

Láttelelet[®]

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA



Séta az egészségünkért, a mellrák ellen

Összeállítás a 12. oldalon

XLVI. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2002. 11. szám

Mi van a borítékban?

A kérdés költői, hisz a borítékban jó ideje már csak egy papírdarab van. Pénz az átutalási számlán jelenik meg, de az bizony továbbra sem közömbös senkinek sem, hogy mennyi is az annyi?

Az egészségügyben dolgozók – helyzetük, anyagi megbecsülésük közismert – fokozott figyelemmel várták a Kormány által beígért 50 százalékos béremelést. Körkérdeésünkkel annak kívántunk utána járni, hogy miként realizálódott szeptemberben ez az ígért a dolgozók „zsebé” és hangulatát illetően.

Prof. Dr. Fésűs László, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum elnöke arról tájékoztatta a Láttelelet, hogy az egyetemi rendszerben mindenki a törvény által meghatározott módon, személyre szabottan kapta meg a bércorrekciót. Az Oktatási Minisztérium az OEP-en keresztül biztosította a szükséges bértömeget. Ennek elosztása az Egyetem ál megküldött júliusi, illetve a szeptemberi pót létszámlajelentés alapján történt, ily módon az Intézménynek abba beleszólása nem volt. Ez az intézkedés tulajdonképpen a fizetéseknek az új bértábla

szerinti minimálberekhez való igazítását valósította meg.

- Információim szerint – mondta Prof. Dr. Fésűs László – a dolgozók örültek a béremelésnek. Negatív visszajelzés hozzám nem érkezett sem az összegszerűségről, sem a végrehajtásról. Szükséges és jó ez a bérrendezés, de még mindig nem annyi, mint ami hosszú távon – már csak az uniós csatlakozást is figyelembe véve – kívánatos és kielégítő lenne.

Dr. Juhász György a Debreceni Városi Egészségügyi Szolgálat – járóbeteg szakellátást, gondozást nyújtó, iskola-egészségügyi és védőnői hálózattal rendelkező, valamint ügyeleti szolgálatot is ellátó intézmény – igazgató főorvosa faggatásunkra a közalkalmazotti bérrendezés kulisszatitkairól, hatásáról így nyilatkozott:

- Intézményi mérlegelésre nem volt lehetőségünk – szögezte le rögtön a beszélgetés elején. Munkaköri csoportokra bontva, a bértábla szerinti besorolási kód/fő megjelölésével – tehát nevesítés nélkül – kellett az Intézmény 2002. júliusi tényleges dolgozói létszámát lejelenteni. Az ezt követő változásokat – üres státusz betöltése – szeptember 5-ig

pótlólag korrigálhattuk. Miután a MEP – az érvényes finanszírozási szerződések ismeretében – létszámlajelentésünket elfogadta, a bérfejlesztésre fordítandó összeget ennek alapján, az új bértábla alsó határa szerint kaptuk meg a VESZ.

• Ily módon tehát valamennyi dolgozó személyre szabottan, a fizetési besorolási kódja alapján – ami a munkavállaló képzettségét, végzettségét és munkában eltöltött idejét fedti – kapta meg a béremelést?

- Így van, s csak némi aprócska hiba csúszott be. A jubileumi jutalmak ellentételezése például nem szerepel a rendszerben. Ezt az Intézménynek kell igazdalkodnia. A másik az ügyeleti szolgálat, ahol szintén személyhez – orvos, asszisztens – kötötten történt az emelés. Itt azonban pénzügy-technikailag – ahogy azt mi is tettük – az ügyeleti díjak emelése volt a legcélravezetőbb. Egészségben véve nálunk is – hasonlóan az országos szinten tapasztaltakkal – a magasabb képzettséggel és hosszabb szolgálati idővel rendelkező dolgozók kaptak többet, a pályakezdeket, illetve szakképzettséggel nem rendelkezőkkel szemben, akiknél 50 százalék alatt maradt a béremelés. Számokkal érzékeltetve, átlagosan: az alapfokú vég-

zettségűek (A; B; C fizetési osztály) bruttó 10-12.000 Ft, a középfokkal rendelkezők (D; E) bruttó 25-27.000 Ft pluszt kaptak, míg felsőfokú képzettség esetén (F; G; H; I; J) 60-62.000 forinttal emelkedett a bér.

• Tehát nem egységesen, mindenkinek 50 százalékkal?

- Természetesen nem, de úgy vélem a koncepció alapelve – mely a tudást, a szakképzettséget, valamint a munkában töltött éveket értékeli – igazságosabb, és ösztönzőbb lehet. Kérdés persze: a hogyan tovább. Lesz-e folytatása a bérrendezésnek, hiszen az „uniós szint” még mindig messze van, s egyéb finansziális problémák is nehezítenek az egészségügyre. Az egyes szolgáltatások, szakellátások között, vagy a gondozás vonatkozásában felmerülő eltérő teljesítményszintű (pontértékű), s ennek következtében eltérő javadalmazású egészségügyi ellátás például, melyet csak a jelenlegi pont – teljesítményes rendszerrel nem lehet igazságosan kezelni. Mindez azonban már a jövő, most az a leglényegesebb, hogy úgy érezzem, a dolgozók örömmel, meglepődéssel, s megértéssel fogadták a béremelést, illetve megvalósításának elveit.

(folytatás a 4. oldalon)

Az eutanáziáról

Lapzártakor kerül a Parlament elé az eutanáziát szabályozó törvénytervezet megvitatása. „...Az elmúlt évtizedekben világszerte előtérbe kerültek az élet befejezésével kapcsolatos dilemmák. A modern orvostudomány segítségével a betegek haldoklása akár évekig is meghosszabbítható, ezért az orvosok, a betegek és a hozzátartozók korábban nem ismert döntési helyzetekbe kerülnek. Emellett a halálról másként gondolkodunk ma, mint régen: sokan nem tartják kötelességüknek elviselni a haldoklással járó szenvedéseket, s az orvosoktól segítséget várnak haldoklásuk megkönnyítéséhez. Napjainkban alapvető emberi jogként fogalmazódik meg a méltóságteljes halálhoz, az eutanáziához való jog. Álláspontunk szerint a gyógyíthatatlan, végső stádiumba jutott betegeknek is joga van dönteni saját sorsáról, ezért tiszteletben kell tartani a döntésképes beteg akaratát, ha az életfenntartó kezelés beszüntetését kéri. Az elviselhetetlen szenvedéseket átélő beteg kívánságára biztosítani kell a fájdalomcsillapító szereket akkor is, ha azok a halálát okozhatják. Mindemellett – megítélésünk szerint – a végstádiumba jutott betegek joga van ahhoz, hogy orvosi segítséget vegyen igénybe élete befejezéséhez...” olvasható a „Társaság a Szabadságjogokért” civil szervezet e témát érintő deklarációja.

(bővebben a 8-as oldalon.)

Pap Kőfaragó, Kőszobrász Műhely

Egyedi és szokványos kivitelezésű síremlékek, családi sírholtok, kültéri emlékművek és más szobrászati munkák.

Diszitő kőfaragás, építészeti segédelemek, kővel kombinált belső terek.

Szentendre, Kőzúzó köz
Tel./Fax: 26313-846, 26313-630
E-mail: paplajos@elender.hu
www.paplajos.hu

A gyógyászati segédeszköz ellátás három éves akció programja Tervezet

A korszerű orvostudományban a terápia négy lábán áll: gyógyszeres terápia, pszichoterápia, fizioterápia és eszközös terápia. A gyógykezeléshez mindegyik szükséges, egymást kiegészítik, egymással nem helyettesíthetők.

A rehabilitáció, az életminőség biztosítása elképzelhetetlen gyógyászati segédeszköz ellátás nélkül. A technika és a tudomány fejlődésével ezen a területen is ugrásszerű fejlődés következett be és tart napjainkban is, amelyre a társadalombiztosításnak is fel kell készülnie. A felhasználói kör bővül, a terápiás eredmények javulásával nő a lakosság átlag életkora, ezzel együtt emelkedik az idősök aránya a populáción belül, sajnos emelkedő tendenciájú a balesetek száma. Mindezek miatt fokozódik a komplex rehabilitáció iránti igény.

Az EU-hoz való csatlakozás megköveteli a gyógyászati segédeszköz ellátás rendszer átfogó reformját. Ennek része a minőségi gyártás, a szükséges mértékben szabályozott kereskedelmi tevékenység, az egyenlő hozzáférhetőség elve, amelyet a finanszírozás által is biztosítani kell.

(folytatás a 2. oldalon)

A gyógyászati segédeszköz ellátás három éves akció programja

Tervezet

(folytatás az 1. oldalról)

1.) Fogalom meghatározás

A reform lényegét nem érinti, de megjegyezni kívánjuk, hogy az EU konformmá tételhez hozzá tartozik az azonos fogalmak használata. A hazánkban meghonosodott gyógyászati segédeszköz megnevezés szinte lefordíthatatlan idegen nyelvre.

Határainkon túl a „medical devices” honosított meg. Az orvosi eszközök széles skáláját öleli fel az egészségügyi céllal alkalmazható eszközöké. Ebbe beletartoznak a korszerű sugárterápiás készülékektől kezdve, az implantátumokon keresztül, az egyszer használatos eszközökön át sok különböző funkciójú termék.

A hazai hagyományok megőrzése érdekében szükséges definiálni azt, hogy az orvostechonikai eszközök közül mely termékek tartoznak a gyógyászati segédeszközök fogalmába, azaz melyek azok, amelyek a betegek rehabilitációját, gyógykezelését szolgálják, külső és/vagy belső veleszületett, illetve szerzett funkció hiányt pótolnak, és ezzel az életminőség javítását is szolgálják.

2.) Minőségi gyártás

A gyógyászati segédeszközök regisztrációja az orvostechonikai eszközökről szóló 47/1999. (X. G.) EüM rendelet szerint történik. Ez a szabályozás már az Európai Unió (EU) jogharmonizáció jegyében született. Ennek ellenére, sajnos a hazánkban forgalmazott termék minőségi színvonala egyenletlen, sőt minőségromlás is tapasztalható. A folyamat megállítása a hivatkozott rendelet következetes betartásával, betartatásával és ellenőrzésével valósítható meg.

A járóbeteg ellátás keretében is alkalmazható gyógyászati segédeszközök többsége a rendelet szerint az ún. I. osztályba tartozik, azaz noninvazív eszközök. A regisztrációjuk gyártói megfelelési nyilatkozat alapján történik. A minőségi gyártás garanciája az, hogy a gyártó rendelkezzen belső és külső minőségügyi rendszerrel. Különösen fontos a külső minőségügyi rendszer, melynél a gyártó teljes körű, akkreditált megfelelés nyilatkozattal rendelkezik. (Ennek része pl. az ISO szabvány, EFQM kiválósági modell alkalmazása, minőségi díjak, stb.)

A betegek ellátása érdekében – függetlenül attól, hogy ártámogatással, vagy teljes áron jutnak hozzá az eszközökhöz – meg kell követelni a gyártótól a teljes minőségügyi rendszerre vonatkozó akkreditációt.

Ennek következtében betartása, betartatása fontos abból a szempontból is, hogy a CE jelzéssel ellátott hazai termékek piacépítése legyenek határainkon túl is.

3.) Evidence based medicine (bizonyítékokon alapuló orvoslás)

Egy termék megfelelőse nem jelenti egyúttal terápiás (rehabilitációs) életminőség biztosító eredményességét is. A támogatási rendszerből ki kell zárni azokat az eszközöket, amelyek használata – egészségügyi szempontból – legfeljebb a „nil nocere” elvnek felel meg. Végrehajtásánál támaszkodni lehet a nemzetközi szakirodalomra, illetve a hazai „klinikai fázisra, azaz az egészségügyi bevizsgálásra.”

A gyógyászati segédeszközök finanszírozására az EBM-en túl költség-hasonló, illetve költség-hatékonyági elemzések alapján kerüljön csak sor. Az elemzéseket az Országos Egészség-biztosítási Pénztárnak (OEP) kell koordinálnia.

4.) Összehasonlító minőségi vizsgálat

A nem rendelésre készült eszközök regisztrációja nem jelenti egyúttal azt, hogy az ugyanazon funkciójú termékek azonos minőségűek képviselnek. Az árképzés sem utal feltétlenül az abszolút helyettesíthetőségre. Szükséges a termékek összehasonlító minőségi vizsgálata is. Erre elfogadott nemzetközi standardok vannak. Az Orvos-Kórháztechnikai Intézet (ORKI) már napjainkban is alkalmas erre a feladatra.

5.) Gyógyászati segédeszköz kereskedelem

A gyógyászati segédeszközök kereskedelme – hasonlóan a többi árucikkhez – importból,

nagykereskedelemből és kiskereskedelemből áll. A gyógyászati segédeszközökkel jelenleg semmilyen rendelet nem szabályozza a kereskedelmi láncolatot. Az importjog, illetve a nagykereskedői jog kizárólag cégbizrosági bejegyzésen alapul. Keverednek a különböző funkciók, azaz egy cég egy személyben lehet gyártó, importőr, nagykereskedő, kiskereskedő. A gyártás és a kiskereskedelmi tevékenység végzése jogszabályi feltételekhez kötött. A gyártásra a 47/1999. (X. G.) EüM rendeletben, a kiskereskedelem szakmai feltételeire a gyógyászati segédeszköz forgalmazó szakképesítés szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról szóló 54/1999. (XI. 12.) EüM rendeletben foglaltak az irányadók. (Szakképesítés nélkül a gyógyászati segédeszköz forgalmazó tevékenység 2004. december 31-ig folytatható.) A kiskereskedelmi tevékenység egészségügyi szolgáltatásnak minősül az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 3. § e) pontja szerint. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, a működési engedélyről és az egyéni vállalkozás keretében végezhető egészségügyi szolgáltatásról szóló 69/2002. (IV. 12.) Korm. rendeletben kodifikáltak vonatkoznak a gyógyászati segédeszköz forgalmazó üzemekre is. (Kivételt képeznek az alól a gyógyszerárak, amelyeknek működésére külön jogszabály rendelkezéseit kell alkalmazni, a hivatkozott Korm. rendelet 1. § (2) bekezdése szerint.) Ez a szabályozás tartalmazza a gyártó-tulajdonos szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó, így nem alkalmazható a gyógyászati segédeszköz forgalmazására. Az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyt az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) adja ki. Jelenleg nincs hatályban olyan rendelet, amelynek alapján az ÁNTSZ elbírálna azt, hogy a gyógyászati segédeszköz kiszolgáló nyújthat-e egészségügyi szolgáltatást. Jogszabály által rendezendő az import jog és a nagykereskedelmi jog is, hasonlóan a gyógyszer ellátáshoz. Ezzel nem csak az érhető el, hogy a különböző szintű kereskedelmi tevékenységek elválasztódjanak egymástól, hanem z is, hogy megfogalmazódna az egyes tevékenységeket folytatók kötelezettségei. Import termékeknek az importáló lenné a 47/1999. (X. G.) EüM rendelet szerinti forgalomba hozatalért felelős személy. Feladata lenne a folyamatos ellátás biztosítása, a termékek gyártójában, gyártásában bekövetkezett változások hazai átvizsgálása, gondoskodás a szükséges alkalmes utánpótlásról, megállapodás a javítást végzővel, illetve a gyártás beszüntetése esetén az időben történő tájékoztatás.

Hazai gyártású termékeknel is szükséges a forgalomba hozatalért felelős személy kötelezettségeinek a meghatározása, amelyeknek természetesen azonosnak kell lenniük az import termékek forgalomba hozatalért felelős személyek feladataival.

A nagykereskedelmi tevékenység szabályozása is fontos. Nagykereskedelmi tevékenységgel foglalkozó cég kötelezése az, hogy a nagykereskedelmi árrés terhére időben teljesítse a megrendeléseket, és a termékeket kiszállítsa a kiskereskedelmi egységekhez. A kötelezettségek betartása, illetve számonkérése csak jogszabály erejével történhet meg.

