

## Egészségügyi magánellátás lehetősége és szerepe a közszolgáltatóknál

Dr. Tamás László János,  
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

A közlemény arra keresi a választ, hogy Magyarországon az egészségügyi közszolgáltatók milyen módon illeszthetik be tevékenységi körükbe a nem közfinanszírozott, azaz a magánfinanszírozott ellátásokat. Milyen lehetőségeik voltak eddig ezen a területen, és várható-e expanzió? A szerző bemutatja, hogy egy térségvezető kórház lehetőségei figyelembevételével hogyan reagál a kor kihívására, a jelentkező igényekre. Mivel az intézmény alaptevékenysége a járó- és fekvőbeteg-szakellátás, így az elemzés is ezen területeket érintő magánellátást vonja górcső alá.

*This article aims to answer the following question: how can Hungarian public healthcare providers offer non-publicly funded (private funded) services? What options have they had so far in this field and may they expect a future expansion? The author presents, how can a regional hospital – while not forgetting its limited range of opportunities – react to today's challenges and fulfil a variety of demands. As the main profile of this institution consists of ambulatory and inpatient specialists' care, these fields will be focused in this analysis.*

### A KÖZ ÉS A MAGÁN SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS TERÜLETÉN

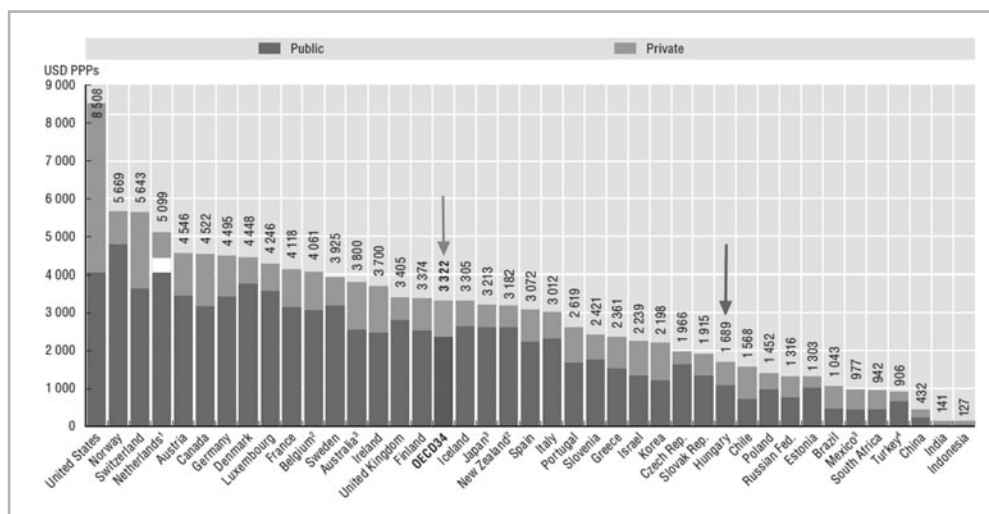
Tényként fogadható el, hogy Európa hagyományosan sok állami funkcióval meghatározott egészségügyi ellátásában a magánszerep erősödik (ennek bizonyítására elegen-

dő a magán kórházi ágyak összes ágyszámon belüli arányát tekinteni, amely az EU-ban az 1980-as 15%-ról 2006-ra 21%-ra emelkedett). Az egészségügyre fordítható közkiadások korlátossága miatt Magyarországon is számítani kell a magánfinanszírozás erősödésére, aminek már számos működő példája nyert teret (fogorvosi ellátás, esztétikai sebészet, jelentősen emelkedő számú orvos-beteg találkozás magán szakorvosi ellátásban, szakellátó magánintézetek) [3].

A magánszerep erősödése az európai szolidaritási, méltányossági értékek, az ellátás univerzális biztosításának elve miatt korlátozottan jelenik meg az egészségügy finanszírozásában (közpénz dominanciája a magánbiztosítókkal, magánfinanszírozással szemben), annál erőteljesebben jellemzi az egészségügyi szolgáltatások különböző szintjeit.

