

## „Beszéljük meg!” avagy „Járt-e Cecil a Török utcában?”

Plagizálva a közszolgálati rádió interaktív műsorának a címét, most e lap főszerkesztőjeként együttgondolkodásra hívnám olvasóimat. Helyezzék magukat kényelembe és beszéljünk egymással egy kicsit saját magunkról, azaz az egészségügyről.

Címválasztásom sem véletlen, mert a közelmúltban a fentebb említett rádióműsor egyik egészségügyi témája a szegedi privatizáció volt. A műsorvezető által feltett kérdés: *helyeslik-e a hallgatók, hogy Szegeden egyfajta modellként a Klinikák kivételével az egészségügyi intézmények működését egy kimondottan erre a célra alakult, minimáltókével rendelkező kft-nek adnák át?* Amely – feltételezhetően a köz nyomására –, egyfajta konzorciumban több, beszállításban érdekelt céggel bővítené tőkeerősségét.

Nos, ez a téma a közszolgálati rádióban a laikus hallgatók véleményét kérve körülbelül olyan mélységű, mintha mondjuk engem az alumíniumkészítés és gyártás technológiai alapműveleteiről vagy annak marketingstratégiájáról faggatnának. A végeredményt ismerem, azt is inkább a gyakorlati oldaláról: az alumínium könnyű és nem rozsdásodik, miközben tudom, hogy hajlítható és nem nemesfém. Ennyi.

A laikus beteget is a végeredmény érdeklí: **hatékony terápiát és gyors, emberi elbánást kapjon állampolgárként, igen gyakran egy emberöltővel fizetett köztelherviselésért.**

Műhiba volt feltenni ezt a szakmai kérdést, mert ehhez hozzászólni tárgyi ismeret nélkül nem lehet.

Az átlagember nem tudja, hogy mi az, hogy *funkcionális privatizáció*, hogy mit jelent az, hogy a *működést privatizálják*, nincs tisztában azzal, hogy az a vállalkozás, aminek szolgáltatását, megtérülését egy állami intézmény (OEP) ellentételezi, az csak *kvázi* vállalkozás. Nem érti, hogy ha valamit privatizálunk, akkor hogyan alakulnak a tulajdonviszonyok és lelki szemei előtt kórháztulajdonos kisemberek jelennek meg. Adott esetben Jani a szomszédból, mert ő most mondjuk közel ül a tűzhöz és már régen nem Jani, hanem János úr, jobbról balról egy-egy testőrrel nyomatékot adva fontosságának és sérthetlenségének. A szakmabeli sem érti, hogy akkor a kisemberből lett tőkés hogyan fogja felújítani a rogyadozó falakat, s a hodály kórteremből hogyan lesz gyógyhely, ahol az illemhely is elérhető közelségbe kerül büzfelhő nélkül. Nem érti a kisember, mert a szakmabeli sem érti, hogyha már ilyen anyagi világban élünk, akkor miért nem mehet arra a privát klinikára, amelyet a vállalkozó csoport saját rizikója és pénze terhére létrehozott, beleadva apai-anyai örökségét és az állampolgár mégse mehet oda, mert annak szolgáltatásait nem fogadja be az állam, miközben szektorsemlegességet ígért.

Ezt a témát csak az egészségügyben dolgozók beszélhetnék meg, egyedül ők illetékesek erről dönteni, mert róluk, azaz az egészségügyben dolgozókról van szó. Létkérdés és léthelyzet a téma és mindenről szó esik itt kis hazánkban, csak erről nem.

Mindenki szeret jól élni és jobban élni, a fejlődés kötelező dialektikája alaphelyzet. Azt is tudja az egészségügyi dolgozó, hogy általában jobban működik az a dolog aminek van gazdája, mert az össznépi tulajdon a szabadlopás paradicsoma volt az elmúlt idők tanúsága szerint. Tehát: akkor ha már nem működött az egyes szám harmadik személy, azaz az állam, akkor ha már nem jön egy olyan megváltó, aki pénzt és tényleges tőkét investálva jobbá teszi az egészségügyi dolgo-

zó léthelyzetét, azaz a dolgozó többet keres és többet kap, amiért többet és jobban dolgozik, akkor próbáljuk meg a többszám első személyt: azaz a *Mi részvénytársaság* fogalmát. Legyen benne nekünk is egy kis tulajdonrészünk és akkor már személy szerint engem is fog érdekelni, hogy Juci lop, vagy a Sándor doktor olyan durva, hogy elmennek tőle a betegek a másik megyébe, amitől azután kevesebb lesz a működés általi árbevétele.

De nem. Erről nem beszélünk, csak nézzük, ahogy x.y. kicsemegézte a LABORT, a RÖNTGENT, az ÉLELMÉZÉST, a TAKARÍTÁST, és „Remark van”: azaz „nyugaton, pontosabban keleten a helyzet változatlan”. Ugyanúgy nem lehet megélni az egészségügyből az egészségügyben: Tiszta lapokkal, ahogyan tőlünk 200 km-re ez evidencia és nem ismeretes a paraszolvencia baksisvilága.

*Most van egy miniszterünk, aki mindezt nagyon jól tudja és próbálja a balkáni helyzetet középeurópai színvonalon stabilizálni. Menteni a még menthető a törvény szigorával.* Az ő közbenjárására a kormány szeptember 4-én elfogadta és benyújtotta a parlamentnek a kórháztvörvény tervezetét. Az érdekképviseleti szervezetek – kórházszövetség, kamarák – természetesen kritizálnak, de ez inkább csak politika. Mert ők is nagyon jól tudják, hogy valamit lépni kell, hiszen a harmadik kormányzati ciklus végére már valóban posztdadtszágú lett az állóvíz.

**Bárki-bármit állít: Mikola István miniszter ezen lépésével próbálja az ágazat vadprivatizációját törvényi keretek közé szorítani és a helyzet attól tragikus, hogy az ágazat több, mint négyszázezer dolgozója nem ismeri fel hogy a harang „Értünk szól...”** Ha nem egységes az ágazat, akkor úgy szűnik meg a közalkalmazottiság, úgy válunk alkalmazottá, hogy az gyakran mindennél megalázóbb.

Az ágazat nem ismeri fel, hogy minisztere nem tejjhatalmú, hanem léte egy párton belüli sakkjátszma következménye, s ha ő nem lép, bizony megteszi más majd, mint ahogy megtette és nem volt benne semmi köszönet.

Volt itt már millió Megváltó, Ön- és Közjelölt, de megváltást senki és semmi nem hozott.

A felismerés is elmaradt – legyen az bal vagy jobboldali megközelítés –, hogy az ágazat **TEAM munka, ápoló és asszisztencia nélkül félkarú az egészségügy. Hiába az erőlködés, pusztába kiáltott szó a nővér-kérdés!**

És milyen érdekes. Az egyik információkat szolgáltató rádió több mint két óras, szintén interaktív műsorának *Arénájában*, egyetlen hallgató sem volt kíváncsi arra a meghirdetett kérdésre, hogy: **mit szól ahhoz a hallgató, hogy Magyarországon soha nem látott méreteket öltött a nővér-hiány?! Bezzeg a Fradi-vásárlás és az Országimázs kérdésére jöttek az indulatok, de ha „netán lebetegek, ki fogja kivinni alólam a féceszt”, az nem érdekelt senkit.**

Azt hiszem, fontos kérdést feszegetek, ha azt javasolom: **Beszéljük meg!**

Persze az is lehet, hogy sokan azt mondják erre: „*Minek és Kinek, legfőképp Miért?*”

De erre egyetlen érvem: „*néma gyereknek anyja sem érti a szavát.*”

A miniszter által betervezett javaslat parlamenti elfogadása után az intézmény-fenntartók közhasznú társasági formában is működtethetik intézményeiket. Már nem költségvetési keretből gazdálkodóként az egészségügyi szolgáltatók külső forrásokat vonhatnak be, hitelt vehetnek fel, alvállalkozói szerződéseket

köthetnek profitorientált cégekkel. Az önkormányzat eladhatja a kórház működési jogát. De saját tulajdonú gazdasági társaság formájában is üzemeltetheti. A tervezet szerint a helyhatóságok szabadon dönthetnek arról is, kinek, milyen feltétellel adják el a betegellátás feladatait, illetve a vagyontárgyait. A tervezet csak annyiban avatkozik be a kórházak privatizációjába, hogy néhány kötelezően rögzítendő szerződést ír elő. Fenntartja például a helyhatóságok elővásárlási jogát, ha a vevő tovább akarná értékesíteni a kórházat. A javaslat értelmében az egyetemi gyógyító intézmények is működhetnek non-profit gazdasági formában. A miniszter úgy véli, hogy a Szegeden, Sopronban és Kiskunhalason megindult kórház-privatizációs kísérletek közül a szegedinek van a legtöbb esélye, hogy ebben a konstrukcióban sikeres legyen.

Nos ez az a pont, ahol a kör bezárul. Van egy politikai nyomás által finanszírozott, előrehaladott állapot és ezen kell kardélen táncolni a kormány miniszterének. Úgy, hogy jobb kezét köti a politika, bal kezét pedig a szakma ismerete.

Feltételezhetően ebből a skizofrén helyzetből

kiindulva maradt ki a tervezetből az a forrás-megjelölés, amitől jobb lehet az egészségügy, azaz az ellátás helyzete és színvonala.

Namármost... Ha nem külföldi, tőkeerős, mamut cégeknek adjuk el magunkat, akitől remélhetnénk a pénzt, a tőkét – az más kérdés, hogy a remény mellett mi a való –, akkor ezek a kis konzorciumok az amúgy is alulfinanszírozástól várják a megváltást, netán a nyereséget?

Közkedvelt szindarab volt: „*Járt-e Cecil a Török utcában?*”

A mai generáció méltán teheti fel a kérdést: „*Ki az a Cecil*”, és rákérdez, hogy „*hol a Török utca?*” És elsiklik azon részletkérdés felett, hogy „*járt-e ott az a valaki vagy sem...*” Persze lehet, hogy mindez szubjektív eszmefuttatás.

De akkor is beszéljük meg: „*ki, miből fizeti a révést?*”, és egyáltalán nagyobb lesz-e végre valahára a **pénztárca?**

Mert ha nem, akkor tényleg ez az egész csak rizsa.

Amibe azért egyesek belepusztulhatnak...

**Balla M. Anna**

## MÁS KÉP



**dr. Nagy Imre**  
sebész, érsebész adjunktus



**D. Nagy Imre**  
író, költő,  
irodalomtörténész

## másképp...

## Egy lépéssel előrébb a tumoros betegek fájdalomcsillapításában



2001. július elsejétől az eddigi 90 százalékról 100 százalékra nőtt a fájdalomcsillapító tapasz támogatása. Azok, akik július elseje előtt váltották ki gyógyszerüket, legkésőbb augusztus 31-ig igényelhetik a támogatást a Magyar Rákellenes Ligától.

### Fájdalomcsillapítás: nemcsak lehetőség, hanem jog

„Kettős a fájdalom, ha rejtjük kínjainkat” (Corneille)

Fontos lépés történt a tumoros betegek fájdalomcsillapításában: a hatékony fájdalomcsillapítást nyújtó fájdalomtapaszt július 1-től 100 százalékos támogatásban részesíti a társadalombiztosítás. A Magyar Rákellenes Liga a betegek nevében köszönetét fejezi ki mindazoknak, akik lehetővé tették, hogy a krónikus, erős fájdalmak csillapítására szolgáló korszerű gyógyszerhez térítésmentesen juthassanak hozzá. Köszönjük az orvos-szakmának a szakmai támogatást; a kormánynak, hogy mérlegelte az érveket és biztosította a pénzügyi támogatást, a médiának, hogy az ügyre irányította az emberek figyelmét, valamint a támogatóknak, akik e fontos lépésig adományokkal lehetővé tették, hogy a betegek hozzájuthassanak a gyógyszerhez. A Magyar Rákellenes Liga a fájdalomcsillapító tapasz betegek számára nyújtott előnye miatt 1998 óta vállalta, hogy a TB által 90 százalékos támogatásban részesülő készítmény betegek által fizetendő 10 százalékat megtéríti a betegeknek. Több, mint 20.000 esetben nyújtott segítséget a fájdalomcsillapításra szorulóknak.

A fájdalom csillapítása a tumoros kezelés kiemelkedő fontosságú része, amit a beteg és orvosa közösen alakít ki, és szükség esetén folyamatosan változtat. A megfelelő fájdalomcsillapítással a tumoros betegek nemcsak önmaguk ellátására lesznek képesek, de gyakran munkájukat is folytatni tudják. A Magyar Rákellenes Liga számos levelet kapott a betegektől, melyben beszámoltak arról, hogy a

fájdalom csökkenésével új esélyt látnak a gyógyulásra, már nem ágyhoz kötöttek, napi teendőiket újra el tudják végezni.

### Megelőzés = cselekvés

„A gyógyulni akarás a gyógyulás része” (Seneca)

A Magyar Rákellenes Liga kiemelten foglalkozik az egészség megőrzésével, a tumoros betegségek korai felismerésével. A most felszabaduló erőforrásait a prevenció és a szervezett szűrések segítségével fordítja. Ezt azért is tartja fontosnak, mert bizonyított tény, hogy a szűrésekkel feltárható az elváltozások vagy rákmegelőző állapotok, amelyek még nem képeztek áttéteket, tünetet, fájdalmat. Orvosi beavatkozással a rák a korai stádiumban eredményesen gyógyítható. Az elmúlt évben Magyarországon mindössze 800.000 ember vett részt onkológiai szűrésen, annak ellenére, hogy évről-évre nő a rosszindulatú daganatok okozta halálos esetek száma. Ezzel szemben azokban az országokban, ahol komolyan vették a szűrést, az érintett korosztály tagjainak 70 százalékos megjelenése elindította a halálozás csökkenését, és ma már 30 százalékkal kevesebben halnak meg tumoros megbetegedésben. Egy konkrét példa: Magyarországon háromszor annyi nő hal meg méhnyakrákban, mint Nyugat-Európában, holott a betegség rendszeres szűrővizsgálat során korán felismerhető és gyógyítható.

A korai felismerés csak akkor lehetséges, ha mi magunk ebben cselekvően részt veszünk. Az egészség érték, ezt őrizni kell, és tenni kell megőrzéséért. Az ÁNTSZ munkáját támogatva a Magyar Rákellenes Liga segíti rákszűrések szervezését.

Tudatosítsuk magunkban és társainkban, hogy a rákos betegségekben elhunytak fele megmenthető lett volna, ha a rákos elváltozásukat idejében felismerik, és megfelelő kezelésben részesítik.

## FELHÍVÁS

minden civil szervezethez!



A világon a rákos halálozásra adatokat szolgáltatató országok között Magyarországon a legmagasabb a daganatos halálozások aránya.

Rákban évente 50-55 ezren betegednek meg, és 35 ezren halnak meg nálunk, vagyis egy **Esztergom** nagyságú város lakosságát veszítjük el ebben a betegségben.

A halálozásban ráadásul éppen azokban a rákfajtákban haladunk meg a más államokbeli arányokat, amikben a daganatok korai felismerésére megfelelő szűrővizsgálati módszerek állnak a rendelkezésre. (Méhnyakrák, emlőrák, vastag- és végbélrák, szájüregi rák, prosztata rák.)

E helyzet megváltoztatása nemcsak orvosi feladat, hanem a hazánkban található több mint **2000 egészségügyi civil szervezet** (1680 alapítvány, 404 egyesület) és az **egész társadalom** összehangolt cselekvését igényli.

Minden egyes ember felelős a saját maga és családjáé egészségéért, mert az egészség semmivel nem pótolható legnagyobb érték. Az egészség minél további megőrzése, a betegség megelőzése, a betegség minél korábbi felismerése egyéni, családi és közösségi érdek.

Tudnunk kell, hogy a rákos megbetegedések közel 80 százaléka potenciálisan megelőzhető: **nem elháríthatatlanul végzetes sorscsapás**, hanem kialakulásában a táplálkozás, az italozás, a dohányzás, a mozgáshiány, a környezetszennyezés, a fertőzések, a sugárzások kölcsönhatása játszik szerepet.

Ezért az elsődleges feladat az **egészség** megőrzése.

**Ártalom** az is, ha az emberek jó része hallani sem akar a rákról, csupán retteg tőle.

Ezért elmulasztják az egészségi állapotuk **önellenőrzését**, figyelését, nem veszik igénybe a karbantartó **orvosi vizsgálatokat**, nem mennek el **rákszűrési** vizsgálatra, a gyanút keltő jelek észlelése esetén is húzzák-halasztják az orvoshoz fordulást.

A rákos betegségben elhunytak fele megmenthető lett volna, ha az elváltozást, a daganatot, idejében felismerik és a megfelelően kezelik.

A szűrés lehetővé teszi a rákmegelőző állapot vagy az elváltozás korai felismerését. Szakszerű kezeléssel megelőzhető a rák későbbi kifejlődése, illetve lehetővé válik a gyógyítása.

