

2007. 10. 02.-ÁN MEGALAKULT A HÁZIORVOSOK ORSZÁGOS EGYESÜLETE

A Házi orvosok Országos Egyesületének célja Az Egyesület célja és tevékenysége

I.

1. Az Egyesület célja az általános orvoslás, házi orvoslás és egészségügyi alapellátás működésének szakmai, gazdasági, finanszírozási, jogi környezeti támogatása és fejlesztése, érdekeinek képviselője, a tagok ismereteinek bővítése és az orvostika nevelése. Az Egyesület feladata, a gyógyító-megelőző tevékenység humanitárius szemléletének és módszertanának terjesztése, annak hazai és külföldi eredményeit ismertetése és elősegítése az eredmények gyakorlati felhasználásában. Segítséget nyújtani tagjai erkölcsi, szakmapolitikai és anyagi érdekeinek védelmében.
2. Az Egyesület tevékenységével kapcsolatos oktatási, képzési feladatokat is ellát, melynek keretében segíti és támogatja tagjai szakmai, gazdasági és jogi ismereteinek bővítését és szakmai továbbképzését és szakképzését.

II.

Az Egyesület céljai elérése érdekében a következő tevékenységeket végzi:

1. A szakterületét érintő kérdésekben véleményt nyilvánít, javaslataival segíti az állami és társadalmi szervek munkáját, azokkal rendszeres kapcsolatot tart fenn, és azokkal céljaik elérése érdekében együttműködik. Közreműködik a házi orvosokkal és az alapellátásban dolgozó orvosokkal biztosítás-finanszírozási és egyéb szerződések kidolgozásában és megvalósításában, finanszírozási kérdések véleményezésében, szakmai protokollok, guide-line-ok kidolgozásában.
2. A gyógyító és megelőző tevékenységhez kapcsolódó biztosítási és egyéb szerződések megkötésének elősegítése információk nyújtásával, tanácsadással.
3. Segíti a magyar egészségügyet, a magyar orvostársadalmat érintő jogalkotó munkát, valamint javaslatokat, állásfoglalásokat, szakvéleményeket fogal-

maz meg az orvosok szakmai tevékenységét és minőségét közvetlenül befolyásoló, valamint az egészségügyet egyéb módon érintő jogszabályok megalkotásához.

4. Földrajzilag körülhatárolt területen dolgozó tagjai részére területi szervezetet, azonos kutatási területen dolgozó tagjai részére szekciót alakíthat, melyek az Egyesület irányítása mellett dolgoznak, munkájuk fedezetét az Egyesület biztosítja. A területi szervezetek és szekciók nem jogi személyek. Tevékenységével kapcsolatos polgári jogi jogviszonyokat létesíthet – különösen megbízásokat vállalhat – anyagi ellenszolgáltatás ellenében. Az ezekből befolyt bevételek az Egyesület céljai megvalósítására fordítja.
5. Figyelemmel kíséri a szakterületét érintő szakmai, gazdasági, oktatási és továbbképzési kérdéseket, javaslataival és bírállataival segíti azok megoldását, fejlesztését.
6. A házi orvoslással és egészségügyi alapellátással kapcsolatos életpálya-modell kiteljesedésének elősegítése, népszerűsítése.
7. Kiemelkedő munkát végző tagjainak kitüntetésben, állami díjban való részesítésére javaslatot tehet.
8. Tudományos pályázatokat írhat ki, pályadíjat tűzhet ki, jutalmakat adhat, emlékérmeket alapíthat.
9. Szakfolyóiratot ad ki, időszakos kiadványokat, könyveket jelentet meg, javaslataival és bírállataival segíti az orvostudományi könyvkiadást.
10. Munkájába bevonja azokat a szakembereket, akik az Egyesület céljai elérésében segítségére lehetnek.
11. Szoros kapcsolatot tart fenn és együttműködik az orvosi érdekvédelemmel foglalkozó szervezetekkel.
12. Kapcsolatot létesíthet hazai, külföldi és nemzetközi tudományos egyesületekkel, illetve azokat tömörítő szervezetekkel.
13. Az Egyesület haladó hagyományainak megőrzése, fejlesztése.

Bővebb információk a 2008 februári Medicus Universalisban fognak megjelenni. Várjuk véleményüket a következő anyagokról és minden másról a Szerkesztőségbe, vagy a haoe@haoe.hu email címre.

Elnökség

A HÁZIORVOSOK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK (HÁOE) VÉLEMÉNYE AZ ÚJ BIZTOSÍTÁSI TÖRVÉNYTERVEZETRŐL

A háziiorvosi rendszer adminisztrációs munkája már ma is jelentősen túlterhelt. A nemzetközi adatok 15 perces betegellátásból 5 percet az adminisztráció terhel. Magyarországon egy betegre 6–8 perc jut, amelyből 4–5 perc az adminisztráció. Ezt már ma is, de a több biztosítós pénztárak bevezetésével tovább kell egyszerűsíteni, azaz a több biztosítós rendszer ezt az időt nem növelheti!

- a 22 biztosító felé hogyan fog elszámolni a házi orvos, és hogyan fog elszámolni a biztosító - hiszen ad abszurdum lehetséges, hogy a házi orvos minden területről lát el beteget, de a mostani betegek majd 10 féle pénztárt választanak és a többi 12 pénztártól eseti ellátásként bepotyog a maradék. Ezért kevés, de informatív adat, egyszer és egységes rendszerben jelentve, egy „központnak” amely szétszítja a biztosítók felé. A biztosítók „elszámolnak a központtal” amely megküldi egy tételben a finanszírozást „elszámolási kísérő jegyzékkel”
- a kötelező és a biztosítási alapsomagban országosan egyféle és egységes ellátási eljárások, protokollok érvényesüljenek a házi orvoslásban, mert ellenkező esetben párhuzamosan kell alkalmazni a biztosító által meghatározott eljárásrendeket, így pl. a gyógyszer-gazdaságosság 22 féle lehet. eltérés csak a kiegészítő csomagok esetében megengedhető.
- a beutalási rend biztosítónkénti rendjének információit nem csak a házi orvosnak, hanem a betegnek kell elsősorban a tudomására hozni!

A házi orvos beutalni csak abba az intézménybe utalhat, akivel az aktuális beteg biztosítója szerződött, tehát betegenként más-más intézménybe amit valahogy, tudni, nyilvántartani és követni kell.

- Nem tisztázott, hogy változik-e a házi orvos választás, hiszen a területeden lakót nem utasítható el, de ha a házi orvos területén lakó egy távoli pénztárt választ, akkor ezzel bekényszerít egy távoli, más rendszerbe.

