



A Látélet Egészségügyi Kommunikációs Szaklap elektronikus változata olvasható:

→ Könyvtár → eBook → Hunga-Coord Kiadó

2006. 7-8. szám

A kórházi struktúra átalakításáról szólva rámutatott, olyan intézményeket szabad csak fenntartani, amelyekben minden feltétel adott a biztonságos gyógyításhoz. A leendő miniszter a következő időszak legfontosabb feladatai között említette annak pontos meghatározását, hogy a gyógyintézményeknek, illetve az orvosoknak milyen kezeléseket, szolgáltatásokat kell nyújtaniuk a betegeknek. A több-biztosítós rendszerre vonatkozó kérdésre a leendő egészségügyi miniszter azt válaszolta: a végleges döntés előtt minden lehetőséget megvizsgálunk „politika- és ideológiamentesen” (MTI)

összeállítás az 5. oldalon ►

bevándorlók, letelepedők, menekültek stb. ellátása is. Az egészségügyi ellátásban olyan csoportok is jelen vannak, akiknek a kezelése során az előítéletes beállítódást szintén észlelni lehet a személyzet részéről (homoszexuálisok, AIDS betegek, alkoholisták, öngyilkosok stb.). A felsőoktatásban, az orvos- és más egészségügyi személyzet képzésében résztvevők előítéletes magatartásával „mintát adhatnak” a hallgatók számára, biztosítva az előítéletekkel rendelkező szakemberek „bővített újra-termelését”. Az egészségügyi személyzet pedig napi munkája során szembesül azokkal a problémákkal, amelyek a hiányos önismeretből, valamint e hátrányos helyzetű csoportokra és a mások szempontjait is figyelembe vevő konfliktuskezelés ismereteire vonatkozó hiányokból fakadnak. *folytatás a 4. oldalon ►*

Összeállításunk a 3. oldalon ►

folytatás a 12. oldalon ►

„*mintha*” száma 2006. júliusában itt a magyar egészségügyben: megszámlálhatatlan!

***Ezen elméklkedés és egyben a lapszám finanszírozója:**
Paraszolvenciamentes Gyógyítást Egészségügyi Közhasznú Alapítvány
Alapítva 1993, Adószáma: 18041332-1-01

Műhiba

Már jóval az EU-ba való belépésünk előtt tudtuk, hogy az európai jogelvek szerint a munkahelyi jelenlét munkaidőnek számít, függetlenül a munkavégzéstől. Nem tehetett mást a Legfelsőbb Bíróság Polgári Kollégiuma sem, mint hogy kimondta: az orvosi ügyeleti idő is teljes értékű munkaidő, ennek megfelelően kell megfizetni.

De hiába tudták az illetékesek, ezt úgysem lehet megúszni, nem történt semmi. Pedig elébe lehetett volna menni a dolgoknak, s korrekt szabályozással és megállapodással el lehetett volna kerülni ezt a ma már szinte kezelhetetlen helyzetet. Óriási pénzekről van szó. S a bíróságok meg fogják itélni őket. Mi lesz akkor az így is vérszenen eladósodott kórházakkal? Ha úgy számolunk, hogy a csaknem harmincezer magyar orvos kétharmada végez aktív ellátó tevékenységet, vagyis ügyel, akkor ezt a húszezres számot meg kell szoroznunk azzal az összeggel, amennyi egy-egy orvosnál összegyűlt ki nem fizetett ügyeleti díjként a csatlakozás óta. Egy szolnoki orvos kiszámolta, neki másfél millió járna – kamatok nélkül. De ha az átlagot egymilliónak vesszük, a szorzat nagyságrendileg így is akkora összeg, mint amennyi most a kórházak adósságállománya. Ami ezzel szinte egy csapásra megduplázódik.

Mindenki tudja, a kórházak ezt a pénzt nem tudják kifizetni. Akkor ki fog fizetni és mikor? Nincs válasz, és úgy fest, még sokáig nem is lesz. Nem sok jóval biztat ugyanis a kormányzóvívó reagálása, szerinte egyedi esetről van szó, ebben az államnak semmi tennivalója nincs. Visszatértünk tehát a tavalyi első elhárító reflexhez, melyet RácZ Jenő akkori miniszter hamar módosított, mondván, generális problémáról van szó, mely generális megoldást igényel. Most a kormány a reformpolitikától visszatérni látszik a struccpolitikához. Rosszul teszi. Ráadásul az egészségügyi reformról a kormány eddig nem sokat árult el, de a reform szó mai jelentése szerint sejtethetjük, több pénz nem lesz, inkább kevesebb. Márpedig a megoldatlan problémák sajátossága, hogy egyre nagyobbak lesznek. Két éve még a miskolci vízügyet is lehetett volna kezelni, de a helyi döntéshozók „halasztottak”, s most már lassan a fél város nyögi a következményeket.

Az orvosi ügyeleti díj ügyében tiszta vizet kell önteni a pohárba. Most azonnal. De ne Miskolcra! hozzák.

(TALLÓZÓ)

A Semmelweis Egyetem közleménye

A Semmelweis Egyetemet az elmúlt hónapokban **dr. Szabó Csaba** tudományos tanácsadó kapcsán nyilvános támadások érték. Amerikából Egyetemünk vezető munkatársai hívták haza, és a törvények adta kereteken belül a legmagasabb kutatói státuszra nyert kinevezést. Az egyetem elismeri **dr. Szabó Csaba** jelentős tudományos publikációs tevékenységét és eddigi tudományszervezésben nyert tapasztalait, ezért nevezték ki az Egyetem Technológiai Transzfer Irodájának (TTI) igazgatójának. Ilyen minőségében tett legutóbb egyetemi költségvetésből a Szingapur-i Biopolisban látogatást. A 2005 szeptember - 2006 május közötti bérkimutatás szerint az Egyetem mintegy 1400 oktatója, kutatója közül ő rendelkezik az egyik legmagasabb fizetéssel, valamint a legnagyobb összegű – 1,8 milliárd forintos – magyar adófitetői pénzből finanszírozott, az NKTH által odaítélt kutatási támogatás témavezetője, amelyet az Egyetem képviselőjében, több tagból álló konzorcium vezetőjeként nyert el. Az akadémiai tudósdámogatásban ezeken túlmenően részesül. 2006-ra ő kapott felkérést az Egyetem legrangosabb tudományos rendezvényének a Semmelweis szimpóziumnak a vezetésére.

Dr. Szabó Csaba egyetemi tanári oktatói állást pályázott meg Egyetemünkön. Pályázatát a hatályos felsőoktatási törvény szerint működő, egyetemi testületek – sorrendben először a kibővített intézeti tanács, majd a kari tanács, majd az egyetemi tanács – viták után titkos szavazással, szótöbbséggel elutasították. Ez a sikertelen pályázat nem érintette sem fennálló munkaviszonyát, sem más megbízásait. Már a kibővített intézeti tanácsi szavazás után a demokratikus intézményrendszer létét megkérdőjelező támadássorozat kezdődött az Egyetem ellen. Az Egyetem aggályosnak tartja hogy a civilizált világ egyetemi normái szerint létező demokratikus testületeinek tagjait - ez esetben 21 intézeti oktatót, és mintegy 100 titkosan választott egyetemi polgárt - ér durva támadás azért, mert az Egyetem írásban lefektetett szabályait betartják. Ezeket a nemzetközileg jól ismert szabályokat a magyar, vagy az EU akkreditációs bizottságai nem kifogásolták.

2006. májusában **dr. Szabó Csaba** TTI igazgatói tisztségéről lemondott, továbbá kilépett abból az intézetből, amit nyilatkozata alapján átvett volna, és amelynek többsége ezt ellenezte. Nyilatkozata szerint ismét elhagyja Magyarországot. Jelenleg az Egyetem Doktorai Iskolája keretében dolgozó 4 PhD hallgató munkáját irányítja és további 7 tudományos munkatárs vezetője, akiket az Egyetem keretein belül az Egyetem területén alkalmaznak. Szemben tehát az egyes médiumokban közölt állításokkal **dr. Szabó Csaba** jelenleg a Semmelweis Egyetemen hivatalos munkaviszonyban van és állami költségvetésből finanszírozott kutatást irányít.

(Egyetemi közlemény MTI-in keresztül)

A MESZK a kötelező kamarai tagságról

Az Egészségügyi és Szociális Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (EDDSZ) ismét az Alkotmánybírósághoz fordult, mivel kifogásolja, hogy a két éve megalakult Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarához (MESZK) kötelező csatlakozniuk az egészségügyi szakdolgozóknak. Bár az Alkotmánybíróság már több határozatában foglalkozott a kérdéssel és kimondta, hogy a köztisztvisleti tagság önmagában attól, hogy kötelező, nem sérti az Alkotmány rendelkezéseit, számos ezen túlmenő tény is a felvetés abszurditását bizonyítja.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarát a 2003. évi LXXXIII. törvény hozta létre, amely meghatározza feladatait és szabályozza működését. A kötelező tagsággal rendelkező köztisztület a törvényben megfogalmazott számos közfeladatot is ellát. Nyilvánvaló, hogy a megfelelő színvonalú egészségügyi ellátáshoz való jog minden magyar állampolgárt megillet. Szembesülnünk kell azonban azzal a ténnyel, hogy az egészségügy különböző intézményeiben, valamint az ország egyes települései között különbségek lehetnek. Mindemellett az egészségügy sajátos helyzete miatt éppen az egészségügyi szakdolgozók között egyre inkább nő a külföldi munkavállalók aránya.

Fentieket figyelembe véve az állampolgárok egészségügyi ellátásával kapcsolatos alkotmányos jogainak érvényesülését elsősorban az biztosítja, ha az egészségügyi szakdolgozók egységesen kidolgozott etikai és szakmai elvek alapján, szigorúan számon kért továbbképzési rendszerben végzik mindennapi tevékenységüket. A szakdolgozók hivatásának teljesítésében, hozzáállásában, viselkedésében és tevékenységében nem érezhet különbséget az ellátásra szoruló állampolgár aszerint, hogy hol lakik illetve, hogy magánvállalkozás vagy a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátást vesz igénybe. Mindez különösen hangsúlyozandó annak ismeretében, hogy az ellátást igénybe vevő személy sokkal inkább az egészségügyi szakdolgozóval áll kapcsolatban mint az orvossal.

A 195 szakmát magában foglaló közel százezer szakdolgozói kar esetében egységes etikai és szakmai követelményrendszert kidolgozni és azt a folyamatosan változó egészségügyben aktualizálni, végrehajtását kivitelezni kizárólag egy köztisztület képes. Az EDDSZ álláspontja szerint azonban a MESZK léte ellehetetleníti a szakszervezetet. Ez az érvelés nyilvánvalóan téves, hiszen a szak-

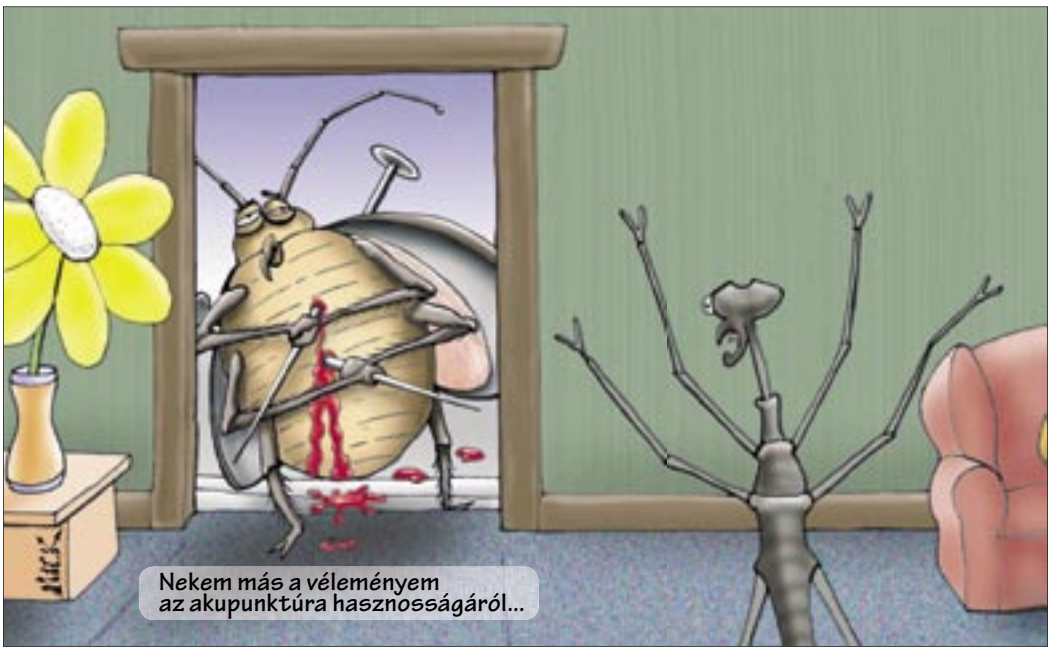
szervezet és a MESZK feladatai teljesen különbözőek. A Munka Törvénykönyve megfogalmazásából egyértelműen kiderül, hogy a szakszervezet elsődleges célja a munkavállalók munkaviszonnyal kapcsolatos érdekeinek védelme, míg ezzel szemben a Kamara – a róla szóló törvény rendelkezései alapján – a hivatás gyakorlásával összefüggő ügyekben képviseli tagjait, mint pl. minimumfeltételek fejlesztése, szakmai képzések kezdeményezésében és fejlesztésében való közreműködés, szakmai továbbképzések témaköreinek meghatározása, továbbképzési programok ellenőrzése, valamint a külföldi munkavállalók bizonyítványainak honosításában való közreműködés.

Mindezeket túl rá kell mutatni arra is, hogy az ágazatban bekövetkezett változások miatt számos szakdolgozó munkáját egyéni vállalkozóként vagy gazdasági társaság tagjaként végzi – mely esetekben egyáltalán nem minősülnek munkavállalóknak – így – mivel már nem tartoznak a megfelelő törvények hatálya alá – nem is lehetnének a szakszervezet tagjai. A Kamara határozottan visszautasítja az EDDSZ beadványában megfogalmazott megdöbbenő gondolatot, miszerint nem szükséges a széles munkavállalói kört külön érintő köztisztület létrehozása, mivel az ágazatban a gyógyító szakmai tevékenységet, illetve az abban közreműködőket már korábban megszervezett kamarák fedik le.

Természetesen mindenki elismeri az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek munkájának nélkülözhetetlenségét, de az is vitán felül áll, hogy a több mint 100 ezer egészségügyi szakdolgozó nélkül egyszerűen nem létezhetne egészségügyi ellátás. Indokolatlan és megmagyarázhatatlan megkülönböztetés lenne, ha az egészségügyben az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek mind kamarákon keresztül képviselhetnék hivatásuk és szakmai érdekeiket ugyanakkor az egészségügyben a legnagyobb tömeget képviselő szakdolgozók pedig nem. Mindezek ellenére a Kamara bízik abban, hogy a szakszervezet nem akarja az általa állítólag képviselni kívánt szakdolgozókat pusztán a saját létének igazolására felhasználni.

Természetesen a MESZK kész az együttműködésre minden, a törvényekben megfogalmazott jogokat és kötelezettségeket tisztelő szervezettel, és hisz abban, hogy minden, az egészségügyi szakdolgozókért tenni akaró és tudó szervezetnek fontos szerepe van.

OTS CÉGONAL



Oklevélatadás az Egészségügyi vezetés című videó-kurzust elvégzőknek

Ez év márciusában számoltunk be arról, hogy új típusú együttműködés kezdődik a hazai orvosképző egyetemek között egy nyertes pályázat eredményeként.

Az „Egészségügyi vezetés” című tanfolyam keretében a modern gazdaság- és vezetésstudományi ismeretek terén megszerzett tudást, tapasztalatot osztották meg egymással a résztvevők, a Semmelweis és a Debreceni Egyetem, valamint a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem vezetői, oktatói, orvosai. A képzés négy helyszínes videokonferencia keretében történt, 7 alkal-

malommal, 9 témában. A tanfolyam a Humán erőforrás-fejlesztés Operatív Program által támogatott „Minőségi tudás előállítása és átadása az egészségügyi orvosképzésben. Válasz a XXI. Század új kihívásaira” című pályázat keretében valósult meg. Célja a minőségszemléletű képzés megvalósítása, korszerű vezetési ismeretek átadása az egyetemi oktatók számára.

A kurzus moduljain résztvevő és sikeres vizsgát tett hallgatók közül a 16 debreceni résztvevő veheti át a tanfolyam elvégzését igazoló oklevelet, a DEOEC-ben június 19-én, hétfőn 10 órakor. A tananyagok kidolgozásában résztvevők és az előadók emléklapot kapnak. A négy egyetemen összesen 56-an végezték el a kurzust és kapnak igazoló oklevelet.

– e-Háziorvosi rendszer –

Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat

Ferencvárosban közel százezer ember járóbeteg szakellátását biztosítja az Önkormányzat által működtetett Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat. A most megvalósult 8,5 millió forintos informatikai fejlesztésnek köszönhetően a háziorvosok és a szakrendelő között online, biztonságos adatcsatornán dramlanak a betegadatok, ezáltal rengeteg felesleges vizsgálat és betegmozgatus küszöbölhető ki.

A MEDITCOM e-Háziorvosi rendszerének köszönhetően a jövőben gyorsabban és egyszerűbben követhetők nyomon a betegutak, kezelhetők a leletek, ezáltal hatékonyabban és gazdaságosabban működtethető a szakrendelő. Az egészségügyi szakellátás színvonalának a javítása mindannyiunk érdeke, így az ágazatban dolgozóknak, az intézmények üzemeltetőinek és nem utolsósorban a betegeknek is. A cél az, hogy a szakmai protokollok használatával minél rövidebb idő alatt lehessen elérni a legnagyobb gyógyítási eredményt és mindezt egyszerűen tervezhető kiadások mellett. Ezen célokat kizárólag

megfelelő informatikai rendszerek alkalmazásával lehet elérni. A Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálatnál már felismerték ezt, és az intézményt működtető Önkormányzattal együttműködve keresték meg azt a költséghatékony megoldást, amely minőségi javulást jelent a járóbeteg-szakellátásban.

A most bevezetett e-Háziorvosi rendszer online kapcsolatot biztosít a háziorvos és a szakrendelő között. A webes előjegyzési rendszernek köszönhetően interneten keresztül utalhatja be a háziorvos a beteget szakrendelésre. Az elektronikus beutaló mellé a háziorvos bővebb háttérinformációt is küldhet a szakorvosnak. Az elkészült leleteket szintén online módon tudja lekérni az orvos, így ezek mindig rendelkezésre állnak. Nem szükséges a páciensnek leletekért visszamenni a rendelőbe, illetve azokat állandóan magával cipelnie. Minden adatkommunikáció biztonságos és védett adatcsatornán zajlik. Ezen túlmenően, a betegek is bejelentkezhetnek interneten azokra a rendelesekre, amelyekre nem szükséges beutaló.

PRIMONLINE.HU

Miniszteri elismerések

Dr. RácZ Jenő miniszter a 2006. évi dunai-tiszai árvízi védekezésben tanúsított helytállásért elismeréseket adott át 2006. május 25-én.

Pro Sanitate elismerésben részesült

Dr. Rozsályi Károly – Kisoroszi-Dunabogdány háziorvosa

Miniszteri Dicséret elismerésben részesült

Dr. Bakó János – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Mohácsi Városi Intézetének városi tisztifőorvosa.

Bontovics János – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet martfűi mentőállomás mentőápolója.

Dr. Halász Nóra – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Szekszárdi-, Bonyhádi Városi Intézetének városi tisztifőorvosa.

Kapus József – a Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet csongrádi mentőállomás mentőápolója.

D. Kis Zsolt – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet kunszentmártoni mentőállomás mentőápolója.

Nagy Béla – a Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet szentesi mentőállomás állomásvezető mentőtisztje.

Perjesi Attila – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet szolnoki mentőállomás szolgálatvezetője.

Pusztai Tamás – a Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet csongrádi mentőállomás műszaki gondnoka.

Sugár Gyula – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet martfűi mentőállomás mentőgépkocsi vezetője.

Szabó Attila – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet kunszentmártoni mentőállomás mentőápolója.

Szűcs Béla – a Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet csongrádi mentőállomás állomásvezető mentőtisztje.

Dr. Tóth Erzsébet – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Szarvasi Városi Intézetének városi tisztifőorvosa.

Dr. Tóth Gábor – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Szentesi-, Csongrádi Városi Intézetének megbízott városi tisztifőorvosa.

Varga Ferenc – az Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet kunszentmártoni mentőállomás mentőgépkocsi vezetője.

Dr. Zaharcenko Vjacseszlav – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Kunszentmártoni Városi Intézetének városi tisztifőorvosa.

Biztosítóegyesület

A kórházak már régóta nem győzik kifizetni a kártérítési perekkel tőlük követelt összegeket. Ráadásul a biztosítók is egyre szigorúbb feltételekkel akarnak szerződést kötni velük. Ezért úgy döntöttek, összefognak. Önálló biztosítóegyesület hoznak létre idén a kórházakat tömörítő érdekképviseltek, hogy jobb feltételekkel köthessenek felelősségbiztosítást – mondta az InfoRádióban az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke. **Ari Lajos** hozzátette: jelenleg a biztosítók közötti minimális verseny, és a kártérítési perek miatt kifizetett több tízmillió forintot összegek kiszolgáltatottá teszik a kórházakat. Világtendencia, hogy emelkedik a műhiba perek száma, ezért egyre drágább gyógyító tevékenységet végezni. **Ari Lajos** elmondta, hogy egy tengerentúli orvos által kiállított számla jelentős részét már a biztosítás díja teszi ki. Ez a tendencia lassan Magyarországot is eléri. Ráadásul a kórházak kiszolgáltatott helyzetben vannak, ugyanis egyik biztosító sem kötelezhető arra, hogy szerződést kössön velük. Egyre több társaság nem is hajlandó már erre. A kórházak ezért döntöttek úgy, hogy közösen keresik fel a biztosítókat. Így ugyanis alkupozíciójuk jelentősen javul ahhoz képest, mint ha egyenként tárgyalnának.

Nyilatkozat

2006. július 11-én a BAZ Megyei Kórházban összegyűlt több mint 200 orvos az alábbi nyilatkozatot fogadta el

1.) Számunkra elfogadhatatlan az elmúlt évtizedek alulfinanszírozott egészségügyének forráshiányaira visszavezethető, hiányszakmák megjelenését eredményező, az orvosok tisztességes megélhetését nem biztosító helyzet által kikényszerített becsületes munkavégzésen alapuló orvosi vállalkozási munkaszerződések, színlelt jelzővel való megbélyegezése.

2.) A „színlelt szerződések” kapcsán, főleg az egészségügyi vonatkozású vállalkozások kapcsán egyértelművé vált, hogy óriási káosz van, jogi, adóügyi, politikai szakemberek szögesen ellentétesen értelmezik az egyezségkét egymásnak is ellentmondó törvényeket, rendeleteket, senki nem lát tisztán és ennek eredményeképpen, ellentétes intézkedések születtek szinte mindenütt. Ezen intézkedések majd mindegyike hátrányosan érintette az egészségügyi dolgozókat, az egészségügyi intézményeket. Ezért kérjük az FMM-PM et hogy egyértelműen határozza meg mit ért „színlelt” szerződés alatt, illetve pontosítsa és egyértelműsítse (ne riogatás és fenyegetés szintjén) mit és milyen formában vár el az egészségügyi ellátásban, különböző munkaügyi viszonyban tevékenykedő orvosoktól, orvosi gazdasági társaságoktól.

3.) Az egészségügyi szolgáltató gazdasági vállalkozások jelentős része „kényszervállalkozás” ami azért született elsősorban, mert a korábbi közalkalmazotti jogviszonyban nem volt lehetséges biztosítani a folyamatos betegellátást. Ennek oka, hogy így átváltaltuk a jelentős túlmunka törvénytelen voltát a kórházról mint munkáltatótól, valamint a megemelkedett orvosi kiadásokra költhető összeg miatt külső munkatársak részére is anyagilag vonzóbbá vált becsatlakozni a betegellátásba. Ezért nem értjük, hogyan gondolják ezek megszüntetése után megoldani a betegellátást, ami már korábban is megoldhatatlan volt, hisz ezért jöttek létre a kényszervállalkozások.

4.) Tiltakozunk azon kijelentések és feltételezések ellen, melyek azt sugallják, hogy ezen vállalkozások célja az adócsalás, vagy a TB járulékok befizetésének megtagadása. Tudomásunk szerint a legtöbb vállalkozó orvos közalkalmazottként is dolgozik és ezáltal a magyarországi közalkalmazotti bérének megfelelő TB járulékot fizetnek utána havonta. Az egészségügyi vállalkozások az érvényben lévő törvényeknek megfelelően adóztak, iparüzési adón keresztül az osztalékot terhelő adóig.

5.) Nem a közalkalmazotti jogviszony ellen tiltakozunk, hanem az ezzel járó, jelentős anyagi veszteség ellen, ami ellehetetleníti több orvos megélhetését, a munkájához szükséges eszközök, könyvek, továbbképzések elérhetetlensége

révén. Szívesen végezzük eddigi vállalkozói tevékenységünket közalkalmazottként abban az esetben, ha munkánk anyagi ellenszolgáltatása a jelenlegi érvényes törvények alapján kerül kifizetésre és biztosítani fogja legalább ugyanazokat a lehetőségeket megélhetésünkhöz, munkánk végzéséhez, szakmai továbbképzésünkhöz.

6.) Felhívjuk a szakmai és politikai vezetés figyelmét, hogy a magyar törvények és munkaügyi rendelkezések figyelembe vételével közalkalmazottként nem oldható meg a folyamatos betegellátás, ezért azok sürgős korrekcióját szorgalmazzuk. Ha kényszerítenek közalkalmazotti státusban eddigi közalkalmazotti bérezés mellett dolgozni, nem vagyunk hajlandók heti 48 óránál többet dolgozni. Ez heti 40 + 8 óra túlmunkát jelent. A heti 8 óra kéthetente egy hétköznapi 16 órás ügyeletet. Ez Európában és Magyarországon is (a Legfelsőbb Bíróság határozata szerint, mely értelmében az ügyeleti tevékenység teljes egészében munkavégzésnek minősül) havonta 2 ügyeletet jelent, melynél többet előre figyelmeztetve munkaadónkat, nem fogunk vállalni. Nem óhajtunk 6-ot ügyelni és beperelni a kórházat igazunk elnyeréséért, hanem csak 2-t ügyelünk és pereljen be minket a kórház, mert betartjuk az Európai Uniós törvényeket.

7.) Felhívjuk a szakmai és politikai vezetés figyelmét, hogy bizonyos elméleti, matematikai számítások alapján kidolgozott, a szakmai minimum-feltételeket semmibe vevő, az állampolgárok megfelelő orvosi ellátását nem garantáló, a betegeink és saját egészségünket veszélyeztető, ügyeleti létszámcsokkentések, szakmai összevonásokat, ál-műszakosításokat nem vagyunk hajlandók elfogadni csak a szakmai kollégiumok jóváhagyásával, mint az egyetlen hivatalos, a szakmai ellátás színvonalát garantáló szakmai fórumét.

8.) Nem látjuk továbbra sem, hogy az ígért egészségügyi reform melynek célja a jobb betegellátás lenne, beindulna. Nem látjuk a szakmai érdekképviselők a szakmai kollégiumok bevonását az egészségügy reformálásában. Kérjük a felelős szerveket, hogy orvos ellenes propagandával, családi egzisztenciákat veszélybe sodró intézkedésekkel, a szakma jövőjét biztosító fiatalok külföldre való elűzését eredményező orvosi jövőkép hiánnyal ne rontsák felelőtlenül tovább az ország egészségügyi ellátását. Ezek helyett igazi, egyértelmű, jobbító szándékú konstruktív, az orvosi munkát erkölcsileg és anyagilag is megbecsülő intézkedéseket várunk nem hónapok, évek múlva, hanem azonnal.

9.) A fenti megállapítások és kérések, nem csak az orvosokra, hanem minden, egészségügyben dolgozó munkatársra vonatkoznak.