A szolgáltatásokban a magánszerep legerősebb formája a tulajdonjog birtoklása. A magántulajdonban lévő szolgáltatók mellett több egyéb példa is tükrözi a magán megjelenését: az egészségügyi közszolgáltatók működtetésének magánszereplőre bízása, a működésbe magánszereplő bevonása (outsourcing), a beruházásokba magánforrások bevonása (jellemzően civil támogatások). Emellett egyre tágul a palettája a közszolgáltatók által a közellátással párhuzamosan végzett, nem közfinanszírozott szolgáltatásoknak.

Az állami és magánszolgáltatók között nehéz éles határvonalat húzni. Az egészségügyi szolgáltatók gyakran egyszerre rendelkeznek a köz- és a magánellátókra jellemző tulajdonságokkal, szereplőkkel, ezért sokkal inkább jellemezhetők az állami-magán valamilyen keverékével (public-private mix, lásd 2. ábra).



1. ábra  
A magán és közfinanszírozott ellátás vásárlóerő paritáson egyes OECD országokban

tulajdon	működtetés	finanszírozás	eredmény
köz	köz	köz	non-profit
		köz + magán	non-profit
magán/közhasznú	magán	köz	non-profit
	köz	köz	no-profit
magán	magán	köz	non-profit/for-profit
		köz + magán	non-profit/for-profit
		magán	for-profit



**2. ábra**  
**A köz és magán lehetséges szerepe az egészségügyi szolgáltatások terén**

Az egészségügyben a hozzáférés biztosítása mellett egyre erőteljesebben felértékelődik az ellátás minőségének, az emberi méltóság biztosíthatóságának kérdése, de nem tartozik már az eretnek dolgok közé a differenciált igények kielégíthetőségének a felvetése sem. A differenciált igények, a magasabb szinten elvárt szolgáltatás többletforrás igénye csak nem közfinanszírozott forrásból teremthető elő.

## TAPASZTALATOK ÉS JÖVŐKÉP

A kiegészítő (részleges vagy teljes) magán-tevékenységet végző intézmények feladata alapvetően választékbővítés: kiegészítő, eltérő tartalmú, az elvárható szint felett emelt minőségű, eltérő elérhetőségű szolgáltatások nyújtása, rétegigények kielégítése. Szolgáltatásaikat a tisztán közellátó intézmények ellátásaihoz képest más minőségben, más eljárással (más orvos-szakmai tartalommal), eltérő hotelkörülmények között, vagy egyszerűen csak más elérhetőséggel vagy más eljárásrendben (pl. egyes területeken beutaló nélkül) nyújtják.

Az ilyen szolgáltatók kettős finanszírozáshoz jutnak: mint a szervezett közösségi ellátórendszer része, megkapják a rájuk kiosztott (TVK, teljesítményvolumen-korlát) OEP-finanszírozást, ugyanakkor a betegetől szolgáltatásukért piaci kiegészítő díjat kérhetnek. A szolgáltatás területi ellátási kötelezettség nélküli, működését a piac szabályozza, állami garancia csak a minőség-ellenőrzés szintjén van, a rendelkezésre állást az állam nem garantálja. Az intézmények választékbővítő szolgáltatásokat nyújtanak [2].

