

Lázár György, Kalifornia

Egészségügyi Minisztérium, Sajtó és Kommunikációs Főosztály

A gyermekszűzősségi centrumnak a gyógyítás teljes vertikumát fel kell ölelni, melyek a Heim Pál Gyermekkorházban biztosítva vannak. A Sürgősségi Osztály a Heim Pál Gyermekkorház A épület földszintjének teljes átalakításával kerül elhelyezésre. A kialakítás költségeit nagyrészt a Magyar Fejlesztési Bank szponzorációjából fedezi. Az MFB 35 millió forinttal támogatja a Főváros gyermeklakosságának egészségügyi ellátását nyújtó fontos egység kialakítását. (MTI-BALLA)

AO Bázis Kurzus Debrecen

Az AO International magyarországi tagszervezete megbízásából a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszéke és a Synthes Medical Kft. neves nemzetközi szakemberek részvételével 2006. február 22-24. között nemzetközi AO Trauma Bázis Kurzust szervezett Debrecenben.

Az Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (röviden AO) az 1960-as évek végén orvosokból és mérnökökből alakult nemzetközi kutatócsoport, amely a törésgyógyulás biológiájának és biomechanikájának kutatásával az operatív töréskezelés kérdéseit tanulmányozza. Az utóbbi években világszerte növekszik azon sebészek száma, akik fokozott érdeklődést mutatnak a davosi kutatók eredményei iránt, és magukévá teszik az AO által kidolgozott alapelvek filozófiáját. Az AO International küldetése, irányelvek kidolgozása a postgraduális orvospképzés számára és a sérülések ellátásával kapcsolatos tapasztalatok megosztásának elősegítése a világszerte tevékenykedő egészségügyi szakemberekkel, s ezáltal a kezelési eredmények javítása a csont és izomrendszer sérülései, valamint kóros elváltozásai esetén.

Az AO tanfolyam célja:

- Szélesíteni szakorvospképzés és továbbképzés területén, az oktatás különböző szintjein az operatív töréskezelés kérdéseit.
- Rámutatni a műtét előtti tervezés jelentőségére és segíteni az AO alapelveknek megfelelő, optimális kezelési módszer kiválasztásában.

- Megismertetni a kutatás és a klinikai alkalmazások területén elért legújabb eredményeket.
- Tájékoztatótást adni az új módszerekről és technikákról, valamint a műtéti feltárások lehetséges változatairól.
- Fejlesztzeni a kézügyességet különböző csont-mo-delleken való gyakorlással.
- Megértetni az AO filozófiáját és a képzés fejlődési irányát, tehát azt, hogy mi az új és mi az, ami változatlanul érvényes marad, valamint azt, hogy mi áll a racionális változtatások hátterében.

A 3 napon át tartó kurzus résztvevői megtanulták az operatív töréskezelés elveit és módszereit. A kurzus minden napján az előadásokat követően és gyakorlati foglalkozások alatt meghatározó jelentőségű volt az egyes speciális témakörök megvitatása. A hallgatók a betegellátás javítása érdekében hasznos támpontot kaptak a soron következő gyakorlati munkájukhoz. A tanfolyam iránt a nemzetközi érdeklődés is kiemelkedő volt, csupán Kanadából több mint 10 hallgató vett részt a kurzuson. A Szervezőbizottság a résztvevők tervezett létszámát 48-ról 51-re emelte, elsősorban annak érdekében, hogy a hazai fiatal szakorvosok és szakorvos jelöltek részvételét minél nagyobb számban biztosítani tudja.

Az AO International Bázis Kurzusa jól illeszkedik az EU-kompatibilis ortopéd-traumatológus szakorvospképzési rendszerbe, s ezáltal növeli a fiatal orvosok szakképesítésének értékét az Európai Unióban.

Tudósítónktól

Tuberkolózis elleni gyógyszerek fejlesztése biomarkerekkel

A Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance) és a BG Medicine Inc. együttműködésükről számoltak be, melyet annak érdekében hoztak létre, hogy a tuberkolózis kezelésében használatos kezelések gyógyszerhatékonyaságát mutató biológiai jelzőket, biomarkereket azonosítsanak, ami egy újabb lépés a gyorsabb és hatékonyabb gyógyszerfejlesztés felé.

A tuberkolózis a világ népességének egyharmadát érinti, évente kilencmillió új megbetegedést és kétmillió halálesetet eredményez. Mint ismeretes, a tuberkolózis okozója egy olyan lassan növekvő baktérium, amelyik általában a tüdőt károsítja, bár képes bármely más szerv megfertőzésére is. Más mikrobáktól eltérően képes akár évtizedekig is élni a szervezetben anélkül, hogy betegséget okozna.

A tuberkolózis előfordulási és halálozási előrejelzései a rövidebb, hatékonyabb tuberkolózis kezelés szükségességét jelzik. 2000 és 2020 között a becslések szerint mintegy egymillárd ember fertőződik, 200 millió betegszik és 35 millió hal majd meg. A tuberkolózis vezető halálok a HIV/AIDS fertőzött emberek között, és a több gyógyszerre is rezisztens változatok között, és a több gyógyszerre is rezisztens változatok évi 300 ezer újonnan diagnosztizált esetet jelentenek évente. A világon minden 15 percben meghal egy ember tuberkolózisban.

Az óra ketyeg, nagy szükség van arra, hogy gyorsabb kezelést találjunk a tuberkolózis gyógyítására, és az új biomarkerek meggyorsíthatják kutatásainkat – mondta Dr. Maria C. Freire, a TB Alliance elnök-vezérigazgatója. – *A tuberkolózis gyógyszerek klinikai vizsgálati különösen időigényesek, így egy új biomarker, ami segít az új gyógyszerek gyorsabb és hatékonyabb tesztelésében, hatalmas hozzájárulás egy jobb, könnyebben hozzáférhető tuberkolózis kezelés kialakításához.*

Jelenleg a tuberkolózis gyógyszerek klinikai vizsgálata olyan standard kezelési módozaton alapul, ami 6-9 hónapos terápiát igényel, majd a hatékonyság kiértékelése újabb 1-2 évet vesz igénybe, hogy mérhető legyen a visszaesés azon betegek esetében, akiket nem gyógyítottak sikeresen. Összességében egy gyógyszer regisztrációját megelőző klinikai tuberkolózis kísérletek minimum hat évig tartanak, sokkal tovább, mint más fertőző megbetegedések esetében. Ennek az eredménye a gyógyszerfejlesztés magas költsége és az új gyógyszerek bevezetésének elhúzódása. A biomarkerek meghatározása áramvonalasíthatja és felgyorsíthatja ezt a folyamatot.

Ez a projekt a rendszerszerű megközelítések széles alkalmazhatóságát mutatja be, hogy javítsa a gyógy-

szerfejlesztést az új és jobb kezelések minél előbbi kialakításának érdekében – mondta Pieter Muntendam, a BG Medicine elnök-vezérigazgatója. – *A biomarkerek segítségével a termékfejlesztés előrejelezhetőbb és kevésbé költséges módját jelenti; és erre sehol nincs jobban szükség, mint a tuberkolózis elleni gyógyszerek fejlesztésében.*

Egy biomarkernek számszerűsítható biokémiai jellemzői – mint a metabolitok, hormonok vagy enzimek – vannak, amelyek a kezelésre adott gyógyszeretani válaszként mérhetőek és elemezhetőek. A biomarkerek különösen hasznosak lehetnek azokban a klinikai kísérletekben, amelyek előre jelezni hivatottak egy-egy személy választát az adott gyógyszer-elegyre, és egyes esetekben egy pótló végpont meghatározásának alapjául szolgálhatnak. Ilyen markerek birtokában lehetővé válik a döntéshozatal a gyógyszerfejlesztési folyamatban, lehetőség nyílik korábbi döntések meghozatalára – például arra, hogy felfüggeszsek-e egy vizsgált elegy fejlesztését vagy folytassák-e azt a klinikai kísérletek utolsó szakaszában is.

A TB Alliance és a BG Medicine a rendszer-megközelítést alkalmazza arra, hogy két célból is meghatározza a biomarkereket: az első, hogy korai jelzést adjanak egy gyógyszer képességéről a kezelési idő lerövidítésére a II. fázisú tesztelés során; a második pedig az, hogy pótlólagos jelzője legyen egy kezelés hatékonyságának, ami lerövidítheti a III. fázisú kísérleteket és megszüntetheti annak igényét, hogy a betegeknek legalább két évig poszt-terápiás megfigyelésben kelljen részt venniük a visszaesési arány meghatározása miatt.

A TB Alliance és a BG Medicine ezt a hat hónapos együttműködést a Colorado State University (CSU) bevonásával hajtja végre. A CSU, amely jelentős tapasztalatokkal rendelkezik a tuberkolózis állati modell gyógyszerinek tesztelésében, biztosíthatja azokat a mintákat, amelyeket elemezhetnek a BG Medicine-nel – felhasználva annak proteomikus és metabolomikus elemző platformjait. Mind a BG Medicine, mind pedig a CSU számára a TB Alliance biztosítja majd a szükséges anyagi hátteret. A kutatás a Holland ülgyminisztérium Fejlesztési Együttműködési Osztálya (DGIS), a külföldi támogatásokért felelős vezető holland államhivatal adománya révén vált lehetségessé.

A két cégről bővebben:

www.tballiance.org illetve www.BG-Medicine.com honlapon.

OTS CÉGVONAL

Biztonsági intravénás katéterek

A biztonságos fecskendők előállításában élenjáró Retractable Technologies, Inc. (AMEX: RVP) cég bejelentette, hogy az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszer-engedélyezési Hatósága (FDA) hozzájárult az új VanishPoint(R) automatikus visszahúzódó intravénás (IV) katéterek forgalmazásához. A Retractable termékcsaládjának új tagja az év elején, többféle méretben jelent meg a piacon. – *Új biztonsági katéterünk forgalmazásának engedélyezése örömteli esemény cégünk életében, hiszen lehetővé teszi, hogy olyan eszközt kínáljunk az egészségügyben dolgozóknak, amely egy különösen kockázatos klinikai beavatkozás során védelmet nyújt a fertőzött tűkkel okozott sérülésekkel szemben. Mi több, ez a katéter egy generációval megelőzi a versenytársak hasonló termékeit, és hatalmas új piacot jelenthet társaságunk számára.* – nyilatkozta a sajtónak Thomas J. Shaw, a Retractable elnök-vezérigazgatója. Az elnök-vezérigazgató emlékeztetett rá, hogy az intravénás eszközök használata során a fertőzött tűk okozta sérülések komoly kockázatot jelentenek, hiszen ezek a fecskendők rendszerint vérrrel vannak tele, így könnyen terjeszthetik a különféle betegségeket. A **VanishPoint(R) IV katéter** ahhoz hasonló szabadalmaztatott automatikus visszahúzódó technológián alapul, mint a VanishPoint(R) fecskendő és vérgyűjtő kémcső tartó. Az új katétért a hagyományos eszközökhöz hasonlóan vezethetik be a vénába vagy az artériába. Mielőtt az orvosok eltávolítják a bevezetett tűt, aktiválják a biztonsági mechanizmust, amely automatikusan visszahúzza a tűt a nyélbe, így jelentős mértékben csökken a fertőzött tű okozta sérülés kockázata, hiszen így azt semmiképpen sem lehet ismételtelen felhasználni. A VanishPoint(R) biztonsági fecskendőket számos márkaképviselet és gyógyászati eszköz nagykereskedő forgalmazza. (bővebben: www.vanishpoint.com honlapon).

TUDOMÁNYOS NEMZETKÖZI HÍRINFO

Klinikai vizsgálat a MK-0518 integráz inhibitorral

Egy tíznapos monoterápiás kísérlet során az MK-0518-cal kezelt betegek HIV-vírussal fertőzött RNS-einek száma adagolástól függetlenül 98%-kal, a HIV-RNS kópiák milliliterenkénti száma pedig a páciensek több mint felénél legalább 400-ra csökkent.

Az európai AIDS Klinikai Társaság (EACS) találkozóján ismertetett, második fázisú, tíznapos monoterápiás klinikai vizsgálat tanúsága szerint a fejlesztés alatt álló, MK-0518 nevű HIV-1 integráz inhibitor tablettája jelentős mértékben csökkentette a vírusterhelést. A közzétett tanulmány szerzői szerint a placebohoz képest nagy mértékben csökkent a vírusterhelés (p=0,001), függetlenül attól, hogy a vizsgálatba bevont, korábban kezeletlen HIV-betegek (n=28) milyen adagolásban kapták a szert. A CD4 sejt-szám nem sokban különbözött a kezdeti értéktől.

A Merck Sharp & Dohme (msd) által kifejlesztett MK-0518 lehet az első tagja a kifejlesztés alatt álló, integráz inhibitoroknak nevezett antiretrovirális gyógyszercsaládnak. Az integráz inhibitorok megakadályozhatják, hogy az integráz enzim HIV-vírussal fertőzött DNS-t juttasson be az emberi génbe. Ha meggátolják, hogy az integráz betöltse alapvető funkcióját, a vírus sem lesz képes szaporodni és újabb sejteket megfertőzi.

Ez a tanulmány ismét bizonyította, hogy az antiretrovirális tevékenységet kifejtő integráz inhibitorok az antiretrovirális szerek új és érdekes családját képviselik – mondta Robin Isaacs, aki a fertőző betegségek és a HIV elleni oltóanyagok klinikai kutatásait felügyeli. – *A betegek az MK-0518-at általában jól tolerálták. Már ez a korai kísérlet is bizonyította, hogy a szer rövid távon is jelentős mértékben csökkenti a vírusterhelést.*

A multicentrikus, kettősvak, randomizált vizsgálatban 35 korábban nem kezelt és a kezelés mostani formájáról nem tájékoztatott páciens kapott naponta kétszer, tíz napon át MK-0518-at (100, 200, 400 vagy 600 milligrammos adagokban, monoterápiaként) vagy placeboót. A vizsgálat kezdetekor a páciensek (MK-0518: 28, placebo: 7) milliliterenként legalább 5000 kópia HIV-RNS-sel rendelkeztek, a CD4 sejtek száma pedig mikroliterenként legalább 100 volt. A vizsgálat elsődleges célja az MK-0518 biztonsági és tolerabilitási profiljának kidolgozása és a HIV-vírussal fertőzött RNS-ek számának csökkentése volt. Az immun-

rendszer elnyomó kezelésben részesülöket illetve az akut májgyulladásban, krónikus májbetegségben vagy vesebetegségben szenvedőket kizárták a vizsgálatból.

Az eredmények tanúsága szerint milliliterenként 1,7-2,2 log10 kópiával csökkent a HIV-vírussal fertőzött RNS-ek száma az MK-0518-cal kezelték körében (a kiindulóponthoz képest 98 százalékos csökkenés), és 0,2 log10 kópiával a placebo kapók között (p<0,001). Ezenkívül a tizedik napra a HIV-RNS kópiák milliliterenkénti száma a páciensek több mint felénél legalább 400-ra csökkent, függetlenül attól, hogy MK-0518-at vagy placeboót kaptak.

Az MK-0518 kezelést általában jól tolerálták a páciensek. A leggyakoribb kellemetlen mellékhatás a fejfájás, a fáradtság és a szédülés volt. Ezek nagyjából ugyanolyan arányban fordultak elő a két csoportban. A mellékhatások nem voltak súlyosak, miattuk senki-nél sem kellett felfüggeszteni a vizsgálatot.

A fenti eredmények alapján 48 hetes vizsgálatot kezdtek, hogy összehasonlítsák az MK-0518 és az efavirenz (nem nukleozid reverz transzkriptáz inhibitor) hatását. A vizsgálatba bevont betegeket nem tájékoztatták a kezelés formájáról. A kifejlesztés alatt levő MK-0518 hatékonysági és biztonsági profiljának értékelésére hosszabb távú és több páciens bevonásával végrehajtott vizsgálatokra lesz szükség.

Nő a gyógyszerekkel szembeni HIV rezisztencia. Becslések szerint az antiretrovirális gyógyszerekkel kezelt páciensek 78%-a e szerek legalább két kategóriájával szemben rezisztenssé vált. A rezisztencia azok közt is nőtt, akik nem tudták, hogy milyen gyógyszert kapnak. A kezelés módjáról nem tájékoztattott, rezisztens vírusokat hordozó páciensek aránya 1999-től mostanáig 8 százalékról több mint 20% fölé emelkedett.) Bár a HIV/AIDS kezelésére több gyógyszer is rendelkezésre áll, a járvány folytatódik. Becslések szerint a világon mintegy 40 millió HIV-fertőzött él. Jelenleg az AIDS az a fertőző betegség, amely világvíznyomatban a legtöbb áldozatot szedi, évente 3 milliót.

Az MSD több mint 15 éve élen jár az üttörő HIV/AIDS elleni kezelések és vakcinák kifejlesztésében. Az MSD volt az első cég, amely laboratóriumi körülmények közt és élő szervezetben is megvilágította az integráz inhibitorok működésének mechanizmusát.

OTS CÉGVONAL

Osztrák egészségügyi szoftverszolgáltató a nemzetközi piacon

2006. januárjában megerősített menedzsmenttel a nemzetközi piacra lép a Systema Human Information Systems GmbH osztrák egészségügyi szoftverszolgáltató cég. Willibald Salomon mellett, aki már régóta általános menedzsere a társaságnak, mostantól Manfred Joseph is a Systema élén áll, szintén általános igazgatói tisztségben.

A mind szektorspecifikus, mind nemzetközi tapasztalattal bíró Manfred Joseph feladata legfőképpen a nemzetközi piaci jelenlét fejlesztése lesz. A 46 éves osztrák szakember korábban az egyik vezető cseh rendszerintegrátor cég, a 320 fős ICZ a.s. általános menedzsere volt, sikerült megújítania annak stratégiai fejlődési irányát, és növekedési pályára állította. Azt megelőzően pedig szintén vezető pozíciókat töltött be több osztrák, illetve nemzetközi cégnél, mint például az Oracle-nál.

Mint Ausztria vezető egészségügyi IT-szolgáltatója, a Systema már egy jó ideje a nemzetközi növekedésre is koncentrált. A cég e pillanatban nagyon sikeres Németországban, Csehországban, és nemrég már Szlovákiá-

ban is, de tovább terjeszkedik. – *Manfred Joseph személyében e cél érdekében és a menedzsment megerősítése szempontjából ideális szakembert választottak* – jelentette ki Willibald Salomon.

Az általános társágazatói poszt megteremtése mellett a Systema kibővítette marketingrészlegét, és létrehozta a nemzetközi értékesítési menedzser tisztséget is. Ennek betöltésére megnyerte magának Wolfgang Kernt, az ágazat nemzetközi háttérrel bíró szakemberét, aki eddig a Systema tartalomkezelő rendszerénél volt értékesítési menedzser. Az 1972-ben alapított, és Ausztriában piacvezetővé fejlődött Systema jelentős sikereket ért el egészségügyi szoftverekfejlesztésében, valamint széleskörű know-how-t tudhat magának a szervezés és a telepítés területén. A Systema a legnagyobb tekintélyt az orvosi, az ápolói és az egészségügyi értékesítési folyamatokat optimalisan támogató szoftverek kifejlesztésében vívta ki magának. A Systema GmbH társaságot annak tulajdonosa irányítja, és jelenleg 6 telephelyen összesen 155 embert alkalmaz.

Kockázatfelismerési technika

A brit egészségügyi termékellenőrző hatóság (MHRA - Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) a Phase Forward biztonsági és kockázat-felismerési technológiáját alkalmazza. A Phase Forward által kifejlesztett Lincoln Technologies WebVDM-e a hatékonyabb mellékhatás figyelést támogatja. A Nasdaq-on is jegyzett Phase Forward, a klinikai kísérleti és gyógyszerbiztonsági megoldások adatkezelésének vezető szállítója, bejelentette, hogy a brit felügyeleti hatóság, a Gyógyszer- és Egészségügyi termékek Felügyeleti Hivatala (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency – MHRA), a céghez tartozó Lincoln Technologies mellékhatás figyelést jelző és e jelzéseket kezelő termékét, a WebVDM-e-t alkalmazza.

A szoftvert az MHRA klinikai orvosai, gyógyszerészei és tudósai használják majd azoknak a jelentéseknek az elkészítéséhez, amelyek a gyógyszerek gyanított mellékhatásainak kimutatását szolgálják - a feltételezett gyógyszer mellékhatásokról információkat gyűjtő rendszer, az ún. Sárga Kártya Séma (Yellow Card Scheme) keretében. A cég Lincoln Technologies terméke várhatóan megnöveli a hatóság képességét arra, hogy hatékonyabban használja fel a gyógyszer hatástanulmányokat a lehetséges biztonsági megközelítések meghatározása és sorba rendezése érdekében. A szoftver egyesíti a fejlett statisztikai jelzésfelismerő módszereket a Yellow Card jelzések adatainak elemzésével; új, erőteljes elemző eszköze lehet a gyógyszer-

biztonsági információk megszerzése rutin eljárásának. A szoftver azon képessége, hogy a történeti adatok összefüggéseit tekintve megjelenítse mind a brit, mind pedig a külföldi jelentésekből származó legújabb információkat, képessé teszi arra, hogy gyorsabb elérést biztosítson azokhoz az információkhoz, amelyek szükségesek a tudományos bizonyítékokra alapozott objektív értékeléshez – lehetőséget teremtve ezzel a jelzésfelismerő folyamat hatékonyabbá tételére.

Dr. June Raine, az MHRA igazgatója mondta: *Ez az innovatív technológia értékes új eszközt biztosít számunkra ahhoz, hogy javítsuk a piacon megjelenő gyógyszerek biztonságos használatát. Segít bennünket abban, hogy tovább erősítsük a népeszségügyre gyakorolt lehetséges kockázatok felismerési folyamatának gyorsaságát és hatékonyságát, biztosítja, hogy megtartsuk helyünket továbbra is a jelzésfelismerés frontvonalában.*

Bob Weiler, a Phase Forward elnök-vezérigazgatója szerint: *Az MHRA kemény és versengésses kiválasztási folyamatban választott bennünket, ennek során az MHRA alkalmazottai sok próba vizsgálatot végeztek a Lincoln termékével. Immár arra készülünk, hogy szorosan együttműködjünk az MHRA-val abban, hogy eszközeinket továbbfejlesszük, és javítsuk a mellékhatás figyelés minőségét. Büszkék vagyunk arra, hogy szoftverfejlesztésünk és a statisztikai kutatás kombinációját alkalmazni lehet a betegek biztonságának további fokozása érdekében.*

A Semmelweis Kiadó gondozásában megjelent „A magyar népesség életminősége az ezredfordulón” (szerkesztők: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika) című tanulmánykötet, amely egyedülálló áttekintés a magyar népesség lelki és egészségi állapotáról.

■ **Miért nélkülözhetetlen az orvosok, egészségügyi szakemberek, döntéshozók, sőt a XXI. század minden embere számára az életminőség fogalmát, indikátorait, meghatározóit ismerni?**

Az életminőség többdimenziójú fogalom, ami magában foglalja az egészségi állapot testi-lelki és szociális összetevőit. Az ún. *egészséggel összefüggő életminőség (health-related quality of life)* a modern egészségügy sajátosságai következtében nyert létjogosultságot, és fokozatosan a klinikai vizsgálatok egyik nélkülözhetetlen mutatójává vált.

Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi számára elsősorban a *krónikus betegek* ellátása jelent kihívást. Bár a gyógyítás, az élettartam megnövelése szempontjából jelentős az orvostudomány előrehaladása, számos esetben a hatékony terápia ellenére is fennmarad vagy súlyosbodik a betegség több-kevesebb tünete. Nem mindegy, hogy a krónikus betegséggel való tartós együttélés rokkantságmentes vagy fájdalommal teli éveket hoz-e. A krónikus betegségek az élet számos területét befolyásolják, ezeknek a szempontoknak figyelembevétele nélkülözhetetlen a beteg elégedettsége, életminősége szempontjából. Szükségsszerű folyamat tehát, hogy az *egészségügyi tevékenységek eredményességének, hatékonyságának megítélésében* a hagyományosan alkalmazott mutatók – morbiditás, mortalitás – mellett egyre nagyobb teret kap az életminőség mérése. A *költséghatékony vizsgálatok*, valamint *egészségügyi technológiák* értékelése során is nagy súllyal esik latba az adott eljárásnak az életminőségre kifejtett hatása.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már 1946-ban meghatározta, hogy az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jól-lét, és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. A pszichés és társadalmi tényezők ugyanakkor a mindennapi egészségügyi ellátásban a mai napig nem kapnak kellő figyelmet. Ennek jelentős szerepe lehet abban, hogy az orvoslas minden eredménye ellenére az egészségüggyel való elégedetlenség soha nem volt olyan kifejezett világszerte, mint napjainkban.

■ **Melyek az egészséggel összefüggő életminőség legfontosabb mutatói?**

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Inté-

Miért nem ...?!

A biztonságos gyógyítás – a biztonságban gyógyulás joga

Akárhogy is nézzük, az egészségügy mélyrepülése végső soron a gazdasági nehézségekre vezethető vissza. Ha az egészségügy minden közvetlen szereplője megkapná azt a 10-20-szoros bért, ha az egészségügy minden területe megkapná azt a nem is tudom hányszoros működési költségfedezetet, ami Európa nevéhez méltóbb felénél, akkor végre a betegek is megkaphatnák azt az ellátást, ami nekik dukálna. Bérelmaradásunk az egészségügyben már olyan mértékű, hogy egynapi európai napszámért gürüzünk egy egész hónapot, a tengerentúlról (akármelyik tengert és akármelyik irányt vesszük is) nem is beszélve. Ilyen körülmények között, ha már több pénz nem is jut, de több jó szót, odafigyelést és gondoskodást annál inkább elvárnánk. Napról-napra lenyeljük a keserűségeinket, vívjuk a harcainkat, vívódunk önmagunkkal, de megyünk és tesszük a dolgunkat, és tesszük ezt vállaink közé behúzott nyakkal. De azért nem vak az sem, aki nem agitál, szervez vagy prédikál.

Történt az utóbbi időben két dolog, ami mellett nem bírok szótlanul elmenni: a betegbeleegyezés és a betegazonosítás kérdéséről van szó.

A betegbeleegyezés kérdése régóta napirenden van, nem is emlékszem, mióta hívtak számon a kórházi kezelés megkezdése előtt a kórház papír aláírását. Indult ez egy semmitmondó formanyomtatvánnyal, amit aztán fokozatosan javíttattattak velünk, majd jött az *informed consent*, a felvilágosított beleegyezés, amikor végre az is feladatunkká vált, hogy a beteget tájékoztassuk a betegség természetéről és a beavatkozás céljáról, elmaradásának illetve szövödményeinek veszélyeiről. Mindezt csak üdvözölni lehet. A szocialista orvosetika még úgy működött, hogy a beteg súlyos betegségéről hamarabb tudott mondjuk a házastársa, mint ő maga, és egyetlen alternatívaként az amerikai példát tárták elélnk, ahol a beteg, még ha kifejezetten nem is szeretné tudni, akkor is képébe harsogják a kegyetlen valóságot. Így aztán fekete-fehérnek elfogadva a dolgot, működtek a *bárkit, csak a beteget* nem elvű felvilágosítást, és ehhez képest valóban nagyon szép utat tettünk meg ezen a téren. Azonban ahogy a világ kinyílt, az orvosokra valahogy rázáródott. Most már a leghallatlanabb maceráknak vagyunk kitéve, jogászok és kereskedelmi médiumok specializálódnak ránk vagy ellenünk, akiknek e tevékenységében semmiképp nem előtérben álló szempont a *Salus aegroti suprema lex esto*. A kártérítési összeg, az eladási példányszám vagy a nézettségi index mozgatja ezeket az erőket. Vitathatatlanul megvan a társadalmi szerepük, de azért ne helyezzük fejükre a moralitás koronáját.

De nézzük a kérdés másik oldalát. Nincs baj, amíg baj nincs. Mihelyt azonban gond adódik egy betegnél, nem ritkán már az adminisztráció alapszintjén vesztő helyre kerül az orvos: nem jó a betegbeleegyező. Ha a szakhatóságok és az érdekképviseltek legmagasabb szintjén

Az életminőség javítása a modern társadalmak központi célkitűzéseként fogalmazódott meg a XX. század második felében. Felismerték, hogy a gazdasági, fogyasztói verseny, növekedés gyakran kifejezetten káros az emberi személyiség fejlődése szempontjából. Az emberi agy, lélek, szervezet, az emberi társadalom saját evolúciós sikerének áldozatává vált. Bár az emberi egészség és életminőség többdimenziós – bio-pszicho-szociális – rendszerben való megközelítése általánosan elfogadottá vált, meglepő módon mégis szinte egymástól függetlenül fejlődött a szociológiai, pszichológiai és egészségtudományi életminőség kutatás. A kötet arra tesz kísérletet, hogy ezeknek az irányzatoknak fő célkitűzéseit egyesítse, és ennek alapján egy interdiszciplináris (magatartástudományi) életminőség modellt vázoljon fel. A magatartástudományi életminőség modell egyben híd az orvoslás társadalomtudományi és természettudományos szemlélete között, így az interdiszciplináris kutatás lehetőségeinek egyedülálló kísérlete. A modell elsősorban gyakorlati célt szolgál, a magyar népesség életminőségének és az életminőséget meghatározó társadalmi, pszichológiai, életmód-tényezőknek árnyalt, sokdimenziós bemutatására törekszik.

zetének tudományos iskolája 1988-ban, 1995-ben és 2002-ben több mint 12.000 fős mintán országos reprezentatív egészségfelméréseket végzett: Hungarostudy 1988, 1995 és 2002. A felmérések során vizsgáltuk a magyar lakosság testi és lelki egészségiségének állapotát, a betegségek előfordulását, meghatározóit, védő- és rizikótényezőit, külön figyelmet fordítva a „jól-lét”-re, az egészség és életminőség pozitív oldalára. Tudományos iskolánk monográfia formájában adta közre az országos egészségfelméréseken – és azokat kiegészítő számos egyéb vizsgálatán – alapuló életminőség kutatással kapcsolatos eredményeit.

A monográfia bemutatja az életminőség-kutatás jelentőségét a népesség jóllétének vizsgálata szempontjából, az *életminőség fogalmát, dimenzióit*, pszichológiai, szociológiai, kulturális és ideglettani meghatározóit. Ismerteti az életminőség vizsgálati módszereit, az életminőség javításának lehetőségeit a népegészségügyi menedzsment újabb módszereinek segítségével. Az életminőség szociális és demográfiai vonatkozásai során tárgyalja a nemi és életkori sajátosságokat, a különböző társadalmi rétegek életminőségét – különös tekintettel a leszakadó rétegekre, és a jelentős életesemények és élethelyzetek hatását az életminőségre. *Feltárja az életmód, a védő (pozitív) és a veszélyeztető (negatív) magatartásformák és életminőség összefüggéseit.*

A monográfia jelentős részét képezi a *krónikus betegek életminősége*, különös tekintettel a leggyakoribb és legnagyobb népegészségügyi jelentőségű krónikus betegségekre, és az egészségügyi ellátás és életminőség kapcsolatára. Külön hangsúlyt kap a XXI. sz. egyik legnagyobb kihívását jelentő *családi és munkahelyi stressz, a lelki betegségek*, depresszió, szorongás hatása az életminőségre. Ugyanakkor számos hazai és nemzetközi vonatkozásban is érdekes és *újyszerű kérdéskört* is felvet, mint pl. az életminőség ideglettani háttere, a laikus életminőség- és egészség-filozófiák,

értékünkön kezelnek bennünket, akkor miért nem védenek meg? *Miért nem adnak a kezünkbe olyan országosan egységesített betegbeleegyező dokumentumot, amit nem vitathat a jobb híján orvosokra specializálódott ügyvéd és elfogad még a legfelsőbb bíróság is. Miért kell minden intézményben külön barkácsolni ezeket a papírokat és miért nincs szabály az archiválódusokra?* Hát annyit nem érdemlünk meg, hogy az Egészségügyi és az Igazságügyi Minisztérium egy-egy osztálya kidolgozná azt a betegbeleegyező dokumentum rendszert, aminek a szabályos kitöltésével legalább e tekintetben biztonságban dolgozhatnánk és nyugodtak lehetnénk?

De itt van a **betegazonosítás** kérdése, ahol ugyana-zok a hatóságok ugyanúgy cserbenhagynak bennünket. Elvárások vannak, nagyon helyesen, de a többit itt is ugyanúgy ránk hagyják: oldjuk meg. Szabadságot nem úgy kell biztosítani, hogy nem szervezzük meg egy rendszer dolgait. Ilyen esetben nem. Ami mögött egy forint van, azt agyonszervezik és agyonellenőrzik. Tehát szervezni és ellenőrizni tudnak. Akkor talán elvárhatnánk, hogy fajsúlyozni is tudjanak. Már a történet előzménye is tragikus: betegcsere miatt haláleset... Ez bárhol a világon előbb-utóbb bekövetkezik, ahol nincs megoldva a betegazonosítás kérdése. De a szakhatóságoknak ezt tudnia kellett volna, és nem az események után kullogniuk. Amikor pedig léptek, a felelősségáthárítás volt az egyetlen rendező elv a tevékenységükben.

Miért nem lehet egy tízmilliós országban, egy veszélyes üzemben, amilyen az egészségügy, a betegek és az agyonhajszolt dolgozók védelmében központilag kidolgozni a betegazonosítás módszerét? Miért nem lehet a beteg azonosítója a beteg neve és TAJ száma? Miért kell vonalkódot alkalmazni, amit egy rendszerhiba vagy egy áramszünet megfejtethetlenné tesz? Mi van, ha egy beteg egy másik beteget látogat egy osztályon és ott esik össze, és mondjuk leáll a számítástechnikai eszközpark? De ha már vonalkód is: miért nem jelentheti a megfejtett vonalkód a beteg adatait? Aki már vásárolt szupermarketben, tudja, hogy a vonalkód minden 15. terméknel leolvashatatlan. Pedig biztos odafigyelnek rá: a pénzük múlik rajta.

Miért nem lehetett egy országos rendszert a kezünkbe adni megfelelő tesztleleteket követően? Miért nem lehet egy jól működő ésszerű rendszert átvennünk? Miért nem lehet az azonosító az ország összes kórházában egyértelmű és egyöntetű? Akkor talán nem azon tüsténkednénk bizonyos osztályokon, hogy a beteggel tudatosítsák, hogy joga van ezt is visszautasítani. Így kisebb a költség, kevesebb a macera. Van is betegazonosító rendszer, nincs is betegazonosító rendszer...

Apropó betegjogok: érvényesítjük a személyiségi jogokat, és a beteg elveszíti egy másik jogát: a legnagyobb biztonságban végzett gyógyításhoz való jogát. Illetve a jog nem sérül, csak a lehetőség.

Dr. Csernátóy Zoltán, Debrecen

a koherencia – élet értelme, a vallás és életminőség kapcsolata, etikai vonatkozások, pszichés betegségek és stigmatizáció. Számos *életminőség mérése*re alkalmas eszköz is bemutatásra kerül a fejezetek során, illetve a kötet melléklete tartalmazza a Hungarostudy 2002 egészségfelmérésben alkalmazott kérdőívek részletes ismertetését is.

■ **Hogyan született meg a monográfia?**

A monográfiában bemutatásra kerülő eredmények zöme a Hungarostudy 2002 országos, a magyar felnőtt lakosságra életkor, nem és településnagyság szerint reprezentatív egészségfelmérésen alapul. Ugyanakkor számos tényező esetében az eredmények a két korábbi 1988-as és 1995-ös vizsgálat adataival is kiegészülnek, így összehasonlításra, longitudinális összefüggések vizsgálatára is lehetőség nyílik. Ez az elmúlt két évtizedben lejátszódó gyors társadalmi változások hatásainak értékelése szempontjából különös jelentőséggel bír. Amíg a három nagy egészségfelmérés az életminőség- és egészségmutatók és azok sokrétű, többváltozós összefüggéseinek *társadalmi – makro-szintű – vizsgálatára* alkalmas, addig az egyes rétegek, és problémakörökre jellemző *specifikus, mélyebb – mikro-szintű – összefüggések* elemzésére további kiegészítő vizsgálatok szükségesek. A monográfia külön erőssége, hogy számos fejezetben a tudományos iskola kutatói bemutatják az adott témában „mélyfúrás” jellellegel végzett a további vizsgálataikat is.

A Hungarostudy 2002 vizsgálat kivitelezését az NKFP 1/002/2001 pályázat, az eredmények feldolgozását és monográfiában való, egységes szerkezetű áttekintését az OTKA TS-040889 (2002) társadalomtudományi pályázat tette lehetővé. A monográfia elkészítése során a tudományos iskola egyes kutatócsoportjai, a kutatócsoportokhoz csatlakozó PhD hallgatók valódi iskolává szerveződtek, a közös alkotás olyan többleteredményeket, identitástudatot hozott létre, ami remélhetőleg a további együttes és eredményes kutatás záloga lesz.

» Kopp Mária, Kovács Mónika Erika «

A kötet fő témakörei

- Interdiszciplináris (magatartástudományi) életminőség modell**
 - Az életminőség kutatás jelentősége a népesség jól-létének vizsgálata céljából, az interdiszciplináris modell (Kopp Mária)
 - Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói (Kopp Mária, Pikó Bettina)
 - Életminőség a bioetika nézőpontjából: elméleti problémák (Kovács József)
 - Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai (Stauder Adrienne, Novák Márta, Mucsi István)
 - Az életminőséggel kapcsolatos jelenségek ideglettani vonatkozásai (Bódis Róbert)
 - Az életminőség megítélését befolyásoló laikus betegség-magyarázati struktúrák (Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva)
 - Az életminőség javításának lehetőségei a népegészségügyi menedzsment módszerei segítségével (Réthelyi János)
- A magyar népesség életminőségének vizsgálatára alkalmazott módszertan**
 - A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés tervezése, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek (Rózsa Sándor és mtsai)
- Az életminőség szociális, demográfiai meghatározói**
 - Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében (Kopp Mária, Székely András, Skrabski Árpád)
 - A magyar nők életminősége (Csoboth Csilla)
 - Életkor és életminőség
 - Fiatalok életminősége, a család meghatározó szerepe (Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa, Hajnal Ágnes)
 - Középkorúak (Réthelyi János, Kopp Mária)
 - Időskor (Kovács Mónika)
- Pozitív illetve negatív magatartásformák, életmód és életminőség**
 - Egészségvédő magatartásformák
 - Koherencia és életminőség (Skrabski Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor, Réthelyi János)
 - Vallásosság és életminőség (Kopp Mária, Székely András, Skrabski Árpád)
 - Sport és életminőség (Gémes Katalin)
 - Veszélyeztető magatartásformák
 - Öngyilkossági gondolat, kísérlet és életminőség felnőtté és serdülők között, öngyilkossági problémák és egyéb önkárosító magatartásformák kapcsolata serdülőknél, a segítségkérés formái (Hajnal Ágnes, Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa)
 - Az életminőség javításának nem adaptív kísérletei, illegális szerfogyasztás és alkohol abúzus. (Az illegális szerfogyasztás nemi különbségei) (Lajtai László)
 - A dohányzás összefüggése az életminőséggel (Csoboth Csilla)
 - Az elhízás hatása az életminőségre, nemi különbségek (Szumszka Irena)
- Élethelyzetek és életminőség**
 - Család és életminőség



- Házasság és életminőség (Balogh Piroska)
- A szülők családi állapota: elvált, a szülők válásának hatása a gyermekek életminőségére serdülő korban (Hajnal Ágnes)
- Család, családi kapcsolatok (Lőrinc Jenő)
- Gyermekvállalás és életminőség (Kopp Mária, Skrabski Árpád)
- Családtervezés, várandósság, „válságterhesség” (Lőrinc Jenő)
- Anyaság, gyermekvállalás, életminőség-kризisek (Harmathy Éva, Molnár László, Zoller Rezső)
- Munka és életminőség
 - Munkavállalók életminősége (Jakab Ernő, Lázár Imre, Fritz Péter, Hulesch Bors, Balog Piroska)
 - Az egészségügyben dolgozók életminősége
 - Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota (Hegedűs Katalin, Riskó Ágnes)
 - Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban (Györfy Zsuzsa, Ádám Szilvia)
 - Életesemények és életminőség, leszakadó rétegek
 - Életesemények hatása az életminőségre (Szabó Gábor)
 - Veszteség és életminőség – gyász, kiegétség (Pilling János)
 - Munkanélküliek életminősége (Lázár Imre)
 - Fiatal romák életminősége, a gettószerű elkülönültségben élő romák gyermekvállalása, mint az életminőség javítására tett kísérlet (Gyukits György)
 - Rokkanthyugdíjasok, fogyatékosok (Steiner Henrietta)
- Kommunikáció, nyelvhasználat és életminőség, nyelvi diszkrimináció (Lőrincz Jenő)
- Krónikus betegek életminősége**
 - Krónikus betegek életminőségének mérése: a Betegségtelér index (Illness Intrusiveness Rating Scale) (Novák Márta, Szeifert Lilla, Mucsi István)
 - Mentális betegségek hatása az életminőségre (Purebl György, Kovács Mónika)
 - Életminőség és pszichiátria a bioetika nézőpontjából.(A pszichiátriai zavarok stigmatizáló hatásának etikai vonatkozásai.) Kovács József
 - Kardiológiai betegek (Balog Piroska)
 - Krónikus vesebetegségben szenvedő, dializált és vesetranszplantáción átesett betegek életminősége (Novák Márta, Molnár Zs. Miklós, Kovács Zs. Ágnes, Mucsi István)
 - Daganatos betegségek (Susánszky Éva, Riskó Ágnes)
 - Emésztőszervi betegségek (Seres Gabriella, Túry Ferenc, Murányi István)
 - Combnyaktörött betegek életminősége (Smudla Anikó és mtsai)
 - Allergia és asztma (Stauder Adrienne, Kovács Mónika)
 - Krónikus fájdalom, mozgásszervi betegségek (Ress Kata, Berghammer Rita, Túry Ferenc)
 - Alvászavarok (Novák Márta)
- Melléklet: Az alkalmazott kérdőívek**



Vincze Magdolna dr., Danyi Julianna dr., Sipos Péter dr. | Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyermekosztály

A bárányhimlő a varicella-zoster vírussal történő primer fertőződés következményeként kialakuló heveny, igen ragályos, hólyagos kiütéssel járó, többnyire jóindulatú betegség.

Magyarországon 1998. január 1 óta be- és kijelentendő fertőző betegség, így hivatalos hazai adat van arról, hogy közel 50.000 eset fordul elő évente. Ez a leggyakoribb bejelentésre kötelezett fertőző betegség. Elsődlegesen a gyermekkor betegsége, az összes varicella eset 90%-a, a hospitalizációk 60%-a, a halálozások 40%-a a 10 évnél fiatalabbakat érinti. Hazánkban a korszpecifikus morbiditás kiemelkedően magas a 3-5 éves korcsoportban. A szeropozitív anya csecsemője fél éves korig védett az anyai ellenanyagok révén. A morbiditás 80-90%, a kontagiozitási index 70-80%. A fertőzőképesség a kiütések megjelenését megelőző 24-48 órával kezdődik és addig tart, amíg a vesiculák le nem száradnak.

A kórokozó cseppfertőzés vagy direkt kontaktus révén kerül át a fertőzött egyénről a fogékony egyedbe. Az inkubációs idő 14-21 nap. Az inkubációs idő végéhez közeledve a vírus a légutak nyálkahártyájába is bekerül, ezért fertőz a beteg már a kiütések meg-

Szövődményes varicella megbetegedések osztályunk beteganyagában az elmúlt 5 évben

Békés megyében a kórházi ápolást igénylő gyermekkorú fertőző betegeket a Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház Gyermekosztályán működő Gyermekfertőző Részlegen látjuk el. A 2004-2005 évi téli szezonban észlelt szövődményes varicella esetek felkeltették érdeklődésünket, milyen gyakorisággal és milyen szövődménnyel kerülnek gyermekek kórházi ápolásra a köztudatban ártalmatlan gyermekbetegségnek tartott bárányhimlő miatt. Beteganyagunkban retrospektív módon vizsgáltuk a varicella szövődmények előfordulását 2000. január 1-2005. február 28. között. Tapasztalatainkról a MGYT Dél-Magyarországi Területi Ülésén 2005. májusában előadás formájában beszámoltunk.

jelenése előtt. A varicella mind a humorális, mind a celluláris immunrendszert aktiválja. A vezető védekezési mód a gazda vzv specifikus sejtmediálta immunválasza, ha ez inadekvát, kontrollálatlan viraemia és súlyos varicella alakul ki visceralis disseminációval. A varicella természetes átvészelése általában életre szóló immunitást eredményez, de immunsupprimáltakon és vakcináltakban második/ismételt előfordulás is lehetséges. A bárányhimlőt kb. 5 napig tartó láz, rossz közérzet és generalizált viszkető bőrkiütés jellemzi. A diagnózist rendszerint a mindenki által jól ismert klinikai kép alapján állítjuk fel. Immunkompromittált/Sérült immunitású betegekben szignifikánsan nagyobb a varicella asszociált morbiditás és mortalitás.

Vizsgálati eredményeink

Békés megye közel 70.000 gyermekkorú lakosa közül 2000. január 1-2005. február 28. között 71 varicellás beteget kezeltünk osztályunk fertőző részlegén. Közülük 35 fiú, 36 leány volt, átlagos életkoruk 3 évnek (0-10 év) adódott. 29,6% az 1 évnél fiatalabb, 38% a 3-4 éves korcsoportba tartozott. Egy betegben neonatalis varicella megjelenését észleltük. A tünetek kezdete és a páciensek kórházi felvétele közötti átlagos időintervallum 5 nap (1-14 nap) volt. A megbetegedések többsége az irodalmi adatoknak megfelelően november-május között jelentkezett.

