

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM
ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI

VEZETŐK EGYESÜLETE

KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

49. ÉVFOLYAM 3. SZÁM, 2011. JÚLIUS

RACIONÁLÁS ÉS PRIORIZÁLÁS
AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

TÖRÉSI RIZIKÓBECSLÉS
ÉS GYÓGYSZER-FINANSZÍROZÁS
POSZTMENOPAUZÁS OSZTEOPORÓZISBAN

HASTÁNC MINT MOZGÁSTERÁPIA
A DAGANATOS BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ
NŐBETEGEK REHABILITÁCIÓJÁBAN



BESZÉLGETÉS
NEMES JÁNOSSEL

Forradalmi újdonság a képalkotásban?



Egy egészségesebb CT berendezés a betegekért. Bemutatjuk az új SOMATOM Definition Flash-t. Villámgyors diagnózis. Legalacsonyabb dózis.

Vízióink a minőségi betegellátás. A Definition Flash egy olyan CT készülék mely még magasabb színvonalon alkalmazza az eddig páratlan Dual Source technológiánkat és amely gyökeresen megváltoztatja korábbi elvárásainkat a beteget ért dózis területén. A CT történelmének leggyorsabb vizsgálati sebességével, a mellkas, szív vagy mindkettő másodperc töredéke alatti vizsgálata immár realitás. Első alkalommal válik lehetségessé a teljes szív vizsgálata 1 mSv alatti dózis mellett, valamint a Dual Energy vizsgálat szimpla dózis mellett.

www.siemens.hu

Answers for life*

SIEMENS

* Válaszok az életért.

Tartalom

SZAKCIKK

Racionálás és priorizálás az egészségügyben (Univ. prof. dr. dr. hc. Josef Dézsy)	2
Szakmai tanulmányút 2011. március 13–15. (Dr. Karner Cecília)	6
Kórházlátogatás a Döblingi Magánklinikán (Lukácsné Turbéli Beáta, Turcsik Aranka)	7
Törési rizikóbecslés és gyógyszer-finanszírozás posztmenopauzás oszteoporózisban (Péntek Márta, Gulácsi László, Horváth Csaba)	8
Háziorvos-lás(s)! (Dr. Karády Anna)	17
A MÁGY „Norvég projektjének” záró rendezvénye (Kerényi Erika)	27
Hastánc mint mozgásterápia a daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában (Szalai Márta, Németh Katalin, Szirmai Anna, Kriszbacher Ildikó)	30
Az egészségpolitika húsz éve (Dr. Ajtay András)	36
(Újra) bezzegország lettünk (Dr. Simon Kis Gábor)	44
Reflexió (Az Országos Alapellátási Intézet munkatársai)	46

PORTRÉ

A jókedv más mentalitást kölcsönöz az embereknek – ráadásul nem kerül semmibe (Dr. Szepesi András, Bene Zsolt)	22
---	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők
Egyesülete

Megjelenik: kéthavonta

Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági
Vezetők Egyesülete megbízásából
a Weborvos.hu 2009 Kft.

Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8.
Telefon: (1) 788-9212, fax: (1) 700-2998
www.weborvos.hu

Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
Telefon: (1) 301-7931

Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

A Szerkesztőbizottság elnöke: dr. Orosz Éva
Nyomdai előállítás: MEGA Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276
Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélye szükséges.
A hirdetések tartalmáért a hirdető
vállalja a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Racionálás és priorizálás az egészségügyben

Az ausztriai egészségügyi rendszer változásai a finanszírozás területén, avagy bealkonyult-e az orvosi gyógyítás szabadsága?

■ Univ. prof. dr. dr. hc. Josef Dézsy

A németországi Egészségügy Kutató Intézet (Kiel) tanulmánya bombaként hatott a politikusok, társadalombiztosítási és egyéb szakértők íróasztalán a 2010-es évben. Azonban szerénytelenség nélkül utalnék arra, hogy jelen cikk szerzője az említett tanulmányban vázoltakhoz hasonló megállapításokat tett a 2008-as évben megjelent Gesundheitsreport III. című könyvében. Fenti megállapítások lényege, hogy a demográfiai helyzet változása és ezzel egyidejűleg az orvostudomány eredményeinek rohamos fejlődése a társadalmat szinte megoldhatatlan problémák elé állítja. Ide tartozik még a foglalkoztatottak számának csökkenése, ezzel egyidejűleg a járulékbefizetések visszaesése, amely a társadalombiztosítási rendszerben, mint komoly tendencia vázolható. Ebből összefoglalva megállapítható, hogy Németországnak, ugyanúgy mint Ausztriának közel azonos problémával kell szembenéznie, hiszen az általánosan ismert statisztikai számok ellenére kijelenthető, hogy a politika túl gyáva ahhoz, hogy tisztán kimondja: a szolidaritáson alapuló általános hozzáférhető egészségügyi ellátás magasabb szintű járulék mellett valósítható csak meg. Az élet egyéb területén a sokszínű szolgáltatásokat a lakosság kész megfizetni, itt talán utalni lehetne arra, hogy a egészségügyre fordított nagyobb összeg hozzájárulhatna az egészség fenntartásához és ezzel az egyéb szolgáltatások gondtalan élvezéséhez. Az ezzel kapcsolatos ajánlásokat illetően a kiel-i intézet tanulmánya kiindulópontként a kuratív medicinát tételezi fel, nem tartalmaz ajánlást a betegségek elkerülésére, az egészség megtartására, pedig A. Dever és M. Lalonde tanulmányai alapján milyen fontos az egészségi állapotban az életmód, a környezet és a genetikai tényezők befolyása. Megállapítható, hogy a lakosság a folyamatosan növekvő fogyasztása mellett gondolhatna egyidejűleg az időskorú egészségügyi ellátás, a szociális biztonság személyes megteremtésére is. De ezt csak kevesek teszik meg, hiszen egy nagyvonalú jóléti állam és számos társadalombiztosítási szolgáltatás megnyugtatólag a háttérben rendelkezésre áll. Itt hozzátehetjük, hogy sok ember gondtalanul él és keveset gondol arra, hogy az időskori szociális biztonság és egészségügyi ellátás biztosítható lesz-e. Sőt, még az általános ellátási színvonal emelkedése mellett egyre optimálisabb és közel maximális ellátást akarnak igényelni. Itt az egyenlőség

nem az, hogy egyesek lemondásokkal megteremtik a későbbi szolgáltatások finansziális háttérét, addig mások ezt mellőzve, majd a közösségtől várják el ugyanazt. Itt felvethető a kérdés, hogy a szabadság abban áll, hogy elvárjuk másoktól, hogy a járulékokat megfizessék, ugyanakkor másoktól az életmód, az egészség tisztelete valóban előnyt jelent ezen társadalmi terhek enyhítésére. Nem említve azt a tényt, hogy az idézett kiel-i tanulmány csak az anyagi forrás okozta hiányproblémával foglalkozik az egészségügy területén, és teljesen mellőzi az életmód, a környezet befolyásának említését. A prevenció kérdésében a tanulmány inkább költségoldalról közelít, nem taglalva a várható egészségnyereség kérdéseit. A költség-hason-elemzés, mely az üzemgazdaság területén választ adhat, igen szegényes, hiszen egy átfogó egészségmagatartás, a betegségek megelőzése már valamikor a korai gyermekkorban kezdődik. A salutogenezis fogalmát mint az egészségügy alapját kiemelten kellene említeni, akkor is, ha néhány orvos számára az nem jár elég üzleti eredménnyel. A prioritások képzésével kapcsolatos koncepciók között fontos célként megemlíteni a hosszú várakozási listák leépítését. Ez azonban nem nagyon lehetséges, mivel ezek a kötelmek individuális módon megkerülhetetlenek. Ennek megvalósítási technikái főleg a közép-európai országokban virágzanak, ugyanis milliárdos nagyságrendben kerülnek kenőpénzek az orvosok zsebébe, ahol a prioritásképzés úgy működik, hogy aki fizet az „felszállhat”. Úgy tűnik, hogy a prioritásképzés szakmafüggő, így például a sebészetben vagy a hasonló jellegű műtéti szakmákban, ahol a betegség eléggé tisztán diagnosztizálható, relatív könnyű ezt megvalósítani. De már nehezebb ugyanez a belgyógyászat területén – számos szakember vallja azt a tézist, hogy a belgyógyászat területén a betegek közel 60%-a pszichoszomatikus megbetegedésekkel bajlódik. A pszichiátria területe szintén kérdőjel, és hasonló a helyzet például az időskori megbetegedésekkel is. Itt érdemes még megemlíteni az egészségügyi ellátás szolgáltatásainak szűkítését, amit a lakosoknak tetsző „szükségletarányos” egészségügyi ellátásnak szoktak elnevezni. Ezzel együtt a betegek osztályba sorolása semmiképp sem kívánatos, hiszen ezzel széttörnének a több évszázados fogalmat: „a gyógyítás művészetét”. A prioritásképzés ugyanakkor egyidejűleg kárt tesz a beteg és az or-

vos bizalmi viszonyában, pedig ez az orvos–beteg-kapcsolat alapja. Így kimondható, hogy egy másodlagos megközelítés mindenképpen szükséges, akkor is, ha prioritásképzésben kívánunk gondolkodni. Engedtesse meg, hogy néhány fogalmat röviden érintsek, ilyen például a racionalizálás: a betegellátási folyamatot optimalizáljuk, hogy ezzel az ellátásban nagyobb határfokot érjünk el. Ennek alkalmazása a kórházi üzem területén ma még ritka, a politika ezzel kapcsolatban megtakarításról (nem eléggé) és hatékonyságról szól, amely a gazdaságosabb üzemelést jelenti. Alig van szó az ellátás hatásosságáról, pedig ebben nagyon sok tartalékunk lenne. Azon állítás, mely szerint a prevenció hasonlóan nagy megtakarítási potenciált jelent, csak bizonyos feltételek bevezetésével fogadható teljes egészében. Számomra a prevenció nagy részben vízió, melynek számszerű levezetésére, illetve az eredmények közlésére még nem áll rendelkezésünkre elegendő ismeret, konkrét adat.

A racionalizálás további értelmezése állhat abból is, hogy pénzügyi források hiányában – amely jelenthet humán erőforrás problémákat is –, bizonyos szolgáltatások biztosításáról lemondunk. Politikai értelemben ez az egészségügyre vagy a társadalombiztosításra nézve teljes megsemmisülést jelenthet. Ez a jelenség létezhet azonban az ellátás hozzáférhetőségének hiánya vagy a nem szükségletarányos allokáció miatt; például azon új szolgáltatások esetén, melyeket fokozatosan tudunk csak bevezetni. Ettől függetlenül a prevenció eszköztár kiterjesztése igen kívánatos, ebben például – hasonlóan a magyarországi gyakorlathoz – a terhesgondozás során, a kötelező megjelenés a terhesgondozóban jelentős pozitív eredményeket hozott az ausztriai csecsemőhalálozás területén, ez később anyagi előnyt jelentett a szülő nőnek, ugyanakkor növelte a gyermek megszületésének társadalmi értékelését. A nevezett kieli tanulmány azt állítja, hogy olyan rendszerfüggő megtakarítások, amelyek a prevenció által jönnek létre, nem tekinthető evidenciának – ezt a fenti példa kapcsán viszont mindenképpen el kell vetnünk. A prevenció gyakran mint ajánlat jelenik meg, de megfelelő bónuszkínálat nélkül gyakran nem veszik igénybe – tehát hiányzik az ösztönzés. Az ember olyan élőlény, amely vagy jutalomban vagy néha büntetésben akar részesülni – előnyt és hátrányt biztosítva ezzel magának.

A prioritás képzésével kapcsolatos néhány gondolatot a továbbiakban bővebben is kifejtsek. A prioritásképzés az orvosi beavatkozások bizonyos rangsorolása egy értéktétel alapján – ez az alapfogalom a prioritásképzés tárgykörében. Minden állampolgár számára biztosítandó az orvostudomány eredményeinek hozzáférhetősége, az ellátás a lakóhely közeli háziorvosi, illetve szakorvosi ellátást jelenti. Beske, a kieli tanulmány szerzője a továbbiakban felsorolja számos betegség gyakoriságának várható alakulását 2050-re, és ennek kapcsán azt a megállapítást teszi, hogy az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége csak a források mértékéig garantálható – a politikai ígéret: „all-inclusive”, folyamatos ellátás már nem ígérhető. Sok extra szolgáltatás nélkülözhető, hiszen Németországban amúgy is nagyon alacsony a betegek önrésze, amely alapján Beske kijelenti, hogy az egészségügyi ellátás nem lesz abban a helyzetben, hogy több szolgáltatást biztosítson, mint amennyit a szolidaritási közösség befizet a német betegségbiztosításnak. Hiteles a tanulmány azon megállapítása, hogy a kormány és a politika eddig teljesen ignorált minden, a prioritásképzésről szóló vitát.

A már korábban említett Gesundheitsreport III. című könyvben magam is jeleztem például, hogy a demenciában megbetegedettek száma 2040-re körülbelül a foglalkoztatottak arányához viszonyítva igen jelentős arányban növekedni fog (kb. 1,1 millióval és az életmóddal szorosan összefüggő diabétesz további 600 000-rel növekszik). Hasonló a helyzet az időskori morbiditással, melynek tendenciái nem kedvezőbbek.

Egyidejűleg más európai országok is foglalkoznak már a prioritásképzés kérdéskörével, így például Svédország 2001-ben a prioritásképzés kérdéseivel a következő feladatokat jelölte meg:

1. A prioritásképzés támogatását képző adatbank létrehozása.
2. Az országban megtalálható vonatkozó tanulmányok dokumentálása.
3. További kutatások támogatása, amely a prioritásképzést illeti, az ezzel kapcsolatos központ, ahol az információk a társadalmi nyilvánosság számára hozzáférhetők.

A svéd parlament ezzel kapcsolatban iránymutatást ad, amelyek fő területei: kardiológia, emlő-, végbél- és prosztatarák, asztma és a szenvedélybetegségek.

A tapasztalatok szerint az értékelő rendszerek elég egyszerű felépítésűek. Így kérdésessé válhat, hogy ezek használhatósága pl. Németországban a prioritások képzéséhez elegendőek lehetnek. Az általános racionalizálás keretében azonban nemcsak az egészségbiztosítóknak kellene plusz eredményeket elérni, hanem például pénzügyi területen is. Ennek másik fontos komponense, hogy egyidejűleg a betegeknek is több biztonságot és átláthatóságot biztosítson. Valójában a prioritás értékelését legtöbb esetben a kezelőorvos végzi, akinek a cselekvése olyan gyakorlat, amely többnyire a kórház árbevételéről szól. Így tehát a kórház végül is a saját üzemgazdasága érdekei szerint cselekszik.

Összefoglalás és értékelés

A fent leírtakban az az egyetlen érvényes alapgondolat, amelynek mindenképpen dominálnia kell, hogy az emberi élet értéket képvisel és nem valamilyen árat. Nem jelent

Örömmel adunk hírt arról, hogy április 13-án, a bécsi magyar nagykövetségen az egészség-gazdaságtan magyarországi honosításáért, továbbá a magyar egészségügyi közgazdasági vonatkozásainak oktatásáért végzett tevékenysége elismeréseként Dézsy József professzort kitüntetésben részesítették.

Szerkesztőségünk ezúton is gratulál a professzornak!



azonban következtetést az egyén számára, aki azt gondolhatja, hogy az ő gyógyítása nem lehet túl drága, mert úgyis a szolidaritási közösség vállalja a költségeket. Az egészség értékét az egyén általában akkor ismeri fel, amikor az egészségi állapota már nagyfokú romlást jelez. Azonban nem zárkozhatsz el az allokációs mechanizmusoktól, a racionalizálási feladatok teljesítésétől, bizonyos prioritásképzésektől egy olyan kötelező társadalombiztosítási rendszerben, amelyben élünk. Ugyanakkor nagyon nehezen tudunk egységes álláspontot kialakítani abban, hogy mit tekintünk alapellátásnak – mely a szolgáltatásokat tartalmazza –, vagy mi garantálja a biztos, sikeres ellátást stb. Ez nagyrészt függ az állampolgárok csoportjainak kulturális színvonalától és az életstílusától, az orvostudomány fejlettségi szintjétől és a társadalom gazdasági erejétől is.

Gyakran visszaköszön az az érzés, hogy ezek a kísérletek valójában arra szolgálnak, hogy különböző tanácsadó cégek jól fizető megbízásokat kaphassanak. Érzésem szerint ennek megoldása inkább a szakmai szervezetek feladata lenne. A szociális biztonság kényes kérdésének kezelése egy közösségi intézmény, a társadalombiztosítás kezébe került. Úgy gondolom, hogy az egyén részéről van egy kissé elfelejtett kötelezettség, amely az egyes személyek felelősségét a szolidaritással kapcsolatban a háttérbe helyezi, így az egészség érdekében szükséges teendők és feladatok teljesítése bizony az állampolgárok számára nem mindig valósul meg. Számos jótékony célú társadalmi szervezet munkálkodik azon, hogy az állampolgárt egészségtudatosabbá formálja, ugyanakkor ennek mellékhatásaként olyan gondolatsort indít el, mely után az állampolgár úgy gondolja, hogy az életmód optimalizálása és egyéb feladatok teljesítése a saját anyagi részvétele nélkül is lehetséges. Az nyilvánvaló, hogy az egészségügy úgynevezett piacán egy ajánlat keresletet gerjeszt – a szolgáltatók ezt nagymértékben befolyásolhatnák, hozzáállásuk azonban meglehetősen vegyes. Az állampolgárnak valószínűleg meg kell tanulnia a saját egészségéért viselendő felelősséget, amely a megfelelő életmód ismeretéből áll. Nyilvánvalóan érinti ez az ő általa vállalt kockázatokat is, az itt vállalt cél azt is jelentené, hogy bizonyos ösztönzőkkel elérhető, hogy a helyes egészségmagatartás premizálható legyen, illetve a közös kassza „kifosztása” nem lehet cél. A vonatkozó elképzelések szerint, már az általános iskolában kezdődne a helyes egészségmagatartás kialakítása, ahelyett az alapgonddal helyett, hogy prioritások kitűzésével kissé átszabjuk az egészségügyet.

Az egészségügy újjászervezésében elképzelhető egy új út: az egészségbiztosítás és az ápolási biztosítás egységbe szervezése. Az a probléma, hogy tisztázatlan a betegek helyzete az ápolás és az akut ellátás között. Kiemelten fontos megjegyezni, hogy az orvoslás és technika fejlődése által a költségnövekedés évi 2%-ot tesz ki – ahogyan azt Beske is így értékeli.

Például a német társadalombiztosítás kimutatta, hogy 2009-ben 4 milliárd euróba kerültek az elvégzett vizsgálatok csupán két gép – CT és MRI – esetében!

Megoldás lehet még az EU több országában ismert, hosszabb távon érvényes gondolat, hogy az egészségtudatos magatartás enyhítheti az egészségügy területén lévő anyagi feszültségeket. Fontos lenne továbbá az üzemi egészségügy teljes kiépítése, mert a korai nyugdíjba vonulás komolyan veszélyezteti a fizetők és felhasználók arányát. Sajnos ezt egy pár éve, Ausztriában – és más európai államokban is – már

kezdjük statisztikailag észlelni. Ami a háziorvosi rendszer kérdését illeti, ott a csoportpraxis egy további fejlődési állomás lehet, erre több irodalmi adat is vonatkozik. Kiemelt kérdés az ellátás arányainak optimális kialakítása – vélhetően szűkíteni kell a jelenlegi a kórházi ellátást.

A jelenlegi helyzet elemzése Ausztria vonatkozásában

A 2004–2005-ben kezdődött reform Ausztriában struktúráváltozást eredményezett. A kórházfenntartók közül mindenki elismeri, hogy az oktatáspolitikát az egészségpolitika elé került fontosságában. A minőségre vonatkozó szakmai gondolatsor: struktúra–folyamatok–eredmények területén a hasznosság érdemileg előtérbe került. Ugyanakkor az egészségügyi informatika területén egységes dokumentációra törekednek. Nem ilyen sikeres a helyzet a kórház–házi orvos–kapcsolat és együttműködés kialakításában – itt még komoly feladatok várnak ránk. A már korábban említett feladatok megoldásának része, hogy mindenképpen fontos lenne az ápolás területén nagy erőfeszítéseket tenni. Ugyanakkor ezen feladatok megoldásánál komoly ellenállással kell számolni, az ausztriai rendszerben jelenleg 363 ezer beteg kerül ápolási támogatásra – az ápolásbiztosítás magyarországi bevezetése esetén vélhetően hasonló nagyságrendekkel kell majd számolni. A demográfiai helyzet, az egészségügyi ellátás emelkedő költségei nyilvánvalóan jelzik, hogy a járulékok emelése elkerülhetetlen lesz.

Valóban véget ér napjainkban a gyógyítás szabadsága vagy még csak közelít ez a lehetőség? A válasz a gyógyítás sikerességétől függ: a várható élettartam soha nem látható magasságokba emelkedett, és ezáltal az orvosi ellátás irányában megnyilvánuló kereslet elképzelhetetlen dimenziókat nyitott meg. Itt jön az orvosilag lehetséges – gazdaságilag még megengedhető dilemmája, további ellentmondás a kereső – az ún. aktív – lakosság és a nem kereső társadalmi rétegek között létrejövő feszültség. Erre több irányú válasz lehetséges.

1. Az ajánlati oldalt korlátozzuk, racionalizáljuk, prioritásokat építünk ki.
2. A keresleti oldalon – a szakemberek, talán a pénzügyi szektor részéről – egy szabályozás-ellenőrzés redukálás történik.
3. Felismerjük az üzemi egészségorvos fontosságát és egy ún. egészségmenedzsmentet építünk ki, melyben az üzemi menedzsment, a foglalkoztatottak és az üzemi orvos együtt azt a célt tűzik ki, hogy az alkalmazottak minél tovább aktív – egészséges, motivált és produktív – munkatársok maradjanak.

Hova vezet mindez a mai helyzetben? A lehetséges végkifejlet az úgynevezett „kétosztályos” egészségügy, ahol a társadalom egyik része aggódva életéért, még a tulajdonától is megválna, hogy megkapja a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat, míg mások az élet valamennyi szolgáltatásához könnyen hozzáférnek. A jóléti állam mind a diagnosztika, mind a kezelés és későbbiekben az ápolás területén is korlátlan lehetőségeket ígért, de manapság ez már gondokat okoz. A jóléti állam nem az akarat hiányában nem képes erre, hanem egyszerűen nem ismerte fel az orvosi ellátás belső és külső ellentmondásait, komoly gondokat vállalt magára. Ez komoly etikai, morális kérdés. Vélhetően ez magyarázza a ke-

let-európai országok esetében a korrupciós jelenségeket is. A társadalombiztosítás ezzel szemben üdvöztető jelenséggé válhat újra, lehetővé teszi az orvosválasztást, ahol az ember teljes bizalmával fordulhat orvoshoz, és talán lehetősége nyílik a legkorszerűbb ellátásra is. Ezt kiegészítheti esetleg a magánkórház nyújtotta ellátási komfort. Az emberek vélhetően elvárják egy úgynevezett „lágy orvoslási gyakorlatot”, melynek lényegét megértve a pszichoszomatikus probléma előtérbe kerül. Ez a szakirány a test és a psziché között fennálló kölcsönhatást megkísérli feltárni; korábban utaltam Fellingner professzor megállapítására, amely szerint 60%-ot tesz ki a betegségek hátterében a pszichoszomatikus összefüggés. Sokan úgy gondolhatják, hogy mindez elegendő anyagi lehetőségek mellett megoldható – valójában számos esetben nem igaz: a kockázatokat viselő embereknek a kockázatra szerződést kel-

lene kötni. A másik út lehet a kombinált beteg- és ápolási biztosítás, amit egyelőre még csak terveiben látunk.

Vannak persze más, egyszerű politikai lehetőségek is, mint például az adó-, illetve a járulékemelés lehetősége – nem feladatom semmilyen mértékben a különböző egészségbiztosításokat itt népszerűvé tenni. A várható probléma kezelésében a prioritásképzés az orvoslásban az úgynevezett általános racionalizálást is akár lefedhetné, mindezek azonban egyáltalán nem új elképzelések. Azt azonban kimondhatjuk, hogy a vázolt problémák részletkérdéseinek megoldása még a jövőben igen sok fejtörést fog a szakmabelieknek – de a politikusoknak is – okozni.

A szerző a Nyugat-magyarországi Egyetem tanára.

Szakmai tanulmányút

2011. március 13–15.

Az egészségügyi menedzsment, a gyógyszerész-közgazdász és az orvos-közgazdász posztgraduális továbbképzés jelenlegi és korábban végzett hallgatói számára ismét lehetővé vált több napos szakmai tanulmányúton való részvétel. Az út, amit végigjártak a lelkes érdeklődők, professor Dézsy József c. egyetemi tanárnak köszönhető. Mivel Dézsy professor jelenleg az osztrák privát kórházak szövetségének oszlopos tagja, továbbá korábban több kórház gazdasági igazgatója volt, ezért jó kapcsolatokat ápol az egészségügyi intézményekkel.

■ Dr. Karner Cecília

Az EMCO Magánklinika Thomas Kreuz MSC. menedzserigazgató kalauzolta a résztvevőket. Az 1986-ban alapított magánklinika 27 alkalmazott orvos végez 12 szakmában gyógyítást, összesen mintegy 100 alkalmazottjuk van. A tényeken alapuló orvoslást helyezik előtérbe, igyekeznek családi atmoszférát kialakítani, privát-biztosítottak a betegek.

A gyógyulni vágyók átlagéletkora az intézetben valamivel 50 év felett van, aminek nők teszik ki a kétharmad részét. Magas a csípőprotézises betegek száma, évente mintegy 250. Mivel síparadicsom van a közelben, a betegek között sok a sibaeset, ami az átlagéletkort csökkenti. Országosan az átlagos ápolási idő 6,5 nap, itt a klinikán 4,7 nap. Mivel Ausztriában egy olyan tendencia kezd érvényesülni, hogy meghatározott esetszámot kell ellátni egy évben (pl. 350 szülést), több kisebb kórház léte megkérdőjelezhető – állapította meg az előadó. A betegek körében megkérdezték, és egyértelmű az a válasz, hogy szükséges a minőségi ellátás miatt a kisebb kórház.

A Feldkircher Landeskrankenhaus Kft. tartományi szinten holding formájában működő nonprofit kórház. Impozáns külsővel és magas színvonalú belsővel szolgálja a betegek gyógyulását.

Dipl. Harald Maikisch, MSC, MAS gazdasági igazgató színvonalas előadása és a hallgatók kérdéseire adott válaszai alapján nagyon pozitív benyomást tett a csoportra. Már 28 éve, Dézsy professzort váltva vezeti gazdasági területen a kórházat. Az 1526 alkalmazottból 276 fő az orvosok száma, a nővéreké pedig 753 fő. Összesen 24 ország állampolgárai dolgoznak együtt. Fontos szempont a kollegialitás, az orvosok, az apo-

lók, az igazgatás közösen hozzák a döntéseket. Emiatt kiváló minőségű és jó hangulatú ellátás folyik. Évente 38 ezer beteget látnak el, 4,4 nap átlagos ápolási idővel. Magas színvonalú technikai felszereltség áll rendelkezésükre: PET/CT, SPECT/CT, LINAC, MRT, CT, Cardangio stb. Középpontban a beteg áll.

Az alkalmazottak elhelyezésére a kórház közvetlen környezetében épült épületek állnak rendelkezésre. Külön ápolási iskolát működtetnek, ahonnan évente a 30 főből 23 az intézetben is marad, munkahelyet biztosítanak számukra. Tehát egyben megvalósul a tanulás, a kutatás és a gyógyítás. Ausztriában nincs általános finanszírozás, minden tartomány önállóan dönt. A kórház bevételeit 90%-ban az általános biztosítás, 10%-át a magánbiztosítás adja. A befolyt összeg felosztása itt az alábbi: 25% a kórházé, 25% a főorvosoké, 50% az osztályos orvosoké, nővéreké. Ez Bécsben: 8% a kórházé, 65% a főorvosoké és 27% az osztályos orvosoké, nővéreké.

Vorarlberg tartományi kormányzóságát Bregenzben, az egészségügyért felelős dr. Elmar Bechter mutatta be. Náluk az egészségügy fő erőssége a prevencióban található. Az állampolgárok nagy része fontosnak tartja a megelőzésben való részvételt. Közösségen alapuló egészségügyi ellátás van érvényben, együtt irányítják a szociális centrumokat, a mentőállomást, az egészségügyi intézményeket. Még a tűzoltók tevékenysége is hozzájuk tartozik. A tartományban 8%-os a munkanélküliségi ráta, több ezren dolgoznak Svájcban, de nem ott vásárolnak.

A nagy távolság és az idő rövideje miatt ezt a három intézményt látogattuk meg, melynek költségeit a résztvevők állták. Az utat sikeresnek értékelték és máris megfogalmazódott a következő tanulmányút gondolata és igénye.

Kórházlátogatás a Döblingi Magánklinikán

A Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar II. évfolyamos egészségügyi menedzsment, gyógyszerész-közgazdász, orvos-közgazdász szakos soproni és budapesti posztgraduális, valamint nappali tagozatos BA-s hallgatóinak, 2011. március 4-én lehetőségük nyílt a Kórházműködtetés operatív irányítás és az Egészség-gazdaságtan tantárgy keretén belül, Bécsben a Döblingi Magánklinika megtekintésére.

■ Lukácsné Turbéli Beáta, Turcsik Aranka

A szakmai tanulmányutat prof. dr. Dézsy József ny. kórházigazgató, dr. Karner Cecília docens asszony és dr. Simon Éva főorvos asszony szervezte meg. Köszönet érte. Nagyon jó hangulatú, kellemes utazást követően 10 órakor találkoztunk a magánklinika recepciója előtt, ahol Mag. Sonja Fürsinn, a nemzetközi kapcsolatok felelőse fogadott minket. Az osztályok megtekintése előtt beszámolót hallhattunk a klinika mindennapi feladatairól, a humán erőforrás helyzetéről, finanszírozásáról és működési rendjéről.

A klinika tulajdonosa két magánbiztosító (UNIQA és Merkur). Az üzemeltetés mellett tanácsadással, fejlesztéssel, rehabilitációval, minőségirányítással és egészségturizmussal is foglalkoznak. Bécsben kettő, Grazban és Salzburgban egy-egy klinikát működtetnek.

Az intézmény finanszírozása eltér a magyar kórházak finanszírozásától. Évente 96 millió eurót osztanak ki a magánkórházak között, a társadalombiztosítónak 48 magánkórházzal van szerződése, általában járóbeteg-ellátásra. A magánkórházaknál a biztosító nem HBCS-t fizet, hanem napokat és diagnosztikát: 1 pont 36 cent, állami kórház esetén 1 pont 1 euró 10 cent.

Az intézmény 11 rendelőjét 80 orvos bérli meghatározott időszakonként. A mátrix munkaszervezésben működő klinika 156 ágya 98%-os ágykihasználtsággal működik. Évente 51 000 járóbetegot látnak el, 1500 dolgozóval. A klinika egységeiben, egy- vagy kétágyas szobákban történik a betegek gyógyítása, ápolása. A sebészeti beavatkozások elvégzésére négy műtő áll rendelkezésre. Kiemelkedő minőségű az intézmény hotelszolgáltatása, mindemellett legfontosabb céljuk a betegbiztonság legmagasabb szinten való teljesítése. Betegeik 10%-a külföldi, a személyzet részére a tolmácsolás folyamatosan megoldott.

Minőségirányítási rendszerük ISO- (egészségügyi szolgáltatás) és BHA (hotelszolgálat)-tanúsítással rendelkezik. Folyamatosan végeznek beteg és dolgozó elégedettségi vizsgálatokat, problémaelemzéseket, SWOT-analízis és benchmarking használatával.

A látogatás során alkalmunk volt a klinika fekvő- és járóbeteg-egységeinek megtekintésére, ahol dr. Pintér Miklós (magyar orvos) gyerekkardiológus volt segítségünkre. Láthattuk a Szülészeti osztály alternatív szülőszobáját, egy- és kétágyas betegszobákat, nővérállomásokat, a járóbetegambulanciát, a radiológia osztályt, ahol szintén magyar doktornő Szent-Györgyi Réka kalauzolt minket. Megnézhettük a betegek fizioterápiás kezelésére szolgáló tornatermet is, melyet a munkaidő leteltével a dolgozók is használhatnak.

Számos értékes ismeretre tettünk szert, mellyel a képzésen hallgatott tárgyak ismeretanyaga még mélyebbé vált. A látogatás végeztével, a vendéglátóink büféebéddel tették még kellemesebbé a napunkat.

A NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KARA

2011. szeptemberében Sopronban és Budapesten

SZAKIRÁNYÚ EGYETEMI SZINTŰ POSZTGRADUÁLIS

képzést indít az alábbi szakokon:

Egészségügyi menedzsment

Orvos-közgazdász

Gyógyszerész-közgazdász

Információ, jelentkezés (2011. augusztus 15-ig):

Tanulmányi osztály:

+36-99-518-362; +36-30-300-3384

E-mail: hipsagh@ktk.nyme.hu

Honlap: <http://ktk.nyme.hu>

Törési rizikóbecslés és gyógyszer-finanszírozás posztmenopauzás osteoporózisban

Az osteoporózis (OP) diagnózis az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint a csont ásvány csontsűrűség (bone mineral density, BMD) alapján határozható meg, és a gyógyszeres terápia kezdését is a BMD (T-score)-értékhez kötötték a legtöbb országban az elmúlt években. Klinikai szempontból a releváns kérdés azonban nem az, hogy kinek van a BMD-érték alapján osteoporózisa, hanem az, hogy mely betegeknél fog bekövetkezni törés, azaz valójában kiknél érdemes terápiát kezdeni?

■ Péntek Márta¹, Gulácsi László², Horváth Csaba³

Az elmúlt évek kutatásai azt igazolták, hogy az osteoporotikus törések jelentős része olyan betegeken következik be, akiknél BMD-méréssel nem igazolható osteoporózis, ugyanakkor számos olyan beteg van, akinek BMD alapján osteoporózisa van, de mégsem szenved el élete folyamán csonttörést. (1) Ezért további olyan tényezőket kerestek, melyekkel jobban megjósolható a törés esélye az egész élettartamra, vagy bizonyos időszakokra vonatkozóan. Bár a BMD ma is jelentős rizikótényezőként értékelendő, egyéb faktorok meghatározó szerepe is igazolást nyert (2,3). Epidemiológiai vizsgálatok alapján a legfontosabb rizikótényező az életkor és a csökkent ásványi csonttömeg, de bizonyított törési rizikó a kis testtömeg, a korábban előfordult csonttörés a saját vagy családi kórelőzményben, a dohányzás, a glükokortikoidok tartós szedése, az alkohol abúzus, a rheumatoid arthritis. (4)

A törési rizikó becslése – a FRAX®-modell

A Sheffield-i Egyetemen a WHO Csontanyagcsere Betegségek Együttműködési Központja (Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases) kifejlesztett egy algoritmust, amellyel meghatározható a betegek abszolút törési rizikója 10 évre vonatkozóan. Az algoritmus jogvédett neve FRAX®. (5)

A FRAX®-algoritmus alapján kiszámolható, hogy százalékban kifejezve mekkora az esélye annak, hogy egy beteg 10 éven belül törést szenved el. A modell az ún. major osteoporotikus törések (csípő-, alkar-, felkar- és klinikai csigolyatörés) együttes rizikóját, valamint a csípőtörését külön adja meg. (Tehát a tünetekkel nem járó, csak radiológiailag igazolható csigolyatörések kockázatára nem szolgál adatot a FRAX®.) A FRAX® nőkre és férfiakra egyaránt alkalmazható, a törési rizikót az életkor, a törési rizikófaktorok és a femuron

mért csontsűrűség alapján határozza meg. A FRAX®-modell fejlesztése során lakossági kohorszok metaanalíziseit használták fel a rizikófaktorok azonosításához és független, lakossági alapú, prospektív vizsgálatban validálták a rizikófaktorok jellemzőit. A rizikófaktorok mellett a mortalitási adatokat is figyelembe vették.