Ezek az intézmények a közfinanszírozási rendszer teljes jogú résztvevői, azaz – az általános szabályoknak megfelelően – teljes körű társadalombiztosítási utalványozási joggal (beutalás, receptírás, táppénz) rendelkeznek. Ilyen intézmény lehet bármely praxis és bármilyen tulajdonú intézmény, illetve annak elkülönült szervezeti egysége. A szolgáltatónak jól látható helyen feltüntetve még a szolgáltatás igénybevétele előtt egyértelműen jelezniük kell azt, hogy kiegészítő díjat kérhetnek. A public-private mix elve értelmében a tulajdonosi döntés során a szolgáltatási esetszám figyelembevétele mellett preferálni kell azt a közszolgáltatót,

- amely közellátó intézet elkülönült részeként működik (térbeli, időbeli, dokumentációs és finanszírozást érintő elkülönülés)
- ahol a magánellátást nyújtó részleg/területen dolgozó ellátók főállásban, de bázismunkaidejüket semmiképpen sem csonkítva dolgoznak a kiegészítő szférában, és jövővedelmüket a privát tevékenység fedezi.

A tisztán piaci szereplők státusza a mai helyzetben világos, a szakmai szabályozás és a szakmai ellenőrzés rájuk is egységesen vonatkozik. Intézmény- vagy praxisalapítási joguk nem korlátozott. Szerepük elsősorban a társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátásokban (pl.: plasztikai sebészet, magánszakorvos járóbeteg-ellátás, magánfinanszírozású egynapos ellátások), illetve a határterületi ellátások területén (szanatórium, ápolási otthon) lehet jelentős. Mindemellett jól ismert, hogy kezdetben tisztán magánellátó szolgáltató közellátásra is kérhet és kaphat befogadást.

## A MAGÁNELLÁTÁS KIFEJLESZTÉSÉNEK OKAI A KÖZSZOLGÁLTATÓKNÁL

Az egészségügyi közszolgáltatók alapvető feladata ma Magyarországon a közpénzekből (E-Alap) finanszírozott közellátás. Az alapfeladat és alaptevékenység mellett számos intézmény, így a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház is számos egyéb feladatot vállal és ellát, melyek a betegellátással kapcsolatosak, azok színvonalát emelik (betegszállítás, gyógyszer alapellátás, tudományos klinikai kutatások), vagy amelyek humánpolitikai nyereséget hoznak (oktatás, képzés, kutatások). A kórház ezek mellett még gyakran olyan tevékenységet folytat, melyek döntően a fentiek mellett vagy azokkal együtt gazdasági hasznot is hoznak. Az elmúlt években hasonló okok miatt merült fel számos intézményben a közellátás mellett a magánellátás (nem közfinanszírozott) területének bevonása.

Napjainkban számos közgazdasági, egészségpolitikai, hatósági elemzés (például ÁSZ-jelentés) lát napvilágot, amelyek a magánforrások bevonását is érintették.

Kiemelném Sinkó Eszter elemzésének [1] alapállításait:

- Kevés az a közforrás(mennyiség), amit az egészségügy működtetésére fordítunk.
- A magánforrások nagyságrendileg kevéssé növelhetők, ezért az eddigitől "eltérő szerkezetben" kell azokat bevonni az egészségügybe.

Bizonyíték a szűkös forrásokra:

- Nemzetközi összehasonlításban lemaradás
- Reálértéken csökkenő OEP-források
- Államháztartási kiadásokon belül csökkenő GDP-arányos egészségügyi részesedés (4,4%)
- Kórházak eladósodása; a lehetséges belső működés racionalizálás, részleges tulajdonosi konszolidálás ellenére újratermelő hiány
- Az ágazatot érintő humán erőforrás-krízis, elvándorló egészségügyi dolgozók
- Visszalépés az alkalmazott orvosi technológia egyes területein
- Erősödő magánszolgáltatások/magánszolgáltatók
- Növekvő magánkiadások

A forrásszűke okozta ellátórendszeri problémák, ellátási nehézségek megoldására számos kézenfekvő, ámde jelenleg nem elvárható megoldás kínálkozik:

- Az ellátórendszer terjedelmének és a nyújtott szolgáltatások körének illesztése, szűkítése a meglévő forrásokhoz – a politika nem néz szembe ezzel.
- Az igénybevétel gyakoriságának szabályozása (annak meghatározása, miből mennyit lehet térítésmentesen igénybe venni).
- A közkiadások növelése.

