



INTERJÚ DR. LENKOVICS BARNABÁS OMBUDSMANNAL

Az állampolgári jogok orvosa

Az ombudsmanhoz bárki fordulhat panasszal, aki megítélése szerint valamely hatóság eljárása, ennek során hozott határozata, vagy intézkedésének elmulasztása következtében alkotmányos jogaival összefüggésben sérelem érte vagy ennek közvetlen veszélye áll fenn. Az egészségügyi intézményekre mint közszolgáltatókra számos kivizsgálandó állampolgári bejelentés érkezik. Lenkovic Barnabás országgyűlési biztostól a hazai egészségügyi rendszer állapotáról, kialakulásának jogi előzményeiről érdeklődtünk. A konkrét panaszokra következő számunkban terünk ki.

H Tisztelt tanár úr, bizonyára a hivatalához érkező panaszokból értesül a hazai egészségügyi rendszer működési zavarairól.

– A mai magyar egészségügyi rendszer állapota, és a fejlesztésének lehetséges irányai nem válaszolhatók meg múltunk alapos elemzése nélkül. A 2. világháborút megelőzően a magyar társadalombiztosítási rendszer fejlődése még szervesen illeszkedett az európai és a világ fejlettebb országaiban kialakuló rendszerhez. A biztosítóegyletek, egyesületek szakmák szerint vagy nagyobb munkáltatók munkavállalóit csoportosítva (bányák, vasút, posta stb.), illetve területi alapon szerveződtek, majd elkezdődött a kis biztosítóegyletek egybeolvadása. A tőkeerő és a gazdasági racionalitás azt követelte, hogy életképességük javuljon, és nagyobb volumenű beruházásokat is meg tudjanak valósítani. Saját szakorvosi vagy kórházi intézményeket nehéz lett volna megépíteniük, de összefogtak, és például az OTI intézményében egy országos szervezett rendszert alakítottak ki. Az Országos Társadalombiztosítási Igazgatóság a nevében hordozta a társadalom szót, vagyis nem állami támogatással fejlődött. Bizonyos belső differenciálódását megőrizte, hiszen más-más orvosi ellátásra szorultak a bányászok, a vasutasok, miközben az is természetes, hogy mindenkire kiterjedtek a kor népbetegségei (pl. TBC) és a gyermekbetegségek, ezért igényelt állami támogatást

is. Ezt a rendszert – mint minden más magántulajdont és intézménynek nevezett egyéb társadalmi tulajdonfajtát –, a szocialista állami tulajdon bekebelezte.

H Milyen tulajdoni viszonyok a legmegfelelőbbek az egészségbiztosítási rendszer igazságos és hatékony működtetéséhez?

– Ezt a mai terminológiában komplex jogterületnek mondjuk, mert közjogi és magánjogi elemeket vegyesen tartalmaz. Tisztán magánjogi alapon nem működhet, mert számos társadalmi csoport kimaradna belőle, akik nem képesek magukat finanszírozni, de tisztán államosított intézményként sem működtethető, mert akkor kimarad belőle az öngondoskodás, önfinanszírozás készítése, lehetősége, mert ha valaki magasabb szinten képes önmagát finanszírozni, akkor ezt a jogát és szabadságát elveszti. Az elmúlt kor tanúsága, hogy az állam önkényesen dönthet arról, ha ezt a forrást nem elkülönített alapként kezeli, hanem a „nagykalapba bekeveri” és költségvetési célokra fel-

használja. Ezen túlmenően, a szocialista időszak önkényessége miatt az a megyei párttitkár, akinek a központi vagy a politikai bizottságban nagyobb befolyása volt, kórházat építtetett a saját városában, illetve a megyében, pedig máshol esetleg sokkal nagyobb szükség lett volna rá, de ott, annak a vezetőnek nem volt akkora hatalma. A ma működő rendszer tehát sokféle esetlegességgel terhelt. Néhol bőség, túlzott létszám és dologi ellátottság van kihasználatlanul, miközben máshol hiányok mutatkoznak. Az egyik területről az elavult technikáról vagy annak hiányára érkeznek hozzánk panaszok, miközben az ország másik pontján kihasználatlan kapacitások vannak.

