

Kórház/ügyek

Század/ezredév fordulókat ünneplünk, s ebben a megemlékezésben keveseknek jut eszébe, hogy a hazai kórházak igen jelentős része az előző milleniumra épült. Így - legjobb esetben is száz évek, s bizony eljárt felettük az idő. Vidéken és a fővárosban egyaránt gond van a kórházakkal, s ezen - valljuk be őszintén - nemigen segíthet a privatizáció.

A budapesti kórházak az idén hatmilliárd forintos felújítási igényt jeleztek a főváros felé, a minimális szolgáltatás feltételeit szabályozó minimumrendelethez képest ugyanakkor 4,5 milliárdos hiány mutatkozik. „A főváros tehát összességében 10,5 milliárdos igényt nem akceptál, ami azt jelenti, hogy míg egyre több európai szintű szolgáltatás vehető igénybe Budapesten, addig csökken vagy stagnál a

közzolgáltatások színvonalát” - jelentette ki a fővárosi költségvetés és az egészségügy viszonyát taglalva Kupper András, a fővárosi kormánypárti frakció tagja, az egészségügyi és sportbizottság elnöke. „Ha a fővárosi kórházak nem lesznek képesek eleget tenni a minimumrendelet előírásának, a működési engedélyt kiadó ÁNTSZ ezek után csak ideiglenes engedélyeket fog tudni kibocsátani” - mutatott rá az alelnök. Ahhoz, hogy a Szent István Kórház a csődből kilábalhasson, 220 millió forint kellett volna, de ezt a közgyűlés nem szavazta meg. Mint ahogy nem támogatta a Schöpf-Merei Kórház központi laborjának kialakítását sem százhuszmillió támogatással, holott a tavalyi évben már húszmilliót juttatott erre a célra, így ez az összeg is kárba veszett.

„A Kórházszövetség tihanyi ülésén Szolnoki Andrea főpolgármester helyettes is elismerte, hogy a fővárost, mint tulajdonost felelősség terheli kórházi állapotai miatt, de a felelősségrevonás elmaradt, pedig az elkövetkezendő kórházcsődökért is nyilvánvalóan a város vezetőségét fogja terhelni a felelősség.” - hangsúlyozta Kupper András.

Hogy igazából mi húzódik meg a székesfehérvári kórházügy mögött, azt nehéz lenne diagnosztizálni. Egy tény: ez a Fejér megyei monstrum kórház nem tekinthető az utóbbi évtizedek kórházépítészeti remekművének.

Sőt: egyesek szerint maga az elfuserált épület a bajok forrása.

(Kórházügyekről bővebben a 6, 7, 8-as oldalon olvashatnak.)

Privatizáció és jelenségei

Az egészségügy privatizációja foglalkoztat mindenkit, aki az egészségügyben él és remél. Az osztályos orvost, aki fél, hogy el-, vagy kiprivatizálják alóla az osztályt, a főorvost, aki bízik abban, hogy a management vele is számol, a nővért, aki nem szeretne minimálbéren ápolni, a gazdasági szakembert, aki nagyjából érti a dolgokat és tisztában van a „költségre írással”, de ismeri a koreográfiát és így tovább. Abban mindenki egyetért, hogy szükség van az egészségügy tisztába tételére. Az is ismert, hogy e folyamatban felkavarodik a víz és idő kell, amíg tisztul. Egyesek be is tudják határolni, hogy kinek lesz esélye élvezni az átalakulás gyümölcsét. Az ötvenes generáció némi maliciával rögzíti: „neki lekegyezett az idő”. Sok minden függ az egyén személyiségétől: az innovatív személy kihívást lát a privatizációban és őt nem neurotizálja az ismeretlen. Talán nem is erről kellene szót ejteni. Hiszen evidens, hogy lehetőségek, türelmeségei, adottságai, stb. alapján mindenkinek saját magának kell megvívni a csatáit. Inkább azokról a jelenségekről kellene beszélni, amelyek ebben az alig pár hónapban már jelentkeztek, ezáltal még jobban megtorpedózva az egészségügyben dolgozók amúgy is labilis környezetét.

Egy városi kórház nőgyógyászati osztályára a megyei kórházból nyugdíjazás miatt új osztályvezető került. Első ténykedése, hogy „konceptiójában” nem szerepel a korábban azonos, régen ott dolgozó kolléga foglalkoztatása, mert fiatal húzóképes csapatot akar. Megszünteti az őt ki-nevező kórházi managementtel a már régen ott dolgozó, páciéntírával rendelkező kolléga munkaviszonyát, szakmai indoklás nélkül. A munkaügyi per tart, különböző hangok pártok csatározásaira hivatkoznak. Pedig nem erről van szó. A város kicsi, a beteg nagy érték. Kezelésük és hovatartozásuk „kórházi ágy függő”. A képlet egyértelmű: elindult a kiszorítás. Az ügy kommentálása: törvény és kamara állásfoglalás kell. Ebben az ex lex állapotban csak szakmai indokkal, fegyelmivel szüntethető meg valakinek az állása. Mert itt már abszolút forrástól van szó.

Más. Azt mondja az egészségügyi kérdésekben publikáló közgazdász - egyébként a több biztosító modell képviselője, a privatizáció ellenzője - az egyik lakossági fórumon, hogy ma a szakma nem beszél arról a január óta érvényben lévő változásról, amely megszünteti az amortizáció problémáját. „Elhallgatott törvény” - mondja, „úgy oldotta meg a kormány az amortizáció kérdését, hogy forrást nem rendelt hozzá.” Dehogyan. A kórházak ismerik a törvényt, alkalmazták és mivel az OEP finanszírozás ez évtől nemcsak működésre fordítható, a forrás (maga a működésért kapott összeg) „a kórházi teljesítés” növelése. Az országban sorra jelennek meg a kórházi management körlevelei, amelyek az osztályvezető főorvosok számára a pézsebében tartott hét végi „plusz műtétek” lehetőségét forszírozzák. Ez - mivel egy kalap van - valahol jó, mert versenyhelyzetet teremt, és a beteg a neki színvonalasabb, jobb, nagyobb megelégedettséget jelentő kórházakat fogja választani. Tehát mindenki igyekszik. De ez a tendencia megágyazhatja az indokolatlan beavatkozások melegágyát.

Egyszóval: az egészségügy területén nem szerencsés ösztönözni a munkát. Pedig ettől nő az intézmények forrása. Ennek a kérdésnek egyébként egy másik figyelemreméltó vetülete is jelentkezik: a műtétben érdekelt operatórok hivatalos dotálása, ellentételezése. Van olyan kórház, amely ezzel egyidőben alkalmazottjainak felkínálta a vállalkozásban történő foglalkoztatást. Ilyenkor az alkalmazottból munkatárs lesz, az ellentételezés számlával történik. Van olyan kórház, amely körlevelében megírta, hogy gondoskodik a műtétben résztvevő alkalmazottak díjazásáról, kivéve magát az operátort. „Te úgyis zsebbe kapsz” jelszóval. Arra nem gondol, hogy az orvos hét közben is meg tudja operálni betegét. Nem érdekli, mert orvosait alkalmazott, ha úgy vesszük hűbéres viszonyban tartja. Ez érdeke, mert így tud szankcionálni. Az

orvosnak létkérdés a munkahely, mert belőlük túlkínálat van, gyakran csak a kolléga kiszorításával van hely az egész megyében. Tehát az orvos teljesíteni fog, mert fél, hogy a management nem számol vele, leírja. Ennyi. Kommentár: az ilyen managementnek sohasem érdeke az orvos jogi státuszának rendezése, mert akkor nem az ő kezében van a gyeplő. És ahol az irányítás, ott a bevétel.

Ilyen megközelítésben valóban egyetlen járható út a törvényi szabályozás: az orvosnak „szellemi szabadfoglalkozásúvá” történő átmintázása. Ebben az esetben polgári szerződés keletkezik a gyógyító és gyógyított között, s gyógyításának színhelye lesz a kórház. E speciális „fórum”, amit használ szabad akaratú és választása szerint. Csak hogy! Jelen pillanatban e fórumon a hatalmi képviselői ebben ellenérdekeltek, ezáltal a folyamat akadályozói. Ki, hogyan, milyen körülmények között fogja a „fent és lent struktúrávátlátást” ellenőrizni?

Megint más. Ennek pont ellenkezője, amikor a szakma is számolni kezd.

Az ország déli régiójában közkezen forog egy számítógépes program, amely forint fillére kidolgozta, hogy bizonyos szakmáknál melyik terápia a kifizetődőbb. A műtét vagy netán a konzervatív kezelés? Ha az orvos a maga ura, saját magáért és munkájáért szakmai felelősséggel tartozik. Belép a biztosítás kérdése, amit ebben a felállásban az orvos fizet. Jelentős tétel. Ismeretes az amerikanizálódás problémájára, egyes szakmáknak a kárbiztosítási tételekért hiányszakmákká történő visszaféldése. Köszönöm a defenzív orvoslás ténye. Mi következik ebből? Az orvos előbb-utóbb a passzív orvoslást választja, mert kevesebb vele a macera. Ekkor a kör bezárul, mert valóban nehéz megmondani, hogy egészségügyünk szempontjából melyik állapot jelent előreléptetést, vagy visszalépést.

Igy körülzelve a világban, szép lassan feldereeng, hogy nem is volt olyan rossz a magyar egészségügy, és abban is volt valami jó és nemes, hogy alanyi jogon járt az egészségügyi ellátás.

És még mindig nem beszéltünk azokról, akik nélkül nincs egészségügy. Róluk, háttérbe szorulókról. Róluk, akik kivesszük műtét után a beteg alól az összecsavart lepedőt, akik kivisszák az ágytálat, vagy akik újra jární és élni tanítják a balesetest. Róluk, akik nélkül nincs egészségügy. Róluk, akik arcpirítóan kicsi társadalmi elismeréssel húzzák magukra a fehér köpenyt. Róluk, kiknek igen korán árkot híz szemük mögé a naponkénti megnérettettség. Róluk, a második és harmadvonalon dolgozókról, kik fulladoznak az egyre zavarosabb vízben, miközben ők az oxigén ebben az elemi küzdelemben. Róluk sem elméleti, sem gyakorlati reformember nem ejt szót, sem fórumokon, sem írott dolgozatokban. Mint ahogy a praxisprivatizációból is kimaradtak.

Más. Leleki monitoromon van egy kép. Tavaly nyáron törött lábbal felkiszem az egyik országos intézetben. Az osztályvezető, a világhírű, nyugdíj elött álló térdspecialista professzor utolsó műtétének egyikére készül. A műtét telt kapacitással dolgoznak. A professzor beteg nem érdeklik le az ötödik emeletről a földszinten lévő műtétbe. A professzor többször üzen, eredménytelenül. Majd személyesen jön a betegért. Zavartan álldogál az ágynál, sehol egy lélek. Nem jön a segítség. A szobában fekvő betegek is tehetetlenül lesnek gipszeik alól, segítségre itt a VI-os körteremben az „evidence base” alapján sincs remény. A jobb napokat látott professzor egy hirtelen mozdulattal kiakasztja az ágyat és maga előtt tolv a megoperálandó betegét, némán elindul a lift felé. Hátáról visszaint az ezredforduló.

Arról is kellene beszélni, hogy a nincs, aki tartja a lapocot, beköcsse az infúziót, letörölje a verejtéket, ha ezen munkák javadalmazását nem rendezzi az egészségpolitika, akkor úgy járunk, mint Mari néni, aki levest akart főzni palacsintásütőben. Ott folyt el szeme előtt a lényeg.

- Balla M. Anna -

**Aventis – új világ cég
az élettudományok
területén.**



Az Aventis egyet a legjobb és a legújabb
megoldást nyújt a globális kórházakban. A több mint egy évszázados tapasztalatot egyetemes
vesztő kórházak között. Ez a tapasztalat és a megoldás az Aventis. Az Aventis két fő
tervezési területtel rendelkezik: az első terület az egészségügyi szolgáltatások és a két alapvető emberi
értékekkel, az egészséggel és a jóléttel. Második terület az egészségügyi szolgáltatások és a két alapvető emberi
értékekkel, az egészséggel és a jóléttel.

MEGLEPETÉS?

A praxisjog törvényre emelkedésével magát akár győztesnek is érezhető háziorvos meg nem is gondolhatott a megpihenésre, amikor terjedni kezdtek az első hírek bizonyos időzített bombáról, melyet a végrehajtási rendeletben rejtenének el azzal a céllal, hogy a törvényt semlegesítse. Majd megjelent a közlöny, benne a nagyon nem várt mondat: a 18/2000. Kormányrendelet 3.§ (1) bekezdésének, harmadik mondata.

Elemezzük kronológiailag a múlt eseményeit. Valamikor a reform elindítására tett kísérletek elején született meg az az első rendelet, mely meghatározta az önkormányzatoknak az alapellátással kapcsolatos felelősségét. Az ezt követő hónapokban kiszivárgott hírek arról szóltak, hogy kétharmados többség hiányában nagyon nehéz volt megegyezni a végleges szövegben. Az a kétértelmű szöveggel, mely szerint az önkormányzat „köteles biztosítani az alapellátás működéséhez szükséges feltételeket”, éveken át képezte vita és összeütközések tárgyát. A kifejezetten jóhiszemű magyarázatoktól a merev elutasításig, mindenféle önkormányzati magatartás ezzel a mondattal próbálta legitimálni magát.

De ennél több is történt. Bár kötelesek lettek volna az egészségügy működésére kapott pénzeket külön számlán kezelni, számos helyen lerelyelték az akkor még egyszerűen kártyapénznek nevezett összegek egy részét és az ÖEP finanszírozást nem kiegészítették az adófizetők pénzéből kapott fejkvóta egészségügyre fordítandó részével, hanem éppen ellenkezőleg: a működésre szánt ÖEP pénzekből próbálták elvonni. Örök rejtély maradt, hogy miért nem volt hajlandó évekig senki sem kijelenteni: duális finanszírozás van, az ÖEP adja a működési költséget, az önkormányzatok pedig a fejlesztés-beruházás költségeinek felelősei.

A legtöbb helyen el sem ismerték, hogy van ilyen felelősségük és van a fejkvótában ilyen rész is. Tehették, mert nem volt „felpártlikázva” - ahogy akkortájt mondogatták. Magam egy másik lap felelős szerkesztőjeként 6 hónapig kértem az ÖEP-től választ egy erről szóló kérdéssort megfogalmazó cikkel. A válaszadást egyre halogatták. Aztán kénytelen voltam kinukkolni az írással. Jól tettem,

mert 1997 őszén az általam szerkesztett lap hasábjain dr. Szilágyi István igen precíz választ adott és tudtommal ekkor jelent meg először hivatalosan a duális finanszírozás definíciója, a szükséges magyarázattal. Többnyire már hiába.

Nagy utat kellett bejárni, míg eljutottunk odáig, hogy az Egészségügyi Minisztérium munkaanyagában („Az egészségügyi rendszer továbbfejlesztése”) vagy neves szerzők könyveiben olvashassunk arról, miszerint az önkormányzatnál bizony tagadhatatlanul ott van a fejlesztés (beruházás) felelőssége és annak bizonyos forrásai (ha szerények is) és a finanszírozás duális. Ez a néhány mondat évekkel ezelőtt elég lett volna ahhoz, hogy a háziorvosok sokasága megszabaduljon a hatalmaskodó önkormányzatok nyomásától és megtehesse szakmailag indokolt hasznos lépéseit a betegek érdekében. Ma már - ha jól tudjuk jarnár elseje óta - , a működési költség is használható beruházásra. Mindezek a tanulságos események azonban nem jelentik azt, hogy bármit is tanultunk volna. Az új rendelkezésekben ismét felbukkannak a részletek ördöge. Most a működési jogról szóló törvényt torpedózza meg az, ismét a kétharmados többség hiányában - feltehetően most is nagy viták után - beiktatásra került mondat.

Olvassuk együtt és reménykedjünk: tévedünk. Hogy nem tudunk magyarul, hogy ezzel senki sem fog visszaélni, hogy a MOK elég erős lesz ennek ellensúlyozására.

18/2000. (II.25.) Korm. rendelet 3.§ (1)

Harmadik mondat:

„Ugyanakkor a működési jog engedélyezése nem érinti az önkormányzatnak az egészségügyi ellátásról való gondoskodáshoz kapcsolódó jogkörét: az engedély megadása még a működési jog elidegenítése vagy folytatása esetén sem hátrál az önkormányzatra a működési jogot megszerző orvos foglalkoztatására vonatkozó kötelezettséget.”

- Dr. Szász István T. -

„KÁROM” LADIKJÁN

A legzűgösebb, zsákutcás, rázós utakat bejáró reformfolyamat, melynek megtorpanásai többféle periódus rendszerbe is beilleszkednének, ha majd megérjük, hogy visszapillantás tárgyát képezhesse, megtudjuk azt is, mekkora és mennyi testi, lelki, anyagi és erkölcsi kárt okozott nekünk, azoknak akikről szól, s akiket keresztül megvalósul.

Ennek legfőbb okozója pedig a kényszerből vagy felületességből, a sietség vagy esetenként hátsó szándékok miatt *rossz*, még többször pedig a *hiányzó*, törvények és rendeletek sokasága.

Már az önkormányzatokat az ellátás felelősségével felruházó rövid mondat (a feltelek biztosításának kötelezettségéről) félremagyarázhatósága, elvetette a vizsály magvait, s lehetővé tette a visszaélések számtalan variánsát.

De a megújulás felé vergődő lélekvesztőkbe, gyűlték, gyűlték az a különféle rendeletek, szépen, mint Noé bárkájába a különféle állatfajok súlyuk alatt recseg-ropog a korhatag ladik.

Mi evezünk a felesleges teherrel és nem értjük miért nem lehet változtatni rajta.

- Kinek és miért érdeke igazán egy kétharmados törvény megakadályozása? Nem illik elemezni.

- Miért kell elszenvetnünk a fenti törvény hiányának minden káros következményét?

- Miért nem lehet például utólag jelezni, hogy a háziorvosi vállalkozás kvázi vállalkozás, nem termel nyereséget és nem hasonlítható az iparhoz?

Hiszen így az iparűzési adó a polgárok járulékorintjainak ármányos átáramoltatási módszerével válik, annak az önkormányzatnak a költségvetésébe, amelyik ritka kivételektől eltekintve, nem tett eleget beruházói kötelezettségének, sőt annak idején, amíg lehetett, még a kártyapénz megkurtítását is sok helyen megkísérelte.

- Miért kell félünk az APEH-től és tetszik-nemtetszik, biztos ami biztos vagy jobb a békesség alapon cégautó adót fizetni akkor is, amikor a család nem a lízingelt kocsit használja? Mert ilyen eset is sok van.

- Miért szenved az egészségügy az amortizáció, az ÁFA és vámszállások gondjainak szövevényétől?

- Miért volt és várhatóan lesz még annyi keserv a működési költség felhasználhatóságának tisztázása körül?

- Miért nem érdekelnek senkit apró és jelentéktelennek tűnő, de közérzetjavító korrekciók, mint például a nevelési iskolákban az ott védőnő orvos és közalkalmazott védőnő közötti elosztásának adminisztratív gondja és sok hasonló?

- Miért megengedett minden hatóságnak a sok felesleges adminisztratív teher további, gatlaltalan fokozása?

- Miért az európai elvárás, európai lehetőségek nélkül?

És sorolhatnám.

Mint megannyi társam, én is egyensúlyozok. Testileg, lelkileg, anyagiilag. Görcsösen markolom az evezőt. A ladik, „károm” ladikja pedig billegve halad a vihartól fodrozódó vizeken.

- SZIT -

Gondolatok a háziorvosi praxis privatizációjáról

„Amikor elindítottuk ezt a folyamatot, nem hittem, hogy ilyen mély kútba nézünk.” - jelentette ki Orbán Viktor miniszterelnök Úr az egészségügyi privatizációról szólva. Mint mondta a leközöndő akadályokat nem annyira a politikából, mint az emberi természetből fakadó irigység eredményezte. Nehéz volt elfogadni, hogy nem lehet egyszerre és rövid idő alatt az egészségügy egészét rendezni, lépésenként kell haladni. Le kell tehát győzni azoknak az orvosi rétegeknek az ellenállását, akik később kerülnek sorra és meg kell nyerni őket közös harcunknak. A most elfogadott praxis törvény (2000. február 26.-án emelkedett jogerőre) szerint a működési jog egy olyan vagyoni jog, mely 2000. december 31. után adható, vehető, sőt egye-

nes ági leszármazott folytathatja. Ehhez hasonló rendszerek már régóta kiválóan működnek a világ fejlettebb országaiban. A jelenleg praxisban dolgozó háziorvosok a jogot ingyen kapták. A rendelő, műszerek, berendezések megvásárlása, esetleges bérlete a praxis egészének vétel-eladása nagyon sok problémát és megválaszolandó kérdést vet fel.

• A kártyapénz nem követi az inflációt, három éve egy szinten van, amennyiben nem emelkedik, nem lehet a praxist finanszírozni belőle.

• A praxis infrastruktúrájának magánkézbe kerüléséhez jelentős anyagi forrásra van szükség, mely jelenleg kevesebbeknek áll rendelkezésére. Még nehezebb a helyzete a pályakezdőknek, mert nekik még a mű-

kodési jogot is meg kell vásárolni.

• Nincs kidolgozott kormányzati iránymutatás a teljesítendő feltételekről és azok időbeni ütemezéséről (például euroconform rendelő, ugyanis a jelenlegiek többsége helyhiány miatt nem alakítható át a jövőben elvárható normák szerint).

