

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

51. ÉVFOLYAM, 2013. 3-4. SZÁM

INTÉZMÉNYKÖZI ADATÁRAMLÁST
BIZTOSÍTÓ INFORMATIKAI
RENDSZEREK SZÜKSÉGESSÉGE
AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A NYUGAT-DUNÁNTÚLI RÉGIÓ
LAKOSAINAK EGÉSZSÉGÜGYI
ÁLLAPOTA ÉS ELLÁTOTTSÁGA

EGÉSZSÉGÜGYI REFORM
AZ USA-BAN

Tartalom

SZAKCIKK

- Intézményközi adatáramlást biztosító informatikai rendszerek szükségessége az egészségügyben (dr. Siposné Kormos Andrea, Sas Tibor)1
- A Nyugat-dunántúli régió lakosainak egészségügyi állapota és ellátottsága (Kovács Zsuzsanna, Némethné dr. Tömő Zsuzsanna)7
- Perspektívák az EHIC-kártya alkalmazásának kiterjesztésében (dr. Váradi Ágnes) 17
- Áldás vagy átok? Az egészségügyi szolgáltatók e-jelentés küldési kötelezettsége a keresőképtelenségről (Kopcsándyné Horváth Orsolya, Sas Tibor) 22
- Légúti stent-beültetés csecsemő- és kisdedkorban asszisztensi szemmel (Bányai Zsuzsanna, Nagy Sándorné, Trunecz Györgyi) 27
- A patológia és a patológusok helyzete (Fekete Tibor) 43

KÜLFÖLD

- Egészségügyi reform az USA-ban – Obamacare, vagyis a Méltányosan Elérhető Ellátásról szóló törvény legújabb fejleményei (Harry Perlstadt, Balázs Péter) 29

RECENZIO

- Gaál Csaba: Egy életút gondolatai (Széll Kálmán) 47

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8. • Telefon: (1) 788-9212
Fax: (1) 700-2998 • Web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: Bodrogi József, dr. Gaál Péter, Molnár Attila, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276

Éves előfizetési díj: 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélye szükséges.
A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalja a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Intézményközi adatáramlást biztosító informatikai rendszerek szükségessége az egészségügyben

Manapság nagyon fontos a házi orvosok és a közelükben lévő kórházak kapcsolatának minősége. A házi orvos szükség esetén szakrendelésre küldi a betegeit. Ennek módja legtöbbször a telefonos időpontkérés. Az eredmény sokszor papíralapon érkezik vissza az orvoshoz. Már ha visszaérkezik.

■ Dr. Siposné Kormos Andrea¹, Sas Tibor²

Veszprém megyei házi orvosok véleményét kérdeztük kérdőíves elemzés során ebben a témában az aktuális helyzetről, a gyógyító-megelőző munka hatékonyságáról, az informatikai fejlesztés szükségességéről.

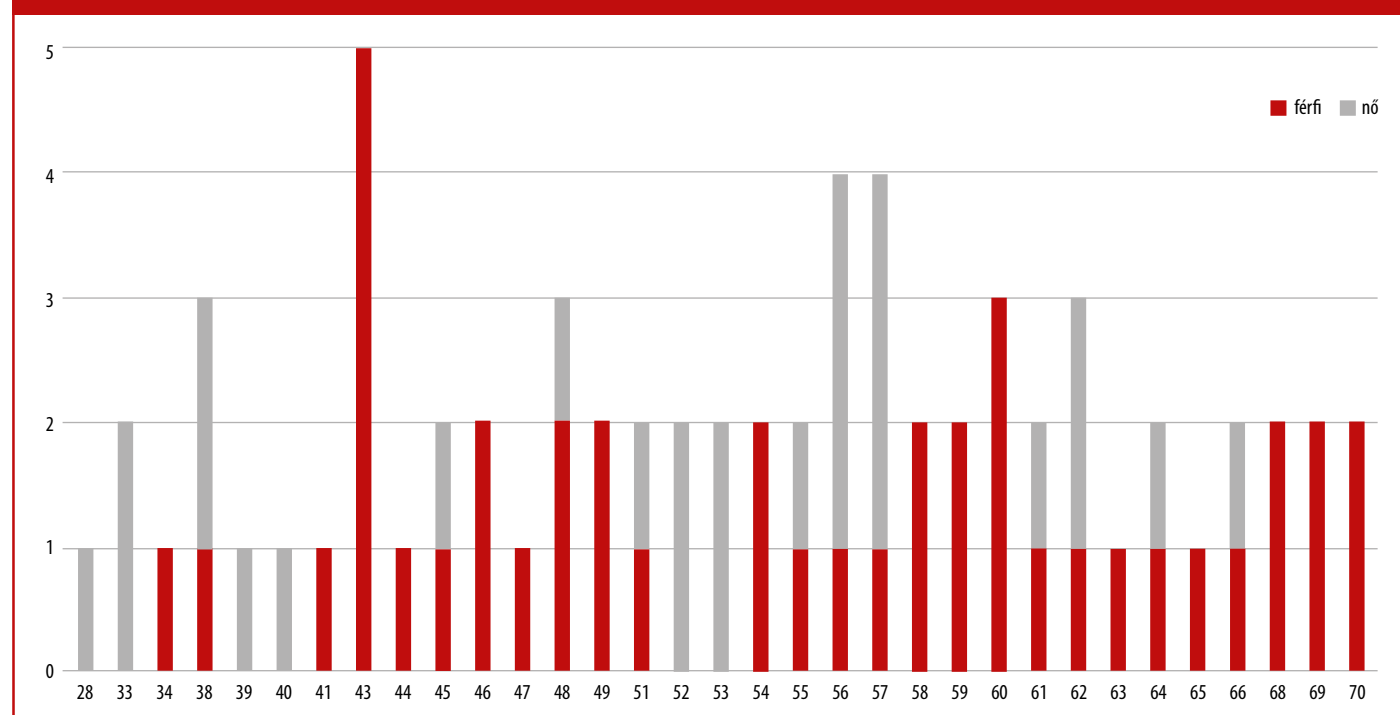
Ma nemcsak az egészségügyi ellátás, hanem az információhoz való hozzáférés is globalizálódik. Fontos, hogy a szükséges információ megszerzéséhez ne kelljen papírokra támaszkodni, hanem az online bármikor megtekinthető legyen. Lényeges, hogy pontosabban lehessen megállapítani a diagnózist, és az összes alapellátásban szükséges tevékenység is online módon elérhető legyen. Ezen kívül fontos a házi orvos beteg fordított idejét is optimalizálni, hogy a beteggel töl-

tött idő ne az adminisztrációval, hanem a gyógyítással teljen. Ha mindezt egy olyan informatikai megoldással lehet segíteni, ami a házi orvosi programba integrálódik, akkor sokkal hatékonyabb működés érhető el.

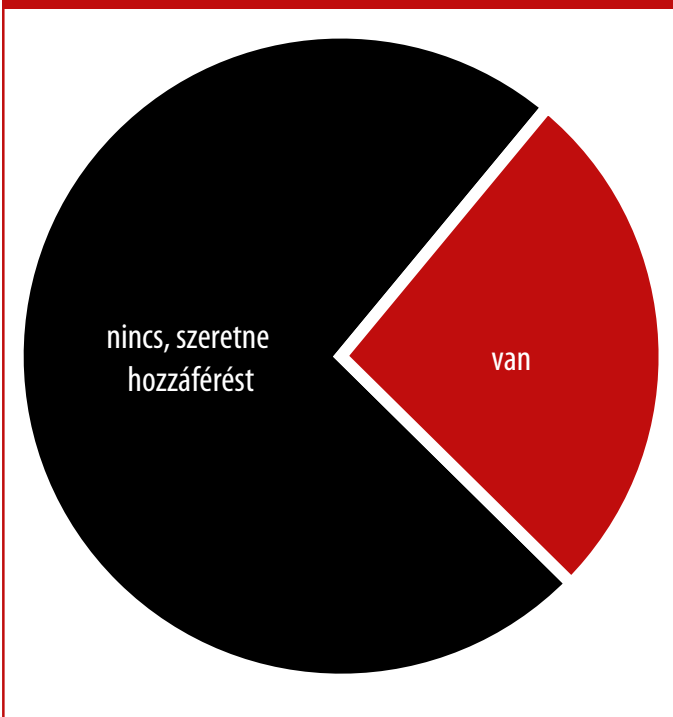
Hazánkban igen alacsony fokú az egészségügyi informatikai rendszerek integráltsága, mind az intézményeken belül, mind az intézmények között. Emiatt hiányoznak azok a csak informatikai eszközökkel megszerezhető információk, amelyek lehetővé tennék az egészségügyi ellátórendszer valódi szolgáltató ágazattá válását.

Hipotézisünk az volt, hogy a vizsgált Veszprém megyei házi orvosok szeretnének hozzájutni betegeik leleteihez, időpontot

1. ábra. A válaszadók kor és nem szerinti eloszlása



2. ábra. Van-e hozzáférése a legközelebbi kórház informatikai rendszeréhez?



foglalni a szakrendelésekre, mert ez egyszerűbbé, olcsóbbá, hatékonyabbá tenné a gyógyító-megelőző munkát. Ezért pénzt is áldoznának.

Kutatási eredmények és elemzésük

A kérdőívet kitöltő 68 fő mindegyike háziorvos, tehát egyetemi végzettségű. A statisztikai adatokat tekintve közülük 26 fő (38%) nő, és 42 fő (62%) férfi, 28 és 70 év közöttiek (1. ábra).

Tudjuk, hogy Magyarország népessége öregszik, és ugyan-ez mondható el a háziorvos-társadalomról is. Az Egészségügyi Gazdasági Szemle (49. évfolyam, 2. szám) 2011. áprilisi számában volt olvasható az a statisztikai adat, miszerint míg 1990-ben a 60 év feletti háziorvosok aránya alig 10% volt, addig 2007-re ez az arány 28%-ra emelkedett. Az általam meg-

1. táblázat

	Van	Nincs
Van-e hozzáférése a legközelebbi kórház informatikai rendszeréhez?	18	50
	Igen	%
Amennyiben nincs kapcsolat, szeretne-e hozzáférési lehetőséget?	50	100%

kérdezett rétegben ez az arány 25%, szintén az országos átlagra jellemző adat volt tapasztalható.

Hozzáférés a kórház informatikai rendszeréhez

Az első két kérdés arra vonatkozott, hogy van-e hozzáférése a háziorvosnak a legközelebbi kórház informatikai rendszeréhez, és amennyiben nincs kapcsolata, igényelné-e ezt a lehetőséget (1. táblázat).

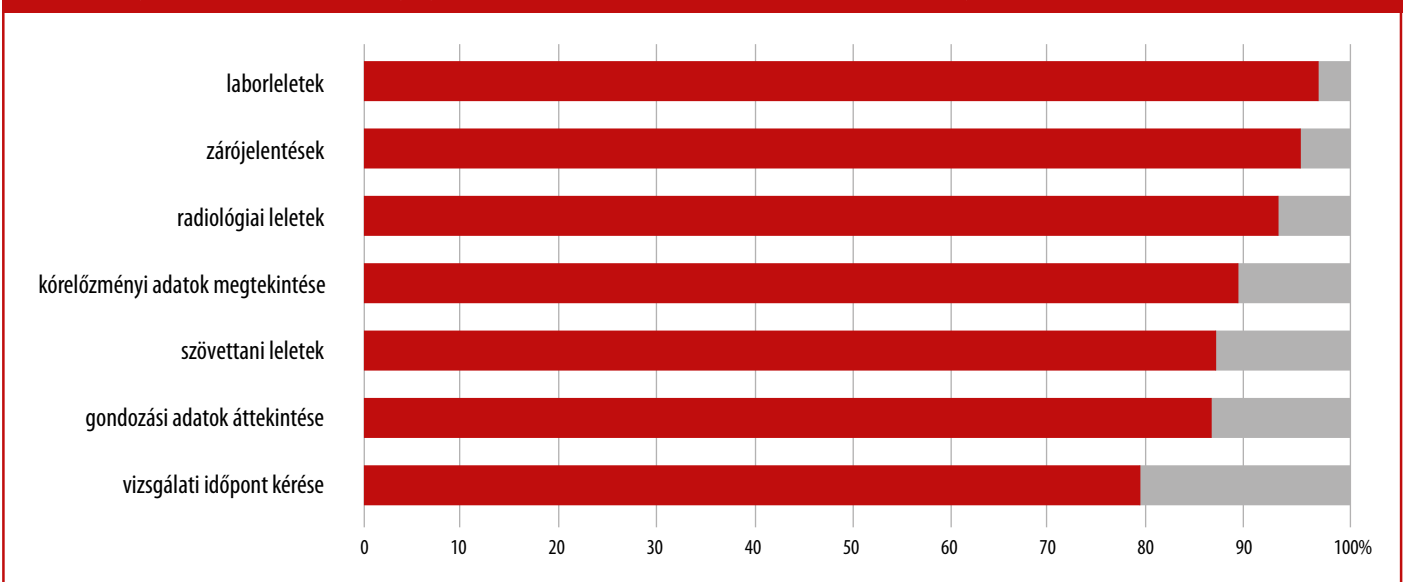
A megkérdezettek közül 18-an válaszolták, hogy van kapcsolatuk, míg a fennmaradó, hozzáféréssel nem rendelkező 50 háziorvos mindegyike szeretne egészségügyi betegeket a kórházi informatikai rendszerből (2. ábra).

Kórházi informatikai rendszerből származó információk

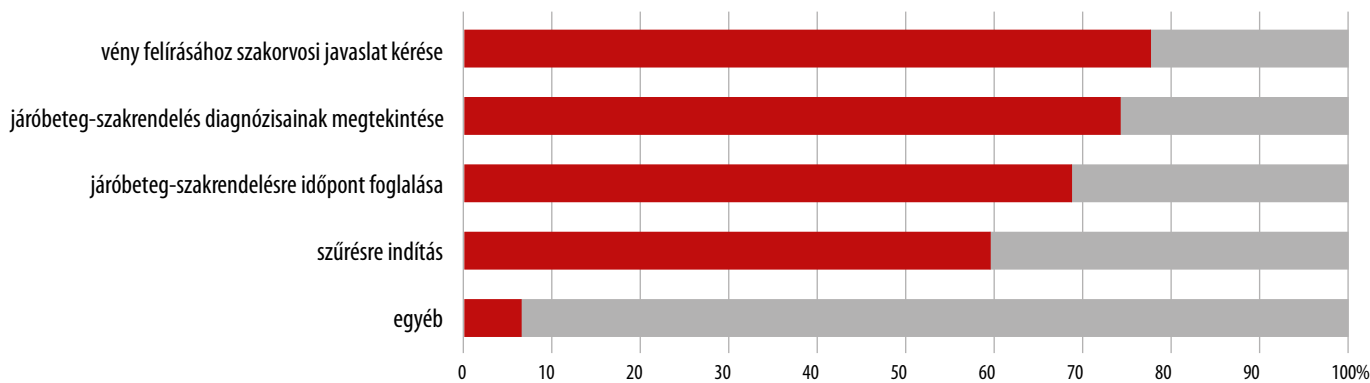
Az informatikának az egészségügyben történő alkalmazása – háziorvosi szinten – lehetővé teszi a diagnosztikai vagy terápiás egészségügyi információk (leletek, vizsgálati eredmények stb.) zökkenőmentes eljutását a különböző felhasználási helyekre (pl. háziorvosi, szakorvosi, magánorvosi rendelők, kórházak és szanatóriumok). A kérdőív további két kérdésében arra kerestem a választ, hogy a kórházi informatikai rendszerből származó egészségügyi adatok mennyire fontosak a háziorvos gyógyító-megelőző munkájában, és milyen egyéb haszna lehet a kiépített kórházi kapcsolatnak (3. ábra).

Az ábra fontossági sorrendben mutatja a háziorvosok véleményét arra vonatkozóan, hogy a náluk folytatott kezelés során a páciens korábbi vizsgálati eredményeit, kórelőzményi adatait, amelyek más egészségügyi intézményben keletkeztek, meg tudják tekinteni. Legfontosabbnak azokat a

3. ábra. Mennyire fontosak az Ön számára a gyógyító-megelőző munkában a kórházi informatikai rendszerből kinyert adatok?



4. ábra. Milyen egyéb funkcióra használná a kapcsolatrendszert?



2. táblázat

	Ismeri	Nem ismeri	Nem ismerők (%)
Ismeri-e a kórházi informatikai rendszer felépítését, használatát?	15	53	78%
Amennyiben nem, szükségesnek tart-e ezzel kapcsolatos oktatást?		44	83%

laborleleteket, zárójelentéseket, radiológiai leleteket értékelték, amelyek hiányában egy egyszerűnek tűnő betegség diagnózisa sem állítható fel, vagy akár gyógyszer sem írható fel a beteg számára. Az az intézményközi adatáramlás által biztosított funkciót, mint például a vizsgálati időpont kérése – amelyet eddig a beteg maga oldott meg telefonon vagy személyesen –, 80%-ban fontosnak ítélték a kérdezett házi orvosok (4. ábra).

Rendkívül fontosnak tartják a házi orvosok más feladathoz is a kórházi kapcsolatot, úgymint szakorvosi javaslat kérése, szakrendelés diagnózisainak megtekintése, időpontfoglalás szakrendelésekre valamint a nőgyógyászati, mammográfias vagy például a prosztatatarák-szűrésre indítás. Az egyéb kate-

góriát is fontosnak tartották a házi orvosok, hiszen a következő, ma már sajnos nem ritka betegcsoportokra vonatkozó információt, funkciót sorolták fel benne: vastagbélrákszűrés, tüdőgondozó/tüdőszűrés, közvetlenebb kapcsolat kialakítása az intézménnyel, konzultáció korábban vizsgált beteg állapotváltozásairól és (gyermekgyógyászként) az újszülött osztállyal való kapcsolatattartás.

Kórházi informatikai rendszerek ismertsége

A kórházi informatika mára általánosan elterjedt, ma már minden kórházban működik valamilyen informatikai rendszer. A kórházi informatikai rendszer amellett, hogy segíti a gyógyító orvos munkáját az adminisztrációban (a betegfelvételtől kezdve a leletezésen át a zárójelentésig minden tevékenységet támogatva), támogatja a kórházak elszámolását is az egészségbiztosítás felé, felhasználva a beteggel kapcsolatos kórházi tevékenységek adatait (5. ábra).

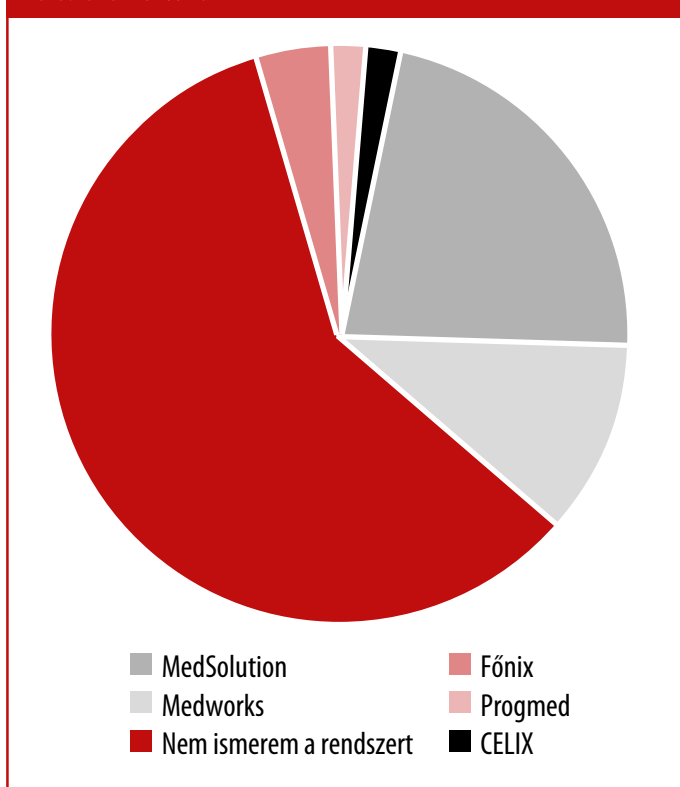
A megkérdezettek 59%-a nem ismeri annak a kórháznak az informatikai rendszerét, ahova a betegét akár járóbeteg-, akár fekvőbeteg-szakellátásra elküldi. 39 százalékuknak van információja azokról a rendszerekről, amelyeket a megye kórházai használnak (2. táblázat).

A válaszadók nagy többsége (78%), ha tudja is, hogy mely rendszerrel dolgozik a kórház, használatát és felépítését nem ismeri. Ezen válaszadók 83%-a pedig a rendszer működésére kíváncsi, oktatást igényelne (6. ábra).

Hatékonyság a házi orvosi praxis működésében

A betegségek megelőzése, illetve a már kialakult megbetegedések korai felismerése és szövődményeik kialakulásának megakadályozása vagy hátráltatása a házi orvos nagyon fontos feladata. A betegségek sokkal hatékonyabban gyógyíthatók, ha időben felismerjük őket. A mai házi orvosi ellátásban átlagosan tíz perc jut a beteg ellátására, ami azt jelenti, hogy hosszú (20–30 perces), már konzultációként jellemezhető vizsgálatokra nincs idő, de szükség lenne rá, a rövid (10 percnél rövidebb) időt igénylők pedig jellemzően adminisztratív vizitek (pl. ismételt receptfelírás). Ezért a hatékonyság alapvető

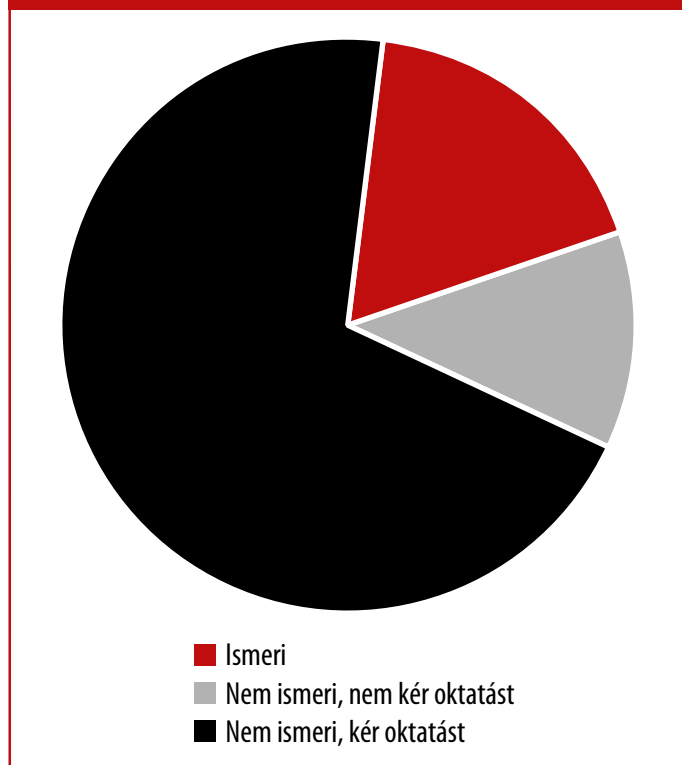
5. ábra. Tudja-e, hogy az Önhöz legközelebbi kórház milyen informatikai rendszerrel működik?



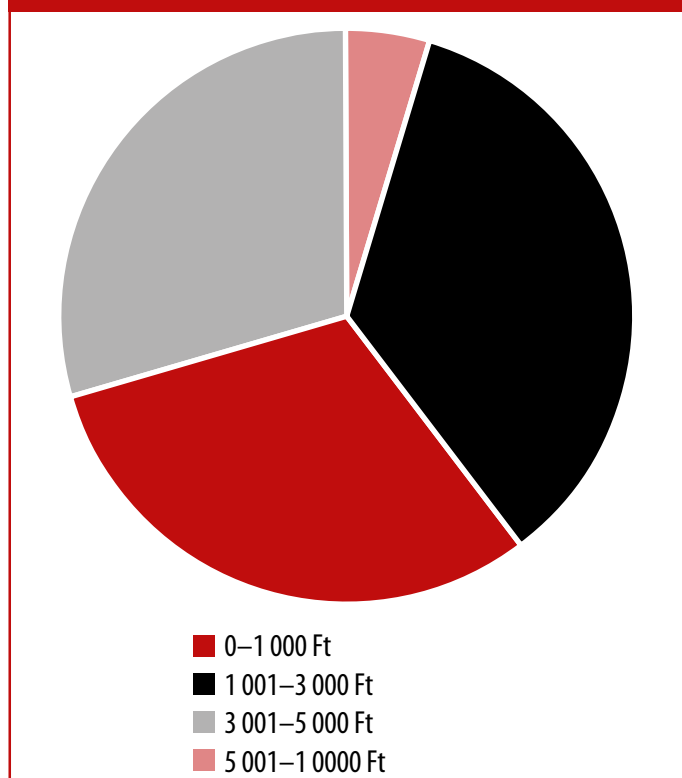
Szakkikk

fontosságú a praxis működésében. Mi az, ami a gyógyító és megelőző munkát hatékonyabbá tenné? A kérdőívben a háziorvosok ötös skálán 4,47 pontra értékelték azt, hogy a kórházi rendszerre való kapcsolódás milyen mértékben növelné a hatékonyságot a rendelőben. Az általa elérhető haszon pedig a következőkben fogalmazható meg: a várakozási idő csökkentése, az ápolási idő csökkentése, a betegutak nyomon köve-

6. ábra. A kórházi informatikai rendszer ismerete illetve a megismerés vágya



7. ábra. Mennyit áldozna havonta a kapcsolat használatáért?



3. táblázat. „Kérem, értékelje, hogy mit jelent a hatékonyság növelése az Ön munkájában!” (68 válaszadó)

	Fontosság érték (5-ös)	Fontosság rang
Várakozási idő csökkentése	4,47	1
Betegutak rövidítése	4,03	4
Betegutak nyomon követése	4,25	3
Ápolási idő csökkentése	4,38	2
A rendelés során az egy betegre jutó idő csökkentése	3,65	5

tése, a betegutak rövidítése, a rendelés során az egy betegre jutó idő csökkentése. A megkérdezett háziorvosok ebben a sorrendben értékelik fontosnak a kórházi rendszerre való kapcsolódással elérhető hatékonyság növelését (3. táblázat).

Költségvállalási hajlandóság

Vizsgáltam, hogy milyen módon vállalná a háziorvosi praxis a kórházi informatikai rendszerhez való kapcsolódás költségeit, és azért milyen anyagi terhet vállalna. Sorrendben a legtöbben azt választották, hogy a kórház és a praxis közösen vállalnák a költségeket. Második helyen a rendelőben használt számítógép fejlesztése állt, harmadik helyen pedig az, hogy nem vállalna anyagi terhet a háziorvos (7. ábra).

Az orvosok közül, akik a rendszerhasználatért hajlandók költségvállalásra, 35% 1000 és 3000 Ft, 31% 0 és 1000 Ft közötti, 29,5% 3000 és 5000 Ft, 4,5% pedig 5000 és 10 000 Ft közötti havi összeg megtérítését vállalná. Érdekes eredmény derül ki, ha összevetjük a kérdőív e pontját azzal, hogy például a kórházi informatikai rendszerből kinyerhető információk közül a legfontosabbra értékelt betegleletért milyen költséget hajlandó áldozni a háziorvos.

A 4. táblázat azt mutatja, hogy azok, akik a legfontosabbnak a laborleleteket értékelték, azok közül hét és hat fő 1000–3000 Ft-ot, illetve 0–1000 Ft-ot fizetne a rendszer használatáért. A szövettani leletekért legtöbben 1000 és 3000 Ft közötti összeget, a radiológiai leletekért 3000 és 5000 Ft között fizetnének. A zárójelentéseket, a vizsgálatiidőpont-kérést, körelőzményi adatok megtekintését már kevésbé fontos információknak tartották a háziorvosok, így azokért már egyre kevesebbet áldoznának (8. ábra).

Összességében úgy tűnik, hogy a legfontosabbnak értékelt laborleletekért akár 5 000 Ft-ot is fizetnének az orvosok, viszont a szövettani, radiológiai leleteknél, valamint a zárójelentéseknél már megjelenik a havi 5000–10 000 Ft-os havi díj is. Ezt azt jelenti számomra, hogy bár a laborleletek nélkülözhetetlenek a háziorvos gyógyító-megelőző munkájában, a legtöbbet mégis azon információkért fizetnének, amelyek már egyéb szakorvosi véleményekre épülnek, bonyolultabb összefüggések feltárásában játszanak szerepet.

A kérdőívben a kórházi informatikai rendszerből kinyerhető egyéb funkciókra kérdeztem rá, melyet összevetve a költségvállalási hajlandósággal szintén érdekes információt kaptunk (9. ábra).

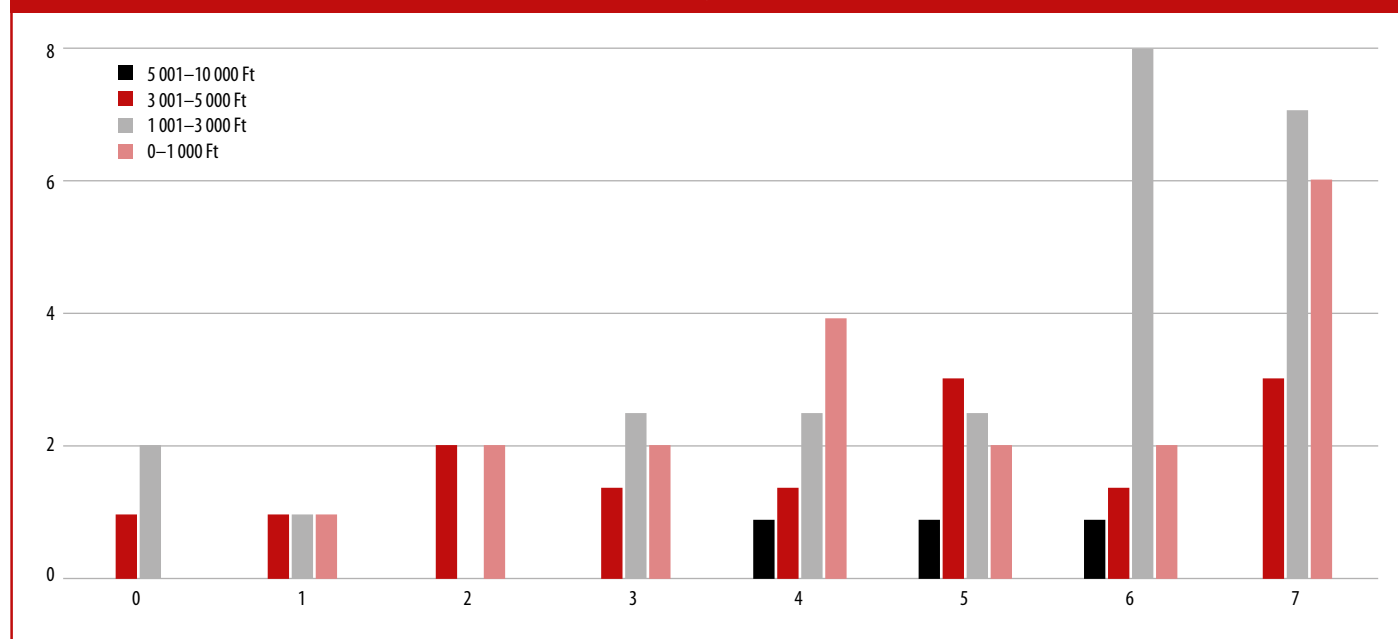
A fejlesztés szükségessége a kérdőívre adott válaszok alapján egyértelmű, hiszen olyan egyéb funkciókért is hajlandók jelentősebb (5000–10 000 Ft közötti) anyagi terhet vállalni a háziorvosok, mint a járóbeteg-szakrendelésre indítás, betegek diagnózisainak megtekintése, a szakorvosokkal való kapcsolattartás, vény felírásához szakorvosi

javaslat kérése, vagy például a betegek szűrésekre indítása. Ha azonban az ábrát olyan szemszögből elemezzük, hogy mely összeghatár a leginkább elfogadható az orvosok számára, akkor azt látjuk, hogy az 1000–3000 Ft-os havi díjat tudják leginkább kitermelni a háziorvosi praxis finanszírozása során.

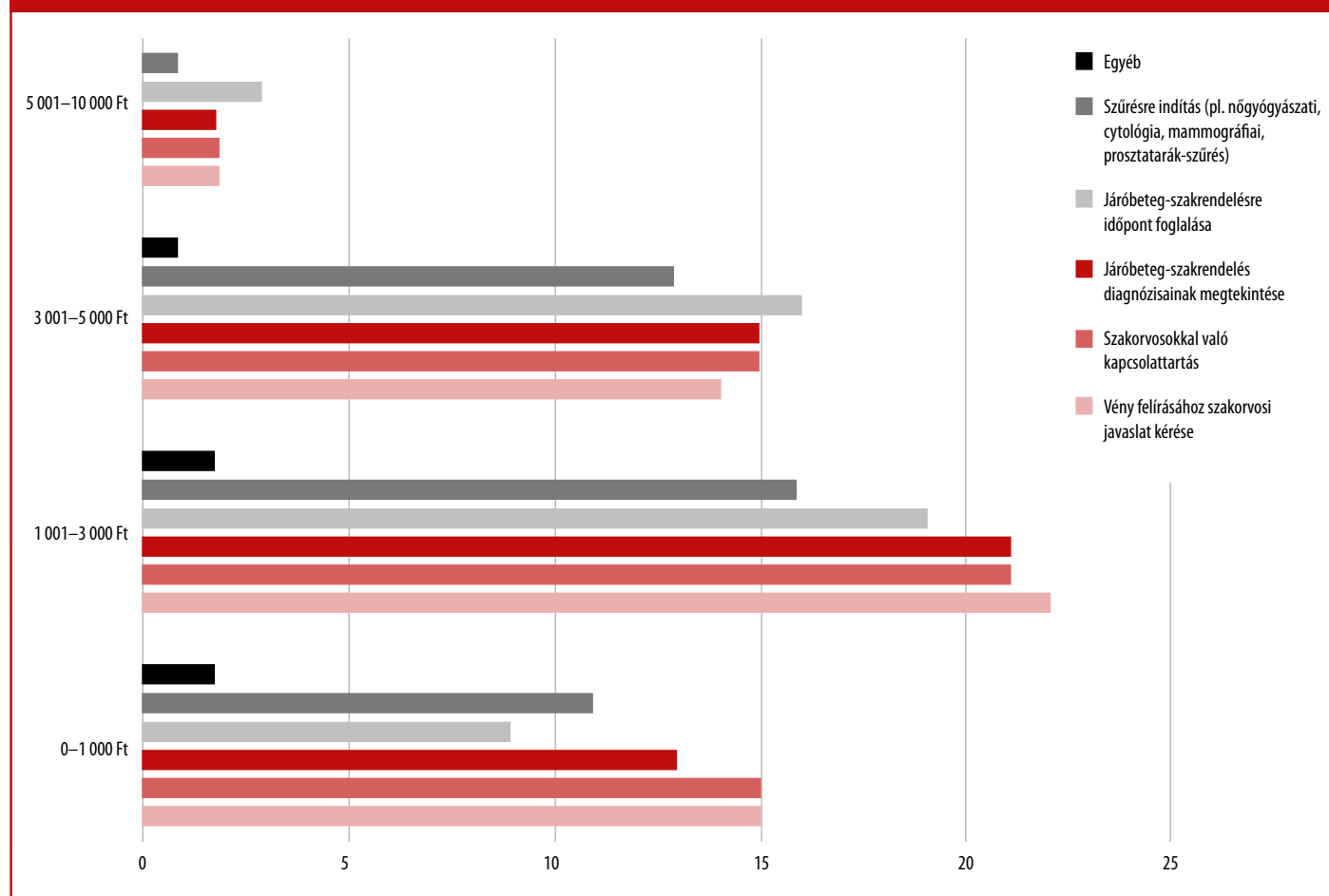
Következtetések

A kérdőívre adott válaszok elemzéséből kiderül, hogy az egészségügyi informatika korszakváltás előtt áll, melynek szükségessége nem kétséges. A legnagyobb probléma alapelátási és szakellátási szinten az, hogy a szigetyszerűen működő

8. ábra. Költségvállalási hajlandóság a legfontosabbnak értékelt adatok függvényében



9. ábra. Költségvállalási hajlandóság az egyéb funkciók függvényében



4. táblázat. Költségvállalás a legfontosabbra értékelt szempontok függvényében. Mennyire fontosak az Ön számára a gyógyító-megelőző munkában a kórházi informatikai rendszerből kinyert információk?

	5-ösre értékelt szempontok száma	Mennyit áldozna havonta a kapcsolat használatára?			
		0–1 000 Ft	1 001–3 000 Ft	3001–5 000 Ft	5001–10 000 Ft
laborleletek	7	6	7	4	
szövetteni leletek	6	2	8	2	1
radiológiai leletek	5	2	3	4	1
zárójelentések	4	4	3	2	1
vizsgálati időpont kérése	3	2	3	2	
kórelőzményi adatok megtekintése	2	2		3	
gondozási adatok áttekintése	1	1	1	1	
	0		2	1	

informatikai egységek nem tudnak egymással kapcsolatba kerülni, ugyanis nincs interaktív kapcsolat a kórházi rendszerek, a szakorvosi rendelők, a háziorvosok vagy a gyógyszer-ellátók adatbázisai között. Az egységes rendszerben történő működéssel temérdek idő, erőforrás és pénz lenne megtakarítható. Az egészségügyi adatok birtokában hatékonyabb és jobb allokációs döntések születhetnek. Csökkenhet az orvo-

sok adminisztrációs terhe, nőhet az orvos és beteg közötti bizalom. Az ellátók közötti horizontális kapcsolat kiépítésével javulna az adatminőség, csökkenne az adatkésedelem.

-
1. Pénzügyi gazdálkodási referens, MÁK igazgatóság
 2. Informatikai és kontrolling osztály, Csolnoky Ferenc Kórház

A Nyugat-dunántúli régió lakosainak egészségügyi állapota és ellátottsága

A 18–69 éves hazai lakosság átlagosan 100 000 forintot költött egészségmegőrző termékekre 2012-ben. Ebből 54 000 forintot gyógyszerre fordítottak az emberek – derül ki a Cofidis Magyarország felméréséből. Jelentős részt képviselnek az egészségmegőrző eszközök és kezelések is, amelyekre 35 000 forintot szánt a lakosság. 43 százalékot tesz ki azoknak az aránya, akik odafigyelnek arra, hogy egészséges élelmiszereket fogyasszanak, szűrővizsgálatokon pedig csupán 41 százalék vett részt. Ezek az információk – amelyeket a Pénzcentrum.hu oldalon olvashattunk 2013. június 12-én – készítették bennünket az alábbi tanulmány megírására.

