Látlelet®
HUNGA COORD SAJTÓIRODA

XLIV. évfolyam EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP 2000. 12. szám

AZ I. ORVOS-JOGÁSZ KONGRESSZUSRÓL

November 2. és 4. között Debrecenben hagyományteremtő jellegel rendezte meg a Magyar Orvos-Jogász Interdiszciplináris Társaság (MOJIT) az első kongresszusát, melynek a Debreceni Egyetem adott otthont.

A Társaság létrejöttében az utóbbi évtizednek az egészségügyet és a társadalombiztosítást érintő kihívásai, a reformtörekvések, a jogi szabályozás ellentmondásai, hiányosságai, valamint az orvosi tevékenységgel kapcsolatos kártérítési perek szám- és összegszerűségének egyre növekvő trendje, a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés miatt indult büntetőeljárások aggasztó növekedése játszottak szerepet. Személyi feltételét az adta, hogy az utóbbi években egyre több fiatal orvos, szakorvos már jogi diplomával is rendelkezik. Az alapítók szükségességét érezték annak, hogy létrejöjjön egy olyan civil szervezet, amely az említett problémákat kizárólag szakmai alapon, tagjainak szakképesítéséből, gyakorlatából eredően hitelesen vizsgálja, a felmerülő kérdésekre megalapozott, reális, a lehetőségek figyelembe-vételével történő válaszadásra, és annak jogi megfogalmazására törekedjen. A Társaságot a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége tagszervezeti sorába felvette. Kapcsolatot alakított ki az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága vezetőivel, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP), a Semmelweis Orvostudományi Egyetemmel, a Generali-Providencia Biztosító Rt.-vel. A maga részéről együttműködésre törekedett és törekszik az Egészségügyi Minisztériummal, és a Kamarákkal. További részletek a Társaságról a MOJIT weblapján (www.mojit.hu) találhatók.

A mostani rendezvény előzménye a csaknem egy évvel ezelőtt (1999. december 1.) az OEP és a MOJIT által közösen szervezett *„Ki fizet a betegjogokért?"* címmel tartott szimpózium volt. Ennek sikere motiválta a rendezőket arra, hogy az éppen aktuális témák megvitatására minden évben összehozza a szakma képviselőit és az érintetteket.

A kongresszust Kósa Lajos, Debrecen Megyei Jogú Város Polgármestere és Prof. Dr. Fésüs László akadémikus, a Debreceni Egyetem rektora nyitotta meg. A rektor köszöntő szavai mellett bejelentette, hogy az orvosképzés keretében bevezetik a jogi ismeretek oktatását. Ebben a Társaság együttműködési készségét fejezte ki.

- folytatás az 6. oldalon -

Az egyetemi szintű ápolóképzésről

POTE Egészségügyi Főiskolai Kar

A Kormány 85/2000. (VI.15.) sz. rendelete alapján az oktatási miniszter a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán engedélyezte az egyetemi okleveles ápoló szak indítását. A képzést kiegészítő alapképzés formájában 2000 szeptemberében megkezdtük. A képzés ideje három félév, mely idő alatt 90 kreditpontot kell szerezni. A képzésre azok jelentkezhetnek, akik „ Diplomás ápoló ” oklevéllel rendelkeznek és oklevelük legalább „ jó ” minősítésű.

A rendelet értelmében az egyetemi oklevél megszerzéséhez legalább 300 kreditpont szükséges. A 4 éves főiskolai képzésben részesültek esetében 240, a 3 éves képzésben részesültek esetében 180 kreditpontot tudunk beszámítani. Ezért a 3 éves képzésben részesülteknek kiegészítő főiskolai képzésben kell részesülniük, legalább 30 kreditpont megszerzése érdekében. A kiegészítő képzést főiskolánkon biztosítjuk. Ennek részleteiről a jelentkezéskor adunk tájékoztatást. A jelentkezés módja és feltételei a 2001. évi Felvételi Tájékoztatóban megtalálhatók.

Mi indokolta az egyetemi szintű ápolóképzés bevezetését? Az ápolóképzés szintje az elmúlt évtizedekben világszerte emelkedett. Már a 90-es évek elején a világ 68 országában főiskolai, 25 országában egyetemi szinten folyt az ápolóképzés. Több más tényező mellett az ápolók felsőfokú végzettségének jelentős szerepe volt abban, hogy az ápolás kiemelkedett korábbi végrehajtó szerepköréből és az egészségügy más hivatásai mellett azokkal partneri viszonyba került. A magasabb végzettséggel együtt járó tudástöbbletre alapozva az ápolók feladatává vált a hagyományos ápolói/gondozói munka minőségének javulása mellett az egészségfejlesztő, preventív tevékenységek végzése, az egészségpolitika helyi végrehajtását irányító testületek tervező munkájában, az ellátás költségvetését és a költséghatékonyság javítását meghatározó döntésekben való részvétel, az otthoni/házi ápolás nagyobb önállósággal történő végzése, az individuális és team ápolás, a minőség szavatolása és fejlesztése, a munkatársak, ápolóhallgatók, betegek és családok oktatása és az ápolással összefüggő szakmai, szervezeti és társadalmi kutatások végzése.

Hazánkban 1993 óta folyik főiskolai szintű ápolóképzés, melynek keretében az előzőekben vállalt feladatok teljesítéséhez szükséges alapvető ismereteket a hallgatók elsajátítják. Nemzetközi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az ápolók egy szűkebb rétege számára egyetemi szintű képzés is indokolt egyrészt a főiskolai ismeretek meghatározott területeken (oktatás, kutatás, vezetés, menedzsment, minőségfejlesztés) történő elmélyítésére, másrészt az ápolás, mint a többi egészségügyi hivatással partneri szinten együttműködő hivatás egyetemi végzettségi szintű képviseletének biztosítására az egészségügyi vezetésben.

Az egyetemi szintű ápolóképzési forma megfelel a társadalmi fejlődés tendenciájának, mert az EVSZ megállapítása szerint az orvostudomány eredményei maradéktalanul csak az ápolás színvonalának emelkedésével együtt érvényesülhetnek, mert a magas szintű végzettséget igénylő önálló házi betegápolás társadalmilag igényelt forma és mert nemzetközi tapasztalat, hogy az egyetemi szinten képzett ápolók rendszerbe lépése az ápolás minőségének és gazdaságosságának javulását eredményezte, ami úgyszintén társadalmi elvárás.

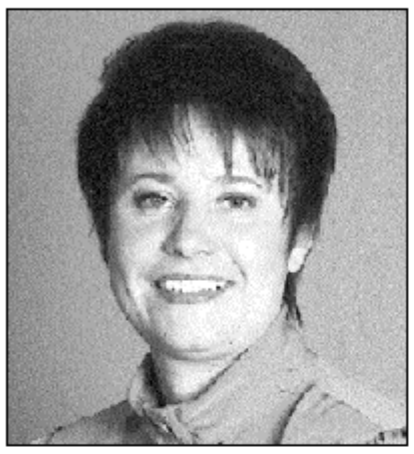
De az egyetemi szintű ápolóképzés megfelel a felsőoktatás fejlődési tendenciájának is, mert kielégíti a Felsőoktatási Törvény azon előírását, hogy a főiskolai oktatóknak egyetemi végzettséggel kell rendelkezniük. A már hat éve folyamatban lévő főiskolai diplomás ápolóképzés alaptárgya az alap- és szakápolástan. Alapvető és jogos kívánalom, hogy ezeknek a tárgyaknak oktatását szakirányú, tehát ápolói egyetemi végzettséggel rendelkező oktató végezze.

- folytatás a 10. oldalon -

„A legnagyobb hiba, ha a tévedést nem korrigáljuk...”

Pusztai Erzsébet beteg egészségügyünkről

Konzervatív politikusként két kormányzati ciklusban is az egészségpolitika első vonalában vett részt az átalakulás folyamatában. Egy évtized eltelt, a megoldások váratnak magukra. A volt államtitkárt kérdezzük, hogyan látja az elmúlt éveket, amelyek nem az egészségügy évei voltak.



• Azt hiszem, nem vagyok túl kritikus, ha azt állítom, az egészségügyben dolgozók közérzete nagyon rossz. Tíz évvel ezelőtt, a rendszerváltás idején igen nagy elvárások fogalmazódtak meg a rendszer minden szintjén. Ami azóta történt, kevésnek bizonyult.

Miben látja a rosszkedv okait?

- Vitathatatlan a gazdasági tényezők szerepe. A megelőző évtizedek alatt nagy rekonstrukciós elmaradás halmozódott fel. Ezek pótlása csak lassan történhet és jelentős összegeket igényel. Emellett az utóbbi években az egészségügyből forráskivonás történt, aminek eredményeképpen a finanszírozás reálértéke felére csökkent.

• A napokban olvastam egy tájékoztatót, ami szerint az egy főre eső éves ráfordítás az egészségügyben csaknem 150 dollárra apadt.

- Ilyen adatot nem olvastam, kétségeim vannak, hogy ennyire csökkent volna! A rossz hangulatnak csak részben oka az, hogy nagyon alacsonyak a fizetések. Az 1995 óta elszenvedett elvonások, az egymásnak ellentmondó, következetlen intézkedések nyomán ma az egészségügyiek már nem tudják, az út hová vezet. Rendkívüli a bizonytalanság, sőt megkockáztatom kilátástalanság is sok helyen. Ennek legveszélyesebb következménye a pályaelhagyás, ami egyes helyeken már aggasztó méretet ölt.

• Említette az ellentmondásos intézkedések kedvezőtlen hatását. Valóban, sokszor érezhette az ember, hogy nincsenek modellezve, nincs felmérve, vajon teljesíthetők-e?

- Sajnos az utóbbi időben is előfordult, hogy nem volt kellően előkészítve a döntés, elég ha a nyári bérkiegészítés ügyére gondolunk! Még a leggondosabb előkészítés esetén is előfordul, hogy a gyakorlatban pillanatokon belül kiderül, hogy az élet mindig gazdagabb, mint a legjobban egyeztetett jogszabály mögött lévő fantázia. 1992-93-ban is megéltem, hogy bármilyen gondosan igyekeztünk mindent végiggondolni, amikor előkészítettük a jogszabályt, néhány nap alatt kiderült, hogy valami nem stimmel. Ilyenkor az a dolga az embernek, hogy megnézze, tényleg baj van-e, és ha igen, akkor azonnal javítson. A legnagyobb hibának azt tartom, ha a tévedést nem korrigálják azonnal, hanem igyekeznek védeni, magyarázni. Ám nem mindig a rendelkezésben van a hiba. A rendeletalkotó pontosan tudja, hogy mit akar elérni, lehet, hogy érdekeket sért vele, de tudatosan teszi, mert változtatni akar a rendszeren. Ilyenkor viszont vállalni kell, érvelni, vitatkozni.

• Érdekes kérdés az önkormányzatok és az egészségügy viszonya. A finanszírozás kettőssége. Amikor az ember hallja az eseteket, amik az önkormányzati szerep zavarait tükrözik, hajlamos elképzelni egy egységes állami egészségügyi szervezetet. Mi a véleménye erről?

- Nézze, mindig az látszik a legegyszerűbbnek, hogy van egy központ és az majd mindent elintéz. Ez a rendszer azonban már negyven éven át nem működött jól, azért hagytuk magunk mögött! Azt gondolom, hogy nem az a hiba, hogy többcsatornás az egészségügyben a finanszírozás. A biztosítónak az a dolga, hogy kifizesse a betegellátás költségét, az önkormányzatnak pedig az, hogy megteremtse a saját területén az ellátás feltételeit. Egy dolog mindenhonnan hiányzik, és ez az amortizáció.

• Hát igen, ez az utóbbi évek örökzöldje.

- Sajnos, amit évtizedekig nem építettek be a rendszerbe, azt most nem lehet visszamenőleg egyszerre odaadni. Egy olyan amortizációs alap létrehozásával lehetne elindulni, amelyikbe befizetnének az önkormányzatok lakosságarányos fejkvóta szerint, és ezt kiegészítené az állami költségvetés. Ebből a közös alapból aztán a biztosítónál kimutatott betegforgalom arányában kapnának az intézmények.

• Van remény az amortizáció beépítésére? Az nyilvánvaló, hogy forrás kell hozzá, de már évek óta erről beszélünk, mindenki egyetért vele, elismeri, hogy hiányzik a rendszerből, mégsem sikerült eddig kiharcolni.

- Azt senki nem gondolhatja komolyan, hogy egyik évről a másikra a rendszerbe bekerülhet a teljes amortizáció összege. Azt sem szabad elfelejteni, hogy az elmaradt rekonstrukciók miatt az intézmények között lévő különbségeket ez az amortizációs rendszer nem képes kiegyenlíteni. Az amortizációra szánt felhalmozás mellett folytatni kell a rekonstrukciós programokat. Ez bizony elég komoly összeget jelenthet. Én azt javasoltam, hogy az önkormányzatok által igényelhető címzett támogatást kössük össze hitelfelvétel lehetőségével. Így tehát tíz év rekonstrukciós programját hitelfelvétellel meg lehetne valósítani három év alatt, anélkül, hogy a költségvetésnek elviselhetetlen terhet jelentene. „Mellékes” hatásként megemlíthető, hogy a gazdaság növekedésének mekkora lendületet lehetne adni egy százmilliárdos beruházási programmal!

• Munkahelyekre gondol?

- Nemcsak arra. Foglalkoztatásra, építőanyagra, mindenre, amit egy ilyen felpörgetett beruházás érint.

• Azzal a megállapítással kezdtem a beszélgetést, hogy rossz a közérzet. A gazdasági dolgokról beszéltünk. Azonban az egészségügyiek, az orvosok szociális helyzetének az alakulása sem kedvez a jó közérzetnek. A sokat emlegetett paradigmaváltás olyan értelemben már valóban megtörtént, hogy az egykori autonóm értelmiségiből biztosítási alkalmazott lett. Vagy nem?

- Biztosítási alkalmazott nem lett, csak közalkalmazott, de az így volt az elmúlt évtizedekben is. Autonóm értelmiségi a háború előtt lehetett! Visszatérve a paradigmaváltáshoz! Az egészségügyben ez alatt azt értik, hogy az ellátórendszert ne tekintse a döntéshozó fölösleges tehernek, amit le kell építeni! Az igazi paradigmaváltást az jelentené, ha az egészséget, az egészséges embert értéknek tekintenék, az egészségügyi ráfordításokat pedig hosszú távú befektetésnek!

• Érthetetlen ezeknek a lépéseknek a halogatása, hiszen az európai integrációs folyamat már régen aktuálissá tette a felzárkózást ezen a téren is. Nem fog ez nagy gondot okozni a nem is távoli jövőben?

- De igen. Nagyon sok súlyos problémát fog felvetni. Sajnos az a helyzet, hogy az egészségügyi ellátás még mindig nincs az igazi prioritások között! Ha az egészségügy érdekében a polgárok komolyan fellépnének, befolyásolnák a döntéshozókat önkormányzatban, parlamentben egyaránt, akkor ezt az egészségüggyel nem lehetne megtenni!

• Budaörsön, a Civil Egészségfórumon is célzott erre.

- Úgy látom, sem az egészségügy nem képviseli megfelelően a saját érdekeit, sem a polgárok, akik az egészségügyi ellátást veszik igénybe.

• Mi lehet az oka, hogy az érdekérvényesítés ennyire erőtlen?

- Nézze, az egészségügy korábban sem volt túl erős érdekérvényesítő. Azt gondolom, hogy az egészségügyieknek be kellene látni, hogy túl kell nézni a napi érdekeken. Az egészségügyön belül túl sok érdeküütközés van és túl sokan hajlamosak lobbizni szűk csoportok érdekeiért, miközben nem néznek messzebbre és nincs összefogás.

• Tehát a megosztottságban, ott vész el az érdekvédelem?

- Megkerülhetetlen, hogy az egészségügy szakmai érdekképviselete kidolgozott anyagokkal és koncepciókkal álljon ki. Csak akkor tudja keresztülvinni a döntéshozás fórumain az egészségügy érdekeinek megfelelő változtatást, ha azt tudja mondani, hogy a követeléseket mindenki támogatja.

- folytatás a következő oldalon -

Egy humanista magatartáskutató elmélkedéseiről

Ha mindennapjaink terhelő nyomása alatt időt és energiát tudunk biztosítani arra, hogy a bennünket körülvevő világot másként szemlélhessük, mint eddig, akkor olyan gondolatokra juthatunk, amelyek nem csupán munkánk egyhangúságát változtathatják meg, hanem más irányt is szabhatnak tevékenységünknek.

Az új felismerése egyrészt örömmel tölt el bennünket, tehát javuló közérzetet eredményez - amelyre egyre vágyunk - másrészt hatékonyabbá teheti munkálkodásunkat.

Bizonyára mindannyian részesültünk abban az élményben, amikor például virágzik a fehér akác és gondterhelten ballagunk haza munkánkból. Jóformán azt sem tudjuk, hogy milyen hónapja van az évnek. Egyszer csak megcsap az akác illata és attól kezdve biokémiai rendszerünk kissé másként (valószínűleg jobban) működik.

Ilyen érzet tölt el, amikor Konrad Lorenz: ***„Ember voltunk hanyatlása”*** című könyvét olvasom. Írásának többféle olvasata és értelmezése lehetséges. Igyekszem, nevesített szakmánk, a reumatológia - mint igen sok orvosi specialitás határát érintő alkalmazott mozgásszervi belgyógyászat - szemszögéből nézve közvetíteni néhány kiragadott megállapítása segítségével az információt.

Az evolúciót nem csupán az élő egyed és faja leszűkítettségében szemléli, hanem a nagyobb együttesek (társadalom) figyelembe vételével is. Megállapítja, hogy *„Hosszú távon a magas fokú speciálizáltság bizonyos értelemben mindig veszélyt jelent az adott életforma számára.”* (P44.) *„A speciális filogenetikai alkalmazkodást olyan gazdasági vállalkozáshoz hasonlíthatjuk, amely nagy összeget invesztál egy új árucikk gyártásába, anélkül, hogy a befektető tudná, meddig tart piacának »konjunktúrája«... A fajok átalakulását, akárcsak az emberi vállalkozást, a pillanatnyi nagy haszon készteti a speciális alkalmazkodás leghelytelenebb formára. A természetes szelekció a legkevésbé sem azt részesíti előnyben, ami a fajnak hosszú távon előnyös, ezzel szemben vakon jutalmaz mindent, ami az adott pillanatban a legnagyobb szaporodási sikerrel kecsegtet.”* (P45.)

Sokhelyütt foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy mi és milyen is az evolúció. *„Az alkalmazkodás önmagában csak kognitív, és nem teremtő folyamat, a korok egymásutánjában azonban nemcsak a megismerés objektuma - a »tudnivaló« válik mind összetettebbé, hanem a tudó szubjektum is.”* *„...az organizmikus kölcsönhatások óriási sokasága az, amely az evolúciót teremtővé teszi. Nincs szó általános érvényű alapelvről, inkább közeli rokonságban álló és gyakran nagyon hasonló formák kölcsönhatásáról, amely eddig soha sem létezett »találmányokat« hoz létre.”* (P60.)

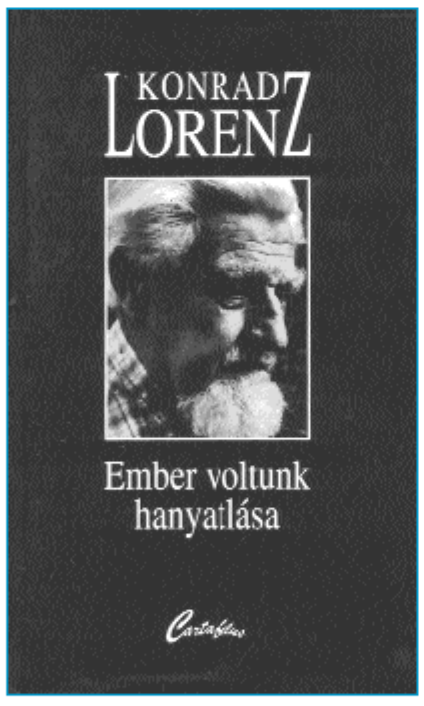
Véleményem szerint, egyáltalán nem erőszakolt párhuzamot von az élőlények és a gazdasági vállalkozások között. *„Egy műszaki példa megvilágítja, hogy egy rendszer nagyobb differenciálódását és bonyolultabbá válását előidéző szelekciós nyomást elsősorban a közeli rokonságban álló más rendszerek fejtenek ki. ...nem a lófogat kényszerítette Fordot, hogy többfokozatú hajtóművet építsen autóiba, hanem a többi autógyártó cég konkurenciája.”* (P60-61.) *„...minden élőlénynél pozitív visszacsatolás működik a tudásnyereség és a tőkenövekmény között. ...különleges eset; az ipari konszernek is élő rendszerek.”* (P57.)

Ha a Nobel-díjas orvos etológus megállapításait elfogadva alkalmazzuk a magyar reumatológus specialisták helyzetére, nem kell elkeseredniünk *„korszerűségünk”* elemzésekor, mert állandó és szoros versenyben vagyunk a belgyógyászokkal, ideggyógyászokkal és a konzervatív ortopédiát művelőkkel, akik közül a legtöbben foglalkoznak talán szakszerűen a beteg emberrel, ha mozgásszervi nyavalyája oka nem veleszületett és operálható elváltozás, vagy trauma. Mind kevésbé alkalmazunk olyan gyógyászati segédeszközöket, melyek közelebb állnak a középkori kínzószerekhez, mint a célszerű segítséghez. Kezdjük megtanulni és alkalmazni az utóbbi időben Magyarországon is a funkcionális terápiát, melynek része a manuálpraktika és a gyógytorna is.

„A fogalmi gondolkodás és a szavakból álló nyelv második, talán még lényegesebb következménye az a kötelék, amivel a nyelv az egyedeket összekapcsolja. A tudás gyors elterjedése, az emberek egy szociális csoporton belüli gyors egyenlővé válása olyan egységet és testvériséget teremt, amely korábban soha sem létezett. ...A közös tudás, a képességek és szándékok kulturális egységet teremtenek. ...A szellem: társadalmi effektus. ...A szellemi élet alapjában véve individuum feletti élet; a szellemi közösség egyedi, konkrét megvalósulását nevezzük kultúrának.” (P66.)

Végezetül röviden idézem azon gondolatait, melyek a jövő nemzedékeknek szólnak, a technokratikus társadalmi berendezkedést elítélve. *„Az orvos akkor rátermett, az állatgondozó akkor művésze mesterségének, a tájökológus akkor rendelkezik a hivatásához szükséges leglényegesebb képességgel, ha első pillantásra meglátják egy élő rendszeren, hogy valami nem stimmel benne. Ez tszokás a tapasztalt orvos »klinikai pillantásának« nevezni. A szcientista gondolkodásmód azzal okozta az egyik legnagyobb kárt az emberiségnek, hogy a mai orvosképzésben túlságosan csekély súlyt helyeznek a »klinikai pillantás« fejlesztésére.”* (P254.)

Ezzel a gondolattal ajánlom a művet kollégáimnak részletes tanulmányozásra.



Konrad Lorenz:
Ember voltunk hanyatlása
Cartafilus Kiadó, Budapest 1997.
279 oldal. (Ára 1000. -Ft)
(MRE Info)

- Dr. Németh Endre -

Hozzászólás *„Egy humanista magatartáskutató elmélkedéseiről”* - című cikkhez

Nagy élvezettel olvastam dr. Németh Endre, Konrad Lorenz által gerjesztett gondolatait, az MRE Info hasábjain.

