

Ön dönt!

hogymint személyi jövedelemadója egy százalékával segíti-e lapunk munkáját
Paraszolenciamentes Gyógyításért Közhászú Egészségügyi Alapítvány
Adószám: 18041332-1-01 Támogatását köszönjük!



Az OrvosVédelem mellékletként sorozatban közölt 2004 /2-es számának befejező része – CEA info – a következő lapszámunk (2005/3) melléklete.

Múlt év decemberében két témában – a kettős állampolgárság és a kórházprivatizáció kérdéskörében – volt állampolgári kezdeményezésre népszavazás. Bár a látszólagos lakossági akarat mellett ugyancsak körvonalazódott a politikai felhang, mint ismeretes, a szavazásra jogosultak kétharmadának távolmaradása miatt a szavazás érvénytelennek minősült. A pártok azóta is egymásra mutogatnak, sokak szerint ez már a 2006-os választások előcsatája. Ettől függetlenül a tény tény marad: az átlag magyar nemigen tudta, hogy a kórházprivatizáció fogalma ténylegesen mit fed és adott esetben mire is adja a szavazatát. Sőt: az egészségügyben tájékozottabbak is gyakran hangot adnak kétegyeinek, amiknél azonnal tettenérhető a tudáshiány okozta bizonytalanság. Az alábbi összeállításunk láttelelre az idevonatkozó híryagokat.

A kórház-privatizációról

A fórum vendégei valamennyien orvosok:
• DR. BÉKÉSI LÁSZLÓ, a Telki Magánkórház ügyvezető igazgatója,
• DR. FALUSI FERENC, a Nyíró Gyula Kórház főigazgatója,
• DR. SZILVÁSI ISTVÁN, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke.

BBC: Defináljuk a kórház-privatizációt kifejezést, hiszen talán nem mindenki van tisztában azzal, mit is jelent ez a gyakorlatban.

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: A privatizáció szót több értelemben használják a mai magyar egészségügyben. Igazából a tulajdon átvé-

telét jelenti, de a magyar egészségügyben az úgynevezett funkcionális privatizáció fogalom is ismert, hiszen a jelenlegi privát szféra működésének legnagyobb területe éppen a működési privatizáció, ami a működés átvételét jelenti, ezt gebernek nevezik. A tulajdonformák átalakításában a WHO meghatározása szerint három típusú privatizáció létezik: a for-profit jellegű, a non profit jellegű és az önfelkalkulató-egészítencia jellegű vállalkozási forma. A Magyar Orvosi Kamara a privatizációt általában nem ellenzi, kifejezetten ellenzi viszont a for-profit privatizációt.

folytatás a 4. oldalon >

„A betegek a mainál jobb kiszolgálást kaphatnak egy dolgozó által privatizált szakrendelőben, és a jobb szervezés miatt a várakozás is rövidülhet – vázolja a járóbeteg-ellátás privatizációjának előnyeit Kökény Mihály volt egészségügyi miniszter, hozzátéve, ha a dolgozók tulajdonosok lesznek, nem lesz mindegy nekik, hogyan bűnnek a beteggel, s az sem, hány páciens vonzanak magukhoz. Hiszen ha nyereségesen működnek, saját havi bevételeiket is növelhetik...” (MH 2005. január 11.)

Kérdem, hogy a nagy elvonások után, a jelenlegi forráshiányban, ilyen bizonytalan és kifejezetten kedvezőtlen egészségügyi makrogazdasági környezetben hogyan működhetne nyereségesen egy szakrendelő intézet? Az önmagában igen vonzóknak bemutatott jövőkép mögött ugyanis egy sokkal bizonytalanabb és valóban „életveszélyes” valóság áll! A dolgozók tulajdonszerzését lehetővé tevő 25 milliárd forintos hitelkonstrukcióhoz az

állam pénz nem ad, csak a Hitelgarancia Rt.-t igénybe véve a „kihelyezett banki hitel”-re vállalt visszafizetési garanciát. Azaz az MRP-s (Munkavállalói Rész tulajdonosi Program) hitelkonstrukció a banknak „üzlet”, nem a dolgozónak.

Makrogazdasági alapok nélkül nem megy

De valóban minden készen áll ahhoz, hogy beinduljon a szakrendelők megvásárlása? – ahogy erről Vojnik Mária politikai államtitkár e cikkben nyilatkozott. Szerinte ehhez két lépés szükséges:

1. Az adott önkormányzatnak a döntése arról, hogy gazdasági társasággá alakítja szakrendelőjét.
 2. Az intézmény dolgozóinak (min. 40%-uknak) a döntése arról, hogy létrehoznak egy MRP-s szervezetet, amelybe anyagilag is „beszállnak”, megvéve ezzel a saját munkahelyüket.
- A fentiekben túl azonban a következő sülyos – helyi – akadályok vannak:
1. Az egészségügyi szolgáltatások jelen-

tős állami (OEP) alulfinanszírozottsága, az önköltséget sem fedező díjazás, ami a nyereséges működést lehetetlenné teszi.

2. A finanszírozási szabályozók sűrű, gyakran évi többszöri (főleg negatív) változása.

3. Ebből eredően egy valós tartalmú „üzleti megvalósíthatósági tanulmány” elkészítése illúzióvá válik nemhogy tizenöt évre, de még egy-két évre előre tekintve is.

4. A megvásárolt dolgozói üzlet rész nem forgalomképes, sőt „csőd esetén” forgalmi értéke nullára csökken.

A helyi akadályok negatív makrogazdasági helyzetben és folyamatokban gyökereznek. Úgy vélem, az egészségügyi rendszer tulajdonosi szerkezetének, intézményi struktúrájának és gyógyítási folyamatainak átalakulása több kormányzati cikluson átnyúló folyamat, amit nem helyi szinten kell „erőltetni”. Ehelyett kormányzati szinten kell megteremteni az átalakulás kedvező makrogazdasági környezeti feltételeit. Jelenleg nem ez történik. *folytatás a 9. oldalon >*

PET – Láttelel 3. (2005.02.07., Híradó.hu)

Budapesten nyílik a legmodernebb PET-CT diagnosztikai központ

A csúcstechnológia nagy előnye, hogy milliméteres pontossággal kimutatja az elváltozásokat. A kombinált, egész test PET-CT vizsgálattal egy vizsgálat elég a diagnosztikus megállapításhoz. Dr. Lengyel Zsolt, a Pozitron Diagnosztikai Központ vezető főorvosa szerint a PET-CT központ egyéddülően felszerelt, korszerű intézmény lesz Magyarországon. A PET – pozitron emissziós tomográfia – elsősorban a biokémiai folyamatokat vizsgálja bizonyos nyomekötő molekulák testbe juttatásának segítségével. Ha ezt kombinálják az anatómiai képképző CT technikával, egy sokkal teljesebb képet kapnak a beteg szervezetéről.

A négy emeletes diagnosztikai központ a Hunyadi úton már építés alatt áll, az átadást tavaszra tervezik. A tervet a Nukleáris Medicina Szakmai Kollégiuma támogatja. A központ ötféle funkcióval rendelkezik majd. Ezek közül az első és legfontosabb a PET vizsgálat és a radiokémiai háttérüzem. Mivel itt minden betegnél külön kell előállítani a vizsgálatához szükséges molekulákat és izotópokat ezért igen fontos, hogy ezek előállítása helyben történhessen. A másik funkció a terheléses EKG és kardiológiai ultrahang vizsgálat. A központban előadótérmet is terveznek szakmai konferenciákhoz, valamint ismeretterjesztő kiadványokat az orvosok és betegek számára is. Az ötödik funkciója a kutatás főleg az orvosi diagnosztika terén.

A Siemens Biograph PET-CT diagnosztika kiemelkedő fontosságú az onkológiában hasznos funkcionális képek elkészítésében, az ilyen vizsgálatokkal hamarabb felfedezhetőek a betegségek. A korai felismerés áttörő jellegű ad a technikának, hiszen ezzel már néhány milliméteres elváltozást is ki lehet szűrni, viszont minél rosszindulatúbb egy elváltozás, annál nagyobb eséllyel találja azt meg. A kombinált vizsgálattal számos hosszadalmas procedúra kiküszöbölhető, a kezelés egyszerűbb, hatékonyabb lesz, mellyel jelentősen javítható a beteg életminősége. A gépekkel a rákos elváltozások korai felismerésén túl kórházi vizsgálatokat, valamint úgynevezett kiterjedés – staging – azaz góckereső vizsgálatok végezhetőek. Mindez lehetővé teszi az egyéni, testre szabott kezelést és a korai kiújulás felismerését, mely igen fontos egy onkológiai páciensnél. A kardiológiai területen a Siemens Biograph PET-CT berendezés könnyen megfigyelhető az életképes szívizom, ennek infarktus utáni koronária műtétet során van nagy szerepe. A CT-vel való egybeépítéssel ugyanis részletesen megvizsgálható a koronária állapota és a szívizom vérellátása, melyeket normál esetben más eszközzel nem nagyon lehet kimutatni.

A neurológiai vizsgálatok az epilepsziás betegek-nél fontosak. Ma Magyarországon az epilepszia főleg a gyermekeket érinti. A populáció 0,5-1% a szenved ebben a betegségben, legtöbbjük tünetmentes lehet, de vannak, akiknek csak a műtét segít. Ez esetben

adekvát a PET-CT vizsgálat, mely részletesen felfedi az agyi görcsközpontokat. A központ egyéddülősságát a diagnosztikai berendezés adja, mellyel egy 15-18 perces vizsgálat során egész testet ábrázoló anatómiai és funkcionális képek nyerhetők. A kétféle kép egymásra vetített áttekintése teszi lehetővé a milliméteres pontosságú diagnosztizálást. A PET-CT vizsgálattal számos egyéb, képképző eljárás – CT, MR, ultrahang vizsgálatok – kikerülhetők lennének, így a betegek kálváriája is rövidebbé válhatna. A diagnosztikai központ a jelenleg legmodernebb PET-CT diagnosztikai berendezéssel lesz felszerelve, melyet eddig Európában is igen kevés helyen alkalmaznak. Az EU-ban 1 millió lakosra jut 1 PET kamera, Németországban 75 PET kamera működik, melyből mindössze 9 darab PET-CT berendezés. Magyarországon körülbelül 6-10 hasonló berendezés kellene a hatékony működéshez. Mindez a cég szerint megvalósítható lesz a közeljövőben.

A Pozitron Diagnosztikai Központ PET-CT berendezése a Siemens Rt. Biograph 16 készüléke, mely nagy felbontóképességű, a világon a legjobb érzékenységgel PET kamerából és azzal egybeépített 16 szeletet egy-szerre leképezni tudó, nagy felbontású, ultragyors CT kamerából áll. Ennek előnye, hogy a leképezés mindegyik módszerrel azonos testhelyzetben végezhető, így a kapott képek – szeletek – automatikusan azonos pozícióban vannak. Az így egy teljes végigfutása alatt megtörténik a PET leképezés – anyagcsere – és a CT vizsgálat – anatómia. A kész képek egymás mellett és egymással fedésbe hozva is elemezhetőek. Az egész testet célzó vizsgálat előnye, hogy nemcsak a tumoros rész, hanem a testben már kialakult metastázisok is rögtön kiszűrhetőek. Az eredmény azonnali elérhető az orvosok számára, a betegek 24 órán belül tájékoztatást kapnak állapotukról.

A PET-CT berendezéssel végzendő vizsgálat során a betegbe kis mennyiségű nyomjelző anyagot fecskendeznek. A beadott anyag szervezetben belüli eloszlása jellemző az adott betegségre, mert például a rosszindulatú daganatok több cukrot használnak fel, mint az egészséges szövetek. A PET leképezést követően azonnal – kb. 1 perc alatt – egész testet ható vizsgálat történik, ehhez már nincs szükség kontrasztanyagra. A PET vizsgálat előnye, hogy kisebb sugárterhelést is jelent a betegre nézve, mint a CT. A diagnosztikai vizsgálatok mellett a központ szakemberei végzik el a kiértékelést, a nyomjelző-anyag gyártását gyógyszeripari követelményeknek megfelelően. A Siemens Biograph készülékkel egy nap 22-24 beteg vizsgálható meg, ami éves szinten 6000 páciens jelent. Dr. Lengyel Zsolt szerint ez a szám feltornászható 8000-re.

Az egész test PET-CT vizsgálata egyelőre nem esik az OEP támogatása alá, bár a cég már beadta a kérvényt, mely jelenleg elbírálás alatt van.

Több mint 250%-kal megnöveljük a teljesítő képességet

biograph többszeletes CT-vel sokkal többet nyújt Önnek



Proven Outcomes – Kézzelfogható eredmények a nukleáris medicinában.

A Siemens biograph™ családja a PET/CT berendezések teljesen új generációját testesíti meg. Többet nyújt mindabból, ami fontos Önnek: kiváló képmínőség, részletgazdag felbontás, rövidebb felvételi idő és teljes rendszerbe integrálhatóság – ezek segítik Önt abban, hogy betegeit valóban többet

tehessen. Válassza az igényeihez legjobban illeszkedő konfigurációt, egyben biztos lehet: a biograph a piacon ma elérhető legkorszerűbb és leghatékonyabb PET/CT berendezés. További információ: Siemens Rt. Tel: 471 1926

SIEMENS

Innovációk világhálózata

www.siemens.com/medical

Gondolkodjunk együtt Magyarország jövőjéről!

A fenti címmel tartotta évnviti sajtótájékoztatóját Rácz Jenő egészségügyi miniszter és Vojnik Mária politikai államtitkár. Miként a tárca irányítója elmondta, „A 2013-ig szóló fejlesztési időszak egyik legfontosabb célja, hogy több és jobban jövedelmező munkahely jöjjön létre, valamint, hogy minden ember megfelelő lakásban, jó egészségben, hosszú életet élhessen. Ezért minden beinduló fejlesztési programnak ezeket a szempontokat kell szem előtt tartania”.

Kétezerötven az ellátórendszer teljes reformja helyett a már elindult fejlesztésekre koncentrálnak, ennek megfelelően folytatódik a sürgősségi betegellátás korszerűsítése, a járóbeteg szakellátás modernizációja és részleges privatizációja, ami az egészségügyi dolgozóknak biztosított kedvezményes hitelkonstrukcióval meg is valósulhat.

A kormány szándéka, hogy az egészségpolitika rendelkezésre álló források folyamatosan növekedjen. Rácz Jenő azt mondta, az egészséges élet feltételeinek megteremtése alapvető cél, amihez az „egészséges választás” segítése a támogatás a tárca, illetve a kormány feladata. Az egészségben eltöltött minél hosszabb élet-év eléréséhez a már meglévő szűrésűket tovább kívánják bővíteni. Az emésztőszervi és a vese-született anyagcsere betegségek – a HIV/AIDS szűrésükre, továbbá prevenció programokba kezdenek, mint ahogy folytatódik a dohányzással kapcsolatos programok is. A gyógyítás biztonságának megteremtéséhez „letéteményesnek” a sürgősségi ellátást tartják. A hemodinamikai centrumok és az onkológiai központok fejlesztésével folytatódik 2005-ben az SOS program, azaz a sürgősségi ellátás rendszerének kiépítése. A kormány által tavaly elfogadott koncepció szerint 2006. január 1-jéig minden olyan fekvőbeteg-intézményben sürgősségi osztályt kell létrehozni, ahol naponta akár betegséggel kell, mint 40 páciens jelentkeznek. Abbi reményeként adott hangot, hogy az EU normákat eléri, vagyis a mentőnek maximum 15 perc leideje a kivonulási ideje, egy órán belül pedig a

téskor várható élettartam növekedésnek indult, a korai stádiumban szűrt emlőrák megbetegedéseknél javult a sikeres kezelés esélye. Ez utóbbi számokban annyit jelent, hogy 1 733 986 hölgy kapott beírólevelet, aminek nyomán a szűrésen 701 196-an jelentek meg. A szűrés alapján elvégzett műtétek száma 3699, ebből jóindulatú tumor 1238, rosszindulatú tumor pedig 2461 volt.

Ugyanakkor a népegészségügyi programban a korábban szereplő prioritások számának csökkentését, az egyes programokkal érintett rétegek, csoportok közvetlen megszólítását tartják fontosnak. Miként a miniszter fogalmazott, többek között a programok társadalmasítása, a helyi közösségi projektek kezdeményezése, a pályázatok útján történő támogatása a cél. Hangsúlyosnak tartja, hogy a gazdasági élet szereplőivel a partnerséget megerősítse, a kommunikációt javítsa, egy-egy programhoz jeles közéleti személyiségeket megnyerjenek. Mint mondták, a sikerhez a lakosságot közvetlenül is meg kell találni. Ehhez az „egészséges választás” segítése a támogatás a tárca, illetve a kormány feladata.

Az egészségben eltöltött minél hosszabb élet-év eléréséhez a már meglévő szűrésűket tovább kívánják bővíteni. Az emésztőszervi és a vese-született anyagcsere betegségek – a HIV/AIDS szűrésükre, továbbá prevenció programokba kezdenek, mint ahogy folytatódik a dohányzással kapcsolatos programok is. A gyógyítás biztonságának megteremtéséhez „letéteményesnek” a sürgősségi ellátást tartják. A hemodinamikai centrumok és az onkológiai központok fejlesztésével folytatódik 2005-ben az SOS program, azaz a sürgősségi ellátás rendszerének kiépítése. A kormány által tavaly elfogadott koncepció szerint 2006. január 1-jéig minden olyan fekvőbeteg-intézményben sürgősségi osztályt kell létrehozni, ahol naponta akár betegséggel kell, mint 40 páciens jelentkeznek. Abbi reményeként adott hangot, hogy az EU normákat eléri, vagyis a mentőnek maximum 15 perc leideje a kivonulási ideje, egy órán belül pedig a

megfelelő ellátást nyújtó intézménybe kell a beteget szállítani. Minden állomáson megvalósul az orvosi/mentőszízi szolgálat, az SOS program segítségével többszintűvé válik az ügyeleti rendszer. 2005-ben legalább 6 megyei és 5 fővárosi kórházban alakítanak ki központi ügyeletet, és 16 városi kórházban jön létre sürgősségi fogadóhely. A mentésen belül kiemelt helyet kap a légi mentés fejlesztése. A gyógyszergyárakkal 2004-ben megkötött szerződés értelmében a kormány 2005. január 1-ig garantálta a nem támogatott gyógyszerek árát. Az idén a gyártók már árát emelhetik, de a miniszter szerint a gyógyszerpiaci kiegyensúlyozott, hiszen a nem támogatott készítmények ára átlagosan 10%-kal emelkedett, s a támogatott szerekért sem kell február 1-től átlagosan 7,5%-nál többet fizetnie a lakosságnak. A drágulás azért történik, mert a költségek 2005-ben a tavalyi ármérsékletének 50%-át állja csak. Vojnik Mária politikai államtitkár az egészségfejlesztési tanácsadással beszélt, meg arról, hogy a prevenció munkát végző háziorvosok 860 millió többletforráshoz juthatnak az idén. A 860 millió forintos támogatásra azok az alapellátó orvosok pályázhatnak, akik a közvetükben élők egészségi kockázati tényezőit ismerik, rendszeres megelőző és felvilágosító munkát végeznek. A politikai államtitkár az egészségügyi ellátások finanszírozásának alapszámai is kitért, elmondta, hogy az egészségügyi intézményekben február 1-jétől az aktív fekvőbeteg-ellátás értéke 127 ezer forintról 132 ezer forintra, a krónikus fekvőbeteg-ellátás 4 010 forintra, a járóbeteg-ellátás pontértéke 1 forint 32 fillérre emelkedik.

Az egészségügyi intézményekkel kötött volumenszerződéseket továbbra is érvényben maradnak, amikkel az egészségügyi tárca az indokolatlan túlteljesítéseket akadályozza meg. Az intézmények 96%-a a megszabott határon belül maradt, így az ellátásokért az egészségkásszáltság a finanszírozást megkapta.

*(K.E.)
FORRÁS: WEBDOKI

Az EU-szabályozás veszélye az ír betegeknek

Az EU-szabályozás veszélybe sodorja az ír betegeket – állítja a Freedom Institute. Új közvélemény kutatása szerint a betegeknek kevés az információja az új gyógyszerekről.



A dublini székhelyű Freedom Institute kutató intézet közölte egy felmérés eredményeit, amelyből kiderült, hogy az írek többsége szerint a nyilvánosság számára is elérhetővé kellene tenni a gyógyszerekről szóló információkat, s csak kis részük tartja úgy, hogy illegális az, ha gyógyszergyárak információkat hoznak nyilvánosságra az új gyógyszerekről.

A közvélemény kutatás egyértelműen rávilágított arra, hogy az ír betegek szeretnék tudni azokról a gyógyszerekről, amelyeket esetleg szedhetnek – mondta John McGuirk, a Freedom Institute igazgatója. Arra a kérdésre, hogy hozzanak-e nyilvánosságra minden információt a gyógyszerekről, a megkérdezettek 61%-a határozottan igennel válaszolt, s csak 23% mondta azt, hogy szerintük továbbra is illegálisnak kell tekinteni azt, ha a gyógyszerket előállító vállalatok részleteket hoznak nyilvánosságra termékeikről.

Az Európai Unió előírásai értelmében a gyógyszergyárak nem tájékoztathatják a betegeket az új kezelési lehetőségekről vagy gyógyszerekről. Ennélfogva a betegek csak orvosaitól vagy egy harmadik féltől, például betegsegélyező egyesületektől kaphatnak információt. Mindamellett a felmérésből kiderült, hogy az írek nagyobb bizalommal vannak a vállalatok (46 %), mint egy harmadik fél iránt (41 %).

Az Omnibus tervezte a Lansdowne Market Research által elvégzett közvélemény kutatás elsődleges célja az volt, hogy felmérjék az ír lakosság hozzáállását a gyógyszerkezelés kérdéséhez. 1200, 15 évnel idősebb felnőtt kérdeztek meg, s a mintát úgy állították össze, hogy az a kor, a nem, a szociális helyzet és a lakóhely szempontjából reprezentatív legyen.

McGuirk elmondása szerint az eredmények világosan bizonyítják, hogy a betegek keveset tudnak a rendelkezésre álló különböző gyógyszerkezelésekről ahhoz, hogy megfelelően döntsenek arról, melyik számukra a legjobb, és több információra van szükségük orvosaitól a rendelkezésre álló kezelésekről. Jobban informáltak akarnak lenni, amikor orvosaiakkal arról beszélnek, hogy mi a legjobb a számukra.

Az írek 57%-a azt állítja, hogy orvosai nem ismertetik velük a rendelkezésre álló valamennyi kezelési lehetőséget, 69%-uk azt mondja, hogy szeretnék tájékozódni a piacon lévő gyógyszerekről, még mielőtt megbeszéznék, hogy később a megfelelő információk birtokában dönthessenek az esetleges nehéz körülmények közepette. A felmérésből az is kiderült, hogy a megkérdezettek 81 százaléka soha nem használta az internetet arra, hogy utána nézzen egy betegségnek vagy a lehetséges kezeléseknél, bár vannak történetek arról, hogy Európán kívül sokan az interneten tájékozódnak a gyógyszerekről. A közvélemény kutatás nem ad választ arra a kérdésre, hogy vajon ez a lehetőség csak az internetezésben járatos elit számára adott-e.

Ha az orvosok nem mondják el a betegeknek, hogy milyen gyógyszer alkalmas rendelkezésre, és a betegek saját maguk nem keresik a lehetséges megoldásokat, akkor valójában hány beteg kaphat hatékonyabb gyógyszerkezelést – vagy ami még rosszabb, hány beteg marad kezelés nélkül? – teszi fel a kérdést McGuirk. Nézzük például az osteoporózisban szenvedő asszonyokra – mondja McGuirk. – A legtöbb esetben csipőjét vagy bokáját kell törnie egy asszonynak ahhoz, hogy az orvos megmondja neki, melyik az a gyógyszer, amivel megelőzhető volna a csonttörés. Az EU-szabályozást meg kell változtatni, hogy elkerülhető legyenek az ilyen esetek, amelyek nemcsak az állampolgárokkal szemben méltánytalanok, hanem pazarlás az erőforrásokkal is.

A Freedom Institute szociális, gazdasági és politikai tanulmányokat készítő központ Írországbán. Az intézet egy teljesen új kezdeményezés, célja, hogy kidolgozza azokat az irányelveket, amelyek révén Írország valamennyi polgára számára még jobb hely lehet. Alapelveik között szerepel a szabadság és a vállalkozások igénye, korlátozott állami beleszólás, megerősített biztonság.

Email: info@freedominst.org
www.freedominst.org
Freedom Institute



Szlovákiai betegek az esztergomi kórházban

Szlovákiai betegek kezelésére szerződött a határon túli egészségügyi szolgáltatóval az esztergomi kórház. Az intézmény vállalkozása egyelőre példát nem kelt.