A részletek tisztázására és meghatározására a végrehajtási rendeletekben kell hogy sor kerüljön, ezért véleményt korrektil csak az egyidejű tárgyalás alapján lehetne mondani.

Mindezekért:

A több-biztosítós rendszer nem jelenthet többlet terhet a háziiorvosi rendszerre, mert teljesítő képességének határán van.

Sem szakmai, sem adminisztrációs sem más alapellátási eltérések a háziiorvosi rendszerben nem megengedhetők a különböző biztosítók között.

„Egycsatornás” jelentési és finanszírozási rendszer, egységes gyógyítási eljárások, minőségi mutatók, országosan egységes háziiorvosi rendszer az alapszolgáltatások terén.

Korrektil, a háziiorvosi szolgálatokon kívüli, pénztártagi, beteg tájékoztatás, korrektil kapcsolatrendszer a házi orvosokkal.

Házi orvosok Országos Egyesülete
HÁOE

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS HELYZETÉNEK RÖVID ÁTTEKINTÉSE

Az egészségügyi alapellátás középpontjában a háziiorvosi szolgálatok állnak, amelyek fejlesztésére gyakorlatilag az 1993-ban bevezetett finanszírozási reformot követően – ide nem értve a számos feszültséget okozó működtetési jog bevezetését – nem került sor.

Az eltelt 15 évben alapvetően a háziiorvosi jelentési rendszert, illetve a finanszírozás kisebb korrektiliót jelentő módosítások sorozata volt jellemző, amelynek eredményeként a szolgálatok adminisztratív feladatai ugrásszerűen megnöttek, a finanszírozás értéke pedig lényegesen devalválódott.

Ezek együttes eredményeként a szakma presztízse jelentősen csökkent, a fiatal kollégák nem akarnak, illetve a praxisjog anyagi terhei miatt nem tudnak belépni a rendszerbe, így a gyakorló házi orvosok „elöregedtek”, a napi munkájukat jelentősen nehezítik az adminisztratív

feladatok, illetve az egészségügy átalakítása miatt a betegek vélt vagy jogos sérelmeiket az első orvos–beteg találkozási pontnál, azaz a házi orvosokkal érzékeltetik.

1.1. Az alapellátás helye, szerepe

Az egészségügy szabályozási reform alapkérdései gyakorlatilag az 1989-ben megkezdett változásokat követően az 1997-ben megalkotott egészségügyi, illetve egészségbiztosítási törvények megalkotásával lezárultak, hiszen az elmúlt 10 évben az új szemlélettel lefektetett alapok folyamatos korrektiliójára kerül sor.

Ugyanakkor a mai napig nem tisztázódtak a szabályozás szintjén olyan alapkérdések, amelyek a továbblépéshez nélkülözhetetlenek, így számos szakmai és jogi

vita alapja magának az alapellátásnak, illetve az e körbe tartozó egészségügyi szolgáltatásoknak a konkrét definiálása.

Az egészségügy átalakításának folyamatában ma már nem odázható az egyes ellátások helyének korrekt meghatározása, hiszen az egészségügyi intézmények átalakításával párhuzamosan egyértelműen kiemelt szerepet kell kapjon az egészségügyi alapellátás, amelynek megfelelő működése alapozhatja meg a költséghatékony szakellátás kialakítását.

A különböző jogszabályokban, de még a különböző szakmai körökben is csak a járó, illetve a fekvőbeteg ellátás lehatárolása egyértelmű, az alapellátás, illetve a szakellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások kérdése csak nagyvonalakban rendezett. Nem képezte és ma sem képezi vita tárgyát a háziiorvosi ellátás és a védőnői ellátás alapellátás körébe sorolása, ugyanakkor a fogászati alap és szakellátás már sokszor vitatott, elsősorban finanszírozási, mint szakma besorolást jelent, az iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás, a foglalkozás-egészségügyi ellátás besorolására – annak ellenére, hogy ez utóbbi szakmai szempontból szintén alapellátásra és szakellátásra oszlik – nem is történt kísérlet.

1.2. Finanszírozás

A teljesítményarányos finanszírozás bevezetését követően az egyes finanszírozási elemek kisebb korrekcióira került csak sor, amely lényegében mind a fix, mind pedig a teljesítmény elemek tekintetében csupán az infláció kis mértékű követését szolgálta, amelynek eredményeként gyakorlatilag – ide nem értve az ez évi nominálisan is csökkenő, a 2004 éves szinten meghatározott költségvetést – a számszerű növekedés mellett a finanszírozás reál értéke jelentősen csökkent. A kassa alakulását a központi költségvetés kiadási oldalához viszonyítva mutatja be az alábbi táblázat, amelyből megállapítható, hogy a közkiadások 1993 és 2007 viszonyában 5,1 szerezre nőttek, míg a háziiorvosi ellátás fedezete ettől elmaradva 4,2 szerez lett. (A viszonyítás azért nem a gyógyító megelőző előirányzathoz történik, mert annak a szerkezete időközben megváltozott, a reálérték alakulását pedig e két kiadási előirányzat alakulása is jelzi.)

Az elmúlt 10 évben egyszer tettek kísérletet a szakmai munkát elismerő prevenció díj bevezetésére, amely az előkészítés hiányosságai miatt megghiúsult, így a finanszírozás érdemi módosítását jelentő lépések elmaradtak.

A kialakult helyzetet látszólag pozitív irányban befolyásolhatná a vizitdíj bevezetése, azonban a bevezetést követő kétszeri jogszabály módosítás, az egymásnak ellentmondó nyilatkozatok és a felkészülési idő hiánya miatt a kollégák elsősorban a betegek elégedetlenségével, sokszor a háziiorvosra zúdított vizitdíj miatti méltatlankodásával, a szintén változó és a rendelési idő

rovására végzendő adminisztratív feladatokkal szembeütköztek, a vizitdíj bevételt növelő hatása helyett.

