



Molnár Lajos

**A miniszteri elképzelés szerint önkormányzati társulások működtetnék egy-egy kisebb-nagyobb régió kórházait.**

A liberálisok egészségügyi tanácsának mai ülésének résztvevői egyetértettek a balatonöszödi két napos kormányülés határozataival, s mindazokkal a teendőkkel, amelyeket ennek nyomán végére kell hajtani – közölte a tanácskozást követően Molnár Lajos. Konkrétumokat nem sikerült megtudni, csupán annyi figyelhető meg, hogy a néhány hónappal korábbihoz képest kezd árnyaltabbá válni az ágazattal kapcsolatos kommunikáció. A kórházi ágyak száma – mint ma elhangzott – nem több az európai középátlagnál, s orvosból sincs sok – kivéve a fővárost, ahol az európai átlagnál négyszer több doktor dolgozik –, legfeljebb a nővérek száma kevés.



Király Gyula

**Jelenleg 1,3 millió emberről nem tudni, vajon milyen alapon rendelkezik TAJ-kártyával, s veszi igénybe az ingyenes egészségügyi szolgáltatást.**

Korábban az egészségbiztosító nemigen vizsgálta, milyen befizetés – jogviszony – alapján rendelkezik valaki TAJ-kártyával. Ez legfeljebb a pénzbeli ellátásoknál – például a táppénz megállapításánál és kifizetésénél – vált fontossá. Egy évvel ezelőtt azonban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megkezdte adatbázisa felülvizsgálatát. Ennek eredményeként kiderült, hogy jelenleg 1,3 millió emberről nem tudni, vajon milyen alapon rendelkezik TAJ-kártyával, s veszi igénybe az ingyenes egészségügyi szolgáltatást.

A helyzet nem annyira elszomorító, mint a fenti szám mutatja – tudtuk meg **Király Gyulától**. Az OEP informatikai főgáz-

Az elmúlt hetek eseményei úgy tűnik nem rendítették meg az átalakítás szükségességébe vetett miniszteri hitet. Lejárt annak az ideje – fogalmazott Molnár Lajos –, hogy mindig, mindenkinek adnak egy kis pénzt, ami nyomorúságos továbbélést biztosít. Amire nincs szükség a jelenlegi formában, az alakuljon át – szögezte le Molnár hozzátéve: új szolidaritás le lényege, hogy a jövedelemmel rendelkezők befizetéseikkel teremtsék meg az ellátások pénzügyi alapjait. Szeptember végére összeáll az az alapsomag, amely azokat az egészségügyi ellátásokat tartalmazza, amelyek minden egyes magyar állampolgárnak járnak, függetlenül attól, hogy fizetnek-e vagy sem járulékot. A miniszter szerint ez a jelenleg érvényes jogszabályok és törvények tartalmát nem

szűkíti, csak összerendezi. Így egyértelművé válik, hogy mi jár, s mi nem. A gyermekkórházak helyzetével kapcsolatos kérdésre válaszolva közölte, hogy a struktúraátalakítási tervek évek óta a fiókban hevernek, az elképzeléseket most egyeztetik az önkormányzati vezetőkkel. A traumatológusokkal folytatott megbeszélésen arra jutottak, hogy a szakma szeptember végéig leteszi az asztalra az átalakítással kapcsolatos terveit. A miniszteri megfogalmazás szerint közösen alakítják ki a sürgősségi ellátás új rendszerét, azt is pontosan rögzítve, hogy hol nem szabad sürgősségi ellátást végezni. A fekvőbeteg ellátással kapcsolatban ismét leszögezte, hogy nem megszüntetni, hanem átalakítani akarják a kórházakat. Azt szeretnék, ha a települési önkormányzatok közös társulásokat hoznának létre a kórházak működtetésére.

H.J., WEBORVOS, 2006-09-11

## HÁROM MEGYÉBEN MÁR ELLENŐRZIK A JOGVISZONYT

gatója szerint az adatok további „pucolása” – például a nappali tagozatos hallgatók számbavétele – után lényegében 700 ezer tisztázatlan jogviszonyú TAJ kártya tulajdonos marad. Király Gyula szerint ide sorolhatók a fekete munkából illetve a csak tőkejövedelemből élők, az úgynevezett „kék könyvvel” alkalmilag foglalkoztatottak, ám lényegében semiféle nyilvántartásban nem szereplők. A vizsgálat eredményeként sokan valamilyen jogviszonyba „menekülnek”, így az előzetes kalkulációk szerint hosszú távon lényegében 300–350 ezer – járulékfizetés nélkül az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő – „potyautassal” lehet számolni.