A 71 szövődményes varicellás esetből a bőr másodlagos, leggyakrabban Staphylococcus aureus vagy Streptococcus pyogenes okozta bakteriális felülfertőződése összesen 12 betegben, impetigo 10, súlyos phlegmone heveny bakteriális sepsissel 2 betegben alakult ki. Légúti szövődmény (pneumonitis, pneumonia, stb.) 23 esetben fordult elő, ezen belül 2 súlyos pleuropneumoniás eset is. Neurológiai komplikációként parainfectiosus agyoedema 5, ataxiás járást okozó cerebellaris ataxia 1, lázgörcs 4 betegben jelentkezett. A gyakori enyhe haematológiai eltérések mellett 1 gyermekben spontán nem rendeződő súlyos

klinikai tünetekben is megnyilvánuló, intravénás immunglobulin terápiát igénylő ITP-t, 1 betegben agranulocytosis kialakulását észleltük. Gastrointestinalis szövődmények közül a gyermek szájon át történő táplálását akadályozó stomatitis 13, varicella indukálta hepatitis 2 esetben fordult elő. Egyéb szövődményként otitis media 4, conjunctivitis 4, reactiv arthritis 1 esetben alakult ki.. Valamennyi betegünk meggyógyult, az átlagos kórházi kezelés időtartama 8 nap volt. Szövődményes esetekben per os acyclovirt 8, intravénás acyclovirt 13, antibiotikumot 35 esetben alkalmaztunk.

Összefoglalás

Az immunkompetens varicellás gyermekek leggyakoribb szövődménye a bőr vagy a lágyrészek másodlagos, elsősorban Staphylococcus aureus vagy Streptococcus pyogenes okozta bakteriális fertőzése. Az átmeneti bakteremia kialakulása fokális fertőzéseket, bakteriális pneumóniát, otitis mediát, meningitist, arthritist vagy osteomyelitist okozhat. Bakteriális sepsis, shock és DIC szintén megjelenhet.

A leggyakoribb extracutan komplikáció a központi idegrendszeri érintettség. A neurológiai szövődmények, mint az akut cerebellaris ataxia és meningoencephalitis általában maradványtünetek nélkül gyógyulnak. Etiológiai összefüggés mutatható ki a hepaticus encephalopathiával járó Reye-szindróma és a vírusinfekcióban alkalmazott aszpirin terápia között. A varicella pneumonia gyermekekben ritka szövődmény, azonban a veszélyeztetett, immunszupprimált csoportban a varicella asszociált morbiditás és mortalitás vezető oka. A köhögés, dyspnoe, perioralis cyanosis, pleuralis mellkasi fájdalom és haemoptysis képében jelentkező mellkasi tünetek a kiütések megjelenését követő 1-6 (átlag 3) napon belül alakulnak ki, lefolyásuk változó súlyosságú. Gyakran látható tünetmentes tranzienis varicella hepatitis enyhe májenzimszint emelkedéssel. Fulmináns májelégtelenség ritka és általában a progresszív varicellához társul. Ugyancsak

ritka szövődmény a varicella lezajlása után 1-2 héttel vérzéses komplikációkat okozó immunmediált akut thrombocytopenia. Súlyos varicellában kialakult thrombocyta és vascularis károsodás DIC-hez vezethet. Az irodalomban beszámoltak már virális arthritis, myocarditis, pericarditis, glomerulonephritis előfordulásáról is. Progresszív lefolyású betegség felléphet egyébként egészséges serdülőkben és felnőttekben, immunkárosodott gyermekekben, terhésekben és újszülöttekben.

Eredményeink alapján az alábbi következtetéseket vontuk le

- A vizsgált periódusban a légúti fertőzések előfordulása nagyobb arányban jelent meg mint a pyogen bőrfertőzés.
- A varicella szövődményeknek nagyobb a rizikója az immunkárosodott betegekben, újszülöttekben és felnőttekben, ennek ellenére a varicella miatti kórházi felvételek többsége az egészséges gyermekekben kialakult komplikációknak tulajdoníthatók.
- A gyermekkori varicella általában enyhe általános tünetekkel jár, azonban súlyos, az életet veszélyeztető szövődmények immunkompetens gyermekekben is előfordulhatnak.
- A súlyos szövődmények megelőzése céljából érdemes alkalmazni az aktív immunizációt.

Magyarországon is kapható a gyógyszerárakban recept ellenében hatékony védőoltás a varicella fertőzés megelőzésére. A vakcina élő, gyengített varicella-zoster vírust tartalmaz, Varilrix néven került forgalomba, 1998-ban törzskönyvezték. A vakcina 9 hónapos kórtól adható. 12 éves korig 1 oltás, 13 éves kórtól 6 hét különbséggel beadott 2 oltás szükséges, a hosszútávú védetség elérése érdekében. A VARILRIX kizárólag subcutan beadásra alkalmas.

Vizsgálatainkkal az ép immunrendszerű gyermekeket is fenyegető súlyos komplikációk jelentőségére szerettük volna felhívni a figyelmet.



Varilrix vakcina

A Varilrix, a varicella-zoster vírus élő, attenuált OKA törzsének liofilizált készítménye. A Varilrix megfelel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) biológiai anyagokra és a varicella vakcinákra előírt követelményeinek. A liofilizált vakcina minden egyes adagja – ami a mellékelt 0,5 ml injekciós desztillált víz hozzáadása után – legalább 2000 plaque-formáló egység (OKA törzs) legyengített varicella-zoster vírust tartalmaz.

Javallat: 9 hónaposnál idősebb csecsemők, kisgyermekek és serdülők varicella elleni aktív immunizálására alkalmas. A varicella megbetegedés iránt fogékony egészséges személyek immunizálása javasolt akkor is, ha alapbetegségük miatt fokozott veszélynek kitétt személyekkel szoros kontaktusban élnek.

- **Krónikus betegségben szenvedők**, mint pl.: anyagcsere, vagy endorin rendellenességek, a keringési- és légzőrendszer krónikus megbetegedései, a mucoviscidosis és neuromuscularis rendellenességek szintén súlyosabb lefolyású varicella megbetegedés veszélyének vannak kitéve.
- **Leukémiás betegek** varicella megbetegedése különösen nagy kockázatot jelent, ezért vakcinálásuk fokozottan ajánlott, ha anamnézisükben varicella megbetegedés nem szerepel, vagy laboratóriumi vizsgálattal igazoltan szeronegatívak. Ha a leukémia akut fázisában kerül sor a páciens immunizálására, a fenntartó chemoterápiát fel kell függeszteni a vakcina beadása előtt egy héttel, és a beadását követően egy hétig. Sugárkezelés alatt állók immunizálása nem ajánlott a kezelés folyamán.
- **Immunszuppresszív kezelés alatt álló betegek:** Malignus solid tumoros, vagy súlyos krónikus betegség (mint pl.: krónikus veseelégtelenség, autoimmun betegség, kollagén betegségek, súlyos asthma bronchiale) miatt immunszuppresszív kezelés (ide sorolva a corticosteroid terápiát is) alatt álló betegek varicella fertőződése a betegség súlyosabb lezajlásának kockázatával járhat. A páciensek immunizálása általában a teljes haematológiai remisszió periódusában ajánlott. javasolt, hogy a teljes lymphocyta szám legalább 1.200/mm3 legyen, vagy egyéb adatok ne jelezzék a celluláris immunkompetencia hiányát. Tervezett szervtranszplantáció (pl.: vese transzplantáció) esetén a vakinációt el kell végezni néhány héttel az immunszuppresszív kezelés megkezdése előtt.

Adagolás: 9 hónapos kórtól 12 éves korig 1 adag. 13 éves kórtól 2 adag, a két adag beadása között minimum 6 hétnek kell eltelnie. A Varilrix kizárólag subcutan beadásra alkalmas. Bizonyos védettség akkor is elérhető, ha az immunizálás a természetes varicella vírus-fertőzést követő 72 órán belül megtörténik.

Ellenjavallat: Mint minden egyéb vakcina, így a Varilrix beadása elhalasztandó súlyos, akut, lázas megbetegedés esetén. Egészséges személyek enyhe lefolyású fertőződése azonban nem teszi szükségessé az immunizálás elhalasztását. A Varilrix beadása nem javasolt, ha a páciens teljes lymphocyta száma nem éri el az 1.200/mm3 értéket, vagy a celluláris immunkompetencia hiányának egyéb jele észlelhető. A Varilrix beadása nem javasolt ismert neomycin túlérzékenység esetén, de a neomycin kiváltotta contact dermatitis nem kontraindikáció. A Varilrix beadása nem javasolt terhes nőknek. Terhesség nem vállalható a vakcina beadását követő 3 hónapon belül.

Nem kívánt hatások, mellékhatások: A Varilrix minden tanulmányozott csoportban igen alacsony reaktogenitást mutatott. Az injekció beadása helyén a reakciók általában enyhék.

Kiadhatóság: Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). Ár: 6.748,- Ft, a termék TB által nem támogatott. Alkalmazási előírás OGYI-engedély száma: 28667/55/2003.



MSZP:
Versenyeztető
társadalombiztosító,
Regionális egészségügyi
Tanácsok

Dr. Kökény Mihály, az MSZP szakpolitikusa hangsúlyozza: a szocialista vállalatok a 100 lépés programban már ismertté váltak, az intézkedéssorozat mintegy egyötöde az egészségügyről szól.

– Az MSZP egészségügyi programjának sajátossága – magyarázza a volt egészségügyi miniszter –, hogy nem pusztán távlati elképzeléseket tartalmaz. A végrehajtás már megkezdődött, a 21 lépéssel vállalt átalakítást folytatjuk, és ez átnyúlik a következő ciklusra is. Ennek az a célja, hogy az emberek a nekik szükséges egészségügyi ellátáshoz biztossággal hozzájussanak. Ma már vannak fehér foltok az országban, például a sürgősségi és mentőellátás terén. Ezért épül tucatnyi mentőállomás. A Nemzeti Rákprogram keretében Közép-Dunántúlon új onkológiai központot kell létrehozni. Megoldandó feladat, hogy olyan sűrűségben legyenek szívkatérezésre képes centrumok, hogy az infarktusos betegek kellő időben hozzájuthassanak az életkilátásaikat javító gyógykezeléshez. Egyébként háromlépcsős szolgáltatást szeretnénk. Az első az a minimum-szolgáltatás, amit az államnak – nem biztosítási alapon – nyújtania kell. Ebbe a körbe tartozik a közegészségügy, a járványügy és a sürgősségi ellátás. A második a *kötelező* biztosítás, ahol a társadalombiztosítónak szolgáltatásokat vásárló szervezetként kell működnie. A társadalombiztosításon túl készpénz vagy *kiegészítő* biztosítás, egészségpénztári tagság fejében kerül sor különleges igények, az átlagot meghaladó komfort kielégítésére.

Mitől fog másképpen, jobban működni ez a rendszer, mint a régi?

– A társadalombiztosítónak meg kell adni a jogot, hogy szelektáljon, hogy versenyeztesse a szolgáltatókat. A regionális egészségügyi tanácsoknak kellene meghatározni azt, hogy adott térségben milyen szakterületeken mennyi kórházi ágyra, diagnosztikus kapacitásra vagy szakorvosi óraszámra van szükség, s a biztosító a kínálatból felszereltség, minőség, ár alapján választ. A megállapodásoknál nem az dönt, hogy kinek a tulajdonában van az intézmény, tehát a biztosítónak nem kellene kötelezően minden önkormányzati intézménnyel szerződést kötnie. A finanszírozás

arra ösztönöz majd, hogy ahol lehet, a járóbeteg-ellátást preferálják. Persze a kötelező biztosítás tartalmát, az úgynevezett szolgáltatáscsomagot meg kell határozni. Itt elsősorban arról lehet szó, hogy a társadalombiztosító az adott szakmában érvényes eljárásrendek, kivizsgálási és gyógyítási algoritmusok teljesítését finanszírozza, s nem feltétlenül az egyéni orvosi ambíciókat vagy az indokolatlan betegutakat. Ma ugyanis túl nagy a szabadosság, s nem lehet a biztosítás terhére parttalanul fizetni.

A szolgáltatáscsomagot meghaladó ellátást oldának meg a magánbiztosítók?

– A plusz óhajokat, -szolgáltatásokat az előtakarékoság keretében, kiegészítő biztosításokkal, egészségpénztári befizetésekkel lehet finanszírozni. Ma százforintnyi ellátásból hetven forintot fizet a társadalombiztosító, harmincat zsebből fizetünk. De ebből maximum két forint az egészségcélú előtakarékoság.

Miért jó az, ha csak egy biztosító jogosítvány a kötelező egészségbiztosítás?

– A több biztosító növelné a hozzáférésben meglévő társadalmi különbségeket, mert a profitérdekelt biztosítók “lefőlőznék” a jobb egészségi állapotban levőket, akikkel nincs baj, nem igényelnek túl sok szolgáltatást. Készült erről egy OECD-tanulmány is: sehol nem bizonyosodott be, hogy jobb lenne a több-biztosítós rendszer. Sőt, kifejezetten kockázattal jár.

Lesz-e több pénz az egészségügyre, mint eddig?

Ma a GDP 7%-át fordítjuk egészségügyre, de ebben minden benne van, többek között a tápénz, a magánfinanszírozás is. A forrásokat mindenképpen racionálisabban kell felhasználni, jelentős tartalékok vannak, például a gyógyszerpolitikában vagy a rokkantnyugdíj-rendszerben. Ezen túlmenően kevesebb aktív kórházat, több ápolást kell finanszíroznunk. Az utóbbi években mindig csak a kiadási oldalt vizsgálták. A bevételi oldalt is elemezni kell. A kötelező egészségbiztosítás rendszerének lényege, hogy az ellátás ellenőrzött járulékbefizetés ellenében történjék. Vagyis be kell vezetni az egyéni járuléknylívtartást. A fejlesztéseknél mindenképpen számolhatunk európai pénzekkel – ezt a második Nemzeti Fejlesztési Terv is tartalmazza –, s így együtt mindez a gazdasági növekedés forrása lehet.



FIDESZ:
Erős állam,
egységes,
regionális
társadalombiztosítás

Dr. Mikola István, a Fidesz szakpolitikusa leszögezi: nem akarják fenekestől felforgatni a rendszert, és helyette újat teremteni, mert ennek szociális tragédia lenne a vége. A jelenleg működő rendszer folyamatos, jelentős megújításával képzelik el az egészségügyi reformfolyamatot.

– Mintha többen az egész bismarcki, tömeges kockázatvállalásra épülő társadalombiztosítási rendszert föl akarnák mondani a másik oldalon. És mintha ki akarnának vonulni az állami felelősség alól – vélekedik a volt egészségügyi miniszter. – Mi ezt nem akarjuk. Az egységes biztosítási rendszert meg kell őrizni, ez a szociális biztosság alappillére. Senkit nem engednénk ki a kötelező rendszerből, mert ez a társadalmi szolidaritás alapja. Mi azt mondjuk, hogy igenis, az állam felelőssége az egészségügyi ellátórendszer működtetése. Kicsi, de erős állam kell, amelyik rendet tart, amelyik kézben tartja a folyamatok feletti ellenőrzést, és igenis, szabályozza a piacot. Az önkormányzatoknak se pénzeszközök, se felkészültségük nincs ahhoz, hogy a fenntartásák a legnagyobb kórházakat, intézeteket. Van olyan megye, ahol a megyei kórház költségvetése a teljes megyei önkormányzati költségvetés közel 90%-a, így a kórház bármilyen anyagi, pénzügyi problémája azonnal az egész megye pénzügyi, költségvetési csődjével fenyeget. Tehát újragondolnánk az önkormányzatok felelősségét. En egyelőre csak idáig megyek, hiszen ez kétharmados törvény alá tartozik.

Hogyan érinti ez a finanszírozást?

– Azt tervezzük, hogy *felfüggesztjük a teljesítményelvű finanszírozás jelenlegi módszereit, és átmenetileg visszaállítjuk a költségvetési finanszírozást, hogy az intézmények gazdálkodni tudjanak*. Mi a polgári kormányzás idején készítettünk egy 607 milliárdos konszolidációs programot – ezt végig akarjuk vinni –, ennek nagyon fontos eleme, hogy közgazdaságilag értelmezhetővé tegyük az egészségügyet. Vagyis a jelenleg tökéhányad nélkül működő rendszerbe elhelyezzük a tökéhányadot, a tökéhasználatidj-elszámolást, amortizációt, eszközviisszapótlást. Most a tulajdonos-fenntartó önkormányzat ad

– vagy nem ad, mert nincs neki – fejlesztési-felújítási forrást, vagy az állam, adóbevételekből, címzett céltámogatásként, ez kevés, esetleges, gyakran politikai döntés eredménye. Az intézet így nem tud önállóan gazdálkodni. Fontos még, hogy *regionális rendszerben gondolkodunk*: hét nagy régióközpont alá rendeznénk az intézményrendszert, regionális lenne a finanszírozás is, sőt, a mi elképzelésünk szerint az ÁNTSZ is regionális tagozódásban állna fel.

Reményeik szerint így javulna a jelenlegi ellátási színvonal is?

– A GDP-ből a ráfordításokat a jelenlegi 4% körüli értékről 7%-ra fogjuk föltornászni. Erre mindenképpen szükség van, hiszen nagyon nagy a forráshiány a rendszerben. A forráskivonást is meg kell állítani. Engem idegesít, amikor azt hallom, hogy majd ha dübörög a gazdaság, akkor jut az egészségügynek, a szociális területnek meg az oktatásnak. De mitől dübörögne a gazdaság, ha nem a testében, lelkében egészséges, szellemében fölkészült embertől? Az a politika, amelyik azt hirdeti, hogy a nagy reprodukciós humán rendszereket a gazdaság és a pénz határozza meg, az hamis politika, mert pontosan fordítva van. Éppen ezért mi arra számítunk, hogy *az új kormányzati struktúrában a humán erőforrás biztosításához szükséges tárcák a korábbiaknál sokkal kiemeltebben kezeljenek*. Egyébként nagy családás lesz, nem lesz gazdasági prosperitás, ha ez nem történik meg.

Mint egészségügyi szakembernek mi a véleménye arról, hogy a társadalombiztosítási járulékot tíz százalékponttal, az egyharmadával csökkentenék?

– Én a járulékcsökkenést csak komplex módon tudnám kezelni: tehát ha valóban gyors gazdaságélénkítő hatással, a munkahelyek megszorodásával és a járulékbefizetések növekedésével jár. De hát úgy tudom, erre készül a jobboldali gazdaságpolitika. De ezzel egy időben a közteherviselésben is rendet kell tenni. Mert nem járja az, hogy milliárdos honfitársaink minimálbérben vannak bejelentkezve, hogy a vállalkozások 90%-a minimálbér után fizeti a dolgozói utáni társadalombiztosítási járulékot. Nagyon lecsökken a járulékfizetők száma, az egészségügy így nem fog tudni működni. Magyarországon a rendszerváltozáskor 5,3-5,4 millió ember fizetett társadalombiztosítási járulékot. Ma 3,5-3,6 millió.

Az egészségügy és a pártok



SZDSZ:
Államilag ellenőrzött,
de nem állami biztosítók

Dr. Molnár Lajos, az SZDSZ egészségügyi szakértője szerint nem nehéz megérteni a több-biztosítós modell lényegét, amelyről a párt törvényjavaslatot is készített. Ez a rendszer működik egész Európában – Angliát leszámítva –, ezt adaptálta az SZDSZ a magyar viszonyokhoz.

– Magyarországon is ez a bismarcki modell működött egészen 1950-ig – magyarázza a szakember. – A modell lényege: az emberek összeadják a pénzüket, hogy betegbiztosítókat hozzanak létre, amelyek államilag ellenőrzött, de nem állami szerveztek. A Máv Kórház például, ahogyan a Kútvölgyi is, egy több-biztosítós rendszer eredménye. Magyarországon 1920-1922-től kezdve az állam csak egyetemi klinikát meg szanatóriumot épített, a kórházak, a rendelőintézetek a biztosítók pénzéből épültek. A biztosítók gazdálkodtak, vagyonuk is volt, és ennek a jövedelmét is beforgatták a betegellátásba. 1950-ben egy elnöki tanácsi rendelet államosította a magyar biztosítási rendszert, és létrehozta ezt a mostani állami monopolisztikus bürokráciát. Tehát ez nem tradicionális, hanem szovjet típusú rendszer. Az SZDSZ modellje szerint a szolidaritás, a kötelező biztosítás elvét változatlanul fenn kell tartani: *mindenki fizessen a jövedelme után törvény által meghatározott mértékű járulékot, és a beszedését továbbra is az állam szervezi*.

Ezek szerint a kötelező biztosítással nem egy, hanem több biztosító foglalkozna?

– Mi úgy gondoljuk, hogy a beszédett pénzből kötelező biztosítást az arra legalkalmasabb, tökeerős, új biztosítótársaságok nyújthassanak. A rendszer kulcseleme, hogy az elégedetlen beteg, megfelelően szabályozott módon, mondjuk évente egyszer, átmelessen egy másik biztosítóhoz. A mai, „szocialista” rendszerben a beteg kettőt fizet, egyet kap: hiába fizet járulékot, a magánorvosnál újra fizetnie kell, a kórházban is illik pénzt adnia. Az általunk javasolt rendszer elve az, hogy a járulékért mindenkinek egyenlő és törvényben meghatározott szolgáltatás jár, akinek kötelező biztosítása van, annak azonos feltételekkel kell kapnia az ellátást. *Aki viszont egyebet is akar, az köthessen arra biztosítást*. És itt nemcsak a szolgáltatás, a gyógyítás körülményeiről van szó, hanem arról is, ha például valaki azt szeretné, hogy betegség esetén a teljes jövedelmét kapja meg táppénzként.

Általános ellenvetés a több-biztosítós modellel kapcsolatban, hogy mélyíti a gazdagok és a szegények közötti szakadékot.

– Nem a több biztosító osztja meg a társadalmat. Éppen hogy tompítja a különbséget az ebben a rendszerben is a szolidaritáson alapuló kötelező biztosítás, hiszen a járulé-

jövedelemfüggő, a szolgáltatás igénybevétele viszont szükségletfüggő. Ha valaki kevés járulékot fizet, mert alacsony a jövedelme, akkor is jogosult ugyanazokra a szolgáltatásokra. Fontos garanciális szabály, hogy a beteg szabadon választja meg, kinél kívánja igénybe venni a kötelező egészségbiztosítást, a biztosító viszont köteles fogadni azt, aki bejelentkezik hozzá kötelező biztosításra. Programunkban *elv az is, hogy a kötelező biztosításnak nem, csak a kiegészítő, magánbiztosítási csomagoknak legyen profittartalma*. Am csak az nyújthat ilyen kiegészítő csomagokat, aki kötelező biztosítást is szervez. S miután a biztosító nyeresége a mi többletigényeinkből származik, megszűnik a hálapénz alapja. A biztosító abban érdekelt, hogy a biztosítottjai elégedettek legyenek, mert egyébként otthagyják, szemben a mostani állami rendszerrel, ahol a siker alapja az, hogy sok beteg legyen. Így verseny alakul ki a jó orvosokért, a jó egészségügyi intézményekért, és ha valahol szükséges fejleszteni, akkor a biztosítók és a magántőke hajlandók beszállni, hogy versenyelőnyük legyen.

Egy orvos vagy intézmény több biztosítóval is szerződhetne?

– Mindegyikkel, ha a biztosítókkal meg tudnak egyezni. Nemcsak a beteg, hanem az orvos meg az egészségügyi intézmény kiszolgáltatottsága is megszűnik. Ez a rendszer kiszámíthatóvá teszi a finanszírozást is. A törvényjavaslatunk szerint például az előző év őszén meg kell határozni, és nem az állami hivatalnak, hanem az érdekeltekből a parlament által kinevezett díjtételbizottságnak, a következő év januárjától érvényes díjtételeket.

