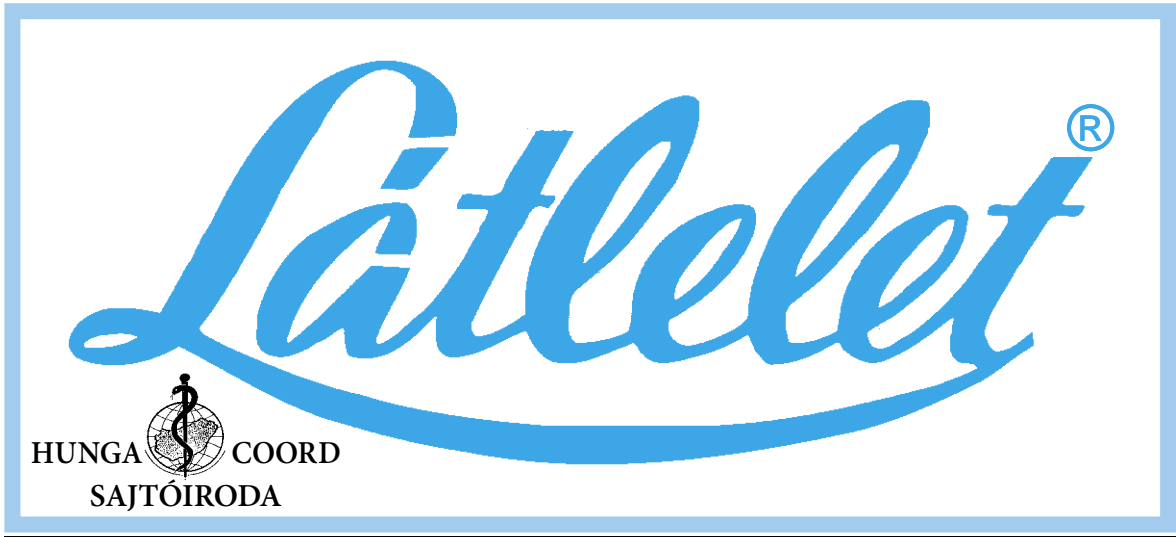


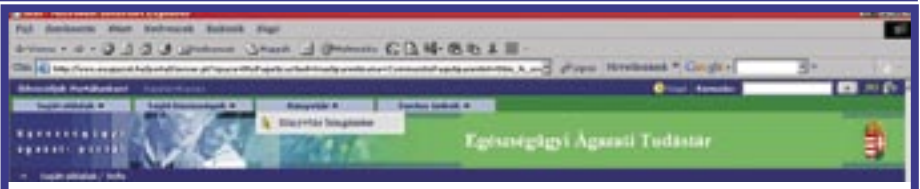


Ön dönt, hogy személyi jövedelemadójának **1%-**ával segíti-e lapunk megjelenését.

Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Alapítvány

Adószám: 18041332-1-01

Az PGYSZ Alapítvány az összeget átadja és mi jóváírjuk az előfizetésnél.
Támogatását köszönjük!



A Láttelelet Egészségügyi Kommunikációs Szaklap elektronikus változata olvasható:
www.euagazat.hu portál → Könyvtár → eBook → Hunga-Coord Kiadó

50. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2006. 1-2. szám

▶ Nemzeti Csecsemő-és Gyermekegészségügyi Program Vállalások

A Kormány 100 lépés programja az egészségügyben is fontos változtatások folyamatát indította el. Ennek egyik alappillére a gyermekegészségügyi szakma képviselői által, a Kormány felkérésére kidolgozott „Közös kincsünk a gyermek” című Nemzeti és Gyermekegészségügyi Program, mely program egyben szervesen illeszkedik a WHO 2005. szeptemberében deklarált „Európai Stratégia a Gyermekek és Serdülők Egészségeért és Fejlődéséért” című dokumentum ajánlásaihoz.

bővebben a 2. oldalon ▶

▶ Védőoltás – jog és út az egészséghez

Valószínűleg nincs ember, aki valami módon meg ne tapasztalta volna már életében a betegség okozta tehetetlenség érzését, akár maga volt szenvedő alanya hideglelős láznak, torokszorító köhögésnek, akár szülőként tartotta karjaiban fájdalomtól gyötrődő gyermekét. Ilyenkor csak egyetlen gondolat zakatol az agyában: legyőzni a betegséget, gyorsan, bármi áron. Talán még fogadkozás is átsuhan gondolatai között: jobban vigyázni az egészségre, megelőzni, elkerülni a betegségeket. Ennek egyik útját a védőoltások jelentik.

A védőoltás megoldást jelenthet az egyén számára, ha veszélyeztetett környezetbe kerül pl. külföldi tartózkodás során, vagy egyes munkakörökhöz kapcsolódó prevencióban, de akut fertőzési veszély esetén egy-egy beteg környezetét érintve nagyobb, akár járványveszély elkerülésére is. Legnagyobb jelentősége azonban az életkorhoz kötött, kötelező védőoltási rendszer által mérhető le, melynek eredménye, hogy hazánkban ma már több, sok-sok halálos áldozattal járó járványos betegség a múlt emléke.

bővebben a 3. oldalon ▶

▶ Év Kórháza – Pro és contra egy szavazás kapcsán...

A HáziPatika.com www.azevkorhaza.hu honlapon indított felmérése sikeresen lezárult. A beérkezett 63 ezer szavazat alapján megszületett az eredmény: a legjobbaknak a magyar egészségügyi szakmai és politikai vezetői adták át az elismeréseket. A legjobbak között fővárosi és vidéki intézmények épp úgy megtalálhatóak, mint rendelőintézetek, kórházak vagy egyetemi klinikák. A magyarországi kórházi betegellátás színvonalát különféle szakmai mutatók és mérőszámok segítségével a szakma és a finanszírozó is rendszeresen vizsgálja, azonban ezen eredmények elsősorban a szakma részére adnak visszajelzést, és csekély mértékben tükrözik az ellátott betegek véleményét. Így a betegek véleményének jobb megismerésére, a HáziPatika.com szervezésében meghirdették „Az év kórháza” választást az interneten, ahol az érdeklődők 2005. szeptemberétől december 31-ig, egy külön erre a célra létrehozott oldalon (www.azevkorhaza.hu) szavazhattak Magyarország összes kórházára és klinikájára. A látogatók egy ötfokú skálán – az iskolákban megszokott módon – osztályozhatták az intézményeket összesen öt kategóriában: Orvos-szakmai ellátás, Ápolás- és szakszemélyzet, Infrastruktúra, Ellátás, Környezet és tisztaság. A legjobb kórházakról folyamatosan készültek a részletes bemutató anyagok, a kapcsolódó fórum oldalain pedig mindenki elmondhatta véleményét, észrevételeit.

összeállításunk a 6-7. oldalon ▶

A British Telecommunications plc (*BT) Magyarországon

Európai Unió pénzek a hazai egészségügyi információ-technológiában

2006. február 7-én a Magyar Tudományos Akadémia elnöki tanácstermében került sor a **Humán Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (HEFOP)** keretében a Dél-dunántúli, Észak-magyarországi és Észak-alföldi Régiókban megvalósuló „Egészségügyi információtechnológiai fejlesztés az elmaradott régiókban” projekt elindításának ünnepélyes bejelentésére. Dózsa Csaba, az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkára szerint: „ez a lépés mérföldkő a magyar egészségügyi informatikai és adminisztratív modernizálásának folyamatában. Eljuttatja hozzánk a csúcstechnológiát, magasabb életminőséget, és minden állampolgárnak jobb jövőt biztosítva.”

A Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) 4.4 intézkedésének „Egészségügyi információ-technológiai fejlesztés az elmaradott régiókban” keretében, 2005. március 31.-én került sor a közel 4,1 milliárd Ft-ról szóló támogatási szerződések aláírására. Az említett keretösszegből, melynek 75%-a EU, 25%-a hazai forrás, három – Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház és a Pécsi Tudományegyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum által vezetett – konzorciumok egyenként 1,35 milliárd Ft-ot nyertek el pályázati úton.

HEFOP/2004/4.4 intézkedés az egészségügyi informatika fejlesztését tűzte ki célul a három – dél-dunántúli, észak-alföldi, észak-magyarországi –, gazdasági szempontból és a lakosság egészségi állapotát illetően legelmaradottabb régióban.

A fejlesztés irányja kettős: egyrészt egészségügyi intézmények közötti információ-mintarendszerek alakulnak ki, másrészt az intézményeken belüli információrendszerek fejlesztése és korszerűsítése valósul meg. Az intézkedésre a régióban működő, fekvő- és járó-

beteg ellátó intézményeket, háziorvosokat magukba foglaló konzorciumok pályázhattak.

A három konzorcium által közösen kifejlesztendő intézményközi információ-mintarendszer korszerű, Internet alapú, biztonságos kommunikációs csatornát használó eEgészségügyi szolgáltatásokat nyújt majd a társulás tagjainak és bármely más, külső egészségügyi szolgáltatónak.

A fejlesztések célja, hogy megteremtsek a beteg- orvos és a többféle célú és irányú orvos-orvos kapcsolat informatikai alapját. A betegre vonatkozó betegadatokat (zárájmentéseket és leleteket, stb.) továbbra is az azt felvevő intézmény őrzi, ám ezekhez – a beteg hozzájárulásával, a lekérdező orvos azonosítása és jogosultságvizsgálata után, kizárólag a beteg adott betegségével összefüggésben – az aktuális kezelőorvos elektronikusan hozzáférhet. Így elkerülhetők a feleslegesen elvégzett, ismételt vizsgálatok, a betegutak lerövidülnek („A lelet utazik, nem a beteg”), kialakulhat a rendszerben működő egészségügyi ellátók közötti munkamegosztás.

folytatás a 12. oldalon ▶



Új szakfelügyeleti rendszer és egy új intézmény

Az egységes módszertan kidolgozása – továbbá a szakfelügyelői hálózat irányítása, munkáltatói szerepének ellátása – a most létrejött Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) feladata. A Központ az Egészségügyi Minisztériumnak a szakfelügyeleti rendszer állami feladatainak végrehajtásáért felelős alapintézménye. Főigazgatója Brunner Péter. Címe: Budapest, XIII. Váci út 174. (Avolt ANT SZ fővárosi intézete). Bujdosó László országos tisztifőorvos szerint éveken át készítették elő a rendszer átalakítását, amit halaszthatatlanná tett a mai működés kiürülése. Az egyes szakterületeken egymástól gyökeresen eltérő szakfelügyelet folyt. A protokollok megalkotása előtt az sem volt világos, hogy „mihez képest” kellene ellenőrizni. Az új szervezet elsősorban az egészségügyi ellátások minőségének megítélésére jött létre. Ennek módszertana világszerte ismert, hazai gyakorlatba való átültetése az első feladat. Ez a feladat szabja meg a most létrejövő struktúrát, hatásköröket és a mellé rendelt finanszírozást.

* Lapzártakor kaptuk a hírt, hogy 2006. január 16-tól orvosszerkesztőnk – dr. Salamon Sándort – az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V.2.) EüM rendelet alapján az országos tisztifőorvos egyeztetésével meghirdetett szakfelügyelő főorvosi tevékenységre pályázata alapján kinevezték, melyhez a Láttelelet ezúton is gratulál. Dr. Salamon Sándor tudógyógyász szakorvosként jelentős kórházi munka után ment ki az ország szélére – Bodrogháza hét határmenti településre háziorvosnak, ahonnan szintén háziorvos feleségével együtt egy percre sem vonultak ki az orvosszakmai, egészségpolitikai hazai közéletből. Tudományos konferenciák, publikációk, magas szintű ismeretterjesztő munkák vállalásával Salamon doktor munkássága iskolapéldája annak, hogy a vidéki – falusi lét – nem jelent egyet szakmailag a hátrányos helyzettel. Sőt: lehetővé teszi az elmélet és gyakorlat olyan egyedülálló ötvöztetését, amit mi itt a főváros vonzatában élők gyakran elképzelni sem tudunk. Kinevezéséhez gratulálunk és a közeljövőben egy személyes interjúval visszatérünk e témához.

A szakfelügyeleti rendszerről bővebben az 5. oldalon

Egészségügyi jogszabályok változása

2006. február 1-től

Az egészségügyi szolgáltatások egészségbiztosítási alapról történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló **43/1999. kormányrendelet módosítása** nyomán február 1-jével fontos változásokkal kell számolnia az érintetteknek. A háziorvosi adatjelentés minden háziorvosi praxis számára bevezetésre kerül 2006. február 1-jétől – azzal a felkészülést elősegítő kiegészítéssel, hogy a rendelkezést legkésőbb 2006. március 1-jétől kell alkalmazni.

2006. március 1-től valamennyi háziorvos köteles havi, tételes betegforgalmi jelentést készíteni az OEP (MEP) számára. A háziorvos a beteg első számú egészségügyi partnere, működése alapvető hatással lehet a teljes gyógyulási folyamatra. Fontos, hogy tevékenységéről folyamatosan rendelkezésre álljanak a szükséges adatok egyrészt az egészségpolitika formálói, másrészt a finanszírozó számára. A háziorvosi praxis adat-szolgáltatása a minőségi, biztonságos betegellátást szolgálja. A felkészüléshez jó tudni, hogy a háziorvosi szoftverek általában alkalmasak havi tételes betegforgalmi jelentések elkészítésére is egy megfelelő modul segítségével, mely beszerezhető a szoftver tulajdonosától. Akik nem képesek ehhez hozzájutni, azok számára az OEP (MEP) ingyenes, tételes betegforgalmi tevékenység jelentésére alkalmas programot biztosít.

Az Országos Alapellátási Intézet által készített Cardionet program letölthető lesz az OEP honlapjáról (www.oep.hu). Az Internet kapcsolattal nem rendelkezők CD lemezen is hozzájuthatnak, ha a igényüket 2006. február 15-ig jelzik az OEP-nek. Az adatközlés egyéb tartalmi részletei, a jogszabály 20. számú mellékletében olvashatók.

2006. februártól változik az orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok teljesítménydíjazása. A laboratóriumi eljárások finanszírozása az elmúlt években a járóbeteg-szakellátás

Életet ajándékozó kórház

Életet ajándékozó kórház címmel tüntette ki a Hungarotransplant Kht. azokat a hazai intézményeket, amelyek élen járnak a donációs aktivitásban. Az elismerést **Borsi József**, a társaság ügyvezető igazgatója adta át, így többek között a nyíregyházi **Szabolcs-Szatmár Megyei Jósza András kórház** főigazgatójának is. A nyírségi kórház a szervátültetést segítő tevékenységével érdemelte ki a kitüntető címet – mondta a cégvezető az ünnepségen.

Borsi József tájékoztatása szerint Magyarországon a múlt évben **418** szervátültetés történt, százhuszszal több, mint 2004-ben. Az életet mentő szerveket zömmel, 92% arányban agyhalottakból vették ki. A szabolcsi gyogyintezetben **45 donáció során 101 szervkivétel** történt, s abból **92** került beültetésre. A Hungarotransplant Kht. adatai szerint a **Jósza András Kórház a donáció alapján a második lett a gyógyintézetek rangsorában. Az első helyet a miskolci megyei kórház szerezte meg, 54 donációval, 146 szervkivétellel és 129 beültetéssel.**

A borsodi, illetve a szabolcsi gyogyintézet után két fővárosi intézmény következik, a **budapesti Merényi Kórházban 39 donáció, 99 szervkivétel és 87 beültetés, míg a Országos Baleseti Sürgősségi Intézetben 33 donáció, 79 szervkivétel és 71 beültetés történt.**

A nyíregyházi kórházban az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály donációs aktivitása igen elismerésre méltó – emelte ki **Pintérné Gönczi Ágnes főigazgató-főorvos**, hozzátéve: a részleg orvosai körültekintő munkával igyekeznek mindent megtenni a szervátültetésre szoruló betegek életesélyeinek javításáért. (MTI)

Közös kincsiünk a gyermek...

Nemzeti Csecsemő-és Gyermkegészségügyi Program Vállalások

A „Miért”...

Európában és Magyarországon is egyre kevesebb gyermek születik (hazánkban évente 50 ezerrel kevesebben születnek, mint 25 évvel ezelőtt), igaz, ők nagy valószínűséggel hosszabb életre és jobb életminőségre számíthatnak, mint a szüleik, nagyszüleik nemzedéke. Különösen komoly probléma, hogy bár jelentősen, mintegy 8%-kal csökkent, de még mindig a fejlett európai országok átlagának a kétszeresét teszi Magyarországon a koraszülöttek aránya. Részen ennek következtében hazánkban a csecsemőhalálozás is mintegy kétszerese az uniós átlagnak. Emellett jelentős eltérés mutatható ki az ország különböző területei között valamennyi betegségi mutatóban. Tézisi a problémát, hogy torzult – fekvőbetegcentrikus – a gyermek-egészségügyi ellátórendszerünk:

- a 14 év alattiak 28%-át, a serdülők 50%-át az alapellátásban nem gyermek szakorvos felügyeli;
- az 1 570 gyermekorvos aránytalanul oszlik el az országban;
- 90 kórházban folyik szülészeti tevékenység, ebből 24 kórházban nincs csecsemő- és gyermekosztály, így már a születés pillanatában sem biztosított csaknem minden 3-ik gyermek esélyegyenlősége.
- A gyermek sürgősségi ellátás különösen hétvégén és ünnepnapokon országosan nagy különbségeket mutat, pedig épp a gyermekek esetében a baleset vagy az akut betegség esetén az „első óra” életet menthet.

Mit vállal fel a Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program?

A program deklarálja, hogy az egészség megőrzésében, a gyógyulás lehetőségében ma meglévő hatalmas szociális, kulturális, területi különbségek leküzdését a gyermekek egészséges életéhez szükséges feltételek megteremtésével kell kezdeni. A gyermeki jogok nemzetközi chartájában foglaltakkal összhangban vallja: minden gyermeknek joga van az egészségre, a minél jobb egészségügyi ellátásra. Ezért tehát a kormány felkérésére a gyermek-egészségügyi szakma képviselői kidolgozták a **Közös kincsiünk a gyermek** című Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Programot.

- 1.) Hogy több, szeretettel várt és egészséges gyermek születhessen, hogy csökkenjen a koraszülöttek száma, a csecsemőhalálozás aránya;
- Megerősíti a családtervezéssel foglalkozó védőnői hálózatot.

A Kormány 100 lépés programja az egészségügyben is fontos változtatások folyamatát indította el. Ennek egyik alappillére a gyermekegészségügyi szakma képviselői által, a Kormány felkérésére kidolgozott „Közös kincsiünk a gyermek” című Nemzeti és Gyermkegészségügyi Program, mely program egyben szervesen illeszkedik a WHO 2005. szeptemberében deklarált „Európai Stratégia a Gyermekek és Serdülők Egészségéért és Fejlődéséért” című dokumentum ajánlásaihoz.



- Tini-ambulanciák fejlesztésével, Családvédelmi Szolgálatok hatékonyságának növelésével, prevenció és egészségnevelő programok támogatásával 5 év alatt 10%-kal csökkenti az abortuszok számát.
- A Népegészségügyi Program keretében 5 év alatt 20%-kal csökkenti a dohányzó terhes nők arányát.
- A szülészeti osztályokon megteremti az újszülött ellátásáért felelős specialista jelenlétét.
- Korszerűsíti az újszülöttkori szűrés rendszerét, és ezzel 30 veleszületett anyagcserezavar korai felismerését teszik lehetővé.
- 15 év alatt felére csökkenti a csecsemőhalálozást.
- A Bababarát Kórház-program keretében 2 év alatt megháromszorozza a bababarát kórházak számát.
- Az újrászervezett Nemzeti Szoftatást Támogató Bizottság munkájával biztosítja az anyatejes táplálás kiszélesítését.
- 2006-tól új védőoltási rendszert vezet be, amely kevesebb oltással, kevesebb szövődménnyel több betegség ellen nagyobb biztonsággal védi meg a gyermekeket.
- A Neonatális Intenzív Centrumok működési feltételeit javítja a meghirdetett aneszteziológiai és inten-

zívterápiás eszközpark fejlesztési projekt segítségével (300 altatógép, 400 lélegeztetőgép, 500 monitor)

- 2.) Hogy az ellátás meglévő különbségeinek csökkentésével, magas színvonalú egészségügyi szolgáltatást kapjon minden beteg gyermek:
- Bővíti az új gyermek-háziorvosi önálló praxisok számát.
- A vegyes praxisokban dolgozó háziorvosok szakmai fejlődésének biztosítására a továbbképzési rendszerben előírja, hogy az évente megszerezhető kreditpontok 20%-át gyermekgyógyászatból kell megszerezni.
- Megújítja és konzultációs rendszerré fejleszti a Mozgó Szakorvosi Szolgálatot 2007 végéig.
- A gyermekszakorvosi utánpótlás érdekében meghatározza és növeli a gyermekorvosi rezidensképzés keretszámát.
- A sürgősségi program keretében újjászervezik és fejleszti az alapellátási és fekvőbeteg szakellátási gyermekgyógyászati ügyeleti rendszert.
- Gyermeknevelő intézetekben 2008-ra biztosítja, hogy a gyermekeket gyermekszakorvosok lássák el, és 2006-tól megteremti ennek országos lefedettségű, egységes finanszírozási rendszerét.
- 2007 végére eléri, hogy a gyermek alapellátás ¾ részére kidolgozásra kerüljenek a szakmai irányelvek és protokollok.

- 3.) Hogy széles összefogással csökkenjen a gyermek-balesetek és a gyermekek elleni erőszakos cselekmények száma, és ezek bekövetkezésakor minden gyermek gyors és magas színvonalú orvosi segítségben részesüljön:
- 2006-ban kidolgozza a Nemzeti Balesetmegelőzési Programot.
- Fejleszti a gyermek-sürgősségi ellátórendszert.
- Bővíti a gyermekintenzív fekvőbeteg ágyak számát.
- A Népegészségügyi Programon belül az öngyilkosságok megelőzésére önálló mentálhigiénés programot indít.
- A gyermekbántalmazás és a gyermekek egymás közötti bántalmazásának megelőzésére az ICSSZEMmel együttműködve 2006-ra önálló intézkedési tervet készít.
- Önálló gyermek és ifjúságpszichiátriai programot dolgoz ki 2006 június 30-ig.
- Önálló Gyermekpszichiátriai Szakcsoportot hoz létre és megszervezi a gyermekpszichiátriai szakfelügyeleti rendszert 2006. december 31-ig.



A „kötelező védelem” nem új keletű dolog. Törvény írta elő már 1876-ban a himlő elleni védőoltás kötelezőségét, 1938-ban a diftéria és a hastífusz elleni védőoltást. Majd 1953-ban a kombinált oltóanyagokkal való immunizálást tette kötelezővé hazánkban törvényi szabályozás. Ezek az évszámok fontos mérföldkövei annak a folyamatnak, melynek eredményeként hazánk lakosságának 98%-a védett az olyan gyilkos, vagy egy életre szóló testi – lelki fogyatékoságot okozó betegségekkel szemben, mint például a torokgyík, szamárköhögés, kanyaró vagy a járványos gyermekbénulás, melyek még két emberöltővel ez előtt még tömegével szedtek halálos áldozatokat.

Hazánk az 1980-as évek második felétől csatlakozott a WHO Kiterjesztett Immunizációs Programjához (EPI – Expanded program on immunization), így a világszervezet ajánlásai alapján kialakított védőoltási rendszerünk ugyanazon betegségekkel szemben nyújt védeltséget, mint a legtöbb európai országban. Jelen-

Kötelező védelem

Az egészségpolitika hatékonyságát nagy részben az eredményes prevenció határozza meg. Magyarországon ez a járványos gyermekbetegségek gyakoriságának, előfordulásának csaknem teljes visszaszorításában – a WHO megállapítása szerint: „példaértékű” védőoltási rendszerünknek köszönhetően –, jól nyomon követhető, érvényesülése vitathatatlan.

legi, nagyon kedvező képet mutató járványügyi helyzetünk azonban az átoltottsági arány – az életkorhoz kötött védőoltások esetében hosszú periódusokat tekintve is megbízhatóan 98-99% – fenntartása mellett megköveteli az oltási rendszer folyamatos felülvizsgálatát. Egyaránt értve ez alatt új oltások bevezetését, jobb, korszerűbb oltóanyagok alkalmazását, vagy éppen az érvényben lévő életkorhoz kötött védőoltási rend átalakítását, mely változtatás – részben a hazai oltóanyag-termelés megszűnése miatt – ez év január 1-től lépett életbe.

Dr. Szövetes Margit főorvosnő (megyei házi gyermekorvos szakfelügyelő főorvos – HBM) adott tájékoztatást számunkra a 2006. évi oltási rend jelentősebb változásairól:

– Továbbra is fennáll, hogy a védőoltási rendszer keretén belül 10 fertőző betegség (tuberculosis, b típusú Haemophilus influenzae /Hib/, diftéria, pertussis, tetanus, polio, morbilli, rubeola, mumpsz, Hepatitis B) ellen kap minden gyermek – életkorának megfelelő ütemezésben – térítésmentes védőoltást. A védőoltások változatlanul kötelezőek, mentességet csak orvosi indikáció alapján lehet kapni, melynek elbírálását a Védőoltási Szaktanácsadó hálózat végzi. Az új oltási rendszer bevezetésével a „szűrások” száma csökken, mert az új többkomponensű oltóanyagok egy oltással/szűrással beadhatók, és egyszerre több betegség (diftéria, tetanus, pertussis, poliomyelitis és Hib) ellen nyújtanak védelmet.

A 2005. október 31. után született gyermekek járványos gyermekbénulás elleni immunizálása OPV (orális élő poliovírus tartalmú vakcina) helyett kizárólag inaktívált poliovírus /IPV/ tartalmú, kombinált vakcinával történik. 2006. április 1-től az élővírus tartalmú vakcina használata megszűnik. (A WHO ajánlása szerint az OPV alkalmazását 2010-ig minden országban fel kell váltani IPV vakcinával, ugyanis a polioeradicáció csak mindennemű poliovírus módosulat cirkulációjának teljes megszüntetésével érhető el.)