Lényegében alig van olyan más betegség, amelynek kimenetelét magunk oly nagymértékben tudnánk befolyásolni, mint éppen a rákos megbetegedést, többségében az **egészség megőrzésével** és a **korai felismeréssel**.

A rák felderítésére rendelkezünk mindazokkal az eszközökkel, amelyekkel a daganat korai panaszmentes szakaszában felismerhető. Szervezett szűrés indul a méhnyakrák, és emlőrák, a vastag- és végbélrák korai felismerésére.

Felhívjuk mindenki figyelmét, hogy a bőr elváltozásával forduljon orvoshoz!

A szájüregi rákok első felismerésére a fogorvosok hivatottak.

**Felhívjuk és kérjük a civil szervezeteket:** tagjaikat buzdítsák arra, hogy a környezetükben élőkkel együtt menjenek el a szűrésekre. Magyarországon a veszélyeztetett korosztálynak, csupán 30 százaléka megy el a szűrésekre. (Körülbelül 800.000 fő, és ennek csupán 7 százaléka férfi!)

Azokban az országokban, ahol legalább 70 százalékosan megjelennek a szűrővizsgálatokon, a rákhalálozás 30-40 százalékkal csökkent.

**Segítsünk** abban, hogy mindenki felelősséget érezzen magáért, a szeretteiért, hogy megelőzzük, időben felismerjük a bajt, ne kelljen végignézni a rák embert pusztító rombolását. Mi is szeretjük az életet, amit minél tovább akarunk élni, ezért ne feledjük:

**Az időben felfedezett rák legyőzhető!**

## BioFach 2002 — bővítési program

A februári BioFach 2001-résztevőiben élénken él az eltöltött négy nap emléke: kedves arcok az 1725 kiállító és 24912 látogató közül, számos sikeres üzleti és jó személyes kapcsolat kialakítása stb. Legközelebb a BioFach 2002 keretében nyílik alkalom arra, hogy megismerjük az érdeklődők a bio-élelmiszerek és természetes alapú termékek nemzetközi választékát, mely február 14-17 kerül megrendezésre a Nürnbergi Kiállítási Központban.

„A vásár kitűnően tükrözi a bio-piac virágzó növekedését” állítják a szervezők. A jövőben szeretnék növelni a nemzetközi palettát – bár a korábbi 62 százalék a kiállító között már eddig is figyelemreméltó adat. Az **Év Országá** ebben az évben **Spanyolország** lesz. Számos attraktív termékét, illetve kultúráját mutatja be a vásárra látogatóknak: ahonnan a *flamenco* és a *paella* kihagyhatatlan! Új különleges bemutatásokat terveznek a kávéval és kakaóval kapcsolatban, melyekkel az elmúlt alkalommal majdnem 70 kiállító foglalkozott. Sörkert és teaház is várja a kikapcsolódni, és ízeket kipróbálni vágyó látogatókat. A kozmetikai bemutatóra látogatók egyszerre vehetnek részt egy „*Wellness Kongresszuson*” és tekinthetik meg a cégek kínálatát. A *Borfalu*, az *Oliva Bár*, az *Újdon-ságok Standja*, és az *Év Terméke* természetesen 2002-ben sem hiányozhat. – olvasható a sajtóanyagban.

### A szerves alapú termékek növekvő piaca befektetőket keres

A lelkes hangulatot – mely a BioFach 2001-en bemutatott bio-termékek iránt elképesztően megugrott keresletnek volt köszönhető, – megzavarta az az aggodalom, hogy a kínálatához alkalmazkodni akaró cégek termékeik előállításához honnan fognak tudni tőkét mobilizálni. A BioFach 2002-n megjelenő új ágazat, a „*Zöld Tőke*” ebben nyújt segítséget. A „*Zöld Tőke*” anyagi és kockázati tőkét kínál, ezen kívül anyagi befektetést ajánl a környezetvédelmi szektorba is.

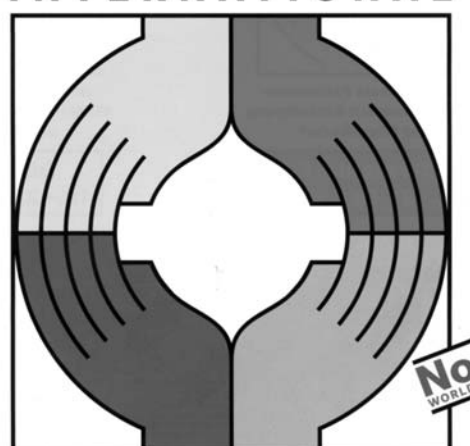
### Megkönnyebbült sóhaj a bio-piacon – a növekedés üteme csökken

A bio-termékek forgalmazóit igencsak meglepte tavasszal az Európa-szerte jelentkező óriási kereslet. A német Verband des Naturkosthandels (BNN) jelentése alapján például, az első negyedévben a növekedési ráta 30 és 50 százalék között voltak. Náluk a nagyobb bio-élelmiszert árusító boltoknál jelentősebb emelkedés volt megfigyelhető, mint a kisebbekben. A farm-shopok, melyek látzólag maximális bizalmat élveznek különösen érintettek voltak. Nem volt irigységtől mentes az a kommentár, amit az egyik forgalmazó cég képviselője tett: „Az emberek azt hiszik, hogy még a banán is a farm-shopok földjein terem!”

REHACARE International  
Düsseldorf, 2001 október 2-5.

## Mozgáskorlátozottak, fogyatékosok, gondozást igénylők nemzetközi szakvására

**REHACARE®**  
**INTERNATIONAL**



Németország össz kereskedelmi forgalma átlagosan 40 százalékkal növekedett és ez még nagyobb lehetett volna, ha nem léptek volna fel gyakran szállítási akadályok. Azok a szupermarket hálózatok, melyek megfelelően gondoskodnak a bio-termék választékról is (pl. Tegut és EDEKA), szintén hasonló növekedésről számoltak be.

A világ vezető BioFach vásarán a lelkes hangulatot szintén beárnyékolta az aggodalom, hogy kezelhető-e egyáltalán ez a bio-élelmiszer iránt hirtelen fellépett extra igény. A táplálék-kiskereskedelem januári 30 százalékos, februári 25 százalékos és márciusi 27 százalékos emelkedését követően – a Német Institut für Handelsforschung adatai alapján – a növekedés áprilisban és májusban megállt egy folyamatosan magas szinten. Általános becslések szerint a 2001-es év 20 százalék pluszal fog zárulni.

A beszerzési piacon jelenleg uralkodó szoros helyzetben a hír, hogy a német árcsökkentési szándékú Aldi-Nord beszáll a bio-piacra, bár először csak próbaképpen, hozzáértő körökben nemetszést váltott ki. Jóllehet, az a 250 000 kg burgonya, amelyre az Aldi-Nord igényt tart, megfelel a német évi bio-burgonyatermés felének Különösen azok az árcsökkentők, akik megpróbálták olcsóságuk révén elősegíteni a minőségi bio-termékek elterjedését, találtak nehezen bio-ellátókat a BioFach 2001-en.

Érthető tehát, hogy a német ellátók örömmel üdvözölték azt a hírt, hogy a *Fogyasztóvédelmi, Táplálkozási és Mezőgazdasági Szövetségi Minisztérium* 330 millió német márkát szánt a *mezőgazdaság átállítására*. Ez az összeg szintén tartalmazza az eladás elősegítésére és a terjesztési rendszer javítására szánt keretet. Támogatják például a bio-cégek – a Tokióban, 2001. december 13-15 között tartandó – japán BioFach premiere-én való részvételét. Szintén terve van véve a 2002. februári, Nürnbergben tartandó BioFach, vezető bio-vásár első kiállítóinak jelentős támogatása.

A bio-piac töretlenül fejlődik szerte Európában. A belga *Delhaize* és a francia *Carrefour* szupermarket-hálózat szintén bővíti a bio-választékot tiszta bio-szupermarketek létrehozásával. A termesztés és feldolgozás is jelentős bővítés alatt van az igényeknek megfelelően. Ez leginkább Spanyolországra, a BioFach 2002 által kiemelt országra érvényes. A régiók zöme növekedésről számol be, a 80-tól 140 százalék közötti átállás területein. A megművelt területek növekedéséről számolt be Németország és Magyarország is.

Szakértői becslések szerint, Németországban a fogyasztott bio-élelmiszerek legalább 60 százaléka import. A mezőgazdasági átállásról folyó tárgyalásokat nagy nemzetközi érdeklődés kíséri.

A düsseldorfi REHA szakvásár, amely szakterületén a világon a legjelentősebbnek számít, az idén is megrendezésre kerül a Düsseldorf-i Vásárvárosban.

Az elmúlt évben a szakvásár tematikája kibővült a házi betegápolással, így a kórházi, klinikai rehabilitációs eszközökön és berendezéseken túl a házi betegápolás eszközeinek és berendezéseinek széles spektruma vált megtekinthetővé a vásáron.

Tolószékek, járószékek, ergoterápia, fizioterápia, szabadidő, sport, lakóberendezések, segédeszközök, protézisek, járművek, ruházat, testápolás, higiénia, klinikai ellátás mellett a látogatók nivós előadásokat hallgathattak a rehabilitációs szakképzésről, az ambuláns gondozói szolgálatról, rehabilitációs szolgáltatásokról, miközben a területen ismert szervezetek, kiadók, kommunikációs segédeszközök, munkahelyi felszerelések oktatói sem maradtak el a rendezvényről.

Ez évben a szlogen: **Segítség, Rehabilitáció, Ápolás**, amely szavak utalnak a minőségi változásokra is.

# A foglalkoztatásnak az értékteremtésről kell szólnia...

*Mielőtt részletesebben áttekintենék a székesfehérvári Uwyta Közhasznú Társaság munkáját, a szervezet pécsi székhelyéről kell néhány szót szólnunk. A hasonló nevű, Baranya megye székhelyén működő Kht., amelynek a Dél-Dunántúli Regionális Forrásközpont Kht., a flamand Kringloopcentrum és a Tamasz Alapítvány a partnere, 2000 februárja óta dolgozik célszervezetként. Feladata többek között a megváltozott munkaképességű dolgozók szociális, foglalkoztatási rehabilitációja esélyeinek növelése, az ehhez kapcsolódó programok megvalósítása, valamint a közhasznú tevékenységi körök bővítése. A szakemberek úgy ítélik meg: a szociális rehabilitáció foglalkoztatás nélkül nem valósulhat meg, azaz nem elég „csak” munkát adni, ahhoz az egészségügyi ellátást és a mentálhigiénés terápiát is párosítani kell. Az Uwyta, noha nonprofit szervezet, profitorientált szemléletmódot igyekszik elsajátítani, hiszen a jelenlegi piaci viszonyok közepette stratégiai elképzeléseket csak így lehet valóra váltani.*

A cég egyik egységként az Uwyta, sikeres pályázat után a Fejér Megyei Munkaügyi Központ segítségével, ebben az esztendőben Székesfehérváron is létrehozott egy korszerű technikai eszközök segítségével felszerelt információs és szolgáltató irodát. A tizenégy munkatárs, néhány kivételtől eltekintve, megváltozott munkaképességű, zömében mozgáskorlátozott. Mostanában egyre inkább kikristályosodó ajánlataik a következők: telefonos információs szolgálat (callcenter); számítógépes adatrögzítés, web oldalak szerkesztése, frissítése; direkt marketing a nagyobb számú, célzott ügyfélkör elérése érdekében; tájékoztatás a különböző gazdálkodó szervezetekről és szolgáltatásokról; konkurencia-figyelés; a lakossági észrevételek összegyűjtése; piac- és közvélemény-kutatás; információk a fogyatékosokkal élők számára. Nemrég megkezdődött a megrendelések összegyűjtése; többek között szeretnének részt vállalni azoknak az önkormányzati döntéseknek az előkészítésében is, melyek a polgárok megkérdezésével járnak. Ennek jegyében már elkészült az a „csoomag”, amiből számukra a polgármesteri hivatal választja majd ki a feladatokat. A helyi Volán utas-tájékoztatási rendszere korszerűsítésében való közreműködésükről szintén megkezdődtek az előzetes tárgyalások. Az első érdekes feladatuk viszont az a közvélemény-kutatás volt, amely manapság élénken foglalkoztatja az itt élőket. Nevezetesen: mivel állítólag rontja a városképet, lebontsák-e a romkert egy része fölé épített tetőszerkezetet, avagy sem?

A Kht. irodájában találkoztam Petróczi Ferencsel, a Megyei jogú Város Közgyűlése Szociális és Családvédelmi Bizottságának Elnökével. Ő egyébként a **Szociális és Rehabilitációs Képzési Központ** programvezetője.

– Az önkormányzat nyilvánvalóan nagyon fontosnak tartja, hogy a fogyatékosokkal élőknek legyen lehetőségük tanulni, dolgozni. Igen jó a kapcsolatunk a munkaügyi központtal, sőt Székesfehérváron a képzési központ működte az első, magyar-német együttműködés alapján életre hívott rehabilitációs modellcentrumot. Az elmúlt öt esztendőben több mint hatszázán jártak pályaalakmassági és munkakipróbáló vizsgálaton, illetve négyszázán vettek részt különböző képzéseken; többségüknek sikerült elhelyezkedniük. Az itteni munkatársak is a képzési központban, a web oldal szerkesztő tanfolyamon sajátították el az ismereteket. Még ebben az évben indítunk egy callcenter-kezelő képzést is; a sikeresen végzetek közül több „diáknak” minden bizonnyal lehetősége lesz az Uwyta Kht.-ban dolgozni. Itt említem meg, hogy a pécsiek Székesfehérváron tervezik a fa-, textil-, csuhéjjáték-, illetve díszárgyártó műhely kialakítását is, ahol 30-50 megváltozott munkaképességűt akarnak foglalkoztatni. Ezeknek a begyakoroltatására ugyancsak indítunk képzést. Mindez úgy kapcsolódik a szolgáltató irodához, hogy itt internetes kereskedelem is lebonyolítható, ami együtt jár a marketing feladatok ellátásával. Tudniillik környékünk a hazai „szilícium völgye”, ahol sokat nyom a

latba a szellemi erőforrás. Megjegyzem még azt, hogy a mozgáskorlátozottak megyei egyesületének teendői azért mégiscsak mások, hiszen nekik elsősorban az érdekvérvényesítés a dolguk.

Egyébként a városban van foglalkoztatójuk az értelmi fogyatékosoknak is, ahol közel 30-an dolgoznak. Emellett szolgáltatásokat kapnak: gyógylovgálásban és gyógyújszásban vesznek részt. Tevékenységüket anyagilag támogatja az önkormányzat. A másik ilyen nagy helyi szervezet a mindenki előtt jól ismert **Viktória Rehabilitációs Központ**, ahol szépen halad a korábban megkezdett beruházás.

Beszélgetésünk során felmerült a távmunka lehetősége is, amiről Szabó Károly ügyvezető a következőket mondta:

– „Nekem olyan információim vannak, hogy a távmunkába be akarják vonni a megváltozott munkaképességűeket, illetve a gyesen, gyeden lévő édesanyákat is. Ez az ügy azonban manapság eléggé halódik. Véleményem szerint „ott nyúltak mellé”, hogy abban a munkában csak az átlagosnál képzetesebb emberek tudnak részt venni. Másrészt: azért egy „távmunkásnak” bizonyos technikai bázissal is rendelkeznie kell.”

Az iroda vendége volt Krémer Balázs szociológus, az Országos Munkaügyi Központ kutatója is, akit arra kértem, vázolja fel a fogyatékosokkal élők foglalkoztatásának honi általános helyzetét.