A háziiorvosi kassa alakulása:

| Év | háziiorvosi kassa millió forint | központi költségvetés kiadási előirányzata millió forint |
|------|------------------------------------|--|
| 1993 | 14.565 | 1.283.382 |
| 1994 | 17.298 | 1.648.319 |
| 1996 | 22.374 | 2.114.013 |
| 1998 | 29.401 | 2.801.855 |
| 2002 | 43.652 | 4.556.251 |
| 2004 | 61.071 | 6.132.434 |
| 2005 | 63.939 | 6.582.893 |
| 2006 | 64.554 | 7.496.676 |
| 2007 | 61.188,8 | 6.669.545 |

1.3. Praxisjog

A 2000-ben bevezetésre került működtetési jog számos ellentmondást hozott a háziiorvosi ellátás fejlesztésében, hiszen a rendszerben a bevezetéskor bent lévő kollégák a törvény erejénél fogva, térítésmentesen jutottak hozzá a praxisjoghoz, míg a rendszerbe ezt követően belépni szándékozók – a körzet fekvésének függvényében – több milliós készpénzfizetés mellett vásárolhatják meg a háziiorvosi működés alapfeltételét. E visszas helyzetet tovább nehezíti, hogy a működtetési jogot eladó „nyugdíjba vonuló” kolléga a körzetbe bejelentkezett biztosítottak egy jelentős részét átirányíthatja a területi ellátási kötelezettség nélkül tovább működtetett praxisába, így a működtetési jog vásárlását hitelből megoldó új belépőknek esélye sincs a törlesztő részletet, a működtetést és a megélhetést is fedező finanszírozási összeg előteremtésére. Önmagában a praxisjog léte, pontosabban az ellátás szervezését tervező központi irányítás alóli teljes kikerülése és öntörvényű működése jelentősen hozzájárult a szakma elöregedéséhez, a körzetek jelentős részének kiüresedését eredményező folyamatokhoz.

2. A LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK

Hosszú távon végleges megoldást csak az egészségügyi alapellátás egészének átalakítása jelenthet, amelynek eredményeként szükséges lenne mind a szakmai, mind a finanszírozási jogszabályok áttekintése, illetve az egy-egy alapellátási szabályrendszer megalkotása.

A teljeskörű felülvizsgálatot megelőzően, azonban vannak olyan azonnali intézkedést igénylő kérdések, amelyek meglépése nem jelent többlet költségvetési terhet, azonban biztosítják a háziiorvosi szolgálatok zökkenőmentes működését.

2.1. Rendszerbe lépés könnyítése

Az egészségügyi reform folyamatához kapcsolódva az alapellátási szolgálatok megerősítéséhez szükséges egyfelől a klasszikus háziiorvosi körzetek mellett a kistérségi háziiorvosi rendszer kialakítása és a háziiorvosi szakorvosi szakképesítés megszerzésének rugalmassá tétele. Az e csoportba tartozó intézkedések nem csupán a lakosság alapellátáshoz jutásának esélyeit, illetve az alapellátás színvonalát emelnék, hanem egyúttal jelentős segítséget adnának a szakellátás átalakítása következtében felszabaduló, más területen megfelelő képzettséggel és gyakorlattal rendelkező kollegák pályaelhagyásának megelőzéséhez is. Ennek megvalósításához alapfeltétel a háziiorvosi, illetve természetesen más hiányterületi szakmák gyakorlásához szükséges szakképesítések központilag koordinált egyéni képzési programok keretében történő megszerzésének lehetősége. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása a jelenleg előírt egy év helyett 6 hónapot követően lehetővé tenné a tartósan betöltetlen körzetek helyettesítő rendszerben történő működtetését. E javaslat nem okoz többletköltséget, ugyanakkor mind a lakosság folyamatos háziiorvosi ellátását, mind pedig a képzési, illetve átképzési rendszerbe résztvevő kollegák elhelyezkedését elősegíti. Új elemként jelenhet meg a kistérségi háziiorvosi rendszer finanszírozására vonatkozó javaslat, amely a betöltetlen körzetek 140%-os finanszírozásával szemben csupán 80%-os finanszírozásról rendelkezik, amely fedezetet nyújtana az e feladatra az OALI által alkalmazott kollegák által ellátott nem tartós helyettesítés körébe tartozó feladatokra, valamint az ügyeleti rendszerben történő feladatellátásra, illetve az ellátás minőségét emelő szakorvosi konzultációs lehetőség biztosítására. Tekintettel arra, hogy e finanszírozás ellentételeként az egészségbiztosító megtakarítja a helyettesítés jogcímén más egészségügyi szolgáltatásoknak folyósított díjazást, a többletköltség minimális. A rendszer indulásakor várhatóan 20–30 kistérségben 20–30 orvos alkalmazására kerülne sor, amelynek emelése a következő két éves időszakban maximum 100 kistérséget érinthet.

2.2. A finanszírozás átalakítása

A finanszírozás felülvizsgálata nem jelentheti csupán a forrásbővítés kezelésével kapcsolatos kérdéseket, a felülvizsgálat során kiemelt figyelmet kell fordítani a szakmai munka eltérő színvonalához kapcsolható finanszírozási elemek, azaz a minőség alapú finanszírozás bevezetésére.

A minőségi finanszírozási elemek bevezetését megelőzően azonban szükséges szabályozni a háziiorvosi kompetenciába tartozó, de az egészségbiztosító által nem

finanszírozott ellátások térítési díjával kapcsolatos kérdéseket is, így pl. a gépjárművezetésre való egészségi alkalmasság elbírálásához hasonlóan számos szolgáltatásra kellene fix díjakat vagy javasolt díjszabást közzétenni. E lépés mind a háziiorvosi szolgálatok, mind a beteg számára közérzetjavító intézkedés lenne, hiszen egységesen alakulna pl. az országban a beteg által kezdeményezett választott oltások díja.

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról rendelkező 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása szabályozná egyfelől a háziiorvosi szolgálatok által megállapított térítési díjak meghatározásának módját és korlátjait, másfelől pedig – a jelenleg érvényes és évek óta változatlan díjak emelése mellett – meghatározná a díjköteles szolgáltatások körét és a díjak maximális összegét.

2.3. Az alapellátási tevékenység jogszerű végzéséhez szükséges valamennyi információ központi biztosítása

A háziiorvosi működés zökkenőmentességének biztosítása céljából biztosítani kellene a háziiorvosi szolgálatok részére az egészségügyi reformlépéseiként bevezetett előírások betarthatóságának feltételrendszerét, így pl. a költséghatékony gyógyszerrendeléshez szükséges online adatbázisok használatát, az adminisztratív feladatok, illetve a jelentési kötelezettségek online teljesítésének lehetőségét, ide értve a segítő szándékú direkt visszajelzési csatornák kialakítását, illetve működtetését is.

Ezzel párhuzamosan csökkenteni kellene a háziiorvosi szolgálatok szakmai szempontokkal össze nem függő adminisztrációs terheit.

