Látlelet®

HUNGA COORD SAJTÓIRODA

Mottó

„Az Európai Közösség legnagyobb paradoxonja az egészségügy terén az, hogy bár a lakosság korábban soha nem volt olyan egészséges mint most, mégis a tagállamokban az egészségügyi rendszer és ellátás javítására és ezzel az egészségügyi kiadások növelésére vonatkozó igény folyamatosan nő. Ezért a közösség olyan népegészségügyi stratégiát alakított ki, mely megfelel azoknak a kihívásoknak, amelyekkel a tagállamok egészségügyi ellátó rendszerei szembesülnek és amelyek várhatóan tovább nőnek a jövőben."

Public health in Europe
European Commission 1997.

XLIV. évfolyam — EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP — 2000. 7. szám

A Ritalin ügy

Hetek óta foglalkoztatja a médiát és a közvéleményt az a gyilkosság, amelyet két iskolás gyerek követett el harmadik társuk ellen. A tragédia után reflektorfénybe került a „Nyitott Világ" iskola, ahová az elkövetők jártak. Az iskola igazgatója a Népszabadság június 10-i számában adott interjút.

Ez az iskola egy épületben található a Vadaskert Kórház és Szakambulancia, valamint Fejlesztő és Felzárkóztató Iskola intézményével. Az intézmény igazgatója, Dr. Gádoros Júlia gyermekpszichiáter a tragédiát követő, s intézménye szakmai tevékenységét megkérdőjelező hecckampány naprakész dokumentumokkal kísért stációit mondja el.

A Szcientológia Egyház 1969-ben nemzetközi alapítványt hozott létre, „Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért" néven (Citizens Commission on Human Rights - CCHR), hogy „kivizsgálja és feltárja az emberi jogok ellen pszichiáterek által elkövetett visszaéléseket." A CCHR egyenesen a pszichiátriát kiáltja ki bűnbaknak az írástudatlanság, a kábítószerezés, a tinédzser kori terhesség és a bűnözés problémáiért. Egyik kiadványuk a „Pszichiátria: gyerekek elárulása és drogozása üzleti érdekből" címet viseli. A CCHR e szavakkal ajánlja a pszichiátria ellen íródott könyvét: „Fedezze fel az igazságot és azt, hogy mi a valódi megoldás a társadalom erkölcsi romlásának megállítására! Vásárolja meg a könyvet még ma!"

- folytatás a 2. oldalon -

TÖRTÉNELMI LECKE

Valamikor az antivilágban, úgy a hetvenes évek táján a Hét című televíziós műsor két egymást követő adásában foglalkozott a kórházi ügyeletek tarthatatlan állapotával, nevezetesen azzal, hogy az ügyeletek után az orvos nem kap szabadnapot. Hiába a kimerítő éjszakai munka, másnap kutya kötelessége dolgozni. Kétszer mintegy húsz percen át szólt a palackból kiengedett panaszáradat, mire a szaktárca részéről a szocialista egészségügy akkori egyik emblematikus főszereplője, előbb az MSZMP KB egészségügyi alosztályának vezetője, majd egészségügyi miniszterhelyettes dr. Medve László, most az Egészségügyi Tudományos Tanács elnökségi tagja, a MOTESZ Magazin szerkesztőbizottságának tagja, 1998-tól a Batthyány-Strattmann László érem kitüntetettje azzal intézte el a kamera előtt az ügyet, hogy az orvos úgysem menne haza pihenni, mert kíváncsi az ügyeletben felvett beteg további sorsára. Maradt is minden a régiben. Az ügyeletek kérdése csak nem oldódott meg azóta sem, annak ellenére, hogy itt tíz éve polgári demokráciát emlegetnek, különös tekintettel a jogállamiságra. A ki nem fizetett ügyeleti díjakat csak bírósági eljárás révén lehet megkapni, a túlmunka messze meghaladja a Munka Törvénykönyve által megállapított mértéket. Pedig voltak, akik nem beszéltek mellé: Pataki László és munkatársai 1969-ben pubkikált szociológiai dolgozata ajánlásokat fogalmazott meg a már akkor virágzó visszásságok megoldására. Ezek között szerepelt többek között változó munkahelyű orvosok alkalmazása a helyettesítések és az ügyeleti ellátással kapcsolatos munkajogi anomáliák kezelésére. Kíváncsi vagyok, ma, harmincegy évvel később hány ilyen betöltött, vagy betöltetlen állás létezik az országban?

Hagyjuk az eufemizmust: a magyar egészségügy megoldatlan kérdéseinek ma is legkézenfekvőbb megoldása az ellátó személyzet törvénytelen kihasználása, ami ha szóba kerül, kerülő utakra téved rögtön a diszkusszió. Pedig az Alkotmány és a Munka Törvénykönyve elég világosan fogalmaz, legyen szó akár túlmunkáról, bérről, vagy diszkriminációról. A politika és az orvoslás visszás viszonyának persze már régebben is megvolt a maga előtörténete. A mellébeszélés és a betegérdek mögé húzódó demagógia nem új találmány.

Mindez a minap jutott eszembe, nézvén egy késő esti stúdióbeszélgetést az egyik kereskedelmi tv-csatornán.

- folytatás a 11. oldalon -

Közkívánatra egyben hozzuk le az *„Európai Unió szerepe az egészségügyben"* - című tanulmányt, amelyet az Egészségfejlesztési Kutatóintézet megbízásából Dr. Czimbalmos Ágnes készített.

Összeállításunk a 4, 5, 6, 7, 8, 9, oldalon olvasható.

Családbarát Munkahely 2000 Pályázat

A 21. században érve világszerte egyre nagyobb hangsúly helyeződik az *„életminőség"* kérdésére. Az emberek többségének egyfelől dolgoznia kell és dolgozni is szeretne, másfelől szeretne elegendő időt és energiát fordítani magánéleti kötelezettségeire: a gyermeknevelésre, saját készségeinek fejlesztésére, idős vagy rászoruló hozzátartozók gondozására. Nem könnyű a munkához és a munkahelyen kívüli élethez kapcsolódó feladatok között megfelelő egyensúlyt találni.

A nyugat-európai országokban - felismerve, hogy ennek az egyensúlynak a hiánya azáltal, hogy csökkenti a hatékonyságot és a termelékenységet, kedvezőtlenül befolyásolhatja a vállalat működését - egyre több munkáltató vezet be családbarát intézkedéseket, amelyek a vállalat és a munkavállalók érdekeit egyaránt szolgálják. A megfelelő munkakörülmények és feltételek a munkavállalókat nagyobb fokú elkötelezettségre ösztönzik, továbbá arra, hogy készségeiket a lehető leghatékonyabban fejlesszék, képességeiket pedig a leghatékonyabb módon használják.

A Szociális és Családügyi Minisztérium ez év elején indította útjára a Családbarát Munkahely 2000 Pályázatot, amelynek célja a vállalatok körében - a már gyakorlatban is létező - munkavállaló és családbarát intézkedések feltérképezése volt. A pályázathoz csatlakozott a Magyar Agrárkamara, a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara, valamint a Magyar Kézműves Kamara is.

A nyugat-európai országokhoz hasonlóan, Magyarország is felismerte, hogy állami elköteleződés szükséges az ilyenfajta kezdeményezések felkarolására a munkaerőpiacon. A rendszerváltást követő sokszor *„vadkapitalistának"* nevezett évek gazdasági nehézségei nem kedveztek a családbarát intézkedések meghozatalának, azonban az azóta megindult gazdasági növekedés párhuzamban kell, hogy folyjon a munkahelyek *„humánusabbá"* válásával.

- folytatás a 2. oldalon -

MEGALAKULT A NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI TANÁCS

2000. május 31-én megalakult a Nemzeti Egészségügyi Tanács.

Az alakuló ülésen jelen voltak a magyar egészségügy minden szereplőjének képviselői. A tanács létrehozásának célja az volt, hogy segítse a Kormányt egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátásában, illetve a szakmai konszenzus kialakításában az egészségfejlesztési prioritások megállapításában, valamint az ágazati együttműködésben.

Gógl Árpád szakminiszter elmondta, hogy a NET létrehozása az egészségügyi törvény rendelkezései értelmében történt. Létrejöttét széleskörű ajánlattétel előzte meg. Több mint 10 csoport vett részt a munkában, mely több mint egy évig tartott.

Egy 9 tagú jelölőbizottság készítette elő az elnök megválasztását. A sajtóértekezletet megelőző ülés igen konstruktív volt.

A NET összetételét a privatizáció tovább fogja árnyalni. Az ügyrenddel kapcsolatosan törvénymódosítás szükségessége is felmerült.

A miniszter elmondta, hogy korszakosnak érzi a pillanatot. Megteremtődött az a fórum, ahol a betegek képviselői találkozhatnak a teljes egészségüggyel.

A betegjogi szervezetek jól illeszkednek az egészbe és számos javaslatot tettek.

A hozzászólások során felmerült az a kérdés, hogy a szakdolgozói érdekképviseletek csak szakszervezeti oldalról jelenhetnek meg. A szakmai szervezetek nem ilyenek. A miniszter is jelezte, hogy a kérdést fontosságának megfelelően kezeli, s ha lehet a későbbiekben törvényt is módosítanak a megoldás érdekébe.

- SZIT. -

Családok a középpontban

Családbarát Munkahely 2000 Pályázat

- folytatás az első oldalról -

A családbarát foglalkoztatás tekinthető a vállalat egyfajta jóléti juttatásának, amely a potenciális munkavállalók szélesebb köre számára teszi vonzóvá az adott munkahelyet, és így növeli a munkáltató lehetőségeit a legmegfelelőbb képességű és képzettségű munkaerő kiválasztására.

A kedvező munkavégzési feltételek és a nagyobb fokú rugalmasság biztosítása növeli a munkavállalók vállalattal szemben elkötelezettségét és így a már meglévő munkaerő megtartása szempontjából is nagy jelentőséggel bír. Azok a munkavállalók, akiknek lehetőségük van a magánélet és a munkavégzés összehangolására, több motivációval és elkötelezettséggel teljesítik feladataikat, a munkavállaló teljesítménye jobb és kiegyensúlyozottabb lesz.

A rugalmatlan munkavégzési feltételek mellett megeshet, hogy a munkavállalók betegszabadságot vesznek igénybe, hogy az otthoni vagy egyéb személyes, munkahelyen kívüli tennivalóikat el tudják látni. A családbarát foglalkoztatás különböző formáival ezek a jelenségek csökkenthetők, illetve kiküszöbölhetők.

Ugyanakkor a vállalat megítélésének javulása is megfigyelhető, hiszen a vásárlók egyre jobban odafigyelnek arra, hogy milyen az egyes vállalatok etikai, környezetbarát, vagy akár családbarát beállítottsága.

A munkaidő

A munkaidő rugalmassága talán az egyik legfontosabb szempont a családbarát munkahely kialakításában. A bizonyos munkahelyeken évtizedek óta bevált rugalmas vagy mobil munkaidő esetén a munkavállalónak egy bizonyos meghatározott időtartamban munkahelyén kell tartózkodnia, de azon túl, a munka kezdésének és befejezésének időpontját a munkavállaló szabadon dönti el. A részmunkaidő elsősorban kisgyermekes anyák számára rendkívül fontos, ugyanakkor a munkavégzésnek ez a formája gyakran rosszul fizetett és alacsony presztízsű. Azon tévhiedelemmel ellentétben azonban, miszerint az ilyen alkalmazottak kevésbé elkötelezettek munkájuk iránt, a részmunkaidőben dolgozók nem ritkán rövidebb munkaidejük alatt nagyobb erőbefektetéssel végzik munkájukat.

Továbbképzés, GYES, GYED, szabadság

A továbbképzések esetén a családbarát munkahely lehetővé kell, hogy tegye a dolgozónak, hogy a továbbképzés ideje alatt ne kelljen elszakadnia a családjától - vagy mert munkaidőben történik a képzés, vagy mert az családi programokkal van egybekötve.

A GYES és a GYED után gyakran nehezen megy a munkába való visszatérés, amelyet a munkahely enyhíthet azáltal, ha biztosítja, hogy a távollévő édesanya vagy édesapa az információáramlásban továbbra is részt vegyen, és folyamatos kapcsolattartással szakmai és emberi kapcsolatait megtarthassa.

A szabadságolásoknál a családosok igényeinek figyelembe vételekor a szabadságoknak lehetőség szerint le kell fednie a gyermek- és oktatási intézmények szüneteit.

Mindez szerencsére nem csak utópia. A kiírt pályázat résztvevői felismerték a családbarát munkahely előnyeit a munkaadói és a dolgozók oldaláról is, amelyet Harrach Péter miniszter úr a díjátadó rendezvényen a következőképpen fogalmazott meg: A motiváció és a megelégedettség elősegíti a jobb munkahelyi légkört, a stresszhelyzet csökkentését, erősíti a cég versenyképességét, csökkenti a munkahelyről való hiányzásokat. A közhiedelemmel ellentétben nem csupán a család, hanem a munkaadó érdeke is a családbarát munkahely létrejötte. Olyan világban élünk, amelyben különösen fontos az együvé tartozás kifejezése, a közösségi, családi életérzés erősítése.

A Családbarát Munkahely 2000 Pályázat díjait és különdíjait az ebben a szellemben dolgozó és élő vállalatok kapták, amelyek az egyéb jutalmak mellett, egy éven keresztül használhatják a Családbarát Munkahely 2000 elnevezést és az ahhoz kapcsolódó logot.

Családbarát Tanácsadó Műhely

A Családbarát Munkahely 2000 törekvéseihez szorosan kapcsolódnak a Családbarát Tanácsadó Műhely törekvései, a dolgozók családi kapcsolatainak előtérbe állításával.

„A Családbarát Tanácsadó Műhely törekvései közé tartozik, hogy tudatosítsa a családi életforma értékét a munkahelyek számára. Célunk, hogy a cégekben, vállalatokban felébresszük azt az igényt, hogy munkatársaikat és azok családját ne csupán anyagi eszközökkel, munkaidő kedvezménnyel támogassák, hanem különféle testi-lelki-szellemi harmóniát elősegítő, egyszeri befektetést igénylő, ámde hosszútávon ható programokkal is, a családdá válás előtt és a családi életciklusok különböző szakaszaiban egyaránt. Ma már egyre több munkaadó ismeri fel, hogy a munkatársak családi kapcsolatainak minősége döntő befolyással van munkahelyi teljesítményükre. Ehhez kíván segítséget nyújtani a Családbarát Tanácsadó Műhely oly módon, hogy segít összehangolni a családi életet a munkahelyi elvárásokkal, amivel megelőzi a konfliktusok kialakulását és modellt ad a mindkét felet kielégítő kapcsolatok kiépítéséhez és fenntartásához."

A Családbarát Tanácsadó Műhely munkatársai többek között pszichológusok, pedagógusok, közgazdászok, szociológusok, mentálhigiénés szakemberek, matematikusok, akik a műhelynél jelentkező vállalatok számára felmérést készítenek a vállalat helyzetéről, lehetőségeiről és igényeiről, amely felmérést a dolgozókra is kiterjesztenek. A kétféle, gyakran ellentétes igény összehangolására különböző programokat, tanfolyamokat, tréningeket ajánlanak, valamint javaslatokat tesznek bizonyos intézkedések meghozatalára.

A különböző életciklusokra és élethelyzetekre széleskörű tréningprogramot ajánlanak, amelyek a legkülönbözobb élethelyzetekben és problémákban nyújthatnak segítséget. Ajánlataik közé tartoznak „Kapcsolati Tréning Fiataloknak", „Házasságra Felkészítő Tréning", „Párkapcsolat Tréning", „Várandós Párok Tréningje", „Gyakorló Szülők Tréningje", „Testi-lelki Harmónia Tréning", „Szerepeink: Női-Férfi Hatékonyság Fejlesztő Tréning", „Önismeret és Érzelmi Intelligencia Tréning", és „Kapcsolat és Konfliktuskezelő Tréning".

A Családbarát Tanácsadó Műhely tagjai a humanisztikus, személyközpontú megközelítést vallják magukénak, az emberi kapcsolatokban az egyenrangú partneri viszony megvalósításának és gyakorlásának elkötelezett hívei. Programjukkal a családok támogatásának munkahelyi rendszerébe a családok lelki egészségének javításával és megőrzésével egy új elemet kívánnak bevinni a már részben megvalósult anyagi jellegű támogatások mellé.

- Benda Judit -
gyógyszerész, egészségtanácsadó

Magyarul is *„Az első 365 nap a gyermek életében"*

Dr. Aszmann Mária, valamint dr. Podmaniczky Erzsébet fordításában a magyar a harminckettedik nyelv, melyen nemrég látott napvilágot dr. Theodor Nellbrügge, a Müncheni Egyetem Gyermekcentruma, Szociálpediátriai és Ifjúságegészségügyi Intézete igazgatójának, illetve dr. J. Nemann von Wimpffen, a Bajor Rádió és Televízió főszerkesztőjének könyve, „Az első 365 nap a gyermek életében". A világsikert aratott mű hazai bemutatójára május 16-án, a Budai Területi Gyermekkórház orvosi könyvtárában került sor.

A jogos méltatások sorát dr. Fekete György tanszékvezető egyetemi tanár, a Magyar Gyermekorvosok Társasága elnöke nyitotta meg, majd dr. Kosztolányi György professzor, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Genetikai és Gyermek-fejlődéstani Intézetének igazgatója szólt arról, hogy a könyv kivételes pillanatot „örökít meg". Nevezetesen azt az egy esztendőt, amely oly fontos a csecsemő fejlődésében és nemkevésbé a szülők, elsődlegesen persze az édesanya életében.

Dr. Theodor Nellbrügge a következőket írja a magyar kiadás előszavában: „...Senki sem ismer jobban egy gyermeket, mint a szülők, kiváltképpen az édesanya. Senki sem figyel meg jobban egy csecsemőt sem. Ennek alapján a fejlődési lemaradások korai felismerése a legmegfelelőbb módon a szülők bevonásával történhet..."

A szuggesztív egyéniségű professzor a többit már előszóban mondta el a hallgatóságnak - igencsak érzékletes módon. Olyannyira, hogy a demonstráció „alanya" - némi derültség közepette - maga a fiatal tolmács volt. Dr. Nellbrügge bevezetőjében arról szólt, hogy az anyuka nem radio-, neuro- vagy kardiológus, hanem szívére, érzelmeire, megszerzett tapasztalataira hallgató érző lény. Ez a vezérfonala a felismerésnek, az észlelésnek is. A kedves és korántsem sértésként mondjuk, „nagypapás" megjelenésű professzor a továbbiakban - cseppet sem udvariaskodásból - emlékeztetett a magyar gyermekgyógyászat, különösen dr. Bókai János munkásságának sokévtizede tartó nemzetközi elismertségére. Ezt követően elmondta: sajnos a barna és a vörös diktatúra „szociálpolitikája" tönkretette a klasszikus családmodellt, hiszen divat lett a gyermekeket nappali, illetve bentlakásos otthonokban elhelyezni. Ez a tény sokáig megnehezítette a szakorvosok munkáját, hiszen óhatatlanul is elszemélytelenítette ezt a korosztályt.

A könyv, amely 1500 csecsemő „etalonja", képekkel illusztrálva, egy televíziós sorozat nyomtatásban megjelent összefoglalója, fő fejezeteiben a következőkkel foglalkozik: amit a gyermek fejlődéséről, a fejlődési zavarokról és a korai kezelésről tudni kell; a csecsemő képességei és viselkedése az egyes élethónapok során; a legfontosabb funkciók fejlődése csecsemőkorban (mászás, ülés, járás, fogás, észlelés, társas viselkedés, hangkifejezés, beszédértés); hogyan fejlődik gyermekem az első életévben?

A világsikerű művet a pécsi Alexandra Kiadó jelentette meg és a könyvesboltokban is kapható.

- Nagy Attila -

A Ritalin ügy

- Folytatás az első oldalról -

Ebből is nyilvánvaló, hogy a CCHR, a Magyarországon kiemelten közhasznú, non-profit szervezetként bejegyzett alapítvány üzleti haszonszerzés céljával működik! S, hogy miért kaphat ennek a szervezetnek a kártékony tevékenysége ekkora teret és lehetőséget?

Gádoros Júlia szerint még magasan kvalifikált emberek is sokszor áldozatául esnek a tényeket elferdítő, az állampolgári jogokra hivatkozó szervezet agymosó tevékenységének. Az emberek ingerküszöbe egyre magasabb és hajlamosak a harsány szenzációkra, a sokkoló tragédiákra figyelni, míg a korrekt, hétköznapi munka és eredményei elsikkadnak. A „Vadaskerti gyerekek" című ismeretterjesztő film, mely tárgyilagosan mutatja be az Intézmény tevékenységét, például csak zártkörű szakmai vetítéseken látható, nem vevő rá a média.

A CCHR 2000. május 3-i dátummal levélben kereste meg a fővárosi iskolák igazgatóit és a nevelési tanácsadók vezetőit: „...az Egyesült Államokban több mint négymillió gyermekkel szedetnek Ritalint. Magyarországon ez a szám információink szerint jelenleg több mint tezer. Rendkívül fontos, hogy idejekorán megakadályozzuk az olyan katasztrófák megtörténtét, amelyeknek tanúi lehettünk azokban az országokban, ahol már több millió gyermeket bélyegeztek meg és „kezelnek" drogokkal, tudományosan alá nem támasztott pszichiátriai betegségek ürügyén."

A CCHR képviselője - egy szerencsétlen gyermekgyilkosság ürügyén - nem csak ebben a levélben, hanem a médián keresztül is hecckampányt folytatott, miszerint a gyógyszeres kezelés potenciális gyilkosokká teszi a gyerekeket.

Mindez érthető módon zavart kelt számos gyermekpszichiátriai intézményben, így a „Vadaskert"-ben is. Az érintett szülők tanácstalanok, gyermekeik nap mint nap ki vannak téve a gúnyolódásnak, megbélyegzésnek. Visszajelzések szerint még háziorvosok körében is előfordult efféle kijelentés: gyilkos szert nem vagyok hajlandó felírni!

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (elnök: Prof. Dr. Füredi János) Gyermekpszichiátriai Szakbizottsága levélben kérte Gógl Árpád egészségügyi miniszter segítségét májusban, mivel a szülők és a gyermekek egyaránt - megrémülve a médiában is terjesztett téves információktól - elveszíthetik bizalmukat az orvosi segítségben és ezzel hátrányos helyzetbe kerülhetnek. A szakma egymaga képtelen megbirkózni e rémisztő jelenséggel.

