

**AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPBÓL TÖRTÉNŐ
FINANSZÍROZÁSÁNAK RÉSZLETES SZABÁLYAIRÓL SZÓLÓ
43/1999. (III. 3.) KORM. RENDELET MÓDOSÍTÁSÁRÓL**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Eb. tv.) 83. §-a (2) bekezdésének a) pontjában foglalt felhatalmazás alapján a Kormány a következőket rendeli el:

1. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) 5. §-a (1) bekezdésének első és második mondata helyébe a következő szövegrész lép:

„Adathiány vagy hibás adat miatt a szolgáltató a pótlólagos vagy javított elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 10. napjáig küldheti meg. Az elszámoló által megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 10. napjáig nyújtható be az adat javítása, illetve a technikai okokból feldolgozhatatlan adat pótlása.”

(2) A Kr. 5. §-ának (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(2) Adathiánynak minősül, ha a jelentett adatok a kötelezően jelentendő adatok nem teljes körét tartalmazzák.

(3) Hibás az adat, ha a szolgáltató, a szolgáltatást igénybe vevő adatai, vagy az ellátás azonosítását, leírását szolgáló adatok nem felelnek meg a jogszabályokban, illetve a kitöltési útmutatóban foglalt előírásoknak.”

2. § (1) A Kr. 7. §-a (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló rendelet (a továbbiakban: Hr.) hatálya alá tartozó házi orvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: házi orvosi) tevékenységet nyújtó szolgáltató által nyújtott ellátásra a szolgáltató a finanszírozóval szerződés köt. A szolgáltató a szerződés megkötéséhez nyilatkozik arról, hogy az ellátást nyújtó orvos a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel vállalja a folyamatos ellátást.”

(2) A Kr. 7. §-a (2) bekezdésének b) és c) pontja helyébe a következő rendelkezések lépnek:

[[2) *Folyamatos az ellátás, ha*

„b) munkanaponként a házi orvosi szolgálat orvosa 8 órában – beleértve a rendelési időt és a tanácsadás idejét is – az öt választó biztosítottak számára szolgáltatást nyújt, ide nem értve a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit;

c) munkanaponként a házi orvosi szolgálat által alkalmazott ápoló 8 órában, a házi gyermekorvosi szolgálatban alkalmazott gyermekápoló vagy asszisztens legalább a rendelési időben a biztosítottak számára rendelkezésre áll, ide nem értve a keresőképtelenség,

a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit; és”

3. § (1) A Kr. 10. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A MEP a fővárosban legfeljebb tizenöt, megyeszékhelyenként egy-egy hajléktalanok ellátására létrehozott, területi ellátási kötelezettség nélküli házi orvosi szolgálat finanszírozására köthet szerződést. A heti 30 órás rendelési idővel működő szolgálat díjazása a házi orvosi szolgálatok előző évben elért havi országos átlagdíjának a tárgyévi előirányzat-növekedés mértékével emelt összegével történik. E feladat ellátására csökkentett, de legalább heti 15 óra rendelési időre is köthető finanszírozási szerződés, időarányos díjazás mellett.”

(2) A Kr. 10. §-ának (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti szolgálatokat a szerződésben előírt nyilvántartási kötelezettség terheli. A szolgáltató a szerződés szerinti forgalmi adatokat szolgáltatja.”

**24/2003. (VII. 7.) HM-ESZCSM EGYÜTTES
RENDELET**

A hadkötelezettség alapján teljesítendő katonai szolgálatra és a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi alkalmasság elbírálásáról szóló 9/2002. (II. 28.) HM-EüM együttes rendelet módosításáról

40/2003. (VII. 16.) ESZCSM RENDELET

**AZ ÉLETKORHOZ KÖTÖTT SZŰRŐ-
VIZSGÁLATOKKAL KAPCSOLATOS EGYES
MINISZTERI RENDELETEK MÓDOSÍTÁSÁRÓL**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 3. §-a (7) bekezdésének b) pontjában, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének f) pontjában, a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény 3. §-ának (3) bekezdésében és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. §-a (4) bekezdésének a)-b) pontjában foglalt felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. § A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrő-

vizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) a következő 2/A. §-sal egészül ki:

„2/A. § (1) A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálat az a népegészségügyi tevékenység, amely a lakosság meghatározott korcsoportjaira terjed ki és a személyes meghívás gyakorlatát alkalmazva szakmailag indokolt gyakorisággal történik.

(2) Az (1) bekezdés szerinti népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokat e rendelet mellékletének III. fejezete tartalmazza.”

2. § (1) Az R. 4. §-ának a) pontja a következő szövegrésszel egészül ki:

„valamint e rendelet mellékletének III. fejezetében foglalt szűrővizsgálatokban való közreműködés,”

(2) Az R. 4. §-a a következő e) ponttal egészül ki:

[Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül]

„e) e rendelet mellékletének III. fejezetében foglalt szűrővizsgálatot a külön jogszabály alapján ezen feladat ellátására jogosult

ea) az 1. pont esetén a nőgyógyászati szakrendelés és a szakmai minimumfeltételeknek megfelelő citodiagnosztikai laboratórium,

eb) a 2. a) alpont esetén a vizsgálathoz szükséges berendezést üzemeltető, a szakmai minimumfeltételeknek megfelelő szakrendelés,

ec) a 2. b) alpont esetén a klinikai laboratórium végezheti.”

3. § Az R. melléklete a következő III. fejezettel egészül ki:

**„III. FEJEZET
Népegészségügyi célú, célzott
szűrővizsgálatok**

1. 25 és 65 év között

népegészségügyi céllal egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként nőgyógyászati onkológiai méhnyakszűrés, különös figyelemmel a méhnyakelváltozások sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára.

2. 45 és 65 év között

a) népegészségügyi céllal kétévenként az emlő lágyszövet röntgenvizsgálatán alapuló emlőszűrés (mamográfia),

b) népegészségügyi céllal kétévenként gyomorbélrendszeri eredetű, humánspecifikus vérvész laboratóriumi szűrése székletvizsgálattal a háziorvos kezdeményezésére és általa biztosított székletgyűjtő tartállyal.”

4. § A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4.

§-a (2) bekezdésének d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[[2) A háziorvos feladatkörébe tartozik, továbbá:]

„d) külön jogszabályban foglaltak szerint az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzése és az egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban való közreműködés, valamint együttműködés az ellátási területén ilyen szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatóval és a végrehajtásért felelős szervvel,”

5. § A terhesgondozásról szóló 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet 2. számú melléklete 2. pontjának

a) negyedik francia bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

[További jelentkezések alkalmával]

„– kolposzkópos vizsgálat és kenetvétele rákszűrés céljából, amennyiben a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálat szabályai szerint esedékes lenne,”

b) az ötödik francia bekezdéséből az „illetve rákszűrés céljából” szövegrész hatályát veszti.

6. § (1) Ez a rendelet – (2) bekezdésben foglalt kivétellel – a kihirdetését követő 8. napon lép hatályba, ezzel egyidejűleg az R. melléklete II. Fejezete 4. pontjának b) alpontja és az 5. pontjának a)–b) alpontja hatályát veszti.

(2) E rendelet 3. §-ával módosított R. melléklete III. Fejezet 2. pontjának b) alpontja 2005. december 31-én lép hatályba, és ezzel egyidejűleg hatályát veszti az R. melléklete II. Fejezet 5. pontjának d) alpontja.

41/2003. (VII. 17.) ESZCSM RENDELET

A HÁZIORVOSI, HÁZI GYERMEKORVOSI ÉS FOGORVOSI TEVÉKENYSÉGRŐL SZÓLÓ 4/2000. (II. 25.) EÜM RENDELET MÓDOSÍTÁSÁRÓL

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 3. §-a (7) bekezdésének b) pontjában és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének f) pontjában kapott felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. § A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2. §-a (1) bekezdése az alábbi szövegrésszel egészül ki:

„A háziorvos rendelési időben a betegeket – sürgős ellátást igénylő eset kivételével – az érkezés igazolt sorrendjében fogadja. A háziorvos legalább a rendelési ideje egy részében, illetve a tanácsadás során előre programozható betegellátás keretében előjegyzés alapján végzi a betegek szűrését, gondozását és ellátását.”

2. § Ez a rendelet 2003. aug. 1-jén lép hatályba.

FIGYELEM! A bekeretezett szövegrészben az emésztőrendszeri daganatok szűrővizsgálatához szükséges „székletgyűjtő tartály”-t a háziorvos számára biztosítják és külön díjazás jár érte 2006. január 1-jét követően.

Az Országos Alapellátási Intézet (OALI), mint az alapellátás országos intézete megkapta az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) mellett működő háziorvosi és házi-gyermekorvosi szakfelügyelői hálózat 2002 évi jelentéseit.

Lakossági helyzetkép

Az egészségügy nem vizsgálható pusztán önmagában, társadalmi környezetéből kiszakítva, különösen, ha komolyan célul tűzzük, hogy a primer prevenció ne csak szlogen legyen. Mindenképpen pillantást kell vetni ezért arra, hogy melyek a hazai lakosság általános egészségjellemzői, milyen problémák jelentik a legnagyobb kihívást.

A problémák gyökereként rögtön megemlíthető az életvezetési nehézségekkel küzdők magas aránya, és ezzel közvetlen összefüggésben az *alacsony motiváció az egészségmegőrzésre*. Visszaszorult a táppénz igény, mert megnőtt a félelem a munkahely elvesztésétől, ami részben ugyancsak a primer prevenció ellen hat, mivel csak akkor kerülnek az emberek orvoshoz, amikor már nagy a baj. Mindezekhez járulnak a hátrányos helyzetű szociális csoportok alapvető higiénikus gondjai.