A szolgáltató intézményeket ki tartja fenn?

– Akár az, aki most is. Csak igyekeznie kell, mert ha omladozó falakat hagy, akkor a biztosító egy idő után azt mondja, veled nem szerződök. És ha nem képes, vagy nem akarja rendbehozni, adja el, vagy hagyja mással, másként működtetni.

Az orvossal vagy intézménnyel tehát nem köteles szerződnie a biztosító?

– Most minden állami vagy önkormányzati intézménnyel szerződést kell kötnie, akkor is, ha ott például kétszer annyian halnak meg infarktusban, mint máshol. A magánorvosnak meg mondhatja, hogy már van elég – állami –, ezért nem szerződik, bármilyen jó. A biztosított sem mondhatja azt a biztosítónak, hogy olyan rosszak a feltételeid, a szolgáltatásod, hogy elmenekülök tőled. A több-biztosítós rendszerekhez viszont hozzátartozik az erős állami felügyelet és a nyilvánosság felügyelete is: mire költik a pénzt, és milyen minőségi mutatókat produkálnak az egyes intézmények. A törvényben előírt kötelezően nyilvános minőségügyi jelentés nemcsak a biztosítottak számára fontos információ, a tulajdonos is össze tudja hasonlítani saját intézményének teljesítményeit a többiekével.



MDF:
Szükségletalapú
területi
kapacitásszabályozás

Dr. Csáky András, a Magyar Demokrata Fórum Országos Elnökségének tagja, a párt szakpolitikusa attól tart, a reform szög már mindenki számára rosszat sejtet. Állítja, az egészségügyben organikus átalakulásra van szükség, de mindaddig, amíg a politikai és társadalmi elit az alapvető kérdésekben nem tud megállapodni, addig nincs esély semmiféle hatékony átalakításra, csak toldozzuk-foldozzuk az egészségügyet.

– Az alapvető dolgokban meg kell egyezni. Ha figyelembe vesszük azt, hogy az „egészségipar” milyen mérhetetlen fejlődés alatt és előtt áll, akkor deklarálnunk kell: minderre nagyobb hányad kell a GDP-ből. Az MDF tisztában van azzal, hogy a jelen költségvetési körülmények nem teszik lehetővé az azonnali szanálást, tehát *egy rövid, közép-, illetve hosszú távú célkitűzésben kell a költségvetésben egy fokozatosan növekvő hányadot biztosítani az egészségügyre*. Ám ha ez nincs meg, akkor esély sincs az átalakulásra. Föl kell hagyni azzal a politikával, amely mindenfajta reformkísérlet kapcsán megtakarítást tűz ki célul. Az élet bizonyítja, hogy fiskális alapon nem lehet szakmai irányítást végezni. Ha nem sikerül megállapodni, torzzá válik a struktúra, mert nem a szakma, a szükséglet határozza meg a fejlesztéseket, hanem a finanszírozási lehetőségek.

Mondana néhányat az alapkérdések közül?

– Amiben feltétlenül egyet kell értenünk, hogy az egészségügy jelenlegi irányítási rendszere nem megfelelő. Csak példaként említem az alapellátás kérdéskörét, és nem csak az Európai Bíróság ügyeleti díjakkal kapcsolatos döntése kapcsán. Azt, hogy lényegében a lakosságszámtól függetlenül bármely településen rendelkezésre állás legyen, nem bírja el az ország. Nekünk az a javaslatunk, hogy a *működtetést át kell tenni az ÁNTSZ-hez* – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálathoz –, ami az állami felelősségvállalás áthelyezését jelenti az önkormányzatoktól. Ehhez viszont konszenzus kell. A mentőszolgálatok fejlesztését – ami most már kormányzati ciklusokon átível – össze kell kötni az ügyeleti szolgálattal: egységes szolgálat szükséges, ez a hatékonyságot nagymértékben növelné. Az egész egészségügyben és a járóbeteg-ellátásban is *költségalapú finanszírozásra* van szükség, ami az amortizációt, a tökéhányadot

és a fejlesztések fedezetét is tartalmazza. A mai Magyarországon, akár a kapacitásokat, akár a finanszírozást nézzük, hihetetlen aránytalanságok vannak. *Ennek feloldására szükségletalapú, területi elven és elosztáson nyugvó kapacitásszabályozás szükséges, ez középtávon megvalósítható*.

Az MDF álláspontja a népszavazáskor az volt, hogy a magyar egészségügy nem fejleszthető magántőke nélkül. Most hogyan vélekednek erről?

– A magánosítást nem célnak, hanem eszköznek tartjuk az egészségügyet illetően. Mindenki példaként hozza – és ez helyes példa – az alapellátás, illetve a gyógyszerárak magánosítását. Sikerünk abban rejlik, hogy ezek lényegében egzisztencia-privatizációk voltak, az ott dolgozók kaptak lehetőséget a működtetésre és a tulajdonlásra. Mi ezt kiterjesztendőnek tartjuk a szakellátásra is. Ehhez azonban szükséges a finanszírozási oldal rendbetétele. Tarthatatlan ugyanis, hogy már hónapokra sem lehet tervezni, mert a mindenkori hatalom éppen aktuális kénye-kedve szerint változtat a finanszírozási mutatókon. A fekvőbeteg-intézmények esetében ezek nonprofit társaságokká alakítását tartanánk szerencsésnek, hogy más, kedvezőbb közgazdasági körülmények közé kerüljenek. Itt ki kell alakítani a közösségi működtetés rendszerét, hiszen minden fekvőbeteg-intézménynek megvan a maga ellátási területe, ebből következően megvan az a kör, amely ezt a közösségi működtetést meg tudja valósítani.

A biztosítási rendszerrel kapcsolatban mi az álláspontjuk?

– A nemzeti kockázatközösség nem megbontható. Finanszírozási oldalról azonban – és ez is a konszenzus körébe tartozik – *fokozni kell az egyén felelősségvállalását*. A Magyar Demokrata Fórum előbb-utóbb elengedhetetlennek tartja például a vizitdíj bevezetését. Ez persze jelképes összeg lenne, ami a példák alapján azért megfontolásra készítené. Célja pedig kettős: nem pusztán a finanszírozás, hanem az is, hogy végre megfogható értéke legyen az egészségnek. A társadalomnak is tudomásul kellene vennie, hogy az egyén egészségi állapota gazdasági potenciál.

*Pénz és Piac nyomán
szerkesztőségi összeállítás.
Az 1. oldal folytatása.*

A mércét magasra állították

Pályázat orvostechnikai eszközökre – altatógépparkra 8,5 milliárd



Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter: „...és reméljük a mai szerződésalkötés csak a kezdet...”



109 kórház vezetői gyűltek össze az örömteli eseményre...

Lezárult az Egészségügyi Minisztérium tavalyi év végén kiírt pályázata, amellyel – Európai Unió viszonylatban is páratlan nagyságrendben – altatógépeket, lélegeztetőgépeket, és betegellenőrző monitorokat juttat az ország Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályaival rendelkező kórházainak.

Az elmúlt évek során nagymértékben amortizálódott, illetve a tudás-szint szempontjából elavulttá vált aneszteziológiai gépek cseréjéhez szükséges forrást az egészségügyi intézmények fenntartóinak, illetve az intézményeknek a többsége nem tudja előteremteni. a gépparkot.

Ezért a kormány már 2003-ban, az Európa Terv keretében megkezdte, és most a 100 lépés program részét képező 21 egészségügyi lépéshez kapcsolódóan folytatja a több szakaszban tervezett segítségnyújtást a géppark korszerűsítéséhez. A kormány így szeretne egy lépéssel közelebb kerülni ahhoz a célhoz, hogy az országban lakóhelyétől függetlenül mindenki, aki rászorul, egyenlő eséllyel juthasson magas szintű, biztonságos egészségügyi ellátáshoz.

Az elbírálásnál a szaktárca azt vette figyelembe, hogy a pályázó intézmény milyen szerepet tölt be a sürgősségi- és a progresszív ellátásban, milyen színvonalú és kor-struktúrájú a jelenlegi gép-parkja, illetve milyen az intézmény szerkezete, működése. A pályázat eredményeképpen 109 kórház között került kiosztásra az összesen 1279 db aneszteziológiai berendezés, az intézmények szükségleteinek megfelelően, az ország minden régiójában. Az elosztásra kerülő eszközök típusát és darabszámát az alábbi táblázat mutatja¹:

- Alap tudású anesztézia munkaállomások: 7 db
- Közepes tudású anesztézia munkaállomások: 110 db
- Magas tudásszintű anesztézia munkaállomások: 184 db
- Zárt rendszerű anesztéziára alkalmas anesztézia munkaállomások: 18 db
- Közepes tudásszintű intenzív osztályos lélegeztetők: 54 db
- Magas tudásszintű intenzív osztályos lélegeztetők: 191 db
- Transzport lélegeztetők: 171 db
- Multifunkciós betegellenőrző monitorok: 431 db
- Magas tudásszintű betegellenőrző monitorok: 65 db
- Központi monitorok: 14 db
- Műtői monitorok: 34 db

(1) A pályázat 13 termékcsoportra szólt, ebből 5-ben nem lehetett nyertes hirdetni, mert ezekre vagy érvénytelen ajánlat érkezett, vagy pedig nem érkezett ajánlat.

A gépek tartós bérlője az állam, az intézményeknek csak az üzemeltetési költséget kell majd állniuk. Az eszközök után a következő 7 év alatt mintegy 8,5 milliárd (tehát évi kb. 1,2 milliárd) forint bérleti díjat fizet az ország.

A gépek beszerzésére vonatkozó Európai Unió ajánlati felhívását 2005. november végén tette közzé a szaktárca, amelyet – a szigorú követelmények, a magasra emelt színvonal miatti kifogások eredményeképpen – egy újabb, decemberi tender követett.

A közbeszerzési eljárásban nyertes Dräger Medical Magyarország Kft. a tervek szerint 2006. februárjától kezdődően folyamatosan szállítja az aneszteziológiai gépeket, amelyek legkésőbb 2006. május végéig megérkeznek a nyertes kórházakba.

Az eszközök telepítése az alábbi régiók szerinti sorrendben történik:

1. Észak-Alföld
2. Észak-Magyarország
3. Dél-Alföld
4. Közép-Magyarország
5. Közép-Dunántúl
6. Dél-Dunántúl
7. Nyugat-Dunántúl



Dr. Vojnik Mária politikai államtitkár:

„Aneszteziológusként hosszú életpályát tudhatok magam mögött. Így gyakorlatból is ismerem azt a szükségletet, amit most pótolni igyekszünk...”

SZERZŐDÉSKÖTÉS: 2006. FEBRUÁR 22.

Aneszteziológiai és intenzív terápiás géppark fejlesztése – pályázat 2005-2006.

Nyertes pályázók (összesen 1279 db gép)

Alap tudású altató munkaállomás (összesen: 7 db)

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 1 db
Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (Budapest), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 1 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 1 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 1 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 1 db

Közepes tudású altató munkaállomás (összesen: 110 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 2 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 1 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 1 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 3 db
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest), 1 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 5 db
Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet (Budapest), 1 db
Országos Sportegészségügyi Intézet (Budapest), 1 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 9 db
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház (Győr), 4 db
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza (Gyula), 3 db
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 4 db
Jász-Nagykun Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet (Szolnok), 2 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 3 db
Fejér Megyei Szent György Kórház (Székesfehérvár), 3 db
Márkusovszky Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Szombathely), 2 db
Tolna megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza (Szekszárd), 1 db
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár (Kaposvár), 1 db
Szent Lázár Megyei Kórház (Salgótarján), 2 db
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Veszprém), 2 db
Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza (Tatabánya), 1 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 1 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 1 db
Szent Rókus Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 3 db
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet (Budapest), 6 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Margit Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház (Budapest), 1 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 1 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 1 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 2 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza (Szeged), 1 db
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház (Sopron), 3 db
Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 1 db
Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza (Nagykanizsa), 1 db
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (Balassagyarmat), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 1 db
Vaszary Kolos Kórház Esztergom (Esztergom), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 1 db
Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza (Orosháza), 1 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 2 db
Siófok Város Kórház-Rendelőintézete (Siófok), 1 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 1 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 2 db
Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézet (Nagyatád), 1 db
Almás Balogh Pál Kórház (Ózd), 1 db
Városi Kórház Keszthely (Keszthely), 1 db
Szigetvár Városi Kórház (Szigetvár), 1 db
Marcali Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézete (Marcali), 1 db
Margit Kórház Pásztó (Pásztó), 1 db
Selye János Kórház (Komárom), 1 db
Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézet (Kalocsa), 1 db
Margit Kórház (Csonna), 1 db
Kemenesaljai Egyesített Kórház Celdmölök (Celdmölök), 1 db
Önkormányzati Kórház Sárvár (Sárvár), 1 db
Városi Kórház Rendelőintézet Bonyhád (Bonyhád), 1 db
Europ-Med Orvosi Szolgáltató Kft. (Budaörs), 1 db
HD Medical Center Egészségügyi, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. (Budapest), 1 db
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. (Budapest), 1 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 3 db
BM Központi Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db
MÁV Kórház és Rendelőintézet (Szolnok), 1 db
Magyar Honvédség Kecskeeméti Repülőkórház (Kecskeeméti), 1 db

Magas tudású altató munkaállomás (összesen: 184 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 12 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 7 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 12 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 8 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 6 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 4 db
Országos Onkológiai Intézet (Budapest), 2 db
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (Budapest), 3 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 3 db
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház (Győr), 2 db
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza (Gyula), 4 db
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 3 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 5 db
Fejér Megyei Szent György Kórház (Székesfehérvár), 4 db
Zala Megyei Kórház (Zalaegerszeg), 3 db
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza (Kecskeeméti), 3 db
Márkusovszky Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Szombathely), 2 db
Tolna megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza (Szekszárd), 4 db
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár (Kaposvár), 4 db
Szent Lázár Megyei Kórház (Salgótarján), 3 db
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Veszprém), 2 db
Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza (Tatabánya), 3 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 1 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 2 db
Szent Rókus Kórház és Intézményei (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 5 db
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház (Budapest), 6 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 3 db
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 5 db
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház (Budapest), 5 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 1 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 1 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 2 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 2 db
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza (Szeged), 1 db
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház (Sopron), 3 db

Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 1 db
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (Balassagyarmat), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 1 db
Vaszary Kolos Kórház Esztergom (Esztergom), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 2 db
Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza (Orosháza), 1 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 2 db
Siófok Város Kórház-Rendelőintézete (Siófok), 1 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 1 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 1 db
Miskolc Megyei Jogú Város Diósgyőri Kórház és Rendelőintézet (Miskolc), 2 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő (Fehérgyarmat), 1 db
Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzat Erzsébet Kórház-Rendelőintézet (Hódmezővásárhely), 3 db
Dr. Diósszlágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet (Makó), 2 db
Jászberény „Erzsébet” Kórház (Jászberény), 3 db
Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő (Pápa), 1 db
Tapolca Városi Kórház-Rendelőintézet (Tapolca), 1 db
Komló Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézeti Egysége (Komló), 1 db
Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézet (Kalocsa), 1 db
Bugát Pál Kórház Egészségügyi Szolgáltató Közhassznú Társaság (Gyöngyös), 1 db
Dombóvári Szent Lukács Egészségügyi Kht (Dombóvár), 1 db
MRE Bethesda Gyermekkórház (Budapest), 1 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 5 db
BM Központi Kórház és Intézményei (Budapest), 2 db
Budai MÁV Kórház (Budapest), 1 db

Zárt anesztéziára alkalmas munkaállomás (összesen: 18 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 3 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 3 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 3 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 4 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 1 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 1 db
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (Budapest), 2 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 1 db

Közepes tudású intenzív osztályos lélegeztető (összesen: 54 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 6 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 2 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 1 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 7 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 1 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 4 db
Jász-Nagykun Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet (Szolnok), 1 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 2 db
Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Eger), 1 db
Márkusovszky Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Szombathely), 2 db
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Veszprém), 2 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 1 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Margit Kórház (Budapest), 2 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 1 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 1 db
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza (Szeged), 1 db
Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 1 db
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (Balassagyarmat), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 1 db
Miskolc Megyei Jogú Város Diósgyőri Kórház és Rendelőintézet (Miskolc), 1 db
Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézet (Nagyatád), 1 db
Városi Kórház Kazincbarcika (Kazincbarcika), 1 db
Jászberény „Erzsébet” Kórház (Jászberény), 1 db
Városi Kórház Keszthely (Keszthely), 1 db
Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézet (Kalocsa), 1 db
Kemenesaljai Egyesített Kórház Celdmölök (Celdmölök), 1 db
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. (Budapest), 1 db
Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkörháza (Mosdósi), 1 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 2 db

Magas tudású intenzív osztályos lélegeztető (összesen: 191 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 15 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 6 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 13 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 7 db
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest), 7 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 6 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 5 db
Országos Onkológiai Intézet (Budapest), 2 db
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (Budapest), 1 db
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (Budapest), 4 db
Mátrai Állami Gyógyintézet (Mátraháza), 1 db
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (Budapest), 5 db
Állami Szívkörház (Balatonfüred), 1 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 6 db
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház (Győr), 2 db
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 6 db
Jász-Nagykun Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet (Szolnok), 2 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 3 db
Fejér Megyei Szent György Kórház (Székesfehérvár), 3 db
Zala Megyei Kórház (Zalaegerszeg), 3 db
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza (Kecskeeméti), 2 db
Márkusovszky Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Szombathely), 2 db
Tolna megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza (Szekszárd), 2 db
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár (Kaposvár), 3 db
Szent Lázár Megyei Kórház (Salgótarján), 3 db
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Veszprém), 2 db
Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza (Tatabánya), 3 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 1 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 1 db
Szent Rókus Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 3 db
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház (Budapest), 3 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 3 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 1 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 1 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 1 db
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház (Sopron), 2 db

Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 1 db
Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza (Nagykanizsa), 1 db
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (Balassagyarmat), 1 db
Felső-Szabolcsi Kórház (Kisvárd), 1 db
Vaszary Kolos Kórház Esztergom (Esztergom), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 1 db
Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza (Orosháza), 1 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 2 db
Magyar Imre Kórház (Ajka), 1 db
Siófok Város Kórház-Rendelőintézete (Siófok), 1 db
Területi Kórház (Berettyóújfalu), 1 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 1 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 1 db
Miskolc Megyei Jogú Város Diósgyőri Kórház és Rendelőintézet (Miskolc), 1 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő (Fehérgyarmat), 1 db
Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzat Erzsébet Kórház-Rendelőintézet (Hódmezővásárhely), 1 db
Dr. Diósszlágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet (Makó), 1 db
Jászberény „Erzsébet” Kórház (Jászberény), 1 db
Karolina Kórház - Rendelőintézet (Mosonmagyaróvár), 1 db
Szigetvár Városi Kórház (Szigetvár), 1 db
Marcali Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézete (Marcali), 1 db
Bugát Pál Kórház Egészségügyi Szolgáltató Közhassznú Társaság (Gyöngyös), 1 db
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. (Budapest), 1 db
MRE Bethesda Gyermekkórház (Budapest), 1 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 5 db
BM Központi Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db
Budai MÁV Kórház (Budapest), 1 db
MÁV Kórház és Rendelőintézet (Szolnok), 1 db
Magyar Honvédség Kecskeeméti Repülőkórház (Kecskeeméti), 1 db

Transzport lélegeztető (összesen: 171 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 9 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 7 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 9 db
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest), 2 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 2 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 2 db
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (Budapest), 2 db
Országos Mentőszolgálat (Budapest), 60 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 1 db
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház (Győr), 1 db
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza (Gyula), 2 db
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 3 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 3 db
Fejér Megyei Szent György Kórház (Székesfehérvár), 2 db
Zala Megyei Kórház (Zalaegerszeg), 1 db
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza (Kecskeeméti), 4 db
Tolna megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza (Szekszárd), 2 db
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár (Kaposvár), 2 db
Szent Lázár Megyei Kórház (Salgótarján), 1 db
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Veszprém), 1 db
Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza (Tatabánya), 2 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 1 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 1 db
Szent Rókus Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 3 db
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház (Budapest), 1 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 1 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 1 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 1 db
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza (Szeged), 1 db
Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 1 db
Felső-Szabolcsi Kórház (Kisvárd), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 1 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 2 db
Magyar Imre Kórház (Ajka), 1 db
Siófok Város Kórház-Rendelőintézete (Siófok), 1 db
Területi Kórház (Berettyóújfalu), 1 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 1 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 1 db
Miskolc Megyei Jogú Város Diósgyőri Kórház és Rendelőintézet (Miskolc), 1 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő (Fehérgyarmat), 1 db
Jászberény „Erzsébet” Kórház (Jászberény), 2 db
Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő (Pápa), 1 db
Tapolca Városi Kórház-Rendelőintézet (Tapolca), 1 db
Selye János Kórház (Komárom), 1 db
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht. (Kiskunhalas), 1 db
Dombóvári Szent Lukács Egészségügyi Kht (Dombóvár), 1 db
Napfény 2001 Szociális Szolgáltató Kht (Kecskemét), 1 db
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. (Budapest), 1 db
MRE Bethesda Gyermekkórház (Budapest), 1 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 4 db
BM Központi Kórház és Intézményei (Budapest), 1 db

Multifunkciós monitor (összesen: 431 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 24 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 20 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 12 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 21 db
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest), 5 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 12 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 10 db
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (Budapest), 2 db
Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet (Budapest), 1 db
Mátrai Állami Gyógyintézet (Mátraháza), 2 db
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (Budapest), 1 db
Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (Budapest), 2 db
Állami Szívkörház (Balatonfüred), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 2 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza (Budapest), 1 db
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház (Budapest), 3 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 3 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 1 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 1 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 1 db
Bajai Kórház (Baja), 1 db
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház (Sopron), 2 db

Szent Rókus Kórház és Intézményei (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 8 db
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház (Budapest), 12 db
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 12 db
Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza (Budapest), 12 db
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet (Budapest), 8 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (Budapest), 6 db
Fővárosi Önkormányzat Szent Margit Kórház (Budapest), 4 db
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza (Budapest), 2 db
Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ Közhassznú Társaság (Budapest), 4 db
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 6 db
Cegléd Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet (Cegléd), 5 db
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet (Békéscsaba), 6 db
Szent Pantaleon Kórház (Dunaújváros), 4 db
Jávorszky Ödön Városi Kórház (Vác), 4 db
Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza (Nagykanizsa), 4 db
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (Balassagyarmat), 1 db
Felső-Szabolcsi Kórház (Kisvárd), 1 db
Kátai Gábor Kórház (Karcag), 2 db
Vaszary Kolos Kórház Esztergom (Esztergom), 1 db
Területi Kórház Mátészalka (Mátészalka), 6 db
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (Szentes), 3 db
Magyar Imre Kórház (Ajka), 1 db
Területi Kórház (Berettyóújfalu), 4 db
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza (Sátoraljaújhely), 4 db
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet (Hatvan), 4 db
Miskolc Megyei Jogú Város Diósgyőri Kórház és Rendelőintézet (Miskolc), 4 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő (Fehérgyarmat), 2 db
Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzat Erzsébet Kórház-Rendelőintézet (Hódmezővásárhely), 6 db
Szent Ferenc Kórház (Miskolc), 4 db
Városi Kórház Kazincbarcika (Kazincbarcika), 4 db
Dr. Diósszlágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet (Makó), 6 db
Marcali Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézete (Marcali), 4 db
Tapolca Városi Kórház-Rendelőintézet (Tapolca), 1 db
Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézet (Kalocsa), 3 db
Margit Kórház (Csonna), 1 db
Kemenesaljai Egyesített Kórház Celdmölök (Celdmölök), 1 db
Önkormányzati Kórház Sárvár (Sárvár), 1 db
Bugát Pál Kórház Egészségügyi Szolgáltató Közhassznú Társaság (Gyöngyös), 4 db
Nemzetközi Magánkórház és Egészségügyi Szolgáltató Kft. (Telki), 1 db
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht. (Kiskunhalas), 4 db
Városi Kórház Rendelőintézet Bonyhád (Bonyhád), 1 db
Palotahosp Kft. Városi Kórház-Rendelőintézet (Várpalota), 1 db
Europ-Med Orvosi Szolgáltató Kft. (Budaörs), 1 db
Napfény 2001 Szociális Szolgáltató Kht (Kulcs), 1 db
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht. (Budapest), 4 db
Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkörháza (Mosdósi), 6 db
Budapesti Szent Ferenc Kórház (Budapest), 6 db
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház (Budapest), 12 db
BM Központi Kórház és Intézményei (Budapest), 6 db
MÁV Kórház és Rendelőintézet (Szolnok), 3 db

Magastudású monitor (összesen: 65 db)

Semmelweis Egyetem (Budapest), 1 db
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (Debrecen), 2 db
Pécsi Tudományegyetem (Pécs), 5 db
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar (Szeged), 5 db
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest), 2 db
Országos Gyógyintézeti Központ (Budapest), 3 db
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet (Budapest), 4 db
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (Budapest), 2 db
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (Budapest), 4 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza (Nyíregyháza), 4 db
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (Miskolc), 2 db
Jász-Nagykun Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet (Szolnok), 1 db
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenéz Gyula Kórház-Rendelőintézet (Debrecen), 1 db
Zala Megyei Kórház (Zalaegerszeg), 1 db
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza (Kecskeeméti), 2 db
Márkusovszky Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Szombathely), 2 db
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa), 2 db
Baranya Megyei Kórház (Pécs), 2 db
Fővárosi Önk

A hozzáférhetőség-minőség-ár Bermuda háromszöge

Választási préda az egészségügy

Szilvási István
a szerző a Magyar Orvosi Kamara alelnöke

Ütött, kopott egészségügyünk háztáján a Gyurcsány kormány kiválóan teljesíti ki nem mondott, de kitűzött célját: különösebb balhé nélkül kihúzni a következő parlamenti választásokig, anélkül, hogy egy fillért is kelljen adnia. Mi több, a kormány ezt a célt még túl is teljesíti. A cinikusan költségvetési prioritásnak csúfolt betegellátás ez évi költségvetése ugyanis még nominálértékben is csökkent. Hosszú évek óta először.