Új és a régi díjtételek változására tett javaslat

„3. Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat, III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata

| | | |
|----|--|-----------|
| a) | ha 40. életévét még nem töltötte be: | |
| | aa) első fokon | 8 000 Ft |
| | ab) másodfokon | 10 000 Ft |
| b) | ha 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el: | |
| | ba) első fokon | 6 000 Ft |
| | bb) másodfokon | 8 000 Ft |
| c) | ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el: | |
| | ca) első fokon | 4 000 Ft |
| | cb) másodfokon | 6 000 Ft |
| d) | ha a 70. életévét betöltötte: | |
| | da) első fokon | 3 000 Ft |
| | db) másodfokon | 5 000 Ft |
| | Látélet kiadása | 5 000 Ft |

A háziiorvosi szolgálatok által

- a) a kötelező járványügyi intézkedések körébe nem tartozó védőoltások elvégzése 1500 Ft
- b) végzett, a biztosított háziiorvosi ellátását meghaladó
 - ba) laborvizsgálat automatával, vizsgálatonként 3000–5000 Ft
 - bb) ABPM vizsgálat 4 000 Ft
 - bc) fizioterápiás kezelés, kezelésként 3000–5000 Ft
 - bd) inhalációs kezelés, kezelésként 2000 Ft
 - be) arteriográfiás vizsgálat 6000 Ft
 - bf) szív-érrendszeri kockázatelemzés és tanácsadás évi egy alkalommal 3000 Ft
 - bg) életmód tanácsadás 10 percet meghaladó időtartamban tematikus rend szerint alkalmanként 2000 Ft
 - bh) a Háziiorvosi Szakmai Kollégium által évente közzétett ajánlások, eljárásokonként 5000 Ft
- c) a beteg kezdeményezésére az egészségi állapota által nem indokoltan az otthonában nyújtott ellátás, ide értve a gyógyszerrendelést is 10 000 Ft
- d) a beteg kezdeményezésére előzetesen egyeztetett időpontban a rendelőben a rendelési időn kívül nyújtott ellátás
 - da) hétköznap 2000 Ft
 - db) munkaszüneti nap 5000 Ft

Havonta egyszer küldött táppénzes jelentés

A keresőképtelenség és a keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről szóló 102. /1995. (VIII. 25.) Korm. rendeletet (a továbbiakban: R.) 14. § (1) bekezdésében a „hetenként” szövegrész helyébe a „havonként” szövegrész, a „heti” szövegrészek helyébe pedig a „havi” szövegrészek lépnek.

(2) Az R. 2. számú és 3. számú mellékletének címében a „heti” szövegrész helyébe a „havi” szövegrész lép.

A tételes betegforgalmi jelentés egyszerűsítésének lehetőségei

- a) „Személyazonosító típusa”,
- b) „Páciens törzskarton sorszáma”,
- c) „Az ellátás formája”,
- d) „Térítési kategória”,
- e) „Érvényes biztosítás országa, vagy a beteg állampolgársága”,
- f) „EU adatlap”,
- g) „Továbbküldést indokoló diagnózis BNO kódja”,
- h) „Továbbküldés iránya”,
- i) „Továbbküldés eszköze”,
- j) „A vény azonosítója”,
- k) „A rendelést indokoló diagnózis BNO kódja”,
- l) „A rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz TTT-kódja”,
- m) „A rendelt gyógyszer mennyisége (0000.0000) formában”,
- n) „A rendelés jogcíme”, „Közgyógyellátási igazolvány száma” és
- o) a „Kitöltési útmutató” cím és azt követő szövegrészek a hatályukat veszítik.

A rendeletek változásának kihirdetését követően az egészségbiztosítási igazgatási szerveknek felül kell vizsgálni a háziiorvosi szolgálatok számára előírt adminisztratív és jelentési kötelezettségeket és a rendelet hatályba lépésének időpontjára meg kell szüntetni a jogszabályokban előírtakat meghaladó valamennyi adatszolgáltatási kötelezettséget, így különösen a beutalás adminisztrációja kapcsán a naplósorszám, továbbá **a fogadó intézmény kódjának megkövetelését.**

VÁRJUK VÉLEMÉNYÉT

haoe@haoe.hu

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

Szabó János dr.

Az egészségügyi reform egyik fontos célkitűzése a költség-hatékony és ezzel együtt magas színvonalú egészségügyi ellátó rendszer kialakítása.

Az ellátórendszer bázisát az alapellátás képi, melynek felépítését és működtetését is célszerű újragondolni.

A költség-hatékony működtetés érdekében a jelenlegi településenként / önkormányzatonként történő működtetést kistérségi működtetési szintre kell emelni, és közigazgatási kistérségenként kell megszervezni és biztosítani a betegellátást.

Az egészségügyi alapellátást biztosító szolgáltatások:

- sürgősségi ellátás *
- háziorvosi – házi gyermekorvosi ellátás *
- háziorvosi ügyeleti szolgáltatás *
- foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás
- fogorvosi ellátás
- ifjúság és iskolaegészségügyi ellátás
- *preven*ciós és védőnői szolgálat
- otthonápolási szolgálat *
- betegszállítási szolgáltatás *
- bázis szakellátási szolgáltatások
 - Belgyógyászat

- Nőgyógyászat
- Pulmonológia és allergológia
- Mentalhygiene és pszichiátria
- Sebészet
- Bőrgyógyászat
- Reumatológia
- Szemészet
- Fül-orr-gégészet

– Diagnosztikus szolgáltatások

- Labor
- Rtg
- Ultrahang

A * jelölt szolgáltatásokat folyamatosan biztosítani kell. A többi szolgáltatás esetén a beteg várakozási ideje nem lehet több 1 hétnél, sürgős esetekben – munkaidőben – azonnali ellátást kell biztosítani.

Ezeket a szolgáltatásokat minden alapellátási egységben (kistérség) biztosítani kell, mivel ezekkel a szolgáltatásokkal érhető el, hogy alapellátási szinten a betegek jelentős része definitív ellátást kaphasson.

A szolgáltatások kapacitását a konkrét kistérség demográfiai, morbiditási és földrajzi mutatóinak figyelembevételével kell meghatározni.