6.) Reklám tevékenység szabályozása

A gyógyászati segédeszközök reklámozását semmi nem szabályozza. Fékek hiányában egyes cégek tevékenysége már-már kimeríti a tisztességtelen piaci magatartás fogalmát, és sérül a betegek választási szabadsága. Szükséges hasonló szabályozás, mint amilyen a gyógyszer ellátás területén van. (Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények és tápszer reklámozásáról és ismertetéséről szóló 22/2001. (VI. 1.) EüM rendelet)

Az orvosok tájékoztatását egy, a gyógyászati segédeszközök jellemzőit magában foglaló kiadvánnyal kell elősegíteni. A termékek mellé kötelezően becsomagolt, azok műszaki jellemzőit, télhasználati területeit, illetve használati utasítását tartalmazó tájékoztatók összefűzött gyűjteményének kiadása, rendszeres frissítése – gyógyászati segédeszközök katalógusként – szolgálhatja ezt a célt. (Az adatok validitásáért a gyártók felelnek.) A támogatási

rendszer segítése érdekében javasolt, hogy minden egyes tájékoztatót kötelező érvénnyel feltüntetésre kerüljön a nemzetközileg elfogadott, és a termék jellemző ISO kód is. (Ezt a 47/1999. (X. G.) EüM rendelet írhatja elő. Ebben a rendeletben kötelezni kell a forgalomba hozatalért felelős személyt arra is, hogy az előzőekben részletezett adattartamú magyar nyelvű termék tájékoztatóval hozza forgalomba az eszközöket.

(A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközökről és a támogatás összegéről szóló 48/2000. (IV. 13.) Korm. rendelet 1. § (2) bekezdése szerint a gyógyászati segédeszköz katalógus – amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) az Egészségbiztosítási Közlönyben tesz közzé – a támogatott termékekre vonatkozó indikációkról és a rendelésre jogosultak köréről szól. Ezek az információk a hivatkozott Korm. rendelet jogszabályi elődjében, a gyógyászati segédeszközök rendeléséről, társadalombiztosítási támogatásának összegéről szóló 30/1995. (IX. 12.) NM rendelet mellékletének részét képezték. A ma hatályos katalógus fogalom nem szolgálja az orvosok rendelését segítő tájékoztatást.)

7.) Árrés rendelet

A gyógyászati segédeszközök szabadáras termékek. A szabadáras termékek fogyasztói árat a piacgazdaság kereslet-kínálat elve határozza meg.

A társadalombiztosítási ártámogatási rendszer alapja az, hogy a termék árához megállapított támogatási mérték alapján számítódik ki a támogatási összeg. Ebben a rendszerben a támogatás alapját képező árak – a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 10/A. § (4) bekezdése alapján az OEP által lefolytatott ártárgyalások során kerülnek elfogadásra, és az így képzett ár nem feltétlenül azonos a fogyasztói árral.

Az ellátási rendszer különböző szintű kereskedelmi láncainak működő képessége – többek között – a nagy/kiskereskedelmi árrés tömeg biztosítja. Ezért szükséges, hogy az ártárgyalások során kialakított megegyezések rögzítő/gyártói a számított, és jogszabályban megítélt nagy- és kiskereskedelmi maximál árréssel képződjen a társadalombiztosítási támogatás alapját képező ár. Ez a rendszer jól bevált a gyógyszer ellátás területén, így a beteg – a beváltás helyétől függetlenül – azonos térítési díjat fizet az adott gyógyszerért. Amennyiben a gyógyászati segédeszköz ellátásnál is bevezetésre kerül az árrés rendelet, abban szükséges kihirdetni azt is, hogy a gyógyászati segédeszköz forgalmazó árendemenyt nem adhat. (A gyógyszer ellátás területén erről a gyógyszerárak létesítéséről és működéséről egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény 13. § (1) bekezdése szól.)

8.) Kölcsönzés, tartós bérlet/lízing és letéti rendszer

Mindezig nem sikerült kialakítani egy gazdaságos, hatékonyan működő kölcsönzési, tartós bérleti/lízingelési és letéti (a továbbiakban együttesen: kölcsönzés) rendszert, amely külföldön már jól bevált.

Ha kitekintünk Európába – a helyi sajátosságok, illetve a biztosítási konstrukció függvényében, három különböző szisztémát látunk.

1.) A biztosító egyúttal a kölcsönzési szolgáltatót nyújtó. Tulajdonában annak az eszközök, kiszállítja a beteghez, elhozza a betegétől, illetve a szervizlést is végzi. (Ilyen rendszer működik pl. Franciaországban.)

Előnye: A szükséges eszközöket közbiztosítási eljárás keretén belül biztosítja. Ezzel jelentős árcsökkenést érhető el, illetve a beszerzési ár nem tartalmazza a kiskereskedelmi árrést. A szolgáltatás személyi és dologi kiadásai nonprofit kiadások, nem terhelődnek a nyereség kitermelésével. Az ellenőrzés – mivel a szolgáltatás nyújtása saját kézzel van – kézenfekvő.

Hátránya: Egyszerű beruházásként, jelentős intézményi személyi létszám bővítést, helyiséget, illetve tárgyi feltételek biztosítását követeli meg. A beruházás hosszabb távon válik rentábilissá.

2.) Nonprofit szervezet végzi a kölcsönzési támogatást. (Ilyen rendszer működik pl. Hollandiában, a Vöröskereszt által működtetve, és állami költségvetésből fedezve.)

Előnye: Egy országosan kiépült szervezet – térben és időben közel a beteghez-képes egy ilyen feladat végrehajtására. Tevékenységéhez olyan folyamatos finanszírozás szükséges, amelynek nem kell fedeznie a profitot.

Hátránya: Szükséges speciálisan képzett szakember gárda alkalmazása, illetve ebben a konstrukcióban is elkerülhetetlen a működtetést szolgáló tárgyi feltételek biztosítása. A beruházás itt is hosszabb távon térül meg.

3.) A kölcsönzött eszközök a biztosító tulajdonát képezik, magát a kölcsönzési szolgáltatást vállalkozás működteti. (Például Németországban.) Hazánkban 10 éven keresztül (1990-tól 2000-ig) a korszerű otthoni oxigén terápia nyújtó oxigén koncentrátorok ezzel a konstrukcióval szolgálták a betegellátást.

Előnye: Az eszközök beszerzési ára jelentősen csökkenthető. A kölcsönzéshez szükséges személyi és egyéb tárgyi feltételek kialakítása, és annak költségei nem a biztosítót terhelik.

Hátránya: A szolgáltató tevékenység ára túrkörbe a nyereség érdekeltiséget. 4.) Egészségügyi szolgáltatást nyújtó vállalkozás által működtetett kölcsönzési rendszer is több évtizedes múlttal rendelkezik számos európai országban.

Az ártámogatott termékekhez ez a konstrukció modelljezterlették – közel egy éven keresztül – hazánkban is működött.

Ártámogatásban nem részülő eszközöknél (oxigén palack és reductor, az alvási apnoeban szenvedők CPAP készülékei, valamint az oxigén koncentrátorok) jelenleg is működik ez a típusú kölcsönzési szolgáltatás.

a.) Az oxigén palackok és a reductorok támogatással történő kölcsönzése több évtizedes múlttal tekint vissza. A beteghez kerülésnél a szolgáltató a biztosítónak leszámlazza a termékek árának 85 %-át, a betegnek leszámlazza a termékek árának 15 %-át. A visszavételkor a szolgáltató a termékek árának 85 %-át a biztosítónak, 15 %-át a betegnek fizeti vissza. b.) A CPAP készülékek kölcsönzési díjához 2000. óta nyújt támogatást az OEP. c.) Az oxigén koncentrátorokat ugyancsak 2000. óta támogatja ebben a konstrukcióban a társadalombiztosítás, felváltva a 3.) pontban foglaltakat.

Előnye: Szigorú pályázati feltételek kiírásával, országos terítéssel egy időben bevezethető. Nem igényel egyszerűen nagyobb kifizetést a társadalombiztosítás részéről, nem veszélyeztet a likviditást, és előre jól tervezhető finanszírozási feladat.

Hátránya: A kölcsönzési díjak magukban foglalják a vállalkozás nyereség orientált költségeit. A társadalombiztosítás által felváltható, a kölcsönzési díjhoz nyújtott támogatási összeg kalkulálása rendkívül pontos, közzéadását számításokra alapozott meghatározást igényel.

A három különböző rendszer előnyeinek-hátrányainak figyelembe vételével, a modell-kísérlet kiértékelésére is alapozva működőképes gyógyászati segédeszköz kölcsönzés meg-honosítása szükséges.

9.) Támogatási listára kerülés feltételei

Jelenleg a Kormány az Ebtv. 83. § (2) bekezdés p) pontja szerint a gyógyszer, gyógyászati segédeszközök és egyes gyógyászati ellátások körének és az árukhoz nyújtott támogatás mértékének a meghatározására jogosult. A Korm. rendeletek így taxatív felsorolják a támogatott termékeket, azok társadalombiztosítási támogatás alapját képező árat, a támogatás mértékét és a támogatás összegét.

A termékekhez nyújtott támogatási mértékekre a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 10/A. § (2) bekezdésében életre hívott Társadalombiztosítási Ár- és Támogatási Bizottság (TÁTB) tesz javaslatot, melynek feladat- és hatásköréről, valamint működési rendjéről a 112/2000. (VI. 29.) Korm. rendelet szól. Nincs meghatározva az, hogy a TÁTB kinek, kiknek a véleményére alapozva teszi meg javaslatait. A gyógyászati segédeszközök ellátás reformja megköveteli a jelenlegi szabályozás rendszer átalakítását.

(folytatás az 5. oldalán)

Mi van a borítékban?

(folytatás az 1. oldalról)

Mennyi az anyni?

A Látletel kissé tréfásan feltett kérdésére, a közalkalmazotti béremeléssel kapcsolatosan, a megkérdezettek – orvosok és asszisztensek egyaránt – készséggel válaszoltak. Szinte kéretlenül is pontos adatokkal szolgált, számokkal, összegekkel, besorolási kategóriával. Elmondták gondolataikat, örömeiket és csalódásukat, vagy éppen kétségeiket. Ki-ki vérmérsékletének, esetleg pénztárcája gyarapodásának arányában állt hozzá, szólt hozzá a témához. Nevét, munkahelyét azonban legtöbbször nem engedte nyilvánosságra hozni. Ezt több fajta félelemmel magyarázták. Volt ebben politikai indítottság, munkahelyi eredetű félelem, munkatársaktól való tartás, irigységre, féltékenységre hivatkozva, de szimpla ödökös a nyilvánosság ellen, szintén szolgált magyarázatul.

A beszélgetések hangneme, a megszólalók ószinte, s nem utolsó sorban sokrétűsége – fiatal, idősebb, asszisztens, szakasszisztens, orvos, védőnő; ambuláns ellátásban, gondo-

zóban dolgozó – úgy érzem, legalizálja véleményük közreadását, még így, a személyek beazonosíthatatlanságával is.

Járobeteg szakambulancia

Asszisztens (E8-as fizetési osztályba sorolva): Több, mint 20 éves munkaviszony után a minimálbértől (szakmai szorulóval együtt 58.000 Ft volt a fizetése), „küzdötte” fel magát a béremelésről 89.600 forintos bruttó fizetésre. Ez körülbelül havi 15-16.000 Ft többletet jelent számára. – 3.000 forint emelésnek lehet, hogy jobban örültem volna – mondta –, mert akkor már évekel ezelőtt magasabb, megfelelőbb lett volna a fizetésem.

Asszisztens (D8-as fizetési osztályba sorolva): Jelenlegi bére 76 800 Ft. Több, mint volt, de kíváncsi lenne arra hogy, hogyan jön ki az egészségügyi dolgozók 160 000 forintos átlagbére. (Sajtóterjesztésre hivatkozik.)

Szakasszisztens: 22 évet dolgozik. Bére most 58.000-ról 80.000-re nőtt. A majd 30.000 Ft-os bruttó többletet körülbelül havi 14-15.000 Ft pluszt jelent neki.

Szakorvos, ugyanott: – Örülök a béremelésnek, elégedett vagyok a mértékével is, de való igaz, hogy az egészségügyben évek óta tartó nagyon nagy mértékű lemaradás volt a bérében. Ez a bér már elfogadható, de nagyon nem örülök neki, ha újabb tíz-tizenkét évig ez maradna.

Szakorvos: - Ötvenéves koromra 100 000-es nagyságrendű a fizetésem. Örülök, ...csak ... Egy kezdő jogász kezdő bére 200 000 Ft. Miért van ez a megkülönböztetés a diplomák között? Persze „házon”, az egészségügyben belül is vannak anomáliák. A fekvőbeteg intézetekben meglévő, szinte elfogadott paraszolencia az ambulancián nem létezik. Vagy ha igen, az a valóságban így fest: tizen-, ötvenezer forint/műtét szemben az esetleges egy doboz bonbon, vagy egy szál virág köszönettel.

Intézeti védőnő: Előző bérehez viszonyítottan –50 000 Ft alatt – örül a mostani 71 000 forintos bérének, bár úgy érzi ennek inkább kezdő fizetésnek kellene lenni, nem 30 évi munkaviszony utáni illetménynek.

Körzeti védőnő: (Két diploma, plusz 22 év szolgálati idő) – Persze hogy örülök, 82 000 Ft helyett – amiben már a területi pótlék is benne volt – 138 600 + 3 000 Ft területi pótlék csak jobb. Igaz, a terpotba (területi pótlék) az összes kiszálláson minden benzinpénze bele kell férjen, pontpénzt továbbra sem kapunk, s csak kicsit rossz a szánk íze, ha egy máshoz dolgozó takarító – nem is a versenyszférában – aki fiatalabb is nálunk, havi százezer kap.

Mentő ápoló: (D1 fizetési osztály) – Az alapbérem 66 000 Ft lett. Ehhez jön a veszelgyességi pótlék, az éjszaka, délután, tülórára. Még nem tudom igazán, hogy mennyit fog valóban jelenteni ez az emelés. Remélem, nem esek bele egy magasabb adósávba, ami elvinné ezt a többletet. Néhány kollégám, aki régebben dolgozik és szakapóval, többlet kapott, de ők is félnek az adótól.

Pigniczki Ágnes
Debrecen

*Szabadfoglalkozású orvos – Magyarországon

A Magyar Orvos július 24-i számában Kökény Mihály népjóléti miniszter változó nézeteit a szabadfoglalkozású orvos fogalmáról és működéséről. Értelme a helyes irányba mutat. Nyilatkozatából főleg azt a gondolatot szeretném aláhúzni, hogy az egészségügy felépítése és működése nem annyira a kormányzat, inkább a szakma feladata.

Ennek érdekében ragadom meg magam is a szót, mégpedig annak alapján, hogy 1956 és 1995 között egy ilyen koncepciójú egészségügyi fogaskereke voltam Svájcban. Engedtessek meg, hogy röviden vázoljam a svájci egészségügy működését, különös tekintettel a magyar helyzettel való eltérésre.

A svájci egészségügy decentralizált. Az államszövetségnek egészségügyi minisztériuma sincs, az egészségügyi kantonális feladat. Kis túlzással állíthatnánk, hogy ahány kanton, annyi egészségügy. A 25 rendszernek azonban van közös logikája:

1. Az egészségügyi ellátás alapja a magánorvos és biztosított betege. Az orvosi szolgáltatások javarészt magánorvosok látják el, mint háziorvosok és szakorvosok, többnyire a kórházi szektorral való szerződéses viszony nélkül. A kantonális orvosszövetség tartásfőzöddést köt a kantonális biztosítókkal. Az orvos minden egészségügyi szolgáltatást (olykor rugalmas alsó és felső határú) tarifa alapján nyújt, melynek 90 százalékat a biztosító, 10 százalékát a beteg fizeti. A lakosság biztosítottsági foka eléri a 98-99 százalékot.

2. A kórházi szektor elvileg nem folytat ambuláns tevékenységet. A rendelőintézetek, ideggondozók fogalma csaknem ismeretlen. Létezésük nem is lenne kívánatos, mert a magánorvosok érdekeit sértené. A kórházak nagyrésze – Kökény Mihály állításával némileg ellentétben – Svájcban is állami (kantonális), esetleg községi tulajdonú. A magánklinikák korszaka ott is lejárt, állami szubvenció nélkül egyetlen kórház sem működne. Az 50 évvel ezelőtt még oly nagyszámú magánklinikák 90 százaléka idő közben becsúszott. Az utóbbi 20 évtizedben kevés intézménynek sikerült profitot termelnie beteg emberrel egészségügyi ellátásból. Kivételt képez az a nagyon kevés „Belestial”, mely csak kórházi infrastruktúrát biztosít, s a beteg ellátása a beutaló orvos feladata marad. Ilyen esetben a beutaló egyben továbbkezelő orvos és az intézmény között szerződéses viszony áll fenn.

A svájci egészségügyi ellátás ma is példaértékű. Miért?