10.) Amennyiben belátható határidőn belül (július 31.) nem kapunk kellő választ kéréseinkre felhívjuk vezetőink és a kormányzat figyelmét, hogy nem riadunk vissza semmilyen törvényes eszköztől sem, hiszen itt nem bérezési problémák megoldása, hanem a betegellátás biztosítása a tét.

Kéréseinknek és tiltakozásainknak semmilyen politikai színezete nincs, csupán a kielégítő betegellátás, a törvények betartása és saját megélhetésünk biztosítása céljából születtek.

A jelenlevők által egyöntetűen elfogadott felhívást eljuttattuk, Kórházunk vezetőinek, a Megyei Önkormányzatnak, a helyi és Országos Kamaráknak, a magyarországi kórházak igazgatóságainak és érdekképviselői szerveinek, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának, az Egészségügyi Miniszternek, a Munkaügyi és Foglalkoztatásügyi Minisztériumnak, a Pénzügyminisztériumnak, a Miniszterelnöki Hivatalnak, valamint a Miniszterelnöknek és az érdeklődő médiának. Kérünk mindenkit, aki azonosulni tud nyilatkozatunkkal azt juttassa el minél több orvosnak, és aláírásával biztosítson egyetértéséről.

A nyilatkozatot elfogadó orvosok nevében a rendezvény szervező bizottsága, és a BAZ Megyei Kórház Közalkalmazotti Tanácsa (a nyilatkozatot elfogadó orvosok névsora és aláírása a szervező bizottságnál megtalálható).

Levelezési címünk: 3501 Miskolc Pf.188. Közalkalmazotti Tanács
Email címünk: zsoltszabo@axelero.hu

A miskolci gyűlés másnapján a Nyilatkozat körbejárta az országot, felforrósítva maga mögött a szakmai közhangulatot. Hosszú idők után talán először most egységesítette az orvostársadalmat, ki névvel, ki név nélkül az alulról jött kezdeményezés mellé dilt és dll. E-mailes reflexiók tanúsítják, hogy a miskolciak által megfogalmazott elvárások országosan is egységes látnis igényt tartalmaznak, a válaszolók gyakorlatilag mind osztályvezető főorvosok minden jelentős magyarországi városból, kik nevükkel hitelesítik és képviselik egy-egy osztály, kórház dolgozóinak véleményét. Mivel a Nyilatkozat szellemi bölcsője traumatológusoknál született, így először ebből a körből verbuválódott az egyetértő országos mozgalom, amit követett a másik két „tűzfészék”: Zalaegerszeg és a Pécsi Klinika. De csatlakoztak az egyetértők a Pásztói kórházból, Szombathelyről, Debrecenből, több borsodi kórházból és más helyekről. Az alábbiakban ezekből idézünk:

- Szeretnék gratulálni a nyilatkozathoz és az orvos létszámhoz, aki támogatja a Kórházatokban ezt a nyilatkozatot. Szeretném, ha tudnád, hogy nem csak a Ti kórházatokban támogatják a nyilatkozatot hanem Zalaegerszen is, és az lenne a jó, ha még sok-sok kórház jelezné hogy támogatja ezt a nyilatkozatot. Ennél már csak az lenne a jobb ha ki is állnánk melletté. A nyilatkozat nagyon korrekt. Minden pontját támogatjuk itt Zalaegerszen. Lehet hogy km-ben távol vagyunk, de gondolkodásban és akaratban úgy érzem annál közelebb. Ha össze tudunk fogni és követeléseinket együtt tudjuk tálnai, úgy sokkal erősebbek és hatékonyabbak tudunk lenni. Van a kezünkben egy fegyver és ez az E-mail. Ezzel tudjuk tartani a kapcsolatot és gyorsan tudunk reagálni közösen is, ha szükségeltetik. Július első napjaiban - mikor mi nem vettük fel a munkát itt a kórházban - mi is így tartottuk egymással a kapcsolatot, jól működött a dolog csak úgy érzem korán megakadtunk. Végleges megállapodás nem történt, mivel a kórház nem tudta a követeléseinket hosszú távra felvállalni. A nyilatkozat egy hónapra. Augusztus elejéig meg kell állapodnunk. Ti is addigra várjátok a követeléseitek teljesítését. Úgy tudom Szombathelyen, Veszprémben, Győrben, Ajkán is gondok vannak. Ha egyszer végre össze tudnánk fogni, együtt biztos vagyok benne komoly eredményt érhetnénk el. Én az első naptól kezdve - ahogy itt Zeg-en elkezdtük - bízom sikeres végkifejletben. Amikor mi megegyeztünk, akkor elhangzott itt magasabb fórumon olyasmi, hogy szerencsére nem csatlakoztak a Zeg-i kórházhoz más kórházak is követeléseikkel. Utólag derült ki számomra hogy azért ők is féltek(legalább egy kicsit). Arra kérek hogy ha titeket nem is keresnek más kórházak próbáljatok Ti kapcsolatba lépni kórházakkal. Mi a magunk részéről propagáljuk a nyilatkozatokatotak és ha van kérésed, ötleted és tudunk segíteni, jelentkezéssel és amit tudunk megteszünk. EZ KÖZÖS ÜGY!
- Csak gratulálni tudunk nektek. Szerintem Egerben a traumatológusok, a radiológusok és az anaeszteziológusok hasonló cselekedetre – mármint hogy heti 48 óra munkát vállalnak – hajlandók lennének.
- Kedves Miskolciak! Megállapításaitokkal, a nyilatkozattal teljes egészében egyetérték. Gratulálok. Kezdeményezem, hogy a MTT mindenképpen nyilvánítsa ki támogatását.
- Amire régóta vártunk, konkrét kezdeményezést indítottatok el, amit lelkesen üdvözlünk. Látjuk azt is, hogy ezt széles körben közzé tettétek, ezzel együtt magam a váci kórházban az e-mailed sokszorosításával terjesztem. Csatlakozási szándékunk egyértelmű, ennek módjáról érdeklődöm.
- Zalaegerszen már több mint 10 éve élnek a vállalkozások. Kórházunkban csak két lehetőség volt eddig, vagy a társas vállalkozás vagy a közalkalmazotti munkaviszony. Most az idén már engedélyezték az egyéni vállalkozási formát is. Olyan nem volt, hogy valaki a napi tevékenységet közalkalmazottként, az ügyeletet pedig vállalkozásban végezte. A szerződéseink a jelenlegi formában kb. egy éve kerültek megkötésre és közreműködési szerződésnek hívták. A lényege az volt, hogy mindennemű juttatást összeadtak és ebből napi ill. óradíjat számoltak ki. Tételeken számlázunk attól függően, hogy hány napot dolgoztál egy hónapban, hány órát ügyeltél hétköznapi, hétvégi vagy ünnepnap. Arra a napra, mikor nem dolgoztál nem is számláztál. Szerintem korrekt szerződés volt. Nem fix összeget számláztunk minden hónapban a bér kiváltására, ahogy ezt a színlelt szerződésben írták. Ezt a szerződést mondta fel egyoldalúan a kórház. Nem tartották be sem a felmondási időt, sem az egyéb szerződésben foglalt pontokat. Kiküldtek egy levelet amiben értesítettek hogy a szerződést felbontják június 30.-án. Ez volt az egész botránynak az alapja. Kiküldtek egy levelet amelyben három foglalkoztatási jogviszony szerepelt. Az első a szabadfoglalkozású orvos: ami azt jelenti, hogy megbízási szerződés alapján dolgozol. A megbízási díj utáni járulékot (30%) a munkáltató fizeti. A kézhez kapott összeg 50%-a után Te adózol, ill a másik 50% elszámolható. A második lehetőség az egyéni vállalkozás - itt a járulékokat a vállalkozó fizeti, a megbízási

Dr. Szabó Zsolt nyilatkozata a Hír TV-nek

■ Riporter: Vendégünk Miskolcra érkezett: Dr. Szabó Zsolt, aki a B.A.Z. Megyei Kórház Közalkalmazotti Tanácsának Elnöke, baleseti sebész. A színlelt szerződések kapcsán több kórház egy áthidaló megoldásra jutott, pl. Zalaegerszen júl. 07-től aug. 07-ig egy hónapot szellemi szabad foglalkozásúként dolgoznak az érintett orvosok és így tudják biztosítani az intézmény feladatellátását de, hogy utána mi lesz, azt ott sem tudja senki sem. Önök?

Sz.Zs.: Mi sem tudjuk, hogy utána mi lesz. Sajnos egy olyan jogi, egy olyan adóügyi káosz van, amiben igazából érdemi információt senki sem tud számunkra biztosítani. Ugyanarra a megbeszélésre három adóügyi, vagy jogi szakembert hívunk és mindhárman másképpen értelmezik a jelenleg érvényben levő, egymásnak sokszor ellentmondó törvényeket, szabályokat, rendelkezéseket. Úgy, hogy ebben a nagy zavarosban halászva mi csak azt látjuk, hogy ellehetetlenedik a folyamatos betegellátás a közalkalmazotti státuszba való visszakényszerítésünk által. Hogyha betartjuk a ránk kényszeríthető minimális munkaidőket és túlmunkákat, akkor gyakorlatilag egy hat hónapos periódust alapul véve, két hónap elteltével megszűnik azoknak az orvosoknak a száma, akik egyáltalán kényszeríthetők lesznek arra, hogy ügyeljenek.

■ **R: Ön is közreműködőként dolgozott az utóbbi években Miskolcon?**

Sz.Zs.: Ez nagyon érdekes. Mindenki, az orvosoknak. 95 % - a úgy dolgozott, hogy mindamelllett, hogy közalkalmazott volt – mint én is, a Baleseti Sebész-

ten mindennap közalkalmazottként dolgoztam – az ügyeleti tevékenységüket, azt vállalkozói formában látták el, több mint 4-5 éve. Ennek oka, hogy pontosan a Baleseti Sebészeten, az Anaesthesiológián, a Röntgenben, a Laboratóriumban – ezek azok a területek, ahol hiányszakmák alakultak ki –, nem voltak orvosok. Nálunk az osztályon konkrétan én osztom be az ügyeleteket. 4- 5 évvel korábban örök gond volt, hogy vajon jövő hónapban ki fog ügyelni, kit tudunk kényszeríteni, kit tudunk visszahívni. És erre jött a lehetőség, hogy úgymond vállalkozóként külsős munkatársakat – Szikszón, Kazincbarcikán, azaz a környéken dolgozó orvosokat – is bevettünk a csapatba, akik szintén vállalkozóként dolgoznak nálunk és így most már nem okoz gondot az ügyelet kiállítása.

■ **R: Igen, mondjuk valamit tenni kell, akkor is, hogyha ez a moratórium nem járt volna le. Hiszen az még sincs rendjén, hogy egymás mellett dolgozik továbbra is valaki közalkalmazottként mondjuk ugyanazon Szemészeti osztályon és mellette a másik kolléga ugyanezért számlát nyújt be lényegesen magasabb összegről. Ez a viszony már önmagában is rengeteg feszültséget szülhet! És én úgy gondolnám, hogyha mindenkit visszanyomnak közalkalmazotti státuszba – mivel az orvosok megélhetési szintjét is valahogy fenn kell tartani -, nem marad más, mint a paraszolvencia felfuttatása újra, ugye?**

Sz.Zs.: Itt több mindenről lehetne beszélgetni és vitatkozni, azzal kapcsolatban amit Ön említett. Mindenek előtt arról, hogy lényegesen magasabb összegről adunk számlát az intézménynek Hát egyáltalán nem „lényegesen magasabb” az az összeg. Itt mindenféle tévhitek és hírek terjedtek el ezzel kapcsolatban. Valójában néhány 10.000 Ft-tól maximum 200.000- 250.000 Ft-ig terjedő összegekről van szó havonta, ami bruttó-bruttót jelent. A mi gazdálkodási vállalkozásaink az iparüzési adótól – bár nem tudjuk milyen ipart üzünk – a társasági adón keresztül, a jogszabályoknak megfelelően adóztak, és ennek egyetlen előnye az volt, hogy munkánk végzéséhez szükséges feltételeket, a vállalkozásunk bevételeiből megengedhettünk magunknak. Például egy kongresszuson való részvételt, egy szakkönyvet, egy tanfolyamon való részvételt – amit egyébként a kórház, mint közalkalmazott nem tud biztosítani számunkra – egy személygépkocsit, annak üzemeltetését. Én Pécssett tanítok az Egyetemen. Oda, hogy lejárjak azt az én vállalkozásom gépkocsijával teszem meg.

■ **R: Miskolc-Pécs?**

Sz.Zs.: Miskolc-Pécs, igen, jó közel vannak egymáshoz. De ezt úgy tudom magamnak megengedni, hogy azt az összeget – ami nem óriási – ami a közalkalmazotti béremnek a bruttósított része, tehát amiből nin-

csenek levonva a járulékok előtte, azt én megkapom és pont a járulékokra eső részt tudom olyan dolgokra elkölteni, amit az adóhatóság ellenőriz, és ellenőrzött is az elmúlt években és teljesen jogszerűnek talált.

■ **R: Akkor azt hiszem, hogy nem egy spanyolviasz föl-találás a részemről, hogyha azt mondom, hogy egy nagy mértékű bérfeljesztés férne rá az egészségügyre.**

Sz.Zs.: Pontosan ezt kérjük Mi is, és ezt hangsúlyoztuk ki a petíciónkban is. Mi nem a közalkalmazotti státusz ellen tiltakozunk! Azt szeretnénk, és tiltakozunk a most ezzel járó elégtelen és megalázó bérezés ellen. Én sebész vagyok, én operálni szeretek, beteget gyógyítani szeretek, oktatni szeretek, én nem szeretek a könyvelőhöz járni, a könyvelőnek fizetni, nem szeretek számlákat kiállítani, nem szeretem a jogszabályokat bújni, hogy vajon mikor vagyok színlelt és mikor vagyok valós. Én a szakmámat szeretném végezni. Minderre azért került sor, mert a magyar egészségügyi alulfinanszírozottsága nem engedte meg az egészségügyi dolgozók bérének rendezését, és a kórház vezetése tárt karokkal mondta nekünk, azt, hogy sajnos Ő tudja, hogy meg kellene emelni a bérünket, de nincs rá pénz. Mert választhat, vagy nem vesz a kórház gyógyszert a betegeknek és megemeli az én fizetésem, vagy vesz gyógyszert – ami mindig drágul – és nem emeli meg az én fizetésem.

folytatás a 9. oldalon ►

Nyilvános lesz a kórházak minősítése

A miniszter szerint a kórboncnokok az egészségügy közjegyzői

• Melyek azok a területek a miniszterelnöknek tett személyes vállalásai közül, ahol a lakosság a leghamarabb érzi majd a változásokat?

– Ilyen a miniszterelnökkel közösen aláírt vállalás valamennyi pontja. Így a biztosítás-elvű rendszer kialakítása, a szolgáltatási csomagok meghatározása, az ellátórendszer ésszerűsítése, a biztonságos gyógyítás feltételeinek megteremtése, a gyógyszerkiadások fénken tartása – mind-mind olyan elem, amellyel csak jobb lehet a rendszer. Ezért ezek vállalhatók.

• Nézzük az első pontot, az ellátás biztosítási alapra helyezését. Mi a megvalósítás kritikus pontja?

– Annak a problémának a megoldása, hogy a járulékot nem fizetők, a család viseljek ellátásuk költségeit. Ez a kritikus pont: meg kell mondanunk nekik, hogy nem engedjük meg, hogy a többiek rovására csaljanak. A biztosítási jogviszonyt igazolni kell. Aki ezt nem tudja megtenni, csak sürgősségi ellátásra jogosult.

• A jogviszony igazolásának feltétele, hogy az APEH az egyéni járulékfizetést nyilvántartsa. Ez idestova tízéves kudarc történet. Mitől sikerülne éppen most, éppen önnek?

– Mert a kormány elszánt. Ebben a kérdésben a pénzügyminiszterrel és a miniszterelnökkel közösen lépünk. Veres Jánossal már a jövő héten leülünk megbeszélni, hogy melyek a legsürgetőbb teendők. Az egyéni járulékszámok kialakítása után viszonylag egyszerű a dolog, az eddigi tajkártyát egy valódi biztosítást igazoló kártyára cseréljük, az orvos pedig naprakészen tudja ellenőrizni a jogosultságot. Legkésőbb 2008 januárjáig mindennek meg kell történnie, mert ettől kezdve csak az egységes, a jogosultságot igazoló kártyával lehet – az unió teljes területén – ellátáshoz jutni. A járulék nyilvántartását viszont ennél korábban kell megcsinálni.

• Hogyan osztja be azt a másfél évet, amelyre a miniszterelnöknek tett kötelezettségvállalását jegyezte?

– A menetrenddel a hétvégi kormányülés foglalkozik. A feladatok végrehajtása nemcsak az egészségügyi miniszteren, hanem több terület együttműködésén is múlik. Például a kórházi struktúra kialakítása erősen összefügg az önkormányzati reformmal, az ellátási felelősség delegálásával kapcsolatos szabályok újrarendelésével.

• Az rendjén van, hogy minden mindennel összefügg, de csak van egy saját ütemterve...

– Ezt fogjuk összeállítani a hétvégi kormányülésen a minisztteráissaimmal közösen. Egyelőre még kevés részlet nyilvános, de például a biztosítási felügyeletéről már a jövő év elején törvényt készül.

• Mégiscsak ön írta alá a vállalását. Ha ennyire megoszlik a felelősség, nem volt ez túl bátor tett?

Dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszter úgy véli, hogy a kormánnyal együtt lesz ereje az évtizedek óta megoldatlan feladatok elvégzésére. Így másfél éven belül meglesz az egyéni járulékszámok nyilvántartás, és csak azokban a kórházakban folyhat tovább gyógyító tevékenység, ahol ezt megfelelő minőségben tudják végezni. A többieknek, ha meg akarnak maradni, új feladatot kell találniuk.

– Tudtam, hogy nem magányos székbe ülök, az együttműködésen múlik minden.

• Arra is van elképzelése, hogy a szolgáltatások indoklatlan igénybevételét hogyan fogja visszafogni?

– Ennek a legfontosabb formája a gyógyítási protokollok alkalmazása. Gyakori jelenség, hogy, még ha árt is, a beteg az orvosa által javasolttól eltérő gyógy-módot választ.

• Azért a szabályok is – például a gyógyszerfelírás és a beutalási rend – generálnak egyfajta túlfogyasztást.

– A biztosítási rendszerben az adminisztráció nem csökken, mivel a költségeket ellenőriznünk kell. Nem ígérem, hogy kevesebb lesz az orvosok adminisztrációja. Egyfajta dereguláció lesz, de az adminisztratív fegyverem is szigorúbb lesz. Ez a beteg és az orvos védelmét is szolgálja.

• Orvost könnyebben hívunk, mint szerelőt, mert az előbbi ingyenes, az utóbbi még a kiszállásért is kér pénzt. Lesz-e, s ha igen, mikortól vizit- és receptdíj?

– Szakmai vizsgálatok, elemzések már vannak, kormánydöntés egyiktől sincs.

• Említette, mennyire fontosnak tartja a betegbiztonságot. Tudomása szerint az egységes gyógyító eljárási szabályoknak, az úgynevezett protokolloknak mekkora része tekinthető elkészültnek?

– Döntő többségük elkészült, de az intézmények és a gyógyítók eddig nem voltak rákényszerítve, hogy ezekből összehangolt rendszert alkossanak. Sok minden nincs összerendezve.

• Mi lesz a módja a protokollok betartásának?

– Arra fogjuk kényszeríteni a szereplőket, hogy alkalmazzák ezeket. A tisztí főorvos már az első kormány-ülések egyikén felhatalmazást kapott a biztonságos betegellátás szabályainak betartatására. Ott, ahol nem a szakmai szabályok alapján folyik a munka vagy nincs elegendő szakember, műszer, nem lesz tovább gyógyítás.

• A beteg számára is egyértelművé válik, hogy ha például fáj torka, akkor milyen vizsgálatok járnak neki?

– Ez a jövő év legfontosabb feladata. De a beteg nemcsak azt fogja tudni, mi jár neki, hanem azt is tudni fogja, hogy ami jár, azt melyik intézmény, kórházi osztály hogyan teljesíti, hol gyógyul biztonságosan.

• Azaz nyilvánossá teszik a gyógyítással kapcsolatos minőségi mutatókat?

– Nemcsak azokat, hanem azok értékelését is. A rend-

szert a jövő évben indítjuk el. Lényegében az lesz a felügyelet dolga, hogy ennek szabályozott kereteket adjon, betartását ellenőrizze. A felügyelet, ha kell, büntethet is. Egészen addig elmeget, hogy kezdeményezheti a szolgáltató működési engedélyének visszavonását. A szabályok betartatásában fontos szerepe lesz a megerősített tisztí főorvosnak is.

• A hivatalnak eddig is megvoltak a jogosítványai, mégsem zárt be kórházat, akkor sem, ha orvos-, műszerhiány, vagy akár az omló vakolat veszélyeztette a biztonságos ellátást. Most mitől lesz másként?

– Meg fogjuk határozni, hogy egy adott helyen mit és hogyan kell nyújtani a betegnek, az ellátásnak mik a feltételei, és ahol ezt nem tudják teljesíteni, nem kezelhetnek betegeket. Ehelyett csinálják azt, amire a lehetőségeik adóttak. Nagyon jó példa a daganatos-ellátás centrumokba szervezése. A betegek megértették: nem az a fontos hogy két kilométeren belül kapjanak kezelést, hanem az, hogy ott kapjanak ellátást, ahol meg is gyógyítják őket, mert van elég szakember, műszer, tudás. Ezt egyre több területen be kell majd vezetni, s ez az országos tisztí főorvos és a biztosítás-felügyelet feladata lesz. Ha csak a meglévő jogszabályokat értelmesen használjuk, már sok mindent megtettünk az ellátás javításáért. Persze ehhez meg kell értenie minden szereplőnek, hogy nem lehet 174 kórházban infarktusos beteget kiválóan ellátni.

• Ehhez nyilván meg kell várni az önkormányzati törvény módosítását, amely elvonná a területi ellátási kötelezettséget a helyhatóságoktól.

– Nem feltétlenül. Hiszen nem bezárni akarunk kórházat, csupán a lehetőségeikhez igazítjuk a feladataikat. A kormány két változatát készíti el az önkormányzati reformnak, az egyiknél számít az ellenzék támogatására, de van olyan változat is, ami nélkülük is megvalósítható.

• A kórházi karcsúsítással kapcsolatban mi a stratégia: a bezárás, vagy ösztönzés az átalakításra?

– Betartatjuk a meglévő szabályokat: csak oda adunk pénzt, ahol el is tudják végezni azt, amiről a számla szól. Az állami felügyelettel megerősítjük a betegek biztonságát.

• Ön szerint van olyan kórházigazgató, aki elismeri a hiányosságokat, és visszaminősíti az intézményét?

– Azért van az egészségügyi miniszter, a kormány, vanak a koalíciós partnerek, hogy ebben a döntésben jog-

szabályokkal segítsék a kórházak tulajdonosait, vezetőit. Jelezzék, hogy kötelességük megtenni mindent a biztonságos betegellátásért. S ennek meg az a feltétele, hogy ha szükséges, alakuljon át egy-egy intézmény.

• A kórház azért ennél kicsit több, gyakran a város egyetlen munkáltatója, sőt az országgyűlési képviselő sikerességének mércéje.

– Ez a kormány a politikai sikernek új dimenziót ad. A siker az lesz, ha egy adott kistérségnek vagy régió-nak jól szervezett, biztonságos, kifogásolhatatlan az egészségügyi ellátása.

• Hány kórház szűnik meg jövő év végére?

– Ne gondoljon bezárásra, inkább profilváltásra. E profilváltás már megtörtént az onkológiai ellátásban, most a rehabilitációs ellátóhelyek következnek. Aki tényleg tud jó színvonalon daganatos beteget rehabilitálni, több pénzt kap. Ez olyan ösztönző, amely serkenti az átalakulást.

• A minőséget hogyan fogják „elszámolni”?

– Az ellenőrzéseket sokféleképp végre lehet hajtani. Egyelőre a kórházak adatait elemezzük. Hányan élnek túl az infarktust? Mi derül ki a boncolások után? Hiszen lényegében a kórboncnokok az egészségügy közjegyzői.

• Ehhez képest a hazai kórházakban elég keveset boncolnak.

– Ezen is változtatni kell.

• Ha mégsem sikerül megszüntetni a megyerendszert, hogyan zajlik majd az átalakítás?

– Akkor is ki kell építeni a kis intézményektől a sürgősségi centrumokig terjedő új ellátórendszert. Ezt a természetes folyamatot, amely az egészségügyben magától is kialakulna, csak terelgetni kell.

• A ciklus végén „sikerült kivézetni” a területi ellátásszervezőket. Visszahozza őket?

– Megvannak azok most is. Tiszteletre méltó küzdelmet folytattak a létükért. Azt üzenem nekik, hogy amit megszerveztek, megtanultak, működtettek, nagy érték – számítok rájuk. Ők figyelik, hogy a rendszerben mi történik a beteggel, s ez komoly tudás.

• Nyilván nem véletlen, hogy az irányított betegellátási rendszer egyik vezetőjét választotta államtitkárnak.

– Horváth Ágnesre azért esett a választásom, mert a reformok iránt elkötelezett, kiváló fiatal szakember.

• Mi történik, ha a vállalásait nem teljesíti 2007-re?

– Amit vállaltam, teljesíteni fogjuk.

• Sokan találgatják, hogy meddig marad a székében. Ön mennyi időt ad magának?

– Csak négy évet. A következő ciklust biztosan nem vállalom.

HUNGA-COORD SAJTÓFIGYELŐ: NÉPSZABADSÁG ONLINE

„Befogadó társadalom - befogadó egészségügy”

► az 1. oldal folytatása

A társadalmi méretekben jelenlévő előítéletek tehát az egészségügy / a felsőoktatás színterein is jelen vannak. A legtöbb esetben „csak” látns módon érvényesülő előítéletek rontják az érintett csoportok (egészség-ügyi személyzet és az előítéletekkel sújtottak) együttműködését, csökkentik a gyógyítás hatékonyságának, illetve a társadalmilag hátrányos helyzetben lévők integrációjának esélyeit. E csoportok közül a romák sajátos helyzetben vannak az egészségügyi ellátásban. Az ismeretek hiánya, az előítélet nehezíti a romák támogatását az egészséggel kapcsolatos problémáik megoldásában. Az egészségügyben dolgozók munkájuk során gyakran kerülnek konfliktushelyzetbe a romákkal, úgy vélik, hogy erőfeszítéseik hiábavalóak. Saját konfliktusaik mellett a többségi társadalom (azaz más betegek) részéről érkező „nyomásnak” is ki vannak téve, s ezeknek a konfliktusoknak a kezelésére sincsenek felkészülve. A stigmatizált csoportok és az értük tevékenykedő „segítők” között így alig van esély a kommunikációra, az együttműködésre. Nyílt diszkrimináció az egészség-ügyben remélhetőleg ritkán fordul elő, a burkoltan érvényre jutó hátrányos megkülönböztetés azonban ugyanúgy megtalálható, mint az élet más területein. A konferencia résztvevői az alábbi javaslatokat teszik az egészségügyi és oktatási kormányzat, az egészségügyi képzésben és ellátásban résztvevő valamennyi intézmény számára:

● Az előítéletek csökkentését és a diszkrimináció megelőzését elsősorban szemléletváltáson keresztül kell elérni: a „ne mutasd, hogy viszolygysz, viselkedj!” megközelítés helyett a „figyeld rá, működj együtt, légy empátikus” szemlélet váljon uralkodóvá az egészségügyi ellátásban (is) minden beteg-csoport esetében.

● Az egészségügyi ellátás különböző szintjein és az ellátók körében jelenleg meglévő, a „más”, a sérülékeny csoportokra vonatkozó képet változtatni/javítani kell. Ennek része a többségítől eltérő kultúra és értékek megismertetése a betegellátással hivatásszerűen foglalkozókkal, valamint az egészségügyben dolgozó és a betegekkel bármilyen kapcsolatba kerülő személyzettel.