Valóban Konrad Lorenz műve *„Az ember voltunk hanyatlása”* ajánlott irodalomként kell szerepeljen a ma értelmisége számára, Fukuyama és David Korten művei mellett.

A Romai Klub figyelmeztetése után, mely a környezetszennyezésre hívta fel a figyelmet, számomra ezek a művek a szellemi környezetszennyezés és a gazdasági környezet antihumánussá válásának figyelmeztetőiként szerepelnek.

„Az, hogy az emberiség valóban humánus lények közösségévé válik, vagy nem emberek szigorú szervezetévé züllik, az kizárólag attól függ, vajon hagyjuk-e, hogy nem racionális értékfogalmak irányítsanak bennünket.” Konrad Lorenz orvos etológus e megállapításánál mi sem hívhatja fel jobban a figyelmet az értelmiség felelősségére, a mi értékválsággal küszködő világunkban.

Konrad Lorenz így folytatja: *„Úgy tűnik, nagyon sok fiatal hiszi úgy, hogy a kultúrális tradíciókban felhalmozott összes információ nélkülözhető.”* de szerinte *„Tévedés azt hinni, hogy egy régi kultúra sutba hajításával azonnal, és magától értetődően új, jobb keletkezik.* Tisztában kell lennünk azzal, hogy magára az emberre hárul a torzulásokból és a megmerevedésekből származó felelősség. (Előbbi veszélyt a liberalizációban, utóbbit a szerző a túlzott konzervativizmusban látja.)

Tudomásul kell vennünk azt a kijózanító tényt, hogy nemcsak legjobbjaink ideáljai és értékfelfogása határozzák meg kultúránk irányultságát.

Ebből ered a következmény, amit a szerző megállapít *„az embernek kéne lakhatóvá tenni a Földet, ehelyett az ember teszi lakhatatlanná.*

- Dr. Gujás Márta -

Országos Alapellátási Kongresszus MTA elnöklettel

Minden bizonnyal először fordult elő, hogy ilyen kongresszust - a magyar tudomány legfőbb fórumát képviselve - éppen annak elnöke nyisson meg. S ha valaki ellentmondást vél ebben felfedezni: téved. Glatz Ferenc, az MTA elnöke minden bizonnyal azért vállalta fel ezt a feladatot, mert látja, hogy rendkívül fontos az, ami e mögött a fórum mögött van. Bevezető szavaiban megtisztelte a jelenlevőket és kollégáknak minősítette őket. A jelenlevők persze tudták, hogy ha a konkrét feladat és a mögöttünk álló tudás nem is jogosít fel erre, de a közös cél annál inkább. Ezután arról beszélt, hogy mint európai bizottságokban is résztvevő aktív tudósnak, módjában állt megfigyelni, hogy Európában az egészségügy pénzügyileg is prioritást élvez. Szomorúan állapította meg, hogy a társadalom tele van demagógiával. Volt a kétszintű bankrendszerre 350 milliárd, miközben bankemberek szerint is elég lett volna 170 milliárd. Ezenközben a humán szféra nem kap megfelelő támogatást. *„Nehéz ünnepélyesen beszélni a magyar egészségügyről"* - állapította meg.

Az MTA felajánlotta, hogy a magyarság helyzetéről különféle szempontokat kutatva, tanulmányokat készít. Kiváló akadémiai munkák jelentek meg, közben a politikai elit jól vizsgázott. A miniszter jól tudja, hogy mi a helyzet, de távozik. Az akadémiai elnök levélben kereste meg. *„Mi hát a baj? A helyzetet képesek vagyunk áttekinteni, diagnózis van csak gyógymód nincs. Ki képes ezt megtalálni"* - tette fel a kérdést. *„A politikusok rohannak egész nap, a tudósok tanítanak és elfoglalják magukat saját pályájuk egyengetésével. És így van ezzel az egész magyar társadalom. Vannak diagnózisok és nem akad ember, aki a gyógymódokat kitalálja."*

„Amit mi magyar egészségügynek nevezünk, - hangsúlyozta az elnök-, *az csak akkor működik, ha a gyógyító emberek anyagi helyzetét rendezik. Azzal semmi esetre sem teszünk rosszat, ha a gyógyítás fizikai és szellemi feltételeit javítjuk. Ezért vállaltam el a megnyitót* - mondta, *valamint azért, hogy lerójam hálámat a szakmának mint esendő ember. Az akadémián nem múlik sok, önökön múlik minden. Gratulálok a szervezőknek, a rendezvényhez és magyar módra irigy vagyok. Tanári továbbképzőre nem tudok ennyi embert összehozni. De ez nem véletlen. Ez a szakma régebbi és jobban szervezett."* - zárta mondandóját Glatz Ferenc.

- SZIT. -

„A legnagyobb hiba, ha a tévedést nem korrigáljuk..."

- folytatás az előző oldalról -

Pusztai Erzsébet beteg egészségügyünkről

• Mind a három ciklus egészségügyi vezetői részéről tapasztalni lehetett bizonyos kommunikációs zavart, rendkívül rossz visszhangot kiváltó megnyilvánulást. Miért van ez így?

- Most tőlem kérdezi, hogy mások miért követnek el ilyen hibát. Én erre nem tudok válaszolni. Csak azt tudom megmondani, hogy én hogy igyekszem kommunikálni. Mindenkinek meg kell fontolni a saját szavait! Ha van világos koncepciója, ha kellő mértékben ismeri az egészségügy differenciáltságát, mélységeit és kellő empátiával kezeli azokat, akik az egészségügyben ma dolgoznak, akkor nyilván jobban tud vigyázni a szavaira! A politikusnak az a dolga, hogy igyekezzen megérteni a rábízott terület gondjait. Azért van! Máskülönben nem tudja betölteni a feladatát.

• Mi a véleménye a már nemzeti sajátosságként emlegetett lehangoló morbiditási mutatókról? Mik azok a tényezők...

- Ez nem az én véleményem kérdése. Erről nagyon sok tanulmány jelent meg, sok adatunk van, sok összefüggést ismerünk. Azokra az adatokra gondolok, amik azt mutatják, hogy az összes volt szocialista országban sokkal roszszabbak voltak az egészségügyi mutatók, mint a nyugat-európai országokban. Nyilván sok negatív hatás benne van ebben, életmódbeli, környezeti és egyéb, de nekem meggyőződésem, hogy a lélektani hatások a legkomolyabbak. A lakosság egészségi állapotának alakulása az oktatás-képzés színvonalán és a mentális egészség helyzetén múlik. Aki lelkileg egészséges, az nehezen lesz szenvedélybeteg, nincs mit kompenzálnia az alkoholizmussal, nem fog kényszeresen étkezni, nem fog kényszeresen tévét nézni, hanem képes egészséges emberi kapcsolatokat teremteni.

• A mentális állapot kérdése nem azért kerül előtérbe, mert hihetetlen mértékű a szociális sérülés lehetősége a környezetünkben?

- A szociális sérülés lehetősége mindenhol megvan, minden országban, bár kétségtelen, hogy a gazdasági átalakulás idején nálunk több embert érint. Az igazi kérdés az, hogy milyen a lelki stabilitása az illetőnek? Mennyire képes krízishelyzeteket átvészelni, tudja-e ezeket kezelni, megvan-e a kellő önbizalma ahhoz, hogy ne zuhanjon alá a mélységekbe? Tud-e kapcsolatot teremteni, tud-e segítséget kérni, egyszóval tud-e létezni a társadalomban? Ezek nagyon mély, valahol a családban kezdődő dolgok. Nem véletlen, hogy már 1996-ban benyújtottam az egységes és hosszú távú családpolitika érdekében teendő intézkedésekről az országgyűlési határozatot. A családpolitikának meghatározó része a családok életviteli, lelki támogatása, az ehhez szükséges intézményrendszer kiépítése!

• Az állam, vagy a társadalom miért nem képes a tömegtájékoztatást ezeknek a pozitív céloknak a szolgálatába állítani?

- Nyugat-Európában a civil társadalom, a civil szervezetek megmozdulnak, tiltakoznak, kifogást emelnek, és így gyakorolnak hatást. Higgye el, nem lehet mindent a kormányoktól várni. A civil társadalomnak, civil szervezeteknek is tiltakozni kell, fel kell emelni a szavukat, ha valami nem tetszik. Nem lehet mindent a politikai erőktől várni, mert akkor az lesz a kifogás, hogy minden túlpolitizált.

• Hosszú évtizedek alatt egy átértékelődés tanúi lehettünk. Nem csak az értelmiség, de az egész civil szféra lényeges pozícióvesztést szenvedett el. Nem ezért halt ki a kezdeményezés?

- A több évtizedes diktatúra a civil társadalom minden spontán szerveződését megtorolta, szétzilálta - eleinte durván, később finomabban. Az emberiség történetében nem volt még egy olyan rendszer, amelyik a társadalomnak a finom együttműködési szövetét akarta volna széttépni. Amelyik ilyen mélységekig beleavatkozott a civil szféra, a társadalom, az emberek együttműködésébe.

• Ahogy azt Orwell...

- Igen, ez az orwelli modell. Az emberek lassan elfelejtették, hogy mennyi múlik rajtuk, mert elveszett ez a tapasztalatuk. Ezért tud olyan nehezen magára találni az ország.

• Lát visszautat?

- Nem lehet csodálkozni rajta, hogy hosszú évekig tart, míg ez valahogy változik, elkezd visszafelé mozdulni. Mára rengeteg civil szervezet alakult, nagyon sok alapítvány van. Csak hát sokáig tart, amíg újra kialakul az, ami a társadalmat évszázadokon keresztül működtette, a civil szervezetek, az emberi kapcsolatok hálója.

• Azért bízik benne?

- Igen. Én bízom abban, hogy azok az emberek, akik találnak közösséget, ahol együtt lehetnek, rádöbbennek arra, hogy az ember életének lényege az emberi kapcsolatokban van! Nem a tárgyak szerzésében, a pénzgyűjtésben, a pótcselekvésekbe való menekülésben. Aki tud igazi emberi kapcsolatokat teremteni, rájön, hogy a másokért végzett cselekvés kitölti az életét és boldoggá teszi!

- Tálas T. Tamás -

A külhoni magyarság egészségügyi ellátásának illesztése a magyar egészségügyi rendszerhez

(részlet dr.Horváth Szabolcs Pest-megyei Önkormányzat Eü. Biz. elnökének előadásából)

Az egészségügyi rendszer megváltoztatása költségvetési, logisztikai, adminisztratív és nem utolsó sorban politikai kockázatot jelent. Legfontosabb a pénzügyi kockázat, amelynek lényege, hogy a rendszer a költségvetésből (OEP) az újonnan létrehozott biztosítóhoz kerülne. A Világbank is - kivételesen, de nem mintaként! - egyetért elvileg az elképzeléssel, mely szerint enyhíti a kormányzat terheit a szegények, idősek és betegek vonatkozásában. (Strategies to transfer financial risk from the Goverment's burden of caring for the poor, the elderly and the ill". A Világbank a magyar egészségügy reformjáról 53. Old.). Ez csak akkor vehető komolyan, ha a biztosító (jelen esetben a külhoni magyarok ellátásáról gondoskodó biztosító) meghatározza a működéséhez szükséges források nagyságát, s ennek arányában adót vagy járulékot vet ki. A finanszírozás rendszerének egyik modell koncepciója a következő:

A körülbelül 1,6 milliós romániai biztosított továbbra is igényt tart a román alapellátásra. Amennyiben kezelése nem megoldható, vagy olyan előnyökkel jár, amely Romániában nem érhető el, az Erdélyi Egészségügy Alapítványnak - mint Alkuratóriumnak - fizetendő egyéni hozzájárulásból oldható meg. (Az egészségét biztosító harmadik forráslehetőség: adomány-forrás.) Az önkéntes *„járulék"*- mely együttal magyarságának vállalása is -, speciális kezelésre ad jogot, illetve kifejezi extra kezelést igénylő magyar külhoni állampolgár társával való szolidaritását (meggondolandó szubszcidiaritas, complementarizmus egymás segítése alapján a kötelező vállalás is). A vagyoni alap védelméért és garanciájáért ökumenikus egyházi háttér a felelős. Ez az összeg nem terhelné (mintegy levonódik a Közalapítvány külhoni állampolgár magyarországi kezelési költségéből), s természetesen nem jut át Magyarországról. Az anyaországi potenciális szolgáltatás igénybevételének jogosságát Erdélyi Előszűrő Központ (fizetett alkalmazottakkal) bírálja el. Az igényeket a régióból megbízott orvosok terjesztik az Előszűrő Központ felé. (Célszerű lenne a jövőben felállítani egy körülbelül 60 ágyas fekvőbeteg konziliáriusi központot Kolozsvárott, ahol 3-4 nap átfutási idővel 3-4 orvos alkalmazásával a kétes esetek is elbírálhatók. Az Erdélyi Előszűrő Központ szerződést köt a Magyar Egészségügyi Közalapítvány által kijelölt speciális intézetekkel a Közalapítványon keresztül.)

Mivel neoliberális gazdaságpolitikai panelek az egészségügyben hatástalanok, az állami feladat felváltása a magánnal rendet teremthet a rendszer egyes elemein belül, de nem racionalizálhatja magát a rendszert. Ezért az ellátás garanciális tényezői, az állam részéről (a vagyoni alap hosszútávú biztosítása érdekében pedig az ökumenikus egyház részéről) feltétlenül beépítendők, a működés biztosítására az állam részvételi aránya - nemzeti közteher viselés részeként - kiszámítandó. A globális szolgáltatások (alapcsomagok) rendszere - első lépésben - limitált alapellátásra (ebbe az úgynevezett kötelező egészségügyi minimumban csaknem az összes költséges ellátás beletartozna) kell, hogy vonatkozzon, amely nem zárja ki a kiegészítő szolgáltatások (többlet, vagy magasabb minőségű szolgáltatás) lehetőségét.

Több biztosítási modell kidolgozása célszerű. Kompenzációs mechanizmusok beépítése - jobb kockázati kisközösségek *„kimasolódása"* ellen - már a beindulás pillanatától javasolható. Törekedni kell a központi járulékgyűjtés kialakítására a nagyobb taglétszám - nagyobb bevétel elve alapján. Meggondolandó rövid és hosszútávon alkalmazható technikák kiépítése is. Fel kell állítani egy - az ellátást szabályozó - szülőföldi team-et, melyet neves orvosszakemberek vezetnek (ld. Alkuratórium), s feladatuk annak a szűrő munkának koordinálása, amely - a kapacitás figyelembevételével - az ellátás hazai végpontjait szabályozza, s elsődlegesen a lakóhely közeli ellátásra koncentrál. Itt prioritása van a kiválóan felkészült külhoni magyar orvosok kompetenciahatárainak, az ellátás körülményeinek.

(Németországban a krónikus betegek ellátása teszi ki a kórházi költségek 63 százalékát, átlagosan 3 nappal tovább fekszenek kórházban, 30 százalékkal magasabb esetköltséget okoznak és átlag 10 évvel öregebbek a többi kórházi betegnél. Nálunk az egészségügy alapbevételeinek 87 százaléka az aktívak járulékaiból származik, ők a nyújtott szolgáltatások mindössze 34 százalékát veszik igénybe. A nyugdíjasok nem fizetnek járulékot, keveset fizetnek a munkanélküliek és a diákok, hogy az önfoglalkoztatókról ne is essen szó...)

Ez egyértelmű indok az ország gazdaságát nagymértékben gyarapító aktív külhoni állampolgárok magyarországi biztosítási igényére, különösen ha figyelembe vesszük, hogy ellátásuk eddig is - bújtatva és rejtve, tehát feketén - a hivatalos magyar biztosítót terhelte.

A rendszer - ha nem is tökéletesen - tisztít és átláthatóbbá tesz! Ugyanis ilyen módon megvalósítható - körülírt populáción belül - a tiszta járulékfizetés rendszere, a megcélzott közösség alacsony rizikójú, s - a jelenlegi rendszerrel szemben - csökken a járulék alulfizetés esélye.

A minőség akkreditált egészségügyi intézményeknek közvetlen garantált ellátási szerződést kell kötniük a külhoni magyarok biztosítási képviseletével - amely szerződés figyelembe veszi a kölcsönös előnyöket, s elhárítja a rendszerben levő feszültségeket. A felállított non-profit alapon működő és az állam által támogatott rendszer költségtudatos megtartásával csak minőségkontrollal alátámasztott szolgáltatást vásárolhat. Az evolutív folyamatban - a későbbiekben - a járulék kialakításánál - a kockázatkezelés mellett - a kármegelőzésnek (így a prevenciónak) is jelentőséget kívánatos adni.

A mai magyar egészségügy helyzetének figyelembevételével meggondolandó az, hogy az intézményekkel kötött külön szerződés megkötésekor a biztosító előre finanszíroz egy körülírt alapcsomagot, majd - vásárló ügynökség (purchasing agency) módszerével a szolgáltatás elvégzésekor - a teljesítményfinanszírozás elve alapján rendezné a különbséget. A rendszer beindulása - a piachelyzetet erősíti, s az intézmények részéről a minőségi ellátást preferálja.

Végül a konszenzus omnium elve alapján teljesértékű összmagyar érdekközösség talaján álló egyetértés kell a finanszírozási forrásban (bér, amortizáció, dologi kiadás), az igények és kielégíthetőség határában, a modern tudományos eredmények iránti elvárásban, a szolidaritás gyakorlásában, a Kormány és a Magyarok Világszövetsége felelősségében és feladataiban, az állami teherviselésben.

Az eddigi igénybevételről pontos statisztikai adat nem állhat rendelkezésre, hiszen minden tisztességes magyar egészségügyi dolgozó, külhoni testvérének egészségügyi problémáit - tiltó jogszabályokat túllépve - erkölcsi kötelezettségből megoldotta.

Saját felmérésünk - a rejtett ellátás igen magas száma miatt még csak referencia-értéknek sem tekinthető (Pest-megyében körülbelül 9500/év, az ide sorolható különböző szintű orvos beteg találkozás).

Ez a szám, valamint a Mocsáry Alapítvány, Illés Alapítvány, a Segítő Jobb mintegy 280 milliós kiadása (1999-ben 2130 beteg), s egyéb egyházi javadalmak és adományok figyelembevételével a felvázolt rendszer teljes működése 1,2 milliárd forintot emésztett fel. (Vegyük itt figyelembe a bankkonszolidációk, vagy az úgynevezett olajügy stb. számértékeit, valamint az egészségügyi kiadások 650 milliárd körüli értékét, s a külhoni állampolgárok egészségértékének - előzőkhöz viszonyítva összehasonlíthatatlanul magasabb rendű erkölcsi és összmemzeti jelentőségét, s a nemes cél mögött meghúzódó túlélési program eredményeit is.)

A felvázolt rendszerben - orvosszakértőkön túl - jogász, közgazdász, biztosítási szakember mellett, nagy szerep jutna egy professzionális könyvvizsgálókból álló felügyelőbizottságnak is, valamint egy szabályozó irodának. Végezetül hangsúlyozottan megemlítjük az egyeztetett dolgozat *„első olvasatként"* alkalmazását. Alapvetően fontosnak tartjuk a kölcsönös egyeztetés folyamatát - külön-külön is - úgy az anyaországban, mint a szülőföldeken, így Erdélyben.

Budapest, 2000. 10. 06.

- Dr. Molnár Géza, Főosztályvezető Közeg. Orvostud. Intézet - Kolozsvár.
- Dr. Bíró Dénes, Hargita-megye stratégiai managment aligazgató - Csíkszereda
- Dr. Réti Miklós, Pest-megye Önkormányzat Közgyűlés alelnöke
- Dr. Horváth Szabolcs, Pest-megye Önkormányzat Egészségügyi Bizottságának elnöke.

Lejegyezte: dr. Szász István T.
(Elhangzott a Pest Megyei Orvosnapok rendezvényén Szentendrén)

A Király ajándéka

A napokban eszembe jutott gyermekkorom egyik meséje Mátyás királyról és az okos lányról. Talán sokan emlékeznek a szitába csomagolt galambra. A háziorvosi privatizáció számunkra hasonló ajándéknak bizonyult.

A közelmúltban a CIB bank kártyák kiosztása közben a reklámot olvasgatva megdöbbenten akadt meg a szemem egy mondaton: *„rendelő privatizációja magánvállalkozó orvosok részére kedvezményes kamatokkal."* Félve kérdeztem meg az ott lévő bank képviselőjétől: ez azt jelenti, hogy a gazdasági kényszerből létrehozott BT-k és KFT-k kiesnek a támogatási körből? A válasz: *„igen, ránk nem vonatkozik a kamatkedvezmény."*

Vajon miért? Bizonyára azok az urak, aki formába öntötték az ígéreteket, jól tudják. Hiszen, aki végig élte az elmúlt 8 évet, tapasztalhatta a pénzügyérek akna munkáját. Első markáns gáncsoskodásuk az volt, hogy állást foglaltak a helyi iparűzési adóról, miután az iparűzési adó alapja az OEP támogatás 100 százaléka, mert a másik rendelet szerint beruházásra a céltámogatás nem fordítható. Ez azt jelenti, hogy amíg együtt létezik közalkalmazott és vállalkozó orvos, az OEP által kiutalt pénz az egyik helyen költségvetésként szerepel, a másik helyen jövedelem, így iparűzési adó alapja.

Nem különbül rafinált a Pénzügyminisztérium másik ténykedése, ami az ajánlott adóalapot határozta meg olyan módon, hogy a szakmák közül egyedül az orvosok kötelező bevallásának mértéke nőtt évről évre. Mert, ha nem ezt tettük, gyónhattunk arról, hogy miből éltünk.

Itt érkeztünk el ahhoz a döntéshez, hogy családtagjainkkal alkossunk gazdasági társaságot. Leginkább Betéti Társaságot, mivel ténylegesen is eddigi javainkkal szavatoljuk működésünk gazdasági biztonságát.

Most jön a harmadik pofon. Hiszen csak sejteni lehet, hogy hány magánorvos, hány Bt. és egyéb társas vállalkozás működik az alapellátásban. Sokat lehetne ezekről a dolgokról poénkodni, lehetne megérteni vagy megértetni az érthetetlent, de talán csak a szokásos, kiscsoportos pszichoterápia miatt adtam közre gondjaimat, hátha kiderül: én nem értem jól az egészet!

- Dr. Kővágó Kálmán -

ÖSSZEFOGLALÓK ÉS GONDOLATFOSZLÁNYOK AZ ÖNKORMÁNYZATI EGÉSZSÉGÜGYI NAPOK ELŐADÁSAIT HALLGATVÁN. III.

- folytatás az előző számból -

A délutáni blokk a **JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS PRIVATIZÁCIÓJÁVAL** foglalkozott. Levezető elnök: **dr. Ványai Éva Megyei Jogú Városok Szövetsége Egészségügyi Bizottság elnöke.**

Dr. Lampé Zsolt az OEP főigazgatója: *A járóbeteg-szakellátás finanszírozásának új elveiről* - címmel tartott előadást.

A téma kapcsán elmondta, hogy a folyamatosan emelkedő teljesítmények nem tudni menynyire függenek össze a mennyiségi és minőségi mutatókkal. Ha 1994-et 100 százaléknak veszszük a növekedés két és félszeres, de nem függ össze az esetszámokkal. Hazánkban ma a leggyakoribb beavatkozás a lézer. Már minden magyar állampolgárt agyonvizsgáltak a létező mutatók szerint.