A korábbi DiPerTe oltást olyan kombinált vakcina váltja fel, melyben a szamárköhögés elleni alkotórész megváltozik. A teljes sejtés oltóanyag helyett sejtmentes pertussis komponens tartalmazó (nem baktériumot, csak annak tisztított antigénjeit tartalmazó) vakcina kerül alkalmazásra. Ennek az oltóanyagnak már igen kevés a mellékhatása. A diftéria-perussis-tetanus,

valamint a poliomyelitis elleni immunizálás három hónapos kor helyett kéthónapos korban kezdődik a Hib elleni oltások első részletének beadásával egyidejűleg, kombinált oltóanyag alkalmazásával.

A Hib elleni immunizálás a korábbi 2, 4, 5, 15 hónapos kor helyett 2, 3, 4, 18 hónapos korban történik. A 2005. augusztus 1., illetve 2005. szeptember 1. és október 31. között született (4, illetve 5 hónapos) gyermekek esetében – a védőoltások rendjéről kiadott Módszertani Levélben előírtaknak megfelelően – a már megkezdett oltási rendben, a teljes sejtés komponensű oltóanyagot és az OPV vakcinát kell alkalmazni. Sem egészségügyileg, sem a szerzett, megszerezhető véde-

lem szempontjából nem indokolt az oltássort a már megkezdett vakcina típus helyett mással folytatni.

Dr. Szövetes Margit főorvosnő által elmondottakon kívül változást jelent az is, hogy az új oltóanyagok egyike sem tartalmaz higanyt, vagy annak bármiféle származékát. A vakcinák beszerzésére (tuberkolózis elleni védőoltást kivéve) a GlaxoSmithKline céggel kötött a Kormány öt évre szóló szerződést, évi háromszori, február, március és decemberben történő szállítással. A GlaxoSmithKline üzleti és szakmai elismertsége biztosíték az oltási rendbe bekerülő oltóanyagok megbízható minőségére, az ellátottság folyamatos biztosítására.

A bevezetett változtatások – kevesebb szűrás, új, korszerűbb vakcinák – az oltóorvos munkáját is könnyebbé teszik, és remélhetőleg tovább erősítik az életkorhoz kötött kötelező védőoltások lakossági elfogadottságát is. Sikerül továbbra is megőrizni kimagaslóan jó járványügyi helyzetünket, nem megfelelőkedve arról egy pillanatra sem, hogy a kedvező állapot a megfelelő anyagi, technikai háttér biztosítása által, és csakis együttes szakmai és lakossági támogatottsággal tartható fent.

Az életkorhoz kötötten kötelező védőoltások 2005. és 2006. évi oltási naptárának összehasonlítása a változások követésével						
Életkor	2005.			2006.		
0 - 6 hét	BCG			BCG	Általában a születéseit intézményben	
2 hónap			Hib I/a	DTPa + IPV + Hib	Infanrix IPV + Hib 2005. október 31. után születettekre vonatkozik	
3 hónap	DTPw I/a	IPV		DTPa + IPV + Hib	Tetracoq 2005. október 1. és 31. között születettekre vonatkozik	
				DTPa + IPV + Hib	Infanrix IPV + Hib 2005. október 31. után születettekre vonatkozik	
4 hónap	DTPw I/b	OPV	Hib I/b	DTPa + IPV + Hib	DPT + PolioSabin + Hiberix vakcina 2005. október 31. után születettekre vonatkozik	
				DTPa + IPV + Hib	Infanrix IPV + Hiba 2005. október 31. után születettekre vonatkozik	
5 hónap	DTPw I/c	OPV	Hib I/c	DTP I/c + OPV + Hib I/c	DPT + PolioSabin + Hiberix vakcina 2005. augusztus 1. és október 31. között születettekre vonatkozik	
15 hónap	MMR	OPV	Hib II	MMR	Priorix vakcina 2004. szeptember 30. után születettekre vonatkozik	
18 hónap				DTPa + IPV + Hib	Infanrix IPV + Hib 2004. szeptember 30. után születettekre vonatkozik	
3 év	DTPw II	OPV		DTPa + IPV	Infanrix IPV 2003. január 1. és december 31. között születettekre vonatkozik	
6 év	DTPw III	OPV		DTPa + IPV	Infanrix IPV 2000. január 1. és december 31. között születettekre vonatkozik	
11 év	dt	MMR		dT	DiTe oltóanyag szeptember hónapban az általános iskolák VI. osztályában.	
11 év				MMR revakcináció	Priorix vakcina október hónapban az általános iskolák VI. osztályában	
14 év	Hepatitis B			Hepatitis B	Engerix B vakcinaaz I. oltás szeptember hónapban az általános iskolák VIII. osztályában.	

Forrás: Epinfo Módszertani Levele a 2005. évi és a 2006. évi védőoltásokról

„Magyarországon az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a 80-as évek óta több alkalommal áttekintette, hogy a magyar oltási rendszer miként illeszkedik az európaihoz. Azt találták, hogy oltottság tekintetében a régióban a legjobb helyet szereztük meg. Ez a védőnői és a gyermekorvosi hálózatnak is köszönhető. A védőoltásokkal kapcsolatban a szülők körében sokáig nem voltak kételyek, mindenki elfogadta azokat, és oltatta a gyermekeket. Az utóbbi időben azonban hangot kaptak olyan vélekedések, amelyek megkérdőjelezik a védőoltások szükségességét. Akik ilyen véleményen vannak, nincsenek tisztában a védőoltások hatásával, nem ismerik azokat a betegségeket, amelyek ellen védelmet nyújtanak.”
(Dr. Szabó Aranka gyermekorvos – HáziPatika.com)

Dr. Kohuth Zsuzsa járványügyi osztályvezető (ÁNTSZ Hajdú Bihar megyei Intézete) kérdésemre nem csak megerősíti, hogy a védőoltások elmaradásának súlyos következményei vannak, hanem az ezzel együtt járó veszélyekre is felhívja a figyelmet.

Dr.K.Zs.: 1982-1985, valamint 1991-1996 között két gyerekgyilkos torokgyík járványhullám is lezajlott a környezetünkben. A második járvány Oroszországból kiindulva 15 szovjet utódállamot érintett (150 ezer megbetegedés, 5 ezer halálozás). A fertőzést behurcolták 14 európai országba is, ahol a védőoltásoknak köszönhetően nem okozott tömeges gyermek megbetegedést, halált. A járvány kialakulását elősegítette, hogy az utódállamokban nem volt oltóanyag, az előző években is kevés gyermeket oltottak, ami miatt sok gyermek lett fogékony a betegségre. Ezen a járványon csak nemzetközi összefogással, komplex járványügyi intézkedésekkel, valamint 25 millió dollárértékű vakcina, fecskendők, tűk, antibiotikumok biztosításával, tömegoltásokkal (a fiatalok, felnőttek 90%-át, Oroszországban 70 millió felnőtt), sikerült úrrá lenni. A teljeskörű gyermekkori védőoltásoknak köszönhetően, a „szomszédunkban” folyó járványok dacára, hazánkban évek óta nem fordult elő diphtheria megbetegedés.

A szamárköhögés elleni oltás bevezetésére 1953-ban került sor, majd a tudományos ismeretek alapján 1963-tól a DiPerTe oltások egyik összetevőjeként 5 oltást kap a gyermek. Ennek eredménye az **1. ábra** grafikonján jól követhető.

A gyermekbénulás elleni oltás nélkül járványok fordulnának elő, mint például 1978-ban és 1992-1993-ban hollandiai oltást megtagadók között és 1991-ben Bulgáriában oltatlan romák között. A járvány egész családok életét tette tönkre, az által, hogy bénulást okozva sokakat mozgáskorlátozottságra, mozgásképtelenségre kárhoztatott, gyermekeket kényszerített egész életükre vastüdőbe.

■ **Főorvosnő, Ön többször is hangsúlyozta, hogy a gyermekbetegségek járványos fellépésében első sorban az oltások elmaradása játszik jelentős szerepet. Mikor válik veszélyessé az oltást megtagadók számaránya?**

Dr.K.Zs.: Hogy egy ország lakossága védett legyen (pl. kanyaró ellen), a gyermekek több mint 95%-át oltani kell. 2002-ben Olaszországban kanyarójárvány zajlott az alacsony oltási szám miatt. A járvány során 7 hónap alatt 594 személy szorult kórházi ápolásra, 86%-uk 15 éven aluli volt, akik 26%-ánál súlyos szövődmények (tüdőgyulladás, agyvelőgyulladás) jelentkeztek, a 15 évesnél idősebbek közül 3 betegnő jelentkezett a súlyos kanyaró szövődmény az agyvelőgyulladás. Meghalt 3 gyermek (6 hónapos, 4 éves, 10 éves) és egy 29 éves felnőtt. (Forrás: MMWR vol. 52/No.43) Hazánkat a járvány elérte.

A magyarországi védőoltási rendszer hasznosságát, eredményességét érzékelteti az **2. ábra**.

Ezek a példák mind arra figyelmeztetnek, hogy a jelenlegi kedvező helyzet Magyarországon is csak addig tart, amíg fennáll a védőoltásokkal kialakított immunitás. Miért szorulnak mégis a védőoltások védelemre?

Védőoltás – jog és út az egészséghez

Valószínűleg nincs ember, aki valami módon meg ne tapasztalta volna már életében a betegség okozta tehetetlenség érzését, akár maga volt szenvedő alanya hideglelős láznak, torokszorító köhögésnek, akár szülőként tartotta karjaiban fájdalomtól gyötrődő gyermekét. Ilyenkor csak egyetlen gondolat zakatol az agyában: legyőzni a betegséget, gyorsan, bármilyen áron. Talán még fogadkozás is átsuhan gondolatai között: jobban vigyázni az egészségre, megelőzni, elkerülni a betegségeket. Ennek egyik útját a védőoltások jelentik.

A védőoltás megoldást jelenthet az egyén számára, ha veszélyeztetett környezetbe kerül pl. külföldi tartózkodás során, vagy egyes munkakörökhöz kapcsolódó prevencióban, de akut fertőzési veszély esetén egy-egy beteg környezetét érintve nagyobb, akár járványveszély elkerülésére is. Legnagyobb jelentősége azonban az életkorhoz kötött, kötelező védőoltási rendszer által mérhető le, melynek eredménye, hogy hazánkban ma már több, sok-sok halálos áldozattal járó járványos betegség a múlt emléke.

Dr.K.Zs.: Sajnos nemzetközi és hazai szinten is megjelentek az oltásokat ellenzők (szekták, alapítványok tagjai, stb.), akik támadják a védőoltások szükségességét. Egyes alapítványi brosrúrákban, de még újság-cikkekben is, az olvasókat riogató, szakmailag megalapozatlan állítások jelentek, és jelennek meg az oltások „veszélyeiről”, elhallgatva az előnyöket. Az egyes oltások ellen hangoló tv riportok levetítésével fogyatékos gyermeküket nevelő szülőket tévesztenek meg.

■ **Ilyen például az az állítás, mi szerint, az egyrészt a kanyaró ellen adott, MMR oltás autizmust okoz, de higanytartalma miatt egyéb súlyos következményekkel is járhat a beoltott gyermek számára?**

Dr.K.Zs.: Igen, ez például az egyik leggyakoribb megítésvetítő állítás. A védőoltások biztonságával foglalkozó Globális Tanácsadói WHO Bizottság (GACVS) 2003. augusztusi állásfoglalása alapján nincs bizonyíték az egyes oltóanyagokban alkalmazott thiomersal (etil-higany) expozíciójának toxikus mivoltára. A Bizottság a legújabb farmakokinetikai vizsgálatok alapján megállapította, hogy biztonságossági szempontok alapján nincsen ok a thiomersal tartalmú oltóanyagokkal folytatott oltási gyakorlat megváltoztatására. A GACVS állásfoglalása alapján a magyarországi védőoltási gyakorlatban thiomersal tartalmú vakcinákat veszély és következmény nélkül használhatjuk. Az Élesben című tv műsorban elhangzott állítás-sal szemben az MMR oltóanyagban nincs thiomersal! (Évente a Földön 100 millió MMR-t oltanak.)

Az autizmusra vonatkozó nemzetközi szakmai viták már évekkel ezelőtt lezárultak. Egy hipotézisre alapuló vélemény médianyilvánosságra Angliában pánikhangulattal, és azzal a következményekkel járt, hogy visszaesett az oltások száma, amelynek következtében halálozásokkal is járó kanyarójárvány alakult ki. Időközben Angliában 6 széleskörű vizsgálat bizonyította a hipotézis megalapozatlanságát. A kanyaró elleni védekezésben kulcsfontosságú a populációs immunitás, ha a védettek aránya 80% alá esik, járványok alakulhatnak ki. Az Egyesült Királyságban 1974-ben visszaesett a szamárköhögés elleni áltoltottság, 1978-ban már 36 halálos áldozatot követelő, 100 000 megbetegedést előidéző szamárköhögés járvány alakult ki. Japánban 70%-ról 20-40%-osra esett vissza az átooltottság, melynek következményeként az 1974-es 393 megbetegedés 1979-re 13.000 esetszámmra növekedett. A járványok itt is voltak halálos áldozatai.

■ **A BCG oltás létjogosultságát is megkérdőjelezték már, mondván, hogy az idők során bebizonyosodott, a tuberkulózis megelőzésére gyakorlatilag hatástalan, tehát az oltottak között legalább olyan ütemben terjed a tbc, mint az oltatlanok között. Mivel Nyugat-Európában szinte egyetlen ország sem alkalmazza, Magyarországon is megszüntetik.**

Dr.K.Zs.: A BCG vakcinát a tuberkulózis megelőzésére több, mint 80 éve alkalmazzák és a becslések szerint 1921 óta 4 milliárd adagot adtak be. (Magyarországon 1953 óta 13 millió oltásra került sor.) A BCG vakcinációval a fertőzést követő kialakuló ún. gyermek-típusú „primér” tuberkulizist és annak korai generalizációját

(miliáris tbc, meningitis tuberculosa) lehet sikeresen megelőzni. Ezt nemzetközi járványügyi adatok bizonyítják. A BCG vakcinációnak egyébként nincs másodlagos hatása, azaz nem befolyásolja az ún. felnőtt típusú „postprimér” tuberkulózis kialakulását (kavernás tüdő tbc). Magyarországon járványügyi indokok alapján nem tervezik a BCG oltás megszüntetését. Egyébként több (???)

Szemben az állítással, a nyugat-európai országokban egy részében igen is végeznek újszülött korban BCG oltást, így például (pl. Írországbán, az Egyesült Királyságban, Portugáliában, Svédországban, Finnországban, stb.).

■ **Mivel Magyarországon 1969 óta nem volt vad vírus által előidézett fertőzés, a rutinszerűen alkalmazott OPV folyamatosan veszélyeztetheti a lakosságot a Vakcina Asszociált Paralitikus Poliomyelitis (VAPP) miatt.**

Dr.K.Zs.: Az 1959-1971 közötti OPV oltásoknak köszönhetően az utolsó hazai eredetű vad polió vírus okozta bénulás valóban 1969-ben fordult elő. Az OPV egyedüli alkalmazásának 32 éve alatt valóban előfordultak VAPP megbetegedések, de az oltások nélkül ezen idő alatt a poliomyelitis esetek száma 18.816 lett volna, ha az 1931-1959 periódus alatti megbetegedési átlagokkal számolunk. 1992 óta alkalmazott IPV/OPV oltások bevezetése óta sem az oltottak között, sem az oltottak környezetében VAPP nem fordult elő. Ezt tehát a lakosság veszélyeztetésének nevezni képtelenség. Védőoltások nélkül járványok fordulnának elő (pl. 1978-ban és 1992-1993-ban hollandiai oltást megtagadók között és 1991-ben Bulgáriában oltatlan romák között).

■ **Egyes vélemények szerint a kötelezősége alapuló magyar oltási rendszer elavult, megérett a reformokra és kérdésként merül fel, hogy szabad fejlődés eredménye-e vagy a korábbi államrend és egészségügy maradványtünete? Sokan sérelmezik a szankcionálási lehetőséget is. Mi tartja még érvényben Európa legszigorúbb oltási törvényét?**

Dr.K.Zs.: A kötelezőség nem az 1990 előtti időszak „maradványtünete”, hiszen első ízben 1876-ban már a himlő elleni oltás kötelezőségét törvény írta elő. A kötelezőség megkérdőjelezésével kapcsolatban meg kell említeni, hogy mivel a fertőző betegségek ember-ről-emberre terjednek, ennek alapján a védettséget biztosító oltás elfogadását, vagy elutasítását nem lehet kizárólagosan egyedi döntésre bízni. Ha ugyanis az oltásokat sokan elutasítják, a fogékonyak aránya elérheti azt a kritikus szintet, amelyet járványok követhetnek. A védőoltások felvétele nem csupán egyedi, hanem társadalmi érdek is.

Az életkorhoz kötött védőoltások kötelezőségét nem egy ősrégi, hanem 1997-ben a magyar parlament által elfogadott Egészségügyi Törvény írja elő.

Egyes nyugat-európai országokban is vannak törvénnyel szabályozott kötelező oltások. Azokban az országokban, ahol a védőoltások csak ajánlottak, úgynevezett „indirekt kötelezőség” működik, az iskolába járás kötelező, de oda csak oltott gyerek mehet.



Beszélgetésünk végén Dr. Kohut Zsuzsa felvázolta még a közeljövő azon terveit, melyeket az elkövetkező években az EU országok gyakorlatából, ajánlásokból megvalósításra alkalmasnak, számunkra hasznosaknak tartanak a szakemberek:

- Közép és hosszú távú nemzeti oltási stratégia kidolgozása.
- Egész életet átívelő oltási ajánlás kialakítása (Védőoltási Tanácsadó Testület)
- Speciális terápiás protokollban oltási ajánlás kialakítása
- A védőoltási tevékenység minőségbiztosításának erősítése (szövődmények, reakciók szoros monitorozása, hűtőlánc felügyelete, dokumentáció)
- Nemzetközi vizsgálatokban, programokban részvétel
- Oktatás reformja – az EU gyakorlat megismerése (távoktatás)
- Tájékoztatás korszerűbb formái (média, sajtó, plakát, szórólap, személyes értesítés)

Mind ezek által remélhetőleg mielőbb simává, rögzítővé mentessé válik az egészséghez vezető út e szakasza. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény az életkorhoz kötött védőoltások tekintetében teljes esélyegyenlőséget biztosít minden szülő és gyermek számára, csak élni kell az adott jogokkal, felelősségteljesen mindenkinek önmaga és környezete érdekében.

» Pigniczki Ágnes, Debrecen «

1. ÁBRA



2. ÁBRA



A stresszkezelés hatásfokának növelése, ill a stresszkezelési készségek elsajátításának lehetősége

A hagyományos képzési modellek alternatívájaként 1950-es évek végén jelentkeztek a humán probléma-megoldó és kommunikációs készségfejlesztésre irányuló tréningek (Shank és mtsai 1986, Lieberman és mtsai 1994). Ezek a kognitív pszichológia, szociálpszichológia, kommunikációelmélet és természetesen a pszichoterápia fejlődésével párhuzamosan finomodtak és váltak egyre hatékonyabbá. Jelenleg hat fő területen alkalmazzák őket (ezek a területek egymással átfedéseket mutatnak):

- 1.) Profitorientált területeken, különböző szintű ügynök, menedzser és vezetőképzésben
- 2.) Segítőfoglalkozásúak képzése esetében
- 3.) Az egészségügyi prevenció és terápia területein, vagyis a veszélyeztetett csoportok készségfejlesztésében, ill. a rehabilitációs munkában.
- 4.) Közösségi készségfejlesztő programokban, elsősorban stresszkezelő és személyes hatékonyság növelő tréningekben.
- 5.) Foglalkozás-egészségügyi programokban.
- 6.) Iskolai készségfejlesztő programokban.

Mindezekkel kapcsolatosan utalunk Kyssmisis és mtsai (1996), Jones és mtsai (2000). Roth és mtsai (1999), Israel és mtsai (1996), valamint Beidel és mtsai (2004) áttekintő tanulmányaira. A szociális készségfejlesztő csoportok a legtöbb nyugati egyetem, és örvendetesen egyre több magyar felsőoktatási intézmény curriculumában megtalálhatóak. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete a DIMENZIÓ Egészségpénztárral közösen több modulból álló, átfogó stresszkezelő programtervet dolgozott ki, mely rugalmasan alkalmazható, és melyben a modulok cserélhetőek. Igyekeztünk a közösségi alapú aktivitásokat maximalizálni és minél változatosabb formában kifejleszteni, hiszen ez biztosítja azt, hogy bármilyen típusú közösség hasznosítani tudja.

A program fő céljai

- 1.) Általános ismeretek nyújtása a stresszel és ennek egészségügyi következményeivel kapcsolatosan. A programban a személyes stresszkezelési képességekre helyeződik a hangsúly, hiszen a szervezeti fókuszú stresszkezelés a munkahelyek feladata (ez a legtöbb esetben a cégek szervezetefejlesztési programjaiban megvalósul, mert elemei azonosak a termelékenység és hatásfok növelésének eszközeivel).
- 2.) Kockázati tényezők elkerülésének lehetősége – aktív stresszkezelés, pszichés megküzdés javítása mind a hétköznapi stresszforrásokkal, mind a rendkívüli stresszhelyzeteket okozó tényezőkkel.

Munkahelyi stresszkezelő tréningek

A stressz és a stresszhez kapcsolt állapotok megelőzése és csökkentése kiemelt helyen szerepel az Európai Unió foglalkozás-egészségügyi és munkahelyi egészségfejlesztési programjaiban: A munkahelyi stressz direkt (termelékenységcsökkenés) és indirekt (egészségügyi kiadások megnövekedése) költségei mind a munkavállalók, mind a munkáltatók, mind az ellátás-finanszírozás szempontjából elég tetemesek ahhoz, hogy a munkahelyi stressz csökkentése megkülönböztetett figyelmet kapjon mind kutatási, mind egészségfejlesztési beavatkozássokat fejlesztő programokban. Fenti munkában hazai munkacsoportok is részt vesznek.

3.) A munkahelyi stressz csökkentésén keresztül az életminőség javítása, és a személyes hatékonyság növelése. Ez elősegíti nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek (elsősorban a szív- érrendszeri betegségek, ill. ezek egyik fő kockázati tényezőjének az önmagában is nagy népegészségügyi jelentőségű depresszió) kockázatának csökkentését is.

A modellprogram célja tehát a többlepcsős stresszkezelés megvalósítása

Első lépcső: Rendszeres információ-nyújtás írott, kö-zérthető formában, részben hírlevelekben részben Interneten keresztül.

Második lépcső: Rendszeres edukációs programok.

- Interaktív előadások, mely során a résztvevők specifikus ismereteket kapnak A program keretében kidolgoztunk egy 2x45 perces előadást, mely a stressz-szel és az életmóddal összefüggő, valamint a hatékony stresszkezelési lehetőségekkel kapcsolatos ismereteket ad át. Egyszerre nagyobb csoportnak is megtartható (akár több száz embernek is). A két előadás közti szü-netben a résztvevők egy önkitöltő és önértékelő kis-érdőívvel választ kaphatnak saját stressz szintjükre is.

Az előadásokkal kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

- A részvételi arányok jók, az érdeklődés a résztvevők körében már az érkezéskor magas (nem kíváncsiskodók jönnek el, hanem erősen motivált személyek)
- A résztvevők aktívak, kérdeznek és megosztják tapasztalataikat az előadóval és a többi résztvevővel
- Az előadást meghallgatók nagy része egyéb típusú prevenció-s aktivitásban is részt kíván venni (csoportok)

Harmadik lépcső: Stresszkezelő tréning csoport-programok, mely során a résztvevők készségeket sajátítanak el. A csoport teljes időtartama 12 óra, amelyet vagy 2x6 óra, vagy 4x3 óra elrendezésben lehet igénybe venni. Fő célja a stresszkezelés, ill. ezen belül is a munkahelyi stresszkezelés készségeinek el-sajátítása, és ezen keresztül a személyes hatékonyság növelése.

A csoporttal kapcsolatos eddigi tapasztalataink:

- Az érdeklődés a munkahelyi stresszkezelési résszel kapcsolatban a legnagyobb.
- A stesszkezelés, az egészséges életmód, a kockázati tényezők elkerülésének ismeretei részben már meg-vannak a csoporttagok között, a nehézséget a min-dennapi életben való gyakorlati alkalmazás jelenti, ebben konkrét személyre szabott segítséget igényel-nek. Általános jelenség, hogy a médiából is ismert kockázati tényezők elkerülését/egészséges életmódot a csoporton résztvevők zöme kezdetben nem tartja saját mindennapi életében kivitelezhetőnek, ebben gyakorlati segítségre szorulnak.
- A csoportok nagyon népszerűek, és a résztvevők túlnyomó többsége több alkalmat, hosszabb csopor-tot szeretne.

Összefoglalva: Adott közösségben működő stresszke-zelő csoport népszerű és hatékony eszköz, úgy tűnik, a csoportmunka, a csoportdinamikából, a személyre szabott készségfejlesztésből származó erő fontos ah-hoz, hogy a stesszkezeléssel kapcsolatos készségek (me-lyeket a résztvevők egy része már ismer) a mindennapi életben is tartósan megvalósíthatóvá váljanak.

A csoportos tréningen a stresszkezelés azon készségei-nek fejlesztése történik:

- Melyek segítenek a hétköznapi problémák és konfliktusok hatékony rendezésében.
- Segítenek fenntartani a hatékony kommunikációt és ezeken keresztül.
- Segítenek a hatékonyabb szervezeti magatartás ki-alakításában.
- Növelik a hétköznapi stresszforrásokkal szembeni ellenálló képességet
- Növelik a problémamegoldás hatékonyságát.

A készségfejlesztő csoport struktúrája:

- A csoport létszáma erősen korlátozott (maximálisan 20 fő). Ez lehetőséget teremt a csoportos gyakorlásra, de biztosítja, hogy minden résztvevő megfelelő egyéni figyelmet, és személyre szabott képzést kapjon.
- A tréning 12 órás. Ezt többféle bontásban, rugalma-san lehet elvégezni (pl 4x3, 2x6 óra).

- A tréning módszerei: interaktív információátadás, viselkedés-modellezés, helyzetgyakorlatok, szimulá-ciók, tipushelyzetek megbeszélése.
- A tréning során átadásra kerülő készségek: – Haté-kony kommunikáció | – Asszertív érdekvérvényesítés | – Konfliktuskezelés | – Rugalmas, problémaközpontú gondolkodás fejlesztése, a gondolkodás újrastruktu-rálásának módszere | – Időgazdálkodás | – Relaxáció | – Tudatos szervezeti magatartás készségei | – Válto-záshoz való alkalmazkodás, változáskezelés.