H Milyen további gátló tényezők játszanak szerepet?

– Ma már az állam nem tulajdonosa a jövedelemnek, hanem a magántulajdon jövedelméből - mint közhatalom az adóztatás és egyéb közterhek kivetőjeként szed be, és azt különböző alapokba helyezi el. Ez összeg azonban egyre kevesebb, hiszen mérséklődnek az adók, az egészségbiztosítási és a munkaadók terhelő külön járulék stb. - ugyanakkor csökken a járulékfizetők száma is, mert fogy az aktív korúak száma. Ezen objektív tényezők rendkívüli mértékben lerontották a tb-rendszer működőképességét, függetlenül bárkinél az ezzel kapcsolatos szándékától vagy valamiféle tudatos elhatározásától. A baj az, hogy ez a rendszer nem nyerte vissza azt az autonómiáját, ami ahhoz lett volna szükséges, hogy most már saját lábán képes legyen megállni, és önmagát legalább szinten tartó módon tovább működtetni. Tervek szerint külön önkormányzatként meg lehetett volna szervezni az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási rendszert. Kvázi a szocialista államosítás ellentételezéseként ezek az össznépi tulajdonból olyan mértékű vagyonalapot kaptak volna, amelynek jövedelméből, osztalékából vagy profitjából kellett volna önmagukat finanszírozni, vagy működésük, finanszírozásuk csak kiegészítésre szo-

Lenkovic Barnabás jogi tanulmányait 1969-1974 között végezte az ELTE Állam és Jogtudományi Karán. Ugyanaz évtől gyakornok az ELTE ÁJK polgári jogi tanszékén, majd 1976- tanársegéd, 1982- adjunktus, 1992- egyetemi docens, 2000- egyetemi tanár. 1996-tól az ÁJTK győri tagozatán a civilisztikai tanszék vezetője. Egyetemi jegyzetek szerzője, valamint számos publikációja jelent meg szakmai folyóiratokban és szaklapokban a polgári jog különböző részterületeiről. 1991-ben védi meg kandidátusi disszertációját „Tulajdonjogi rendszerváltozás” címmel, 1992-től az állam- és jogtudomány kandidátusa, és ezzel az MTA köztestületi tagja. 1998-tól négy évre elnyeri a Széchenyi Profeszszori Ösztöndíjat. 2001-től az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa (ombudsman).

rult volna. Ezzel a tulajdonosi autonómiával, a jó tulajdonosra jellemző szigorral, a gazdaságossági és hatékonysági kényszereknek engedve, önmagát kellett volna belülről átalakítania és racionalizálnia. Mindez nem történt meg. A lovak közé dobták a gyeplőt; a szekér megy még, csak nem tudjuk, hogy merre, és esetleg nincs-e a szakadék előtte.

H *Hogyan lehetne megtalálni a helyes irányt?*

– Azon a szinten, ahogy a Kádár-korszak végén ezt a hatalmas egészségügyi rendszert kiépítették, nem lehet tovább működtetni. A rendszerváltáskor meg lehetett volna értetni a társadalommal – mert minden nagyon erősen átalakulóban volt –, hogy milyen megszokott juttatásokról, jogokról, egészségügyi szolgáltatásokról, ellátásfajtákról kell kényszerűen lemondania, de ennek fejében az igazán fontos alapvető szolgáltatások terén megmarad vagy netán még javítható is, a mindenkire egységesen kiterjedő színvonal.