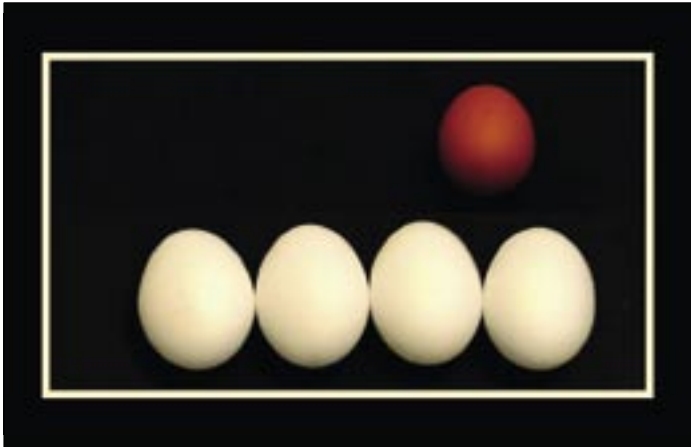
● Az egészségügyi ellátásban a sérülékeny csoportok egy részének segítése a fizikai akadálymentesítéssel oldható meg, de a legtöbb érintett csoport számára a kommunikációs akadálymentesítés a legfontosabb feladat.

● Az előzőekben megfogalmazottak az alábbi lehetséges módszerekkel érhetőek el:

1.) Oktatás, képzés: a kulturális különbözőségekről, a másságról, a toleranciára való érzékenyítésről; valamint a konkrét társadalmi (pl. szegények), etnikai (pl. romák), és speciális csoportok (pl. homoszexuálisok, AIDS betegek, fogyatékkal élők) társadalmi-gazdasági helyzetéről, életkörülményeiről; és a diszkrimináció típusairól: – a graduális képzésbe való beépítéssel (a teljes egészségügyi képzés vertikumába integrálva) | – a posztgraduális képzésbe való beépítéssel (pl. antidiszkriminációs és kultúrközi kommunikációs kompetencia fejlesztő, valamint konfliktuskezelő tréningekkel)

2.) A mainstreaming elvének érvényesítése az egészségügyben is.

3.) A média / az egészségügyi média keretében a téma kiemelt kezelése.



● Szükséges a társadalom- és a magatartástudományi kutatások kiterjesztése, bővítése az előítéletekkel és a hátrányos megkülönböztetéssel, valamint a sérülékeny csoportok ellátási szükségleteivel kapcsolatban az egészségügy területén. Nemzetközi kutatások igazolják, hogy az ellátásban dolgozók jelentős része nincs tisztában saját előítéleteivel és a betegellátásban ennek következtében előforduló megkülönböztető diagnosztikai és terápiás eljárásokkal.

● A betegek és az egészségügyi személyzet közti kapcsolat erősítése, egymás jobb megértése, segítése, a konfliktusok megelőzése és kezelése érdekében a segítő szakmákat képviselők (szociális munkások, pszichológusok, védőnők, mediátorok, köztük roma mediátorok stb.) számának növelése elengedhetetlenül fontos az egészségügyben.

● A diszkrimináció feltárására hivatott szervezetek (országgyűlési biztosok, Egyenlő Bánásmód Hatóság) egészségügyben végzett munkájának elősegítése érdekében szükséges bizonyos jogszabályok megváltoztatása, illetve harmonizálása. Elő kell segíteni, hogy az adatvédelmi törvényt úgy módosítsák, hogy a fenti szervek az egészségügyben előforduló visszasságokat feltárhassák.

● A betegjogi képviselők aktívabb szerepvállalásának szorgalmazása a hátrányos megkülönböztetést eredményező esetek feltárásában és megelőzésében. A betegjogi képviselő bejelentett panasz nélkül is legyen köteles az egyenlő bánásmód követelményének rendszeres ellenőrzésére, és megsértésének gyanúja esetén hívja fel az egészségügyi szolgáltató vezetőjének, valamint fenntartójának a figyelmét a törvénytelen állapot helyreállítására és az újabb esetek megelőzésére. A betegjogi képviselők képzése szükséges a diszkrimináció felismerésére és megelőzésére.

● Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat aktívabb szerepvállalásának ösztönzése az egyenlő bánásmód megsértését eredményező egészség-ügyi szolgáltatók működési gyakorlatának feltárásában és megelőzésében. Az ÁNTSZ minden fekvőbeteg ellátó intézményben végezhet ellenőrzéseket, és

szerepet vállalhat az egészségügyi szakszemélyzet szemléletformálásában is. Ehhez azonban saját szakembereik képzése is feltétlenül szükséges.

● Az Egészségügyi Minisztérium jelentős szerepet vállalhat az egészségügyben előforduló hátrányos megkülönböztetések feltárásában és megelőzésében, például jogszabály módosítással, modellértékű programok, kötelező képzések stb. indításával, azok támogatásával.

● Az egyenlő bánásmód követelménye következetes érvényesítésének elősegítése érdekében az egészségügyi kormányzat szorgalmazza, hogy:

– az egészségügyi ellátásban dolgozók számára is szervezzenek antidiszkriminációs (azaz kultúrközi kompetencia fejlesztő) tréningeket, amelyek elősegítik a hátrányos megkülönböztetés különböző formáinak felismerését, megelőzését, és lehetővé teszik az ezzel kapcsolatos kérdések, vélemények megvitatását, megbeszélését; |

– a fekvőbetegellátásban az orvosi és nem orvosi szakszemélyzet részére szóbeli és írásbeli tájékoztatást dolgozzanak ki a betegek elhelyezésének menetéről, a döntéseknél figyelembe vehető szempontokról, a lehetséges problémákról, azok megelőzésének és megoldásának módjáról; |

– a fekvőbetegellátásban a betegek kapjanak részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást a beteg-elhelyezés menetéről, az adott kórtérembe történő elhelyezésük háttéréről, okáról, és a panasz bejelentés lehetőségéről, módjáról.

● Bizonyos betegcsoportokkal, így például az idősekkel szembeni előítéletek és diszkrimináció csökkentésének elsődleges terepe nem feltétlenül az antidiszkriminációs képzés, hanem a szakmai képzések, továbbképzések lehetőségeinek kiterjesztése és megerősítése. A geriátriai képzés szélesebb körűvé tétele, a szakmai ismeretek növekedése önmagában is csökkenthetné az idősebb betegekkel kapcsolatos intoleranciát és a hátrányos megkülönböztetést. Más csoportok (pl. fogyatékkal élők) esetében pedig a de-medikalizáció, az érintettekkel kapcsolatos kép javítása (a normalizáció elvének teljesebbé tételével) segíthet életük teljesebbé és megkülönböztetés mentessé tételében.

A konferencia résztvevői felajánlják a Magatartástudományi Intézetek oktatóinak, kutatóinak tudását, oktatási-kutatási tapasztalatait és elkötelezettségét a kutatások végzésében, a konfliktuskezelésben, az empátiára, toleranciára való érzékenyítésben és a kommunikációs technikák begyakoroltatásában, annak érdekében, hogy - az összes szereplőjét tekintve - egy kooperatívabb és az egyenlő bánásmód elvére épülő egészségügyi intézményrendszer méltányosan és hatékonyabban láthassa el feladatát.

„A befogadó társadalom – befogadó egészségügy” ajánláshoz várjuk az egészségtudományi karok, főiskolák, csatlakozását is. A PTE ETK Alkalmazott Egészségtudományi Intézete a konferencián már jelezte egyetértését a fenti javaslatokkal.

A magyarországi orvoskarok magatartástudományi intézeteinek oktatói, kutatói

Pécs, 2006. június 8.

Kontaktszemély: Dr. Füzesi Zsuzsanna, egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet Tel: (72) 536 256 | Fax: (72) 536 257 | fuzesi.zsuzsa@sfact.com

„Mit akarok?” - Miniszteri elképzelések és első lépések

Miniszteri ars poetica



Dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszter 1946. október 13-án született Nyírbátorban. Jogászcsaládból származik, a Nyírségben nőtt fel. A Debreceni Orvostudományi Egyetemen 1971-ben szerzett orvosi diplomát, majd fül-orr-gégész szakorvosként dolgozott évtizedekig. Röntgenorvos feleségével és két lányával évekip dolgoztak Algériában és Ausztriában. Az elmúlt években több egészségügyi intézményt vezetett (Kapás utcai Rendelő, BM Kórház, István Kórház, MÁV Kórház). Több nyelven beszél, számos hazai és külföldi tudományos közlemény írója, előadója. Érdeklődése az egészségpolitika iránt a rendszerváltással kezdődött, hiszen pályafutása során alkalma volt a gyakorlatban is összehasonlítani a hazai és külföldi egészségügyi rendszerek működését. Ez az érdeklődés vezetett a szakközgazdász diploma megszerzéséhez is. Az elmúlt évtizedben gyakran publikált sokszor komoly vitákat kiváltó írásokat a sajtóban, az egészségügyről szóló közéleti viták állandó résztvevője. Az SZDSZ egészségpolitikusa, a Liberális Egységügyi Tanács elnöke. A 2006-os választáson az SZDSZ országgyűlési képviselőjelöltje Budapest 22. választókerületében, Zuglóban. Nős, két férjezett lánya, három unokája van.

Konfliktusközponttá válhat az EüM

Molnár Lajos olyan egészségügyet akar, amelyben előre köszönnek a betegeknek, mert csak ő a fontos. Ez derül ki az egészségügyi miniszternek az SZDSZ honlapján olvasható hitvallásából. Ezzel egybecseng egy korábban – még miniszterjelöltként – adott nyilatkozata, amely szerint az egészségüggyel foglalkozó tárca ne a pártok vagy a kormány, hanem a betegek minisztériuma legyen. Azóta kiderült: egy a fogyasztóvédelmi felügyelethez hasonló hatóságot hoznának létre a betegek érdekeinek védelmében.

Ellenőrizni fogják

Egyre biztosabbnak tűnik, hogy az új szervezetként felálló államreform-bizottság meglehetősen rátelepszik majd a stratégiai tárcákra, s nem sok szabad teret hagy a tárcavezetőknek. Szocialista források szerint a bizottság „keményen ellenőrizni fogja, hogy a miniszterek a közös koalíciós programot valósítsák meg”. De már azzal is konfliktusközponttá válhat az egészségügyi tárca, ha a kormányprogramot valósítja meg, az eddig ismertté vált tervek szerint ugyanis számos tabut tervez megdönteni a koalíció. Kuncze Gábor, az szdsz elnöke már korábban fel is készítette mindenkit, hogy Molnár Lajos lesz a legtöbbet támadott miniszter, de „az érdemi változások érdekében ki kell tartani azok mellett, akik képesek megvalósítani a reformot”. Kérdés persze, hogy valóban Molnár-e az, aki az utóbbi évek elbukott egészségügyi reformkísérletei után képes az érdemi változásokat lenyomni az általában minden újítás ellen tiltakozó szakmai szervezetek torkán.

Egy asztalnál Égerrel?

Dús fantázia kell például ahhoz, hogy elképzeljük, amint Molnár békésen egyeztet azzal az Éger István orvosi kamarai elnökkel, aki – az általa vezetett testület elnökségével egyetértésben – etikai eljárást indítottat ellene. Molnár Lajos ugyanis 2004 elején saját névvel vállalta a hálapénzről szóló nyilatkozatát, amely a Financial Times-ban jelent meg. A brit lap újságrója másokkal is beszélt, de a többiek „politikusan” a háttérben maradtak, nevüket nem adták a véleményükhöz. Molnár viszont nem kímélte kollégáinak egy részét. Az orvosok egy előjogaikat féltékenyen őrző szűk elitje áll leginkább a reformok útjában, mindeképp fenn akarják tartani a mostani kiszípolozó rendszert, miközben a mellékhelyiségek mocsokban állnak – fejtette. Az orvosi kamara elnöksége etikai eljárás indítottott Molnár ellen, ám a döntésre kijelölt Komárom-Esztergom megyei etikai bizottság nem találta vétkesnek a véleményét kimondó orvost.

Mit akarsz? – Miért akarja egy 59 éves kórházigazgató orvos szobáját a parlament gyakran üres, ritkán izgalmas termére cserélni? Ezt kérdezi tőlem sok barát, kolléga, ismerős. Segíteni szeretnék gyógyulni és gyógyítani. Most pár ezer beteg, pár száz orvos során javíthatok, de sokan vannak szenvedők. A mai egészségügyben szenvednek a betegek és rosszul érzik magukat az orvosok, nővérek: mindnyájan kiszolgáltatottak, senki nem elégedett. Nem jó ez így. [...]

Vesszőfutás a betegek szempontjából – Senki nem hősként megy műtetre, orvoshoz, kórházba. Elég baj betegnek lenni, de a magyar beteg nem csak betegsége miatt szorong. Vigyek-e poharat meg wc-papírt, ki fog operálni, mennyit kell adni, hányan szenvednek majd hangosan a szobában, eleget adtam? Szégyen, hogy ezzel kell foglalkoznia a betegnek, hiszen sokat fizet azért, hogy gyógyulhasson. Míg dolgozik, átlagosan évi 300. 000 forint járulékot vonnak béréből (25 év munka, 9 millió forint TB járulék), s fizet még hálapénzt, meg egyre többet gyógyszerért. Jó ez így?

Ámokfutás az egészségügy szempontjából – Ebben a rendszerben a „több beteg = több pénz” elv érvényesül. Az egészségügy fut a beteg pénzéért. A kórház akkor boldogul, ha minél több beteget vesz fel, többet vizsgál, operál. Az orvos, a nővér a fizetéséből nem él meg, csak a „boríték” tarthatja el. Normális ez így?

Versenyfutás a betegért – Éveket dolgoztam Afrikában, Európában. Soha nem dolgozhattam itthon olyan boldogan, mint külföldön. Mert ott a gyógyítás örömet nem rontotta el az ámokfutás. Csak gyógyítanunk kellett. Versenyezni azért, hogy a beteg elégedetten, gyógyultan távozzon. Mert ha nem, más választott: más biztosítót, más kórházat. De az orvos, nővér is választhatott más intézményt, ahol megélhetése nem a boríték tartalmától, hanem a fizetésétől függött.

Mit akarok? – Olyan egészségügyet, ahol előre köszönnek a betegnek, mert csak ő a fontos. Olyat, ahol a fizetéséből tisztességesen megél orvos, nővér, és nem a pénzt lesi, hanem a könnyet a szenvedő szemében, a hálát pedig virágnak vagy jó szóknak hívják. Azt akarom, hogy egészséges gyerekeink, unokáink a játszótérigén ne zúgó repülőt, hanem papírsárkányt lássanak, amit nagyszüleikkel eregetnek. És azt akarom, hogy tehessek érte, mert sokan elhiszik, hogy együtt nem csak álmodni, de tenni is képesek vagyunk.”

(Részletek dr. Molnár Lajos 2006-os választási programjából)

Szocialista ellenzék

Molnár Lajos elérte azt is, hogy egy csapatba terelte a fővárosi MSZP-t és Fideszt, valamint az SZDSZ-t és a MIÉP-et. A Szent István Kórház éléről ugyanis szocialista-fideszes összefogással távolította el a közgyűlés, míg a liberálisok a MIÉP-pel karöltve tiltakoztak ez ellen. Molnárnak a főváros által vizsgált ügyei közé tartozott egy CT-készülék áron aluli beszerzése és egy gyermekváró építése is, amelyet állítólag kétszer számlázott ki a kórház a fővárosnak. A főigazgató munkautógi bírósághoz fordult, amely aztán kimondta: jogellenes volt a menesztése. A történethez hozzátartozik, hogy a kórháznak szinte a teljes vezetősége felmondott, így akarták kifejezni Molnár iránti lojalitásukat.

A patikusok mumusa

Molnár Lajos az orvosokon, egyes fővárosi szocialistákon és fideszeseken kívül a patikusoknak sem tartozik a kedvencei közé. Lelkesen képviseli ugyanis az szdsz patikaliberalizációs elképzeléseit. Ennek lényege, hogy fokozná a versenyt a gyógyszerárak között, egyebek mellett a jelenleg meglehetősen szigorú patikaalapítási szabályok oldásával. Bár talán a kompromisszum első jele, hogy Molnár az utóbbi napokban többször is említette: nem ragaszkodik feltétlenül ahhoz, hogy a benzinkutaknál is lehessen orvosságot árulni.

Ami miatt vita lehet

- A szolgáltatások meghatározása. Mint a kormányprogramból kiderült: a díjfizetős kategóriába kerül az, ha valaki nem az orvosa által javasolt szolgáltatáshoz megy. A beutaló nélkül érkezéktől bizonyos esetekben ma is kérhetnének kiegészítő díjat a kórházak, ám nem teszik. Ez változna.
- A jogosultság ellenőrzése. A program szerint két éven belül több százezer, jelenleg járulékcshaló ember szembeesülni fog azzal, hogy csak a legalapvetőbb egészségügyi ellátás jár neki, ha nem kezd el fizetni.
- Az ellátórendszer kapacitásait a szükségletekhez igazítják. Ennek következtében biztos, hogy a kórházak egy részének átalakul a profilja. Idetartozik, hogy Molnár Lajos szerint szigorúbban ellenőrzik majd a biztonságos betegellátáshoz szükséges feltételek meglétét. Az a kisvárosi sebészeti osztály például, ahol évente csak néhány beavatkozást végeznek el, nem elég felszerelt, és nincs elég orvosa, nem kap finanszírozást.
- Önkéntesség teszik a kamarai tagságot. Ez ellen már tiltakozott is az orvosi kamara, mert hatalmas jelentősen csökkenne.

ORIGO

Őrségváltás koalíción belül

Kinevezés: Dr. Molnár Lajos (SZDSZ) az egészségügyi miniszter

Az Országgyűlés Egységügyi Bizottsága 13 igen szavazattal 10 nem ellenében támogatta **Molnár Lajos** kinevezését az **egészségügyi miniszteri** posztra, miután meghallgatta a szabad demokrata miniszterjelöltet a Képviselői Irodaház zsűfolásig megtelt termében. A leendő miniszter elmondta: „üvegfalú” minisztériumot szeretne vezetni, ahol miniszterként az állam felelősségét kívánja képviselni. Molnár Lajos a szakmai kamarákkal kapcsolatban elmondta: *kellnek erős érdekképviselések, és e grémiumok véleménye nélkül nem szabad szakmai döntéseket hozni, emellett folyamatos konzultációk szükségesek a minisztérium és a szervezetek között.* A vizit- és receptdíjról nem mondott semmi konkrétumot arra hivatkozva, hogy az egyeztetések még folynak. A fekvőbeteg-ellátó struktúrára térve **Molnár Lajos** megerősítette: *nem akarnak kórházakat eladni, és megjegyezte: venni sem akar senki. A betegellátás minőségi felügyeletét ellátó szervről* – amely nem az egészségpénztár lenne – elmondta: *olyan felügyelet kell, amely rövid úton eljár a betegek érdekében. Minőségvédelmi, fogyasztóvédelmi, biztosítóvédelmi, biztosításfelügyeletet kell létrehozni, amely nem zárja ki a betegjogi képviselők munkáját* – tette hozzá.

Tárgyalás a gyógyszereszekkel

Nem munkáértekezletre, hanem az együttműködési hajlandóságot bemutató egyenként félórás találkozóra hívta az egészségügyi miniszter az egészségügyi szakmák képviselőit. A Magyar Gyógyszerész Kamara képviselőében **Hávelné Szatmári Katalin** elnök, **Horváth Tamás**, **dr. Sohajda Attila** és **dr. Zalai Károly** alelnökök vettek részt a megbeszélésen. A találkozóan a miniszter elmondta: későbbiekben kell megbeszélni azokat a kérdéseket, mit szeretne a politika, mit szeretne a szakma és mit szeretnének a betegek, de a cél a közös pozíció megtalálása kell legyen, ahol senki érdeke nem sérül alapjaiban. Nem most kell kinyitni a vitás témákat, de fel kell venni azt a tárgyalási pozíciót, amelyben van egy nagy közös érdek, a betegérdek, de fel kell ismernünk egymás szempontjait is, és világosan kell látnunk, hogy az egészségügyben is új érdekek jelennek meg. Fontos, hogy legyen egy olyan normális rendszer, amelyben tudja a gyógyszerész, „mi vár rá és mi vár a gyermekére.” De ha valami felett eljár az idő, pl.: az árrés kérdése, azt be kell illeszteni egy új rendszerbe, mert így a sok változtatás között nehéz dolgozni a patikusnak is, de az egészségügyet irányítókknak is. A miniszter szerint nem megállapodások kötégetése a megoldás, hanem egy olyan rendszer kialakítása, amiben tisztán, évekre előre lát mindenki, ehhez indulatmentesen, racionálisan és ami fáj, azt is feltárva kell tárgyalnunk. A Kormány intézkedései a kényszerintézkedések, ha szükségesek, gyorsak, de ha rendszerről, annak változásáról beszélünk, akkor alaposan, és világos gondolatok mentén kell tárgyalnunk.

Hávelné Szatmári Katalin a kamara elnöke hangsúlyozta, hogy a betegek és a gyógyszerészek érdeke legtöbb esetben azonos, ezért a gyógyszerellátó rendszer nagy átalakítására alapvetően nincs szükség. A kamara mint eddig, ezután is partnere a mindenkori Kormánynak. A sikeres együttműködéshez azon-

ban az kell, hogy meglegyenek azok az információs és véleményegyeztetési csatornák, amelyek eddig is működtek. Ezen kívül szükség van elegendő időre az esetleges változások előkészítésére, a kormányzati elképzelések véleményezésére a Magyar Gyógyszerész Kamara és a gyógyszerészek részéről. A kamara elnöke az eddigi hagyományoknak megfelelően meghívta a minisztert egy elkövetkező elnökségi ülésre. A miniszter elfoglaltságát figyelembe véve a meghívást egy későbbi időpontra elfogadta. *dr. Zalai Károly*

Változik a kórházak teljesítmény-ellenőrzése, a lakossági gyógyszerkiadások

Július 1-től megszűnik a kórházak teljesítmény volumen korlátja (eddig egy-egy kórház várható teljesítményéből 98%-ot finanszírozott az OEP), helyette az országos tisztifőorvos vezetésével új ellenőrzési szerepet kap az ÁNTSZ. A tisztifőorvosi szolgálat a törvényben meghatározott minimálfeltételeket fogják ellenőrizni a kórházakban – jelentette be az egészségügyi miniszter. **Molnár Lajos** a kormánysszövítői tájékoztatón elmondta: várhatóan 300-400 gyógyszer ára csökken, ám az idén várhatóan a lakossági terhek az összes megatogatott gyógyszer figyelembe véve 2%-kal emelkednek, vagyis az éves 500 millárd forintnyi gyógyszerköltség ennyivel lesz magasabb.

Egyetlen orvosi vizsgálat sem tarthat 5 percnél kevesebb ideig a jövő hónaptól. Ha mégis rövidebb, akkor azt nem fizetik ki az orvosnak. Az Egységügyi Minisztérium így szeretné megszüntetni az 1-2 percgig tartó futószalag-rendeléseket. Július 1-től szigorúan ellenőrzik majd, hogy a betegeket indokoltan fektették-e be a kórházba, mert ezzel is többmilliárd forintot lehet megspórolni. „50 ágyon ne 60 beteg feküdjön, nem lesz pótlógyazás” – mondta **Molnár Lajos**, egészségügyi miniszter. Júliustól átlagosan 2-2,5%-kal emelik a gyógyszerárakat, de legalább 200 gyógyszer ára csökkenni fog, mert átalakítják a gyógyszerárak támogatási rendszerét is. Majdnem a duplájára, 12500 forintra növelik a közgyógyellátottak havi gyógyszerkeretét, hogy így tegyék igazságosabbá a betegellátást. A súlyos krónikus betegek kórházi ápolására naponta 900 forinttal költ többet júliustól a kormány. A szív- és agyvérzéses betegek, és a légzőszervi betegségben szenvedő gyerekek rehabilitációjára naponta 2000 forinttal jut több. A Fidesz szerint a kormány intézkedései miatt több kórház is csődbe mehet, és számításaik szerint akár 15 ezer egészségügyi dolgozó is munkanélkülivé válhat.

NAPI GAZDASÁG | RTL

Leváltások, kinevezések

Lampé Zsoltot, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár volt főigazgatóját nevezte ki miniszteri biztosnak az Országos Gyógyintézeti Központhoz (OGYK) az egészségügyi miniszter. **Molnár Lajos** kedden váltotta le a Szabolcs utcai intézet főigazgatóját **Vályi-Nagy Istvánt**, és helyére Práda Istvánt, az OGYK Kardiológiai Centrumának vezetőjét nevezte ki. A döntés hátterében az áll, hogy a központ körül az utóbbi időben folyamatosan váltak a botrányok, és az intézet több mint egymillióárd forintos adósságot halmozott fel. Vályi-Nagy ezt a minden kórházat érintő finanszírozási nehézségekkel magyarázta, bár ennek ellentmond, hogy a gazdálkodást alapjában érintő 2003-ban bevezetett változásokra csak két évvel később készítettett intézkedési tervet.

Nagyműtéttel kezd a miniszter

Harmadolják az Egészségügyi Minisztériumot – Megszüntetik az országos intézeteket

Kemény lépésekre számíthat az egészségügyi ágazat a közeljövőben. **Molnár Lajos** nemcsak a minisztérium létszámát harmadolja meg – a 340 fős apparátusból száznak kötnék útilaput a talpára –, de hozzányúl az országos egészségügyi intézetekhez is. A minisztériumi elbocsátások közel húsz nyugdíjkorú köztisztviselőt, ennél több szerződéssel foglalkoztatott orvost érintenek (nekik megvan a főállásuk), ám a többség aktív korú, akiknek a felmondási idő leteltével munkát kell keresniük. Az elbocsátottak egy részének helyére a szabad demokrata miniszter saját emberei kerülnek. Ám az államtitkári posztra sokak által várt közgazdász-egyetemi tanár **Mihályi Péter**, az SZDSZ egészségügyi reformprogramjának összeállítója – információink szerint – **Draskovics Tibor** államreform-bizottságának csapatát erősíti. Az egészségügyi minisztériumi államtitkári poszt várományosa pedig a vereseg-házi misszió orvos igazgatója, a fiatal **Horváth Ágnes**, akinek azonban nincs közigazgatási gyakorlata, köztisztviselői képzettsége. (Mint ismert, a vereseg-házi volt az első irányított betegellátási intézmény az országban, amelynek egy ideig **Matejka Zsuzsanna**, Molnár mostani kabinetfőnöke volt az igazgatója.)

A jelenlegi, elismert szaktudású közigazgatási államtitkár, **Pordán Endre** sorsa is bizonytalan. Valószínűleg azonban megtartaná **Dózsa Csaba** helyettes államtitkár, ám úgy tudjuk, a döntés az ő kezében van. Dózsa hosszú ideig dolgozott az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál, **Matejka Zsuzsanna** főigazgatósága idején lett az OEP szakmai főigazgató-he-

lyettese, érte a dolgát. Ám a másik helyettes államtitkár, **Kapócs Gábor** pozíciója kétséges, vélhetően távoznia kell. Az Országos Gyógyintézeti Központ főigazgatójának felmentése – az intézmény gazdálkodási problémái miatt – még **Rácz Jenő** idejében merült föl, Molnár döntött. Úgy tudjuk, hogy a miniszter tervei között van a tárca felügyelete alatt lévő, tíznél több országos intézetnek az orvostudományi egyetemekhez integrálása. A nemzetközi kapcsolatokkal rendelkező, szervtranszplantációt szervező Hungarotransplant Kht. azonban megszűnne, becsatlakozna a minisztériumba. Csupán az Országos Orvosszakértői Intézet, az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Egységügyi Stratégiai Kutató Intézet önállósága maradna meg. Az önkormányzati kórházak sorsa, vezetőik státusa az önkormányzatok kompetenciája. Az orvostudományi egyetemek felügyelete pedig kettős: eddig az oktatási és az egészségügyi tárca volt az – amúgy autonóm – egyetemek „gazdája”. Információink szerint **Bujdosó László** országos tisztifőorvos és **Kiss József**, az OEP főigazgatója „önmagától” kívánja elhagyni a posztját.

