

Pengeváltás a kormányzati ciklusok döntéshozóinál

Mi lesz veled Egészségügy?

Bérintézkedések

Az előző lapszámunkhoz hasonlóan folytatjuk médiafigyelésünket, hiszen lapunk kiválóan alkalmas a különböző fórumokon elhangzó érvek, vélemények egy csoportja szedésére, s ezáltal az olvasó képbe lehet a témákat illetően. Kibővítve a tárca első emberének nyilatkozatát – amelynek második része szintén ezen lapszámunkban olvasható – ezúttal a kormányváltás kapcsán keletkezett – a tárcát érintő – szemléletváltást kívánjuk szemlélni. (A szerk.)

Műsorvezető: - „A Medgyessy-kormány egészségügyet érintő bérintézkedései szándékukban jók, a végrehajtásuk azonban elkapkodott és hosszú távon nagy árat fizetnek majd mindezt az intézmények” – hangzott el a héten egy sajtótájékoztatón. Az Orbán-kabinet egészségügyi minisztere azt is elmondta a minap, hogy megállt az előző kormány által indított egészségügyi program végrehajtása. Az alábbiakban Mikola István bővebben is kifejezheti ezt a véleményét, a válaszokat pedig Rácz Jenő, az Egészségügyi és Családügyi Minisztérium

helyettes államtitkára adja meg innen a stúdióból. Mikola urat egyéb elfoglaltsága miatt csak telefonon tudjuk kapcsolni, remélem itt van velünk. Jó estét kívánok.

Mikola István, volt egészségügyi miniszter: - Itt vagyok, jó estét kívánok.

Műsorvezető: - Miért tartja elkapkodottnak az intézkedéseket és mit jelent az a szerintem egy picit sejtelmes kijelentés, hogy hosszú távon nagy árat fizetnek majd az intézmények?

Mikola István: - Én a napokban 4 hónap után először megszólaltam és a kormányzatnak néhány egészségpolitikai intézkedését véleményeztem. Elmondtam a magam véleményét a bérintézkedésekkel kapcsolatban, gyógyszerpiaci kérdésekben, különös tekintettel a 3 éves megállapodásnak a felrúgására. A kórház törvény néhány paragrafusának a felfüggesztése ügyében és az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programnak a további sorsát illetően. A bérintézkedésekkel kapcsolatban üdvözöltem a bérintézkedéseket és gratuláltam a kormánynak, nagyon fontos ez a bérintézkedés. Valóban

elmondtam, hogy én úgy látom, hogy ebben a bérintézkedésben, vagyis ennek az 50 százalékos bérféjlesztésnek a megoldásában visszaköszönnek a régi idők bérzaldokodásának jellemzői. Én úgy látom, hogy ezt az 50 százalékos alapbérré számított bérféjlesztést nem vezették át a normatívák, tehát nem vezették bele a finanszírozásba. A mozgó bérek bértőlékek ügyeleti díjakra, ez a bérféjlesztés teljes körűen nem terjed ki. Tehát én azt a veszélyt látom hosszú távon ebben is – ismétlem, nagyon fontos ez a bérféjlesztés és ezért szólaltam meg, hogy minél jobb megoldást találjunk ennek a végrehajtására – hosszú távon a kórházak, főleg azok a kórházak, amelyek likviditási gondokkal küszködnek, valóban bajba kerülhetnek. Hiszen ha másra nem gondolok, csak a szeptember utáni visszarámoló növekedés – reményeink szerint többen jönnek vissza majd a pályára – akkor erre nem lesz forrásuk vagy pedig az egyébként is meglehetősen sovány, dologi lehetőségeket kell megcsorbítani és ebből kell

ezt a most már 50 százalékkal kiegészített bért kifizetni a visszatérő dolgozóknak.

Műsorvezető: - Azt gondolom, hogy erre rögtön válaszolhat is Rácz úr, aztán folytatjuk.

Rácz Jenő: - Hát igen. Én, előrebocsátva elmondhatom, hogy nagyon sok mindenben egyetértek ex-miniszter úrral, nagyon sok mindenben nem. Amiben biztosan egyetértünk az az, hogy a Medgyessy-kormány egészségügyi intézkedései jó szándékúak. Abban viszont vitatkozunk, hogy a végrehajtás elkapkodott. A bérintézkedések megalapozását szolgáló költségvetési törvény módosítása egyértelműen meghatározta azt, hogy nemcsak az alapbérré jutó kiadásokat kapják meg az egyes intézmények, hanem az alapbérről összefüggő valamennyi pótlékra is fedezetet nyújtanak. Ennek következtében az intézményeknek nem lesz olyan jellegű problémájuk, hogy ezeket nem tudják kifizetni. Ezekre a pótlékokra, mint ügyeleti díjakra számítottunk és a kalkulációnk során erre gondoltunk. Tehát ezeket megkapják az intézmények. (folytatás a 3. oldalon)

A Magyar Menopausa Társaság a WHI tanulmány idő előtti leállításáról

A Tanulmány

A Women Health Initiative (WHI) Egyesült Államokban végzett olyan multicentrikus, prospektív tanulmány, ami 16.608, méhéltávolításon át nem esett, 50-79 éves nőre terjedt ki. Az alanyokat a Prempro nevű (0,625 mg konjugált ösztrogén + 2,5 mg medroxi-progeszteron acetát) hormonpótlóval, illetve placebo tablettával véletlenszerűen két csoportba sorolták. A vizsgálat célja az volt, hogy adatokat szolgáltatson a nők posztmenopauzális életkorában tartósan folytatott hormonpótló kezelésnek egészségmegőrző és betegségmegelőző hatásáról.

A Leállítás

A WHI tanulmány célját – kissé leegyszerűsítve a szívinfarktus megelőzését – nem érte el, ezért a tervezetnél három évvel korábban – 5,2 év után – leállították. A hormonkezelte csoportban a placeboval kezelt csoporthoz képest több nekivánatos kardiovaszkuláris esemény következett be, emelkedett a tromboembóliás szövődmények és az invazív emlőrák előfordulási aránya. Igaz kisebb mértékben csökkent a csonttörések és a vastagbél rákos megbetegedések előfordulása, összességében azonban a várható kockázatnövekedést nagyobbban ítélték a reálisan várható előnyöknél.

A Zavar

A vizsgálat részeredményeit évente nyilvánosságra hozták, így a szakmai közvéleményt nem érte nagyobb meglepetés. A média egyes megnyilvánulásai azonban (íthón és külföldön egyaránt) félreértések és indokolatlan aggodalomra adhatnak okot, mindennek előtt azon – elsősorban közép és idősebb korú – nők között, akik ösztrogénhiányos tüneteit vagy panaszait enyhítésére a menopausalis hormonterápia valamelyik formájában részesülnek.

A Féltreértés okai

1. A zavart mindennek előtt a WHI vizsgálat eredményeinek interpretálása okozta. Például a szívinfarktus 29 százalékos és az agyvérzés 41 százalékos növekedése a hormonkezelte csoportban valójában azt jelentette, hogy 10 ezer kezelési év alatt a hormon csoportban 37, a placebo csoportban 30 szívinfarktus fordult elő, azaz csak héttel több. Ugyanezek az értékek agyvérzéseket tekintve 29 a kezelt, és 21 a kontroll csoport tagjai között, azaz 8 eset, és az emlőrák esetében ez a különbség (38 és 30) ugyancsak nyolcra adódott. A százalékosan megjelenített relatív kockázat növekedés minden szövődményt összegezve, egy kezelt személyre vonatkoztatva valójában rendkívül alacsony, egy ezreléki abszolút kockázat növekedést jelent. A vizsgálat időtartama alatt bekövetkezett halálos esetek számában nem volt különbség a két csoport között.

2. A kettős vizsgálat lényegéből következik, hogy a WHI tanulmányban nem mindig az a páciens kapta az aktív kezelést, akinek a tünetei voltak és fordítva, az is kaphatott, akinek egyáltalán nem voltak hormonhiányos tünetei.

A WHI-nak nem volt elsődleges célja a kezelt nők közérzetének, életminőségének vizsgálata, ami el nem hanyagolható különbséget jelent a mindennapi kezelési gyakorlattal szemben. A WHI-ben alkalmazott Prempro hormonadagjai nagyobbak annál, mint amit a napi gyakorlatban általában alkalmaznánk a WHI-ben jellemző 60-75 éves korosztályban. 3. A menopauzális hormonterápiák gyakorlata a WHI vizsgálatban követettől jelentősen eltér a hazai menopauza szakambulanciákon is. Azokat kezeljük, akiknek tünetei vannak, azzal a hormonkombinációval, amellyel a legkevesebb mellékhatást észleljük, azzal a legkisebb adaggal, amely már hatásos és addig, amíg a kezelés indoka fennáll, mindezt rendszeres ellenőrzés mellett. Így a mellékhatások lehetősége lényegesen csökken, és kedvező a kockázat/hason arány. Az ösztrogén szív-érrendszeri hatásai várhatóan még több tudományos vizsgálat tárgyát képezi majd, amelyek tisztázni hivatottak a jelenleg ellentmondó kísérleti, klinikai és epidemiológiai adatokat.

A Tanulságok

A WHI vizsgálat tanulsága abban foglalható össze, hogy a menopauzális hormonkezelés nem helyettesítő kezelés (mint például a petefészek működésének károsodása miatt végzett ösztrogénpótlás a fogamzóképes korú nők esetében), hanem a változókori és az azt követő életszakasz gyakran átmeneti, néha tartósan fennálló hormonális egyensúlyzavarának természetes ösztrogén hormonnal történő tüneti kezelése. A menopauzális hormonterápiának nem lehet célja sem az örök fiatalság, sem az idősődéssel járó minden betegség megelőzése. A menopauzális hormonterápia (MHT) hormonkészítménnyel történő kezelést jelent, melynek célja a fennálló ösztrogénhiányos tünetek megszüntetése vagy csökkentése. Az MHT beállításának előzetes egészségfelmérés, műszeres és laboratóriumi vizsgálatok után, a kockázatnak és haszonnak a páciens bevonásával történő mérlegelésével, individuális módon megválasztott készítménnyel, a legkisebb hatásos adag alkalmazásával kell történnie. Az MHT rendszeres szakorvosi ellenőrzést igényel, mely magába foglalja az okafogyott kezelés leállítását is. A fenti elvek mentén beállított, folytatott és ellenőrzött MHT biztonságosan alkalmazható a hőhullámok, kiszáradás, éjszakai izzadás, hűvelés, szárazság és a csonttörések megelőzése céljából.

A Magyar Menopausa Társaság Vezetősége nevében:

Dr. Tóth Károly Sándor

egyetemi magántanár, MMT elnöke

Kormányprogramról a média kereszttüzében

avagy

Tallózás a tárca első emberétől (2. rész).

Műsorvezető: - Ha már szóba hozta az előző tárca megállapodásait, igérvényeit, akkor mi az oka annak, hogy önként felülvizsgálják?

Csehák Judit: - Itt most gondolom elsősorban a gyógyszereszállítók, a gyógyszer-gyártókkal tavaly megkötött 3 éves megállapodásokra gondol. Ez a megállapodás nem azért felülvizsgálándó, mert az előző kormány kötötte, hanem azért kell, hogy felülvizsgáljuk, mert ez a költségvetés számára és sok tekintetben a vásárló, a fogyasztó, a társadalombiztosítás által támogatott beteg számára is hátrányos. Ebből persze az következik, hogy akkor ez egyáltalán előnyös kell legyen a forgalmazóknak. Igen, igen van. Hiszen a megállapodás megkötésekor két dolgot nem vettek figyelembe az egészségügyi és a pénzügyi tárca vezetői.

Egyrészt, hogy Magyarországon a forint felértékelődött, és ez önmagában biztosít egy bizonyos többlettel a szállítók és forgalmazók számára, valamint nem vették figyelembe, *hogya az Európai Unióhoz akarunk csatlakozni, akkor talán elsősorban nem a hazai inflációt kell figyelembe venni és annak mértékét, hanem azt az árnövekedést, ami az Európai Unió országában elfogadott és ahhoz érdemes a hazai ármelegedés arányát is igazítani.* Hiszen ez azt jelenti, hogy a gyártók nem kerülnek hátrányba, ugyanazt a profitot tudják érvényesíteni nálunk is, mint külföldön. Magyarországon pedig ennek az elnyúltnak ármelegedésnek a következtében bizony előfordulhat, elő is fordul jelenleg is az, hogy néhány termék tekintetében több kerül a gyógyszer Magyarországon, mint külföldön. Természetesen el kell, hogy mondjam, vannak olyan gyógyszerek, amelyek ugyanakkor olcsóbbak.

Műsorvezető: - Na most, ha ez viszont így van, tehát egyes gyártók mondjuk Nyugat-Európában, Franciaországban vagy éppen Spanyolországban olcsóbban adják a portékáikat, mint nálunk, akkor én azt gondolom, hogy a közvéleménynek joga van tudni, hogy melyek ezek a készítmények és melyek ezek a cégek, mert ezt nem lehet igazán korrekt üzleti magatartásnak nevezni.

Csehák Judit: - Ha arra gondol, hogy én most fel fogom sorolni a neveket, akkor nem azért nem teszem, mert valami üzleti titkot nem akarok elárulni, hanem, mert miután nem én folytatom a gyógyszerárvizsgálásokat, ezért nekem arról tételen pontos ismeretem sincsen. Valójában nem is arról van szó, hogy most a másik oldalra akarnék átsétálni, és a kormány ki akarja érszokolni, hogy most a kormány számára legyen előnyös a megállapodás. Azt gondolom az üzleti életben és a világbán a kölcsönösen előnyös vagy az egyformán előnyös egymás szempontjait figyelembe vevő megállapodásoknak azért van története és van hagyománya. Ilyet szeretnék mi is kötni, ezért ajánljuk például azt, hogy négy évre szóljon a megállapodás. Ezért gondoljuk úgy, hogy ebben az évben nem fogadjunk el ármelegést, a jövő évtől kezdődően pedig elsősorban - mint ahogy említettem - az európai átlagár növekedésnek, gyógyszerár növekedésnek megfelelő mértékettől nyitunk ki. Természetesen meg emellett nyitottak vagyunk arra, hogy a hagyományos, már nem teljesen modern készítményeket elhagyva bizonyos

drágább, de ugyanakkor hatékonyabb, a beteg számára előnyösebb készítményeket is befogadjunk. Mindenki tudja, hogy az új termékek ára az, ami gondot okoz. Ezek a drágább gyógyszerek.

Műsorvezető: - Tehát nem véletlen, hiszen úgy a gyógyszergyártók a profittjuk 80 százalékát a kutatásba és a fejlesztésbe fektetik és ez egy kifejezetten drága játék.

Csehák Judit: - Ez természetesen így van, a társadalombiztosítás számára, az egyenről már nem is beszélve. Egyáltalán nem mindegy, hogy egy 1500 forintos gyógyszert támogató-e 90 százalékban, vagy a 15 ezer forintos értékű modernebb gyógyszer. Hiszen, ha 90 százalékban támogat valamit, ezer forintos gyógyszerrel csak száz forintot jelent a betegnek, tízezer forintos gyógyszerrel ez már a tízszerese.

Műsorvezető: - Köszönöm a telefonálói észrevételeit, Csehák Judit reagálását halljuk.

Csehák Judit: - Természetesen egyetérték azzal, hogy olyan gyógyszertervjavaslatokra lenne, lesz szükség, amelyekben a betegek érdekevével szembe is részt vehetnek. Ez szándékainkkal teljesen egybeesik. Ezek természetesen nem az ártárgyalások lesznek, hanem akkor, amikor az adott betegség csoportban akarunk majd valamilyen preferencia listát kialakítani. Azonban azt is el kell mondanom, hogy akkor, amikor egy új termék befogadásáról döntünk, akkor elsősorban és mindig a hatékonyság mellett azt kell vizsgálni, hogy tudjuk-e a terméket tízmillió állampolgár számára az adott támogatási szint mellett biztosítani. Hiszen mi nem jöhöttek ki a tízmillió állampolgár közül a betegeknek egyik vagy másik körét. Az Egészségügyi Villágszervezet álláspontja szerint akkor, amikor egy ilyen elvett az ember döntést hoz, akkor a szolgáltatások között szabad csak válogatni, az érintett állampolgárok között soha. Mert ez egyenlőtlenséget jelentene. Ezért súlyos a döntés, hiszen most konkrétan több tízezer forintba kerülő termék befogadásáról van szó. Azt kell tehát eldönteni, hogy ezt az igen drága terméket, méghozzá nagyon magas támogatási aránnyal, hiszen ezt a több tízezer forintot érő terméket, nem lehet 50 százalékkal támogatni. A beteg ugyanúgy nem fogja tudni megfizetni a 20 ezer forintot, mint ahogy a 40-et. Az ilyen nagyon drága gyógyszert akkor lehet befogadni, hogyha majdnem ingyen tudjuk adni, tehát a tb. ki tudja fizetni a teljes árat. Így tehát bizony ez a mérlegelést el kell végeztünk.

Műsorvezető: - Akkor folytassuk talán azzal, hogy az MSZP választási programjában az szerepelt, hogy jövőre megkezdik az egészségügyi konszolidációját. A Magyar Kórház Szövetség májusi számításai szerint a kórházak adósságállománya megközelíti a 20 milliárdot. Hogyan ohajtják önként megsejteneti?

Csehák Judit: - Többféle eszközzel és többféle módon. Egyszerű eljárással, az adósság ki fizetésével, a számla rendezésével nem akarjuk nemcsak azért, mert nincs 20 milliárd forintunk, hanem azért, mert nem is volna igazságos egy ilyen típusú rendezés. Az adósságnak ugyanis nagyon sokféle oka van.

Műsorvezető: - Ugye 96-ban volt már erre precedens és hát nem igazán sok reménnyel ke-

szegtetett, mert olyan volt, mintha feneketlen zsákba dobálnák a pénzt.

Csehák Judit: - Nem tűnt tehát az akkor alkalmazott módszer egy célirányos és hosszú távon hatékony megoldásnak. Most tehát egyrészt azt szeretnénk, hogy a társadalombiztosítás jövő évi kasszájába a jelenleginél nagyobb összegek állnának rendelkezésre ahhoz, hogy a kórházak és az egészségügyi szolgáltatók szolgáltatásait megfinanszírozzuk. Mert a rendezés egyik módja az, hogy vásároljuk meg realitáshoz, magasabb áron az egészségügyi szolgáltatásokat. Több pénz fog állni rendelkezésre, a bérek fedezetére. Megkezdjük jövő évtől az amortizációs költségek beépítését a szolgáltatások árába és természetesen meg kell, hogy kezdjük a szolgáltatások szerkezetének a racionalizálását is. Meg kell tudnunk mondani már a jövő évtől kezdődően, hogy mielőtt le tudunk vásárolni. Van olyan, ahol a szolgáltatást lehet sorba állítani, lehet időzíteni. Természetesen azt nem a Mentőszolgálat szállításánál, nem sürgősségi betegellátásnál vagy nem a szülészeti gondjok bevezetési.

Műsorvezető: - Mondta, hogy az amortizációt beépítik, tervezik-e, hogy a finanszírozás rendszerén változtatnak...

Csehák Judit: - Igen, változtatunk.

Műsorvezető: - Hiszen vannak olyan szakterületek, ahol egész egyszerűen teljesen matematikailag bizonyítható, hogy nincs igazán köszönő viszonyban, amit a kórház kiad adott esetben egy műtétért és anekkor bevételt a biztosítótól kap.

