

A választás szabadsága + az összetartozás biztonsága.

EGY BIZTOSÍTÓ, TÖBB PÉNZTÁR - EBBEN A MONDATBAN FOGLALHATÓ ÖSSZE AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZERÜNK ÚJ MODELLJE.

AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA A JÖVŐBEN IS AZ EGYSÉGES NEMZETI KOCKÁZATKÖZÖSSÉGEN ALAPULÓ, SZOLIDARITÁSELVŰ, KÖTELEZŐ TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS KERETÉBEN TÖRTÉNIK.

MIT IS JELENTENEK EZEK A SOKAT EMLEGETETT KIFEJEZÉSEK, ILLETVE ALAPELVEK A GYAKORLATBAN?

Azt, hogy a jövőben is biztosított lesz mindenki, aki eddig az volt - vagy azért, mert járulékot fizet, vagy azért, mert az állam fizeti a járulékot helyette (gyerekek, öregek, munkanélküliek stb.).

A biztosítás - mint eddig, a jövőben is-kötelező lesz, a biztosításból kizárni, a jövedelemarányos járulékát egyénileg emelni senkinek nem lehet. Az egyén kora; neme, lakóhelye *vagy* egészségi állapota alapján a biztosítottak között nem lehet különbséget tenni, mindez nem befolyásolhatja a járulék mértékét.

Az új rendszerben egyetlen magyar állampolgár sem maradhat a másikkal egyenértékű biztosítás nélkül.

Marad az egységes, nemzeti egészségbiztosítás, amelynek mindannyian, kötelezően a tagjai leszünk, de a magántőke bevonásával megalakulhatnak egészségbiztosítási pénztárak, amelyek versenyeznek majd értünk.

Mi akár évente válthatunk pénztárat, ha úgy látjuk jónak, de a pénztárak soha, semmilyen indokkal nem utasíthatnak el, vagy zárhatnak ki egyetlen biztosítottat sem.

Az új modellel így minden biztosított nyer: megkapjuk a választás szabadságát, de mindannyiunk számára megmarad a közösség nyújtotta biztonság is.

Miért van szükség területi felelősséget vállaló, a biztosítottakért versengő pénztárakra?

Azért, mert a rendszerváltás óta eltelt 17 évben a működési formájától függetlenül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) nem volt képes az egészségügyre szánt közpénz hatékony felhasználására. Az új szereplők, a pénztárak vegyes tulajdonú szervezetek, amelyekbe a magánszereplők szolgáltatást szervező, ügyfélbarát kultúrát hoznak az ellátás szervezettségének, színvonalának javítása érdekében.

A hazugság leleplezése az egészségbiztosítás megőrzése

TÖBB PÉNZTÁR, BENNE A TÖBB BIZTOSÍTÓ, - EBBEN A MONDATBAN LEPLEZHETŐ LE A KORMÁNY BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZERÉNEK HAZUGSÁGA.

A BETEGSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA A JÖVŐBEN A BETEG IRÁNT KÖZÖNYÖS, SZOLGÁLTATÁSBAN TAKARÉKOS, DE PROFITÉHES TŐKE HASZONELVŰ VERSENYÉN ALAPULÓ PIACI KISZOLGÁLTATOTTSÁG KERETÉBEN TÖRTÉNIK.

MIT IS JELENTENEK EZEK A SOKAT EMLEGETETT KIFEJEZÉSEK, ILLETVE ALAPELVEK A GYAKORLATBAN?

Azt, hogy a polgárait most erőszakkal kiszolgáltató, gátlástalan államhatalomra annyiban sem számíthatunk, mint eddig (ahogyan alkalmazottainak óriási tömegei után eddig sem fizette meg teljes körűen a járulékot).

Mint ahogyan az egyik legnagyobb probléma eddig is a járulékfizetés „egyenlőbbek” általi elcsalása, és ennek a jogállamot nem működtető hatalom általi eltérése volt, és ebben érdemi változás nem mutatkozik, nyilván most is a könnyen ellenőrizhető legszegényebb keresők fogják tömegüknél fogva a legnagyobb terheket viselni.

Az új rendszerben egyetlen magyar állampolgárnak sem maradhat meg a korábbival egyenértékű, társadalmi felelősségen alapuló biztosítása.