Rácz Jenő most leköszönt egészségügyi miniszter – akit határozottsága és kompromisszumkészsége miatt elfogadtak az ágazat érdek-képviselői szervezetei – politikai alku áldozata lett – állítják a szocialisták. A kormányfő **Magyar Bálint** „elvézése” miatt „áldozta föl” őt és az ágazatot. Ám **Gyurcsány Ferenc** különösebben nem szíveli az SZDSZ által javasolt egészségügyi minisztert, ez nem jó hír az ágazat számára.

VÁLASZTÁSOK UTÁN: EGÉSZSÉGPOLITIKA

Nem volt olyan negyedév az elmúlt tizenöt évben, hogy Magyarországon az egészségügy reformja ne került volna napirendre. A megoldásról eltérnek a vélemények, de a legtöbb szakértő egyetért abban, hogy a piaci mechanizmusok erősítése lenne az üdvözítő megoldás, az orvosok motiváltsága ne a minél több beteg, hanem a minél eredményesebb kezelés felé kellene, hogy vezessen.

Dr. Erdős Attila

Első elmélkedés

A magyar egészségügyről mindenki – a beteg, a főorvos, a nővér és a minisztériumi főosztályvezető is – azt mondja, hogy nincs elég pénz, a rendszer alulfinanszírozott. Hasonló egység érezhető, ha az egészségügy önnön teljesítményét értékeli: a körülményekhez képest kiemelkedő, orvosok, nővérek heroikus munkája és áldozatvállalása teszi lehetővé, hogy az áldatlan állapotok ellenére a mai szinten folyhasson a betegellátás. Abban is egységes a szakma, hogy a megoldásnak kívülről kell jönnie, reformokra van szükség, radikális költségvetési változások kel- lenek (értsd: sokkal több pénz).

Van azonban az egészségügyben egy olyan problémakör, amelyre a további pénzek bevonása semmilyen megoldást nem adna, sőt inkább növelné a bajt. Ennek illusztrálására álljon itt egy példa, hasonló tucat- szám esik meg minden megyei kórházban és egyetemi klinikán, akár hetenként többször is.

A klinikán uralkodó áldatlan állapotok miatt – hosszú és kiszámítha- tatlan várakozási idő, a váróteremben nincs elegendő szék, az ambuláns rendelőben omlik a vakolat – Zs. egy egyetemi docens magánrendelőjébe járt terhesgondozásra. A terhesség utolsó hat hetében nyitott méhszáját diagnosztizálták, de egyéb tekintetben eseménytelenül és problémamen- tesen telt a várandósság. Korábbi kórelőzmények okán császármetszést terveztek, Zs. a jelzett napon jelentkezett a klinikán. Több professzor Zs. császármetszésének napjára tervezett sűrű műtéti programja miatt Zs. műtétjét egy nappal előbbre hozták, és a kórházba vonulás délutánjára ütemezték. Zs. gyakorlatilag az ambulanciáról a műtéti előkészítőbe került, és onnan a műtőbe, ahol körülbelül két órát feküdt dideregve az asztalon, míg kezelőorvosa tudomást szerzett arról, hogy beteg-e a műtőben előkészítve „várja”. A császármetszés után néhány órával az újszülött, fokozódó légzési nehézségek miatt, a gyermekklinika inten- zív osztályára került, hamarosan mesterséges légzésre szorult, és gépen maradt majdnem egy teljes hónapig, tüdőgyulladás diagnózissal. A cse- semő 28 napig tartó intenzív osztályos ápolást követően került haza. A célzott antibiotikumos gyógyszerelést, értékelhető laboreredmény hiányában, a respirátoros (lélegeztetőgépes) kezelés negyedik napján tudták csak elkezdeni. Az anyától kenetet csak a császármetszést követő második napon vettek, és akkor is csak azért, mert az újszülött intenzív osztály vezetője megemlítette az apának, hogy a mintavétel segíthetne hamarabb diagnózishoz jutni. Az apa kifejezett kérésére vették csak le a kenetet az anyától.

A kezelés összköltsége meghaladta a 15 millió forintot. Ugyanazon a héten a nőgyógyászati klinikán 28 csecsemő kapott enyhébb-súlyosabb légúti fertőzést. 40-re nőtt a fertőzöttek száma, mire az intézetvezető elrendelte a szülészoba és a műtő fertőtlenítését. A kórházi tartózkodás mind a 40 esetben jelentősen meghaladta az átlagosat, és természetesen a kezelési költségek is jelentősen növekedtek.

A gyermekklinika újszülött intenzív osztálya betegei java részét a szomszédos női klinikáról kapja, ennek ellenére a két intézet semmi- lyen szervezeti szinten nem kapcsolódik egymáshoz, a mindennapi kap- csolattartás néhány telefonra korlátozódik. Az irodalom szerint nyitott méhszáj esetén a szülés várható időpontja előtt néhány nappal adható antibiotikum, több helyen ennek megfelelően járnak el.

A fentieket olvasva joggal merül fel a kérdés, hogyan fordulhat elő a fenti eset egy olyan egyetemi klinikán, amely a nemzetközi tudományos életben is aktívan részt vesz, medikusokat képez, és feltehetően országo- san is kiemelkedő szakembergárdával dolgozik?

Ha orvost kérdezünk, többnyire csak annyit mond zavartan, hogy nincs minden kétséget kizáró klinikai evidencia a preventív antibiotikus kezelésre, nincs ok-okozati összefüggés a műtőágyon való várakozás és az újszülött tüdőgyulladásá között, az előrehozott műtét és a baba beteg- sége között pedig pláne nincs. Mindent összevetve, ilyen sajnos előfordul nálunk sokkal fejlettebb egészségügyi ellátással bíró országokban is. A kórházi fertőzések kiirtása pedig olyan feladat, amely egyrészt rengeteg pénzbe kerül, másrészt nagyon nehéz, nem csoda, hogy az intézetvezető várt az intézkedések meghozatalával. Ha feltennénk a kérdést, történt-e műhiba, száz orvosból száz azt válaszolná, hogy nem.

Az egészségügy mindennapjait nem ismerő laikus üzletembernek viszont volnának kérdései. Miért nincs elég szék a klinikai váróban? Az intézet eszközparkja és az OEP-től származó havi bevételi forgalma több tízmilliós nagyságrendű, nem létezik, hogy ne lehetne pénzint találni plusz székekre. Mitől fontosabb az egyik tervezett műtét a másiknál? Ha a felvétel napján is lehet császármetszést végezni, akkor miért rendelik be a beteget korábban? Miért kell órákat várni a műtőasztalra? Miért nincs mindennapi és intézményesített munkakapcsolat a perinatális in- tenzív osztály és a szülészoba között? A kérdések sora egy egész oldalon át folytatható lenne.

Az orvosi és a menedzseri hozzáállás között alapvetően az a külön- bség, hogy míg az orvos kvázi elfogadja a fentihez hasonló eseteket, és a fertőzést a ritkán előforduló következmények kategóriájába sorolja, a menedzser a kérdéseken keresztül megpróbálja megtalálni a problé- ma gyökerét, és kiiktatni minden olyan lehetséges okot, amely a fer- tőzéshez vezethetett. Nem feltétlenül van érdeklő, hogy ebben a konkrét esetben mi az az egy dolog, ami a tragédiát okozta - úgyis tudja, hogy a gyógyítás annyira komplex, hogy egy kiváltó okra a legritkább esetben lehet bármit is visszavezetni -, hanem az összes lehetséges tényező, hisz mindegyik szálát el kell varrni ahhoz, hogy a probléma megoldottnak tekinthető legyen.

Az orvosi hozzáállás révén minden esetben újratermelődik a problé- ma, az összes költségével együtt, míg a második esetben folyamatosan kontroll alatt marad, és esély van arra, hogy megszűnjön. Sőt, maga a vizsgálat és annak megoldása felszínre hozhat olyan módszereket és eredményeket is, amelyek az eredeti problémától látszatra távol eső te- rületeken is alkalmazhatók lehetnek.

Második elmélkedés

Az egészségügyi intézetekben a munka többnyire funkciók szerint oszlik meg, tehát a sebész operál, a szemész szemet vizsgál, a patikus gyógy- szert ad ki, a gyermekgyógyász gyermekeket gyógyít. A baj az, hogy a rendszerben nincsenek olyan megbízható mechanizmusok, melyek a különálló egységeket koherens, biztonságos és hatékony egésszé ra- gasztanák össze. A rendszer az esetek java részében koordináltan mű- ködik, néha viszont kevésbé. Ilyenkor egy fél kórházra való szakember improvizál és tüzet olt.

Elmélikedés az egészsé



Az ilyen tűzoltógyakorlatok legfontosabb közös kiváltó oka az, hogy az orvoslás, a gyógyítás folyamatai, a kezelések, diagnosztikus eljárások számos félreérthetőségre és kétértelműségre adnak lehetőséget abban a tekintetben, hogy ki miért felelős, és amiért felelős, azt mikor és hogyan hajtsa végre. Mindez megteremti az „ambiguitás” lehetőségét. Ez a szó kettősséget, kétértelműséget jelent, de az egészségügyi összefüggésekben célszerűbb magyarul „kódolt hibának” nevezni.

A bevezető történetben például kódolt hiba, hogy nincs szervezeti szintű összeköttetés az újszülött osztály és a női klinika között, tehát a betegellátás szempontjából szerves egységet képező két részleg mind- egyike saját szabályai szerint szervezi a munkáját, és a részlegek közötti kommunikáció és együttműködés esetleges és szervezetlen. Olyan ez, mintha egy autógyár motor- és karosszériagyártó részlege nem szinkro- nizálná működését. A karosszériát gyártók csinálják azt, amit akarnak, és úgy, ahogy akarják, függetlenül a motorosoktól. Ezzel nincs is semmi baj, amíg minden rendben van, és minden megfelelően működik. Ab- ban a percben viszont, amikor a motorgyár bármilyen oknál fogva egy kicsit másfajta motort készít, mint korábban, elengedhetetlenné válik a két részleg közötti megfelelő visszajelző rendszerek kiépítése és az együttműködés. Ha ez nincs, a motorosok folyamatosan azt hiszik, hogy jól dolgoznak. Ha a karosszériások megállnak ott, hogy minden motort valahogy beerőltenek a motorházba, és nem jeleznek vissza, hogy vala- mi nem stimmel, akkor állandó elszármunkát végeznek, a végeredmény szempontjából pedig hibás terméket gyártanak.

Márpedig az egészségügyben minden „motor” valahogy más, mint a többi, tehát hatványozottan kellene figyelni arra, hogy az összetartozó részlegek közötti kommunikáció és a visszajelzés megfelelő legyen.

A fenti történet kódolt hibáját valamelyest kompenzálta, hogy az apa, aki látogatta a gyermeket és az anyát is, szintén orvos volt, és a két klinika közötti kommunikáció rajta keresztül felgyorsult. Ha nincs ez a szeren- csés véletlen, a kódolt hiba akár nagyobb tragédiához is vezethetett volna. Ebből a szempontból kár, hogy nem minden apa orvos.

A kódolt hibákra egy másik jellemző példa Mrs. Grant története, ame- lyet az Annals of Internal Medicine hozott napvilágra 2002-ben. Mrs. Grantet koszorúér-tágítással kezelték, a műtétet követően szépen javult, majd hirtelen görcsös állapotba került. Rohantak vele a CT-be trom- bózis után kutatva, és számos laborvizsgálatot is kértek. A CT negatív eredményt mutatott, viszont jelzett a labor, hogy a vércukor-értékek kritikusán alacsonyak. A továbbiakban hiába próbálták a cukorszintet normalizálni, Mrs. Grant kómába esett és meghalt.

Az esetet követő vizsgálat derítette ki, hogy a betegnek a görcsök meg- jelenése előtt arteriális trombózisra utaló tünetei voltak, és a nővér az ennek megfelelő terápiaként heparint adott. A vérlabor-értékek viszont nem utaltak heparin adására. Ezzel szemben a gyógyszeres kocsin talál- tak egy üres inzulinos ampullát, noha Mrs. Grantnek nem volt szüksége inzulinra. A vizsgálat azzal a következtetéssel zárult, hogy a nővér hepa- rin helyett inzulint adott a betegnek, amely drasztikusan csökkentette a vércukorszintet, és ez okozta a halált.

Fenti esetet olvasva egyszerű lenne azt a következtetést levonni, hogy a nővér a felelős a történetkért, és műhiba történt.

Az érvényben lévő utasítások szerint viszont a heparint és az inzulint a gyógyszeres kocsin kellett tartani, sürgősség esetére. A két gyógyszer azonban megtevesztően azonos csomagolású és könnyen összekeverhető, ráadásul közvetlenül egymás mellett is voltak, hiszen a gyógyszerekét ábecérendben csoportosították, a könnyebb fellelhetőség érdekében. A nővér az éjszakai műszak lejártnak vége előtt negyedórával kapta az utasítást, ráadásul számos egyéb ukázzal együtt. A kódolt hibalehető- ségek száma nagyon magas, tragédia is lett belőle.

Hasonló eseteket minden orvos vagy nővér tucatszám tud sorolni saját környezetéből. Ha kiindulási alpnak elfogadjuk az Egyesült Államok ide vonatkozó vizsgálatait, akkor joggal feltételezhetjük, hogy a kódolt hibák- ból származó következmények a kórházi kezelések közel tíz százalékában fordulhatnak elő, amelyek közül minden tizenötödik halállal is végződik. Összehasonlítás végett: ez az arány rosszabb, mint a halálozás esélye egy magas ejetről ejtőernyővel való leugrás esetén. Vagyis a világ egyik fej- lett, ha nem a legfejlettebb egészségügyi ellátású és színvonalú országában, az Egyesült Államokban, ha bekerülök egy kórházba, akkor az életem nagyobb veszélyben van, mintha ejtőernyővel leugranék az Empire State Building tetejéről. Ha összehasonlítjuk, mondjuk, a Boston Memorial kórházat bármelyik magyarországi fekvőbeteg intézménnyel, akkor saját esélyeinket tekintve elég ijesztő következtetéseket vagyunk kénytelenek levonni. Ha az ilyen esetek számát csak a felére lehetne csökkenteni, ak- kor az egészségügyre fordított pénzekből igen-igen sok szabadulna fel és jutna másra – a megmentett életokról nem is beszélve.

Hogy mekkora pénzekről beszélünk, tehát az egészségügyre fordí- tott források milyen magas hányadát teszik ki a kódolt hibából száma- zó költségek, arról a szakirodalomban pontos becsléseket találunk. Az ilyen hibák megszüntetését célzó projektekről és ezek eredményeiről az egyik legszínvonalasabb üzleti lap, a Harvard Business Review köz- lölt egy összefoglaló elemzést (2005/9.) Ezek közül a következő talán a legtanulságosabb.

Egy pittsburghi kórház centrális vénás katéterezést követő súlyos fer- tőzések halálozási mutatói elérték a negyven százalékot, és esetenként 25-80 ezer dolláros költséggel jártak. Természetesen a kórház minden, a procedúrához köthető útmutatót, protokollt messzemenően betartott, és ennek ellenére volt ilyen magas az érték. Hosszszú időbe teltett, míg a szakemberek rájöttek, hogy az irányelvek, útmutatók szükségszerűen általánosítanak, és nem veszik figyelembe a beteg, az osztály, a kezelőor- vosok, a nővérek jellemző, egyedi sajátosságait és munkarendjét. Ennek megfelelően átnézték az összes szóba jöhető paramétert, amely a fertő- zésekre hatással lehet, mérni kezdték a paraméterek változtatásainak hatásait, és meghozták azokat az intézkedéseket, amelyeket a következ- tetéseik alapján megalapozottnak gondoltak. Mindezek eredményeké- ppen alig egy év alatt a fertőzések aránya 87 százalékkal (!) csökkent, és a kórháznak évente több millió dolláros megtakarítást hozott.

A korábbi protokollokhoz képest a megváltoztatott folyamatok látszó- lag csak igen minimális mértékben tértek el, és első olvasatra bizonyára sokan megütköznek azon, hogy ilyen aprónak tűnő lépésekkel a fenti eredményt el lehetett érni, és még többen fogják azt mondani, hogy ez nonszensz. Pedig nem az. Többek között a következő módosításokkal éltek:

- Ha lehet, nem használták katéterezésre a láb-vénákat, mert a fertőzés veszélye nagyobb;
- Megváltoztatták a fertőtlenítéshez használt deszficienst;
- Átlátszó kötéssel fedték a beavatkozás helyét, hogy mihamarabb észre- vegyék az induló fertőzést, anélkül, hogy a kötéshez hozzáérnének;

- Fokozottan ügyeltek a kézmosásra;
- A nővérek mindennap kötelezően rákérdeztek az orvosnál, hogy át- helyezhetik-e a katétert alacsonyabb fertőzési kockázatú helyre;
- Minden egyes fertőzést azonnal jelenteni kellett a kórház igazgatójának, és kivétel nélkül mindegyiket részletesen ki kellett vizsgálni.

Mindenfajta egészségügyi reform nélkül számottevően javult a be- tegellátás, és drasztikusan csökkentek a költségek. Sőt. Milyen egé- szségügyi reform lenne képes ilyen rövid idő alatt olyan folyamatokat elindítani, amelyek a betegek életét közvetlenül és ilyen mértékben a jó irányba tudnák befolyásolni? Egyik sem. A reform minden bizonnyal pluszforrásokat is bevonna, aminek nagy részéből olyan gépeket és be- rendezéseket vásárolnának iszonyú áron, amelyekre pontosan azért van szükség, mert az ambiguitásból származó következményeket nem kezelik megfelelően. A korábban említett csecsemő intenzív osztály pl. új inkubátorokat, lélegeztetőgépeket, a női klinika pedig a legmoder- nebb műtéti eljárásokat lehetővé tevő berendezéseket „kapna”, noha a két klinika közötti megfelelő kooperáció könnyen feleslegessé tehetné a mostani műszerpark akár felét is.

Komoly veszélynek gondolom, hogy amennyiben a fentiekhez hason- ló problémákat nem kezelik még a reformok előtt, törvényszerűen még nagyobb gondokkal szembesülnek majd éveken belül. A még több esz- köz, a még pontosabb módszerek mind-mind az egészségügy további specializálódását vonják maguk után, miközben nem a szakosodásra, hanem az integrálásra és koordinálásra lenne inkább szükség.

Az integrálás és koordináció az üzleti élet, a vállalatvezetés alfája és ómegája, a metodikák jól ismertek és bizonyítottak. Használni kellene ezeket az alapvető menedzseri ismereteket, amelyek az egészségügyön kívüli világban már tökéletesen működnek. El kellene fogadni azt is, hogy az orvoslás olyan szakma, amelyhez nem ad elegendő felkészült- séget az orvosegyetem, és nem elegendő a betegségeket és a betegeket az adott szakterületen belül kiválóan kezelni. A betegellátás igényli az olyan szakembereket, akik nemcsak az adott betegséggel kapcsolatos tudományos eredményeket tudják ismertetni, hanem átlátják a szerve- zeti felépítésből származó korlátokat, tisztában vannak a teljesítmények mérésének jelentőségével, és a betegben nemcsak a betegséget látják, ha- nem egy olyan alakit, akinek szintén van méltósága, szintén drága az ideje, és szintén igényli a tájékoztatást. Szükség van arra, hogy belássák, nemcsak a nagy és kívülről jövő drasztikus lépések vezethetnek kézzel- fogható eredményekhez, hanem a sok kis változás hatása együttesen felér a legnagyobb reforméval.

Harmadik elmélkedés

Az üzleti életnek van legalább három olyan területe, amelynek megfelelő működése elengedhetetlen a sikerhez, viszont a magyar egészségügyben ezek elterjedtsége - udvariassen szólva - meglehetősen alacsony.

A három terület:

- 1.) a humán erőforrás menedzsment;
- 2.) a vevő elégedettségének kiszolgálása;
- 3.) a mérőszámok alkalmazása.

Humán Erőforrás Menedzsment (HR)

Peter Drucker, a modern menedzsment tudományának megalapítója és mind ez idáig talán legmeghatározóbb egyénisége már évtizedekkel ezelőtt azon a véleményen volt, hogy egy szervezet legnagyobb értéke az ott dolgozó munkatársakban keresendő. Ezért minden vezetőnek tö- rekednie kell arra, hogy a legtehetségesebb személyek számára attraktív legyen a munkahely, hisz a tehetséges emberek viszik előre a céget, ez jelenti az igazi versenyelőnyt. A cég sikere érdekében a munkatársakat motiválni kell (és a pénz messze nem az egyetlen motivációs eszköz), a nem megfelelő embereket el kell bocsátani, szükség van közösségi szel- lemre, szükség van a teljesítmény objektív mérésére satöbbi.

Az általam ismert gyakorlat szerint viszonylag biztonsággal kijelent- hető, hogy a magyar egészségügyben valós HR-munka nem folyik. A vezetők kiválasztása publikációs lista és személyes kapcsolatok alapján történik, komoly alkalmassági vizsgálatok, külsős fejevadás vagy veze- tési tanácsadók bevonása a folyamatba gyakorlatilag elképzelhetetlen. Rejtély, hogy ez miért van így, hisz ezen a területen a változtatások be- vezetése szintén nem igényel sem egészségügyi reformot, sem jelentős pénzösszegeket.

Hogy mennyi múlhat a vezetőn, okulásul álljon itt Bill Bratton esete. Ő az a bizonyos rendőrfőnök, aki a bűnözésben fuldokló New Yorkból néhány év alatt élhető és lakható metropolist formált, jelenleg Los An- gelesben teszi ugyanezt. ►►

TÉMATALLOZÓ: ÉLET ÉS IRODALOM

egügyről



►►► Az összes eredmény és siker külső reformok és jelentős pluszforrások bevonása nélkül született.Módszereinek egyik legszemléletesebb példáját még a New York-i metró rendőrfőnökeként mutatta föl. Akkoriban a metrón a komolyabb bűncselekmények aránya már nem volt kiemelkedően magas, így a metró biztonságaért közvetlen felelős rendőrztiszek úgy hitték, hogy munkájukat kiválóan végzik, hisz eredményességi mutatóik utcai kollegáikénál sokkal jobbak voltak. Az utasokat azonban az agresszív koldusok, a tömegben eltűnő zsebtolvajok tömege, az általános közbiztonság érzetének teljes hiánya zavarta leginkább, a metró életének ezt az oldalát viszont a felelős tisztek nem ismerték, hisz szolgálati gépkocsival jártak. Bratton nem tett semmi mást, mint utasításba adta, hogy munkába mindenkinek a metróval kell utaznia. Innentől kezdve minden tiszt a saját bőrén érezte az áldatlan állapotokat, és közvetlen visszajelzést is kapott az intézkedések hatékonyságáról. A módszer kiválóan működött, és a metró rekordidő alatt vált biztonságos közlekedési eszközzé. Nem volt se reform, se törvénymódosítás, se tökeinjekció, mindössze megfelelő ember került a feladatra.

Vevői elégedettség kiszolgálása

Bratton New York-i metrós történetét használva analógiaként, érdemes eljátszani a gondolattal, mi történne, ha a főorvosok hétköznapi betegként jelentkeznének saját osztályukon. Az osztályos rutineljáráások melyik pontja lenne az a pillanat, amely „kivágná a biztosítékot”, és a professzor úr elgondolkozna a változások szükségességén. Az orvosok, ha maguk kerülnek betegként a rendszerbe, teljesen más bánásmódban részesülnek, teljesen másként kezelik őket, mint egy utcáról bejövő, hétköznapi beteget. Természetesen nem arról van szó, hogy neki más gyógyszerzt írnanak fel a kollégák, vagy esetleg másképp operálnak meg a vakbelét. Hanem arról, hogy ők is „szolgálati gépkocsival” járnak, tehát sok olyan hétköznapi problémától vannak már csak a kollegialitás okán is megkímélve, mint a szükségtelen várakozás, a sokágyas kórtermekben való fkvés és hasonlók.

Talán a gond is ott kezdődik, hogy az orvosok legtöbbjbe nem tekintí a betegeket ügyfélnek. Valamilyen oknál fogva úgy gondolják, hogy a beteg a rendszer tárgya, relative passzív szereplője, akinek, azon felül, hogy szeretne meggyógyulni, semmiféle egyéb igénye nem lehet. Nem érdeklí, ha az ideje jó részét várakozással tölti, szívesen mászkál pizzamában saját infúzióját vagy katéterét tartva közös folyosókon, örül, ha mindenfajta információ nélkül küldik egyik vizsgálatról a másikra, és megtisztelve érzi magát, ha kórtermében nyári hőségben állig betakarva órákat várhat a professzori vizitre.

Minden kórház munkarendje és a munkakörnyezet a nővérek, orvosok igényei szerint van kialakítva, és a betegek irányítása ennek megfelelően történik. Nem ismerek olyan állami kórházat, ahol mindez fordítva történt volna, ahol a munkarendet úgy alakították ki, hogy először megnézték, mi jó a betegnek, majd ehhez adaptálták volna a munkarendet. Apróságnak tűnik, és biztosan nem ez az a terület, amelyet az elsők között kell megváltoztatni, de példának minden bizonnyal szemléletes. Járt már valaki olyan kórházi büfében, ahol a betegeket soron kívül szolgálják ki az egészségügyi személyzettel szemben? Vagy a kórházi felvétel. Először ide kell menni, majd oda, később le a harmadik helyre, majd fel a negyedikre. Ha jól átgondoljuk, mindent meg lehetne szervezni egy helyre is, de még senki sem vette a fáradságot, hogy a folyamatot a beteg szemszögéből átgondolja. A magyar egészségügy egyik alapfeltételezése valószínűleg az is, hogy a gyógyuláshoz nincs szükség alváásra. A legtöbb helyen ugyanis az osztályos nővérek reggel hat órakor váltanak műszakot, aminek következtében az éjszakás nővérek a gyógyszereléssel, a betegek mosdatásával, a vérnyomásmérésekkel négy óra-fél öt körül kezdik a napot, felébresztve ezzel mindenkit.

Egy átlagos állami kórházban minden azt sugallja, hogy a beteg a másodrendű, a fontosabb szereplők maguk a kórház alkalmazottai.

Bill Bratton egyebek között azt is vallja, hogy a kis dolgokból lesznek a nagy dolgok, tehát ahhoz, hogy egy városban csökkenjen a gyilkosságok száma, az is szükséges, hogy a falfirkálókat megbüntessék, és a nagyvárosok forgalmas külvárosi kereszteződéseiben az autósok életét megkeserítő ablakmosókat eltüntessék az utcákról. Hasonlóan, ha egy kórház egy jelentéktelennek tűnő területen átgondolja, miként lehetne a betegeket ténylegesen az előtérbe helyezni, valószínűleg olyan változásokat indítana el mindenütt, amelyek jótékonyan hatnak a betegellátás megítélésére és eredményeire is.

Mérőszámok használata

Ha egy termelési mérnök valamilyen csoda folytán bekerülne egy kórház felelős vezetésébe azzal a megbízatással, hogy optimalizálja a betegek kivizsgálásának menetét, és javítsa a részlegek közötti kooperációt, az első napokban folyamatosan azt hinné, hogy vagy elszabotálják a munkáját, vagy viccelnek vele. Ugyanis nincsenek hiteles adatok. Természetesen azt tudni fogja, hogy hány vizsgálatot végeztek el az ultrahangkészüléken, de azt már nem, hogy közben hányan vártak a folyosókon, milyen hosszú egy-egy vizsgálat, és általában mennyi időt várnak a betegek a műtőasztalon feleslegesen stb. Miért is lennének ilyen adatok? Tisztelet a kivételnek, de az ambulanciákon látható állapotokat ismerve nem látszik valószínűnek, hogy a kórház java embert és energiát investált volna az állapotfelmérésbe.