Hónap végén fejeződik be egyébként az a kísérlet, amelynek során három megyében – Zalaiban, Győr-Sopronban és Vasban – több mint tízezer biztosított immár elektronikus TAJ-kártyát használhatott orvosánál. A három hónapos

próba során 24 egészségügyi intézményben ellenőrizték leolvasók segítségével a kártyatulajdonosok jogviszonyát. Kérdésünkre – a járulékfizetés nélküliek is kaphattak egészségügyi ellátást? – a főigazgató elmondta: annál is inkább, mivel egy frissen munkába álló akár két nap múlva is szenvedhet orvosi beavatkozást igénylő balesetet, miközben munkaadója közel másfél hónap után fizet először tb-járulékot utána.

A jogviszony mögötti járulékbefizetést az adóhatóság tartja nyilván, s képes ellenőrizni. Király Gyula szerint az ellenőrzés azt a célt szolgálja, hogy az ön- s a másokat is foglalkoztató munkaadók ne kerüljék el a járulékfizetést. A tervek szerint a nem fizető munkaadóktól nem csak a járulékot, hanem a betegellátás költségeit is behajtanák. A végcél lényegében a járulékfizetés elkerülésének megakadályozása.

H.J., WEBORVOS, 2006-09-12

## KÖZEL SZÁZ GYÓGYSZER KERÜLNE KI A PATIKÁKBÓL



A vétkes egészségügyi dolgozókat akár a mindenkori minimálbér tízszeresére is megbüntetheti a megalakítandó Országos Etikai Tanács.

A kötelező kamarai tagság megszüntetésével az etikai ügyek is új szervezethez, a létrehozandó Országos Etikai Tanácshoz (OET) kerülnének, amely felett az egészségügyi miniszter gyakorolna törvényességi felügyeletet. Első fokon a területileg illetékes Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) intézeteinek keretén belül működő megyei etikai bizottságok végeznék az etikai vétségek miatt indított vizsgálatokat.

Az OET-nek több tagja lenne. Három képviselőt – egy orvost, egy gyógyszerészt és egy egészségügyi szakdolgozót – delegálna az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH), egy-egy tagot jelölhetnének az egészségügyi területén működő szakmai kamarák országos szervezetei, az egészségügyi minisztérium, az egészségügyi tudományos tanács és a szakmai kollégiumok elnökségei.

Az orvosi, gyógyszerész és szakdolgozói kamarák mai, külön-külön megfogalmazott magatartási szabálygyűjteményét egységes, országos egészségügyi etikai-fegyelmi szabályzat váltaná fel, amelynek jövő év március végéig kell elkészülnie. A megyei etikai bizottságok ennek elfogadása után, 2007. március 31-én kezdenék meg működésüket. A vétkes egészségügyi dolgozókat a mindenkori minimálbér – ami jelenleg havi 57 ezer forint – tízszeresére is megbüntetheti a megalakítandó Országos Etikai Tanács, de felfüggesztheti munkavégzésüket is. Így előfordulhat, hogy egy-egy magatartási szabályszegés akár 600 ezer forintjába is kerülhet a vétkesnek.

Nem tudni, hogy vajon ki veszi át a kamarák másik fontos köztestületi feladatát, a működési nyilvántartás vezetését, hiszen a külföldi munkavállaláshoz elengedhetetlen, jó hírnevet igazoló dokumentumot többek között ennek alapján adják ki az egészségügyi szakmai kamarák. Egyelőre tehát rejtély, hogy a kamarák köztestületi, és kötelező tagsági jellegének megszüntetése után ki ad igazolást a külföldre igyekvő doktoroknak, gyógyszerészeknek és nővéreknek. Elképzelhető, hogy e feladat visszakérül eredeti gazdájához, a szakminisztériumhoz, de arról is hallani, hogy létrehozna majd egy olyan országos hatáskörű szervezetet, amelyik a szellemi szabadfoglalkozásúak összességének nyilvántartását vezeti.

Egyre jobban körvonalazódik a tervezett gyógyszer-kiskereskedelmi rend. Állítólag már elkészült az új patika-törvény paragrafusokba szerkesztett változata is. Az eddig kiszivárgott információk mellett – a gyógyszertár létesítési korlátok teljes felszámolása, a kórházi patikák nyilvánosság számára történő megnyitása és egyes vény nélkül kapható medicina patikán kívüli árusítása mellett – egyre több információ lát napvilágot.