Műveskezelés, CT-, röntgen- és laborvizsgálat, szülészeti ellátás szerepel azon a listán, amelyre haladéktalanul fogad a szlovák biztosítók számlájára betegeket az esztergomi városi kórház. Emellett szinte valamennyi szakma szabad kapacitásait is igénybe vehetik a határon túliak – tájékoztatta a sajtót dr. Pák Gábor, az esztergomi kórház orvos-igazgatója, aki szerint jó helyzetbe kerültek azzal, hogy híd köti össze a várost a szomszédos országgal. Hetven kilométeren keresztül a hatszáz ággyas esztergomi kórház az egyetlen olyan, amely a teljes terápiás választékot kínálja a betegeknek.

Az intézet a közelmúltban írt alá szerződést a szlovákiai Sideria-Istovát, de már megállapodás közi helyzetben tartanak más biztosítótársaságokkal is. A szlovákiai betegek ellátásáért ugyanannyi pénzt kapnak, mint amennyit az OEP fizet hasonló esetben a hazai gyógyításért. A szemeszetest kivéve minden ellátást egy héten belül képesek vállalni úgy, hogy a tb-betegek érdekei nem sérülnek. A szemeszeti ellátásra – szakemberhiány miatt – országserződés háríthatos a várakozási idő.

A kórház hazai finanszírozását egészítheti ki ez a vállalkozás, a szlovákok pedig spórolhatnak biztosítottjaikkal a magyar ellátáson. A betegnek Szlovákiában januártól az orvos-beteg találkozáskor húszkoronás, azaz 120 forintos önrészt is kell fizetniük, a gyógy-szerek árán túl pedig ugyanennyit kell leróniuk a vény kiváltásakor. A páciensek napi 50 koronával – azaz

300 forinttal – járulnak hozzá egy-egy mellett a kórházi ellátáshoz is. Ha a szlovák biztosító terhére nálunk kapják az ellátást, akkor ezek a költségek nem terhelik a betegek zsebét. Az orvos-igazgató szerint vélhetően ez is vonzó feltétel volt a szerződésnek.

Bár szinte valamennyi egészségügyi miniszter járt már „betegcsébitő” úton külföldre, ezidáig nem volt túl sikeres. A hazai kórházak csak elvett, esetleg sürgősségi ellátás keretében nyújtottak külföldi állampolgároknak gyógyító szolgáltatást. A helyzet az uniós csatlakozás óta sem változott. Az adatok szerint a legtöbb külföldi szülői akar Magyarországon, és leginkább a fővárosban lévő intézményeket választják. Az ellátások közül a dologos helyen áll még az ortopédiai és a belgyógyászati kezelés.

Ari Lajos, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke lapunknak elmondta: a magyar egészségügyi szolgáltatásaira csak azoknak a programozott műtéteknek lehet külföldi kereslet, amelyekre az adott országban igen hosszú a várakozási idő. Ebben az esetben lehet megváltani a külföldi kezelési díjaknak átvállalásáról. A másik eset az, amikor a beteg maga dönt úgy, hogy saját zsebből fizeti a kezelést. Mindkét változathoz igényes szolgáltatásra van szükség, amelynek része a kétégyes körre, az ágy mellett lévő internet-lehetőség, a beteg anyanyelvén jól beszélő nővér, telefonközpontos és recepció.

Esztergomban a nyelvtudás sem jelent problémát, hiszen a városi kórházban több mint hatvan szlovák szakdolgozó dolgozik – érvel saját üzletük mellett dr. Pák Gábor. Tapszaltalakra szerint azonban egyelőre a határon túli, magyarok lakta területeken élők választják kórház szolgáltatásait.

Piacépes magyar kórházak

Közel nyolcezer külföldi beteget kezeltek 2003-ban a hazai kórházakban, a páciensek fele román állampolgár volt. A 108 ezer, szakrendelőben ellátott külföldi között számuk meghaladta az 50 ezret. Az ellátás költsége több mint 700 millió forint volt. Az OEP arra számít, hogy az uniós csatlakozás hatására megélesül a határ menti egészségügyi együttműködés, tekintettel az árszínvonal különbségére.

Közel nyolcezer külföldi beteget kezeltek 2003-ban a hazai kórházakban, a páciensek fele román állampolgár volt. A 108 ezer, szakrendelőben ellátott külföldi között számuk meghaladta az 50 ezret – mondta a Világgazdaságnak Kiss József, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megbízott főigazgatója. A külföldiek ellátása az országok közötti szerződések alapján, illetve a nálunk munkát vállalók itteni biztosítási jogviszonya okán történik – ez utóbbi miatt nagy a román és a szlovák állampolgárok aránya. Az OEP nyilvántartása szerint 5034 szlovák állampolgárnak van magyar táj száma, és ingázóként dolgoznak hazánkban.

Egyelőre az országok biztosítói között nincs szerződés biztosítottjaik más országban történő ellátására, még az azonos nyelvet beszélő német, osztrák és svájci biztosítók sem választották ezt a formát. Az államközi megállapodások alapján pedig csupán a orvos beavatkozások és a hiányzó orvosi szakmák beavatkozásainak költségeit térítik meg egymás betegei után. Ennek oka elsősorban az eltérő finanszírozásban keresendő. Például a német kórházakban a biztosító fizeti a betegek ellátását, és napi 10 euró copayment (térítési díjat) nekik is fizetniük kell. Így ugyanezt a térítést meg kell fizetni a külföldi biztosítottoknak is. Anglia azért nyitott a külföldi gyógyítókra, hogy a kórházi kapacitások növekedése nélkül csökkentse a műtét várakozási idejét, ami egyes tervezhető beavatkozásoknál elérte az egy-másfél évet.

Az OEP arra számít, hogy az uniós csatlakozás hatására megélesül a határ menti egészségügyi együttműködés. Az osztrákok néhány szolgáltatást, köztük a rehabilitációt, a fogászati beavatkozást a kinti ár töredékért kaphatnak meg a magyar kórházakban – mondta Kiss József.

Szlovákiában több társadalombiztosító működik, ezek nem az OEP-el, hanem közvetlenül a határ menti magyar intézményekkel kötnek szerződést egy-egy ellátási csomagra. Az ezért kapott pénz a kórház, amelyet az ellátás színvonalának javítására fordíthat, s így jól jár a magyar beteg is. A főigazgató ismeretel szerint nincs jelentős eltérés a magyar és szlovák árak között, ezért a Győr, a Komárom, a Borsod megyei és a fővárosi kórházaknál vélhetően a színvonalasabb ellátásért keresik. Az OEP-nek arra kell ügyelnie, hogy emiatt ne alakuljanak ki hazai városlások.

A külföldiek fogadása arra is utal, hogy nincsenek kihatással a magyar kórházak. Az OEP-től egy évre kötött gyógyítási volumenszerződés szerint kapják a szolgáltatások ellenértékét, szabad kapacitásaikat pedig eladhatják. Erre inspirálja őket az is, hogy a megállapított teljesítményvolumen túli gyógyításért degresszív elszámolás jár.

A tb a hatályos biztosítási törvény alapján nem köthet szerződést külföldi kórházakkal, de a jogszabály felhatalmazza az egészségügyi minisztert, hogy kormányrendelettervezet dolgozzon ki a biztosítottak eltérő finanszírozásának kezelésére. Így a határ menti lakosság körében olyan kártárt bocsáthatnak ki, amelyet az együttműködő külföldi kórházak elfogadnának, a szolgáltatás ellenértéke pedig a belföldi árral lenne azonos. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár azt javasolja, hogy a 2007-2013 között felhasználható EU struktúrális alapok tervezésekor számoljanak a határ menti együttműködés támogathatóságával.

VILÁGGAZDASÁG

HANGÁRVERÉS 2005

JÓTEKONYSÁGI KONCERT A MAGYAR HOSPICE ALAPITVÁNY JAVÁRA

2005. FEBRUÁR 26. VASÁRNAP, 15.30. A ZENEKADÉMIA MAGYTERME
JEGYEK 2000 Ft 10.000 FORINT KÖZÖTTI ÉRTÉKEN A ZENEKADÉMIÁN VÁLTHATÓK

MAGYAR HOSPICE ALAPITVÁNY
1031 Budapest, Kertváros u. 18. 22. - tel. 308 7348 - www.hospicehungary.hu - info@hospicehungary.hu
bankszámla száma: 103000023032905370073285 - adószám: 19643758-4-01

AMADINDA UTÓEGYÜTTES
PRESSER GÁBOR
ERDŐDY KAMARAZENKAR
GULYÁS DÉNES
KLUKON EDIT
LENCSES LAJOS
MÁCSAI PÁL
SZAKCSI-LAKATOS BÉLA
VÍGH ANDREA

1% AZ ÉLET MEGTARTÁSÁÉRT – KÖSZÖNJÜK –

Bepillantás a szöveti biokémiai folyamatokba PET-tel

A PET módszerrel metszeti képeket állíthatunk elő az élő rendszerekről, anélkül, hogy megbontanánk az egységeket. Olyan tulajdonságok vizsgálatát jelenthetjük meg képek formájában, amelyek a rendszer „élő voltával”, a szervezetben lejátszódó folyamatokkal, az életjelenségekkel kapcsolatosak. Ezeket a tulajdonságokat szokás funkcionális sajátosságoknak nevezni, szemben a rendszerek felépítését, szerkezetét meghatározó, anatómiai tulajdonságokkal.

A PET vizsgálat során

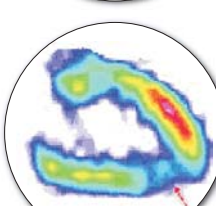
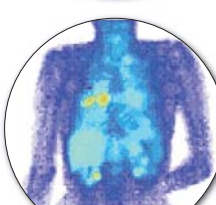
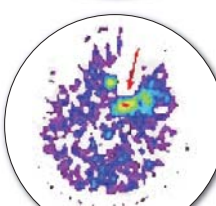
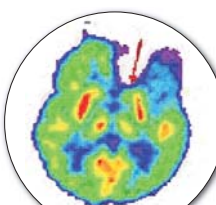
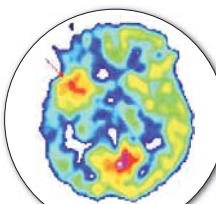
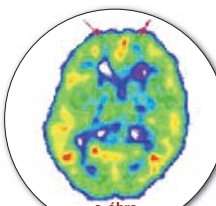
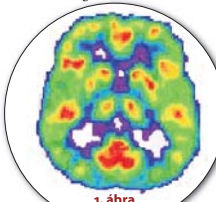
egy-egy alkalmasan megválasztott vegyületet juttatnak be (általában intravénán módon) a szervezetbe. Ezeket a molekulákat a különböző transzport mechanizmusok eljuttatják a szervezet különböző régióiba, ahol azok meghatározott biokémiai reakciókban vesznek részt. A molekulának vagy biokémiai reakciók során kialakuló végtermékeinek a szervezetben belüli egyensúlyi eloszlása természetesen függ attól, hogy milyen anyagot juttatunk be a szervezetbe, függ a transzport rendszertől, valamint attól, hogy a molekulákat átalakító folyamatok (pl. enzimreakciók) milyen intenzitással működnek a szervezet különböző részein. Ha az anyagcsere-folyamatoknak módosul a regionális megoszlása vagy azok intenzitása valamilyen ok (pl. betegség, kóros változás) miatt, akkor természetesen megváltozik a szervezetbe bejuttatott molekulák az egyensúlyi eloszlása is. Ebből azonnal következik, hogy ezeknek az anyagoknak az eloszlási képe számos esetben utalhat a szervezet állapotára (a funkcionális állapotra), más szóval vizsgálatban felhasználhat anyag eloszlásából diagnosztikus következtetést lehet levonni.

A szervezetbe bevitt molekulákat radioaktív izotópokkal jelölik meg, hogy a radioaktív bomlásokból származó részecskék jelezik a bomlások helyét. A felhasználott molekulák az esetek többségében gyógyszer jellegű sajátosságokkal rendelkeznek, ezért azok megjelölt formáját radiofarmakonoknak nevezzük. A radioaktív izotópok bomlás közben pozitronokat bocsátanak ki (innen származik a módszer elnevezése), amelyek a radiofarmakon közvetlen közelében lefejeződnek és egy-egy elektronnal kölcsönhatásba lépnek. Ennek az az eredménye, hogy az elektron-pozitron részecskepár helyett két gamma foton jelenik meg, amelyek egy-egyenes mentén ellenkező irányban mozognak. A két foton megfelelő érzékelőkkel (detektorokkal) észlelhető, ilyenkor a két detektor közötti távolság egyenesen áthalad a pozitron kibocsátó radiofarmakon helyén. A bomlások nagyobb hányadát lehet érzékelni, ha sok detektort helyeznek el gyűrűszerű elrendezésben a vizsgálati személy körül. Az összetartozó detektorpárok helyzete sok-sok olyan egyenest határoz meg, amelyek mentén bomlások történtek. Az ilyen „kijelölt” egyenesek adataiból megfelelő számítógépes programokkal a háromdimenziós radiofarmakon-eloszlás kiszámítható.

Ezeket az eloszlásokat szinkronizált formában szokás megjeleníteni.

Az 1. ábrán látható egészséges személyről készített kontroll agyi felvételen a kontúrhoz közeli meleg színek (sárga, piros) például azt jelzik, hogy ezek a régiók (az agy szürke állománya) nagymértékben felhalmozták a radiofarmakont, ami ebben az esetben egy cukormolekula (FDG: radioaktív fluor izotóppal jelölt deoxiglükóz). A test hossztengegyére merőleges metszetek belső régióinak hideg színei (kék, zöld) arra utalnak, hogy a fehérállomány cukorfelvétele sokkal kisebb mértékű, illetve az agykamrákban minimális mennyiségű FDG gyűlik össze. A PET módszer alkalmazásaira bemutatunk néhány példát. Epilepsziás rohamok idején a betegek meghatározott agyi régiók fokozott izgalmi állapotban vannak, csak akkor van értelme, ha az a beteg javára szolgál. A

A pozitron emissziós tomográfia (PET) napjaink egyik legújabb és leghatékonyabb képkalkáló eljárása. A technika a „funkcionális metszetképkalkáló” módszerek közé tartozik, amelynek széleskörű alkalmazásait egyaránt megtaláljuk a rutinszerű klinikai diagnosztikus munkában, valamint az orvosi és biológiai kutatásokban.



amit felfokozott cukoranyagcsere kísér. A betegség igen gyakran „fokális”, ami arra utal, hogy a rohamok egy megfelelő módszerrel lokalizálható, viszonylag kis kiterjedésű fókusból indulnak ki. Az epilepsziás betegek nagy hányadát gyógyszeres kezeléssel egyensúlyban lehet tartani, de vannak gyógyszerrezisztens esetek is. Az is ismert, hogy az epileptogén fókuszoknak a cukoranyagcsereje a rohamok közötti periódusokban csökkent mértékű, amit FDG-PET vizsgálattal ki lehet mutatni (lásd a 2. ábra nyíljal jelölt helyet). Az epileptogén fókuszok lokalizálásának igen nagy a jelentősége, mert ha a fókusz eltávolítható, akkor a sebészi beavatkozás végleges megoldást jelenthet.

Az FDG alkalmazásai

Között első helyen állnak a tumor-diagnosztikai felhasználások. A tumoros folyamatok sok szempontból nem egységesek, de a tumorsejtek gyors osztódása a rosszindulatú daganatok nagy hányadánál intenzív cukoranyagcserevel társul. Ilyen esetekben a jól körülhatárolható régiók fokozott FDG felvétele (a környezethez, vagy a kontroll esetekhez viszonyítva) elősegíti a diagnózist (3. ábra). Vannak olyan tumoros folyamatok, amelyek nem illenek ebbe a képbe. A cukoranyagcsere intenzitása és ennek megfelelően az FDG felvétel több alacsony malignitású (lassan növekvő, kevésbé agresszív) tumorosövetben nem haladja meg az egészséges szövetek FDG felvételét, illetve alatta marad annak. Erre mutat példát a 4. ábra, amelyen a nyíljal jelölt terület alacsony FDG felhalmozódása kizárólag arra utal, hogy az agyműtéten átesett beteg FDG „térképén” a műteti terület cukoranyagcsereje messze elmarad az egészséges agyszövetre jellemző értéktől. Az 5. ábra egy metionin-PET vizsgálat eredményét mutatja be, amelyet ugyanazon beteg azonos agyi régiójáról készítettünk (a metionin egy aminosav, amelynek segítségével az aminosav anyagcsere vizsgálható). A két ábrát összehasonlítva látható, hogy a szöveti metionin felvétel éppen azon régióban haladja meg igen nagy mértékben a környezetre (egészséges agyszövetre) jellemző értéket, ahol az FDG felvételen „lyuk” volt. A radioaktív izotóppal megjelölt metionin sikerrel alkalmazható az alacsony malignitású tumorok diagnosztizálására.

A cukoranyagcsere

nagy érzékenységi vizsgálata teremti meg a lehetőséget két további speciális alkalmazásra. Kis kiterjedésű, CT (komputer tomográfia) és MRI (mágneses rezonanciás tomográfia) vizsgálattal nem kimutatható daganatok esetén előfordulhat, hogy a tumoros folyamatról csak a (távolsági) áttétek kialakulása révén szereznek tudomást úgy, hogy megelőzően a primer daganatot nem sikerült azonosítani. Az áttét megfelelő ellátása (műteti beavatkozás, sugárkezelés, kemoterápia) után is gyakran megcsúszhat, hogy a primer tumor rejtve marad és így a beteg nem lehet tumormentes. Ilyen esetekben komoly segítséget jelenthet a nagy érzékenységi FDG-PET egésztestvizsgálat (a 6. ábrán a nyíl mutatja a primer tumoros gócot). Szívinfarktusokat követően gyakran felmerül a szívizmútek szükségessége, hogy a szívizomszoros erek elzáródása miatt csökkent vér-ellátásban részesülő szívizom-állományban helyreállítsák az egészséges állapotnak megfelelő vérellátási viszonyokat. Ennek a betegnek a szívbe beavatkozás és költséges sebészeti beavatkozás természetesen

szívizmútek előtt elvégzett FDG-PET vizsgálattal eldönthető, hogy a rossz vérellátású területen van-e életképes szívizom, mert ellenkező esetben a vérellátási viszonyok javításával a beteg állapota semmit sem javul. A 7. ábrán a szív keresztmetszeti képén a nyíljal jelölt területen a szívizom cukorfelvételében mutatózó hiány elhalt szívizomszövetre utal.

A PET vizsgálatokban felhasznált

radiofarmakonok és a különböző alkalmazások köre napról napra bővül és az itt bemutatott példák a lehetőségeknek csupán nagyon kis hányadát fedik le. A PET felvételekről általában elmondható, hogy azok a szervezet funkcionális sajátosságairól szolgáltatnak információt és ennek a jelentőségét nehéz túlbecsülni. Hátrányos a CT és az MRI módszerekhez képest azonban a PET képek rosszabb felbontása. Ez annyit jelent, hogy ezeken a felvételeken nem lehet kisméretű részleteket megkülönböztetni. A funkcionális eltérések észlelésének diagnosztikus értéket nagyon megnövelné, ha azokat pontosan hozzá lehetne rendelni jól meghatározott anatómiai struktúrákhoz. Az ilyen feladatok megoldásához fejlesztették ki a képalkotó eljárásokat. Ezek olyan informatikai (programozás- és számítástechnikai) módszerek, amelyekkel ugyanarról a vizsgálati személyről két különböző képkalkáló eljárással készített képet együttesen lehet megjeleníteni. Példaként bemutatjuk a funkcionális információt hordozó PET kép, vala-

mint az anatómiai viszonyokat visszaadó MRI felvétel egyetlen képen (8a. ábra, 8b. ábra, 8c. ábra) való ábrázolását. Szinkronizálásával jelentettük meg a fuzionált ábrán a PET képet és szürke skálán a MRI információt, hogy a funkcionális és az anatómiai részletek jól megkülönböztethetők legyenek.

A PET módszerrel, valamint a CT, illetve az MRI módszerekkel a vizsgált szöveteknek más-más tulajdonságai tanulmányozhatók. Ezért ezeknek a módszereknek az érzékenységét nem lehet közvetlenül és általános érvényű összehasonlítani. Az érzékenységgel kapcsolatos konkrét kérdésekre természetesen van válasz és így elmondható, hogy a rosszindulatú daganatok a PET módszerrel diagnosztizálhatók a legkorábbi fázisban. Ezzel a módszerrel lehet leghamarabb észlelni műtétek után egy esetleges kiújulást, vagy megkülönböztetni a vizs-

» Prof. Dr. Trón Lajos »
PET Centrum Debrecen
TERMÉSZET VILÁGA

integráció és mobilitás

Mobil - és vezeték nélküli eszközök támogatása.

e-Med Solution®
ELECTRONIC PATIENT WORKFILE SYSTEM

Nemzetközi minőség.
ISO 9001:2000

www.e-medsolution.com

Tökéletes együttműködés diagnosztikai, vezetői és pénzügyi gazdasági informatikai rendszerekkel.

Beteg- és diagnosztikaközpontú adatkezelés

IBM Business Partner

SAP PARTNER

ISH INTERNATIONAL SYSTEM HOUSE KFT.
1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6. Telefon: (1) 355-8720
E-mail: info@ish.hu Honlap: www.ish.hu

▷ a 1. oldal folytatása

BBC: Mi szől mellette, mi ellene?

DR. BÉKÉSI LÁSZLÓ: Le kell szögezmem, hogy a Telki Magánkórház nem privatizált intézmény, hanem a kezdetektől fogva magán egészségügyi szolgáltatást nyújtó magánkórház, ami Magyarország egyetlen magánkórháza. Ma a magyar társadalombiztosítás az általa kifizetett finanszírozási összegek mintegy negyven százalékát fizeti magánszolgálatok vagy magán alvállalkozók zsebébe, de egy állampolgárt – ha belemegy egy intézménybe – nem feltétlenül az kell, hogy foglalkoztassa, hogy az privatizált vagy nem privatizált intézmény-e? Ha nem az, hogy ott milyen szolgáltatást kap. Attól, hogy valaki elmegy egy nagy értékű, például CT vagy MR vizsgálatra, amit a magyar állam nem tudna máshogy megvenni, mint az említett gebinbe történő kiadással, még nem érzi, hogy magánszolgáltatónál járna. Ellene nem sok minden szól tehát.

DR. FALUS FERENC: A gebinnel az a probléma, hogy a gebines konnotáció azaz függ össze, hogy rövid idő alatt sok pénzt szerezni, kivenni az üzletből azt a maximumot, amit lehet. A funkcionális privatizáció az két ponton nem stimmel. Az egyik, hogy általában hosszú távú szerződések kötnek. Ha nem kötnek ilyenek, ez lenne a kívánatos mind a szolgáltatói, mind a finanszírozói oldalról, hogy minél biztonságosabb hosszú távú szerződés legyen. A másik, leglényegesebb dolog az egész magyar egészségügyet jellemzi, hogy szolgáltatói döntő többségben nem számlát állítanak ki a szolgáltatások fejében, hanem finanszírozásban részesülnek. Ez nem igazi szabad piac, mert meghatározott az egészségbiztosítási pénztár közszársási funkciója, hogy miért mennyit fizet. Óriási különbség van abból a szempontból, hogy milyen módon történik az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása. Ennek privatizációja pedig egyelőre egyik politikai párt részéről sem merült fel.

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: Örülök, hogy említették az egyes magánszolgáltatók közfinanszírozott magánszolgáltatásait, ezt a működési privatizációnak tapasztalhatjuk Magyarországon. Nagyon jó példa arra, hogy a for-profit típusú privatizáció árt a magyar egészségügynek. Erdekelt a profitban, ami egy tökéletes természetes, semmi bajom nincs vele, egy tőkes valahova befektet, és profitot akar. Naná. A probléma az, mikor közfinanszírozásból akarják kivenni a profitot. Ez baj, mert a magyar egészségügy egészeben véve alulfinanszírozott, tehát ha ebből még profitot is kivesznek, az egész egészségügyi finanszírozás még rosszabb helyzetbe kerül. Másrészt bizonyos területek privatizálása ezeken a területeken biztosítja a profitot, s ezáltal nemcsak, hogy elveszik a pénz a többitől, de eltorzítja mind a diagnosztikát, mind a terápiát. Az Egészségügyi Közlöny minden számában közlik, hogy az OEP mennyit fizetett és kinek. Szeptem-

A kórház-privatizáció kérdéséről

berben a teljes járó beteg kassza 8.8 milliárd volt, ebből 1.7 milliárd volt a labor-kassza (ahol már ott vannak a laborcégek érdekei), 860 millió volt csak a CT és az MR, és 1.3 milliárd volt a műve. Ezek mind külön kasszából vannak, tehát ha bárki azt mondja, lám, milyen jól működik a műve, arra csak azt mondom, ha egy másik szakmának külön kasszázt nyújtanak, az is jól fog működni. A gond az, hogy ezek a területek aránytalanul fejlődnek, persze jó, hogy vannak, szépek, korszerűek, de az egészségügy többi részére emiatt sokkal kevesebb jut.