AZ ALAPELLÁTÁSBAN TÉRÍTÉSI DÍJ FEJÉBEN TÖRTÉNŐ ELLÁTÁSOK

Szabó János dr.

| Szolgáltatás | Szolgáltatás jelenlegi díja (HUF) | Szolgáltatás javasolt díja (HUF) | Megjegyzés |
|--|---|---|------------|
| Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat, III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata a) ha 40. életévét még nem töltötte be | első fokon: 6000 Ft másodfokon: 90000 Ft | első fokon: 10 000 Ft másodfokon: 150 000 Ft | |
| ha 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el | első fokon: 4000 Ft másodfokon: 6000 Ft | első fokon: 5000 Ft másodfokon: 10 000 Ft | |
| ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el: | első fokon: 2000 Ft másodfokon: 4000 Ft | első fokon: 3000 Ft másodfokon: 6000 Ft | |
| ha a 70. életévét betöltötte | első fokon: 1000 Ft másodfokon: 2000 Ft | első fokon: 2000 Ft másodfokon: 4000 Ft | |
| Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartására való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata | első fokon: 6000 Ft másodfokon: 10 000 Ft | első fokon: 10000 Ft másodfokon: 15000 Ft | |

| Szolgáltatás | Szolgáltatás jelenlegi díja (HUF) | Szolgáltatás javasolt díja (HUF) | Megjegyzés |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek (II. csoport) lőfegyvertartására való orvosi alkalmassági vizsgálat pszichológiai alkalmassági vizsgálat | első fokon: 4000 Ft másodfokon: 5000 Ft első fokon: 6000 Ft másodfokon: 10000 Ft | első fokon: 5000 Ft másodfokon: 10 000 Ft első fokon: 10 000 Ft másodfokon: 15 000 Ft | |
| Véralkohol-vizsgálathoz vérvétel: | 4000 Ft | 5000 Ft / vérvételenként | |
| Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vizsgálat | 5000 Ft | 5000 Ft/ vérvételenként | |
| Láttelel kiadása | 3000 Ft | 5000 Ft | |
| Részeg személy detoxikálása | 6000 Ft | 10 000 Ft | |
| Személyi higiénés vizsgálat | 6000 Ft | 5000 Ft | |
| Igazolások – oktatási intézmény részére (közösségben történő elhelyezéshez, táborozáshoz, szakmai gyakorlathoz....) | 6000 Ft | Egyszerű igazolás: 3000 Ft Részletes adatközléssel járó: 6000 Ft | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Pályaalkalmassági vizsgálat | 6000 Ft | 6000 Ft | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Igazolások munkahely részére (munkahelyi alkalmazás előtt, időszakos foglalkozású. Vizsgálathoz) | 6000 Ft | Egyszerű igazolás: 3000 Ft Részletes adatközléssel járó: 6000 Ft | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Igazolások biztosítók részére (betegségekről, kórtörténetről) | 6000 Ft | 5000 Ft/ munkaóra | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Vizsgálat biztosítás kötés előtt – biztosító kérésére | 6000 Ft | 10 000 Ft/ munkaóra | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Nevelőszülői eü. alkalmasság igazolása | 6000 Ft | 5000 Ft | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Soft – laeser terápia | | 1000 Ft/ régió/alkalom | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| TENS – kezelés | | 1000 Ft/ alkalom | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Arteriográfiás vizsgálat | | 10 000 Ft – konzultációval együtt | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Fizioterápiás kezelés | | | Jelenleg nincs egységes gyakorlat |
| Nem kötelező immunizáció | 1000 Ft | 1000 Ft oltásonként | |

Az alapellátás terén olyan strukturális változtatás szükséges, amely nem teljes rendszerében változtatja meg az egészségügyi alapellátást, hanem lehetővé teszi, hogy a rosszabbul ellátott területeken lehetővé váljék más gyakorlatok alkalmazása – elsősorban kistérségi szinten. Az erőforrások koncentrálása, a realitásokra is figyelemmel végső soron az ellátás optimalizálását eredményezheti.

Éppen ezért indokolt a feladatellátásra épülő struktúraváltás az alapellátás területén; a működő és hatékony szolgáltatások együttműködését az integrált szervezeti forma, illetve a kistérségi szolgáltatások kialakítása, működtetése és monitorozása segítheti. A nemzetközi példák és ajánlások alapján a kis lélekszámú települések esetében a kistérségi egészségcentrum kialakítása képes leginkább megfelelni a lakosság igényeinek, az ellátórendszer lehetőségeinek és az ellátásért felelős önkormányzatok elvárásainak.

A kistérségi egészségcentrum **funkcionális egységet** képez, és nem elengedhetetlen feltétele a „közös épületbe költözés”, bár kétségtelenül előnyt jelent. A helyi igényeknek megfelelően jelentős eltérések lehetnek a centrumot alkotó egységek között. A középpontját minden esetben háziorvosokból álló team adja, melynek tagjai előjegyzés alapján látják el a hozzájuk tartozó betegeket. A sürgősségi betgellátás 24 órában áll a lakosság rendelkezésére, így az előjegyzés alapján működő ellátást nem befolyásolja. Ez nem csak a betegelégedettség javítása szempontjából jelent fontos lépést, hanem az orvos **preventív és gondozó tevékenységére** is több időt tud fordítani. A centrum magjához csatlakozhatnak igénytől függően az ápolási és szociális ellátást biztosító egységek is. Az otthonápolás mellett a szociális és ápolási otthonokat szintén érdemes az egészségcentrumhoz csatolni. A kistérségi szinten az egészségcentrumi team tagja a védőnő is, munkáját az orvosokkal és a szociális ellátással koordináltan magasabb határfokkal tudja végezni.

Kistérségi szinten a járóbeteg szakellátás azon területei is reprezentálhatók – a szekunder prevenció keretében szakmai egységet képezve a gondozásban az alapellátással –, melyeket a betegek a leggyakrabban vesznek igénybe, és emiatt a legtöbbet utaznak. Ez a kérdés megoldható akár a team részeként a szakorvos állandó státuszával a centrumban, akár heti néhány napos rendelési idő biztosításával.

Mind pénzügyi, mind humán erőforrás biztosítása szempontjából, mind pedig a minőség oldaláról is jobb ellátás biztosítható a lakosság részére kistérségi szinten, mint községi szinten, a betegek szempontjából nézve ugyanakkor a kistérségen belüli közlekedés még igen könnyen megoldható.

Intézményi modell

Mindezek eredménye meghatározza a továbbfejlés irányait, különös tekintettel a fekvőbeteg ellátó kapacitás csökkentése esetében. A körzetek számának növelése az elmúlt 15 év tapasztalatai után nem lehetséges. A humán erőforrás kapacitás és a műszeres eszközpark költségessége, illetve kihasználhatósága miatti ésszerű telepítése, a lakossághoz közeli ellátások lehetőségének megtartása mellett, a Kistérségi Alapellátási Központok kialakítását teszi szükségessé.

Kistérségi Alapellátási Központok

(15 000–25 000 lakos, 15–25 háziorvos/gyermekorvos)
A központokban integrálásra kerülnek a lakossághoz közeli ellátások elemei:

- Egészségügy:
 - háziorvosi alapellátás(ok), szakdolgozói (védőnői, ápolói) rendelő,
 - mobil szakorvosi csoport vizsgálóhelyeinek, logisztikai rendszerének kiépítése (konzílium, diagnosztika),
 - szűrés, egészségnevelési foglalkozások helyszíne
 - az ügyeleti ellátás helységei.
- Szociális: szociális alapellátás irodái, szociális étkeztetés helyszíne, idősek klubja).
- Egyéb helységek: klubok, (fiók)gyógyszertár stb.

