

MAGYAR MILLENNIUM

Gyógyszerészet 44. 562–565. 2000.

A magyar betegbiztosítás fejlődése

Dr. Kapronczay Károly

A hazai betegbiztosítás igazi kezdete a 19. század utolsó harmada, bár első előzményei a 16. század végén kiformalódott bányapénztárak voltak. Ekkor a felvidéki bányavárosok bányászai olyan „társaspénztárakat” létesítettek, amelyek befizetett pénzekből segélyezték az idős és megbetegedett, a segélyező pénzalaphoz csatlakozott társaikat. Ez egyedi eset volt, évszázadokon át más területen nem vált gyakorlattá. Csak a hazai iparosodás kezdetén vált sürgető tényezővé az ipari munkásság baleset- és betegbiztosításával kapcsolatos orvosi és jogi kérdések kapcsolata, melyhez mintául szolgáltak a múlt század második felében a nyugati államokban született törvények illetve a szervezett ilyen jellegű intézmények.

A munkavállalók és munkaadók „küzdeme” kettős volt: a munkavállalók betegség esetén táppénzt, ápolási költséget, rokkantságuk esetén járadékot kívántak, míg a munkaadók megfelelő „garanciákat” igényeltek – a törvényes rendelkezéseken és szabályzásokon túl – a betegségek megállapítására, minősítésére. Ez utóbbiakat az orvosi „háttértől” várták el, amiben a munkavállalók is egyetértettek. Valójában e hármasság igény – a törvényes rendelkezések, a munkaadók és a munkavállalók kívánalmai – vittek előbbre a biztosítási rendszert, alakították az ipar-egészségügy sajátos területét.

A munkabiztosítás és betegsegélyezés múlt századi formája hazánkban is magánkezdemenyezésből alakult ki. Első szervezeti intézménye az 1870-ben megalakult Általános, Munkás, Betegsegélyező és Rokkantságpénztár volt, amely már rendelkezett orvosi rendelővel, orvosi és beteggondozó hálózattal. Igaz, nem ennek tudható be, hogy az 1872. évi VIII. tc. (ipartörvény) külön rendelkezett bizonyos egészségügyi kérdésekről. A törvény az iparhatóságok kötelességévé tette, hogy az új ipari létesítmények tervezésénél és megnyitásánál kérjék ki a területi orvosi hatóságok szakvéleményét s csak azok jóváhagyásával lehet a működési engedélyt kiadni. A törvény 69. §-a a munkaadók figyelmébe ajánlotta a saját költségen finanszírozott egészségügyi biztosítást, valamint elrendelte – ezt már kötelező formában – a balesetvédelmi intézkedések megtételét. Meg kell jegyezni, hogy az önkéntes betegbiztosításnak az 1870-es években a munkásság (és az alkalmazotti rétegek) alig egyharmadát sikerült megnyerni, míg a közalkalmazottak Ferenc József Kórháza mellett működő betegbiztosító-társaság ennél nagyobb arányú (kb. 48%) részvételt tudott felmutatni. Ez utóbbi biztosító 1873-ban létesült, addig bankoknál és pénzüzeteknél nyílt lehetőség beteg- és nyugdíjpénztári szolgáltatásra, igen magas részvételi összegekkel. Itt kell megjegyezni, hogy az 1868. évi népiskolai törvényhez csatolt rendelkezés – amely az 1876. évi XIV. tc. (közegészség-

ügyi törvény) – minden gyerekeknek 12., illetve a középiskolások esetében a 18. életév betöltéséig ingyenes orvosi ellátást, kórházi kezelést biztosított.

Az 1884. évi ipartörvény megszületése alapvető változásokat eredményezett: elrendelte, hogy az iparhatóság negyedévenként köteles egészségügyi és balesetvédelmi vizsgálatokat tartani. Ilyen jellegű feladatok biztosítására az ipari létesítmények (gyárak, üzemek, műhelyek, bár az utóbbiak közösen is) kötelesek megfelelően képzett szakembert alkalmazni, az egyéni helyett kötelezővé tették az ipari munkásság balesetbiztosítását, az ipari balesetknél – munkaképtelenség vagy halál esetén – a kártérítést. Az 1901. évi 1701. sz. miniszteri utasítás a munkavédelmi és balesetvédelmi vizsgálatoknál elrendelte az ipartelepek talajszennyeződési ellenőrzését, az épületek közegészségügyi állapotának, levegőtisztaságának, páratartalmának, világításának, fűtésének, ivóvízzel való ellátásának átvizsgálását. Az 1903. évi XVIII. tc. a munkaadók balesetvédelmi kötelességét sorolja fel, a munkavállalók testi épségét és egészségét védő szigorú rendelkezéseket léptetett életbe, az iparfelügyelet hatáskörébe helyezte a rendelkezések felszámoltatását, szükség esetén az ipari létesítmény működésének felfüggesztését is elrendelheték, a munkaadót súlyos pénzbüntetéssel sújthatták.