El kell gondolkodni azon is, hogy a labor leletek 90 százaléka negatív.

Az elvégzett szúrópróbák azt igazolták, hogy korrekt pontozás esetén az érintettek 44 százaléka járt volna rosszabbul és 55 százaléka jobban. Nehezen magyarázható a sine morbo diagnózissal jelentett tevékenységek sokasága. Ma az OEP 7835 szakrendelést finanszíroz. A pontértékek arányait nézve feltűnő különbségek vannak. Például az átlaghoz viszonyítva az UH 164 százalékra, míg a nephrológia csak 67 százalékra van értékelve.

(Az elmondottak megerősítették azt a véleményt, hogy a járóbeteg szakellátás privatizálásának és a privatizált rendelések életképességének alapvető feltétele a pontértékek arányainak igazságos átértékelése. Ha ez megtörténne és a kisebb forgalmú szakmák terén területi együttműködések jöhetnének létre (adott területen csak részpraxis és több adki egy teljest), akkor nem fenyegetne az annyit emlegetett „kimazsolázás" veszélye, melyet a privatizáció egyik fő ellenérve gyanánt emlegetnek.)

Dr. Varga Imre a Medicina 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség elnöke folytatta: *Az egészségügyi szakellátás privatizációs lehetőségei* című előadásával.

A gyógyító megelőző kasszából a járóbeteg szakellátás 1999-ben 50 milliárddal részesült majd 2000-ben ez 53 milliárdra emelkedett. Ha ezt nettóban számoljuk akkor az összeg a feladathoz mérten csekélynek mondható. Tíz év alatt az egészségügy 50 százalékos finanszírozás csökkenést szenvedett el. A közfinanszírozott egészségügyben működő vállalkozás nem hasonlítható az iparban vagy kereskedelemben működőhöz. Sem az egészségügy, sem egy-egy egészségügyi szolgáltatás nem vonulhat ki a piacról. Számos riasztó jel is van. Nem megoldható a helyettesítés, a hosszú betegállomány, továbbképzés stb. mert maga kell megoldja. A félrekódolások következményivel nem foglalkoznak a szerződések.

Mindenképpen ez a legrosszabbul fizetett réteg. Ráadásul a minél többet dolgozunk, annál kevesebbet keresünk elv alapján kell működjön.

A tevékenységszám emelkedés okai közt említette a lerövidülő kórházi ápolási időt. A finanszírozást annak idején nem a privatizációra szabták. A szakmák közti pont-forint érték arány eltolódások komolyak. Nem tökéletes a finanszírozás ellenőrzési oldala, szakmai pedig nem létezik. Az új tevékenységek beengedése a pontértéket tovább hígítja. Nincsenek szakmai és finanszírozói protokollok. Átláthatatlan a befogadások rendszere. Fennáll a rejtett kapacitásnövekedés lehetősége. Jelentős az ÁFA teher. Üdvös lenne a bemerevített (85 fillér) viszonyok figyelése. Sok az adminisztrációs probléma. Nincs pénz az intézmények akreditációjára. Az amortizáció az egészségügyben magasabb mint az élet más területein.

A duális finanszírozásban oly fontos lakosságszámtól függő fejkvóta és céltámogatási rendszer működési gyakorlata átláthatatlan. Sok esetben a lényege annyi, hogy a tulajdonosi kötelezettséget átruházzák pénz nélkül.

A tulajdonosi hozzáállás igen változó.

A szakminisztert idézve megjegyezte, hogy az OEP csupán a szolgáltatás vásárlója és az arra kapott pénz még erre sem elegendő. A rendszerben tartalékok gyakorlatilag nincsenek.

A mozgástérről beszélve a következő lehetőségeket említette: a kódolás terén adódó és a legalitás határát súroló manőverek, szakmai-műszeres adottságok lehetőség szerinti tökéletes kihasználása, anyaggazdálkodás racionalizálása, az OEP-en kívüli bevételi lehetőségek maximális mozgósítása, strukturális problémák szanálása, tökéletes marketing és PR. Nem javasolt a szándékos félrekódolás és egy privatizáció esetén a járulék manipuláció.

Jóelőre tisztázni javasolja, hogy a vállalkozó szakorvos ne adózott jövedelme vagy vagyona terhére legyen kénytelen hitelt felvenni.

Mint mondta az önkormányzatok odáig mennek, hogy az úgynevezett kiskincstár gyakorlat során napokra leemelnek összegeket és használják kamatait, ami egyértelmű visszaélés a joggal.

A járóbeteg szakellátás jövőjének alappillére szerinte a területi szakellátási kötelezettség, a tulajdon és a goodwill kapcsolata lehet.

Ha az OEP-el direkt szerződés köttetik, akkor az csak a szolgáltatásért történő felelősséget jelentheti a működtetését nem. Sajnos a gyakorlatban nem létezik kötelezettség a fejkvóta leadására. Az előadó véleménye szerint a vállalkozó szakorvos nem tud megfelelni a tulajdonosi kötelezettségeknek még akkor sem, ha ingyen kapja meg a rendelőjét.

Kiemelte, hogy a Fodor Miklós miniszteri biztos vezetésével és pr. dr. Bordás Mária nevével fémjelzett anyag vitára alkalmas. Az úgynevezett Kilényi féle anyagot teljesen alkalmatlannak nevezte.

Az előadó által képviselt Medicina 2000 Szövetség a készülő három törvény közül csak a Kilényi féle anyagot kapta meg. Pedig az intézmények jogállásáról és az orvosok szellemi szabadfoglalkozású státusáról szóló is közvetlenül érinti tagjait.

Ezután felhívta a figyelmet az önkormányzatok felelősségére. A kötelezettség alól különféle praktikákkal kibújhatnak, de a választóiknak tett ígéretek alól nem. A fentiek alapján körültekintőbbek kellene legyenek döntéseik előkészítésében.

(Az előadó óvatossága érthető, de az alulról jövő - bár lehet, hogy kevesebb tájékozottságon alapuló - vélemény, melyet ugyanakkor az eddigi gyakorlati példák is erősítenek azt állítja, hogy nagyobb önbizalommal lehet indulni a teljes privatizáció útján a járóbeteg szakellátás orvosainak is. Persze a törvény és a pénzügyi keret, az önkormányzati hozzáállás is eldöntheti, hogy mennyire lehet megalapozott ez az önbizalom. Ha kihúzzák alóla a talajt, akkor igaza lehet előadónknak. De vajon ez itt a cél, vagy éppen a privatizáció segítése, annak minden - bizonyítottan - áldásos hatásával együtt?)

Dr. Szántó András a Szakorvosi Védegylet elnöke következett, ő: *Az érem másik oldala* címmel foglalta össze gondolatait.

Az előadó mondandóját pontokba foglalta. Szerinte az átalakítás lépései a következők:

1. Minden szakrendelésre, orvosra kiterjedő előre mutató tevékenység jelentés ellenőrzés, tanácsadás.

2. Szakrendelések, ambulanciák legalitásának ellenőrzése megfelelő orvos, rendelő, és rendelési idő tekintetében.

3. Kórházi ambulanciák és gazdaságilag, szervezetileg kórháztól független járóbeteg szakrendelések különválasztása, külön kasszába osztása.

4. Kórházakról váljanak le szervezetileg a nagy laborok, diagnosztikus egységek, működjenek önálló gazdasági egységként.

5. Szakmailag megfelelő, független TB ellenőri réteg, biztos szakmai és egzisztenciális háttérrel.

6. Rendszeres, megelőző, tanácsadó szemléletű ellenőrzés a finanszírozásban és a szakmai munkában.

7. Szakmánkénti pontkorrekció a járóbeteg kasszában.

8. A fenti új gazdasági egységek orvosai alkalmazhassák a funkcionális privatizáció technikáját.

9. Szakmai protokollok kidolgozása, alkalmazása.

10. Kassza átjárhatóság biztosítása. A pénz a beteggel áramoljon a járóbeteg kassza felé.

11. Megfelelő arányok kialakulás esetén (finanszírozás, orvoslétszám, esetleg több év múlva, de előre meghatározott feltételek elérésekor) szakmánként külön, közös „fekvő-járóbeteg" kassza.

12. Az új eljárások bevezetésének folyamatos lehetősége. Kasszák-szakmák közti alku.

13. Később a támogatók - önkormányzat, egészségügyi kormányzat, biztosító - belenyúlhatnak a rendszerbe az integrálódási folyamat támogatására. (Például irányított betegellátási modell, csoportpraxis, stb.)

14. Elidegeníthető praxis

Ezután **dr. Csiba Gábor Miskolc MJV. Önkormányzatának képviselője** beszélt: *Az egészségügyi szakellátás privatizációjának önkormányzati aspektusai* címmel.

Szerinte egy vagyonával jól gazdálkodó önkormányzat részére a vagyoneladás nem lehet vonzó. Ő is a már-már klasszikussá aszalódott kimazsolázás elméletét hozta fel. Úgy vélte, hogy városukban a járóbeteg szakellátás esetleg mégis privatizálhat, de a fekvőbeteg nem.

A járóbeteg ellátás privatizációja azonban csak az alapellátás teljes privatizációja után következhet. Felvetette egy modellkísérlet eredményei alapján történő folytatás lehetőségét is.

(A jegyzetelő itt ismét arra gondolt, hogy milyen öngól volt ezek szerint azok ténykedése, akik az alapellátás privatizációjának előrehaladása ellen ágáltak. A fenti logikai sorrend várható volt az önkormányzatok részéről és ezt nem egyszer olvashatták az akadékoskodók. Érdekeiket a segítő és nem a keresztbe tenni próbáló magatartás képviselte volna.)

A MOK. elnöksége részéről delegált tagként **dr. Szelíd Zsolt országos alelnök** tartott előadást: *A járóbeteg ellátás funkcionális privatizációjának speciális problémái* címmel.

Mint elmondta, álláspontjuk kialakításához a nyugat-európai rendszereket tanulmányozták. 1999-ben tették a minisztérium asztalára a kórházi törvényt. Helyette sajnos csak egy hiányos úgynevezett intézményi törvény lesz. Ez év májusában készült el a járóbeteg szakellátási rendszert szabályozó anyag. Ennek elkészítésénél figyelembe vették, hogy nincs remény az önkormányzati törvény módosítására. Jellemző alaptételei: a tiszta jogi környezet, az átláthatóság, a beteg érdekeinek figyelembevétele, a minőség javításának elősegítése és az orvostársadalomért érzett felelősség.

Az önkormányzat a lakosság érdekébe kellene megkeresse a szakmát. A hiányzó kétharmados törvény helyett közjogi szerződés színvonalára emelt szerződések kellenének, melyeknek modelljét a MOK és az Önkormányzati Szövetségek felsőbb szinten alakítanák ki.

Alapfeltételnek tekinti, hogy törvény szülessen az orvosok jogállásáról; leválasszák a járóbeteg szakellátást a fekvőbeteg ellátásról; járóbeteg szakellátást csak a nyilvántartásban levő és már működési joggal rendelkező orvosok működthessenek; a működési jog meghatározója a közfinanszírozott orvosi rendelésre történő kiadatás; a jog kiadása a MOK hatásköre; a pénztárral a működési joggal rendelkező orvos szerződjön, a közfinanszírozott ellátók körének megyénkénti vagy régiónkénti meghatározása a MOK és OEP megegyezésével; a finanszírozási egyenlőtlenségek kiegyenlítése (díjtétel harmonizáció); a díjtételek meghatározása; az amortizáció kérdésének megoldása; az önálló orvosi tevékenység személyi és szakmai feltételeivel kapcsolatos jogszabály bevezetése; a MOK szakmai és etikai szabályainak szektorsemleges érvényesítése; a jelenleg ott dolgozók előnyének elismerése; az orvosi tevékenység végzésének szabályozása.

A vitafórumon négy egészségpolitikus jelent meg. **Dr. Csáky András az MDF, dr. Hegedűs Mihály a FKGP, dr. Mánya Kristóf a FIDESZ és dr. Kökény Mihály az MSZP** részéről.

Már a fórum elején feltették a kérdést: **az egészségügy csak a költségvetésre gyakorolt hatása miatt érdekes?**

Dr. Hegedűs Mihály elmondta, hogy tíz év alatt az egészségügy valóban ötven százalékos költségvetés csökkenést szenvedett el. A pártok folyamatosan ígérték a forrásbővítést, de struktúraváltással nagyobb pénzbevitelt nem valósítottak meg. Talán sikerülhet elhitetni a politikusokkal, hogy az egészségügy politika csináló. Véleménye szerint évente száz milliárd plusz kellene a fokozatos felzárkóztatáshoz, mert a mai helyzet tarthatatlan. Az egészségügy megmentésére nemzeti összefogást kellene kezdeményezni.

(Az elmondottak igazságait halló résztvevő elgondolkodhatott arról, hogy mennyire szomorú mindez. Az egészségügy megmentésének kérdését már csak a választási fenyegetettség hozhatja politika közelbe.)

Dr. Csáky András abbéli reményének adott hangot, hogy a pénzügyminiszternél megpróbálják áttörni a gátat és a feneketlen zsák elméletét. Elmondta, hogy a volt szocialista országokkal szemben is 30-50 százalék lemaradásunk van. Az idén is már 2,5 százalék a reálértékcsökkenése. Olyan ígéretről tud, hogy az inflációs csökkenést pótolni fogják.

Dr. Mánya Kristóf arról beszélt, hogy rövidesen nagy döntések születnek. Európai gond a gazdaság fellendítése a nagy elosztási rendszerekhez való hozzányúlás nélkül. Nálunk a nagy kivonás 1994-98 között volt. A számokkal lehet bűvészkedni. Annyi biztos, hogy ebben az évben az egészségbiztosítási alap költségvetése követte az inflációt. Az idei 15 milliárdos bérkiegészítés be kell épüljön a jövő évi bérbe. Emellett 17 milliárd kell a minimálbérrel kapcsolatos kiadásokra, újabb 12 milliárd pedig a differenciálás fenntartására kellene. Így a végcél 44 milliárd a bérek emelésére. Ez frakción belül már elhatározás.

Ezután elmondta, hogy a nemzeti egészségügyi kerekasztal kérdése már sokkal bonyolultabb.

A következő kérdés a következő képpen hangzott: **Mi a pártok egészségügyi politikájának prioritása, mi volt a reform célja tíz év alatt?**

Dr. Mánya Kristóf szerint el kellene vonatkoztatni a tárca és szakmai lobby érdekektől. Az életben másként történnek a dolgok. El kell ismerni, hogy a háziorvosi privatizáció meghatározó volt. Most rövidesen következik az intézményi törvény és a szakorvosi privatizáció parlament elé kerülése.

Dr. Csáky András arra hívta fel a figyelmet, hogy ha a szakdolgozók helyzetét nem stabilizálják az utólagos megoldások sokkal többe fognak kerülni.

Dr. Hegedűs Mihály hangsúlyozta, hogy az alkotmány által előírt jogokat biztosítani kell. A Kertai program szerint a népegészségügy kell szemelőtt legyen. Ha nem is biztosítható mindenkinek a legdrágább ellátás, de a lehetőség szerinti legjobb igen. Kifejtette, hogy ragaszkodnak a kiskórházak életképességéhez. A járóbeteg szakellátás privatizációját csak pénz mellérendelésével tudják elképzelni. Értelmetlen addig a biztosítók felett vitázni amíg mindenért a költségvetés áll helyt. Ismét elmondta, hogy évi száz milliárdra van szükség az egészségügy helyreállításához.

Dr. Kökény Mihály azt kérdezte **dr. Mánya Kristóftól,** hogy ha szerintük az egészségügy nemzeti érték, akkor miért nem biztos a nemzeti egészségügyi kerekasztal szükségességében. Az egészségügy nem tördelhető négy éves ciklusokra. A szakmai szervezetek és a pártok meg kell egyezzenek. A gazdaság feltehetően emelkedni fog. Meg kell állapodni a mértékekről a közfinanszírozást, az egyéni, illetve az állami szerepvállalást illetően. Az életkilátások javítása az egyenlőtlenségeket csökkenti. A többlet forrásokról meg kell mondani, hogy mit szolgáljanak: bér, beruházás stb. Az 1997-es törvény következetes végrehajtását akarjuk - mondta. A szolgáltatásban legyen sokszínűség és preferálják a közösségi megoldásokat.

Ezután felmerült a kérdés: **Miért maradtak ki a 15 milliárdból azok, akik direkt szerződtek?**

Dr. Kökény Mihály a maradék elszámolásának szükségességét hangsúlyozta, s ebben látott némi reményt a kimaradottak kárpótlására. Figyelmeztetett, hogy ezt a pénzt még vissza kell tenni a gyógyító-megelőző kasszába, ahonnan megelőlegezték.

Dr. Hegedűs Mihály szerint nem parlamenti döntésről volt szó. Ha nem így történik, jobban előkészíthető lett volna. Nagyon kellett ez az apró gesztus is. A maradék 2,6 milliárd segíthet a hibák orvoslásában.

Dr. Csáky András a kusza tulajdonviszonyok zavaró hatását említette.

Dr. Szelíd Zsolt itt szót kért és megemlítette, hogy a miniszterhez elvitték a panaszaikat és ott megvizsgálják a tartalékból való kiegészítés lehetőségét.

Dr. Mánya Kristóf is elmondta, hogy ez a tárca döntése volt. Sajnos az ágazati információs rendszerek hiányosak. Ez is indokolja az informatikai fejlesztés szükségességét.

(A tudósító a 136.000 forintos körzeten kénti átlagra gondolva (s ismervén egy telefonhívás történetét - melyben arról érdeklődött illetékesek, hogy mennyire jellemző a kétszemélyes körzeti team modell?) kíváncsi lehetett volna, hogy a panaszok között szerepel-e az az információ, miszerint a praxisban 4-6 ember is dolgozhat, különösen azon borongott, hogy a teljesen elfeljtett (már kinn dolgozó - tehát licenszvizsgázott) rezidenseket támogatására ismét nem gondolnak.)

Érdekes volt még **a járóbeteg szakellátás privatizációjával foglalkozó, úgynevezett Kilényi féle tervezet - kontra szakmai kompromisszumos munkaanyag vitával kapcsolatos kérdés.**

Dr. Mánya Kristóf szerint az is baj, ha a szakma nincs informálva és az is, ha túl hamar. Az anyagok publikusak voltak, de véglegessé csak a tárcaközi egyeztetés után válnak. Egyik anyag sem alkalmas egymagában törvényjavaslatnak. A szakmai szervezetek akkor rendezzenek a politikusokkal kerek asztalt, ha már közös nevezőre jutottak. Mutassák meg a forráshiány kezelésének lehetőségeit és utána feleljen a politika.

Dr. Csáky András hangsúlyozta, hogy munkaanyagokról lehet beszélni, de vitázni csak arról, amit a tárca majd benyújt. Végső formáját majd a parlamentben éri el.

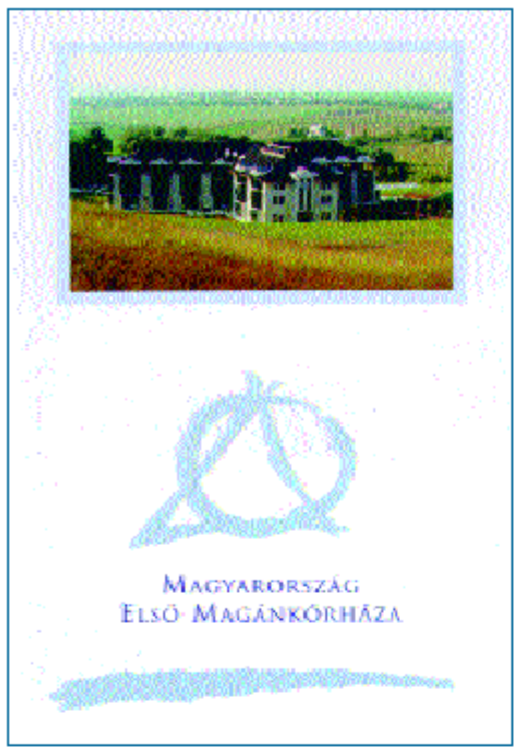
Dr. Hegedűs Mihály a kerekasztal fontosságát hangsúlyozta a három törvény jó előkészítése érdekében. Arra is figyelmeztetett, hogy a szakma legalább olyan megosztott mint a politika. Legjobb segítőtárs szerinte a MOK lehetne.

Dr. Kökény Mihály szerint nem csak a MOK vezető, de a politikus is leváltható. Szükség van a nemzeti kerekasztalra. A szakellátási tervezetek terén koncepcionális szakadékok vannak és máris lelassult a folyamat. Nagyon hasonlít a helyzet a tavalyira. (Háziorvosi privatizáció - a szerk.) Eleinte még volt koncepció, aztán három paragrafus lett belőle, amortizáció nincs, fizessenek a belépő fiatalok. Tanuljunk a hibákból. Támogatni csak olyan koncepciót szabad, amelyikben a finanszírozás is benne foglaltatik. Egy a tavalyinál is bonyolultabb rendszer esetében remélhetőleg körültekintőbbek lesznek. Ennek érdekében a képviselők ha kell éjjel is hajlandók ülésezni.

(Az érdekes vita az érintettek tájékozottságát ugyan igazolta. De a legilletékesebbek nem voltak jelen sem személyesen sem válaszaikkal. A várakozások bizonytalanságán a megoldások, reménykedések halvány körvonalain semmit sem változtattak. Az érintett ismét azt érezhette, hogy itt a viták majd a feje fölött folynak, s ő maga sem direkt sem pedig indirekt módon nem lehet ezekben partner.)

- Dr. Szász István T. -

(folytatás a következő számban)



Háztűznézőben Telkiben

***„Minőségi szolgáltatás a betegek teljes körű kiszolgálására, valamint megelégedésére."* 1998 szeptemberében e filozófiával nyitotta meg kapuit Magyarország első magánkórháza, a Telki Magánkórház. A szakma szkeptikusan fogadta a pénzügyi befektetők és társult orvosi cégek által létrehozott egészségügyi vállalkozást, függetlenül attól, hogy az ideális környezet és a magas műszerezettségi színvonal együttesét kénytelen volt elfogadni. *„Nincs erre hazánkban fizetőképes kereslet"* - hangzott előre a prejudikáció, miközben az állami egészségügy reformlépései közé tartozik a meglévő feltételek valamilyen formában történő piacosítása és ennek emelt szinten történő értékesítése. Ezáltal egy-két *„feltuptirozott"* szoba, ugyanabban a milliőben jelenti a plusz szolgáltatást, amiért vagy direktbe vagy alapítványi támogatással kell fizetni a *„köznek"*. Lapunk riporton járt Telkiben.**

A Telki Magánkórház 3 hektáros, dombokkal övezett medencében, a budai tájvédelmi körzet határán épült Telki községben, Budakesztől 7 kilométerre. A dinamikusan fejlődő zöldövezeti község az út jobb oldalán, az impozáns egészségügyi intézmény a bal oldalon helyezkedik el és egy nyílegyenes fasoron át lehet megközelíteni. A 100 fekvőbeteg ellátásának egy, illetve kétágyas szobákban 3900 m²-es épület ad helyet. A szobák itt elveszítik *„kórterem"* jellegüket, a családi hangulatot azok okkersárga-kék színkombinációja, valamint a bükkfából készült garnitúrák együttese határozza meg. A szeparált, különös intimitással bíró hátsó kertek és a természeti környezet sajátságos szimbiózisban tükrözik a pozitív értelemben vett másságot.
Czöndör Attila ügyvezető igazgató segít az információszerzésben.