A következő változók alapján számol a FRAX®-modell:

- életkor (év, hónap nap vagy életkor évben kifejezve),
- nem (férfi/nő),
- testsúly és testmagasság, ezek alapján kiszámolt testtömeg-index (Body Mass Index, BMI),
- volt már osteoporotikus törése (igen/nem), beleértve a tünetmentes, csak radiológiailag igazolt csigolyatöréseket is,
- szülői csípőtörés (igen/nem),
- dohányzik, minimum 5 szál/nap (igen/nem),
- glükokortikoid szedés legalább 3 hónapon át (igen/nem),
- rheumatoid arthritis betegsége van (igen/nem),
- másodlagos osteoporózist okozó tényezők egyike fennáll: 1-es típusú (inzulin dependens) diabetes mellitus, osteogenesis imperfecta felnőttekben, kezeletlen hosszan fennálló hyperthyreosis, hypogonadizmus vagy korai menopauza (<45 év), krónikus malnutrició vagy malabszorpció, krónikus májbetegség (igen/nem),
- alkoholfogyasztás, legalább 3 egység naponta (igen/nem),
- combnyakon mért BMD különböző osteodenzitometriás géppel mérve vagy femorális Tsc.

A FRAX®-kalkulátor internet alapú (nem letölthető) és a Sheffield-i Egyetem honlapján érhető el, ahol online alkalmazással a rizikófaktorok megadásával számolható ki a FRAX®-érték. (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/>) Lehetőség van

NEMZETKÖZI TANFOLYAM – EGÉSZSÉGÜGYI TOVÁBBKÉPZÉS

A képzés célja: Napjaink nemzetközi egészségügyi szabályainak, reformjavaslatainak, kezdeményezéseinek megismertetése az egészség- és kórházügyben.
A kurzus a hallgatóknak lehetőséget ad az egészség- és kórházmenedzsment legújabb nemzetközi fejleményeinek megismerésére és a résztvevők szakmai tudásának továbbfejlesztésére.

Szervezők: Österreichische Gesellschaft für Gesundheitsökonomie és Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudomány Kar (NYME KTK)

Kurzusvezető: Dipl. oec. dr. dr. hc. Dézsy József egyetemi tanár

Előadók: Elismert magyar és osztrák egyetemi tanárok és szakértők

Előadási nyelv: Német és magyar (fordítás van!)

Bizonyítvány: A két szervező által kiadott hivatalos bizonyítvány

Oktatás helyszíne: Országos Onkológiai Intézet (1126 Budapest, Kékgolyó u. 5–7.), Tükörterem

Oktatási napok: szombat (10.00–17.30)

Oktatási tanórák száma: 90 óra

A továbbképzés beadandó rövid (20 oldalas) írásbeli dolgozat készítésével zárul, ami szóbelin prezentáció formájában bemutatandó.

A beadandó dolgozat témaválasztásának határideje: 2011. november 5.

Dolgozat beadási határideje: 2011. november 26.

Szóbeli bemutatás: 2011. december 3. (Bírálok: Karner Cecília egyetemi docens és Dézsy József egyetemi tanár, kurzusvezető)

Költségtérítés összege: 100 000 Ft (előadások, vizsga és bizonyítvány)

Jelentkezés: Dr. Karner Cecília, egyetemi docens, NYME KTK (min. 15 fő)

E-mail: karner@ktk.nyme.hu, telefon: +36 (30) 486-7813.

Előadók és közreműködők:

- **Univ. prof. dipl. oec. dr. dr. hc. Dézsy József** egyetemi tanár, 40 éves kórházmenedzsment tapasztalat és a WU-egyetem-Bécs volt tanára, az európai magán kórházak egyesületének tagja (UEHP), miniszteri tanácsadó, az ÖGGÖ alkotója és elnöke, 300 szakkikk, 6 szakkönyv szerzője, Club of Rome tagja.
- **Dr. Schermann**, tanár Donauuniversität Krems, controlling oktató, több szakkönyv szerzője.
- **Dr. Osztrovski Béla** főigazgató főorvos, Budapest, Heim Pál Kórház, az EU-tanács volt tagja.
- **Dr. Peter Hauser** osztályvezető, Uniqa Biztosító, nemzetközi tapasztalattal rendelkező szakember, egyetemi lektor Bécs és Donauuniversität Krems, 200 szakkikk szerzője.
- **Mag. dr. Petra Heidler** tanárnő, Donauuniversität Krems, a „Management und Qualität im Gesundheitswesen” Centrum vezetője.
- **Dr. Ferdinand Felix** osztályvezető, orvosi és kórházi ügyek tárgyalásainak vezetője, Egészségügyi Minisztérium Bécs, képviseli Ausztriát a brüsszeli egészségügyeket tárgyaló központban.
- **Dr. Wolfgang Deutz**, a Karintiai Kórházszövetség osztályvezetője, KABEG LKH Villach/Karintia/Ausztria.
- **Univ. prof. dr. Bernhard Schwarz** egyetemi tanár a bécsi orvosi egyetemen, Landsteiner kutatóintézet vezetője, a bécsi Unicredit Bank üzemi egészségmenedzsment igazgatója, az ÖGGÖ választott elnöke.
- **Dr. Sujit Chaudhuri** CSc egyetemi docens, NYME KTK Sopron, kommunikáció és humán erőforrás szervező szakember.

A TANFOLYAM PROGRAMJA

2011. október 1. és 2011. október 15.: EGÉSZSÉGGAZDASÁGTANI ALAPELVEK (a legújabb eredmények)
KÓRHÁZ – ÜZEM VEZETÉSE, EU ELŐÍRÁSOK ÉS DEMOGRÁFIAI VÁLTOZÁSOK ÉS KÖVETELMÉNYEK AZ ORVOSI ÉS SEGÉDI SZINTEN/BASIC KNOWLEDGE IN HEALTH ECONOMICS/LATEST SCIENTIFIC RESULTS EU solutions and regulations DEMOGRAPHIC CHANGEMENT AN ITS CONSEQUENCES IN HEALTH CARE AND SYSTEMS

Óraszám: 10 • Előadó: Dézsy

2011. október 8.: TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS/PRIVÁTBIZTOSÍTÁS EURÓPAI ÁLLAMOKBAN – PACIENSEK SZABAD MOZGÁSA/HEALTH INSURANCE/SOCIAL AND PRIVATE SYSTEMS IN EUROPE PATIENTS FREE MOBILITY

Óraszám: 10 • Előadó: Hauser

2011. október 15.: RIZIKÓMENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÜZEMEKBE/RISKMANAGEMENT IN HEALTH INSTITUTIONS

Óraszám: 5 • Előadó: Deutz/Óraszám: 5 • Előadó: Dézsy

2011. október 22.: STRATÉGIAI KONTROLLING ÉS MODERN MANAGEMENT ÉS INFORMATIKAI RENDSZEREK/CONTROLLING AND MODERN MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS

Óraszám: 10 • Előadó: Schermann

2011. október 29.: KÖLTSÉGVETÉSI TECHNIKÁK ÉS MODERN PÉNZÜGYI MENEDZSMENT A KÓRHÁZBAN/BUDETARY TECHNIQUES AND MONETARY MANAGEMENT IN THE HOSPITAL

Óraszám: 10 • Előadó: Osztrovski

2011. november 5.: PÁCIENSBIZTONSÁG/MINŐSGÉSMENEDZSMENT/PATIENTS SAFETY/QUALITY MANAGEMENT

Óraszám: 10 • Előadó: Heidler

2011. NOVEMBER 12.: EGÉSZSÉGÜGYI SZABÁLYOK/TÖRVÉNYEK/PACIENSEK ÉS MUNKAERŐK SZABAD MOZGÁSA EURÓPÁBAN/
REGULATIONS AND LAWS IN EU HEALTH SYSTEMS/TENDENCIES AND EXPECTANCIES

Óraszám: 10 • Előadó: Felix

2011. november 19.: KOMMUNIKÁCIÓ, PÁCIENS FELVILÁGOSÍTÁS ÚJABB KÖVETELMÉNYEK ÉS ELVÁRÁSOK/COMMUNICATION/PATIENTS INFORMATION/EXPECTANCIES AND TENDENCIES

Óraszám: 10 • Előadó: Chaudhuri

2011. november 26.: AZ ÜZEMI ORVOSTÓL AZ EGÉSZSÉGMENEDZSMENTIG SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZETEKBE/METHODS AND BENEFIT
HOW TO BUILD UP A HEALTH MANAGEMENT SYSTEM IN SOCIAL INSTITUTIONS/METHODS AND BENEFIT

Óraszám: 10 • Előadó: Schwarz

1. ábra. 10 éves abszolút törési rizikószámítás FRAX®-kalkulátorral

Magyarország, 73 éves nő, testsúlya 65 kg, testmagassága 170 cm, szülőknél előfordult csípőtörés, saját femorális Tsc -3,0. (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>)

FRAX® WHO Fracture Risk Assessment Tool

Home Calculation Tool Paper Charts FAQ References English

Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: Hungary Name/ID: About the risk factors (i)

Questionnaire:

1. Age (between 40-90 years) or Date of birth
Age: 73 Y: M: D:

2. Sex ☐ Male ☒ Female

3. Weight (kg) 65

4. Height (cm) 170

5. Previous fracture ☒ No ☐ Yes

6. Parent fractured hip ☐ No ☒ Yes

7. Current smoking ☒ No ☐ Yes

8. Glucocorticoids ☒ No ☐ Yes

9. Rheumatoid arthritis ☒ No ☐ Yes

10. Secondary osteoporosis ☒ No ☐ Yes

11. Alcohol 3 or more units per day ☒ No ☐ Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
T-Score -3.0

Clear Calculate

Results:

BMI 22.5
The ten year probability of fracture (%)

with BMD	
Major osteoporotic	28
Hip fracture	21

Weight Conversion
Pounds → Kgs
Convert

Height Conversion
Inches → Cms
Convert

csontsűrűség (BMD, T-score) adat ismerete nélküli törési rizikószámításra is. A 10 éves törési rizikó, internet hozzáférés hiányában, papíralapú táblázatos formában közölt adatok alapján is kiszámolható a törési rizikófaktorok számának figyelembevételével.

Jelenleg a FRAX®-kalkulátor 30 országra vonatkozó adatokkal rendelkezik, közöttük Magyarország is (Európa: Ausztria, Belgium, Dánia, Finnország, Franciaország, Hollandia, Magyarország, Málta, Németország, Olaszország, Spanyolország, Svédország, Svájc, Törökország, Egyesült Királyság; Észak-Amerika: Amerikai Egyesült Államok, Kanada; Dél-Amerika: Argentína, Kolumbia, Mexikó; Közel-Kelet: Jordánia, Libanon; Ázsia: Kína, Japán, Fülöp-szigetek, Dél-Korea, Szingapúr, Taiwan; Óceánia: Ausztrália, Új-Zéland). Azokban az országokban, ahol még nincs validált verzió, a hasonló töréshézagok országok kalkulátorát javasolják használni. (5)

Példa a FRAX®-kalkulátor alkalmazásához

A magyarországi FRAX®-algoritmus értékeit alkalmazva, egy 170 cm magas, 65 kg-os, 73 éves nő, akinek a szüleinél előfordult csípőtörés és a femorális Tsc -3,0, a FRAX®-kalkulátor alapján a major oszteoporotikus törési rizikója 28%, a csípőtörési rizikója 21% a következő 10 évre. (1. ábra.)

Ha az előbbi példában említett nőbetegnek már volt legalább egy oszteoporotikus törése is, magasabb FRAX® (10 éves törési rizikó)-értéket kapunk: major oszteoporotikus törés 39%, csípőtörés 29%.

Rizikófaktorok súlyozása a FRAX®-modellben – a BMD (Tsc) jelentősége

A különböző rizikófaktorok eltérő súllyal bírnak, és ez a súlyozás a FRAX®-modellben is megjelenik. Amint a fenti példában láttuk, a megelőző oszteoporotikus törés megléte 11%-kal magasabb major oszteoporotikus törési rizikót és 8%-kal magasabb csípőtörési rizikót eredményezett ugyanazon beteg esetén, az egyéb jellemzők változatlansága mellett.

Ha a példában említett betegnél a 0,1-el kisebb Tsc-értékkel számolunk (Tsc -3,1), a FRAX®-érték 2-2%-kal tovább emelkedik (major oszteoporotikus törés 41%, csípőtörés 31%). Ugyanekkora Tsc-változás (-0,1) azonban eltérő hatással bír különböző életkorban és különböző Tsc tartományokban.

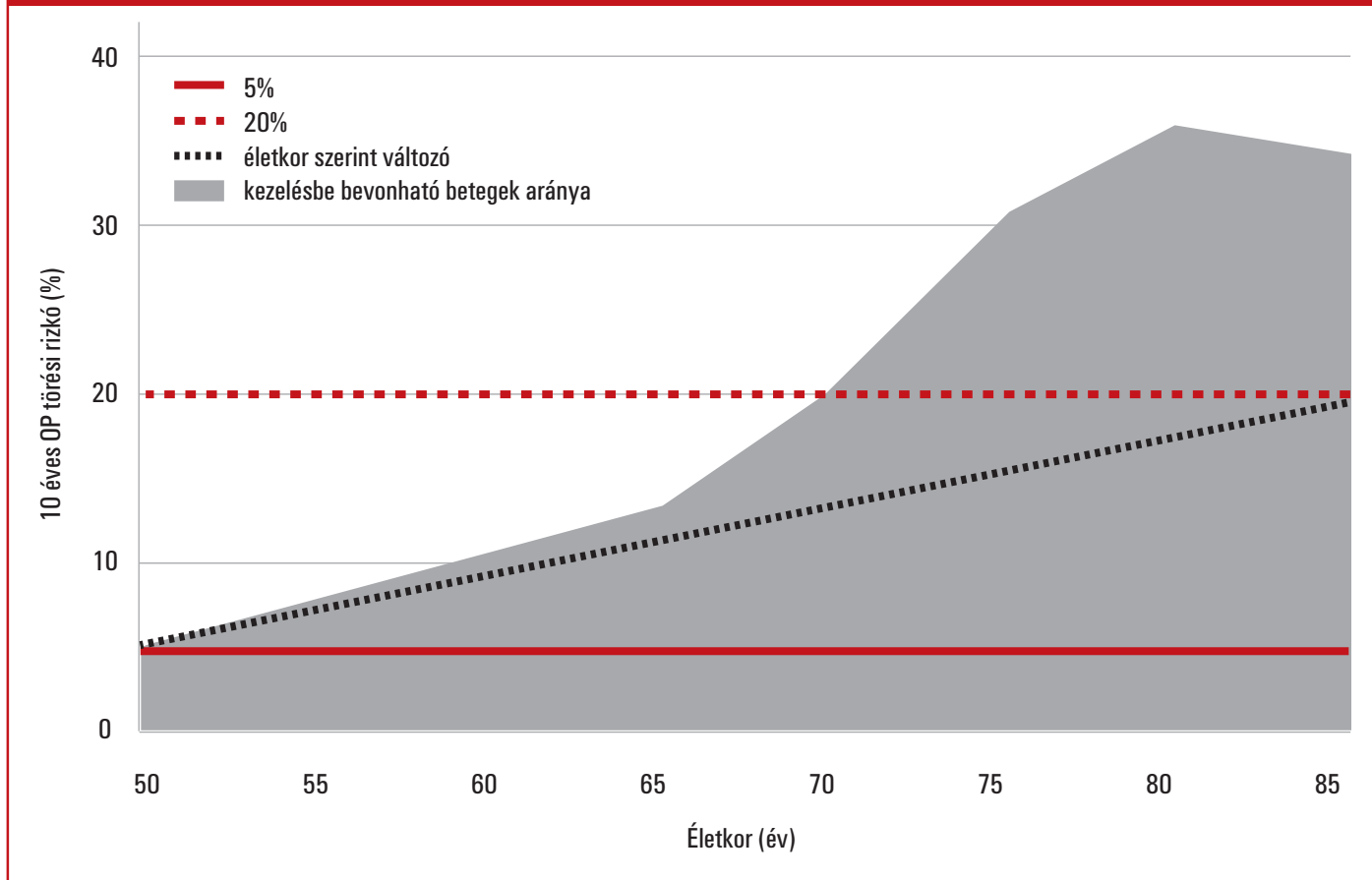
Az előbbi példát folytatva (170 cm magas, 65 kg-os nő, szüleinél előfordult csípőtörés és a betegnek volt már oszteoporotikus törése) 50 éves korban Tsc -2,5 mellett a FRAX® törési rizikó 16%, illetve 4%, Tsc -2,6 mellett pedig 17%, illetve 4,5%, azaz a major oszteoporotikus törés rizikója 1%-al, a csípőtörési rizikója 0,5%-kal nő a T-score 0,1-es csökkenése esetén. A FRAX® kiszámolható BMD (Tsc)-érték nélkül is, ekkor ennél a betegnél alacsonyabb FRAX®-értékeket kapunk (11%, illetve 1,7%). A FRAX®-modell tehát életkor-specifikusan, komplexen értékeli a különböző súlyú rizikófaktorokat, és ad becslést a 10 éves törési rizikóra.

A FRAX®-modell limitációi

A FRAX®-algoritmus bár jelentős előrelépés a törési rizikó felmérésben, alkalmazásakor figyelembe kell venni a limitációit

2. ábra. Abszolút törési rizikón alapuló intervenció küszöb alkalmazása.

Attól függően, hogyan állapítjuk meg az intervenció küszöböt, változik a kezelésbe bevonható betegek aránya



is. A FRAX® megelőző törésként figyelembe veszi a radiológiai-
ilag igazolt vertebrális törést, noha a klinikai vertebrális törés
jelentősen erősebb rizikófaktor, ezért valószínűleg a FRAX®
ebben a tekintetben alábecslést ad. Ugyancsak a megelőző
törések vonatkozásában a FRAX® nem különbözteti meg az
egyszeri és a többszörös töréseket, ami szintén a törési rizikó
alábecslését eredményezi. A glükokortikoidoknál dóziszfüggő
hatással kell számolni, amit a kalkulátor nem tud figyelembe
venni. Hasonló a helyzet a dóziszfüggő hatású dohányzás és
alkoholfogyasztás esetén is. A FRAX® nem ad becslést olyan
jelentős, oszteoporotikus törések bekövetkezésére, mint pl. a
medence-, egyéb femorális és tibia törések. Svédországi ada-
tok alapján úgy tűnik, hogy további oszteoporotikus törések
bevonása a 10 éves törési rizikóbecslésbe kb. további 10%-al
emelné a törési rizikót, a bordatörések figyelembevétele még
magasabb eredményt adna. A FRAX® nem veszi figyelembe
az elesések gyakoriságát, ami szintén befolyásolja a törések
bekövetkezését. Megfelelő számú epidemiológiai adatok hi-
ányában ezeket egyelőre azonban nem integrálták a FRAX®-
modellbe.

Terápiás (finanszírozási) küszöb meghatározása FRAX® alapján

Az abszolút törési rizikó ismerete új lehetőséget jelent a te-
rápiás küszöbérték kijelölésében, azaz annak meghatározá-
sában, hogy a költséghatékonyság mutatóit szem előtt tart-
va mikor kell/érdemes/javasolt terápiát indítani. A terápiás
küszöbérték tehát valójában egy finanszírozási küszöbérték,

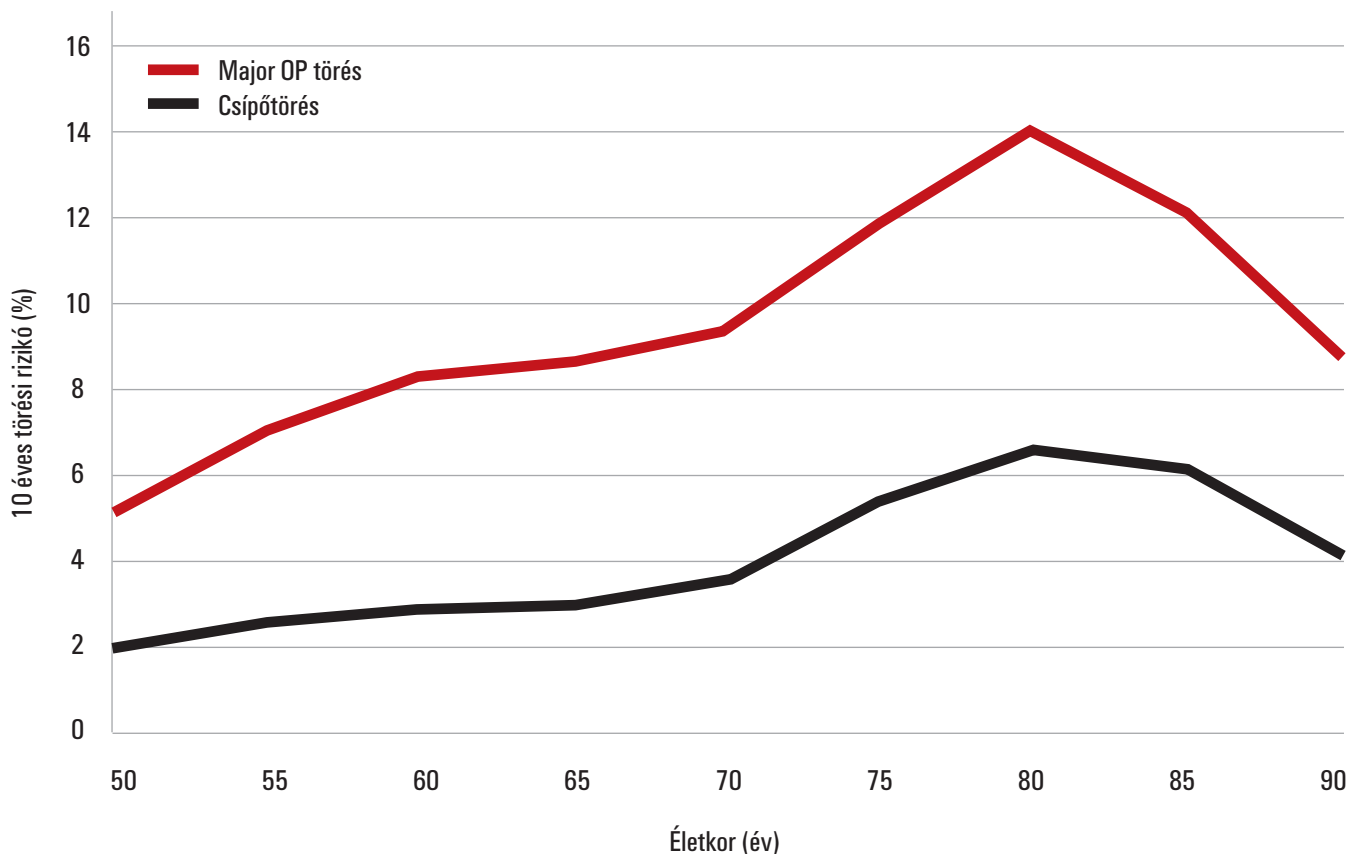
ami a költséghatékonyságon alapul. A FRAX® alkalmazásával
az oszteoporózis kezelés ráfordításait és a várható hasznokat
a törési kockázat adott szintjén lehet vizsgálni. A törési rizikón
alapuló intervenció küszöbérték nagyságától függően keve-
sebb vagy több páciens kerül terápiára. Alacsony intervenció
küszöbértéknél már kis törési rizikó esetén is indítható keze-
lés, így kevés beteg marad ki a terápiából, de sok olyan be-
teg is kap kezelést, akinek terápia nélkül is csak minimális az
esélye a törésre. Magas küszöbértéknél pedig sok olyan beteg
maradhat ki a kezelésből, akinek nagy valószínűséggel lesz
törése. (2. ábra.)

Az, hogy egy adott országban mekkora törési rizikó esetén
javasolt beavatkozni – azaz mekkora törési rizikóértéknél jelö-
lik ki az intervenció küszöböt –, a rendelkezésre álló erőfor-
rások, egészségügyi prioritások és egészség-politikai dönté-
sek kérdése.

Intervenció küszöb az Egyesült Királyságban

Az Egyesült Királyságban a Royal College of Physicians
irányelvén, az oszteoporózis gondozás eseti betegfelisme-
résén (opportunistic case-finding) alapult, azaz ha egy pá-
ciensnek törési rizikófaktor(i) van(nak), akkor felvetették
az oszteoporózis, illetve magas törési rizikó lehetőségét,
ez alapján végezték el oszteodenzitometriás mérést, és ha
oszteoporózis igazolódott, kezdtek terápiát. Ha a betegnek
volt már oszteoporotikus törése, a terápia kezdéshez nem volt
feltétlenül szükséges a BMD-mérés. Sok más európai ország-
ban is hasonló elvek alapján állították össze az oszteoporózis
gondozás irányelvét.

3. ábra. Legkisebb abszolút törési rizikó (magyarországi FRAX® alapján), amely mellett már emelt támogatással adható OP-gyógyszer, törés nélküli osteoporózisos nőknek (femorális Tsc=-2,51, magasság=165 cm, testsúly 60 kg, BMI=22, korai menopauza a rizikótényező).



Az abszolút törési rizikószámítás (FRAX®) lehetősége új megvilágításba helyezi az irányelveket. Kanis és munkatársai megvizsgálták, milyen abszolút törési rizikó mellett költséghatékony az OP-kezelés (terápiás küszöb meghatározása), továbbá mikor érdemes BMD-mérést végezni (6). A törési rizikó és a költséghatékonyság kapcsolatának elemzésére a generikus alendronsav-kezelést vették alapul. Az esettelismerés költségei között figyelembe vették a háziorvosi vizit során a rizikófelmérés idejének (3 perc, 5,76 font) és az oszteodenzitometriás mérésének a költségét, továbbá 10 perc háziorvosi költséget a terápia megbeszélésére (35 font), és azzal a feltételezéssel éltek, hogy a terápia megkezdése előtt majd 2 évente mindegyik betegnél BMD-mérés történik. Az alendronsav terápiás hatására vonatkozó adatok a klinikai vizsgálatok metaanalíziséből származtak (relatív rizikó: csípőtörés 0,62, csigolyatörés 0,56, alkartörés 0,80, egyéb nem vertebrális törés 0,81). Terápia felfüggesztés után további öt évig, zéróig lineárisan csökkenő terápiás hatással számoltak. Költséghatékonysági küszöbértéknek 20 000 font/életminőség-gel korrigált életév (Quality Adjusted Life Year, QALY) alkalmaztak. A generikus alendronsav-kezelés költséghatékonyának bizonyult 50–80 éves kor között átlag 7%-os 10 éves (a BMD-érték figyelembevételével számolt) törési rizikó esetén.

Az 50 év feletti posztmenopauzás osteoporózisos nők, valamint férfiak kezelési irányelveit ezek figyelembevételével állították össze. (A 2010. júliusban frissített irányelv teljes terjedelemben letölthető: http://www.shf.ac.uk/NOGG/NOGG_Pocket_Guide_for_Healthcare_Professionals.pdf). Az irányelv egyértelműen ajánlja a FRAX® alkalmazását a törési rizikó megállapításához, részletesen közli további táblázatokban

korcsoportonként, a rizikófaktorok száma és különböző testtömeg-index mellett, mikor szükséges BMD-mérést végezni, illetve terápiát kezdeni, valamint BMD-mérés birtokában milyen Tsc-érték mellett javasolt a terápia kezdése.

Törési rizikó küszöbérték az emelt/kiemelt gyógyszer-támogatáshoz Magyarországon a jelenlegi finanszírozási rendelkezések szerint

Az emelt (70%-os) gyógyszer-támogatás feltételei osteoporózisban

Jelenleg az emelt, indikációhoz kötött (70%-os) OP-gyógyszer-támogatás alapja a Tsc (<-2,5) és legalább egy törési rizikó fennállása (meghatározott kockázati tényezők – beleértve az életkor ≥65 évet is – közül legalább egy megléte: primer törésprevenció; vagy megelőző osteoporózisos törés: szekunder törésprevenció).

Ha a Tsc<-2,5 és legalább egy meghatározott törési vagy alacsony csontsűrűségi rizikófaktor van a betegnek (primer törésprevenció), vagy Tsc<-2,5 és volt már osteoporotikus törése (szekunder törésprevenció), az alendronsav, a rizedronsav és az orális ibandronsav emelt támogatással (70%) írható fel a páciens részére. A parenterális biszfoszfonátok (ibandronsav injekció, zoledronsav infúzió) kezelés akkor adható, ha az orális biszfoszfonát terápia ellenjavallt vagy dokumentált intolerancia vagy a kezelést hátrányosan befolyásoló egyéb tényező miatt nem folytatható. Ha a biszfoszfonát-kezelés ellenjavallt, vagy nem tolerálja a beteg vagy az egyéves terápia nem volt

hatásos (újabb oszteoporotikus törés vagy Tsc-csökkenés következett be), primer prevenció céljából stroncium-ranelát, szekunder prevenció céljából stroncium-ranelát vagy raloxifen írható fel emelt (70%) támogatással. Idős (≥ 75 év) betegeknél nem feltétel a BMD-mérés, ha már volt porotikus törése a páciensnek, azaz ebben a korcsoportban szekunder prevenció céljából oszteodenzitometriás vizsgálat nélkül is adhatók emelt társadalombiztosítási támogatással a gyógyszerek. (Férfiak oszteoporózisa esetén alendronsav, risedronsav, zoledronsav és parathormon adható meghatározott feltételek szerint, a férfi OP részletes tárgyalása azonban nem célja tanulmányunknak.)

A kiemelt (90%-os) gyógyszer-támogatás feltételei oszteoporózisban

A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság (MOOT) szakmai irányelve szerint – a WHO definíciót alkalmazva – súlyosnak tekinthető az oszteoporózis, ha a $Tsc < -2,5$ és volt már kis erőhatásra bekövetkezett törése a betegnek.

A finanszírozó (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, OEP) kiemelten kezeli a súlyos oszteoporotikus betegeket, a következő kritériumokat alkalmazva:

- a. $Tsc < -4,0$ és oszteoporotikus törése már volt, vagy
- b. $Tsc < -3,0$ és legalább 2 oszteoporotikus törése volt.

A kiemelt, indikációhoz kötött (90%-os) OP-gyógyszer-támogatás az OEP által meghatározott esetekben ($Tsc < -4,0$ és volt már oszteoporotikus törése vagy $Tsc < -3,0$ és legalább 2 oszteoporotikus törése volt) első választandó szerként lehetséges, kizárólagosan csigolyatörés megelőzése céljából. Ha a

$Tsc < -3,0$ és csak egy oszteoporotikus törése volt a páciensnek, akkor további feltétel az orális vagy parenterális biszfoszfonát vagy raloxifen vagy stroncium-ranelát kezelés ellenjavallata, vagy ha intolerancia lép fel ezekre a szerekre vagy legalább 12 hónapon át történő alkalmazásuk eredménytelen. A terápia eredménytelenségét ebben az esetben a biztosító a T-score csökkenéseként határozza meg (új törés bekövetkezése nincs nevesítve az eredménytelenség feltételei között). Jelenleg a magas gyógyszerköltségű, csigolyatörések szekunder prevenciója céljából alkalmazott, 18 hónapos teriparatid-kezelés sorolható a 90%-os társadalombiztosítási támogatásba.

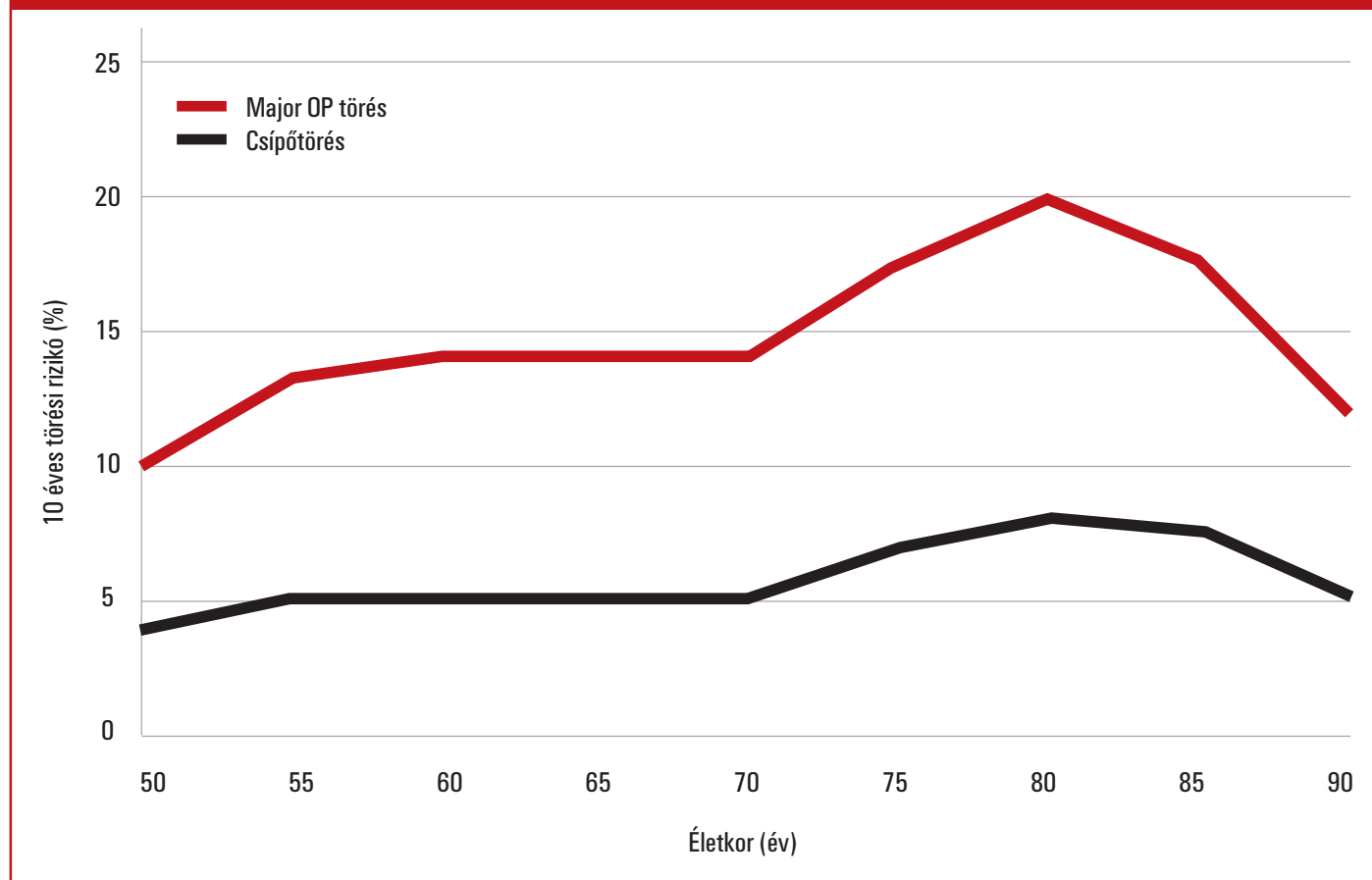
A jelen társadalombiztosítási finanszírozási protokoll lefordítása intervenciók küszöbértékre FRAX® alapján

A FRAX®-modell segítségével megvizsgáltuk, hogy az OEP kritériumai (Tsc, korábbi oszteoporotikus törés, rizikófaktorok) alapján mi az a legkisebb abszolút törési rizikó, amely mellett az oszteoporózis gyógyszerek jelenleg emelt, illetve kiemelt támogatással írhatók fel nőbetegeknek. A FRAX®-kalkulátorban az OEP-előírások szerinti minimum kritériumokat írtuk be. Ha alacsonyabb Tsc-értékeket és további rizikófaktorokat vennénk figyelembe, magasabb törési rizikó (FRAX®) értékeket kapnánk.