1. A magánorvos valódi értelmiségi vállalkozó. Tudásának és munkaerőjének bevetése mind szakmailag, mind pénzügyileg gyümölcsöző. A rendelő megnyitása befektetéssel kezdődik, amihez a bankok hatós támogatást nyújtanak. A pénztételek „harcolnak” a pályakezdekkért, a szabad versenyt itt is érvényesül. A magánorvosi munka első szakasza az adósság törlesztésével telik el. A következő szakasz már a tökélfelhalmozás ideje. A legtöbb svájci magánorvos jómódú, a felső középosztályhoz tartozik. Betegét megtartja, nem utalgatja jobbra-balra, nem küldi feleslegesen kórházba, mert ezzel saját anyagi bázisát veszélyeztetné és a betegre sokkal magasabb gyógyítási költséget róna. Az ambuláns kezelés ugyanis összehasonlíthatatlanul olcsóbb, mint a kórházi. (Mindenkinek megvan a maga törzspacientúrája, mely évtizedeken keresztül áll marad hozzá. Szögezzük le: a svájci orvos kifűnően megél szakmájából, praxisából, s észbe sem jutna, hogy más, szakmailag idegen területeken próbálja „összeizletelni” azt a tótket, mely beemelné őt a felső középosztályba.

2. A kórházban tartósan csak az az orvos marad, aki a) főorvos lett, b) tudományos munkának élt, c) olyan bizonyult és drága infrastruktúrára vagy személyzetre van ráutalva, melyet csak egy intézmény biztosíthat. (Olyan berendezések, melyek beszerzési ára kb. 100 000 frankon – 13 000 000 forinton – alul van, pl. röntgen, EKG, EEG, EMG, laboratóriumi műszerek – kölesónnel – magánorvosok számára is megszerezhetők.)

3. Svájcban is sok szó esik a „Konstenxplasion”-ról, azaz az egészségügy aránytalan drágulásáról. Ez a vita eldönthetetlen, mert senki sem tudja megmondani, hogy – pénzben kifejezve – mennyit ér az emberi egészség. A helyzet azonban addig nem veszes, ameddig a lakosság több pénzt ad ki élvezeti cikkekre (alkohol-dohány), kozmetikai szerekre és utazásokra, mint az egészségére. Mindezek alapján egy svájci orvosnak a következő megjegyzéseit lennének a mai magyar egészségügy helyzetére:

1. A magyar orvostársadalom túlságosan intézménycentrikus (úgy tűnik, „népidemokratikus” maradvány). A legtöbb orvos göröcsösen ragaszkodik kórházi álláshoz, ami úgy hat, mint 50 évvel ezelőtt a kocsiok küzdelme az autók ellen. Az egész civilizált

világ leépíti kórházi ágait. Az utóbbi 20 év kórházépítési programjai abból álltak, hogy kevesebb ágyon jobb kezelést akartak nyújtani. Magyarországnak kevesebb, de jobb kórházra lenne szüksége – modern infrastruktúrával, a humántőke jobb kihasználásával.

2. A meglévő kórházakban az orvosok a gyenge infrastruktúra miatt nem fejthetik ki ideálisan képességeiket. Viszont kevés az ápolószemélyzet, melynek feladata lenne a mai orvosi munka egyszerűbb részének átvétele.

3. Azt szokták mondani, a kórház olyan, mint a társadalom. Ez Magyarországra nem egészen érvényes: itt a kórházak rosszabb állapotban vannak, mint a társadalom. Ebben a tekintetben a kormányzatnak lennének teendői.

Befejezésül hadd tegye meg a Svájcból hazatért idős magyar orvos a maga szubjektív megjegyzését. A magyar orvostársadalom képzettsége mai is elsőrangú, semmivel sem rosszabb, mint a svájcié. Nem az orvosi képzést kell elsősorban javítani, hanem az orvosi tudás alkalmazásának keretfeltételeit. S ehhez nem kell csodát művelnünk. 1945 előtt a magyar egészségügy csak kis mértékben tért el a svájcítól. Megvolt a magánorvos és a biztosított – vagy nem biztosított, de fizetőképes – beteg, megvoltak a társadalom állapotának megfelelő kórházak, az orvos a felső középosztályhoz tartozott, alapvető anyagi igényei mellett jutott neki utazásra, kultúrára, sőt néha luxusra is. Olyan lehetetlen ezt előznedni a feladás homályából?

Dr. Pintér Emil,
Budapest

(*Ez év szeptemberében egy váratlan email-en érkezett – nem tudni honnan, kitől, milyen szándékkal ez a cikk, megnyithatatlan kísérőzöveggel. Miután teljesen le is benította rendszerünket – lévén vírusos a kapott üzenet – rendszergazdánk majd 5 órák kibőnzárásáig és a csatolt dokumentum maradt egyedül épségben. Kinyomtattam a megmentőket. És azt vettem észre, hogy az orvoskollégák emé a cikknek hosszasan elidőztek, figyelmesen végigolvassák. Ebből arra a következtetésre jutottam, hogy talán van üzenete napjainkban. Ezért döntöttem úgy, hogy leközlöm. Ha valaki valamit tud róla, ne tartsa szerző, úgy szívesen veszem jelentkezését. Balla M. Anna)

Világszerte biztonságban

Mona-System Egészségügyi Informatikai Konzultációs Rendszer

Országos Konzultációs Központtal, az agyi érbetegségek (stroke) konzultációjá kezd meg működését. A világon egyedülálló egészségügyi konzultációs rendszer segíthet ezután Magyarországon és a határon túli területeken a betegellátás.

A Mona-System Egészségügyi Informatikai Konzultációs Rendszerbe kapcsolt orvosok, egészségügyi létesítmények, intézmények kérhetnek és adhatnak a betegellátással kapcsolatos szakmai tanácsot, melyhez a magyarországi felhasználók közül Csehorozágból, Szlovákiából, Ukrajnából, Romániából, Szerbiából, Szlovéniából és több további országból (USA, Kanada, Németország) is bekapcsolódhatnak a szakemberek.

A rendszer iránt érdeklődők a szorosabban értelemben vett orvosi konzultáció túl fontosnak tartották a szakemberek oktatási programjait, a lakosság egészségügyi felvilágosításának lehetőségét a magy oktatási intézményekkel, orvosudományi egyetemekkel és a magyar egészségügygel való kapcsolattartás lehetőségét, mely az Interneten a http://msystem.fw.hu címen érhető el.

A Mona-System Egészségügyi Konzultációs Rendszer kifejlesztését az a hihetetlen és sokak számára ismeretlen adat ösztönözte, mely szerint Magyarországon – a vizsgálat évében – az idő előtti elkerülhető halálozás szakmai becslések alapján (Népegészségügy, 1993. 74. évf. 5. sz.) körülbelül 20 000 fő volt évente. Megdönbentő módon, egy 1981-1989 között direkt erre vonatkozó felmérés során 150 000 elkerülhető halálesetet regisztráltak.

A tanulmány szerint „Nincs másik olyan, az egész társadalmat megrázó és azonnali tettekre serkentő katasztrófa, amely ennyi áldozatot követelne hazánkban.”

A halálra elkerülhető betegségek jellegéből adódóan (szív-érrendszeri betegségek, agyi katasztrófák, balesetek, mérgezések, stb.) a halálozás döntő többsége még a kórházba érkezés előtt a területen következik be. Ezért is kiemelten fontos a Mona-System Konzultációs Rendszer által biztosított, a területi sürgősségi betegellátást, gondozást, szűrést, megelőzést (prevenációt) támogató szakértői konzultációs rendszer mielőbbi alkalmazása.

A rendszer egész országra és a határon túli területekre való kiterjesztéséről is várható a szomorú statisztikai paraméterek kedvező változása, a lakosság életkilátásának gyors javulása, a területi betegellátás színvonalbeli emelkedése, az esélyegyenlőség elvének megvalósulása az egészségügyben. Az orvos-szakmai előnyökön túl gazdasági szempontokból is elémertető a fejlesztés. A felhasználók részéről nem igényel lényegesebb beruházást.

Csökkentést az indokolatlan betegbeutalást és táppénzes napok számát, a rokkantsági mértéket, rentábilisabbá teszi a kórházak működését.

Az 10 éven át tartó folyamatos fejlesztés eredményeként a Mona-System Egészségügyi Konzultációs Rendszer magyar szabadalom lett, mely a magyar egészségügy, illetőleg az érdeklődő határon túli területek részére felhasználás céljából a tulajdonjog megtartása mellett térítés nélkül került átadásra. A felhasználókat minimális működési díj terheli. A szolgáltatás lényege egy automatikus frissítő online adatbázis, ami hozzáférhető bárkinek, aki erre jogosult, az Interneten, a rádió-és hálózati telefon vonalon keresztül. Kifejező az egészségügyi szakdolgozók, az egyetemisták, a kezdő és a szakorvosok folyamatos továbbképzését és oktatását. Elérhető a szakmai rendezvények előadásai anyaga is. Természetesen a programfejlesztés igazi célszoportja az orvostársadalom és az egészségügyi dolgozók voltak, akik számára a betegellátással kapcsolatos egyik közötti kommunikáció eddig rendkívül nehézkes volt. A program segítségével konzultációs rendszer készíthető a magyar egészségügyben használatos valamennyi képképet berendezés (CT, MR, Gasztroszkóp, UH, árvilágító berendezések, mikroszkóp, EKG, négyvezetési vizsgálóeszközök, kardiológiai és magas vérnyomás mérőeszközök, stb.) melyek információ-és képanyagát kórházi hálózaton, modern rendszeren és az Interneten a terület felé irányítva lehet továbbítani. A rendszer szándéka szerint a szakmai konzultációt az egyetemen és országos intézmények, a regionális kórházak, a progresszív betegellátás hagyományaira szerint végzik.

A konzultációs rendszer gyakorlati haszna, hogy a világ bármely pontján és bármely pillanatban elérhető, igénybe vehető az ellátásra szoruló páciensek részére, segíti a területi betegellátást végző orvos szakmai tevékenységét, biztosítja a hiányszakmák miatti ellátási színvonal különbség csökkentését, az esélyegyenlőség megvalósulásának elvét az egészségügyben.

Ezeket az előnyöket Magyarországon egyre növekvő számban vették észre az egyetemen, országos intézmények, kórházak és a területi ellátásban résztvevő szakemberek. Úgyisztén ezeket az előnyöket ismerték fel a határon túli egészségügyi létesítmények, intézmények is. A Mona-System Egészségügyi Informatikai Konzultációs Rendszer kifejlesztése az Egészségügyi Minisztérium anyagi támogatásával kezdődött meg 1999-ben és 2001. októberében fejeződött be, azóta folyamatosan működik. A helyszínen bemutatásra kerül a teljes informatikai rendszer (laboratóriumi, kardiológiai, képképek programrendszerek). (folytatás a következő oldalon)

A gyógyászati segédeszköz ellátás három éves akció programja

Tervezet

Az Ebtv. felhatalmazása alapján a Kormány csak a támogatott eszköz körhöz nyújtott támogatási mértékeket hirdeti ki. (A támogatott termékek a gyógyszerknél ATC 4, vagy 5 kódot, a gyógyászati segédeszközknél ISO főcsoportokat, a gyógyfűrőd ellátásoknál támogatott kezelési fajtákat jelentenek.) A differenciált maximális támogatási kulcsok Kormány általi kihirdetése egyáltalán egészségpolitikai, népegészségügyi célokat tükrözne, deklarálma morbiditási, illetve mortalitási statisztikák alapján prioritásokat is. A konkrét termékeket, azok társadalombiztosítási támogatás alapját képező árákat az egészségügyi, szociális és családügyi miniszteri rendelet hirdeti ki a Kormány rendelet szerinti támogatási kulcsokkal, támogatási összegekkel. Erre felhatalmazást az Ebtv.-ben kell adni a miniszternek.

A TATB feladat- és hatásköreiről, valamint működési rendjéről szóló Kormány rendeletben nevesíteni szükséges, hogy javaslatát mely szervek (például Szakmai Kollégiumok, civil szervezetek) véleményére támaszkodva állítja össze.

10.) Nagy értékű gyógyászati segédeszközök „különkeres” támogatási rendszere

Egyes nagy értékű tartós használatú, testen viselt eszközöknél javasolt bevezetni a gyógyszer ellátásánál már bevált, ún. különkeres finanszírozást. Olyan eszközökre terjednek ki, amelyek az utóbbi évek fejlesztései, és használatának eredményessége előzetes kipróbálással, betanítással igazolható. Az indikációk és az éves esztázis pontosan meghatározható, és ezzel a ráfordítási költségek előre tervezhetők. Bevezetésük az evidence based medicineen alapszik. A költség hatékonyságot szolgálhatja a beszerzéses eljárás, centrumokban történő kiszolgálás, és nagykereskedelmi árhoz számított támogatási összeg.

Előnyei: Előre tervezhető mennyiség, bekezdési költség, kiskereskedelmi árrés tömeg megtakarítás, és beteg utánkövetés. (Ilyen típusú termékek pl. a krónikus parenchyma gyógyoszerelésre szolgáló betegek korszerű injekciós eszközei.)

11.) Finanszírozás

A gyógyászati segédeszköz ellátásra fordítható pénzt a Parlament által elfogadott mindenki költségvetési törvény tartalmazza. Ez az összeg bár nominál értékében évről-évre nő, mégis – arányában – jelentős lemaradásban van az EU-s arányokhoz képest. (A gyógyszer ellátás és gyógyászati segédeszköz ellátás arányának EU-s átlaga 3:1-hez, hazánkban 7:1-hez; Európában a teljes egészségügyi kiadás 6 százaléka teszi ki a gyógyászati segédeszköz támogatás, nálunk ez 2,7 százalék.)

A gyógyászati segédeszköz ellátás akkor lesz euro-komfort, ha a hozzáférhetőség nem csak térben és időben biztosított, hanem pénzügyi szempontból is az. Olyan betegbarát rendszer működtetése szükséges, amely nem elsődlegesen fiskális szemléletű, hanem magát a beteget, annak rehabilitációját helyezi előtérbe.

A termékek ellenértéke megoszlik a biztosító és a biztosított között. Azon néhány, folyamatosan rendelkezendő és használható eszköz kivételével, amelyek a termékek gyártási sajátosságaiból adódóan relatív alacsony térítési díjjal bírnak (például kötszer, egyszerű használatos tűk, fecskendő), az egyszerű térítési díj összege jelentős anyagi terhet ró a betegre. (Ez nagyszámú gronidra a több ezer forinttól a több százezer

forintig terjedhet.) A jelenlegi rendszer mellett új konstrukciók bevezetése is szükségessé válik.

Javaslatok:

1) Az egészségbiztosítási rendszer keretein belül kialakulón van a balesetbiztosítási rendszer. A balesetbiztosításra jogosultak gyógyászati segédeszköz ellátását a balesetbiztosításnak kell fedeznie.

2) A Kormány programjában szerepel egy ápolási biztosítási rendszer bevezetése is. (Ez Németországban jól működik.) A társadalombiztosításon belül három biztosítási ág működése (egészségbiztosítás, balesetbiztosítás, ápolási biztosítás) egy teljes profilizációt jelentene. A járulékok súlyozott elosztása átlátható, jól tervezhető, egymástól szigorúan elválasztott rendszereket működtetne.

3) Európai mintára, hazánkban is lenne jövője, és van is igény a kiegészítő egészségügyi biztosításokra, illetve előtakarékosságra. (Erre már napjainkban is vannak példák.) A korszerű biztosítási rendszer az önkéntes társulásokból alakult ki. Napjainkhoz igazított körülmények között ismét működő képessé válhatna, az állami biztosítás felügyelet által ellenőrzve.

12.) Ellenőrzés-utánkövetés

Hazánkban a gyógyászati segédeszköz ellátás területén az a sajátosság alakult ki, hogy jogszabályban kerül kihirdetésre az egy vényre felírható mennyiség, és a kihirdési idő. (Valaha volt az ún. „Hallókészülék Nyilvános Kézikönyv”. Ebben minden rendelés, annak időpontja rögzítésre került. Sajnos, ez napjainkra fokozatosan eltűnt rendelkezés betartása a vény szintű elszámolási rendszer bevezetése óta utánkövetendő, de nem szankcionálható. Gyakorlati a párhuzamos felírások. Az Ebtv. a betegek jogait igen, de a természetbeni ellátások területén a kötelezettségeiket nem rögzíti. A rendelések, illetve kiszolgálások elektronikus adathordozón történő rögzítése hosszú távon bevezethető. Alkalmazásához az alábbiak mérlegelése szükséges:

1.) Költség haszon elemzés
Közgazdasági számításokkal kimutatható, hogy a rendelési, illetve kiszolgálási hely elektronikus adathordozót (például: chip kártya, vagy CD) író-olvasó technikával való felszerelésének költségei megtérülnek-e a rendszer bevezetésétől remélt megtakarításokból.