– „Talán bevezetésül annyit: megváltozott munkaképességűnek, „leszállékoltnak” ma rengeteg embert titulálnak. Ez a szféra egyébként a világon mindenütt úgymond „felszívta” a munkanélkülieket. Igaz persze, hogy ez utóbbi állapot fizikailag és mentálisan valóban sokakat tesz tönkre. Ez nyilvánvalóan korántsem szemrehányás, de az kétség kívül tény: a szakma, az ergonómia és a foglalkoztatás ügyét még jobban nehezíti, hogy borzasztóan szélesre nyílt az a skála, ahol a megváltozott munkaképességűeknek megfelelő mennyiségű, illetve minőségű támogatást kell adni. Ez nem pusztán szakmai gond, mert ez a kérdés igen széles ívet ölel fel, hiszen végül is anyagiakról van szó, mert a rendszerek nem ritkán finanszírozhatatlanok. A realitásokat persze ugyanolyan nehéz „becélni”, mint például az egészségügyben. Másrészt azzal kell szembenézni, hogy a világ borzasztó módon rohan előre, noha a vakoknál, a gyengén látóknál a kefekötés, a könyvkötés az a manuális munka, mint száz éve, miközben ma már az internet számukra is könnyedén elérhető. A másik fajsúlyos kérdés: követeljünk-e teljesítményt a fogyatékosokkal élő munkavállalóktól? Nos, a foglalkoztatásnak a munkáról, az értékteremtésről kell szólnia. Magyarországon viszont azzal nézünk szembe, hogy a szociális intézményrendszer értelmes elfoglaltságot nemigen tud teremteni. Sokszor inkább napközi otthonos időtöltésről beszélhetünk, mintsem célszervezetekről. Feltevésem szerint gyakran hiányzik a szellem, a rugalmasság, az ötlet, a piaci tájékozottság is. Ezt a politika szintjén, országos méretekben nem lehet úgymond, előírni. A politikát picit azért mentenem kell, mert lehet támogatásokat adni, ha van elkötelezettség, egyfajta „mánia”, uniók. Azt tennem még mindehhez hozzá, hogy Székesfehérvár sok szempontból kedvező helyzetben van: hiányzik a munkakész, pezsgő munkaerő piaca van, és ez a konjunktúra utolérte a megváltozott munkaképességűeket is. Rögtön hozzáteszem, csodaszerek, receptek sehol sincsenek. Ez a „szívás” nehezebben valósulhat meg azokon a vidékeken, ahol súlyosabb munkanélküliséggel küszködnek. Ott még a hátrányos körülmények között élők önfeladása is magasabb. Egy szó, mint száz: bizonyos értelemben kicsit „lököttnek” kell lenni, mert a fogyatékosokkal élők foglalkoztatása csak akkor működik jól, ha reális, számba vehető szubvenciókkal olyan értéket, produktumot teremtenek, aminek van előre megcélzott fogyasztója, piaca. Ez központi direktíva alapján biztos, hogy nem másolható – mondta befejezésül Krémer Balázs.

Nagy Attila  
Székesfehérvár

A közeljövőben a kormány elé kerül az állami költségvetés módosítására is szolgáló zárszámadási törvényjavaslat. Ha a jogszabály tervezetét a parlament is jóváhagyja, az idén hatvanmilliárd forint többletforráshoz, jövőre további harmincmilliárdhoz jut az egészségügy.

Oberfrank Ferenc, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) főigazgatója elmondta: a készülő zárszámadással az idén mintegy 45 milliárd forint többletforráshoz jut az egészségbiztosítási alap. A pénz nagyobb hányadából a gyógyszerek ártámogatására költhető keretet egészítik ki, a maradékot egyebek mellett a kórházi díjak növelésére, a fogmegtartó kezelések ingyenessé tételére fordítják.

Mintegy 33 milliárd forintot kell a gyógy-

## Többletforrás az egészségügynek

szertámogatási keret kiegészítésére költeni. Július végéig ugyanis százmilliárd forint fogyott el a 147 milliárdos keretből. E szerint legkorábban novemberben lesz szükség a gyógyszerkassza kiegészítésére. A túlköltést az OEP főigazgatója a korábbinál drágább készítmények gyakoribb felírásával valamint a kassza alultervezésével magyarázza. Az ideai adatokból is látszik, a 2002-re jóváhagyott 150 milliárd forint sem lesz elegendő. Mint mondta: a hiánymérséklést célzó júliusi takarékosági intézkedéseknek – szerinte – csak hosszabb távon lehet kedvező hatása. Így például néhány hónapnál hosszabb időre

van szükség ahhoz, hogy az orvosok azonos hatású, de olcsóbb orvosságokkal cseréljék fel a korábbi terápiát.

A javasolt jogszabály módosítja az alapok 2002-es költségvetését is. A kormány döntése alapján a tavalyi közalkalmazotti bérikiegészítésből megmaradt összeget is az alap kapja meg. Ebből az összegből finanszírozzák egyebek mellett a kórházak alapdíj-emelését, a fogmegtartó kezelések ingyenessé tételét, bővítik a koraszülött mentést. Oberfrank közölte: az alap költségvetésébe beépülő 10,6 milliárd forintból finanszírozott ellátásokra jövőre már 29 milliárd forintot

kell majd költeni. A zárszámadásról készülő tervezet szerint ez az összeg is rendelkezésre áll majd a 2002-es költségvetésben.

Az OEP főigazgatója arról is tájékoztatta a sajtó embereit, hogy az állami költségvetési tartalékból várhatóan orvosolni tudják majd a krónikus fekvőbeteg-ellátás finanszírozási problémáit is. Ugyancsak kiegészítésre szorul a veseműködést pótló, úgynevezett dialízis kezeléseket fedezetére szóló pénzkeret. Attól sem kell tartani, hogy az esetenkénti finanszírozott drága műtétek elmaradnának anyagi okok miatt. A külföldi gyógykezelések fedezetétül szolgáló kasszában elegendő pénz van. A határon túli orvosi beavatkozások általában nem a pénzhiány, hanem a szükséges orvosi javaslatok híján marad el.

## Növekvő kórháziágy-igények

Az intézménytulajdonosok másfél százalékkal növelnék a kórházi férőhelyek számát. Jelezték az egészségpénztárnak igényüket arra is, hogy hat-hétezer órával bővítenék a szakrendelések jelenlegi kapacitását.

Október végéig kell dönteniük az egészségpolitikusoknak, hogy jövőre hány kórházi ágy működését és milyen szakrendeléseket finanszíroz az egészségpénztár. Ezért az intézménytulajdonosoknak augusztus közepéig kellett jelezniük a területi hivatalokban, hogy meglévő szolgáltatásaik mellett jövőre milyen új ellátások működtetését várják az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól (OEP).

Oberfrank Ferenc, az OEP főigazgatója elmondta: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálattal (ÁNTSZ) közösen összesített adatok szerint mintegy 1000-1200 kórházi ágygal és hat-hétezer szakrendelési órával bővítenék a tulajdonosok a meglévő kapacitást. Pénzügyi korlátok miatt azonban az egészségbiztosító a meglévőnél nagyobb ellátórendszerrel nem tud finanszírozni. A már most is működő kórházi férőhelyekre és szakrendelésekre jövőre is szerződnek. Ezen felül csak azokra az új ellátásokra remélhetnek a tulajdonosok pénzt, amelyek hiánypótlóak az adott régióban. A főigazgató elmondta: a döntés előtt a hatóságok megvizsgálják, hogy a meglévő ágyakat mennyire hasznosítják a kórházak.

Mint ismeretes, tavaly hétezer kórházi ágyat kellett volna felszámolni, de csak kétezeret sikerült. A megmaradó több mint ötezerből még Gógl Árpád minisztersége idején 4200-ra ideiglenes finanszírozási szerződést kötött az OEP, míg kilencszáz megszüntetésére az akkori egészségügyi miniszternek már nem maradt ideje, így azok státusa azóta is rendezetlen. Szakértők szerint a most igényelt többletkapacitás ezek működtetését legalizálná. A maradék ágytöbbletet pedig a kórházak szerkezeti átalakításához igényelték a tulajdonosok.

A legtöbb új kórházi férőhelyre Borsodból, Baranya, Csongrád, Heves és Somogy megyéből érkezett igény. Emellett a főváros kérte az új szakrendelési órák ötven százalékát. Oberfrank Ferenc elmondta: a szakrendelések bővítésével a tulajdonosok néhány nagy értékű – komputertomográf, csontsűrűségmérő, EKG – diagnosztikai eszköz finanszírozását kéri. Ezekben az esetekben a biztosító megvizsgálja, hogy valóban szükség van-e ezekre a drágán működtethető eszközökre.

Lun Katalin országos tisztifőorvos lapunknak elmondta: az ÁNTSZ csak azokat a pályázatokat fogadta el, amelyek valamilyen hiányt pótolnak az adott régióban. Így 15 százalékkal mérséklődött az október végéig elbírálható igények száma. A tisztifőorvos szerint most a tulajdonosoknak lehetőségük van arra, hogy a lakosság igényeihez igazítsák a kórházakban, a szakrendelőben elérhető szolgáltatásokat.

Eddig 140-en vették igénybe a drága gyógyászati segédeszközök kölcsönzésének lehetőségét. A modellkísérletet azért kezdeményezte az OEP, hogy kímélje a betegek és a saját kasszáját az eszközök megvételétől. A bérbeadással foglalkozó cégek azonban csak hosszabb távon gazdaságos az üzlet. Segítene a kölcsönzés elterjedését, a bérleti díj 25 százalékos áfájának csökkentése.

A fővárosban és Pest megyében több mint egy éve 43-féle gyógyászati segédeszközt már nem kell megvenniük a betegeknek, időlegesen bérbe vehetik azokat. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) abból a célból kezdeményezte a modellkísérletet, hogy a

## Októbertől komplex mammográfiai szűrés Az OEP állná a számlát

Napokon belül megjelenik a pályázat a nők emlőszűrését végző komplex mammográfiai központok működtetésére, s vállalkozások is pályázhatnak – tájékoztatta lapunkat az új országos tisztifőorvos. Lun Katalin szerint októbertől megkezdődhet az egységes onkológiai szűrés. Az OEP tavaly közel 700 millió forintot költött e célra, mivel az érintett korú nők harmada ment csak el a vizsgálatra.

A kormány által elfogadott népegészségügyi program részeként októberben az ország 10-12 intézményében elkezdődik a nők komplex mammográfiai emlőszűrése – tudtuk meg az augusztus 13-án kinevezett új országos tisztifőorvostól. Ennek érdekében napokon belül megjelenik a pályázat a szűrőállomások működtetésére, amire költségvetési intézmények mellett vállalkozások is pályázhatnak, a finanszírozás szektorsemleges lesz – mondta Lun Katalin.

Az új rendszer lényegesen eltér a jelenleg 44 helyen mammográfiai készülékkel végzett vizsgálatról. Ezért csak azok számíthatnak az állomások működtetésének elnyerésére, akik a mammográfia mellett ultrahang- és citológiai vizsgálatot is végeznek, számítógépes nyilvántartásuk pedig lehetővé teszi, hogy az eredményről a szűrésre

beutaló orvost és a nyilvántartást vezető Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ) is értesíteni tudják, szükség esetén pedig megszervezik a műtéti vagy egyéb beavatkozást, majd a rehabilitációt.

Az onkológusok szerint a szűrésnek csak akkor lesz haszna, ha a magas színvonalú, kis tévedéssel dolgozó diagnosztikai állomásokra az érintett korú nők 70 százaléka legalább kétévénként elmegy. Külföldi tapasztalatok mutatják, hogy az országos emlőszűrés 30 százalékkal csökkentené az emiatt bekövetkező halálozást. A tisztifőorvos ezzel kapcsolatban elmondta: a részvétel nem lehet kötelezővé tenni, ezért a háziorvosok segítségével kívánják meggyőzni a nőket a szűrés fontosságáról.

A hatályos szabályok szerint nálunk akaratán kívül senkit sem lehet egészségügyi szűrővizsgálatra kötelezni. Más a helyzet akkor, ha egy településen a megengedhetőnél nagyobb számú a tbc-fertőzés, ami az emberek egészségét is veszélyezteti. Ez esetben a tisztiorvosok kötelezővé tehetik a részvételt, a tüdőszűrés elmaradását pedig szankcionálhatják.

Lun Katalint biztosította az Országos

Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) főigazgatója arról, hogy a teljes körű mammográfiai vizsgálatnak nem lesz pénzügyi akadály. Az OEP tavaly mintegy 600-700 millió forintot fordított e célra. A jelenlegi tarifák szerint egy szűrésért 2436 forintot fizet. Ebből az is következik: ha minden 45-65 év közötti asszony igénybe venné ezt a szolgáltatást, az évi 1,5 milliárd forintot igényelne. Összehasonlításképpen: a rákbetegek kemoterápiájára és kiegészítő gyógyszereire az idén 12 milliárd forintot költ az OEP.

A tisztiorvosi szolgálat összehangolásával a közeljövőben az egyéb nőgyógyászati és a vastagbélvizsgálatokat is bevezetik, és szeretnék, ha a fogorvosok szájrégi szűrését végeznék a pácienseiknél. A teljes körű daganatszűrés azért fontos, mivel hazánkban az emiatt bekövetkezett megbetegedés és halálozás aránya nagyon magas.

Ennél is több a szív- és érrendszeri megbetegedés miatti halál. Ezért Lun Katalin helyesnek tartja, hogy a népegészségügyi program e bajok kockázati tényezőinek kivédését is célozza. Ezek között említette a dohányzást, a helytelen táplálkozást, a mozgásszegény életmódot, amelyek kivédése nemcsak pénz kérdése.

## Az idén 291 milliárdos lesz a gyógyszerkiadás

Annak ellenére, hogy az egészségbiztosítási alap ötödét gyógyszerár-támogatásra fordítják, a lakosság az idén a tavalyinál 15 százalékkal fizet többet az orvosságokért. Az összefogyasztásban tíz év alatt 0,4-ről 1,9 százalékra nőtt a gyógyszerek aránya. A tb a szív-, a betegek az idegrendszeri szerekre költi a legtöbbet.

Az elmúlt tíz évben a lakosság gyógyszerkiadása 31-szeresére, a társadalombiztosító gyógyszerár-támogatásra fordítható kasszája pedig a 7,7-szeresére nőtt. A lakossági tehernövekedés a gyógyszerválaszték és fogyasztás bővülése, valamint az áremelés következménye – állítja Kőrössy Péter, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) főosztályvezetője. A hazai összefogyasztásban 1990 óta 0,4-ről 1,9 százalékra nőtt az orvosságok aránya.

Tíz éve 1086-féle gyógyszer és tápszer volt forgalomban, valamennyi árát támogatta a tb, a

jelenleg kapható közel 10 500 patikaszer közül 3800 árához nyújt támogatást. Idén az előző évhez képest csaknem ötödével nő, s mintegy 180 milliárd forint lesz a tb-támogatás összege (az előirányzat 147 milliárd forint volt), a lakossági gyógyszerkiadás pedig 13-15 százalékkal haladja meg a tavalyit, körülbelül 101 milliárd forint lesz. A lakosság kiadásának növekedése elsősorban a fogyasztás bővülésének a következménye, és tartalmazza a tb által támogatott és nem támogatott gyógyszerköltséget. A támogatott gyógyszerek áremelése éves szinten ugyanis 5,3 százalékkal növeli a betegek terheit, így az harmonizál a kormány antiinflációs politikájával – mondta a főosztályvezető.

A gyógyszerkiadás növekedését jelentősen befolyásolja az új, hatékony, de a kifejlesztésük miatt nagyon drága orvosságok forgalomba hozatala. A cégeknek ugyanis 15 évükbe, s átlagosan 500 millió dollárjukba kerül, amíg egy molekulából gyógyszer lesz, a

befektetést érhetően vissza akarják nyerni.

Az OEP a szűkös kasszája ellenére júliustól mintegy 400 új és generikus (lejárt szabadalmi védettségű) medcinát vett fel a támogatott gyógyszerek listájára. Kőrössy Péter szerint jövőre várhatóan további 375 orvossággal bővül a hazai gyógyszerpaletta, köztük 30 az innovatív molekula. Az OEP igyekszik követni a lakosság szükségleteit. Ezért az orvosszakmai kollégiumok javaslatára a súlyos betegségek terápiájához szükséges korszerű orvosságok jelentős része felkerül az általa legnagyobb mértékben támogatott listára, azok árát a betegek amúgy sem tudnák megfizetni.

Idén az első fél évben például 23,5 milliárd forint támogatást adott az OEP a legtöbb embert sújtó szív- és érrendszeri betegségek gyógyszereinek támogatására, e készítményekre közel 9 milliárdot fizettek a betegek. A különféle központi idegrendszeri bajok gyógyszereihez pedig a biztosító

14, a betegek 13 milliárddal járultak hozzá. A legdrágábbak a daganatos betegségek orvosságai. A főosztályvezetőtől megtudtuk, hogy a daganatellenes és immunrendszerre ható orvosságok dobozonkénti árához tavaly 15 ezer forinttal járult hozzá a tb, a betegek pedig átlagosan 277 forintot fizettek érte.

Kőrössy szerint az OEP támogatási rendszere igyekszik követni a megújuló gyógyszerpiac termékeit, ám nehezen tud megbirkózni a nemzetközi viszonylatban is magas fogyasztással. Ez magyar, illetve kelet-közép-európai sajátosság, megváltoztatásához hosszú idő szükséges. A hazai gyógyszerkiadás magas mértékét mutatja, hogy az OEP a gyógyító-megelőző kasszájának ötödét az orvosságok ártámogatására fordítja. A főosztályvezető szerint ugyan ez abszolút értékben kevesebb, mint a nálunk gazdaságilag fejlettebb országokban, ám a magyar egészségügy egyéb szolgáltatásait tekintve tetemes összeget jelent.

## Olcsóbb kölcsönözni, mint megvenni

betegeknek ne kelljen megvásárolniuk a drága eszközöket, különösen, ha csak időlegesen van szükségük a használatukra – mondta a Világgazdaságnak Kőrössy Péter főosztályvezető.

