

Dr. Deczki Gyöngyi, Pascal Borry

## A HÁZIORVOS ÉS A GENETIKAI TESZTELÉS

### Bevezetés

Az elmúlt években a genetikában végbement jelentős fejlődés forradalmasította számos betegség megértését és kezelését. A háziorvos számos esetben az első orvos, akivel a beteg találkozik, ezért a jövőben a háziorvosoknak a genetikai tesztelés és szűrés módszereit a gyakorlatban alkalmazniuk kell.

A háziorvosok jelenleg nem rendelkeznek ehhez megfelelő szaktudással és képzettséggel, így a várható jogi és etikai következményekre sem készültek fel.

Jelen cikknek az a célja, hogy megvizsgálja a háziorvosok genetikai tesztelésben és szűrésben betöltött jelenlegi szerepét és felvesse azokat az etikai problémákat, melyekkel a háziorvosok e területen szembesülhetnek.

Ezek az etikai kérdések leginkább a következők lehetnek: a betegek informálása, az orvosi titoktartás és az ún. „terápiás hézag”. Cikkem a multifaktoriális és a monogén módon öröklődő betegségek genetikájával foglalkozik.

A monogénesen öröklődő betegségek (mindennapi szóhasználatban genetikai betegségek) betegségek a genomban bekövetkezett mutáció közvetlen következményei, mint pl. a fibrosis cystica, a sárlósejtes anaemia.

A poligén betegség két vagy több ún. „kis hatású” minor gén additív hatásának a következményei. Ezek a betegségek a nagyobb osztályba tartozó multifaktoriális betegségek részét képezik, amelyeknek oka a genetikai mutáció és a géneknek a környezeti tényezőkkel való kölcsönhatása, melyek mindegyike szerepet játszik a betegség folyamatában.

Számos betegséget, mint pl. a daganatos és kardiovaszkuláris megbetegedéseket nem lehet kizárólag hereditár vagy környezeti okok által okozott betegséggé osztályozni, hanem a hereditár és a környezeti tényezők kölcsönhatásaként határozhatóak meg. Gyakoriak a nem-genetikus tényezők, amelyek a genetikai betegség manifesztációját és/ vagy lefolyását befolyásolják, mint pl. az étkezés, testmozgás, stressz, alkohol és drogabúzus, a toxikus kémiai tényezők és radioaktív sugárzás.

A multifaktoriális és monogénes betegségek előfordulása közötti nyilvánvaló különbség valószínűsíti, hogy a jövőben számos olyan rendelkezésben, amelyet jelenleg még organikus és/vagy szociális és nem fiziológiai diszfunkció eredményének tekintünk, a genetikai komponens kimutathatóvá válik.

A fentiekre számos daganatos megbetegedés (mellrák, ovariumcarcinoma, coloncarcinoma), schizophrénia,

drog és alkoholabúzus, depressio, ischaemias szívbetegség egyes formái, hypertonia betegség szolgál példaként. Felvetett témámat e betegségek szempontjából kívánom vizsgálni, mivel felnőtt háziorvosi praxisomban ezek fordulnak elő leggyakrabban.

### Módszer

2007 márciusában a Pubmed angol nyelvű online adatbázisában az alábbi kulcsszavak alapján a témához kapcsolódó tanulmányokat kerestem: primary care, general practitioner, ethics, genetics, testing.

A keresés eredményeként kb. 4500 összefoglaló közleményt, eredeti tudományos munkát, kísérletes tanulmányt és esetismertetést találtam. Az 1996 után publikált közlemények online hozzáférhető absztraktjainak elolvasása után azokat választottam ki, amelyek a felnőtt háziorvosi praxisban előforduló genetikai betegségek tesztelésének vagy szűrésének alkalmazott etikai kérdéseivel foglalkoztak és amelyek valós, szélesebb körben érdeklődésre számító problémákat elemeztek. Jelen rövid cikkemben e felgyűjtött anyag azon vonatkozásait összegeztem, amelyek a háziorvos számára figyelemre méltóak lehetnek.