Még Baross Gábor ipar- és közlekedésügyi miniszter tett javaslatot 1891-ben (1891. XIV. tc.) a munkaadók kötelező baleset- és betegbiztosítási kérdéséről. Ez minden – nemcsak ipari, hanem kereskedelmi, közlekedési, szellemi vagy fizikai munkát végzetető – munkaadónak kötelezővé tette a balesetbiztosítást, rendezte a betegbiztosítás ügyét. Mindkettő végrehajtását az Általános Munkás Betegsegélyező és Rokkantságpénztár feladatkörébe utalta, illetve végrehajtását a kerületi munkáspénztárakra ruházta. Más volt a baleset- és más a betegbiztosítás: az előbbi kötelező, az utóbbi önkéntes lett. A balesetbiztosításnál a teljes biztosítási összeget a munkaadó fizette, a betegbiztosításnál más arányt állapítottak meg: egyharmadát a munkavállaló, kétharmadát a munkaadó térítette. A biztosítás fejében bármilyen betegség esetén 20 napig tartó táppénz, ingyenes orvosi- és gyógyszerellátás járt. Ennek elfogadása esetén viszont a munkaadók olyan betegellenőrzést kívántak megvalósítani, amely nemcsak erkölcsileg, hanem szakmailag is az orvostudomány magaslatán áll. Ennek végrehajtása érdekében az Általános Munkás Betegsegélyező és Rokkantságpénztár – jelentős állami segítséggel – külön rendelőintézetet hozott létre s ezt tették a kerületi munkáspénztárak is. Saját kezdeményezésre, számítva az állam segítségére is, kórházi és szanatóriumi hálozatot építettek ki, de az állami és egyházi kórházakkal is szerződéseket kötöttek, hogy az általános térítési díj (Or-

szágos Betegágy Alap, 1898) ellenében biztosított betegeiket fogadják be. Itt jegyezzük meg, hogy a biztosítási orvosi terület külön „szakma” lett, 1901-ben megalakult a Biztosítótársasági Orvosok Köre, mint e terület szakmai és továbbképzési fóruma.

Az előbb vázolt rendszert már 1903-ban módosításra ajánlották, amelynek hosszú törvényi előkészítése után született meg – *Szerényi József* ipar- és kereskedelmi miniszter előterjesztésében – az 1907. évi XIX. tc., amelynek lényege a teljes, minden intézményre, hivatalra, iskolára stb. kötelező balesetbiztosítás, a betegbiztosítás (ipari üzemeknél teljes kötelezettséggel) esetében az orvosi ellátást kiterjesztették a biztosított családtagjaira és bővítették az orvosi ellátás körét is.

A századforduló éveiben szinte foglalkozási körönként alakultak meg a betegbiztosító társaságok, részben önállóan, részben egy-egy bankhoz csatlakozva. Az előbbi törvény – a kereskedelmi alkalmazottak, bányászok, dohánygyári munkások és vasutasok intézményeit kivéve – az összes biztosító pénztárát az Országos Munkássegélyező és Balesetbiztosító Pénztár szervezetébe egyesítette, amelyen belül a helyi szervezetek szerepét a kerületi és vállalati munkásbiztosító pénztárak töltötték be. A betegsegélyezés összegének felét (beleértve az esetleges kórházi kezelés teljes összegét), a balesetbiztosítás teljes összegének kötelezettségét a munkaadók vállalták, ennek fejében viszont a pénztárak irányításában 50 százalékos arányban vehettek részt. Különböző ez az első olyan magyar biztosítási törvény, amely a pénztárak irányításába „bevette” a munkaadókat. A betegsegélyezés összege a napi bér 3 százaléka (1918-tól 4 százaléka) volt, a táppénzre igényt tartó – egy alkalommal – 20 napot tölthetett betegállományban. A biztosítók külön orvosokat alkalmaztak, akiknek többsége csak megbízásból, más orvosi alkalmazás mellett látta el ezt a feladatot, viszont a kerületi rendelőkben állandóan alkalmazott orvosok működtek.