Csehák Judit: - Természetesen fogunk változtatni, nem a tételre elszámolás a napi árat akarjuk megfizetni, továbbra is egy általánosan fogunk tudni fizetni a teljesítménydíjazás keretében, azonban szeretnénk már a jövő évtől a kézzel járó díjat a kórház stabil, teljesítménytől független állandó költségeinek a beépítését is valamilyen módon megoldani a finanszírozásban. Ez azt jelenti, hogy akkor is fenn kell tartani egy kórházat, ha a kórház teljesen üres és egy bizonyos költséget fixdíjként meg kell, hogy kapjanak az intézmények, és természetesen kell egy olyan része is legyen a finanszírozásnak, ami függ a kórház által teljesített feladatoktól, szolgáltatások mennyiségétől.

Telefonáló hallgató: - Azt szeretném megkérdezni a miniszter asszonytól, hogy mikor kapnak a régi egészségügyi dolgozók valamilyen kedvezményt? Most ezt úgy gondoltam, hogy én negyven évet lehittem az egészségügyben, szemben a BKV-nál, egyébként munkatörökkel, ahol kapnak utazási kedvezményt, étkezési hozzájárulást, annyiféle kedvezményt.

Műsorvezető: - A hűségjutalom kérdése.

Telefonáló hallgató: - Mi semmit nem kapunk. Ugyanúgy fizetünk a gyógyszerért, a minden elváltatást, mint bárki más. Negyven év háromszáz napot dolgoztam az egészségügyben. A nyugdíjam ahhoz sok, hogy kedvezményt kaphjak bárhol is vagy segély, ahhoz viszont kevés, hogy emberi módon megéljünk. Most nem sírni akarok, de 50 ezer forintból rezsit, gyógyszer fedezni, plusz megélni nem nagyon lehet tisztességes munka után.

Csehák Judit: - Bizony olyan gondot említett, hadd mondjam kedves volt kollégánk, nyugdíjaz

egészségügyi dolgozók, amit nem lesz egyszerű megoldani, mégis nagyon sürgősen kell választ keresni erre a problémára. Az ő esetében ugyanis sem az egészségügyi dolgozók béremelése, sem a hűségjutalom, sem pedig az általánosan nagyon erősen szorgalmazott egészségügyi nyugdíj és egészségpénztár bevezetése nem jelent megoldást. Hiszen ő már az aktív munkavállalók közé nem tartozik. Azonban nem tartom elképzelhetetlennek és kiábrándítóknak, hogyha egy egészségügyi és volt egészségügyi számára hoznánk létre egy egészségpénztárt, akkor ahhoz csatlakozhatnánk, nemcsak a jelenleg még aktív egészségügyiek, hanem azok is, akik az ágazatból vonultak nyugdíjba, különösen akik hosszú szolgálati idő után tettek ezt. Arra gondolok, hogy ilyen esetben az ágazat maga, tehát a minisztérium fizethetné azt a tagdíjat, aminek alapján az egészségügyi és volt egészségügyi szolgáltatására jogosultak válhatnak. Lehetne ez a jogosultság, mint ahogy a kérdéző utalt is rá esetleg egy gyógyszer-támogatás.

Műsorvezető: - Mennyi idő múlva térjünk erre vissza miniszter asszony?

Csehák Judit: - Nem, nem olyan nagyon távoli jövőben, hiszen jövő évben már egy ilyen megkötéstől ösztönöz, a rengeteg munkahelyi szociális gondot is kezelő egészségpénztári rendszer ki-alkotására sor kell keríteni. Például éppen ma, azelőtt értekezletet vertem fel, hogy a minisztérium kezelésében lévő Club Aliga hasznosítására egy ideális lehetőség volna az, hogyha ott egy ilyen egészségpénztári rendszerrel szabályozva a vagyon hasznosítását, egy olyan egészségügyi rehabilitációs központot hozhatnánk létre, amelyik a téli hónapokban részben a betegek rehabilitációját szolgálhatná. A nem egészen téli hónapokban már a növekedés egészségügyi központok, családi töldeztetés, rehabilitációját oldhatná meg, és a nyári hónapokban pedig valódi idegenforgalmi célra csatlakozhatna, bevétellel is hasznosítható lenne. Tehát gondolkodunk róla, és én nagyon remélem, hogy nem a távoli jövőben kerül sor ennek a problémának a rendezésére.

Műsorvezető: - Az ápolásról is szórt egyet, rendkívül szomorú tény az ápolónők pályaelhagyása, míg a 90-es években 10 százalék, ma már 30 százalék a pályaelhagyó. Hogyan akarják ezt önként megállítani, mert valahogy nyilván meg akarják.

Csehák Judit: - Több dolgot kell itt is tennünk a béremelésen kívül. Pénteken fog dönteni a kormány az ápolónők szakmai képzéséhez kapcsolódó ösztöndíj-rendszernek, a fedezetet összegének a módosításáról, emelni fogjuk ezt a keretet. Szeretnénk a hűségjutalommal is elismerni azoknak az áldozatvállalásait, akik eddig a pályán voltak és szeretnénk a hűségjutalom rendszerét úgy kialakítani, hogy az ne csak azokat ösztönözze, akik már eddig négy évet teljesítettek, hanem arra is ösztönözze, hogy a további négy évet is ledolgozzák az egészségügyben. Emellett már, hogy lehet egy kiemelt egészségügyi dolgozókat az egészségügyieknek, tehát az önkéntes egészségpénztárra, ami érdekében tehet a pályán maradásban. És természetesen az egész szolgáltatás szakmai presztízst, társadalmi rangját is javítanunk kell ahhoz, hogy büszkén lehessen megbecsülni egészségügyiek.

Gyógyászati segédeszköz – sajtóanyag

Az egészségbiztosítás egyik kulcsfontosságú kérdése a **gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és a gyógyfürdő** ellátás színvonalának folyamatos emelése. Az egészségügyi ellátások folyamatos reformja és az egészségbiztosítási rendszer átalakításának részeként újra kell gondolni a rehabilitáció és a hozzá kötődő gyógyászati segédeszköz ellátás helyzetének áttekintését, korszerűsítését.

A gyógyászati segédeszköz támogatás rendszerében felgyülemlett problémák megoldása érdekében egységesítjük (lett) intézkedéseket hozni a leggyakoribb gondok enyhítésére, valamint a rendszer hosszabb távú átalakítására. A rövid távú problémák megoldásaként a biztonságos ellátás érdekében a nagyobb munkadíjra és költségű termékek esetében mintegy 5 százalékos támogatási összeg emelésre került sor, a többi termék esetében mintegy 2 százalékos emelés történt. Ez a változtatás változatlanul hagyja a betegek által fizetett térítési díjakat, és részlegesen megoldja a gyártók és forgalmazók problémáit.

Mindezen változtatásokra szükség volt, miután az utóbbi években a gyógyászati segédeszköz ellátás területén a piac robbanásszerűen bővült;

a gyártás mellett megjelent a kereskedelmi és forgalmazási tevékenység is. A lakosság életminőségét javító eszközök iránt egyre nőtt a kereslet. 1999-ben volt utoljára ártárgyalás, mely 2000. év áprilisában lépett hatályba.

A támogatási rendszer főbb problémái:

- a rendszer korszerűsítésére, az évek óta felhalmozódott problémák megoldására nem történt intézkedés,
- az utóbbi három év során új, korszerű termék nem került a támogatott listára,
- az előző kormány által kévsé elindított és nem megfelelően előkészített ártárgyalási folyamat leállt,
- különösen a hazai gyártás, forgalmazás (javítás) költségei növekedtek,
- nem készült el a termékátalógus,
- nem alakult ki az Európa más országaiban jól működő, a betegek és a biztosító számára is egyaránt előnyös kölcsönzési rendszer.

Hosszú távon a jelenlegi gyakorlat helyett olyan finanszírozási elvek kialakítására kell, hogy sor kerüljön, melyek átlátható, kiszámítható és az EU gyakorlatnak is megfelelő garanciákat jelentenek az összes érintett számára.

Anyatej ellátás – sajtóanyag

Az anyatej ellátásra szoruló csecsemők édesanyjától, örökbecfogadótól egyre több észrevételt érkezett arra vonatkozóan, hogy az anyatejhez való hozzáférhetőség szabályai szigorúak, bürokratikusak.

Mivel az anyatej fontos meghatározója a leendő gyermek jövőbeli egészségének, az egészségügyi kormányzat intézkedésének eredményeként a szabályozás életszerűvé válik.

A kereslet-kínálat egyensúlyának megteremtése érdekében az 1997. óta változtatunk, literenkénti támogatási összeget 900 forintról 1.800 forintra emelik ez év szeptemberétől. Meghosszabbodik az anyatejrel történő táplálás ideje is, az eddigi 3 hónap helyett 8 hónapig kaphatja az ellátást a csecsemő, s törlésre kerül a súlyhatár is. Ezzel a lépéssel bővíti az ellátottak köre, de változatlan marad az igényjogosultság feltételei, azaz az anyatej, kis súlyú újszülöttek, súlyos táplálkozási allergiában, felszívódási zavarban, hasmúttal járó fejlődési rendellenességben szenvedő csecsemők kaphatják térítésmentesen, valamint akkor, hogyha az anya valamilyen okból kifolyólag saját tejét nem tudja táplálni gyermekét.



Pengeváltás a kormányzati ciklusok döntéshozóinál

Mi lesz veled Egészségügy?

Bérintézkedések

(folytatás az 1. oldalról)

Arra is nyilvánvalóan gondolni kellett, hogy ezeket, amikor lejtattjuk az intézményekhez és valóban úgy arra nem volt idő, hogy végigvesszük a normatívák, hiszen úgy az meglehetősen sok módosítást tett volna szükségessé, ennek következtében a bérintézkedéseket címkézték pénzként kapják meg az intézmények, azaz a begyűjtött adatok alapján egyértelműen megkapott pénzek csak bérre fordíthatók, tehát ennek következtében nem kerülhet arra sor, hogy adott esetben adóssággállománnyal rendelkező intézmények mondjuk az októberben ezeknek az intézményeknek meg kell kapnia és a dolgozóknak meg kell fizetni, ezt mindenképpen biztosítani tudjuk. Pár nappal ezelőtt valamennyi kórház-igazgató, illetve rendelőintézet igazgatót az Egészségügyi Pénztárhoz meghívtuk, megkérdeztük, hogy van-e bármilyen problémájuk. Igazából apró problémákon kívül nagyobb problémák nem jelentek. Mi reméljük, hogy hamarosan elérjük az az időszak, amikor valóban azon kell mesterkednünk, hogy hogyan tudjuk ezeket a kereteket növelni azért, mert megindul a visszarámlás az egészségügyi intézmények felé.

Mikola István: - Ez egy nagy probléma.

Rác János: - E pillanatban mintegy 10 ezer munkavállaló hiányzik az egészségügyből. Sajnálatos módon ennek mintegy egyegyede orvos. Nyilvánvaló dolog, hogy akkor, amikor most a jövő évi költségvetést tervezzük, mi már számítottuk arra, hogy számítással szerint körülbelül 25-40 százaléka ezeknek hamarosan visszatér az ágazatba. Mi ezt nem éljük és ekkora összeggel kalkuláltunk a jövő évre vonatkozóan a bérintézkedések hatására.

Műsorvezető: - Tehát a hiány egyharmada pótlódik ezek szerint?

Rác János: - Mi ebben reménykedünk, az intézkedések éppen ezért alakítjuk így.

Műsorvezető: - Mikola úr azt mondta, hogy ekkorra lesz majd a baj.

Mikola István: - Én a következő szeretném megjegyezni és üdvözölni államtitkár urat is. Mi nagyon régi harcossok vagyunk a kórházvilág, a kórházügyek területén. Mi jól ismerjük még egymás gondolatait is. Úgye sokat vitatkoztunk éveken át azon, hogy a kórházak gazdálkodó nagyüzemek, méghozzá önálló, felelőséggel gazdálkodó nagyüzemek. A magyarországi kórházaknak nagyon különböző a költségvetési pozíciójuk ma. Van olyan, amelyeknek többszáz millió megkötés van, de van olyan, amelyeknek egy milliárd közeli hiánya van. Ezeket az intézeteket ez a fix pénzként kijutó és a menedzsmenteknek a mozgásterét nullává redukáló megoldás, hát enyhén szólva zavarba fogja hozni, főleg azokat, amelyek hiányokkal küszködnek. Tehát régóta nem helyesek már azok az intézkedések, amelyek kikötik a kórházak számára, hogy a hozzájuk érkező pénzeket milyen módon és hogy kell felhasználniuk. Nos, ha szabad még egy megjegyzést tennem: ahhoz, hogyha valóban ilyen mértékű visszaáramlás történik a humán erőforrás, az ember erő, az ápolónál, az orvos területén a kórházakba – itt

néhány 10 százalékat említett államtitkár úr – akkor ha a 2003. évi költségvetés nem tartalmazza a működési, dologi lehetőségeket az intézetek számára, amelyek adekvátak.

Tehát hasonlóan mértékükben, mint a mostani bérintézkedések. Akkor ha január 1-től a normatívákba beépül ez az 50 százalék, akkor az intézetek félő, hogy el fogják bocsátani a frissen felvett dolgozókat, hiszen a működésüket a dologi oldalon is biztosítani kell. Bennem olyan aggályok vannak, hogy ez az egyoldalú bérlétesítés a dologi oldalon nem kompenzálatott és nem látom rózsásnak a tárcá 2003. évi költségvetési lehetőségeit, mert jól látható most már, hogy egy gazdasági recesszió bontakozik ki az országban is. Tehát én kicsit kiszolgáltatott helyzetben látom a kórházakat. De ha szabad még egy megjegyzést tennem – és ez is a bérintézkedésekhez kapcsolódik –, hogy a választások során nagy garra bejelentett hűségjuttatás, ami az ápolóknak a 3 munkaszabványoknál, ami az ápolókénak a 3 munkaszabványoknál, ami a következők ápolónőknél 4 évente járó 1 évi bruttó bér, tehát millió nagyságrendű összeget jelent, ez valahol most a bérintézkedések közepette ilyen homályos távlatba vész. Tehát legalábbis a választásoknál nagyon sok voksot az MSZP számára hozó tervezett intézkedés úgy látszik, hogy nem valószínű, legalábbis a közeljövőben nem valószínű.

Műsorvezető: - Nézzük akkor Rác úr.

Rác János: - Igen. Tehát nyilvánvaló dolog, hogy egy ilyen hordergő intézkedés esetében szakemberekre volt szükség, amikor ezeket kidolgoztuk és természetesen az egyik ilyen kör a Kórházszövetség volt és a Gazdasági Vezetők Egyesülete. Tehát akkor, amikor ezeket az intézkedéseket mi kidolgoztuk, végig folyamatosan tárgyaltunk ezekkel a szervezetekkel és ennek megfelelően közösen dolgoztuk ki, hogy mi lenne az intézmények számára a legjobb. Ők éppen azt kérték, hogy a bérket csak címkézetten kapják meg és ennek következtében még a leghalványabb gondolata se legyen meg annak, egyes intézmények esetében, hogy azt másfélf juttassák. A jövő évi kiadásokkal kapcsolatban nyilván, tehát egyszer úgy az emelt bérezésre vonatkozó költségeket nekünk be kell tervezni.

Műsorvezető: - Ez mennyi, hogyha lehet egy nagyságrendet mondani?

Rác János: - Ez 110 milliárd Ft. Tehát a mostani intézkedéseknek, ami úgy 30 milliárd Ft egy negyed évre vonatkozóan, ennek következtében az 120 milliárd Ft kötelezettségvállalást jelent pluszban a következő évre és természetesen a jövő évi kiadásoknál mi a dologi kiadások emelkedését is tervezzük, ami azért nagyon lényeges dolog, mert sajnálatos módon ez az elmulasztott, az elmulasztott 3 évben dologi kiadásra való automatikus emelkedésre nem volt lehetséges az intézményeknek. Tehát akkor, amikor egyes intézmények éppen az eladósodás fele sodródtak, ebben nagyon nagy szerepe volt annak, hogy sajnálatos módon a költségvetések az évi dologi kiadások automatizmusát nem tartalmazták. A hűségjuttatással kapcsolatban az a helyzet úgy, hogy a hűségjuttatásban soha nem szerepelt az az ígért, hogy az első 100 napos program során a hűségjuttatalom teljesítődik, sőt arról sem volt szó, hogy az a 2002-es évben kerül kifizetésre. A kormány, ahogy az eddigi programjában az időarányosan megmértetett feladatát teljesítette,

ugyanúgy természetesen a hűségjuttatalomra vonatkozó feladatát is teljesíteni fogja az ott deklarált szempontok szerint. Tehát ez azt jelenti úgy, hogy a 4 éve az ágazatban dolgozó 3 munkaszabvány körben foglalkoztatott dolgozók esetében fokozatosan kerül bevezetésre a hűségjuttatás, ami egy éves teljes bérnek a hozzájárulását fogja jelenteni. De még egyszer hangsúlyozom, nem volt arról szó, hogy az első vagy a második 100 napos program keretében fog megtörténni.

Műsorvezető: - Nos, hogyha már itt tartunk ennél a dologi kiadásnál, akkor úgy is meg mindig csak legfeljebb elvont segíthet, hogy nem adósságnak el jobban a kórházak. Még mindig nincs arról szó, hogy akkor, amelyek már eladósodott, az rendbe is jön vagy meg is kapja rá a pénzt. Nem tudom Mikola úrnak mi erről a véleménye?

Mikola István: - Ez a választások alatt nagy vita volt közöttünk és mi kidolgoztunk egy 607 milliárdos kórházkonszolidációs programot, amiben épülethelyrekonstrukció, technológiai felújítás és bérrekonstrukció szerepelt. Úgye a mi 607 milliárdunkkal szemben az MSZP 1500 milliárdot programot hirdetett meg. Én, amikor a magam részéről a megjelöléseimet megfogalmazom, akkor én az azzal is teszem, hogy nagyon várom ezt az 1500 milliárdot a következő 2003-as évben ennek az időarányos része valahol meg kellene, hogy jelenjen, a tisztesség is így kívánna. Hiszen a választásokban ez nagyon fontos, – nem mondom, hogy döntő – de egy nagyon fontos, az MSZP győzelmehez hozzájáruló faktor volt ez. Tehát ahogy államtitkár úr elmondta, bizakodik abban, hogy 2003 évben dologi téren is megindulnak a források, erre égető szüksége lenne a kórházaknak. Szeretném ugyanakkor a figyelmet felhívni arra is, hogy nem egy önkormányzat jelzi, hogy közölni szépen, nem kér az 50 százalékos bérérfeljlesztésből, ami borzasztó.

Műsorvezető: - Ezt kinek jelzi?

Mikola István: - Nagyon nagy gondot látok ott, ahol magánpraxisok, vállalkozói, egészségügyi szakmai formájában dolgoznak orvosok, nővérek, asszisztensok, ez az alapellátás területe elsősorban. Az alapellátásnak jelentős része már privát praxisok formájában dolgozik. Itt az 50 százalékos hozzájut a közalkalmazotti bértábla alapján számított 50 százalékos formájában, ami azt jelenti, hogy ók a minimálbérben bejelentett dolgozók-nak ezzel az összeggel megemelve a bérét a következő évben már nem foglalkoztatthatják minimálbérben a dolgozóikat. Gondolom, hogy Rác János államtitkár úr érte, hogy miről van szó. Ha ehhez hozzáveszem még azt, hogy január 1-jétől a munkavállalói tb-járulékl 2 százalékkal nő és nem akarom tovább a terheket sorolni, akkor több önkormányzat ma úgy látja, hogy nem nagyon éri meg neki, hogy az egészségügyi dolgozók számára a kifizetésbe helyezett 50 százalékos bérérfeljlesztést elfogadják. Természetesen ez egy nonszensz, de jelzi, hogy nagyon sokan aggódnak azaz miatt a problémák miatt, amelyeket én felvettem az előbb.