Egy elektromos utcai kerekés szék ára például 669 ezer forint. A hagyományos tb-támogatási rendszerben ennek 85 százalékát az OEP fizeti, 15 százalékot a beteg téríti. A kölcsönzés 6.875 forintos havibérleti díján is

ugyanilyen mértékben osztoznak. Gyakori az igény az ülőpárnákra. Ezek egyike 90.530 forintba kerül, ebből 77 százalék a tb, 23 a beteg költsége. Ám a havibérlet csupán 5.707 forint.

Meghívásos pályázattal tavaly az LBT Kft. nyerte el a gyógyászati segédeszközök forgalmazására kiírt pályázatot, ám a szerződés elhúzódsága miatt tényleges kölcsönzés csak az idén május és június hónapban futott fel,

amikor 140-féle eszközt átlagosan 3-4 hónapra kölcsönöztek ki a betegek.

Az induláshoz 12 millió forint értékben vásárolt kikölcsönözhető segédeszközt a nyertes cég – tudtuk meg Tókos Edit ügyvezető igazgatótól. Ám a kölcsönzés beindítása ennek a többszöröse, hiszen az adminisztráció mellett meg kellett teremteni a folyamatos beszerzést, a raktározást, az eszközök fertőtlenítését és javítását. A kölcsönzési díj 25 százalékos áfát is tartalmaz, hiszen az egészségügy sem kivétel az általános szabály alól. Pedig a forgalmazók szerint a forráshiányos ágazatot például ezen adó csökkentésével is preferálhatnák.

Folytatás a 5. oldalon

# Külföldi gyógykezelés

Az orvostudomány fejlődésével újabb és újabb betegségek váltak és válnak gyógyíthatóvá. Már gyermekeknél elvégezhető a májtranszplantáció, akár szív-tüdőátültetés is végezhető a pulmonális hipertóniában szenvedők kezelésére, kitolódott a bypass és egyéb szívműtétek korhatára. Ezen betegségek gyógyítása azonban speciális műszerezettséget, felszereltséget és nem utolsósorban szak tudást igényel, mely hazánkban még nem mindig hozzáférhető. A beteg gyógyulásához ilyen esetekben külföldi gyógykezelés lehet szükséges.

A magyar biztosítottak külföldi gyógykezelése már 1988. óta jogszabályilag rendezett, jelenleg a

magyar állampolgárok külföldi gyógykezelésével kapcsolatos egyes kérdésekről 200/1996. (XII. 23.) Kormányrendelet az irányadó.

A külföldi gyógykezelést kérelmezni kell. A beteg maga, bármely hozzátartozója vagy kezelőorvosa fordulhat a megbetegedés jellege szerint szakmailag illetékes országos intézethez. Gyermekek esetében az Országos Alapellátási Intézet látja el ezt a feladatot. Az országos intézetekben összeülő orvosszakmai bizottságok, melyek mindig az adott szakma szaktekintélyeiből állnak, döntenek a gyógykezelés indokoltságáról. Döntésükről minden esetben a rendeletben szereplő mellékletben nyilatkoznak, megjelölve és alátámasztva, hogy a kérelem

indokolt vagy nem indokolt, tehát javasolja-e a szakma a kezelést.

A legfontosabb kérdés a beteg részéről, hogy mikor is indult a külföldi kezelés, milyen előírások befolyásolják a javaslat kiállítását, mikor érdemes elindítani a kérelmezési folyamatot. Indokolt lehet a külföldi kezelés, ha az Magyarországon nem hozzáférhető, valamint a módszer a gyakorlatban eredményesnek bizonyult, azaz nem kísérleti módszer, és fontos kritérium, hogy esélye lehet a beavatkozás sikerességének. Lehetőséget teremt a jogszabály külföldi szakember meghívására is, ha ez nem oldható meg akkor szintén indokolt lehet külföldi intézmény igénybevétele.

A javaslat beszerzése után követ-

kező lépés az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Nemzetközi és Pénzügyi Ellátási Főosztálya, az ő hatásköre a külföldi gyógykezelés pénzügyi és egyéb feltételeinek intézése.

A rendelet értelmében a Pénztár támogatást nyújthat a külföldi gyógykezeléshez, melynek mértékét szabadon határozza meg. A támogatás jellemzően 100 százalékos mértékű, valamint térítik a beteg és kísérője utazási költségét is. A jogszabály azonban nem teszi lehetővé a kísérő szállás- és egyéb költségeinek fedezését, mint ahogy ezt hazai gyógykezelés esetén sem fedezi a Pénztár. Ez különösen nagy problémát jelent a kisgyermek esetében, ahol különösen

hosszabb gyógykezelés során feltétlenül szükséges a szülő jelenléte. Ilyen esetekben alapítványok segítségét kérhetik a szülők.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár évente 130-160 fő külföldi gyógykezelését támogatja, a betegek körülbelül 65 százaléka először jelentkezik, a többi beteg általában kontroll vizsgálatra megy, vagy rendszeres orvosi kezelés alatt áll.

A 2001. évben a külföldi gyógykezelésre fordítható összeg 478 millió forint. Fontos megemlíteni, hogy ez az előirányzat úgynevezett nyílt kassza, tehát nem fordulhat elő, hogy Pénztárnak kizárólag pénzügyi nehézségekre hivatkozva kellene elutasítania a gyógykezelés támogatását.

| Kiadás<br>(előirányzat neve) | 1999.évi teljesítés<br>(millió Ft) | 2000.évi teljesítés<br>(millió Ft) | 2001. évi előirányzat<br>(millió Ft) | 2002. évi előirányzat<br>(millió Ft) |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Külföldi gyógykezelés        | 445                                | 578,5                              | 478                                  | 497                                  |

1. Táblázat: A külföldi gyógykezelési kiadás (előirányzat) 1999-2002.

Dr. Horváth Ágnes  
OEP tanácsadó

**A kormány 10 milliárd forintot szán a hazai gyógyfürdőprogramra. Ez az idegenforgalom bővülése mellett javítja a hazai ellátást is. Jelenleg 56 gyógyfürdővel van szerződése az OEP-nek. A biztosító idei, 2,8 milliárd forintos kasszája kevésnek bizonyul a tízféle gyógyfürdő-szolgáltatás támogatására, az első negyedévben a pénz 41 százaléka elfogyott.**

Öt év alatt megduplázódott a gyógyfürdő-szolgáltatások tb-támogatásának összege. Amíg korábban csaknem mindig maradvánnyal zárták az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) gyógyfürdő-szolgáltatásokra szánt kasszáját, a pénz az elmúlt évben és az idén már kevesebb a kelleténél.

Az Országgyűlés az ez évi költségvetésben 2,8 milliárd forintot szavazott meg e célra, ami

Folytatás a 4. oldalról

Azért is szükség lenne az egészségügyben használt termékek áfa-ügyeinek rendbetételére, mert megmagyarázhatatlanul nagy a káosz, egyes termékekért 12, másokért 25 százalékot kell fizetni.

Az ügyvezető asszonynak a segédeszköz-kölcsönzésről jók az első tapasztalatai, amit az eszközöket felírt orvosok és a betegek között készített felmérésekre alapoz. Tókos Edit kevésbé elégedett az OEP-pel kötött szerződések megkötésének elhúzódásával, mivel az a betegeket és az orvosokat elbizonytalanította. Kőrössy Péter azt ígéri, hogy e tekintetben a jövőben gyorsabb lesz az OEP, hiszen az a tervük, hogy a segédeszköz-kölcsönzést országossá fejlesztik. Ennek indokoltságát bizonyítja, hogy az LBT Kft.-nek eddig 5,5 millió forintot fizettek a biztosítottak kölcsönzési díjaira, ám ha a bérelt eszközöket megvették volna a betegek, 9,2 millió forint ártámogatást kellett volna fizetnie a tb-nek. A főosztályvezető tisztában van azzal: csak akkor terjedhet el az új rendszer, ha a bérlettel foglalkozó cégek is érdekeltek lesznek a segédeszközök forgalmazásában, ha a kölcsönzött termékek kihordási idején belül megtérül számukra azok ára.

Folytatás az előző számból

Érdemes kiemelni a szigorúan katolikus – tehát az emberi test sérthetlenségét nagyon is tisztelőben tartó – Spanyolországot, ahol a jó kommunikáció eredményeként a donoraktivitás egész Európában a legnagyobb. Nem véletlen, hogy arányait tekintve náluk folyik legsikeresebben a veseátültetés. A másik jó példa Hollandia, ahol a korábban emlegetett társadalmi szolidaritásnak köszönhetően renge-

## Fejlesztésre tízmilliárd

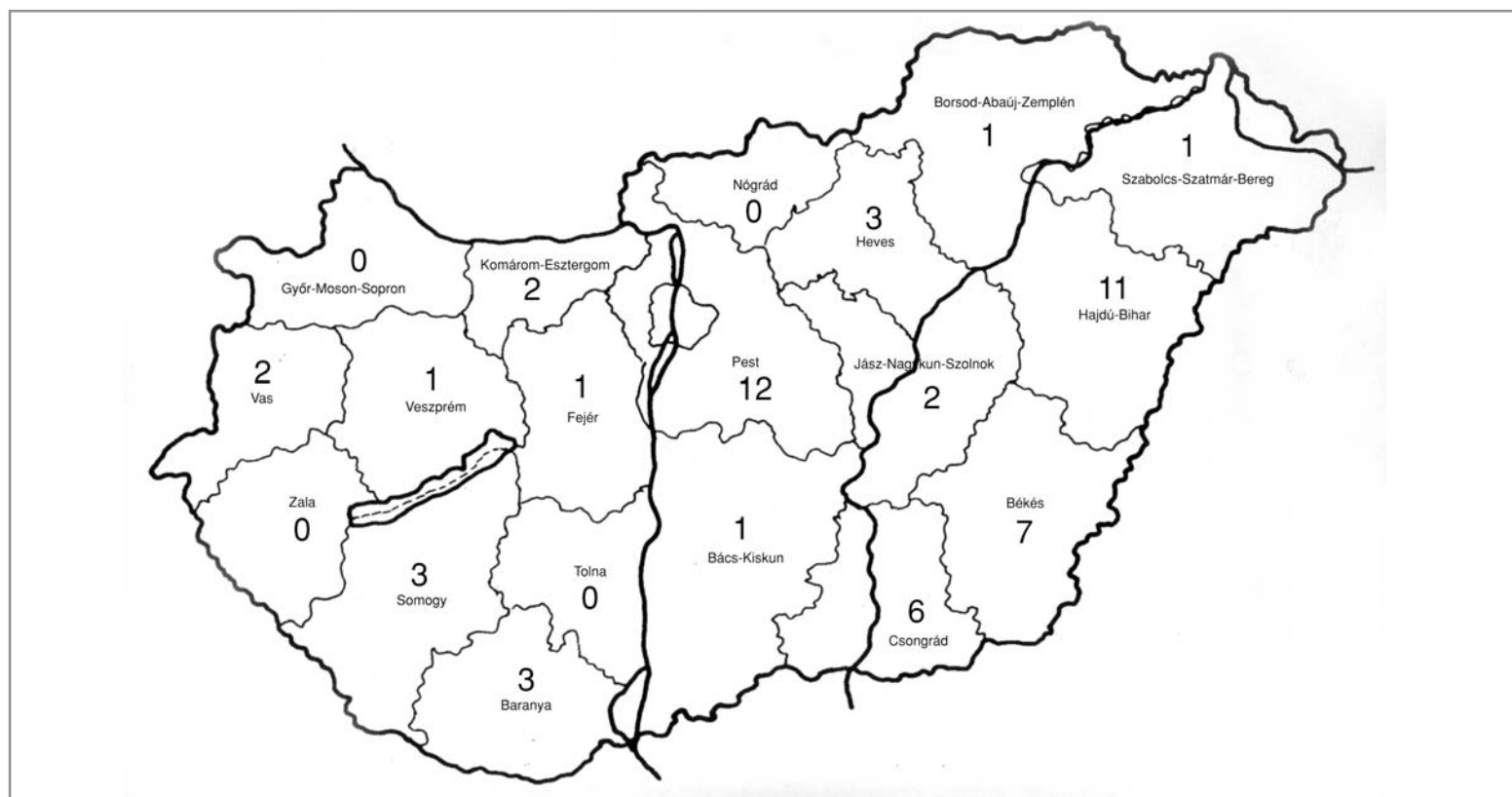
400 millióval több a múlt évben tervezettnél, de 300 millióval kevesebb a tényleges költségnél. Ez az oka, hogy az év első negyedében elfogyott az éves előirányzat 41 százaléka. A szűknek bizonyult költségvetést csak részben magyarázza a betegek számának bővülése, jelentős a fürdők által nyújtott szolgáltatások árának növekedése is, amit nem követ a tb-kassza gyarapodása. Ugyan a biztosító alkut folytat a támogatás alapjául elfogadott szolgáltatások áráról, de ha kismértékben is, kénytelen tekintetbe venni a fürdőket is érintő inflációt.

Némileg eltérő a helyi, a körzeti és az orszá-

gos minősítésű gyógyfürdők szolgáltatásainak ára. Ez – a tb-támogatás mértékéül elfogadott árat tekintve – például a belépőknél 301, 338, illetve 387 forint, aminek 85 százalékát a biztosító állja. További nyolc szolgáltatás árához ugyancsak 85 százalékkal járul hozzá, ezek: a kádfürdő, az iszappakolás, a súlyfürdő, a szén-savas fürdő, az orvosi gyögmasszázs, a víz alatti vízsugármasszázs, a víz alatti csoportos gyógytorna és a komplex gyógyfürdőellátás. Az utóbbit nem számítva a legdrágább szolgáltatás az iszappakolás, ami a helyi fürdőkben 649, a körzeti minősítésűekben 733, az orszá-

gos helyeken pedig 811 forint. Hazánkban népbetegségnek számítanak a különféle csont- és ízületi bajok, az orvosok közel egymillióra becsülik az érintettek számát. A betegség gyógyszeres kezelése mellett a gyógyfürdőellátások bizonyítottan hatékonyak, sok esetben pedig kiválthatnák, megelőzhetnék a költséges orvosságok szedését. Ezt vette figyelembe az OEP, amikor pár évvel ezelőtt a 18 évnél fiatalabbak csoportos gyógyúzásának költségét teljes mértékben átvállalta. Ennek ára a helyi fürdőkben 312, a körzeti fürdőkben 344, az országos helyeken pedig 385 forint.

A gyógyfürdők fejlesztését a kormány is kiemelt fontosságúnak tartja, ezért a közel-múltban 10 milliárd forint felhasználását hagyta jóvá e célra. Az összeg a gyógyidegenforgalom bővülése és minőségi fejlesztése mellett a hazai lakosság érdekeit is szolgálja.



## A szervátültetés hazai látlete

tegen juttatják el beleegyező nyilatkozatukat a központi nyilvántartásba.

– Magyarországon kötelező vizsgálni, hogy az elhunyt kifejezte-e tiltakozását, vagyis az ellátó személyzetnek kísérletet kell tennie rá, hogy ha létezik ilyen nyilatkozat, akkor az előkerüljön. A szükséges nyomtatványt a háziorvosoknál és

a tisztiorvosi hivatalokban lehet beszerezni, majd kitöltve, ajánlott levélként eljuttatni a központi adatbázisba. Ez csak a kórházak transzplantációért felelős munkatársai számára hozzáférhető, de ők a nap huszonnégy órájában megtudhatják, szerepel-e benne a keresett személy. Természetesen előfordulhat, hogy az

illető nem vetette nyilvántartásba magát és nem magánál hordja, hanem otthon, a fiókjában őrzi a nyilatkozatot. Ám ha erre nem derül fény a rendelkezésre álló időn belül – a hozzátartozók nem érhetők el vagy esetleg ők sem tudnak róla –, a beavatkozó orvosnak jogában áll a legjobb szakmai tudása szerint cselekedni és ezért utólag sem vonható felelősségre. Az adatbázisban egyébként 99 név szerepel.

S.Bonnyai Eszter

# Az ápolás minőségének jelentősége az egészségügyi ellátás eredményére

Az ápolás, mint szakma és hivatás az egészségügyi ellátás rendszerének döntő részévé vált.

Az egészségügyi tudományos ismeretek és a technika gyors fejlődése következtében megváltozott az ápolásnak az egészségügyi ellátáson belül betöltött szerepe és ennek megfelelően definíciója is. Az ápolói szakma nagyfokú önállósodási törekvései következtében az ápolói szerep is jelentős változásokon ment keresztül. A nagymértékben alárendelt ápolói helyzetből önálló döntési lehetőséggel és felelősséggel rendelkező szerepkör alakult ki.

A fizikális ellátási formákat magában foglaló feladatkör mellett egyre nagyobb fontosságot kap a pszichés ápolás -gondozás, a holisztikus ellátás.