H *Ez azonban nem történt meg, a történelmi helyzet kihasználatlan maradt.*

– A források pedig azóta is, helyenként feleslegesen és kontrollálatlanul elfolyanak, máshova viszont, ahol nagyobb szükség volna rá, nem jut elegendő. Ezért írhatta Moldova György, hogy „pazarló koldus” ez az ágazat. Megválaszol(hat)atlan történelmi és politikai kérdés, hogy 1990-ben mennyivel és milyen módon lehetett volna többet tenni azért, hogy a vagyonos középpolgárság gyorsabban kialakuljon. Az ún. össznépi tulajdon nem kevesek kezében koncentráldott volna, hanem viszonylag egyenletesebben osztdott volna szét. Olyan gazdaságfejlesztési stratégiát és taktikát kellene alkalmazni, amely a középosztály vagyonosodását előmozdítja, amely képes lesz hosszabb távon öngondoskodással, önfinanszírozással, alulról szerveződve magáról gondoskodni.

H *Az európai polgár mindig is takarékoskodott, nem pazarolta el a javait, hanem felhalmozott valamennyit olyan befektetésbe, amely idő- és értékálló.*

– Igen, ez a mentalitás – az önfinanszírozás képessége a nem várt, vagy időben eltolódott, de biztosan bekövetkező eseményekre, mint az öregedés – a protestáns etikával és általában a keresztény puritanizmussal az európainak nevezett civilizációt jelenti. Tehát a viszonylag kiegyenlített vagyonomegoszlási rend, a polgári erkölcs és racionalitással kiegészülve, a sza-



Dr. Lenkócs Barnabás

badságot, a polgári öntudatot és az autonómiát hosszútávon garantálja. A polgár fogja működtetni az államot, a társadalombiztosítást, mert egyébként, akiről az állam gondoskodik, az az állam alattvalója: függ tőle, és arra fog szavazni, aki több vagy színvonalasabb ellátást ígérget neki. Ha viszont a polgár tartja el az államot és ez tudatosul benne, akkor ő fogja megszabni, hogy mekkora legyen az az állam, milyen funkciókat lásson el, és a civil társadalom hiányosságait (egészségügy, oktatás) hol egészítse ki. Akkor erre hajlandó is járulékot, adót fizetni szolidaritási alapon, de akkor számon is kéri az államtól, hogy valóban arra költi-e és hatékonyan használja-e fel.

H *Mit jelent jogi értelemben az intézményrendszer működtetésével kapcsolatos állami felelősségvállalás?*

– A demokratikus jogállami hátterét feltárva, szűkebben az Alkotmány garantálja a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot, és ehhez az államot egészségügyi intézményrendszer működtetésére kötelezi. Ezt az alkotmányos alapjogot a világon mindenhol harmadik generációs alapjognak mondjuk,

ami azt jelenti, hogy nincs alanyi jogosultja abban az értelemben, hogy az egyes ember közvetlenül kikényszeríthetné az intézményrendszer bővítését, fejlesztését, vagy egy beruházást stb. hanem a társadalom mint egésze a jogosultja és valójában az állam a kötelezettje, mégpedig ún. intézményes ellátási kötelezettség terheli. Az intézményes szó kétféle értelemben használható, az egyik, hogy köteles olyan jogintézményeket kidolgozni, törvénybe iktatni és az alkotmánynak ezt az alapjogát kibontani, kiteljesíteni, (ilyen az egészségügyi törvény), de különösen a forrásoldal biztosítása érdekében az egészségügyi járulékot mint közteherhivatali kötelezettséget realizálni, beszédni, a betegjogokat részletezni, pontosítani és a gyakorlatukat ténylegesen lehetővé tenni. A másik értelemben köteles egészségügyi – családorvosi, szakorvosi, kórházi, szakosított klinikai – hálózatot, a mentőszolgálatot, gyermekegészségügyi ellátórendszert is ideértve kiépíteni és működtetni.

H *Mikor tesz eleget az állam az intézményes ellátási kötelezettségének, és mely esetben mondhatjuk azt, hogy meg-*

sérti vagy legalábbis veszélyeztetni alkotmányos köteleességét?