A Weborvos úgy tudja, hogy a jövőben egy személyi jogos gyógyszerész – akárcsak Hollandiában – akár több gyógyszertárat is vezethet. (A jelenlegi szabályozás az egy gyógyszertár – egy személyi jogos gyógyszerész elven működik Magyarországon.) Néhány gyógyszer helyett az első listákon 85 olyan medicina szerepel, amelyet patikán kívül, akár benzinkútnál is lehet majd árusítani, bár úgy hírlük, az elmúlt napokban némileg szűkült e gyógyszerek köre.

Egyelőre nem tudni, hogy a gyógyszer-

táron kívüli gyógyszereladás Balaton-öszödön megfogalmazott feltételei milyen mértékben kerültek(nek) át a kodifikált jogszabályba. A kihelyezett kormányülésen megfogalmazottak szerint meglehetősen szigorú szabályok mellett engedélyeznék egyes készítmények szabad árusítását. A gyógyszereket például elzárt helyen kellene tartani, s a forgalmazók feladata lenne biztosítani egy olyan internetes on-line kapcsolatot, amelyen a vásárló felvilágosítást kaphatna az esetleges mellékhatásokról, ellenjavallatokról. A gyógyszereladásra vállalkozó benzinkútnak vagy szupermarketnek ráadásul igazolnia kell a gyógyszerek beszerzési forrását, származását, biztosítva azok szakszerű tárolását is.

A rendelkezésünkre álló dokumentum szerint a ma még úgynevezett zártforgalmú patikák megnyitása sem lesz költségek nélküli, mivel meg kell teremteniük a közforgalmú patikákkal azonos személyi és tárgyai feltételeket, s ugyan olyan jelentési kötelezettséggel tartoznának a biztosítónak, mint közforgalmú társaik.

Ami a kisforgalmú, jobbra falusi gyógyszertárak támogatását illeti, az e célra rendelkezésre álló összeg – s így értelemszerűen annak elosztása – nem az egészségbiztosító költségvetésében és feladatáknak szerepelne, hanem az egészségügyi minisztérium büdzséjében. A kispatikák költségeinek csökkentését szolgálná az a rendelkezés, miszerint mentesülhetnek a helyben történő gyógyszerkészítéstől – kenőcsök, szemcseppek stb. –, amennyiben szerződést kötnek egy olyan patikával, amely átvállalja e magisztrális termékek elkészítését. A törvényalkotók újfajta bevételekkel is számolnak: a patikáknak juttatott rabat egy meghatározott százalékát be kellene fizetni

a szaktárca kispatikák támogatására elkülönített kasszájába, s maximalizálnák a nagy forgalmú gyógyszertárak árréstömegét is.

Bár a patikarendszer átalakítói nyilvánosan mindig is tagadták a gyógyszer kiskereskedelmi piac felszabadításának esetleges káros következményeit, sajátos módon mégis megpróbálják kivédeni ezeket. Kizárólag ezzel magyarázható a tervbe vett speciális fúzió-engedélyezési szabály. Vagyis megpróbálnák megakadályozni, hogy egy vagy két cég kezébe kerüljön a gyógyszer-kiskereskedelem. (Mint történt ez Nor-

végiában a gyógyszerpiac liberalizálása után, ahol egyre többet kell az államnak fizetnie a piacon abszolút hatalmat szerzett két nagykereskedőnek azért, hogy fenntartsák a távol lévő kis patikákat). A védelemre azonban nemcsak ezért van szükség, hanem azért is, nehogy az ártárgyalások során, monopóliumhelyzetük révén sarokba szoríthassák az egészségbiztosítót. A lényeg: egy adott távolságon belül – falun 25, városban 10, a fővárosban pedig 2 km-es sugarú körben – lévő gyógyszertárak 1/6-ánál többet nem birtokolhat ugyan az a tulajdonos.

A patikahálózat liberalizálása a tervek szerint két ütemben valósulna meg. A teljes piacnyitást 2009 közepére tervezik. Ekkor már – legalábbis a tervek szerint – az egészségbiztosító(k) nem lennének kötelesek minden egyes patikával szerződést kötni, illetve meghatározhatják a támogatás mértékét, kiköthetnék, hogy adott gyógyszertárban havonta csak meghatározott összegig – például 10–15 millió forintig – vállalják az ártámogatás átutalását.

