

miatt. Az európai értékrenddel nem fér össze az esetek kitagadása az ellátásból, a társadalmi cél a mélyszegénység felszámolása, olyan helyzet teremtése, amikor a bónusz-málusz rendszerek (Az összefüggés a dohányzás és a tüdőrák között csak statisztikailag igazolható, egyénileg nem. A beteg önmagában dohányzás ténye miatt ezért sem zárható ki a terápiából, de a dohányzás elhagyása bonus rendszerrel (magasabb támogatási kulcs a gyógyszernél, eredményes leszoktatási terápia refinanszírozása stb.) jutalmazható) már valós motivációt jelentenek.

Ugyanakkor a társadalmi igazságosságot és a többletkockázatnak megfelelő többlet-hozzájárulást jelenti az, ha a legálisan megvásárolható egészségkárosító termékek (kiemelten az alkohol és dohányárú) tartalmaznak egy egészségügyi hozzájárulási részt, egészségbiztosítási termékdíjat. Így a többletkockázatot vállalók a többletkockázat díját a termék megvásárlásakor róják le. Itt említendő meg, hogy a népegészségügyi termékdíj elnevezés azért nem szerencsés, mert a népegészségügyi feladatok közé a megelőzés, életmódváltás támogatása stb. tartozik. Ez fontos, de ennek forrásszükséglete lényegesen alacsonyabb, mint az ezen szerek okozta károsodások gyógykezelésének költsége. A prevencióban egy-két milliárddal csodát lehet tenni, de a kárenyhítéshez több tízmilliárdra lenne szükség.

Ez a megoldás igazságos, mert:

- a többlet kockázatot vállalók többlet-terhet vállalnak, így (részben/összességében) megfizetik az egészségkárosító magatartásuk terheit,
- ugyanakkor ez a megoldás nem zárja el a gyógyulástól az arra rászorulókat, azaz a gyógyításban pl. az alkohol és a dohányzás esetében már nem tesz megkülönböztetést a kockázat oka szerint.

Problémát a nevesített jövedéki adó/termékdíj mértékének a megtalálása jelent, hiszen egy inflexiós pont felett a fekete piac felé tolja a fogyasztást, ami egyrészt csökkenti a közösségi bevételeket, másrészt egészségkárosító a kontrollálatlan, hamis termékek fogyasztása miatt.

A napi aktualitások miatt röviden foglalkozni kell a nemrég elfogadott népegészségügyi termékadóval. Az első kérdés, hogy ha ilyen adó bevezetésre került, akkor az miért nem terheli a definiáltan, és vita nélkül egészségkárosító termékeket, pl. a dohányt és az alkoholt? A másik probléma, hogy a termék itt kevésbé jól határolható le, nehéz megállapítani a határt, és külön döntést igényel, hogy az abszolút károsítást, vagy az érték választást preferáljuk-e. A termékdíj szabályozó hatásának értékes területe az is, amikor az adott kategórián belül preferáljuk az egészségesebb terméket (sima szalonna versus mangalica, teljes kiőrlés versus malátával színezett nullásliszt stb.). Az egészséges választás tehát nemcsak a termékcsoportok között, de azon belül is értelmezhető.

Vélhetően itt szerencsésebb lett volna egy társadalmi zsűri által évente felülvizsgált „Egészséges Választás” védjegy, és ehhez kapcsolt adókedvezmény + termékdíj rendszer bevezetése. Ennek a gondolatnak a közgondolkodást megelőző elődjének tekinthető a '90-es évek végén indult „szívbarát” program, amely emblémával jelölte a pozitív táplálkozási-életmódú termékeket. Ez a megoldás két szempontból is hasznos lenne. Egyrészt biztosítaná azt, hogy a preferált/diszpreferált termék kör legalább évente hozzá legyen igazítva a változó kínálatához és társadalmi mintákhoz, másrészt maga a társadalmisított döntési folyamat, az ezt övező vita is értékorientáló.

A cikk második részét lapunk következő számában olvashatják.

Nemzeti Erőforrás Minisztérium – Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Közlemény

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2011. év második negyedévére vonatkozóan összesítette a fekvőbeteg-szakellátók, valamint a heti 200 szakorvosi és nem szakorvosi óraszámánál nagyobb kapacitással rendelkező járóbeteg-ellátók pénzügyi helyzetét felmérő adatlapokat.

Az Államtitkárság a 2011. II. negyedévi adatokat összevetette a 2011. I. negyedévi adatokkal, és megállapította, hogy a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók kötelezettségállománya a március 31-i állapothoz képest (116,9 mrd Ft) 10,8 mrd Ft-tal, 9%-kal emelkedett, mely így összesen 127,7 mrd Ft.

A fekvőbeteg ellátást végző egészségügyi szolgáltatók határidőn túli kötelezettsége 2011. I. negyedév végén 41,8 mrd Ft volt, mely a II. negyedév végére 3,3 mrd Ft-tal 45,1 mrd Ft-ra emelkedett. Az összes szakellátót (járó-fekvő) – melyek adatot szolgáltatottak – figyelembe véve az összes kötelezettség 121,9 mrd Ft-ról 137,9 mrd Ft-ra emelkedett, ami 13%-os emelkedést jelent.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság kiemelt célja a folyamatos monitorozás és fejlesztés. Az országos kataszterfelmérés mellett a fenti adatok átfogó feldolgozása és elemzése is segíti az egészségügyi intézmények gazdálkodásának megismerését, az egészségügy átláthatóságát.

2011. szeptember 1.