Ennek az alábbiakban bemutatásra kerülő két formája és két lépcsője valósítható meg.

A Kistérségi Alapellátási Központok két lehetséges formája:

- alapellátás járóbeteg szakellátással kiegészítve,
- csak alapellátás.

A Kistérségi Alapellátási Központok két lehetséges lépcsője:

- rövid távon koordinációs központ létrehozása (szakmai integráció),
- hosszú távon a Kistérségi Alapellátási Központ fizikai (épület és eszközpark) létrehozása.

A lehetséges és kívánatos eredmények:

- A szeparált körzetek helyébe az egymást átfedő felelősségi köröket (több **egészségügyi szolgáltató egyetemleges felelőssége** egy a jelenleginél nagyobb, de továbbra is meghatározott földrajzi területen).
- A szolgáltatások lakosság közeli területen, de nem

feltétlenül az adott településen, térben és időben ismert és biztonsággal rendelkezésre álló módon **hozzáférhető, így a betegek mozgatása is szervezhető.**

- A feltárt határterületi érintettségek miatt azonos helyen nem csak az egészségügyi, hanem más – pl. szociális – alapellátások hozzáférése is indokolt, sőt más, kapcsolódó területek – pl. gyógyszertár, gyógyászati segédeszköz bolt stb. – jelenléte is megoldható.
- A csoportos együttműködés nem csak a betegek közvetlen ellátását támogatja, de segíti **az egészségügyi személyzet képzését, továbbképzését**, szakmai felügyelethez kötött tevékenységének kivitelezését, sőt a **laikus oktatásnak** is kedvező színhelye lehet.
- Ugyancsak javítja a csoportok együttműködése a **kapacitásokkal való racionális gazdálkodást** az aktuális igényekhez jobban igazodni képes munkamegosztással.
- Nem elhanyagolható, hogy a centralizált, ám a betegek által jól és biztonságosan megközelíthető illetve igénybe vehető rendelőkben az érintett lakosság teljes köre azonos szakmai színvonalon, azonos technikai feltételekkel működő szolgáltatáshoz jutnak. Megszűnik annak az esetlegessége, hogy a beteg lakhelye szegényebb vagy gazdagabb település, több települést lát-e el a körzet egy orvosa vagy egy település több orvosa képes az ellátást nyújtani.
- A lakosság közelében megjelennek olyan ellátási formák, amelyek elérhetősége nem csak elvárható, de fontos is (pl. **szűrővizsgálatok**, a gyakori járóbeteg szakellátás formái)
- Olyan **egészségügyi informatikai bázisa** legyen, amely nem csak az adatok rögzítésére és archiválására alkalmas, hanem szükség esetén a beteg ellátása, eredményes gyógykezelése érdekében azok hozzáférhetőek, a jogosult szakember számára kezelhetők legyenek.

VÁRJUK LEVELEIKET

haoe@haoe.hu

AZ ARTHROSIS MEGELŐZÉSÉRŐL ÉS GYÓGYÍTÁSÁRÓL TARTOTTAK SZEPTEMBER ELEJÉN KONFERENCIÁT BUDA- PESTEN AZ EURÓPA KONFERENCIA KÖZPONTBAN

A térdízület kopásos megbetegedése, melyet ma általánosan arthrosisként ismerünk az egész világon egyike a legnagyobb egyéni és társadalmi terhet jelentő krónikus megbetegedésnek és közvetett módon a halálozást is negatívan, befolyásolja.

Bevezetőjében, **Prof. Poór Gyula az ORFI főigazgatója** elmondta, hogy ez a betegség, azokban országokban gyakori, ahol az elhízás valamint az időskorú népesség aránya növekszik, így Magyarországon is egyre nyomasztóbb társadalmi-

vábbi orvosi/egészségügyi ellátás költségei is hozzájárulnak.

Az arthrosis kutatásban világhírű **Cseh professzor Karel Pavelka** mellett a szimpóziumon a legjelesebb magyar professzorok előadásait lehetett hallani a legfrissebb és legígéretesebb gyógymódokról, kezelési lehetőségekről valamint a diagnosztikai módszerekről.

Dr. Mester Ádám tanár úr arról beszélt, hogy a diagnosztika kiemelkedő jelentőségű, melyben helyet kapnak ma már a

modern röntgen, ultrahang és mágneses rezonancia lehetőségei is.

Pavelka professzor ismertette, hogy mára bepillantást nyerhetünk a molekuláris történések rejtett világába is, és mindinkább lehetőség nyílik a kezelésben a célzott és oki terápiára, az ez idáig jellemző és sok mellékhatást produkáló

fájdalomcsillapítás helyett illetve mellett. Létjogosultságot kaptak azon gyógyszerek, melyek a porc állagának megóvására szolgálnak és ezek közül leginkább a **glukozamin szulfát hatása** bizonyított.

Az arthrosis, hullámzó lefolyású betegség, mely hosszabb-rövidebb időre tünetmentessé válhat, de a beteg gondozására folyamatosan szükség van, ahogyan ezt **Dr. Bálint Péter főorvostól** hallhattuk.

Fontos a gyulladáshoz vezető epizódok megfelelő kezelése, az orvosi rehabilitáció, a pre-

ventív, ízület-megtartó ill. ízület-pótló műtétek idejének minél későbbi időpontra való kitolása illetve optimális megválasztása.

A végső megoldást jelentő ízületi protézisek fajtáiról az egyes műtéti technikákról **Prof. Szendrői Miklós** tartott előadást.

Ma már „pre-arthrosisról” is beszélünk, amikor is ízületi diszpláziára, túlsúlyra, ízületi (sport) sérülésekre, metabolikus porcbetegségekre gondolunk.

Itt kell kezdeni az intervenciót, oktatással, testsúlycsökkentéssel, mozgásterápiával, porcvédő-szerekkel, ezen belül van létjogosultsága az ellenőrzött minőségű, megbízható porcvédő étrend-kiegészítőknek, amilyen például a **Pharma Nord glukozamin szulfát** készítménye.

Dr. Bálint Géza tanár úr a konferencia szakmai szervezője megfogalmazta, hogy a megelőzés komplex feladatának koordinálásán a Csont és Ízület Évtizede Alapítvány is fáradozik. A házi orvos, reumatológus, gyógytornász, rehabilitációs szakember, ortopéd-sebész együttes odafigyelése szükséges az arthrosis-os beteg korszerű kezelésében.