■ Kovács Zsuzsanna¹, Némethné dr. Tömő Zsuzsanna²

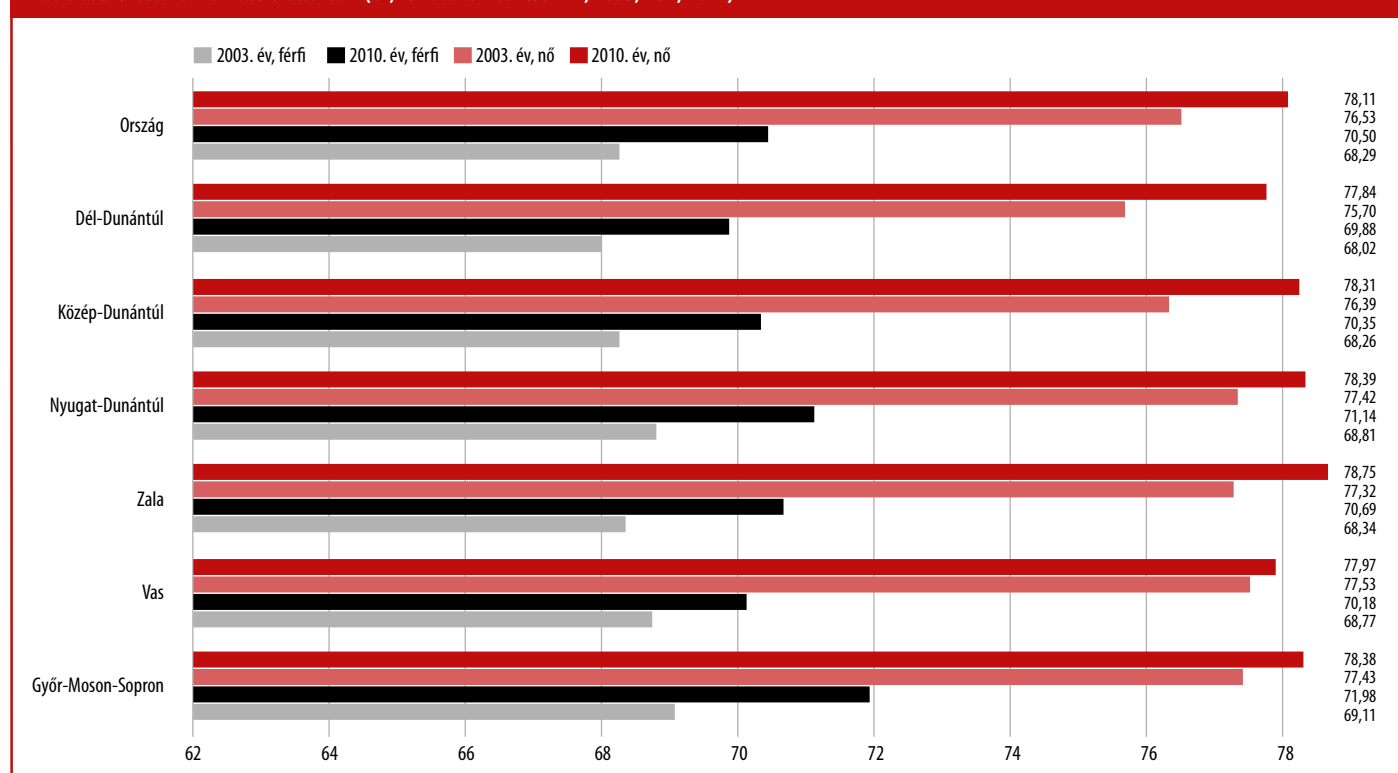
A 18–69 éves hazai lakosság átlagosan 100 000 forintot költött egészségmegőrző termékekre 2012-ben. Ebből 54 000 forintot gyógyszerre fordítottak az emberek – derül ki a Cofidis Magyarország felméréséből. Jelentős részt képviselnek az egészségmegőrző eszközök és kezelések is, amelyekre 35 000 forintot szánt a lakosság. 43 százalékot tesz ki azoknak az aránya, akik odafigyelnek arra, hogy egészséges élelmiszereket fogyasszanak, szűrővizsgálatokon pedig

csupán 41 százalék vett részt. Ezek az információk (amelyeket a Pénzcentrum.hu oldalon olvashattunk 2013. június 12-én) készítették bennünket az alábbi tanulmány megírására.

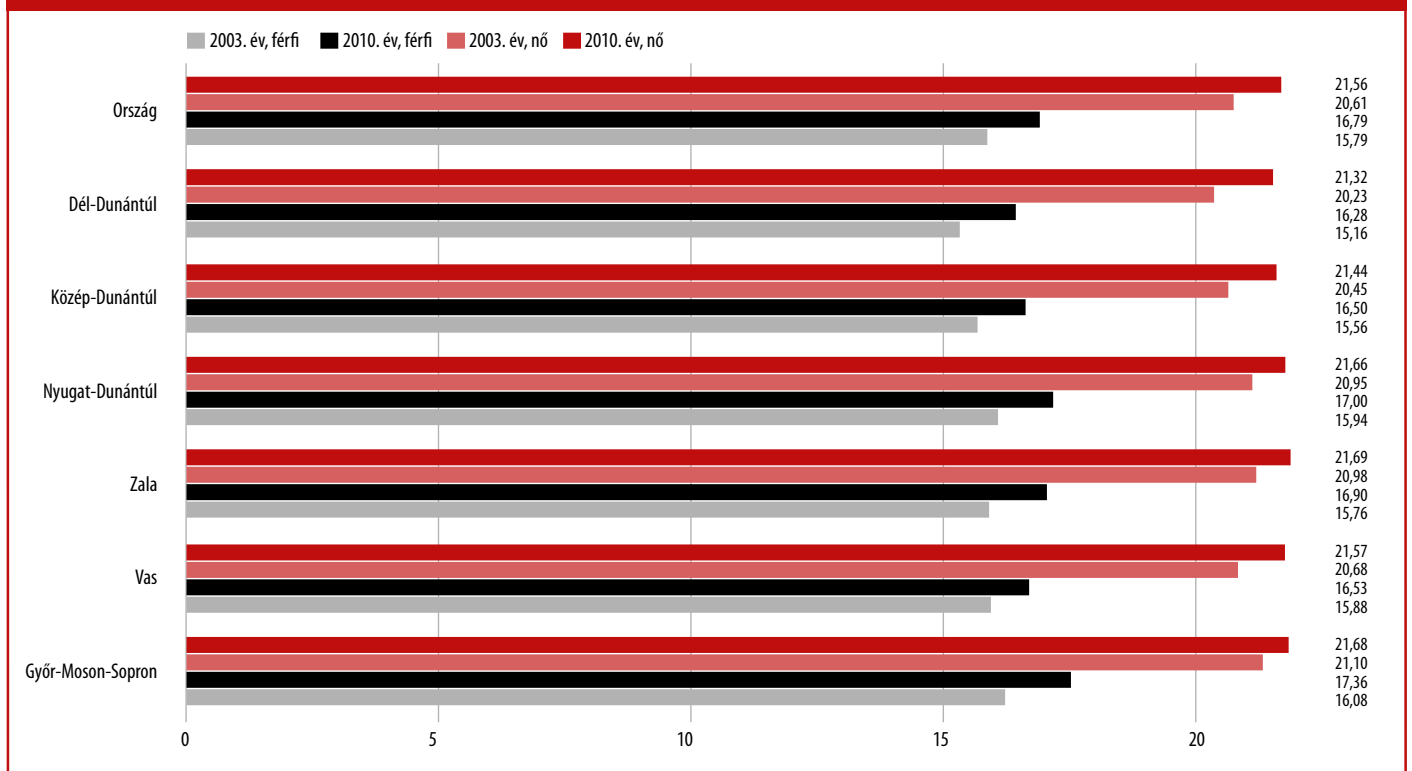
Bevezetés

Célunk, hogy feltárjuk a Nyugat-dunántúli régió lakosainak egészségügyi állapotát és ellátottságát kvantitatív szekunder

1. ábra. Születéskor várható élettartam (év; forrás: KSH és ICSSZEM, 2005; KSH, 2011)



2. ábra. 60 évesen várható élettartam (év; forrás: KSH és ICSSZEM, 2005; KSH, 2011)



adatok alapján. Mindezt időbeli és térbeli (országos, dunántúli régiók közötti, Nyugat-dunántúli régió belüli) összehasonlítások segítségével végeztük.

Az egészségi állapot jelzőszámai

A várható élettartam folyamatosan növekszik. A nők várható élettartama hosszabb, mint a férfiaké. A Nyugat-dunántúli régióban a várható élettartam mindkét nem esetében magasabb, mint az országos átlag, továbbá a másik két régióhoz viszonyítva is. A régió belüli eltérések kapcsán azonban már nem lehet semmilyen trendet felfedezni vagy általános érvényű megállapítást tenni (1. és 2. ábra).

A születéskor egészségesen várható élettartam esetében is érvényesek az előzőekben ismertetett megállapítások. A 65 évesen egészségesen várható élettartam adatait figyelve viszont már más a helyzet. Ugyanis a Nyugat-dunántúli régióban a férfiak e fajta élettartama hosszabb, mint a nőké, a Közép-dunántúli régióban pedig 2006-ban mindkét nemnél hosszabb volt az egészségesen várható élettartam, mint 2009-ben (3. és 4. ábra).

A csecsemőhalandóság folyamatosan csökken, de míg 2001-ben csak a Közép- és a Nyugat-dunántúli régió értékei maradtak az országos alatt, addig 2006-ban és 2011-ben már mindhárom régióról elmondható ugyanez.

Míg a tüdőrák-incidencia évről-évre emelkedik (azaz nő az új betegnél diagnosztizált légcső-, hörgő- vagy tüdőrák az

1. táblázat. Tüdőrák- és emlőrák-incidencia hazánkban (darab, százezer lakosra; forrás: KSH, 2013)

		2007-ben	2008-ban	2009-ben
Tüdőrák-incidencia	Közép-Dunántúl	91,9	96,4	120,9
	Nyugat-Dunántúl	71,9	76,8	106,6
	Dél-Dunántúl	107,4	114,0	144,5
	Ország	103,5	109,2	137,3
Emlőrák-incidencia	Közép-Dunántúl	133,8	142,4	167,1
	Nyugat-Dunántúl	108,2	103,6	157,9
	Dél-Dunántúl	124,7	115,1	150,7
	Ország	131,3	102,9	171,4

2. táblázat. Rendszeresen dohányzók aránya hazánkban (százalék; forrás: KSH, 2013)

Ország	2000-ben		2003-ban		2009-ben	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Ország	38,2	23,0	37,1	24,6	31,7	21,9
Közép-Dunántúl	42,2	26,1	36,6	24,5	30,0	18,6
Nyugat-Dunántúl	34,1	20,2	31,1	22,2	31,4	18,3
Dél-Dunántúl	42,0	24,2	39,8	24,1	35,0	33,4

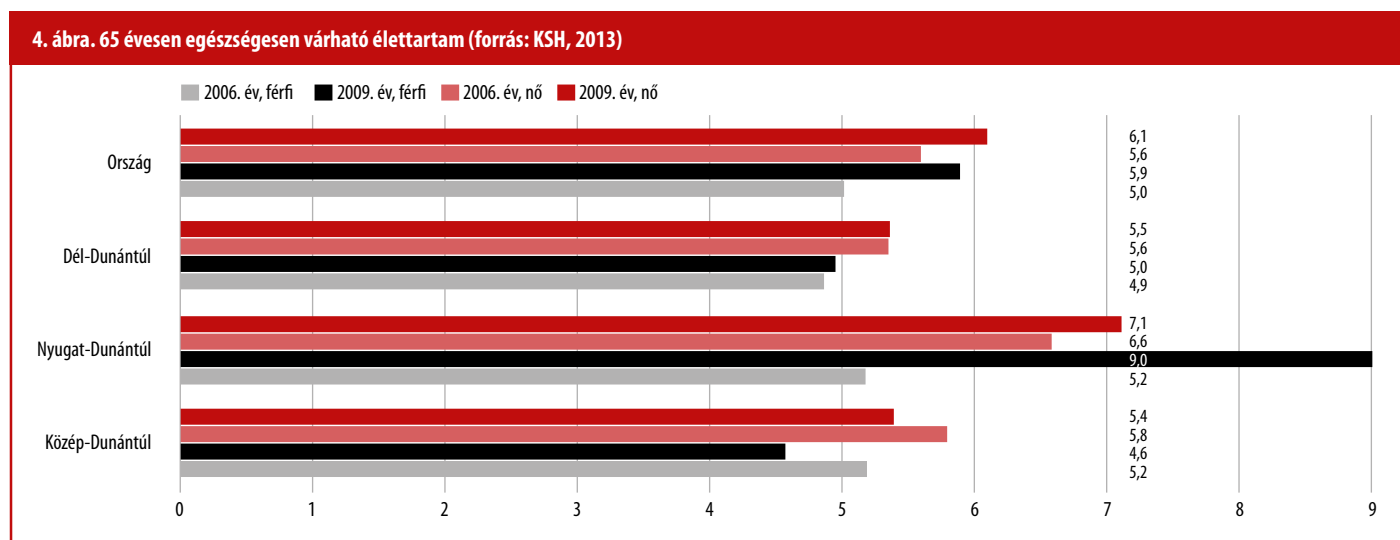
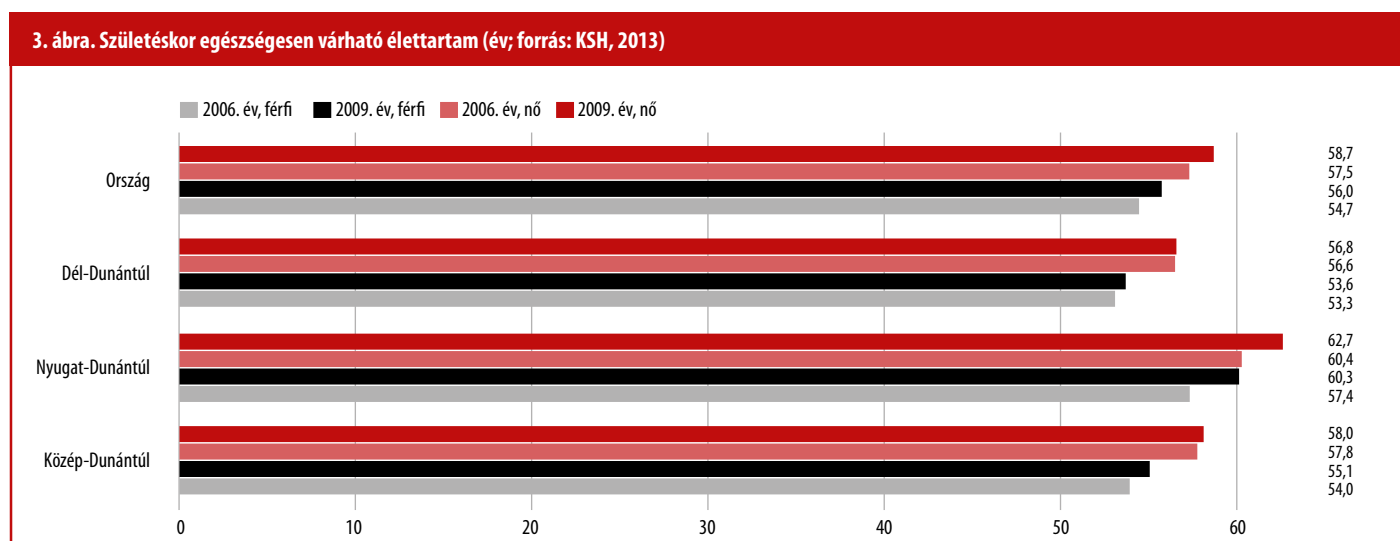
adott naptári évben, százezer lakosra vetítve), addig az emlőrák-incidencia 2008-ra csökkent, legalábbis országos szinten, illetve a Dél- és Nyugat-dunántúli régióban. A tüdőrák-incidencia a Nyugat-dunántúli régióban a legalacsonyabb mind a három évben, még az országos értékekre vonatkoztatva is (1. táblázat).

Egészséget meghatározó tényezők

Mind az országos átlagokat, mind pedig a női nemre vonatkozó értékeket tekintve 2003-ra emelkedés, míg a férfiak esetében 2000 óta folyamatos esés tapasztalható. Valamint általánosságban elmondható, hogy a 18 éves és annál idősebb férfiak nagyobb arányban dohányoznak napi rend-

szerességgel, mint a nők. A „gyengébbik” nemre vonatkozó adatok minden egyes vizsgált évben a Nyugat-dunántúli régióban voltak a legalacsonyabbak, még az országos értékeket figyelembe véve is. Habár 2009-ben a férfiak százalékos aránya magasabb ebben a régióban, mint a Közép-dunántúli régióban, de így is alacsonyabb, mint a Dél-dunántúli régióban és az országban az „erősebbik” nem körében (2. táblázat).

Országos átlagban a háztartásban fogyasztott zöldségek egy főre jutó mennyisége folyamatosan csökken és sajnos a Nyugat-dunántúli régió is ezt az irányvonalat követi – míg 2000-ben még itt volt a legmagasabb a háztartásban fogyasztott zöldségek egy főre jutó mennyisége, addig 2003-tól a legalacsonyabb a másik két régióhoz és az egész országhoz viszonyítva is. A háztartásban



3. táblázat. A háztartásban fogyasztott zöldségek és gyümölcsök egy főre jutó mennyisége hazánkban (kilogram; forrás: KSH, 2013)

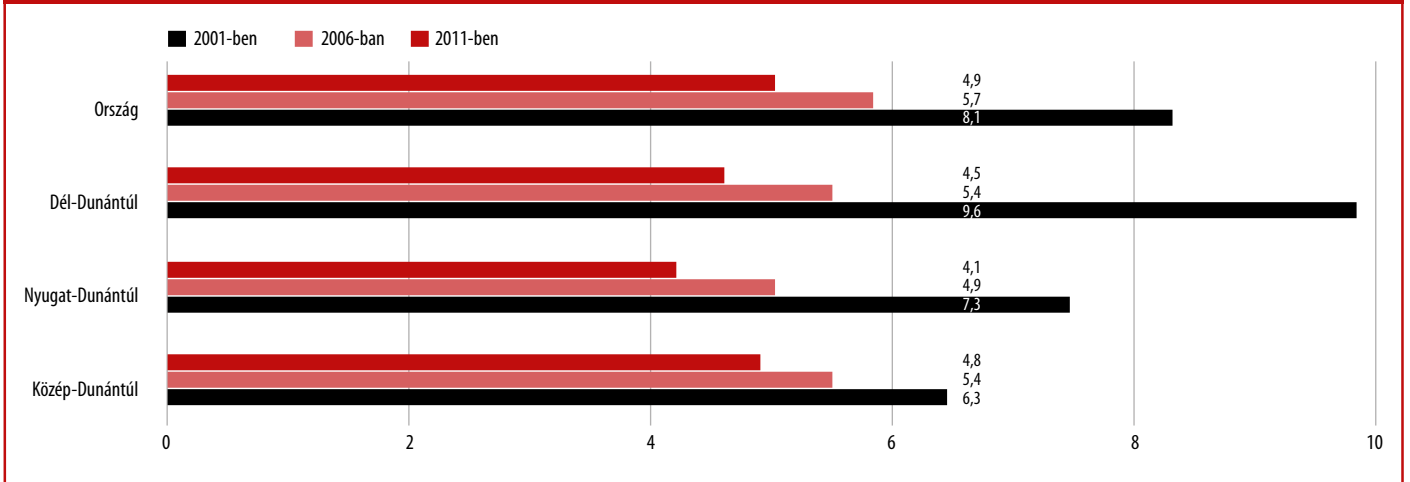
		2000-ben	2003-ban	2009-ben
Zöldségek	Közép-Dunántúl	57,4	58,0	48,7
	Nyugat-Dunántúl	60,8	52,7	44,2
	Dél-Dunántúl	58,7	63,2	57,7
	Ország	59,8	57,3	51,6
Gyümölcsök	Közép-Dunántúl	60,6	74,7	42,8
	Nyugat-Dunántúl	53,8	62,7	36,8
	Dél-Dunántúl	51,4	65,5	43,9
	Ország	59,2	71,3	42,2

Szakkikk

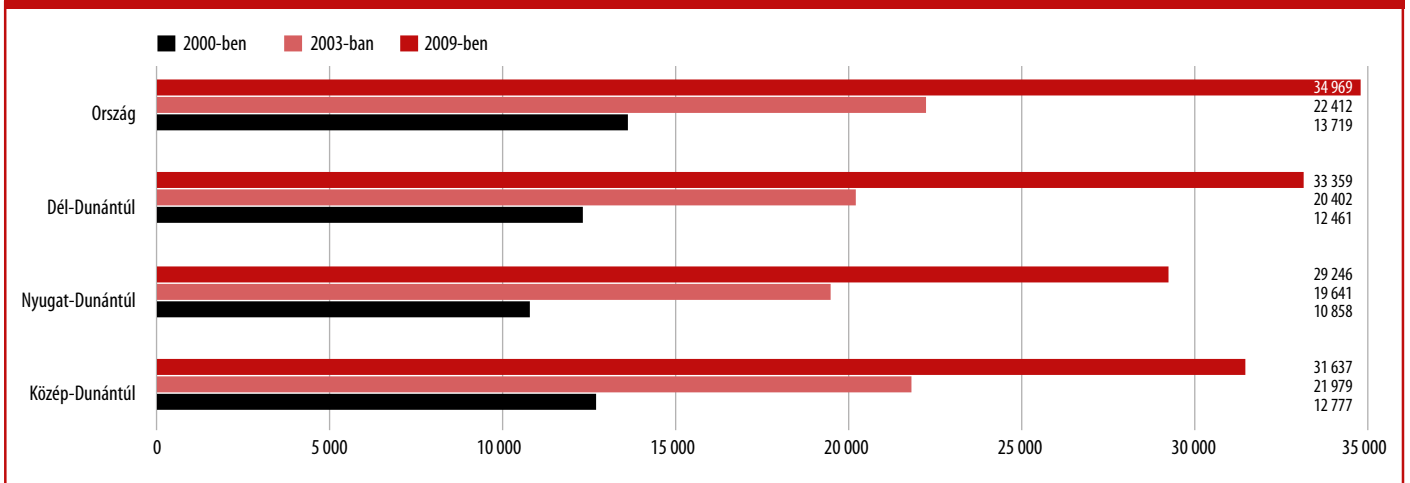
fogyasztott gyümölcsök egy főre jutó mennyiségében 2003-ra országosan és régiós szinten is ugrásszerű emelkedés következett be, 2009-re viszont a 2000. évi szint alá esett. A Nyugat-dunántúli régió 2000-ben még a második helyen állt, azonban a másik két vizsgált évben már az utolsó, 5-6 százalékkal az országos szint alatt marad (3. táblázat).

A háztartások egészségügyre fordított éves kiadásai állandóan emelkednek. A Nyugat-dunántúli régióban a legalacsonyabb ez az összeg. A kiadás összetétele a következőképpen alakul. A gyógyszerekre, gyógyárúkra egyre nagyobb arányban költenek. A kórházi szolgáltatásokra fordított pénzmennyiség mértéke 2003 és 2009 között stagnált.

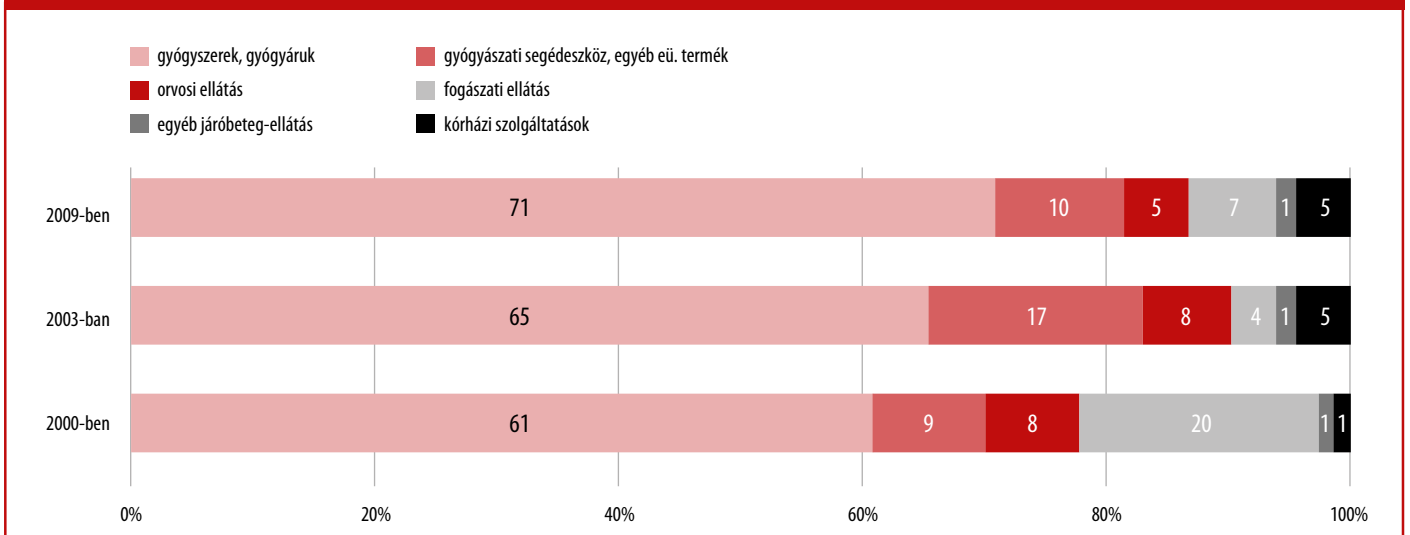
5. ábra. Csecsemőhalandóság (darab ezer élve születőre; forrás: KSH, 2013)



6. ábra. A háztartások egészségügyre fordított éves kiadásai hazánkban (Ft; forrás: KSH, 2013)



7. ábra. A háztartások egészségügyi éves kiadásainak összetétele hazánkban (forrás: saját számítás a KSH adatai alapján, 2013)

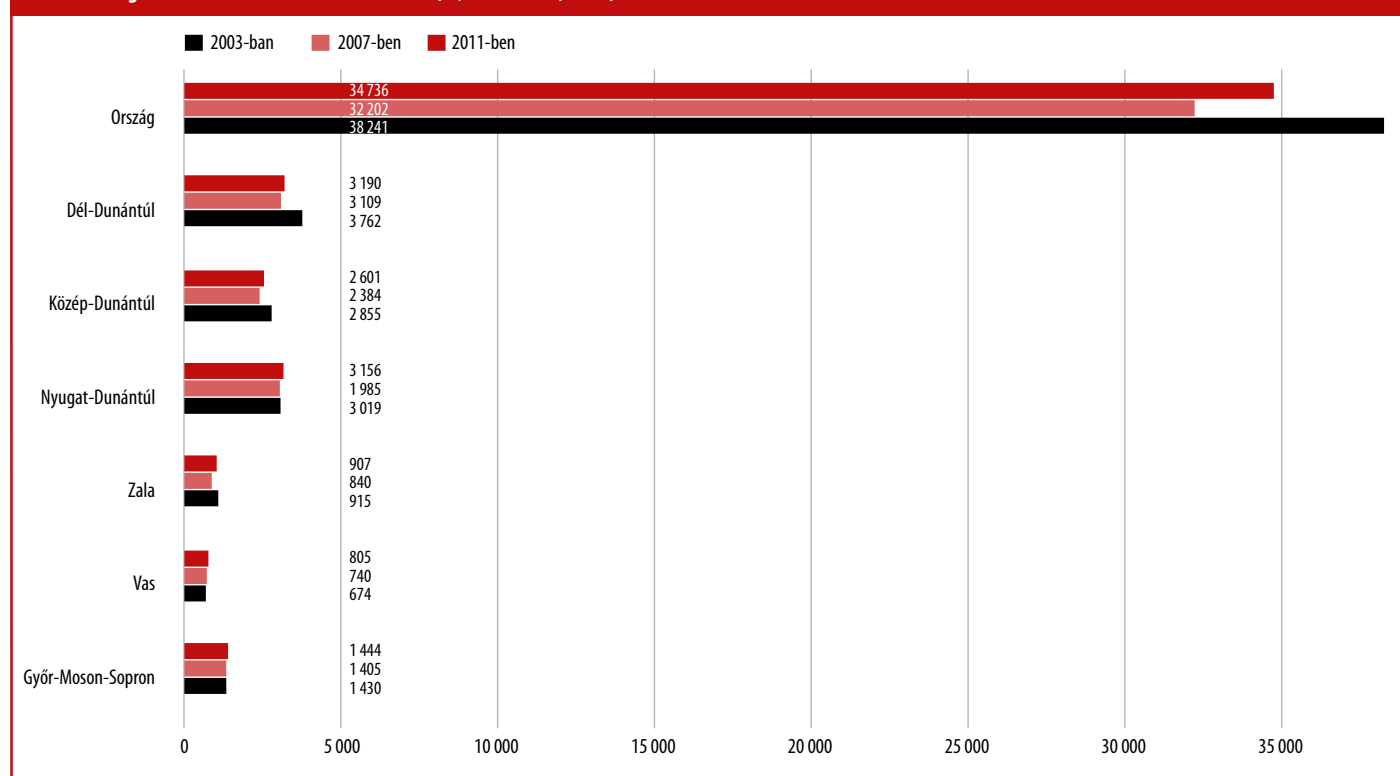


Az orvosi ellátás kiadásainak aránya 2000 és 2003 között változatlan, azután pedig csökkent. A gyógyászati segédeszközökre és egyéb egészségügyi termékekre szánt összeg mértéke 2003-ra nőtt, majd csökkent. A fogászati ellátás esetében pedig az előbb ismertetett folyamat ellenkezője játszódott le. Az egyéb járóbeteg-ellátás pedig folyamatosan 1 százalékot tesz ki (6. és 7. ábra).

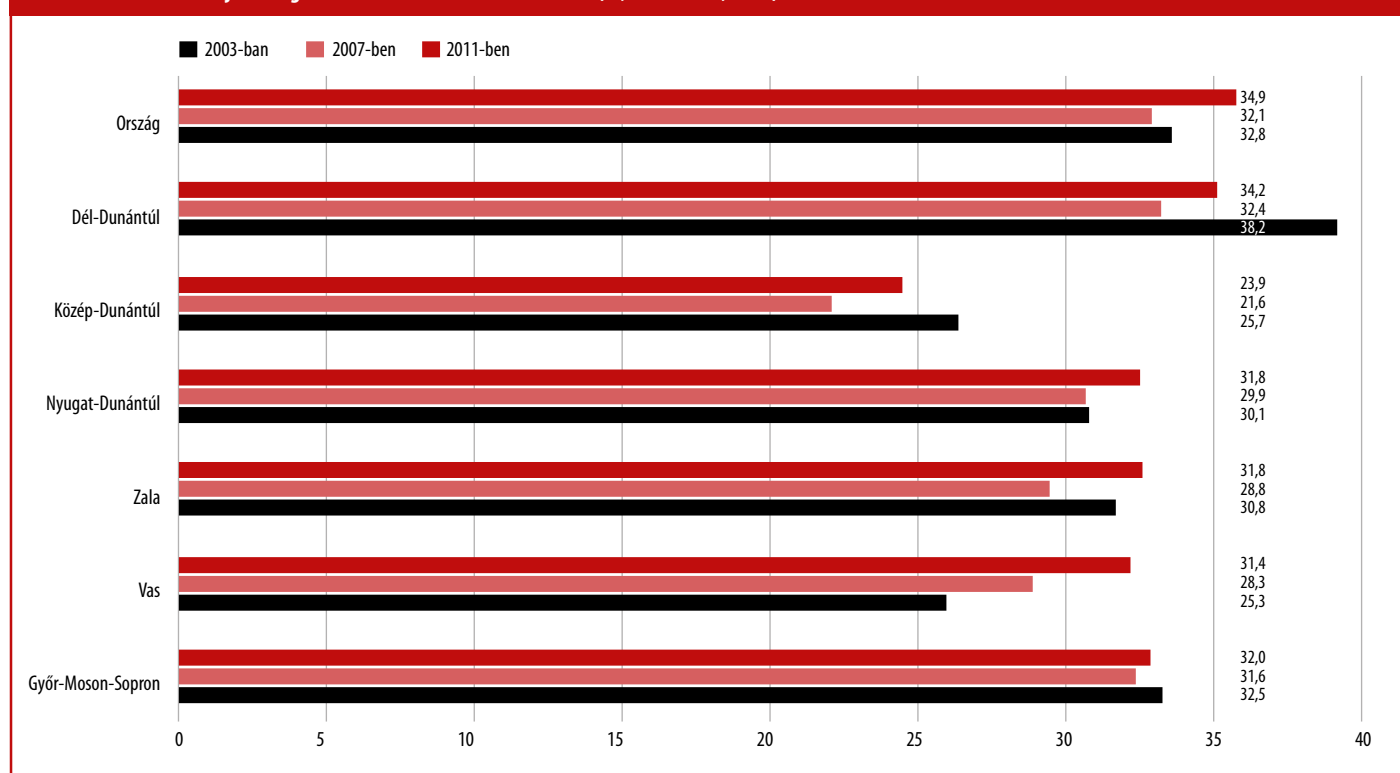
Egészségügyi beavatkozások és szolgáltatások

A dolgozó orvosok száma 2007 végére csökkent, de 2011-re emelkedett, országosan és régiós szinten egyaránt. Azonban a Nyugat-dunántúli régió belüli Vas megyében folyamatos emelkedés tapasztalható. A három régió közül a Dél-dunántúli régióban dolgozik a legtöbb, a Közép-dunántúli régióban viszont

8. ábra. Dolgozó orvosok száma december 31-én (fő; forrás: KSH, 2012)



9. ábra. Tízezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma december 31-én (fő; forrás: KSH, 2012)



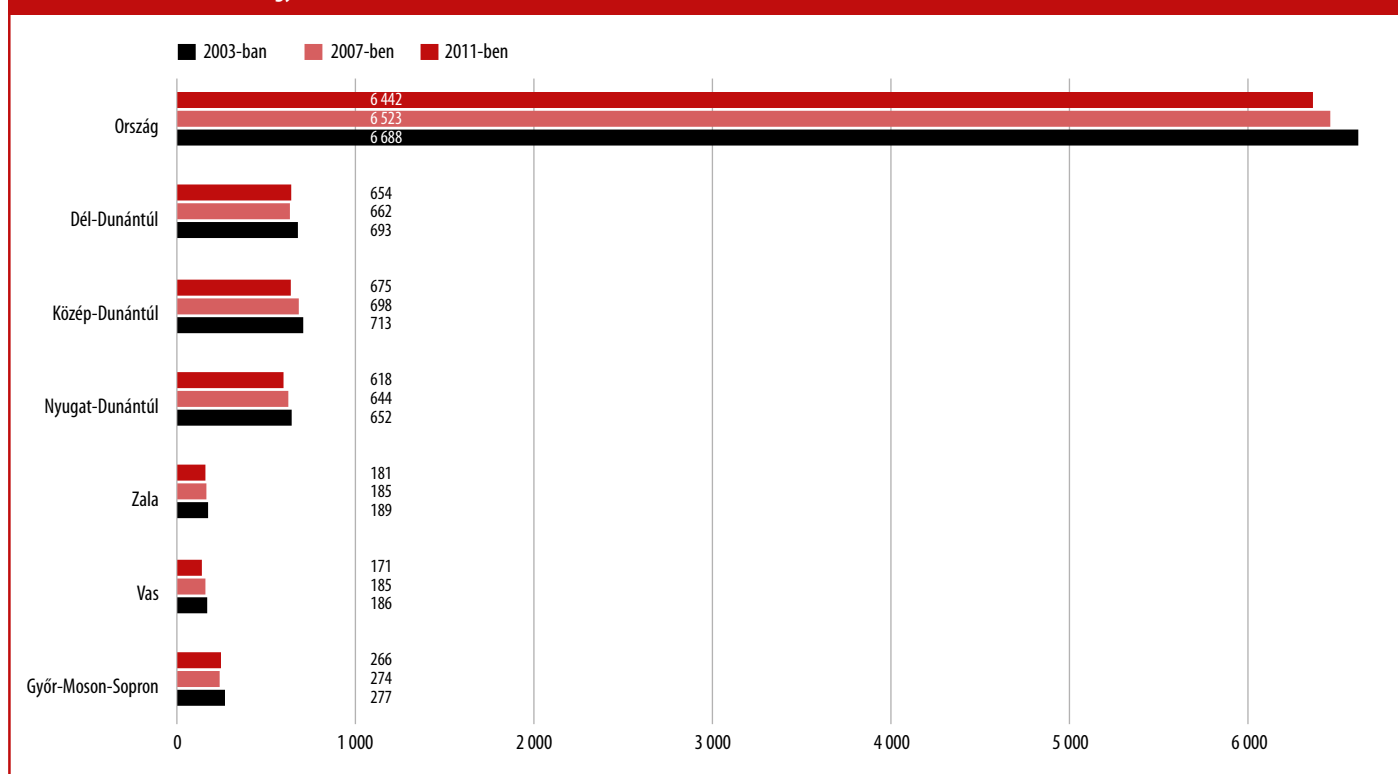
Szakkikk

a legkevesebb orvos. A három megye közül a legmagasabb a dolgozó orvosok száma Győr-Moson-Sopron megyében, a legalacsonyabb pedig Vas-megyében. Ha a tízezer lakosra jutó orvosok számát nézzük, érdekes módon egyetlen különbséget sem fedezhetünk fel az előző viszonyokhoz képest (8. és 9. ábra).