Ugyanakkor mégis sok az indokolatlan orvoshoz fordulás: sokaknak az orvosi rendelők jelentik a társas érintkezés egyetlen lehetőségét, a lakosság egy másik csoportjának pedig – a médiumok által felfokozott – sokszor irreális elvárások jelentik az egészségüggyel szemben támasztott mércét. Itt jegyzendő meg, hogy *a szakfelügyelők által kivizsgált lakossági panaszok túlnyomó többsége alaptalan volt*.

A felnőtt lakosság egészségproblémái közül, mint legfontosabbak kiemelendők: magasvérnyomás betegség, szívrendszeri betegségek, cukorbetegség, daganat, alkohol, dohányzás, elhízás.

A gyermekek és fiatalok esetében fontos kérdések: anyatejes táplálás hiánya, allergia, egészséges táplálkozás hiánya – elhízás, mozgásszervi problémák – készségfejlesztés, szociális veszélyeztetettség – gyermekbántalmazás, dohányzás – alkohol – kábítószer, szexuális felvilágosítás.

Egészségügy

Mint társadalmi alrendszer – amelybe az alapellátás is tagozódik – működését általánosan a pénzühiány, a bizonytalanság és a várakozás jellemzi, különösen most az új „kórház – törvény” körüli viták idején.

Az alapellátási hálózat szervesen integrálódik az egészségügyi rendszerbe, bár az elismertsége helyenként nem kielégítő. Általánosnak mondható viszont, hogy *a szakfelügyelői hálózat kapcsolata az egyéb szakmai fórumokkal jó*, hasznosak a közös megbeszélések. A hálózat részéről az OOSZI (Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete) tevékenységét érte kritika, illetve többen jelezték, hogy a MOK (Magyar Orvosi Kamara) felé a leglazább, esetleges az együttműködés.

A szakorvosi hálózattal kapcsolatban a hosszú *előjegyzési idők* mellett, a *visszajelzések* hiányossága jelent kritikai alapot. Problémás továbbra is az útiköltség utalvány kérdése. Fontos a gondozás összehangolása az alapellátás – szakhálózat relációban. Ezen a területen biztató a néhol

már működő közvetlen számítástechnikai kapcsolat a kórház és a háziorvosok között. A kórházi ágyszámleépítés – gazdasági indokokból vagy orvoshiányból – növeli az alapellátás terheit (különösen a gyermekgyógyászat esetében). A gyermekorvoslás vonatkozásában a Mozgó Szakorvosi Szolgálat (MSZSZ) működése mellett – mint együttműködési forma – egyre jobban terjed az orvoshiány miatt kórházi osztályra beügyelő házi-gyermekorvos szerepvállalása. Talán egy új ellátási szisztéma kialakulására hívják fel a jelentések a figyelmet: területi gyermekgyógyászat „saját” kórházi háttérrel, mintegy átformálva a gyermekosztályok működését. Ide kíváncszhat még a sok vitát kavarázó alternatív szülés (otthon szülés) kérdése is, amelynek jövőbeni elterjedése nem zárható ki, és amely szintén állásfoglalás kialakítására ösztönzi az alapellátásban dolgozókat.

Az alapellátás személyi és szakmai helyzete

Elérkeztünk az alapellátás, jelentésekben visszatükrözött helyzetképéhez, aholis a *lehangoltságba hajló hangnemet*, néhol azért áttöri a bizakodás reménysugara. A hálózat véleménye szerint az alapellátást ma a fásultság jellemzi, amiben közrejátszik, hogy a definitív ellátás továbbra sem valósul meg.

Általánosságban kijelenthető, hogy személyi fejlesztés az alapellátásban, 2002-ben nem volt. Ezzel szemben a háziorvosok átlagéletkora magas, az általánosan *elidősödő hálózat* 5–10 éven belül komoly problémák elé néz. Az előregedés mellett, jelentős gond a fiatal orvosok magas halálzási aránya. Az alapellátásban dolgozók ezért is örömmel fogadták az OALI életmód-táborait.

Az előregedés – praxisüresedés – drága praxis tengely végpontjában már ma is áron alul elkelt, illetve tartósan helyettesített praxisok állnak. A szakfelügyelői jelentések több helyen a MOK és a Minisztérium fokozottabb szerepvállalását sürgetik a praxis értékesítés terén, az alapellátásban dolgozók véleményét közvetítve egyfajta *penzügyi alap* létesítésére tesznek javaslatot.

Az általánosnak ma már a *vállalkozó háziorvos* tekinthető – közalkalmazott asszisztencia mellett. Ugyanakkor – kevés kivétellel – a rendelő tulajdonos még mindig az önkormányzat. A támogatási rendszer hatása az eszköztulajdonlás területén érződik, aholis a támogatásszerzés reményétől táplálva ma már legalább részben, szinte mindenütt az orvos is tulajdonos.

Továbbra is *kevés a segéd személyzet*, legjellemzőbb az egy orvos egy asszisztens modell, különösen a gyermekorvosok esetében. A házi ápolásra végképp nem jut személyzet. Az asszisztens státusz nem kíván önálló egészségügyi tevékenységet, ugyanakkor problémás, hogy személynek változása esetén jelenleg új ÁNTSZ engedélyt kell kérni. A béremelést örömmel fogadták a praxisok, de a jelen finanszírozási szisztéma a kis praxisokat nehéz helyzetbe hozta, forint tízezrekkel is csökkent néhol a finanszírozás. A finanszírozást e nélkül is mindenhol kevésnek ítélték.

Csakúgy ahogyan az *ügyelet* alulfinanszírozottsága is általánosan kezelt tény. A központi ügyeleti megoldás ritka, és jellemzi sok esetben a szakképzetlenség, a túlterheltség, vagy az, hogy nyugdíjas ügyel (sokszor nem is

legálisan). Az ügyeleti felszerelés pedig kívánivalókat hagy maga után. A készenléti ügyelet, bár sok szempontból problémás, még mindig igen elterjedt, különösen kis körzetekben. Itt a röhöz kötöttség élményét súlyosbítja a továbbképzési pontgyűjtés nehézsége is. A talán legáltalánosabb összevont ügyeletben – a részt nem vétel – nem szankcionált. Fájó pont továbbá, hogy a túlmunka idő nem számít be a nyugdíjba. A sürgősségi ellátás terén az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) mellett működő profi sürgősségi egység lenne ideális, szemben azzal a szisztémával, hogy helyenként egyszemélyes sürgősségi BT üzemel.

Az alapellátás leterheltsége nagy, a megfelelő minőségbiztosítási rendszer és megbecsülés egyelőre hiányzik. Az OEP nem fizeti a több szakvizsgálóval rendelkezők alapellátásban kifejtett szaktevékenységét, a felírási megkötöttségeket pedig a kollégák sokszor joggal diszkriminációként élik meg. (Javaslatként felmerült, hogy legalább az egészségügyi alkalmassági vizsgálatok legyenek ingyenesek az egészségügyi dolgozók részére.)

Az alapellátásban dolgozók általában tisztában vannak saját tevékenységük fontosságával a *prevenció és az egészségmegőrzés* területén, de a távlati egészségpolitikai tervek alulismertek. Az eredményes prevencióhoz a szakfelügyelői hálózat szerint további propaganda, személyi – tárgyi – anyagi kapacitás kell (az emlőszűrés terén már vannak pozitív példák). A többet tenni akarás szándéka jelenleg még inkább elszigetelt egyéni tettek területén nyilvánul meg: alternatív gyógyító módszerek alkalmazásában, időpont-egyeztetéses rendelésben, kihelyezett szakrendelés szervezésben. Fontos lenne az ideális méretű praxisok általánossá válása, nagy praxisban nem jut idő a prevencióra. A prevenció hiányának oka a leterheltség mellett az is, hogy az OEP nem támogatja kellőképpen a megelőzést – a betegség az érték. A témához kívánczik, hogy a lakosság egyéni érdekelté és felelőssé tételét is, az alapellátás erőfeszítéseivel párhuzamosan, fokozni kell. A civilszféra is jelentős szerepet kell vállaljon a prevenció és a gondozás terén. Fontos továbbá az alapellátásban dolgozók egészségének megőrzése, egészséges életmódra nevelése, amelyben az OALI elismert tevékenységet fejt ki.

A továbbképzésekről szólva a jelentések koordinátlanságot említenek, sem a kredit pont regisztrálása sem az ellenőrzése nem megoldott. A több szakvizsgáló házi-orvosok számára különösen megterhelő a szakágankénti kreditpontgyűjtés. A szakdolgozók továbbképzése is problémás. Az alapellátásban a tudományos tevékenység minimális szinten mozog. Helyenként jól működnek a kihelyezett továbbképző központok. Fejlesztési irányként a számítástechnika és a táv-továbbképzés lehetősége emelendő ki, ami különösen a kis eldugott praxisok számára életfontosságú lehet.