• Fejlesztésre az ÖEP nem biztosít pénzt, ezen a jövőben változtatni kell. Minőségi munka modern gépek és megfelelő eszközök nélkül nem végezhető.

• Egy rendelőben általában több orvos rendel. Van, aki meg szeretné vásárolni a rendelőt, van aki nem. Ez a helyzet rendezetlen tulajdonviszonyokat eredményezhet, melyek végül soron a fejlesztések és beruházások gátjává válhat.

• A háziorvosok többsége vállalko-

zasként folytatja tevékenységét, de mint olyan, más vállalkozóktól eltérően nem jogosult áfa visszaigénylésre. Így jelentős többletkiadásai keletkeznek.

• Míg az Önkormányzati Törvény szerint az alapellátás önkormányzati feladat és a vállalkozó háziorvos bérleti díj fizetése nélkül jogosult a rendelő használatára, addig az anyagi fedezet nem biztosított a különböző fejlesztésekre, beruházásokra az önkormányzatok költségvetésében.

• Feltehetően központi szabályozást kíván a háziorvosi praxisok betöltésének lehetősége. Ha például egy adott területen megszerzi a háziorvos a működési engedélyt, megkapja az ÁNTSZ és a MOK beleegyezését, ugyanakkor az önkormányzat, mely egy nem szakmai testület, felülbíráva az előzőek állásfoglalását, nem köt vele szerződést, meghiúsul a praxis átadása.

• Jelenleg az önkormányzatokkal kö-

tött szerződések nem nyújtanak garanciát arra, hogy a háziorvosok által ellátandó terület határai a későbbiekben sem változhatnak és nem jöhet létre egy olyan helyzet, hogy egy több tízmilliósi beruházással épült rendelő egy újonnan húzott határvonalon kívül essen.

Természetesen a problémák sorát még folytathatnánk, de a fenti gondolatok is elegendőek ahhoz, hogy képet alkoshatunk az egészségügyi privatizáció útvesztőiről és megválaszolhatunk kérdéseiről. Bármilyen sok is azonban a megoldandó feladat, egy dologot senkinek sem szabad szem elől tévesztenie, mégpedig azt, hogy legfontosabb és elsődleges cél a beteg ember gyógyítása, aki semmilyen körülmények között sem válhat érdekcsoportok és pártok csatározásainak szenvedő alanyává.

- Dr. Forgács Klára -
vállalkozó háziorvos

*A MOZGÁSSZERVI MEGBETEGEDÉSEK ELŐFORDULÁSA ÉS GYAKORISÁGA A CSALÁDORVOSI PRAKISBAN

VI. éves orvostanhallgatóként komoly feladat előtt álltam. Tanulmányaim befejezéséhez közeledve államvizsgadolozatot kellett készítenem. A POTE Családorvostani Csoportjának kurzusa már V. évben fölkelte az érdeklődésemet a családorvosi munka iránt, így olyan témát kívántam választani, mely kapcsolódik a családorvos mindennapi munkájához, és széles körű beteganyagot érint. Így esett a választásom a mozgásszervi megbetegedésekre, mert hazánkban előfordulási gyakoriságuk rendkívül magas, és a cardiovascularis és anyagcserebetegségek mellett érdemtelenül kevés szó esik róluk.

Magyar statisztikák szerint a háziorvost felkeresők körülből 15 százalékának mozgásszervi panasza van, elsősorban fájdalom, míg körülbelül ugyanennyien más okból jelentkeznek, de aktuálisan mozgásszervi panaszuk is van (első helyen a felső légúti infekciók, második helyen a mozgásszervi panaszok, harmadik helyen a gastroenterológiai panaszok állnak).

A háziorvosnak praxisában alkalmassá kell válnia a tekintélyes számú beteg szakszerű ellátására. Segít, hogy a mozgásszervi elváltozások legnagyobb része jól látható, tapintható, a mozgásszervi funkciók többsége fizikális vizsgálattal kitűnően vizsgálható. A legfontosabb, hogy

a családorvosok időben ismerjék fel a kezelésre szoruló betegségeket és betegeket, megtanulják ezeket eredményesen kezelni, ismerjék a konzultánsi lehetőségeket. A hivatalosan közszételt „A családorvoslás hatásköri listája” sorolja fel azokat a feladatokat, amelyeket a mozgásszervi megbetegedések vonatkozásában a családorvosnak el kell tudni látni.

A dolgozatomban elkészítéséhez szükséges információkat a pécsi 66. számú felnőtt körzet munkájának tanulmányozása során szereztem be. A praxis betegösszetétele bizonyos szempontból nem tekinthető átlagosnak, ugyanis a betegek jelentős része bányász foglalkozású, továbbá Málom falu is a körzethez tartozik, ahol az átlagéletkor nagyon magas. Ebből is következtethetünk arra, hogy a mindennapi munkában hangsúlyozottan jelentkeznek a mozgásszervi megbetegedésekkel kapcsolatos problémák. Az összehasonlíthatóság és áttekinthetőség érdekében a vizsgált beteganyagot három korcsoportra osztottam (I.: 14-30 évesek; II.: 31-50 évesek; III.: 50 év feletti). E felosztás azért indokolt, mert egy-egy korosztályon belül jellegzetesek a különbségek az előforduló körkerek fajtái, azok gyakorisága, etiológiája vonatkozásában.

A korrelációsán túl meghatározó szerepe van a

foglalkozásnak is. Fontos, hogy a beteg milyen testhelyzetben végzi munkáját, milyen fizikai és kényszer behatásoknak van kitéve. A bányában foglalkoztatottakat azért kell és érdemes kiemelni, mert náluk időben sokkal előbb jelentkeznek a degeneratív nagyzületi elváltozások, a kopások, elfajulásos gerincbántalmak, az arthrosisok, a lágyrészrheumatizmusból a tenosynovitisok és a foglalkozás jellegéből adódóan a traumás elváltozások. Ennek magyarázatát a nehéz fizikai munka és a mozgásszervek megterhelő igénybevétele adja.

Megpróbáltam az előfordulás gyakoriságát is figyelembe véve - az egyes korosztályokban megjelenő legjellegzetesebb kórfarmákat összegegyűjteni. Ezek után kiemeltam a 66. számú körzet beteganyagából egy 40 fős csoportot, akiknek a mozgásszervi elváltozásait részletebben tanulmányoztam (12 beteg az első, 17 beteg a második és 11 beteg a harmadik korosztályba sorolható).

Az orvos-beteg kapcsolat hatékonyasága lemérhető azon, hogy a betegek betartják-e a családorvos által előírt kezelési utasításait, hallgatnak-e rá, tanácsát megfogadják-e, megpróbálják-e megvalósítani az életmódváltoztatás érdekében tett törekvéseit (rendszeres mozgás, ideális testsúly elérése, megfelelő táplálkozás, szükség

esetén diéta), melyek a mozgásszervi megbetegedések terápiájának nélkülözhetetlen elemei. Ezeknél a betegeknél gyakoriak az évekig, évtizedekig tartó kezelések, előfordulnak hosszú szünet utáni fellángolások, gyakoriak a progresszív esetek. Nagyon fontos feladata a családorvosnak, hogy a megfelelő compliance kiépítése mellett folyamatosan nyomon kövesse betegét, tájékozzódjon állapotáról, felmérje a betegség lehetséges kimenetelét, nem feledkezve meg az utógondozás és a rehabilitáció komoly problémájáról sem. Ennek szükségességét bizonyítja, hogy az általam kiemelt 40 fős csoportban a betegek 50 százalékánál munkaképesség-csökkenés maradt vissza, 11 beteget valamilyen százalékban rokkantossítottak, és csak 9 beteg jutott el a teljesen rehabilitált szintre.

A betegség következtében károsodott egyén sérült funkcióinak helyreállítása vagy pótlása, társadalmi beilleszkedésének elősegítése, az az életminőségének javítása egy családorvos elengedhetetlen feladata.

- Németh Dóra -

- A nem szteroid gyulladáscsökkentőkről a 10. oldalon olvashatnak -

Az USA-ban a betegképviselői programok az 50-es évektől kezdődtek. A betegképviselői társasága 1971-ben alakult együttműködésben az Amerikai Kórházszövetséggel, majd ennek az együttműködésnek eredményeképpen a Kórházszövetség 1973-ban fogalmazta meg a betegjogi kartát, amelyet később Európa számos országa követett. A betegek jogaival, érdekvédelmével foglalkozó szakemberek elnevezése az egyes államokban más és más. Szerepel ombudsman, a patients care coordinator, patients advocate, patients service coordinator megjelölés is. 1994-ben jött létre az Amszterdami Deklaráció, majd az Európa Tanács Bioetikai Konvenciója más néven Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról címmel. A rendszer leghatékonyabbban azokban az országokban működik (Finnország, Izrael, Anglia), ahol az egészségügyi ombudsman azt a közös alapot, amelyből kiindulva az egyes európai államok elismernék és érvényre juttatják a betegek jogait. A Bioetikai Konvenciót 1997-ben fogadták el és 21 tagország írta alá. S hogy melyek ezek a jogok? - Mindenekelőtt a megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz, az emberi méltóság tiszteletben tartásához, a tájékozott beleegyezéshez, az orvosi feljegyzések hozzáférésehez, az orvosi titoktartáshoz, a magánszférához való jog.

Magyarországon több éve már a Semmelweis Egyetemen is tananyag a betegjog, és 2000. január 1. -től lépett életbe a betegjogi képviselő intézményének jogi szabályozásáról szóló miniszteri rendelet. A Betegjogi Koordinációs Tanács megalakult, működik, nemrégiben megjelentek a napilapokban a betegjogi képviselői pályázatok. Április közepén várhatóan az egyes megyékben és a fővárosban megtörténik a képviselők megbízása, mert a fekvőbeteg intézmények a jogszabályban előírtaknak megfelelően felkészültek a betegjogi képviselők fogadására.

A betegjogok érvényrejuttatásának egyik hazai képviselője **Dr. Matkó Ida aneszteziológus, a Szószóló Alapítvány kuratóriumának elnöke, az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) - Tudomány- és Kutatás- és Bizottságának tagja.** Beszélgetésünk elején arról kérdeztük, hogy:

• **Egy olyan orvost, aki a betegjogokkal foglalkozik, bizonyára őt magát is érték az egészségügyben negatív tapasztalatok...**

- Igen, sajnos többször is. El kell ismerni, hogy a beteg érdekvérvényesítő pozíciója gyenge, engem sokszor a személytelen, néha rideg bánásmód sértett leginkább.

• **Hogyan indult az orvosi pályán, voltak-e példaképei, akikről etikus orvosi magatartást tanulhatt?**

- 1967-ben végeztem a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. Szerencsémre a Szegedi Sebészeti Klinikán, ahol fiatalon pályámat kezdettem olyan széleslátókörű főnököm volt, mint dr. Petri Gábor professzor, aki orvosi etikai kérdésekkel éppúgy foglalkozott, mint tudományfilozófiai, orvosi jogi kérdésekkel és közben operált, gyógyított, szervezett. Mindenekelőtt azonban számomra és még sok kollégám számára a példa jelentett sokat, mert ezeket a különböző megközelítéseket szinte művészi módon, az élet követelményeihez tudta igazítani. 1980-ban Angliában, a szívsebészeti anesztézia tanulmányozása céljából végigjárhattam szinte az összes Angliai felnőtt, illetve gyermek szívsebészeti centrumot. A 80-as évek végén Soros-ösztöndíjjal juthattam el Cambridge-be, ahol a szívátültetés anesztéziájának gyakorlatát tanulmányozhattam. Akkor folytak a hazai szívátültetés előkészületei dr. Szabó Zoltán professzor vezetésével, a team minden tagja igyekezett megismerni és hazahozni elérhető külföldi tapasztalatokat.

• **Talán résztvett az első magyar szívátültetésnél is?**

- Nem, mert akkor éppen Németországban dolgoztam vendégorvosként. Kiváltképpen a szervátültetés jogi és orvosi etikai vonatkozásai foglalkoztattak. Angliában szerzett irányítási tapasztalataimból születtek az első szerv-szövetátültetéssel kapcsolatos orvosi etikai kérdésekben tett ajánlások. Gondolom, ennek köszönhetően kért fel 1991-ben dr. Vízi E. Szilveszter professzor, hogy legyek az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás- és Bizottságának tagja. Mivel ekkor még több idővel rendelkeztem, s érdeklődésem a gyógyítás etikai és jogi kérdései felé fordult, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem levelező tagozatán tanultam. Ezi dötájban ismerkedtem meg azokkal a jogászokkal, orvosetikusokkal, szociológusokkal, akik az 1994-ben alapított Szószóló Alapítványban még ma is, mint kurátorok működnek. Hazánkban 1500 körül van azon szervezetek száma, amelyek fogyatékossgal, illetőleg betegséggel élő embereket tömörítenek. A Szószóló Alapítvány nem beteg embereket tömörítő szervezet. Célja elsősorban az, hogy vizsgálja a hazai betegjogokkal kapcsolatos törvényi szabályozást, segítséget nyújtson a lehetséges hazai legmegfelelőbb megoldásokhoz, együttműködjön más hazai, illetve külföldi betegjogi szervezetekkel, a fontosabb betegjogi kérdésekről tájékoztassa a nyilvánosságot. A betegekért dolgozó civil szervezetekben sok orvos, jogász, etikus, szociológus, továbbá az egészségügyben tevékenykedő, vagy más módon azal kapcsolatba kerülő ember teljesít szentimentálisan a körülmények között. A fentiekből következik, hogy nincs minden szervezettel élő kapcsolatunk, de ismerjük a tevékenységüket és lehetséges, hogy egyikkel-másikkal a jövőben közösen dolgozzunk ki valamit.

Az egészségügyet úgy kell szervezni, hogy a beteg legyen a főszereplő!

(Beszélgetés dr. Matkó Idával, az Ér-és Szívsebészeti Klinika aneszteziológusával, a Szószóló Alapítvány kuratóriumának elnökével)

gusokkal, akik az 1994-ben alapított Szószóló Alapítványban még ma is, mint kurátorok működnek. Hazánkban 1500 körül van azon szervezetek száma, amelyek fogyatékossgal, illetőleg betegséggel élő embereket tömörítenek. A Szószóló Alapítvány nem beteg embereket tömörítő szervezet. Célja elsősorban az, hogy vizsgálja a hazai betegjogokkal kapcsolatos törvényi szabályozást, segítséget nyújtson a lehetséges hazai legmegfelelőbb megoldásokhoz, együttműködjön más hazai, illetve külföldi betegjogi szervezetekkel, a fontosabb betegjogi kérdésekről tájékoztassa a nyilvánosságot. A betegekért dolgozó civil szervezetekben sok orvos, jogász, etikus, szociológus, továbbá az egészségügyben tevékenykedő, vagy más módon azal kapcsolatba kerülő ember teljesít szentimentálisan a körülmények között. A fentiekből következik, hogy nincs minden szervezettel élő kapcsolatunk, de ismerjük a tevékenységüket és lehetséges, hogy egyikkel-másikkal a jövőben közösen dolgozzunk ki valamit.

• **Úgy tudom, az 1994-től 97-ig terjedő időben alapítványuk eljutott egy konkrét kérdésben a gyakorlati megvalósításig. Hogyan összegeznék a munka során megszerzett tapasztalatokat?**

- 1997-98 között betegjogi képviselők működtek vidéki és fővárosi fekvőbeteg gyógyintézetekben. Az intézetek önkéntesen befogadták a modellkísérletet, ami igen bátor, példamutó tett volt. Orvosiigazgatók, ápolási igazgatók tapasztalataikat szakmai fórumon tették nyilvánossá, elmondva a kétélyeket, rámutatva a nehézségekre is. Végeredményben az izgalmas és nagyon sok pozitív tapasztalatot hozó munka során kiderült, hogy a betegjogi képviselő rendkívül hasznosan tud működni a jelen egészségügyi körülményei között. Bár nem utasíthat, nincs ilyen jogkör, mégis sikerrel tudott eljárni azon problémák megoldásában, amelyek a felsorolás alapján a mai magyar egészségügy általunk megfigyelt, főbb problémáit képezik.

- A betegellátás eszközös, személyi és szervezési feltételeinek hiányossága 26 százalék.
- Tájékoztató, tájékozott beleegyezéshez való jog figyelmen kívül hagyása 24 százalék.
- Emberi méltóság tiszteletben nem tartása 18 százalék.

- Információs önmegkezelési jog felületes kezelése 10 százalék

- Titoktartás, magánélet sérthetenségéhez való jog felületes kezelése 9 százalék
- Vallás, gondolat- és lelkiismereti szabadsághoz való jog másképp gondolkodása, ebből származó konfliktus az egészségügyi intézményben 5 százalék.

- Egészségügyi ellátáshoz való jog figyelmen kívül hagyása 3 százalék.

A modellkísérlet eredményeinek további feldolgozása folyik, a munkát még nem fejeztük be. Valamennyien ismeretlen utat járunk. Munkatársaink tavaly kezdték el dolgozni pszichológiai osztályokon, ami ha szabad ívet mondani még több figyelmet, tudást igénylő, jogérzékenységet kívánó feladat.

• **2000-ben előrelépünk a betegjogok érvényesülésének területén?**

- Bízom benne, hogy igen, hiszen ez mindannyiunk érdeke, beteg és orvos egyaránt. Hiszen csak attól az embertől várhatjuk el, hogy vigyáz az egészségére, tudja és ismeri, hogy e téren kötelezettségei vannak saját magával és másokkal szemben, aki kimozdul a passzív szerepből azáltal, hogy felméri, rajta is múlnak a dolgok.

Dr. Felméray István jogász - ÁNTSZ (Betegjogi Koordinációs Tanács tagja)

• **A betegjogok nem jelentenek többletet az alkotmányos alapjogokhoz képest. Mi volt az oka az emberi alapjogok és a betegjogok szétválasztásának?**

- Az Alkotmány 70/D. paragrafusában foglaltak szerint a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosítása állami feladat, amelyet az állam központi szervei és a helyi önkormányzati szervek rendszere révén valósít meg. A rendszerváltást megelőzően az állam az egészségügyi ellátást az általa létrehozott és fenntartott egészségügyi intézmények útján biztosította állampolgári jogon. A rendszerváltást követően az egészségügy finanszírozásának biztosítási alapokra helyezésével egyidejűleg megkezdődött az ellátás szervezetének átalakítása. Egészségügyi vállalkozások, civil szervezetek és egyházak is részt vesznek az ellátó rendszerben. A betegjogok megfogalmazása azt tisztázza, hogyan élhet a magyar polgár alkotmányos jogaival az egészségügyi ellátás speciális feltételei között. A betegnek mindenekelőtt

joga van az egészségi állapota által indokolt megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz. Ugyanakkor itthoni és nemzetközi tapasztalatok egyaránt bizonyítják, hogy pusztán járulékbefuttelekből finanszírozni az egészségügyi rendszer működését lehetetlen. Ezért mondta ki az Alkotmánybíróság 54/1996. határozatában, hogy a társadalombiztosításról szóló törvényben megállapított szolgáltatások teljesítését a rendszeren belül az államnak akkor is biztosítani kell, ha az egészségügyi ellátási szükséglet a meghatározott és finanszírozott szolgáltatásokat meghaladja.

A hatályos egészségügyi törvény ezen kívül alapvető jogként biztosítja a beteg számára az emberi méltósághoz a tájékoztatáshoz, az intézmény elhagyásához, az önmegkezeléshez az ellátás visszautasításához, az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez, az orvosi titoktartáshoz, valamint az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgáláshoz való jogot.

• **Milyen mutatók léteznek a jogembere számára annak megfigyelésére, hogy hogyan érvényesülnek az emberi jogok egy társadalomban?**

- Számos szociológiai felmérés bizonyítja, hogy napjainkban a lakosság elégedetlen az egészségügy teljesítményével. Mégis a rendelkezésre álló források felosztási arányaira rákérdező közvélemény-kutatási adatok szerint az egészségügy területe messze megelőzi például a szociális ellátásra, oktatásra, egyéb kulturális tevékenységekre fordítandó összegeket. A szükségletkommunikáción alapuló felmérések szolgáltatják azokat a mutatókat, amelyeken keresztül értékelhető egy adott populáció emberi jogainak érvényesülése a társadalomban. Ebből én beleérttem az egészségi állapot, a helyzetét, a lakosság egészségét leíró adatokat a szociális helyzetet, a munkavédelmi foglalkozás-egészségügyi állapotokat az oktatás helyzetét, a népesség iskolázottságát, életmódjára

jellemző adatokat, a demográfiai mutatókat, a környezet állapotát.

• **Milyen sajátosságai vannak a külföldi példák mellett a betegjogok magyarországi érvényesülésének? - gondolok itt elsősorban a társadalmi gazdasági környezet adta feltételekre.**

- Az egészségügyi szolgáltatásoknál a szolgáltatás vásárlója és a közvetlen igénybevevő nem esik egybe. A TB fizet a szolgáltatásokért, az állampolgár veszi azokat igénybe. A szolgáltatások megítélése az igénybevevő részéről ma alapvetően nem befolyásolja a rendszer működését, hiszen a finanszírozás nem ettől függ. Természetesen létezik a szabad orvos- és kórházválasztás lehetősége, s így előfordulhat, hogy a beteg más háziorvoshoz, vagy másik kórházba kéri magát. Azonban e döntések megalapozásának a rendszere meglehetősen kiforratlan és az egészségügyi szolgáltatók gyenge PR tevékenysége miatt a betegek gyakran csak az ismerősök, a rokonok szubjektív véleménye alapján döntenek az ellátó személyéről. Az egészségügyi szolgáltatások megfelelő végzéséért több szereplő is felelős: a tulajdonos (többnyire önkormányzat), a szakmai munkát felügyelő ÁNTSZ, a működést finanszírozó egészségbiztosítás, valamint a szakmai köztestületek, mint például a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Gyógyszerészkamara. Ebből fakadóan érdekes alaphelyzetek jönnek létre a minimál feltételek ellenőrzését végző ÁNTSZ, a pénzügyi nehézségekre hivatkozó tulajdonos, és szolgáltatás hatékonyságát számonkérő OEP között. Az egymásra mutogatás, az állampolgárok előtti magyarázkodás nem növeli a szolgáltatások minőségét és teljesen értelmetlen is, hiszen senkit sem érdekel, hogy mi miatt nem megfelelő a rendszer. Talán örök kérdés marad, hogy hogyan tehető az egészségügyi szolgáltató munkája megfelelővé: hiszen minőségről akkor beszélhetünk, ha pontosan azt kapjuk, amit vártunk.