Az ellátó intézmények kezében a forrásszűkére kínálgató megoldások közül kitorési pont lehet a növekvő mértékű magánforrás bevonása. Ennek fontos egészségpolitikai döntést és jogszabály-módosítást igénylő előfeltétele a közeljövőben az osztott finanszírozás bevezetése (magán- és közfinanszírozás együttes alkalmazása különböző szolgáltatások esetében).

A magánforrások bevonásának jelenleg lehetséges módja az igénybevevő out-of-pocket (saját forrású) befizetése, illetve az egészségpénztárakon keresztül történő szolgáltatásvásárlások. Az egészségpénztári befizetések mellett a munkáltatói gondoskodás bővülő eszköze a foglalkozás-egészségügyre és tehetősebb munkáltatók esetében a munkavállalók szűrésére, extra ellátást nyújtó „biztosítási” csomagokra fordított forrásai.

A nem közfinanszírozott ellátás lehetséges formái, területei:

- részleges magánellátás (co-payment) – a közfinanszírozott „biztosítási csomag” felett
  - emelt szintű hotelellátás
  - választott szakorvos
  - ápolási szolgáltatások
  - választható orvostechnológia, eszköz (pl. implantátum)
  - választható maximált gyakoriság feletti igénybevétel
  - várakozásmentes ellátás, intézményen belüli betegút-rövidítés (logisztika)
  - területen kívüli ellátás
  - beutaló nélküli ellátás
- teljes nem közfinanszírozott/ magánellátás
  - menedzserszűrés
  - foglalkozás-egészségügyi ellátások
  - külföldi beteg nem sürgős ellátása
  - magyar beteg által kezdeményezett magánellátás (járó, fekvő)
  - humán klinikai vizsgálatok során végzett ellátás (részben mix)

## SZABAD KAPACITÁS

Feltétlenül elemezni kell, hogy mit is jelent a közszolgáltató intézmények szabad kapacitása. Külön kell érteni az ellátó strukturális és finanszírozott kapacitását, hiszen a kettő eredője (amennyiben az pozitív) adja meg a lehetőségét, hogy szabad kapacitását a szolgáltató nem közfinanszírozott tevékenységgel felhasználja, lekösse.

A közellátásra kijelölt intézményeknek alapvetően és elsődlegesen az OTH által adott működési engedély és az OEP-

pel megkötött finanszírozási szerződés alapján a területi ellátási kötelezettségnek megfelelő betegellátást kell teljesíteni, preferálni. Amennyiben az intézmény a finanszírozott (TVK) közfeladatát ellátva még szabad tárgyi (ágy, rendelő, diagnosztikus eszköz, műtő stb.) és személyi (orvos, szakdolgozó stb.) eszközökkel rendelkezik, tulajdonosi hozzájárulás esetén bevételeinek növelése érdekében tud nem közfinanszírozott (magán) ellátást szabályozott keretek között szervezni.

Csak részben igényel szabad kapacitást a közellátás során részleges térítési díj ellenében igénybe vehető ellátások biztosítása (beutaló nélküli ellátás, területen kívüli beteg esete, választott orvos igénybevétele, emelt szintű hotel szolgáltatás stb.).

A tevékenység letisztítása, a private/public térben és időben történő elkülönítése érdekében a tökéletes megoldás a közintézmény külön szervezeti egysége, akár pavilonja lenne, önálló járóbeteg-, egynapos és fekvőbeteg-ellátással, hotellelősséggel. Mindez záloga lenne az elkülönített kezelésnek, melyet a magánbeteg is értékelne. Ez nagy beruházást igényel, és elvész az időszakosan jelentkező szabad tárgyi kapacitásfelesleg (új kapacitás épült). Az orvosok és szakdolgozók szabadidejükben végeznék a magánellátást, kiemelt díjazás mellett. Az arra érdemes, kiemelkedő tudású és teljesítményű munkatársak munkájuk elismeréseként dolgozhatnak ott is. Az intézmény még így is realizálhat nyereséget, hiszen a háttérrendszer (igazgatás, kontrolling, logisztika, inside egészségügyi és nem egészségügyi szolgáltatók) szabad kapacitásait leköti.