2.) Költség hatékonyság
A jelenlegi beteg beutalási rendszer lényegében a szabad orvos választás elveire épül. A biztosított jogosult beutaló nélkül felkeresni a legtöbb szakrendelést. Így a szakorvosok az általuk diagnosztizált körképekre legjobb tudásuk szerint rendelnek gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket, illetve gyógyfűrőd kezeléseket.

Párhuzamos gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésnél felesleges kiadással terhelődik úgy a biztosító, mint a biztosított. Orvos-szakmailag az indokoltabb több gyógyfűrőd kúra igénybe vétele bár nem káros, de ugyancsak felesleges többlet kifizetés eredményez.

Az ártamogatotti termékek, illetve szolgáltatások rendelkezésének és kiszolgálásának elektronikus adathordozón történő rögzítése mellett a felvitt adattartalom a későbbiekben bővíthető. Így követhetők lennének pl. a diagnosztikus céllal végzett ionizáló sugárzások kumulatív dózisa is. A rendszer bevezetése elősegíthetné a good clinical practice (GCP) megvalósulását is, és időszakos biztosítói ellenőrzése hosszú távon.

13.) Informatikai rendszer

A gyógyászati segédeszköz ellátás működtetése elképzelhetetlen egy korszerű informatikai rendszer nélkül. Informatikai úton utólról kell, hogy legyen a hazánkban forgalmazott orvostechnikai eszköz kör (ezen belül a gyógyászati segédeszköz kör), ezek gyártója, származási helye, CE jelzése, a regisztráció időpontja, ISO kódja, forgalomba hozatálért felelős cége/személye, nagykereskedője. Az OEP informatikai adatbázisának – a támogatotti eszköz körre vonatkozóan – a fentiekben túl tartalmaznia kell: • az EAN kódot, • a támogatás alapját képező árat, • a támogatás mértékét, • a támogatás

MEDICA – Düsseldorf, 2002.11.20-23. Az orvosi rendelők és kórházak világfóruma Nemzetközi szakkonferencia és kongresszus

2002. november 20-23. között, mikor is a MEDICA éppen 34. alkalommal nyitja meg kapuit, Düsseldorf ismét az orvostechnikai szakterület nemzetközi találkozóhelye lesz. Ez a világszerte legnagyobb orvostechnikai vásár, a vásárterület mind a 17 csarnokát elfoglalja, amely egy 180.000 m²-es bruttó területnek felel meg (nettó: körülbelül 111.000 m²). Amíg a REHAcare, szintén a Messe Düsseldorf GmbH szervezésében, a rehabilitáció és az ápolás területén vezetett vásárnak tekinthető, a MEDICA az intenzív és magas színvonalú orvostechnika helyezi a hangsúlyt.

A MEDICA piaca

A MEDICA egy intenzíven mozgóban lévő piac kínálatának és keresletének csomópontja. Ha a különböző szakmai szövetségek adatait szeretnénk összefoglalni az orvostechnikai termékek területén – az egyszer használatos termékektől kezdve a fogászati termékeken és labortechnikai át az orvostechnikai nagygépektől – egy 170 milliárd eurós kereslettel találkozunk, mely Európában kb. 27 milliárd euró (Forrás: Bundesverband Medizintechnologie BVMed). A szakemberek által az elkövetkező évekre előjelzett átlagos növekedés körülbelül 6-7 százalékra tehető.

A célcsoportokat figyelembe véve a MEDICA szintén egy meghatározó társaságot szőlít meg. Németországban körülbelül 3,5 millió ember dolgozik az egészségügyben. Összehasonlítva más országokkal, Angliában ez körülbelül 1,2 millió ember, Hollandiában és Svájcban 370.000 dolgozó Dániában pedig 100.000 ember. Ezek a számok nem veszik figyelembe az egészségügyi intézmények vezetőseiben dolgozókat (például nyugdíj-pénztárak és egészségügyi hivatalok dolgozói) vagy például az egészségügyi termékek előállításánál dolgozó 240.000 alkalmazottat. Ha ezt mind összegezzük, abból indulhatunk ki, hogy **Németországban minden tízedik munkahely az egészségügyi dolgozók töltene be.**

A MEDICA témái

A MEDICA időpontja az egészségügyi szakemberek számára egy emlékeztető időpont. Jó ok erre a MEDICA kínálatának minősége és a világosan elhatárolt témakörök. A világon nincs még egy olyan rendezvény, amely egy ehhez hasonló átfogó képet nyújtana a legújabb termékekről és trendekről, legyen szó a veszélyeztetett páciensek online-megfigyeléséhez szükséges mobiltelefonról, az interaktív gyógyításhoz szükséges navigációs rendszerekről vagy 3D-ultrahangberendezésekről. A MEDICA keretein belül jövőorientált újdonságokat mutatnak be, melyeket Düsseldorfból kiindulva a világon mindenhol használnak. Ez a vásár az egész szakma teljesítményének mérése, világszerte a MEDICA időpontjához igazodik az új egészségügyi termékek és a várható szolgáltatások bevezetése időpontja. Az ambuláns és kórházi ellátás is teljes egészében Düsseldorfban mutatkozik be. Annak érdekében, hogy a látogató az egyéni érdeklődését és szükségleteit követeve, jól tájékozódhasson a vásáron, a kínálatot a különböző piaci szegmensek szerint osztották fel. A MEDICA ezáltal olyan tömör és átlátható, mint kisebb speciális kiállítások, a kínálat viszont a teljes egészségügyi szakmáé.

A MEDICA fő témaköréi: labortechnika, diagnosztika, orvostechnika, gyógyszerek, mentőfelszerelések, fizioterápia és ortopéd-technika, használati eszközök, információs és kommunikációs technika, facility management,

textiliák, épülettechnika, szolgáltatások és kiadványok.

A telemedicina legújabb trendjei

A MEDICA kínálatát a MEDICA-kongresszus, a Német Kórháznap, a számos aktuális témájú különbemutató és egyéb kontaktbörze, információ centrum gazdagítja.

A MEDICA MEDIA elnevezésű különbemutató például szakmailag átfogó és jól alkalmazható, mely az „Orvostechnika, információ rendszerek és telematika (az informatika és telekommunikáció ötvözet)” információs és kommunikációs fórumává fejlődött. A MEDICA MEDIA novemberben a kórházak és rendelők területeit telemedicinájának aktuális trendjeit mutatja be és felhívja az egészségügyi kommunikációjának teljes témakörét: a kommunikációs infrastruktúrától kezdve a betegek, orvosok és személyzetnek a berendezésekről szóló információ és a számítógépes segítséggel készült diagnosztikák és adatfeldolgozásról az e-health-management kérdéseinek tisztázásáig. Ezenkívül azt is meg tudhatja a látogató, hogy melyek azok a speciális orvostechnikai szoftver- és hardware-kombinációk, amelyeket alkalmaznak majd a jövő számítógépeinek világában.

A MEDICA MEDIA különbemutató főiskolák és kutatóintézetek mutatkoznak be. Az alkalmazások fórumán tudósok mutatják be egy videokonferencon az általuk elért eredményeket és egy átfogó workshop keretén belül az érdeklődő szakértők a tematikai tudásukat (amely az informatika és a telekommunikáció ötvözet) mélyíthetik el. Ezen a gyakorlati közeli példákon keresztül minden érdeklődő egy megfelelő vezérfonalat kap az információ- és kommunikációtechnika kínálatához

Az egy gyógyításban is egyre nagyobb szerephez jutnak a bite-k és bit-ek a következő századok is bizonyítják: a tavalyi MEDICA 127.500 látogatójának több mint a harmada érdeklődött a telemedicina témaköre iránt.

A biotechnika és Point-of-Care-diagnosztika újabb lépései

Az orvostechnikai és elektronikai orvoslás mellett a MEDICA további, a látogatók érdeklődésének középpontjában álló, kiemelt témaköréi a labortechnika, diagnosztika és gyógyszerek. A 765 kiállító közül sokan, akik ebben a témában képviselték magukat 2001-ben, bebizonyították innovációs képességüket a molekuláris orvostan és bio-, valamint géntechnikai területén. Mára teljesen nyilvánvalóvá vált, hogy ez egy növekvő terület. A labortechnika és diagnosztika területeinek további mozgatórugója a Point-of-Care-Testing (POCT), melyet „Bedside-Testing” is emlegetnek. Ezen eljárás során innovatív és egyszerűen kezelhető teszteredszerekről és mérőrendszerekről van szó, melyek oda szállítják a laboreredményeket ahol szükség van rájuk – adott esetben egyenesen a páciens ágyához.

ComPaMED 2002 – a minőség már a szállításhoz kezdődik

A MEDICA-t idén is a már 11. alkalommal megrendezésre kerülő ComPaMED vásár egészíti ki, az orvostechnikai termékek beszállító piacának rendezvénye. A 8-as csarnokban a világ egészéből érkező kiállítók lesznek jelen. A betegellátás minőségi biztosítása ott kezdődik, ahol a páciens nem is sejtje – pontosan olyan nyersanyagok és komponensek kiválasztásánál, melyeket az emberi szervezet

14.) A gyógyászati segédeszköz ellátás társadalmasítása

A gyógyászati segédeszköz ellátás közpénzből (járuléki finanszírozású). A kifizetett összegek a betegek támogatását szolgálják. Felhasználásának ellenőrzésére így nem csak a hivatalos szervek jogosultak, hanem a civil szervezetek is. Lehetőséget kell adni a felhasználók érdekeit képviselő fogyasztóvédelemnek, illetve piac-felügyeletnek az ellenőrzésre.

A betegszervezeteknek jogosultságot kell adni a támogatási rendszer kialakításának és működtetésének formálására, véleményezési joggal. (folytatás a következő számban)

Dr. Körössy Péter
főosztályvezető, OEP

(folytatás az előző oldalról)

A fejlesztés több állami és nemzetközi elismerésben részesült. A rendszer a szabadalmi világgkiállításokon 3 ízben aranyéremet kapott. Az agyi értelesség (stroke) központ működtetését várható a súlyos lefolyású megbetegedések hatékonyabb és eredményesebb gyógykezelése, a halálozási paraméterek mérséklése, mely egyértelműen alátámasztja ebben a betegségcsoportban is a program működtetésének szükségességét.

Dr. Zsonda László

Főorvos

Levelezési cím: Mona-System Kft.

4400 Nyíregyháza, Szarvas u. 1-3. V/504.

Telefon/fax: (42) 420-633/135, 136

E-mail: monafax@invest.hu

Internet: http://mssystem.fw.hu

Az eutanáziáról

(folytatás az 1-es oldalról)

Elismert-e a méltóságteles halálhoz való jog Magyarországon?

1998 előtt nem biztosította átfogó törvény a betegek jogvédelmét, így a gyógyíthatatlan betegekre vonatkozó rendelkezések is hiányosak voltak, de az uralkodó szemlélet az eutanázia minden formáját tiltottnak tekintette. Maga a kifejezés csak az egészségügyi dolgozók rendtartásában szerepelt, amely szerint „az orvosnak meg kell tagadnia az orvosi tevékenységét, ha a beteg, a hozzátartozója vagy bármely más személy olyan orvosi tevékenység kifejtését kéri, illetőleg olyan orvosi tevékenység kifejtésére kívánja rábírai, amelyet jogszabály tilt (például csak kórházban végezhető műtétnél magánorvosi rendelésben való elvégzése, ételenk gyógyíthatatlan betegség miatti kioltása [eutanázia] stb.)”. Ezzel összhangban az egészségügyi törvény azt írta elő, hogy „az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni”. A beteg bejegyzését csak a nem életmentő műtétknél követte meg a törvény, s a gyógyíthatatlan beteg eutanázia választathatta meg. Az eutanázia – az orvos magatartásától függően – emberöltésnek, öngyilkosságban való közreműködésnek, esetleg segítségnyújtás elmulasztásának minősült. Mindez persze nem jelenti azt, hogy nem fordult elő eutanázia. A végső stádiumba jutott betegek kezelésével kapcsolatos kérdéseket a beteg akaratától függetlenül döntötték el: egyedül az orvosok határoztak az újrakezelés elmulasztásáról, kikapcsolták a lélegeztetőgépet, és gyakran adták be olyan mennyiségű fájdalomcsillapítót, amely siettetette a halált is. Az orvos-beteg kapcsolatban a beteg sokkal inkább tárgya, mint alanya volt a kezelésnek. A bizonytalan jogi szabályozás és a fejletlen egészségügyi kultúra pénzlenéssel párosult, így a visszaélés lehetősége két irányból fenyegetett: egyfelől fennállt a lehetséges annak, hogy a haladókliki mindennapról tovább kezeli, másfelől előfordulhatott, hogy nem a haladókliki akaratából, s még csak nem is az ő érdekében okozták halálát. Ezzel a szemlélettel igyekezett szikítani az 1998-ban hatályba lépett új egészségügyi törvény, amely rögzíti a betegek jogait. A törvény kimondja, hogy az orvosi kezelés a beteg beleegyezésétől függ, és a betegnek joga van az ellátás visszautasításához is. Az életmentő, életfenntartó kezelés is elutasítható, ha a beteg olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely megfelelő orvosi ellátás esetén is rövid időn belül halálhoz vezet. Bár ez esetben – bizonyos kivételekkel – a szóbeli visszautasítás érvénytelen, törvényes megoldás, ha a beteg saját kezűleg irat és aláírt nyilatkozatban rendelkezik az ellátás visszautasításáról. Emellett az állampolgároknak arra is lehetőségét biztosítja az új törvény, hogy – elsősorban közjegyzőnél – előre rendelkezzenek az esetleges balesetük, betegségeik alkalmával követendő orvosi eljárásról. Kétségtelen, hogy a törvény nehézkes, szinte kivi-

hetetlen procedúrát ír elő a jogok érvényesítéséhez, és nem minden, önmagáról dönteni képes beteg számára biztosítja az önrendelkezési lehetőségét. Például nem utasíthatják vissza az életfenntartó kezelést azok, akik gyógyíthatatlan és kínzó betegségben szenvednek, de agresszív orvosi kezeléssel bizonytalan ideig még életben tarthatók. Azok sem élhetnek önrendelkezési jogjukkal, akik az orvostudomány szerint nem gyógyíthatatlanok, de betegségeik vég nélküli, elviselhetetlen szenvedést okoz számukra. Mindezek ellenére az új törvénnyel Magyarország megtette az első lépést a nyugati államokéhoz hasonló szabályozás irányában.

Agasztó ugyanakkor, hogy nem folyik társadalmi és tudományos vita e kérdésről és nem születnek jogfejlesztő jellegű ítéletek sem. Az egyetlen ismert vált bírósági ügyben egy anya a gyógyíthatatlan és menthetetlen beteg tizenegy éves kislányát a fürdővízbe fojtotta, majd feladta magát a randőrszéknek. Az elsőfokú bíróság a tettet eutanáziának minősítette, az anyát emberölés miatt kétévi börtönrre ítélte, de a büntetés végrehajtását három évre felfüggesztette. A Legfelsőbb Bíróság szerint nem eutanázia történt, s a hasonló ügyek sorozatosa választást kell kerülni, ezért elrendelte a büntetés végrehajtását. A végső szót a köztársasági elnök mondta ki: kegyelemben részesítette az elítélt anyát. Legutóbb akkor került a nyilvánosság elé az eutanázia-kérdés, amikor egy kórházi ápolónőt előzetes letartóztatásba helyeztek, azzal gyanúsítva, hogy mérgegelte az idős betegeket elő meg. Az említett esetek felhívják a figyelmet az egészségügyi ellátás hiányosságaira, de semmivel nem járulnak hozzá ahhoz, hogy racionális vita bontakozzék ki a betegek önrendelkezési jogának kiterjesztéséről.

