

POLGÁRI KONZERVATÍV PÁRT

ÖNGONDOSKODÁS-SZOLIDARITÁS- MÉRHETŐSÉG

ELŐSZÓ

A magyar egészségügyről közhelyesen tudott, hogy ezer sebből vérzik. Jelentős mértékben **alulfinanszírozott**, szakápoló- és orvoshiánnyal küzd, háziorvosi körzetek százaiban nincs ellátás, a várólisták lassan évekre nyúlnak, miközben a kórházak higiénés állapota miatt többen kapnak **kórházi fertőzést**, mint egy országos járvány esetén influenzát. A múlt évezredből itt maradt rendszer reformképtelen és csak azoknak az érdekeit szolgálja, akik lokális, vagy magasabb csúcspontokon ülve megfelelő jövedelemre tehetnek szert. Mindeközben a betegek **kiszolgáltatottak**, megaláztatottak, és annyi **hálapénzt** öntenek a rendszerbe, amennyiből egy **megfelelő színvonalú egészségügy is finanszírozható lenne**.

AZ ELSŐ LÉPÉSEK

A fentieket megértve úgy látjuk, hogy az egészségügy strukturális válságban van, a rendszer magában hordozza a probléma gyökereit. Ezért a PKP a elkötelezett az egészségügy **teljes átalakítása** mellett, miközben az **adófizetőkkel** minden lépést igyekszünk megfelelő módon **ismertetni** – elkerülendő az újabb változtatások várható bukását.

FINANSZÍRZOÁSI OLDAL

Olyan egészségügyi rendszert szeretnénk, amely öngondoskodó, mérhető és részben **fizetős**. Tudjuk, hogy az utóbbi kifejezéssel nagyon sok választóban negatív érzelmeket keltünk, viszont ha ezt rendezett és szabályozott formában sikerül bevezetni, **tisztább viszonyokat** és növekvő komfortérzetet teremthetünk.

A fentebb vázolt problémát csak az oldhatja meg, ha helyére billentjük a **szolidaritás** és az **arányosság** elvét. Ezért ha a PKP kormányra kerül, olyan egészségügyi rendszert kíván bevezetni, amelyben mindennek **világos ára van** és az alap TB díj, - amelynek mértéke kevesebb is lehetne a jelenleginél, - csak bizonyos százalékát fedezi a költségeknek, a többlet díjat saját erőből, vagy kiegészítő piaci biztosításokon keresztül kell megfizetni az adott ellátottnak. Itt jegyezzük meg, hogy csak azok a járulékfizetők élhetnének a szabad orvosválasztás jogával, akik az alapidíjon felül **kiegészítő biztosítást** kötnek - így garantálva a több befizetésért járó külön szolgáltatás lehetőségét.

Megyjegyzendő, hogy ma Magyarországon túl sokan vannak kiváltságos pozícióban, akiknek különböző jogcímenek nem kell fizetniük az egészségügyi ellátásért. Ezzel nem csak a finanszírozás, hanem a **kockázatközösség** elve is sérül. Ugyanígy általános jelenség a járulékfizetés alóli kibújás, ezért el kell gondolkodnunk egy mindenki által **kötelezően fizetendő alapidíj** bevezetéséről és a munkáltatók által fizetett szociális adó egészségügyre

jutó részéről is. Utóbbi nagy akadálya a szürke- és fekete foglalkoztatás kifizetésének, mely által szintén nem beszélhetünk igazságos közteherviselésről. További probléma, hogy az állam kénye-kedve szerint költi el a szociális adót, ezzel is átláthatatlanná téve az egészségügy valós finanszírozási költségeit. Emiatt sem igaz, hogy 15% az SZJA Magyarországon, ha hozzá tesszük a 7%-os TB-járulékot és az említett 23.5%-os szociális adót. Ilyen terhek mellett nem várható el a munkavállalók kiegészítő biztosításának megteremtése, vagyis egyszerűsíteni és **világossá kell tenni**, hogy ki, miért, mennyit és mikor fizet.