Negyedik lépcső: Egyéni tanácsadási programok, melyben állapotfelmérés követően személyes ígé-nyekre szabott tanácsadási modulok kerülnek alkal-mazásra. Az állapotfelmérés postán vagy emailben kiküldött kérdőívcsomag segítségével történik. Az értékelés után a szakértői csoport javaslatot tesz, de a konkrét beavatkozási program a résztvevővel tör-ténő egyeztetés alapján kerül kialakításra.

A program ezen részében a kommunikáció többcsa-tornás: – Email és Internet alapú tanácsadás | – Te-lefonos kapcsolattartás | – Szükség esetén személyes találkozás.

A programok során a fent részletezett készségek egyé-ni tanácsadás formájában történő átadása történik.

Ötödik lépcső: A már egészségügyi kockázati fakto-rokkal rendelkező személyek számára indított kész-ségfejlesztő programokat igény szerint egészségügyi kockázatkezelő elemekkel is kiegészítjük (életmód, táplálkozás, mozgás, egyéni kockázati faktorok ke-zelése, az esetleges terápiás formák adekvát ismerete és az egészségügyi rendszerek helyes használata).

A programból várható előnyök

- A programból származó előnyök a munkavállaló számára: – Jobb stresszkezelő képességek, kevesebb stressz | – Magasabb szintű életminőség | – A szemé-lyes hatékonyság növekedése (hatékonyabb kommu-nikáció, konfliktuskezelés és szervezeti magatartás) | – Egészségügyi kockázat csökkenése.
- A programból származó előnyök a munkáltató szá-mára: – A munkahelyi stresszből származó költsé-gek csökkenése | – A munkavállaló hatékonyságának növekedése | – A munkavállaló szervezeti magatartásának fejlődése | – A munkavállaló stresszkezelő képességeinek növekedése és ezeken keresztül | – A munkacsoport hatékonyságának növekedése.
- A programból származó előnyök a közösség számá-ra: – Termelékenység-növekedés | –Költségsökkenés | –Életminőség-javulás | – Közösségi kohézió javulása | – A szociális tőke megnövekedése.

» Dr Purehl György, Dr Kopp Mária «
SEMMELWEIS EGYETEM MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET

A tuberkulózis ismét a háziiorvosi gyakorlatban

A világháborúk utáni „békeidőkben” a gondozói és intézeti ellátás fejlődésével, majd a szociális-gazdasági konszolidációkkal párhuzamosan észrevehetően csökkent a gümőkóros megbetegedések, haldíozások száma. Az igazi áttörést az antibiotikumok megjelenése, a higiénitás elmaradottság felszámolása és a magas kvalifikált szakemberek humanista orvoslása eredményezte. Ma már azt sem vitatjuk, hogy segítségünkre volt az ún. „természetes szelektció”, azaz a népesség érzékenyebb egye-deinek kihalásával dominálóvá váltak az öröklött ellenállású generációk.

Hazánkban 1970-re csökkent az incidencia 100/100000 alá és így megszűnt a „Morbus Hungaricus”, a tuberkulózis népbetegség jellege. 1990-re pedig elértük a 36/100000-es értéket, ami mérhetetlen optimizmussal töltötte el a tüdőgyógyász kollégákat.

Tévedtünk, mert nem eléggé ismertük a tuberkulózis epidemiológiáját, mert nem számoltunk a rendszerváltás aszociális, demoralizáló s a tüdőgyógyász hálózatot is devalváló hatásokkal. Mentségünkre le-gyen mondvá, hogy az Egyesül Államokban is megállt a javulás, s ma már periódikusan támad. A fejlődő országokban napjainkban is népbetegség, közegész-ségügyi gordiuszi csomó. A betegség a fejlett or-szágokban jellemző az U-alakú epidemiológiai görbe, azaz a növekvő incidencia. Ez tüdőgyógyász és háziorvos szakemberként is elgondolkodtat!

Vajon másfajta ez az „új tuberkulózis”? Mík a változás okai? Milyenek a terápiás epidemiológiai reményeink és lehetőségeink?

Együtt kell válaszolnunk a felmerülő kérdésekre, nem elfelejtve, hogy megfékeztük, de meg nem sze-lídítettük a tuberkulózist. Az alábbiakban felidézem és összegzem a legfontosabb morfológiai, fiziológiai és infektológiai ismereteket.

A kórformákról, rizikócsoportokról A társbetegségekről és a felületi elosztásról

A gócek a tüdőcsúcsokban jelentkeznek, amiből a hematogén szórás elindul. A kulcsosont területében elhelyezkedő beszűrődés szétesve cavernává válik és a betegség apicocaudális irányba terjed.

Hazánkban ma is világszínvonalon működik a pul-monológiai szolgálat. Ervényes a kötelező lakosság-szűrés, megfelelő a propaganda és mégis a részvételi arány csak 65%-os. Különösen alacsony a részvétel a magas kockázatú perifériára szorult rétegeknél. Ezeket az alacsony indolenciájú egyének csoportjai alkotják. Igen elhanyagolt állapotban, „meningitis tuberculosaval” kerülnek sokszor ellátásra. A friss betegek jelentős hányada a hajléktalanok közül kerül ki, amit számtalan kockázati tényező befolyásol.

A rizikótényezők

- A családi, munkahelyi környezeti kontaktok.
- Az alkoholista életmód.
- Az immunszuppresszió és az AIDS.
- A szteroid és cytosztatikus kezelés.
- A diabetesz.
- A munkanélküliség, a hajléktalanság és az „indifferens magányosság”.
- Emigránsok, illetve illegális bevándorlók.

Felhívnam a figyelmet az egészségügyi dolgozók foglalkozási veszélyeztetésére. Különösen a tüdőgyógyászaton, a labor-ban, a pathológián, a traumatológián áll fenn a megfertőzés veszélye, (de gyakran elkapják a szociális munkások is).

Hajlamosak vagyunk elfelejtkezni ugyanakkor ar-ról, hogy a betegek 40 %-a nem a rizikófaktorokból kerül ki. Sokszor konszolidált körülmények között élők, normális életvitelt folytatók betegszenek meg. Ennek oka sem véletlenszerű, inkább a relatív csök-kent védekezőképességgel magyarázható, jelenlegi tudásunk szerint.

A figyelmes háziorvos a társbetegségek kezelése során figyel fel gyakran a tuberkulózisra. Az idült alkoholizmus-hoz társuló májkárosodás, egyes bőrgyógyászati betegségek és az AIDS mindig figyelem-felkeltő legyen. A hajléktalan érbetegek, pl. a verőér-szűkületsek, az amputáción átesettek-nél valószínű a gümőkör előfordulás. Természetesen figyeljünk az aszociális körülményekre ugyanúgy, mint az irrever-zibilis tuberkulosishoz társuló rosszindulatú daganat-hajlamra is.

Hazánkban jellemzően befolyásoló a régiók szo-ciális helyzete. Az új betegek elsősorban Szabolcs, Hajdú és Pest megyében váltak ismertté, míg Vas vagy Zala megyében igen alacsony az új esetszám. Sohasem felejtkezhetünk el a bevándorlók általi be-hurcolási lehetőségről. Az ukrán, a román, az ázsiai tuberkulózis incidencia adatai rémisztőek. Az el-hanyagolt, nem kezelt esetek egy része tranzituta-sunk, míg máskor legális-illegális bevándorló, vagy emigráns.

A gyógyszer rezisztens esetek és a kezelésük

A GDP alakulásával szignifikánsan változik ez is min-denütt a világon. Jogos az aggodalom az ún. „har-madik járvány” veszélyével kapcsolatban is. Sok a primorezisztens rohamosan nő a szerzett rezisz-tenciájú betegszám. Ezek között is számottevő az ún. polyrezisztens (MDR, azaz multidrug rezisztens, az Isonicidre és a Rifampicinre nem reagáló). Az emelke-dő rezisztencia a nem következetesen elvégzett antitu-berkulentikus terápiából adódik. Ennek a fő okai:

- a.) Gyógyszerbeszerzési, adagolási vagy kombinálási elégtelenség.
- b.) A betegekkel való compoliance hiányossága.
- c.) Az aszociális egyének körülményei által predisz-ponált visszaesési provokációs lehetőségek.
- d.) A kezelés magas költsége és ennek jelenlegi hiá-nyos finanszírozása.

Összefoglalás

A számtalan diagnosztikai, kezelési és gondozási elv-re nem tértem ki. Ez nem is volt céloom, annál inkább az, hogy a háziorvosok is felfigyeljenek a XXI. század tuberkulózisának jellegzetességeire.

Az új tuberkulózis jellemzői hazánkban és a háziorvos lehetőségei

- Az újonnan kezelésbe vont betegek egyre súlyosabb és elhanyagoltabb állapotúak.
- A kiséró és társbetegségekkel való jelentkezés feltétlenül igényli az alap- és szakellátás csoport munkáját.
- A háziorvos ismerje a multirezisztens betegeit és szük-ség szerint vegyen részt a gondozásukban, a rehabilitá-ciójukban is.
- Az alapellátásban dolgozók segíthetnek a familiáris, munkahelyi, szociális konfliktusok feldolgozásában, a tu-berkulózisban szenvedők speciális mentálhigiénéjének kialakításában.
- Feladatuk a kontaktok kiemelése, a környezeti prevenció biztosítása a polyrezisztenseknél és a környezetükben.



A háziiorvosi rendszer érintettsége az említettek alap-ján egyértelmű. Lehetőségeink, felkészültségünk és szakmai kötelességünk részt venni a tuberkulózis pre-venciójában, a gondozásban és a rehabilitációban.

» Dr. Salamon Sándor
tüdőgyógyász, szakfelügyelő főorvos «

Új szakfelügyeleti rendszer és egy új intézmény

Brunner Péter főigazgatóval készült riport láttelelezése

■ **Mi tette szükségessé az új felügyeleti rendszer létrehozását?**

Brunner Péter: Az előző rendszerben a tisztán állami tulajdonú egészségügyet a tanácsi apparátusok felügyelték. A tulajdonformák azóta sokszínűvé váltak, magánszolgáltatók és vállalkozói formában működő szolgáltatók sokasága jelent meg a színen, ezzel egy időben a belső minőségbiztosítási rendszerek szétzilálódtak. Talán csak a hagyományos kórházi világ számít kivételnek, ahol a belső hierarchia jól örködött a minőség felett is.

A szakfelügyelet 1991 óta az ÁNTSZ feladata, hiszen a törvény kimondja, hogy egészségügyi szolgáltatást csak az ÁNTSZ által kiadott működési engedély birtokában lehet nyújtani. A jogalkotó úgy döntött, hogy az engedélyt kiadó egészségügyi hatóság végzi az ellenőrzést, a felügyeletet is. Ezt követően mintegy 1000 fős szakfelügyelői hálózat alakult ki, elvégezték ugyan feladatukat, de igazán csak arra volt lehetőségük, hogy a minimumfeltételek meglétét ellenőrizzék...

■ **Csempét, légteret, eszközöket?**

B.P.: Igen. És arról alig tudtak valamit, hogy az adott helyen milyen színvonalú betegellátást nyújtanak. Az országos intézetek pedig adatokat gyűjtöttek, de úgy, hogy nem volt semmiféle hatósági eszközük arra, hogy beavatkozzanak ott, ahol rossz folyamatokat érzékeltek.

A hálózat működéséhez szükséges eszközrendszer alultervezett volt. Az egy szakfelügyelőre jutó havi bér átlag 9000 Ft, amely sokszor a feladat ellátásának költségeit (utazás, étkezés, levelezés, mobiltelefon használat, irodaszerek, elhelyezés) sem fedezte. Nagytekintélyű, elismert kollégák sokszor csak szívességből vállalták el a funkciót. Ezzel együtt az ezerfős szakfelügyelő gárda hatalmas szakmai potenciált jelentett, de egységes módszertan hiányában jelentéseik összehasonlíthatatlanok voltak. És még egy hiányosság: minden ÁNTSZ-re rótt feladathoz társul egy-egy országos intézet, amely felelős a módszertan kidolgozásáért és az adatok feldolgozásáért (környezet-egészségügy, járványügy, élelmiszerbiztonság, munka- és foglalkozás-egészségügy). A szakfelügyelők az ÁNTSZ igazgatási osztályához tartoztak, ami árulkodik arról, hogy feladatuk is végső soron igazgatási feladat volt.

■ **Mi változott?**

B.P.: Leginkább a lakosság igényei és az egészségpolitika célkitűzései.

■ **Mik az egészségpolitika igényei?**

B.P.: Az egészségügyi ellátórendszer átalakításában kiemelt szerepet játszik az egészségügyi ellátás biztonságának, hatékonyságának növelése és minőségének javítása. A politika joggal várja el az egészségügytől, hogy a rendelkezésre álló pénzforrásokat a lehető leghatékonyabban fordítsa a betegek javára. Ehhez pedig jó minőségű, egységes, bizonyítottan hatásos és hatékony eljárásokon alapuló szakmai irányelvekre, azok érvényre juttatására, ellenőrzésre és folyamatos fejlesztésre van szükség. Ehhez pedig az kell, hogy legyen egy egységes módszertan szerint működő, egységesen irányított szakfelügyeleti rendszer, amely elsősorban a szolgáltatások minőségét felügyeli.

■ **Mi történt eddig?**

B.P.: Megalakult az ÁNTSZ keretében működő Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ és megszületett „Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről” szóló 15/2005. (V.2.) EüM rendelet, lebonyolódott a pályázat és a miniszter kinevezte az országos és regionális szakfelügyelőket. De legalább ennyire fontos, hogy megjelent az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséről, az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről, a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez, és különböző szakmákban 72 szakmai irányelv, protokoll született. Ez a munka az egészségügy teljes szakmai spektrumát felölelve folytatódik. Elkészültek továbbá a Kórházi-, a Háziorvosi-, és a Védőnői Ellátási Standardok. Ha a szakfelügyeleti rendszer és ezek mind működnek majd, akkor mondhatjuk, hogy Magyarországon létezik minőségbiztosítási rendszer. Ez pedig korszakos jelentőségű.

■ **Kérem, beszéljen még a Központ feladatairól!**

B.P.: Feladatunk a gyógyító-megelőző ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkori színvonalának megfelelő működésének és az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítése, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítése és mindezek együttes megvalósításának ellenőrzése, folyamatos nyomon követése. Mindezekhez a fent felsorolt jogszabályok, szakmai irányelvek és kézikönyvek adják az alapokat. Mi irányítjuk módszertanilag a szakfelügyelői hálózat tevékenységét, gondoskodunk a szakfelügyelők szakfelügyeleti tevékenységre vonatkozó továbbképzéséről. Egyszóval: a szakfelügyelőkön keresztül végül is mi látjuk el a



külső minőség-felügyeletet. Ahhoz, hogy ezt eredményesen tehesük, meg kell alkotnunk a nemzeti indikátor rendszert, s gyűjtenünk, feldolgoznunk és értékelnünk kell az ahhoz szükséges adatokat.

Az epidemiológiai adatgyűjtés és elemzés is a mi feladatunk lett, ehhez nyújt majd segítséget szakszárdi telephelyünk, a hajdani GYÓGYINFOK, amelyet kitűnő vezetőjével és régi szakember gárdájával együtt sikerült reaktiválni. Mi látjuk el továbbá a megszűnt 13 országos intézet szakmai-módszertani és adatgyűjtési feladatait. A Nem Fertőző Betegségek Epidemiológiája Osztálya, valamint a Veszélytelen Rendellenességek Országos Nyilvántartása jelenleg az Országos Epidemiológiai Központ szervezeti keretében dolgozik. Hozzánk való csatlakoztatásuk éppen zajlik. Nekünk kell elbírálnunk a jövőben a külföldi gyógykezelések iránti igényeket is.

■ **Írányítható egy ennyire szerteágazó tevékenység?**

B.P.: Vannak még kétségeim, nem egyszerű vezetői feladat. De az egész centrumában megiscsak a szakfelügyelet áll. A Központ az Egészségügyi Minisztériumnak a szakfelügyeleti rendszer állami feladatainak végrehajtásáért felelős alapintézménye. Az egészségügyi szolgáltatások minőségét az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszere biztosítja, melynek működtetését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény írja elő. A külső minőségügyi rendszer a szakmai felügyelet, mely az egészségügyi ágazati jogszabályok, valamint a szakmai szabályok érvényesülésének ellenőrzését jelenti. Feladata biztosítani, hogy minden egyes szakterület a szakma korszerű szabályai szerint működjön. Fontosnak tartottuk, hogy a szakmai felügyeletét az adott szakma szakértője lássa el. Szemben az eddigivel, az új szakfelügyelet alkalmas a beavatkozásra. Ha kell, szankciókkal kényszeríti ki, hogy a szolgáltatók megfeleljenek a korszerű, jó minőségű ellátás iránti igényeknek. Mindezt a klinikai audit módszertanának alkalmazásával lehet elérni, ami nem más, mint a minőség egzaktszabályokkal való mérése.

■ **Melyek a beavatkozás eszközei?**

B.P.: A vonatkozó miniszteri rendelet jelentős új hatásköröket biztosít a szakfelügyeletnek. A szakfelügyelők kezdeményezhetik: a szakma szabályainak megfelelő ellátás biztosítását, meghatározott egészségügyi tevékenység végzésének felfüggesztését, az adott ellátás progresszivitási szintjének visszaminősítését és végső esetben az egészségügyi szolgáltatás működési engedélyének visszavonását.

■ **Úgy fogalmazott, hogy kezdeményezik. Tehát nem maguk járnak el?**

B.P.: Hatósági intézkedés megtételére továbbra is az adott szintnek megfelelő tisztifőorvos jogosult, aki köteles figyelembe venni a szakfőorvos által adott javaslatot.

■ **Mi történik, ha történetesen a tisztifőorvos nem ért egyet a szakfőorvos kezdeményezésével?**

B.P.: Ez esetben az eggyel magasabb szintű, tehát az országos szakfelügyelő főorvoshoz kell fordulni. De nem a szankcionálás a szakfelügyelet célja, hanem a szolgáltatók belső minőségügyi rendszerének módszertani támogatása. Egyékszik kiszűrni az egészségügyi ellátó hálózat működését kedvezőt-

lenül befolyásoló hatásokat, és azokat a maga eszközeivel megszüntetni. Ennek érdekében az OSZMK egy átfogó, a belső minőségügyi rendszer működését megítélni képes minőségügyi felülvizsgálati rendszert működtet. A vizsgálat kiterjed az ellátó szervezetek struktúrájára, az ellátás folyamataira és azok eredményességére, valamint a jogszabályokban lefektetett feltételek teljesülésére, de ami fontosabb, a szakmai irányelvek betartására. És ne feledjük, a szakmai irányelveket maga a szakma fogalmazza meg, maga a szakma módosítja, ha kell, tehát nem valami külső szerv akar bármit is ráerőltetni a szakmára! Ezek ellenőrzésére meg nekünk kell megalkotni az automatikusan jelző indikátorokat, amelyek folyamatosan, online, szinte automatikusan jelzik az eltéréseket. Ezekre az adatokra támaszkodva kell majd lefolytatni a klinikai audit vizsgálatokat. Ebben az a csodálatos, hogy a jelzés kétirányú, tehát maga a szolgáltató is folyamatosan figyelemmel kísérheti saját paramétereit, és észlve az eltéréseket, a szakfelügyelet közbelépése nélkül is korrigálhat. Ez azt jelenti, hogy a szakfelügyeleti módszerek sem maradnak a régiék, lényegük nem a személyes, helyszíni vizsgálat lesz. Kivéve a kirívó eseteket, nem a napi gyakorlatot, hanem a szolgáltatók belső minőség-ellenőrzési rendszereinek adatait kell vizsgálni. S csak akkor kell akcióba lépni, ha rendellenességet tapasztalnak. Mindemellett a szakfelügyelő főorvosok feladata a jó klinikai gyakorlat meghatározása és széleskörű elterjesztése.

■ **Saját szakállukra?**

B.P.: Semmiképpen sem. Az OSZMK és az országos intézetek közötti együttműködés elengedhetetlenül fontos. A szakfelügyelet módszertani kérdéseiben, a klinikai auditok tartalmának és céljainak megfogalmazásában a szakmai irányelvek és protokollok kidolgozásában és felülvizsgálatában szoros lesz az együttműködés. Ezen kívül a szakterület országos szakfelügyelője részt vesz a szakmai kollégium munkájában, egyúttal képviseli az OSZMK-t.

■ **Mely területek kaptak szakfelügyeletet?**

B.P.: 45 szakma. Mindazok, amelyeknek eddig is volt felügyeletük. Új elem, hogy több új szakma is elkülönült szakfelügyeletet kap. Ezek: allergológia és klinikai immunológia, érsebészet, gasztroenterológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, gyógytorna, haematológia, képalpító diagnosztika, nefrológia és művesekezelés, plasztikai és égési sebészet, szervtranszplantációs sebészet, szívsebészet, tüdő- és mellkassebészet. Mindösszesen 182 regionális szakfelügyelő kinevezésére került sor. A nagy létszámú szakmák – házi orvoslás, házi-gyermekorvoslás, fogászat – városi szinten is kaptak szakfelügyeletet.

■ **Felügyelhetők a magánorvosok is? Gondolok például a fogorvosok magánrendeléseire vagy azokra, akik nem közfinanszírozás mellett praktizálnak.**

B.P.: Természetesen. Eddig is volt, továbbra is lesz adatszolgáltatási kötelezettségük. Egészségügyi működési engedéllyel dolgoznak, ami nem valamiféle életfogytig tartó hűbéri jog. Ha nem felelnek meg a működési feltételekben rögzített paramétereknek – és az adatszolgáltatási kötelezettség, köztük a minőségi indikátorok, ebbe beletartoznak –, bármikor visszavonhatjuk azt. Ugyanis a működési engedélynek feltétele a minőségi indikátoroknak való megfelelés.

Szakmai önéletrajz

Dr. Brunner Péter 1947. március 19-én született Budapesten. Iskoláit a Fejér megyei Csákváron (általános), a székesfehérvári József Attila Gimnáziumban végezte. 1965-ben érettségizett, majd a Budapesti Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán 1971-ben szerzett orvosi diplomát. 1971-től 1973-ig a Heim Pál Gyermekkórházban, majd 1973-tól az Orvostovábbképző Intézet II. számú Gyermekklinikájában dolgozott. 1975-ben csecsemő- és gyermekgyógyászatból, 1985-ben neonatológiából, 2001-ben foglalkozás-orvostanból szerzett szakképesítést.

1985-ben az Orvostovábbképző Egyetem I. számú Gyermekgyógyászati Tanszékére nyert egyetemi adjunktusi kinevezést. Egyetemi éveit alatti tudományos kutatói munkáinak témái: az újszülöttkori icterus patomechanizmusa, – az újszülöttkori immunológiája volt. Ezen témákban több előadást tartott és hat közleményem jelent meg. Rendszeresen adott és ad elő a szakirányú orvostovábbképző tanfolyamokon.

1989. január 1-én kinevezték a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium osztályvezetőjének. Minisztériumi feladatuk az egészségügyi reform alapellátási és felsőfokú képzési, valamint a prevencióval foglalkozó részeknek a szerkesztése, előkészítése volt.

1990. január 1-től kinevezték az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet Ifjúsági Egészségvédelmi Intézete vezetőjének, főigazgató helyettes főorvosi rangban.

1998-tól az Országos Közegészségügyi Központ főigazgató helyetteseként dolgozik, majd 2002 - 2004-ig a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ megbízott főigazgatója.

2004 – 2005-ig a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ főigazgató helyettese volt.

Ebben a munkakörben a tanulók szakmai alkalmassági vizsgálatának módszertanával, országos szakirányításával, az ifjúsági korosztály egészség állapotának vizsgálatával és ifjúság-egészségvédelemmel, és egészségfejlesztéssel foglalkozott. Ebben a témakörben öt cikk, egy általa szerkesztett könyv, és több könyvfejezet jelent meg.

2005. február 9. óta az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ főigazgatója.

Klinikai gyermekgyógyászati gyakorlatot az Országos Gyógyítási Központban folytat.

Rendszeresen oktat. A Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság alelnöke. Angol nyelven társalgási szinten beszél.

■ **A szakfelügyelők klinikai munkájuk mellett látják el feladatukat?**

B.P.: Természetesen. Ők nem köztisztviselők, hanem kiváló, kollégáik által megbecsült gyakorló orvosok.

■ **Hogyan választották ki őket a pályázók közül?**

B.P.: A pályázati anyagokat a szakmai kollégiumok véleményezték. Túlnyomó többségüket a kinevező minisztérium elfogadta. Ahol nem, ott nem tudom, mi volt az indoka az eltérő döntésnek.

■ **Egy-két szakterületen viták robbantak ki a kinevezést követően.**

B.P.: Ezekbe nem szívesen szólok bele. Be kell látni, nincsen olyan kolléga, aki ne lenne érdekelt valamiben, ne lenne kapcsolatban üzleti vállalkozással, gyógyszeréggel, bárkivel. Szomorú, ha egyesek nem értik, hogy a szakfőorvos jogosítványait felhasználva nem tud visszaélni helyzetével, nem tudja üzleti ellenlábasait kitűrni üzleti érdekeltségeiből. Mégpedig azért, mert olyan rendszert alakított ki, amelyben objektív paraméterek szerint kell dönteni. Ez nem hatalomgyakorlás, hanem gyötrelmes munka és iszonyú felelősség. Anyagilag sem mámorító, bár lényegesen jobban meg tudjuk fizetni ezt a munkát, mint eddig. Mondhatjuk, olyan összegekkel, ami már nem megalázó.