Megalakul a legolcsóbb ellátást a legkevesebb emberi közreműködéssel célul kitűző piaci betegségbiztosítás, amelynek mindannyian kötelezően kiszolgáltató befizetői leszünk, mert a magántőke döntő befolyásával megalakuló betegségbiztosítók (azaz pénztárak) szabadon versenyezhetnek a betegségünkön elérhető legnagyobb pénzügyi haszonért.

Hiába váltunk akár évente pénztárat, ha azok számunkra ellenőrizhetetlenül köthetik meg a szokásosan tilos, de általános, és reménytelen próbálkozásainkat értelmetlenné tevő, nehezen bizonyítható kartellszerződéses bulijaikat.

Az új modellel ismét a leginkább kiszolgáltatók vesztenek legtöbbet, és a profitérdekeiket leghatékonyabban képviselők keresik leginkább zsirosra magukat. A csórók közössége még esélytelenebbé válik, míg a hullákon gazdagodni sem szégyellők lekaszálják a nemzeti tőke utoljára hagyott, de számunkra legfontosabb maradékát, túlélési esélyeink végső biztosítékait is.

Miért van szükség területi felelősséget vállaló, a biztosítottakért versengő pénztárakra?

Azért, nehogy véletlenül kiderüljön, hogy a módszerváltás óta eltelt 17 évben bármikor kiválóan meg lehetett volna erősíteni az egy szervezetű Országos Egészségbiztosítási Pénztárt (OEP) ha az egészségügyre is úgy szántak volna közpénzt, mint a közpénzeket magánzsebekbe átcsurgató privatizált bankok előzetes kistafirozására. A megerősített OEP képes lett volna sokkal hatékonyabb gazdálkodásra, de az OEP-hez hasonlóan magáncég sincs olyan, amely attól erősödik, ha maradék forrásait is elvonják tőle.

És miért lesz ez jó nekünk?

Ma hiába vagyunk elégedetlenek, nem választhatunk mást. Most ezt a választási lehetőséget teremtjük meg: a létrejövő pénztárak új szemléletet hoznak, a köztük lévő szabályozott verseny pedig folyamatosan javuló minőséget eredményez. Nyilvánvaló: mindenki olyan pénztárat választ majd, amelytől több és jobb szolgáltatást kap. Azért, hogy őket válasszuk, a pénztárak kikényszerítik a velük szerződött kórházaktól a betegeknek nyújtott jó minőségű ellátást.

Mit fognak ezek a pénztárak kínálni?

Olyan kórházakba küldik a betegeket, ahol a gyógyítás színvonala jobb. Ügyfélközpontot működtetnek, hogy a beteg gyorsan megkapja a megfelelő ellátást, felesleges vizsgálatok és sorban állás nélkül. Előbb-utóbb azt is garantálni fogják, hogy a velük szerződött szolgáltatóknál a kezelés után nem kell hálapénzt fizetni. Annak is megvan a lehetősége, hogy a pénztárak vállalják: visszafizetik a vizitdíjakat, ha az ügyfelek rendszeresen részt vesznek a szűrővizsgálatokon.

Mit jelent a „biztosítás” az egészségügyben?

A biztosítás arról szól, hogy különböző, a jövőben esetlegesen bekövetkező kockázatok ellen védekezünk. Ez a kockázat általában valamilyen káreseményt jelent. Anyagi javakban vagy éppen egészségben. A kockázat éppen abból származik, hogy nem lehetünk biztosak benne: valami bekövetkezik, de abban sem, hogy elmarad. Egy nagyobb közösségnek lesznek olyan tagjai, akiknél elő fog fordulni a káresemény, másoknál pedig nem fog bekövetkezni. Lesznek, akiknél súlyos káresemény következik be, másoknál pedig enyhék. Annak érdekében, hogy egy ilyen káresemény ne döntsön romba senkit, az emberek közös kockázati alapot képeznek, és azt mondják, hogy ebből a kockázati alapból azt fogják majd kifizetni, akit a káresemény elérte. Természetesen, akit nem ér kár, utólag azt gondolhatja, hiába fizetett, akit pedig káresemény ér, úgy látja, jól járt, többet kapott vissza, mint amennyit befizetett. Ez így azonban nem pontos megfogalmazás, mert mindenki kap valamit a biztosítással: saját kockázatának csökkenését.

