

Az egészségvédelem alapvető gondjai: a bánásmód és a pénz.

Javaslat új egészségvédelmi rendszerre.

Naszlady Attila¹

Kivonat.

*A tanulmány áttekintést ad a magyar egészségvédelem jelen állapotáról: szervezeti felépítésének és működési feltételeinek kritikai ismertetése révén. A szervezeti felépítés négy összetevője: 1) az **irányítás** (Eü. Minisztérium, ÁNTSz, MOK); 2) a **tulajdonos** (állami, önkormányzati, egyházi, magán); 3) a **működtető** (OEP, Magánpénztár); 4) a **szolgálat** (fekvő beteg, járó beteg intézmény, háziorvos, mentő, fogászat, védőnők, gondozók – gyógyszerárak). Mindegyiket minősíti az elvárások és teljesítések aránya szerint. Bemutatja a gyakorlati teendők formai és tartalmi elágazásainak összefüggéseit. Tételesen felsorolja a tervező-megelőző-gyógyító-erőnlét helyreállító tevékenység megvalósíthatósági és erkölcsi feltételeit figyelembe véve a hazai és a külföldi, korábbi, ilyen irányú statisztikai - informatikai adatokon alapuló tapasztalatokat.*

*Összehasonlítja a Semmelweis terv tartalmával. Mind a betegellátásban, mind a népességszűrésben személyközpontú egészségvédelmet javasol. Tömegszűrés helyett Célzott Egészségi Lakosságvizsgálatot (CEL) ajánl. Ennek és az információ kommunikációnak technológiai (ICT) megoldására javasolja az Egészségvédelmi Személyes Elektronikus Memória kártya (E.Sz.E.M) rendszer bevezetését, belefoglaltan esetközpontú adatokkal. Az egészségvédelmi ellátások feladatainak a szociális és nyugellátás feladataitól való éles elkülönítését javasolja. Az így áttekinthető, tisztán egészségvédelmi ráfordítások kiszámítására mutat be modellt a Hazai Jövedelem (25 000 mrd Ft esetén) a GDP 8 %-nak megfelelő (2 160 mrd Ft) pénzösszegre vonatkozóan: ebből 60% személyi illetményre (1296 mrd Ft) ill. dologi költségekre 40 % (864 mrd Ft) ráfordítással évente. Még ez is **elégtelenül kevés!!!** A beruházás, felújítás, -- tőkemegtérülés (amortizáció)-- tulajdonosi kötelezettség. (részletesebben ld. a Függelékben.)*

Elvek

- I. Az új egészségvédelmi (nem egészségügyi!) rendszer alapelveit meghatározni;
- II.: Az egészségvédelem fő gondjait megállapítani;
- III. Az eddigi szervezeti felépítés alapvetően átalakítandó;
- IV. Szakmailag legmagasabb szintű regionális centrumot képezni;
- V. A Nemzeti Jövedelem (GDP) 8 %-át egészségvédelemre kellene fordítani;
- VI. A forráselosztásnál a kockázat közösségi elvet és rendszert alkalmazni,

- VII. Az elosztást kizárólag egészségvédelmi szempontok szerint végrehajtani;
- VIII. A szakterület sajátosságait figyelembe venni;
- IX. Az elláthatóság szükségleteit meghatározni;
- X. Az egészségvédelmi szakterületet tisztán tartani;
- XI. A tömeg vizsgálatokat ésszerűen – valószínűség számítások alapján – szervezni;
- XII. Az egészségvédelemben oktathatókat kell gyógyítani és kutatva oktatni.

Kifejtés

Ad I. 1) Az egészség olyan egyéni és közösségi érték, mint a tisztességes közerkölcs vagy a családvédelem, a közbiztonság vagy a közjó, mely utóbbi társadalmi igazságosság és béke s mint ilyen nem lehet piacfüggő tényező.

2) Az egészségvédelem az egészségnek, mint értéknek olyan védelme, mely mind az egyénnek, mind a közösségnek érdeke is. Ebben nincs ellentét egyén és közösség között és az érdek és érték is egybeesnek.

3) Fentiekből következik, hogy fenntartásának és működésének egyik feltétele az a szemlélet, mely egyenlőnek minősíti mind a szegény mind a gazdag személy egészségét; másik feltétele, hogy mindenki képességei szerint járuljon hozzá, hogy szüksége esetén ellátásának gazdasági akadályai ne lehessenek. Ezt jelenti az esélyegyenlőségű (szolidaritás alapú) egészségbiztosítás.

4) Megszervezésében tehát az egészségvédelemnek ember-központúnak és nem csupán pénz-irányultnak kell lennie

5) Az egészségvédelem hatásos megvalósításához az egész társadalomra kiterjedő rendszert kell létrehozni, vagyis közintézményesíteni kell; jótékonyági hozzájárulás csak kiegészítő lehet.

6) Az egészségvédelem tervező (projektív), bajmegelőző (preventív), gyógyító(kuratív) és erőnlét helyreállító (rehabilitatív) műveletekből tevődik össze. Gyógyítás, oktatás és kutatás egymást átfedő tevékenység, mert az egészségvédelmi ellátás *gyógyítva oktat és kutatva gyógyít*.

7) Egészsége sikeres védelmében mind az egyénnek, mind orvosának, mind a közösségnek együtt kell működnie a testi, szellemi, közösségi és lelki jól-lét lehetséges elérésére. (*Medicus curat, natura sanat, pateriens sanabitur, communitas provideat conditiones*).

Az egészségvédelem nem „ügy” (mint a pénzügy, nincsenek ügynökei, ügyvivői, ügyiratai). Az egészség nem áru (ugyanis sem az orvos, sem a nővér nem ügyintéző, de nem

is piaci kofa), hanem cél. Az egészség nem fejleszthető, mert az egésznél nincs egészség.

Összetevői az ember jól-létében kétféle **célt** szolgálnak: **hosszabb életet**

i.e. „*éveket az életnek*” továbbá korának, nemének megfelelő **erőnlétet** azaz „*életet az éveknél*”.

A posztmodern szemlélet sokallja az emberiség létszámát, keveseknek ismeri el a távlati célt (helyette az itt-és-most a divat a *carpe diem*), letagadja a szükségletek mértékét, korlátozza a gondoskodás lehetőségeit pazarlással vádaskodva.

A célt csak a kezelt (páciens) és a kezelő (orvos) együttműködésével lehet elérni. Az **ok** a **szükségletek** a beteg részéről: megszabadulni a panaszoktól és tünetektől. Ám a szükséglet nem mindig azonos a hírveréssel felfokozott igénnyel; az igény szubjektív szükséglet s csak a valóságos szükséglet a megfontolandó igény. Az orvos és munkatársai részéről: rendelkezni az orvosi munka hiánytalan feltételeivel – szaktudás, a tudás fejlesztése, munkahelyek és munkaidők, elegendő létszám, megfelelő díjazások, korszerű műszerek (ezek között az ágy a legegyszerűbb „műszer”, ezért ezzel szabályozni az ellátó képességet, mint „kapacitást” - tévedés) . A **gondoskodás** a célnak megfelelő ellátás, azaz kezelés és ápolás, ami hozzáértéssel alkalmazott eszközös és egyéb beavatkozást jelent. Az egészségvédelmi gondoskodásnak erkölcsi módszerei.

Etikai elvek közösség számára

- **emberi méltóságot megőrizni**
- **testi-lelki támaszt nyújtani**
- **kockázat/előnyt mérlegelni**
- **helyesen választani**
- **jót tenni**
- **titkot tartani**
- **igazat beszélni**

Etikai tennivalók

A bánásmód *alanyi (szubjektív)* oldaláról a következő etikai elveket kell betartani. 1) *a személy méltóságát megőrizni* (tiszteletteljes hangnem, néven szólítás, nem állva beszélés, kedvességet sugárzó testbeszéd(metakommunikáció); 2) *testi-lelki támaszt nyújtani* (nemcsak gyógyítani, segíteni is a baj elviselését); 3) *kockázat/előnyt mérlegelni* (pl. nem azt kell megoperálni, akit lehet, hanem azt lehet, akit kell; nem a viszonylagos kockázatot –RRR---, hanem a teljes kockázatot – ARR -- mérlegelni); 4) *helyesen választani* (nemcsak a gyógymódot, hanem a körülményeket is figyelembe venni); 5) *jót tenni* (azt tegye, amit szeretteivel –jelesül így magával is – tenne vagy hagyna tenni); 6) *titkot tartani*; (ne büszkélkedjék „jól értesültségével”, főleg más baját illetően, továbbá sikereivel se, ezt bízva másokra); 7) *igazat beszélni* (a betegnek joga van tudni a baját, ha akarja tudni, a súlyosat is és, hogy ki mással közölhető arra is ő adhat engedélyt).