A *házi-gyermekorvosok* sajátos problémája, hogy sok orvos dolgozik közös rendelésben (átlag 2–3, de néhol 5–6 is), egy rendelésre viszont általában csak egy felszerelés jut és az is többnyire gyengébb, mint a felnőtt rendelőé, különösen mivel az önkormányzatok a felnőtt rendelést sokszor jobban támogatják. A gyermekorvosok egy része

szert a szabad és pihenőnap 3 órás rendelés felesleges, indokolatlan, az előírt napi 8 órás asszisztensi munkaidő pedig kitöltetlen és aránytalan anyagi terhet ró a praxisokra. Gondot jelent az ismét csökkenő születésszám, valamint a népességmozgás miatt csökkenő és duzzadó létszámú praxisok kialakulása, amely előbb utóbb felveti a praxis átalakítás kérdését. Továbbra is sérelmezik a felnőtt ügyeleti szolgálatra kényszerítést, illetve a gyermekorvos nélküli gyermek-ügyeletet.

A gondozás nem egységes szempontrendszer szerint történik, amit nehezít a *meglazult kapcsolat a védőnőkkel*. Fontos, hogy a védőnő is megkapja a szűrési és gondozási adatokat. A független védőnői dokumentáció és az orvosi dokumentáció között sokszor eltérés van, amin javíthat az egységes informatikai háttér megteremtése. Az ifjúsági orvosokkal is vannak együttműködési nehézségek, előfordulnak többszörös egymást átfedő házi és iskolaorvosi szűrések, nem megoldott a kollégiumok megfelelő orvosi ellátása. A „veszélyeztetett gyermek” csoportba sorolás szubjektív megítélésen alapul, az otthoni látogatások között a prevenció látogatások aránya 30–50% között mozog. Kevés a gyermekek gyógytorna lehetősége, illetve sokszor időséssel közösen foglalkoznak velük. A fluor profilaxis bizonytalansága miatt új módszertani levelet igényelne. A magatartási zavarok elterjedtsége okán több pszichológusra lenne szükség. Az orvosok és a védőnők jelentős szerepet vállalnak iskolai felvilágosító előadások tartásában szinte mindenhol.

Végül néhány az alapellátást foglalkoztató *kérdés és probléma*, amely a témával kapcsolatban a jelentésekből kiragadható:

- Az ápolási díj megállapítása és az alkalmassági vizsgálatok rendszere problémás.
- Az ellátottak átjelentkezése papíron megy, amihez a páciensről írásos hozzájárulás kell. Nem egységes, hogy mit és hogyan kell átküldeni. Fontos lenne, hogy ne csak a törzskarton jusson el az új házi-orvoshoz. Az ideális megoldás az informatikai adatállomány átadása lenne.
- Az OEP-nek drága gondozotti gyógyszert sok esetben a házi-orvos írja fel, ami jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy sokat költ az alapellátás gyógyszerre.
- A halottvizsgálat megfelelő felkészültséggel és színvonalon végzése, a dokumentáció megfelelő kitöltése nagyobb tájékozottságot igényel.
- A gyermekgyógyász szakfelügyelők szerint a vegyes körzetek gyerekgyógyász ismerete hiányos. A kezelés sokszor sematikus, empirikus adagokkal. Ugyanezen körzetekben a csecsemőgondozás kívánivalókat hagy maga után.

Tárgyi feltételek

A tárgyi feltételek javítása területén az eszközvásárlási támogatás segítséget jelentett, általában a praxisok többsége igénybe vette. Mégis továbbra is van olyan praxis amely tárgyi okokból kap ideiglenes és nem végleges működési engedélyt. A 2005-re előírányzott követelményeknek pedig a praxisoknak csak töredéke felel meg.

A tárgyi feltételek terén különösen a csatolt községek helyzete hagy kívánnivalókat.

A jelentések tanúsága szerint ma még a rossz kiépítettségű és állagú, lelakott *rendelő*k az elterjedtebbek, amelyekben nincs lehetőség négy szemközti orvos – beteg találkozáásra, illetve amelyek mozgáskorlátozottak számára nehezen közelíthetőek meg. Előfordul hotelban bérelt rendelő is. Néhány jelentés azonban öröndetes rendelő építésekéről és felújításokról is beszámol.

Az eszközök terén a leggyakoribb a vegyes eszköz-tulajdon, amikor is az eszközök részben az önkormányzat részben, pedig az orvos tulajdonában vannak. Az orvosok eszköztulajdon átvételére sok helyen az amortizációs támogatás igénybevehetősége kedvéért került sor. A támogatást leggyakrabban számítástechnikai eszközök beszerzésére fordították, kisebb részben diagnosztikus eszköz vásárlására. Számos praxisban házi orvosi befektetésből minimumkövetelményt meghaladó szintű eszközpark áll a lakosság szolgálatában. Ma már a praxisokban a számítógép és a mobiltelefon általánossá vált, az OEP azonban a mobiltelefon használatot nem finanszírozza, az nincs a minimumlistán.

A *számítástechnika* terén általános az igény az egységes alapellátási szoftverre. A jelentések tükrében a programpaletta leszűkült, megoldható lenne az ideális program kiválasztása. Ezzel összefüggésben, nincs meghatározva mit hogyan kell dokumentálni, sok az ellentmondás, gyakori a párhuzamos – számítógépes és kartonos – dokumentáció. Ezen a téren a legproblematisabb az otthon végzett ellátás megfelelő rögzítése. Sok praxisban jelenleg még csak jelentéskészítésre és nyilvántartás vezetésre használják a számítógépet. A több falut ellátó házi orvosok esetében az igazi megoldás a hordozható számítógép lenne. Kevés az olyan praxis ahol internet hozzáférési lehetőség van. Öröndetes, hogy néhány helyen a laborvizsgálatok eredményét számítógépen keresztül közvetlenül le lehet már kérdezni.

Viszony a helyi önkormányzatokkal

Az alapellátás helyzetét közvetlenül meghatározza a helyi környezet, vagyis a kapcsolat a helyi önkormányzattal. A házi orvosok többsége vállalkozó, ugyanakkor a rendelő tulajdonosa túlnyomórészt az önkormányzat. Elmondható, hogy a *teljes privatizációs helyzetkép tarka*, van ahol a praxisok 50%-a teljesen privatizált, többségében azonban a folyamat nem haladt előre és reményteljes kezdetű privatizációs tárgyalások is megszakadtak. A rendelő orvosi tulajdonlása a leggyakoribb a területi ellátási kötelezettség (TEK) nélküli körzetekben.

Az alapellátás biztosítása az *önkormányzat törvényi köteleessége*, ha a megfelelő feltételeket nem teremti meg törvényt sért. Kérdés azonban, hogy lehet feltétel biztosításra kényszeríteni. A kollégák ezért is sérelmesnek és értelmetlennek tartják az orvos képviselőtestületi tagságának korlátozását. Különösen, hogy így gyakoribbá válhat az átgondolatlan területkialakítás és praxislétesítés. Az önkormányzat hozzáállása az egészségügyhöz jelentős részben az orvos – önkormányzat személyes viszony függvénye.

Sok helyen nagy az eltérés aközött, hogy miről tárgyal és dönt a képviselő testület, illetve mi az, ami megvalósul.

Ami az anyagiakat illeti jellemző, hogy az önkormányzat az egészségügyi finanszírozást másra költi, a támogatást a *maradékélv* és a *konceptiótlanság* jellemzi. Ugyanakkor többségében van helyi iparűzési adó, amivelis központi finanszírozást adóztat meg az önkormányzat, sőt sok helyen még a rendelőért is bérleti díjat kell fizetni. A támogatás és fejlesztés hiányát az önkormányzatok az orvos ingyen praxisjog szerzésével és a központi támogatás lehetőségével indokolják. Az önkormányzati támogatás és a kedvező hozzáállás a kis településeken jellemzőbb, de nagyobb helyeken is előfordul természetesen fejlesztés illetve, hogy az önkormányzat fizeti a továbbképzések költségét.

A jelentésekből kikövetkeztetve jelenleg a teljes privatizáció gátjának összetevői az alábbiak:

- *személyi gát*:
 - önkormányzat együttműködési készségének hiánya,
 - több orvos használ egy rendelőt;
- *tárgyi gát*:
 - lelakott rendelők;
- *pénzügyi gát*:
 - alapellátás alulfinanszírozottsága,
 - a központi támogatás alacsony a rendelő-vásárláshoz,
 - új belépni törekvő fizetőképes kereslet hiánya,

A szakfelügyelők saját magukról

Az alapellátás szakfelügyelő főorvosai saját tevékenységüket fontosnak tartják, ugyanakkor munkájuk *elismertességét* alacsonynak ítélik, mind szakmailag, mind anyagiilag. A szakfelügyelettel kapcsolatban kidolgozott koncepciót, szabályozottságot és protokollokat igényelnek. Javaslatként felmerült a főállású szakfelügyelet lehetősége. Többen kiemelték, hogy az OEP ellenőrző főorvosainak, a tisztiorvosoknak, és a szakfelügyelőknél a működési köre világosabb elhatárolást igényelne (ki mit tehet és valójában mit tesz). Egyes szakfelügyelők szankcionálási jogkört szeretnének (kreditpont megvonás, felmentés kezdeményezés).

Megfelelő felkészültségük biztosítása alap és rendszeres továbbképző *oktatást* igényelne, hogy a jogszabályokat, irányelveket és módszertani leveleket naprakészen ismerjék. Ezen a téren elismeréssel szólnak az OALI szervezte értekezletekről. Az OALI készített praxisadatlap felmérést is hasznosnak ítélik, felhívják a figyelmet a változásokvetés szükségességére.

A házi orvosok felé a rendszeres, ütemezett ellenőrzést tartanák kívánatosnak. Ehhez az alapellátáson belül a megfelelő információ áramlást kell biztosítani, növelni kell az orvosok jelentési kedvét. Így válhat teljessé a *minőség-biztosítás* tervedz – tedd – ellenőrizd – javítsd köre.

