kiváló minőségű szolgáltatásokról, különös tekintettel nemzeti és helyi szükségleteinkre.

- TERMINOLÓGIAI ÉS MÓDSZERTANI AJÁNLÁS**
- Engedtessek meg, hogy felidézzem a feltétlenül be-tartandó alapelveket:
- 1.) A hozzáféérés lehetőségének a biztosítása
 - 2.) A választás lehetőségének a megteremtése
 - 3.) A folyamatos információról való gondoskodás
 - 4.) A korrekció lehetőségének az életben tartása
 - 5.) Érdeklmentes szakmai és emberi biztonság
 - 6.) A betegek elvárásainak való megfelelés, értéktéremtés – korrekt finanszírozás mellett
 - 7.) Az esélyegyenlőség gyakorlata

Számosan vitatják a „beteg = vevő” meghatározást, elsőssorban az un. „paternalisztikusan” gondolkodók. Úgy gondolják, hogy a jó beteg passzív, az orvos utasi-tásait ellenvetés nélkül végrehajtja. Ennek a jellemző-je, a betegek bevonásának a negligálása a kezelésbe, s az elégedettség felmérésének az elvetése... A reforme-rek szerint /magam is ezt vallom/, érvényesülnie kell a beteg /vevő/ érdekeinek, elvárásainak prioritásainak, továbbá funkcionáljának a választási lehetőségei, s aktívan működjön együtt a gyógyítókkal.

A klinikai autcomok a gyógyításról-gyógyulásról, az un. szolgáltatás – orientáltak pedig az indokolt ki-egészítő lehetőségekről szóljanak, nem elfelejtkezve a betegjogokról. Gondokat okoz a betegek szubjektivitá-sa, mivel igen nehezen mérhető. Nehezíti a hivatásun-kat az esetleges együttműködési hiány, a kompetencia elmaradása, a döntés – bizonytalanság, befolyásolha-tóság, stb. Hangsúlyoznám még a mérési módszerek-től valamint a dimenzióktól való függőséget is, illetve a gyógyító tapasztalatának a fontosságát, s a beteg együttműködésének a mértékét.

Nem szabad elfelejtkeznünk a gyógyító és a betegek érzelmi profiljáról, az egyenlő bánásmód alkalmazá-sáról, a szociális háttérrel sem. A betegek véleménye mindig a minőség indikátora, ebből adódóan a beteg-orientált /patient centered/ megközelítés javasolható, pl. kérdőíves felmérésnél is. A megbízhatóság, a validitás és az un. torzító tényezők kiküszöbölése a megfelelőség előfeltétele.

BETEGELÉGEDETTSÉG-VIZSGÁLAT KÉRDŐÍVEK SEGÍTSÉGÉVEL

Használhatunk kvalitatív és kvantitatív skálákat. A kérdőívek összeállítása előtt célszerű valamilyen in-terjú-módszerrel megvizsgálni, hogy az adott beteg-csoport hogyan fejezi ki magát, milyen módon fog-almaz, azaz tisztázandók a kommunikációs szintek.

(Ajánlanám a nyitott kérdőíveket, figyelembe véve a hazai sajátosságokat).

A minőség multidimenzionális, mit az összeha-sonlítások során nem szabad elfelejtenünk. A kül-ső és belső validitás, a megbízhatóság biztosítása mellett megfelelően előkészített interjúkkal és nem struktúrált elő-kérdőívekkel biztosítsuk a válaszok interpretálható megoszlását. A betegorientált ellátás a betegek véleményére való odafigyelés mellett azt is megkívánja, hogy mérlegeljük a minőségelemek sú-lyát, fontossági sorrendjét is. A kérdőív végső formá-jának kialakításában statisztikai módszereket hasz-nálunk, amelyek a lényegest a lényegtelentől az un. faktoranalízissel tudjuk megkülönböztetni.

FEJLŐDÉSI LEHETŐSÉGEINK

A megfelelően előkészített, célszerűsített és jól kom-munikáló kérdőívek segítségével valóban hasznos in-formációkhoz juthatunk a praxisban. Az alábbiakban figyelmeztetek a feltétlenül elkerülendő hibákra, té-vedésekre. Ezek a következők lehetnek:

- 1.) Az önkéntesség és a hatáskör betartása, egyértelmű válaszadási lehetőségek megmutatása
- 2.) A feldolgozás a megfelelő dokumentáció segítségével korrekcióra ne szoruljon
- 3.) A problémák felsorolása mellett határozottan utaljon a tennivalókra, szükség szerinti ismételt elemzésekre, az adatok korrekt inepretációjára
- 4.) Törekedjünk a tudatosságra, programozhatóságra
- 5.) Ne befolyásoljuk a kérdezett
- 6.) A fentiekből adódóan kerüljük a kérdőív-, kérdező-, és a hely-függőséget (a Pick-felmérések megfelelően)

Úgy gondolom, hogy komplex szemlélettel és gyakor-lattal helyes eljárunk a betegelégedettségi vizsgála-toknál, a praxisban is. Az említettek mellett figyeljünk a beteg/betegségcsoportokra, a beteg-orientációra, az ellátási körülményekre és a probléma orientációra, az ellátási körülményekre és a probléma orientáltságra. Javasolnám egy országos felmérés elindítását után-követéssel, figyelembe véve a regionális- kistérségi kör-ülményeket, lehetőségeket is. Ezt összekapcsolnám egy minden életkorra kiterjedő egészségnevelési prog-rammal, amibe bekapcsolódnának az Önkormányza-tok, a civil szervezetek is. Együttesen érthetünk csak el minőségi átalakulást az alapellátásban, majd a szak-ellátásban. Szemléletbeli és rövid időn belül gyakorlati változtatásokra van szükség, mert különben véglege-sen lemaradunk, népegészségügyi helyzetünk tragi-kussá válik, életkilátásaink pedig elrettentőek lesznek Európában.