Emelt (70%-os) gyógyszer-támogatásra jogosult, törés nélküli OP-betegek minimális törési rizikója FRAX® alapján

Megelőző oszteoporotikus törés nélküli, a jelenlegi OEP rendelkezés szerint emelt (70%) gyógyszer-támogatásra jogosult OP-betegeknél megvizsgáltuk egy kevésbé súlyos rizikófaktor

4. ábra. Legkisebb abszolút törési rizikó (magyarországi FRAX® alapján), amely mellett már emelt támogatással adható OP-gyógyszer porotikus törésen már átesett nőknek ($Tsc = -2,51$, volt már OP törése, magasság=165 cm, testsúly 60 kg, BMI=22, egyéb rizikófaktorok nincsen).



(korai menopauza) és egy súlyos rizikófaktor (szülőknél előfordult csípőtörés) jelenléte esetén a lehetséges legkisebb törési rizikót korcsoportonként. A major oszteoporózis törési rizikó életkortól függően minimum 5–14%, a csípőtörésé 1,8–6,5% közötti volt enyhe rizikófaktor megléte esetén. A 10 éves OP törési rizikó a 80 éves korcsoportban a legmagasabb. (3. ábra.)

Ha nem a korai menopauzát, hanem egy súlyosabb rizikótényezőt veszünk figyelembe (nevezetesen szülők körében előfordult csípőtörést), magasabb értékeket kapunk, különösen a csípőtörésekre vonatkozóan: major OP törési rizikó 8,6–31%, csípőtörési rizikó 1,9–25% értéket vehet fel, életkortól függően, ebben az esetben is 80 éves korban a legmagasabb a törési esély 5 évenkénti korcsoportokat vizsgálva.

Emelt (70%-os) gyógyszer támogatásra jogosult, OP-törésen már átesett betegek minimális törési rizikója FRAX® alapján

Ha oszteoporotikus törése már volt az OP-betegnek, nem szükséges további rizikótényező az OP-gyógyszerek emelt finanszírozásához. A major oszteoporózis törés rizikója életkortól függően minimum 9,6–20%, a csípőtörésé 3,8–8,5% közötti tartományba esik. (4. ábra.)

Törésen átesett 75 éves vagy idősebb betegeknél nem feltétel a Tsc-mérés. A FRAX®-algoritmus Tsc nélkül ezeknél a betegeknél még magasabb törési rizikóértékeket ad.

Kiemelt (90%-os) támogatású gyógyszerre jogosult betegek minimális törési rizikója FRAX® alapján

Megvizsgáltuk, hogy az OEP által definiált, 90%-os támogatással felírható szerrel kezelhető betegek esetén milyen legkisebb

FRAX®-értékeket kapunk korcsoportonként. Elsőként megvizsgáltuk azt az esetet, amikor $Tsc < -4,0$ és volt már porotikus törése a páciensnek: a major oszteoporózis törési rizikó életkortól függően minimum 23–38%, a csípőtörésé 12–26% értéket ad. (5. ábra.)

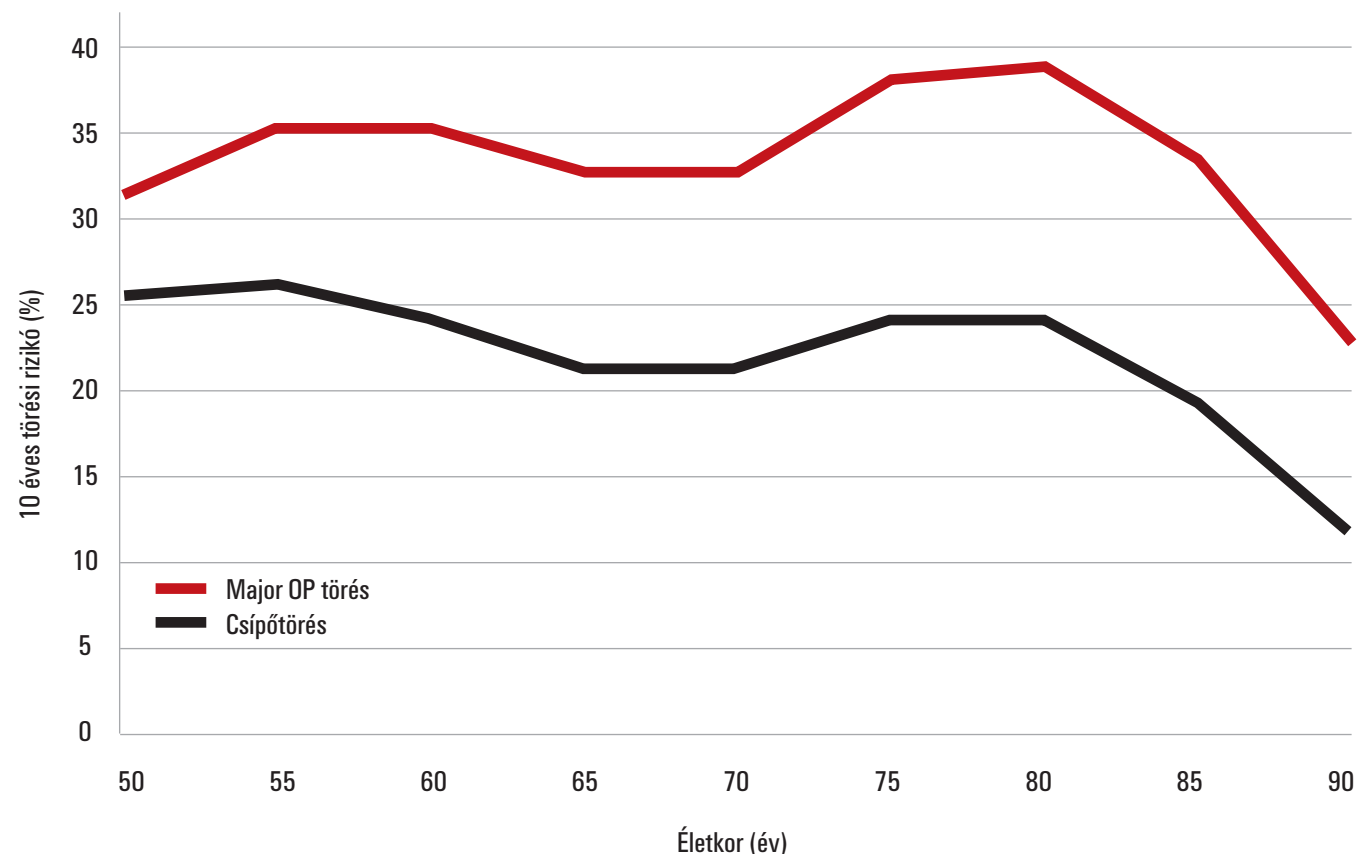
Ezt követően megvizsgáltuk a finanszírozói protokoll szerinti másik esetet, amikor 90%-os támogatású gyógyszer adható: $Tsc < -3,0$, legalább 2 porotikus törése volt már. Azonban a FRAX® nem tesz különbséget egy, illetve több megelőző törés között, ezért valójában csak a T-score érték módosul az előző esethez képest. (6. ábra.)

Ha további rizikófaktorok figyelembevételével végezzük el a számításokat, magasabb törési rizikóértékeket kapunk.

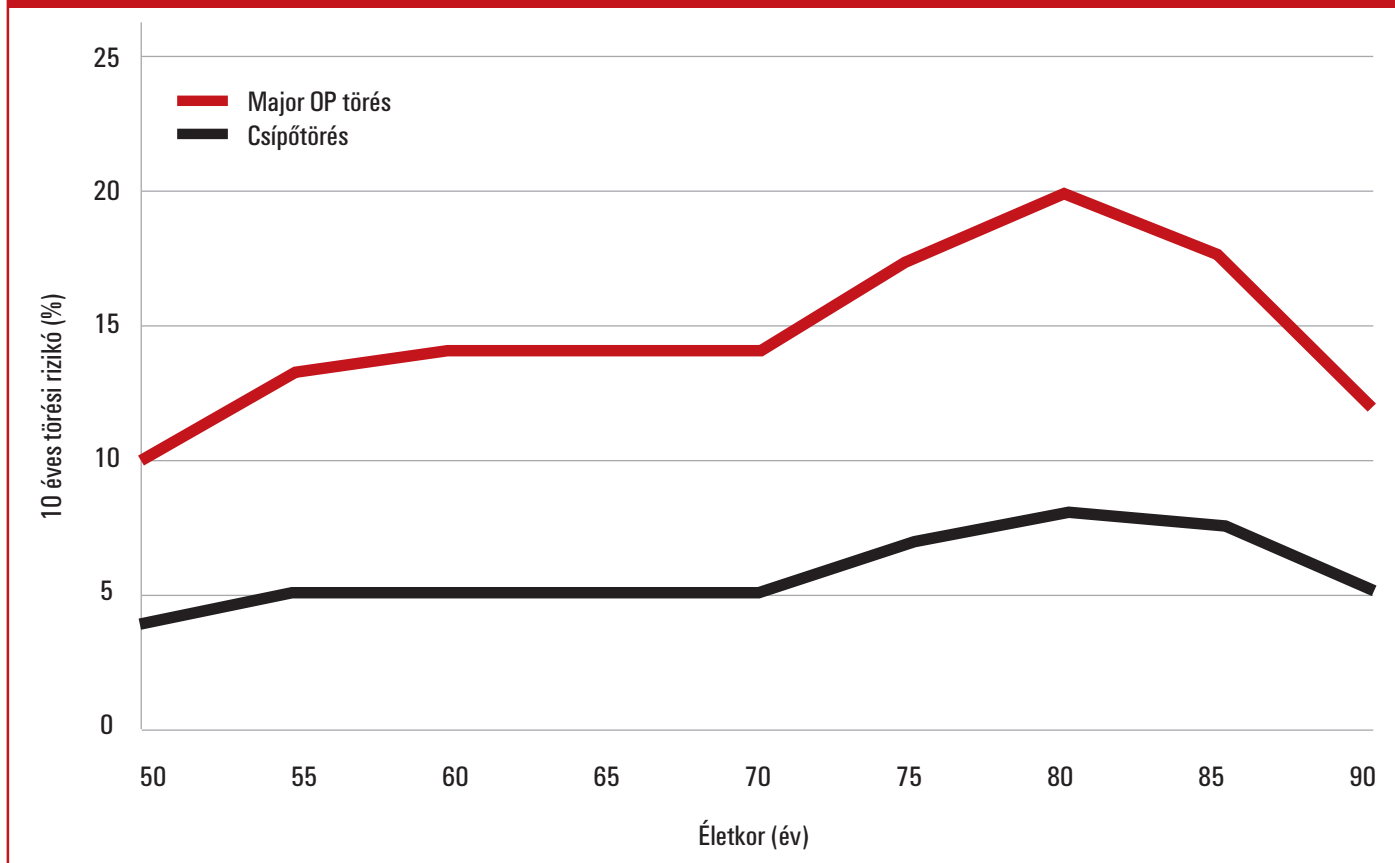
Következtetések

A jelen finanszírozási feltételek szerint alendronsav-, rizedronsav-, ibandronsav- és zoledronsav-kezelés emelt támogatással (70%) adható törés nélküli betegeken már 5%-os major oszteoporotikus törés és 1,8%-os csípőtörési FRAX®-rizikó esetén (primer prevenció), illetve törésen már átesett betegeknél 9,6%-os major oszteoporotikus törés és 3,8%-os csípőtörési FRAX®-rizikó esetén. Ha ezeket a gyógyszereket nem tolerálja a beteg vagy a kezelés nem volt hatásos (Tsc-csökkenés, újabb törés 1 éves terápia után), stroncium-ranelát vagy (törésen már átesett betegeken) raloxifen-kezelés kezdhető emelt támogatással. Ezek a törési rizikóértékek a vizsgált legfiatalabb, 50 éves esetekre vonatkoznak. Primer prevenció esetén az életkorral nő a törési rizikó határérték, legmagasabb 80 éves korban, ezt követően

5. ábra. Magyarországi FRAX® törési rizikó minimum értékek törésen már átesett, normál testtömeg-indexű (magasság=165 cm, testsúly 60 kg, BMI=22) és egyéb törési rizikófaktorral nem rendelkező nők, Tsc -4,01 esetén.



6. ábra. Magyarországi FRAX® törési rizikó minimum értékek törésen már átesett, normál testtömeg-indexű (BMI=22) és egyéb törési rizikófaktorral nem rendelkező nők, Tsc -3,01 esetén.



csökken. Szekunder prevenció esetén ugyancsak növekvő tendencia figyelhető meg 80 éves korig (majd utána csökkenés), de 60–70 éves kor között plató tapasztalható a major oszteoporózis törési rizikóban.

A jelen finanszírozási feltételek szerint a magas gyógyszerköltségű, 18 hónapos teriparatid-kezelés adható kiemelt támogatással (90%) csigolyatörés szekunder prevenciója céljából elsőként választandó szerként egy 31% major törési és 25% csípőtörési rizikó esetén 50 éves korban (80 éves korig emelkedő tendencia, majd csökkenés), ha a beteg csontsűrűség-értéke kifejezetten alacsony (T-score < -4,0) és volt már egy porotikus törése. Ugyancsak elsőként adható 90%-os támogatással a teriparatid-terápia, ha a csontsűrűség jobb eredményt ad ugyan, de legalább két oszteoporotikus törése volt a betegnek. Mivel a FRAX® nem tud különbséget tenni egy, illetve több megelőző törés között, ebben az esetben alacsonyabb 10 éves törési rizikóértékeket kapunk (50 éves korban major OP-törés: 13%, csípőtörés 7,3%, legmagasabb 80 éves korban majd csökken).

Ha figyelembe vesszük, hogy a finanszírozó nem kizárólag femorális Tsc, hanem lumbalis Tsc alapján is emelt finanszírozást biztosít, előfordulhat olyan eset, hogy ennél alacsonyabb törési rizikó mellett is kezdhető emelt/kiemelt finanszírozással oszteoporózis gyógyszeres terápia.

A vizsgált példák egyértelműen rávilágítanak arra, hogy egy olyan finanszírozói algoritmus, amely bizonyos oszteoporózis terápiák adását a Tsc-csökkenés vagy újabb törés bekövetkezéséhez köti, az

- a. nagyon különböző abszolút törési kockázatú betegek és
- b. jelentősen különböző törési kockázattövedés esetén teszi lehetővé a terápiaváltást.

Különösen igaz ez, ha figyelembe vesszük, hogy a terápia módosításához szükséges Tsc-csökkenés nagysága nincs meghatározva az irányelvben, a BMD 7–10%-os emelkedését nevesíti optimális eredménynek a kezelés első 2-3 évében a finanszírozási protokoll.

A fenti elemzések nem a magyarországi terápiás gyakorlatot, hanem az elméletileg lehetséges eseteket mutatják be. Arra vonatkozóan egyelőre kevés adat áll rendelkezésre, milyen törési rizikójú betegek kerülnek valójában kezelésre, milyen hosszan maradnak meg egy-egy terápián, mi a terápia váltás, illetve elhagyás oka, milyen hatásúak az alkalmazott kezelések (7–13). Nem ismerjük a jelenlegi kezelések valós adatokon alapuló költséghatékonyságát. Nincs információnk arról, hogy az oszteoporózis gyógyszerek finanszírozásában az elmúlt években bevezetett változtatások milyen áldozatokkal és hasznokkal jártak.

Ahhoz, hogy a törési rizikóbecslés módszert érvényesítsük a klinikai, illetve a finanszírozói irányelvekben, először is a jelen terápiás gyakorlatot kell „lefordítani” a FRAX®-módszerre, másrészt meg kell határozni, milyen törési rizikó határérték mellett költséghatékony a kezelés Magyarországon, milyen nyereségek és költségek várhatók a finanszírozás változtatásától.

Nincs nemzetközi konszenzus arra vonatkozóan, hogy kit kezeljünk és nem is várható egy egységes, globális irányelv kialakítása a jövőben sem (14). Ugyanis a különböző országok eltérő összegeket tudnak, illetve hajlandóak az egészségügyi ellátásokra fordítani, az egészségügyi ellátáson belüli prioritások is jelentősen különböznek és a törési rizikó is jelentős földrajzi eltéréseket mutat. A terápiás küszöbérték

a költséghatékonyság elve mentén kerül meghatározásra, ezért egy adott országban alkalmazott küszöbérték nem feltétlenül alkalmazható egy másikban, ahol esetleg más az osteoporózis költsége, más a terápiás gyakorlat és más az egészségügyre, egy minőségi életévre (vagy jelen esetben pl. egy csípőtörés elkerülésére) fordítható összeg, a társadalmi fizetési hajlandóság. A terápiás küszöbértékeket ezért országonként kell meghatározni, a helyi epidemiológiai, klinikai és gazdasági adatok figyelembevételével.

A FRAX®-módszer lehetőséget teremt az osteoporózis törési rizikóbecslésen alapuló kezelésére, de hazai adatok figyelembevételével készült költséghatékonysági elemzések szükségesek a várható költségvetési hatások és társadalmi hasznok meghatározásához, az értékalapú finanszírozási döntések meghozatalához.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a TÁMOP támogatásával, 4.2.1./B-09/1/KMR-2010-0005. számú támogatási szerződés alapján, „A tudás alapú gazdaság Magyarországon, az innovációs szemlélet erősödésének és a K+F-teljesítmények növelésének feltételei” című kutatási alprojekt keretében készült.

Irodalomjegyzék

1. Fardellone P.: Predicting the fracture risk in 2008. *Joint Bone Spine*. 2008;75:661–4.
2. Kanis J. A., Johnell O., Oden A., Jonsson B., De Laet C., Dawson A.: Risk of hip fracture according to the World Health Organization criteria for osteopenia and osteoporosis. *Bone*. 2000;27:585–90.
3. Kanis J. A., Johnell O., Oden A., Dawson A., De Laet C., Jonsson B.: Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. *Osteoporos Int*. 2001;12:989–95.
4. Magyar Osteoporosis és Osteoarthritis Társaság. Az osteoporosis felismerése, megelőzése és kezelése 2008-ban. *Ca&Csont*. 2008;11:4–56.
5. Kanis J. A., Burlet N., Cooper C., Delmas P. D., Reginster J. Y., Borgstrom F., Rizzoli R.: European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women*. *Osteoporos Int*. 2008;19:399–428.
6. Kanis J. A., McCloskey E. V., Johansson H., Strom O., Borgstrom F., Oden A.: National Osteoporosis Guideline Group. Case finding for the management of osteoporosis with FRAX-assessment and intervention thresholds for the UK. *Osteoporos Int*. 2008;19:1395–408.
7. Péntek M. (szerk.): A stroncium-ranelát (Protelos) szerepe a postmenopausás osteoporosis terápiájában; szakirodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani vizsgálat. Budapest. Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont. 2010. 195. oldal.
8. Héjj G., Benedek G., Poór Gy.: Osteoporotikus betegek terápiához való ragaszkodása magyar egészségbiztosítói adatok alapján. *Magy Reum*. 2008;49:96–102.
9. Héjj G.: Csípőtáji törések hazánkban 2001–2008 között. *Ca&Csont*. 2009;12:103–107.
10. Poór Gy.: Az osteoporosis ellátásának gyakorlata és eredményei Magyarországon. *LAM*. 2006;16:697–705.
11. Nagy J., Bálint G., Takács K., Winkler V., Ratkó I., Bálint P.: Osteoporosis előfordulása típusos radiustörést szenvedett betegek esetében. *LAM*. 2007;17:37–40.
12. Sebestyén A., Péntek M., Gulácsi L., Nyárády J.: A combnyaktörések betegség-teher modellezése finanszírozói szempontból. *Ca&Csont*. 2009;12:108–17.
13. Mező T., Tabák Á., Bhattoa H. P., Lakatos P.: Az osteoporosis és az osteoporotikus törések kockázati tényezői magyar nők csoportjában: a Nemzeti Osteoporosis Kockázati Kérdőív (NOKK) vizsgálat eredményei. *Ca&Csont*. 2009;12:118–124.
14. Kanis J. A., McCloskey E. V., Johansson H., Strom O., Borgstrom F., Oden A.: How to decide who to treat. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23:711–26.

- 1 Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapest; Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Reumatológiai osztály, Kistarcsa
- 2 Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapest
- 3 Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Háziorvos-lás(s)!

A szerző publikációjában a praxisjog kialakulásának történeti előzményeit tekinti át.

■ Dr. Karády Anna

Az egészségügyi rendszerek kialakulásának kezdetén Európára a porosz minta igen nagy hatással volt, I. Frigyes Vilmos (1713–1740) korszerű államszervezetet hozott létre. Reformjai nemcsak a gazdaságot és a politikát, hanem az egészségügyet is érintették, létrehozta a Medizinalediktet (1), apparátust szervezett, hogy ténylegesen érvényesüljenek a jogszabályok. Legérdekesebb eleme a Taxa című rész, ez alatt sorolja fel az orvosokat megillető díjazást. Ezeket a meghatározott orvosi taxákat a magyarok is be akarták vezetni, de Bécsben nem talált meghallgatásra, így nem foglalkozott vele a birodalmi szabályozás, és ebből adódóan a magyar jog sem.

Az első egészségügyi alapellátás szempontjából említésre méltó jogforrásunk a Generale Normativum in Re Sanitatis (GNRS), a hazai orvoslás történetében jelentős a XVIII. század, melyben a Habsburgokkal perszonálunióban újjászervezett Királyi Magyarország nyugati mintákat vett át az egészségügy kiépítésében. Különösen igaz volt ez a járványügyben, példaként szolgált Európában, mert a tengerhajózási közegészségügyet a szárazföldi áru- és utasforgalom követelményeihez igazította. Tiszteletre méltó a birodalmi törekvés a harmonizációra, megpróbálták a sokszínű, eltérő régiók jogait és szokásait közelíteni. A GNRS latinul íródott Mária Terézia uralkodásának idején, és egészségügyi igazgatási kérdéseket rendezett. Szóserinti fordításban jelentése általános egészségügyi szabályzat, azonban „Egészségügyi Főszabályzat” (2) néven terjedt el a szakirodalomban. A hazai álláspont szerint a GNRS szerzője Hodosi Skollanics József Ferenc magyar orvos. (3) Természetesen nem az önálló szellemi alkotása, hanem német nyelvről latinra történő fordítását vagy fordíttatását értjük rajta, beleértve a közjogilag eltérő szakaszok elengedhetetlen módosítását.

Mint tudjuk, Mária Terézia a rendekkel támadt összetűzése miatt 1765 után nem hívta össze az országgyűlést, mint a legfőbb jogalkotó szervet. Így az Egészségügyi Főszabályzat nem törvény, csak rendelet, mely nem vált akkoriban automatikusan a magyar jogrend részévé. A Helytartótanács a leiratot beiktatta, majd határozatot hozott a hazai kihirdetéséről, és a területi hatályt illetően a Magyar Királyságra és csatolt részeire hivatkozik. (4)

Az Egészségügyi Főszabályzat egy ünnepélyes bevezetést és két részletes részt tartalmaz. Az első ezek közül az egészségügyi szolgáltatók jogállásával foglalkozik, melynek érdekessége, hogy a közszolgálati és a magángazdasági tevékenységek szétválasztására még nem került sor. A második rész

lényegében a pestissel szembeni védekezést taglalja, katonai és polgári szempontokat figyelembe véve. A GNRS nem foglalkozott az orvosi díjszabás ügyével.

Magyarországon az egészségügyi alapellátás tekintetében a kifejezetten magyar jogi szabályozás csak a 19. században jelent meg. Az alapokat az 1876. évi XIV. törvénycikk fektette le, mely olyan átfogó szabályozása volt az egészségügynek, hogy létrejöttek idejében több nyugati országot megelőző komplexitásával, és létrehozta a közegészségügyi szolgálat rendszerét. A törvényhatósági városok és azok a városok, amelyek 6000 lakossal rendelkeztek kötelesek voltak orvost biztosítani. A mai rendszerhez hasonlóan a kisebb községek, illetve falvak egyesültek egymással, és úgynevezett községi köröket hoztak létre, melyekhez 6000–10 000 fő tartozott. Ezek a községi orvosok pályáztatás során kerültek az adott településre, ahol feladatuk meglehetősen széleskörűen volt megállapítva hasonlóan a mai rendszerhez. A beteggel való viszony kapcsán fontos megemlíteni, hogy a díjazás közös megállapodás tárgyát képezte, habár a szegényeket ingyen, a vagyonosokat általában visszerhesen látta el. A községi, illetve a körorvosokon kívül más orvos is folytathatott orvosi tevékenységet, de csak magángyakorlat céljából. A problémát a nagy körzetek okozták, ahol kevés volt egy orvos, és a bajt csak súlyosbította, hogy a díjazás sem volt egyforma, területenként eltérő díjszabások érvényesültek. Ez átvezet minket az egészségügy következő állomásához, melyben a fő cél az egy orvosra jutó lakosság számának csökkentése. Az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk egységesen határozta meg a díjazásukat, illetve minden 5000 lakosnál nagyobb településre jutott egy orvos, a finanszírozás pedig az állam feladata volt, a kisebb településeken pedig körorvos működött továbbra is. Újítás történt abban is, hogy az orvos csak saját területén végezhetett orvoslást, kivéve az életveszély és elsősegély eseteit, ezzel a területi ellátási kötelezettség alapjai megjelentek. (5)

A következő állomás az 1936. évi. I. törvénycikk volt, az orvosi kamara megalapításával és a kötelező kamarai tagság bevezetésével. Egy orvos csak egy területi kamara tagja lehetett, és csak ott végezhetett állandó orvosi tevékenységet. A magángyakorlat körében pedig szabályozta a díjakat a szabályzatában, szélsőséges estek elkerülése volt a cél, ámbar utólag lehetősége volt az orvosnak kevesebbet kérni, de ezt az ellátás előtt nem mondhatta, nem reklámozhatta magát. Az 1936. évi IX. tc. elrendelte az orvosi szolgálatok államosítását, teljes egészében eltöltötték a hatósági orvosokat a magángya-

korlat folytatásától. A hatósági orvosi szolgálat élén tisztiorvosok, illetve tisztí főorvosok álltak, akik a hatósági orvosok szakfelügyeletét látták el.

A korábbi rendelkezéstől eltérően a hatósági orvosokat a belügyminiszter nevezte ki, feladatuk elsődlegesen a szegény betegek ingyen gyógyítása volt, ami igen alacsony javadalmazást jelentett. Majd megjelent az 1942. évi XII. tc., mely már nem csak a kinevezés jogát utalta a belügyminiszter hatáskörébe, hanem a kinevezett orvosokat állami tisztviselőnek is minősítette, illetményüket már az állam fizette, ezt azonban a községek és a városok kötelesek voltak az államnak megtéríteni. A települések közti eltérő fizetőképesség nem számított, egységes fizetési osztályok szerint történt a javadalmazás, továbbá a mai jogszabályokhoz hasonlóan az orvosi rendelőt, az ellátáshoz szükséges tárgyi eszközöket a város, illetve a község biztosította.

1945 után a szocialista elvek égisze alatt a gyógyintézeteket, biztosítótársaságokat államosították, létrehozva egy egységes társadalombiztosítási rendszert. Az egészségügyi intézmények fenntartását, működését állami költségvetésből finanszírozták, ennek ellenére az orvosi magánpraxisok is megmaradtak, mivel az ingyenes egészségügyi ellátás 1949-ben a lakosság 41%-ára terjedt ki, majd 1961-ben alakosság 94%-ára, és 1963-ban pedig már a lakosság 97%-ára. (6) A háborút követően az eddig jól jövedelmező magánpraxis hanyatlani kezdett, sokan az állami szolgálatot választották. Megszületett a 25/1952. (III. 3.) minisztertanácsi rendelet, mely a magánpraxis folytatását az állami egészségügyben való alkalmazás feltételéhez kötötte. A magánpraxis csak azért élte túl a szocializmust, mert akkora volt az szegénység, hogy szükség volt a magángyakorlatból származó plusz jövedelmekre, ezért az orvosok állások halmozásával próbáltak talpon maradni. (7)

Az 1960-as és 70-es évekre nem jellemző az egészségügy modernizálása, mivel nem termelő ágazatnak minősítették, így fejlesztése is háttérbe került. Az egészségügyi igazgatás rendszerére a következők voltak a jellemzők (8):

- az igazgatás a tanácsi szervezetben helyezkedett el, az egyes tanácsszinteken szakigazgatási szervekkel,
- az ellátás három fokozatból állt: alapellátás, szakorvosi ellátás, kórházi ellátás,
- a munkaviszonyon kívül lehetséges volt a magángyakorlat folytatása, de tilos gyógyintézetekben és köteles volt az orvos díjazásairól külön pénztárkönyvet vezetni.

Ahhoz, hogy valós képet kapjunk a mai praxisjogról vagy más néven működtetési jogról, érdemes visszaugrani a rendszerváltozás idejére, amikor a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény a települési önkormányzatok kötelező feladatává tette az alapellátás biztosítását, melynek keretében köteles biztosítani a működési területén lévő körzet tárgyi feltételeit, amely magában foglalja mind a rendelő működtetéséhez szükséges ingatlant, mind a jogszabályban meghatározott eszközöket, illetve berendezési és felszerelési tárgyakat.

A háziorvosi szolgálatban 1993-ban lehetőség nyílt a privatizációra, és így a körzeti orvosok háziorvosok lettek, az új munkáltató pedig az önkormányzat lett, mindemellett azt le kell szögezni, hogy az állami felelősség köréből sosem kerülhet ki teljesen a háziorvosi tevékenység, mivel az egészségügyi ellátáshoz való jog alkotmányos alapjog. A háziorvosi szolgálat létrehozása a költséghatékonyág kialakítása felé tett első

lépés volt, a közalkalmazotti jogviszonyban ellátott praxisok nagy részénél az önkormányzatok ellenállása miatt hiúsult meg a privatizáció. 1997-ben új egészségügyi törvényt hoztak létre (9), amely tovább erősítette a magánszektorban való közreműködés lehetőségét. A hazai alapellátásban 2000-re a funkcionális privatizáció már javarészt lezajlott, a következő állomást a teljes privatizáció jelenthette volna. A teljes privatizáció megvalósítását akadályozta és jelenleg is akadályozza, ha az egészségügyi alapellátás működtetéséhez szükséges berendezések, felszerelések, az orvosi rendelő az adott települési önkormányzat vagyonába tartozik, melyek így korlátozottan forgalomképesek. Szabad döntési joga, rendelkezése csak a képviselő-testületnek van ezen tárgyak vonatkozásában, és kötelezni nem lehetséges őket az átruházásra, mert ez az autonómiájukat sértené. Az orvos szempontjait vizsgálva: a sikeres privatizáció lényege, hogy legyen elvi esély a befektetés megtérülésére. (10) Az orvosnak nem feltétlenül érdeke a teljes privatizáció, mivel a finanszírozás forráshiányos, a biztosított összeg nem tartalmazza a működtetés amortizációs költségeit, tehát a teljes privatizációhoz az orvos oldaláról nézve szükség lenne amortizációjának ellentételezésére. A funkcionális privatizációval az orvosi rendelő és annak felszerelése általában az önkormányzat tulajdonában maradt, ami feszültséget gerjeszt jelenleg is a fenntartó önkormányzat és a működtető között.

A 2000. évi II. törvény – melyet a jogalkotó, előrelátó módon az önálló orvosi tevékenységről nevezett el – hozta létre az eddig ismeretlen működtetési jog fogalmát. A privatizációs folyamat háttérben az állam érdekeit szemlélve megállapíthatjuk, hogy az is szerepet játszott, hogy az önkormányzati törvény megváltoztatása nélkül akarta véghezvinni a privatizációt, melynek célja az lett volna, hogy nagymértékű fejlődést idézhet elő magántőkéből, és egészségpolitikai célokat is szolgál. Az önkormányzat érdekeit figyelve megállapíthatjuk, hogy az önkormányzati törvényből adódó kötelezettségeinek elmulasztását a folyamatba való belépéssel költség nélkül le tudhatja, megszabadulhat az ellátási felelősség gondjától. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (Ötv.) bevezette a működtetési jog fogalmát, amely területi ellátási kötelezettséggel működő praxis ellátásához, mint a feladatátadási szerződés alapfeltétele szükséges. Mind a praxisjog, mind pedig az egészségügyi alapellátás témakörében született szakirodalmak ismerik a praxis fogalmát, sőt hatályos jogszabályok is rendelkezéseket tartalmaznak a praxisokra anélkül, hogy definiálnák a praxis jogi fogalmát.

Sokféle álláspont kialakult a praxis megjelölését illetően, Barzó Tímea szerint (11) a praxis legfontosabb összetevői és jellemzői a következők: betegkör, egészségügyi adatok, tárgyi eszközök, finanszírozásra való jogosultság, szerinte elkerülhetetlen a jövőben az Ötv. módosítása, ha a dogmatikai ellentmondásokat el kívánjuk kerülni.

Molnár Attila is meghatározza az orvosi praxis definícióját (12), mely szerint a praxisnak rendelkeznie kell önálló jogi személyiséggel, az orvos magánvagyonától elkülönülten létezik, önfoglalkoztató és foglalkoztató rendszer egyben, és önálló jövedelemtermelő képességgel rendelkezik, alapító okirat/társasági szerződés hozza létre, korlátozottan forgalomképes stb.

Tisztán látható, hogy a praxis lényegét többféle irányból meg lehet közelíteni, a fent leírtakon kívül a praxisra még találhatnánk jellemző tulajdonságokat, amelyek azonban csak

e fogalom körülírásához vezetnek. Szükség lenne egy pontos definícióra a praxisról, hogy ne egyedi módon értelmezze mindenki, továbbá egyértelműen kellene a működtetési jogot meghatározni a praxis vonatkozásában is. Lényegében a működtetési jog önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog. A köztudatban a praxisjog és a működtetési jog kifejezés egymás szinonimái, ez egy ellentmondásos kérdés, mivel az Öotv. nem használja a praxis szót, minden helyen működtetési jogról beszél, azonban a jogalkalmazás is használja a praxisjog kifejezést, még ha nem is hivatalos. Így egyet leszögezhetünk: habár nem hivatalos a praxisjog kifejezés, de elterjedt. A működtetési jog definícióját (13) a jogalkotó személyhez kapcsolódó jogként határozza meg, semmiféleképpen sem azonosítható azonban a személyiségi joggal vagy a személyhez fűződő jogokkal. Az utóbbiak szorosan kapcsolódnak az alapjogok védelmével, melyek olyan érdekek védelmét jelentik, amelyek az egyénben rejlenek, itt azonban a személyes jelleg az orvos személyével kapcsolatban támasztott feltételek, valamint a kötelező személyes munkavégzés kapcsán merül fel. Átmeneti jelleggel lehetséges a személyes szolgáltatásnyújtási kötelezettség nem teljesítése, ilyenkor helyettesítésről kell gondoskodni, de a helyettesnek is rendelkezni kell a tevékenység gyakorlásához szükséges előírt feltételekkel. A lehetséges személyes távollétek eseteit jogszabály határozza meg. A működtetési jog törvényben meghatározott alanyi jog, mely alapján területi ellátási kötelezettséggel egy meghatározott háziorvosi körzetben, egy adott háziorvos kizárólagos joga az egészségügyi alapellátás nyújtása (14). Tartalma pozitív jog, tevérsre irányuló kizárólagos jogosultság egy adott körzetben, amely a tevékenység végzésére egyben kötelez is. Vagyoni értékét egy orvos pályán szerzett tapasztalata, illetve a munkája során kialakított sajátos „know-how” (15) adja (16). A működtetési jog kétféleképpen cserélhet gazdát: elidegenítéssel és kvázi folytatással. Az elidegenítés lényegében adásvételt jelent, míg a folytatás egyszerűsített öröklési lehetőséget a háziorvoslás feltételeinek megfelelően. Az elidegenítésből kitűnik a működtetési jog áru jellege és elidegeníthetősége, ami a dologi jogokkal mutat hasonlóságot. A forgalomképessége korlátozott, ezt láthatjuk az egyszerűsített öröklés kapcsán, mert ha a háziorvoslás feltételeinek a házastárs és az egyenes ági leszármazó jogosult nem felel meg, 6 hónapja van elidegeníteni, különben a működtetési jog elenyézik. (17)

Már a római jogban is ismert volt a dolgok osztályozása, mely szerint forgalomképes és a forgalmon kívüli dolgok, más néven forgalomképtelen dolgok csoportosítása volt ismeretes (18). A polgári jogunk a forgalomképességet a tulajdonjoghoz kapcsolja. A tulajdonjog szorosan kapcsolódik a dolog fogalmához. A hatályos polgári törvénykönyvünk a dolog fogalmának meghatározását nem tartalmazza kifejezetten, hanem a dolgot a tulajdonjog tárgyaként említi (19), minden birtokba vehető dolog tulajdonjog tárgya lehet. A bírósági gyakorlat azonban a tulajdonjogi rendelkezések alkalmazását tágítja, alkalmazza jogokra anélkül, hogy elfogadná dologi jogi minőségüket. Bajosan lehetne csak elfogadni, hogy egy ilyen „önálló jog”, mint a működtetési jog rendelkezik a dologi minőség minden kritériumával, vagy a tulajdonlását teljes mértékben meg lehetne valósítani a jelenlegi szabályoknak megfelelően, azonban nyilvánvaló, hogy az egzakt szabályozás hiányának ellenére is készülnek szerződések a működtetési jog átruházá-

sa kapcsán, ezekben a szerződésekben a kiindulópont a tulajdonjogi szabályozás, csak ennek mintájára tudnak támaszkodni. A működtetési jog korlátozott rendelkezési jog, szükséges a személyes munkavégzés, bérbe, haszonbérbe nem adható, és sem ingyenesen, sem pedig visszerhesen más részére át nem engedhető. Tehát hiába alkalmazhatjuk a tulajdonjogi szabályokat átruházáskor, teljes rendelkezési joga a háziorvosnak nem áll fenn a működtetési jogon.