■ **Néhány posztot még nem sikerült betölteni.**

B.P.: Megismételt pályázat során kell megtalálnunk 5 országos és 28 regionális szakfőorvost. Van olyan terület, ahol érvénytelennek kellett nyilvánítani a pályázatot, de olyan is, ahová nem jelentkezett senki. Addig az országos tisztifőorvos megbízott kollégákat (szívsebészet – prof. Dr. Tomcsányi István, orvosi rehabilitáció – Dr. Kókay Károly, pszichiátria – Dr. Rihmer Zoltán, addiktológia – Dr. Kassay Far kas Ákos, házi gyermekorvoslás – Dr. Kovács Júlia, transzfúziológia – Dr. M. Tóth Antal) a feladatok ellátásával. Jelenleg csupán a gasztroenterológus és a klinikai szakszichológus országos szakfelügyelő posztja betöltetlen.

■ **Hogyan fogadta az új intézményt a szakma, és hogyan a politika?**

B.P.: Jóleső érzés, hogy eddig ahány szakmai grémiummal találkozottam, mindnél úgy éreztem, nagy és bizalomteljes a várakozás. A parlamenti bizottság ülésén pedig úgy éreztem, nem politikusok, hanem orvoskollégák között vagyok. Valójában így is volt, de örömmel tapasztaltam, hogy az ellenzéki képviselők is kizárólag építő jellegű kérdéseket tettek fel. Talán joggal remélem, hogy ez a szakfelügyeleti rendszer és az új intézmény túléli az esetleges politikai fordulatokat is.

» *Sajtófolygélés: IME. Az interjú N.A.L. készítette* «

Az Év Kórháza

A kezdeményezés sikerét jól mutatja, hogy **összesen 63.000 szavazat** érkezett. Bár a szavazás során különféle technikai megoldásokkal ügyeltek a szervezők arra, hogy egy személy ne adhasson le több szavazatot, a szavazás jellegéből adódóan a kapott eredmények statisztikai értelemben nem reprezentatívak. Mindazonáltal a beérkezett szavazatok száma (a minta nagysága) alapján érdemes bepillantani az összesített eredményekbe.

Területi megoszlás

Területi megoszlás szerint áttekintve a szavazatokat számos érdekesség látható. Az egyes megyék, illetve a budapesti kerületek szerint (az adott területen lévő kórházak eredményeit summázva) összesített eredmények alapján nyolc megyének, valamint egy budapesti kerületnek sikerült 4,0 feletti eredményt elérnie, és egyikük sem teljesített 3,0 alatt. **A végső eredményből feltétlenül kiemelendő, hogy ebben a nem hivatalos versenyben az általában nem a legfejlettebb megyeként számon tartott Szabolcs-Szatmár-Bereg megye végzett az élen**, megelőzve Békés és Zala megyét, miközben a lista utolsó helyeit öt fővárosi kerület foglalja el. Tovább árnyalja képet azonban, hogy az „Ápolás-szakszemélyzet” kategóriában az első, az „Orvos-szakmai ellátás” alapján összeállított lista első két helyén viszont fővárosi kerületek végeztek.

Az év kórháza

Az összesített eredmények alapján a 230 intézmény közül 28-nak sikerült 4,0-nál jobb eredményt elérni, és 23 kapott összességében a közepesnél (3,0) gyengébb osztályzatot. A dobogós helyen végzett intézmények a vetélkedés során folyamatosan az élbolyban szerepeltek, az összesített verseny eredménye igen szorosan alakult, a végső helyezést ezred értékek döntötték el. A hivatalos végeredmény szerint az első helyet és így „Az év kórháza” megtisztelő címet az **Országos Sportegészségügyi Intézet** nyerte. Második helyen **Megyei Jogú Város Kórháza – Nagykanizsa**, harmadik helyen pedig a **PTE ÁOK OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika** végzett.

A nyertesek díjait **Dr. Rácz Jenő** egészségügyi miniszter nyújtotta át. Az erkölcsi diadal mellett mindhárom kórház – a szponzoroknak köszönhetően – modern számítógépekkel is gazdagabb lett.

Természetesen a szavazatok megoszlása az intézmények között nem volt egyenletes. Általánosságban elmondható, hogy az ellátási területhez közvetlenül kapcsolódó intézményekről szívesebben mondtak véleményt az érintettek, mint az olyan „nagyobb hatókörű” intézményekről, mint a fővárosi kórházak vagy egyetemi klinikák. Minde mellett – a jelek szerint – ezen utóbbi intézményekről inkább a rosszabb tapasztalatot szerzők nyilvánítottak véleményt, ami talán a magasabb elvárásokkal, illetve a lazább érzelmi kötődéssel (és így a pozitív vélemény kinyilvánításnak alacsonyabb hajlandóságával) magyarázható. Így a 3,0 alatt teljesítő ellátóhelyek között a négy orvosi egyetem 17 különféle klinikája is megtalálható.

Kategóriák eredményei

Kategóriánként számba véve az eredményeket az előzetes elvárások és a már közzétett részeredmények által sugalltak látszanak igazolódni. A legjobb eredmények **„Orvos-szakmai ellátás”** (46 intézmény teljesített 4,0 felett) és az **„Ápolás- és szakszemélyzet”** (42 intézmény eredménye 4,0 felett) kategóriákban születtek. A **„Környezet és tisztaság”**, valamint az **„Ellátás”** eredmények összességében az átlag körül, illetve egy picit annál gyengébben alakultak, míg az **„Infrastruktúra”** kategóriában az összesítésnél több mint másfélszer többen teljesítettek a közepes eredmény alatt, és itt bizony születtek 2,5-nél gyengébb intézményi osztályzatok is.

Az egyes kategóriák végeredményei és a dobogós helyezettek:

- ÁPOLÁS- ÉS SZAKSZEMÉLYZET**
- 1.) **Országos Sportegészségügyi Intézet**
 - 2.) **Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza**
 - 3.) **Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, a SZOTE Oktató Kórháza**

ELLÁTÁS

- 1.) **Országos Sportegészségügyi Intézet**
- 2.) **PTE ÁOK OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika**
- 3.) **Megyei Jogú Város Kórháza – Nagykanizsa**

INFRASTRUKTÚRA

- 1.) **Megyei Jogú Város Kórháza – Nagykanizsa**
- 2.) **PTE ÁOK OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika**
- 3.) **PTE ÁOK OEC Idegsebészeti Klinika**

KÖRNYEZET ÉS TISZTASÁG

- 1.) **PTE ÁOK OEC Szívgyógyászati Klinika**
- 2.) **Megyei Jogú Város Kórháza – Nagykanizsa**
- 3.) **Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet**

ORVOS-SZAKMAI ELLÁTÁS

- 1.) **Országos Sportegészségügyi Intézet**
- 2.) **Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórháza**
- 3.) **Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, a SZOTE Oktató Kórháza**

Összességében elmondható tehát, hogy a beérkezett 63.000 szavazat szerint a magyar kórházak erőssége a szakmai ellátás és a szakszemélyzet munkája, a gyengéjük pedig az infrastrukturális viszonyok. Bár ez a felmérés – ellentétben pl. a Magyar Kórházszövetség díjával – nem szakmai értékelés, a magyar kórházakban dolgozók számára feltétlenül pozitív visszajelzés, mint ahogy a kapcsolódó fórum beírásai is főleg pozitív élményekről számolnak be, cáfolva a híres magyar pesszimizmust.

Az eredmények ismeretében a szervezők biztosak benne, hogy az online szavazás eléri azon kitűzött célját, hogy hozzájárulhasson a hazai kórházak megbecsültségének emeléséhez.

WM.KOMMUNIKÁCIÓ

Piacvezetők kívánunk lenni



„Piacvezetők kívánunk lenni” olvasható az egyik internetes orvosi fórumon a nyertes ars poeticája.

Az Országos Sportegészségügyi Intézet a nemes versenyen elnyert „Az Év Kórháza” címet egy teljes évig használhatja. Berkes professzor szerint az eredményes gyógyítás mellett az első helyezés elérésében komoly jelentőséggel bírt az intézményben uralkodó családias, már-már baráti, közvetlen légkör.

„Régi, nagy tradíciókkal bíró intézmény a miénk, amit a sportnak köszönhetően az egész országban ismernek. Szerintem a név, vagyis a Sportkórház, magában is pozitív gondolatok hordozója. És, ha már beteg valaki, akkor az nálunk akar gyógyulni, mert – jellege okán – nem gyárdszerű intézmény a kórház.”

A sikerben az orvos-beteg kapcsolatra való odafigyelésnek nagy a szerepe. Elavult az infrastruktúra, s amíg a folyó építkezéssel nem tudnak korszerűsíteni, addig a másoktól való lemaradást mindenképpen muszáj valamivel pótolni. Ez a valami pedig: a humánoró. „Mondjuk egymásnak: akkor is köszönj a másiknak, ha amúgy nem ismered! Te vagy a fogadó, a »vendéglátó«, tehát éreztesd, hogy az intézményünk falai között mindenkit szívesen látunk! A kollégák, a munkatársak szerencsére mára megértették, hogy sokszorosan megtérül ez az odafigyelés.”

„A Sportkórház a bajok ellen a bajnokok mellett” ez az intézetük szlogene, amit valóban komolyan is gondolnak. Berkes professzor elmondása szerint a kor vívmányát sem mellőzi, hiszen az Interneten honlapot üzemeltetnek, amin a betegek és a hozzátartozók a kérdéseikre ott is választ kaphatnak. Miután a PR-t fontosnak tartják, ezért például havonta hírlevelet jelentetnek meg, amit azután a betegek is megkapnak, karácsonyi ünnepségre invitálják egykori ápoltaikat stb. „Az új épület átadását követően Közép-Kelet-Európában a sport egészségügyben piacvezető kívánunk lenni.”

SAJTÓFIGYELŐ

Visszhang

1. Mást lát a szakma, mást a beteg

A somogyi kórházak a síófoki kivételével a mezőny – 230 intézményt rangsoroltak – második felében kaptak helyet, ami a megye betegeinek szigorúságát és a kórházi személyzet becsületességét mutatja. A szavazással egy időben ugyanis lábra kapott a hír is: egyes intézmények dolgozói előszeretettel klikkeltek az internetes voksoláson a munkahelyükre és a betegeket is megkérték, hogy hasonlóképp cselekedjenek.

Mindezek ismeretében kell kezelni a rangsort, melyen összesítésben a legjobb somogyi a síófoki kórház a 72. helyen zárt. A mosdósi összetettben a 137., a marcali 139., a nagyatádi 154., sereghajtó a 167. megyei kórház. A megyei kórház három kategóriában is az utolsó helyen zárt a somogyiak közül, még az infrastruktúra területén is a középmezőnybe fért be. Repa Imre, a megyei kórház főigazgatója azt mondta: – Ismét bebizonyosodott, hogy ez a szavazási forma szubjektív és irreális. Megmutatja, hogy sok a tennivalónk. Amúgy ennek a voksolásnak nincs semmilyen következménye, nem úgy, mint az Egyesült Államokban: igaz, ott komoly szempontok alapján értékelik a kórházakat. Amúgy még örülök is, hogy ilyen hátul végeztünk, többek között az infrastruktúra területén is, mert így a pályázatoknál majd lesz mire hivatkoznunk...

Nem a megyei kórháznak savanyú a szőle, mert hasonlóan vélekedett a megye legjobb intézményének bizonyuló síófoki kórház főigazgatója is. – Nem voltak valós paraméterek, így tulajdonképpen semmit sem mutat ez a felmérés és ezáltal a megfelelő következtetéseket sem lehet levonni belőle – állította Varga Ferenc. – Sokatmondó, hogy a szakminisztérium szigorú feltételekhez kötött felmérése szerint éppen tavaly érdemeltük ki az év kórháza címet.

Forrás: Somogy Megyei Hírlap

2. „Ez a felmérés nem megfelelő”

Napjaink egészségügyének létfontosságú, hogy tevékenységét, minőségét bemutathassa a járulékfizetőknek, azaz a lakosoknak. E felmérés azonban erre nem megfelelő. Kiforratlan anyagnak adnak rangot azzal, hogy kitűnő lapjukban megjelentetik (Rosszul szerepeltek a tavalyi internetes felmérésben..., MH, jan.11.).

A honlap nevében korrekt módon nyilatkozó szakember által említett gond, a reprezentativitás hiánya jelentős mértékű. Az évi több mint kétmillió kórházi beteg valamivel több mint 63 ezer szavazatot küldött, ami 3,15 százaléka. Nehéz külön-külön értelmezni az ápolásra és az ellátásra vonatkozó kérdést. Ha az „ellátás” alatt az élelmezést, vásárlási lehetőségeket, médiaszolgáltatást értették, akkor e kérdést más súlyozással kellett volna figyelembe venni, mint az orvosi ellátást.

A betegek, látogatók, dolgozók más szempontból ítélték meg az általuk ismert egy vagy több kórházat. Elvárható, hogy legalább a saját dolgozók ne szavazzanak a kórházukról, sőt talán a konkurens kórházról se. Ha egy kórházról, egy osztályról szinte minden szavazónak más véleménye, azaz a szórás igen nagy, az eredmény nem értékelhető. Mivel a civil vélemények a közszolgálatok tekintetében igen fontosak, remélem, hogy a tervezett folytatásban módszertani fejlődést is tapasztalhatunk majd. Az egészségügy tevékenységének eredményessége igen fontos kérdés, és az, hogy lapjuk foglalkozik vele, hangsúlyozza a jelentőségét. Sajnálom, hogy jobb példák nem állnak rendelkezésre.

Dr. Weltner János | Forrás: Magyar Hírlap/Observer

3. A fiatalok elégedetlenebbek

Egybecsengenek „Az év kórháza” versenyen a **BM Központi Kórházról** adott értékelések az intézmény betegelégedettségi vizsgálataival és a vezetőség tapasztalataival, noha a betegek többsége nem az internetező korosztályból kerül ki: közel háromnegyedük ötvenévesnél idősebb. A kórház a Belügyminisztérium alá rendelt szervezeteknél dolgozó, több mint 300 ezer felnőtt járó- és fekvőbeteg gyógyintézete, és természetesen ellátja a nem belügyes pácienseket is.

A betegelégedettségi vizsgálatok tanúsága szerint az orvosi ellátást a válaszadók 90%-a, az asszisztensek, ápolók munkáját közel 100%-a jónak találja. A fiatalabb korosztályból kerülnek ki a kevesbé elégedettek, őket gyakran már az is zavarja, ha túl hosszúnak találják a várakozási időt. Így nem meglepő, hogy az internetes versenyen a szakmai ellátást négyesre értékelték a szavazók.

Az ellátás és a környezet 3,9-et kapott a Neten: ezekkel a betegelégedettségi vizsgálatok szerint is a páciensek kevesebb, mint fele elégedett maradéktalanul, többségüktől négyes osztályzatot kapott az intézmény. Elsősorban ott jeleznek hiányosságokat, ahol sok ember fordul meg: a folyosókon és a mellékhelyiségekben. Az infrastruktúrát az Interneten 3,8-ra értékelték, a betegelégedettségi vizsgálatban négyesre. A kórház a többi intézményhez hasonló helyzetben van, például csak részlegesen tudta megvalósítani a mozgássérültek közlekedését könnyítő akadálymentesítést, és parkolási gondokkal is szembesülnek a látogatók. Utóbbi orvoslására egyébként a főigazgató szeptembertől lehetővé tette, hogy súlyos beteget, mozgássérültet vagy csecsemőt szállító hozzátartozók rövid időre (30-60 percre) parkolhassanak a kórház udvarán.

Az internetes fórum megjegyzéseiben többnyire egy-egy orvos vagy ápoló munkáját, emberségét dicsérték, elenyésző volt a kritika. Itt derült ki az is, hogy a kórházban szülni anyukák fényképalbumot hoztak létre a világhálón, BM-babák címen. A kórház engedélyt kapott tőlük, hogy megújuló honlapjának linkgyűjteményébe felvegye az apróságokat bemutató oldal címét.

Forrás: ???

Az orvosokat vagy az egészségügyi intézményeket objektívan értékelni egyáltalán nem könnyű. Egy internetes oldal szavazáson kért véleményt a betegektől az általuk szimpatikusnak tartott kórházról. Az Egészségbiztosítási Pénztár viszont olyan listával rendelkezik, amelyből név szerint nem derül ki, hogy melyik gyógyító intézmény a legjobb, merthogy a lista anonim. De miként értékelhet, minősíthet-e mondjuk egyáltalán a páciens? Megtudhatja-e, hogy szakmai minőségi vagy egyéb szempontból milyen ellátást nyújtanak számára a kórházak és lehet-e objektíven rangsorolni a kórházakat?

Az Esti krónika Háttér vendégei: **dr. Gyenes Géza**, a Magyar Orvosi Kamara elnöke, **dr. Berkes István**, a Sportkórház vagy mostani nevén ugye már Országos Sportegészségügyi Intézet főigazgatója, illetve **Boncz Imre**, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Biztosításfejlesztési Főosztályának vezetője.

■ **Műsorvezető:** Az év kórháza kitüntetést, díjat a közelmúltban a Sportkórház – mostani nevén Országos Sportegészségügyi Intézet – kapta meg. Ez a kitüntetés fordítható úgy is, hogy ez egy olyan szavazáson született eredmény, ahol gyakorlatilag a betegek elégedettségét mérték föl? Hiszen ez egy internetes lehetőség volt, és azok szavazhattak, akik a lehetőségről tudtak.

Dr. Berkes István: Igen. Ezen a szavazáson – internetes vélemény vagy közvéleménykutatáson talán a betegek mondták el a véleményüket. Sőt: nem is biztos, hogy a betegek, hanem régi vagy leendő páciensek. Őt kategóriában lehetett szavazni, és ami feltűnő, hogy ebből az öt kérdésből három az ún. emberi tényezőt, vagyis az emberi munkát volt hivatott minősíteni. A másik kettő pedig a kórházaknak az infrastruktúrája és az ezzel nagymértékben összefüggő környezettisztasági lehetőségekre vonatkozott. Az egyik tanulsága ennek a közvélemény-kutatásnak vagy a betegek véleménynyilvánításának, hogy főleg a magyarországi intézmények – több, mint 230 és nemcsak kórházakat, hanem más egészségügyi intézményeket, pl. veresegyházi intézményt is minősítették – a kórházaknak és a minősített intézményeknek a nagy része az emberi tényezővel összefüggő kategóriában jó minősítést kapott a betegtől. Ez egy nagyon fontos. Ez azt mutatja, hogy a magyar egészségügynek a szakmai – az emberekkel összefüggő teljesítménye, – a mai nehéz gazdasági körülmények ellenére is egy magas színvonalat képvisel és nemzetközi összehasonlításban is állja a versenyt.

■ **Mv:** Egyébként van arra lehetőségük bármilyen formában a betegeknek, hogy véleményét nyilvánítsanak az intézményről? Hogyan működik ebben a vonatkozásban egy-egy kórház?

Dr. B.E.: Természetesen, igen*. Még talán ezzel a szavazással kapcsolatban szabad legyen elmondani, hogy itt lehetősége volt a véleménynyilvánítóknak, hogy írásban is elmondják a véleményüket a honlapon, erre szolgált a Fórum. Pozitív-negatív véleményükre az intézmények válaszolhattak is. Minden intézmény nagyon kíváncsi a betegek véleményére, hiszen ez minősíti valójában a munkájukat.

■ **Mv:** Gyenes Gézát kérdezem – bár ugyan Ön nem intézményt vezet, hiszen az Orvosi Kamara főtitkáráként azt gondolom sokkal inkább az felelőtlenség az Ön területe – de egyébként az orvosok mennyire kíváncsiak arra, hogy a betegeknek mi a véleményük az adott intézményről vagy munkájukról?

Dr. Gyenes Géza: Ezt nehéz megválaszolni, orvosainkkal ezt nem beszéljük meg... Mindenesetre az Orvosi Kamara is találkozik betegelégedettségi vagy meg nem elégedettségi adatokkal, hiszen a Magyar Orvosi Kamarának egy nagyon fontos köztestületi funkciója, hogy az orvosokkal kapcsolatos problémákat, az etikai és szakmai vonatkozású panaszokat kivizsgálja és megítélje. Nem mondom, hogy a kamara még nem kapott olyan levelet betegtől, amiben a beteg nem a legnagyobb meglepéssel nyilatkozott gyógyítójáról... de mondjuk nálunk nem ez a jellemző. Tagságunk, a betegvélemények ilyen fajta megnyilvánulásának, – aminek következtében esetleg egy etikai vizsgálat indul – nem mindig örül. Bár kétségtelen az etikai vizsgálat nemcsak elítélheti, hanem akár felmentheti az orvost. Hiszen ugyanaz a laikus beteg, aki bizonyos szempontok szerint meg van elégedve egy kórházzal, ugyanaz a laikus beteg, hogy az orvos jó ellátást nyújtott neki vagy nem, ezt is laikusán ítéli meg. És ebben a betegnek is természetesen lehet igaza, de van, amikor a beteg téved, mert a nyújtott ellátásban úgymond sem szakmai, sem etikai hibát nem lehet találni.

■ **Mv:** Az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál is van egyfajta rangsor, de erről nem sokat tudunk. Ennek mi az oka?

Boncz Imre: Én úgy gondolom, hogy azért akit érdekel, az tud információkat szerezni. Inkább úgy pontosítanám ezt a kérdést, hogy rangsorunk nekünk nem létezik olyan formában, hogy egy internetes honlapon mondjuk olvasható lenne: ki az első, ki az ötödik, vagy a százhatvanötödik, hanem meghatározott mutatószámokat emeltünk ki, ún. minőségi indikátorokat, amik a betegelégedtség egyes aspektusait, egyes elemeit próbálják minősíteni. ➤➤➤

Kerekasztal az Év Kórházáról



►►►

■ **Mv:** Egy-két példát ha mondana...

B.I.: Ilyen például – s amelyikről beszámolt a sajtó és az elmúlt időszakban – a császármetészsé gyakoriság: a szüléseknek hány százaléka történik császármetészséssel. Vagy a szívinfarktus: a kórházban a szívinfarktust követő halálozás hogy néz ki, mekkora az eltérés az egyes kórházak között. Megnéztük és elemeztük az azonos típusú kórházakat: megyei kórházat a megyei kórházzal, fővárosi intézményeket egymással, egyetemeket az egyetemekkel hasonlítottunk össze. Az eredmények egyenlőre a kórházak nevének a feltüntetése nélkül ugyan – tehát kódokkal ellátva – de elérhetők az Országos Egészségbiztosítási Pénztár honlapján.

■ **Mv:** És amikor azt vizsgálják, hogy a császármetészeket milyen gyakran végzik el az adott intézményben, akkor ezt orvosszakmai szempontból vagy pedig finansciális oldalról figyelik?

B.I.: Alapvetően nálunk egy finanszírozási adatbázis van, ami tartalmaz nagyon sok orvosszakmai információt is. Természetesen olyan részletes orvosszakmai információ, ami a betegdokumentációban van, nem áll mindenhol rendelkezésre. De a főbb paraméterek azért megtalálhatók nálunk is. A magyar finanszírozási rendszernek van egy nemzetközi viszonylatban is figyelemre méltó sajátossága. Éspedig az, hogy minden egyes orvos-beteg találkozásról – amely akár a járóbeteg szakellátásban, sztk-n, ambulancián, akár a kórházi fekvőbeteg ellátásban történik – az intézmények részletes jelentést küldenek hozzánk, amiből kiderül a betegnek a neve, az életkora, a lakhelye, milyen diagnózissal vették föl, milyen beavatkozásokat végeztek el nála. Az elmúlt több, mint 10 évben egy európai viszonylatban is egyedülálló adatbázis gyűlt össze az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál és tulajdonképpen a mi motivációnk az volt, hogy bár ezek rutinszerűen, finanszírozási céllal gyűjtött adatokat ugyan, de a nálunk meglévő adatokat próbáljuk meg egyfajta minőségi indikátorrendszer kialakítására is felhasználni.

■ **Mv:** Ugyanakkor mégis anonim ez a rendszer. Tehát a kórházak egymásról nem tudnak semmit, csak azt, hogy a saját kórházuk hogyan áll ezen a kvázi versenyen. Miért titkos, pontosabban miért kódolt ez a lista?

B.I.: A kórházak vezetőinek, a szakkollégiumoknak megküldjük az egyes intézmények kódját. Tehát a kórház vezetője meg tudja nézni a saját kórházát, hogy a grafikonban hol helyezkedik el. A szakmai vezető testületek is meg tudják nézni mindezt, és adott esetben ők tudnak beavatkozni is. Tehát ha úgy látja a kórház vezetője, hogy kérem szépen, mi itt helyezkedünk el és ez nem biztos, hogy itt kéne lennünk, lehetnének jobb helyen is, akkor tud intézkedéseket foganatosítani. Nem az OEP tud intézkedni, a kórházmenedzsment tud. A szakma ugyanígy tud lépni.

■ **Mv:** Berkes István örülne kórházigazgatóként, hogyha látná a más kórházak adatait is? Tehát hogyha konkrétan össze tudná hasonlítani a saját intézményeit másokéval?

Dr. B.E.: Mindenféleképpen és erre törekszünk is. Az OEP-nek ezt a listáját ismerjük. Tudjuk saját kódunkat is és meg tudjuk nézni a saját teljesítményünket vagy elhelyezkedésünket ezen a listán. És nyilván furdal is minket a szakmai kíváncsiság. De a tények kedvéért azt el kell mondani, hogy a szakmai szervezetektől időről időre kapunk azért összefoglaló kimutatásokat. Nem mondanám, hogy rangsorolva, de azt lehet látni, hogy melyik intézmény mondjuk ágykihasználásban hogy áll, hogy áll ez az országos intézetek átlagához, hogy áll a pontszám teljesítmény, hogy áll a ráfordítás stb. Tehát azért kapunk szakmai szervezetektől meghatározott időszakonként olyan kimutatásokat, ahol mindenki láthatja a saját intézménycsoportjának a teljesítményét a többiekhez viszonyítva és ebből sok hasznos tapasztalat leszűrhető.

■ **Mv:** Lehet, hogy ha én laikusként látnék egy ilyen listát, akkor az abban szereplő számok, adatok, pontok alapján nem biztos, hogy magyarázat nélkül sok mindenre következtethetnék. De ha mégis kíváncsi vagyok arra, hogy mondjuk az OEP hogyan sorolja így be ezeket a kórházakat, megtehetem én ezt?