Meggyőződésünk, hogy a betegeket megillető jogok biztosítása és kiszélesítése érdekében további lépésekre van szükség:

- a gyakorlatban is érvényre kell jutnia az ellátás visszautasításához való jognak, amelyet az egészségügyi törvény biztosít, továbbá minden döntésképes betegnek lehetővé kell tenni, hogy éhessen önrendelkezési jogával;
- az előzetes jognyilatkozat formáinak széles körben ismertté kell válniuk, hogy mindezek kihasználásának ezt a lehetőséget, akiknek ezt diktálja lelkiismereti meggyőződésük;
- meg kell teremteni a haladókliki humánus ellátásának feltételeit, és széles körben lehetővé kell tenni azt, hogy a rászoruló hospice-ellátást vegyenek igénybe;
- a magyar törvényhozóknak is el kell ismerniük a méltóságteles halálhoz való jogot, és ebből következően törvényben kell meghatározni az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság feltételeit, továbbá törvényben kell büntetlenítést biztosítani a beteg kérésére aktiv eutanáziát végző orvosnak.

„Társaság a Szabadságjogokért”

Halál kultúrája

Hallgatom a rádió híradását és önkéntlenül felkapom a fejem a beolvasott hírekről. Hollandiában engedélyezték az eutanáziát, a franciák pedig liberalizálták az emberi embriókra való kísérletezést a gyógyítás érdekében. Az első reflexióim, megint elkéstem azzal, hogy legalább elméleti, etikai szinten állít foglalkunk volna olyan kérdésben, melyen a modern Nyugat szembenben nélkül állt. Aztán gondolataim kényesebb területre fordultak, hogy ez nem is lehet másként olyan társadalmi körülmények között, ahol a természettudományos közlés és a közlés nyelve még nincs megfizetve a misztikus, vallásos, babonás, transcendentál állandóan szem előtt tartó kifejezésekkel.

Amiről már írtam, de aminek a megvalósulására nálunk még emberöltött kell válni. Amikor az eutanázia és vele az egész biológiai évszázad eredményeit kívánjuk a kultúra számára felfoghatóvá, értekelhetővé, előítéletnek nélkül mérlegelhetővé tenni, először a használt nyelvet kell megvizsgálni, hogy ne botoljon a kutató, az orvos, a laikus állandóan a túlvilági büntetéses kapcsolatos, vallási konnotációkkal terhes kifejezésekbe. El kell hagynunk az eredeti bűn, az abszolutum, az egyetemes, egyetlen igaz vallás, az istentől kapott lélek, az emberi méltóság isteni eredete, kifejezéseket és misztikus, babonás, félelmes társait. Az ember felöltött a modern korhoz.

Akkor, amikor az emberi élet kezdete az ember saját hatáskörébe került, amikor lehetőség nyílt az egészséges emberi faj és öröklött betegségekétől mentes élet megvalósítására, nem hagyhatjuk az élet végét sem tisztázatlanul. Valahogy félelem nélkül kell vizsgálnunk és feleletet adnunk a végső kérdésekre. Az orvosnak a halál nem ellensége, csak az idő előtti, vagy az értelmetlen halál. A fő ellenségünk a betegség. A halált tudomásul kell vennünk és ha a küzdelem az ő győzelmére áll, akkor a végét az emberi méltóság megőrzésével, a halálba induló szenvedésnek a legmesszebbmennyi korlátásával lehetővé kell tennünk. Valahogy mindig viszolyogtam attól, hogy orvosi segítséggel a haladó embert a többszöri meghalás rettenetének, vagy a végérvényes szenvedésnek tegyük ki. Jól tudjuk, a régmúlt boroja tisztában volt azzal, hogy nem a gyors és kegyes halál a borzasztó, hanem ismételt, vagy tartósan újra és újra kivezényi, felhúzni és lereszteni, míg bele nem örl. Vagy a halálba kinezni. Mindez modern eszközökkel, – tegyük a tárgyilagosság kedvéért hozzá nem mindig, – úgy szól, resuscitáció, gépretevis, hipokrita élzés és a szenvedés felett. Felírtam, beadtam a csilapilótt, ezzel ténykedésnek vége, elhagytam orvosi eskümmet, mehetek hazra, kiátkozódjétek csak a halodával az ápolók. Ennyi hát csak a feladat?

Az örök élet e világon sohasem érhető el, hiába törekszik a tudomány ebbe az irányba. Már a rész-erdmények, hogy egészségesben élünk, hogy az orvosi rendszabályok eredményeként megint az általános életkor, hogy egészséges új generációk tűnnek fel a tudományos horizont elégséges kell legyen. Hiszen már ez is a társadalmak előregésének veti előre a veszélyét. Az is felmerhető és csak megrögzött obskurantisták akadékoskodnak, hogy a természettudomány és vele karöltve a valósághoz egyre jobban alkalmazkodó hivatalos nyelv kiméletlenül nyomul előre abba az irányba, hogy amit leír, ellenőrizhető legyen a tárgyi valóságon.

(folytatás a következő számban)

Dr. Sárly Gyula

A meghitt halálról

A halált csak azok képesek nyugodtan várni, akik az életüket méltósággal éltek le. Soraimat olvasva kollégáim is megértik, elfogadják: „Thanatosz és Hüpnosz ikertestvérek, titkainkat ismerők.” Az emberi létezés hát a teremtés és az elmúlás között, s a gyógyítók a halál okát meg tudhatják, de az értelmét vitathatják.

Halálképpünkröl

Az életben lehetőségeket kapunk, amelyeket jól vagy rosszul ki- és felhasználhatunk, s a halál közeledtével ezeket értékelhetjük. Hibáinkat el- vagy beismerehetjük, lelkiismeretünket megnyugtathatjuk, környezetünk felé elszámoltathatunk, s magunkban leírt készíthetünk. Egy biztos, a teljes magány pillanatában, amikor a test már összetörten ott áll a végtelen peremén, más dimenziók és értékek érvényesülnek!

Vajon, megvan-e a társadalmi összefogás, a „megfelelő halálkultúra” napjainkban? Az úgynevezett nyugati társadalmakban a halál tabuként jelenik meg, amiről csak közvetve szabad beszélni, sajnálkozás, temetkezési szertartások. Ezek nem helyettesíthetik az ún. gyászszertartásokat, s így bizonyos pszichológiai feszültségek keletkeznek. Talán, amikor az elfojtások kialakulnak az izolációtól való féltelnek tükröződnek. A halál és a haladókliki szekularizálódott, depersonalodott és komercializálódott. (Gondolok itt a művészetek és a média „halálkultúrára”). A metaforizálódással a halál bizonyos betegségek szinonimájává vált, például AIDS, rák.

A szekularizálódással csökkent a vallás szerepe. A hospitalizálás azt jelenti, hogy a betegek zömmel a kórházakban halnak meg, izolált körülmények között, ahol minimális az ún. intim kapcsolatok szerepe. A depersonalodás pedig azt jelenti, hogy megszűnőben vannak a haladókliki, ritusok (a falvakban még megmaradtak), s a hozzátartozóknak nincs idejük az adaptációra.

Sokunk szerint (Kenyon után) a halállal „konfrontálódunk” nem érdes. A lét véglegeségével való „szembenézés” szabadtírt meg bizonyos előítéletektől. Elfogadatom az altruizmust, s így váltam alkalmassá a menthetetlen betegeketkel való foglalkozásra. (Vallom: a múlandósággal együtt élem át az állandó változást, az alkotás örömét) Így tudom kezelni a gyászreakciókat, segíteni a „büszcsülvá létezés”. Elvetem a halál negatív felfogását, mint a „lét korlátját”. Szükség szerinti mértékben vagyok csak ambivalens is. Pozitív a hozzáállásom a hit, a szeretet és az emberi kapcsolat megtartó erejében! Mindezek után, Küller és Ross elveinek elfogadásával (a stációk szerint) a gyakorlati tapasztalataimat kívánom összefoglalni az alábbiakban, a „haladókliki tudományáról”.

A tanatológiaíról

A diagnózis közzlése zömmel sokkhatást vált ki és elhárító mechanizmusokat indít be. Ezek kezdetben akár realitást megkérdőjelezők is lehetnek, pl. leletere, orvosi tévedések. Mások sajnos a beteg „elmenekül egy másik világba”, s alkalmanként szenvedélybeteg, öngyilkos lehet.

Ezt követi a diűh és a harag stádiuma. Most már megéri, hogy „áldozat”, de nem tudja elfogadni! Miért éppen fő? Ilyenkor (is) kritikussá válhat az orvos-beteg kapcsolat egyrészt a bizalmatlanság, másrészlő az empátia fokozott igénylése miatt. Ugyanakkor a tehetetlenség érzése agresszivitást eredményezhet, aminek kiszámíthatatlan irányai, céljai lehetnek. Hosszabb idő után várható csak a részleges belenyugvás és a tárgyilagosság mérlegelése. Az alkudozás stációjában a betegek irrealis tervekkel készíthetnek, s ilyenkor (politikai, vallási, stb.) fanatikusokká válhatnak. Gyakori az ónvád is.

A depressziós fázisban az ún. korrekciós időszakban tudatosul a visszafordíthatatlanság. Ez a szociális, s szakmai és a családi identitás fokozatos feladásával jár. A depressziót tovább mélyítheti a visszafordíthatatlanság élményének az elfogadása (visszacsoatlás), a kiszolgáltatottság érzése, a szeretettség számára a „teherré válás megélése”. Ezért fontos, hogy a haladókliki számára a környezet biztosítsa az empátiát, kimutassák a szeretetet, teljesítsék kívánásait.

Végül, a halál elfogadása. Ilyenkor a beteg elvonatkoztatott, s lélekben elbúcsúzik a számára fontosaktól, esetleg megosztja a titkait. Vajon, megmondjuk-e a halálos betegeknél az igazságot? Véleményem szerint fontosabbak:

- Mit mondjunk?

- Mikor és hogyan?

Ne színeskedjünk (a beteg megéri), türelmesen és empátiakban tájékozassuk, lépésről lépésre. Ne felejtjük el, hogy a súlyos eseteknél a „késégséges harcol a reménnyel”, s mindezeket hangulatváltozások kísérhetik.

Gyógyítók és haladókliki

Napjainkban a halál inkább a kórházak falai közé került, s „felkészít” esetekben” is a gyász folyamata eltorzul. A hozzátartozók el-elbúcsúznak, de a végső előkészítés sokszor elszemélytelenedik. Úgy gondolom, hogy társadalmunk előregésével együtt cél- és egyszerű lenne speciális osztály kialakítása. Ezekben az úgynevezett terminális ellátási közösekben a haladókliki testével és lélkével egyaránt foglalkozni kellene.

Sokszor a haladókliki szánt idő kevesebb, mint a hozzátartozókra szánt. Ezeken segíthetnek a hospice-palliatív osztályok, ahol az ápolókliki kialakulhat a szükséges személyiségfelgöltés. Ennek kiindulási alapjai: ismerkedés – megbékélés – a halál elfogadása, s ennek a szemlélésben a segítség. Ezen esetekben nem személyes kudarc a gyógyítónak a halál, nem túldimenzionált, s így nem inkompetens.

Véleményem a hospice mozgalmakról

A Ciel Sannders által 1967-ben, Londonban elindított „Christopher Hospice” mozgalom, amely a haladókliki szelid és szerető ellátását tűzte ki célul, számára szakmailag és emberileg is szimpatikus. Így a haladókliki való együttműködés, a közösségi való bevonással a magány mérséklése, a pszichológiai és lelki gondozás. Sajnos hazánkban nem ez a jellemző, s kevés helyen valósulnak meg Polcz Alaine szavai: „a halál végén emberhez méltóvá”. Ezen a területen is igen el vagyunk maradvá a szervezetség, a gondolkodás szintjén, nem is szólv a tárgyi feltételekről! Két utat látok magunk előtt. Az egyik az úgynevezett „Hospice-anyagaházak” (palliatív osztályok) kialakítása. A másik, a házi, haladókliki gondozás megszervezése.

Nem kívánok belefolyni az eutanáziáról folyó pro-és kontra vitákban, elveimet az alábbiakban foglaljam össze: mindig és minden körülmények között tartuk szem előtt, hogy a legfőbb etikai érték az élet hossza. Ehhez mellérendelve biztosítanunk kell az élet minőségét, azaz a halálhoz való jog nem egyetlen a jó halállal.

Összefoglalva

A halál még a gyógyítók számára is egy kicsit misztikus, sokszor társadalmi tabuként védett. A humanista orvos szemszögéből próbáltam valamennyire számára „emberközelivé varázsolni” a haladókliki testi-lelki fázisait. A haladókliki szükségesszerű érzelmi támaszairól, a hitese segítségnyújtásról kívánatom valómásomat megenni. Remélem, ösztönösem elfogadják és megértik az elmúlás igazságait.

-orvoskeresztes-

Az UNIQA terjeszkedik

Megvételre került a budapesti Funeuropa Biztosító. A közép-európai terjeszkedésében, az UNIQA Group Austria az Agrupacion Funeuropa Biztosító Rt. megvásárlásával ismét a magyar biztosítók piacának aktív szereplőjévé vált.

A temetkezési biztosítók értékesítésére 1999-ben spanyol befektetők által létrehozott, és a piacépítési folyamatában levő társaság kínálatában beteg- és baleseti biztosítások is szerepelnek. Az alapítás óta eltelt 2 évben kiépült a 200 ügyfelelő foglalkoztató országos értékesítési hálózat, valamint a biztosítástechnikai és kereskedelmi kérdéseket felelős központi szervezet. A társasággal szerződött ügyfelek száma jelenleg mintegy 30 ezer főre tehető.

2001-ben a magyar biztosítók piacának 22 szereplője volt. A részvénytársaságok – néhány kivételtől eltekintve – nemzetközi pénzügyi és biztosítási csoport tulajdonában voltak. Magyarországon a privatizáció és az új piacbanatos hulláma nagyrészt mintegy 5-10 évvel előzött rajta. Ennek következtében a biztosítók piacának valamennyi területén nyugati normák érvényesülnek a termékeltől kezdve az értékesítés át az informatikai háttérrel bezárólag.

A piac erőteljesen koncentrált, 87 százalékát a 6 legnagyobb társaság urálja. A piacvetésnek tartott élet-és nem-életbiztosítók részesedése 30,7 százalék, illetve 43,7 százalék. Az elmúlt évek jelentős növekedése ellenére a magyar biztosítók piacán még számos potenciál rejlik. Az életbiztosítók értékesítése csupán az elmúlt néhány évben könyvelhető el jelentős fellendülést, a magán betegbiztosítások elterjedése pedig a közéletben várható. Az EU-csalakozásra történő felkészülés jegyében a jogszabályi kereteket már nagymértékben az uniói normákhoz igazították. (MTI)

Részletek egy hátrányos helyzetű falusi körorvos életéből

(Húsz év a Bodrogközben)

A hivatástudatból gyógyítók, a pénz, a hatalom és a politika által sikertelenül manipulált Kollégáimhoz kívánok szólni. Úgy gondolom, sokan vagyunk, akiknek hasonló a tapasztalataik, s ez nem lehet véletlen, hanem közös eszmévilágunkból adódhat. Igyekeztem ösztínt, önkritikus és a legkevésbé szubjektív lenni. A tanulságokat elsősorban a fiatalokra, a pályakezdőkre bízom!

Mindennapjaimat a szokások, az egyhangúság számtalanszor megkeserítik. Ezek feloldására fogalmaztam meg főhásomat.

„Uram! Kérlek, hogy segítsél türelmessé, megértővé válnom! Igyekszem becsületesebben maradni, s így elviselni az önkormányzatok gátlástalanságait, alközléggel hálatalanságait, bizonyos betegcsoportok diktatórikus megnyilvánulásait.

Megbocsátok nap, mint nap a kétszínűeknek, a jellemtelenségnek, az elviselhetetlenségnek, a karrieristáknak, „a hivatást aprópénzre felváltóknak”! Így, harmóniában élek azokkal is, akikkel korkig vagyunk.

Hivatásom választásának az okairól

Én úgy vélem, hogy aki a múltját megtagadja az a jelent sem szívesen vállalja és a jövőjét sem akarja meg tudni, azért cselekedni.

Évtizedekkel a diplomaosztás után talán már sejtem, hogy miért az orvoslás művészetét választottam.

A pénz alig vonzott és ma sem tartozik a döntő szempontok közé. Hála Istennek!

A doktori cím, a tekintély biztosan hatással volt a döntésemre. Az 1960-as években az orvosok még a társadalom fontos rétegéhez tartoztak. (Igaz, a tanult embernek, a diplomásnak abban az időben lényegesen nagyobb volt a becsülete. Szegények voltunk, és számunkra a tanulás, a tudás jelentette a kiemelkedés lehetőségét, a politikai befolyáshatóság kikerülését.) Családi hagyományaim nem voltak, de talán szerepe volt székelem nemesi őseim szívósságának, makacosságának, mag-

yarság identitásának.