Az egészségügyben az elmúlt két évben nem (sem) történt semmi. Beszéd, nyilatkozat, programhirdetés, célkitűzés, akárhány lépés persze volt elég. De semmi nem történt. Folytatódott a betegellátás színvonalának fokozatos romlása, a szétmállás. A kórházak fele mára súlyos adósságállományt görget maga előtt. Minden tartalék elfogyott. Az infrastruktúrán tartós az omlásveszély tábla. Az orvosok nyugatra szivárgása feltartóztathatatlan.

Mindez persze várható volt, minthogy az egészségügy bármiféle átalakításához pénzre lett volna szükség. Az meg nem volt. Meg nincs is. Az állam mértéktele-nül eladósodott, koldusszegény. Az ország gazdasági helyzete láttán, és nem a külföldi befektetők kezén lévő tőzsdé szárnyalása, és nem a magyar gazdaságot ura-ló multinacionális cégek „dübörgő” exportbővülése, és nem a bankok minden eddiginél nagyobb profitja, hanem a közszolgáltatásokért felelős magyar állam költségvetése alapján forrásbővülésre nincs sok esély. Jó minőségű betegellátást nyújtani pedig az egy főre jutó nyugat-európai ráfordítások harmadából-ötö-déből, vagy akár a szlovén feléből nem lehet. Még lerobbant infrastruktúra és alávaló bérezés mellett sem. A csikorgó gépezetet még olajozgatja ugyan a paraszolvencia, a lakosság jó részének türelme és a munkavállalók hivatástudatából, megszokásból, tehe-tetlenségből fakadó áldozatvállalása, de hamarosan leáll. És ezen az Ezeregyéjszaka meséit idéző európai uniós éremmilliárdok ígérete sem segít.

Mi várható? Mi lesz? Minden párt jó betegellátó rendszert ígér. A jó betegellátó rendszernek azonban három követelménye van: minden állampolgár szá-mára hozzáférhető, jó minőségű és lehetőleg olcsó. A három követelménynek egyidejűleg megfelelni nem lehet. (Emlékszünk még a Kádár-kori lózungra: min-denkinek..., magas színvonalú..., ingyenes.) Ami jó minőségű, az ugyanis sokba kerül. Különösen akkor, ha mindenkinek jár. A dilemma ma - szerte a világban - az, hogy a hozzáférhetőség-minőség-ár Bermuda há-romszögében miként marad vízfelszínen az egészség-politika? Meg a beteg. A válasz pofonegyszerű. Ha fenn akarjuk tartani az általános hozzáférhetőséget, akkor vagy a forrásokat kell növelni vagy az ellátás mennyiségét és minőségét csökkenteni. Ezek hiányá-ban felejtjük el az általános hozzáférhetőséget. Tiszta sor. Ezt mindenki tudja. Csakhogy ezt valakinek meg kéne már mondania a jónépnek. Minthogy a jónép választópolgárokból áll, ezért a küszöbönálló válas-zásokig ezt már senki nem mondja ki. De a választások után a győztesnek ki kell mondania.

A választások után a reformretorika már nem lesz elég. Pótcselekvések, orvoslejárató médiacirkuszkok, agyament rendeletek többé már nem segítenek. Vi-lágos beszédre lesz szükség. Mert ugyan vitathatatlan, hogy a betegellátás szerkezetét át kell alakítani. Mert ugyan vitathatatlan, hogy a finanszírozás mai rend-

szere is megváltoztatandó. Mert ugyan vitathatatlan, hogy a biztosítási rendszerben is – minthogy nem jár mindenkinek mindig és minden – változásokra lesz szükség. De a hozzáférhetőség-minőség-ár kér-désében szint kell majd vallani! Forrásbővülés nélkül az általános hozzáférhetőség kizárólag a betegellátás színvonalának drasztikus csökkentésével lesz fenn-tartható. Kizárólag. A kieső szolgáltatásokat vala-kinek meg kell majd fizetni. Ha az állam erre nem képes vagy nem hajlandó, akkor a betegek.

A betegellátás vitathatatlanul szükséges átalakulá-sának elemei az egészségpolitikai műhelyekben meg-vannak. A kórházcentrikusság enyhítése, a regionális egyenlőtlenségek csökkentése, a biztosítási alapcso-mag, a co-payment, a kiegészítő biztosítások, a szak-mai protokollok, a szakmai és a finanszírozási ellen-őrzés módszerei, az egészségügyi dolgozók jogállása, az orvosi tevékenység autonómiája, az egészségügyi intézmények kielégítő felelősségbiztosítása, és a többi. Minden. Évek óta. De a világos beszéd - annak min-den politikai kockázatával - elkerülhetetlen lesz.

A jelenleg regnáló kormány – a tiszta beszéd he-lyett – két egészségügyi reformmal próbálkozott. Mindkettő megbukott. Miniszterestül. Ezen refor-mok hátterében két gazdasági-pénzügyi erőcsoport áll. Mindkettőt az egészségügyi büdzsé évi 1500 mil-liárd forintos összege vonzotta. Az egyik erőcsoport a közfinanszírozott betegellátás hűsszegény fazeká-ból szeretne minél izletesebb falatokat kiemelni. Ők a szolgáltatások, a kórházak privatizációjának hí-vei. Befektetnének, hogy garantált profithoz jussanak. Még a pipipítrükköt is bevetik. (A divatbajótt public privat partnership köztudomásúlag nem más, mint közpénzekből hosszú távra garantált profit biztosí-tása, az állam által garantáltan.) A másik erőcsoport globálisabban tervez. Ők a betegellátásra fordított tel-jes közpénzmennyiség kezelését vennék át for-pro-fit alapon. Ők az ellátásszervezők. A két erőcsoport érdekei abszolút ellentétesek: a for-profit szolgáltató kiszivattyúzná a pénzt a közösből, a for-profit ellátás-szervező pedig saját profitja érdekében korlátozná a szolgáltatásokat. A két gazdasági-pénzügyi érdek-kör nagyjából azonos politikai befolyása miatt pathelyzet jött létre. Nem történt semmi. (A Magyar Orvosi Ka-mara alelnökeként nem bagatellizálom az orvosok és mások ellenállásának jelentőségét, de ezt a csatát sem az orvosok döntötték el.) A biztosítás privatizátorai nem törtek át. A jelenlegi zavaros helyzetben a szol-gáltatásprivatizátorok nyomulnak tovább. Azok, akik az egységes társadalombiztosításból nyerik a profitot. Pártszimpátiájuk nem jellemző. Olykor-olykor még a nagyközlő is megvalóul közöttük. Kicsiben.

A tiszta beszéd helyett mindkét privatizációs ér-dekcsoport a „verseny” jótékony hatásáról mesél. Jelszavaik: az egységes társadalombiztosítás rend-szerében versenyezzenek a szolgáltatók! A bevezetni szándékozott több-biztosítós rendszerben: verseng-jenek a biztosítók! Működik az imamalom: Verseny! Verseny! Hogy javuljon a betegellátás minősége! Ez az érvelés szándékos félrevezetés. Az alapkérdés: a hozzáférhetőség-minőség-ár megkerülése. Mert a verseny nem a betegekért, hanem a pénzért folyik. A mai rendszerben a kórház, a rendelőintézet túléléséért. Minden más szempont – és elsősorban a beteg – rová-sára. Ebben a versenyben az egészségügyi szolgáltatók minden létező és elképzelhető trükköt bevetnek, hogy életben maradjanak. Hogy ne kényszerüljenek további létszámleépítésre. Hogy kifizessék a gázszámlát. Hol

van itt már a betegek érdeke? A beteget – ha úgy na-gyobb a bevétel – befektetik. Addig tartják kórházban, ameddig az a finanszírozás szempontjából optimális. Olyan betegség-kombinációkat kreálnak, amely a leg-többet fizet (nesze neked morbiditási statisztika!). A ráfizetéses beteget elpasszolják. A veszteséges vizsgá-latokat már csak egyes megszállott orvosok végzik el. A nyereséges vizsgálatok számát felpörgetik, ha kell, ha nem. (Minő csoda, azok a tevékenységek nyere-ségesek, amelyeket privát szolgáltatók végeznek. És minő csoda, ezeknek gyakran külön kasszájuk van az OEP-n belül. Az ember csak bámul.)

A betegek károsodásának elkerülése ma kizárólag az orvoskar lelkiismeretén – hivatástudatán – múlik. A betegellátás minőségét ma lényegében senki nem ellenőrzi. Pedig nagy szükség lenne a beteg – ha úgy tetszik: a fogyasztó – érdekeinek képviselőjére. Hogy valaki rákoppintson a szabályszerű, lelkiismeretlen, tudatlan ellátó - kórház, rendelőintézet, orvos - or-rára. Ilyen szervezet azonban ma nálunk nincs. A pofozóbábú OEP (elsősorban alacsony működési költségvetése miatt), a néhány szakfelügyelő (havi 8-10.000 Ft bruttóért) erre képtelen. Így folyik ma a forrásszegényes betegellátásban a „verseny”.

A gazdasági verseny jótékony hatását a betegellá-tásra egyébként semmilyen tapasztalat nem igazolja.

☼ 1997-ben A Látélet Civil Fórumot rendezett az egészségügyért Szentendrén. Az akkor videoblaszter technikával készült képek a rendezvényről részletesen beszámoló lapunkból kerültek kifotózásra...

Erre a következtetésre jutott az OECD ilyen irányú felmérése is. A hazai privatizált szolgáltatók szak-mai teljesítménye egyáltalán nem jobb, mint a nem privatizált szolgáltatóké. Ráadásul a for-profit szol-gáltatók mazsoláznak a szolgáltatás fajták között. Ami veszteséges, az számukra nem létezik. Az usa managed care rendszerének befuccsolását is első-sorban az ellátás minőségének romlása, a betegelé-gedetlenség, a kártérítési perek sorozata okozta. A nemzetközi szakirodalomban régóta közhely, hogy a for-profit privatizált betegellátó rendszer nyújtotta ellátás minősége elmarad a non-profit rendszerétől. Csak drágább. Az az usa – a privatizált betegellátás mintaországa – ahol messze a legtöbb pénzt költik a betegellátásra, a legfontosabb népegészségügyi mu-tatók (csecsemőhalálozás, a felnőttkori halálozás, a várható élettartam, az egészségesen eltöltött életé-vek száma, daganatos megbetegedések stb.) alapján a Föld országainak rangsorában a 32. helyen áll (45 millió biztosítás nélküli lakosával). A biztosítóknak fizetett pénz jelentős hányadát nem a betegek ellátá-sára fordítják. A teljesen piacosított gyógyszerforgal-mazás eredményeként a gyógyszerek ára jelentősen magasabb, mint a kanadai állami egészségügyben. A példák sorolhatók.

Minthogy a jó minőségű betegellátás drága, a gaz-dasági haszonért folytatott verseny a minőség rovásá-ra megy. Ezért súlyosan sérti a betegek érdekeit. Ezt a versenyt nem bátorítani, hanem betiltani kellene. Mi lehet az oka annak, hogy a neoliberais közgazdasá-gi guruk jóslatai ellenére a betegellátásban folytatott verseny hatására romlik a minőség? Elárulom. Ha a piaci szabályok – például a verseny jótékony hatása a minőségre – nem érvényesülnek, annak az lehet az oka, hogy olyan területen alkalmazzák azokat, amely-



Tanubizonyságul, hogy vannak, akik már akkor is harcoltak. Szilvási doktor akkor függetlenül, ma orvoskamarei tisztségében.



re nem a piac szabályai vonatkoznak. Ilyen terület a betegellátás. Egy szó, mint száz: a verseny nem meg-oldás. Sem a szolgáltatásban, sem a biztosításban. A jó minőségű betegellátáshoz pénz kell. Ezt ki kell mon-dani. A választások győztesének.

Végül: a magyar egészségügy gondja csak egyik vetülete a modern kori társadalom alapvető dilem-májának: a humán értékek és a tőkeérdek, az érték-elvű és a haszonelvű társadalomirányítás konflik-tusának. Globalizált világunkban egyre inkább a tőkeérdek dominanciája érvényesül. A humán érté-kek (egészség, oktatás, tudomány, művészetek, kör-nyezetvédelem) jelenleg vesztesre állnak. De mégis. A magyar társadalomnak egyszer meg kell egyeznie abban, hogy mennyit nyújt polgárai gyógyítására. Kinek, mennyiért, mennyit és milyent. (Ceterum censeo: hozzáférhetőség-minőség-ár!) És ezt ki kell mondani. Azután jöhetnek a reformok, vagy amit akartok. Erre azonban, legkorábban a választásokig, még várni kell.

TB források és igények – választások táján

Kósa István
a szerző osztályvezető főorvos

Meglepődve konstátálom, mily nyugodt az orvostársadalom az idei választási kampány-ban, mintha az elhangzott, „megoldások” nem is érítenék az egészségügyet, és a szféra által nyújtott ellátásokat. A járulék javasolt drasztikus csökkentésének, nagyon kérem, ne az egészségügy igya meg a levét!

Az, hogy politikusaink nagyívben hall-gatnak az egészségügyről már sokkal megszokottabb. Lám most se ejtették ki egyszer a szót, egészségügy, miközben a tár-sadalombiztosítási járulékbefizetéseket érintő „megoldásokat” megfogalmazták. Politiku-saink számára a társadalombiztosítási járú-lék egy kedves mumus, egy sajnálatos teher, melyet azért érdemes csökkenteni, hogy az országnak jobb legyen. És higgyük el, ahogy kevesebbet kell e mumusnak fizetni, mindjárt több gyűlik majd össze kasszájában!

Az már legyen az egészségügyben dolgozók egyéni szociális problémája, ha ezen „meg-oldás” esetleg mégse hozná a várt eredményt, és a TB források még az eddigi szinten sem lennének képesek fedezni az ellátásokat. Va-lakinek egyszer már érdemes lenne mérleget állítani a társadalombiztosítási igények, és ezen kassza lehetőségei közé. Jó lenne egyszer az egészségügyet nem csak tűzoltásszerűen kezelni, egy-egy robbanásveszélyes szituáció lángját elvenni, a mélyben parázsló indula-

tokat érintetlenül hagyni. Sajnos egyelőre nincs felelős tényező kis hazánkban mely a „társadalmilag vállalható” kategóriáját meg-fogalmazná a választók irányában. Így csak a betegek és orvosaik szava hallatszik, mely érthetően csupán a szakmailag lehetségesről beszél, és az elvárásokat más, jellemzően lé-nyegesen gazdagabb egészségügyi rendsze-rekhez igazítja.

Legyen szó újonnan piacra került gyógy-szerekről, vagy nemzetközileg sikeresen al-kalmazott műtéti technikákról, viszonyítási alapunk mindig a Nyugat. A globalizált gaz-daságban ugyanakkor akár a gyógyszerek, akár a kórházakban felhasznált gyógyászati segédeszközök árát nézem, az árszínvonal jellemzően igen hasonló. Ilyen körülmények között a kisebb kasszából a közel azonos volu-men csakis a rendkívüli mértékben nyomott bérszínvonal rovására tartható fenn.

Ha egy politikus az egészségügyet érintő bármilyen változtatást tervez, arra kérem, először a társadalmat szembesítse a gazda-ságilag felvállalható igényszinttel! Amíg ezt nem teszi meg, hazánk nyugatitól elmaradó nemzeti össztermékéből csak egy relatíve ma-gasabb társadalombiztosítási járulék szinttel lenne esély egy nyugatival összemérhető egészségügyi ellátás fenntartására. A mun-kahelyteremtést ösztönző munkavállalói te-hercsökkentés nagy ötletét pedig kérem ne a társadalombiztosítás, hanem a kormány költségvetésének terhére tesztelje!

Pénz és átalakítás, de hogyan?

A négy parlamenti párt egészségügyi programja között van át-fedés, és néhány kérdésben egyetértenek az egymással szemben álló erők. A kormány szakminisztere, Rácz Jenő a biztosítás-elvű egészségügyben látja a jövőt. A törekvés egy egységes, szolidari-tás elvű egybiztosítós modell, melyben a biztosító és a biztosított is tudja, hogy az ellátórendszerben ki miért fizetett, kinek milyen jogosultságai vannak és kinek mi jár.

– Ne tévesszük össze az egészséget és az egészségügyet. A lakosság egészségi állapotáért, az egészségügy mintegy 15%-ban felelős – mondja **Rácz Jenő**. Ha a társadalom és a környezet nem teszi lehetővé azt, hogy egészségesen éljünk, abban az esetben az egészségügyben ezt orvosolni már borzasztóan nehéz. A másik, legalább ennyire fontos dolog: a több pénzt úgy kell beletenni a rendszerbe, hogy a jelenlegi rendszer igazságtalanságán is vál-toztassunk. Azaz többet kell adni azoknak, akik jobban rászorul-nak és nagyobb felelősséget kell a rendszerben viselni azoknak, akik adott esetben nagyobb lehetőségekkel rendelkeznek. A har-madik és legalább ennyire fontos, mint az első kettő: egy ilyen nagy rendszernek, mint az egészségügynek az átalakítása csak úgy történhet, hogy közben magát az ellátórendszert ne veszé-lyeztessük. A finanszírozási rendszert egy vegyes, teljesítmény és bázis alapú rendszerként látnák szolgáltatói versennyel egy társadalombiztosítóval. Ebben hasonlóképpen gondolkodnak az ellenzékkel, akik a teljesítményfinanszírozást megtartanák, de átmenetileg a bázisfinanszírozást állítanák vissza. A köz-i-gazgatási reformhoz kapcsolódva hét regionális egészségügyi központot hoznának létre, melyek mellé települne az egységes társadalombiztosítás, illetve az ÁNTSZ dekoncentrált szerve is, így kezelve a régiók eltérő szükségleteit és anyagi terheit is. A szocialistákkal ellentétben a Fidesz direkt állami irányítást ve-zetne be az egészségügyben és megtiltaná az ingó- és ingatlan vagyonok magánosítását.

– Mi azt gondoljuk, hogy az egészségügyi vagyont egy önálló va-gyonkezelőnek kellene kezelnie, hiszen ez egy célvagyon, egy spe-ciális jószág – mondja **Mikola István**, az Orbán-kormány egé-szségügyi minisztere. Azt gondoljuk, hogy a kötelező általános egészségbiztosításnak a járulékbefizetésért járó szolgáltatásait állami felelősséggel, állami kézben, fenntartói kötelezettségben működő intézményeknek kell nyújtania. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az orvos nem lehet magánorvos, a háziorvosi praxis nem lehet magánpraxis, hogy nem kaphat praxisjogot a járó beteg szakellátás, vagy éppen nem lehet szolgáltatást vásárolni, mondjuk egy magánklinikától.

Privatizált ambuláns és fekvőbeteg-ellátás, privatizált patika-piac, hálapénz megszüntetése, egy tiszta, világos elszámolási rendszerrel – ezek a törekvések már a szabaddemokrata elkép-zelés részei. Az SZDSZ egy lépésben, a biztosítási rendszer libe-ralizálásával újítaná meg az egészségügyet.

– Több sebből várjuk a magyar egészségügy – mondja **Molnár Lajos**, a párt szakpolitikusa. Európai uniós források kellene-k, magántőke kell és az állami rendszernek a fellazítása, egy ver-sengő biztosítói modell, ahol a biztosítók és beszállnak, hiszen érdekük, hogy jobb kórházi szolgáltatást nyújtsanak a betegek-nek. A biztosítók is szálljanak bele a kórházi, az egészségügyi infrastruktúra rendbe tételére, új műszerek, gazdaságosabb és hatékonyabb eljárások bevezetésére és elérhetővé tételére.