H.J., WEBORVOS, 2006-09-07



## HÁROM AZ EGYBEN SZER AZ INFARKTUS ELLEN

Az infarctus-halálozás többsége a szegény vagy közepes fejlettségű országokban fordul elő, ami önmagában sürgeti egy olcsó preventív gyógyszer előállítását.

Szeptember első napjaiban rendezték Barcelonában az Európai Kardiológus Társaság éves kongresszusát, mely egyben (ez évben) a világ vezető kardiológusainak közös kongresszusa (World Congress of Cardiology) is volt. Itt hangzott el, hogy kb. 17.5 millió ember hal meg szívbetegségben évente a világon. A hirtelen, infarctus okozta halálozás mintegy 80 százalékban azonban nem a fejlett országokban, hanem a szegény vagy közepes fejlettségű országokban fordul elő, és e tény önmagában sürgetővé teszi egy olcsó, hatékony, preventív gyógyszer előállítását. Ilyen gyógyszerből már eddig is többféle forgalomba került, melyek egymástól függetlenül, egyenként is bizonyították szerepüket a megelőzésben. A 3 legfontosabb gyógyszercsoportot felsoroljuk:

1. A koleszterin csökkentő gyógyszerek, leghatékonyabb csoportját statinoknak nevezik. Az ide tartozó készítmények gátolják az érfalban a koleszterin lerakódását, gátolják az érszűkület kialakulását, így legalább 30–50 százalékkal redukálják az infarc-

tusok, stroke-ok, egyéb vascularis események számát, és csökkentik a halálozást. Mind érbetegekben (pl. infarctus, stroke után, alsóvégtagi érbetegségben), mind egészségesekben egyformán hatékonyak.

2. A vérlemezkék összecsapódása, aggregatioja az erek thrombosisának „előfutára”. A vérlemezke gátló gyógyszerekkel (pl. aspirin, clopidogrel) sikeresen lehet az érelzáródásokat megakadályozni. Hatékonyak érbetegekben az újabb thrombosisok kivédésében, és hatékonyak veszélyeztetett, de még egészséges emberekben is.

3. Az angiotensin a vesében, az erek és a szív belhártyája sejtjeiben is keletkező anyag, mely emeli a vérnyomást, gátolja infarctus után a szívizomzat gyógyulását, elősegíti és rontja a keringési elégtelenséget. Káros anyag tehát, melynek képződését gyógyszerrel, az ún. angiotensin gátlókkal akadályozni lehet. E gyógyszercsoport is bizonyította hatékonyságát: csökkentik a vérnyomást, javítják a szívizomzat működését infarctus után, és csökkentik a keringési elégtelenség tüneteit. Miért ne lehetne az említett 3 gyógyszer együtt egy tablettában? A felvetés most megoldódni látszik a Polypill előállításával. Nem új gyógyszerről, hanem az eddig már ismert hatékony, preventív gyógyszerek kombinációjáról

van szó, melyeket az orvosi gyakorlat már eddig is gyakran alkalmazott együtt. A Polypill megszületését a World Heart Federation is támogatja. Előnyét, hátrányát érdemes azonban több szempontból is megvizsgálni.

A betegek, veszélyeztetettek számára előnyös, mert több tablettával a preventio megoldható. Ez javítja a gyógyszeresedés hatékonyságát, és olcsóbb, mint a 3 gyógyszer külön-külön alkalmazása. Figyelembevéve, hogy a preventív gyógyszereket a másodlagos megelőzésben élethossziglan kell szedni, a Polypill a betegek számára jelentős anyagi megtakarítást jelenthet. Az orvosok számára is előnyös, hiszen egyetlen gyógyszer felírása kevesebb feladat, mint 3 gyógyszer külön rendelése. Hónapok, évek alatt a különbség multiplifikálódik.

Vannak azonban ellenvélemények is. Egyes szakértők felhívják a figyelmet arra, hogy a Polypill-ben lévő hatóanyagok fix dózisa nem minden betegnek megfelelő. Egy-egy komponens adagja sok vagy kevés lehet. Orvosi ellenőrzés nélküli, kiterjedt alkalmazása szövődmények és veszélyek forrása lehet.

A Polypill gondolata már évekkel ezelőtt megszületett, de talán most a napi gyakorlat számára is ez történik. DR. KÁLI A. PH.D., WEBORVOS, 2006-09-10