2003-06-19

Istók Roland

A módosított 4/2000. (II.25.) EüM. rendelet előírása szerint a háziorvosok kötelesek rendelésük egy részében előjegyzés alapján fogadni betegeiket. Nem szól a jogszabály sem az előjegyzés formájáról, sem arról, hogy a rendelés mekkora hányadában szükséges ezt biztosítani. Nem szükséges külön magyarázat ahhoz, hogy belássuk, a programozott betegfogadási rendszer alkalmazásával a betegek várakozási ideje csökkenthető, ami javítja a betegek elégedettségi szintjét, s növeli a saját munkánk hatékonyságát is. A könnyebb bevezethetőség végett az alábbiakban segítséget szeretnénk nyújtani az alkalmazáshoz. Természetesen a leírtak senki számára nem kötelezőek, ettől eltérő gyakorlat is lehetséges. Fontos azonban tudni, hogy valamilyen megoldás minden háziorvos számára kötelező és számítani kell annak számonkérésére is.

Bármiféle probléma vagy felmerülő kérdés esetén az Országos Alapellátási Intézet munkatársai készséggel állnak rendelkezésre (Elérhetőség: www.oali.hu, illetve 060-1-239-04-73)

Az előjegyzés módja nagymértékben függ attól, hogy a háziorvosi ellátás milyen körülmények között zajlik. Mások a lehetőségek falun és városon, felnőttek és gyerekek esetében, és megint mások ott, ahol külön sürgősségi ellátás működik mint ahol nem. Általános elvként vegyük figyelembe, hogy az új rendszer iránt a betegek érdeklődését fel kell keltenünk, a kezdeti ellenérzéseket, vélt vagy valós érdeksérelmeket kezelniük kell. Nagyon fontos a betegek megfelelő tájékoztatása információs táblákkal, írásos betegtájékoztatókkal, szóbeli segítséggel. Azt reméljük, hogy az általános hatások eléréseben a média is segítségünkre lesz. A bevezetéshez és elfogadáshoz elegendő időre van szükség, ami akár 3–6 hónap is lehet. Érdemes odafigyelni a helyi infrastruktúra adta lehetőségekre, a telefonos elérhetőségre stb.

Magának az előjegyzésnek a rendjét is magunk kell kialakítsuk. Ez lehetséges telefonon, e-mailen vagy személyesen. Célszerű az előjegyzési napló használata, ami akár papír alapú, akár számítógépes is lehet. Figyeljünk az azonos időpontok kiadhatóságának elkerülésére. Az előjegyzésnek is legyen ideje – ne zavarja meg a betegellátás folyamatát – és legyen felelőse, aki veszi és értelmezi a jelentkezést, s az időpontot szakértelemmel egyeztetni tudja.

Ahol a sürgősségi ellátás is feladata az orvosnak, ott első sorban a sorszám kiadásra nyílik lehetőség. Ebben az esetben azzal csökkenthető a felesleges várakozás, ha a betegek menet közben információt kapnak arról, hogy éppen hol tartunk, pl. sorszám kijelzővel. Lehetséges az is, hogy bizonyos sorszám-szakaszok egyben időintervallumot jelentenek: pl. 1–10-ig a rendelés első órájában, 11–20-ig a második órában érvényes Tapasztalataink szerint érdemes arra ügyelni, hogy a sorszám a szállítás pillanatában jogosít belépésre, a túlhaladott sorszámok törlésre kerüljenek és csak új sorszámokkal jelentkezessen a beteg, másképp felborul a rendszer. Sorszámot javasolt alkalmazni az előjegyzés mellett is a fennmaradó időben jelentkező betegek fogadására.

Sorszám természetesen nem csak az orvoshoz, hanem az ápolóhoz, vagy az adminisztrátorhoz is adható, a beteg döntse el, hogy milyen céllal érkezett, milyen ellátásra van aktuálisan szüksége. Ha menet közben kiderül, hogy mégis szükség van az orvosra, a kolléga és a személyzet konzultálnak egymással, nem a beteg vált az irányon.

Az előjegyzési rendszernél az egyik legfontosabb tényező az időszakasz kiválasztása. Gyermekorvosoknál azt javasoljuk, hogy először a tanácsadáson alkalmazzák e módszert,

a szűrések, a programozható ellátások, védőoltások időigényét csökkentve. Felnőtt és vegyes praxisokban célszerű először a rendelés egy bizonyos szakaszát kijelölni erre. Azt, hogy egy-egy óra időtartamra hány beteg jegyezhető elő, nagymértékben függ a szokásoktól. Az optimális számnál kevesebbet előjegyezve, a listán rést hagyva lehetőség van a kiegyenlítésre (pl. 10 percenként jegyezve elő, minden órában egy hely kimarad)

Az előjegyzés alkalmával a megjelenés oka is tisztázandó. Ehhez a beteg vagy a hozzátartozó megfelelő szakértelemmel történő kikérdezése szükséges. Más a megközelítése az akut betegségek ellátásának, az állapotkövetésnek, a krónikus panaszok miatt történő kivizsgálások megtervezésének, a rendszeres gondozási gyakorlatnak és a sor végén a szakértői (pl. jogosítvány) vizsgálatoknak. Gyerekeknél az is érdekes lehet, hogy hány gyerekkel jönnek? A háziorvosi tevékenység jelentős részét az ápolók végzik, ennek is lehet hatása az előjegyzés tervezésére (pl. a szűrővizsgálatok nővéri feladatai, kezelések programozása, akár a rendelési időn kívüli szakaszra.).

A tényleges gyakorlatra három lehetséges működési módot szeretnénk ismertetni:

A) Osztott rendelés

A rendelési idő egyik felében akut betegek ellátása, a másik felében az előjegyzettek ellátása folyik. Hátránya, hogy a heveny betegségek miatt jelentkezők megzavarhatják a programot, de a sürgősségi feladatokról mentes körzetekben hatékony lehet. Egyik formája, amikor a rendelés középső szakasza az irányított, s a sorukat kívárt betegeket még a programozott szakasz után elláthatjuk (főként ott, ahol rugalmasan kezelik a rendelési idő végét.)

B) Szakaszos előjegyzés

A rendelési időt 6–10 perces szakaszokra osztjuk, s 2–3 helyet biztosítunk az előjegyzésre, majd 2–3 akut beteg ellátása következik, s így tovább. A legrövidebb várakozási időt biztosíthatjuk ezzel, s talán az elégedetlenség is itt oldódik leghamarabb.

C) Tetszőleges időpontra való előjegyzés

Ez a módszer alkalmazkodik a beteg igényeihez a legjobban, az egész rendelési időben az ő kérésüknek megfelelően történik az időpont adása. A bejelentkezés során rögzíteni kell, hogy mennyi időre van szükség az ellátáshoz.

D) Praxisközösségek

Itt a legjobbak a lehetőségek, mert megoldható, hogy a sürgős eseteket aznap egy orvos lássa el, míg a többiek a programozott ellátást végzik. Itt a legjobb a beteg választása is: megvárja saját orvosát, vagy sürgős ellátást kér az aktuális kollégánál. Az előjegyzést magát is szakértő diszpécserre bízhatjuk.

Aki nem érkezett időben, új időpontot kaphat, vagy üresedéskor jöhet be, vagy beáll az előjegyzést nem kért betegek sorába.

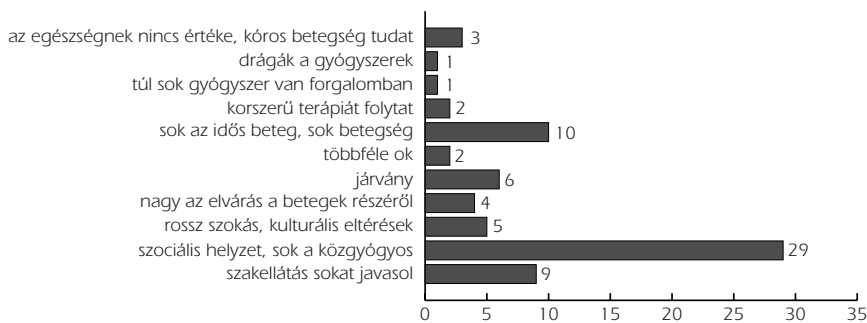
A legfontosabb: a betegek korrekt és segítőkész tájékoztatása, annak a megértetése, hogy mindez értük történik. Használjuk fel erre a rendelő falát, a médiát és a szóbeli ismertetés lehetőségét is, nem felejtve, hogy a betegek elégedettsége, jó véleménye lesz a legjobb reklám. Mindenkinek lehetősége van az időpont egyeztetésre, de azok is ellátást kapnak, akiknek nem volt erre módja.

Az OALI Munkatársai

HÁZIORVOSOK VÉLEMÉNYE AZ OEP GYÓGYSZERFELÍRÁSI SZOKÁSOK MONITOROZÁSÁRÓL

Az OEP hónapokig tartó tájékoztató kampánysorozata után elküldte a háziorvosoknak az első kimutatást, mely egy havi „teljesítményüknek” finánciális vonzatait tartalmazza. Ezekből kollégák sok hasznos információt tudhattak meg, többek között azt, hogy a gyógyszerfelírások a különböző térítési kategóriákban, betegcsoportokban mekkora társadalombiztosítási összegeket igényeltek, vagy hogy más orvosok is írnak gyógyszereket betegeknek, nem is kevés mennyiségben.