**Kulcsszavak:** primary care, general practitioner, ethics, genetics, testing

### Eredmények

#### A háziorvos és a genetikai tesztelés

A háziorvos hagyományosan az egészségügyi ellátás „kapuőre”. A legtöbb háziorvos elégedett a „kapuőr” szerepével és legfontosabb feladatának érzi annak eldöntését, hogy mely beteget kell szakorvoshoz irányítani. Bármilyen döntés meghozatala előtt a háziorvos gyakran figyelembe veszi a családi anamnézist.

Ez a szerep azonban változhat, hiszen a genetika terén szerzett ismereteink egyre bővülnek. A szakirodalom már felveti, hogy a háziorvos az új kihívásokkal tisztában van és legtöbbjük már a változtatás szükségességét is belátja. Bár a legtöbb háziorvos a „kapuőr” feladatkörében otthonosan mozog, kevésbé világos számára milyen szerepet töltsön be a beteg genetikai kockázatának felmérésében és az ahhoz kapcsolódó tanácsadásában.

Csak néhányuk jutott el arra a felismerésre, hogy fel kell mérnie a genetikai tényezőket és az általuk indikált esetleges kockázatot.

Watson és munkatársai megvizsgálták, hogy a helyi (Oxford) genetikai szakrendelés által kidolgozott beutalási kritériumok a mellrák és/vagy petefészekrák területén milyen szerepet játszanak (a családi anamnézis alapján). Ezt összevetették a házi orvosok szakrendeléstől való elvárásaival. A tanulmány kimutatta, hogy a beutalt betegek több, mint egynegyede a családi anamnézis alapján alacsony rizikójú beteg volt. Érdekes észrevétel volt, hogy leggyakrabban a beteg vetette fel az örökletes és rákos megbetegedés lehetőségét. Csak az esetek 20%-ában vetette fel az orvos a problémát, azonban ezekben az esetekben is a genetikai szakrendelés által felállított kritériumoknak a beutaltak nem feleltek meg.

Más tanulmány arról számol be, hogy a házi orvos a növekvő specializáció miatt veszélyeztetve érzi hagyományos kulcsfeladatait és addig megszerzett jártasságát, amely holisztikus gyógyítási gyakorlaton alapul.

A házi orvos legfőbb aggálya az volt, hogy a munkába fektetett idő valamint energia nem kifizetődő, hiszen a jelenlegi finanszírozás nem szorgalmazza a beteg alapos kikérdezését és az ezen alapuló tanácsadást.

### **A genetikai tesztelés etikai vonatkozásai**

A leggyakrabban felvetődő etikai kérdések a következők: a betegek felvilágosítása, az orvosi titoktartás és az ún. „terápiás hézag”. A klinikai genetikai tanácsadásban elfogadott kulcsfontosságú alapelv, legfőképpen pl. a non-directiveness ( az orvos csak felvilágosít és tanácsot ad, a beteg pedig saját körülményeinek megfelelően határoz) említésre sem került a házi orvosok körében.

#### *A betegek felvilágosítása*

Jelenleg a legtöbb házi orvos bizonytalan abban, hogy milyen mélységű információt a legcélszerűbb nyújtania. Egy 2005-ös vizsgálat a betegnek és egészségügyi dolgozónak a daganatos, a kardiovaszkuláris megbetegedések és a diabétesz családi kockázatának terén az eltérő információs igényeire mutat rá. Ennek az a fő oka, hogy amíg azok a betegek, akiknek a családi anamnézisében diabétesz és kardiovaszkuláris megbetegedés szerepel gyakran alulértékelik a személyes rizikójukat és a prevenciót, addig azok a betegek, akiknek a hozzátartozója rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedett tisztában vannak a személyes rizikójukkal („öröklődik a családban”). A szakirodalom arra is rámutat a nők esetében, hogy ahol a családi anamnézise mellrákot tekintve pozitív, ott a beteg túlértékeli a rizikót és emiatt szorong.