• **Milyen ismérvek alapján, s hogyan mérhető le a képviselő munkájának eredményessége?**

- Csak hosszú távon, a rendszer több éves működését követően lehet majd értékelni mind a betegek, mind az egészségügyi ellátó rendszer részéről az egyén autonómiájának növekedésében.

- Galgóczy Zsuzsa -

MEDICOR
KÉZIMŰSZER RT.

APPROVED QUALITY
VÉGELT MINŐSÉG

CERTIFICATE

KIVÁLÓ MINŐSÉGŰ
SEBÉSZETI ÉS FOGÁSZATI
KÉZIMŰSZEREK ÖVÁRTÁSA
ÉS FORGALMAZÁSA
VERSENYKÉPES ÁRON

H-4032 Debrecen, Fűredi út 98.
Fax: (36-52) 520-581
Telefon: (36-52) 415-328
E-mail: medicorkn@mail.mata.hu

Gyógyszerfelírás- érdekelttség?!

„Már áprilistól bevezethetik a háziorvosoknál a gyógyszer-takarékossági programot”- erősítette meg a hírt maga az egészségügyi tárca. Az elképzelés lényege: a megspórolt tb-gyógyszer-támogatás egy részét megkaphatják a háziorvosok. Körülbelül az összeg egyharmada lenne az orvosé. A kormányzat azt várja, ezáltal sikerül csökkenteni a tb gyógyszerkiadásait. A szakértők viszont arra figyelmeztetnek: veszélyes minden előzetes kísérlet nélkül bevezetni ezt a rendszert.

Mint ismeretes az idei gyógyszer-támogatási keret 135 milliárd forint, a tavalyi 141 milliárd helyett, bár az idén ebből a keretből kikerültek a kötszerek. A takarékoskodás egyik lehetősége az ösztönzőrendszer bevezetése, amelynek révén a tervek szerint mind a háziorvosok, mind a tb-jól járnak. A 135 milliárdos gyógyszerkeret 60 százalékát - mintegy 80 milliárd forintot - utalványozzák receptírással a háziorvosok. Ez orvosonként többnyire egy és kétmillió forint közötti összegnek felel meg. Ezt a jó-

vóban orvosonként kiszámítanak a kártyapénz arányában. Ennek 30 százalékát képeznék az ösztönzőkeret, s minden egyes felírt gyógyszer tb-támogatását levonnák ebből az összegből. Ha sikerül megtakarítani, akkor a fennmaradó összeg a háziorvosé lenne. A keret túllépésekor nem történik semmi, mert a tervek szerint nem büntetnek, csak jutalmaznak. Mindez a gyakorlatban azt jelentené, ha egy kisebb praxis egymillió havi gyógyszer-támogatási keretből 10 százalékot meg tud takarítani, akkor ezért 30 ezer forintot kap. (Összehasonlításképp a kártyapénz havi 260-300 ezer forint körül alakul.) Az OEP-nél 30-40 százalék körülire becsülik azon orvosok arányát, akik akkor is visszakapnak az ösztönző keretből, ha mindent ugyanúgy csinálnak, mint eddig, mert az átlagnál kevesebb gyógyszert írnak fel. A háziorvosok mégis vitatják, sikerül-e lényegesen megtakarítást elérni. Az általuk kitöltött receptek 70 százalékán ugyanis a kórházi zárójelentésben vagy a szakorvos

által előírt gyógyszernevek szerepelnek. A gyógyszer-támogatási rendszer elmúlt években bevezetett változtatásai miatt nehezzé vált a takarékoskodás, mert a fixesítés miatt egyre több gyógyszercsoportban minden patikaszernek ugyanakkora a tb-támogatása, jelentős eltérés csak abban van, amit a beteg fizet. Február 1-jétől 150 háziorvos részvételével folyik egy kísérlet, melynek során modellezni próbálják a gyógyszer-takarékoskodási program hatásait. Ennek értékelhető eredményei várhatóan csak ősszel lesznek, így ez csak a januári bevezetés szakmai előkészítését segíthetné. Az ügyben érintett kormányzati szervek azonban már áprilistól bevezetnék az erről szóló jogszabályt. Ebben szerepe van annak is, hogy takarékosági intézkedések nélkül aligha lesz tartható a tb gyógyszerkerete és az a cél, hogy ne nőjenek hat százaléknál nagyobb arányban a lakossági terhek.

(MÉN Online)

A HITELVESZTÉS BÉRE

„Elég az egzisztenciális siralmakból”- hangzik az egészségügyi sajtó véleménye. Bár meggyőződésem, hogy tévedések áldozatai vagyunk (egyfelől: mert nem kerülhet sor az egészségügyi reformjára az előttünk meredező egzisztenciális kérdések zátonyának megkerülésével, másfelől: mert nem oldható meg a többi ágazat reformja az alapellátási reform végigkalauzálása nélkül) most nem ezt az alapvető kérdést fessegetném. Egy látszólag részletkérdésről szólnék.

Egy jószándékúnak látszó, de annál veszélyesebb kísérlet híre röppent fel, sőt mire e sorok megjelennek, már akár valóság is lehet. „Áprilistól ösztönző jellegű juttatással kapnak újabb ajándékot a háziorvosok.” Gyógyszerkeretet vezetnének be, melynek túllépése csak figyelmeztet-

téssel (esetleg szigorított ellenőrzésekkel) járna, viszont a gyógyszerkereten belüli megtakarítás anyagi érdekeltséget jelentene az orvosnak. Nos ez az, ami minden eddiginél nagyobb veszélyt sejtet. A hitelvesztés veszélye, a bizalomvesztés kockázata fenyeget.

Évezredek óta tudjuk, hogy a gyógyító bizalmi feladatot lát el. Ugyanennyi ideje ismeretes, hogy a gyógyítás manuális vagy gyógyszeres módszerei mellett örökké létezett a megfoghatatlan magiko-mitikus elem. Ennek aránya a sámánok korától a mai napig látszólag jelentősen csökkent, de ha nem csupán a tankönyvek sokaságát tekintjük, hanem a való élet és a mindennapi gyakorlat felől vizsgáljuk a kérdést: ez a csökkentés a vártnál kisebb volt. Kisebb, mert az ember - erre utaló mai cáfoló

jelek ellenére - ember maradt. Ember maradt a természettel szembeni kicsinységében, a kiszolgáltatottság koronként változó jellegű, de nem változó mértékű érzékelésében. Ennek megfelelően igényli a tudományon túli, a fényes kések és jól csomagolt tabletták világán túli szolgáltatást. Ezt a modern világ leegyszerűsítve bizalomnak nevezi, de a valóságban egy ennél jóval összetettebb igényről van szó. Több évtizeden át volt gyanús a gyógyító értelmiségi. De nélkülözhetetlen és így nem lehetett remélni, hogy eltűnhet a társadalomból - mint mondjuk a lelkipásztorok. Az orvos volt a múlt maradványaként, s a jövő homag, tiszta horizontjának elkerülhetetlen, szennyező eleme. Nagyjai a legkeményebb években is megőrizték a magánrendelők csendes intimitását. Szakális hangulat által belengett idegentestként élték életüket. A korhatag szocialista csöbörből a csillogó zománcú kapitalista vödörbe

való átkaszálódásunk során aztán kiderült, hogy nem remélhető a bizalom hirtelen helyreállása. Egyéb téren sem tisztult a tudat egyik napról a másikra, itt pláne nem. Az elmúlt tíz évben nem tapasztalhattuk a média és a tömegek szimpátiájának fokozódását irányunkba. Egzisztenciális harcunkat is gyanakvás kísérte véges-végig. A beteg azonban ennek ellenére megajándékozott bizalmával. Miért? Mert az nélkülözhetetlen volt gyógyulásához. A különben tiszteletreméltó, tudományos, és szükséges - finanszírozástól tragédiája az, hogy ezt az elemet, mint olyant, nem lehet pénzben mérve kimutatni. De ha lerombolják, valahol indirekt megjelenik és olyan irányba hat, hogy a költség a másik oldalon nő. Amikor ennek a költségnek a csökkentését éppen azzal akarják elérni, hogy ismét szembeállítják a gyógyulni óhajító beteget a gyógyítást szolgáltatóval, a bizalmi töltés elvesztése sokkal nagyobb ká-

rokat rejthet magában mint az a megtakarítható pénzösszeg, amin költségvetés és orvos osztozhatnának. Ezért mondom: köszönjük, de nem kérünk ebből a juttatásból. Nem kérünk az ország, a beteg és a magunk jól felfogott érdekében. Hasonló szembeállítások már vannak és készülnek is. Nem lenne szabad a családorvosra bízni rokkantosítással kapcsolatos véleményezéseket, jogszabályok elvonásának kötelezettségét, mozgássérült státusz igazolását, és semmi féle tiltást, torlást, tagadást - az elkerülhetetlen felül. Ezeket a feladatokat okosak, személytelen bizottságokra kellene testálni. A bizalom (maradjunk ennél a tömör, de kissé ösztönző definíciónál), igenis töltés. Pénzt jelentő, kiadást csökkentő tényező. Elsősorban pedig az általunk szolgált beteg ember igénye. Ne váltsuk hát aprópénzre.

- Dr. Szász István T. -

Félreformok országa, avagy a jus antimurmurandi!

Hallgatom valamelyik nap, a Kosuth reggeli adásában, hogy a Kórházszövetség új elnöke nyilatkozik, természetesen megint arról, hogy mennyire alulfinanszírozzák a magyar kórházak, hogy mennyire nem szabad/lehet (?) piaci feltételeket teremteni, mert ez „más” szektor, stb., stb. Ugyanezt havonta-kéthavonta elmondják a középiskolai és a főiskolai tanárok is, az iskolabezárások és az egyetem-összevonások kapcsán. Közben az egész ország tapsol a piaci viszonyok megteremtésének és annak, hogy végre talán, előbb vagy utóbb felvesz minket is tagjai közé az EU. Piaci társadalomban élünk (akár akarjuk egyénenként, akár nem!) ahogy szoktam mondani és ez a „piaci” társadalom mindig a leghangosabb kofának a hangját hallatja és mindig az eladó ára dönt... Szóval ha piacot akar(t)unk teremteni, akkor elsősorban jó kofáknak és eladóknak kell lennünk és csak sokadik sorban jó vevőknak.

Ha pedig EU-s csatlakozásunk révén és érdekében piaci viszonyokat szeretnénk, kell teremtenünk, akkor... (Mielőtt még egy sort leírnék, tisztáznom kell magamról, hogy semmilyen pártnak nem vagyok tagja, szimpatizánsa, de még csak szövetségese sem, sőt civil szervezetnek sem, mivel a józan, paraszti észnek még nincsen semmilyen szervezete Magyarországon - ezen hiányosságaim ellenében viszont 35 éve vagyok egészségügyi rabszolga, aki szeretem a szakmát és - bár sajnos - soha nem vezettem piaci érdek, de elfogadom azt, hogy piacgazdaságban - vagy valami affélében - élünk és ez feltehetően sokáig így lesz még, gyermekeink és unokáink korában is.)

Egyszóval folyamatosan felháborodik bennem a józan paraszti ész, ha hallom, hogyan is próbálják megakadályozni a reformokat az egészségügy és a tanügy szereplői. Eddig ebben az országban mind az egészségügyben, mind a tanügyben csak félre-

formok jöttek létre és azoknak is csak legfeljebb a felét hajtották/hajtották végre, mert mint tudjuk, egy tízmillió kis országnak nincs szüksége a jelenleg is meglévő óriási ágyszámra, de nincs szüksége az ezen az ágyszámon dolgozó szakorvosok számára sem; ugyanígy igaz ez a főiskolai egyetemi oktatásra is. Sem az intézményszám, sem az oktatók száma gazdaságossági számításból nem indokolt; ugyanígy óriási hiányban szenved mindkét ágazat, az a finanszírozottság, a nővér, és a jól képzett tanárok hiánya.

Ha továbbra is „piacon” akarunk maradni, akkor két dolgot (minimum) tudomásul kell vennünk: a kórház a világ legdrágább „hotelje” és az elaprózott felsőoktatási intézmények pedig a világ legdrágább „magánygyetemei”. Ez ma már közgazdasági alaptétel, hogy a járóbeteg szakellátás és az egy napos sebészet-belgyógyászat, stb., sokkal olcsóbb, mint a kórházi ápolás (és akkor már nem is beszélünk a kórházakban mai, megélvő hatalmas olyan ágyszámokról, ahol - indokoltan vagy sem - a betegek hónapokig fekszenek, az aktív ellátás rovására). Ugyanígy a központosított felsőoktatási intézmények is sokkal kevesebbe kerülnek a fenntartónak. A kórházak és a felsőoktatási intézmények esetében is, az ott dolgozók bére a kiadások igen jelentős részét teszi ki - körülbelül 60-65 százalékot a legideálisabb esetekben - és ez egy olyan tétel, amin mindenképpen változtatni kell. A kórházi ágyszám-csökkentés reformja - amely még tervezetként is felemásra sikerült, azért lett aztán igazán félreform, mert a fő-

városban egyáltalán nem voltak képesek (nem akarták) kivitelezni, bizonyos kórházokban pedig érzelmi okokra hivatkozva egyes pártok és érdekképviseletek reformellenes tetteket szerveztek. Mi is lett tehát ennek a félreformnak az eredménye?! Rengeteg sértett ember, indokolatlanul fennmaradt ágy és kórház, egy teljes béreform teljes elmaradása, az amortizációs költségek bevezetésének ellehetetlenülése (enélkül pedig egy olyan intézmény sem működhet, amelynek gépparkja-műszerparkja van; ez az egészségügyben éppen olyan fontos, mint a felsőoktatásban!). Ezek következménye az ellátás mind személyi, mind tárgyi feltételeinek további rosszabbodása és a további (relatív) pazarlás.

A tanügyben a helyzet szinte ugyanaz, másként, vagyis: rengeteg elaprózódó intézmény (államnak természetesen külön vezetése, adminisztratív személyzete, épület- és gépparkja, műszerparkja van), rosszul fizetett és éppen ezért antiszelektált tanügyi káderek és egyre süllyedő oktatási színvonal.

Akárannyire is rosszul esik nekünk, egészségügyi rabszolgáknak, vagy tanügyi (a felső- és középszintű oktatásban oktatóknak) kádereknek, de fel kell végre fogunk, hogy mind az egészségügyben, mind a tanügyben - költséghatékony és éppen ezért Európában is versenyképes, tehát színvonalas egészségügyi ellátást és tanügyet csak akkor lehet létrehozni, ha az ésszerűség határain belül maradunk. Tehát a lehető legszükségesebbre csökkentjük az államilag fenn-

tartott kórházi ágyszámot (növeljük ennek ellenében az amortizációs finanszírozást és a személyzet bérét), megszüntetjük a rosszul felszerelt és rosszul kihasznált műszerparkot, a felesleges műszerezet vizsgálatokat és gyógyszerkiadásokat és ennek ellenesúlyozásképpen, folyamatosan fejlesztjük a járóbeteg és az - egy napos ellátást. Természetesen ez sok szakember feláldozásával jár, illetve olyan versenyhelyzetet kellene teremteni a szakemberek között, ami jelentősen megnövelhetné az egészségügyi ellátás színvonalát. Tudom, hogy ez mindenkinél és mind között a legfájdalmasabb, de ha a mi kis országunkban meg tudtuk tenni, hogy bezárjuk a gazdaságtalan bányákat és nagyüzemeket és ezzel munkanélkülivé tegyünk sok ezer dolgozót, akkor mi gátol meg minket az egészségügyben és a tanügyben?! A magasabb fokozatosság elvárásai nem jelenthetnek senki számára felmentést, csakis a bizonyítottan magasabb szintű tudás, azt pedig csak igazi versenyhelyzetben lehet bizonyítani. Vegyük már észre, hogy a betegeknek nem mosolygós és nagy címmel rendelkező doktor bácsikra, hanem igen jól képzett és jó hatásokkal dolgozó orvosokra van szükség, akik fejlett berendezésekkel, profi szinten nyújtanak ellátást - természetesen profi szintű béréért. Ugyanez igaz a felső- és középfokú oktatásunkban is: nem sok kedvetlen és a létraminimum határán élő, félig képzett vagy a tudományok mai állásától igen messze elmaradt szakemberre van szükségünk, hanem kevesebb, de sokkal kvalifikáltabb, magatartásukban képző és pszicho-

lógiailag is tesztelt profira, aki profi körülmények között (modern intézmények, magas bérézés és jó műszerezettség), de a legnagyobb versenyhelyzetben, olyan emberként képez, akik a világ bármelyik részén versenyképesek lesznek, ha már be akarunk lépni a közeljövőben az áhított EU-ba.

Én azt gondolom, hogy mindenki, aki akár önsz érdekéből, akár szülőkétöréséből, még ma is azt mondja, hogy a magyar egészségügy és a magyar felső- és középszintű oktatás drasztikus és teljes reformját még elodáztatjuk egy „következő ciklusig” (mint ha a politikusok be nem vallott jelszava ez lenne folyamatosan!), mindkettőnek csak sírása lehet, mert ha van valami egy nemzetgazdaságban, ami a jövő záloga, az csakis az egészségügy és a tanügy. Ugyanis csak ez a két ágazat tud egészséges generációkat „termelni” a jövő számára. Egy nemzet jövőjébe befektetett GDP pedig a legjövődmezőbb mindenki számára. Igaz, ilyenkor nem lehet „egyetlen ciklusban” gondolkodni és nem lehet tekintettel lenni a jelenre, csakis a jövőre! Hinni kell ebben! - ja, mert persze hit nélkül ne legyen senki sem egészségügyi dolgozó, sem oktatásban dolgozó, mert anélkül még a profik sem igazán profik, még a sportban sem!!! Mi itt, Európa közepén, kis népként és rokonmúlóként csak azért tudunk megmaradni ezer évig és csakis azért tudtuk megőrizni csodálatos anyanyelvünket, amely szintén egyedülálló, mert mindig „versenyképesek” voltunk, elsősorban szellemileg. Ez az az „arucikk”, amiről semmilyen körülmények között nem szabad lemondanunk és ezért a jelenben és a jövőben is bármilyen áldozatra képesnek kell lennünk.

- Nagy-Majör Gábor -
sebész, traumatológus főorvos
Nyírbátor

Megalakult az Egészségfejlesztési Kutatóintézet

EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZETFEJLESZTÉSI KUTATÁSI EGYSÉG

EGÉSZSÉGÜGYI HUMÁN ERŐFORRÁS NYILVÁNTARTÁSI, ELEMZÉSI PROGRAM

Előzmények, információk

Az EFKI alapító okiratában a 2.6 pontban kapott felhatalmazást a humán erőforrás vizsgálatára. E program célja, hogy az egészségügyben rendelkezésre álló személyi állomány jellemzőit megismerve, nyomon követve lehetőségünk legyen a szerkezetátalakítás, a munkajogi szabályozás, az erőforrás fejlesztés (szakmai továbbképzés) hatásait megismerni, mindezeket felhasználni a tervezés, megvalósítás, monitorozás, eredménymérés során.

A jelenlegi nyilvántartás elsősorban az úgynevezett kemény adatok rö-

zítésén, nyilvántartásán alapul. Az adatbázisok különböző szervezeteknél találhatók (EüM, OEP, MOK, ÁNTSZ, Gyógyinfok, KSH) nem egyeztetett formátumúak, tárolásuk részben hagyományos papír alapú, részben mágneses adathordozón történik.

A nemrégiben megjelent 30/1999 (VII.16) EüM. Rendelet (az alapnyilvántartásról, valamint a működési nyilvántartásról) szabályozza a nyilvántartást, de nem oldja meg a különböző adatbázisok közötti adatcserét, az egységesítést. Adatköre nem tér ki a munkaerő elemzés elvégzéséhez szükséges valamennyi adatra, például mobilitás, motivációk, karrier lehetőségek és management. Mindezek alapján szükséges létrehozni a meglé-

vő adatokra és jelentésekre épülő egységes adatbázist, melyet szükség és igény szerint lehet bővíteni, kiegészíteni az elemzést biztosító adatokkal, melyeket kérdőíves felmérésből, intézményi nyilvántartásokból származhatnak. A tervezés, működtetés során feltétlenül szükséges figyelembe venni, betartani az adatvédelmi törvényben foglaltakat.