Eset-irányultan:

orvosilag indokolt
gazdaságilag *megengedhető*

Személy-központúan:

1. **tudomány** szerint lehetséges
2. **emberben jól** alkalmazható
3. **adott esetben** indokolt
4. **legális**, erkölcsileg kifogástalan
5. **szervezésileg** hozzáférhető
6. **beteg felvilágosítva** *beleegyezik*
7. **gazdaságilag elérhető**

Eset- illetve emberközpontú betegellátás különbsége.

Ad II. Egészségvédelmi rendszerünknek -- közmegegyezés szerint – két alapvető baja van: az egyik, -- panaszzal az ellátottak -- hogy a betegekkel való **bánásmód** sok kívánnivalót hagy maga után,; a másik, a **pénzhiány** (forráshiány) -- a megújító fenntartására és működtetésére nincs elég,-- mondják az ellátásért felelős szakemberek(szervezők, orvosok, ápolók és főleg a politikusok). Az egészségvédelemben szolgálatot (nem szolgáltatást!) végzők súlyos anyagi gondjai egyértelműen kihatnak idegállapotukra, viselkedésükre. Nyilvánvaló, hogy ezek csökkentése (jobb kereseti viszonyok) nyugodtabb, békésebb magatartással és jobb bánásmóddal jár.

Vizsgáljuk meg ezt a két állítást egyenként és összefüggéseiben. A *bánásmód* valóban többnyire lehetne sokkal jobb, azaz emberibb, barátságosabb, segítőkészebb, tapintatosabb, kedvesebb, helyenként szakszerűbb is. Közelebbről mit jelentenek ezek a jogos elvárások?

Az *emberibb* azt jelenti, hogy az adott személyt nem a munka tárgyának, hanem céljának tekintik. A *barátságosabb*, ha úgy bánnak vele mintha vendég lenne pl.: nevén szólítják A *segítőkészebb* több, mint a segítő, aki egyszer-egyszer felemel egy elesettet a földről, hanem, aki folyamatosan segítően mellette van, egészen addig, amíg arra fennáll a lehetőség és szükség. *Tapintatosabb* az, aki nem teszi közhírré a beteg személyes jellemzőit, nem vetkőzteti le egymás előtt a vizsgáltakat, vagy kezelteket. *Kedvesebb* az a bánásmód mely mintegy gyermekeként bánik a beteggel, szükség esetén figyelmezteti, eteti, mosdatja, öltözteti, kíséri. *Szakszerűbb*, vagyis a mindig felfrissített tudás szerint kezeli.

A betegelláthatóság *tárgyi (objektív)* feltételei: 1) a tudomány jelenlegi állása szerint lehetséges (nem parafenomén varázslás); 2) emberen alkalmazható (előzetesen megfelelő tudományos vizsgálatokban (pl.:főemlősökön alkalmazva) bevált); 3) adott esetben indokolt

(70 éves nőbetegben mesterséges megtermékenyítés nem indokolt); 4) szükség esetén hozzáférhető (elérhetetlen helyen, megközelítést kizáró időjárásban lehetetlen lehet); 5) jogrendbeli akadálya nincs, erkölcsileg elfogadható (beteget csak gyógyítani szabad, nem halálba segíteni); 6) a beteg a kellő mértékben megértett felvilágosítás alapján megengedi a beavatkozást (meggyőződni, hogy döntésére tetten megértette); 7) gazdaságilag elérhető (a költsége akkora, hogy van rá megszereshető fedezet).

Végül mindenkinek, aki az egészségvédelemmel kapcsolatba kerül – szervező, kivitelező, alkalmazott, bíráló, rendszerébe kerülő kezelt – tudomásul kell vennie, hogy a betegellátásnak olyan – egyértelműen kereskedelem- ill. piacidegen --**sajátosságai** vannak, amelyek alapvetően befolyásolják a gyógyítást.

Ad III. Az egészségvédelem sajátosságai

1. minősége objektív megítélése szinte lehetetlen, mert a beteg állapota állandóan változik;
2. minősítését keletkezése közben („röptében”) kellene elvégezni;
3. nem cserélhető ki, ha hibás volt; sok esetben „javíthatatlan” is;
4. szubjektív igénye nem egyenlő az objektív szükséglettel;
5. „piaca” kínálat vezérelt, holott kereslet szabályozottnak kellene lennie;
6. egyénre szabott, mégis tömeges, mint a fazonigazított konfekció;
7. azonnal, - sokszor hirtelen - állítandó elő;
8. értéke pénzben kifejezhetetlen;
9. olyan „terméknek”-nek tekintett, melyet az eladó és vevő közösen állítanak elő;
10. (igénybe)vevője ugyan fizet, de nem az eladónak, aki ráfizet, s a negatív különbözetet egy harmadik szereplő vagy megfizeti vagy nem.
11. olyan, hogy a szolgáltató „hozott anyagból” kénytelen dolgozni;
12. folyamatában orvos és beteg egymás alá-fölé vannak rendelve.

Nézzünk egy **jobb rendszert**: 1) személyre szabott – nem általánosított átlagos; 2) emberközpontú tehát térben időben követéses jellegű – nem esetközpontú azaz nem pénzügyileg keretjellegű; 3) megelőzés irányult -- nemcsak betegellátó; 4) tapasztalattal kiegészült – nem csak eljárásrend (protokoll) szerinti; 5) nem csak tudásalapú – hanem erkölcs vezérelt is; 6) nemcsak jogkövető, – hanem a legjobbat akaró; 7) megfontoltan kiszámított – nem „elhalmozó”; 8) nem csak egyénirányult – hanem közjót is elősegítő.

Ad IV. A 160 -- szükséges és elégséges -- **Kórház-Rendelő Intézet (KRI)** országos hálózatban, de önálló egységként működjenek.

Országosan 60 000 ágy szükséges (kevesebbre csökkentették). Mindegyik KRI **375 ágyas**; 8 különálló (nem mátrix!) 47 ágyas osztályra vagy többre tagozódnak. Ezek pl.: A szakmai megoszlás szükség szerint a következő lehet:

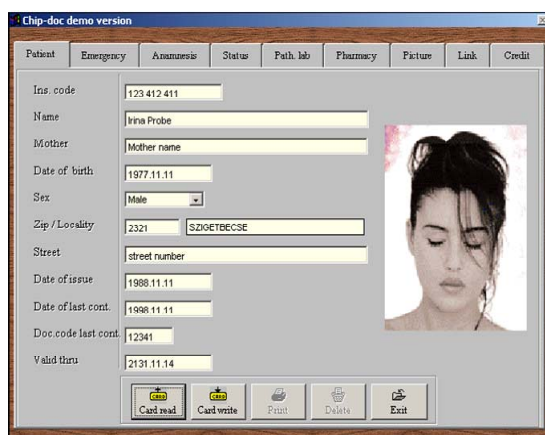
Intenzív= 10;bel=40;seb=40;gyerek=40; reuma=40; sz-nőgy=30; urol=30;szem=30;fül=30; fog-száj=30;bőr=30;ideg=25 Az első 8 féle alapvetően helyben fontos. A 160 KRI-ből ki lehet választani a **fertőző** betegek megfigyelésére és elkülönítő gyógyítására építészetileg is alkalmas egységet. Az osztályok ágyszáma szakmánként az igénybevételhez igazítható. A könnyebb átláthatóság végett a számítások egységesítve vannak. **47 ágyanként 85 fős személyzettel**, = 680 fő/osztály. (ld. alább az I. és II. sz. Táblázatot)

Az országosan ezen a területen foglalkoztatott(OEP) 19 840 orvos/160KRI = 124 orvos/KRI azaz 3 ágyként+ egy (szak)ambulancián 1 orvos (3 óra osztályon+5 óra ambulancián).

(A Naszlady-féle számítógépes (ill. ESzEM-kártyás) rendszerrel nemcsak a kórlap készül el, hanem a zárójelentés fele is, méghozzá úgy, hogy a doktor csak jelöl, nem ír. – Autokód rendszer 850 kérdés+526 fizikális vizsgálati lelet elektronikus rögzítését jelenti. Az anamnesis +status elkészítési ideje mindössze 40 perc/felvett beteg. Végül csak epikrízis írandó).