A természet csodálata, az emberi test titkainak a megismerése fiatal koromtól a jellemző tulajdonságom. A betegségek okainak a felderítése mindig is izgatta a fantáziámat, alapvetően befolyásolt a humanista orvoslás választásában.

A sikertelenség lehetősége! Ez sohasem riasztott, mert tudtam, hogy a gyógyító munka megtervezhető a protokollok szerint, de egyéntől függően a lehetséges szövődmények. Igyekeztem felkészülni a mi szakmánkban is egyre jobban elterjedő klikkharckokra, személyeskedésekre és egoizmusra. Közösségi ember vagyok, akit a pozíciószerezés, az öncélú hatalomgyakorlás sohasem tudott befolyásolni. Így empátiakészségem mindig megmaradt, s hibáimból tanulva önkritikusan javítani igyekeztem szakmai-emberi hozzáállásomat, gyakorlatomat egyaránt. Visszatekintve az eltelt évekre, elsősorban a kártartásom hiányát sajnálom. Másrésztől, nagyon naiv voltam, amikor alábecsültem a kiváló okok fontosságát (mint a politika), nem mérlegeltem tudomásom korlátait. Az is igaz, hogy a szerencsével mindig „hadilábon álltam”. Nehezen viseltem el a megaláztatást és nem tudtam alkalmazkodni a látszólag, a külsőségekhez. Ezek után érthető, hogy a mai, gátlástalannul jellemtelen világban, ahol egyesek büszkén és gerinctelenül „magasra emelkedtek”, nehezen tudtam kialakítani helyes értékrendemet, kevesek voltak az élő példaképek, a jellemek, a helyes irányokat, utakat mutatók, a valódi Mesterek.

Értékrendemben az alapelvek a következők:

- Munkámat a képességeim szerint a betegek javára, s nem kollégáim kijáratásáért végzem.
- Szükség szerint kritikát vagy önkritikát gyakorolok, mások véleményét mérlegelni, tanácsokat elfogadni, a minőség javításának szándékával.
- Elkötelezetten etikusnak maradni a szakmában, a betegek javára elköteleztem.
- A *„sürgös”* és a *„fontos”* közötti különbség felismerése, a megfelelő

időbeosztás kialakítása. Turbull véleményét elfogadtam: „Először végezd el azt, amiért fizetnek. Azután amire kötelez az ígértet és végül, amiben a kedved leled!” A pályán elért sikerek ára ne a család széthullása legyen. A feleségnek és a férjnek, a gyerekeknek egyaránt a kötelessége a „minimális”, de feltétlenül szükséges (nélkülözhetetlen) időarányos kapcsolatteremtés. A megfelelő családi háttér stabilitást jelent és segíti az eredményes hivatásgyakorlást. A jó szervezés, a hatékony munka fontos része. Tanácsom még, hogy legyenek különböző fizikai vagy szellemi feladataink. A szakmódás, a „csak kutatás” a türelmetlenség, az egyoldalúság okozója lehet!

Kudarok, kiégettség és túlterheltség

Sokan vagyunk, akik törekszünk a „maximális teljesítmény” elérésére, de kevesen, akiknek erre meg is van a lehetőségük és a tehetségük! A nehézségük alól egyikünk sem kivétel! Vagyunk, akik ekkor sem vesztjük el hitüket, türelmüket, avagy a felkészültséget. A látszólag értelmetlennek, eredménytelennek tűnő időszakoknak is megvannak a tanulságai. Erőgyűjtés, célok átrendezése, a kudarcok elemzése, s végül soron az egyéniségünk átalakulása.

Tapasztalataim szerint, nem mindig a mérhető eredmény a fontos. A várakozások, a „kudarok” segítenek a compliance-unk s empátiánk alakulásában. Megtanulunk élni, a lelkiünkkel is szívesen és így beteg embertársainkat szeretve ápolni, gyógyítani. Hivatásunknak ez az igazi értelme. Akik megtalálják, megértik és gyakorolják, azok életének már meg volt az értelme!

Ez segített a megaláztatások során, az „emberkörtörök” gáncoskodásainak a kivédésében. Így sohasem a „könnyebb utat” választottam, hanem hallgattam a lelkiismeretemet. Különösen napjainkban, amikor igen magasak a követelmények, agyontelhetlek vagyunk, ami könnyen „végzetes lehet”.

Hogyan kerüljük el a kiégettséget?

Terveink, lehetőségeink és cselekedeteink összhangja, nem mindig megvalósítható, egy kicsit Starling törvényéhez hasonlóan. Egyesek kis hatásokkal, alig terhelten dolgoznak. A másik véglet, (s magam is alkalmanként) a túlhajszoltak kevés eredménye! (Hiányzik a vitalitás, jellemző a keserűség s idővel „kiégettek” lesznek.) Sajnos, mind a két szélsőség egyenértelmű lelki és fizikai összeomlás, a családi – szakmai – társadalmi kapcsolatok diszharmonija alakulhat ki, szenvedélybetegségekkel, mint pl. az alkoholizmus, gyógyszerfüggőség!

A túlterheltség kivédésére, a következtetést javasolnám, a sikeres tapasztalataim alapján. Először is fogadjuk el, hogy nem a körülmények áldozatai vagyunk, hanem a választásaink áldozatai! (Kihívások választása, a betegek halála, presztíz vagy „hatalom szerzés”, a pénz, stb. egyaránt lehetnek motivációs okok.) Másodsorban, differenciáljunk, fontossági sorrendben. Harmadsorban okosabban bánjunk az időnkkel és figyeljünk az egészségünkre. Végezzük, de nem utolsósorban keressük a lehetőséget a testi – lelki – szellemi felfrissülésre, a feszültségek levezetésére.

A kutatómunka is kiválóan alkalmas az önfegyelmzésre. Ugyanakkor idő és energiaigényes, másrésztől sokszor látszólag eredménytelen, ezért mellékvágányra kerülhetünk, elakadhatunk stb. Sajnos, gyakoriak az anyagi, eszköz – tudás – kitartásihiányok, a konkurenciák támadásai vagy az irigyek, a tehetségtelenek piszkálódásai. Ugyanakkor megtanít a kemény és céltudatos munkára, a helyes következtetések levonására, az összefüggések megtalálására. Az utazások, a kongresszusokon való előadások, és a neves tudósokkal való találkozáások, a publikációk, emberi-szakmai hátszínű gunkat, önértékelésünket javítják. Igaz, túlértékelésre is hajlamosítanak, de korrekt kollégáink ezt kritikával, helyes értékeléssel nyíllják. Így sohasem hasonlunk meg az igazsággal, s nem rendeljük alá eredményein-

ket. Ez a garancia arra, hogy nem bukunk el!

Az orvosi pálya veszélyeinek az elkerüléséről

Életveszélyes a pályánk, amit mutatnak a statisztikák: kollégáim halálozási száma az átlagpopulációál magasabb. „Az orvosok élnek, hogy segíthessenek, s így korán halnak, hogy betegek élhessenek!”

Kétségtelen, hogy hivatásunk befolyásolja a magánéletünk is. Az odaadás az orvosi életben is mindennapos „megszokjuk és szeretjük a fontos és nélkülözhetetlen ember szerepét”. Ezen egyszerűen és célszerűen változtatni kell, meg kell próbálni a munkaidő végén a „féhé köpennyel a betegellátási gondokat is szögbe akasztani”. A többletmunkát nem újabb vállalásokkal „megfelelni”.

A fizikai, a szellemi teherbírási egyenlőként változó, de mindenkinél megvannak a korlátok, a friss és hatékony gyógyításhoz pihenésre is szükség van. „Sosem vész kárba a kasza megélesztésére szánt idő”. „Solvitur ambulando” (menetközben megoldódik), mondták az öregebb kollégák, ha egy kétséges problémáról, diagnosztikáról vagy terápiairól volt szó. A sport, a séták, a kirándulások, és más szellemi, fizikai kikapcsolódások a legjobb gyógyszerek a depresszióra, a cinizmusra, az alkohol-, gyógyszerfüggőségre egyaránt.

A családi háttér rendezettségére alapvető. Az otthoni felelősség elől való menekülés, a magányosság nem megoldás, mivel öncélú, túlhajszolt szakmai szűklátókörűséghez vezet. Véleményem szerint az orvos „nem magányos hős”, modern Don Quixote lovag, hanem egy közösség tagja. Együtt gyógyítanak és így, közösen imádkoznak, sírnak, vagy nevetnek, hivatásukért megszenvednek.

Dr. Salamon Sándor
háziórvosi praxis, Lácaacséke

Tapasztalataim a számítógép-függőségről (részletek)

Egy új szenvedélybetegségről

Az Internet a XX. század végének a jelensége, s ma már a használók száma 500 millió felett van. A WEB-lapok száma havonta megkétszereződik, és ma már közel annyi, mint a Föld lakosainak a száma. Egy kulturális forrásainak is zajlik párhuzamosan, az információkhoz való könnyű hozzáférés, az elektronikus levelezés, a virtuális közösségek kialakulásával együtt. Új fajta emberi kapcsolatok alakultak ki, amelyek földrajzi-kulturális-nyelvi különbségeket átívelésével egy sajátos szubkulturát teremtettek.

A felhasználóknál egy sajátos, emocionális kötődés alakult ki az ún. online tevékenységek irányában. Ma már ismertek és munkavédelmi szempontból tiltottak a napi több óras internetezések. Másrésztől teljesítménycsökkenő és pár-, baráti kapcsolatokat rongáló. Közismert az ún. „cyberözvegyek” helyzete, akiket internetező partnerük elhanyagol.

Vajon hogyan válhat az Internet szenvedélybeteg forrásává?

Olyan kapcsolatteremtés alakul ki más felhasználókkal, hogy nem szükséges felfedezni valódi azonosítást. Sokan szinte egyféle álarca alkantának ki, s egy „virtuális identitással” vesznek részt a hálózat életében. A kialakuló „arc nélküli közösségek” sajátos intimítással, egyéni szabályok szerint működnek. Lehetőség van a valóságból kilépni, s egy virtuális közeget élni, létezni. Megtévesztően biztonságosnak tűnik, s exkluzivitása az, hogy a befogadó közösségbe tartozás élményét nyújtja. Ugyanakkor teret ad a kreatív-

itásnak, az önkifejezésnek, és a személyes kompetencia átélésének is. Mindezek a valóság bizonyos jellegű és mértékű behelyettesítésre teszik alkalmassá az Internetet (I).

Az I-addikció kialakulásában bizonyos sajátosságoknak alapvető szerepe van. Ezek a következők: **1. Az elérhetőség.** Olyan „játék” ez, ahol nincs szükség telefonra, személyes találkozáásra, de tényleges bevásárlásra, könyvtárakra, moziba, színházakba, s újabban munkahelyekre való beutazásokra sem (mindig). Az éjjel-nappali elérhetőség a politikai üzleti életben megszűntette a korlátokat. Azonnali gratifikációt nyújt, s lehetővé teszi az impulzív szükségletek azonnali kielégítését. Hasonló a helyzet a szexualitással is. Az internetes elérhetőség kiküszöbölte a társadalmi konvenciókat, lehetőséget teremtett a vágyak és a fantázia gyors kielégésének.

2. A kontroll lehetősége. Számos területen, mint pl. játék, üzlet, ügyintézés, vásárlás, távolsági diagnosztika, illetve terápia, stb. megszűnnek közbeiktató láncszemek, s így nő a személyes kompetencia.

3. Az izgalom az online játékokra jellemző a leginkább. Egyeseknél kóros játékszenvedély is kialakulhat a kártya-, rulett-, játékgép-, stb. függőséghez hasonlóan. (Ennek egy speciális fajtája az online árverés, illetve a kompulzív tözsdésés.) Sajnos napjainkban egyre gyakoribb, hogy az egyén foglalkozásának, szociális, családi és társadalmi kapcsolatainak a rovására alakul ki egy Internet-függőség. Jellemzőek a megvonási tünetek: ingerlékenység, tét- és időbeli szorongás, hangulatváltozások, és egyes esetekben agresszivitás, kriminalitás és suicidum készletés is.

Tanulságok eseteimből

Két éves követési idő alatt 2000-2001-ben követtem figyelemmel a Dél-Bodrogköz három praxisában (Ricsé, Zemplénapárad, Lácaacséke, azaz 5000 beteg- kérdőív felmérések segítségével). Tapasztalataimat az alábbiakban foglaltam össze.

Kérdés	Állás	Arány
Betegségudat	1-2 napos kihagyás után már jelentkezik a jellemző megvonási tünetek 80 százalékában.	80%
Betegségudat	csak az esetek 50 százalékában volt felbreszthető és a betegek 25 százaléka vállalta a kezelést annak ellenére, hogy a feltartam a kiváló okokat, b. jeleztem a munkahelyi, családi, közösségi konfliktusokat, c. felhívtam a figyelmet későbbi következményekre, d. vállaltam az egyénre szabott pszichés vezetést is.	25%

1-2 napos kihagyás után már jelentkezik a jellemző megvonási tünetek 80 százalékában. „Betegségudat” csak az esetek 50 százalékában volt felbreszthető és a betegek 25 százaléka vállalta a kezelést annak ellenére, hogy a feltartam a kiváló okokat, b. jeleztem a munkahelyi, családi, közösségi konfliktusokat, c. felhívtam a figyelmet későbbi következményekre, d. vállaltam az egyénre szabott pszichés vezetést is.

Kérdés	Állás	Arány
Betegségudat	csak az esetek 50 százalékában volt felbreszthető és a betegek 25 százaléka vállalta a kezelést annak ellenére, hogy a feltartam a kiváló okokat, b. jeleztem a munkahelyi, családi, közösségi konfliktusokat, c. felhívtam a figyelmet későbbi következményekre, d. vállaltam az egyénre szabott pszichés vezetést is.	25%

Az osztályokon szorongáscsökkenőket antidepresszívumokat kaptak. A gonozói ellenőrzések során (is) pszichológus konzultált a betegekkel. A háziorvos segítette munkahelyi visszaélésüket és családi konfliktusait megoldást, alvászavarait korrigálást. Egyéni és kiscsoportos elbészégetésekkel támogatta a biztonságos, irányított és behatárolt hálózathasználatot. Különös figyelmet fordított a gépfüggő fiatalok utókezelésére és közösségeikben a még nem függő prevencióra.

Mindezek ellenére sajnos jelentős számú esetben a szenvedélybeteg visszazestek, ismétletlen Internet-függővé váltak.

Kérdés	Állás	Arány
Betegségudat	csak az esetek 50 százalékában volt felbreszthető és a betegek 25 százaléka vállalta a kezelést annak ellenére, hogy a feltartam a kiváló okokat, b. jeleztem a munkahelyi, családi, közösségi konfliktusokat, c. felhívtam a figyelmet későbbi következményekre, d. vállaltam az egyénre szabott pszichés vezetést is.	25%

Összefoglalva
Fel szerettem volna hívni a falusi háziorvos kollégáim figyelmét az Internet-függőségre, egy XXI. századi szenvedélybetegségről. Jól ismerve praxistuk, lehetőségek van a prevencióra, illetve a kezeltet követésére. Úgy gondolom, szakmai és emberi kötelességünk a veszélyeztetettek zsúrása, gondozása. Tudom, hogy nem tisztán medicinális körképről van szó, hanem egy káros társadalmi jelenségről. A megoldása ezért nemcsak a mi feladatunk, hanem mindenkire tartozik.

Dr. Salamon Sándor
orvosszerkesztő

A Magyar Menopausa Társaság Nyilatkozata

Továbbra is csak kockázat és haszon mérlegelése alapján rendelhető a menopausalis hormontherápia (MHT*).