Célok, feladatok

- Meglévő jelentések elemzése
- Egészségügyi humán erőforrás adatbázisának létrehozása
- Egészségügyi szabályozás humán hatásainak figyelemmel kísérése, jövedelmi viszonyok elemzése, munkaerő-vándorlás elemzése, motiváció elemzése.
- Jelentési, és adatfrissítési rend kidolgozása
- A szerkezetátalakítás hatásainak elemzése
- Döntéstámogatási rendszer kidolgozása

gozása
elemzési táblák, térképek,
ok-okozati viszonyok feltárása,
elemzése

Módszertan

- Adatbányászat (Data-Mining)
- Kérdőíves felmérés, elemzés a hazai és a külföldi tapasztalatok alapján
- Statisztikai elemzések

Várt eredmények

- Egységes és folyamatosan karbantartott humán erőforrás adatbázis
- Jelentés a humán erőforrás jelen helyzetéről
- Informatikai, adatkezelési rend kidolgozása

Távlati célok

- Az egészségügyi szabályozás, munkajog, a finanszírozás humán hatásainak vizsgálata
- Karriermenedzsment életpálya elemzés, tanácsadás, munkaerő irányítás
- Erőforrás-fejlesztés segítése, eredmények mérése (továbbképzések, konferenciák...)

- Az adatbázis karbantartásának megszervezése
- Az adatszolgáltatóknak hozzáférés biztosítása (IntraNet)
- Az elemzések közzététele

Összefoglalás

Az egészségügyben rendelkezésre álló munkaerő, a szakmai képzettség, az egyes szakterületek humán erőforrásainak ismerete nélkülözhetetlen az ellátás egyre eredményesebb, magasabb szintű végzéséhez, tervezéséhez, átalakításához. A jelenleg rendelkezésre álló adatok különböző helyeken találhatók meg. A pontos elemzésekhez, a erőforrás jellemzőinek nyomon követéséhez nélkülözhetetlen a meglévő adatok, jelentések összesítése és kiegészítése. Az így létrejövő - az adatvédelmi törvényt maximálisan figyelembe vevő - adatbázis lehetővé teszi a döntéstámogatást, az erőforrás fejlesztésének tervezését, a mobilitás, a motivációk megismerését, korrigálását

- Dr. Nagy Zsolt, Füzsi Ákos -

ADATKEZELÉSI EGYSÉG

ADATÉRTÉK SZERVEZÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Problémafelvetés

Szinte valamennyi, az egészségügyben dolgozó politikus, kutató, vagy intézetvezető került már szembe az a problémával, hogy ilyen vagy olyan egészségügyihez kapcsolódó hazai vagy nemzetközi adatsorra lett volna szüksége egy elemzéshez, vagy döntéshoz. Annak ellenére, hogy több különböző forrás ismeretével, ahol ezen adatok egy része megszerzhető (KSH, Gyógyinfok, OEP, EüM., stb.), azt tapasztalhatjuk, hogy ezen adatok elérése egyáltalán nem triviális (többnyire ismerettség alapon történik), tartalmuk nem mindig egyértelmű, és a különböző forrásokban párhuzamosan tárolt adatok között akár jelentős eltérés is lehet. Az adatoknak ez a széttagoltsága, nehéz elérhetősége, aluldefiniáltsága és megbízhatatlansága egyaránt hátráltatja a hazai és a nemzetközi adatszolgáltatási igények kielégítését. A hazai információhiány az egészségügyi kutatást és tervezést nehezíti, a nemzetközi igények kielégíthetlensége pedig nagyban nehezíti az Európai Unió csatlakozásunkat, és rontja a nemzetközi megítélésünket a különböző szervezeteken (WHO, OECD) keresztül.

A fentiek miatt nagy szükség lenne egy egészségügyi adatbázis kialakítására, amely egységesen elérhető formában, korrektül karban tartva tartalmazná az egészségügygel kapcsolatos adatokat.

A rendszerrel szemben támasztott követelmények

Elégítse ki a hazai és a nemzetközi igényeket. Tartalmaznia kell minden olyan alapadatot, vagy mutatót, amely rendszeres hazai vagy nemzetközi jelentésekben szerepel. Legyen megbízható. Egyrészt minden adat forrását meg kell jelölni, és ahol lehet, előnyben kell részesíteni a hivatalos, hitelesített adatforrásokat. A kapott adatokat folyamatosan monitorozni kell. Statisztikai módszerekkel a hibák nagy hányada kiszűrhető. Jelezni kell, hogy az adat teljes körű, vagy reprezentatív felmérésből pedig csak becslésen alapul.

Legyen jól definiált. Minden egyes adatnak pontos fogalmi meghatározást kell adni, hogy teljesen egyértelmű legyen a tartalma. A számított mutatóknál szerepeltetni kell a kiszámítás alapjául szolgáló képletet, vagy algoritmust.

Legyen összehasonlítható. Minden képpen szerepeltetni kell benne a nemzetközileg elfogadott és megkövetelt adatok magyar megfelelőit. Igyekezni kell a definíciók változásakor az idősorok megtartására.

Legyen könnyen elérhető. Meg kell határozni, hogy az egyes adatok mely köréti érthető el. Ki kaphat teljes elérést, legyenek-e kevésbé publikus adatok. A nyilvános adatokat lehetőleg az Interneten keresztül kell megjeleníteni, mert ma már ez a legalkalmasabb médium, és reklámnak

sem rossz.

A megoldás főbb lépései

Meg kell határozni a gyűjtendő adatok körét, az adatok területi és időszaki bontását. A nemzetközi adatszolgáltatáshoz országos és éves adatok kellene, hazai vonatkozásban a megyénkénti, régiókénti és féléves, negyedéves, vagy akár havi adatok is érdekesek lehetnek. Meg kell fogalmazni a pontos meghatározásokat, és össze kell gyűjteni a számitandó mutatókat is. Az adatokat hierarchikus rendszerbe kell foglalni a könnyebb tájékozódás végett. Érdemes felbontani az adatbázist a külföldi, a rendszeresen gyűjtött hazai és az egyedi gyűjtésű hazai adatokra. Ez utóbbiba kerülhetnének az egy adott témában keletkezett kutatási eredmények, egy-egy felmérések.

Fel kell kutatni a forrásokat, ahonnan ezek az adatok beszerezhetők. Meg kell határozni, hogy honnan, és milyen gyakorisággal kerülnek azok begyűjtésre. A fő források a KSH, a Gyógyinfok, az OEP, és az ÁNTSZ lehetnek, nemzetközi vonatkozású adatok esetén pedig a WHO, az EU, és az OECD. Az adatokat hivatalos formában kell megkérni, vagy hivatalos kiadványokból kell beszerezni. Ki kell dolgozni azokat a standard eljárásokat, amelyek biztosítják, hogy az adatok a rendszerbe való felvitel során nem sérülnek, és az esetlegesen hibás adatok kiszűrésére kerülnek (kiugró értékek figyelése, idősorok elemzése, arányszámok képzése, nemzetközi összehasonlítások, párhuzamosan gyűjtött értékek összehasonlítása, stb.).

El kell készíteni a szükséges számítógépes szoftvert, amellyel az adatbázis kezelhető, feltölthető, és ellenőrizhető. Kell továbbá egy szoftver, amely a felhasználók számára lehetővé teszi a könnyű és kényelmes lekérdezést. A szoftverek elkészítése időben átlapolja az előző munkafolyamatokat.

Ezután lehet az adatbázist feltölteni az aktuális adatokkal, és megkezdni a régebbi időszakokban felgyűlt adatok feldolgozását.

Miért az EFKI keretén belül kell ezt megvalósítani?

Nagyon fontos, hogy az adatbázis kezelője az egészségügyi ellátó és finanszírozási rendszertől független legyen. Így biztosítható, hogy az adatokat nem torzítsák a szakmai vagy finanszírozási érdekek. Míg az ellátónak az az érdeke, hogy a teljesítményét a bevételek érdekében túlhangsúlyozza, a finanszírozónak az az érdeke, hogy teljesítményeket pénzügyi okokból visszafogja, a szakmának az az érdeke, hogy az ellátásban betöltött szerepét elismertesse, addig az EFKI-nak „kivülállóként”, az az érdeke, hogy minél pontosabb képet vázoljon fel a hazai egészségügyi helyzetéről és lehetőségeiről.

- Lipp Sándor -

Agyhalál

Összel lesz negyvenkét éve. Első éves medikusként akkor még kellőképpen fel nem fogott megisztatolás ért. Egyetemi kollégám, csoporttársam felvétele előtt a János kórház urológiai osztályán dolgozott műtősként és régi munkahelyén tett látogatásai alkalmával elkísérhettem. A kirándulások csúcspontja persze a műtőbe történő bebocsátás nagy pillanata volt, mely légvétel a szakra szertélyének misztikus légkörében. A főpap nem akárcsi volt: Noszkay Aurél. Az iskolát teremtő urológus tapintható tekintélye lenyűgöző volt számomra, soha addig nem találkoztam testközben a szellemi teljesítménnyel kivívott presztízs ilyen közegével.

Bejáró externista inasokként a professzor engedélyével és biztatásával átértem az első bemosakodás ősi szertartásokat idéző rituáléján - rövidesen ott lógtunk mindketten a kampók végén, ájuldozva a megilletődöttségtől. A szuggesztív egyéniség szellemi töltéséből bőven juttatott azoknak is, akik környezetében lehettek. Tekintélyének alapja a szakmai fedezet mellett ez a kisugárzás volt, amit nem a dermedt médium bémultságával éltünk meg, hiszen minden pillanatban érezhettük a befogadás melengéző érzését.

Tekintélye messze túlterjedt az osztály falain. Egy alkalommal műtét közben általam addig nem ismert férfi tűnt fel a műtőasztal paravánja mögött. Türelmesen várt míg felpillantva mintegy személt néhány másodpercig kivonva a műtőlámpa és fényugarából az operáló professzor észrevette. A jövevény reverenciával köszöntötte és mondta el jövele okát, majd ugyanígy távozott. A kórházigazgató volt.

Napokig foglalkoztatott az eset. Valami idealizált orvoskép kapott megerősítést. Orvos dedapámhoz kötődő családi körben ápolt hagyományok, olvasmányok orvosszerepei akkori-ban Noszkay szuggesztív személyiségében testesültek meg, kijelölve valamint a jövő számára: az autonóm értelmiségi figuráját, aki teljesítményével önmaga határozza meg helyét a társadalomban.

Az eltelt hosszú évtizedek során alkalmam volt találkozni a szakma több nagy egyéniségével. Ezúttal a hazai kardiológia egyik karizmá-kussá nőtt alakjáról ejtenék szót. Az

elmúlt tíz évben szakmai összejöveteleken többször hallhattam Simon Kornélt. Klinikó-farmakológiai zsűrok exhibicionista primadonnáit, alkalmi számmisztikusok erőlködéseit feledtetve ő azok közé tartozott és tartozik, akik körtermek feszült aggodalmát szökták magukkal hozni a tudomány kirakodóházaira. Egy orvosgyéniség kibontakozásának lehe-tünk tanúi, aki sikerrel volt képes együtt megjeleníteni a hagyományos orvosképet a jelenkor tájékozott szakértelmével.

Ma médiaszereplő. Szakmai hitének elszánt védője. Konokul harcol azért a néhány percért, ami az emberi tudatot a kialudt agyszövetből elválasztja. Ami nem egészen tisztá, hogy mi ellenében védi betegei érdekét? A hírek átszervezésekről szólnak, de nem tudhatjuk, mi ezeknek a lényege, értelme? A kórházvezetés szűkösen csörgedező érvelése nem meggyőző. A megyei tisztiorvos indokoltnak minősítette az átszervezést - persze ez nem meglepő -, csak hogy a szakmai kollégium állást foglalt a viaskodó kardiológus igaza mellett. Kár, hogy megkésve. Azonnal kellett volna megfellebbezhetően. A nyilvánosságkal kellett volna tudomásul venni, hogy a grémium véleménye lehet az egyetlen kompetens irányító. Azért van. A nem megkérdőjelezhető szakvéleménnyel kellett volna rákényszeríteni az intézmény vezetését annak kimondására, hogy ezúttal a betegérdek háttérbe szorult. Csak azt nem értem, miért nem volt elég Simon Kornél szakmai hitele? Hogyan kerülhetett sor felfüggesztésre, fegyelmi eljárásra, éhségstrájkra? Mi ennek az üzenete?

Eszenbe jut az ötvenes években elkezdhetetlen tekintélyű Noszkay Aurél. Aztán eszembe jut az elmúlt években idő előtt nyugdíjba küldött kardiológusok sora, meg az először szívét átültető, az éhségstrájkoló és a meggyanusított szívsebész is.

Nincs mese, a politika és a pénz maga alá gyűrte a presztízszt. A finansziális szemléletet preferáló pénzszerzés betegbiztosítás maga mögött tudva a politikai hatalmat végképp kihagyja a rendszerből az emberi tényt. Érdekes, hogy azután más dimenzióban számon kéri azt. Központi döntéseket végrehajtó alkalmazottakat vár el egyrésztől, majd

ugyanazt alkalmazottaktól várja el az empátikus, egyévre szabott beteg-ellátást. Az ellátásmódosítás feloldhatatlan, a szemérmesen elhallgatott feszültség nő. A teljesíthetetlen feladatok hordaléka alól kezd felszínre törni a tetszhalott érdekvédelem. Az egészségügyi strájkokról szóló meddő viták kódolt eredménytelensége, a néhány év előtti mutatós demonstráció következmény-nélkülisége, a keskes fehérvári tiltakozás kétségbeesett eszköze félreérthetetlenül jelzi, hogy vagy az egészségügyi kormányzatnak, vagy a kórházak, rendelők népének lépnie kell. Vagy az egészségpolitika keres új utakat az ellátók felé kinyújtott kézzel a korlátozott lehetőségek és a szabadjára engedett elvárások között feszülő ellátásmódosítás kezelésére, vagy az egészségügy napszámásai próbálnak változtatni tehetetlenségükön.

Alulfinanszírozott kórházak, bizonytalan helyzetű járóbeteg-rendelések és az új feladatokhoz nem igazított alapellátó rendszer személyzeti vergődik kiszolgáltatott helyzetben. Talán együtt kellene lépni.

Érthetetlen az a konokság, amivel prekonceptuálisan elképzelések erőltetése folyik akkor is, ha a gyakorlat bebizonyította életképtelenségüket, hogy végrehajtásuk látszólagos, hozadéku-k kétséges. Mennyire más konok-ság ez!

Mint ultima ratio, a párt és a megyei vezetők emlegetését felváltotta a jogalkotóra való decens hivatkozás, amely színtelen, szagtalan, nemmel nem rendelkező fogalom mögé következmény nélkül besöpörhető a halvaszületett ötletek hiányos előkészítése. Azok felelősségéről van szó, akik a jobbító politikai szándék megvalósítását teszik kockára a szakmai szempontok mellőzéseivel, a szükséges feltételek és a várható hatások, mellékhatások felmérésének elmulasztásával. Azokról, akik betegágytól, rendelőtől távol keresik és vélik megtalálni a bölcsök követ, míg a szakma mellőzött értő futóárkokban kényserülve bortal utik megbecsülésük rég kihált nyomát. Pedig ők menthetnék meg a magyar egészségügyet.

- Tálas-Tamásy Tamás -

Kórházügy- kronológia

március 9.

Felfüggesztik a főorvost

Dr. Nyári Ildikó, a Szent György Kórház főigazgatója csütörtökön azonnali hatállyal felfüggesztette állásából dr. Simon Kornél főorvost, a kardiológia vezetőjét, miután a professzor és az általa vezetett osztály dolgozói szakmai indokokra és a betegek érdekeire hivatkozva megtagadták, hogy egy másik épületbe költöztessék az osztály egy részét.

március 10.

Interjú

• **Pontosan melyik részleget érinti a költözés?**
Dr. Simon Kornél: - A IX. emeleti kardiológia két részből áll. A bal oldali szárnyon az intenzív rész 6 ágygal és a szubintenzív rész 12 ágygal, a jobb szárnyon a kardiológiai osztály 35 ágygal áll a szívbetegek rendelkezésére. Ez utóbbi 35 ágyas részleget óhajta a kórház vezetése átköltöztetni a belgyógyászat C épületébe, ami az osztályon fekvő betegek számára igen hátrányos. Hátrányos, mert a közel 400 méterre levő épületből kétszeri liftezés után kerülne a beteg az intenzívra, amennyiben állapota ezt szükségesé teszi. Az időfaktor pedig döntő tényező, ezt mindenki tudja a szakmában és ezt nem akarják megérteni a vezetők. A túlélési faktor ebben az esetben a távolsággal arányos.

• **Melyik osztály költözne a kardiológia helyére, és milyen más változások várhatóak?**
S. K.: - A gastroenterológiai osztály. Annak a helyére pedig a sürgősségi osztály kerülne, és mivel napról-napra változik a koncepció, ma már egy szubintenzív részleg felállításáról is lehetett hallani. A kardiológia intenzív részlegét három évvel ezelőtt adták át. Nyugati színvonalú infrastruktúráról van szó. A betegek 30 százaléka megfordul az intenzív és a másik részleg között, állandó a körforgás. Ennek megvalósítása a költözés után elképzelhetetlen számomra. Az intenzív részleg duplikálása a II. emeleten ezen betegek esélyeit nem javítja, hiszen ott van a hosszú folyosó (amelynek hőmérséklete -10 és +30 °C között változik az időjárásnak megfelelően), no meg egy liftezés.
• **Nyilvánvalóan voltak előzetes szakmai viták az átszervezéssel kapcsolatban. A főigazgató asszony sajtótájékoztatóján elhangzott, hogy ezt a megyei közgyűlés megszavazta.**

S. K.: - Szó nincs arról, hogy ezt szavazta volna meg a közgyűlés. Sőt! A szakmai fórumok véleményét sem kéri ki, pedig a Kardiológus Szakmai Kollégium illetékessége nem kérdőjelezhető meg. A költözés ténye február végén vetődött fel, s hétfőn kaptam meg a konkrét intézkedési kérelmet. Számomra elfogadhatatlan. Egységes a közel 60 kardiológia dolgozó véleménye is. Az egész átalakítási tervet először csak finanszírozási oldalról indokolták, ami nemcsak ellenőrizhetetlen, hanem elfogadhatatlan is. Az új taktikai elem, ismétlem, egy új szubintenzív részleg kialakítása.

• **Egy kiló só van a bejáratnál. Van jelentéstartalom mögötte?**

S. K.: - Igen Csingár doktor úr (dr. Csingár Antal orvosigazgató - a szerk.) korábban egyszer azt mondta, ha arra kerül sor, felszámolja a kardiológiát és beveti sóval. Ez egy bibliai idézet. Másnapra hoztam a sót.

- Index. Fehérvár, Fellegi Tibor -

március 13.

Éhségstrájk és tüntetés

A megyei kórház egyik kardiológiai részleg csütörtök este óta éhségstrájkot folytató tizenegy dolgozója hétfőn csendes demonstráción is tiltakozott az osztályt vezető főorvos, dr. Simon Kornél felfüggesztése és az érintett osztály egy részének elköltöztetése ellen. A tüntetésre népes tömeg gyűlt össze. Az osztály három nap haladékot kapott a költözésre az Egészségügyben Dolgozók Demokratikus Szakszervezetének vétője miatt. A strájkoló kardiológiai dolgozók a szakmai kollégium véleményét tartanak mérvadónak. Dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter nem foglalt állást, dr. Molnár Ilona országos tisztifőorvost bízta meg az ügy kivizsgálásával és az orvosi kamara véleményét kéri. Az országos tisztifőorvos vizsgálja, hogy a betegellátás színvonala nem csorbul-e a

strájk miatt, a megyei orvoskamarára pedig megkezdte a vizsgálatot annak kiderítésére, jogos-e a strájkolóknak követelése, illetve szakmailag megalapozott-e a kardiológia osztály másik épületbe költöztetése.*

A többszáz fős tömeg a Fejér Megyei Szent György Kórház főbejárata előtt tüntet. Táblákat és transzparenszeket emelnek a magasba, amelyek dr. Nyári Ildikó főigazgatót és dr. Csingár Antal orvosigazgatót bírálják. A költöztetést egyfajta költségkímélő intézkedésként interpretálják. Dr. Simon Kornél, a felfüggesztett főorvost érkezésekor dübörgő taps fogadja. Nyilvánvaló, hogy a tömeg nagyrészt a főorvos egykori betegeiből áll, így köszönve meg mindazt, amit a professzor és kollégái érték tettek. A tüntetésen aláírásokat gyűjtenek, melyben korábbi döntésének visszavonására kéri a kórház vezetését. Dr. Nyári Ildikó főigazgató azonban közölte, hogy utasítását nem vonja vissza. Az éhségstrájkot folytató három orvos és nyolc ápoló kijelenti: tovább folytatják csütörtökön este kezdett tiltakozásukat. Dr. Nyári Ildikó számukra négyóránkénti vérvételt rendel el, ami azonban dr. Simon Kornél szerint szakmailag értelmetlen és az állóképesség ellen hat.

Dr. Molnár Ilona vizsgálata arra is kiterjed, hogy a strájk miatt nem kerül-e veszélybe a betegellátás, illetve a strájkoló dolgozóktól átvállalt munka nem jelent-e túlzott megterhelést az osztály többi dolgozója számára (dr. Csingár Antal orvosigazgató kijelenti: figyelni fogja, hogy nincs-e az osztályon olyan - társai munkáját átvállaló dolgozó -, aki nem tudja kellő színvonalon ellátni a megnövekedett mennyiségű munkát).

A belgyógyászati kardiológiai részleg dolgozói kollektív felmondást helyeznek kilátásba arra az esetre, ha éhségstrájkoló kollégáik ellen is fegyelmet eljárás indítanak. A kórház vezetése szerint a felmondás esetére már elkészült a betegek ellátásának terve.