Ha netalán valós költségadatokra lenne szükség, akkor még nagyobb a baj. Feltehetőleg a kórház összköltségének és összbevételének a számai stimmelnek, de az ennél részletesebb lebontásban már nem szabad megbízni. A kórházi információs rendszerek körülbelül pontos adatokkal tudnak szolgálni arról, hogy a betegnek szükséges gyógyszerek, kötszerek és egyéb fogyóeszközök mennyibe kerülnek, viszont az egészségügyi költségek legnagyobb hányadát kitevő fix költségek tevékenységekre, betegségekre vagy betegekre való lebontása szinte biztosan hamis adatokat mutat, ha egyáltalán kinyerhetőek ezek az adatok. Viszont ilyen adatok nélkül normális gyógyító intézmény nem működhetne.

Zárszó

A fenti elmélkedések a mai magyar egészségügy egy bizonyos szemüvegen keresztül vizsgálataának eredményei. Sajnos határozottan azt kell gondoljam, hogy a jelenlegi működési és szervezeti formák megtartása mellett felesleges pazarlás az egészségügybe komoly összegeket fektetni. Jelentős szemléletváltásra lenne ahhoz szükség, hogy bármilyen léptékű reform egyáltalán végrehajtható legyen, és a betegellátás javulását is eredményezze. Kifejezetten félek attól, hogy ha a reformok makro-ökónómiai szinten maradnak, és a „hétköznapi működés” feltételeit és szabályzórendszereit nem érintik, egy lépéssel sem kerülünk előre.

A többség elégedetlen az egészségüggyel

A magyar lakosság többsége szerint szükség van az egészségügy reformjára, bár kevés információjuk van a konkrét lépésekről – derült ki a Marketing Centrum felméréséből. A megkérdezettek többsége a különböző költségvetési területek közül az egészségügyre költené messze a legtöbb pénzt; több mint másfélszer annyit, mint amit – feltételezése szerint – a jelenlegi költségvetés fordít rá, és kétharmaduk szerint nem lehet tovább halogatni az átfogó reformokat ezen a területen. A válaszadók 68%-a számít változásokra az egészségügy területén a következő négy évben. Az átalakítás irányával kapcsolatban már megoszlanak a vélemények: a megkérdezettek 36%-a javulásra, míg 32%-uk romlásra számít a területen – olvasható a Marketing Centrum közleményében. Az egy vagy több-biztosító kérdésében az emberek 45%-a egyetért azzal, hogy az ellátás színvonala csak akkor fog javulni, ha több, egymással versengő biztosító közül lehet majd választani, 33%-uk van az ellenkező véleményen. Ugyanakkor a megkérdezettek 22%-a nem tudott állást foglalni a kérdésben, amiből kitetszik, hogy a lakosság-nak kevés információ van a birtokában a tervezett átalakításokról. Ehhez az arányhoz hozzátartozik az is, hogy a közelmúltban nem hangzottak el negatív vélemények a több-biztosítás rendszer ellen.

A pártszimpátiát vizsgálva a több-biztosítás rendszerrel kapcsolatban a kormánypárti szavazók körében többségben vannak azok, akik „igennel voksolnak,„ míg a Fidesz hívei 41-41%-ban értenek egyet, illetve ellenzik az egynél több biztosítót. A megkérdezettek több mint kétharmada azt gondolja, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszer elavult és pazarló, ezért nem lehet tovább halogatni az átfogó reformokat. A kormánypártiak valamivel többen gondolják ezt, mint az ellenzékiek, de körükben is többen vannak a reformpártiak. A Fidesz hívei közül többen értettek egyet azzal, hogy az egészségügyi ellátás ma Magyarországon alapvetően jó, csak több pénz kellene fordítani a területre, mint a kormánypártiak közül. A felmérésből kiderült az is, hogy a lakosság 68%-a szerint sok orvos azért ellenzi az ágazatban tervezett reformokat, mert érdekelt a hálapénz fenntartásában. A kormánypártok hívei ezzel az állítással is inkább egyetértenek, mint a legnagyobb ellenzéki párt szavazói.

Az elvek szintjén a többség egyetért a reformokkal, de mint az előző kutatásokból kiderült, amint konkrét, „zsebre menő” intézkedésekről van szó, azokat a közvélemény többsége elutasítja. A vizitdíj bevezetését és a gyógyszerár-támogatás csökkentését a megkérdezettek fele akkor is elutasítja, ha azok egy előremutató reform kereteiben valósulnának meg.

A Marketing Centrum júniusban készült felmérése keretében 1.340 ország-szerte véletlenszerűen kiválasztott felnőtt válaszolt a kérdésekre. (MTI)

Egészségügyi reform

Az eddig megismert reformintézkedések erősebb központosítással, szigorúbb szabályozással és több kötöttséggel kívánják elérni a célokat. Valójában egyetlen – igaz, alapvető – változtatást kellene megvalósítani. Tisztázni kellene, hogy az egészségbiztosítási díjért milyen ellátások milyen színvonalon járnak, majd megoldani az ellátórendszer finanszírozását közgazdasági alapokon. Az ellátásokért a biztosítónak meg kell fizetnie a valós értéket, pontosabban egy elméleti, jól szervezett, hatékonyan működő "mintaintézményben" felvetődő valódi költségeket a közvetlen ráfordításoktól az épület- és eszköзамortizáción át a tisztas, tőkearányos nyereséig. Ez alapfeltétele a tőkebevonásnak. A finanszírozásnak versenysemlegesnek kell lennie. Ha egy szolgáltató rendelkezik az ellátás elvégzéséhez szükséges feltételrendszerrel (épület, szakorvos, eszköz stb.), és vállalja az elszámolás adminisztratív és ellenőrzési rendszerét, akkor nem tagadható meg tőle a szolgáltatási szerződés megkötése.

Ha kizárjuk a rendszerből a keresztfinanszírozást, és a valós szolgáltatások valós ellenértékét fizetjük meg, akkor ez valódi versenyhelyzetet teremt, és az igénybevevők döntik el, melyik szolgáltató látja el legjobban feladatát. Ha az igénybevevők elégedettek vele, akkor miért is kellene még bármilyen hatósági, központi szabályozás? A jól felépített finanszírozási rendszer létrehozza a jól működő ellátórendszert, kényszeríti a szereplőket a fejlődésre, a célok elérésére.

Moravecz László, Debrecen

Brutális, de tény

– csökkenteni kell az egészségügyi kiadásokat, különben összeomlik az egész

Az egészségügyi kiadások erőteljes növekedése az 1990-2004 közötti időszakban veszélybe sodorta az ipari országokban az egészségügyi biztosítási rendszer finanszírozhatóságát – állapította meg a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) tanulmányában. Az összes egészségügyi kiadás **Finnországot** kivéve valamennyi OECD-tagországban a bruttó hazai termék növekedési ütemét meghaladta. Az OECD átlagában e kiadások a GDP 8,9%-át tették ki. Az élen az **USA**, **Svájc** és **Németország** állt a GDP 15,3, 11,6 és 10,6%-ának megfelelő egészségügyi kiadással. Az OECD átlaga alatt állt egyebek között **Magyarország** (8,3%) **Olaszország** (8,4%) **Nagy Británia** (8,3%), **Spanyolország** (8,1%-kal). Alacsony a GDP-hez viszonyított kiadások aránya **Szlovákiában** (5,9%), **Írországbán** (7,1%), **Lengyelországban** (6,5%) vagy **Csehországban** (7,3%). A legtöbb OECD tagországban többnyire a költségvetés finanszírozza az adóbevételekből (átlagban 73%-ban) az egészségügyet, de a jelentés megjegyzi, hogy ez az arány több közép-európai ország, így **Lengyelország**, **Magyarország** vagy **Csehország** esetében csökken, mivel ezekben az országokban az arány korábban is magas volt. Ott viszont (**USA**, **Svájc** vagy **Dél-Korea**), ahol ez az arány alacsony volt, a költségvetési finanszírozási hányad növekvőben van. Az **USA**-ban például az adott időszakban ez az arány 40%-ról 45%-ra növekedett

Az OECD tanulmányának végkövetkeztetése az, hogy ha nem csökkentik az országok az egészségügyre fordított kiadásokat, akkor a jelenlegi biztosítási rendszerek működőképessége csak abban az esetben tartható fenn, ha emelik az adókat, vagy a költségvetés más kiadásait csökkentik, vagy pedig növelik az emberek hozzájárulását az egészségügy finanszírozásához. (MTI)



Játék a reformokkal: beszéd helyett tetteket

A reform, ha arról sokat beszélnek, de soha nem léptetik életbe, többet árthat, mint használ. Ha várható valamely reform - mondjuk a nyugdij, az egészségügyi ellátás vagy a munkanélküli- segélyezés szabályainak átalakítása -, akkor ez az érintettek körében aggodalmat vált ki. Válaszul visszafogják a fogyasztást, fokozzák a megtakarításokat, mert arra számítanak, hogy a korábban ingyenes vagy kedvezményes árú szolgáltatások drágulnak.

Mivel azonban Európában a reformokról általában csak beszélnek, a tőlük várható kedvező hatások nem következnek be. Az emberek akkor dolgoznak keményebben, ha biztosak abban, hogy az adók ténylegesen csökkennek, a pénzügyi piacokon pedig a kedvező hatások csak a közkiadások csökkentésének elfogadása után jelentkeznek. Közben azonban - amíg a politikusok csak vitatkoznak és semmit sem tesznek - a fogyasztói bizalom esik, romlik a gazdaság teljesítménye, a reformok életbeléptetéséhez szükséges egyetértés pedig szertefoszlik. Az üres beszéd pedig nem áll meg, csakúgy, mint a fogyasztói bizakodás csökkenése.

Eme ördögi kör kialakulására jó példával szolgál a német gyakorlat. A bőkezű szociális rendszer átalakítását célzó reformok tervei immár tíz éve uralják az ottani lapok címcimoldalait. Néhány bátortalan intézkedést ugyan életbe léptettek, a németek körében tapasztalt általános vélekedést mindazonáltal a Die Welt által két hónapja végeztetett felmérés tükrözi a legjobban: a megkérdezettek 47%-a válaszolta, hogy a fogyasztásának visszafogását tervezi a nyugdíjrendszer és az egészségügyi ellátás reformjának bizonytalanságai miatt. Ezek a körülmények vezetnek a fogyasztói bizakodás meredek eséséhez: Németországban az ennek mérésére használt index 2000 novemberében szerény pozitív értéket mutatott, azóta azonban -20 körüli értékre állt be, ami az euróövezetben a legnagyobb csökkenés.

Az utcán a pesszimizmus uralodik. A magánfogyasztás növekedése (állandó árakon számolva) két éven keresztül negatív volt: 2002-ben -1, 2003-ban pedig -0,5%. A végeredmény pedig az, hogy a háztartások megtakarítása - ahelyett, hogy esett volna - éppen emelkedett. A nyomott fogyasztás és a megtakarítások növekedése minden korcsoportot érintett, az idősebbek azonban jóval hajlamosabbak voltak az irányzat követésére, mint a viszonylag fiatalabbak. Kedvező jelek csak a legfiatalabbak, azaz

a korai húszas éveikben járók körében észlelhetők, ők ugyanis reménykednek abban, hogy a reformokat idővel mégis jóváhagyják, és a terhek csökkenni fognak. A reformok miatt aggódo harmincasok körében ugyanakkor a megtakarítási ráták emelkedése volt megfigyelhető.

A fogyasztásnak az idősebbek körében megfigyelhető erőteljesebb visszafogása egyáltalán nem meglepő. A nyugdíjba vonulással ugyanis valamennyi lehetőségükből kifutottak: nem tudnak többet dolgozni, és nem tudnak részt venni az egészségügyi magánbiztosítások rendszerében, mert a fizetendő járulékok az ő korosztályukban már fölöttébb magasak. Emiatt csak a megtakarításokra tudnak támaszkodni, így gyakorlatilag felhagynak a fogyasztással. Ha mindezt a lakosság gyors előregedésének összképébe helyezzük, akkor az irányzatnak az össz-fogyasztásra kifejtett hatása tényleg drámaivá válik.

Erdekes módon Franciaország az egyetlen az euróövezetben, ahol a fogyasztói bizakodás növekedett (az egy évvel korábbi -24-ről a mai -13-ra). Az ok egyszerű, a 2006-os választási esedékesség közeledtével a reformokat egyszerűen levették a politika napirendről. Ha egy kormányban nincs meg az akarat egy reformprogram elfogadására, akkor a leghelyesebb az, ha ilyenről egyáltalán nem is beszél. A fogyasztói bizakodás gyatra szintje miatt Németországban most szemlátomást szintén ez folyik.

Az európai gazdaság 2004-ben 1,8% körüli, lanyha ütemben növekedett, az OECD pedig a korábbi 2,5%-ról 1,9-re szállította le a 2005-re vonatkozó előrejelzését. Az ok az euró emelkedése és a növekedés jó-szerével egyetlen hajtóerejét jelentő export hanyatlása. A közöltségesség e tekintetben azt tartja, hogy a gyorsabb európai növekedéshez a belső kereslet élénkülésére lenne szükség. Ez azonban nem következik be mindaddig, amíg a politikusok csak beszélnek a reformokról, de semmit sem tesznek azok megvalósításáért. A valóság ennél is rosszabb, mert a politikusok valójában csak a pesszimizmust terjesztik.

Európa előtt két út áll. Elfelejtethi a reformokat, és élvezheti a következő négy-öt évtizedet, amíg az egy főre jutó jövedelmek a Chilében kimutatott szintre esnek, vagy mélyrehatóan megváltoztatja a társadalmi modelljét, és az USA-éhoz hasonló növekedési pályára áll. Beszélni és semmit sem tenni - ami Európa jelenlegi tértlenségi modelljének lényegét adja - a lehető legrosszabb kurzus.

» Alberto Alesina és Francesco Giavazzi | Gravint Sajtófigyelő «

„REFORM” KÉP

Az új kormány egészségügyi programja nem más, mint az a csomag, amelyet a 21 lépés folytatásaként tavaly őszre ígérték. Bár a kormányfő és az új miniszter is teljes átalakításról beszél, csakúgy, mint a 21 lépésnél, könnyen elmaradhatnak a várt hatások.

Bár tény, hogy a 21 lépés programban voltak jelentős értékű kezdeményezések, ezek hatása azonban nem volt rendszert rengető. Amikor Gyurcsány Ferenc 2004-ben megalakította kormányát, elhalasztotta az egészségügyi reformot, arra hivatkozva, hogy kisebb, de határozott lépésekkel kell a rendszerhez hozzányúlni, hiszen a „gyógyítás nem szünetelhet az átalakítás miatt”. Ehhez képest a választások után a koalíciós partnerek radikális változásokról beszélnek, ám a kormányprogramot olvasva radikalizmust nagytítóval sem találni. Ráadásul az új programban számos, a 21 lépésből maradt intézkedés is szerepel – sőt olyan is, amit már megtettek tavaly. Semmi újdonságot nem jelent az onkológiai és szív-és érrendszeri szűrővizsgálatok mindenki számára elérhetővé tétele. Ezt ugyan az elmúlt 16 évben szinte valamennyi egészségügyi miniszter a zászlajára tűzte, jelentős előrelépés azonban csak tavaly történt, igaz, az érintettek 60%-a még mindig nem jár ellenőrző vizsgálatokra – a távolmaradók aránya négy-öt évvel ezelőtt még 80%-os volt. Bár a programban nincs benne, de szintén a népegészségügyet szolgálhatja, hogy szeptembertől szigorúbban ellenőrzik a háziorvosokat, illetve azt, hogy a doktorok elvégzik-e két-három évente a kötelező vizsgálatokat.

Radikálisan eltérő modellek a világban

Szinte nincs két olyan ország a világban, amelynek ugyanolyan lenne az egészségügyi rendszere, értve ezalatt annak finanszírozási, illetve szolgáltatási oldalát vagy akár a nemzetgazdasághoz viszonyított méretét. Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere mind egy főre vetítve, mind pedig abszolút értelemben a legnagyobbak közé tartozik a világon. Az országban erre a szektorra megy el a GDP csaknem 15%-a, fejenként közel 5000 dollár. Az amerikai egészségügyi rendszer jóval kevésbé centralizált, mint az európai országoké, a kiadások finanszírozása különböző egészségbiztosítókon keresztül történik, ami az esetek többségében a munkáltatói hozzájáruláson alapul. Ha valaki kiesik a biztosításból, akkor vagy a szegények részére fenntartott állami biztosítást (Medicare, illetve Medicaid) kap, vagy pedig saját zsebből finanszírozza a felmerülő költségeket. A rendszerrel szemben felmerülő fő kritika épp az, hogy több mint 45 millió embernek, azaz a lakosság 15%-ának semmilyen biztosítása nincs. Az amerikai rendszer ellenpontjaként lehet értelmezni a brit megoldást, itt ugyanis szinte teljesen állami finanszírozásban működik az egészségügy, viszont a világ többi vezető gazdaságához viszonyítva meglepően keveset költenek a szektorra. Az egy főre jutó kiadások alig egyharmadát érik el az USA-ban regisztráltak. A briteknek mindössze 10%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással, amelyet többek között a gyógyszerfelírásokr és a fogásznál fizetendő költségek fedezésére használnak. A brithez hasonló vegyes rendszer működik Franciaországban is, de itt jóval nagyobb jelentősége van a kiegészítő biztosításoknak, a lakosság 90%-a rendelkezik is vele, amit az is indokol, hogy a kötelező biztosítás nem fedezi a költségek negyedét.

Ellátási zavarok lehetnek az egészségügyben

„Súlyos ellátási gondokat okozhat az egészségügy területén, hogy június 30-án lejár az úgynevezett színlelt szerződések alkalmazásának határideje” – mondta a Magyar Kórházszövetség elnöke az MTI-nek.
Elsősorban vidéken, ahol most is orvoshiány van, sérülhet a betegellátás, hiszen lesznek olyan orvosok, akik nem hajlandók magukat „vizsgaminősített” közalkalmazotti bérbé – tette hozzá Golub Iván. Az egészségügyben a területi ellátás, illetve az, hogy heti hatvan óra a munkaidő, kényszerítette rá a kórházakat arra, hogy egyéb foglalkoztatási formákat (vállalkozóként, közreműködőként) használva alkalmazzák az orvosokat, hiszen a közalkalmazottai munkaviszonnyal a gyógyítás megoldhatatlan volna – hangsúlyozta a kórházszövetség elnöke. Vannak vidéki kórházak, ahol 30-35%-os a szakemberhiány, különösen a intenzív terápiás, a radiológiai, a traumatológiai és a pszichiátriai területen, ahol most, a jogszabályváltás következtében, még rosszabb lehet a helyzet. Golub Iván elmondása szerint konkrétan nincs a kórházszövetségnek adata arról, hogy hány orvos dolgozik/dolgozott színlelt szerződéssel. Felhívta a figyelmet arra is, hogy amennyiben az orvost ismét közalkalmazotti bérért foglalkoztatja a jövőben egy adott intézmény, akkor azért, hogy ne legyen az orvosnak jelentős jövedelemvesztése, az intézményeknek mintegy másfélszeresébe kerül, hogy az orvos bérét „felhúzza” az eddigi „vállalkozói” bére szintjére. Ezt a bérnövekedést az intézmények költségvetésükből nem tudják kigazdálkodni – közölte Golub Iván. *„Ha a dolgozók nem akarnak majd szerződést módosítani, akkor ellátatlan területek maradnak, ahol komoly működési zavar lesz”, ami ellátatlan a beteggel szemben – hangsúlyozta. A kórházszövetség már korábban jelezte a problémákat a miniszterelnöknek, aki továbbította a felvetéseket a munkaügyi, az egészségügyi és a pénzügyminiszternek, akikről választ nem kaptak.* (Privatbankar.hu)

** A Magyar Könyvelők Országos Egyesületét megkereste több orvos, arra hivatkozással, hogy területükön téves jogértelmezés kezd kialakulni a színlelt szerződések kapcsán, amely megbízásuk elvesztését okozhatja, ezzel a kórházak működési színvonalát is jelentősen befolyásolhatja. Az APEH illetékes vezetői már jelezték, hogy a fenti kérdés további elemzést igényel. Ezzel kapcsolatban szeretnénk a széles közvéleményt tájékoztatni, hogy további elemzés és az adott eset minden körülményének vizsgálata mellett az égvilágon semmi akadály sem lehet annak, hogy az orvos, aki a Bt. belfelügye simán szerződhet a betéti társaságán keresztül. A lehetőség ugyanis nyitva áll, hiszen azok az orvosok, akiknek a tevékenysége eddig sem és a jövőben sem lesz munkaviszonyú minősíthető, nem szenvedhetnek téves jogértelmezésből fakadó felmondásoktól, vagy hasonló intézkedésektől! Bizunk abban, hogy az MKOE utóbbi, a jogszabály szövege (2003. évi LXXXIV. Törvény 7.§. (2) c)) alapján lényegében tényként megállapítható véleményét nem lehet figyelmen kívül hagyni.*

Budapest, 2006. június 29. | Ruszin Zsolt MKOE – Fővárosi szervezet Megbízott elnök | Lengyel Tibor MKOE – Elnök | Kiadó: Magyar Könyvelők Országos Egyesülete

Konkrétumok nélkül

– valami csak lesz a kormányprogramból –

Szakemberek szerint a prevenció első lépésben mindig nagyobb kiadást is jelent, hiszen a szűrővizsgálatok számával egyenes arányban emelkedik a kiszűrt betegek száma, akik kezelése újabb terheket jelent. Egyes számítások szerint az is okozhatta a gyógyszerkassza tavalyi igen nagy hiányát, hogy viszonylag hirtelen több beteg jelent meg a rendszerben. A kormányprogram hosszú távú megállapodást ígér a gyógyszergyártókkal, továbbá a generikus program folytatását és a támogatott medicinák iránti indokolatlanul magas kereslet fékezését vetíti előre. Azt egyelőre az érintettek sem tudják, hogy mindez miként is néz majd ki a valóságban. Szóba került a receptdíj, az OTC-készítmények forgalmazásának liberalizálása is. Feltehetően csökken majd a támogatott készítmények száma és várhatóan nagy lesz a készlettel arra, hogy minél több generikus szer kerüljön a fix támogatási rendszerbe. A 21 lépés alapján még az idén, a kormányprogram szerint már jövőre, ám várhatóan csak a ciklus végére lesz meg az integrált adó- és járuléknylvántartási rendszer, amelynek alapján a szolgáltató ellenőrizheti a beteg jogosultságát az ellátásra. Ehhez ugyanis nemcsak az OEP és az adóhivatal rendszerét kell harmonizálni, de kell vezetni az EU-konform egészségbiztosítási kártyát is – a szolgáltatóknak

pedig olyan informatikai háttérrel kell rendelkezniük, amely képes ezen adatokat lehívni. Az uniós egészségbiztosítási kártyát 2008-ra ígérték be, amelyre egyébként kötelezettséget vállalt a kormány.

A program szerint az intézményi struktúrát és a kapacitást a valódi igényekhez alakítanák, vagyis feltehetően csökken az aktív és emelkedik a krónikus ágyak száma, az újraelosztást pedig a régiókra bíznák. Szakemberek szerint ahhoz, hogy a szociális vagy krónikus okokból aktív ágyon fekvő betegek valóban a megfelelő helyre kerüljenek, valódi szociális hálót kellene szőni, ami viszont nem megoldható egyszerű ágytologatással. Egyebek között az olyan intézményeknek, mint az otthoni ápolás, nem csak papíron kellene létezniük – idén ugyanis gyakorlatilag nem volt erre keret. Ráadásul a krónikus ellátás finanszírozását is át kellene alakítani. Alapvetően a finanszírozási rendszer megváltoztatásáról nem esik szó a programban. Arról viszont igen, hogy 2007-től az egészségügyi közintézmények gazdálkodási és pénzügyi szabályait közelítenék a versenyszféráéhoz. Mivel a program kidolgozásában sokat súgtak a szlovák egészségügyi reform szakemberei, könnyen meglehet, hogy ez hasonlót jelenteni majd, mint északi szomszédunknál, vagyis kórház is mehet csödbe, akkor is, ha állami vagy önkormányzati tulajdonban van.

A magántőke bevonását is hangsúlyozza a program. Ezen a téren jelentős előrelépések történhetnek, hiszen a befektetők ugrásra készen állnak. Ehhez azonban megfelelő jogszabályi háttér szükséges. Abban pedig, úgy tűnik, az új kormány és a magánbefektetők is egyetértenek, hogy az ellátórendszernek a versenyszférában van a helye, ahol végre a betegekért és nem kapacitásért versengenének a szolgáltatók. Szakemberek szerint – csakúgy, mint eddig – a jövőben is elsősorban projektspecifikusak maradhatnak a befektetők, és a pluszpénzek elsősorban az orvostechnikai, infrastrukturális fejlesztéseket érinthetik, de az is megtörténhet, hogy likviditási gondokkal küzdő egészségügyi szervezetekbe fektet be a magántőke. A rendszerváltás óta százmilliárdos nagyságrendű beruházás történt magántőkeből az egészségügybe, és ha a körülmények kedvezően alakulnak, 2007–2013 között további 200 milliárd forint érkezhethet.

MB.NAPI GAZDASÁG



Párhuzamok: Bokros és Gyurcsány csomag

A jelentős eltérések mellett párhuzam is található az 1995-ös Bokros „megszorító intézkedése” és a mostani 2006-ás „Új egyensúly program” között. Ettől függetlenül az eltérések szembetűnők a 11 évvel ezelőttihez viszonyítva. Bokros Lajos pénzügyminiszter akkor nem pusztán a költségvetési deficit mértékét, hanem emellett az államháztartási újraelosztás terjedelmét, annak szerkezetét, az állami intézmények működési módját, végül annak konkrét finanszírozási módját tartotta megreformálandóknak. Bokros akkor úgy gondolta, hogy „az utolsó lehetőséget” ragadja meg az államháztartási reformra, és az ország katasztrofális pénzügyi helyzetében félelme nem is volt alaptalan. Szomorú tanulság, hogy a reformlendület Bokros utáni megtörésével még mindig hasonló problémákkal kell szembesülnünk, mint 11 évvel ezelőtt.

Persze sok minden változott a sokak számára még mindig szitokszóként használt Bokros-csomag 1995. március 12-i elfogadása óta. Az ország akkor a fizetéseképtelenség szélén táncolt, a drasztikus szigorításokat követelő Nemzetközi Valutaalappal nem sikerült tető alá hozni a megállapodást – ma a devizatarifalékok szintje magas, a külső adósságfinanszírozás – legalábbis a legutóbbi időkig – rendkívül kedvezményes feltételekkel t örténik. Akkor egy versenyképtelen, a keleti piacvesztéstől, alkalmazkodási kényszersztől, csödőktől, korábbi visszaeséstől sújtott gazdasággal mentünk bele a sokkterápiába, most, az Európai Unió tagjaként exportunk jól teljesít, a GDP stabilan bővül, a külföldi befektetések és a privatizáció révén sikeresen integrálódtunk a nemzetközi vérkeringésbe. Akkor a tökémozgások korlátozottak voltak, a merev árfolyamrendszer felülértékelte tette a forintot, a mesterségesen leszorított kamatszint pedig csökkentette a megtakarításokat, míg most alapvetően a piac határozza meg az árfolyamokat, az inflációs célt követő jegybank pedig örködik az árstabilitás fenntartása felett.

A szembetűnő eltérések mellett azért akadnak hasonlóságok is a kiinduló helyzetben

Ilyen például az ijesztő ikerdeficit, amely biztos jele annak, hogy beavatkozásra van szükség. 1994-ben az államháztartási hiány meghaladta a GDP 8%-át, a folyó fizetési mérlegé pedig elérte a 10%-ot. Bár azóta történtek változások a statisztikai módszertanban, ezek a számok ma is hasonló nagyságrendűek, igaz, fordított arányban. Párhuzam fedezhető fel például abban is, hogy az akkori és jelenlegi kormányok is igen vonakodva engedték érvényesülni a világpiaci energiaárakat a belföldi gazdaságban. És általában véve: a politika már akkor is gyakran próbálta elhitetni

a polgárokkal, hogy tovább nyújtózkodhatunk annál a bizonyos takarónál.