1998-ban több európai országban dolgozó szakember közreműködésével kidolgozták a hiperkinetikus zavar klinikai kezeléséről szóló irányelveket. Eszerint gyógyszerek alkalmazását kell fontolóra venni, ha a beteg megfelel az AD/HD (attention deficit/hiperactivity disorder) szindróma DSM-IV kritériumainak és ha a pszichológiai kezelések önmagukban nem bizonyulnak elegendőnek, vagy ha az elsődleges gyógyszeres kezelés feltételei teljesülnek. A kezelést csak akkor tartják kedvező hatásúnak, ha a javulás szembeötlő és ha nincs fennálló mellékhatás. A kezelt gyermekek esetén nem tapasztaltak dependenciát. A gyermekkori metilfenidát kezelés nem növeli a későbbi hozzászokás valószínűségét - olvasható a Pediáter című szaklapban megjelent irányelvek között. Az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért CCHR Alapítvány valótlan állításai a rászorulók félrevezetésén kívül jogvédelem címén súlyosan sértik a gyermeki jogokat, akadályozzák, hogy a rászoruló gyermekek a legmagasabb színtű testi és lelki egészséghez való jogukat gyakorolhassák.

A CCHR Alapítvány valótlanságot állít, miszerint a Ritalin megvonásának fő komplikációja az öngyilkosság, s nem felel meg a tényeknek, hogy Amerikában több millió gyermeket bélyegeztek meg és „kezelnek" drogokkal tudományosan alá nem támasztott pszichiátriai betegségek ürügyén.

Gádoros Júlia hangsúlyozza, hogy a kábító- és pszichotrop szerek tiltott fogyasztásának megakadályozásával messzemenően egyetért, intézményének tevékenysége azonban szakmailag megalapozott, a tudomány által ma legkorszerűbbnek tartott módon folyik.

A CCHR - a szakmaiság látszatát keltve - összegyűjtötte a pszichiátriai szerek káros mellékhatásait, ám arról megfeledkezett, hogy szakszerűtlen adagolás esetén bármilyen, enyhe gyógyszer szedésekor is felléphetnek nemkívánatos mellékhatások!

Gádoros Júlia végezetül a Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Társaság elnöke, Dr. Vetró Ágnes (SZTE ÁOK) Gógl Árpádnak írott levelére utal, melyben egyebek között megírják, hogy 1999 decemberében az Európa Tanács Pompidou Munkacsoportja ülést hívott össze, hogy a tudományos kutatók és klinikusok Európában hozzanak konszenzust a gyermekek pszichostimuláns medikációjával kapcsolatban. Ezek alapján megállapítható volt, hogy hazánkban a gyógyszer, mivel csak egyedi importra szerezhető be, azaz nincs forgalomban, drámaian alul van adagolva ebben a betegcsoportban. A nemzetközi epidemiológiai adatokat figyelembe véve, 100-200.000-re tehető az 5-18 év közötti hiperkinézis figyelemzavar betegségben (ADHD) szenvedő gyermekek száma, ezek 10 százaléka biztosan igen súlyos eset, aki gyógyszeres (pszichostimuláns) kezelésre szorulna, ezzel szemben az OGYI adatai szerint 1999-ben mindösszesen 1430 gyermek kapott ilyen gyógyszert, azaz az érintett populáció alig 1 százaléka. Így teljesen érthetetlen és pánikkeltő az a hecckampány, amit a Ritalin ellen a Szcientológiai Egyház folytat.

Bucsiné Judit három gyermekes édesanya, akinek Tomi fia alsó tagozatban igen rosszul tanult. Ötödikesen került a Vadaskert Fejlesztő és Felzárkóztató Iskolába. A gondos, alapos kivizsgálás után Ritalint kapott, amely segíti őt a figyelemösszpontosításban, ezáltal abban, hogy képességeit kibontakoztathassa. Az anya elmondta, hogy fia jól tanul és remekül érzi magát a családias légkörű iskolában, ahol nem csak gyógyszere bevételét ellenőrzik, hanem személyre szabott törődést kap. Egyik tanára még otthon is felhívta, akar-e a jobb jegyért felelni. A „Vadaskert"-be járó gyerekek szülei közül - teszi hozzá Judit - senki sem vett részt a Szcientológia Egyház által szervezett tüntetésen. Fiával, együtt reméli, hogy a nyári szünet után normális kerékvágásban kezdhetik meg a gyerekek az új tanévet a Vadaskert Fejlesztő és Felzárkóztató Iskolában.

- Szádvári Lídia -

Figyelmébe ajánljuk...

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Sajtóosztályának aktuális információja

Tudnivalók a külföldre utazóknak

A nyári üdülési szezon aktuálissá teszi azokat a tudnivalókat, amelyek segítik a külföldre utazó biztosítottakat a kint esetleg felmerülő egészségügyi költségekkel kapcsolatosan.

A külföldre utazó biztosított - akár munkát vállal, tanulmányokat folytat, turistaként vagy egyéb jogcímen tartózkodik átmenetileg egy másik országban - a felmerült sürgősségi ellátásának költségei után az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő térítést kapja a magyar egészségbiztosítástól. Ez általában a külföldi gyógykezelés költségének 10-15 százaléka. (Kivéve, ha van az adott országgal külön érvényes megállapodása egymás egészségbiztosításáról.)

A felmerült gyógykezelés költségét a biztosítottnak kell a kórházban kifizetnie, majd a hazatérését követő 30 napon belül a lakóhely szerint illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárhoz kell benyújtani a térítésre vonatkozó igényét. Az igénybejelentéshez csatolni kell az eredeti külföldi számlát, a számla fordítását és az annak kiegyenlítésére vonatkozó igazolást, továbbá - amennyiben rendelkezésre áll - a kórházi zárójelentést.

Amennyiben valamilyen oknál fogva a számla külföldön nem kerül kifizetésre, az OEP engedélyezheti a belföldi költség összegének a külföldi kórház részére történő közvetlen megtérítését. A fennmaradó összeg megtérítése a biztosítottat terheli.

A biztosítottak külföldről Magyarországra történő sürgősségi betegszállításának költségét az egészségbiztosítás a hazai költség mértékén téríti. Amennyiben a sürgősségi betegszállítást nem magyar betegszállító szolgálat végzi, a devizában felmerült számlát a biztosítottnak kell kifizetnie és a térítésre vonatkozó igényt a fentiekhez hasonlóan szintén a lakóhely szerinti megyei egészségbiztosítási pénztárhoz kell benyújtania.

Fontos tudnivaló, hogy Lengyelország, a Cseh Köztársaság, a Szlovák Köztársaság, Bulgária, Románia, a szovjet és jugoszláv utódállamok esetében hatályban vannak a kétoldalú államközi szociálpolitikai egyezmények. Az egyezmények alapján az adott országok valamelyikében tartózkodó magyar állampolgárok heveny sürgős esetben a feltétlenül szükséges mértékig térítésmentesen jogosultak egészségügyi szolgáltatásra. A sürgősségi ellátáson túli egészségügyi szolgáltatásért a kinti árak szerinti díjat kell megfizetni.

Hasonló módon működnek a Nagy-Britaniával és Észak Írországgal, Svédországgal, Finnországgal és Norvégiával kötött egészségügyi ellátási egyezmények is. Ezen egyezmények alapján a kint tartózkodó magyar állampolgárok útlevél felmutatása mellett részesülhetnek - baleset, heveny megbetegedés vagy egyéb azonnali kezelést igénylő esetekben - térítésmentes orvosi ellátásban az adott ország egészségügyi szolgálatánál.

A Svédországgal aláírt egészségügyi ellátási egyezmény alapján azonban csak a kórházban igénybevett sürgősségi ellátás térítésmentes.

Mindenképpen ajánlatos kiutazás előtt külföldre érvényes betegség- és balesetbiztosítást kötni valamelyik üzleti biztosítóval is. Figyelembe véve a külföldi egészségügyi ellátás magas árait, célszerű mérlegelni, hogy ezt a biztosítást milyen összeghatárig és milyen feltételek mellett kötik meg.

A közelmúltban lépett hatályba a Németországgal kötött szociális biztonságról szóló egyezmény, melynek alapján a két ország állampolgárai egymás államaiban a lakóhelyeiken kötött tb-biztosítás alapján orvosi ellátásban részesülnek. Azaz: a magyar tb-jogosultság a biztosítottaknak németországi orvosi ellátást is garantál. Ez az egykori, 1995-ben lejárt NDK-magyar megállapodás utóda, egész Németországra kiterjedő hatállyal. A megállapodás összhangban van az Európai Unió rendelkezéseivel. Ami a betegbiztosítást illeti: tekintettel arra, hogy a költségek nem azonos szintűek (Németországban lényegesen magasabbak, mint Magyarországon) a megállapodás hatálya nem terjed ki a Németországban munkaszerződés alapján dolgozó magyarokra, akiknek továbbra is egyéni alapon kötött baleset és egészségbiztosításra van szükségük.

Németországban - a magyarországiéhoz hasonlóan - szabad orvosválasztás van, tehát a magyar rászoruló felkeresheti bármelyik német orvost. Berlinben például nincsenek a budapestihez hasonló kerületi orvosi rendelők, hanem úgynevezett orvosházak (Arztehaus) működnek, amelyek nem egymás mellett ugyanolyan, hanem eltérő profilú orvosok, illetve orvosi munkaközösségek. Kórházak, klinikák szakrendeléseire általában az általános orvos (belgyógyász, háziorvos) beutalója alapján lehet jelentkezni.

A Németországba utazóknak fontos tudni, hogy a fentiek igénybevételéhez nem elég a magyar Tb-kártya. A sürgősségi szolgáltatások igénybevételéhez a magyar kiutazóknak még itthon be kell szerezniük az OEP megyei ügyfélszolgálatainál a DH 111-es formanyomtatványt. A németországi térítésmentes ellátásra jogosító karton kiadásához igazolni kell a járulék fizetését, azaz az igénylőnek be kell mutatnia az egészségbiztosító munkatársának a munkáltató igazolását, egyéni vállalkozó igazolványát. A járulékfizetők - nyugdíjasok, gyerekek, munkanélküliek - hozzátartozójuk jogán is megkaphatják az igazolást. Ezt Németországban egy egészségpénztárban be kell cserélniük egy német adatlapra. Ezeket a betegellátásra jogosító lapokat csak személyesen lehet átvenni. Az OEP munkatársainak információi szerint Németországban gyakorlatilag még a falvakban is működnek egészségbiztosítási kirendeltségek, így a magyarok könnyen megtalálhatják ezeket, s becserélhetik magyar nyomtatványukat németre. A kórházak kötelesek elfogadni a német egészségpénztárak által kiadott beteglapot, s annak alapján ingyen látják el a sürgős eseteket. Ez számos belgyógyászati, fogászati ellátást jelenthet, de minden esetben csak akkor, ha a fellépő betegség vagy az elszenvedett baleset kezelése nem tűr halasztást. A beteg ellátása után az orvos a kitöltött beteglapot visszaküldi a betegkasszának, amely kifizeti az ellátásért járó pénzt.

Út Európába:

Megalakult a Magyar Minőség Management Szövetség

Magyar Minőség Management Szövetség

Helyzetkép

Mind a közéletnek, mind a gazdasági életnek igen gyakori hivatkozási alapja az Európai Uniós csatlakozás. Szinte nélkülözhetetlen eszközévé vált hazai anomáliáinkkal kapcsolatban egyfajta szankcióként, fegyelmezésként e fentiek hangoztatása, amely többnyire magatartásmodellünk, életvitelünk revidiálását, illetve annak kényszerét hivatott beharangozni. Így tehát az sem meglepő, ha egyesek nem várják a csatlakozást, hiszen ez számukra a nem kívánt kontroll bevezetését kell, hogy eredményezze. Bizonyára az a szennyvízszippantós vállalkozó sem úszhatná meg büntetlenül, akinek alkalmazottjai a lakhelyhez közeli közút csatornájába ürítik a szippantóskocsik tartalmát és a televízióné dokumentumriporton keresztül lehet tanúja annak a sajátságos metamorfózisnak, hogyan minősül át a pöcetartalom esővizzé, miközben hónapok óta pusztít a szárazság, esőnek csak a tudatban lehet némi nyoma.

De beszélhetnénk az őstermelésről is. Az eredeti jogszabály szerint - (35/1999./IV.5.) Korm. rendelet a vásárokról és a piacokról - ugyanis kizárólag nem hőkezelt, savanyított termékeket, sertéshúsból előállított füstölt húst, étkezési szalonnát, olvasztott zsírt csak az az őstermelő árusíthat, aki áruját az élelmiszerekről szóló törvényben előírt módon létesített és működési engedéllyel rendelkező üzemben állította elő és rendelkezik a termékről gyártmánylappal. Ez így egy korrekt szabály. Viszont legutolsó híreink szerint a kormány az uniós csatlakozásig szentesíti az őstermelők kiváltságait és addig időt ad arra, hogy az érdekeltek felkészüljenek a szabályok betartására. Különös exlex: a felelős minisztérium nem alkalmazza azt a törvényt, amelynek betartásáért felelős, hanem éppen ellenkezőleg: „nyomatékosan kéri" az alkalmazás mellőzését. Az élelmiszertörvény passzusai szerint élelmiszert előállítani csak szigorú szabályok alapján berendezett üzemben és a higiénikus termelés garantált megvalósításával lehetséges. Ezek betartását az illetékes szervezetek rendszeresen ellenőrzik, és nem kell csodálkozni, ha olykor a falakról is vesznek bakterológiai vizsgálat alapjául szolgáló mintákat. Az őstermelők által használt „élelmiszer előállító helyiségek" igen gyakran a követelmények minimumának sem felelnek meg és a gyártmánylapokkal kapcsolatban semmiféle fogalommal nem rendelkeznek. Azt hangoztatni is felesleges, hogy mennyire üdvös lenne, ha az egészségügy egyszer végre férfiasan kimondaná: 2000. évben az uniós tárgyalások közepette nem a jelenlegi helyzet konzerválása a legegyenesebb út az EU-ba.

75 Jahre RAL

ÚT A MINŐSÉGHEZ

DER WEG ZUR GÜTE

Európai Együttműködés

DVQ Deutsche Vereinigung für Qualitäts-Management e.V.
Berlin, den 6. Mai. 1925

Magyar Minőség Management Szövetség
Budapest, 2000. Május 4.

Információ: 06-309-62 72 00

„Jel" a magyar minőségügyben

Ezen állapotok ismeretében kiemelten örvendetes eseménynek lehet tekinteni azt, hogy 2000. május 4-én megalakult a Magyar Minőség Management Szövetség (röviden MMM), a Minőség Egyesület-Épületmanagement Szövetség (ME-ÉM Szövetség), az Épülettakarítás Minőségvédelmi Egyesület, az Őrzés-védés Minőségvédelmi Egyesület, valamint az Abroncsszervíz Minőségvédelmi Egyesület.

Ez az első olyan megmozdulás a hazai egészségügyben, amely példaértékű abban a tekintetben, hogy a jó ügy szolgálatába lehet állítani az egyébként igen elfoglalt vezetőket.

Amare-Kandel Elisabeth, az alapító indítványozó és egyben a szövetség elnöke, a GEG és Társai Kft. ügyvezető igazgatója németországi tapasztalatai alapján tudja, hogy az EU-ban - kiváltképp az egészségügy területén - mérhető teljesítmény és minőség, vagy akár mérhető szolgáltatás nélkül nem lehet megmaradni. Sőt: a minőség állandóságát tanúsítani, azaz szavatolni kell, s mindezt a „jel" hivatott prezentálni. A németországi RAL-minőségbiztosítás területén szerzett pozitív benyomásai alapján felismerte a vállalati minőségmanagement tanúsításának előnyeit.

A RAL a Német Minőségbiztosítási és Tanúsítási Intézet közhasznú, független csúcsszervezet rövidítése. A szervezet tevékenységét a jelenleg 139 tagszövetségének, az úgynevezett minőségegyesületek és független testületek megbízásából folytatja. Németországban a RAL minőségjel a megbízhatóság jele, mely a gazdaság valamennyi ágazatát minősíti. A csúcsszervezetet alkotó minőségegyesületek bejegyzett, jogképes egyesületek, melyek fő feladata a minőségbiztosítás és tanúsítás.

A „RAL-kezdeményezések" minden esetben a gazdaság önkéntes szerveződései, mindenféle törvényi kényszer nélkül, a fogyasztók érdekében jönnek létre. Minőségjelet nem csupán egyes cégre vagy termékre hoznak létre, hanem azok teljes árúcsoportokban és szolgáltatási kategóriákban jelentenek ágazatspecifikus iránymutatást. Ide tartozik az egészségügy is. Németországban jelenleg 159 minőségjel tanúskodik a független, három fél által folyamatosan ellenőrzött kiváló minőségről. A RAL minőségjelek biztonságot jelentenek árú és szolgáltatás vásárlásában, átláthatóságot biztosítanak az ár és teljesítmény összehasonlításában.

Hasonló szervezetet kívánnak létrehozni a most megalakult egyesületek alapítói. Amare-Kandel Elisabeth munkájának elismeréséül a DVQ, azaz a Deutsche Vereinigung für Qualitäts-Management e. V. (Német Minőség Management Egyesület) átruházta a tanúsítás jogát - benne 70 év tapasztalatát -, a magyarországi projekt beindításához. Valamennyi jogot térítésmentesen, dokumentálva bocsájtott rendelkezésére. Egyben szándéknyilatkozatot tett a folyamatos segítségnyújtáshoz.

- Balla M. Anna -

Következő lapszámunkban a RAL minőségjelről részletesen számolunk be. - a szerk.

Phare

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

Tartalomjegyzék

1. Előszó
2. Bevezetés
3. Jogforrások
4. Az Európai Bizottság struktúrájának egészségügyet érintő változásai
5. Az Európai Unió legfontosabb egészségügyi problémái, teendők, feladatok
5.1 Az Unió legfontosabb egészségügyi problémái
5.2 A négy szabadságjoggal összefüggő problémák
5.3 Feladatok és célkitűzések
6. Az Európai Közös Piac és az egészségügy
7. Munkahelyi biztonság és egészségvédelem
8. Minőségbiztosítás
9. Kutatás
10. Az Európai Unió Népegészségügyi politikája
10.1 Egészségvédelmi akcióprogramok jogi és szakmai alapja
10.2 Az egészségvédelmi akcióprogram célja és területei
11. Egészségügyi indikátor és felügyeleti rendszer
12. Az egészségvédelmi akcióprogram
13. Rákmegelőzési akcióprogram
14. Az Európai Unió drogmegelőzési akcióprogramja
15. AIDS és egyéb fertőző megbetegedések megelőzési akcióprogramja
16. A népegészségügyi programok jövője
17. Magyarország feladatai és felkészülése az Európai Unióhoz csatlakozás terén
17.1 Jogharmonizáció
17.2 Intézményfejlesztés
17.3 A jogi eszközökkel nem szabályozott elvárásokhoz való alkalmazkodás
17.4 A négy szabadságjoghoz kapcsolódó feladatok
18. Az integrációs kötelezettségekből, elvárásokból adódó főbb feladatok az egészségügy területén
19. Zárszó
20. Irodalomjegyzék

1. Előszó

A dolgozat elkészítésével az volt a célom, hogy az Európai Unióhoz történő csatlakozás magyar szempontból fontos egészségügyi vonatkozásait összegyűjtsem. Ehhez viszonylag kevés magyar nyelvű áttekintő publikációt találtam és az elérhető angol nyelvű irodalom is sokkal korlátozottabb, mint más területeken. Ennek oka, hogy az egészségügyi szempontok az európai gazdasági integráció első évtizedeiben csupán általánosságban fogalmazódtak meg vagy túl speciálisak voltak és emiatt korlátozott területet érintettek. Az egészségügy többnyire a szociálpolitika részeként kerül említésre az uniós joganyagban, így a magyar nyelvű szakirodalomban is általában együtt fordul elő a két terület. A másik ok, hogy az egészségügyi vonatkozású szabályozások tagállami hatáskörbe tartoznak és emiatt az uniós hatás csak bizonyos speciális területeken érvényesül.

Az utóbbi években két, a tanulmány szempontjából fontos eseménysorozat kezdődött. Az egyik a négy szabadságjog megvalósulása az egészségügyben, a másik, hogy Magyarország számára megnyílt a lehetőség a Közösség Népegészségügyi Akcióprogramjaiban való részvételre. A tanulmányban említésre kerülnek az egészségügyet érintő legfontosabb területek, de egyes témakörök csupán jelzés szinten szerepelnek, mert a hangsúlyt a fent említett két kérdéscsoportra helyeztem. A témakörök kidolgozása során figyelembe vettem a terjedelmi korlátokat. A népegészségügyi programok közül azokat, amelyekben jelenleg még nem vehetünk részt csupán felsorolásszerűen említem meg.

2. Bevezetés

A Magyar Köztársaságnak az egységesülő Európához, az Európai Unióhoz való csatlakozása az új évezredben az ország jövendő sorsát alapvetően meghatározó történelmi jelentőségű feladat.[1] A teljes jogú tagság elnyerése a politikai közélet, a gazdaság, a társadalom egészét, a szociális és infrastrukturális szférát egyaránt érinti és kihívásokat fogalmaz meg valamennyi magyar állampolgár és intézmény számára.

Az Európai Közösséggel való kapcsolatok normalizálására Magyarország már az 1980-as évek elejétől törekedett, majd az érdemi tárgyalások végén, 1988. szeptember 26-án úgynevezett Kereskedelmi és együttműködési egyezmény aláírására került sor.[2,3]

A rendszerváltás kezdetén egyes volt szocialista országok és köztük hazánk már az Európai Unióhoz való csatlakozást tűzték ki célul. Ennek a folyamatnak részeként 1991. december 16-án aláírták az Európai Közösség és Magyarország közötti Társulási szerződést, amely 1994. február 1-én Európai megállapodás néven lépett életbe.[2,3] A teljes jogú tagság lehetőségétől az Európai Unió ekkor még igyekezett elzárkózni. A szerződés így csak Magyarország törekvését rögzíti a csatlakozásra, míg ilyenről az Unió részéről nem esik szó.[2]

Az 1993. június 21-22-én Koppenhágában megtartott Európai Tanács ülésen a Közösség először kötelezte el magát politikailag - a visegrádi országok csatlakozási kérelmére adott válaszában - ezen országok taggá válásának lehetősége mellett.

Az Európai Unióhoz csatlakozni kívánó országok elsőrendű feladata a jogharmonizáció, azaz, annak a nagy jogi rendszernek (acquis communautaire) az átvétele, mely az Európai Uniót szoros politikai, gazdasági, kulturális és szociális együttműködési rendszerbe fogja.