A strájk idejére szabadnapot vagy szabadságot kivevő dolgozók mindvégig a kórházban maradnak. A demonstrálók munkáját kollégáik átvállalják, így a betegek ellátása zavartalan. A nyugati színvonalon gyógyító, speciális műszerekkel felszerelt osztályt három évre adták át. Jelenleg az intenzív közvetlen szomszédságában van, így ha komplikációk adódnak egy betegnél, azonnal át lehet vinni az életmentő műszerekkel felszerelt részlegbe. Az új hely közel 400 méterre van az intenzívtől. Dr. Simon Kornél professzor az ellene indított fegyelmi eljárás ellenére sem bánta meg, hogy megtagadta a költözést, mert a betegek érdekeit továbbra is előrétb valónak tartja, mint az anyagi szempontokat. Időközben pedig felmondását is beadta.

március 14.

A tisztifőorvos véleménye

Dr. Ferencz Péter megyei tisztifőorvos szakmailag megfélemlőnek tartja a Szent György Kórház átszervezési terveit, így az egyik kardiológia egy részének átköltöztetését is. A szakember az országos tisztifőorvos kérésére végzett vizsgálata után úgy véli, a változások nem ütköznek a betegek érdekeivel. Meglátása szerint a kórházvezetés a legjobb megoldást igyekezett megtalálni, az átszervezésre pedig szükség van ahhoz, hogy csökkentsék Magyarország ötödik legnagyobb kórházának adóssághalmozását. Vizsgálata közben a főorvosok és dr. Csingár Antal orvosigazgató véleményét is kikérte, s megvizsgálta a statisztikákat is - ez utóbbiakból levont következtetése szerint a kórház akut kardiológiai betegeinek ellátásához még húsz ágy sem kell. A kórházvezetés tervei szerint a mostani kardiológiai osztály intenzív helyisége melletti ágyak számának növelésével, illetve az új épületben további 26, illetve 40 beteg ellátására nyílik majd lehetőség. A jelenlegi helyen az intenzív örzőhelyiségek melletti ágyak számának növelése azt is lehetővé teszi, hogy az új épületbe csak a már stabilizálódott állapotú betegek kerüljenek át, mindazonáltal az új helyen is létrehozna majd egy szubintenzív részleget. A tisztifőorvos elmondta, hogy a kórház struktúraváltása, a sürgősségi ellátás fejlesztése és a szeptikus osztály kötelező létrehozása átszervezésre kényszerítette az intézményt, ezért kell áthelyezni

bizonyos osztályokat. Az egyik kardiológia egy részének átköltöztetése körül kialakult vita lezárását dr. Ferencz Péter szerint egy kompromisszumos megoldás jelentené. A tisztifőorvos úgy véli, dr. Simon Kornél professzor tudása és tekintélye miatt az ő elvesztésével komoly veszteség érne a kórházat.

március 16.

Az „ügy” folytatódik

A kórház vezetése nem vonja vissza rendeletét a költöztetésről. A „kezdő tizenegy” helyett keddtől már harmasával váltják egymást negyven óránként az osztály dolgozói. Dr. Ferencz Péter megyei tisztifőorvos vizsgálata után egyetértett a kórház átszervezésének tervével, így a költöztetéssel is, a szombat reggel óta hallgatásba burkolózó kórházvezetés pedig közleményt ad ki, melyben az őket ért vádakra reagálnak, s az átszervezés mellett érvelnek. Simon Kornél professzor eközben etikai vizsgálatot kér a kórház orvos-igazgatója, dr. Csingár Antal ellen.

Kedd reggeltől ismét a régi épületbe irányítják a kardiológiát felkereső betegeket, de ez nem a tiltakozók „győzelmét” jelenti: a költözést a legújabb verzió szerint csütörtökön este mindegyikük végrehajtják. Az EDDSZ vétője miatt halasztották el a költözést. Dr. Nyári Ildikó főigazgató hajthatatlan marad és közli: korábbi döntését nem változtatja meg.

A kórház közleménye

Megtört az önszántából vállalt csendet a Fejér Megyei Szent György Kórház vezetése: közleményt ad ki, melyben felsorakoztatja az átszervezés mellett szóló érveiket, egyben cáfolva is a tiltakozókat. A közlemény változtatás nélküli, eredeti szövege:

Az érem másik oldala

A székesfehérvári Szent György Kórház vezetése az 1999. évben a következő, sürgősen megoldandó orvos-szakmai és ebből következő szervezési feladatokkal szembesült:

1. A rákos betegeink ellátási színvonala elégtelen. Több éve van engedélyünk onkológiai osztály működtetésére, de ezt helyhiány miatt eddig nem realizáltuk. Először szembesültünk az azzal a lehetőséggel is, hogy az engedélyt - annak ki nem használása miatt - el is veszíthetjük. Az előrelépés érdekében:
2. Együttműködési megállapodást kötöttünk az Országos Onkológiai Intézettel.
3. Több millió forintos beruházással kialakítottuk az ún. cytostaticus infúziós laboratóriumot.
4. a, 8-10 ágyas - új - onkológiai osztályrész működtetését határoztuk el.

b, Érsebségi osztályunk egyre túlterheltebbé vált, a részleg ágykapacitását kintőtte. Az elmúlt évben már minden műtési osztály éppen üres ágyain érsebségi betegeket fektettünk, időnként hat különböző emeleten. E súlyos, műtési váró szív-érrendszeri betegek számára megfelelő, a való lakossági igényekhez igazodó, nagyobb - és lehetőleg egy-egy két emeleten belüli - osztályhelyezést vált sürgőssé.

c, Az idegsebészeti részlegünk 14 engedélyezett ágyon dolgozik. A részleg keretét kintőtte. Az elmúlt egy évben a szemészeti osztály üres ágyain, az idegsebészeti részleg vizsgálójában is idegsebészeti betegek fektettek, ráadásul a Központi Intenzív Osztály (KAIBO) működőképességét is veszélyeztette, hogy az idegsebészeti részleg rendszeresen képtelennek bizonyult betárgyvetelre. Sürgőssé vált - az Országos Idegsebészeti Intézet javaslata valamint a való lakossági igények alapján - a részlegnek 20 ágyra való felfejlesztése.

d, Engedélyezett kardiológiai rehabilitációs ágyaink jelentős részét - helyhiány miatt - eddig nem működtettük.

5. Kórházunkban két kardiológiai szakmai profilal bíró belgyógyászati osztály van. Egyik a dr. med. habil. Simon Kornél által vezetett 75-ágyas II. sz. Belgyógyászat 22 általános belgyógyászati, 53 kardiológiai ágygal, valamint a dr. Sereg Máttyás megyei kardiológus szakfőorvos által vezetett III. sz. Belgyógyászat. Bár 46 engedélyezett kardiológiai ágya van, helyhiány miatt csak 44 ágyat működtet, 40 ágyának megfelelő területen. A III. sz. Belgyógyászatnak a szakmai minimumfeltételek szerint engedé-

lyezett működtetéséhez legalább 15 ágynyi bővítés, másrészt az osztály számára is szubintenzív egység kialakítása szintén sürgőssé vált.

6. Székesfehérvár város ellátási kötelezettsége, de - jelenleg folyamatban lévő egyezség alapján - a kórház működteti a Detoxikáló Állomást. Ennek beteganyagában szaporodó arányban jelentek meg a sürgős idegsebészeti beavatkozást igénylő esetek (un. ittas fejsérültek veszélyeztetett kategóriája). A magasabb szintű és biztonságú betegellátásra való törekvés megkövetelte, hogy e betegek ellátását és obszervációját is a Sürgősségi Betegellátó Osztályra terheljük.

7. A megújult Sebészet feladata, hogy a megyei kórház lakossági felvevő-körzetének sebészeti ellátását megoldja, ne kelljen évente betegeink ezreinek az ország más részeiben keresnie gyógyulását. Az osztály új szakmai profilokat teremtetett meg, melyeknek plusz ágyszámigénye van (mellkassebészeti részleg, emlősebészet, plasztikai sebészet, végbélsebészet, regionális laparascopos sebészeti centrum stb.).

8. Kórházunkban a felnőtt betegellátás számára rendelkezésre álló intenzív ágyak aránya nem éri el az országos átlag felét. 14 intenzív ágygal működik a Központi Intenzív Osztály. Ezen az ágyakon szinte kizárólag műtési szakmák súlyos betegeit kezeljük (baleseti sebészeti, idegsebészeti, általános sebészeti, fül-orr-gégészeti betegek). Ide kardiológiai betegek csak akkor kerülnek, ha azt a kardiológiai osztályok kéri. Kórházunknak valójában nincs is a belgyógyászati betegek számára szolgáló intenzív osztálya.

9. Egy szakmailag hibás, de sokak által tudatosan használt elnevezés rendkívül megtévesztő lehet a nem egészségügyi dolgozók számára.

10. A sajtóban következetesen, de hibásan kardiológiai intenzív egységnek nevezett részleg valóságosan és hivatalosan is „koronária örző”, ami egy szakmaspecifikus szubintenzív egység a II. sz. Belgyógyászat szervezeti keretén belül.

11. A sajtóban következetesen, de hibásan kardiológiai szubintenzívnek nevezett részleg valóságosan és hivatalosan is egyszerű kardiológiai osztályos ágyakat jelent, melyek speciálisan pusztán annyi, hogy a koronária-örző közelében vannak.

12. Valóságosan és hivatalosan is rendelkezik 6 intenzív ágygal a Sürgősségi Betegellátó Osztály (SBO). Kérszerűen ezek az ágyak látták el a kórházunkban eddig nem létező belgyógyászati intenzív funkciót. A fokozódó igények szükségessé teszik, hogy a sürgősségi és az intenzív funkciókat elválassuk. Új belgyógyászati intenzív részleg kialakítása valójában mulla ágysszámnövelést fed. Nem történik más, mint az SBO 6, intenzívként engedélyezett ágyának a gastroenterológiai 4-ágyas szubintenzív egység mellé telepítése és azzal funkcionális egységként való működtetése. A KAIBO 14, az SBO 6 intenzív ágyának szakmai vezetője eddig is dr. Csingár Antal, az SBO-KAIBO osztályvezetője volt. Itt tehát az SBO és a KAIBO közötti 6 ágyas átcsoportosításról van csupán szó, melynek során az SBO ágysszáma 6-al csökken. A gastroenterológiai 4-ágyas szubintenzív egysége felett a szakmai felügyeletet továbbra is a gastroenterológiai belgyógyászat egyik vezetője, dr. Solt István gyakorolja.

13. Az egy szervezeti egységbe hozott 6 intenzív és 4 szubintenzív ágy feladata ugyanaz marad, mint eddig: öngyilkosok, mérgezettek, tápcsatorma-vezők, vegyes eredetű kómás és shockos állapotok, kihűlték, belgyógyászati eredetű légzési elégtelenségben szenvedők, kórházon kívül újraélesztettek stb. ellátása. A koronária-örző funkciójából semmit sem venne át.

14. A fenti, relatív sürgős és nagy ágysszámgigényű gondjainkhoz egy nagyságrenddel nagyobb is társult két hónapja: Az országos tisztifőorvos kezdeményezése nyomán intéztünk hatóságilag kötelezték arra, hogy a hotel-épületünkben költöztessük ki a szeptikus sebészeti funkciókat és egy önálló, saját szeptikus műtővel rendelkező szeptikus sebészeti osztályt hozunk létre.

15. A hatóság erre megfélemlőnek a Sürgősségi Osztály jelenlegi területét találta. Így hatósági rendelkezésre az SBO át kell adja helyét a szeptikus sebészeti osztálynak. A fenti döntés arra kényszerítette a Szent György Kórház vezetését, hogy hatalmas költségek árán rövid időn belül tegyen eleget a határozatnak. Ez pedig egy dőlő dominósor elvén alapuló, igen

nagyszámú osztály, illetve részleg kötelező mozgását jelenti. Bármely osztály vagy egység, mely ezt akadályozza, a hatósági rendelkezés végrehajtásának blokkolását, a kórház igen nagy és létfontosságú egységeinek működési engedélyét, végső soron az egész kórház létét, sok-százszáz létszámú lakosság ellátását veszélyezteti.

A kényszerűen felgyorsult teendők végrehajtása azonban az lenne, hogy:
- A magasabb szintű betegellátást igen sok szakterületen és számos nagy betegcsoportnál biztosíthatjuk.

- A kórházban belüli kardiológiai ágyszám hűsszal növekedne.

- A II. sz. Belgyógyászat keretében működő 6 ágyas koronária-örz mellett 12 kardiológiai ágyat nyolccal növelnénk. Az így létrejövő 26 ágyas egység túlbiztosítással is elegendő ahhoz, hogy heveny koronária-betegségben szenvedő beteget ne kelljen más épületben lévő kardiológiai egységbe áthelyezni. Kórházunkban az elmúlt évben 191 szívinfarctusos beteget kezeltünk. Ezek tényleges ágyszám igénye 17 ágy!! Ha az összes olyan beteget szárnításba vesszük, melyek a legtagabb értelemben véve koronária-betegek, akkor ezek tényleges ágyszám igénye 4 ágy!! Ha az összes olyan beteget szárnításba vesszük, melyek a legtagabb értelemben véve koronária-betegek, akkor ezek tényleges ágyszám igénye 4 ágy!! Ha az összes olyan beteget szárnításba vesszük, melyek a legtagabb értelemben véve koronária-betegek, akkor ezek tényleges ágyszám igénye 4 ágy!! Ha az összes olyan beteget szárnításba vesszük, melyek a legtagabb értelemben véve koronária-betegek, akkor ezek tényleges ágyszám igénye 4 ágy!!

- A C épület ágyainak 40 százalékán eddig is aktív kardiológiai ágyak voltak, ezertül a C-épület 50 százaléka lenne aktív kardiológia. Ennek biztonsági hátteréről első lépésként már szintén kialakítottunk egy 6-ágyas szubintenzív egységet.

Meggyőződésünk, hogy a tervezett lépéssorozat eredményeképp a kórház betegellátása magasabb szintre kerül, a kardiológiai betegké is. Ezért a sztrájk indokaként felhozott érvek hamisak.

A hangzatos „betegérdek” érve mögött egyéni és presztizserdekek lapulnak. Betegeink valódi érdekeit - közöttük a szív-betegégeket is - a kórház vezetése képviseli azzal a különbséggel, hogy nekünk még igen sok más betegcsoport valódi szempontjait is képviselnünk kell.

Döntéssorozatunk valódi indokainak ismertetése érdekében eddig mintegy 30 interjút adtunk. Érveink ennek ellenére sem jelentek meg a médiában. Ezért az Internet nyilvánosságához (is) fordulunk.

*Székesfehérvár, 2000. 03. 15.
A Szent György Kórház vezetősége*

március 20.

Interjú az orvoskamara megyei titkárával

Az alábbi, rendhagyó formájú beszélgetés dr. Derényi Gáborral, a Magyar Orvosi Kamara Fejér megyei titkárával készült, s e-mail váltások sokaságából állt össze. Fellegi Tibor - az Index Fehérvár munkatársa - több olyan, talán túl korai kérdést is feltesz, melyekre dr. Derényi Gábor csak az ügy lezárása után kíván majd válaszolni.

Riporter: - Pontosan milyen vizsgálatokat folytat(ott) a Magyar Orvosi Kamara (a továbbiakban MOK) az egészségügyi miniszter kérésére? Tett, vagy helyesebben tehetett-e volna a MOK lépéseket az ügyben, ha nincs a miniszteri kérés?

Dr. Derényi Gábor - A kamara már a miniszteri (március 12-ei MTI-közlemény) rendelkezés előtt el kezdett foglalkozni az ügygel, hisz március 7-én kedden személyesen adták át a dolgozók írásos nyilatkozatukat a megyei kamara elnökének, dr. Möricz Istvánnak. Az elnök úr levélben fordult ezután a főigazgató asszonyhoz, amelyben jelezte, hogy véleménye szerint a betegek elhelyezése az igazgatás hatáskörébe tartozik, azonban annak szakmai és etikai részével az illetékes bizottságaink foglalkozni fognak. Tehát ha nincs a miniszteri felkérés, akkor is foglalkozunk a kérdéssel. A „demonstráció” időpontjában tárgyalt a szakmai bizottság és mindkét féltől, állásfoglalásuk kialakítása érdekében további információkat kért (az igazgatástól pedig az átalakítási tervet). Egyben javasolták, hogy magasabb szakmai testületet is kérjenek fel állásfoglalásra. Az etikai bizottság előtt konkrét bejelentés van, aminek kivizsgálása elkezdődött. Szintén a demonstráció napján dr. Kupcsulik Péter, a Magyar Orvosi Kamara elnöke faxot juttatott el a főigazgató asszonynak, melynek másolatát a Megyei Kamara is megkapta. Ebben kifejtette: „A vezető orvosok közötti konfliktus jelen formájú kiterjesztése nem szolgálja sem a kórház, sem a szakma, sem a betegek érdekét. Ennek oka kétségtelenül részben az is, hogy nincs olyan egységes szabályozó rendszer, ami a kórház orvos szakmai grémiumának megfelelő hatáskört biztosítana az ilyen és ehhez hasonló esetek megoldására. Javasoljuk, hogy az illetékes szakmai kollégiumok, illetve a megyei orvos kamarai szervezet szakmai bizottsága véleményének figyelembevételével születessen mielőbb megfelelő, konfliktushelyzet feloldó megoldás.”

Azért is fontos lenne egy külső pártatlan szakmai testület (szakmai kollégium) véleményének kikérése, mert a helyi bizottságokban ülő kollégák közül többen a kórházzal alkalmazotti jogviszonyban vannak. Simon professzor fel függesztésének esetleg üzenettartalma lehet számukra. Szeretném megjegyezni, hogy a főigazgató asszonyt semmi sem kényszerítheti kötelezően az ajánlások elfogadására, döntéséért egy személyben felelős a tulajdonos felé.

Magam a MOK Fejér megyei titkáráként részt vettem a demonstráción, s - bár többen („pártatlan jóakaróim” az ügyben) óvtak a megjelenéstől - nyilatkoztam az MTI és a Fejér Megyei Hírlap munkatársainak. A kamara jelen volt és jelen van, remélem, mindent megtesznek az ügyben érdekelt a megbékélés irányában.

Riporter: - A stratégiai átalakítási tervet véleményezte-e a MOK? Szerepelt-e ebben konkrétan a kardiológia költöztetése?

MOK: - Az Elnökséget és a Szakmai Bizottságot nem keresték meg ebben az ügyben.

Riporter: - A kívüliállók és laikusok nem kis csodálkozással figyelték a történeteket, a zárt orvos társadalmat ugyanis általában csendben forrja ki a döntéseit. Ez mondhatni egyedi eset, bár neves szívsebészünk is folytatott éhségstrájkot. Azonban, hogy egy kollektív ennyire egységesen tiltakozzon, az több kérdést is felvet. Nem volt alapos az előkészítése a stratégia tervnek, nem volt szakmai egyeztetés, legalábbis nem az érintettekkel. Mondhatni kampányjellegű és stílusában ultimátumszerű volt. Az idő rövidsége miatt végül is más eszköz nem maradt, mint a nyilvánossághoz fordulni, éhségstrájkot kezdeni. Ugyanakkor nagyon veszélyes ez a módszer. Jól gondolom?

A kardiológia eddigi beteget egyöntetűen állítja: magas szintű gyógyítás folyt, nyugati körülmények között. Három éve ez volt a csúc, és azóta is egy gyöngyszeme a magyar egészségügynek. Miért kell szétverni ezt az értéket? Újnak kellene létrehozni, hogy emberek közérzete és bizodalma visszatérjen a lezombant egészségügyhöz. A jelenlegi helyzetben könnyen lehet finanszírozási szempontokat aducent hangoztatni. De tényleg olcsóbb lenne egy kardiológiára beutalt beteg kezelése a másik épületben? Netán 400 méterre távolabb olcsóbbak a szívgyógyszerek? Vagy nem is ez a szempont a döntő, hanem összességében kell értékelni az egész kórház viszonylatában? Ez esetben a szívbeteg esélyei egyértelműen romolhatnak. Sok mendemonda kering személyi ellentétekről, gondolok itt Csingár főorvos úrra és Simon professzor úrra, de szóba került még dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter neve is, amint az a tüntetésen az egyik transzparenson olvasható is volt. A szóbeszédet egy kompromisszumos döntés némithatná el legjobban. A miniszter úr nagyon bölcsen vizsgálatot indított, mert látszott, hogy a felek között elmergesedett helyzetben valakinek kezdeményeznie kell. Minden székesfehérvári, sőt minden megyei polgárnak érdeke, hogy nemzetközi hírű professzorok irányítása alatt minél hatékonyabb, korszerűbb gyógyítás várja, ha szüksége van rá. Mi erről a véleménye? Van kiút?

MOK: - A kérdések többségére nem kívánok jelen pillanatban válaszolni, mert reményeim szerint ezekre a szakmai kollégiumok (ezt a kórház szerintem el akarja kerülni) és a MOK szakmai bizottsága hivatottak felelni, nem akarom vé-

leményemmel befolyásolni őket. Ugyanakkor nem főzők hozzá kommentárt sem, mert így látható a szakma számára, hogy a közvéleményt milyen mélységben foglalkoztatja az ügy. Maradjunk annyiban, hogy a finanszírozás oldala nem ilyen egyszerű, még olyan európai országokban sem, ahol a költségvetés nem hiányt oszt szét. A tabutémának tűnő személyes ellentéteket azonban nem szabad megkerülni, mert erről valóban süttognak az emberek. Úgy gondolom, hogy a különböző információk ellenére szakmai kérdéssről van szó. A munka során mindenhol születnek ellentétes értelmezések és vélemények, amit hatalmi erővel letörni számárág. A magyar ember természetrajzát Kornis Gyula írta le találón a 30-as években, és biztonsággal állítható, hogy a hatalom arroganciáját ebben az országban kevesen tolerálják.