Az Internet és a széleskörben elterjedt népszerűsítő tudományos irodalom hozzáféréseinek növekedésével a

betegek informáltsága növekszik. Azonban ez a tudáshalmaz a pozitív családi anamnézisű betegek esetében nagyfokú szorongáshoz vezethet. Ilyen esetekben sem a genetikai rizikó megnyugtató módon való korrekt interpretálását várja el a házi orvostól a beteg. Annak felmérése, hogy a beteg milyen formában, mekkora mennyiségű információt igényel, és hogy mikor és milyen szakorvoshoz kell küldeni a beteget az alapellátási feladatkörhöz tartozik.

#### *Az orvosi titoktartás*

Az orvosi titoktartás kérdése a genetikai tesztelésben érzékeny, bonyolult és nehéz kérdés. E megállapítás kiváltképpen érvényes abban az esetben, amikor a házi orvos praxisában több családtagot is gondoz. Míg a bioetikusok leggyakrabban az orvosi titoktartás megszegésének problémáját vetik fel ezekben az esetekben, addig a házi orvosok meglepő módon általában nem említik ezt meg, mint legfőbb aggályt. Ugyanakkor egy tanulmány szerint a házi orvosok valódi aggálya a beteg- adatok biztosítótársaságoknak való továbbítása volt.

Az orvosi titoktartás kérdése felveti a család fogalmának a tartalmát. Ki tartozik a családhoz? Szülők, testvérek esetleg nagynénik és nagybácsik is? Hol van a magánélet tiszteletben tartásának a határa? Hol húzható meg ez a határvonal a család egészét illetően, a genetikai összefüggések szempontjából meddig terjed a család, kik tartoznak genetikai szempontból még a családhoz? Sok latin-amerikai, dél-európai, kelet-európai, közkeleti és ázsiai házi orvos számára a „nagy család” egy genetikai egység, és így kevésbé érzékenyek a család egyes tagjainak a magánéleti elvárásai iránt. Számukra a „Megőrizném a beteg titkát.” és az „ Elmondanám a hozzátartozóknak, ha rákérdeznének.” kijelentések nem ellentmondásosak. Véleményük szerint az orvosi titoktartást csak akkor szegnék meg, ha vagy a biztosítótársaságot vagy a munkáltatót vagy olyan hozzátartozót informálnának, aki nem érdeklődött. Világos, hogy a házi orvosi attitűd nagymértékben függ a kulturális, etnikai és társadalmi különbségektől.

Számos kultúra kisebb hangsúlyt fektet az orvosi titoktartásra, mint maguk az egészségügyi dolgozók.

További problémát vet fel hogy, amikor egy beteg genetikai betegsége kiderül, akkor az orvosnak kötelessége értesíteni a genetikai betegséget esetleg hordozó biológiai hozzátartozót is. Melyek ezek az esetek? Amikor a genetikai betegség súlyos, és azonnali következményekkel jár és hatékony beavatkozásra lehetőség van. Ugyanakkor, a genetikusok még nem jutottak közös nevezőre azt illetően mit tekintsenek súlyos genetikai betegségnek. Sokan úgy ítélik meg, hogy e területen még tovább kell vizsgálandni, hogy megnyugtató válasz és definíció születhessen. A házi orvos kötelessége ilyen esetekben az, hogy a beteg figyelmét felhívja arra, hogy a biológiai hozzátartozókat, akik szintén betegek az esetleges genetikai rizikójukról értesítse és ezzel orvosi titoktartását megszegje.

*„Terápiás hézag”*

Számos szerző felveti a háziorvosok ún. „terápiás hézaggal” kapcsolatos etikai kérdéseit.