Ezzel egyidőben létrehozták az Állami Munkásbiztosító Hivatalt, mint a biztosító pénztárak állami felügyeleti szervét. Ennek következtében óriási fejlődés következett be: 1909-ben már közel 3500 orvos állt rendelkezésre, az addigi 15 rendelőintézet száma csaknem 70-nel emelkedett, a szentendrei munkás tbc-szanatórium (1897) mellett saját, 280 ágyas kórházat létesítettek Pestújhelyen (1913). A biztosított betegek zömét továbbra is állami gyógyintézetekben – szerződéssel – gyógykezelték. Ezzel szemben igen alacsony maradt a vidéki parasztság biztosítása: az 1900. évi XVI. és az 1902. évi XIV. tc. csak igényjellegű munkánál – például aratásnál – kötelezte a munkaadót meghatározott idejű balesetbiztosításra, az Országos Gazdasági Munkás és Cselédpénztár pedig baleset esetén nyújtott orvosi ellátást, pénzbeli segélyt; betegbiztosítással nem foglalkozott.

A szervezeti formák és törvényes keretek kialakításának „mozgatója” a kiegyezést követő nagy ipari fellendüléssel együtt kialakult orvosi érdeklődés volt, amely nemcsak az ipari centrumok körül gyorsan létrejött munkásnegyedek közegészségügyi és település-egészségügyi problémáit kísérte figyelemmel, hanem már az 1870-es

években felhívta a figyelmet a foglalkozási betegségekre, a munkahelyi körülményeknek a testi épséget, egészséget károsító veszélyeire, a műszaki haladás veszélyforrásaira. Az orvosi kutatásoknak kettős iránya volt: egyrészt feldeírteni a foglalkozási betegségeket, másrészt kialakítani a prevenciót, felvilágosító tevékenységet kifejezni a munkaadók és a munkavállalók körében. A közegészségtanon belül elkülönült az ipar- és a munkaegészségtan, amelyhez szorosan kötődött a munkavédelem és baleset-elhárítás. Az iparegészségtanak már voltak ugyan hagyományai a medicina területén, viszont ebben az időben indult szédületes fejlődésnek. A munkaadók is „finanszírozták” ezen kutatásokat, ugyanis elemi érdekük kötődött a dolgok tisztázásához, egyfelől a munkavédelem megszervezése, másfelől a vállalt biztosítási fizetési kötelezettségek miatt is. A 1879/1880-as tanévtől a Műgyetemen a mérnökhallgatónak kötelezővé tették „a hivatali (ipari) betegségek és balesetknél nyújtandó rögtöni segély” című tantárgyat, majd ezt „átkeresztelték” ipari egészséganná, amit *Müller Kálmán*, majd *Fodor József* adott elő. *Fodor József* – település-egészségügyi és környezeti vizsgálati nyomán – a hazai iparegészségtan egyik megalapozója lett. Hatalmas felmérései nagyban előmozdították ezen tudományok fejlődését. A hazai orvostudomány kiemelkedő nagyságai szinte az egész ipari tevékenység „ártalmi” zónáit feltérképezték, az Általános Munkásbiztosító Pénztár Országos Orvosi Tanácsán és a szakszervezeteken keresztül országos felvilágosító tevékenységbe kezdtek. Az orvosképzésen belül rendkívüli tárgyként megindult az iparegészségtan oktatása is. Viszont állandósult igény az általános vagy részleges betegbiztosítás megoldására, a betegellátással kapcsolatos pénzügyi terheknek az állammal történő megosztására. Az állam továbbra is vállalta az igazolt szegények részleges (életveszély esetére vonatkozó) ingyenes ellátását, a többi esetben biztosítási térítést vagy a beteg által történő költségterítést igényelt. Az ellátás normáit részben a Belügyminisztérium közegészségügyi és kórházi osztálya dolgozta ki, s ezeket kórházi vonatkozásban az Országos Betegágy Alapon keresztül érvényesítették. E normákat vették alapul – természetesen kiegészítve egyéb szolgáltatásokkal és igényekkel – a magán kórházak. Kórházi kezelés esetén, ha nem a biztosítótársaságok intézményeiben történt az ellátás, a normák kielégítését kérték a biztosítóktól. A járóbeteg ellátásban az orvosi díj meghatározásában és a gyógyszerek kiadásában a biztosítók szintén az állami normákat vették figyelembe, a biztosítási körök vonatkozásában voltak biztosítók és biztosítók közötti eltérések. A táppénz nagysága és időtartama további viták alapját képezte, hiszen ezt nemcsak a törvények szabályozták, hanem a biztosítótársaságokban 50 százalékos arányban résztvevő munkaadók is befolyásolni kívánták.