Az acquis communautaire elsődleges és másodlagos jogforrásokból áll. Az elsődleges jogforrások az alapító szerződések, illetve azok módosításai és a csatlakozási szerződések. A másodlagos jogforrások a közösségi intézmények jogalkotásából alakultak ki. Az Európai Bíróság joggyakorlata pedig precedens alapon (esetjog) járul hozzá az Uniós jogrendszer kialakulásához.[4,5]

Bár az Európai Gazdasági Közösség létrehozásakor az alapvető cél a gazdasági együttműködés bővítése, az áruk, szolgáltatások, a tőke és a személyek szabad áramlásának biztosítása volt, mégis kijelenthetjük, hogy a szerződésekben már a kezdetektől folyamatosan jelen vannak az egészségügyi szempontok, az egészségvédelem gondolata.

Kétségtelen tény, hogy az Európai Unió szerepe az egészségügyben, az egészségügyi ellátásban politikailag rendkívül érzékeny terület. Ezen szolgáltatások biztosítása a tagállamok és nem az Unió feladata. Nem létezik tehát egységes európai szociál- vagy egészségpolitika, nincsenek előírások arra vonatkozóan, hogy milyen egészségügyi ellátó rendszert működtessenek a tagállamok. Ennek oka a szociális védelmi rendszerek sokszínűségében, a mély kulturális és gazdasági különbségekben rejlik és nem abban, hogy a tagállamok milyen jelentőséget tulajdonítanak a szociális és egészségügyi kérdéseknek.[12] Ezért is hivatkoznak olyan gyakran a tagállamok a szubszidiaritás elvére ezen a területen.[6] Ez azt jelenti, hogy az Európai Uniónak nincs hivatalos szerepe az egészségügyi ellátás terén, szemben a népegészségüggyel, melyben szerepe az Amszterdami Szerződésben is rögzített (152. cikkely). A gyakorlatban az Unió mégis egyre növekvő hatást gyakorol a tagállamok által nyújtott egészségügyi ellátásra.

A fenti, uniós szemlélet gyökeresen ellentétes azzal, amit más nemzetközi szervezetek OECD, Világbank, Egészségügyi Világszervezet (WHO), Európa Tanács tevékenységében tapasztalhatunk. Ez utóbbi például valódi európai egészségpolitika kialakítását javasolja a tagállamok egészségpolitikáinak összehangolása révén. A WHO Ljubljanai Kartája pedig útmutatást és támogatást nyújt tagállamainak az egészségügyi reformokhoz.[7]

Az európai gazdasági együttműködés kezdetekor az Európai Szén- és Acélközösséget (1951) létrehozó és az Euratom (1956) szerződés még csupán a munkahelyi biztonság és egészségvédelem területén érinti az egészségügyet.

A Római Szerződés (1956) is inkább csak a négy szabadságjog kapcsán felmerülő egészségügyi vonatkozású kérdésekkel foglalkozik.

Az utóbbi két évtized azonban nyilvánvalóvá tette a tagállamok közös problémáit az egészségügy terén és közös fellépést sürget. A népegészségügyi feladatok mellett a legnagyobb kihívást a lakosság öregedése, a technológiai fejlődés és ezzel összefüggésben az egészségügyi költségek emelkedése, a költséghatékonyság és a finanszírozás kérdésköre jelenti.

A kerge marhakór megjelenése és a dioxin botrány bebizonyította, hogy az áruk szabad áramlásának biztosítása nem csak gazdasági és versenypolitikai kérdés. Az egészségügyre (beleértve az élelmiszer-, állat-, és növényegészségügyet is) uniós szinten is nagyobb figyelmet kell fordítani.

Ezt a megújult szemléletet tükrözi a már említett Amszterdami Szerződés is, melynek 152. cikkelye értelmében a különböző szektorpolitikák kialakításakor figyelembe kell venni az egészségvédelmi szempontokat is. Ma már mindenki előtt világos, hogy sem az integrációnak, sem a nemzeti politikáknak nincsen olyan kérdése, melyet csupán egy szektor szempontjából lehetne kezelni.

3. Jogforrások

Az elsődleges jogforrásokban található legfontosabb egészségügyi vonatkozású szabályozások a következők:

Az Európai Közösség Alapító Szerződése, a Római Szerződés, 1957

A szerződés [x,3] 2. cikkelye többek között az életszínvonal és az életminőség emelését tűzi ki célul és ezzel, bár csak közvetetten, de megfogalmazza az egészségügy helyét a közösségi folyamatokban.

A 3. cikkely c) pontja a négy szabadságjoggal foglalkozva érinti az egészségügyet is a személyek és a szolgáltatások szabad áramlását gátló akadályok megszüntetése révén. Az i) (j) pont a szociálpolitikára vonatkozik, beleértve az Európai Szociális Alapot, az m) (n) pont a kutatást és a műszaki fejlesztést szabályozva gyakorol hatást az egészségügyre, a szerződés o) (p) pontja pedig a Közösségnek a magas szintű egészségvédelemhez való hozzájárulását írja elő.

A 36. (30) cikk azt tartalmazza, hogy az árutranzitra tilalmat vagy korlátozást lehet elrendelni, amennyiben az emberek, állatok, növények életének, egészségének védelme, vagy más, a Szerződésben felsorolt okok ezt indokolja.

A szerződés további, az egészségügyhöz is kapcsolódó pontjai a következők: A 48. (39) cikk a személyek szabad áramlásával foglalkozik, melybe beleértendők a betegek és egészségügyi dolgozók is.

Az 59. (49) cikk a szolgáltatások szabad áramlására vonatkozik, beleértve az egészségügyi szolgáltatásokat is.

A 117-118. (136-140) cikkely a munkahelyi egészség és biztonság kérdésével foglalkozik. Cél: a tagállamok szoros együttműködése szociális kérdésekben, különösen olyan területeken, mint a foglalkoztatás, munkajog és munkakörülmények, szakmai alap- és továbbképzés, szociális biztonság, munkahelyi egészségvédelem és biztonság, az üzemi balesetek és a foglalkozási betegségek megelőzése.

Mint látható, az Európai Közösségben a szociálpolitika fogalma - a magyar és számos más ország nemzeti fogalomhasználatától eltérően - meglehetősen széles. Ennek következtében a mi nómenklatúránkban az egészségügyhöz tartozó területek, problémák egy része az Európai Unióban a szociálpolitika körébe tartozik.

A 126-127. (149-150) cikkely az oktatás, szakképzés témaköröket öleli fel és így érinti az egészségügyi képzéseket is. A 129. (152) cikkely a népegészségügyi szempontok figyelembe vételét írja elő a döntéshozataloknál, a 163-173. cikkelyek pedig a kutatásra vonatkoznak.

Az Egységes Európai Okmány, 1986

Ez a dokumentum szilárdította meg a közösségi akciók jogalapjait az egészségügy területén. Részletesebben: a 118/a cikkely a jogi alapot szolgáltatja az egészségügyi ellátás és a munkahelyi biztonság szabályozására vonatkozó direktíváknak, a 130/r pedig a környezetvédelem és fogyasztóvédelem elemeit tartalmazza.

x Az Európai Unióról szóló Szerződés által módosított szöveg. Az egyes cikkelyek számozása az évek során változott. A hivatkozások a Magyar Törvénytár mellett megjelent, az Európai Közösségek Alapító Szerződése című dokumentum alapján készültek, a zárójelben lévők pedig az Official Journal C 340, 10.11. 1997, pp. 173-308 szerint.

4. Az Európai Bizottság struktúrájának egészségügyet érintő változásai

Az 1999. őszén Romano Prodi vezetésével újonnan megalakult Európai Bizottság már hivatalba lépésének kezdetétől nagy hangsúlyt helyez az egészségügyre és az egészségügyhöz is kapcsolódó kérdéskörökre. Az Európai Unió történetében először készült egészségügyi portfolió.

A főigazgatóságok (Directorate-General, DG) szerkezete átalakult, megszűnt a korábbi számozásos rendszer és a népegészségügy területe a Foglalkoztatás és szociálpolitika főigazgatóságtól az Egészségügy és fogyasztóvédelem főigazgatósághoz került, melynek vezetője David Byrne lett.

Az új DG-t azért hozták létre, hogy a fogyasztóvédelmet, a népegészségügyet, az állat- és növényegészségügyet, valamint az ezekkel kapcsolatos nemzetközi kérdéseket, az egészségügyi vonatkozású tudományos eredmények követését és közvetítését egységesen kezelhessék a szakterület nemzetközi kooperációjával és a csatlakozó hálózatok munkájának koordinálásával. Ez a jelentős változtatás megfelel annak az új szemléletnek, mely az egészségüggyel kapcsolatban megjelenik az Amszterdami Szerződésben és amely szélesíti a közösségi akciókat ezen a területen.

Bár az új DG nevében szerepel az egészségügy, ami egyértelmű előrelépés, ez - sajnos - nem jelenti azt, hogy az egészségügyi vonatkozásokkal is bíró tevékenységek mind egy kézben lennének. A DG a humán egészségügy területéről csupán a népegészségüggyel foglalkozik, az egészségügyet szélesebb értelemben érintő kérdések egyszerre több főigazgatóság hatáskörébe is tartoznak, így az ezek közötti jó együttműködés az egészségügy vonatkozásában nélkülözhetetlen.

A főigazgatóságon belüli népegészségügyi igazgatóság az alábbi témakörökkel foglalkozik: egészségpolitika és annak kialakítása, formálása, nemzetközi kapcsolatok, rák és drogfüggőség, a környezetszennyezéssel összefüggő betegségek, egészségfejlesztés, egészségmonitorozás és a sérülések megelőzése, továbbá: fertőző, ritka, illetve újonnan megjelent betegségek.

A főigazgatóságok egészségüggyel is összefüggő tevékenysége[f]

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
AIDS	x					x		x			x		x
Krónikus megbetegedések		x			x	x		x	x				x
Kábítószerek	x							x					x
Egészségi állapot monitorozása													x
Ritka betegségek		x											x
Egészségfejlesztés								x					x
Környezetszennyezés betegségei													x
Balesetek megelőzése													x
Oltóanyagok				x				x	x				
Fogkárral és fogyatékosok				x		x		x	x	x	x		x
Mozgáskorlátozottak/táplálkozás	x	x			x	x	x	x		x			x
Munkahelyi biztonság és egészségvédelem				x			x	x					
Szennyezettek				x			x	x	x				
Gyógyszerek és orvosi eszközök	x	x	x	x		x		x	x	x			x
Vérellátottság és szervátültetés		x		x				x	x				
Magzatellenőrzés								x	x				
Egészségügyi statisztika		x		x		x		x	x				
Orvosbiológiai technológia		x		x		x		x	x	x			x
Elmekórtan		x			x		x	x	x				
Genetika		x						x					
Immunológia								x					
Epidemiológia					x	x	x	x	x		x		x
Egészségügyi adatok és információs rendszer kutatás						x		x	x			x	x
Oktatás és képzés												x	
Egészségügyi dolgozók szabad mozgása diplomák kölcsönös elismerése										x			
Egészségügyi ellátás			x							x			
Szociális biztonság, egészségbiztosítás				x									
Magánbiztosítás			x							x			
Farmakológiai segítése	x					x							
Regionális fejlődés alapok											x		

A: külső kapcsolatok B: par C: versenyjog/ipar D: foglalkoztatás és szociálpolitika
E: munkajogok F: tőke/pénz G: környezetvédelem H: kutatás
I: fogyasztók J: adójogok K: regionális politika L: oktatás és képzés
M: egészségügy és fogyasztóvédelem

- folytatás a következő oldalon -

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

- folytatás az előző oldalról -

5. Az Európai Unió legfontosabb egészségügyi problémái, teendők, feladatok

5.1 Az Unió legfontosabb egészségügyi problémái

A lakosság elöregedése:
- A várható élettartam növekedése
- Az idős paciensek arányának növekedése az egészségügyben
- A születési arányszám csökkenése

Az egészségügyi költségek emelkedése:
- Új, általában költséges diagnosztikus eljárások létrejötte
- Új terápiás eljárások létrejötte, beleértve az eszközöket és az egyre drágúló gyógyszereket is
- Növekvő egészségügyi kiadások, melyek tartalmazzák a korábban nem gyógyítható betegségek kezelését is
- Az egyenlő hozzáférhetőség biztosítása.

A folyamatosan növekvő lakossági elvárások az egészségügyi szolgáltatásokkal szemben:
- A mobilitás (turizmus, más tagállamokban történő letelepedés és munkavállalás) növekedéséből eredő problémák:
növekszik a betegségek átadhatósága, új fertőző források jelennek meg, régebbi, már visszaszorított betegségek újabb térhódítása (például tuberculosis), a migráns munkások, közösségek eltérő egészségügyi problémái által okozott feszültség, többletterhelés hatása a helyi egészségügyre.
- Egészségnevelés és információ biztosítása a lakosság számára
- A munkahelyi balesetek és foglalkozási betegségek megelőzése, csökkentése.

5.2 A négy szabadságjoggal összefüggő problémák

- A személyek szabad mozgását ma még gátló tényezők megszüntetése az egészségügyi dolgozók esetében (diszkriminatív vagy ilyen hatású adminisztratív intézkedések módosítása, eltörlése).
- Egységes rendszer kialakítása a (ma még nem minden tagállamban létező illetve kötelező) folyamatos szakmai továbbképzésre vonatkozóan
- Az egészségügyi szolgáltatásokra más tagállambeli igénybe vételével kapcsolatos jogok teljes és végleges tisztázása, az esetleges korlátozások meghatározása.
- A gyógyszerek és orvosi műszerek árának tagállamonkénti nagyfokú (30%) különbségére visszavezethető problémák
- A tagállamok által nyújtott egészségügyi ellátások színvonalának különbsége.
- Az akkreditációs rendszerek hiánya az egészségügyben.
- Az egyes (elsősorban terápiás) eljárások hatásosságának elismertségében meglévő tagállami különbségek, melyek adott esetben a hozzáférhetőségben és a finanszírozásban is tükröződnek

5.3 Feladatok és célkitűzések

A megelőzés terén:
- az elkerülhető megbetegedések és halálozások csökkentése - a korai elhalálozás esélyeinek csökkentése
- a krónikus betegségeket okozó tényezők kiküszöbölése - munkaképtelenséget okozó tényezők kiküszöbölése
- időskori betegségek elkerülése
- az egészséges életévek meghosszabbítása - az általános egészségi állapot javítása
- az életminőség javítása
- a lakosság általános jó közérzetének védelme
- a betegségek gazdasági és szociális következményeinek csökkentése
- az aktív öregkort akadályozó tényezők kiküszöbölése
- a munkahelyi biztonság növelése
- a munkahelyi balesetek megelőzése, csökkentése
- a foglalkozási betegségek megelőzése, csökkentése
- a megváltozott természetes és munkahelyi környezet következtében fellépő betegségek visszaszorítása
- uniós és regionális szintű egészségnevelő, egészségfejlesztő programok kidolgozása és megvalósítása
- közös akcióprogramok kialakítása a népegészségügy szempontjából legfontosabb területeken
- regionális és nemzetközi környezetvédelemi rendszerek kialakítása - regionális és nemzetközi monitorozó rendszerek kialakítása
- a fertőző betegségek terjedésének megakadályozása.

Az egészségügyi költségek finanszírozása terén:
- az aktív lakosok számának csökkenéséből adódó gondok kezelése - az egészségügyi költségek racionalizálása
- az új diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz való hozzáférés biztosítása
- az új, általában a korábbinál költségesebb eljárások finanszírozási forrásainak megteremtése
- a hatékonyság növelése
- átlátható, összehasonlítható egészségügyi költségek kialakítása és nyilvánosságra hozatala
- a migráns munkások eltérő egészségügyi igényeinek biztosítása.

A minőségbiztosítás terén:
- a tagállamok és régiók egészségügyi szolgáltatásainak színvonalában meglévő különbségek megszűntetése, (standarizálás)
- minőségügyi szempontok bevezetése az egészségügyben szakmai hálózatok kialakításával, tapasztalatcserével
- akkreditációs rendszerek kialakítása az egészségügyben
- egységes szakmai álláspont kialakítása az egyes (elsősorban terápiás) eljárások hatásosságának megítélését illetően.

A négy szabadságjoghoz kapcsolódóan:
az egészségügyben dolgozók szabad mozgását korlátozó - ma még meglévő - adminisztratív korlátok eltörlése
- a más tagállamban lévő egészségügyi szolgáltatók igénybevétele anyagi következményeinek tisztázása.

Az oktatás és kutatás terén:
- az egészségügyben dolgozók oktatása
- a folyamatos szakmai továbbképzési rendszer uniós szintű kialakítása
- a kutatás elősegítése, az együttműködés növelése a tagállamok kutatói között

6. Az Európai Közös Piac és az egészségügy

Bár az egészségügyi ellátás biztosítása tagállami feladat, mégsem vált teljesen mentessé az uniós szintű szabályozástól. A hatás természetesen sokszor indirekt, máskor nem szándékos és többnyire az úgynevezett négy szabadságjoggal áll kapcsolatban.

A négy szabadságjog és hatása az egészségügyre:

1. A személyek szabad áramlása - beleértve az egészségügyi dolgozók és a paciensek mozgását is.

2. A termékek szabad áramlása - tartalmazza a gyógyszereket és az orvosi eszközöket is.

3. A szolgáltatások szabad áramlása - az egészségügyi ellátást és az egészségbiztosítást is jelenti.

4. A tőke szabad áramlása - jelenti az Euro, mint fizetési eszköz mozgását és az árak valamint az árképzés növekvő átláthatóságát.

Az egészségügyi dolgozók szabad mozgása

Bár a személyek szabad áramlása már az eredeti Római Szerződésben megfogalmazódott, ennek kiterjesztése az egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőkre csak később, az úgynevezett szektorális direktívákkal történt meg, melyek az egyes szakmákhoz, foglalkozásokhoz kapcsolódtak: orvosok, fogorvosok, nővérek, szülésznők.

Ezek az irányelvek elsősorban a képzés minimum standardjait határozzák meg, melyek teljesítése után válik az illető jogosulttá egy másik tagállamban regisztrálásra illetve munkavégzésre. Azok számára, akik a fenti standardoknak megfelelő képzésben vettek részt a regisztrálás és a munkavégzési jog automatikus és kölcsönös.

Az ilyen jellegű mozgás azonban viszonylag csekély az Európai Unióban és elsősorban a tradicionális migrációnak felel meg. (Például Írországból Nagy Britanniába illetve a francia nyelvet beszélő országok között.)[32]

Ennek okai a következők:
- nincs központi, uniós szintű információs rendszer
- egyes tagállamok diszkriminatív szabályai, illetve mulasztása az EU konform szabályozás bevezetése terén. (Ezek többsége a Bizottság lépései illetve peres eljárások hatására mára már megoldódott.)
- olyan bürokratikus intézkedések, melyek nincsenek közvetlen összeütközésben az uniós szabályokkal, mégis nehezítik a munkavállalást Például a Görögországban munkát vállalni kívánó ápolóknak hosszú és költséges egészségügyi vizsgálatokon kell átesniük a saját költségük terhére
- a szakmai kamarák ellenállása - a családi, baráti kötelékek
- a helyi nyelv, nyelvjárás ismeretének hiánya vagy nem elég magas szintje - az egészségügyi kultúra különbözősége, beleértve a paciensek elvárásait, a betegségekről alkotott felfogás eltéréseit, az orvos-beteg kapcsolat fajtáit
- a jövedelmezőség közötti különbség (a viszonylag nagyszámú orvos ellenére Németországban magas, Spanyolországban alacsony jövedelem).

A paciensek szabad mozgása

Jelenleg ez a legkritikusabb és legvitatottabb terület az Európai Unióban a négy szabadságjog illetve az egészségügy területén.

Az unió polgárai más tagállamban egészségügyi szolgáltatást csak korlátozottan vehetnek igénybe. A magán egészségügyi intézmények szolgáltatásai szabadon igénybe vehetők, természetesen a szolgáltatás teljes árát maguknak a pacienseknek, illetve hozzátartozóiknak kell fizetniük. Ilyen egészségügyi turizmus ma is létezik, egyik fő iránya Németország. Lehetőség van arra is, hogy valamely egészségbiztosító szerződést kössön más tagállam egészségügyi szolgáltatójával bizonyos ellátások biztosítására. Ilyen különösen azokban az országokban és szakmákban fordul elő, ahol hosszú várólisták léteznek, például Hollandia esetében szemészet, ortopédia.

A migráns munkások számára is biztosított a másik tagállambeli egészségügyi ellátás igénybe vétele már több, mint negyven éve.

Nincs különösebb korlátozás a sürgősségi ellátás igénybe vételére ideiglenes tartózkodás (turizmus) esetén. Ilyenkor azonban többnyire szükség van egy előre kiállított formanyomtatványra is és az ellátás csupán a legszükségesebb beavatkozásokra korlátozódik.

1981-től a vállalkozókra[x] és családtagjaikra is kiterjesztve igénybe vehető egészségügyi ellátás másik tagállamban, amennyiben az a munkavállalás és/vagy letelepedés helyszíne.

Azok, akik csak átmenetileg dolgoznak egy másik tagállamban ott csak az azonnal szükséges ellátásra jogosultak, a többit a munkaviszonyuk szerint illetékes tagállamnak kell biztosítania számukra. Családtagjaik általában az állandó lakhely szerinti tagállamban jogosultak egészségügyi ellátásra. Tervezett, a saját egészségbiztosítóval előre engedélyeztetett ellátás. A tagállamoknak joguk van megtagadni a hozzájárulást a külföldi gyógykezeléshez, kivéve, ha az adott kezelés nem biztosítható a beteg állapotát figyelembe véve megfelelő időn belül a szóban forgó tagállamban.

Úgy tűnik, hogy ez a rendszer különösebb finanszírozási probléma elé nem állítja a tagállamokat, mert 1993-ban az összes egészségügyi költségnek csupán a 0.3 százalékát fizették ki más tagállambeli szolgáltatók számára.

Kohll és Decker ügy

1998. április 28-án az Európai Bíróság mérföldkőnek számító döntést hozott két, egymáshoz szorosan kapcsolódó ügyben, amikor az áruk és szolgáltatások szabad áramlására vonatkozó szabályozást alkalmazta az egészségügyi ellátás területén is. A két eset egyikében fogászati ellátást, a másikban szemüveg készíttetést vettek igénybe más tagállamban az állampolgárok (luxemburgiak Németországban) egészségbiztosítójuk előzetes hozzájárulása nélkül és igényt tartottak a szolgáltatás árának megtérítésére.

Az Európai Bíróság döntése alapján a biztosítottaknak joguk van külföldi egészségügyi szolgáltatót igénybe venni és a költségeiket megtéríttetni saját egészségbiztosítójukkal. Ez a meglepő döntés több kérdést vet fel: Hogyan egyeztethető össze a határok nélküli Európai Unió eszméje és ténye a területiséggel az egészségügy és a szociális biztonság terén?