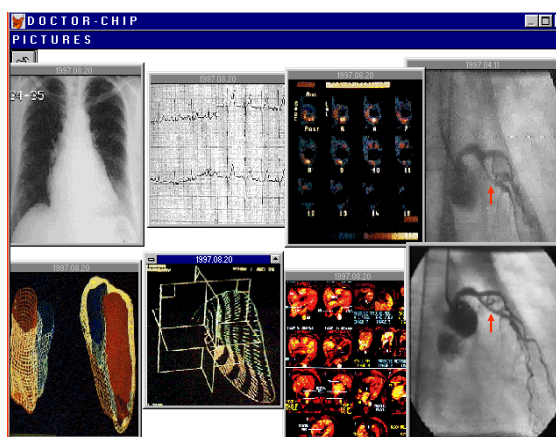
(Naszlady A. and Naszlady J.:*Patient Health Care Record on a Smart Card*

International Journal of Medical . Informatics. 48: pp.191-194 , 1998)



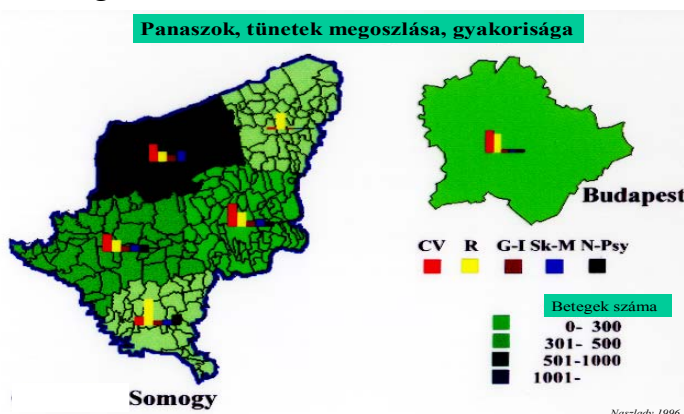
1. sz. ábra ESzEM kártya első oldala

*Fent látszik a kártya 9 szekciója
Alsó sorban a műveleti gombok vannak*



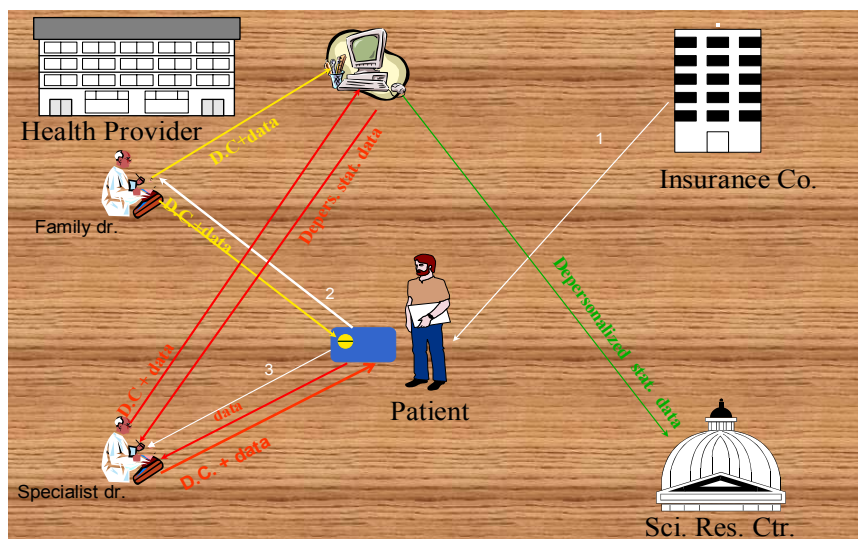
2. sz. ábra A képi információk egyik oldala

*Felső sor: mellkas rtg, Ekg, SPECT, coron.graf.
Alsó sor: +D echo, VKG, MRI, PTCA utáni kép.*



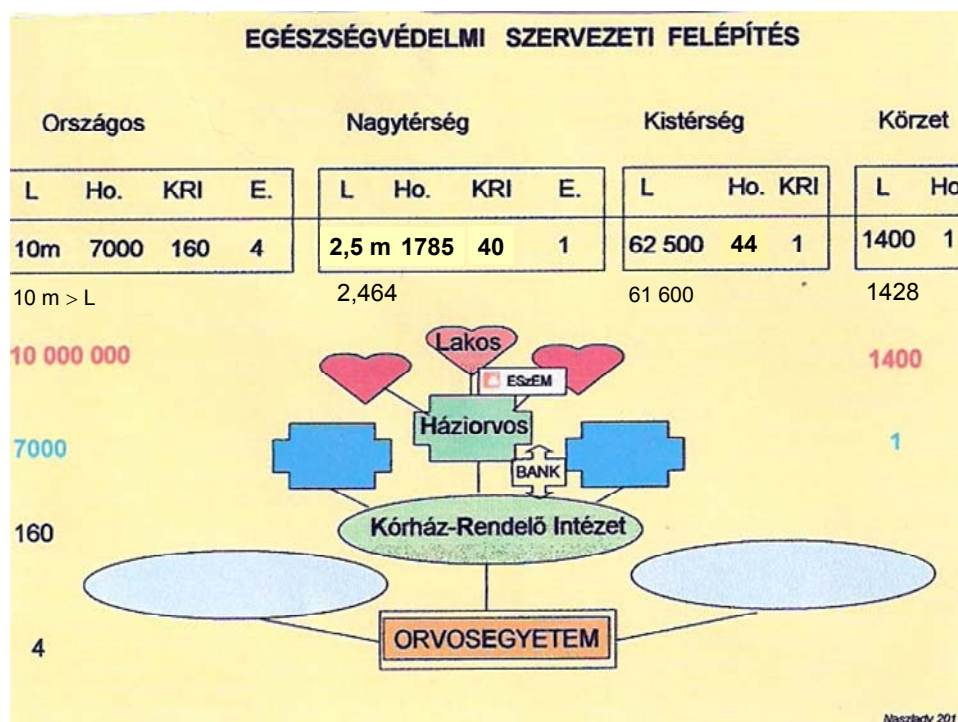
3. sz. ábra ESzEM-kártyával gyűjtött adatok alapján képzett GIS(geogr.info system)

Rövidítések: CV=vérkeringési; R=légzési; G-I=emésztési; Sk-M: mozgásszervi; N-I= idegi.



4. sz. ábra Beteg- és adat utak ; A fehér nyílak a betegút; a sárga, piros, zöld az adatok útja. A számok művelet sorrendjét jelentik. A, D.C.=orvos azonosító; data=az adatok személyhez kötötten kódolva; Depersonalized= személytelenített adatok.

Ad V. A négy Orvosegyetem egyben a regionális legmagasabb centrum szerepét is betöltené. Minden Orvosegyetemhez 40 KRI tartoznák. Közülük a legalkalmasabbak oktató KRI-k lennének (10-15). A legmagasabb szakmai szint azt jelenti, hogy *szétválaszthatatlanul* gyógyítva kutatnak és oktattva gyógyítanak. A forráselosztásnál mindhárom működési terület ellátandó.



5. sz. ábra Országos ellátási szintek az egészségvédelmi rendszerben

Ad VI. A Nemzeti Jövedelem legkevesebb 8 % -nyi összegét egészségvédelmi célok teljesíthetőségére kellene fordítani. Ez 2 700 milliárd GDP esetén 2160 milliárd forint. Ebből

2000 milliárd ft a 10 millió ellátandó részére egyenként 200 000 ft / fő fejpénzt jelent. Tehát nem az orvos, hanem a páciens részére jut a fejpénz.

Ad VII. A gyógyító- megelőző költségeket a pácienseket legjobban ismerő **házi orvos (HO) utalása** alapján az illetékes KRI-hez legközelebb eső **helyi bankból** fedezik. Az egyéni számlán ennek a fejpénznek nyolcada (25 000 ft) egy *családon belül összevonható és időben összegyűjthető* lenne CsSz= családi számlán); a fennmaradó összeg (175 000 ft) a teljes *pacientúrán belüli kockázatközösségi* (szolidaritás alapú) költség fedezete(1400*175eft) =**245 mft/HOpacientura**. 25 000 ft/fő/év fejpénz rész viszont –ha nem használja fel -- 3 év után adott személynél 75 000 ft-ra gyarapodnék. Ennek az „egészséges” megtakarításnak 1/3-át (25 000 ft-ot) a harmadik évek végén kizárólag életmód javításra használhatná(pl.üdülés, sport).