\*

Az ápolás, mint segítő hivatás – széles értelemben vett – küldetése, hogy segítse az egyéneket, családokat és csoportokat abban, hogy az állandóan változó környezet kihívásai ellenére megvalósítsák testi, szellemi és társadalmi lehetőségeiket.

Változott a társadalom elvárása is az ápolókkal szemben. A társadalom elvárja az ápolótól, hogy:

- személyre szóló ápolást nyújtson,
- biztosítsa az emberi méltóságot az ellátás során,
- legyen az ápolás bizonyítottan jó minőségű (Evidence-based nursing),
- járuljon hozzá az ápolás a rövidebb kórházi kezeléshez,
- legyen költség-hatékony.

Az ápolótól a társadalom elvárja azt is, hogy vállalja a felelősséget azért a tevékenységéért, amit elvégzett.

Az ápolók által nyújtott szolgáltatás nagy hatással van az ellátottak közérzetére, elégedettségére. Nemzetközi tapasztalatok szerint az egészségügyi rendszerben nyújtott szolgáltatások mintegy 80 százalékát az ápolási szolgáltatáson keresztül itéli meg az ellátásban részesülő lakosság.

Mivel az ápolók töltnek legtöbb időt a páciensekkel, közöttük zajlik a legtöbb interakció. Ennek az interakciónak a milyensége képezi az ápolásminőség megítélésének alapját.

Ennek az állításnak bizonyítékul szolgál az a tény is, hogy a struktúra – folyamat – eredmény jelentése az egészségügy szereplői számára mást és mást jelent – melyet az alábbi táblázat is jól szemléltet (forrás: Dr. Gódy Sándor: Minőségügyi alapismertetek).

## 1. Az egészségügyben dolgozó menedzsereknek, gazdasági szakembereknek

### Struktúra

- Pénz,
- szakmai képzettség, amely képessé teszi az adott dolgozót a feladat megoldására,
- adott eset-összetételű populáció ellátásához szükséges feltételek,
- épületek, vizsgálok,
- diagnosztikus és terápiás eszközök.

### Folyamat

- A betegellátáshoz szükséges rendszerek kialakítása,
- a megfelelő dolgozók alkalmazása,
- döntéseket, amelyek az egészségügyi intézmény működéséhez szükségesek.

### Eredmény

- A minőségi munkával összhangban lévő gazdaságos eredmény, vevői elégedettség.
- Az alkalmazottak szakmai képzettségének, gyakorlatának motivációjának kialakítása, amely találkozik a vevők igényeivel.

## 2. Orvosok

### Struktúra

- Az elérhető diagnosztikus és terápiás eszközök, munkahelyek komfortja.

### Folyamat

- A diagnosztikus és terápiás folyamatok, amelyek a beteg gyógyításához szükségesek,
- mérlegelés a rendelkezésre álló terápiás lehetőségek közül,
- különböző terápiás ajánlások értékelése.

### Eredmény

- A beteg tájékoztatásának eredménye, amely befolyásolja a beteg-compliance-t és aktív részvételét.
- Gyógyult, állapotában javult, elégedett beteg.

## 3. Kliens

### Struktúra

- Ápolás körülményei,
- információs lehetőségek, amelyek tájékoztatják állapotáról,
- egészségét kedvezően befolyásoló terápiás lehetőségek.

### Folyamat

- Diagnosztikai eljárások okozta megterhelés (fájdalom, időtartam),
- terápiás eljárások okozta megterhelés (fájdalom, időtartam).

### Eredmény

- Szellemi és testi állapotában, életminőségében bekövetkezett változás.

### Lépések az ápolás terén, amelyek megléte jelentőséggel bír az egészségügyi ellátás eredményességére:

- A betegek szükségleteinek megfelelő létszámú és szakképzettségű team létrehozása.
- A szakmai magatartás standardjainak, az ápolók kompetencia listáinak összeállítása.
- Minőségi szemlélet kialakítása az ápolókban (képzések, továbbképzések, tréningek során).
- Az ápolási dokumentáció bevezetése – amely lehetővé teszi a személyre szabott ápolás megvalósítása mellett a valid adatok gyűjtését.
- Ápolási standardok, protokollok alkalmazása az ellátás során.
- Indikátorok képzése és alkalmazása.

Az indikátorok az értékeik alakulásával utalnak az ellátás minőségére, a különböző ellátások minőségét összehasonlíthatóbbá teszik, és felhívja a figyelmet az egészségügyi ellátás hiányosságaira is.

- Infekciókontroll alkalmazása.
- Betegelégedettségi vizsgálatok.
- Dolgozói elégedettségi vizsgálatok.
- Ápoláskutatás.

### Az ápolás minősége

A minőségi ápolás meghatározásakor figyelembe kell venni – az előző felsorolások mellett – az ápolók alapvető értékeit és az ellátás megszervezésének módját, ugyanis eltérő módon fogalmazódik meg a minőségi ápolás a különböző ápolási modellekben.

### Ápolási modellek

- Eseti ápolás
- Funkcionális ápolás
- Csoportrendszerű ápolás
- Felelős nővéri rendszer

Magyarországon az eseti ápolási modell nem honosodott meg, ennek az egyik oka az, hogy ebben a modellben a szükséges nővér-beteg arány 1-1, míg közismert, hogy a magyar viszonyok ezt egyelőre nem teszik lehetővé.

### Funkcionális ápolási modell

Szükségletekre alapozott, de feladat orientált rendszerben nem sok idő marad a holisztikus ápolásra. Jellemző rá, hogy eljárásokat, technikákat alkalmaz rendkívül magas a szabályozottság. Hátránya: részekre bontja az ápolási folyamatot, csökkenti az ápoló-beteg közötti személyes kapcsolatot.

### Felelős nővéri rendszer

Önálló kreatív ápolókat feltételez, igen magas az interperszonális kapcsolat aránya az ellátáson belül. Előnyei: növeli a sikerélményt, javítja az ellátás folytonosságát, lehetővé teszi a független döntéshozatalt, közvetlen nővér-beteg kommunikációt, javítja a minőségi ellátást, növeli a költséghatékonyt.

Az adott ápolási modell jellegétől nagyban függ, hogy az ápolás gyakorlata a szükségletekre, vagy az interakciókra alapozott megközelítési mód jegyeit tükrözi-e inkább. Az ápolási modell az ápolás keretét kívánja megadni azzal, hogy leírja az ápoló, az ember, környezet és az egészség kölcsönös kapcsolatait. „Az ápolás gyakorlatában a modell alapján lehet megalkotni a felmérés eszközeit, az ellátási tervet és az eredmény értékelésének kritériumait. Ezek adják az ápolási egység alapgondolatainak keretét az ápolási egység filozófiájában, előmozdítják az ápolási folyamatot, a gyakorlat standardjainak és a minőség biztosításának megvalósulását” (Herbert, 1988.).

## A hagyományos és az önálló gyakorlatot folytató ápolásra alapozott megközelítésmódok

| A hagyományos minőségbiztosítás vonásai   | Az önálló gyakorlatot folytató ápolásra alapozott minőségbiztosítás vonásai   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– a standardokat és kritériumokat szakértők dolgozzák ki, gyakran országos szinten</li> <li>– érvényesség és megbízhatóság szempontjából kipróbált mérőmódszerek</li> <li>– az ápolást közvetlenül végzőket kívülről itélik meg</li> <li>– az ápolást végzőktől mások várják el, hogy a javítást célzó ajánlásoknak eleget tesznek</li> <li>– a vizsgálat kívülről jön, a szolgáltatás színhelyétől távolról</li> <li>– elsősorban az ápolás folyamatára összpontosít és az ápolók technikai alkalmasságát figyelmi meg</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– a standardokat és kritériumokat maguk az ápolók dolgozzák ki és alkalmazzák saját tevékenységük értékelésére</li> <li>– a mérőmódszerek helyileg választják meg a vizsgálandó kérdésnek megfelelően</li> <li>– az ápolók magukat vagy egymást itélik meg</li> <li>– az ápolást végzők kezdeményezik a minőség megjavítását célzó ajánlásokat</li> <li>– maguk az ápolók végzik a vizsgálatot az ápolás színhelyén, a beteg áll a középpontban</li> <li>– inkább a javítás lehetőségeire összpontosít, mint a hibák kijavítására</li> </ul> |

A fenti táblázatban összefoglaltuk a hagyományos, és az önálló gyakorlatot folytató ápolás minőségbiztosítási kérdéseit.

Nem szabad szem előtt téveszteni, hogy a minőségfejlesztés során rendkívül nagy figyelmet kell fordítani arra, hogy ha egy intézet TQM filozófiára épít, vagy EFQM önértékelés módszerét alkalmazza, akkor mindenféleképpen az önálló gyakorlatot folytató ápolásra kell koncentrálni.

### Összefoglalás

Az ápolás minőségbiztosítása az egész betegellátás minőségbiztosításának lényeges eleme. Az ápolók körében a minőség nem pusztán divatos szó, hanem a mindennapi kórházi ápolásban alapvető célkitűzés, és szem előtt tartandó alapelv. Az ápolók a minőségfejlesztést munkájuk szükséges és hasznos részeként fogadják el. Ez nemcsak

azért van így, mert tisztázza saját ápolói szerepüket, hanem azért is, mert rávilágít arra, mi az, amiért felelősséget tudnak vállalni. A minőségbiztosítás jelöli ki annak a területnek a határát, amelyen belül az ápoló garantálhatja szakmai tevékenységének minőségét.

Az ápolók azzal is tisztában vannak, hogy az egészségügyi ellátás minőségének túlnyomó részét az ő munkájukon keresztül itélik meg a betegek. Ezt a tényt minden vezetőnek kötelessége értéként kezelni, ennek megfelelően pedig az ápolókat, mint egyenrangú feleket elfogadni a minőségfejlesztő teamben.

Petrikné Jakab Zsuzsa  
ápolási igazgató

Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat  
Kenézy Gyula Kórház-  
Rendelőintézet  
Debrecen

DR. BLASKOVICH ERZSÉBET LMC  
és  
PROF. DR. IVÁN LÁSZLÓ

IDŐS BETEGEK ÉS HALDOKLÓK  
ELLÁTÁSA  
KALKUTTAI TERÉZ ANYA  
SZERINT



„SZOMJAZOM”  
/János 19.28./

gero-thanatológiai szakkönyv



1999. január 01-től kezdtem el folyamatosan vizsgálni felnőtt betegeim együttműködési készségét. A korrekt diagnózis és kezelés eredményességéhez feltétlenül szükséges a személyes, családi gazdasági és egészségügyi háttér ismerete és a kommunatív őszinte kapcsolatok kiépítése. Az anamnézis felvételt sohasem pótolhatják a fizikális és műszeres vizsgálatok. A beteggel történő beszélgetéseknek az alábbiak a legfontosabb funkciói;

**a;** adatgyűjtés,  
**b;** emocionális állapot felmérése,  
**c;** az oktatás és a viselkedés befolyásolása.  
A beteg „kítárlkozása”, a gyógyításnak az egyik igen fontos feltétele is!  
Ezekből adódóan, nem felejtkezhetünk meg arról, hogy:

- megbeszéljük a pszichoszociális kérdéseket (is),

- szükség szerint, az orvos úgynevezett domináns szerepéből „ésszerűen” engedjünk; de ne a beteg irányítson, hanem mi próbáljuk meg az irányelveket megjelölni!

Ne felejtkezünk arról sem el, hogy az egyes körképeket „betegség-jellemzők” karakterizálják, azaz;

- a szenzitivitás: előfordulási arány,  
- specifikitás: gyakoriság.

Napjainkban sohasem elhanyagolhatók a „cost/benefit”, azaz a költség/haszon elvei sem! A sikeres kezelésnek, különösen a krónikus betegségekben, a betegek egyéni körülményeihez kell igazodnia és a jól működő orvos-beteg kapcsolatokra kell épülnie.

#### A Compliance alapelvei. Az együttműködés szempontjai

**I;** Nagyon sok esetben, alapvetően fontos az életmód-változtatás (elsősorban a diéta), a fizikai aktivitás, alkohol-dohányzás-drog tilalom, bizonyos gyógyszerek (altatók, nyugtatók, fájdalomcsillapítók stb.) ésszerű és szakmailag indokolt használata.

**II;** A gyógyszeresedési sémák ésszerűsítése, az öngyógyyszerelés megszüntetése.

# Praxisom betegeivel való együttműködésem alakulása

## Compliance változás 1999-ben és 2000-ben.

**III;** Az orvos-beteg, ápolónő és beteg kapcsolat alakulása, alakítása. A kölcsönös bizalom építés pillérei.

**IV;** Egészségvédelem és betegség megelőzés, azaz a preventív medicina alkalmazása a gyakorlatban.

#### Praxisom és vizsgálataim

Az 1999-ben 126 és 2000-ben 1038 18 év feletti életkorú betegnél, havi rendszeres kontrollok mellett, vizsgáltam a compliance alakulását. Valamennyi betegemmel elbeszélgettem, azokkal is, akiknek aktuális panaszuk, betegségük nem volt. A rendszeres találkozásokra kölcsönösen szakítottunk időt.

Különösen fontosnak tartottam, hogy tiszteltben tartva az intimitást, az önkéntesség elvét, szót ejtsünk családi, gazdasági körülményeiről is, apolitikusan.

Praxisom BAZ-megyében, a Bodroghözben a szlovák határ mentén fekszik: Semjén, Lácecséke, Dámóc községek és Örhegy, Monyha, Buglyoska tanyák lakossága tartozik hozzám. Az átlagéletkor 63 év, a munkanélküliség 38 százalékos, a havi átlag jövedelem nem éri el nettó a 32.000 forintot. Az ipart 2 varroda jelenti, vasút nincsen, s a legközelebbi városok; Kiszvárd 35 km, Sárospatak 50 km, Sátoraljaújhely 43 km. A tömegközlekedés szórványos (busz), a mezőgazdasági (átlag 5-6 hektáron) gazdálkodás töké és piachiányos.

A szakképzettek, értelmiségiek folyamatosan elvándorolnak, az átlagéletkor így emelkedik (csökkenő születésszám mellett!). Jelenleg a lakosság 45 százaléka kisebbség, átlagosan 7 osztályos végzettséggel, családonként 5-6 gyerekekkel...

#### Praxisom korösszetétele (1. táblázat)

Az alábbiakban az idősek – 60 éven felüliek helyzetét (2. táblázat), a krónikus betegségben szenvedők (3. táblázat), a halálfélelmet (4. táblázat), a mentális egészségvédelmet (5. táblázat) és nem utolsósorban a morbiditási paramétereket (6. táblázat) tüntettem fel.

#### Az idősek – 60 éven felüliek helyzete (2. táblázat)

(A házi betegápolást orvosi felügyelet mellett, szakképzett nővér végzi!)

#### Krónikus betegségben szenvedők (3. táblázat)

1999-2000 évben az említett betegségcsoportokra, átszűrtem a 30 éven felüli betegeimet. 2000 szeptemberében kezdtem el, a tüdőbetegségben szenvedők (például: emphysema, bronchitis obstr., stb.) keresését, tüdőgondozóba irányítását.

2000 februártól indítottam el a gastroenterológiai betegek kiemelését, kivizsgálását, gondozásba vételét.

2000 májusában kezdtem el a neurológiai, pszichiátriai, alkoholológiai betegek rendszerezését majd júniusban az ízületi betegségekben szenvedőket, természetesen az illetékes szakrendelések, szakambulanciák és gondozók segítségével.

#### Félelem az elmúlástól – Viszonyulás a halálhoz (4. táblázat)

#### Gondolatok a Mentális egészségvédelemről praxisomban (5. táblázat)

Praxisomban is, mint a Bodroghözben mindenhol, a folyamatos lélekszám csökkenése a kihálás következménye, mely az elöregedésből és az elvándorlásból adódik.

Az elvándorlás okai:

**a;** munkahelyek hiánya,  
**b;** leromlott lakás és infrastruktúra,  
**c;** mezőgazdasági monokultúra (tőke és piac hiánnyal).

Az elöregedés okai:

**a;** az alacsony születési szám,  
**b;** természetes elöregedés,  
**c;** az előbbiből adódó magas halálozási szám.

Fontos paraméterek:

**a;** elzárkózás,  
**b;** maradiság,  
**c;** összefogás hiánya minden szinten (közigazgatás, munkahelyteremtés, kultúra, oktatás, egészségügy stb.),  
**d;** egoizmus,  
**e;** elszegényedés,

**f;** a változást akarók lehetetlenné tétele, elvándorlásra készítése,  
**g;** növekvő létszámú szociális és megélhetési gondokkal küzdő cigányság, amelyiknek sikertelenek voltak az úgynevezett kisebbségi önkormányzatok létrehozására irányuló törekvései önszerveződésai,

**h;** nem utolsó sorban az, hogy az alapvető gazdasági gondokkal küzdő megye számára ez a régió (ezen belül a praxisom is) semmilyen szempontból nem fontos.