Felmerül a kérdés: van-e előnye a beteg szempontjából, hogy nem tisztán piaci alapon működő magánintézménybe kerül? Talán igen. A magasan képzett szakembergárda a közintézményben koncentráltan áll rendelkezésre. Az ellátáshoz az esetleg felmerülő szövődmények esetén helyben van a biztos szakmai háttér.

## LEHETŐSÉGEK: EGÉSZSÉGPOLITIKAI, ELLÁTÁS ETIKAI, JOGI ÉS FINANSZÍROZÁSI KÖRNYEZET

A rendszerváltás óta eltelt két és fél évtized alatt az egészségügyi reformfolyamat számos alkalommal elviekben érintette a magánellátások szabályozását is. Nem volt vita tárgya sohasem, hogy a forrásszűkében működő egészségügyi ellátók és maga az egészségügyi ellátás további forrásteremtést igényel. Vitatott volt, néha egyértelmű politikai akaratként jelent meg az, hogy milyen formában és milyen forrás vonható be (lásd a vizitdíjról szóló népszavazást).

Alapvetésként el kell fogadnunk, hogy csak olyan rendszert tolerál a társadalom és a politika, amely a hozzáférést, az esélyegyenlőséget nem csorbítja. Itt kell megjegyezni, hogy a leggazdagabb országok legfejlettebb egészségügyi rendszereiben sincs teljes hozzáférés, és mindenki számára egyenlő esély. A magyar, szolidaritásalapú biztosítás közös, kölcsönös kötelesség- és segítségvállalás elve is számos ponton sántít. Az alulfinszírozott egészségügyi ellátórendszerünk sem képes mindenkinek, mindenütt a legmagasabb (vagy legalább azonos) szintű ellátást nyújtani.

Fontos hivatkozni Orosz Éva [7] megállapításaira, melyek ma is helytállóak és iránymutatóak:

- Csak a közfinanszírozás dominanciája képes biztosítani az esélyegyenlőséget a szolgáltatásokhoz való hozzájutás tekintetében.
- A közfinanszírozás alkalmasabbnak bizonyult a makrogazdasági hatékonyság szempontjainak érvényesítésére.

Mindezek figyelembevételével mellett kell elfogadni, hogy a kiegészítő vagy helyettesítő magánellátás nem csorbítja a közellátást, sőt szabályozott és ellenőrzött keretek között csökkenti a közellátásban a várakozást, forrást pótolva támogatja annak működését. A forrásszűke okán, és mivel költségvetési oldalról forrásbővítésre kevés akarat és lehetőség látszik, a jelen egészségpolitika támogatni látszik a magánforrások egyfajta bevonását. A lehetőség tehát adott, a jogszabályi környezet sem tiltó, de számos nehézséget teremt. A szolgáltatóknak alapvetően az alábbi jogszabályok adnak eligazodást a tevékenységhez:

- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)
- A gyógyintézetek működési rendjéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet
- 1997. évi LXXXIII. tv. (Ebtv.) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint az ennek végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet
- 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető egészségügyi szolgáltatásokról
- 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
- Az egészségügyi szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
- 87/2004. (X. 4.) ESZCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás egészségügyi szolgálatról
- 883/04 EG sz. rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről
- 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról
- 987/2009/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról

Sajnálatos, hogy a Kórház törvény még várat magára, hiszen az egységes keretbe foglalhatná a rendszert. A hivatkozott jogszabályok alapján nézzük tehát a nehézségeket.