– Az Alkotmánybíróság értelmezi az Alkotmány absztrakt normaszövegét, és in concreto erről több határozatában is kifejtette, hogy a kulcsszó a lehető. A lehető úgy értelmezi, hogy a lehetőségekhez mért, és ezalatt a személyi és a dologi ellátottság (az egészségügyi személyzet képzettsége, a felszereltség stb.) adott színvonalát érti, és ezek finanszírozását a nemzetgazdaság mindenkori teljesítőképességével veti össze. Teljesen nyilvánvaló, hogy a dán, holland vagy például a norvég nemzetgazdaságban, ahol 30.000 dollár felett van az évi egy főre eső nemzeti jövedelem, sokkal magasabb színvonalú egészségügyi ellátás működtethető, mint Magyarországon, ahol ez az összeg csak mintegy 8.000 dollár.

H Az sem mindegy, hogy az egyes államok ezen összegek hány százalékot fordítják az egészségügyi ellátásra!

– Ha egy adott ország a 30.000 dollárból 12%-ot fordít rá, mi pedig a 8.000 dollárból 3,6%-ot, akkor válik igazán érthetővé, hogy mit is jelent az Alkotmánybíróság által értelmezett kötelezettség? Vagyis: az egészségügyi ellátás színvonalának nincs alkotmányos mértéke, azt objektíve behatárolja a nemzetgazdaság teljesítménye (a „nemzet gazdagsága”), szubjektíve pedig a mindenkori politikai döntéshozók kormányzati politikája. Tehát a szavazó polgárok a szavazataikkal a politikai választásokon vonják felelősségre azt a pártot, kormányt vagy parlamentet, amelyik szerintük az intézményes ellátási kötelezettséget alacsonyabb szinten teljesítette, mint ahogyan teljesíthette volna. Ez egy elég áttételes és csak nagyon közvetett felelősségre vonást jelent. Az Alkotmánybíróság nagy szabad mozgásteret hagyott az államnak, amikor rábízta, hogy milyen arányban fordít erre a célra, és milyen személyi és dologi színvonalon működ-teti. Az Alkotmánybíróság szerint az állam abban az esetben követne el alkotmányos sértést, ha az országban olyan feghér foltok alakulnának ki, ahol az egészségügyi ellátórendszer nincs kiépítve, és emiatt az állampolgárok ellátatlanul maradnának.

H A taláros testület a későbbiekben sem fogalmazta meg ennél konkrétan az állam ellátási kötelezettségét?

– Az Alkotmánybíróság eseti döntéseiben azután továbblépett. Például a Bok-

ros-csomagot felülvizsgáló nagy határozatában a tb-alapok tekintetében a járulékfizetők jogait már az alkotmányos tulajdonvédelem körébe sorolta, és ki-mondta, hogy a járulék nagyobb része ún. vásárolt jogot keletkeztet. Az állam a járulékfizető magántulajdonából törvényi erővel elvon közteherként egy részt arra az esetre, ha megbetegszik, megöregszik, megrokkban stb., hogy ilyen esetben is ellátásban részesüljön. Ezt felhalmozza a javára, sőt a jó gazda gondosságával elvileg arra volna köteles, hogy ezt ne pusztán felhalmozza, hanem a piacgazdaság követelményei szerint hatékonyan használja fel, és ha megtakarít belőle, azt fektesse be és kamatoztassa, hogy amikor szükségessé válik, akkor több álljon rendelkezésre. A befizetések kisebb része pedig az ún. szolidaritási hányad, amely azon állampolgárok ellátását is finanszírozza, akik maguk nem képesek járulékot fizetni vagy fizetnek ugyan, de gyógykezelésüket az általuk befizetett járulék nem fedezi. Ez a rendszer az állampolgárt mint járulékfizetőt akár az állammal szemben is megvédi, sőt még a szolidaritási alapon ellátottaknak is alanyi jogon biztosít minimális mértékű, de garantált – például sürgősségi – ellátást.