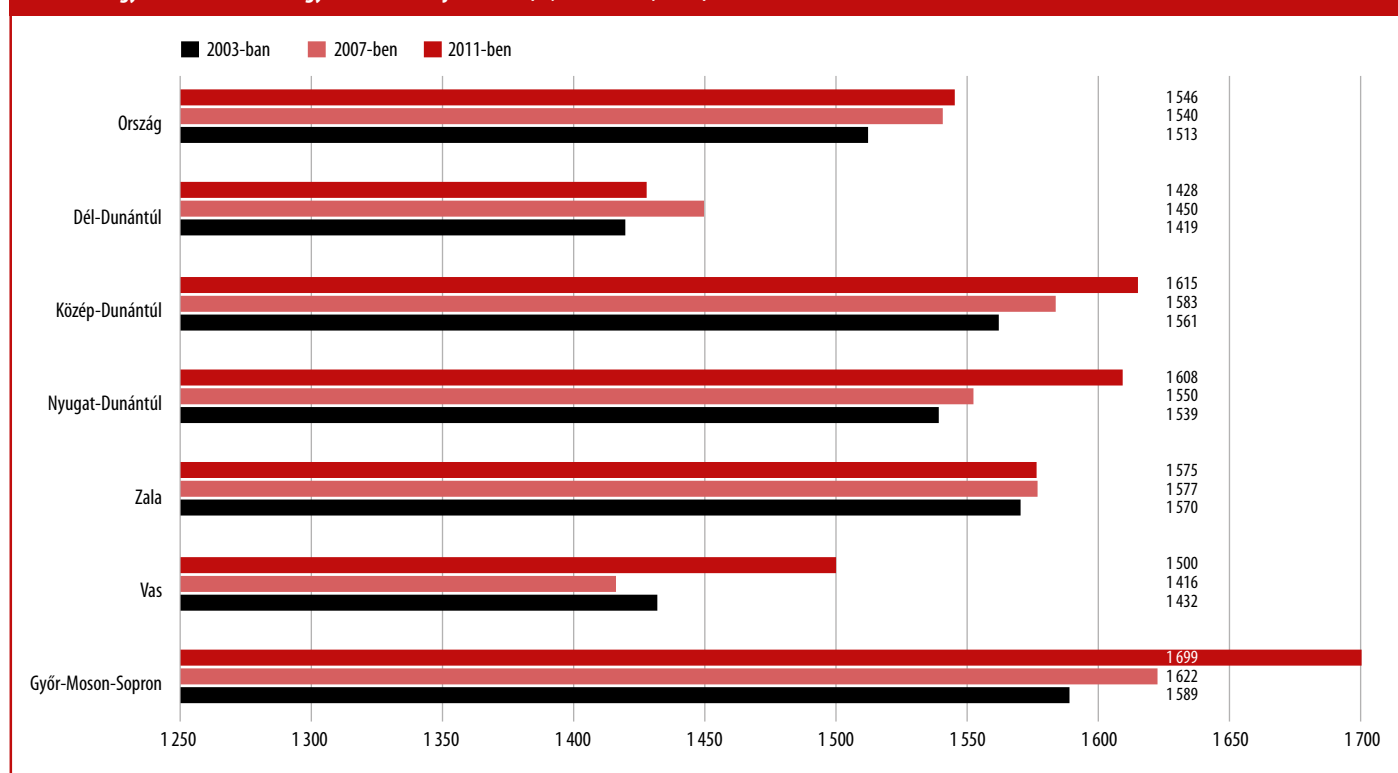
A háziorvosok és a házi gyermekorvosok száma permanensen csökken területi tipológiától függetlenül. Ennek

köszönhetően az egy házi orvosra, illetve házi gyermekorvosra jutó lakosok száma állandóan növekszik országos szinten. Ezen tendencia alól kivétel a Dél-dunántúli régió, a Nyugat-dunántúli régió belül Vas és Zala megye. A Közép- és Nyugat-dunántúli régió, valamint Győr-Moson-Sopron és Zala értékei mindhárom évben túlszárnyalják az országosat. (10. és 11. ábra).

10. ábra. Háziorvosok és házi gyermekorvosok száma december 31-én (fő; forrás: KSH, 2012)



11. ábra. Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos (fő; forrás: KSH, 2012)



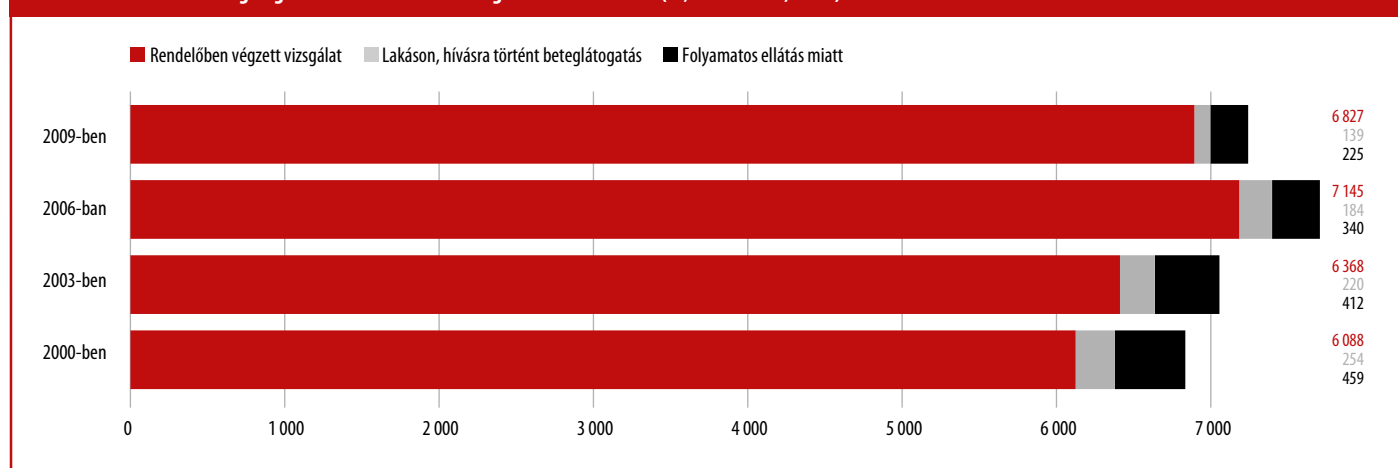
Hazánkban a háziorvosi betegforgalom ezer megfelelő korú lakosra 2000-ról 2003-ra nőtt (6 801-ről 7 000-re), majd 2003-ról 2006-ra tovább emelkedett (7 000-ről 7 669-re), de 2009-ben visszaesett (7 190-re). Mindhárom régióban ugyanilyen irányú változások mentek végbe. Az általunk vizsgált években a Dél-dunántúli régióban volt a legnagyobb betegforgalom. 2003-ban és 2006-ban a Nyugat-dunántúli régió alatta marad az országos betegforgalomnak, valamint az elemzett években a 2009. évet kivéve a vizsgált régiók között is itt a legalacsonyabb ez a mutatószám (12. és 13. ábra).

A betegforgalom összetétele a következőképpen alakult:

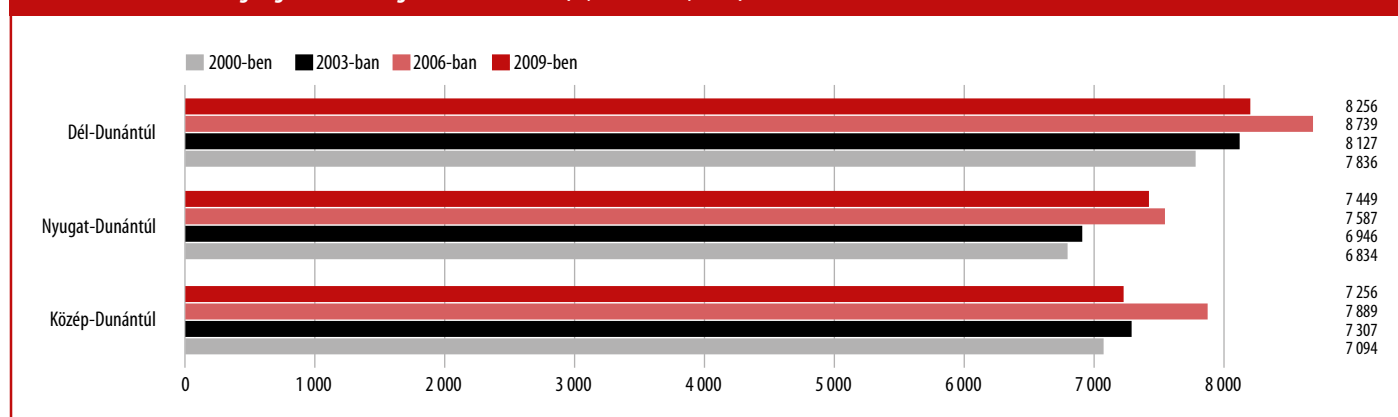
a rendelőben végzett vizsgálatok miatti betegforgalom aránya folyamatosan emelkedett (89,52% – 90,97% – 93,17% – 94,94%), míg a hívás általi lakáson történő beteglátogatás (3,73% – 3,14% – 2,40% – 1,93%) és a folyamatos ellátás miatti forgalom mértéke (6,75% – 5,89% – 4,43% – 3,13%) permanensen zsugorodott.

Magyarországon a házi gyermekorvosi betegforgalom ezer megfelelő korú lakosra 2000-ról 2003-ra csökkent (4 986-ról 4 941-re), majd 2003-ról 2006-ra emelkedni kezdett (4 941-ről 5 315-re), és 2009-ben is folytatódott a növekedés (5 649-re). A Nyugat-dunántúli régióban az országostól

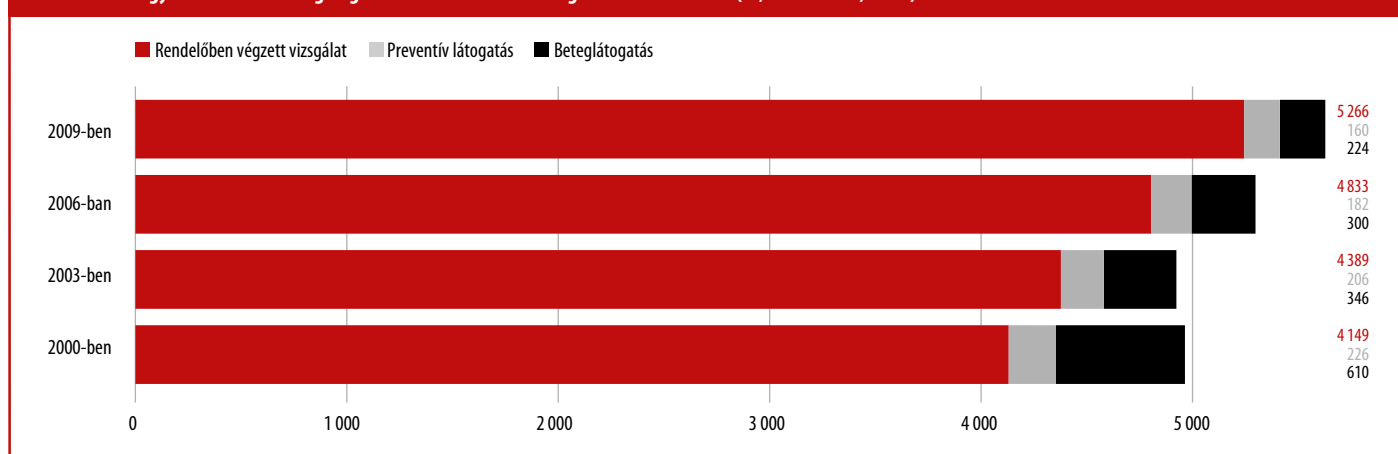
12. ábra. Háziorvosi betegforgalom hazánkban ezer megfelelő korú lakosra (fő; forrás: KSH, 2013)



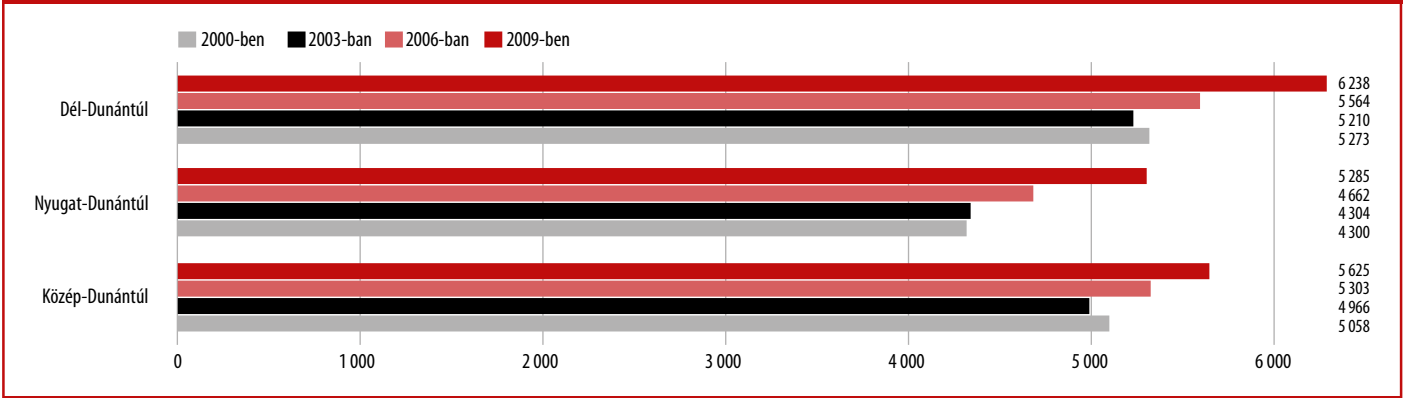
13. ábra. Háziorvosi betegforgalom ezer megfelelő korú lakosra (fő; forrás: KSH, 2013)



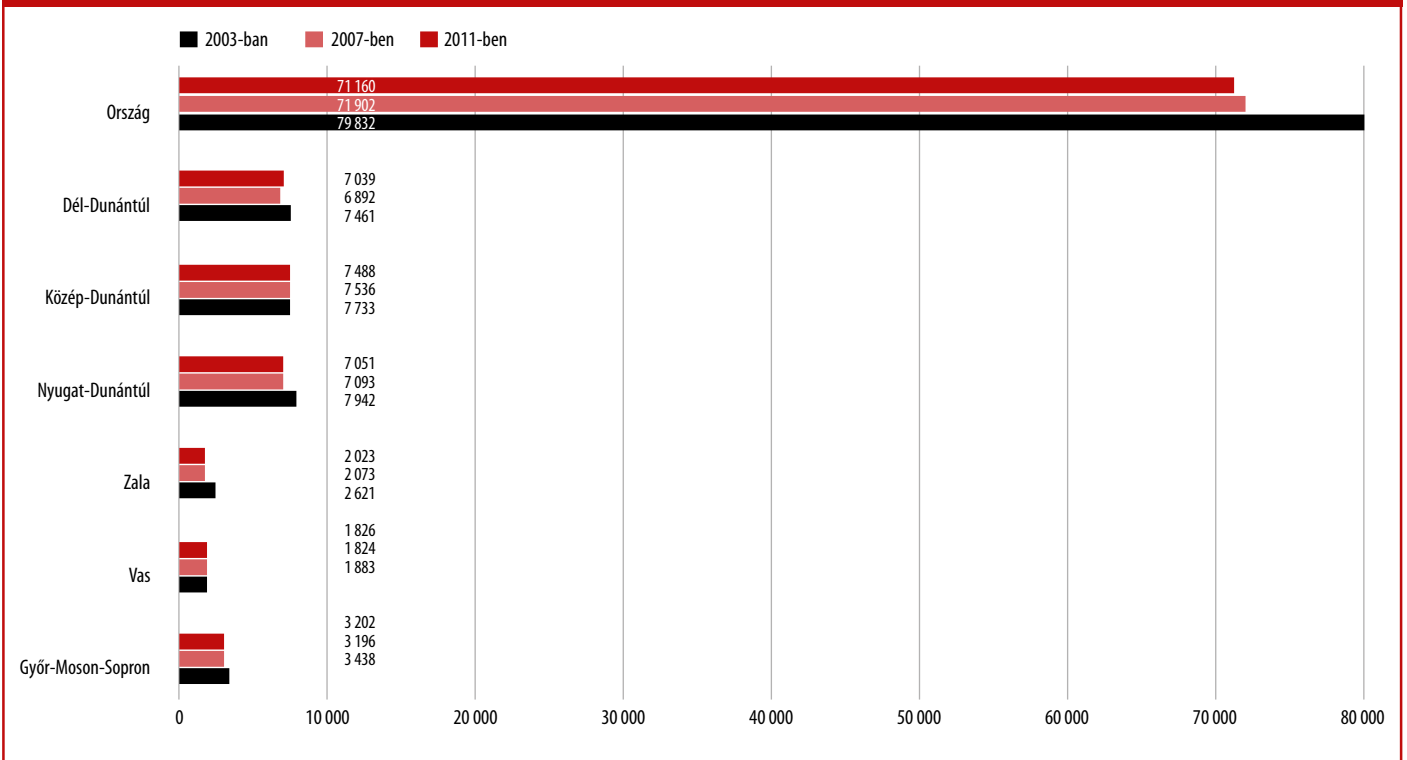
14. ábra. Házi gyermekorvosi betegforgalom hazánkban ezer megfelelő korú lakosra (fő; forrás: KSH, 2013)



15. ábra. Házi gyermekorvosi betegforgalom ezer megfelelő korú lakosra (fő; forrás: KSH, 2013)



16. ábra. Működő kórházi ágyak száma hazánkban (darab; forrás: KSH, 2012)



eltérően a betegforgalom egyre csak fokozódott. Épp úgy, mint a házi orvosi betegforgalomnál, itt is a legnagyobb forgalom a Dél-dunántúli régióhoz köthető az adott időszak általunk kiemelt éveiben. Ám a legkisebb betegforgalom a Nyugat-dunántúli régióban bonyolódott le, illetve az országos átlagot sem érte el egyik megfigyelt évben sem (14. és 15. ábra).

A betegforgalom összetétele az alábbiak szerint módosult. A rendelésen végzett vizsgálatok miatti betegforgalom aránya folyamatosan növekedett (83,23% – 88,84% – 90,94% – 93,21%), míg a preventív látogatás miatti forgalom mértéke (4,54% – 4,16% – 3,42% – 2,83%) és a beteglátogatás forgalmának aránya (12,23% – 7,00% – 5,64% – 3,96%) töretlenül mérséklődött (14. és 15. ábra).

A működő kórházi ágyak száma országos szinten folyamatosan csökken, ez a tendencia mutatkozik a Közép- és a Nyugat-dunántúli régióban is, sőt az utóbbi régió belül Zala megyében is (16. ábra).

Amikor a tízezer lakosra vetített viszonyszámot nézzük, a következő különbségeket találjuk az előző megállapításokhoz

viszonyítva. A három régió szempontjából már csak a Nyugat-dunántúli régióra érvényes a permanens mérséklődés, a három megye közül viszont Zala mellett Győr-Moson-Sopronra is ez a jellemző. (17. ábra)

A biztosítottak aránya 2008-ról 2009-re emelkedett az országban és az általam elemzett régiókban is. Ráadásul Közép- és Nyugat-dunántúli régió mindkét évben meghaladta az országos szintet. 2008-ban pedig a legmagasabb arányt Nyugat-dunántúli régió tudhatta magáénak. A biztosítottak és a jogosultak együttes aránya az országos mértékkel ellentétesen változott a Nyugat- és a Közép-dunántúli régióban. Továbbá az elsőként említett régióban a legkisebb ez az érték, bármely évet nézzük a 4. táblázatban.

Összegzés, következtetések

Több esetben az országostól eltérően alakult/alakulnak az egészséggel, illetve az egészségüggyel kapcsolatos jelzőszámok a Nyugat-dunántúli régióban, valamint a régió belül.

- 65 éves férfiak egészségesen várható élettartama 2009-ben
- Dolgozó orvosok száma Vas megyében
- A tízezer lakosra jutó orvosok száma Vas megyében
- Egy háziiorvosra, illetve házi gyermekorvosra jutó lakosok száma Vas és Zala megyében
- A házi gyermekorvosi betegforgalom
- A biztosítottak és a jogosultak együttes aránya

Sok ismérvben egyértelműen a legkedvezőbb (volt) a helyzet (akár hazai szinten is) a kiemelt régióban, illetve azon belül.

- Születéskor várható élettartam
- 60 évesen várható élettartam
- Születéskor egészségesen várható élettartam
- 65 évesen egészségesen várható élettartam
- Tüdőrák-incidencia
- A „gyengébbik” nemre vonatkozó adatok a rendszeresen dohányzók körében
- A háztartásban fogyasztott zöldségek egy főre jutó mennyisége 2000-ben
- A háztartások egészségügyre fordított éves kiadásai
- Dolgozó orvosok számának tendenciája Vas megyében
- Tízezer lakosra jutó dolgozó orvosok számának tendenciája Vas megyében
- Egy háziiorvosra, illetve házi gyermekorvosra jutó lakosok száma Vas megyében 2003-ban és 2007-ben

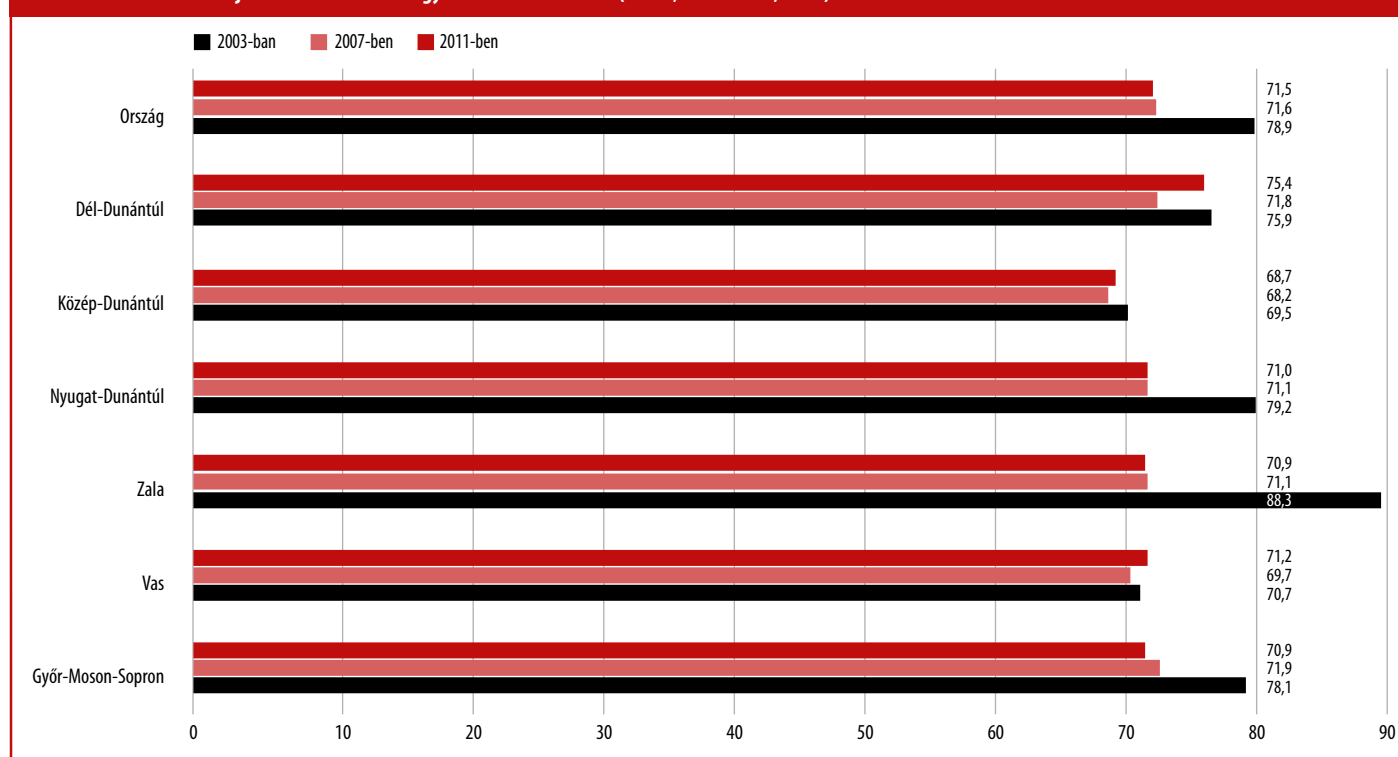
- Háziiorvosi betegforgalom 2000-ben, 2003-ban, 2006-ban
- Házi gyermekorvosi betegforgalom ezer megfelelő korú lakosra
- A biztosítottak aránya 2008-ban

A következő dolgokban áll(t) a legrosszabb helyen az általunk preferált régió illetve az azt alkotó megyék (országos és/vagy régiós szinten).

- A háztartásban fogyasztott zöldségek egy főre jutó mennyisége 2003-ban és 2009-ben
- A háztartásban fogyasztott gyümölcsök egy főre jutó mennyisége 2003-ban és 2009-ben
- Dolgozó orvosok száma Vas megyében
- Tízezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma Vas megyében 2003-ban
- Házi gyermekorvosi betegforgalom irányvonala ezer megfelelő korú lakosra
- A működő kórházi ágyak számának tendenciája tízezer lakosra
- A biztosítottak és a jogosultak együttes aránya

Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy a Nyugat-dunántúli régió lakosainak egészségügyi állapota és ellátottsága a legtöbb esetben jobb, mint a többi dunántúli régió lakosainak, sőt sok esetben jobb, mint országos viszonylatban. Ugyanakkor, bár kevesebb a kedvezőtlen tényező, ezeknek döntő többsége tendenciájában negatív. Az egészségügyi állapotra

17. ábra. Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma hazánkban (darab; forrás: KSH, 2012)



4. táblázat. Az egészségbiztosítás lefedettsége hazánkban (százalék; forrás: KSH, 2013)

Megnevezés Év/Területi egység	Biztosítottak aránya		Biztosítottak és jogosultak együttes aránya	
	2008-ban	2009-ben	2008-ban	2009-ben
Közép-Dunántúl	44,7	50,0	98,2	98,1
Nyugat-Dunántúl	45,2	48,9	96,4	96,2
Dél-Dunántúl	40,2	45,9	97,3	98,1
Ország	42,0	47,5	97,1	97,4

Szakkikk

vonatkozóan érdemes lenne kutatást folytatni a következő évtizedre vonatkozóan, amelyben azt vizsgálnák akár az egyes területi egységeket összehasonlítva, hogy indukált-e változásokat (és ha igen, milyen mértékben) a népegészségügyi termékadó, illetve a mindennapos testnevelés bevezetése.

Irodalomjegyzék

1. KSH – ICSSZEM (2005): *Ezüstkor: Időskorúak Magyarországon, 2004.* Budapest: KSH – ICSSZEM. pp.37-38.
 2. KSH (2011): *Ezüstkor: Időskorúak Magyarországon, 2010.* Budapest: KSH. pp.23-24.
 3. KSH (2012): *Idősoros éves, területi adatok – Társadalom: Egészségügy, baleset.* Letöltve 2013. június 20-án a KSH weboldaláról: http://www.ksh.hu/stadat_eves_6_2
 4. KSH (2013): *A társadalmi haladás mutatószámrendszere: Egészség.* Letöltve 2013. június 20-án a KSH weboldaláról: <http://www.ksh.hu/thm/tablak.html>
-

1. PhD-hallgató
2. főiskolai docens, Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar, Sopron

Perspektívák az EHC-kártya alkalmazásának kiterjesztésében

Az Európai Bizottság nemrég bejelentette, hogy vizsgálatot kezd, mert egyes dél-európai országokban az állami egészségügyi szolgáltatók nem fogadták el az Európai Egészségbiztosítási Kártyát (EHC) az ellátás finanszírozásának fedezeteként. A határon átnyúló, nem tervezett egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása gazdasági szükség: az EHC-kártya kiteljesíti a személyek szabad mozgásának elvét és a növekvő mobilitás révén elősegíti a belső piac fejlődését. A tanulmány célja az EHC-kártya továbbfejlesztési lehetőségeinek bemutatása a gazdasági keretekre, a technológiai lehetőségekre és a jogi korlátokra tekintettel. A vizsgálat során az Európai Unió intézményeinek dokumentumai és a tagállami szabályozások mellett feldolgozásra kerülnek a másodlagos irodalom egyes releváns hazai és külföldi forrásai is. Az interdiszciplináris vizsgálat révén feltárhatók azok a perspektívák, amelyeknek megvalósulása esetén az EHC-kártya még hatékonyabban szolgálhatja a határon átnyúló egészségügyi ellátások igénybevételét, és ezáltal javíthatja a közösségi szintű mobilitás kiterjesztését.

■ Dr. Váradi Ágnes

Problémafelvetés

2013. májusában az Európai Bizottság (EB) bejelentette, hogy vizsgálatot kezd Spanyolország ellen a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások igénybevételének feltételeire vonatkozó uniós szabályozást sértő gyakorlatok miatt.¹ Több száz külföldi, jellemzően turista terjesztett elő panaszt az Európai Bizottságnál amiatt, hogy a spanyol kórházakban annak ellenére kiszámlázták magán utasbiztosításuk terhére orvosi ellátásuk költségeit, hogy rendelkeztek Európai Egészségbiztosítási Kártyával (European Health Insurance Card – EHC). Egy héttel később az EB megerősítette, hogy több más ország, köztük Portugália is érintett lehet az ügyben. Német és brit biztosítók hasonló problémákra hívták fel a Ciprusra és Görögországba utazók figyelmét.²

Ezen ügyek kapcsán két kérdés merül fel: egyrészt miből eredhet az EHC-kártyával szembeni bizalmatlanság, másrészt pedig hogyan javíthatók a jövőben a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások társadalombiztosítás terhére történő igénybevételének lehetőségei. Ezen elemzés során három tényező vizsgálatára törekszünk: a gazdasági szükségesség (elsősorban a biztosítási termékek kialakítása és a kárrendezési folyamatok terén), az informatikai-technológiai lehetőségek felvázolása és a jogi korlátok ismertetése. Mindezek mentén felvázolhatók az elektronikus egészségbiztosítási kártya jövőbeli alkalmazásának sarokpontjai.

Bevezető megállapítások az EHC-kártyáról

A kártya az EGT tagállamaiban ideiglenes tartózkodás esetén arra jogosít, hogy a birtokosa a nem tervezett orvosi be-

avatkozásokat az állami – és hangsúlyozottan nem a magán – egészségügyi ellátásban ugyanolyan feltételekkel vehesse igénybe, mint az adott tagállamban biztosítással rendelkező személyek.³ (A nem tervezett ellátás fogalmába nemcsak a sürgősségi ellátás tartozik, hanem a meglévő betegségek kezelése is, amennyiben a kezelés nem halasztható el a beteg hazatéréig. Az EHC-kártya azonban nem fedezi sem a hazautazás költségeit, sem az állami ellátásért fizetendő önrész értékét és nem jogosít magánorvosi ellátás igénybevételére. Ezek fedezésére EHC-kártya mellett is az utasbiztosítás szolgál.) Ezáltal az EHC-kártya egyszerre szolgálja a személyek szabad mozgásának és ezáltal az uniós polgárságból eredő jogoknak a kiterjesztését, a növekvő mobilitás révén a belső piac gazdaságának előmozdítását és az államoknak az egyénnel szemben fennálló egészségvédelmi kötelezettségének jobb megvalósítását.⁴

Andor László, a foglalkoztatásért, szociális ügyekért és a társadalmi befogadásért felelős európai biztos 2013. júliusi közleménye szerint több mint 190 millió személy rendelkezik európai egészségbiztosítási kártyával. A kártyatulajdonosok száma folyamatosan nő: 2012-ben 15 millióval voltak többen, mint a megelőző évben. Három államban (Olaszország, Liechtenstein és Svájc) a kártya kibocsátása automatikus, így valamennyi biztosított rendelkezik EHC kártyával is. Máltán, Luxemburgban, Csehországban és Ausztriában is magas, 70–90% közötti az EHC-kártyával rendelkezők aránya a biztosítottak körében. Magyarországon az arány alacsony, mindössze 11%-os, ami messze elmarad a szlovák és szlovén adatoktól.⁵ Ezek a számok azt mutatják, hogy a kártya egyre nagyobb szerephez jut az egészségügyi ellátások közösségi szintű szervezésénél, és így technikai továbbfejlesztése, alkalmazásának

bővítése mindenképpen hozzájárulhat az egészségügy magán- és társadalombiztosítás terhére történő finanszírozásának megkönnyítéséhez.

Gazdasági szempontok az alkalmazás kiterjesztésében

Az első kérdés, hogy a bevezetőben ismertetett spanyol gyakorlat megakadályozása miért különösen fontos az Unió számára. Az egyik ok alapvető jelentőségű: a gyakorlat sértheti a szociális biztonsági rendszerek alkalmazásáról szóló uniós szabályozás⁶ előírásait és a diszkriminációmentesség, illetve a nemzeti elbánás elvét, valamint akadályozhatja a személyek szabad áramlását, azáltal az EU egyik alapvető céljának megvalósítását.

A másik ok jóval prózaibb: ha a betegnek a magán (utas-) biztosítását kell igénybe vennie egy olyan kezelésre, melyet a hazájában megfizetett társadalombiztosítás alapján is megkaphatna, az a tendencia állandósulása esetén már rövid távon is az utasbiztosítások látványos drágulásához vezethet. Az így megfizetett ellátási költségekre ugyanis a biztosító nem tudja megtérítési (regressz) igényét érvényesíteni a társadalombiztosítási szervvel szemben, tulajdonképpen tartozatlan fizetésről van szó. Ezért a tendencia általánossá válása esetén a biztosítók a megnövekedett költségeket a fogyasztókra háríthatják, még hozzá magasabb díjak formájában.

Az Európai Bizottság fellépése ugyan azt jelzi, hogy a jogsértő gyakorlat megfékezhető, de a közösségi intézményeknek arra is reagálniuk kell, hogy miért inoghatott meg az egészségügyi szolgáltatók bizalma az EHC rendszerében. Az egyik ok lehet, hogy a kártya jelenlegi formájában nem alkalmas személyazonosításra, ami megnöveli a visszaélés esélyét. A másik lehetséges ok pedig a társadalombiztosítási nyilvántartások és jogviszonyok sokrétűsége lehet, ami miatt előfordulhat, hogy az érvényesen kiállított EHC-kártya ellenére a származási ország valamely okból nem téríti meg a költségeket, vagy ha igen, az aránytalan adminisztrációs tétellel jár.

Az elektronikus egészségügyi kártya bevezetése és transznacionális alkalmazása ezen sok tekintetben könnyítene, hiszen automatikus hozzáférést biztosítana a másik ország társadalombiztosítási nyilvántartásához és egyben személyazonosítónak is funkcionálna. Ha pedig egyben a betegútra vonatkozó adatok, nyilatkozatok (pl. szervdonáció) vagy receptfelírás elektronikus rendszerét is inkorporálnák, azzal nemcsak az egészségügyi szolgáltatók, hanem a magánbiztosítók és ügyfelek helyzetét is megkönnyítenék.

A társadalombiztosítási jogviszony létének és terjedelmének felmérése megkönnyítheti a megfelelő utasbiztosítási és kiegészítő egészségbiztosítási termékek kifejlesztését és ügyfél általi kiválasztását. A gyakran terjedelmes egészségügyi felmérések kiválthatók, ha a biztosított engedélyezi az egészségi állapotára vonatkozó adatok ellenőrzését a biztosító számára a kártyán keresztül. A biztosítók egymás közötti igényeinek érvényesítése is egyszerűbbé válhat, hiszen az ellátásra és annak költségeire vonatkozó részletes adatok a kártyarendszerrel biztosított adat-eléréssel egyeztetethetők, összevethetők. Az adatok elektronizálásával így nemcsak a jogosultság ellenőrzése válik egyszerűbbé, hanem más adminisztratív eljárás végzése és kiegészítő szolgáltatások nyújtása is.

Technológiai feltételek

Az elektronikus egészségbiztosítási kártya bevezetését az Európai Bizottság már 2004-ben – még a jelenlegi, papíralapú EHC-kártya általános érvényű bevezetése előtt – a jövőbeli fejlesztés céljaként jelölte meg. A Bizottság ugyanis kibocsátott egy „e-egészség” cselekvési tervet,⁷ mely az eEurópa stratégia 2000-ben megfogalmazott céljainak⁸ pontosítását jelentette az egészségügyi szektor sajátosságaira tekintettel. Mivel a rendszer működőképességének elsődleges feltétele az egészségügyi szolgáltatók és a társadalombiztosítási szervek elektronikus rendszerének interoperabilitása és a kártya személyazonosításra alkalmas jellegének kialakítása, az Európai Unió jelentős forrásokkal támogatta a szükséges informatikai rendszerek fejlesztését. Az eSOS pilot-projekt⁹ keretében megvalósított eHealth fejlesztések első üteme a betegutak nyomonkövetését és az elektronikus receptfelírású rendszerek kiépítését szolgálja. Az eddigi eredmények gyakorlati tesztelése 2013 áprilisában indult meg Franciaország, Olaszország, Spanyolország, Ausztria és Görögország egyes egészségügyi szolgáltatóinak és a tesztelésben való részvételhez hozzájáruló polgárainak részvételével.¹⁰ A fejlesztések másik eleme az egészségbiztosítási adatok elektronikus, hitelt érdemlő ellenőrzésére is alkalmas eEHC-kártya kifejlesztése, melynek uniós keretét a NetC@rds projekt adja. Ennek a fejlesztése 16 ország 260 egészségügyi intézményének közreműködésével zajlik.

A rendszer lényege, hogy a beteg egy személyazonosításra is alkalmas chipkártyát mutat be az egészségügyi szolgáltatónál, mely elektronikus leolvasó rendszer és szoftver segítségével csatlakozik a társadalombiztosítási szerv számítógépes rendszeréhez, amely elvégzi a kártyaadatok alapján a társadalombiztosítási autorizációt. A művelet minden elemére jogi szempontból ugyanazok az országspecifikus adatvédelmi normák vonatkoznak. Határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások esetében a helyzet annyival bonyolultabb, hogy a rendszer működőképességéhez be kell iktatni egy olyan proxy-rendszert, amely összekapcsolja a külföldi egészségügyi szolgáltatót egy másik állam társadalombiztosítási jogosultságot nyilvántartó szervével.¹¹

A rendszer kiépítését – a már említett projektek mellett – némileg megkönnyítheti, hogy egyes országok már sikerrel alkalmaznak elektronikus kártyákat. Ezeknek két alapvető modellje létezik, az egészségügyi alkalmazásra szánt „eHealth card” és az általános közigazgatási felhasználásra is alkalmas elektronikus személyigazolvány (eID). Az e-card-ot általában csak adminisztratív célokra, jellemzően a biztosítási jogviszony ellenőrzésére alkalmazzák (pl. Belgium, Olaszország és Spanyolország egyes régiói). Ez nem zárja ki, hogy a megfelelő autorizációt követően abból a rendszerből, melyben a beteg biztosítási adatai találhatóak, egyben orvosi információk, betegútra vonatkozó adatok is lekérdezhetőek legyenek (pl. Szlovénia,¹² Franciaország¹³), vagy éppen elektronikus receptfelírás (és -kiváltást) tegyenek lehetővé (Egyesült Királyság, Finnország, Portugália, Svédország).