Dr. B.E.: A részletes módszertani leírás, tehát hogy mi milyen algoritmust használunk, mit mivel osztunk, szorzunk, kivonunk, összeadunk, gyököt vonunk, ezek megtalálhatók az OEP honlapján. A mi programunkról egyenlőre azt el kell mondani, hogy nagyon nagy adatbázissal dolgozik. Tehát nem úgy van, mint egy szavazásnál, hogy akit éppen érdekel, az akkor szavaz az interneten és klikkel. Nálunk az ország teljes betegforgalmi adata feldolgozásra kerül, ami adott esetben több milliós tételt jelent. Ennek az elemzése sem kis munka. Megbízhatóvá kell tennia az adatokat, hogy azok a szakmai szervezetek, lett legyen az orvosszakmai vezető testületek, kamara, kórházmenedzsment elfogadja és azt mondja, hogy kérem szépen igen, ez a kalkulációs módszertan ez mindenki számára elfogadható és egyértelműen ugyanazt jelenti, amit mi gondolunk.

■ **Mv:** Úgy fogalmazott, hogy még nem hozták nyilvánosságra. Ezek szerint tervben van, hogy valamilyen formában azért mégis hozzáférhető legyen a széles nyilvánosság számára?

Dr. B.E.: Szerintem ez hosszú távon elképzelhető, de ez az én meglátásom szerint még egy-két évet biztosan igénybe vesz az, hogy eljussunk arra a szintre, hogy felelősséggel ezt nyilvánossá lehessen tenni.

Dr. Gy.G.: Nyilván Ön arra gondol, hogy ezek az adatok mikor lesznek populárisak, hogy a beteg úgy válasszon kórházat. Lehet, hogy ez egy elvárás, de megmondom őszintén, egyenlőre a szakmai munkának a minőségét kell standardizálni. Hogy legyenek visszajelzések, amiről Berkes igazgató úr is beszélt. Például – hogy csak egyet ragadjak ki – az orvosok gyógyszerfelírásának egységesítése is előttünk álló feladat. Nagyon fontos, hogy az orvos munkája bizonyos paraméterek alapján mérhető, összehasonlítható legyen, hogy most ezek a paraméterek mennyire teljesek – tehát az OEP milyen paramétereket tud összehasonlítani mérni – hát ez nyilván tőle is függ. Sok mindent mér, de nem mindent, mert bizonyos statisztikai tendenciák azok csak tendenciák. Abból még nem biztos, hogy olyan következtetést lehet levonni, hogy a betegnek azt mondjuk : „Jószí báci, maga ne ebbe a kórházba menjen, hanem abba, mert annak a paramétere valamitől jobb...”

■ **Mv:** Gyanítom, hogy a gyógyítás hatékonyságát nem lehet mérni igazából abból, hogy hány receptet írt föl egy orvos?

Dr. Gy.G.: Kétségtelenül. De sok módon lehet minősíteni egy egészségügyi intézményt vagy akár egy egyéneknek a munkáját. És még nem beszélünk arról, hogy milyen finanszírozási viszonyok között. Mert, hogy hogyan működik az egészségügy, mennyire hatékonyan, mennyire vannak a betegek megelégedve, mennyire vannak az ellátók, az orvosok, a nővérek, a szakdolgozók megelégedve, abban azért bizony igen nagy szerepet játszik a finanszírozás. És Magyarországra nem az a jellemző, hogy ezek a valós költségek kerülnek be a rendszerbe. A gyógyszer, a műszer az nekünk nyugat-európai piaci áron jön. Sajnos a munkaerőnk alulfinanszírozva van és ennek is nagy szerepe lehet az orvosok ösztönzésében. Az Orvosi Kamarának pedig nem az az elképzelése, hogy az ösztönzés maradjon hagyományos módon, hogy majd a beteg megösztönzi paraszolvenciával. Mi szeretnénk ettől tényleg egyszer és mindenkorra elszakadni. Dehát tudom, hogy itt az ország teherbíró képessége véges, de évek óta politikusaink szájából is csak hangzótartott elképzelés az ezen történő változtatás. Évek óta halljuk: „addig nem teszünk az egészségügybe pénzt, mert ez egy feneketlen zsák, amíg nem történnek meg a kellő szervezési átalakítások!” És erre mi orvosok – egyénként vagy egy természetes személyként – mindig azt mondjuk: „hát nem az én dolgom, hogy át-

szervezzem az egészségügyet azért, hogy jobb legyen a finanszírozás, ez az egészségpolitika feladata”.

■ **Mv:** De az is eszembe jutott nekem, amit az imént Gyenes Géza is említett, hogy ha én betegként bekerülök egy kórházba, akkor hiába nagyon kedves a nővér, hiába nagyon kedves az orvos és maximálisan megtesz mindent annak érdekében, hogy minél hamarabb meggyógyuljak, de ha ott kezdődik, hogy mondjuk én viszek be durván kifejezve mondjuk ágyneműtől elkezdve az ételig mindent, akkor az már megint rontja az én minőségérzetemet, nem?

Dr. B.E.: Különbéféle tényezőről és dolgokról beszélünk. Manapság, amiről leginkább az egészségügy szól, az az úgynevezett gazdasági kérdések. Ki melyik intézmény tud olcsóbban gyógyítani, ez lenne a feladat. Kevesebb szó esik manapság a minőségről, a hatékonyságról. Tehát a betegek meggyógyításának a hatékonyságáról. Azért erre is az intézetek nagy része óriási erőfeszítéseket fordít, pl. mi is, mások is sokan, hogy ezt is mérjük. Mi is, mint manapság a legtöbb egészségügyi intézmény kénytelen vagyunk kontrollingot és egyéb gazdasági elemző csoportokat működtetni, sőt, most már belépett a marketing és a többi eddig ismeretlen gazdasági fogalom. Hihetetlen energiákat fordítunk erre is, miközben bevételeink változatlan vagy olykor kevesebb. Például működtetünk úgynevezett folyamatos betegelégedettségi vizsgálatokat, ahol havonta, majd negyedévente értékeljük a betegeknek a véleményét és különféle szempontokat. Érdekes, ezzel az ún. internetes szavazással a mi adataink hál istennek korreláltak. A másik dolog az, hogy nagyon pontosan elemezzük és követjük minden egyes orvosunknak az elvégzett műtéti tevékenységet. Milyen hatásfokkal, milyen szövődmény aránya gyógyulnak meg a betegeink? Nyilván ezek mellett munkájukat lehet még minősíteni a tudományos cikkek számával stb, csak erről manapság nagyon kevés szó esik. Manapság csak pénzről, fillérről, forintról hallunk.

■ **Mv:** Ezt a kettősséget hogyan lehet feloldani egy kórházban? Például, hogy minél olcsóbban kelljen meggyógyítani valakit, ugyanakkor a hatékonyság sem mindegy.

Dr. B.E.: Hát nem is azt mondom, hogy olcsóbban, hatékonyabban. Ma az a büvösó, hogy dolgozzuk hatékonyabban az annyit jelent, mint abból az összegből kijönni, amit ma az egészségügynek rendelkezésre bocsátanak.

■ **Mv:** Boncz Imrétől is ezért kérdeztem, hogy a a gyógyítás hatékonyságát vajon méri-e az OEP listája?

B.I.: A minőségindikátor rendszer az ellátás minőségét próbálja mérni, tehát igazából itt konkrétan a közvetlen hatékonyságmérésről nincs szó. Annyit el tudok mondani, hogy azt a pénzt, amit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár számára az Egészségbiztosítási Alapba biztosítanak, ebből finanszírozzuk az egészségügyi ellátásokat, ezt az OEP elkölti. Ezt továbbkölti az intézményekre, háziorvosokra, kórházakra. Sőt inkább a probléma az szokott lenni, hogy még egy picit túl is lépünk. Tehát én azt tudom mondani, hogy azt a pénzt, ami rendelkezésre áll, mi elköltjük Pontosabban a kórházaink. És azt tudom mondani, hogy a hatékonyság az egészségügyben is ugyanolyan, mint bármilyen más területen. Tehát itt is kórház és kórház között óriási különbség van! Például, hogy ugyanazt a bevételt hány ágyon termeli ki egy kórház, hány telephelye van, a városban hány helyre van szétszórva? Óriási különbségek vannak. És ugyanabból a pénzből, amit mi fizetünk egy vakbélműtétért, egy agyműtétért, bármiért, a kórházak a különböző működési feltételeik miatt – amiket örökölték az elmúlt évtizedekből – nagyon különbözőképpen tudják felhasználni, gazdálkodni vele. Tehát nagyon fontos a hatékonyság, növelni kell, de a kórházak egy jelentős része eleve olyan adottságokkal bír, amit csak egy elég nagy volumenű fejlesztéssel lehet jobbá tenni, hogy tényleg érdemben a hatékonyság ott az ő szintjükön javulni tudjon.

■ **Mv:** És amikor az orvos bemegy a műtőbe, akkor van ideje, van lehetősége azt mérlegelni, azon gondolkodni, hogy vajon az a műtét, amire szükség lenne, az megoldható-e olcsóbban? Tehát neki ott finánciális problémával kell foglalkoznia egyáltalán? Szabad foglalkoznia ilyennel?

B.I.: Nem szabad. Néha kell neki, mert hogyha az a minőségi tű, varrófonal nem áll rendelkezésre, akkor foglalkozik finánciális problémákkal. Szóval ez egy nagyon nehéz ügy. Mi nagyon szeretnénk orvosok kifejezetten gyógyítani. Persze nem mondhatjuk, hogy ez a gyógyításnak az olyan szabadsága vagy szabadsága lenne, hogy minden pénzt elkölt, mert az tényleg nem nehéz, de bizonyos alapfeltételeknek és a jó munkafeltételeknek a biztosítása érdekében, hát mégiscsak időnként vannak olyan betegkifogások, most a megelégedettségéről van szó. Föl lehet mérni azt is, hogy a betegek mivel nincsenek megelégedve és amit a beteg elmond, abból is lehet következtetni sajnos inkább az anyagi lehetőségekre. Persze ennek is lehet szubjektív oka, hogy az orvos vagy az egészségügyi dolgozónak a magatartása, viselkedése, mint egy beteget hát riaszthat, vagy éppenséggel problémát lát

benne. Dehát megmondom őszintén, nem szeretnék a humán oldaltól elszakadni, mert ugye gazdálkodásról, pénzről beszélünk. Dehát ahhoz, hogy megelégedett betegek legyenek, azért higgye el, hogy megelégedett egészségügyi dolgozók perspektívát, a szakmájukba perspektívát látó egészségügyi dolgozókra lenne szükség és a mai helyzet sajnos olyan, hogy ezt hangsúlyoznunk kell, nem véletlen az egészségügy humán erőforrás helyzete. Ha nem is feltétlenül Budapesten jelenkezik, mert itt is vannak hiányszakmák és hiányterületek, de országos átlagba és beleértve az alapellátást és kórházi ellátást is, hát tudunk olyan kórházat, ahol gyakorlatilag több, mint 30 szakorvos hiányzik.

■ **Mv:** És tudjuk azt is, hogy egyre többen mennek külföldre dolgozni.

Dr. Gy.G.: Igen, sokan el is mennek. Az Alapellátásban több, mint 280 üres állás van az országban. Szóval ezek azért riasztó adatok, mert ott azon a területen nincs betegellátás! Vagy ha van helyettesítése ott hatékonyságról, minőségről, nemigen lehet beszélni, hiszen olykor csak a minimális szintet kapja meg a beteg, ami alig több a semminél.

■ **Mv:** Láttak-e esetleg külföldi példát valahol, ahol a minőséget, a hatékonyságot úgy lehet mérni, hogy az valóban egyfajta objektív mérce legyen?

Dr. Gy.G.: Amerikai Egyesült Államokban pl. léteznek ilyen listák, ahol a kórházak, nyilvános listák, kórházak különféle szempontok szerint rangsorolva vannak. Nem biztos, hogy az a tökéletes, ill. az sem biztos, hogy jó megoldás. Azzal azt gondolom, hogy minden magyar egészségügyi dolgozó és az orvosok leginkább egyetértenek, hogy szükség van egy komoly minőségi kontrollnak a bevezetésére. Az egészségügyi reformnak ez az egyik kulcskérdése lehet.

■ **Mv:** Mit tartalmazna akkor ez a minőségi kontroll? Akkor ebbe gondolom a hatékonyságtól elkezdve minden olyan tényező szerepel, amiről itt beszélgettünk.

???: A gazdasági munkának a hatékonysága, de a szakmai munkának is az eredményessége, a gyógyeredményeknek a konkrét mérése, az egészségügyi mutatóknak a változása.

■ **Mv:** Megelőzésre is gondolom nagyobb súlyt kellene fektetni.

???: Igen, a beavatkozásoknak, a konkrét eredményeinek a hitele, a mérése és ellenőrzése, hogy valaki megkérdezi majd, hogyha netán egy embert kétszer operálnak ugyanazzal, miért kellett megoperálni. Ezzel messzenemően egyetértünk. De még egyszer azt hadd hangsúlyozzam, hogyha ma valaki a magyar egészségügynek a teljesítményét konkrétan összehasonlítja, bármilyen fejlett ország egészségügyi teljesítményének mutatóival, hogy egy adott műtétet milyen hatékonysággal végeznek el a magyar orvosok, egy adott beavatkozást vagy adott betegséget milyen hatékonysággal gyógyítanak meg a magyar orvosok, semmilyen országgal összehasonlítva nincs okunk szégyenkezni.

■ **Mv:** Ezért is van az, hogy egyébként már hallani azokról a példákról, hogy külföldről is jönnek hozzánk akár gyógykezelésre? Most egyenlőre uniós tagállamokról beszélünk.

???: Jönnének is! Protézisműtétekre, ami egy mozgásszervi beszünetben a nagy műtétek közé tartozik! Nagyon széles és nagyon jó eredményekkel történnek ezek a beavatkozások és az sem véletlen, hogy ugye hallunk itt orvos elváندorlásról és a fejlett országokban azonnal alkalmazzzák ezeket az orvosainkat, ami jelzi a magyar egészségügynek a színvonalát! Hogy milyen jó a képzésnek a színvonala, oktatás és a szakmai munka színvonala. Tehát erre a szakmai tudásra hosszú távon is lehet alapozni.

B.I.: Egy megjegyzésem lenne! Hogy vélhetően az, hogy a magyar orvosok áramlanak más országokba, főképp nyugat-európai, észak-európai országokba, ennek az lehet az oka, hogy ott is van hiány. Tehát ott sincs minden teljesen rendben, ott sem minden tökéletes. Az Egyesült Királyságban a kórházak minősítésére nagyon speciális csillagrendszert használnak, hasonlót, mint a szállodáké. Van egy csillagos, két csillagos, három csillagos kórház. Az Egyesült Államokba odáig jutott a dolog, hogy a kórházak vagy akár egyes szakorvosok hirdetik a saját sikerányukat. Megkérdeztük a kollégákat: mi van akkor, hogyha bejön egy bonyolult eset és biztos van rosszabb kimenetele a műtétnek vagy beavatkozásnak, nem biztos, hogy bevállalja. Kérem szépen, akkor az én hatékonysági mutatóm, minőségi mutatóm romlik. Tehát úgy gondolom, hogy egy elég komplex megközelítés kell itt, ami kiszűri a különböző torzító hatásokat.

■ **Mv:** Mindegyiküknek csak azt tudom kívánni, hogy minél több elégedettebb orvosokollgát és minél több elégedettebb beteg lássanak el, ill. találkozzanak velük. Köszönetb a beszélgetést.

MAGYAR RÁDÍÓ/OBSERVER

Gyógyszerrendelési változások

Az új jogszabály száma: 47/2005. (XI.4.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV.28.) EszCsM rendelet módosításáról.

A módosított jogszabály: 44/2004. (IV.28.) EszCsM rendelet | A jogszabályt tartalmazó Magyar Közlöny száma: 2005/145. szám, 8126-8130. oldal

A új jogszabály lényege

A módosítás az uniós jogi aktusoknak megfelelés céljából főleg fogalompontosításokkal módosítja az orvosok által történő gyógyszerrendelés szabályairól – megjegyzem alig több, mint egy éve – megalkotott rendeletet. A számos jelentéktelen módosítás mellett azonban a módosító rendeletben megtalálhatók olyan szabályok is, amelyekre az orvosoknak a gyógyszerrendelésnél figyelemmel kell lennie. Különös jelentőséggel ez azért bírhat, mert a gyógyszerkasszán történő spórolás állami céljának megvalósítása érdekében vélhetően fokozott ellenőrzésre számíthatnak az orvosok.

Orvosi rendelvénynek (vénynek) a gyakorlattal egyezően deklaráltan most már csak a külön jogszabályban meghatározott vénymintának megfelelő vények minősülnek. Az orvos Magyarországon és az Európai Unió Bizottsága által forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer és magisztrális gyógyszer rendelt. Korábban a Magyarországi és az Európai Gyógyszerértékelési Ügynökség által történt „törzskönyvezést” írta elő a rendelet feltételként.

A forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek, gyógyszeranyagok listáját az OGVI hivatalos közleménye tartalmazza, melyek közül a már forgalomban levő gyógyszerek és gyógyszeranyagok teljes körét évente legalább egyszer, az újonnan forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek és gyógyszeranyagok listájának változását naptári negyedévente teszi közzé az OGVI hivatalos kiadványában és honlapján. A társadalombiztosítási támogatásban nem részesülő gyógyszerek tájékoztató árát az OGVI a jövőben nem köteles közzétenni. Immár különbontva, gyógyszerek esetében a közlemény tartalmazza a gyógyszer nyilvántartási számát

(korábban törzskönyvi számként említette), megnevezését, ATC kódját, kizserelését és kiadhatóságát, míg gyógyszeranyagok esetében a gyógyszeranyag megnevezését, minőségét, és gyógyászati célra egyszeri alkalommal kiadható mennyiségét. 2006. április 1. napjától a gyógyszerek közzétételét külön jogszabály határozza majd meg, míg e rendelet csak a gyógyszergyagokra tartalmaz majd rendelkezéseket.

A magisztrális gyógyszerek rendelkezések részletesebb szabályozásaként a módosítás előírja, hogy készítésükhöz a hatályos Gyógyszerkönyv gyógyszeranyagainak meghatározott részében szereplők, a FoNo-ban szereplő gyógyszerek elkészítéséhez szükséges gyógyszeranyagok és „néhány” (magyarázat nélkül!) meghatározott minőségű, a nemzeti magisztrális gyakorlatban használatos gyógyszeranyag használható fel. A módosítás a Magyarországon forgalomba hozatalra nem engedélyezett gyógyszerek rendelkezőségének körét (OGVI engedéllyel, a rendeletben meghatározott feltételeknek megfelelés esetén) az EGT tagállamokban forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszereken túl kiterjeszti a nemzetközi szerződés alapján az EGT tagállamokkal egy tekintet alá eső államokban forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerekre is.

A gyógyszerrendelés

betegnyilvántartásban történő rögzítése körében a rendelt gyógyszer helyett a hatóanyagot is fel lehet tüntetni, továbbá a korábban is meglevő egyéb adatok (mennyiség, rendelés kelte) mellett a gyógyszerformáját is fel kell tüntetni. Ezen felül közgyógyellátásra rendelt gyógyszerek esetében a közgyógyellátási igazolvány számát is fel kell tüntetni. A nyilvántartás céljára bármely „hitelt érdemlő” dokumentációt felhasználhat az orvos.

A vényen feltüntetendő adatok köre is módosul: a TAJ számot csak társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyszer esetében kell feltüntetni, a közgyógyellátás keretében rendelt gyógyszer esetén viszont fel kell tüntetni az igazolvány számát is. A vényen rendelhető gyógyszerek esetében a rendelet immár a „forgalomba hozatalra engedélyezett, vagy FoNo-ban szereplő gyógyszerek” fogalmat használja, a korábbi „törzskönyvezett vagy galenulsi gyógyszer-

készítmény helyett”. Apró és gyakorlatilag jelentéktelen fogalompontosítás, hogy a gyógyszer alkalmazására vonatkozó utasításnak a jövőben „egyértelműnek” és nem „világosnak, konkrétan” kell lennie, míg az orvosi bélyegző lenyomatának „azonosíthatónak” és nem „olvashatónak” kell lennie. A sürgős szükség esetén nem vényen, nem orvosi bélyegzővel, „statim”, „cito” vagy „periculum is mora” jelzéssel rendelt gyógyszerek esetén a rendelvényen az orvos telefonszámát is fel tüntetni (a névén, lakcímén és elérhetőségén kívül). A betegek számára hasznos információ lehet, hogy a gyógyszerárak a magisztrális gyógyszerek elkészítése esetén a jövőben külön készítesdíjat számíthatnak fel, továbbá a gyógyszerek eredeti csomagolásának megbontásáért és kisebb egységben történő kiadásáért is díjat számíthatnak fel.

A jövőben

vény nélkül is kiadható az olyan magisztrális gyógyszer, amelynek egy adagjában a hatályos Gyógyszerkönyvben + vagy ++ jelzésű gyógyszeranyag mennyisége nem haladja meg a legnagyobb napi adagjának 1/10 részét. Ilyen gyógyszerből egyszeri alkalommal legfeljebb a + vagy ++ jelzésű anyag legnagyobb napi adagjának megfelelő mennyiség adható ki. Orvosnak (állatorvosnak, gyógyszerésznek) vény nélkül legfeljebb 30 napra elegendő mennyiségű gyógyszer adható ki. A nekik is csak vényre kiadható gyógyszerek (kábitószerek, pszichotróp anyagok, FoNo dosim mennyiségnél nagyobb mennyiségű gyógyszeranyag önmagában) felsorolásából a rendeletmódosítás elhagyja a kizárólag codeinum, dihydrocodeinum tartalmú gyógyszereket.

Miután az interneten is megjelentek szabálytalanul árusított gyógyszerek, a rendeletmódosítás is szabályozza (röviden) a gyógyszer kiszolgáltatás egyéb formáit is. Ennek értelmében interneten csak vény nélkül kiadható, közfinanszírozásban nem részesülő készítmények igényelhetők, házhoz szállítani pedig semmiképpen sem lehet kábitószert és pszichotróp anyag tartalmú gyógyszereket.

A rendelet 2005. november 12. napjától hatályos.

» *Magnum Sajtófigyelő* »
MISKOLCI HÁZIORVOSI EGYESÜLÉS

Változások a szűrővizsgálatokra vonatkozó rendelkezésekben

67/2005. (XII.27.) EüM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet módosításáról(Magyar Közlöny: 2005/170. szám 11975-11978. oldal)

A új jogszabály lényege

A módosítás újraszabályozza a szűrővizsgálatokra vonatkozó rendelkezéseket, egyben a kötelező szűrővizsgálatok körét is jelentősen bővíti a rendelet melléklete I. fejezetének kiterjesztésével. A módosításban szereplő konkrét szűrővizsgálatok említése előtt megjegyzendő, hogy a házi (gyermek) orvosoknak valamennyi, míg a szakorvosoknak a kompetenciájukba tartozó ajánlott (tehát a melléklet II. fejezetében felsorolt) szűrővizsgálat igénybevételének lehetőségére fel kell hívnia betegek figyelmét. A módosítás e kötelezettség alól mentesíti a védőnőket (rájuk külön jogszabály vonatkozik), míg a háziorvosok számára a 21 éves korban felveendő felnőttkori alapstátuszhoz elvégzendő vizsgálatok szükségességére történő felhívást külön kötelezettséggé teszi.

Módosul a védőnők feladatkörébe tartozó szűrővizsgálatok köre is. Eszerint 1-3-6 hónapos korban ők végzik a pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálatát, valamint az érzékszervek működésének vizsgálatát (látás, kancsalság, hallás), 1 éves életkorban és 6 éves korig évente a a testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint, mellkaskörfogat mérése) valamint a fejlődés és tápláltsági állapot értékelését a hazai standardok alapján, a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák vizsgálatát és gyanú esetén a szakellátásra irányítást, az érzékszervek működésének vizsgálatát (látás, kancsalság, hallás) és a beszédfejlődés vizsgálatát, továbbá a mozgásszervek vizsgálatát (különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire: tartáshiba, scoliosis), valamint a vérnyomásmérést 3-6 éves életkor között évente. 6-18 éves kor között ugyancsak ők végzik a testmagasság, testtömeg, mellkaskörfogat mérését valamint a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelését, és a nem fejlődés értékelését, a hangulati, magatartászavarok, tanulási nehézségek feltárását és szükség esetén a szakellátásra irányítást, az érzékszervek vizsgálatát (látásélesség, színlátás, hallás), továbbá a mozgásszervek vizsgálatát (különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre:

tartáshiba, scoliosis, Scheuerman), valamint a vérnyomásmérést. Mindezek mellett a védőnők értesítések kiküldésével és tájékoztatással részt vesznek a népegészségügyi célú (később részletezett) szűrővizsgálatok elvégzésében.

A tankötelezettség alatt (immár nem években megadott életkorhoz kötötten!) az iskola- illetve ifjúság-egészségügyi szolgálat a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet szerint vesz részt a szűrővizsgálatokban, a tankötelezettség megszűnését követően pedig a háziorvos végzi az adott korhoz kötött (és nem a védőnő által végzett) szűrővizsgálatokat.

A fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya, újszülött osztálya vagy neonatológiai osztálya végzi 0-4 napos életkorban a teljes fizikai vizsgálatot (különös tekintettel a fejlődési rendellenessége szűrésére), a testtömeg, testhossz, fej/mell-körfogat mérését és hazai standardok szerinti értékelés ét, az ideggyógyászati vizsgálatot, a csípőficam szűrését, az érzékszervek működésének vizsgálatát, a hallás vizsgálatát, a látás vizsgálatát (vörös visszfény, pupilla-reakció, látásmagatartás), míg ugyanezen életkorban a veleszületett anyagcsere betegségek szűrését külön jogszabályban meghatározott egészségügyi szolgáltatók (laboratóriumok) végzik, azzal, hogy 2006. augusztus 1. napjától e vizsgálatok köre jelentősen bővül.

A háziorvos mellett(!) a fogorvos feladatköre is 21 éves kor követően a sztomato-ontológiai vizsgálat és szűrés 2 évente.