Milyen okot lát a magas gyógyszerköltségek hátterében



1. ábra

Hogy az OEP monitorozó tevékenysége mennyire váltja be a hozzá főzött reményeket, azaz elsősorban vajon fog-e csökkenni a gyógyszerkassza kiadása, most még korai lenne kimondani.

Az Országos Alapellátási Intézet elvégzett egy gyors közvélemény kutatást a gyakorló háziorvosok körében az OEP kimutatással kapcsolatban. A 12 kérdést telefonon tettük fel a kollégáknak, akiket véletlenszerűen választottunk ki. Így vegyesen szerepeltek városi és falusi körülmények között dolgozó háziorvosok. Természetesen tisztában voltunk azzal, hogy munka közben zavarjuk őket és, hogy esetleg olyan adatokra kérdezhetünk rá, amelyeket nem szívesen tárnak a nyilvánosság elé. Éppen ezért szem előtt tartottuk az anonimitást és azt, hogy nem kell minden kérdésre választ adni. Ettől függetlenül, az volt a tapasztalat, hogy szívesen vették a kollégák, hogy kikérjük véleményüket és erre áldoztak idejükből.

Majdnem minden megkérdezett hallott az OEP szándékairól és elvélvte akadt egy-két kolléga, aki nem kapta meg az első OEP kimutatást. Mindenki kíváncsi volt az adatokra és több mint a felének (59%) tartalmaztak újdonságot. Ez azt mutatja, hogy a háziorvosok többé-kevésbé tisztában vannak munkájuk anyagi vonzataival. A meglepetések a következőkből adódtak: a legtöbben most szembesültek azzal, hogy elég jelentős mennyiségű az igénybe vett támogatás a más orvos által írt gyógyszerek után. Ide főleg a szakorvosok tartoznak. Nagyon hasznos továbbá, hogy az országos átlaggal össze tudják hasonlítani munkájuk ezen részét és láthatják, hogy mely betegcsoportok gyógyszerelése viszi a legtöbb támogatást.

Milyen okok állhatnak a magas támogatási összegek hátterében? A legtöbben a betegek rossz anyagi, szociális hátterében és az ebből következő, közgyógylistán szereplő gyógyszerek nagy számú igénylésében vélték a magyarázatot. A közgyógyellátásról még a későbbiekben bővebben szólnunk (1. ábra).

Sokan szembekerülnek az idős, polimorbid betegek kezelésének nehézségeivel. Itt bármennyire is szeret-

ne csökkenteni az orvos a gyógyszerelésen, nincs rá lehetőség. Vannak esetek, amikor muszáj többféle gyógyszert felírni.

Többen megkérdőjelezhetetlenek tekintik (sokszor jogosan) a szakorvos által javasolt terápiát. Sokszor úgy jön vissza a beteg a szakkonziliumból, hogy az ajánlott „új” gyógyszer ugyanabba a hatástani csoportba tartozik, csak más cég gyártja. A betegnek (és a biztosítónak is) ez másként érinti a pénztárcáját és többnyire ragaszkodik az új gyógyszereléshez, még ha az drágább is.

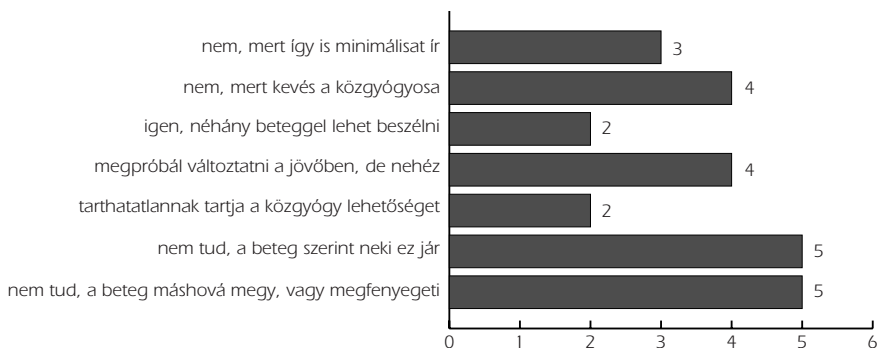
Szintén a nehezen kezelhető beteg kategóriájába tartozik, amikor csak annak az orvosi vizitnek és vizsgálatnak van számukra értéke, ha kap is receptet utána. Kitartó felvilágosító munka és türelem kell az ilyen beteg elvárásainak módosításához, ezt tovább nehezíti, hogy az orvosi szakma nagyrészt a tapasztalaton alapul, nincs arra lehetőség és szükség, hogy minden egyes betegség pontos hátterét fel lehessen, vagy kelljen deríteni. Viszont jaja annak az orvosnak, aki nem tudja úgy kezelni a betegét, hogy 2 nap múlva ne okozzon panaszt. Itt már felmerül a betegek – társadalom – egészségügyi ismereteinek szélesítésének igénye. Néhány kolléga

beismerte, hogy korszerű terápiát folytat és ennek szükségszerűen magasabb a költségvonzata.

A megkérdezettek alig több mint a fele (51%) úgy gondolja, hogy fog változtatni a gyógyszerelésen. Hogy miért? Kiderül, a legtöbben folyamatosan azon vannak, hogy ne kezeljék feleslegesen a beteget, de sokszor ez nagyon nehéz feladat. Kevés az olyan beteg, akivel meg lehet értetni – mert van hozzá hajlandósága – betegségének lényegét és „stresszmentesebben” lehet „túllenni” bizonyos betegek látogatásán, ha kielégítjük igényeiket. A lakosság rossz anyagi helyzete vezethet arra is, hogy olcsóbb, kevésbé korszerű készítményeket írjon az orvos, valamint, hogy hozzájáruljon ahhoz, hogy a gyógyszereket térítésmentesen kapja a beteg.

Itt elérkeztünk a közgyógylistán szereplő gyógyszerek problémaköréhez. A többség (56%) nem fog változtatni a jövőben a közgyógyellátással rendelkező betegek gyógyszerelésén, de nem azért, mert nem akar, hanem azért mert nem tud. A már megszerzett jogokat szinte lehetetlen visszavonni és minden ilyen próbálkozás konfliktust von maga után: a beteg követelőzik, rosszabb esetben komoly fenyegetések hangoznak el – néhány szabolcsi kollégával beszélve, nem ritkán a tettlegességtől is tartaniuk kell, ha nem a beteg igényei szerint járnak el – vagy elmegy a beteg más orvoshoz felírtni a gyógyszert. A kollégák másik része úgy gondolja, van lehetőség

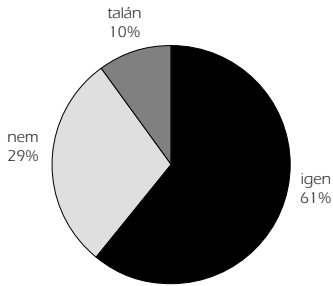
Változtat-e a közgyógylistán betegek gyógyszerelésén, miért?



2. ábra

a gyógyszerlisták csökkentésére, de ehhez a betegnek is partnernek kell lennie. Van ahol azért nem változtatnak, mert viszonylag kevés a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező beteg, vagy eleve nem írnak nagy mennyiségben. Egy kolléga beszámolt, arról a személyes tapasztalatáról, hogy az ingyen megszerzett gyógyszert a piacon egyszerek eladják [2. ábra].

Véleménye szerint a visszajelzési módszer segíti-e országosan a gyógyszerköltségek csökkentését



3. ábra

Az OEP a visszajelzésben gyűjtötte azokat a betegeket, akik az adott hónapban 15 vénynél többet kaptak, vagy 100 000 Ft-nál magasabb összegű támogatásban részesült gyógyszerfogyasztásuk. Ennek háttérében a következőket látták a kollégák: sok az olyan idős, többféle betegségben szenvedő beteg, akiknek valóban sok gyógyszer kell szedniük. Elég, ha valakinek ISZB-je, ezzel összefüggő pangásos szívelégtelensége és reumatológiai betegsége van. Majdnem biztos, hogy a koleszterinjé is magas, a NSAID-októl meg fáj a gyomra, krónikusan obstipál és rosszul alszik. Ez nem olyan extrém példa és alapból 10–12 gyógyszert jelent. A daganatos betegek kezelése és egyes speciális gyógykezelést igénylő betegségek valóban megközelíthetik, illetve meg is haladhatják a 100 000 Ft-ot. Negyedik helyen szerepel a gyakorisági sorrendben a szakorvosok terápiás javaslata, majd ismét megjelennek a közgyógyellátás. Néhány alkalommal előfordult, hogy a kivonatba belekerültek azok a betegek is, akik a hónap elején és végén jelentek meg gyógyszerfelíratni.

Sokan találták új információknak azt, hogy más orvosok is írnak gyógyszert betegeiknek. Ez sokakat csalódásként ért, mert ez jelentheti azt, hogy valami okból nincs a beteg megelegedve az adott orvossal. Az alig többség (51%) fog csak utána érdeklődni annak, hogy ki ír fel rajta és a szakorvoson kívül gyógyszert a betegeiknek.

Van-e javaslata a gyógyszerkiadások csökkentésére



4. ábra

Az utolsó előtti két kérdés, amely a praxis, illetve az országos gyógyszer-támogatás megtakarításokra vonatkozó pozitív választ hozott [3. ábra].

Megkérdeztük a kollégákat, milyen javaslatok lennének a gyógyszerköltségek mérséklésére [4. ábra].