Ha az egészségbiztosítási kártyát személyazonosító okmányba integrálják, akkor nemcsak az egészségügyi adatbázisokhoz lehetne hozzáférni, hanem más közérdekű nyilvántartásokhoz is¹⁴ (Észtország, Finnország, Olaszország, Portugália), sőt akár ügyfélkapus szolgáltatások körében elektronikus aláírásként is használható (pl. Ausztria).¹⁵ Ezek a kártyák rendszerint magukban foglalják a jelenleg még papír-

alapú EHIC kártyát is: az elektronikus kártya egyik oldalán az EHIC kötelező adattartalma található.¹⁶

Nincs még európai szintű megegyezés a technikai részletekről, de feltehető, hogy az eEHIC egy chippel ellátott EHIC-kártya lesz, vagy egy elektronikus személyazonossági igazolvány (eID).¹⁷ Ez utóbbi megoldás azonban magasabb szintű interoperabilitást igényel, ezért az összehangolandó adatmennyiségre tekintettel kérdéses, hogy uniós szinten mennyiben megvalósítható. A másik probléma, hogy a rendszer megvalósítása immánensen érinti a tagállamok társadalombiztosítási rendszereit, így az uniós szabályozás hatásköri problémákat vet fel. Harmadrészt pedig az adatvédelmi szempontok, a magánszféra és az emberi méltóság nemzetközi egyezményekben garantált jogai sem sérülhetnek.

Jogi keretek

Az elektronikus EHIC-kártya bevezetéséhez és széleskörű alkalmazásához szükséges első jogi feltétel annak meghatározása, hogy az uniós intézmények milyen hatásköri szabály alapján léphetnek fel az egészségügyi szabályozás területén. Az uniós intézmények jogköre a belső piaci kapcsolódásokból levezethető, de tárgyi hatályát tekintve ez a jogkör korlátozott. Magába foglalhatja például a gyógyszergyártás, -engedélyezés és -forgalmazás körét¹⁸ (hiszen ezeknek számos versenypolitikai és fogyasztóvédelmi aspektusa van), de a betegadatok kezelése, orvosi ellátás és társadalombiztosítás szervezése terén ezek a jogkörök már lényegesen limitáltabbak. Tény ugyanis, hogy ha a származás szerinti országban a társadalombiztosítás terhére igénybe vehető ellátásokat egy másik tagállamban térítés ellenében vagy csak a hazai társadalombiztosítási szerv előzetes engedélyével lehet használni, az csökkentheti a mobilitási hajlandóságot és egyben gátolhatja a határokon átnyúló szolgáltatások szabad nyújtását és igénybevételét.¹⁹

Az azonban már kérdéses, hogy van-e ilyen piaci szabadságokat korlátozó hatása annak, hogy a betegút nyomkövetése vagy éppen a receptfelírás nehézkes a határokon átnyúló egészségügyi ellátásoknál. Az Európai Unió működéséről szóló szerződés 6. cikke alapján a válasz nemleges, az Unió hatáskörét ugyanis a tagállamok intézkedéseit támogató, összehangoló vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására korlátozta azt az emberi egészség védelme és javítása terén. Ez a hatáskör azonban kifejezetten csak a szűkebb értelemben vett népességügyet, azaz a súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatásokat, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az ezek elleni küzdelmet foglalja magában.²⁰

Az elektronikus EHIC-kártya bevezetése azonban befolyásolná a társadalombiztosítás felépítését, a nyilvántartások terjedelmét és működtetését is. Erre viszont az EU jogalkotási felhatalmazása nem terjed ki. Az EUMSZ 153. cikke hangsúlyozza, hogy az „elfogadott rendelkezések nem érinthetik a tagállamok azon jogát, hogy szociális biztonsági rendszerük alapelveit meghatározzák és nem érinthetik jelentősen e rendszerek pénzügyi egyensúlyát”. A tagállamok pedig fokozottan érvelnek a szubszidiaritás elvével²¹, és ezeket az ország társadalmi berendezkedése és költségvetési egyensúlya szempontjából különösen fontos területeket belső szabályozási körükben szeretnék tartani.²² Ezek alapján a tagállamok konszenzusa az eEHIC alkalmazása terén nem tűnik megkerülhetőnek.

A másik kérdés, hogy ha sikerül megállapodni a kiterjesztett alkalmazási körű és elektronikus EHIC-kártya bevezetéséről, akkor annak tartalma és működési mechanizmusa vajon összhangban lesz-e az alkotmányos és emberi jogi megfontolásokkal. Ez a kérdés fokozottan vetődik fel azután, hogy a Lisszaboni Szerződés az alapszerződések erejére emelte az Európai Unió Alapjogi Chartáját, és egyben kötelezettségként írta elő az Emberi Jogok Európai Egyezményéhez való csatlakozást. És ebben az alapjogi kontextusban nemcsak az adatvédelmi szempontok jelentenek problémát, hanem az emberi méltósággal, a privát sféra védelmével és az önrendelkezéssel kapcsolatos szempontok is. Az uniós szinten szabályozott, személyes adatok védelmére vonatkozó dokumentumok²³ ugyan megfelelő védelmi szinten biztosítanak, de ezek csak a minimumszabályokat tartalmazzák, így a személyes adatok védelmi szintje, a védelem konkrét rendszere is tagállamonként elérő.

Az alkotmányos követelmények az egyes emberi jogok közötti belső összefüggések miatt sokkal sokrétűbbek és szigorúbbak.²⁴ A legfőbb aggályok megvilágítására a magyar Alkotmánybíróság egyik legelső döntése, az ún. univerzális személyi számról szóló határozata hivatkozható, mely az egyénről tárolt adatok összerendelhetőségének szabott – az adatvédelmi törvény hatályán túlmenő – korlátokat. „Az adatovábbítás önmagában vett alkotmányosságától függetlenül a pontosan meg nem határozott gyűjtőkörű adatfeldolgozó számára természetesen adódik, hogy az egyes személyekre vonatkozó adatokat összességükben és összefüggésükben megismeri. Ez teljesen kiszolgáltatja neki az adatalányokat, átvilágíthatóvá teszi magánszférájukat is, továbbá egyenlőtlen kommunikációs helyzetet eredményez, amelyben az érintett nem tudja, hogy az adatfeldolgozó mit tud róla. Az eredeti összefüggésekből szükségképpen kiragadott adatokból összeállító ún. személyiségprofil, amely a személyiségi jogokat különösen sérti, s amelynek elkerülése az egyes adatfeldolgozások jogszerűsége megítélésénél alapvető szempont, a széles, de határozatlan gyűjtőkörű adatfeldolgozás velejárója. Mindezekért az ilyen adatfeldolgozás az emberi méltóságot sérti.”²⁵

Ennek a döntésnek az alapvető tanulsága az, hogy egy eID rendszerű, többszintű adathozzáférést biztosító elektronikus kártya működésének feltétele, hogy minden szolgáltató csak a saját működéséhez szükséges autorizációval rendelkezzen, ezen túlmenően más nyilvántartás adatait ne kérdezhesse le. A német elektronikus egészségbiztosítási kártya bevezetésénél más módszert alkalmaztak, ott a beteg egyedileg döntheti el, hogy a biztosítási jogviszonyról szóló adatokon túl a kártya milyen további adatokat tartalmazzon,²⁶ így biztosítva megfelelő önrendelkezési jogokat. Ennek a megoldásnak a közösségi szintű működőképessége azonban megkérdőjelezhető, hiszen pontosan az egységes szabályozásból és adattartalomtól adódó előnyök vesznének el. A rendszer kiépítésénél így az adathozzáférés korlátozása a döntő szempont, mely azt támasztja alá, hogy az elektronikus kártya alkalmazása szektorokhoz kötötten történjen.²⁷

Konklúzió

A személyazonosság igazolására és az egészségügyi és egészségbiztosítási adatok elektronikus, hitelt érdemlő ellenőrzésére is alkalmas eEHIC-kártya mindenképpen javítaná a határon

átnyúló egészségbiztosítási ellátások igénybevételének feltételeit, a rendszer kidolgozásánál azonban több szempontot is figyelembe kell venni.

Az Európai Unió Közös Kutatóközpontja a 2004-ben belépett tíz új tagállam e-egészségügyi helyzetének áttekintésekor három kiemelt kockázatot azonosított:

1. a szolgáltatások kiépítéséhez szükséges finanszírozása hiánya és az elektronikus feltételekhez való hozzáférés egyenetlenségei,
2. a jogi és szabályozási környezet hiányosságai, különösen a közigazgatás túlzottan centralizált jellege és a hatósági eljárások fragmentált szabályozása,
3. az egészségügy fejlesztésére fordított költségek alacsony aránya technikai és humán erőforrás-oldalról egyaránt.²⁸

A gazdasági ráfordítások optimalizálása, az eljárási szabályok és intézményrendszer kiépítése, valamint az infrastrukturális feltételek biztosítása mellett azonban nem sikkadhatnak el az adatvédelmi, személyiségvédelmi szempontok sem. Ez különösen azért fontos, mert a megfelelő adatvédelem hiánya nagyban csökkentheti a közintézményekbe, jelen esetben a társadalombiztosítási és egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmat.

Hivatkozások

1. *Mivel a kötelezettségszegési eljárást a tagállamokban folytatott, uniós jogot sértő gyakorlat – és nem csak konkrét törvényi rendelkezés – is megalapozhatja, a Bizottság tájékoztatást kért a spanyol kormánytól, ami jellemzően a bírósági szakaszt megelőző, a kötelezettségszegési eljárást megelőző nem formalizált, nem szükségképpen procedurális lépés.*
2. *Portugal implicated for EHIC failings, InsuranceInsight (letöltés dátuma: 2013. július 18.)* <http://www.insuranceinsight.com/insurance-insight/news/2272575/portugal-implicated-for-ehic-failings>
3. *Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete (2004. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról; Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete (2009. szeptember 16.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról*
4. *Bennett, Colin J. – Lyon, David: Playing the Identity Card: Surveillance, Security and Identification in global perspective. Routledge, Abingdon-New York, 2008.*
5. *„Öt európai polgár közül kettő rendelkezik európai egészségbiztosítási kártyával”. European Commission – Európai Bizottság sajtóközleménye, IP/13/683 11/07/2013, 2013. július 11. (letöltés dátuma: 2013. augusztus 28.)* http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-683_en.htm
6. *A szabályozás alappillére a Tanács 1408/71/EGK rendelete (1971. június 14.) a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról. Ennek felülvizsgálata és módosítása az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete (2004. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról.*
7. *e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, COM (2004) 356 final, Brüsszel, 2004. április 30. Az 2012-2020 közötti időszakra vonatkozó e-egészség cselekvési terv 4 fő célt fogalmaz meg a digitális megoldások alkalmazásának javítására a határokon átnyúló egészségügyi ellátásokban: 1.) interoperabilitási kritériumok kidolgozása 2015-ig; 2.) a 2014-2020-as költségvetési időszakban a K+F tevékenység kiemelt támogatása az e-egészségügyben, nemzeti stratégiák és innovatív megoldások kidolgozásának támogatása; 3.) a betegek és egészségügyi szolgáltatók bekapcsolása; 4.) a WHO-val és az OECD-vel együttműködve politikai párbeszéd és nemzetközi kooperáció kezdeményezése az e-egészségügyről. eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century, COM(2012) 736 final, Brüsszel, 2012. december 6.*
8. *European Council (2000), Presidency Conclusions. Lisbon European Council. 23-24 March, 2000.*
9. *A 22 EU-tagállam és 3 EU-n kívüli állam együttműködésével megvalósuló projekt 2008 és 2013 között 36,5 millió eurós támogatásban részesült. Magyarország részéről a fejlesztésekben az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) vesz részt.*
10. *Press Release of the epSOS Consortium epSOS News: epSOS on its way to pilot cross-border eHealth services April, 13th 2012 – Start of epSOS Pilot Operation*
11. *Risk assessment on security issues of cross-border electronic authentication, European Network and Information Security Agency, 2010. február. (letöltés dátuma: 2013. augusztus 30.)* <http://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/trust-services/xborderauth>
12. *Medical Informatics in a United and Healthy Europe, European Federation for Medical Informatics, Amstemsam, 2009. 43-52. o.*
13. *Sembritzki, Jurgen: Use and Development of Health Cards in Europe (letöltés dátuma: 2013. augusztus 30.)* http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok3_005516.hcsp?dDocName=bok3_005516
14. *IncoHealth, Interregional Cooperation for a Trans-European Electronic Health Cards Strategy, Best Practices Manual (letöltés dátuma: 2013. augusztus 30.)* http://www.inco-health.org/docs/BPM_FINAL.pdf
15. *Walter, Bruno – Vilanek, Johann: Health insurance card in Austria. in: Into IT, Vol. 22, National Audit Office UK, London, 2005. 20-22. o.*
16. *Manea, Laura – Manea, Adrian Constantin: The Juridical Protection for the European Health Insurance Card. Proceedings of the 11th WSEAS international conference on Mathematical methods and computational techniques in electrical engineering, Wisconsin, 2009. 575-578. o.*
17. *Elektronikus egészségügyi kártyák Európában, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (letöltés dátuma: 2013. augusztus 29.)* <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1740>
18. *Az Európai Parlament és a Tanács irányelve (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről*

19. Ezt az Európai Bíróság két kiemelkedő jogesetben állapította meg, s egyben így alapozta meg az EHIC-kártya automatikus alkalmazhatóságát: C-158/96, *Raymond Kohll v Union des Caisses de Maladie* és C-120/95, *Nicolas Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés*, 1998. április 28-ai ítéletek
20. Az emberi egészség védelme az EUMSZ 9. cikke szerinti, ún. horizontális elv, azaz az uniós politika minden területén törekedni kell az érvényre juttatására
21. Az Európai Unióról szóló Szerződés 5. cikke szerint „[a] szubszidiaritás elvének megfelelően azokon a területeken, amelyek nem tartoznak kizárólagos hatáskörébe, az Unió csak akkor és annyiban jár el, amikor és amennyiben a tervezett intézkedés céljait a tagállamok sem központi, sem regionális vagy helyi szinten nem tudják kielégítően megvalósítani, így azok a tervezett intézkedés terjedelme vagy hatása miatt az Unió szintjén jobban megvalósíthatók.”
22. van Ginneken, Ewout: *Implications of Future EU Policy on the Provision of Medicines and on Actors in the European pharmaceutical sector.* in: *Working Papers in Health Policy and Management.* 4/2010, Berlin. 93. o.
23. Az EU adatvédelmi rendszere kiterjedtnek és magas védelmi szintűnek mondható: Az Európai Parlament és a Tanács 95/46/EK irányelve (1995. október 24.) a személyes adatok feldolgozása vonatkozásában az egyének védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról; Az Európai Parlament és a Tanács 2002/58/EK irányelve (2002. július 12.) az elektronikus hírközlési ágazatban a személyes adatok kezeléséről, feldolgozásáról és a magánélet védelméről.
24. Majtényi László – Simon Éva – Székely Iván – Szabó Máté Dániel: *Az elektronikus személyazonosítás adatvédelmi Követelményei*, I. kötet. Eötvös Károly Közpolitikai Intézet, Budapest, 2007. 38-43. o.
25. 15/1991. (IV. 13.) AB határozat
26. *For a health-care system with a future. The electronic health insurance card.* Gematik, Berlin, 2012.
27. Ez a megoldás egyben az Európa Tanács egészségügyi adatok védelméről szóló ajánlásával is összhangban lenne, mely kimondja, hogy az orvosi adatokat alapvetően csak az egészségügyi ellátásban résztvevő szervek és személyek gyűjthetnek ill. kezelhetnek. Ezen a körön kívül egyéb személyek csak akkor gyűjthetik és kezelhetik az adatokat, ha biztosított, hogy az adatvédelem szintje megegyezik az egészségügyi ellátásban résztvevő jogalanyokkal azonos szinten tudják biztosítani. Európa Tanács Miniszterek Bizottsága R (97) 5-ös számú ajánlása az egészségügyi adatok védelméről (1997. február 13.)
28. Gáspár Pál (szerk.): *The Development of eHealth in an Enlarged EU.* Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies, Luxembourg, 2008.

A szerző az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetének tudományos munkatársa.

Áldás vagy átok?

Az egészségügyi szolgáltatók e-jelentés küldési kötelezettsége a keresőképtelenségről

A veszprémi Pannon Egyetem e-közigazgatási szakán sok érdekes diplomamunka készül. Az egyik egészségüggyel kapcsolatos témájú munkát Kopcsándyné Horváth Orsolya készítette Sas Tibor vezetésével.

■ Kopcsándyné Horváth Orsolya¹, Sas Tibor²

A kutatás célja

A felhasználók véleményének vizsgálata a keresőképtelenségi heti jelentésekről, illetve a napi gyakorlat sajátosságainak megismerése az online jelentésküldési rendszerrel kapcsolatban. Ezek a vélemények bemutatják az online jelentőrendszer használatával járó előnyöket, illetve azokat a hiányosságokat, problémákat, amelyek további fejlesztések indokául szolgálhatnak.

Módszer

19 kérdésből álló online kérdőíves kutatás, amely lehetővé tette, hogy Fejér megye területén a felhasználók legszélesebb körének véleményét, tapasztalatait megismerve átfogó képet kapjunk a napi gyakorlat sajátosságairól.

Hipotézis

Az egészségügyi szolgáltatók szívesen egyszerűsítenek a jelentésküldés módját, és a már régen korszerűtlen floppy alapú megoldás helyett készséggel váltanának egy hatékonyabb formára, azonban idegenkednek a webes felület használatától.

Válaszadók

265 háziiorvosi szolgáltathoz kiküldött kérésből 114 érkezett vissza.

A keresőképtelenségi monitoring rendszer (KMR)

A hazai egészségügyi igazgatási feladatokat ellátó intézmények közé tartozik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), amely központi hivatalként számos adatrendszert működtet. Területi hivatalainak munkája révén jónéhány olyan információt gyűjt be és dolgoz fel, ami a magyar egészségügyi ellátórendszerrel hiteles képet ad.

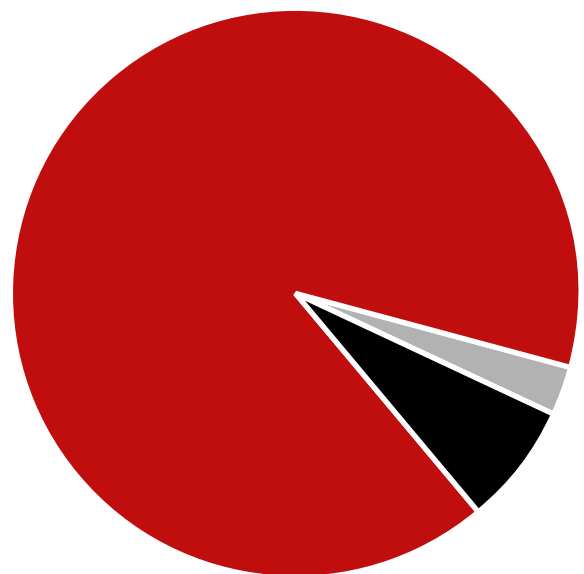
Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozása éppúgy a feladatkörébe tartozik, mint a finanszírozott tevékenységek

ellenőrzése, szakmai felügyelete. Az ellenőrzési feladatok kiterjednek a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyászati ellátások rendelésének, valamint a benyújtott elszámolások vizsgálatára, a keresőképtelenség elbírálásának rendszeres és célzott ellenőrzésére. Az OEP fogadja és feldolgozza a keresőképtelenségi heti jelentéseket, működteti a feladatok ellátásához kapcsolódó informatikai rendszereket.

Kutatás

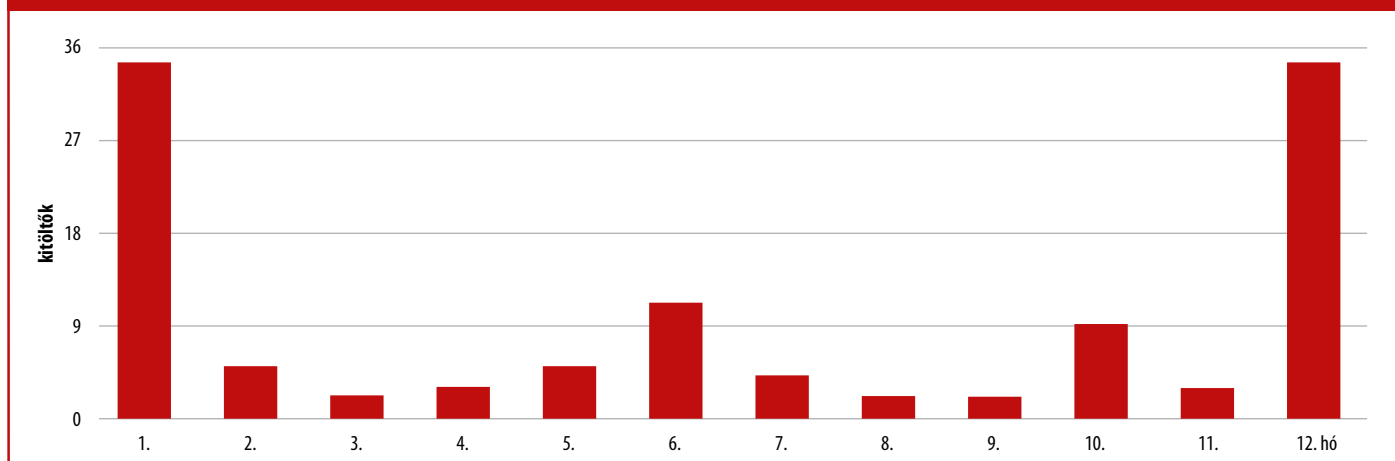
A háziiorvosi szolgáltatók számára 2011. január hónaptól állt nyitva annak lehetősége, hogy az e-jelentési rendszerbe be-

1. ábra. Ki készíti a táppénzes heti jelentést?



■ Orvos (7,1%)
■ Asszisztens (90,4%)
■ Egyéb dolgozó (2,7%)

2. ábra. Mikor regisztrált a táppénzes e-jelentés küldő rendszerbe?

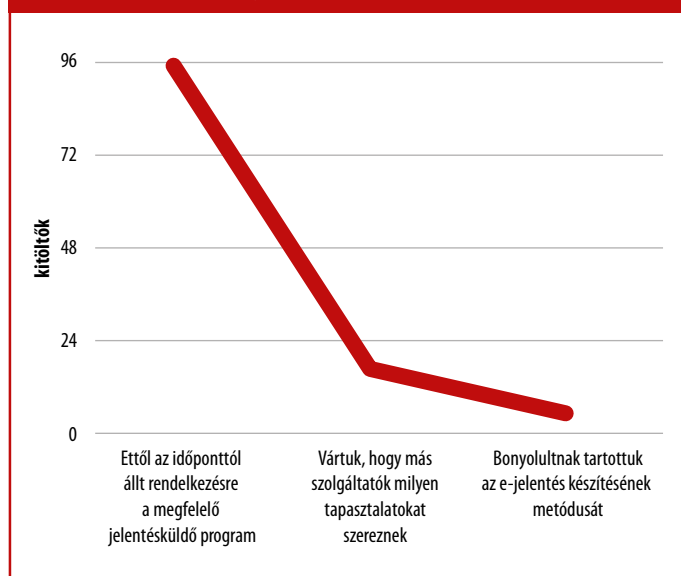


kapcsolódva sor kerülhessen a regisztrációra, majd megkezdődjön a papírmentes adatszolgáltatás a keresőképtelen állományba vett és kiírt esetekről. Nézzük a válaszokat (1. ábra).

A jelentéskészítők megoszlása a válaszadók körében az asszisztensek túlsúlyát mutatja, mivel a jelentést 8 esetben

orvos, 103 esetben asszisztens és 3 esetben egyéb dolgozó készíti. Abban a néhány esetben, amelyben az orvos készíti a heti jelentést indokul szolgálhat, hogy az orvos nagyobb figyelmet és időt áldoz a jelentéskészítésre, ezzel inkább biztonságban érezve az adminisztrációt.

3. ábra. Mi volt az oka, hogy ekkor történt a regisztráció?



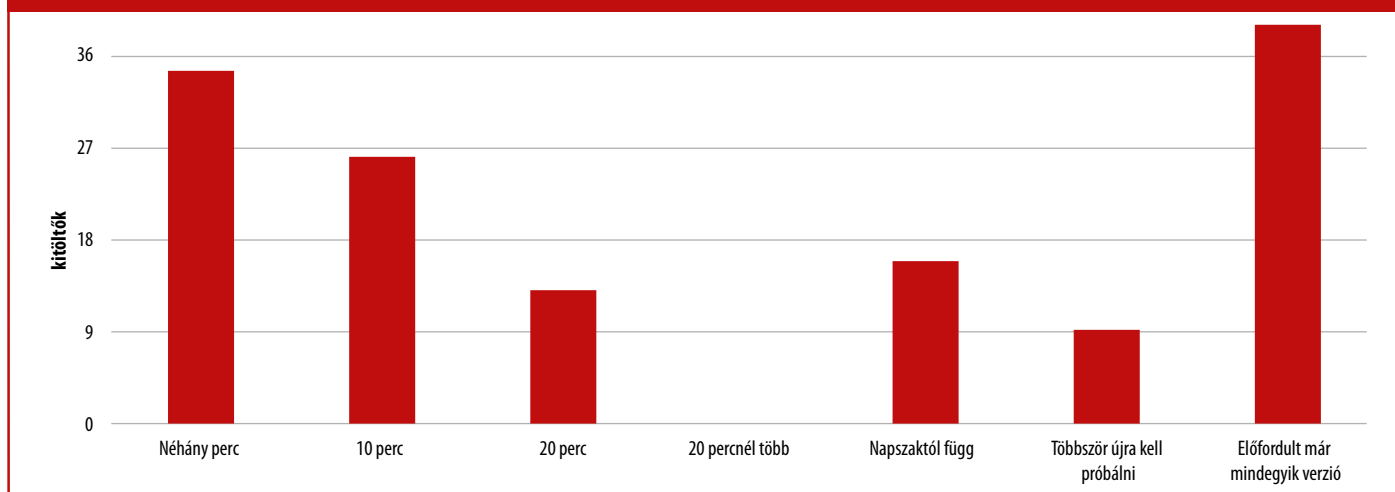
Az online jelentésküldők megoszlása 2011-ben

A lehetőséget 34 szolgáltató ragadta meg már a kezdetek kezdetén, januárban, majd a 2., 3., 4., 5. hónapban jelentős visszaesés mutatkozott. Az év közepénél ismét megélénkült kissé a csatlakozási kedv, 11 praxis kezdte meg a webes felület használatát. Az elkövetkező néhány hónap szintén nem mutatott kiugró eredményeket, majd az év utolsó hónapjában a januári időszakokkal megegyező számú regisztráció történt (2. ábra).

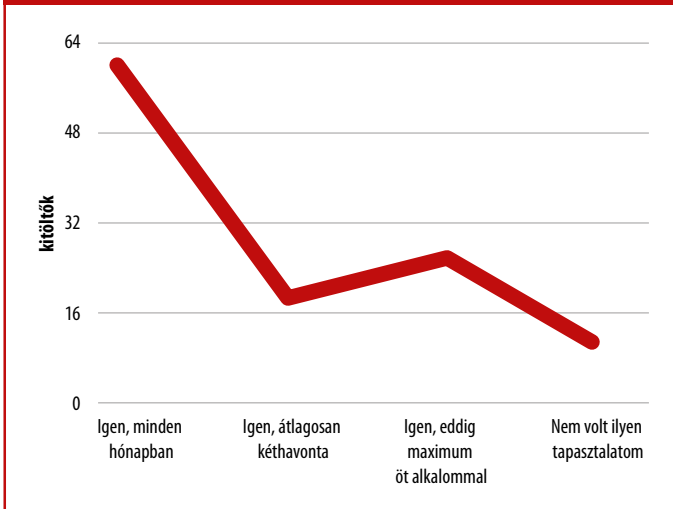
A diagram magáért beszél. A felmérés tanúsága szerint az év elején és végén tapasztalható inkább a regisztrációs kedv, ugyanakkor a webes felület által monitorozott, elektronikus úton feltöltött jelentések száma folyamatosan bővült az idő előrehaladtával (3. ábra).

95 esetben jelölték azt a választ, miszerint ettől az időponttól állt rendelkezésre a megfelelő jelentésküldő program, 15 alkalommal választották a második opciót, amely a mások tapasztalatszerzésére alapuló indulást említette. Legkevésbében azt jelölték (4), hogy bonyolultnak tartották a jelentéskészítés módszerét.

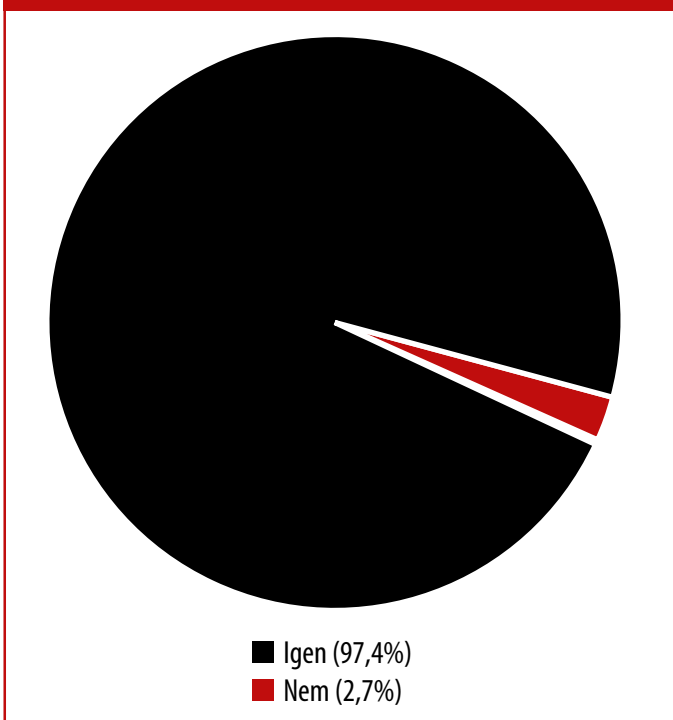
4. ábra. Mennyi időbe telik a jelentés elküldése?



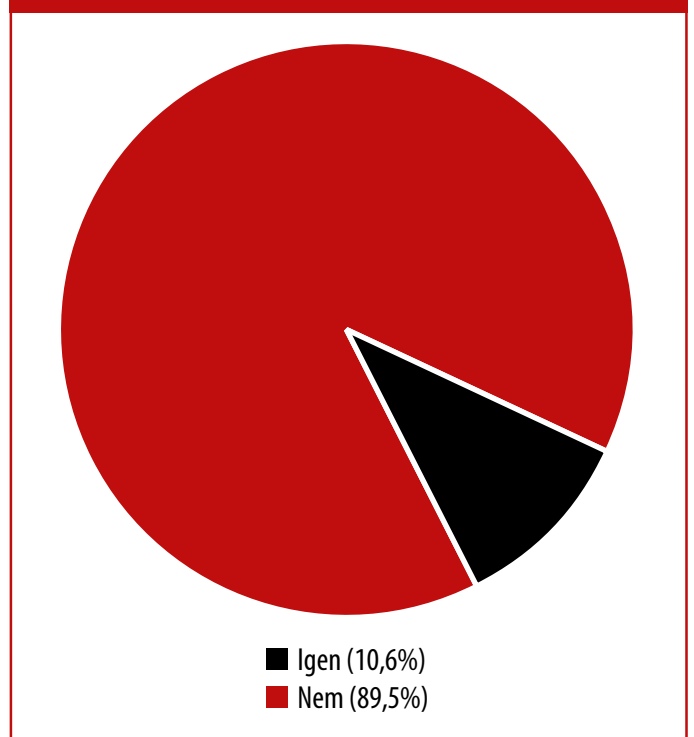
5. ábra. Tapasztalta-e, hogy más e-jelentés küldési kötelezettséggel egybeeső időben lelassul a rendszer?



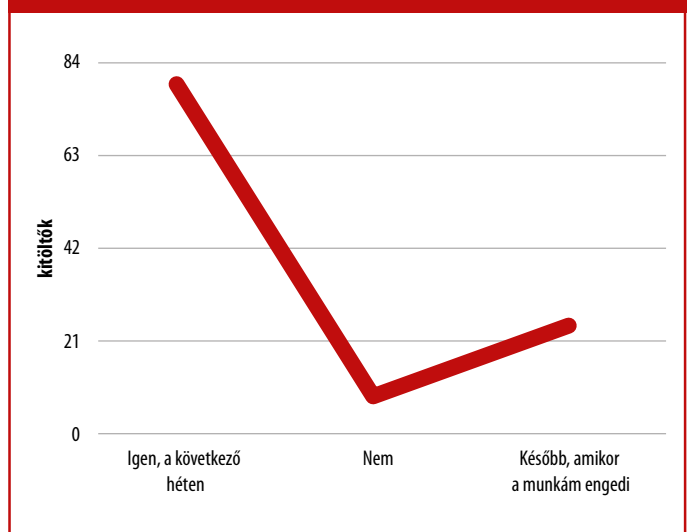
7. ábra. Jó fejlesztésnek tartja-e az azonnali visszajelzést a heti jelentés hibás voltáról?



6. ábra. Át kellett-e térnie a korábban használt levelezőrendszerrel másra (bizonytalan volt a Freemail, nem kapott időben visszajelzést az érvényesítésről)?



8. ábra. Elvégzi-e a hibás tételek javítását a visszacsatolás alapján?



Ez nem várt eredményt tükröz. A feltételezés az volt, hogy a praxisokban tartanak mindennemű számítástechnikai fejlesztés megjelenésétől, bizonytalanok a gyakorlatot illetően. A válaszok viszont ismét érdekes eredményt hoztak. Fejér megyében négyféle jelentésküldő program (ProDokiPlus, Viktória, Ursula, Szolga System) biztosítja az orvosok számára az informatikai háttérrel. Közülük egy lefedi a felhasználók 80%-át. A vélemény az volt, hogy a csatlakozási aránynak ezzel összhangban kellene megjelennie, mert az azonos jelentésküldő program ugyanattól az időponttól állt rendelkezésre a felhasználók számára. A válaszok alapján mégis az látható, hogy a csatlakozás döntő többségben év elején és év végén domináns. Ez azt feltételezi, hogy a szolgáltatók által – de legalábbis a kitöltők vonatkozásában – használt programok közül kettő jelentős felhasználói bázissal bír, ez

okozza a megosztottságot. Tekintsük meg a rendszer alkalmazását (4. ábra).

28 fő választotta a „néhány perc” opciót, 14 fő 10 perc időtartamot jelölt, arányaiban sokan (17 fő) tájékoztatott, hogy napszaktól függő a jelentésküldés időtartama. A legtöbben (42 esetben) már mindegyik felkínált lehetőséggel találkoztak. A 20 percnél hosszabb időt senki sem jelölte meg.

A kérdésre adott válaszok alapján javuló tendencia mutatkozik a jelentésküldéshez szükséges idő vonatkozásában, mert 2011 elején sokszor a 20 perc is kevés volt a feldolgozás befejezéséhez. Ennek okán bővítette az OEP az érvényesítési időt 60 percre. A válaszokból az derül ki, hogy többen találkoztak már valamennyi felkínált időbeli alternatívával. A rendszerrel kapcsolatos kérdésekre született válaszokat az 5. ábra mutatja.

A kérdőívet kitöltők döntő hányada jelölte meg havonta jelentkező problémaként a rendszer lelassulását, 25 válaszadó tájékoztatott arról, hogy az eltelt idő alatt maximum 5 alkalommal fordult elő ilyen, átlagosan kéthavonta jelentkezően tapasztalta 18 praxis, 11 esetben nem tapasztaltak lassulást a felhasználók.

A kialakult megoszlás arra utal, hogy az egyéb jelentési kötelezettség teljesítésével azonos időben, tömegesen beküldött jelentések a feldolgozórendszer számára leterheltséget eredményeznek, ami gyakran jár azzal, hogy többször újra kell próbálni a beküldést, az esedékes időponthoz képest néhány nappal később küldik a keresőképtelenségi jelentést. Az OEP adminisztrációs levelezőrendszerén látható bejegyzések számos alkalommal szóltak olyan problémáról, hogy bizonyos levelezőrendszerek nehezítik a jelentésküldés teljesítését (elsősorban a Freemail), javasolva az áttérést más e-mail címre. A válaszokból úgy tűnik, erre Fejér megyében elenyésző számban került sor. Ebből következően kevés esetben kellett áttérni a felhasználóknak másik levelezőrendszerre (6. ábra).

A rendszer használatával kapcsolatos kérdéseket a 7. ábra mutatja. A 111 „igen” válasz ellenében mindösszesen 3 „nem” érkezett. A kérdésre adott válaszarány egyértelműen bizonyítja, hogy a direkt feedback megnyugtató. Azonnal tájékoztatást kap a szolgáltató arról, hogy a tartalom megfelelő-e. A gyakorlatban sajnos mégis félreértésekre ad okot, mert gyakran előfordul, hogy a hibajelzés orvoslására újabb, a jelzett problémát kijavítva ismételt jelentést küld a kitöltő. Úgy gondolja, hogy a cserével a javítás megtörtént, hiszen az ismételt jelentés jó, hibátlannak tekinthető. A valóság azonban az, hogy amennyiben a jelentés feldolgozása hibával zárul, a javításra nyíló lehetőségek eltérőek és a már bedolgozott adattartalom nem írható felül.

A kérdőívet kitöltők közül 77-en nemleges választ adtak a kérdésre, 25 szolgáltató szerint nem változott, és csak 12 esetben érzékelték változást a korábbi időszakhoz képest.

Ennek kiváltó okai a következők lehetnek. A hajlékonylemezeken küldött adattartalmak időszakában a hivatali ügyintéző kísérőjegyzék alapján, valamint egy szűrőprogramon való futtatással ellenőrizte a lemezek tartalmát. Számos olyan hiba kiszűrhető volt, amely a jelentés feldolgozását megkérdőjelezte. Ezekben az esetekben a teljesítés ugyan megtörtént, de sokszor szembetűnően hibás tartalommal. Miután

a tapasztalatok azt mutatták, hogy az utólagos, hibalisták alapján történő korrekció mindig nagyobb nehézséget jelent a praxisokban, mint a visszajelzésnek köszönhetően a jó jelentés megküldése, inkább azt a gyakorlatot alakítottuk ki, hogy megjelölve a problémát, feldolgozás nélkül visszaküldtük a hibás jelentést és kértük a javított, jó jelentés megküldését. Ezzel együtt is kerültek rossz adatok az adatbázisba és elkezdtek hibalisták, de lényegesen kevesebb. Tehát a múltban is működött a direkt feedback, csak nem teljeskörűen, mert adódhattak olyan rejtett hibák, amelyeket a fent említett két ellenőrzési módszerrel nem lehetett kiszűrni. Összesített hibalistát 3-4 havonta kaptak a szolgáltatók a felgyülemlett javítandó tételekről. A gyakoriságot illetően így szubjektív a megítélés. Talán az igen választ jelölők olyan praxisok lehetnek, akik csak elvétve, a fogadóprogram által kiszűrhető problémákról kaptak értesítést negyedévente (8. ábra).