Mi a tagállamok reakciója a Bíróság döntésére? A tagállamok szempontjából az igazi problémát a pénzügyi egyensúly megbomlása jelentheti a szociális biztonság területén, hiszen így a nemzeti szintű tervezés és kontroll gyengülhet az egészségügyi kiadások felett. Ugyanakkor a bíróság döntésében felhatalmazta a tagállamokat arra, hogy korlátozó intézkedéseket vezessenek be, amennyiben a pénzügyi egyensúly vagy a kapacitások, a szaktudás fenntartása, megőrzése ezt indokolja.

Az ítélet nem egyértelmű abból a szempontból sem, hogy csupán a kórházon kívüli ellátásokra vonatkozik, mint azt a főügyész véleményében kifejtette, vagy általában is igaz, hiszen a végső ítéletben ez nem került világosan megfogalmazásra. (Jogi szakértők véleménye szerint a pontos választ csak egy újabb ítélet adja majd meg.)

Befolyásolja-e az ítélet érvényességét és kiterjeszthetőségét az, ha ugyanazon egészségügyi szolgáltatásnak az ára jelentősen eltér egymástól.

a két tagállamban? A szóban forgó két jogesetben ugyanis nem volt lényeges árkülönbség a luxemburgi és a német szolgáltatók árai között, így magát a luxemburgi egészségbiztosítót többletköltség nem terhelte.

Miért kellett erre a lehetőségre, (ítéletre) ilyen sokat várni? Sok jogi szakértő már azon is csodálkozott, hogy ennyi ideig tartott az áruk és szolgáltatások szabad áramlásának bevezetése ezen a területen.

Az ítélet vonatkozik az Európai Unióban legálisan tartózkodó egyéb országok polgáraira is, ha biztosítva vannak egy tagállam szociális rendszere által és jogosultak az unión belüli utazásra.

[x] Self-employed (bár magyarra fordítása nem egységes)

Az Európai Bizottság reakciója

A Bizottság látva a fenti jogesetekhez kapcsolódó alapvető kérdéseket egy tanulmányt készíttet a lehetséges következményeket illetően. Az alapvető, kérdések a következők: Vajon az alapelvek valamennyi termékre és szolgáltatásra vonatkoznak vagy csak a fogászati ellátásra és szemüveg készítésre? (Ezek ugyanis nagyjából egyforma költségű szolgáltatások a perben szereplő két tagállamban.)

Vonatkoznak-e a kórházi ellátásra is, tekintettel annak nagyobb költségeire és arra, hogy a kórházi ellátások már állami szinten terveződnek és részei - EU terminológiával - a szociális biztonsági rendszernek.

Vajon a belső piacra vonatkozó alapelvek érvényesülnek-e a kórházi infrastruktúrákra is (kórházak, klinikák, továbbképző központok)? Kell-e előzetesen beutalót kérni a külföldön igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokhoz? Hollandiában például mindenki csak a háziorvos beutalójával veheti igénybe a szakorvosi ellátást, beleértve a kórházit is. A szabályozás olyan szigorú, hogy beutaló nélkül a mentő is csak közterületről vihet el beteget. Ez azt jelenti, hogy a jelenlegi rendszerben egy belga betegnek is szüksége van beutalóra, ha Hollandiában akar kórházba menni, ugyanakkor egy holland betegnek nincs szüksége erre, ha a belga szakellátást kívánja igénybe venni, mert ott senkinek sem kötelező a beutaló.

Amennyiben a bíróság ítélete teljesen szabad utat nyit a kórházi turizmus előtt milyen mértékű és irányú mozgás várható? (A jog ismerete nem feltétlenül növeli a külföldi egészségügyi ellátást igénybe vevők számát, hiszen a nyelvi, kulturális különbségek, a személyes kapcsolatok és az információ hiánya, továbbá a saját egészségügyi szolgáltatókkal való megelégedettség mind-mind a hazai szolgáltatók igénybe vétele mellett szól.)

Mindezek azt bizonyítják, hogy a meglévő infrastruktúrák jobb kihasználása, a know-how átadás, a költség-átláthatóság és a költség-hatékonyság növelése nélkülözhetetlen az egészségügyben a növekvő verseny miatt.

Az mindenesetre biztos, hogy a határon túli egészségügyi szolgáltatók igénybe vétele nőni fog a jövőben, hiszen a jogszabály ismerete, a tagállamok egészségügyének problémái és a várólisták is erre késztetik, majd a pacienseket. A külföldi gyógykezelések igénybe vétele egyúttal nyilvánvalóvá teszi majd a már ma is létező különbségeket és növelni fogja az igényt a standardizált ellátásra.

Az új, de drága technológiák és terápiák hatására valószínűleg létre fognak jönni olyan specializált ellátást nyújtó centrumok, melyek csak bizonyos tagállamokban kerülnek kialakításra és fogadják majd a pacienseket az Unió egész területéről, hasonlóan az USA-ban már létező ilyen központokhoz. Végül, de nem utolsó sorban a közös valuta bevezetése a szolgáltatások áraiban jelenleg is meglévő különbségeket még nyilvánvalóbbá teszi majd és valószínűleg maguk az egészségbiztosítók is igénybe fogják venni a közeli országok olcsóbb, de jó minőségű egészségügyi ellátását.

Hazánk és a többi közép-kelet-európai ország csatlakozása szempontjából külön kiemelendő az a várakozás, mely szerint az Unió bővítése tovább fogja növelni az elérhető egészségügyi szolgáltatások árai és minősége közötti különbséget és ezzel növelni a határon túl igénybe vett egészségügyi szolgáltatások számát.

- folytatás a következő oldalon -

Phare

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

- folytatás az előző oldalról -

A termékek szabad áramlása

A termékek szabad áramlása több szempontból is érinti az egészségügyet. Jelen tanulmány ugyan nem foglalkozik az élelmiszer-egészségügy Európai Unión belüli helyzetével, de talán nem túlzunk, hogyha Belchert idézve azt állítjuk, hogy az élelmiszer-, állat- és növényegészségügy legújabb, valamennyi tagállamot érintő ügyei, botrányai jelentős mértékben hozzájárultak ahhoz, hogy a humán egészségügy és az egészségügyi ellátás kiemelt figyelmet, jelentőséget kapjon az Európai Unión belül.

Gyógyszerek

A gyógyszerek, mint termékek szabad áramlása az Európai Unión belül a nagyszámú, 1965 óta kidolgozásra került szabályozás ellenére sem problémamentes terület. Ennek oka, hogy a szabályozások zöme a biztonság, minőség, hatékonyság és hatásosság területét érinti és nem a piaci szabályozásra vonatkozik. A fentiek eredményeként a gyógyszerkísérletekre vonatkozó tagállami szabályozások - beleértve a humán és az állatkísérleteket is - nagymértékben közeledtek egymáshoz, és létrejött az Európai Gyógyszerkönyv is.

1995 óta egy új, az egész Európai Unióra kiterjedő engedélyezési rendszer lépett életbe a gyógyszerekre vonatkozóan. A londoni székhelyű European Medicines Evaluation Agency (EMEA) központi szerepet játszik az egész Unióra kiterjedő engedélyezési folyamatban, koordinálja a kölcsönös elismerések alapelveit a gyógyszereken kívül a biotechnológiai termékekre és az új kemikáliákra vonatkozóan is. Ez a szervezet koordinálja a piacra jutás utáni felügyeletet is. (Az Európai Unió vezető szerepet játszik a gyógyszer kipróbálás nemzetközi szabályozásának megalkotásában az USA Food and Drug Administration hivatalával és a Japán Egészségügyi Minisztériummal karöltve, és a három nagyhatalom egységesítette a gyógyszerekre vonatkozó szabadalmi oltalom idejét is.)

Az egységes szakmai szempontok mellett a finan-szírozás szempontjából egymástól élesen eltérő szabályozások léteznek a társfinanszírozás és a gyógyszerhez való hozzájutás területén. Ugyanaz a gyógyszer egyes tagállamokban véry nélkül is kapható, másokban szigorúan recepthez kötött és adott esetben az is különböző lehet, hogy az egészségbiztosító ad-e támogatást. A véry nélkül is kapható gyógyszerek egy része egyes tagállamokban nemcsak gyógyszertárakban, hanem benzinkutaknál és szupermarketekben is megvásárolható.

Az Európai Unió nem kíván az ilyen jellegű szabályozásokba közösségi szinten beleavatkozni, bár egy 1992-es direktíva megpróbálta rábírni a tagállamokat arra, hogy állítsanak fel kritériumokat a receptköteles és szabad forgalmú gyógyszerek csoportba való besorolására a nagyobb fokú harmonizáció érdekében. Az egyetlen szigorúan figyelembe vett szempontnak csupán az tűnik, hogy a tagországok a gyógyszer származási helye szerint nem differenciálhatnak.

Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy a gyógyszer-finanszírozás nemzeti szabályozása miatt a különböző tagállamokban ugyanaz a gyógyszer akár 30 százalékos áreltéréssel kapható. Az Euro bevezetése ezt a különbséget még inkább szemmel láthatóvá fogja tenni.

Jelenleg a tagállamonként jelentősen különböző árak miatt úgynevezett parallel kereskedelem is létezik. Bár a gyógyszergyártók és forgalmazók többször is próbálták erélyes lépések megtételére kényszeríteni a Bizottságot, az a tagállamok ellenállása miatt meg se próbálta egységessé tenni az árképzést, sőt maga az Európai Bíróság is úgy döntött, hogy a nemzeti árképzés és finanszírozás, valamint a parallel kereskedelem is legális.

Orvosi műszerek

Az a direktíva, mely biztonsági és minőségi standardokat ír elő az emberi szervezetbe beültetésre kerülő *eszközökre (például csípőprotézis) 1995-ben lépett kötelező érvénnyel életbe. Az ugyanezen feltételeket előíró, egyéb orvosi eszközökre (például vérnyomásmérő, vércukormérő készülék) vonatkozó irányelv pedig 1998-ban.

A szolgáltatások szabad áramlása

Alapvető kérdés annak eldöntése, hogy az egészségügyi szolgáltatások a fenti szabadságjog hatálya alá tartoznak-e.

A Római Szerződés 59. cikkelye elsősorban olyan, a határon átnyúló szolgáltatásokra vonatkozik, ahol a szolgáltató egy másik tagállamban telepszik le, vagy a fogyasztó megy egy másik tagállamba a szolgáltatást igénybe venni. Ez utóbbi vonatkozhat leginkább az egészségügyre, bár ebben az esetben felmerül, hogy a személyek vagy a szolgáltatások szabad áramlásáról van-e szó.

Ez a kérdés úgy tűnik, még a szakemberek körében sem kerül egységes megítélésre, mert a korábban már részletezett Kohl és Decker jogeset a szolgáltatások szabad áramlásakor is gyakran említésre kerül.

A határon átnyúló szolgáltatások szabad igénybevételére további lehetőség az is, hogy a fogyasztó és a szolgáltató különböző tagállamokban tartózkodik a szolgáltatás ideje alatt és postai vagy más úton áll egymással kapcsolatban. Ez egészségügyi szolgáltatások esetében leginkább a telemedicina igénybevételét jelentheti, amikor távközlési eszközök közvetítésével elsősorban diagnózisok felállítása történik vagy meglévő leletek és a kórisme birtokában terápiás tanácsadásra kerül sor.

Mivel ez szolgáltatás az amerikai kontinensen gyorsan terjed, az unió tagállamai számára is hamarosan problematikussá válhat az egészségügyi szolgáltatók finanszírozását illetően.

Az Európai Bíróság döntése szerint a magán finanszírozású egészségügyi szolgáltatások beletartoznak abba a körbe, melyre vonatkozik a szabad áramlás és igénybevétel lehetősége. Ugyanakkor az oktatás nem tartozik ebbe a körbe, mert az anyagi ellenszolgáltatás nélkül zajlik.

A korábban már sokszor említett Kohl és Decker eset megmutatta az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó szabályozás bizonytalanságát. Jogi szakemberek szerint a fő kérdés az, hogy az egészségügy szereplői kereskedőknek vagy köztestületnek tekintendők, mert ez utóbbi esetben nem vonatkoznak rájuk a versenyszabályok.

Az Európai Bíróság szerint az egészségbiztosítók, mint köztestületek mentesek a versenyjogszabályok alól, ha az alábbi négy feltételnek eleget tesznek: szociális, nem profit intézmények, a szolidaritás alapelvére épülnek, törvényen alapulnak és nem önkényesen szabják meg a hozzájárulás mértékét. Ha a tagállamok nagyobb versenyt vezetnek be illetve tesznek lehetővé az egészségügy területén, úgynevezett kvázi piac bevezetésével, akkor ezek a különbségek elmosódottá válhatnak. Ugyanakkor az a lehetőség sem hagyható figyelmen kívül, hogy az Amszterdami Szerződés 152. cikkelyére való hivatkozás miatt, - mely az egészség védelmét előtérbe helyezi - a szociális megfontolások is figyelembe vételre kerülnek, amikor az EU versenyjogot az egészségügy területén alkalmazzák.

Végül még két nagyon jelentős szempont. Az egészségügyi piac nagyban különbözik a többitől azért is, mert a fogyasztó (jelen esetben paciens, beteg) nagy fokban az egészségügyi személyzet tanácsára hagyatkozik. Így aztán a piaci igény sokkal inkább az egészségügyi ellátók, mint a fogyasztók által meghatározott. A versenyjog alkalmazása ezen a területen éppen a fogyasztónak ezt a nagyfokú kiszolgáltatottságát hagyná figyelmen kívül. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a szociális alapú egészségbiztosítási rendszerekben a paciens többnyire nem fizeti az ellátás teljes költségét. Az egészségügyi ellátás szociális alapon történő biztosítása sokkal erősebb politikai és etikai szempont, mint a pusztán gazdasági aspektusok. (A szállítási szektorra vonatkozóan már vannak speciális versenyjogszabályok az Európai Unióban, amelyek mintaként szolgálhatnának az egészségügyben is.)

A tőke szabad áramlása

Az Európai Monetáris Unió és az egységes valuta bevezetése még láthatóbbá fogja tenni a már most is meglévő árkülönbségeket az egészségügyi ellátás terén. Az egészségügyi menedzserek és a paciensek egészen biztosan élni is fognak az összehasonlítás lehetőségével az árak és a szolgáltatások terén. Ez az átláthatóság egyúttal arra is lehetőséget teremt, hogy az egészségügyi ellátók költséghatékonyságát jobban megítéljék a paciensek és a finanszírozók.

Gazdasági szakemberek véleménye szerint az Euro bevezetése egészen biztosan növelni fogja a határon túl igénybe vett és egészségbiztosítók által finanszírozott egészségügyi ellátások számát, melyet tovább növelhet a Kohl és Decker ügyben hozott bírósági döntés által szabaddá vagy szabadabbá vált előzetes engedélyeztetés nélküli igénybe vétel is.

7. Munkahelyi biztonság és egészségvédelem

A munkahelyi biztonság és egészségvédelem valamint a munkakörülmények javítása az Európai Unió talán legkidolgozottabb és leginkább technikai jellegű területe.[11]

Az Európai Szén- és Acélközösséget létrehozó szerződésben (1951) és az Euratom Egyezményben (1956) már szerepelnek a fenti fogalmak a 2. illetve a 30-39 cikkelyekben.

A Római Szerződés eredeti, alapításkori szövege is hangsúlyozta a tagállamok közötti szoros együttműködést a munkakörülmények javítása, az üzemi balesetek és a foglalkozási betegségek megelőzése, valamint a munkahelyi egészségvédelem terén. Ez azonban nem volt elégséges, mert ez alapján munkavédelmi irányelvet csak a közösség deklarált gazdasági céljainak címkéjével lehetett meghozni.

Ezért aztán 1974-ig csak egyetlen irányelv és néhány ajánlás született.

Változást a Szociális Akcióprogram hozott, mely kinyilvánította a munkahelyi biztonság és egészségvédelem elsőbbségét.

A fentiek szellemében 1974 után létrehozták a munkavédelem közösségi intézményeit, a kutatással foglalkozó Dublini Alapítványt és egy tanácsadó testületet a biztonság, higiéne és az egészségvédelem területén.

1977 és 1988 között olyan irányelvek születtek, melyek a munkahelyi biztonsági jelek használatával, a fizikai, kémiai és biológiai anyagok káros hatásainak kitett munkások védelmével, az üzemi balesetek megelőzésével, illetve a balesetek következményeinek csökkentésével, a terhesek védelmével foglalkoztak.

Az ezt követő időszakban a jogalkotás tovább gyorsult,[28] mert a biztonságos áruk és szolgáltatások áramlása valamint a munkavédelem között szoros az összefüggés. A magasabb szintű munkavédelem kezdetben növeli ugyan a költségeket, ám hosszú távon nagyobb hatékonysághoz és olcsóbb foglalkoztatáshoz vezet a balesetek számának csökkenése révén.

A közösségi munkavédelmi jog ily módon kettős célt szolgál. Egyrészt kiegyenlíti a versenyfeltételeket a tagállamok között, másrészt szociális hatása is van.

A következő előrelépést az Egységes Európai Okmány létrejötte jelentette, mely a 118/a cikkellyel megteremtette a jogi alapot a másodlagos jogalkotáshoz. A Tanács 89/391/EGK irányelve az alapvető eljárási rendet, a munkavállalói és munkáltatói kötelezettségeket fogalmazta meg a munkahelyi biztonság és egészségvédelem terén.[11]

A fentiek értelmében elsődleges a megelőzés, ezért a munkáltató felelőssége és kötelezettsége a munkavállalók egészsége és biztonsága érdekében szükséges intézkedések meghozatala és ezek betartásának ellenőrzése, továbbá olyan intézkedések bevezetése, melyek csökkentik a munka monoton jellegét.

A munkavállalók felelőssége és kötelessége: vigyázni önmaguk és mások biztonságára, testi épségére, a gépek és szerszámok helyes kezelése, a személyes védőfelszerelés használata, és a veszélyhelyzetek azonnali jelentése.

Az irányelv hatálya csupán vertikális, azaz a munkavállaló csak a tagállamot perelheti a keretirányelv vagy az annak alapján kiadott egyedi irányelv végre nem hajtása miatt, de munkáltatóját nem.[11]

Míg a korábbi időszakok a jogalkotásra fókuszáltak, az 1996-2000 közötti akcióprogram az információ biztosítására és a szabályok tényleges alkalmazására hélyezi a hangsúlyt.

Ismerve a magyar viszonyokat és figyelemmel kísérve az utóbbi évek orvosi túlmunka (ügyelet, készenlét) miatti hazai peres eljárásokat különösen érdekes az a Bizottsági javaslat (1999 november), mely a fiatal orvosok munkaterhelését kívánja arra a szintre csökkenteni, melyet az 1993-as Working Time Directive tartalmaz, s melyből a szakorvosi képzésben részt vevő orvosok eredetileg ki voltak zárva.

Az irányelv a napi pihenő időt, a munkaidőn belül adandó minimális szünetet, a heti maximális munkaidőt, a minimális heti pihenőnapot, a fizetett szabadság időtartamát és az éjszakai munka hosszát szabályozza. Az eredeti tervek szerint az irányelv fiatal orvosokra történő kiterjesztésére 7 év állt volna rendelkezésre, de a tagállamok miniszterei ből álló testület ezt 9 évre növelte. (Írországban és Nagy Britanniában a heti átlagos munkaidő a fiatal orvosok több, mint 15 százalékánál az 56 órát is eléri.)

Bár első megközelítésben nem tűnik szorosan az egészségügyre vonatkozónak a nemek alapján történő megkülönböztetés tilalma, a szabályozás mégis érinti az egészségügyet, mert az itt dolgozók több, mint 60 százaléka nő, továbbá nagy számú a részmunkaidőben dolgozó is, akiknek zöme ugyancsak nő.

8. Minőségbiztosítás

Mint az a dolgozatból már kitűnt, a minőségbiztosítás jelentősége az egészségügy területén uniós szinten várhatóan nagy mértékben növekedni fog a jövőben. Ehhez a paciensek és/vagy egészségügyi ellátások szabad áramlását biztosító rendelkezések, finanszírozási szempontok és az egységes valuta bevezetése egyaránt hozzájárul majd.

Az 1998-as ausztriai elnökség ideje alatt került miniszteri szinten is napirendre az Európai Unióban a minőségbiztosítás az egészségügyi ellátások terén. 9 Bár sokan attól tartottak, hogy ez a témakör csak tiszavirág életű lesz az EU programok között, a német elnökség folytatta a munkát.

A tagállamok együttműködését az egészségügyi minőségügyben az a felismerés segíti, hogy az ellátás minőségének folyamatos javítása a gazdasági korlátok és az egészségügyi ellátásra fordítható költségek csökkenése miatt különösen fontos. Nyilvánvaló az is, hogy a jó minőségű ellátás teljesítésének strukturális, szervezeti és folyamat vonatkozásai egyaránt vannak.[15]

A tagállamok feladata és felelőssége a minőségfejlesztés megteremtéséhez és fenntartásához szükséges feltételek létrehozása. A politikák terén ez megfelelő jogszabályokat és az egészségügyi hatóságok által kiadott szabályzatokat jelent, a szakmai szervezetek részéről a feladatok és politikák megfogalmazását, a minőségfejlesztés kereteinek megteremtését.

A struktúrákat tekintve bizottságok és tanácsok szervezését kell ösztönözni a minőségfejlesztés érdekében. Az erőforrások biztosítása vonatkozik a személyi állományra, eszközökre, időre és pénzre valamint a minőségfejlesztéssel összefüggő képzések szervezésére.[14,15]

A tagállamok közötti együttműködés eredményeként 1999. áprilisában bizottság alakult a diagnózisok, kezelések és kutatások terén a legjobb gyakorlat (best practice) megismertetésére.

9. Kutatás

A jelenleg is futó Ötödik Kutatási Keretprogram bővelkedik egészségügyi vonatkozással is bíró kutatásra ajánlott témakörökben.

Sokan úgy vélik, hogy a szubszidiaritásra való hivatkozás és a tagállamok vonakodása miatt kapott eddig kevés támogatást az egészségügyi kutatás. Az utóbbi évek népegészségügyi problémáinak előtérbe kerülése azonban remélhetőleg változást hoz ezen a téren.