Dr. Márkus Ilona rehabilitációs főorvosnőtól azt hallhattuk, hogy az arthrosis rehabilitációs programjának legfontosabb elemei: az egyéni vagy csoportos gyógytorna, - izomerősítés céljából, coping-technikák megtanulása, szabad választás a kezelési opciók közül, a relaxációs képesség fokozása és csak ezt követi a gyógyszeres terápia.



gazdasági kérdésként kell vele szembeesülni mind a szakembereknek, mind az egyéneknek.

Mára bebizonyosodott, hogy a betegség megelőzhető és a korai szakaszban még jó hatásfokkal kezelhető. A késői diagnózisért hatalmas árat kell fizetni, mivel egyre több gyógyszerre és legvégül az elpusztult ízület pótlására van szükség. **Dr. Héjj Gábor főorvostól** azt hallottuk, hogy egy csípőízületi protézis minimum 350 000 Ft-ba kerül és ehhez még a to-

Glukozamin, szerepe az egészséges ízületek megóvásában

A glukozamin egy természetes aminosav, amelyet szervezetünk L-glutaminból és glukozból hoz létre. Az aminosavak kulcsfontosságú összetevői néhány bonyolultabb vegyületnek, így a glukozaminglikánoknak, valamint a glukoproteineknek. Ezek alkotják azt a biológiai „ragasztóanyagot”, vagy „cementet”, amivel a sejtek egymáshoz kötődnek. Az öregedés során, vagy bizonyos körülményekben, mint amilyen az arthrosis, ami különösen a túlsúly következtében a teherbíró ízületi porcban levő glukozamin és egyéb makromolekulák lebomlanak. Ez

folyamatosan a porcszövet elvékonyodásához vezet, amely az arthrosist „okozza, és egyben fokozza”.

Glukozamin jelenléte szükséges az emberi testben található majd minden kötőszövet és csúszást, síkosítást nyújtó folyadék felépítéséhez és megóvásához, mint pl.: az inak, az ínszalagok, a porcok, csontok/csontvégek, a bőr és az ízületi folyadék. A glukozamin segíti a sűrűdésnek kitett ízületi szöveteknek a működését és a porc regenerálódását. Ezen tulajdonsága különösen fontos az idősebb egyének számára, akiknek a sokévi fizikai terhelés miatt ízületei hajlamosak a kopásra, degenerálódásra, vagy akiknél olyan gyulladáshoz vezető folyamat játszódik le amely, a porcszövet elvékonyodásához vezet.

AZ ARTHROSIS MEGELŐZÉSÉRŐL ÉS GYÓGYÍTÁSÁRÓL

Az előadások összefoglalója

Dr. Bálint Péter: Az arthrosis diagnosztikája és klinikuma

Jelen gyakorlatunkban csak a klinikai tüneteket okozó arthrosis tartjuk kezelendő betegségnek, a csak radiológiai arthrosist nem. Érdekes azonban idejében felfigyelnünk a pre-arthrosis állapotokra: ízületi dysplasiára, túlsúlyra, ízületi sérülésekre, metabolikus porcbetegségekre stb. Az ACR kritériumai alapján a térd-, csípő-, és kézarthrosis csak klinikai tünetek alapján is diagnosztizálható, de típusos radiológiai lelet esetén kevesebb klinikai kritérium szükséges. Tudatában kell azonban lennünk, hogy a radiológiailag arthrosisos ízület fájdalomasságát más, ízülettől távoli, ízület-környéki esetleg ízületi kórfolyamat is okozhatja: térdízület fájdalmát csípőbetegség, ízület körüli fájdalmat, pl. enthesopathia, ízületi fájdalmat haemarthros köszvény, álköszvény, osteochondritis dissecans stb.

Nagyon fontos, hogy a fájdalom forrását megkeressük, számba vegyük az ízületet stabilizáló izmok erejét, az ízület esetleges tengely eltéréseit, deformitásait, duzzanatát, passzív- és aktív mozgástartományát, és az ízület részvételét a komplex mozgásokban.

A nem gyulladással arthrosisa a csak terhelésre vagy mozgásra jelentkező mechanikus fájdalom, különösen az ún. indítási fájdalom jellemző, az ízületi rés, esetleg az ín- és szalagtapadási helyek nyomásérzékenysége. A reggeli ízületi merevség néhány percig tart. Nagyon jellemző az ízület „csontos” deformitása, melyet negatív Rtg. kép mellett is észlelhetünk korai szakban.

Az arthrosis értékelésére leggyakrabban a WOMAC skálát használjuk. Gyulladással stádiumban fontos a synovialis folyadék vizsgálata, részint a gyulladással mértékének megítélésére, részint esetleges kristályok identifikálására. Az arthrosis hullámzó lefolyású betegség, mely térd- vagy kézarthrosis esetén gyakrabban, csípőarthrosis esetén ritkábban, akár hosszabb időre is tünetmentessé válhat. Fontos a beteg gondozása, hogy a fájdalmatlanul kialakuló

és progrediáló kontraktúrákat idejekorán megelőzhessük. Fontos a gyulladással epizódok megfelelő kezelése, az orvosi rehabilitáció, a preventív, az ízületmegtartó ill. ízületpótló műtétek idejének optimális megválasztása.

Dr. Bálint Géza: Az arthrosisos beteg kezelése, ORFI

Sok esetben már a prearthrosis kezelhető és kezelendő; oktatással, test-súlycsökkentéssel, mozgásterápiával, porcvédőszerekkel, esetenként műtéttel. Bizonyítékokon alapuló vizsgálatok sajnos alig vannak.

Az arthrosis patoanatómiájának befolyásolására van módszerünk: túlterhelés és túlsúlycsökkentés, mozgásterápia, porcvédőszerek, vitaminok, fájdalomcsökkentés, gyulladáscsökkentés, bizonyos sebészeti eljárások.

Új eljárások: mátrixmetalloproteináz ill. IL-1 gátlók, chondrocyta transzplantáció kipróbálása és bevezetése küszöbön áll.

Az arthrosis okozta funkcionális károsodás csökkentésére ugyanazon módszerek alkalmazhatók, mint az anatómiai károsodás, de más formában és sokszor más dozirozásban.

Az arthrosisos betegek kezelése piramisának talpázatában: a betegoktatás, életmód-változtatás, ízületvédelem, fizioterápia mellett a porcvédőszerek is helyet kapnak.

A fájdalomcsillapítás további lépcsőfokai: egyszerű fájdalomcsillapítók, gyulladáscsökkentők alkalmazása, ezt az enyhe opioidok adásának lépcsője követi. A piramis csúcsán jelenleg a műtéti eljárások, elsősorban az ízület-pótló műtétek állnak.