- Nagyon sok téves információ kering rólunk és azért is örülünk a szakújságírói látogatásnak, mert végre üzenhetünk a szakmának. Dinamikusan alkalmazkodó, elismert szakembereink a negyvenes generációból kerülnek ki, akik már maguk mögött tudva 1-2 évtizedet, kellő rutinnal rendelkeznek, de még nem fáradtak bele a szakmába. Azt is tudomásul veszik, hogy itt nincs paraszolvencia, a csapatot kell úgy képviselni, hogy a szolgáltatásunkat igénybevevők máskor is visszajöjjenek. Tudnak mosolyogni akkor is, ha egyéni problémáik vannak, tisztában vannak az alaphelyzettel: mi vagyunk a páciensekért és nem fordítva. Az egészségügy hazánkban megszokott porosz felépítettsége itt leomlik, mindenki a saját munkájáért felel, és nap mint nap meg kell védeni a végzett munkájával a tudását. Csak a végeredmény minősít és nálunk ez a tudományos fokozat.

• *„A mátrix kórházak lényeges vonása, hogy a dolgozók között a hierarchiaháttérben fok alacsony, nincsenek főorvosok, osztályos orvosok, alorvosok és helyettesek. Helyettük optimális létszámú, kitűnő orvosgárda látja el a szakmai teendőket. A tíz állandó szakorvos munkáját konzultánsi rendszer egészíti ki. A konzultáns orvosok köréhez az egyetemi klinikák és az országos intézetek legkiválóbb szakemberei tartoznak. Az egy- és kétágyas, légkondicionált, saját fürdőszobával, telefonnal, hívórendszerrel, műholdas tévével és internet csatlakozási lehetőséggel ellátott szobák kialakításában a betegközpontú gondolkodás tükröződik."* - olvasható a www.telkihospital.hu honlapjuk média-referenciaanyagában, ami egy tavalyi állapotot tükröz. Történt-e ezen a téren változás?

- Nem. Mátrix rendszerben működünk, ez alól kivétel a szülészet-nőgyógyászat. Mi is *„gyarapodunk"*, a tavalyi szülések száma mintegy 40 százalékos emelkedést mutat. Forgalmunkról elmondhatjuk, általánosságban 60 százalékban magyar 40 százalékban külföldi páciensek veszik igénybe szolgáltatásainkat. Járóbeteg szakellátásunk számítógépes előjegyzési rendszer alapján működik 8 rendelőegységben. Betegeink adminisztrációnkat segítő azonosító számmal ellátott kártyát kapnak, intézeten belüli információ-rendszerünk egy központi szerveren keresztül végigkíséri betegünket és a végén az összes lelet birtokában történik a kiértékelés. Kórházi ellátásunk luxusigényű, külföldi vendégeink elismerő szavai szerint *„világszínvonalú"*.

• Műszerezettségük?

A tulajdonosok hosszútávra ruháztak be. Tisztában voltak azzal, hogy a megtérülési idő igen lassú. Ettől függetlenül csúcstechnológiára szavaztak. Diagnosztikai osztályunk 24 órás rendszerben működik, gyakorlatilag a leletek azonnal elkészülnek. Képalkotó, endoszkópos, ultrahangos, mammográfiás valamint laboratóriumi vizsgálatok elvégzésére legmagasabb technikai szintet képviselő berendezéseink vannak. Laboratóriumunkban a nemzetközi minőségi kontrollprogram segítségével a gyors és pontos eredmény biztosított. Műtőink szintén a legfejlettebb technikát képviselik.

• Végül beszéljünk az ellátás térítéséről...

- Ez a kérdés fájó pontunk. A közelmúltban az egyik gazdasági napilap által szervezett fórumon *„Magánkórház Magyarországon"* címmel előadást tarthattam, ahol elmondtam: miközben a kórház az egészségügyi reform kísérleti műhelye, nem tud szerződést kötni az OEP-el, mert a co-payment tilos. A kétféle forrás együttes felhasználása egyelőre nem működhet. Így a hazai beteg elveszíti a társadalombiztosításba befizetett pénzét, amikor a magánkórházat veszi igénybe. Meggyőződésünk, hogy magántőke az amúgy meglehetősen elamortizálódott hazai egészségügybe csak akkor vonható be, ha a megtérülése biztosított. Ehhez el kell hárulnia azoknak az akadályoknak, amelyek visszatartják a fizetőképes keresletet egy magasabb színvonalú magánszolgáltatás igénybevételétől, amihez viszont valamennyi állampolgárnak joga van.

- Balla M. Anna -

Szépészeti sebészet - *szabadúszásban*

***„A gyerekorvosom vállalkozó."* Első hallásra mosolygásra késztető, furcsa, összeegyeztethetetlen fogalom volt, még akkor is, ha magam is vállalkozó vagyok. Pedig ma már ezen sem kell csodálkozni. Az orvos is befektet, működtet, minimális költségekre szoritja a rendelő festését, eszközöket vásárol, és a végső egyenlegnek el kell tartania saját magát.**
A sebészeket eddig korházban dolgozó orvosoknak képzeltük el. Ma már ők is vállalkoznak. Rentábilis műtéti helyzetet, helyeket keresnek, kockáztatnak, valahol rendelnek és úgy boldogulnak, ahogy tudnak. Hogy hogy is van ez pontosan? Erről kérdeztük Dr. Jánky György plasztikai sebészt, aki szabadúszó orvosként teremti meg magának a munkafeltételeket és teszi azt, amit szeret, - operál.

• Ön kórházi sebészorvos volt, több mint 12 évig, ma pedig privát plasztikai sebész. Hogyan történt a váltás?

- A 80-as évek elejétől sebészként dolgoztam egy budapesti kórházban. Az ember igyekszik beilleszkedni egy ilyen helyen - ami nekem természetemből kifolyólag nem mindig sikerült. Csak azt fogadom el feletteem állónak, akit tisztelni tudok a tudásáért, emberi mivoltáért. Ezt egy meghatározott hierarchikus rendszerben, mint az orvos-társadalom csak az érti, aki benne van. Szerencsére, akkori főnökömnek nagyon rendes volt velem, sokat köszönhetek neki, sajnos meghalt. 1986-ban megszereztem a sebész szakorvosi vizsgát, és 1991-ben a plasztikai sebész szakorvosi diplomát is. Közben jó pár továbbképzésen, tanfolyamon vettem részt. Senki nem dolgozhat annyi tudással, amennyit az egyetemről hoz. Az alapokat ad, de a felépítményt hosszú idő után, keserves évek tapasztalataival, buktatóival, pár ezer műtét elvégzésével lehet csak megszerezni. Ehhez elengedhetetlen az állandó tanulás, műtői gyakorlat, és az idős, tapasztalt kollégák segítőkészsége, tanítása, irányítása. Egyedül nem megy. Szerencsés vagyok, volt pár kiváló tanárom, idősebb kollégám, akiktől tanulhattam.

• A továbbképzések mellett mikor merült fel Önben a magánrendelő gondolata?

- '91-ben a főállásommal párhuzamosan kezdtem el délutánonként rendelni, de a család mellett - három, szinte már felnőtt gyerekem van, nagycsaládosnak számítok - ez nagyon sok volt. Néha 6-8-10 ügyelet havonta, ebből két teljes hétvége, nem nagyon látott a családom. '93-ban azután egy fogorvos kollégám példájára kivettem egy év fizetetlen szabadságot, hogy ne aprózzam annyira szét az időm, és teljes figyelemmel - hogy az Ön hasonlatával éljek - egy nyeregben üljek.

• Hogyan képzeljük el egy hetét?

- A Gellért Szálló mellett van egy rendelőm, itt fogadom a pácienseket. Itt műteni nem tudok, nincsenek meg hozzá a feltételek. Annyi pénzem nem volt és most sincs, hogy akár bankkölcsönnel egy úgynevezett magánklinikát nyissak és tartsak fenn. Ez csak egy magánrendelő. Szerződéssel bérlek műtőt, állami egészségügyi intézményben. Számlát adok a beavatkozásokról és számlát kapok az intézményektől. Ebben is szerencsésnek érzem magam, mert ezekben az állami egészségügyi intézményekben megkapom azt a segítséget, ami a munkám végzéséhez kell. Igaz, ehhez az is hozzátartozik, hogy van hely, ahol már majd 18 éve ismernek hibáimmal együtt. Nagyon sokat számít, ha segítik és nem akadályozzák az embert. Egyébként mindent nekem kell beszereznem, ami a rendelőm üzemeltetéséhez kell: a finom varrófonaltól, a speciális kézimű-szerig. Van pár dolog, amit csak az USA-ból, vagy Kanadából tudok megrendelni, a hajbeültetéshez szükséges micro-szikét, stb. Hétfőn, szerdán és csütörtök délután rendelek, kedden és szombaton délelőtt operálok. Akit szombaton megoperáltam, azt vasárnap reggel átkötöm és hazaengedem, ha lehet. Azaz: egynapos sebészetet végzek. Már '91 óta csinálom. Így rentábilis. A hét többi napján végzem az adminisztrációt, az anyagbeszerzést, a levelezést, szakítok időt a szaklapok átolvasására, vagy az interneten barangolok, újdonságokat keresve. Csak a könyvelésre van profi szakember. És persze idő kell a családra is.

• Tehát Ön egy kockáztatós típus.

- Nem igazán. Szeretem a biztonságot. Szakmai szempontból a kockázatos, kétes kimenetelű dolgokba már csak a páciens - és persze jómagam - biztonsága érdekében sem megyek bele. Egy vállalkozás megindításában mindig van némi kockázat, ezt tapasztalat hiányában az indulásnál nem nagyon tudja felmérni az ember. Bízik a szakmai tudásában, ami ugyan lényeges, de egymagában azért kevés. Azért is indítottam először párhuzamosan, a közalkalmazotti státusz mellett a magánrendelőt. Akkor is mondták sokan, hogy megőrültem feladni egy budapesti sebészorvosi státuszt a bizonytalanra. Szerencsémre, a feleségem munkája megengedte, hogy ebbe így vágjak bele. Az ő bátorítása nélkül nem biztos hogy belekezdek. A mai világban még két kereset mellett is nehéz a gyereknevelés, hát ha még az egyik fél esetleg munkanélküli. Kiegészítjük egymást, mindent megbeszélünk, közösen tervezünk, mérlegelünk.

• A SEBÉSZ szemszögéből menynyire számít luxusnak a plasztikai beavatkozás?

- A TB támogatást illetően a kozmetikai, esztétikai sebészetet nem támogatja az állam sehol a világon. Azt mindenkinek magának kell állnia. A helyreállító részét viszont támogatja a TB. Az esztétikum mégsem egyszerű luxus. Valós szükséglet, attól függetlenül, hogy meg van-e az anyagi megvalósításához a fedezet, vagy sem. Pszichésen rossz viselni egy elálló fület, egy durván aszimmetrikus, vagy megereszkedett mellet, a felesleges zsírfelrakódást stb. Megkeserítheti az ember életét. A szó szoros értelmében néha a boldogulásban, párkapcsolatában akadályozza az illetőt.

• Van-e közös tulajdonsága azoknak a betegeknek, akik Önhöz fordulnak?

- Talán az, hogy az önértékelésük valahol csorbát szenvedett. Volt olyan eset, hogy egy négy éves kisfiúnak annyira elállt a füle, hogy közölte a szüleivel, szeptembertől nem megy óvodába. Szerencsére, a szülők komolyan vették, hogy ez a kisfiúnak gondot okoz. Ő volt a legfiatalabb páciensem. Egy másik esetben egy kardos menyecske jött el a férjével, hogy mellplasztikát szeretne. A férj végig itt ült, szótlanul, szinte viszolyogva. Éreztem a feszültséget a két ember között, mondtam nekik, előbb ezt beszéljék meg egymással, csak akkor vagyok hajlandó elvégezni a műtétet, ha mindkét fél beleegyezik. Azóta sem jöttek ...

• Ön szerint hol a határ az orvos anyagi érdeke és a műtét el nem vállalása között?

- Az elsődleges a páciens érdeke. A beteg eljön és előadja a kérését. Ő csak egy szempontot lát: a saját igényeit, vágyait, álmait. Én megpróbálom szinkronba hozni az orvosi tudásom adta lehetőségekkel. Ha a beteg olyat kér tőlem, amit szakmailag nem tudok teljesíteni, azt nem vállalom. Szerencsére ilyen ritkán van. Fontos az is, hogy a beteg tudja, milyen kockázatokra, milyen mértékű fájdalomra számíthat. Senkit nem beszélek rá a műtétre. Azt megmondom, hogy amit kér el lehet-e végezni, vagy sem. Neki kell dönteni, hogy kéri-e. Minden esetben és minden műtétfajtáról írásbeli tájékoztató anyagot kap. (Minden műtétről több száz foto-dokumentációs anyag áll a rendelkezésemre - ezek a saját műtéteim.)

• Egy hasonlattal élve ez az egész mostani vállalkozás egy maratoni futás. Annak idején valahogyan eltervezte, most pedig fut. Útközben milyen pozitív és negatív meglepetések érték?

- Ez is olyan munka, mint a többi, csak talán több empátiát igényel. Azt annak idején is tudtam, hogy hirtelen nem lehet eredményt elérni, sem nevet szerezni, sem meggazdagodni. Nem is ez a célom. Becsületesen dolgozni mindannyiunk megelégedésére. Hogy sem emberileg, sem szakmailag ne hozzak szégyent a nevemre, amit őseim is becsülettel hordtak. Lehet, hogy ez kissé ódivatúnak tűnik, de én ilyen normák szerint élek és gyermekeimet is igyekszem így nevelni.
Jól kell a műtéteket végezni, mert a rossznak hamar híre megy. Sikerélmény, ha egy régi beteg visszahozza az anyját, rokonát, szomszédját, vagy éppen az időközben felcseperedett lányát és tőlem kérnek segítséget. Az én munkámhoz ragaszkodnak, még akkor is ha elmondom, hogy ezt, vagy azt meg lehetne csináltatni kevesebbért.
Hátránya a szabadúszásnak, hogy akármilyen nehézségbe is ütközöm, mindig magamra vagyok utalva, mindent magamnak kell megoldani. Ha hibázom, senki sem moshat ki. Ezzel is számolni kell.
De ugyanez az előnye is, ami a hátránya. Nagyszerű érezni, hogy magam ura vagyok. Évfolyamtársaim közül páran már osztályvezető főorvosok, kórházigazgatók, magas beosztásban, nagy felelősséggel. Én sohasem vágytam erre, talán nem is lennék képes elvezetni egy kórházat, annak minden nyűgével, buktatóival.

• Min változtatna?

-Tulajdonképpen semmin. Munkámmal elégedett vagyok, pedig sok mindenen keresztül mentem, amíg ide jutottam. Érettségi után voltam segédtanító, téglagyári munkás, erdészetben favágó, asztalossegéd, laborasszisztens, hogy csak a munkakönyvi bejegyzéseket említsem. Most is örömet találok a munkámban nap mint nap. Ezt, remélem nem veszi senki önelégültségnek! Meg kellene tanulnom lazítani, pihenni. A semmittevés megölne. De gondolom, kérdése a munkámra vonatkozik.
Mint privát sebészorvos, köszönöm kérdését, jó helyen vagyok!

- Neudl Erika -

AZ I. ORVOS-JOGÁSZ KONGRESSZUSRÓL

- folytatás az első oldalról -

A megnyitót követően **dr. Martini Jenő** a MOJIT elnöke (ügyvéd és a szülész-nőgyógyász, valamint az egészségügyi szervezés szakorvosa) bemutatta a Társaságot. Utalt a kiadott következő állásfoglalásaikra: a *„műhiba"* ügyekről, az orvos-felelősségbiztosításról, az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II törvényről, a járó- és fekvőbeteg ellátásban a működtetési jogról, valamint az orvosi tevékenység formáiról. Kifejtette, hogy a jogalkotásban csak végrehajtható, egységesen értelmezhető jogszabályokat szabad alkotni. A Társaság álláspontja szerint a törvények előremutatóak csak praeambulumukban lehetnek, de a hatályos normaszövegnek a jelent, a valós társadalmi viszonyokat kell szabályoznia, annak lehetőségeivel kell összhangban lennie. A problémákat önmagukban jogszabályi deklarációk nem oldják meg, sőt frusztrálják a társadalmat és kriminalizálják a szakmát. A Társaság jelenleg az Országos Igazságügyi Orvosszakértői Intézettel egyeztetve foglalkozik a kirendelt igazságügyi orvosszakértő kompetenciájának meghatározásával, a peres felek által felkért szakértő perbeli helyzetével, amelyről problémafelvetésüket az Igazságügyi Minisztériumnak is megküldték. Az előadó rámutatott arra is, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben a tájékoztatás körében ellentmondás van a beteget illető tájékoztatáshoz való jogra és az orvos tájékoztatási kötelezettségeire vonatkozó törvényhelyek között. A teljes körű tájékoztatást az általános bírói gyakorlattal és a szakmával egyezően objektíve lehetetlennek lehet nevezni. Az előadó szólt az orvos-felelősségbiztosítás vonatkozásában az 1999-re kialakult gyakorlatról, melyben (a Generali-Providencia Biztosító Rt.-nél) az ellenérdekű felek a kárigényre nézve tárgyalóasztalhoz ültek, és a megalapozott kárigényekre nézve peren kívüli egyezséget kötöttek, ami gyakorlatilag a jelentős költséggel járó közvetítői tanács jogintézményét is megkérdőjelezheti. Reményét fejezte ki, hogy az új intézményi biztosító (Hungária Rt.) hasonló gyakorlatot fog követni. Egyben aggályosnak és a szektorsemleges, kötelező felelősségbiztosítás törvényi kötelezettségével ellentétesnek tartja, ha bármely biztosító szakmailag indokolt és célszerű beavatkozásokat kizár a kockázat köréből. Továbbá azt is, ha a biztosítói kockázat csak a szerződés tartama alatt, vagy a Polgári Törvénykönyvben meghatározott elévülési időnél rövidebb idő alatt bejelentett károkra terjed ki. A következőkben az egészségügy szerkezetátalakításának, az orvosok jogállása változásának szükségességéről szólt. (Előadásának részletei a http://martini-ugyvedi.hu weblapon találhatók.)

A hallgatóság

Dr. Frajna Imre a Pénzügyminisztérium társadalombiztosítási alapokat felügyelő államtitkára tárcája szemszögéből szólt az egészségügyről. Fontosnak tartotta a jövőre nézve az orvosi szakma és a pénzügyesek párbeszédét. Megvilágította, hogy mihez képest kevés az egészségügyben a pénz. Rámutatott: 1998 után a gazdasági növekedés úgy biztosított, hogy közben az egyensúly javul. Az említett folyamat fenntartásához az állam arányaiban kevesebbet von el, oszt szét és többet hagy a lakosságnál, valamint a vállalkozásoknál. Az így megmaradt pénzből két területnek abszolút prioritást kell biztosítani, az egyik a családpolitika, a másik a NATO-ból adódó kötelezettségünk, azonban nincs olyan terület, mely ne kapott volna többet, mint korábban. Tény viszont, hogy képtelenség 2 év alatt visszaadni azt, amit 15 év alatt elvesztett az adott terület. Az egészségügy legnagyobb veszteségét a Bokros csomag kapcsán szenvedte el. Majd reálértékben évente növekedtek kiadásai, de ezek csak arra voltak elegendők, hogy ne súlyosbodjon sokkal tovább a válság. Az egészségügy specialitásai mellett is érvényesek rá a gazdálkodás általános szabályai. A verseny szabadságának, a tulajdonformák sokszínűségének, a monopóliumok kialakulása megakadályozásának feltételei azonban jelenleg az egészségügyben nem adottak. A piaci szabályokat pedig az állam beavatkozásával - bizonyos kivételektől eltekintve - fő szabályként nem helyettesítheti. A technológiai robbanás és az elöregedő népesség költségeinek finanszírozása világszerte probléma. Az egyes országok egészségügyének GDP-ből való részesedésének összehasonlítása megalapozatlan következtetésekre vezet. Az egészségügyi intézményeknek csak jogilag van felelős tulajdonosuk. Az önkormányzatok többsége számára az csak átfutó költségvetési tételt jelent. Sem az önkormányzat, sem az állam nem jó tulajdonos. A funkcionális privatizációnak semmi köze a privatizációhoz, a tulajdonosváltozáshoz. Az úgynevezett for profit intézmények aránya az EU-ban is 5 százalék alatt van. Az orvos-tulajdonlást követelő érveknek kevés a közgazdasági alapja. A megfelelő tulajdonosi formák kialakulására még legalább egy évtizedet várni kell, de a költségvetési formából más működési formában történő áttérésnek a jogi lehetősége adott. Az amortizációnak az egészségügyi költségekbe történő beépülésének a PM híve, azonban annak alapvetően a költségvetési intézmény keretében történő működés.

Dr. Szabó Ferenc közgazdász a Gyógyszer Nagykereskedők Országos Szövetségének elnöke, *„Az egészségügy a mendzser szemével"* című előadásában összehasonlította az egyes országokban az egészségügy GDP-ből történő részesedését, és az egészségügyi intézmény költségvetési szervként, illetve különböző gazdasági társasági (közhasznú, korlátolt felelősségű, részvénytársaság stb.) formákban történő működését. Beszélt a jelenlegi struktúra problémáiról, valamint a mostani finanszírozást ahhoz hasonlította, mint amikor a versenyzők kapnak egy tortát és marakodnak rajta, és bár ügyes trükkökkel a részarányokat képesek lehetnek növelni a maguk számára, de az egész megszerzése nem lehetséges.

Dr. Kósa Lajos polgármester őszinte hangvétellel kimondta, hogy az önkormányzatok nem jó gazdái az egészségügynek, nem alkalmasak azon egészségügyi feladatok ellátatására, melyek törvényben rájuk van róva. A kórházak döntő többségében önkormányzati tulajdonban és fenntartásban vannak, és költségvetési intézmény formájában működnek. Ugyanakkor az önkormányzat nem látjól bele, hogy mi történik saját intézményében, és különösen nem tud annak működésébe jó gazda gondosságával aktívan beleszólni. Még szakapparátusuk sem felkészült az intézmény egész belső és külső kapcsolatrendszerében történő eligazodásra. A finanszírozás sem tőlük függ. Míg más - a bölcsődék kivételével - nem egészségügyi önkormányzati intézményeknél állami fejkvóta és 15-25 százalék önkormányzati pénz biztosítja a működést, addig a kórházak esetén jelentős társfinanszírozó az önkormányzat nem lehet. Költségvetése ugyanis töredéke a kórház költségvetésének. Abban a kórház finanszírozása átfutó tételként jelenik meg, ami az OEP-től érkezik, csak az megy tovább. A kórházi birodalom valójában *„állam az államban"*, melynek élén a közgyűlés által kinevezett főigazgató áll, aki megfelelő személyes kapcsolatok révén bármilyen szakmai teljesítmény, akár csőd esetén is megőrzi székét. Az önkormányzat egy közigazgatási szervezet, amely egészségügyi feladatok jó ellátására alkalmassá nem tehető. A szerkezetváltás tehát önkormányzati szempontból is kívánatos. A betegek a valós jogviszonyokat nem ismerve, a kórház dolgozói azokat ismerve az egészségügyi kormányzatot szidják, nem saját intézményük fenntartóját. Az előadó továbbá bebizonyította, hogy az alapellátást és a járóbeteg szakellátást sem lehet a jelenlegi struktúrájában jól megszervezni. Az vállalkozói formában jobban működik.