Kedvező tendenciára utal, hogy 81 szolgáltató a legrövidebb időn belül, már a következő héten javítja a felmerülő hibákat, 24 esetben későbbi időpontban kerül erre sor. Nem javítják a hibákat 9 praxisnál (9. ábra).

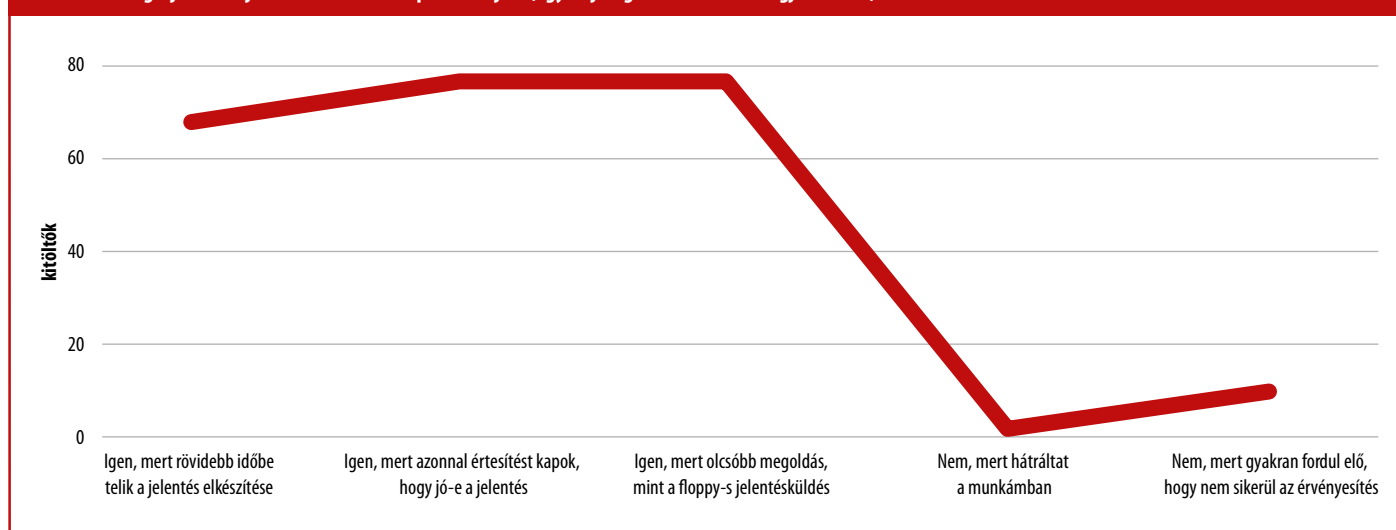
A legtöbb válaszadó azonos arányban (77–77 fő) tekinti fontosnak az azonnali visszajelzést arról, hogy jó-e a jelentés, illetve olcsóbb megoldásnak tartják, mint a floppy-s jelentésküldést.

A ráfordított időben kedvezőbb megoldás hatékonyságát 67 háziorvosi szolgáltató jelölte meg. A nemleges válaszok (9–2 fő) az érvényesítés sikertelenségéből fakadnak elsősorban, 2 esetben pedig azt jelezték, hogy az új módszer hátráltatja a jelentés készítőjét a munkavégzés során.

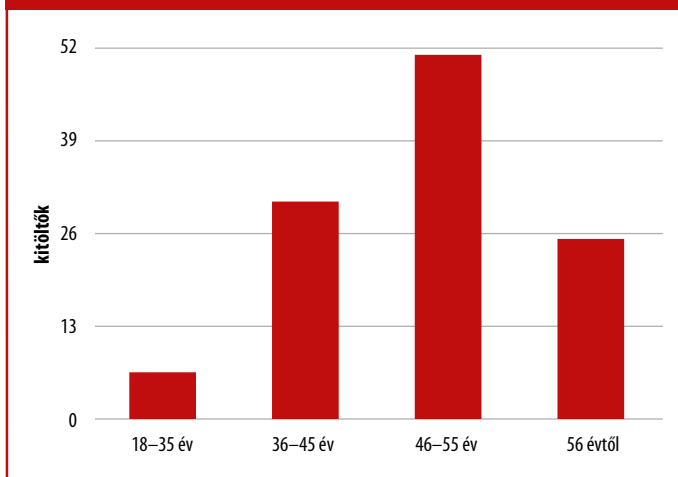
Az elektronikus közigazgatással elérni kívánt célt támasztja alá az, hogy a kitöltést vállaló szakemberek meggyőzően voksoltak az e-jelentés tevékenység-támogató funkciója mellett. Költséghímélőbb, gyorsabb, hatékonyabb az új jelentésküldési rendszer. Talán az kaphat több figyelmet a kérdés elemzésekor, hogy itt már nem jelentkezik annak dominanciája, hogy a feladatellátást jelentős mértékben javítja az azonnali visszajelzés a hibás adatokat illetően. Néhány demográfiai adat szerepeljen még itt (10–11. ábra).

A kérdőív kiküldésének célja az volt, hogy feltárja az elmúlt egy év során szerzett tapasztalatokat. A felmerülő problémákra reagálva megoldási javaslatokkal segítse a rendszerfejlesztők munkáját. A hétköznapi gyakorlatban a felhasználók tevékenységét

9. ábra. Támogatja-e az e-jelentés a mindennapi munkáját? (Egyidejűleg több válasz is megjelölhető.)



10. ábra. A válaszadó életkora



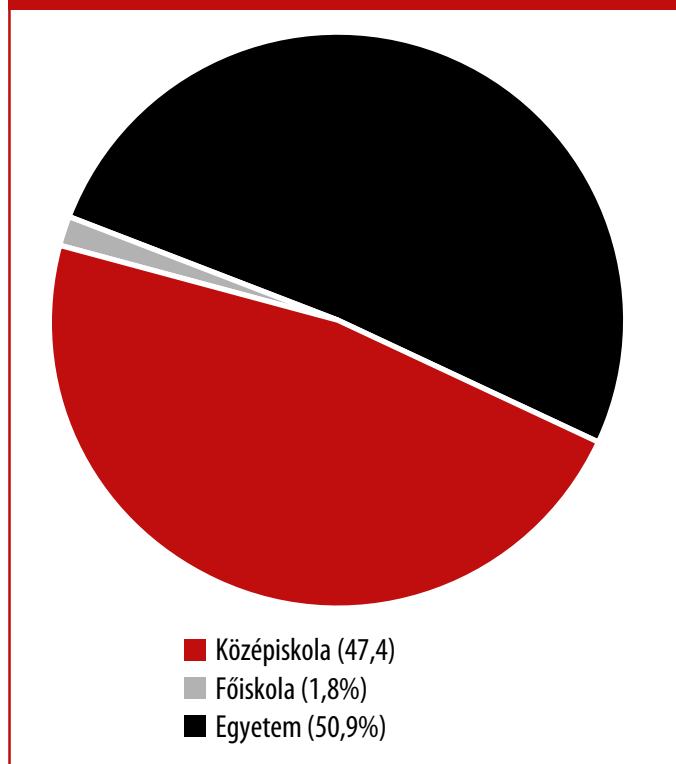
támogatva érvényesítse mindazokat az előnyöket, amelyeket az e-közigazgatás és az online jelentési felület adhat.

Az ügyfélközpontú, felhasználóbarát elektronikus rendszerek kialakításának motivációja ne rekedjen meg a szolgáltatóoldali (back-office) megoldások bevezetésével, hanem az ügyféloldali (front-office) szolgáltatásokat mint a közgazgatási folyamatok modernizálásának fókuszát helyezze előtérbe. Olyan szolgáltatásokra is terjedjenek ki a fejlesztési törekvések, amelyekből az államnak nem származik közvetlen anyagi érdekeltsége.

A kutatás eredményét tekintve elmondható, hogy az egészségügyi szolgáltatók körében szívesen használt rendszer kialakítására került sor, amely gyorsabb, egyszerűbb, hatékonyabb ügyintézkést tesz lehetővé. Javult a jelentési fegyelem, csökkent a felesleges adminisztráció, fejlődött a technológia.

Mint minden új szisztéma kialakítását követően, ebben a fejlesztésben is vannak bővítési lehetőségek, olyan megoldások, amelyek a megszerzett információ, a tartalom és a használat vonatkozásában tovább szolgálják az ügyfélközpontú gondolkodás követelményét.

11. ábra. A válaszadó iskolai végzettsége



Össességében sikeresnek mondható az e-Jelentés rendszer bevezetése. A korszerűtlen floppy-s adatszolgáltatás helyett, időt és adatvesztést megspórolva érhető el az ellenőrzések alapjául szolgáló információk, adatbázisok.

1. e-közigazgatási menedzser, Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár Fejér megyei kirendeltsége
2. osztályvezető, Informatikai és kontrolling osztály, Csolnoky Ferenc Kórház

Légúti stent-beültetés csecsemő- és kisdedkorban asszisztensi szemmel

A gyermekpulmonológiai betegek osztályos kivizsgálása és gondozása speciális szemléletet, felszerelést és képzettséget igényel. Fontos feladatot jelentenek a bronchológiai vizsgálatok, diagnosztikus és terápiás célból egyaránt, ideértve az intervenciós bronchológiai beavatkozásokat is. Ez utóbbiak közül a légúti szűkületek kezelésében alkalmazott stent beültetést, az asszisztensek feladatait, valamint azokat a tapasztalatainkat összegezzük, amelyeket tizenegy beteg kezelése során szereztünk.

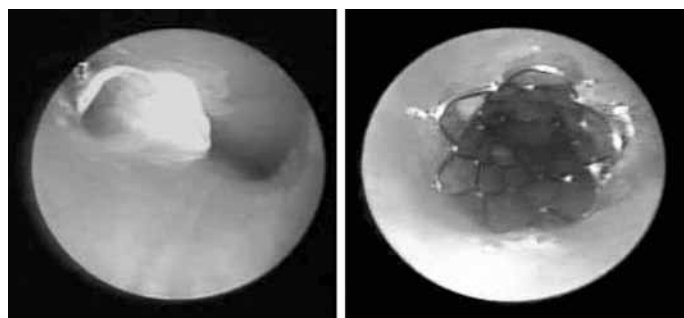
■ **Bányai Zsuzsanna¹, Nagy Sándorné², Trunecz Györgyi³**

Bevezetés

A stent elnevezése C. R. Stent angol fogász nevéből származik, funkciója üreges szervek, vezetékek, erek, légutak nyitva tartása. Különböző típusú stentek léteznek, közös tulajdonságuk, hogy szövetbarát anyagból készülnek. Példaképp néhány jellemző típus:

- Dumon-stent: szilikoncső, a külsején elmozdulást megakadályozó tüskékkel, ami különböző hosszban és keresztmetszetben van forgalomban.
- Ballonnal tágítható stent: Tentaur, Palmaz, Jostent (fedett és fedetlen formában).
- Öntágulós vagy memory stentek: speciális eszközbe vannak zárva, végleges méretüket a behelyezés után veszik fel. Ilyen például a fémből készült Cook stent, a szilikonnal fedett Schneider-Wall stent, vagy a műanyagból készült Rüscht Polyflex stent.
- Felszívódó stent: kipróbálás alatt.

Csecsemőkorban a légutak kicsiny átmérője miatt legalkalmasabbak a ballonnal tágítható vascularis, perifériás vagy coronaria stentek. (1–2., 3. ábra) Előnyük, hogy a gyermek növekedésével párhuzamosan tágíthatók. Pontos méretét előzetes bronchológiai, valamint CT-vizsgálattal határozzák meg. Eseteinknél legtöbbször a Palmaz stentet alkalmaztuk.



1-2. ábra: Fedett és fedetlen Tentaur stent bronchoskopos képe

Csecsemő- és kisdedkorban a stentimplantáció indikációi: veleszületett vagy szerzett porchypoplasias trachea- és hörgőszűkület, légúti kompresszió, heges szűkület, műtéti beavatkozások után a varratsor megtámasztása.

A vizsgálatot merev csöves bronchosccoppal végezzük, relaxációs narkózisban, röntgenátvilágítás mellett. Jól működő stent esetén az addig tubust viselő és gépi lélegeztetésre szoruló csecsemő életminősége, mozgás- és értelmi fejlődése is lényegesen javul.

Az asszisztens feladatai

Vizsgálat előtt kiemelt fontosságú tájékozódni a vizsgálandó gyermekről: milyen életkorú, súlyú a gyermek, milyen esetleges speciális ápolási feladatokra kell készülni (tracheostoma, percutan gastrostoma, stb.), miért szükséges a stent behelyezése, stent-viselőként milyen változás várható a gyermek állapotában?

Orvossal történő megbeszélés: milyen típusú, méretű stentet fognak behelyezni? A vizsgálat során milyen speciális eszközökre lesz szükség? Szükség van-e a gyermek előzetes vizsgálatára a vizsgálatát kérő kórházban, vagy nálunk történik a stent behelyezése előtti bronchológiai vizsgálat?

Vizsgálat előtti feladatok: előkészítjük a bronchológiai helyiséget a szokásoknak megfelelően, ebbe beletartozik a dokumentáció előkészítésén át az elektromos eszközök, valamint az oxigénellátó rendszer ellenőrzése, a használandó műszerek (teljes eszközpark), a praemedicációhoz, az altatáshoz, valamint az életmentéshez használatos gyógyszerek és eszközök előkészítése.

A stenthez előkészülünk egy steril lepedővel letakart asztalon: stent, ballon, steril vesetál, 10 ml-es fecskendők, serum 1-es tűk, gumikesztyű, kontrasztanyag (Optiray), papírvatta, ledobótál.

Beavatkozás alatti feladatok: megegyeznek a sima bronchosopia teendőivel, de a stenttel kapcsolatos feladatok orvos asszisztálása mellett történnek, ideértve a kontrasztanyag felszívását, a stent behelyezését, a pumpa kezelését. Ekkor



3. ábra. Röntgenfelvétel: Palmaz Genesis stent a bal főhörgőben

kap szerepet az előre elkészített stentes asztal. A beavatkozásról DVD felvétel készül.

Beavatkozás utáni feladatok: amennyiben a beteget vizsgálat után nem intubálják és lélegeztetik, nem különböznek a sima vizsgálat utáni megfigyeléstől (vitális paraméterek ellenőrzése, köhögés, hányás, vérköpés, egyéb panaszok megfigyelése). Szövődmények jelenhetnek meg vizsgálat közben, de utána is: hypoxia, laryngospasmus, bronchospasmus, vérzés, pneumothorax, hypotensio, shock, pneumonia, láz, rekedtség, sérülés, légzésleállás. Dokumentáció megírása, eszközök fertőtlenítése.

A stentet viselő gyermek követése, kontrollvizsgálatok

A stentet viselő gyermek az első időkben 24 órás készenlétet igényel, a csapat szükség esetén azonnal összehívandó. A kontrollvizsgálatok mellett szövődmény esetén szükség lehet azonnali vizsgálatra, melynek sürgősségét és időpontját a vizsgáló orvos dönti el a gyermek állapota alapján.

Szövődmény lehet: sarjadzás, a stent elmozdulása/összenyomódása, váladékpangás, vérzés, esetleg perforáció. Problémát okozhat a legkisebb légúti fertőzés is, ezért az ápolás kezdetén kiemelt fontosságú a stentet viselő gyermek elkülönítése a többi gyermektől és a látogatóktól is.

A stent kivétele általában gyermeksebészeti és intenzív háttérrel rendelkező centrumban történik.

A fentiek szerint osztályunkon 13 év alatt 3 asszisztens közreműködésével 11 gyermeknél történt stent beültetés. A beavatkozásokat 4 esetben trachea-oesophageal fistula által okozott trachea stenosis, 7 esetben pedig kóros érgyűrű, valamint szívűtét utáni stenosis vagy komprimálás miatt végeztük el. Egy gyermeknél gravis sarjadzás miatt kellett a stentet eltávolítani, tracheostoma-viselő lett. Négy gyermeket vesztítettünk el, egyiket sem a stent következményeként, halálukat az alapbetegségük okozta. Egy gyermek jelenleg szívtranszplantációra vár. Jelenleg egy stentet viselő gyermekünk van.

A gondozás során szükséges ellenőrző vizsgálatokat és a sarjadzás miatti szövődményeket osztályunkon láttuk el, de dolgoztunk a SEÁOK I. számú Gyermekgyógyászati Klinikán, a GOKI Gyermek Intenzív Osztályán, a PTE Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinikáján, a Szegedi Gyermekgyógyászati Klinikán, valamint a Jósa András Oktatókórházban Nyíregyházán is.

Következtetések

Az asszisztens munkája sokrétű, alapos szakmai felkészülést, elhivatottságot igényel. Egy rosszul előkészített vizsgálatnál, nem ellenőrzött, hibás eszköznél meg is hiúsulhat a vizsgálat. Ismerni kell a beavatkozás pontos menetét, fel kell készülni nem várt eseményre, szövődményre. Gyorsnak, pontosnak, kreatívnak kell lenni, különösen külső helyszínen történő vizsgálatnál, ahol nem a megszokott eszközökkel és munkatársakkal kell dolgozni. A mi gyakorlatunk külső helyszínen történő vizsgálatnál ezért az, hogy minden eszközt viszünk magunkkal, ezáltal is csökkentve a problémák fellépését.

A műszerelő asszisztens mellett nem elhanyagolható a fejtartó asszisztens feladata, mely a vizsgálat során komoly erőnléte és koncentrációt igényel. Az elméleti felkészülés mellett az évek alatt szerzett szakmai gyakorlat az, amely megedz bennünket, hogy váratlan helyzetben is gyorsan tudjunk cselekedni és az orvos keze alá dolgozni.

Megnyugtató eredményeinket úgy tudtuk elérni, hogy nemcsak az orvosok, de az asszisztensek is változatlanok voltak és egymást segítették a folyamatos összecsiszolás során.

Irodalom

1. Cserhádi E., Gyurkovits K., Nagy B., Novák Z.: *Gyermekkori légzőszervi megbetegedések*. Budapest, Medicina, 2012.
2. Magyar P., Pálffy L., Bártfai Z.: *Egészségügyi szakdolgozók tüdőgyógyászati kézikönyve*. Budapest, Medicina 2008.
3. Kopcsányi G., Horváth L., Masszi Gy. és mtsai: *Kisdedkori postpulmonectomia syndroma kezelése endobronchiális „Palmaz stenttel”*. *Fül-orr-gégegy* 1999:45:32.
4. Strausz J., Kis S., Juhász J., és mtsai: *Endoprotézisek (stentek) alkalmazása nagylégúti szűkületek esetén*. *Orv Hetil* 1992:133:2293.
5. Márialigeti T., Kádár L.: *Légúti stent inplantációval szerzett tapasztalataink csecsemő és kisdedkorban (közlés alatt)*.
6. Magyar P., Losonczy Gy.: *A pulmonológia kézikönyve*. Budapest, Medicina, 2012.

A szerzők a Törökbálinti Tüdőgyógyintézet Csecsemő- és Gyermekpulmonológiai Osztály, Bronchológia asszisztensei

Egészségügyi reform az USA-ban

Obamacare, vagyis a Méltányosan Elérhető Ellátásról szóló törvény legújabb fejleményei

■ Harry Perlstadt¹, Balázs Péter²

Bevezetés

Barack Obama, a Demokrata Párt elnökjelöltje a 2008-as választási küzdelemben kiemelt prioritásként kezelte az egészségügyi reform ügyét az alábbi fő követelésekkel:

- egyetlen biztosító se tagadhassa meg a fedezetet azoktól, akikről kiderül, hogy valamilyen korábban szerzett betegségben szenvednek,¹
- méltányos összegért mindenki köthessen valamilyen biztosítást a Nemzeti Egészségbiztosítási Közvetítő Fórumként (National Health Insurance Exchange) létesítendő szervezetek segítségével,
- legyen szélesebb az ellátásra jogosultak köre a Medicaid programban, amely az alacsony jövedelmű rétegek számára a továbbiakban is részben orvosi, részben az egészségügyhöz szorosan kapcsolódó szolgáltatásokat fog nyújtani.

Barack Obama reformtervét először Jeanne Schulte Scott, vezető egészségügyi lobbista nevezte Obamacare-nek² a Healthcare Financial Management című lapban 2007-ben közzétett cikkében (Scott, 2007). Scott előre jelezte, hogy a 2008-as elnökválasztási küzdelemben a jelöltek „Obamacare” vagy a hozzá kapcsolódó „McCaincare” típusú javaslatokkal fognak előállni, nem beszélve az újdonság látszatával elővarázsolta „Hillarycare”-ről, amelynek pályafutása Clinton elnök javaslataként 1993-ban már az előkészítés szakaszában totális kudarccal végződött. Írásában arra is emlékeztetett, hogy amikor George W. Bush elnök 2007-ben az Unió helyzetéről tartott kongresszusi beszédében arra hívta fel a figyelmet, hogy csaknem 50 millió amerikai polgárnak nincs egészségbiztosítása, valójában akkor tárta szélesre a kapukat az egész nemzetet átfogó érdemi vita előtt. Egyébként az Obamacare³ történetéről a New York Times kitűnő összefoglalást közölt (Cox, DeSantis, Parlapiano & White, 2012. március 25).

Egy héttel a 2008-as elnökválasztás előtt, október 26-án Scott W. Atlas, a Hoover Institution vezető munkatársa és a Stanford Egyetem orvosprofesszora arról írt az inkább konzervatív irányultságú Washington Times-ban megjelent jegyzetében, hogy az „Obamacare” a „Hillarycare”-hez képest több szabadpiaci elemet és mérsékeltebb kormányzati beavatkozást ígért a választóknak (Scott W. A., 2008). Valójában ez volt az az időpont, amelytől kezdve az Obamacare általánossá vált a hétköznapi szóhasználatban, de konzervatív körökben egyben súlyos

politikai tartalommal is telítődött, nemcsak reformellenes éllel, hanem úgy is, mint az emberek magánéletébe durván behatoló államigazgatás szinonimája (Moodley, 2011).

Amikor Obama elnök megkezdte első hivatali időszakát, a Demokrata Pártnak többsége volt a Kongresszus mindkét házában. Így a Képviselőház 2009 júliusában, miután a Méltányosan Elérhető Ellátásról (Affordable Care Act) szóló törvényt (a továbbiakban: Törvény) elfogadta, azt további tárgyalásra felterjesztette a Szenátusnak. A képviselőházi szövegezés szerint Nemzeti Egészségbiztosítási Közvetítő Fórumokat (a továbbiakban: Fórumok) kell létesíteni, ki kell terjeszteni a Medicaid jogosultságokat, a magánszemélyek kötelesek egészségbiztosítást kötni, a jelentős számú alkalmazottat foglalkoztató munkáltatók pedig kötelesek egészségbiztosítási fedezetet adni a dolgozóiknak. A képviselőházi demokraták arra készültek, hogy a törvényjavaslatot augusztusban helyi szinten rendezett gyűléseken mutatják be a választóiknak. Nem számítottak azonban arra, hogy a konzervatív szavazók heves ellenállásba ütköznek, akik ekkor még csak lazán szervezett akcióikat „Tea Party”-nak nevezték,⁴ és kemény támadást indítottak az Obamacare ellen. Ennek eredményeként végül egyetlen republikánus képviselő és szenátor sem szavazta meg a Törvényt, de 2010 márciusában így sem voltak képesek megakadályozni hatálybalépését.

A Tea Party mozgalom hullámain meglovagolva, a 2010 novemberében tartott választásokon a republikánusok átvették a Képviselőház vezetését. Ekkor azonban a Törvény nevéként az Obamacare már közhasználatú és egyben népszerű fogalom má is vált, és az elnöki adminisztráció is használni kezdte a hivatalos elnevezés helyett. A Department of Health and Human Services, vagyis az egészségügyért is felelős szakminisztérium (a továbbiakban: Szakminisztérium) elektronikus portálja 2010 decemberében már úgy jelent meg a Google keresőprogramjában, hogy akik beírták az „Obamacare” szót, egy linken keresztül egyenesen a HealthCare.gov weboldalra jutottak. Majd 2012 márciusában, még mielőtt a Legfelsőbb Bíróság elkezdte volna a meghallgatásokat a Törvény alkotmányosságának ügyében, Obama választási törzskara a Twitteren a következő szöveget helyezte el: „Ha nyíltan vállalod az Obamacare-t és elegend van abból, hogy az ellenoldal azt szitokszóként használja, fejezd be a következő mondatot: Szeretem az Obamacare-t, mert...” (Cox et al, 2012).

A Törvény a jogviták keresztjében...

A Törvény elsődleges célja az volt, hogy érzékelhetően növelje az egészségbiztosítási fedezettel rendelkező amerikaiak számát, és egyidejűleg csökkentse az ellátás költségeit. Előírta továbbá, hogy az egészségbiztosítási üzletág szerződéseinek tartalma azonos legyen, függetlenül attól, hogy a leendő üzletfél férfi vagy nő és fennáll-e valamilyen korábban szerzett betegsége, továbbá a gyermekek a szülők jogán biztosítva legyenek a 26-ik életévük betöltéséig. Mindezeket túl a Törvény egy Közösségi Egészségközpont Alapot (Community Health Center Fund) is létrehozott, országos szinten 11 milliárd dolláros költségvetéssel, annak érdekében, hogy a már fennálló Egészségközpontokat működésükben vagy terjeszkedésükben támogassa, vagy ahol ilyenek még nem létesültek volna, ott a megnyitásukat kezdeményezze. A működő központok különben összehangolt alap és megelőző ellátásokat nyújtanak az alacsony jövedelműeknek, a faji és etnikai kisebbségeknek és a vidéki mezőgazdasági településeknek.

A Törvény szerint az USA minden polgárának, illetve az ország területén jogszerűen tartózkodó személyeknek is rendelkezniük kell valamilyen minimális egészségbiztosítási fedezettel, amely az önálló jövedelemmel nem rendelkező hozzátartozóik részére is kiterjed. A biztosítási jogviszony keletkezhet a munkáltató által a munkaszerződéshez csatolva, üzleti magánbiztosítói szerződéssel, vagy kormányzati programhoz való jogosultság révén. A biztosítás hiánya magánszemélyek esetén büntetést von maga után. Azok a munkáltatók is büntetést fizetnek, akik teljes munkaidőben (átlag heti 30 órában vagy havonként legalább 130 órában) 50 főnél több munkavállalót foglalkoztatnak, és nem nyújtanak biztosítási fedezetet a részükre. Kétszáz alkalmazott felett automatikus a munkáltató kötelezése, ettől függetlenül azonban az alkalmazott szabadon eldöntheti, hogy a munkahelyén él a lehetőséggel, vagy saját maga intézi a biztosítását a Törvény szerinti Fórumok segítségével, közvetlenül szerződve a biztosítótársasággal.

A fenti kötelezések háttérben az áll, hogy a kockázattól függetlenül akkor nagyobb a hajlandóság a biztosítás megkötésére, ha alacsony a biztosítási díj a fedezet által nyújtott szolgáltatásokhoz viszonyítva (Nyman, 1998). Alacsony díjakkal viszont csak igen jelentős létszámú kockázati közösségben lehet számolni, feltéve hogy a közösséghez csekély kockázatú, alapjában véve egészséges emberek tartoznak, és természetesen olyanok is, akiknek jelentős a kockázata a fennálló krónikus betegségek következtében. Kétségtelen, hogy az alacsony kockázatú egészséges emberek semmilyen elemi indíttatást nem éreznek arra, hogy biztosítást kössenek, és ők finanszírozzák a társadalom magasabb kockázatú részének orvosi kezelését. Az ellentmondás feloldásának egyik módja, hogy akár hatósági eszközökkel kikényszerítve mindenkire nézve kötelező legyen a biztosítás, ami egyértelműen növeli a teljes kockázati közösségben az alacsony kockázatú egészséges egyének számát (American Academy of Actuaries, 2009).

Annak érdekében, hogy mindenkinek legyen valamilyen ellátási fedezete, a Törvény a Medicaid szegénységi ellátási körét is kiterjesztette, és a kiterjesztéshez a szövetségi kormány külön fedezetet nyújt az egyes tagállamoknak. Jelenleg a gyermekeket nevelő felnőttek csak akkor kaphatnak Medicaid ellátást, ha a jövedelmük nem éri el a szövetségi szegénységi szintet, azonban a gyermek nélküli felnőttek számos tagállamban semmilyen támogatásban nem részesülnek. A Törvény által teremtett

új helyzetben minden felnőtt jogosult az ellátásra, jövedelmét tekintve a mindenkori szegénységi szint 133%-ának eléréséig. Ha a tagállam nem fogadja el az új szintet, elveszíti a Medicaid ellátáshoz járó szövetségi támogatását.

Csak néhány hónappal a Törvény hatályba lépése után a Független Vállalkozások Nemzeti Szövetsége (National Federation of Independent Business = NFIB) és a legfőbb ügyész 50 tagállamból 26 képviselőjében bírósági keresetben kért jogorvoslatot a magánszemélyek általános biztosítási kötelezettségét és a Medicaid ellátások kiterjesztésének alkotmányosságát illetően. Álláspontjuk szerint az általános kötelezés alkotmányellenes, mivel az alkotmány kereskedelemre vonatkozó rendelkezése (I. cikkely, 8. §, 3. bekezdés) ez esetben nem alkalmazható az egészségbiztosítási üzletágra, ugyanis a kényszer hatása alatt kötött biztosítás nem egyeztethető össze a kereskedelem általános szabályozásával. Az NFIB érvelése azonban nem vonatkozott az egészségbiztosítási üzletág egyszerre több tagállamot érintő jellegére, ami lehetőséget adott a kormánzatnak arra, hogy az ellenérvelésében többek között erre is hivatkozzon. Felperesek szerint a Medicaid kiterjesztése is alkotmányellenes, jöllehet a Kongresszus a szövetségi alapokból a tagállamokhoz juttatott támogatásokat feltételekhez kötheti a költségvetési kiadásokról és a jóléti intézkedésekről szóló alkotmányos rendelkezés értelmében (I. cikkely, 8. §, 1. bekezdés). Érvelésük szerint a Medicaid program alapjában véve önkéntes természetű, ennek ellenére azonban ha a tagállam a kiterjesztést nem támogatja, minden szövetségi támogatást elveszíthet, ami viszont mégis azt támasztja alá, hogy a program alkalmazása lényegében kötelező.

Első fokon a keresetet a floridai szövetségi kerületi bíróság tárgyalta. Roger Vinson bíró 2011 januárjában hozott ítélete szerint a biztosítási kötelezettség alkotmányellenes, viszont a Medicaid kiterjesztése nem ellentétes az alkotmánnyal. Ítéletének végső következtetése szerint a Törvény egészében érvénytelennek tekintendő. Másodfokon az atlantai (Georgia állam) fellebbviteli bíróság járt el az ügyben. A három bíróból álló tanács 2:1 arányban úgy döntött, hogy az első fokon eljáró bíróság helyesen állapította meg a mindenkire nézve kötelező biztosítás alkotmányellenességét, azonban ez a rendelkezés elkülöníthető a joganyag többi részétől, a Törvény tehát így jogszerűen alkalmazható. Mindezek után a szövetségi kormány az ügyet az USA Legfelsőbb Bírósága elé terjesztette.

Közleményünk további részében először a Legfelsőbb Bíróság ítéletét részletezzük, majd

- a közvélemény reagálását,
- a Törvényben foglaltak szerint kialakított biztosítási modelleket,
- a közvetítő Fórumok létrehozását, azok hatókörét és eddigi sikereit,
- a kisvállalkozások szövetkezését,
- az egyes negatív hatásokat a részmunkaidőben foglalkoztattak és önfoglalkoztatók tekintetében,
- és végül a tagállamok válaszait a Medicaid kiterjesztésére.

Zárásaként a Törvény körül kialakult politikai megosztottsággal foglalkozunk, és mérlegeljük az Obamacare jövőjét a jelenlegi trendek meghosszabbítása alapján.

Hogyan döntött a Legfelsőbb Bíróság?

Az Amerikai Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága 2012 márciusának második felében az NFIB kontra Sebelius ügyben három tárgyalási napon keresztül hallgatta meg az érveket és ellenér-

veket (NFIB, 2012). A bíróság tételesen négy előzetes állásfoglalást fogalmazott meg önmaga számára (C-SPAN, 2012).

1. Azok a személyek, akik a kötelezés ellenére nem kötnek biztosítást, „felelősség-megosztási összeget” kénytelenek fizetni a szövetségi kormány részére. Jóllehet a Törvény ezt büntetésként nevezi meg, a befizetés mégis az adóhatóság (Internal Revenue Service = IRS) számlájára történik, párhuzamosan a jövedelemadó-fizetési kötelezettséggel. Amennyiben a büntetésnek nevezett tétel valójában adóként viselkedik, jogosult-e a bíróság véleményt alkotni – ugyanis a végzések kibocsátását korlátozó törvény (Anti-Injunction Act = AIA) értelmében a testület nem illetékes a hatályba még nem lépett adótörvények alkotmányosságának elbírálását illetően.

2. Amennyiben mégis fennáll a testület jogosultsága, vajon a mindenkire kiterjedő biztosítási kötelezettség kiállja-e az alkotmányosság próbáját?

3. A Törvény Medicaid-re vonatkozó kiterjesztő intézkedései alkotmányellenes beavatkozást jelentenek-e a tagállamok életébe?

4. Feltéve, hogy a mindenkire nézve kötelező biztosítás és/vagy a Medicaid kiterjesztése alkotmányellenes, a jogi koherencia tekintetében hatályban maradhatnak-e a Törvény további részei? Tekintettel arra, hogy egyik párt sem támogatta a másodfokon eljáró Atlantai Bíróság állásfoglalását arról, hogy a koherenciát nem sérti a biztosítási kötelezettség kiemelése a jogszabályból, a Legfelsőbb Bíróság külön szakértőt kért fel ennek a kérdésnek a tisztázására.

Az első két állásfoglalás annak a bíróságnak a természetére vonatkozik, amely azokat az egyéneket sújtja, akik minimális fedezetet nyújtó egészségügyi biztosítást sem akarnak kötni. Az USA 49,9 millió polgárának, vagyis a népesség 16,3%-ának nem volt biztosítása 2010-ben (US Census 2010). A Törvény viszont előírja, hogy akiket nem biztosít a munkáltatójuk, vagy nincs kormányzati, illetve üzleti magánbiztosításuk, kötelesek valamilyen igazolható biztosítási fedezetet teremteni önmaguk és önálló jövedelemmel nem rendelkező családtagjaik részére, ellenkező esetben ugyanis büntetést fognak fizetni.

Ennek a büntetésnek a 2014-re előírányzott összege 95 dollár/év volt, vagy az éves jövedelem 1%-a, amennyiben az a 95 dollárt meghaladja. Kötelezett személyenként az összeg 2016-ra 695 dollár/évre, illetve a jövedelem 2,5%-ára emelkedik. A büntetés a személyi jövedelemadóval párhuzamosan fizetendő. Természetesen ezt a pénzt az illegális bevándorlóktól nem lehet behajtani, továbbá az indián őslakosság és egyes vallási szervezetek, mint például az Amish vallási közösség⁵ tagjai, teljes mentességet élveznek.

Abban, hogy a Törvény a büntetést nem adóként kezeli, az Obama adminisztráció és az ellenfelek is egyetértettek, és mindkét fél a Legfelsőbb Bíróságtól várta a biztosítási kötelezettség alkotmányosságának elbírálását. A Testület szakvéleményt kért ifjabb Robert A. Long, Washington DC-beli ügyvédőtől, aki 1986–87 között ifjabb Lewis F. Powell legfelsőbb bírósági tanács tagjaként dolgozott, majd az Egyesült Államok legfőbb ügyészének munkatársaként 1990–1993 között. A szakvéleménynek minden olyan releváns tényállást is a Testület elé kellett tárnia, amellyel érdemben a peres felek egyike sem foglalkozott. Robert A. Long álláspontja szerint a biztosítási kötelezettség teljesítésének elmulasztása esetén fizetendő bírság adóként viselkedik a Törvény értelmében, ugyanis annak megállapítását és beszedését a Kongresszus adóként rendelte el. Következésképpen, a Legfelsőbb Bíróság mindaddig nem

illetékes a kötelező biztosítás kérdésében, amíg valaki ezt a kötelezettséget 2014-ben meg nem tagadja.

Kétségtelen, hogy a NFIB kontra Sebelius ügy, John Roberts főbíró elnökletével, elvi állásfoglalást igényelt a Testülettől (Crawford, 2012; Feldman, 2013). Jóllehet Roberts csaknem kivétel nélkül mindig együtt szavazott a Testület négy konzervatív tagjával, ebben az ügyben a négy liberális tag (Sonia Sotomayor, Stephen G. Breyer, Elena Kagan, and Ruth Bader Ginsburg) álláspontjára helyezkedett annak eldöntésében, hogy lehet-e a peres eljárást folytatni a biztosítási kötelezésről. Vitathatatlan tény, hogy a Törvény büntetni rendeli a biztosítási kötelezettség megtagadását. Tekintettel azonban arra, hogy a büntetés nem tulajdonra vagy jövedelemre vonatkozik, a konkrét ügyben az Anti-Injunction Act nem alkalmazható, így a Testület jogosult megfontolás tárgyává tenni a kötelezettség alkotmányosságát.

A négy liberális bíró szerint az Alkotmánynak a tagállamok közötti kereskedelmet szabályozó szakasza értelmében a Kongresszus előírhatja az egyéni büntetést, amennyiben a kötelezettek nem kötnek biztosítási szerződést. Roberts főbíró úgy érvelt, hogy jóllehet a szövetségi kormánynak nincs joga egyes személyeket az egészségbiztosítás megkötésére kötelezni, másfelől mégis hatalmában áll a büntetés kiszabása, amely közvetett adóként viselkedik azokra nézve, akiknek nincs biztosítása. Végezetül öt szavazattal négy ellenében a Legfelsőbb Bíróság úgy döntött, hogy van felhatalmazása az ügyben hozandó érdemi döntésre, és a biztosítási kötelezettség kiállja az alkotmányosság próbáját.

A Medicaid vonatkozásában a Törvény központi támogatást irányoz elő a tagállamoknak, amennyiben kiterjesztik a jogosultak körét annak érdekében, hogy minél több polgárnak legyen valamilyen fedezete az ellátásra. A szövetségi irányelvek szerint minden állam saját maga állapítja meg a jogosultsági feltételeket, továbbá a szolgáltatások körét és azok ellentételezését. Következésképpen a szövetségi kormány azoknak a tagállamoknak nyújt pénzügyi támogatást, amelyek a Törvény rendelkezéseit elfogadják. A támogatás mértéke 50–70% közé esik, és függ az államokban az egy főre jutó jövedelemtől. Az arány például 50% Kalifornia, New York, Észak-Dakota és Wyoming esetében, és 70% Dél-Carolina, Nyugat-Virginia, Idaho és Mississippiben. A szabályozás „minden vagy semmi” alapon működik, tehát ha a tagállamok nem fogadják el a feltételeket, elesnek minden szövetségi támogatástól.