- Részleges térítési díj ellenében igénybe vehető ellátások nyújtása esetén az Ebtv. szerint fő szabályként az intézmény a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét. Azaz a többletbevétel az OEP-térítést csökkenti. A fő szabály alól vannak kivételek.
- A jogszabályok számos ponton maximálják a részleges díj mértékét.
- A közszolgáltatók OTH által adott működési engedélye a „globális tevékenységre” kizárólag közfinanszírozott ellátásra szól. Igaz, folyamodhat a szolgáltató nem közfinanszírozott ellátás engedélyeztetésére. A nehézséget az jelenti, hogy csak pontosan definiált résztevékenységre kérhető engedély (szakterület, rendelés helye és ideje, tevékenység helye és ideje). Mivel a működési engedély alapja a tevékenységhez a tárgyi és személyi feltételek megléte, ezért a működési engedély szempontjából irreleváns, hogy az elvégzett egészségügyi szolgáltatás közpénzből, magánforrásból vagy vegyes finanszírozásból történik.

#### **A MEGVALÓSULT ÉS FEJLESZTÉS ALATT ÁLLÓ NEM KÖZFINANSZÍROZOTT TEVÉKENYSÉGEK, ELLÁTÁSOK A PETZ ALADÁR MEGYEI OKTATÓ KÓRHÁZBAN**

A győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház költségvetésének 15%-a nem közfinanszírozott forrású. Ez a következő tételekből áll:

- Legnagyobb tételt mintegy két évtizede a gyógyszer-alapellátás területén végzett (közforgalmú gyógyszer-tári) tevékenység jelenti. Megjegyzendő, hogy a magas bevétellel szemben jelentős költség is jelentkezik.
- Szabad épületrészeink, helyiségeink (rendelő, műtő is) kapacitását bérbeadással kötjük le. A bérleményekben döntően egészségügyi tevékenység zajlik (közfinanszírozott magán-szolgáltatók, nem közfinanszírozott magán-szolgáltatók), de egyéb szolgáltatások is (segédeszköz-forgalmazás, büfé, fodrászat, újságos, virágbolt stb.) (110 millió Ft/év).
- Számos diagnosztikai tevékenységet ajánlunk ki (labor, képalkotó vizsgálatok, 4D UH) (16 millió Ft/év).
- Egészségügyi szolgáltatóknak bérsterilizálást végzünk (1 millió Ft/év).
- Krónikus ápolási tevékenységünk jelentős kiegészítő forrást teremt (77 millió Ft/év).
- Lehetőséget teremtettünk emelt szintű hotelszolgáltatás igénybevételére (7 millió Ft/év).
- Jelentős tevékenységi kör és magas bevételi tétel a humán klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos betegellátás. Utóbbi évről évre expandál, jelezve, hogy intézményünk megbízható tudományos és klinikusi partnere a gyógy-

szergyártó szponzoroknak és a vizsgálatot szervező CRO-knak (250 millió Ft/év).