Az említettek figyelembevételével vizsgáltam betegeim mentális egészségvédelmét, a problémafelismerés százalékban, betegségtudat, problémakeresés, illetve problémamegoldás vonatkozásában.

Folytatás a következő lapszámban.

#### Praxisom korösszetétele

|               | 1999: | 2000: |  |
|---------------|-------|-------|--|
| 18-25 éves:   | 103   | 100   | (* az elköltözők aktív munkaképes korúak: 3)             |
| 25-30 éves:   | 108   | 101   |  |
| 30-40 éves:   | 138   | 122   | (** a beköltözők elő-, rokkant-, saját korú nyugdíjasok) |
| 40-45 éves:   | 129   | 134   |  |
| 45-50 éves:   | 146   | 153   |  |
| 50-60 éves:   | 167   | 175   |  |
| 60-70 éves:   | 189   | 201   |  |
| 70-80 éves:   | 28    | 42    |  |
| 80 év felett: | 5     | 10    | (Legidősebb: 93 éves, 97 éves)                           |

1. táblázat

#### Az idősek – 60 éven felüliek helyzete

| Év    | Összesen: | Házi Gondozást Igénylők: | Idősek Klubjának Tagjai: | Házi Beteg-ápolás: | Öreg-otthonban: |
|-------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|
| 1999: | 257       | 158                      | 81                       | -                  | 18              |
| 2000: | 296       | 176                      | 75                       | 26                 | 19              |

2. táblázat

#### Krónikus betegségben szenvedők

| Év    | Szív-betegség: | Magasvérnyomás-betegség: | Cukor-betegség: | Izületi betegség: | Daganat: |
|-------|----------------|--------------------------|-----------------|-------------------|----------|
| 1999: | 178            | 96                       | 18              | 76                | 29       |
| 2000: | 297            | 138                      | 29              | 154               | 54       |

3. táblázat

#### Félelem az elmúlástól – Viszonyulás a halálhoz

| Év    | Összesen:                         | Düh és harag | Alkudozás: | Depresszió: | Elfogadás: |
|-------|-----------------------------------|--------------|------------|-------------|------------|
| 1999: | 500 beteg kérdőíves megkérdezése! | 187          | 123        | 143         | 56         |
| 2000: | 500 betegnél                      | 179          | 101        | 106         | 114        |

(A betegek, beszélgetéseink hatására elfogadták, hogy a halál az élet része, „tisztességes” befejezése. Nem úgynevezett passzív eutanáziáról van szó.)

4. táblázat

#### Betegségtudat

| Év    | Praxisom: | Bodroghöz: (*) | Magyarország: (**) | EU Unió: (***) |
|-------|-----------|----------------|--------------------|----------------|
| 1999: | 29%       | 35%            | 56%                | 87%            |
| 2000: | 38%       | 40%            | 67%                | 90%            |

#### Problémakeresés (Orvoshoz fordulás)

| Év    | Praxisom: | Bodroghöz: (*) | Magyarország: (**) | EU Unió: (***) |
|-------|-----------|----------------|--------------------|----------------|
| 1999: | 48%       | 56%            | 79%                | 97%            |
| 2000: | 56%       | 64%            | 83%                | 95%            |

#### Problémamegoldás

(Rendszeres gyógyszeresedés, gondozáson való részvétel, rehabilitáció!)

| Év    | Praxisom: | Bodroghöz: (*) | Magyarország: (**) | EU Unió: (***) |
|-------|-----------|----------------|--------------------|----------------|
| 1999: | 85%       | 74%            | 79%                | 97%            |
| 2000: | 92%       | 85%            | 94%                | 98%            |

(\* ÁNTSZ adat)

(\*\* WHO adat)

(\*\*\* WHO adat)

5. táblázat



## Más kép - másképp

Dr. Nagy Imre vagyok. 1961 szeptember 10-én születtem a hajdú bihar megyei Berettyóújfaluban, gyermekkorom egy kedves kis faluhoz, Hencidához kötődik. Ma is szívesen megyek végig poros utcáin, kihalt temetőjén, mert orromban érzem a felhőtlen gyermekkor illatát. Az általános iskolát Veresegyházán végeztem, jó szívvel emlékszem vissza első tanítómra, akitől az első betűk ívét, az olvasás szeretetét tanultam. Ő volt Petrovics Lajosné. Aztán jött az alsóba a bűbájos, mindig mosolygós Szító Mária. A felsőn Vogl Magdolna vitt végig, hallatlan türelemmel, és színvonalas irodalom tanításával.

Középiskolába az újpesti Könyves Kálmán Gimnáziumba jelentkeztem. Matematika-fizika tagozatról jelentkeztem az orvosegyetemre, de sajnos elsőre nem vettek fel.

Egy évig műtősegéd voltam a Rókus kórházban, Hüttl Tivadar, Veres Alfréd mellett kukucsálhattam egy-egy műtetre és így már a dolgos ügyeletekben megszerettem a sebészetet.

A SOTE-n végeztem, majd a Pápai Kórház sebészetre kerültem. Itt dolgoztam 1987-től 89-ig. Eközben már kötetet állítottam össze Gyurkovics Tibor szerelmes verseiből, Kettős Zoltár címmel, Szalay Lajos grafikáival.

1989-től az Ajkai Magyar Imre Kórház Érsebészeti Osztályán dolgoztam, s a munkám mellett számos író-olvasó találkozót szerveztem a Dunántúlon, Várpalotán, Ajkán, Demecserben, Kertán, Keszthelyen Balatonfüreden. Időközben leszakvizsgáztam sebészetből majd érsebészettől.

A szakma és az irodalom úgy fért meg bennem, mint két nem veszekedő testvér. Operáltam, beteget vizsgáltam, rendeltem, ügyeltem, készenlétiztem és írtam cikkeket a Naplóba, az Új Horizontba és időnként egy-egy pesti lapba.

A személytelen és buta politika eredményeképpen az előző politikai vezetés kitalálta, hogy ágyszámleépítéssel lehet meggyógyítani az egészségügyet. Ezért fokozatos műszerialással, rendszeres hidegháborúval elvette jónéhány neves szakember esztét és kedvét az addigi jól szervezett munkától és szétment a jól működő érsebészeti osztály. Munkatársaim, akik ma is szakmájuk elismert emberei, a szélrőzsa minden irányába elkerültek. A Hetényi- iskola emberei Debrecenben

Szegeden, Veszprémben, Ajkán, Vácott egységes elvek szerint operálják ma is az ereket.

Hogy milyen kettős életet élek már évek óta, arra jó példa, hogy ugyanolyan szívesen és lelkesen veszek részt a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Kongresszusain, mint a Domján Edit alapítvány kuratóriumi munkáiban. Ugyanazzal a hévvel indulok a Magyar Orvos-Írók és Képzőművészek körének soronkövetkező találkozására, mint a Magyar Sebkezelő Társaság idei kongresszusára.

Külföldi útjaim (Frankfurt, Köln) pedig arra ébresztettek rá, hogy nincs mit szégyelni gyógyító munkánk során, s úgy egyáltalán az országunkról sem. Semmivel sem vagyunk kisebb nép, mint bármelyik náció. Az általunk alkalmazott technika – anyagi határainkon belül – világszínvonalú. Az évenként megtartott nemzetközi kongresszusok mind olyan előadásokat hoznak a felszínre, amelyeket hazai viszonylatainkról is bármikor kiállíthatunk.

1997 júliusától a Váci Jávorszky Ödön Városi Kórház Sebészeti Osztályán dolgozom. Ajkai „előképzettségem” miatt is kedvenc területem a vénasebészet, a lábszárfeleképek konzervatív és műtéti kezelése. Amikor nem operálok és időm engedi, könyvtárba megyek, és bújom a római császárkort, azon belül is Nérót és korát.

Lányaim: Erika, Katalin, Turpi és Jucsi azt várják, mikor csavaroghatunk ismét együtt. Feleségem és az ők türelméből jut még egy kis időm írásra, előadásokra, posztterek elkészítésére. Gyurkovics Tiborról monográfiát, Bertha Bulcsúról emlékkönyvet adtam ki, számos antológiában szerepelek versekkel, novellákkal. Nemrég került az orvosok polcára a pécsi Rozsos István szerkesztette Diabetes-Láb című könyv harmadik kötete, amelyben a sebkezelés, sebgyógyítás fejezetet magam jegyzem.

Mindig nosztalgiával nézem Jancsó Miklós Oldás és Kötés című filmjét, amelyben több szakma képviselője egy-egy estén összeülve megnézi a másik alkotását. Meghallgatja a legújabb verset, amit az éppen betérő barát írt. Talán egy idő múlva azok az írók is leülnek egy asztal mellé, akik egykor egymással ettek-ittak a Sípóban vagy bárhol másutt az országban, s a buta politika révén egymás ellenségeivé váltak...

Nagy Imre

## Járni – vagy élni.

Az öreg már három hete nyomta az ágyat.

Fürkésző szemével meghatóan pislákol ki a párnák közül. A keze egy ideig le volt kötve. Erősen, kegyetlenül. Folyt az infúziója.

A lekötözést szívósan tűrte. Gondolatai otthon jártak a szőlőskertben. Felesége nyájasan hozta elé a kosarat, meg a gereblyét.

A felesége és a szőlője. E két dolog izgatta leginkább. Mikor lesz megpermetezve? Most volna itt az ideje. Meg aztán a gyümölcsfák!

Felesége törekeny, hajlotthatú asszonyka. Apró, vékony lábai minden vasárnap elhozták a kórházba. Húsleves csigatésztaival. Megváltás volt az öregnek, mikor az aranyló-fénylő gyönyörűségbe kanalazott. Az apró kis zsírfoltok egykedvűen csúsztak le a finom, rovátkolt téstákkal fogatlan szájában.

Szerette a kórházi kosztot is. Nem volt rosszabb az otthoninál, de valami mégis hiányzott belőle. Nem a só, nem a cukor, nem a paprika. Minden alapanyagot beletettek itt is. Az otthon meleg hiányzott belőle, az ám! Az otthon lehelete, az otthoni ízek, illatok kavardása. A megszokott kanál, a elütött szélű lábas, a kockás abrosz. Mégiscsak más volt az, amit a felesége a kis piros, leütött zománcú lábasban behozott neki. A fedő mindig titokzatosat rejtett. Az öregasszony apró, görbe ujjaival megfogta a pléhkanalat, és kissé remegőn, de azért türelemmel etette férjét.

Itt a kórházban nincs mindenkien ideje kanalanként etetni. Az egyik nővér gyakran itatgatta, míg a délutános csak odavetette polcára az ennielőt. Kezei erősen odakötözve az ágy széléhez. A zsömle meg a tejeskávé a polcon...

Az öreg sosem kiabált nővérért. Ha arra járt valaki, megkérte. Ha nem jött senki, akkor a polcán száradt meg a zsömle, vagy a szomszédja egy lábgangrénás megetette.

Szerette, ha foglalkozott vele valaki. Ki nem szereti?

Hálás tudott lenni érte. Kiugró járomcsontjai mellett az arcizmok úgy rendeződtek el, hogy kis, mély gödröcskét hagytak szabadon. Mikor örült valaminek, akkor ezek az apró gödröcskék kismultak. Ilyenkor úgy tűnt, tündököl az arca. Szemei csillogtak. Nem sírt, de valami földöntúli jószág sugárzott róla. Valami hálaféle. Meg akarat. Meg alázat, gyógyulása reményében.

Meg akart gyógyulni.

Fölkelni, járni, az ablakon kikémlelni a forgalmas útra, amelynek eddig csupán hőmpölygő zaját hallgatta. Most látni akarta, ahogy a nyári verőfényben csillognak a kocsisorok, megállnak, a jelzőlámpa vált, továbbindulnak, egy szirénázó mentőautó utat tör magának.

Látni.

Elég volt már a kizárólagos hallásból. Oly sokszor elképzelte az utat vonalát a hangokból, most meg akart győződni róla, hogy jól érzi-e.

Járni akart. Járni újra. Kimenni a vécére. Kicsoszogni egyedül, vagy segítséggel, de ki. Utálta a katéttert, az ágytálat. Először szégyellte magát. Kissé szabadodott, hogy fiatal lányok előtt mezítelen, védtelen. Később, amikor tehetetlen lett, belátta, hogy ennek így kell lennie. Megszokta lassan...

Folytatás a 11. oldalon



A fiatal orvos nézte a folyosó végén a nőt.

Lépésében, tartásában biztonság volt, kérdései mégis időnként kíváncsi nyugtalanságot áruáltak el róla.

Túl voltak a felvételtkor szokásos vizsgálatokon. A nő kilépett a vizsgálóból, kék köntösét rövid mozdulatokkal összefogta dereka körül és elindult a folyosó végén húzódo körterembe.

A fiatal orvos összegyűrte hallgatóját, köpenyén igazított, majd leült egy írógép elé, hogy mindazt, amit talált, papírra vesse. Nem volt semmi különös mozdulataiban, a megszokott rutin vizsgálatok zajlottak le a betegnél, mégis valamin elmélázott. Amint az írógép billentyűzetét ütögette két mutatóujjával, elgondolkozott azon, hogy évekkel ezelőtt milyen szorongató érzés volt anyjának felfedezett méhdaganata. Felidéződött benne az a sok-sok éjszaka, amelyeken igyekezett meggyőzni őt, hogy ez nem egy rosszindulatú daganat, el kell távolítani és nem kell tartani semmitől, biztos kezekben lesz, ismeri az adjunktus kezét, felépül szépen a műtét után.

Felidéződött benne anyja arca, amint hisz fiának, de napokkal később már a másokról hallott híradások felé kalandozott lelkivilágával és amit azelőtt megbeszéltek, most foszladozni látszik. Felsejlettek benne azok a változások, melyeket anyja lelken vett észre, s amelyek még évek múltán is időnként kétkedésekbe torkollottak. Felgyógyult, egészséges maradt, de a műtét körüli napok, hónapok, s még talán évek is különös lelki kacskaringókon nyertek valós feldolgozást.

Ez a régi emlék úszott be a szemgödrébe, amikor ennek a fiatal nőnek a kórtörténetét próbálta időrendi sorrendbe rakni. A kórlap kitöltése körüli időszak nem annyira volt hasonlatos az emlékképre, mint inkább az ezt követő napok.

A nőt megoperálták és le kellett venni a mellét.

A napok lassan kezdtek telni, hiszen a vizsgálatkor elmondott lehetőségek, lehetséges kimenetel most valósággá vált és abszolút értelmet nyert.

A fiatal orvos a vizsgálat során részletesen elmondta, hogy pontos kórismét csak a szövettani vizsgálat fog mondani, de készüljön fel mindenre. A fizikális vizsgálat alapos volt, a fiatal orvos gyanúja sajnos beigazolódtott. A műtét alatt elvégzett gyorsfagyasztásos technika azt mutatta, hogy itt rosszindulatú elváltozással találkoztak. Néhány perc alatt kellett dönteni. Amíg a beteg alszik. A fiatal nő fel lett készítve és gyógyszerasszisztens léte némi járatossága is volt a betegségek körében. A műtétből való felébredésekor azonban mégis letaglózottá vált. Hiába a felkészítés, hiába a jártasság, az egészségügyi felvilágosítás, a ténnyel való találkozás első órái riasztólag hatottak.

Az ember lélektanilag mindig hisz az egy százalékban is. Megadja a lehetőséget az illúziójának, még ha oly kevés az esélye is, mint az előre sejthető.

Szomorú szemekkel pislákol ki a takarója alól. Hitt abban a

Nagy Imre:

## A nő története

kevés százalékban is. Kötözésen túlesett, fent járt már hamar a műtét után. Szorgalmasan rőta az egyeneseket a folyosón. Az egyik egyenes végén megszólította a fiatal orvost:

Igaza lett - hangja nem volt toladokó, nem volt benne lehangoltság sem, inkább közlésszerű volt.



Meg akarta szólítani a fiatal orvost, ezért volt ez a tényszerű közlés. Mellé lépett a cirádás ablakok elé és elmondta, hogy nem is annyira a saját állapota felől szorong, hanem a lánya éppen érettségire készül. Hogyan mondja meg neki, éppen most, ezekben a kritikus időkben. Elmesélte, hogy a fia is kamaszodik már, melyik iskolába jár.

Teltek a napok és a napi séták hosszú egyenesei mindig a fiatal orvosnál kötöttek ki. Nem volt toladokó, inkább a napi lelki változásai osztotta meg valakivel a folyosók magányában.

Egy napon elmondta aggodalmát, hogy az eddigi jó házasságuk nem szenved-e csorbát emiatt. Harmónikus volt, feltisztultan beszélt arról a munkáról, amit végzett a férjével való törődéséről, a gyermekei iránt érzett aggodalmáról. A fiatal orvos megnyugtatta és észre sem vette mikén fogadja lelke mélyén barátsága ez a nő, miként igyekszik minden nap apró történéseivel hozzá, a hosszú séták egyeneseseinek végén.

Egyik napon a fiatal orvos kapott egy telefont Pestről, ahová jó állásba hívták volna.