A praxisjog elidegeníthetőségét az Öotv. állapítja meg, de hiba lenne forgalomképesnek nyilvánítani e törvény alapján, mivel ha részletesen megvizsgáljuk az elidegenítés feltételeit e törvényben, azonnal észrevesszük, hogy a potenciális megszerzőkkel szemben korlátozásokat tartalmaz. Komoly korlátok közé szorítja az új jogosult kiválasztását:

- csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, akinek nincs működtetési joga, mindenkinek csak egy lehet,
- a megszerző személlyel szemben követelmény, hogy orvos legyen és rendelkezzen a megfelelő igazoló hatósági bizonyítványokkal és a személyével szemben támasztott jogszabályi feltételeknek meg kell felelnie.

A működtetési jog megszerzhető:

- alanyi jogon,
- betöltés jogcímén: új, illetve tartósan betöltetlen háziorvosi körzet esetén,
- átruházással (adásvétel, csere, ajándékozás),
- a praxisjog folytatásával.

Magyarországon az alanyi jogszerzés a tipikus, azonban egyre növekszik a praxisok átruházásának száma, idővel eltűnik az alanyi jogon szerzett praxis fogalma. Leegyszerűsítve: az alanyi jogon való jogszerzés alatt azt értjük, hogy azok a háziorvosok, akik az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény hatálybalépésének napján működtetési joggal rendelkeztek, tevékenységüket végezték a törvény erejénél fogva nyertek praxisjogot.

A betöltés jogcímén a működtetési jog megszerzése csak tartósan betöltetlen vagy újonnan létesített háziorvosi körzet esetén lehetséges. A pályázatot elnyerő orvos tartósan betöltetlen körzet esetén ingyenesen és betöltés jogcímén szerez működtetési jogot.

A működtetési jog átruházásánál le kell szögeznünk, hogy egy jog elidegenítéséről beszélünk. Az átruházás jogcíme általában adásvétel, csere, ajándékozás. A működtetési jog átadásának az átruházás szándékával kell végbemennie, ez azonban lehet feltétlen és feltételhez kötött. Feltételesről akkor beszélünk, ha tulajdonátszállás nem az átadáskor, hanem egy előre meghatározott időpontban vagy egy előre meghatározott feltétel bekövetkezésével valósul meg. Gyakorlatban ez azt jelenti, ha a vevő nem tudja a vételárat egyszerre kifizetni, akkor az eladó tulajdonjogát fenntartja a vételár teljes kifizetéséig. Azonban ez ahhoz a problémához vezet, hogy a működtetési jogot nem szerzi meg, helyettesítéssel végzik az alapellátást.

Korábban már kifejtettem, hogy a praxis egy vagyoni értékű jog, ami nem minősül dolognak, de az értékének megállapításához a dologra vonatkozó irodalmakat, és álláspontokat indokolt figyelembe venni. Az értéket célszerű tulajdonságként felfogni, amely a dolog egy jellemzője. Kolosváry Bálint elmélete alapján az érték jelzi, hogy valamely dolog alkalmas-e a cél kielégítésére, általában ez alatt

gazdasági célokat értünk. (20) Katona Mór szerint a dolgok értékét a hasznavehetőségük adja. Az értékek közti különbséget a dolgok összehasonlításával tudjuk mérni, azonban ez nehezíti a kereskedelmet, lassítja a forgalmat, így szükség volt egy eszközre, amihez viszonyítani lehet, ez lett a pénz és így lett a dolog értéke egyenlő a pénzben kifejezett árral. Minden annyit ér, amennyit a piac hajlandó érte megfizetni. Ez a kereskedelmi alapgondolat éppen úgy érvényes a működtetési jogra, mint bármely más dolog adásvételére. (21) Mindezek ellenére álláspontom szerint az ár nem minden esetben tükrözi a dolog vagy akár egy jog valós értékét. Sokszor fikciókat alkalmazunk. Gondoljunk például a benzinre vagy olajra! A kőolaj nem megújuló energiaforrás, és a járművek működtetéséhez feltétlenül szükséges. A pénzben kifejezett értéke inkább egyfajta megállapodás eredménye. Ezen energiahordozók kiaknázása a földön nem végtelen, nem áll rendelkezésünkre korlátlan mennyiségben, ennek ellenére kortünet, hogy az emberek, mikor autóba ülnek, nem feltétlenül gondolják végig, hogy az energiahordozók forrása véges, egyszer eltűnhet. Manapság gyakori, hogy egy háztartásban egynél több autó is használatban van, ami nem kifejezetten az energiahordozókkal való spórolás jele. Általános a benzin és az olaj magas árán való szörnyűlködés, holott keressünk egy embert vagy akár többet, aki kb. 100–200 Ft-ért tolja a kocsinkat 5 km-en keresztül. Tehát a benzin és az olaj áránál is fikciót alkalmazunk, az ár ebben az esetben nem tükrözi az értéket, sőt téveszméhez vezet, az emberek nem az igazi értékének megfelelő helyen kezelik, és nem takarékoskodnak vele. A működtetési jog értékének vizsgálata kapcsán a szellemi, eszmei értékek meghatározása különösen nehéz feladat. A kiindulópontom: ha az elveket, amelyek mentén haladunk, jól választjuk ki, akkor az eszközök és a célok is összhangban lesznek. Feladatunk egy olyan érték mikroszkopikus vizsgálata, melyben gyakran egy orvos hosszú évek gyógyító munkájának eredményét, életpályatapasztalatát értékeljük, és próbálunk pénzben meghatározott összeget rendelni hozzá. Az érték kiválasztás minden esetben felelősséggel jár, a mindenkor állami vezetés és politikusi felelősek az orvosok munkájának értékeléséért, amely programjukban és az általuk képviselt irányokban, jogszabályokban testesül meg. Az orvos praxisjogát sokan know-how-ként ítélik meg, ami sok oldalról aggályos. Megkérdőjelezhető, hogy egy háziorvos beteganyaga árujellegű-e, gyakorlatban hasznosítható ismeretanyag-e. A praxis forgalomképessége nem függ a praxisban eltöltött időtől, több tíz év vagy csak pár hónap azonos megítélés alá kerül. Mit is tartalmaz ez az ismeretanyag? A betegek egészségügyi adatait, melyekkel egyértelműen a beteg rendelkezik, áruként átruházni nem lehet. Az adatokat védi az orvosi titoktartási kötelezettség intézménye is. Vizsgáljuk meg a háziorvos bevételeit: a legnagyobb tételt az OEP-finanszírozás jelenti, így célszerű ebből kiindulni. Sztrilich András megítélése szerint a vevő felé meg kell tudni indokolni az értékelés szempontjait (22), ilyen lehet az OEP-től befolyó bevételek, melyek folyamatosak, pontosan meghatározható, illetve bizonyítható és ellenőrizhető a bankszámlán. A vevő így tud kalkulálni, hogy megvétel esetén mennyi idő alatt térül meg a praxisvásárlásba fektetett pénze. Az átlagos havi bevétel összegét szorzóval megszorozzák, így kapható meg a praxis vételárának értéke. Mekkora szám ez a szorzó? Mindig egyedi módon kell értékelni az adott praxist, nincsenek előírt

szempontok, mégis számos tényező figyelembe vétele segíthet.

Megvizsgálandó:

- a földrajzi helyzet, környezet, az adott környék infrastruktúrája,
- konkurencia,
- kártyaszám,
- önkormányzat partnersége a teherviselésben,
- nyilvántartási rendszer.

Meg kell különböztetnünk a praxisokat, vannak frekvenciátaltabb területek, ahová az orvos adott esetben szívesebben helyezi át életvitelének központját. Családos orvosok esetében fontos lehet az oktatási intézmények jelenléte gyermekei érdekében, fontos lehet az egyéb munkavállalási lehetőség a család többi tagja számára. A betegek összetételének (fiatalok, idősebbek) (23) alakulása is meghatározó, vannak előre-gedő praxisok, ahonnan a fiatalok igyekeznek elköltözni (korlátozott munkavállalási lehetőség, alacsonyabb bérek), ami egy praxis hanyatlásához vezet. Természetesen a vásárolni szándékozó orvosnak is lehetnek egyéb privát szempontjai.

A praxisok értékének meghatározásához szükség volna egy olyan szakmai szervezetre, mely valamiféle értékelési szempontok alapján képes volna meghatározni a konkrét praxisok értékét. Ehhez segítségül lehetne hívni a német modellt. A praxis vételárának meghatározására Németországban sincs egységes rendszer. Fontos, hogy a vételár meghatározása az eladó orvos részéről megközelítőleg egyezzen a forgalmi értékkel, a vevő és az eladó közti megállapodás tervezetét be kell nyújtani az illetékes orvosi kamarához, hogy jóváhagyja. Az értéknél a tiszta jövedelem nagyságát tekintik alapvető jelentőségűnek, de a jó hírnév is meghatározó tényező az ár kialakításában. A német rendszer egy nagyobb földrajzi területre állapítja meg a szükséges orvosok számát, melyet jelentősen befolyásolnak a piaci szempontok, míg Magyarországon egy konkrét földrajzi körzethez tartozik egy adott praxis. A praxis forgalomképessége ugyanolyan korlátozott módon érvényesül, mint nálunk a működtetési jogé. A szövetség engedélye, és a személlyel szemben támasztott feltételeknek való megfelelés elengedhetetlen a praxis megszerzésének szempontjából. Náluk a praxis anyagi biztonságot és jövőt jelent, aminek értékének meghatározásakor az orvosi kamara segítséget nyújt, ezt mindenképpen követendő példának tartom.

Önmagában nézve a háziorvosi szolgálat bevezetése, valamint a praxisjog létrehozása helyes lépésnek értékelhető, mert az irány megfelelő volt. Az ötlet, amely a reformhoz vezetett, jó elképzelésnek mondható, azonban a megvalósítás nem sikerült maradéktalanul. Sajnos, az alapvető célok maradtak megvalósíthatatlanul.

A privatizációval kapcsolatos jelmondat az lehetne, hogy: tedd, vagy ne tedd, de ne próbáld!

Hivatkozások

1. Porosz Ediktum 1725, *Orvoslási Rendtartás*.
2. Magyary-Kossa Gyula is ezt használja, *Magyar Orvosi Emlékek*. Magyar Orvosi Könyvkiadó, Budapest, 1929–1940. (A mű az orvostörténet szempontjából jelentős forrásanyagokat dolgozza fel.)

3. Balázs Péter: Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete. 10. oldal.
4. Balázs Péter: Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete. 13. oldal.
5. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:21.
6. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:24.; Jobst Á.: Gondolatok a magánpraxis 1945 utáni hazai történetéhez. Valóság. 1994:55.
7. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:25.
8. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:25–27.
9. 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.).
10. Rékassy B.: Reális alternatíva-e a privatizáció? Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1999;2:127.
11. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007. VII., VIII. fejezete.
12. Az orvosok jogállása – új megközelítésben. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja. 2007;9:26–29.
13. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:234.
14. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:238.
15. Tattay Levente: A szellemi alkotások joga. Szent István Társulat. Budapest 2009:248.
- (A know-how versenyelőnyt biztosító titkos, lényeges és azonosított – reprodukálható – ismeretet jelent.)
16. Ötv. általános indoklása.
17. 2000 évi II. törvény 2. §.
18. Földi András és Hamza Gábor: A római jog története és intézményei. (Római jog) Nemzeti Tankönyvkiadó Rt., 1996:276. (A dolgok osztályozása.)
19. Ptk. 94. § (1) bekezdés.
20. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:298.
21. Balogh S., Sztrilich A.: A működtetési jogról jogszerűen. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T. Bt. 2001. 6. rész 7.1. fejezet 1. oldal.
22. Balogh S., Sztrilich A.: A működtetési jogról jogszerűen. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T. Bt. 2001. 6. rész 7. 1. fejezet 3. oldal.
23. Barzó Tímea: Praxisjog. Medicina. 2007:301.

A szerző jogász, NEFMI.

A jókedv más mentalitást kölcsönöz az embereknek – ráadásul nem kerül semmibe

A magyar egészségügy évtizedek óta szem előtt tartja Nemes Jánost, számos okból. Viszonylag fiatalon vezette az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületét, 1992-től. Az elsők között lett nagy kórház főigazgatója közgazdasági képzettséggel, és a nyugdíjkorhatár előtt egy évtizeddel olyasmire váltott, ami a magyar egészségügyben még szokatlan – más országokban egyébként nem –, a magánszférában vállalt felső vezetői pozíciót. Ez bőven elég ahhoz, hogy életútjáról tájékoztassuk az olvasókat.

■ Dr. Szepesi András, Bene Zsolt

A magyar egészségügy évtizedek óta szem előtt tartja Nemes Jánost, számos okból. Viszonylag fiatalon vezette az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületét, 1992-től. Az elsők között lett nagy kórház főigazgatója közgazdasági képzettséggel, és a nyugdíjkorhatár előtt egy évtizeddel olyasmire váltott, ami a magyar egészségügyben még szokatlan – más országokban egyébként nem –, a magánszférában vállalt felső vezetői pozíciót. Ez bőven elég ahhoz, hogy életútjáról tájékoztassuk az olvasókat.

– Mondjon valamit a gyökereiről! Hol született, milyen iskolába járt?

– Az egészségügy meghatározta az életemet. Érdekes, ennek semmi köze ahhoz, hogy az egészségügyi pályán helyezkedtem el – Kalocsán éltem, ahol a gyerekkori barátom édesapja orvos volt, aki mindig megengedte, hogy bemenjünk a kórházba televíziót nézni. Ez az ötvenes évek végén történt, amikor még Kalocsán is csak néhány televízió volt. Ott éreztem meg a kórház „illatát” – ezt mindenki ismeri, aki az egészségügyben dolgozik. Ezzel a fizikális érzéssel kezdődött minden! Mint mondtam, ennek a későbbi pályámhoz semmi köze nem volt, de ez így mindig megmaradt bennem. Hozzáteszem, az említett illatot, a „kórházzagot” manapság nem minden intézményben lehet érezni. Nagyon sok kórházban működik már büfé, ahol többek között pogácsát is árulnak. Ha például bemegyünk a miskolci kórház igazgatósági épületébe, rögtön megcsapja az ember orrát a pogácsa illata. A kérdéshez visszatérve: Kalocsán, az I. István (ma Szent István) Gimnáziumba jártam. A gimnázium a teológia épületében volt, így számos, a teológián is tanító tanár indított el a középiskolában. Mindenképpen pedagógus szerettem volna lenni.

– Esetleg szülői indíttatásból?

– Nem, pedig a családban elég sok pedagógus volt. Utólag nem bánom, hogy nem lettem tanár. Akkor persze bántott, hogy helyhiány miatt nem vettek fel, majd beiratkoztam a Pénzügyi és Számviteli Főiskolára, amit el is végeztem, ezután a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem vállalatgazdasági kar, vezetésszervezési szakon szereztem szakközgazdász diplomát, ezt levelezőn végeztem, mert közben elhelyezkedtem az államigazgatásban. Kalocsán a városi tanács pénzügyi osztályán kezdtem a pályafutásomat. Ott egy-két évet töltöttem el, aztán „kitettek” a városi kórházba, mint szervezett káderutánpótlást: nagyon fiatalon lettem gazdasági igazgató-helyettes. Aztán 1974-ben kineveztek a kalocsai kórház gazdasági igazgatójának. Az egy nagyon szép, elsősorban az egészségügy megtanulásának időszaka volt. Tizenegy évet töltöttem el a kalocsai kórházban. Úgy gondolom, hogy az a kórház, nagyon a „helyén volt”. Két igazgatóval dolgoztam együtt. A második igazgatóval volt egy megállapodásom, hogy amíg ő ott dolgozik, addig maradjak én is – mert akkoriban már jöttek a csábítások. Miután ez a periódus eltelt, 1982-ben elvállaltam a kecskeméti megyei kórház gazdasági igazgatását, Losoncz Mihály főigazgató és Gubacsi László megyei főorvos meghívására. Az új megyei kórházat 1980-ban adták át, magam 1982-ben kerültem oda. Nagyon érdekes volt a különbség a városi és egy nagy megyei kórház között: teljesen más struktúra, kapacitás, nagyságrend, feltételrendszer.

– Először láthatta, hogy az épített környezet még az egészségügyre is mekkora hatással van. A régi kórházakban szigorú belső rend volt, a múlt század végére mutatott vissza. Kalocsa is ilyen.

– Igen. Kalocsa még ma is megtartotta patináját, családiasságát. Kecskeméten ez nagyon hiányzott. Ott minden posztra megvoltak az emberek. Kalocsán magamnak kellett „gyártni” a helyi szabályzatokat, ugyanakkor rengeteg tapasztalatot szereztem általa. Kecskeméten volt jogász, aki elvégezte az ilyen jellegű feladatokat, attól kezdve nekem nem kellett ezzel foglalkoznom. Kellemes volt ez az új helyzet, igazi vezetőnek kellett lenni. Ebben az időszakban kezdtem el tevékenykedni az egészségügyi közéletben.

– *Ez időtől kezdődött a pezsgés.*

– Így van! A szakszervezet is hívott, aztán a Gazdasági Műszaki Szakcsoportnak lettem a titkára, ahol Zalatnai Lajos, a Semmelweis Egyetem főmérnöke volt az elnök. A műszaki szakcsoportban sokat dolgoztunk együtt, de akkor már a szakszervezet elnökségének is tagja voltam. (Ez Füzy István idejében volt.) Visszatérve Kalocsára: számos olyan szabályzatot hoztunk és különböző gazdálkodási rendszereket egységesítettünk, ami az egész megyét összefogta. Ez volt

a megmaradó 20%-ra kellene egy területi struktúrát és kapacitást meghatározni. Egy olyan országban, ahol ennyire mély tradíciója van a megyei közigazgatásnak, egyszerűbbnek tűnne erre építeni az egészségügyi ellátás döntő hányadát.

– *Az egységespénzalap-kísérletben is részt vett?*

– Igen – ez egy nagyon érdekes kezdeményezése volt az Egészségügyi Minisztériumnak és a Pénzügyminisztériumnak. Nagyon reméltük, hogy ebből egy új finanszírozási rendszer is kialakul majd, hiszen ez praktikus megoldotta a kórházi vagyon amortizációjának kérdését. Abban az időben még bázisfinanszírozási rendszer működött, ami azt jelentette, hogy a kórházak előző évi költségvetésére ráépítették az évközi változásokat (fejlesztések stb.). Ezek szintre hozása után alakultak ki a következő év költségvetési számai. A kórházban tervezett felújítások forrását a fenntartó önkormányzatok biztosították. Ezt a rendszert próbálta a kísérlet olyan egységbe hozni, hogy az ingó és ingatlan vagyon felújítási kulcsokkal számított összegét a kórházak egy összegben, év elején megkapta, és ön-

PÁLYAKÉP

Nemes János a Pénzügyi és Számviteli Főiskolán végezte, majd a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem vállalatgazdasági kar, vezetésszervezési szakon szerezte szakvizsgázási diplomát. Kalocsán, a városi tanács pénzügyi osztályán kezdte szakmai pályafutását. 1971 július 1-jétől gazdasági igazgatóhelyettes, 1974-től gazdasági igazgató a Kalocsai Kórházban. 1982-től a kecskeméti megyei kórház főigazgatójának gazdasági helyettese, majd 1996 január 1-jétől 1999. szeptember 30-áig főigazgatója a kecskeméti megyei kórháznak. 1999. október 1-jétől az Euromedic International Hungary vezérigazgatója, mely beosztást 2011. február 28-ig tölti be. Nyugdíjba vonul, emellett tanácsadó korábbi munkahelyén, az Euromedic-nél. Pályafutása alatt számos szervezetben és szakmai szövetségben tevékenykedik. Több éven át tagja az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Elnökségének és vezeti a Gazdasági-Műszaki csoportot. Tagja a Magyar Kórházszövetség Elnökségének 1992-ig. Alapító tagja az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének és 1992–1999 között elnöke ennek a szervezetnek. Hét évig képviseli Magyarországot a Kórházigazgatók Európai Szövetsége Vezetőségében. Szakmai konferenciák állandó szereplője. Előadásainak, dolgozatainak és egyéb szakkikéinek száma közelíti a százat. Számos elismerés és kitüntetés birtokosa, melyek közül a legmagasabb a Magyar Köztársaság Érdemrend Kiskeresztje.



az első csírája annak, hogy a megyében működő öt kórház hogyan tud együttműködni. Akkor még elég nagy volt a megyei tanácsok befolyása a városi kórházakra is.

– *Csak nem állítja, hogy már akkor is volt ellátástervezés?*

– Szívesen ajánlanám az egészségpolitikusok figyelmébe, hogy a megye, mint közigazgatási egység olyan nagyságrendű, amit lélekszámaival, területével, ellátórendszerével még lehet jól koordinálni. Nem vagyok benne biztos, hogy ennél szélesebb, lényegesen nagyobb struktúrában, eredményesebben lehetne a kórházellátást koordinálni. Meggyőződésem, hogy az egész fekvőbeteg-ellátó rendszert a megyei kórházakra kellene építeni, és a megyén belüli szakmai struktúrát és kapacitást kellene úgy összehangolni, hogy ez lakosságbarát, betegbarát legyen, nem beszélve a hatékonyságáról. Biztos vagyok benne, hogy a betegellátási igények 80%-át ebben a rendszerben le lehet vezényelni, és

maga határozta meg, hogy mely területet milyen mértékben pótol, felújít vagy fejleszt. Általános vélemény volt, hogy ez nagyon jó irány, és a pénzügyminisztériumi záró értékelés is egyértelműen ezt az értékelést adta ki. Ennek ellenére sajnos mégsem folytatódott. Jóval később – az EGVE elnökeként – egy munkacsoport letett az asztalra egy anyagot a teljesítményfinanszírozás rendszer átalakítását illetően, amelyben ez a kísérlet – nyilván más formában – de újra megfogalmazódott, mégpedig az ún. címzett támogatások központi költségvetési forrásának amortizációs hányaddá történő átalakítására az egészségügyi költségvetésbe. Sajnos, ez sem valósult meg. Hosszú távon ezt a kérdést mindenképpen meg kell oldani.

– *Önöknek pedig „gúzsba kötve kellett táncolni”, mert teljesíteni kellett a rovatokban előírt összegeket.*

– Akkoriban azt mondtuk, teljesen mindegy, hogy egy kórház miként működik: jól-rosszul, sok vagy kevés beteget lát

el, a pénz mindig ugyanannyi volt. Természetesen nem állítom, hogy ez a finanszírozási rendszer hatékony és gazdaságos volt, hiszen a maradványösszeget el kellett költeni az év végén. Ugyanakkor erénye volt a kiszámíthatóság, a biztonság. Fejlesztési források akkor sem álltak rendelkezésre. Az intézményeknek költségvetésből nem lehetett beruházni, szigorú tilalom volt, ezért „fekete beruházásokra” kényszerültek: mindenki keresett valamilyen kiutat, mert egy kórház nem állhatott le. Sajnos ezeknek a problémáknak a megoldása még sokáig váratott magára.

– Talán, mert nagyon közel volt a rendszerváltás. Volt még egy komoly szakmai feladat, a HBCS előkészítése.

– A HBCS bevezetésekor megnézték, hogy melyik intézménynek mennyi pénze volt, azt átváltották HBCS-re. Így fordulhatott elő, hogy – ugyanarra a betegre, betegsége – Nyugat-Dunántúlon sokkal több forrás jutott a kórházaknak, mint a keleti országrészen, például Szabolcsban.

– Tagja volt a Magyar Kórházszövetség (MKSZ) elnökségének is.

– Valóban, a rendszerváltásig MKSZ elnökségi tag voltam, még Mányi Géza elnöksége idején.

– Annak idején kiemelkedő kórházszövetségi kongresszust tartottak Kecskeméten, szokás rá hivatkozni.

– Tényleg jó kongresszus volt, Losoncz Mihály főigazgató igazán értett a szervezéshez – tőle is sokat tanultam. Egyébként előtte katonarvos volt, sokáig volt a kecskeméti Honvéd Kórház igazgatója.

– A rendszerváltáskor aztán megalakult az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete (EGVE).

– Számos személy véli magának az EGVE alapítását. Néha-nhan leültünk Kecskeméten, Tarján György is ott volt, és elhatároztuk, hogy megalakítjuk az egyesületet. Első perctől kezdve az elnökség tagja voltam. Gyuri sajnálatos halála miatt, 1992-ben új választást kellett kiírni, amikor is engem választottak elnöknek. Mindaddig, amíg a Euromedic-hez el nem jöttem, én voltam az elnök, két egymást követő ciklusban. Még Tarján György idejében lépett be az egyesület a Kórházigazgatók Európai Szövetségébe. Szintén Tarján György nevéhez fűződik a Magyar Kórházszövetséggel és a Közgazdaságtudományi Egyetemmel együtt az első Egészségügyi Menedzser Képző létrehozása, melyet az elején alapítványi formában indítottunk. Örülök, hogy ezt is az elsők között tudtam elvégezni. Egyébként mind a mai napig az EGVE képviseli a magyar kórházigazgatókat ezen szövetségben. A vezetőségében pedig hét évig magam képviseltem Magyarországot. Ebben az időben jó néhány cikkem jelent meg, elsősorban a stratégiai tervezéssel kapcsolatban. Beépültem a magyar egészségügyi vezetők szakmai életébe: számos kongresszuson, konferencián vettem részt, több előadást tartottam, mindenütt szerepeltem, előadásaim, cikkeim, szakcikkeim száma megközelíti a százat.

– Hogyan lett gazdasági igazgatóból főigazgató – orvosi diploma nélkül?

– Dr. Balogh László volt a megyei közgyűlés elnöke, ő döntötte el, hogy nem orvos végzettséggel is lehet valaki kórházigazgató. Amikor megjelent a pályázat, „égték” a telefo-

nok nálam, hogy: „János, áruld már el, hogy van-e jelölt, és ki az, mert aszerint pályázunk, adj tanácsot”. Ne haragudjatok – mondtam –, de én vagyok az egyik jelölt. „Akkor kösz, már nem is pályázunk!” – válaszolták. Jóleső, büszke érzés volt számomra, mert ez annyit jelentett, hogy elismerték a szakmai munkámat. A megyei elnök nagyon bölcs volt, mert kijött a kórházba, és összehívta a főorvosi értekezletet úgy, hogy engem nem hívott be. Ott megkérdezte a vezető kolégáimat és a főorvosi kar tagjait, hogy mit szólnának hozzá, ha én lennék a kórházigazgató, sőt meg is szavaztatta őket, és közfelkiáltással egyetértettek velem. Ez volt a második megerősítése annak, hogy az előző évtizedek szakmai munkája nem volt hiábavaló. Ezzel együtt nekem – különösen az első évben – mindent duplán kellett elvégezni, hogy elfogadják, elismerjék, hogy nem orvosként is lehet vezetni egy intézményt.

– Hogyan alakította ki a menedzsmentet?

– Belülről építkeztem. Orvosigazgatónak Svébis Mihályt – a jelenlegi főigazgatót – neveztem ki, gazdasági vezetést pedig Hege-dűs Ivánra bízam, aki ma is ugyanott van, nagyon jó gazdasági igazgató. Kicsit hasonlít a pályája az enyémre. Gyakran meg is jegyzem, hogy a kecskeméti kórháznál ugyanaz a menedzsment dolgozik, mint amikor idejöttem. A gazdasági igazgató, az ápolási igazgató ugyanaz, de a korábbi orvosigazgató most, mint főigazgató irányítja a kórházat.

– Kiváló főorvosi kara volt Kecskemétnek. Sikerült ezt megőrizni?

– Az alapvetően a főorvosi kinevezésekkor nem aratott sikert a fiatalok körében, mert kívülről szerettem hozni osztályvezető főorvost. Az volt a filozófiám, hogy eltelik egy viszonylag hosszú idő egy főorvos vezetése alatt, a mellette lévő csapat tőle tanulja a szakmát. A főorvos egy idő után már nem annyira progresszív, mint eleinte – ilyenkor érdemes egy új külső szakmai vezetővel frissíteni, aki újdonságokat, új módszereket honosít meg. Ez persze nem zárja ki azt, hogy a helyi emberből sem lehet jó vezetőt „faragni”, számos példa van rá, de nekem ez volt a filozófiám. Roppant könnyű helyzetben voltam, mert jó kapcsolatban voltam a Szegedi Egyetem rektorával, Fráter Lóránddal. Ő szeretett volna Szegedre vinni főigazgatónak, amikor Kecskemétre pályáztam a főigazgatói állásra. Ha nem nyerem el a főigazgatói állást Kecskeméten, akkor Szegedre mentem volna. A Fráter Lórándot váltó rektor, Dobozi Attila is sokat segített nekem. Amikor felkerestem, hogy szükségünk lenne szemészre, belgyógyászra stb., mindig ajánlott valakit. Általában a „második vonalból” hoztam el szakembereket az egyetemről, akik koruknál fogva már nem léphettek elő, vagy olyan fiatalokat, akik tehetségesek voltak az adott szakmai területen. Az elképzelésem bevált, mert abban az időben megszorodott a minősített vezetők száma, és ez jó szakmai színvonalat jelentett a megyei kórháznak és nagyon jó, szoros együttműködést a Szegedi Egyetemmel.

– Közben kormányváltás volt...

– Az előző Fidesz-kormány idején olyan hangok jutottak a fülembe, hogy miért még mindig a Nemes az igazgató a megyei kórházban. A megyei közgyűlés új elnökétől érdeklődtem, hogy milyen célja, elképzelése van a főigazgatói megbízással, mert nem szeretném, ha üzengetnének egy-

másnak. Kértem, közölje velem, ha valaki mást szeretne látni a kórházigazgatói székben, mert mindig tudomásul veszem az élet realitásait. Az volt az elnök válasza, hogy készült erre a beszélgetésre. Időközben tudomásomra jutott Gógl Árpád akkori egészségügyi miniszter kijelentése is, miszerint „ne bántsátok” Nemes Jánost, mert a három legeredményesebb kórházigazgató egyike. Ez volt a harmadik – nagyon fontos – szakmai elismerés pályafutásom folyamán.

– Milyen körülmények vezették mégis arra, hogy a privát szférában helyezkedjen el?

– Az Euromedic tulajdonosa akkor már több embert megkeresett, hogy csatlakozzon a céghez, köztük engem is. Néhányszor ugyan nemet mondtam, de 1999 nyarán mégis megegyeztünk. Miután elvállaltam a vezérigazgatói feladatot, hazamentem, és bőgtem, mert úgy éreztem, nem vagyok normális, hogy a „szerelmemet”, a kórházat elhagyom. Közben pedig úgy gondoltam, ez az utolsó esély, hogy kipróbáljam magam a versenyszférában. Most van erre esély; vagy sikerül, vagy nem. Ha az ember nem vág bele, akkor soha nem tudja meg, hogy sikerül-e. A megyei elnökkel közöltem a döntésemet. Tágra nyílt szemekkel fakadt ki: „Ó, János, az Isten le nem mossa rólunk, hogy politikai ügy lett belőle”. Megegyeztünk arról, mikor jelentsük be, hogy ne sok idő maradjon a „csámcsozásra”.

– Pontosan mikor lépett át a piaci környezetbe?

– Az Euromedic 1999. szeptember 9-én nagy átalakulási tájékoztatót tartott a Mariott Hotel báltermében. Az a nap fordulópontnak bizonyult az Euromedic pályafutásában: az új tulajdonosokkal nagy európai terjeszkedés kezdődött. Az Euromedic-nek szüksége volt egy olyan személyre Magyarországon, akit mindenki ismer, és ő is otthon érzi magát az egészségügyben. Az Euromedic International meghívta az összes partnerét – a kórházak vezetőit és mindenkit, aki számított: jelen volt a miniszter, az Állami Számvevőszék elnöke és az Államkincstár elnöke is. Ugyanabban a teremben voltunk, ahol nyugdíjba vonulásom alkalmából elbúcsúztattak a cégcsoporttól. Akkor, 1999-ben senki nem tudta – pedig két munkatársam is ott volt –, hogy valami fog történni, mert sikerült titokban tartani, hogy új szerepre készülök. Miután elhangzottak a nagy protokollbeszéd, megtették a bejelentést, hogy szeretnék bemutatni a Euromedic új vezérigazgatóját, Nemes Jánost – hatalmas meglepetést okozva ezzel a jelenlévőknek. Akkortól tehát nyilvánossá vált a kinevezésem, így másnap már Kecskeméten a megyei, helyi lapok közölték: lemondott a megyei kórház főigazgatója. Egy képviselő interpellált a Parlamentben, hogy kirugdossák a jó kórházigazgatókat. Minden nyilatkozatomban elmondtam, hogy szó sincs politikai üldözésről vagy kirúgásról. Október 1-jétől távoztam Kecskemétről, de egészen májusig nem volt kórházigazgató. Akkor nevezték ki Zombor Gábort, aki addig a Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztárat vezette.

– Elkezdhett építkezni, ezúttal az új szerepkörében.

– Izgalmas időszak volt. Gondoskodnom kellett arról, hogy ne csak én legyek egyedül, akit ismernek a kórházvezetők. Mivel Katona Zoltánnal évtizedes családi barátságban voltam, megkerestük, és a következő év áprilisában ő is csatlakozott a Euromedichez. Ketten együtt hitelesek voltunk a kórházügyben ahhoz, hogy összehozzunk olyan üzleteteket,

ami nem hátrányos az intézmények számára. Soha, senkinek nem ajánlottunk olyat, ami csak a Euromedic-nek jó, de a kórházaknak nem – ez a mai napig is így van a Euromedic-nél. Bármit beszélnek az emberek, hogy a Euromedic „kima-zsolázta” a diagnosztikát stb., azt elfelejtik, hogy a Euromedic mindig kevesebbet kért, mint amennyi pontot vagy pénzt az egyetem, illetve a kórház a biztosítótól kapott. Mindig nyújtottunk kedvezményeket. Ennek ellenkező példái másutt észrevehetők. A Euromedic a kereskedelembe, minden új konstrukció bevezetése előtt számításokat végzett, mert tudtuk, hogy mi lesz előnyös a kórházaknak. Az más kérdés, hogy az intézmények vezetői ezt elfogadták vagy nem, attól függően, milyen érdekviszonyaik voltak stb. Ez az üzleti életben természetes. Még egyszer hangsúlyozom, amit a Euromedic megajánlott, az soha nem volt előnytelen a kórházaknak. A másik filozófiánk pedig az – amit elmondtam a búcsúztatámon is –, hogy az a jó vállalat, amelyik sok adót fizet. Ez érdekes dolog, mert magas adót csak nagy forgalom és kiemelkedő teljesítmény után fizetünk. Az Euromedic-nek soha, semmilyen jellegű problémája nem volt az adóhatósággal. Örülök, hogy ilyen korrekt cégcsoportnál dolgozhattam le az utolsó 10-11 aktív évemet. Mindez már csak kellemes emlék. A Euromedic-nél a tulajdonosok folyamatosan minősítették a munkámat: úgy érzem, tiszta szívvel hagyhattam el a pályát. A másik „szerelmem”, az egészségügy – azt majd megítélik mások, hogy a közsférában végzett tevékenységem mennyire volt eredményes vagy eredménytelen.