A nemzetközi tapasztalat szerint a legtöbb háziorvos a betegeit nem értesíti a genetikai kockázatról akkor, ha a rizikó csökkentésére, a betegség kialakulásának megelőzésére nem áll rendelkezésre hatékony szűrővizsgálat és/vagy terápia. Kiváltképpen igaz ez a daganatos megbetegedések genetikai rizikófelmérésénél és közlésénél. Erre szolgál példaként a mellrákot és petefészekrákot okozó BRCA1, BRCA2 szuszceptibilis gént hordozó betegek esete. A probléma ezekkel a betegségekkel (mellrák, petefészekrák) tehát az, hogy mit tehetünk, ha a beteg hordozza a gént? Szabad-e felesleges szorongásnak a beteget kitenni? Lehet-e fiatal beteggel a halálos ítéletét közölni? Vajon a környezeti tényezők miként befolyásolják a gének működését? Ilyen és ehhez hasonló kérdéseket tesznek fel világszerte a háziorvosok a „terápiás hézaggal” kapcsolatban.

*A háziorvos genetikai tudása*

A nemzetközi szakirodalom egyetért abban, hogy a háziorvosok genetikai tudása hiányos, a továbbképzés elengedhetetlen.

Az alapellátó orvostól elvárható a genetikai rizikó felmérése a családi anamnézis felvételének formájában. Ideális esetben ez három generációt ível át és minden hozzátartozó betegségének kialakulásakor és halálakor az életkorát is megjelöli.

Fontos az etnikum megjelölése bizonyos betegségek (pl. haemoglobinopathiak) rizikójának felmérésekor. A háziorvosi praxisban előforduló leggyakoribb betegségek öröklődési menetének ismerete is fontos.

A genetikai kockázat ismertetése nagy tapintatot és gyakorlatot igényel, amely mindenképpen a genetikai tudás részét kell, hogy képezze.

**ÖSSZEFOGLALÁS**

Az orvostudomány egyik legdinamikusabban fejlődő területe a genetika, ezért a jövőben elengedhetetlen lesz az alapellátásban a betegségek genetikai tesztelésére és szűrésére vonatkozó ismeretek gyarapítása és alkalmazása. A genetikai információ az egyén egész életére, életmódjára, párválasztására és leszármazottai életére kihat. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy ez az információ a hozzátartozók érdeklődésére is számíthat. Éppen ezért fontos, hogy a beteg háziorvosa megfelelő szak tudással rendelkezzen a területen és tisztában legyen a felmerülő számos etikai problémával is. Cikkemben rámutatok arra, hogy az alapellátásban világszerte bizonytalanság tapasztalható a beteg felvilágosítása, az orvosi titoktartás és az ún. „terápiás hézaggal” kapcsolatos etikai kérdések területén. A jövőben elkerülhetetlen ezen kérdések behatóbb vizsgálata, újabbak feltérképezése valamint a beteg elvárásainak korrekt felmérése.