Mindezek felsorolása azért is jelentős, mert a rendelet nem módosul eredeti szövege alapján a háziorvosi/házi gyermekorvosi szolgálat feladatkörébe azok a vizsgálatok tartoznak, melyeket a jogszabály nem sorol más egészségügyi szolgáltató feladatkörébe. Ezek alapján a házi (gyermek)orvosi szolgálatok szűrővizsgálatok körében jelentősen módosult kötelezettségei a következők:

I.) kötelező szűrővizsgálatok:

– a 0-4 éves korban elvégzendő vizsgálatok kivétel nélkül más szolgáltató feladatkörébe tartoznak,

– 1-3-6 hónapos korban az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) teljes fizikális vizsgálat különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére, | b.) mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése 4 hónapos korig, | c.) idegrendszer vizsgálata, | d.) rejtettheréjűség vizsgálata.

folytatás a 9. oldalon ►

Az Egészségbiztosítási kártyákról

Ausztria: Új egészségbiztosítási chipkártya

Általános egészségbiztosítási chipkártyát vezettek be Ausztriában a korábbi egészségbiztosítási lap helyett. Az új rendszernek számos előnye van mind a biztosítottak, mind az orvosok, a munkaadók, illetve az egészségbiztosítók szempontjából, mert létrejött egy kiterjedt és hatékony országos egészségbiztosítási hálózat és egy olyan infrastruktúra, amelynek alapján a rendszer többféleképpen továbbfejleszthet. A kártya csak a tulajdonos személyi adatait tárolja, de segítségével egy országos számítógépes hálózatra kapcsolódva bármely orvos pillanatok alatt le tudja hívni a korábbi kórtörténeteket, leleteket, a páciens laborendményeit, sőt azt is, hogy mikor melyik orvos kezelté, s milyen eredménnyel a beteget, így milyen gyógyszert írtak fel neki, s azt mikor és melyik patikában váltotta ki. „A páciensek plasztiklapocskáit csak a társadalombiztosítással szerződött 11 700 orvos kártyaleolvasó készülékei kezelhetik, a betegek egyedül nem tekinthetik meg saját egészségügyi adataikat „az esetlegesen félreértett információk miatti pánikreakció elkerülése végett” – közölte Maria Rauch-Kallat osztrák egészségügyi miniszter. A plasztiklapot a Windows 2000-es vagy XP-verzióhoz hozzáférők „polgárkártyaként” is alkalmazhatják, ezzel az e-kormányzat különféle szolgáltatásait vehetik igénybe (például online ügyintézés az önkormányzatnál vagy különféle hivatalokban) Hasonló rendszer kiépítését kezdték el Németországban is, itt azonban csak a jövő év második felében indul a kísérleti fázis. A rendszert alig hat hónap alatt sikerült kiterjeszteni nyolcmillió biztosítottra és csaknem 12 ezer orvosra.

Így fél évvel az új rendszer bevezetése után már minden osztrák állampolgár rendelkezik személyre szabott egészségbiztosítási chipkártyájával, az e-carddal. Mindjárt az áttállás kezdetén összesen nyolcmillió kártyát osztáztak ki a lakosságnak. Az év végére az ausztriai

működési engedéllyel rendelkező egészségbiztosító társaságoknak mind a 11.700 egészségügyi létesítményére érvényes az e-card. A biztosítottak kártyájukkal naponta 280-350 ezerszer lépnek kapcsolatba a rendszerrel, amely még aznap feldolgozza ezeket.

A páciensek számára az e-card sokkal több, mint egy betéti kártyához hasonlítható egészségbiztosítási lap. Ezzel a kártyával tulajdonképpen hozzájutnak az osztrák egészségügyi ellátórendszer minden létező szolgáltatásához. A kártya fontos rendszerbeli szerepe miatt azon csak a kártyabirtokos nevét és biztosítási számát tárolják, az illető bármikori egészségi állapotával kapcsolatos adatokat nem. A kártya használatokor automatikusan lekérdezi a számítógépes rendszerből, hogy a páciensnek van-e érvényes biztosítása, és ha igen, mely biztosítónál. Az e-card személyi igazolványként is használható, ami azt jelenti, hogy Ausztriában a világon először vezettek be olyan általános személyi igazolványt, amellyel az osztrák állampolgárok – a kártya hitelesítése után – igénybe vehetnek más, állami szolgáltatásokat is.

A kártya hátoldalán található az európai egészségbiztosítási kártya (EHIC), amely a korábbi külföldi egészségbiztosítási nyomtatványt (E-111) felváltva feljogosítja a kártyabirtokost arra, hogy az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség országaiban, illetve Svájcban való rövidebb tartózkodása – például szabadsága – alatt igénybe vegye az ottani egészségügyi szolgáltatásokat. Az e-card-rendszer bevezetésével számos szempontból jelentősen fejlettebb lett az osztrák egészségügyi rendszer. A kártya előnye, hogy miután kényes adatot nem tárolnak rajta, nagyon biztonságos, hogy személyi igazolványként is szolgál, valamint hogy lehetőséget ad az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak továbbfejlesztésére.

Az e-cardról bővebb információ a <http://www.chip-karte.at> vagy a <http://www.sozialversicherung.at> in-

ternetes honlapon található. Sajtókapcsolat: Dieter Holzweber sajtófelelős Hauptverband d. österr Sozialversicherungsträger Tel.: +43-1-71132-1122 E-mail: dieter.holzweber@hvb.sozvers.at

*** Magyarországon a Netc@rds projektben kifejlesztett elektronikus kártya márciusban induló tetsztelésébe három határ menti megye – Győr, Vas, Zala – két-három körzetének mintegy 20 ezer lakosát vonják be..** A győri megyei kórházban már átadták a Netc@rds projekt első munkaállomását. Király Gyula, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgató-helyettese elmondta: a projektben a hazánkban november 1-jétől bevezetett európai egészségbiztosítási kártya tartalmi fejlesztését oldották meg. (Hazánkban akkor szűnt meg az E-111-es formanyomtatvány, azóta e plasztiklappal vehetik igénybe az EU tagállamaiban átmenetileg tartózkodó magyar biztosítottak az orvosilag szükséges szolgáltatásokat.)

A Netc@rds projektben kifejlesztett elektronikus kártya az EU-jogosultság mellett tartalmazza a biztosított taj számát, a nyugdíj- és közgyógyellátási jogosultságát is. A várhatóan márciusban induló tesztelés során 25-30 egészségügyi intézményben és gyógyszer-tárban használhatják majd a kártyát, amely kulcsként alkalmazható az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor. Lehetővé válik, hogy az orvos vagy a patikus az OEP által telepített kártyaleolvasó segítségével ellenőrizze a biztosított jogviszonyát, valamint az előző évi egészségügyi beavatkozásokat.

Németország: Drága a német elektronikus betegkártya

A német Magán Betegbiztosítók Szövetsége (PKV) szerint minden előzetes költséghatárt átlép a 2006-ban bevezetendő új elektronikus betegkártya. A legújabb becslések szerint a rendszer akár a korábban tervezett összeg háromszorosába is kerülhet. „Korábban úgy számolt a német kormány, hogy 1,4 milliárd

euróból kihozza az elektronikus betegkártyát. Nos, sajnos egyre inkább úgy tűnik, hogy ez összeg inkább a négy milliárd euróhoz közelít, mintsem a másfél milliárd euróhoz” – nyilatkozta Klaus Dietz, a PKV elnöke. Hermann Barenfanger, a TTK betegbiztosító szóvivője ugyanakkor cáfolta állítását: senki sem tudja, hogy a rendszer végül mennyibe fog kerülni, így felelőtlenység előzetes jóslásokba bocsátkozni ebben a kérdésben.

Az eredeti tervek szerint az idén Németországban mind a 82 millió állampolgár rendelkezne egy úgynevezett elektronikus betegkártyával. Ez váltaná fel a hagyományos társadalombiztosítási kártyát és a szakemberek szerint ezáltal jelentősen javulhatna az orvosi ellátás.

A rendszer több lépcsőben kezd működni. Először az elektronikus receptek veszik át a hagyományos receptek helyét, majd a sürgősségi betegellátásban és a 112-es segélyhívó hálózaton kap egyre nagyobb szerepet az új rendszer. Végül minden állampolgárnak lecserélik a TB-kártyáját és az új elektronikus kártyák már tartalmazni fogják nem csak a személyi adatokat, de azt is, hogy az illető szenved-e és ha igen, milyen betegség(ek)ben, mikor és milyen kezeléseket kapott stb. Adatvédelmi szempontból fontos kiemelni, hogy a beteg maga döntheti el, hogy a kártya pontosan milyen információkat tartalmazzon.

Az ígéretek szerint az új kártyával az Európai Unió többi tagállamában is megfelelő ellátást kaphatnak majd a német állampolgárok.

OTS Hírvonal

Magyarország: Az európai egészségkártyával is kell önrészt fizetni

A novemberben bevezetett európai egészségkártyával az unió államaiban térítésmentesen vehetők igénybe a sürgős gyógykezelések a kinti tb-vel szerződött intézményekben. Mivel

a legtöbb országban 5-100 euró önrészt kell fizetni, az OEP üzleti biztosítás megkötését is javasolja a külföldre utazóknak. – írja a Világ-gazdaság.

Az OEP azt javasolja a külföldre utazóknak: „a sürgős betegellátásra jogosító egészségbiztosítási kártya mellé kössenek utasbiztosítást is. Az EU-tagállamokban ugyanis különböző a térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi-szolgáltatások köre, a legtöbb esetben pedig önrészt kell fizetniük a betegeknek. Ennek mértéke országonként 5-100 euró között van. Belgiumban, Luxemburgban, Francia és Finnországban pedig az ellátás költségét a betegnek kell megelőlegeznie, amelyet idehaza utólag térítenek meg számára.”

Az Unió tagországainak lakói a sürgősségi betegellátásra az adott államban élőkével egyforma feltételekkel jogosultak, így a magyarok külföldön történt balesetkor, akut egészségügyi beavatkozáskor az ottani ellátásban kell részesülniük. Igaz, ehhez az OEP kiállította egészségbiztosítási kártyával rendelkezniük kell. A hitelkártyákra emlékeztető plasztiklap egy évig érvényes. „A megyei egészségpénztárakban lehet kiváltani a személyazonosságát igazoló okmányt, a taj-kártya és a tb-jogosultságot bizonyító dokumentumok (például nyugdíjasszelvény, diákigazolvány) bemutatásával. Am amíg az E-111-es nyomtatványt postán is kiküldhették az egészségpénztárak, a plasztiklapocskát személyesen vagy a biztosított meghatalmazottja elismervényen veheti át, mivel e dokumentum C típusú okmánynak számít.”

Az OEP kifejlesztette európai egészségbiztosítási kártya az uniós tagállamok dokumentumával egyező és alkalmas arra, hogy 2008-tól elektronikus kártyaként alkalmazzák. A lapon egyelőre a biztosított személyes adatai szerepelnek, ezt később a taj-számmal, a nyugdíjasok igazolványszámával, a közgyógyellátottak adataival bővítik ki. (Ennek kísérleti működése zajlik napjainkban Vas, Győr és Zala megyében.

Szerkesztőségi összefoglalás

JÓ TUDNI: A SZAKMÁNAK

Változások a szűrővizsgálatokra vonatkozó rendelkezésekben

► *a 8. oldal folytatása*

– 1 éves életkorban és 6 éves életkorig évente elvégzendő alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) teljes fizikális vizsgálat, | b.) idegrendszer vizsgálata, | c.) rejtettheréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente, | d.) pozitív családi anamnézis esetén szerológiai szűrővizsgálat coeliakia irányában 1 éves korban.

– 6-18 éves életkorban az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete (ideértve az iskola-egészségügyi szolgáltatók esetleges feladatait is): a.) teljes fizikális vizsgálat és ennek rögzítése, | b.) kórelőzmény ismételt felvétele az öröklődő malignus betegségek vagy hajlamosító állapotok (pl.: familiáris colon polyposis) irányába, szükség esetén szakorvosi vizsgálat, | c.) a családi anamnézis, a tápláltsági állapot, az életmódbeli tényezők alapján a szív és érrendszeri betegségek, a metabolikus szindróma és a diabetes mellitus szempontjából veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szakellátásra irányítása, | d.) golyvaszűrés 11 éves kortól.

II.) ajánlott szűrővizsgálatok

– a 21 éves korban elvégzendő vizsgálatok (felnőttkori alapstátusz meghatározása) közül az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) a családi anamnézis adatainak frissítése (különös tekintettel a szülők testvérek között fiatal korban /férfi: 55 év alatt, nő: 65 év alatt/ jelentkező szívkoszorúér betegségre, érrelmeszedéssel kapcsolatos szélütésre, verőérszűkületre), | b.) életmódbeli tényezők (táplálkozási szokások, fizikai aktivitás dohányzás, alkoholfogyasztás) feltárása, | c.) részletes fizikális vizsgálat, testsúly, haskörfogat, testmagasság, testtömegindex meghatározása, vérnyomásmérés, | d.) abdominális obesitas esetén a metabolikus szindróma más alkotóelemei fennállásának vizsgálata, | e.) a 2-es típusú diabetes mellitus szempontjából nagy kockázatú személyeknél orális glükóz tolerancia teszt elvégzése (éhomi és 120 perces értékek értékelése) vagy ennek kivitelezhetetlensége esetén éhomi és postprandiális vércukorszint meghatározása, | f.) teljes kardiovaszkuláris kockázat felmérésre, | g.) vesebetegség szempontjából nagy kockázatú személyeknél szérum kreatininszint, a kreatinin clearance becsült értékének meghatározása vizeletvizsgálat (tesztcsikkal): fehérrje és haematuria meghatározása, | h.) családi kórelőzmény elemzése a 40 éves kor alatt a szülők és testvérek között előforduló benignus és malignus szolid tumorokra, valamint hajlamosító állapotokra, | i.) sztomato-okológiai vizsgálat különös tekintettel a parodontosíra, mint aszklerozísra is hajlamosító tényezőkre, valamint az ajak- és szájüregi rákra hajlamosító állapotokra (a fogorvosnak is kötelezettsége), | j.) látásvizsgálat.

– a 21-40 éves korban elvégzendő vizsgálatok közül az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) ötévente az alapstátusz első 6 vizsgálatát akis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél, | b.) kétfévente az alapstátusz első 6 vizsgálatát a közepes- és nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél, | c.) kétfévente a vesebetegség szempontjából nagy kockázatú egyéneknél (hipertónia, diabetes mellitus) szérum kreatininszint meghatározása, vizeletvizsgálat (tesztcsikkal): mindkét nemben fehérrjeürítés és haematuria meghatározása, | d.) kétfévente sztomato-onkológiai szűrővizsgálat

– a 40-64 éves korban elvégzendő vizsgálatok közül az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) ugyanazok a vizsgálatok, mint az előző korcsoportnál és | b.) kétfévente a nagy kardiovaszkuláris kockázatú személyeknél a panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek a vizsgálata (a perifériás artériák tapintása és meghallgatása), ultrahangos áramlásméréssel („mini-Doppler”) a boka-kar index meghatározása

– a 65 éves kor felett elvégzendő vizsgálatok közül az alábbi vizsgálatokat nem sorolja más szolgáltatóhoz a rendelet új melléklete: a.) az életkorral járó fokozott kardiovaszkuláris kockázat miatt kétfévente az alapstátusz első 5 vizsgálat a (a családi anamnézis adatainak frissítése kivételével), | b.) kétfévente a panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek a vizsgálata (a perifériás artériák tapintása és meghallgatása), ultrahangos áramlásméréssel („mini-Doppler”) a boka-kar index meghatározása | c.) kétfévente a vesebetegség szempontjából nagy kockázatú egyéneknél (hipertónia, diabetes mellitus) szérum kreatininszint meghatározása, vizeletvizsgálat (tesztcsikkal): mindkét nemben fehérrjeürítés és haematuria meghatározása, | d.) kétfévente sztomato-onkológiai szűrés, | e.) évente az érzékszervek vizsgálata

III.) népegészségügyi célú célzott szűrővizsgálatok

(melyeket nem a háziorvosi szolgálat végez, csak a védőnőkkel együtt közreműködik elvégzésükben)

- 25-65 év között 3 évente onkológiai méhnyakszűrés,
- 45-65 év között kétfévente mammográfia,
- 50-70 év között (kísérleti programként) prosztataszűrés s,
- 50-70 év között (kísérleti programként) a gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrése

Tekintettel arra, hogy a módosítás a kötelező és ajánlott vizsgálatok körét, az abban részt vevők körét és az érintettet korcsoportokat is jelentősen módosította, minden alapellátásban dolgozó orvosnak ajánlott, hogy a rendelet mellékletének áttekintésével kötelezettségeit pontosan meghatározza.

A rendelet 2006. január 1. napjától hatályos.

Dr. Palla Gábor ügyvéd (Miskolci Háziorvosi Egyesülés)

Egészségügyi vállalkozásokat érintő adóváltozásokról

A 2005. novemberében elfogadott adóváltozások nemcsak tárgyévre, de – ha közben nem módosítják a törvényeket – a következő néhány esztendőre is meghatározzák a fizetendő közterhek mértékét. Néhány az egészségügyi vállalkozások és a munkavállalók szempontjából fontosabb változásról.

Személyi jövedelemadó

A legújabb, háromkulcsos rendszerben évi 1 millió 550 ezer forintig 18%, afölött 36% az adó mértéke. A minimálbér havi bruttó 63 ezer forintos szintjéig viszont adómentes a jövedelem. Az adókedvezmények közül kizárólag a három- vagy többgyermekesek vehetik igénybe a gyerek után járó szja-kedvezményt. Ők az idei tízezer forint helyett gyermekenként havi négyezer forinttal csökkenthetik adójukat, miközben gyermekenként havi tizennégyezer forint családi pótlékot kapnak. Három gyermeknél évi hatmillió, hatnál több kiskorú eltartottnál nyolcmillió forint a jövedelmi korlát, amely alatt igénybe lehet majd venni a jóváírást. Kilométerenként 9 forintra nő a személygépjármű használata után adómentesen elszámolható költség.

Egészségügyi hozzájárulás (eho)

Jövőre 4%-os eho-t kell fizetnie annak, aki az osztatékból, az értékpapír-kölcsönzésből, illetve a nem tőzsdei ügyletekből származó árfolyamnyereségre, valamint az egymillió forintot meghaladó ingatlan-bérbeadási bevételei mellett 400 ezer forintnál kevesebb egészségbiztosítási, illetve baleseti járulékot fizet. Leegyszerűsítve ez a havi bruttó 222 ezer forintnál kisebb jövedelműekre vonatkozik. Egyébként a 4%-os eho is hozzáadódik a befizetett járulékokhoz, tehát addig terheli az adózót, amíg azzal együtt ne éri el a négyszázezer forintos járulékfizetési határt.

Járulékok

A vállalkozásokat kedvezőtlenül érinti, hogy a járulékalapot képező jövedelmek köre januártól kiegészül az adóköteles béren kívüli juttatással. Ez után a kifizetőnek 29%-os tb-járulékot kell fizetnie, míg a magán-személyre nem ró fizetési kötelezettséget.

A tervezettnél kisebb mértékben korlátozták végül a vállalatok által a munkavállalóknak adható adómentes természetbeni juttatásokat. Ezek a jövő évtől az alkalmazottak bérjövödelmének legfeljebb 15%-át tehetik ki. Ellenben maximális összegük százezer forinttal, négyszázezerre csökkent. Ebbe nem számít bele egyebek között az étkezési hozzájárulás, amelynek adómentes értékhatára januártól meleg étkezéshez felhasználható utalványnál havi 9000, hideg étkezésre jogosítónál 4500 forintra nő. A béren kívüli juttatások egyes elemeinél összesen évi négyszázezer forint adható adómentesen.

2006 novemberétől ugyanakkor megszűnik a tételes egészségügyi hozzájárulás. Már idén novembertől 1950 forintra csökkentek az alkalmazottanként havonta fizetendő eho a korábbi 3450 forintról. A későbbiekben 2007-től 29-ről 26%-ra, 2009-ben pedig 24%-ra csökken a tb-járulék mértéke.

Egyszerűsített ellenőrzés esetén...

Egyszerűsített ellenőrzés esetén az adóhatóság az adóbevallásban foglaltak valóságát az adóbevallásban közölt adatok, illetőleg az adatszolgáltatás alapján rendelkezésre álló adatok egybevetésével ellenőrzi. 2006. január 1-jével azonban két ponton változott a szabályozás – áll az APEH közleményében. Ha az adóbevallásban közölt adatok, illetőleg az adatszolgáltatás alapján rendelkezésre álló adatok eltérést mutatnak, – a 2006. január 1-jétől hatályos új szabályozás szerint – az eltérés okának tisztázására az adóhatóságnak **fel kell hívnia az adózót (értésítési)**. A közlemény szerint ennek célja, hogy a megalapozottabb döntés biztosítása érdekében, még a jegyzőkönyv megküldését megelőzően tisztázza az adóhatóság az eltérés okait. Ezért a törvény szerint az adóbevallás, illetőleg az adatszolgáltatás adatainak eltérésekor az adóhatóság az eltérés okainak tisztázása érdekében az adózóval a jegyzőkönyv megküldését megelőzően egyeztetést kezdeményez.

Amennyiben az adózó nem tett eleget a felhívásnak vagy az eltérés tisztázása nem volt sikeres és így a bevallott adó, költségvetési támogatás alapja, az igénybe vett adómentesség, adókedvezmény, a megállapított adó, illetve a költségvetési támogatás nem felel meg a jogszabály rendelkezéseinek, az adóhatóság az adózót a megállapított tényállásról és az adókülönbözetről a jegyzőkönyv kézbesítésével értesíti. Az adózó a jegyzőkönyvre 15 napon belül **észrevételt tehet**, amelyhez – a 2006. január 1-jétől hatályos új szabályozás szerint – **csatolnia kell az abban foglaltak bizonyításához szükséges iratokat**. A bizonyítási kötelezettség így átszáll az adózóra. Ez után kerül sor a határozat meghozatalára – olvasható az APEH honlapján

Észrevétel: A gyakorlati tapasztalatok szerint az adóbevallás egyszerűsített ellenőrzése esetén a jegyzőkönyvre

Egyéni vállalkozói szja

Az egyéni vállalkozóknak ötmillió forint kivétig csupán 10% szja-t kell fizetniük, amennyiben a minimálbér másfélszerese után fizetnek járulékot.

Eva

Az evás vállalkozások számára jelent kedvező változást, hogy 2006-ban az is választhatja ezt az adónemet, aki eva-alany volt, de közösségi (uniós) adószáma miatt kiesett ebből a körből, vagyis rájuk nem vonatkozik a négyéves eva-választásra vonatkozó tiltás.

Társasági adó

Továbbra is él, hogy az adóalap 5 millió forintot meg nem haladó része után 10% társasági adót kell fizetni (amennyiben a vállalkozás alkalmazottaira a minimálbér minimum másfélszerese után fizet társadalombiztosítási járulékot). Változatlanul a helyi iparűzési adó 100% lesz levonható az adóalapból. Újdonság azonban, hogy a kortárs képzőművészeti alkotások vásárlását ösztönző kedvezményrel a vállalkozás a beszerzési értéket 5 év alatt levonhatja az adóalapból. A szakképzésben tanulószerződéssel részt vevő vállalkozás tanulónként és havonta a minimálbér 20%-a helyett 24%-kal csökkentheti adóalapját. A tárgyi eszközök egyösszegű elszámolhatóságával érintett eszközök értékhatára százezer forintra nő.

Ekho

Egyes, jellemzően művészeti, alkotói szakmák lehetőségét kapnak egy köztes adónem, az egyszerűsített közteherviselési hozzájárulás választására. Az adóalanyok 15, a kifizetők 20% adót, illetve járulékot fizetnek. Az ekhót azok választhatják, akik évenként 25 millió forintnál kisebb jövedelemmel rendelkeznek.

Kamatadó

Magánemberekre és vállalkozásokra egyaránt vonatkozik az előterjesztések közül a kamatadó szigorított változata. Míg a korábbi javaslatok szerinti első 50 ezer forintnyi, kamat- és tőzsdei árfolyamnyereségből származó jövedelem mentesült volna a 2007-ben bevezetendő 10%-os kamat- és tőzsdei árfolyamnyereségadó megfizetése alól. Ez elfogadott verzió alapján erre csak akkor lesz lehetőség, ha az így szerzett jövedelem nem éri el az évi 250 ezer forintot.

Luxusadó

A sok vitát kiváltott adónem a 100 millió forint feletti magán jellegű ingatlanokra vonatkozik. Ezeknél a százmilliót meghaladó rész 0,5%-át kell leróni. Az adó alanya az a magánszemély, aki az év első napján az ingatlan tulajdonosa. A luxusadóból az építmény után fizetett helyi adó levonható lesz. A szkeptikusok szerint az adó kikerülhető az ingatlan társasházá alakításával, ezért az államnak nem lesz belőle szá-

mottevő bevétele. Az önkormányzatoknak március 31-ig kell kihirdetniük a helyi rendeleteket az érték-övezetekről, illetve a lakóingatlanok települési átlagértékeiről. Fontos, hogy a luxusadó központi és nem helyi adó, így az önkormányzatoknak arról nem kell külön dönteniük, bevezetik-e; az ebből származó bevétel viszont a településeket illeti. (Pénzügyminisztériumi szakértői becslés szerint az országban mintegy tízezer lakóingatlan és ezer üdülő haladja meg a százmilliós értéket. Ennek fele található Budapesten, a többi a főváros budai agglomerációjában, a megyei jogú városokban, a Balaton-parti településeken, illetve néhány kiemelt üdülőterületen.)

Jármű-regisztrációs adó

A személyautókat és motorkerékpárokat terhelő regisztrációs adót differenciáltan olyan mértékben emelik, hogy az ellensúlyozza az áfa 5 százalékpontos csökkenését. Az adótételek a jelenleginél 1,6-2,8-szer lesznek magasabbak. Az új adótáblában az euro 4-es, vagyis a károsanyag-kibocsátás szempontjából legkorszerűbb kocsik adójánál 50%-kal magasabb az euro 3-as, és 100%-kal az euro 2-es autók adója. Ugyanakkor az új törvény figyelembe veszi a régi által hanyagolt európai uniós avultatási kötelezettséget, vagyis a forgalomba helyezettől eltelt hónapok függvényében mérséklődik a fizetendő összeg, egészen 25 éven át. Árak tekintetében a jövőre esedékes változás összesen plusz-mínusz 1-3%-ot jelent végül az autók áraiban akár új, akár használt autóról van szó. A legkisebb motorkerékpárok adója 20 ezer, a legnagyobbaké 230 ezer forint.