– Látott-e olyan tapasztalatokat a Euromedic-nél, melyeket érdemes lenne megszívlelni a mai magyar kórházaknak, a következő évek kórházvezetésének is?

– Van egy jelentős tábora azon kórházigazgatóknak, akiknek az a filozófiájuk, hogy minden tevékenységet a kórházaknak kell végezni. Nekem az a véleményem, hogy a kórház egy olyan nagyüzem, ahol a közvetlen betegellátási területet magasan kvalifikált, rátermett, szakmailag elismert orvosvezetőknek kell irányítani, de vannak olyan területei is, elsősorban az infrastruktúra, melyek működésének a biztosítására nagyon sok jó megoldást lehet találni. Ennek az a lényege, hogy a kórház szakmai vezetésének válláról vegyék le ezeket a területeket, hogy teljes intenzitással tudjanak a teljes betegellátással foglalkozni. A mai kórházigazgatók nagy része – tudom, hogy sajnos kényszerből – cégekkel tárgyal, forrásokat keres, és kevéssé van képben a közvetlen betegellátás problémakörével. Szükséges, hogy a gazdasági igazgatók erőteljes üzemgazdasági szemléletben gondolkodjanak, amelynek az alapja a kórházi teljesítménymérés, a hatékonyság és a gazdaságosság előtérbe helyezése az ellátási színvonal érdekében. A fő cél az legyen, hogy milyen megoldásokkal lehet a kórháza önköltségét csökkenteni. Azzal, hogy rendszerben gondolkodnak, nemcsak egy-egy terméknek az árát kell mindenáron figyelembe venni, hanem az ellátást egy új konstrukcióban kívánják szervezni, annak a kórház költségvetésére való kihatását kell elsősorban elemezni. Számos jó példa van már erre is. Úgy látom, hogy a kórházügy és az egészségügy is túlzottan „átpolitizálódott”. Ha egyszer a szakma tényleg a kezébe vehetné ennek a rendszernek a kidolgozását és átvilágítását – kevesebb politikai (közvetlen) beavatkozással –, akkor talán eredményesebb lenne, és letennének a politika részére egy olyan rendszert, amely az orvostársadalomnak is és a betegeknek is egyaránt elfogadható.

– Még talán a politika számára is, mert a politika egészségügybe való beleavatkozását – lásd az előző kormány utolsó éveit – a közvélemény nagyon durván elítélte.

– Szilárd meggyőződésem szerint nem pénzügyi kérdés a mai egészségügyben lévő problémák megoldása. A kérdés inkább az, föl tudnak-e építeni egy olyan rendszert, ami tiszta, világos, „betegbarát”, és meg tudják-e pontosan fogalmazni, hogy mit kell finanszírozni. Ha ez megtörténik, akkor azt a pénzt, amit erre kell fordítani, biztos hogy elő lehet teremteni. Tehát soha ne a pénzügyi oldalról induljunk ki, hogy sok vagy kevés, hanem végre mozduljunk el, és hozzunk létre egy jól átlátható rendszert. Ám ne komplikáljuk túl! Nem olyan rossz a magyar kórházügy, mint ahogy az évek óta, a sok átalakítási problémából eredően – már a lakosság számára is – kezd komikussá válni. Persze a világon mindenütt vannak várólisták, de valahogyan lehet őket „rövidíteni”. De ha alapvetően – most csak városi kórházi szinten gondolkodva –, ahol mondjuk négy alapszakma van, és tartozik hozzájuk nyolcvanezer ember a felvevőterületről, tökéletesen meg tudják oldani a betegellátás 80–90 százalékat. Nem kell ezt bántani annyira. Az orvosok egzisztenciális problémáját azonban meg kell oldani. Ez bizony már pénzügyi kérdés is, de úgy gondolom, hogy ezt is lehetne kezelni a rendszerrel együtt.

– Mit tervez nyugdíjas éveire?

– Amikor eldöntöttem, hogy nyugdíjba vonulok, annak egyik oka az volt, hogy úgy éreztem, még jó egészségben vagyok. Az ember reméli, hátha a rendelkezésére áll még néhány év, amikor más életmódot, életritmust tud magának, meg a családjának adni. Köszönöm a tulajdonosnak, hogy tanácsadóként foglalkoztat, mert úgy gondolja, hogy bizonyos vonatkozásban még szükség van a munkámra. Amíg ezt így látja, addig szívesen tevékenykedem a Euromedic-ben.

– Hogyan kívánja megvalósítani a tapasztalatainak átadását, a szakmai közvéleménnyel való megismertetését – azon túl, hogy most interjút adott nekünk?

– Részt veszek minden nagy kórházi eseményen (kórházszövetségi, EGVE-konferenciák stb.), hogy viszonylag naprakész maradjak. Jelenleg járom a kórházakat, és sokat beszélgetek kórházigazgatókkal – ez bizonyos vonatkozásban számomra is, számukra is jó. A kommunikáció egyébként már nem feltétlen kötődik a munkámhoz. Mint ahogyan egy korábbi cikkben

is nyilatkoztam, szeretnék a jövőben többet foglalkozni az üzleti gondolkodásmóddal, az üzleti magatartással és az üzleti etikával. Szeretném bemutatni a kórházvezetőknek, ennek a területnek a kiemelt fontosságát, hiszen ezek ismerete és gyakorlása nélkül senki nem lehet jó vezető. Emellett egy különleges kísérletbe is belefogtam: igyekszem az emberek arcára mosolyt csalni. Néhány kiemelt területen próbálkozom ezzel, anélkül, hogy bárki tudná – például a patikákban. Nézem a patikust, amint szorgalmasan dolgozik, aztán néha felnéz, és akkor rámosolygok, ő meg visszamosolyog. Amikor befejezzük a kontaktust, megint rámosolygok, búcsúzom – ő is elköszön. Miután mindig ugyanazokra a helyekre járok, tapasztalom, hogy a dolog működik, még a boltokban is; fantasztikus.

– Jót tenne, ha a kórházakban is gyakorolná a mosolyterápiát!

– Ott is szoktam! Amikor belépek a főigazgatói titkárságra, a köszönés után elhangzik: „Egy kis türelmet kérünk”, aztán leülünk, majd ők tovább dolgoznak. „Tetszik valamit parancsolni?” – kérdezik, erre azt kérem, hogy beszélgessenek velem. Erre mindig nagyot néznek. Ha megkérdezem tőlük, hogy valami baj van-e, olyan rosszkedvűek, „Nincs semmi, csak sok a munka” – válaszolják. Tegyek félre egy kicsit a munkát, és beszélgessünk. Érdeklődöm, hogy mikor jártak utoljára Kecskeméten. „Még nem is voltunk” – mondják, és kezdünk kinyílni. Miután Kecskemétet „elintéztük”, akkor Kalocsáról, „a kis ékszerdobozról” beszélgetünk. Legközelebb már olyan kellemes légkört teremtek 15 perc alatt, hogy amikor a kórházigazgató kijön a szobájából, és behív, megkérem, várjon még egy kicsit, olyan jól beszélgetünk. Mindez a metrón is működik. Majdnem mindegy, hogy reggel van vagy este – néha elkapok egy tekintetet, és rámosolygok, amit viszonzni szoktak. Nemrégiben 110 kilométert utaztam menetrend szerinti busszal – ahol spanyol utasok voltak – Malagából Granadába. Végig hangos volt az a busz, mindenki beszélgetett, nevetgélt, pedig bizonyára nekik is rengeteg problémájuk van. Ha felülsz egy magyarországi buszra, ott mindenki komor csendben ül. Pedig nem sok dolog kell ahhoz, hogy mosolyt csaljunk az emberek arcára. A Euromedic-nél mindig úgy fogalmaztam a karácsonyi beszédek alkalmával: kellemes ünnepeket, boldog új évet és azt kívánom mindenkinek, hogy egész évben legyen jókedvű. Mert egy mosoly, a jókedv megszépíti az emberek életét, egészen más mentalitást kölcsönöz az embereknek – ráadásul nem is kerül semmibe.

A MÁGY „Norvég projektjének” záró rendezvénye

2011. április 27-én került sor a Mátrai Gyógyintézet fennállása óta eltelt 79 év legnagyobb beruházásának ünnepélyes záró rendezvényére.

■ Kerényi Erika

A Mátrai Gyógyintézet Norvég Finanszírozási Mechanizmus által támogatott „Megújuló energiát felhasználó fűtési rendszer a környezetszennyező, pakura alapú kazánok kiváltására” elnevezésű projektjének záró ünnepét megtisztelte többek között a Norvég Királyi Nagykövetség részéről Vegar Andreassen politikai, sajtó és kulturális ügyekért felelős titkára. A Nemzeti Erőforrás Minisztériumból irányító hatóságunktól eljött dr Jávor András közigazgatási államtitkár úr, a Nemzeti Fejlesztési Minisztériumból Bencsik János klíma és energiapolitikai ügyekért felelős államtitkár úr, Nemzeti Fejlesztési Ügynökség részéről András Miklós főigazgató úr. Továbbá megjelentek a projekt lebonyolításának résztvevői, a tervezőktől a kivitelezőig, valamint a hatóságok képviselői és a projektmenedzsment.

Osztottak örömmünkben a társkórházak vezetői, társadalmi szervezetek képviselői, szlovák partnerkórházaink küldöttei és nem utolsósorban dolgozóink, akik kiemelkedő áldozatos munkát végeztek azért, hogy a beruházás alatt a lehető leg-színvonalasabb gyógyító tevékenységet tudjuk biztosítani a betegellátás és a finanszírozás folyamatosságának biztosítása mellett.

Az ünnepség forgatókönyvét próbáltuk úgy összeállítani, hogy a résztvevők megérkezésük után valóban úgy érezzék magukat, hogy visszarepültek a XX. század eleji hangulatba. Korhű ruhákban hostesskedtek munkatársaink, és kísérték a konferenciateremig vendégeinket. A parkban „oldtimer” autók látványa idézte a múltat. Az ünnepség elején és az ebéd alatt a Four Fathers énekesei emelték az esemény fényét és dalaikkal repítettek vissza a harmincas évek eleganciájába.

Az előadóterem előterében történelmi kiállítást rendeztünk be Magó Károly magángyűjtő és roncskutató Magyarországon egyedülálló emléktárgyaiból. A Horthy-korszak eredeti ruhái, tárgyi emlékei és fényképei, valamint a kormányzó fia által vezetett repülőgép eredeti darabja elkápráztatta a hozzáértő vendégeket.

Az ünnepség során bemutattuk az intézmény múltját és jelenét, a jövőt megalapozó pályázatokat, stratégiai terveinket. Hangsúlyt fektettünk a norvég alaptól megvalósult fűtésrendszerre, a hőszigetelő vakolatotokra, a színezésre, a nyílászárók cseréinek jelentőségére.

Mindkét államtitkár, Jávor András és Bencsik János is elismerését fejezte ki és a jövőbeni terveinkhez sok sikert kívánva kiemelte a menedzsment előrelátó tervezését és hatékony, környezettudatos, szakmaiságot megalapozó gazdálkodását.

A záró ünnepség eredményeként, valamint a projekt volumenéhez és sikerességéhez méltóan a Norvég Királyi Nagykövetség a honlapján szerepeltetni kívánja – mint az egyik legsikeresebb projektet – a MÁGY beruházását.

A fűtésrendszerben Mitsubishi termékek felhasználására került sor, a vállalat a projekt volumenére és kiváló minőségű megvalósítására való tekintettel az egész világon megjelenő katalógusában kívánja bemutatni referencialhelyként a Mátrai Gyógyintézetet.

További elfogadott pályázataink ünnepségen történő bemutatásával, illetve aláírásával láthatták a kedves meghívottak, hogy fejlődésünk rendíthetetlen, beruházásaink tovább folynak. Szeretnénk terveinket megvalósítani és a továbbiakban beszámolni azokról folyamatosan, hogy elmondhassuk magunkról, hogy megfogadtuk a Norvég Királyság Nagykövetségének képviseletében érkezett Vegar Andreassen jókívánságát, hogy sokáig és nagy magasságokig szárnyaljon a MÁGY fejlődése a repülőgép formájához illően.

Az aulában történő ünnepélyes szalagátvágás és a beltéri, kültéri egységek, illetve a kivitelezés megtekintése után sajtótájékoztatót, majd svédasztalos fogadáson vettek részt meghívottaink.

Néhány mondat a Mátrai Gyógyintézetéről, Magyarország egyetlen magaslati (szubalpin) klímával rendelkező éghajlati gyógyintézetéről, mely gyógyászati szakterületén az elmúlt évtizedekben is országos és regionális ellátást nyújtott.

A helyi gyógytényezők speciális hatását a betegek gyógyítására és rehabilitációjára orvosi tanulmányok bizonyítják.

Az intézet két telephellyel működik: a mátraházai telephely, Mátrai Magyar (Királyi) Horthy Miklós Gyógyintézet néven 1932-ben nyílt meg, mint Kelet-Közép-Európa legmodernebb és Magyarország legnagyobb közegészségügyi intézménye. 300 ágyon fogadta a tbc-ben és egyéb légzőszervi betegségekben szenvedőket. Trianon után Magyarországnak nem volt magaslati klímával rendelkező gyógyintézete,

ezért vált szükségessé megfelelő gyógyhelyet keresni. A legkiválóbb adottságokkal Mátraháza rendelkezett. Minden bizonnyal a kormányzó szubjektív motivációja lányának légzőszervi problémája volt. Továbbá a légi fotókon jól látható az intézmény repülőgép alakja, mely mutatja, hogy Horthy Miklós kormányzó idősebb fia, Vitéz nagybányai Horthy István kormányzó-helyettes repülőfőhadnagy, pilóta volt. Fia tiszteletére, valamint a tüdőbeteg emberek megsegítésére, a mai napig emlékezteti az arra járókat a Mátra déli oldalában „landolt” repülőgép sziluettje a mai nevén ismert: Mátrai Gyógyintézet.

A kékestetői telephely, az ország első klimatikus gyógyszállója szintén 1932-ben épült fel. A gyógyító tevékenység jelenleg mindkét egységében működik. Az aktív ágyak Heves megye tüdőgyógyászati betegeinek ellátását szolgálják, ezen belül kiemelendő az intézmény onkológiai tevékenysége. A rehabilitációs és krónikus ágyakra országos felvétellel adunk lehetőséget, a speciális klimatikus adottságokra alapozva. A Mátrai Gyógyintézet az elmúlt években végrehajtott szakmai és infrastrukturális fejlesztései nyomán a korábbi aktív pulmonológiai ellátás mellett képes a pulmonológiai betegek onkológiai ellátására is. Onkológiai centrumként működik.

A MÁGY mindkét telephelyén pakurával működő fűtési rendszere súlyosan környezetszennyező, műszaki állapota elavult. További probléma, hogy a MÁGY olajtartályainak engedélyei ideiglenesek. A fűtési rendszer fenntartásához, felújítását biztosító műszaki változtatásokra, ezekhez viszont komoly anyagi befektetésre van szükség. Figyelembe véve a MÁGY szakmai profilját, továbbá azt, hogy az intézmény a Mátrai Környezetvédelmi Körzetben található, kiemelten



Ilyen volt – a Mátrai...

fontos, hogy a MÁGY egy hosszútávon fenntartható, egyben környezetbarát megoldást alakítson ki.

Mindamellett, hogy az intézmény évek óta kiegyensúlyozott, saját erős fejlesztéseket biztosító gazdálkodást folytat, a szükséges infrastrukturális fejlesztést a MÁGY nem tudja (teljes mértékben) saját erőből kigazdálkodni. Az intézmény az EGT és Norvég Finanszírozási Mechanizmusok keretében

meghirdetett többkörös felhívásra sikeres projekttervet nyújtott be. A pályázat 804 millió forintos támogatást nyert el, melyhez a MÁGY közel 145 millió forintos önerőt biztosított. A projekt közvetlen célul tűzte ki a MÁGY fűtésrendszerének korszerűsítését és energiagazdálkodásának racionalizálását. A többlépcsős program első ütemeként megvalósult a mátraházi főépület környezetszennyező fűtésének kiváltása megújuló energiaforrásokra alapozott megoldással, a környezetszennyezés csökkentése mellett.

A mintegy másfél évig tartó műszaki előkészítés, az alternatív megoldások értékelése, energetikai próbák és mérézések után került sor a legújabb generációs levegő-levegő hőcserélős rendszer kiválasztására. A levegő hőjét hasznosító hőszivattyúk óriási előnye, hogy bárhová könnyen telepíthetők, és telepítési költségük az egyéb hőszivattyúkhoz képest viszonylag alacsony.

Az alkalmazott technológia, a számítógép vezérelt központi egysége révén lehetővé teszi, hogy a rendszer egységeire lebontva legyen beállítva, és működtetve az aktuális igények szerint (helyiségenként egyedileg és központilag állítható az elérni kívánt hőmérséklet). Ezen felül kicserélünk minden nyílászárót és elkészült az épület teljes külső hőszigetelése. A három tevékenység együttesen biztosítja, hogy a jelenleginél lényegesen hatékonyabban és környezet kímélően üzemeltethető a gyógyintézet. A projekt eredményeképp a MÁGY energiaköltségei hozzávetőlegesen 30%-ra csökkennek majd éves szinten, ezen felül további megtakarítást jelent a MÁGY számára, hogy az egyik legkorszerűbb rendszer karbantartása sokkal olcsóbb, mint az elavult, környezetvédelmi előírásoknak már nem megfelelő pakura alapú rendszer fenntartása, ideértve a pakura kazánok, csővezetékek felújítását is.

A projekt egyediségét mutatja, hogy:

- először történt ilyen volumenű projekt egy védett, közel nyolcvan éves épületben (17 000 m² fal hőszigetelése, 866 eltérő méretű és típusú ablak és 144 eltérő méretű és típusú ajtó kicserélése),
- először került ilyen volumenben alkalmazásra a legújabb technológiájú levegő-levegő hőszivattyús rendszer,
- először került megvalósításra egy ilyen volumenű projekt egészségügyi intézményben,
- a projektvégrehajtás során végig fenntartottuk a 100%-os ellátási kapacitást.

A projekt keretén belül kialakult új fűtési struktúra tehát hosszabb távon lehetővé teszi, hogy a kiemelt környezeti szempontok mellett a jelenleginél olcsóbban üzemeltethető megoldás valósuljon meg. Ez lehetőséget biztosít az intézmény számára, hogy az így felszabaduló erőforrásait a szakmai területek további bővítésére, fejlesztésére fordítsa.

A MÁGY dolgozói számára a működés biztonságát, a tervezett fejlesztések megvalósításának egyik lényeges feltételét, és a légszennyezés csökkentésével az egészségesebb környezetet biztosítja a projekt. A projekt során kialakított új, minőségi munkahelyeken kevésbé megterhelő körülmények között kell a munkavállalóknak dolgozniuk. A projekt továbbá egy számottevően egészségesebb környezetet biztosít a MÁGY légzőszervi betegek számára, így hozzájárul a hatékonyabb gyógykezeléshez, a könnyebb gyógyuláshoz. A MÁGY tágabb környezetére is egyértelműen pozitív hatással van a projekt, hisz a Mátrába érkező

látogatók, turisták egy tisztább, egészségesebb környezetet találkoznak.

További terveink: nagy örömünkre szolgál, hogy a fenti projekt sikeres befejezésével egy időben, közel másfél éves előkészítő munka után, el tudjuk indítani a fejlesztések második lépcsőjét. Két KEOP-pályázat támogatásával a mátraházi telephely összes többi épületénél is el fogjuk végezni a hőszigeteléseket, a nyílászáró cseréket és a levegő-levegő hőszivattyús fűtési rendszert építünk be. A melegvíz-előállító technológiát is üzembe állítjuk, mely felügyelet és vezérlés szempontjából egységet fog alkotni a most üzembe állított rendszerrel.

Sajnos a főépület melegvíz-rendszerét a Norvég projektben pénzügyi korlátok, a két KEOP-projektben adminisztratív korlátok miatt nem tudtuk lecserélni a pakura bázisról, ezért az elmúlt hónapban a főépület melegvíz-ellátását biztosító, az előzőekhez hasonló technológiájú rendszer kiépítésére pályázatot adtunk be a KEOP keretében.

Következő lépcsőben a megújuló pályázati lehetőségek függvényében a fenti rendszereket kívánjuk bővíteni a kékestetői telephely épületeivel együtt.

Szintén nagy örömünkre szolgál, hogy a Magyar Szlovák Együttműködési Programok keretében, három projektünk nyert el támogatást, mellyel szlovák partnerkórházainkkal meg kívánjuk oldani a két ország egymással határos, egészségügyi ellátás szempontjából is hátrányos helyzetű régiókban a lakosság prevenciós szűrését, egy széleskörű diagnosztikai vizsgálatokat biztosító, onkológiai és kardiovaszkuláris szűrőbusszal, valamint a röntgen diagnosztikát minőségileg támogató teleradiológiai rendszer bevezetésével.

Svájci-magyar-együttműködés keretében a második fordulóban tart pályázatunk „Gyógyító régiók” elnevezéssel. A projekt célja az észak-magyarországi és az észak-alföldi régió adottságaiból olyan márkát kialakítani, amely a turisták számára vonzó, jól beazonosítható célhelyet jelent.

Az ÉMOP-4.1.2/A-11. számú pályázat keretében a Mátrai Gyógyintézet a támogatható tevékenységek közül pályázni kíván a pulmonológiai fekvőbeteg rehabilitációs ellátás fejlesztésére, melyben a jelenlegi pulmonológiai rehabilitációs ellátásunkat további 30 ágyon gyermek-pulmonológiai rehabilitációs ellátással kívánjuk bővíteni. A Svábhegyi Gyermekkorház megszűnésével és a Mosdósi Gyermekkorház kapacitáscsökkenésével igen nagy érdeklődés van intézetünkben a gyermek-pulmonológiai rehabilitációra 30 ágyas kapacitással.

Járóbeteg-ellátás területén a kardiológiai és pulmonológiai ambuláns rehabilitációs ellátás bővítésére, és ezzel

az elképzeléssel szoros összefüggésben a lakóközösségi rehabilitáció rendszerének, módszertanának kidolgozására pályázunk. Célunk, hogy az intézményünkben kidolgozott és gyakorlattá vált rehabilitációs programok alkalmazásával a légzőszervi, illetve kardiológiai betegek számára magas szakmai színvonalú ambuláns rehabilitációs szolgáltatást nyújtsunk, ezáltal a rehabilitációs osztályon megkezdett kezelés végeztével a beteg utógondozása és követése is megvalósul.



Ilyen lett – gyönyörű...

A fentiekén túlmenően a terminális állapotú betegek hospice ellátását szolgáló osztályt kívánunk kialakítani, mely ellátásra a régió kórházainak tájékoztatása alapján nagy igény merülne fel.

A továbbiakban az intézet tervei között szerepel a pályázat keretein belül a tartósan lélegeztetett betegek ellátásának fejlesztése. Ahol a krónikus, illetve akut légzési elégtelen betegek tartós, hosszantartó lélegeztetése történne; azon betegeké, akiket más intézetekben nem sikerült levenni a lélegeztető gépről. Maximum 5-6 ágyon úgynevezett respirációs osztályt kívánunk kialakítani, mely osztály szoros együttműködésben, mintegy annak részlegeként működhetne az intézet már meglévő intenzív osztályával. Ez a tevékenység hiánypótló lehetne a szakmában, tehermentesítené a területi intenzív osztályokat.

A pályázati terveink hátterét a már meglévő szakmacsoportok a kidolgozott szakmai programok és az intézet egyedülálló klimatikus adottságai képezik.

A szerző a Mátrai Gyógyintézet főigazgatója.

Hastánc mint mozgásterápia a daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában

A Százszorszép Hastánc Klub a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő nők rehabilitációját tűzte ki céljául. A hastánc műfajának segítségével, eszközeivel a fizikális rehabilitáción túl a női lélek újraépítése, az életminőség javítása, valamint a társas támogatás érzésének megerősítése a fő feladatunk. Vizsgálatunk célja volt felmérni a malignus daganatos betegségben szenvedő nőbetegek hastánc rehabilitációs csoportjának hatékonyságát, és a vizsgált személyek életminőségének és társas támogatottságának változásait.

■ Szalai Márta¹, Németh Katalin², Szirmai Anna³, Kriszbacher Ildikó⁴

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálzási aránya kedvezőtlen: a szív- és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal. Az európai, illetve nemzetközi daganathalálozási felmérésekben férfiaknál az első, nőknél pedig a második helyen állunk (1). Magyarországon évente egy kisvárosnyi, mintegy 35 ezer embert veszítünk el rosszindulatú daganatos betegség következtében. A daganatos betegek kezelésének főbb jellemzői a multidiszciplináris és komplex szemlélet. Magában foglalja a prevenciót, a korai diagnosztikát, a terápiát, a betegkövetést és a rehabilitációt. Az egyénre szabott terápia kidolgozása onkológiai teamek feladata (2). Az utóbbi 30 évben az orvosi és pszichoszociális intervenciók fejlődésének köszönhetően a daganatos megbetegedéssel diagnosztizált személyek 75%-a már eléri az 5 éves túlélési időt (3,4). Az onkopszichológia rávilágít arra, hogy a rehabilitációnak nagy jelentősége van az onkológiában is, mert a daganatos megbetegedést túlélve, a páciensek értelmes és sikeres életet élnek tovább, pszichopatológiai érintettségük egyenlő mértékű az egészséges társaikhoz képest (5).

Mára a daganatos betegek gyógykezelése és gondozása messze túlmutat a biomedikális kereteken, a cél egyre inkább az egész ember kezelése, a beteg „totális jóllétének” megvalósítása. Az emberközpontú rehabilitáció legfőbb célja a páciensek minél kedvezőbb testi-, érzelmi- és társadalmi alkalmazkodásának segítése egyénre szabott módon. Tapasztalataink alapján a betegeket elegendő információval látják el a kezeléssel kapcsolatos kérdésekben, de a rehabilitációs lehetősé-

gekről való tájékoztatás kissé háttérbe szorul. A daganatos betegek rehabilitációja fizikális és pszichés szinten megjelenik a rendszerben, de sok esetben csak a kórházi benntartózkodás idején megoldott, a szervezett kórházi rendszerből való kikerülés után a betegek többsége magára marad, és a saját igényeinek és hozzáférési lehetőségüknek megfelelően keresnek pszichés segítségnyújtási, illetve rehabilitációs lehetőségeket. A rehabilitáció célja: csökkenteni a betegség és az alkalmazott kezelések okozta korlátozásokat, hogy az egyén a lehetőség szerinti legteljesebb és legértelmesebb életet élhesse.

Magyarországon rehabilitációs csoportok alakultak az 1970-es, 80-as évektől, melyek a különböző daganatban szenvedők rehabilitációját segítették. Különböző klubok alakultak, ahol a sorstársak segítették egymást, képzéseket szerveztek, tanácsadói szolgáltatásokat hoztak létre (6). Az emlőrák a nők körében az egyik leggyakoribb daganattípus. Bogaerts (1998) szerint az emlő fizikailag és érzelmileg is fontos szerepet tölt be az egyén életében. A nők többségénél a szexuális önértékelésnek is meghatározó eleme (7). Charavel (1997) a malignus diagnózist követő sebészi beavatkozás után emlőeltávolítás utáni szindrómáról beszél: a műtéten átesett nők 30%-a szenved súlyos depressziótól, szorongástól. Németh szerint (1991) a művészetterápiák mentális oldalról közelítve belső pszichés tartalmak, eszközökön keresztül történő kifejezése, aminek célja az érzelmi tartalmak külvilág felé közvetítése, illetve átélhetőségének és megérthetőségének elérése. Feltételezve, hogy mindenki képes mentális reprezentációjának megjelenítésére, létrehozható az a beállítódás, amiben a páciens ér-

tékként kezeli önkifejezését. Az alkotásban lezajló belső folyamatok élményszinten, illetve a tudatosítás szintjén korrektív hatást tudnak kifejteni a személyiségre. Az alkotó folyamat a belső erők összpontosítása, olyan élményállapotok átélési lehetősége, amelyek segítik az énvédő mechanizmusokat (8). A művészeti terápiák, pl. a festés, a zenélés vagy a kifejező tánc segítenek a betegeknek a tudatalatti félelmeiket kifejezésre juttatni, képessé válnak a terapeutával folytatott értelmező megbeszélések során a lelki gondoktól megszabadulni, és új belső harmóniát találni. Főleg olyan betegek számára alkalmas, akiknek nehezükre esik szavakkal kifejezni érzéseiket.

Schüle eredményei alapján (1983) 50 mellrákos beteg vett részt egy egészségügyi központ daganatos betegek részére szóló rehabilitációs sport- és mozgásterápia programján, amelyben úszás, túrázás, színjátszás és tánc, illetve speciális gimnasztikai feladatok tartoztak. A terápia lezárását követően, tartósan 71%-uk végzett rendszeresen sporttevékenységet (9). A nők ösztönösen és szívesen táncolnak, a tánc pedig összetett hatásmechanizmusa révén képes terápiás hatást elérni azáltal, hogy pozitív testi-lelki-szellemi hatásokkal rendelkezik – egészségmegőrző és primer, illetve szekunder prevencióban kiválóan alkalmazható. A tánc gyógyító erejének kihasználása olyan idős, mint a tánc maga, valamint a tánc segíti az egyén integrációját. Kopp és munkatársa (2009) szerint a zene- és táncterápia az érzések és viselkedések tudatosságát javítja, csoportban zajlanak és segíthetik a tünetek kikommunikálását (10). Sandel (2005) és munkatársai tánc és mozgás programot szerveztek emlíőrak túlélők körében. A program az életminőségre kifejtett változásait vizsgálta. Eredményeik szerint a vállmozgások javultak, a testkép pozitív irányba változott, az életminőség javult (11). A hastánc legtitokzatosabb és legfontosabb aspektusa a táncos viszonya önmagához, és ennek kommunikálása emocionális és spirituális szinten. A tánc magában hordozza a gyógyítás és ösztönzés képességét (12). A rosszindulatú daganatos betegségnek és a kezeléseknél komplex hatásuk van a beteg és hozzátartozói életminőségére. A szükséges onkológiai kezelések agresszív hatással vannak a betegek fizikális, érzelmi és szociális életére egyaránt.

A Százszorszép Hastánc Klub 2005. március 8-án egyéni kezdeményezés által jött létre, amely a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő nők rehabilitációját tűzte ki céljául. A hastánc műfajának segítségével, eszközeivel a fizikális rehabilitáción túl a női lélek újraépítése, az életminőség javítása, valamint a társas támogatás érzésének megerősítése a fő feladatunk. Vizsgálatunk célja volt felmérni a malignus daganatos betegségben szenvedő nőbetegek hastánc rehabilitációs csoportjának hatékonyságát, és a vizsgált személyek életminőségének és társas támogatottságának változásait.

Betegek és módszerek

Vizsgálatunk leíró jellegű, prospektív, kvantitatív kutatás. A mintába malignus daganatos megbetegedésben szenvedő női páciensek kerültek véletlenszerű mintavételi technikával. Longitudinális vizsgálatunkba az első mintavétel ideje az esetcsoportban és kontrollcsoportban egyaránt 2005–2009 között zajlott. Az utánkövetést az első vizsgálat után egy évvel folytattuk mindkét csoportnál. Az első adatfelvétel során az esetcsoportba 56 hastánc rehabilitációs csoportba járó páciens és 119 kontroll fő került. A második adatfelvételben 56 fő hastánc rehabilitációs csoportba járó és 59 kontroll fő vett részt. Az esetcsoport beválasztási kritériumai a 18 év feletti életkor, nők, akiknél malignus megbetegedést diagnosztizáltak, akik képesek szóban és írásban is hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez, valamint a Százszorszép Hastánc Klub tagjai. Kizárási kritériumai a 18 év alatti életkor, férfi nem, nem malignus daganatos megbetegedés diagnózisa, nem képesek szóban és írásban hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez, valamint nem tagjai a Százszorszép Hastánc Klubnak. Kontrollcsoport beválasztási kritériumai: 18 év feletti életkor, nők, akiknél malignus megbetegedést diagnosztizáltak, képesek szóban és írásban is hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez, valamint nem tagjai a Százszorszép Hastánc Klubnak. A kontrollcsoport kizárási kritériumai: 18 év alatti életkor, férfi nem, nem malignus daganatos megbetegedés diagnózisa, a vizsgálatban való részvételhez

1. táblázat. A vizsgálati minta jellemzése iskolai végzettség, munkaidő és családi állapot alapján. Ezen szempontok megoszlása a Százszorszép és nem hastáncoló almintákon belül.

A vizsgálati minta szocioökonómiai jellemzése az első mérés alkalmával	Százszorszép		Nem		ÖSSZ	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Iskolai végzettség						
Kevesebb mint 8 általános	0	0	0	0	0	0,00%
8 általános	0	0,00	8	13,56	8	7,02%
Szaktanulmányképző	3	5,45	7	11,86	10	8,77%
Érettségi, szakközép	28	50,91	27	45,76	55	48,25%
Főiskola, egyetem	24	43,64	17	28,81	41	35,96%
Munkaidő						
Nem dolgozik	15	27,27	31	52,54	46	40,35%
Alkalmi munka	7	12,73	0	0,00	7	6,14%
Részmunkaidő	7	12,73	5	8,47	12	10,53%
Főállás	26	47,27	23	38,98	49	42,98%
Családi állapot						
Házasság, élettársi kapcsolatban él	30	54,55	43	72,88	73	64,04%
Özvegy	1	1,82	6	10,17	7	6,14%
Hajadon	3	5,45	0	0,00	3	2,63%
Elvált	21	38,18	10	16,95	31	27,19%

nem képesek szóban és írásban hozzájárulni. Vizsgálatunkat az Országos Onkológiai Intézetben végeztük.

A Százszorszép Hastánc Klub Budapesten működik, a foglalkozások időtartama hetente egyszer három óra. Az aktív mozgás ideje 1,5 óra, amit minimum 1,5 órás csoportos beszélgetés követ. A beszélgetés a páciensek aktuális problémáit és érdeklődési területeit érinti, melyek főképp testképpel, szexualitással és életvitellel kapcsolatosak. Az adatgyűjtés standardizált és saját szerkesztésű kérdőívek segítségével történt.

Társas támogatottságot felmérő kérdőív (F-SoZu), mely 14 itemen keresztül vizsgálja a támogatottság emocionális és instrumentális dimenzióit. A páciensnek 5-ös Likert-skálán kell bejelölnie, hogy az állítás 1 „nem találó”, ... 5 „nagyon találó” (13).

Az életminőség felmérésére a hazai és a nemzetközi vizsgálatokban rákbeteg páciensek körében preferált kérdőívet, az EORTC-QLQ-C30-at használtuk. A kérdőív 30 itemen keresztül méri fel a betegség pszichés, fizikai és anyagi helyzetére gyakorolt hatását. A válaszokat Likert típusú skálán kell bejelölni, ahol az 1-es érték „egyáltalán nem” találó, a 4-es pedig „nagymértékben” jellemző a páciensre (14).