Ami a kiigazító intézkedéseket illeti, azoknál ugyancsak több az eltérés, de azért ott is megfigyelhetők párhuzamok. Az utóbbira lehet példa a rászorultsági elv alkalmazása bizonyos szociális transzfereknel, mondván: „ne támogassa az állam a tehetősebbeket”. Bokros 170 milliárd forintos csomagjában azonban ennek inkább szimbolikus – bár tabudöntőgető – jelentősége volt (emlékezzünk csak a most ismét fellelegített tandíjra), az egyensúly helyreállításában döntően más eszközök játszottak szerepet. Ilyen az infláció megugrásával a reálberek drasztikus zuhanása (erre nagyságrendekkel szerényebb mértékben azért most is lehet számítani), a külső egyensúlyt javító lépések (egyszeri leértékelés, vámpótlék, csúszó leértékelés) és a privatizáció csúcsra járatása, amelynek rekordbevételeiből csökkenthető volt az államadósság (igaz, utólag néhány tranzakció elkapkodottnak tűnt). Ez utóbbi lépésekre értelemszerűen már nincs lehetőség, ezért az Új egyensúly 1350 milliárd forintos programja más területekre koncentrált. Ezek főként a közigazgatás karcsúsítása nyomán fellépő megtakarításokon túl az adóbevételek növelését, az energiaátmozgatás leépítését jelentik. Ami pedig az intézkedések várható sorsát illeti: bár az Alkotmánybíróság jó eséllyel most is talál majd kifogást rajtuk, Bokros idejében a kifogások a lakosságot érintő ügyekben történtek, míg most az üzleti szféra látszik nyeronék némely esetben.

Az azonnali stabilizációs lépések mellett

illik megemlíteni, hogy Bokros Lajos indította útjára a nyugdíjreformot (egyébként mást is tervezett), amely gyakorlatilag mindmáig az egyetlen valóban lényegi átalakítás az államháztartás szerkezetében. A mostani kormány ugyancsak ígér hasonló léptékű terveket az egészségügy, a közigazgatás és az oktatás terén, ezek kidolgozottságában, megalapozottságában, egyáltalán a szándék valódiságában azonban sokan kételkednek. Azt ugyanakkor egyelőre nem tudni, hogy vonható-e majd párhuzama népszerűtlen intézkedéseket levezénylő pénzügyminiszterek sorsában. Bokros Lajosnak egy év után távoznia kellett hivatalából, kérdés, hogy Veres Jánosnak hasonló jövőt szánnak-e dolga végeztével. Egy viszont már most biztos: a két ember történelmi szerepét és szakmai hitelességét illetően nehéz lenne bármilyen hasonlóságot is felfedezni.

(INDEX NYOMÁN)

** A most bejelentett intézkedéssor valóban nagy megszorító csomag, amelyre az elmúlt tíz év mozdulatlansága után szükség volt, de még mindig kevés – mondta a*

Nap-keltében Bokros Lajos. Az intézkedések mögötti egységes koncepciót hiányolja a volt pénzügyminiszter. A Híradó.hu-n megjelent összefoglaló szerint a közgazdász igazat adott azoknak a kritikáknak, amelyek szerint a Gyurcsány-program elsősorban a bevételeket növeli, nem pedig a kiadásokat csökkenti. Szerinte is több kiadáscsökkentő intézkedésre van szükség, de nem a bevételnövelő lépések megkurtításával, hanem azok mellett. Példaként ismét a 13. havi nyugdíjat említette, amit szerinte el kell felejteni, és az így felszabaduló pénzt az egészségbiztosításba kell tenni. A felsőoktatási intézmények közül néhányat be kell zárni, az oktatásra adott támogatásokat pedig radikálisan meg kell nyesni. Bokros hangsúlyozta azt is, hogy a fűnyíróelv alkalmazása semmiképp nem lehet megoldás, mert „a fű mindig visszánő”, átgondoltabb reformokra van szükség.

Egységes adókulcs

Az adómódosításokról szólva úgy vélte, hogy azok mögül is leginkább az egységes koncepció, az átgondoltság hiányzik. Szerinte nem elsősorban a mértéken kell változtatni, mert ez inkább a feketegazdaság irányába hat, az adózók bázisának szélesítése és a kedvezmények eltörlése sokkal többet hozhatna a konyhára. Egy egységes, 20%-os adókulcsot a professzor célravezetőbbnek tartana, a bankokra kivetett adót viszont teljesen feleslegesnek látja, szerinte ugyanis inkább a kamattámogatásokat kellene eltörlőlni, ami kiszámíthatóbbá és átláthatóbbá tenné az adórendszer zert a gazdasági szféra és az állampolgár számára is. Az áfa 15-ről 20%-ra emelését a közgazdász helyesen mondta, bár szerinte erre már korábban, decemberben sort kellett volna keríteni, az egészségbiztosítási járulék megemelésének azonban szerinte csak akkor lenne igazán értelme, ha ez már rögtön alapjává válhatna egy több-biztosítós rendszernek.

A legnagyobb veszély a hitelesség elvesztése

Arra a kérdésre, hogy az általa sürgetett radikális lépéseknek nincs-e nagyon súlyos politikai kockázata, Bokros azt mondta, a legnagyobb veszély nem a szigorúság, hanem a hitelesség elvesztése, amit a mostani kormánynak a választás előtti „tájékoztatlanságával” már sikerült is elérnie. A CEU tanára szerint az őszinteség jobbat tenne az országnak, a versenyképességnek. Mint 11 éve, most el kellene ismerni, hogy nem fogjuk tudni megőrizni a bérek, nyugdíjak reálértékét, az egyetlen terhelhető „jövedelemforrás” pedig a lakosság maradt, itt viszont nagyon figyelni kell arra, ebben a körben kis terhelünk jobban – hangsúlyozta a volt pénzügyminiszter.

SAJTÓFIGYELÉS

Dr. Szabó Zsolt nyilatkozata a Hír TV-nek

► **a 3. oldal folytatása**

■ **R: Milyen kiutat látnak önök, egyáltalán a Minisztériumból akad-e potens ember, aki meghallgatja Önöket?**

Sz.Zs.: Nem. Ez a legszomorúbb. És ezt szeretnénk volna elérni ezzel a petíciókkal, hogy végre valaki figyelembe vegyen minket. Itt, az elmúlt években, mondhatnám évtizedekben, attól függetlenül, hogy jobb vagy bal oldali kormány volt hatalmon, sajnos nem találtunk meghallgatásra. Nagyon érdekes az, hogy olyan minisztereink is voltak, akik előtte az Orvosi Kamarának vezetői voltak és tökéletesen látták és tudták az egészségügy problémáit. Amikor odakerültek abba a pozícióba, hirtelen elfelejtették ezt. Pontosan ez a baj, hogy nem hallgatnak meg, és ezért állítottuk össze ezt a 10 pontos petíciót is, mert az háborított fel, hogy úgy kezelték az ügyet, mint néhány veszprémi pénzéhes orvosnak a tiltakozása, hogy több pénzt szeretnénk keresni. Akik ezt mondják és ezt állítják, nem tudják azt, hogy egy főorvos, egy egyetemi tanár szilveszterkor, karácsonykor távol a családjától éjjel 12 és 3 között 1500 forintos bruttó órábért operál és menti meg az emberi életeket.

■ **R: Egyébként ügyelet ügyben meddig késik még az Európai Uniós állásfoglalás vagy annak az átvétele, amelyik előírná ezt a kormánynak, aztán pontum.**

Sz.Zs.: Ez az egyik legcinikusabb álláspont, amivel itt találkozhatunk Magyarországon. Azt hiszem Önök is tudják és többször is hírt adtak arról, hogy Magyarországra kötelezőek az Uniós direktívák. Volt több orvos-per is ennek kapcsán, ami egyértelműen, sőt a Legfelsőbb Bíróság is, kerek perec kimondja, hogy az orvosnak a kórházban bent töltött ügyeleti ideje, az teljes munkaidő.

■ **R: Rádásul mintha félre is tettek volna erre 20 vagy 30 milliórd forintot az Egészségügyi Minisztériumban.**

Sz.Zs.: Ilyen jellegű híreket mi mindig hallunk, hogy félre tesznek és majd lesz. De mikor már 15 éve ígérik mindég, hogy majd lesz, egyszer betelik a pohár, és egyszer azt szeretnénk látni, hogy már van, nem majd lesz. És az a baj, hogy ezek a pénzek - amiket nekünk ígérgetnek - ezeket sohasem kapjuk meg és ez nincs ráfordítva az egészségügyre. És az a cinikus álláspontnak a teteje, hogy azt mondják, hogy kérem, Önök dolgozzanak csak többet, sokkal többet mint amit az Unió normák írnak, majd pereljenek be minket. –Meg fogják nyerni biztos – de addig kénytelenek ilyen sokat dolgozni. Hát ebben szeretnénk mi módosítani, hogy betartsjuk az Unió normákat. Pereljenek majd be a kórházak minket, azért, hogy betartsuk az európai törvényeket.

■ **R: Hát a megoldás az még ezek szerint messze van, addig is a „színllett szerződés” – kel való operáció talán az egyetlen megoldás...**

Sz.Zs.: Köszönjük a lehetőséget, hogy itt egyáltalán hangot adhattunk a petícióknak.

HÍR TV. 2006.JULIUS 13.

A Magyar Traumatológus Társaság állásfoglalása a sürgősségi baleseti ellátást veszélyeztető jogi és finanszírozási „vészhelyzetről”

A magyar traumatológiai hálózat a sürgősségi betegellátás felét végzi és országos hálózata lefedi az ország teljes területét, a progresszív betegellátás elveinek megfelelően is szervezett. A magyar traumatológia magas színvonalát szakszerű, primer, sokszor ügyeleti időben végzett végleges műtéti ellátás biztosítja, ami csak jelentős túlmunkával volt folyamatosan fenntartható. Az ügyeleti ellátás jelentős terhet rótt a rendszerre és a közalkalmazotti keretek között az alacsony ügyeleti díjak miatt a rendszer fenntartása egyre nehezebb lett és összeomlással fenyegetett.

A folyamatos magas szintű ellátás biztosítása és az ügyeleti szolgálat, túlmunka megszervezése érdekében finanszírozási gondokkal küszködő vagy a tönkremenetel előtt álló intézmények (klinikák, kórházak) a vállalkozási formát kínálták fel az orvosoknak, amelynek jogi feltételét a 84/2003-as törvény alapozta meg.

A túlmunkát vállaló orvosok – szabad pihenőidejük feláldozásával – társas vagy egyéni vállalkozásokat hoztak létre **kényszerűségből**. Minden vállalkozó ellenőrizhető módon adóbevallást nyújtott be, viselte az adóterheket, befizette a helyi iparüzési adót, finanszírozta a könyvelési költséget, stb. A közalkalmazotti munkaviszony mellett végzett vállalkozási tevékenység esetén a közalkalmazotti munkabér, adó és tb. járulék terheit is viselték az orvosok. Cserébe a vállalkozások bevétele terhére bizonyos költségeket leírhattak: könyvek, kongresszusi részvétel, szakkönyv, számítógép, benzinköltség, stb. E kényszervállalkozásokat és a munkáltatókat a kormányzat a „színllett szerződés” minősítés lehetőségével fenyegette meg annak összes lehetséges következményével.

A fenyegetés hatására, az APEH-vizsgálatoktól való félelem miatt a munkáltatók sorra felmondták a vállalkozói szerződéseket, beleértve a szabadfoglalkozású orvos munkavégzési formát is. Ezzel a vállalkozások ellehetetlenülnek.

Az orvosok és egészségügyi dolgozók – a magyar társadalomban egyedülállóan – túlmunka kötelesek!

A 40 órás munkahét felett 8 óra túlmunka kötelező, 12 óra vállalható. A baleseti sebészek és az orvostársadalom jelentős része) ennél jelentősebb mértékű túlmunkát vállaltak vállalkozási formában, önmagukat is kizsákmányolva és családjuktól elvonva a szabadidőt. (A traumatológusok átlagosnál gyakoribb halála a stresszes szakmai tevékenység mellett a túlmunkának is betudható.)

Az európai uniós munkaidőkeret, a magyar jogszabályok figyelembevételével az ügyeleti ellátás, a jelentős túlmunka végzése a munkáltatók és a munkavállaló orvosok közös megegyezésével vállalkozói formában átmenetileg megoldottnak tűnt, amit a **kényszervállalkozások színllett szerződéssé minősítése felborított és veszélyezteti a sürgősségi baleseti ellátást.**

A sürgősségi balesetsebészeti ellátást művelő orvosokra az Európai Unióban és a világ más országaiban is jelentős kereslet van tízszeres jövedelemért. Elindult a folyamat, a jól képzett, kiváló szakmai jártassággal rendelkező traumatológusok külföldön találnak jól jövedelmező állásokat, ahol nincsenek anyagi, ellátási gondok, ahol a legkorszerűbb gépeket, műszereket és eszközöket rutinszerűen használhatják.

A baleseti sebészek szinte valamennyi intézményben, a nyári hónapokra a kedvezőtlen helyzetben is vállalták a törvényileg kötelező feletti jelentős számú ügyeletet a traumatológiai ellátás folyamatoságának biztosítása a betegek és sérültek érdekében, amíg megnyugtató döntés születik a kérdésben. Többségük viszont szeptember 1-től csak a törvényileg kötelező 8 óra túlmunkát vállalja, ami

az ügyeleti szolgálat töredékének megszervezésére elegendő, a hónap második felében nem lesz ügyeletes. Műszakosított munkavégzéshez pedig többszörös létszám szükséges. A fentiek alapján a Magyar Traumatológus Társaság vezetősége az alábbiakat követeli és érdemi választ vár 2006. augusztus 15-ig:

1. Ágazatspecifikus átfogó megoldást tartunk szükségesnek a sürgősségi traumatológiai ellátás vonatkozásában az európai munkaidő-direktívák és törvények figyelembevételével. A jogi szabályozás legyen pontos és egyértelmű, hogy mikor, milyen feltételek teljesítése mellett lehet különböző jogviszonyt létrehozni.

2. A traumatológiai sürgősségi ellátás finanszírozásának felülvizsgálatát, a sürgősségi **HBSCS pontértékek jelentős megemelését** kérjük, mert a jelenlegi nem fedezi a ráfordításokat.

3. Követeljük a teljesítmény volumen korlát eltörlését, mert az betegellenes és tönkreteszi a traumatológiai ellátást.

4. A kormányzat dolgozzon ki a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó és ügyeleti tevékenységet végző orvosok számára olyan formákat (amelyek az Európai Unió számos országában beváltak), hogy **a továbbképzések, tanulmányutak, kongresszusi részvételek, vagy szakkönyv-vásárlás** költségként elszámolható legyen.

5. A baleseti sebészeti sürgősségi ellátással szemben tanúsított magas társadalmi elvárás, a jelentős fizikailag és szellemileg megterhelő túlmunka és ügyeleti tevékenység miatt **250%-os béremelést** követelünk.

6. Kérjük az Unió munkaugyi és munkaidő direktívák, valamint a Legfelsőbb Bíróság ítélete alapján az ügyeleti idő teljes munkaidőnek történő elismerését.

7. Kérjük, hogy a kormányzat kiemelten foglalkozzon **a sürgősségi betegellátás** legnagyobb terhért, szükség esetén a katasztrófhelyzetet is önfeláldozóan, a lehetőségeinek hátárán túl is megoldó **traumatológiai hálózat** fejlesztésével, koncepciózus és strukturális átalakításával.

8. A traumatológiai sürgősségi ellátás koncepciójának kialakításában a traumatológián kívül anaesthesiológiai és intenzív terápiás szakorvosok, idegsebészek, sebészek, radiológusok, stb. szerepe is rendkívül fontos.

9. A Magyar Traumatológus Társaság Vezetősége készen áll arra, hogy a probléma megoldása érdekében tárgyaló küldöttséget állítson fel a Traumatológus Szakmai Kollégiummal együttműködve.

10. A fenti nyilatkozatot a Magyar Traumatológus Társaság Vezetősége **alapos megfontolás után, egyhangú egyetértéssel** fogalmazta meg **a sérültek magas szintű ellátásának megtartása** és folyamatos biztosítása, a szakma megtartása és a szakember-utánpótlás biztosítása érdekében.

11. A Magyar Traumatológus Társaság Vezetősége állásfoglalását a probléma jobb megismerése érdekében a törvényhozók és a társadalom valamennyi szereplőinek figyelmébe ajánlja.

12. Kérjük a Magyar Orvosi Kamara, a Kórházszövetség, a Szakszervezetek, a civil szervezetek, és a leendő sérültek támogatását céljaink elérésében. Az MTT állásfoglalásával egyetértő vagy szimpatizáló szakmák csatlakozását is várjuk. Egyúttal támogatjuk a kérdésben véleményt nyilvánírtó és a Magyar Traumatológus Társaság véleményével egyező eddigi kezdeményezéseket.

A Magyar Traumatológus Társaság nevében:

Prof. Dr. Simonka János Aurél a Magyar Traumatológus Társaság elnöke

A szervezők – dr. Gödény Sándor a debreceni Népegészségügyi Főiskola munkatársaival: Tarr Judit az Európai Minőségügyi Szervezet magyar Nemzeti Bizottsága és ISO fórum kutatóinak, alkalmazottjainak a segítségével – a DE-MIM találgatók hagyományainak megfelelően. egy igen konstruktív, nagyon színvonalas találkozózt szerveztek. A minőségmenedzsment szerepének hangsúlyozása mellett, jelentőségének megfelelően foglalkoztunk a minőség-modellekkel, a kommunikációval, a minőségfejlesztés lehetőségeivel, a protokollal, az indikátorok és a klinikai audit funkcióval. Kiemelten kezeltük a minőségfejlesztés és a megbíztonság harmóniájának szükségességét. Részletesen tárgyaltuk a mozgásszervi betegség ellátásának, a védőnői szolgálattal kapcsolatos elvárásokat. A mortalitási, morbiditási és életminőség mutatók javítását a prioritások közé soroltuk, számítva a szakfelügyeleti rendszer érdemi segítségére. Az említett rendszerezéséhez, lehetőségeink kijelöléséhez dr. Brunner Péternek a szakfelügyeleti rendszer kiépítéséről, dr. Rácz Klárának a módszertanáról és működetéséről, dr. Komáromi Zoltánnak a minőségfejlesztésről szóló referátumai adták meg a segítséget. (Országos Módszertani Központ.)

A minőség – véleményem szerint – az egészségügyi szolgáltatások lelkiismerete. A minőségszemlélet mindig és mindenkor meghatározza a biztonságos ellátásra törekvés. Ezen szemlelben számos beszámoló meghallgatva mondhatom, meghatároztuk a minőségfejlesztés követendő stratégiáját. Sajnálom, hogy szakfőorvos és háziorvos kollégáim közül csak a kevesen voltak jelen. Csak néhányan ismerték fel, hogy a jelen aktualitásainak megvitatásával, az elkövetkező években reánk váró feladatokat fogalmaztuk meg: a gyógyító – megelőző ellátás hatékony, az elvárt színvonalú működés feltételeit, a kapcsolódó jogszabályi környezetet, a minőségi irányelveket. Kijelöltük a megvalósítás folyamatos nyomon követésének módszertanát és eszközeit, a 15/2005./ V.2. // Eüm rendeletnek megfelelően. Az alábbiakban, a számomra különösen impresszionáló előadásokat kívánom összefoglalni, némiképp értékelni.

Beszámoló az egyes előadásokról

Felhívom a figyelmet **Moró Ákos** és munkatársai tapasztalataira, az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetből. Közismert, hogy az Egészségügyi Program a 2003 decemberében elfogadott Magyar Információs Társadalom Stratégia (MITS) részeként létrejött egészségügyi ágazati információs stratégia (MITSesz) megvalósítása. Elkészült az IHM-el lefolytatott konzultációk és a Szakmai Kollégiummal való egyeztetés után, a stratégiát összegző weboldal együttes. Kialakultak a szakmai kapcsolatok más uniós eHealth szerveztekkel és elkészült az eEgészség program szabványok közös adatmodellje, a Szabványok fogalomtára és az adatszerkesztés. Az eszköztár (Protege, OWL) elősegítette a kódterzs rendbetejtelt, lehetőséget teremtett a folyamatos bővítésre. Beindult a Dr. I. szolgáltatás illetve folyó évben fejlesztések után meg is újult. (A 06-40-374636 számon hívható és a www.dr.info.hu weboldalon elérhető 6-22 óra között.) Folyamatban

Debreceni Minőségi Napok Fórum a minőségről

van a betegirányítást támogató II. fázis előkészítése is. Tarr Judit (ISO 9000 fórum ESZÁ), az integrált szemléletű irányítás – auditálásra adott összefoglalást, különös tekintettel a jogi és finanszírozási lehetőségekre. Kiemelte az akkreditációs standardok fontosságát, az ISO 9000-el vagy más TQM eszközökkel lehetséges integrálást, tökéletesítést. Hangsúlyozta, hogy lényeges a folyamat/rendszer szemléletű megközelítés, a dokumentáció ésszerűsítése és az információs kultúra megváltoztatása.

Elvei a következők:

- *Helyesen, azaz a szakma(hivatás) szabályai szerint.*
 - *Hibátlanul a minőségi elvárások szerint*
 - *Hatékonyan, azaz határozottan+hatásosan+hasznosan.*
- Számos újdonsággal szolgált számomra **Csikai Sándorné** beszámolója, az irányítási rendszerek holisztikus megközelítéséről. Az un. „négyes harmónia,” a negatív érzelmek és az időfaktor szerepét hangsúlyozta az egészségmegtartásban, amit indokolt lenne mindig figyelembe vennünk.

Olach Zoltán véleménye az egészségügyi kommunikáció szerepéről a bizalom elnyeréséért, fenntartásáért illetve növeléséért számomra evidens volt. Hasonló tapasztalatokat szereztem évtizedek alatt háziorvosként, azaz fontos a személyiség, a motiváció, a meggyőződési stratégia és mindezek hatásai, (visszajelzései) a beteg elégedettségben. Együtt valljuk, hogy a beteg egyenrangú partner s a közös hangot a viselkedési kultúrával és az „önmarketing” segítségével valósíthatjuk csak meg. (Jante törvényei) Összefoglalta a protokollok eljárásrendjét. Ezt jól kiemésztette az OEP munkacsoportjának a beszámolója az indikátorprogram helyzetéről, hangsúlyozva a szolgáltatásvásárlási szerep megerősítését.

Különösen érdekelték a minőségfejlesztéssel és a megbíztonsággal foglalkozó előadások. Ezért is örültem, a „nagyobb megbíztonság olcsóbb gyógyítással” beszámolóának az EOQMB-BIOS munkacsoporttól. Az orvosi műhibák megelőzése, azaz a „selejtmentes gyógyításra” törekvés teremti meg a megbíztonság növelés feltételeit. A hibák illetve a nem kívánt események számos esetben kiküszöbölhetők a szervezeti rendszer és az emberi tényezők funkcionális kontrolljaival, a rendszeres hibák elkerülésével, és a következetes változtatásokkal.

Dr. Kerekes Csaba a szolnoki MÁV kórházból a gyakran előforduló hibatípusokra hívta fel a figyelmet (Diagnosztikus, terápiás, ellátás rendbeli, módszertani stb.) Utalt az egészségügyi szolgáltatások sajátos helyzetére, arra, hogy más a fogyasztó (beteg), mint a megrendelő. Ugyanakkor a szolgáltatás minőségét a hatóság (feltételrendszer) és a szakmai szervezetek kontrollálják (gyakran távolról). Az egészségpénztár csak a finanszírozás területén végez

ellenőrzést, s gyakran controlling érdekeket szolgálnak az elszámoltatások. Ezekből adódóan az ellátás minősége zömmel a feltételrendszertől illetve az orvosok felkészültségétől és értékrendjétől függ. Természetesen minden szinten előfordulhatnak hiányosságok, amelyeket fokozhatnak az adatkezelési, dokumentációs tévedések, vagy pl.: az un. „Hotel-szolgáltatás” zavarai is. Egyetértek azzal (is), hogy az „orvoslás szabadsága” nem zárja ki, az egyes rész-folyamatok szabályozását figyelembe véve a gazdasági- társadalmi elvárásokat. „Az egészségügyi minőségrendszerek napjainkban még nem garantálják, hazánkban sem az eredményességet (a biztos egészségnyeréséget). A „végtermék ellenőrzés” gyakran szubjektív, az ellátás ellenőrzés inkább mennyiségi szemléletű, a felelősség többnyire elmosott. Elgondolkodtatónak tartja a szerző (és magam is) pl.: a „Sig sigma” rendszer bevezetését, amelyik biztosan csökkenti a hibavalószínűséget. Ez vagy esetleg más rendszernek a hatásossága, csak az alábbi feltételek teljesülése esetén várható el:

- 1.) Az alkalmazott eljárások folyamatos fejlesztését szolgálja
- 2.) Jogi védelmet biztosít.
- 3.) Megnyugtatóan korrekt.
- 4.) Nem bünteti a hibajelentést.
- 5.) Segíti a hiba előfordulás kiküszöbölését
- 6.) Figyelembe veszi a nemzetközi szabályokat is.
- 7.) Minden esetben kommunikatív
- 8.) Folyamatosan felülvizsgáltak a mellékhatások is.
- 9.) Korrekciója biztosítja a minőségmutatók és célok harmóniáját, a megbíztonság javulása mellett.

Az említettekhez szorosan kapcsolódott **dr. Kránitz Katalin** (a Zala Megyei Kórház) megbíztonságának javításáról szóló beszámoló. Összegezte a biztonságot veszélyeztető okokat, melyek a következők:

- a.) Az ellátó rendszerből adódnak
 - b.) Forráshiány / humán-pénzügyi/
 - c.) Szervezetlenség
 - d.) Az infrastruktúra hiányosságai
 - e.) Személyi okok
 - f.) Túlterheltség
 - g.) Az előrelátás hiánya
 - h.) Érdektelenség
 - i.) Együttműködési zavarok
 - j.) Hiányos egészségkultúra
- Számos ellátási zavar oka volt már a betegazonosítási zavar is.Talán mindannyiunk érdeke lenne, ha ezt un. „kritikus pontoknak” fogadnánk el. Sajnos az „emberi tökéletesség” kérdése nem mindig kiküszöbölhető, bár előfordulási mértéke mérsekélhető. Az ellátó rendszer hiányosságai viszont mindig felderíthetők és megoldhatók. Egyetértve a kolléga ajánlásaival, utalok ezekre:

- a.) A panaszok kezelése, a protokollnak megfelelő válaszok adása
- b.) A szervezeten belüli kapcsolattartás javítása.
- c.) A betegség dokumentáció kontrollja
- d.) A nem várt események jelentési rendszerének a kidolgozása.
- e.) „A majdnem esetek” jelentése, értékelése és a következtetés levonása.
- f.) Racionális és mégis empatikus ellátásra törekvés a „humanizálódás” szellemében és gyakorlata szerint.

(Mindezek kiemelten hangsúlyosak a 60 éven felüliek krónikus betegségeinek vonatkozásában.)

Gödény dr. előadása ismertette az epidemiológiát, kiemelte az életminőségi változások fontosságát a hatékony ellátásban. **dr. Zohár Ákos** az ortopédiai ellátási protokollról, **dr. Hodinka László** a kapcsolódó minőségbiztosításról referált. Ezekhez kapcsolódott **dr. Fekete Károlynak** a traumatológiai konzekvenciákról történő beszámolója.

A védőnői szekcióban az ellátási standardok ismertetését, alkamazásuk lehetőségeit számosan gyakorlati eset-bemutatásokkal, betegvezetési tapasztalatokkal igazolták, kiemelve az egészségmegtartás és a minőségfejlesztés szoros korrelációjának a fontosságát.