Ismerős volt a hang, egy kedves nőé. akit már évekkal azelőttől megismert, s most vele szeretett volna dolgozni. Pesti állás, országos intézet, külföldi utak, tanulmányutak, utazások elméleti munka. Ezek a címszavak röpködtek a feje felett, amikor letette a kagylót.

A kis vidéki kórház volt a mérlegen, ahol dolgozott, meg a telefonbeli, ami szép, patinás és számtalan távlattal kecsegtet.

Nem tudott dönteni. Egyik hétvégén felutazott és személyesen körülnézett a szobákban, ahol majd dolgozna. Szombat éjjel volt, amikor fel-alá járkáltak az ismerős nővel. Bemutatott neki mindent, ami várná. A fiatalember elbúcsúzott és még mindig nem tudott dönteni. A vonat monoton kattogása sem adott választ hazafelé.

Több héttel a műtét után a gyógyszerasszisztens ellenőrző vizsgálaton jelentkezett az osztályon. Miután a főorvos megvizsgálta, kilépett a vizsgálóból és a fiatal orvos iránt érdeklődött. A folyosó végén talált rá, amint egy félreeső ablak párkányán vért határozott meg.

Néhány ilyenkor szokásos szót váltottak, az orvos az állapota után érdeklődött, míg a nő szokásos módon válaszolgotott. Az orvos szót ejtett neki a telefonhívásról, a lehetőségről, a kecsgető ajánlatról.

A nő elmesélte, hogy sokan megvizsgálták őelotte, járt több főorvosnál, de ilyen alaposan nem vizsgálta egyikük sem. Látszott rajta, hogy feldolgozta a műtétet, elmesélte, hogy érettségizett a lánya. Mondott még valamit a nő, azt, hogy ne menjen el Pestre, ne végezzen ott papirmunkát. Maradjon a beteg mellett.

Miután elköszöntek, a fiatal orvos befejezte a vércsoport meghatározást, odaadta őket a nővéreknél, és besietett az orvosiba. Pestre telefonált. Amikor kicsörgött és az ismerős hang beleszólt, csak ennyit válaszolt:

Döntöttem. A rosszabbikat választom. Maradok. Tudtad? Ugye nem haragszol rám?

Miután letette a kagylót, maga elé meredt, olyan érzés öntötte el, mintha egy nagyon nehéz feladatot oldott volna meg. Kiérve a folyosóra gondolt, akit beavatott a titkába.

# Az orvosi dokumentálás jelentősége a bírósági gyakorlat tükrében

**Az 1997. évi CLIV. törvény (Eü.tv.) a dokumentációs kötelezettségről a 136. §-ában rendelkezik. Rögzíti, hogy a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.**

**Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:**

- a) a beteg személyazonosító adatait,
- b) cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- d) az első vizsgálat eredményét,
- e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,
- g) egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- h) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- i) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- j) a beteg gyógyszer-tulérzékenységére vonatkozó adatokat,
- k) a bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- l) a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- m) a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- n) minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

**Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:**

- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- c) az ápolási dokumentációt,
- d) a képzőképző diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- e) a beteg testéből kivett szövetmintákat.

Több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézet ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárvéleményt) kell készíteni, és azt a betegnek át kell adni.

Fenti törvényi elvek figyelembevételével az orvosi dokumentáció vezetésének módját, rendjét szabályzatban valamennyi gyógyintézményben szükséges meghatározni.

**Az orvosi dokumentációk hiányosságai, a nem kellő részletességű dokumentáció vezetés a betegellátásban jelentkező szerepén túl jogi jelentőségű is.**

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kárügyeknél rendszerint előjön a dokumentáció hiányosságának kérdése. Szerencsés körülmény lehet egy adott kárügy elbírálása szempontjából, ha a kár és a dokumentációs hiányosságok között az oki összefüggést szakértő kizárja, de ez semmiképpen sem dicséret a mulasztók számára.

Másrészt azonban az orvosi dokumentálás hiányossága éppen az egészségügyi szolgáltató elvárhatóságának bizonyítását nehezítheti meg. Egy konkrét esetről az igazságügyi szakértő rögzítette: véleménye szerint a darabos csuklótörést szenvedett beteg kezén feltehetően külső sérülésnek is kellett lennie, ez azonban a dokumentációból nem derül ki. Egy másik egészségügyi ellátóhely dokumentációjában írták le, hogy „sérülése a singcsont felett potenciálisan nyílt volt, pörkkel fedett sebést említ”. Amennyiben ennél az esetről az első érdemi ellátást nyújtó orvos dokumentációjában lett volna utalás külső sérülésre, úgy a beteg lényegesen kevesebb eséllyel hivatkozhatna arra, hogy a sebfertőzés az elsődleges ellátást nyújtó intézményi eredetű.

A legfelsőbb bíróság több eseti döntésében is érintette már a kérdést. Ezek közül az alábbiakat ismertetjük:

**BH2001. 65.**

I. A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagossá, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg.

II. A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta [1972. évi II. tv. 45. § (1) bek., 47. § (3) bek., 15/1972. (VIII. 5.) EüM r. 83. § (1) bek., 87. § (2) bek.].

A közbenső ítélet indokolása szerint az alperes még a felvétel napján, lényegében a műtétet megelőző vizsgálatok megkezdése előtt íratott alá a felperessel egy teljesen általános szövegű hozzájáruló nyilatkozatot, amelynek tartalmából nem állapítható meg, hogy a tájékoztatás, illetőleg felvilágosításadás mire terjed ki, milyen körű és mélységű volt. Az alperesnek a korábban hatályban volt, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény (Eü. tv.) 45. §-ának (1) bekezdése, 47. §-ának (3) bekezdése és a törvény végrehajtására kiadott, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet (R.) 83. §-ának (1) bekezdéséből következően tájékoztatnia kellett volna a felperest arról, hogy a műtétet esetenként – egy-három százalékos gyakorisággal – együttjáró szövődmény lehet az ideg- és gerincvelő-károsodás, amely a beteg állapotát lényegesen súlyosbítja. Az alperes nem bizonyította, hogy erről a lehetséges szövődményről – amely olyan súlyú károsodáshoz vezethet, amelyről a betegnek mindenképpen tudomást kell szereznie – a felperest tájékoztatta. Ezért a felperes a tájékoztatás hiányában nem volt abban a helyzetben, hogy eldöntse: vállalja-e a kockázatok ismeretében a műtétet vagy ahhoz nem járul hozzá.

A felperes keresetében annak megállapítását kérte, hogy személyhez fűződő jogait az alperes megsértette, mert a műtét előtt nem informálta kellően az egészségére, testi épségére kiható döntése kialakításához szükséges tényekről. Kérte továbbá az alperes kötelezését vagyoni és nem vagyoni kárának megtérítésére. A kártérítéssel kapcsolatos igények kapcsán a felperes utalt arra, hogy a műtét beavatkozás szükségletlen és a megfelelő vizsgálatok elvégzése után elkerülhető lett volna, ugyanakkor a műtét kockázataira és várható következményeire vonatkozó teljes körű felvilágosítás esetén a műtét nem járul hozzá, és ezáltal a károsodás nem következik be.

A jogerős ítéletben a bíróság megállapította, hogy az alperes a műtét indikáció felállítása, a műtét elvégzése és az azt követő kezelés során terhére róható szabályszegést nem követett el. Az adott helyzetben általában elvárható módon járt el, ezért a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdésén és a Ptk. 308. §-ának (1) bekezdésén alapuló kártérítési felelősség nem terheli. A felperes írásbeli hozzájárulása pedig a Ptk. 75. §-ának (3) bekezdésében foglaltak alapján kizárja a személyhez fűződő jogok megsértését is.

A bíróság a felperes tájékoztatásával kapcsolatban megfelelően alkalmazta a jogszabályi rendelkezéseket. A személyiségvédelmi rendelkezési jog kétségtelenül kiterjed az egészség, testi épség megóvásához szükséges eszköz

körülméteket elmulasztva, a diagnosztikai tevékenységet hiányosan végezték el, ezért a bíróság megalapozottan és jogszabálysértés nélkül állapította meg, hogy az alperest a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdése alapján kártérítő felelősség nem terheli.

**BH1998. 380.**

A beteget nem kell tájékoztatni a műtét során esetlegesen, véletlenszerűen előforduló kockázat lehetőségéről, amely nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együttjáró szövődmények körébe [Ptk. 339. § (1) bek., 1972. évi II. tv. 43. § (2) bek., 47. § (4) bek., 15/1972. (VII. 5.) EÜM r. 87. § (2) bek.].

Az Eü. tv. 43. §-ának (2) bekezdése szerint a gyógyító-megelőző tevékenységet az orvosnak a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel kell kifejtene. Ebből az következik, hogy a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdése szerinti általában elvárható magatartás mértéke a gyógyító orvosnál a legnagyobb gondosság és körültekintés.

Az adott esetben is ennek alapján kellett vizsgálni az alperes orvosainak tevékenységét, a felperesen végzett gyógyító eljárás egész ideje alatt, beleértve a műtét előtti időszakot, amelyre a jogszabály még külön rendelkezéseket tartalmaz a beteg tájékoztatásáról és a beteg műtétéhez való hozzájárulásának beszerzéséről.

Az Eü. tv. végrehajtására kiadott 15/1972. (VIII. 5.) EÜM rendelet 87. §-ának (2) bekezdése értelmében a műtétet megelőző hozzájáruló nyilatkozat megtétele előtt a beteget tájékoztatni kell a műtét szükségességéről és arról, hogy milyen műtét elvégzése szükséges, továbbá a műtéttel együttjáró, valamint a műtét elmaradása esetén várható következményről.

Az Eü. tv. 47. §-ának (4) bekezdése a műtét hozzájárulásához írásbeli nyilatkozatot követel meg a beteg részéről. Ahhoz, hogy a beteg a saját személyére vonatkozó döntési jogát gyakorolhassa, az a legalapvetőbb feltétel, hogy előzetesen az orvostól olyan tájékoztatást kapjon a betegsége lényegéről, a diagnózisról, a választott kezelési (műtét) módokról, annak kockázatáról és várható következményéről, hogy annak alapján érdemi döntésre képes legyen.

Az adott esetben az alperes beszerezte a felperesnek a műtétéhez szükséges előzetes írásbeli hozzájárulását.

A nyilatkozat tartalma igazolja, hogy a jogszabály által megkívánt előzetes közlések megtörténtek, s ennek nem kellett kiterjedni azokra a műtét során esetleg véletlenszerűen előforduló hibákra, amelyek – miként a perbeli sérülés is – még ha elő is fordulnak, de nem tartoznak a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együttjáró szövődmények körébe.

A perbeli műtéteti sérülés végeredményben azért tartozik az alperes kockázat körébe, mert okozásáért az alperes kártérítő felelőssége nem volt megállapítható.

**Befejezésül:**

Az eljáró bíróságok a hiányos, pontatlan orvosi dokumentáció tényét a kórház terhére értékelik, csakúgy, mint a nem megfelelő beteg-tájékoztatót és beleegyezést, ugyanis a PTK 339. §-a, mint általános felelősségi alakzat azt jelenti, hogy mindenki köteles a kárt megtéríteni, ha azt jogellenesen okozta és nem tudja bizonyítani, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

**Az elvárhatóság mércéjét az orvosi dokumentálás kérdésében az eü. tv. dolgozat első részében hivatkozott előírásai adják meg.**

Továbbá az alperesnek (eseteinkben a kórháznak) **kell bizonyítania a felróhatóság hiányát. Bizonyítania azt, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.** Tehát adott esetben a kórháznak kell bizonyítania, hogy milyen vizsgálatokat, ellátásokat mikor és miként végzett és betartotta az egészségügyi törvény szabályait (a dokumentáció vezetésében is).

Az egyes egészségügyi szolgáltatók működését segítő javaslatok a dokumentálás rendjének biztosítására:

- a dokumentálás jelentőségére, fontosságára az orvosok (főorvosok, másodfőorvosok közvetítésével), figyelmének felhívása,
- írásbeli igazgatási utasítás kiadása felhívással az előírások betartására,
- az orvosi dokumentálás (orvosi dokumentáció) rendszeres ellenőrzése (ellenőrzötése) és szükség esetén szankció alkalmazása.

**Dr. Prokaj Rudolf**

jogtanácsos

Eger

**\*CEA info**

SPECIAL ISSUE N° 8

**Tartalom**

**BEVEZETÉS**

I. Könnyebben hozzáférhető kártérítés

1. A megnövekedett orvosi felelősség  
2. Magasabb követelmények az orvosokkal szemben

II. Szabályozott kártérítési rendszer

1. A "betegbiztosítás" rendszer alkalmazhatósága és korlátai  
2. Megoldás az orvosi kockázat biztosítási problémájára?

**A. AZ ORVOSI FELELŐSSÉG**

1. Az orvosi felelősség természete  
2. Az orvosi felelősség sajátosságai  
3. A bizonyíték problémái  
4. Különböző problémák

**B. AZ ORVOSI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS SZÖSZEDET**


**Az orvosi szakma felelőssége és biztosítása Európában**

Könnyebben hozzáférhető kártérítés

Szabályozott kártérítési rendszer

Az orvosi felelősség

Az orvosi felelősségbiztosítás



Az alperes kártérítési felelősségének jogalapja nem a műtét során bekövetkezett hiba, hanem az Eü. tv.-ben és az R.-ben megfogalmazott tájékoztatási kötelezettség megsértése volt, mert orvosai az őket terhelő tárgyilagossá, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást nem adták meg a felperes részére.

A rendelkezésre álló bizonyítékokból helyesen állapította meg a jogerős ítélet, hogy a felvétel napján, még a vizsgálatok megkezdése előtt adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és a műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a felperes az R. §-ában, 87. §-ának (2) bekezdésében előírt, műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta. Az alperes által 1991. november 13-án elvégzett műtét olyan kockázattal járt, amely – ha nem is túl gyakori, de – ismert, lehetséges és olyan súlyos károsodással járó szövődményt okozhat, amely mindenképpen indokolta volna az alperes orvosai részéről a felperes erről való tájékoztatását. Ez nem történt meg. Az alperes kártérítési felelőssége tehát orvosainak mulasztásában áll, mert a tájékoztatás elmulasztása folytán a felperes nem volt abban a helyzetben, hogy maga döntse el: a lehetséges kockázat és szövődmény ismeretében is vállalja-e a műtétet, vagy ahhoz a hozzájárulását megtagadja.

**BH2000. 536.**

A betegnek ismernie kell a műtét elmaradása esetén várható következményeket, és tudnia kell, hogy a műtéttel milyen kockázatot vállal. Ezért a bíróságnak nemcsak a műtét hozzájárulása tényét, hanem a tájékoztatás tartalmát is vizsgálnia kell [Ptk. 75. § (3) bek., 339. § (1) bek., 348. § (1) bek., 1972. évi II. tv. (Et.) 45. § (1) bek., 47. § (3) bek., 15/1972. (VIII. 5.) Eü. M. r. 45. § (1) bek., 47. § (3) bek., 87. § (2) bek.].

alkalmazási módjának meghatározására. Műtét hozzájárulás esetén azonban a betegnek tudnia kell, hogy milyen kockázatot vállal, mert a személyiségvédelmi rendelkezési jogosultságát csak így gyakorolhatja megfelelően, és hozzájárulása is csak ebben az esetben zárhatja ki az alperes felelősségét a Ptk. 75. §-ának (3) bekezdésében foglaltak szerint. A műtét időpontjában hatályos egészségügyi rendelkezések is e követelményeknek megfelelően szabályozták az orvos tájékoztatási kötelezettségét.

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. (Et.) 45. §-ának (1) bekezdése, 47. §-ának (3) bekezdése és az 1972. évi II. törvénynek a gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 15/1972. (VIII. 5.) EüM. r. 87. §-ának (2) bekezdése értelmében az alperest tájékoztatási kötelezettség terhelte a műtét szükségességéről és arról, hogy milyen műtét elvégzése szükséges, továbbá a műtéttel általában együttjáró, valamint a műtét elmaradása esetén várható következményekről. A kifejtettre tekintettel a bíróságnak nemcsak a hozzájárulás tényét, hanem a tájékoztatás tényleges tartalmát is vizsgálnia kellett.

A diagnosztizálási tevékenység értékelése során a bíróság a bizonyítékokat ugyancsak a Pp. 206. §-ának (1) bekezdése szerint mérlegelve állapította meg, hogy a műtét előtt felállított kórismeret a klinikai tünetek és a neuroradiológiai vizsgálatok alapján logikus és megalapozott volt. A betegségben észlelt tünetek mellett mind a daganatos, mind a tályogos folyamatot műtét útján kellett ellátni, ezért a intraoperatív tájékoztató szövettani besorolásnak gyakorlati jelentősége nem lehetett.