BBC: A Telki Magánkórház egyike a legmagyob és legnevesebb magánintézményeknek, amikből kevés van Magyarországon. Az gondolnánk, önk szívesebben várják a privatizációt, hiszen ebben a körben működnek.

DR. BÉKÉSI LÁSZLÓ: Ez az egyetlen kórház, ami magánkórházként működik, de ismétlem, nem privatizált intézmény vagyunk, tehát nekünk a privatizáció a maga klasszikus értelmében, mikor az ingatlan maga mint szolgáltató rendszer és maga a szolgáltatás is privatizálásra kerül, legfeljebb vetélytárs lehet. De ez sem teljesen igaz, mert bennünk nem finanszíroz az OEP, csak egy napos sebészeti ellátásokra kapunk OEP-finanszírozást, azonos feltételek mellett, mint bármelyik másik magyar kórház.

BBC: Ha a kórház-privatizáció megtörténne elgondolkodnánk az eddigi tapasztalatai alapján azon, hogy beszálljanak?

DR. BÉKÉSI LÁSZLÓ: Súlyos akadálya annak annak, hogy egy befektető, aki hosszú távon gondolkodik és nem azonnali lefolyásban, egy ilyen területen szolgáltatói befektetésben gondolkodjon. Ma Magyarországon az egészségügyi tevékenység nem áfas, tehát bármilyen egészségügyi beruházás 25% áfa kifizetést jelent, amit vissza sem tud igényelni. Egy egészségügyi befektető innentől kezdve nem tudom, hol tudna profithoz jutni ebben a rendszerben, hiszen az áfat is meg kell termelnie, sőt, az ingatlanok és gépek is, amik amortizálódnak. Ez a beruházás értékéhez képest évi 20%, amivel 45%-nál tartunk. Ki kell fizetni a társasági adót, ami 18% körül van, ezzel lassan 50-60%-nál járunk, és profitról még nem beszélünk. Ez komoly probléma, ami akadályozza a mai magyar valódi egészségügyi befektetést. A kérdés ebben a formájában, hogy a privatizáció valaki támogatja-e, vagy nem, pontosításra szorulna, így nehéz értelmezni, hogy az ingatlanok megvásárlását értjük-e ez alatt, vagy a szolgáltatás privatizációját. Az előbbi ha-

tározottan állami tulajdon, állami kérdés, a szolgáltatás privatizációja pedig vásárlói kérdés. Azaz, én mint vásárló, ha odamegyek tiszta viszontnyokkal találkozom-e, tudom-e, kinek mikor mennyit kell fizetnem, tudom-e, mit kapok a pénzért, kötnék-e velem szerződést... A boltban mindenki megszokta, hogy pénzért vásárol, s úgy tudom az egészségügyben is van róla szó, hogy bizonyos szolgáltatásokat meg lehet venni nem hivatalos formában. Hogy lehet ezt a két kérdést közelíteni egymáshoz, hogy legyen is vásárlás a magyar egészségügyben, meg ne is. Ne sértsük ezzel a szolidáris társadalombiztosítást, de mégis biztosítsuk azok előjogát, akik úgy gondolják, van nekik, mert többet tesznek a közöbe. Nagyon komoly kérdés, nem tudom, tudunk-e rá válaszolni.

BBC: Beszéltnék arról, hogy több olyan kezelés van már, amelyek privatizáltak részben vagy egészben.

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: Említettem a privatizáció különböző csoportjait, ezek közül az alapelállítás tipusosan egzisztenciavállalkozás. Nem for-profit cég, meg akkor sem, ha ehhez Bt-t kell létrehozni, mert profit kiemelésről nincs szó. A gyógyszeres, a fogorvos, a háziorvos önfoglalkoztató típusú vállalkozásban vesz részt. Mikor arról beszélünk, hogy a magyar egészségügyben a kifizetések egy része már vállalkozók számára megy, élesen el kell választanunk a profitérdeket (CT, műve, labor) szolgáltatásokat, és az alapellátásban résztvevőket.

BBC: Beszéltem orvosokkal, akik szerint az a félelem el köztük, hogy a privatizáció során gyakran meglehetősen rossz körülmények között működő kórházakat nagy nemzetközi vállalatok vennék meg. Ez miért lenne baj?

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: Azt kell eldönteni, hogy közszolgáltatásokból lehet-e profitot kivenni, vagy nem. Ez az alapvető kérdés, amiben társadalmi közmegegyezésre lenne szükség. Véleményünk és az európai orvostársadalom véleménye szerint is a for-profit cégek szerepét korlátozni kell, nem megtiltani, megvan a magánszolgáltatók helye is, de a szolidaritási elven alapuló össz társadalmi biztosítási rendszernek változtatni csak úgy lehet, hogy lesznek szegények és lesznek gazdagok. Meg kellene szabni, mi az, ami a szolidaritási elv alapján mindenkinél jár.

DR. FALUS FERENC: Van profitorientált vállalkozás, nem profitorientált vállalkozás és vannak állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő, állátvegyezéshez tartozó intézmények. A három típus intézményi struktúrája, költségvetése, könyvvizetési módja lényegesen eltér egymástól, ez

a leglényegesebb gátja a tulajdoni forma váltásnak, mert összehasonlíthatatlanok az intézmények működési hatékonysági adatai. Lényeges momentumokkalmak térnek el. Osztrák példára fontosnak tartanám, hogy egységes könyvvizetése legyen az intézményeknek, értelemszerűen a legjobb az lenne, ha ez a gazdasági törvény hatálya alá tartozóan működne. Fontos az is, hogy ha egy alapítvány, ami elvileg non-profit szervezet, működtet egy egészségügyi intézményt, semmiféle garancia nincs rá, hogy azokat a pénzeket, amiket ki akar vonni a vállalkozásból, ne tudná megtenni. Adózási technika kérdése, hogy egy cég non-profit vagy for-profit. A Telki Magánkórház Kft formában működik, hivatalosan for-profit. Pontos adataim vannak róla, hogy a tulajdonosok az elmúlt években (kényszerből) jelentős összegeket fordítottak arra, hogy a működést fenntartsák. A beteg szempontjából csak az fontos, hogy milyen szolgáltatást kap, amit meghatároz, hogy a finanszírozóval van-e és milyen szerződés, és hogy az ÁNTSZ milyen módon képes a szolgáltatás minőségét ellenőrizni és biztosítani. Hogy milyen tulajdonban van egy intézmény, normál körülmények között még a dolgozókat sem igazán kene, hogy érdekelje. Az olyan for-profit intézmények, ahol a betegek érzik, hogy ilyen intézménybe mentek be, nincs helye az egészségügyben se Magyarországon, se a világon sehol.

BBC: Mindenki, aki járt már közkórházban, láthatja, hogy a jelenlegi rendszer nem működik valami jól. Kevés a pénz, nem túl jók a körülmények, probléma a paraszolvencia is, ami mind azt mutatja, a rendszerbe pénz kell vinni ahhoz, hogy megvalósuljon. Nagyon leegyszerűsítve a kérdést ez lehet egy erőteljesebb állami beavatkozás, vagy a magántőke bevonása.

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: Jó helyen tapogatódnunk, a magyar egészségügy alulfinanszírozott. Ez egyértelmű. Az állam szerepvállalása nem megkerülhető, a pénz kevés, és csoda, hogy tizedannyi az ellátásunk, mint Nyugat-Európában, de csak feleannyira rossz az ellátás, mint ott. Oka, hogy az egészségügyben dolgozók próbálkoznak, és még itt vannak Magyarországon, másrészt látszik az infrastruktúra teljes lepusztulása. E két tényező magyarázza, hogy miért nem egyértelműen rossz a magyar egészségügy, a ráfordított összegeket figyelembe véve kifejezetten hatékony. Az állami szerepvállalás megkerülhetetlen. Ha majd jönnek a magánbefektetők és hozzák a pénz, nyilvánvaló, hogy a profitot is ki fogják venni. Tapasztalatok és vizsgálatok alapján kiderült például Angliában, hogy azokon a helyeken, ahol a PPP, a Public Pri-

vate Partnership program keretében építettek kórházat, egyáltalán nem csökkentek a költségek, szelektálnak a jó és rossz beteg közt, hajlamok szelektálnia jó és rossz betegség között, a jobban finanszírozott előnyben részesítik, és mivel ezeket hosszú távra kötik, a rendszer fixnek látszik. A British Medical Assasiation véleménye erről a formáról egyáltalán nem volt kedvező.

DR. FALUS FERENC: Az előbb felsoroltak a magyar közfinanszírozott egészségügyi intézményekben is ismert események.

DR. SZILVÁSI ISTVÁN: Akkor egy másik adat: a New England Journal of Medicine a kilencvenes évek végén lefolytatta a for-profit/non-profit vitát. Lényege, hogy a szakmai színvonal szempontjából jobb, vagy nem jobb. Eredménye, hogy összehasonlítva a kétféleképpen működő dialízis, a mortalitás a for-profitban nagyobb, a szövődmények száma is, a végző konklúzió, hogy az Egyesült Államokban évente 2400 beteg csak azért hal meg, mert for-profit helyen végzik a műve kezelését. Megállapították az okait is, 25%-kal kevesebb orvos dolgozik, hisz az Egyesült Államokban az orvosi bértétl nagyon jelentős, a középkereslet képzettiségi szintje alacsonyabb, és nem végzik el a vizsgálatokat, amik a szövődmények korai felfedezését tennék lehetővé.

DR. BÉKÉSI LÁSZLÓ: Amerika olyan társadalom, ahol nem szolidáris az egészségügy, és kétszázhatvan milliónyi lakosból negyven millió ellátatlan, semmilyen biztosítással nem rendelkezik. Úgy kezdik az ellátást, hogy ugyan van egy löts sebe, de azért mutassa a kártyáját, és ha az nem teszi lehetővé, hogy kivégez a golyót, akkor csak szállítható állapotba hozzák.

DR. FALUS FERENC: Dolgoztam amerikai cégnél, és ez egy tervezett műtétnél ugyan előfordulhat, de egy sürgősségi ellátásnál erre nincs példa. Egy amerikai for-profit kórházban tervezve van a számla kenne, amiről tudják, hogy nem lesz kifizetve. A magyar egészségügynek van egy furcsa sajátossága, hogy a betegek csak addig elégedetlenek, amig kapcsolatban nem kerülnek velünk. A betegirányítás, az orvosokhoz fordulás, a mennyit fizessek, jóhoz megyek-e, kérdések igazgatók a lakosság többségét. Mikor betegetelegettségi adatokat nézünk, látjuk, a betegeknek sokkal elégedettebbek. Az a probléma, hogy az intézményi hálózatnak nincs meg a megfelelő hitele, probléma, hogy a hálózrendszer szétzilálja a működést. Kezelhetetlen a magyar egészségügy, amíg csak az orvosok mondogatják, hogy több pénz kell a rendszerbe tenni. A betegeknek is mondanunk kéne, hogy ilyen körülmények között nem kívánunk gyógyulni.

SZILVÁSI ISTVÁN: Teljes mértékben egyetértek, a hálópénzrendszernek, ami működik, és bizonyos mértékig sajnos az egész rendszert működteti, sok katasztrófális oldala van, s az orvostársadalom szolidaritását is megbontja.

FORRÁS: BBC HUNGARIAN.COM

A magyar egészségügy becsülete

Felhaborodhatunk, unhatjuk vagy akár félhetünk is tőle, de leginkább és legtöbbször már hozzászoktunk: a magyar egészségügyi rendszer mely válságban van, és az alapvető problémákat megoldó reformra szorul.

Kevés az egészségügyre fordított pénz, és az sem optimálisan kerül felhasználásra. Nemzetgazdaságunk nem képes többet az egészségügyre áldozni, s a közgazdász-politikusok egy része szerint nem is érdemes, amíg az egészségügy lyukas vödört funkcionál. „Ez nemcsak magyar, de világéretű gond” – nyugtatnak meg. Választani kell. Melyik ágazatra (oktatás, nyugdíjasok, autópályák stb.) és mennyit áldoz a társadalom a közös kasszából? Valóban nincs több az egészségügyre? Az orvostudomány rohamosan fejlődik, egyre csodálatosabb és drágább eljárásokat alkalmaz, ami egyre csak növeli az orvosi ellátással szemben támasztott igényeket, és a legmagasabb országot számára is megfizethetelenné teszi a mindenki számára egyenlő hozzáférést.

Választani kell. Kiknek és milyen ellátást kínál, finanszíroz a társadalom? A magyar egészségügyi infrastruktúrája sárga állapotban van. Az ellátás racionalizálása a járóbeteg-rendelések bővítésével fog járni, ami öncsökkent és a betegek számára kevésbé megerhelő, mint a kórházi kivizsgálások. Ez nagy valószínűséggel osztályok, kórházak bezárásához fog vezetni. Választani kell. Mi marad, mit kell feljuttítani, mit kell bezárni?

A magyar egészségbiztosítási rendszer nem tölti be feladatát. A biztosítottak számára nem nyújtja az elvárt szolgáltatást térítésmentesen, mindenki számára egyenlő hozzáféréssel és garantált színvonalon. Így nem mehet tovább.

Választani kell. Egy vagy több biztosító? Magán- vagy állami tulajdonban? Kizárólag szolidaritási vagy piaci alapon? Ki választ, ki választ és hogyan? Logikus lenne a választást a parlamenti képviselőkől várni, esetleg egyes kérdésekben az önkormányzatoktól, mint a társadalom legfelsőbb legitim reprezentánsaitól. De valóban a társadalom érdekében a választók akaratát szerint tennék-e ezt? Vagy inkább pártjaik utasítására, pozíciójuk feltételeiből vagy tájékozatlanságból egyszerű szavazóképként fognak

működni valamely gazdasági lobbierőket szolgálva? Melyik az a fórum, ahol a társadalom, a szakma, a politika úgy van jelen, hogy képes a kérdésekre elfogadható, világos válaszokat adni? Vagy inkább az fogja eldönteni, hogy milyen lesz a magyar egészségügy, hogy a választópolgárok szavazókedvét hogyan befolyásolja az aktuális reformterv reklámkampánya?

Választani kell. Ki mondja meg, és mi alapján, hogy milyen lesz a következő évtizedek magyar egészségügye? Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók bérei, munkakörülményei elfogadhatatlanok. A működőképesseget csak a korrupció, paraszolvencia, a gyógyszeripar nemkívánatos befolyásoló biztosító promóciók, és az embertelen, ésszerűtlen hierarchia tartja fent. A vezető pozíciókban lévők nem léptek, lépnek fel kellő erővel az orvoslás morális, egzisztenciális és szakmai válságának megoldása érdekében. Az orvostársadalom kétféle vagy még inkább több részre szakadt, polarizálódott gazdag, korrupit vagy konformista elitre, még épp megélt középmezőnyre, és a periferiára süllyedt, zömében még tisztességes kisebbségre. Más részüket elhagyja a hivatást és az országot. Emlenékül.

Az ápolói hivatás megbecsültsége hihetetlen mélységekbe süllyedt. A bérék belátható időn belül, a gyógyító munka értékének megfelelő szintre emelése, ezzel együtt a paraszolvencia azonnali megszüntetése és a hierarchia egészséges lebontása adhat csak esélyt a magyar orvoslás erkölcsi, szakmai megújulására.

Ez az orvosoktól és ápolóktól nagyobb szakmai önállóságot, felelősséget, magasabb szintű tudást és morális, motivált hozzáállást igényel. S szinte biztosan funkciók, állások megszűnésével, átcsoportosításával fog járni.

Választani kell. De ebben az esetben egyértelmű, hogy kiknek. Az orvosoknak, egészségügyi szakdolgozóknak kell eldönteniük, hogy tovább tűrnek, vállalják a rájuk kényszerített tisztességtelenséget, vagy összefognak és új vagy meglévő érdekeképviselői szervezeteiken keresztül kikövetelik a magyar orvoslás, gyógyítás becsületének helyreállítását.

Lejegyezte: Dr. Szijártó László gyermekgyógyász

FORRÁS: NÉPSZABADSÁG



FODOR JÓZSEF ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT
Országos Kémiai Biztonsági Intézet
Primer Prevenció Fóruma (PPF)

1097 Budapest, Nagyvárad tér 2.
1450 Budapest, Pf. 36.
E-mail: safarne.ekbi@okk.antsz.hu

Ügyintéző: Sáfárné S. Edit
Tel.: (1) 476-1195
Fax: (1) 476-1227

MEGHÍVÓ

A XII. Primer Prevenció Fórum (PPF) ülésére

A Fórum témája: „Egészségmegőrzés – jó közérzet – prevenció”
Kreditpont: Orvosoknak és gyógyszerészeknek: 10 pont

Helyszíne: Fodor József Országos Közegészségügyi Központ,

Fodor terem. Budapest, 1096 Nagyvárad tér 2.

Időpontja: 2005. május 19 - én, 9 óra

Jelentkezési lap letölthető: <http://okbi.cjb.net/cimen>

Kongresszus szervezője: Dr. Tompa Anna

További információ: T.: 476-1195, ü.i.: Sáfárné Simon Edit

Férfiak Éve

Évente 40 ezer férfi lesz rákbeteg!

Hazánkban meghaladja a 33 ezret évente a daganatos halálozás, a férfiaknál gyakori a későn felfedezett tüdő-, gyomor- és prosztatarák. Ezért az idei Rákellenes Világnap fókuszába az erősebb, ám a betegségekkel kevesebbet tájékozó nem egészségvédelmét állította a Magyar Rákellenes Liga.

A daganat komplex okok következménye, ami azt is jelzi, hogy a kockázatok csökkentésével kialakulása megelőzhető, az időben felfedezett rák pedig jó eséllyel gyógyítható – állítja **Tópa Anna**, a **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Közegészségügyi Tanszékének vezetője**. A professzor tapasztalata szerint a férfiak vesztegetettségétől történelmi és társadalmi helyzetük miatt is nagyobb nőtársaiknál. A dohányzási és alkoholfogyasztási szokások, a stressz, a befelé fordulás, a munkahelyi ártalmak őket sújtják leginkább. Ez utóbbiak elsősorban az iparban dolgozókat.

A világszinten ma tízmillió vegyi anyag található, közülük négytízmillió regisztráltak. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ezekből harmincat rákkelőnek minősített, amelyet nyilvántartanak a foglalkozási-egészségügyben. Tópa Anna azonban felhívta a figyelmet: munkahelytől függetlenül is naponta 60-70 ezer anyaggal érintkeznek az emberek.

A Magyar Rákellenes Liga a férfiak egészségének megóvását helyezte a 2005. év fókuszába – mondta **Vasváry Artúr** elnök. Ezt azért tették, mert hazánkban eddig nem volt széles körű a férfiak daganatos betegségeivel foglalkozó prevenció.

A népegészségügyi program első elemeként 2001-ben kezdték el hazánkban a 45-65 éves korú nők emlőrák-szűrését. Tavaly elkezdődött a szakaszosan megvalósuló vastagbélrák-szűrés is – mondta Kovács Attila országos tisztifőorvos-helyettes. Sikeres volt az alkalmi és a balatonfüredi akció, amelyen a behívottak 60%-a vett részt, és megkezdődött a főváros két kerületében is a munka. Az idén a győri és a kecskeméti kórházak körzetében élők szűrését indítják el. Elmondta azt is: 2003-ban 5098-an haltak meg vastagbélrák következtében, köztük 2787 férfi.

(OTS. Cégnov.)

A prosztaták kezelése során alkalmazott androgén-depriváció és a fracturák gyakorisága

Az elmúlt 15 évben egyre nagyobb arányban alkalmazták az androgén-deprivációt a prosztaták kezelésére során.

Az androgén-depriváció a csontsűrűség csökkenését eredményezheti, ám eddig még nem tisztázták egyértelműen a kezelés és a fracturák kockázata közötti feltételezhető kapcsolatot. A szerzők a bemutatott vizsgálat keretében az 1992 és 1997 között diagnosztizált prosztatarák miatt a Surveillance, Epidemiology and End Results program adatbázisába regisztrált 50.613 beteg adatait elemezték. A vizsgálat elsődleges végpontja a bármely típusú, és a hospitalizációt igénylő csont fracturák

gyakorisága volt. A diagnózist legalább 5 évvel túlélő férfiak csoportjában az androgén-depriváció kezelésben részesültek 19,4%, míg az ilyen típusú terápiában nem részesülő társaik 12,6%-ának esetében alakult ki fractura. Az adatok szerint statisztikailag szignifikáns összefüggés volt a diagnózis utáni 12 hónap során adott GnRH (gonadotropin-releasing hormon) dózisa és a későbbi fracturák kialakulási kockázata között. A The New England Journal of Medicine oldalain közzétett tanulmány eredményei szerint a prosztatarák kezelése során alkalmazott androgén-deprivációs kezelés növeli a csonttörések kialakulásának kockázatát.

FORRÁS: THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Fókuszban a prosztata rák

A vizeles nehezítettségé leggyakrabban a prosztata megbetegedését, megnagyobbodását jelzi. A prosztata betegségei gyakran előforduló körkörös, melyek főleg idősebb férfiak körében jelentkeznek. A prosztata megnagyobbodásának oka általában jóindulatú folyamat, a mirigyállomány időskori túltengése. Ritkább esetben prosztata-daganat is állhat a tünetek hátterében. A férfiakat súlyos daganatos betegségek közül a harmadik leggyakoribb halál.

Magyarországon évente mintegy 2700-1 növekszik a diagnosztizált esetek száma. Tekintettel a férfiak élet-tartamának növekedésére a jövőben jelentősen növekedhet a betegségekben szenvedők száma. A prosztatarák felismerését több körülmény is nehezíti. Általában idős betegeknek más, közvetlen tünetekkel is jelentkező betegségek gyakran fordulnak elő, így inkább ezek leküzdésére koncentrálnak. A betegség sokáig lappang, a tünetek számos esetben már csak az előrehaladott stádiumban jelentkeznek. Normál esetben a prosztata diónyi nagyságú, a végbél és a szeméremcsont között helyezkedik el. Olyan anyagokat termel, mely a spermium mozgásához szükséges az ejakuláció után. A prosztata működését a here által termelt tesztoszteron serkenti.



A leggyakoribb gondolatok, melyek a diagnózis pillanatában felmerülhetnek a betegben

„Nem lehet rákom, hiszen nincsnek tüneteim.” – A prosztata tumor gyakran nem okoz tüneteket, ha mégis előfordul valamilyen panasz, az az egyéb prosztata-betegségek (pl. megnagyobbodás) okozta tünethez hasonló.

„Meg fogok halni hamarosan a daganat miatt.” – A legtöbb betegnél, aki prosztata tumorban szenved, sok éves túlélés érhető el, hiszen ez az egyik leglassabban növekvő daganatfajta.

„A kezelés impotenssé, nemzőképtelenné fog tenni, és vizeletretartási problémáim is lesznek.” – Ezek a mellékhatások nem mindenkinél fordulnak elő, és ha mégis, akkor az urológussal megbeszélve kezelési módot lehet változtatni. A rosszindulatú daganat diagnosztizálásához és méretének, stádiumának meghatározásához több vizsgálat elvégzése szükséges.

Módszerek

• **REKTÁLIS DIGITÁLIS VIZSGÁLAT:** ha a prosztata megnagyobbodott, aszimmetrikus, szokásosnál tömöttebb, keményebb tapintatú, vagy ha az állományában rendellenes tömörség, körülírt csomó észlelhető – külön-külön vagy együttesen daganat jelenlétére utaló tényezők –, további vizsgálat indokolt.

• **ULTRAHANGOS VIZSGÁLAT:** a prosztata végbélén át történő ultrahangos vizsgálatával pontosan meghatározható a prosztata nagysága, formája és hangviszafogó képessége. A prosztatarák ultrahangképe jellemző, hogy a daganatos szövet ultrahangviszafogó-képessége kisebb, ezért a képen fekete folt formájában mutatkozik.

• **VÉR-VIZSGÁLAT – PSA – SZERINT:** A kivizsgálásnak másik fontos része a vérminőség laboratóriumi vizsgálata. Ezt főként egy, a prosztata mirigyéj által termelt és a vérben is megtalálható szénhidrogén, az ún. prosztataspecifikus antigén (PSA) vérben, illetve szérumban lévő szintjének megállapítása érdekében végzendő. A PSA koncentrációja a szérumban normálisan – az alkalmazott módszertől függően – 3-4 ng/ml alatt van. PSA-t azonban nemcsak a prosztata mirigy normális hámszetei, hanem a prosztata rákos sejtjei is termelnek. Tapasztalat szerint prosztatarák esetén a PSA szintje jelentősen megemelkedik. Bizonyított tény, hogy a PSA-koncentráció prosztatarák esetén összefüggést mutat a rákos folyamat kiterjedésével, sőt az áttétek megjelenésével is. A PSA ily módon a diagnosztika javításán kívül alkalmazható a betegség terjedésének, progressziójának vagy a terápia hatására bekövetkező javulásának megítélésére is. Fejlettebb labor-technikával az újból vett vérből azonnal kimutatható a PSA szint.