- 15 éve fejlesztjük (a széles kínálati piac okozta verseny miatt kisebb-nagyobb sikerrel) foglalkozás-egészségügyi szolgálatunkat, mely a legjobb időkben évi 40 millió Ft bevételt is jelentett.
- 10 éve indítottuk és fejlesztjük a menedzserszűrést (15 millió Ft/év).
- Egy közelünkben állomásozó külföldi hadtest egészségügyi ellátására kötöttünk tartós szerződést, az ellátásokat egy külföldi biztosító fedezi, szerződésben rögzített piaci áron (1.7 millió Ft/év).
- Közreműködői szerződés alapján egészségügyi szolgáltatást nyújtunk egy magánszolgáltatónak (eü. „bróker”) évi 7 millió Ft értékben.
- Nem közfinanszírozott, emelt szintű fekvőbeteg-ápolási részleget alakítottunk ki 12 ágyon, mely OTH-engedéllyel is rendelkezik. Itt a fizetőképes és fizetni hajlandó kereslet még nem érzékelhető, hiszen a magán-fekvőbetegellátás részaránya jelenleg minimális.
- Oktatási képzési tevékenységből mintegy 50 millió forint nem közfinanszírozott bevételhez jut a kórház.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi ellátásokra fordítható költségvetési források szűkössége miatt várhatóan egyre nagyobb szerepet kap a magánfinanszírozás. A magas szakmai felkészültségű és jól felszerelt, szabad kapacitással rendelkező közintézmények szabályozott keretek között nyújthatnak magánszolgáltatást is. Az igénybe vevő beteg szempontjából a tisztán magánintézményekkel szemben a közellátók koncentrált, magas szakmai tudással, teljes palettát nyújtó háttérrel vehetik fel a versenyt. A közellátás kirótt és finanszírozott, maradéktalan biztosítása mellett végzett kiegészítő magán-tevékenység a beteg számára gyorsabb ellátáshoz jutást, emelt szintű ellátást eredményez, az szolgáltatónak profitot hoz (melyből a veszteséges közellátást finanszírozhatja, fejlesztget, humán erőforrás-krízist kezelhet), a közfinanszírozott várakozás, várólista csökken, az egészségpolitika forrásbővülést könyvelhet el költségvetési növekedés nélkül. A lehetőségek határát a fizetőképes és fizetni hajlandó kereslet jelöli ki.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Sinkó E.: Forráslehetőségek az egészségügyben (előadás), MKSZ, 2014.
- [2] Dr. Kincses Gy.: Az egészségügyi reform egy esélye: A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben, Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft., Budapest, 2002.
- [3] Magánszolgáltatók az EU-tagországok egészségügyi ellátásában, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, 2008.
- [4] A magánsektor és a privatizáció szerepe az európai egészségügyi rendszerekben, A WHO Európai Regionális Bizottságának 2002. szeptember 16-19-i, 52. ülésére készült háttéranyag
- <http://www.euro.who.int/Document/RC52/edoc10.pdf>, <http://www.eski.hu/new3/politika/egeszsegpol/who.htm>
- [5] A lakosság véleménye az állami és magánsektor szerepmegosztásáról az egészségügyben, Kutatási jelentés, Készült az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából, TÁRKI Budapest, 2003.
- [6] Dr. Kóvi R.: Köz- és magánsektor szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, Előadás, ELTE képzés, 2008.
- [7] Orosz É.: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái, Budapest, 2001. Egészséges Magyarországért Egyesület

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Tamás László János** a Semmelweis Egyetemen végzett. 1980 óta a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház dolgozója. 1984-ben általános sebészeti, 1987-ben érsebészeti szakvizsgát tett és sebész, majd érsebész szakorvosként dolgozott 1995-ig, majd a főigazgató főorvos minőségbiztosítási helyettese, az Igazgatói Testület

tagja. 1998-ban diplomás egészségügyi menedzseri diplomát szerzett. 2002-2004 közt az Érsebészet osztályvezető főorvosa, 2004-től szervezési igazgatóhelyettes, a PAMOK Szív- és Érbetegellátó Központ (Cardiovascularis Centrum) vezetője. 2009-től a Központi Műtő Szolgálat osztályvezető

főorvosa, 2010-től ismét az Érsebészet osztályvezető főorvosa. 2010. július 1-től a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház főigazgató főorvosa, mellette közvetlen orvosi tevékenységgel, betegellátással is foglalkozik. A HIETE, majd a Semmelweis Egyetem Oktató Kórházának orvosaként az intézményben zajló graduális és posztgraduális képzésben oktatóként két évtizede vesz részt (medikusképzés, rezidensképzés, továbbképző kurzusok). A győri Széchenyi István Egyetem Egészségtudományi Intézetében 15 éve vesz részt a diplomás ápolóképzésben, egészségügyi informatikus képzésben (sebészet, érsebészet, minőségmenedzsment). 2011-ben a Széchenyi István Egyetem rektora c. egyetemi docenssé fogadta. 2012 óta az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja Szerkesztő Bizottság tagja.