Végezetül

Nyilvánvalóan számos értékes előadásról nincs lehetőségem számot adni. Valamennyi igen magasra tette a mércét és a minőségfejlesztés elvárásainak megfelelően a lehetőségekre hívta fel a figyelmünket, Ezt annál is inkább fontosnak tartom, mert az „outcome növelése” hazánkban egyes ellátási szinteken nem volt elvárt. A szakfőorvosok kötelessége, hogy segítsék itt is az egységes struktúra kialakítását, a folyamatok optimalizálását, standardizálását. A prevenció és a klinikai ellátás területén háziorvosként az „Euro Diab Care” a „Népegészségügyi program”, a „Beteg-éledegettségi vizsgálatok”, és az IBR és a prevenció programok adnak lehetőségeket. A protokollok az interdiszciplinitásra az ellátási szintek között még mindig gyakran diszharmonikusak. Úgy gondolom, a beteg utak holisztikus megközelítése fogja növelni a színvonal emelkedését, s csökkenti a kiszolgáltatottságot. Mindezek teljesülésétől várhatjuk majd az elégedettség mértékének és minőségének a javulását.

Véleményem szerint egységes minőségi – szakmai - etikai célokkal, irányítási módszerekkel válik a hazai egészségügyi szolgáltatás eredményes, hatékony, és betegbaráttá. Ezekhez a feltételek megteremtése az egészségpolitika kötelessége. Akarjuk, mert szeretnénk, teszünk érte valamennyien, mivel merjük és hiszünk benne. Egységesen, konszenzusban a hivatásunkkal, költséghatékonyan és mégis humanusan. Nem lesz könnyű ezen az úton végig mennünk, de kötelességünk elindulnunk s az első lépéseket rövidesen megtennünk.

» *Dr. Salamon Sándor szakfelügyelő főorvos a Látletel orvosszerkesztője* «

MINŐSÉG

Kitekintés – orvosszerkesztői tallózás a nemzetközi szakirodalomból a praxis tükrében

KÖHÖGÉS ÉS SPONTÁN BORDATÖRÉSEK

Az esetek többségében idősebb korban és gyakran a csontritkulási állapotól függetlenül is lehetnek törések. A Mayo Klinika orvosai kilenc év beteganyagát tekintették át, s ötvennégy betegnél sikerült igazolni a bordatörést, 55 éves átlagéletkor mellett, s 78%-ban hölgyeknél. Valamennyi esetet röntgenvizsgálat igazolta, részletes anamnézis felvétel és státuszrögzítés után. Akut köhögés, azaz három hétnél nem hosszabb idejű jelentkezése ezen tünetnek, a betegek 15%-nál volt. Az orvoscsoport tagjai hirtelen jelentkező mellkasi fájdalmat 35%-ban találtak, a többi esetben lassú, folyamatos kialakulás volt a jellemző. A törések fele laterális, egynegyede pedig anterior vagy posterior lokalizációjú volt és a leggyakrabban az V-IX. bordák törtek el. Az esetek felében, többszörös bordatörést találtak. A hagyományos röntgenfelvétellel csak 58%-ban bizonyult eredményesnek. A többi esetben szükség volt szenzitív célzott felvételekre is. A kollégák kihangsúlyozták, hogy a bordatörés előtt vagy után /három éven belül csontsűrűség mérésen részt vett huszonhat beteg közül kilencnél normális csontsűrűséget találtak. Ugyanakkor tizenkettő beteg osteoporozisban szenvedett. A praxisomban talált két betegem 57, illetve 58 éves volt, normális csontsűrűséggel, kiegyensúlyozott életvitellel. A spontán bordatörésük krónikus köhögés után alakult ki, a VII. illetve a VIII. borda laterális anterior részén, amit már a rutin mellkasröntgen is kimutatott.

A Mayo Klinika orvosainak vizsgálata arra utalt, hogy a köhögés indukálta bordatörések nem is olyan ritkák. Az incidencia azonban nem igazolható a kis esetszám miatt. Nyilvánvalóan utóbbi esetekben sem lehetett rutin a diagnosztikus mellkasröntgen, s célzott anamnezis és a status vizsgálata.

(A Mayo Clin Proc, 2005. jul. – 80:879-82-ben megjelent Allen S. Brett MB dolgozata után.)

Tíz éves beteganyagom retropektív ellenőrzése mellett, két nőbetegnél találtam spontán bordatörést. Itt jegyezném meg, hogy az említett betegeknel és saját eseteimben is, negatív anamnézist és korrekt életvitelt találtunk. Sohasem dohányoztak, szellemi munkát végeztek, stresszmentesen éltek és egészségesen táplálkoztak valamennyien. Idült betegségekben nem szenvedtek, az előírt és javasolt szűrővizsgálatokon minden esetben résztvettek.

♦ ♦ ♦

GYERMEKKORI CONJUNKTIVITISEK HELYI ANTIBIOTIKUM KEZELÉSE

A mindennapi gyakorlatban a háziorvosok a kötőhártya-gyulladásban szenvedő gyerekeknel gyakran antibiotikumokat rendelnek. Brit kutatók a bizonyítottan bakteriális conjunctivitisben szenvedő, szakellátásra utalt betegeknél placebo kezelés mellett is gyógyulást regisztráltak. Az antibiotikumot kapóknál sem voltak jobbák a gyógyulási eredmények. Ezek után joggal tehettk fel a kérdést: – szükségese-e ezen esetekben az antibiotikumok? Az összehasonlító vizsgálatukba 326, hat hónapos-tól 12 évesig terjedő életkorú gyereket vettek be, akiknek a fele véletlen besorolással került az antibiotikumot (chloramphenicol) vagy placebo-t szedő csoportba. A szülők naponta négyszer alkalmazták a szemcseppet, a tünetek megszűnése utáni második napig. Minden cseppentéskor feljegyezték a tünetek súlyosságát, az állapot változást. A családorvosok kenetet vettek a kötőhártyáról az első vizsgálatkor, majd két nap múlva. Ezekből végeztették el a baktérium-tenyésztést és a vírusok PCR kimutatását. A klinikai gyógyulás kritériumainak az alábbiakat tekintették: – a fájdalom | – a szem vörössége | – a váladékozás megszűnése. A vizsgálatokat csak azokban a hónapokban végezték, amikor ritka az allergiás conjunctivitis előfordulása.

A gyermekek 80%-ban azonosítottak kórokozókat. 67%-ban baktériumot, 3%-ban vírust és 10%-ban mind a kettőt. A chloramphenicolnak nem volt szignifikánsan előnyös hatása a klinikai vagy a mikrobiológiai gyógyulásra, illetve a gyógyulásig eltelő un. Medián időre sem. A bakteriális fertőzésekben nem volt az antibiotikumnak gyógyulást növelő igazolható hatása, s conjunctivitis kiújulás is egyformán 4%-os volt a kezelt és a nem kezelt esetekben. A vizsgálatukkal azt igazolták, hogy ez egy hétnél rövidebb ideig tartó kötőhártya gyulladás eseteiben nem indokolt a „rutinszerű antibiotikum alkalmazás”. Amit viszont hiányolok, hogy szó sem esett arról a lehetőségről, hogy a fertőzés átadás kockázata csökkenthető-e megelőző antibiotikum kezeléssel.

(Lancet, 2005. júl 2. – 366:37-43. Bruce Soloway közlése után)

♦ ♦ ♦

DERÉKFÁJDALOM ÉS PSZICHOSZOCIOLÓGIAI HATÁSOK

Holland kutatók véletlen besorolások, kontroll-csoportos vizsgálatot végeztek kevesebb, mint 12 héten át tartó, „nem specifikus eredetű” derékfájdalmú betegnél. A 314 esetben törekedtek a befolyásoló tényezők azonosítására, hatásosságuk értékelésére. Az intervenció csoport tagjaival a családorvosok 20 perces konzultációt folytattak, s ennek során részletesen érdeklődtek a pszichoszociális okokról. Így, a fájdalom lehetséges kiváltó okairól és a kísérő érzésekről, alkalmazkodási zavarokról. Szó volt a munkahelyi, családi és környezeti mikro-makro hatásokról és ezek feldolgozási hatásairól is. (A kontroll-csoport a szokásos kezelésben részesült.) Úgy gondolták, hogy dicséretes a háziorvosok bevonása azzal a megjegyzéssel: „részletesebb, pszichoszociális tényezőket megcélzó beavatkozásoktól sem várhatók értékelhető eredmények”.

(United States and Canada, Arch Intern Med 2005. jul. 11. – 1506-13, Jammaluddin Moloo tanulmánya után)

A saját praxisomban 10 éves követési időszakban tudatosan alkalmazott „beavatkozásokkal” egyértelmű javulásokat tapasztalhattam. Ennek valószínű okaként az empatikus kommunikációt, a folyamatosan működő konfliktusmegoldások közösségi megvalósulását gondolom, tényekkel bizonyíthatom.

♦ ♦ ♦

AZ AKUPUNKTURA ÉS AZ ARTHROZIS TÜNETEI

Egyes tanulmányok szerint az akupunktura előnyös hatású a térdarthrozisban. (J.W.Jan,Ann Intern Med 2005. illetve 2004.) Nevezettek viszont nem vizsgálták a kezelési ciklus után várható prognózist. Az alábbiakban ismertetésre kerülő összefoglalóban német kutatók 294 térdarthrozisban szenvedő beteg vizsgálatáról számoltak be. Véletlen besorolás alapján a hagyományos kínai vagy „minimális akupunkturát” (tűk beszúrása nem akupunkturás pontokon) kaptottak hasonlították össze a várólistára kerültekkel (kontroll-csoport). Az akupunkturát és az un. minimális szakorvosok végezték. A nyolc hét alatt tizenkét alkalommal kaptak kezelést, s mindegyik csoportban megengedett volt a nem szteroid gyul-



ladásgátlók szedése. Mind a hagyományos, mind a „minimális kezelésben” részesültek zöme úgy gondolta, hogy a „hagyományos terápiában” részesült, s hasonló volt a fájdalom csillapító használat.

Nyolc hét után a hagyományosan kezelt kevesebb fájdalomról számoltak be. A „minimális” ellátásban részesültek rövid idejű javulása volt csak hasonló, de statisztikai összehasonlítást nem végeztek ekkor. Később már igen, s 26 és 52 heti kezelés után (statisztikai módszerekkel) már szignifikáns különbséget tudtak kimutatni. A vizsgálatot a német egészségbiztosító is támogatta. Megállapítható volt, hogy a hagyományos kezelés szignifikánsan jobb a térd arthrozisban, de ez a hatás tartósan nem marad fenn a kezelés abbahagyása után. Az un. „minimális” kezelés („színelts akupunktura”) jelentős placebo-hatást gyakorol, de ez szignifikánsan nem is összehasonlítható.

(Lancet, 2005.jul. – 366:136–143 Bruce Solaoy után)

♦ ♦ ♦

A FELESLEGES GYÓGYSZERRENDELÉSEKRŐL, IDŐS KORBAN

Az Amerikai Egyesült Államok veteránkórházaiban végezték a vizsgálatokat az orvosok és a gyógyszerészek 384 idős betegnél (65 év feletti életkorban) akiket a kórházakból bocsátottak el. Részletesen és tételesen értékelték a gyógyszer listákat a standardizált gyógyszer-megfelelőségi index segítségével. A betegek 44%-a kapott legalább egy, 18%-uk legalább kettő felesleges gyógyszert. A rendeléseket leggyakrabban az indikáció hiánya vagy a hatásosság kétségei miatt ítélték feleslegesnek, illetve esetenként az ugyanazon állapotra rendelt polypragmasia alapján. A leggyakrabban felírt felesleges gyógyszerek a következők voltak: – H2-receptor-gátlók, | – hashajtók, a genitourinalis rendszerre ható antikolinerg szerek, | – vas-szulfát, | – triciklusos antidepresszívumok | – kálium.

A többváltozós elemzés eredményei szerint a felesleges gyógyszerek rendelkezéseinek két független kockázati tényezője a több orvos által végzett rendelésekből, illetve a többféle gyógyszerrendelésekből adódott. Világosan összefoglalták az okokat is, amelyek a következők: – a kollégák hajlamosak a gyógyszeres megoldások irányában tévedni | – nem mindig nézik át alaposan a gyógyszer-listákat az ismételt orvos-betegtalálkozások alkalmával | – automatikusan kezelnek, időben és dózisban túlterápiázzák a betegeiket indokolatlan óvatosságból, figyelmetlenségből vagy felkészületlenség miatt.

(Geriatr Soc, 2005. sep. – 1518-23 Allan S, Brett után)

Ez a cikk különösen felkeltette érdeklődésemet, mivel egy igen előregedett praxisban dolgozom, a halmozottan hátrányos helyzetű bodrogközi kistérségben (az átlagéletkor 55 év). Valamennyien tudjuk, hogy a felesleges gyógyszerrendelés költséges, gyakran nem is megfelelő eredményű s potenciálisan veszélyes.

A GYAKORLAT PARADOXONJAI A SZAKIRODALOMBAN LEÍRTAK ALAPJÁN

Számosan foglalkoztak a klinikai tapasztalat és a teljesítmény időnkénti diszharmoniójával. Különösen a Chondry, a Flectcher és a Soumerai kutatásai, tanulmányai voltak meggyőzőek a számomra. Ők a szakirodalom tanulmányozása után fogalmazták meg a véleményüket. Ennek az a lényege, hogy számosaknál nem feltétlenül jár együtt a gyakorlati idővel az alaposabb tudás, a lelkiismeretesség, azaz, a minőségi ellátás. Madeline 1966-tól 2004-ig terjedő, a szakirodalmat összegző dolgozatát használták fel a vizsgálatokhoz. Az irodalmi adatok értékeléséből következtethető megállapítások alapján a következő tapasztalati tényekhez jutottak:

- 1.) 52%-ban teljesítmény-csökkenés és az ellátás minőségének a folyamatos romlása,
 - 2.) 21%-ban egyes paramétereknél rosszabbodás a hosszabb ideje praktizálónál,
 - 3.) 20%-ban nem volt változás,
 - 4.) 3%-ban csak időlegesen észleltek eltérést,
 - 5.) 4%-ban tartós javulás alakult ki.
- A későbbiekben részletezem a változásokat kiváltó okokat, amelyekre gondoltak, itt csak utalok egyes valószínű befolyásoló tényezőkre. Ezek figyelmetlenségből, közömbösségből, a rutinra támaszkodásból, s nem utolsósorban a hivatással szembeni csodálódtságból eredőek. Az egyéni „kielégítettség” sokszor társult hivatásunk devalválódásával, a szakmapolitikai elit gáncsoskodásaival szembeni védtelenséggel, a társadalom

etikátlanságával. Nagyon fontosnak tartom a hasonló dolgozatokat, mert számunkra és betegeink érdekében is felkeltik a figyelmet a minőségromlás okaira és egyúttal morális, szakmai és emberi hiányosságainkra is.

MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS ÉS TELJESÍTMÉNY-ÉRTÉKELÉS

Sokszor az egyes ellátási csoportokban nem optimális a kezelés szakmai, szervezési, munkajogi, finanszírozási vagy kommunikációs zavarok miatt. Ezekből adódóan a követelményeknek való megfelelés is hiányzik, jelentősek az eltérések a protokolloktól. Mindezekből adódóan a színvonal stagnál, a gyógyítás elembertelenedik és idővel deformalizálódik is. A hátrányos helyzetű területeken az említettekhez fokozott mértékben társul az aszocializálódás, az egészségügyi kultúrátlanság, a demoralizálódás. Természetesen nem elhanyagolható indok a kollégák elfáradása, kiégettsége (különösen a túlhajszoltaknál, a szomatikusan és pszichésen megöregedetteknel). Rohamosan „leértéktelenődnek”, ami egyéni tragédiákhoz vezethet (pl. alkoholizmus, gyógyszer-függőség, depresszió, suicid szándék). Orvosi, emberi és társadalmi felelősség hiányában számtalan esetben veszélyeztetik a betegek életét, negligálják hivatásunk presztízst.

Sajnos kevesen foglalkoztak eddig explicit módon a gyakorlat-elmélet, illetve az ellátás asszociációival, paradoxonaival. Voltak adatok a gyakorlati idő hossza és a gyógyítás mutatói közötti összefüggésekről, de nem összerendezetten és evidenciák szerint értékeltén. Az említett szerzők (és mások is) a praxisban eltöltött évek, a megszerzett és alkalmazott gyakorlat, az életkor, a folyamatos képzés iránti elkötelezettség hatásait és következményeit egyaránt összehangoltan vizsgálták. Hangsúlyozták a teljesítmény – minőség harmóniájának a szükségességét és az elérhetőségük lehetőségeit. Az értékeléskor az alábbi követelmények szerint mérték és definiálták:

- 1.) Empirikus, eredményeken alapuló és originális legyen a publikáció,
- 2.) Legyen meg a tudás és az ismeret - mérés folyamatosságának a korrektsége,
- 3.) Az ajánlások és a rugalmas alkalmazkodás összhangba kerüljön,
- 4.) Biztosítva legyenek a minőségi változások hatásai az eredményességben.

Az említettek meglete eseteiben a következő csoportokba sorolták a közleményeket:

- 1.) Tudás és ismeret orientált,
- 2.) Az ajánlott és a megvalósítható standardok szerint besorolhatók,
- 3.) Az alkalmazásokból lesűrhető eredményesség és ennek az un. direkt – indirekt hatásai a gyógyítókra, a betegekre,
- 4.) Az egészségügyi változókkal kimenetekkel kapcsolatos megvalósulások,

Az említettek határozták meg a vizsgálatuk standardjait, ahol érvényesült a praxisban eltöltött idő illetve az orvos életkora és a teljesítmény-minőség összefüggések. Ezeket summázták hat csoportban, amelyek korrekt szakmai – statisztikai értékelésre már alkalmasak voltak. Ismerjük meg ezeket is:

- 1.) A negatív eseteket összefoglaló: Itt valamennyi kimeneteli változó teljesítmény orientált. Statisztikailag igazolt, szignifikánsan követhetők a funkció csökkenések a gyakorlati idő nevedekése ellenére.
- 2.) A részben negatívok: Egyes változóknál észlelték a teljesítmény csökkenést.
- 3.) Változatlan állapotot tükröző csoport.
- 4.) A kevert összefüggésű esetek: A teljesítmény kezdetben nőtt az évek számával egyenes arányban, majd egy un. „csúcstól elérve” rohamosan hanyatlás következett be.
- 5.) A részben pozitív állapotot mutatók: A részben negatív helyzetet mutatók analógiájára.
- 6.) A következetesen pozitív funkciókat mutatók: A következetesen negatívok analógiájára.

EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE

A feltételeknek mindenben 59 közlemény 62 vizsgálata felelt meg és ezek közül 52% egyértelműen teljesítmény csökkenést mutatott. 21%-ban csak az egyes változók eseteiben csökkent az ellátás minősége. 3%-ban volt tapasztalható a teljesítmény emelkedése, majd a csúcserő után a hanyatlás. 21%-ban javulást észleltek, illetve másik 2%-ban változást egyes kimeneteli teljesítményeknél.

Húsz tanulmány vizsgálta a tudás – ismeret elméleti – gyakorlati asszociációit, az evidenciáknak megfelelően. Az ajánlásokat csak 64%-a tartotta be a régebben praktizálóknak. Hét tanulmány foglalkozott a gyakorlat és az egészségügyi indikátorok kölcsönhatásaival. Kiemelték a szerzők egy 439 700 beteget utánkövető vizsgálat eredményeit, ahol 20 kardiológus, 20 belgyógyász és 20 háziorvos követte a szívinfarktus miatt hospitalizáltakat. Valamennyien hosszú gyakorlati idővel és jelentős elméleti, ellátási tapasztalattal rendelkeztek. Minden egyes gyakorlatban eltöltött év 0,5%-al növelte a mortalitását a betegeknek!

KÖVETKEZTETÉSEIK ISMERTETÉSE

Irodalmi áttekintésünk a heterogén tanulmányokról, dolgozatokról meglepő eredményeket hozott. Keresték ennek a lehetséges okait! Számukra is ismert volt, hogy a diagnosztikus – terápiás eszköztár alapjait a képzés során nyelik el az orvosok. Egyeseknél ez azonban nem elég gyakran és alaposan frissítődik fel. A korosodással a kollégák adaptációs képességei is csökkennek és a befogadó-képességük mérséklődik. A korábban elfogadott módszereket nehezebben hagyják el, az újaktól tartósan idegenkednek. (Felmerült bennem, hogy ez talán generációs kérdés is: – az idősebbek kevésbé fogékonyak a bizonyítékokon, minőségbiztosításon alapuló gyógyítás iránt). Mindezek után lehetségesnek gondolják a szerzők, hogy a klinikai tapasztalat és a teljesítmény korfüggő paradoxonja egy un. kohorsz hatás komplexum mutatója, indikátor halmaza. Elképzelhető, hogy a közelmúltban képzetteknel már a hosszabb gyakorlati idő után is kisebb lesz az eltérés, és esetleg idővel meg is fordul?

A felmerült kérdések, s a jövőbeliek egyaránt arra motiválnak bennünket, hogy folytassuk a megfigyeléseinket, vizsgálateinket. Az inverz összefüggések alaposabb értékelésével s a vizsgálateink kiterjesztésével, multifunkcionális elemzésekkel belátható időn belül nőnek az esélyeink ezen „kórforma diagnosztikájában és kezelésében is” A változások és a változtatások indikálásához feltétlenül felhasználandók a folyamatelemzések, a strukturális-, finanszírozási- és képzési átvilágítások. A szerzők és magam is úgy gondolom, hogy valóságos egészségügyi reformot a gyakorlat paradoxonjainak tisztázásai nélkül reménytelen elindítanunk és végrehajtanunk.

Az oldalt összeállította és véleményezte: dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő, szakfelügyelő főorvos

Megalakult a Magyar Szakmai Kamarák Szövetsége

Ma megalakult a Magyar Szakmai Kamarák Szövetsége. A dokumentum ünnepélyes aláírására az Építészek Házában került sor. A Magyar Mérnöki Kamara kezdeményezésére 2002 szeptemberében tizenkét szakmai kamarára képviselői informatív megbeszélést tartottak, egyeztetve a kamarák helyzetét és szerepét a magyar társadalomban és gazdaságban, különös tekintettel a várható európai csatlakozásra.

Miután a tizenkét hivatásrendi kamara különböző jellegű szakmai területeket képvisel, első közelítésben a kívülálló számára úgy tűnt, hogy a műszaki, a jogi, pénzügyi jellegű vagy a humán, illetve biológiai tartalmú feladatokkal foglalkozó szakemberek nehezen tudnak közös célokat megfogalmazni. Ez azonban nem így van. Ezekbe a kamarákba olyan szakemberek tömörülnek, akik munkájuk során szakmai döntéseikért egyéni felelősséget viselnek.

A magyar társadalom viszonylag keveset tud a szakmai kamarákról, amelyek a szabadfoglalkozású személyeket tömörítik. Nem ismeri azt a napi munkát, amit a kamarák a szakmai és etikai követelmények érvényesülése érdekében az egész társadalom javára végeznek. Az európai csatlakozásra való felkészülés során vizsgáltuk, milyen az európai államok gyakorlata (nem egységes az unión belül sem) és a szakmai kamarák milyen módon tudják önkormányzatuk, önállóságuk megőrzésével, tagságuk érdekeinek egyidejű védelmével az európai integráció folyamatait elősegíteni.

A magyar szakmai kamarák sajnos nem rendelkeznek olyan nagy hagyománnyal, tapasztalattal és erővel, mint általában az európai kamarák, hiszen 50 év kihagyása után csak az elmúlt másfél évtizedben jöttek létre vagy alakultak újra. Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a KAMARA magyar „találmány”, hiszen a magyar parlament – elsőként a világon – már 1900-ban tárgyalta a róla szóló törvényjavaslatot.

A kamarák fontos szervezetei a demokratikus államformáknak, mert civil önkormányzatként és közttestületként is működve jelentős állami feladatokat is ellátnak. Kamaráink egy része általában állami támogatás nélkül, kisebb százaléka pedig állami támogatással teljesíti feladatát a róluk szóló törvény alapján. Az uniós csatlakozási folyamat segítése, a szakmai kamarák által felügyelt területeken a magas szintű erkölcsi, etikai és szakmai normák érvényesítése, a szakmai érvek együttes képviselése érdekében négy éve megalakítottuk a Szakmai Kamarák Együtt-

működési Fórumát. Az eddigi tapasztalatok azt mutatták, hogy ezt a fórumot érdemes szorosabb szövetséggé kovácsolni. Az alapító és pártoló tagokkal megalakuló szövetség célja – az egyes szakmai kamarák önállóságának sérelme nélkül – olyan szövetség létrehozása, amely szoros együttműködésével növeli a tagság társadalmi súlyát és elismertségét, az információcserét, az érdekvégyesítés lehetőségét és fokozottan védi az egyes kamarák és tagjaink szakmai érdekeit.

A szövetség céljai megvalósítása során – többek között – figyelemmel kíséri a magyar felsőoktatást, szakemberképzést, elemzi és vizsgálja a gazdasági és szociális jelenségeket, kapcsolatot tart a külföldi kamarákkal, kutatásokat végez, elősegít minden olyan gazdasági, illetve társadalmi tevékenységet, amely több szakmai kamara tagságának érdekvégyesítését és érdekegyeztetését igényli. A megalakuló Szakmai Kamarák Szövetsége több mint 400 ezer szakembert képvisel.

Alapelv, hogy a szervezet pártoktól és politikai mozgalmaktól független, azoknak anyagi és erkölcsi támogatást nem nyújt és nem fogad el, továbbá közvetlen politikai tevékenységet nem folytat.

A szövetség alapító tagjai:

- Magyar Építész Kamara képviselője: Eltér István elnök
- Magyar Állatorvosi Kamara képviselője: Dr. Mile Sándor elnök
- Magyar Gyógyszerész Kamara képviselője: Hávelné Szatmári Katalin elnök
- Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara képviselője: Dr. Melegh Gábor elnök
- Magyar Könyvvizsgálói Kamara képviselője: Dr. Sugár Dezső elnök
- Magyar Mérnöki Kamara képviselője: Dr. Kovács Gábor elnök
- Magyar Növényvédő Mérnöki és Növényorvosi Kamara képviselője: Dr. Vályi István elnök
- Magyar Orvosi Kamara képviselője: Dr. Éger István elnök
- Magyar Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara képviselője: Vörösmarti Mihály elnök
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara képviselője: Balogh Zoltán elnök
- A szövetség pártoló tagjai:
- Magyar Szabadalmi Ügyvivői Kamara képviselője: Erdélyi Péter elnök
- Magyar Ügyvédi Kamara képviselője: Dr. Bánáti János elnök

» Krasznai Éva «

Minisztériumi stáb



■ Dr. Horváth Ágnes



■ Dr. Rapi Katalin



■ Dr. Kovácsy Zsombor

Bemutatta vezetőtársait Molnár Lajos egészségügyi miniszter.

Dr. Horváth Ágnes a veresegyházi irányított betegellátási központ igazgatói székéből került a minisztert helyettesítő államtitkári posztra. Az egészségpolitikai államtitkár **dr. Rapi Katalin**, a Szent László-kórház főigazgatójaként dolgozott, a jogalkotásért és a szabályozásért felelős államtitkár pedig **dr. Kovácsy Zsombor**, aki az elmúlt négy évben az Igazságügyi Minisztérium főosztályvezetője volt.

A miniszter elmondta: **három bizottságot hoztak létre**, amelyek hozzáfogtak (1) **a biztosítotti, biztosítói és egészségügyi szolgáltatói magatartás szabályainak kidolgozásához**, s össze elkészítik a (2) **gyógyszerforgalmazás és az egészségügyi nyilvánosság rendszerének koncepcióját**. Létrehozzák a (3) **biztosítási felügyeletet**, amelynek ellenőrzési és szankcionálási joga is lesz. Januártól az APEH-en belül megteremtik az egyéni egészségbiztosítási számlák rendszerét; ezek segítségével a biztosítottak ellenőrizhetik: befizették-e utánuk a járulékot, valamint online informatikai rendszert dolgoznak ki a biztosító és a gyógyintézmények között. A tudatosan nem fizető családok csupán sürgősségi ellátást kapnak. „A reform célja, hogy a betegek pénzének felhasználása hatékony és nyilvános legyen”- tette hozzá a miniszter.