• **SZÖVETMINTAVÉTEL (BIOPSZIA):** Teljesen megbízható, végleges diagnózist csak a prosztatából vett szövet kórszöveti, mikroszkopos vizsgálatával lehet felállítani. Az ultrahangos készülékkel, végbélén át vagy a gáttájon keresztül vezetett tűvel a prosztata állományának hat különböző szegmenséből kivett szövetmintát patológiai laboratóriumi vizsgálata igazolja a diagnózist. Terápiás beavatkozás csak a kórszöveti eredmény alapján indokolt.

• **CSONT-SZCINTIGRÁFIAI VIZSGÁLAT:** A csonttáji jelenlétnek kimutatására alkalmas izotópvizsgálat.

• **CT (SZÁMÍTÓGÉPES RÉTEGVIZSGÁLAT), MRI (MÁGNESES REZONANCIATOMOGRAFIÁS VIZSGÁLAT):** a tumor pontos elhelyezkedéséről, a nyirokcsomók állapotáról adnak felvilágosítást.

• **CISZTOSZKÓPIA:** a húgycsővön (pénisz) keresztül egy vékony csövet vezetnek fel, hogy a húgycső és a hólyag állapotát meg lehessen figyelni.

Terápia és gondozás

Ha az idős beteg prosztatarákja „A” stádiumban – és különösen, ha annak kedvezőbb szakaszát jelentő „A-1” stádiumban van, az rendszerint nem igényel kezelést, elegendő a beteg háromhavonta ellenőrzése. Az ilyen beteg prognózisa jó, élettartalmuk sem lesz rövidebb, mint a hasonló korosztályba tartozó, de nem prosztatarákos férfiaké.

• **SEBÉSZETI TERÁPIA:** Idős, rossz szív és érrendszeri állapotban lévő vagy tüdőbetegségben szenvedő betegeknél a sebészeti megoldás többnyire nem javasolt, alternatívák sugár, a hormon és a kemoterápiás kezelés alkalmazható. Ha a prosztatarák nem terjed túl a prosztata tokján, a prosztata sebészeti eltávolítása rendszerint kielégítő eredményt ad. A rákos prosztata műtéti eltávolítása többféle módon történhet, hasi vagy gáttáji metszésen keresztül. A prosztata műtéti eltávolítása az esetek többségében impotenciához vezet és a betegek jelentős hányadában – legalábbis átmenetileg – a vizeletretartás elégtelensége (inkontinencia) alakul ki.

• **SUGÁRTERÁPIA:** A prosztatarák sugárkezelését illetően országonként igen eltérő álláspontok alakultak ki. A sugárkezelést az USA-ban korai stádiumban lévő prosztatarákok kezelésére is kiterjedően alkalmazzák, pedig sokak véleménye szerint az nem olyan eredményes, mint a teljes prosztata műtéti eltávolítása. Hazánkban jelenleg a sugárterápiát inkább más terápiás formák kiegészítésére alkalmazzák pl. teljes vagy részleges prosztata eltávolítását követő utókezelésként.

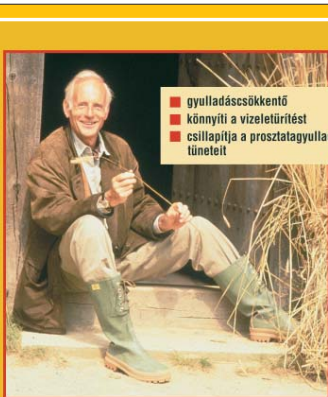
Alkalmazzák továbbá a csonttörések vagy helyi daganatos beszűrődések okozta fájdalom enyhítésére, valamint a rák helyi kiújulásának kezelésére. A korszerű besugárzó készülék alkalmazásával pl. a lineáris gyorsítóval végzett sugárterápia többek véleménye szerint kisebb megterhelés a beteg számára és a szövődények száma is kevesebb, mint a rákos prosztata műtéti eltávolítása esetén.

• **HORMONTERÁPIA:** A prosztata tumor növekedését a here által termelt tesztoszteron károsan befolyásolja, ezért a hormonterápiának az a célja, hogy a tesztoszteron hatását megszüntesse a prosztatában. A hormonmegvonás hatására a prosztata-daganat növekedése leáll és a daganatsejtek elpusztulnak.

• **KEMOTERÁPIA:** A sebészeti beavatkozás után észlelhető betegnek kemoterápiát adni. A korszerű kemoterápiás készítmények a műtéti beavatkozás után jelentősen csökkentik a betegség újbóli kialakulását, továbbá hozzájárulnak a beteg jobb életminőségéhez – fájdalomcsillapítás – javításához. Hamarosan hazánkban is elérhetővé válik az a kemoterápiás eljárás, amelyet az USA-ban már eredményesen alkalmaznak a betegség legyőzésére. A kutatási eredmények tanúsága szerint ugyanis 24%-kal növelte a beteg túlélését és szintén igen jelentősen csillapította a fájdalmat.

• **Családi segítség:** Tekintve, hogy a férfiak nagyon néha kérnek orvosi segítséget, különösen fontos. A prosztata-problémák a családon belül még mindig tabuként tekintenek az élettel szembeni utáni urulogushoz, diagnózis esetében onkológushoz történő fordulás, illetve a lelki bajok olykor szakember bevonásával történő kezelése. A pozitív diagnózist követően igen gyakori a depresszió, illetve a kontrollvizsgálatok elhanyagolása. A gyógyulás szempontjából rendkívül fontos a segítő csoportterápia.

(MAGYAR RÁKELLENES LIGA)



Pollstimol – rozspollen a prostatagyulladás terápiájára

Pollstimol
Roggenpollen für die Prostata

Összetétel: 20mg cernitin T60 és 3mg cernitin G10X, extractum pollinis secum fermentum tabletásként. **Javallatok:** Akut és krónikus, nem bakteriális eredetű prostatitis, prostatovesiculitis, urethritis, Benignus prostata hyperplasia esetén felépítő-vizeletlétési zavarok. **Ellenjavallat:** nem ismert. **Figyelemreztetés:** Fűfélékkel szemben extrém érzékenységet mutató betegnél gyakori allergiás reakciók. Székletben, nem vart tünetek megjelenése esetén a kezelést fel kell függesztetni. **Adagolás:** A kezelés első hetében napi 3x2 tablettát, a második héttől kezdve naponta 3x1 tablettát (éjszaka után, kevés vízzel bevenni). Az allergiás reakciók kivételével a panaszok súlyosságától függően kell kezelni gyógyszeres vagy sebészeti úton.

A KOCKÁZATOKRÓL ÉS MELLÉKHATÁSOKRÓL
OLVASSA EL A BETEGTÁJÉKOZTATÓT, VAGY KÉRDEZZE MEG
KEZELŐORVOSÁT, GYÓGYSZERÉSZT.

Új lehetőség a prosztatatarák kezelésében

A prosztatatarák a férfiak egyik leggyakoribb daganatos megbetegedése, a daganatos elhalálozás második leggyakoribb oka a tüdőrák után Magyarországon. A prosztatatarák előfordulási gyakorisága a korral nő. A kórkép kialakulásának oka ismeretlen. Számtalan olyan tényező van azonban, amelyek kockázati tényezőknek bizonyulnak; ezek egy része bizonyított kockázati tényező, pl. életkor, faji hovatartozás, földrajzi elhelyezkedés (Európában a skandinávok között gyakoribb a Dél-Európaiakhoz képest), pozitív családi anamnézis, étkezési szokások (sok zsiradékot, vörös húst, tejterméket tartalmazó étrend).

vagy lehetséges kockázati tényező, pl. szójában, -paradicsom alapú termékekben (likopin) szegény étrend, kevés szelén és E-vitamin a táplálékban, az inzulin-szerű növekedési faktor (IGF) magas szintje.

Ismert, hogy a férfi nemi hormonok szerepet játszanak a prosztatatarák kialakulásában.

1966-ban C. Hugginst és munkatársát Nobel-díjjal tüntették ki a férfi nemi hormonokkal (androgének) és a prosztatatarákkal kapcsolatos munkásságáért. Bebizonyították, hogy az androgéneknek az egészséges prosztata fejlődésében valamint a prosztatatarák terápiaiban fontos szerepe van. Munkásságuk során nyert bizonyítást az, hogy a férfi nemi hormonok termelése helyének kiiktatása (a herék eltávolítása - kasztráció) 70-80%-ban javította az előrehaladott prosztatatarákos beteg életkilátásait.

A prosztatatarák korai stádiumban tünetmentes. Előrehaladott stádiumban a prosztata megnagyobbodása miatt húgyúti elzáródás tüneteit okozhatja. Áttétes stádiumban a csontfájdalmak uralkíják a klinikai képet.

Tünetek (vérvizelés, fájdalmas vizeletürítés, vizeletelakodás) jelentkezésekor a betegség már többnyire előrehaladott stádiumban van és maradéktalanul nem gyógyítható meg.

A prosztatatarák korai - még gyógyítható szakaszában való - felismerését forradalmasította az ún. prosztata specifikus antigén (PSA) felfedezése. A PSA egy fehérje természetű anyag, melyet a prosztata szövete termel. Vérmintából kimutatható. Kórosan magas értéke nem jelent feltétlenül prosztatatarákot, mert a prosztata jóindulatú megbetegedéseiben, sőt egyes, a prosztatát érintő vizsgálatok elvégzése után is magasabb értéket mutathat a normálisnál. Min-

Már kapható a Richter Gedeon Rt. non-steroid antiandrogén hatóanyagot tartalmazó új készítménye, amely a prosztatatarák előrehaladott állapotának LH-RH analóg készítménnyel, vagy műtéti kasztrációval kombinált kezelésére szolgál. A gyógyszer korszerű - már eddig is ismert és forgalomban lévő - hatóanyagát a vállalat saját maga által kidolgozott eljárás szerint állítja elő.

TERÁPIÁS LEHETŐSÉG | A KLINIKAI STÁDIUM NEMZETKÖZI JELZÉSE

0.	Normál prosztata, daganatot megelőző állapot	
GYÓGYÍTHATÓ I.	Tünetmentes szakban, véletlenül felfedezett hormonfüggő tumor	T1
GYÓGYÍTHATÓ II.	A prosztatata tokján belül helyet foglaló daganat, hormonfüggő	T2
KEZELHETŐ III.	A daganat áttörte a prosztata tokját és a környező hormonfüggő szövetekre terjedt	T3
KEZELHETŐ IV.	A daganat távoli, pl. csontáttételeket adott, hormonfüggő	T4
KEZELHETŐ V.	Férfi hormonokra már nem reagáló prosztatatarák, nem hormonfüggő	T5

denesre a magasabb PSA-érték további vizsgálatok elvégzését indokolja a daganat bizonyítása vagy kizárása érdekében.

Törekedni kell a betegség korai - még gyógyítható fázisában történő - felismerésére. Ebben a páciensnek magának is aktívan részt kell vennie. 50 éves kor felett ajánlott hogy keresse fel az urológust, aki a még tünetmentes betegnél elvégzi a végbélen át történő betapintást (rektális digitális vizsgálat - rde), a PSA-szint meghatározást, a végbélen át végzett ultrahangvizsgálatot és ezek alapján kizárja vagy felveti a prosztatatarák gyanúját. Biztos diagnózist a gyanút követően elvégzett mintavétel és szövettani vizsgálat ad.

A prosztatatarák lefolyása igen hosszú, kezdetben néha évekig tünetmentes. A daganat fejlődése nagymértékben függ a férfi nemi hormonoktól, és ez a függőség egészen az utolsó előtti stádiumig fennáll. A férfi nemi hormonok hatásának megszüntetése, akár úgy, hogy a hormontermelés forrását iktatjuk ki, akár úgy, hogy

a férfi hormonokat gyógyszeresen blokkoljuk, a kezelést kedvezően befolyásolja.

A prosztatatarák klinikai lefolyása (lásd az ábrát)

Az egyes stádiumoknak megfelelő kezelési formákat a szakemberek a már rendelkezésre álló tapasztalatok és a klinikai tanulmányok eredményei alapján egységes elvek szerint alkalmazzák.

A hazai módszertani ajánlást Pajor László, Kisbenedek László és Romics Imre urológus professzorok állították össze. Ennek lényege, hogy mindaddig, amíg a daganat nem lépte túl a prosztata tokját, az az gyógyítható stádiumban van, a betegeket lehetőség szerint daganatmentesíteni kell a daganatszövet tartalmazó prosztata műtéti eltávolításával vagy besugárzásával. A 70 év feletti betegeknél élni lehet az »éber várakozás« lehetőséggel is, mert a prosztatarák lassú, tünetmentes lefolyása ezt lehetővé teszi. Ilyenkor a páciens szigorú orvosi és laboratóriumi

megfigyelés alatt állt és csak akkor végzik el a műtétet vagy a sugárterápiát, ha a jelekből arra következtetnek, hogy a daganat fejlődésnek indult.

Hazánkban a prosztatatarákos eseteknek valamivel kevesebb mint 30%-a kerül felismerésre a korai stádiumban. A diagnózis idején a betegek kb. 70%-ánál a betegség a prosztata tokját áttörte és vagy a környező szervekre (ondóhólyag, nyirokcsomók) terjedt vagy távoli daganattáttéteket adott. Az előrehaladott stádiumokban is van lehetőség a beteg korszerű kezelésére, melynek segítségével a daganat fejlődése lassítható vagy hosszabb-rövidebb időre megállítható és ezáltal a beteg életminősége kedvezően befolyásolható.

A prosztata tokján túlterjedő daganat kezelésének lényege a férfi nemi hormonok (androgének) hatásának megszüntetése, mert az eddigi kutatásokból tudjuk, hogy ezek a hormonok elősegítik a daganat növekedését és terjedését. E célból végzik el az androgének termelő herék eltávolítását (sebészeti kasztrációt), vagy vetnek be olyan gyógyszereket, amelyek hatására a here megszűnik hormont termelni (kémiai kasztráció). Kasztrációval (legyen az sebészeti vagy kémiai) a vérben mérhető androgén hormonok szintje 95%-kal csökken, ám a prosztatán belül még mindig jelentős mennyiségű androgén van jelen. Ennek oka, hogy a herék mellett a mellékvesék is termelnek androgén hormonokat. A prosztata szövetében fellelhető még jelentős androgén hatás megszüntetésére ún. antiandrogén gyógyszerek állnak rendelkezésre. A daganatszövet növekedését a szervezetben mindenhol visszacsorogtatják, tehát a szomszédos és a távoli áttétekben is, hiszen a daganattáttétek ugyanúgy reagálnak az antiandrogén hatásra, mint ahogyan a prosztatában fejlődő elsődleges rákos szövet.

A prosztatatarák a megszélídhető daganatok közé tartozik. Ehhez rendelkezésre állnak a diagnózis felállításához szükséges eszközök és jól képzett szakemberek. A gyógyításhoz megfelelő felszereltség áll rendelkezésre és egyre bővül a széles körben hozzáférhető, korszerű gyógyszeres kezelés. Ha mindehhez a veszélyeztetett férfipopuláció tudatos hozzáállása is párosul, joggal várhatjuk, hogy a daganatok zömének felismerése olyan stádiumban történjen, amelyben a kezelése jó eséllyel, sikeresen elvégezhető.

WEBDOKI | SZAKMAI OLDAL

Kitekintő 1. Prostatatarák kezelésének racionális megközelítése

Toronto/Kanada: Dr. Laurence Klotz, a University of Toronto munkatársa szerint a lokalizált prostatatarák túlnyomórészt az sok férfi, akinek jó kockázati csoportba tartozó prostatatarákja van, elkerülhetné a radikális beavatkozást (sugárzás vagy a prosztata eltávolítása) és még akkor is elég hosszú ideig élné ahhoz, hogy a prosztatatarákon kívüli okból haljon meg.

Dr. Klotz nemrégiben jelentést közölt egy folyamatban lévő tanulmányból, amelyben 299, 70 év feletti prosztatatarákos férfi részt vett. A tanulmány 1995-ös kezdetekor a férfiak PSA-értéke 15 ng/ml alatt volt, Gleason-pontjuk 7 vagy kevesebb, rájuk kikapta 26 vagy annál kevesebb. A férfiakat aktív megfigyelés alatt tartották, amibe gyakori PSA-mérés és a kezdeti diagnózis után 12 hónappal megismételt biopszia is tartozott.

Dr. Klotz véleménye szerint a rák agresszivitásait jól mutatja az az idő, ami alatt a PSA-érték megkétszöröződik. Ha ez az érték kevesebb mint 2 év és az ismételt biopszia vagy táptáplálással történő rectalis vizsgálat is progresszív mutat ki, akkor a betegnek fel kell ajánlani a radikális intervenció lehetőségét. A PSA megkétszereződésének idejét három - minimum hat hónapos időtartam alatt végezték - külön mérésre kell alapozni, és a végső értéket nagyban kell lennie, mint 8 ng/ml, mielőtt a radikális beavatkozás szóba kerülne.

A PSA megkétszereződésének átlagos ideje a 299 betegnél 7 év volt, és a férfiak 42%-ánál több volt, mint 10 év. A vizsgált személyek mindössze 21%-ánál volt kevesebb 3 évnél, és csak 2 beteg halt meg prosztatarákban az első 5 év során, és a 8 éves követés után a prosztatatarák-specifikus mortalitás a csoportban mindössze 1% volt. A betegek mintegy 60%-a aktív felügyelet alatt állt 55 hónap elteltével is, a többiek a radikális terápiait választották, akár a diagnosztizált progresszió, akár személyes döntés alapján. Dr. Klotz arra a következtetésre jutott, hogy azoknál a betegeknél, akiknél a PSA megkétszereződésének ideje kevesebb mint 3 év, és aktív megfigyelés alatt állnak, praktikus kompromisszum lehet a minden lokalizált prostatatarák esetében alkalmazott radikális terápia és a csak palliatív terápiait alkalmazó figyelmes várakozás között.

A betegek mintegy 60%-a aktív felügyelet alatt állt 55 hónap elteltével is, a többiek a radikális terápiait választották, akár a diagnosztizált progresszió, akár személyes döntés alapján.

Kitekintő 2. Kiegészítő terápiák prostatatárak számára

Sok férfi, aki radiológiai kezelésben részesül prostatatárakja miatt, kiegészítő terápiákat is alkalmaz, melyek nem a kezelőorvosra írt fel. A kezelőorvos általában nem tud ezekről, de ezek a kezelések előre nem látható, sőt esetleg veszélyes módon is beavatkozhatnak az eredeti kezelés folyamatába.

Dr. Gary D. Kao, a philadelphiai University of Pennsylvania Hospital onkológus professzora vezette tanulmány 50 beteg vizsgált meg, akik prostatatárakjukra sugárkezelésben részesültek. A betegeknek a kezelés megkezdésekor kérdőívet adtak és megkérdezték, alkalmazzak-e valaha is kiegészítő kezelést. A tanulmány a Cancer című folyóirat február 1-jei számában jelent meg. A betegek meglepően magas aránya, 37%-a vallotta, hogy használt kiegészítő kezeléseket, többek között gyógy-nővénykúrákat, magas dózisú vitaminokat, kioppraktikumokat, relaxációs technikákat és különleges diétát. Ezek az eredmények éles ellentétben állnak egy hasonló tanulmány megállapításaival, amely szerint a kezelőorvosoknak csupán 4%-a hitte azt, hogy betege kiegészítő gyógymódokhoz is fordul.

Az ilyen terápiaikat alkalmazóknál magasabb volt az iskolai végzettség és a jövedelem, de kor, nem, vallási hovatartozás és az egészségi állapot értékelése között nem volt kimutatható a különbség. „A kiegészítő kezelésekre forduló aránya lényegesen magasabb a vártánál” - mondta dr. Kao. - „A másik megfigyelést az okozta, hogy nem vártuk, hogy épp a műveletbe keresik a segítséget az ilyen terápiaiktól. A kezelőorvosok nagy mértékben alulbecsülték ezeknek a komplementer módszereknek a használatát, érzésem szerint ez más orvosokéban is így van” - tette hozzá dr. Kao. A tanulmányból az is kiderült, hogy a kiegészítő kezeléseket a betegek azután is folytatták, hogy prostatatárakjukra megkezdtek a gyógyszeres kezelést. „Sok orvos nincs tisztában azzal, milyen nagy mértékben használják betegeik az alternatív terápiaikat” - jegyezte meg dr. Kao. Gyógyszereket a vizsgált személyek 60%-a használt, de nagyobb az

átfedések. 47% számolt be „régimódi” gyógyszerek használatáról, 41% szedett nagy adagokban vitaminokat. 18%-uk mind kioppraktikus/masszázs, mind relaxációs technikákat alkalmazott. A betegek 12%-a különleges étrendet követett.

A tanulmány azzal a következtetéssel zárul, hogy mivel nem tisztázták ezeknek a terápiaknak az egészségügyi következményeit, további kutatások szükségesek e téren. „Nyilvánvaló, hogy több kutatásra van szükség” - mondta dr. Kao. Számtalan lehetőséget nem használnak ki sem a betegek, sem az orvosok, mert az orvosok nem kérdeznék rá a betegek szükségleteire. Azt is meg kell állapítanunk, vajon ezek az alkalmazott terápiaik ártalmasak-e vagy épp ellenkezőleg, használnak a betegek. „Egy szakértő szerint ezek az eredmények tükrözik más, ezt megelőző tanulmányok eredményeit, azonban azért problémát okoz a tanulmány, mert nem definiálja kellően a kiegészítő terápiaik paramétereit. Mindenki másként definiálja a kiegészítő terápiaikat” - jelentette ki Barrie Cassileth, a New York-i Memorial Sloan-Kettering Cancer Center mellett működő Integrative Medicine Service vezetője. - „A meghatározástól függ, a betegek kisebb vagy nagyobb csoportját kapjuk-e egy-egy kérdés megválaszolásakor. A tyúk-húsvetés fogynásztása például kiegészítő terápiaiknak tekinthető?” - teszi fel a kérdést. „Az emberek rengeteg mindent elkövetnek az egészségük érdekében - folytatta Cassileth. - Nem hiszem, hogy valóban szokatlanul

„A kiegészítő kezelésekhez forduló aránya lényegesen magasabb a vártánál” - mondta dr. Kao. - „A másik megfigyelést az okozta, hogy nem vártuk, hogy épp a műveletbe keresik a segítséget az ilyen terápiaiktól. A kezelőorvosok nagy mértékben alulbecsülték ezeknek a komplementer módszereknek a használatát, érzésem szerint ez más orvosokéban is így van” - tette hozzá dr. Kao. A tanulmányból az is kiderült, hogy a kiegészítő kezeléseket a betegek azután is folytatták, hogy prostatatárakjukra megkezdtek a gyógyszeres kezelést.

magas lenne az a százalék, aki valamilyen kiegészítő terápiahoz fordul. A gyógyfűveket használók százalékos aránya például ugyanaz volt, mint egy megelőző tanulmányban láthatunk. Cassileth azt is hozzátette, hogy az orvosoknak meg kell mondaniuk a sugárkezelésben részesülő betegeiknek, hogy ne használjanak mellette gyógyfűveket is. Azt is hozzátette, hogy a kombináció már halálesetbe vezetett. „Nyilvánvaló, hogy a dolognak igen komoly következményei lehetnek” - mondta.

THE NEW YORK TIMES HEALTH NEWS SERVICE 2000; MEDICINORP

Kitekintő 3. Új gyógyszer a prostatatarák megelőzésére

Edinburg/Nagybritánia: Meggyőző bizonyíték van arra, hogy a cyclooxygenáz (COX) pálya összefüggésben van a prostatatarákkal. Kutatások kimutatták, hogy a COX-2 enzim nagyobb mértékben van jelen a prostatatarákos, mint a normál szövetekben.

Az is bizonyított, hogy az aspirin és a szelektív COX-2 gátlók (Vioxx és Celebrex) csökkenthetik a prostatatarák kockázatát. Sajnos azonban mind az aspirinnal, mind a COX-2 gátlóknak vannak káros mellékhatásai, a Vioxxot nemrégiben azért vonták vissza a piacról, mert kiderült, hogy megduplázza a szívinfarktus kockázatát.