Az egyik szekció mottója: **„Milyen egészségügyet akarunk?"**

Ennek körében **Luca Brusati** az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tanácsadója finanszírozási modellekről szólt. Az előadó az egészségügyi rendszer WHO-fogalmáról beszélt, hogy világszerte tapasztalható különböző hangsúlyokkal annak megreformálásának szándéka, azonban az egyes országok csak saját tapasztalataikra alapoznak. Lényegesnek ítélte annak társadalmi-gazdasági, kulturális és környezeti feltételeit. A finanszírozási funkció dimenzióinak kifejtése kapcsán három fő mozzanatot emelt ki: az állami jövedelemszerzést (adózás, szociális alapú egészségbiztosítás, piaci alapú egészségbiztosítás, közvetlen befizetés), társadalmi kockázatviselést és a stratégiai beszerzéseket. Szerinte a teherviselés méltányosságának mértéke jól kiszámítható, melynek gyakorlati haszna az, hogy láthatóvá válik a finanszírozandó, ám a háztartások által nem fedezett egészségügyi kiadás. Az előadásának utolsó részében az egészségügyi rendszerek hatékonyságának kérdésével foglalkozott.

Dr. Lampé Zsolt az OEP főigazgatója a magyarországi egészségügyi finanszírozást foglalta össze előadásában. Az egészségügyi ellátás alapproblémája szerinte, hogy a gazdaság növekedése a hozzáférési egyenlőség biztosítása mellett nem képes fedezni az egészségügy műszaki-tudományos fejlődésének költségigényét. Ennek következménye az a konfliktus, melya *„technikailag lehetséges"* és a *„gazdaságilag megengedhető"* fe szültségéből adódik. Ilyen körülmények között hogyan érvényesülhet a beteg egészségügyi ellátáshoz való joga? A főigazgatót a válaszadáskor a WHO kapcsolódó deklarációja és a magyar jogrendszer (az Alkotmány, és a megfelelő jogszabályok) vonatkozó passzusai segítették. Felvetette a kérdést, a WHO alapokmányában rögzített elérhető legjobb egészségi állapothoz való jogot vajon hogyan értelmezhetjük? Az *„elérhető legjobb"* a gazdaságilag, tudományosan vagy a beteg várakozásainak megfelelően értelmezett legjobb egészségi állapotot is jelentheti. Alkotmányunk ugyan rögzíti a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot, de egy AB. határozat már csak a gazdasági lehetőségekkel, az ellátási rendszer teherbíró képességével összhangban és azokkal arányban rendeli figyelembe venni ugyanezt. Az OEP fentiek és a további törvényi és rendeleti szabályozás figyelembevételével végzi tevékenységét. A főigazgató ismertette az OEP szervezeti működését, az államigazgatási szervek közötti feladatmegosztási rendet. Az OEP a jogszabályi előírások végrehajtójaként finanszíroz, kapacitásokat köt le, szerződéseket köt, gyógyszertámogatást folyósít és az ellátórendszert ellenőrzi. A költségvetési keretszámok betartásával természetbeni ellátásokat és pénzbeni juttatásokat eszközöl. A főigazgató a konkrét számok tükrében is szemléltette a fentieket. Az előadás további részében először az alapellátás struktúráját és működését mutatta be az előadó. A haziorvosi szolgálatoknál jelentkező probléma, hogy a háziorvosok finanszírozás kártya alapú, a valós teljesítmény az eseti ellátás kivételével nem jelenik meg a finanszírozásban. A szakellátások jelenlegi finanszírozási rendszerének ismertetése során először a járóbeteg szakellátás feladatait és finanszírozási elveit mutatta be a főigazgató, az elvek között külön hangsúlyt fektetett a szektorsemlegesség követelményére. Az elv szerint a finanszírozó nem tehet különbséget az intézmények között, azonos minőségű és mennyiségű ellátásért minden intézményt azonos mértékű finanszírozás illet meg. A fekvőbeteg-ellátó rendszer finanszírozási jellemzőinél a kapacitás lekötés, az aktív-krónikus ágyak, *„Homogén Betegségcsoportok"* szerinti finanszírozás vezérfonalai mentén orientált a finanszírozó. A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatás rendszerének ismertetése a támogatott - nem támogatott gyógyszerek arányának bemutatásával kezdődött, érintette a magyarországi gyógyszerfogyasztási szokásokat és tendenciákat, majd ezt nemzetközi összehasonlításban is szemléltette egyes nemzetek összes, illetve egy főre jutó gyógyszerkiadásaival szemben. Kitűnt ebből az összehasonlításból, hogy hazánk előkelő helyet foglal el Európában, csupán Nagy-Britannia előz meg minket az egy főre jutó gyógyszer kiadásban. A gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz támogatási rendszerének ismertetése során a főigazgató ismertette a generikus gyógyszerek piaci helyzetének aspektusait, a támogatást érintő főbb változásokat, a rendszerben ható döntésmechanizmust és a rendszer ellenőrzése hatékonyságának javítására kidolgozott módosításokat. Az előadás utolsó momentumaként szemléltette a vállalkozásoknak a gyógyító-megelőző ellátások kiadásaiból való részesedéseinek évtized közepétől egyenletesen növekvő tendenciáját.

Dr. Sándor Béla a CIB Bank Rt. vezérigazgató-helyettese abból a megállapításból indult ki, hogy az egészségügy banki finanszírozásáról jelenleg nem beszélhetünk. Pedig a bankok érdekeltek lennének és az intézményeknél is mutatkoznak hiányok, tehát rászorulnának a bankokra. A járulékforrást elégtelennek, a plusz forrásokat szükségesnek ítélte. Az ágazatban azonban nem érvényesülnek a gazdasági racionalitás és a pénzügyi hatékonyság elvei. Nem sértené a betegek jogait az, ha ésszerűen költenék el a rendelkezésre álló forrásokat. Ehhez azonban a kórházak struktúráját, érdekeltségét kellene megváltoztatni, melyhez az előző kormányok sem nyúltak hozzá. A pénzkihelyezéshez biztonságra, tiszta, átlátható viszonyokra lenne szükség, mely azonban nincs meg. Az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény kapcsán kidolgoztak különböző konstrukciókat, viszont vannak olyan kérdések, melyekre választ várnak. A számítások szerint több mint kétezer beteggel, és több mint 270 ezer forint havi jövedelemmel kell az orvosnak rendelkezni ahhoz, hogy a bank számára hitelképes legyen. A kórházak költségvetési intézményként nem hitelképesek, csak ügyeskedéssel tudnak pénzhez jutni.

Az **Arthur Andersen Consulting** külföldi tanácsadója, a Belgiumból érkezett **Tonny Gypen** előadásában főként az egészségügy gazdasági, financiális helyzetére, a lehetséges fejlesztésekre fektette a hangsúlyt. Szerinte az államháztartás a jövőben sem lesz képes a kórházak minden költségét fedezni. Ezért egyrészt olyan programokat kell kidolgozniuk és megvalósítaniuk, melyek költségeik meghatározott százalékát fedezik. Másrészt vannak olyan kórházak, melyek fenntartása nem indokolt, helyettük az egészség megtartásával, az életmóddal foglalkozó egészségügyi centrumokat kellene kialakítani.

prof. dr. Köles Tibor, dr. Martini Jenő, prof. dr. Berentey György

A **másik szekció** az egészségüggyel kapcsolatos kártérítések és a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés témájával foglalkozott három megközelítésben, a szakorvos-ügyvéd (**dr. Martini Jenő**), a bíró (**prof. dr. Köles Tibor** a Legfelsőbb Bíróság nyugalmazott tanácselnöke) és az igazságügyi orvosszakértő (**prof. dr. Berentey György**, az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának elnöke) szemszögéből.

Az ügyvéd áttekintést adott a 90-es évek eleje óta kezdődő folyamatról, az ügyek számának, összegszerűségének alakulásáról. Elemezte annak társadalmi okait. Az orvos hallgatók számára összefoglalta az eligazodáshoz nélkülözhetetlen jogi fogalmakat, törvényhelyeket. Ennek körében kiemelte, hogy az orvostól, egészségügyi dolgozóktól új egészségügyi törvény is a legnagyobb gondosságot és körültekintést követeli meg. A személyi jogok (élet, testi épség, egészség) sérelme önmagában megalapozza a jogellenességet, és felróhatósága alól az alperesnek kell kimentenie magát. Szólt a kártérítési és a büntető ügyek különbségeiről, de közös jellemzőikről, összefüggéseikről is. Bemutatta, hogy miben nem egységes a bírói gyakorlat. Felsorolta az eljárások intézményi, szakmai okait. Érzékeltette a bizonyítási eljárások menetét. Kifogásolta azt, ha az igazságügyi szakértő - szakközreműködő nélkül - egy másik szakorvos olyan szakértői tevékenységét véleményezi, melynek maga nem szakorvosa, arra nézve elméleti, gyakorlati képzettsége nincsen. Beszélt a betegtájékoztatás, a tájékozott beleegyezés fontosságáról, és annak törvényben fellelhető ellentmondásairól. (Részletek az Interneten a http://www.martini-ugyvedi lapon)

A Legfelsőbb Bíróság Tanácselnöke az előzőkhöz kapcsolódóan főleg saját tanácsa ítélkezési gyakorlatáról szólt *„Az orvosi műhibák"* című könyvében foglaltak alapján. Felsorolta azokat a szövődményeket, melyeket a kialakult bírói gyakorlat már általában a kockázat körében értékel.

Az ETT IB elnöke a bizottság jogszabályi alapját, munkáját, felülvéleményezési mechanizmusát mutatta be. Elemezte az előző évek statisztikai adatait, melyben az orvosok marasztalásának számaránya aggálytalanul bizonyítja a testület elfogulatlan véleményadását.

A Kongresszus harmadik napján egészségpolitikusok, **Selmeczi Gabriella** (FIDESZ-MPP) és **Dr. Kökény Mihály** (MSZP) vitafórumára került sor, mely nem az elmúlt két, illetve az azt megelőző négy év minősítetésével foglalkozott, hanem konstruktív, jövőbe tekintő volt.

Összefoglalva megállapítható, hogy a lényegi kérdésekben konszenzus volt az előadók között, és az elhangzottak a MOJIT előzőkben hivatkozott állásfoglalásival is egybevágnak. Ezek alapján a Társaság a következőként látja:

Nem vitatható az egészségügy plusz forrás igénye, mely nem a járulékokból, államháztartásból, hanem kívülről várható. A hiányban az egészségügy jelenlegi struktúrájának is szerepe van. Az intézmények működtetése gazdasági társasági formákban sok előnnyel jár. Az intézmények működtetése gazdasági, az abban végzett orvosi munka szakkérdés, tehát szétválasztható. A szerkezetváltás (nem a fekvőbeteg intézmények tényleges privatizációja), az orvosok jogállásának változása elkerülhetetlen. Az nem pénzkérdés, az érintettek akarata által meghatározott. A lehetőségére minden jogszabályi feltétel adott, törvényileg kötelezővé tételéhez viszont orvostársadalmi és politikai konszenzusra lenne szükség. Vannak olyan lobbyk az egészségügyben, akiknek nem, vagy csak deklarációk szintjén érdeke a változás. Továbbá az egészségügy finanszírozásának egységesítése, abban az érdekeltség markánsabb megjelenítése szintén megkerülhetetlen. Ezek miatt a Társaság ebben a kormányzati ciklusban a szerkezetváltás, és az orvosok jogállásának változását kikényszerítő törvények előkészítését tartja lehetségesnek, ezen jogszabályok hatálybaléptetését viszont nem.

A Társaság fontosnak ítéli a jogalkotásban előzőkben kifejtettek érvényesülését, az orvosi felelősségbiztosításra vonatkozó egészségügyi törvényhelyben foglaltak részletes szabályozását, valamint az orvosképzésben és -továbbképzésben a jogi ismeretek oktatását.

Szerkesztőség
az elhangzott előadások alapján

Tonny Gypen

A tartalomból

„Nem vagyunk mi Istenek" 2.

Szerkesztői közlemény 4.

Esetismertetés: a szülészet-nőgyógyászat területéről 5.

A hálapénznek pedig meg kell szűnnie 12.

Szerváltúltetéssel kapcsolatos jogi és etikai kérdések 14.

Orvos „az érem másik oldaláról" 20.

Isteni műhibák mentén 23.

A betegek jogai 24.

TASZ álláspont az egészségügyi közvetítői eljárásról 25.

A lapban közreadott illusztrációk: *Quinn - The Encyclopaedia of Illustration*

A címlapon Ströbl Alajos „Justitia" szobra szerepel.

Hippokrates portréját Iohannis Sambuci: Icones című kötetéből vettük át.

Szerkesztőbizottsági töprengő

Hogy is van ez?

Részt vettem egy előadáson, ahol megdöbbentett az előadó egyik mondata, azaz: *„Az egészségügy piaca különleges piac."* Szerinte az egészségügy szereplői piaci szereplők, viselkedésüket, magatartásukat keresztül-kasul áthatja a piac logikája. Versenyben állnak egymással a gyógyító intézmények, versenyeznek egymással az orvosok és a jövendő orvosok is.

Hogy is van ez?

Egy az egészségügyünk jövőjével kapcsolatos tanulmányban olvastam, amit bizonyára mindannyian tudunk, hogy az egészségnek, az életben maradásnak és a fájdalom csökkentésének különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van. Vagyoni sérelemnél mérlegelés kérdése, hogy érdemes-e helyreállítani a megsérült tárgyat, vagy kifizetődőbb-e újat beszerezni. Az ember egészségével kapcsolatban ez nem vethető fel. Ez egy térítő és időtől független alapigazság, hiszen a saját élete, a saját egészsége mindenki számára végtelenül fontos. Ezen alapigazságok előrevetítése mellett érthető, hogy a vagyoni és nem vagyoni kártérítési perekben - vélt vagy valós, orvosi műhiba kapcsán - elszabadulnak az indulatok.

Ezeket az úgynevezett *„műhiba"* pereket a bíróságok ítélettel döntik el és az ítéletük meghozatalánál az egyéb bizonyítékok mellett fő hangsúllyal támaszkodnak az orvosszakértői véleményekre, hiszen orvosi szakkérdések tekintetében a bíróság laikusnak mondható.

A gyakorlatban előfordul, hogy egy kártérítési perben ugyanazon magatartással kapcsolatban teljesen más-más szakértői véleményt csatolnak az érdekeltek.

Hogy is van ez?

Azt hiszem, ennek egyéb oka nem lehet, mint az, hogy az egyszerűsített antagonisztikus ellentétben álló peres felek álláspontja mellett a szakértői vélemények is ellentétes szemléletet mutatnak, többek között a *felróhatóság, az elháríthatatlan szövődmények* fogalmával kapcsolatban.

A magam részéről csak üdvözölni tudom a MOOT XII. nagygyűlésén Pécsett, 2000. augusztus 26-án elhangzott *„Nem vagyunk mi Istenek"* című előadást, ugyanis a szerzők - neves orvosszakértők - előadásukban megpróbálták feloldani azt a más-más ügyeinek antagonisztikusnak tekinthető és a bíróságok számára feloldhatatlan szakértői ellentmondásokat, amelyek a *kockázat* és a *szövődmény* fogalmának eltérő megítéléséből származnak. Meggyőződésem, hogyha ez az előadás legalább elgondolkoztatja a szakértői véleményeket készítő orvosszakértőket, akkor már előrehaladás történt az úgynevezett *„műhiba"* perek gyakorlatában és a szakkérdésben laikus bíróságok számára is megkönnyíti a döntést, de még az is előfordulhat, hogy a vélt vagy valós *„műhibát"* elkövető orvos, intézmény helyett a felelősségbiztosító peren kívül áll helyt, ezzel is megelőzve a hibázó orvos egzisztenciális meghurcoltatását, védve az orvostársadalom érdekeit.

Hogy is lesz ez?

Dr. Ábrahám László
ügyvéd
a szerkesztőbizottság elnöke

„NEM VAGYUNK MI ISTENEK"

VITATOTT ORVOSI ESETEK IGAZSÁGÜGYI ORVOSSZAKÉRTŐI VÉLEMÉNYEZÉSE

BEVEZETÉS

Az utóbbi évek tapasztalata szerint Magyarországon egyre gyakoribb az úgynevezett műhibaperek, mind többen indítanak kártérítési pert a gyógyintézetek ellen. Jelenleg a polgári bíróságokon több ezres ilyen jellegű kártérítési per van folyamatban, amelyek általában több évig - esetenként 5-6 évig is - húzódnak. A PKKB-n évente mintegy 30 újabb ügyet tárgyalnak, amelyek több, mint 90 eszközöket nem fejeződik be első fokon.

A PKKB ezúton valamennyi ügyben Intézetünkből szerzett be szakértői véleményt. Ezen ügyek áttanulmányozása során szerzett tapasztalataimmal, Venkei Tamás főorvos úrral arra a kérdésre keresünk a választ, hogy milyenben lehetséges az, hogy a kártérítési per eldöntése szempontjából a meghatározó kérdés, a *felróhatósági vélelem* megítélésére tekintettel a beszerzett szakértői vélemények között (időrendben a kirendelt szakértő véleményét, az általában rendelkezésre álló magánfelkérésre készült szakértői véleményt, illetve véleményeket, azok kiegészítéseit, adott esetben az BTT IB felülvéleményét is) gyakran antagonisztikus az ellentmondás. Egy ilyen per jogerős közbenső ítéletének szóbeli indoklásakor - mintán már az első fokon eljáró bíróság előtt az orvosig adott témában legnagyobb szaktekintélyei konfrontálódtak egymásával - a Legfelsőbb Bíróság kifejtette: az orvosszakma gyakorlatilag teljességgel magára hagyta az e tekintetben laikus bíróságot.

MEGBESZÉLÉS

A reneszánszait élő orvosi műhiba fogalma Magyarországon idén már 124 éve ismert, ugyanis az 1876. évi 14-es törvénycikk mondta ki először, hogy az orvosi működés szabad, egyetlen korlátja a műhiba. Míg a nyugat-európai országok perese gyakorlatában évtizedek óta jelen vannak a műhiba perek, addig Magyarországon 1992-től érezhető a kártérítési perek túlsúlya a korábbi büntetőügyekkel szemben. Ehhez nagy mértékben hozzájárult az 1990. január 1-én hatályba lépett *„az egészségügyről szóló törvény"* szóló 113/1989 számú MT rendelet, amelynek 8.§-a előírta az állami egészségügyi szolgálat keretein belül működő egyéni vagy társas vállalkozók számára azt a tevékenység során okozott kár megtérítésére *felelősségbiztosítás kötését*. 1992-re a kórházak és a klinikák döntő többsége - saját jól felfogott érdekében - felelősségbiztosítást kötött. Ekkor kezdett átmenni a köztudatba a kórházak, magánorvosok perelhetősége, mivel mögöttük áll a tőkeerős biztosító. Nem véletlen, hogy ekkorra alakultak meg azok az ügyvédi irodák is, amelyek kifejezetten orvosi műhiba perekre szakosodtak.

A műhiba perekben az orvosszakértő szerepét vizsgálva utalnunk kell a polgári jogi felelősség általános szabályaira. Ezeket a kártérítés feltétele a kár, a jogellenesség és az okozati összefüggés, valamint a felróhatóság. Az első háromat az kötelés bizonyítani, aki a kárigényt érvényesíti. Mivel a kártérítés szempontjából minden olyan magatartást jogellenesnek kell tekintenünk, ami károsodáshoz vezet, a gyakorlatban ezzel kapcsolatban a szakértői véleményekben ellentmondás elvétve fordult elő.

Más a helyzet a felróhatósággal. Az utóbbit vélelmezni kell, és a károkozó tartozik kimenteni magát azzal, hogy bizonyítja: úgy járt el, ahogy az adott helyzetben elvárható, tehát az elvárható gondossággal és körültekintéssel. (A legnagyobb gondosság fogalmát gyakorlatunkban nem használjuk, mivel igen nehezen értelmezhető.)

Több ezres ügyben készült szakértői vélemények áttanulmányozása után arra a következtetésre jutottunk, hogy a felróhatósági vélelmezésben a vádi-vádi antagonisztikus szakértői tétlenség, a felróhatóság szakértői a gyakran felróhatatlan szakértői ellentmondások a szövődmény fogalmának eltérő felismeréséből szár[illegible]

Gyakorlatunkban valamely orvosi beavatkozás kockázatát- különös tekintettel az operatív szakmákban - úgy határoztuk meg, hogy az magában foglalja mindazon nem kívánatos, a beavatkozás, a műtét céljával ellentétes lehetséges következményeket, amelyek közül kétségtelenül a legvúlyosabb a beteg halála. (Jól ismert, hogy nemzetközi vonatkozásban számos nyilvántartás létezik, amelyek nagy számú sebészi beavatkozás eredményeit és halálozásait rögzítik azzal, hogy a műtét kockázatát az jelenti, hogy a beavatkozás hány százalékban vezetett halálhoz.) Más szóval fogalmazva a kockázat a lehetséges szövődmények halmaza.

A hazánkban jelenleg elterjedt egyik szakértői álláspont valamely beavatkozással kapcsolatban az irodalmi adatok között feltüntetett szövődményeket az orvos a műtét reális kockázataként értékeli. Ha tehát például egy műtétnek az ebbe a körbe sorolható szövődménye bekövetkezik, akkor azt mint szokványos szövődményt a reális kockázat részeként értékeli, felróhatóságot nem állapít meg. Ez a szakértői szemlélet közelít mamapéig a legjobban a kórházak jogi és szakmai álláspontjához.

Gyakorlatunk ezzel ellentétes. Elkülönítjük az *„elháríthatót"* és az *„elháríthatatlan"* szövődmény fogalmát. Az általános szabályok szerint minden esetben az adott körülményeket és feltételeket is vizsgáljuk, amelyek együttes fennállása mellett az adott szövődmény bekövetkezett. Amennyiben igazolható, hogy a szövődmény az orvos által tanúsított elvárható gondosság és körültekintés ellenére lépett fel, felróhatóságot nem véleményezünk, a szövődményt elháríthatatlan szövődményként értékeljük. (Megjegyzem, már ez is alapvetően ellentétes a beteg álláspontjával, aki az orvos gyógyító munkáját szinte kivétel nélkül az eredményesség alapján ítéli meg, bármilyen nem kívánatos következményt kizárólag az orvos hibájának tekint.) Ha a bekövetkezett szövődmény az adott helyzetben és körülmények között a szakértő megítélése szerint nagyobb valószínűséggel elhárítható lett volna, akkor - függetlenül attól, hogy az szerepel az irodalmi adatok között - megítélésünk szerint *felróhatót orvosi vagy gyógyítási* véleményezhető.

Tehát a felróhatóság alóli mentesülésben a műtét kockázatra tett utalás csak akkor fogadható el, ha bizonyítható, hogy a reális kockázat és a bekövetkezett szövődmény elháríthatóra, megelőzésre vagy elháríthatóra utaló tényező van.

Egy példával illusztrálva: Ismert, hogy a jóindulatú strúmák első műtétei alkalmával a recurrens paresisek 1-2 eszközökben, malignus strúmák miatt végzett thyreoideectomiák során már 8-12 eszközökben, recidív beavatkozásoknál már 10 eszközök feletti gyakoriasággal fordulnak elő.