A *Tanácsköztársaság idején* a beteg- és balesetbiztosítást mindenkire – függetlenül a foglalkozási köröktől – kiterjesztették, ingyenessé tették az orvosi ellátást, a betegségek segélyek jogosultságát egy esztendőben határozták meg. A folyósított összeg nagysága és a betegség időtartama vonatkozásában fokozatokat állapítottak meg. A betegállomány első négy hetére az átlagos bér 60 százalé-

ka, utána 75 százaléka járt a biztosítottak. A családfenntartók viszont a 26. hét után teljes bérüket kapták táppénzként. Viszont a biztosítottak köréből kizárták a volt gyárosokat, a bérmunkásokat, cselédeket, több alkalmazottat foglalkoztató munkaadókat, akiknek maguk után járulékot kellett fizetni. Egyesítették az összes ágazati és vállalati betegpénztárat, megalkották az összes ügyet intéző Országos Betegpénztárat, igazgatásában csak a munkavállalók képviselői foglaltak helyet. Egyelőre megmaradtak a bányapénztárak, de ezek megszüntetését tervezték.

Az előbb vázolt intézkedések csak kiadott törvényekben maradtak fenn, gyakorlati megvalósításuk nem történt meg. *A Tanácsköztársaság bukása után* visszaállították az 1919. március 21-e előtti állapotokat, feloszlatták az Országos Munkáspénztárat, de az Általános Munkásbiztosító Hivatalt is; az Országos Munkás és Betegbiztosító Pénztár élére kormánybiztoszt állítottak. A betegbiztosítást végső soron a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium felügyelte, amely 1924-ben megkezdte egy új biztosítási törvény előkészítését. Az 1927. évi XXI. tc., a biztosítási törvény, egészen új szervezetet, az Országos Munkásbiztosító Intézetet hívta életre, ráruházta az Országos Munkássegélyező és Balesetbiztosító Pénztár teljes jogkörét, újjával egészítette ki. Az intézetet központi és helyi szervezetek (választmányok) irányították. Ebben választásos rendszerben a munkaadók és a munkavállalók 50–50 százalékos arányban vettek részt, élén az államfő által kinevezett elnök állt. A biztosítás kötelező módon kiterjedt a teljes ipari és alkalmazotti foglalkozási körökre, járulékfizetésre volt kötelezve mind a munkavállaló és a munkaadó, a biztosítottsági kör kiterjedt a családtagokra, az ellátottakra is. Erre a munkára önálló orvosi szolgálatot, rendelőintézeteket és betegágyakat biztosítottak, viszont az OTI köteles volt saját orvosi testületén és laboratóriumain keresztül kidolgozni a káros ipari megbetegedések kutatási programjait, intézményi rendszerét. Így alakult meg 1934-ben az Ólomvizsgáló Állomás, ebből alakult ki az összes foglalkozási megbetegedéssel foglalkozó Foglalkozási Betegségeket Vizsgáló Állomás (1941).

A két világháború között az állam az OTI-ra ruházta a tüdőbetegek ingyenes gyógyítását, amit természetesen az állam finanszírozott. Így épültek ki az OTI önálló tüdőbeteg-gondozó intézményei, más rendelőintézeteiben pedig tüdőgyógyászati szakrendeléseket szervezett. Az intézményi hálózat mellett felállította a Képességvizsgáló Állomást, amely 1941-től Munkaegészségügyi Vizsgáló Állomás néven működött tovább. Ezen intézményből alakultak ki később az Országos Munkaegészségügyi Intézet, illetve a Közegészségügyi-Járványügyi Állomások munkaegészségügyi részei.