A pályázati felhívásban szereplő legfontosabb egészségügyi vonatkozású területek az alábbiak:

- az egészségügyi beavatkozások, reformok és a különféle szolgáltatások igénybe vételeinek modellezése
- hatékonyság, költséghatékonyság és költséghaszon elemzés
- az ellátórendszerek értékelése
- azon faktorok elemzése, melyek egyenlőtlenségekhez vezetnek az egészségügyben
- az egészségügyi rendszerek és az európai polgárok egészségi állapotának javítása
- megelőzés, beleértve a monitorozást is
- a munkahelyi biztonság és egészség növelése
- egészségügyi technológiaértékelés, új technológiák és gyakorlati módszerek
- kezelés, gyógyítás, rehabilitáció
- a nem konvencionális terápiák hatásosságának értékelése.

A pályázati felhívás az alábbi - egészségügyi vonatkozású - preferált területeket tartalmazza:

Az életminőség és a források menedzsmentje, melynek részterületei a következők:

1. Élelmiszer, táplálkozás és egészség
2. Fertőző betegségek kontrollálása
3. A „sejt üzem"
4. Környezet és egészség
5. Fenntartható mezőgazdaság, halászat, és erdészet valamint a vidék integrált fejlesztése
6. Az öregedő lakosság és a fogyatékosságok
7. Krónikus és degenerativ betegségek, rák, cukorbetegség, szív- és érrendszeri megbetegedések valamint a ritka betegségek
8. A genetikai állomány és genetikai betegségek kutatása
9. Az idegrendszerrel kapcsolatos kutatások
10. Népegészségügy és egészségügyi ellátó rendszerek kutatása (beleértve a droggal összefüggő problémákat is)
11. Fogyatékos személyekkel összefüggő kutatás
12. Orvosbiológiai etika és bioetika az alapvető emberi értékekkel összefüggésben
13. Az élettel kapcsolatos tudomány és technológia gazdasági és szociális vonatkozásai

A Keretprogramról magyar nyelven összefoglaló információ az OMFB honlapján, *www.omfb.hu* érhető el, ahol az általános tudnivalókon túl kívül az egyes részterületeket legjobban ismerő személyekkel való kapcsolatfelvétel lehetősége is biztosított. Angol nyelven részletesebb információ a www.cordis.lu alatt található. Az életminőségre koncentráló kutatási területeken kívül érdemes az információs társadalomra vonatkozó részt is áttekinteni, mert ennek is vannak orvosi vonatkozásai. A humán kutatási potenciál témakörben tanulmányútra, tanulmányírásra és konferencia szervezésére nyújtható be pályázat. A Közösségben futó kutatás nemzetközi megerősítése címszó alatt is bármely területen létrejöhet együttműködés.

Bár ebben a keretprogramban az egészségügyi illetve egészségüggyel, orvostudománnyal kapcsolatos kutatás súlyponti helyet kap, szakértők szerint kérdéses a mindennapi gyakorlatra és az egészségpolitikára kifejtett hatása, mert a korábbi keretprogramok eredményei nem jutottak el az érintett politikai döntéshozókhoz és a gyakorlati szakemberekhez.

- folytatás a következő oldalon -

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

- folytatás az előző oldalról -

10. Az Európai Unió Közegészségügyi politikája

Mint az a dolgozat elején a mottóban már szerepelt, ma az egészségügynek - nemcsak az Európai Unió tagállamaiban, hanem valamennyi gazdaságilag fejlett országban - azzal az ellentmondó problémával kell szembenéznie és megküzdenie, hogy a lakosság általános egészségi állapota ugyan javuló tendenciát mutat, de ugyanakkor az egészségügyi kiadások és az egészségüggyel szemben állított követelmények nőnek.[10]

Az egészségügyi költségek az utóbbi két évtizedben meredeken emelkedtek és jelenleg a Közösségben átlagosan a GDP 7,4 százalékát[x] teszik ki.[14] Ezért az Európai Uniónak olyan tervet kell kidolgoznia, amely választ ad erre a kihívásra, tovább segíti a lakosság egészségi állapotának javulását, ugyanakkor szembenéz az ellátási gondokkal, és úgy emeli az egészségügyi ellátás színvonalát, hogy az egészségügyi kiadásokat vagy azok növekedését mérsékli. Ennek a kihívásnak próbál megfelelni az Európai Unió, amikor a betegségmegelőzésre és az egészségfejlesztése helyezi a hangsúlyt. A megelőzés jobb és többnyire hatékonyabb is, mint a gyógyítás. A túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás, a szegénység, a rossz táplálkozás, a mozgás hiánya betegségekhez vezet és ezzel növeli az egészségügy ellátó rendszerek iránti igényt. Ha mindezekhez hozzáadjuk a közúti, munkahelyi és otthoni baleseteket, továbbá a drogfogyasztásból adódó problémákat és a szexuális úton terjedő betegségeket akkor látható, hogy a népegészségügy mely területein tud az Európai Unió hatékony tevékenységet kifejteni. A tagállamok közötti együttműködés és egységes fellépés az úgynevezett Közösségi Akcióprogramok[xx] keretén belül történik.

[x] A GDP százalékában a legtöbbet az USA költi az egészségügyre (13,9 százalék). Magyarországon hivatalosan ez az adat 6,5 százalék, de sok hazai szakértő 4,7-5,3 százalék közé teszi azt.

[xx] Az akcióprogramok a népegészségügyi politika megvalósítására kidolgozott időszakos feladattervek.

10.1 Egészségvédelmi akcióprogramok jogi és szakmai alapja

A Maastrichti Szerződés megteremtette a közösségi akciók jogalapjait a népegészségügy terén. Bár elsődlegesen az akciók az egészségfejlesztésre és a betegségek megelőzésére koncentrálnak és nem a kezelésre, gyógyításra a sokféle program természetesen ez utóbbi területeket is érinti, ha limitáltan is.

A szerződés alapján a Bizottság kötelező jelleggel figyeli, hogy az általa javasolt politikák, intézkedések és eszközök ne legyenek ártalmasak a lakosság egészségére, ne okozzanak közegészségügyi szempontból kedvezőtlen feltételeket, folyamatokat. Az egészségpolitika és ezen belül a népegészségügyi politika ennek a szerződésnek köszönhetően vált önállóvá.

Az Európai Unióról szóló szerződés 3/b paragrafusa alapján azokon a területeken, ahol az Európai Unió nem illetékes, nem avatkozik be, csak abban az esetben, ha a fellépés hatékonyabban kivitelezhető a közösség szintjén (szubszidaritás). További feltétel hogy, az Európai Unió akcióinak meg kell felelniük a kitűzött, alábbiakban részletezett céloknak. Összehangolás: az Európai Unió minden szinten törekszik az építő kapcsolatok létrehozására, az ismeretek két- illetve többoldalú átadására, az észlelt hiányosságok lekürdésére, az intézkedések hatékonyságának növelését célzó stratégiák kialakítására illetve javítására.

Az arányosság elve: az EU olyan átfogó tervek létrehozására és megvalósítására koncentrálja tevékenységét, melyek kivitelezése több tagország részvételét igényli.[15] Ez lehetővé teszi az Európai Közösség maximális hatékonyságát és elhárítja annak lehetőségét, hogy az Európai Unió elkötelezze magát behatárolt területet érintő kérdésekben és beavatkozzon a tagállamok hatóságai által kezelt ügyekbe, vagy a kitűzött céloktól eltérően nagyobb hangsúlyt fektessen egyes területekre.

A kultúra, a klíma, a gazdasági tevékenység, az étkezési szokások különbözősége miatt egyetlen általános előírás sem lesz kötelező hatályú az Európai Unióban, még akkor sem, ha a problémák nagy mértékben hasonlóak.

A népegészségügy területén a személy és családja vizsgálja meg a választási lehetőségeket, és dönt az őket érintő kérdésekben. A társadalomra tartozik viszont egy olyan környezet létrehozása, amely lehetővé teszi a legjobb döntés meghozatalát, s így a közösségnek csak akkor kell beavatkoznia, ha a személy vagy családja nem képes meghatározni az egészsége védelmében teendő lépéseket.

A tagországok kormányzati tisztségviselői a népegészségügy hivatásos dolgozóival és egyéb érintett személyekkel együtt foglalkoznak a gyógyító tevékenységek finanszírozásával. Az Európai Unió azonban segítheti a tagállamok együttműködését, az egészségügyi ellátás javítását célzó törekvéseiket.

10.2 Az egészségvédelmi akcióprogram célja és területei

Az akcióprogram célja, hogy olyan, egész Európára kiterjedő segítő hálózat jöjjön létre, amely tudományosan megalapozott, az egészségvédelmet célzottan és átfogóan előmozdító horizontális együttműködés kialakítását teszi lehetővé. Az akcióprogramok az életmódot érintő kérdésekre, a kiemelt betegségek kutatására, megelőzésre, továbbá az információk értékelésére és terjesztésére koncentrálnak.

A főbb programok

- A lakosság egészségi állapotának felügyelete (monitoring), összehasonlító elemzések készítése
- Egészségvédelmi információs, egészségnevelő és oktató program - AIDS és egyéb szexuális úton terjedő betegségek megelőzése
- Rákmegelőzési program[x]
- Drogfogyasztás megelőzése
- A ritka betegségek megismerése, megelőzése
- Az allergiás betegségek megelőzése
- A balesetek és sérülések megelőzése.

További területek

- Hálózat kialakítása a fertőző betegségek ellenőrzésére és felügyeletére
- Együttműködés a vérkészítmények biztonsága és ellenőrzése érdekében
- Az egészségügyi szempontok integrálása az egyéb közösségi politikákba
- Költségvetési programok az egészségügyi ellátásban a kiadások növekedésének mérséklésére
- Az egészségügy prioritásainak összehasonlító, elemző vizsgálata.[10]

[x] Bár a rák illetve rákos megbetegedés kifejezés szakmai szempontból nem mindig helyes, hiszen a daganatos megbetegedések csoportja nem csak a rákot tartalmazza, de mert a köztudatban ez terjedt el, és - valószínűleg emiatt - ezt használják az uniós dokumentumok is, a rák illetve daganatos megbetegedések elnevezés jelen dolgozatban szinonimaként fut.

11. Egészségügyi indikátor és felügyeleti rendszer

A közösségi egészségügyi helyzet helyes értelmezéséhez, a közösségi akcióprogramok megtervezéséhez és értékeléséhez elengedhetetlen az egységes, megbízható és összehasonlításra alkalmas egészségügyi indikátor- és felügyeleti rendszer kialakítása.[30] Ez a program biztosítja a többi politika kialakításához nélkülözhetetlen kiinduló adatokat.

Elve és célkitűzése az egészségügyi és az egészségi állapotjelző adatok figyelemmel kísérése az Európai Unió területén, biztosítva a más, külső országokkal történő összehasonlítást, megkönnyíteni a közösségi programok és akciók tervezését, megvalósítását és kiértékelését.

Ezért a tagországok számára biztosítani kell az olyan összehasonlítható indikátorokat és információkat, amelyek támogatják a nemzeti egészség-monitorozási rendszereket és hozzájárulnak a nemzeti egészségpolitikák fejlesztéséhez.

A közösségi indikátoroknak alkalmasnak kell lenniük a népegészségügyi politika monitorozására, az akcióprogramok hatásának felmérésére, a populáció egészségi állapotát meghatározó faktorok értékelésére ahhoz, hogy szignifikáns és összehasonlítható eredményeket biztosíthassanak. Kialakításukkor figyelembe kell venni a már rendelkezésre álló adatokat, a felhasználók igényeit és az adat-struktúrákat is a potenciális felhasználók részvételével kell meghatározni.

Az összehasonlíthatóság alapja a közös adatszótár, az egységes definíciók, az egységes adatgyűjtési metodológia, a harmonizált adatgyűjtési módszerek és gyakoriság kialakítása, elfogadtatása, valamint harmonizált kérdőívek használata.

Ennek megfelelően az egészség-felügyeleti rendszer kialakításakor a meglévő adatokból kell kiindulni, úgy, hogy bázisként a meglévő rendszerek szolgáljanak, így az újabb adatszolgáltatás és a hozzáférhetőség biztosítása nem okoz többletterhet, mert a tagállamok adatgyűjtő rendszerei megmaradnak, csupán egységes szabályok szerint működő hálózatba kapcsolódnak.

Építeni kell az úgynevezett nagy szervezetek (WHO, OECD, EUROSTAT) adatbázisaira is és javítani az együttműködést ezekkel a szervezetekkel, ezzel is biztosítva a párhuzamosságok elkerülését.

A felügyeleti rendszer így lehetővé teszi az egészség-monitorozást, az egészségpolitika értékelését és a tagországok közötti összehasonlítást, a minőségi különbségek azonosíthatóságát. A ma még nem látható módosítási igényekre való felkészülésképpen a rendszer rugalmas, átalakítható legyen a későbbi igényeknek megfelelően. Minden változtatást és választást szigorú költségvetési becslés és költség-haszon elemzés kell hogy megelőzzön.

A fentiek szellemében működő hálózat esetében egy olyan rugalmas, jövőorientált rendszer valósul meg, mely olcsóbb a tradicionális központi adatgyűjtésnél, nem igényel a meglévőnél nagyobb adminisztrációs struktúrát, nem duplikálja az adatokat, a résztvevők felelőssége és érdekeltsége az adatgyűjtés pontosságában és hitelességében nem változik. A feldolgozást az adatforrás közelében végzik, minden tagállam a maga adataiért felelős, így a szubszidiaritás elve sem sérül.

Az akciók az indikátorok definícióinak rögzítésére, az adatbázis-hálózat kialakítására, az adatgyűjtés és elosztás metodológiájának véglegesítésére és az adatelemzés megszervezésére vonatkoznak. A teljes program céljaira az Európai Unió által biztosított pénzösszeg 13,8 millió ECU.

A következő Közösségi Akcióprogram is várhatóan kiemelten kezeli majd ezt a területet, hiszen a felügyeleti rendszer képezi az alapját az egészséget fenyegető veszélyek elhárításának.

12. Az egészségvédelmi akcióprogram

A program célja, hogy olyan átfogó hálózatok alakuljanak ki, amelyek bázisán a tudományosan megalapozott egészségvédelem előmozdítása, koordinálása lehetővé válik. Ugyanakkor célszerűnek tűnik a nemzeti és közösségi politikák, egészségvédelmi eszközrendszerek, stratégiák és struktúrák valamint a több tagországot érintő akciók hatásának megismerése, összehasonlító elemzése is.[22]

Az akcióprogramok magukban foglalják az életmódot érintő kérdéseket, az információáramlást és értékelést, egyes betegségek, betegségcsoportok megelőzését valamint a közegészségügyi szakképzést is.[20]

A program segíti a tagországokat saját egészségvédelmi prioritásaik, elveik, eredményeik közzétételében, a Közösség érdekében történő együttműködésben, az egészséges életmód kialakításához szükséges ismeretek, aktivitások (szabadidő és sporttevékenységek, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, az alkoholfogyasztás csökkentése) és a rizikótényezőkre (alkoholfogyasztás, dohányzás) vonatkozó ismeretek terjesztésében.[20] Hangsúlyt fektet a különböző megbetegedések (osteoporosis, táplálkozási és cardiovascularis betegségek) megelőzésére, az interszektorális és multidiszciplináris összefogás előmozdítására, a kedvezőtlen szociális és gazdasági faktorok csökkentésére és a fizikai környezet javítására.

Hálózatok

Az akcióprogram keretén belül hálózatok kialakítására került sor az iskolák, munkahelyek, városok egészségvédelmének megszervezése érdekében.[23] A kiemelten támogatandó célcsoportok közé tartoznak a fiatalok, az idősek, továbbá a hátrányos helyzetű vagy veszélyeztetett csoportok.

A WHO és az Európai Unió összefogásával[27] működik az *„Egészséges iskolák”* hálózat, melynek célja a gyermekek egészséges életmódra nevelése. Ez az egyetlen olyan program, mely nem csak uniós tagállamok és tagjelölt országok együttműködéséből áll, hiszen 37 országból több, mint 500 iskola a tagja. Természetesen az Európai Unió tagországain és a tagjelölt országokon kívül másnak nem nyújt anyagi támogatást.

A munkahelyen való egészségnevelés hatékonysága kimagaslónak bizonyult, ezért a már működő hálózatok továbbfejlesztése várható.[24]

Európa szerte növekszik az *„Egészséges Városok”* nevű hálózat tagjainak száma. A programban szerepel az idős személyek, a fiatalok, továbbá a fiatal családok támogatása és egészséges élethez segítése.[31]

A veszélyeztetett csoportokra kiterjedő programok az iskolát elhagyó fiatalok számára szerveznek az egészséges életmódot előmozdító sport- és kulturális programokat továbbá együttműködnek az idős személyeket ellátó intézményekkel is az idősek helyzetének javítása érdekében.

Képzés

A program prioritásai közé tartozik a népegészségügyi szakember képzés, melynek célja az egészségügyi döntéshozók, politikai vezetők, közalkalmazottak, az egészségügyi akciókat vezető szakemberek (orvosok, oktatók, szociális munkások, védőnők, nővérek) és az azokban résztvevő aktivisták (szülők, tanárok stb.) továbbképzése.

Ennek elősegítésére hálózatok jöttek létre, melyek egy része az egyetemi hallgatók és oktatók cseréjét segíti elő, illetve úgynevezett mesterkurzusokkal és egyéb posztgraduális képzésekkel járul hozzá a megfelelő számú és végzettségű szakember biztosításához a tagállamokban.

A teljes program céljaira az Európai Unió által biztosított pénzösszeg 35 millió ECU.

Elfogadása esetén a tervezett új program is az életmódhoz kapcsolódó tényezőkre és a fiatalabb korosztályokra helyezi majd a hangsúlyt, hiszen az életmód kialakulása, az ehhez kapcsolódó döntések meghozatala ekkor történik.

A tagállamok között jelenleg is folyó együttműködés lehetővé teszi az eddigi tapasztalatok, a legjobb módszerek közkinccsé válását és elterjesztését.

13. Rákmegelőzési akcióprogram

A Közösségen belüli együttműködés a rákmegelőzés területén 1985-ben kezdődött, amikor az állam- illetve kormányfők látva a daganatos betegségek nagyszámú előfordulását Európában közös stratégia kidolgozásához láttak hozzá.

Az *„Európa a rák ellen”* című program 1987-ben indult és az első közösségi szintű kezdeményezés volt a népegészségügy területén.

A daganatos megbetegedésekhez kapcsolódó első (1987-1989) és második (1990-1994) program a megelőzésre, szűrésre, a korai diagnózisra illetve kezelésbe vételre, az egészségügyi dolgozók képzésére és a rákkutatásra koncentrált.

A jelenleg is futó harmadik akcióprogram (1996-2000) folytatása és továbbfejlesztése a korábbiaknak. Fő célja a daganatos betegségek okainak megismerése és a megelőzés.[x]

Adatgyűjtés és kutatás

Célja a rák okainak, magának a betegségnek jobb megismerése, a terápiás módszerek megismertetése, elterjesztése, adatok gyűjtése az incidencia és prevelencia valamint a kutatási prioritások meghatározásához. Ehhez megfelelő adatokkal kell rendelkezni a felnőtt és a gyermekgyógyászati onkológia területén egyaránt.

Megbízható és összehasonlítható adatokkal rendelkező regisztrációs rendszer kialakítása és fenntartása szükséges az információk, a közösségi kutatási tapasztalatok áramlásának, cseréjének biztosítására és az együttműködés erősítése a Nemzetközi Rákkutatási Központtal. Fontos az európai szintű epidemiológiai tanulmányok támogatása és az eredmények terjesztése is. A rákkutató központok közötti információáramlás biztosítására multicentrikus és multinacionális klinikai kísérleti rendszerek létrehozása szükséges.

Az akció része a karcinogén anyagok valamint azok fizikai, kémiai és biológiai tulajdonságainak felmérése, a környezeti és a munkakörülményekkel kapcsolatos összefüggések feltárása.

A megelőzési módszerek és a túlélési arányszámok objektív összehasonlításához, a különbségek okainak feltárásához egységes kritériumrendszer létrehozása (életkor, nem, a tumor lokalizációja, a kifejlettség stádiuma, szövettani típusa, stb. alapján) szükséges.

A tanulmányok nagy része a rák kialakulásában az étkezésnek, a dohányzásnak, az életmódnak és az általános egészségi állapotnak tulajdonít nagy jelentőséget, így a prevenciós programok is ezekre irányulnak.

[x] Az akcióprogram része az október második hetében évente megrendezésre kerülő „Rákmegelőző hét”, melynek szervezésében a rákellenes szövetségek, ligák is közreműködnek.

- folytatás a következő oldalon -

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

- folytatás az előző oldalról -

Egészségnevelés és tájékoztatás

A rákmegelőzés terén külön akcióprogramok vannak, melyek célja az egészségnevelés és tájékoztatás. Ezen programok keretében növelni kell az Unió polgárainak ismereteit a rák okairól, rizikótényezőiről és a megelőzés módjairól, hiszen az egyénnek kell a saját egészsége érdekében minél többet tennie. Segíteni kell az egészséges életmód elterjesztését a rizikótényezőkhöz kapcsolódó megelőző intézkedésekkel is. Az akciók talán legfontosabbika a minden évben megrendezésre kerülő *„Európa a rák ellen"* című egyhetes kampány, mely kiterjed a médiákra és az orvosi rendelőkben használható tájékoztatók elkészítésére is. Hiteles terjesztők (orvosok, pedagógusok) bevonása a kampányba nagymértékben hozzájárul annak sikeréhez.
Az egészségvédelmi technikák elemzésével foglalkozó tanulmányok a későbbi programok eredményességének javítását segítik, ezért fontos helyet foglalnak el a prioritások között.
A rákszűréssel kapcsolatos információk áramlásának segítése érdekében információs kampányokat támogat az Unió és speciális csoportok „érzékennyé tételére" törekszik a munkahelyeken és közterületeken. Jelentős azon európai szintű projectek támogatása, melyek a dohányzás-megelőzését, terhesek és gyerekek védelmét tűzték ki célul vagy az egészséges táplálkozáshoz szükséges ismereteket terjesztik. Integrált oktatási programokat alakítanak ki és indítanak be a rákmegelőzéssel kapcsolatban, hangsúlyozva az életmód és az egyéni felelősség jelentőségét. A rákkal kapcsolatos ismeretek terjesztése már az iskolában megkezdődik. Az általában hálózatok keretében működő akciók (dohányzásmentes városok, iskolák, ifjúsági klubok) bővítése, továbbfejlesztése jelentősen támogatott.
A munkahelyeket, szakembereket érintő a veszélyes, rákkeltő anyagokkal kapcsolatos tiltó intézkedések bevezetése.
A program részét képezi a dohányzás elleni kampányok hatásvizsgálata és az egészségügyi dolgozók példamutatásának fokozása is.
Az elért eredmények terjesztése, az integrált programok tapasztalatainak megosztása a többi tagállammal valamint az érdeklődőkkel tudományos cikkek, szakmai és oktatási anyagok formájában történik.