**IRODALOM**

1. S. Kumar, M. Gantley: Tensions between policy makers and general practitioners in implementing new genetics: grounded theory interview study *BMJ* 1999 319: 1410-1413.
2. E. K. Watson, D. Shickle, N. Qureshi, J. Emery, J. Austoker: The 'new genetics' and primary care: GPs' views on their role and their educational needs *Family Practice* 1999 16: 420- 425.
3. J. Emery, E. Watson, P. Rose, A. Andermann: A systematic review of the literature exploring the role of primary care in genetic services *Family Practice* 1999 16: 426- 445.
4. J. Emery, S. Hayflick: The challenge of integrating genetic medicine into primary care *BMJ* 2001 322: 1027-1030.
5. Sh. M. McDonnell, P. D. Phatak, V. Felitti, A. Hover, Gordon D. McLaren: Screening for Hemoschromatosis in primary care *Annals of Internal Medicine* 1998 129: 962-970
6. G. M. Brittenham, A. L. Franks, F. R. Rickles: Research priorities in hereditary hemochromatosis *Annals of Internal Medicine* 1998 129: 993- 996.
7. E. Watson, J. Austoker, A. Lucassen: A study of GP referrals to a family cancer clinic for breast/ ovarian cancer *Family Practice* 2001, 18: 131-134.
8. R. EC, Burke, W. Heaton CJ, Haga S, Pinsky L., Short MP, Acheson L.: Reconsidering the family history in primary care *Journal of Genetic Internal Medicine* 2005 20(3): 315.
9. K. Wasson, E. D. Cook, K. Helzlsouer: Direct-to-consumer online genetic testing and the four principles: an analysis of the ethical issues *Ethics and Medicine* 22:2 (2006):83-91.
10. G. Stock: The Family Covenant. A Flawed response to the Dilemmas of genetic testing *The American Journal of Bioethics* 2001 1(3): 17-18.
11. Shickle D., Hapgood R., Qureshi N.: The Genetics Liaison nurse role as a means of educating and supporting primary care professionals *Family Practice* 2002 19 (2) : 193.196.
12. G. Elwyn, A. Edwards, R. Iredale, P. Davies, J. Gray: Identifying future models for delivering genetic services. A nominal group study in primary care *BMC Family Practice* 2005,6: 14
13. F. M. Walter, J. Emery: „ Coming down the Line”- Patients' Understanding of Their Family History of Common Chronic Disease *Annals of Family Medicine* 2005 3 (5): 405-414.
14. C. Gastmans: Between technology and humanity: The impact of Technology on Health Care Ethics, P. III, Ch. 6.: Genetic counselling, testing and screening issues for health services, for health professionals and for our clients 97-119.
15. D. R. Resnik: Genetic testing and primary care: a new ethic for a new setting *New Genetics and Society*, 2003 22(3) 245- 256.
16. R. Rhodes: Confidentiality, Genetic Information, and the Physician-Patient Relationship 2001 1(3): 26-28.
17. C. Wertz: No Consensus worldwide *The American Journal of Bioethics* 2001 1(3) :14-15.
18. D. Doukas, J. W. Berg: The ' family covenant' and genetic testing *The American Journal of Bioethics* 2001 1(3) 2-10.
19. R. Moseley: Family Physicians and the Family Covenant Model's Usefulness in Solving genetic testing Conflicts *The American Journal of Bioethics*: 2001 1(3)28-29.
20. McCann S, Macauley D, Barnett Y: Genetics and genetic testing: are GPs likely to attend training courses? *Journal of Cancer Education* 2004 Winter 19 (4): 225-226.

Dr. Deczki Gyöngyi e-mail: deczki99@t-online.hu  
Pascal Borry, egyetemi oktató, Centre for Biomedical Ethics and Law,  
K. U. Leuven  
Cím: 7001-Uz St Rafael, Kapucijnenvoer 35/3, 3000 Leuven, Belgium

**Köszönetnyilvánítás:** Ez a cikk a Master of Bioethics program keretében és támogatásával készült.

A magyar változat elkészítésében hasznos tanácsokkal látott el dr. Kovács József és dr. Domonkos József, akiknek a segítségét ezúton is köszönöm.

## 300 FORINTTÓL 64 MILLIÁRDIG

**Sok szó, átok és áldás is elhangzott már a tavaly februárban bevezetett 300 forintos vizitdíjról. Elmúlt tíz hónap, a rendszer tülesett az első gyerekbetegségein, látjuk már az első számokat, eredményeket is. Csökken az elkerülhető orvos–beteg látogatások száma, csaknem valamennyi háziorvosi praxisnak növekedtek a bevételei és kevesebb teher hárul az OEP-en át az adófizetőkre is.**

Éljenjárom európai szakmai színvonal és minimális követelményeknek sem megfelelő intézmények; 10 millió szolgáltatást igénybevevő és 3,5 millió járulékfizető; a szükségesnél több kórházi ágy és alulfinanszírozott kórházak; szerény hivatalos jövedelmek és hálapénz; vágatató gyógyszerkiadások és pazarlás; egyenlő jogok és hatalmas regionális különbségek; robbanásszerűen növekvő egészségügyi kiadások és az Európáinál lényegesen rosszabb egészségügyi mutatók – ezek az ellentmondások jellemezték a magyar egészségügyi ellátást 2006. nyarán, immár évtizedek óta. Már a szerepek, feladatok is össze voltak keveredve: ki kit képvisel, ki kit szolgál. Volt és van teendő bőven.