Az OTI, a Magyar Államvasutak, a Magyar Posta és a fegyveres erők biztosítói mellett a legjelentősebb betegbiztosító a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (MABI) volt, amely a Budapesti Kereskedelmi Betegségi Biztosítóból alakult át, ezt növelték országos szervezetté. A betegbiztosítás azonban továbbra is erősen tagolt volt, hiszen az OTI és a MABI mellett vagy 50 más biztosító intézet is működött, ami a betegellátás színvonalában is

jelentős különbséget jelentett. A biztosítottak kétharmada az OTI szervezetéhez tartozott, amely négy jelentős kórházzal (mai nevükön a SOTE Gyakorló Kórház, Országos Traumatológiai Intézet, a pestújhelyi és a balatonkenesei kórház), három szanatóriummal (Pesthidegkúton, Budakeszin, Zalaegerszezen), összesen 1500 betegágygal rendelkezett. Orvosi hálózatát 1941-ben 1900 orvos alkotta, mintegy 950 ezer – egy millió volt biztosítottjai létszáma. A fővárosban további 517 „OTI orvos” működött a központi rendelőkben, az egész hálózat éves betegforgalma 8 millió volt. A MABI-nak és a többi betegbiztosítónak közel kétmillió biztosítottal kellett számolni, bár orvosi hálózatában és intézményrendszerében kevesebb orvos működött. Kórházaik, üdülőik, szanatóriumaik, központi és helyi rendelők kiemelkedő színvonalat jelentettek, 2100 főt kitevő orvosi szolgálataik évente 5–6 milliós betegforgalmat láttak el. Azonban a két világháború között a mezőgazdasági munkásság és parasztság betegbiztosítására semmilyen megoldást nem találtak, rájuk csak az egyéni- leg fizetett biztosítási formák voltak érvényesek, illetve az időnyellegű munkáknál volt kötelező a balesetbiztosításuk. Nem véletlen, hogy az állam fokozottabb figyelmet kívánt szentelni ezen területnek; az orvosi felmérések is kirívóan rossznak minősítették a falu egészségügyét. Rendkívül ellentétes helyzet alakult ki 1939-ben, ugyanis a visszacsatolt felvidéki területeken az 1920-ban alakult csehszlovák állam biztosította a falusi lakosság betegbiztosítását, amit a visszacsatolás után a kormányzat az OTI-ra ruházott. Ezen a téren volt az 1930-as évek végén az ún. mintajárás (Gödöllő) kísérlet, ahol modellt kívántak formálni a vidék egészségügyi és betegellátásnak megoldására.

1945 tavaszán, az Ideiglenes Kormány első intézkedései érintették a baleset- és betegbiztosítás kérdéseit is: a kormány a biztosítási ügyek felügyeletét az akkor életre hívott, az egész egészségügyi kormányzás feladatát koordináló Népjóléti Minisztériumhoz rendelte, az OTI-nak kiadott új működési szabályzat viszont már tükrözte azon szándékokat, hogy az állam a teljes betegbiztosítást közvetlen irányítása alá kívánja vonni, így hamarosan megvalósult a „biztosítók teljes államosítása.” A háború és a súlyos infláció alapjaiban rendítette meg az összes betegbiztosítót. Az OTI a veszteségek ellensúlyozására állami költségvetésből rekompenzációt kapott, míg a többi nem. A 2.920/1948. sz. ME rendelet az OTBA-t, a 12.380/1948. sz. ME rendelet a MABI-t feloszlatta, feladatköreiket az OTI ügyintézésébe utalta, majd a 810/1949. Kormányrendelet az összes biztosítási intézetet megszüntette. Teljes vagyonukat államosították, intézményrendszerüket az állami egészségügyi-betegellátási szervezethez csatolták. Ezzel valójában végrehajtották az egészségügy teljes államosítását, beleértve már a magánkórházakat, magán-sanatóriumokat és betegellátási intézményeket, egy évvel később az egyházi intézményekre is ez a sors várt. Az OTI feladatkörében is változás következett be: nem tartottak fenn önálló betegellátási intézményrendszert, csupán rendelőintézeteket, a 190/1950. sz. Kormányrendelet felállította az Országos Nyugdíjintézetet, így a nyugdíjakkal kapcsolatos kérdéseket is kiemelték