De akkor miért nem beszélhetünk több-biztosítós modellről?

Azért, mert az egészségbiztosítási pénztár nem biztosító, így nem is teheti meg azt, amit egy biztosító megtehet. Gondoljunk akár a személygépkocsi- vagy a lakásbiztosításokra! Ezekben az esetekben a biztosítási díj mértékét kockázatelemzés után számolják ki: akinek több érték van a lakásában, és még egy biztonsági zárra sem költ, vagy rendszeresen karambolozik az autójával, annak nagyobb lesz a biztosítási díja; aki viszont riasztóval látja el a lakását, és balesetmentesen közlekedik, annak kisebb.

Az egészségügy területén azonban az állam ilyen különbségtételt nem enged meg. A járulékfizetés az új modellben is változatlanul jövedelemarányos lesz és nem kockázatarányos. Az egészségügyi ellátást a jövőben is a szükségletnek megfelelően kapjuk, függetlenül attól, hogy a jövedelme alapján ki mennyi járulékot fizet. Nem jöhet létre gazdagok és szegények, segítségre szoruló és erejük teljében lévők biztosítója. Egy biztosító marad, és az mindannyiunké lesz.

És miért lesz ez jó nekünk?

Ez azért lesz jó **nekik**, mert mi hiába vagyunk elégedetlenek, nem választhatunk mást. A valós választási lehetőséget nem teremtették meg nekünk: a létrejövő pénztárak új kizsigerezést hoznak, a köztük lévő, csak nekik hasznos verseny pedig folyamatosan növekvő kiszolgáltatottságunkat eredményezi. Nyilvánvaló: senki sem tud majd az átlagosnál sokkal jobb pénztárat választani, amelytől több és jobb szolgáltatást kaphatna. Azért, hogy őket válasszuk, a pénztárak a velük szerződött kórházaktól kikényszerítik a betegeket az átlagosnál is hazugabb reklámokkal félrevezető ígéreteket.

Mit fognak ezek a pénztárak kínálni?

Olyan kórházakba küldik a betegeket, ahol a gyógyítás a többinél jóval olcsóbb. Ügyfélközpontot működtetnek, hogy a beteg (sorban állás és akár fontos feltáró vizsgálatok nélkül) gyorsan megkapja a megfelelő elirányítást oda, ahol az ócsított ellátást jól zsírozott felső kapcsolatok révén, gyengén ellenőrzik. Előbb-utóbb ezredszer is megígérik, hogy a velük szerződött kócerájokban elszenvedett egészségromlás után már nem kell hálapénzt fizetnünk. Talán még arra is lesz a lehetőség, hogy ha a betegek vállalják, duplán fizetik a vizitdíjakat, akár olyan gyakran is részt vehetnek a szűrővizsgálatokon, mint a reform előtt.

Mit jelent a „biztosítás” az egészségügyben?

A valamit is érő társadalombiztosítás minden más biztosítással szemben arról szól, hogy különböző, de a jövőben szinte mindenki esetében bekövetkező egészségi állapotromlások következményei ellen védekezünk. Ez a kockázat egyben versenyképességünk átmeneti vagy végleges meggyengülését, azaz anyagi javakban is jelentős kárt jelent. A kockázat éppen abból származik, hogy nem lehetünk biztosak benne: milyen súlyos lesz az előbb-utóbb szinte törvényszerűen minket is terhelő esemény. Igen ritkán még az is előfordul, hogy valaki meghal, mielőtt egyszer is beteg lesz. Sőt, olyan is történt már, hogy valaki állandóan egészségben élve, idős korban hunyt el. Annak érdekében, hogy az egészségkárosodások ne döntsenek romba minket, közös, a társadalmi összetartozást kifejező komoly kockázati alapot kellene létrehozunk, hogy abból majd mindazokat segíteni tudjuk, aki egészségkárosodást szenvedett.

De akkor miért nem beszélhetünk több-biztosításos modellről?