A válaszokból kitűnik, hogy mindenkit foglalkoztat a magas gyógyszerkiadás, a megoldást kulcsát viszont csak nagyon kevesen látják az ellenőrzésekben. Kívánatos lenne egy olyan rendszer, amelyik automatizmusokon, beépített fékeken alapul. Az ellenőrzés retorzió nélkül csak rövid időre tudja kibillenteni a rendszert az egyensúlyból, az hamarosan visszaáll, de ez nem jelenti azt, hogy a büntetés hiányzik a hosszú távú eredményességéhez. A felmérésekből kiderült, hogy az orvosok többsége felismeri, hogy költség-hatékonyabban is gyógyíthatna, a jobb kommunikációval nagyobb eredményeket is elérhetne betegeinél, tehát kis odafigyeléssel jelentős megtakarítást érhetne el.

Egyre többen teszik fel a kérdést: ha gyógyszert választok, – a szakmai indikáció figyelembevételével természetes – kinek az anyagi érdekelttsége szerint válasszak? Ha azt nézem, hogy a beteg olcsón gyógyuljon meg, akkor az OEP-nek kerül többbe, ha a Pénztárnak szeretnék kedvezni, akkor a beteg jár „rosszul”. És miért kell nekem egyáltalán azzal törődnöm, kinek, hogy éri meg, amikor az én feladatomban a gyógyítás a legjobb tudásom szerint?

A javaslatok nagyjából két csoportra oszthatók a szakorvosokra is kiterjedő ellenőrzési igényeken kívül: az egyik részük a betegek nagyobb részesedését kívánják – ez nem feltétlenül az anyagiakra vonatkozik – másrészt pedig az OEP-től várnak lépéseket.

Nézzük előbb a betegek érintettségét.

Több energiát kellene fordítani a lakosok, a potenciális betegek felvilágosítására. A betegség és gyógyulás nem csak úgy történik az emberrel, hanem tenni is kell elkerüléséért, vagy eléréséért (kockázatok kerülése, egészséges életvitel, orvosi utasítások betartása és nem számonkérése). A gyógyítás ingyenessége nagy tévedés. A TB járulékból finanszírozzák az egészségügyi ellátás. Arról, hogy mennyi kerül a TB számlára, és az adott ellátás mennyit vesz le onnan, egyik állampolgárnak sincs tudomása. Többen megjegyzik, a kimutatás azért is hasznos, mert a „beteg orra alá lehet dugni” a gyógyításának anyagi vonzatát. Legyen egy kis költségtudata, még ha közvetlenül nem is érinti a pénztárcáját. Mások javasolták, hogy a költségek egy részét vállalja át a beteg, így jobban átérzi, hogy a gyógyítása pénzbe kerül és inkább azon lesz, hogy hamarabb meggyógyuljon, mintsem, hogy több gyógyszert írjanak neki.

A javaslatok másik csoportja az Egészségpénztárt célozza meg. Döntse el melyik készítményt mennyire hajlandó támogatni. Támogassa a hatóanyagot. Készítsen listát ami számára megfelelő, kevesebb készítmény legyen a támogatási körben: Változtassanak a közgyógyellátás jogosultságán.

Összefoglalva elmondható, hogy senkit sem hagyott közömbösen az OEP monitorozó tevékenységének első fordulójára. A szembesítés a költségekkel egyenlőre hatásosnak tűnik, bár sok egyéb megfontolandó, költségmegtakarító javaslat is elhangzott a megkérdezettek-től. Érdekes lehet a folytatások követése, vajon csökken-e egy átlagon felül teljesítő praxis gyógyszer-támogatás igénybevétele, illetve, a háziorvoson kívül az OEP is követi-e a változásokat és ha nincs kedvező irányú eltérés, lesz-e erre sarkalló válaszlépése?

Az Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Program

keretében

az Országos Alapellátási Intézet

pályázatot hirdet háziorvosoknak

**a kardiovaszkuláris megbetegedések rizikó-szűrése és csökkentése,
és az alapellátási onkológiai éberség növelése**

programban való részvételre.

A pályázat célja az alapellátási prevenciók potenciál meghatározása és felhasználása a lakosság népegészségügyi paramétereinek javítása érdekében, teljesítés alapú finanszírozási modell segítségével.

A program során a háziorvosok betegek körében a megadott protokoll szerinti vizsgálat és szükség esetén beavatkozás, eredményrögzítés és jelentéskészítés elvégzésére vállalkoznak.

Az „**Életmód változtatás**” project résztvevői e pályázatra meghívásban részesülnek, amelynek elfogadását a mellékelt adatlap visszaküldésével jelezni szíveskedjenek.

Jelentkezéshez a mellékelt adatlap kitöltése szükséges. **Határidő: 2003. október 1.**

A jelentkezéseket az Intézet címére küldjék postán:

Országos Alapellátási Intézet, 1135 Budapest, Szabolcs u. 33–35. vagy az oali@oali.hu e-mail címre.

PÁLYÁZATI ADATLAP

Pályázó orvos neve:
Pecsétszám:
Rendelő címe:
Telefonszám:
E-mail:
Praxis típusa (F/V/GY):
Az utóbbi év során részt vett-e OALI által koordinált vizsgálatban?
Használt szoftver neve, gyártója:

MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS EGYESÜLETE XI. Országos Vándorgyűlése

Siófok, 2003. október 24–26.

Fővédnök

Dr. Balogh Sándor
főigazgató

A Kongresszus elnöke

Prof. dr. Hajnal Ferenc

A Kongresszus titkára

Dr. Füredi Gyula

*A Vándorgyűlés tudományos
programbizottsága*

Dr. Domán Vera
Prof. dr. Hajnal Ferenc
Dr. Füredi Gyula

Szervező

MORAL Alapítvány
MÁOTE Titkárság

KONGRESSZUSI TÁJÉKOZTATÓ

A kongresszus helyszíne:

Hotel Ezüstpart

Siófok, Liszt Ferenc sétány 2–4. Telefon: 84/351-354

Szállodai elhelyezés:

a Hotel Ezüstpart kétágyas összkomfortos szobáiban, étkezés a szálloda éttermében.

A regisztrációs iroda a kongresszus ideje alatt a Hotel Ezüstpart halljában működik.

Dia -video -írás -és projektoros vetítő az előadók rendelkezésére áll.

Kérjük az előadókat, hogy a vetítésre szánt diákat, fóliákat és lemezeket az előadást megelőző szünetben adják át a technikai személyzetnek.

Az előadások időtartama: 10 perc

A Vándorgyűlés záró napján a 35 éven aluli orvos-előadók részére alapított Romhányi György-díjat a legsikeresebb fiatal előadó kapja meg, a bíráló bizottság döntése alapján.

A kongresszus ideje alatt rendezett szakmai kiállítások és termékbemutatók megtekintését szíves figyelmükbe ajánljuk.

A regisztrációs díj tartalmazza:

- a tudományos programon való részvételt,
- a névkitűzöt,
- a kongresszusi táskát és
- a programfüzetet

„CSALÁDORVOSLÁS A MEGELŐZÉS ÉS SZERVEZETFEJLESZTÉS JEGYÉBEN”

Program

2003. október 24. péntek

11.00 Megnyitó
11.30 Plenáris ülés
13.00 Ebéd

„A” szekció

15.00 **Hogyan közelítsük meg az „örökzöld témákat”, ha azok éppen a diabetes mellitus, vagy a közlekedési balesetek?**
18.30 Vacsora és meglepetés
20.00 **Mit tud még a házi orvos, meg a családja, amit eddig nem vert nagydobra**

„B” szekció

15.00 **Országos Alapellátási Intézet kutatásai**
18.30 Vacsora és meglepetés
20.00 **Mit tud még a házi orvos, meg a családja, amit eddig nem vert nagydobra**

2003. október 25. szombat

„A” szekció

09.00 **Prevenció, szűrés, gondozás és rehabilitáció egy országos program részeként végezve: közösen és önállóan I-II.**
13.00 Ebéd
15.00 **Az oktatás és praxis menedzselés aktualitásairól**
17.00 Kerekasztal
Ügyelet, sürgősségi ellátás, készenlét – tapasztalatok az előjegyzési rendszerről
20.00 Bankett

„B” szekció

09.00 Szimpózium
10.30 **Az elhízás, mint kockázati tényező**
12.00 Kerekasztal
Alvási apnoe szindróma
13.00 Ebéd
15.00 **Diagnosztikus és terápiás nehézségek bemutatása esetismertetések kapcsán**
17.00 Cégszimpózium
20.00 Bankett

2003. október 26. vasárnap

10.00 **Mentális és addiktológiai betegségek, mint a 21. század új kihívásai az alapellátásban**
11.30 Kiértékelés

Díjak átadása
Zárszó

MÁOTE XI. ORSZÁGOS VÁNDORGYŰLÉSE

2003. október 24. péntek 11.00–13.00

Elnöki megnyitó
Prof. dr. Hajnal Ferenc
a MÁOTE elnöke

Üdvözlések
Plenáris ülés
Üléselnökök: **dr. Domán Vera – dr. Fülepp László**

Főreferátumok
Prof. dr. Czeizel Endre
A genetikai forradalom – esélyek és veszélyek az orvosi gyakorlatban
Prof. dr. Hajnal Ferenc
A családorvoslás kihívói és kihívásai a harmadik évezred kezdetén

Ebéd

2003. október 24. péntek 15.00–16.30

**Hogyan közelítsük meg az „örökzöld témákat”, ha azok éppen a diabetes mellitus,
vagy a közlekedési balesetek?**

Üléselnökök: *dr. Garay Erzsébet – dr. Gombás Tibor*

A diabetesz diagnosztikus kritériumai: elemzés, javaslatok

Dr. Simay Attila
DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

Egy lehetséges új módszer az oralis glukóz tolerancia teszt (OGTT) gazdaságos használatára