E lépcsőket azonban nem szabad dogmatikusan betartanunk: térdízületi gyulladással kezdődő térdarthrosis esetén, pl. először i.a. steroid injekciót adunk vagy arthroszkópos műtétet végeztetünk. Az arthrosisos beteg korszerű kezelése odafigyelést, a háziorvos, reumatológus, gyógytornász, ortopédsebész, rehabilitációs szakember együttműködését igényli.

Dr. Márkus Ilona: Az arthrosisos beteg rehabilitációja

Az orvosi rehabilitáció és fizikális medicina (PRM) szakma definíciója az Európai Unió Szakorvosi Egyesületének (UEMS) megfogalmazása (2003) szerint a következő: A PRM független orvosi terület, amely kiemelten a fizikai és kognitív funkciókkal és környezeti tényezők módosításával foglalkozik. Felelősséget vállal a fogyatékossgot okozó egészségi állapotban vagy társbetegségben szenvedő emberek prevenciója, diagnózisa, kezelése és rehabilitációs menedzsmentje területén bármely életkorban.

A korszerű rehabilitáció paradigma-váltást jelent: az elveszett képességek pótlása helyett a funkcióképesség és a társadalmi részvétel fejlesztésére teszi a hangsúlyt.

A funkcióképességeket nemzetközi osztályozás (ICF) rendezi, leggyakoribb hiányokat „core set”-ekbe csoportosítva.

A korszerű rehabilitáció különösen krónikus betegekben, így arthrosisban is körfolyamat, amely a minőségbiztosítás technikájával írható le (állapotfelmérés-terv-ellátás-kimenetel ciklusa). Az EULAR 2003-ban közölt, a térdarthrosis bizonyítékokon alapuló ellátásában az első helyre a nem gyógyszeres kezeléseket, ezen belül a gyógytornát, a gyógyászati segédeszközök alkalmazását és általában a felvilágosítást beleértve az életmódváltozást teszi.

Az arthrosis rehabilitációs programjának legfontosabb elemei: egyéni gyógytorna (célja: mozgáshatárok növelése, izomerősítés, relaxáció), csoportos gyógytorna (célja: állóképesség növelése, koordináció javítása), csoportos víz alatti torna, hőterápia (célja: izomrelaxáció) masszázs, elektroterápia (fájdalomcsökkentés).

A rehabilitáció lényeges eleme a betegfelvilágosítás, ízületvédelem (célja: életmód megváltoztatása, öngyógyító technikák, coping technikák megtanulása, szabad választás a kezelési opciók között, relaxációs képesség javítása).

Térdfájdalom?

A **Glukozamin Pharma Nord 400 mg** már négyhetes kezelés után a panaszok csökkenését eredményezheti.

A Pharma Nord glukozamin-szulfát tartalmú gyógyszerkészítménye az enyhe és mérsékelt fokú térdízületi artrózis tüneteinek enyhítésére ajánlott.

- négyhetes kezelés után a fájdalom csökkenésével lehet számolni ^(Ref 1, 2)
- csökkenti az ízületi porcellomány további lebontását ^(Ref 3, 4)
- az enyhe és mérsékelt fokú térdízületi artrózisban javítja az érintett térdízület funkcióját ^(Ref 4)

Ref. 1. Towheed et al. The Cochrane Library, Issue 4, 2002
Ref. 2. Müller-Fasbender et al. Osteoartr Cart 1994, 2:61-69
Ref. 3. Reginster JY et al. Lancet 2001, 357:251-256
Ref. 4. Pavelka K et al. Arch Intern Med 2002, 162:2113-2123

Rendelhetőség:

TB-támogatás: 25%

Bruttó fogyasztói ár:

90 x 3674.- Ft/doboz

270 x 8831.- Ft/doboz

Térítési díj:

90 x 2755.- Ft/doboz

270 x 6623.- Ft/doboz

KÖNYVEN NYITHATÓ



Folyamatosan adható!



- Csont
- Osteophyta (csontkinövés)
- Részlegesen elpusztult ízületi porc

Artrózis során az ízületi porc folyamatosan kopik, és csontkinövések alakulnak ki, melyek beszűkítik az ízület mozgásterét, és fájdalmat okoznak.

A **Glukozamin Pharma Nord 400 mg** olyan kapszula, amely az alábbi előnyökkel rendelkezik: könnyen lenyelhető, a napi adag egyszerre is bevehető. Nyelési nehézség esetén a kapszula tartalma folyadékba is bekeverhető. Laktózmentes és nem tartalmaz mesterséges édesítőszert.

Pharma Nord
Pharma Nord 1139 Budapest, Váci út 95.
Tel: (1)236-0565, Fax: (1)236-0564

Glukozamin Pharma Nord 400 mg. ATC-kód: M01A X05.

Hatóanyag: 400 mg glukozamin, **Terápiás javallatok:** Enyhe és mérsékelt fokú térdízületi artrózis tüneteinek enyhítésére. **Adagolás:** Naponta 3x1 400 mg-os kapszula, azaz 1200 mg glukozamin ajánlott. A napi teljes adag egyszerre is bevehető. **Ellenjavallatok:** Tengeri kagylóra allergiás egyének nem szedhetik. A glukozaminnal vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések:** A koleszterinszint ellenőrzése ajánlott a kezelés megkezdése előtt és alatt is. Élelvizsgáztatásra van szükség diabetes mellitusban szenvedő betegek kezelése esetén, és akkor is, ha a glukozamin más gyógyszerekkel kombinálják. 3 kapszula/nap szedése esetén a csökkent vesefunkciójú vagy káliumszegény étrenden lévő betegeknél is. Terhesség és

szoportás alatt, valamint 18 éves alulaknak kellő tapasztalat hiányában nem adható. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Emélgés, hasi fájdalom, emésztési zavar, székrekedés, hasmenés, fejfájás, fáradtság, bőrkörzés, viszketés és kipirulás. Ezek általában enyhék és átmeneti jellegűek. **Farmakológiai tulajdonságok:** A glukozamin prekurzoraként szolgál az ízületi porc alkotóelemeinek a szintéziséhez. Állatoknál végzett vizsgálatok jelzik, hogy a glukozamin növelheti az ízületi porcban a proteoglikánok szintézisét, és csökkentheti a porc lebontását. Kísérleti vizsgálatok kimutatták, hogy a fájdalom enyhülése néhány hetes glukozaminnal történő kezelés után várható. **Kiszáradás:** 90 és 270 kapszula/doboz. Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). Felírás előtt kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást. Eng.szám: 8464/00/05