Rác János: - Valóban.

Műsorvezető: - Hogy mi is megértjük, ne csak az államtitkár úr.

Rác János: - Tehát úgy a vállalkozói, elsősorban a háziorvosok, tehát a vállalkozói egészségügyi dolgozók nagy része a foglalkoztatás során minimálbérrel, és minimálbért jelen-

tebe a saját maga által foglalkoztatottakat is. Ezt nagyon helytelenítjük, de ugyanakkor figyelembe kellett venni, hogy ezeknek a vállalkozóknak egy része kényszervállalkozó volt. Így van pontosan. Ugyanakkor viszont éppen ezeket a szempontokat figyelembe véve, nem kívántuk őket sújtani akkor, amikor a vállalkozókra is kiterjesztjük az egyébként közalkalmazottaknak eredetileg beígért és mondom, az egészségügyi humán szolgáltatásokat végzőkre is kiterjesztjük a vállalkozói körben az 50 százalékos béremelést. Akkor szintén az egyeztetések során, amit egyébként a Magyar Orvosi Kamarával vagy akár a szakszervezetekkel, tehát a munkavállalói érdekvédelmi szervekkel is egyeztetünk, megállapodtunk abban, hogy a vállalkozók részére nem az általuk egyébként korábban bevallott minimálbérben való foglalkoztatásnak megfelelő 50 százalékos összeget juttatjuk el, hanem a saját kategóriájukra vonatkozó közalkalmazotti szférában átlagos kategóriát megkapják valamennyien. Ez nyilvánvaló dolog, hogy például egy orvos esetében lényegesen magasabb, hiszen ott eleve nem lehet az 50 százalékos, hanem a magasabb kategóriát kaptak, mint az egyébként, hogyha ők magukat 50 ezer Ft-on foglalkoztatták volna és az arra jutó 50 százalék. Tehát ebben az esetben ők még többletpénzhez is jutottak ahhoz képest, mint amit az eredeti fizetésükhöz képest kapniuk kellett volna. Nyilvánvaló dolog, hogy amikor a jövő év során ezek beépítésre kerülnek, mi el kívánjuk azt érni, hogy ne legyenek kénytelenek ezek a vállalkozók minimálbérrel bejelenteni saját magukat vagy adott esetben a dolgozóikat, hanem lehetőleg legyenek ők, hogy valóban a legális csatornáknak megfelelően végezzék az adókat és az adózáukat is, meg természetesen a pénzhez való hozzájutásukat is.

Műsorvezető: - De ha jól értem Mikola urat, akkor úgy érte mondják azt az önkormányzatok, hogy de hát akkor ez nekünk többé fog kerülni.

Rác János: - Az Egészségügyi Pénztár finanszírozásában lévő vállalkozók a pénzeiket nem az önkormányzatok adják, hanem közvetlenül a vállalkozóknak, mint ahogy egy most is az adatszolgáltatásnál beküldték az adatokat és természetesen a utalás is feljüket történik. Tehát az önkormányzatoknak semmi nem kell azzal kapcsolatban agódnok, hogy ezeket a pénzeket nekik kellene kifizetniük, hiszen eddig is az Egészségügyi Pénztár csatornáiból folyó pénz nem az ők költségvetésükön ment át.

Műsorvezető: - A másik béremléshez tartozó probléma az a bizonyos bértörlesztés. Tehát ha valaki újonnan jön, lehet, hogy hirtelen akár többet is kereshet, vagy majdnem annyit kereshet, vagy éppen annyit kereshet, mint sok éve, sok évtizede ott dolgozó ápoló vagy egyéb dolgozó.

Rác János: - Valóban, az új bértábla-nak többek között ez is meg kellett oldani, mert az elmulasztásokban végrehajtott kétszeri minimálbérémelés valóban szükséges volt olyan szempontból, hogy a roppant gyengén finanszírozott, többek között egészségügyi dolgozók bérét is úgy valamennyire felemelték. Ugyanakkor viszont a bértábla első felében olyan bértörlesztés idézett elő, amikor gyakorlatilag rendkívül kellemetlen volt, mind az intézményi menedzsment, mind a dolgozók számára. Éppen ezért a mostani bértábla pont ezt próbálta elnyújtani azzal, hogy az

A1-es kategória, amely korábban a 25 ezer Ft-ot haladta csak meg, most 50 ezer Ft-ra emelkedett és ennek megfelelően lettek a bértáblának az egyes cellái is arányosan, mind a szakképesítés, mind a kor előre haladtával emelkedő szorzókkal megemelve.

Műsorvezető: - Mikola úrnak azon a tájékoztatón, amelyből már az imént idéztünk, volt olyan megjegyzés is, hogy a kórházirányvétel végrehajtását felfüggesztette az új kormány ezzel szabad teret engedve a profitszerzésre törekvő vállalkozásoknak. Kérem, hogy ezt is fejtsék ki részletesebben.

Mikola István: - Nagyon röviden a következőkről van szó. Úgye az egészségügy ma a fejlett szociális biztonsági rendszerekkel bíró országokban, így az Európai Unió országokban is bizonyos szabályozott piaci körülmények között működik. Erre mi is természetesen törekszünk. Megalkotta az előző kormány azt a kórházirányvétel, vagyis intézményátalakulási törvényt, ami Magyarországon is megadja a lehetőséget a kórházaknak, hogy gazdasági társaságokká alakuljanak és gazdasági társasági formában működjenek az intézeteket. Mi szigorúan előírtuk a szabályozott piaci kritériumoknak megfelelően, hogy ez az átalakulás csak non-profit közhasznú társasági átalakulás lehet. Ezt a passzusát a törvénynek felfüggesztette az új parlament és ehelyett azt látom és hallom, olvasom, hogy kiterjesztik ezt a lehetőséget a profitörlesztélt, nyereségérdekelte kft-k, részvénytársaságok és holdíngok területére is. Nem tartom jónak. A másik paragrafus, amit felfüggesztettek, ami ugyancsak szigorított és szabályozott intézkedésünk volt, amelyben kizártuk az intézmények új működési partnereit, a gyógyszergyártókat, gyógyszeranyagkereskedőket, gyógyszeripari segédeszközgyártókat, egészségügyi, orvostechnológiai gyártókat és kereskedőket, tekintettel arra, hogy az ő részvételük az ilyen gazdasági társaságokban nyilván a saját érdekeiknek a képviselője szempontjából a kórház számára nem előnyös. Gondoljunk arra, hogy megjelenik a kórházban egy gyógyszergyártó, nyilván az érdeke az lesz, hogyha ő a gazdasági társaságnak része, a kórház tulajdonosi szerkezetébe beépül, hogy a saját gyógyszeres számára piacot teremtsen. Nem értünk azzal sem egyet, hogy azt a passzusát, amit ugyancsak mi a törvényben előírtunk, miszerint 2003. június 30-ig, tehát jövő év közepéig minden jelenleg, az egészségügyi szolgáltatókkal szerződéses viszonyban álló vállalkozó-nak nyílt közbizonyos pályázaton újra meg kell mérgetnie magát, annálta az új parlament. Ezt nagyon bajnak tartom, hiszen az egészségügyben ma több olyan vállalkozó működik, akik – magunk között úgy szoktuk mondani, hogy – a nagy kaszálás technikáival élve ugyancsak okoznak árokat a profitegészükből fakadóan az egészségügynek. Mi úgy látjuk, hogy ezek a változtatások, ha most a felfüggesztés után ilyen irányban, ahogy az előtt elmondtam megtörténnek, akkor soha nem látott profitérdekelte privatizáció kezdődik meg a magyar egészségügyben, ami természetesen azt jelenti, hogy drágább lesz az egészségügy, az egyenlő hozzáférés esélye sérülhet és nem tartjuk ezt helyesnek.

(folytatás a 9. oldalon)

Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra V.

A munkavállalásra és a letelepedésre vonatkozó szabályok és ítéletek 2. rész

Képzésbeli különbségek

Mint láttuk a fogadó tagállamnak joga van kiegészítő képzés megkövetelésére abban az esetben, ha az egyén által már megszerzett másik tagállambeli és a fogadó állambeli végzettség között jelentős különbség van az elméleti és/vagy a gyakorlati képzést illetően. Ugyancsak a fogadó tagállam joga, hogy megítélje; az eddig már megszerzett szakmai gyakorlat elegendő-e a hiányzó tudás pótlására.

Az Európai Bíróság ítéleteinek indoklásában gyakran hivatkozik korábbi jogesetekre, ahol a probléma hasonló, vagy ugyanaz volt, természetesen többnyire csak jogi értelemben. A spanyol versenyvizsgálóval kapcsolatos ítéletében is megemlíti az alábbi jogesetet, arra hivatkozva, hogy az alapelvek ugyanazok.

Az ügyvezető Vlassopoulos ügyben egy több éve Németországban élő és ott dolgozó görög állampolgárságú, és ottani diplomával rendelkező jogász, a görög ügyvédi kamara tagja pereskedett a baden-württembergi tartomány Igazságügyi, Szövetségi és Európaiügyi Minisztériumával, mert ez utóbbi elutasította a görög hölgy ügyvédi gyakorlat folytatására irányuló kérelmét. Görög diplomái mellett Vlassopoulos asszony egy németországi egyetemen jogi doktorátust is szerzett. Később egy német jogi irodánál dolgozott, ahol 1 év munka után a jogtanácsadással szülő törvény alapján engedélyt kapott arra, hogy a görög és a közösségi jogot érintő ügyekkel foglalkozzon. Őt év múlva a jogászna a minisztériumnál kérelmezte, hogy ügyvédi tevékenységét folytathasson. Kérését azzal utasították el, hogy nem rendelkezik azokkal a képesítésekkel, melyek az igazságügyi szolgálatban betöltött tisztséghez, így az ügyvédi tevékenységhez is szükségesek. Fellebbezését is elutasították. A következő jogi fórum, a Szövetségi Legfelsőbb Bíróság viszont azt a nézetet tette magáévá, hogy a jogyvit a Európai Gazdasági Közösség (az EU jogelődje) alapító szerződésének értelmezésére vonatkozó, ezért előzetes határozattal az Európai Bírósághoz fordult. Ebben az időben (1988) nem létezett az ügyvédi tevékenység megkezdésére és folytatására vonatkozó irányelv, így a tagállamok nemzeti szabályai határozták meg az ügyvédi kamarába történő felvételt.

Az Európai Bíróság véleménye szerint a nem diszkriminatív jellegű nemzeti szabályozás is lehet olyan, hogy akadályozza más tagállamok polgárait a letelepedési jog gyakorlásában. Ezért a fogadóállamnak az objektív elvárásokat figyelembe véve kell a külföldön megszerzett képzéseket és azok tartalmát megvizsgálnia. Ha a diplomák összehasonlító vizsgálata alapján az igazolt ismeretek és a képesítés megfelelnek a nemzeti szabályozásban megköveteltnek, akkor a fogadóállam köteles elismerni a diplomát. Ha nem, vagy csak részben, akkor az érintett személynek meg kell adni a lehetőséget arra, hogy bizonyíthassa: megszerzte a hiányzó ismereteket és képességeket.

A fentiek szellemében Erpelding úrnak angiológusi képzést és gyakorlatot is kelene teljesítenie ahhoz, hogy Luxemburgban elhagyhassa neve mellől a belgyógyász titulusát, és csak kardiológiai tevékenységét folytathasson.

Az Európai Unió kívülről szerzett diplomák elismerése

Az unió szabályozás és az Európai Bíróság esetjoga szerint a tagállamok nem kötelesek elismerni azokat a diplomákat, amelyek nem a Közösség valamelyik tagállamából származnak, még abban az esetben sem, ha azok tulajdonosai a tagállamok polgárai. A tagállamok azonban vállalták, hogy megvizsgálják azokat a diplomákat, amelyek az irányelv hatálya alá tartoznak, és az érintettek az EU-n kívül szerzettek. Ha valamelyik tagállam már elismert egy ilyen diplomát, vagy egy unió tagállamban az érintettek szakmai gyakorlatot szereztek, vagy képzést teljesítettek, akkor ezután a többi tagállam sem utasíthatja el a diploma elfogadását indoklás nélkül.

A diplomák elismerésével kapcsolatos döntéseiket a tagállamok hatóságainak egyébként is indokolniuk kell. Az indoklás csak az egyén számára kedvező döntés esetén maradhat el, azaz akkor, ha a tagállam elismeri a végzettséget. További kikötés, hogy fellebbezési jogot is kell biztosítani a kérelem elutasítása, vagy határidőn túli elbírálása esetén. Az előírt határidő általában 3 és 4 hónap között változik a diplomától függően.

Hocsmán ügy

Az Európai Unió tagállamai a külföldi diplomák és/vagy szakképzettségek elfogadására vonatkozó irányelvek betartására sem jeleskednek.

Dr. Hocsmán, aki argentin származású, 1976-ban Buenos Airesben, tehát hazájában szerzett orvosi diplomát. 1980-ban a spanyol hatóságok elismerték orvosi diplomáját, és lehetővé tették, hogy praktizáljon, majd 1982-ben szakorvosi képesítést szerezzen urológiából. 1986-ban spanyol állampolgárságot is szerzett, és továbbra is Spanyolországban tevékenykedett. 1990-ban Franciaországba ment, ahol több kórházban is dolgozott. Többször próbálta elérni a francia hatóságoktól, hogy diplomáját és szakképzettségét ismerték el, (ez az önálló praktizálás feltétele), de azzal utasították el, hogy argentin diplomája nem jogosítja fel erre. A Hocsmán fellebbezését vizsgáló francia közigazgatási bíróság így ítélte meg, hogy itt a közösségi jogot kell alkalmazni, ezért előzetes véleményért az Európai Bírósághoz fordult.

A bíróság előtt a francia hatóságok a spanyolokkal és az olaszokkal együtt azzal érveltek, hogy éppen az egészség védelme miatt nem fogadhatók el a harmadik országbeli orvosi diplomák. (Az EU-ban minden, nem unió tagállam harmadik országnak minősül, és ez a hivatalos megnevezés is ezekre az országokra.)

Más véleményen voltak a finnek, a britek és maga az Európai Bizottság is. Szerintük ugyanis a diplomák kölcsönös elismerésére vonatkozó, az alapszerződésben vállalt kötelezettségek akkor is érvényben vannak, ha nincs irányelv, amely az adott szakterületre vonatkozóan ezt konkrétan szabályozná.

Az Európai Bíróság szerint, mivel Dr. Hocsmán eredeti, harmadik országbeli diplomája elfogadásra került egy tagállamban, és erre építve az unió belül olyan szakképzettséget szerzett, amely megfelel az irányelv által előírtaknak, szakorvosi képesítését minden tagállamnak el kell ismernie. Az irányelvek célja éppen az, hogy könnyítse a más tagállamban való munkavállalást, és megakadályozza,

hogy a tagállamok az irányelvben nem szereplő követelményeket támaszkodjanak. A bíróság kiemelte még, hogy az argentin származású orvos végig jogszerűen dolgozott a francia kórházakban, és ahhoz, hogy önállóan, vállalkozóként dolgozhasson szükséges a megfelelő szakmai szervezethez való belépése. Ennek viszont az a feltétele, hogy a nemzeti hatóságok által elismert alapdiplomával rendelkezzen.

A nemzetiségen alapuló megkülönböztetést általában az orvosi (és más) tevékenységek gyakorlásához szükséges engedélyk kiadásánál, illetve, a szakmai egyesületekbe, testületekbe történő felvételnél alkalmazzák.

A Látélet egyik korábbi számában már szó volt a Broekmüller ügyről, amelyben egy holland állampolgár Belgiumban szerzett orvosi diplomát. Ez a diploma Belgiumban feljogosította volna őt háziorvosi praktizálásra, de hazája szabályai szerint még kiegészítő köpzésre lett volna szükség, emiatt az illetékes holland szakmai szervezet nem vette fel tagjai közé, s így nem kaphatott tevékenységért finanszírozást a holland egészségbiztosítótól. Az Európai Bíróság itt is a másik tagállamban megszerzett képesítés automatikus elfogadását tartotta kötelezőnek a közösségi jog alapján.

Haim ügy

A fogorvosi diploma elfogadásához kapcsolódó Haim ügy azért nagyon érdekes, mert immár két esetben is eljuttott az Európai Bírósághoz.

Dr. Salomone Haim, aki olasz állampolgár, 1946-ban szerzett fogorvosi diplomát Isztambulban, és 1980-ig ebben a városban praktizált. 1981-ben az illetékes német hatóságok regisztrálták őt mint fogorvosot, így lehetővé vált, hogy Németországban magánorvosként dolgozzon. 1982-ben Belgiumban is elismerték diplomáját. Ennek alapján 8 évig praktizált Brüsszelben, meghozta így, hogy tevékenységét a társadalombiztosítás is finanszírozta.

1988-ban Dr. Heim a német fogorvosok egészségbiztosítási szervezetéhez (KVN) fordult, és kérte, hogy vegyék fel őt a tagok közé, azért, hogy Németországban is végezhesen a társadalombiztosító által finanszírozott tevékenységét. Kérését arra hivatkozva utasították el, hogy korábban nem vett részt egy olyan 2 éves szakmai továbbképzésen, mely a német szabályok szerint kötelező volt ahhoz, hogy valaki a társadalombiztosítótól finanszírozást kaphasson. Mivel fellebbezését is elutasították, Dr. Haim bírósághoz fordult. Arra hivatkozott, hogy az 1978-as uniói irányelv szerint rá nem vonatkoznak ezek a szabályok. A diplomák kölcsönös elismeréséről szóló 1978-ban hozott uniói irányelv egy 8 éves periódust biztosított a tagállamoknak, amely alatt megkövetelhetik maximum 6 hónap kiegészítő képzést a más tagállamban diplomát szerzett fogorvosoktól. Dr. Haim arra hivatkozott, hogy neki van engedély az NSZK-ban praktizálni, tehát számára nem kötelező a kiegészítő képzés. Szerinte ilyen szempontból teljesen mindegy, hogy a diplomája honnan származik.

Az illetékes német bíróság nem volt biztos abban, hogy az ügyben az unió vagy a német jogszabályok szerint kell-e eljárnia, ezért az Európai Bírósághoz fordult előzetes véleményért, és 3 kérdést tett fel.

Az első arra vonatkozott, hogy joga van-e a német hatóságoknak megkövetelni a kiegészítő képzést. Az Európai Bíróság válasza az volt, hogy nem tilos a kiegészítő képzésben

való részvételt megkövetelni. Ez csak a tagállamokban szerzett diplomák esetén ellentétes az uniói szabályokkal. Mindez abban az esetben is igaz, ha az illetőnek egyébként joga van magánpraxist folytatni a szóban forgó tagállamban.

A második kérdés arra kereste a választ, hogy az Európai Unió kívülről szerzett, de valamelyik tagállam által már elismert szakképzettség mentesít-e a kiegészítő képzés alól. A Bíróság szerint az, hogy egy tagállam elismert egy uniói kívüli diplomát nem tiltja egy másik tagállamnak a kiegészítő képzés előírását.