Ad VIII. Jelenleg a legfőbb gond a **személyzet** egyre csökkenő száma, mind az orvosok mind az egyéb szakszemélyzet vonatkozásában. Ennek oka az illetmény csekély volta. Az alábbi javaslat ezt a gondot bizonyára kiküszöbölné. A javasolt (%-os GDP hányadból – gondosan kiszámítottan!! (ld. I.,II.Táblázat és Függelék) – megoldható :

Egy osztályos példa (*havi bér forintban*): **I. sz. Táblázat**

<i>1 fő</i>	<i>2 fő</i>	<i>2 fő</i>	<i>6 fő</i>	<i>4 fő =15</i>
O.v. főorvos 10	Helyettes főo. 9	Adjunktus 8	Szakorvos 7	segéd .orvos 5
1 000 000	900 000	800 000	700 000	500 000
Σ =1 000 000	=1 800 000	=1 600 000	=4 200 000	=2 000 000

10 600 000: 15 = **Súlyozott átlag 706 666 ft/hó átlag**

<i>1 fő +1 helyettes</i>	<i>36 fő</i>	<i>18 fő</i>	<i>6 fő</i>	<i>8 fő = 70</i>
o.v.ápoló(nő) 4	Szakápoló 3	kisegítő eü. 2,5	Adminisztrátor 2	Tak. egyéb 1
400 000+300000	300 000	250 000	200 000	100 000
Σ = 700 000	=10 800 000	=4 500 000	=1 200 000	=800 000

18 000 000: 70 = **Súlyozott átlag 257 143 ft/hó átlag**

II. sz. Táblázat

Biztosítási járulék 5%-a alól az egészségvédelmi munkatársak(dolgozók) mentesülnek. Az SZJA **16% levonása után** 1-10-ig kategóriákba osztva bármely eü. foglalkozás -- **fizetése forintban:**

O.v. főorvos 10	Helyettes főo 9	Adjunktus 8	Szakorvos 7	Segéd .orvos 5
1 000 000	900 000	800 000	700 000	500 000
840 000	756 000	672 000	588 000	420 000
o.v.ápoló v.h. 4	Szakápoló 3	Kisegítő eü. 2,5	Adminisztr. 2	Tak. egyéb 1
400 000;300 000	300 000	250 000	200 000	100 000
336 000;252 000	252 000	210 000	168 000	84 000

A számítások szerint(ld.Függelék) erre a javadalmazásra telik. A kerek sarokszámok:

Mindenegyed HO-hoz legfeljebb 1 400 páciens tartozhat (ebbe a gyerekek is bele vannak számolva). Ha átlagosan minden 4-iket fekvőbetegként beutalná az 350 főt jelentene egy HO-tól évente. Országosan a fekvőbetegként beutaltak száma kb. 2,45 millió eset évente. (OEP adat).

Háziorvosok (HO)száma:külföldre távozás miatt már csak 6 417, de 7 000 lenne elég. **A háziorvosi honorárium javaslat: 800 000 ft/HO/hó ill. 9,6 millió ft/év/HO.** Egy HO havi rezsije:2*180 eft/hó szakszemélyzet + 2*120 eft/hó admin.=600 eft/hó; + 400 eft dologi/hó=1mft/HO/hó; 12mft/HO/év +9,6mft/HO/év= 21,6 mft/HO/év; Így tehát a **7 000 HO-ra eső költség = 151,2 mrd ft/év**

A háziorvosi forgalom(OEP adat) átl. 50 mfő/év; $50 \cdot 10^6 \text{ fő/év} : 7 \cdot 10^3 \text{ HO} = 7000 \text{ fő/év/HO}$; $7000 \text{ fő/év/HO} : 250 \text{ mnap} = 28 \text{ fő/mnap/HO}$. (23 eset/mnap/6ó= **15-20 perc/eset.**

Csak megelőzési vizsgálatra.(CEL) 700fő/250 nap = 2-3 fő/nap. 2 év alatt mindenki sorra kerül. Ez az igazi megelőzés egyik része. A másik az életmód rendezés. **A két évenkénti „ellenőrzéshez” (check up 700 járó fő beut/év/HO azaz 700 fő/250 mnap/HO =max. 3 fő/mnap; .**

A szükséges orvosi létszámok: **Háziorvos 7 000; KRI-beli 19 840(OEP adat);** Egyéb szakterületeken: **8 160 orvos, diplomás.** (szürke színnel az OEP adatai):

A járó beteg rendelések forgalma évente: 70 163 159 eset (OEP adat); ha 250 munkanappal (mnap) osztjuk, akkor $280\,652 \text{ eset} / 160 \text{ KRI/mnap}$; ez osztva $19\,840 \text{ KRI orvossal}$ **14 perc/ járó beteg idő jut.** (A 160 KRI-ben 19 840 orvos van).

A fekvő beutalás $2,46 \text{ millió eset/év} \cdot 200\,000 \text{ ft} = 490 \text{ mrd ft/év}$; járó beutalás $70\,200\,000 \cdot 5 \text{ eft} =$ **A fekvő/járó beteg ellátás (160 KRI bevétele-kiadása) 841 mrd ft/év,**

Egy ágyra eső bevétel 8 213 333 ft/ágy/év.

160 KRI pénzforrása a szokásos (60% *személyi*+40% *dologi*) megoszlásban

-**fekvőbeteg ellátás,(kórház) (411) 295,680 + 197,120 mrd ft/év = 492mrd ft/év**

-**járóbeteg ellátás (szakrendelők) 204,4416 + 136,2944mrd ft/év = 351 mrd ft/év**

843 mrd ft/év

-**háziiorvosi(77,915) 96 + 64 = 151,2mrd ft/év**

Gyógyító-megelőző összes költség **994,2 mrd ft/év**

*Egyéb költségek részletes számításokat ld. a Függelékben)

Ad IX. A szükséglet alapú ellátás részletei a távlati előrejelzések alapján, világviszonylatban :

Global estimates of disease burden for major diseases and risk factors in 1990 as measured by DALY*
(Global Forum for Health Research 10/90 Report 1999)

Cause	Burden of disease 1990	Burden of disease 2020	Cause	Burden of disease 1990	Burden of disease 2020
Resp.infect.	8,2	3,1	COPD	2,1	4,2
Congenital	2,4	2,2	Tuberculosis	2,8	3,1
			Isch.heart d.	3,4	5,9
			Cerebrovasc.	2,8	4,4
			Alcohol	1,2	1,7

* DALY (Disability Adjusted Life Years)= time lost due to premature death with time lived with a disability

Naszladny 1998

6. sz. ábra A világban várható főbb betegségek okozta megterhelések becslése 1990 - 2020-ig.

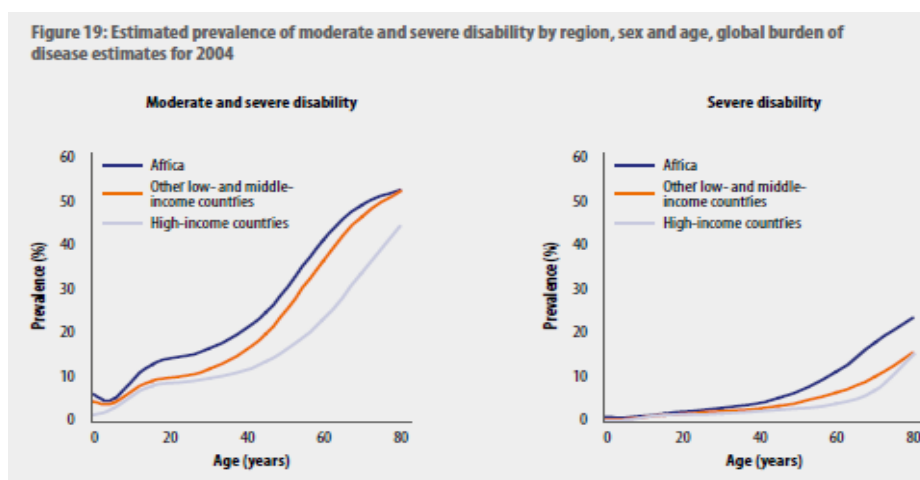
Időelőtti elhalálozás és korlátozott teljesítőképességgel élők miatti veszteség években(DALY)

	% -os kár életévben*	
	1999	2020
Közúti balesetek	2.5	
Önke zűség	1.4	
Erős zak	1.3	
Háború	1.5	
Más nem szándékos	8.5	

*DALY(Disability Adjusted Life Years)= time lost due to premature death with time lived with a disability

7. sz. ábra A balesetekre vonatkozó előrejelzés

Várható szándékos és nem szándékos sérülések világszerte rokkantsághoz igazítottan mint fent (Global Forum for Health Research 10/90 Report 1999 p.113.



8. sz. ábra Mérsékelt és súlyos (együttes) ill. csak súlyos (j. o. rajz) rokkantság becslött %-os előfordulása (prevalencia) világszerte, régióként; (WHO). 60-80 éves életkort megérték közel 50 %-a rokkantnak számít; szegény és gazdag kb.egyaránt.