Dr. Péntes János
Konszenzus Plusz Kft., Csongrád

A metabolikus szindróma holisztikus terápiavezetésének jelentősége és nehézségei

Dr. Erdei István – dr. Csollák István – dr. Ilyés István
DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen, Háziorvosi Praxis

A diabetes mellitus miatt alsóvégtag amputált betegek ellátása és gondozása

*Róthy-Gruber Péter oh. – dr. Végh Mária – dr. Rozsos István**
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, *Baranya Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Pécs

Közlekedési baleseteket befolyásoló tényezők háziiorvosi és meteorológiai aspektusból

*Dr. Morva László – dr. Bártfai Erzsébet**
Háziorvos, Tataháza, *meteorológus, Budapest

Szabadfoglalkozás

18.30 *Vacsora*

20.00 **Meglepetés**

Mit tud még a háziiorvos, meg a családja, amit eddig nem vert nagydobra

Háziasszony: *dr. Domán Vera*

2003. október 25. szombat 9.00–11.00

„A” szekció
**Prevenció, szűrés, gondozás és rehabilitáció egy országos program részeként végezve:
közösen és önállóan I.**

Üléselnökök: *dr. Bíró Ferenc – dr. Tassi Gábor*

Országos kardiovaszkuláris rizikófelmérés

Dr. Balogh Sándor
Országos Alapellátási Intézet, Budapest

Férfiak egészsége – csatlakozás egy európai fórumhoz

Dr. Papp Renáta
Országos Alapellátási Intézet, Budapest

Az alapellátásban végzett szűrési tevékenység bemutatása Csongrád megyei adatok alapján

Kőhidi Csaba oh. – Szabó Adrienn oh. – dr. László István – dr. Nagyvári Péter – dr. Hajnal Ferenc
Szegedi TE ÁOK Csaláadorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Az alapellátás feladatai és lehetőségei az emlőrák szűrésben

Dr. Bán Ildikó – dr. Szalai Gábor – dr. Kálmán Endre** – dr. Debreczeni László****

PTE OEC ÁOK Csaláadorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, *Radiológiai Klinika, **Patológiai Intézet, ***Baranya Megyei ÁNTSZ, Pécs

Mikro-epidemiológiai esetek (cluster-stories)

Dr. Kékesi Olga

Szent Teréz Szakorvosi Magánrendelő, Budapest

A vérnyomás és a kardiovaszkuláris rizikószintet meghatározó egyéb faktorok kapcsolatának vizsgálata felnőtt populációban

Dr. Jancsó Zoltán – dr. Ilyés István

DEOEC Csaláadorvosi Tanszék, Debrecen

A fizikai aktivitás összefüggése a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal és a kardiovaszkuláris kockázattal

Dr. Márton Hajnalka – dr. Jancsó Zoltán – dr. Simay Attila – dr. Újhelyi István – dr. Ilyés István

DEOEC Csaláadorvosi Tanszék, Debrecen

Mennyire lehet hatékony a családorvos intenzív prevenció tevékenysége?

Dr. Peresa Magdolna

Pro Sanita Kft. Csaláadorvosi Ellátás, Budapest XVII. ker.

Szünet

2003. október 25. szombat 11.15–13.00

„A” szekció

**Prevenció, szűrés, gondozás és rehabilitáció egy országos program részeként végezve:
közösen és önállóan II.**

Üléseelnökök: *dr. Füredi Gyula – dr. Szabó János*

Az alapellátásban végzett gondozási tevékenység bemutatása Csongrád megyei adatok alapján

Szabó Adrienn oh. – Kőhidi Csaba oh. – dr. László István – dr. Nagyvári Péter – dr. Hajnal Ferenc

Szegedi TE ÁOK Csaláadorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Önvérnyomásmérés, mint a hypertoniás betegek gondozásának hasznos módszere

Dr. Bíró Ferenc

PTE OEC ÁOK Csaláadorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Hypertoniával társult benignus prostata hyperplasia korszerű gyógyszeres terápiája

Dr. Nagy Zoltán

PTE OEC ÁOK Csaláadorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Mi így gondozzuk a hypertoniás betegeinket

Dr. Várkonyi Katalin – dr. Kozma Anna

Egészségközpont, Domaszék

Európába „Europa”-val: a perindopril morbiditás és mortalitás csökkentő hatása az Europa vizsgálat eredményei alapján

Dr. Szauder Ipoly

Csepeli Weiss Manfréd Kórház Kardiológiai Belgyógyászati Osztály, EGIS Gyógyszergyár, Budapest

Az acut cardialis történések ellátásának minőségértékelése I.

A betegtájékoztató hatékonyságának elemzése

Börcsök Éva oh. – dr. László István – dr. Nagyvári Péter – prof. dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Csaláadorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Az acut cardialis történések ellátásának minőségértékelése II.

A prehospitalis szak, az utógondozás és a rehabilitáció

Varga Katalin – dr. Nagyvári Péter – dr. László István – prof. dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Csaláadorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Ebéd

2003. október 25. szombat 15.00–16.45

„A” szekció

Az oktatás és praxis menedzselés aktualitásairól

Üléselnökök: dr. Erős András – dr. Pénzes János

Az általános orvoslás aktuális helyzete Németországban

Dr. Ágh László

házi orvos, Mosonmagyaróvár

Fakultáció, „ante portas”

Dr. Margittay Erzsébet

Bizalom – Életminőség Házi Orvosi Bt., Budapest XIII.

Összehasonlító egészség-szociológiai vizsgálat Csongrád és Bács-Kiskun megyében

Belec Borbála* – dr. Balogh Sándor** – dr. Hajnal Ferenc*** – dr. Nagymajtényi László*

*Szegedi TE ÁOK Népegészségtani Intézet, Szeged **Országos Alapellátási Intézet, Budapest, ***SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Menedzsment tevékenység a házi orvosi praxisban

Dr. Ambrus Ildikó – dr. László István. – dr. Nagyvári Péter – dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Rendelőben várakozó betegek informáltsága a megelőzésről

Dr. Vernes Réka

Országos Alapellátási Intézet, Budapest

Házi orvosok véleménye a gyógyszerfelírási szokások monitorozásáról

Dr. Hintalan Ádám

Országos Alapellátási Intézet, Budapest

Praxisszervezés és minőségbiztosítás – Mennyiben segíti a munkát a nővérprotokoll?

Dr. Kozma Anna – dr. Várkonyi Katalin

Egészségközpont, Domaszék

Beteg-e a beteg, ha OOSZI elé megy?

Dr. File János

házi orvosi praxis, Kék

Háziápolás a gyakorlatban

Schizler Ildikó oh. – dr. Végh Mária

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Szünet

2003. október 25. szombat 17.00–18.00

„A” szekció

Sürgősségi ellátás, készenlét – tapasztalatok az előjegyzési rendszerről

Nyílt kerekasztal – vita

Moderátor: dr. Füredi Gyula

Részvevők

Dr. Benkő Gábor

A házi orvosi ügyelet (ellentmondások, kétségek, jogszabályi háttér)

DEOEC Családorvosi Tanszék, I. sz. Házi Orvosi Praxis, Borsodnádasd

Dr. Kozma Anna

Előjegyzési rendszer tapasztalatai

házi orvos, Domaszék

Dr. Morva László

Sürgősségi ellátás (kis község)

házi orvos, Tataháza

Dr. Szabó János

Készenlét – sürgősség ellentmondásai

házi orvos, Heves

20.00 Bankett

MÁOTE XI. ORSZÁGOS VÁNDORGYŰLÉSE

2003. október 25. szombat 10.30–11.45

„B” szekció

Az elhízás, mint kockázati tényező

Üléselnökök: *dr. Hidas István – dr. Mester Lajos*

Elhízás és kardiovaszkuláris veszélyeztetettség

Prof. dr. Ilyés István – dr. Jancsó Zoltán – dr. Simay Attila – dr. Újhelyi István

DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

A táplálkozás összefüggése a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal és a kardiovaszkuláris veszélyeztetettséggel

Dr. Újhelyi István – dr. Márton Hajnalka – dr. Jancsó Zoltán – dr. Simay Attila – dr. Ilyés István

DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

Táplálkozási szokások és egészségi állapot összefüggéseinek vizsgálata falusi lakosság körében

Dr. Sugár Zoltán családorvos jelölt – dr. Stéger Miklós

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

A hazai Népegészségügyi Program táplálkozási célkitűzéseinek megvalósítása a felnőtt lakosság körében

Dr. Soós Aladár

Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, Budapest IX. ker.