Azért, mert a Kormány közpénzen hazugságpropagandát folytat, azt állítva, hogy az egészségbiztosítási pénztár nem biztosító, még nem kell mindent elhinnünk nekik! Ahogyan rólunk, de nélkülünk, és ígéreteikkel szemben döntve eddig is kiszolgálták az arctalan, de annál mohóbb tőkeérdekeket, nincs okunk, hogy bármit is elhiggyünk nekik. Nem csak az a fontos, hogy előre mennyit fizetünk a biztosításért, hanem az is, hogy utólag hogyan számolnak el velünk. Ebben még az is mindegy, hogy melyik biztosító húzza le a bőrünket. Gondoljunk akár a személygépkocsi- vagy a lakásbiztosításokra! A törvénytervezet 109. §-a szerint az egészségbiztosításban is mindazokon be akarják utólag hajtani a nyújtott egészségügyi szolgáltatás költségeit, akik a „pénztártag” (azaz a biztosított beteg) betegségéért, keresőképtelenségéért, munkaképesség-csökkenéséért vagy haláláért felelősek, mégpedig olyan mértékben, amilyenben a felelősség megállapítható. Ebből az is következik, hogy például egy bírósági eljárás után jogerősen önhibásnak minősített karambolozó utólag köteles megtéríteni egészségügyi költségeit, vagy az is, hogy a dohányzással vagy más káros szenvedélyükkel maguknak vagy másoknak kárt okozók is számíthatnak a pénzbehajtók utólagos megjelenésére! Nem az számít, hogy szómágiát alkalmazva ki mit hazudik, pénztárnak, vagy biztosítónak hívja-e a biztosítópénztárt, hanem az, hogy valóban jót akar nekünk, vagy csak a javunkat akarja (mármint a maradékot is elvenni).

Akkor tehát hány egészségbiztosító lesz Magyarországon?

Egyetlenegy: a Nemzeti Egészségbiztosítási Központ, amelynek mindannyian, kötelezően a tagjai leszünk. Csupán egészségbiztosítási pénztárból lehet több, ezek azonban nem biztosítók, csak ellátásszervezők. A magyar modell keretében így összesen 22 területi pénztár jön létre, ebből 4 a közép-magyarországi régióban (Budapest + Pest megye), illetve minden megyében egy-egy.

Mit jelent pontosan a szolidaritáselvű, nemzeti kockázatközösség?

Azt jelenti, hogy mindenki kötelezően és jövedelemarányosan fizet járulékot, a nagyobb jövedelmű többet, a kisebb jövedelmű - értelemszerűen - kevesebbet, az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésük mégis egyforma: egyik sem kap többet vagy kevesebbet a pénzért. A lényeg csak annyi, hogy biztosítva legyenek - biztosítás és biztosítás között ugyanis nincs különbség, az orvos, a rendelő, a kórház csak azt látja, hogy valakinek rendben van-e a biztosítása vagy nincs. Azt, hogy mióta fizet és mennyi járulékot fizetett, az egészségügyi szakemberek, ha akarnák, se tudnák: nem lehet (és nem is lehetséges) különbséget tenni a páciensek között.

Ezt maguk a páciensek sem tehetik meg: a kockázatközösség tagjai kötelezően, az állam által kikényszerített módon szolidárisak egymással - pl. a gazdag a szegénnyel, a fiatal pedig az öreggel, aki már nem dolgozik.

Nem alkothatnak önálló biztosítási közösséget, mondjuk, a gazdagok, a városiak, vagy valamilyen szakmához tartozók. Nem lehet elkülönült közösséget létrehozni. Ez az egységes kockázatközösség teremti meg a hátteret valamennyiünk számára, hogy amikor elmegyünk orvoshoz, a biztosító ennek az orvosnak vagy intézménynek kifizesse a számlát.

Mi a garancia arra, hogy a magánbefektetők nem alakítják át rövid idő alatt a saját érdekeiknek megfelelően az új rendszert?

Az állam jelenléte, sőt döntő szerepe a garancia. Nem jöhet létre olyan pénztár, amelyikben az államnak ne lenne többségi tulajdona. A járulék mértékét és a kötelezően nyújtandó szolgáltatások tartalmát pedig a jövőben is az Országgyűlés határozza meg.

Hogyan működik majd a pénztárválasztás?