Magyarországon	2000	2005	2010	2020	2030
a 65 éves és idősebb népesség aránya	15,0	15,6	16,7	20,3	22,3
				22,3	28,1

A jövőbeli gondok mellett a jelen gondjainak megoldása előbbre való. Mindezek figyelembe vételével rendszer szinten meghatározhatók a tennivalók.

Nemcsak a testi egészség jövője, hanem a vele oda-vissza szorosan összefüggő idegi-lelki túlterheltség egészségrontó hatásainak alakulása is egyre fontosabbnak látszik. A piacoló életszemlélet versenyirányultsága s ennek „kezeletlensége” már nemcsak egyes emberek gondja, hanem általános bajjá kezd válni. Ilyen pl. a munkahelyi idegfeszültség (stressz) fokozódása .

Az elmúlt két évben az embereket „*több vagy sokkal több stressz érte, mint korábban*”; világszerte átlagban a megkérdezettek 58 százaléka nyilatkozott így – derült ki egy 13 országban, 11.000 válaszadó körében végzett felmérésből, amelyet a Regus végzett. (<http://www.prnewswire.com/news-releases/regus-commissioned-survey-reveals-stress-levels-rising-among-us-workers-71658307.html>) A kutatás hazánkat nem érintette. A legnagyobb növekedés Kínában tapasztalható, itt a megkérdezettek 86%-a számolt be megnövekedett stresszről. De még a legalacsonyabb értékeket mutató Németországban és Hollandiában is a válaszadók 48, illetve 47 százaléka szerint lett több a stressz a munkahelyén. Az egészségügyben és a gyógyszerészetben volt a legmagasabb, 65 százalékos, míg a kiskereskedelemben a legalacsonyabb, 52 százalékos az átlag.

Nem maga az idegfeszültséget (stressz-t) okozó tényezők (stresszorok), hanem az, hogy az egyén nem tudja „kezelni”, megoldani, vagy az elterjedt csúnya üzemi szóval: „feldolgozni”.

Az elemzők szerint főleg kilenc „kockázati tényező” felelős a munkahelyi stressz kialakulásáért.

- 1) a gyors munkatempó,
- 2) az érzelmi terhelés,
- 3) az egyén képességeit ki nem használó munkakör,
- 4) az egyhangú munka,
- 5) a kollégák támogatásának hiánya,
- 6) az autonómia hiánya,
- 7) a munkavállaló kizárása a döntéshozatalból,
- 8) a szerep ütközések (konfliktusok),
- 9) a szerepek nem megfelelő elkülönítése

IX. Hazai viszonylatban a jelen és közeljövő szükséglet meghatározás egyik leghatásosabb módja a Célzott Egészségvédelmi Lakosságvizsgálat. (CEL) Helytelenül „szűrésnek” szokás nevezni. A magyar Értelmező szótár szerint a *szűrés* orvosi szempontból „*A lakosság rendszeres orvosi ellenőrzése betegek és vagy betegségek felderítésére*”. Ilyet

végzett a tüdőgyógyászat országos rendszere évtizedeken át kitűnően. A kulcsszavak: *lakosság*, vagyis válogatás nélkül mindenki; *rendszeres*, vagyis nem egyszeri; *orvosi*, vagyis nem adminisztratív csupán; *ellenőrzés* vagyis a keresett jellemző (pl. panasz vagy tünet/lelet) megléte vagy hiánya; *beteg*ek, mindenkit, akinek valamilyen egészségbeli eltérése van, esetleg csak veszélyeztetett. Mindezeknek eleget tevő „szűrés” aligha történt Magyarországon. Ugyanis „beteg” lehet sokféle baj viselője. Az eddigi „szűrések” a fent felsorolt követelményeknek nem tettek eleget. A „szűrés” azt jelenti, hogy a vizsgáltak között egyetlen eltérést mutató sem maradhat. (Ha a levesből mindenegyes borsot kiszűrünk kikerülnek a rizsszemek is (hamis pozitívok), viszont bennmaradnak a muslincák (hamis negatívok). A helyesen végrehajtottakat pontosabb Célzott Egészségi Lakosságvizsgáltnak nevezni (CEL). Ilyet végeztünk a tüdőgyógyász hálózat segítségével több megyére kiterjedően. (Az Eü.M. 03/6-09/536 sz. tárcaszintű kutatás keretében és az OMFB 333/III.80 sz. Szerződés által támogatva végzett munka). Tehát körülírt, országosan reprezentatív területek, életkori csoportosítás, előre meghatározott ötféle kórélettani eltérés, előre meghatározott, érvényesített (validizált) adatsor, előre kikötött eredmény osztályozás és számítógépes feldolgozás jellemezte. Pl. a keresett csoportok a megjelent 100 %-ból

további tennivaló nincs 74%

kivizsgálendő 26%

eltérés nélkülinek találták 5 %

kockázatos csoportbeli lett 2 %

betegnek bizonyult 19 %

Hányan betegek?

már ismertek 15 %

gondozott 1 %

kezelt 12 %

nem kezelt 2 %

eddig nem ismert (új felfedezett) 4 %

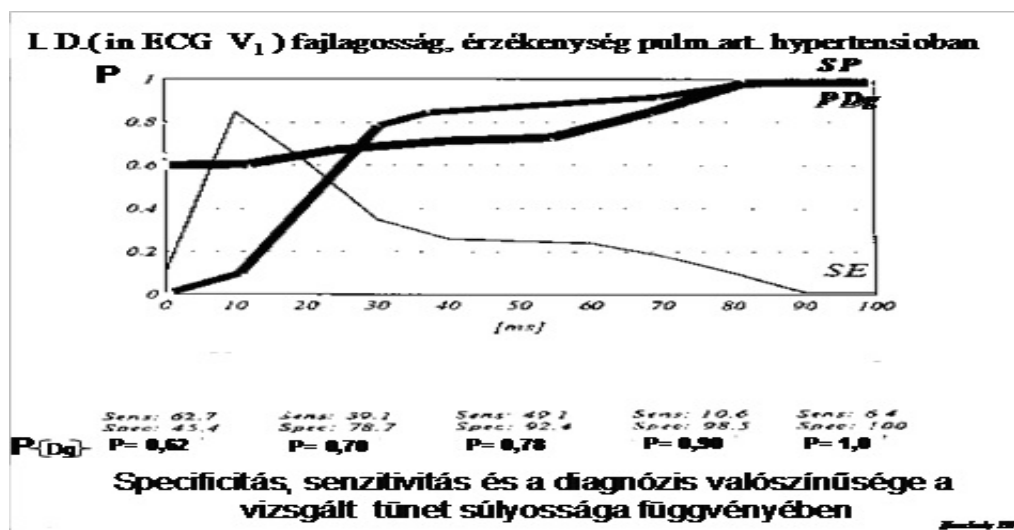
heveny állapotú 0,1

idült állapotú 3,9

1982-85 között történt ez, az eddig legnagyobb létszámú (127 747 főnek 6 387 350 adata), majd reprezentatív mintán megismételt vizsgálat hazánkban Naszlady A.: *A célzott egészségügyi lakosságvizsgálat /CEL/ fontosabb eredményei* *Peumonologia Hungarica* 39: Suppl. 118-129, 1986).

Elvileg ez a tevékenység előnyös azon betegek eseteiben, akikben a kezdődő bajok kellő időbeni megtalálása, még jó *esélyt* nyújt a nagyobb baj megelőzésére, kifejlődésének megakadályozására illetve akár teljes megszüntetésére, meggyógyítására. A tömegvizsgálat megtervezésében tehát fontos szempont az *esély*, azaz annak a *valószínűségnek* a nagysága, amely arányban áll a *teljes* ráfordítással – és itt nem csupán munkáról, pénzről van szó. Az érintett személyek esetleges idegi, szellemi, lelki állapotváltozásáról is. Méghozzá elsősorban a „kiemeltek” közül a „lehet, hogy beteg” csoportba kerültek kiváltott aggodalmáról, mely csak igen részletes, a gyanút megszüntető költséges vizsgálatok után bizonyul alaptalannak s még akkor sem biztos, hogy az addig egészség tudatú, gyanútlan „beteg” megnyugszik. „Ezek valamit találtak de nem mondják még meg” – gondolják. Ezek az u.n. *hamis pozitív* esetek.