Nemrégiben francia kutatók kifejlesztettek egy új gyógyszert, az NO-ASA-t. A NO-ASA, azaz a (nitric oxide donating - nitrit gyökkel rendelkező aspirin (nitroxi-butyl-acetilszalicilát) egyesíti magában az aspirin bizonyított gyulladásgátló tulajdonságait a nitrit gyök vércsökkentő tulajdonságaival. Az NO segíti az immunrendszert a tumorsejtek, baktériumok, vírusok és más káros mikroorganizmusok elpusztításában, és szerepet játszik a programozott sejthalál (apoptózis) folyamatában is. Az NO az egész szervezetben megtalálható, különösen nagy koncentrációban fordul elő a prosztataszövetekben.

A University of Edinburgh kutatói nemrégiben azt jelentették, hogy az NO-ASA, és rokona, az NO-ibuprofen jelentős szerepet játszik a prostatatarák megelőzésében és a rákos folyamat megállításában. Bár a humán kísérletekre még kétség kívül várni kell, az első eredmények ígértesek.

A kutatók az NO-ASA-nak és az NO-ibuprofennek a hormon-inzertív prostatatarák sejtjeinél, valamint a prostatata stroma (a mirigy szerkezetét adó sejtek) primer kultúrára gyakorolt hatását tanulmányozták. Azt tapasztalták, hogy mindkét NO-NSAID (NO-aspirin és NO-ibuprofen) hatékonyan gátolja a sejtburjánzást, és erőteljes apoptózist váltott ki mindhárom kultúrában. A kutatók megállapították, hogy ezek az új gyógyszerek ígértesnek bizonyultak a prostatatarák megelőzésére és kezelésére, és hasznosak lehetnek a jóindulatú prosztata-hyperplasia (prosztata-megnagyobbodás) kezelésében is.

A University of Edinburgh kutatói nemrégiben azt jelentették, hogy az NO-ASA, és rokona, az NO-ibuprofen jelentős szerepet játszik a prostatatarák megelőzésében és a rákos folyamat megállításában.

IHN MAGYAR KIADÁS 2004(1-2) INTERNATIONAL HEALTH NEWS

Új remény az áttételes prosztata-rák kezelésére

Két új, mérföldkőnek számító klinikai vizsgálat szerint egy új terápia jelentősen javítja a prosztatarákos férfiak túlélési idejét. Egy amerikai és egy nemzetközi vizsgálat (amelybe magyar betegeket is bevontak) bizonyítja, hogy a docetaxel-alapú protokoll az első és egyetlen kezelés, amely bizonyítottan hosszabb túlélést biztosít az androgén-független (hormonfüggetl) áttételes prosztatarákban szenvedő betegek számára.

Az Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság (American Society of Clinical Oncology, ASCO) New Orleans-ban tartott éves konferenciájának plenáris ülésén amerikai és magyar kutatók beszámoltak az androgén-független (hormonfüggetl) áttételes prosztatarák-kezelés új lehetőségeiről. A klinikai vizsgálat érdekessége, hogy a betegpopulációban számos magyar férfi is szerepelt.

A két klinikai vizsgálatot (TAX 327 és SWOG 9916) a Johns Hopkins Kimmel Ráktumorintézet és a New York-i Presbyterian Kórház/Columbia Egyetem Egészségügyi Központ és a Dél-Nyugati Onkológiai Csoport (Southwest Oncology Group, SWOG) szakorvosai vezették. A vizsgálatokban 1800 beteg vett részt, ezek 6%-a magyar volt.

A docetaxel-alapú terápiás protokollok szignifikáns, 24 illetve 20%-kal csökkentették a halálozás kockázatát. A TAX 327 vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint az Avenis taxánkészítménye jelentősen, 43%-kal ($p=0.0005$) javította a betegek PSA-reakciós rátáját, valamint 59%-kal ($p=0.0107$) javította a fájdalom-reakciós rátát a hagyományos mitoxantron kezelés eredményéhez képest.

A SWOG 9916 klinikai vizsgálatot végző szakorvos beszámolója szerint a kezelés 27%-kal növelte a progressziómentes túlélés (PFS) arányát, illetve 55%-kal magasabb objektív reakciós rátát mutatott ki a docetaxel-alapú protokollnál. Ezen felül a betegek többségénél több mint 50%-os PSA-csökkenést is elértek.

„Ezek a klinikai vizsgálatok elsőként bizonyítják, hogy egy kemoterápiás hatóanyag, a docetaxel statisztikailag szignifikáns túl-

élési előnyt biztosít az androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztatarák-betegek számára, s így világszerte férfiak ezrei számára kínál reményt – nyilatkozta Dr. Daniel Petrylak, a Columbia Egyetem Orvosi és Sebészeti Intézetének vendégprofesszora, a New York-i Presbyterian Kórház Genitourinárius Onkológiai Programjának igazgatója. – Az adatok rendkívül fontos új kezelési lehetőséget képviselnek a prosztatarákban szenvedő férfiak számára, hiszen egyes betegek a terápia hatására hosszabb ideig élhetnek.”

A prosztatarák világszerte a harmadik leggyakrabban előforduló daganatos megbetegedés, a férfiak között a hatodik leggyakoribb halálos rákbetegség. Az Egyesült Államokban az idén várhatóan több mint 300 000, Magyarországon 2700 férfinnal diagnosztizálnak prosztatarákot, s több mint 29 900 amerikai és 1400 magyar férfi fog ebben a betegségben elhunyni.

„Ez a két klinikai vizsgálat fontos mérföldkő a rákkezelés történetében. A Taxotere az egyetlen készítmény, amelyet, a világ három leggyakoribb daganatos betegségének mell-, tüdő- és prosztatarák-kezelésére egyaránt törzskönyveztek” – mondta Dr. Frank Douglas, PhD, az Aventis Gyógyszer-innovációs és Törzskönyvezési alelnöke, az igazgatótanács tagja.

A TAX 327 és a SWOG 9916 vizsgálati protokollok

A TAX 327 vizsgálatot Dr. Mario Eisenberger, a Johns Hopkins Kimmel Ráktumorintézet és a Johns Hopkins Kimmel Ráktumorintézet Dale Hughes onkológia- és urológiaprofesszora vezette. Huszonnégy ország összesen 240 terápiás központjában ezherhat (1006) randomizált beteget kezeltek három különböző protokoll alapján. (Háromhetente egyszer Taxotere 75mg/m² és naponta prednison, vagy heti egyszer Taxotere 30 mg/m² hatból öt héten át és naponta prednison, vagy háromhetente egyszer mitoxantron 12mg/m² és naponta prednison, az általánosan elfogadott szabvány protokoll.) A legtöbb beteg 65 év feletti életkorú volt.

A Dr. Petrylak vezette SWOG 9916 randomizált klinikai vizsgálat hétszázhetven (770) beteget érintett az Egyesült Álla-

mokban, akiket két különböző protokoll egyike szerint kezeltek. (Háromhetente Taxotere 60 mg/m² és öt napon át naponta háromszor estramustin 280 mg, vagy háromhetente mitoxantron 12 mg/m² és naponta kétszer prednison 5 mg.)

A Taxotere-t a betegek mindkét vizsgálat során jól tolerálták, a terápia biztonsági profilja kiszámítható, kezelhető volt. A TAX 327 során a leggyakrabban előforduló mellékhatások a hajhullás (alopecia), fáradtság és hányinger voltak, ám az előfordulási arányok mitoxantron-éhoz hasonlóak voltak. A hematológiai események mindkét kezelési esetben megfeleltek a várt biztonsági profilnak, a grade 3-4 neutropenia a Taxotere csoportban gyakrabban fordult elő, mint a mitoxantron csoportban (32% vs 21,7%, $p=0.004$). A neutropenia komplikációi azonban mindkét csoportban hasonlóak voltak.

A SWOG 9916 vizsgálat során emésztőrendszeri valamint szív- és érrendszeri események gyakrabban fordultak elő a Taxotere-estramustin kombinált terápiával kezelt férfiaknál, mint a mitoxantron csoportban.

Néhány szó a Taxotere-ről

A Taxotere (docetaxel) az Aventis egyik legfontosabb gazdasági növekedést elősegítő terméke és a vállalat onkológiai portfóliójának alapja. A Taxotere törzskönyvezett terápia a metasztatikus emlőrák, a nem kisgyermek tüdőrák, és a prosztatarák kezelésére, valamint széleskörű klinikai vizsgálatok értékelik biztonsági profilját és eredményességét a fejnyak, a korai stádiumú emlő-, valamint a gyomorrák kezelésében. További törzskönyvezési kérelmek benyújtását tervezik a gyomorrák kezelésére az év második felében, illetve a fejnyak daganatok kezelésére 2005. során. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyyszerhatóság 2004. május 19-én jóváhagyta a Taxotere prednison-nal kombinált alkalmazását az androgén-független (hormonfüggetl) metasztatikus prosztatarákban szenvedő férfiak kezelésére. A Taxotere forgalma 2003-ban világszerte több mint 1,3 milliárd euró volt.

FORRÁS: AVENTIS

A SWOG 9916 vizsgálat

Mik voltak a SWOG 9916 vizsgálat legfontosabb eredményei?

A SWOG 9916 egyike annak a két nagy, III. fázisú randomizált vizsgálatnak, amelyek bizonyították, hogy a docetaxel injekció estramustin-nal kombinálva statisztikailag szignifikáns túlélési előnyt jelent az androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztataráktól szenvedő férfiak számára. A vizsgálatot végző szakorvosok jelentése szerint a docetaxel-alapú gyógyszeres kezelés a halálozási arányt 20%-kal csökkentette ($p=0.02$), valamint statisztikailag szignifikánsan növelte a progressziómentes túlélést ($p<0.001$).

Mi a vizsgálati eredmények jelentősége?

A vizsgálati eredménye mérföldkőnek számítanak a rákkezelésben: bizonyítják, hogy a docetaxel-alapú gyógyszeres terápia az első olyan kezelés, amely lehetővé teszi, hogy az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatarák-betegek tovább élhessenek.

Milyen vizsgálati módszert alkalmaztak a SWOG 9916 során?

A SWOG 9916 egy az Egyesült Államokban végzett, multicentrikus, open-label vizsgálat volt, mely során 770 randomizált beteg kapott kezelést a kétféle vizsgálati protokoll egyike szerint: docetaxel 60mg/m² háromhetente és napi háromszor estramustin 280 mg öt napon át, vagy mitoxantron 12 mg/m² háromnaponta és naponta kétszer prednison 5 mg. A vizsgálatot Dr. Daniel Petrylak, a Columbia Presbyterian Medical Center Genitourinárius Onkológiai Programjának igazgatója vezette a Dél-Nyugati Onkológiai Csoport (Southwest Oncology Group, SWOG) képviseléseiben.

Milyen betegpopuláción végezték a SWOG 9916 vizsgálatot?

Minden, a vizsgálatba bevont beteg androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatarákban szenvedett. A betegek mindannyian dokumentált progresszióval

és hasonló kor-, rassz-, teljesítménystatusz-, valamint PSA-szint-jellemzőkkel és tünetekkel rendelkeztek. Mindannyian részesültek valamilyen elsődleges kezelésben (sugárterápia vagy műtéti kezelés) és korábban részt vehettek bármilyen tüneti kezelésben, leszámítva az estramustin-t, a taxánokat, antraciklineket, vagy a mitoxantron-t.

Mi volt a SWOG 9916 klinikai vizsgálat elsődleges vizsgálati célja?

A SWOG 9916 elsődleges vizsgálati célja az általános túlélés volt.

Mi volt a SWOG 9916 klinikai vizsgálat másodlagos vizsgálati célja?

A SWOG 9916 másodlagos vizsgálati célja a progressziómentes túlélés, az objektív reakciós ráta, és a PSA csökkenési ráta.

Milyen eredményeket hozott a docetaxel a mitoxantron-hoz viszonyítva?

A vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint:

- A Docetaxel-alapú gyógyszeres terápia a mitoxantron-prednison kombinált kezeléshez képest mintegy 20%-kal csökkentette a mortalitási rátát az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztataráktól szenvedő betegek körében.
- A Docetaxel-alapú terápia jelentősen hosszabb progressziómentes túlélést biztosított a mitoxantron-prednison kombinált kezeléshez képest (medián: 6 hónap kontra 3 hónap, $p<0.001$), és nem mutatott szignifikáns különbséget a betegek objektív reakciós rátájában.
- (17% kontra 10%, $p=0.30$).

Jól tolerálták a betegek a docetaxel kezelést?

A betegek jól tolerálták a docetaxelt, a terápia általában kiszámítható, kezelhető biztonsági profil mutatott. Emésztő- illetve szív- és érrendszeri események gyakrabban fordultak elő a docetaxel-lel kezelt férfiaknál, mint a mitoxantron-terápiát kapott betegeknél.

A TAX 327 vizsgálat

Mik voltak a TAX 327 vizsgálat legfontosabb eredményei?

A TAX 327 egyike annak a két, III. fázisú randomizált vizsgálatnak, melyek bizonyították, hogy a docetaxel injekció koncentrátnum prednison-nal kombinálva statisztikailag szignifikáns túlélési előnyt jelent az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztataráktól szenvedő férfiak számára. A vizsgálatot végző szakorvosok jelentése szerint a docetaxel-alapú gyógyszeres kezelés a mitoxantron terápiához képest 24%-kal csökkentette a halálozási arányt ($p=0.0094$), szignifikánsan, 43%-kal ($p=0.0005$) javította a betegek prosztata-specifikus antigén (PSA) reakcióját, valamint 59%-kal ($p=0.0107$) javította a fájdalomválasz rátát.

Mi a vizsgálati eredmények jelentősége?

A vizsgálati eredménye mérföldkőnek számítanak a rák-kezelésben: bizonyítják, hogy a docetaxel-alapú gyógyszeres terápia az első olyan kezelés, amely lehetővé teszi, hogy az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatarákos betegek tovább élhessenek.

Milyen vizsgálati módszert alkalmaztak a TAX 327 során?

A 24 ország összesen 240 terápiás centrumában végzett klinikai vizsgálatot Dr. Mario Eisenberger, a Johns Hopkins Kimmel Ráktumorintézet Dale Hughes onkológia- és urológiaprofesszora vezette. A TAX 327 prospektív, multicentrikus, III. fázisú, randomizált klinikai vizsgálat volt, amely során 1006 olyan beteg reakcióját vizsgálták, akik korábban még nem vettek részt kemoterápiás kezelésben (kivéve az estramustin monoterápiát). Az elsődleges vizsgálati cél az általános túlélés volt, a klinikai vizsgálat során a docetaxel és prednison kombinált terápia hatását hasonlították össze a mitoxantron és prednison kezelésével (ez utóbbit az általánosan elfogadott kezelési protokoll). A TAX 327 háromféle kezelési protokollt vizsgált. A betegek vagy háromhetente egyszer docetaxel 75mg/m² és napi egyszer prednison; vagy hatból öt héti heti egyszer docetaxel 30 mg/m² és napi egyszer prednison; vagy háromhetente egyszer mitoxantron 12mg/m² és napi egyszer prednison kezelést (az általánosan elfogadott standard terápiás protokoll) kaptak.

Milyen betegpopuláción végezték a TAX 327 vizsgálatot?

Minden beteg androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztatarákban szenvedett, legtovább 65 évnyi idősek. A betegek mindannyian a PSA-nö-

vekedés alapján észlelt, dokumentált progresszióval és stabil analgesis tünetekkel rendelkeztek. Korábban mindannyian részesültek hormon- és valamilyen elsődleges kezelésben (sugárterápia vagy műtét), de nem vettek részt kemoterápiás kezelésben, kivéve az estramustin monoterápiát.

Mi volt a TAX 327 klinikai vizsgálat elsődleges vizsgálati célja?

A TAX 327 elsődleges vizsgálati célja az általános túlélés volt.

Mi volt a TAX 327 klinikai vizsgálat másodlagos vizsgálati célja?

A TAX 327 másodlagos vizsgálati céljai közé tartozott a Present Pain Index (PPI), egy szabványos, ellenőrzött skála alapján mért fájdalom-válasz (javulás és időtartam); a PSA-válasz-ráta (gyakoriság és időtartam); a fájdalom-, PSA- és progressziómentes túlélés; valamint az életminőségi jellemzők, a testsúly, és a Karnofsky státusz.

Milyen eredményeket hozott a docetaxel a mitoxantron-hoz viszonyítva?

A vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint a docetaxel a mitoxantron kezelésnél szignifikánsan, 24 százalékkal ($p=0.0094$) csökkentette a halálozás kockázatát, és hosszabb medián progressziómentes túlélést biztosított (6,41 hónap kontra 4,90 hónap, $p=0.224$). A vizsgálatot végző szakorvosok a tumor-, PSA- és fájdalomválaszról is beszámoltak: – magasabb tumor-válasz ráta (12,1 kontra 6,6%, $p=0.112$); – szignifikánsan magasabb PSA-válasz ráta (45,4 kontra 31,7%, $p=0.0005$); – és jelentősen magasabb fájdalomválasz ráta (34,6 kontra 21,7%, $p=0.0107$).

Jól tolerálták a betegek a docetaxel-t?

A betegek jól tolerálták a docetaxelt, a terápia általában kiszámítható, kezelhető biztonsági profil mutatott. A leggyakrabban jelentett mellékhatások az alopecia, fáradtság és hányinger voltak, de a mitoxantron kezelésnél tapasztaltaknál nem fordultak elő szignifikánsan gyakrabban. A vizsgálat során megfigyelt hematológiai események mindkét protokollnál a várt biztonsági profilnak megfelelőek voltak, a docetaxel csoportban gyakrabban fordult elő grade 3-4 neutropenia, mint a mitoxantron-nal kezelt csoportban (32 kontra 21,7%, $p=0.004$). A neutropenia-ból addó komplikációk ugyanakkor mindkét csoportban hasonló gyakorisággal fordultak elő.

Ideje változtatni a terápiás szokásokon...

Hormonrefrakter metasztatikus prosztatarák

Dokumentált PSA-emelkedés vagy progresszió két ciklus hormonterápia után

Szimptómás vagy aszimptómás

PSA

AXOTERE[®]
(docetaxel)
az adatok életre kelnek

Fájdalom

TÜLÉLÉS

A túlélési eredmények ehhez hasonló pillanatok sorával ajándékozhatják meg a betegeket...

Aventis
ONCOLOGY

Általános információk a Axotere (docetaxel) használatáról: Axotere (docetaxel) a szöveti-axotere csoport tagja
1034 Budapest, Lajos utca 48-46. • Tel.: (1) 4545 400 • Fax: (1) 4545 401 • E-mail: hungary@aventis.com • Web: www.axotere.hu



■ Dr. Katona Gyula

■ Őn az egyetlen orvos Szentendrén, aki itt született és itt gyógyított csaknem hatvan esztendőn át.

DR. KATONA GYULA: Miért születtem Szentendrén, 1919. szeptember 12-én? Apámat 1917-ben ide vezényelték a 29-es géppuskásokhoz, orvosnak. Itt ismertem meg édesanyjamat, aki a Nemzeti Zenedében zongora szakos hallgató volt. Édesapám '19-ben leszerelt, majd folytatta tanulmányait, mert '15-ben, mint negyedéves medikusom hívták be katonának, így 1923-ban végzett. Édesanyjammal '24-ig itt lakott.

■ Tanulmányait miért a karcagi református gimnáziumban végezte?

DR. K.G.Y.: Gyermekekomban nagyszüleim nevelt Karcagon, mert tulajdonképpen zavartam apámat a tanulásban. Azt mondják, síró gyerek voltam. Nem emlékszem rá. Karcagon elvégeztem az általános iskolát, a Nagykunsági gimnáziumban érettségiztem, majd felvettek a Pázmány Péter Tudományegyetemre, Budapestre. Hat évig laktam a pesti Szent Imre Kollégiumban. Amikor '44 őszén végeztem, a háborús események miatt Karcag már nem jöhetett szóba, ezért aszfaltol nem akartam maradni, így Szentendrére tértem vissza nagybátyáimhoz. Itt találkoztam a városi orrossal, Miskovics Gyula bácsival, aki egyedül maradt már Szentendrén, a többiek katonák voltak, vagy deportáltak őket. Politikai okok miatt neki is mennie kellett, s ezért rábeszélte arra, maradjak itt, a rendelőjében.

■ Milyen volt ez az időszak, a háború utolsó éve Szentendrén?

DR. K.G.Y.: November végén kezdtem az orvosi munkát '44-ben. A mai ember talán már fel sem tudja fogni, micsoda felfordulást okozott a háború. Menekülő emberek áradata, a helyiek a pincékbe rejtőzve a repeszrobbanások elől. Az embereket a pincében ismertem meg, és sokukat még gyerekkoromból ismertem, mert nagyapám vendéglőjébe sokan jártak.

■ Hogyan tudott megbirkózni pályakezdőként az orvosi feladatokkal?

DR. K.G.Y.: Fiaatal orvos voltam, alig száradt meg a tinta a diplomámon, és mindent el kellett lássak, mert egyedül voltam a városban. Ez három hónapig tartott, s időközben, karácsony másnapján bejöttek az oroszok. Mindezt tetézte, hogy a mostani földhivatal helyiségeibe és pincéjébe a Rókus Kórház szülészeti osztályát hozták ki a bombázások elől. Budapestet közben körbezárták, a kórházzal pedig itt maradtam magam. Ebben az időben egyetlen segítségem volt, Tótfalusi Imre sebész magántanár, akivel egyetlen petróleumlámpa fénye mellett operáltunk. S mindezt felelősséggel kellett végéni. Közben az orosz kommandóhoz is be kellett járnom, ahol fontos feladatom volt, a szentendreiek főzet ételt kellett kóstolnival.

■ Hogyan alakult élete a háborús évek után?

DR. K.G.Y.: Nem akartam háziorvos lenni. Édesapám mellett láttam a hivatás minden nehézségét, azt a zaklatott életet, amit végigélt. Már medikus koromban elhatároztam, hogy sebész leszek.

Három és fél éven keresztül dolgoztam fizetés nélküli gyakornokként az egyetem anatómiai intézetében. Azzal foglalkoztunk, hogy a fiatalabb medikusoknak a boncolási gyakorlatát felügyeltük, kollektivium előtt kikérdeztük őket, ezen kívül anatómiai magyarázó táblákat festettünk a professzorok előadásaihoz. 1945-ben lementem Debrecenbe. Úgy volt, hogy felvesznek az ottani klinikára. Idegen volt számomra a hely, nem egyeztem a professzorommal, s gondolkodási időt kértem. A szívem visszahúzott Szentendrére és itt maradtam. A későbbi években visszatért dr. Miskovics Gyula, aki aztán Békés me-

gyébe ment le, s haláláig ott élt. Én addigra már önálló rendelőben magánorvosként praktizáltam, egészen 1948-ig. Rendelőm a mai Barcsay Múzeum épületében, feleségem édesapjának szülőházában volt. Még egy kis laboratóriumot is működtettem, ami abban az időben ritkaságnak számított. Itt helyben nem volt rendelőintézet, csak Pesten a Pacsirtamező utcában vagy valamelyik kórházban. Akkoriban bejártam a János Kórház szülészeti osztályára. Gyakorlatot kellett szereznem a szüléskész levezetésében is. A régi időkben bábaasszonyok voltak. Kórházban csak a legkritikább esetben születtek a gyermekek. Am valóra vált a közmondás, hogy egy fenékel két lovat megülni nem lehet, így fel kellett hagynom a kórházi bejárással.

Amikor Arvai Nagy Kálmán, az egyik helyi orvos meghalt, választás elé érkeztem. 1948 végén elvállaltam az Országos Társadalombiztosítási Intézet körzeti orvosi állását. Ettől kezdve az életem állandó készenlétben tel.

■ Felesége Szentendrey Katalin, akit a városban jól ismerünk helytörténeti, egyháztörténeti írásairól.

DR. K.G.Y.: Kati 1946-ban csavarta el a fejemet. Talán nem olyan különös, egy patikában ismerkedtünk meg, ott mutattak be egymásnak minket. Két gyermekünk született, Kati és Zsuzsi. Kettejük közül Zsuzsi folytatta a családi hagyományt, szintén az orvosi pályát választotta.

A további évek munkáival teltek. Nagyon szeretünk például színházba, koncertre járni, de sokszor megcsúszott, hogy már utközben vissza kellett fordulnom, mert vártak a betegek. Szép évek voltak, de nagyon nehézek is. Ehhez a hivatásához komoly elszántság kell és az a hit, hogy tudok segíteni az embereken. Hivatást érezek arra, hogy adni tudjak, ha nem mást, egészséget, mert életet úgysem lehet. A szenvedést, a bajt gyógyítani vagy enyhíteni tudjam. A mindenkor városvezetés elismerte munkámat, huszonöt évig tanácsost és az egészségügyi bizottság elnöke voltam. Szociálpolitikáival is foglalkoztam. Jóléti érzés, hogy szakmai körökben is elismerik munkámat.

■ Már nem praktizál, de még most is gyakran hívják. Hogyan telnek nyugdíjas napjai?