Az étellel való elégedettséget Campbell 10 itemes skálájával vizsgáltuk. A 7-es típusú Likert-skálán a gyenge és erős jelzők váltakoznak. Az 1-es szint az étellel való elégedetlenséghez közelít, a 7-es szint az elégedettséghez. Pl. „az életem” 1-es állítás „nehéz”, ... 7-es „könnyű” (15).

Saját szerkesztésű kérdőívünk segítségével vizsgáltuk a szociodemográfiai adatokat.

A statisztikai feldolgozás SPSS 17-es statisztikai programcsomaggal történt. Leíró statisztikát, függetlenmintás t-próbát és chi-négyzet próbát és varianciaanalízist számoltunk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ szinten határoztuk meg.

Eredmények

A vizsgálatban 175 fő páciens adatait dolgoztuk fel. A Százszorszép Hastánc Klubba járók átlagéltékora az első felmérés idején 48,87 év (SD:8,87), a kontrollcsoporté 51,13 év (SD:11,06) volt. A minta homogénnek tekinthető szocioökónómiai, illetve betegség szempontokból. Mind a hastáncoló, mind a nem hastáncoló minta közel 50–50% arányban oszlik meg betegséglokáció (fele emlőrák, fele nem) és betegségstádium alapján (fele primer, fele nem). Iskolai végzettség, munkaidő és családi állapot szempontjából kis mértékben eltérnek. Mindkét minta fele érettségizett, de a Százszorszép csoport több mint 43%-a felsőfokú végzettségű. A nem hastáncolókra jellemző az alacsonyabb iskolai végzettség aránya. Családi állapot szempontjából a nem táncolók nagy része (73%) házas, míg a hastáncosoknak csak 55%-a, és nagy részük (38%) elvált.

2. táblázat. A vizsgálati minta jellemzése munkaidő és családi állapot alapján – a 2. méréskor. Ezen szempontok megoszlása a Százszorszép és nem hastáncoló almintákon belül.

	Százszorszép		Nem	
	Fő	%	Fő	%
Családi állapot 1				
Házass, élettársi kapcsolatban él	30	54,55	43	72,88
Özvegy	1	1,82	6	10,17
Hajadon, nőtlen	3	5,45	0	0,00
Elvált	21	38,18	10	16,95
Családi állapot 2				
Házass, élettársi kapcsolatban él	32	58,18	42	71,19
Özvegy	1	1,82	6	10,17
Hajadon, nőtlen	3	5,45	0	0,00
Elvált	19	34,55	11	18,64
Munkaidő 1				
Nem dolgozik	15	27,27	31	52,54
Alkalmi munka	7	12,73	0	0,00
Részmunkaidő	7	12,73	5	8,47
Főállás	26	47,27	23	38,98
Munkaidő 2				
Nem dolgozik	16	29,09	28	47,46
Alkalmi munka	7	12,73	2	3,39
Részmunkaidő	5	9,09	7	11,86
Főállás	27	49,09	22	37,29

Munkaidő szempontjából a Százszorszép csoport aktívabb: nagyobb részük dolgozik főállásban (47%-uk a nem táncolók 39%-ához képest) és csak kisebb részük nem dolgozik (27%-uk a nem táncolók 53%-ához képest) (1. táblázat).

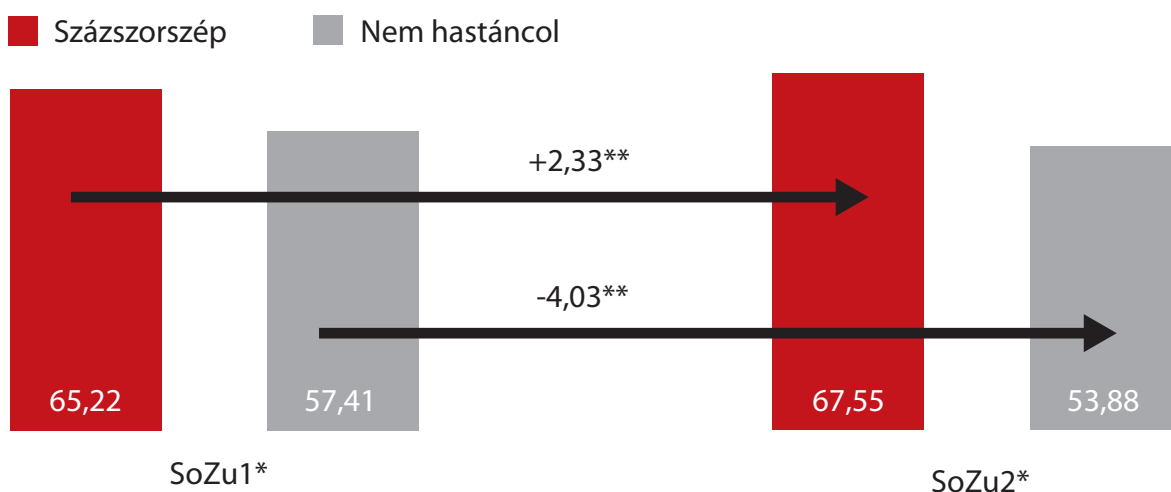
A 2. táblázatban láthatjuk, hogy a hastáncos csoportban a rehabilitációs csoportba való járás közben nőtt a kapcsolatban élők száma, míg a nem hastáncolókéban csökkent. Ezzel szemben az elváltak száma csökkent, míg a nem hastáncolóknál nőtt. Ezzel szemben a nem dolgozók száma a Százszorszépek között nőtt, míg a nem táncolóknál csökkent. A részmunkaidőben dolgozók száma is csökkent a hastáncos csoportban – azonban nőtt a főállásban dolgozók száma. A nem hastáncolóknál több lett a részmunkaidősök száma, míg a főállásban dolgozóké csökkent, de közülük többen vállaltak alkalmi munkát (2. táblázat).

A skálák megbízhatóságának tesztelése érdekében item-totál korrelációt és normalitás-vizsgálatot végeztünk. Vizsgáltuk a mintába került pácienseket a betegség helye, stádiuma alapján mindkét csoportban. A Százszorszép Hastánc Klubba járó páciensek közül 38 főnek említdaganata volt (3. táblázat).

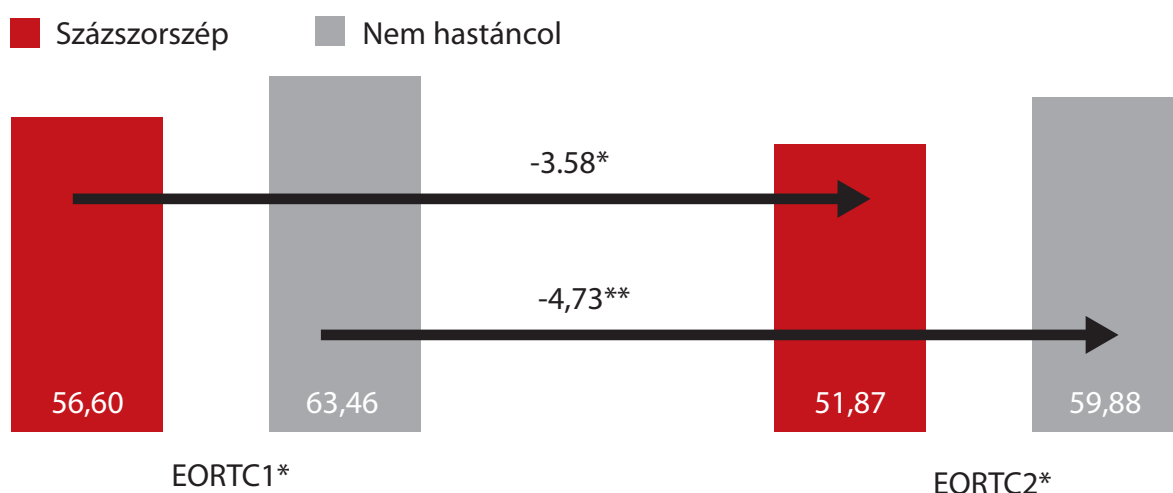
3. táblázat. A vizsgálati minta jellemzése a betegség helye és stádiuma alapján, illetve ezen szempontok megoszlása a Százszorszép és nem hastáncoló almintákon belül. A nem emlőrákos kategóriában tartoznak a fej- vagy nyak-, csont-, vérképző-, méhnyak- vagy méh-, emésztő-, gyomor- vagy bél-, máj-, here-, húgyutak-, bőr- és tüdőrákosok. A nem primer stádiumba tartozik a recidíva, a metasztázis diagnózis vagy ha mindkettő igaz.

A minta jellemzése betegség alapján	LOKÁCIÓ				STÁDIUM				Össz.
	Emlő		Nem emlő		Primer		Nem primer		
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	
Százszorszép	38	50,67	17	43,59	37	49,33	18	46,15	55 fő
Nem	37	49,33	22	56,41	38	50,67	21	53,85	59 fő
Össz.	75	65,79%	39	34,21%	75	65,79%	39	34,21%	114

1. ábra. Minden skála, amely egy csillaggal van jelölve, $p<0,05$ -ös szinten szignifikánsan eltérő értéket vett fel a hastáncos és nem hastáncos csoportban. Ahogy látható, mindkét méréskor szignifikánsan különböznek. A két csoporton belül, az egyes mérések között beállt változás pedig $p<0,01$ -es szinten szignifikáns.



2. ábra. Minden skála, amely csillaggal van jelölve, szignifikánsan eltérő értéket vett fel a hastáncos és nem hastáncos csoportban. Ahogy látható, mindkét méréskor szignifikánsan különböznek ($p<0,05$). A zölddel feltüntetett értékek azt mutatják, hogy a két csoport önmagához viszonyított változása milyen mértékben szignifikáns (*= $p<0,05$; **= $p<0,01$).



A minta illeszkedtségét Pearson-féle chi-négyzet-teszttel ellenőriztük. A két minta szignifikánsan eltér iskolai végzettség, munkaidő és családi állapot szerint. Nincs szignifikáns eltérés betegséglokáció és -stádium alapján. Az első mérés SOZU összpontszáma normális eloszlású, a második mérés nem. A Cronbach-alfa mindkét méréskor nagyon magas (első mérés $\alpha=0,92$, második mérés $\alpha=0,96$). Az EORTC QLQ-C 30 kérdőív egyetlen skálája vagy iteme sem normális eloszlású egyik méréskor sem. A Cronbach alfa mindkét méréskor magas (első mérés $\alpha=0,85$, második mérés $\alpha=0,78$).

Campbell-féle életelégedettség kérdőív az első méréskor normális eloszlású, a másodiknál csak tendencia szinten. A Cronbach-alfák értéke első mérés $\alpha=0,93$, második mérés $\alpha=0,96$.

Chi-négyzet-próba alapján a betegséglokáció, a betegségstádium, a végzettség, a munkaidő és a családi állapot is nem normális eloszlású (mindegyik szignifikánsan eltér a normális eloszlástól).

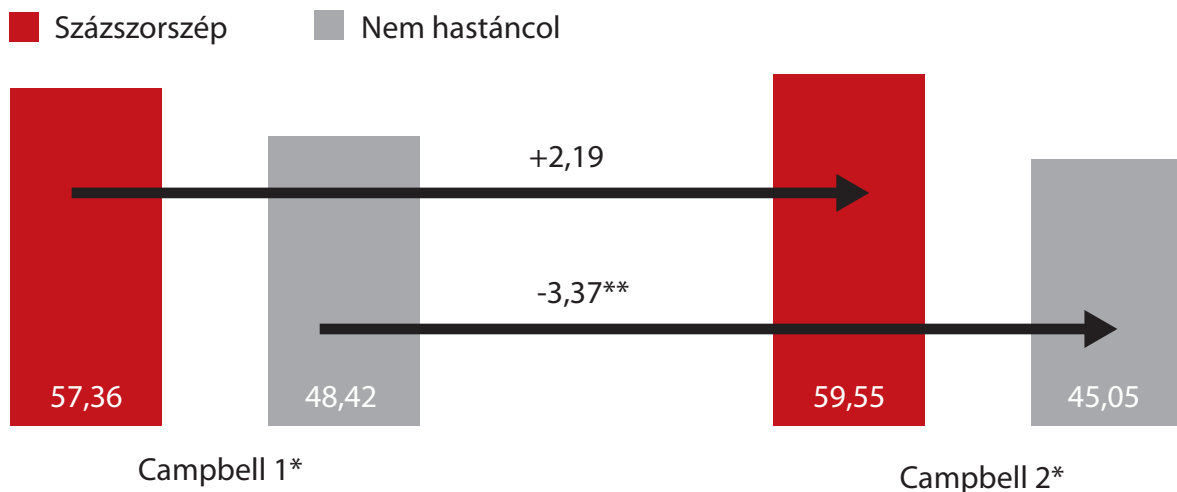
Társas támogatottság

Mindkét méréskor külön-külön is a hastáncolók esetében magasabb a szociális támogatottság mértéke. A Százzszorszép Hastánc Klubba járók értéke az első mérés 65,22, a második mérés 67,55. A kontrollcsoport első mérése 57,41, második mérés 53,88. A két csoport szignifikánsan eltér ($p<0,01$) egymástól annak függvényében, hogy mennyit változott társas támogatottságuk mértéke a két mérés között. A két mérés között a Százzszorszép csoporton és a nem hastáncol csoporton belül beállt változás is szignifikáns ($p<0,01$), amelyet összetartozó mintás t-próbával ellenőriztünk (1. ábra).

Életminőség alakulása

A hastáncklubba járóknak már az első mérés kevesebb testi és lelki tünetük volt, mint a kontrollcsoport tagjainak, és ez a különbség fennmaradt a második mérés is. Mindkét

3. ábra. A Campbell-féle étellel való elégedettség skálán elért pontszámok, csoportonként és mérésenként lebontva. Az értékek eltéréseinek szignifikanciáját *gal jelöltük (*= $p<0,05$; **= $p<0,01$).



méréskor szignifikáns az eltérés a csoportok között. A skála a negatív tünetek meglétét méri, így minél magasabb az elért pontszám, a páciens állapota annál rosszabb. A fizikai jóllétben beállt változás mértéke a két csoport között nem tér el szignifikánsan. A két mérés között a Százsorszép csoporton belül beállt változás $p<0,01$ -es szinten, míg a nem hastáncolók csoportján belül beállt változás $p<0,05$ -ös szinten szignifikáns (2. ábra).

Campbell-féle étellel való elégedettség

A hastánc csoport pontszáma mindkét méréskor magasabb, mint a nem táncolók pontszáma. Mindkét méréskor szignifikáns az eltérés a csoportok között. A két csoport a változás mértékében eltér: a Százsorszépek szignifikánsan nagyobb változtak – pozitív irányba – az étellel való elégedettség terén (a másik csoporthoz képest) (3. ábra). A két mérés között a Százsorszép csoporton belül beállt változás nem szignifikáns, míg a nem hastáncolók csoportján belül beállt változás kifejezetten az ($p<0,01$). Ahogy a minta leírásánál említettük, a fenti adatok értelmezésekor fontos figyelembe vennünk a két mintacsoport között tapasztalható egyéb – szocioökonómiai státuszra vonatkozó – eltéréseket, melyek közvetetten hatással lehetnek az eredményekre (1. táblázat).

Megállapítottuk, hogy a Százsorszép csoport tagjainak végzettsége magasabb (15%-kal többen rendelkeznek felsőfokú végzettséggel), és nagyobb részük végez valamilyen mértékben munkát (8,3%-kal többen dolgoznak főállásban, valamint 25,3%-kal kevesebben munkanélküliek). Kevesebben élnek közülük házasságban (18,3% a különbség). Az utóbbi ellenére a Százsorszépek élnek meg nagyobb társas támogatottságot – ezt a tesztfelvétel idejével magyaráznánk, amely a hastáncolók körében akkor történt, amikor már hosszabb ideje klubtagok voltak, így könnyen lehet, hogy a megélt társas támogatottság magas szintje a klubra vonatkozik.

Általános életminőségük (EORTC-QLQ-30) nem növekedett jelentősebb mértékben, mint a nem hastáncolóké, de az étellel való elégedettségük sokkal magasabb és nagyobb értékben emelkedett.

Megbeszélés

Jelen tanulmány célja volt, hogy onkológiai kezelés alatt álló nőbeteg páciensek körében felmérje a rendszeres rehabilitációs foglalkozásokon (hastáncórák) való részvételük hatását az életminőségre, és a társas támogatottság megélésére, összevetve a klubba nem járó női betegek adataival. Az eredmények azt mutatták, hogy a két csoport társas támogatottságának mértéke (F-SoZu) jelentősen eltér. Százsorszép Hastánc Klubba járóknál 2,33 szintet emelkedett, az oda nem járóknál 4,03-et csökkent. A hastáncklubba járóknál és nem járóknál a fizikai jóllét állapota a két mérés közötti időintervallumban javult (EORTC-QLQ-C30). A Százsorszépek 65,60 értékről 51,87-re változtak, a klubba nem járók 63,46-ról 59,88-ra. Ennél a skálánál minél magasabb a pontszám, a páciens annál rosszabbul érzi magát fizikailag. A klubba járók az első mérés alkalmával is jobb életminőségről számoltak be, ami az eltelt idő alatt még inkább emelkedett. Magasabb szintű, mint a kontrollcsoport tagjainál.

Az étellel való elégedettség (Campbell-skála) intenzívebben növekedett a két vizsgálat közötti időpontban. A hastáncoló páciensek körében az első mérés alkalmával is magasabb volt a mért érték (57,36), ami a következő mérés időpontjára emelkedett (59,55). Addig a nem táncoló csoport étellel való elégedettsége 3,37-el csökkent (első mérés: 48,42, második mérés 45,05). A különbség szignifikáns $p<0,01$ szinten is. Eredményeink alapján kimondhatjuk, hogy a vizsgált csoportokban a rendszeres, támogató környezetben végzett ez irányú rehabilitáció testre és lélekre gyakorolt hatása protektív tényező a betegség lefolyásában és megélésében.

Basen-Engquist és munkatársai életminőséget, fizikai teljesítőképességet és a fizikai aktivitást mérték 6 hónapon keresztül, a páciensek napi intenzitással mozogtak. 60 emlőrákot túlélő nőt vontak be a programba az eset- és kontrollcsoportba. Mérték az életminőséget és a fizikai aktivitás mértékét SF-36 kérdőívvel. Eredményeik alapján hat hét után szignifikáns különbséget tudtak kimutatni a fájdalom és az általános egészségi állapot faktorokban. Az étellel való elégedettség észlelése hatékonyabb volt a fizikai aktivitást végzőknél (16). Basen-Engquist vizsgálatának eredményei tükrözik saját eredményeinket: a

vizsgált hastáncoló csoportban az étellel való elégedettség nőtt a rehabilitációs csoportba nem járó és rendszeres mozgástevékenységet nem végző nőbetegek között. Herrero (2006) és munkacsoportja a mozgás egy másik formájával rehabilitálta betegeit, aerobikfoglalkozásokat tartottak számukra heti rendszerességgel. Pácienseik fizikális állapota és kardiopulmonális státusuk javult (17). Saját vizsgálatunkban az EORTC QLQ C-30 kérdőív eredménye alapján a fizikális jóllét állapotának szignifikáns növekedése következett be.

Véleményünk szerint az onkológiai teameknek összehangoltabban kell működniük. Szakmaterületenként több önsegítő csoportot kell létrehozni, és a betegek igényeit, kezdeményezéseit figyelembe kell venni. Bodoky javaslatát támogatva az Amerikai Egyesült Államok Országos Rákbeteg Gondozó Intézetének rehabilitációs céljait kell átvenni, és szélesebb körben alkalmazni Magyarországon is. Ez magába foglalja a pszichés támogatás nyújtását a diagnózis közlése után, optimális feltételek biztosítását a kezelése alatt, folyamatos szaktanácsadás biztosítását és a szervi, szociális funkciók optimális helyreállítását.

Állami szinten nagyobb támogatást kellene szánni a daganatos betegek rehabilitációjára. Szükségszerű lenne kiépíteni a szervezett rehabilitációs hálózatot országosan, mivel ez jelenleg nem megoldott. A módszer egyrészt nem igényel jelentős befektetések az állam részéről, másrészt nem terhelné a jelenleg is szűkös keretek között működő társadalombiztosítási alapot, és ezek az érvek a jelenlegi gazdasági helyzetben nem elhanyagolhatók. Az ellátó rendszer egy olyan rehabilitációhoz jutna, melynek segítségével a társadalomba hamarabb visszatérhetnek a nők és a munkaképességüket visszanyerve aktív részesei lennének a társadalomnak.

Irodalomjegyzék

- Horti József, Riskó Ágnes: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2006
- Kásler Miklós: *Onkoterápiás protokoll*. Springer Hungarica Kiadó, 1996
- Robinson L. L., Mertens A. C., Boice J. D., Breslow N. E., Donaldson S. S., Green D. M., Li P. P., Meadows A. T., Mulvihill J. J., Neglia J. P., Nesbit M. E., Packer R. J., Potter J. D., Sklar Ch. A., Smith M. A., Stovall M., Strong L. C., Yasui Y., Zeltzer L. K.: *Study desing and cohort characteristics of the childhood cancer survivor study: A multiinstitutional collaborative project*. *Medical and Pediatric Oncology*. 2002;38(4):229–239.
- Bitsko M. J.: *Psychosocial adjustment of adolescent cancer survivors: Time perspective and positive emotions as mediators to quality of life and benefit-finding*. Doctoral Dissertation. Virginia Commonwealth University. online dokumentum: https://digarchive.library.vcu.edu/bitstream/10156/1332/1/bitskomj_phd.pdf Letöltve: 2008. december 5.
- Zebrack B. J., Zeltzer L. K., Whitton J., Mertens A. C., Odom L., Berkow R., Robinson L. L.: *Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study*. *Pediatrics*. 2002;110(1):42–52.
- Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000
- Bogaerts F.: *Breast cancer and sexuality*. In: *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Eds.: Nijs P., Richter D. Leuven Peeters Press. 1998;15–24.
- Németh László: *(Képző)művészet-terápia*. In: Juhász Sándor: *Nonverbális Pszichoterápiák*. Animula könyvek. Magyar Pszichiátriai Társaság. Budapest, 1991
- Schüle K.: *The rank value of sports and movement therapy in patients with breast or pelvic cancer*. *Rehabilitation*. 1983;22(1):36–39.
- Kopp Mária, Berghammer Rita: *Orvosi pszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2009
- Sandel S. L., Judge J. O. et al.: *Dance and movement program improves quality of life measures in breast cancer survivors*. *Cancer Nurs*. 2005;28(4):301–309.
- Tazz Richards (szerk.): *Hastánc – A legősibb tánc újrafelfedezése*. József Műhely Kiadó, 2003
- Sommer G., Fydrich T.: *Soziale Unterstützung: diagnostik. Konzepte F-SOZU*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen, 1989
- Aaronson N. K. et al.: *The European Organization for Research and Treatment of Cancer /EORTC/. Modular approach to QLQ Assessment in Oncology: An Update*. In: Spilker Bert, PhD MD: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 1996
- Campbell A., Converse P. E., Rogers W. L.: *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation, 1976
- Basen-Engquist K., Taylor C. L. et al.: *Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors*. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):225–234.
- Herrero F., San Juan A. F. et al.: *Combined aerobic and resistance training in breast cancer survivors: A randomized, controlled pilot trial*. *Int J Sports Med*. 2006;27(7):573–580.

-
- Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs; Országos Onkológiai Intézet, Budapest
 - Pécsi Tudományegyetem, Pécs
 - ELTE PTK Magatartáspszichológiai Doktori Program
 - Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs

Az egészségpolitika húsz éve

Vívódtam! Leírom-e a közel 20 éves egészségügyi igazgatási tapasztalataimat, amelyet 1992-től az országos intézeteknél megéltem? Vajon valaki áttekintette és elemezte az elmúlt húsz év történetét? Mindez a sokadik, az egészségügyet reformálni akaró Semmelweis-terv olvasása kapcsán jutott eszembe.

■ Dr. Ajtay András

Az életem szerencséje úgy hozta, hogy 19 év kórházi orvosi munka után, tanúja, néha résztvevője és közvetlen szemlélője lehettem az egészségpolitikai döntéseknek. Nekem megadatott a döntéshozók megismerése, beszélgethettem velük elképzeléseikről, és egyetemi karokon oktathattam az egészségügyi és társadalombiztosítási szervezést. Ez talán érdemi alapot ad számomra az ördög keresésére a részletekben.

A politika az egészségügyi ellátásról vagy a pénzről beszél?

Mindennapi tapasztalatunk, hogy az egészségügyi ellátórendszerünk nem olyan, amilyet szeretnénk. Elromlott vagy sosem volt jobb? A kádári diktatúrára – az 1970-es évektől általam is felnőttként megélt korszakára, melyet szívesebben nevezek autokráciának, mert a hatalomnak voltak etikai korlátai, ellentétben a diktatúrákkal – lehet sok rosszat mondani, de ez időben felnőtt egy generáció, aki azt érezte, hogy a legnagyobb szociális szolgáltatórendszer, az egészségügy preferált ágazata a szocialista rendszernek. A politikusok csak a pénzügyi kereteket szabták meg, míg az egészségügyi ellátórendszer belső struktúráját és működésének módjait a szakmai körök határozhatták meg. Állampolgári jog lett az egészségügyi ellátás; 1972. évi II. tv. (eü.) és a pénzbeni ellátásoknál működött a társadalombiztosítás is; 1975. évi II. tv. (tb.). Az orvosok senkit nem küldhettek el, nem voltak várólisták, csak előjegyzések és a nyugati gyógyszerek, eszközök is elérhetők voltak egy kis adminisztrációs többlettel.

Az ötéves tervek kórházak építésére, felújítására teremtettek fedezetet. A 60–70-es években teljessé vált a körzetben működő orvosok rendszere, amely mellett kialakították a gyermekkorzeti rendszert is. Ma, utódként háziorvosi (5283) és házi-gyermekorvosi (1593) praxisként működnek, 98%-ban állami feladatot ellátó privát vállalkozásként, önálló életpályát adva az orvosainak. Ez az önállóság a szakorvosi rendszerben a tervek ellenére a mai napig nem valósult meg, mint ahogy az a nyugat-európai országokban megszokott. Akadálya mindig a nagybani (intézeti) privatizációs szándékok voltak, mert sem törvényi, sem tb-finanszírozástechnikai (OENO) akadályok nem voltak.

A régi rendszerben az orvosi pályának – nem túl nagy fizetések mellett is – nagy társadalmi presztízse volt. Az orvos-

egyetemi felvételeknél 8–10-szeres túljelentkezés volt minden évben, ha nem is első, de dobogós volt a szakterület. Ma 10–12. helyezett az orvosi szakterület, és már csak 2–3-szoros a túljelentkezés. Aki ezt a szakterületet választotta, annak biztosnak és politikamentesnek látszó életútra volt kilátása, ha az orvosi hierarchiában beilleszkedett, elboldogult, még rendszerellenes nézetekkel is, amit nem egy egyetemei oktatónk nem is rejtett véka alá. Az orvoslás hivatás, altruista (segítőkész) egyéniséget igényel. A felsőfokú képzésben ma az erőszakszervezetet képviselő rendőrtisztai főiskola is előrébb áll a felvételre jelentkezők igényeiben.

Mi most a mindennapi tapasztalatunk? Az orvosok nagy számban hagyják el az országot. Hivatalos kérelemmel Balázs Péter közlése szerint 2010-ben 1140 orvosi diplomás (2004–2010. között 4880) ment külföldre. Bodosi Mihály előadása alapján országunkban 100 ezer lakosra 364 orvos jut – az EU-átlag 304 (Ausztria 326, Svédország 299, Franciaország 280, Anglia 164). Az adatokból úgy tűnik, hogy nálunk sok az orvos. Az áramlás iránya szerint a helyzet fordított: a fejlett országokban kevés az orvos, mert a kivándorlók azonnal kapnak jól fizető orvosi állást. 2009-ben a nyilvántartott orvosi diplomások száma 38 629 volt, ebből az egészségügyi ellátásban 35 126 dolgozott.

Papp Magor felmérése szerint 2010-ben 663 friss diplomás végzett; 13%-a a PhD-képzésbe jelentkezett, 57%-a szakképzési rendszerbe lépett be, 30%-uk pedig eltűnt, azaz nincs róluk adat, hogy hol vannak. Jelentős a betöltetlen orvosi álláshelyek száma, 2010 novemberében 404 volt. Tegyük hozzá, hogy nálunk az olcsó orvosi munkaidő jelentős része adminisztrációval telik – a felmérési adatok nagyon szórnak 30 és 50% között –, ami nem hat lelkesítőnek a közvetlen betegellátásra vágyóknak. Azt már ne is említsük, hogy az orvosi munka megszervezése múlt század eleji vagy az sem: lásd a sebészek műtőhasználatát, az európai kötelező munkaidők be nem tartását, az ügyeleti beosztásokat és kifizetésüket, a konzíliumok szervezését. Orvosok nélkül elég nehéz elképzelni az egészségügyi rendszer működését.

A rendszerváltás után az addig egységes központi igazgatású egészségügyet – egészségügyi miniszter, megyei főorvosok, intézményvezetők, mely pozíciók csak orvosi diplomával voltak elérhetők – az új rendszer három részre választotta szét:

- tulajdonosi jogokat gyakorlókra (önkormányzat, állam, egyház stb.),
- finanszírozóra (egészségbiztosítási alap és működtetője, az OEP)
- és a hatóságra: ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat).

A tulajdonos önkormányzatok sokszor területüket, lakosságukat jelentősen meghaladó egészségügyi ellátó intézményeket kénytelenek működtetni (kórházak, szakrendelők) a társönkormányzatok anyagi segítsége és a kötelezően ellátandó lakosságot figyelembe vevő központi apanázs nélkül. Az állampolgári ellátási jog társadalombiztosítási joggá vált, létrehozva a nem biztosított státust is.

Az ÁNTSZ – mint a KÖJÁL (Közegészségügyi és Járványügyi Állomás) egészségügyi szervezéssel kibővített feladatú utódja – ma is főként közegészségüggyel és népegészségüggyel foglalkozik. Az egészségügyi szervezésre, igazgatási, hatósági ügyekre – egészségügyi rendszerelemzés, javaslattevés a miniszternek, engedélyezések és ellenőrzések – a központban 8–10 fős egészségügyi igazgatási főosztályt működtet, de a megyei szerveknél sem jobb az igazgatási kapacitás helyzete. 2006-ban az ÁNTSZ 26 milliárd forintos működési költségvetésből 10 Mrd Ft-ot vontak el. A csökkentett létszám mellett a törvényben 2007-re plusz feladatokat írtak elő: a kötelező ellátási terület-beutalási rend átszervezése, az intézményi ágyszámok csökkentése és az aktív-krónikus ágyak átalakításának szervezése, velük az új működési engedélyek elkészítése. Hab a tortán, hogy törvény szerint a működési engedély módosítását az intézetnek kellene kérvényeznie, de ez a törvény előkészítőit és a törvényhozókat nem zavarta. A 2007. április 1-jével hatályos országos változtatásokat viszont a 2006 decemberében megszavazott CXXXII. törvény írta elő, a hatósági munkára három teljes hónapot hagyva. A jól átgondolt törvényben volt olyan „súlyponti kórház”, amelyben megszüntették (kifejejtették?) a központi intenzív osztályt. Még szerencse, hogy kórházaink hatósági engedélyek hiányában is működtek, bár törvényt szegve.

A rendszerváltással az egészségügyi szakellátásoknál a biztosított jog adminisztrációja mellett bonyolult teljesítményorientált rendszereket vezettek be. Többször kórház létesítési (1997 és 2007) törvényeket hoztak. A 20 év alatt, eddig nem ismert költségek jelentek meg a rendszerben, úgy mint az informatika, a minőségbiztosítás, a kontrolling, a „korszerű” menedzsment, átvilágítások, kódoló csoportok, magánvállalkozások a kórház üzemben, pályázatok íratása, a jelentősen megnőtt veszélyes hulladékköltségek és jogászok megjelenése a betegvédelemre. Az ötéves állami tervezési távlat megszűnt. A kormány pénzügyi apparátusa az előző évre és inflációra tekintettel határozza meg az éves egészségügyi kertet – figyelmen kívül hagyva az ellátás fejlődését, a költséges korszerűsödését: művese-állomások, CT- és MRI-centrumok létesülését, korszerű műszerek vásárlását, gyógyszergyártók ár-emelését –, „sarokszámokat” határoznak meg évről évre, amit teljesítmény alapon kell szétoztani. Kincses Gyula kimutatása szerint 1992 és 2002 között a növekvő feladatok mellett az egészségügyi költségvetési keret reálértékben 50%-kal csökkent. Ezt piaci szereplő nem bírná ki. Az intézmények adósságállományban úsznak, és igen alacsony béreket adnak.

Nyilvánosan üldözendő lett a paraszolvencia. A politikusok szándékosan keverik az orvosi hálapénzt a borralalóval (l. 300

forintos „vizitdíj”) vagy a korrupcióval. A borralaló arisztokratikus attitűd, a bérkocsis koszos kezéből nem veszem vissza az aprót! A paraszolvencia a háború előtti orvosi díj egyenes ági leszármazottja, leánykori nevén „kis kassza”. Ma is van egy társadalmi mozgalom – nem orvosok alapították – „díjazza orvosát” néven, igaz kizárólag erkölcsi elismerést ad, de ma már ez is nagy szó. Az orvoslás hivatás, nem nyolcórás munkaidő, hanem magatartás a bármikori segítségadásra. Társadalmi presztízs és elismert jövedelem nélkül eltorzul az orvos, túlsúlyba kerül a megélhetési szempont az etikával szemben. „A jövedelemnek az a rendeltetése, hogy az orvos erkölcsi szabadságát biztosítsa, a nélkülözéstől megóvja, a pénz azért kell a gyógyítónak, hogy ne kelljen pénzért gyógyítania.” (Németh László)

Hol van már a szabad orvos- és intézményválasztás? A betegek bonyolult beutalást, hosszú előjegyzési időket és várólistákat élnek meg. Egy példa: egy általam ismert fizioterápiás intézményben a derékfájós (lumbágó) betegnek 4–6 hetes előjegyzést adnak a terápiás kezelés megkezdésére! Addig szerencsére már magától is meggyógyulhat! Vajon mi történhet a progrediáló betegségben szenvedőkkel? A tömegkommunikációban még kivizsgálás előtt szaftos hírt adnak arról, ha valaki egy kórházban meghal (?). Szaporodnak a megalapozatlan feljelentések orvosok ellen, akik még nem közellenségek, de arra tendál a hírük. A kormány a kórházi csőd elkerülésére, szinte évente külön kereteket ad nyilatkozatokban megfedve az intézmények pazarló gazdálkodását. Folyamatosan készülnek a fontos, a rendszert megreformáló programok is. Egyik ismerősöm véleménye szerint van az az összeg, amelynek elosztásához már nincs jó szervezési lehetőség és csak az éhező túlélésére elég.