Míndezeek is indokolták, hogy a minőségfejlesztés ezen fontos területével foglalkozzák, természetesen idővel kitekintést kívánok adni más és más terüle-tekre...

Dr. Salamon Sándor háziorvosi szakfőorvos

Bodrogrközi

Gondolatok az egészségügyi reform kapcsán

rűen alakították a forráshiányokat, majd kapkodva indo-kolatlan megvonásokkal számos alkalommal kényszer-helyzeteket teremtettek.

Szerintem...

Az egészségügy reformja is csak akkor lehet sikeres, ha pa-ralel megtörténik a közigazgatás, az oktatás és nem utolsó sorban a gazdaság radikális átalakítása is. Az egészségügy gondjainak gyakori okai között szerepel az önkormányza-tok lehetőségeinek (forrásainak) hiánya, máskor a gyógyí-tás szakmapolitikai manipulálása.

Sokszor kihasználják a védtelenségünket, tisztességün-ket és a hivatástudatunkat (pl. ügyleteknél, túlóráztatás-nál, helyettesítéséknél, stb.) Az élet bebizonyította, hogy a politikusok többsége számára csak „nyűg” vagyunk, vagy eszköz a választópolgárok befolyásolására. Az OEP, mint finanszírozó versenytársai a szakmai kollégiumok, az átalakuló ÁNTSZ-ek, az alapellátásban a szak-főorvosok feladata legyen az átalakulás levezénylése, a folyamatos követés és ellenőrzés.

Jelenleg az alapellátásban dolgozom, ennek a gondjait ismerem a leginkább, ezért úgy gondolom, hogy javasla-taim ezen ellátási szinttel foglalkozzanak. Külön választá-nám a sürgősségeket. A kistérségi sürgősségi központok biztosításával az indokolt esetek (felnőtt és gyermek, fo-gászat) ellátás a OMSZ feladatkör gyógyosztéri elérhe-tőséggel. A praxisok pedig kihasználva a munkaidejüket, szűrés, preventív, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs tevékenységük kibővítésével, egyre kevésbé szoruljanak a szakrendelésekre, intézetekre.

Az alapellátóknak idejük lenne így a folyamatos megbe-szélésekre, személyes konzultációkra, és számos helyen ez lehetőséget teremtene praxis-összevonásokra, alkalman-ként csoport-praxisok működtetésére. Ezen ésszerűsítések által felszabadult források maradjanak meg a mennyisé-gileg, minőségileg többet vállalóknál, illetve egészítsék ki a sürgősségi ellátó rendszer esetleges hiányát. Utóbbi forrásainak biztosítására kistérségi pályázatok is biztosi-tanak lehetőségeket.

Hangsúlyoznám, hogy belátható időn belül megvaló-sítandó az alapellátás minőségbiztosítása és elvárható a be-

tegutak elemzése, követése. Az IBR ezen területen szerzett tapasztalatait is nyugodt lelkiismerettel tudom ajánlani. A kistérségi sürgősségi ellátó helyeket idővel egészségügyi mikro-centrumokká is fejleszthetjük laborral, fizioterá-piával, stb. Célszerűsíteni és ésszerűsíteni ajánlom a házi ápolási rendszert. Kibővíteném a feladatait, és – a műkö-dési területeit megfelelő szakképzés, eszköztár-bővítés és szigorúbb ellenőrzés mellett – kiszélesíteném.

A praxis alap az alapellátásba bekerülni szándékozó fia-talok számára teremthetne lehetőséget. Korábban is szóba került, most nem hallani róla, talán a forráshiány miatt? A rezidens rendszer reformja sem kerülhető el, szükségünk van rájuk megsokasodó feladataink ellátása végett. Kie-melt javadalmazásukat állami forrásból biztosítanám, elv-árva az alapellátásban maradásukat. A különösen nehéz helyzetű, leszakadó területeken nekik is kiemelt díjazásról gondoskodnék.

Az ellátási egységű felborulása, azaz, a centrumok felé való egyirányú vándorlás, alapjalban boríthatja fel a reformot. Átalakítanám a továbbképzési rendszert is, hangsúlyoznám időszakonként a szakrendelőben, osztá-lyos munkában való gyakorlatsszerzést, előírnám a publi-kációs lehetőségek aktívabb kihasználását.

Számos egyéb ötletemről majd a későbbiekben kívánok szólni, de feltétlenül megemlíteném még az elektronikus kommunikáció használatának gyorsítását a mindennapi munkában, de az ellenőrzések során is.

Végezetül...

Jelezttem már, hogy a reform szükségességével egyetértek, a célokkal és a módszerekkel nem mindig és hiányolom a következetességet is. A megszokotthoz ragaszkodók, a maradásot minden áron fenntartani kívánók, a kivárára játszóok számomra hiteltelének,. A közömbösséggel pedig csak a tehetetlenségünket leplezzük, a felzárkóztatási re-ményeinket csökkentjük! Ezeket nem akarhatjuk!

Üzenem valamennyiünknek innen az ország egyik leg-szegényebb praxisából, hogy sohasem szabad feladni a reményt, a hitet és a tisztességet.

Dr. Salamon Sándor háziorvos, szakfőorvos Bodrogrköz