A harmadik kérdés lényege, hogy kiegészítő képzés hiányában elutasítható-e az egészségbiztosítási rendszerhez való csatlakozásra vonatkozó kérelem anélkül, hogy az illetékes hatóságok megvizsgálják az eddigi szakmai gyakorlatot, ha az illetőnek joga van a tagállamban praktizálni.

A bíróság válasza nemleges volt, azaz a hatóságoknak figyelembe kell venniük a fogorvos eddigi németországi és belgiumi szakmai gyakorlatát és csupán az egyébként kötelező szakmai kiegészítő képzés hiányára nem hivatkozhatnak elutasítás esetén. Eddig tartott a Haim I. ügy, melyben az Európai Bíróság 1994-ben hozta meg a fenti ítéletet. Talán nem is került volna említésre a cikkben ez a jogeset, ha nem lenne folytatása.

Haim II. ügy

A bírósági ítélet hatására 1995 januárjában Haim urat regisztrálták a megfelelő német szakmai szervezetnél, de tekintettel korára, már nem tette meg az ahhoz szükséges lépéseket, hogy az egészségbiztosítók is finanszírozás tevékenységét. (Ekkor már 48 év praktizált, és ha fellebbeznék, hogy az 1940-es években a fogorvosi képzés legalább 4 éves volt Törökországban, akkor Salomone Haim valószínűleg elmúlt 22 éves mire megkapta diplomáját. Ez azt jelenti, hogy 70 év körül lehetett a szóban forgó időszakban.)

Az egészségbiztosítóval tehát nem kötött szerződést, de az 1988 szeptembere és 1994 vége között eltelt időszakra vonatkozóan kártérítési pert indított a német fogorvosok szakmai szervezete ellen, mely korábban nem jegyezte be őt tagjai közé. Haim szerint abban a 6 évben, melyben – az EB ítélete szerint jogtalanul – nem kaphatott tevékenysége után társadalombiztosítási finanszírozást jövedelme magasabb lett volna, ha a KVN nem sérti meg az uniói jogot, és időben felveszi tagjai közé.

A düsseldorfi bíróság, melyhez az ügy került elismerte, hogy a német szakmai testület döntése hibás volt, de véleménye szerint a szervezet jöhszeműen járt el. Kérdés azonban, hogy felelős-e és ha igen, milyen mértékig a KVN azért, mert nem vette figyelembe Haim dr. addigi szakmai tapasztalatát, és ezzel korlátozta tevékenységét. A nemzeti bíróság számára kérdéses volt, hogy az uniói jog alapján keletkezett-e kártérítési kötelezettség. Ezért a Düsseldorfi Regionális Bíróság előzetes véleményért kért az Európai Bíróságtól arról, hogy köztisztület felelősé tehető-e az egyének okozott olyan veszteséget és kárt, mely az adott testület vagy az állam hibájából, az uniói jogszabályok be nem tartása miatt következett be. Alapelvektől elmondható, hogy ha a közösségi jog nem kerül átvitelre a

nemzeti jogba, és emiatt valamely tagállam polgárának kára vagy vesztesége keletkezik, az illető állam kártérítési felelősséggel tartozik. Ez az állami felelősségre vonatkozó szabály csak nehezen vált általánosan elfogadottá az unióban, de 1995-re már az volt.

1991-ben ugyanis az Európai Bíróság elé került két olyan ügy (Francovich és Bonifaci), amelyben az olasz állam felelőssége merült fel, mert nem vett át egy irányelvet, amely a munkaadó fizetéseketlenessége esetén védte volna a munkavállalókat. Az Európai Bíróság az azóta gyakran példaként emlegetett Francovich ügyben úgy fogalmazott, hogy „a tagállam felelős azért, hogy jövétege az egyéneknek a közösségi jog megszegésével okozott kárt”. Ez azt jelenti, hogy a közösségi jog az egyének számára is keletkezethet jogokat, és a tagállamok nemzeti bíróságai kötelesek ezeket az ítélezkésükben figyelembe venni.

Az állam kártérítési felelősségének 3 feltétele van: 1. a közösségi szabályozás ruház az egyénre is jogokat, 2. a jogértés valóban súlyos legyen, 3. ok-okozati összefüggés álljon fenn az állam kötelezettségének megszegése és a személy által elszenvedett kár között.

Az Európai Bíróság szerint a Haim ügyben az okozott kár mértékét a nemzeti bíróságnak kell megállapítania, hogy figyelembe vessz mind a német jogszabályok megsértése következtében.

Az Európai Bíróság feltehető utolsó kérdés az volt, hogy vajon egy tagállam illetékes hatóságai olyan esetben, mint a Dr. Haimé követhetik-e a szociális biztonsági rendszeren (tb) belüli tevékenységet a szakma gyakorlatához szükséges nyelvi szint megjelöléséig.

Az Európai Bíróság esetjoga szerint a nemzeti szabályozással csak olyan korlátokat lehet alkalmazni, amelyek megfelelnek az alábbi feltételeknek: 1. mindenre egyaránt vonatkoznak, nem diszkriminatívak, 2. fontosak és valóban a köz érdekét szolgálják,

3. a cél elérésére a legalkalmasabbak, 4. a cél lépnek túl a szükséges határon.

Az Európai Bíróság szerint a fogorvosnak a paciensekkel, illetve a szakmai szervezetekkel és a hatóságokkal való kapcsolattartáshoz valóban alapvető fontosságú a megfelelő nyelvtudás. Ugyanakkor ezt az igényt nem szabad eltúlozni, hiszen a nem az adott tagállam nyelvét beszélő paciensek érdeke viszont éppen azt kívánja, hogy praktizálhasson bizonyos számú, az ő anyanyelvüket beszélő fogorvos is. (Ne feledjük, Németországról és egy török fogorvosról van szó!) Láthatjuk, hogy a diplomák és szakképzettségek kölcsönös elismerése körül huzavonák és pereskedések máig nem szűntek meg, sőt újabb és újabb ügyek kerülnek az Európai Bíróság elé. Az uniói szakembereknek és a közösségi szerveknek az a véleménye, hogy az általános orvosi diplomák elismerésére vonatkozó egyszerűsített eljárás kimondottan sikeres. Ezért ez az irányelv a mintája más, hasonló célú szabályozásoknak is.

Dr. Czibalmos Ágnes
EU szakértő

„Legfőbb gondom: betegem egészsége”

(Genfi Egyezmény 1. pontja)

Az Otthonápolás terminus technikusai a praxisban dolgozó szakorvos szemével

Az egészségügyi kormányzat modernizációs programja meghatározta az egészségügyi ellátórendszer strukturális és finanszírozási változtatásának szükségességét. A magas költségű otthoni ápolás csökkentését új ellátási formák bevezetésével kívánta elérni. Az otthoni szakápolás az egészségügyi ellátórendszer struktúrájában a kezelőorvos által indikált és szakápolók által nyújtott új szolgáltatás formája, melynek célja: az ápolás hiánya miatt ne kerüljön kórházba az a beteg, akit a megfelelő feltételek megteremtésével otthonában is el lehet látni, a kórházban ápolat beteg mielőbb visszatérhessen otthonába és ameddig szükséges, szakápolási szolgáltatást kapjon, a kórházi ápolási idő rövidítésével csökkenjen az ellátás költsége, az ápolás humanizálása, az ápolói hivatás presztízsének növelése.

Szakápolási Szolgálat célja

A Szakápolási Szolgálat a szakmai szempontok érvényesítése mellett ügy biztosít szakápolást, hogy körkörös az ellátandó beteg érdeke álljon. A kórházból távozás után a beteg otthonában jól képzett szakápoló fogadják. Az otthoni légkör elősegíti a beteg és ápolat végzők között a bizalmas alapú kapcsolatot kialakulását, melynek eredménye a beteg és a család jó együttműködése.

1. Szakmai cél: a kórházi fekvőbeteg szakápolás és a háziorsvos praxis leterheltségének csökkentése, a kórházi ápolás kiváltása, a kórházi ápolás lerövidítése.

2. Közös cél: a lakosság ellátási szükségleteinek racionális, gazdaságos, humanus biztosítása, a lakosság elégedettségének fokozása az egészségügyi ellátó rendszerrel szemben.

Az Otthoni Szakápolási Szolgálat célszempontjai – a háziorsvos által felállított diagnosztika és terápia mellett saját otthonukban szakápolói szolgáltatással gyógyulhatnak – definitív ellátást kaphatnak a

beteg, kórházi kezelésük akut szakaszának lezajlása után, kórházi kezelőorvos által javasolt ideig, a háziorsvos által elrendelt és ellenőrzött ápolási terv mellett további szakápolásra otthoni környezetükbe visszahelyezhetők, krónikus betegségeik, állapotuk miatt időszakosan szakápolásra szorulnak és az otthoni felügyelet és ápolás egy részét a család is tudja vállalni, érdekeltté tenni a kórházakat a beteg szakmailag indokolt időben történő elbocsátásához.

Az Otthoni Szakápolás a 114/1996. (VII.23.) Kormányrendelet alapján a következőképpen rendelhető el: 1. A háziorsvos saját kezdeményezésére, vagy intézeti zárójelentésen szereplő javaslat alapján. 2. A járó-beteg szakrendelés orvosa, vagy kórházi szakorvos, ha az intézet a háziorsvosnál lekötötte a biztosított részére a szakápolást.

Ápolási időtartam

A 114/1996. (VII.23.) Kormányrendeletben meghatározottak szerint: Egy szakápolási vizit 0,5 óráról 3 óra időtartam lehet, illetve a 15/1999. (VI.9.) Eü.M. rendelete a következőképpen módosított az ápolási időtartamát. Az Otthoni Szakápolás elrendelése tizenkét havonta betegenként és szakápolást indokoló diagnózisként, az ápolás megkezdésétől számított – legfeljebb 14 vizitre szólhat. Orvosi vizitát alapján – új elrendelő lap kiállításával – további három alkalommal újabb 14-14 vizitre meghosszabbítható! Az Otthoni Szakápolás keretében ellátandó szakápolási feladatokat a 20/1996. (VII.26.) NM. rendeletben meghatározott kompetencia lista alapján végzik.

1. Szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megfigyelése. 2. A tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása. 3. Állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolási feladatok. 4. Az

intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok. 5. Balesetek és különböző műtét utáni szakápolási feladatok, testi higiéniájának biztosítása, valamint a mozgás segítése. 6. Műtét területet (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladati, szakmaspecifikus szájjápolási tevékenységek műtét után. 7. Decubitus ellátása, megelőzése. 8. Gyógyászati segédeszközök, protézisek szakszerű használatának megfigyeléséhez kapcsolódó szakápolási feladatok. 9. Szükség esetén speciális tevékenységek például: EKG, oscillometria, oxigénterápia, légzésterápia, szívó alkalmazása. 10. Tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai. 11. A beteg állapotától függően gyógyterápia, fizioterápia, beszédterápia, diétás tanácsadás biztosítása.

A szakápolás során: a beteg pszichés vezetése, és mindazon tevékenységek megfigyelése, amelyet maga a beteg és/vagy családja tehet az egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért, ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését, rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal, és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.

Az eredeti rendeletet a 15/1999. (VI.9.) Eü.M. rendelettel módosították.

1. Az R. 1. számú mellékletének a) 5. pontja helyébe a következő rendelkezés lép: „5. Baleseti és egyéb műtétek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiénié biztosítása, valamint a mozgás segítése.” b) 7-8. pontja helyébe a következő rendelkezés lép: „7. Dekubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai. 8. Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok: gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása, mozgás és mozgás

eszközei használatának tanítása, hely- és helyzetváltoztatás segítése.” c) 9. pontja a következő szöveggel egészül ki: (szükség esetén speciális tevékenységek, például: „Gyógylámpák alkalmazása, TENS készülék alkalmazása.” d) 11. pontja helyébe a következő rendelkezés lép: „11. A beteg állapotától függően beszédterápia, a fizioterápia köréből: gyógyterápia, elektroterápia biztosítása.” 2. Az R. 1. sz. melléklete a következő 12-13. pontokkal egészül ki: „12. Haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével. 12. A szakápolás és a szakirányú terápia szolgáltatás során biztosítani kell: a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért, ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését, rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.”

A cél a jobb, gyorsabb, szakszerűbb betegellátás. A humanus otthoni környezetben felgyorsuló és gyógyulási folyamatok közötti jó kollégális kapcsolat, továbbá, hogy mindkét félnél a rugalmas, mobilitásra, permanens egymástól történő tanulásra jellemző alkalpális. Az **Otthonápolás** jövőképeben szerepelnek két olyan központ kialakításának, ahol egy teamként működik a ház-gondozónő, a közösségi-körzeti ápolónő és a szakápolóval. Ilyen módon képzhető el a beteg teljes kiszolgálása – teljes komfortteretnek maximális biztosítása.

Dr. Salamon Sándor
háziorsvos, polgármester

„A kóválygó öregek”

Az öregek sajátos, egyedül és közösségi, egészségügyi – szociális – szociológiai – szociálpolitikai problémáiról kívánok szólni egy idősebb társadalomban. Talán létszámra számolunk, átlagánál magasabb, illetve alig foglalkozunk gondoljakkal. Javasolnám valamennyiünknek, s különösen a hivatástudatból győződve, hogy jobban tiszteljék és becsüljék meg életünkben öregeinket. Sokunknak és sokszor háboroghat a lelkiismeretünk, szakmai-emberi adottságaink miatt. Gyakran hallom értelmiségi körökben is, hogy az öregek „nyűgösek, követelők, és egyesek szinte telhetetlenek.” Ellátásuk komplex, pazarló és a szélsőségek véleménye szerint: „drága”. Mindnyájuknak üzenem, hogy rövidlátóan értékteljesed, önzők, etikátlank és kritikátlanok, a saját jövőjüket is leértékelik. Az idősek szellemi értékei napjainkban is élnék eslekedeteinkben és sok aktív öregünk tetteiben. Ezért szubjektív és kiragadott amikor csak a gondozásra szoruló emberek számáról és ennek a költségkhatásáról beszélnék.

Vajon hogyan élnek meg az idősek napjaink egoista, gyakran öncélú társadalmában a kihívásokat? Elsősorban társadalmi csoport-függőségek alakulnak ki. Ezek jellemzői: a fokozódó kiszolgáltatottság, az önbizalomcsökkenés, a tehetetlenség érzése, a visszahúzó, s idővel a magukba fordulás. Sajnos egyes esetekben személyiségzavarok is jelentkezhetnek. Az úgynevezett globalizáció az individualizmus más „civilizációs betegségeit” igazolják **Lasch** véleményét. „*Öncélú társadalmak épülnek rossz közérzettel, beteg lelki emberekkel.*” Napjaink generációs konfliktusai, hatalom és pénz által motivált „szellemi paranoiáit”, számtalan komplexus forrása, civilizációs betegségek kialakulásának az előidézői. Mi háziorsvosok őrző – védő – szelektív irányító és rehabilitáló funkciókat látunk el. Nevelés győgyítunk, szociális hálót fonatunk, testet és szellemet ápolunk. Számtalanszor találkozunk „határhelyzetekkel és esetekkel”, az idősek számára segítség nélkül megoldhatatlannak tűnő nehézségekkel. Gondoljunk csak a krónikus betegségeik testi-pszichés szenvedést okozó tüneteire. Mások, a hozzátartozók elvezetésének és a magányosságának „gordiuszi csomóira”.

Vajon vannak-e jellemző pszichés betegségeik?

Az életkor természetes velejárója a fokozódó szellemi hanyatlás, feledékenység és a rendszeres emlékeztetés. Praxisomban, ahol az átlagéletkor 54 év, az idősek 54 százalékánál találtam kórosnak minősíthető, az életkorral nem korreláló eltéréseket. Elsősorban az alkoholizáltnál 70 százalékban, a dohányzóknál 53 százalékban, de az egészséges életmód szerint élő magányosoknál is 63 százalékban! Genetikai összefüggéseket nem észleltem. (Tudni kell, hogy nyugdíjasaim zöme 67 százalékuk magányos, s átlagosan havi 28.560,-Ft-ból gazdálkodik. Sokan járadékosok, tsz, illetve rokkantsági és özvegy nyugdíjasok: 78 százalékban.) Betegimnél 82 százalékban depresszió, 49 százalé-

ban halmozottan szorongásos attakok fordultak el. (Hetente ötször, átlagosan 1-2 óras időintervallumokkal.) A jellemző magatartásformák segítségével jól körülhatárolható csoportba sorolhatom az öregeket. Ezek szerint vannak: a., harmonikus és produktív (18 százalék), b., „karosszék típus” (22 százalék), c., függéskedő vagy rászoruló (52 százalék), d., maga ellen forduló (8 százalék).

A tudati szint rendezettsége szerint pedig lehetnek: a. integrált, ép tudatú, b. dezintegrált, c. konfuzus, azaz zavart, d. szétesett.

Funkcionálisan, illetve eredményesség alapján: sikeresek – sikertelenek.

Aktivitásuk mértéke után: – go-go típusúak, – slow go és – no-go típusú öregek.

Vajon van-e valamilyen remény, hogy az idősek visszanyerik az önállóságukat?

Ez egy rendkívül fontos és nehéz kérdés! Vannak gyakorlati tapasztalataim, eredményeink a krónikus, gerontológiai, és elrettentő sikertelenségeink egyes ún. elfekvő osztályokról. *Ugy gondolom, hogy az intézeti kezelés – gondozás, csak a legveszélyesebb lehet. Visszaengedni a megszokott és számunkra elfogadott környezetbe, sokuk számára „felér egy fél gyógyulással”. Igaz, a praxisban dolgozók munkája ezzel nagyon megnöveked, de okos szervezéssel és tisztességes empátiával, eredményeket érhetnek el. A házi ápolási rendszer továbbfejlesztése szakmailag, finanszírozási szempontból közelebb visz minket a gerontológiai népegészségügyi program megvalósításához.* Természetesen figyelembe kell venni a sajátosságokat s ezeknek megfelelően életvezetési tanácsokat adni, személyre szóló programokat kell kidolgozni. Figyelemmel legyünk a gyógyszer dozированияokra, iatrogéniákra és mellékhatásokra, amelyek az időseknek teljes mások, mint a felnőt populációban. Hangsúlyozottan sok energiát célszerű befektetni a felvilágosításba, ne felejtjük el, hogy nálunk is gyakran érvényes az alacsony egészségügyi kultúráltság.

Mennyire félnek az idősek az elmulástól?

Tapasztalataim szerint a 67 százalékuk nagyon, míg a többiek „csöndesen beletörődnek”.

Miként viszonyulnak az eutanáziához?

Idős betegek 53 százaléka az aktív, 28 százaléka a passzív formáját elfogadja az „kegyes halálnak”. A többiek elvetik, s azt tartják: „haladékos kínjainak mérséklése nem egyenlő a halálhoz való joggal”. Számtalan gondjukról nem szóltam, így a hitbeli erőteljes reménységükről sem. Öregeim 87 százaléka vallásos, s az ateisták nagyobb része alkoholfüggő, céltalanul kóválygó, szociálisan perifériára szoruló beteg.

Remélem, egy kicsit másképpen fogjuk látni sorsukat, medicinális lehetőségeiket, és aktívan hozzá fogunk járulni egy európai uniós elvárásnak megfelelő időskori szociálpolitika kidolgozásához. Mindazok, akik soraimat elolvasták, gondolataim továbbadták, segíthetnek.