Én optimista vagyok, azért is, mert a miniszter úrnak március 16-ai állásfoglalása - a „beteg-érdekek mögé bújás nem tisztességes dolog” megfogalmazás - mindkét felet érinti, és a megoldásra szólít fel. Kifejté továbbá a miniszteri közlemény, hogy „szeretné elkerülni a politikai felhangokat”, ezért nem lehet egyedüli megoldás a helyi politikai döntéshozó (tulajdonos önkormányzat) frakciók aktuális szavazó gépezetére bízni az ügy lezárását. Véleményem szerint ez egyben Simon professzor elvesztését is jelentené. Remélem, nincs olyan torz gondolkodású személy, aki ebben érdekelt lenne. Kell lenni kiútnak és javaslatnak.

március 21.

Dönt a Szakmai Kollégium

A Kardiológiai Szakmai Kollégium a költözés ellen foglal állást és közleményben kéri dr. Nyári Ildikó igazgató főorvost a költözéssel kapcsolatos döntésének revidálására. A közlemény a szakmai protokollra alapozva hozza meg döntését.

március 23.

A sztrájk befejeződik

Dr. Simon Kornél főorvos az MTI-álalt tájékoztatja a közvéleményt: az egészségügyi dolgozók egységes fellépése példaértékű a magyar egészségügyben, miközben maga az ügy referenciára arra, hogy a szakmai kérdéseket nem lehet alárendelni finansziális kérdéseknek. Ezzel befejezettnek tekinti a tiltakozást, hiszen már továbblépni - lehetőségeik alapján - nem lehet. Az ügy konkrét tárgyát illetően „csatát veszített”-nek tekinti a tiltakozást, hiszen a kórházvezetés nem vonta vissza döntését. A személyi kérdések tekintetében függőben van az ügy, mindkét részlől folynak a fegyvelmi eljárások.

A Human-Korrupcio-Vírus fertőzéséről

DEFINÍCIO:
E fertőző betegség lényege, a vírus okozta súlyos anyagcserezavar, amely a javak újraelosztásában, értékes olajozó anyagok kóros rak-tározásában és az érintett közösség tagjainak psychosomatikus zavaraiiban nyilvánul meg. A betegség a pubertás idején vagy azután lép fel. Öregkorban, az értékváltozással párhuzamosan, egy relatív immunitás alakul ki iránta.

KÓROKOZÓ:
A HKV, Human-Korrupcio-Vírus - régi nevén adenovírus corruptionis - a polymorph, ubiquitous vírusok csoportjába tartozik. A mediterrán klíma kedvez elterjedésének, de az örök hó birodalmában is előfordul. Virulenciája évszaktól függő ingadozást mutat: maximumát bódító tavaszi, farsangi és szüreti illatok idején éri el. A potenciátorok betegsége. A fertőzésre hajlamosító mutáció több gévre terjed ki, recessive öröklik.

LEFOLYÁSA ÉS PATHOGENESISE:
A betegség lappangási ideje változó, percek-től évekig terjed. HKV kezdeti, latens stádiumára jellemző az immunmodulatio, a szervezet ellenálló képességének csökkenése/csökkentése, illetve a fogékonyság kialakulása. Közvetlenül a bi- vagy multiidektónalis keresztség- és szociáldemokrata tájgondozás és talajelőkészítés után (K.P. 100.000 típusú műtrágyával) a marifészt betegség a gátlások involutiójával és euphoriás, bódult hangulattal kezdődik. A corruptio vulgaris multiformis egy, a toxoplasmosis-hoz hasonlóan polymorph kórkép, amelyik leggyakrabban beruházásokhoz, subventiához, engedélyek (épitkezési, látogatási, tartózkodási, fegyverzetviteli, stb.) kiadásához vagy jog-sítványok kiállításához társul. Megfelelő kezelés hiányában a betegség krónikus lefolyásúvá válik, akut exacerbatiókat mutat és életveszélyes mutatót - corruptio chronica permissio - ált-

Az immunmodulatio miatt kiszámíthatatlan reakciókkal és a transplantátumok kilökődésével is számolnunk kell. Ettől elkülönítendő a corruptio simplex recidivans, amely a vírus variabilitásával és polymorphismusával kapcsolatos.

A betegség elterjedésében döntő jelentőségű a bonyolult, a valós helyzetben alkalmazhatatlan, érthetetlen, interpretálható vagy arra szoruló járványügyi törvénykezés, illetve a szándékosan nyitva felejtett fertőzési kapuk sokasága. Így jó alkalom a HKV terjedésére, illetve az orvosok fertőzésére a büdzsé (fából vaskarika) bevezetése, ami egy olyan állapot, amelyben 1 ágyra 3 beteget kell felvenni, vagy 3 adag ol-tóanyaggal 5 személyt kell beoltani. Ez az orvosok „burn out” szindrómájában, a közösségen belül pedig az insuffitientia coexistentia generalisatában, káoszban nyilvánul meg. Labilis hatalmi viszonyok között, például a Keleti Birodalomban (Öster-Reich) még kormányválságot is okozhat. A HKV okozta járvány idején sokan beszélnek a skandalumról. A demokráciára szinte jellemzőek a sporadikus skandalum esetek, de a lakosság HKV fertőzöttsége nem túl magas. Ezzel szemben az oligarchiában a fertőzöttségi ráta nagy, és a skandalumot in statu nascendi elfojtják.

SYMPTOMATIKA ÉS DIAGNÓZIS:
A sporadikus esetek nagyon gyakoriak, de csak ritkán tudódnak ki. Az első esetek diagnosztizálása után járvány jelentkezik, aminek az a magyarázata, hogy az orvosok most már gon-

dolnak a betegségre, illetve maguk is fertőzöttek. A kórt jól jelzi a „black out” nevű mnestikus zavar, a cinizmus, skepsis, apathia. A „black out” sensitivitása kiváló de alacsony specificitása csökkenti körjelző értékét. A HKV fertőzés az interindividualis kommunikáció érdek-s zavarához is vezet: megváltozik az egyes szavak értelme, illetve új társítások jelennek meg a betegség során. Így például a „reform” használata a spórolás, támogatás a léépítés helyett, illetve a negatív fejlődés, kreatív könyvelés, kollaterális károsodás, adóparadicsom, adóóázis, stb. fogalrma. Ezen tüneteknek nincs körjelző, pathognomostikus jelentősége. Az esetek jelentős részében a diagnózist a véletlennel köszönhetjük (pl. válóper), de a média és az adóhivatal diagnosztikai és laboratóriumi adatai mellett nagy szerepe van olyan psychés jelenségeknek mint a felháborodás, ingység, bosszúvágy, önzetlen társadalmi összefogásnak. Az első eseteket rendszerint szűrővizsgálat követi, majd láthatóvá válik a jéghegy csúcsa és a botrány egyre hangosabb lesz.

DIFFERENCIÁLDIAGNÓZIS:
Már az eddigiek alapján is komoly differenciáldiagnosztikai nehézségekre számíthatunk. Jó diagnosztikai érzékre van szükség a hasznos, közöslü adomány és a tájgondozás, illetve talajjavítás és a HKV fertőzés elkülönítéséhez. Az események időbeli viszonya is különös figyelmet érdemel. Hálapénz műtét előtt való átadása elgondolkodtató, mert nem feltétlenül a virág-üzlet-csokor-boríték címzés koordinációs zava-

rának jele! HKV fertőzés átvihető WDL-magánrepülőgéppel is és utólagosan igen nehéz megállapítani, hogy a vírustranszfer az utas és a légi - illetve a kísérő - személyzet közötti hivatalos vagy privát kapcsolat révén jött létre.

KOMPLIKÁCIÓK:

A HKV fertőzés súlyos psychosomatikus panaszokhoz (félelem, szorongás, fejfájás, mig-rén, emésztési zavarok, a szexualitás perversziói, impotentia), illetve súlyos szervi elváltozásokhoz vezethet. Tömegesen lépnek fel a hypertonia, szívinfarktus, gyomorfekély és mindez szignifikánsan rövidíti a várható élettartamot. Ezért lehetséges, hogy egyes hivatali személyek tekintettel a biztosító társaságok és az állam nehéz anyagi helyzetére a HKV fertőzés elterjedését kívánatos jelenségnek tekintik.

PROGNÓZIS:

Kezelés hiányában a HKV infekció szegyenérzés és lelkismeretfurdalás visszahagyásával vagy a nélkül is gyógyulhat, de vannak halálos lefolyású, öngyilkossággal végződő ritka esetek is.

KEZELÉS:

Túlhaladottnak tekinthető a HCV infekció oki kezelésére a genocidium, a harakiri, a zöld zsinór és a kastráció római módszere. Az etiopathogenetikai kezelésének modern lehetőségei: (1) Minden új járványügyi törvény hatálybalépésekor két régi törvényt kell érvényteleníteni és az új törvény nem haladhatja meg a hatálytalanított törvények hosszának szántmá közeparányosát. (2) A törvény vonatkozzon magára a törvénykezésre is, illetve a törvényhozó orvosi kezelése igazodjon szigorúan a tb. előírásokhoz. (3) Ha valaki tudatosan félrevezeti a választóit, veszítse el vagyonát, öregkori jutatait és éljen szociális segélyből. Ezek mellett a HKV infekció szaporodását megakadályozó a sebészti módszer, az érintettek sterilizációja ígérkezik hatásosnak.

- Dr. Csögör István -

A száz évvel ezelőtti időket különös érzésekkel élte át a Kárpátnedence magyarsága: 1896-ban ünnepezték a honfoglalás ezredik, a századfordulón a kereszténység felvételének kilencszázadik, a Megváltó születésének ezerkilencszázadik évfordulóját. Ez a századot egyrészt a „ferencjózsefi boldog békeidőknek” szokás titulálni, amely viszonylagos nyugalmat, valamint gazdasági fellendülést is jelentett. Krúdy Gyula világa volt ez, a bohémek, ködlovagok, színbádok korszaka. Másik szempontból a kivándorlás, az elszegényedés, a szociális feszültségek jelentkezése, az asszimiláció mellett is a magyarság demográfiai arányának romlása, melyekről a kor másik meghatározó lángelméje, Ady Endre oly vésztyűsónál váteszi sorokat vetett papírra. A két szemléletet csak bizonyos történetek állították egymással szembe, holott inkább kiegészítik egymást. A „három millió koldus országa” szlogenjét érdekesmód egy szélsőjobb oldali író használta először, de a közutaszba a marxista történetírás plántálta. A végletes politikai szemléletek mindig megtalálják a közös nevezőjüket.

Orvostörténeti szempontból a századforduló megítélése sokkal egyértelműbb. Már a jubileumi ünnepségek előtt, 1894-ben Budapesten rendezték meg a VIII. Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszust, amelyen Szabolcs megye nagy szülötte, **Korányi Frigyes** oly sikerrel kezdeményezte egy országos tudósintézmény felállítását. Az 1896-os milleniumi orvostudományi kongresszusnak is Korányi Frigyes, akkor már főrendházi tag és orvosi érdemei alapján báró volt az egyik főszervezője. Az összejövetel megnyitóján a következő szavak hangzottak el: „hiába létezik nálunk 1876 óta a híres XIV-es mintaszervi egészségügyi törvény, mivel az állam a megvalósítást csak a helyi szervekre bízta, ezáltal az anyagi ráfordítás mindig bizonytalanná válik. Az orvosi fizetés

gyenge, aki lehet a humanizmus szolgája, de nem a rab-szolgája.”

Évszázad távlatából is ismerősen hangzanak ezek a szavak. Szabolcs megyét természetesen Jós András képviselte, aki a saját tapasztalata alapján igazolta a himlőoltás hatásosságát, s igen helyesen a himlőnyirok intézeti előállítását mellett foglalt állást. Minden felszólaló szorgalmazta a kórházak építését. Népsűrűségünk akkor a tizedik volt Európában, de például a csehszlovákiai lakosságunk háromszorosa az angliaiaké. Ami a bevándorlást illeti, az nemcsak hazánk népességét ritkította, hanem a skandináv államokét, Írországot, Svájcot legalább ennyire. Tehát sok összetevője volt a jelenségnek, a legrajakusabbban mégis a magyarságot érintette.

Orvosaink joggal szorgalmazták a kórházi férőhelyek szaporítását, ha nem akarunk végtelenen lemaradni a népek versenyében. Szerencsére 1892-ben egy polgári személy, **Wekerle Sándor** került a miniszterelnöki bársonyszékbe, belügyminisztere **Hieronymi Károly** lett, aki híres volt ma is szóhasználatával a „szociális érzékenységéről”. A kórház- és közegészségügy ekkor ugyanis a belügyminisztériumhoz tartozott. Megvolt ennek a logikus oka: ha járvány tört ki, ami elég gyakran megtörtént, hatósági segítség nélkül (rendőr, jegyző, szolgabíró) az orvos nem sokat tudott volna tenni.

Az orvosképzés a kultuszminisztériumhoz kötődött. Hieronymi belügyminiszter a VIII. osztály élére rövidesen Chyzer Kornél Zemplén megyei főorvost nevezte ki, államtitkári minőségben. Méréhetetlenül sokat köszönhet neki a hazai kórházépítés. Az orvostörténeti háttér természetesen egyetemes dimenziókban vizsgálható. Ekkorra

vezetett eredményre a diftériáellenes szérumenterápia, Behring méltán kapta érte ez első orvosi Nobel-díjat. Diagnosztikában a laboratóriumi vizsgálatok már nélkülözhetetleneké váltak. Röntgen felfedezte a róla elnevezett láthatatlan sugarakat, amelyek a test belsőjébe tettek vizsgálhatóvá. A századelőn elkülönítették a vércsoportokat, megtalálták a szifilisz kórokozóját, kidolgozták a szerológiai reakciókat, a sor folytatható. A kórházépítést mégis a sebészet fejlődése indokolta leginkább. Nem véletlen, hogy az első kórházak első igazgatói elsősorban sebészek voltak. Jürgen Thorwald a híres könyvében okkal-joggal nevezi a 19.-et a sebészet évszázadának.

Semmelweis Ignác elmélete, s főleg gyakorlata révén az aszeptizis, a non infectio elve nemcsak a szülészet, de minden véres beavatkozás előfeltétele lett. Három amerikai: Wells, Morton és Jackson versenyről megszületett a bódító érzéstelenítés, majd McBurney, Billroth, Langenbeck, Balassa János és mások a műtéti technikát olyan szintre fejlesztették, hogy a hasüreget nem volt többé „veszélyes övezet”. A műtéthez viszont műtő kellett, amely csakis kórházban volt elképzelhető. Az anyák meg szülhettek otthon, a lázas és más betegeket kezelhették saját házukban, de az operációhoz külön „térfogat” szükségeltetett. Blaha Lujzát, Tauffer Vilmos professzort még megmérgezhette a villájában, de hány embernek lehetett akkora lakása? **Nyugodtan állíthatjuk tehát, hogy a kórházépítési hullámot a műtéti szakmák indították el.**

Jelenző ebből a szempontból is az **esztetizmus kórház építése**, amelynek történetét a leginkább ismerem. A primári szék helyen ősidők óta mindig voltak egyházi kezelésben lévő kórházak, xenodochiumok, amelyek egyben szegényházi

szerepet is betöltöttek.

A fordulópontra mégis 1894 jelentette. Ekkor új primás került az érseki székbe Vasváry Kólos személyében, valamint új főorvos a Csillag utcai szegényház igazgatójának élére: Gönczy Béla, a II. sz. Sebészeti Klinikáról. Vasváry Kólosnak kezdettől eltöltött szándéka volt egy új kórház megépítése. Beiktatása után 50 ezer aranykoronát ajánlott fel a városnak, s ez annyira fellelkesítette a lelkesedése különben alig hajlamos város lakosainak, hogy évente többször rendeztek bálakat a kórház-alapítás javára. Már 1900-ra annyi pénz gyűlt össze, hogy elkezdheték az építkezést. A város tágas telket ajánlott fel ingyen a nemes célra. Walter Gyula prelátus kanonokot választották meg a kórház-építő bizottság elnökévé. A munkát 1900. július 17-én kezdték el és 1901. december 12-én már át is adták az akkor igen korszerű, pavilonrendszerű épületgyűjteményre, amelyre később a ma is látható emeletet kerülték.

Az 1749-es alapítási győri **Szentháromság Közkórházát** is 1904-ben bővítették ki egy új sebészeti pavilonnal, igazgatója a híres Petz Lajos kirurgus főorvos lett. A **sátoraljai-újhegyi „Erzsébet” közkórház szintén 1905 május elején nyitotta meg kapuit.** A 206 ágas gyógyintézet direktora ugyan csak a sebész Chudovszky Móric lett. Együtt végzett az esztetizmus Gönczy Bélával, s a Récsey-klinikán sajátították el a korszerű műtéti technikát. Érdekes, hogy mind a győri, mind a sátoraljai-újhegyi kórház történetét a nevezett sebész-igazgatók írták meg először. A **szombathelyi, ma Markusovszky nevet viselő nagy kórház építését is 1905-ben kezdték el, első igazgatója a sebész Pető Ernő** főorvos lett.

A **debreceni közkórház** fundamentumának lerakása korábbi keletű, de nem független

ettől az alkotói lendülettől. A sebészeti osztályt az a Csikos Sándor főorvos vezette, aki első között végzett hazánkban sikeres koponyafűri beavatkozást.

A nyíregyházi Erzsébet kórház történetének száz éve Fazekas Árpád főorvos munkái nyomán ismert. A fentiekből összegezhető, hogy a **történelmi Magyarország megyei szintű gyógyító intézményei nagyrészt a századfordulón épültek, bővültek, korszerűsödtek.** A sebészet szerepét más szempontból is ki kell emelnünk. Már Nagy Frigyes a berlini Charité kórházat hadi célból hozta létre. Őt követte a különben békés természetű II. József kalapos király, a bécsi Josephinum 1785. évi megalapításával. A londoni Guy Hospital is első sorban a kirurgiáról volt híres, nemkülönben a régi párizsi kórházak, amelyek a napóleoni időkben váltak a sebészet igazi műhelyeivé. Ezt segítette az 1795-ös conventi határozat, amely a manuális szakmát ismét a medicinába integrálta.

A 150 évvel ezelőtt vívott magyar szabadságharcban is a sebészet vált meghatározóvá, ez a háború volt az első a világon, amelyben már a frontvonal mögötti elsősegélynyújtó helyeken alkalmazták a korszerű érzéstelenítést.

A ferencjózsefi boldog békeidő sem volt mentes a háborúktól. Elég az 1978-as boszniai okkupációra, majd az első világháború megelőző kisebb balkáni háborúkra utalnunk. A hazai kórházépítésnek még egy motivációját kell kiemelnünk. Igaz, hogy a marxista történetírás a millenium idejét kizárólag afféle görögötűzes ünnepségsorozatokkal állította be, amely úgymond a tömegek „elvakítására” szolgált volna. Mégsem lehet véletlen, hogy pont ekkor gyarapodott hazánk a legtöbb kórházzal. Például Esztergorn, Szent István szülőhelye, érseki központ, élén a

bíborossal egy korszerű kórház alapítására gondolt. Ez nem lehetett véletlen, miként az sem, hogy a fordulat éve után az alapító neve lekerült a kórház homlokzatáról. Ma ismét ott díszleg. Másutt is hasonló volt a helyzet. A milleniumi ünnepségeket alkotó sokkal akarták eleink hitelesíteni. Ekkor vált Budapest valódi világvárossá, csatornázása, főleg Fodor József professzor tanácsai alapján vetekedett Londonéval.

A **Szent Margit Kórház** 1897-ben nyitotta meg kapuit, az **Új Szent János Kórház** 1898-ban, ez utóbbi első igazgatója a szintén sebész Ludvik Endre volt. A **Veszprémi Közkórház** is 1902-1905 között épült, ugyancsak egy sebész, Csolnoky Ferenc főorvos dirigálta. A perenvidéken például a **Temesvári Közkórház** szintén a millenium szülötte. A kórházak jelentős hányadát az utódállamoknak emeltük. Igaz, hogy az ottani lakosságunk, köztük a magyaroknak, de utólag a mi költségvetésünket terhelte meg.

Nem nehéz elképzelni, mit jelentettek a századfordulón létesült közkórházak az elkövetkező világegyesek idején. Statisztikai adatokkal is illusztrálható. Az innéplés évében jó érzés az önzetlen elődökre, a Jós Andrásokra, a Gönczy Bélákra, a Ludvik Endrékre emlékeznünk.

Nemcsak az orvostörténetek feladata az emléküket ápolni. Szerencsére szaporodnak a történelmi kiadványok. A történelem közös emlékezet, orvosi szempontok nélkül nehéz értelmezni. A diktátorok elmebajától a tömegbefolyásig, a járványok újra jelentkezésétől a globális genetikai károsodásig, a feladatokat mindig Déva váraként élnék emlékednek. Amiket Jós András az 1896-os kongresszuson elmondott, ma is megismételhetők. Ezért érdemes hivatásunk történetét ismerni.

- Dr. Szállási Árpád -
(Elhangzott a Nyíregyházi Erzsébet Kórház alapításának jubileumi ünnepségén)

NÉHÁNY MONDAT A SZENT RÓKUS KÓRHÁZRÓL

Az 1998-ban kétszáz éves Szent Rókus Kórház, Európa egyik legrégebbi, nagy múltú egészségügyi intézménye. Egyike azoknak a kórházaknak, amelyek megélték két évszázad történelmi viharait máig is megmaradtak, és ma is az ápolás és gyógyítás szolgálatában tevékenykednek.