Ha tehát a szakértő feladata a recurrens paresis bekövetkezte miatt a felróhatóság vélelmezése, akkor az egyik álláspont szerint az a műtét reális kockázata, tehát az orvos nem felróható. A másik - általunk is képviselt - álláspont az adott körülményeket és feltételeket vizsgálja. Ennek egyik fontos eleme, a műtéti leírás beszerzése. Az ugyan a műtét tételes technikai kivitelezésének reprodukálására nem alkalmas, de a műtéti szituáció és a műtét menetének ismerete alapján már megalapozottabb következtetések tehetők arra vonatkozólag, hogy a szövődmény bekövetkeztében felróható műtéttechnikai hiba mennyiben szerepelhetett.

A szeptikus szövődmények szakértői megítélésében ugyanezek a fenti elveket követjük. Vizsgáljuk, hogy van-e olyan adat, ami az elfogadott higiénés normák, az asepsis, antisepsis szabályainak megszegésére utal, a szeptikus szövődmény felismerése időben megtörtént-e, az adott helyzetben elvárható mikrobiológiai vizsgálatok időben és mennyiségben megfelelőek voltak-e, további az antibiotikus kezelés során figyelembe vettük-e a tenyésztések eredményeit.

KÖVETKEZTETÉS

Kívánatos lenne, ha a szakértői szemlélet a jövőben az orvosi műhiba perekben a felróhatóság kérdésében, a kockázat és a szövődmény fogalomköreinek értelmezésében a lehetőségekhez képest egységes lenne. Nem arról van szó, hogy bárki azt várná el, hogy minden szakértő minden esetben azonos megállapításokat tegyen - ez több szempontból is elképzelhetetlen -, de az alapvetően ellentétes szemlélet alapján született véleményeket a tapasztalat szerint közös nevezőre hozni nem lehetséges.

Meggyőződésünk, hogy az antagonisztikus ellentétben álló felperesi és alperesi álláspont mellett az ellentétes szemlélet alapján készült szakértői vélemények szinte megbénítják a bíróság a szakkérdések tekintetében valóban laikus bíróság munkáját. Ahhoz, hogy a nem felróható, elháríthatatlan szövődmény fogalma a gyakorlatban meghonosodjon, a klinikum szemléletváltozására is szükség van.

Dr. Ugály Ibor - Dr. Venkei Tamás
Budapesti Igazságügyi Orvosszakértői Intézet

Az OrvosVédelem új száma megrendelhető a szerkesztőségben!

Tel.: 06-26/ 316-659, 06-26/ 500-638, -39

OrvosVédelem Hungary
(a Medical Protection Hungary jogutódja)
VII. évfolyam
igazságügyi szaklap orvosoknak, gyógyszerészeknek

SZAKMAI HÁTTÉR:
A szerkesztőbizottság elnöke:
dr. Ábrahám László *ügyvéd*
6720 Szeged, Arany János u. 9. fszt. 3.
Tel.: 06(62) 314-516, fax: 06(62) 317-478.

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balogh Ádám *(sebészet rovat)*
prof. dr. Falkay György *(gyógyszerész rovat)*
prof. dr. Fazekas András (fogászat rovat)
dr. Kiss Attila (urológia rovat)
prof. dr. Kolozsvári Lajos (szemészet rovat)
prof. dr. Kovács László (szülész-nőgyógyász rovat)
prof. dr. Méray Judit (anesztezológia rovat)
prof. dr. Varga Tibor (igazságügyi rovat)

***

Főszerkesztő:
Balla M. Anna
„B és K" Human Issue tervezőirodája 2001 Szentendre, Pf.: 36.

Szerkesztőbizottsági tanácsadó: **Lászkay Tamás**
Orvostanácsadó: **dr. Kollár László**
Külföldi kapcsolat: **dr. Kovács Ákos**
Munkatársak:
Gyurgyik Zsuzsanna *tervező-grafikusi*
Kollár Bence *hirdetésszervezési igazgató*
Thály Borbála *ügyfélkapcsolat*
Tornesányi Gyula *szám. techn. tanácsadó,*
továbbá valamennyi szerző és nyilatkozó a szellemiségével

Szerkesztőség:
2001 Szentendre, Pf.: 36.
Tel./fax: 06(26)316-659, 06(26)500-638, -39
e-mail: kid-elen@elender.hu
Kiadó:
HUNGA-COORD Kiadói Kft.
Felelős kiadó: A Kiadó tulajdonosa

» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.
A cégi belső árú tőzsdeügyes, ajánlott ár: 1120 forint

ISSN: 1416-1966
A lapot Magyarország, legnagyobb médiafigyelője, a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemléli.

EGY SIKERES KONFERENCIA UTÁN

Beszélgetés dr. ULBING ISTVÁNNAL a MOK Etikai Kollégiumának elnökével

2000 október 18-19-én a Hungaromed keretén belül zajlott a Magyar Orvosi Kamara első Országos Etikai Konferenciája. A rendezvényt nagy várakozás előzte meg. A zárást követő vélemények - egyöntetűen - váratlanul jelentős sikerről beszélnek.
A zárás után dr. Ulbing István - a MOK etikai kollégiumának elnöke - a konferencia ötletgazdája nyilatkozott az OrvosVédelemnek.

• Évtizedes tapasztalata, a szakma iránti elkötelezettsége és széleskörű érdeklődése folytán már igen régen felismerte az etika jelentőségét az orvosi hivatás eljövendő évtizedeiben. Milyeket tartja az etikával kapcsolatos legizgalmasabb kérdéseknek?

Rendkívül összetett és évtizedeken át elhallgatott kérdésekről van szó. Ezért itt már az alapvető kérdések is izgalmas kérdőjeleket mutatnak fel az etika világába most újra tájékozódó érdeklődőnek. Ilyeneket, hogy – illő-szerű-e etikával foglalkozni? Mit jelent az etika a gyakorlatban? Az etikus magatartásnak van-e társadalmi támogatottsága, bázisa? A mai társadalmi és orvosetikai normák kvadrálnak-e? Azok a személyek, akik szervezetten foglalkoznak etikával, emberileg, szakmailag alkalmasak-e, megvannak-e a tevékenységük feltételei? Az orvosi etika a beteg vagy az orvos érdekeit szolgálja? És még sorolhatnám.

• Az ötletből hogyan lett valóság?

Amikor beválasztottak a MOK etikai kollégiumába, felmerült a kérdés, hogy ez a húsz hormát szakember és tisztességes orvos több évtizedes kimaradás után, elegendő-e például az etikai kódex megalkotására? Kiderült, hogy az etika olyan sokrétű, olyan árnyalatú kérdésekkel is foglalkozó gyakorlati tudomány, hogy ehhez a szellemi kapacitást bővíteni kellő. Meg kellő találni azokat, akik erre felkészültek. Kiderült az is, hogy az atomizált egészségügyben az etika lehet a legkisebb közös többszörös, a legalkalmasabb eszköz a szomszédi várak közelítésére.

• A megálmodott egységre gondol?

Igen, a megálmodott egységre, mely az orvostársadalom legfontosabb feladata. Ennek megvalósítása a Kollégium legelső célkitűzése. A második az orvosi prestige visszaemelése a hazai piedesztálra. A harmadik pedig az orvosok számára is megteremteni egy értelmiségi lét feltételeit.

• Ezeket a feladatokat kellett tehát a jövő számára felmutassa az első etikai konferencia?

Valóban ezt a célt kellett szolgálja a konferencia. Mégpedig azzal, hogy felhívja az erkölcs fontosságára a társadalom figyelmét: fórumot biztosít a szerteágazó kérdéskör szakemberei számára, minden eszközével az egységet szolgálja. Sajnos azonban akkor ez a gondolat korai lehetett. Félreértések.

• Mi volt a szervezés momentum, amelyet mint friss kollégium elnök megragadhatott?

Régi vágyam megvalósítását, a hibernált elet felmelegítését több tényező összjátéka tette lehetővé.

- Mindenek előtt adó közben megérett egy társadalmi igény. Új felfedezések jelentek meg, amelyek felvetik az etika szükségességét. Például az asszisztált humán reprodukció, a tumor szűrés, vagy a géntérkép.

- A társadalom egyre inkább kitárandul a liberális demokrácia szabályainak félreértett alkalmazásából. *„mindent szabad, amit nem tilt a törvény, vagy ami a gyakorlatban beszáll az jó stb..."*

• Nem kis jelentőssége volt annak is, hogy a millenniumot ünnepeljük. Ehhez kapcsolódik a kormány által meghirdetett erkölcsi megújulási program is.

- Végül - de nem utolsósorban - az alkalom is kínálta – Hungexpo Hungaromed orvostechnikai kiállítás – a lehetőséget.

• A konferencia egyértelmű siker volt.

Az egyik szemem sír a másik meg nevet. A hivatalos támogatás igen szerénynek, az érdeklődés azonban a várttól jóval nagyobbnak bizonyult. 69 bejelentett előadás, 300 regisztrált résztvevő, két plenáris ülés, 5 szekció, 4 kerekasztal volt.

A kredit pontok miatt számba kellett venni a résztvevők összetételét is. Két akadémikus, 20 tanszékvezető egyetemi tanár, 18 tudományok doktora és kandidátus volt jelen. Ugyanakkor részt vett minden valamirevaló szervezet is, a betegszervezeteket is beleértve.

• Néhány szót beszéljünk a jövőről is.

A visszhang nagy volt, de az előrelépéshez egy profi intézmény, egy komoly team szükséges. Másként nem lehet megszervezni. Úgy tűnik, az érdeklődés biztosított. Meg kell tehát teremteni a személyi feltételeket.

• Köszönjük az interjút.

Dr. Szász Tamás T. -

AHOL A PART SZAKAD

- Hogy vagy? - kérdi neves humoristánk viccbéli figurája.
- Kösz, jól.
- Na de részletesebben!
- Nem jól.

Körülbelül így ismétlődött meg a kis dialógus, amikor a minap felhívtam dr. Iglóy Károlyt rávenni egy beszélgetésre körzeti élményeiről. Ő ugyanis valamikor felülvizsgáló főorvosként járta a budakörnyéki körzeteket, így érdekes optikán keresztül figyelhette az egészségügy mezei munkásait, kompetenciát garantáló három évtizeden át.

• Szóval?

- Vissza kell egy kicsit kanyarodni az én sikeres pályafutásomra a magyar egészségügyben. 1960-ra, amikor summa cum laude minősítéssel végeztem a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. Ez számomra akkor arra volt elég, hogy Nógrád megyében találjam magam általános orvos központi gyakornokként, ami abban a helyzetben a szakvizsga lehetőségét is kizárta. Két évet töltöttem el a pásztói kórházban, majd három évet Karancslapujtőn körzetben. Tősgyökeres budai lévén szerettem volna visszakerülni és ez úgy sikerült, hogy Pest megyében felülvizsgáló főorvos lettem. Többször megpróbáltam onnan is kitörni, de a fővárosi körzetek betöltését akkor már szakvizsgához kötötték. Próbáltam a munka mellett a belgyógyászathoz szükséges gyakorlati időt megszerezni, de azt akkori főnököm elgáncsolta. Ennek ellenére jó voltam harminc évig felülvizsgáló főorvosnak. 59 és fél éves lettem, amikor megszűnt a régifajta felülvizsgálat. Akkor megköszönték az addigi működésemet, kifizették a fél évre járó béremet - nem végkielégítést - és felmentettek a munkavégzés alól. Azóta a legkülönbözőbb módokon próbáltam valahogy a családom és kiskorú gyermekem fenntartásáról gondoskodni. A nyugdíjam nagyjából a lakásunk rezsijének a kifizetésére elegendő. Ha élni is akarunk, akkor rokkantnyugdíjas feleségem mellett muszáj valami kereset után nézni. Háziorvosokat helyettesítettem, próbálkoztam egy háziápolási alapítványnál. Ott majdnem egy évet kihúztam, amíg csődöt nem mondott. Utána megint a helyettesítések jöttek volna, ám az egyik pesti kerületben - nem akarom megmondani melyikben - miután megkezdtem a helyettesítést, harmadnap kiszállt az ÁNTSZ főorvosa és azonnali hatállyal elküldött azzal, hogy alkalmatlan vagyok a helyettesítés végzésére, mivel nem rendelkezem a megfelelő szakvizsgákkal. Ezek után történt, hogy megismerkedtem a kerületekben folyó sürgősségi éjszakai ellátás munkájával és azóta ebben veszek részt. Most harmadik éve csinálom ezt főnökeim megelégedésére. Sajnos, itt is változás várható. A magyar egészségügyben megszokott módon megint hoztak egy teljesen átgondolatlan rendeletet, miszerint a sürgősségi ellátásban január elsejétől csak oxyológus, aneszteziológus és háziorvos dolgozhat. Hogy hány oxyológus és aneszteziológus fogja otthagyni a kórházi állását, hogy boldogan éjszakázzon a különböző kerületekben, azt nem tudom.

• Évtizedekig dolgoztál az egészségügyben. Mégsem sikerült leszakvizsgázni? Hogy lehet?

- Megpróbáltam belekapaszkodni abba az öt év gyakorlatba, ami háziorvosinak elfogadható. Utána pedig harminc év felülvizsgálat következett, ami véleményem szerint az alapellátásban végzett munka. Elindultam háziorvosi szakvizsgára jelentkezni. Az Arnold Csaba által vezetett intézetben csak az előszobáig jutottam, a másikban Riesz Tamás személyesen fogadott és azt mondta, hogy nagyon sajnálja, de ezt nem lehet elfogadni alapellátásnak. Már a felülvizsgálatot. A körzet, a kórház meg régen volt. Tehát most ott tartok, hogy bár korom ellenére a munkabírásom teljes, a jövő évtől semmiféle tevékenységet nem fejthetek ki a magyar egészségügyben. Kérdezem akkor, a diplomám az mire szolgál? Nem akasztottam ki soha a falra, de lehet, hogy az utolsó fizetésemből egy díszes keretet csináltatok neki. Legyen ennyi emlékem arról, hogyan becsült meg a magyar egészségügy negyven évi munkámért.

• Csak meg kellene próbálni tovább lépni, nem?

- Csak nem tudom, hogy hova?

• A mostani ügyeleti munka milyen elfoglaltságot jelent?

- Minden második-harmadik éjszaka és minden hónapban három hétvégi huszonnégy órás szolgálat, vagy szombat, vagy vasárnap. Ezért vagyok kíváncsi arra, hogy ki az a kórházi oxyológus és aneszteziológus, aki erre ki fog jönni?

• Ugorjunk, mint Pósalaky bácsi. Harminc évnyi felülvizsgálat bőven nyújtott lehetőséget arra, hogy megismerd a magyar körorvosokat. A kívülállók közül a felülvizsgáló főorvos kerülhetett legközelebb a körzetek zárt, izolált világához. Milyen volt a társaság a területen, ahová kijártál?

- Elég heterogén. Főleg itt, a főváros körül, Pest megyében. Ide vagy az jött, aki Pestre tendált - ott próbálta a lábát megvetni - vagy aki kiszorult Pestről. Volt egy réteg, aki eleve ott élt és ott teremtette meg az életlehetőségeit. Akkoriban feladatunk volt minősítéseket is csinálni. Ez volt a legkellemetlenebb, amikor ilyen jelentéseket kértek tőlem. Ha valami problémám volt, azt magamtól személyesen beszéltem meg velük anélkül, hogy ennek írásos nyoma maradt volna. A hosszú évek alatt találkoztam mindenféle emberrel. Voltak, akiktől én tanultam, a fiatalabbaknak pedig én igyekeztem a tudásomat átadni. Mert az alapellátás tényleg egy olyan dolog, amit az egyetemen nem oktattak még akkoriban és azt hiszem, az esszenciáját ma sem nagyon lehet könyvből tanítani. Ez egy összetett dolog, olyan speciális szakmai ismeretek és emberi tulajdonságok kellenek hozzá, amelyek csak a betegekkel való mindennapos találkozás során szintetizálódnak a körorvos személyiségévé.

• Említetted, hogy az általad látogatott területen nagy volt a heterogenitás. A kórházi múlt jelentett kézzel fogható minőségi különbséget az új szakmai környezetben?

- Nem volt lényeges különbség. Az igaz, hogy néhány kórházi osztályon eltöltött év és valamilyen szakképesítés szakmai biztonságot adott az illetőnek, de a körzetben az ő tudása csak egy szeletet jelentett, a többi szükséges ismeretet, tapasztalatot neki kellett ott, helyben megszereznie. Ezért vannak kétségeim a rezidensképzéssel kapcsolatban is. A rövid néhány hónapos, hetes gyakorlatok alatt elsajátítható ismeretek mennyivel lesznek meggyőzőbbek, mint amiket a rezidens nemrég az egyetemen szerzett? Se gyerekgyógyász, se szülész nem lesz belőle ennyi idő alatt. Talán hasznosabb lett volna az egyetemi gyakorlati képzés újragondolása. Amit viszont fontosnak tartok, az az idősebb kolléga szakmai vezetése háziorvosi gyakorlat során. Elgondolkoztató a rezidensek felvételi vizsgája is. Még meg sem száradt a szigorlati jegyek tintája. Tulajdonképpen kit vizsgáztatnak? Az egyetemet?

• Főképp a média, de nem ritkán szakmai körök is előszeretettel általánosítanak egy-egy eset kapcsán, amikor el akarják marasztalni az alapellátást. Az elmúlt évtizedek alatt milyen gyakran találkoztál zűrös ügyekkel?

- Elvétve fordult elő tényleg komoly anomália. A többség becsületesen végezte a munkáját. Hogy ma a magyar egészségügy még fennáll és működik, az ezeknek a becsületesen dolgozó embereknek az érdeme. Ez az, amit egyre inkább kezdenek elfelejteni.

• Az alapellátás továbbképzését és a szakmai-emberi elszigeteltség problémáját egyaránt meg lehetne oldani, ha a körzetek szervezett formában közelebb kerülnének a kórházakhoz és a szakellátáshoz. Vannak-e hagyományai ilyen együttműködésnek?

- A kórházak várták, hogy a háziorvosok, illetve akkor még körzeti orvosok bejárjanak. Magam mindig tartottam a sávkórházakkal a kapcsolatot. Egy-két kollégát tudtam csak rávenni, hogy időnként megjelenjen. Nem tudták, hogy mit szalasztottak el, milyen lehetőséget? Az osztályok egészen másként nézték a betegeiket és a diagnózisaikat és egyáltalán, mindent, ha személyesen beszélték meg a közös ügyeket. Kéthetente vagy egy hónapban egyszer mindenki szakíthatott volna rá időt, hogy bemenjen. Mindegyikük harminc kilométeren belül lakott.

• Mi lehetett az oka a távolságtartásnak?

- Szerintem a kollégáknak volt egy olyan gyanakvása, hogy őket le fogják kezelni, ki fogják oktatni. Pedig szó sem volt erről. Az általam ismert osztályvezető főorvosok mind szakmailag, mind emberileg kiváló kvalitású vezetők voltak, csak a legjobbakat tudom mondani róluk sok év távlatából is. Elég gyakran változtatták a sávbeosztást, így sokat megismertem közülük. Egy esetre sem emlékszem, hogy kioktattak, vagy felelősségre vontak volna valakit. A szakmai kérdések, a beutalások szempontjai mind tisztázhatók voltak a személyes kapcsolat révén. A referálók, kliniko-patológiai konferenciák nyitottak voltak a körzeti orvosok számára is. Senki nem tagadhatja, hogy ezek a továbbképzés legéletszerűbb formái. Lehettek volna, ha rendszeresebben igénybe veszik.

• Szerinted miért nem éltek ezzel a lehetőséggel?

- Mert nem kaptak rá kellő inspirációt. Sokkal szervezettebben kellett volna a körzeti munka részévé tenni - persze a feltételek biztosításával.

• Mostanában sokat beszélnek paradigmaváltásról az egészségügyben. Ami a szakma presztízsvesztését illeti, azon már úgy tűnik túl vagyunk.

- Nagyon nagy baj, hogy ma már a pénzszerzés a legfontosabb tényező. Az orvos kénytelen pénzt keresni, mert különben lenézik. Lenézik, hogy miért nem drága kocsival jár és miért nem smokingban ül az operában minden este. És sorolhatnám a különségeket tovább, amelyeknek a választékát és mértékét az utóbbi években meggazdagodott rétegek diktálják a társadalomnak. Aki nem tart lépést, arra rásütik, hogy tehetségtelen. A válogatás nélküli eszközökkel megszerzett pénz az, ami az embereket inspirálja. Az orvos viszont joggal elvárná, hogy az önfeláldozó, éjjel-nappal végzett munkájáért legalább egy tisztességes megélhetést biztosítsanak neki.

• Sokan tudják rólad, hogy nemcsak zenét hallgatni jársz hangversenyekre. Mióta énekelsz komolyabban?

- Érettségi előtt kezdtem el tanulni. Már előtte is az összes tenor ariát megtanultam, csak nem vettem észre, hogy egy oktávval mélyebben énekelem és elhatároztam, hogy hőstenor leszek. Aztán kiderült, hogy basszus, illetve bariton hangom van. Néhány évi énektanulás után - amikor a már említett elhelyezkedési problémáim voltak - elmentem érdeklődni, hogy jelentkezhetnék-e a Zeneakadémiára. Ott közölték, hogy mivel felsőfokú végzettségem van, öt éven belül nem lehet jelentkezni. Tehát ez sem jött össze. Akkor már tagja voltam a Budapesti Madrigál Kórusnak. 1957-től alapító tagja vagyok.

• Nagyon bántad, hogy nem sikerült zenei pályára kerülnöd?

- A zenei pálya perifériáján mozgva sok mindent megismertem annak a világáról is. Ott is volt egy kötöttség és ott is volt egy elit, ami mellé beférni nem nagyon lehetett volna. Aztán, ha az ember fölteszi rá az életét, nem biztos, hogy azt a zenét művelheti, amit szeretne. Be kell vallanom, hogy máig is idegennek érzem a modern zenét. Ma is van nagyon jó barátom modern zeneszerző, becsületből meghallgatom egy-egy művét, de én a klasszikus, a romantikus zeneirodalmat szeretem, mert ezek adták a legtöbbet a vokális zenének, amit az ember középszinten is el tud érni és elő tud adni. Ez az, ami az életemben maradéktalanul szépnek megmaradt, éppen azért, mert nem kenyérkeresetre használtam. A hivatásunk - sajnos - kenyérkeresetté szürkült. Ha nem a mindennapi gondok vonnák el az embernek a teljesítőképességét, akkor az orvosi hivatásban is sokkal szebbet és többet lehetne produkálni.

• A szólóénekléssel hogy vagy?

- Azt is csinálom. Az I. kerületi operaegyüttesben már 35 éve. Mostanában már csak évenként van egy koncertünk, régebben két-három havonta rendeztünk egyet. Boros Attila vezetésével folyik a munka, biztosan ismered, a rádióban a zenei osztály munkatársa. Ő a zongorakísérő, korrepetitor is, minden egyszemélyben. Minden héten összejövünk és énekelgetünk egy kicsit. Hetenként van egy madrigál-próba is. Azelőtt kettő volt hetenként, de a komolyzene iránt sajnos világszerte csökken az érdeklődés.

• Gyakran jártok külföldön?