Roberts főbíró, négy liberális társával együtt úgy döntött, hogy nem alkotmányellenes a Medicaid kiterjesztése. Amennyiben a tagállamok úgy döntenek, hogy csatlakoznak a kiterjesztéshez, természetesen kötelesek betartani a Törvény rendelkezéseit. Ettől függetlenül továbbra is fennáll az a kérdés, hogy mi történik azokkal, akik nem szándékoznak csatlakozni a kiterjesztéshez. Erről 7:2 arányban született döntés (Roberts főbíró és Kagan és Breyer bírák, továbbá a négy konzervatív bíró, Antonin Scalia, Anthony Kennedy, Clarence Thomas és Samuel Alito). Eszerint a Kongresszus itt túllépte a hatáskörét, amikor büntetesként minden Medicaid támogatást megvon azoktól a tagállamoktól, amelyek nem hajlandók saját programjaik kiterjesztésére. A döntés értelmében minden egyes tagállam szabadon eldöntheti, hogy változatlanul folytatja Medicaid programját, vagy csatlakozik a szövetségi kormányzat kezdeményezéséhez. Ezzel a lépéssel az egész kiterjesztés ügye áttevődött a helyi politika, vagyis a tagállamok kormányzóinak és jogalkotó testületeinek hatáskörébe.

Az eldöntendő kérdés végső soron arra vonatkozott, hogy alkotmányellenesnek tekinthető-e a szövetségi kormányzat fenyegetése a tagállamok felé, ha nem akarnak csatlakozni a Medicaid kiterjesztéséhez. Helyeslő válasz esetén ugyanis maga a Törvény sem tekinthető alkotmányosnak. Ebben a kérdésben az eredeti többséget alkotó Roberts főbíró és négy liberális társa, Sotomayor, Breyer, Kagan, and Ginsburg 5:4 arányban úgy döntöttek, hogy a Törvény többi része hatályban marad, ha csak a „minden vagy semmi” típusú kötelezés kerül ki a normaszövegből (Russell, 2012).

Mit jeleztek a közvélemény-kutatások?

Rövid idővel a Törvény hatályba lépése után, 2010 áprilisában a Kaiser Family Foundation (KFF) egészségügyi közvélemény-kutatása (KFF, 2012a) szerint a megkérdezettek 46%-a támogatta a Törvényt, 40% ellenezte, 14 %-nak viszont nem volt véleménye, vagy megtagadta a választ. Ezt követően júliusban, vagyis a Legfelsőbb Bíróság döntése után, amely szerint alkotmányos a kötelező biztosítás, 38% támogatta a Törvényt, 44% ellenezte, és 17% volt a bizonytalanok aránya. További kérdésre 45% megtartotta, sőt kiterjesztette volna a Törvényt, a válaszadók 46%-a szerint viszont meg kellene semmisíteni. Az utóbbiak mintegy fele úgy gondolta, hogy a Törvény egészében szükségtelen, a másik fele viszont helyette valamilyen republikánus alternatívát kívánt volna látni. Összességében az általános biztosítási kötelezettség elrendelése 60%-os ellenállásba ütközött.

A Legfelsőbb Bíróság döntése után a válaszadók 54%-a unalmasnak találta a jogalkotási vitát és magának a Törvénynek a taglalását is. Úgy vélték, hogy a Kongresszusnak valami hasznosabb dologgal kellene foglalkoznia. Megjegyzendő viszont, hogy a republikánus szavazóknak csak 39%-a vetett volna véget a Törvény körüli kötélfűzésnek (KFF 2012a). A Képviselőházban, ahol a republikánusok voltak többségben, 2012 júliusában döntés született a Törvény visszavonásáról. Ezt követően a kormányzat költségvetési politikájáról és az adósság felső szintjének emeléséről folytatott vitában a Képviselőház több mint 40 esetben szavazott az Obamacare visszavonása, de legalábbis költségeinek csökkentése és bevezetésének halasztása mellett. Természetesen ezek a szavazások csupán jelzésértékűek voltak Obama számára, hiszen a Szenátusban a demokraták alkották a többséget és nyilvánvalóan visszautasították volna az eredeti Törvény bármilyen módosítását. Ettől függetlenül a republikánusok a Kongresszusban sikeresen szálltak szembe a 2013-as pénzügyi év költségvetési tervével, így elsősorban a biztosításokat közvetítő Fórumok finanszírozása elé gördítettek akadályokat (Klein and Soltas, 2013). Válaszként az Obama-adminisztráció más területről csoportosított át forrásokat, hogy ne veszélyeztesse a Fórumok 2013. október 1-jére tervezett indítását.

A Medicaid ügyében a Legfelsőbb Bíróság döntése eredményeként, amely szabad kezet adott a tagállamoknak a bevezetését illetően, amint azt már jeleztük, a politikai viták a Kongresszusból áttevődtek az USA 50 tagállamának helyi szintjére. A közvélemény-kutatások szerint a válaszadók mintegy kétharmad része (67%) támogatta a Medicaid program olyan kiterjesztését, amely a biztosítással nem rendelkező és alacsony jövedelmű felnőtteket támogatná az egészségügyi ellátásban (KFF 2012a). Arra a kérdésre, hogy mi történne akkor, ha a szövetségi kormány csak kezdetben fizetné a kiterjesztés teljes költségét, majd a tagállamok végül a költségek 10%-át volná-

nak kötelesek átvállalni, a kiterjesztést a demokraták 75%-a, a párt-preferenciával nem rendelkezők 46%-a, a republikánusok csupán 24%-a támogatta.

Öt hónappal a Legfelsőbb Bíróság döntése után, 2012 novemberében elnökválasztás volt az USA-ban és az amerikaiak a Képviselőház 435 tagjáról, illetve 100 szenátor közül 33-nak a személyéről is szavaztak. Republikánus körökben és a Tea Party mozgalomban is mindenki arra törekedett, hogy Obama csupán egy ciklust kitöltő elnökként vonuljon be az amerikai történelembe, de a választók a szavazatok 51%-ával másodszor is bejuttatták a Fehér Házba. A demokraták ugyan 13 hellyel többet szereztek a Képviselőházban, de ez nem volt elegendő a többséghez. A Szenátusban is növelték két hellyel a számukat, de így sem érték el a 60 fős többséget, amellyel a vitákat, majd a döntéseket is rövidre zárhatták volna. Összességében Obama újraválasztása és a republikánusok sikertelensége a szenátusi többség elérésére azt jelentette, hogy a választások után sem volt lehetőségük a Törvény hatályon kívül helyezésére. Ráadásul a 2012. évi választások után a republikánusok csak 25 tagállamban kerültek biztonságos többségbe, 15 államot a demokraták tartottak kézben, és 10 államban a döntések hol a demokratáknak, hol a republikánusoknak kedveztek. A kormányzói széket a republikánusok 50 tagállamból 29-ben birtokolták.

Hét hónappal később, 2013 júliusában, az NBC News és a Wall Street Journal közvélemény-kutatása szerint (Todd, Murray, Montanaro, and Brower, 2013) a megkérdezettek 34%-a gondolta úgy, hogy a Törvény helyes úton jár a finanszírozás átalakításában, 47% viszont pontosan ennek az ellenkezőjéről nyilatkozott. A teljes minta 51%-a szerint a célszerű volna, ha a republikánusok nem akadályoznák a Törvény alkalmazását. Ugyanakkor a republikánusok túlnyomó többsége (79%) szerint a pártnak mindent el kell követnie a gyakorlati bevezetés megakadályozása érdekében.

Ha minden ellenállás mégis sikertelen maradna, a Kongresszusban a republikánusok leállíthatják a 2014-es pénzügyi évben esedékes többlet források juttatását, és az előző évi szinten rögzíthetik a kiadásokat. Sőt egyes republikánusok úgy gondolják, hogy a költségvetési vita folyamatos nyitvahagyásával a Törvény bevezetéséhez szükséges összes kiadást is blokkolhatják.

A közvélemény-kutatások százalékos adatai mögött egyéni vélekedések sokaságát találhatjuk. Kevesebb mint egy hónappal a Fórumok létesítése előtt, 2013 szeptemberében egy NBC News és Wall Street Journal felmérésben a válaszadók kifejtették, hogy a Törvényt miért gondolják jó kezdeményezésnek (Murray, 2013). Egyesek ezzel együtt a magas költségek és a hozzáférhetőség csökkenése miatt aggódtak. Egy inkább republikánus irányultságú női válaszadó Észak Karolinából a következőket írta:

„Nem hiszek a biztosítási díjak csökkenésében. Rosszabb lesz az ellátás az adósság egyidejű növekedése mellett. Halálbizottságok fognak alakulni, amelyek majd eldöntik, hogy melyik beteg kap kezelést és melyik nem. Így korlátozzák majd a kezeléseket, ami nagyon rossz irányt sejtet. Ráadásul az adókat is növelik. A szervezett dolgozók⁶ így többet fognak fizetni. Végül is minden újabb lépés adóemeléssel fog járni.”

A halálbizottságok említése Sarah Palin alaskai kormányzó egyik 2009-es nyilatkozatát idézte vissza. Palin a republikánusok alelnökjelöltje volt 2008-ban. Azt követelte – valójában egy önmaga által gyártott ellenféllel hadakozva –, hogy az olyan

személyek, mint például idős szülei vagy Down-kóros fia legyenek méltóak az egészségügyi ellátásra az általuk képviselt társadalmi értékek alapján, és az elbírálást a Független Finanszírozási Bizottság (Independent Payment Advisory Board = IPAB) végezze, amelynek kimondott rendeltetése legyen a Medicare kiadások csökkentése (Bouie, 2013). Mindennek az lett a végeredménye, hogy nem került be a Törvénybe az orvosok külön finanszírozása az egészségügyi végrendeletre irányuló tanácsadást és direktívákat illetően, továbbá a terminális ellátási lehetőségek közötti választás vonatkozásában. Egyébként a Törvény expressis verbis egyáltalán nem rendelkezik az élet meghosszabbítását célzó kezelések pénzügyi fedezetéről rákos betegségek végső stádiumában szenvedők esetében. Ettől függetlenül a fentiekben említett IPAB működése alkalmas arra, hogy mérsékelje a Medicare ellátások költségeit olyan szintre, amelyen az orvosok és a kórházak bizonyos kezeléseket már nem ajánlanak nagyon idős vagy terminális állapotban lévő betegeknek, amikor az orvosi döntés lényegében a beteg tudomása nélkül történik (Dean, 2013).

Voltak válaszadók, akik az emberek önmaguk iránti felelősségéről elmélkedtek. Indiana államból egy magát nem kifejezetten elkötelezett republikánusnak nevező férfi a következőket írta:

„Úgy gondolom, hogy túlzottan aggódunk olyan emberekről, akik önmagukkal a legkevésbé sem törődnek. Nincs szükség a szociális ellátások ilyen mértékére, az emberek inkább azzal foglalkozzanak, hogy munkát keressenek. A mi országunk túlzásba viszi az aggódást olyan emberek ellátásával kapcsolatban, akik semmit nem tesznek önmaguk érdekében.”

Jelentős számban vannak olyanok, akik nem is értik a terjedelmes és bonyolult Törvényt, amelyről ráadásul világos magyarázatot, továbbá mellette és ellene szóló érveket sem hallottak. New Jersey-ből egy elkötelezett republikánus férfi így elégedetlenkedett:

„A Törvényt valójában senki sem érti. Csak meg kell kérdezni bármelyik biztosítótársaságot az új egészségügyi törvényről, és azt válaszolják, hogy ők sem értik. Jobb esetben a weboldalukra irányítják az érdeklődőket. Nem állítom, hogy zseni vagyok, de beszélek, írok és olvasok angolul, amire persze az ország lakosságának 30%-a nem képes⁷, és mindezzel együtt hiába olvasom, egyszerűen nem értem a szöveget.”

Mások vélekedése szerint a Törvény a szociális jogok új generációját képviseli. Egy elkötelezett demokrata nő szerint:

„Az egészségügyi ellátás az alapvető jogok közé tartozik, és nem csak névlegesen. Szociális szükséghelyzetről van szó, amit az üzleti életnek is tudomásul kell vennie. Olyan alapvető jog, mint amely az oktatáshoz fűződik. A Törvény mindenki számára azonos játéktérrel nyit, mivel mindenkinek lesz biztosítása. Gazdaságilag is lényeges dologról van szó, mivel az összes munkavállaló megkaphatja a szükséges ellátást. Véleményem szerint a leghelyesebb megoldás az állami egészségügyre való áttérés volna.”

A fentiek kapcsán nem hagyhatjuk megjegyzés nélkül, hogy ez a nyilatkozó olyan állami egészségügyi rendszert tartana kívánatosnak, amely a kanadai megoldáshoz, vagy Nagy-Britannia adókból finanszírozott Nemzeti Egészségügyi Szolgáltatáshoz hasonlít. Ezek távol állnak az Obamacare-től, amely üzleti biztosítótársaságokra alapozott egészségbiztosítási fórumokon keresztül kíván mindenkinek fedezetet nyújtani.

New Hampshire-ből egy elkötelezett demokrata női választó a biztosítótársaságokkal foglalkozott:

„Az emberek természetüknél fogva irigykednek, és ezért szükséges valamivel kordában tartani őket. Úgy gondolom, hogy a Törvény nagyon jó elképzelésekre épül. A biztosítótársaságokat pedig úgy kell rendszabályozni, hogy mindenkivel kössenek szerződést. Így azok, akik betegebbek, hozzájutnak a szükséges ellátáshoz, amelynek fedezetét részben azok szolgáltatják, akik különben egészségesek. Senkinek nem kell anyagiilag tönkremennie, ha megbetegszik.”

A biztosítás nélkül személyek és/vagy a munkanélküliek gyakran szembesülnek kifizetetlen számlákkal a sürgősségi ellátásban. Közel 2 millió polgár került 2013-ban a tönk szélére, akik csak abban reménykedhetnek, hogy a csődhelyzet megállapításával megszabadulhatnak az egészségügyi követelésektől, amelyek különben az első számú okot képezik az egyéni csődhelyzetek hátterében (Mangan, 2013a).

Georgia államból egy férfi, akik inkább demokratának vallja magát, szintén helyeselte a Törvényt. Olyan újsághírekre reagált, amelyek szerint egyes munkáltatók, akik különben sok részmunkaidős alkalmazottat foglalkoztatnak, a munkaidőt 30 óra/hét alá csökkentették, hogy megszabaduljanak a biztosítási kötelezettségtől.

„Úgy gondolom, hogy ezután mindenki hozzájuthat a jó egészségügyi ellátáshoz, amely felé most egy újabb lépést tettünk. Szerintem nagyon sok munkáltató csalást követ el a rendszerben, mert nem ad biztosítást a dolgozóinak, vagy az alacsony óraszám miatt erre nem is kötelezhető. Annak is híve vagyok, hogy senkit ne lehessen kirekeszteni a korábban szerzett betegségei miatt, mert így bezárhatók a jogi kiskapuk az egészségügyi ellátás fedezetének megtagadása előtt. Helyeslem az orvosi adatok teljes számítógépes nyilvántartását is.”

A már említett szeptemberi közvélemény-kutatás (Todd, Murray és Montanaro, 2013) azt is megállapította, hogy leginkább a 65 éves vagy annál idősebb népesség ellenzi a Törvényt, jöllehet a Medicare biztosítás révén fennálló jogosultságuk miatt ők a legkevésbé érintettek. Másfelől akik megértették, sőt nagyon is jól értették a Törvényt, azok hangoztatták a leginkább pozitív véleményeket.

Változatok a biztosítási technikákra

A Törvény értelmében az üzleti biztosító társaságok a közvetítő Fórumokon keresztül tehetnek ajánlatokat az egyéni üzletfeleknek (személyeknek, családoknak), vagy a 100 dolgozónál kevesebbet foglalkoztató kisvállalkozásoknak. Szolgáltatásait tekintve minden biztosítási ajánlatnak az alábbi minimum-feltételhez kell igazodnia:

1. járóbeteg-szakellátás
2. sürgősségi ellátás
3. fekvőbeteg (kórházi) szakellátás
4. megelőző és egészségfenntartó ellátások, továbbá idült betegek ellátásának szervezése,
5. anya- és csecsemővédelem
6. elmebetegek vagy drogfüggőségben, illetve magatartási zavarban szenvedők részére járó és fekvőbeteg ellátás, mind a diagnosztikát, mind a terápiát illetően,
7. vényköteles gyógyszerek,
8. rehabilitációs kezelések és gyógyászati segédeszközök,
9. laboratóriumi vizsgálatok és
10. gyermekgyógyászati ellátás, ide értve a szájjüregi és szemészeti (látásélességi) ellátást is 19 éves kor alattiak részére.

Ennél részletesebben a jogszabály nem foglalkozott ezekkel a szolgáltatásoknak a szakma-specifikus természetével, illetve terjedelmével.

A fentiekén túl gyermekek és fiatal felnőttek (30 éves kor alattiak) számára biztosítás köthető a baleseti és sürgősségi ellátásokra is, amelyek nagyon jelentős terhet jelentenek a lakosságnak. Ezek a biztosítási lehetőségek magasabb önrészt és alacsonyabb biztosítási díjat tartalmaznak, közfinanszírozási támogatás illetve adókedvezmény nélkül. A fedezet csak akkor aktiválódik, ha a biztosított a szolgáltatások igénybevételével elérte az éves szinten számított kiadási küszöböt (12 700 dollár 2013-ban), de ez a korlátozás nem vonatkozik évenként három olyan orvos-beteg találkozásra, amelynek valamilyen preventív szolgáltatás a tartalma (pl. vérnyomás-ellenőrzés vagy dohányzással kapcsolatos tanácskérés).

Mentálhigiénés és magatartási zavarok esetén a biztosítási megítélés nem különbözik a többi egészségügyi szolgáltatástól.⁸ Korábban a tagállamok költségvetéséből fenntartott elmeegógyintézetek voltak az ellátás fő biztosítékai az USA-ban. Az utóbbi fél évszázad szakmai trendjeinek változása miatt az elmebetegkezelés az ambuláns területre tevődött át, és számos intézetet zártak be ennek következtében. Ettől függetlenül még ma is mintegy 200 intézet működik, de a cél továbbra is a leépítés valamennyi betegség és beteg tekintetében. Mentálhigiénés és magatartási zavarok esetén a fedezet évenként három orvos-beteg találkozásra vonatkozik, esetenként 30 dolláros co-paymenttel és 20%-os önrésszel minden további találkozást illetően. A biztosítónak a pszichiátriai járóbeteg-szakrendelésen is ugyanazt a szolgáltatást kell nyújtania a vizitek számát és a vizitdíjat illetően.

Azok a szervezetek, amelyek biztosításokkal foglalkoznak, ideértve a nonprofit társaságokat (pl. a Blue Cross/ Blue Shield biztosítókat) az üzleti szolgáltatókat (pl. az Aetna társaság) továbbá a független helyi közszolgáltatókat (pl. az LA Care Los Angeles-ben) jogosultak arra, hogy a Fórumnak beküldjék ajánlatukat, ahol azután megállapításra kerül, hogy az megfelel-e a szabályozásban lefektetett fenti feltételeknek. A Törvény négy fokozatot állapított meg a biztosítási ajánlatok jellemzésére, platina, arany, ezüst és bronz elnevezéssel. Az átfedés nyilvánvaló pl. az olimpiai érmekkel, eltekintve az arany fölé helyezett platina fokozattól. Az egyes fokozatok különbségei biztosítás-technikai jellegűek, pontosabban a biztosító és a biztosított közötti költségmegosztásra vonatkoznak. Platina fokozatban a biztosító 90%-ot fizet és 10% a zsebből fizetendő önrész, bronz fokozatban a megosztás 60, illetve 40%-os. Platina fokozatban a biztosítás díja is magasabb, mint bronz fokozatban. Azok a társaságok, amelyek jelentkeznek a Fórumoknál, legalább aranyezüst-bronz fokozatú ajánlatot kötelesek tenni.

A biztosítási díjak összegét a fentiekén kívül az is befolyásolja, hogy a biztosító hány szolgáltatóval (szakorvossal vagy kórházzal) szerződött.⁹ A beteg által közvetlenül zsebből fizetendő díjak összege nem haladhatja meg a saját éves jövedelem meghatározott százalékát, amely 10% a platina, és 40% a bronz fokozatban. Megjegyzendő, hogy 2013 februárjában ennek a felső korlátos szabályozásnak a bevezetését a jogalkotó 2015-re halasztotta.

A jellemzően biztosítási szövetkezetként működő PPO-k (Preferred Provider Organizations), de különösen a fogyasztási szövetkezetként működő HMO-k (Health Maintenance Organizations) a velük szerződött szolgáltatókra korlátozzák

tagjaik orvoshoz fordulását. Ezekben a szervezetekben a tagok minden költséget saját maguk viselnek, ha külső szolgáltatókat vesznek igénybe.

A Blue Shield biztosítás, amely a tagállami létesítésű kaliforniai Fórum kínálatában szerepel, a lehetséges orvosoknak csupán 53%-ával, a kórházaknak pedig 78%-ával szerződött. New Hampshire államban az Anthem Blue Cross az egyedüli biztosító, amely ajánlatot küldött a Fórum részére, az államon belüli 26 kórházból csak 16-tal szerződött. Egyes tagállamokban a biztosítók nagyon mérsékelt érdeklődést mutattak a helyi önkormányzati fenntartású járóbeteg-szakrendelések bevonására, jóllehet jelenleg ezek a központok látják el az alacsony jövedelmű fizikai dolgozók jelentős részét (Pear, 2013b). A biztosítók azzal magyarázzák álláspontjukat, hogy kevesebb szerződött szolgáltató mellett hatékonyabban ellenőrizhetők a szakorvosi beutalások, ami másfelől ad lehetőséget arra, hogy alacsony szinten tartsák a biztosítási díjakat. Természetesen akik szélesebb orvosi és kórházi kínálatból akarnak választani, bármikor megtehetik, ezüst vagy magasabb fokozatú biztosítás vásárlása révén.

Végezetül a biztosítás díja államonként és az egyes államokon belül is változhat életkortól, családi állapottól, a családon belüli eltartottak számától és természetesen a családi jövedelemtől függően. Ha mindezek a körülmények azonosak volnának, még akkor is különbözhet a díj a kockázati közösség nagyságától függően: minél nagyobb a kockázati közösség, annál kisebb a biztosítás díja. Például az állam által fenntartott kaliforniai Fórum a területet 19 régióra osztja és ugyanaz a szolgáltatás ugyanazon biztosítónál (Anthem Blue Cross) is változhat a biztosított lakóhelye alapján (Sanders, 2013). Egy 40 éves személy, aki Sacramento megyében lakik (Sacramento a főváros 1,4 milliós lakossággal) havonként 78 dollárral többet fizet ugyanazért a fedezetért, amelyhez ennyivel kevesebbet juthatna hozzá, ha Los Angeles megyében (9,9 milliós lakos) élne. Ennél viszont havonta 150 dollárral fizet többet az, aki a vidéki Mono megyében lakik (14 348 fő népesség), a Yosemite Nemzeti Park és Nevada állam között. Ez a határozott különbség a vidéki és nagyvárosi területek között egyértelműen az állami szintű teljes kockázati közösség hiányára vezethető vissza.

A Kaiser Family Foundation 2013 szeptemberében egy összefoglaló tanulmányt tett közzé, amely a biztosítók által közölt és 2014-re beküldött Fórum-ajánlatokról szóló 17 tagállamban és Washington DC-ben (Cox, Claxton, Levitt és Khosla, 2013). A szerzők utaltak a két év közötti összehasonlítás problémáira, ugyanis a 2013-as évvel ellentétben 2014-ben már hatályba lép az a szabály, miszerint a biztosításnak a fentiekben felsorolt tízféle szolgáltatást feltétlenül tartalmaznia kell, a preventív és pszichiátriai ellátással együtt. Ettől függetlenül a tanulmány megállapította, hogy a díjak a második szintű ezüst fokozatban 17 tagállamból 15-ben és Washington DC-ben várhatóan alacsonyabbak lesznek a Kongresszus Költségvetési Hivatala által becsült 320 dollár/hónap összegnél. Megjegyzendő azonban, hogy a tanulmány kísérletet sem tett a Fórumok 2013-ra vonatkozó adatainak összevetésére a jóval költségesebb családi vagy egyéni biztosítás és az olcsóbb csoportos biztosítás esetében.

A Fórumok költségei várhatóan alacsonyabbak lesznek az alacsony és közepes jövedelmű rétegeknél, akik támogatást is kaphatnak a díjak fizetéséhez. Ez a támogatás közvetlenül is érkezik, de lehet adókedvezmény is. A támogatás vitetési alapja az ezüst fokozatú biztosítás az adott államban és azon belüli régióban. Szövetségi oldalról a támogatást havonként

közvetlenül is kaphatja a biztosító és a biztosított a saját részét ugyancsak havonta fizeti be, vagy a teljes összeget kifizeti a biztosítónak és a kedvezmény összegét adólevonásként érvényesítheti az évenkénti jövedelemadó bevallásában.

Túl az egyéni biztosítási kötelezettségen, a Törvény „megosztott felelősség” címén a munkáltatót is kötelezi. A szabályozás szerint azok a vállalkozások, amelyek teljes munkaidőben legalább 50 alkalmazottat foglalkoztatnak, kötelesek a dolgozóknak és azok családjának legalább minimális egészségbiztosítást vásárolni, ellenkező esetben ugyanis pénzbírságban részesülnek. Az aktuális helyzetet tekintve, 2013-ban az 50–199 alkalmazottal dolgozó cégek 91%-a, és a 200 vagy több dolgozót foglalkoztatók 99%-a, ha nem is többet, de legalább egyféle biztosítási lehetőséget kínált, amit egyébként 2014-ben már kötelessége is lesz megtenni. Ettől függetlenül az alkalmazottak ezt nem kötelesek elfogadni, és saját maguk is intézhetik a biztosításukat a Fórumokon keresztül (KFF, 2013a).

Abban az esetben, ha egy vállalatnál számos, teljes munkaidőben foglalkoztatott dolgozó vásárol egyéni úton biztosítást, és ehhez központi támogatást vagy adókedvezményt vesz igénybe, a munkáltatónak számolnia kell büntetés kiszabásával. A kormányzat így akarja elkerülni, hogy dolgozók „irányításával” a vállalkozások ilyen úton terheljék át a kötelezettségeik egy részét a szövetségi költségvetésre. A bírság összege 2 000 dollár minden egyes teljes munkaidőben foglalkoztatott 30 évesnél idősebb dolgozó után, amely üzleti költségként nem érvényesíthető. Eredetileg a kötelezés 2014. január 1-jén lépett volna hatályba, a határidő azonban 2015. január 1-jére módosult, hogy a vállalkozásoknak elegendő ideje legyen a szükséges nyilvántartások kialakítására.

A közvetítő Fórumok létrehozása

A tagállamok szabadon eldönthetik, hogy élnek-e a Fórumok felállításának lehetőségével, vagy ezt a szövetségi kormányzat közösen teszik meg, illetve a feladatot teljes egészében áthárítják a szövetségi kormányra. Társulás esetén a központi kormányzat állítja fel és finanszírozza a fórumok elektronikus működését és infrastruktúráját, ugyanakkor a tagállam felelős a fórum munkájának szervezéséért és irányításáért, ideértve a bejelentkező biztosító társaságok vizsgálatát felügyeletét és minősítését és a Fórum hétköznapi rutin feladatainak ellátását. Választható feladatként fogyasztói tájékoztatás és tanácsadás is végezhető a Fórumokkal kapcsolatos ügyintézés menetéről, például felvilágosítással szolgálva a támogatások, az adókedvezmények és a költségmegosztás igénybevételéről.

A Törvény hatályba lépésének idején csak Massachusetts és Utah államban működtek biztosítást közvetítő Fórumok, Utah államban azonban elsősorban a kisvállalkozások és nem az egyéni üzletfelek részére. Első lépésben 16 állam és Washington DC állapodott meg saját fenntartású Fórum létesítéséről. Ezek közé tartozott a jelentős népességű Kalifornia, New York és Maryland, de olyan kisebb államok is beléptek mint Hawaii, Idaho, Nevada és Vermont. Hét állam, közöttük Arkansas, Illinois, West Virginia és New Hampshire társult Fórumot hozott létre, viszont az államok több mint fele (27) nem kívánt Fórumot üzemeltetni, hangsúlyozva, hogy legyen ez a szövetségi kormány feladata. Ennek következtében 2013. október 1-jétől ezekben az államokban a Fórumok szövetségi szervezésben (Federally Facilitated Exchange = FFE) kezdték meg a működésüket. Érdekes, hogy éppen azok a konzervatív déli államok (például

Alabama, Mississippi és Dél-Karolina) követték ezt a megoldást, amelyek történelmileg a legszívósabban ragaszkodtak és ragaszkodnak is a saját jogaikhoz a szövetségi beavatkozásokkal szemben. Északi államok is követték a példát, mint például Ohio, New Jersey, Pennsylvania és Wisconsin, olyan republikánus kormányzókkal, akik következetesen elleneztek az Obamacare bevezetését.

A biztosítók nagyon változatos számban jelentkeztek az ajánlataikkal. Kalifornia, amelynek a 2012. évi becslés szerint 38 millió a lakossága (ami Európában Lengyelországhoz hasonlítható) 13 jelentkezőt regisztrált. Mississippi államban 3 milliós népességgel (ez közelítőleg Litvánia nagyságrendje), a 82 megye közül négyben csak két társaság fog működni, a többi megyét pedig a kettő közül valamelyik fogja ellátni (Anderson, 2013).

A legnagyobb kihívást tagállami és szövetségi szinten is a Fórumok elektronikus infrastruktúrájának kialakítása és a számítógépes programok üzembe helyezése jelenti. Erre a feladatra a szövetségi kormány a montreali székhelyű CGI Federal nevű céggel szerződött, amely a kanadai CGI¹⁰ vállalat csoporthoz tartozik és a HealthCare.gov web-oldalt készíti el 34 tagállam részére. A Quality Software Services Inc. (QSSI) nevű cég tervezi azokat a felületeket, amelyek a jelentkezők azonosítására szolgálnak a szociális ellátási adatbázissal és a szövetségi Adóhatóság nyilvántartásával összevetve.

Ellentétben a légitársaságok és utazási irodák gyakorlatával, amelyek weboldalai közvetlenül hozzáférhetőek, és minden különösebb belépési azonosítás nélkül alkalmasak a járatok és a költségek összehasonlítására, a szövetségi weboldalra először mindenkinek felhasználói névvel és jelszóval kell belépni. Ezután számos kérdést kell megválaszolni, amelyek a jövedelemre, a háztartás adataira, az életkorra és az esetleg fennálló egészségbiztosításra vonatkoznak. Csak ezután lehet továbblépni azokra az oldalakra, amelyek a választható biztosítótársaságok jegyzékét tartalmazzák a különböző ajánlatokkal, ismertetve a költségeket és azokat a támogatásokat, amelyeket az érdeklődők igénybevehetnek. Csak ekkor hozhatja meg a jelentkező a támogatások és önköltségek mérlegelésével végleges döntését.

Ötvenöt alvállalkozó vett részt a HealthCare.gov weboldal és az elektronikus infrastruktúra kialakításában. A végtermék egy túlságosan bonyolult és számos felülettel dolgozó rendszer lett, amelyben az alábbi nagyobb hibák jelentkeztek:

1. nehézséget jelentett a belépés és a rendelkezésre álló biztosítási ajánlatok megtekintése.
2. gyakran összeomlott az a rendszer, amely a HealthCare.gov és a Szociális Ellátások Hivatala (Social Security Administration), illetve az Adóhatóság között közvetített, hogy a belépők jogosultsága megállapítható legyen a különféle kedvezményeket illetően,
3. a biztosító társaságokhoz is pontatlan adatok érkeztek, amikor a felhasználó úgy döntött, hogy megkötné a szerződést (Kliff, 2013a).

Az USA-ban sincs mindenkinek saját hozzáférése az Internethez, és arra is számítani kell, hogy előzetes becslések alapján közel 19 millió¹¹ papír alapú kérvény fog érkezni a csatolt mellékletekkel (Pear, 2013a).

Azoknak a tagállamoknak a többsége, amelyek a Fórumokat saját maguk üzemeltetik, egyáltalán nem találkozottak a szövetségi HealthCare.gov portálon jelentkezett nehézségekkel. Olyan cégekkel szerződtek a magánszférában, mint az EngagePoint

vagy a Deloitte, amelyek működőképes programokat telepítettek, sőt Kentucky és Washington állam azt is engedélyezi a felhasználóknak, hogy mindenféle előzetes regisztrálás nélkül, szabadon tájékozódjanak a tartalmakról. Kétségtelen, hogy például az egyik állam a szövetségi HealthCare.gov portálnál is rosszabb helyzetbe került. Oregon ugyanis olyan közös elektronikus felületet akart kialakítani, amelyen keresztül a jelentkezők az üzleti magánbiztosítókhoz, a Medicaid-hez, a Kiskorúak Egészségbiztosítási Programjához (Children's Health Insurance Program = CHIP) és az összes tanácsadó programhoz eljuttatottak volna. Ebben az évben november közepéig még egyetlen egy biztosítást sem sikerült megkötni, holott a rendszernek már hat hete üzemelnie kellett volna (Cooper, 2013).

A Fórumok eredményei a biztosítások tükrében

Négy hónappal a Fórumok megnyitása előtt egy közvéleménykutatás szerint 2013 júniusában az alacsony jövedelmű és a biztosítás nélküli amerikai polgároknak csak 20, illetve 12%-a „hallott valamit” ezekről a közvetítőkről (KFF, 2013b). Egyidejűleg, az Obama-adminisztrációnak arra kellett számítnia, hogy a költségvetés tárgyalásakor ellenállásba ütközik, amikor a kedvezményezetteknek támogatást akarnak adni, hogy 2013 októberétől megköthessék a biztosításukat. Miután a Kongresszus következetesen visszautasított minden kezdeményezést a források bővítésére, a szakminisztérium 150 millió dollárt csoportosított át a Törvény által létesített alapba újabb közösségi egészségügyi szolgáltató központok létrehozása érdekében, hogy a kevésbé ellátott vidéki és gazdaságilag lemaradó nagyvárosi térségekben élő alacsony jövedelmű embereket is elérjék (Kliff, 2013b). További 54 millió dollárt helyeztek át a népegészségügyi megelőző programokból a Törvényben ugyancsak szereplő Navigátor programokba. A Navigátor szervezetek az egyes tagállamokban a magánszemélyeket és a kisvállalkozásokat hivatottak segíteni a Fórumok használatában (Goodenough, 2013).

Michigan államban például támogatást kapott az Egészségügyi Fogyasztók Szervezete (Michigan Consumers for Healthcare), amely több mint 150 egészségügyi, vallási, munkavállalói, települési és emberbaráti egyesület fog össze. Támogatáshoz jutott a Közösségi Kapcsolatok Szervezése is (Community Bridges Management), amely szolgáltatói hálózatot működtet az orvos-beteg kapcsolatok területén, az Arab Közösségi Központ (Arab Community Center) üzleti és szociális segítségnyújtással, valamint Michigan állam délkeleti régiójában az Amerikai Indiánok Egészség- és Családügyi Szolgálat (American Indian Health and Family Services) (Erb, 2013).

Az Obama-adminisztráció számos egyesületet szólított meg annak érdekében, hogy mintegy 7 milliós népszerűséget támogasson a biztosítási fedezet megszerzésében. (Pugh, 2013). Az Organizing for Action (társulás a cselekvésért) nevű nonprofit szervezet, mintegy az elnök újraválasztási kampányának folytatásaként, televíziós hirdetéseket készített az elnöki reform lendületének fenntartására (CNN, 2013). Egy másik szervezet, a Young Invincibles (legyőzhetetlen fiatalok), amely 2009-től országos szinten szerveződött a Georgetown Egyetem állam-és jogtudományi karának hallgatói kezdeményezésére, azért jött létre, hogy a fiatalok hangját felerősítse az egészségügy reformról szóló vitákban. Azt tűzték ki célként, hogy minél több egészséges és fiatal ember kössön biztosítást egészségügyi ellátásra¹² (FOX, 2013). A harmadik egyesület az Enroll America

(Amerikaiak, Kössetek Biztosítást), amelynek igazgatótanácsában biztosítótársaságok, kórházak, gyógyszergyártók és fogyasztói csoportok képviselői vesznek részt, információkat közvetít a legjobb gyakorlati megoldásokról nyomtatott füzetekkel, webszemináriumok és blogok révén azoknak, akik segíteni akarják a Fórumok terjeszkedését és eredményes marketing-stratégiáját.

Ezzel párhuzamosan, a konzervatív ellentábor is szervezkedésbe kezdett. Az Americans for Prosperity (Amerikaiak a gazdasági fellendülésért) több mint 1 millió dollárt költött olyan televíziós hirdetésekre, amelyek szerint a Törvény szűkíteni fogja az amerikaiak fogyasztói szabadságát az egészségügyi szolgáltatások terén, és az Interneten online felületeket nyitottak, amelyeken arra kérték az embereket, hogy ellenőrizzék a saját „Obamacare kockázati tényezőiket” (Peters, 2013). A Generation Opportunity (Nemzedéki Lehetőségek) olyan online videokampányba kezdett, amely arról győzködi a fiatalokat, hogy nagy ívben kerüljék el az Obamacare Fórumait. Azt is tervezik, hogy az egyetemeken és főiskolákon a fentiekben említett Enroll Amerika pozitív üzeneteket hordozó hirdető táblái mellé ellentáblákat fognak elhelyezni (Moody, 2013). Egyébként mindkét kampánynak vannak kapcsolatai Charles és David Koch politikai aktivistával és milliárdos üzletemberrel.

Biztosítási közvetítés kisvállalkozások részére

A vállalati biztosítási szerződések ajánló cégek aránya párhuzamosan növekszik a cég nagyságával. Ennek megfelelően, 2013-ban a 3–9 alkalmazottat foglalkoztató cégeknek csak 45%-a ajánlott biztosítást, az arány 10–24 alkalmazott esetében 68% volt, 25–49 alkalmazotti létszám között 85%, és 90% felett az 50 vagy több dolgozót foglalkoztatók esetében. Természetesen nem minden alkalmazott élhetett a lehetőséggel, vagy azért, mert még rövid ideje dolgozott az adott munkáltatónál, vagy a foglalkoztatása nem érte el a szükséges heti óraszámot (KFF, 2013a).