Egyszerűbb kiválasztani, könnyebb használni



Új TENA termékek az azonosítást segítő Easy-Select™ jelöléssel

Az alábbi információk a TENA család új termékeiről és az Easy-Select™ jelölésről. A TENA család új termékei az alábbiak:

- a helyi tartózkodási helyükön szoruló emberek és a legkisebb méretű emberek számára
- a nők számára új jelölésű termékek, a férfiak számára, és az inaktív emberek
- a súlyos betegek elhelyezése segít a termék pontos tesztelésében
- az azonosítást megkönnyítő jelölések a csomagoláson is megjelennek

A TENA új, könnyebb kiválasztást és felhasználást lehetővé tevő termékek – a gyors és egyszerű tesztelési módszerrel – a betegségeik azonosítását könnyűvé teszik.



TENA

SCA Hygiene Products / Információkért: 1023 Budapest, Budaközi út 51.
Postacím: 1525 Budapest, Pf. 179
Információk: INFO INFO (hetikultura@tena.com) 9.00-13.00 óra között
Egyszerűbb kiválasztani, könnyebb használni 06-90 211 21 21

Altenpflege + HealthCare

2003 március 25-től 27-ig első ízben együttesen rendezik meg az „Altenpflege” (idősek ápolása) és „HealthCare” nevű szakvásárokat. A vásárok rendezői, a Vincenz Kiadó és a Nürnberg-Messe ezzel a lépéssel csak követik az egészségügyi intézmények példáját. A demográfiai fejlemények nyomán az idősek orvostana, a terápia és az ápolás szektorai egyre inkább összefonódnak – hiszen társadalmunkban egyre idősebbé válnak az emberek. A kórházak is kénytelenek egyre inkább szembeesni a többszörös megbetegedésekben szenvedő idős emberek kezelésével, és természetesen az ápolási intézmények és az ambuláns szolgáltatók sem képeznek kivételt az alól.

A klinikákon belül megszervezendő központosított szerepet láthatóan el az idős emberek orvosi ellátásában.

„Hálózatok gócpontjává válhatnak ezek a központok, amelyek befelé és kifelé egyaránt kifejti jótékony hatását”, hangsúlyozza Cornel Sieber professzor, a Nürnbergi Klinikai 2. Orvostani Klinikai Gerontológiai és Toxikológiai Osztályának főorvosa.

Németországban a 65 éven túliak százalékaránya folyamatosan nő. A 80-on túliak immár a leggyorsabban növekvő lakossági csoportot alkotják. A Családok, Idősek, Nők és Fialatok Minisztériuma legfrissebb becslései szerint 20 év múlva körülbelül 5,0 millió németországi lakos, vagyis a népesség 6,3 százaléka lesz 80 éves vagy idősebb. Ez a fejlődés nyilván kihát a kórházi páciensek átlagos életkorára, mivel a fiatalok egyre inkább előnyben részesítik az ambuláns szolgáltatásokat.

A Nürnbergi Klinikai pácienseinek átlagéletkora időközben 66 év, a gerontológián 76 év. „Az utóbbi tíz év során öt évvel emelkedett az átlagos életkor”, hangzik Sieber professzor beszámolója. Véleménye

szertint ennek messzemenő következményei vannak: „Az akut ellátás területét teljesen újra kell szervezni, és ezen belül a geriatría súlyra egyre nő.”

A kórházaknak azzal kell számolniuk, hogy előrehaladott korú és nagyon idős páciensek immár nem csak egyetlen kórból szenvednek. Jelenleg az idős pácienseknél átlag hat betegséget diagnosztizálnak, amelyek terápiaját össze kell hangolni. A leggyakoribbak a szív és a keringés megbetegedései, amelyek viszont sok baleset (esés) okozói, melyek például combnyaktörésekkel járnak. A 80 éven túliak mintegy 30 százaléka demenciával megbetegedésekben szenvednek, azaz olyan tünetekben, mint a feledékenység és a viselkedési változások (belső nyugtalanság, vagy a csökkent finommotorika), melyek már-már megzavarják a mindennapokat. Ugyiszint nagyon gyakoriak a mozgásszervi és a daganatos megbetegedések. A vastagbélrákban szenvedők átlagéletkora Európában jelenleg 67 év. „Korábban alacsonyabb volt az átlag életkor, akkor az emberek egyszerűen korábban haltak meg. Most inkább „átélik” ezeket a betegségeket.” véli Sieber professzor.

Belső és külső hálózat

A Nürnbergi Klinikai új Gerontológiai Központjával kíván reagálni erre a fejlődésre. Sieber professzor szerint a Központ megközelítésének egyértelműen interdiszciplinárisnak kell lennie. A gerontológia professzora egy olyan hálózatban gondolkodik, mely befelé (tehát a teljes kórházat áthatóan) és kifelé is kifejti hatását (tehát az idősokat ápoló otthonokat, az ambuláns ápolószolgálatokat és a körzeti orvosokat is magába foglalja).

Ezen belül a gerontológiának „szorosan együtt kell működni” a pszichiátriával és a neurológiával, tehát a hálózatnak egyfajta „nukleusként” (sejtmagként) kell



szolgálnia. „A gerontológia szerepe, hogy építse ki konziliáris szolgáltatást minden orvostani terület felé, tehát az operatív diszciplínák felé is,” hangzik Sieber követelése.

A tulajdonképpeni Geriátriának voltaképpen a klinikákon kívül kell megvalósulnia. „Az akut kórházi gerontológia nem több, mint a jéghegy csúcsa.” A Klinikai Nord keretében működő Gerontológiai Ambulancia például segít a protézisek illesztésénél, vagy bonyolultabb műtétek után, amelyek hosszú kórházi utókezeléssel járnak, segíti felkészíteni a pácienseket az otthoni életre. Ezzel szemben a házi ápolást mégis csak az ambuláns szolgáltatók, vagy a hozzátartozók végzik. „A kórháznak velük kell, hogy együttműködjön; konkrétan tanácsadóként, vagyis a tapasztalatsere részére meg kell teremtenünk a megfelelő fórumokat.” Sieber szerint egyre inkább a körzeti orvosokat is be kell vonni. Egy úgynevezett Helpline-re gondol, azaz egy telefonos szolgálatra, ahol a körzeti orvosok speciális gerontológiai kérdésekben kérhetik a szakemberek tanácsait.

Segítő eszközök az otthoni életre

Az orvosi ellátás mellett egyre nagyobb szerep jut a gyógyászati segédeszközöknek. A finomelektronika iparágában immár számos munkaerő foglalkozik ilyen eszközök fejlesztésével és előállításával. A látást vagy hallást segítő intelligens eszközök, az egyre tökéletesebb mesterséges csipőzültek és protézisek, vagy az elektronikai sürgősségi jelzőberendezések annak feltételeit teremtik meg, hogy az idős emberek egyre tovább élhessenek önállóan megszokott lakókörnyezetükben. Ez nem csak a közvetlenül érintetteknek segít, – így a hozzátartozóknak is, – hanem kiméli az egészségügy fizetés anyagi helyzetét.

A demencia példája

Sieber hangsúlyozza: „A demenciában nem amilyen sorcsopajtsá kell látni, amely az idős kor magától értőddé velejárja. Ne felejtjük el, hogy a 80 éven túliak 70 százaléka most sem szenved demenciában. A döntő kérdés az, hogy a demenciát sikerül-e időben diagnosztizálni?” Ezzel szemben Németországban ez ideig a demenciás megbetegedések mintegy 10 százaléka sikerült csupán felismerni. Helyes diagnózis bir-

tokában viszont csakis konkrét kezelési javallatok vannak. A megfelelő gyógyszeres kezelés például képes leállítani, vagy legalábbis lelassítani a betegség kibontakozását. Gyakorlatok segítségével meg lehet őrizni a szellemi és testi teljesítményeket – így pedig aránylag hosszú távon lehet biztosítani az érintettek életminőségét.

A gerontológia, a pszichiátria és a neurológia összefogása kiválóan alkalmas az időbeni diagnózisra és kezelésre nézve fontos. A Nürnbergi Klinikai két éve kínálja a korai diagnosztikus feltevéleit egy emlékeztető-ambulanciá formájában, ami egyfajta első kapcsolódási pont az érintettek és tanácsot kereső hozzátartozók részére.

A káros emlékeztetővarok időbeni felismerése alatt az értjük, hogy az ambulancián pszichológiai vizsgálat során kiderítik, vajon demencia esetével van-e dolgunk. Az első ez irányú jelek már a három-négy perces gyorsított tesztesetek segítségével kimutathatók, ilyen a „mini-mentális státuszteszt”. A gerontológiai, neurológiai és pszichiátriai szakutadai segítségével, melyhez még képbázisú eljárások is társulnak, mint a számítógépes vagy magnitómográfia, közelebb kerül a megkülönböztethetjük a demencia különféle altípusait, mint az Alzheimer kór, vagy a vaszkuláris demencia kisebb megnyilvánulásaihoz, vagy pedig a reverzibilis demencia, mely a pajzsmirigy alulműködésének, vagy vitaminhiányának köszönhető.

A klinika az ambuláns, tanácsadási és ápolási szolgáltatást, valamint maguk a páciensek segítségére is rendelkezésre áll, azaz nyitott. „Tájékoztatunk a lakosságot, és kivált az ápolást végző hozzátartozók helyzeténél segítünk.” vélekedik Sieber professzor. Ez annál is fontosabb feladat, mivel a demenciás betegek kétharmada otthon a hozzátartozók ápolják. „A házi ápolásban magas fokú teljesítményt hoznak, mint a kórház részéről támogatunk kell”, hangsúlyozza a gerontológus főorvos. Első sorban speciális kinalatokra gondol és tanácsadásra, a hozzátartozók és az ápolók részére.

Sieber szerint csak a létező segítő és ellátási kinalatok összefogása, illetve a körzeti rendelő és orvoshálozat korhálakkal való egybekötés révén „tudjuk megőrizni a megbetegedettek önállóságát és méltóságát.” „Ebben kell, hogy lassuk legfeljebb célunkat.”

A sajtóanyagot fordította: Neumann és Társa - Svájc

Humán fókusz A Dunaalmási polihisztor



Ferenczy doktor 1965-ben került Dunaalmásra, ebbe a Duna melletti ma 1700-as körzetszámú kedves kis településre és ma már nehezebb lenne nála lokálpatriótább városkutatót találni ezen a környéken. Dr. Vértés László főorvos, a Magyar Gerontológiai Társaság főtákará így mutatja be kollégáját:

„...A Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán szerzett általános orvosi diplomát 1956-ban. Orvosi pályafutását körzeti orvosként kezdte Heves megyében. Több alkalommal külföldi tanulmányúton járt Halle an der Saale-ban, az ottani Orvostudományi Egyetemen. A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének alapító tagja volt 1967-ben. A Magyar Gerontológiai

Társaság rendes tagja, a Magyar Orvos-Irók és Képzőművészek Körének rendszeres előadója. Orvostudományi munkásságát elsősorban az idősorvostudomány szakágában folytatja. A dunaalmási Önkormányzat képviselő testülete 1996-ban orvosi munkássága elismeréséül arany pecsétgyűrűt adományozott részére. Kiemelkedő irodalomtörténeti tevékenysége Csokonai Vitéz Mihály és Lilla (Vajda Julianna) személye köré fonódik. Lilla Dunaalmáson lakott. Dr. Ferenczy Miklós a községben Emlékszobát létesített, kezdeményezte Csokonai Vitéz Mihály szobrának felállítását is. Irodalomtörténeti kutató munkájáért 1989-ben Debrecebben Csokonai díjat kapott. A szlovákiai Ebel község polgármestere és képviselőtestülete 1989-ben díszpolgárrá választotta. A nagykörű Arany János Irodalmi Társaság rendes tagja, a pápai Jókai-Kör 1990-ben tiszteletbeli tagja közé sorolta. Több könyvet írt Csokonayról. Mivel elődei között Kossuth Lajos, Bem apó honvédek voltak – Ferenczy Károly és Ferenczy Sándor- több könyvében állított emléket az 1848/49-es forradalomnak és szabadságharcnak. Elsősorban Komárom, Dunaalmás Neszemly környéki események történelmét vázolja kötetiben. A Debreceeni Teológiai Akadémián 1985-ben református lelkészi diplomát szerzett. A Jámor Gréte Időskutatói Alapítvány és a Jámor Gréte Idősgondozási Alapítvány kuratóriumának tagja...” A polihisztor körvonalas Orvosi pályám története című önéletrajzi könyvében gyűjtötté csokorba visszaemlékezéseit arról az ötven évről, amit orvosként látott, hallott, tapasztalt és könyvnek másodkiadása jelzi mondanója sikerét.

Arra az újságról kérdésre pedig, hogy hogyan került látószögébe Csokonay és annak szerelme, Lilla, – amely kapcsolatnak a kutatása meghatározó tényezője helytörténeti munkásságának – magától érthetően válaszolja: ha egy ember, – aki történetesen az emberek gyógyítását választja hivatásul – kikerül egy kis településre, legelső feladata az ott lakók megismerése. 1965-ben, amikor Dunaalmásra került, a legelső szabad percben az anyakönyvet kezdeményezte, mert megtudtam, hogy a kolerajárvány idején Dunaalmáson volt olyan időszak, amikor minden napra esett egy temetés, így havonta 31-et temettek. A Kolera-ról készülő tudományos dolgozatom adatgyűjtésénél találtam rá arra a házassági anyakönyvre, ahol az akkori bejegyzés szerint, „Csokonay Vitéz Mihály Lillájára házasságot kötött Vég Mihály református esperessel 1844. április 17-napján.” Persze hogy szíven ütött az az irodalom szerető üzenet, ami mindezt fontosnak tartotta megőrizni az utókor számára.



Ferenczy doktor átadván fiának körzetét, hetente egyszer még találkozik betegeivel a praxisban. A hét többi napján a Kisbéri Kórházban dolgozik belgyógyászatként miközben magánemberként tovább kutatja történelmi nagyjaink életét.

Most Petőfi van soron és meglehetősen idegesen utasítja el a költő Barguzinnal kapcsolatos feltételezéseit, amivel kapcsolatos érveit szintén olvashatja az érdeklődő.

És hogy református lelkész léte miatt elkötelezett híve II. János Pál pápának, aki saját kezűleg dedikálja számára könyvét?

Aki megismeri Dr. Ferenczy Miklós eddigi életútját, nem teszi fel ezt a kérdést.

„Mindent az egészségért”

Bioterrorizmus, Rehabilitáció, Egészséges életmód, mint kongresszusi téma

Bruno, Közép-Európa legjelentősebb vásárvallata számos orvosi tematikájú szakvásárnak ad otthont. Novemberben az orvostechnikai, gyógyszerészeti és rehabilitációs szakemberek két nemzetközi szakvásáron találkoznak.

A MEFA, valamint a REHAPROTEX nemzetközi vásárok nem csupán a cseh egészségügy komplex bemutatását tüzték ki célul. Ennél jóval nagyobb feladatot vállaltak: az egészségügyi technikai, a gyógyszerészeti, a rehabilitációs, valamint az ortopéd termékek és szolgáltatások reprezentatív kínálatának bemutatását. Ehhez jönnek még ráadásul a kiemelkedő szakemberekkel folytatott szakmai eszmecsere, előadások, szakmai vitafórumok. Természetesen nem fognak hiányozni a cseh egészségügy magas beosztású képviselői sem: a különböző érdekképviseleti szervek, szövetségek, társaságok.

MEFA 2002 – az egészségről, négy teljes napon át Az egészségügy jelenlegi fejlődésére jellemző a pácienseknek nyújtott fejlődés minőségi növekedése, az egészségügyi szolgáltatások elérhető szabványainak, valamint a hatékony gyógyítás és gondozói munka figyelemmel kísérése. Ez az irányvonal tükröződik a bemutatott termékek, technológiák és szolgáltatások minőségében is. A vásárokon nem csupán a cseh kiállítók képviseltetik magukat, hanem a legtöbb külföldi gyártó is, egyben a cseh piacon jelenlévő összes külföldi vállalkozás. A legjobb kiállított termék az ARANY MEFA díjat mondhatja majd magáénak, melyet a szakmai zsüri



Memória-zavar: kor vagy kór?

Alzheimer Világnap: szeptember 21.



Az Alzheimer Világnapot 1994 óta rendezik meg az Egészségügyi Világszervezet és a Nemzetközi Alzheimer Társaság támogatásával. Ez utóbbi, amely a világnaphoz kapcsolódó eseményeket koordinálja, az egyes országokban működő Alzheimer Társaságok nemzetközi ernyőszervezete, londoni székhellyel. Napjainkra már hatvan ország csatlakozott a világnap megrendezéséhez, amelynek fő célja, hogy tudatosítsa a demencia mibenlétét és ossza a hozzá kapcsolódó tévhiteket. A Világnap alkalmából a budapesti Vöröskereszt székházában sajtótájékoztatót tartottak, amelyen részt vett Dr. Göncz Kinga politikai államtitkár, Dr. Morzsányi Éva, a Vöröskereszt főtitkára, Prof. Dr. Iván László geráter, a SOTE vezető oktatója, a II. Alzheimer Világnap hazai védnöke, Dr. Elek Csaba OEP főtanácsadó, Dr. Hortobágyi Tibor pszichiáter, osztályvezető főorvos, Himmer Éva, a Feledékeny Emberek Hozzáértő Társasága elnöke.

Az Alzheimer betegség, amelynek a kórképét Alois Alzheimer írta le 1907-ben, a demencia egyik fajtája, mely a demenciák mintegy ötven-hatvan százalékát teszi ki. (Vascularis eredetű demenciáknak kb. 20-30 százalék, a többi egyéb eredetű.) Az Alzheimer kór a központi idegrendszer degeneratív és – sokszor nem lineárisan – előrehaladó természetű megbetegedése. Kialakulásának pontos okai mindmáig ismeretlenek, de ez a megbetegedés nem egyéb kórfolyamatok következménye (mint

például a Parkinson kór), hanem az örökletes, a szerzett és a környezeti tényezők együttese. A betegség első szakaszában lappangó jellegű és egyre súlyosabbá váló memóriazavar tapasztalható, a második szakaszban az önálló képesség hanyatlása figyelhető meg, a súlyos szakaszban a leépülés akár a vegetatív szintig progrediálhat.

A korban szenvedők száma a fejlett országokban egyre növekszik, s az egyén, a hozzátartozók, a társadalom és az egészségügyi ellátó rendszer számára egyaránt súlyos terhet jelent gazdasági, szociális és pszichés szempontból egyaránt.

Gondoljunk csak arra, mit érezhet a család, amikor egyikük a napi sétájából nem érkezik haza, mert eltévedt az ismerős környéken! Vagy amikor az ünnepi torta cukor helyett sóval készül el. Netán a szokásos kártyapartin produkál szokatlan reakciókat a hozzátartozó, és sorolhatnánk. Sokan emlékezhetnek az Iris című, Oscar díjas angol film főszereplőjére is, az egykor híres, okos és szép írónő történetére. Idős korára Alzheimer beteg lett, szerencséjére számíthat férjére, aki mindenben támascszere.

A betegség egyéneknél eltérő tünetekkel kezdődik ugyan, de főbb jellegzetességei a memória károsodása, a beszéd és a motorikus tevékenységek zavara. Kialakulását – főképpen magatartás- és személyiségzavart, illetve a személyiség egységének teljes felbomlását okozva – elősegíthetik többek között a kardiovaszkuláris, a gyomor-bélműködésre ható, az izületi, a neuro-pszichátriai, valamint az anyagcsere-zavarok kezelésére alkalmazott gyógyszerek. A környezeti ártalmak közül például az ólom, a gyomirtók és permetezőszerek említendők.

A hatvanöt éves kor alatt előforduló megbetegedést „korai Alzheimer kórnak” tekintjük. (A betegség akár tizennyolc éves korban is előfordulhat!) Idetartozik a kettes típusú, a praesenilis és az Alzheimer típusú elsődleges degeneratív demencia praesenilis kezdettel. Lassúbb lefolyású a betegség, ha hatvanöt, még inkább hetven éves kor után kezdődik. Ebbe a „késői Alzheimer kór” csoportba tartozik az egyes típusú Alzheimer kór, az Alzheimer típusú primer degeneratív demencia szenilis kezdettel, valamint az Alzheimer típusú demencia szenilis formája.

A segítségnyújtás legelső lépése, hogy a betegséget felismerjük! Gyakori hiba, hogy a demenciát az öregedés velejárójának, vagy valamilyen betegségnek tulajdonítják. Az „áldozat” pedig gyakran egyetért a „tettessel”, hiszen történetesen Józsi bá’ nemigen tud tiltakozni orvosa verdiktje ellen.

További gond, hogy a demencia felismerése

nem random, az enyhe-közepes syndroma ellátatlan marad, mivel az ellátás sokszor csak vészhelyzetekre korlátozódik, például ha a beteg öngyilkosságot kísérel meg, pszichotikusá válik, vagy elköborol. Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a depresszív pseudodemencia esetén a megjelenési mód hasonló, a kiváltó ok azonban nem agyi károsodás, hanem hangulatzavar. A jóindulatú időskori feledékenységet napjainkban már degeneratív változásokból eredő kórtípusként tartjuk nyilván. Pár éve még a korfüggő megbetegedés kifejezés volt használatos, ma már a korban előre haladva gyakoribb változásokról beszélünk.

Az Alzheimer kór mielőbbi felismerése több időt biztosít a betegnek és hozzátartozóinak a jövő megtervezéséhez, a kezelés mikéntjére vonatkozó tájékozódásra és mindenek előtt javítja a beteg és ápolója életminőségét. Sokakat érintő kérdésről van szó, hiszen a népességben felüli prevalencia hatvanöt éves kor fölött tíz, nyolcvan év fölött húsz százalék. Kulcsszerep jut a család a beteg gondozásában, emberi és anyagi szempontból egyaránt. Az intézményi illetve otthoni ápolás költségei közti tetemes különbségre csak egy példa az Egyesült Államokból: évi 264 illetve évi 943 dollár. A betegség súlyosbodásával a költségek hatványozottan növekednek!

A non-profit, civil szervezetek szerepe igen jelentős az Alzheimer kóros beteget ápoló családoknak történő segítségnyújtásban. Ezzel a céllal alakult meg a **Feledékeny/Alzheimer kórosok és más emlékeztavarral élő Emberek Hozzáértő Társasága**. Elérhető a 06-1-214-1022-es információs telefonon, illetve a www.tar.hu/alzheimer Internet címen, illetve levélben: **1122 Budapest, Csaba utca 7. A. ép.** A Társaság jelenleg hetente egyszer a *Memória klub* keretében belül foglalkozik a betegekkel egyénileg és csoportosan, családi légkörben, személyre szabott fejlesztő feladatokkal. A

gyakorlatokat a hozzátartozók is megtanulhatják, együttes otthoni gyakorlásra. A Társaság kiemelt feladatának tekinti az érintettek egészségügyi, szociális, foglalkoztatási, jogi és egyéb életfeltételeinek védelmét, illetve javítását, a betegség időben történő felismerését a háziorvosokkal együttműködve, az érintettek és gondozók segítő közösségének szervezését országsszerte, valamint a kapcsolattartást az érintett állami, társadalmi és civil szervezetekkel, önkormányzatokkal, s nem utolsósorban a tájékoztatást, felvilágosítást. Egyelőre azonban még nincs elegendő információs kiadvány az otthoni ápolás megkönnyítésére.

A kormány egészségügyi programján belül az idősgyógyi kiemelt helyen szerepel; ezt jelzi az tény is, hogy az *Idősgyógyi Tanács munkájában a miniszterelnök személyesen is részt vesz*. A házi gondozás, ápolás és szakellátás modell-kísérletei elindultak, s folyamatban van ezek összehangolása, a párhuzamos ellátások kiküszöbölésére. A nappali klubok keretében történő ellátás fejlesztése szintén jelentős hangsúlyt kap a koncepcióban. A családorvosok továbbképzése már megindult, a fejlett országokban alkalmazott terápiás módszerek elsajátítását követően. A Vöröskereszt, szoros együttműködve a Feledékeny Emberek Hozzáértő Társaságával, egy, már jól bevált skót modell alapján, a közeljövőben megkezdte az Alzheimer kórral kapcsolatos tudnivalók oktatását a vöröskeresztes házi betegápolási és gondozási tanfolyamok keretében. A tervek között szerepel az idősothonokban demens részleg kialakítása. Két olyan gyógyszer vár befogadásra százszázalékos egészségügyi támogatás mellett, amely 2003-tól minden járóbeteg számára hozzáférhető lesz.

Szűdvári Lídia
Budapest



Alles für die Gesundheit




10. Internationale Messe für Medizintechnik und Pharmazestik

11. Internationale Messe für Rehabilitation, Prothetik und Gesundheit

ittől oda azoknak a termékeknek, melyek teljesítik a legmagasabb szakmai minőséget szemben támasztott követelményeket, ugyanakkor versenyképes áron, árfekvésük megfelelő, csúcstechnológiával készültek és egyéb kritériumoknak is megfelelnek.

Az egészségügy által követett irányvonalak tükröződnek majd a szakmai kísérőprogramokban is.

Jelentős változás történt a MEFA Kongresszus témájának kiválasztásában is, mely a MEFA 2002 Nemzetközi Egészségügyi Technikai és Gyógyszerészeti Vásár legjelentősebb kísérőprogramja. A gyakorlati orvoslást az idén a sajnálatos módon rendkívül aktuális téma váltja fel, mely a „Bioterrorizmus és a katasztrófa orvoslás”. A téma érinteni fogja a „nem orvosi” szakterületeket is, amilyenek például a filozófia, szociológia, pszichológia, valamint az etika. A Kongresszus további szimpóziумai a következő tematikát tűzték programjukra: vérkeringési zavarok az onkológiában, számítógépek, távyógyászat, a funkcionális vizsgálatok előnyei a tüdőbetegségek diagnosztizálásában, non-invazív módszerek a kardiológiában, revíziós orvoslás.

Néhány szemináriumra, mely a drogfüggőséget taglalja, a kongresszus második napján kerül sor, de minden valószínűséggel nagy érdeklődést fog kiváltani a Cseh Podiátriai Társaság szimpóziума is. Ehhez a témához – pontosabban a lábápoláshoz – kapcsolódik a REHAPROTEX vásár kiállítás és a széles nagyközönségnek tartott előadásai is. Rendkívül ígéretesen fejlődik a

Kongresszus további szimpóziума, a – MediFórum – ahol az orvostudományban és a biotechnológiában területén, posztgraduális szakon tanulók hallgatók tudományos munkáival ismerkedhet meg az érdeklődő. A 2002. november 5 - 8. között megrendezésre kerülő két nemzetközi vásár közül a

REHAPROTEX

tartalmában elsősorban a rehabilitáció szakterületét célozza meg. A tavalyi rendezvény óta azonban a vásár témaköre kibővült az egészséggel kapcsolatos problémáival is, mint pl.: a megelőzés, regenerálás, egyzóval minden, ami az egészséggel és az életmóddal összefügg. Ez tökéletesen összhangban van a vásár kitűzött jelmondatával, mely így szól: „Mindent az egészségért”.

A REHAPROTEX nemzetközi vásár különböző témájú megjelenéseket foglal magába. Az egyik ilyen nagy témakör az egészségügy hátrányos helyzetben lévő embertársaink részére előállított termékek mutatja be. Speciális bitorok, ruházatot, segédeszközöket saját és gondozói célokra, mozgást segítő segédeszközöket, vakokat és gyengén látókat, siketnémákat segítő eszközöket, járást és helyváltoztatást támogató eszközöket, keresztszékákat stb. Az itt kiállított termékek többnyire csúcstechnológiájú segítségével készülnek, a legjobbak közülük pedig akár el is nyerhetik az Arany REHAPROTEX nagy renomével rendelkező vásári díjat.

A vásár másik nagy témakörét a *humanitárius tevékenységet folytató védett műhelyek, alapítványok és non-profit szervezetek* alkotják. Egészségileg hátrányos helyzetű embertársaink itt bemutatják munkájuk eredményeit, tapasztalatot cserélhetnek, és új kapcsolatokat létesíthetnek. Természetesen nem fog hiányozni a hátrányos helyzetűek számára tartott tanácsadási munkajáról készült beszámoló. A rendezők nagy figyelmet fordítanak az *Internet segítségével történő környezeti kommunikáció megismertetésére, ennek egyik érdekes példája a munkahelykeresés*.

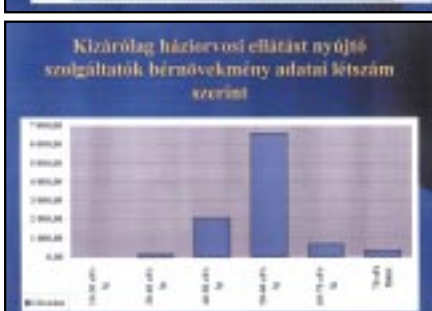
Az előző rendezvény idején a rendezők sikeresen bevezettek egy új témakört: ez az egészséges életmód. Mit találhat itt a látogató? Az egészséges táplálkozást, élelmiszer kiegészítőket, természetes kozmetikumokat, masszázsgépeket és más hasonlóan hasznos érdekességeket. A kiállítás része többek között egy Bevásárló Központ, ahol a látogatók helyben is megvásárolhatnak olyan termékeket, melyek szorosan összefüggnek az egészséges életmóddal.

A REHAPROTEX vásár fő hordozó témája a Nők komplex egészség gondozása. Az érdeklődők előadásokat hallhatnak például a megelőzés, a fitness, az életmóddal kapcsolatos szokások, rekondicionálás stb. témaköréből. Igen érdekesnek mutatkozik az *allergiaturásról, a munkahelyi – és sportorvosi tevékenységről* és irányvonalairól tartott ismeretterjesztés, de az érdeklődők meg tudhatnak mindent akár a *lábápolásról* is. A szemináriumok felsorolt témáikhoz kapcsolódik a lábápolási cikkek és segédeszközök speciális kiállítása.

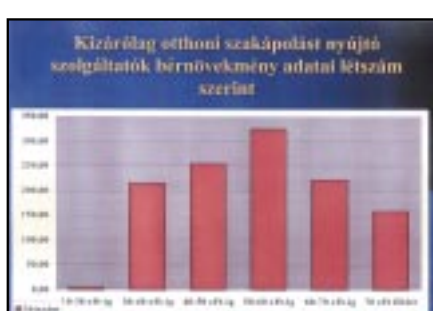
A vásárokról és a kísérőprogramokról részletes információkat a vásár honlapján találhatnak a kedves érdeklődők: www.bvz.eu/mefta, amelyről majd lapunk is szemlézik az internet még nem gyakorlati szinten alkalmazható olvasóinknak.

MEFA

Egészségügyi Dolgozók Béremelése 2002. szeptember 25.



Dr. Matejka Zsuzsanna az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója, **Rácz Jenő** az Egészségügyi és Szociális Minisztérium helyettes államtitkára, **Dózsa Csaba** az OEP főigazgató helyettese, **Kiss Zsolt** az OEP finanszírozási főosztály-vezetője sajtótájékoztatót jelentették be a kormány száz napos programjának keretén belül az egészségügyi dolgozók átlagosan 50 százalékos béremelésének fedezetéhez szükséges keret átutalásának megbízását a Magyar Államkincstár felé. Ennek értelmében október 1-jén az összeg megjelenik az intézmények számláján.



Rácz Jenő a tárca államtitkár helyettese tájékoztatta a média képviselőit, hogy ennek előzményeként szükség volt a költségvetés módosítására. A Parlament elszavazat nélkül fogadta el a költségvetés módosítását, tehát konszenzus született az ellenzéki párttal is e témát illetően. Megjegyezte: ekkora béremelés a demokratikus Magyarország tizenkét évében nem volt. A béremelés kérdésének ez az első lépcsőfoka, az Ágazati Érdekegyeztető Tanács tovább folytatja a kormányprogram ezen vonatkozású ígéretének megvalósítását. Azon hangokkal kapcsolatban, melyek elhamarkodottnak és megalapozatlannak vélték az egészségügyi dolgozók béreinek központi alappól történő megemelését, elmondta: tisztában van azzal, hogy egyes kórházak likviditási gondokkal küszködnek és hogy a béremelésnek hatására ez tovább mélyülhet. De jelezte, hogy a 2003-as költségvetésben a kórházak dologi kiadásainak ellentételezésére az ágazat erős lobbytevékenységet folytat, de figyelemreméltó tény, hogy az egészségügyi miniszter – Dr.Csehák Judit – tagja a Gazdasági Kabinetnek, s erre az elmúlt 12 évben nem volt példa...

A kormány az első száz napos programjában vállalta a közalkalmazottak béreinek átlagosan 50 százalékkal történő megemelését. A programnak megfelelően július 16-án (szeptember 1-jei hatállyal) módosította a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvénynek az illetményt meghatározó rendelkezéseit. A módosítás lényege az volt, hogy a szakmai szorok rendszerének egyidejű megszüntetésével jelentős mértékben növekednek a közalkalmazottak számára garantált illetmények.

A bérrendezést a kormány azért kötötte össze az új közalkalmazotti bértábla bevezetésével, mert a régi

nem követte a valóságban kifizetett béreket. A minálbér 50 ezer forintra történő emelésével egyidőben nem került sor a bértábla rendezésére. Az ennek következtében kialakult bérfelesztéseket kívánta a kormány intézkedéseivel enyhíteni.

Az egészségügy vonatkozásában az intézkedés hatálya kiterjedt az OEP-pel finanszírozási szerződést kötött a.) költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatókra, b.) a nem költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatókra (például: alapítványok, egyházi intézmények, non-profit szervezetek) c.) egészségügyi szakfeladatok ellátására szolgáltatási szerződésben álló egészségügyi vállalkozásokra (egyéni és társas vállalkozások), azaz egészségügyi alvállalkozásokra.

Az intézmények létszámadatainak tételes felméréséhez július 24-én a szolgáltatók rendelkezésére bocsátotta a támogatási igény felmérésére szolgáló csomagokat. Az egészségügyi szolgáltatóknak augusztus 10-ig volt lehetősége a júliusi létszámadatok közlésére.

A kiküldött adatgyűjtő programhoz a Pénztár kitöltési útmutatókat mellékelte, további segítségként az OEP igazgatási szervei folyamatos tájékoztatást nyújtottak, illetve augusztus 5-9 közötti ingyenes zöld szám működött

Az összesítésből származó létszámadatok alapján a közalkalmazottakat foglalkoztató szolgáltatókat a bértámogatás összegéről első alkalommal augusztus közepén értesítette a biztosító. Az előzetes tájékoztatás célja az volt, hogy az intézmények a helyi érdekképviseleti szervezetekkel időben megkezdhessék az egyeztetést. Szeptember 3-án a kórházigazgatók és járóbeteg- szakrendelők vezetői részére az Egészségbiztosító újabb konzultációt biztosított a még esetlegesen felmerülő kérdések tisztázására. A közölt adatok korrekciójára szeptember -5-ig volt lehetőség. A béremelésre fordítható összeg véglegesítésére a szeptember 1-i munkajogi létszám alapján került sor. Az intézmények és egészségügyi szolgáltatók 2002.szeptember 14-én megkapták a béremelésre szolgáló bértömeg fedezetéről szóló kimutatást az OEP-től.

Az intézmények, szolgáltatók menedzsmentje a helyi érdekképviseleti szervekkel egyeztetve kellett hogy kialakítsa az egyes konkrét személyekre vonatkozó béremelés mértékét. Ebből következően az egyes egészségügyi szolgáltatók, illetve intézmények vezetéséhez lett delegálva a bértömeg növekmény kiosztásának felelőssége.

Az összesítés alapján a béremelés végrehajtásához 9 milliárd 255 millió forint szükséges, melyet az egészségbiztosító havonta utal az intézményeknek és a szolgáltatóknak. A bérre fordítható keretből a, menedzsmentnek biztosítania kell, hogy valamennyi közalkalmazott elérje az új bértábla által megszabott fizetési határokat. Differenciálásra csak a megmaradó összeget lehet majd felhasználni.

Az egészségügyi dolgozók átlag 50 százalékos béremelésének támogatási adatai

Létszám (fő)	Éves támogatás (összesen Ft)	A támogatásból 2 százalékos emelésű dolgozók létszáma (fő)	A támogatásból 2 százalékos emelésű dolgozók éves támogatása (Ft)
338 963	9 255 000 000	169 481	1 846 200 000
267 211	7 812 000 000	133 606	1 478 800 000
71 752	1 443 000 000	35 875	367 400 000
10 000	200 000 000	5 000	50 000 000
338 963	9 255 000 000	169 481	1 846 200 000

Kihívások házunk táján

Ezen fejezet szűkebb pátriánk, az egészségügy néhány ezredeleji kihívást kívánja felvázolni a teljesség igénye nélkül. Nem célja, hogy az egyes szakmákra jellemző problémákat tárgyalja, hiszen erre számos szakmai fórum áll rendelkezésünkre. Nehány olyan nagyobb léptékű, általános jelenségre kívánja felhívni a figyelmet, amelyet nap-mint – nap észlelünk gyakran cselekvő alanyai vagyunk, máskor szenvedő részesei.

Levendel László írja az egészségügy és szociálpolitika kapcsolatáról: „Ha semmi közöm sem volna ehhez az országhoz, és mondjuk csak a WHO számára kellene valamiféle nemzeti statisztikákat összehasonlítanom, néhány magyarországi szociálpolitikai útmutató láttán, minden bizonnyal elsodálkozok. Jegyzetem egyik oldalára sorban írhatnám fel azokat az eredményeket, melyeket a magyar egészségügy – a népbetegségek elleni küzdelemtől kezdve a legkülönfélébb egészségügyi hálózati szervezetek létrehozásáig – elért. A jegyzet másik oldalára viszont demográfiai adatainkat, az alkoholizmus, az öngyilkosság epidemiológiai mutatóit, egy népesség mentálhigiénés helyzetének jellemző adatait jegyezhetném. S mivel az adatok diszkrpanciája mögött ugyanaz a társadalmi háttér, önként adódik a gondolat, hogy valamilyen hasadásnak kell lennie az egészségügy és a szociálpolitika között.” (1).

Vannak korábbi, és újabb egészségügyi reformok, amelyeknek közös eleme, hogy a finanszírozási problémát ágyszámleépítéssel próbálja megoldani. (7., 23., 24.). Angliában, 1992-ben a kórházak annak érdekében, hogy fizetőképesek maradjanak, csökkentették elektív műtétek számát. A legutóbbi európai állam lakójánál hosszabb ideig várakoztak a várólistán a britek, illetve több hónapnak kellett

eltelnie, amíg a kórházi orvosokkal kapcsolatba kerültek (16.). Az egészségügyi alulfinanszírozottsága vitathatatlan (9.). Napjainkra olyan mértékűvé vált ez az alulfinanszírozás, főként az egészségügyi ágazatban dolgozók bérezése, hogy nem csak ápolók, de orvosok is kénytelenek voltak pályamódosításra, vagy egészen más szakma elkezésére (4., 5., 7., 8., 9., 10., 13., 14., 25.).