H Milyen felelőssége van még az államnak az egészségügyi ellátásban?

– Az állam köteles a törvényi háttérrel biztosítani, szerződéseket kötni. Az egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszerterületén is kínálati piac alakult ki, tehát olyan pozícióban van az állam, hogy a szereplőket versenyeztetni tudja. A felhalmozott szabad tőke a világon mindenütt befektetési lehetőséget keres, ez egészségügyi terület pedig kicsi, de biztos haszonnal kecsegtet, csak kordában kell tartani. Tehát az államnak az lenne a fő kötelezettsége, hogy a feltételeket megszabja, mert nem csak arról van szó, hogy a színvonal tekintetében orvos és orvos között, vagy az aktív-inaktív periódusok tekintetében, hanem a finanszírozó oldaláról is nagy különbségek vannak. Mindez differenciált szabályozást és működtetést igényel.

H Mindenki rendelkezhet-e TAJ-kártyával, vagy csak aki járulékot fizet? Továbbá, aki fizeti a járulékot, milyen többletjogosítványokkal rendelkezik ahhoz képest, aki csak szolidaritási alapon részesülhet ebből a rendszerből?

– A politikai döntéshozókat az egészségügyi rendszer továbbfejlesztése, az Al-

kotmánybíró-ságot pedig az a felelősség terheli, hogy konkrétan mondja ki: az egészségügyi ellátások, az intézményes ellátási kötelezettség keretében milyen alapvető jogok, prioritások alapján biztosítandók mindenki számára egységesen és garantáltan a szolgáltatások, illetve mely területeken lehet differenciálni, valamint hol kezdődik az egyén saját belátásán alapuló szolgáltatásfajta-katára, melyek esetében az államnak már nincs kötelezettsége. Rendkívül nehéz kérdés a preventív ellátás, amikor még nem is beteg valaki, de a megelőzés nagyon is fontos volna. Az önkéntes egészségbiztosítási pénztárak – mivel azok valóban piaci alapon működnek és tisztán magánjogi jellegűek – biztosítottjainak jár ez a szolgáltatás: két évente átfogó kivizsgáláson vesznek részt, az időben felfedezett, kezdődő elváltozásokat sokkal kisebb ráfordítással megelőzik, mintha már súlyossá vált volna, és emiatt sokkal többbe kerülne. Nem könnyű eldönteni, lehet-e ez az OEP és a tb-rendszer része, vagy ezt teljesen magánosítani kell? Hogyan értékeljük ebben a körben az egyén saját „közrehatását”, ld. dohányzás, alkoholizmus, drogfogyasztás, elhízás stb. Továbbá milyen magasabb minőségű ellátási formák piacosíthatók 100%-ban, azaz privatizálhatók: hatalmas tőke beruházásokat igénylő klinikák, vizsgálati központok, CT-, MR-, PET-diagnosztika stb. –, illetőleg mi az a szolgáltatási kör, amelyik a wellness szolgáltatások, vagy tárogán értelmezett gyógyfürdő szolgáltatások körébe esik, ami az egyén saját zsebére tartozik.

H Félő azonban, hogy a majdani fizető körbe sorolt szolgáltatások igénybevételét idehaza kevesen engedhetik meg maguknak...

– Ahhoz, hogy egyáltalán rendbe tegyük a rendszert – még egyszer visszautalok az öröklött múltunkra – tisztában kell lenni azzal, hogy ebben az országban 45 évig, éppen az össznépi tulajdon utóhatásaként, a polgárok 80%-a nem volt abban a helyzetben, hogy magánvagyonából megtakarítást halmozzon fel öreg korára, ezért máról-holnapra nem lehet kijelenteni, hogy mostantól mindenki kötelező önmagáról gondoskodni és gyógykezelését finanszírozni. Ugyanakkor a több pilléren nyugvó támaszt már el kellett volna indítani, bizonyos szolgáltatásfajta-k esetében a súlypontot fokozatosan áthelyezni a magánszektorra, és valószínűleg a kevésből is több jutna a nagyobb súlyú ellátási feladatokra, és azo-