A munkáltatói biztosítás elérhetősége érdekében a Törvény a Kisvállalkozások Egészségbiztosítási Programját (Small Business Health Options Program = SHOP) is tartalmazta. Ennek értelmében az 50 vagy kevesebb, teljes munkaidőben dolgozó alkalmazottat foglalkoztató kisvállalkozások is vásárolhatnak biztosítási szolgáltatást. Azok az önfoglalkoztató egyéni vállalkozások, amelyekben nincsenek alkalmazottak, nem vehetnek részt a SHOP-programban és egyéni úton kell biztosítást kötniük önmaguk és családjuk részére az adott tagállam Fóruma vagy bármely üzleti biztosító társaság révén. A SHOP-program mind a négy fokozatot (platina, arany, ezüst, bronz) tartalmazza, és a fentiekben már jelzett 10 minimális követelményt is teljesíti.

A kisvállalkozások és a velük kapcsolatban álló biztosítási ügynökök online módban megtekinthetik és összehasonlíthatják a teljes ajánlati skála árait, fedezetének körét és minőségi megfelelőségét. Azt is eldönthetik, hogy milyen arányban járulnak hozzá a dolgozók biztosítási díjához. A Törvény értelmében a kisvállalkozások kötelesek biztosítási ajánlatot tenni minden teljes munkaidőben (legalább 30 óra/hét) foglalkoztatott dolgozónak, és ezeknek a dolgozóknak legalább 70%-a köteles is élni ezzel a lehetőséggel. Azoknál a kisvállalkozásoknál, ahol alacsonyak vagy nagyon mérsékelték a kifizetett bérek, a dolgozók adójóváírást vehetnek igénybe az általuk fizetett biztosítási összeg 50%-áig, ha a szerződést a SHOP programban

kötötték, a vállalkozások pedig a másik 50%-ot költségként számolhatják el.

September 26-án kellett volna elindítani az online SHOP-programot, de a megnyitást először november végére helyezték át, végül november 27-én a kormányzat úgy döntött, hogy 2014 novemberére halasztódik.

Negatív mellékhatások

A Törvény célja eredetileg az volt, hogy azok az amerikaiak is egészségbiztosításhoz jussanak, akik eddig ebben nem részesültek. A jó szándék ellenére, ennek a Törvénynek is keletkeztek kedvezőtlen mellékhatásai két olyan csoportban, amelyekre eredetileg nem gondolt a jogalkotás:

1. részmunkaidős dolgozók, akiknek már korábban is volt munkáltatói biztosítása, és

2. magánszemélyek, akik üzleti magánbiztosítást kötöttek önmaguk és családjuk számára, de nem a munkáltatójuk, hanem valamelyik biztosítási ügynökség révén.

Részmunkaidő címén egyes munkáltatók csökkentik a heti munkaórát számát, így kibújhatnak a biztosítási kötelezettség alól, vagy a nyugdíjasaikat és/vagy aktív dolgozóikat az üzleti szférát kiszolgáló magánbiztosítások felé terelik. Mivel a Törvény a teljes munkaidőben foglalkoztatott 50 dolgozónál húzta meg a választóvonalat, valójában biztatást adott arra, hogy egyes munkáltatók a részmunkaidős foglalkoztatással csökkentik egészségbiztosítási kiadásait. Így ezek a cégek a heti munkaidő keretét a 30 órás határ miatt 29 órában határozzák meg. Gyorséttermek (például az aluljárókban), egyetemek és főiskolák (pl. Floridában a St. Petersburg College), maga Virginia állam, nagykereskedelmi láncok (pl. a Home Depot) és zöldgyümölcs üzletláncok (pl. a Trader Joe's) úgy nyilatkoztak, hogy csökkentik a részdős foglalkoztatottak heti óraszámát és/vagy törlik őket azok köréből, akiknek biztosítást ajánlanak.

A dolgozóinak küldött emlékeztetőjében a Trader Joe's üzletlánc¹³ először azt közölte, hogy azokat, akik heti 30 óra felett dolgoznak, több mint 77%-ban semmilyen változás nem érinti (Kliff, 2013c). Ez után azt közölték, hogy azok a részmunkaidős dolgozók, akiknek nem nyújtanak biztosítási fedezetet, jobban járnak, ha a Fórumokon keresztül egyénileg kötnek biztosítást. Különösen azok járnak jól, akik még támogatásra és adókedvezményre is jogosultak. Példát is közöltek egy a gyermekét egyedül nevelő anyáról, aki 18 dolláros órabérért dolgozik heti 25 órában. A korábbi állapotok szerint a Trader Joe's-nál havonta 166,5 dollárt fizetett a biztosításért. Amennyiben átvált a Fórumra és igénybe veszi a támogatást vagy az adójóváírást, a költségei a csaknem azonos fedezetet nyújtó egészségbiztosításért 69 dollár 59 centre csökkennek. Végezetül Trader Joe's 2014 januárjában minden részmunkaidős dolgozójának egy 500 dolláros csekket fog átadni, amelyet a biztosítási díj fedezetére fordíthatnak, majd érvényesíthetik az adójóváírásban.

Dranove and Garthwaite (2013) érvelése szerint az ilyen akciók siettetni fogják a munkáltatók által nyújtott egészségbiztosítások leépülését. Eredetileg a második világháború alatt bevezetett bérbefagyasztások hatására kezdtek a munkáltatók egészségbiztosítást ajánlani, hogy a leállított fizetésemelések helyett így szerezzenek újabb munkavállalókat vagy legalább is megtartsák a régi dolgozóikat. A háború után az adóhatóság úgy döntött, hogy a munkáltatók által nyújtott biztosítások adómentességet élveznek, amelyek költsége így jóval kedvezőbben alakult, mintha mindenki egyénileg vásárolta volna

meg a saját üzleti magánbiztosítását. A jelenlegi helyzetben azonban a kisvállalkozások sorsa kedvezőtlenre fordult, ugyanis a regresszív adópolitika a nagyobb cégeket részesíti előnyben, amelyek nagyobb összeggel járulnak hozzá a biztosításhoz (Klein, 2009), továbbá a kisebb kockázati közösségek miatt a kisvállalkozások magasabb díjakat fizetnek a nagyobb üzleti versenytársakhoz viszonyítva.

Ennek egyik eredményeként az adminisztratív költségek csökkentésére egyes humánerőforrás-gazdálkodási tanácsadással foglalkozó cégek (pl. Aon Hewitt, Towers Watson, Buck Consultants) magánüzemeltetésű közvetítő fórumokat hoztak létre. Szövetségi és tagállami szintű társaikhoz hasonlóan ezek a magán fórumok is szerződéseket kötnek a vállalkozások irodáinak vagy üzemegységeinek vonzáskörzetébe tartozó biztosítókkal vagy ügynökségekkel, és választékot kínálnak a lehetséges kínálatból. Sőt, a Törvény által alapított Fórumokkal azonos módon, ugyanolyan arany-ezüst-bronz fokozatot is kialakítanak. Fokozatok szerint a munkáltatók meghatározott kedvezményeket adhatnak a dolgozóknak, vagyis olyan pénzüsszeget, amelyért a privát fórumokon köthetik meg a számukra leginkább megfelelő biztosítást (Mangan, 2013b, 2013c; KFF, 2013a).

A fejlemények hatására 2013 októberében néhány nagyobb vállalat már úgy döntött, hogy élni fog a privát fórumok által nyújtott lehetőségekkel. Ráadásul az IBM és a Time Warner a nyugdíjasoknak a Medicare-hez kiegészítő biztosítást ad a privát fórumok közvetítésével. Ezek a nagy társaságok annak ellenére, hogy nem változtatnak a biztosításra fordított összegeken, jelentős megtakarításhoz jutnak az adminisztrációs költségek csökkentése révén.

Becslések szerint 14 millió amerikai, vagyis az USA népességének 5%-a vásárolt egyéni alapon üzleti magánbiztosítást, mivel eddig nem juthattak hozzá a biztosításhoz a munkáltatójuk révén (KFF, 2013c). Ebbe a csoportba magántulajdonosok, szabadfoglalkozású vállalkozók (üzleti tanácsadók, írók és művészek, egyszemélyes ipari vállalkozók), üzletemberek, kereskedelmi vagy hivatásrendi csoportok (üggyédek, építészek, mérnökök, adótanácsadók, orvosok) tartoznak. Sokan választanak olyan biztosítást, amelynek alacsony a díja, magas önrésszel és időbeli korlátozással. Az ilyen biztosításokat nemcsak magánbiztosítók, mint például a Blue Cross/Blue Shield forgalmazták, hanem tagállamok is, mint a Tennessee's CoverTN, amelyben a tagállam, a munkáltató és a foglalkoztatottak egyenlő arányban osztották meg a díjakat, a munka világában mindenkinek elérhetővé téve a fedezet biztosítását (Wilemon, 2013).

Először 2013 augusztusában kezdtek ezek a biztosítottak olyan üzeneteket kapni, amelyek szerint 2014-ben már nem hosszabbítható meg a szerződésük, mivel azok nem állnak összhangban az új Törvénnyel. A Törvény szerint kétségtelenül általános követelmény a biztosításokkal szemben, hogy teljesítsék a tízpontos minimumfeltételt, élethosszig tartásnak és ne lépjék túl a meghatározott éves költség szintet. Ezeket figyelembe véve a Florida Blue 300 ezer szerződést állított le, vagyis az államon belül kötött egyéni biztosításainak 80%-át, a Blue Shield of California pedig 119 ezer szerződést, vagyis a biztosítások 60%-át (Gorman and Appleby, 2013). Tennessee állam a CoverTN-ben csak néhány ezer szerződés végét jelezte, mivel azok nem teljesítik a tízpontos minimum-feltételt (Wilemon, 2013). Az érintettek kénytelenek lesznek új szerződés után nézni az állami Fórum segítségével, várhatóan magasabb áron megszerezve a korábbi szolgáltatásokat, emellett magasabb önrész fizetése mellett.

Obama elnök folyamatosan arra hivatkozott, hogy az emberek megtarthatják korábbi biztosításukat, ha ragaszkodnak hozzá, de a valóság egészen másként alakult. Eredetileg a Törvény megengedően járt el azokkal a biztosításokkal szemben, amelyek a hatálybalépés idején, vagyis 2010. március 23-án nem feleltek meg a jogszabályi előírásoknak. Időközben azonban a Szakminisztérium olyan rendelkezéseket adott ki, amelynek értelmében a korábbi szerződés bármely részének érdemi változtatása esetén (pl. az önrész, vagy a kedvezmények köre) a módosított szerződés semmisnek tekintendő a hatályos feltételek alapján. Kormányzati becslés szerint 2010 júliusában az egyéni szerződéseknek már 40–67%-a vált érvénytelenné (Myers and Rappleye, 2013). Ezt konzervatív körökben azonnal kihasználták, és hazugsággal vádolták az elnököt (Malkin, 2013).

November közepén nemcsak a republikánusok, hanem a demokraták nyomásának hatására is, Obama kénytelen volt nyilvánosan mentegetőzni, amiért korábbi ígéretével félrevezette az amerikai társadalmat. Ennek hatására hat hét alatt, október elejére a Quinnipiac közvélemény kutató intézet szerint az elnök bizalmi indexe 54%-ról 44%-ra csökkent (Malloy, 2013:4).

Ekkor Obama felszólította a tagállamokat, hogy a biztosítási szabályozás révén a biztosító társaságok még egy évig tartsák fenn a korábbi fedezetet. Ennek következtében 16 tagállam, közöttük Észak-Karolina, Florida és Észak-Dakota lehetőséget ad a biztosítóknak a szerződések hosszabbítására, de korántsem bizonyos, hogy mindenki élni fog ezzel a kedvezménnyel. Ugyanakkor 17 állam, közöttük 10 olyan állam a 16-os csoportból, amelynek saját Fóruma van (pl. Kalifornia és New York) nem engedélyezi a szerződések kiterjesztését 2014-re (Frost, 2013).

A Medicaid kiterjesztése

A legfelsőbb Bíróság alkotmányellenesnek nyilvánította azt a feltételt, amely szerint az államok vagy kiterjesztik a Medicaid kedvezmények körét, vagy elveszítik a programhoz adott összes szövetségi támogatást. Ezek után dönteni kellett, hogy az egyes államok a kiterjesztést vagy az eredeti állapotot választják. Szemben a magánszemélyek biztosítási kötelezettségével és a Fórumok létesítésével, a Medicaid kiterjesztése nem kötődik szövetségi határidőhöz. Egyes tagállamok hatósági jogkört és/vagy költségvetési függetlenséget követelnek a döntés meghozatalához. Ebben az évben, a november 22-ei állás szerint 25 állam és Washington DC szándékozik élni a kiterjesztéssel, a többi 25 tagállam viszont (pl. Észak-Karolina, Texas, Utah, és Wyoming) olyan jogszabályt alkotott, amely megtiltja a kiterjesztést a helyi jogalkotás jóváhagyása nélkül (KFF 2013d).

A Törvény szerint a résztvevő államok azokra a 65 év alatti személyekre terjesztik ki az ellátást, akiknek a jövedelme nem éri el a mindenkori szövetségi szegénységi szint 133%-át. Ez az összeg 2013-ban 48 tagállamban 11 490 dollár volt az egyedül élőkre és 23 550 dollár olyan családokra számítva, amelyben 6–18 éves kor közötti két gyermeket nevelnek. Ennek alapján a 133% egyedülálló esetében 15 656 dollár, egy négy tagú család esetében pedig 32 499 dollár. A jogosultság tagállamonként változik. Választható a Törvény értelmében lefektetett tizpontos minimum standard feltétel, de fenntarthatják a korábbi helyi kritériumokat is. A szövetségi kormány 2014–16 között a költségek 100%-át téríti, amelynek aránya 90%-ra csökken 2016–2020 között.

Michigan állam 2013 augusztusában a huszonnegyedik volt a kiterjesztést vállalók között. Ha a republikánus kormány-

zó által vezetett államokat nézzük, akkor ezek között a hetedik helyet foglalta el, de harmadik volt azok között, amelyben a republikánusok kormányoznak. A republikánus törvényhozók ellene voltak a kiterjesztésnek. A szintén republikánus Rick Snyder kormányzó, aki korábban üzletember volt, úgy döntött, hogy a 470 ezer biztosítás nélküli lakosságra tekintettel be kell vezetni a kiterjesztést. Érvelése szerint ez a lépés 1,4 milliárd dollár többletforrást jelent a szövetségi költségvetésből, és mindenképpen érdemes a megfontolásra. A nyár folyamán számos összejövetelen jelent meg, ahol a biztosító társaságok és a vállalkozások egyaránt pártolták a kiterjesztést, mivel csökkenteni fogja a biztosítás nélküliek ellátásának anyagi terhet (Klug, 2013; WKZO, 2013). Michigan állam egészségügyi szakigazgatási szerve (Department of Community Health) pedig a helyi törvényhozás tagjainak tartott tájékoztató előadásokat a kiterjesztés részleteiről.

Az állam törvényhozásának alsóházában 58 republikánus képviselő közül 27 szavazott a kiterjesztés mellett, a demokraták közül pedig egy kivétellel mindenki így döntött. A szenátusban 26 republikánusból 8 támogatta a javaslatot a 12 tagú teljes demokrata frakcióval együtt. Végső formájában a jogszabály befogadta a demokraták javaslatát az alacsony jövedelmű felnőttek vonatkozásában és a republikánusok érvelését is, amely szerint az egészségügyi kiadások féken tarthatók, növelhető a magánbiztosítók szerepe és az új Medicaid tagok hozzájárulást tartoznak fizetni a saját ellátásuk fedezetéhez (Ayanian, 2013; Bolger, 2013).

Ez utóbbi kikötés értelmében a fogyatékoságtól mentes új Medicaid ellátottak, akiknek a jövedelme a szegénységi szint 100–133%-os sávjába esik, az első hat hónap után a szolgáltatásokért legfeljebb a jövedelmük 5%-át kötelesek befizetni. Az összeg 7%-ra növekszik azok körében, akik már négy évet töltöttek el Medicaid fedezettel. Költségcsökkentésben részesülhetnek viszont azok, akik bármely preventív ellátás kapcsán következetesen betartják a kezelőorvosuk tanácsait.

A magánbiztosítások területén az újonnan belépő felnőttek egyéni megtakarítási számlát nyithatnak, amelyből a munkáltatókkal közösen befizetett pénzekből az önrészüket fedezhetik. A kórházakra vonatkozó szabályozás szerint Medicaid fedezet esetén a betegeknek legfeljebb a Medicare-ben felszámított összeg 115%-a számlázható (Gray, 2013). Végezetül, Michigan állam visszavonhatja a Medicaid kiterjesztést, amennyiben a költség-többlet 2017-től nem fedezhető a költségvetésben keletkező más megtakarításokból (Ayanian, 2013).

Néhány megoldás a fentiek közül szövetségi mentességet igényel Michigan részére, hogy kísérletezhessen az újabb Medicaid innovációkkal. Indiana állam például már kapott ilyen mentességet, hogy saját programját a házi és közösségi szintű ellátásokra is kiterjessze. Arkansas, Iowa, és Pennsylvania is mentességért folyamodott, hogy külön támogatásokat adhasson az állami Fórumokon kötött biztosításokhoz (Guyett, 2013).

Tekintettel arra, hogy Michigan-ben a törvényhozás nem szavazta meg az azonnali hatályba lépést, az új Medicaid szabályozást csak 2014. március közepétől kell alkalmazni. Ekkor a hátralévő két hétben dönthetnek a jogosultak a kiterjesztett programban való részvételről. Akik viszont semmilyen fedezettel nem fognak rendelkezni, 95 dollár/év büntetést fizetnek, 1/12-ed résszel számolva a büntetés alá eső hónapokra. Egyesek az alacsony jövedelmű csoportokból, akik még nem Medicaid kedvezményezettek, a szövetségi kormánnyal meg-

osztva fenntartott Fórumon keresztül köthetnek biztosítást, majd ezután folyamodhatnak fedezetért és támogatásért a kiterjesztett Medicaid programban.

Mi történik a belátható jövőben?

Mindenképpen figyelembe kell venni azt a politikai megosztottságot, amely egyre erősödik az Obamacare körül. Ebben nincs újdonság, hiszen az ideológiai viták kezdettől fogva jelen voltak a Törvénnyel kapcsolatban mindkét pártnak a támogatókhoz tartozó liberális szárnya és a demokraták központi magja között, illetve ellenkező előjellel mindez a konzervatívokra is érvényes mindkét párton belül.

A 2012. évi választások után állóháború alakult ki, amelyben a demokraták keményen védelmezték az elért eredményeket, a republikánusok pedig a Törvény hatályon kívül helyezését követelték. Jóllehet, ezt a célt nem érték el, de eredményesen csökkentették a rendelkezésre álló forrásokat és a határidőket is későbbre helyezték. Ezt abban a kiélezett helyzetben érték el, amikor 2013 szeptemberében a Képviselőházban nyomást gyakoroltak a szövetségi adósságszint emelésének tárgyalása során. Az elnök és a Szenátus demokrata többsége merev álláspontra helyezkedett, ami a szövetség működésének két hetes befagyasztását jelentette.

Szerencsétlen módon a befagyasztás első napja éppen október 1-jére esett, amikor először nyílt lehetőség HealthCare.gov portál használatára. A weboldal részleges összeomlása miatt, miután a Kongresszus az adósság szintet felemelte, a republikánusok azonnal vizsgálatot követeltek ennek okairól, összekapcsolva azt az Obamacare kiterjesztésének megtámadásával.

Felmerül viszont a kérdés, hogy a konzervatívok és a republikánusok miért ellenzik továbbra is a Törvényt, miután ismerik a Legfelsőbb Bíróság döntését, Obamát az amerikaiak újraválasztották, a HealthCare.gov portál problémái pedig rendeződtek. Problémák persze még maradtak a részdíós munkavállalókkal és azokkal, akik korábban üzleti magánbiztosítást kötöttek. Magyaránként feltételezhetjük, hogy bár időközben nyilvánvalóvá vált a reform elkerülhetetlensége, az ellenzők azzal szembesültek, hogy korábbi nézeteik feladásával és a központilag vezérelt szolgáltatási piac elfogadásával lényegében beállnak a támogatók táborába. Ebben a helyzetben valahogyan fel kellett oldani a konfliktust a társadalmi valóság és a preconcepciók között. Menekülési útvonalként majd felnagyítják a Törvény alkalmazása közben keletkezett problémákat és úgy tesznek, mintha nem léteznének egyenlőtlenségek az egészségügyben (Perlstadt, 2013). Vagy úgy taktikáznak, hogy a népesség fiatalabb részét igyekeznek meggyőzni a biztosítás szükségtelességéről, és folyamatosan sugallják a választóknak a Törvény elvetését, vagy legalább a források szűkítését és a határidők késleltetését.

Leon Festinger (1919–1989) amerikai szociálpszichológus kognitív diszonzancia elmélete (1957) alapján a legkitartóbb konzervatívok mindent elkövettek annak érdekében, hogy az Interneten és más médiafelületeken keresztül megtalálják a hozzájuk hasonlóan gondolkodókat. A reformot ellenzők kemény magja egyetért abban, hogy az individualizmus és a kormányzati irányítás sajátos kapcsolata eredeti amerikai érték. Ennek első tétele szerint szabad társadalomban az egyén a legfőbb érték és a jogait közösségi érdekre hivatkozva nem lehet korlátozni. Ebben az esetben ez azt jelenti, hogy senkit sem lehet egészségbiztosítás kötésére kényszeríteni csupán annak

érdekében, hogy csökkentse mások biztosítási díját. A második tétel szerint bürokratikus alapon nem lehet döntéseket hozni egyéni szükségletekről vagy preferenciákról, másfelől szociális megfontolásokból ésszerűsíthető az erőforrások felhasználása. Konkrét esetben a szabad piac helyett a kormányzat racionalizálhatja a Medicare ellátási protokollokat a költségek csökkentése érdekében (Foy, 2010). Mindezekkel ellentétben a reform hívei azt gondolják, hogy a társadalmi igazságosság nevében a kormányzatnak igenis be kell avatkoznia a folyamatokba a jólét fokozása és az egészségi állapot javítása érdekében, és ennek során különös tekintettel kell lennie a legsúlyosabb fogyatékkal élőkre (Gostin and Powers, 2006).

Mindent összegezve végül is úgy tűnik, hogy a gyakorlati megoldások keresése és a problémák tárgyalásos rendezése mellett az elvont viták az alapvető értékelméleti kérdések köré rendeződtek. Újabbán már nem azért folyik a küzdelem, hogy tapasztalati alapon megtaláljuk a helyes egyensúlyt az egyéni és a kollektív érdekek között, hanem arról van szó, hogy az erkölcsi értékek összhangban maradjanak a Törvénnyel. Ettől függetlenül igen nagy a valószínűsége annak, hogy a Tea Party típusú konzervatív körök továbbra is nyomást gyakorolnak a republikánusokra az Obamacare elleni indulatok szítása érdekében, hogy azok kitartsanak a 2014-es kongresszusi választások idejéig, sőt azon túl a 2016-ban esedékes elnökválasztási kampányig. Állíthatjuk tehát, hogy a Törvény körüli viták még korántsem értek véget, és a Republikánus Párt berkeiben, de a legszélesebb értelemben az amerikai társadalomban is tovább folytatódnak.

Jegyzetek

1. Ez az úgynevezett *pre-existing condition* érvelés történelmileg súlyos probléma az USA-ban, hiszen a biztosítási jogviszony a felnőtt bevándorlók esetében nem a születéssel kezdődik, akik így tízmilliós nagyságrendben hozhatnak magukkal súlyos betegségeket a világ többnyire elmaradottabb területeiről.
2. Az „áthallás” nyilvánvaló az 1965-ben törvénybe iktatott Medicare biztosítással.
3. Ez a cikk már következetesen használta az időközben megszilárdult Obamacare írásmódot a korábbi változatok (Obama-care, illetve ObamaCare) helyett, így a közleményünkben ezt tekintjük mérvadónak.
4. A konzervatívok az elnevezéssel a történelmileg az Egyesült Királyság amerikai gyarmatain 1773. december 16-án kirobban Boston Tea Party-val kezdődött ellenállási mozgalom keménységére és eredményességére utaltak, amely végül is a Függetlenségi Nyilatkozattal 1776. július 4-én elvezetett az USA megalakításához.
5. Az amish-ok egy körülbelül 200 000 fős konzervatív keresztény közösség tagjai. Döntő többségük az USA-ban él, elsősorban Pennsylvania, Ohio és Indiana államban.
6. Ez az USA-ban az egyes szakmai szövetségekre, a hagyományos szakszervezetekre és a közalkalmazottak szervezetre is vonatkozik.
7. A valóság az, hogy ez 14% a hivatalos statisztikák szerint. Másfelől az írni-olvasni tudás legalsó szintjén lévő népesség 43%-a él a szegénységi szint alatt.
8. Ez alapvető változás az USA biztosítási filozófiájában, korábban ugyanis mentális betegségekre nem lehetett biztosítást kötni, azok kiszámíthatatlansága miatt és

- kockázat elemzéssel azt sem lehetett előre jelezni, hogy milyen természetű és terjedelmű kezelésre lesz szükség a „normális” állapot helyreállítása érdekében.
9. A szerződések arról szólnak, hogy a szolgáltatók elfogadják a biztosítók díjszabását, az ellátásokhoz való hozzájárulási jogát, az elektronikus számlázást, stb. Egy-egy szolgáltató több biztosítóval is szerződhet.
 10. A CGI francia nyelvű rövidítés = Conseillers en Gestion et Informatique. Magyarul Információs Rendszer és Menedzsment Tanácsadást jelent.
 11. Ennek a nagy számnak az is lehet az oka, hogy gyakorlott Internet használók sem feltétlenül bízzák a világhálóra például a társadalombiztosítási azonosítási számuk közlését.
 12. A jelenség súlyát az magyarázza, hogy a biztosítási kötelezettség előtt jelentős számú fiatal és egészséges amerikai polgár egyáltalán nem kötött biztosítást, mivel úgy vélte, hogy amennyiben a nagyon kis kockázat ellenére mégis valamilyen szolgáltatásra lesz szüksége, azt zsebből is képes lesz kifizetni.
 13. Los Angeles és városi vonzáskörzetében működő zöldség-gyümölcs üzlethálózat, amelyhez 2013 májusában 399 kereskedelmi egység tartozott.

Irodalom

- American Academy of Actuaries (2009). *Critical issues in health reform: Risk pooling*. July, 2009. Available at: http://www.actuary.org/pdf/health/pool_july09.pdf
- Anderson, C. (2013). *High premiums, limited choices plague Mississippi's uninsured population*. Healthinsurance.org. Oct 14, 2013. Available at: <http://www.healthinsurance.org/mississippi-state-health-insurance-exchange/>
- Atlas, S. W. (2008). *Beware of ObamaCare*. Washington Times. Oct. 26, 2008. Available at: <http://www.washingtontimes.com/news/2008/oct/26/beware-of-obamacare/?page=all>
- Ayanian, J. Z. (2013). *Michigan's approach to Medicaid expansion and reform*. *New England Journal of Medicine* . 369:1773-1775 Sept 25, 2013. DOI: 10.1056/NEJMp1310910
- Bolger, J. (2013) *Medicaid reform is right for Michigan's uninsured and taxpayers*. *Bolger News (Speaker of the Michigan House)*. Sept 3, 2013. Available at: <http://gophouse.org/medicaid-reform-is-right-for-michigans-uninsured-and-taxpayers>
- Bouie, J. (2013). *Obamacare fear-mongering hall of fame: Death panels and more*. *The Daily Beast*. Sept 30, 2013. Available at: <http://www.thedailybeast.com/articles/2013/09/30/obamacare-fear-mongering-hall-of-fame-death-panels-and-more.html>
- C-SPAN, (2012) *Supreme Court Determining the Constitutionality of Health Care Act*, March 29. Available at: <http://www.c-span.org/Events/Supreme-Court-Determining-the-Constitutionality-of-Health-Care-Act/10737429098/>
- CNN. (2013). *OFA launches health care ads*, CNN. June 17, 2013. Available at: <http://www.wpbj.com/news/politics/OFA-launches-health-care-ads/-/8788770/20596066/-/15fvjk4z/-/index.html>
- Cooper, J. (2013). *Oregon Health Exchange represents biggest woe*. ABC News. November 18, 2013. Available at: <http://abcnews.go.com/Health/wireStory/leader-oregon-exchange-struggles-20920982>
- Cox, A, DeSantis, A., Parlapiano, A. & White, J. (2012). *Fighting to control the meaning of 'Obamacare.'* *New York Times*. March 25, 2012. Available at: http://www.nytimes.com/interactive/2012/03/25/us/politics/fighting-to-control-the-meaning-of-obamacare.html?_r=0
- Cox, C. Claxton, G., Levitt, L. and Khosla, H. (2013). *An Early Look at Premiums and Insurer Participation in Health Insurance Marketplaces*, 2014. Available at: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CF8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fkaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com%2F2013%2F09%2Fearly-look-at-premiums-and-participation-in-marketplaces.pdf&ei=ul-SUsG2N8qT2QXW5IC4CA&usg=AFQjCNF6a3v01IW-i5fMT_LDh1AC71DlVw&sig2=NoL_3ocaT_tVkj9_254bQ
- Crawford, J. (2012) *Roberts switched views to uphold health care law*. CBS Face the Nation July 1, 2012. Available at: http://www.cbsnews.com/8301-3460_162-57464549/roberts-switched-views-to-uphold-health-care-law/
- Dean, H. (2013). *The Affordable Care Act's rate-setting won't work: Experience tells me the Independent Payment Advisory Board will fail*. *Wall Street Journal*. July 28, 2013. Available at: <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424127887324110404578628542498014414>
- Erb, R. (2013). *Feds award \$2.5 million to help public with state insurance exchange*. *Detroit Free Press*. Aug. 15, 2013. Available at: <http://www.freep.com/article/20130815/NEWS06/308150119/>
- Dranove, D. and Garthwaite, G. (2013). *Obamacare is undermining employer-based health insurance — hallelujah!*. *Craine's Chicago Business*. Sept 25, 2013. Available at: <http://www.chicagobusiness.com/article/20130925/OPINION/130929863/obamacare-is-undermining-employer-based-health-insurance-hallelujah#>
- Feldman, S. M. (2013) *Chief Justice Roberts's Marbury Moment: The Affordable Care Act Case (NFIB v. Sebelius)*. *Wyoming Law Review* 13:335-348.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Foy, A. (2010) *The Moral Case Against Health Care Reform*. *American Thinker*. March 20, 2010. Available at: http://www.americanthinker.com/2010/03/the_moral_case_against_health.html
- Fox, M. (2013). *Even Republican young adults want health insurance, poll finds*. NBC News. Aug. 21. 2013. Available at: <http://www.nbcnews.com/health/even-republican-young-adults-want-health-insurance-poll-finds-6C10963044>
- Frost, P. (2013). *Illinois to let companies sell existing health insurance plans*. *Chicago Tribune*. Nov. 22, 2013. Available at: http://articles.chicagotribune.com/2013-11-22/business/chi-illinois-health-insurance-20131122_1_health-insurance-policies-insurance-companies

- Goodenough, A. (2013). *The challenge of helping the uninsured find coverage*. New York Times. Aug. 14, 2013. Available at: http://www.nytimes.com/2013/08/15/us/politics/the-challenge-of-helping-the-uninsured-find-coverage.html?_r=0
- Gorman, A. and Appleby, J. (2013) *Thousands Of consumers get insurance cancellation notices due to health law changes*. Kaiser Health News. Oct 21, 2013. Available at: <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2013/October/21/cancellation-notices-health-insurance.aspx>
- Gostin, L.O. and Powers, M. (2006) *What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives*. Health Affairs 25(1053-1060).
- Gray, K. (2013), *Medicaid expansion passes after heated politicking; 470,000 more Michiganders to get coverage*. Detroit Free Press. Aug 27, 2013. Available at: <http://www.freep.com/article/20130827/NEWS06/308270106/Medicaid-expansion-michigan-vote-affordable-care-act>
- Guyett, S. (2013). *U.S. allows Indiana to offer health program outside of Obamacare*. Reuters. Sept 3, 2013. Available at: <http://www.reuters.com/article/2013/09/03/us-usa-healthcare-indiana-idUSBRE9820ZW20130903>
- KFF (2012a) *Kaiser Family Foundation Health Tracking Poll: July 2012*. Available at: <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-july-2012/>
- KFF (2012b) *Kaiser Family Foundation Health Tracking Poll: July 2012*. Available at: <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-july-2012/>
- KFF. (2013a) *Employer Health Benefits 2013 Annual Survey*. Kaiser Family Foundation. Available at: <http://kff.org/report-section/2013-summary-of-findings/>
- KFF (2013b) *Kaiser Health Tracking Poll: June 2013*. Available at: <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-june-2013/>
- KFF. (2013c). *Health Insurance Coverage of the Total Population*. <http://kff.org/other/state-indicator/total-population/#table>
- KFF. (2013d) *Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision, as of October 22, 2013*. Kaiser Family Foundation. Available at: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicoid-under-the-affordable-care-act/#map>
- Kliff, S. (2013a). *Everything you need to know about Obamacare's problems*. Washington Post. Oct 24 2013. Available at: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2013/10/24/everything-you-need-to-know-about-obamacares-problems/>
- Kliff, S. (2013b). *Budget request denied, Sebelius turns to health executives to finance Obamacare*. Washington Post. May 10, 2013. Available at: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2013/05/10/budget-request-denied-sebelius-turns-to-health-executives-to-finance-obamacare/>
- Kliff, S. (2013c). *Trader Joe's cut health benefits last week. Here's its side of the story*. Washington Post. Sept 16, 2013. Available at: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2013/09/16/trader-joes-cut-health-benefits-last-week-heres-its-side-of-the-story/>
- Kline, E. (2009). *Health reform for beginners: The employer tax exclusion*. Washington Post. May 21, 2009 http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2009/05/health_reform_for_beginners_th.html
- Klug, F. (2013). *Michigan Gov. Rick Snyder heads to UP to pitch Medicaid expansion*. MLive Media Group. July 9, 2013. Available at: http://www.mlive.com/news/index.ssf/2013/07/michigan_gov_rick_snyder_heads.html
- Malkin, M. (2013). *Obama lied, my health plan died*. Available at: <http://michellemalkin.com/2013/09/25/obama-lied-my-health-plan-died/>
- Malloy, T. (2013). *Obama, job approval drops to lowest point ever*. Quinnipiac University Poll. <http://www.quinnipiac.edu/institutes-and-centers/polling-institute/national/release-detail?ReleaseID=1975>
- Mangan, D. (2013a) *Medical bills are the biggest cause of US bankruptcies*. CNBC. June 25, 2013. Available at: <http://www.cnbc.com/id/100840148>
- Mangan, D. (2013b) *Companies sweating ObamaCare tax – And Acting On It: Study*, CNBC. Aug. 21, 2013. Available at: <http://www.cnbc.com/id/100975973>
- Mangan, D. (2013c), *Companies push retirees (and soon, workers) into health exchanges*. CNBC.. Sept 10, 2013. Available at: <http://www.nbcnews.com/business/companies-push-retirees-workers-private-health-exchanges-8C11118667>
- Moodley, K. (2011) *'Obamacare': More Than Just a Word*. The Atlantic. Feb 22 2011. Available at: <http://www.theatlantic.com/politics/archive/2011/02/obamacare-more-than-just-a-word/71519/>
- Moody, C. (2013). *Creepy Obamacare ad hits college campuses and your nightmares*. Yahoo News. Thur, Sept 19, 2013. Available at: <http://news.yahoo.com/obamacare-battle-moves-to-college-campuses-200027191.html>
- Murray, M. (2013). *In their own words: Opinions for and against the health-care law*. NBC News. Sept 16, 2013. Available at: http://firstread.nbcnews.com/_news/2013/09/15/20506324-in-their-own-words-opinions-for-and-against-the-health-care-law
- Myers, L. and Rappleye, H. (2013). *Obama administration knew millions could not keep their health insurance*. NBC News. Oct 29, 2013. Available at: http://investigations.nbcnews.com/_news/2013/10/29/21222195-obama-administration-knew-millions-could-not-keep-their-health-insurance?lite
- NFIB, (2012). *National Federation of Independent Business v. Kathleen Sebelius, Secretary of Health and Human Services*. 132 Supreme Court Reporter. 2566. Decided June 28, 2012.
- Nyman, J. A. (1998). *Theory of health insurance*. Journal of Health Administration Education. 16(1):41-66.
- Pear, R. (2013a) *British Company Is Awarded Contract to Administer Health Rollout*. New York Times. July 4, 2013 http://www.nytimes.com/2013/07/05/health/british-company-is-awarded-contract-to-administer-health-rollout.html?_r=0
- Pear, R. (2013b). *Lower health insurance premiums to come at cost of fewer choices*. New York Times. Sept 22, 2013. Available at: <http://www.nytimes.com/2013/09/23/health/lower-health-insurance-premiums-to-come-at-cost-of-fewer-choices.html?pagewanted=all>
- Perlstadt, H. (2013). *Political ideology, party identification and perceptions of health disparities: An*

- exploratory study of cognitive and moral prejudice." In Jennie Jacobs Kronenfeld (ed) *Social Determinants, Health Disparities And Linkages To Health And Health Care: Research in the Sociology of Health Care*, vol 31, *Social Determinants*, 2013 pp 319-337. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Ltd
- Peters, J. W. (2013). *Conservatives' aggressive ad campaign seeks to cast doubt on health law*. *New York Times*. July 6, 2013. Available at: http://www.nytimes.com/2013/07/07/us/politics/conservatives-aggressive-ad-campaign-seeks-to-cast-doubt-on-health-law.html?_r=0
 - Pugh, T. (2013). *Obamacare enrollment efforts and message wars, heat up*. *Ledger Inquirer*. July, 25, 2013. Available at: <http://www.ledger-enquirer.com/2013/07/25/2599348/obamacare-enrollment-efforts-and.html>
 - Russell, K. (2012). *Court holds that states have choice whether to join Medicaid expansion*. *SCOTUS Blog*. June 28th, 2012. <http://www.scotusblog.com/2012/06/court-holds-that-states-have-choice-whether-to-join-medicare-expansion/>
 - Sanders, J. (2013) *California Health Exchange Premiums Vary By Geographic Region*. *McClatchy News*. Available at <http://www.governing.com/news/state/mct-ca-hix-premiums-vary-by-geographic-region.html>
 - Scott, J. S. (2007). *Debating health care at long last*. *Healthcare Financial Management*. 61.3 (Mar. 2007) 40-42.
 - Scott, W. A. (2008). *Beware of Obamacare*. *The Washington Times*, October 26, 2008. <http://www.washingtontimes.com/news/2008/oct/26/beware-of-obamacare/?page=all>
 - WKZO (2013). *Governor Snyder will be campaigning for Medicaid Expansion this week*. *WKZO-TV*. June 30, 2013. Available at: <http://wkzo.com/news/articles/2013/jun/30/governor-snyder-will-be-campaigning-for-medicare-expansion-this-week/>
 - Todd, C. Murray, M. and Montanaro, D. (2013). *First Thoughts: Health care remains a tough sell*. *NBC News*. Sept 16, 2013. http://firstread.nbcnews.com/_news/2013/09/16/20522447-first-thoughts-health-care-remains-a-tough-sell?lite
 - Todd, C. Murray, M. Montanaro, D. and Brower, B. (2013). *First Thoughts: Team Obama's work to do on health care*. *NBC News*. July 25, 2013. Available at: http://firstread.nbcnews.com/_news/2013/07/25/19677768-first-thoughts-team-obamas-work-to-do-on-health-care?lite
 - US Census (2010) *Health Insurance. Highlights:2010*. Available at: <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/highlights.html>
 - Wilemon, T. (2013). *CoverTN won't be viable under federal health law as of Jan. 1*. *The Tennessean* Sept. 10, 2013. Available at: <http://www.tennessean.com/article/20130910/NEWS07/309100044/CoverTN-won-t-viable-under-federal-health-law-Jan-1?gcheck=1>
-
1. Professor emeritus Ph.D., M.P.H., USA
Michigan State University
 2. Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar,
Népegészségtani Intézet

A patológia és a patológusok helyzete

A patológia a görög pathos (fájdalom) és logos (tudomány) szavakból alakult ki, ez a tudományág a beteg sejtek, szövetek és szervek szerkezeti és funkcionális váltoásaival foglalkozik.