A történelemben eddig nem fordult elő, hogy osztályt vagy részleget amiatt zártak volna be, hogy a nélkülözhetetlen tárgyi feltételek, berendezés, műszerek adva voltak, s a személyi feltételek (jelen esetben ápolók, mütössegédek) hiánya okozott volna fenakadást a beteg-ellátásban. Ez napjainkra véres valósággá vált (4.). Nem ritkán előfordul, hogy a jól működő szakrendelés betegforgalmi mutatói és a hozzá HBSC pontok nem korrelálnak egymással. Gyakran a mennyiségi munka rossz adminisztrációs útvesztők miatt úgy jelenik meg, mintha az adott terület negatívumot termelne csupán. Szemtanúi lehetünk értelmetlen kórházi átszervezéseknek, amelyek szakmai szempontokat félretelva igyeksznek tönkretenni értékes szakemberek több éves, évtizedes munkáját (1., 2., 12.).

Az egészségügyi reformokat a benne dolgozó személyzet – kellemtelen, sokszor értelmetlenül nagy adminisztrációs követelményeknek eleget téve – végrehajtja. Azonban valamilyen reverberáló körben ott áll a BETEG. Az az elem, amely miatt működik az egész. Nélküle nem lenne szükség egészségügyre sem. A beteg, aki joggal várja el, hogy gyors, szakzerű ellátást kapjon az egészségbiztosítónak levont havi összegeit. Neve, adatai nemcsak „kardotkadatok” legyenek, hanem élő,

lélegző, gyakran aktív eleme lehessen ennek a rendszernek. Ehelyett nem ritkán lassú ellátást kap, felesleges köröket iratnak vele le, egy szakmailag ki nem munkált elv szerint minden bajával, bizonyos idővel kerülhet csak felvételre az adott kórházi osztályra, mivel ezt figyelmen kívül hagyva az adott osztály nem kap egy pontot sem az ellátásáért. Vagy eltolja a beteg felvételét, vagy más, az igazságot nem fedő diagnózissal veszik fel ezt a beteget. De ez már nem az egészségügyről szól.

Az egészségügyben dolgozók zöme hivatásának tekintve az általa választott szakmát: Gyakran önhibáján kívül elmegy a kedve a munkától, amelyre felesküdött és magának éreztette.

A privatizáció végbement a házi-orszónaknál, most azon munkálkodnak, hogy a szakorvosi rendelőket is megvalósuljon (19., 20., 21.). Napjainkra égető szükségszerűségé vált, hogy az egészségügyben ne csak a felhasználó gyógyszer, kötszer, műszerek beszerzése is előre megtervezett elvek szerint valósuljon meg, hanem a munkaerő is megfelelő előregondolt elve alapján ott fejtsse ki hatékony munkáját, és akkor, amikor rá szükség van. Angliában már 1985-ben publikáltak olyan tanulmányt, amely az egészségügyi munkaerő tervezéséről foglalkozik (3.).

A preventív medicina azon elvet követi szoros értelemben is, hogy „jobb egészségesnek lenni, mint betegnek, vagy halottnak” (15.). Az egészségügyben dolgozók teljesítmény-arányos bérezéséről ellentmondó tanulmányok láttak napvilágot. Egyes adatok szerint az ilyen rendszer a legjobb esetben is csak javulást eredményez, legrosszabb esetben gátolja a motivációt, és megosztja az orvosokat (6., 22.).

A teljesítmény arányos bérezést igénylők szerint nagy előnye, hogy az elvégzett munka és a képességek arányában nyújtott teljesítmény értékelését szolgálja (18.).

Ahhoz, hogy a kihívásoknak teljes mértékben megfeleljen az egészségügyi rendszer, minden ellátó szegmensében elégedett, jó szakmai munka folyhasson, megfelelő személyi és tárgyi feltételek megléte van szükség. Amennyiben egyik alapelem hibádzik, már működési zavarok lépnek fel. Alapvető fontosságú a megfelelő finanszírozás, mert nélkülül egyébként még a hűségese, és odaadó személyzet is elpártol a szakágazattól. Jól felszerelt osztályok, szakrendelők, műtők csak megfelelő számú és képzettségi személyzettel tudnak teljes értékű ellátást nyújtani. Szükségeltetik még Selye János útmutatása is:

„Gyermekeinknek meg kell tanulniuk, hogy ezután az ember nagy harcát-békében és háborúban egyaránt-újítja hősök fogják megnyerni, az intellektus erejével, szívós bátorsággal és azzal a józan elhatározással, hogy egész életüket annak szenteljék, amiért szeretik élni érdemes. A fiataloknak meg kell tanulniuk, hogy nehezebb élni egy ügyért, mint meghalni érte” (17.).

Irodalom:

- Balogh Gábor: A menedzsment hatalma Magyar Orvos, 2000. ápr.
- Békési Dezső: Rekvium az európai orvoslásért Magyar Orvos, 2000. ápr.
- Department of Health and Social Security. Report of the advisory committee for medical manpower planning. London, DHSS, 1985.
- Élő Anita: Osztálybezárás nővérhiány miatt Magyar Nemzet, 2000. 05. 09.
- Gulyás J. Attila: Megszállottak, árutások, reménykedők Magyar Nemzet, 2000. 04. 13.
- The Industrial Society: Managing best

practice: performance management Birmingham, Industrial Society, 1994

- Ivady Vilmos: Egészségpolitika és költségvetési korlátok Magyar Nemzet, 2000. 06. 01.
- Kupcsulik Péter: Az érem másik oldala Magyar Orvos, 2000. május
- Kupcsulik Péter: Mi lesz veled, egészségügy? I Magyar Orvos, 2000. február
- Kupcsulik Péter: Mi lesz veled egészségügy? II Magyar Orvos, 2000. március
- Levendel László: Az orvos látóhatára Gondolat, 1980.
- Nagy András László: A székeseferhávi tényekről Magyar Orvos, 2000. április
- Nagy Imre: Quo vadis, egészségügyi Magyar Nemzet, 2000. 06. 05.
- Réti Miklós: A magyar egészségügy távolodóban az Európai Uniótól Magyar Orvos, 2000. április
- Rose G.: The strategy of preventive medicine Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Royal College of General Practitioners. European study of reforms from primary to secondary care. London: Royal College of General Practitioners, 1992. /Occasional Paper N.56./.
- Selye János: Alomtól a felfedezésig Akadémia Kiadó, Bp. 1980.
- Smith R.: Overpopulation and overconsumption BMI, 1992. 304:1257-58
- Szilvási István: Vihar előtt az egészségügyben Magyar Nemzet, 2000. 05. 25.
- Szilvási István: Privatizáció és egészségügy Magyar Nemzet, 2000. 02. 09.
- Szilvási István: Minden kezdet nehéz Magyar Orvos, 2000. május
- Thompson M.: Pay and performance: the employee experience Brighton: Institute of Manpower Studies, 1993.
- Tomlinson B.: Report of the inquiry into London's health service, medical education and research. London: HMSO, 1992
- Varga Ferenc: Mit jelent ma kórházat menedzselni Magyarországon? Látlelet, 1999. 10.sz
- Wiedemann István: Orvosfizetések megszépítve Magyar Nemzet, 1999. 11. 22.

Dr. Nagy Imre
Vác

Pengeváltás a kormányzati ciklusok döntéshozóinál

(folytatás az 3. oldalról)

Mi lesz veled Egészségügy? Bérintézkedések

Nem értünk egyet azzal sem, hogyha ez a folyamat megindul, akkor emellett párhuzamosan a magánbiztosítók, kiegészítő biztosítók, a szolgálatot igénybe vevő hozzáfizetés rendszereinek a kialakítása, fel-futtatása az egy, az pozitív folyamat lehetne a magyar egészségügyben. Tehát mi, miközben egy szabályozott piaci rendszert kodifikálunk a kórházterületben, úgy látjuk, hogy most ez föllázul és elkezdődik egy olyan nyereségorientált privatizációs folyamat az egészségügyben, ami nem lesz jó esélyekkel a betegnek, de nem lesz jó a szociális biztonsági rendszernek sem.

Rácz Jenő: - Már az intézményi törvény elfogadásának során is rendkívül széles vita bontakozott ki, és ezen viták néhány főbb kérdés körül csoportosultak. Valóban már annak idején is és természetesen a kormányprogramnak megfelelően nem teljesen értettünk egyet azokkal a dolgokkal, amelyek a kórházterületben megfogalmazásra kerültek. Nagyon sok mindenben természetesen egyetérttünk, ennek az egyik bizonyítéka az, hogy a kórházterületet nem teljesen átírni akarjuk, hanem annak bizonyos paragrafusait a saját elképzeléseinket kívánjuk megvalósítani. Egyébként, az alapvető gondolkodás az, hogy nyitni kell a privatizáció irányába, hogy tőkét kell bevonni az egészségügybe.

Mikola István: - Abban teljesen...

Rácz Jenő: - Abban teljesen egyetérttünk, de ezzel kapcsolatban el is mondhatom egy kis háttérinformációkat, hogy Pulay Gyula, aki a korábbi miniszteriumnak a közigazgatási államtitkára volt, aki jelentős szerepet töltött be abban, hogy a törvény megszülethessen, ill. a mögöttes lévő rendeletek is, az ezzel kapcsolatos könyvének a megjelentetésekor, a könyv bemutatására engem kért fel, ami azt mutatja, hogy mi nagyon sokszor és nagyon sok helyen vitáztunk, ill. beszélgettünk erről a kérdésről és nagyon sok mindenben egyet is értettünk.

Az való igaz, hogy nekünk az a véleményünk, hogy a szakmai befektetést nem szabad kizárni adott esetben az egészségügyi intézményekben, akár a feladatátvitálási vagy a feladatátvitálási szerződések során, hiszen nemcsak mi, hanem jónéhányan, akik ezzel a területtel foglalkoznak egyrészt diszkriminatívan tartják a szakmai befektetéseket a kizárás, másrészt nem tartják eurokonformnak és úgy vélik, hogy abban az esetben, hogyha remélhetőleg a közeljövőben megtörténik az uniós csatlakozás, akkor ezeket a passzusokat amúgy is törölni kellett volna az intézményi törvényből. Másrészt pedig, és tudnunk kell azt, hogy azok a gátó intézkedések, amelyek adott esetben a szakmai befektetéseket kizárták, időnként sajnálatos módon csak látszat-

intézkedések lettek volna, hiszen semmi nem akadályozta meg azt, hogy adott esetben egy 3 millió forintos kth. létrehozása mögött gyakorlatilag ott legyenek a befektetők, ezek a szakmai befektetők, akik adott esetben, hogyha nincs megfelelő kontroll és megfelelő szigorú ellenőrzés, ugyanígy tudták volna az érdekeiket érvényesíteni. Ennek következtében megpróbáltam arra is válaszolni, hogy azzal, hogy a szakmai befektetők irányába vagy adott esetben a kth-n kívül egyéb gazdálkodási formákra nyitásra gondolkodunk, azt úgy akarjuk tenni, hogy szigorú ellenőrzés és adott esetben szankciókat kívánunk biztosítani, hogy ne történhessen meg az, hogy valóban a profit kiáramoljon az egészségügyből. Ugyanakkor az is tudomásul kell venni, hogy hiú ábránd arra gondolni, hogy karitatív módon csak befelé akar tenni valaki egy rendszerbe, ugyanakkor a saját tőkéjének a megtérülését adott esetben nem tudná biztosítani. Nyilvánvaló dolog, hogy akkor, amikor mi az intézményi törvényt egy időre felfüggesztjük, ez mögött lévő miniszteri rendeleteket, ill. kormányrendeleteket is átmenetileg felfüggesztjük, akkor mi vállaltuk azt, hogy a felfüggesztés határidejének végéig, azaz március 1-jéig egy olyan komplett rendszert fogunk kidolgozni és természetesen széleskörű társadalmi vitára bocsátani, amely egyébként megkezdődött, mert jövő hétre hívtuk be az érintett érdekepviseletit szervezetek vagy szervezeteket, amely gyakorlatilag azokat a problémákat megoldja, amelyekkel mi nem értünk egyet és ugyanakkor biztosított is szolgálnak arra a rendszerre, amelyek nem teszik lehetővé azt, hogy fellazuljanak azok a szigorú szabályok, amit egyébként mi is érvényesíteni kívánunk.

Misroverető: - Igen, mert ez azért egy nagyon érdekes rendszer, hiszen van benne állami finanszírozás, van benne önkormányzati pénz és fenntartás, van benne magántőke, szóval itt tényleg át kell gondolni a szabályozást.

Mikola István: - És ha szabadna így a távolból azt megjegyeznem, hogy ezek az államtitkár úr által elmondott szigorú biztosítók mind benne vannak a kórházterületben a jelenlegi formájában. Tehát nem értjük azokat a szándékokat, amelyek a felfüggesztéshez vezettek. Ezeket a szigorú kautéllakat, amiket majd az új kormányzat, egészségügyi kormányzat megalkot, minél hamarabb szeretnénk látni. És egyáltalán meg kell jegyezni, hogy nem értem, hogy hogy lehet egy törvényt felfüggeszteni, bár nem vagyok jogász. Lehet egy törvényt megváltoztatni, lehet mindent csinálni vele, de felfüggeszteni véleményem szerint nem lehet. Tehát ez az exlex állapot, ami a felfüggesztés következtében is kialakult az egészségügyben, ez

ugyanacsak én úgy látom, hogy károkat okoz. Tehát maradjunk abban, hogy a Parlamentben úgy tudom, hogy szeptemberben, októberben megkezdődnek a viták a módosítások felett. Egész biztosan jóslatom, hogy nagyon forró napokra számíthat az egészségügyi kormányzat, amikor ezeket a nyitó és a nyereségdekedelt főgek előtt kaput nyitó nagy módosításokat a parlament előtt föl fogja vetni. Nyilván közönségtől is lesznek még államtitkár úrral és másral viták, hiszen ez mélyen érinti majd a magyar egészségügyet. Mélyen érinti azt a piaci szabályozott működési rendszert, amit elérni kívánunk.

Rácz Jenő: - Természetesen mi ezeket a vitákat várjuk, hiszen a konzenzus alapján kialakított megoldásoknak vagyunk a hívei. Tehát nem kell megijedni ettől a vitától, mint ahogy egyébként az intézménytörvény elfogadásának, az eredeti elfogadásának kapcsán is meglehetősen forró viták voltak, mind az akkori kormányzó pártion belül, mind az ellenzék között, mind a társadalmi szinten. Tudjuk azt is, hogy nyilvánvalóan, hogy a kamara azokhoz az általa beépített paragrafusokhoz ragaszkodni fog, nyilvánvaló dolog, hogy a szak-szervezetek az adott saját szempontjait érvényesíteni kívánják. Az is nyilvánvaló dolog, hogy az ellenzék is megfelelő minucióval fel fog szerkezni a vita során, de hát természetesen a parlamenti demokrácia elvei éppen azt teszik lehetővé, hogy viták során alakuljanak ki ezek a döntések.

Misroverető: - Ha a vitáknak az lesz az eredményük, hogy újabb bérintézkedések lesznek az egészségügy, az ágazat, akkor az lesz igazán jó. Köszönöm szépen a részvételüket.

(2002. szeptember 5. Kossuth Rádió - Esti Krónika - Háttér)

Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, elődjével ellentétben, eredménynek tartja, hogy már az idén 150 milliárd forint többletforrást kap az egészségügy. Csehák Judit átfolja, hogy elkapkodott lenne az ágazati béremelés, s kijelentette: már az exminiszternek felül kellett volna vizsgálni a gyógyszercegekkel kötött megállapodást. Arról is tájékoztatott: hárommilliárd forintos alap létrehozásával megkezdik a kórházak konszolidációját, anélkül nincs esély a magántőke bevonására. Úgy véli, a járuléklarék átrendezése ösztönzi az OEPes önkormányzatok megalakítását, ám egyelőre megmarad az OEP dominanciája. A tekintélyes gazdasági napilapban - A Világéletről - a tárca vezetője tételesen reagált Mikola István bírálatára. (MTI)

Közösségi pszichiátria

A Magyar Pszichiátriai Társaság Közösségi Pszichiátriai Szekciója, az Ébredések Alapítvány és a Szigony Alapítvány szervezésében került sor szeptemberben a II. Közösségi Pszichiátriai Konferenciára, amelynek támogatója a Johnson & Johnson gyógyszerállománya, a Janssen-Cilag. A háromnapos konferencia tudományos programjának középpontjában a közösségi pszichiátria új módszertani törekvéseinek megismertetése állt. Az esemény vendége Dr. Göncz Kinga politikai államtitkár volt.

A közösségi pszichiátria a nemzetközi gyakorlatban elfogadott szakmai irányzat, amely megfelel az Európai Unióban érvényben levő általános szakmai normáknak. A közösségi pszichiátria térhódítása világszerte nem csak annak köszönhető, hogy – a kórházakkal ellentétben – alkalmas keretet nyújt a betegek rehabilitációjára, képességeik fejlesztésére, a társadalomba való visszaintegrálására. Ez az ellátási forma sokkal gazdaságosabb, hiszen egy kórházi ágy fenntartása napjainkban mintegy négyezer forint. Jóllehet a pszichiátriai betegség akár évekig is eltarthat, de ez az állapot már nem igényel kórházi ellátást. Ekkor jutnak szerephez a felüti intézmények, nappali klubok, védett szállások és munkahelyek, amelyek lehetőséget teremtenek a pszichiátriai betegek zárt intézményen kívüli ápolására, gondozására, foglalkoztatására. Ez nem jelenti azt, hogy a meglévő egészségügyi intézményekben folyó ellátásokat megszüntetnék, azonban – a pszichiátria közelmúltbeli fejlődésének köszönhetően – ma már a súlyos pszichiátriai betegségek tüneti kezelésén túl a fő cél a beteg állapotának tartós javulása, a társadalomba való visszatérés elősegítése. Hogyan? Az új egészségügyi törvényben már kifejezésre jut, hogy a pszichiátriai betegek is joga van az önrrendelkezésre. Ez a törvény nem engedi, hogy a társadalom kirekeszesse a pszichiátriai betegséggel élőkkel.

A társadalomba való visszatérés a betegek személyiségi jogainak figyelembe vételével, körülményeinek, igényeinek ismeretében személyre szabott kezeléssel történik, melynek része nem csak a modern, a betegek teljes értékű életet biztosító gyógyszerek alkalmazása, hanem a különféle pszichoszociális terápiák, amelyek elősegítik a beteg önbizalmának és készségeinek mielőbbi visszanyerését.

A szociális törvény alapján 2003. januárjától bevezetik a közösségi pszichiátriai szociális gondozást, azaz, a terápiába bevonják a beteg hozzátartozóit is és nem csak a betegség tüneteivel, hanem a beteg érzelmi, szociális és mentális problémáinak megoldásával is foglalkoznak a szakemberek, akik gyakorlati segítséget nyújtanak abban, hogyan élhet együtt a család a pszichiátriai beteggel, miképpen birkózhat meg a mindennapos problémákkal.