A kórház alapításának 200 éves jubileumával együtt kell, hogy emlékezzünk az 1848-as magyar forradalom 150. évfordulójára és az azt követő szabadságharcra, ahol jeles orvosaink bizonyosságot tettek szakmai felkészültségükről és haza szeretetükről egyaránt. 1956-ban a legjobbjaink ugyanúgy tettek.

Az emlékezés jegyében pillantsunk vissza a kezdetekre, hogyan indult a kórház élete, milyen történelmi, társadalmi környezetben. A XVIII. században a pestis, a himlő, a tifusz és más járványok pusztítottak. A betegségek kezelését, a járványok elszigetelését megnehezítette, hogy még a nagyobb városokban sem voltak kórházak. Az első betegpótló intézményt 1689-ben létesítették Budán, mint katonakórházat. Hazánkban a kórházak fejlődése csak a XIX. század első évtizedeiben indult meg, a XVIII. században csak szörvénnyesen, néhány városban létesültek ki, néhány szobából álló kórházak, amelyek többsége egyben szegényház is volt. Ebben az időben Pest kórházi helyzete is elmaradt volt. A csaknem 30 ezer lakosú Pest városának 72 beteggyógy volt összesen. Ezen a tarthatatlan állapoton igyekezett változtatni a Magyar Királyi Udvari Kamara 1777-ben, amikor is megszületett a szegényház építésére vonatkozó elhatározás. A szegényház építése az alapkövetelést után megállt, mert a komoly elhatározás úgy módosult, hogy a szegényházzal egy fedél alatt kórház is épüljön. Erre a célra időközben adományokból és alapítványokból 80 ezer forint gyűlt össze. Pest város tanácsának határozata alapján született tehát az a döntés, hogy a Rókus szegényházat kibővítsék és kórházzá építsék. A mai Szent Rókus Kórház első épületét 1798. május 24-én avatták és szentelték fel az akkori Gyöngyösi utcában (a mai Gyulai Pál utcában), a Szent Rókus-kápolna mellett. Az új kórház neve „Pesti Polgári köz Isptály” volt.

A későbbi években kapta a Szent Rókus Kórház elnevezését. A francia születésű Szent Rókus a betegek, főleg a pestisnek védőszentje volt, ezért az ismételt pestisjárványok megszüntetése érdekében és reményében a városi tanács kápolna építésére tett fogadalmat. A Szent

Rókus-kápolna alapkövét 1711. július 27-én rakták le a városon kívüli lápos-mocsaras területen. Még ugyanezen év augusztus 16-án, Szent Rókus ünnepe fel is szentelték. A 30.000 lakosú Pest város a kétszáz év folyamán világvárossá fejlődött, s a Szent Rókus Kórház is vele együtt változott, bővültek szolgáltatásai és feladatai. Az egyszerű szegényházból korszerű magas szintű gyógyító feladatokat ellátó intézménnyé vált, a magyar egészségügyi gyógyító-kutató, szellemi központjává vált.

Visszatekintve kórházunk múltjára, büszkéek lehetünk arra, hogy világhírű orvosok, egyetemi tanárok gyógyítottak intézményünkben. Olyan híres orvos-tudósok tevékenykedtek itt, mint Semmelweis Ignác (6 évig vezette a szülészeti osztályt, és itt lett főorvos 1851-ben), Flór Ferenc, Gerlóczy Zsigmond, Merczel Manó, a modern sebészet úttörője, Kubányi Endre, és még folytathatnánk a sort. A közelmúlt jelentős személyiségei közül csak néhány nevet emelünk ki: Hüttl professzor, Pommersheim professzor, Székely Tamás tanár úr, vagy jelenleg a szemészet, a fülszet, arc- állcsont sebészet területeinek kiválóságai. A Szent Rókus Kórházban kezdtek először a betegek altatásos módszerét, majd a későbbiekben az urológia első kiemelkedő szakemberei dolgoztak itt.

A Szent Rókus Kórház ma is országos hírv, magas színvonalat és szolgáltatást nyújtó megyei kórház. Az intézmény valamennyi dolgozója sokrétű tevékenysége során minden alapszakmában és speciális szakterületeken évente 26.000 fekvő és 300.000 járóbetegét lát el. A kórház fő feladata Pest megye lakosságának ellátása, emellett folyamatos szolgáltatást biztosít a főváros területi és ügyeleti ellátásában is, egyes osztályain országos és regionális feladatokat is ellát. Az intézmény szakmai színvonala hazai viszonylatban kiemelkedő, műtetei osztályának szolgáltatásai nemzetközi hírneke. A gyógyító tevékenységet jól működő diagnosztikai háttérrel szolgálják. A szakambulanciákban a legkorszerűbb orvosi technológiákat alkalmazzuk.

Az intézmény oktató kórház, így részt vesz az egészségügyi szakdolgozók, a főiskolai és egyetemi hallgatók és a végzett orvosok posztgraduális elméleti és gyakorlati képzésében. A kórház tudományos tevékenysége nemzetközi hírv. Teljeskörű szakorvosi, járóbeteg ellátás, gondozás, fekvőbeteg háttérrel, amelyből kiemelünk néhány jellegzeteséget.

(SZENT RÓKUS KÓRHÁZ ÉS INTÉZMÉNYEI
1085 Budapest, Gyulai Pál u.2. Tel.: 235-6500, 266-8000
Rendelőintézet, 1085 Budapest, Stáhlly u. 5-7
Budagyógygy, 1021 Budapest, Tárogató út 84. Tel.: 200-8850)

- Fájdalommentes szülés, nőgyógyászati urológia, modern műtéti technika, konzervatív terápia, intim torna, klimax ambulancia.
- Koraszülött utógondozás, ápolás, hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika.
- Fej-nyaksebészeti betegségek modern kezelése, gyógyítása (gégebénulás, gégecsükkület, gégerák, alvási légzéskiesés szindróma) mikrosebészeti módszerek, endoszkopos és lézersebészeti műtétek és oktatása.
- Az arc rekonstrukciós és esztétikai sebészet, az állkapocs-izület és a nyálmirigy betegségeinek sebészeti és konzervatív kezelése, craniomaxillo-facialis sebészet, ajak- és szápadhasadékok, a szerzett és veleszületett arc- és szájrégi deformitások helyreállító műtéti kezelése és oktatása.
- Általános és speciális szemészeti beavatkozások, műlencse csere, szaruhártya átültetés, cornea-laboratórium.
- Subrenalis (alsó végtag) érszűkítés rekonstrukció, nyaki erek (carotis) szűkületeinek megoldása. Pajzsmirigy elváltozások, hasnyálmirigy gyulladás, és szövődmenyeinek műtéti kezelése. Érssebészeti, proktológiai és sztomaterápiás rendelések.
- Ultrahang-vezérelt diagnosztikus és terápiás beavatkozások máj-, hasnyálmirigy-, illetve hasi daganatos betegségek esetén.
- A coronária érszűkítés kardiológiai vonatkozású krízisállapot, rosszindulatú ritmuszavar, akut szívkeringési elégtelenség, súlyos szívélgtelenség kezelése, tromboemboliás betegek, különösen a hemodinamikai katasztrófát okozó tüdőembólia ellátása.
- Foglalkozás-egészségügyi szakrendelés, előzetes és időszakos alkalmassági vizsgálatok, különböző szűrővizsgálatok, gépjárművezetői alkalmassági-, fegyverviselési alkalmassági vizsgálat.

- Dr. Zelen Béla -
Rendőintézet igazgató

Az egészségügyi kérdésekben igen gyakran elhangzó hivatkozás: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem finanszíroz, vagy az általa folyósított összeg az adott beavatkozásra, betegszállításra, gyógyszerre, vagy éppen segédeszközre nem elegendő. Ha van is valóság-tartalma ezen kijelentéseknek, a megfogalmazásnál mindig figyelmen kívül marad az a tény, hogy az OEP a kormányzat által elfogadott keretösszeg végrehajtásáért felel. Ezt kell arányosan az egészségügy egyes területei között felosztani, lehetőleg úgy, hogy az érdekek kevésbé sérüljenek. A keretösszeg nagyságát növelni pedig nem kompetenciája. Sőt: igen gyakran maga az OEP - munkája végzése közben - szembesül saját korlátjaival. Olykor saját tapasztalatai alapján győződik meg, hogy az egészségügynek a nemzeti jövedelemből történő nagyobb részesedése látni igényeken alapszik. Sajnos ezt az évek óta hangoztatott, valamennyi kormány által felismert tényt ezúttal egyetlen miniszternek sem sikerült érdekérvényesíteni. De mintha az állampolgárok is szem elől veszítene, hogy ez ügyben sokszor választóköreikben többet tudnának tenni.

„Hallgattassék meg a másik fél is” - elv alapján ezúttal Donkáné Verebes Évánál, az OEP Finaszírozási Főosztályvezetőjével beszélgettünk a finanszírozás és az ehhez kapcsolódó kérdésekről. A teljesség igénye nélkül, olykor majdhogynem magánem-

„Hallgattassék meg a másik fél” - avagy: finanszírozás OEP nézetből.

Beszélgetés Donkáné Verebes Éva Finaszírozási Főosztályvezetővel.

berként. Mert az újságírói kíváncsiság azt a kérdést sem hagyta figyelmen kívül, hogy a közgazdászok másfél évvel ezelőtt - amikor vidékről elvállalta ezt a munkát - abszolút „absztinens” volt az egészségügyi kérdésekben. Így véleményalkotását „tisztánlása” jelentősen segíti.

„Olyan helyről jöttem - Statisztikai Hivatal - ahol nem volt pénz a közlemben. Az első meglepetés számomra az volt, hogy a pénzzel való gazdálkodás - bánásmód, mennyire más - képp történik a gyakorlatban, mint ahogy én azt elméleti bástyáim mögül képzeltem. Az OEP-nek korlátozó, irányító, közvetlen ráhatása nincs a pénzre. Nincs jogszabály és nincs törvényalkotási lehetősége. Ez a magyar törvényalkotásban a tárca kompetenciája. Az más kérdés, hogy a jogszabályok a kialakításában az OEP véleményező. Maga a fórum - hogy véleményt alkosson az OEP -, adott. Az más kérdés, hogy ez hogyan tud érvényesülni. Általában nem az OEP véleménye dönti el, hogy mi történjék egy szakmai finanszírozásban. Kemény csatát vívunk a szakmával. Alapvető filozófiái különbség kettőnk között: én azt mondom, hogy az ellátórendszert kiegyensúlyozottnak kell finanszírozni. Ha már befogaduk, ha már szerződést kötöttünk vele, akkor pénzügyileg nem szabad

olyan helyzetbe hozni, hogy ő egy instabil rendszert érezzen maga mögött, hanem akkor egy kiszámítható finanszírozást kell számára rendelkezésre biztosítani. A szakmai kérdések tisztázásának a szerződés-kötés előtt kellene megtörténnie, az irányelvek változását pedig jó előre kell meghirdetni, megteremtve a lehetőséget az arra való felkészülési lehetőségre. Egyszerűen a jogszabály és törvényalkotás menetét változtatnám meg: nem rövid tűzoltásként hipp-hopp három nap alatt hoznék létre egy-egy törvényt, hanem tervezetten, kutatói team munkában, hatásvizsgálattal alátámasztva tervezetném meg a jogszabályokat. És csak utána ereszteném rá a rendszerre. Az a kérdés is tisztázatlan előttem, hogy a jogszabály változtatás kezdeményezése köztisztviselői feladat-e. A jelölt és a változtatás véleményezését, tesztelni tartanám inkább kompetenciának! Tehát vidékről felkerülve, igen nagy meglepetés volt számomra: hogy hogyan készülnek a jogszabályok. (Amivel végleg nem tudok egyetérteni, az az évközi finanszírozási rendeletek változtatása, ami széles sávon teheti labilissá ezen intézmények finanszírozását)

• Véleménye szerint a privatizáció, mint tulajdonforma, létjogosult? Ha már a kórház jött szóba, mi

tudható a kórházak finanszírozásáról?

- A kórházak finanszírozásának reformjáról keveset tudok. A miniszter úr elképzelése, hogy egy bizonyos szolgáltatási kör egy alap csomag-rendszer kapna az állami büdzséből. A második körben beengedné a privát szférát is. Itt a krónikus ellátásra épülne az OEP finanszírozása, és szektorsemleges lenne a befogadás. A harmadik pedig a teljesen privát kör lehet aminek a saját bevételeiből, kell megélnie. Számomra ez a koncepció azért érdekes, mert nem tisztázza azt a kérdést, hogy mi történik ilyen esetben a lakosság oldaláról? Én mint közgazdász szívesen figyelnék a legszélso, nyilván a legkisebb kör tevékenységének pénzügyi, gazdasági, szolgáltatási terének lehetőségeire. Biztosítás-politikai, hatékony gazdálkodási kérdések körben fognak megfelelő mértékben felmerülni. Az igazi szakmai kihívás e területen fog jelentkezni. Nagy kérdés számomra, hogy hol vannak ki a tökéletes biztosítási vállalkozások, hazai vagy külföldi tőke lesz a meghatározó? Ennek a lakossági tehervonatáról még nem beszélhetünk. Hiszen több hipotézis nem tisztázott. Vannak tapasztalatok, melyek bizonyíthatják az életképtelenségét és az ellenkezőjét is. Például a franciák a ki-

egészítő biztosításnál rájöttek, hogy a kormány feladatot hárít, amikor saját gondoskodásba helyezi a biztosítást. Azonnal reagáltak. De a cseheknel is 4 hónappal alatt megbukott a több biztosítási modell.

• A kórházak teljesítmény-orientáltságára épülő stratégia hogyan csapódik le a finanszírozásnál?

- Nekem, mint közgazdásznak ez a „teljes ütem-spirálozás”, „egymás zsebébe turkálási tendencia” meglehetősen furcsa. Ez a rendelkezésre álló összeget inflálja, és ezt minden kórházvezetőnek tudnia kell. A bevételekhiány azért is furcsa, mert egy zárt büdzséből történik a részesedés, amely büdzsé a tavalyihoz egy 3 százalékos növekedési lehetőséget ad mindössze. Ebből képtelenség „kifinanszírozni” a többletjelölést. Mi lesz a megoldás? Mind az aktív, mind a kórházi kasszáknál fennáll annak a veszélye, hogy hozzá kell nyúl-ni a meghirdetett pont forint értékhez. Ez elhangzott a legutóbbi Tihanyi Kórházszövetségi Kongresszuson is. Az utópisztikus, hogy az OEP közvetlenül az orvosokat finanszírozza, mert ahhoz valódi biztosítóként kellene dolgoznia. Az OEP kórházakat finanszíroz még akkor is, ha való igaz, hogy a közvetlen orvosi ténykedéseket elismerő politika ki tudná szűrni az indokolatlan bevételező tendenciákat. Arról nem is beszélve, hogy itt végebb a teljesítés képessége, ezáltal nagyobb a kontroll.

• Másra számított a kórházak finanszírozásánál?

- Amikor idekerültem, megkérdeztek tőlem, hogyan fogok gazdálkodni azzal a közel 350 milliárddal, ami az OEP rendelkezésére áll?

- folytatás a 11. oldalon -

INTERFAB/HEALTHCARE' 2000

Kórházi, Rehabilitációs és Ápolási Szakvásár és Kongresszus
a Nürnbergi Vásárközpontban
2000. május 16-19.

A Német Kórházgazdálkodók Szövetsége és a Nürnbergi Vásárközpont Társaság a magyar szak-sajtót március 2-án Bécsbe, a Nürnbergi Kórházi, Rehabilitációs és Ápolási Szakvásár és Kongresszus megrendezése alkalmából sajtótájékoztatóra invitálta. A sajtótájékoztatót megtudtuk: a négynapos rendezvény lényegesen több puszta termékbeutatónál. A termékek és szolgáltatások bemutatásán túl a kongresszus keretén belül sor kerül az egészségügyi politika aktuális kérdéseinek megvitatására, szakmai eszmecsere a gyártók és felhasználók között, valamint a kórházi ágazat különböző területeit képviselő szakemberek személyes találkozására. A szakvásár több mint 400 kiállítója a kórházak korszerű üzemeltetéséhez szükséges mindennemű kínálatával várja az érdeklődőket, amelyek között bevált, új, illetve továbbfejlesztett termékek szerepelnek az ápolás, belsejépités, a szervezés és a számítástechnika, az anyagellátás és hulladékkezelés (mosás, konyha, tisztítás), valamint a gyógyászati fogóeszközök témakörökben.

A könnyebb áttekinthetőség és a jobb tájékozódás érdekében a kiállítási csarnokokban berendezett, különböző kérdésekkel foglalkozó pavilonok *létesítménygazdálkodási, minőségbiztosítási, kálósatra kapcsolódó kórház* és *gyógyászati technika nem orvosoknak* témákban várják az egészségügyi és gazdasági szakembereket.

A *létesítmény-gazdálkodási* pavilonban a téma klinikai és rehabilitációs vonatkozású kérdéseire kapnak választ az érdeklődők, mint az elektronikus adat-rögzítés, a költségszökkentő konyhai irányítástechnika, vagy az áramszolgáltatás liberalizációja.

A *„Hálósatra kapcsolódó kórház”* pavilon a kórházi információs rendszerek működésével, az adattárolás és dokumentáció kérdéseivel, az interdiszciplináris együttműködés megvalósíthatóságával foglalkozik.

A *Minőségbiztosítás* pavilonban tanácsadó és minőségbiztosító vállalatok gyakorlati példákon mutatják be a minőségbiztosítási rendszerek gyakorlati kivitelezhetőségét.

A *„Gyógyászati technika nem csak szakembereknek”* a gazdasági vezetők érdeklődésére tarthat számot, akiknek az újszerű gyógyászati technikát a költséghatékonyság szempontjából kell értékelniük.

A szakmai vásárral egy időben megrendezésre kerülő kongresszus *„Változóban a kórházi struktúra”* címet viseli. A német kórházi szakemberek véleménye szerint a hazai kórházak nagy változások

előtt állnak. Kiadásuk csökkentésével egy időben ugyanis a színvonal növelésének igénye jelentkezik, amely egyes kórházgazdálkodók szerint semmiképpen sem ellentmondás: *„Ha csak a költségekkel törődünk, csökken a színvonal. Asonban ha a színvonalat törődünk, a költségek automatikusan csökkennek”*.

A jövő kórházának atmoszférája leginkább egy elegáns hotelre fog majd emlékeztetni, amelyben egy tető alatt található meg mindaz, ami az *egészséges életvesztéshez* szükséges. *„Az orvosi szolgáltatások mellett fitness-stúdió, masszázs szalon, terméskészítési és illóolaj-áruháza, könyvesbolt és talán egy mosni is helyet kap majd”* - írja Joachim Döring a hannoveri Hennietten alapítvány sajtótájékoztatóján. Az alapítvány az elkövetkező években 60 millió márkát kíván kórháza modernizálására fordítani. A kétágas szobákat zuhanyzóval, telefonnal, tévével és rádióval kívánják felszerelni, amelyek színekben gazdag berendezése kellemes közérzetet szeretne biztosítani. Környezetvédelmi szempontok miatt az *ökologikus megoldások* fontos szerepet kapnak az intézmény üzemeltetésénél.

A betegközpontú kórházban a „*panaszmanagement*” a beteg jó közérzetét és kényelmét segíti elő, amelynek első eredménye a beteg felé, a szokásos nagy létszámú nagyvizitek helyett, a csak két orvos részvételével megtartott vizitek lettek.

A kórházi struktúra változására jellemző a speciális, igényekhez igazodó szolgáltatások bevezetése, valamint a betegek támogatása a kórház elhagyását követően otthonápolási tanfolyamokkal, információs anyaggal, önszervező csoportokkal.

A kórházak további kínálati közé a betegbiztosítók által nem támogatott szolgáltatások épülnek be, amelyek a jövőben a kórházi bevételek legalább 20 százalékát kell, hogy kitegyék.

Az Interfab betegközpontú kórház jövőképevel valószínűleg nagy lépést tesz előre a kórházi atmoszférára, a beteg betegségeire és az orvos-beteg viszony javítására, amelyet kórházi szakemberek az elkövetkező 10 év feladatának tekintenek. Az Interfab szervezői remélik, hogy csakis a hazai, mint a külföldi látogatók ötleteket, partnereket és segítséget találnak és kapnak a vásár négy napja alatt.

- Benda Judit -
egészség-tanácsadó
gyógyászat

A vásár iránt érdeklődők részére május 16-19 között négy napos autóbusszút kerül megszervezésre. A program a vásár megtekintésén kívül igény szerint szakmai beszélgetést illetve egy intézménylátogatást is magában foglal, tolmács biztosításával. Információ és jelentkezés: Vavrincez Katalin, 1/250-2110/284

Qualitair
MIKRONIKA PC KFT.
TICKET SERVICE

AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
közreműködésével szakmai tanulmányutat hirdet az

INTERFAB/HEALTHCARE' 2000

- kórházak, orvosi rendelők, egészségügyi szolgáltatók bemutató fóruma -
nürnbergi nemzetközi kongresszusra és kiállításra

Időpont: 2000. május 16-19. (négy nap, 3 éjszaka)
Utazás: komfortos autóbusszal
Elhelyezés: kétágas zuhanyozós/WC-s nürnbergi szállodai szobában
Ellátás: reggeli a szállodában, busz a közlekedéshez, belépőjegy a kiállításra és BBP -biztosítás
Program: A négynapos programban a kongresszus és kiállítás megtekintése mellett szakmai tapasztalatcserét szervezünk a kongresszuson előadó, illetve résztvevő nemzetközi szakemberekkel, valamint lehetőség lesz fakultatív-egyéni városlátogatásra Passau és Nürnberg történelmi városrészeiben. A csoportot német-nyelvi tolmács és szakmai kísérő vezeti.
Résztvételi díj: 67.000,- Ft, mely összeg a fenti szolgáltatásokat foglalja magában. Ez az ár legalább 30 fő jelentkezése esetén érvényes.