A most néhány hónapos vizitdíj az egészségügyi rendszer valamennyi részvevőjét saját helyzetére figyelmezteti: a biztosítottakat arra, hogy a háziorvosi szolgáltatás nem a semmiből teremődik, annak költségei és munkadíjai vannak, az orvosokat arra, hogy a betegek nem ingyen kapják az ellátást, ezért a pénzükért a lehető, legmagasabb színvonalú gyógyítást érdemlik. Az politikusokat pedig arra, hogy az állampolgárok pénzével gazdálkodnak.

A vizitdíj önmagán túlmutató villámhárító lett, mely magára vonja a reformokkal, a kormány politikájával szembeni villámokat, miközben még a legérintettebbek is nagyon keveset tudnak a vizitdíjjal kapcsolatos tapasztalatokról.

### Változott valami?

Igen. A vizitdíj bevezetése óta kapott adatokat összegezve úgy tűnik, a kezdeti nehézségek és konfliktusok ellenére az intézkedés beváltotta a hozzá fűzött reményeket: csökkent a felesleges orvos–beteg találkozók száma, a háziorvosi szolgálatok és az egészségügyi intézmények pedig olyan többletbevételre tettek szert, ami korábban nem szerepelt a költségvetésükben.

Jól látszik ez abból, hogy míg a felnőtt háziorvosi praxisokban többnyire csökkent a betegforgalom (a tételes betegforgalmi jelentés alapján 8–27%-kal), a bevétel ugyanakkor 627 ezer forintról 781 ezer forintra emelkedett. Vagyis az ellátott esetszám csökkenése mellett 25 százalékkal nőttek a praxisok bevételei. Ha együttesen nézzük a gyermek- és felnőtt háziorvosi szolgálatokat, az adatok hasonló tendenciát mutatnak.

Bár a forráshiánnyal küzdő fekvő- és járóbeteg-szakellátás számára is fontos kérdés a napidíjakból származó bevétel, az igazi nyertese az intézkedésnek az alapellátás, ahol például a 2007 augusztusi teljesítések eredményeképpen közel másfél milliárd forinttal több bevétel keletkezett a vizitdíjakból, mint a járó- és fekvőbetegellátásban bevezetett díjakból összesen. Az alapellátásban dolgozók 2007-ben a vizitdíj bevezetése óta havonta átlagosan 186 ezer forint többletbevételre tehetnek szert, de az átlagok mögött különbségek is vannak. Csökkent a gyógyszerforgalom is, így a vizitdíj bevezetése óta mintegy 15 milliárd forinttal kevesebbet kellett gyógyszer támogatásra költeni a gyógyszerkasszából.

### Kevesebb hálapénz – bevétel mindenkinek

A vizitdíj bevezetése ugyanakkor olyan kérdést is megbolygatott, amit eddig semmilyen intézkedés – legyen az béremelés, tiltás vagy civil kezdeményezés – nem tudott megoldani: mégpedig az indokolatlanul egyenetlenül eloszló hálapénz-kérdést.