DR. K.G.Y.: Most már van egy másik "hivatásom", nem a betegekhez járok, hanem az orvosokhoz. Hetvenöt éves koromig dolgoztam, utána még hat évig ügyeltem, mert nem tudtam elszakadni a hivatástól. Most, hogy itthon vagyok, gyakran hallgatók zenét és közben sok régi emlékem előjön, jó érzés ezekre visszagondolni. Tudja, nagyon sok nagypapa és nagymama szaladgál a városban, akiket én segítettem a világra. És nagyon felek, hogy egyik-másik már déd-nagymama közülük. Legutóbb kaptam egy levelet egy családtól, akiket négy generáción át kezeltem, s megköszöntek segítségemet.

Szentendre nem olyan város, mint a többi, nemcsak azért mert a főváros agglomerációs körzetébe tartozik, hanem mert egészen heterogén az összetétel. Régen nemzetiségi szempontból – nagyapám is négy nyelven beszélt –, a háború utáni időszak óta az ideletpüléssel a társadalom minden rendű és rangú rétege fel-lelhet itt. Nem volt olyan társadalmi osztály, melynek találkoznék a kezelem volna embereket. Sok barát, ismerős tettem szert, egyszerű emberek barátságára, s legkiválóbb művészekre. Talán azért, mert a tudtam találni azt a hangnemet, társadalmi érintkezési formát, amely megfelelt. Meg kell érezni, hogy a betegben hogyan kell felelősséget a hitet a gyógyulásban.

■ A gyógyítás alapja a bizalom.

DR. K.G.Y.: Ez az a bizonyos empátia, amit olyan sokat emlegetnek, amelynek meg kell lennie az orvosban. S ezt nem lehet megtanulni. Apám ugyan konzekvensen foglalkozott velem, hogy erre a pályára menjek, és én is igyekeztem a lányomat ebbe az irányba terelni, de kell hozzá az alapvető vána is. A másik pedig, ahhoz, hogy az ember eredményt tudjon elérni és nyugodtan tudjon dolgozni, kell egy teljesen biztos háttér, egy segítő feleség, hogy ezt a munkát el tudjam látni. Kati atvállalta a gyerekek nevelését, a család összetartását, mindent, hogy nyugodtan dolgozhassak. Nélküle nem tudtam volna ezeket az eredményeket elérni. Büszke vagyok arra, hogy a mai napig mindenki szeret és tisztel a városban, nemcsak a betegek, de munkatársaim is kedves ragaszkodással vesznek körül.

» Széles Nóra «

SZENTENDRE ÉS VÍDÉKE ÖNKORMÁNYZATI LAP

Orvosi Hivatás: szolgálat és alázat?

Mindenki szereti. Ha egyenes tartásával végigmegy a városban, az felér egy gimnazistai gyakorlatat: feltett kézzel kalapokat emel, a gyengébb nem előtt előrehozza a hódolatot kifejező. Négy nemzedék fogadja köszönését és így kezdi az utóéletét, de a gyakorlatilag ez lehetetlen. Az előzetes személyiségjegye Dr. Katona Gyula gyémántdiplomás orvosnál reflexként működik és nincs az a computer, amely lekörözné őt.

Ha a problémán megfeszíteni titkát és röviden összegeztem, talán két szót használnánk: szolgálat és alázat az orvosi hivatásról. Lehet, hogy egyeseknek diszsonás ez utóbbi, mert úgy vélik, az alázat ártalmas a gyógyítás folyamatában. Ahhoz, hogy a páciens elfogadja a tanácsokat, kell a tekintélyelvűség. De az ő esetében mindez nem így van. Ő azáltal kerül fel a piadestszára, hogy valóban úgy él és cselekszik, hogy alárendeli magát a gyógyításnak: a betegnek. Mert meggyőződése: mindez így természetesen. Nem is tud mást elképzelni, nem is tud másként élni. Ez nála a paradoxon, és ezért lehetetlen őt akár a köszöntésben is megelőzni.

Mikor a helyi sajtóban megjelent cikk kapcsán felhívtam telefonon, szerényen, de határozottan elutasított: nem tettem én semmi olyan különös, amiért kiérdemeltem az országos nyilvánosságot.

Ervelni kezdtem. Elmondtam, hogy ebben a gyűjtőm városban azóta vagyok valaki, mióta láttam engem vele a főtérben beszélgetni. Ne nevetessen – volt rá a gyors válasz. Hogy azóta kapok friss jóslatokat a zsoldosságért, mióta a doktor úr javaslatára fokhagymával kezdem kúrálni megfázásomat: Persze, mert rögtön bekapodná az antibiotikumot – fejelembezt. Hogy mióta engem is meghív a galériatáladonos minden rendezvényére – mert jól nézetti és van szeme annak az ifiúrnak – boldok, de nem akart kötnék állni. Egyyszerűen úgy hártott el, hogy divatosan szöve, nem vette a lapot. Taktikát változtattam és mivel tudom, hogy naprakész az egészségpolitikában – mert nemcsak lát, hall, továbbképzésekre jár, hanem valamennyi szakjaitól is olvas – rákérdeztem: mi a véleménye arról a polmiáról, ami egy Nógrád megyei háziorvos külföldre történő távozásáról szól? Mi a gond ezzel? Erőlt nem hallottam – kérdezte érdeklődve, és akkor már tudtam: nyert ügyem van.

Fél óra sem telt el és itt volt a szerkesztőségem. Az igaz – csúsztos ut ide vagy oda – ezáltal tizennyolcadik éves kis Renaultjával.

– Csak úgy elment és mi van a területi ellátási kötelezettséggel? – nyitott be. – És mit szólna ehhez az önkormányzat? Kinek adta át a betegét? Egyáltalán, hol olvasták ezt? Biztos, hogy igaz?

hagyában az aggodás dominált. Röviden összefoglaltam a tényeket: az egyik orvosi internetes portál olvasható ez a hír és az az orvosok itt fejtik ki a hírrel kapcsolatos véleményüket. A kolléga többször volt már külföldön, most ez évől is ki akart menni három hónapig és az önkormányzat ehhez nem járult hozzá. A kolléga úgy ment el, hogy magával vitte floppy praxisa adatát, lévén az az ő szellemi terméke. Az utó – vagy aki majd helyettesíti – pénzért megveheti tőle, hirdeti is praxisát.

– És mi a véleménye a kollégáknak? – vágott közbe Katona doktor. Megoszlik – mondtam. Van, aki azt mondja, itt az ideje a társadalomnak felfigyelni arra, hogy az orvos nem lehet mindenki kaparcorgója. Hogy a társadalom erkölcsi és anyagi elismerése nélkül nem fog ez sokáig menni és ideje a közvéleménynek és a politikának észbekapni. Van aki, azt mondja, jól tette, hogy element, de gondoskodhatott volna utódlóról. És van olyan hozzászóló, aki nehezményezi, hogy az adatbázisból kinyomtatott málolatokat miért nem hagyta az asztalon...

Dr. Katona Gyula gyémántdiplomás család orvos felpattant: pályát tévesztett a kolléga! Bankárnak vagy kúpecnek kellett volna mennie! Mert lehet ennek az ügynek számtalan igazsága, a politikusként felelőssége az egészségügyi méltatlanságok hátterbe szorításával vitán felül, a társadalomnak is jól lesz felcsúszni, de mindez más dimenzió! Mert a kolléga nem hagyhatja cserben beteget, ellenkező esetben nincs lelkiismerete. Az utó, hogy element, akkor nem volt soha orvos, adatbázis ide, adatbázis oda. Punktum. Nincs több hozzáfűzni valóm. És fel vagyok háborodva! Megyek! Ez nem nekem való hír! Ha mindendáron akar rólam írni, vegye át kiskönyvet a cikket a helyi lapból. Minden benne van: Sokolom a kacsáját – és már be is zárta a kilátást az ajtó.

Utólag megkértem dr. Katona Gyula gyémántdiplomás orvost a jelenben zajló hírtörténeti zaklatásért! Mert nem segíthetem elő, hogy egészségügyünk útvesztőiben egy ilyen aktív közéleti ember mondjék a Látletet olvasása helyett Balzac: Elvesztett illúzióját emelje le a polcra!

Balla M. Anna főszerkesztő

Hivatástudat, empátia és alkalmasság a praxisban

Tudás, intuitív gondolkodásmód, döntési dominancia, korrekt ítélőképesség és a lelki teherbíró képesség fontossága mellett még számtalan képesség szükséges az önállóan dolgozni tudó háziorvosnak ahhoz, hogy eleget tegyen a szakmai protokollnak, a betegelvárásiaknak, az élet fontos döntéseinek, a szakmai politikai követelményeknek. Mindezek alapvetőek, de nem elégségesek egy orvosi életpályához, a hitelesítéshez, az emberi és szakmai jellemességek. A kapcsolatteremtés és fenntartás társuljon racionalitással, stressz kompenzációkkal, körültekintéssel, türelmes következetességgel és kitartással. Nincsenek és nem lehetnek hangsúlyeltolódások a személyiség dominancia, a szociális avagy az öntörvényűség irányába. A képességek és a terhelhetőség ismerete garancia a betegszelvényezés elkerülésére, de a gyógyítókat gyakran sújtó, burnout szindrómá megelőzését is. Az alábbiakban a szomatikus és pszichés alkalmasságot, a szükséges intelligenciát és karakter feltételeket, s nem utolsósorban a pszichés, a lelki kompetenciákat kívánom összefoglalni.

A hivatástudatunk és az empátia kiának

A mai pénzü-koncentrikus, szakmai egoizmust motiváló, s az „ügyes gatlátalanságot” felértékelő világunkban sem emberileg, sem etikailag vagy morálisan sem domináns. Meghatározó a családi háttér, az érdeklődés, az átélt betegségek, s ritkábban az „erős személyiség” áttekelt hatása. A pályakezdők elenyésző százalékánál fordul elő „tisztességes naivitás”, többeknél „hatalomvágy”, illetve befolyásoló presztízis okok. Tudomásom szerint hazánkban céloztan nem vizsgálják a háziorvosok választásának a késztetéseit. Egy gondolat, ennek szakmai indoklottsága egyértelmű, nem is szöve a pszichés-szomatikus fontosságról. A zömmel magányosan dolgozó szakmaki-gazdaságilag önálló orvos terhelhetőségéről, compliance-járól és empátiájáról, nem is szöve a kollegialitásként jelentős mértékben függ az egészségügyünk európai uniós felzárkóztatása. Szűrés, diagnosztikus, kezelési és gondossági felelősségek, szomatikus-pszichés teherbíró képességek függvénye is. Az empátikusnak, a humanitábbak az alfinianszozozottak mellett is megtalálják a szakmai örömeiket, s többnyire sikerorientáltak maradnak. Személyiségfejlesztésre alkalmasabbak, kapcsolatteremtésük fejlődőképes és krízishelyzet megoldási készségük töretlenül finomodó. Az örökölt „kreativitási hajlam” mellett fontos a személyiségfejlesztésre való akarat, szándék is. Az önismeret számtalan esetben szubjektív, megtestesítő hamis eredményeket produkáló és így sohasem lehet mértékmutató. Nyilvánvalóan számtalan kérdés merül fel az alkalmasság diagnosztizálásával, s az alkalmatlanság kiszűrésével kapcsolatban. A legfontosabbakat valamennyiünknek fel kívánom tenni: Indokolt-e pszichológiai alkalmasság vizsgálat a gyógyítóknál? Milyen protokollok szerint alkalmasságukat ezeket? Mennyire megbízhatóak?

A pszichológiai alkalmasságunkról

Hazánkban a speciális munkakörök kivételével, illetve egyes pénzintézetek, multinacionális cégek igényeitől eltekintve, nem kötelező pszichológiai alkalmassági vizsgálat végzése. Valójában nincs is olyan megbízható rendszer, amelynek a segítségével biztosan eldönthető lenne az alkalmasság. Az MMPI-teszt, a Rorschach és az ún. feltárási beszélgetések sokat segíthetnek, de az eredményeket nem abszolútizálhatók. Arról sem szabad elfelejtkeznünk, hogy a személyiségi teszt, a pszichológiai tesztek alkalmassági kiterjesztése személyiségi jogokat is sérthet. A szélsőséges alkalmatlanság definíciója a biztos, a racionalitás mérése, a kapcsolatteremtő képesség értékelése, illetve az, hogy extro-, vagy introvertált személyiség. Kétségtelen tény, hogy bizonyos tulajdonságok előnyösek (pl. a stressz-oldás képessége, a gyors döntéshozatal, az általános műveltség, a kulturálatlanság, stb.), de nem kizárólagosak. Erkölcös beállítottság, altruista attitűdök vizsgálatával csak esetlegesen sejtethető meg. Arról sem szabad elfelejtkeznünk, hogy a kötelező orvosi pszichológiai, etikai, magatartási orvosi ismeretek elsajátításával a jövőben orvosok személyiségben is pozitív fejlődés indul meg. (Vannak ilyen utánpótlásos vizsgálatok.) Arra is a jövőbeni kollégáknak módja, hogy önismereti mentálhigiénés foglalkozásokon, relaxáción, kommunikációs, személyiségfejlesztő tréningeken vegyenek részt. Sokat segíthet az ún. Balint csoportokban való aktív közreműködés is.

Javaslataim

Lehetőséget kell teremteni az orvostanhanglatok folyamatos dominanciájának, pszichés terhelhetőségének, compliance-jának, empátiájának, toleranciájának a folyamatos kontrolljára. Ajánlásokkal segítsük intelligenciájuk, karakterük pozitív átalakulását, készségeik fejlődését. Az esetleges devianciák szűrik ki, kezeljük, gondozzunk, s folyamatos követési kontrolling alá helyezzük. Lelkileg beteg orvosokkal, a medicinában eluralkodott egoizmus, apátia mellett személytelen gyógyítást lehet csak elérni. Kirívó esetekben antipatikussá, antihumanussá válhatnak a pszichésen, morálisan alkalmatlanságúak. Ennek a valószínűsége azonban minimális, marginális. Kétségtelen tény, hogy a jelenlegi „hűbéri medicinális viszonyok” között nem divatos orvosi lelki folyamatokról beszélni. Én azonban sohasem tudtam elfogadni a „személytelen orvosgyártást”, az inkonguitást. Megérttem a feszültségek okait, gatlátosságukat, anonimitására törekvésüket. Ezért vállaltam, hogy helyettük és értük elmondjam: gondjaid ismeretek, betegségekben az ideésebbek is valamilyen formában áttek. Hitet és reményt, lehetőségeket kívánok valamennyiünknek nyújtani. Medikusléti emeltet betegségi szövődésmenymentesen meggyógyulhatnak. Igen, ha akarják!

» Dr. Salamon Sándor háziorvosi praxis, Lácácska «

Privatizáljunk vagy sem?

▷ a 1. oldal folytatása

Az előregedéstől az elmenekülésig

Az egészségügyi rendszer átalakulását jelenleg a következő körülmények, tények, illetve „trendek” befolyásolják:

1. Hazánk uniós tagsága és az ezzel együtt járó „rendszer-harmonizációs” követelmények.
2. A „Brain drain” azaz a kvalifikált egészségügyi szakemberek, orvosok elvándorlása az EU gazdagabb tagállamaiba.
3. A 2004. decemberi népszavazási vélemény.
4. Hazánk rossz népegészségügyi mutatói, a magas morbiditás.
5. A társadalom fokozatos előregedése, az alacsony születésszám, azaz hazánk súlyos demográfiai válsága.

A fenti általános szempontokon túl a magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakulását akadályozó alábbi két fő probléma nem az egészségügyi rendszerből fakad:

1. A magyar egészségügyi közzétartási szektor jelenleg gazdaságilag nem piackonform szabályok.
2. A jelenlegi ellátó struktúrához, valamint a társadalom elvárásaihoz mérten is szükséges a központi, állami források.

Nem tulajdonost, szemléletet kell váltani

Hiú ábránd azt feltételezni, hogy a fenti két fő akadály az egészségügyi „belső átszervezésével” vagy a tulajdonosi kör megváltoztatásával elhárul. Az első esetben az egészségügyi ellátórendszer működési szabályainak közgazdasági adaptálása nemcsak azt jelentené, hogy az egészségügyi intézményeket át kellene alakítani gazdasági társaságokká. A tényleges – piaci – vagyoni értéküket fel kellene mérni, ami után az amortizáció is elszámolhatóvá válna. Ezzel egy időben a régóta húzódo egészségügyi szolgáltatások áfákeresését is meg kellene oldani. Jelenleg ugyanis az egészségügyi célú beruházások áfáját nem lehet visszatéríteni, mivel az egészségügy nincs benne az áfakörben. Ez pedig jelentősen hátráltatja az egészségügyi célú beruházásokat. Ezen túlmenően az OEP finanszírozási díjtételeit is át kell alakítani úgy, hogy az önköltségfedező árkerépszelet alkalmazza. Ezek a „hatóságilag nyomott, irrécélisan alacsony díjak” vezettek és vezetnek az ellátórendszer ellehetetlenüléséhez, a hazai önkormányzati/állami kórházak és szakrendelők általános csőd közeli helyzetéhez. Az önkormányzatok esetlegessé vált hozzájárulását az intézmények működéséhez pedig az „egycsatornás” alakított finanszírozással lehetne megoldani úgy, hogy az összes központi forrást az E-alapba és ebből az OEP díjtételeibe kell beépíteni.

A második probléma, azaz hogy nagy az egészségügyi központi forráshiánya, sajnos relatív és abszolút értelemben is igaz: a hazai egészségügyi közszolgáltatások költségvetési, GDP-százalékos részesedése nem éri el az EU-átlagot, abszolút értéket tekintve pedig még jelentősebb az elmaradásunk, hiszen jelenleg az átlag uniós polgárnak járó, közfinanszírozott egészségügyi ellátásnak csak kb. 1/4-e jár a magyar biztosítottaknak.

Közsebbi teherviselést a biztosítottak között!

Prioritási sorrendbe szedve tehát a következő lépést kellene megtennie az egészségügyi „rendbetétel” megcélzó kormányzatnak:

1. **Egészségügyi járulékreform:** azaz minden TAJ-biztosított mögött legyen az E-alapba befizetett járulékfizetés. Tehát ne 3,5 millió aktív munkavállaló tb-járulék-befizetéseit tartsák el a tizmilliói TAJ-biztosítottak. Ez PM- és APEH-szinten megoldható feladat. Végezzünk egy egyszerű számítást: ha a lakosság alig több mint egy-harmadát kitévő aktív munkavállalói kör után (akiknek jelentős része „minimálbéres” vállalkozó) az E-alap költségvetése jelenleg durván egymillió forint, akkor e járulékreform után minimum meg kellene duplázódnia az E-alapból az egészségügyi közzétartásra költendő forrásoknak. Ebből már valóban egy nagyon jó színvonalú hazai egészségügyi ellátórendszer lehetne működtetni.

2. **A TAJ-biztosítási jogviszony rendezése és az EU-követelményként 2006-ra előírt elektronikus egészségbiztosítási kártya (e-kártya) bevezetése.** Ennek feltétele egy közzétartási szerződés létrejötte az állam (OEP) és a biztosított között. Az „e-kártya” többek között a TAJ-biztosítási jogviszony EU-konform módon követhetőségét és az egészségbiztosítási szerződés „érvenységeit”, a járulékfizetés meglétét tudná igazolni. Ennek alapján lehetne tehát az állami közzétartásra való jogosultságot is azonosítani itthon és az EU más tagállamaiban is.

3. **Az egészségügyi közszolgáltatások összköltségét fedező árkerépszelet alkalmazása az OEP díjtételeinek kialakításánál.** Nem lehet addig piackonform működésről beszélni az egészségügyben, amíg a szolgáltatások OEP-s vételi ára közötti viszonyban sincs azok valódi előállítási költségeivel. Ennek keretében például ha a színvonalas egészségügyi szolgáltatást nyújtó képzett szakorvos munkáját mélyen az uniós átlag árát alatt „vesszük meg”, akkor ez a munkaerő „elvárandó”, vagy ha a kórházak, szakrendelők épület- és műszeres infrastruktúráját folyamatosan nem fejlesztjük, akkor az „lerobban”. E fejezet keretében kellene és lehetne EU-konform módon megoldani az egészségügyi szolgáltatások áfákerépszeletét is.

4. **A „dualisból” az „egycsatornás” egészségügyi finanszírozás felé fejlődés állami garانتálása, deklarálása pedig azt jelenti, hogy koncentrálni, egyesíteni kellene az E-alapba, és be kellene építeni az OEP díjtételeibe az összes állami-önkormányzati forrást, célzott-címzett támogatást stb., amit a kormányzat a magyar egészségügyi közzétartásra kíván elkölteni. Azaz nem két helyről (OEP és a fenntartó önkormányzat, illetve állami szerv stb.) érkezzenek az egészségügyi közzétartó rendszer finanszírozásának forrásai.**

5. **A kitűzött egészségpolitikai célok elérését „költéshatékonyan” ösztönöz, differenciált OEP-finanszírozás kialakítása.** Ott és azt a minőségi egészségügyi szolgáltatást és annak fejlesztését ösztönözzé jobban az OEP, amit és ahol a kitűzött népegészségügyi célok megvalósulása érdekében a kormányzati akarat szeretné. Ennek keretében

lehetne az azonos szakmai tartalmú járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás díjazását egy szintre emelni. Itt érvényesíthetné a kormányzat az olcsóbb és költséghatékonyabb definitív járóbeteg-szakellátás finanszírozási preferenciáját.

6. Tekintettel a decemberi népszavazás eredményére, jelenleg a hazai egészségügyi közszolgáltatás céljára használt állami/önkormányzati célvagyon „elidegenítését”, azaz a többségi tulajdonjog eladását nem lehet engedélyezni. Ugyanakkor a „funkcionális privatizáció” lehetőségeit ki lehetne terjeszteni, azaz határozott időre, világos, átlátható feltételek mellett, nyilvános pályázattal a közzétartó közszolgáltatási kapacitások – országos régiók közötti – kiegyenlítése érdekében e kiegyenlítési „kvóták”-at szét lehetne osztani az egyes hazai európai uniós régióknak, ezzel elindítva az országos kapacitáskiegyenlítési folyamatot.

8. Az országos egészségügyi közszolgáltatási kapacitás kiegyenlítését „kvóták” ismeretében már megoldható lenne az egészségügyi közellátó intézmények szelektív gazdasági konszolidációja, és ennek alapján jól lehetne azonosítani területenként és szakmai típusonként a fejlesztési lehetőségeket is. Ez az országos „közellátási kapacitás térkép” lehetne a járóbeteg-szakellátás funkcionális privatizációs mozgásterének is az alapja.

9. A funkcionális privatizációs feltételrendszer kereteit törvényi szinten kellene és lehetne szabályozni, ebben a jövőbeli állami/önkormányzati forrásbevonás, támogatás formáit, mértékét és garanciáit valamint a egyes tulajdonú intézményi működési formákat és a gazdasági társaságok átalakulások forgatókönyvét. E fejezet keretében lehetne az egészségügyi közhasznú társaságok speciális alapítási, működési és adózási feltételeit rögzíteni, valamint szabályozni kellene az egészségügyi közszolgáltatások fejlesztéséhez a „PPP” típusú külső pénzügyi forrás és tőkebevonás módjait, formáit és kereteit.

10. Az egészségügyi szakdolgozók, szakorvosok „egzisztencia” vállalkozási formáit, lehetőségeit valamint az egészségügyi dolgozók jogállásának lehetővéteket posztionálni kell, illetve az MRP-szervezetekről szóló törvényt az egészségügyre kell adaptálni.

Véleményem szerint sosem késő felismernie a kormányzatnak a valódi teendőkét és elindulni ezen az ígérgetes úton, de itt is inkább előre és nem a 10.-től visszafelé...

» Dr. Uhor Tibor MSc., sebész »

FORRÁS: MAGYAR HÍRLAP

Négy kórház magánosítási pályán

Miközben dül a politikai vita az egészségügyi privatizációról, az első „fecs-kéknél” már mutatkoznak eredmények: a kiskunhalasi kórház új műszereket tudott venni a magántőke bevonása nyomán, Kőrmenden nem akartak privatizációt, de pénzhiány miatt rákényszerültek, s plasztikai sebész munkájával bővítve tevékenységét a kórház, Hatvanban nem újdonság a magántőke jelenléte, s legfrissebb hatása nyomán a komputertomográf vizsgálatra – Budapesttel ellentétben – szinte alig kell várni. Az eddig említetektől eltérően Siklósan még csak reményekről tudnak beszélni, hiszen az új tulajdonosok most látnak hozzá a gazdálkodás reformjához.