Bárki választhatja bármelyik pénztárat, de ha nem választ mást, mindenki automatikusan a lakóhelye szerinti pénztárhoz tartozik, vagyis még önhibájából, vagy „készakarva” sem eshet ki senki a rendszerből. A pénztár a belépőnek nem szabhat semmilyen feltételt: nem kérhet biztosítási díjat, nem zárhatja ki azokból az ellátásokból, amelyeket ma is megkap, nem kérhet pluszpénzt az ellátásért, nem kötelezetheti egyéb biztosítás, kiegészítő egészségbiztosítás „megvásárlására”.

Mi történik akkor, ha elégedetlen vagyok a pénztárammal?

Két dolog történhet: vagy kikényszerítem, hogy változtasson a működésén, vagy otthagynom, és átmegegyek egy másik pénztárhoz. Mindkettőre meglesz a lehetőség: a pénztáraknak törvény írja elő, hogy ügyfélszolgálati irodákat üzemeltessenek, de ha ott sem tudják kezelni a panaszainkat, fordulhatunk az Egészségbiztosítási Felügyelethez, amelynek erősjogosítványai lesznek a pénztárakkal szemben. Ha pedig ez sem használna, akár évente is jogunk lesz pénztárat váltani, és bármelyik kiszemelt pénztár köteles minket feltétel nélkül fogadni. A választás szabadsága ugyanis csak a miénk, biztosítottaké.

Akkor tehát hány egészségbiztosító lesz Magyarországon?

Egyetlenegy sem: egészséget ugyanis még egyetlen biztosító sem adott, az nem is feladata, legfeljebb az egészség helyreállításában való segítségnyújtás. (Biztosítónak csak azért hívják őket, hogy jobban bízzunk bennük.) A Nemzeti Egészségbiztosítási Központot viszont bármikor sima törvénymódosítással felbonthatják majd, feladatait átalakítva és elosztva a ma még egészségbiztosítási pénztárnak nevezett biztosítópénztárak között, és e Barba-trükkel máris létrejön a váltig tagadott lényeg, a valódi több-biztosítós rendszer.

Mit jelent pontosan a szolidaritáselvű, nemzeti kockázatközösség?

Azt jelenti, aminek lényege és megerősítésének lehetősége a legutóbbi évek brutálisan züllesztő kormányzati tevékenysége ellenére ma még rendelkezésünkre áll, de amit éppen most készül a Kormány akár a leggátlástalanabb, a betegségben és a halálban is csak a lehetséges haszonszerzés esélyét látó, ellenőrizhetetlen, profitéhes cápáknak is kiszolgáltatni. Ahogyan eddig sem, a tőke könyörtelen nyomása mellett ezután sajnos, még ennyire sem várhatjuk a Kormánytól, hogy a mi érdekeinket szolgálja. Adott esetben a ma védettnek, kikényszerítettnek hazudott egységes nemzeti kockázatközösséget ugyanígy átalakíthatják különálló, egymással versengő biztosítási közösségekké.

Mi a garancia arra, hogy a magánbefektetők nem alakítják át rövid idő alatt a saját érdekeiknek megfelelően az új rendszert?

Az olyan, idegen tőkeérdekeket kiszolgáló állam szerepe, amelynek törvényhozó és végrehajtó szervei a rájuk vonatkozó törvényeket (mindenekelőtt éppen a jogalkotásról szóló törvényt is) vidáman mosolygó kéjjel tapossák, semmilyen garanciát nem jelent. Éppen egy nemzetáruló államvezetés által jöhet létre bármikor olyan pénztár, amelyikben az államnak nem lesz többségi tulajdona. Mint ahogyan már eddig is, fokozatosan, de mindig visszatérő hazugságokkal kísérten, szinte minden másban is megszüntették a többségi állami tulajdont. A szolgáltatások lényegi tartalmának meghatározását pedig, minden ellenkező állítással szemben, már a törvénytervezet mai szövege szerint sem az Országgyűlés, hanem a Kormány, és annak a közvélemény előtt méltán legkevésbé népszerű miniszterei határozzák meg.

Hogyan működik majd a pénztárválasztás?

A kezdeti időkben sokan, főként a magukat jól értesültnek vélők megpróbálnak majd a rosszból a kevésbé rossz biztosítópénztárhoz átmenni. Aztán amikor majd rájönnek, hogy a jellegzetes kiegyenlítő képességű, sajátosan irányított piac úgyszem ad jó menekülési lehetőséget, akkor ugyanúgy feladják, mint ahogyan a bankok és más pénzügyintézetek között próbálkozva is rájöttek, ott is csak a bennfentes (azaz törvénytelen) információk birtokosai tudnak igazán eredményesen, azaz „jókor, jó helyen” evickélni.