A Magyar Menopausa Társaság peri- és postmenopausalis hormonterápiás elvei változtatlanok, az MHT indikációs köre is csak kismértékben szorult változtatásra a HERS I-II, és a WHI vizsgálatok 2002 májusában történt leállítását követően. (*Az MMT Vezetősége ezt az alkalmat kívánja felhasználni, hogy a hazánkban a peri- és postmenopausalis oestrogen és/vagy progesteron alkalmazását jelölő HPK (hormonpótló kezelés — HPK) megnevezés helyett, teoretikus és praktikus okokból a menopausalis hormontherápia kifejezést és az MHT rövidítést ajánlja.) Oestrogenhiányos tünetek felmérése, műszeres és laboratóriumi kivizsgálás, javallatok és ellenjavallatok mérlegelése, a legkisebb hatékony dózis alkalmazása, a kezelés monitorizálása és az indikáció nélküli folytatott kezelése kerülése. Ezek azok az alapelvek, melyeket a secundar (HERS I — II) (1-2) és primer (WHI) (3) cardiovascularis preventiót célzó vizsgálatoknak az Egyesült Államokban történt leállítását követően továbbra is követni ajánlatos a menopausalis hormonkezelésben.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM) kritériumainak megfelelő HERS II vizsgálat első 4 évének eredményei 1998-ban meglepetésként érték a postmenopausalis nők hormonpótlásával foglalkozó szakembereket. A hormonkezelés csoportban (Prempro: kombinált oestrogen, 0,625 mg - CEE + 2,5 mg medroxyprogesteronacetat — MPA folyamatos kombinált formában, hazánkban Premella 2.5 néven ismeretes a készítmény) korábban coronaria betegségben szenvedő nőkben nem csökkent az újabb cardiovascularis történések és a stroke-ok száma. Megdőlni látszott az a remény, amit a korábbi évtizedekben több mint 30 megfigyeléses vizsgálat és saját tapasztalatok tápláltak, hogy az oestrogen (+ progesteron) kezelés csökkentheti a postmenopausalis nők emelkedett cardiovascularis kockázatát. A 2,8 éves további követés HERS II(2) sem változtatta meg a kedvezőtlen tendenciákat, és a 6,8 éves összesítésben emelkedett maradt a thromboembolia, a cholecystectomy (az összes, a placebo csoporttól leirt eltérés közül csak ez a kettő volt szignifikáns eltérés) és az emlőrák kockázata. Nem különböztek a kontrollokhoz képest a primer és secundar cardiovascularis történések arányai és a különböző halálalási mutatók, összességében a cardiovascularis rizikó. Kevesebb volt viszont a csigolyatörés, valamint az endometrium és a vastagbélrák. A Women's Health Initiative WHI(3) vizsgálatot, egy EBM kritériumoknak megfelelően tervezett tanulmányt, amit átlagosan egészséges 16.608 postmenopausalis nő hosszútávú hormonkezelésének vizsgálatára, 8,5 évre terveztek — idő előtt, 5,2 év után 2002 májusában, ugyancsak leállították. A WHI-ről is jelentek már meg előzetes közlések, amelyek szerint egészséges, postmenopausalis korú nőkben sem lehet, a HERS-ben is alkalmazott hormonkombinációval, megelőzni a myocardialis infarctust. Az eredmények azt mutatták, hogy a hosszútávú alkalmazott Prempro betegségmegelőző hatása nem igazolódott. Emelkedett a kontrollokhoz képest a hormonkezelés hatására az emlőrák, az ISZB, a tüdőembólia és stroke relatív kockázata, míg csökkent a csípőjárási törések és a colorectalis rákoké.

A szakmai közvélemény számára egyik vizsgálat leállítása sem volt igazán meglepő, bár indokoltaságát többen megkérdőjelezték. Annál inkább felkapta a hírt a laikus média, amely ugyanolyan lelkesen adja hírt, tiszteltet a kivételnek, hogy „betiltották a hormonpótlást az USA-ban!”, mint ahogy hirdette néhány éve, hogy „minden menopausalis korú nőnek hormonpótlásra van szüksége!”. Kisebbségi paníkot kelve mindkét szélsőséges megfogalmazással pácienseinkben és a szakterületet közelről kevésbé ismerő kollégáinkban. A WHI vizsgálatban 8506 átlagos egészségi állapotú postmenopausalis nő 5 éven keresztül tartó CEE+MPA kezelése alatt bekövetkezett cardiovascularis kockázatonövekedése rendkívül kicsi volt a 8102 jól illeszkedő kontrollhoz viszonyítva. A 29 százalékos myocardialis infarctus növekedés valójában azt jelenti, hogy 10 ezer kezelési évre számolva, a placebo csoport 30 ischémias coronariatörténéssel szemben a hormonkezeltek között 37 ilyen esemény fordult elő, azaz 7 esettel több. A 41 százalékos stroke növekedés a 21 ill. 29 eset közötti különbségből adódik, azaz 10 000 kezelési évre számolva 8 stroke esetről van szó. Megjegyzést érdemel, hogy a vizsgálatban (a vizsgálati és placebo csoportba egyaránt) 4 százalék diabetes mellitusos, 12 százalék hypercholesterinaemiás, 36 százalék kezelt hypertoniás, 1 százalék stroke és mélyvénás thrombosisos, ugyanannyi coronaria bypass és PTCA előzményű nő került a primer preventív vizsgálatba bevonásra. A familiáris emlőrák előzményűek aránya 15 százalék, míg azok aránya, akik 55 éves koruk után csonttörést szenvedtek 13,5 százalék volt. Százal több páciens került a vizsgálati csoportba azok közül, akiknek első szülése a 30. életévük betöltése után volt (723/621), 150-el több elhízott, (BMI>30), és 50-el több jelenleg aktív dohányos. Az emlőrák előfordulási kockázatának 26 százalékos növekedése (30-38) 10 000 kezelési évre lebontva kevesebb volt, mint a Valery Beral vezette oxfordi epidemiológus csoport eddigi legnagyobb

metaanalízisének adatai.(5) Emlőrák halálozás a 8506 hormonkezeltek között 3, míg 8102 kontroll között 2 esetben fordult elő. Az alkalmazott hormonkombináció az összesített halálozásra nem volt lényeges hatással. Ugyanakkor a hormonkezeltek csoportban 10 000 kezelési évre számolva 37 százalékos volt a colorectalis rákok csökkenése, (10-16) 6 eset. A átlagos WHI páciens kockázat növekedése emlőrákra és myocardialis infarctusra vizsgálati évenként 1 ezrelékre volt tehető. A vizsgálat kezdetekor a hormonkezelés ágban az átlagéletkor 63,2 év volt. Kétharmaduknak életkora 60 és 79 év között volt. A WHI vizsgálat szolgáltatta az első EBM adatokat arról, hogy a postmenopausában végzett MHT csökkenti az endometrium carcinomát, a colorectalis rákokat és a csípőjárási töréseket. Meglehet, ebben szerepet játszott, hogy a vizsgálatban résztvevők jelentős arányban már több éve részesültek MHT-ban. A placebo kontrollált vizsgálatokban a páciensek kettős arányban már több éve részesültek MHT-ban. A placebo kontrollált vizsgálatokban a páciensek kettős arányban már több éve részesültek MHT-ban. A placebo kontrollált vizsgálatokban a páciensek kettős arányban már több éve részesültek MHT-ban. A placebo kontrollált vizsgálatokban a páciensek kettős arányban már több éve részesültek MHT-ban.

Myocardialis infarctus átessett, diabeteses, 65 éves páciens esetében (a HERS jellemző páciense) a hormontherápia szükségességének felmérésekor aligha gondolnánk egy közepes dózisu tablettás készítmény 6,8 évre való beállítására. Sokkal inkább megfontolnánk, van-e oestrogenhiányos tünete. Amennyiben nincs, akkor nem hormonális cardiovascularis secundar preventiót ajánlanánk, ha viszont van, pl. colpoxerosis, akkor localis oestradiol vagy oestriol kezelést javasolnánk, míg hőhullámok esetén kisdózisu v.s. transdermalis készítményt. Fontos szempont lehet az MHT individualizálásában a fibrocystás, mammographiával denznek talált emlő, vagy a műszeresen igazolt, az átlagosnál nagyobb csontdenzitás. Ezek az állapotok jelentős endogen oestrogen szintre utalhatnak, amelyek mellett nem kell, vagy tünetek esetén a legkisebb oestrogen dózist kell alkalmazni, és csak addig, amíg a tünetek fennállnak. A WHI azon ágát, amelyben hysterectomizált nők csak oestrogen kezelést kaptak, a kedvezőbb eredmények miatt nem állították le. A HERS-ben és a WHI-ben egyaránt alkalmazott progesteron komponens az MPA. Nem ismeretes, hogy vajon volt-e szerepe az MPA-nak a cardiovascularis, a thromboembóliás és az emlőrák esetek arányának növelésében.(4) Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy az MPA, a világon a leginkább elterjedt progesteron nemcsak az MHT-ban, de tartós kezeléssel és igen nagy dózissal az oncológiai alkalmazásban is vannak tapasztalatok. Európában elterjedtebb a MHT-ban a norethisteronacetat (NETA) és újabbban a dydrogesteron, valamint a kissé drága, természetes progesteron. Az oestrogenhiány jellegzetes vegetatív és szervi tünetekkel jár: pl. hőhullámok, alvászavar, palpíció, depressio hajlam, szorongás, ingerlékenység, csökkent csontdenzitás, kizsívületi fájdalmak, colpoxerosis és dyspareunia stb. Ezen tünetek jelentős részben csak oestrogen származékok alkalmazásával enyhíthetők (reménykeltő, de jelenleg még nem teljesen tisztázott a fitofarmakonok helye). Az osteopenia és osteoporosis, a depressio más szerekkel, szelektív ösztrogén receptor modulatorokkal (SERMs), szövetspecifikus oestrogen hatású molekulákkal (tibolone) és más osteoporosis elleni gyógyszerekkel és kezelési módokkal (alendronate, calcitonin, D vitamin és calcium, fizikai terhelés stb.), illetve antidepressívumok tartós alkalmazásával is sikerrel kezelhető. Sem a HERS sem a WHI nem vizsgálta részletesen az alkalmazott kezelés életminőségre gyakorolt hatását. Sem a kedvező, sem az uniformizált kezeléssel adódó kedvezőtlen hatásokat. Nincsenek még megbízható adatok a kisdózisu MHT-ről, amelyről a szakemberek talán a legígéretesebb eredményeket várják. A HERS és a WHI vizsgálatok leállítása a hazánkban folyó menopausalis ellátás elveire és napi gyakorlatára természetesen nem marad hatástalan, de jelentős változtatásokra sincs szükség. A Magyar Menopausa Társaságnak az MHT-vel kapcsolatos irányelvei (6) eddig is az egyes páciens tüneteit, laboratóriumi és műszeres vizsgálati leleteit, az MHT-ből adódó előnyök és potenciális hátrányok mérlegelését és a kezelés rendszeres ellenőrzését javasolták, beleértve laboratóriumi, műszeres és szakorvosi vizsgálatokat. Az MHT-protokollban az indikációs kör a WHI és egyéb vizsgálatok tükrében a cardiovascularis preventiót és az osteopenia tartós MHT-ját illetően merülhet fel. Az ajánlott protokoll megtartása változatlanul az egészségmegőrzés fontos lehetősége.

A HERS I-II és a WHI tanulmányok eredményeiből és idő előtt leállításából a következő tanulságok összegezhetők a napi klinikai gyakorlat számára:

1. Individuálisan, kivizsgálás, ráksűrűs, műszeres és szakvizsgálatok leleteinek ismeretében, az egyes

páciensre vonatkozható kockázatok és előnyök és az alternatív kezelési lehetőségek mérlegelése után, a páciens tájékozott beleegyezése birtokában ajánlott az MHT beállítása, lehetőleg menopausa szakambulancián, az MHT-vel beállításában és vezetésében járatos szakember által. A kezelés során szükség szerint, de legalább évente egyszer ellenőrző vizsgálat indokolt.

2. Nem javasolt oestrogenhiányos tünetek hiányában, kizárólag secundar vagy primer cardiovascularis preventio céljából hosszútávú MHT-t kezdeményezni, illetve folytatni. Egyéb javallat alapján folytatott hosszútávú MHT esetén 5 év után számolni kell oncológiai és cardiovascularis kockázat kismértékű növekedésével, újra kell értékelni az MHT folytatásának előnyeit és hátrányait, indokoltaságát, szükség esetén alternatív kezelés beállítását (raloxifene, tibolone, fitofarmakonok, alendronate, stb).

3. Rövid- és hosszútávra tervezett MHT esetén egyaránt ajánlott az alkalmazott hagyományos dózisok csökkentése, a parenteralis alkalmazási módok preferálása és a szövetspecifikus készítmények beillesztése az MHT rendszerébe.

4. A hazai gyakorlatban elvételre fordulhat elő a 0,625 mg CEE és a 2,5 mg MPA folyamatos, kombinált formában történő tartós alkalmazása. Mégsem lenne helyes, ha a HERS és a WHI tanulmányok pozitív és negatív tanulságait, a szükséges mértékben, nem vonatkoztatnánk az összes, a hazai MHT gyakorlatában használt más készítményekre.

5. A medroxyprogesteronacetat (MPA) mellett más progesteron készítmények és alkalmazásmódok előtérbe helyezése (intrauterin és vaginalis progesteronek). Továbbá a kisebb oestrogen dózisként lehetővé teszik a progesteron dózisának csökkentését is.

Hivatkozások:

- Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA. 1998;380:605-13
- Grady D, Herrington D, Bittner V, és mtsai Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study Follow up (HERS II). JAMA. 2002;July 3;288;1:49-57
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and Benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002, July 17;288;3:321-333
- Schaier C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen-progesterin replacement therapy and breast cancer risk. JAMA. 2000;283:485-91
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: Combined reanalysis of data from 51 epidemiological studies involving 52705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. Lancet 1997;350:1047-1059
- Tóth K.S, Balogh A, Papp K. A menopausalis hormonpótló kezelés szakmai irányelvei. Orv Hetil. 1997;38:2413-9

A Magyar Menopausa Társaság Vezetősége nevében:

Dr. Tóth Károly Sándor
Szent Margit Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
A Magyar Menopausa Társaság Elnöke
Budapest, 2002. augusztus 10.

V. Lombikbéli Találkozó



A Szent János Kórház Budai Meddőségi Centruma és a Budai Lombikbéli Közhasznú Egyesület az idén tartotta meg a jubileumi, V. Lombikbéli Találkozóját a Szent János Kórházban. Az esemény a figyelmet ismét a lombikbéli programok jelentőségére irányította, ezzel is támogatva a Budai Meddőségi Centrum mindennapi tevékenységét és tudományos-kutató munkáját. Az Egyesület idén célul tűzte ki, hogy felhívja az illetékesek figyelmét a lombikbéli programokhoz szükséges korszerű és drága gyógyszerek fokozottabb támogatására.

A Szent János Kórház Budai Meddőségi Centruma 1992. augusztus 11-én, vagyis tíz éve nyitotta meg kapuit a gyermeke vágyó házaspárok előtt. Azóta közel 4600 házaspár kereszte meg Intézetünket segítségért. Az elmúlt kilenc évben körülbelül 1700 gyermek született tevékenységünk során. A Meddőségi Központban kezelt páciensek, akik a központi munkatársaival és egymással szoros barátságok kötődtek, 5 évvel ezelőtt alapították meg civil kezdeményezésüként a Budai Lombikbéli Egyesületet.

A Budai Lombikbéli Közhasznú Egyesület közel 500 tagot számlál. Az elmúlt öt év folyamán sokat tett és még többet tehet az elkövetkezőkben a hazai lombikbéli program társadalmi elismertetéséért és tudományos, szakmai fejlesztéséért, valamint a program gyakorlati elősegítéséért. A program a fontosságát és szerepét a magyar társadalomban az Egyesület tagjainál jobban senki sem ismerheti és érezheti. Az Egyesület alapító okiratának megfelelően (mely megtekinthető a Budai Meddőségi Centrumban) teljes erejével támogatja és a jövőben is támogatni fogja a Meddőségi Központban folyó gyógyító munkát. Az Egyesület új orvosi műszereket és eszközöket vásárolt a gyógyítási magasabb színvonalra érdekében (automata pipettákat, riasztó rendszer vásárlása és beszerelése, stb).

Az Egyesület támogatta több esetben a lombikbéli program gyógyszeres költségeit az arra rászoruló egyesületi tagoknál.

A lombikbéli program az elmúlt pár évben óriási lépésekkel haladt előre. Olyan új technikák kerültek bevezetésre az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában és büszkén állítható, hogy a Budai Meddőségi Központban is, mint az embriók 5-6 napig történő továbbtenyésztése, a lézeres embrió hatching, az embriókon végzett gyógyító jellegű mikro-manipulációk és a preimplantációs genetikai. Magyarországon 2000-ben csaknem 100.000 gyermek született, melynek közel 1,4 százaléka lombikbéli volt. A magyarországi lombikbéli programban résztvevők 12 százaléka a Budai Meddőségi Centrumban kapott kezelést az elmúlt év folyamán. 2001-ben hazánkban valamivel több, mint 6000 esetben történt lombikbéli program. Az elmúlt évben 645 lombikbéli programot végezett a Szent János Kórház Budai Meddőségi Központja.