Áfa

A normál. 25%-os áfakulcs 20%-ra csökken. Vannak olyan termékek amelyek alacsonyabb áfakulcsa is megváltozik: a 15%-os kulcsból az 5%-osba kerülnek a kották, a napilapok, illetve az egyéb újságok, folyóiratok; utóbbiak csak akkor, ha előfizetéses rendszerben értékesítik. Az egyéb előfizetési lapokra január elsejétől, az elárusító helyeken értékesítettekre július elsejétől érvényes az alacsonyabb áfa. Az állami támogatások utáni áfaarányosítási kötelezettség megszűnik. Újdonság az is, hogy a hulladékterekeskedelem területén bevezetik a fordított adózást. A hulladékot értékesítő adóalany számlájában áfát nem tüntethet fel, az áfát a vevő önadózás keretében állítja be bevallásában fizetendő adóként.

Telefon-áfa-levonás

A vállalkozások jövőre mégsem vonhatják le a telefon-számlák áfataratalmának 70%-át a jelenlegi 50 helyett. (Az Európai Bizottságnál a KPMG tanácsadó cég tett bejelentést még az év elején amiatt, hogy a telefonköltségeknél a visszaigényelhető áfa arányát 2005. január elsejétől a korábbi 70%-ról 50%-ra mérsékelték. Véleményük szerint ugyanis 2004. május elseje után nem lett volna szabad az adózók hátrányára módosítani az áfalevonhatósággal kapcsolatos szabályt.)

PRECÍZ KFT

vonatkozó adózói észrevételezési jog biztosítása – figyelemmel az ellenőrzési határidők betartására – sok esetben megnehezíti a tényállás teljes körű tisztázását a határozathozatal előtt.

Számlázásról...

2004. januártól nem kötelező a számlák aláírása, azok aláírás nélküli is megfelelnek mind a számviteli bizonylat, mind az adóigazgatási azonosításra való alkalmasság feltételeinek. A számlák aláírásának kérdése azonban nem érinti az elveszett bizonylat, okirat pótlólag, másodlagosan történő előállítására, és ezen bizonylatnak abból a célból történő hitelesítésére vonatkozó előírásokat, amelyek az adó- és pénzügyi kapcsolatokban, számviteli elszámolásokban az eredeti dokumentumok pótlását szolgálják – olvasható az adóhatóság honlapján.

Az APEH tájékoztatója szerint a gazdálkodó szervezet által kiállított okiratról készült felvétel, továbbá bármilyen adathordozó útján készített okirat teljes bizonyító erővel bizonyítja, hogy tartalma megegyezik az eredeti okiratáéval, feltéve, hogy a gazdálkodó szervezet, amely a felvételt készítette, vagy az okiratot kiállította, illetve őrzi, a felvétel vagy az okirat azonosságát szabályszerűen igazolta.

Szabályszerű igazoláson a gazdálkodó szervezet bizonylati rendjében szabályozott módon történő hitelesítési, aláírási rendnek megfelelő módon és személyek által történő aláírás, esetlegesen bélyegzőlenyomat alkalmazását kell érteni. Fentiek szerint azonban a másolatnak tartalmaznia kell azt a megjegyzést is, mely szerint a másolt okirat az eredetivel mindenben megegyezik, hiszen ez a megjegyzés különbözteti meg az egyszerű aláírást a hitelesítéstől.

Észrevétel: A gazdálkodó szervezet által kiállított, vagy őrzött okiratról így készült okirat bizonyító ereje az okirat tartalmát illetően az eredeti okiratéval, közokiratról készült okirat esetében pedig a teljes bizonyító erejű magánokiratéval azonos.



Kényszerből vállalkozó orvosok...

„A magán-egészségügyi ellátások iránti kereslet dinamikusan növekszik, köszönhetően az életszínvonal növekedésének. Az egészségügy OEP finanszírozása évek óta stagnál, az idén pedig várhatóan reálértéken is csökkenni fog. Nincs pontos kimutatás arról, hogy hány magánorvosi rendelő van Magyarországon” – mondta Babai László, az Orvosi és Egészségügyi Vállalkozások Országos Szövetségének (OEVO SZ) elnöke. Az orvosoknak természetesen bejelentési kötelezettségük van az ÁNTSZ felé és hosszadalmas procedúrákon kell keresztülmenni egy-egy engedélyért. De központi adatbázis nincs, ezért összesítve sincs, hányan működtenek magánpraxist Magyarországon. Gyakran dupla engedélyeztetésen kell átesniük: ha ugyanis egy szolgáltató egyszakmás, akkor csak a városi ÁNTSZ-hez tartozik, ha kettő- vagy ennél több szakmás, akkor már a megyeihez. Emellett egy több orvossal működő egészségügyi központnak ki kell váltania a megyei tisztiorvosi szolgálat által kiállított működési engedélyt – többszakmás szolgáltatás esetén –, majd az orvosoknak külön-külön a városi szolgálat engedélyét is.

A légúti betegségek prevenciója – gyermekkor és az immunrendszer

A vegyes, gyermek praxisokban a naprakész elméleti tudás és a megelőző stratégiák biztosítják a hatékony kezelést. A primer prevenció célja a betegségmegelőzés. A secunder prevenció a betegség korai, lehetőleg még preszimptomatikus szakban történt felismerésével és kezelésével segíti a gyógyítást. A terciar-re akkor kerül sor, ha az előzőekkel elkéstünk, vagy azok eredménytelenek voltak. Használatával megakadályozzuk a betegség súlyosbodását, szövődmények kialakulását és közvetve támogatjuk a rehabilitációt. A megelőzés kezdeti fázisában az általános védelem szempontjai dominálnak. Ezek a higiéné, a táplálkozás (különösen a szoptatás az anyatej természetes immunanyagai miatt), a mozgás és a káros szenvedélyek elleni küzdelem. Az immunizáció a speciális védelem egyik fő tényezője, az egészségmegtartó hatás érvényesülése.

A táplálkozás szerepe

Sohasem lehetne, gyermekkorban pedig különösen nem egyoldalú. Az ételeknek növényi fehérjéket, zsirokat, szénhidrátokat, vitaminokat és nyomelemeket megfelelő arányban kell tartalmaznia. Sajnos, szociális, egészségügyi és kulturális elmaradottságunk miatt a gyermekeink közel 30 %-a minőségi és mennyiségi alultápláltságban szenved. Jellemző a szénhidrátús és fehérjeszegény, vitamin- és nyomelem hiányos étkezés. Az immunrendszer celluláris és humorális működéséhez egyaránt nyomelemekre van szükség. Így, pl. mangán és rézhiányos táplálkozás esetében csökken az ellenanyag termelés és következményes anaemia alakulhat ki. Cink hiányában pedig a T-helper lymphocyták és a természetes ölő (azaz N) sejtek károsodnak. A cink számtalan enzim alkotóeleme és nélkülözhetetlen a normális celluláris enzimműködésekhez. Ezért is célszerű a hazai táplálékok „dúsítása” vitaminokkal és nyomelemekkel. Egészségnevelésünk egyik feladata, hogy megértésük honfitársainkkal, változtatni kell a túlzott energia, zsír, koleszterin, nátrium bevitelen. Ezeket csökkenteni, a rost bevitelt viszont növelni kell.

A légutak és az immunrendszer fejlődése

A tüdő fejlődésének utolsó fázisában differenciálódik az alveoláris régió, azaz „mennyiségi éresen” esik át. A bronchiális sacculusok és az ún. terminális alveolusok kialakulása viszont 14 éves korig tart a mellkas kifejlődésével párhuzamosan a pubertás kor végéig. Az érési folyamat az immunrendszer vonatkozásában a 8-12 gesztációs héttől 12 éves korig, s az immun-

kompetencia ekkor lesz teljes. Ennek a kihangsúlyozása azért fontos, mert bizonyos betegségek esetében mérlegelendő az átmeneti immun-deficiencia, illetve ennek a mértéke.

Az aspecifikus védekezőképesség

A beteg szervezet fogékony lehet az adott kórokozóval szemben. Ennek a számtalan okai közül néhányat megemlítenék: az immun-deficiencia, familiáris hajlam, krónikus betegségek utáni lábadozás időszaka, stb. Az aspecifikus védekezőképesség részei a megfelelő vérellátású légúti nyálkahártyák 37 °C hőmérséklete, és a mucociliáris apparátus. Utóbbi működését befolyásolják: a nyák pH-ja, a hőmérséklet és a megfelelő nedvesség. Felfogja az inhalált kórokozókat, megakadályozza, hogy a nyálkahártyához tapadjanak, majd a garat felé tereli őket. A hideg levegő, a nyálkahártya kiszáradás, a dohányfüst csökkentik a védekezés hatékonyságát és így fokozódik a fertőzés valószínűsége.

A specifikus védekezőképesség

Az immunitás örökletes, veleszületett vagy természetes, illetve mesterséges úton szerzett. Az aktív, a szervezet immunválasza, amelyet valamelyik antigénként szereplő kórokozó vált ki. Természetes formája a fertőzés, a mesterségest pedig antigén tartalmú oltóanyaggal immunizálás hozza létre.

A baktériumok elleni védekezés

Az alsó légutak nyálkahártyája steril, míg a felsőn aerob és anaerob baktériumok élnek. Megtapadnak a hámsejtek felszínén, amelyet elősegítenek az adhézió. Praedisponáló tényezők hatására elszaporodnak és kolóniákat hoznak létre, következményes gyulladással. A baktériumfal összetevői aktiválják az alternatív komplementreakciót¹. A C3b hozzákötődik a baktériumhoz² és elősegíti a C3b-receptoron keresztül a fagocitáló makrofágokhoz való kötődését³, s közben a fág vaskötő laktóferint bocsát ki. A vashiány gátolja a többi baktérium növekedését. A C3a a granulociták számára kemotaktikus faktor⁵ és a kapilláris permeabilitás fokozásával elősegíti a sejteknek a bakteriális fertőzések helyére történő migrációját. A C5a a masztociták degranulációját okozva kininek, leukotriének és prosztaglandinok felszaporodását katalizálja⁷, szintén érfal permeabilitás fokozással. Arról sem felejtkezzünk el, hogy a baktérium toxinok lokális

szövetkárosodást provokálnak aktív véralvadással. Ez viszont gátolja a baktérium fertőzését, terjedését.

Lásd – 1.ábra: A baktériumok elleni nem specifikus védekező mechanizmusok

A baktériumok elleni védekezést, szerzett specifikus védekező mechanizmusok segítik. A bakteriális-antigén felismerése után a T-helper sejtek stimulálják a B-sejteket, amelyek plazmasejteké érnek és elkezdik a specifikus ellenanyag képzését. A felső légutakban IgA típusú, míg a kisebb bronchiolusokban és az alveolusokban IgG típusúak találhatók. Az IgA és IgC ellenanyagok egyaránt gátolják a kórokozók adhézióját, szaporodását, és a komplemennetek segítik a fagocitózist, fékezik a bakteriális inváziót. A komplement és az opsonált ellenanyagok fokozzák a makrofágok fagocitáló képességét. Ellenanyagok hiányában („természetes ellenanyagok”), a baktériumok sokkal kevésbé és lassabban fagocitálódnak, mint ellenanyaggal való kötődés után. Akkor a leggyorsabb a fagocitózis, ha mind az antitest, mind a C₃b jelen van.

Lásd– 2.ábra: Fagocita hatékonyság

Természetesen a védekezés hatékonysága függ a kórokozó fajtájától, a specifikus és nem specifikus védekező rendszerek együttműködésétől.

A vírusok elleni védekezés

A légúti vírusok ellen az első védelmi vonalat a légutak nyálkahártyájában lévő IgA típusú ellenanyagok jelentik. (Az IgA a külső vírusantigének ellen hatásos.) Neutralizálja a vírust és így megakadályozza a gazdas sejthez kapcsolódását. A felső légutakban feltétlenül szükséges a orr, száj nyálkahártyájában koncentrált IgA jelenléte is.

Immunstimuláció

Az immunstimulációval, -modulációval, amelyben a résztvevő mechanizmusok komplex hálózatként együttműködnek, a fertőzést megelőzhetjük és a gyógyulást meggyorsítjuk.

Az immunizálás lehetőségeiről

A parenterálisan adott védőoltások (im., sc.) a szérumban előidézik az IgM és IgG típusú ellenanyagok képzését, de a nyálkahártyák IgA-kra kevésbé hatnak.

A nyálkahártyák védelmének a biztosítására a baktérium kivonatok orális vagy inhalációs alkalmazása a célszerű. Az inhalációs készítmények (pl. IRS 19) az antigént a nyálkahártya felszínrel közvetlen kontaktusba hozzák.

A tenyésztett, tisztított, előlt és homogenizált baktériumokból készült kivonatok, mint pl. a Broncho-Vaxom specifikus antigénként és stimulusként is hatnak. (Haemphylus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus vagy pyogenes törzsekből készítik.) A fokozódó interferon képződés és az alveoláris makrofág aktivitás a nem specifikus immunstimuláló hatást biztosítja.

A normalizálódó T-helper, T-szupressor aránynak köszönhetően a megváltozott immunglobulin koncentráció az élettani határok közé kerül. Fontosak a bél nyálkahártyájában lévő nyirokcsomó szigetekben (Peyer plakkok felett) az ún. M-sejtek.

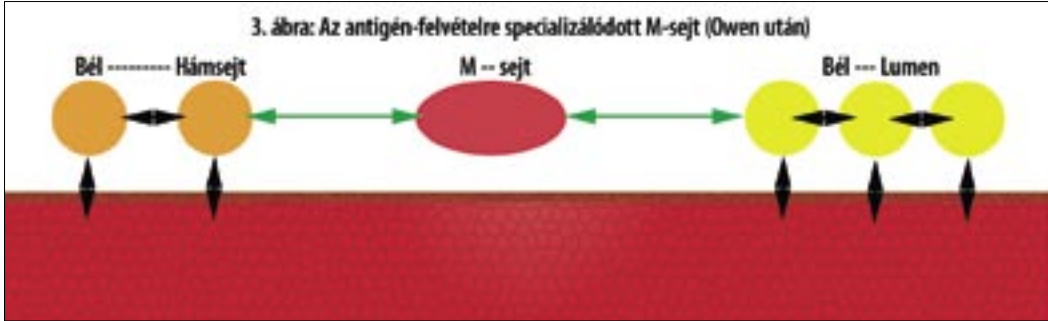
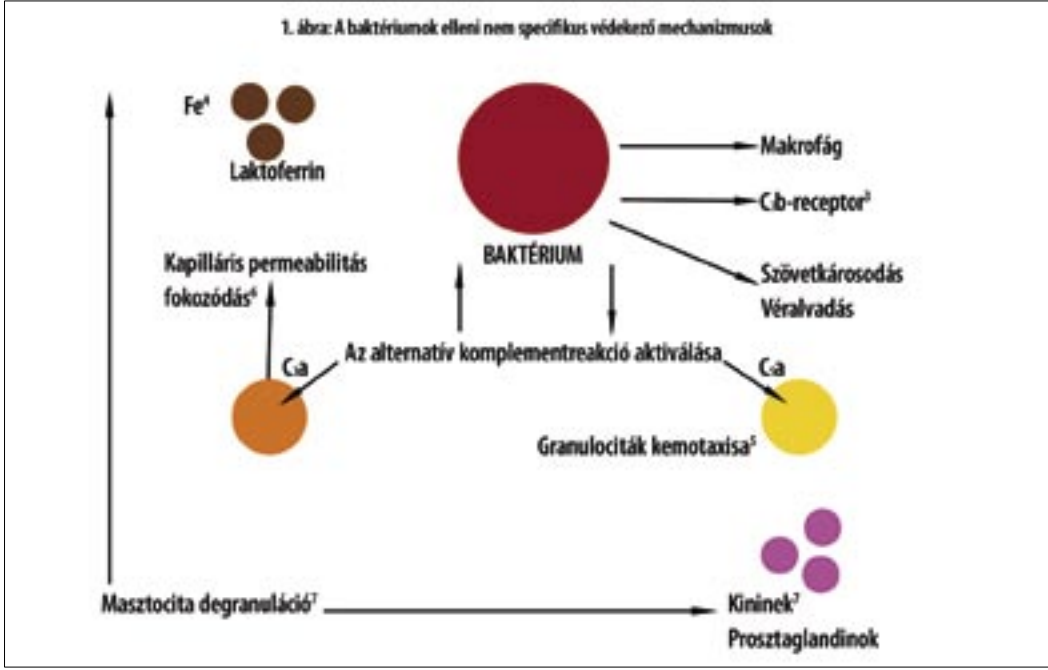
Lásd – 3.ábra: Az antigén-felvételre specializálódott M-sejt (Owen után)

Ezek antigén felvételle specializálódtak, bejuttatva a Peyer-plakkokba, és a stimuláció hatására IgA termelő lymphocyták jönnek létre. A véráramba kerülve a B-lymphocyták egy része a nyálkahártyára vándorol, ahol szekretoros IgA termelő sejtekké érik. A slgA biztosítja a légúti nyálkahártya védelmét, 35-50 napra van szükség, hogy az M-sejtekben lévő kontaktusból a maximális slgA-termelés beinduljon, hatása tartósan érvényesüljön.

Összefoglalás

A légúti betegségek különösen gyakoriak a gyermekkorban és a közösségi hiányzások (bölcsőde, óvoda és iskola) túlnyomó részben innen származnak. Másodszorban az emésztőrendszeri betegségek a következményes táppénzes napok okai.

A gyermekek immunrendszerének stabilizálása és lehetőségeink szerinti javítása a protokollok szerint az említettek csökkentésén túl antibiotikum és adjuváns szereket csökkentő is lehet. Az említett Broncho-vaxom capszula, mint egy orális védőoltás funkcionl. Az aktív-mesterséges immunizálás lehetőségét biztosítja és így a primer prevenció eszköze. Természetesen számtalan más lehetőségről is tudunk. Mindezek ismertetése meghaladja a terjedelem szabta lehetőségeimet, célom nem is ez volt, hanem egy célszerű, ésszerű, takarékos prevenciók lehetőségekre felhívni a figyelmet.



A tüdőgondozók és a háziorvosi praxisok együttműködésének lehetőségei a szűrésben, a gondozásban és a rehabilitációban

A háziorvoshoz forduló betegek számtalan esetben említenek légzőszervi panaszokat, elsősorban köhögést, köpetürítést, fulladást és mellkasi fájdalmat. Ezeket többnyire légúti infekciók okozzák, de sohasem felejtkezhetünk el a COPD, a tuberkolózis vagy a daganat előfordulás lehetőségeiről sem. A dohányos anamnézis, az elhúzódó láz, a rohamos fogyás a gyanúnkat mindig tartsa fenn. Az időfaktort figyelembe véve konzultáljunk a tüdőgondozóval, számítsunk a kollegiális segítségre.

A szűrések indokoltságáról és a gondozók megváltozott funkcióiról

A stabil szűrőállomások célzottan és ütemezetten dolgoznak. A szűrési eredmény ma is szükséges a munkahelyi alkalmassághoz, a továbbtanuláshoz, vagy a letelepedéshez. (A bevándorlók országaiban nagyon magas a tbc-incidencia.) Feltétlenül indokolt a különösen veszélyeztetett csoportok, mint a drogfüggők, az idült alkoholisták, a hajléktalanok és a fertőző munkahelyeken dolgozók folyamatos ellenőrzése, kötelező szűrése. A háziorvossal való korrekt együttműködés itt is feltétele az eredményességnek. Elsősorban az aszociális, az alig együttműködők felkutatásában, szűrésében, rendszeres ellenőrzésében segíthet.

Itt jegyezném meg, hogy a szoptató anyák szűrése tilos, a leadott anyatej tuberkulin vizsgálata viszont előírás. A tbc-incidencia régiók szerint változó és különösen a keleti megyékben magas, 25 százaléknál felett van. Az új megbetegedések száma csökken s egyre kevesebb a Koch-pozitív eset is. Ezek örömdetes tények, de az idült, elhanyagolt esetek, a gyakori terápia rezisztens beteg előfordulások óvatosságra intenek, különösen a fertőzött területek praxisaiban.

A mobil szűrőállomásoknak a „rejtőzködő tbc-s esetek” mellett célirányos szerepük van a sokszor panaszmentes tüdőkarcinómás esetek kiemelésében is. A tünetmentes esetekben kétszer több a műthető beteg, mint a panaszokat említő csoportjában.

A magyar halálzási adatok megdöbbentők, ezért is kiemelt feladat a korai felismerés, terápia. A WHO álláspontja szerint az ernyőfényképpel történő szűrés nem eléggé hatékony, és ezért nem ajánlott. A jellemző tünetek keresése megfelelő értékeléssel, a követendő. A hazai közgondolkodás, egészségügyi kulturálatlanság mellett mi még nem mondhatunk le az ernyőfénykép-szűrésről. A mobil állomásokkal a tünetmentes (de már fertőző) tbc-s, illetve a progrediáló, inoperábilissá válható betegeket is elérhetjük. A háziorvos ismeri a veszélyeztetetteket, így az alkoholizáló és dohányzó, alultáplált eseteket. A látóköriben vannak, folyamatosan kommunikálhat velük, és így ezeket is meggyőzheti.

A tüdőgondozók és a háziorvosok együttműködésének az utóbbi évtizedben egy új lehetősége a légúti betegségek, az asztma, a COPD közös kezelése és rehabilitációja. A gondozott, nyilvántartott esetek száma rohamosan emelkedik mind az allergiás eredetű, mind a COPD csoportban. Az utóbbiba tartozó eseteinknél a környezetkárosítás és a dohányzás obstruktív hatása bizonyított. Úgy gondolom, a gondozók és a háziorvosok feladatai, kollektív ellátási, gondozási, rehabilitációs felelőssége a közeljövőben csak nőni fog.

A COPD, az új „morbus hungaricus”

A növekvő esetszámmal együtt rohamosan emelkedik a morbiditás és a mortalitás is. A korai tünetek, mint a köhögés, a köpetürítés, a fizikai terhelésre fellépő nehézlégzés nem specifikusak. Gyakran a fizikális vizsgálat is negatív rossz légzésfunkciós paraméterek mellett. A 85%-ban dohányzás miatt kialakuló COPD jellemző tünete a progrediáló és a gyógyszerekre alig reagáló légúti obstrukció és a csökkent kilégzési áramlás. A háziorvost megtévesztheti a is, hogy a kezdeti stádiumban az érintetteknek nincs betegségstádiumuk, s az életvitelük alig változik. Az obstrukciót spirometriás vizsgálatokkal lehet kimutatni. Elsősorban a 40 éven felüli dohányosoknál indokolt a praxisban a szűrés. A COPD-ra veszélyeztetetteknek a 15%-a dohányzik. A háziorvos kötelessége a tüdőgondozóba való beutalás

mellett a dohányzásról való leszoktatás lehetőségeinek az ismertetése, a tanácsadás, a meggyőzés, a stressz oldás és a nikotin-függőség mérséklése. (Sajnos hazánkban a férfiak 45%-a és a nők 28%-a dohányzik. Egyre fiatalabb korban szoknak rá és közel 30%-a a dohányosoknak évtizedek óta hódol ezen káros szenvedélynek. A 25%-uk ráadásul „láncdohányos”, a 20%-uk pedig idült alkoholistá is. Statisztikai tény, hogy elsősorban az aszociális körülmények között élők nikotinfüggők.)

Légzés rehabilitáció a praxisban és a tüdőgondozóban

Együttműködve érhető el csak a légzéskárosodottak életvitelének, munkabírásának, azaz a szomatikus-pszichés állapotuknak legalább a részleges helyreállítása, és így a túlélési idő növelése, a terhelhetőség, az életminőség javulás. Azoknál alkalmazzuk, akik az optimális gyógyszerbeállítás, empátiás compliance mellett is csökkent toleranciával rendelkeznek. A COPD csoportba tartozókon kívül eredményes lehet asztma bronchialeban, mellkas műtétek után. Kontraindikált súlyos szívelégtelenségben, „Cor pulmonale”-ban, moribund tbc-s, illetve daganatos állapotokban, vagy izületi betegségekben. A légzőtornát, a mellkasi fizioterápiát és az ún. terheléses („kondicionáló”) tréninget kombináltan alkalmazzuk, és így csökkenthetjük a dyspnoet, azaz növelhetjük a légző izmok hatékonyságát, segítjük a váladékkürítést, ezzel csökkentjük a légúti ellenállást és a légzési munkát. Az eszközök beszerzésére számtalan pályázati lehetősége van a háziorvosoknak is. A terhelési tréning a szobakeréppárral vagy a futószőnyeggel csökkentheti az izmok oxigénigényét. Emelkedik a laktát-küszöb, csökken a CO₂ és így mérséklődik a ventiláció, nő a terhelhetőség. (8 hét után akár 30%-os terhelhetőség növekedés is elérhető lesz.)

A rehabilitációval kevesebb lesz az intézeti ellátás, rendeződik a betegek lelki egyensúlya, nő az önellátás képessége. Javuló életkilátásokkal rendezhetővé válnak az elhanyagolt esetek és visszaáll a felborult medicinális-emberi értékrend.

» (dr. Salamon) «

Össejtterápia a DEOEC -ben

Prof. Édes István a DEOEC Kardiológiai Intézetének igazgatója 2005. márciusban jelentette be, hogy a klinika Magyarországon elsőként megkapta az engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanácstól, hogy alkalmazza az infarktus gyógyításában nagy reményekkel kecsegtető eljárást. 2005. szeptember 1-én számoltunk be arról, hogy megtörtént az első CD34+ össejtkezelés infarktuson átesett betegén a DEOEC Kardiológiai Klinikáján.

Már 5 beteget kezeltek sikeresen CD34+ össejtekkel infarktust követően a DEOEC Kardiológiai Intézetében. A betegek, fiatal középkorúak, 4 férfi és 1 nő, az infarktus szakszerű ellátását követően 2 héten belül megkapták az össejtkezelést. Az össejtbevitel során az orvosok 4-5 millió CD34+ sejtet fecskendeznek be az infarktust ért felelős érbe szívkáptérezés segítségével. A CD34+ össejtek előállítását a beteg saját csontvelőjéből történik, Magyarországon egyedülálló eljárással, nagy tisztasággal dúsítva ezen sejteket folyamatos minőségbiztosítási ellenőrzés mellett. Az össejtkezeléstől a szakemberek azt várják,

hogy segíti az infarktus során károsodott szívizom regenerációját, pótlását. A javulás a szív bal kamrája összehúzódásának az erejével mérhető. Ez az összehúzódás juttatja a vért a testbe, biztosítva a vérrellátást.