Korai diagnózis és szűrés

Célja az anatómiai és szövettani meghatározások és technológiák egységesítése, a hatékony szűrőmódszerek elterjesztése, melyek révén nő a korai diagnózis és a gyógyulás esélye. A szűréssel korán diagnosztizálható rákfajtákra (petefészek-, prosztata-, bőr- és vastagbélrák valamint szájüregi rákok) vonatkozó tanulmányok készítése és a minőségbiztosítás elemeinek beépítése a megelőző programokba.
A pszichológiai és szociális vonatkozások figyelembe vétele is a prioritások között van.

Képzés és minőségbiztosítás

Cél: a személyzet képzettségének javítása, hálózatok kialakítása, tapasztalatcsere és a minőségbiztosítás alapjainak megteremtése.
A kiemelt akciók közé tartozik a továbbképzések folytatása, periodikus értékelési fázisokkal való kibővítésük, a tagállamok rákkutatási tevékenységének összehangolása, a kutatócsoportok közötti együttműködés, a szakemberek és oktatók mobilitásának támogatása, a kutatások, kísérletek eredményeinek terjesztése, oktatási anyagok készítése, európai konferenciák, tapasztalatcserék szervezése.
A minőségbiztosítás területén a mell- és méhnyakrák szűrések minőségbiztosításának fejlesztése valamint a radioterápiás berendezések működtetésével és a személyzet képzésével kapcsolatos ismeretátadás, együttműködés a most futó program legjelentősebb része.
A teljes program céljaira az Európai Unió 64 millió ECU-t biztosít, mely a legmagasabb pénzösszeg a népegészségügyi akcióprogramok között.

14. Az Európai Unió drogmegelőzési akcióprogramja

A népegészségügyi programok között komplex módon szerepel a drog-abuzus-megelőzési program. Mivel ez az egyetlen, amely nemcsak közegészségügyi feladat, hanem összefügg igazságügyi, társadalmi és szociális kérdésekkel is, az Unió összetett kérdésként kezeli és elsősorban a megelőzés területén kíván hatékonyabban fellépni.
Az akcióprogram végrehajtására a többi népegészségügyi programmal egyeztetve, bizonyos esetekben közösen megvalósítva kerül sor.
A nem egészségügyi politikákban is előforduló kérdések az egész Uniót érintik, így a nemzetközi kapcsolatok koordinálásában résztvevő bizottságok készítik a javaslatokat a drogmegelőzés és a gyógyszerekkel vagy egyéb vegyi anyagokkal való visszaélés területén.
A stratégiai tervezet céljai: a tiltott drogok tömeges áramlásának megszakítása vagy csökkentése, fellépés a kábítószer kereskedelem ellen. A tiltott drogok használatának megakadályozása, valamint a törvényes anyagokkal való visszaélések elleni fellépés.
A droghasználattal járó veszélyek, azaz a vér útján vagy közös tűhasználattal terjedő fertőzések csökkentése, a vérrel vagy vérrel is terjedő betegségek (AIDS, hepatitis B és C) megelőzése. A droghasználók között előforduló speciális egészségügyi és szociális problémák megoldása.
Mivel a probléma súlyos és összetett, az Európai Unió prioritásként kezeli és a megelőzést valamint az egészségmegőrzést tekinti a legfőbb feladatnak.

A megelőzés

A megelőzés részét képezi a kábítószer-használathoz kapcsolódó tapasztalat- és információcsere, valamint szorosabb együttműködés kialakítása a tagállamok kormányzati és nem-kormányzati szervei között, továbbá nemzetközi hálózat létrehozása a nem-kormányzati szervezetek bevonásával.
A megelőzés szempontjai: prevenciós munka a veszélyeztetett csoportok vagy a specifikus környezetben élők között. A célcsoportok információval és tanáccsal való ellátása, felhasználva és terjesztve a legjobban kidolgozott prevenciós módszereket. A kábítószer-fogyasztás megelőzési stratégiák kifejlesztésére irányuló oktatás és képzés támogatása, korai felderítés és tanácsadás a kábítószer-fogyasztók számára. A kábítószerfüggők rehabilitációja és a társadalomba való visszailleszkedésük segítése.
Az akciók egy része csatlakozik az egészséges életvitelt segítő programokhoz.
Drogspecifikus ismeretek átadására kerül sor az európai lakosság kábítószerekkel és kábítószer-használat megelőzéssel kapcsolatos tájékozottságát fokozni hivatott kampányokban, melynek legismertebbike az *„Európai kábítószer-fogyasztást megelőző hetek"*, valamint azonos szempontokkal a fiatalok részére kialakított telefonos segélyszolgálatokon keresztül.
Az információátadás módszereinek és eszközeinek kialakítása függ a veszélyeztetett célcsoportoktól, területektől és ezeknek megfelelően módosul (katonák, iskolák, börtönök). Az itt leghatékonyabbnak bizonyuló módszerek szakmai körökben történő ismertetése a következő lépés.

Egészségügyi oktatás, képzés

Egyeztetve az egészségvédelmi, akcióprogramon belül kialakított oktatási tervvel a kábítószer fogyasztás megelőzését célzó oktatás elsősorban az egészséges életmód kialakítását segíti elő. Ezek az oktatási programok az iskolákat, a családokat, az egészségügyben és az oktatásban dolgozó szakembereket célozzák meg, multidiszciplináris együttműködést serkentve a speciális kísérleti tantervek készítése és a tanárok oktató munkájának javítása érdekében. A szakemberek igényeinek megfelelően összeállított továbbképzési segédanyagok és programok készítésekor figyelembe veszik azon tanulmányok eredményeit is, melyek a fiatalok kábítószerrel kapcsolatos nézeteiről, a drogok elérhetőségének korlátozásáról kialakult véleményüket tartalmazzák. Ilyen multidiszciplináris továbbképző programok készülnek az egészségügyi szakemberek (háziorvosok, gyógyszerészek), tanárok, rendőrök és büntetés-végrehajtási szakemberek részére.
A már kábítószerfüggővé vált személyek az intravénás kábítószer használat kockázati tényezőiről, fertőzésveszélyek megelőzési lehetőségeiről kaphatnak információt az akcióprogram keretén belül.
Része még a programnak fogadó-, tájékoztató, és detoxikáló intézmények létrehozása és közöttük együttműködés kialakítása, valamint a biztonságos fecskendők osztása is.

Megelőzés és szűrés

Gyermek és ifjúsági közösségekben a kábítószert fogyasztók gyors kiszűrése és a megfelelő támogató és információs tevékenység megszervezése rendkívül fontos. A program egészségügyi részének közösségi költségvetése 27 m ECU.

15. AIDS és egyéb fertőző megbetegedések megelőzési akcióprogramja

Ez a program elsősorban a szexuális úton (de vérrel és vérkészítményekkel is) terjedő megbetegedések elleni küzdelmet tartalmazza. Az első uniós akcióprogram 1991-1995 között zajlott, jelenleg a második akcióprogram (1996 - 2000) folyik.

A fertőző betegségek felügyeletének és kontrolljának javítása

Cél: bővíteni és széles körben terjeszteni a rendelkezésre álló ismereteket, javítani a felügyeleti rendszerek közötti információáramlást és együttműködést. Az akciók egyik csoportja a megbízható és összehasonlítható adatok gyűjtésére, az ehhez kapcsolódó módszerek kialakítására, a nemzeti és regionális járványügyi rendszerek fejlesztésére, a közösségi epidemiológiai hálózat, valamint az Európai AIDS Központ létrehozására koncentrál.
A másik terület a járványügyi információk terjesztése, melyhez szükség van közösségi járványügyi periodika megjelentetésére és az Unión belül specifikus epidemiológiai tanulmányok készítésére és terjesztésére. Ez utóbbinak része az intézeten belüli fertőzésekre és rutinvizsgálatokra vonatkozó adatok összehasonlítása is.
A kutatás területén a prioritást a fertőző betegségek terjedési módjainak vizsgálata, a járványok fellépésekor bevezetendő intézkedések meghatározása (például: tbc, hepatitis), a rizikó tényezők feltárása kapta. Kiemelt terület még az oltási hatékonyság javításával foglalkozó kutatások támogatása, a prevenció lehetőségeinek és a migráció hatásának vizsgálata.
Az akcióprogramon belüli együttműködésnek feltétlenül ki kell terjednie a tagországok közötti információcserére a különböző csoportokat megcélzó kampányokról és ezek hatékonyságáról valamint az oltási programok összehasonlítására.

Információ, oktatás, képzés

A tevékenység fő iránya a megelőző kampányok hatékonyságának elemzése, javítása, a hatékonyság mérésére szolgáló módszerek fejlesztése. Tovább kell fejleszteni a nagyközönségnek szóló információk terjesztésének módszereit és elemezni az ezekkel kapcsolatos nézeteket. Kiemelten kezelendő a gyerekek és a fiatalok véleménye.
Az egészségügyi szakemberek epidemiológiai képzése során hangsúlyt kap a korai felismerés és a szűrés, valamint olyan speciális pszichológiai ismeretek oktatása, melyekre a fertőző betegekkel és hozzátartozóikkal hivatalból kapcsolatban állóknak van szükségük.

Az AIDS - fertőzöttek támogatása és a diszkrimináció elleni harc

Az idetartozó akciók fő célja az AIDS-es emberek problémáinak felderítése, tapasztalatcsere a vírushordozók támogatásáról, a környezetükkel való kapcsolattartásról, az AIDS pszichoszociális aspektusainak megismerése.
A tagországok együttműködése nélkülözhetetlen a diszkrimináció okainak feltárásában és az ellene való küzdelemben. Kiemelt területek: a munkaalkalmazás, a képzés és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás.
A program teljes költségvetése 49,6 millió ECU.

16. A népegészségügyi programok jövője

A Közösség - 1993. novemberében kiadott stratégiáján alapuló - népegészségügyi akcióinak többsége 2000. végéig tart.
1999. áprilisában a Bizottság egy kiadványban javaslatot tett a népegészségügyi politika prioritásait illetően.[26] Közösségi szinten szélesebb megközelítést ajánlott, valamennyi tagállam bevonásával az egészségügyi vonatkozással is bíró politikai döntések meghozatalába és a kapcsolódó jogi szabályozás kialakításába.
A Bizottság lemondása 1999. márciusában visszavetette az új javaslatok kialakítását, de az új népegészségügyi akciók kidolgozása prioritást képez a jelenlegi Bizottság számára is. Az idén májusban elkészült a 2001-2006 közötti időszakra vonatkozó, 300 millió Euro költségvetésű javaslat a közeljövőben kerül az Európai Parlament és a Tanács elé megvitatásra. A javaslat elkészítésekor a Bizottság figyelembe vette a korábbi és jelenleg is futó programokból származó tapasztalatokat, a lakossági igényeket, az Amszterdami Szerződésben foglaltakat, a közösségi intézmények véleményét és úgy tűnik, hogy a társult országok problémáit, prioritásait is.
Az új népegészségügyi program az egészségügyi információ és ismeretanyag minden érintett és érdeklődő számára az Internet segítségével történő hozzáférhetővé tételére, az egészséget fenyegető veszélyek (járványok, környezetszennyezés) elleni összehangolt fellépésre és az egészségi állapotot döntően befolyásoló tényezők meghatározására illetve ezek befolyásolására helyezi a hangsúlyt.
A Parlament és Tanács előtt lévő javaslat az egészséggel kapcsolatos információk javításával növeli a hatékony bizottsági és tagállami egészségpolitika kialakításának és működtetésének lehetőségét, továbbá segíti a kihívásoknak való megfelelést. A tevékenységeknek a jelenleg is működő egészségmonitorozási programra kell épülniük, amely az egészségügyi indikátorok kialakítását, az adatok cseréjét és az egészségügyi beavatkozások értékelését is magában foglalja. Hangsúlyt kell kapnia az egészséget meghatározó tényezőknek, beleértve az egészségügyi beavatkozásokat is.
Bár a részletek még nem teljesen ismertek, de az nyilvánvaló, hogy az új politikának hatékonynak, jól strukturáltnak kell lennie összhangban a tagállamok stratégiai szükségleteivel és együttműködni a különböző, az egészséggel is összefüggő közösségi politikák kialakításában. Le kell írnia a legjelentősebb tendenciákat az egészségügyben, biztosítania kell a gyors beavatkozási lehetőségeket az egészséget meghatározó tényezők terén és egyben flexibilisnek is kell lennie az új fejlesztésekre vonatkozóan. Továbbá figyelembe kell vennie a korlátozott forrásokat és a jelenlegi programok nagy adminisztrációs terheit.
Az utóbbi idők egészségügyi vonatkozású krízisei megmutatták az állat- és növényegészségügyi szabályozás fontosságát ezért ezen a területen az elkövetkező időszakban a közösségi szabályozás illetve a tagállami joghármonizáció erősödése várható. 2000. januárjában kiadásra került az élelmiszerbiztonságra vonatkozó úgynevezett Fehér Könyv, mely foglalkozik a génmanipulált élelmiszerekkel, az élelmiszert előállítók felelősségével és az élelmiszer valamint a takarmány alap- és segédanyagainak nyomonkövethetőségével.
Az Európai Unió tervei között szerepel egy úgynevezett Európai Egészség Fórum létrehozása, melynek célja egyrészt a Bizottság egészségpolitikai célkitűzéseinek és stratégiájának nyilvánossá tétele, másrészt az egészségügy iránt érdeklődők, az ezen a területen tevékenykedő személyek, intézmények, szervezetek bevonása az egészségpolitika prioritásainak meghatározásába.
További várható prioritás olyan közösségi megfigyelőrendszer kialakítása, mely lehetővé teszi a korai észlelést és beavatkozást. A fertőző betegségek figyelésére és kontrolljára kialakított hálózat alapként szolgálhat egy általános figyelő rendszer számára.[28]
Az új programban nagy a kooperáció lehetősége azáltal, hogy az egészségügy és a fogyasztóvédelem közös portfolióba került. Különösen előnyös lehet ez a fogyasztók egészségvédelme terén, ahol az aktivitás a táplálkozás, az alkoholfogyasztás és az egyéb kockázati tényezők terén kecsegtet előrelépéssel.
Az új népegészségügyi programok elfogadása hosszú időt vesz igénybe és erre várhatóan nem fog sor kerülni a már futó programok befejeződése előtt. Így nehézségek várhatók a bizonyítottan sikeres programok folytatásában. A legvalószínűbb megoldás a jelenleg is futó programok meghosszabbítása az új népegészségügyi programok kialakításáig.
Az egészségügyre is hatással bíró közösségi politikák és jogi szabályozások valamint a népegészségügy közötti kapcsolatot erősíteni kell, hogy a Közösségen belül már működő mechanizmusok biztosítsák a magas fokú egészségvédelmet mindenki számára.
Ennek érdekében 2001-től minden javaslat, mely kapcsolódik az egészségügyhöz, tartalmaz majd egy, az egészségügyi szempontokhoz kapcsolódó magyarázó hatáselemző részt is.

17. Magyarország feladatai és felkészülése az Európai Unióhoz való csatlakozás terén

Az integrációs felkészülés az Európai Bizottság által meghatározott szektorok szerinti felosztásban történik. A csatlakozási tárgyalások két részből állnak: a közösségi joganyag közös áttekintéséből és a konkrét érdemi tárgyalásokból.[29]
Az Unióban a szociálpolitika fogalma meglehetősen széles és a szociális fejezethez tartozó európai joganyag az egészségügy szempontjából fontos következő témaköröket is tartalmazza:
- munkahelyi biztonság és egészségvédelem
- népegészségügy
- az idős emberek és a kirekesztettség
- a fogyatékossággal élő személyek
- (a nők és férfiak esélyegyenlősége)
- a Munka- és Életkörülmények Javításáért Európai (Dublini) Alapítvány.

Mint az már korábban említésre került, a szociálpolitika az Európai Unióban alapvetően a tagállamok kompetenciájába tartozik. Ennek ellenére természetesen bőven vannak olyan, az uniós tagságra való felkészülés részét képező feladatok, melyek érintik az egészségügyet.
Ezek a következő három nagy csoportokba tartoznak: joghármonizáció, intézményfejlesztés, a jogi eszközökkel nem szabályozott elvárásokhoz (politikai jellegű ajánlások, akciók, közlemények és tervezetek) való alkalmazkodás.

- folytatás a következő oldalon -

Az Európai Unió szerepe az egészségügyben

Dr. Czimbalmos Ágnes
Az Egészségfejlesztési Kutató Intézet (EFKI) munkatársa

- folytatás az előző oldalról -

17.1 Jogharmonizáció

A szociálpolitika területén a kötelező érvényű közösségi joganyag vonatkozásában a harmonizáció szintje relative magas.

A szakértői munkacsoport 114 kötelező erejű jogforrást és 53 ajánlást, állásfoglalást, közleményt tekintett át.[12]

Alapvető, minőségében új tartalmú szabályozást csupán néhány területen kell bevezetni például az önfoglalkoztatókra és a munkaerő kölcsönzés keretében foglalkoztatottakra vonatkozóan.

Más területeken a hatályos joganyag pontosítására vagy egységesítésére van szükség. Ezek közé tartozik a férfiak és nők esélyegyenlőségének biztosítása, illetve több munkabiztonsági irányelv teljes körű átvétele.

A munkahelyi biztonság és egészségvédelem területén jellemző, hogy a közösségi jogban egy jogszabállyal szabályozott kérdések a magyar jogban szétszórtan, különböző szintű jogforrásokban szerepelnek, természetesen tartalmi eltérésekkel. Ide tartozik a képernyő előtt végzett munka, a hát- és derékfájásnak kitett munkavállalók védelme, az egyéni védőeszköz használata a munkahelyen, a foglalkozási eredetű rákkeltő anyagok által előidézett egészségkárosodások stb.

A szociálpolitikai fejezet egészségügyi vonatkozásait tekintve a teljes harmonizációhoz szükséges jogszabály módosítások legkésőbb a csatlakozás tervezett időpontjáig (2001. december 31.) elvégezhetők.[12]

A jogharmonizáció témaköréhez tartozik a tanulmányban máshol nem említett dohánytermékek címkézésére és kátránytartalmára vonatkozó szabályozás is. Az elkövetkezendő időszakban ezen a területen még összehangoltabb politikát kíván az Unió folytatni, a dohánytermékek kátrány és nikotintartalmának csökkentése valamint a feliratozás szabályainak szigorítása érdekében.

17.2 Intézményfejlesztés

A jogharmonizációhoz kapcsolódóan szükség van a jogalkalmazást és a jogérvényesítést elősegítő hatósági tevékenységet folytató intézmények jelentős mértékű fejlesztésére a közegészségügy, illetve a munka-egészségügy területén. Ezek a fejlesztések döntően az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot valamint az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőséget érintik.

A részletes intézményfejlesztési javaslatokat a Közösségi vívmányok átvételét szolgáló Nemzeti Program tartalmazza.

17.3 A jogi eszközökkel nem szabályozott elvárásokhoz való alkalmazkodás

A felkészülésnek sajátos, de fontos területét alkotják azok az egészségpolitikai kérdések, amelyek az Európai Unióban a szubszidiaritás elve alapján a tagállamok kompetenciájában tartoznak. Ezen a területen a közösségi elvárások, valamint a tagállami politikák és gyakorlatok megismerése a különböző közösségi akcióprogramokban, fórumokon történő részvétellel érhető el. A Közösség különböző szakmai programok keretében biztosítja a népegészségügy terén kiemelkedő fontosságú kérdésekben a tagállamok együttműködését. 1998. november 1-től Magyarország is részt vesz az egészségmegőrzéssel, a rák elleni küzdelemmel, a drogfogyasztással valamint az AIDS és egyéb fertőző betegségek megelőzésével foglalkozó programokban.

A közösségi jogban nem szabályozott területeken a fentieken túlmutató, átfogó fejlesztési feladataink is vannak, hiszen a szociális és egészségvédelmi politikák valamint az ellátó rendszerek fejlesztése nem csak integrációs elvárás, hanem a magyar lakosság érdekében mindenképpen megvalósítandó.[12,13]

Az Ország-vélemény és a Csatlakozást Partnerség dokumentum valamennyi fenti területre vonatkozóan fogalmaz meg elvárásokat. Kiemelt fontosságú a jogharmonizáció továbbfejlesztése a munkahelyi egészségvédelem és biztonság valamint a munkajog területén.[14]

Az emberi élet és egészség védelmét szolgáló szabályozások a közösségi joganyag számos szektorában megtalálhatók, különösen jelentősek az áruk szabad áramlásával, a környezetvédelemmel és a mezőgazdasággal foglalkozók. E jogforrások integrálásáért az Egészségügyi Minisztérium a felelős együttműködve a többi illetékes tárcával.[13]

17.4 A négy szabadságjoghoz kapcsolódó feladatok

Személyek és szolgáltatások szabad áramlása

A személyek szabad áramlása az a terület, amely - bonyolultsága miatt - az Európai Unión belül is a legkésőbb valósult meg. Bár a problémakör elsődlegesen belügyi, illetve foglalkoztatásügyi kérdés, szociális és egészségügyi vonatkozásai mégis érdekesek, különösen a polgárok szempontjából.

A más tagállamban tartózkodó uniós polgár számára biztosítani kell az egészségügyi ellátást, függetlenül a tartózkodás időtartamától.

Az Európai Unión belül lehetőség van arra, hogy az uniós állampolgárok ideiglenes tartózkodásuk alatt - azonnali orvosi beavatkozást igénylő esetekben egy egységesített formanyomtatvány birtokában - a szükséges ellátásban részesüljenek és a költségeket a két ország biztosító intézményei számolják el egymás között. (Az Unió polgárai ennek tudatában is sokszor betegbiztosítást kötnek, hiszen előfordulhat, hogy olyan ellátásra lesz szükségük, amely nem tartozik ebbe a körbe.)

Az Unión belüli, kifejezetten gyógykezelési céllal másik tagállamba történő utazás ma még előzetes engedély nélkül - finanszírozási szempontból - kockázatos.

A migráns munkások és családtagjaik szociális biztonságával foglalkozó közösségi koordinációs szabályozás alkalmazása komoly felkészülést igényel majd a kormányzati szervek, valamint a végrehajtásban leginkább érintett Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság részéről. Ez a felkészülés már megkezdődött.

A majdan megvalósuló szabad munkaerőmozgás és a szolgáltatások szabad áramlása, azaz a letelepedés szabadsága azt is jelenti, hogy a magyar egészségügyi dolgozók munkavállalóként vagy vállalkozóként az Unió tagállamaiban szabadon tevékenykedhetnek. Ehhez szükség van a diplomák és egyéb szakképesítések elfogadására, az egészségügyi tevékenység folytatásához előírt feltételeknek való megfelelésre. A képzési rendszerünk csak kisebb korrekciókat igényel, illetve megfelel az EU elvárásoknak.

Termékek szabad áramlása

A termékek szabad áramlásának igen jelentős népegészségügyi, közegészségügyi összefüggései vannak, melyeket az utóbbi időszak élelmiszerbiztonsági problémái (kerge marhakór és dioxin mérgezés) is bizonyítanak. Fokozott figyelmet kell tehát fordítani arra, hogy a magyar piacra akadálytalanul bejutó termékek ne csak minőségüket tekintve legyenek magas színvonalúak, hanem egészségünket se károsítsák. A megerősödő fogyasztóvédelmi és piacfelügyeleti tevékenységnek ezért jelentős közegészségügyi vonatkozásai is vannak.

A különösen érzékeny termékek esetében - idetartoznak a gyógyszerek, oltóanyagok, orvosi műszerek - az Unióban is szükség van a forgalomba hozatal előtti megfelelőség-vizsgálatra, tanúsításra.[23] A tagállamok azonban egymás tanúsításait elfogadják.

Lehetőleg már a csatlakozást megelőzően a magyar intézményeknek, laboratóriumoknak akkreditáción kell átesniük és a megfelelőség vizsgálatot a későbbiekben a közösségi eljárások szerint kell lefolytatniuk. Így az általuk kiadott tanúsításokat az Unió is elfogadja majd.

A szükséges jogharmonizációs tevékenység döntően megvalósult, az érintett intézetek felkészítése az alkalmazásra folyamatban van.

18. Az integrációs kötelezettségekből, elvárásokból adódó főbb feladatok az egészségügy területén

Az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik az emberi élet és egészség védelmét szolgáló közösségi szabályozások átvétele a jogharmonizáció révén. A harmonizált közösségi előírások érvényre juttatásához megfelelő intézményi kapacitás biztosítása szükséges a népegészségügy, közegészségügy területén, mely az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat illetékességébe tartozik.

A gyógyszerek és orvostechnikai eszközök, - mint kiemelt termékcsoport regisztrálása, minőségtanúsítása - az Országos Gyógyszerészeti Intézet, az Országos Kórháztechnikai Intézet valamint a tanúsító laboratóriumok feladata lesz. A migráns munkások szociális biztonságának koordinációját az Országos Egészségbiztosítási Pénztár fogja ellátni.

Az egészségügyi diplomák és szakképesítések kölcsönös elfogadására történő felkészülés a Magyar Orvosi Kamara, az Országos Szakképesítő Bizottság és az egyetemek feladatkörébe tartozik.

Az egészségfejlesztés infrastruktúrájának átalakítása, továbbfejlesztése több intézmény bevonásával történik, melyek közül a legjelentősebbek: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Egészségfejlesztési Kutatóintézet és a Debreceni Népegészségügyi Iskola.

Az Unió népegészségügyi programjaiban való részvétel igényli a legszélesebb összefogást, hiszen az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Egészség-fejlesztési Kutatóintézet, és a Népegészségügyi Iskola közreműködésén túl szükség van az egyetemek, szakértői és kutatói csoportok, szakmai egyesületek, szövetségek tevékenységére is.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Országos Kórházszövetség, az Egészségfejlesztési Kutatóintézet, a szakértők, az alap- és szakellátást nyújtó vállalkozások, alapítványok, intézetek részéről igényel összehangolt cselekvést.

19. Zárszó

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy ha burkoltan is, de már az európai integráció kezdetekor jelen volt az egészségügyi dimenzió.

Kezdetben a munkahelyi egészségvédelemre, a későbbiekben a négy szabadságjoghoz kapcsolódó egészségügyi problémákra, majd az utóbbi években a népegészségügyi szempontokra és tevékenységekre került a hangsúly. Ez utóbbiak érvényre juttatásáért a Közösség olyan akcióprogramokat és hálózatok hozott létre, melyek valamennyi tagország és a csatlakozni kívánó országok bevonásával az adatgyűjtés, a problémafeltárás és a megelőzés terén működnek együtt. Az új szemlélet főleg a közösségekre épülő együttműködést tekinti elsődleges fontosságúnak. Az utóbbi két évben Magyarországnak is lehetősége nyílott a fenti programokhoz való csatlakozásra. Az idő rövidsége miatt az eredményesség megítéléséről természetesen még nem lehet szó, de az egységes egészségügyi indikátorok bevezetése, az összehasonlítható adatbázisok kiépítése, a hálózatok munkájában való részvétel egyértelműen pozitívum.

A tapasztalatok felhasználása, beépítése az egészségpolitikai döntésekbe segítheti a magyar egészségügy, az egészségügyi ellátás felzárkózását az Unió tagállamainak szintjére.

Az Európai Unió előtt álló feladatok az egészségügy területén nagyok és sürgetőek. A közösségi politikának segítenie kell a tagállamokat egészségügyi rendszereik hatékonyabbá tételében, a tagállamok közötti együttműködés javításában. Tisztázni kell a szabadságjogok érvényesülésének határait az egészségügy területén.

Biztosítani kell, hogy a közösségi akcióprogramok az egyes állampolgárok számára is hasznosak legyenek és hozzájáruljanak egészségük megőrzéséhez, illetve egészségi állapotuk javításához.[14]

Bár az 1999. januárjában a német EU elnökség ideje alatt megtartott *„A belső piac hatása a tagállamok egészségügyi rendszereire"* című konferencián Andrea Fischer a német szövetségi egészségügyi miniszter uniós kollégái véleményét is kifejezve azt mondta, hogy *„a nemzeti egészségügyi ellátó rendszereket nem fogjuk uniós szinten harmonizálni"*, az mindenesetre széles körben elfogadott, hogy az egységes belső piacnak igenis van hatása az egészségügyi ellátó rendszerekre és ez a hatás a jövőben tovább fog növekedni. Ma még nem vagy csak kevesen látják tisztán milyen jellegű és mélységű is ez és mely elemeknek lesz pozitív, melyeknek negatív hatásuk. Egyre sürgetőbbé válik az egységes belső piac szabályainak olyan jellegű módosítása, mely sokkal inkább figyelembe veszi a paciensek és az egészségügyi szektor érdekeit. E területen úgy tűnik, hogy a bi- és multi-laterális tárgyalások útján jobban elérhetők megegyezések a tagállamok között, mint a valamennyi uniós tagállamot bevonó tanácskozásokon. A tagállamok politikusai abban is egyetértenek, hogy az egészségügyi ellátó rendszer szerkezete, hozzáférhetősége és tervezése, továbbá finanszírozási struktúrája (biztosítás vagy adó, ki mikor és miért fizessen, valamint a közfinanszírozás aránya) mindenképpen tagállami döntés kell hogy maradjon. (Ugyanakkor olyan uniós szintű politikának, mint a konvergencia kritériumok, nemcsak a tagállamok költségvetésére van hatása, hanem azon belül az egészségügyi költségvetésre is.)

Az eddigiek ismeretében biztosra vehető, hogy az egészségügyi vonatkozású kérdéskörök szerepe uniós szinten a jövőben tovább fog növekedni, bár ma még nagyon sok minden bizonytalan és nem tisztázott. Mivel csatlakozásunk ideje - bármikor is lesz - közeledik, a magyar egészségügyi szakemberek, intézmények tájékoztatása, felkészítése aktuálisabb, mint valaha.

20. Irodalomjegyzék

1. Werner Weidenfield, Wolfgang Weissels, Czuczai Jenő, Ficzere Lajos: Európa A-tól Z-ig Az Európai Integráció kézikönyve, az EK Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxemburg, 1997
2. Palánkai Tibor: Az európai integráció gazdaságtana, Aula Kiadó, 1998
3. Horváth Jenő: Az Európai Integráció története napról napra, Budapest, 1997
4. Kecskés László: EK-jog és jogharmonizáció, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1997
5. Király Miklós (szerk.): Az Európai Közösség kereskedelemi joga, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998
6. Paul J. Belcher: The role of the European Union in Health Care, Zoetermeer, 1999
7. World Health Organization: Ljubljana Charter, 1996
8. Római Szerződés, az Európai Unióról szóló szerződés által módosított szöveg UNIO Kft.-CDATA Bt. Magyar Törvénytár
9. Quality in Health Care, Opportunities and Limits of Cooperation at EU-level Aimed at Achieving a High Standard of Health Protection in the Member States, Bad Tatzmannsdorf/Burg Schlaining, 24 July 1998
10. Hanusz Klára: Az Európai Unió Közegészségügyi Akcióprogramjai, Kézirat, 1998
11. Könczei György, Gyulavári Tamás: Európai szociális jog köztisztviselők számára, Kézirat, 1999
12. Novák Katalin: Az európai integráció egészségügyi dimenziója, integrációs feladatok az egészségügy területén, Kézirat, 1999
13. Novák Katalin: Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága számára. A csatlakozási tárgyalásra történő felkészülés helyzete a szociálpolitika, a foglakoztatás és az egészségügy területén, Kézirat, 1999
14. European Commission: Public Health in Europe, Manuscript, 1997
15. Commission of the European Communities: Fourth report on the integration of health protection requiremets in community policies, 1999
16. Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának ajánlása a tagállamoknak a minőségfejlesztési rendszerek kidolgozásáról és megvalósításáról az egészségügyi ellátásban, MEDINFO, Budapest, 1998
17. europe weekly towards enlargement 1999 és 2000 évi számai, European Information Service
18. David Byrne: The European Community's future strategy in the field of public health, Eurohealth Vol 5 No 4 Winter, 1999
19. European Commission: Public Health in the European Community, Health Promotion Programme, Manuscript, 1997
20. European Commission: Community Action Programme on Health Promotion, Information, Education and Training, Manuscript, 1998
21. European Commission: The Evidence of Health Promotion Effectiveness, Shaping Public Health in a New Europe Manuscript 1998
22. Olivier Weil, Martin McKee, Marc Brodin, Daniel Oberlé: Priorities for Public Health Action in the European Union, European Commission, Health Promotion Programme, Manuscript, 1999
23. European Commission: Information on European Networks supported by the programme of community action on health promotion, information, education and training, Manuscript, 1999
24. European Commission: Result Summaries/ Progress Reports for projects financed under the Programme of Community Action on Health Promotion, Information, Education and Training, Manuscript, 1999 (version 10/99)
25. OECD Health Data, 1997
26. Communication from the Commmission to the Council, the European Parlament, the Economic and Social Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Community, Brussels, 15. 04. 1998 COM(1998) 230 final
27. Commission of the European Communities: Interim report from the Commmission to the Council, the European Parlament, the Economic and Social Committee of the Regions on the implementation of the programme of Community action on health promotion, education, information and training (1996-2000)
28. European Commission: Guide to the implementation of community harmonization directives based on the new approach and the global appoach, First version, Luxembourg, 1994
29. Horváth Zoltán: Kézikönyv az Európai Unióról, Magyar Országgyűlés, 1998
30. Takács Albert, Boján Ferenc, Novák Katalin, Kardos Gábor, Szívós Péter: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései, Budapest, 1996
31. Martin Bardsley: Project Mégapoles: a network for public health within the capital cities/regions, European Commission, 1999
32. Paul J. Belcher: Public health in the EU, European Public Health Alliance, 1995

Világszerte az értelem leépülését és a személyiség elmúlását okozza az idősebb populáció jelentős hányadának az Alzheimer-kór. Hosszú ideig azt mondták ezekről az emberekről, hogy előrehaladott koruk miatt szenilisek, illetve agyérelmeszesedésük van, s ezért nem képesek visszaemlékezni a nem sokkal azelőtt történt dolgokra, nem tudnak időben és térben tájékozódni. A betegek többsége az idős (65 év feletti) populációhoz tartozik, annak körülbelül 5-10 százaléka. Az Alzheimer-kór előfordulási gyakorisága 65 éves kor felett ötévente megduplázódik, de a tüneteket nem maga az öregség okozza, hanem a már említett Alzheimer-kór.

AZ ALZHEIMER-KÓR

BESZÉLGETÉS PROF. DR. JANKA ZOLTÁNNAL

A betegeknek eleinte csak az eshet nehezükre, hogy visszaemlékezzenek a kis idővel korábban történt eseményekre, hogy megnevezzenek egy-egy használati tárgyat, ám később, a betegség előrehaladtával nem tudják például, hogyan használják a kilincset vagy más használati tárgyat, elfelejtik a lakrímüket, a nevüket, nem tudják ellátni magukat, nem tudnak gondolkozni, beszélni sem. Ugye, mindannyian hallottunk már olyan rendőrségi felhívásokat, hogy X. Y. idős ember elment otthonról igazolványok nélkül, saját nevét sem tudja, nem beszél - és nem talál haza? Ezeknek az embereknek bizonyos hányada éveken át tartó leépülésen ment át, mire idáig jutott. Az Alzheimer-kór tulajdonképpen a lélek, a személyiség szétesése, lassú halála. Nemcsak a beteg életminőségét rontja jelentősen a kór, hanem bizony a hozzátartozók türelmét is próbára teszi - főleg, ha a beteg nem részesül szakszerű kezelésben, s ha a hozzátartozók sincsenek tisztában a betegség lényegével.

- Az 1900-as évek elején írta le a tünetcsoportot és a betegséget Alois Alzheimer orvos - mondja prof. dr. Janka Zoltán, a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinika tanszékvezető egyetemi tanára. - Ma már tudjuk, hogy a szellemi-értelmi leépülésben szenvedő középkorú vagy idős betegeknek körülbelül a felét sújtja ez a betegség.

• Milyen agyi elváltozásokat okoz az Alzheimer-kór?

- Elhunyt betegek boncolása során kiderült, hogy az Alzheimer-kórban szenvedők agyában összecsapódott, elpusztult idegsejtek találhatók, és a folyamat kóros fehérjeelváltozással is járt. Az idegsejtek pusztulása egyre súlyosbodó tüneteket okoz a betegnek: a klinikai panaszok első formája az emlékezészavar. A beteg egyszerű dolgokra sem képes visszaemlékezni, s amikor érzi, hogy probléma van a memóriájával, gyakran, „kóros meseszövéssel" tölti ki az emlékezeti űrt. Szegényessé válhat a gondolkodása, elveszíti ismeretanyaga jelentős részét, s később már a mindennapi rutincselekedeteit sem tudja végrehajtani. Megeshet, hogy elmegy otthonról, s nem talál haza, mert már nem tud térben és időben tájékozódni. Megváltozhat a személyisége: depresszióssá vagy gyanakvóvá válhat. Környezetét azzal vádolhatja, hogy eltulajdonította személyes tárgyait; később általában kiderül, hogy a beteg maga tette el valahová, de elfeledkezett róla. Ilyenkor tudattalan mechanizmus vezérli: nem jó, ha belátja, hogy elfelejtette, s így inkább ismerősére vetíti, s ráfogja, hogy ellopta a tárgyat. Mivel ez nem tudatos folyamat, semmit sem ér, ha a betegnek elmondjuk, hogy alaptalanul gyanúsít valakit. A nagyon súlyos állapotú Alzheimer-kóros betegekre jellemző, hogy nem tartják vizeletüket, nem tisztálkodnak, esetleg már felöltözni sem tudnak.

• Mi okozza az Alzheimer-kórt?

- Az agyban az idegsejtek intelligens párbeszéde kémiai anyagokkal, a többi között acetilkolinnal történik. Az acetilkolin pályákhoz kötött, amelyek behálózzák az agykérget és a memóriaközpontot. Alzheimer-kór esetén az acetilkolin tartalmú pályák degenerálódnak, elpusztulnak. Emellett a szervezetben általában minden biológiai anyag lebomlik valamennyire. Ebben az esetben a lebomlás acetilkolin-eszteráz enzimmel történik, s ez azt jelenti, hogy az acetilkolint az eszteráz lebontja, és így még kevesebb lesz belőle.

• Hogyan diagnosztizálják a betegséget?

- Világszerte elterjedt a Mini Mentál Teszt alkalmazása, amely percek alatt elvégezhető: a beteg válaszol az orvos által feltett, gondosan kidolgozott kérdésekre. Az eredmény megerősítheti az orvos gyanúját, s ezután következhetnek az egyéb vizsgálatok, például az agyi képalkotó eljárások, amelyek alkalmazásával pontosabban felállítható a diagnózis.

• Lehet javítani a betegek állapotán?

- A különböző terápiák azt célozzák, hogy acetilkolin-eszteráz enzim bénításával kicsit fölerősítsék az acetilkolin mennyiségét, s ezáltal javítsák az Alzheimer-kór tüneteit is.

• Tehát ma még csak a tünetek kezelhetők?

- Igen, hiszen még nem ismerjük a pályák pusztulásának és a kóros fehérjelerakódás kialakulásának mechanizmusát.

A tünetek már csökkenthetők, és a világon mindenütt komoly kutatások folynak. Bízunk benne, hogy minél előbb áttörés érhető el, s már nemcsak tüneti kezelésben részesíthetjük a betegeket, hanem esetleg megelőzhetjük az Alzheimer-kórt, s vissza is fordíthatjuk az agyban kialakult kóros folyamatot. A szakemberek szerint a tünetek kialakulását, súlyosbodását azzal is késleltetni lehet, ha az idős emberek minél többet „tornáztatják" az agyukat. Ez természetesen nemcsak az Alzheimer-kórban szenvedőknek lehet hasznos, hanem mindazoknak, akik szeretnék megelőzni az időskori szellemi leépülést. A családtagok sokat tehetnek idősebb hozzátartozóikért: adjanak könyvet, keresztrejtvényt a kezükbe, beszélgessenek velük, esetleg vonják be a gyerekeket, hogy társasjátékozzanak a nagyszülőkkel. A tévénézés nem helyettesíti ezeket a szellemi tornákat! Amerikában például az idősek körében egyre elterjedtebbek az úgynevezett „agyfényesítő tornák", amelyek a szellemi frissesség megtartását célozzák, s amelyek segítségével még az Alzheimer-kórral sújtott betegek is jobb állapotban tarthatók.

KÓRLAP

TÖRTÉNELMI LECKE

Mint aznap a Népszava cikkéből megtudhattuk, a Magyar Praktizáló Orvosok Szövetsége 2000 június 28-ra furcsa demonstrációt hirdetett: az egyesület tagjainak a kijelölt napra 10-10 beteg szűrővizsgálatra történő beutalása javasolta azt demonstrálni, hogy az év elején vihart kavart jogszabályok betartása egyszerűen lehetetlen. A jogszabály - mint ismeretes - az egészségbiztosítási pénztárral megkötött szerződés módosítására ad felhatalmazást, melynek értelmében a továbbiakban a biztosító a finanszírozást csak abban az esetben folyósítja, ha a biztosított a jogszabályban meghatározott időközönként az orvosnál megjelenik abból a célból, hogy egészségi állapota ismételten rögzítésre kerüljön annak karbantartása céljából. Úgy a rövid fejszámolás, mint a rögtönzött informatikai modellezés egyértelműen bizonyította, hogy az alapellátás mai struktúrája mellett az elképzelés megvalósíthatatlan. A több évtizedes - ha nem évszázados - rendelési modell a lakosság által elvárt szolgáltatások mellett ezt nem teszi lehetővé. Mást kellene kitalálni.

Szomorúan kellett tapasztalni a stúdióbeszélgetést hallva, hogy az alapellátást képviselő meghívott a műsorvezető problémára ráérző kérdéseire válaszolva a teljesíthetetlen elvárást vette védelmébe, hivatkozván a magyar lakosság katasztrofális egészségi állapotára. Holott senki nem azt vitatja, hogy valamit tenni kell a siralmas mutatók javítása érdekében. De értsük meg már végre, hogy kézzel fogható eredményt csak megfelelően előkészített és finanszírozott, teljesíthető programokkal lehet elérni. Emlékezzünk 1993 törzskartonjaira, amelyeket inkább választási brossúrák ígéreteire emlékeztető jogszabályok hatálybalépését követően kényszerítettek a körzetekre úgy, hogy a korrekt teljesíthetőség egy pillanatig nem volt hihető. Az érvek, a számítások akkor is elszálltak a levegőbe, aztán elkészültek a negatív státuszokat rögzítő bélyegzők.

Majd eljött a kórházi ágyszámok sokallásának történelmi ideje, százfaktoros képletek születtek, érvek és ellenérvek röpködtek a levegőben - többek között külföldi példákra, adatokra hivatkozva. Csak arról beszéltek kevesen, hogy a nagyon beteg lakosság és a megoldatlan szociális ellátás rászorultjai igénylik a sok kórházi ágyat, nyilván többet, mint tőlünk nyugatabbra fekvő boldogabb tájakon. Arról hallgatott a kampány, hogy a kórházi ágyak csökkentése előtt meg kellene oldani az elfogadható járóbetegellátást és a szociális otthonok, vagy alacsonyabb ellátási szintű kórházi osztályok megfelelő befogadóképességű hálózatát. Az eredmény ismert.

Az elmúlt évek tanulsága, hogy az egészségügyi sztrájk par excellence hamvába holt kategória, hogy a demonstrációk eredmény nélküli délutáni programok, melyeket követően az egészségpolitika változatlan közönnyel tartja magát távol az ágazatban tengődők gondjaitól.

Eddig tehette.

Mára azonban sztrájkoktól és demonstrációktól függetlenül megjelent, kézzel foghatóvá vált egy jelenség, amit már nem lehet a szőnyeg alá söpörni: az egészségügyből az elvándorlás már nem tagadható. Az ellátás kezdi megsínyleni. Az aggályok emlegetésére reagálva a tárca vezetője már több alkalommal szegezte szembe a sürgősségi ellátás területén elért eredményeket. Fontos lépések ezek - vitathatatlanul -, de a mentőhelikopterek számának emelkedésével párhuzamosan nem fog javulni az intenzív osztályok feltételrendszere és az ügyeleti túlmunka törvénytelensége sem lesz szalonképesebb.