Dyslipidaemiás páciensek gondozásának gyakorlata háziorvosi praxisokban

Varga Zsuzsa oh. – dr. Jancsó Zoltán

DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

A szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései gyermekkori elhízásban acanthosis nigricans (an) társulása esetén

Molnár Anna oh. – dr. Felszeghy Enikő – dr. Jancsó Zoltán – dr. Oláh Anna* – prof. dr. Ilyés István*

DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen, *DEOEC Gyermekklinika, Debrecen

Szünet

2003. október 25. szombat 12.00–13.00

„B” szekció

Alvási apnoe szindróma

Kerekasztal beszélgetés

Moderátor: *dr. Ádám Ágnes*

Részvevők

Dr. Ádám Ágnes – dr. Hellebrandt Enikő – dr. Monos Réka* – dr. Rózsa Anita* – Benczur Barbara* – dr. Szakács Zoltán***

Alvási apnoe szindróma előszűrése ABPM segítségével

*Dr. Ádám Bt., Budapest, *Simmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest, **Budai Honvéd Kórház Alvás Labor, Budapest*

*Dr. Kocsis Károly – dr. Szakács Zoltán**

Alvási diagnosztikai szűrőállomás működése háziorvosi körzetben

*Dr. Kocsis MEDICINA Bt., Szolnok, *Budai Honvédkórház Alvásdiagnosztikai Laboratórium, Budapest*

*Dr. Rózsa Anita – dr. Ádám Ágnes – dr. Szakács Zoltán***

Az obstruktív alvási apnoe szindróma szerepe a stroke kialakulásában

*Simmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest, **Központi Honvédkórház Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum*

Dr. Szakács Zoltán

Az obstruktív alvási apnoe diagnosztikai lehetőségei

Budai Honvéd Kórház Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum, Budapest

Ebéd

2003. október 25. szombat 15.00–16.45

„B” szekció

Diagnosztikus és terápiás nehézségek bemutatása esetismertetések kapcsán

Üléselnökök: *dr. Menczer Gábor – dr. Simay Attila*

Esettanulmány, nehéz diagnózis

*Dr. Kosztolicz Ágnes rezidens – dr. Dorka Mária mentor**

*Simmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest, *Kordován tér, Budapest*

Pitvarfibrilláció komplex gondozása a családorvosi gyakorlatban – esetismertetés rezidens szemmel

Dr. Pálfalvi Tünde rezidens – dr. Simon Judit
Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

Időskori hyperthyreosis diagnosztikai nehézségei

Dr. Dóka Gyöngyi – dr. Ladányi Ágnes – dr. Szöllősy Gyula
Péterfy Kórház, E-Belgyógyászat, Budapest

Tireoiditis a családorvos gyakorlatában

Dr. Szabó Emőke családorvos jelölt – dr. Végh Mária
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Atheroscleroticus renovascularis hypertonia invasiv kezelése stent-implantációval

Dr. Ladányi Ágnes – dr. Tóth Andrea – dr. Bánsághi Zoltán – dr. Szöllősy Gyula
Péterfy Kórház Nephrologia, Intervenciós Radiologia, Budapest

A peritonealis dialízissel kezelt betegek Magyarországon

Dr. Szöllősy Gyula
Magyar Nephrologiai Társaság PD Albizottság, Budapest

A statin kezelés „veszélyei” rhabdomyolysises beteg esetének kapcsán

Dr. Sparas Ákos családorvos jelölt – dr. Rinfel József
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Osztály, Pécs

„A ritka betegségek ritkák...” – dermatomyositis a háziorvos gyakorlatában

Dr. Hintalan Kornél rezidens
Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

Szabadfoglalkozás
20.00 Bankett

2003. október 26. vasárnap 10.00–11.30

Mentális és addiktológiai betegségek, mint a 21. század új kihívásai az alapellátásban

Üléselnökök: *dr. Balogh Sándor – dr. Lavicska Kálmán*

Gyakorló háziorvosok általános ismeretei a kábítószer problémáról

Dr. Barabás Katalin – dr. Mester Lajos – dr. Hajnal Ferenc**
SZTE ÁOK Magatartástudományi és *Családorvosi Intézet, Szeged

A kábítószerrel kapcsolatos háziorvosi ismeretek és attitűd összehasonlító vizsgálata szomszédos megyékben működő szakemberek körében

Prof. dr. Hajnal Ferenc – dr. Barabás Katalin – dr. Mester Lajos*
SZTE ÁOK Családorvosi és Magatartástudományi* Intézet, Szeged

Gyakorló háziorvosok ismeretei és szokásai a kábító fájdalomcsillapító kezelésben

Dr. Vörös Márta – dr. Mari Albertné* – dr. László István – dr. Nagyvári Péter – dr. Hajnal Ferenc*
*Hospice Alapítvány, Szeged, SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Reflexiók egy kistélepülés (Konyár) „alkoholérintettségéről” (az 1992–2002 évek közti halálozások tükrében)

Dr. Fülepi László
házi orvosi rendelő, Konyár

Mentális és addiktológiai betegségek kezelése: új kihívás az alapellátásban a XXI. század elején

Dr. Trompos Katalin – dr. Dormán Hajnalka – dr. Stéger Miklós
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

A környezet és hatásai a serdülőkori rizikómagatartási formákra

Dr. Józsa Lajos
oktató házi gyermekorvosi praxis, Hajdúböszörmény

Szorongás, egészségmagatartás és megküzdési stratégiák összefüggéseinek elemzése pécsi középiskolások körében

Varga Bernadett oh. – dr. Dormán Hajnalka
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

11.45 Kiértékelés

Díjak átadása
Zárszó

MEGHÍVÓ

A kábítószer hazai tömeges megjelenése olyan feladat elé állította a hazai egészségügyi ellátórendszert, melynek nem mindig tud megfelelni. A droghasználatot követő testi és pszichés tünetek gyakran más betegségek tüneteit utánozhatják, ezért differenciáldiagnosztikai gondolkodásunkban ezeket is számba kell venni.

„Amit az alapellátásban érdemes tudni a drogról”

címmel folytatódik a 2002. évben megkezdett országos előadássorozat.

A MORAL Alapítvány és az Országos Alapellátási Intézet közös szervezésében

– 2003 szeptemberétől 2004 áprilisáig tartó időszakban –

nyolc alkalommal, az ország különböző régióiban kerül megrendezésre a továbbképző program.

<u>Időpont</u>	<u>Helyszín</u>
2003. szeptember 23.	Miskolc
2003. október 16.	Nyíregyháza
2003. november 18.	Tatabánya
2003. december 11.	Salgótarján
2004. január 22.	Szeged
2004. február 19.	Békéscsaba
2004. március 25.	Veszprém
2004. április 22.	Budapest

A megnyitó előadást követően a hallgatók olyan ismeretekhez jutnak, amelyeket napi munkájuk során hasznosítani tudnak.

A program továbbképzési pontértékkel minősített: orvosoknak 6, szakdolgozóknak 10.

Megyéenként minden háziorvos személyes megkeresés alapján értesül a helyszínről és időpontról. Tekintettel a témakör kiemelt szerepére a team-munkában, a praxis szakdolgozóinak részvétele is különösen fontos.

Az előadások az alábbi témaköröket érintik:

Hazai és nemzetközi körkép a kábítószer jeleiről és szimptomáiról

A kábítószer jelenségeinek felismerése, a drogok alapismertete, hatásai, veszélyei ismertetése az alapellátásban dolgozó szakemberekkel.

A kábítószer fogalma, fajtái, hatásai. ■ *A drogok történelme.* ■ *Kábítószer fogyasztó magatartása.* ■ *Kábítószer fogyasztók felé viszonyulás.* ■ *Elsősegélynyújtás.* ■ *A kábítószer felismerésére szolgáló gyorsesztek alkalmazása.* ■ *Szubsztenciák azonosítása.* ■ *In-vitro drogtestek.* ■ *Nemzetközi áttekintés.* ■ *Drogfogyasztás miérte és hogyanja.* ■ *Drogterjesztés: a folyamat.* ■ *Szintetikus drogok.* ■ *Szemléltető eszközök bemutatása.* ■ *Interaktív kérdések megvitatása.*

A drogfogyasztó felismerése, kezelése, a háziorvos és a szakdolgozó lehetőségei a mindennapokban

- *A kábítószerek felosztása.*
- *Tünetek.*
- *Terápia.*
- *Gyorsesztek.*

A droghasználat pszichológiai vonatkozásai a háziorvosi praxisban

A drogfogyasztó személy jellemzőinek kialakulásában meghatározó tényezők

- a drogokra vonatkozó ismeretek
- pszichológiai tényezők
- genetikai meghatározottság

A társadalmi, környezeti hatás, amely leginkább befolyásolja a szerfogyasztás kialakulását

- milyen a szerfogyasztás kultusza?
- milyen a kortárs csoport attitűdje?
- a média milyen szerepet vállal ebben a témában?

A kábítószerfogyasztás büntetőjogi következményei, adatvédelem, adatszolgáltatás napi problémái

A kábítószerfogyasztás büntetőjogi megítélése az Európai Unió tagállamaiban.

A kábítószer bűncselekmények hazai alakulása.

A kábítószerfogyasztással kapcsolatos hazai büntetőjogi szabályozás.

Alternatív intézkedések a büntetőeljárásban – az egészségügyi és az igazságügyi intézmények együttműködése, gyakorlati problémák.

Adatvédelem. Adatszolgáltatási kötelezettség.

A kábítószer bűncselekmények hazai alakulása.

A kábítószerfogyasztással kapcsolatos hazai büntetőjogi szabályozás.

A büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazható gyógykezelés – elterelés 6 hónapig tartó folyamatos kezelés.

Milyen típusú kezelés alkalmazható? Történnek-e visszaélések?

Az egészségügyi intézmények és az igazságszolgáltatás szervei közötti együttműködés problémái. Elterelés – vádemelés elhalasztása.

Egészségügyi adat (pl. testi, érzelmi, lelki állapotáról, kóros szenvedélyéről szóló adat) – különleges adat.

Adatszolgáltatás. Hivatalos megkeresés.

Jogorvoslat – Nyomozás felügyeletet gyakorló ügyész.

Csak a megkeresésben foglalt információkat továbbítsuk.