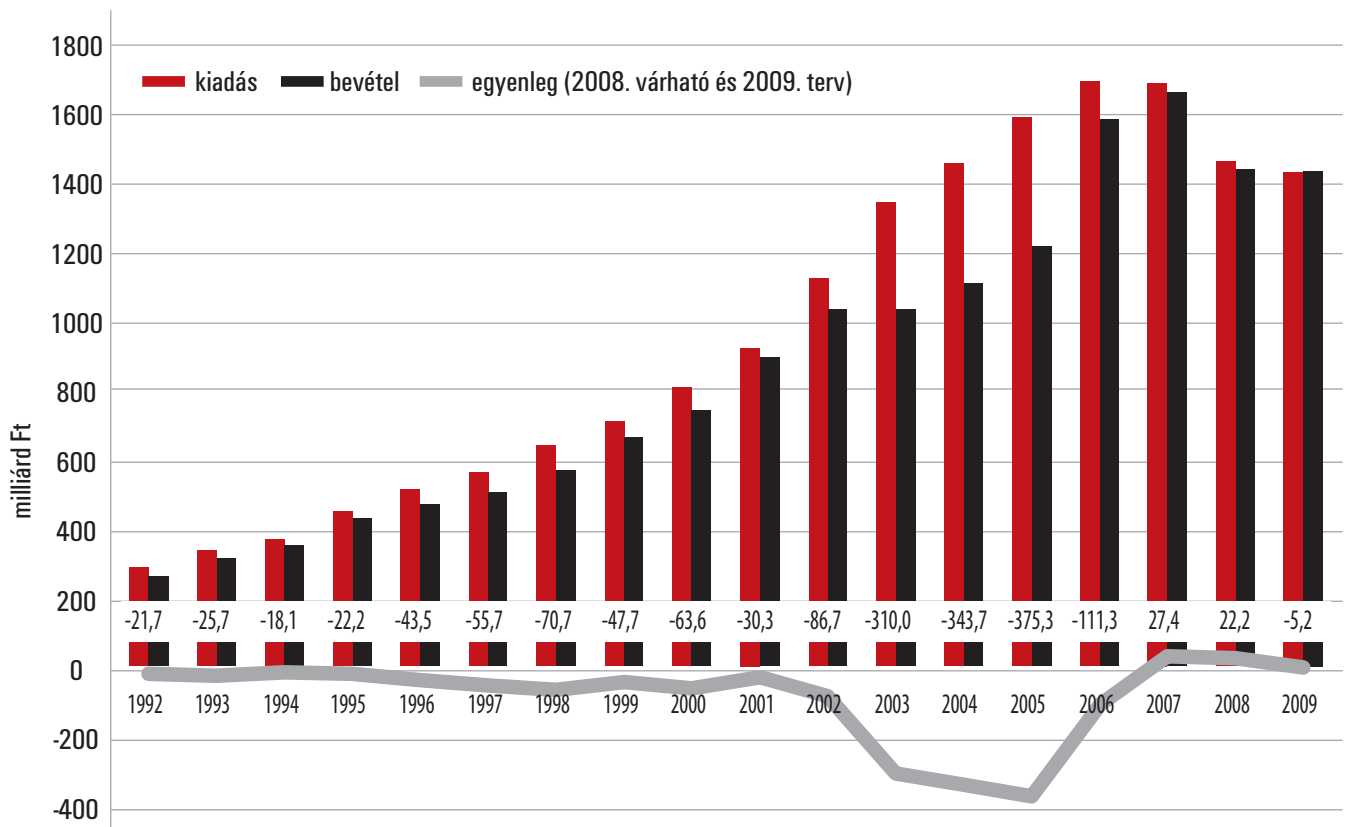
Segít egy új központi program? Olyan rendszer alakult ki, ahol a szolgáltatást kapó és nyújtó is kényelmetlenül érzi magát, sőt az egészségügyért felelős közigazgatási munkatársak is tehetetlenséget élnek meg a siker helyett. A nyilvános közviták lényege ma nem a rendszer, nem az ellátás, hanem a költség. Hogyan jutottunk idáig 20 rendszerváltó, demokratikus év alatt? A folyamatot kívánom itt áttekinteni, nem tudományos elemzéssel, hanem a döntések és történések felvázolásával.

Biztosítás a társadalombiztosításunk?

Bármilyen biztosítási forma kockázatelemzésen alapszik, azaz a várható befizetők száma és a várható kifizetendő károk valószínűség számításán. Az ártéren épült házra kötnek-e biztosítást? Ilyen biztosító nincs, hisz a kár biztosan bekövetkezik. A statisztikákból tudjuk, hogy kétvétenként valamilyen okkal, minden lakos megfordul orvosánál, tehát a „kár” fizetendő. Tekintsünk rá h₀ alakultak az E. Alap bevételi és kiadásai.

Az 1. ábrát m. Kiss József, egykori OEP-főigazgató (2005–2006.) előadásából kölcsönöztük. Érdekessége, hogy míg külön költségvetése volt az államnak és a társadalombiztosításnak a hiány jó részét a statisztika javítása (EU Országjelentés) érdekében ide „dugták” el. A másik érdekesség, hogy amikor privatizálni akarták az egészségügyi alapot (az emlékezetes 2007. II. törvény a területi egészségpénztárak részvénytársasággá alakításáról), egyensúly alakult ki a bevétel és kiadás között, mert így jobban elkelhet. A 2008. és 2009. évi egyensúlyt már a járulékcsökkentés miatt megnőtt állami hozzájárulás adta.

1. ábra.



Ezt a társadalombiztosítást a rendszerváltás hívta ismét életre az OTI (Országos Társadalombiztosítási Igazgatóság, 1929–1950.) mintázatára. A német társadalombiztosításhoz (AOK) hasonlóan duális finanszírozással alakították ki a rendszert, azaz a tulajdonos önkormányzat fizeti a beruházásokat (műszervásárlás, épületfelújítás stb.), a társadalombiztosítás pedig a működést (bérek, eszközök stb.). Németországban az arány 40–60%. Nálunk a fent említett önkormányzati magartartás mellett (a társönkormányzatok nem fizettek ellátott lakosaikért) és az állami hozzájárulás alacsony volta miatt (a 90-es években 2,7–3% volt a hozzájárulás) a kívánt dualizmus nem valósult meg. Végül a politika – az egészségügyi intézeti részek privatizációja miatt – 1997-ben végleg megszüntette a dualitást, azaz törvényben engedélyezték a tb-től kapott működési költség beruházásra való fordítását is. Ennek következtében komplett kórház-szervezetek magánosítására is voltak próbálkozások – szerencsére tisztavízű élettel. Ha belegondolunk a német rendszer ügyes megoldásába – a fentebb említett 40–60%-os megosztásra –, nincs az a tőkés, aki szeretné a negyven százalékot kifizetni – így privatizációs igény sincs, azaz kereskedelem az emberek testi egészségével.

Tekintsünk rá az egészségügyi járulékok alakulására is. A 2. ábra szintén dr. Kiss József volt OEP-főigazgató előadásából való.

Az ábrázolt 13 év alatt a munkáltatói járulék csökkent; 19,5%-ról 5%-ra. A munkavállalói járulék emelkedett fix hozzájárulással (EHO) vagy a bruttó bér százalékának emelésével; 4%-ról 8%-ra. A rendszerváltás alapelve volt, hogy a gazdaság motorja a piac legyen, és a most már demokratikus állam meg

végezze a maga feladatait, pl. a közellátást. Húsz éve mást sem hallunk a politikusok részéről a parlamenti vitákban, hogy az állam miként segíthet a piaci vállalkozóknak a munkahelyteremtésben és a GDP emelkedésében! Ezt mindig az adók és járulékok csökkentésével, az olcsóbb állammal kívánták elérni. Itt megemlíteném, hogy a Nemzetközi Valuta Alap (IMF) 2011. év elején kiadta országunk értékelését, ahol felhívja vezetőik figyelmét arra, hogy az adó- és járulékcsoökkentés nem pörgeti fel a gazdaságot. (Lásd még Róna Péter neves és elismert közgazdászunk elemzéseit is.) Ismert az is, hogy a világgazdasági válságban a cégek a pénzügyi tartalékaikat növelik a rossz idők áthidalására, és csak részben ruháznak be új munkahelyekre, inkább elbocsátásokkal élnek. Az 1929-es válságból már ismert, hogy a pénzek jelentős részét a gyors növekedést jelentő spekulációkra és „szerencsejátékokra” költik az emberek. A GDP-növekmények statisztikáiból nekem mindig hiányzik, hogy annak hányad részét költik béremelésre a tőkejövedelmet hozók.

Az olcsóbb állami működésre egy ókori történelmi tény hoznék fel példaként. Egy-egy nagy piramist kb. húszezren építettek. Ebből háromezer ember vett részt a konkrét kőbányászatban, építésben, akik nem rabszolgák voltak, hanem a mai élsportolókat megillető kiemelt ellátást (élelmezést) kapó dolgozók, akik egészségügyét a fáraó orvosai látták el. A többiek (17 ezren) a körülmények biztosításában és a szervezésben dolgoztak. Minden kötömbre pontosan fel volt írva, hogy honnan származik és hová kell elhelyezni a piramison. Ha csak úgy odahelyeztek volna húszezer embert, szervezők nélkül, soha nem épült volna meg a három nagy piramis. A lé-

nyegesen bonyolultabb, jól működő mai államok még inkább elképzelhetetlenek nagyszámú szervező nélkül. Hozzáértő menedzsment, szervezők nélkül nem alakulhattak volna ki az egyes államok költségvetését meghaladó hihetetlen egyéni gazdagságok és a multinacionális vállalatok sem. Tegyük fel a kérdést: akkor mire juthatunk az olcsó állammal?

További kérdések az E. Alap bevételeihez: 1992-ben 5,9 millió munkavállaló fizetett be, ma 3,8 millió (2010-es adat). Az ellátandók száma végig 10 millió körül volt. Ezt a szörnyű helyzetet a kommunikációkban mindig halljuk, azt viszont már nem, hogy törvény van rá, hogy minden magyar 18 év alattinak térítésmentes egészségügyi ellátás jár. Ha törvény van rá, akkor az államnak az adókból a járulékot kétféleképpen kellene utalnia: a 2,5 millió nyugdíjas részére a járulékot a nyugdíjalap (Ny. Alap) 1998-ig átutalta az E. Alapnak. Ezt az átutalást egy egyszerű jogszabályi „tollvonással” a kormány 1998-ban megszüntette. A 8,2 millió potenciális befizetőből 3,8 millióan maradtak. Az is fedve marad, hogy a járulékból működő egészségügyi intézmények SZJA-t és áfát fizetnek, és ez a „járulékadó” sem kerül vissza az APEH-től az E. Alapba. A hangsúly mindig a pazarló egészségügyön és a kevés befizetőn van.

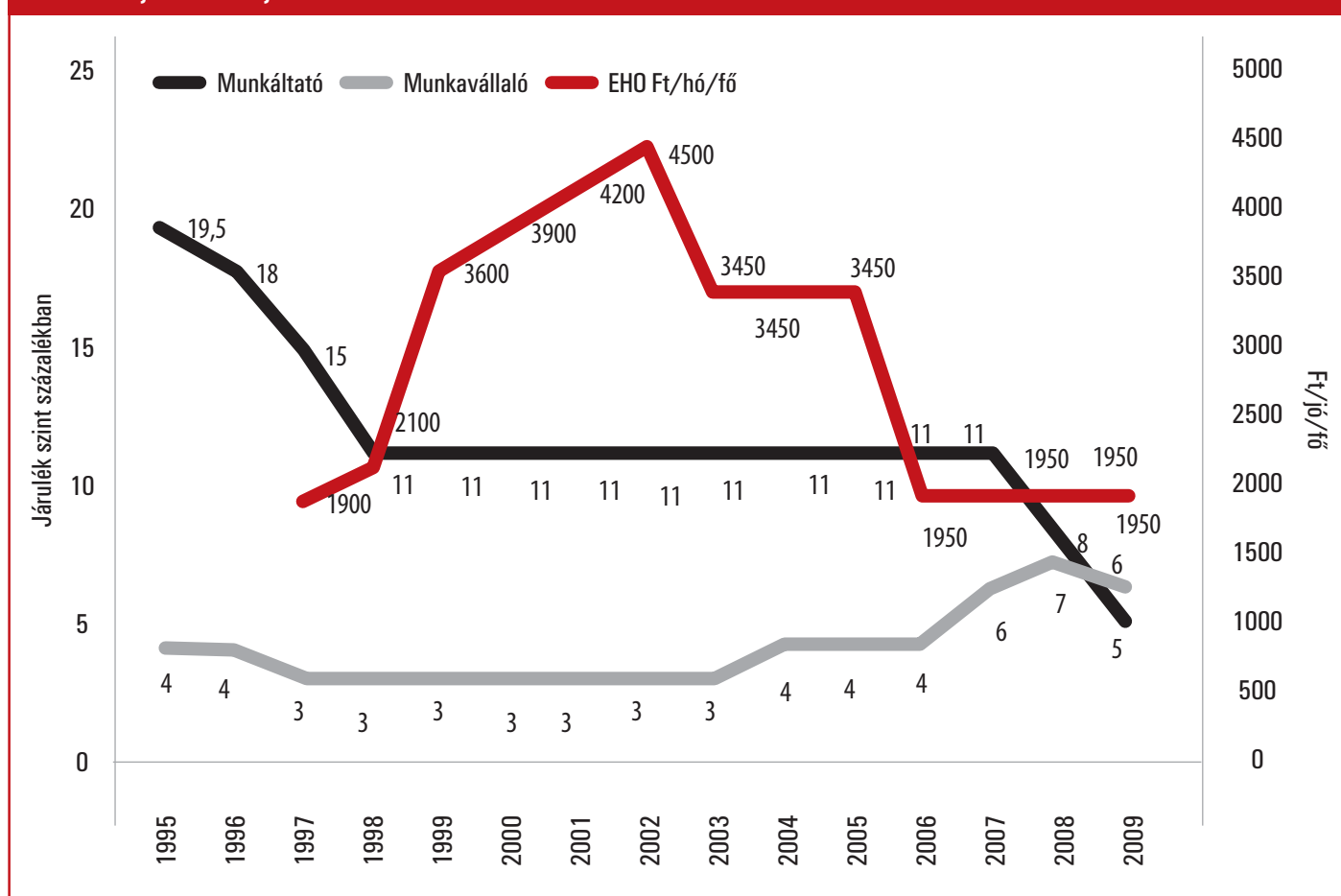
A biztosított nyilvántartásról. Ezt azért gondolom megemlíteni, mert az egészségügyre nem biztosítottaink száma a közel 10 millió lakosból kevés, 2010 év elején 9,7 millió eü. biztosítottat tartottak nyilván. A fennmaradó 300 ezer ember aktív korosztályba tartozó, amely a kimutatások szerint a legkevesebbet jár orvoshoz. A TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító Jel)-nyilvántartás és az ellátási adminisztrációk apparátu-

sainak bér és anyagi igénye sejtésem szerintem költségében jelentősen meghaladja a nem biztosítottak esetleges egészségügyi ellátásának költségigényét. Az egész nyilvántartás arra szolgál, hogy a nem biztosított ne kapjon térítésmentes orvosi ellátást, akik száma arányában (3%) csekély. A teljesítményfinanszírozás, ha valós lenne (l. később), értelmet adna a nyilvántartásnak, jelenleg azonban ez is kétséges.

A rendszerváltó politikusok miután allergiásak voltak a rendőrökre és a titkos szolgákra három titkosított azonosítót dolgoztak ki, hogy egy személyről ne lehessen az adatokat összegyűjteni. Ezek az azonosítók a személyi szám a közigazgatásnak, az adóazonosító az APEH-nek és a TAJ-szám az OEP és az egészségügyi intézmények számára. Ezt az elején igen komolyan vették, 1993-ban az Alkotmánybíróság fedte meg az OEP-et, mert az első „kártyákon” együtt szerepelt a TAJ és a személyi szám. 1999. január 1-jétől a járulékbeszédés az APEH-hez került az azonosítókkal együtt. Innen az APEH számára ismertté vált a személy neve, címe, telefonszáma, adóazonosítója és társadalombiztosítási azonosítója. Már csak a személy bankszámlaszáma hiányzik, de az sem mindenkinél.

A TAJ-szám kezdetben a munkabérből élőknél munkahelyenként változott. Ha egy nagyobb vállalat átalakult mondjuk kft.-ből rt.-vé, az összes dolgozójának újabb TAJ-számot kellett adni. Rengeteg munka a cégnél és a tb-nél egyaránt. Az egy személynél változó TAJ-szám viszont káoszt okozott a biztosítónál és az egészségügyi intézeteknél, ahol a hosszú távú követés fontos szempont. Megoldás: mindenki, születésétől haláláig egy TAJ-számot kapott. Ezzel az egészség-biztosítási adatbázis kezelhetővé vált, hogy ki, mikor, milyen

2. ábra. Az eü. járulék és hozzájárulás alakulása 1995–2008 között



szolgáltatást vett igénybe, és az mennyibe került, de eltűnt az, hogy járulékfizető-e vagy sem, azaz biztosított-e a TAJ-kártya birtokosa. Ezt tovább fokozta, hogy a járulékbeszédést 1999-ben átvette az APEH, és az adótitokra hivatkozva nem adta meg az OEP-nek az egyéni befizetők adatait. Csak megemlítem, hogy elhalálozás esetén a hozzátartozóknak minden személyi okmányt le kell adniuk az illetékes helyen a temethetőséghez és örökölhetőséghez, kivéve a fényképmentes TAJ hatósági igazolványt (kártyát). Az egészségügyi intézményben többnyire csak ezt a kártyát kéri el.

2005-ben az adatvédelmi ombudsman vizsgálatot indított a TAJ-szám használatáról. A TAJ-számot személyazonosításra alkalmasnak találta, és kiadását letiltotta. Óriási káoszt okozott ez az OEP-nél, mivel az intézmények a személyadatok birtokában – hiszen a beteg ezeket bementte, de nem hozta magával a kártyáját – lekérhették a TAJ-számot teljesítményjelentéseik érdekében. Még nagyobb zavar lett az Irányított Betegellátási Rendszernél (IBR), ahol 4 milliárd Ft kifizetést alapozott meg a résztvevők éves jelentése. Amikor megkérdeztem az ombudsman eljáró helyettesét, hogy az a TAJ, ami egy számsor, és alkalmasnak ítéltetett személyazonosításra, ha egy másik számsort alkalmazunk, az nem lesz az? Nem volt érdemi válasz – az okozott felfordulás pedig igen költséges volt.

Ma már a természetes azonosító (név és lakcím) mellett a három azonosító együttes használatát is láttam hivatalos kérdőíveken, feledésbe merült a költséges alapelv. Végeredményben az értelme is kevés, legfeljebb informatikai adatbázis kialakításánál van haszna. Véleményem szerint lényegesebb egy-egy adatbázis szigorú hozzáférési védelme – miként a francia társadalombiztosítók és a bankok (a számlaszámmal) teszik –, mint titkosnak nevezett számsorok szabad felhasználása.

Ha a biztosítási „pénztár” fogalmát meghatározzuk, akkor vannak a pénztárnak befizetői, akik díjat fizetnek és vannak „károsult” tagjai, akik számára a pénztár kifizetéseket biztosít. A pénztár önállóan működik, és a kifizetések mögött a valóságtartalmat is ellenőrzi. Mindez érvényes a társadalombiztosításra is, csak a díjat kötelező jellege miatt átnevezték járuléknak. Az ellátás kifizetésére, ha az természetbeni ellátás (szolgáltatásvásárlás), harmadik feles (a tag érdekében lekötött szolgáltatás) finanszírozási szerződést köt a pénztár. A feladatait a társadalombiztosítási pénztárak is önállóan végzik, megszabják díjaikat és a tag számára biztosított szolgáltatásokat. Országunkban a két háború között és a rendszerváltás után, 1993–1998 között társadalombiztosítási önkormányzatok működtek, akárcsak jelenleg Franciaországban. A franciák rendkívül büszkéek a Mutialite-ra, a munkás társadalombiztosításukra, és átalakítását a 90-es évek második felében tüntetésekkel akadályozták meg.

A különbség a piaci pénztárakkal (biztosítókkal) szemben, hogy a tb mögött állami garancia van. Meglepő volt a nyugdíjvédelmi kormánybiztosunk kijelentése (2011. 02. 04.), hogy a nyugdíjjárulékbefizetések közpénzek (!?), és az állam rendelkezik vele. Ezt a fogalmat eddig csak az adókra és vámokra használták, és nem a biztosítási díjakra, járulékokra, amivel az emberek meghatározott jogosultságokat szerezhetnek, akár kötelező, akár nem. Vannak európai államok (pl. Anglia, Svédország stb.), ahol az egészségügyi ellátás állami, és adókból – közpénzekből – fedezett, de ott nincs járulékfizetés.

Az OEP-et 1993-tól 1998-ig a saját önkormányzata, később a kormány felügyelte és a főigazgató irányította. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár önállósága az önkormányzat-

ok 1998. évi felszámolásával megszűnt. A kegyelemdőfést a 2006. évi CXXXII. törvény adta meg, amely szerint az OEP „központi hivatal” és irányítója (nem felügyelője) az egészségügyi miniszter.

Az E. Alap külön parlamenti vitában kezelt költségvetését beolvasztották az állami költségvetésbe. Továbbra is egyetlen felelőssége maradt az OEP-nek: a költségvetés betartása. Az egészségügyi ellátási felelősség az önkormányzatoknál maradt. A költségvetési felelősség okán a természetbeni ellátások (egészségügy) kasszáinál beindultak a kasszavédő technikák, így a kifizetéseket függetlenítték az intézeti ráfordításoktól. Az E. Alapból történő kifizetések részleteit (a díjszabásokat) az Egészségügyi Minisztérium kormányrendeletben szabja meg. Nem a pénztár dönt, azt csak szidják miatta. A rendelet előkészítését a 12 fős „Kódkarbantartó Bizottság” végzi – az OEP két képviselőt delegálhat a bizottságba. A létszámból látható a biztosítói túlsúly (önállóság) a díjak meghatározásánál. Úgy tűnik, az OEP számára csak a kifizetések, átutalások engedélyezettek, minden más típusú döntés másutt történik.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy „sikertörténet” lett az állampolgári jogú egészségügyi ellátás társadalombiztosítási alapúra való átalakítása. Az egészségügy társadalombiztosításának csak a hátrányait sikerült alaposan kidolgoznunk, anélkül, hogy az előnyeit élvezhetnénk, a polgárok és az egészségügyben dolgozók nem értéknek tekintik a létét és szolgáltatásait, hanem gonosz és terhes intézménynek. Ha tömören fogalmazok, létrejött a társadalombiztosítás karikatúrája. Látható eredmény, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megnevezésből már csak az országos szó valós és igaz, az sem biztos, hogy sokáig, a most kialakulni látszó megyei integrált kormányhivatalok kapcsán.

A tévedések vígjátékának tragédiája: a HBCS

A rendszerváltás előtt (1990) az egészségügyi intézményeket „keretfinanszírozással” kezelték. A reformlendület ezen mindenképpen változtatni akart. A kórházi költségek könyvelésből nem látható részleteinek érdekében a betegenkénti ráfordítások ismerete került előtérbe. Honosítottak egy észak-amerikai rendszert, a DRG-t (Diagnosis Relation Groups), melyet a Medicare biztosító 1982–85. között dolgoztatott ki. Ez az USA egyik legnagyobb, állami kezelésű egészségpénztára, ahol az egyedi részletes kórházi számlák már-már kezelhetetlen volta miatt egy diagnózis alapú „betegátlány”-rendszert kísérleteztek ki. A BNO-diagnózisokon alapulva betegcsoportokat alakítottak ki (387-et). Az egyes betegek besorolási algoritmussal kerültek egy-egy csoportba, és minden (szakmailag és gazdaságilag homogén) csoporthoz súlyszámot rendeltek. A súlyszámok az egyes betegségek kezelésének átlagos ráfordítását hivatottak reprezentálni. Az évenkénti pénzürtékek ingadozását kívánták elkerülni egy stabil súlyszámrendszerrel, amely egyben kórházi teljesítmények mutatójává is szolgál.

Az indulás nagy különbsége, hogy nálunk a kórházak könyvelése soha nem tartalmazott betegszámlákat, így nem tudhattuk, hogy egy-egy beteg ellátása konkrétan mibe kerülhetett. Az EüM. Gyógyinfoknak nevezett intézményénél közel hét évi kísérletezés után honosították és bevezették (1993) a rendszert, Homogén Betegcsoportok (HBCS)-nak elnevezve. A bevezetéssel szembe a kórházi és politikai ellenállás nagy volt, ezért az 1993. évi állami költségvetésbe elrejtve szavaztatták meg a parlamenttel a rendszer bevezetését.

Az eredeti DRG-rendszer három célt szolgált: stabil, teljesítményorientált biztosítói finanszírozást, kórházi menedzserszektört és az orvosérdekeltség kiépítésének lehetőségét. Mindezek mellett a várható hosszú távú hatása a szisztémának az egészségügyi ellátásban a specializációk megerősödése, azaz a szaktudás és az eszközrendszer koncentrációja volt. Ez utóbbi hatás a „tömegtermelés” (szolgáltatások) jobb kihasználtsága okán a ráfordítások csökkenését kell, hogy eredményezze, mint ahogy ez az USA-ban be is bizonyosodott.

Kérdés, hogy nálunk a fentitől jelentősen eltérő hagyományok és könyvelés mellett miért kellett a rendszert bevezetni. Csak! A reformkorszakunk változásokat igényelt, és jó ötletnek látszott az egyedi költségek megismerése, feltételezve, hogy a kórházvezetők is örülni fognak neki. Mindez megtörtént oly módon, hogy a társadalombiztosítás újjászülése (E. Alap) csecsemőkorban volt, az egészségpénztár éppen hogy csak létrejött, és a kórházi gazdasági személyzet egész másra volt kondicionálva. A zseni Országos Egységpénztár kezéből első lépésként kivették a rendszer kezelését-irányítását, és az Egységügyi Minisztérium Gyógyinfoknak nevezett intézetnél helyezték el. Így a pénztári érdekek érvényesülése másodlagossá vált, és visszatekintve a következmények könnyen érthetővé válnak. A rendszert kezelő és alakító intézményt nem terhelte költségvetési felelősség, így a kezelő intézet két vezető közgazdásza a rendszerkarbantartásnak a tudományoskodást választotta, és az egészségügyi ellátók, politikusok és az orvosok tudósainak elismeréseiben napozgatott. Hosszú évek után, 2004–2005-ben került a HBCS kezelése intézményesen az OEP irányítása alá. Ekkor már késő volt, a szisztéma fogai kihullottak a teljesítményvolumen-korlát miatt, amely a keretfinanszírozás kissé bonyolultabb formáját hozta vissza. A TVK volt az egészségpénztár válasza az évekig tartó külső irányításra, a tőle független rendszert ellenségnek érezte.

Kezdetben a Gyógyinfok havonta összehívta a kórházak képviselőit, oktatták őket a rendszer használatára és összegyűjtötték a panaszokat. Ezeken a megbeszéléseken az OEP kellő szinten nem is vett részt. Az OEP havonta, postán egy hosszadalmas kísérőlevéllel néhány floppyn kapott utasítást a kifizetendőkről. A kórházak vezetői a rendszer egy új lehetőségét ismerték fel. Elindult egy kódolási játék a több bevételért, amit a piaci tanácsadók rögtön ki is használtak. A kórházi tanácsadásra vállalkozók a szerződéseik díjazását az orvosok kódolása és az általuk végzett „javítások” közötti bevétel különbség százalékában határozták meg. A kórházi menedzsment rendszerből így lett tanácsadói jutalék.

A teljesítményorientált rendszerben a növekvő valós és nem valós teljesítmények láttán a pénztár megrémült, és mivel havi keretekbe (kasszába) gondolkodott, védelmi technikákat kezdett alkalmazni.

A HBCS használhatósága ellen dolgozott a súlyszám rendszerének 1,7 évenkénti verzióváltása, azaz átdolgozása. Pedig a rendszert stabilnak szánták, mint a postai irányítószámokat. Kezdetben a közel 400 csoportot tartalmazó HBCS-lista lassan közel 800 csoportra nőtt. Ennek oka az volt, hogy a rendszert kezelő intézet nem a pénztár szakértőivel egyeztetett, hanem az orvosok kiemelkedő tudósaival (mekkora különbség egy nagynevű professzorral tárgyalni, mint egy hivatalnokkal!), akik jó szándékkal a szakmai bontások elégtelenségét kritizálták és változtatták, hiszen ehhez értettek igazán. Az intézet nem világosította fel a tudós szakértőket, hogy minden betegnek van a súlyszáma mellett diagnózisa (BNO) is, amely

1. táblázat. Kórházi ágyszámváltozás, 2007.

	aktív	krónikus	összesen
2007.03.31	59 846	20 100	79 946
2007.04.01	44 215	27 169	71 384
Változás	-15 631	7 069	-8 562
Változás (%)	-26	35	-11

közel tízezer gyors szakmai csoportosításra és elemzésre ad lehetőséget számítógépes világunkban. Hogy ez a tájékoztatás elmaradt, nem is csoda. Egy közgazdász és egy orvostudós teljesen jó szándékú tárgyalása során, a közgazdász megtisztelve érzi magát – alakíthat és hivatkozhat. Csakhogy a kórházi gazdasági szereplők a 400 helyre való kontírozást is soknak tartották, az emelt kategóriaszámot látva nemhogy a könyvelésekből, de a kórházi kontrolling-rendszerekből is kihagyták a HBCS-t.

A másik csapás az egészségpénztárt érte, a HBCS-lista súlyszám-értékeinek széthúzásával. A havi fix keretű aktív fekvőbeteg-kassza havi ingadozását a 0,5–6,5 közötti súlyszám-értékek kevésbé modulálták. A teljesítmények emelkedésének megfékezésére húzták szét a súlyszámokat 0,2 (újszülött) és 12,5 (koponya- és szívűtétek) között. Ettől a havi fekvőbeteg-kassza ingadozása kiszámíthatatlan mértékűvé vált. A bevezetett védő technikák (osztályos szorzók, szezonális index, lebegtetés, volumenkorlát stb.) és óvatos díjváltoztatások (egy súlyszám forintértéke) eredménye, hogy a kasszában decemberre mindig jelentős maradvány keletkezett. Ezzel az év végén mindig kaptak egy kis pluszt az intézmények. A HBCS mögött 10 éve (1999-től) nem volt ráfordítás-felmérés. 2009-ben próbálkoztak újra kórházi költségfelméréssel, az intézetek megadták az adatokat, de még ma sincsenek eredmények. Máig sem tudjuk, mi a jelentett ellátások tartalma.

Az átalakítások „l'art pour l'art” tették a rendszert, amely mögött a kórházak valós ráfordításai érdektelenné váltak. Az eredeti DRG-hez hozzátartozott a folyamatos költségfigyelés és a kapott szolgáltatások tartalomellenőrzése a Quality Assurance. Nálunk a 165–180 (évente változó) kórházból 32 intézet a havi teljesítményjelentés mellé betegenkénti kalkulációs jelentést is adott. A kalkulációs lapon feltüntetett egyedi költségekkel (gyógyszerek, egyszer használatos eszközök stb.) nem is volt baj, de az egyéb költségek – mint a bér, segédüzemi költségek, energiaszolgáltatások, általános költségek stb. – már a kiadás szemléletű (nem költségérzékeny) könyvelésből kerültek át, vetítéssel. Ezzel elértük, hogy minden ráfordítás elszámolhatóvá vált (még a kertészet is) a beteg kezelése kapcsán. A valós betegre történt ráfordítások így eltűntek.

Erről egy hajdani vicc jutott az eszembe. A szocialista Moszkvában csillogó-villogó tőzsdét építenek, hogy mutassák, nekik is van ilyen, nemcsak a kapitalistáknak. Meghívták a tapasztalt, nagy tudású nyugati tőzsdészekértőket, adjanak tanácsot arra, hogy a szocializmushoz nem illő spekulációt hogyan lehet megszüntetni az új tőzsdéjükön. Mi magyarok ennél kreatívabbak vagyunk, az egészségügyi teljesítményorientált HBCS-rendszerből, igaz sok munkával és évek alatt, de sikerült kiszerveznünk a teljesítménymotivációt. Ennek kapcsán az OEP-nek csak néhány szorzást kell elvégeznie, és utalványozhat.

A Quality Assurance-t, azaz a tartalmi ellenőrzést az OEP szakmai ellenőrzési rendszere végzi. Ezt az ellenőrzési rendszert a húsz év alatti 12-szeres átszervezéssel „béna kacsává” lehetett formálni, így nem zavarhatta meg a békésen működő/

nem működő HBCS-rendszert és az ellátók nyugalmát. Csak megjegyzem, hogy az OEP ellenőrzésben résztvevő köztisztviselőinek száma 135–140 fő, ami kisebb, mint a budapesti metró jegyellenőreinek a létszáma, pedig kicsit bonyolultabb a munkájuk – ezért szükséges hozzá az orvosi diploma.

Evolúció vagy regresszió történt az egészségügyi kapacitásokban?

A rendszerváltás első egészségügyi kapacitásintézkedése volt, a járóbeteg-szakellátás kapacitásának megduplázása. 1990 előtt a kórházba visszajáró, orvosához ragaszkodó betegek részére jogosítványokkal nem rendelkező ambulanciákat működtettek, hogy a kórtermi részlegeken lévő orvosi vizsgálók ne legyenek átjáróházak, és a fekvők nyugalmát, zártságát megtarthassák. Ezeket az ambulanciákat jogszabállyal beemelték a szakrendelések körébe, azzal, hogy az ellátást nem egy állandó szakorvos, hanem az osztály szakorvosai váltva látják el, de ugyanúgy kiírt rendelési időben és beutalási rendszerint vehető igénybe, mint a rendelőintézetek szakrendelése. A szakambulanciák befogadásával a tb által finanszírozott szakorvosi óraszámok (kapacitásmutatók) duplájára emelkedtek, a szétosztható keretösszeg (kassza) egy-egy rendelésre csökkent. Ha a pénzügyi kompenzáció nem történt volna időben meg, egy felmérés szerint (Belső László, 1993) a rendelések 80%-a működésképtelenné vált volna.

Az ágyszámokat illetően saját élményeimet említem meg. 1994–95-ben, amikor egy-egy intézetben osztályos ágyszámok iránt érdeklődtem az intézeti vezetőknél, meg sem kísérelték a választ, hanem elküldtek a felvételi irodára. Ott egy hölgy évtizedek óta manuálisan gyártotta a kötelező KSH-statisztikákat. A számok birtokában jelentkeztem a könyvelésen, ahol közölték, hogy nem pontosak, ugyanígy jártam az informatikai részlegen is, végül az osztályvezetőkhöz fordultam, akik közölték, egyik szám se jó a háromból, de ők tudják az igazságot, és megadtak egy negyediket. Volt főorvos, aki megkérdezte: „Te, tényleg teljesítményre fizetnek bennünket?”. Akkor már harmadik éve működött a HBCS-rendszer.

1994-ben az E. Alap és az EüM. négy magas rangú képviselője körbejárta az országot, hogy az intézményvezetőkkel megbeszélje az igényelt és szükséges kapacitásokat. A körút sikertelenül végződött, így az első kórház-konzolidációt más adatokra támaszkodva kellett megoldani. Azóta a helyzet jelentősen javult, az időközben bevezetett OEP-szerződések és ÁNTSZ működési engedélyek, egészségügyi menedzserképzés oktatásai szükségszerűvé tették ezeket az ismereteket.

A pénzügyi keretek egyre szűkebbek voltak és a teljesítményorientált rendszer okán növekvő kórházi teljesítmények miatt a kapacitások csökkentése lett a cél.

Kisebbségi kapacitásról kevesebb teljesítmény adható le. Mivel ezek a kapacitások 1996-ig helyi döntéseken múltak, törvényt hoztak (1996. évi LXIII. tv.) az ágyak 100 ezerrel 80 ezerre való csökkentéséről. Ezt egy rendkívül bonyolult képlet segítségével oldották meg, amely alapján kiszámíthatóvá vált, hogy egy-egy megye lakosságának hány darab kórházi ágyra van szüksége. A képletet leírták a törvénybe is: $\text{ágy}/10\,000 \text{ lakos} = x + 0,5 \text{ krónikus} + 0,3 \text{ régió} + 0,5 (\text{Fd} + \text{Fszoc}) + 2 \text{ Ft}$ (ugye szörnyű?). Az Fd=demográfiai konstans, az Fszoc pedig a szociális otthonok férőhely konstansa. Hogy miért lett ennyire tudományos a képlet, senki sem tudta igazán megmagyarázni. A fejeér megyeiek valahogy megértették, és kiszámolták, hogy nekik

a képlet szerint pluszban még 2500 kórházi ágy jár. Lett is belőle zaj, bírósági feljelentésre fenyegetés! Valahogy leszerelték őket, talán egy CT-befogadással?