- Pénzkérdés. Azelőtt egy évben három-négyszer Olaszországban, Németországban, Svájcban, Franciaországban vendégszerepeltünk. A komolyzenei koncerteket egyre inkább a szponzorok éltetik. Aztán ahogy ott is beszűkültek az anyagi lehetőségek, első sorban a hazai együtteseket támogatják. Ebben az évben már külföldi meghívásunk nem is lesz. Tavaly egyszer voltunk három napig Olaszországban. Elgondolkoztató, hogy amikor a háromméves útlevél volt, akkor mi évente 3-4-szer mentünk ki. Sajnos, a pénzarisztokrácia még nem érkezett el arra a szintre, hogy a művészettel is foglalkozzon. A világ halad az önmegemésztés felé, nem csak a környezetszennyezéssel. Az ember a szakmájában kénytelen szakbarbárrá válni és minden idejét - a 8 óra munkaidőn túli idejét is - arra áldozni - akár különpénzért, akár kényszerből - úgy, hogy nem marad szabadideje. Nem művelődik, nem olvas. Háttérzeneként hallgatott könnyűzenével kikapcsolja magát. Ennyi. Hogy kiöltözzön és elmenjen egy koncertre, ez most már anyagilag is komoly megerőltetés és az idejébe se fér bele. Az iskolákban talán megint egy picit kezdenek komolyabban zenét oktatni az énekórák keretében, de ez még kevés.

• Ahogy körbenézek, a kották mellett rengeteg könyv sorakozik a polcokon.

- Úgy voltam ezzel, hogy egész életemben gyűjtöttem a könyveket, kottákat, lemezeket azzal, hogy majd nyugdíjas koromban elolvasom, meghallgatom, megtanulom mindazt, ami a napi munka mellett kimaradt az eddigi életemből. De egyelőre még a napi sajtó elolvasására sem mindig marad idő, a jövőm pedig több mint bizonytalan, kritikus. A zene azért az megy. A Bartók rádió - hallod - az most is be van kapcsolva.

Még mindig Bach. A partita magánya még megkapóbb, amint egyre távolodva lekísér a széles lépcsőfokokon. A kapu hangosan becsapódik mögöttem. A járdán térdelő munkás átkiált valamit a túloldalra. Nagy a zaj. Nem értek semmit.

- Tálas-Tamássy Tamás -

Ápolás Magyarországon az Ezredfordulón

ÁPOLÓKÉPZÉS

1. Hazánkban **1975 előtt** az ápolóképzésben az alábbi modell működött:
- belépési életkor: minimum 17 év

Az oktatás két alapformája:
- nappali képzés keretében 24 hónapos oktatás, ebből 2 hónap nyári szabadság
- munka melletti képzés formájában 3 évig tartott a képzés.

Ezen képzési formákban 3 típusú oklevelet lehetett szerezni:
- általános ápoló, elsősorban a felnőttek ellátására,
- gyermekápoló
- pszichiátriai ápoló.

2. Új modell bevezetésére került sor **1975-ben**. (Ezt a modellt a közelmúltban átalakították.) Ennek a modellnek a fő jellemzői:
- belépési életkor: 14 év, 8 általános iskolai végzettség. (A program egy része a középiskolai képzés szintjén valósult meg a közismerettel együtt. Lehetőség volt 3 éves képzés keretében alap-szakképzettséget szerezni, vagy 4 éves képzésben az érettségivel együtt megszerezni az alapképesítést.)

A kiadott bizonyítvány:
- általános ápoló és általános asszisztens.

Kiadott bizonyítvány:
- „ápolói" képesítést igazoló dokumentumot kapnak a végzettek, amellyel az ápolás legtöbb területén elhelyezkedhetnek.

Erre az alapképzésre épül a klinikai szakosítás: munka melletti képzés keretében szakképesítést lehet szerezni (például intenzív terápiás szakápoló, onkológiai szakápoló, műtősnő stb.).

A fenti 3 éves képzés mellett **kilenc főiskolán diplomás ápolóképzés** is folyik, amely 4 éves és az ápolói képesítés mellett „akadémiai" végzettséget is ad (főiskola). Ebből a programból tovább lehet lépni az egyetemek különböző típusú programjaiba (például tanár, menedzser stb.)

A 2000. tanévben indul be az **egyetemi ápolóképzés** Pécsett.

AZ ÁPOLÁS NEMZETKÖZI KAPCSOLATAI

✔ kiemelkedően jó szakmai kapcsolatok az EVSZ/EURO Ápolási és szülésznőségi osztályával

✔ az EVSZ LEMON-csomagjának magyar fordítása elsők között készült el, eljutott az ápolóképző intézményeknek

✔ hazánk részt vesz a TELENURSE-projektben

✔ Magyar Ápolók 1. Világtalálkozója, 1997. október 20-22., Budapest

✔ Semmelweis Egyetem, Budapest Ápolási Igazgatósága az EVSZ kijelölt együttműködő központja az ápolás és szülésznőség terén

✔ Magyar Ápolási Egyesület tagja az Ápolók Nemzetközi Tanácsának (ICN), s mint ilyen, aktív részt vállal különféle nemzetközi együttműködésekben

ÁPOLÁS A HUSZONEGYEDIK SZÁZADBAN

Az ápolás igen jelentős helyet foglal el napjaink egészségügyi ellátórendszerében, s ez a szerep várhatóan egyre erősödik többek között a demográfiai tényezők következtében. Az elkövetkező években az ápolás Magyarországon szembe kell, hogy nézzen azokkal az új kihívásokkal, amelyeket az időskorúak, a krónikus és mentális betegségekben szenvedők, valamint a negatív életmódot folytató fiatalok emelkedő száma állít eléjük. Ilyen körülmények között a megelőzésre, a rehabilitációra, az egészségmegőrzésre és az egészségfejlesztésre kiemelkedően fontos szerep hárul majd. Az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbak lesznek a betegségek és többszörös betegségek, s várhatóan emelkedik az ápolási ellátásra szorulók száma is.

Az otthoni szakápolásra is feltehetőleg nagyobb igény fog mutatkozni, mivel folytatódik a kórházi ápolási idő csökkentése. Az uniformizált, intézményi ellátás helyett a társadalom egyre inkább egyénre szabott, családközpontú ápolást és gondoskodást igényel (például kórházi ápolási osztályok, ápolási otthonok, hospice-ok).

A 2000. év után az ápolásnak **család- és közösségcentrikusnak** kell lennie, támaszkodnia kell a kritikus gondolkodásra, a problémamegoldó képességre, a csapatmunkára és a jó kommunikációs készségekre, mértékben támaszkodnia kell az EVSZ „Egészség 21 - egészség a XXI. Században" című szakmapolitikai anyagára. Célul kell kitűznie, hogy biztosítsa az egészség elérhető lehető legmagasabb szintjét, az egyes ember méltóságának és értékének a tiszteletét, valamint azt, hogy részt vállaljon az egészségért érzett felelősségben. **A családok egészsége álljon a középpontban**, emellett azonban az egyénnek is felelősséget kell éreznie és vállalnia saját egészségéért. Mindez megkívánja az irányváltást az ápolók gondolkodásmódjában és megközelítési módjaiban. A magas minőségi színvonalú ellátáshoz megfelelő minőségbiztosítási mechanizmusoknak kell működniük. Arra is szükség van, hogy az ápolás meghatározza célirányos kapcsolódási pontjait a civil szervezetekhez, amelyekkel partnerségben tud együtt dolgozni az egészségért mindenkinek a XXI. században.

Andrea Fischer - *egészségügyi miniszter, Német Szövetségi Köztársaság*
Dr. Marc Danzon - *európai regionális igazgató, Egészségügyi Világszervezet*

MÜNCHENI NYILATKOZAT

ÁPOLÓK ÉS SZÜLÉSZNŐK: ERŐ AZ EGÉSZSÉG SZOLGÁLATÁBAN

2000. június 17.

Az EVSZ Második miniszteri konferenciája az ápolásról és szülésznőségről Európában megvitatta azokat az egyedülálló szerepeket és hozzájárulást, amelyet Európa hat millió ápolója és szülésznője fejt ki az egészség fejlesztése és az egészségügyi ellátás nyújtása terén. Az EVSZ első, bécsi miniszteri konferenciája óta eltelt több mint tíz év alatt Európa számos lépést tett az ápolók és szülésznők helyzetének megszilárdítása és képességeik teljes körű kihasználása felé.

Mi, mint az EVSZ Európai Régiója Tagországainak a Müncheni Konferencián részt vevő **egészségügyi miniszterei**:

Hisszük, hogy az ápolók és szülésznők **sarkalatos és egyre jelentősebb szerepet** kell, hogy betöltsenek a társadalom azon erőfeszítéseiben, amelyek napjaink népegészségügyi kihívásainak a kezelését szolgálják, továbbá a magas minőségi színvonalú, hozzáférhető, méltányos, hatékony és érzékeny egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, eközben biztosítva az ellátás folyamatosságát és szem előtt tartva az emberek jogait és változó szükségleteit.

ARRA BUZDÍTJUK az EVSZ Európai Régiójának illetékes hatóságait, hogy fokozzák az **ápolóság és szülésznőség megerősítését** szolgáló tevékenységüket, oly módon, hogy:
- lehetővé teszik az ápolók és szülésznők részvételét a döntéshozatalban a **szakmapolitika** kidolgozásának és megvalósításának valamennyi szintjén;
- foglalkoznak **az akadályok** kérdésével, elsősorban a toborzási politikákkal, a nem és jogállás problémáival, továbbá az orvosi dominanciával;
- pénzügyi ösztönzőket és lehetőségeket biztosítanak **a szakmai életút kiteljesítéséhez;**
- javítják az alap- és a folyamatos tovább**képzést**, továbbá a felsőfokú ápolói és szülésznői képzésekhez való hozzáférést,
- megteremtik **a lehetőségeket az ápolóknak, szülésznőknek és orvosoknak arra, hogy együtt képezzék ki magukat** egyetemi és posztgraduális szinteken, ezáltal biztosítva az együttműködő és interdiszciplináris munkavégzést a jobb betegellátás érdekében;
- támogatják a kutatást és az információk terjesztését az ápolói és szülésznői gyakorlat **tudás- és bizonyítékalapjainak** a kidolgozása érdekében;
- keresik az alkalmat **családközpontú közösségi ápolási és szülésznői** programok és szolgáltatások létrehozására és támogatására, ideértve - ahol az elfogadható -, a családgondozó ápolót is;
- elősegítik az ápolók és szülésznők tevékenységeit a **népegészségügy, egészségfejlesztés és közösségfejlesztés** terén.

Elfogadjuk, hogy az ápolás és szülésznőség megerősítése iránti elkötelezettséget és az erre irányuló komoly erőfeszítéseket országainkban támogatnia kell:
- átfogó **munkaerő-tervezési stratégiák** kidolgozásának, hogy biztosítható legyen a jól képzett ápolók és szülésznők kellő létszáma;
- a **szükséges jogi és szabályozási keretek** megléte az egészségügyi rendszer valamennyi szintjén;
- annak a lehetőségnek, hogy az ápolók és szülésznők hatékonyan és eredményesen tudjanak dolgozni képességeik legjavát nyújtva, akár **független**, akár **egymástól függő** szakemberekként.

KÖTELEZETTSÉGET VÁLLALUNK ARRA, hogy partneri kapcsolatban dolgozunk együtt valamennyi érintett minisztériummal és testülettel, legyenek azok államiak vagy civilek, országosan, az országos szint alatt és nemzetközi szinten a jelen deklaráció törekvéseinek a valóra váltásáért.

SZÁMÍTUNK az EVSZ Európai Területi Irodájára, hogy stratégiai útmutatással szolgáljon és segítse a tagországokat a nemzeti és nemzetközi szervezetekkel való partneri együttműködés koordinációs mechanizmusainak a kialakításában, az ápolás és szülésznőség megerősítése érdekében, és

FELKÉRJÜK a regionális igazgatót, hogy rendszeres jelentésekben számoljon be az Európai Regionális Bizottságnak, továbbá szervezze meg a jelen deklaráció megvalósításának monitorozását és értékelését célzó első értekezletet 2002-ben.

Az e programban végzettek asszisztensi munkát vállalhattak, vagy ezzel a bizonyítvánnyal az ápolás különböző területein helyezkedhettek el.

Amennyiben az ápolás területén vállaltak munkát, úgy kötelező volt számukra munka melletti tíz hónapos képzés keretében különböző típusú szakképesítést szerezni (például felnőtt szakápoló, gyermekápoló, pszichiátriai ápoló, körzeti ápoló, szülésznő).

3. A 2. pontban leírt modell átalakítására 1993-ban került sor. Ezzel együtt vállaltuk az Európai Unió és az Európa Tanács ápolóképzésre előírt direktíváit, illetve ajánlásait. A modell lényege a következő:
- belépési iskolázottsági szint: érettségi (hasonlóan a főiskolákhoz és egyetemekhez),
- a program 3 éves iskolarendszerű képzésben történik, 4600 órában.

motiválnia kell a pozitív hozzáállást az ápolók részéről, nyomatékosan tudatosítania kell az ápolás fontosságát a társadalom egészsége alakításában, és fel kell készülnie az **ápoláskutatásra és az ápolás tudományosan alátámasztott művelésére**. Az ápolókban és az ápolásmenedzsmentben tudatosulniuk kell az ápolás **új minőségeinek**: az ápolóknak alaposan ismerniük kell az időskorúak megváltozott szükségleteit, és tisztában kell lenniük azokkal a betegségekkel, amelyek speciálisan időskorban jelentkeznek. Emellett gyakorlati jártasságot kell szerezniük az idősek és az öregek ellátása terén. Az ápolóknak minden tőlük telhetőt meg kell tenniük azért, hogy hozzájáruljanak az **egészséges megöregedéshez** egy elöregedő társadalomban.

Az ápoláspolitikának teljes

Ápolás Magyarországon az Ezredfordulón

Az eredeti anyagot összeállította:
Sövényi Ferencné főosztályvezető
Dr. Fedineczné Vittay Katalin főszerkesztő - Nővérújság
Kecskeméti Mártonné

A teljes anyag megvásárolható a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház Ápolási Igazgatóságán (4043 Debrecen, Bartók Béla út 2-26. Telefon: 52/511-751, fax: 52/511-765).

Az egyetemi színtű ápolóképzésről

POTE Egészségügyi Főiskolai Kar

- folytatás az első oldalról -

Az Európa Tanács „ Ápoláskutatás ”-sal kapcsolatos ajánlása szerint az ápolóknak lehetővé kell tenni az ápoláskutatás négy szintjéhez történő hozzáférhetést. Az első szint oktatását az alapképzésben kell végezni, a második szintet az alapképzést követő szakképzés keretében kell nyújtani, a harmadik szint megkívánja a tudományos fokozattal rendelkezők által oktatott szintet, végül a negyedik szint a tudományos fokozat megszerzését jelenti. Ez utóbbi azonban csak egyetemi végzettségűek számára biztosított lehetőség. Az ápoláskutatás hazai fejlődésének egyik feltétele olyan tudományos műhelyek kialakítása, melyek egyetemi bázison működnek, s művelői maguk is tudományos minősítéssel rendelkező ápolók.

Végül **az egyetemi színtű ápolóképzés lehetővé teszi, hogy az ápolók olyan területeken szerezzenek magas színtű ismereteket, melyeket a helyi és regionális egészségügyi ellátás tervezése és irányítása során a döntéshozók igényelnek és figyelembe vesznek. Az egyetemi végzettség egyben elősegíti az ápolást képviselők befogadását és egyenrangú tárgyalófélként történő elismerését a hagyományosan egyetemi végzettségű vezetők részéről.**

Az egyetemi szintű ápolóképzés során a hallgatók olyan területeken szereznek a főiskolai képzési követelményeket meghaladó mértékben ismereteket, melyek a fenti célok elérését segítik elő. A képzés során jogi, pedagógiai, vezetési, menedzsment, marketing, minőségfejlesztési, népegészségtani, szociálpszichológiai és felsőoktatási ismeretekkel bővül korábbi tudásszintjük, miközben megismerkednek a biológia, genetika, klinikai immunológia és onkológia legújabb eredményeivel, s így felkészülnek a XXI. század e területeken várható nagymértékű ismeretgyarapodásnak befogadására.

Hazánkban még új fogalom az egyetemi színtű ápolóképzés. Bizonyos, hogy teljes elfogadásához és elismeréséhez valamennyi együttműködő szakterület részéről még időre van szükség. Ezt az elfogadást és az új végzettség optimális helyének megtalálását az egészségügyi hierarchia rendszerén belül maguknak az egyetemet végzett ápolóknak kell tudásukkal, hatékony munkájukkal, mérhető eredményekkel kiharcolniuk. Ennél azonban fontosabb, hogy **a magas szinten képzett ápolók a magyar társadalom egészséges és beteg tagjai előtt bizonyítsák, hogy végzettségük nemcsak egy újabb papír, hanem olyan többlet tudás, melynek hasznát és eredményét honfitársaik érzik és tapasztalják.**

- Dr. Illei György -

Tapasztalatok és gondolatok

Tisztelt Kollegák!

Örömömre szolgál, hogy ezen újság hasábjain tehetem közzé tapasztalataimat az egyetemi oklevelés ápolóképzéssel kapcsolatban. Először röviden szeretném ismertetni általános képzési céljainkat, majd benyomásaimnak adok hangot.

Szakunk nappali és levelezői tagozat formában került elindításra. Jelenleg ez a képzés csak Pécsett a PTE keretein belül van jelen, Magyarországon egyedülálló jelleggel. Felvételt végzett diplomás ápolók nyerhettek a curriculum felépítéséből adódóan, ugyanis ezen képzésbe akkreditálták a diplomás ápolói ismereteket. Így a tananyag – a korábbi ismeretekre alapozva – három félévben kerül oktatásra.

Az alábbi 3 fő témakör köré csoportosul az oktatás:
- ápolásvezetés
- ápoláskutatás
- ápolásoktatás

Ennek érdekében – többek között – az alábbi tantárgyakat sajátítjuk el:
- Ápoláskutatás – Biometria
- Kiegészítő jogi ismeretek
- Kiegészítő szociológiai és pszichológiai ismeretek
- Ápolásoktatási ismeretek
- Népegészségtan – Egészségfejlesztés – Egészségügyi információkutatás
- Marketing és Minőségbiztosítás
- Alternatív medicina
- Szakmai speciális tárgyak (Onkológia, Immunológia, Rehabilitáció, stb.)

Mindezek mellett természetesen választott élő idegen nyelvet is elsajátítunk, hiszen záróvizsgánk feltétele a középfokú C típusú államilag elismert nyelvvizsga. Tanulmányaink szerves részét képezik továbbá a szakmai gyakorlatok, amelyet az ország több – szakmailag kiemelkedő – intézményében végzünk el. Akit bővebben érdekel a képzés jogi háttere és szabályozása, a 85/2000-es (VI.15) Kormányrendeletben megtalálhatja.

E rövid áttekintés után szeretném megosztani Önökkel tapasztalataimat. **A kezdeti – a szak újdonságából adódó – nehézségek átlábalása után pozitív kép alakult ki bennem a képzéssel kapcsolatban. Oktatóink jelentős többsége országosan is elismert szakember**, akik sokszor hajlandóak nagy áldozatok vállalására is, hogy évfolyamunkat oktathassák. Ebből adódóan a színvonalra nem lehet panaszunk, és az elvárások is tükrözik az oktatás szintjét. Problémáinkkal is nyugodtan fordulhatunk a képzésért felelős személyek felé, bár eddig csak a legritkább esetben volt rá szükség, és akkor is zökkenőmentesen és gyorsan orvosolták gondjainkat. **Igazából csak egyetlen olyan momentum akad, amely rányomja bélyegét az évfolyamunk hangulatára, és az a bizonytalan jövőkép.** Az egészségügyi ellátórendszer belső sturktúrálatlansága miatt a már meglevő Diplomás Ápolói végzettségünkkel sem tudnak sok helyen „ mit kezdeni ”, e diploma megszerzésével pedig az amúgy is ingoványos talaj is megszűnik a lábunk alatt. Ennek ellenére én bízom az eljövendő változásokban, és már ezt a képzést is fontos lépésnek tekintem ebben az irányban. Igazi úttörőmunkára nyílik ezáltal lehetőségünk, fontos szerepet kaphatunk a magyar ellátórendszer átalakításában.

Amennyiben felkeltettem az érdeklődésüket kérdéseikre szívesen válaszolok az erdelyig@hotmail.com <mailto:erdelyig@hotmail.com> címen.

- Erdélyi Gábor egyetemi okleveles ápoló hallgató -

Brno-ban jártunk...

November 7-11. között immáron nyolcadik alkalommal került megrendezésre Csehország második legnagyobb városában Brnoban a Nemzetközi Egészségügyi Technikai és Farmakológiai Vásár (MEFA), amely ismételten kiegészült a rehabilitációs és ortopédiai segédeszközök, művégtagok nemzetközi szakkiállításával, a REHAPROTEX-el.

A brnoi vásárközpont Maszarik miniszterelnök védnöksége alatt 1928-ban nyílt meg. (V. pavilon)

A közelmúltban végbemenő többségi tulajdonosváltással a MEFA bekerült azoknak az egészségügyi kiállításoknak a láncolatába, melyeket a Messe sikerrel rendez világszerte. Az egészségügyi vásár kísérőprogramja a MEFA kongresszus, ahol az orvoslás, a tudomány és a technika új fejleményeiről tanácskoztak a nemzetközi résztvevők.

Ottjártunkkor rendkívül nagyfokú érdeklődés mellett zajlott az orvosi finanszírozásról a polémia, ahol a tárca miniszterén kívül valamennyi érdekelt fél - Pénzügyminisztérium, Orvoskamara, Szakszervezetek, Finanszírozók (!) jelen volt.

A REHAPROTEX-hez kapcsolódó *„Az Ön mosolyáért"* elnevezésű humanitárius, nonprofit polgári kezdeményezések során jogi, szexuális tanácsadás állt a látogatók rendelkezésére, a látáskárosultaknak Internet kávézót, a testi fogyatékosoknak speciális billentyűzetet, illetve interaktív televíziózást üzemeltettek. Valamennyi rendezvényt megtisztelte látogatásával Csehország egészségügyi és szociális minisztere. Hazánkat Balla M. Anna a Látlelet és prof. dr. Fehér János, az Orvosi Hetilap főszerkesztői képviselték.

Magyar orvos a Nemzetközi Orvostörténeti Társaság legfelsőbb vezetésében

A Nemzetközi Orvostörténeti Társaság (International Society for History of Medicine = ISHM) 37. Nemzetközi Orvostörténeti Kongresszusát szeptember közepén Galvestonban (Texas, USA) tartották. Itt ülésezett az ISHM Administrative Councilja is (Adminisztratív Tanácsa), ahol dr. Honti József c. egyetemi docenst, a Magyar Orvostörténeti Társaság (MOT) főtitkárát, nemzeti delegátust az ISHM Executive Committee (=bureau) Végrehajtó Bizottság (az ISHM legfelső vezetése) tagjává választották, mint Councillor-t (tanácsost). Ez a beválasztás nemcsak az orvostörténelemmel három évtizede foglalkozó Honti doktor számára jelent megtiszteltetést, hanem személyén keresztül a MOT tevékenységének egyfajta elismerése, méltatása is.

Amióta 1921-ben Párizsban az ISHM megalakult, annak vezetését ellátó Végrehajtó Tanácsnak eddig két magyar tagja volt. A hetvenes években dr. Réti Endre, a Budapesti Orvosegyetemi Kari Könyvtár akkori igazgatója, a 80-as években pedig dr. Antall József, a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár főigazgatója, későbbi miniszterelnök.

Érdekessége ennek a tagságnak, hogy a Rajna folyó vonalától keletre Honti docens az egyetlen ilyen tisztséget betöltő tag.