kat magasabb színvonalon lehetne teljesíteni. Az egészségügy azonnali teljes privatizációját tehát nem támogatom; az előbbieken vázolt történelmi háttér miatt nem időszerű végrehajtani. Ugyanakkor a praxisjoggal lényegében privatizált családorvosi rendszerre épülő szakorvosi, kórházi, szakosított klinikai ellátások esetében, alulról építkezve – racionálisan, fokozatosan, közgazdasági hatékonysági szemlélettel –, véleményem szerint folytatható a privatizáció, mégpedig mind a felhalmozási (finanszírozási), mind a szolgáltatás-igénybevételi (ellátási) oldalon. Hátráltatja az egészségügyi reform előrehaladását a négyéves ciklusokon belüli vezetőváltások sora is. Nem volt még olyan ciklus, hogy az egészségügyi miniszter és az OEP főigazgató személye négy évig változatlan maradjon. A stabilitást, a rendszer folyamatos működését és korszerűsítését előmozdította volna, ha legalább a négyéves ciklusokat végig tudták volna vinni.

H *Miért mennek ki a magyar orvosok charterjáráttal pénteken délután Angliába, vasárnap éjjel jönnek vissza, és hétfőn reggel fáradtan állnak be dolgozni?*

– Egyszerű a válasz: mert annyit fizetnek nekik, hogy megéri! Amíg Angliában tízezer lakosra 1,6, Magyarországon 3,6 orvos jut. Tehát a kelet-európai országokkal és orvosokkal szemben nem tisztességes, hogy az angolok a gerjesztett hiányt túlfizetéssel kompenzálják, és a doktorokat elszípkázzák. Nem tisztességes, mert a standardizálásnak arra is ki kellene terjednie, hogy Anglia emelje fel a tízezer lakosra jutó orvosok számát.

H *Az Európai Unió területére dolgozni átjáró magyar állampolgár ez évben már az euro chipkártyáját viszi magával, amellyel igénybe veheti az egészségügyi ellátást.*

– Ez azonban pontos nyilvántartást feltételez, rendkívül szigorú adat-összekapcsolási technikák kiegészítésével, hogy az ellátásokat kontrollálni, a visszaéléseket pedig kizárni lehessen.

H *Az állampolgári jogok biztosának milyen eszközök állnak rendelkezésre arra, hogy felhívja a figyelmet az egészségügyi rendszer hiányosságaira?*

– Az ombudsman az egyes konkrét intézkedések vonatkozásában azt mondhatja az egészségügyi miniszternek, hogy ez olyan jellegű vagy mértékű viszály, ami veszélyezteti az állampol-

gárokra a lehető legmagasabb szintű testi-lelki egészséghez való jogát. Vagyis miközben az Alkotmánybíróság kimondja, hogy lényegében nincs alkotmányos mértéke az ellátás színvonalának, az ombudsmannak megvan az a törvényi lehetősége – éppen azért mert viszonylag puha kontrollt jelent és csak ajánlást, javaslatot tesz, kezdeményez – hogy bátrabban mondhatja azt, hogy a tervezett intézkedés alkotmányosan vizsgálva, veszélyezteti az állampolgárok esélyegyenlőségét, az egyenlő hozzáférést, vagy hiányosságnak minősítheti adott esetben egy új gyógyszer finanszírozásának, illetve új vizsgálati eszköz beszerzésének hiányát és így tovább. Ha általánosságban viszonylag tág is a keret, in concreto az ombudsmannak törvényi lehetősége és szabadsága van, hogy kvázi szószólói funkcióban szót emeljen a korlátozó szabályozás vagy intézkedések ellen, és ezt többször meg is tesszük. A szűkösségen belül is többet szeretnénk juttatni azáltal, hogy igazságosabb elosztást, méltányosabb eljárást, emberséges bánásmódot kérünk.