Ha az e csoportba tartozók, azaz tévesen kiemelték száma igen magas, akkor több kár keletkezhet, mint haszon. Ésszerű cél tehát a *hamis pozitívok* számának minimalizálása. Ha aránytalanul sokan vannak, akkor kivizsgálásukra többet fordíthatunk, mint a valódi betegek kezelésére. Ez orvosilag és gazdaságilag is teljesen ésszerűtlen. Annak is nagyon fontos az esélyét előre meghatározni, hogy mi a valószínűsége az „elnezett” eseteknek, azaz mekkora a *hamis negatívok* száma. Ezen csoportba tartozók számának minimalizálása, lehetőleg zérusra csökkentése egészségvédelmileg teljesen ésszerű. Ne nézzünk el egyetlen, megtalálható veszélyes eltérést pilóta, buszvezető stb. állapotában, mert tömegszerencsétlenséget okozhatnak, ha váratlanul kitör rajtuk az eladdig rejtett baj (pl.cukorbetegség, szívblokk stb.)



9. sz. ábra Diagnózis (PDg vastag vonal) valószínűsége a fajlagosság (SP közepesen vastag vonal) és érzékenység (SE vékony vonal) függvényében. (Naszlady A.: *Prevalence of Pulmonary Hypertension Estimated by Population Mass Screening in Hungary* Eur. Resp. Journal 1: (Suppl.2.), 222 1988); -- Naszlady A., Rodek I.: *Evaluation Problems of a Long-term Study on Evolving Pulmonary Arterial Hypertension in Chronic Non-specific Lung Disease* G. Ital. Cardiol. 14/II. 1: 49-55, 1984)

Egy további tervezési kérdés, hogy *milyen eltéréseket* keressünk? Melyek azok a *fajlagos* panaszok vagy tünetek (leletek is), amelyek, nagy valószínűséggel mutatnak rá a

kijelölten keresett találati valószínűség – érthető módon. Ugyancsak betegségekre? Egy menetben *egy vagy több betegséget vagy eltérést* (multifázisos) hordozókat keressünk? Itt feltétlen célszerű azt is figyelembe venni, hogy mikre van tömeges kivizsgálási képesség (kapacitás). Ugyanis a kiemelt, de nem kivizsgált esetek bizonytalanságban hagyása etikátlan, mert ezeknek mi okozzuk a legtöbb szorongást, psycho-somatikus betegséget, vagy esetleges rejtett bajuk kiderítetlenül kezeletlen marad.

A kiválasztott célbetegségek *előjelző jellemzői* mik lehetnek? Hogyan lehet előre meghatározni ezek ésszerű „kiemelési” határértékét? (cutoff point) ?

A 9. sz. ábrán látható valószínűségi függvények értelmezése orvosi szempontból a következő: a vízszintes tengely mentén a tünetsúlyosság számszerű értékei láthatók skálahelyesen: ez esetben az EKG V₁ elvezetésében az r-hullám csúcsideje (felszálló görbeszakasz ID) millisecundumban (ms) mért értéke szerepel példaként. A függőleges y-tengelyen a valószínűség (P) 0-1-ig tartó értéke van feltüntetve, szintén skálahelyesen. (a 0 = nem valószínű, az 1= biztos). A keresett diagnózis a kisvérköri hypertónia volt. Mennél nagyobb az ID ideje, annál valószínűbb a kisvérköri magas vérnyomás kórisméje. Hogy számszerűen mennyire valószínű azt mutatja a PDg görbének a függőleges tengelyen leolvasható megfelelő értéke. (Pl. 60 ms-nál a Dg valószínűsége 72%; 80 ms-nál 1,0 azaz 100%). Tömegvizsgálatok tervezésénél és értékelésénél fentiek figyelembe vétele feltétlen szükséges.

III. sz. táblázat

Ha a csoport taglétszáma (N)	Prevalencia (f)		
	5%*	10%	20%
6 akkor a valószínűség	0,26	0,47	0,71
12	0,46	0,72	0,93
25	0,72	0,93	0,996
50	0,92	0,995	0,999

$$P = 1 - (1 - f)^N$$

Találati valószínűségek a vizsgált létszám(N) és a gyakoriság(f) függvényében

Pontos matematikai megoldása van a helyes módszernek. Ha tömegvizsgálat a tervezett eljárás, akkor azt is előre meg kell határozni, hogy kiből álljon, mekkora legyen a vizsgálandó tömeg. Általános lakossági, mindenre kiterjedő vizsgálatnak nincs elfogadható hatásosságú értelme. Pl. emlőrákra férfiakat – bár igen ritkán előfordul köztük is ! – nem célszerű keresni.

Olyan csoportot kell összeállítani, akikben a várható előfordulási gyakoriság (prevalencia) számottevően magas.

Ennek meghatározására is megvan az ésszerű matematikai számítás képlete. A III. sz. Táblázat adataiból látható, hogy **egyetlen eset valószínűsége** a vizsgált csoport létszáma és a csoportban előforduló gyakoriság függvényében a valószínűségi (P) képlet szerint hogyan alakul. Mennél gyakoribb a vizsgáltak között és mennél nagyobb a vizsgált csoport létszáma, annál valószínűbb legalább egy eset találása. A gyanús esetek kiemeléséhez szükséges két jellemző a *fajlagosság* (specificitas SP) és az *érzékenység* (sensitivitas SE) alakulását mutatja a 9. sz. ábra a kiemelési tünetszint értékének függvényében. Ezt összevetve a keresett betegségre gyanús „kórisme” (diagnózis) hozzárendelt értékével, tervezhetően változtatható a kiemelések várható száma. A hamis pozitívok minimalizálásához a fajlagosság kiemelési értékét közel maximalizáltan – azaz az ellátandók várható létszáma szerint kell megválasztani. A hamis negatívok minimalizálásához az érzékenységet kell maximalizálni.

Ehhez a csoportosításhoz kell javasolni a további tennivalókat. Ezért kell az Önkormányzat illetékesét (a személyek megnevezése nélkül) a *területi eredmények statisztikájáról*, továbbá az illetékes családi orvost a kapott *egyéni adatokról* is értesíteni. Az adatfeldolgozásból két érdekes eredmény is született: **Új beteg** mindössze **4%** volt; **ismert, de nem kezelt 2%**. Ez utóbbi csoport létszáma közel zérusra csökkent az egy év múlva megismételt felméréskor. (Fegyelmező hatás!) A 4 % új beteg felismerése mellett talán ez volt a nagyobb egészségvédelmi haszon.

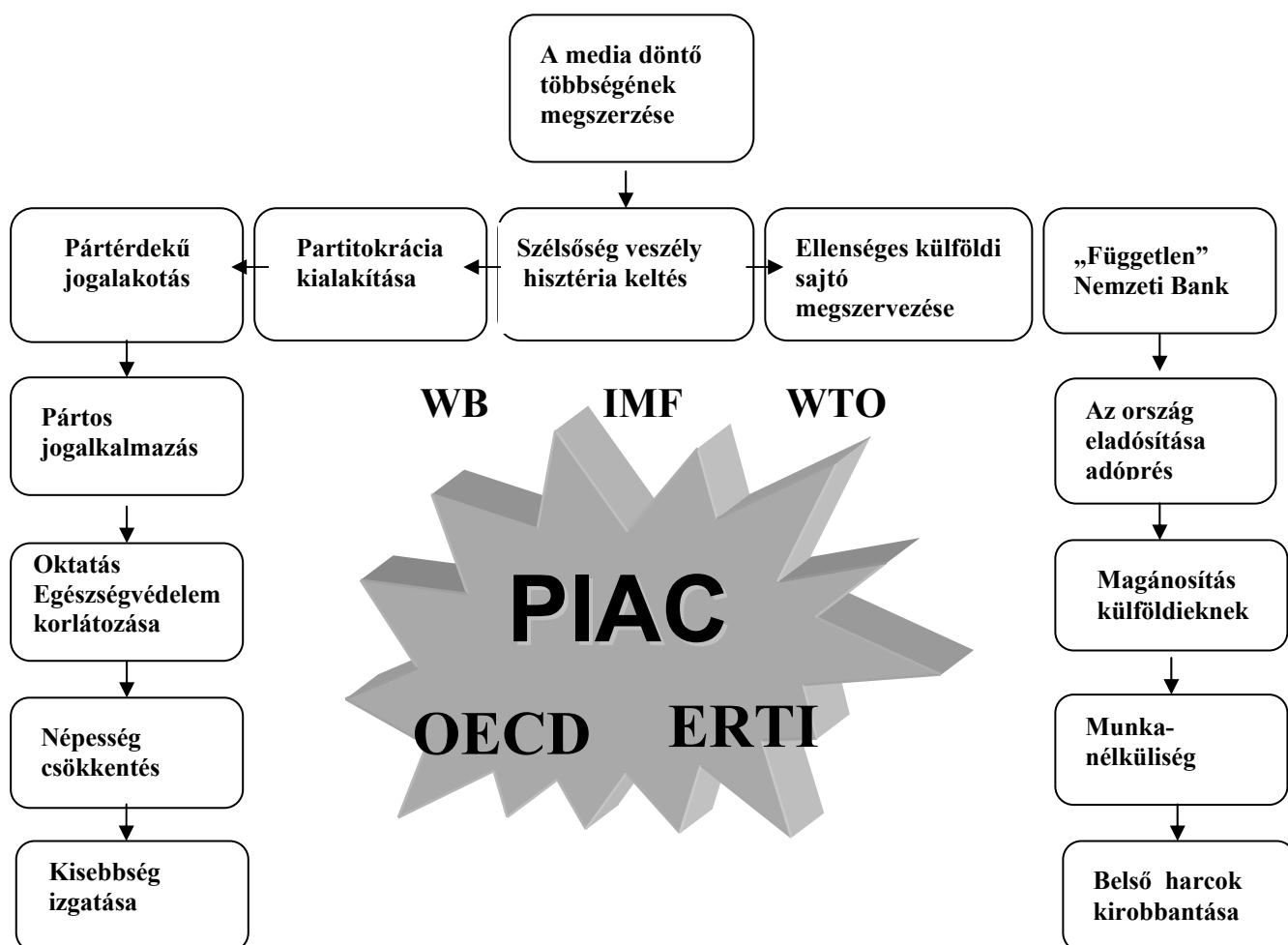
Ad X. Az egészségvédelmi ráfordításokat megtisztítani az oda nem való egyéb kiadásoktól. Ez elsősorban is a hazai (és korábban „internacionalista” támogatások) szociális gondoskodásoknak nem az egészségvédelem alá tartozó költségeire vonatkozik. Viszont nem engedni a hazai költségvetés peremére szorítani, amint azt némely nemzetközi ajánlások igyekeznek kikényszeríteni.