Mi történik akkor, ha elégedetlen vagyok a pénztárammal?

Két dolog történhet: vagy abban a hiú reményben átkozom továbbra is azokat, akik ezt az álreformot is a nyakamra hozták, hogy végre talán megfogam a közakarát, vagy megjön végre az eszem, és csak azoknak hiszek, akiket magam is ismerek, vagy valahogyan ellenőrizni tudok. Legjobb azonban, ha már most is élek minden törvényes lehetőséggel, hogy az erőszakos hatalomgyakorlók alkotmányellenes cselekedeteit legalább utólag érvénytelenítsem, azt pedig, amit még lehet, előre megakadályozzam. Minden lehetséges népszavazásra elmegyek, és a nép pusztításán nyereszkedők kiszolgálói ellen szavazok.

Emelkedik-e majd a kötelezően fizetendő járulék mértéke?

Az új rendszerre való áttérés nem okoz járulékemelést. A járulékok mértékéről ezután is az Országgyűlés dönt, azaz a pénztárak nem szólhatnak bele, hogy mekkora a járulék mértéke, így az új rendszer ebből a szempontból nem hoz változást.

Ha a pénztárak nem is tudják emelni a járulékot, majd biztosan azzal „trükköznek”, hogy az eddigi járulékért cserébe egyre kevesebb szolgáltatást adnak...

Nem, erre sincs lehetőségük. Az sem változik ugyanis, hogy mit kell nyújtania a pénztáraknak: a sürgősségi ellátás minden embernek jár, a biztosítottak pedig ugyanazt az ellátási csomagot kapják a járulékaikért, mint ma. A pénztárak ennél többet nyújthatnak, kevesebbet nem. Az Egészségbiztosítási Felügyelet pedig szigorúan ellenőrzi azt, hogy a megfelelő ellátást mindenki megkapja-e. A működési engedélyét kockáztatja az a pénztár, amely a szigorú szabályokat megszegi.

A pénztáraknak lesz beleszólása abba, hogy az orvosok milyen vizsgálatokat végeznek el?

Nem. A szakmai irányelvek, eljárásmodok (protokollok) elkészítése a szakmai kollégiumok hatásköre lesz a továbbiakban is. Arról, hogy a betegnek milyen gyógymódra vagy milyen kezelésre van szüksége, kizárólag az orvos dönt. Ha tehát egy betegnek a szakemberek szerint például CT-vizsgálatra van szüksége, akkor azt a pénztár, ha akarná, sem tudná megtagadni, kötelezően állnia kell a vizsgálat díját.

Igaz az, hogy a pénztárak mentesíthetnek a vizitdíj alól?

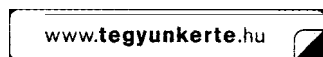
Igen, a pénztárak átvállalhatják a biztosítottaktól a vizit-, illetve a kórházi napidíj megtérítését, de ezt bizonyos feltételekhez kötve tehetik meg, például, ha a kötelező szűréseken részt vesz a biztosított.

Miért éri meg magántőké befektetni az egészségügybe, hogyan térül ez meg?

A pénztárak fő tevékenysége az ellátás szervezése lesz, illetve az ehhez szükséges szolgáltatásvásárlás, amelyet az egészségbiztosítási alapból rájuk jutó fejkvótából finanszíroznak. A pénztárak tevékenységüket saját forrásaik kockázatával végzik. Ha a pénztárak eredményesen működnek, akkor a tulajdonosok 3 év után legfeljebb 2% osztalékra jogosultak. Az állam a saját osztalékrészét az egészségügy fejlesztésére fogja fordítani. Fontos tudni, hogy ha a pénztárnak haszna van, akkor az államnak is és a magánbefektetőnek is haszna van, nemcsak az utóbbinak.

Mit teszünk az átláthatóbb egészségügyért?

Bezárjuk a járulékelkerülés és a megkülönböztetett ellátás kiskapuit.



Készült a Magyar Köztársaság Kormánya megbízásából.