A Nyugat-Európai országokban a születések 3-4 százaléka lombikbéli program eredménye. A magyarországi tragikus népesség fogyást önmagában ez a program nem képes megállítani, de a tavalyi évben megszületett kb. 1600 gyermek is fémjelzi ezen tevékenység fontosságát. Számítások alapján ezen szám háromszorosa is elérhető a gyermektelen házaspárok nagy száma miatt. A megszületett lombikbéli egészségi állapota ugyanolyan jó, mint a természetes úton fogantaké. A különbség az, hogy a lombikbéli születések küzdelmes utat követnek – és még most is kell – bejárni, mire boldog édesanyákká és édesapákká válnak.



A képen **dr. Kónc János** Szent János Kórház Budai Meddőségi Centrumának vezető főorvosa

Kiegészítés

Prof. Dr. Forster Tamás tanszékvezető egyetemi tanár, a Szegedi Tudományegyetem II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ igazgatójának észrevétele alapján a Látlelet 2002.8-as számának 9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-

Séta az egészségért, a mellrák ellen



Nancy nagykövetasszony felüzi a szalagot Dalma asszonynak

„A mellrák legyőzhető” hirdették a tömeges, átvonulva az erre az alkalomra * rózsaszínű fényfelvilágított Lánchídon. A figyelemfelkeltő tömegmegmozduláson néves közéleti személyiségek, köztük **Csehák Judit** egészségügyi, szociális és családügyi miniszter és **Nancy Goodman Brinker**, amerikai nagykövete – szintén gyógyult rákbeteget – is részt vettek.

A ragyogó időjárású vasárnap délután a Lánchíd pesti hídfőjétől indulva Nancy Goodman Brinker vezetésével az alapítók, a partnerek és az egybegyűlt nagyközönség átvonult az EGÉSZSÉG HÍDJÁN, az erre az alkalomra különlegesen megvilágított Lánchídon a budai oldalra egészen a Francia Intézetig. A rendezvény kapcsán Nancy Goodman Brinker, az Egyesült Államok nagykövete elmondta: „Ez az esemény éves bizonyítéka annak, hogy milyen erős és életképes lehet a közéleti és a magánszféra közötti együttműködés. A kormány, a civil szervezetek és a magán-szektor azért fogtak össze, hogy megmu-

tassák, képesek együttműködni egy jó cél, a rák legyőzésének érdekében.”

Az Összefogást a rák ellen küzdő hazai civil szervezetek alapították azzal a céllal, hogy a jövőben közös erővel léphessenek fel az egészségfejlesztés és a mellrák elleni küzdelem terén, a társadalmi tudatosság növelése érdekében. Az országosan – az Összefogás és partnerei által, óriáslaplakotokon és a médiában – meghirdetett eseményt, a Magyar Tudományos Akadémia szakemberek számára rendezett szimpózium előzte meg, amelyen beszédet mondott többek között **Mádl Dalma**, az Összefogás fővédőnké, **Dr. Csehák Judit**, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Miniszter, valamint **Nancy Goodman Brinker**, az Amerikai Egyesült Államok nagykövete.

Ezt követően Csehák Judit és Nancy Goodman Brinker közös sétára invitálta a Roosevelt téren nagy számban megjelent érdeklődőket a szimbolikus „egészség hídjára”; a Lánchídra, amelyet erre az alkalomra a GE Hungary Medical Systems jövőtől kibérelt rózszaszínűre világított meg. A világlátást a miniszter és a nagykövete ünnepélyesen kapcsolta fel a séta előtt.

A rákbetegek, gyógyult betegek, érdeklődők és prominens személyek – színészek, művészek, politikusok, gazdasági vezetők – részvételével megtartott séta célja az volt, hogy a magyar társadalom figyelmét a korai stádiumban még 90 százalékos biztonsággal gyógyítható mellrákra irányítsa. Az Európában és

Magyarországon a nők körében jelenleg igen gyakran előforduló betegségből meggyógyulók arányának növelését, a korai felismerés és a rizikófaktorok tudatos csökkentése biztosíthatja. A korai felismerést 2001 óta Magyarországon is országosan szervezett szűrőprogram is segíti, amelyre a 45-65 év közötti egészséges nőket hívják, kétévente, a lakóhelyükhöz legközelebb eső szűrőállomásra.

A nőket Európában, – így Magyarországon is – a betegségek közül a mellrák érinti a leggyútosabban. Évente Európában mintegy 250 000 esetet, Magyarországon 2001-ben 150 megbetegedést, 6 019 esetben nőknél diagnosztizáltak. Az Európai Közösség országaiban évente összesen mintegy 52 000 haláleset történik, míg Magyarországon 2001-ben 2 342 halálesetet regisztráltak. A számok mögé nézve kiderül, hogy az európai gyógyulási arány 80 százalékos, míg a magyarországi ennél kedvezőlenebb, 60 százalékos. A korszerű kezeléshez szükséges feltételek itthon is rendelkezésre állnak, a szakutás és gyógyító készség is jelen van, adott tehát a lehetőség, hogy a legfontosabb célt, – minél kevesebben váljanak a betegség áldozatává – elérjük. Igen fontos ugyanakkor, hogy a betegséggel együtt élők, a betegségen átesettek harmonikus, példászerű életet élhessenek. Mindernek legfőbb feltétele a korai felismerés, amely 2001 óta Magyarországon, a 45-65 év közötti nők számára szervezett szűrés is segít. Ezzel kapcsolatban Dr. Kökény Mihály, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium politikai államtitkára elmondta: „Az Országgyűlés elé terjesztendő népegészségügyi program célul tűzi, hogy 2012-ig a veszélyeztetett magyar asszonyok legalább 70 százaléka meggyógyuljon a kétévenként megismételt mammográfiás emlőszűrésen és ezáltal is 30 százalékkal mérséklődjön az emlőrák okozta halálozás.”

Az EGÉSZSÉG HÍDJA Összefogás legfontosabb célja, hogy a társadalomban világszerte és minden eszközzel segítse a mellrákos megbetegedések okozta tragédiák számának csökkentését azáltal, hogy a társadalom figyelmét a korai felismerés fontosságára és az ismert kockázati tényezők negatív hatására felhívja. Az Összefogás kezdeményezői és alapítói a „Rák Ellen, az Emberről a Holnapért” alapítvány, a **Magyar Rákellenes Liga**, a **Magyar Rákbetegek Országos Szövetsége**, a **Magyar Szenológiai Társaság** és a **Magyar Onkológusok Társasága Mammológiai Szekciója**, valamint a **GE Hungary Rt.**, a **Lily Hungária Kft.**, a **Kereskedelmi és Hitelbank**, és a **Westel Rt.** az Összefogás munkáját a magyar politikai és közélet kiemelkedő hölgy tagjai segítik, akik között a daganatellenes küzdelem mindkét oldala – a betegséget legyőzők és az azt gyógyítók – valamint a mindannyiunk napi életét megszégyesítő és megkönyöritők jelen vannak: Nancy Goodman Brinker, az Egyesült Államok nagykövete, Dr. Csehák Judit, Dr. Gyarmathy Andrea, Jerger Krisztina, Kertész Magda, Konta Barbara, Kósa Klára, Kudlik Júlia, Körtyvély Éva, Prof. Dr. Oláh Edit, Pánczél Andrea, Dr. Prokopp Dóra, Sebestény Márta, Stréhlí Ildikó, Szabó Eszter, Zoób Kati és Nancy Woolf személyében.

Az Összefogás megalakulását **Mádl Dalma** fővédnök a következőképp kommentálta: „Nagyon nagy öröm számomra, hogy egy példaértékű kezdeményezést támogathatok. Az gondolom, hogy egy társadalom értettsége nagyon múlik azon, hogy kiket ismeri fel az őt fenyegető veszélyeket, milyen módon reagál azokra. Képes-e alulról építkezni tenni ellenük, kapcsolódva kormányzati programokhoz, képes-e hatékonyan megszólítani mindazokat, akik támogatói lehetnek. Ez az összefogás egy jó cél érdekében egyesíti a politikai erőt, az üzleti és civil szférát, de

felsorakoztat nagyon sok magánembert is. Minden résztvevő saját erőforrásaihoz és lehetőségeihez mérten vesz részt a mellrák elleni küzdelemben. Kíváncsom, hogy AZ EGÉSZSÉG HÍDJA eredményes legyen, és követőkre találjon”.

Korai felismerés, mint a gyógyíthatóság zálogja

A regisztrált orvosi tapasztalatok szerint amennyiben a mellrákot a legkorábbi stádiumban észlelik, a betegek túlélési esélye 90 százalékos. A korai felismerés feltétele a rendszeres önvizsgálat és szak-szerű szűrés. A szervezett szűrés hazánkban 2001-ben kezdődött el. Minden 45 és 65 év közötti nő kétévente meghívó levelet kap mammográfiai (mellrák) vizsgálata, a Népegészségügyi Program keretében. Mindenkit a lakóhelyéhez legközelebb eső szűrőállomásra invitálnak. Mellre Magyarországon 35 akkreditált állomás végez szervezett szűrést, amelynek minőségellenőrzését az ÁNTSZ folyamatosan végzi. Ma hazánkban 1 200 000 veszélyeztetett korosztályba tartozó nő él, eddig ezeknek az országos átlag szerint 43 százaléka vett részt.

A kilencvenes évek elején az Európai Közösség országaiban végzett felmérés szerint bár a nők 58 százaléka tudta, hogy mammográfiai vizsgálatot kell részt vennie, csak 13 százalékuk ment el szűrésre. 84 százalékuk tudta, hogy rendszeresen kellene mell önvizsgálatot végeznie, mégis csupán a nők fele tette ezt meg, pedig az önvizsgálat is nagyon fontos szerepet játszik a korai felismerésben. A hazai adatok szerint a kötelező szűrést megelőzően a megbetegedések 80-90 százalékát a nők maguk észlelték, sokszor azonban túl későn. A mellrák nem jár fájdalommal, amennyiben a nők hangoztatják az önvizsgálatot, az a korai felismerés lehetőségét csökkenti, esélyt adva ezzel a daganat zavartalan fejlődésének. Mivel a kötelező szűrés a csak legvesélyeztetettebb 45-65 év közötti nőket érinti, nagy az önvizsgálat jelentősége a fiatalabb korosztályban, ahol szintén előfordulhat megbetegedés.

Hogyan csökkenthető a mellrákos megbetegedés kockázata?

A kockázat csökkentésének kulcsszavai az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, a gyermekvállalás, illetve a szoptatás idejének növelése.

Az egészség megőrzésének legfontosabb feltétele a dohányzás mellőzése, az egészséges táplálkozás, az aktív testmozgás, az elegendő pihenés, és a stressz mérséklése. Mit is jelentenek a gyakorlatban ezek, a sokak számára ismeretlen csengett fogalmak?

Az egészséges táplálkozás elsősorban az évszakoknak megfelelő, idényjellegű zöldség, gyümölcsök napi háromszori fogyasztását jelenti. Emellett nagyon fontos, hogy elegendő rizs, gabona – például teljes kiérett kenyér – szerepeljen az étrendben. A zsi és a felesleges só bevitel csökkentése is elengedhetetlen. A rendszeres testmozgás kiemelt fontosságú, természetesen mindenkinek képességei szerinti mozgás javasolt, hetente legalább háromszor félóránál. A pihenés terén fontos a nyugodt éjszakai alvás, a stressz mérséklésében pedig a saját, személyre szabott védekezési mechanizmus kialakítása.

* A rózsaszín a mellrák jele, október a mellrák elleni küzdelem hónapja az egész világon

A „EGÉSZSÉG HÍDJA” Összefogást az alábbi számlaszámon történő befizetéssel lehet támogatni:

11991102-02106755-10000472
MRL – AZ EGÉSZSÉG HÍDJA

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM KERETÉBEN MŰRÖDŐ EMLŐSZŰRŐ ÁLLOMÁSOK MAGYARORSZÁGON

Mamma Klóra Rt. (KMB)	1125 Budapest, Függetlenség u. 4-6.	23-67714
Üvegáru Onkológiai Intézet (KMB)	1122 Budapest, Rák Gyógy. u. 3-8.	724-8000
Pécsi Onkológiai Intézet (Szent János Kórház és Rendelőintézet) (KMB)	1125 Budapest, Tótkövi u. 1-3.	438-3504
HT Medical Center Kft. (MSZA)	1175 Budapest, Puskás út 177.	236-4600
Szemehéber Egészség Áll. Budapest (KMB)	1085 Budapest, Üllői út 28.	233-0700
Pécsi Onkológiai Intézet (Szent János Kórház) (KMB)	1145 Budapest, Széchenyi út 20.	256-5559
Pécsi Onkológiai Intézet (Szent János Kórház) (KMB)	1115 Budapest, Tótkövi út 12-15.	207-5004
Pest M. Onkológiai Intézet (Szent János Kórház) (KMB)	2105 Kacsanak, Semmelweis út 1.	06-28-470-136
Jászvadász Oktató Kórház, Vár (KMB)	3000 Vár, Ágoston térszer 1-5.	06-27-114-496
B-A-Z Magyar Kórház és Diétológiai Kórház (KMB)	3504 Miskolc, Sashegyi út 73-75.	06-46-324-000
Diétológiai Kórház	3800 Miskolc, Kórház út 1.	06-46-793-332
Szemehéber Kórház Rendelőintézet és ÁLL. MED. CENTRUM Kft. Kft. (KMB)	3529 Miskolc, Csabai köz 9-11.	06-46-303-133
Balmaz Magyar Kórház (KMB)	5029 Pécs, Rákóczi út 2.	06-72-232-000
Pécs MEV. Egészségügyi Egységüzemi Intézmények (MSZA)	5059 Pécs, Dr. Yermes Ede út 2.	06-72-355-055
FTI ÁOK Radiológiai Kórház (KMB)	5024 Pécs, Ifjúság út 13.	06-72-536-150
Debreceni Egészség- és Egészségügyi Intézmény (KMB)	4012 Debrecen, Nagybányai út 96.	06-52-411-717
Hajdú Bihar M. Önk. Községi Gyógy Kórház Rendelőintézet (KMB)	4026 Debrecen, Bebes út 13-17.	06-52-526-577
Szeged M.É.V. Önk. Széchenyi Emléktábla és Háziápolási Szolgálat (KMB)	4722 Szeged, Tisza Lajos kör. 97.	06-62-574-600
Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Kórház (KMB)	4705 Szeged, Kazinczy köz 8.	06-62-508-437
Hévíz Magyar Onkológiai Intézet (Miskolc-Pécsi Kórház) (KMB)	3301 Hévíz, Pf. 05.	06-36-411-444
Szent László Magyar Kórház (KMB)	3051 Szigetvári Főút 47-04.	06-32-518-222
Sz. István Magyar Onkológiai Intézet (Szent Andráshelyi Kórház) (KMB)	4408 Nyíregyháza, Jókai tér 68.	06-42-803-077
MAV Kórház Intézet (KMB)	8000 Szekesfehérváry, Városház u. 6-8.	06-50-426-635
Pécs Kórház Magyar Onkológiai Intézet (KMB)	4000 Kacsanak, Nyíri út 38.	06-70-416-300
Pécsi Kórház (MSZA)	4000 Pécs, Rákóczi út 10.	06-70-422-333
Tatabánya Onkológiai Kórház (KMB)	1100 Szentkötöl, Rák Gyógy. Á. u. 5-7.	06-78-903-000
„Káposztás” Magyar Kórház (KMB)	7400 Kaposvár, Tótkövi köz 20-11.	06-82-910-500
Pécsi Magyar Szent György Kórház (KMB)	8000 Szekesfehérváry, Sashegyi út 3.	06-22-511-570
Veszprém M. Csokonai Pécsi Kórház Rendelőintézet (KMB)	8200 Veszprém, Kórház út 1.	06-89-409-215
Vagybányai M. J. Vilmos Kórház (MSZA)	8800 Nagybányás, Szent János út 2-8/30-31-32/030	
Zala Magyar Kórház (KMB)	8900 Zalaegerszeg, Zala köz 1-3.	06-92-507-500
Pécs Kórház Magyar Kórház (KMB)	8023 Dely, Városház u. 2-4.	06-76-523-000
Hajdú Kórház, Csoma (KMB)	9900 Csoma, Bograti út 44.	06-56-993-000
MAV Emlőrák Kórház (MSZA)	9400 Sopron, Csókai út 15.	06-49-332-130
Pest M. Munkácsy Kórház (KMB)	9701 Munkácsyváros, Munkácsy út 1.	06-94-324-611



Dr. Kökény Mihály államtitkár invitációja