Reménytelen dolog harminchatos cipőbe szorítani egy negyvenes lábat, mert szakadt cipővel, megnyomorított lábbal nehéz lesz táncolni az európai bálban, ha annak eljön az ideje. Jó lenne most már az arra vállalkozóknak reális programokat piacra dobni használható jogszabályi háttérrel. Mert vállalkozók azok vannak, akiknek presztizse mások presztizsvesztéséből táplálkozik. A nevekkel már évek óta találkozunk az úgynevezett reformfolyamat állomásain. Az állomásokon azonban megállás nélkül robog át a vonat - van úgy, hogy nem a jó irányba -, mert baj van a rossz helyre tervezett, egymástól függetlenül működő szemaforokkal és váltókkal. Míg színes terepasztalokon makettek között zajlik a lázas tervezés, a vonatok személyzete teszi a dolgát, mert mást nem tehet. A feladat adott, természeténél fogva nap mint nap újratermeli önmagát. Szerelvények jönnek-mennek szerte az országban és egyre távolodnak a terepasztalok önámításától. Hogy eddig nem történt nagyobb baleset, a személyzetnek köszönhető. Annak a személyzetnek, amelyik két éve bizalmat szavazott a kormánynak ígéreteiért. A többség hitte, hogy a polgári értékrend részeként a megtépázott presztizs magához fog újra térni, az elszenvedett méltánytalanságokért a kárpótlás nem marad el és a valódi privatizáció révén a magyar orvostársadalom magára találhat. A többség azt várta, hogy a válságát élő ágazat irányítása az előbb említett polgári értékrendnek megfelelően a higgadt racionalitás jegyében, kicsit eltávolodva a napi politikától, kölcsönösen keresett összhangban a végrehajtókkal fog történni. Eddig ez nem mindig sikerült. Az ördög a részletekben rejtőzik, túl sok lépésnek rossz a visszhangja. Akik pedig a politikai hatalom és az orvostársadalom között lennének hivatottak kapcsolatot tartani, nem képesek a helyzethez szükséges empátiával támogatni a kormányt, illetve képviselni a szakmát. Új kommunikációs modellt várnak az orvosok. Közvetítők nélkül kellene megszólítani az értelmiségnek ezt a csoportját, amelyik nem csak hajlamos, de képes is az autonóm tevékenységre. Ha hagyják.

- Tálas-Tamássy Tamás -

SAJTÓKÖZLEMÉNY

2000. május 10-én az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSz) és a Humán Oltóanyagtermelő és Gyógyszergyártó Rt. másfél évre szóló megállapodást írtak alá a hazai vérplazma gyógyszer alapanyagként történő biztosításáról. Nemzeti érdek érvényesül ezzel a szerződéssel. Mától kiteljesedik a hazai önellátás, amely azt jelenti, hogy a magyar vérből előállított gyógyszerek az ország lakosságának rendelkezésére állnak.

Ezzel tovább javult a vérkészítmények biztonsága és mindez nemzetgazdasági szempontból is jelentős, pozitív elmozdulás.

Dr. Mikola István főigazgató az aláírás után kijelentette: *„Az Országos Vérellátó Szolgálat minden eddiginél előnyösebb megállapodást kötött, melytől azt reméli, hogy a gyógyszerfeldolgozás is eurokonform módon történik. Így biztonságosabbá és minőségileg színvonalasabbá válik a hazai ellátás."*

Hegedűs Gy. Lajos gyógyszerész, a Humán Oltóanyagtermelő és Gyógyszergyártó Rt. ügyvezető igazgatója a tájékoztatón elmondta: *„Gyárunk közel 40 éve foglalkozik vérkészítmények előállításával. 1995-ben a biokémia üzem teljes rekonstrukciójával megteremtettük az európai gyógyszerkönyv előírásainak megfelelő, korszerű készítmények előállításának feltételeit. Így, a vérzékeny betegek gyógyításához nélkülözhetetlen alvadási faktorokat, valamint korszerű immunglobulin és albumin készítményeket állítunk elő.*

Az újjászerveződő Országos Vérellátó Szolgálat és a Humán Rt. kölcsönös érdekeik alapján - az elmúlt év során kialakította az együttműködés lehetőségeit. A most aláírt „MEGÁLLAPODÁS" a jövő év végéig rögzít konkrétumokat. Ezzel a betegek számára szükséges alapvető készítményekből a biztonságos ellátás garantálható és megteremti a fejlesztések lehetőségét is.

Az Országos Vérellátó Szolgálattal együttműködve szeretnénk további, a betegek ellátásához szükséges korszerű készítmények előállítását is megvalósítani."

SIKERTÖRTÉNET

A sajtóközlemény, melyet közreadunk, rövid. Mögötte azonban egy valódi - és valljuk be az egészségügyben manapság ritka - sikertörténet húzódik meg. Az elmúlt év folyamán tudósítottunk arról, hogy az Országos Vérellátó Szolgálat átszervezésére dr. Mikola István főigazgató milyen lépéseket tett, illetve készül tenni. Most elmondhatjuk, hogy az átalakulás rövidesen befejeződik.

A szolgálat a tárca második legnagyobb költségvetési intézménye, mely jelentős részben önellátó. Az átszervezés sok érdeket sértett és bátorság kellett kimondani, hogy túl sokan éltek túl jól a vérellátásból. Végül a kölcsönös érdekek tiszteletben tartásával és elsősorban az ország vérellátásának érdekeit figyelembe véve az átszervezés megtörtént és - ennek eredményeként is - igen jó megállapodást sikerült kötni a Human Rt.-vel.

Az eddigi munka sikeressége és a sajtóértekezleten tapasztalt szemlélet példaértékű. A mélyrepülés állapotában szenvedő egészségügyben ilyen is lehetséges. A hozzáértés, eltökéltség, összefogás és kemény munka vezettek el idáig.

Azt is megtudtuk, hogy vannak még megoldandó problémák. Hiszen például a térítésmentesen levett plazmából előállított készítményeket külföldi cégek próbálják kiszorítani saját piacunkról. Immunglobulinból 60 százalék, albuminból 20 százalék import van, miközben vannak biztonságos (hazai egészséges donor!) és a helyi ellenanyagszükségletnek jobban megfelelő készítményeink.

Az egyetlen hiány a nyolcas faktor vonatkozásában van. Ebből kellene csak importálni, - egyelőre.

A Human Rt. Közép-keleteurópa legmodernebb üzemét hozta létre évi 150.000 liter vér feldolgozására. Az OVSZ átszervezésével az alapanyag biztonságossága megoldódott (egységes technológiával dolgozó kevesebb központból érkezik az alapanyag az eddigi 40 helyett), a cég pedig a legmagasabb szinten képes garantálni a vírusbiztonságot. A cég filozófiája az, hogy nem tör extraprofitra 7-8 százalék nyereséggel dolgozik.

A főigazgató elmondta azt is, hogy az átszervezést igyekeztek a legkevesebb egyéni érdeksérelemmel megoldani. Sikerült jelentős bérfejlesztést is elérni, de ez még csak a lemaradás behozása volt.

Ugyanakkor hangsúlyozta, hogy a vérkészítmények ára ebben az évben nem változik.

- SZIT. -

A vizsgálat kimutatja, hogy amiodaron alacsony adagjai hatásosabbak más antiaritmiás terápiáknál a pitvarfibrilláció ismételt előfordulásának megelőzésében

Montreal, 2000. június 20. A New England Journal of Medicine-ben (Vol. 342, No. 13) újabban közölt nagy, randomizált klinikai vizsgálat eredményei szerint az antiarithmiás szer, amiodaron alacsony adagolása majdnem kétszer olyan hatásos, mint a pitvarfibrilláció visszatérésének megelőzésére alkalmazott Sotalol vagy propafenon „standard" terápia.

A Canadian Trial of Atrial Fibrillation-nak nevezett prospektív, multicentrikus vizsgálatot egész Kanada 19 kardiológiai centrumában végeztek. A beválasztott 403 beteg közül 201-et amiodaron-nal, és 202-t vagy Sotalol-lal vagy propafenon-nal kezeltek. Egy átlag 16 hónapos követés után az amiodaron-nal kezeltekből 71 beteg esetében (35%) és a Sotalol-lal vagy propafenon-nal kezeltekből 127 beteg esetében (63%) újra bekövetkezett a pitvarfibrilláció ($p < 0.001$).

A vizsgálatban a betegek az amiodaron alacsony adagokban történő adagolását jól tolerálták és súlyos káros hatások rendkívül ritkán fordultak elő. Jelentősen több beteg hagyta abba a kezelést a Sotalol/propafenon csoportban ($p=0.01$), aminek elsősorban hatástalanság volt az oka. A káros hatások miatt történt abbahagyások aránya (amiodaron 18% vs, Sotalol/propafenon 11%) a két csoport között nem volt szignifikáns [2].

„Általában azt találtuk, hogy amiodaron hatásosabb a pitvarfibrilláció ismételt bekövetkezésének megelőzésében, mint a két széleskörben alkalmazott antiarrithmiás szer."- mondta Denis Roy, M.D., F.R.C.P., F.A.C.C., a Montreáli Quebec-i, kanadai Kardiológiai Intézet professzora és a vizsgálat vezetője. Ehhez hozzátette: „Ez megerősíti meggyőződésünket, miszerint amiodaron az első választandó gyógyszer kellene, hogy legyen visszatérő pitvarfibrillációban és strukturális szívbetegségben szenvedő betegek esetében. A pitvarfibrilláció megelőzésére végzett legfontosabb kezelés továbbra is az antiaritmiás gyógyszerterápia és egy hatásos szer tartós alkalmazása csökkentheti a tüneteket, javíthatja a munkaképességet és csökkentheti a stroke rizikóját kamrafibrillációban szenvedő betegeknél."

A kamrafibrilláció a szívritmus leggyakrabban előforduló zavara (arrhythmia), mely kezelésre szorul és a 65 év feletti személyek 5 százalékát érinti. [3,4] A kórházi felvételek száma kamrafibrilláció miatt, csak az Egyesült Államokban 1984. és 1994. között 111.000-ről 270.000-re [5] emelkedett. Ezek a számok alulbecsülteknek tekinthetők, mivel sok esetben a kamrafibrillációt járóbeteg ellátáson, vagy sürgősségi ellátásban kezelik, és az olyan szövődmények miatti felvételeket, mint stroke és szívelégtelenség nem feltétlenül kamrafibrillációnak tulajdonítják.

Európában a Framingham Vizsgálat [6,7] eredményeiből extrapolálva a kamrafibrilláció előfordulását 1999-ben 2.000.000-ra becsülik és ez 2005-re várhatóan 2.200.000-ra emelkedik. Tekintetbe véve a morbiditás és mortalitás lehetséges nagy arányát egy idősödő populációban, ennek a körülménynek egyre nagyobb a klinikai jelentősége.

Amiodaron-t Sanofi-Synthelabo vagy meghatalmazottjai Cordarone®, Cordarex®, Cordarone-X®, Trangorex®, Ancaron®, Ancarone® és Angoron® cégnév alatt az egész világon forgalmazzák. A termék a Sanofi-Synthelabo kutatásának eredménye.

1. Torpenian VR, Havighurst TC, Miller S, January CI Adverse effects of low dose amiodarone: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 1997;30:791-8.

2. Amiodarone Trials Meta-Analysis Investigators. Effect of prophylactic amiodarone on mortality after acute myocardial infarction and in congestive heart failure: meta-analysis of individual data from 6500 patients in randomised trials. Lancet 1997;350:1417-24.

3. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham Study. N Engl J Med 1982;306:1018-22.

4. Feinberg WM, Blackshear JL,, Laupacis A, Kronmal R, Hart RG. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation: analysis and implications. Arch Intern Med 1995; 155:469-73.

5. Braunwald E. Shattuck Lecture - cardiovascular medicine at the turn of the millennium: triumphs, concerns, and opportunities. N Engl J Med 1997;337:1360-9.

6. 6 Cuddy T, et. al. 1996. Atrial fibrillation and atrial flutter. Canadian Journal of Cardiology, Vol. 12, Suppl. A. pp. 9A-11A.

7. 7 Wolf P, et. al. 1996. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: The Framingham Study. American Heart Journal, Vol. 131. pp. 790-795.

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **dr. Kollárné Balla M. Anna,** orvos-szerkesztő: **dr. Czimbalmos Ágnes**
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, e-mail: latlelet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
ISSN 0865-7424

» OBSERVER « MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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

Tudósítás az EuroCare Rt. dunaújvárosi Szatellit Dialízisközpontjának ünnepélyes átadásáról

Fejér megye nephrológiai központjaként működő 9. számú Székesfehérvári EuroCare Dialízisközpont az évek óta folyamatosan növekvő betegszám következtében ez évben már 15.000 kezelést végez. A betegek ellátását az utóbbi időben csak az éjszakai műszak bevezetésével lehet megoldani, amely azonban megterhelést jelent mind a betegek, mind pedig az ápolószemélyzet számára. Ezért az EuroCare Rt. cégvezetése úgy döntött, hogy szakmai programjának megfelelően - a már működő kisvárdai szatellit dialízisköpontot után - másodikként Dunaújvárosban létesít szatellit dialízisköpontot.
A terv most valóra vált.

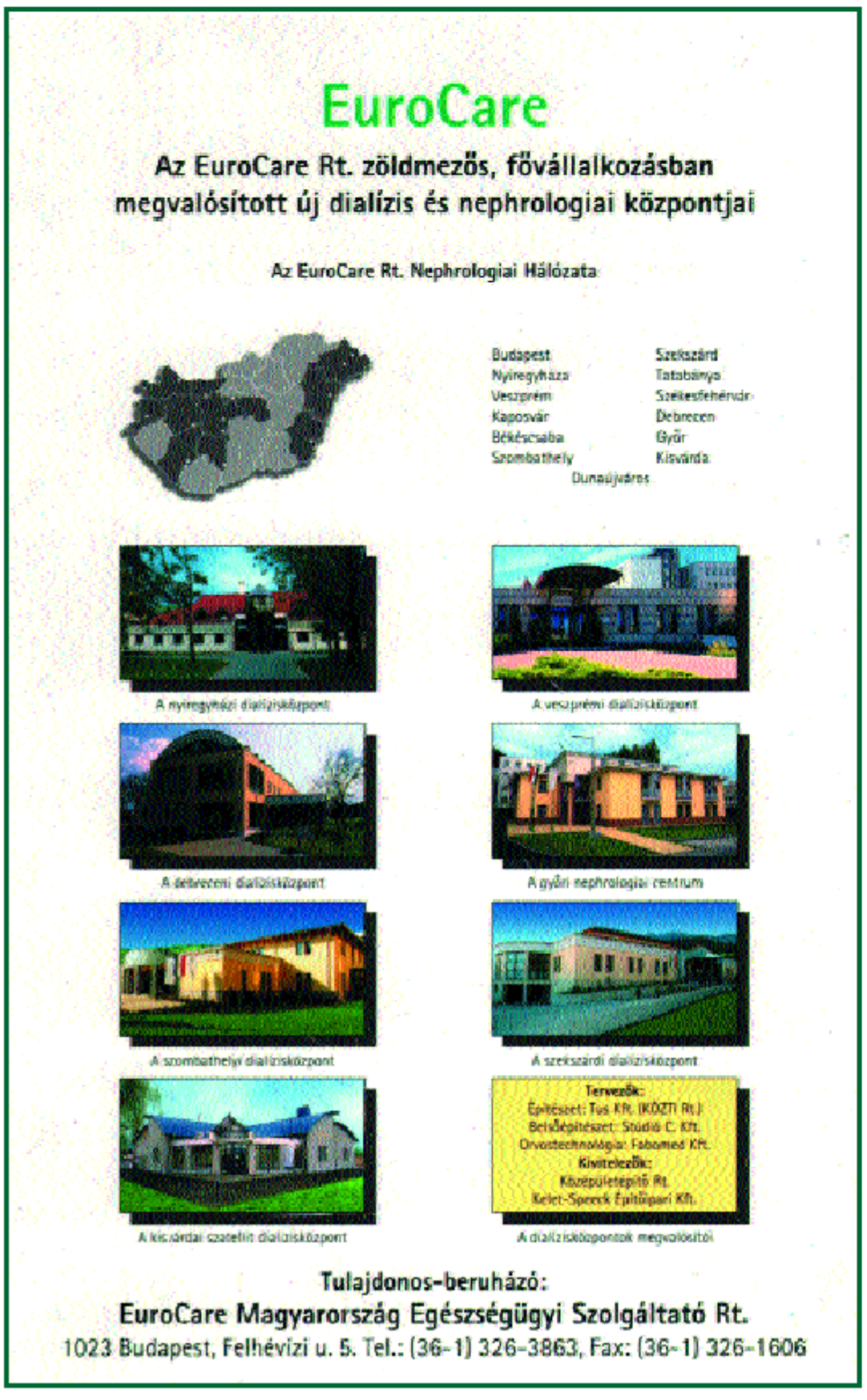
2000. július 7-én - a Semmelweis napi ünnepség keretein belül, sor kerülhetett a Szatellit Dialízisközpont ünnepélyes megnyitójára. A város önkormányzatának hozzáállása példaként szolgálhat arra, hogy hogyan tud egy egységes akarat - olykor a szűkös, megvonásokkal tarkított gazdasági élet ellenére - túllépni a nehézségeken. A cég, a megye, a város és a Szent Pantaleon Kórház összefogása nélkül valószínűleg ez az egészségügyi létesítmény nem jöhetett volna létre.
A dunaújvárosi műveseállomás lehetővé teszi, hogy a környéken élő és a dialízisellátásra szoruló betegek lakóhelyükhöz közelebb részesülhessenek az életmentő kezelésben, ezzel jelentősen lerövidítve a két vagy háromnaponként szükséges utazás időtartamát. Most amikor csatlakozni kívánunk az Európai Uniós követelményekhez, ez kiemelten fontos szempont. Hiszen egy szolgáltatás minőségét a technikai és szakmai színvonal mellett a betegek megelégedettségi szintje is befolyásolja, amely ilyen szubjektív tényezőkből tevődik össze. A dunaújvárosi szatellit dialízisközpont megnyitása egyben tehermentesíti a székesfehérvári központot is, így mind az ottani betegek, mind a személyzet részére kedvezőbb körülményeket biztosít.
A legkorszerűbb orvostechnológiával felszerelt 12 kezelőhelyes szatellit dialízisközpont mintegy 500 m² területű. A beruházás teljes összege: 350 millió forint. Az építkezés kivitelezője a Fejérduna-Ép Kft volt, akik rugalmas munkamódszerükkel -, hogy a már kész kórházi épület második emeletén tudták kialakítani az EuroCare Rt. csúcstechnológiai igényeit - egyaránt hozzájárultak a sikerhez.
Fabók József az EuroCare Rt igazgatója, a sajtótájékoztató levezető elnöke beszédében elmondta: az életkor előrehaladtával az embereket gazdasági helyzetük mellett egyre jobban foglalkoztatja saját egészségi állapotuk. Korunk fejlett egészségügye azonban sokszor csak gyógyszer és terápiaorientált, s könnyen megfeledkezik magáról a kezelés tárgyáról, az EMBER-ről, s annak speciális humán igényeiről. Az EuroCare Rt alapítóit a vállalkozás létrehozásakor az a meggondolás vezérelte, hogy a mindenkor elérhető legmagasabb orvostechnológiai szint alkalmazása mellett a beteg EMBERT állítsák a tevékenység fókuszába, s ezáltal tegyék kezelését emberivé.

A dialízisközpont az ünnepélyes átadás előtt

Fabók József, az EuroCare Rt. igazgatója ünnepi beszédet mond, miután Botond Gábor (jobbra), a kivitelező Fejérduna-Ép Kft. igazgatójától átvette a dialízisközpont díszkulcsát

Az ünnepélyes átadás pillanata. *Dr. Kálmán András* Dunaújváros polgármestere átvágja a szalagot.
A háttérben balról jobbra: *Botond Gábor* - a Fejérduna-Ép Kft. igazgatója, *Gyöngyösi Pál* - a dunaújvárosi kórház orvosigazgatója, *Dr. Máté-Kasza László* - a dunaújvárosi kórház főigazgatója, *Fabók József* - az EuroCare Rt igazgatója, *Dr. Korom Lajos* - az EuroCare Rt. vezérigazgatója

A dialízisközpont kezelő helyisége



Ennek érdekében tőkét és fáradtságot nem kímélve az EuroCare Rt. az országban most már 13 helyen dialízis illetve nephrológiai központokat, illetve szatellit központokat hozott létre. Mindezt arra a több, mint tízéves tapasztalatra alapozta, amely szerint a bevált technológiai rendszerek képesek azon - látszólag ellentmondó - követelmények együttes kielégítésére, hogy a magas színvonalú, biztonságos és emberközpontú orvostechnológia párosuljon a gazdasági realitással, az-az: a rendszer működéséhez szükséges befektetések optimalizálásával.
Dr. Máté-Kasza László a dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház főigazgatója a sajtótájékoztatón beszélt arról a példaértékű együttműködésről, amely a Dunaújvárosi Megyei Jogú város önkormányzata és az EuroCare Rt. között kialakult. A cég 100 millió forint adománnyal segítette a kórházat, amelyből eszközberuházások történtek. Az önkormányzat pedig 20 millió forinttal járult hozzá a dialízisközpont kialakításához.
Dr Kálmán András polgármester szerint az önkormányzatiság elvének mindez gyakorlati megvalósítása, hiszen egy önkormányzatnak az a feladata, hogy a területén élő állampolgároknak a legnagyobb biztonságot, kényelmet nyújtsa minden vonatkozásban.
Dr Ferenc Péter megyei tisztifőorvos elismerően nyilatkozott az EuroCare Rt beruházásáról és szakmai szempontból méltatta a csúcstechnológia szatellit rendszerben történő adaptálását. Egyben támogatási szándékát is kinyilvánította a székesfehérvári nephrológiai centrum fejlesztésével kapcsolatban.

Az újságírók a finanszírozásról és a transzplantáció hazai helyzetéről érdeklődtek. A finanszírozással kapcsolatban megtudhattuk: a kassza zárt, de sajnos egyre több beteg szorul dialíziskezelésre, ezért a beavatkozások száma nő, tehát az egy kezelésre jutó finanszírozási összeg csökken.
Sokat hangoztatott érv: akkor a cég miért invesztál, ha mindez nem rentábilis? A válasz egyszerű: mert már olyan sokat fektetett a hazai egészségügybe, hogy egyetlen lehetősége van: az előremenekülés. Kormányok jönnek, kormányok mennek, de az ígéret ígéret marad. Az amortizáció kérdésének rendezésére azok az államtitkárok vállaltak garanciát, akik már nincsenek a vezetésben. A hazai egészségügy látlelete nem felemelő, de az optimizmus töretlen: egyszer majd minden a helyére kerül, enélkül ugyanis valóban nem jutunk Európába.
A transzplantáció hazai helyzetével kapcsolatban dr. Ferenc Péter tisztifőorvos elmondta: a köztudatban igen gyakran elhangzik az az érv, hogy a dializishálózat fejlesztése a transzplantációs műtétek rovására történik. Ez téves, helytelen következtetés, hiszen nincsenek egymással „versenyhelyzetben". Sajnálatosan kevés transzplantáció történik hazánkban és ezen változtatni kell. Mindez viszont szemlélet és donor kérdése, ami elsősorban egészségügyön belüli szakmai, szervezés ügy. A finanszírozási tényezőről nem is beszélve.

- Balla M. Anna -