Jelentkezés: írásban (levélben vagy fax-on) 1036 Budapest, Bécsi út 85. Fax: 06-1-250-8091
További információ: Vavrincez Katalin 06-30-212-6997
Jelentkezési határidő: 2000. április 14.

JELLENKEZÉSI LAP

(másolható)

Jelentkezem a Nürnbergben 2000. május 16-19. között megrendezendő INTERFAB' 2000 nemzetközi kiállításra szervezett tanulmányútra

KIUTAZÓ NEVE:
CÍME: TEL:
KÖLTSÉGVISELŐ (munkahely) NEVE:
CÍME:
TEL/FAX:
Dátum:
p.h.
Cégszerű aláírás
Érdeklődési területem: ☐ kórházgazdálkodás ☐ információs rendszerek ☐ gyógyászati technika

Kérjük a jelentkezési lapot az utazást bonyolító iroda (QUALITAIR) címére: 1036 Budapest, Bécsi út 85. vagy faxszámára (06-1-250-8091) a jelentkezési határidő betartásával eljuttatni szíveskedjenek.

2000. október 18-21.
Budapesti Vásárcsoponthungaro
med

I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás

A GYÓGYÍTÁS ESZKÖZTÁRA

A HUNGEXPO Rt. új fórumot teremt az orvosegészségügyi szektor megjelenésének és szakmai kérdések megvitatásának a HUNGAROMED I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás és a hozzá kapcsolódó szakmai kísérő programok megszervezésével, melynek a Budapesti Vásárcsopont ad otthont 2000. október 18 és 21. között.

Egészségügyi gép-műszer beszerzések a Fővárosi Önkormányzat Kórházaiban

Fővárosunk, Budapest közel kétfélmillió ember lakhelye, otthona. Az itt élők egészségének megőrzése, a rászorulóknak gyógyítása gondozása olyan feladat, amelynek színvonalas megoldása meghatározza a fővárosiak közérzetét. A Fővárosi Önkormányzat munkájában kiemelkedő helyet foglal el az egészségügy. Úgy véljük, hogy egészséges polgárokkal lehet - természetesen az egyéni érdekek legteljesebb figyelembe vételével - egy város egészségének életét jobbra, otthonosabbá, emberibbé tenni. Egészségügy és sikertörténet az utóbbi évtized(ek)ben nem éppen összeillő fogalmak, ráadásul a közvélemény és a média elsősorban a negatív hírekre kapja fel a fejét, s a kórházcsődökről és sztrájkokról, a lakosság romló egészségi állapotáról olvashatunk és hallhatunk nap mint nap.

Az egészségügyi intézmények azonban működnek, orvosaink és egészségügyi dolgozónk az adott körülmények között ugyanolyan típusú és tudású eszközökkel végzik világszínvonalú gyógyító munkájukat, mint Lajtán-túli kollégáink. Egy világváros működő- és fejlődőképessége szempontjából létfontosságú, hogy biztosítani tudjalakosai számára, hogy egészségesen éljenek és ha megbetegszenek, jó eséllyel meggyógyuljanak. A fővárosi lakosság egészsége legfontosabb közjavaink egyike. Feltétele a gazdaság és a közösségek megfelelő működésének, fenntarthatóságának meghatározója az élet minőségének az egyén és a város számára egyaránt. Az adaptáció, az egészséghez és gyógyuláshoz szükséges közjavak biztosítása a jövő század elejének feltételei között szemléltetvéltázást és tudatos cselekvéssort igényel. Nehéz a feladatuk a kórházakban dolgozó szakembereknek, hiszen világszínvonalú tudásuk akkor adaptálható, ha gyógyító munkájukat is a

legkorszerűbb eszközök segítségével végezhetik. Ennek feltételeit többek között a tulajdonosok ésszerű, a valós szükségleteket figyelembe vevő tervezéssel és beruházással segíthetik elő. A Fővárosi Önkormányzat éves költségvetésében biztosítja azokat a forrásokat, amelyek segítségével évente több száz millió forint értékben történhet meg a meglévő egészségügyi gép- és műszerpark fejlesztése, cseréje és bővítése. Az elmúlt nyolc év tudatos és tervszerű, a prioritásokat is meghatározó döntéseinek következménye az, hogy bár általánosan romló gazdasági feltételek között sikerült lépést tartanunk az egészségügyi technológiai fejlődés által diktált ütemmel.

A Fővárosi Önkormányzat egészségügyi fejlesztési, beruházási és amortizációpótlási pénzeszközeinek mintegy 15-20 százalékát fordítja gép-műszer beszerzésekre, amely meghatározott prioritások mentén, az intézmények által benyújtott igények figyelembevételével kerül tervezésre.

Ez többek között azt is jelenti, hogy az elmúlt évek racionalizálási és szervezési munkájának eredményeként kialakultak azok a speciális centrumok is, ahol az egyébként is szükséges színtartáson és fejlesztésen túl a legmodernebb eszközöket is koncentrálni tudtuk. Az 1995-1999. években a Főváros közel öt és fél milliárd forint értékben biztosított a tulajdonában lévő kórházak és szakrendelői orvosi gép-műszer felszereltségének fejlesztésére és az elavult, elhasznált eszközök cseréjére. A tervszerű és tudatos fejlesztési politika érvényesítése mellett fokozott figyelmet fordítunk az úgynevezett szakmai minimumfeltételek által támasztott követelmények teljesítésére is. A szakmai minimumfeltételekről szóló rendelet megjelenése óta a főváros éves terveiben kie-

Megnevezés	Beszerzett darab					Összes darab	Összesen mFt.
	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.		
Altatógép	11	8	7	13	5	44	386
Lélegeztetőgép	7	6	10	-	10	33	217
Pathológiai készülékek	80	26	-	6	2	114	225
Defibrillátor	14	-	15	7	5	41	88
Rtg. készülékek+kieg.	15	5	17	11	3	51	453
Őrző és műtői monitorok	21	-	94	14	9	138	418
Laboratóriumi készülékek	-	5	33	15	8	61	441
UH diagn. készülékek +kieg.	-	8	4	10	3	25	428
Klf. endoscopy eszközök	10	13	-	54	1	78	148

melten kezelt egyes eszközcsoportokat, és a következő nagyobb beszerzések valósultak meg: ápolási eszközök (ágytálmások, betegemelő stb.) ANPM, TENS, EKG, infúziós eszközök, laparoscopiás szettek, szemészeti műszerek, központi labor, ITO, és radiológiai gép-műszerek. Az említett időszakban többek között az alább felsorolt orvosi gép-műszerek kerültek nagy darabszámban beszerzésre: (ld. táblázat). Az idén a Fővárosi Önkormányzat költségvetése mintegy 1,3 milliárd forintot különített el különböző gépek és ápolási eszközök beszerzésére. Természetesen ez a számvetés nem azt jelenti, hogy kényelmesen hátrádkodhatunk és elégedetten tudomásul vehetjük, hogy mindent megtettünk fejlesztési feladataink teljesítése érdekében. Az évről-évre történő folyamatos fejlesztések ellenére is rendkívül nehéz feladat lépést tartani a gyors technológiai fejlődés által támasztott követelményekkel, ami azt is jelenti, hogy az intézmények igényeit csak részben tudjuk ki-

elégíteni. A diagnosztizálás területén is az utóbbi években jelentős technikai fejlődés ment végbe. Ugyanakkor beszerzések tervezésénél egyes területeken a gyors amortizációval is számolni kell. Ezért a biztonságos diagnosztizálást és gyógyítást szem előtt tartva a 2000. évi tervezés során a következő területek kiemelésére került sor: ultrahang diagnosztikai készülékek, a betegőrző monitorok és az endoscopy eszközök beszerzése.

Természetesen vannak még konkrét feladataink és teendőink, hiszen a követelmények kitérőnyűak. A Fővárosi Önkormányzatnak, mint felelős tulajdonosnak egyaránt szükséges koncentrálnia az amortizációpótlás és a fejlesztési feladataira ahhoz, hogy egy világváros által támasztott követelményeknek világvárosi színvonalú egészségügyi ellátást tudjunk biztosítani adott költségvetési lehetőségeink között.

- Dr. Szolnoki Andrea -
főpolgármester helyettes

„Hallgattassék meg a másik fél”

- avagy: finanszírozás OEP nézetből.

folytatás a 9. oldalról

Szó sincs itt gazdálkodásról. Szakmai ismeretek alapján szét kell ténitani a pénzt a rendszerbe. Emnyi. Itt nincs szó arról, hogy nekem azon kellene gondolkodnom, hogy minőség vásároljak, vagy az egészségügy teljes struktúrájában gazdálkodjak. Ami ebben a biztosítási rendszerben a kórházaknak előny, az egy picit a „zavarosban történő halászás” lehetősége, hiszen ezáltal senkit nem lehet megfogni. Egy több-biztosítós rendszerrel ez nem egészen így működik.

• A finanszírozás befogadott egy-két modellkísérletet. Ezek miről szólnak?

- A modellkísérlet megpróbál szakmai körök közötti átjárást biztosítani. A háziorvosi kör TAJ számos rendszerére épül, mindenfajta szolgáltatás igénybevétele itt történik. Amikor túl vagyunk egy havi finanszírozáson, a modellben a TAJ számos betegkörnek kiszámítjuk a fejkvótáját. Azért, hogy a fejkvóta szerint finanszírozzunk, akkor mekkora bevétel kép-

ződik a rendszerben. Ez csak egy elmélet, hiszen nem kerül kiosztásra. Ezt követően a kiadási oldalon a teljes magyar struktúrában végigkövetjük a TAJ számos kört és megnezzük, hogy ténylegesen milyen szolgáltatást vett igénybe. Például Siofokon igénybe vett egy kórházi ellátást, Gödöllőn egy járóbeteg ellátást, előfordult egy másik háziorvosnál valamilyen esetfinanszírozás kapcsán, az egész ország receptköriében felírtak neki x gyógyszert, meg y mennyiségű gyógyászati segédeszközt. Ezeket a kiadásokat szerepeltetjük az elvi folyószámlán. A kettő között vagy nyereség vagy veszteség képződik. Tehát vagy többet kapna a populáció a kvótáfinanszírozásra vagy kevesebbet, mint amit igénybe vett. Négy kórházi kezdeményezésű, és négy járóbeteg kezdeményezésű kísérlet folyik az országban. Hat hónapja folyik a kísérlet, a finanszírozásban már látszik valamilyen eredmény, orvosszakmai szempontból még nem.

• Mondana néhány szót a háziorvosok finanszírozásáról?

- A háziorvosoknál ez az új finanszírozáshoz kötött elv - hogy a TAJ szám csak akkor érvényes, ha élő kapcsolaton alapszik - ez nálam mást jelent, mint ahogy a háziorvosok gondolják. Nekik ugyanis a legnagyobb problémájuk ezzel kapcsolatban, hogy hogyan vigyék be a praxisuk tagjait a rendszerbe. Én azt mondom: hogy ne csak a törzskarton legyen kitöltve, hanem valahogy a preventív ellátás felé kellene terelni a lakosságot. A háziorvosok feladata lenne az, hogy próbálják a betegséget megelőzni. Ezért az új rendelet számok szűrővizsgálatra kötelezi az orvost, csak éppen a számonkérés marad el. Senki nem ellenőrzi, megtörténik-e ténylegesen a praxis résztvevőinek gondozása. Az új 4/2000-es háziorvosi rendeletet érdemes tanulmányozni, még a terhesnővizsgálat is szerepel az elvégzendő feladatok között. Szerintem teljesen indokoltan, hiszen a háziorvos előtt nyitott

könyvként kell szerepelnie a leendő kismamának.

• A rendelet készítői számoltak-e, hogy a szűrésnek milyen járulékos költséggel járhat? Hiszen azzal érvelnek, hogy a szűrésre nincs pénzügyi fedezetük.

- Ezzel megint vitákozni, hiszen átlagban 500.000 forintot kap egy kör-

zet és ez tartalmazhat a szűrésre tevékenység költséget. Az egy másik kérdés, hogy mivel ezidáig a háziorvos nem fordított erre, most pedig rendelet kötelezi, úgy érzi, hogy ez többletköltséggé fog jelentkezni. Hogy a mulasztást, nem ellenőrizték, az nem lehet érv. Ha már a háziorvos jött szóba, egy pár szóban beszéljünk az adminisztrációs problémákról, amit a törzskártya kitöltése okoz. A kérdés eldöntésénél át kell nézni a körzetet. Kicsik vagy valóban olyan nagyok, hogy lehetetlen a munkát elvégezni. Kétségtelen, hogy a háziorvosok finanszírozásával kapcsolatban igen sok adminisztratív szabályozás van. Az is igaz, hogy van olyan, ami mára feleslegessé vált, mint például a szakképzettségi szorzó, hiszen 95 százalékuk rendelkezik olyan szakképzettséggel, ami alapján a legmagasabb szorzót kapják. Akik ebben a vonatkozásban nem jöhetnek számításba, azok koruknál fogva hamarosan kikerülnek a rendszerből, vagy netán pont a praxis működte-

tésével kapcsolatban már nem kom-petensek. A kártya érvényességéhez kötött elvárás pedig az ellenőrzés irányába kívánja elvinni a kérdést. Azzal tökéletesen egyetérték, hogy szerencsétlen dolog volt mindezt egy törzskártya kitöltéséhez kötni, amit önbevallóan adnak le majd az orvosok.

• Ön az egyik konferencián elmondta: szívesen informálná közvetlenül az egészségügyben dolgozókat, mert így talán megelőzhető lenne a rémhírek kialakulása. Ami teljesen feleslegesen neurotizál.

- Igen. Szerettem volna, ha a Látlet az OEP ellenőrzési stratégiájáról kérdezne. Ez most az előttünk álló legnagyobb feladat, a járóbeteg ellátás teljesítmény jelentésének kitesztálása, belső informatikai rendszerének rendbe-berakása a cél.

• Májusi lapszámunkban ezt a kérdést fogjuk körbejárni, egyben köszönöm a beszélgetést.

- Balla -

Helyreigazítás

A Látlet 2000/2-3-as lapszámban „Dolgozok az OEP- Gyógyászati Segéd-eszközök Ártárgyalásán” - című cikk-rozartban tévesen jelent meg Dr. Hagymási Miklós neve. Az elírásért ezúton kérünk elnézést.

Látlet

Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja» OBSERVER «
MAHİR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője,
a MAHİR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-tanácsadó: dr. Kollár László
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, P.E.: 56. Tel/Fax: 06(26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlet egymásutániságát a lapon található számozás tükrözi.
ISSN 0865-7424

ÉPÍTÉSZET-BIOLÓGIA: GERENDA+HÁZ

Tradíció és jelen

A fa régi építőanyag, de felveszi a versenyt a napjainkban használatos legmodernebb építési anyagokkal. A gerendaházak építése olyan régi időkre nyúlik vissza, mint a finn lakáskultúra története. Ez persze nem jelenti azt, hogy a gerendaház már „őreg kunyhó”. Ellenkezőleg: a gerendafal teljesít minden olyan épületfizikai követelményt, amit egy modern, időtálló, funkcionális és esztétikus építőanyagtól elvárunk.

Faház-történelem

Az északi népek, s köztük a finnek kezdettől fogva a környezettel, a tájjal és a természettel összhangban éltek. A vándorlás ok időszerűsége az életmódból adódóan még nem készí-

Harmóniában a természettel

A fából készülő épületek alacsony energiafelhasználásuk, kiváló hőálló és hőszigetelő adottságokkal rendelkeznek: a gerendafal háromszoros vastagságú téglafalnak felel meg. Mesterséges hőszigetelés alkalmazására, amely környezetkárosító vegyi anyagokat is kibocsáthat, nincs is szükség a fagerendából épült házak esetén. Az egymáshoz illesztett gerendák közé (amit hagyományos mohával tömítenek), mindössze egy vékony polypropilén réteg kerül, egyéb szigetelést nem igényel a szerkezet. A fa lélegzik, a gerenda szerkezetének mikroszkopikus méretű celláinak megszűrik a levegőt, amely közben szép lassan felveszi a belső tér hőmérsékletét. Így a páratartalom és hőmérséklet mindig optimális az

miként lehet egy rönkből tartós, tömör, mutatós építőelemet előállítani. A tartósság és szilárdság a faházaknál igen fontos követelmény. Bár a faház gerendái könnyűek, és első pillantásra nem látszanak olyan szilárdnak, mint például a téglafal, mégis évszázadokig eltarthatnak.

A skandináv típusú gerendaház előállítása a fa kiválasztásánál kezdődik. A fa természetes építőanyag, amelynek későbbi viselkedésére már a nyersanyag kiválasztásánál tekintettel kell lenni. A faházaknál használt finnországi és szibériai erdőségekből származó faanyag nagyon tömör, sűrű rostú, egyenes törzsű. Ennek köszönhetően a gerendák rendkívül rugalmasak és teherbírók, a szabályos növekedés pedig a garancia arra, hogy a szárítási folyamat alatt a fa törzsben nem keletkezik belső feszültség, amely a gerenda későbbi feldolgozását és felhasználását nehezítené. A speciális szárítási technológia is segít kiküszöbölni a faanyag későbbi alakváltozásait. A kifogástalan minőséghez hozzájárul az is, hogy a gerendagyártók csak a kifejlett fenyőfákat vágják ki, és azokból is csak a legjobb minőségű fákat használják a gerendák gyártásához. Az előkészítés során a faanyagot 15 százalékos nedvességtartalom alá szárítják, majd a vevő kérésére magas nyomáson kezelik, impregnálják, így a teljes keresztmetszet ellenállóvá válik a rovarkárosodással és gombásodással szemben. A tömör fagerendák a bennük lévő viszonylag nagy mennyiségű gyantának köszönhetően hosszú ideig ellenállnak a csapadéknak és sok más károsító anyagnak. Azok a káros hatások sem jelentenek problémát a hagyományos építkezések során több, különböző építőanyag kombinációja miatt fellépnek. Nem képződnek hőhídek magas hőmérsékletkülönbség esetén, de a nedvesség hatására fellépő káros hatásokkal sem kell faházak esetén számolni.

A fa, mint építőelem

A faházépítés csaknem ezeréves hagyománya mindenekelőtt biztonságot nyújt. Az idők során a fának, mint építőanyagnak helyes kezelésére és feldolgozására vonatkozó ismeretek is folyamatosan tökélesedtek. Ma már jól ismert, hogy



Információ

A Kelet Faház Kft. által épített gerendaházak alapanyaga szibériai vörösfenyő, vastagságuk az igények szerint változó (8-30 cm átmérő). A cég saját építész-csapatával rendelkezik, ezáltal a megrendelő igényeihez alkalmazkodik. Ezen kívül, igen sok standard modellje is van. Saját, független építőbrigáddal vállalja a kivitelezést. A költségek csökkentése miatt - a kész ház árából 20 százalék az élő munkaerő - felmerülhet olyan igény is, mely szerint egy bizonyos készletfokozattól kezdve önállóan fejezhető be a megrendelő házát. A cég négy különböző készletfokozat is vállalja a ház

kivitelezését. A fa konzerválása a legmodernebb környezetkímélő technológiával, szakember által történik. A kivitelezés a megrendelés után rendkívül gyors. A garanciát a cég hazai infrastruktúrája biztosítja. A házak négyzetméterenkénti ára a gerendák vastagsága, a nyílászárók fajtája, a tetőszerkezet, illetve héjazat alapján változik: mindig egyedi kalkuláció alapján történik, de az építés megkezdése előtt, az igények ismeretében, szerződésben lefektetett. Kedvezményes lakáshitelre jogosít.

A Kelet Faház Kft. elérhetősége a Láttelelet szerkesztőségén keresztül történik.



A Kelet Faház Kft. által nyújtott készletfokozatok:

1-es készletfokozat: csak a "profil" gerendákat tartalmazza.



1-es fokozat:



2-es fokozat:



3-as fokozat:



4-es fokozat:

2-es készletfokozat: tartalmazza a "profil" gerendákat és a tetőszerkezet gerendáit.

3-as készletfokozat: tartalmazza a "profil" gerendákat, a nyílászárókat és a tetőszerkezet tartó gerendáit.

4-es készletfokozat: a gerendaház komplett kivitelezése, gépészeti munkák nélkül.



tettek állandó épületeket. A magyar történelemből ismert borsátor jurta jelentette a házat évszázadokon keresztül. Az időjárás változásával, és így a földművelés és az állattenyésztés előtérbe kerülésével együtt járt a letelepedett életmódhoz inkább illő faház. A házak építéséhez szükséges gerendákat kézzel munkálták meg valamenyri területen. Az erdőben kivágott rönköket vízen, vagy lóerő segítségével vontatták az építkezési helyszínre. Az erdőben lecsupaszított farönköket a ház méretének megfelelően darabolták, majd állították össze. Ennek módszere: a rönkök végét bevágják és illesztik egymásba. Persze fát nemcsak a finnek használtak, a világ szinte minden táján készült és készülnek házak ennek a hagyományos alapanyagának a felhasználásával. Ekkora területen és mennyiségben azonban csak Finnországban és Amerikában építettek fából lakóházakat.