A rendelkezésre álló adatok alapján nem vonható le olyan következtetés sem, hogy az alperes alkalmazottai a legnagyobb gondosságot és

Folytatás a 9. oldalról

Három hete nyomta már az ágyat. Közben kétszer megoperálták. Hetven egy éves volt. Jól bírta. Az orvos is mondta neki, hogy erős szervezetű. Csak hát ne lenne az ágyhoz láncolva. A sebből cső lógott ki és cső vezetett be. Egyiken folyadékot jutattak be a másikon a sebvadékokat szívták le. A szubclavia kanülön éjjel nappal folyt az infúzió. Katétere hetek óta kellemetlenkedett. Mindenhol cső...

Egy napon kihúzták a katétert, remélve, hogy kacsába is tud vizelni. Ez már jó jel – gondolta. Reménykedett, miközben meredt szemekkel figyelte a mélyéről felszálló levegőbuborékokat. Az egyik nővér elmagyarázta neki, hogy ha több folyadékot inná, akkor nem kellene infúziót bekötni. Még egy csővel kevesebb – hitette magát.

Hallgatott erre a nővérről. Sorra itta a limonádét, ízetlen teát, forralt tejet. Másnap újrakezdte.

Harmadnap jött az ismerős alak és lezárta az infúziót. A kanül végén kis csap volt, amit elfordított, miután valamit fecskendezett bele. A többi csövet ügyesen lezárta 11 műanyag dugóval.

Az öreg szeme fölcillant. Szabadság! Erre várt éjszakák félhomályában, ezt remélte görcsösen vizitről-vizitre. Izzalmában már-már reszketett. Karján a vékony izom türelmetlenül ránkötött, fejét idegesen emelgette. Minden izével emelkedett, mint mikor a kisgyermek nyújtózkodik a hón áhított játék után.

Lassan felült. A nővér egyik kezével a hátát támasztotta, míg a másikkal a haskötőt igazította a seb fölé. Két helyen összefogta biztosítótűvel.

Az öreg hófehér lábait már lelógatta az ágyról. Lassan

Nagy Imre

## Járni – vagy élni.

leereszkedett barna, műanyag papucsába. A pizsamanadrág is a helyére került.

Megtette az első mozdulatokat az ajtó felé. Csoszogó tapogatózásai lassan lépésekké egyenesedtek. Kértek a folyosóra. Elhaladtak a nővérállás mellett. Mindenki megcsodálta őket. A vércsoportot határozó orvos nagyot szippantott pipájából, a telefonáló medica egy pillanatra megszakitotta beszélgetését, egy kávéját szűrőcsőző idősebb nővér pedig a pohár mellé ejtette a cukrot csodálkozásában.

A vékony lábak, hozzászoktat a lépések kényszerűségéhez, és vitték az öreget. Végigmentek a folyosón.

Csak láthatná ezt a mama! Csillagot a szemében. Az apró gödröcskék elsimultak arcán. A nővér jobb karjával a hátánál biztosította, de nem szorult nagyobb segítségre.

Az ágyba visszatérve az eredeti csővégek visszakerültek helyükre. Az infúzió lassú cseppszámmal elkezdett folyni.

Ezen az éjszakán mélyen aludt. Álmában szőlősorok között járt. A mama meg hozta mellette a kis bádóg locsolókannát.

Reggel csalódva ébredt, de felbátorította a járkálás reménye. Türelmetlenül várta a megbeszélte időt. Másnap is ugyanígy történt. Amiről álmódott lassan megszokottá vált.

Harmadnap nem jött a nővér. A kórház felvételes volt. Sok teendő akadt mindenkinek. Új betegeket hoztak a mentők,

másokat hazaengedtek. Az ismerős arcot nem látta sehol. A sürgőldő nővérek elváltak foglalva. Vértétel, vizelet, röntgen.,EKG, szondalevezetése, ágytálcák, beöntés, injekció...

Az ismerős alakot áthívták a másik szárnnyra segíteni, mert ott sok volt az új beteg. Később ért az öreghez, mint ahogy megbeszéltek. A folyosón már hallotta a hírt. Az öreg kitépte magából a csöveket. Kirántotta szupclavia kanül is. Újra fogják szűrni. A vén bolondja – így mondogták...

Odasietett hozzá. Úgyanaz az ártatlan szempár fogadta, mint az első napokban.

Menni akart – ez volt a szemében. Homlokának sárgásbarna foltjai ezt igyekeztek magyarázni. Most új vénát preparálnak neki. Újra ágyhoz lesz kötve. A nővér mozdulataiban sajnálat derengett. Fejét csóválva a vékony lábakat nézte, amelyek menni akartak...

Az ösztön, az indulat felemelte idő előtt a gyöngye kezeket, hogy azok megszabadítsák pillanatnyi ellenségeitől, a csövektől.

Az ijedt, szájalmas tekintet reménykedve pislogott ki a takaró alól, mint a bűnbánó gyermek. Reménykedett az újabb sétákban. Várta a nővért, akit időközben máshová osztottak be éjszakásnak. Nézte a plafont, nézte a folyosón tovasuhanó árnyakat, párnái mélyedéséből úgy figyelte, mintegy riadt üregi nyúl. Nem jött a várva várt alak.

Másokat helyettesített. Nővérhiány – ezt mondogatták állandóan a viziteken. Ezzel indokolták az áthelyezését.

Napokkal később mikor visszatért első útja volt az öreg kórterme. Nem találta az ismerős arcot. Átrohant a másik férfikórterembe, de ott se látta. Értetlenül nézett a nővérállás felé: pneumonia – mesélték a délelőtösök. Tegnap éjjel...

## BEVEZETÉS

Megvizsgálva egy 16 országra kiterjedő kérdőíves felmérés eredményeit az orvosi felelősségről és felelősségbiztosításról, egy olyan feltartóztathatatlan folyamattal találjuk szembe magunkat, mely a pár évvel korábban megjósolt tendenciákat támasztja alá. A következtetés egyértelmű: a betegek fejében a medicina egzakt tudománnyá vált. Az orvosi beavatkozás során elszenvedett sérelem egyre inkább olyan igazságtalanságnak tekintendő, mely jóvátételt érdemel.

Elkerülhetetlen, hogy az európai országok többségében az írott jog alkalmazkodjon a köztudatban végbemenő változásokhoz, és lehetővé tegye az orvosi kezelés során elszenvedett sérelmekért jóvátételt remélő egyén számára a kártérítést. A bíróságok és jogalkotók előtt egyre szélesebb körű védelmet nyújtó biztosítási kötvények jelennek meg. Minden védelemnek vannak azonban gazdasági korlátai, csak hogy ezeket néhány országban áthágni látszanak. A vizsgálat elemzése az orvosi szakma biztosítási krízisének itt-ott felbukkanó tüneteire világít rá.

\*A jegyzet kizárólagos forgalmazója az OrvosVédelem szaklap.

A kártérítés eme igénye két formában fordul elő. Néhány országban a hagyományos felelősségi rendszer fejlődése folytán a „vétkesség” fogalma kiszélesedett, vagy a felelősség vételeme egy vétkesség nélküli rendszer kialakulásához vezetett. Más országokban egy szabályozott kártérítési rendszer alakult ki azon sajátos szisztéma bevezetésével, mely többé nem a felelősségi rendszeren alapszik, hanem a személyes biztosításon.

A jegyzet megrendelhető az OrvosVédelem szerkesztőségében telefonon vagy postai úton 16 200 Ft áfás önköltségi áron.

\*A jegyzet kizárólagos forgalmazója az OrvosVédelem szaklap.

## \*CEA info

# Az orvosi szakma felelőssége és biztosítása Európában

Könnyebben hozzáférhető kártérítés

Szabályozott kártérítési rendszer

Az orvosi felelősség

Az orvosi felelősségbiztosítás

BEVEZETÉS

Megvizsgálva egy 16 országra kiterjedő kérdőíves felmérés eredményeit az orvosi felelősségről és felelősségbiztosításról, egy olyan feltartóztathatatlan folyamattal találjuk szembe magunkat, mely a pár évvel korábban megjósolt tendenciákat támasztja alá. A következtetés egyértelmű: a betegek szemében a medicina egzakt tudománnyá vált. Az orvosi beavatkozás során elszenvedett sérelem egyre inkább olyan igazságtalanságnak tekintendő, mely jóvátételt érdemel.

Elkerülhetetlen, hogy az európai országok többségében az írott jog alkalmazkodjon a köztudatban végbemenő változásokhoz, és lehetővé tegye az orvosi kezelés során elszenvedett sérelmekért jóvátételt remélő egyén számára a kártérítést. A bíróságok és jogalkotók előtt egyre szélesebb körű védelmet nyújtó biztosítási kötvények jelennek meg. Minden védelemnek vannak azonban gazdasági korlátai, csak hogy néhány országban ezeket a tartalékokat kimeríteni látszanak. A vizsgálat elemzése az orvosi szakma biztosítási krízisének itt-ott felbukkanó tüneteire világít rá.

A kártérítés eme igénye két formában fordul elő. Néhány országban a hagyományos felelősségi rendszer fejlődése folytán a „vétkesség” fogalma kiszélesedett, vagy a felelősség vételeme egy vétkesség nélküli rendszer kialakulásához vezetett. Más országokban egy szabályozott kártérítési rendszer alakult ki azon sajátos szisztéma bevezetésével, mely többé nem a felelősségi rendszeren alapszik, hanem a személyes biztosításon.

A jegyzet megrendelhető a Láttelelet szerkesztőségében telefonon vagy postai úton 16200,-Ft áfás önköltségi áron. (Eredeti angol és szakmai magyar fordítással.)

A jegyzet kizárólagos forgalmazója az OrvosVédelem szaklap, illetve annak kiadója a Hunga-Coord Kiadói Kft.

Folytatás a 7. oldalról

• Számos irodalmi kiadvány őrzi eddigi munkásságát...

- Nehéz lenne felsorolni mind, csak néhányat említenék meg: az első években több jegyzetet állítottam össze, amelyek összevonásából „Ápolástan és ápolástechnika gondozónők részére” címen az Egészségügyi Minisztérium 1953-ban könyvet adott ki. Nem sikerült viszont kiadni „A nővérek higiénés magatartása” című írásomat, amelyet saját illusztrációimmal láttam el. Foglalkoztam a gyermekbalesetekkel és azok megelőzésével a balesetveszélyes játékok használatával, a gyermekbénulás elleni küzdelemmel, a csípőficammal. Több neves kollegával együtt szerkesztettük az Orvosi helyesírási szótárt, összegyűjtöttem körülbelül ezer oldalnyi orvosi irodalmi érdekességet, s az orvosi irodalomban használatos leggyakoribb rövidítéseket (5000 szó).

• Ön több éve gyűjti a különféle információkat, leírásokat a bölcsőkről. Honnan és mi célból szenvedélyes bölcsőtörténelmi kutatása?

- A bölcsők iránti érdeklődésem az első unokám születése előtti időkre esett. A Tolna megyei Decsen egy alkalommal meglátogattuk az ottani református lelkész barátunkat, aki megmutatta nekünk a Sárközi Múzeumot. Ott nagyon megtetszett egy szépen kifestett bölcső, melyhez hasonló kérésre, születendő unokám részére el is küldött. Szerintem a bölcső a csecsemőkort és az egész otthoni, családi légkört pozitívan befolyásolja, ezért is lenne jó, ha minél több magyar család fedezné fel újra előnyeiket, s használná. Van egy helytelenül elnevezett orvosi fogalom, a „bölcsőhalál”, mely alatt tünetmentes, fiatal csecsemőknek hirtelen légzésmegállását, esetleges halálát értjük. A bölcsőnek ehhez semmi köze. Erről szól Bölcsőtörténelmi című füzetem, amely készülő bölcsőtörténelmi monográfiám rövidített változata. Fejér Megyei Szent György Kórház fennállásának 100. évfordulójára jubileumi könyvet írok, de utána is akad munkám bőven. Bizom benne, hogy később ezekről is beszámolhatok.

(Internet)

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-szerkesztő: dr. Kollár László, ápolási témafelelős: Petrikné Jakab Zsuzsa

Munkatársak: Thaly Borbála terjesztési vezető, Kollár Bence lap- és marketing igazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, 06 (26) 500-638, -39

A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Láttelelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

e-mail: lattelelet@elender.hu ISSN 0865-7424

**Láttelelet**

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «

MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője,

a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.



Tördelés: PopArt Grafikai Stúdió 1011 Bp., Szilágyi D. tér 7.

# Magyarország legnagyobb klinikai kutatóközpontjának építésébe kezd az AstraZeneca

Saját irodaház építésébe kezd az AstraZeneca közép-európai kutató részlege (Clinical Research Region - Central Eastern Europe), hogy innen koordinálja azzal az 50 fős, zömében felsőfokú végzettséggel rendelkező stábbal a Magyarországon és a környező országokban folyó klinikai kutatást, amely az idén 1.6 milliárd forint befektetést jelent a magyar egészségügybe.

Magyarországon eddig szokatlan volt, hogy egy nemzetközi gyógyszergyár nemcsak a gyógyszer kereskedelemmel foglalkozó részlegét telepíti Magyarországra, hanem a nemzetközi klinikai kutatás egyik jelentős bázisát is itt helyezi el. Egyedülálló az AstraZeneca Gyógyszergyár ezzel a kezdeményezésével, amikor is a határokon túlmutató, nemzetközi színvonalú munka szervezését és irányítását végzi Magyarországról.

Az AstraZeneca Gyógyszergyár klinikai kutató részlege (Clinical Research Region – Central Eastern Europe) csupán néhány fővel kezdte meg működését 1993-ban Magyarországon, mint Astra Clinical Research Unit Central Europe (ACRU/CE). Azóta a klinikai kutatómunka irányítása bérelt irodából történik, de az elmúlt közel 10 év sikerei meggyőzték az AstraZeneca vezetőit arról, hogy érdemes Magyarországon hosszú távra befektetni, hiszen megbízható, precíz, magas szakmai tudással rendelkező orvosgárda áll itt a gyár rendelkezésére.

A vizsgálatok újonnan fejlesztett (innovatív) gyógyszerekkel folynak. Csak Magyarországon jelenleg 30 klinikai vizsgálat folyik, 250 vizsgálati centrumban közel 600 orvos és 250 nővér, illetve asszisztens közreműködésével.

Az itt keletkezett klinikai vizsgálati adatok – a többi uniós ország, illetve az Egyesült Államok adataival együtt – részét képezik az új gyógyszerek törzskönyvezéséhez szükséges nemzetközi dokumentációnak, mely az Európai Unió törzskönyvezési hatósága által kerül elfogadásra.

Az AstraZeneca nemzetközi szinten 19, klinikai vizsgálatot foglalkozó kutatóközpontot tart fent a világon. Ebből a közép-kelet európai központ magyarországi székhellyel – közvetlenül az Egyesült Államok után – **a második legaktívabb központ.** Ebből a régióból származik az új gyógyszerekkel folytatott klinikai kutatási adatok 12 százaléka. További érdekesség, hogy míg a magyarországi marketing cég az anyacég összforgalmából mindössze 0,7 százalékkal részesedik, addig a klinikai kutatásra szánt összeg 3,6 százaléka áramlik a magyar egészségügybe.

Az újonnan épülő irodaház, a már négy éve épült és az értékesítéssel foglalkozó AstraZeneca Kft.-nek helyt adó épület bővítésével jön létre. Az új épület 90 munkatárs számára elegendő irodát, közlekedő tereket, tárgyaló és konferencia termet tartalmaz, valamint a meglévő ebédlő bővítését. A beruházás nagysága közel 1 milliárd forint. Az építkezés ütemezése szerint a munkák megkezdése 2001. augusztus 21.-e, a kész épület átadási határideje 2002. augusztus 1. Az építkezést a Skanska Hungária Kft. vezeti, kizárólag magyar alvállalkozókkal és Magyarországon beszerzett építőanyagokkal dolgoznak. Bár az építkezés magyar alvállalkozókkal zajlik, a Skanska Hungária Kft. felelős azért, hogy a munkafolyamatok az Európai Unióra érvényes ISO szabványok szerint történjenek, beleértve a környezetvédelmi előírásokat is. Az új épület szerves egységet képez a gyönyörű környezettel, harmonikusan illeszkedik a tájba. A tervezők nagy hangsúlyt fordítottak a természetes anyagok felhasználására (mint például fa és gránit).

Az új épület nemcsak a klinikai kutatás otthonát jelenti a jövőben, hanem Magyarország felzárkózását, sőt adott esetben kiemelkedését is szimbolizálja az európai országok sorából. Az egészségügyi kérdéseken túlmutatóan gazdasági jelentősége sem elhanyagolható az építkezésnek, hiszen ezzel egy nagy multinacionális gyógyszergyár hosszú távú befektetést hozó tervei is kifejezésre jutnak. Ezért is tisztelte meg az eseményt jelenlétével a Gazdasági Minisztérium államtitkára, a svéd és angol nagykövetségek képviselői, valamint Törökbálint polgármestere.