Az úgynevezett co-payment, azaz a beteg részbeni közvetlen hozzájárulása gyógyítása költségeihez Nyugat-Európa országaiban nem újdonság: az orvoslátogatáskor vizitdíjat fizetnek az osztrák, a belga, a francia, a finn, a dán és a német állampolgárok is. Magyarországon a hálapénz klasszikus rendszere ezt a funkciót is ellátta, ám szabályozatlan, kínos, az illegaritással határos módon. A hálapénz gyakran a szó szoros értelmében a hálát jelentette, de nem ritkán, sőt megengedhetetlenül gyakran indokolatlan és igazságtalan előnyökhöz akarta juttatni, vagy juttatta azt, aki fizetett. A kapott összeg függ az orvos szakmájától, beosztásától, de ugyanolyan beosztású orvosok között is vannak különbségek. Nem újdonság a szakma számára, hogy míg egyes orvosok fizetésük többszörösét kapták meg hálapénz formájában, addig más szakorvosok, köztük a háziorvosi praxissal rendelkezők nem, vagy csak nagyon kiszámíthatatlanul kaptak hálapénzt. Közvélemény-kutatások szerint a vizitdíj bevezetése óta minden ötödik ember kevesebb pénzt ad orvosának, vagy nem ad hálapénzt. Ugyanez a felmérés figyelmeztet arra is, hogy a gyakorlattal együtt változik az emberek vélekedése is: erősödik az a tudat, hogy a kifizetett összegért – ahogy a társadalombiztosításért is – minőségi egészségügyi szolgáltatást várhatnak el.

### 64 milliárd forint megtakarítás

A vizitdíjból és a kórházi napidíjból az első tíz hónapban összesen 21,7 milliárd forintos bevétel származott az egészségügynek, ebből 9,5 milliárd forint a háziorvosoknál, 6,2 milliárd forint a járóbeteg-szakellátást végző szakrendelőknél, 2,2 milliárd forint pedig a kórházaknál jelentkezett. A fentiekből is kiderül, hogy nemcsak a konkrét bevételek útján jelent megtakarítást a vizitdíj és a napidíj, hanem az esetszámok, a kórházakban töltött napok számának csökkenése, a kevesebb felírt és kiváltott recept, kevesebb gyógyszer támogatás révén is. A kiadások csökkenésével így összesen az első tíz hónapban 64 milliárddal több jutott a magyar egészségügyre. A 300 forint megfizetésével 64 milliárd forinttal több finanszírozást kaptak az európai színvonalon képzett és dolgozó háziorvosok és szakorvosok, a kórházak és többet költhettek 2007-ben az intézmények modernizálására is.

### 10 HÓNAP SZÁMOKBAN

- 3 milliárd Ft megtakarítás keletkezett a járóbeteg szakellátásban
- 21,2 milliárd Ft megtakarítás jelentkezett az aktív fekvőbeteg-ellátásban, és a krónikus fekvőbeteg-ellátás is mintegy 1,1 milliárdos megtakarítással számolhat
- a gyógyító, megelőző ellátások terén 25,3 milliárd forint megtakarítás jelentkezett
- átlagosan 186 ezer forint plusz bevételhez jutnak (a tételes betegforgalmi jelentések alapján számított adat) a háziorvosi rendelők havonta
- a járóbeteg szakrendelők havonta 5–10, a kórházak pedig havonta 4–5 millió forint többlettel gazdálkodhatnak
- csökkent az orvos–beteg találkozások száma
- csökkent a kórházi ápolási napok száma, az aktív fekvőbeteg intézményekben az egy esetre jutó átlagos ápolási napok száma 6,34-ről 5,89-re, a krónikus fekvőbeteg intézményeknél 15,05-ről 14,11-re
- csökkent a hálapénz mértéke és gyakorisága (más hatások miatt is)
- 2007-ben a vizitdíj és a napidíj bevezetése összesen – bevételekkel és megtakarításokkal együtt összesen 64 milliárd pluszt jelentett az egészségügynek.
- A vizitdíj és a kórházi napidíj ugyanakkor csökkenti az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségét is, hiszen csaknem 4 millió – rászoruló – ember mentesül a díj megfizetése alól vagy kap kompenzációt.