HUMÁN ERŐFORRÁS

Szintén közismert probléma, hogy az orvosok túl sok időt kénytelenek adminisztrációval és szakápolói feladatokkal tölteni. Ennek megszüntetése egy fokozatosan bevezetendő életpálya-modell révén lehetséges. Nincs szükség arra, hogy iskolarendszeren kívüli OKJ-s képzés legyen az **ápolói képzés**, ami ráadásul nem is tartalmaz gyakorlati részt. Olyan szülésznők és asszisztensek jönnek ki a képzésről, akik még soha nem vettek vért. Ezt meg kell szüntetni. Szakmai szempontból a legmegfelelőbb középszinten az **érettségit adó egészségügyi szakképzés**, míg **felsőfokon** maradhat az **ápolóképzés**. A szakmai kompetenciákat a diplomás ápolók esetén meg kell erősíteni és az orvosoknak nagyon sok feladatot **át kell adniuk** nekik. Ha ez nem történik meg, akkor nincs Magyarországon helye a diplomás ápoló képzésnek, mert ma ők is ágytálaznak, fürdetnek, ami egy hatékony rendszerben nem az ő feladatuk lenne, míg másra nincs jogositványuk. A bérrendezéssel meg kell céloznunk a szlovák (!) bérszínvonalat: **középfokon 700, diplomával 1000** eurós bért kell biztosítanunk számukra. Kiegészítésképp be kell vezetnünk az egységes informatikai rendszerek használatát, melytől jelentős adminisztráció csökkenést, ezen keresztül költség- és hatékonyságjavulást várunk.

VÁLTOZÁS MINDANNYIUNKÉRT

Átalakításra vár a **háziorvosi rendszer**: a jelenlegi inkább csak feltáró és irányító funkció mellé szükségesnek tartanánk a **helyi diagnosztikát** és az **otthoni gyógyítást** hozzávenni. Ehhez segítséget kívánunk adni abban, hogy 1-1 körzethez ne csak asszisztencia, hanem ápoló személyzet és megfelelő diagnosztikai **infrastruktúra** is tartozzon. Olyan egészségügyet szeretnénk, melyben kiemelt szerepe van a prevenciónak, ezért külön forrást biztosítunk a kötelező védőoltások rendszerének további fejlesztésére és ellátási kedvezményekkel – akár kedvezőbb árú kiegészítő biztosítással – támogatjuk a különböző szűrőprogramokban való részvételt.

A fogorvosi ellátás rendszerében szélesíteni szeretnénk a TB által finanszírozott beavatkozási kört preventív oldalon az iskolafogászatra és a szűrőszertű szolgáltatásokra összpontosítva. Célung, hogy a ma csak akut problémák miatti orvos – beteg találkozó **rendszeres éves** megelőző felmérésekkel bővüljön.

Az egészségügy szempontjából – s ez talán a legérzékenyebb terület – idegennek gondoljuk az **időskori ellátást**. Világossá szeretnénk tenni, hogy az idősápolást minden szinten ki kell szervezni az egészségügyből. Ez szociális feladat, amire célszerű lenne külön biztosítást kötni. Így a krónikus belosztályokra sem lenne szükség, mert ez otthoni ápolási feladat. Lényegében minden kiskórházat erre **kell átalakítani**, és át kell adni a szociális ágazatnak.

A Fidesz-kormány egyik helyes és támogatandó intézkedésének tartjuk, hogy a **tömegsportba** is irányítanak állami forrásokat. Nem kell félnünk egy falusi focipályától, egy uszodaépítéstől, vagy egy kézilabda csarnoktól, amíg ezek átlátható módon, költséghatékonyan épülnek. Nem csak a jövő generációk, hanem minden korosztály számára változatlanul, az ismert lépéseket kiegészítve folytatni kell a **hobbicélú sportolás** népszerűsítését és hozzáférhetővé tételét. Ezen felül kiemelt szerepet szánunk az iskolai egészségnevelésnek, sportnak és annak is, hogy a tanulók akár már alsó tagozattól kezdve érdemi ismereteket szerezhessenek az egészséges életmód, táplálkozás és mozgás széleskörű lehetőségeiről.

Feltehetően ennek megléte is alapot ad majd arra, hogy idővel csökkentsük a Magyarországon világviszonylatban is a legmagasabbak közé tartozó egy főre eső **gyógyszerfogyasztást**. Ennek módja nem kizárólag a további költségáthárítás, hanem a teljes népességet érintő felvilágosító **kampányok**, orvosi segítség és kormányzati politika együttese. Célunk azt, hogy a GDP arányos gyógyszer büdzsé megközelítse az **európai átlagot**.

ÖSSZEGZÉS

Az egészségügy finanszírozását alapvetően **állami kontrollal**, de a mainál **szélesebb** bázisra építve képzeljük el. Továbbra is alapvető elemének tekintjük az **állami társadalombiztosítást**, ezt azonban ki kell egészíteni az **öngondoskodás** minden szóba jöhető eszközeivel. A szolgáltatói oldalon a **versenysemlegesség** jegyében, teret engednénk a **magántőkének**. Bizonyos értelemben korlátozott és államilag kontrollált **versenyt** szeretnénk az egyes egészségügyi szolgáltatók között függetlenül tulajdonosi szerkezetüktől. A minőségi mutatók és az orvos-beteg viszony javulásának eszközeként szükség van a nyilvános orvos értékelés mellett a nyilvános intézményi értékelésre is.