„2003 elejére az USA adósságállománya meghaladta a 6 billió dollárt”. Majd a kilábalás módját latolgatva a 242-ik oldalon ismerteti a G8-ak (USA, UK, CA, FR, D, I, JAP, R) javaslatát:” a rendezés feltétele a kereskedelem liberalizációja= „**privatizálniuk kell az egészségügyet**, (kiemelés tőlem) **az oktatást, az áram- és vízszolgáltatást és más közszolgáltatásokat**” . Tehát a megoldás – szerintük -- a korporatokrácia (?) -- *FDI=Foreign Direct Investment*). (J.Perkins: Egy gazdasági bérgyilkos vallomásai 2004, 223. old.)

Egy különös egybeesés magyarországi szerzőktől: „*Hat területen van szükség a változások kritikus tömegére: a gyógyítás (kiemelés tőlem), az oktatás, a közigazgatás,*

önkormányzati rendszer, adórendszer, szociális támogatások rendszere”. Bokros-Bauer-Csillag-Mihályi: Utolsó esély (2006) Államháztartási reform (2007-2009): A bajmegállapítás helyes, a megoldás nem.

Ennek a menetrendjét az alábbi, 10. sz. folyamat ábra mutatja.



10. sz. ábra Rövidítések: IMF: Nemzetközi valutaalap; WB: Világbank; WTO:

Világkereskedelmi Szervezet; OECD: Eur. Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; ERTI: Eu. Iparmágnások Kerekasztala.

Amint a 10. ábrából látható az egészségvédelem és oktatás a posztmodern neoliberális politikai „harapófogó” megszorítható részén van. Így is bánnak velük. Össztársadalmi összefogással azonban ez az eljárásrend (protokoll) kivédhető az alábbiak szerinti cselekvéssel.

De már láthatóvá váltak ennek a szemléletnek a veszélyei is.

„Úgy látom, hogy az Egyesült Államokban egy újabb tendencia is veszélyezteti a nyílt társadalmat: Bizonyos tevékenységek, amelyek eddig hivatásnak minősültek, üzleti

vállalkozássá alakulnak. Ebbe a kategóriába tartozik a jogi, az orvosi és főként a politikai szakma. Amikor egy adott hivatás profitorientált üzleti vállalkozássá alakul, veszélybe kerül a szakmai színvonal, és tovább gyengülnek a nyílt társadalom értékei.” (K.R. Popper: The Open Society and its Enemies 1966 118. old.)

„A piacok nem egyensúlyra törekednek, és céljuk sem a társadalmi igazságosság szolgálata. A piacok igen hatékonyak az erőforrások magánszükségletek szerinti elosztásában, ámde léteznek kollektív, közös szükségletek is, márpedig ezekről a piaci erők nem gondoskodnak.” (a). És végül: „Meg kell akadályoznunk, hogy a piaci értékek olyan területeken is tért nyerjenek, ahol semmi keresnivalójuk nincs.” (b) Soros György: A gyarlóság kora. A terror elleni háború következményei (Scolar Kiadó, Budapest, 2007) (a) 186-187 és (b) ibid. 231. oldal.

AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM EGYENSÚLY TARTÁSÁNAK SZEMPONTJAI

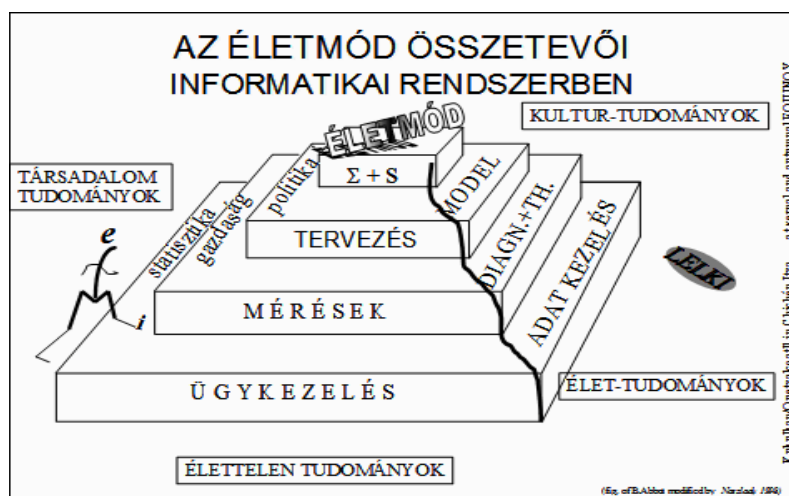
egyéni	közösségi
önérvényesítés	esélyegyenlőség
kiválaszt(ó)dás	kinevezés
hivatás	küldetés
belső erő	külső erő
cselekvésbeli felelősség	állapotbeli kötelesség
erkölcs	jog
szolgálat	uralom
irgalmasság	igazságosság
bizalom keltő (hitel)	aggodalom keltő (adó)
versenyez segíteni	segít versenyezni
fejlődés	haladás
mozgósít	békéltet
korlátlan önzetlenség	korlátozott önzés
teremtés rendjének követése	rend teremtés követelése
a szeretet hatalma	hatalom szeretete

Az egészségvédelem szervezési főelvében az *egy-ség* (centralizáció) vagy a *két-ség* (centralizáció és decentralizáció) között folyik az érvelés. Pedig egyszerű a megoldás: a központi választott elit (centrum) proponál – a helybéli választó nép (decentrum) disponál.

A sokat hangoztatott demokrácia lényege, hogy a kiválasztottak a kiválasztók érdekében tevékenykednek és nem a többségi elv, hanem a minőség szempontjai szerint, ugyanis a *többségnek sincs joga önkényt gyakorolni* az egyének felett. Ha az elit valóban jó minőséget képvisel, akkor az elit kiválik, a végrehajtás meg beválik. Ez elég régóta ismert „*Két békés hatalom van: a jog és az illem*”. (J.W.Goethe: Maximák és reflexiók – Bölcsességeinek Könyve, Dekameron Könyvkiadó 2005, 45 old.) Ha ezt az elit hatalma betartja, akkor megérdemli Horatius időmértékes véleményét:”*Nyerd a nagyok tetszését el: nem talmi dicsőség*” – idézi Janus Pannonius: Beszéd, levelek, Prothasius De Cernahorához 1465-ben írott levelében.(Gondolkodó Magyarok sorozat, Magvető Kiadó, Budapest, 1983)

Ezeket a szempontokat az adott helyzetnek megfelelően kell figyelembe venni és a tevékenységben útmutató példaként követni. Különösen gondos mérlegelést igényel, hogy

mikor melyik alkalmazandó, hogy a közösségi és egyéni életmód javát szolgálja, annak minden összetevőjét szem előtt tartva. (ld. az alábbi 9. sz. ábrát)



11. sz. ábra Életmód meghatározó összetevők

A javasolt rendszer előnyei:

- **A betegek érdeke:** 1) érdekeltté válik az együttműködésben (rövidebb fekvő ellátás gyógyszer bevétel); 2) A személyiségi jogok védelme biztosított; 3) A kártya fizetőképessége a páciens által is követhető, ellenőrizhető; 4) A háziornosnál levő kötelező másolat növeli az adatbiztonságot; 5) közös érdekelttség; 6) a gyorsaság; 7), a banki szakszerűség; 8) a banki érdekelttség is nyilvánvaló ennek a pénznek a kezelésében, ami azt is jelenti, hogy haszonnal fekteti be, nem, mint az OEP; 9) nem kell OEP pénzintézés; 10) a költség/bevétel viszonyokat a szakma és nem az OEP határozza meg, látja át; 11) az egészség megőrzésében *családi létszámtól függő (gyermek, öreg) anyagi érdekelttség* keletkezik; 12) a család az egészségvédelmi takarékoságban érdekelt. 13) erősödnék a háziornosok tekintélye, ha tőlük függ a lakos egészségvédelmi pénzalapja; 14) hálapénz okafogyottá válik, úgyis a beteg pénzéből fizetnek. 15) bizalom erősítő orvos-beteg viszonyok; 12)közös az orvos-beteg felelőssége és rend átláthatósága;
- **A háziornos érdeke:** erkölcsileg, és anyagilag is, hogy 1) mennél több beteg válassza őt; 2) a beutalásoktól – fekvő, járó -- nem függ a jövedelme; 3) fizetése a jelenleginek kb. 3x-osa; 4) Az ESzEM kártya mind szakmailag (minden leletet láthat) mind adminisztráció tekintetében megkönnyíti munkáját(pl.: automatikus lelet bemásolás saját számítógépébe); A nemzetközileg elvárt biztonságos adatkezelést biztosítja (safety, security, confidentiality).
- **A járó beteg szakorvosa érdeke:** 1) fekvő ellátást is nyújthat 2) az ESzEM kártyáról teljes (képek is!) betegdokumentációt kap.

- A **fekvő és járó ellátás érdeke**: 1) közös személyzet és műszer csak költség- de nem ellátás csökkentő. 2) A szabályozott tarifa azonnal hozzáférhetővé válik a feltöltött kártyáról.(banki rend szerint)
- A **gyógyszerész érdeke**: a TAJ vonalkód működik, a fizetés kártyáról és kártyára írással megoldott.
- A **Biztosító érdeke**: 1) decentralizált és adminisztrációja egyszerűsödik, és 2) adatkezelése személytelenített; 3) valamilyen kiugró statisztikai eredmény eredete ellenőrzésére jelez a szakszolgáltatnak; 4) Az biztosítással kapcsolatos szakszolgálati ellenőrzést területi szakfőorvosok végezhetik.

Összefoglalva

Jelenleg ezek az elgondolások egyáltalán nem érvényesülnek; vagy azért, mert más, ellentétes elvek hatnak, vagy, mert a rendszer intézményei alkalmatlanok. Ezért sürgető az egészségvédelem alapvető átalakítása. Az **átalakítás elvárásai** a gyakorlatban:

- 1)Az egészségvédelem átalakítását *rendszer- szinten* célszerű végrehajtani;
- 2)*Személyre szabottnak*, nem csupán eset-irányultnak szervezni;
- 3)A betegellátást *kereslet vezéreltté* tenni a kínálat vezérelt helyett;
- 4)Általános, *kötelező alapbiztosítás szervezését* megtartani, de kivenni a politika kezéből;
- 5)A személyes egészségi állapot adatait, *leleteit az egyén tulajdonaként* kezelni;
- 6)A *szolidaritás elv* a fenntartás egyenlő minőségében és elérhetőségében valósuljon meg;
- 7)Az átalakítással olyan rendszert kell létrehozni, mely egyént, és közösséget egészségük védelmében *anyagilag érdekeltté, szellemileg képzettebbé, lelkiileg a bizalmat erősödővé* teszi.

Függelék:

*Egészségvédelmi Alapösszeg 2160 mrd ft/év	100,01%	2 160,00 mrd ft/év
Háziorvos	7	151,2
Táppénz	6,7	144,72
160 KRI	39	843,6
Védőnő szolgálat	1,03	22,269
Gonozók	0,0013	2,868
Betegszállítás	0,0033	7,170
Művese kezelés	1,31	28,427
Otthoni szakápolás	0,0021	4,555
Mentés	1,29	27,837
Egyebek(előleg? +előirányzat?+céltartalék?)	0,0025	5,42
Gyógyfürdő	0,0026%	5,616
Anyatej	0,0001	0,216

Gyógyszertámogatás		24	518,4
Gyógyászati segédeszköz		3,1	66,96
Egyéb	(1,76) 25,418	} =46 375,4	3,2
Vagyongazdálkodás	0,0005		
Szervezet és Központ.	(1,45) 20,951		
Gyógyító-megelőző		88	1 898,4
-Marad az esetleg szükséges átépítésekre		<u>12</u>	<u>261,6</u>
		100 %	2160,0 mrd ft/év

Bánásmód a pénzzel:

Lakossági fejpénz: 200 000 ft/fő/év;

A KRI 44 házi orvosának össz. páciéntúrájához tartozó összeg helyközei bankfiókban van;

A bank fiók a szabályos bankügyletek szerint bányik ezzel az összeggel, ESZEM-kártyával;

Ebből 25 000 ft/fő/év „családi” alapba (CsA) + 175 000 ft/fő/év „szolidaritási” alapba (SzA);

„Egészséges” egyéni megtakarítás 75 000 ft/fő/3év; 1/3-a csak életmód javításra használható fel;

A CsA a közös háztartásban élők között összevonható (KCsA);

A 44 közös SzA (KSzA) összege = 10,8 mrd ft/év; Az évek folyamán halmozódhat (banki haszon);

A házi orvosok előbb a KCsA-ból majd, ha ez kevés, akkor a SzA-ból utalhatnak betegellátásra;

Az intézmények számlát adnak, ezt a házi orvos ESZEM kártyán utalással téríteti a bankfiókkal;

Fekvő beutalás 200 000 ft és pedig 25 000 ft a CsA-ból + 175 000 ft a SzA-ból;

Járó beutalás 5000 ft/eset a CsA-ból;

Ha a KCsA és KSzA együtt elégtelennek bizonyul, akkor szociális segély válhat szükségessé.

¹A Szerző: Prof. Dr. med. Naszlady Attila D.Sc.

Prof. Dr. Naszlady Attila (1931 nov. 4): belgyógyász, kardiológus, -- “Kiváló oktató” 1986, -- “Kiváló orvos” 1991, -- a Pápai Tud. Akad. (Pontificia Accademia Tiberina) rendes tagja 1999; -- Szent István Tudományos Akadémia r. tagja 2000; -- a Magyar Tudományos Akadémia doktora 1979, -- c. egyetemi tanár 1980; -- Orsz. Kardiológiai Intézet és a SOTE IV. sz. Belklinika tanársegéde 1960-70; -- O. Tüdőgyógy. Int. o. v. főorvos, 1972-től, majd főigazgató főo. 1992-96; -- a Magyar Máltai Szeretetszolgálat országos orvos vezetője 1996-2007; -- Budai Irgalmasrendi Kórház kht .v. főigazgató főorvosa 1996-2006; -- 3 egyetem: SOTE, HIETE, BME előadó tanára 1980-1995. A BME Orvos-mérnök fakultás egyik alapítója. -- WHO kutatója 1980-1990; European Commission CEN/TC251 magyar tag 1980-90; -- Számítástechnikai szakértő 1989; -- Az Orvostudományi Társaságok Szövetsége EFMI európai elnöke 1998-2000; -- u.e .Világszövetség (IMIA) alelnöke 2000-2002. Százak Tanácsa tagja 2008 - 152 szakközlemény, 18 könyv v.-fejezet, 105 közírás. -- Két MTA tud. pályadíj, 6 innov. szabad. -- Gábor Dénes Díj, Kalmár, Neumann, Bay Zoltán, Zárday, Gottsegen emlékérmek. -- Újságírói Nívó-díj 1999. -- Máltai Aranykereszt kitüntetés 1999; -- Batthyány-Strattmann Díj 2003; -- Magyar Köztársasági Érdemrend Tiszti Keresztje. 2006.