Molnár doktor nevéhez pedig most egy pártprogram kapcsolódik

Egészségügyi szolgáltatások az Unióban

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya alapján ugyan azon ellátások vehetők igénybe, mint az E111 jelű nyomtatvány esetében, tehát azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek – az adott tagállamban való átmeneti tartózkodás során – orvosilag szükségesé válnak. Az egészségügyi szolgáltatás orvosilag szükséges jellegét a kezelőorvos bírálja el. A Kártyával közvetlenül az adott tagállam társadalombiztosítási szervével szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatóhoz kell fordulni, akinek a Kártya alapján úgy kell ellátnia a magyar biztosítottat, mintha az adott tagállamban lenne biztosított. Az adott tagállamban biztosítottak által is fizetendő önrészekre/kötelező hozzájárulásokra a Kártya nem nyújt fedezetet. A kártyát huszónhét európai országban lehet felhasználni: az uniós tagállamokon kívül Izlandon, Liechtensteinben és Norvégiában. Mivel a Magyarország és Svájc közötti kétoldalú szociális biztonsági egyezmény nem terjed ki az egészségbiztosításra, a kártya Svájcban nem használható. Az Európai Egészségbiztosítási Kártya igénylésével, kiadásával és alkalmazásával kapcsolatos további tájékoztatás a www.oep.hu honlapon az „Ellátások az EU-ban” menüpontban található. További kérdései esetén ügyintézőnk a 06-40-200-347 (külföldről: +36-1-412-0431) telefonszámon áll rendelkezésére. *OEP*

Magyar vakcina oroszországi gyártásban

A madárinfluenza elleni magyar oltóanyagot előállító üzem létesülhet az oroszországi Cseljabinszkban, miután a vakcina és a technológia értékesítéséről tárgyalta az egészségügyi miniszter az orosz államfő magyarországi látogatásakor Cseljabinszk terület kormányzójával. Cseljabinszre azért esett a választást, mert ez az egyik legfertőzöttebb oroszországi terület – tájékoztatta a kormányszóvivő az Info Rádiót. *A felek abban maradtak, hogy Cseljabinszk hivatalos értesítést küld arról, hogy számukra mi a kedvezőbb: az oltóanyag ampullás kiszerezésében történő megvásárlása, vagy a technológia beszerzése, és erre alapozva egy gyár felépítése* – tette hozzá a kormányzóvivő. Batiz András közölte: ha ez a döntés megszületett, megkezdődhetnek a további tárgyalások, és kiutazhatnak a magyar szakemberek. A szóvivő hangsúlyozta: eddig több mint húsz ország jelezte érdeklődését a vakcina iránt. Budapesten nem okozna fennakadást a H5N1. *inforadio.hu*

Iparági elismerés a NetLock elektronikus aláírási alkalmazásának

A MELASZ (Magyar Elektronikus Aláírás Szövetség) kiadta az első „MELASZ-Ready” tanúsítványokat, mely a magyar piacon elfogadott elektronikus aláírási alkalmazások megfelelőségét igazolja. A NetLock Kft. NLCAPi3 elektronikus aláíró alkalmazást támogató kriptográfiai modulja elsőként szerezte meg a MELASZ-Ready minősítést.

A NetLock Kft., Magyarország vezető hitelesítés-szolgáltató vállalata üdvözi a MELASZ (Magyar Elektronikus Aláírás Szövetség) „MELASZ-Ready” kezdeményezésére elkészült, az elektronikus aláírási formátumra vonatkozó MELASZ Munkacsoport Megállapodást. Az elektronikus aláírási alkalmazások – egymással versengő – hazai fejlesztői közösen pontosították a tágan értelmezhető szabványokat, hogy így biztosítsák a vásárlók számára a termékek egymással való tényleges együttműködő képességét. A NetLock Kft. aktívan részt vett a MELASZ szabványosítási munkacsoportjának 1 éves munkájában és hozzájárult e szabvány kidolgozásához.

A MELASZ Munkacsoport Megállapodás célja, hogy a különböző elektronikus aláírási formátumok egy egységes követelményrendszernek (szabványnak) feleljenek meg. A közös szabványrendszer kialakításának alapja az volt, hogy a KET törvényt (2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól) november 1-i hatályba lépését követően a szabványnak megfelelő alkalmazások a közigazgatási elektronikus ügyintézésben is zökkenőmentesen használhatók legyenek. A Munkacsoport Megállapodást az Informatikai és Hírközlési Minisztérium saját keretei közé illesztette és Magyarországon kötelezően érvényes közigazgatási elektronikus aláírási formátummá nyilvánította.

A „MELASZ-Ready” tanúsítvány a szakma alapvető, elismert igazolása. A NetLock Kft. NLCAPi3 kriptográfiai modulja az elsőként szerezte meg a megfelelőséget bizonyító „MELASZ-Ready” tanúsítványt. A termék korábbi verzióját – amely minősített és fokozott biztonságú elektronikus aláírás létrehozásához és ellenőrzéséhez, valamint időbélyeg kérelmezéséhez és ellenőrzéséhez alkalmazható – már közel 10 éve alkalmazza a NetLock Kft. A hitelesítés-szolgáltatásban élen járó vállalat kiemelkedő eredménynek tartja a sikeres minősítést és a továbbiakban is hatékonyan részt kíván venni a MELASZ szabványosítási munkájában.

OTS-CÉGVONAL

SAJTÓKÖZLEMÉNY

Magyar-Szlovák Kormányközi Vegyes Bizottság egészségbiztosítási és egészségpolitikai albizottsága

Dr. Kapócs Gábor, az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkára elnöklésével, 2006. március 3-án megtartotta soron következő ülését a Magyar–Szlovák Kormányközi Vegyes Bizottság egészségbiztosítási és egészségpolitikai albizottsága. Az ülés kiemelt témáját a határmenti egészségügyi együttműködések adták. A találkozon – a kormányok képviselőin túl – jelentős számban részt vettek az érintett magyar és szlovák kórházak, önkormányzatok és biztosítók képviselői. A felek hangsúlyozták, hogy a magyar és szlovák állampolgárok érdekében minden lehetséges eszközzel arra kell törekedni, hogy az Európai Unió által biztosított jogi és pénzügyi előnyök közösen kerüljenek kihasználásra. A megbeszélésen ennek érdekében áttekintésre kerültek az újonnan bevezetett Európai Egészségbiztosítási Kártya tapasztalatai, illetve az Európai Unió strukturális alapjaiból és közösségi kezdeményezéseiből elérhető források. A felek áttekintették a határmenti együttműködés azon formáit, amelyek esetében lehetőség nyílhat uniós forrásokból történő támogatás elnyerésére. Ilyen együttműködési formák:

- Felszerelés/műszerek közös vásárlása/használata;
- Kutatás, közös képzési intézmények;
- Intézményesített közös igényfelmérés és tervezés (cross-border observatories);
- On-line együttműködés a tapasztalatcsere és képzés területén.
- Földrajzi adottságok kihasználása (pl. közelebb fekvő kórház a határ másik oldalán)
- Az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése (biztosítási kártyák elfogadása a határon túl);
- Együttműködés mentés/baleseti sürgősségi ellátás terén;
- Szakellátási együttműködés (beutalás egy másik tagállamban lévő intézménybe);
- Várólisták közös csökkentése;
- On-line együttműködés a diagnosztika és a betegirányítás területén.

A felek vállalták, hogy a határon átnyúló együttműködések támogatásával foglalkozó nemzeti hatóságok előtt kezdeményezik a kifejezetten egészségügyi célú együttműködések határozottabb megjelenítését (részvétel a támogatható tevékenységek kijelölésében, a pályázat előkészítő munkacsoportokban, az értékelésben). A felek továbbá kifejezték azon szándékukat, hogy további megbeszéléseket folytatnak az egyes területeken való együttműködés érdekében is, így például a sürgősségi betegellátás, mentés, rehabilitáció és a különböző ápolási formák terén.

Sajtó és Kommunikációs Főosztály, Egészségügyi Minisztérium

Új főorvos Szekszárdon

Március elsejével megbízott főorvosként átvette a szekszárdi székhelyű Tolna megyei kórház sebészeti osztályának vezetését dr. Szilágyi Károly, a Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Karának docense – tájékoztatta a sajtót dr. Muth Lajos főigazgató főorvos. Mint ismeretes, a korábbi osztályvezető február elején közös megegyezéssel távozott a sebészeti osztály éléről. A kórháznak ugyanezen az osztályán négy szakvizsgával rendelkező sebész kft.-t alapított azzal a szándékkal, hogy munkavégzésükről gazdasági társaságként kössenek szerződést az intézménnyel. Mivel az egészségügyi intézmény az orvosok anyagi igényét nem tudta teljesíteni, január 20-án mind a négyen felfmondtak. A kórház vezetésének azóta sem sikerült megállapodnia a március végéig felfmondási idejüket töltő sebészekkel.

Muth Lajos közölte: a kórház többi orvosa az idén mintegy négyszázalékos béremelésben részesült. Ennek ellenére a legutóbbi tárgyaláson az érintett sebészeknek az eddigi napi 14 ezer forintos közalkalmazotti bérük helyett 18 ezer forintot ajánlott a kórház, ami megközelítene a 30%-os emelést. Ezt a doktorok nem fogadták el, mondván: esetükben a kft. gondoskodna a járulékok befizetéséről. A főigazgató leszögezte: a jelenlegi ellenséges hangulat nem látszik alkalmasnak arra, hogy precedensértékű döntést hozzanak. Megjegyezte, tudomása szerint az ország egyetlen kórházában sem működik olyan kft., mint amilyet a szekszárdi sebészek alapítottak. Az intézmény meghirdette a sebészállásokat, és már megkezdődtek a tárgyalások az újonnan jelentkező szakorvosokkal.

Rotarix™: Az első védőoltás Európában rotavírus fertőzés ellen

A rotavírusok okozta betegségek következtében 87.000 csecsemő/kisded kerül évente kórházba, és több mint 700.000 orvosi vizit válik szükségesé európai viszonylatban. Összességében az EU-ban élő 23,6 millió 5 éves aluli gyermekből megközelítőleg 3,6 millió kapja meg a rotavírus gastroenteritist (RVGE) minden évben¹.

A Rotarix™ két adagból álló, szájon keresztül beadandó védőoltás, amit az RVGE betegség elleni korai védelem kialakítása céljából a fertőzés incidenciájának 6-24 hónapos életkorban észlelhető természetes csúcsa előtt, azaz 2-4 hónapos életkor körül javasolt alkalmazni³,⁴,⁵. A Rotarix™ együtt adható minden, az európai országok életkorhoz kötött védőoltási rendjében szereplő csecsemőkori vakcinával⁶. A Rotarix™-et eddig 33 országban törzskönyvezték és 1,4 millió adagot szállítottak ki a vakcinából a 2005-ös első, mexikói bevezetése óta.

„A rotavírus komoly diszkomfort-érzést okoz a gyermekeknek, több napig tartó hasmenéssel és hányással jár együtt, amelyek súlyos dehidrációhoz, és kezeletlen esetben akár halálhoz vezethetnek. Az olyan biztonságos és hatékony vakcina, mint a Rotarix™ elérhetősége izgalmas hír az orvostársadalom számára, mivel a védőoltás nemcsak a sok gyermek szenvedését okozó kínzó (betegség)tüneteket előzi meg, de segít csökkenteni az egészségügyi ellátásra nehezedő azon terheket is, amelyek a járványok kitörésének kezeléséből fakadnak” – kommentálta a hírt Dr. Timo Vesikari, a finnországi Tamperei Egyetem professzora.

A rotavírus a vírusos eredetű hasmenéses betegségek leggyakoribb kórokozója csecsemő- és gyermekkorban világszerte³. A gyermekek 95%-a átvészel legalább egy fertőzést 3-5 éves koráig függetlenül faji, társadalmi ill. szociális hovatartozásától¹. A kórházi kezelések és ambuláns vizitek (szükségességének) magas aránya miatt¹ a RVGE gazdasági költségkihatásai is magasak. Egy legutóbbi tanulmány szerint ennek teljes költsége Franciaországban eléri a 28 millió eurót évente¹⁰.

A rotavírus erős fertőzőképessége nehezé teszi a betegség terjedésének megakadályozását. Emiatt egyedül a vakcinációnak van jelentős hatása a súlyos RVGE betegségek előfordulási gyakoriságára, és ezért ez tekinthető a betegség megelőzésének optimális, elsődleges stratégiájának⁸,⁹.

Az egész világra kiterjedő, klinikai vizsgálatokon alapuló fejlesztési program bizonyította, hogy a Rotarix™ védelmet nyújt a vírus leginkább elterjedt törzseivel szemben, ideértve a G1 és non-G1 csoportba sorolható rotavírus törzseket, valamint a világszerte egyre inkább előretörő G9 törzset is². A védőoltás biztonságosságát egy közelmúltban végzett tanulmányban igazolták, amely azt mutatta, hogy a Rotarix™ ritkábban

Az Európai Bizottság megadta az engedélyt a Rotarix™ forgalomba hozatalához az Európai Unióban (EU), engedélyezve a csecsemők aktív immunizációját az erősen fertőző rotavírus ellen 6 hetesnél idősebb életkortól. A Rotarix™ lesz az első elérhető vakcina gyermekek számára Európában, s így Magyarországon is a rotavírus okozta gastroenteritis megelőzésére.

váltott ki súlyos mellékhatásokat (SAEs), mint a placentaboként használt szer. Ezen vizsgálat biztonságossági elemzéséből az is kiderült, hogy a védőoltásnak nincs hatása a invaginatio / intussusceptio gyakoriságára, amely szövődmény megfigyelhető volt egy korábban forgalomban levő rotavírus vakcina esetében².

A Rotarix™-ről

A Rotarix™ vakcinát a GlaxoSmithKline Biologicals 1997 óta fejleszti. A Rotarix™-ben használt R1X4414 vírustörzs a 89-12 számú törzsből származik, amelyet eredetileg Dr. Richard Ward fejlesztett ki Cincinnati-ban levő gyermekklinikán (Children’s Hospital), és amelyet az AVANT Immunotherapeutics törzskönyveztetett. Ez az elsőként engedélyezett / törzskönyvezett, legyengített (attenuált) vírust tartalmazó, orális (szájon át adható), humán vakcina, amely védelmet nyújt a súlyos, rotavírus eredetű hasmenések (diarriae) ellen, és ezen belül az egyre gyakoribbá váló törzsekkel szemben is. A vakcina erőteljes immunogénitását, és együttadható az összes fontos gyermekori védőoltással, beleértve az orális polio vakcinát (Sabin-cseppek) is⁶.

Az európai törzskönyvezés mellett további 33 országban engedélyezték bevezetését (16 latin-amerikai országban, köztük Braziliában; a Fülöp-szigeteken és Singapore-ban, mint az első ázsiai országokban). A Rotarix™-ről 2005. december 15-én pozitív véleményű adott a Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), amely az Európai Unió azon Tudományos Bizottsága, amelyik vizsgálja a gyógyszereket a minőség, biztonságosság és hatékonyság szempontjából. Az Európai Bizottság Forgalmahozataltali Engedélyezési Hatósága (Marketing Authorisation) 2006. február 27-én bejelentette, hogy a Rotarix™-et tesztí elérhetővé elsőként Európában a gyerekek számára a rotavírus vakcinák közül. Ezen felül a Rotarix™ engedélyeztetési eljárását további 75 országban kezdték el. A közelmúltban Brazília, Panama és Venezuela – a világon elsőként – integrálták a rotavírus ellenes vakcinát a hivatalos nemzeti védőoltási naptárba.

GlaxoSmithKline Biologicals egyike a világ vezető vakcinagyártóinak, amelynek központja a belgiumi Rixensartban található, ahol a GlaxoSmithKline vakcina kutató, fejlesztő és gyártó tevékenységeinek többsége folyik. A GSK Bio alkalmazásában levő mintegy 1500 kutató és tudós azon dolgozik, hogy új védőoltásokat fedezzen fel, valamint költséghatékonyabb, egy-

szerűbben alkalmazható kombinált készítményeket hozzon létre a világszerte súlyos egészségügyi problémákat okozó fertőző betegségek megelőzésére. 2005-ben a GSK Bio több mint 1,2 milliárd adag védőoltást szállított a Föld 165 országába, mind az iparilag fejlett, mind pedig a fejlődő világba, ami napi átlagban több, mint 3 millió adagot jelent.

Magyarországon 2006-tól a GlaxoSmithKline Kft. biztosítja a 2-3-4 hónapos csecsemők immunizációjához a diftéria-tetanusz-pertussis-inaktivált polio vírus-Haemophilus influenzae B okozta gennyes agyhártya gyulladás elleni kombinált védőoltást, a 3 és 6 éves gyermekek emlékeztető oltására a diftéria-tetanusz-pertussis-inaktivált polio vírus elleni vakcinát, a 15 hónapos kisdedek és 11 éves gyermekek morbilli – mumpsz – rubeola elleni védelmére szolgáló kombinált vakcinát, valamint a 14 éves serdülők hepatitisz B (fertőző májgyulladás) elleni oltását.

Az elkövetkezendő öt évben a GSK több új és jelentős vakcina bevezetését tervezi, többek közt: egy HPV vakcinát a méhnyakrák ellen, egy pneumococcus okozta megbetegedéseket megelőző védőoltást, egy hatékonyabb influenza vakcinát idős emberek számára, és egy meningitis (agyhártya-gyulladás) elleni kombinált készítményt USA-ban élő csecsemők számára.

Referencias

- Soriano-Gabarro M, et al. Burden of rotavirus disease in European countries. Paed Infect Dis J 2006;25 (1):S7-S11 | 2.) Ruiz-Palacios GM, et al. A trial to assess the efficacy and safety of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. N Engl J Med 2006;354 (1): 11-22 | 3.) Huilán S et al. Bull WHO, 1991, Vol 69(5):549-555 | 4.) Linhares AC et al. Rotavirus vaccines and vaccination in Latin America. Pan Am J Public Health 2000;8 (5):305-331 | 5.) De Vos B, et al. A rotavirus vaccine for prophylaxis of infants against rotavirus gastroenteritis. Pediatr Infect Dis J 2004;23:S179-8 | 6.) Steele AD. Et al. Concomitant administration of live attenuated oral rotavirus vaccine (RIX4414) with poliovirus vaccines in African infants. Poster presented at ESPID annual meeting, May 2005 | 7.) Parashar UK, et al. Rotavirus. Emerg Infect Dis 1998;4(4):561-570 | 8.) Dennehy PH. Transmission of rotavirus and other enteric pathogens in the home. Pediatr infect Dis J 2000;19(10 Suppl):S103-5 | 9.) Parashar UD, et al. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. Emerg Infect Dis 2003;9:S65-72 | 10.) Melliez H, et al. Mortality, morbidity et cout des infections à rotavirus en France. BEH, 35/2005, 175-176



Tizenkét kórház lehet „bababarát”

Tizenkét kórház kaphatja meg az idén a „Bababarát Kórház” címet. A Szoportatást Támogató Nemzeti Bizottság most kiírt pályázatán az intézmények félmillió forintos támogatáshoz juthatnak, ha egyebek mellett vállalják, hogy a szülészeti osztályon az újszülöttek éj-nappal anyjuk mellett lehetnek. A pénz a szükséges eszközök, oktatási anyagok beszerzésére és az osztály dolgozóinak továbbképzésére szolgál.

„A pályázatra összesen hatmillió forintot fordítanak. A cím annak elismerése, hogy egy kórház a szükségesnél jobb feltételek kínál az anyának és gyermekének” – mondta az Egészségügyi Minisztérium politikai államtitkára. **Dr. Vojnik Mária** közölte, hogy a – már tavaly is kiírt – pályázaton elnyerhető pénz természetesen nem elég ennek megteremtésére, a címmel együtt a szolgáltatási többlet elismerésére szolgál. A pályázat összhangban van az Egészségügyi Világszervezet és az UNICEF feltételrendszerével. Eszerint a bababarát kórházakban egyebek mellett minden anyát tájékoztatni kell a szoptatás előnyeiről és módjáról, hozzá kell segíteniük az anyákat ahhoz, hogy az újszülöttek már a szülést követő fél órában a mellükre tehessek, illetve csak orvosi indikáció esetén adhasanak a gyermeknek anyatejen kívül más táplálékot. Ezekben az intézményekben a szoptatott csecsemők nem kapnak cumit és ösztönzik az anyákat, hogy az újszülöttek igényeinek megfelelően szoptassanak.

A bababarát kórházak számának növelése része a kormány száz lépés programjának. A kezdetben meghirdetett 21 egészségügyi lépést kiegészítette a gyermekegészségügy fejlesztését célzó intézkedéscsomag, amelynek egyik célkitűzése, hogy két év alatt megháromszorozzák ezen intézmények számát, és támogatják az anyatejes szoptatás népszerűsítését. Az államtitkár közölte: a kórházak minden évben pályázhatnak a címre.

Tudósítónktól

A gyermekkorban és a fiataloknál előforduló alkoholfogyasztásról

Addiktív lények vagyunk. Így képesek vagyunk „mindent megszokni, ami a számunkra jó”. A gyermekkorban, ifjúkorban véletlenszerűen elkezdett alkoholfogyasztás idővel függőséget okozhat. A magatartászavarok erre felhívják a figyelmünket.

Bevezetés

Sokkal többet írunk és beszélünk a drog-, a gyógyszer- a nikotinfüggőségről, mint a fiataljainkat fenyegető alkoholizmusról. Ezért tartottam fontosnak a praxisomban tíz éves követési idő alatt megszerzett tapasztalataimról beszámolni. Utalok a megelőzés fontosságára, a kezelési és nevelési stratégiámra, prevencióis eredményeimre. (1) (2)

Természetesen figyelembe vettem az egyének pszichológiai konstellációját. (Szakpszichológust vontam be a veszélyeztetettek egyéni, kiscsoportos kommunikációjába.) Fontosnak tartottam a gazdasági, familiáris és szociokulturális tényezők mérlegelését is. Nem felejtkeztem el a rendszerváltást követő változások effektusairól, a kapcsolatok átértékeléseiről sem. (3) (4)

Praxisomról és vizsgálataimról

Rohamosan előregedő, elszegényedő, lassan fogyatkozó létszámú, halmozottan hátrányos helyzetű községekből és tanyákból áll, az ország északkeleti peremén. Lakói alkalmazkodásra alig képesek, akik, a krízishelyzeteket sem felvállalni, sem megoldani nem tudják. A jellemző gazdasági, szociális paramétereket igyekeztem összefoglalni. (5) (6) (7) (8)

1. táblázat: A lakosságszám alakulása

Év	Összes betegem	Felnőttek	Gyerekek (10-14 évesek) fiatalok (14-18 évesek)
1995	1281	986	295
1996	1270	983	287
1997	1247	967	280
1998	1289	1016	273
1999	1291	1026	265
2000	1302	1042	260
2001	1312	1062	250
2002	1293	1021	243
2003	1345	1105	240
2004	1333	1099	234*

*A létszámcsökkenés a gyermek- és fiatal populációnál az elköltözésekből adódik.

Átlagéletkor 55 év | GDP 886 \$ évente | Munkanélküliség 44%-os | Dohányzik 42% (a nők 40%-a) | Romának vallja magát 35%. Alkoholista 67% (a nők 60%-a)

2. táblázat: Iskolai végzettség %-ban

Év	Anal-fabéta	8 általános	Szak-középiskola	Gim-názium	Főiskola	Egyetem
1995	0	80 (20)**	10	5	3	2
1996	0	84 (21)	9	4	2	1
1997	1	85 (23)	8	4	2	0
1998	1	87 (24)	7	4	1	0
1999	2	87 (25)	7	3	1	0
2000	3	87 (25)	6	3	1	0
2001	3	88 (27)	6	2	1	0
2002	4	88 (28)	5	2	1	0
2003	4	89 (30)	5	1	1	0
2004	5*	89 (32)	5	1	0	0

*Az analfabéták számának az emelkedése párhuzamos a rossz anyagi helyzetű, krónikus alkoholista nagycsaládok beköltözésével.

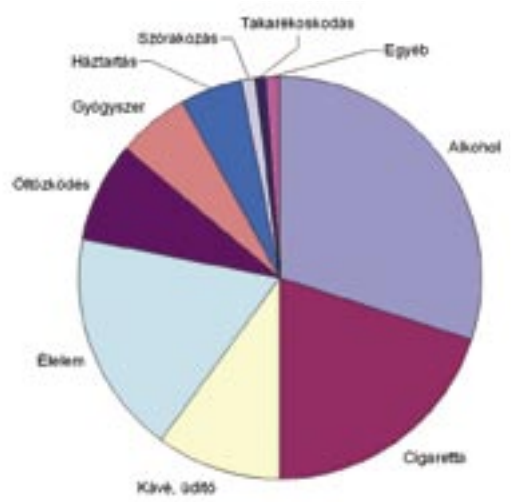
** Az ún. kiségitő (gyógypedagógiai) osztályokba járókat tüntettem fel. Emelkedő számuk jelzi a szociális-kulturális körülményeik rohamos romlását. Sokan (25%) nem képezhetők, és így nem felzárkóztathatók. Szüleik életvitelének, viselkedési normáinak a követői. Gyakran ütköznek a törvénnyel, környezetükkel.

Elsősorban az említett csoportból kerültek ki (86 %-ban) a rendszeresen alkoholizálók. 90%-ban nikotinfüggők is. Drogfogyasztásuk szerény anyagi lehetőségeik miatt minimális volt. Alkalmanként Ecstasy tablettá, LSD-bélyeg használata. Rendszeresen kávéztak, de gyógyszereket soha nem próbáltak ki. (9)

Valamennyi gyanús viselkedésű, magatartásavarral küszködő gyerekkel, fiatallal személyes kapcsolatot teremtettem. A szülők vagy pszichológus jelenlétében kerestem pótcselekvésük okait, s minden problémás esetet írásban is megköszöntöttem. Kérdéseimre szígnő nélkül anonim válaszolhattak, illetve visszakerdezhettek.

Természetesen az orvosi titoktartás szabályainak és a személyisé jogoknak a tiszteletben tartásával arra is volt lehetőség, hogy egyéni vagy kiscsoportos foglalkozások keretei között kitarulkozhassanak. (10) (11)

1. ábra: A jövedelmek felhasználása



Jellemző, hogy a kevés jövedelem nagyobb része nem a megélhetésre fordítódik. Kevesen gondolnak a jövőjükre és takarékoskodnak. Sokuknak nincs életcéljuk, jövőképük. Egyik napról a másikra élnek, hitelekre és önkormányzati támogatásokra számítanak. Sajnos, így nevelik a gyerekeiket és az unokáikat is (30%-ban). A szociálpolitikai támogatások segítségével lakáshoz jutnak, és a gyerekek után kapott támogatások egy része pedig elég a „megélhetésre”, és bőven jut az italozásra is (30%-nál). A legagresszívabb rétegük pedig számít a „szerzési” lehetőségekre (kb. 10%-uk). (12) (13)

3. táblázat: Gyerekek és fiatalok alkoholfogyasztása

Év	6-8 év*	8-10 év*	10-12 év*	12-14 év	14-16 év	16-18 év
1995	0	1	2	2	8	14
1996	1	2	2	3	7	22
1997	2	1	2	5	8	26
1998	0	2	2	7	11	31
1999	1	2	3	8	13	33
2000	2	1	2	9	15	33
2001	1	1	1	11	18	33
2002	0	1	2	13	19	34
2003	1	2	2	14	23	34
2004	1	1	3	16	28	34
Össz.	10	14	21	88	150	294

*Alkalmi alkoholfogyasztók. A nemek aránya férfi/nő = 60/40% szerint alakult valamennyi korosztályban.

Az italozás legfontosabb okai

- A kapcsolatok meggyengülése, az elszigetelődés, mint eseteim 80%-ában. A konfliktusok halmozódása 70%-ban. Serdülőkori devianciák + stressz túlrézkénység + vulnerabilitás 80%-ban.
- A „kötődési insufficienciák” (14):
- a.) Az anyai gondoskodás hiánya: 40%-ban.
 - b.) „Instrumentális” szeretet differenciák: 30%-ban.
 - c.) Az „interszónális időtöltések” (pl. beszélgetések) idejének a csökkenése: 80%-ban.
 - d.) Bizonytalan szülői köteleességvállalások (70%-ban) konfliktusai a túlzott gyermek- és fiatalkori autonómiával (50%-ban).
 - e.) Hierarchia, autória elfogadás (50%) hiánya frusztrált gyermek- és fiatalkor (50%). (15)

Terápiás lehetőségeink

A megelőzési és nevelési modellek (16) (17)

1.) A „szociális tanulás” elvén alapuló módszer.

A nevelés és a megelőzés team-munka. Ebbe bevonhatók:

- a család (15%-ban sikerül),
- a baráti közösségek (10%-ban),
- az osztályok (10%-ban).

2.) A „kognitív disszonancia” gyakorlata.

Ütközteti az italozó fiatalok felfogását a magatartásukkal. Szóbeli vagy írásbeli meggyőzés alkalmaztam (Eseteimbem 50, illetve 30%-ban fordultam ezekhez.) „Kötelezettségvállalást” – absztinenciára 10%-ban sikerült elnyernem.

3.) A „magatartás/szándék”.

Mások alkoholfogyasztásának a túlbecsülése italozásunk mértéktelenné válásához vezethet.

A nevelésnek és a megelőzésnek az egészségmegtartáson alapuló felfogása, az alkoholfogyasztás testi, lelki, társadalmi, személyes kockázata egyetlen programba lett így integrálva. (18)

4. táblázat: Megelőzési, nevelési módszerek, compliance és hatáso ssága %-ban

Az elfogadás – compliance és a hatáso sság dis cre- Elfogadás compliance Hatáso sság		
1. „Szociális tanulás”-ba bevonva:		
– a család,	35	15
– közösségek,	20	10
– osztályok,	15	10
2. „Kognitív disszonancia”		
– írásbeli meggyőzéssel	50	50
– szóbeli meggyőzéssel,	40	30
– kötelezettségvállalás kérése	10	10
3. Magatartás/szándék	25	20

pantiója mutatja, van még mit javítanom meggyőzési módszerem (azaz az ígérlet nem egyenlő a cselekvéssel, eseteimbem sem). Sokuknál megmaradt az ún. kockázatvállaló magatartás.

Pozitív szenvedélyek terápiás hatásai

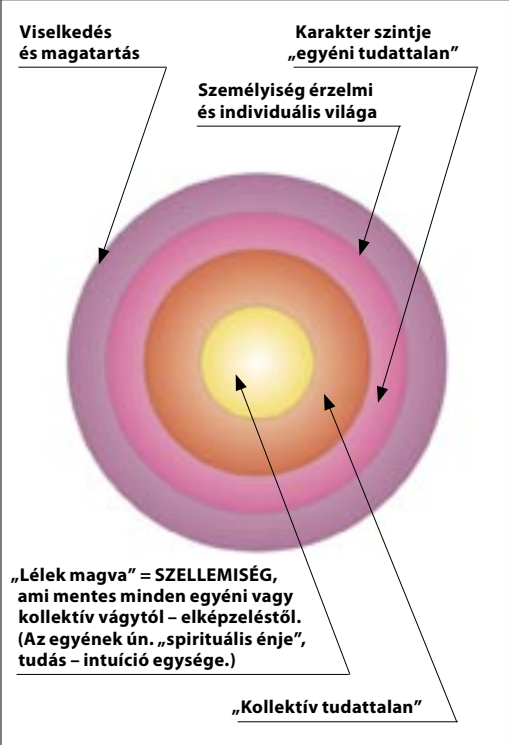
„Bűnbak keresés” a jellemző negatív gondolkodással. Ez sokszor nevelés következménye, így a kishitűség, bizalmatlanság. „Magyar betegség”-nek is mondják és az alábbiakkal jellemzik: „En nem vagyok jó, de Te sem vagy az”, mint tipikus negatív megnyilvánulást. Pozitív hozzáállás szerint: „Elfogadom magam és Téged is olyanakk, amilyen vagy!”

A szenvedély(-betegség), a választás szabadságától való elszakadást jelenti. Valamennyiünknek megvan a „maga kábítószere”, azaz „elkábító szenvedélye”, mint a problémáink megoldási lehetőségei. Ezeket tudomásul kell vennünk és uralnunk.

Nem kívánok részletesen foglalkozni a transzperszonális pszichológia személyiség szerkezeti modelljével, de jelezni kívánom a rétegeket.

2. ábra: A személyiség szerkezete

Az egészséges életmódnál, életvitelnél az egyes rétegek



harmóniában működnek. A transzperszonális pszichológia célja a szellemiség megismerése, az egység megteremtése. Módszerei: NLP (neurolingvisztikus programozás, rebirthing, transzrelaxáció, vezetett medicináció, imaginációs technikák, jóga elemek, reakciós – tradicionális elemek stb. Az elemek racionális rendszerében pozitív szenvedélynek nevezzük. Lehetőséget teremtenek egy új személyiség felépítésére. A káros szenvedélyek áttanszformálása pozitív szenvedélyekké a gyógyítás lehetősége. Függtelenséget létrehozó és örömet szerző, szórakoztatva értékteremtő ésszerű és célszerű. Eredményessége eseteimbem 60%-os compliance mellett 30%-os volt.

Összefoglalás

Fontosnak tartottam „extrém világunknak” ezen deviációjára felhívni a figyelmet, ami gátolja igazi emberi kapcsolatok kialakítását és fenntartását. Kóros kielési vágyak, a virtuális valóság hajszolja fiatalságunkat, érzelmi és kommunikációs válságba. A pozitív szenvedély megtalálása biztosítja az identitás megtalálását. Segít a magatartászavarok korrigálásában és előfeltétele a kommunikációs – adaptációs insufficienciák megoldásának. Az egészség választásának a tudatosítására törekedtem, a transzformálódás lehetőségének a jelzésével, s fel szerettem volna hívni háziorvos kollégáim figyelmét.

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő, háziorvosi praxis «

Irodalom

- (1) Schneider R. (1998) Szenvedély? Betegség? (Információk) Magyar Karitás z | (2) Glasser W.: Positive addictions. Harper and Row (New York) (1976) | (3) Rácz József: Addiktológia HIETE Budapest, 1999. | (4) Drog Enciklopédia (1998) Compact disc Digital Data: EPC Kf. | (5) Bodro gköz. Összefoglaló 1990-2000. Megyei ÁNTSZ Miskolc | (6) Dr. Salamon S.: Bodro gközi betegek. IAAMRH XIV. Kongresszus Pécs, 2000. | (7) Térségi Innovációs Centrum Kht. Budapest, 2001. (8) Népjóléti Statisztikai Évkönyv KSH Budapest, 2001. | (9) Dr. Salamon S.: Alkoholisták a Bodro gközben Sátoraljaújhe ly előadás, 2000. | (10) Percze T.: Életstratégia, foglalkozási szerep, értékkorientáció 1990. | (11) A szeretet választható (Műz sák) | (12) Takách G. (1995): Miért ne igyunk ... sokat? Alkoholizmus. Sub Rosa Buda pest | (13) Sárospatak és környéke Évkönyv 2000. | (14) Fonagy P., Target M.: A kötődés és a reflektív funkció. Thalassa 1:5-43, 1998. | (15) Bayer I.: A drogok története. Budapest, 2000. | (16) Takách G. (1998): A drog. Megelőzés, felismerés, rehabilitáció. Sub Rosa Budapest | (17) Johnson E.M.: Theoris and models supp. prevention Alcohol. P. Healt Repp. 1998:103 (6) 578-586. | (18) Hipple J., Hay R.G.: Development and implementation of a comprehensive drug and alcohol education cömseling and testing program for a university, 1988:29 (nov):559-560.

Szakma kontra beteg

Magyarországon mindössze 400 szakképzett onkológus praktizál – számuk kevesebb, mint ahány helyszínen korábban daganatellenes kezelés folyt. Ennél lényegesen több kellene. A problémát tovább fokozza, hogy a hazai orvosegyetemeken nem épült be az alapképzésbe a rákgyógyászat – ilyen tudást csak diploma utáni képzésben lehet szerezni.

Tiltakoznak a betegek a korábbi rákgyógyászati helyszínek összevonása, megszüntetése ellen. A szakemberek szerint azonban a daganatcentrumok hatékonyabbak. A *rákgyógyítás hatékonyabbá tétele vagy a betegek kiszolgáltatottabbá tétele?* Ez a kérdés foglalkoztatja a daganatos betegeket és a gyógyításukban részt vevő szereplőket azóta, hogy a Nemzeti Rákellenes Program egyik lépéseként 2005. december 1-jétől az addigi mintegy **450 kezelési helyszín** helyett mindössze **48 intézményben** folytatható a sugár-, illetve a kemoterápiás kezelés. A betegek háborognak, saját szempontjukból többnyire joggal: vannak olyan megyék, ahol mindössze egy-két intézmény végezheti a rákbetegek gyógyítását. Nem ritka, hogy egy-egy páciensnek ötven-hatvan, sőt, ennél is több kilométerre kell utaznia otthonától, hogy megkapja például kemoterápiás kezelését. A kúra után rendszerint rosszullettel küzdő pácienseknek gyakran tömegközlekedéssel kell hazautazniuk, a kezelések idején pedig jelentős többletköltséget jelent a családnak a beteglátogatás.

A fentiek miatt aláírásgyűjtésbe kezdett a Magyar Rákellenes Liga **siófoki** szervezete. Az aktivistáik eddig mintegy kétezer szignót gyűjtöttek össze tiltakozásul az ellen, hogy a decemberi rendelkezés értelmében megszüntették a kemoterápiás kezeléseket a siófoki kórházban. Sok daganatos beteg pedig egyszerűen nem vállalja az utazást Kaposvárra vagy Székesfehérvárra.

„Kétségbeesett betegek segítségkérő leveleinek sokaságát kapjuk” – állította Reichert Margit, a Rákellenes

Liga siófoki szervezetének elnöke. Mint mondta: a gyógyítócentrumokat kijelölő rendelkezés szakmailag nyilván helyes, ám szerinte betegellenes.

Nem ért egyet szervezete siófoki vezetőjével Vasváry Artúrné, a Magyar Rákellenes Liga elnöke. Elmondta: *világszerte tapasztalatok sokasága igazolja a gyógyítócentrumok működését!* Hozzátette: *elsősorban a betegek érdeke, hogy a gyógyításhoz egy helyen legyen minden szükséges osztály, így például a szaksebészet, belgyógyászat, szövettan, megfelelő felkészültségű és képzettségű szakemberek.* Tavaly decemberig ugyanis gyakran olyan helyeken is folyt kemoterápia, ahol nem volt megfelelő szakorvos. Előfordult az is, hogy a daganatos műtétekben járatlan sebészek nem megfelelően operálták meg a betegeket. Sok esetben az eredményesen műtött páciensek nem kapták meg az operációt követő utókezelést, minek következtében betegségük hónapok múltán kiújult.

Az **esztergomi** Vaszary Kolos Kórházban havonta mintegy negyven rákos beteget gyógyítottak állami támogatással, de a decemberi átalakítás miatt elestek ettől a lehetőségtől. A betegek a fővárosba vagy Tabánnyára utazhattak volna kezeltni magukat, ha a város nem biztosította volna a szükséges költségeket. Így 2007. július 1-ig az ellátás az addigi gyakorlatnak megfelelően történik.

A szervezeti átalakulás több esetben félreértésekhez is vezetett. Így például cáfolni kellett, hogy december 1-jétől az egri Markhot Ferenc Kórház-rendelőintézetben megszűnt az onkológiai ellátás.

Gyógyításban gyakorlott szakember véleménye szerint valóban sok helyen nem volt adott a szakmai protokoll szerinti ellátás.. Viszont jogosan merül fel a kérdés: vajon a centrumok képesek lesznek-e fogadni a rengeteg beteget, és bizony sok centrum adottsága már eddig sem volt EU-konform.

SAJTÓFIGYELŐ

Oxigénhiány lépett fel Nagy-Britanniában

Rosszabb a helyzetük Nagy-Britanniában az oxigénre szoruló, otthonukban ápolt betegeknek, mióta a brit társadalombiztosítás magánkézbe adta az oxigénpalackok házhoz szállítását. A késések miatt volt olyan beteg, aki életét veszítette.

Február elején privatizálták Nagy-Britanniában az oxigénszolgáltatást. A kiírást négy cég nyerte meg, de azóta egyre több panasz érkezik a késések miatt. Egy 63 éves beteg, Alice Broderick életét vesztette, mert órákon át hiába várta az oxigént. Az ügyben folyik a nyomozás. Egy 83 éves tüdőrákban szenvedő walesi páciens is több órát várt a palackjaira, de ő szerencsésebb volt, mert a helyi gyógyszertár a segítségére sietett. A brit egészségügyi minisztérium a kirobbant botrány miatt engedélyezte, hogy ameddig meg nem oldódnak a szállítási gondok, addig a betegek a háziorvosuktól is igényelhessenek palackokat. Nagy-Britanniában 60 ezer beteg szorul rendszeres oxigénellátásra otthonában, köztük tüdő- és szívbeteg idősök, illetve koraszülöttek is.

InfoRádió | Független Hírgyűnkösg

Pernyertes Richter

Formailag is lezárult a Richter csontritkulás elleni gyógyszerével kapcsolatban indított szabadalombitorlási per. A Fővárosi Bíróság a Richter javára tett pontot a bonyolult jogi eljárás végére. Am a történetnek még koránt sincs vége: a per miatti forgalom-felfüggesztés okozta kárra hivatkozva a Richter rekordösszegű, több mint hárommilliárd forint kártérítést követel majd egy másik perben a szemben álló MSD Kft.-től. Az eddigi legnagyobb, forgalomkorlátozás miatti kártérítés azonban az utolsó lehet.

Hamarosan elzáródik ugyanis a gyógyszerfejlesztési egerút. A Magyar Szabadalmi Hivatal adatai szerint ugyanis már csak körülbelül 1200 olyan gyógyszer szabadalom van érvényben, amely nem a hatóanyag molekuláját védi, hanem annak előállításí si eljárását. Magyarországon 1994 júniusá előtt nem volt lehetséges a termékek levédése, így a gyógyszerek hatóanyagáé sem. Ma a beadott ágazati szabadalmak körülbelül háromnegyede új vegyületet vagy molekulát véd. Az érvényes eljárásjogi szabadalmakból körülbelül ezer az, amely régi gyógyszerre vonatkozik. Az ilyen, a kilencvenes évek első felében megadott szabadalmak szakértők szerint sokkal nehezebben védhetők meg a gyege jogi pontokra vadászó generikus gyártókkal szemben, mint az azóta elterjedt vált hatóanyag-szabadalmak. A főként generikus gyógyszereket gyártó magyarországi cégek jogászai ugyanis eddig nem kis profitot szereztek azzal, hogy a legjobban menő „originális” gyógyszereket kipiszkálták az eljárási szabadalom lyukacsos ernyője alól. A manőver sikere után saját gyártmányukkal taroltak a piacon. Csak tavaly több mint tízmilliárd forintos forgalmat generált a legsikeresebb magyar gyógyszercégnek, a Richter Rt.-nek az a két gyógyszer, amelynek gyártási jogát perben szerezte meg. A másik nagy magyarországi gyártó, az Egis Rt. minden évben több tíz-, esetenként százmillió forintot különít el pereli költségeire.

A klasszikus recept eddigi talán legelhíresültebb alkalmazása az volt, amikor a Richter Rt. a világ legna-

gyobb gyógyszercégének, az amerikai Pfizernek egyik népszerű vérnyomáscsökkentő molekuláját állította elő egy új eljárással. A Richter ellen a cég 2000-ben pert indított, ám az ügyet tárgyaló bíróságkor sorra a magyar társaságnak adtak igazat. A Richter óriásit nyert: az **amlodipin** hatóanyagú vérnyomáscsökkentő 2004-ben már kétszer annyit hozott a cégnek, mint eredeti feltalálójának.

A cégek nem is csinálnak titkot abból, hogy figyelik a lehetőségeket. „A magyar vegyészek hagyományosan erősek abban, hogy egy ugyanolyan molekulát gazdaságosabb és jobb módon állítsanak elő” – mondja Beke Zsuzsa, a Richter Rt. kommunikációs igazgatója. Sőt van olyan „független utas” eljárásuk, amely olyannyira hatékony, hogy még az originális gyártó is tőlük vásárolja. A kérdéses szabadalmak persze 2007-ig mind lejárnak. „Lehet tudni, hogy ezek a lehetőségek meg fognak szűnni, ez egy teljesen tervezhető dolog” – jegyzi meg Beke.

Az agilis „utángyártókkal” szemben a globális gyógyszermultik addig is próbálnak védekezni. Zömében úgy, hogy a szabadalombitorlást megállapító vagy elutasító per idejére ideiglenesen betiltatják a náluk általában vagy harminc százalékkal olcsóbb kópiák forgalmazását. Legutóbb az MSD Kft. is így tett egy olyan manőver keretében, amelyet Vajda András, a cég vezetője az egyik gazdasági napilapnak így kommentált: „*Ez egy kötelező táncjáték része, ahol mindenki tudja a szerepét.*”

Ám a szabadalmi törvény áprilistól életbe lépő módosítása értelmében már aligha lesz ezt könnyű elérniük: e szerint az eddig szinte automatikusan megadott tiltás helyett a bíró mérlegelhet. Szimmetrikusabbá válik a kártérítési letét is: a bíró a forgalom felfüggesztése helyett kártérítési letétet kérhet majd a generikus cégtől. Most egyszerűbb a menetrend: az originális fizet biztosítékot, a generikus kivonja a termékeit. Ha azonban a bírók mérlegelési joga nő, kevesebb lesz a forgalomfelfüggesztés, így a kártérítés is.

D.M.T.-OBSERVER

Tisztelt Főszerkesztőnő!

Közérdekű bejelentéssel fordulunk Önhöz és Szerkesztőségükhöz a következő ügyben.

A Soproni Állami Szanatórium jelenlegi működését meg akarják változtatni, konkrétan: az állami intézményből önkormányzati intézményt kívánnak létrehozni.

E változtatási szándékkal szemben az ellátandó terület lakossága, valamint a betegszervezetek országosan meghirdetett fórumon akaratnyilvánítást tettek (mellékelve), miszerint ragaszkodnak megszerzett jogaikhoz, és az intézmény jövőjét továbbra is az általuk bizalommal felruházott magyar állam közvetlen irányítása alatt kívánják tudni.

Az időnként felbukkanó újsághírek (a Kisalföld Online cikklista elérhető: www.kisalfold.hu → Keresés ablak: „szanatórium”) a változtatási szándékot, a döntés bekövetkeztét lebegtetik, a hírek valódiságáról a lakosságnak nincs módja meggyőződni (hiszen az újságíró az informátorát törvényesen fedezheti), a hírek várható közvetlen kormányzati döntésről szólnak.

Véleményünk szerint olyan esetben, amikor egy érintett ellátási csoport (gyakorlatilag az ország teljes lakossága) reprezentatív kifejezte akaratát, akkor a demokratizmus elveivel, magával az Alkotmánnyal nem összeegyeztethető, ha a döntés-előkészítés nélkülözi a nyilvánosságot, és a bizonytalanságot okozó hírek bűvópatakként sejtetik a nyilvánosság kikerülését ott és olyan ügyben, ahol az aktív közakarat-nyilvánítás már megtörtént.

Kérjük annak kivizsgálását, hogy történt-e törvénysértés és annak vizsgálatát, hogy a működés átkerülésének szándéka mentes-e a közérdekkel nem összeegyeztethető egyéni, illetve csoportszándékkal.

Itt megjegyezzük, hogy az átalakulással kapcsolatban nem ismert semmiféle szakmai előzetes egyeztetés, továbbá nem ismert semmiféle kormányzati rövid vagy hosszú távú szándék, amely az ország egyetlen sajátos profilú egészségügyi intézményét kivenné az országos ellátási rendszerből. Ugyanakkor a nem kompetens szakmai nyilatkozatok (megyei kórházigazgató) az ellátás, a tulajdonváltoztatás esetére helyi előnyökről szólnak anélkül, hogy a jelenlegi országos ellátási biztonság egyidejű sérelmét tárgyalnák.

Sopron, 2006. február 8.

Együttműködését köszönve, Dr. Láng Andor s.k. az Intézeti Felügyelő Tanács elnöke

Intézeti Felügyelő Tanács, 9400 Sopron, Vári si u. 2.

TEL: 99/508-400 FAX: 99/508-403 szanatorium@sopronszanat.hu, www.sopronszanat.hu

Állami Szanatórium Sopron létkérdése

Lenni vagy nem lenni...

Bejelentéssel fordult a szerkesztőségekhez, a megyei önkormányzatokhoz, a pártokhoz és a szakszervezetekhez a mozgásszervi, kardiológiai és neurológiai rehabilitációval foglalkozó soproni Állami Szanatórium intézeti felügyelőtanácsa. A testület elnöke, Láng Andor elmondta: augusztus óta komoly bizonytalanság alakult ki az állami tulajdonú intézményben, mert a helyi önkormányzat ki nyilvánította azt a szándékát, hogy átveszi a szanatórium működtetését.

Az elnök szerint nem demokratikus és nem is jogszérű, hogy a döntés előkészítésébe nem vonták be a szanatóriumot. A felügyelőtanács még tavaly összehívta „az érintett ellátási csoport” reprezentánsait Budapestre egy országos fórumra. A megjelentek kinyilvánították akaratukat, mely szerint ragaszkodnak ahhoz, hogy a szanatórium állami tulajdonban maradjon. Láng doktor szerint ha az önkormányzat működési tovább a szanatóriumot, semmi garancia nincs a szakmai profilok megtartására.

Dobos József, Sopron város jegyzője ismertette az ügy előzményét. E szerint a soproni Erzsébet Kórház

a Debreceni Egyetemmel – amelynek oktatókórháza – még tavaly közös fejlesztési tervet készített. Ennek kapcsán került szóba a rehabilitáció bővítésének lehetősége. Felmerült: az önkormányzat vegye át az állami szanatóriumot, tartsa meg annak tevékenységeit, de szervezeti-leg vonja össze a kórházzal. A polgármester érdeklődésére az egészségügyi miniszter úgy foglalt állást, hogy az átvételnek a hatályos törvények értelmében nincs elvi akadálya. Így született meg egy önkormányzati előterjesztés, mely felhatalmazta a polgármestert: tárgyaljon az átvételről, dolgozza ki az átvétel és a kórházi integráció menetrendjét, s azt terjessze a közgyűlés elé.

Dobos József elmondta: csütörtökön érkezett meg hozzájuk az egészségügyi miniszter levele, amelyben arról értesíti a polgármestert, hogy az átadással kapcsolatos teendőket a pénzügyminiszter elé terjesztette. A jegyző hangsúlyozta: a város valamennyi dolgozót átveszi, és garanciát vállal a jelenlegi profilok megtartására, működtetésére. A betegellátásban sem lesz fennakadás, mivel az önkormányzat önként vállalt kötelezettségként garantálja az ellátási területen élők rehabilitációját. A szanatórium igazgatója nem nyilatkozott az ügyben.

Tallózás

Soproné lehet a szanatórium

A soproni Állami Szanatórium önkormányzati tulajdonba kerülését, illetve a tervezett kormányhatározatot – amelyről információink szerint az elmúlt napokban személyesen Gyurcsány Ferenc miniszterelnök intézkedett – nem kívánják kommentálni az érintettek.

A háttérben azonban tovább lobbizhatott a városvezetés, s információk szerint születőben van a kormányhatározat – Gyurcsány ennek elkészítésére utasította Rácz Jenő egészségügyi minisztert, eredménnyel. Ez annak ellenére igaz, hogy dr. Szatmári György, az intézmény főigazgatója nem értesült még az újabb fejleményről. A hatvannyolc éves orvos igazgató nem tud arról, hogy újabb fordulatot vett volna az ügy, és arról sincs tudomása, mi lesz az ő sorsa. A soproni önkormányzat az elmúlt fél évben számos lépést tett a szanatórium megszerzése érdekében, de egészen a közelmúltig úgy tűnt, mindhiába. A szanatóriumról ez ügy kapcsán múlt év augusztusában írtunk először. (Soproné lehet a szanatórium – 2005. augusztus 24.) A hétmilliárd forint értékű vagyonátvétellel egy új, az országban egyedülálló egészségügyi-rehabilitációs struktúra kialakítását szeretné megvalósítani az önkormányzat.

Az intézmény átvételéről önkormányzati határozat is született. Ezzel, mármint a szanatórium átvételével azonban nem értett egyet az ellenzék, mert úgy értékelték, hogy önkormányzati tulajdonba kerülésével nem vagyont, hanem állami feladatot kapna a város, nem beszélve arról, hogy a felújítására 20–25 milliárd forintra lenne szükség, s félő, hogy előbb-utóbb valamilyen formában privatizálnák az intézményt (Maradjon az államé a szanatórium!)

Közben országos ügygé dagadt a kérdés. Az intézmény felügyelőtanácsa ugyanis Budapesten lakossági fórumot szervezett, ahol az egészségügyi minisztérium képviselője is azt az álláspontot képviselte, hogy maradjon minden változatlan, sőt, a Kisalföld megkeresésére a minisztérium sajtó- és kommunikációs főosztálya azt válaszolta, „a soproni Állami Szanatórium tulajdonjogát

soha nem kívántuk átadni, senkinek...”. Ez a nyilatkozat azonban ellentmondott egy korábbi miniszteri levélnek, amelyben többek között az alábbi olvasható: „...nem látom elvi akadályt annak sem, hogy a Sopronban működő Állami Szanatórium üzemeltetését az önkormányzat vegye át, illetve az a soproni Erzsébet-kórházzal összevonásra kerüljön.”

Meglehetősen szövevényes tehát a történet, a háttérben nagy erők mozdultak meg mindkét oldalon. Az ügy pikantériája, hogy a tervezett lépésekről rendre legkésőbb az intézmény főigazgatója értesült.

Dr. Szatmári Györgyöt kihagyták a kártyák keveréséből. Az újabb fordulatról sem tájékoztatták, legalábbis írásunk időpontjáig. Információink szerint azonban készűlnék a nyugdíjazására.

Arról egyelőre nem lehet tudni, mikor valósul meg az elképzelés, de minden bizonnyal a közeli napokban megszületik a kormánydöntés, és akkor az eredeti elképzeléseknek megfelelően – legkésőbb június végén – összevonhatják a soproni kórházat és a szanatóriumot, hogy hozzáláthassanak az új egészségügyi centrum kialakításához.

A megyei betegeket sem a politikai vita, sem a háttérharcok nem érdeklik, nekik egy számít: hoz-e számukra változást az új tulajdonos személye. A megye legnagyobb kórháza, a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház főigazgatója szerint igen. Bár ő is csak „félfüllel” értesült arról, hogy Soproné lehet az Állami Szanatórium, mégis úgy véli, ha valóban megszületik a döntés, akkor azzal a helyi betegek jól járnak. Ezzel ugyanis csökkenhet a várakozási idő – véli –, hiszen nem az országos központi rendszerből osztják majd a betegeket, ahol a budapesti lobbij mindig erősebb volt a vidékinél. A rehabilitációra utalt megyei pácienseknek így több esély és kevesebb sorban állás juthat a jövőben. A pénz sem utolsó kérdés – már ami a fenntartót illeti. Tudni kell, hogy az utókezelést paradox módon az egészségbiztosítás jobban finanszírozza, mint magát a műtétet. Ez persze annak jó hír, aki majd a feladatot végzi. Hamarosan eldől, ki lesz a szerencsés.

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

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

tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**

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

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

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

A Látlelet egymásutániségát a lapon található sorszámozás tükrözi.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma 2006. február 18-án megrendezésre került **Kapcsolatok Napja** elnevezésű nagyszabású programsorozata méltán nevezhető példaértékűnek a közéletben mostanság igen csak hiányzó irányelveknek, mint: *bizalom, megbízhatóság, együttműködés előtérbe állításával.*

Bizalom, amellyel a DEOEC fordul partnereihez, a vállalkozói szféra legkülönbözőbb képviselőihez mind azon feladatok átadásával – csak néhány példát kiemelve: étkeztetés, mosatás, szállítás, őrző-védő szolgálat, energetikai rendszer működtetése, karbantartás –, melyek vállalkozói formában hatékonyabban láthatók el. *Megebízhatóság*, amelyet e partnerek biztosítanak a DEOEC számára a sikeres, és mindkét fél részére előnyös *együtműködés* érdekében. Ez a kölcsönös bizalmon és megbízhatóságon alapuló együttműködés teszi lehetővé az Egyetem számára, hogy nagyobb energiát fordíthasson alapfeladataira, az oktatási, gyógyítási és kutatási tevékenységére.



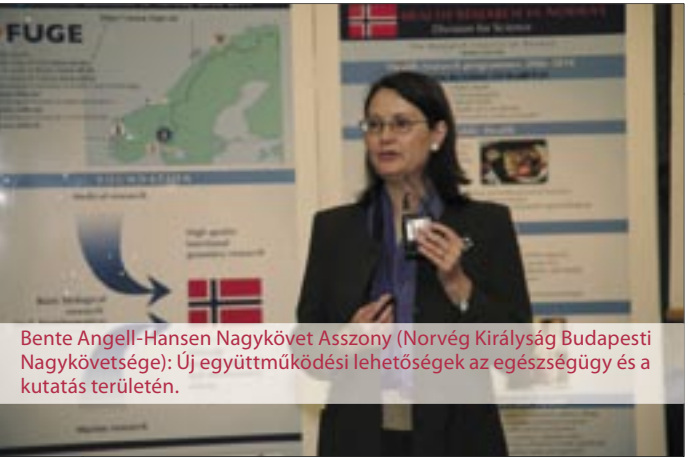
Együtt Európában – partnerkapcsolatok a DEOEC mindennapi életében – Díszvendég: Habsburg György

A nap indító programján, az „Együtt Európában – partnerkapcsolatok a DEOEC mindennapi életében” a centrum vezetői az együttműködő cégek képviselőivel találkoztak, akiket Dr. Fésüs László centrumelnök külön is üdvözölt, majd ismertette az együttműködés eredményeként is értékelhető, az Egyetem életét érintő jelentősebb fejlesztéseket. *Bővült a III. számú Belklinika, új szárnyat kapott a Gyermekklinika, oszteoszintézis gyakorló terem létesült az elmúlt évben. Átadták az Élettudományi Épületet és könyvtárat, megújult a Nőgyógyászati Klinika ambulanciája, új részleggel bővült a Sugárterápiás Tanszék, és a Fogorvostudományi Kar fantomlaborja. Az eredmények között szó esett természetesen az 1,3 milliárdos önrésszel (1,8 milliárd kormányzati, 9 milliárd EU támogatás) megvalósuló Augusztia programról, valamint az e program keretében kialakításra kerülő Északkelet – Magyarországi Egészségobszervatóriumról, mely az Észak-kelet Magyarországi Régió hat megyére kiterjedő együttműködési, egészségügyi projektje.*

A gazdasági fejlődés ismertetése mellett Dr. Fésüs László jogos büszkeséggel számolt be az oktató, gyógyító és kutatói tevékenység eredményeiről is. Az Intézmény 430 oktatója közül MTA tag 7, az MTA doktora 55, és PhD fokozatot elért 185 oktató. A DEOEC-ben összesen 188-an végeztek (orvos, fogorvos, gyógyszerész), közülük szakképzésbe 151-en, PhD képzésbe 35-en léptek be. A végzett orvosok száma 128, szakképzésbe 102-en PhD képzésbe 35-en léptek (visszaáramlás). A magas színvonalú oktatás egyik jellemzője a neves vendégprofesszorok részvétele. Jelentős az itt

tanuló külföldi diákok száma is, akik főként az USA-ból, Izraelből, Iránból és Norvégiából érkeztek. Külön figyelmet érdemel, hogy az egyetem angol programja megkapta New York állam akkreditációját, lehetővé téve ezzel, hogy a hallgatók az ottani oktató kórházakban korlátozás nélkül végezhetik gyakorlatukat. A gyógyító, kutató munka területéről pedig a Magyarországon elsőként a DEOEC kardiológiai klinikáján elvégzett sikeres összejtbeültetést említette meg, mely a szívinfarktusos betegek életkilátásait javíthatja.

Dr. Fésüs László prezentációjában végül kitért a múltban gyökerező, de jövőt építő humán kapcsolatok bemutatására is, megemlítve az *elődökről készített életrajzi sorozat* megjelenését, a múltnak méltó emléket állító *szoborpark* létesítését. Az egyetem oktatói által elnyert díjak, illetve a DEOEC által 2003-ban alapított *Debrecen Díj* ugyancsak a kiváló kapcsolatokra, egymás elismerésére, megbecsülésére utalnak. A DEOEC itt bemutatott hatalmas fejlődése, az elmúlt tíz év során mintegy 6 milliárd forint értékű beruházás egészítette ki a sajátos fejlesztéseket, mint arra Kecskés Gábor gazdasági igazgató is utalt, az Egyetem és együttműködő partnerei jó kapcsolatán alapul. Habsburg György, a rendezvény díszvendége az uniós lehetőségek jobb kihasználására hívta fel a figyelmet. Ezen a területen minden bizonnyal akad még javítani való.



Bente Angell-Hansen Nagykövet Asszony (Norvég Királyság Budapesti Nagykövetsége): Új együttműködési lehetőségek az egészségügy és a kutatás területén.

A kapcsolatépítés jegyében zajló egész napos programsorozat ugyancsak nagy érdeklődést kiváltó eseménye volt a Norvég Királyság Budapesti Nagykövetségéről érkező Bente Angell-Hansen nagykövetség, az EGT és a Norvég finanszírozási mechanizmust bemutató előadása Norvégiára, mint azt a nagykövetség elmondta, bár nem tagja az EU-nak, de szorosan kapcsolódik az unióhoz, és e két támogatási rendszer által is szeretne hozzájárulni az európai stabilitáshoz, demokráciához, valamint a gazdasági és társadalmi különbségek csökkentéséhez. A 2004. május 1-jén hatályba lépett EU – EGT szerződés értelmében a nem EU-tag Norvégia (valamint Liechtenstein és Izland) díjat fizet a belső piaci részvételért. Ez a hozzájárulás képezi az EGT (Európai Gazdasági Térség) Finanszírozási Mechanizmus elnevezésű támogatási forma alapját, melynek 600 millió euró összegéből 60 780 000 eurós támogatás ítelhető meg

Magyarország részére. E mellett hozta létre Norvégia kétoldalú szerződésekkel, a tíz újonnan csatlakozott ország részére a Norvég Finanszírozási Mechanizmust (Norvég Alap), melyből Magyarország részesedése 74 277 000 euró. A támogatásokra, mint azt Bente Angell-Hansen nagykövetség asszonytól megtudtuk, pályázhat minden Magyarországon alapított és bejegyzett állami és magán szervezet, nem kormányzati szervezet, de a pályázati alapokból magánszemélyek is pályázhatnak ösztöndíjakra, mobilitási programokra, kutatásra, fejlesztésre. A kiemelt ágazatok közt megjelölt egészségügy maga is az együttműködés egyik célterülete. A norvég egészségügyi hatóságok és intézmények a következő együttműködési területeket szeretnék a lehetséges magyar partnerek figyelmébe ajánlani: fertőző betegségek, életvitellel összefüggő betegségek, élelem, élelem-biztonság és ivóvíz, táplálkozás. A pályázatok befogadása 2008-ig, folyamatosan történik, a beérkezett pályázati anyagok értékelésére évente két periódusban (március 31. és szeptember 30.) kerül sor. További fontos információk találhatóak a www.eeagrants.hu weboldalon.

A két kiemelt rendezvényen kívül a Kapcsolat Napja a DEOEC-ben számos egyéb rangos eseménynek is helyt adott. *Regionális továbbképző konferencia* volt a háziorvosok és házi gyermekorvosok részére. Bemutatták az *Idegsebészeti Klinika Neuroonkológiai egységét*, valamint a Jósza András Kórház Idegsebészeti Osztályának együttműködésével létrejött Gerincsebészeti Centrumot. Sor került Észak-kelet Magyarország gyermekgyógyász főorvosainak találkozójára, regionális szülész – nőgyógyász főorvosi értekezletre, az oktató kórházak vezetőinek fórumára. Érdeklődők betekintést nyertek a *Biomechanikai laboratóriumba*, megismerve a háromdimenziós printer és biomechanikai anyagvizsgáló gép alkalmazását a gyógyításban és az alaputatásban.



Ökumenikus Istentisztelet a Gyermekklinika Kápolnájában – ima a beteg gyerekekért –

A DEOEC életét, tevékenységét – korán sem teljes egészében – felvillantó programsorozat legnyugodtabb, testet és lelket megpihentető eseménye volt a *Gyermekklinika Kápolnájában* megtartott ökumenikus istentisztelet, melynek során a nap díszvendége, Habsburg György, aki egyben a Vöröskereszt elnöke, a szervezet városi és megyei vezetőivel is találkozott.

» Pigniczki Ágnes, Debrecen «

► az 1. oldal folytatása

Méltó emlék a múltnak, hagyomány a jövőnek

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma Európa egyik legszebb campusán a technika robbanásszerű fejlődésével lépést tartva szolgálja a betegellátást, az orvos és egészségügyi szakember képzést és továbbképzést. 2000 klinikai ágyon **százötvenezer beteg** kapja meg a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást, szakrendeléseinken **másfél millió ember gyógyulását** segítik évente. Az intézmény kutató tevékenysége a magyar népességet leginkább sújtó betegségek megismerését, gyógyítását célozza. A Molekuláris Medicina Kutatóközpont elnyerte az **Európai Unió Kiválósági Központja** címet, A Klinikai Genomika Központ a hazai humángenom kutatások vezető intézménye. A magas színvonalú, sokrétű tevékenységben kiemelkedően fontos szerepe van **partnerkapcsolatoknak, az együttműködéseknek.**

A megnyert pályázatok biztos hátteret adnak a további fejlesztésekhez. **12 milliárd forintos beruházással** megkezdődött két régió *népegészségügyi ellátását* biztosító, Magyarországon modell értékű program végrehajtása az Európai Unió támogatásával. Szintén pályázati támogatással épül a régió egészségügyi intézményei számára állandó kapcsolatot biztosító **informatikai rendszer. A Genomnanotech Tudásközpontban** összefogtak a gazdasági szféra szereplőivel megteremtve a piaci igényeket is kiszolgáló kutatást, lehetővé téve az eredmények gyors társadalmi hasznosulását.

Az állandó megújulás **a múlt emlékeinek megismerésére és méltó megőrzésére** is kötelez. Vezető **professzoraik életrajzát** feldolgozó sorozatnak már huszonegy kötete jelent meg. Különböző **díjak** adományozásával is őrzik nagyjaik emlékét. Elkezdték az orvos és egészségtudományok debreceni köztudásu nagy személyiségei a **szoborparkjának** kialakítását. Elsőként Tankó Béla biokémikus professzor szobra kapta meg méltó helyét a parkban.

A Centrum és jogelődjei 1934 óta dédelgetett terve egy **orvostörténeti múzeum** megalapítása. Ez a lehetőség most felcsillant. A Kenézy villában – Kenézy Gyula professzor egykori lakóhelyén – elhelyezett könyvr új épületbe költözik, és az 1936-ban átadott műemlék épület méltó helyet adhat a 87 év alatt összegyűlt történeti emlékeknek, hagyatékoknak. **Állandó és időszakos kiállítások helyszínéül** szolgálhat. Bemutatni szándékoznak többek között Ferencz József egyetemalapító oklevelét, a hazai, az erdélyi és nemzetközi orvostörténet értékes dokumentumait, tárgyi emlékeit.

Méltó emlék a múltnak és hagyomány a jövőnek: e gondolat jegyében született meg a 2006. február 18-án megrendezésre kerülő **Kapcsolat Napja**, és az azt követő hagyományteremtő szándékkal életre hívott **DEOEC Bál**. Ezen rendezvény alkalmat adott arra, hogy a különböző területek közelségét elősegítsék. Partnereiknek bemutaták a DEOEC értékeit, küldetését, jövőképét, mindennapi tevékenységét. Szeretnék megismerni a vendégek által képviselt értékeket, kitűzött célokat. Reményeik szerint a **Kapcsolat Napja** hozzájárul a kölcsönös előnyökön alapuló együttműködés lehetőségeinek feltárásához, ami kitüntetett szereppel bíró **együtműködési közösség** alapját teremtheti meg.

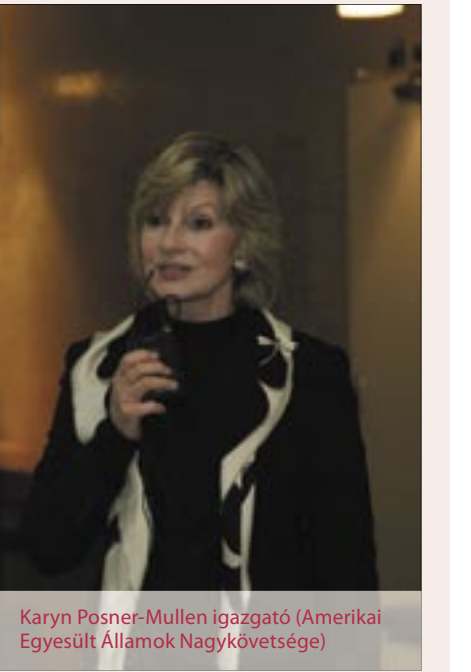
Fésüs László akadémikus, centrumelnök körlevele alapján



Ökumenikus Istentisztelet a Gyermekklinika Kápolnájában – ima a beteg gyerekekért –



Készülődés a vacsorához: Fésüs László centrumelnök, David Admon Izrael Nagykövete és Joseph Priel az Euromedic Diagnostics Szeged Kft. elnök-vezérigazgatója között.



Karyn Posner-Mullen igazgató (Amerikai Egyesült Államok Nagykövetsége)