A tulajdonos önkormányzatok részére a törvény Megyei Egyeztető Fórumot (MEF) hozott létre, amit az ÁNTSZ megyei tiszt főorvosa vezetett és az egyezséget/nem egyezséget a Megyei Egészségpénztár vezetője hitelesítette. Megszűntek a húszágyas, kórháznak nevezett szülőotthonok. A többi kórházból egy sem szűnt meg. Egy ideig Farkasgyepű volt egyedül veszélyben, de végül az is megmaradt. Az ágyszámredukció a kórházi osztályok ágyszámainak csökkentésével valósult meg, ami pappírforma volt. A megszüntetett ágyakat egyes intézetek ki sem tolták a kórtermekből, hanem pótágyakként üzemeltették, hiszen minden biztosítottat el kell látni, és ha jönnek, arról a kórházak nem tehetnek. És ebben még igazuk is volt, így a várólisták, hosszú előjegyzések korszaka későbbre tolódott.

Próbálkoztak az aktív ágyak krónikussá alakításának pénzbeni motivációjával is, de ez sem hozott nagy eredményeket. Az ellátások bővülési igényeinek elbírálását egy, az OEP-ben évente működő bizottságra bízták, amelyben a két OEP-tag mellé 2-2 delegáltat küldtek az EüM., a PM, az ÁNTSZ és az egészségügyi társadalmi szervezetek (Kórházszövetség). A végső döntést a miniszter hozta meg, és az eredményt a közlönyben hirdette ki. Itt is látható a pénztári önálló döntés túlsúlya.

A szakellátási kapacitás a pénzügyminiszter által keretszámként meghatározott pénzhez képest még mindig soknak tűnt. 2006 decemberében meghozott CXXXII. törvény radikális ágycsökkentést írt elő, és a fekvő- és járókasszát összevonták, hogy a felszabaduló kórházi összegek a járóbeteg-ellátás bevételeit javíthassák.

A törvény célja a 80 ezer kórházi ágy 70 ezerre csökkentése. Megszűnt három nagy budapesti kórház és az országos ágyszámok részletei az alábbi táblázat szerint alakultak.

A további közfinanszírozott kapacitásváltoztatásoknak is mértéket szabtak. A törvény szerint az ellátási igény változtatásának kérvényét az intézet tulajdonosának az ÁNTSZ megyei intézetéhez kell benyújtania. Nem a pénztárhoz! A megyei ÁNTSZ megküldi véleményezésre a Regionális Egészségügyi Tanácsához (RET) és az OEP-hez. Kedvező vélemény esetén az ÁNTSZ megyei tiszt főorvosa dönt. Az OEP-nek még egy lényeges jogosítvánnyal kevesebb jutott. Mint láttuk, az aktív ágyak jelentős része krónikus finanszírozási ágygyá alakult át. A sokáig egységes osztályok szétdarabolódtak, a szakrendelési órák között megjelentek a 2–4–6–10 stb. órás rendelések, hogy a szakorvosoknak – mellékállásokkal – fizetés-kiegészítésük lehessen. Az állami rendszerben dolgozó és magánrendelőt is fenntartó orvosok örültek az ötperces szabálynak is, és hosszú előjegyzéseket adnak ma is a közfinanszírozott ellátásban. Azért megsúgják, hogy van megoldás, a magánrendelésen rövid időn belül szívesen látják a kedves beteget. Ez nem rossz szándék, hanem élni akarás. Mondjuk ki, hogy a mesterséges pénzihiány miatt a lehetőségeinek határán működő egészségügyi ellátások minőségének éppen nem mondhatók. A politikai Semmelweis-tervben, sok más mellett célul kitűzött betegutkövetés azt fogja mutatni, hogy a rosszul működő egységek között hogyan mozognak a betegek. Eredmény csak egy új beutalási rendszer kidolgozása lehet, de a lényeghez így nem kell hozzányúlni, mert az költségigényes.

Hogy mesterséges a pénzihiány, ezt arra alapozom, hogy a 2010. évi költségvetésben megadott egészségügyre költhető

1300 milliárd forint mellett szerepel egy munkahelyek megőrzését célzó, piaci szereplőknek szánt 2700 Mrd Ft-os összeg. Úgy emlékszem, a rendszerváltás azért történt, hogy a piaci szereplőktől – magántulajdonoktól – az állam távol maradjon, hogy azok élhessenek, termeljenek nyereséget és adózzanak. A jelen parlamentben ugyanazt halljuk, mint a volt szocializmusban, azaz hogyan tudnák elérni, hogy vállalatok (most vállalkozások) jobban működjenek, csak most ötéves tervek nélkül. A kormány mindent megtesz, még pénzügyi segítséget is visszaoszt a piacra, hogy munkahelyeket megtartson, számukat emelje. Ennyire hagyományszerető vagyunk vagy más érdekek vannak e mögött? És mi történik a közalkalmazotti munkahelyekkel – kórházak, rendelők, iskolák –, azoknak nincs szükségük a 2700 Mrd adóforintra a munkahelyek megtartása érdekében? A kormány miért osztogat, miért nem megrendel magas minőségi követelményekkel a piaci szereplőktől, mint ahogy ezt az USA-ban teszik? Még emlékszem a kisiskolás tankönyvben szereplő plakátra „Döntsd a tőkét, ne siránkozz” felirattal. Ma már a ló másik oldalán vagyunk, államilag is szeretjük és támogatjuk a tőkét. Mivel az egészségügy nem termelő ágazat, az árvaságra jutott egészségügy miatt orvosaink külföldre mennek, az intézmények amortizálódnak.

Összegzés

Foglaljuk össze az eddigieket. Úgy gondolom, a rendszerváltás-kori egészségügyi igazgatás három részre bontásának – önkormányzatok, OEP és ÁNTSZ – nem kellő megszervezése és javításának eredményei vezettek a mai állapothoz. Ezek az új intézmények folyamatosan kívülről akarták formálni az egészségügyi ellátórendszert. Az orvoslás belső önszerveződése emiatt egyszerűen megszűnt. A változtatások sorozatosan és csapásként érték az intézeteket. Nemcsak az egyeztetések hiányoztak, de az átalakuláshoz szükséges türelmi idők is.

Az önkormányzatok mint a duális működésben államilag nem kellően dotált tulajdonosok a kórházak és szakrendelők fenntartását tehernek érezték és több településen igyekeztek megszabadulni tőle, akár intézeti privatizáció árán is, vagy magára hagyták az intézményt. Ez nem csoda, egyes esetek-

ben a kórház költségvetése nagyobb volt a településénél, és az ellátandók száma többszöröse a városénál. A szakrendelő intézetek, kis kórházak ellátásait annak idején a járásokra (ma vonzáskörzetnek nevezik) szervezték meg, de a járási közigazgatás megszűnt. Ahol a város legalább azt figyelembe vette, a humanitárius szempontokon kívül, hogy a település legnagyobb munkaadója az egészségügyi intézményük, ott erejük-höz mérten igyekeztek az intézmény gondjain segíteni.

Az egészségügyi hatóság, az ÁNTSZ ma önmagába zárkózik, sebeit gondozza. Az elmúlt években az ÁNTSZ forrás- és jogi kompetenciacsökkentést élt meg, intézményeinek egy jelentős részét (pl. élelmiszer-ellenőrzés, munkaegészségügy, laboratóriumok) más ágazatokhoz szervezték át, és eszközrendszereit is korlátozták. Az egészségügyi szervezésben igen kis kapacitással, csak a legszükségesebb feladatokat látja el. Ebben a szervezésben lévő humán erőforrások munkaidejének nagy részét az egyre gyarapodó panaszügyek kötik le. Az ÁNTSZ vezetői érthetően a fő tevékenységekre – a közegészségügyre és a nép-egészségügyre – figyelnek, hisz ezért egyedül ez az intézmény felel, más szereplő ebben nincs. Természetes, hogy a megmaradt eszközeinek többségét erre fordítja az ÁNTSZ.

Az E. Alapról és az OEP-ről a többen lényegesen többet értekeztünk. Itt csak annyit érdemes megemlíteni, hogy a társadalombiztosítási feladatok és pénzek irányításának birtoklásáért az egészségügyi miniszter és az egészségpénztár feszült egymásnak. Ez a két malomkő morzsolta szét az egészségügyi ellátórendszer intézményeit. Hogy még ma is működőképes az egészségügyi szolgáltatás, az a benne részt vevő, magas fokú képesítését és gyakorlatát máshol hasznosítani nem tudó dolgozóknak köszönhető.

Tudjuk és politikusaink is tudják, hogy az élet véges, sok szenvedéssel jár, akár segít az orvos, akár nem, akár költséges, akár nem. Ez is egy szemlélet, csak az a kérdés, hogy elfogadható-e vagy sem. Most ebben a völgyben vagyunk, és nem tudjuk, hogy innen csak felfelé vezető út van, vagy a jövő köde mögött szakadék is rejtőzik?

A szerző nyugdíjas orvos.

(Újra) bezzegország lettünk

Magyarország kirablása lényegében befejeződött! A kétkedőknek azt javallanám, hogy saját lakóhelyük környékét gondolatban pásztázzák már végig, hogy mi minden ment tönkre ebben az országban röpké húsz év alatt. Hány gyár, üzem, mezőgazdasági létesítmény ment tönkre, tűnt el vagy éppen hogy csak vegetál (csak az MDF-es négy év alatt 1,5 millió magyar munkahely szűnt meg, amit máig nem tudtunk pótolni). Nem maradt egyetlen jelentős termékünk sem, amire nemzetközileg büszkének lehetnénk. Magyarország kisebb-nagyobb megszakításokkal anyagilag és erkölcsileg folyamatosan süllyed.

■ Dr. Simon Kis Gábor

Léirtak bennünket. Elvesztette a nemzetközi tőke azt az intenzív érdeklődését Magyarország iránt, amit eddig tanúsított, hiszen nem maradt semmink, amire még érdemes lenne rátenni a kezüket. A tőke már nem befelé áramlik az országba, hanem kifelé, méghozzá adózatlanul, ezért az államháztartás egyre rosszabb állapotban van. Magyarország a csőd szélére került.

Megritkult körülöttünk a levegő. Pénzügyi „guruk” ugrásra készen várták, mikor csődöl be az ország és hogyan lehet végérvényesen kifosztani. Ekkor volt kénytelen az IMF az Európai Unióval karöltve lépni. Addig soha nem tapasztalt összegű (25 Mrd dollár) készenléti hitelt szavaztak meg Magyarország számára az ún. dominóhatás elkerülése érdekében, nehogy magunkkal rántsuk Ausztriát, sőt Németországot is. A szokásos (IMF által szorgalmazott) gyógyír már megint kötelezettségünké vált. Költsön még kevesebbet ez a szerencsétlen ország oktatásra, kultúrára, egészségügyre, tudományos kutatásra, azaz tegye még jobban tönkre saját magát, váljon végérvényesen banánköztársasággá, ahol üveggyöngyért bármelyik tisztviselő megvehető, és közben még fintorogni is lehet a kényes ízlésű külföldieknek, hogy milyen korrupt ez a nép. A nemzetközi sajtó már úgy kezel bennünket, mint a leprásokat (pontosabban egy Ázsiából ideszalajtott népként, akik soha nem lesznek komilfók a nyugat-európaiak szemében).

Újra bezzegország lettünk.

Az ország anyagilag és erkölcsileg is romokban hever(t), és ekkor hirtelen megváltozott körülöttünk a légkör. Újra elkezdtek dicsérni bennünket, a forint erősödött, az állampapírjainkat lejegyyezték, annak ellenére, hogy Magyarország gazdasági teljesítménye mit sem változott (sőt egyes szakértők szerint tovább romlott).

Tévedés ne essék, ma sem rajonganak miértünk, de hivatkozási alapnak kiválóak lehetünk az időközben tönk szélére jutott országoknál. Görögország, Portugália és újabban Spanyolország esetében újra bezzeg ország lettünk. Legutóbb például a Financial Times szerint sokkal biztonságosabb adósok vagyunk, mint Spanyolország, sőt a Fitch Ratings stabilra javította a hosszú távú magyar államadósságot. Miből áll-

píthatta ezt meg a Financial Times? Abból az egyszerű tényből, hogy milyen mértékben képes egy-egy állam és annak kormánya saját népe ellen fordulni, azaz meddig hajlandó az IMF-követeléseknek engedelmessé válni. Ezen a téren a magyar kormányok – élen Bokros, Bajnai és Matolcsy urakkal – élen jártak és járnak. Nem véletlen tehát, hogy újra bezzeg ország lettünk, mert rajtunk kívül egyetlen európai állam sem akar vagy nem tud, vagy egész egyszerűen nem mer ilyen mértékű leépítést, életszínvonal-rombolást végrehajtani. A hivatkozott országok egyike drasztikus mértékben csökkentette a munkanélküli nyilvántartási időt három évről másfél évre, azaz 18 hónapra. De hol van ez még mindig a Magyarország által beígért három hónaptól? Tehát továbbra is bezzeg ország vagyunk.

Eddig egyetlen „államférfi” volt – az is a Balkánon –, aki szó szerint tüzzel-vassal visszafizettette a román államadósságot, dicstelen véget is ért. Románia pedig semmire sem jutott a nullára levitt adósságállománnyal, mert egy országot nem rombolni, hanem tudatosan, szívós munkával építeni kell. Persze ez jóval nehezebb és szakértelmet igénylő feladat, és nem is örülnek neki a külföldi befektetők. Számukra sokkal előnyösebb, célravezetőbb egy szűk, megfizetett, megvesztegetett elitréteggel együttműködve a megfélemlített népet kizsákmányolni, ahogy ez minden banánköztársaságban történik. De a magyar egy rebellis nép (nem véletlenül hígtották már az osztrákok is mindenfajta más nációval): érdekes módon most is követelmény, hogy fogadjunk be mindenkit, de ez sem garancia arra, hogy következmények nélkül mindent meg lehet csinálni ebben az országban.

Új (nemzeti) politika kell, tudatos gazdaságpolitikával.

Pattanásig feszült a helyzet például a vidéki kis településeken, ahol jóformán semmilyen munkalehetőség sincs. Egyes néprétegek a kiutat a lopásban, rablásban vélik felfedezni, amit megakadályozni vagy legalábbis csökkenteni rendőri jelenléttel lehet(ne). Nemhogy kettő hét, de az elmúlt egy év sem volt elegendő a kérdés megoldására, mert véglegesen csak tömeges munkahelyteremtéssel lehet rendezni ezt az áldatlan állapotot, ahol a munka nemcsak lehetőség, hanem kötelezettség is!

Országos méretben munkaterápiás intézeteket kell létrehozni az izraeli kibucok mintájára. Ezek a munkaterápiás intézetek kezdetben rendezkedjenek be önellátásra, dolgozók pénzbeli juttatásait az intézet kezelje azzal a kötelezettséggel, hogy élelmezi és ruházza tagjait, és munkára készíti őket vagy önkéntes alapon vagy bírósági „beutalóval”.

Csökkentés helyett növelni kell a belső keresletet. Jól megszervezett állami közmunka programok duplikált hatást fejthetnek ki. A munkába bevont emberek, fizetőképes kereslet növekedése első körben az élelmiszergazdaságra gyakorolhat

pozitív hatást, amire a hazai termelőegységeknek – állami segítséggel – fel kell készülnie.

Lejáratódott ugyan, de magyar húzó ágazat(ok) nélkül gazdaságunk nem tud fellendülni. Alapvető fontosságú a fizetőképes kereslet előzetes felmérése, mert azt érdemes termelni, amit el lehet adni, nemcsak itthon, hanem külföldön is.

Új nemzeti politika csak akkor és olyan mértékben valósítható meg, ahogy a magyar gazdaságot sikerül talpra állítani és fellendíteni, egyébként csak „magyarkodás” lesz az eredménye, amit Európa továbbra sem fog jó szemmel nézni.

Reflexió

Az Országos Alapellátási Intézet (OALI) munkatársai hozzá kívántak szólni dr. Karner Cecília PhD „A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon” című cikkéhez, amely az Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011/2. (április) számában jelent meg.

■ Az Országos Alapellátási Intézet munkatársai

A szerző neve eddig nem tartozott az általában ismert alapellátás szakértők közé, a cikkben található megállapítások forrása – a megjelölt irodalomjegyzékre való figyelemmel is –, sok esetben szintén ismeretlen, de feltűnnek benne ismert, az irodalomjegyzékben ugyanakkor meg nem jelent szerzők megfogalmazásai. Nem ismerjük a lektorok személyét sem, vélhetően ez az egyik oka annak, hogy az alábbiakban ismertetésre kerülő tévedéseket szóvá kell tennünk.

Kezdjük mindjárt a preambulummal: a szerző már itt is a „praxisjog” kifejezést használja, amely kétségtelenül jelen van a köztudatban, ám a hozzá fűződő téves elgondolásokra való tekintettel, talán érdekesebb lett volna vagy kifejtetni, hogy mit is értsünk alatta, vagy a jogilag tiszta „működtetési jogot” alkalmazni helyette.

Az alapellátás jellemzése kapcsán jelzi a szerző, hogy az alapellátás igénybevétele a lakos szabad választásán alapul. Sajnos, ha alapellátásról beszélünk – amit csak később fejt ki a szerző –, akkor látni kell, hogy a szabad orvosválasztás csak a háziorvosi és a házi-gyermekorvosi ellátásra értendő, de ott is korlátozottan, ugyanis a területi ellátásra nem kötelezett orvos ugyan fogadhatja, de nem köteles fogadni a hozzá más praxis területéről jelentkezőket. Az alapellátás területeihez természetesen nem a gyermekorvosi ellátás egésze, hanem csupán a házi-gyermekorvosi ellátás tartozik.

A háziorvoslás megalapozója volt a 6/1992. (III. 31.) NM-rendelet, de a vállalkozások (az emlékezetes funkcionális privatizáció) csak 1993-ban kezdődhetett meg, hiszen annak feltétele volt az új, a kórházi ellátástól elváló finanszírozás megjelenése.

A működtetési jogot 2011. január 1-jétől a regionális ÁNTSZ helyett már a megyei népegészségügyi szakigazgatási szerv engedélyezi, de a hangsúly nem is ezen van, hanem azon, hogy kiadásának melyek a feltételei. A tény mellett legalább ilyen fontos az eljárásrend ismertetése, és az időközben belépett jogszabály-módosítások hatása, különös tekintettel az Alkotmánybírósági határozatokra.

Elég nagy baj volna, ha a háziorvos csak a rendelési időben nyújtana ellátást a biztosítottak számára: a rendelés alatt minden hozzáfordulót köteles ellátni, majd a napi munkaidő további fennmaradó részében szolgáltatást nyújt az öt megválasztók számára.

Háziorvosi tevékenység végzésére a felsorolt három kategórián kívül jogosultak a háziorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges háziorvosi gyakorlat folytatására is jogosultak. (Ők azok, akik a klinikumot letöltötték, a mindennapi életben őket nevezik licenszvizsgásoknak...) Évek óta működik már az OALI praxisprogramja, ahol a tartósan betöltetlen körzetekben látnak el helyettesítő háziorvosi feladatokat az egyéni képzésbe regisztrált közalkalmazott orvosok. 2010-től már saját jogon is beléphetnek – az önkormányzat által igazolt ellátási érdekből – a rendszerbe olyan kollégák, akik vállalják a szakképesítés határidőre történő megszerzését, ha olyan szakképesítéssel rendelkeznek, amelyre – egyszerűen körülírva – a háziorvostani szakképesítés az uniós szabályok életbelépéséig (2008. január 1.) ráépíthető volt. Jelenleg ezek a következők: aneszteziológia-intenzív terápia, belgyógyászat, bőrgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, fertőző betegségek, fül-orr-gégegyógyászat, gyermeksebészet, honvéderovostan, katasztrófa-rovostan, idegsebészet, neurológia, ortopédia, oxylógia, pszichiátria, reumatológia, reumatológia és fizioterápia, sebészet, sportrovostan, szemészet, szülészet-nőgyógyászat, tüdőgyógyászat, urológia, traumatológia, üzemrovostan.

A háziorvosi praxisokban ápoló és nem asszisztens alkalmazása a kötelező, kivéve természetesen a házi-gyermekorvosi körzeteket (amelyekben nem 14, hanem 18 év a felső határ), ahol az ápolási feladatokat a szülők látják el.

A háziorvosi statisztikai mutatók megérdemelték volna, hogy a szerző kijelentse, hogy miről beszél: háziorvosként dolgozó orvosokról, háziorvosi praxisokról, avagy háziorvosi szakképesítéssel rendelkező kollégákról, mert a számok alakulása szempontjából nem mindegy. Vélhetően ugyanis pl. a belgyógyászok számának csökkenése nem a pályát elhagyók számát jelenti, hanem azt, hogy sok belgyógyász szerezte meg a háziorvostani szakvizsgát és a továbbiakban ezzel a képesítéssel folytatja munkáját (hasonlóan „egyéb szakvizsgával” rendelkezőkhöz). Ne felejtjük el ugyanakkor azt sem, hogy amikor a szerző háziorvosi ellátásról ír, hol beleérti a házi-gyermekorvosokat, hol meg nem.

Sajnálatos ugyanakkor, hogy a szerző a 4. ábra vonatkozásában említésre méltónak sem találta pl. a BAZ megye területén jól látható színskülönbséget szomszédos (!) kistérségek között.

ségek között (7,7% és mellette 50%, majd 6,3%). A 4. ábra nem a háziorvosok életkor szerinti megoszlását mutatja. Az ábrán ténylegesen szereplő „60 év feletti háziorvosok aránya” nem összetévesztendő az életkor szerinti térségi megoszlással. Lehet ugyanis, hogy a 60 év feletti orvosok aránya az egyik térségben jóval magasabb, az átlagéletkor azonban alacsonyabb, mint a másikban. Ez nemcsak elméletileg lehet így, a gyakorlatban is többször így van. Ráadásul az átlagéletkor közel sem mutat akkora szórást, mint a 60 év feletti orvosok aránya!

Sommás megjegyzés (és a kifejtése lemaradt) annak kijelentése, hogy a vényköteles gyógyszerek felírása az oka a magas orvos–beteg-találkozások számának. Nem ír az egyéb motiváló tényezőkről, a szakorvoshoz történő kényszerbeutalásokról, a szociális hatásokról sem.

Kétségtelen, hogy a működtetési jog vonatkozásában számtalan anomália tapasztalható már a megjelenése óta. Az azonban a törvény módosításakor sem változott meg, hogy a működtetési jog személyhez kötött vagyoni értékű jog, amely az önkormányzat rendeletében meghatározott körzetben folytatható. A hangsúly az önkormányzati rendeleten van, így a normaszövegből a (2) bekezdés ideemelése is szükséges: ennek figyelmen kívül hagyása vezetett már számtalan félreértéshez és méltatlan helyzet kialakulásához.

Mivel ma sokan állnak a kérdéshez úgy, hogy nem veszik figyelembe, hogy a praxisok fenntartói az önkormányzatok, akiket semmi nem kötelez arra, hogy a jogot megszerző orvossal bármiféle szerződést kössenek. Az elmúlt években sokan kerültek méltatlan helyzetbe emiatt és nem csak akkor, ha a körzetet megszüntették. Az önkormányzat – ha csak a szerződésben nem helyeznek el ezt kivédő vagy kompenzáló fékeket – szabadon dönthet és mondhatja fel a terület ellátásra vonatkozó szerződést az orvossal. A törvény teljes félreértésén alapul az a megjegyzés, mely szerint az önkormányzat „visszavehetné” és értékesíthetné a működtetési jogot: ez a jog személyhez kötött és átmenetileg sem kerülhet önkormányzati tulajdonba. Ezekre az eredeti jogalkotói szándékot nyilvánvalóan torzító elemekre utalás sem történik.

A 6. pont után hiányérzete támad az olvasónak, a tömör kijelentés a képzési költségek visszafizetésére így, magyarázat nélkül óhatatlanul is kérdéseket indukál: miért az orvosokat érinti a népharag, mi a helyzet a többi külföldön szerencsét próbálóval – legyenek akár diplomások vagy szakmunkások? A hiányérzet folytatódik a következő bekezdésben, hiszen olyan megállapítások olvashatók, melyek forrása ismeretlen.

A háziorvosok finanszírozása: már a cím is torz és félrevezető. A finanszírozás ugyanis a háziorvosi praxisokra vonatkozik, aminek közvetlenül semmi köze sincsen a háziorvosok tényleges jövedelméhez. Az 1993 óta eltelt időben a finanszírozási alapelvek érdemi változatlanlansága mellett azért voltak más változások is, nemcsak az ún. gondozási szerző bevezetése (a szerző ugyanis csak ezt említi...).

„Ha nem küldenének indokolatlanul tovább betegeket...”: háziorvosként még irodalmi hivatkozással is bántó ez a kijelentés, de így, utalás nélkül azonban megalapozatlan és káros a megjegyzés. Nyilvánvalóan sugallja ugyanis a rejtett alánnyal az előítéletet, miszerint a háziorvosok csak utalgatják a betegeket, ahelyett, hogy a definitív ellátásra

törekednének. Ha máshol nem, itt talán érdemes lett volna utalni a szakorvosi javaslatához kötött felírási jogosultságra, a szakmailag bizonyíthatóan felesleges betegutaztatásokra, a szakmai protokollok hiábavalóságára (l. pl. a háziorvosi kompetencialista érvényesülését stb.).

A „kapuőri” feladata a háziorvosoknak többször megjelenik a cikkben, de a szöveggörnyezet alapján, valószínűleg nem teljesen tisztázott a cikk írója számára ennek tartalma. Pl. halálozási statisztikákról szóló mondat után a „tehát” kezdődő mondatban megállapítja, hogy a háziorvos kapuőri szerepére szükség van.

A sok „tehát” kezdődő mondat kifejezetten zavaró, mert arra utal, mintha következményről volna szó. Nem világos ennél fogva az sem, hogy a „majdnem 90%-a a praxisfinanszírozás” az most jó nekünk, vagy valami baj van vele?

Ma a háziorvosnak kiemelt támogatással szakorvosi javaslatra van lehetősége gyógyszerrel rendelni. Ez a háziorvosi gyógyszerrendelések 58%-át teszi ki, és ez legalább egy szakorvosi beutalással jár együtt.

A „pontpénz” kifejezést eddig még nem hallottuk, általában kapitációnak vagy egyszerűen kártyapénznek szokták titulálni, bár értelmezhető pont-Forint-értéket megalapozó relációban is.

Az OEP-től származó bevételek között tévesen szerepel, hogy a fixdíj a kártyaszámtól függően kerül meghatározásra, hiszen ennek éppen nem a kártyák, hanem a körzet területén élő lakosok számához van köze, támogatva a kisebb körzetek életképességét. Érdemes lett volna jobban elmélyülni a finanszírozásról szóló kormányrendeletben ahhoz, hogy az „...és szorzóval az értéke meghatározásra kerül” mondatrész hosszabbra alakuljon: akkor ugyanis valószínűleg az ügyben tájékozatlan olvasók is megismerték volna a különböző szorzók értékeltérítő hatását és az eltérések logikáját.

A depresszióról szóló rész a szakorvosjelölt alkalmazása tekintetében ködös, másrészt, ha már a szerző hivatkozik arra, hogy léteznek depresszió alól mentesített körzetek, akkor legalább utalni lehetne rá, hogy miért van ez így. Érdemes volna továbbá megemlíteni a depresszió-módosítás azon eseteit, amikor további szakdolgozó alkalmazására kerül sor.

Az ügyeleti szorzók nem 1,3 és 1,8 között, hanem 1,3 és 2,1 között mozognak.

A bevezetőben felvetettük, hogy a szerző eddigi tevékenységét nem ismerjük. Sajnos az egyéb jogszabály által meghatározott bevételekről szóló fejezet azt mutatja, hogy a szerző se jó ismerőse az alapellátásnak, hiszen a felsorolás olyan pontokat tartalmaz, amely szóba sem jöhet háziorvosi szinten. A TAJ-valorizáció 50 Ft ellenében történő vizsgálatának pedig semmi köze sincsen ahhoz, hogy valaki jogosult-e az ellátásra vagy sem, mert a járulékfizetés megtörténtétől függetlenül köteles a háziorvos a nála ellátásra jelentkezőket fogadni.

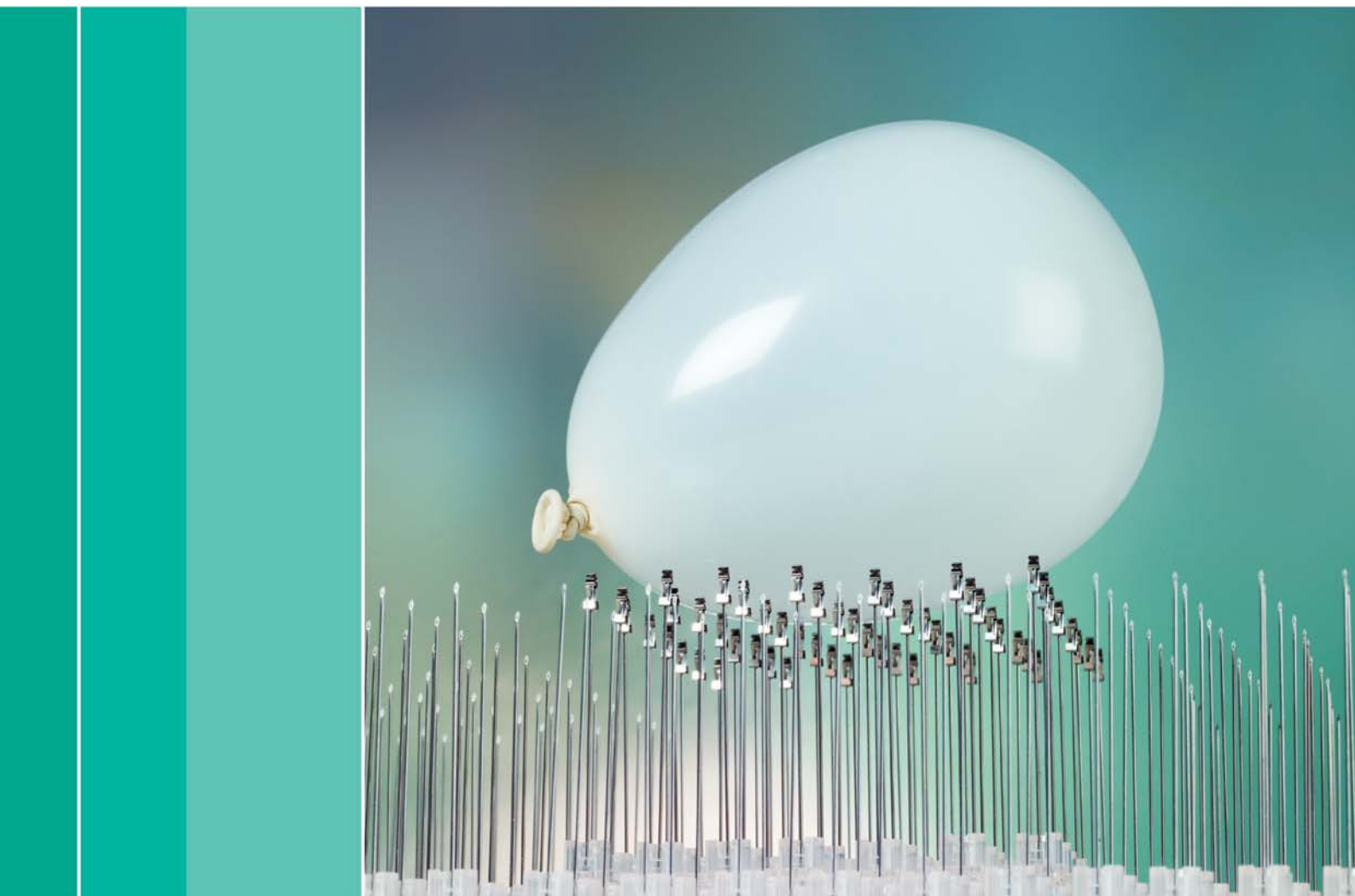
Dr. Balogh Sándor főigazgató úr az alapellátás finanszírozásának nagyobb lépései kapcsán soha nem beszélt a háziorvosok bevételéről, hanem mindig is következetesen a háziorvosi praxisok bevételéről. Egy egészségügyi gazdasággal foglalkozó lapban elvárható, hogy a szerzők gondosan foglalkozzanak egy olyan kérdésben (is), ahol a felületes olvasót tévútra viheti egy alaptalan megjegyzés.

A praxisokban ma sincs két alkalmazottra vonatkozó kötelezettség: a felnőtt és vegyes praxisokban kötelező az ápoló napi nyolc órában való foglalkoztatása, de ott sem előírás az alkalmazotti jogviszony.

A praxisok adás-vétele nem háziiorvosi judícium, hiszen azok fenntartója (kvázi tulajdonosa) nem a háziorvos, hanem az önkormányzat. Az orvosok a működtetési jogot és adott esetben a működtetéshez szükséges, a birtokukban lévő ingó és ingatlan vagyont tudják átruházni. (Szerencsére később megtudjuk, hogy ki is az a Bélteczki, aki egyébként lehet, hogy dr.).

A nemzetközi kitekintés után bizony meglepetést okoz a cikk utolsó mondata, hiszen előzőleg egyetlen sorban sem utal a szerző arra, hogy mi alapozza meg a megállapítását, miszerint nem kártyapénzzel, hanem teljesítmény (minőségi) indikátorok alapján kellene finanszírozni a praxisokat. Tartunk tőle, hogy valahol az irodalomjegyzék 7–12. pontjai között kell keresnünk a forrást...

Összefoglalva: egy cikk közlését az a szándék alapozza meg, hogy a szerző szeretne közölni valamit. Jelen esetben nem derült ki, hogy mi volt ez a mozgató erő.



Vasofix[®] Safety

**Intravénás katéter elfedődő tűheggyel
és injekciós porttal**

A különleges tervezésű biztonsági kapocs a szűrőtű teljes kihúzásának pillanatában, önmagától működésbe lépve elfedi az éles tűhegyet. A Vasofix Safety jelentősen csökkenti a tűszúrásos sérüléseket, és így a vérrel átvitt fertőzések kockázatát.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical Kft. | 1023 Budapest, Felhévízi u. 5.
Tel.: +36 (1) 346-9700 | Fax: +36 (1) 438-4900 | www.bbraun.hu

Mölnlycke Health Care – Bizalomra ösztönöz

Amiért a világ egyik piacvezető egészségügyi termékeket forgalmazó vállalata vagyunk:

A Mölnlycke Health Care kiváló megoldásokat kínál termékeivel a biztonságos és hatékony sebészeti beavatkozásokhoz a **BARRIER®**, **Biogel®** és **ProcedurePak®** márkanevek alatt.

BARRIER® a világ egyik legrugalmasabb termékkínálatát jelenti a műtőben használatos lepedők, kabátok és védőruházat tekintetében. A **BARRIER®** segít a fertőzések kockázatának minimalizálásában és a műtői személyzet biztonságának maximalizálásában. A minőséget szem előtt tartva fejlesztjük műtői termékeinket, amelyek minden esetben eleget tesznek az EN 13795 szabvány előírásainak.

Biogel® márkaneven a világ vezető sebészeti kesztyűjét ismerik meg partnereink, melyek magas színvonalon tökéletesen kielégítik a különböző egyéni elvárásokat.

A **ProcedurePak®** szolgáltatással személyre szabott, egyszer használatos komplett műtői tálcákat kínálunk partnereinknek. A felhasználói igények alapján egy speciális műtői eljáráshoz, az összes egyszer használatos terméket egyetlen steril csomagban biztosítjuk. Ezen egységcsomagok használatával a folyamatok átláthatóbbá és hatékonyabbá válnak.

Mindezek mellett a Mölnlycke Health Care kiváló minőségű, nem szőtt és géz alapú kötszerek, egyedülálló **Safetac®** technológiával készült szilikonos kötöző anyagok széles választékával is rendelkezésre áll minden sebtípus korszerű kezelésére.