A kongresszuson Honti docensnek közös kiállítása volt a kongresszus ottani szervezőjével, Chester Ray Burs professzorral. A kiállítás címe: „Photografic Memories Of Previous ISHM Congresses" (mivel egyedülálló fényképgyűjteménye van három évtizedre visszamenően a kongresszusokról), továbbá e témában külön előadást is tartott a szervezet eddigi kongresszusainak történetéről, amelyeken 1972-óta vesz részt.

Galvestonban hazánkból előadást tartott még prof. dr. Szállási Árpád PhD egyetemi magántanár (DOTE), Harvey W. Cushing és Magyarország címmel, továbbá a Tétényi úti Szent Imre kórházból Dr. Back Frigyes sebész főorvos, a Magyar Mentőszolgálat indulóiról a XIX. században (zenei betétekkel kísérte előadását), továbbá az Index Catalógus magar vonatkozásairól. Ebben Mayer Ferenc Kolos doktor munkásságát említette, aki az 1920-as évek végén vándorolt ki Magyarországról (Egerben volt patológus és laboratóriumi orvos) és többek között az Index Medicusnál is dolgozott.

A Nemzetközi Orvostörténeti Társaságban Magyarország továbbra is a figyelem középpontjában lesz, mert Honti doktor üzenetet vitt Galvestonba az ISHM - bureaujának. Dr. Vizi E. Szilveszter professzortól, a MTA alelnökétől, akit szeptember végén az MOT elnökévé is választottak. Budapest szívesen megrendezi a 2004 évi (39.) vagy a 2006.-évi (40.) Nemzetközi Orvostörténeti Kongresszust. A 2002-es évi (38.) Törökországban lesz, ez már eldöntött tény. A Galvestoni találkozó örömmel fogadta a magyar meghívást, azért is, mert még sokan emlékeznek az 1974. évi (24.) kongresszusra, ami szintén Budapesten volt, és sikeresnek bizonyult. A döntés 2004-ről az ISHM Executive Committee (bureau) 2001. júniusi párizsi ülésén születik meg, ahol Honti doktor is szavaz, most már mint tanácsos.

Az ISHM Executive Committee (bureau) tagjai 2000-ben Galvestonban, *balról jobbra:*

dr. Honti József c. egyetemi docens, a bureau tanácsosa, Jean-Pierre Tricot (Belgium), az új ISHM elnök (akinek nagyapja: Jean-Joseph Tricot alapította 1921-ben Párizsban a Nemzetközi Orvostörténeti Társaságot), Ynez Viole O. Neill (California, USA), korábbi elnök, John Thearle (Ausztrália), Alain Lellouch (Franciaország), az ISHM főtitkára, John Blair (Anglia), Nil Sari (Törökország), a 2002. évi ISHM kongresszus elnöke és szervezője, Gary Ferngren (Oregon, USA), John Pearn (Ausztrália).

BIO FACH 2001

November 30-án Bécsben tartotta jövő évi rendezvényének sajtótájékoztatóját a Nürnberg Messe GmbH.

A nemzetközi bio-piac éves találkozóhelye és vitathatatlanul a konjunktura barométere a BIO FACH, a természetes élelmiszerek és a biotermékek világ-szakvására. 1600 kiállítót és több, mint 18.000 szakmai látogatót várnak a rendezvényre, amire a realitást az ez évi látogatottság adja. A BIO FACH 2001. február 15. és 18. között a Nürnbergi Vásárközpontban nem csak ökológiai termelésű élelmiszereket kínál, hiszen egyben ez a világ legjelentősebb, természetes kozmetikumokkal foglalkozó szakvására is. Az 1600 kiállító 10 százaléka mutat be kozmetikumokat, testápoló és tisztítószereket. A szakmai látogató több, mint egyötöde érdeklődik ezirán a speciális bio-választék iránt. A vásár kínálatának súlypontját az élelmiszerek (a kiállítók közel háromnegyede), a természetes kozmetikumok, a mezőgazdaság és a kertépítők jelentik. De mosó és tisztítószerek, textíliák, csecsemőruházat, csecsemőápolási cikkek és kiegészítők, valamint játékok is megtalálhatóak a kiállításon. Míg a „bio" a nyolcvanas években egy szűk, felvilágosult kisebbség számára volt fenntartva, akik az egészség tudatos megőrzését a környezet védelmével kötötték össze, addig ma az ökológiai termelésből származó termékek sokkal inkább egyfajta életstílussá váltak. A minőségi termékeknek egészen új rétegeket sikerült megnyerni, akik számára a vásárlás indítéka az élvezet és az életöröm és nem az ár a kritérium. Azoknál a nemzeteknél, mint például Nagy-Britannia, amelyek viszonylag későn váltak érzékennyé a BSE-botránnyal és a géntechnikai vitákkal szemben, a vásárlás motívumai még sokkal egyszerűbb természetűek. Így ott a vásárlók 53 százaléka azért vesz bioterméket, mert azok egészségesebbek, 30 százaléka azért, mert nem génmanipuláltak, 25 százaléka azért, mert az állati termékek megfelelő körülmények között tartott állatokból származnak és csak 43 százaléka esetében fontos a jobb íz - tudta meg kiküldött munkatársunk a bécsi sajtótájékoztatón.

BIO FACH

Nürnberg Germany 15.-18. 2. 2001

2000. december 16-án került megrendezésre a Medicina 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség 1 napos rendezvénye - a járóbeteg szakellátás privatizációja témakörben - Budapesten

Neves hazai szakemberek előadásaiban szó esett többek közt:

- **az egészségügyi marketingről (piac-e az egészségügy, milyen marketing eszközök állnak rendelkezésre az intézményi bevétel növelésére, ezek alkalmazhatósága, stb.),**
- **a házi betegápolás - szociális ellátás lehetőségeiről,**
- **az alternatív gyógyászati módszerekről, mint bevétel növelési eszközről.**

További információkért hívja a 06 (1) 350-6108, illetve a 06 (27) 341-600 telefonszámokat.

A Paraszolvenciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért Alapítvány kuratóriuma köszönetét fejezi ki mindazoknak, akik ebben az évben a személyi jövedelemadójuk 1 százalékának felajánlásával támogatták az alapítványt céljai megvalósításában. Ezúton tájékoztatjuk Önöket, hogy a befolyt összeget (75.133 forint) teljes egészében az egészségügybe történő információ eljuttatására fordítjuk.

PMGYP Alapítvány kuratóriuma.

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna,** orvos-szerkesztő: **dr. Kollár László,** ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa**
munkatársak: **Gyurgyik Zsuzsanna** tervező szerkesztő, **Thaly Borbála** terjesztési vezető,
Kollár Bence lap- és marketingigazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, 06 (26) 500-638, -39
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
e-mail: latlelet@elender.hu ISSN 0865-7424

» OBSERVER « MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője, a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.

Regionális Fiziotherápiás Centrum Orosháza-Gyopárosfürdőn

Fiziko és Balneotherápiás Központ ünnepélyes bemutatására és az azt követő tudományos ülésre invitált a meghívás Orosháza-Gyopárosfürdőre ez év november 16-án.

Feszültségekkel terhes egészségügyünkben mindig öröm valami olyasmiről hallani, ami ellentmond az általános regressziónak. Sőt gyarapodásnak, a lehetőségek racionális kihasználásának egyfajta iskolapéldája, ami akarva-akaratlan megfogalmaz az emberben egy banalitást: lám valóban mindent lehet, csak akarni kell.

A Csont és Ízület Évtizedének évében tudományosan is igazolt tétellé vált: mozgásszervi betegségeink népbetegség méretét öltik világszerte. Szinte alig van olyan család, akit valamilyen formában ne érintene ez a kórkép. Számtalan oka közül civilizált, mozgásszegény életünk és örökletes tényezők egyaránt közrejátszanak ebben a szomorú statisztikában, és a tudomány kénytelen a prevenció mellett adekvát therápiát is kidolgozni ellene. Az arthorisos angol vagy svéd ilyenkor irigykedve legyint: könnyű nektek magyaroknak, hiszen országotok tele van thermálvízzel, miközben hazánkban a balneotherápia az utóbbi évtizedekben feledésbe merült, gyógyfürdőink lepusztultak és az utóbbi évek tendenciái ébresztenek fel minket téli álmunkból: itt a föld alól is arany bugyog fel, próbáljuk ezt saját magunk és országunk érdekében kihasználni. A Széchenyi-terv, a gyógyturizmus kiemelt ágazatként történő kezelése is lemaradásunkat kívánja bepótolni. Orosháza Városi Kórháza már évek óta bizonyítja: íme egy szerencsétlen földrajzi fekvésben - három megye határszélén - is lehet a régiót eredményesen szolgálni. Semmi más nem kell hozzá, csak egy elkötelezett menedzser szemléletű vezetés, aki az általános sírás-rívás helyett ügyesen lobbyzik betege érdekében, kormányok politikájától függetlenül. Dr. med. habil. Gervain Mihály igazgató főorvos egyéni tudományos babérjai mellett a korszerű intézményvezetés terén is aktív, *„csápjaival”* ugrásra kész, és a fővárostól távol is naprakész az információban. Amikor 2 évvel ezelőtt olvasta a Phare kiírást, azonnal rohant az önkormányzathoz, ahol meghallgatásra talált: beadtak Orosháza-Gyopárosfürdőre egy megvalósítási tervet, amely a termálvíz korszerű hasznosításáról szólt, és ami út lehet a régió felvirágzásához, a korszerű gyógyítás nemzetközi méretűvé válásához. A pályázat sikerült: 1998 végére papír szólt arról, hogy a koncepció 250 millió forinttal rendelkezik. Isten malmai lassan őrölnek, ebből valós pénz tavaly októberben lett, megfűszerezve azzal a kikötéssel, hogy 2000. júniusáig fel kell használni. A sajtóból tájékozódónak nem új ez az információ, Boros Imre tárca nélküli miniszterhez igen gyakran irányult a kérdés külföldről-belföldről egyaránt: mi van a fel nem használt Phare pénzekkel, hiszen ha nem költjük el, az lejár.

Egy év eredményéről szól az alábbi képriport. A tervek korántsem befelyezettek, a permanens pályázat és forráskeresés további álmok és célok megvalósításáról szólnak, amelyek - ismerve az előzményeket - nem tekinthetők irreálisnak. A külföldi befektetők is sorra kopogtatnak a kórház igazgatói szobájában, hiszen a csodálatos földrajzi adottság, a tórendszer, az ásványi anyagokban gazdag gyógyvíz és az a tény, hogy 30 km-es körzetben semmi ipari létesítmény nincs, ebben a *„biovilág”* értékeit hangoztató új jövőképben igen nagy vonzerő.

E sorok írója tanúja volt egy nagyhírű, de mára lepusztult gyógyfürdő menedzsmentje hivatkozásának: mi az ország északi részében vagyunk, nem Hévízen, ide nem jönnek a túristák... Bízunk abban, hogy kórházvezetőink időnként konzultálnak...

Gyopárosfürdő az ország délkeleti részén fekszik Orosházától 3 km-re. Már a múlt században felfedezték a víz gyógyító hatását, a század elején a fürdő francia kapcsolatok révén felvirágzott, majd a II. világháború után forgalma és népszerűsége visszaesett. A 2000 októberében átadott közel 1200 m² alapterületű Fiziko és Balneotherápiás Központban a városi kórház teljes reumatológiai szakrendelése is helyet kapott. A vízgyógyászat előrelépett a minőségi betegellátásban, így a korszerű technikával történő megszokott kezeléseken túl új ellátási típusok is rendelkezésre állnak.

Iránytaxival viszik ki a kezelésekre a betegeket, majd szintén térítésmentesen viszik vissza. A víz 47 fokos, amit a terápiának megfelelően gépek keverik igény szerint a kívánt hőfokra. Aranysárga színe vastartalmának köszönhető. A víz a hévízi kutak tulajdonságával bír, alkáli hidrogénkarbinátos vize kiválóan alkalmas nőgyógyászati, mozgásszervi, reumás és izületiai betegségekre. Ortopédiai, reumatológia szakrendelés mellett rehabilitációs tevékenységre is alkalmas, a traumatológiai rehabilitáció mellett stroke betegek utókezelésére is van lehetőség. Valamennyi beavatkozást az OEP téríti.

Diagnózis - terápia

A reumatológiai vagy mozgásszervi rehabilitációs, illetve rekreációs kezelésként a 21 napos kis és nagykúra javasolt. Amikor a sérülés, ortopédiai műtét, ideggyógyászati megbetegedés, előrehaladott kopásos végtagizületi betegség miatt jelentős funkciókárosodása van a betegnek, előtérbe helyezendő a víz alatti vagy tornaterme gyógytorna, izomkezelésre alkalmas elektroterápiás eljárások és meleg pakolás.

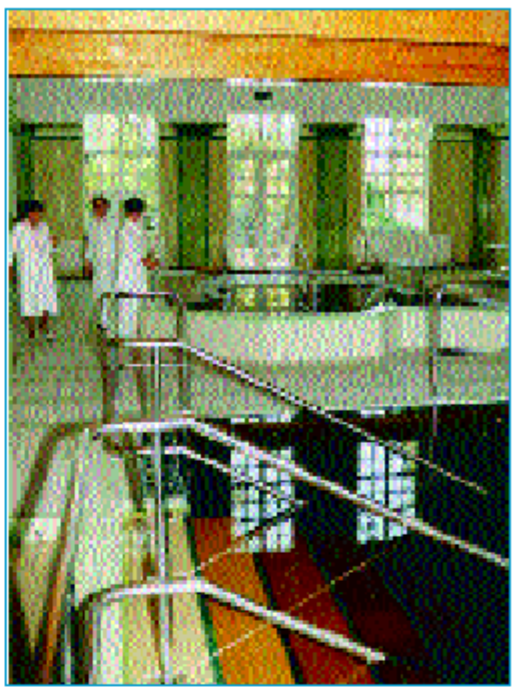
A központi idegrendszeri, spasztikus bénultak kezelése is megoldott, víz alatti gyógytorna kádban is lehetséges, a tornamedencék mellett betegemelő áll rendelkezésre. Csonttörések, rándulások, gipszrögzítés, Sudeck-syndróma (rekeszes galvánfürdő, váltósugaras fürdő, száraz-nedves CO2 kezelés), gerincsérv műtét, izületi endoprotézis beültetés utáni állapot, rheumatoid arthritis, SPA, előrehaladott csípőizületi kopás okozta panaszok, koponya, gerincsérülés után kialakított állapot (a felsorolás a teljesség igénye nélkül, csak a leggyakoribb kezeléseket említve értendő).

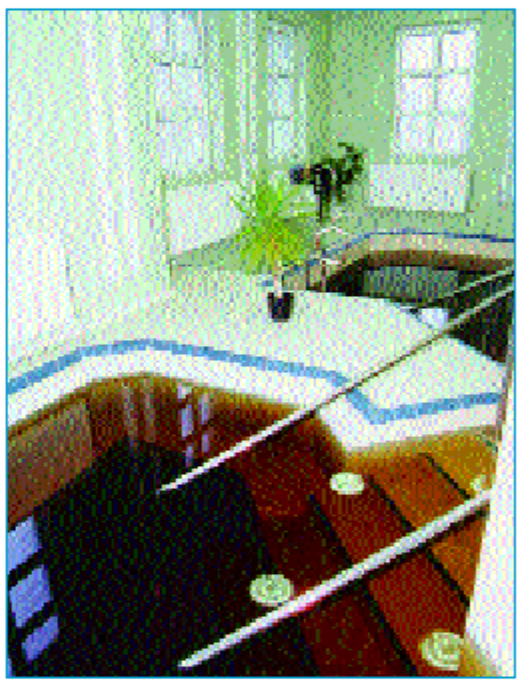
7 **napos kiskúra:** a termálfürdő és masszázs mellé választható

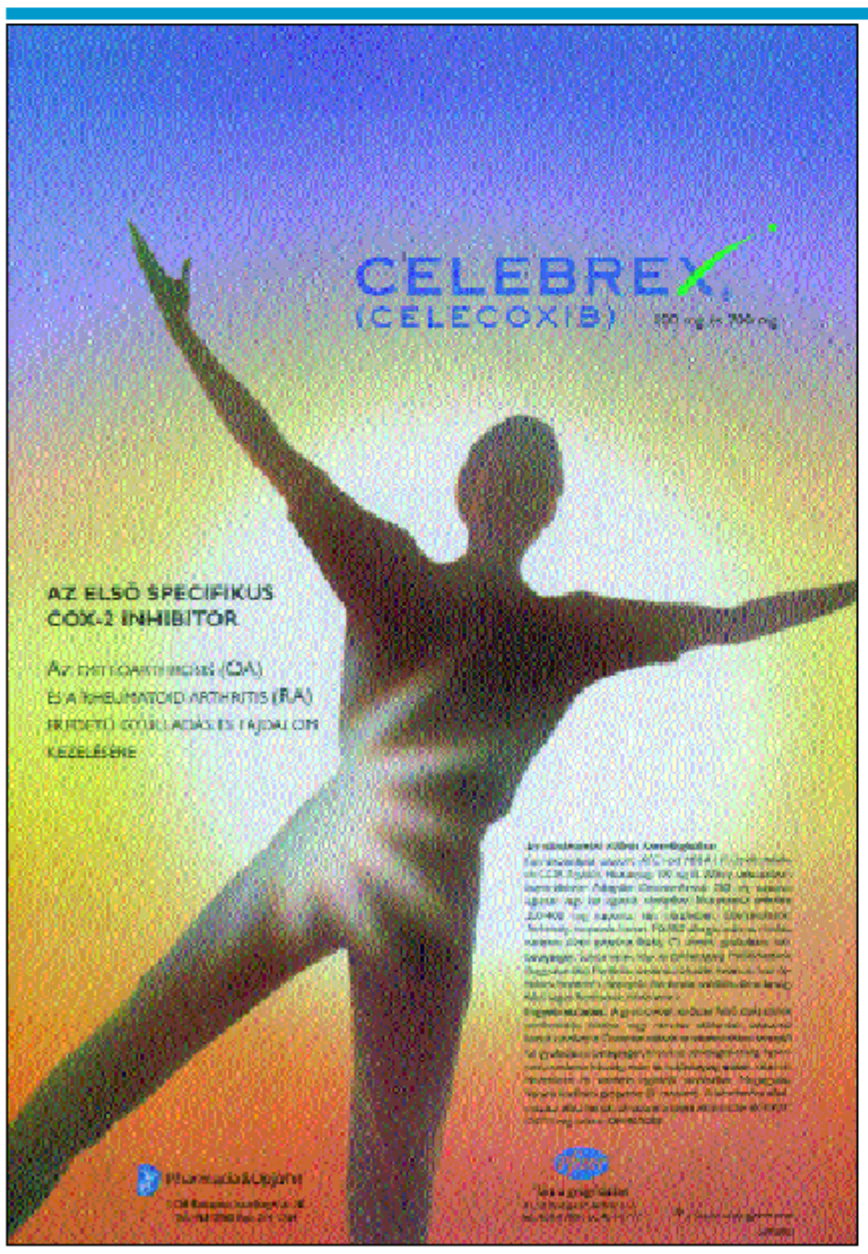
Súlyfürdő, Tangentor, Hydroxeur, Iszap vagy parafangó, Lézerkezelés vagy egyfajta elektromos kezelés

Gyógytorna egyéni, csoportos vagy víz alatti, termálfürdő kádban vagy medencében

7 **napos nagykúra:** termálfürdő, masszázs és még háromféle kezelés







Celebrex, az első speciofikus COX-2 inhibitor

A mozgásszervi betegségekben szenvedő betegeket régóta kezelik hagyományos, nem-szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerekkel. A hagyományos NSAID kezelés mára már nyilvánvalóvá vált korlátai közé tartozik azonban az, hogy súlyos szövődményeket okozhat a gasztrointesztinális (GI) traktus felső részében. Azok körében, akik NSAID-ot használnak, a szimptomatikus GI fekélyek és a szövődményes fekélyek jóval nagyobb arányban fordulnak elő, és hosszú évtizedek óta keserítik meg, sőt mi több, néha veszélyeztetik az ilyen gyógyszereket szedők életét. Az orvosi szaklapokban 1996-ig publikált adatok alapján egy nemzetközi kutatócsoport azt állapította meg, hogy a 2 hónapnál huzamosabb ideig NSAID-t szedők között 1200-ból 1 beteg az NSAID-k emésztőrendszeri mellékhatásai miatt veszti életét. Egy Egyesült Államok-beli populáció (az ún. ARAMIS adatbázis) elemzése szerint ugyanakkor a tápcsatornai gyógyszermellékhatás miatti halálozás évente kevesebb mint 500 NSAID-t szedő beteg közül egynél bekövetkezik. Összefoglaló elemzések szerint az NSAID-mellékhatás a 15. leggyakoribb halálok az Egyesült Államokban.

A hagyományos NSAID-ok gátolják a prosztaglandin termeléséért felelős ciklooxigenáz enzim mindkét formáját. A COX-1 a szervezetben mindenhol megtalálható izoenzim, amely bizonyos élettani funkciókat teljesít prosztaglandinok révén, mint például a GI nyálkahártya integritásának biztosítása. A COX-2 főleg citokinok által indukált izoenzim, mely a fájdalom és a gyulladás létrejöttéért felelős prosztaglandinok szintézésében vesz részt. A fentiekből következik, hogy a hagyományos NSAID-ok gyógyító hatása a COX-2 gátlásból származtatható, míg mellékhatások, különösen a GI rendszer felső részét illetően a COX-1 gátlásból erednek.

A celecoxib (Celebrex) egy specifikus COX-2-inhibitor, amelyet a világ számos országában törzskönyveztek a rheumatoid arthritis (RA) és az osteoarthrosis (OA) tüneti kezelésére. A JAMA 2000. szeptemberi számában került közlésre a CLASS study, egy a celecoxib és hagyományos NSAID-ok hosszú távú gasztrointesztinális toxicitását összehasonlító randomizált, kontrollált tanulmány. Annak bizonyítására, hogy a celecoxib COX-2 specifikussága következtében a mellékhatások száma csökken, a szerzők összehasonlították az RA-ra, illetve az OA-ra ajánlott napi terápiás dózisnál 2-szer, illetve 4-szer nagyobb dózisok hatását a standard dózisokban használt ibuprofen és diclofenac hatásával (az ibuprofen és a diclofenac dózisai az alkalmazási előiratban meghatározott dózisok voltak.) A hagyományos NSAID-dal kezelt betegek egyik csoportja, 2000 beteg 2400 mg. ibuprofent, a másik 2000 beteg 150 mg diclofenacot kapott naponta, míg 4000 beteg részesült naponta 2x400 mg celecoxibkezelésben. A randomizált, dupla, vak vizsgálat az USA-ban és Kanada 386 centrumában folyt, 1998 szeptemberétől 2000 márciusáig. Az átlagos kezelési idő 6 hónap, a vizsgálat végpontja pedig a fekély és a fekélyszövődmény (perforáció, vérzés, obstrukció) volt. A vizsgálat azt igazolta, hogy a celecoxib 6 hónapon keresztül a maximális ajánlott terápiás dózis 2-4 szeresében alkalmazva, kevesebb mellékhatást okoz a GI traktus felső szakaszában, mint a vele összehasonlított NSAID-ok, amelyeket standard dózisban alkalmaztak. A vizsgálat eredménye alátámasztja azt a COX-2 hipotézist, mely szerint a COX-2 specifikus gyógszerek kisebb GI toxikus hatást fejtenek ki.

(Bővebben: JAMA, Vol.284 No.10. Sept.13.2000. Silverstein FE és munkatársai)