Az eddigi eredmények szerint, a betegek állapotát közel 3 hónapon keresztül követve, az ultrahangos vizsgálatok mérsékelt, de egyértelmű javulást mutatnak a bal kamra működésében. A bal kamra működését jellemző mutatószám közvetlenül a kezelést megelőzően átlagosan 35% volt és ez az érték a kezelést követően átlagosan 41%-ra növekedett. A normál érték 50% felett van. A kezelés hatékonyságát PET vizsgálattal lehet véglegesen lemérni, amit a kezelést megelőzően elvégeztünk, és a kezelést követően 6 hónappal megismételünk majd. A PET vizsgálat nagy érzékenységgel egyértelműen ki tudja mutatni az újonnan keletkezett szívizom szövetet, tehát kétséget kizáróan igazolhatja a kezelés eredményességét. A klinikai vizsgálat lezárása, a végleges eredmények 2006. szeptemberben várhatóak.

Tudósítónktól

Nem veszélyes az aszpartám

Az aszpartam egy természetes alapanyagokból mesterséges úton előállított termék, amely két, a természetben és az emberi szervezetben is előforduló aminosav egyesítéséből keletkezik. Lebomlása-kor alkotóelemeire, azaz aszparaginsavra, fenilalaninra, valamint metanolra bomlik. Normális mennyiségben fogyasztva, semmilyen káros hatást nem gyakorol az élő szervezetre. Természetesen mindennek van határa (az aszpartamból például egy 70 kg-os felnőtt esetében 155 tabletta napon-tal), hiszen például a közönséges konyhasó is halált okozhatna, ha valaki extrém (mondjuk félkilós) mennyiségben fogyasztaná – hangzott el az Országos Élelmiszerbiztonsági és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) által szervezett sajtóbeszélgetésen. Dr. Domoki János idézte Paracelsust, az alkímista orvost, aki már a középkorban kimondta azt a tételt, hogy az, hogy egy anyag gyógyszer vagy mérge, csak az elfogyasztott menny-

nyiségtől függ. Ezt az élelmiszer-adalékanyagokra is igaz; az ezekből fogyasztható mennyiség anyagonként változó nagyságú, esetenként szinte lehetetlen olyan sokat fogyasztani egy-egy adalékanyagból, hogy az ártalmas legyen. Az élelmiszer-adalékanyagok felhasználásának szabályozása során a nemzetközi szervezetek ügyelnek arra, hogy az elfogyasztott adalékanyagok mennyisége ezen a biztonságos tartományon belül legyen.

Az élelmiszer-adalékanyagok egyik jellemzője, hogy az élelmiszer gyártása során vagy a termékben kedvező hatást váltanak ki a felhasználásukkal. Ez természetesen igaz a mesterséges édesítőszerekre is – ilyen kedvező hatása lehet például az aszpartámnak a fogóképződés vagy az alakjukra vigyázók kalóriacsökkentésénél, a cukorbetegség étkezésénél, vagy akár a fogszuvasodást elkerülni igyekvőknél.

OTS Cégvonal

Gyorssegély a nátha ellen: NASIVIN

Látványos eredményeket hozott egy nemrég elvégzett vizsgálat (1), amely szerint a Nasivin orrcseppek és orrspray-k hatóanyaga, az oxymetazolin, kimutathatóan lerövidíti a nátha lefolyásának időtartamát.

Egy új tanulmány eredménye szerint, a Nasivin orrcseppek és orrspray-k hatóanyaga, az oxymetazolin, jelentősen lerövidíti a nátha lefolyását. Korábbi vizsgálatok eredményeinek (2) megfelelően a lokálisan alkalmazott, oxymetazolin aktív hatóanyagú, náthaellenes szerek gyorsan és hatékonyan csökkentik az irritált orrnyálkahártya duzzanatát, így enyhítve a nátha kellemetlen tüneteit.

A preklinikai fázisban egyben a leggyakrabban náthát okozó vírusok (pl.: rhino- vagy influenza vírusok) elleni antivirális hatás is igazolódott. (3) A mostani vizsgálatba bevont 247 (12-65 év közötti) beteget, akiknek akut náthás tüneteik legfeljebb két napja jelentkeztek, véletlenszerűen két csoportra osztották. Az egyik csoport oxymetazolin hatóanyagú Nasivin Sanft adagoló orrsprayt alkalmazott, míg a kontroll-csoport fiziológiás sóoldatot használt. A kutatás ideje alatt sem az orvosok, sem a betegek nem tudták, hogy melyik csoport, melyik szert alkalmazza! A legerdekesebb eredmény az volt, hogy az oxymetazolin jelentősen lerövidítette a nátha lefolyását. Míg a nátha lefolyásának átlagos ideje kezelés nélkül hét-tíz (átlagosan nyolc) nap (4), addig a fiziológiás sóoldattal kezelt csoportban átlagosan hat napig tartott a nátha. (4)

Az oxymetazolin csoportban ezzel szemben mindez négy napra rövidült(!) Ez azt jelenti, hogy a nátha 50 százalékkal hosszabb ideig tart oxymetazolin kezelés nélkül, tehát a Nasivin használata jelentő-

sen lerövidíti a nátha lefolyásának idejét. A kutatás további eredményei:

- A jellemző tünetek a vizsgálat megkezdésekor, mindkét csoportban azonosak voltak, de az oxymetazolin használatkor már a második naptól határozottabb javulást mutattak a vizsgált tünetek tekintetében a kontroll-csoporthoz képest. (1)
- Szintén jelentős különbség volt a spray-használat kezdete és a közvetlenül utána érezhető hatás megjelenése között eltelt idő tekintetében. Az oxymetazolin csoportban, a nyálkahártya-duzzanat csökkenése átlagosan 25 másodperc után volt érezhető, míg a fiziológiás sóoldatot használó ezt csak másfél perc múlva érzékelték. (1)
- Mind a betegek, mind a vizsgáló orvosok egyértelműen a Nasivin kezelést értékelték eredményesebbnek. (1)
- Mindemellett az oxymetazolin tolerálhatósága is nagyon jónak bizonyult, ezen a téren nem mutatkozott különbség a fiziológiás sóoldattal kezelt kontroll-csoport-hoz képest. (1)

Irodalom

- 1.) Dr. med. Stefan Reinecke, Dr. med. Marion Tschai-kin: Untersuchung der Wirksamkeit von Oxymetazolin auf die Rhinitisdauer / MMW - Fortschritte der Medizin Originalien Nr. III/2005 (147. Jg.), S. 113-118 |
- 2.) Stephan Kölsch, Marion Tschai-kin: Oxymetazolin gegen Schnupfen Deutsche Apotheker Zeitung 45. (2004) 95-97. |
- 3.) Fritz Sacher, Stephan Kölsch, Marion Tschai-kin: Antivirale Wirkeigenschaften von oxymetazoline Deutsche Apotheker Zeitung 145. Jahrgang - 03.02.2005 - Nr.5, S. 111-112 |
- 4.) Dr. med. Stefan Reinecke, Dr. med. Marion Tschai-kin: Acute Rhinitis - cold as a consequence of a viral infection: onset, progression and symptoms (Presentation at the Nasivin International Press Conference - October 5, 2005 / Munich Germany)

„A korai tünetek, mint a köhögés, a köpetürítés, a fizikai terhelésre fellépő nehézlégzés nem specifikusak. Gyakran a fizikális vizsgálat is negatív rossz légzésfunkciós paraméterek mellett. A 85%-ban dohányzás miatt kialakuló COPD jellemző tünete a progrediáló és a gyógyszerre alig reagáló légúti obstrukció és a csökkent kilégzési áramlás. A háziorvost megtévesztheti a is, hogy a kezdeti stádiumban az érintetteknek nincs betegségstádiumuk, s az életvitelük alig változik. Az obstrukciót spirometriás vizsgálatokkal lehet kimutatni. Elsősorban a 40 éven felüli dohányosoknál indokolt a praxisban a szűrés. A COPD-ra veszélyeztetetteknek a 15%-a dohányzik. A háziorvos kötelessége a tüdőgondozóba való beutalás mellett a dohányzásról való leszoktatás lehetőségeinek az ismertetése, a tanácsadás, a meggyőzés, a stressz oldás és a nikotinfüggőség mérséklése.”

dr. Salamon



A Pázmány Péter Tudományegyetem orvoskarán végeztem tanulmányaimat és 1943 júniusában avattak doktorrá. Kiváló oktatóink voltak. Legkedvesebb professzorom, az oktatás művésze, Dr. Verebélyi Tibor sebész prof. volt. Ma is, több mint hatvan év távlatából, élen emlékszem egy-egy felejthetetlen előadására. Ezek egyike volt a kar vállizületi ficamának Kocher szerinti helyzetétele. Először is a „tantermes” orvoson mutatta be a műfogásokat, majd az előadása közben többször ismételte, szinte a fülünkbe rágta a tennivalókat. „*Először is leültetik a sérültet. Majd szembeállva vele a rugalmasan rögzült kaját könyökben egyik kezükkel megfogva, a másik kezükkel a csuklóját fogják meg. A könyökénél fogott kart a törzséhez szorítják. (Adductio) A könyökben vízszintesen tartott alkart kifelé fordítják, hogy az alkar homloksíkba kerüljön. (Rotatio) A könyököt vállmagasságig emelik. (Elevatio) Majd a kezét átcsapják az ellenkező vállra.. Mindezt határozottan, de nem erőszakosan kell végezni, mert eltörhetik a kart. És akkor csak sebészi megoldás jöhet szóba, ami egy nehéz műtétet jelent. A kar fejecse rendszerint hallható cuppanással ugrik vissza a helyére.*” Továbbiakban az esetek ismertetése közben többször elismételte : „**Adductio, rotatio, elevatio, átcsapás a másik vállra**”

*

A frontról hazavergődve sikerült az otthonomban egy kis rendelőt berendeznem. Egyik nap késő éjjel vad csengetés vert fel. Egy férfibeteg, fájdalmas arccal és vállizületi ficamra jellemző tartással jött be a rendelőmbe. Furcsán kezdte a mondanóját, mert kijelentette, hogy bár azt hiszi, segíteni nem tudok rajta, mégis ide jött. Ismerősei azt mondták, hogy fiatal és ügyes valaki vagyok. De Ő most XY. doktortól jött, aki jóval idősebb nálam és vagy egy órán keresztül próbál-

*

Múltak az évek. Én már a nyíregyházi Tbc. Gyógyintézet igazgató főorvosa voltam. Egyik nyári szabadságomat a Tisza Vásárosnamény feletti részén, sátorozva töltöttem. Ugyancsak itt, de tőlem valamivel távolabb sátorozott a helyi kórház igazgatója. Ő is hasonlóan hozzáam nagyon szerette a sátoros élet primitívségét és a természet közelségét. Egyik nap meglátogattam. Velünk szemben, a Tisza túlsajtján egy négytagú család

„Adductio, rotatio, elevatio, átcsapás a másik vállra”

*Nyolcvankilencedik éve*met taposva – időnként már karosszékekre utalva – vissza-visszatekintek aktív orvosi pályámra. No meg egy kicsit eleget is téve a Látlelet főszerkesztő asszonyának, ki időnként megereszt felém egy -egy emailt érdeklődve egészségem és Sydney felől, de azért nem mulasztja el megkérdezni: „nincs semmi a magyar egészségügy számára? Amolyan kis színes írás is jöhet Tatuskám!” Nos, ha nem is gyakran, de jelentek meg tudósítások Tőlem az elmúlt húsz év alatt, mióta Ausztráliában élek. Írtam az ausztrál egészségügyről, a kórházi betegtájékoztatásról, a hormondilemma szakmai megítéléséről. Most az utóbbi időben főleg emlékeim foglalkoztatnak, s azt hiszem, ez már koromból adódóan sem szorul magyarázatra. Az viszont számomra is érdekes, hogy tudó és röntgenorvos létemre, több évtizedes intézményvezetői háttérrel mégis Verebélyi sebész-professzorral keltem a minap...

ta helyretenni a vállát. Sikertelenül. Még a rendelője padlójára is lefektette, melléfekve a lábát a honaljába fesztette és a karját húzta. „Nagyon fáj, de mégsem sikerült helyre ugratni a karomat” – panaszkolta.

Leültettem egy székre. Szembe álltam vele – Verebélyi prof. most segits! – **adductio, rotatio, elevatio, átcsapás a másik vállra.** Hatalmas csattanás. Megrémültem: te jó ég, eltörtem a karját!!! Az én pacienssem felugrott és mint egy madár, a két karjával csapkodni kezdett: „helyén van, helyén van!” Az izmos férfi vállizmai nem cuppanással, hanem csattanással rántották be a helyére a karját.

...Tiszteivel szeretett Verebélyi professzorom ! Nem tudom hittél-e a másvilágban, de ha van, akkor Te ott vagy a legkitüntetettebb helyen és örömmel állapítod meg, hogy egy volt hallgatód jól tudta használni a neki átadott nagy tudásod morzsáját...

sátorozott. Alig ültem le a barátomnál, amikor a túlparti társaság férfitagja átkiabált: „Igazgató úr. A vejem kificamította a karját, tessék átjönni segíteni rajta.”

A barátom, aki belgyógyász és laboros szakorvos volt, láthatóan megijedt a feladattól és visszakiabált: „ne haragudjanak, de én belgyógyász vagyok, nem értek az ilyesmihhez. Kocsival vannak, vigyék be a fiút a kórházba, a baleseti sebészetre. Ott van ügyelet és el fogják látni”. Közbeszóltam: mégis menjünk át (csónakon), hátha tudunk segíteni és ne legyen rossz érzésük, hogy meg se próbáltunk segíteni. Áteveztünk. Négytagú társaság: papa, mama, fiatal leány és a vőlegény, jellegzetes vállizületi ficammal. A fiatalember már egy nagy kövön ült. Megvizsgáltam közelebről, s elmondtam, mit fogok csinálni, hogy megkíséreljem helyretenni a karját. El se kellett mozdítanom a nagy körül, amin ült. **Adductio, rotatio, elevatio, átcsapás a másik vállra.** Cuppanás. A fiatalember megkönnyebbülten mozgatta a karját. Nagy volt az öröm mindenki részéről. „Mivel tartozunk.” „Sem-mivel, elsősegélynyújtás.” Napokig integettek nekem, amikor csónakkal eleveztem a sátruk előtt.

*

Tovább múltak az évek. Keresztfiam meghívott sógora társaságában a Balatonra egyhetes vitorlás túrára. Nagyon kellemesen eltöltött hét vége felé voltunk. Kora

délután érkezünk a tihanyi öbölbe és nem akartunk még visszamenni Balatonfüredre, ahol a hajó tárolási helye volt. Befordultunk az öböl Gödrös nevű településé elé, ahol a jól kiépített parton vasárnapi strandoló közönség tarkállott. Vitorlás kikötésére alkalmas móló nem volt, ezért kb. száz méternyire a parttól le-horgonyoztunk. Mindenképpen ki akartunk menni a partra valamit enni-inni. Beültünk a hajó után húzott kis csónakba, a Bociba. Én a kis lélekvesztő orrában, háttal a menetiránynak ültem. Keresztfiam evezett, a sógora a hátsó ülésen ült. A sógor figyelte fel, hogy a különben is zsúfolt parton egy helyen az emberek még jobban összezsúfolódtak és többen orvosért kiáltottak. Mondtam erre, hogy hát akkor menjünk oda. Kikötőtünk. Mondtam, hogy orvos vagyok. Az emberek utat engedtek és megláttam a pácienst, amint a strandot lezáró alacsony falon ült. Jó felépítésű, még fiatalnak mondható ember jobb karja jellegzetes kificamodott tartásban. Mellette állt fiatal, csinos felesége. Bemutatkozott, hogy ő is orvos, belgyógyászaton dolgozik, de ő nem meri a férjének a karját helyre tenni. Évek során már többször volt vállficama, de mindig valamelyik kórházban tették rendbe. Megmondtam mit fogok csinálni, de kértem, hogy adjanak egy kicsit több helyet, mert közben a kíváncsi közönség ránk tömörült. A férfi, már megfelelő helyzetben ült. Egy pillanatra feltűnt az emlékezetemben Verebélyi prof. képe: **Adductio, rotatio, elevatio. átcsapás az ellenkező vállra.** Egy kis cuppanás és helyén a kar. Az eddig hangtalan közönségben elismerő vidám megjegyzések. Egy idősebb úriember megkérdezi, hogy mivel tartoznak. Mondom, hogy semmivel. „Elsősegély.” Hát akkor legalább mondjam meg, hogy kihez van szerencsájuk. Megmondtam a nevem. Az úriember elképedt: „*En ennek a fiúnak az apósa vagyok és tíz évvel ezelőtt Ön tette helyre a vöm karját a Tiszán...*”

Dr. Verebélyi Tibor prof. hallottad? ...

» Tata «

„Csak amikor az utolsó fá is meghalt, az utolsó folyó is mérgezetté és mérgezővé vált, és az utolsó halat is kifogtuk belőle, majd csak akkor fogunk rádöbbsenni arra, hogy képtelenek vagyunk a pénzünket megenni.” (Cree indián jóvendőlés)



Várnai György: Vadásztörténetek és mesék felnőtt gyerekeknek, a természet rajongóinak

Fotóalbum a szemnek és a szívnek

A könyv megrendelhető: Kétezeregy Kiadó | 2081 Piliscsaba Bajcsy Zs.u.55. | Tel/Fax:(26)374586 | E-mail: info@ketezeregy.hu

Dr. Várnai György 45 éven át volt praktizáló orvos, és egy-idejűleg szenvedélyes természetfotós. Belsőgyógyászként és röntgenorvosként három évtizeden át, a múlt évig körzeti orvosként működött egy budapesti kerületben. Fotóalbuma egy élet természetfotóinak egyedülálló válogatása, ugyanakkor egészen kicsike ízelítő abból a hatalmas anyagból, amelyet Várnai György „összefényképezett”.

Mesélne nekünk valamit a kezdetekről? Hogyan lesz valakiből orvos létére természetfotós?

V.Gy.: 13 éves korom óta fotózom. Akkoriban kaptam egy Zeissicon kamerát, amely egy kihúzó, dobozos gép volt. Ezzel a szerkezettel mindent lefényképeztem, amit a környezetemben találtam. A csigákat, a kutyákat, az udvart, a madarakat, a rokonokat. Ezek persze fekete fehér fotók voltak, a színes film akkoriban elérhetetlennek számított. Komolyabban azonban az egyetemi évek alatt kezdtem fotózni, már egy komolyabb géppel. De egy valóban jó gépre csak a rendszerváltás után, úgy tíz éve sikerült szert tennem, egy Niconra, a hozzá tartozó teleobjektívvel. Ez a gép már valóban egy komolyabb színvonalat engedett meg.

Amíg röntgenorvosként dolgoztam, a laborban magam hívtam elő a fekete-fehér képeket. Ezzel nem csak azt a részletét vágтам ki a képnek, amelyet a legmegfelelőbbnek találtam, de a labortechnika segítségével tudtam javítani a képek minőségén is. A színes filmeket mindig előhívtattam.

A természetfotózást Fritsch Ottó osztálytársamnak köszönhetem, aki erdőmérnök lett. Ő vezetett be a vadrezervátumba, ahol erdei vadakat kezdtem el fényképezni. És ő hozott össze a Madarásszal, aki 50 évig volt a Velen-csei tavi madárrezervátum természetvédelmi felelőse.

Engem nem csak a fotó érdekelt, hanem az állat életmódja is: hogyan él, mivel táplálkozik az egyes évszakokban, hogy éli túl, vagy hogy éli meg az évszakokat. A tavaszi fészekrakás és a vonulás vagy az otthonmaradás, a berendezkedés a túlélésre, az egyes fajok hogy tudnak egymással élni, ezek érdekelték. Törekedtem arra, hogy fotódokumentációt készítsék arról, amit megfigyelek. A fényképezést a mesterség szintjén kellett volna foly-

tatnom, de akkor nem lettem volna orvos. Számomra fontosabb volt maga az élmény, mind az erdő, mind a nádas világa.

Az album nem pusztán egy fotóalbum. Mesék és történetek szólnak a fotós személyes indítékairól, valamint izgalmas és egyben szórakoztató történeteket olvashatunk a fotós-vadászról és vadjáról. Van-e legkedvesebb élménye?

V.Gy.: Rengeteg ilyen van. És némelyikről még egy többé-kevésbé jó kép is sikeredett, amelyek az albumban a történeteket illusztrálják. Ilyen az első találkozásom az anyakocával, a dán lapátosok őszi küzdelemre való felkészülése, vagy a január elseji vadon.

Az album mottója egy indián jóvendőlés, amely környezetünk megővésének fontosságára hívja fel a figyelmet. Ön, aki több, mint 50 éve járja a természetet, mit érzékel természeti értékeink pusztulásából?

V.Gy.: Úgy veszem észre, hogy az utóbbi 20-25 évben az emberi kártevés borzasztó méreteket öltött. Például az agárdi természetvédelmi területen egy sor ellenérdek ütközött a környezetvédelemmel. A halgazdaság érdekei, a termelőszövetkezet érdekei, a nádgazdálkodás érdekei. A védett madarakat karbidágyúval riasztották el. Az utolsó 15 évben megritkult a madárvilág és egyes fajok eltűntek, mint a barkós cinege, a süvöltő. De az erdő sem jártak sokkal jobban, hiszen a rendszerváltás után felosztották és privatizálták az erdőt, kerítéseket építettek, ez a vadak életterét leszűkíti. A Budai hegyeknek azon a részén, ahová évtizedekig jártam, levadászták az ott élő vadállományt. Ennek a valamikor édennek állítok emléket a könyvben.

Várnai Györgynek nem ez az első könyve. Néhány évvel ezelőtt megjelent önéletrajzi írása a Makkabi kiadónál Kötäbla, deszkapalánk, vasfüggöny címmel.

A beszélgetést lejegyezte: Benda Judit

A British Telecommunications plc (*BT) Magyarországon

Európai Unió pénzke a hazai egészségügyi információ-technológiában

► az 1. oldal folytatása

A fejlesztés eredményeként javul a betegellátás színvonala, nő a betegek komfortérzete, javul az egészségügyi ellátás regionális költséghatékonysága, az aggregált és deperszonalizált egészségügyi adatokból pedig információhoz jutnak az egészségpolitikát alakító döntéshozók, továbbá reprezentatív adatbázisául szolgálhat epidemiológiai kutatásoknak. A projekt mára túljutott a tervezési fázison és a megvalósítási szakaszába lépett. Ennek keretén belül folyik az a tárgyalásos közbeszerzési eljárás, amelynek tárgya a központi rendszer megvalósítása. Ezt követően kerül sor az intézményen belüli fejlesztések megvalósítására. A projekt várható befejezése 2007. decembere.

*

A projekt első fázisának kivitelezője a ***British Telecommunications plc** (továbbiakban BT). A hat és fél évre szóló szerződés keretében a BT intézményközi rendszert hoz létre a fő egészségügyi létesítmények között a Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország és Észak-Alföld régiókban.

A biztonságos és hatékony egészségügyi adatkezelés áll a BT megoldás középpontjában, valamint a projekt révén megnyílik olyan új és gyorsan növekvő egészségügyi

ellátási formák alkalmazásának lehetősége is, mint például a telemedicina és a teleradiológia. Tom van Heesch, a BT Közép- és Kelet-Európáért felelős regionális igazgatója mondta: „Nagy léptékű programok kezelésében szerzett nemzetközi tapasztalatainkra építve, örömmel szolgáltatunk hatékony megoldást a három fejlődő magyar régióknak az egészségügyi ellátás hatékonyságának javítására.” Az egészségügyi kommunikációs rendszer sikeres megvalósítását biztosítja a BT kiterjedt tapasztalata és szakértelme, alátámasztva a BT stratégiai partnereivel, mint a Hewlett Packard Magyarország Kft., valamint az Answare Kf.

A *BT, a világ egyik legnagyobb kommunikációs megoldás szállító vállalata, több mint 160 országban szolgálja ügyfeleit. Elsődleges tevékenységei közé tartoznak: hálózati IT szolgáltatások, helyi, belföldi és nemzetközi telekommunikációs szolgáltatások, értéknövelt szélessávú és Internet termékek és szolgáltatások. A BT alapvető négy fő üzletága: BT Global Services, Openreach, BT Retail (kiskereskedelmi üzletág) és BT Wholesale (nagykereskedelmi üzletág). A 2005. március 31-én zárt pénzügyi évben a BT Csoport bevétele 18,623 millió angol font volt, 2,354 millió font adózás előtti profittal.

Dél-Dunántúli Régió:

Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum
Baranya Megyei Kórház Pécs
Kaposi Mór Oktató Kórház Kaposvár
Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet
Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza Kaposvár
Barcs Város Önkormányzata
Szigetvári Városi Kórház és Rendelőintézet
Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő és Szív-kórháza
Paks Város Rendelőintézete



Észak-Magyarország koznorciumai:

B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház
Koch Róbert Kórház Edelény
Városi Kórház Kazincbarcika
Megyei Reuma Kórház Mezőkövesd
Szent Ferenc Kórház, Miskolc
Dr.Kenessey Albert Kórház-Rendelő Balassagyarmat
Miskolc M.J.V Ö. Diósgyőri Kórház
Máltai Gondoskodás Közhasznú Társaság Miskolc
Almási Balogh Pál Kórház, Ózd
Sátoraljaújhely város ö. Erzsébet Kórháza
B-A-Z M.Ö II.Rákóczi F. Kórház-Rendelő Szikszó
Önkormányzati Egészségügyi Központ Mezőcsát
Területi Egészségügyi Központ Encs
Egyesített Szoc. és Egészségügyi Intézet Szerencs
Városi Egészségügyi és. Szociális Központ Putnok
HMÖ Markhot Ferenc Kórház-Rendelő Eger
Városi Egészségügyi Szolgálat Heves
Margit Kórház Pásztó
Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján