



XLIV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2000. 2. szám

A magyar egészségügyről és annak reformjáról

Azon gondolkozom már hosszú évek óta, hogy miért én írom meg az igazságot arról, miért is jutott oda a magyar egészségügy, ahol ma van (tehát a bányabéka bizonyos testrésze alá...) és ezen belül is, miért jutott oda a magyar orvosok társadalmi megítélése még az előbbinél is alább? Harminc éve vagyok magam is az egészségügy közkatona, megjárta az egészségügy legkülönbözőbb területeit, voltam körzeti orvos, klinikai és kórházi beosztott orvos megyei és városi kórházban és

vagyok jelenleg szakrendelő-intézeti (privatizált, Kft.) és szakorvos (ami anyagi helyzetemen egyáltalán nem javított, sőt!). Úgy gondolom, hogy az egészségügyben eltöltött harmincegynéhány év elegendő rálátást enged meg a problémákra. Azt is tudom - sejttem legalábbis, - hogy ez a kis írás sokak haragját vonja majd fejemre, sokan fognak majd huhogni-sziszegni rám, de a pálya vége felé már nem fél annyira az ember a retorzióktól: különben is már annyi retorzió ért életemben, hogy

igencsak megedződtem, és végtére is egy szabad és demokratikus államban élünk, ha igaz! Ahol nemcsak a szó-lás, de a szólás utáni szabadság is törvény által biztosított. Én - sok kollégával együtt - évek, sőt most már évtizedek óta hiszem és vallom, hogy a magyar egészségügy problémái nem ma és nem tegnap keletkeztek, mégcsak nem is a kommunizmus évtizedei alatt, hanem sokkal régebben.

(folytatás a..... oldalon)

Dementia - Alzheimer kór - TERÁPIA

Azokban az országokban, ahol az átlagos életkor emelkedik, különösen nagy problémát jelent a dementia, melynek előfordulása az életkorral arányos mértékben nő. Bár hazánkban nem dicsekedhetünk magas átlagos életkorral, mégis a dementia okozta egészségügyi, társadalmi, szociális problémák száma növekedik, az ápolási költségek egyre emelkednek. A leggyakoribb dementiát okozó Alzheimer betegség az Egyesült Államokban legalább 4 millió embert érint és bár hazánkban nem készült pontos felmérés, de az előfordulási gyakoriság arányaiban hasonló.

A dementia, mely a memória károsodását jelenti, olyan szindróma, melynek hátterében különböző okok állhatnak és amely a közhiedelemmel ellentétben reversibilis is lehet. Éppen a re-versibilitás miatt igen fontos a korai diagnózis. Célszerű a belgyógyászati, valamint a rutin laboratóriumi vizsgálatok elvégzése. Fontos a treponema, borelia diagnosztika, a pajzsmirigy funkció vizsgálata. Ki kell zárni a depressziós eredetű pseudodementiát, a normál nyomású hydrocephalust, a súlyos B vitamin hiányállapotokat, anémia perniciósát, a hypothyreosist, intoxicatiokat, gyógyszer mellékhatásokat, drog-függőséget és még számos megbetegedést. A valódi dementiák 50 százalék körüli oka a primer degeneratív körképek közé sorolható. Leggyakoribb formája az Alzheimer betegség. Ide tartozik még a Lewy test dementia, (visuális hallucinációk, rigor jellemzi) valamint a frontális lebeny dementia. A vascularis dementiák, melyek cerebrovascularis katasztrófák, stroke után lépnek fel, a tünetes csoport körülbelül 15 százalékát adják. Ezeket multiinfarct dementiáknak (MID) is nevezzük. Az egyéb dementiák közé soroljuk részben a parkinsonos betegek fellépő formákat, részben az Alzheimer kór és a vascularis eredetű dementiák együttes előfordulását, valamint a pseudodementiákat. Ezek a dementiák körülbelül 35 százalékát teszik ki.

A különböző dementiaformák leírásával már a múlt század végének orvosi irodalmában is találkozhatunk. 1894-ben Otto Binswanger ismer-

tette az arterioscleroticus eredetű agyi degenerációt, meghatározta az encephalopathia subcorticalist, melyet elhatárolt a paralysis progressivától. Ezt követően 1898-ban jegyezte fel Alois Alzheimer a dementia senilist, melyet vascularis eredetű dementia formának írt le és egyértelműen behatárolt, külön megbetegedésként határozott meg. Ugyancsak Alzheimer publikálta 1906-ban egy 51 éves nőbeteg esetét, akinél az agykéregben számos beágyazódott göcot észlelt, mely egy speciális anyagot tartalmazott. A kortikális ganglionsejtekben összecsomósodott és nyálábokba rendeződött neurofibrillumokat észlelt. Későbbi munkáiban mutatta ki, hogy összefüggés van a plakkok, illetve a neurofibrillumok megjelenése és az idegsejt pusztulása között. Kutatási eredményeit a későbbi vizsgálatok megerősítették. Igazolódott, hogy a folyamat során szignifikánsan csökken a kortikális szinapszisok sűrűsége és a pyramissejtek dendrit elágazásainak száma. A dementia megjelenésének kockázata nő az életkor emelkedésével, kockázatot jelent a női nem, az alacsony iskolázottság, az anamnesisben szereplő fejsérülés, a családi előfordulás, illetve bizonyos kromoszóma rendellenességek. A kognitív tünetek jellemzői: új információk megjegyzése zavart okoz, korábbi emlékek is elvesznek, absztrakciós képesség csökken, ap-hasia, apraxia, agnosia gyakori. Nem kognitív változások: személyiségváltozás, depresszió, szorongás lép fel, tájékozatlanság miatt elköborol. Önálló életvitel egyre nehezebb.

(folytatás a 3. oldalon)

Ön dönt,

hogy személyi jövedelemadójának **1** százaléka-val segíti-e lapunk megjelenését.

PARASZOLVENCIAMENTES GYÓGYÍTÁSÉRT
KÖZHASZNÚ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPÍTVÁNY

Adószám: 18041332-1-01

Támogatását köszönjük!

Erektilis diszfunkció

A Pfizer Kft. 2000 Január-jában Lillafüreden hetven orvos részvételével megrendezett konferenciájának témája az erektilis diszfunkció volt. A Pfizer megbízásából a MDM által 1999. augusztusában végzett felmérés ismertetése, előadások, vita mellett egy beteg is vállalkozott arra, hogy interjút adjon a Lát-leletnek.

Vállalom a teljes nevem - kezdi Mozsár János, markáns arcú, határozott fellépésű férfi. - Megfigyeltem, hogy magunk között, ha ez a kényes téma egyáltalán szóba kerül, tíz em-

berből kettő lesüti a szemét, öt-en csak nevetgélnek, mind-össze kettő akad, aki elismeri, hogy merevedési problémája van. Pedig akinek panaszai vannak, felkeresi a megfelelő szakorvost, nincs ebben semmi szégyellni való - szögezi le. - 52 éves vagyok. 27 évig fokozott stresszben éltem, a honvédségnél dolgoztam felelős beosztásban. Régóta cukorbeteg vagyok, tablettát szedek rá,

ezen kívül hipertóniám van, ez nálunk családi vonás. 22 évig erősen dohányoztam, de már 12 éve leszoktam róla. Alkoholt csak alkalmanként fogyasztok. Szeretek enni, túlsúlyos vagyok, de nem tunyultam el, jó a fizikai állóképességem! A magas vérnyomásomra szedett gyógyszereim, no meg a stressz és az említett betegségeim potenciazavarokat okoztak. Ezért urológushoz fordultam. Azt tapasztaltam, hogy nem igazán vették komolyan az orvosok a panaszaimat, mondták is: „Mit akar uram, ön elmúlt 50!”

(folytatás a 10. oldalon)

QUO VADIS GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS II.

„Van egy kormányprogram, mely azt mondja, hogy az egészség érték, hogy ezért tenni kell és hogy a védőnői szolgálat erősítendő. Az egészségfejlesztési stratégia társadalmi vitára kész. A kormány elé vitt anyaghoz nem csatolták a felvetett kételyeket. Hogy mi a célunk, azt általában ismételtgetjük. Az alcélok között azonban ott van a szereplők megerősítésének gondolata is. A célokhoz pedig feladatok vannak rendelve. Sajnos az 1996-os kormányrendelet nem tartalmazza a szakma javaslatait. Olyan feladatokat szó a nyakunkba, melyeknek megfelelni képtelenség. Ha a feladatokat áttekintjük, olyanok

vannak köztük, mint például az egészségfejlesztési diagnózis. Mi ez? Angol fogalmak minden áron történő lefordíthatósága. Miről vagyunk mi híresek? A védőnői szolgálatunkról! Az anya és csecsemő védelmünkéről! Nem a szociális gondozásról. Nem tartom elképzelhetetlennek, hogy a védőnők is vállalkozói státusban dolgozzanak az orvossal együtt.”- csillogtatta meg elemzőkézségét dr. Molnár Ilona tisztifőorvos a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének szak-mapolitikai konferenciáján.

(folytatás a 8-as oldalon)

Úgy vélem, hogy a „Hitek-Tévhit-ek” mottójú kerekasztal-megbeszélés alkalmas lehet az egészségügyi alapellátásban és az oktatásban bekövetkezett változások és elért eredmények megvitatására és a továbblépést eredményező következtetések levonására.

Hozzászólásom 3 témát érint. Ezek: az alapellátásban elindított reformfolyamatok állása, az egyetemi családorvostani intézetek helyzete, valamint az egyes szakképzési és továbbképzési programok hatékonysága, eredményei.

A., Reform folyamatok az egészségügyi alapellátásban

Az egészségügyi alapellátásban az 1990-es évek elején elindított reform néhány fontosabb eleme: a szabad orvosválasztás bevezetése, változtatás a finanszírozásban, változtatás az ösztönző mechanizmusokban, a minőségbiztosítás eszközrendszerének alkalmazása, a korábban gyakorlatilag hiányzó prevenció és rehabilitáció hatékony alkalmazása, a nem-kórházi ellátórendszer (például az otthon ápolás és a családorvoslás) megeremtése.

Hitek-Tévhit-ek: Az első években hittük és reméltük, hogy 2-3 év elegendő ezen változtatások megvalósításához, hiszen azok minden érintett számára nyilvánvaló előnyökkel járnak. Tévedtünk. Nem vitatható, hogy a reform bizonyos elemei megvalósultak, másokban előrehaladás történt, de összességében még igen sok tennivaló maradt.

B., A családorvostani intézetek helyzete

A reform elképzelések minden részlete jelentőséggel bír az oktatásra: az orvosképzésre, továbbképzésre, ápoló- és egyéb egészségügyi szakember képzésre. Ezért a reform stratégiai programjában elsődleges helyet kapott a családorvoslás mint új diszciplína kifejlesztése, amelynek egyik feltétele volt az új egyetemi tanszékek, intézetek létrehozása.

Az USA-ban körülbelül 30 éve született meg a családorvoslás koncepciója, azóta ott ennek jelentősége minden vonatkozásban utólagos a legfontosabb klinikai alapszakmákét. 1990 előtt mintegy 50 országban elfogadták már a családorvoslást mint az oktatás és gyógyítás új diszciplínáját. A hazánkban beindult reform is magával hozta és kikényszerítette a családorvoslás graduális és posztgraduális oktatásának megszervezését, amelynek központjában az egyetemi intézetek kerültek. Az újonnan létrehozott egyetemi családorvosi csoportok vagy központok, majd tanszékek és intézetek azonnal szembekerültek feladataikkal. Egyetemi intézetekről révén szó feladataik három területet érintenek. Ezek az oktatás, a kutatás és a gyógyítás. Az „oktatás” jelentős volumenű feladatáról a c. pontnál részletesen szó lesz. A kutatásban fontos célnak tartjuk az alapellátással kapcsolatos kutatómunka serkentését, koordinálását és intézetben belüli végzését. A POTE-n tervezzük, hogy - együttműködve mikrobiológiai, humán közegészségügyi és más intézetekkel - PhD témát dolgozzunk ki a fiatal, ambiciózus kollégáink részére. Ez lehet ugyanis egyik alapja a szakmán belüli egyetemi utánpótlás nevelésnek. A gyógyítómunkában törekvésünk, hogy az intézethez kapcsolatosan az egyetem falain belüli betegellátás történjen. Egyik elképzelésünk egy Egyetemi Alapellátási Centrum kialakítása, ahol területi ellátási kötelezettség nélküli októro orvosok és senior rezidensek dolgoznak oktatásra és vizsgáztatásra is alkalmas mintapraxis körülményei között. Másik lehetőség a szakellátás „kapuját” jelentő betegfelvételi osztály és egy ehhez kapcsolódó általános belgyógyászati fekvőbeteg részleg munkájának integrálása. Ez az a szakterület, ahol a családorvosi program központi gyakoronokai talán legtöbbet tanulhatnak, és az alapellátás szakorvosai saját beszállított betegek ellátásban való közreműködés révén továbbképezhetik magukat.

Terveinkkel és feladatainkkal szemben állnak a családorvosi intézetek igen szerény körülményei mind a személyzet létszámát, mind az építészeti elhelyezést tekintve. Ez elsősorban a három vidéki egyetemre jellemző.

Hitek-Tévhit-ek: Évekkel ezelőtt többen hittük, hogy egyszeri nagyobb összegű támogatással - a SOTE-hoz hasonlóan - a vidéki egyetemeken

Egészségügyi Alapellátás Magyarországon: Hitek-Tévhit-ek

is elősegítik az új intézetek létrehozását (költéségetési pénz, PHARE). Ez a hitünk és reményünk még megmaradt. Tudomásul kell vennünk ugyanis, hogy a vidéki egyetemek önmagukban képtelenek korszerű körülményeket biztosítani az új intézetek részére. Várjuk tehát az egészségügyi kormányzat támogatását.

C., Oktatási programok

A családorvostani tanszékek oktatási tevékenysége három szinten valósul meg.

a., Egyetemi-főiskolai „undergraduális” oktatás (családorvostan, közösségi orvoslás tantárgyak),

b., Felsőfokú szakirányú képzés (rezidensi rendszer, szintrehozó szakképzés, átképzés egyéb szakmákból),

c., Folyamatos szakorvosi továbbképzés (CME).

1. A családorvostan című tantárgy oktatása

A családorvostan undergraduális oktatásának célja: a szakma lényegi elemeinek megismeretése, számos klinikai készség megtanítása és az egyetemi hallgatók orientálása az alapellátás irányába. A tantárgynak tehát tartalmaznia kell a betegellátáshoz kapcsolódó fontosabb képességek és készségek begyakorlását és elsajátítását is. Az oktató-praxisok bevonása révén ez az a szakma, amely leginkább meg tudja tanítani az orvostanhallgatóknak az általános betegvizsgálat egyes elemeit, a kislabor vizsgálatokat, stb. Az oktatási forma az egyetemeken többségénél kialakulóban van. A POTE-n 2000. év őszén lesz kötelező féléves tantárgy a III. éven, amelyet két hetes praxisgyakorlat egészít ki. Módszereiben: a tradicionális módszerek (nagy tantermi előadások és orvosköz-pontú gyakorlatok) helyett bevezetjük az „aktív tanulást”, probléma- és betegközpontú kiscsoportos gyakorlatokat és szemináriumokat. Cé-lunk, hogy az oktatás tartalmas, eredményes és a hallgatók részére vonzó legyen.

Hitek-Tévhit-ek: Hittük (és még mindig hisz-szük), hogy elképzeléseinket meg tudjuk valósítani. Tévedtünk abban, hogy a szakma egyetemi tantárgyá válása gyorsan bekövetkezhet. A zsúfolt egyetemi oktatási programban új egye-temi tantárgyként belépni ugyanis nehéz, mivel a más diszciplínák részéről a korábban megszerzett előnyökről (például órakeret) való lemondás nem könnyű feladat.

2. Szintrehozó szakképzési rendszer

A program 1993-98 között gyakorlatilag befejeződött. Igen nagy terhet jelentett egyrészt az érintett kollégáknak, másrészt az egyetemeknek. Hittük-reméltük, hogy a teljesíthetőség há-tárideje nem lesz meghosszabítva, azaz rendeltet módosítás nem történik - újabb mentességet adva kivárá kollégáknak. Ez a hitünk nem bizonyult tévesnek. Ellenben azok a kollégák, akik abban reménykedtek, hogy előbb-utóbb új rendelet formájában megszűnik ez a „rémá-lom”, tévhitben éltek. Elmondhatjuk, hogy a kollégák többségének hozzáállása megértő és pozitív volt. Közülük sokan nem hitték, hogy kisiskolásként az iskolapadban helyt tudnak még állni, és a szakvizsgát le tudják tenni. A legtöbbjük tévedett, s hitében és önbizalmában megerősödött emberként boldogan vették át egyetemünk rektorától a szakvizsga bizo-nyítványt. Úgy vélem azonban, hogy valameny-nyen tévedtünk, amikor azt hittük, hogy a szint-rehozó szakképzés során megszerzett tudást és készséget mindenki és azonnal alkalmazza munkájában. Tévedésünk alapja a hatékonyabb finanszírozási módszerek és az ösztönző refor-mok (például privatizáció) elmaradása. Reméljük, hogy a szakképzés során megszer-zett magasabb szintű tudást a már beindult fo-lyamatos szakorvosi továbbképző program se-gítségével szinten lehet tartani és meg lehet újí-tani.

3. Családorvos rezidensi program

Mind a szakma mind az egyetemi intézetek büszkéi lehetnek arra, amit ezen a területen elértek. Kimunkálásra került a szakma kompe-tencia listája, amely a képzés és számonkérés követelményrendszerre lett. Az egyetemek-

oktatókórházak kidolgozták a kurrikulumokat, az érintett a szakterület oktatandó tananyagát. Több helyen - így Pécsen is - elkészült az írott vagy multimédia tananyag. Már évekkel ezelőtt elvégeztük az oktatóhelyek (kórházak, praxi-sok) akkreditációját. Elindítottuk az oktatók képzését-továbbképzését („Teaching the teach-ers”), és túl vagyunk már a negyedik POTE mentor kurzuson. Bevezettük a képesítővizs-gát, amely követelményeiben és tartalmában akár szakvizsgával is felér. Szóval az egyetemi családorvosi tanszékek a rezidensi oktatás kia-lakításával magas szintre jutottak. Cé-lunk, hogy eredményeinket és vívmányainkat me-g-erősítsük és érvényesítsük.

Hitek-Tévhit-ek: Hittük és még mindig hisz-szük, hogy a rezidensi program révén a szakmánkat igen jól felkészített, ambiciózus kollégákkal lát-juk el. Tévedtünk abban, hogy e fiatal kollégák-nak majd könnyű lesz az elhelyezkedés. Problé-ma a kevés üres állás, a licenc vizsga értel-mezése körüli gondok, a végzett rezidensek al-kalmazását elősegítő ösztönző mechanizmusok hiánya. Továbbgondolkodásra és sürgős válto-zatásokra van szükség.

4. Rövidített rezidensi program ("physician recycling")

A kórházi szakorvosok körülbelül 1 év alatti átképzését jelenti a mi szakmánkra. Ered-ménye: a képesítő (licence) vizsgabizonyítvány megszerzése. A program a „kórházi ágyle-pítések” témájú reformelképzelések egyik kie-gészítő elemeként került előtérbe, főleg Bu-dapesten. Úgy vélem, nem volt mindenkor he-lyes könnyen teljesíthető, rövid időtartamú gyakorlatok, tanfolyamok segítségével előse-

gíteni más szakmák szakorvosainak az alapel-látási rendszerbe kerülését. Eredménye az lett, hogy a valódi rezidensi program végzett hall-gatói háttérbe kerülnek a pályázatoknál. Fel-mértük, hogy a POTE-n végzett rezidensek kö-rülbelül 60 százaléka helyezkedik el tanult szak-májában. Elképzelhető, hogy másutt (például Budapesten) még ennél is rosszabb a helyzet. Kíváncos lenne ezen szakképzési program mi-előbbi módosítása a szakma hosszabbtávú ér-dekeinek figyelembevételével.

5. Folyamatos szakorvos továbbképzés

Célja a szakképzés során megszerzett ismeretek szintentartása és új ismeretek elsajátítása, az úgynevezett klinikai kompetenciák (tudás, készségek, attitűdök) állandó fejlesztése. Mód-szere: tanfolyamok, távoktatási programok, kerekasztal megbeszélések, gyakorlatok. Pé-csett kíváncsnak tartjuk, ha kisebb orvoskö-zösségek is egyre nagyobb számban szer-veznek és akkreditálnak kreditpontos(órás) kurzusokat. Az egyetemi családorvostani inté-zetek az előadások tartásával, a programok elő-minősítésével, ellenőrzésével, igazolások kia-dásával közreműködhetnek értékes és hasznos továbbképző programok lebonyolításában. Várunk a végleges rendeleti szabályozásra.

Levelezési cím:

Prof. dr. Nagy Lajos egyetemi tanár
POTE, Családorvostani Intézet és
Betegfelvételi Osztály
7643 Pécs, Ifjúság útja 13.
Tel./Fax: 72-310-094
E-mail: nagyl@clinics.pote.hu

Ön dönt!

Mint bizonyára Ön előtt is ismeretes, az 1996. évi CXXVI. törvény - mely a „személyi jövedelemadó meghatározott részének az adózó rendelkezése szerinti közcélú felhasználásról” szól - lehetővé teszi, hogy többek között egészségügyi alapítvány is kedvezményezett legyen. (Magyar Közlöny 1996. december 26. 120. szám)

Amennyiben Ön úgy dönt, hogy személyi jövedelemadójának 1 százalékát a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítvány támogatására fordítja, felajánlását előre is köszönjük.

Ennek érdekében kérjük, hogy az 1999. évi személyi jövedelemadója bevallásakor az adócsomagjában postai borítékba zárva helyezze el a rendelkező nyilatkozatot: nevét, lakcímét és személyi számát, a kedvezményezett megnevezését és adószámát

Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítvány Adószám: 18041332-1-01

(Aki nem önadózó, a munkáltatójának adja át borítékban a rendelkező nyilatkozatot, személyi adatait és a kedvezményezett megnevezését!)

Tájékoztatásul szeretnénk közölni, hogy a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Alapítvány 1993 óta működik. Szakmai utak finanszírozását, szaklapok ingyenes eljuttatását (Kórházinfo), támogatását, munkanélkülivé váló egészségügyi dolgozók átképzését segíti. Támogatását előre is megköszöni a PMGY Alapítvány kuratóriuma!

Ezúton köszönjük azoknak, akik 1999. évi személyi jövedelemadójuk 1 százalékával segítették lapunk megjelenését. A PMGY Alapítvány támogatása teszi lehetővé, hogy bizonyos kórházakban ingyen olvashatják a lapot.

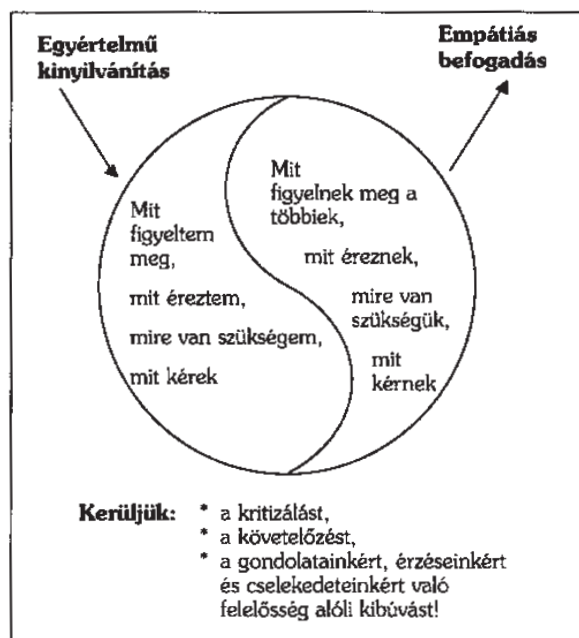
A betegellátók erőszakmentes (empátiás) kommunikációja

Az Erőszakmentes (empátiás) Kommunikáció (EMK) (8) célja az információ áramlás megkönnyítése. Az egészségügyi ellátónak szükségük van erre ahhoz, hogy hatékonyan tudják kezelni a betegeket és, hogy érezteni tudják, törődnek velük. Az erőszakmentes kommunikáció segíti az egészségügyben dolgozókat abban is, hogy jól együttműködjenek és feloldják a felmerülő ellentéteket. Az erőszakmentes kommunikáció megtanulása segít bennünket abban is, hogy megállapítsuk, mikor van szüksége valakinek az empátia kinyilvánítására, és mi az, ami akadályoz bennünket abban, hogy megfelelőképpen reagáljunk az adott pillanatban a beteg szükségleteire (saját érzelmeink, diagnosztikai vagy kezelési előítéleteink, stb.).

Cikkünk általánosan ismerteti a képzést, és konkrét példákat ad az erőszakmentes kommunikáció alkalmazására az egészségügyön belül, hiszen az erőszakmentes kommunikációt már több országban alkalmazzák.

A folyamat általános leírása (1.ábra)

Az erőszakmentes kommunikáció magában foglalja az alább felsoroltak kifejezésének módját:



1. ábra: az empátiás (erőszakmentes) kommunikáció folyamata. Az ábra mutatja az erőszakmentes kommunikáció két részét: – becsületesség (kifejezzük, hogy vagyunk) és empátia (meghallgatjuk, hogy van a másik) – és a folyamat négy alapvető összetevője: megfigyelések, érzések, szükségletek és kérések.

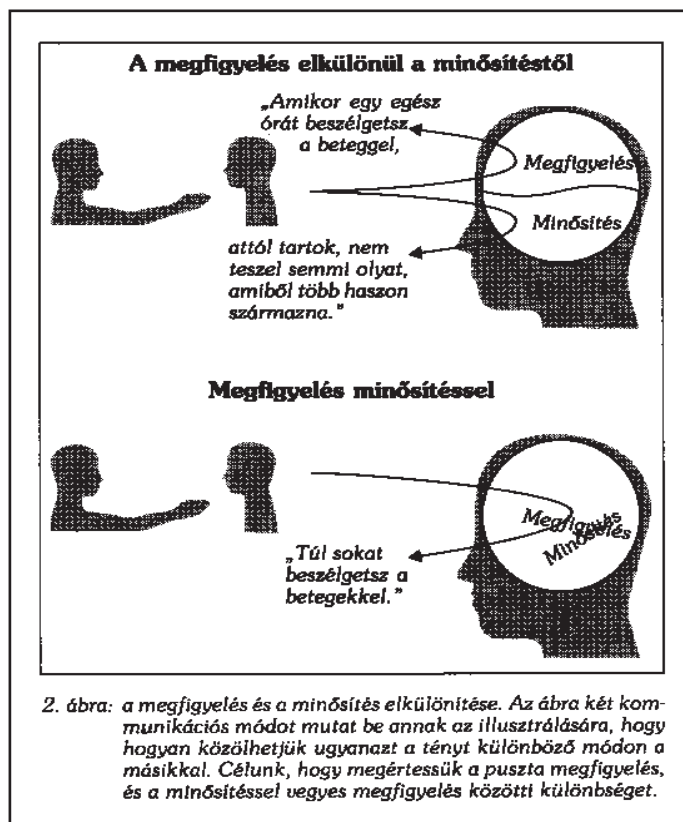
- értékelés nélküli pontos megfigyelések,
- az egyén saját érzelmi és szükségletei, mások kritizálása nélkül,
- világos elvárások, melyeket tiszteletteljes, nem erőszakos módon nyilvánítottunk ki.

A folyamat lényeges eleme a megfigyelés és az értékelés elkülönítése (2.ábra). Mindennapi életből vett gyakorlatok segítenek bennünket abban, hogy rájövünk, ha érzelmeinknek, értékteleinknek és a kritikának teret engedünk, ez védekezést vált ki a többiekben, ami csökkenti annak az esélyét, hogy teljesüljön az, amit szeretnénk. Az is szükséges, hogy megértően fogadjuk a következő információkat, függetlenül attól, hogy mások miként kommunikálnak:

- milyen észrevételei vannak a többieknek,
- mit érznek mások, mi az, amire szükségük van,
- mit várnak el a többiek.

Az erőszakmentes (empátiás) kommunikáció meghatározza azt is, milyen beszédhasználat, milyen kommunikáció az, ami akadályozza a hatékony együttműködést, az ellentétek sikeres feloldását. Ezt a fajta kommunikációt „elidegenedett kommu-

nikáció”-nak szokták nevezni. Az elidegenedett kommunikációra az jellemző, hogy a gondolataink elkülönülnek az érzelmeinktől, és az erőszakmentes kommunikáció az, ami segít integrálni a mentális és az emocionális folyamatot (3.ábra).



2. ábra: a megfigyelés és a minősítés elkülönítése. Az ábra két kommunikációs módot mutat be annak az illusztrálására, hogy hogyan közölhetjük ugyanazt a tényt különböző módon a másikkal. Célunk, hogy megértessük a puszta megfigyelés, és a minősítéssel vegyes megfigyelés közötti különbséget.

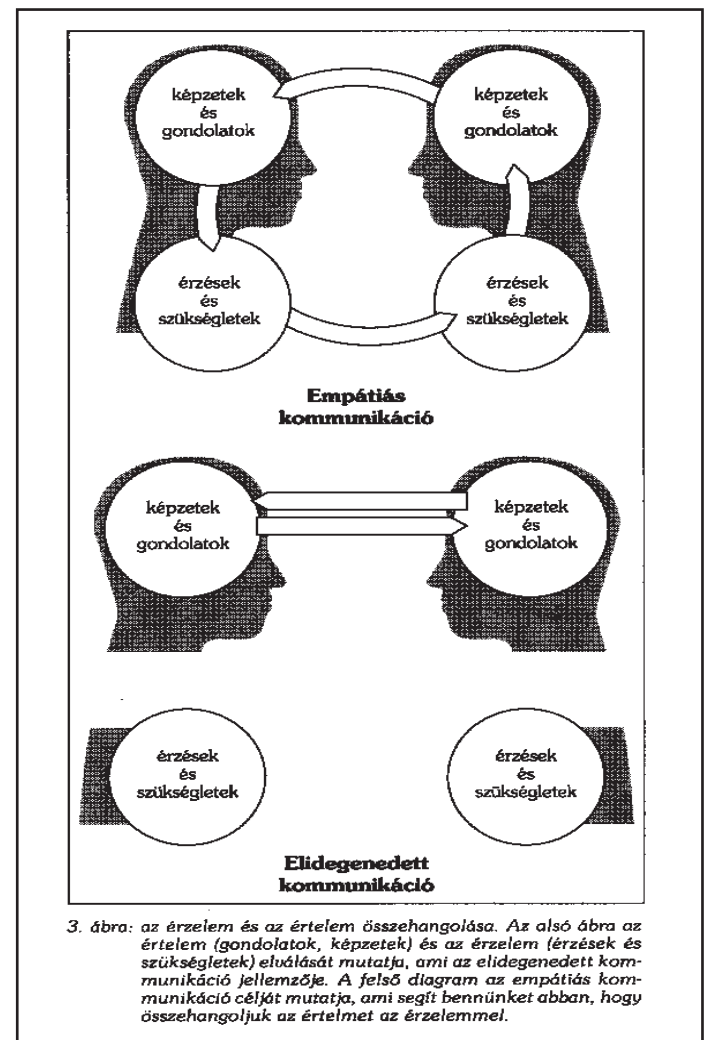
Az erőszakmentes kommunikáció lehetővé teszi, hogy felismerjük: a megítélés minden formája, akár önmagunkat, akár másokat ítélünk meg, valamint a harag és a depresszió érzése nem egyéb, mint tragikus kifejezésre jutása nem teljesült szükségleteinknek.

Mindemellett az elidegenedett kommunikáció körébe tartoznak a következők is:

1. Kritizálás. A hibák, illetve valami helytelen dolog kritizálása. Például: „Dr. Smith-nek az a baja, hogy túl gyors a diagnosztizálásban.” Ez a fajta kritizálás egy bizonyos elvárást feltételez, az ember legyen ilyen, vagy olyan. Sokan képtelenek arra, hogy kritizálás nélkül értékeljék a többiek teljesítményeit. Például, ha a többiek úgy viselkednek, hogy az sérti értékteleinket, ezt úgy juttatják kifejezésre, hogy kijelentik, mi a baj a másikkal. Előfordul, hogy ezt morálizálólag teszik, olyan jelzőket használva, mint „lusta”, vagy „rossz”. Esetleg tudományos zsargont használnak, a másik „beteg”, vagy „neurotikus”. Az erőszakmentes kommunikáció egyik alaptétele, hogy az ilyen fajta minősítés tragikus módon tükrözi az egyén saját értékeit és standardjait.
2. A tetteinkért való felelősség el nem ismerése. - Az elidegenedett kommunikáció másik fontos jellemzője, hogy nem vállal felelősséget a gondolatokért, érzéseikért és cselekedetükért. Erre példa az a szóhasználat, hogy „kell” például abban a mondatban, hogy „Vannak dolgok, amelyeket meg kell tenned, akár tetszik, akár nem”.

- Nem vállaljuk a cselekedeteinkért a felelősséget akkor, ha
- a cselekedeteinket másoknak tulajdonítjuk (Kifogásoltam, hogy készt a nővér.)
 - obskúrus, személytelen erőkre hivatkozunk (Elhalasztottam a megbeszélést, mert ezt kellett tennem.)
 - pszichológiai problémáinkra, diagnózisunkra, vagy múltunkra hivatkozunk (Néha kiabálok a titkárságon, mert rosszkedvem van.)
 - azt állítjuk, feletteseink parancsait követjük (Hazudtam a betegnek, mert a főnököm így kívánta.)
 - vagy a csoport nyomásának engedünk (Elkezdtem adni a gyógyszert, mert a többiek is adták.)

- az intézet működési szabályzatára hivatkozunk (Hazaengedtem a beteget, mert a kórház rutinja szerint ezek ben az esetekben így szoktunk eljárni.)
- nemi, társadalmi, vagy korunknál fogva betöltött szerepünkre hivatkozunk (Meg kellett tennem, mert nővér vagyok.)
- azt állítjuk, bizonyos késztetéseknél nem tudunk ellenállni (Ki kellett mondanom, amit kimondtam, bár tudtam, hogy mindenki meg fog botránkozni rajta.)



3. ábra: az érzelm és az értelem összehangolása. Az alsó ábra az értelem (gondolatok, képzetek) és az érzelm (érzések és szükségletek) elválasztását mutatja, ami az elidegenedett kommunikáció jellemzője. A felső diagram az empátiás kommunikáció célját mutatja, ami segít bennünket abban, hogy összehangoljuk az értelem az érzelmekkel.

Egyszer egy amerikai kórházban főnővérek egy csoportjával arról beszélgettünk, hogy milyen veszélyes azt a nyelvi fordulatot használni, hogy „muszáj”. Az egyik főnővér így szólt: „Vannak dolgok, amiket a nővéreknek meg kell tenniük, és ilyenkor nekünk, főnővéreknek az a feladatunk, hogy megmondjuk, ezt muszáj megtenniük.” Kértem, mondjon példát arra, amikor „muszáj” megtenni valamit. Néhány olyan beavatkozást említett, amit a nővéreknek kell elvégezniük. Érdekes volt, hogy milyen példákat hozott fel, hiszen azért hívtak abba a kórházba, mert az említett beavatkozásokat, melyeket „muszáj” lett volna elvégezni, rendszerint nem tették meg. Amikor később találkoztam a nővérekkel és megkérdeztem tőlük, miért nem végzik el a szóban forgó beavatkozásokat, az egyik nővér azt válaszolta: mindig elfelejtjük. Kiderült azonban, hogy a nővérek haragszanak a főnővérről, azért, mert az diktatórikusan fogalmazza meg követeléseit. Nyilvánvalóvá vált a nővérek konfliktusa az elvégzendő feladat céljának értelmi felfogása és a között a negatív emocionális hatás között, amit a feladat elvégzésének diktatórikus közlésmódja jelentett. Leg-gyakrabban akkor felejtjük el a dolgokat, amikor az értelem az érzélemmel ellentétben áll. A továbbiakban felhívtam a főnővérek figyelmét arra, hogy milyen nagy mértékben csökkenti a fontos teendők elfelejtésének gyakoriságát az, ha a kívánságainkat másképpen juttatjuk kifejezésre. (folytatjuk)

- Hemofília 99 -

Akar-e tiszteletpéldány tulajdonosa lenni úgy, hogy közben segíti is a lap megjelenését?! Semmi mást nem kell tennie, mint személyi jövedelemadójának **1 százalékát** a Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhazsnú Egészségügyi Alapítvány javára felajánlani, melynek adószáma: **18041332-1-01**. Ha erről nyilatkozik a lap kiadójának, akkor Önnek az **OrvosVédelem** és a **Látlelet** szaklapok tiszteletpéldányként járnak. Felajánlását előre is köszönjük.

A szerkesztőség címe:
HUNGA-COORD Sajtóiroda
2001 Szentendre, Pf.: 56.
Telefon/fax: 06 (26) 316-659

Balla M. Anna
újságíró-főszerkesztő

A magyar egészségügyről és annak reformjáról

„Nővér nélkül nem megy...”

(folytatás az első oldalról)

Ha megnézzük a magyar egészségügy fejlődését - történelmi távlatban - akkor azt láthatjuk, hogy a kiegyezés utáni időszakban kezdődik el a magyar egészségügy modern korszaka és természetszerűleg az osztrák-porosz-német modell érvényesül benne. Annak okán, hogy mi is a Monarchia részei vagyunk, és annak okán is, hogy legjobbjaink nagyrészt német ajkúak és főleg német „anyanyelvi” egyetemeken és klinikákon sajátítják el az orvostudományokat. Történelmi kényszerűségből ugyan, de tulajdonképpen ebben is a „tengegyhatalmak” mellett maradtunk és így egészségügyünk is átmegy mindazon az egyre nagyobb buktatókon, amin a német egészségügy. Amelynek a szerves fejlődése - folytonos politikailag vesztes társadalmakban éppen olyan lehetetlen, mint nálunk. Ha összehasonlításképpen megnézzük az angolszász modellt, illetve a németalföldi országok egészségügyének fejlődését, azt látjuk, hogy ott a fejlődés folyamatos, akárcsak a polgáriasság. Töretlen és egyenesvonalú és így még idejekorán megszűnik ezekben az országokban a társadalomban - így az egészségügyben és az orvostársadalomban is - a feudális jelleg és kialakul egy valódi demokrácia. Nálunk ezzel ellentétben még a két világháború közti időszakban is nagyon jelentős helye van a nemzetgazdaságban a feudális nagybirtoknak, az orvostársadalomban pedig a feudális jellegű hierarchiának. Ez a feudális jelleg aztán meghatározza a további fejlődési irányokat is és végzetesen elrontja a fejlődés, - a modern fejlődés - és a demokratizálódás lehetőségeit. A magyar egészségügy a rendszertől (társadalmi) függetlenül, óhatatlanul lemarad és egyre kezelhetetlenebbé válik.

Manapság, amikor divat folyamatosan az egészségügy „mély” alulfinanszírozottságáról siránkozni - a valódi reformok megtervezése és következetes végrehajtása helyett - gyakran jut eszembe az a kérdés, mely szerint: *ha egy fuldoklónak a hídról odahajítás egy ötszázast, az attól megtanul úszni?!*

Én - valószínűleg sokakkal ellentétben - úgy gondolom, hogy a magyar egészségügy alapvető rákfenéje az a tehetetlenségi erő, amelyet még a múlt századból örökölt és amelyről az előbbiekben szóltam már.

... De, hogy ne lépjek azok táborába, akik csak bírálják - bár joggal - az egészségügyet és annak „huszadik századi rabszolgáit” - megpróbálom felvázolni azt az utat is, amin kikászálódhatna a kátyuból a magyar orvos- és nővértársadalom és az egész egészségügy is.

Bármilyen magyar egészségügyi reformnak, amelyhez valaki(k) hozzákezdenek, tisztáznia kell két alapvető kérdést:

1. Meg tudja és meg akarja-e változtatni a kórházi-, szakrendelői feudális struktúrákat, így érdekelté téve a szakorvosok és a szakápolók, illetve a nővérek hadát egy magas szintű egészségügyi ellátásban, vagy sem?

2. Meg tudja, meg akarja-e szüntetni az ellenérdekeltségeket az alapellátás és a szakellátás orvosai, valamint általában a nővérek és az orvostársadalom között?!

Ameddig erre a két kérdésre nem tud az egészségügyi kormányzat kristálytisztán és kökéményen válaszolni, addig csak a beszélgetések, a jus murmurandi szintjén tudhat képviselni minket, illetve általában az egészségügy érdekeit azokkal a lobbykkal szemben, akik joggal vagy jogtala-

nul, de évek-évtizedek óta mindig elviszik az orrunk elől a kormányzati (általában), állami pénzforsásokat. Nézzük az első kérdést:

1. Hogyan tudhatjuk/nánk megszüntetni az orvostársadalmon belül a feudális viszonyokat, illetve az orvoscsoportok közötti érdekellentéteket?

Ezekről sokunknak megvan a maga elmélete, én csak egy utat vázolok fel a sok közül. Vegyük alapul a skandináv vagy angol modellt (ha már a skandináv adórendszert is alapul tudtuk venni) - tehát adjunk nem túl magas, de azért társadalmilag elfogadható fizetéseket az egész szakorvosi testületnek, differenciálva ugyan rang és kor szerint, de csak igen szerény mértékben. Tehát az osztályvezető főorvos csak körülbelül 15 százalékkal kapjon nagyobb fizetést, mint a fiatal szakorvos, de természetesen vegyük le a felesleges feladatokat is az osztályvezető vállairól. Ennek továbbá egyik alapfeltétele, hogy tegyük olyan alapossá a szakorvosképzésünket, hogy el tudjuk hinni, egy szakorvosi diploma elnyerése feljogosítja annak elnyerőjét mindazon orvosi-, szakorvosi feladatok elvégzésére, amire kiképezték. Ne tartsuk okatlan csecsemőnek, folyamatos bébiszitterkedésre szorulónak a szakorvost, hanem bízzuk rá mindazt a munkát és felelősséget, amit egy angolszász vagy skandináv államban is rábíznak, ha elnyerte a szakorvosi képesítést. Ezt példázandó eszembe jut a hetvenes évek egyik igen jellegzetes története: hosszú vonatozásra kényszerülve, együtt utaztam egy igen jeles sebész-kollégával, aki Angliában dolgozott egy évig ösztöndíjasként, egy nagy kórházban és a következő esetet mesélte el a kezdeti időszakából: késő este sürgősségi esetet hoztak a mentők, olyan esetet, amit ő még nem operált életében egyedül és hazai viszonyokhoz szokva, felhívta az osztályvezető főorvost, mert szerinte a helyzet számára megoldhatatlannak tűnt. Az osztályvezető a következőket közölte vele: „*úgy tudom, Ön igen magasan képzett szakorvos, hiszen csakis azért kaphatta meg ezt az ösztöndíját. Képesítése nemcsak felhatalmazza, de kötelezővé is teszi, hogy ezt a műtétet el tudja végezni. - Mivel az ismételtes a tudás anyja, azért nem árt, ha tudja, hogy amíg bemosakszik, addig az egyik műtősnő majd végiglapozza Önnek a műtéttechnikai albumot, ahol a műtét lépéseit átsiméltetheti, mihez tartás végett. Jó munkát és sikeres műtétet kívánok Önnek és az ügyeletes társának, holnap reggel találkozunk.*”

Azt hiszem ilyenre nem nagyon van példa honi osztályainkon és persze erre rögtön azt hozzadják fel, arra „hivatalosan” feljogosított személyek, oktatók, kórház, és osztályvezetők, hogy ez felelőtlen, ez az orvosi szabadság hibás értelmezése és a gyógyítás további degradálása! Igen, ha a szakorvosképzésünk továbbra is azon a gyakorlati szinten marad, ahol eddig volt 40-50 vagy több éven át!

Igen, ha még továbbra is az osztályvezető és a főorvosi gárda fogják elvégezni a műtéteket, más osztályokon az önálló gyógyítás 70-80 százalékát! Igen, ha a nővéri és szaknővéri (műtősnő - intenzív terápiás, röntgen terápiás, transzfúziós, stb.) gárda a teamek alapvető és egyenrangú tagjai, olyan alacsony szintű és sokszor alkalmi képzésben és olyan alacsony szakmai, emberi és természetesen anyagi megbecsülésben fognak részesülni, mint eddig. Ellenkező esetben, természetesen alapvetően változik a kép-

2. Meg tudja, meg akarja-e szüntetni az ellenérdekeltségeket az alapellátás és a szakellátás orvosai, valamint általában a nővérek és az orvostársadalom között?!

A második nagy kérdés megválaszolása - tehát az orvoscsoportok és főleg az alapellátás, valamint a nővér-orvos ellenérdekeltség megszüntetése nézeteim szerint nehezen, de az egészségügyi reform (valódi reform) részeként, véghezvihető a következő képpen:

Az alapellátás és a szakorvosi réteg között az érdekellentét alapja egyrészt az, hogy a szakorvosok folyamatosan irigylik az alapellátásban dolgozó kollégákat, mert azok a privatizálás folytán a sokszorosát keresik meg az ő jövedelmüknek. Másrészt a nagyon elcsitett és igen „furcsa” alapellátási privatizáció miatt azt tapasztalják folyamatosan, hogy bár az alapellátás orvosai egyenlőre még igen alulképzettek, mégis lassan nagyobb társadalmi elismerésben részesülnek, mint ők. Arról nem is beszélve, hogy a gyógyítás szabadsága - a már fentiekben is ismertetett okok miatt - sokkal nagyobb az alapellátásban mint a szakellátásban.

A teljes igazsághoz hozzátartozik az is, hogy az alapellátás nagyfokú szabályozatlanságába belefért sok olyan „gyógyítási szabadság” is, ami nálunk fejlettebb egészségüggyel rendelkező országban igen furcsának, esetleg megengedhetetlennek tűnne.

...Ha mind anyagiakban, mind képzésben közelíteni tudnánk az alapellátásban dolgozók és a szakorvosok szintjét, akkor működni kezdene egymás kölcsönös megbecsülése. Illetve, ami ennél sokkal fontosabb, a valódi együttműködés e két szint között, a beteg érdekében, annak érdekében, hogy a beteg minél hamarabb (természetesen és csakis az indokolt esetben) a megfelelő ellátó szakorvosi intézetbe (intézménybe) kerüljön. Ez lehet(ne) az egyetlen út affelé

is, hogy végre elérjük, hogy a nagy egészségügyi szűréseket azok és ott végezzék el, ahol a legtermészetesebb - a családorvosi szinten. Mert csak így lehetnek megfelelően széleskörűek ezek. A szakellátásnak itt is a második szintnek kellene lennie!

Mennyit írtam már az egészségügyről és még mindig nem jutottam el az egészségügy legszámosabb és éppen ezért egyik alapvetően meghatározó rétegéhez, a nővérekhez, szakápolókhoz. *Nélküllük nincs egészségügy!!!* - Ez pedig egy olyan alapvető igazsága kell, hogy legyen minden egészségüggyel foglalkozó gondolatnak, aminél fontosabb nem lehet!!!

Mindaddig, amíg a nővéreket - közép fokú egészségügyi dolgozókat - nem fogjuk anyagiilag, emberileg, társadalmilag és szakmailag az elvárható és elvárandó szinten megbecsülni, addig egy modern és hatékony egészségügy csak álom marad.

Aki a kedves kollégák közül dolgozott valaha is intenzív osztályon, műtőben vagy akár családorvosként, az tudja, hogy a nővér több, mint az orvos jobb keze. Sokszor a jó nővér az orvos lelkiismerete, memóriája, lelki vígasza is és ami még több, ő a hazai egészségügy igazi rabszolgája. Természetesen ahhoz, hogy a nővérek anyagi megbecsülésén kívül, megjöjjön a többi megbecsülés is, a társadalmi elismertség, az orvosok részéről az emberi és szakmai elismerés, sokat kell tenni a nővérképzés és szakképzés terén is.

Egy magasan képzett nővér nemcsak nagyobb megbecsülésre számíthat, de nagyobb felelősség is terheli. Nemcsak jobban fogja élvezni a közös munkát és nagyobb szakmai elhivatottsággal fog dolgozni, de valóban differenciáltan bérezhető és valóban felmutatható a társadalom előtt is, hogy nélkülözhetetlen. Tehát, igen nagy megbecsülésben részesítendő. Jelenleg - szerény, de megalapozott

véleményem szerint mivel magam is évekig voltam óraadó egészségügyi szakközépiskolában és szakiskolában - a hazai nővérképzés messze elmarad a kívánalmaktól, nem beszélve arról, hogy fényévnyre van az EU-s követelményektől (nem mintha a szakorvosképzésben nem lennének ugyanennyire az EU-tól).

Visszatérve a kezdeti vicces hasonlatra: a fuldokló a pénztől - egyedül és csakis attól - nem fog megtanulni úszni, tehát az egészségügy valódi reformjához nem elsősorban és csakis pénzforsások szükségeltetnek, hanem a politikai elhatározás. Hogy - érzékenységekre és napi gondokra tekintet nélkül - hosszú távra gondolkodva nekilátunk a felvázolt kérdések megválaszolásának és ha szükséges, csoportérdekeken is átgázolva, végre megpróbáljuk megalapozni a huszonegyedik-huszonkettedik század magyar egészségügyét.

...Amiről ugyancsak keveset beszélünk, mert a felelősök igencsak szeretnék kerülni az igen forró kását: ha valóban két-három-négy év múlva felvesznek minket az Európai Unióba, akkor úgyis nyakunkba fog szakadni ennek a több mint hat-hét évtized elmaradt egészségügyi reformnak a szükségessége és akkor esetleg valóban előkészítetlenül és gyalázatosan rövid idő alatt kell majd meghozni olyan döntéseket, amelyek mégjobban a földhöz vághatják az egészségügyet, illetve főleg a benne szenvedőket (beteg, orvos, nővér).

(U.I.: A kérdésfelvetés - megoldás-javaslat szándékoltan elnagyolt, mert részleteiben igen hosszúra nyúlt volna az iromány és biztos, hogy nem volna sajtóorgánom, amely egy magamfajta niemand-tól ilyet folytatásokban közölné!)

- Dr. Nagy Majos Gábor -

Orvos Védelem

Hogy is van ez?

A Szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán az „ún. orvosi műhiba esetekkel kapcsolatos polgári peres eljárások”- címmel tartandó előadást a jogász napali képzésben 34 végzős hallgató vette fel - fakultatív tárgyként -, ami a most végzős jogász hallgatók igen komoly érdeklődését mutatja a polgári peres eljárás ezen speciális területére iránt. Kérdésként vetődött fel az eddig megtartott előadásokon, hogy a valós vagy vélt hibát elkövető intézmények megnevezik-e a hibát elkövető személyeket? Elgondolkodtató a kérdés!

A visszatekintésre az egészséges jogérzékkel és komoly elméleti alapokkal rendelkező hallgatók álláspontja az volt, hogy ugyan miért nevezné meg az intézet vagy intézmény a valós vagy vélt hibát elkövető személyt, akár saját védekezése érdekében is, hiszen az elvárhatóság alapkövetelményeit haladná meg, ha bárki, aki valós vagy vélt hiba elkövetésével vádolnak, a hibáját elismerné akár peren kívül, akár peres eljárásban a Bíróság előtt...

A témával kapcsolatos beszélgetések során kristályosodott ki, az az általános vélemény volt, hogy az intézet vagy intézmény ne jelölje meg alkalmazottját (peresét, műtőjét, ápolóját... stb.), ne jelentse be peres eljárásban, hogy az első tárgyaláson, hogy „tanúként” kívánja meghallgatni, ugyanis perjogi szempontból ez a „tanú” elfogulatlanak nem tekinthető, míg az elvárhatóság általános követelményeire fentebb már utaltam...

Az ilyen jellegű perekben a felelősségbiztosító beavatkozóként fellép, a szakmai hiba létét vagy nem létét a szakértők véleménye és a bizonyítékok alapján a Bíróság megállapítja, és ehhez nem kell „tanúként” Bíróság elé idéztetni az intézet vagy intézmény egyetlen alkalmazottját sem. Így a valós vagy vélt hibát elkövető alkalmazott személyiségi jogai nem sérülnek és az intézet vagy intézmény érdekei sem csorbulnak, sőt egyetlen orvos sem kerül abba a helyzetbe, hogy esetleges diagnosztikus tévedése egy életre szólóan végigkísérje pályáját.

Mindezek ellenére az ún. orvosi műhiba esetekkel kapcsolatos polgári peres eljárásokban (vagyon és nem vagyon kártérítési perek) a beperelt intézetek vagy intézmények sorozatosan jelölik meg orvosikat, ápolóikat, egyéb alkalmazottaikat...

Hogy is van ez?

Dr. Ábrahám László
ügyvéd
a szerkesztőbizottság elnöke

5

A kiadvány kapható, megrendelhető a szerkesztőség címén: Hunga-Coord Kiadó Kft. 2001, Szentendre Pf.: 56.

2000. január 13-án a Pallas Páholy bensőséges beszélgetésekre tervezett alagsori helyisége kicsinek bizonyult a megjelent hívott s hívtatlan hallgatóság számára. A vita érdekessége igazolta a várakozásokat, de annak végkicsengése is. Jó vagy rosszkedvűen ki-ki a várható konklú-ziót vihette haza. Mindez - a témát és a helyze-tet ismerve - egyáltalán nem meglepő. A vitát - pártatlan tárgyilagossággal - **dr. Vető Kálmán** vezette le. Először a meghívott hozzászólók beszéltek.

- **Dr. Horváth Zsolt**, a FIDESZ országgyűlési képviselője elmondta: a törvényjavaslat csak a működtetési jogról szól. Ezzel nem valósul meg a praxisprivatizáció. Egy sajátos know-how nyer itt vagyoni értéket. Nincs szó az ingatlanról és a felszerelésről. Az új javaslat tartalmazza az elfogadott módosító javaslatokat, s még néhány olyan változtatást, ami a határidő kitolódásával lehetővé tette a módosításokat.

- **Dr. Kökény Mihály**, az MSZP országgyűlési képviselője, az Egészségügyi Bizottság elnöke, mint mondta ott folytatja, ahol H. ZS. abbahagyta. „Az új változat nem különbözik sokban a decemberitől, éppen ezért van az MSZP-nek számos fenntartása. Vagyoni jogot rendelnek egy szellemi termékhez, de nincs előrelépés a finanszírozásban. E téren 2000-ben 3% növekedés várható az ágazatban. Hogy ez a szellemi érték mit jelent, még nem egészen világos és ez is tartalmaz aggályokat. A működtetési jog tulajdonba adása így olyan, mintha a jogosítvány lenne örökölhető, nem a gépkocsi. Indokolatlan különbséget tesz orvosok és orvosok, generációk és generációk között. A ma dolgozók kapnak valamit térítésmentesen, s az újak már csak pénzért jutnak hozzá - egyelőre nem világos hitelfeltételekkel. A végrehajtás részletkérdései az alkotmány szerint nem utalhatók törvénynél alacsonyabb szintű rendelkezésbe. Nem látjuk, hogy ez a törvény miért reformértékű, hiszen csak egy újabb működési vagy működtetési feltétel jelenik meg, s nem tudni hol az előrelépés. A hatpárti egyeztetéseknek erről kellett volna szólniuk, s nem arról, hogy az ellenzék hozzájárul e ahhoz, hogy az alapellátás kerüljön ki az önkormányzati felelősség köréből. Úgy érezzük, hogy a tervezetben szereplő kautelálk semmiféle garanciát nem nyújtanak ahhoz, hogy az önkormányzati felelősség kiváltható legyen.”- tette hozzá

- **Dr. Hegedűs Mihály**, a FKGP országgyűlési képviselője az előző szülőhöz hasonlóan kezdett. Elmondta, hogy ott folytatja, ahol dr. Kökény abbahagyta. Tökéletes törvény nincs, a tárgyalást folytatni kell, ha a jószándék megvan. Nem lehet számonkérni olyan hiányosságot, ami csak 2/3-os törvényben rendezhető. Ha az egyszerű többséggel meghozható törvényről beszélünk, akkor az a cél, hogy a szűk körülményekhez képest a lehető legjobb törvény valósuljon meg. A decemberi balsiker csupán technikai malőr volt. Igennel akartak szavazni a kiscgazdák és februárban is igennel szavaznak, de ha már adódott, megragadták a lehetőséget arra, hogy ahol alkotmányossági aggály van, ott módosítást kezdeményezzenek. Lehetőség van a javító szándékra. Ugyan ezt várják a többi párttól is. Az SZDSZ már be is jelentette. Ha a 2/3-os törvény nem megy, legalább ennek a törvénynek sikerülni kell. Az MSZP alkotmányossági aggályt jelentett be, hogy a beindított körzetét rezidensére szertette volna hagyni, de nem a rezidens kapta meg a körzetet. Az meg nem nyomott a latba, hogy ezt követően a betegek átpártoltak, és a körzet szétszűllött. A harmadik történet Békássy Koppányé volt. Halála előtt félmillió forintért cseréltette ki - saját költségére - a rendelő berendezését. A funkcionális privatizáció ellenére ez családi vállalkozás eredményéből születő beruházás, mégis halálával nem forintosítható. Pedig a családi kasszából vonta el a pénzt a praxisra, ami most automatikusan önkormányzati tulajdonnak minősül. Az utód jóindulatától függ, hogy valaki ezt méltányolja-e vagy sem... A háziorvos nem tud elmenni nyugdíjba, a szabadsága idejére saját zsebből kell gondoskodnia a helyettesítéséről, ezért kell a szellemi érték. A törvény tökéletlen, de ad egy bizonyos védelmet, s egy jobb tárgyalási lehetőséget az önkormányzattal. Lehetővé tesz egy generációváltást. Első lépés a megoldás felé. A kapukat nem kell bezárni, sokan akarnak majd jönni - egyfajta lehetőségként a kórházak felől is az alapellátásba. Talán ezért is nagy a félsz. Tény hogy nagyok a feszültségek, de ezeken túl kell lépni.

- **Dr. Béki Gabriella** SZDSZ-es országgyűlési képviselő arról beszélt, hogy amit most elmond az „friss és ropogós”, most van számítógépben és nem módosítási javaslat, hanem önálló törvényjavaslat. A tervezethez azonban kritikái megjegyzéseket kell fűzzön, hogy a szabaddemokraták felfogása érthetőbb legyen. Az SZDSZ magatartása logikátlanak tűnhet, hiszen minden ciklusban ők javasolták a privatizálást és most - mikor itt a lehetőség - egységesen tartózkodnak. Ezt indokolni akarják. Nem zsigeri el-lenzéki „juszt is” pozícióról van szó. Örömmel szavazták volna meg a törvényt, ha az egybe-esik saját elképzeléseinkkel. De szerinte a kormány látszat tevékenységet talált ki. Egy trükköt. A valóságos praxisjog és az orvosi működésjog közé találtak ki egy új jogi konstrukciót a „működési jogot”, s ezt próbálják vagyonná

TUDÓSÍTÁS

A LAM KLUB PRAXISJOGRÓL

tenni. A szabaddemokraták következetesen valódi privatizációban gondolkodnak. Megállapította, hogy jelenleg nem egyformán definiálják a praxist. A praxis az a beteg kör, akiknek az orvos szolgáltatást nyújt, beleértve az adatbázisát, de beleértve az eszközöket és az ingatlant valamint a finanszírozási jogosultságot is. Következésképp úgy állnak a dologhoz, hogy az orvosoknak egy vételi lehetőséget kell biztosítani, az önkormányzatokat pedig fel kell kérni, hogy adják el a praxist. Kérdés, hogy kikre vonatkozzon ez a lehetőség. A kormány szerint csak az alapellátásban, csak a területi kötelezettséggel bírókra vonatkozik. Az SZDSZ szélesebb lábra helyezné. A három pilléres egészségügyi rendszerben az alapellátás a legkevesebb problémát jelentő pillér, s a kórházi a legproblémásabb. Az amúgy is jó helyzetben levő pillérre találni megoldásokat, és felesleges fokozni a meglevő feszültségeket. Az SZDSZ javaslat nem csak 7000 hanem 20000 orvosra vonatkozik. Alap és szakellátásra egyaránt. Ez a lényegi különbség. A képviselő elmondta, résztvett a hatpárti egyeztetésen, s nagy csalódással tapasztalta, hogy nem lehetett konszenzust találni. Bár a FIDESZ felismerte, hogy a privatizációhoz önkormányzati törvénymódosítás kell, de nem ment odáig, hogy ez túllépjen azon, hogy kivonják a felelősséget az önkormányzati kompetenciából. Komoly értékesítési feladattal jár a privatizáció: az orvosoknak véte-li, az önkormányzatoknak eladási lehetőséget kell adni.

- **Dr. Vojnik Mária**, az MSZP országgyűlési képviselője elmondta, hogy előre elnézést kér azoktól, akiket megbotránkoztat. Ma már mindenki mindent tudhat a különböző paragrafusokról, de semmit sem a magyar egészségügy reformjáról. A reform alkalmas arra, hogy mindenki azt magyarázza bele, amit akar vagy amit szeretne, de mindez a magyar egészségügyön semmit sem változtat. A reform nem foglalkozik a problémákkal, felkínál egy utat, de nem egy megoldást.

- **Dr. Komáromi Zoltán** kettős minőségében beszélt, mivel háziorvos és kamarai tisztségviselő is egyben, aki résztvett a törvényhozásban. Elmondta, hogy meglátása szerint minél több nem háziorvos kapcsolódik be a vitába, annál több az ellentét az orvostársadalmon belül. Ezeket nem a törvény hozza elő, hanem a belemagyarázott másod-harmadlagos tartalmak. Három történetet mesélt el. Először egy háziorvosról beszélt, akit majdnem megöltek. Sörétes puskával feljelölték, hónapokig volt élet-halál között. Az eset papírforma szerint véletlen, de a 28 sörét fejbekerülésének története rejt némi következtetésekre utaló történeteket, hiszen előtte megfenyegették. A második történet a sajátja. Amikor a fővárosba jött, jól beindított körzetét rezidensére szertette volna hagyni, de nem a rezidens kapta meg a körzetet. Az meg nem nyomott a latba, hogy ezt követően a betegek átpártoltak, és a körzet szétszűllött. A harmadik történet Békássy Koppányé volt. Halála előtt félmillió forintért cseréltette ki - saját költségére - a rendelő berendezését. A funkcionális privatizáció ellenére ez családi vállalkozás eredményéből születő beruházás, mégis halálával nem forintosítható. Pedig a családi kasszából vonta el a pénzt a praxisra, ami most automatikusan önkormányzati tulajdonnak minősül. Az utód jóindulatától függ, hogy valaki ezt méltányolja-e vagy sem... A háziorvos nem tud elmenni nyugdíjba, a szabadsága idejére saját zsebből kell gondoskodnia a helyettesítéséről, ezért kell a szellemi érték. A törvény tökéletlen, de ad egy bizonyos védelmet, s egy jobb tárgyalási lehetőséget az önkormányzattal. Lehetővé tesz egy generációváltást. Első lépés a megoldás felé. A kapukat nem kell bezárni, sokan akarnak majd jönni - egyfajta lehetőségként a kórházak felől is az alapellátásba. Talán ezért is nagy a félsz. Tény hogy nagyok a feszültségek, de ezeken túl kell lépni.

- **Dr. Horváth Zsolt** felvetette, hogy vajon jó kézben van-e az önkormányzatoknál az ellátás

felelőssége vagy sem! Szerinte ezt a kérdést nem lehet megkerülni. Az önkormányzati törvény alapján az önkormányzat eldöntheti, hogy alkalmazottal vagy funkcionális privatizáció formájában működteti-e a praxist. Felmerülhet annak a lehetősége, hogy ez a feladat legyen az államé. Erről indultak a hatpárti tárgyalások. El kell dönteni, hogy lesz e 2/3 törvény vagy sem, mert nem lehet változtatni mindaddig, amíg a vagyon az önkormányzaté. Az ingatlanok további sorsa körül van egy bizonytalanság. Az érthető, hogy az önkormányzat - amíg övé a felelősség - nem mond le a vagyonról. A felelősség kerülhetne az orvoshoz is, de annak alkotmányossági aggályai vannak.. Amíg pedig az önkormányzaté a felelősség, az érthető, hogy a praxisjog kérdésébe bele fog szólni. Még bonyolultabb a kérdés a fogorvosoknál, ahol a felszerelés is nagyobb értéket képvisel. Az eszközállomány és ingatlan bárkinek eladható, ha az önkormányzat is úgy akarja. De a praxisjogot csak annak lehet adni, aki létrehozta. És ebben tér el a véleményük a szabaddemokratáktól. Most a háziorvos megkapja a praxisjogot, az önkormányzat ingyen használatba adja a ingatlant és az eszközöket. Ezután, ha mégis gazdát cserél a vagyon, létezik rá hitelkonstrukció. Ez megoldja a tőkehiányt. Ismeretes a terv: 8 millió forint egy év türelmi idővel, 15 év törlesztésre 8%-os kamattal, háta mögött a 70 milliárdos állami garanciavállalással. A vagyont az önkormányzat ingyen kapta a ráterhelt feladattal. Kártérítést a későbbiekben saját invesztálása alapján kérhetne.

- **Dr. Kökény Mihály** megkérdezte Komáromi doktort, hogy mit bizonyít Békássy Koppány halála előtti beruházása és mit a sérült háziorvos rehabilitációjának története? Arról kellene szerinte beszélni, hogy itt, újraállamosításról van szó. A praxisjog zártá teszi a rendszert. Nem lehet kényszerpályára irányítani a háziorvosokat. Emellett a garancia nem szerepel a kereskedelmi bankok feladatkörében. Belevágnának, de nincs róla elég információjuk sem. Kémény garanciákról nem is beszélve.

- **Dr. Béki Gabriella** az SZDSZ álláspontját változtatta. Szerinte Gögl miniszter a parlamenti vitában nagyon röviden mondta el, hogy itt csak egy jogot keletkeztettek és pont. Ezután azonban sor került arra, hogy korrektül felsorolják: mennyi bonyodalom keletkezhet ebből. A minimum változat, a kérdés nem komplett kezelése súlyos hiba. Ezeket a napokat, heteket arra kell használni, hogy jó törvény keletkezzen. Komáromi Zoltán példái szívbemarkolóak, mutatják a szellemi többletet, ami a praxisokban van, de ez eladhatatlan. Ezt a tudást nem adja át, ha meghal. Még egy rezidensnek való átadása sem biztos. A praxis csak „tokkal-vonóval” - privatizálható. Ez pedig: *a betegkör; a szolgáltatás, a tárgyi feltételek és a finanszírozás*. Ezért egészfénénk ki a törvényt egy országgyűlési határozati javaslatlaltal, mely a finanszírozást gondolná újra.

- **Dr. Hegedűs Mihály** a válaszolás lehetőségével óhajtott élni (meglehető hangzavarban). Elmondta, hogy kellemetlenül érzi magát. „Nem a parlamentbe vagyunk. Ne akadékoskodjunk. Maradjunk szakmai szinten. Egyértelmű a finanszírozási hiány, de először a kört határozzuk meg!” Akiket érint, azt majd a költségvetés oldja meg. Itt szinte demagóg szöveg hallható arról, hogy az orvos majd eladja az önkormányzat elől a körzetet. A jog tulajdonosa annak adja el, akivel az önkormányzat is hajlandó szerződést kötni. Meg kell adni a praxisjogot, s utána ezeknek a finanszírozását megoldani.

- **Dr. Komáromi Mihály** szerint nagyon lesarkítva és leegyszerűsítve: miből áll Magyarországon az önkormányzatok gondoskodása a háziorvosi praxisok irányába? Az orvos személyének kijelölésében, ehhez foggal és köröm-

mel ragaszkodnak. Ez egy a feladatok - a temetőfenntartás a közvilágítás és egyéb helyi feladatok - közül. Joga van az orvosától megkövetelni, hogy éjjel-nappal dolgozzon és joga van kirúgni, ha ezt nem fogadja el, de akár ettől függetlenül is kirúghatja. Ez ellen kell védelem. Nem az alkalmatlanokat akarjuk megvédeni. Vannak progresszív önkormányzatok, akik már megállapodtak az orvosokkal és nincs semmi féle aggályuk, hogy az orvos a rendelőben nem orvosi tevékenységet fog folytatni. Abban pedig hinni kell, hogy ha valaki egy életpályára tervez, az maga mellé veszi az utódját. Ami a finanszírozást illeti, pénzt viszünk a rendszerbe, a másik orvos pénzét. A megoldás kétségbeesett megoldás, de más nincs. Legalább kilépéskor kap egy végkielégítést. A kölcsön visszafizetése be kell kerüljön a finanszírozásba. A kérdést mindig meglepetésszerűen teszik fel, mintha nem lenne átgondolva. Az egészségügy mindig a sor végére kerül, bárki legyen kormányon. Sajnos egy mozdonyvezetővel nehezebb szót érteni mint egy háziorvossal.

- **Dr. Kapócs Gábor** igen lendületesen fejtette ki gondolatait. Először felolvasta a törvény preambulumát. Feltételezhető, hogy a törvényt egy demokratikus államban valamilyen cél érdekében hozzák. Ezt a preambulum magyarázza el. Esetünkben így szól „...felismerve, hogy az egészségügyi reform végrehajtása, a betegségek megelőzése, felismerése és gyógyítása, csak a szakmáját szerető orvostársadalom aktív közreműködésével valósítható meg, figyelemmel arra, hogy a gyógyítás közügy, amelyben elsődleges felelősség a gyógyító orvosi terhel, a munka elismerése, az orvostársadalom helyzetének, s ezáltal a betegellátás színvonalának javítása érdekében a következő törvényt alkotja:...” Majd Kapócs doktor kérdéseket tett fel: - Javítja-e a praxistörvény az egészségügyi reform előhaladását? - Javítja a megelőzést, felismerést gyógyítást? A következőkben megállapításokat tette: - Az elsődleges felelősség az önkormányzaté, nem az orvosé. - Az orvostársadalom helyzetét ez a törvény nem fogja javítani, talán néhány nyugdíjas korú háziorvosét. A fiatal orvosét nem. Valahonnan ki kell termelje azt a pénzt. A privatizáció nem hoz pénzt a rendszerbe. Végül ismét kérdezett: - A beteget mit segít? - Szakértőbb lesz az orvos?

- **Bánk** doktornő, mint háziorvos szólalt meg. Előre jelezte, tudja, hogy darázsfaszékba nyúlnak a háziorvosok. A vita egyik oldalán arról van szó, hogy születik egy törvény, amely később javítható, a másik oldalon arról vitatkozunk, hogy hogyan is kellene kinézni az egészségügyi ellátó rendszernek mint egésznek! Amiből most görcső alá az alapellátás került. Saját vázlata alapján próbálta megfogalmazni, hogy ki mit is akar. Mi igényel itt szabályozást és miről kell jogszabályt alkotni? - Mit akar az orvos? Elsősorban minél nagyobb önállóságot, szakmai függetlenséget, tisztességet, megilletést. A visszavonulás után is, tudni, hogy ha az ingó vagyonát a jelenlegi finanszírozásból fejleszti: az az övé! Biztosítékot, hogy személyi szerződése nem lehet a négyévente változó önkormányzatoktól függő, és határozhassa meg, hogy ki vegye át tőle a praxist. Mit nem akar az orvos? Fejlesztési addig,amíg az amotizáció és az áfa visszaigénylés lehetősége nem jelenik meg. Felújítani, amíg az ingatlan nem az ő tulajdona, s ennek a fedezete nem biztosított. - Mit akarnak ezzel szemben az önkormányzatok? Erről változó, különböző tapasztalataink vannak. Nem mindenhol kiszolgáltatott az orvos. Van, ahol kifejezetten előnyös szerződések születtek. Azt akarják, hogy ha a felelősség az övék marad, ennek tessenek elegend. Beleszólhassanak abba, hogy ki legyen az alapellátás orvosa. A törvény módosítását nem tartom fontosnak. Egy demokratikusan választott önkormányzatnak a lakosság egészségügyi állapotáról ugyan úgy mint az óvodáról, iskoláról, a szociális ellátásról, az utakról hatásköre és joga gondoskodni.



RENDEZETT VITÁJÁRÓL

„Mit nem akarnak az önkormányzatok?”- tette fel a kérdést a felszólaló, aki ebben látta a visszaélés legnagyobb lehetőségét. Megfelelő forrást biztosítani a feladatok megoldására és lemondani a jogokról, hogy ők pályáztassák meg a megüresedett állásokat. A viták során fogalmak keverednek. Zűrzavar van. Egységes szóhasználat kellene. A privatizáció folytatásának a működtetési jog egy lehetséges, de nem elegendő feltétele. Mivel a képzettségi feltételek adottak, itt lehetővé kellene tenni, hogy kórházból érkező kollégák is rövidebb úton megszerezhessék a praxisjoghoz szükséges szakképzést. Volt kivétel az időős kollégák felé, lehetne tenni egyet a fiatalok javára is. Az idő rövidegsége és a politikai kényszerek miatt a törvény ilyen. Várhatóan viszonylag hamar megszavazzák, de tovább kell fejleszteni, mert nagyon sok kalamajka keletkezhet még belőle.

- **Dr. Grósz György** a továbbiakban mint egykori kórorvos, s mint most egészségüggyel foglalkozó képviselő szólt. Először Komáromi doktor szavaihoz volt hozzáfűznivalója. Szívhez szólnak nevezte a mondottakat, de nem értett egyet azzal, hogy ha a törvény később lép életbe és lesznek akik az előnyökről lemaradnak, az probléma lehet. *„Minden valamikor elkezdődik”*- mondta. Valamikor kezdődik valami, s megbocsájthatatlan, hogy a vigasztalhatóságért egy tökéletlen törvényt erőltetünk át. A másik kérdés, amit kifogásolt dr. Komáromi szavaiban, hogy elfogadhatatlan misze-rint az önkormányzatok csak az orvosok kinevezésével foglalkoznak. Az önkormányzatok óriási pénzeket költöttek a funkcionálisan privatizált rendelők fenntartására. Hogy ez milyen forrásokból jön létre, azért keményen meg kell küzdeniük. A FIDESZ országgyűlési képviselője is mondta, hogy állami vagyonról van szó és csak akkor illeti meg az önkormányzatokat kárpótlás, ha beruháztak. Szerinte akkor is így van, ha nem hoztak létre új rendelőket. Az előtte szólóval egyetértett.

- **Dr. Kóvágó Kálmán** az „Egészségügyi reform” című szappanoperáról beszélt, mely 1977-ben kezdődött. Először összevonták a szakrendeléseket a kórházakkal. Ennek eredménye a teljes bebetonozódás volt. Elnéptelenedtek a nem kórházhoz csatolt szakrendelők. Megindult egy kétpólusú alapellátás, amely az alap és a kórházi ellátásra terhelődött. Később 1990 után is meghírdették a kétpólusú alapellátást, mely az egykori csodaorvosokra hivatkozott. Következett egy újabb epizód, amikor a fejkvóta szerinti működés kezdődött, s vita volt arról, hogy miért csak a háziorvos juthat kártyához, s a szívsebész nem. Kincses doktor szerint a szak és az alapellátás versenyeztetése kellett volna következzen. Kőkény exminiszter ágyascikkentése is sikertelen volt. Semmivel sem csökkentette a finanszírozást, a zsúfoltság megnőtt. Most ismét az alapellátás van kitéve annak, hogy vita legyen felette: van e joga egy joghoz, avagy nem. Ez Budapesten persze sokkal többet fog érni mint, vidéken. Vidéken hiány volt. Azóta szűnt meg, mióta külföldről a magyarajkú orvosok bejöttek.” *„Meddig tart ez a szappanopera. Mikor jönnek a szakmai érvek, amikor az egészségügy kerül a középpontba, mikor itt is kialakítják a kétpólusú ellátást, melynek alapvető része a letelepült szakorvos és az alapellátás, melyek együtt a kórházat tehermentesítik. Mikor rendelkez a letelepült szakorvosokhoz komoly összeget, hogy ők vegyék le a finanszírozás válláról azt a terhet amit a kórházi ellátás jelent. Amíg az egészségügyet nem látjuk egészében funkcionális egységnek, addig nem jutnk semmire, s itt kicsit egyetérttek a szabaddemokratákkal. Arra kérném az ittlevő képviselőket, hogy felejtsek el pártállásukat, s csak szakemberként vitázzanak, ha nem is a parlamentben, de legalább négy szemközti.”*

- **Dr. Szepesi András** elmondta, hogy ő szereti a kórorvosokat, de ez nem kárpótlás, hanem egy beteget érintő rendszerváltozás. Arról volt szó, hogy biztosítási rendszer lesz, s nem

állami ellátás. Ennek a koherens alapjait a másfél év alattnem rakták le, a német és a holland modell keveredik a kormányprogramban. Szerinte nem az irigység miatt húzódik el ez az ügy, hanem az európai koncepció hiánya miatt. Az elmúlt 20-30 évben minden kormánynak beletört a bicskája az egészségügy átreformálásába. Azt hangoztatják, hogy jövőre lesz pénz! Ez egy közgazdasági nonszensz. Nem lehet pénz nélkül odaadni a működtetési felelősséget, forrás nélkül ez képtelenség. De szerinte beszélni kellene az egyre nagyobb veszélybe sodródó kórházi ellátásról is, miközben a szakrendelők kérdése is napirenden van.

- **Egy anonim hozzászóló** szerint arról van szó, hogy a közszolgáltatást közfinanszírozásba adnak. Korrupciós elemek itt mindig előfordulhatnak. Hiszen kinek, milyen felelőssége van ezt az adásvételi rendszert szabályozni? A vagyonértékű jogot csak az illetéktörvényen keresztül lehet rendezni. Miként értékelni nyugaton a törvényt? - tette fel a kérdést. Majd megválaszolta: az általános és tiszta jövedelem alapján körülbelül másfél év jövedelmét számolják. Hazánkban a jövedelem az illegális magánfinanszírozás. A praxisok szociokulturális környezete is számít és változtatja a praxis értékét. Valójában ma is zajlik a praxisok adásvétele.

- **Mihályi Péter** volt pénzügyi államtitkárhelyettes elmondta, hogy két dolgot szeretne kisarkítva megfogalmazni. Ez a praxisügy egy rendkívüli „PR-fegyver”. A miniszterelnök másfél éve bejelentette, nyilvánvaló, hogy ezt rendezni kell, de nem három paragrafusban. Az a szomorú, hogy akik készítették, erre nem jöttek rá, pedig felelősen gondolkodó egyének. Javasolta a kisgazdáknak, hogy írassák bele a törvénybe, hogy *„csinálunk majd egy másik törvényt”*, s akkor ez egy korrekt álláspont lenne. Nyilvánvaló, hogy a törvény meg lesz szavazva. A 7000 ember - akikből itt jelen van 30, csalódni fog. Azt veszi észre, hogy próbálják privatizálni a praxist, az ÁNTSZ és az önkormányzat meg azt mondja, hogy erről nincs szó. Lehet, hogy ez drága ár, s miért a háziorvosok fizessék meg? Vannak az életnek olyan területei, amelyeket nem lehet szabályozni. Ez a háziorvosi ügy is ilyen. Nem lehet szabályozni, mert akkor mindenre válaszolni képes törvény kell, ilyen meg nincs. Ha legalizáljuk az eladást, akkor ez után adót kell fizetni. Ezt akkor le kell nyelni a háziorvosoknak. Ha eladják egy millióért, akkor fél millió az APEH-nek jár.

- **Dr. Horváth Mihály** próbált válaszolni. Olyan dolgokról van szó (szerinte), amit törvények szabályoznak és amit a volt államtitkár mond - ez attól messze áll. Maximum 20 százalék lehet az adó, ha rövid időn belül eladja valaki. 10-15 év után a kötelezettség nullára íródik. Egyébként az nyilvánvaló, hogy - mint minden jövedelem -, ez is adóköteles. A háziorvosok örömmel fognak annak eleget tenni, ha megszerzik a működtetési jogot. Máshol is vannak orvosklubok, és ott is vannak viták, de a megítélés nem ennyire sarkított, és nem is ennyire általános. A háziorvosok örömmel várják a törvényt. Az adás-vétel valóban előfordulhat, hiszen van, aki kénytelen költözni. De megoldható a csere, például egyszerű barterrel. Sok más megoldás is létezik. Ha az egyik körzet többet ér, az az árban is megjelenik. A különböző vezető főorvosok 1979-ben megmondták mennyi egy körzet és ezt a pénzt a kerületi vezető főorvosnak vagy a párttitkárnak kellett letenni. Ez volt a korrupció melegágya. Zsebbe csúsztatni és nem adózni. Ha adózott körülmények között zajlik az ügylet, akkor ez sokkal tisztább képlet. Szerinte sok minden elhangzott ezen az estén. A látszólag semmitmondó törvény jelentős, mert a háziorvosok közül 30 százalék nyugdíjkorhatár után is dolgozik és nem tud 35-40 ezer forint nyugdíjért elmenni. Ezért nem engedik be a kiválóan képzett fiatal orvost a rendszerbe. Ha az időős kollégának lehetősége van elmenni, akkor megnyílik az út a rezidensek számára, s ehhez állami támogatást kapnak.

- **Dr. Komáromi Zoltán** Bánk doktornőhöz szólt. Elmondta, hogy őt tanulmányút alatt rugta ki az önkormányzat. Szegeден egyébként 32 tagú szervezetet hoztak létre az önkormányzatiak 28 háziorvos menedzselésére. Más kérdés Budapest, például a XII. kerület milliókat ad a rendszerbe. Ha most hirtelen nagy számban jönnek az orvosok a kórházakból, akkor a licencvizsga hamarabb is megszerezhető.

- **Egy rezidens** hozzászólásában elmondta, hogy kórházból került a rezidensi helyzetbe, s nem tudja mennyibe fog kerülni egy körzet, hogy veheti meg. A vita egy keretről szól, de nincs benne a kép. Célzott a forráshiányra, s az azt megelőző törvényre. *„A reform árát nekünk kell megfizetni.”* - vonta le a konklúziót.

- **Egy önkormányzati orvos képviselő** felszólalásában hangot adott annak, hogy nem érti, hogy mi a probléma. Az önkormányzati törvény a legdemokratikusabban tudja a lakosság érdekeit képviselni. Ez a törvénytervezet nemzetellenes. Szerzett jogok visszaállamosításáról van szó. Ezután a háziorvosok felkészültségét értékelte. A kompetencia lista nagyon kis százalékát tudja a jelenlegi háziorvos társaság teljesíteni.

- **Hankó Zoltán** gyógyszerész politikai deja vu-ról beszélt. Nekik negyvennégy paragrafusos törvényük született ugyan ilyen intenzitású viták után és sietve. Szívesen leülnének, hogy megoszszák tapasztalataikat.

- **Dr. Vojnik Mária** felszólalásában a következőket mondta: *„Végig gondoltam a javaslatot, a tervezet háttéranyagát is, amely az első javaslat mellett volt. Sok vitán vettem már részt. Azt tudom mondani, hogy nem fogok a haladás ellen tenni, ha ezt a javaslatot ismételten nem szavazom meg. Nem veszem a bátorságot, hogy igazságot osszak. Jól éreztem magam, itthon voltam akárcsak a parlamentben ültem volna. Kapócs Gáborhoz csatlakoznék. Amit a preambulum méltóságteljesen megfogalmaz a választott szövegtől és a megvalósítástól messze van. Jókor mondtam, hogy vizsgáljuk meg a funkcionális privatizáció és a patika privatizáció tapasztalatát. Követelni fogom, hogy feleljen meg a törvény ezeknek a kritériumoknak, s a Béki Gabiékkel újra meg fogjuk vitatnia javaslatukat. A reform, ami a háziorvosi rendszerben lesz, azonos kell, hogy legyen a privatizációval.”*

- **Dr. Karlinger Kinga** a MOK titkára tisztázta, hogy ő a kamara titkára és nem „a háziorvosi kamaráé. Ennek ellenére nagyon várja, hogy a praxisprivatizáció megtörténjen, hogy első lépésben ezt megoldva tovább lehessen lépni.

- **Hangó Péter** háziorvos, (a veregyházi kistérslet részese) véleménye szerint ezzel a törvénnyel megosztják az orvostársadalmat. Lényegileg egy praxis bevétele 500-600 ezer forint havonta. A legális fizetésekhez képest sok. A háziorvos ezt mégis a törvényesség határán járva próbálja felhasználni. Ha APEH ellenőrzést kapna, sokminden kiderülne. A kórházi orvos ennél is rosszabb helyzetben van. A törvény a háziorvosok gondját nem oldja meg, s ezzel elodázzuk a tényleges egészségügyi reformot. Ez egy politikai kijelentés. Veregyházan megalakult a Misszió Egészségház és mindenféle törvényi betartások történnek, hogy ne lehessen megvalósítani.

- **Dr. Lehoczki Péter** a járóbetegellátás részéről beszélt. *„Circenze van, panem nincs. Nem mondhatom, hogy ez a terv nem jó, de hogy nem tökéletes, az elhangzott. Nagy hiba, hogy nem viszi tovább, nem holisztikus, nem ad távlatokat, s valóban cirkuszt csinál és veszélyeket rejt. Akik bent vannak, azoknak jó lehet, de nem tudják érvényesíteni. Már négy bankot jelöltek meg. Nem tudom van-e felhasználható 70 milliórd. Lufballon ígéret lehet, s három szék közt kerülhetnek a kollégák a pad alá.”*

Záró hozzászólások

A levezető hangsúlyozta: nem volt cél, hogy a problémák itt oldódjanak meg, de a törvényhozók elé tükröt tartani mindenkor képesek voltak. Ha ebbe belenéznek, ki lehet küszöböl-ni a hibákat.

- Dr. Komáromi Zoltán elmondta, hogy élete során sokszor volt olyan helyzetben, amikor kifogást találhatott volna, hogy ne dolgozzon, de tette a dolgát. A törvényt meg fogják szavazni. December óta olyan kormányrendeleten dolgoznak, amelyben benne kell lenniük a működőképesség garanciáinak. Megpróbálkoztak a kétharmados törvénnyel. Nem sikerült. Komáromi doktor egyetért az ellenzékkel, hogy lehetőleg minden törvényben szabályozva kellene lenniük. De ezt nem lehet. Akkor mit lehet tenni? Várják mindenki segítségét a rendeletek kidolgozásában.

- Dr. Vojnik Mária röviden felsorolta, hogy mi az elvárása. Legyen benne a finanszírozás, az ellátási felelősség, a kompetencia és az esélyegyenlőség lehetősége.

- Dr. Béki Gabriella arról beszélt, hogy a szakma képviselőinek szavai megerősítették abban, amit tettek. Demagógia az, hogy legalább az első lépést tegyék meg. A jog nem olyan, hogy majd egyszer jobb lesz. Elképzelhető visszacsinálás, de az igencsak aggályos. Olyan törvényt kell hozni, amit nem kell visszacsinálni. Túl kell lépni a pártszempontokat. A javaslatok elfogadására lehet, hogy csak 1 százalék remény van, de akkor is megpróbálják. Várják a MOK válaszát is. (Tervezetük az interneten olvasható - a szerk.)

- Dr. Hegedűs Mihály elmondta, hogy körülbelül 1977 óta elkecseregett hangulat tapasztalható jogfolytonossággal. Az egészségügy mindenkor a végére sodródik a sornak. Az utóbbi 10 évben voltak sikerek is. Működik egy jobb háziorvosi rendszer. Tudni kell, hogy más az élet vidéken és Budapesten. Sajnos azonban még 2000 sem az egészségügy éve. Nem lelkesít hát sem a múlt, sem a jelen. De mégis az EU felé haladunk, s eljőhet az idő, amikor a praxisnak nagy értéke lesz. Kormányok jönnek majd és mennek, de ott ahova haladunk az orvosnak kitüntetett helyzete van. Ne folyton azt hangoztassuk, hogy kudarc, kudarc. Ne legyünk folyton ellendrukkerek. A reformot eddig még egyik párt sem tette az asztalra. De az ellátó rendszerek reformjának terve elkészült, s benne a kórház törvény is. A járóbeteg ellátás jelentős részét a kórház integrálta, ezért annak privatizációját nem lehet egyszerre megoldani a háziorvosokéval. Ha az idén megszületik a kórházi törvény, ők is szellemi szabadfoglalkozásúak lesznek és lehetővé válik a járóbeteg szakorvosok privatizálása is. Törvényi keret kell, hogy hozzá költségvetés szü-lethessen. A jogi keret után következik a pénz. A körzetenkénti amortizáció nem 40 hanem 80 000 forint kell legyen. Ne felejtjük el, hogy a 70 milliárd garancia. Tudják ezt azok is, akik hitelt akarnak felvenni. Ha törvény lesz, bankok is lesznek és fognak is jelentkezni. Végül azzal zárta szavait, hogy a hatpárti tárgyalás hívei most is. Reméli előfordulhat, hogy a kórházi törvénnyel együtt megszületik egy 2/3-os törvény is.

- SZIT: -

Ne felejtse!

Ön dönt az 1 %-ról

Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítvány

Adószám: 18041332-1-01

A Látlelet 2000/1-es „Ilus néni” igaz történet sikerén felbuzdulva folytatjuk az élet írta esetek közlését. Várjuk a kollégák - „egészségügyben dolgozók” írásait, amelyet szándékaink szerint külön füzetben is szeretnénk megjelentetni.

MEGTÉRÉS

„Fölkelvén elmegyek az én atyámhoz! S felkelvén elméne az ő atyjához...”

A megtérés szót a görög „metanecin” fordításaként találjuk a Bibliában, amelynek alapjelentése mind a klasszikus mind az újgörög nyelvben ugyanaz: meggondolni magunkat - megváltoztatni a véleményünket. Tehát a „megtérés” alapjelentése nem egy érzelem, hanem egy döntés. Az igazi megtérés egyszerűen egy szilárd belső elhatározást, véleményünk megváltoztatását jelenti...

Az 1984 május elsejei felvonulási ünnepség dísztribünjén az 51 éves dr. D., a Megyei Pártbizottság titkára éles fájdalommal érzett gyomorszája körül, amely kisugárzott mindkét oldalára. Fegyelmezett, kemény ember lévén végigstatisztálta a ceremóniát, de az ezt követő fővárosi elvtársakkal tartandó díszében és vadászaton nem vesz részt. Váratlan elfoglaltságára való hivatkozással ugyan némi értetlenséget okoz, de erősödő fájdalmai miatt ez most kivételesen nem érdekli. Vezetni nem mer, sofőre előtt nem akar magyarázkodni, így taxival hajt haza. A görcsökkel küszködő férfi szobájába zárkózik és megpróbálja kirekeszteni a külvilágot. Meggyőződése, hogy mindez múlt, átmeneti rosszullét. Talán a kisüsti, és az egészet reggelre kialsussza. Éjjel képtelen aludni, de meg akarja várni a reggelt. Életében először fájdalomcsillapítót kér feleségétől.

Dr. D. ez idáig nem volt beteg, kivéve 1956-ban, amikor tüdőlövést kapott a párház védelménél, mint fiatal karhatalmista. Repülővel szállították Moszkvába, ott vált végérvényesen elvhű kommunistává, hiszen az életét köszönte az eszmének. Igaz bal esetét is, de abban az időben nem mérlegelt az ember. Mint potenciális kádergyerek, kint végzett egyetemet, és hogy hazatérte után rövid idővel mégis faluja megyeszékhelyére kérette magát, annak kizárólag családi okai voltak. Unokatestvére a legfőbb vezetésben igen magas poszton volt és a két család között egy örökség miatt csak a rossz viszony öröklődött, melyet ezzel akart kiiktatni életéből. Ösztálytársát vette feleségül és gyermeke e házasságból nem lévén, dr. D. csak munkájának élt. Azon kevesek közé tartozott, aki értett is ahhoz, amit csinált. Bár olykor őszinte önismeretében feleségének bevallotta: ez inkább hátrány, mint előny... Dr. D. nem volt harácsoló típus, egyetlen szenvedélye a pecézés és kis tóparti faházában gyakran élt ennek a szenvedélyének.

Dr. D. reggeli első útja gyermekkori főorvosbarátjához vezet, aki szintén falubeli. Barátságuk már az eleminél kezdődött. Nemcsak testvéreik száma, hanem sorsuk is közös volt: mind-

kettőjük apja elesett Szibériában. Dr. D. nem veszi igénybe a pártbizottság megkülönböztetett lehetőségeit, inkább mélyebb gyökereket keres.

Két nap múlva megműtik. A műtét utáni napokban dr. D. ezekre a mélyebb gyökerekre való hivatkozással követeli az igazságot, a baráttól, és nem az orvostól. Megtudja: érdemi operáció nem történt, valamennyi riemesebb szervben ott az áttét. A hasnyálmirigy és a máj igen előrehaladottan érintett. Egy-két hónap az átlagos túlélés és a morfium miatt rövidebb az ébrenlét... Május közepét írunk ekkor.

Dr. D. először öngyilkos akar lenni. Elmondása szerint sokáig nézi kocsija volánja mögül a Tisza vizét, kezében altatókkal, de nem teszi meg. Visszhangokat hall, hamis felhangokat, rosszindulatú következtetést. Amit elért önerőből, nem akarja kérdőjelekkel saját maga tönkretenni. Úgy érzi, önmagának tartozik ezzel, no és a leélt éveknek. Próbál kapaszkodókat keresni: se Marx, se Engels, de még Lenin sem segít megtalálni. Egy szentimentális pillanatában szerelme házái is eljut és már-már az a képtelen ötlete támad, hogy el kell válnia. Neki is, meg szerelmének is, hogy azután elvehesse gyermeke anyját feleségül. Házasságuk tizenötödik évében született a szerelem, s a házastársak iránti etika legyőzte a szenvedélyt. De hirtelen szükségét érzi annak, hogy ország világ előtt magának mondhassa az aszszony középső fiát, akiről mindketten tudják, hogy közös gyermekük. Hogy hagyjon egy nyomot maga után, egy folytonosságot, amely nyit némi rést kétségbeesésén. De felülkerekedik erkölcsi érzéke és úrrá tud lenni önzésén. Ilyen lelkiállapotban következik be a gyors finish és július közepére már csak infúziók táplálják a csonttá fogyott férfit.

És ekkor dr. D. mellé a kórház kétágyas szobájába egy evangélikus lelkész kerül. Az ő általa képviselt mankó, így közös légterükbe kerül. A lelkész egy új dimenziót tár fel a lét értelmeként. Egy kapaszkodót. Dr. D. életében először, halálos ágyán kerül kapcsolatba a Bibliával. Mindent meg akar ismerni, szellemikben pótolni a gyógyírt, ami mindig létezett csak nem az ő számára. A lelkész gyógyulása után is visszajár segíteni ebben őt. Egy reggel, úgy augusztus vége felé, dr. D. meglepő kijelentést tesz a hozzá siető lelkésznek. Megnyugtítja, hogy nem kell korán reggel fáradtságot nem kímélve rohanni hozzá. Ráér akár délután is, mert van még idő. Hisz húsvét áprilisban lesz, azt tegnap megkérdezte a feleségétől.

A lelkész értetlenül fogadja a bejelentést. Dr. D. azt a választ adja, hogy a megtérésnek egyetlen bizonyítéka, ha feltámadás-

kor fogadja őt Isten. S bár az ő esetében itt hosszabbak a stációk, de ennek így kell lenni, mert több a bűn, így hosszabb a vezeklés...

Dr. D. a hitetlenkedő tekintetekre Márk igéjével válaszol: „Minden lehetséges a hívőnek.”

Dr. D.-n kívül senki nem hisz ebben a Feltámadásban, még maga a lelkész sem. Novemberben már a sok felfekvéstől eltorzult test látványa is „emberfeletti”. A preparált vénák kereszt-tüzében csak a csillogó szempár „emberi”, amely azonnal jelez, ha netán a magnón a kelteténél rövidebb ideig szól az ige.

Januárban megkezdődik a visszaszámlálás. Hívót és hitetlent egyaránt fálhoz állít e megdöbbenő, fanatikusan kikövetelt visszazagazolás.

1985-ben a húsvét április első hetére esik. A Magyarországi Evangélikus Egyház Sajtóosztálya által összeállított 1985-ös Útmutató a következő igéket tartalmazza:

Április 1. hétfő: Pál írja: „Timóteus jó hírt hozott nekünk hitkekről és szeretetekről. Egyszerre feléledünk, ha ti szilárdan álltok az Úrban.” (1. Tessz. 3. 6. 8.)

Április 2. kedd: „Mondjátok a remegő szívűeknek: Legyetek erősek, ne féljete! Íme jön Istenetek.” (Ézs. 35.5)

Április 3. szerda: „Ezért most megmutatom, ezúttal megmutatom nekik kezemnek hatalmát és megtudjátok, hogy Ő az én nevem. Dicsőítették az Istent és így szóltak: Akkor tehát a pogányoknak is megadta az Isten a megtérést az életre.” (Ap. Csel. 1 1.18)

Április 4. Nagycsütörtök: „Ezt mondta Isten Ábrahámnak, Te pedig tartsd meg szövetségemet, meg utódaid is nemzedékről nemzedékre! (1. Móz. 17.9.) Jézus vette a poharat, halát adott és ezt mondta: Vegyétek és osszátok el magatok között, e pohár az újszövetség az én vérem által, amely tiérettetek ontatik ki...” (Lk. 22.17.20)

Április 5. Nagypéntek: „De Isten engem kivált a holtak hazájából, és magához fog venni. (Zsolt 49.16.) Ekkor Jézus han-gosan felkiáltott: „Atyám a Te kezembe teszem le az én lel-kemet.’ És ezt mondva meghalt.” (Lk. 23.46.)

Április 6. Nagyszombat: „Te kiemelted életemet a sírból, ó uram, Istenem! (Jón. 2.7.) Jézus Krisztus most megbékéltetett emberi testében halála által, hogy mint szenteket, hibátlanokat, és feddhetetleneket állítson majd színe elé.” (Kol. 1.22.)

Dr. D. április 6-án hajnali háromnegyed négykor távozik az élők sorából. Földi maradványa nem haladja meg a harminc kilót. Az ágyánál tartózkodó tanúk szerint tekintetét az ágyával szemben lévő, kérésére felhelyezett óráról csak akkor veszi le, amikor a mutatók elhagyják éjfél. „Köszönöm Uram”-t rebegve, többet azután nem néz fel, hanem csendesen, mosollyal a szája szegletében elalszik örökre.

(A személyes megélés hitelességével lejegyezte: Balla Anna)

3. blokk

“Egymás ellen, vagy egymás mellett?”

Üléselnök: dr. Papp Béla

Moderátor: dr. Kovács Julianna.

Meghívtak: dr. Stunya Edina háziorvos, dr. Mészner Zsófia a Szent László Kórház igazgatóhelyettese, dr. Balogh Sándor az OALI főigazgató-helyettese és dr. Éger István a FAKOOSZ elnöke.

Dr. Stunya Edina pontos adatokon alapuló és tudatosan vita provokálására betervezett előadása igen érdekes adatokat tartalmazott a háziorvos és a házi gyermekorvos által nyújtott ellátás különbségei, a beutalások százaléka, a diagnózisok pontossága stb. kérdésekben. Az előadás tartalmas vitát eredményezett, bizonyította a gyermekhálózat megmaradásának és fejlesztésének célszerűségét. A gyermekszakorvosok által ellátott populáció sokkal kevesebbe kerül az egészségügynek. A medicus universalis - ha lelkiismeretes, - nem vállalhatja fel az otthoni (egyben a definitív) ellátásban ugyanazt, mint a gyermekszakorvos.

Dr. Mészner Zsófia a tanulságokat igen finoman és elegánsan, a szakma köntösébe öltöztetve adta elő.

Dr. Balogh Sándor hangsúlyozta, hogy a probléma gyökereit kutatva figyelembe kell venni a gyermeklétszám sajnálatos csökkenését, a pontértékek stagnálását és a megosztottság átkát. Figyelmeztetett arra, hogy a háziorvos nem csak a gyermekorvossal van szembeállítva, hanem ugyanúgy a másik háziorvossal is. Az ellentét tehát nem gyermekeket és felnőtteket gyógyító orvosok között van, hanem megélhetési kérdésekről van szó. Amikor a háziorvost megfélelik és azt mondják róla, hogy ő az, „ki a kártyát elveszi, a beteget továbbküldi, és a hálapénzt bezsebeli” - akkor ezzel a házi gyermekorvossal veszik egy kalap alá.

„Minden szakma sovíniszta. Amikor a 110.000 ágy kapcsán minden szakmával leírtatták a javasolt minimális

QUO VADIS

GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS II.

ágyszámot, az összesítéskor 140.000 ágy szükségessége derült ki. Megosztottságainkat ne mutogassuk kifelé. Nem hasznos senkinek. Veszélyek fenyegetnek. Ha nem értjük meg az egymás mellett szükségességét, akkor egymás nélkül maradhatunk” - fejezte be hozzászólását.

Dr. Éger István arra hívta fel a figyelmet, hogy a gyermekorvos helyzete sajátos. Szakvizsgájával egyszerre lát el alap és szakellátási feladatokat. Bár Európában hagyománya van a 0-100 éves ellátás gondolatának, soha nem találkozott a gyermekhálózat felszámolásának komolyan megfogalmazott ötletével. Az ok ismét csak a méltatlan finanszírozás. Az általános orvosok is jobb színvonalon fognak dolgozni a gyermekellátás területén, ha a privatizáció nyomán elindul egy egészséges körforgás és megjelennek a fiatal, már ilyen irányba is jól képzett kollégák a rendszerben. Az idősebbek talán nem kezelték ezt a kérdést evidenciaként. A FAKOOSZ is a status quo fenntartása mellett van.

Az előadásokat követő vitában a jelenlévők egyetértettek abban, hogy az ismertett adatok jól magyarázhatók. Alkalmaskak a külső - olykor csak pénzérvekkel befolyásolható - döntéshozók meggyőzésére, az ágazat megmaradását szolgálják.

4.blokk.

„Mi vár ránk?”

Üléselnök: Rotyis György

Moderátor: dr. Huszár András

Meghívtak vendégeket: dr. Fodor Miklós miniszteri biztos az Egészségügyi Minisztériumból, dr. Szilágyi Adolf polgármester a Települési Önkormányzatok Országos

Szövetségétől, dr. Komáromi Zoltán MOK titkár, dr. Éger István FAKOOSZ elnök, és dr. Kollai Balázs MAPOSZ elnöke.

Dr. Fodor Miklós a legaktuálisabb kérdés, a praxisjog háború állásáról számolt be. Elmondta, hogy a cél az volt, hogy ne menjenek bele az önkormányzati törvény módosításának csapdájába, ami végeláthatatlan ideig tarthat. A privatizációt el kell kezdeni. Ezt ígérte a kormány az orvostársadalomnak, az pedig elvárja ennek megoldását. Nem elhanyagolható az sem, hogy a betegek érdeke is ez. A munka tehát a jogi szabályozási megoldások körül folyt. Azt keresték, hogyan lehet megoldani anélkül, hogy az önkormányzati gondoskodás felelőssége sérülne. A kérdést jól átgondolva kiderült, hogy itt az önkormányzat valódi kötelessége nem maga az ellátás, hanem az ellátás szervezése. Szakmailag egyetértés volt abban, hogy ha egy szakmai jogosítványt delegálnak egy testülethez, akkor az felel az egyén szakmai és erkölcsi alkalmasságáról egyaránt. Az önkormányzat ennek nem tud elegendet tenni. Több önkormányzati szövetséget kerestek meg, de a válaszok a kétharmados törvényt reklamálták vagy csak bizonyos feltételekkel fogadták volna el a tervezetet. Feltételezhető volt, hogy valamelyik önkormányzat alkotmányossági aggályokat fog bejelenteni. Először egy törvényjavaslatot óhajtottak a parlament elé küldeni, egy praxis vagy működtetési jogot keletkeztetni, amely vagyonértékű és minden érvényes szerződéssel bíró háziorvos, házi gyermekorvos, és fogorvos megkapja, attól függetlenül, hogy vál-

lalkozó vagy közalkalmazott. Az egészségügyi bizottság ezt a javaslatot kapta kézhez. Az alkotmányossági aggályok miatt a koalíciós pártok egyben módosító javaslattal éltek. Szerintük ezzel a gondoskodási felelősséget kivennék az önkormányzatok kezéből és az orvosokra ruháznák. Így az önkormányzat laikus testülete nem bonthatna fel szerződéseket. Szakmai szervezetek kapnák meg jogszabályilag ezt a jogot. Lakossági kifogás esetén az önkormányzat intézkedhet, de nem bonthat szerződést. Ez a módosítás azonban minősített többséget kíván. A praxisjog megszavazása után már csak kormányrendeletekkel kellene módosítani néhány törvényt. (Átgondolandó például az ÁFA-törvény is.)

Dr. Éger István hangsúlyozta, hogy mindez csupán teoretikus mindaddig, míg a közlönyben meg nem jelenik a törvény kihirdetése.

Dr. Komáromi Zoltán arról szólt, hogy a MOK utolsó elnökségi határozata 1999 február 11-én született. Azóta a kamara egy bizottságot működtet, amely az eseményeket csak követi, nem irányítja. Szeptember óta minden áll. Akik első perctől figyelték az eseményekre, tudták, hogy itt nem a vagyontól kell tárgyalni hanem a szellemi értékről. Az, hogy az egészségügy minden nehézség dacára működik, a háziorvosoknak és házi gyermekorvosoknak köszönhető. Ezt a csodát kell továbbvinni. Több kollégának december 31-i dátummal felmondtak. Ezek szörnyű technikák. Megalázása az orvosnak és a lakoságnak is. Nem csak az orvos van bizonytalanságban. Amióta napirenden van a praxisjog, elkezdődött a fanyalgás orvoskollégák, politikusok,

önkormányzatok részéről egy-aránt. Ezután arról beszélt, hogy mi-lyen nagy szükség lenne a kamarán belül egy háziorvosi szakmai tagozatra. Ennek hiányát úgy ellensúlyozták, hogy a MOK a FAKOOSZ és a HGYOE teljes szellemi kapaci-tásával együttműködött. A továbbiakban a finanszírozásról beszélve elmondta, hogy kasszákból év elején is elvettek, s év végén ismét 150 millióval rövidítették meg. Merre menjük hát tovább? Ennek eldöntésére nem 36000 orvos kamarája, hanem egy szakmai testület szükséges. Szabályozott piac kell. A területi felelősségben benne kell lennie, hogy adott piacra csak az jöjjön be, akire az adott közösségnek szüksége van. A területi felelősség nélküliek tönkretethetik a többieket. A MOK struktúrájának át kellene alakulnia. Szekciók vagy tagozatok kellene, melyekben például együtt lehet a háziorvos, házi gyermekorvos és foglalkozásegészségügyi orvos. Ami a felteleteket illeti, életpálya kölcsönre lenne szükség, 15-20 évre, jelzáloggal és állami garanciával. A működéti jog legyen orvos személyéhez kötött. A tőke szabályozott módon jöhessen csak be a rendszerbe. Az, aki nem szakmabelinek adja át a közzetet, veszítse el a jogot automatikusan. A rizikó felvállalása elkerülhetetlen. Mindez kétségtelenül áldozatvállalással is jár. Kell majd egy hatósági praxisvezető orvos is, aki lehet rezidens vagy aktív nyugdíjas és ahol helyettesíteni kell, mindenkor képes beugrani. A felszerelés kérdése is megoldható. Ha a szellemi apport megoldott, akkor az önkormányzattal meg lehet egyezni a továbbiakról is, hiszen őket is érdekli, hogy jó orvos legyen a településen. A veszélyekre is figyelni kell. Átvételkor illetékmentes, de átadáskor nem biztos, hogy az. Ez esetben is van mire hivatkozni. A tevékenység tárgyi adómentes, tehát a végén nem szózható rá áfa.

- Lejegyezte: dr. Szász István T. -

Dolgozik az OEP!

Fókuszban a Gyógyászati Segédeszközökkel kapcsolatos ártárgyalások

A Gyógyászati Segédeszközök vonatkozásában múlt év végén folytatott ártárgyalások az árakban, illetve a támogatott termékek körében történt változásokat eredményezték. Az alkalmazott elvekről, koncepciókról ezúttal az OEP szakemberei, dr. Hagymássy Péter és dr. Kőrössy Péter nyilatkoztak lapunknak.

Dr. Hagymássy Péter az interjú során elmondta, hogy a tárgyalásban résztvevő illetékesek fő koncepciója az volt, hogy ugyanazon betegségszempontok ellátására alkalmas gyógyászati segédeszközök egyazon csoportba kerüljenek és fix támogatást kapjanak. Ezért úgynevezett „funkcionális csoportokat” alakított ki az OEP. Tehát lényeges, hogy egyazon termékcsoport ugyanolyan támogatásban részesüljön. S ha egy adott csoporton belül, a rászoruló többféle funkciót is - például sportolásra való alkalmasság - igényel, az plusz költség átvállalásával kivitelezhető legyen. Emellett az 50-70 százalékos támogatás mértékét 70, illetve 85 százalékra növeli az OEP. Ez azt jelenti, hogy a rászoruló beteg annak ellenére, hogy adott esetben nő a gyógyászati segédeszköz ára, gyakorlatilag ugyanannyit fizet. „Úgy gondoljuk, hogy amire valóban szüksége van a betegnek, az jobban hozzáférhető lett. Azok a termékek, amelyeket nem javasolt az orvosszakma, kikerültek a támogatottsági körből. Ezáltal a termékek listájára felkerülhettek olyan eszközök is, amelyek eddig nem szerepeltek azon, beleértve a nagyobb értékű gyógyászati segédeszközöket is. A listán most megközelítőleg mintegy 250 termék szerepel. Ez összességében pozitív eredményként könyvelhető el.”- nyilatkozta dr. Hagymássy Péter.

- Döntéseik során kikre hagytakoztak?

- Az orvosszakmai véleményeket vettük figyelembe, azaz a szakmai kollégiumokét és a szakterületeken gyakorló felkért specialistákét. Ezeken kívül, a civil betegszervezeteket is meghívtuk tárgyalásainkra, hogy az ő igényük is képviselve legyen egy-egy eszköz listára kerülésénél.

- Vannak-e vesztesei az ártárgyalásoknak?

- Mint minden versenyben, természetesen igen, többnyire a gyártók és forgalmazók körében. Kisebbréssel kell dolgozniuk. Enélkül azonban nincs versenyhelyzet. Véleményem szerint a legfontosabb az, hogy a betegek jobban jártak és nekünk - akik szolgáltatásokat vásárlunk -, ez a legfontosabb. Ez mindenképp nyereségként könyvelhető el. Összességében azt reméljük, hogy pozitív kiegyensúlyozás lesz ártárgyalásaink eredményének. Ezzel egyidőben a kölcsönzési rendszert is megpróbáljuk kialakítani, ami megint egy új lehetőség. Ez ugyanis lehetővé teszi a hozzáférést azon eszközökhöz, amelyek mondjuk nem támogatottak, vagy igen nagy értékűek, mint például egy toloszék. Modellként még ebben a hónapban elindítunk Heves megyében egy kölcsönzési formát, ahol valamennyi fél számára igyekszünk megteremteni a kölcsönös érdekeltséget. Mindezt egy Pest megyei forgalmazóval próbáljuk megszervezni. Ez azokra a betegségszempontokra fog vonatkozni, melyeknél többnyire nagyobb értékű eszközöket, rövidebb ideig (hat hónapon belül) vesznek igénybe a rászoruló. Hosszabb időtartamra vonatkozóan részletvásárlási akciót szeretnénk kidolgozni.

- Az inkontinencia-stoma lapunkban is sokat szereplő kérdéskör... Történt-e ezen a téren változás?

- Kezdjük az inkontinenciával. Itt egy új kategóriát is bevettünk a támogatási körbe: az „enyhe fokú inkontinencia” kategóriát. Erre a kategóriára is jár betét. Eddig csak középsúlyos fokozatú inkontinencia esetén volt adekvát a segédeszköz, és ez egy „kegyes csalást” feltételezett az orvosnál. Erre ezentúl nincs szükség. Úgy gondolom, ez is mutatja szándékunkat, hogy a tényleges helyzet, a tényleges ráutaltság és a gyakorlat szinkronba kerüljenek egymással és ne kelljen manipulálni. Az inkontinencia betétek árában viszonylag széles volt a szórás, de a minőségben nem volt ekkora eltérés. Az orvosszakma úgy döntött, hogy alaphelyzet az ORKI engedély, utána pedig a gazdaságosság kérdése dominál. Itt azért meg kell jegyezni, hogy az ártárgyalások során a többi gyártó és forgalmazó csökkentette árát. Ez a versenyhelyzet ezáltal megszüntette a nagyon kirívó eseteket. A stomaterápiánál hasonló volt a helyzet, a hat nagy termékcsoport közül kettő tudta

azt az árat tartani, ami a gazdaságossági számítások alapján megegyezett a bizottság elképzelésével. A tárgyalások végén másik két forgalmazó igazította árát, így felkerült a támogatott termékek listájára. Természetesen ugyanazon paraméterekkel mint a többi. Ezért mondjuk azt, hogy a betegek a nyertesek.

- Szakmai kompetencia vonatkozásában a felírhatóság tárgykörében történt-e változás?

- Az igényjogosultság eldöntésénél az első felírásnál mindenképp ragaszkodunk a szakorvosi kompetenciához. Ahol volt lehetőség, próbáltuk a szakorvosi kört kibővíteni. Például igen sok jogosultságnál a rehabilitációs szakorvosok írhatják fel a terméket. Ezidáig ez nem így volt. Ezt követően a többi felírásnál rugalmasan próbáljuk kezelni a kérdést. Szeretnénk egy olyan rendszert is útjára indítani, hogy ha adott esetben igazolja az orvos, hogy ismeri ezeknek a termékeknek az adekvát használatát, akkor ő is felírhatja a terméket még szakorvosi vizsgájának megszerzése előtt. A későbbiekben pedig a háziorvosok felé is nyitunk, de ehhez természetesen a betegnek kell igazolnia, hogy jogosult a termékre.

- Összegzőképpen: racionalizáltság, józanság, etikusság. Ezen elsődleges szempontok szerint igyekeznek szabályozni ezt a kétségtelenül nagy pénzt megmozgató kérdést. Az Állami Számvevőszék vizsgálódott is ezen a téren, nem eredménytelenül...

- Igen, kétségtelenül jó üzlet a gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása. Nem véletlenül növekedett ebben az ágazatban a vállalkozások száma - különösen a forgalmazás területén. Tulajdonképpen nem is baj ez, de kontrollt kell alkalmazni. Tehát állandó ellenőrzésre van szükség - ez az OEP feladata -, a vizs-széléseket pedig szankcionálni kell, hiszen így rengeteg pénz áramolhat ki illetéktelenül a rendszerből.

- Dr. Kőrössy Péter szerint egy egészségtelen verseny-, és piaci magatartás alakulhat ki, mely során nem a beteg jobb ellátása lesz a cél. „Minden ártárgyalás egy verseny. A versenynek vannak nyertesei és vesztesei. Minket az a szempont vezetett, hogy a biztosítottak legyenek a nyertesei ennek az ártárgyalásnak. Az is természetes, hogy a vesztesek nem mindig tudják elfogadni a végkifejletet. Ilyenkor, mint ahogy az lenni szokott, jönnek a legkülönbözőbb koreográfiák. Ehhez már hozzászokhatunk. Az érintettek olykor azt a felismerést is nehezen tudják elfogadni, hogy akár árban, akár minőségben van jobb termék az övéknél. Frusztráltságuknak pedig igyekeznek hangot adni. Időnként nem megengedett eszközöket is bevetnek a cél érdekében. Mi ilyenkor mindent igyekszünk kivizsgálni és kivédeni a helyzetet. Ha mi tévedünk - ezt is igyekszünk beismerni -, akkor arra is nyitottak vagyunk, hogy döntéseinket szakmailag felülbíráljuk. A biztosítói támogatásokat is követjük, a költséghatékony-sági vizsgálatokat megrendeljük. Ha szükséges, felülvizsgáljuk korábbi állításainkat, álláspontunkat és alkalmazzuk a tudományos alapokon történő orvoslást.

- Úgy tudom, Ön most jött egy EU-s esatlakozást analízáló értekezletről. Hogyan állunk mi EU-s viszonylatban, például a gyógyászati segédeszközök igényjogosultsága terén? Mekkora az esélyegyenlősége egy hazai rászorulóknak az adekvát eszközre?

- Ismereteim szerint az Európai Unió átlagához mérten - ebbe beleérttem Görögországot, Portugáliát vagy a magasabb ellátást biztosító Svédországot és Németországot is -, az OEP átlagos mértékben fizet támogatást a gyógyászati segédeszközökre vagy gyógyszerekre. Jónéhány országban a biztosítottak nagyobb részt kell vállalnia. Sőt, hazánkban igen sok olyan termék van, amit más uniós országokban nem támogatnak. Ilyen például a mellműtétek után alkalmazandó melltartók, a kompressziós harisnyák egy része, ludtálpbetétek, stb. Ezeket az új rendszer értelmében 70-80 százalékkal támogatja az OEP. Az Európai Unió legfejlettebb országában 15 százalék, legfejletlenebb országában 60 százalék önrészt fizet a beteg, beleértve a gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket is. Magyarországon ez átlagban 35 százalék. Ha ezt az értéket megvizsgáljuk, érdekes összefüggéseket kapunk: hazánkban igen sok a 100 százalékosan támogatott gyógyszer. Persze ilyenkor egy ország sajátosságait is figyelembe kell venni. Sajnos, nálunk nagyon magas a rá-

A különkeretes gyógyszerekről...

A különkeretes beszerzések során már 1999-ben is sikereket könyvelhettünk el. Először történt meg, hogy a költségvetési törvényben előirányzott összeget sikerült betartani. Ez annak volt köszönhető, hogy például az EPO készítményeket, fokalhis dystonia kezelésére szolgáló készítményt, SM kezelésére szolgáló készítményt és a növekedési hormon termékeket is az 1997. évi finanszírozási feltételeknél kedvezőbben tudtuk megvásárolni. Soha ilyen mennyiségű és jó minőségű összetételben nem vásárolt az OEP vérkészítményeket. Ezeknél a termékeknel jóval több beteg ellátása biztosított.

A különkeresződés alapján finanszírozott gyógyszerek a 2000. év I. negyedévére történő beszerzéséhez az OEP 1999 novemberében közbeszerzési eljárást írt ki. Erre azért volt szükség, hogy a betegellátás 2000 januárjától folyamatosan biztosítva legyen. Mivel minden esetben csak a hatályos jogszabályok értelmében dolgozhatunk, ezért a tendereztetett gyógyszerkört az akkor különkeretesnek kiírt gyógyszerek képezték. Ezen gyógyszerkört az Egészségügyi Minisztérium határozta meg. Az eljárás nyílt eljárás volt, az ajánlatok beadása 1999. december 28-án történt. A beérkezett ajánlatok értékelésére az OEP szakértői bizottságot hozott létre. A 2000 I. negyedévre rendelkezésre álló keretösszeg - mivel akkor még a költségvetési törvény nem volt ismert -, az 1999-re allokált összeg időarányos része volt.

A beérkezett ajánlatok alapján a bizottság tizenhat terméksoron találta eredményesnek az eljárást:

1. Hepatitis kezelésével kapcsolatos átlagosan 4 százalékos árengedmény a tavalyi árakhoz képest, így ugyanabból a keretösszezből több beteget tudunk ellátni, amivel gyakorlatilag megszüntettük a várólistát.
2. Endometriosis kezelésére szolgáló egyik készítmény esetén 8 százalékos árcsökkentést értünk el a tavalyi árhoz képest. A többi készítmény ára is hasonlóan alakult a tárgyalások során.
3. Vesebetegek kezelésére, illetve néhány onkológiai készítmény esetében, a vérfaktor készítmények zöménél, valamint a HIV/AIDS betegek kezelésére szolgáló készítmények esetén a tavalyi árakat fogadtuk el. SM kezelésénél is változatlan az egységár.
4. Néhány terméksor esetén (focalis dystonia kezelése, szintetikus VIII-as faktor készítmény) az áremelés átlagosan 3 százalék volt.

Ezen termékekre szállítási szerződést kötöttünk 2000 I. negyedévére, 2000. március 31-ig. A többi terméksor esetén az eljárás eredménytelen volt, vagy a túl nagy áremelés, vagy a közbeszerzési törvénynek nem meg-

felelő ajánlat miatt. Ezen eljárás eredményhirdetése 2000. január 11-én volt. Ezt követően azokra a termékekre, ahol nem tudunk szerződést kötni, az OEP pályázatot írt ki, a termékkör változatlanul hagyása mellett, melyet a hatályos jogszabályok határoznak meg. A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök 2000. január elseje óta nem tartoznak a közbeszerzés hatálya alá, ezért a tárgyalásokat már ezen a héten elkezdhetjük.

Mivel azóta a költségvetési törvényben megszületett a gyógyszerekre fordítható pénzüsszeg előirányzata, lehetővé vált, hogy kedvező ajánlat esetén a szakma egyetértésével egész évre megállapodjunk, ami a különkeret létezése óta azt jelenti, hogy egy évig megszakítás nélkül, folyamatosan biztosított a betegek kezelése. A tárgyalások során a beadott árakhoz képest, kivétel nélkül minden esetben csökkenést sikerült elérni. Ezen csökkentés mértéke 3 és adott esetben 20 százalék között volt.

Bár két termékkör tárgyalása még hátra van, összességében elmondható, hogy minden gyógyszert az európai árakhoz viszonyított legalacsonyabb áron vásároltuk meg. A külföldi gyártók sehol nem tudták érvényesíteni az árfolyamváltozásból adódó veszteséget, az inflációt pedig a magyar gyártók sem tudták követni. Néhány esetben nehezítette a helyzetet, hogy egy-egy betegség kezelésére csak egy gyógyszer szerezhető be a különkeretes formában. Legsikeresebbnek a növekedési hormon készítményekre kiírt tárgyalás tekinthető. Ezen termékek ára az 1999. év eleji árhoz képest mintegy 20 százalékkal csökkent, ami ugyanabból a keretösszezből ennyivel több beteg ellátását teszi lehetővé, illetve szükség esetén egy-egy betegnél növelhető a kezelési dózis.

Összefoglalásként elmondható, hogy a tendereztetés során komoly megtakarításokat sikerült elérni, és ezáltal biztosíthatóvá vált a betegek ellátása, még a tavalyi tényleges felhasználásnál több milliárd forinttal csökkentett gyógyszerkasszából is. A rendelkezésre álló készítmények közül az orvosok szinte minden esetben szabadon választhatnak, biztosítva így a beteg számára legmegfelelőbb gyógyszert. Ezzel a pályáztatásos módszerrel, ezen betegségek kezelésénél a pénzügyi előirányzat tartható volt, biztosítva a kezelésekhez szükséges mennyiségek beszerzését.

Dr. Kőrössy Péter
főosztályvezető

Bidló Judit
osztályvezető

kos megbetegedések száma, s ehhez a tényhez alakítjuk támogatási rendszerünket. Az onkológiai betegek esetében, majdnem minden ingyen

jár a betegnek. Ez nagyon kevés európai országra jellemző.

(következő számunkban folytatjuk)



(folytatás az első oldalról)

Nekem viszont a jó közérzetemhez többre volt szükségem annál a körülbelül havi három alkalomnál, ami öszszejtött. Az első orvos, akivel komolyan megbeszélhettem a problémámat, Dr. Török Alexander, a Pécsi Urológiai Klinikán, aki tesztoszteronszint mérté, majd spermavizsgálatot is végeztetett. Budapesten lévén, végül Dr. Fekete Ferenc urológushoz kerültem, aki szintén partnerként kezelte. Szerencsére a feleségem, aki hasonló korú mint én, nagyon megértő volt, s ha igényeltem, elkísért engem az orvoshoz. Először injekciós kezelésre került sor az összes ezzel járó kellemetlenséggel együtt, amit inzulinos fecskendővel magam végezhettem el. Ezt követően írt fel az orvos a rombusz alakú tablettát. A legfontosabb számomra ennek a kényelmes és egyszerű használata mellett az, hogy biztonságérzetet, lelki megnyugvást kaptam, megszűnt a sikertelenségtől, a kudarcotól való félelmem, a gőrcsőségem. Az is mellette szól, hogy az injekcióval ellentétben, a sikeres ejakuláció után az erekcióim megszűnnek. Persze a gyógyszereszedés önmagában mit sem ér, ha nem történik megfelelő stimulálás a partner részéről, ami az izgalmi szintet fenntartja. Az első csókolózás után már tudom, szükséges-e bevennem a tablettát, 30 perccel a tervezett szexuális együttlétünk előtt. Nem okoz komoly mellékhatásokat ez a tabletta, arcpiros enyhé fülzúgás szokott nálam előfordulni. Fekete doktor útmutatása

EREKTIILIS DISZFUNKCIÓ

alapján három hónapig naplót is vezettem, amiből az is kiderült, hogy nekem nem mindig elegendő az 50 mg hatóanyagú tabletta, mert ha el is indul a merevedés, a befejezés nem lesz tökéletes. Ha feszültebb vagyok, a 100 mg-osat szedem be. Odafigyelek arra is, hogy 24 órán belül kettőt nem szabad bevennem. Három havonta járok általános kontrollra, fél-évente terheléses EKG-ra. Úgy érzem, amióta a két tablettát szedem, életem harmonikusabb, jobbá vált - fejezte be történetét Moszár János.

**Dr. Török Alexander urológus szak-
orvos, uro-szexológus:**

- Háziorvos, vagy urológus kolléga küldi hozzám a beteget, vagy maga a beteg jelentkezik nálam. Számomra nem okoz nehézséget, hogy megtaláljam a hangot a beteggel, akit arra kérek, mondja el saját szavaival a panaszt. Akárhogyan is fogalmazza

meg, nekem kell őt megértenem, s alkalmazkodnom hozzá. Feltétlenül szükségesnek tartom, hogy a beteget mindenképp az urológus lássa és ő döntse el, szükséges-e adott esetben a kék tabletta. Ugyanis az ananézisnél kiderülhet, hogy olyan egyéb probléma van a merevedési zavar hátterében - például egyszerű fel-fázásból eredő prosztatagyulladás -, aminek a kezelését követően kerülhet csak sor a merevedési zavar orvoslására. Nemegyszer tették már fel nekem a kérdést: mi van, ha a beteg a tabletta bevételét követően infarktust kap? Nos, akár élsoportolók is kaphatnak infarktust. Nincs összefüggés a kék tabletta szedése és az infarktus között. Arra viszont odafigyelek, ha mentőt hívak a beteghez, vagy maga megy orvoshoz, hogy nem szed-e ilyen tablettát. Ugyanis az - eredetileg szív-gyógyászernek készült - kék tabletta és az infarktusozó elsősegély

nyújtásként használt, ugyancsak nitratot tartalmazó 22 gyógyszer valamelyikének együttes adása veszélyes és kiszámíthatatlan következményekkel, mellékhatásokkal jár - mondta Dr. Török Alexander a Látóletnek adott interjújában.

Dr. Fekete Ferenc urológus:

Igen fontosnak tartom a megfelelő kommunikációt a beteggel. Igyeekszem feloldani gátlását: nem rögön a lényegre térek, hanem semleges témákkal indítok. Az már eleve jó jel, hogy a beteg felkereste az orvost, hiszen sokan az anyagi javak megszerzését és minden mást előbbre valónak tartanak saját egészségüknél. Szeretném, ha ez a szemlélet megváltozna. Ennek érdekében egy „férfifigondozási” koncepciót dolgoztunk kollégáimmal. Az ötlet az Európai Urológiai Társaság ajánlásából származik. A kiindulás röviden: a férfiak körülbelül 8 évvel rövidebb ideig élnek - a fejlett országokban is - mint a nők. Ennek egyik oka, hogy a férfiak - felmérések szerint - tizenötötől ritkábban jelennek meg a szűrővizsgálatokon mint a nők. A férfifigondozás keretében szeretnénk mindenneklőt a korosodó férfiakat rábírn arra, hogy évente keressék fel a háziorvost, illetve az urológust, aki a leggyakrabban előforduló prosztatarákot már egyszerű vérévétellel is kiszűri. A szűrés megjelentektől aztán közvetve, kérdőívek segítségével információkat szerezhetünk a merevedési zavar meglétéről is. E - közvetett - szűrés annál is inkább fontos és jelentős, mivel - európai országokban végzett felmérések szerint - a merevedési zavarral küzdők 90 százaléka nem mer magától orvoshoz fordulni, s ami ugyancsak meglepő, az orvosok 85 százaléka sem kérdez rá magától a merevedési zavarra. Hiába vannak tehát jó gyógyszerek, ha nem derülnek ki a panaszok! Tizennyolc éven végeztem az egyetemen, ahol szexuális problémákról még csak nem is hallottunk. Így külföldi kongresszusokon és szakirodalomból kellett tájékozódnom. Talán az Interneten terjedőben lévő, egészségügyi felvilágosítással is szolgáló honlapok segítségével a szemléletváltozásban, a felvilágosító munkában, amelyben magam is megteszek minden tőlem telhetőt - fejezte be az interjút Dr. Fekete Ferenc.

Dr. Veres Pál szexológus:

Az egyik nagy gondot abban látom, hogy az orvosgyetemenek nincs szexológus képzés, nem oktatják a szexológiai alapismereteket és az ezzel kapcsolatos pszichés kórképeket, valamint a jó nemi élet kritériumait. Márpedig véleményem szerint akinek a saját szexuális élete nincs rendben - még ha orvos is - lehetőleg ne adjon a merevedési zavarral küzdőnek tanácsot. A megnevezésekkel sincs minden rendben: csak latinul, esetleg gyermeknyelven lehet beszélni a szexről, ezért aztán nem mindig könnyű megtalálni a hangot az orvosnak a pácienssel. A megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakításához az orvosnak már akkor meg kellene ismernie páciénsét, amikor annak még nincsenek panaszai. Ennek részeként célszerűnek tartom a páciens szexuális életéről is felvenni az anamnézist: milyen gyakran él nemi élettel, okoz-e az örömet és így tovább. A páciens ugyanis a legkritikább

esetben hozzá szóba önként ezt a témát, sőt az is előfordul, hogy az orvos kérdéseire sem ad valós választ. Ezért fontos megnyernünk a beteg bizalmát. Jónak tartanám, ha a lap hasábjain vita indulna arról, van-e szükség szexológus képzésre, szexológusra. Én ezt a főtárgy mellé felvehető, a nőgyógyászatot, az andrológiát, az urológiát, a pszichiátriát, a belgyógyászatot is érintő ismereteket magában foglaló tantárgynak képzelmel el - fejezte be Dr. Veres Pál a Látéletnek adott interjúját.

Dr. Buda Béla pszichiáter a férfi szexuális zavarainak szociológiai vonatkozásairól tartott előadást a konferencián.

A férfi szexualitása kultúrtörténeti vonatkozásainak - szerelmek, kultusz, kettős morál, prostitúció, szexuális erőszak - vázolását követően rátért napjaink erektilis diszfunkciót keltő szociokulturális összefüggéseinek ismertetésére. A pszichoszexuális fejlődést nehezítő tényezők között megemlítette a nukleáris családban kialakuló túlzottan szoros anya-fiú kötődést, a férfiminták hiányát, a kortárs csoportok önértékeléssel kapcsolatos traumatizáló hatását és a tömegkommunikáció keltette, nemi szerepekkel kapcsolatos túlzó elvárásokat. A teljesítményelv, a különböző félelmek - például a lekötöttségtől (menedzserek!), az intimítástól, a partner vélt vagy valódi féltékenységtől -, a nem megfelelő körülmények - alkalmatlan helyszín és idő, fáradtság - valamint az életstílusból eredő zavarok - munkamániák (workaholic), káros szenvedélyek - gátló tényezőkként funkcionálnak csak úgy mint a modern kor ifjúságkultusza, a „fiatalnak látszani mindenáron” szemlélet, továbbá a különféle kapcsolati játszmák” és a szexuális ismeretek, kultúra hiánya. A szociológiai tényezők orvosi vonatkozásairól szólva Buda Béla egyebek közt a hormonháztartás környezeti és táplálkozási károsítását, a krónikus betegségek és a kockázati állapotok preventív vagy fenntartó kezelésének mellékhatásait, a serkentőszerekből derivált fogyasztószerek negatív hatásait említette. A szex a merevedésre, a teljesítményre irányul, leválik a szervezet egészéről, a férfiak hajlamosak úgy tekinteni erre a fiziológiai funkcióra, mint egy gépre, amit ha bekapcsolnak, annak automatikusan működnie kell. A mai kultúrában, a biológiai beavatkozások korában kicsi az igény a „macerás” és költséges pszichológiai segítség igénybevételére. Holott a különféle szusztesztív terápia, a párterápia, fantáziaterápia, NLP-módszerek, placebo-terápia - egyébként a kék tablettának is jelentős placebo hatása van! - 80-90 százalékban hatékony kezelést tesznek lehetővé akkor is, ha a merevedési zavarok feléért az organikus elváltozások felelősek.

Az előadást követő rövid vitában Fekete Ferenc egyebek közt a virtuális szex térhódításának vesélyeire utalt. Veres Pál ehhez kapcsolódva a feromonok jelentőségére utalt. Papp György urológus, andrológus professzor jelezte, hogy az erekció kezelésének problémája túlnyomórészt megoldódott, s már az orgazmus-élmény javításának kérdése áll a tudományos érdeklődés homlokterében. A költséges pszichológiai kezeléseket pedig nem a betegekkel, hanem a betegbiztosítókkal kellene megfizetni!

A Látélet 2000. I. számában a Dr. Molnár Jenő Alapítvány információs telefonvonala, mely a merevedési zavarokkal kapcsolatos kérdésekre válaszol, tévesen jelent meg. Az ingyenesen hívható telefonszám helyesen a következő:
06-80-660-229.

- Szádvári Lília -

A biológiai termelés, bár hazánkban alig több, mint másfél évtizedes múltra tekint vissza, egy Európában, századunk 20-as, 30-as éveiben elindult mozgalom. Úttörői válaszként az egyre intenzívebbé váló mezőgazdasági termelésre, megpróbálták egy olyan termelési módot kifejleszteni, amely összhangban a természettel, annak erőit kihasználva és nem azt kizsákmányolva működik. Innen a második név: **ökológikus**.

*
A biológikus, illetve ökológikus termelési módnak több iskolája, irányzata működik szerte a világban. Valamennyiben közös, a szintetikus növényvédő szerek majdnem maximális korlátozása, helyettük természetes, egymást védő növénytársulások, és természetes eredetű növényvédő szerek, (mint például a csalánlé) alkalmazása. Ugyanígy közös a műtrágyázás helyett természetes talajjavító szerek, (a komposzt, az istállótrágya, az alginit) alkalmazása. A legtöbb irányzatnál törekednek a teljes önelátásra, tehát egy saját magát fenntartó ökoszisztémára. Az állattartásból hiányoznak a hormonkészítmények, a nyugtatószerek, az antibiotikumok, a tápszerek, tehát az összes, nagyüzemi állattartásban nélkülözhetetlen szerek. Ugyanakkor törekszenek, az állatok megfelelő legelő területének, mozgáslehetőségének biztosítására.
A géntechnológiával manipulált növények szigorúan tilalmi listán szerepelnek, ugyanígy a tartósítási célból besugárzott élelmiszerek is. A feldolgozott termékekből hiányoznak a tartósítók, állományjavító-, ízjavító-, szerek, a mesterséges színezékek, és egyéb, az élelmiszeripar által használt varázslatok.

*
Mindezek miatt a biológikus termesztési módszer egyik nagy előnye, hogy nem szennyezi a környezetet. Szinte az összes növényvédőszer igen erős mérge, és mint az utóbbi évtizedekben kiderült, nem csak a rovarokra és a gyomokra fejtik ki hatásukat. Nagy részükről rákkeltő, magzatkárosító, idegrendszert károsító, termékenység csökkentő hatású, amely felsorolás korántsem teljes. A környezetszennyezés, amelyet természetesen nem csak a mezőgazdaság, hanem az ipar is és mi magunk is előidézünk, az utóbbi évtizedekben olyan mértékűvé vált, hogy a toxikus anyagok és azok maradványai meg-

Bio? Logikus!

találhatók az összes felszíni és felszín alatti vizeinkben, az állati szervezetekben, a növényekben, bennünk. A halakat találóan bioindikátoroknak is nevezik, mert szervezetükben összegyűjtik az összes környezetünkbe kibocsátott mérgeket. A halpusztulás látványosan illusztrálja vizeink szennyezettségét, amelyből például csak Bajorországban évente kétszázat jelentenek a hatóságoknak. F. Korké, német biokémikus által készített lista 150 oldalon sorolja fel a vizeinkben található különböző vegyi maradványokat.

*
Mindebből nyilvánvalóvá válik, hogy hiába bio a bio, teljes tisztaságot nem tud biztosítani. A biotermeléssel előállított zöldségek és gyümölcsök minőségileg mégis meghaladják a konvencionális mezőgazdaság által termelteteket. A kíméletesebb termelési módszerek biztosítják a termőföld egészségét, amely a növények egészségében tükröződik vissza. Az intenzív gazdálkodással termelt növényeknek alacsonyabb az ásványi anyag és vitamin tartalma, viszont magasabb a víztartalma. A biotermékek átlagban 77 százalékkal több vasat és magnéziumot, 18 százalékkal több káliumot, 28 százalékkal több C vitamint és 18 százalékkal több fehérjét tartalmaznak mint hagyományos módon termelt társaik. A biotermékeknek intenzívebb az ízük, jobb a tárolhatóságuk, kevésbé hajlamosak a gombás és egyéb megbetegedésekre, kevésbé érzékenyek a kártevők iránt. Mérhető permetezőszer maradvány például a gyümölcsök 87-97 százalékánál nincs, míg az intenzív gazdálkodásban ez az érték 49-69 százalék között mozog, ugyanakkor az intenzív gazdálkodásnál a próbák 1.5-6 százalékában a maradványok mennyisége meghaladja a maximálisan tolerálható mértéket. A hagyomá-

nyosan termelt fejcs salátának, amely különösen érzékeny a környezetünkben található mérgekre, 20 százaléka nem kerülhetne a piacra a maximumot meghaladó peszticid értékek miatt. Kísérleti eredmények bizonyítják, hogy a növények - jobb híján - azt szívják fel környezetükből amit találnak. Egy intenzív termelés által kizsákmányolt földből sokkal nagyobb arányban veszik fel a mérgező nehézfémeket és a növényvédő szer maradványokat, mint egy egészséges, kíméletesen megművelt földből. Üvegházi termelésben mindez a sokszorosára felerősödik. Egy biozeller nitrát tartalma például 0.3 gramm kilogrammonként, hagyományos termelt társáé 1.0 gramm, az üvegházban termelt zelleré viszont már 3.4 gramm/kilogramm.