Kiskunhalason kisebb az orvoshiány

Az országban az „első fecske” Kiskunhalas kórháza volt. A privatizáció kezdő lépéseként 2003 júliusában az önkormányzat az üzemeltetését „kiszervezte” az intézményi keretek közül a tisztán önkormányzati tulajdonú Semmelweis Kórház Kht.-ba – mondja Varga Gábor, a gyógyintézet főigazgató főorvosa. Ez év júliusától annyi változott, hogy ezt a Kht.-t és vele az üzemeltetést jogát is 20 évre – eladta a város egy cégszoportnak, míg maga a 670 ágyas kórház a település kizárólagos tulajdonában maradt. A kalkulált díjat – a „vételárát” – 57 millió forintban állapították meg, s akkor a kórház vesztesége a mérleg szerint 260 millió forint volt. A Kht.-nak az önkormányzat teljes ellátási felelősségét átvállaló új tulajdonosa, a Hospinvest Rt. az ilyen anyagi kötelezettségeket és a környezetben élő 130 ezer ember kórházi gyógyítását is átvette. Azt is elfogadta, hogy az önkormányzat belegegyezése nélkül nem kezdhethet semmiféle strukturális változtatásba, s vállalt 6 év alatt 25 millió forintot fejlesztésért. Ennek jeleit máris érezzük: 200 millió forintért kaptak és kap idén a kórház új műszereket: endoszkópokat, inkubátorokat, gyógyszeradagoló pumpákat, monitorokat, s december végéig működni kezd a tágabb térség – Kecskemétet is beleértve – legmodernebb komputertomográfja. Enyhült az orvoshiány is a „privatizáció” kezdete óta. A Kht. a dolgozók 80 százalékát, tehát majdnem mindenkit átvett, minden kedvezmény nélkül együtt, a félárú MÁV igazgatónyelvi lelkészével; ez utóbbi helyett iskolakezdési támogatást adott. Ha maradt is máig 10-15 fő orvoshiány, azzal dicsekedhetünk, hogy van már elég aneszteziológusunk és patológusunk. Ez arra mutat: a szakorvosok hosszú távon biztosítani látták át a jövőjüket, van előttük pályakezdő. A betegek pedig – akinek a rovására a szerződés szerint semmilyen belső átalakulás nem történhet – érezhetik már a változás első pozitív jeleit: jobban odafigyelnek rájuk a gyógyítók, az ápolók. Kezdetnek, gondolom nem rossz.

Kőrmenden nem akarták

A körmendi kórház orvosigazgatója, Bárány Győző, „Augusztusban vette át a betegellátás működtetését a Bathány-Stratmann László Kórház Egészségügyi Szolgáltató Kft. Mi nem szeretünk volna privatizálni, csak éppen úgy alakult, hogy az év végére várt 60 millió hiányt már a nyár derekán elértük. Az volt a tét: ha nem győzi az önkormányzat a működést, akkor megszűnik az 55 ezer embert ellátó 120 ágyas, 260 dolgozós, köztük 30 orvos foglalkoztatott kórház. Döntöttünk: pénzt vonunk be, s ehhez külső befektetőt kerestünk. Ez a Hospinvest volt, mely részt vesz a kórház irányításában is. Ám nem adott el semmit az önkormányzat: a műszerpark, az épület, a telek is a birtokában maradt. A Kft.-t szerződés kötelezi, hogy az önkormányzat által ellenőrzött minőségi mutatók alapján és szerkezeten működtesse a kórházat. Augusztus 1-jé óta mintegy 100 millió forintot fektettek be a labor szinte teljes műszercserejébe és a belső forgalmú patika építésébe, ezzel a bevételeinket próbáljuk majd emelni. Az ellátás a korábbi finanszírozási szerződésnek alapján nem változott. A létszám is alig, növehrényhiány, orvos pedig még jött is egy. Öt bővít a kórház szakmai profilját és pácienseket hoz: plasztikai sebész. A helyzet javulását érezhetik a betegek a laborvizsgálatok gyorsabb válásán. Tervezzük, hogy kiterjesztjük a laboratórium mintavételét az ellátási területen a kórház falán kívülre is.

Hatvanban a kórház főigazgató főorvosa, Kosztura László azt mondta:

A hatvani kórház főigazgató főorvosa, Kosztura László azt mondta: privatizációról náluk sincs szó, hisz „a tulajdonos nem változott; csak egyes tevékenységeket adtak át vállalkozó gazdasági társaságoknak, közbeszerzési pályázat útján. Ilyen volt korábban a takarítás, a porta- és vagyonvédelem, az orvosi ügyeleti szolgálat és már 3 éve a komputertomográf vizsgálat. A betegek tapasztalatai jók: míg Budapesten egy hónapot kell várni rá, náluk csak egy-két napot. Bár a gazdálkodásuk ma sem veszteséges és naprakészen fizetik a számláikat, a lerobbanó műszerpark fejlesztésére már nem maradt pénz a kórháznak, sem tulajdonosának, Hatvan városának. A versenyképesség érdekében döntöttek úgy: a fekvő- és járóbetegellátást nem, de a diagnosztikát – a teljes radiológiai, a labor, a gastroenterológiát és a patológiát – külső vállalkozásba adják. 2004. október 1-jétől a CT mellé a röntgen, az ultrahang, a csontsűrűségvizsgálat és a mammográfia is vállalkozásba került. Kiírtuk a pályázatot a gastroenterológiára és hamarosan a másik kettőt is megkérhetjük. Talán márciusra érünk e folyamat végére. Minden vállalkozást más gazdasági társaság működtet. Mi a nagy szakmai felkészültségű, nemzetközi haterű és tökéletes jelentkezőkből próbálunk válogatni. A betegnek a jobb, gyorsabb ellátásért nem kell fizetnie egy fillért sem. Ezt a tevékenységet ugyanis az OEP finanszírozza, s vele ezután is a kórház számolja el a teljesítményt. És a kórházon át kapja a pénz konkrét tevékenysége után az „vállalkozó” cég.

Siklósan ünyülő gazdasági gondok

Siklós 105 ágyas kórháza idén a csőd szélére került a 170 millióra duzzadt adóssággal. Itt már 1996-ban megalakult a Siklói Kórház Kht., s azóta hozzá került a kórházi ingatlan, a műszerek is. A kórházhoz társaság 75 százalékat adtak el most 16 millióért a Mega-Logistic Rt-nek. A válságmenedzser igazgató főorvos, Kollár Zoltán mondja: A szerződés szerint az új tulajdonosok rendezik az adósságot és remélhetően olyan gazdálkodási pályára viszik a kórházat, amelyen tartósan nullszaldót lehet elérni. Emellett a közegészségügyi felügyeletet ellátó megyei és helyi ÁNTSZ-ekkel közös 6 éves terv is készül, hogy a kórházi higiénés, műszerezettségi és más minimumfeltételek mindenben megfelelhessenek a siklói gyógyintézetnek. Ehhez durván 200 milliót kell majd itt bevetetni a tulajdonosoknak. A betegek, az orvosok tavasszal érezhetik majd a változás első jeleit.

(vasvári)

A mosonmagyaróvári Karolina Kórház – Rendelőintézet
kórházigazgató, intézményvezető főorvosa
pályázatot hirdet:

**belgyógyászati osztály keres
belgyógyász szakorvost,
sürgősségi ellátóhely
részlegvezetői megbízásra**

**belgyógyászati szakvizsga elengedhetetlen,
kardiológiai illetve oxológiai jártasság
előnyt jelent**

**Bérezés a Kjt. szerint.
Érdeklődni lehet Dr. Bodnár Mária
osztályvezető főorvos, orvosigazgatónál a**

06-96-574-620

telefonszámon, illetve személyesen.

Dr. Vörös László Kórházigazgató
Intézményvezető főorvos

9200 Mosonmagyaróvár, Régi Vámház Té 2-4.

Mosonmagyaróvár, 2005. február 1.

Orvosi ellátás az ipari parkban

Ötven cég nyolcezer dolgozójának ellátására egészségügyi központot hozott létre a komáromi ipari parkban a Medicina Kft. A beruházást az indokolta, hogy újabban egyre több vállalat igényli a helyben történő egészségügyi szolgáltatásokat, s ezt hajlandó is megfizetni. A negydmillió forintos beruházás megtérülését 10-15 évre teszik.

A MEDICINA BETEGSÉG MEGELŐZŐ KFT., amely mintegy 250 millió forintot beruházással egészségügyi központot hozott létre a komáromi ipari parkban, a napokban megkezdte szolgáltatását – tájékoztatta lapunkat Olajos Attila főorvos, a társaság ügyvezető igazgatója. Az ötszáz négyzetméteres központban hat foglalkozás-egészségügyi rendelőt alakítottak ki, amit később különböző szakrendelőkkel – bőrgyógyász, szemész, fogászat és belgyógyász – tovább bővítenek. Mivel az itteni cégek azt is igénylik, hogy az ipari parkban éjszakai ügyelet működjön, a fejlesztés második lépéseként a társaság az állami és magánszféra együttműködése (PPP) keretében szeretne részt venni a térség ügyeleti ellátásában. A komáromi beruházást részben saját forrásból, részben banki hitel igénybevételevel valósította meg a társaság, mely mintegy 10-15 éves megtérülést számolt.

A Medicina Kft. tapasztalatai szerint egyre több ipari parkban mutatkozik igény arra, hogy az ott működő cégek dolgozói számára helyben létesüljön foglalkozás-egészségügyi centrum – tette hozzá az igazgató. Továbbá megfigyelhető az a tendencia, hogy a cé-

gek egy része egyre nagyobb hangsúlyt fektet arra, hogy megelőzze a különféle betegségek kialakulását munkavállalóinál. Ez elsősorban a multinacionális vállalatok számára fontos szempont. A komáromi ipari parkban jelenleg ötven cég működik, ökösszen több mint nyolcezer főt foglalkoztatnak. A tervek szerint azonban ez a létszám 2005 végére 12 ezerre, 2007-re pedig 15 ezerre bővül.

Az ötven főt foglalkoztató, évente mintegy kétszázmillió forintos forgalmat elérő Medicina Kft. hazánkban elsőként alakított ki ipari parkban egészségügyi központot. Az első ilyen beruházást az ördi ipari parkban adták át még 1998-ban, a következő megnyitását pedig a miskolci ipari parkban tervezték. Már folytak is az erről szóló tárgyalások. Ezen kívül Budapestén összesen nyolc rendelőt működtetnek. Az 56 egészségügyi állvállalkozót foglalkoztató Medicina Betegség Megelőző Kft. ma mintegy 300 cég foglalkozás-egészségügyi ellátását végzi, ebből 150 társaság több mint 50 főt foglalkoztat. Ügyfélkörükben több multinacionális vállalat is megtalálható.

» Fazekas Edina »

VILÁGGAZDASÁG

PRIVATIZÁCIÓ

PET – Látletlet 1. (2004. év vége, HVG nyomán) Képben vannak

A hazai egészségügy régóta adós az emberi testről háromdimenziós képet adó diagnosztikai berendezéssel, a PET-ten. Ilyen csak Debrecenben működik, az első budapesti készülék megvásárlásáért be fektetői csata kezdődött.

Tölünk nyugatra 1-1,5 millió la-
kosa jut egy pozitronemissziós
tomográf (PET), amely ma a kép-
alkotó diagnosztika csúcsa: három
dimenzióban mutatja a szervezet
elváltozásait, például az agy állapotát.
A high-tech berendezés a konkrét baj-
meghatározással feleslegessé tehet
radikális műtéteket, csökkentheti a
daganat pontos kiterjedését nem
ismerő orvos túlbiztosításra törekvő
gyógyszeradagolását vagy sugárte-
rápiáját. Annak ellenére, hogy ez az
új technika kilenc éve hozzáférhető
a debreceni egészségügyi Centrum-
ban, az országos elmaradás megle-
hetősen nagy. A civisváros készü-
lékén 2004-ben 2 ezer vizsgálatot
végeznek el, ami 750 páciens ellátá-
sát jelent – mondta a HVG-nek Trón
Lajos, a centrum vezetője.

A szakmai vita, hogy ki „kapja” a
következő készüléket, kisebb-na-
gyobb intenzitással immár hatodik
éve folyik. Abban a nukleáris medi-
cina szaktekintélyei még 1998-ban
megegyeztek, hogy a fővárosban
mihamarabb szükség van PET-re,
és az első a Semmelweis Egyetem
kapja meg. E mellett lobbizik Szil-
vási István, a nukleáris medicina
szakkollégium elnöke posztját a
döntéshozatal idején betöltött és
az egyetem e tárgyat oktató tan-
székét máig is vezető szakember.
„Először a progresszív betegellátás
csúcsát jelentő és a jövődó orvosok
képező fővárosi és vidéki intéz-
ményekben kell lenniük PET-eknek,
aztán kerülhetnek sorra mások”
– érvel. A nem kis szakmai presztízst
is jelentő PET-kamera négy évvel
előtt, a 2001-2002-es összevont
költségvetés parlamenti vitája so-
rán került először kézzelfogható
közelébe. A Gögl Árpád vezet-
te tárcsa – két évre elosztva – 700
millió forint címzett támogatást
szánt a debreceni PET Centrumnak
fejlesztésre és beruházásra, az elő-
terjesztést három fideszes képviselő
javaslatára azonban megváltoztatták.
A költségvetési törvénybe végül
az került, hogy Debrecen érje be 50
millióval, a többitől először Buda-
pesten, majd Szegeden legyen PET-
tel ellátott vizsgálóközpont.
A PET sajátossága, hogy a kép-
alkotásához sugárzó izotópot kell a
beteg szervezetébe juttatni, amely
láthatóvá teszi az elváltozásokat.
Az „üzemanyagot” ciklotronnal kell
előállítani. A vizsgálókatokhoz az ese-
tek 80-90 százalékában fluoralapú,
egyes betegségek diagnosztikához
néhány perces felezési idejű, tehát

gyorsan lebomló, gazdaságosan
nem szállítható, szén-, oxigén- és ni-
rogénizotópok keveréke. Mivel
ezeket gyógyszeripari tisztasággal
kell feljelölni, radiokémiai labor is
szükséges a PET-kamera mellé.
Mindez együtt – mai áron – nettó 4-
4,5 millió euró, aminek még a vizsgá-
lóközpontot befogadó épület ára is
hozzájár. A beruházás milliárdosnál
nagyobb összege már önmagában is
megmagyarázza, hogy a 2001-2002-
es költségvetési átcsoportosításból
miért nem lett sem Budapesten, sem
pedig Szegeden PET.

„Jövőre lesz PET a fővárosban”
– ígérte még a múlt évben, a levál-
tása előtti napon Kökény Mihály
exminiszter. Ha lesz is, nem állami
pénzből. Mivel az Országos Egész-
ségbiztosítási Pénztár (OEP) csupán
a működés költségeit finanszírozza
– az ide, 220 millió forintos költés-
gű, összesen 2 ezres vizsgálati szá-
mot várhatóan a duplájára növelve
szabad a pálya a beruházók előtt.
A jövő évi kapacitásbővítésre Deb-
recennel együtt akár öt pályázó is
jelentkezhet. Mivel azonban egy
kamera gazdaságos üzemelteté-
séhez legalább évi 4 ezer vizsgálat
szükséges, a társadalombiztosítási
megrendelés önmagában egyik vá-
lalkozásnak sem lesz elegendő.

A Semmelweis Egyetem továb-
ra is a csillebérci Izotóp Intézet Kft.-
től szeretné az izotópot venni – mel-
lesleg e kft felügyelőbizottságában
némi megszakiatás majd tíz éve
tag Szilvási István. Csak hogy a Kft.
a Nemzetközi Atomenergia-ügy-
nökség három évvel ezelőtti oda-
ígrt több mint felmilió dolláros
támogatásának felhasználásával
csak akkor tudna ciklotront venni,
ha az egyetemnek papíra lenne
röla, hogy az OEP finanszírozza a
PET-diagnosztikát. Ez a reménybeli
igényvny tenné az egyetemet is hi-
telképesse – ennek birtokában kér-
ne bankhitelt, vagy lízingelné a high-
tech kamerát. Hasonlóképpen pesti
ciklotronra vár a képalotó diagn-
osztikában (CT, MRI) számos érde-
keltséggel rendelkező Nemzetközi
Egészségügyi Központ Kft., amely
a fővárosból tudná fluorizotóppal
ellátni a szegedi klinikán működő
diagnosztikai centrumát.

A Semmelweis Egyetem régi ri-
válisa PET-ügyben az Országos
Idgegsébszeti Tudományos Inté-
zet, ahol a saját betegek vizsgálá-
tához és a kutatókhoz szükséges
néhány perces felezési idejű izo-
tópok csak helyben állíthatók elő,
így a teljes beruházás vertikumot
meg akarják valósítani. Ebbeli törek-
vésük a közelmúltban némi politikai
felhangot kapott, amikor a kerülét
fideszes polgármestere – oldalán
két pártbeli társával, Kupper And-
rással, a fővárosi önkormányzat
egészségügyi bizottságának el-
nökével és a környezetvédelmi

ügyekben „illetékes” Illés Zoltánnal
sajtótájékoztatót íjesztette halálra
a zuglói polgárok, hogy sugárve-
szélynek akarják kitenni őket a ter-
vezett ciklotronnal. Utóbb magga a
polgármester volta vissza a közeli
megosztott felelmeit – a kerülét la-
jában kijelentette, hogy, a működés
biztonsága megnyugtató”. Kupper
András a HVG kérdésére azt mondta,
azóta már meggyőzték, miért is kell
az Amerikai utra ciklotron.

Az idgegsébszeten tervbe vett
beruházáshoz az egészségügyi tár-
cához tartozó intézmény ugyanis
csak egy épületrész beadásával
és a diagnosztika működtetésével
járulna hozzá, a PET-et és a ciklot-
ront az Ispotyá Kft. adná. „Még az
ideén meglesz a PET-kamera” – ígérte
a Kft. többségi tulajdonos ügyveze-
tő igazgatója, Deák Gábor, aki üz-
lettársával, a dunajvárosi kórház
gyógyszertárának privatizációjában
is részes Kökai Balázssal és Nemes
Dénissel (HVG 2003. augusztus
17.), valamint Gilly Gyulával, aki az
Orbán-kormány idején a Diákhitel
Központ Rt. vezérigazgatója volt, ara
készül, hogy jövőre elkezdődhet a
próbaüzem.

A szakmai féltékenységet és vi-
szályokat nagy ivben kikerülve zöld-
mezős beruházásba fog a Pozitron-
Diagnosztikai Kft. a Caola egykori
Budafoki úti telephelyén, és akár kap
OEP-finanszírozást, akár nem, jövő
áprilisban a teljes vertikum – ciklot-
ron-labor-PET – fogadóképes lesz. Bi-
zonyára lesznek, akik ki tudják majd
fizetni a tetőtől talpig „átvilágítás”
200 ezer forint körüli költséget (Né-
metországban ez 1600 euró), de két
alapítvány is szerveződik a kft. köré,
amelyik segít a leginkább rászoru-
lóknak. A Pozitron-Diagnosztika
tulajdonosaként bejegyzett Inter-
import II. Kft. – egy családi vállalko-
zás – kezdő az egészségügyben és
igyekezik is a háttérben maradni. A
legjobbakkal szeretnének dolgozni
– mondták a HVG-nek –, így Földes
Iván, a Nukleáris Medicina Szakkol-
legium jelenlegi elnöke vezeti majd az
orvosi munkát, és egy belga profes-
szort is megnyertek szakértőnek.

Az egészségügyben jártas szak-
értők egy része úgy véli, elsősorban
az Országos Onkológiai Intézetben
(OOI) lenne a helye egy ilyen cen-
trumnak, ahol a legtöbb PET-vizsgá-
latra van szükség. Ha azonban a fő-
városban lesz ciklotron, az OOI-ban
elegendő egy kamerát elhelyezni,
ami 2 millió euró körüli áron meg-
oldható. Mivel az évi 20-40 ezer
vizsgálatszámra prognosztizált ha-
zai potenciális igénynek csak a töre-
dékét fizeti majd a társadalombizto-
sító, érdekes lesz megfigyelni, hogy
a startra kész vállalkozások egymás
alá lícitálnak-e az OEP-finanszírozás
elnyerése érdekében, vagy a piaco-
sodást ellenzők félelmét igazolva
felfelé srofolják a számlát.

PET – Látletlet 2. (2005.02.03., Népszabadság nyomán) Új rákdiagnosztikai központ

„A K&H Bank, a Pozitron Diagnosztika Kft. és a Siemens
Rt. szeretettel meghívja Önt a hazánkban elsőként meg-
nyitló, az onkológiai és kardiológiai diagnosztika terüle-
tén világszínvonalú egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó
PET/CT diagnosztikai központ bemutatására” – szól a saj-
tómeghívó, amellyel a tulajdonosok lényegében egyetlen
haszárnydással elintézték tekintik a hosszú ideje tartó
kildatálalon csatát.

Egy milliárdos magyar üzletember úgy gondolta: sok
pénze van, a technológia lenyűgöző és ő segíteni akar
üzleti alapon. Miután folyamatosan falakba ütközött,
az ügyet most rövidre zárta: befektetőpartnerre il köz-
sen megnyitja a centrumot. Fizetős, illetve a későbbiek-
ben OEP-finanszírozott betegekkel is számolnak, illetve
alapítványt is létesítettek azoknak, akiknek nincs pénzük
a vizsgálatokra, de létszükséglet a diagnózis.

Csak hogy: az egészségügyi tárca illetékesei szerint ezézt
ma Magyarországon senki sem fizethet. Az egészség-
ügyi törvény – legalábbis a minisztérium szerint – ugyan-
ízt a vizsgálatot a transplantációhoz hasonlóan ke-
zeli, azaz a várólistát megkerülni, azon előbbre jutni
nem lehet, nem kerülhet előbbre bárki pusztán azért,
mert pénze van.

Az érintettek szerint viszont erre a vizsgálatra koránt-
sincs várólista, már csak azért sem, mert az országban
még egyáltalán nem létező PET/CT kamerával vizsgálják
maidek a betegeket. Amúgy pedig az Európai Unióban
létezik egy olyan – nem csak íratlan – szabály, amelyik
így szól: ha egy adott országban a várólista méltatlan-
ul hosszú – ez így van nálunk is –, joga van bárkinek a
vizsgálatot bárhol máshol elvégeztetni.

De a számlát az itteni biztosítónak mindenképpen
állnia kell.

PET – Látletlet 3. (2005.02.07., Híradó.hu) Budapesten nyílik a legmodernebb PET-CT diagnosztikai központ

Egy teljes képalotás körülbelül 250.000 Ft, viszont ha valakinek csak CT il-
letve csak PET vizsgálat kell, a költséges is ennek megfelelően csökkennek.
A vizsgálat tárgyi adómentes, azaz ÁFA-t nem tartalmaz. A szolgáltatáso-
kat így önerőből, magán-egészségpénztárak és alapítványok segítségével
lehet fizetni.

Kórházi várólisták lehetnek

A fiskális szemlélet a legfőbb oka annak, hogy romlott az egészségügy társadalmi megítélése, s nálunk is kez-
dező kialakulni a várólisták – állítja Golub Iván, a Magyar Kórházszövetség elnöke. Sok esetben heteket kell
várni például egy szemészeti vagy diagnosztikai vizsgálatra.

Szerinte az idei költségvetés lehetővé tette volna,
hogy januártól 5,5%-kal emeljék a gyógyításért já-
ró díjakat. Ebből telne arra, hogy
az úgynevezett aktív betegek után je-
lenleg járó 127 ezer forintos orszá-
gas alapdíjat (ezt egy-egy beteg után
kapják a tb-tól a kórházak) 134 ezerre
emelje az Országos Egészségbiztosí-
tási Pénztár. A szakrendelői 1,27 fo-
rint/pont értéket (a rendelőkben az
egyes beavatkozások meghatározott
pontot kapnak) 1,34 forintra emel-
hetnék, míg a krónikus osztályokon
ápoltak után 4050 forint napidíjat
fizethetnének.

Februártól azonban ennél kisebb
mértékű díjemelés történt. Az or-
szágos gyógyítási alapdíj 132 ezer, a
járóbeteg-szakrendelők pontértéke
1,32 forintra, a krónikus betegek ellá-
tásának napidíja pedig 4010 forintra
emelkedik – mondta a Világgazdaságnak Kiss József,
az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megbízott

főigazgatója. A főigazgató elismerte, hogy a díjtelek
a költségvetésben erre fordítható for-
rásnál, ám mint mondta: a törvény
tartalekialap képzetét írja elő. Erre
az év közben beépő új egészségügyi
ellátások és a nem várt események fi-
nanszírozása miatt van szükség, fel-
szabadításáról a kormány dönthet.
Kijelentette: a tartalékolt összeget a
gyógyintézmények az év második fe-
lében megkapják.

Am Golub szerint ez azért elfogad-
hatatlan, mert a kórházaknak éppen
az év elején – készleteik lepadása, a
kötelező bérelemések miatt – lenne
szükségük nagyobb bevételre. A
szövetség úgy látja: a Pénzügymin-
isztérium diktálta feltételeknek sú-
lyos következményei lehetnek, ami-
ért vállalniuk kell a felelősséget az
egészségügyi dolgozók elvárandórlása
miatt, s azért is, ha a betegek nem jutnak a szakma
szabályainak megfelelő ellátáshoz. (NTE)

Ön dönt,
hogy személyi jövedelemadójának 1 %-át a
Paraszolvenciamentes Gyógyítástér Közhasznú Alapítvány támogatására fordítja!