H *Tapasztal-e igényt az ombudsman szerepkörének megváltozására?*

– Felmerült egy átfogó reform szükségessége. Az ombudsmani intézmény 1993-ban elhatározott felépítését (kisebbségi, adatvédelmi és két általános) át kellene gondolni, hogy ez ma is indokolt-e. Például az egységes értelmezés és fellépés érdekében lehetne egy főbiztos és több szakosított helyettese. Éppen az egészségügyi ágazatnak – a szociális szférával kiegészítve –, nagy szüksége lenne a szociális jogok ombudsmanjára. Amikor felmerül ennek a hatalmas területnek a reformja, vagy amikor felmerül az EU részéről a költségvetési szigorítás kényszere, illetőleg, amikor belső államháztartási válságról beszélünk, akkor mely területek azok, amelyek a leginkább kiszolgáltatottak vagy védtelenek? Pontosan ezen területek azok, ahol egy nagy súlyú szakombudsmannak ellensúlyoznia kellene a tervezett kormányzati lépéseket.

(Tisztelt Olvasó, az interjút következő számunkban folytatjuk – a szerk.)

SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

Bush az egészségügyi informatika használata mellett

Az Egyesült Államok elnöke szokásos, évi „State of the Union” beszédében a minőségi, megfizethető egészségügyet az amerikai versenyképesség növelésének egyik meghatározó tényezőjeként említette. „Szélesebb körben fogjuk használni az elektronikus betegadatokat és egyéb egészségügyi informatikai megoldásokat, hogy elősegítsük a költségek ellenőrzését és a veszélyes orvosi hibák csökkentését” – jelentette ki George Bush, aki 2004 óta összes évertékelő beszédében kitért az egészségügyi informatika szerepére.

Alacsonyabb mortalitás?

A Gartner Group szerint az egészségügyi szoftverekbe történő befektetések 50 százalékos növekedése a megelőzhető halálozások számának felére való csökkentését teszi lehetővé 2013-ra. A globális elemző cég szerint az egészségügyi informatika hagyományos alulfinanszírozása a jövőben megváltozik. Az előrejelzések alapján 2009-ig az egészségügyi informatikai befektetések több mint 50 százalékkal nőnek, ennek eredményeként eshet felére 2013-ban a fejlett világban a megelőzhető halálozások száma. Wes Rishel, a Gartner Group alelnöke szerint az informatika széles körű elterjedése, és ezzel együtt a megnövekvő biztonság- és költségtudatosság, azokon a piacokon tapasztalható, ahol az egészségügyi szolgáltatás végső finanszírozói az informatikát, a minőségbiztosítást, az átlátható jelentéseket és a megfelelő pénzügyi ösztönzőket egyaránt megpróbálják alkalmazni.

Elektronikus egészségügyi kártyateszt Németországban

Németországban április végén indul az elektronikus egészségügyi kártya tesztüzeme. A kártya a páciens alapvető adatait, nevét, életkorát és biztosítási adatait tartalmazza, de lehetőség adódik rajta a vénék tárolására is. A chipkártya alapú, PIN-kóddal védett „Gesundheitskarte” az elektronikus chip mellett a páciens fotóját és szabad szemmel olvasható információkat is magában foglalja. A kártya segítségével elektronikus vénéket lehet kiállítani. A házi orvos feltölti a kártyán található chipre a vény adatait, amelyet a gyógyszerárban letölthetnek róla, és ez alapján adhatják ki a gyógyszereket. Biztonsági okokból, a bankkártyákhoz hasonlóan, a német egészségügyi kártyán is megtalálható az aláírási csík, amelyet a gyógyszerésznek a gyógyszer átadása előtt ellenőriznie kell.

www.e-health-insider.com

A ROVAT TÁMOGATÓJA:


INTERNATIONAL SYSTEM HOUSE