„Pult mindkét oldala...”

A LÁTLELET 2006. 5-6. számát lapozgatva – úgy gondolom – mindenki a számára éppen aktuális híreket keresi. Számomra az egyik ilyen téma az orvosok presztízse és a betegek jogai. Vagyis a „pult mindkét oldala.” Az elmúlt egy-két évtizedben ezekről már sok helyütt, sokfélt olvashattunk, a helyzettel mégsem elégedett senki. Mikor tapasztalunk lényeges javulást ebben a kapcsolatrendszerben? Megjósolhatatlan.

Eddigi tapasztalataim szerint a társadalmakban a nagy változásokat a nagy pusztítások hozzák létre, mert akkor a megrendült világ új kérékvágásba kerül, – hogy egy régi, de talán már elavult hasonlattal éljek.

A technika újabb és újabb csodái csak növelték az emberek várakozásait a számukra elérhetetlen, tartósnak óhajtott boldogság felé. Most, éppen ennek a technikai korszaknak a vége felé közeledünk, amelyet még nem tud felváltani az élettelen és élővilág harmóniája. Korszerűtlen szavaink is helytelen gondolkodásunkat tükrözik, mert részecske (atom) szinten, valamennyire megismerve a kvantummechanikát, az élettelen és élő közötti különbség is csak látszólagos. Egyes embereknek a világegyetemről való felfogása sokkal jobban különbözik egymástól, mint az emberek alkotta tömegeké. Az anyagság (minden értelemben) annyira rányomja bélyegét viselkedésünkre, hogy a szavak vagy azok rögzült változatai (írás, képek, stb.) – bár erejük nagy – érzékelhető változást nem tudtak előhozni életünkbe.

Mit tehetünk? Lehetőségeinkhez képest igyekezzünk mind több ismeretre szert tenni és belátásunk szerint cselekedni. Ha mindezt nem csupán a magunk, hanem legtágabb környezetünk számára is hasznosítjuk, akkor talán jobban elviseljük Sorsunkat. Ez a hírtálalás, általa esetleg szemlélet módosítás a LÁTLELET feladata is.

» Dr. Németh Endre nyugdíjas orvos, Százhalombatta «

Új igazgatói, tanszékvezetői, vezetői megbízások a DEOEC-ben

A 2006. július 1-től megalakult Sebészeti Intézet (I. sz. és II. sz. Sebészeti Klinika egységesülése) igazgatói megbízását veszi át **Dr. Damjanovich László** egyetemi docens. A megbízás 2006. július 1-től 5 évre szól.

Az Urológiai Klinika új igazgatója 5 éves megbízással **Dr. Flaskó Tibor** egyetemi adjunktus, aki a megbízással egyidejűleg az egyetemi docensi kinevezését is átveszi. **Dr. Tóth Csaba** egyetemi tanár igazgatói megbízása lejárt, mivel elérte a felsőoktatási törvényben rögzített korhatárt, melyen túl nem tölthet be igazgatói posztot.

Az Orvosi Mikrobiológiai Intézet igazgatói megbízását 5 évre **Dr. Kónya József** egyetemi docens nyerte el. **Dr. Gergely Lajos** egyetemi tanár igazgatói megbízása lejárt, mivel elérte a felsőoktatási törvényben rögzített korhatárt, melyen túl nem tölthet be igazgatói posztot.

További 30 igazgató, tanszékvezető, vezető újabb 5 évre kapott megerősítést a posztján.

A Sebészeti Intézet keretén belül az Augusztia Sebészeti Központot **Dr. Sáp Péter** egyetemi tanár, a Regionális Endokrin-Em-lő Központot **Lukács Géza** egyetemi tanár, a Sebészeti Gasztroenterológiai Tanszékét **Dr. Damjanovich László** egyetemi docens vezeti.

Az Urológiai Klinikán belül az Endourológiai és Vesekőzúzó Központ vezetője **Dr. Tóth Csaba** egyetemi tanár.

Egyetemi docensi kinevezést nyertek 2006. szeptember. 1-től:

- Általános Orvostudományi Kar: **Dr. Újhelyi László** – Belgyógyászati Intézet, **Dr. Lakos Gabriella** – Belgyógyászati Intézet, **Dr. Mogyorósy Gábor** – Gyermekgyógyászati Klinika, **Dr. Szabó Sándor** – Idegsebészeti Klinika, **Dr. Major Tamás** – Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, **Dr. Birinyi András** – Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet, **Dr. Balajthy Zoltán** – Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet, **Dr. Benkő Ilona** – Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet, **Dr. Lányi Árpád** – Immunonológiai Intézet, **Dr. Antal-Szalmás Péter** – Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet, **Dr. Szabó Judit** – Orvosi Mikrobiológiai Intézet
- Fogorvostudományi Kar: **Dr. Redl Pál** – Szájsebészeti Osztály
- Gyógyszerésztudományi Kar: **Dr. Vereb György** – Klinikai Farmakológiai Tanszék

Tudományos főmunkatársi kinevezést nyertek 2006. 09. 01-től:

- Általános Orvostudományi Kar: **Dr. Seres Ildikó** – Belgyógyászati Intézet, **Dr. Németh József** – Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet
- Orvos- és Egészségtudományi Centrum: **Dr. Katona Éva** – Klinikai Kutató Központ.

A megbízásokat **Dr. Fésüs László** centrumelnök, **Dr. Paragh György** dékán (Általános Orvostudományi Kar), **Dr. Márton Ildikó** dékán (Fogorvostudományi Kar), **Tótsaki Árpád** dékán (Gyógyszerésztudományi Kar) július 29-én adták át.

DEOEC Sajtószolgálat

Együttműködési szerződés Koreával



Még Dr. Rácz Jenő volt egészségügyi miniszter és EOM Seock-jeong, a Koreai Köztársaság rendkívüli és meghatalmazott nagykövete aláírta a két állam közötti szociális biztonsági egyezményt, amely az egyezmény hatálya alá tartozó személyek nyugdíjbiztosítási jogviszonyának szabályait tartalmazza.

Gyurcsány Ferenc miniszterelnök 2005. március 9-11-i, a Koreai Köztársaságban tett hivatalos látogatása alkalmával a magyar és a koreai kormányfő kölcsönösen kinyilvánította nyitottságát egy kétoldalú szociális biztonsági egyezmény létrehozására vonatkozóan. Ezzel összhangban előkészítésre került a két ország viszonylatában a szociális biztonság egyes kérdéseit szabályozó egyezmény, amelyet a felek kormányai által meghatalmazott képviselői a mai napon írtak alá a szociális biztonsági egyezmények előkészítésének koordinálásáért felelős Egészségügyi Minisztériumban.

Az Egyezmény a nyugdíjbiztosítási jogviszonyok alapján nyújtott ellátásokat és a biztosítási kötelezettség speciális eseteit szabályozza, mindazon személyek tekintetében, akik a két ország vonatkozó jogszabályai hatálya alá tartoznak.

Az egyezmény főbb rendelkezései az alábbiak

Az egyik fél területén munkavállalóként alkalmazott dolgozók

Az Egyezmény – az európai normáknak megfelelően, más hatályos kétoldalú egyezményekhez hasonlóan – **főszabályként kimondja, hogy az egyik fél területén munkavállalóként alkalmazott személy** – alkalmazása vonatkozásában – **kizárólag e szerződő fél joghatósága alá tartozik**, következésképpen társadalombiztosítási kötelezettségeit és jogosultságait annak az államnak a jogszabályai határozzák meg, amelynek területén munkavállalóként alkalmazásban áll és dolgozik. Ezen rendelkezéssel összhangban, **az egyik fél területén munkavállalóként alkalmazott dolgozó nyugdíját az adott fél saját hatályos jogszabályai alapján állapítja meg**. Így a magyar nyugdíjbiztosításnak kell fizetnie a nyugdíjakat azon időszakokra vonatkozóan, amelyek alatt az egyezmény hatálya alá tartozó személy Magyarországon volt biztosított, míg a koreai fél folyósítja a nyugdíjat azon időszakok után, amíg az érintett személy Koreában dolgozott. Ez az elv érvényesül függetlenül attól, hogy a nyugdíjas mely államban települ le. Az egyezmény értelmében **a Koreai Köztársaságban és Magyarországon szerzett biztosítási idők egybe számíthatóak azokban az esetekben, amikor a csak az egyik szerződő államban szerzett biztosítási idő nyugellátásra nem jogosítana**. Ezekben az esetekben a nyugdíjjogosultság megállapításához mindkét ország figyelembe veszi a másik országban szerzett biztosítási időket is, azonban a nyugdíj mértékének megállapításához már csak a saját országában szerzett biztosítási időt számítja be. Az Egyezmény tárgyi hatályát nem képezik az egészségbiztosítási szolgáltatások, így a nemzeti jogszabályoknak megfelelően alkalmazandók azok a jogszabályi rendelkezések, amelyek az egyik szerződő fél területén alkalmazott munkavállalók tekintetében az egészségbiztosítási jogosultságokat szabályozzák. Következésképpen a Magyarországon alkalmazott és munkát végző munkavállalók a magyar egészségbiztosítás, a Koreai Köztársaságban alkalmazott és munkát végző munkavállalók a koreai egészségbiztosítás hatálya alá tartoznak, állampolgárságtól függetlenül.

A másik fél országába kiküldött munkavállalók

A fenti szabálytól eltérően, ha a munkaadó **kiküldetés keretében a másik ország területére ideiglenesen, meghatározott időre** – az Egyezmény szerint 36 hónapra, amely további 36 hónappal meghosszabbítható – **munkavégzésre küldi ki a munkavállalót, akkor az adott személy továbbra is azon ország jogszabályai szerint fizeti a nyugdíjbiztosítási járulékot, ahonnan munkaadója öt munkavégzésre kiküldte a másik fél országába**, és a kiküldetés időtartama alatt nyugdíjjogosultsági időt is a kiküldő állam jogszabályai szerint szerez. Mivel az egyezmény tárgyi hatálya nem terjed ki az egészségbiztosítási szolgáltatásokra, e tekintetben a kiküldöttek esetében is a nemzeti jog alkalmazandó. Így a Koreai Köztársaság területére kiküldött magyar munkavállalók a hatályos magyar jogszabályok alapján, a magyar Egészségbiztosítási Alap terhére vehetik igénybe azt nyújtott ellátásokat.

Az önálló vállalkozók

Az Egyezmény rendelkezései szerint az a személy, akinek lakóhelye az egyik szerződő fél területén található, **de önálló vállalkozóként** a másik szerződő fél, vagy mindkét szerződő fél területén dolgozik, önálló vállalkozása vonatkozásában csak az első szerződő fél (vagyis a lakóhelye szerinti állam) joghatósága alá tartozik.

Az Egyezmény aláírását követően mindkét országban szükség van annak az Országgyűlés általi utólagos megerősítésére. Az Egyezmény a megerősítési okmányok kicserélését követő harmadik hónap első napján – tehát legkorábban 2006. utolsó negyedében – lép hatályba.

Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály



► az 1. oldal folytatása

Az előzőekben megnéztük, hogy mit is kell tartalmaznia egy utazási szerződésnek, mire figyeljünk az aláírás előtt. Most arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy mit kell szem előtt tartanunk, ha már megkötöttük a szerződést, azonban mégsem úgy alakul minden, ahogy azt vártuk.

Az utazási szerződés megkötése után emelhető-e a díj?

A megkötött szerződésben szereplő díj csak kivételes esetben emelhető, akkor, ha a díjemelés lehetőségét a felek a szerződésben rögzítették. Ilyen esetben is csak akkor van lehetőség az emelésre, ha a közlekedési költségek, vagy a szolgáltatásokhoz kapcsolódó adó, illeték, illetve a deviza forintárfolyama időközben emelkedett. A díjemelés okáról írásban kell tájékoztatást kapnunk. Fontos azonban, hogy az indulást megelőző 20 napon belül a díj már ilyen esetben sem emelhető.

Mit tehetünk, ha a lekötött utazáson mégsem tudunk részt venni?

Sokan már több hónappal az utazás előtt lekötik az utat. Ilyen esetben azonban mégis adódhat úgy, hogy egyéb körülmények miatt később nem tudnak elutazni. Jó tudni, hogy ilyen esetben jogosultak vagyunk a részvételi jogot másnak átadni. Egyetlen feltétel, hogy ez a személy is megfeleljen az utazási szerződésben meghatározott feltételeknek. Erről természetesen haladéktalanul tájékoztatnunk kell az utazási irodát.

A másik lehetőség, hogy a szerződéstől elállunk. Ezt írásban kell megtennünk. Az elállásnál nem mindegy, hogy milyen okból kerül rá sor. Új szabály, hogy abban az esetben, ha azért állunk el a szerződéstől, mert időközben a díj több mint 10%-kal emelkedne, vagy az utazási iroda a feltételeken lényegesen módosítani

akar, illetve a program lényegesen megváltozott, abban az esetben jogosultak vagyunk:

- az eredetivel azonos, vagy magasabb értékű helyettesítő szolgáltatásra az irodától,
- vagy ha ez nem lehetséges, akkor a teljes befizetett díjat kérhetjük vissza és évi 20% mértékű kamatra is igényt tarthatunk.

Ez irányadó abban az esetben is, ha a szerződéstől azért állunk el, mert az olyan területet érint, ahová az utazást a Külügyminisztérium nem ajánlja. Előfordul azonban olyan eset is, amikor nem a fenti okok miatt kényszerülünk az elállásra. Ebben az esetben az utazási irodát illeti meg kártalanítás, ami azonban az utazás díját nem haladhatja meg.

Mit kell tennünk egy hiba felfedezésekor?

Nagyon fontos, hogy az utazás során felfedezett hibát, az emiatti kifogást már ott a helyszínen közölni kell az utaskísérővel, vagy a helyszíni szolgáltatóval. Ne várjunk tehát addig, míg haza nem érünk. A kifogásról az utaskísérő köteles jegyzőkönyvet felvenni, aminek egyik példányát meg kell kapnunk. Amennyiben a panasz jogos, tehát az utazási iroda a szerződéstől eltérő szolgáltatást nyújtott, abban az esetben a díj csökkentését és akár az eltérő teljesítés által okozott kárunk megtérítését is követelhetjük.

A fenti rövid tájékoztatás a teljesség igénye nélkül, figyelemfelhívó céllal készült, mely nem minősül jogi tanácsadásnak.
Dr. Kocsis Ildikó Ügyvédi Iroda | info@kocsis-iroda.hu
(1) 266-6621 | http://www.kocsis-iroda.hu



a Kárpátok Galéria ajánlatából



Berkes Antal: Téli táj
jelzés: jobbra lent
méret: 170x240cm olaj- vászon

A kép Berkes Antal (1874-1938) müncheni korszakából való, korabeli utcarészletet ábrázol. A kép méretére való tekintettel a műértékén – befektetésen – túl igen ajánlott tárgyalók, aulák, privát vállalkozások, szalonok, képviselvek, követségek, kulturális centrumok exluzivitásának emelésére, pláne ott, ahol található kötődés a helyszínhez.

A Kárpátok Galéria egy épületben található a Látlelet szerkesztőségével. Kapcsolatfelvétel – a kép/ képek megtekintése – előzetes egyeztetéssel a szerkesztőség elérhetőségén keresztül történik.
E-mail: latlelet.dunakanyar.net | Tel/Fax:06-26316659 | mobil:06209785662
Postacím: Hunga-Coord Kft. 2000.Szentendre Pf:56
Helyszín: Szentendre Fiastyúk. u. 2.

A Kárpátok Galéria soros kiállítása: Magyarország képekben... Pacsai Imre főiskolai tanár kortárs alkotásai (olaj-farost).
A Kárpátok Galéria műtárgyrészlege:
Csendéletek, tájképek mintegy 200 db olaj-vászon alkotások, kerettel és keret nélkül.

Zeneterápia és pszichodráma

J.J. Moreno Belső zenéd dallama c. könyvének magyarországi megjelenésére

K. Tar Ildikó (tudományos segédmunkatárs, DE ATC ASZOK)
Dr. Kollár János (szakpszichológus, DEOEC,
Magatartástudományi Intézet)

„Ha a jelenlegi tendenciák valamennyire is sejtetni engedik a jövőt, melyben a kreatív művészetek terapeutáit egyre inkább elismerik, akkor a jövőben az egészségügyben egy minden eddiginél szorosabb kapcsolat jön létre az allopatikus gyógyítás és a művészeti terápiák között” – írja J.J. Moreno Belső zenéd dallama – Zeneterápia és pszichodráma c. 2006. nyarán megjelenő könyvében.

Joseph J. Moreno Dr. Jacob Levy Moreno, a pszichodráma és zeneterápia, csoportterápia megalkotójának unokaöccse és hagyományainak, kurzusainak folytatója. Dr. J.L. Moreno Bécsben született és dolgozott. Fiatal szakemberként sokat tanult Freudtól, bár számos ponton el is tért a híres mester gyakorlatától: nála Freud híres diványát inkább a színpad helyettesítette, s aktív szerepet szánt a freudi terápiában sokszor passzívnak tűnő terapeutának is. J.L. Moreno 1925-ben Amerikába költözött és itt fejtette ki később munkásságát: gazdag hagyatékának letéteményese, J.J. Moreno jelenleg New Yorkban él és dolgozik. Belső zenéd dallama c. könyve 1999-ben jelent meg Amerikában, s azóta a világ számos nyelvére lefordították.

A zeneterápia ősidők óta meglévő módszer, még ha nem is mindig hívták így. Az ősi, törzsi gyógyítók ötvözték a zenét, a táncot, a verbális és nonverbális kifejezést betegek gyógyítása érdekében. A zeneterápia az improvizációs készségre épül, a gyermeki kreativitást, spontaneitást igyekszik felkelteni, a személyiségben mélyen rejlő erőket feltárni és mozgósítani. A zeneterápiában legtöbbször hangszereket, ütőszöket, dobokat, csengőket, xilofonokat, csörgőket alkalmaznak, amelyek megszólaltatásához zenei jártasság nem szükséges, viszont igen nagy kifejező erejük van.

A zene elsősorban a jobb agyféltekére hat, és közvetlenül az érzelmekre fejt ki hatását. Megnyitja az utat a verbális önkifejezés előtt, oldja a gátlásokat, érzelmileg önkifejezésre hangol.

A csoport közvetlenül és egyszerre tud támogatást adni tagjainak, mindenki részt vesz az improvizációban, és együttérzését sokáig hangzó formában fejezi ki. A zene az empátia állandó, hallható formája. Csoportterápia, a szó legnemesebb értelmében.

A pszichodráma, a J.L. Moreno által a század húszas éveiben megalkotott terápiás eljárás a következőképpen definiálható: „olyan módszer, melyel az egyéneket segíteni lehet problémás pszichológiai dimenzióik feltárásában a konfliktushelyzet eljátszásán keresztül, ahelyett hogy szavakba foglalnák azokat.” (Blatner, 1988). A belső zenéd dallama c. könyv e két diszciplína együttes használatát fejt ki, melyek Moreno megfogalmazásában a következőképpen egészítik ki egymást: „Elsősorban az köti őket össze, hogy mind a zeneterápia, mind a pszichodráma tevékeny mód-

szer, amely aktív résztvevőként, közvetlenül bevonja az érdekelteket a saját kezelésükbe... A zeneterápia és a pszichodráma egyaránt a spontaneitás és az érzelmek korlátlan kifejezésének irányába hat: ha a zenei pszichodrámban integrálódnak, új és kivételes terápiás lehetőséget hozhatnak létre.” A két diszciplína együttes alkalmazása tehát új lehetőségeket teremt a pszichoterápia modern klinikai gyakorlatában.

Könyvében J.J. Moreno áttétekinést ad a zenetörténet és a pszichodráma kapcsolatáról, leírja J.L. Moreno korai kísérleteit az általa „pszichozenének” nevezett zenei alkalmazásról, majd a hangszerek bevonása, az instrumentális pszichozene kialakításának leírása következik. A következő fejezet a pszichodráma alapvető folyamatait részletezi, leírja az improvizációs zenekar fontosságát és flexibilitásának jelentőségét a csoporton belüli kapcsolatfelvételt és kommunikáció szándékával kapcsolatosan, ismerteti a leggyakrabban használt hangszereket, és arra is kitér, hogy a zeneterápiás csoport mennyiben különbözik még a leglátogatottabb verbális csoportterápiától is. A következő fejezet a zenei improvizációról, az improvizáción alapuló projektív technikájáról szól, melyet Mary Priestly híres brit zeneterapeuta, az analitikus zeneterápia megalkotójának meghatározása szerint a következőképpen ismerünk: „...a tudatalatti egyfajta felfedezése egy analitikus zeneterapeutával, hangkifejezés segítségével” (Priestly 1985). Az ezt követő rész az individuális zenei improvizáció világába vezet, melyet Moreno előszeretettel ajánl a zeneterapeuták, pszichodramatikusok és más, csoportterápiával foglalkozó szakemberek számára, hiszen csodálatosan feltárátható az egyén érzelmi állapotait és lehetőségeit ad ezek nonverbális kifejezésére. Az egyéni után a csoportos improvizáció leírása és értékelése következik: kitűnő eszköz a csoport szentivitásának megnyitásában, a kommunikáció megindításában, az egyéni feltárási improvizáció elősegítésében. A 7. fejezet a zene és imagináció ősi gyökereit ismerteti, melyek közöttük szinte minden nép zenei és gyógyító rituáléjában, majd ezt követik a zenei pszichodráma technikák részletes leírásai, élvezetes stílusban, olvasmányos esettanulmányokon keresztül, melyek úgy olvastatják magukat, mintha anekdoták lennének. Megismerkedhetünk a zenei szerepcsere, a zenei dialógus, a zenei zárás, a zene és a megosztott én, a zenei tükrözés, a zenei modellezés, a zenei duplázás, be- és kitérés, a zenei üres szék és monodráma, valamint a zenei megosztás technikáival és alkalmazásának lehetőségeivel. Ezután újabb, hasonlóan fordulatos, érdekes, elbeszélő stílusban íródott esettanulmányok egész sor következnek, majd Moreno még egyszer visszatekint a zene és pszichodráma ősi forrásaira, leírja azok modern alkalmazását és kitekint a jövőbeli lehetőségeire.

Zárja a mű ismertetését Moreno C.G. Jungtól vett, megszívlelendő idézete: „Úgy érzem, hogy mostantól kezdve a zene minden terápia része kell legyen. A zene eljut ahhoz az archetipus mélységhez, amit analitikus munkánkban néha elérünk.” (C.G. Jung).

Fertőzésveszélyek a mediterrán országokban

Utazás előtt tájékozódjon!

Az Egészséges Ifjúságért Alapítvány új honlapot indított www.utazaselott.hu címmel A weboldalon hasznos információk találhatók az utazási betegségekről, az oltásokról, egyéb hasznos tudnivalókról, s ugyanitt felkészült orvos várja az érdeklődők kérdéseit is.

A magyar lakosság 33 %-a utazik külföldre, azonban csak kevesen tájékozódnak a fertőzésveszélyek lehetőségéről. Nem csupán a távoli, egzotikus országok vidékein találkozhatunk hazánkban jobbra ismeretlen fertőző betegségekkal, hanem akár keleti vagy déli szomszédainknál, vagy a Földközi-tenger közkedvelt mediterrán partvidékének országaiban is. Ezek közül a legkevésbé sem egzotikus, viszont nagyon is létező fenyegetést jelentő betegségek közül a vírusos hepatitisz, vagyis fertőző májgyulladás különböző fajtái, elsősorban a hepatitisz A és a hepatitisz B a legelterjedtebb.

Hepatitis A

Aki egyszer átesett hepatitisz A-fertőzésen, az egész életére védetté válik a betegséggel szemben. Ezért azt szokták mondani, hogy Magyarországon az ötven év alattiak (vagyis éppen azok, akik a leggyakrabban kelnek útra) a leginkább veszélyeztetettek, minthogy körükben 50% alatti azok aránya, aki már lezajlott fertőzésének köszönhetően immunitást élvez. A hepatitisz A a legelterjedtebb hepatitisz fertőzés. A fertőzés szájon át terjed, jellemzően a nem megfelelő minőségű víz és étel útján, de saját piszkos kezünkről is bejuthat a vírus a szervezetünkbe. Az ivó- és mosdóvíz a fertőzés egyik legfőbb veszélyforrása, de ugyanígy lehet a jégkocka vagy a fagyalt is. Az ételek közül elsősorban a nyers zöldségektől, gyümölcsöktől, és általában minden nyersen készített, vagy nem kellőképpen átsütött-átfőtt nyencsétől kell óvakodnunk. Ugyanebbe a körbe tartoznak a tenger gyümölcsei is, különösen a kagylók, főként ha a part menti vizekből származnak. A Földközi-tenger kagylóinak közel 40%-a hepatitisz A-val fertőzött!

A hepatitisz A fertőzés lappangási ideje meglehetősen hosszú, 2-8 hét is lehet, tünetei a hirtelen láz, az étvágytalanság, a hasi fájdalom, általános gyengeség, végtárgyfájdalom. Az akut tünetek 2-3 hét alatt szűnnek meg, de a teljes gyógyulás akár 2-3 hónapig is eltarthat. A betegek 10-20%-a a tünetek súlyossága miatt kórházi ellátásra szorul. A kor előrehaladtával a betegség egyre súlyosabb lefolyású, a kisgyerekek gyakran viszont szinte

Hepatitis B

A hepatitisz B vér és emberi testváladékokkal (vérrel és nemi érintkezés útján) terjed, így a fertőzés forrása lehet véletlenszerű karcolás, piercing berakítás, tetoválás készíttetése, akupunktúrás kezelés, sebészeti, fogászati beavatkozás is, illetve közvetíthetik eszközök, tárgyak (borotva, fogkefe közös használata). Elsősorban speciális élethelyzetben levőket, vagy valami különleges céllal utazókat fenyeget. Egyre több idős, esetleg krónikus betegségben szenvedő ember tölt hosszabb-rövidebb időt külföldön, ezért esetükben az esetleges orvosi beavatkozás és az ezzel összefüggésben kialakuló fertőzés veszélye magasabb. A hepatitisz B marandó nyomokat hagyhat, ugyanis a betegek 10%-ánál krónikus májgyulladás alakul ki, amely később májrák, májszugar kialakulásához is vezethet.

Megelőzés

A hepatitisz A fertőzés kockázata kellő odafigyeléssel csökkenthető. Ez elsősorban a higiéniai, illetve a speciális ételmiszerbiztonsági szabályok betartását jelenti. Mossunk kezet minden étkezés előtt, de lehetőleg még gyakrabban! Ne igyunk csapvizet: a lezárt, palackozott ásványvíz az egyedül biztonságos, csak ezt fogyasszuk, sőt, lehetőleg fogat is ezzel mossunk! Bárhogy könyörögnek is a gyerekek, ne vegyünk fagyaltot nekik, és ne kérjünk jégkockát az italunkba! Csak alaposan átsült-átfőtt ételeket fogyasszunk, és lehetőleg kerüljük el az utcai büféket, kifőzdéket! Ne együnk nyers zöldséget, salátát; a gyümölcsöt alaposan mossuk le, és hámozzuk is meg! Az egyetlen igazán biztos megoldás azonban az aktív immunizálás, azaz védőoltás felvétele jelenti. Mind a hepatitisz A, mind a hepatitisz B ellen elérhető védőoltás. Az oltási sor felvétele hosszú évekre védelmet biztosít mindkét fertőzés ellen. Léteznek olyan hepatitisz elleni oltások, melyek egy éves kor fölötti gyerekeknek is adhatók.

A hepatitisz A és hepatitisz B elleni védőoltásokról háziorvosunktól, vagy a minden megyében megtalálható oltóközpontoktól kaphatunk bővebb tájékoztatást, illetve kérhetjük az oltások felírását és beadását is. Indulás előtt legalább egy hónappal érdemes szakembert felkeresni, hogy a megfelelő védettség kialakulhasson.