*
Mindezek fényében érthető, hogy a bioélelmiszerek iránt egyre nagyobb az érdeklődés a világ minden részén. A nemzetközi és a helyi bio-szervezetek, mint például a Demeter Verband, a Bioland, az Anog, vagy a hazai Biokultúra Egyesület részben saját szabályaik, részben EU előírások, részben egyéb nemzetközi megállapodások alapján ellenőrzik termelőiket. A gazdák mindig számíthatnak egy évenkénti váratlan ellenőrzésre a szokásos, minimum egyszeri ellenőrzésen kívül, amely alkalmával, ha szabálytalanságok derülnek ki, áruikat vissza kell vonniuk a piacról, rosszabb esetben esetleg ki is lesznek zárva az egyesületből.

*
A biotermékek árai átlagban 20-100 százalékkal magasabbak a hagyományos termékeknél. Az átlagos biovásárló azonban a megváltozott „bevásárló kosár” által, amelyben élvezeti szerekre, húsrúra és étterem látogatásra kevesebbet költ, a normál vásárlónál alacsonyabb összköltséggel számolhat.

*

Az Európai Unió országaiban átlagban a termőterület 5 százalékán folyik biotermelés, amely terület 1986-1999 között 12.000 hektárról csaknem 3 millió hektárra nőtt. Az Unió csatlakozás követelményi rendszere előírja, hogy a csatlakozni kívánó országoknak legyen ökológizálkodást szabályozó törvénye, így összkel kettős miniszteri rendelet született a biogazdálkodás szabályozására a Földművelésügyi és a Környezetvédelmi Minisztérium közreműködésével. Az Unióhoz történő csatlakozással a mezőgazdaság szerkezetváltásra kényszerül, így az EU Agrár-környezetvédelmi törvényének szabályozásai egyértelműen előírják többek között az extenzifikálást, a műtrágyák, növényvédőszerk, hozamfokozók használatának csökkentését, a biogazdálkodásra történő áttérést, őshonos és veszélyeztetett állatok tenyésztését. Ezzel összhangban idén a biotermelés támogatására előirányzott összeg 1.6 milliárd forint az eddigi 100 millió forint helyett. A Sapard program, azaz az EU csatlakozást felkészítő program 500 millió forintos keretösszeget biztosít, amely főleg beruházások támogatására fordítandó, és felerészben saját tőkét feltételez. Mindezen felül idén a kormányzat 100 millió forintot szán az oktatásra. Bár a hazai termelés az elmúlt 12 évben 1000 hektárról 30 000 hektárra nőtt, ez a mezőgazdaságilag művelt terület csupán 0.5 százaléka. A magyar agrártárca és a Biokultúra Egyesület a következő 7 évben az ellenőrzött biológiai termelésbe bevont területet a jelenlegi tízszeresére kívánja növelni. Így a jövőben remény lehet arra, hogy a hazai átlagfogyasztóhoz is eljuttanak a bioélelmiszerek, ami ma csak egy elhivatott szűk réteg számára elérhető, ugyanis a biotermékek 95-98 százalékát felvásárolja a nyugat. Míg a konvencionális termelésben gabona válsággal, szarvasmarha

és sertés eladási problémákkal küzdenek, addig a biotermelő biztos lehet abban, hogy portékáját jó pénzért elviszik. Hazánkban a biotermékek minősítését és ellenőrzését a Biokultúra Egyesület végzi. A szervezetet 1987-ben, az alakulás évében (IFOAM), a Biogazdálkodók Világszövetsége teljes jogú tagnak fogadta el. Az Európai Unió az egyesületet felvette a harmadik országok listájára, négy további országgal, Svájcjal, Argentínával, Ausztráliával együtt, amely lehetővé teszi, hogy az egyesület védjegyével ellátott termékek újabb ellenőrzés és minősítés nélkül juthassanak az EU piacaira. (Az USA évek óta nem nyert felvételt a szervezetbe.) A Biokultúra Egyesület önálló szervezetein, egyrészt a Biokontroll Hungária Kht-n keresztül végzeteti a bioellenőrzést, másrészt a Bioszaktanácsadó Bt. segítségével elősegíti az oktatást, szaktanácsadást és a termelési pályázatok készítését. Az egyesület könyveket és szakmai kiadványokat ad ki, valamint kéthavonta megjelenteti a Biokultúra újságot. Az évente megrendezésre kerülő „Biokultúra Napokat” országos érdeklődés kíséri, amely 1999-ben december 13-14.-én, a Kertészeti Egyetem épületében kapott otthont. A kiállítás és szakmai konferenciát magába foglaló kétnapos rendezvény a résztvevők szavazatai alapján ez alkalommal is kiosztotta az „Év Bioterméke” díjat, amelyet a szegedi Pick-Hortobágy-Bio szalámi nyerte.

*

A biotermelés az elkövetkező években várható fellendülésével remélhetőleg az ellátási lánc is fellendül, mivel a pillanatnyilag létező bioboltok többsége friss árut szinte egyáltalán nem tart, és árukészletük tekintélyes részét konvencionális termékek teszik ki bio változat hiányában. A nyugat-európai vásárló ugyanakkor az élelmiszerek és iparcikkek szinte teljes skáláját megkapja a bioboltokban, úgy, hogy az egészségét szem előtt tartó tudatos fogyasztó a bio zöldség-gyümölcstől, a környezetbarát mosóporig, a kemikáliákat nem tartalmazó gyermekjátékokig mindent megtalálhat.

- Benda Judit -
egészségtanácsadó

Együttműködés és összefogás a falun élők egészségéért

A Nemzetközi Mezőgazdaság-egészségügyi és Falu-egészségügyi Társaság (International Assotiation of Agricultural Medicine and Rural Health) 1997 szeptemberében Iowa Cityben (USA) tartott kongresszusán úgy határozott, hogy **következő XIV. Világkongresszusát 2000. május 25-27 között Magyarországon, Pécsen rendezi meg**. Kiindulva abból, hogy a falusi lakosság egészségi állapotát és életkörülményeit érintő kérdéseket és az azt alakító gyakorlatot vizsgáló tudományok széleskörűek, azt a célt tűzte ki, hogy **a kongresszus szolgálja az érintett tudományterületek és társadalmi, közösségi szervezetek együttműködésének kezdeményezését, törekedve arra, hogy összehozza e területek képviselőit a megoldási utak és együttműködési lehetőségek megvizsgálása céljából**. Ezért a Társaság XIV. Kongresszusának a: **"Cooperation and Collaboration for the Health of the Rural Population" (Együttműködés és összefogás a falun élők egészségéért)** témát választotta. A társaság vezetősége figyelembe vette, hogy a vidéki lakosság egészségi állapota, akár a várható átlagos élettartamot, akár a megbetegedési viszonyokat vagy más fő egészségégi állapot mutatókat vizsgálunk is, a városi és az országos átlagos populációhoz képest rosszabb viszonyokat mutat. A magas szintű egészségügyi ellátás elérhetősége számos nehézségbe ütközik, az életmód váltás és alakítás súlyos gondot és feladatot jelent.

Összefoglalva, azt lehet mondani, hogy a falun élő lakosság egészségi állapota és ellátása alapján is hátrányos helyzetű népességi csoportnak tekinthető, nemcsak a fejlődő világban, de itt Közép-Európában és az iparilag fejlett országokban is. Ugyanakkor megállapítható az is, hogy azok a szakmai és társadalmi erőfeszítések, melyek a falusi lakosság egészségi állapotának javítására irányulnak szétföredezettek, egymással alig összehangoltak, sok esetben párhuzamosan futók. Az „Egészséges városok” mozgalomhoz hasonló szektorközi tevékenység összefogására irányuló aktivitás kezdeti stádiumban van. A korszerű technika bevezetése a mezőgazdaságban és az élelmiszeriparban új gondokat vet fel az üzemegészségügyi ellátás területén. A talaj és a vizek védelme, a környezetvédelem és a mezőgazdaság kérdései egyre több ponton kapcsolódnak össze. Az egészséges táplálkozás sikeres elterjesztése nyilvánvalóan az egészségügyi és a mezőgazdasági stratégiai fontosságú együttműködésért igényli. Ezért nemcsak arra van szükség, hogy jobb és pontosabb információkkal rendelkezünk a falusi lakosság egészségi állapotáról, az azt befolyásoló demográfiai, gazdasági, társadalmi, életmódbeli tényezőkről és gyakorlatról, de arra is szükség van, hogy a mezőgazdaság és a vidékfejlesztés a táplálkozás, az állategészségügy és faluhigiéne, a környezetvédelem és a jogalkotás és szabályozás, az oktatás, a helyi önkormányzatok és az egészség összefüggéseit kölcsönösen és együttműködve kíséreljük meg áttekinteni.

Az együttműködésre szóló felhívást támogatólag és készséggel fogadták az egészségügyi alapellátás területén, amikor is a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete és a Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége készséggel kinyilvánította együttműködési készségét. Nem kevésbé öröndetes, hogy a Magyar Társadalomrostudományi Társaság, a Magyar Üzem-egészségügyi Társaság, a Népegészségügyi Tudományos Társaság és a Magyar Higiénikusok Társasága is pozitív választ adott a kongresszus munkájában való résztvételt illetően. A szervezők várják és remélik az agrártudományok, a környezetvédelem és az oktatásügy, az igazgatás és jogtudományok, és minden olyan szektor érdeklődését és résztvételét, akik sokat tehetnek a faluért. Ezért hívunk és várunk mindenkit, akik akár hazánkban akár bárhol a világon élnek és munkálkodnak, kutató, oktató vagy helyi vezető tevékenységet végezve a falusi lakosság egészsége érdekében. Jöjjenek el kongresszusunkra, osszák meg velünk tapasztalataikat, keressük közösen az összefogás és együttműködés útjait és lehetőségeit!

Dr. Tényi Jenő
egyetemi tanár, az IAAMRH Elnöke
Szervezési és Információs Iroda:
Dr. Tényi Jenő, a Szervezési Bizottság Elnöke
Pécsi Orvostudományi Egyetem, 7643 Pécs, Szigeti út.12.
Tel./fax: (72) 314-065
E-mail: iaamrh@pubhealth.pote.hu



Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **dr. Kollárné Balla M. Anna**, orvos-szerkesztő: **dr. Szász István T.**
munkatársak: **Gyurgyik Zsuzsanna** tervező szerkesztő, **Thaly Borbála** terjesztési vezető,
Kollár Bence lap- és marketingigazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.
Kiadó és Szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlelet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámok és a ISSN 0865-7424
A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője, a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.

„Adassék nekik gyönyörűség”

ÚJ GYERMEKKARDIOLÓGIAI KÖZPONT NYÍLT
A HALLER UTCÁBAN

Egy a bőség, elégedettség és nyugalom korát élő országban nagyon semmit mondó lenne a fenti cím. Mi sem természetesebb annál, hogy a jövő le-téteményesei, a legkisebbek gyógyítá-sát szolgáló új létesítményt avatnak. Kutya kötelesség mondhatnák. S mennyire más a helyzet ma. Az egészségügy a sajtó oldalain in-kább negatív rekordokkal, ijesztő tör-ténésekkel és visszataszító politikai ma-nőverekkel kapcsolatosan szerepel. Iy-e-nekkel azonban folyamatosan. A tudósító ezúttal hosszú időre gyűj-tött magának pozitív élményeket. Mint gyöngyhalász a levegőt, úgy szívta ma-gába azokat, az újabb alámerülés e-lőtt. Dr. Lozsády Károly professzor meg-nyitó szavai után szakminiszterünk három gyógyult kisgyermekkel nyitot-ta meg a világszínvonalú létesítményt. A szalag átvágása után tett séta egy mesevilágot tárt elénk. Olvassák hát örömmel és jogos büsz-keséggel a sajtóanyagot, mely e nagy-szerű és impozáns létesítmény létre-jöttéről szolgáltat adatokat. Arról, hogy egy eredmény és egy sikeres kö-zösség munkája milyen hatással lehet a munkatársakra, csupán egy rövidke esetet írok le. Mikor elhagytam az intézetet, a lelke-sen dolgozó ruhatáros felsegítette ka-bátomat. Tiltakozásomra, majd kö-szönő szavaimra csupán ennyit mon-dott: Ott ahol ilyen munka folyik, ne-kem is kötelességem, hogy ne lógjak ki a színvonalból. Számomra ez a mondat az ezredfor-duló első pozitív üzenete volt. Sokkal fontosabb, mint egy parlamen-ti folyosón felcsípett újabb hír, a ve-lünk eszközként hadonászó politiká-ból.

- SZIT -

Az Egészségügyi Minisztérium, mint a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet fenntar-tója és tulajdonosa az ország szívbeteg gyerme-keinek biztonságosabb ellátása érdekében 1997-ben egy új Gyermekkardiológiai Központ építé-sébe kezdett. A beruházás teljes költsége megha-ladja a 3.000 millió forintot, és befejezése után jelentősen csökkenti az ellátásra várakozó kis be-tegek számát, esélyt adva az időben történő ellá-tással a teljes értékű életre. A korszerű gyógyító technikájával felszerelt több mint 6000 négyzet-méteres épületben elhelyezésre kerülő komplex Gyermekkardiológiai Központban évi 600-800 szív-műtét mellett 1800-2000 fekvő-, és 5600-6000 já-róbeteg gyógyítása végezhető el ideális körülmé-nyek között, a legmagasabb szakmai színvonalon.

Előzmények

Az elmúlt negyed század során önálló Gyerme-kkardiológiai Centrum létesítésének fejlesztési pro-gramja több változatban számos alkalommal ke-rült felterjesztésre főhatóságunk felé. Az évek so-rán a SOTE II. számú Gyermekgyógyászati Kli-nikán a csecsemőszívsebészet helyzete beruházá-si és működtetési okok miatt is egyre mostoháb-bá vált, így a fenti profil 1994-ben átköltözött a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet-be, ahol a felnőtt kardiológiai ellátásból átadott egyetlen műtőben és a hozzátartozó 4 ágyas post-operatív őrzőben dolgozik. A felnőtt szívsebész-e-ti osztálytól kapott 10 ágyon folyik a postopera-tív ellátás is. Az új Centrum megvalósulása után a Felnőtt Szívsebészeti Osztály visszakapja 4. mű-tőjét, valamint az átadott 615 m²-en lévő őrző és kiszolgáló helyiségeit és a jelenlegi Gyerme-kkardiológiai Osztály helyén felszabaduló 807 m²-en az igényeknek megfelelő fejlesztést kell vég-rehajtani úgy, hogy a felnőtt kardiológiai ellátás 200%-os növelése mellett a felnőtt szívsebészeti kapacitás is 20%-kal növekedne. A fennmaradó területen a megemelt teljesítményhez szükséges járóbeteg-forgalom helyiségeit kívánjuk kialakí-tani.

A gyermekkardiológia helyzete

A Veleszületett Szívbeteg (VSZB) komplex ellátása speciális ápolási, ellátási, műszerezettsé-

gi szintet és ugyancsak speciális műtési technikát követel meg. Ezzel szemben a gyermekkardioló-gia fejlesztése hazánkban minden évben elmaradt a kardiológia egészének szűkös fejlesztésétől is. A veleszületett szívbetegségek (VSZB) inciden-ciája 0.8-1.0%. Az Egészségügyi Világszervezet számára készített 21 ország 240 millió lakosára vonatkozó felmérés alapján az élve születettek 0.8-1.0%-a vagyis **minden századik újszülött VSZB-gel jön a világra, azaz Magyarországon évente 1000 gyermek szívbetegséggel születik.** Ezek a gyermekek magukra hagyva halálra íté-ltek, kellő időben történő adekvát kezelésük ese-tén viszont 95%-uk megmenthető: ehhez azonban 50-60%-ban egy éves korig, 30-40%-ban pedig beiskolázásuk előtt szívműtétet kell végezni. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon **évente legke-vesebb 7-800 csecsemő- és gyermekszív-műtét kellene végezni, amelyek 50%-a sürgősségi beavatkozás!**

Ezzel szemben, VSZB miatt 1998-ban 272 nyi-tott és 110 zárt, összesen 405 szívműtét történt a reoperációkkal együtt. A Gyermekkardiológiai Gondozók országos nyilvántartása szerint Magyar-országon 28.326 szívbeteg gyermek él. A felsor-olt adatok igen jól szemléltetik a hazai csecse-mő- és gyermekkardiológia, illetve csecsemő szív-sebészet helyzetét, ami annak következtében ala-kult úgy, hogy fejlesztésére mindezidáig igen ke-vés figyelmet és lehetőséget fordítottak. Minde-zek után nyilvánvaló, hogy a jelen körülmények között, az országos ellátás a SOTE- II. Gyerme-klinika Szívsebészeti Centrumának átköltözését követően - a továbbiakban a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetre hárul. Ez azt je-lenti, hogy az Intézet csecsemő- és gyermekkar-diológiai ambulanciája, a rendszeres ellenőrzése alatt álló betegekke együtt évente növekvő szá-mú beteget kell fogadjon. Így például az intézet Gyermekkardiológiai Osztálya az 1994-98 között felvett 1455 csecsemő és gyermek helyett 1998-ban már több mint 1687 beteget látott el. Az elmondottak alapján nyilvánvaló, hogy az or-szágos igény jelen körülményeink között, a fel-nőtt szívsebészeti lehetőségekhez hasonlóan, nagy erőfeszítések árán is csak harmadában-felében

volt kielégíthető. Egyre több veleszületett szív-beteg vár műtetre és a várakozási idő az elmúlt évekhez képest egyre növekszik! Tovább súlyos-bítja a helyzetet az a nemzetközi tendencia, hogy a jobb életkilátások reményében, a VSZB-eket már újszülöttkorban, de legalábbis egy éves kor előtt vetik alá teljes korrekciónak, megelőzve ez-zel a fennálló szívbetegség további progresszi-óját és reoperációkat. Mindez a szemléletváltozás a perinatalis mortalitás jelentős csökkenését is eredményezi, ami hazai viszonylatban sem elha-nyagolható, hiszen az újszülöttek halálozásának 10%-áért a VSZB-ek felelősek! Ahhoz azonban, hogy napjaink színvonalához legalább közelíthes-sünk, a csecsemőszívsebészeti ellátásban új kon-cepciókat kell megfogalmaznunk: ennek megva-lósításához viszont lényegesen korszerűbb felsze-relésre és bővebben tervezett személyi feltételre van szükség! Csak a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet képes a meglévő komplex ellátás bázisán megfelelő szakemberek kiképzé-sére, hogy az új központ elkészülése után a 21. századnak megfelelő szinten üzemeljen.

A Gyermekkardiológiai Központ a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézethez szá-mos ponton funkcionálisan kapcsoltnak, részben annak diagnosztikus parkjára települve kerül lét-rehozásra. A többszintes épület pince-és alagso-ra, öltözői és raktározási szükségleteket elégít ki, a földszint 5 korszerű rendelője teljes non invazív kivizsgáló háttérrel az ambuláns diagnosztikát végzi, valamint anyaszállítás és nővérszállás kerül kialakításra. Az I. és II. emeleten a praecoperatív és kivizsgáló kardiológiai hotel osztály, és post-operatív betegellátó hotel részleg kerül kialakí-tásra, szintenként 27-27 ágygal. A III. emeleten a gyermekkardiológiai intenzív-subintenzív osz-tályt alakítunk ki, míg a IV. emeleten a közvetlen postoperatív ellátást végző, speciálisan felszerelt magas ápolási szintet végző intenzív osztály ke-rül elhelyezésre. Az V. szinten alakítjuk kiaz évi 700-800 szívműtét elvégzésére képes két műtőt, a VI. szinten gépészeti berendezések kerülnek el-helyezésre.

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
- PR. Iroda -