feladatkörükből. A 3220/1949. sz. rendelet még csak részlegesen terjesztette ki a vidéki lakosság biztosítását – csak az állami gazdaságokban dolgozókra –, de a 3.391/1949. sz. rendelet a termelőszövetkezeti paraszt-ságra is. Ez azonban nem jelentette általános kiterjedtsé-
gét, hiszen a magángazdálkodók, a még nem állami vagy szövetkezeti szférákban tevékenykedő vidéki és falusi személyek ebben nem részesültek, maguk után kellett biztosítást fizetni. A teljes és mindenkire kiterjedő bizto-
sítást az 1972. évi egészségügyi törvény határozta meg. Valójában az egészség rendszer állami költségvetésbe került, mindig függvénye maradt az állami akaratnak. Így a *rend-
szerváltozás után* derült fény arra, hogy csak elvileg ren-
delkezik a társadalombiztosítás és a csatlakozó intéz-
ményrendszer vagyonnal, gyakorlatilag – a költségvetési
forrásokon kívül – alig volt finanszírozható a működtetés.
Szükségessé vált a társadalombiztosítási rendszer átalakí-
tása, a piacgazdálkodási feltételekhez igazítása, vagyoná-
nak pontos meghatározása, hogy újra önálló pénzügyi
alapként működjön, amit választott önkormányzat irányít.
Még 1990-ben a parlamentben külön bizottság alakult e
reform és a szükséges törvény előkészítésére, ami az első
szabadon választott országgyűlésen belül az egészségügyi
és szociális bizottság feladata lett. Az 1991. évi 84. tv. a
társadalombiztosítást visszaadta a társadalomnak, amely
független pénzügyi alapként működik, külön költségve-
téssel, választott önkormányzattal, amely fele-fele arány-
ban a munkaadók delegáltjaiból és a munkavállalók vá-
lasztott képviselőiből áll. A társadalombiztosítási önkor-
mányaatok megválasztásáig – 1991–1993 közötti átmeneti
időszakban – parlamenti felügyelő-bizottság felügyelte

az alapokat, bár ekkor megindult egy politikai színezetek-
kel tarkított küzdelem is, amely a szakmai munkát is be-
folyásolta. Ez elsősorban a társadalombiztosítás egész
munkáját irányító önkormányzat összetételéért folyt. A
biztosítási rendszerben valóban „forintosítva” lett minden
orvosi beavatkozás, minden ellátási lehetőség, fekvő- és
járóbeteg-ellátási forma, a gyógyszerek támogatási rend-
szere stb. Mindezekhez rengeteg pénz szükséges, amely-
nek részleges hiánya állandó zavarokat okoz. Az egész-
ségügy a legdinamikusabban fejlődő alkalmazott tuda-
mány terület, csak az elmúlt tíz esztendőben hihetetlen
kutatási eredményekkel rendelkezik, ám a világon nincs
olyan ország, amely az összes lehetséges orvosi beavat-
kozást meg tudná fizetni. Ezzel a társadalombiztosításnak
is lépést kell tartani, örökösen vívódnia kellett „önmagá-
val” a finanszírozás dilemmájáról, tudva azt is, hogy az
egészségügy – szemben más területekkel – „nem elég
költségérzékeny szféra”, a befektetett összegek egyetlen
megtérülési lehetősége, az emberi egészség.

IRODALOM

Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Budapest, 1965.: A ma-
gyar egészségügyi és orvosi rendeletek gyűjteménye. 1872–1937. I–IV.
köt. Bp. 1896–1937: *Csizmadia: A magyar szegényellátás története*.
Budapest, 1960. *Gorvay Gy.: A legújabb kori magyar orvosi művelő-
dés és egészségügy története*. Budapest, 1953. *Magyary-Kossa Gy.: Ma-
gyar orvosi emlékek*. I–IV. Budapest, 1929–1943.

K. Kapronczay: *Historic development of the Hungarian health
insurance system*.

Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, könyvtár és levéltár, Budapest, II. Török u. 12. – 1023

HELYESBÍTÉS – KIEGÉSZÍTÉS

• Dr. Kassai Péter „Az egészségügyi miniszter 17/2000. (VI. 20.) EüM rendelete az emberi felhasználásra
szolgáló tápszerekről (kivonatolts ismertetés)” c. cikkéhez [Gyógyszerészet 44, 430–437 (2000)]:

A Hivatalos Közlönyben történt kihirdetést jelző pont (•) pótlendő:

432. oldal. *aaa)*: •Ensure
aabba): •Nutrodrip Diabetes, •--Drink

435. oldal *abcd)* utolsóelőtti sor: •Milupa SOM gyümölcsös szójapép[†]

Törlendő:

432. oldal: *aaba)*
•Impact[®] mF-27-A •Oral Impact mF-27-A

Beillesztendő:

433. oldal: *aabbg)* pontjának Enlive mE-ØZs szövegű sora után:
aabbh) a szervezető védekezőképességének fokozására (immunonutrició)
•Impact[®] mF-27-A [Advera]
•Oral Impact mF-27-A [•Alitraq*]
[Cubitan]
[Nutricomp Immun[®]]
[•Perative*, •-RTH[®]]
[•Stresson[®], •-Multi Fibre[®]]

437. oldal: Jelmagyarázat középső oszlopának első sora helyesen: □ Galactosaemiában is alkalmazható