■ Fekete Tibor

Korszerű patológiáról az 1800-as évek közepétől beszélhetünk. Legfontosabb feladata a boncolás volt, azonban a mai patológia már korántsem egyenlő a kórbonctannal. Ez a változás az 1930-as években következett be, ekkor indultak el az élőbből vett szövettani anyagok vizsgálata, amivel a patológus nagy segítséget nyújtott/nyújt a beteget kezelő orvosnak a diagnózis felállításában, ezáltal vált a patológus és a klinikus egymásra utalt nélkülözhetetlen társává. A patológusok nem titkoltan diagnosztikai tevékenységükkel az eredményes, magas színvonalú betegellátáshoz és az orvostudomány fejlődéséhez kívánnak hozzájárulni. Magyarországon sajnos rendkívüli létszámhiány alakult ki a patológiai osztályokon az elmúlt évtizedekben, ami hatékony működésüket, ezzel együtt a betegellátás színvonalát mára súlyosan korlátozza (például hosszú leletátfutás, patológus nélküli patológiai osztályok). Az okok közt meg kell említeni a szakma indokolatlan alulbecsültségét és alulfinanszírozottságát (alacsony fizetések, korszerűtlen, elavult felszereléssel működő osztályok). Nem lehet tagadni, hogy ahol a patológiai osztályok működését nem fejlesztik, ott a betegellátás színvonala is elmarad a ma elvárható szinttől.

Két évvel ezelőtt a Magyar Patológusok Társasága 69. Kongresszusának egyik délelőttiét a szervezők a patológusok helyzete megvitatásnak szentelték. Akkor Kopper László, a szakmai kollégium elnöke a problémák közt kiemelte, hogy a finanszírozás számos feszültség forrása. A legtöbb helyen a patológia működési feltételei a kórházvezetéstől függnének, ezért a belső minőségellenőrző szerepet nem tudja maradéktalanul betölteni. A molekuláris patológiai vizsgálatok költségeit a HBCS-ből alig, vagy nem is lehet fedezni, ezért a korszerű diagnosztika és a klinikai betegellátás kerül konfliktusba. Ezeknek a diagnosztikáknak csak kisebb részét fedezi a biztosító, ami azért is tarthatatlan, mert a terápia – különösen a rendkívül drága célzott onkológiai kezelés – indikációjához egyre több esetben kötelező a vizsgálatok elvégzése.

A szakemberek egy része önálló patológiai kasszát szeretne, korszerűsített kódrendszerrel, amely jobban tükrözi és ellenőrizhetőbbé teszi az elvégzett munkát. A problémákat tetézi, hogy a patológia változatlanul hiányszakma, nemcsak az ezt választók alacsony száma miatt, hanem azért is, mert az erkölcsi és anyagi megbecsülés híján képzett szakorvosok vándorolnak el. A patológia empirikus

szakma, a szövettani leletek értékeléséhez rengeteg tudás, folyamatos tanulás és még több rutin szükséges, egy patológus 10–15 év munka eredményeképp leletezhet felelősséggel önállóan, és éppen ebből a 35–45 éves korosztályból mennek legtöbbször külföldre. A svéd patológiákon dolgozó szakemberek 10 százaléka magyar. Az itthon maradottak, különösen a vidéken élők 3–4 állást is vállalnak, elsősorban anyagi okok miatt. Ez egyben kényszerhelyzet is, nem egy helyen nincs is patológus, és nem ritka, hogy csak egy látja el a munkát, ami sok szempontból nem kívánatos jelenség. A megoldások között igen fontos a diagnosztikai munka minőségének biztosítása és ellenőrzése, amihez mind a személyi, mind a tárgyi feltételeken jelentősen javítani kell. Komoly kihívás a centrumok kialakítása, ezt hangsúlyozta Matolcsy András professzor. Ez a stratégia az egész egészségügyet át fogja hatni, amire a patológus szakmának is fel kell készülnie, s minél hamarabb letennie a döntéshozók asztalára, hogy milyen jövőképet szeretnének a patológusok. Ezt az elképzelést egyöntetűen támogatták a gyűlés résztvevői, az akaratban tehát nincs hiány.

2013 októberében a 71. patológuskongresszuson ismétleten foglalkoztak a patológia és a patológusok helyzetével. A Magyar Patológusok Társasága felmérést készített az aktuális helyzetről, amit Matolcsy András professzor, a társaság elnöke ismertetett. A felmérés eredménye szerint 270 aktív patológus működik az országban. Közülük 209 fő 29–62 év közötti. A 62–83 év közöttiek száma 61 fő. Teljes munkaidőben foglalkoztatott 216 fő, részmunkaidőben 126 fő. A számok mutatják, hogy a patológusok egy része a teljes munkaidőben és a részmunkaidőben foglalkoztatottak között is szerepel. Ez másként fogalmazva azt jelenti, hogy többeket két, illetve három munkahelyen is foglalkoztatnak. Azt tapasztalták, hogy 64 kórházban van patológiai (biopsziás) osztály. Ezek 70 százalékában a minimumfeltételek nem teljesülnek. Az osztályok 27 százalékánál kritikus túlterhelés a jellemző.

A boncolások tekintetében is vannak gondok. A szabad kapacitás kevés. A feladatok megoldásához a patológusok száma nem elegendő. Hosszú a leletek átfutási ideje. Az átlag 7 nap, de a leghosszabb az akár 21–22 nap is lehet. A kritikus túlterheltség mellett nem lehet minőségi követelményeket támasztani. Összehasonlításként Matolcsy professzor megemlítette, hogy a népességét tekintve kisebb Hollandiában például 400 patológus működik. Erre fel kell hívni a figyelmet,

mert a patológia jelentősége egyértelműen nő. Szinte megismételte a 69. kongresszuson is már általa említettek, nevezetesen azt, hogy igen fontos a diagnosztikai munka minőségének biztosítása és ellenőrzése, amihez mind a személyi, mind a tárgyi feltételeken jelentősen javítani kell. Komoly kihívás a centrumok kialakítása. Ez a stratégia az egész egészségügyet érinti, amihez a patológus szakmának fel kell nőni. Fontosnak tartotta az együttműködést a szakmapolitikát meghatározó szervezetekkel, intézményekkel.

A kongresszuson előadást tartott dr. Laczó Andrea, a GYEMSZI DD TGI igazgatója. Előadásának bevezetőjeként arról beszélt, hogy közel két évtizeden keresztül gyakorló cito-patológusként dolgozott. Ezt követően került az igazgatás, a szakmapolitika csinálásának területére. Így egy kicsit belülről és egy kicsit felülről is képes megközelíteni, megítélni a helyzetet, a problémákat. Beszámolt arról, hogy Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár 2013 elején szorgalmazta, hogy készüljön egy felmérés a GYEMSZI, OEP, OTH együttműködésével a patológia helyéről.

A felmérés adatai más forrásokra támaszkodtak, mint a Patológusok Társaságának felmérése, de az adatok nagymértékben összhangban vannak, ami azt jelenti, hogy nyugodtan lehet támaszkodni ezekre az adatokra. A két felmérés mintegy validálta egymást. Az adateltérések a szubjektivitásból adódnak. Alapvetően térségi szinten kívánták a helyzetet meghatározni és ez alapján majd a jövőt tervezni. Felmérésük szerint a GYEMSZI által megfigyelt 112 kórházból 68-ban (más megközelítésben 64-ben) van teljes körű tevékenységet végző patológiai osztály. Ez akár tekinthető soknak is. Igaz, hozzátette: mihez képest? 25 kórházban csak boncterem van. Nincs patológiai tevékenység 19 kórházban. Az OEP 2012. év végi kimutatása szerint 308 patológusból 300 aktív. A felmérés 242 aktív patológust talált a kórházak jelentése szerint. A rezidensek száma 70 fő. A 62 éven felüliek száma 62 fő. A korfa egybehangzó megítélés szerint nem megfelelő. Vizsgálták a patológusok mozgását is. Egy patológus maximum három munkahelyre utazik. Több ilyen területet és szakembert is regisztráltak. Érdekes, és a jövőt illetően nagyon fontos adat a foglalkoztatási jogviszony. A patológusok között kevés a közalkalmazotti munkaviszonyban foglalkoztatott. Nagyon sokan vállalkozási formában tevékenykednek. Jellemző a közreműködői szerződéssel foglalkoztatás. A szakmai minimumfeltételekről is érdemes szót váltani. Nem mindenki számára érthető a kialakult helyzet, ami az egyes alkalmazotti kategóriákban foglalkoztatottak számát illeti az egyes progresszivitási szinteken. A boncmesterek száma 169 fő. Laczó Andrea megjegyezte, hogy az egy főre jutó elvégzett munka nem utal túlterhelésre. Példaként hozta fel a boncolások számát. Évente 41200 boncolást végeznek, ami szerint egy szakorvosra 191 boncolás jut, ami kevesebb, mint a munkanapok száma. Eldöntendő kérdésként jelölte meg, hogy hol legyenek a boncolások. A közösségi, vagy a szakkórházakban? Hol legyen boncterem? Szállítás utáni boncolás a megfigyelt évben 50 intézetben végeztek. Boncolás céljából történt halottszállításra az OEP 2012-ben 65 millió forintot fordított. Melyik a jövedelmezőbb megoldás? A halott szállítása, vagy az orvos utaztatása? A számítások azt mutatják, hogy évi 250–300 boncolás felett már nem éri meg beszállítani a halottat boncolásra a centrumokba.

Nem megkerülhetők a kegyeleti szolgáltatások igen eltérő árai az egyes intézményekben. Kiugró és helytelen példaként említette meg a 750 Ft/A4-es lap áron számolt boncolásijegyzőkönyv-másolat elkészítését. Ez nem védhető. Ahogyan a 90 napos boncolási jegyzőkönyv elkészítése sem. A szövettani esetek számában is óriási területi egyenlenségek vannak. A citológiai lelet átfutási ideje országos átlagban 8,4 nap, de óriási eltérések vannak. A felmérés szerint 3 és 24 nap közötti a szórás. A finanszírozással kapcsolatosan is adott információt a felmérés. A 2010. évi adatok alapján a tételes elszámolás a jellemző az OECD-országokban. A pénzügyi problémák mindenhol hasonlóak. 2012-ben a „patológiai kassza” – bár hivatalosan nincs ilyen – 10 milliárd forint volt. Ennek megoszlása: 5,3 milliárd forint a járóbeteg-szakellátásként végzett tevékenység finanszírozására, és 4,1 milliárd forint a fekvőbeteg-ellátásra jutott. A magánszektor nem jellemző, 3-4 szolgáltató van jelen, amelyek OEP-finanszírozású munkát végeznek ezen a területen. Az egyetemek vezetik a legnagyobb összegeket kaptak toplistáját, jogosan. Érdekes, hogy az első 20 szolgáltató a kassza 50 százalékát viszi el. A többi 86 kapja a másik 50 százalékot. Ez már mutat valami centralizációt, amire az egészségügyi kormányzat törekszik.

A felmérés alapján meghatározták egy átlagos magyar térség jellemző adatait. A térségeket ugyanis ennek megfelelően célszerű kialakítani. Az átlagos magyar térségben 1,2–1,3 millió fő lakik. Nyolc ilyen térség van Magyarországon. Egy térségben van 14 kórház, 1/2 egyetem, 8,5 teljes funkcióval működő patológia, 3 „csak”-boncterem és 2,5 olyan hely ahol semmilyen patológiai tevékenység nincs a helyszínen. A patológusok tételes mozgását megvizsgálva azt tapasztalták, hogy tértől, távolságtól független a mozgás, ami arra enged következtetni, hogy nem szakmai kérdések, hanem feltehetően anyagiak a mozgató erők. Jellemző a szervezetlenség. A viszonyrendszer és az útvonalak áttekinthetetlenek, kuszák. Nagyon súlyos humán erőforrás-hiány van a patológiában. Túl sok az egyszemélyes patológia. A szakmai minimumfeltételek sem tükrözik feltehetően a munkavégzés mennyiségét. Sajnos a rendszerben nem látszik a kontroll, a minőség, vagy akár a szolgáltatáshoz való egyenlő hozzáférés lehetősége.

Mindenki más tart ideális állapotnak. A hozzátartozók, a betegek azt, hogy legyen egységes, megfizethető a kegyeleti szolgáltatás, legyen minél rövidebb a leletátfordulási idő. A finanszírozó szerint ideális az lenne, ha reális lenne a költség és lehetőleg minél kevesebbet kellene erre költeni. A kórházi menedzsment szerint ideális az, ha jövedelmező a patológiai tevékenység. Kisebb kórházak vezetői pedig örülnek, ha ezzel nem kell foglalkozniuk, ezért szívesen átengedik ezt a tevékenységet másnak. A patológus elfogadható mértékű munkaterhelést, a szakma erkölcsi és anyagi elismerését, és szakmai szabadságot szeretne. Ilyen körülmények között mi lehet a megoldás? Egyrészt az, hogy nem csinálunk semmit és minden marad a régiben. Másik megoldás a patológiák külön kiszervezése. Erre már vannak példák. Ezeknél a vállalkozás a kórházi menedzsmenttel egyezkedve próbálja a patológia finanszírozását megoldani. Harmadik megoldás lehet a külön patológiai kassza létrehozása a HBCS-ből kiemelve. Ez azért nem járható út, mert ebben az OEP nem partner. Negyedik megoldás lehet a telepatológia. Sokan ettől várják a megoldást. Az előadó fontosnak tartotta kiemelni,

hogy ő nem ezek közé tartozik. Az igazán jó megoldás a véleménye szerint a struktúraváltás. Térségi modell létrehozása térségi koncentrációval, térségi kontrollal együtt. Ennek együtt kell járnia szakmai integrációval, szakmai állásfoglalásokkal, egységes leletezési módszertannal, leletformával.

A kongresszus jelentős eseménye volt a digitális patológiáról rendezett plenáris ülés. Az ülést a 3DHISTECH Kft. kiemelt fontosságúnak tartotta és támogatta. A patológia rohamosan fejlődő területe, ami a 21. században már-már cseppet sem meglepő, a telepatológia. Ennek lényege, hogy számítástechnikai háttérrel a minták szövettani vizsgálata a Föld bármely pontján (távrolról is) lehetséges. Az eljárás során az üveglemezen vizsgált szövetet egy speciális automata (ún. metszetszkennel) beolvassa, majd számítógépes szerverre tárolja. Az adatok összehangolt együttműködés keretén belül a világ bármely területén elérhetők, akár párhuzamosan is értékelhetők. A szekción sokan megemlékeztek a 3DHISTECH úttörő szerepéről, és hozzájárulását a szakmai fejlődéshez.

1997–1998-ban dr. Molnár Béla laboratóriumi kutatásai során olyan igényeket fedezett fel, amelyekre akkori megítélése szerint várhatóan piaci kereslet létrejöttét lehetett prognosztizálni. Akkor még az édesapja által alapított élelmiszerkereskedéssel foglalkozó cég gyökeres átalakítását határozta el. Elkezdte fejleszteni és gyártani a cég mára fő termékévé vált virtuális mikroszkópot. Az első megrendelést 1999-ben kapták. Ekkorra vált a virtuális mikroszkóp gyakorlatban használhatóvá. Jelentős eredmény volt, hogy az Ikonisys Inc. vásárolt tíz darab, egyedi fejlesztésű mikroszkópot. A fejlesztés jelentős erővel folytatódott, amihez lökést adott a 2003-ban elnyert Innovációs Nagydíj. 2004 nyarán létrejött a nagy jelentőségű megállapodás a Carl Zeiss céggel, melynek keretében a német cég 2004-ben öt, 2005-ben tíz, 2006-ban pedig húsz darab mikroszkópot vásárol meg továbbértékesítés céljából. Ekkor kezdődött a cég robbanásszerű fejlődése. Világossá vált számukra, hogy a virtuális mikroszkópnak van jövője és óriási előnnyel rendelkeznek ezen a területen. Ezt támasztotta alá, hogy konkurens csak 2005-ben jelent meg először Európában.

A virtuális mikroszkóp célközönsége a patológiai kutatókat, valamint rutinvizsgálatokat végző tudósok, kutatók, orvosok. A hagyományos és a digitális mikroszkóp közötti különbség nagyjából megfelel a hagyományos, illetve a digitális fényképezőgép közti különbségnek. A 3DHISTECH Kft. terméke egy újfajta mikroszkópot köt össze egy számítógépes rendszerrel. A kutató a vizsgált objektumokat elhelyezi a mikroszkópban, amely egy scannerhez hasonlóan digitalizálja azokat, ezután pedig az objektumok a számítógépen lévő szoftver segítségével kezelhetővé válnak. A rendszer kiválóan alkalmazható több területen. Példaként említhető:

Telekonzultáció

A digitalizálás lehetővé teszi, hogy korlátlan számú szakember vizsgálja az adott leletet. Ez történhet akár a Föld különböző kontinensein is, sőt arra is van lehetőség, hogy a kutatók az internet segítségével együttműködve, egy időben vizsgálják az anyagot.

Oktatás

A számítógépen tárolt adatok szinte költségmentesen sokszorosíthatók, ez a szakmai, valamint az egyetemi okta-

tásban óriási könnyebbséget jelent. A diákoknak így nincs szükségük mikroszkópra ahhoz, hogy például a jellegzetes kóros tüneteket megvizsgálják, elég, ha az alkalmas szoftverrel és számítógéppel rendelkeznek.

Archiválás

Az adatok megőrzése korábban szinte megoldatlan, de legalábbis nehezen kezelhető kérdés volt a patológia területén. A digitalizált objektumok azonban korlátlan ideig és mennyiségben tárolhatók.

Precíz mérés

A helyes orvosi diagnózisok megállapításánál nagy jelentősége van annak, hogy egyes sejtek bizonyos tulajdonságait minél pontosabban meghatározzák. Az ilyen mérések a számítógéppel összekötött virtuális mikroszkóp és megfelelő szoftverek segítségével könnyebben, gyorsabban és megbízhatóbban elvégezhetőek, mint korábban a hagyományos mikroszkóppal.

A jól használható rendszerek kooperációban készülnek. A Nexico Kft. a hardvert készíti és a mikroszkópfejlesztés egy részét végzi. Az ASK-M a mikroszkópot gyártja. 3DHISTECH Kft. feladata a szoftver kifejlesztése, tesztelése, valamint a mikroszkóppal való összekötése. Az ő dolguk a késztermékek tesztelése és eljuttatása a Carl Zeisshez, illetve az Electronic Kft.-hez. Az előbbi a külföldi vevőket szolgálja ki, míg az utóbbi a magyar cégeknek adja tovább a kész mikroszkópokat és rendszereket.

Érdemes röviden bemutatni a stratégiai partnereket is. A Carl Zeiss német cég több mint 160 éve van jelen a piacon. Fő profilja az optikai termékek és azok minden válfaja. A hatalmas, tradicionális nagyvállalat is keresi a modernizálódás lehetséges módjait, aminek egyik formája, hogy szakítva a múlt hagyományaival, nyitott a kisvállalkozások felé. Ezért volt lehetséges, hogy egy kis magyar cég egy német óriással szövetkezessen. 2004-ben, ahogy egyértelművé vált, hogy a virtuális mikroszkóp ötlete életképes, a Carl Zeiss komoly figyelmet kezdett fordítani Molnár doktor kutatásaira, melyeket addig senki nem vett igazán komolyan. Egy idő után a figyelem konkrét üzleti érdeklődéssé vált, amelynek eredményeképpen 2004 augusztusában megszületett az első, két évre szóló szerződés, ami hatalmas előrelépést jelentett a magyar cég életében. A megállapodás előtt összesen tizenegy darab mikroszkópot adtak el, a megállapodás után azonban egy év alatt tizenhatot. Időnként felmerül a kérdés: miért kellett egy „multi” céggel szövetkezni. A válasz egyértelmű. A tőke, tapasztalat, vevőkör és egy sor egyéb tényező hiánya ellentmondást nem tűrően kényszerítette a céget, hogy a nagyok felé nyisson. A szervizelést és a vevőszolgálatot a német fél biztosította a virtuális mikroszkóp felhasználóinak, ráadásul változatosabb termékportfólióval is el tudta és tudja látni vásárlóit. A Carl Zeiss vevőköre ezenkívül hosszú távú kapcsolatban gondolkodik, ami azért fontos, mert ha meg vannak elégedve a cég egyéb termékeivel, szívesebben vásárolnak tőle akár újdonásokat is.

A 3DHISTECH nemrég kötött megállapodást az Electro-Optika Kft.-vel. Ez a kis cég a magyar vevőknek adja tovább a mikroszkópokat. Jelentősége eltörpül a német partneréhez képest, hiszen Magyarországon a pénzhiány miatt jóval kevesebb megrendeléssel számolhatnak. Mégis fontos,

hogy itthon nem a Carl Zeiss-től kell megvásárolni a mikroszkópokat, hiszen így nem a német cég magasabb hasznosulcsát kell megfizetni.

A Nexico és ASK-M Kft., amelyről már tettünk említést. A 3DHISTECH-el való együttműködésük a termékek gyártása során jelenik meg. Tulajdonképpen a három vállalkozás együtt fejleszti a mikroszkópokat, de egyértelmű a 3DHISTECH dominanciája.

Bár nyilvánvalóan fiatal cégről, és nagyon új termékről van szó, a cég máris nagy utat járt be. A virtuális mikroszkóp előállítására már gördülékenyen megy, jelenleg a feladataik többnyire a tökéletesítések, a még jobb beállítások, még precízebb eredmények biztosítása. A virtuális mikroszkóp életciklusának jelenleg a bevezetési szakaszán van túl. Anynyira új termékről van szó, hogy, 2005 elejéig a 3DHISTECH volt az egyetlen gyártó Európában, és valószínűleg ők voltak az első cég a világon, amely ilyen eszközt gyártott. A vállal-

kozás megalapításánál és később a működtetés folyamán is óriási jelentőségű a tudás, valamint annak felhalmozása. Fontos az is, hogy ezt a tudást hatékonyan tovább lehessen adni a cégen belül, valamint kifelé, a stratégiai partnereknek is. Ezt a tudást, ezt a tapasztalatot meg is kell védeni. Magyarországon, és nemzetközi viszonylatban is igyekeznek a saját szellemi termékeiket megvédeni, egyúttal biztosítani a cégnek a stabilitást a piacon. Ennek egyik hatékony eszköze a saját fejlesztések megvédése szabadalommal.

A kft. egyedüli tulajdonosa dr. Molnár Béla az MTA doktora, aki szakmáját tekintve belgyógyász. A SOTE II. Belgyógyászati Klinikáján alapította meg a Sejtanalitikai Laboratóriumot.

A szerző vegyipari műveletek szakmérnök, szakokleveles jogi mérnök, a KF&T Vállalkozási Iroda és Kereskedőház ügyvezető igazgatója.

Gaál Csaba: Egy életút gondolatai

Könyvrecenzió

Semmelweis kiadó, 2013. 560 oldal, ára: 3 900 Ft

Gaál Csaba könyve azon munkák közé tartozik, amelyeket nehéz – ha nem lehetetlen – ismertetni, hiszen tartalmának felsorolása alig lenne több, mint a címben ígért mondanivaló ismétlése. Éppen ezért a végkövetkeztetésnél kezdem: a könyvet egyszerűen el kell olvasni. Biztosíthatom az olvasót, hogy nem bánja meg.

■ Széll Kálmán

Minden munkadarab – esetünkben könyv – magán hordozza szerzője kézjegyeit, elválaszthatatlan alkotójától. Különösen vonatkozik ez egy olyan munkára, amely nem szakkönyv (vagyis a korszerű tudomány tárgyilagossá ismerethalmaza), hanem egy testre és korhoz szabott, ezért tulajdonképpen szubjektív gondolat- és véleménygyűjtemény, válogatott bölcsességek valóságos tárháza. Éppen ezért hibát követne el a recenzor, ha kizárólag magával a munkával foglalkozna.

Gaál Csabát nem kell az olvasónak bemutatni, hiszen az élete során írt, szerkesztett számos szakkönyv és határterületi munka sokoldalú érdeklődési területéről, szaktudásáról, íráskészségéről, műveltségéről és emberségéről árulkodik. Őt, mint hajdani munkatársamat régtől ismerem, és kapcsolataink akkor sem szűnt meg, amikor Németországba kényszerítette a sorsa. Gaál Csabát gyógyító munkáján túl mindig a hasznosan megélt élet kérdései foglalkoztatták. Számára nem volt kizárólagos idő. Olvasással, jegyzeteléssel és tisztázó eszmecsere-kkel igyekezett az élet értelmét, célját megközeleltetni, kipuhatolni. Mert rövid az élet és megismételhetetlen. Gaál Csaba világéletében szenvedélyesen kereste az igazságot, s mindig hitet mert tenni a felismert igazság mellett. Az igazság felismerése egyes emberekből szinte kikényszeríti a tévedések kiigazítását. Ezzel magyarázható, hogy gyakran (jelen könyvében is) bírálta – mert szerette – környezetét, szakmáját, a világot, hazáját, akár egyházát is stb., és ezek miatt nem egyszer vitába is keveredett, de mindig a javító, segítő, jobbító szándék vezérelte. Véleménye megformálásához – mint ahogy a gyógyításhoz és kutatáshoz is – kérdeznie kellett. Kérdezte a világot, tetten érte a korát, híres „nagy” emberek mondásait gondosan feljegyezte, faggatta az életet, vallatta önmagát. A kérdezni tudás kizárólagos humán cselekedet, sőt minden tudás előzménye a jó kérdés. Maga a kutatás is kérdések és válaszok sokaságára épül, a tudomány pedig nem más, mint a kérdésekre adott – a történelem bizonyos pontjában helyesnek és igaznak tűnő – válaszok összessége.

Túlzás nélkül gyanítom, hogy Gaál Csaba jelen könyvével eddigi szak- és közírói munkásságára feltette a koronát, munkája szinte túlmutat önmagán. Hogyne mutatna túl, hiszen egy élet munkája és tapasztalata áll mögötte. A könyv műfajilag nehezen besorolható, hiszen felülmúlja a szakkönyveket, az orvoslást mintegy vertikális nézőpontból, életfelfogását pedig a napi részleteket már nélkülöző kellő távolsággal, leülepedett, szűrt bölcsességgel szemléli és rögzíti. A könyvből feltárul sokoldalúsága, széles olvasottsága és műveltsége, amikről különben a hivatkozott irodalmi adatok is árulkodnak. Tele van idézetekkel orvosoktól, íróktól, költőktől, művészekről, filozófusoktól, érdekes emberektől az ókortól napjainkig, a hazai szerzőktől a világ minden részéből olvasott hírességekig merít ismereteket. Ezeket saját véleményével veti össze, hazai és külföldi példákkal egészíti ki, s az áttekinthetőség érdekében a nyomdatechnika különböző fortélyaival (betűtípus, háttér árnyalása, kiemelés, apróbetű, stb.) szerkeszti egységes egészzé. Ilyen könyv megírására csak az élete derekán túljutott, „írástudó”, világéletében jegyzetelő, gyűjtő – kimunkált szemléletét tudatosan vagy akár tudat alatt is valamikor megosztani akaró közösség- és szakmaszerető ember vállalkozhat.

A könyv két nagy részre oszlik. Az elsőben a sebész filozófiai gondolatait foglalja össze, beleértve az orvos sokoldalú munkáját, konfliktusait, kihívásait, a mindennapi gyakorlat tapasztalatait, a sebészi etikát, de kitér az orvos közszereplésére, az ön- és továbbképzésre, az iskola és az öregkor problémáira is. A másik részben saját nézeteit írja le, s persze itt sem maradnak el azok a hivatkozási alapok és példák, amelyekre véleményét építi. A kiegyensúlyozott életúttól az emigráción át eljut a létkérdésekig, s nem szűkölködik saját világnézetét (beleértve hitét is) megvallani. (Tulajdonképpen a könyv tizenhét fejezetét kellene felsorolnom, bár ezek is csak a számos alcímmel együtt sejtetik a tartalmát.)

Az életfilozófia az, ami – tudatosan vagy tudat alatt – a lelki ismeretével összhangban az ember tevékenységét irányítja. Ezt minden embernek önmagának kell kialakítania. Az életfilozófia

lényegében egyfajta válasz a kihívásokra, a mindennapi és ritka gondok megoldására, az igaznak hitt, de nem annak bizonyuló hibákra, tévedésekre. Egy bizonyos kor után – saját tapasztalatainak, mesterei ellopott mondatainak, a környezet pozitív vagy negatív befolyásainak hatására minden emberben kialakul egy bizonyos életfelfogás, s ezen belül is egy szakmai ars poetica. Gaál Csaba most az olvasóval osztja meg saját gondolatait. Véleményei határozottak, nem csűrő-csavaró mellébeszélések, vagy „ha akarom így, ha akarom úgy érthető” szentenciák, hanem egy európai, ugyanakkor magyar ember tartalmasan leélt életének kiérlelt hozadékai.

Az ismert közmondás alapján „más kárán tanul az okos.” Ezt azzal egészíteném ki, hogy az igazán okos nem csak a más kárán, hanem más eredményeiből, életfelfogásából is okul, s egyedül az olvasón múlik, hogy a könyvet csak elolvassa, vagy tanul belőle. Utóbbi esetben megismerkedhet egy élet-tapasztalaton alapuló szemlélettel, amit mérlegre helyezve akár a magáévá is tehet. A szemlélet nem más, mint az életről, a világról, az Istenről alkotott nézetünk. S bár ezt végső fokon mindenkinek önmagában kell kimunkálnia, nagy segítséget nyújthat a mások életéből vett, az élet által már igazolt tanácsok elfogadása.

A könyvet nem igazán lehet olvasni, ugyanakkor nehéz letenni. A szerző a mondandót tömören, fecsegés nélkül adja elő, amely feltétlenül gondolatokat ébreszt. Ez már önmagában is hasznos, hiszen talán soha nem volt az emberek élete annyira felszínes, mint napjainkban, amikor a reklámokból, a tömegkommunikáció észosztói jóvoltából szinte kész válaszokat, nem egyszer dogmákat hallunk, amik persze mindig a korszerűség és a haladás álarca mögé rejteznek. Ezáltal válik a ma embere a második évezred pénztől függő, határozatlan véleményű, fogyasztó tömegemberévé. Korunk értékválsága (értékhiánya) megkérdőjelezi vagy relativizálja a múltat, a posztmodern kor mindent lehetségesnek tart, de semmit sem állít biztosan. Az ilyen morális válság idején különösen fontosak a kapaszkodók. A könyv megkíméli az olvasót a saját kutatásoktól, gyűjtésektől, hiszen a Szerző egy életen át folytatott tevékenység gyümölcseként bőségesen szállít nyersanyagot, részben félig elkészített recepteket, de végül mindenkinek magának kell azokat a saját ízléséhez igazodva elkészíteni, elfogyasztani és megemészteni. És ehhez idő kell, ezért nehéz az olvasás. Mert minduntalan meg kell állni, kontemplálni kell, megkérdézni magunktól, hogy mi hogyan látjuk ezt a kérdést, mit fogadunk el és mit nem, és mi okból? Mit kell változtatnunk eddigi felfogásunkon és miért? Itt szeretném felhívni a figyelmet a könyv gyakorlatiasságára. Nem (csak) elvont fogalmakkal, elvekkal, hanem a mindennapi élet kihívásaival, ellentmondásaival és anomáliáival is szembenéz, s azokra legjobb meggyőződése szerint válaszokat is ad.

Az orvosi hivatás egész embert és szinte teljes életáldozatot kíván. A friss diplomás orvos legalább 18 éves tanulás birtokában hatalmas ismeretanyaggal rendelkezik, de még nem igazán tud bánni vele. Sokan – dicséretes módon – nyelveket ismernek, sportolnak, hangszereken játszanak. A legkorábban 30 éves korára szakemberré váló orvos azonban – önhibáján kívül – még mindig csak egyfajta szakbarbár. Hogy ezt követően mi lesz belőle, az a körülményeken, de legfőképpen önmagán múlik. Ahhoz, hogy megfelelő életszemléletet szerezzen, tevékenységét átszöjje a humanizmus, a kultúra, a közösség és a közjó szolgálata, meg kell érnie, egyfajta desztilláción kell

átmennie. Így válhat a társadalom hasznos tagjává, „kiművelt emberfővé”. Ehhez nyújt segítséget Gaál Csaba könyve, aminek aforizmái, magyarázatai, példái és nézetei, egyfajta testre szabott iránytűként hatnak. A szakmai mondanivaló túlmutat a sebészet határain (hogy mást ne említsek, foglalkozik például az abortuszkérdéssel is), szinte az orvoslás valamennyi területét érinti, ezért minden szakterület orvosa számára élvezetes olvasmányt nyújt. Úgy gondolom, hogy belőle nem csak az olvasó, de a beteg is hasznot nyer. El tudnám képzelni, sőt javasolnám is, hogy a könyvet (annak egyes fejezeteit) medikusok, fiatal orvosok, vagy egy-egy osztály orvosai hétről hétre a „kollektív bölcsesség” segítségével közösen megbeszéljék, megemésszék, hiszen a felmerült kérdések mindennapi munkánk és életünk részeit képviselik.

A könyv kiállítása, színe, kivitelezése izlées. A kifogástalan papír, váltakozó hasábos vagy folyamatos nyomdatechnika, az alkalmazott kiemelések, árnyalások barátságossá, kezelhetővé teszik a szellemi kincsestárral felérő munkát. A könyv végén számozatlan irodalmi felsorolás következik, amiből lemérhető az a széles skála, amiből a Szerző merített. Kiemelendő, hogy a hivatkozott szereplőket abc sorrendben külön is bemutatja. Ám a recenzor tiszte a negatívumok felemlítése is, de keresve is nehéz ilyeneket találni. Talán a – különben érdekes – külső fedőlap sokat sejtető „noteszlapjának” címe érdekelné az olvasót, hogy a bemutatott sebészeti-anatómiai vázlat mit akar igazában ábrázolni, mondani? Én még egy név és tárgymutatónak is örültem volna, hiszen a sok aforizma és név visszakeresése e nélkül nehézkes. Erre a fejezetcímek sem nyújtanak elég segítséget, hiszen egy-egy hivatkozás több fejezethez is tartozhatna. Ám ezek nélkül is minden könyvtár és könyvtulajdonos büszke lehet egy ilyen szép kiállítású, szak- és kultúrkönyv birtoklására, ami egyszerűen hiánycikk a mai grafomániás világban, amikor egyre több a könyv és egyre kevesebb az olvasó.

És még valami: Kodályra hivatkozom, aki szerint: „Magyarnak lenni küldetés. Ám senki sem születik annak, és csak akkor mondhatja magáról, hogy az, ha méltó módon él.” Gaál Csaba – noha külföldön él – egy percig sem szűnt meg magyarnak lenni és hazájának szolgálni, ő tehát a kodályi értelemben is magyar maradt. Ennek ékes bizonyítéka a sok magyar – köztük mai – szerzőre való hivatkozás, s azzal, hogy pl. Márait is gyakran idézi, egyfajta történelmi adósságunk törlesztéséhez is hozzájárul. A jelen orvosa, ha mégoly büszke is az orvostudomány – főleg technikai és farmakológiai – haladására, nem nélkülözheti a nagy elődök örökségét. Nem tehet úgy, mintha vele kezdődne a történelem. Az orvostörténelem évezredes bölcsességeket rejteget, amire az idők folyamán rátelepedett a hitelesség nemespenésze. Ne szégyelljük ezeket „életben tartani” és követni. Példaképeinket, mentorainkat tiszteljük! Nem a szolgai másolás okán (hiszen minden kornak megvan a maga problémái és senki sem másolható!), hanem a tanulás, alkalmazás és továbbfejlesztés céljából. Ugyanakkor ne szégyelljünk a mai élet számos bírálható jelenségével konfrontálni, mert ezek megoldása a mi feladatunk.

Végh Alpar István írja: „Csak az a könyv fontos, amelynek lapjairól az életöröm és a bölcsesség hangja elér a szívig. Ha viszont oda elér, felfut az égig – az ilyennek nincs szüksége olvasóra, inkább az olvasónak van szüksége a könyvre”. Nos, azt hiszem nem tévedek: Gaál Csaba legújabb könyve egy ilyen könyv, amit írással mindenkinek szíves jóindulatába ajánlok.

smartBED

Fókuszban a gyógyulás

A **SmartBed** a kórtermi ágyak mellett elhelyezett intelligens terminálok rendszere, amely lehetővé teszi, hogy az egészségügyi intézmények a kor színvonalának megfelelő, minőségi szolgáltatásokat biztosítsanak betegek számára. Ezáltal komfortosabbá válik a kórházban eltöltött idő, a páciensek közérzete jelentősen javul.

Az orvosok pillanatok alatt hozzáférhetnek a kórházi rendszerekben tárolt egészségügyi információkhoz, laboratóriumi eredményekhez, röntgenfelvételekhez. Ott, ahol mindezekre a legnagyobb szükségük van: közvetlenül a betegek ágya mellett.

Komfort,
amely kifizetődik...

mindenekelőtt a gyógyulásban.

Lehetséges alkalmazási területek:

- kórtermek (VIP)
- egynapos sebészetek
- dialízis központok
- rehabilitációs központok
- szépségklinikák
- idősothotok



Te
vagy
a legfontosabb!

**Válaszd a Teva
minőségi készítményeit!**

TEVA

**Magyar gyógyszergyártás
világszínvonalon**