Adószám: 18041332-1-01

Amennyiben igen, úgy a 2004. évi szja bevallásakor az adócsomagjában
postai borítékba zárva helyezze el a rendelkező nyilatkozatot:
nevét, lakcímét, és személyi számát, a kedvezményezett megnevezését és adószámát.

Aki nem önadózó, az a munkáltatójának adja át borítékban a rendelkező nyilatkozatot,
személyi adatait és a kedvezményezett megnevezését.

Ne felejtse! Önnek kell ezt kezdeményezni, mert a munkáltatónak ez több utánajárást jelent!

Mölnlycke Health Care

COMFORT AND PROTECTION
BARRIER®
www.klinidrape.com

A műtőben nincs kompromisszum!

Klinidrape és Barrier egyszerűhasználatos műtői izoláló rendszer szakszerű használatával az asepsis megtartása a műtét kezdetétől a legvégéig biztosított. A rendszerek úgy lettek kifejlesztve, hogy teljes impermeabilitást nyúj-
tanak a teljes felületen, fokozott folyadékkontrollt és megemelt szaktőzifáradtságot a különböző műtői zónák sze-
rint. A rendszer alkalmazásával kompromisszumok elkerülése lehet biztosítani a megfelelő betegápolást.

Cégünk missziója:
„Minőség a gyógyításban az élet minőségéért!”

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Gaál Mózsa u. 5-7.
Tel.: 06 1 477 30 80 Fax: 06 1 210 76 00

"Először ültettek be boka protézist Magyarországon"

Magyarországon először ültettek be boka protézist a körtemdi *Bathányi-Strattmann László Kórházban. A két közpörkörön ön elvégzett pénteki beavatkozást egy német professzor végezte, és az intézmény működtető vállalkozás finanszírozta. A statisztikák szerint Magyarországon több száz beteg fájdalmait és mozgási problémáit lehetne segíteni a boka protézis segítségével.

Európában több éve alkalmazzák ugyan, Magyarországon azonban először végeztek boka protézis beültetést Körtemden, a Bathányi-Strattmann László Kórházban – mondta el lapunknak az intézmény igazgatója, Németh Attila közölte, hogy pénteken egymás után két közpörkörön ön végezték el a beavatkozást, amely szerint jól sikerült. A boka protézis beültetéssel egybekel mellett elkerülhető az eddigi végső megoldás, vagyis a boka műteti elmerítése. A boka táji törések viszonylag gyakori következménye a mozgáskorlátozottsággal járó állandó fájdalom, amely a betegek életminőségét rontja. Az új eljárással, egy protézis beültetésével eltávolítható a kóros csontreszeket, majd speciális műanyag mozgó ízületet illesztnek a testrészebe, és így a boka ízület ismét mozog, és a fájdalom is megszűnik. Az Országos Egészségbizto-

sítási Pénztár (OEP) ma még nem finanszírozta a költségeket, a két beteg protézisét egyelőre a kórház működtető magáncég, a Hospinve Kft. vásárolta meg. Információink szerint a beavatkozások összköltsége több millió forint volt. Az új műteti eljárást, amelyet Nyugat-Európában már széles körben alkalmaznak, Henrich Thabe hamburgi sebészprofesszor tanította be a körtemdi orvos csoportnak és a két első műtétet is az ő irányításával végezték. A körtemdi kórházban – melynek működtetését az országban az első között adták magánkébe – úgy látják, a korábbi gyógyító-dok helyett, ha boka protézissel gyógyul a beteg, az hosszútávon a betegbiztosítónak is jobban meg fogja érni, ezért bíznak az új műteti eljárás OEP-finanszírozásában. A statisztikák szerint hazánkban több száz beteg fájdalmait és mozgási problémáit már csak a boka protézis segíthet. Németh Attila lapunk kérdésére elmondta, hogy az eljárást egyelőre nem fogják rendszeresen alkalmazni, először a módszert szeretnék teljes körben alkalmazni. A boka protézis beültetésének személyi és anyagi feltételei is vannak, bár az igazgató bízik benne, hogy a jövőben a körtemdi kórház egyik specialitása lehet ez a műteti eljárás.

OTS-ON LINE

*Ezen lapszámunk 5. oldalán írtunk a kórház jogállásáról.

Helyreigazítás

Dr. Németh Endre százhalombattai olvasónk írja: „A Látlet legutóbbi – 2004/12-es számának utolsó oldalán a Gyógyítás és vallás az iszlám-ban” – című írásban (Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő) azon akadt meg a szemem, hogy 570-ben a sivatagban születik meg az egyik beduin törzsnél Allah. Egészen biztos vagyok benne, hogy sajnálatos elírásról van szó, de olyanról, ami téves helyreigazítást igényel a lap következő számában. Olvasónk két irodalmi hivatkozást is megemlíti a téma kapcsán – Francis Robinson: Az iszlám világtalasa. Helikon Magyar Könyvklub Bp. 1996. és Michael Keene: Világ-vallások. Magyar Könyvklub 2003.

Köszönjük észrevételét. Természetesen orvosszerkesztőnk velem együtt karácsonyi hangulatban volt, mikor az iszlám vallás istenének Allahnak létét konkrét időponthoz kötöttük. Természetesen Mohamedre gondolt a cikk írója, aki valóban 570 táján született Mekkában.

Itt köszönjük meg Németh doktor javaslatát: miszerint szintén az e lapszámban olvasható Szász István T. cikkének hatására szívesen olvassuk rövid, közérthető, aktuálpolitikától mentes tudományos fejtegetést arról, hogy a különböző embercsoportoknál miért, miként lép fel ellenszenv a hasonló másikkal szemben. És példaként olvasónk a közelmúlt egyik aktuálpolitikai eseményét, Németország újraegyesítését hozza fel, miszerint: a német újraegyesítés kapcsán a nyugatbra élők negatív véleménye a keletrebbre élő nemzettársaikról már-már alაკნázza magát az államot.

A tudományos magyarázat keresésére főszerkesztőként megteremttem a lépést. Jó alkalomnak tűnik erre a február 14-17 között hazánkban tartózkodó Norman Sartorius horvát származású genfi szociálpszichológus professzor és John H. Henderson skóciai Haddingtonban élő pszichiáter, mindketten a wto munkatársai és hasonló témában tartanak kiscsoportos továbbképzést vezetélméletből orvoskollégáknak.

A Paraszolvinciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért Alapítvány köszönetét fejezi ki azoknak, akik személyi jövedelemadójuk 1%-át 2003-as évben az alapítványnak ajánlották fel. Az így befolyt összeget a Látlet expedíálására fordítottuk, ezáltal is szolgálva az alapítványi célt: a hátrányos helyzetű kórházak számára az ingyenes sajtótermék eljuttatását. Az alapítványi támogatással megvalósított celt tehát ezúttal is az egészségügyben dolgozók információhoz juttatása volt.

A PMGY SZ Alapítvány vezetősége

Álláshirdetés

Egyszer használatos orvostechnikai eszközöket gyártó társaság keres termékeinek értékesítésére egészségügyi ismeretekkel rendelkező munkatársat kereskedelmi képviselői munkakörben.

Elvárásaink:

egyszer használatos orvostechnikai eszközök ismerete • értékesítésben való jártasság tárgyalóképesség • egészségügyi ellátási rendszer ismerete esetlegesen intézményi kapcsolatok • minimum középfokú végzettség

Amit biztosítunk:

alapjövdelem + forgalomtól függő mozgó bér • potenciális partnerlista továbbfejlesztési lehetőség • dinamikus csapat

Előny:

angol nyelv ismerete • vállalkozói igazolvány egészségügyben végzett munka • szakmai tapasztalat

Kérjük, hogy fényképes önéletrajzát a referenciái megjelölésével és a motiváltságot bemutató levéllel együtt „MEDICA” jelöléssel a kiadó címére megküldeni szíveskedjen.

HUNGA-COORD „MEDICA” • 2001 Szentendre, Fiastrúy út 2. • e-mail: latlelet@dunakanyar.net

SZENTENDREI PAPÍRGYÁR RT.

A Szentendrei Papírgyár 1937-től a hazai papírgyártás egyik meghatározó szereplője. Az egészségügyi intézmények számára rendkívül kedvező áron hirdetjük meg termékeinket. Íme néhány termék kínálatunkból:

TERMÉK	kiszárlés	Nettó ár
C hajtogatott papírkéztrőrlő	100 db / csomag 4000 db / karton	natúr és zöld 80 Ft / csomag
Z hajtogatott kéztörő	250 db / csomag 5000 db / karton	natúr és zöld 172 Ft / csomag
Rőzsa ives kéztörő:	100 db / csomag 3000 db / karton	87 Ft / csomag
Natúr Mini 1 rétegű toalettpapír:	12 db / zsák átmérő: 19 cm	119 Ft / tekercs
Natúr Midi 1 rétegű toalettpapír:	6 db / zsák átmérő: 23 cm	157 Ft / tekercs
Natúr Maxi 1 rétegű toalettpapír:	6 db / zsák átmérő: 30 cm	220 Ft / tekercs
5 literes folyékony szappan:	12 db / gyűjtő	158 Ft / darab
250 lapos kistekercses toalettpapír:	64 tekercs / zsák	675 Ft / darab
Tekercses kéztörő Mini (zöld):	12 db / zsák átmérő: 14 cm	1200 Ft / zsák
Tekercses kéztörő Midi (zöld):	6 db / zsák átmérő: 20 cm	163 Ft / tekercs
Tekercses kéztörő Maxi (zöld):	2 db / zsák átmérő: 30 cm	283 Ft / tekercs
		880 Ft / tekercs

Termékeinkkel kapcsolatban az alábbi telefonszámon várjuk hívását: 06-26-311-004

VÁLASSZA SZENTENDRÉT!

2000 Szentendre, Dőza György út 22. • Telefon: 26/311-004, fax: 26/315-688 • E-mail: szpaper@szpm.hu

Aranykönyv – Mindennapi bölcsességeink

- Jókedv, mértékletesség, nyugalom: beteszi az ajtót az orvos orra előtt. (Longfellow)
- Orvos segits magodon – így még betegedlen is segíthetsz. (Nietzsche)
- A doktor orvosolgat, a természet meggyógyít. (Hippokratész)
- Kétségbeesett nyavalyán kétségbeesett gyógyszer segít. (Shakespeare)

silverplast

A Silverplast Korlátolt Felelősségű Társaság 1991-be alakult meg, műanyagipari termékek melegen történő gyártására, PVC alapanyagú cikkek magas frekvenciás hegesztéssel történő előállítására, belföldi és export-import kereskedelemre. Üzemünk rendelkezik a legmagasabb követelményeket támasztó szabványokkal (ISO 9001:2002, ISO 13485:2003) és használhatja a CE 1011 konformitás jelet az orvostechnikai eszközök gyártásánál. Reméljük, hogy folyamatosan bővülő kínálatunk, kedvező áraink és termékeink állandó, jó minősége elősegíti áruink mind szélesebb körű hazai felhasználását.

Tisztelettel: **Kollár Miklós**
Ügyvezető igazgató

Infúziós szerelék (egyszeri használatra)



- beszűrő tövis védőhüvellyel
- cseppkamra levegőztető szeleppel
- 10 mm-es folyadéksűrítő
- görgős áramlásszabályozó
- latex injekciós közdaráb
- 150 cm-es összekötő cső
- LL csatlakozó
- 20 csepp=1 ml
- steril, egyesével csomagolt

Háromjáratú csap (egyszeri használatra)



- polikarbonát, átlátszó ház
- szinkronizált forgatógár
- 360 fokos elforgatási lehetőség
- 0,25 ml-es átáramlás
- 2x male, 1x female luer lock csatlakozó, zárókönnyűvel
- steril, egyesével csomagolt

Felnőtt vizeletgyűjtő zsákok (egyszeri használatra)



- 2 l-es vagy 1,5 l-es kivétel
- 50 ml osztású kalibrált gyűjtőzsák
- alsó keresztcsapos biztonságos leeresztés, vagy leeresztő nélkül
- 90 cm-es összekötőcsővel és kúpos csatlakozóval
- visszafolyásgátlóval szerelt
- a zsák tartóra szerelhető
- steril, egyesével csomagolt

Műanyagipari termékeket és Orvostechnikai Eszközöket Gyártó, forgalmazó, Export-Import Kft.
SILVERPLAST KFT. H-2023 DUNABOGDÁNY, KOSSUTH L. U. 3/B • TEL.: +36.26.390.994, +36.26.390.848 | FAX: +36.26.391.040
WWW.MEDICA.HU | WWW.SILVERPLAST.HU | INFO@SILVERPLAST.HU

Látlet
EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

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

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,

ápolási témáfelelős: **Petrikén Jakab Zsuzsa**, tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652).

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastrúy út 2., Pf.: 56.

Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlelet@dunakanyar.net

A lap előfizetési díja: 3000 Ft/év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424

A Látlet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

Lapunkat rendszeresen megkapja Magyarországi legnagyobb médiagyűjtője az **„OBSERVER”**
1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 305-4788, Fax: 305-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

Kiegészítő egészségpénztárak mint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának meghatározó szereplői

RE-FORMALITÁS

Az egészségügyi alulfinanszírozottsága közhely. A megnyugtató, hogy a nálunk szerencsésebb országok is ugyanezzel a problémával küzdenek. A megoldás külső szemlélő számára igen egyszerű.

- többet kell beszélni
 - kevesebbet kell költeni
- A járulékok emelésére nincs esély, a beszéd hatékonysága várhatóan a jövőben sem fog számottevően változni. A kiadások korlátozásának számos módja van, de mindenki számára elfogadható egy sem. A változatok hasonlóságok az ódon, angol házhoz. Aki házat vesz, kisérteket is vesz vele.

Ha zárt kasszákat alakít ki a rendszer alulfinanszírozottá válik. Ha korlátozom a teljesítményt, várólisták alakulnak ki. Ha co-paymentet kérek, vagy szűkítem a biztosítási csomagot, a szociális feszültségek nőnek meg.

Politikai szempontból roppant bonyolult és kényes a helyzet, a rendszerváltás óta senkinek sem volt bátorsága, ereje és kimunkált koncepciója, hogy az egészségügyet átalakítsa. Aki a szocialista ellátórendszer utolsó dinoszauruszát leöli, annak mindenképpen számolnia kell a veszéllyel, hogy az összemoskád hatalmas tömeg maga alá temeti. Az évek során összeállt, és a mozdulatlan sárga meredevített a magyar egészségügyi áldozatainak klubja (1. ábra). Fásultan szolozmazzák a hosszú ideje változatlan sírmokokat és lassan nem csak egymást, hanem magukat is unják. Szerencsére a szereplők alkalmanként helyet cserélnek.

Most, hogy az egészségügyi reform legutolsó langymeleg szellője elült, mindenki nagyot sóhajtott, hogy megint nem maradt ki semmiből. Ciklusunk második karmánya kitérte a bator célt: másfél évig óvatossá, megfontoltan, apró lépésekben ne csináljunk semmit, amiből baj lehet.

Kihasználhatjuk tehát jól ezt az „eszelenzen zakatoló” egészségügyi reformfolyamatban váratlanul kapott szusszanásnyi pihenőt. Talán érdemes megvizsgálni, hogy lassan megjelent egy új szereplő a porondon. Ez a kiegészítő egészségpénztár.

KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGPÉNZTÁR

A kiegészítő egészségpénztárak taglétszáma, anyagi ereje az utóbbi években folyamatosan nőtt és 2003-ban elérte azt a szintet, amely az egészségpiac észrevehető szereplőjévé tette. 2005 elején össz-taglétszám meghaladta a 350 000 főt, és ez évben várhatóan a pénztárak 2004 évi 15 Millárd után mintegy 20-25 milliárd forintnyi terméket és szolgáltatást vásárolnak pénztárakon keresztül (2. ábra). E javak szerkezete nem kedvez az egészségügyi szolgáltatásoknak, mert a tagok csak a kifizetések mintegy 40%-t a gyógyszerárakban hagyják, és csak 10%-t fordítják a szigorú értelemben vett orvosi szolgáltatások finanszírozására.

A 20 milliárd feletti szolgáltatási kiadás éppen a kétszerese annak az összegnek, amit az A alapból 2005-ban CT, MRI vizsgálatokra terveztek (3. ábra). Természetesen az összeg az 1500 milliárdos összkidáshoz mérten elenyésző, de növekedési üteme imponáló, és 3-4 éven belül, akár az A alap 10%-át is kitéheti.

Az ellátó szektorban történő vásárlások kiterjesztésében a kiegészítő egészségpénztárak és a szolgáltatók érdekösszege nyilvánvaló. Hiszen a szolgáltatók szeretnének forrásokat bevonni, a kiegészítő egészségpénztárak viszont szeretnék ezt tagjaink megtakarításából finanszírozni, növelve a rajtuk átváramló pénzösszeget.

AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS TERÜLETEI

Az önkéntes egészségpénztárak a társadalombiztosítás által nem, vagy csak részben finanszírozott termékek, valamint szolgáltatások kifizetésében vállalhat szerepet. A szolgáltatói és az ahhoz csatlakozó környezetben ezek közül az alábbiak jelenhetnek meg. Az együttműködés számos szintje létezik (4. ábra).

1. Térítéses beavatkozások finanszírozása

Egyre több olyan szolgáltatás jelenik meg, ahol valamilyen formában az igénybevevőnek hozzá kell járulnia a költségekhez. Ilyen területek például, a teljesesség igénye nélkül: plasztikai sebészet, esztétikai sebészet, ápolási osztályok, kiemelt minőségű implantátumok, a beteg által indikált vizsgálatok, stb.

Ezek közül összegében kiemelkedhet a PET vizsgálat, hiszen a kb. 20 000 indokolt vizsgálati igényvel szemben legjobban esetben is csak mintegy 20%-os OEP finanszírozás áll majd. A magánvizsgálatok nyilván élénk kommunikációval próbálják majd magukra irányítani a figyelmet, hogy 3000 feletti évi rentabilitási határt átlépjék. Ez csak a betegek vagy hozzátartozók anyagi áldozatvállalása mellett elképzelhető. A finanszírozásban egyértelműen haszonnal jár az egészségpénztár bevonása a rendszerbe, hiszen ez az igénybevevő számára adókedvezményt, tehát praktikusán árkedvezményt jelent.

2. Kiemelt betegellátás

Többé-kevésbé intézményesített formában jelenleg is zajlik VIP ellátás. Azonban kevés helyen létezik ennek a jogokat, köteleességeket pontosan rögzítő, ellátási felelősséggel, minőségbiztosítással alátámasztott, fejlett formája. Magyarországon egyre több helyen jelenik meg a kiemelt betegellátás a munkáltatói, érdekviseleti gondoskodás részeként, hogy „zöld utat”, kiemelt ellátást biztosítsanak megbecsült dolgozóiknak, tagjaiknak. Az etikai aggályok ezzel kapcsolatban feloldhatók.

3. Járóbeteg ellátás

A menedzselt betegellátásnak nem üres frázisnak, hanem valóban tényleges tartalommal felruházott terméknek kell lennie. Lényege, hogy a kórház egyébként is létező és működő kapacitásait egy szigorúbb rend szerint, kiegészítő értékkel töltsék fel, majd ezt értékesítsék. Nagyon fontos, hogy a rendszernek átjárhatónak és irányíthatónak kell lennie.

4. Fekvőbeteg ellátás

A mai helyzetre jellemző, hogy a kórházi hotelszolgáltatásnak felkínált szobák minőségileg nagyon széles skálán mozognak, és az ár és színvonal között nagyon laza az összefüggés. Nincs egyenesen elfogadott kritériumrendszer, de feltételezhető, hogy 1-2 ágyas, külön fürdőszobával rendelkező, telefonos, televízióval felszerelt, felújított és bútorzatában néhány extra elemet tartalmazó szobákat kínálnak fel a kórházak. Kéves helyen tapasztalható igazán esztétikus berendezés vagy speciális bútorzat.

5. Kiegészítő szolgáltatásként szóba jönnék még:

- a la carte étkezés
- személyes nővérrel való ellátást
- internet
- gyorsított, menedzselt kivizsgálás

3. Szűrővizsgálatok

Számos cég tartja a gondoskodás fontos eszközének, hogy munkavállalói részére rendszeres szűrővizsgálatokat biztosítson. A szűrővizsgálati protokollok tartalmát sokszor nem szakmai elvek, hanem a pénztárak vastagsága határozza meg. Minden fenntartásunk ellenére nem tagadhatjuk, hogy a szűrővizsgálatok nem használtak. A szakmai háttér adott, de a kórházak a legtöbb esetben a szolgáltatások körülményei és a szervezési terén veszítik el versenyképességüket. A vizsgálatokat ütemeztetten, a normál betegforgalomtól elkülönítve, anyagilag is motivált személyzettel kell elvégezni, gondoskodva az esetleges továbblépés megfigyeléséről is.

Az OEP és a kiegészítő egészségpénztárak szereplőssége most igen merész, hiszen utóbbiak semmit nem finanszírozhatnak, amit a társadalombiztosítás igen. A feladatok jövőbeni áthelyezését, további, igen jelentős források jelenhetnek meg.

A kiegészítő egészségpénztár nem a magyar egészségügy egyetlen mentője, de mindenképpen olyan eszköz, amellyel a helyzet javítható. Ahonnan az OEP (személyes, fogászati) kivonul, vagy meg sem jelenik teljes körűen (PET) automatikusan felbukkan a kiegészítő egészségpénztár, mint finanszírozó. A terület bővítésével vagy átfedések engedélyezésével a forrásbevonás egy év alatt is többszörözhető. A terhek enyhítésével előállhat egy olyan klub (5. ábra), ahol mindenki nyert egy kicsit.

Dr. Váradi Péter

A szerző a Credit Suisse Life & Pensions Egészségpénztár ügyvezető igazgatója

Az áldozatok klubja



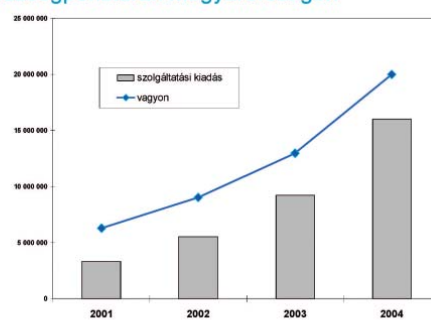
1. ábra

CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS

Date: 2/18/2005
Produced by: Dr. Váradi Péter

Slide 1

Egészségpénztárak Magyarországon



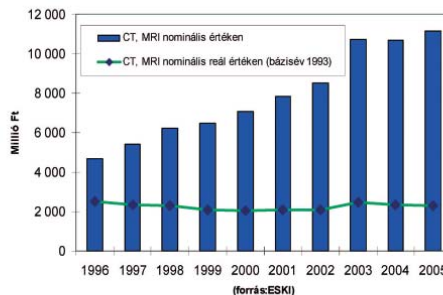
2. ábra

CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS

Date: 2/18/2005
Produced by: Dr. Váradi Péter

Slide 2

CT, MRI kiadások Magyarországon



3. ábra

CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS

Date: 2/18/2005
Produced by: Dr. Váradi Péter

Slide 3

Az együttműködés formái

	Szolgáltatói szerződés	Közös beruházás és haszonmegosztás	Stratégiai partnerség
Fizetés	Eseti	Átállítási díj szerződés	Rendszeres támogatás
Ügyfélszolgálat és pénztár és szolgáltató részére	Alkalmassági	Bizonyos szolgáltatásokhoz kötött	Szolgáltatások széles skáláján keresztül
Együttműködés	- a pénztár szerződést köt a szolgáltatóval, - tagjai annak a társadalombiztosításon kívüli eseti szolgáltatásait maguk és hozzátartozók számára adókedvezménytel támogatva megvásárolhatják.	- a pénztár és szolgáltató közösen ruháznak be, - a pénztárak segítenek abban, hogy a termékek a tagság körében ismertek legyenek, - szükségletet keltessenek. - A szolgáltató a közös beruházásokat működteti, - A hasznát a felek megosztják.	- A szolgáltató a pénztár részére tagtoborzást végez, - a pénztár a befolyt tagdíjakból az intézmény működését is támogatja. - A pénztár tagságát területi alapon is a szolgáltatóhoz irányítja, - saját termékeit a szolgáltató szolgáltatásaira építi.

4. ábra

CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS

Date: 2/18/2005
Produced by: Dr. Váradi Péter

Slide 4

A nyertesek klubja



5. ábra

CREDIT SUISSE LIFE & PENSIONS

Date: 2/18/2005
Produced by: Dr. Váradi Péter

Slide 5