A közösségi pszichiátria alkalmazása a beteg kompetenciájának növekedését is magával hozza. Ez az irányzat újfajta módszereket, a pszichiátriai intézmények átfogó megújítását igényli, s olyan közösségi helyszíneket, úgynevezett nappali klubokat, amelyek lehetővé teszik a saját otthonukban élő betegek csoportos rehabilitációját. Hazánkban kevés még az ilyen klub. Jó példával jár elől Budapesten a **Józsefvárosi Harmónia Klub**, melyet a Szigony Alapítvány működtet. A klubban a betegeknek lehetőségük van a szabadidő hasznos, kulturált eltöltésére, szakemberek foglalkoznak képzsükkel, készségeik fejlesztésével, pszicho-szociális gondozással. A klubélet alapelve az öntevékenység és az öngyógyítás. A klubban nem csak a pszichés problémák miatt a társadalom periferiájára szorult embereket, hanem azok hozzátartozóit, munkatársait is várják, valamint a civil szervezetek képviselőit, akiknek rugalmasságára, kreativitására ugyancsak szükség van. A klubban lehetőség van a kötetlen

beszélgetésre, zenehallgatásra, olvasásra, televíziózásra, s a különféle programokon – például számítógép kezelői tanfolyamon, kézműves foglalkozáson, sakk-körben, háziasszonyok klubjában – való részvételre. A Harmónia Klub segítséget nyújt a hivatalos ügyek intézésében, a különböző szociális, egészségügyi és rehabilitációs intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolattartásban is. A fővároson kívül Székesfehérváron alakultak hasonló szolgálatok – mondta Dr. Harangozó Judit, az MPT Közösségi Pszichiátriai Szekciójának elnöke, az Ébredések Alapítvány vezetője.

A korábbi nehézségek, melyek forrása minisztériumi szinten abból adódott, hogy a nappali kórház a maga szakambulanciájával az egészségügyi ellátás része volt, míg a védett szállás és munkahely működtetése a szociális területhez tartozott, mára a minisztériumi integrációval elhárult, de a közösségi pszichiátria hazai elterjedéséhez számos akadályt kell leküzdeni a napi gyakorlat során. Ezek közül a leglényegesebb, hogy vérszenen fogy a pszichiáter szakorvosok száma. Rendszeresen lehetőséget kell teremteni arra, hogy a közösségi pszichiátriában érintett különböző szakemberek megoszthassák

egymással tapasztalataikat. Csökkenteni kell a társadalomban ma is élő stigmákat, előítéleteket, amelyek a pszichiátriai betegségben szenvedőket övezik. Legyen motiválva a beteg arra, hogy szívesen visszatérjen a közösségbe! Újra lehetne élesíteni a befogadó családok mozgalmát, amely a második világháború előtt hazánkban is jól működött, s a pszichiátriai betegeknek egy-egy családban történő gondozását jelentette, fontos feladat továbbá a nappali klubok számának gyarapítása.

Szádvári Lidia
Budapest

KATEDRA 2002

Látlelet

tartalom

Az agresszió	2
Valamennyiünk felelőssége	6
Telefonos Lelki Segélyszolgálat	8
Korunk Nőrája	20
Fiatal nők	24
Gyermekekori elhízás	26



Szerkesztői gondolatok

Talán, ha...

Az emberek mindig vannak olyan kisértései, akik egy-egy területen kapcsolatban persze vannak, azaz: viszonylatban gondolkodnak, s arra az egyenlőre kényesnek, hogy bizonyos nyomozási körülmények nem következnek volna be, ha akkor, ott, talán...
Égy vagyok ezzel és is, amikor ott a liposomat bocsátom elvadásra, amelyek térségi kövek között az agresszió és az sok valamenyri formája, így az **ágyag** részle is.
Ez utóbbi a katedrába ágyagosság néven vált ismertté, pedig voltaképpen az a családok is az agresszió egyik formája, csak az irány nem a másik, hanem én magunk. Az ágyagosság katonái egy befogadással állják a tényleg beszélgetések folyamataiban az ágyagosság előkező próbái a külvilágtól segítséget kérni vagy kapni, mintegy utolsó lehetőség az életben maradásra még megadható magunk, csak az igazán elhatározottaknak igen gyakran a segítség elnevez. Ezen próbái segítenek és ezen állapodik végül is az a telefonossegélyszolgálat, amelynek működése, működési mechanizmusa vezető igazgatók ebben a Katedrában. Meggyőződésünk, hogy a nevelésed hasznosításra szolgálunk igen nagy hasznát vannak a tudományosan kinyitott témáink.
S most, a "talán ha"-ról.
Hasznosítás arra voltunk, a két pici gyermekre nyitott versenyszínter sportteret. Vezető játékos voltunk az első osztályú teniszcsoportunk. A város vezetői segítenek az ország másik végéből a mi fi-

iskolánkban kártnál egy lányunk, aki iránt reményeket táplált csapataink előlétséje céljából. Ittők – sorozták így – Gócsai felváltott az egyik kollégistájunkkal és Gócsai munkatársaság jött az edzésre. Eddig, hiszen aktív lány volt, lényegében olyan kibeszélhető típus, játékos is a gyors, lecsúszó körök volt a jellemző. Ha pedig nem volt jó napja, akkor gyorsan kikapott és behajlítta a szociális munkában, mi ahhoz jó napos. És nem fogadta el a magyarázatot vagy az utolsó utasítást, gyorsan távozott, azaz: beszéltünk. Keveset tudunk róla, a lényeg, hogy orvosoktól gyerekek, akik lényegében megfigyelték a lányt, el, itéltek felváltókat már helyre is kiderült. Ittők másodikszor annyit kommentáltak: "szociális" és "szociális".
szociális? Az őt mondta – szociális.
Egy kora tavaszi napon egy előadás után-nan beszélgetés az ajtómon. Közvetlenül, szociális volt az beszélgetés, továbbá ill. Igazából nem értem, hiszen mind korbán, mind működésében már nem az én korosztályom volt ő, amit nem is beszélve, hogy az a ritka pár alkalom, ami együtt töltötték meg az ismerkedés sem volt idegen. Ő a korbán, előlétségekben meggyőződéssel volt, ami érthető, hiszen a családnya serep-átról-átról az ember élteit. Akkorát igen sokan akartak velük beszélgetni, kiváltképp ilyen szociálisok lányok, akiknek a meggyőződéssel figyelni és az én pszichológus munkám vonatkozik a katedrából parkolópótlak meggyőződéssel. És vonatkozik az alap-állásom, többnyire meggyőződéssel. Itt nem kezdem. Ittők ágyag jón – gondolatok és már előre feltűrt a figyelmeztetésűtől, amely szerint ideje lenne már felülni és nem bonyolítani ezeket a gyerekeket. Egyik éjjel csengett a telefon. A figyelmeztetés fel, hiszen mindig őt keresték utóbbi. Ezáltal egészen kerestek, mint a figyelmeztetés, hogy aludni és az éjjel felkeltő talán mégsem a legalkalmasabb időpont. Másnap pedig meggyőződéssel a meggyőződéssel, hogy nem kellene csupán közel megadni magunkat az emberekkel, mert amek az éjjel éjjel telefonok a következmények. Valószínűleg az emberekkel, nem felelősek tovább a korbán.
Másnap előző jótudatú hozzánk az egyik csapata az előlétséje a lány; ill a kollégistájunkkal beszélgetés a versenyszínter meggyőződéssel. Az ágyagosságra a szociális munkában meggyőződéssel.
De nem ott a választ kaptam.
Több, mint meggyőződéssel töltöttem ki a gondolat: talán, ha én veszem fel az az éjjel a telefon, akkor...
Talán ez is tartom meggyőződéssel a Telefonos Lelki Segélyszolgálat.

Balla M. Anna

Újabb segítség az emlőrák elleni küzdelemhez

2002. szeptember 1-től október 31-ig a Matáv Adományvonalán a Magyar Rákellenes Liga javára lehet adományozni. A Liga fő céljai között szerepel az emlővizsgálat elterjesztése, az önvizsgálat tanítása széles rétegekben, az emlőrák és más rákbetegségek megelőzése minden lehetséges eszközzel, betegség esetén pedig a hosszú távú segítségnyújtás. A 1788-as szám hívásával minden egyes telefonál 100 forint adománnyal járul hozzá a Rákellenes Liga munkájához.

A Liga az Adományvonal segítségével egy hívásnyi támogatással 10 nőhöz juttatja el azokat az alapvető információkat, amelyek ebben a régióban feltétlenül szükségesek az egészség megőrzéséhez.

Minderre azért is van szükség, mert az emlőrák jelenleg a nők egyik leggyakoribb betegsége Magyarországon.

Evente 5400-5500 új emlőrákos beteget fedeznek fel, minden nyolcadik nő szembesül a sok esetben sorsfordító betegséggel. Bár az adatok rémisztőek, de tudatában kell lenni annak, hogy az időben észlelt elváltozás többnyire nyomtalanul eltávolítható, a műtét a beteg teljes felgyógyulásához vezethet.

Eppen ezért a rendszeres önvizsgálat mellett nagyon fontos a nők rendszeres mammográfiai szakvizsgálata, amely már Magyarországon is országsszerte szervezett keretben zajlik az emlőszűrő állomásokon. Míg a fizikális vizsgálatokkal csupán a tapintható nagyságú csomók észle-

hetők, a mammográfia segítségével az emlő elváltozásai már olyan korai stádiumban kiszűrhetők, amikor azok még nem tapinthatók, és a betegségnek még semmiféle tünete nincs. Az emlőszűrő centrumok adatait országosan összegző első negyedéves hivatalos statisztika szerint



204.286 szűrésre behívott nő közül 84.517 fő jelent meg, ami 41,4 százalékos részvételt jelent.

A Liga kiűzött célja, hogy ezt a megjelenési arányt minél nagyobb mértékben megnövelje. A vizsgálaton megjelentek közül 284 esetben észleltek gyanús leleteket. A Magyar Rákellenes Liga országos kampányt szervez az emlőrák megelőzésére. Az egész országban oroszánrészt vállal

a felvilágosító munka, a telefonos tanácsadás terén, de sokat tesz különböző gyógyító és vizsgálati eszközök beszerzéséért is. Minden lehetséges eszközzel a megelőzésre összpontosít és fő célja, hogy széles körben megtörje azt a nézetet, hiedelmet, hogy a rák a halállal egyenlő. A Magyar Rákellenes Liga adománygyűjtése a 1788-as hívószámú Adományvonalon keresztül történik, ami a lehető legegyszerűbb összeköttetést teremti meg az adományozók és a Liga között. Az adományozni szándékozónak nem kell hosszú bankszámlaszámokat megjegyeznie, vagy pénzt csekkben feladni, elég a 1788-as számot tárcsázni, és ezzel már át is adta 100 forintos adományát a rászorulóknak. Az adomány a havi telefonszámlán jelenik meg. Az így befolyt teljes összeget közvetlenül a Liga kapja meg, a technikai költségeket a Matáv vállalja. A hívások csak Matáv területeiről kezdeményezhetők, és nem érvényesek rá a forgalmi díjkezdemenyek. Az Adományvonal nyilvános és GSM-RLL állomásokról nem hívható. A Matáv az Adományvonalal nem csak a problémákon szeretne segíteni felelős magatartásával, de az adományozási kultúrát is fejleszteni kívánja Magyarországon. A kampány kreatív anyagát a Saatchi és Saatchi reklámügynökség készítette, ezzel is támogatva a Magyar Rákellenes Liga hatékony tevékenységét és kommunikációját.

(OTS-Cégvonal)

Szívizom regeneráló gyógyszer

A Bioheart Inc megkapta az amerikai gyógyszerészeti hivatal (FDA) engedélyt a MyoCell(TM) kísérleti fázisban lévő szívizom regeneráló gyógyszerének klinikai tesztelésére az Egyesült Államokban. Ezzel egyidőben a cég amerikai MyoCath(TM) katétereit gyártó üzeme megkapta az ISO 9001, az ISO 13485 és EN 46001 minősítéseket is.

A Bioheart Inc 2001. májusában kezdte meg a sérült szívizom szövetek regenerálására szolgáló autológ-tenyésztett (a betegtől vett) szívizom szövet katéteres felhelyezési módszerének első, és eddig egyedülálló klinikai tesztelését. 2002. májusában a kísérletet végző kutatók beszámoltak az első MyoCell(TM) kezelés alá vetett páciens állapotáról. A vizsgálat megállapította, hogy a balkamrás ejekció frakció (LVEF) a 2000. májusi 39 százalékról 2001. májusára 56 százalékra emelkedett. A klinikai tesztelés alatt álló 13 páciens félideji vizsgálati anyagát a szeptember 24-ikei Transcatheter Cardiovascular Therapeutics (TCT) konferencián Washingtonban mutatták be a résztvevőknek. A Bioheart engedélyt kapott az európai hatóságoktól további tíz páciens felvételére az általa több európai helyszínen klinikán szponzorált MyoCell(TM) kísérletekre. Az amerikai Food and Drug Administration engedélyt adott a Biopass számára, hogy MyoCell(TM) kísérletnek vessenek alá

15 bypass műtéten átesett beteget. A Bioheart feltételes kizárólagos joggal rendelkezik az izomszövet regeneráció terén úttörőnek számító szabadalom megszerzésére. Az U.S. Patent No. 5.130.141 szabadalom izomsorvadás és izomgyengeség kezelését írja le, beleértve a skeletális izomszövet biopszia, a terápiához elegendő mennyiségű izomszövet-tenyésztés, valamint a szövetek elhelyezését a sérült területekre regenerációs céllal. A szabadalom fedi az autológ (ahol a páciens maga a donor) terápiát, valamint az allergiás (ahol nem a páciens a donor) terápiát is. Ezen kívül a Bioheart további 14 témába vágó területen rendelkezik érvényes, illetve függőben lévő szabadalommal. A Bioheart MyoCath(TM) katéteres szövet-felhelyezési technikája jóval kevésbé invazív megoldást képvisel a mellkasi műtéténél. Hatékony megoldást képvisel olyan megterhelő beavatkozások nélkül is, mint a bypass érműtét. Az Egyesült Államokban élő 5,5 millió szívbeteget többsége nem alkalmas nyílt mellkasi bypass érműtetre. Ezért a Bioheart meggyőződése szerint amennyiben a katéteres terápia hatékonyan és biztonságosan bizonyul, nem csak hogy előnyösebb, hanem az egyetlen lehetséges megoldást jelenti majd a szívbetegek többsége számára

(OTS cégvonal)



Vidám Nap a Vidám Parkban

Száznegyven gyermek tölthetett el egy felejthetetlen napot a Magyar Rákellenes Liga meghívására a Budapesti Vidám Parkban. A daganatos betegségek által megpróbált gyermekek egészséges társaikkal és szüleikkel együtt izgatottan várták a bebecsátást szombaton reggel. A vidám társaság a Budapesti Vidám Park Rt jóvoltából ingyenesen léphetett be a parkba, és fel is ülhetett több mindenre. Egyesek a Villanyutóhoz rohantak, mások a Szellemvasúton próbálták ki a bátorságukat. Nagy sikítások hallatszottak a Kanyargó felől és a műemlék Körhintán is vidám lovasok száguldoztak a csendben guruló hintók és a békésen ringatózó hajók között. Előbb-utóbb mindenki megérkezett az Elvarázsolt Kastélyhoz, ahol a hordból tengerészleptekkel kiléptek a Liga várta egy kis tizoraival. Miközben rácsalták a perect és élvezték a hűsítő jegékrémet nagy zisibongás közepette osztották meg egymással

élményeiket. A kitartóbbak még a sátorban rendezett délutáni programokon is részt vettek A Vidám Nap a Magyar Rákellenes Liga a daganatos beteg gyermekek gyógyulását, rehabilitációját segítő rendezvénysorozatának része. A kórházban felkő gyermekek már átérték az elszakadást az otthontól, barátoktól. Nekik a Szilágyi Erzsébet Gimnázium diákjai tartottak előadást, majd megajándékozták őket édességgel, könyvekkel, társasjátékokkal. Az ambulánsan kezelt gyermekek nehezen mennek közösségbe, hiszen a gyógyítás jól látható nyomai miatt tartózkodóbbak. Ők Bábszínházban testvéreik, barátaik társaságában nézhetek végig egy előadást: senki sem húzódtott el tőlük, senki sem csúfolta őket. A vidám park mulatság a gyökert gyermekeknek szól: a mindennapi életben, a normális, teljesen nyílt közösségbe való visszatérésüket segítette ez a rendezvény.

(OTS Cégvonal)

Helyreigazítás

A Látlelet 8-as számában az állami kintüntetettek felsorolásánál prof. Dr. Lengyel Mária a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet volt oktatási és tudományos főigazgatóhelyettese a helyes kitél.

A „nyugalmozgató oktatási és tudományos főigazgató h.” szöveg azt a látszatot kelti, mintha a professzor-asszony nyugdíjba vonult volna. A vele készült riport egyébként részletesen bizonyítja ennek ellenkezőjét, de a téves felsorolás így is megtevesztő, amiért ezúton elnézést kérünk.

(Szerk)

Látlelet

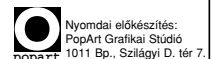
Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

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

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**, ápolási támaszfelelős: **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 (26) 500-638, -39, 06 (20) 978-5662, A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

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



Kárpátok Galéria ajánlattétele

Kórházak - Rendelőintézetek - Orvosi Várók részére



A **Kárpátok Galéria** ezúton keres együttműködő partnereket olajfestményei bizományba történő értékesítéséhez.

A Kárpátok Galéria a **PMSZGY Egészségügyi Közhasznú Alapítvány** és a **Hunga-Coord Kiadó** közös vállalkozása, az olajfestmények (tájképek, csendélet) Kárpátalján élő magyar festőművészek alkotásai. A folyamatosan érkező adományokat az értékesítéssel segítünk átkonvertálni. A képek 75x55, 35x55, illetve ennél kisebb méretűek.

Az eredeti keretben lévő képeket a PMSZGY Alapítvány (SZJA jóváírással) forgalmazza, amiről igény esetén igazolást ad.

A Hunga-Coord Kiadó a képek egy részét nívós kerettel ellátva számla ellenében forgalmazza. Az árak a hazai forgalomban lévő hasonló jellegű alkotásokhoz képest rendkívül alacsony árfekvésűek.

Olyan kórházak, rendelőintézetek, orvosi várók stb. jelentkezését várjuk, ahol betegforgalom van, s akik szívesen lennének partnereink ebben a karitatív akcióban.

Az „*egészségügyi objektum falai mint potenciális kiállítóter*”, nem ismeretlen fogalom, szerte a világon – sőt már hazánkban is, főleg a privat klinikákon – alkalmazott értékesítési

módszer, miközben esztétikai élményt is nyújt. Nemi utánajárással és szervezőkészséggel kölcsönösen előnyös lehet valamennyi fél számára, beleértve a vásárlót is.

A képek egy része megtekinthető Cserkeszőlőn az **Aqua-Lux Apartmanhotelben** létrehozott időszakos **Kárpátok Galériában**, valamint a Hunga-Coord Kiadóház székházának bemutatótermében (Szentendre, Fiastyúk u. 2.) illetve az egyéni egyeztetés során az éppen raktáron lévő készletnél, hiszen a képek folyamatosan cserélődnek.

Kapcsolatfelvétel, bejelentkezés a szerkesztőség címén, telefonjain. (T/Fax:06-26-316-659, 06-20-9785662, illetve email címen: latlelet@elender.hu.

Balla M. Anna főszerkesztő

„Nézzék csak a képeket: csupa fény és ragyogás, a Kárpátok alkotta bércen átsüt a Nap és utat tör a Fény. Látletezése annak a csodának, amit a természet alkot és mi, ha kiragadjuk a pillanatot és megörökítjük, olykor giccsnek minősítünk. Aprópó: tudják Önök, hogy a giccs a boldogság művészete?...” (részlet a cserkeszőlői Kárpátok Galéria vendégkönyvéből)