ÚJMAGYARORSZÁG

Tegyünk érte!

Emelkedik-e majd a kötelezően fizetendő járulék mértéke?

Mi az, hogy nagyon is! Hiszen a járulékok mértékéről ezután is az Országgyűlési többség dönt, így az új rendszer ebből a szempontból nem hoz változást.

Ha a pénztárak nem is tudják emelni a járulékot, majd biztosan azzal „trükköznek”, hogy az eddigi járulékért cserébe egyre kevesebb szolgáltatást adnak...

Igen, erre meglesz a lehetőségük. Az sem változik ugyanis, hogy mit kell nyújtania a pénztáraknak: a sürgősségi ellátás ugyan minden embernek jár, mégis egyre bizonytalanabb a hozzájutásunk, a biztosítottaknak járó ellátási csomag pedig ma sincs megfelelően meghatározva. Az Egészségbiztosítási Felügyelet már eddig sem tűnt a betegek érdekképviselőjének. A nem létező szabályokat megszegő pénztár működési engedélyét meg semmi sem kockáztatja.

A pénztáraknak lesz beleszólása abba, hogy az orvosok milyen vizsgálatokat végeznek el?

Legalább közvetve bizonyosan. A szakmai irányelvek, eljárásmodok (protokollok) elkészítése már ma sem független szakmai kollégiumok hatásköre, és ez a továbbiakban is így lesz. Arról, hogy a beteg milyen gyógymódot vagy kezelést kaphat, nem a szükséglete, hanem csak a pénzügyi szabályzókkal fenyegetett, megfélemlített, lelkiismeret furdalásuk miatt egyre inkább meghasonló orvosok dönthetnek. Ahol nem az ember, hanem mindenben a pénz a meghatározó szempont, a lopás, a csalás, a korrupció pedig csak kicsiben büntetendő súlya szerint, ott valóságos rendszerváltozás nélkül jóban nem bízhatunk.

Igaz az, hogy a pénztárak mentesíthetnek a vizitdíj alól?

Igen, ez a tipikus rablómese legjellegzetesebb csalásainak megfelelő reklámeszköz, aminek használatát a gondos törvényhozók már azért is lehetővé tették, mert az ő jelenlegi agyamosó kampányukban is jól használható. A kötelező szűrés nagyon fontos, a vele elérhető megtakarítás is igen komoly lehet, de ha kötelező, akkor az azon való részvételt működő jogállamban badarság bármivel is, például vizitdíj-visszatérítéssel jutalmazni.

Miért éri meg magántőkét befektetni az egészségügybe, hogyan térül ez meg?

Azért éri meg magántőkét befektetni a betegségügybe, mert szinte semmi lényeges érvelés nem igaz abból, amivel a Kormány el akarja hitetni velünk, hogy ennek az igazi horrort fedő jóságos keresztapa-történetnek a ránk erőszakolásával csak a javunkat akarja. Annyira jót akar, hogy önfeláldozóan kockáztatja még törmelékké porló népszerűségét is, miközben hozzá nem értő gyermekként kezeli az alkotmányos főhatalommal bíró népet, annak határozott akaratával mit sem törődik, illetve a sorozatos törvénysértések megalapozott vádját és alkotmányosértések igen súlyos aggályát is kockáztatja.

Azért éri meg magántőkét befektetni a betegségügybe, mert a törpe, de keményen zsaroló üzlettárs szerepében, gátlástalanul pökhendi, akár az egész országgal szemben a „Tudjuk, merjük, tesszük” politikáját gyakorló SZDSZ is pontosan tudja, az igen drága betegségügyben, az elszegényített ellátású betegek kárán, még elképesztő mértékű profitot lehet bezsebelni.

Nem véletlen, hogy a Kormány „A választás szabadsága + az összetartozás biztonsága” című, őszödi ihletésű, vagyis már kérdéseiben is hazug szóróanyagának feleletei mögött egy az áldozatára méla lesben várakozó, időnként a kannibalizmust sem megvető ájtatos manó árnyát érezzük ránk vetülni. Ami egyébként – rovarok között – nem is lenne különös!

Mit teszünk az átláthatóbb egészségügyért?

Az egészségügyi esélyeinket végveszélybe sodrókat soha többé nem választjuk meg!