

VISEGRÁDI FÓRUM 2006.

TERMÁL HOTEL VISEGRÁD,
2006. DECEMBER 1–2.

Dr. Jávor András köszöntötte a Regional Network of Collaboration in Primary Care (RENECOP) konferencia résztvevőit. Elmondta, hogy egy év elmúltával ismét aktuális az összegzés, immár tradicionálisan ebben a körben. Továbbra is feladat az alapellátás folyamatos erősítése, az egészségügyi ellátás keretein belül a megfelelő helyre kell kerülnie. Ki kell küszöbölni a tervek és a megvalósulás közti döccenőket. Véleménye szerint a reform helyett reorganizációra van szükség ma Magyarországon.

Dr. Balogh Sándor, az Országos Alapellátási Intézet (OALI) főigazgatója megnyitó beszédében kifejezte örömet, hogy stabilá vált a három éve Budapesten elindított folyamat (az ún. Budapesti Fórum), amelynek székhelye két éve Visegrádra tevődött át, s ezzel a neve is megváltozott. Ez a találkozó a hagyományok megőrzésével, s évről évre új szereplőkkel gazdagodva fontos állomása a hazai és az európai alapellátási központok együttműködésének. Az a tény, hogy januártól Romániával is bővül az Európai Unió, reményei szerint az erdélyi kollégák lehetőségeit is kiterjeszti. Balogh doktor régi ismerősként külön is köszöntötte a konferencián résztvevő országok küldöttségeinek vezetőit. Röviden szólt a két nap programjáról. Utalt arra, hogy Magyarországon az egészségügyben (is) nagy változások tanúi vagyunk, kiemelte ennek egyik központi elemét: a drága hospitalizáció visszafogásának szükségességét. Elmondta, bízik abban, hogy ez a rendezvény, amely egy periódusában az európai szabad praxist folytató orvosok párhuzamosan tartott konferenciájával közös platformra is kerül, hasznos ismereteket tesz közzé, új fölismerések születnek, amelyek révén tágul a horizont.

A nyitóelőadást Dr. Christos Lionis tartotta, amelyben hazája, Görögország egészségügyi alapellátását elemezte. Időben az 1980-as évekbeli kezdetekhez nyúlt vissza, ahhoz az úttörő munkához, amelynek maga is részese volt a kréti egyetemen. Elsőként a családorvoslás klinikai ágazata fejlődött lendületesebben. Helyi egészségkutatásokat végeztek, morbiditási, mortalitási adatokat gyűjtöttek, a közösség alapú ellátás modelljén dolgoztak. Az inkontinencia ellátása terén a betegek edukációját kísérelték meg, az oltások kapcsán kockázati fölméréseket végeztek. Diákok körében is rögzítettek kockázati állapotokat, eredményeiket szakmai lapokban publikálták. Populációs szinten indítottak kutató programokat. Jellegetes volt a kréti paradoxonként megismert jelenség: a krétiak viszonylag csekély CVD érintettsége annak ellenére, hogy körükben a metabolikus szindróma gyakori volt. Emellett környezeti ártalmakra is fölfigyeltek (növényvédő szerek) az asthma, s a bronchitis okait keresve. Külföldi eredményeket, eljárásokat vettek át, s alkalmazták, pl. az izom- és a csontrendszer állapotának fölmérésére. Figyelmük kiterjedt a lelki folyamatok befolyásoló szerepére, a társadalmi hatásokra. Munkájukban mindinkább megjelent a minőség(biztosítási) elem, s ezzel

párhuzamosan a formális elektronikus szakmai nyelv is. Általánossá vált a nyilvántartás, az irányelvek meghatározó szerepe, a hatékonyság kívánalma. Lionis doktor beszélt a továbbképzések rendszeréről (pl. master-program angol nyelven), a specifikumok kutatásáról (pl. mediterrán jellegzetességek, a kiégés, a burnout szindróma). Végül a hálózatépítés fontosságára hívta föl a figyelmet, s az egészségi állapot szocio-kulturális meghatározottságára.

A RENECOP – EANA közös megbeszélést Dr. Maximilian Zollner nyitotta meg, amely során ún. országjelentések hangzottak el.

Elsőként Dr. Jörg Pruckner az ausztriai egészségügyi állapotokról, kiemelten a minőségbiztosításról adott rövid áttekintést. Vázolta a minőségi ciklust, elmagyarázta a QZ (Qualitätszirkel) mibenlétét, aláhúzta az egészségpolitikai jelentőségét. Az önkéntességet hangsúlyozta a folyamat során, valamint azt, hogy a tapasztalatokhoz kapcsolódóan kell a munkát szervezni. Az eljárás legyen folyamatos, egy vezető adja a vezérfonalat (több orvos, 1 témavezető)! Az ún. „főnöki ellenőrzés” keretében áttekintik, melyik orvos hogyan tevékenykedik. Ezek alapján új stratégiák is születnek, új tendenciák is érvényre jutnak – az ellenőrzés folyamata mintegy beleépül a továbbképzésbe (3 év alatt 150 óra). A minőség ellenőrzésének főbb szabályait a következőkben foglalta össze: titoktartás, tapasztalatcsere, elkötelezettség, személyes felelősség, a tervek közé tétele, folyamatos részvétel és ellenőrzés, udvariasság egymás közt. Pruckner doktor ismertette a minőségellenőrzési folyamat néhány típusát (általában egymáshoz földrajzilag közel eső körzetekben, vegyes csoportok részvételével (orvos, fizioterapeuta stb.) megvalósuló eljárás, ill. pl. kórházi orvosok bevonásával szervezett regionális folyamat). A QZ ausztriai története 1997-re nyúlik vissza, mára 266 „kör” szerveződött, ezek valamelyikébe minden orvos bekapcsolódik. A foglalkozások jó hangulatban telnek, eredményesek (új irányelveket is felszínre hoznak), a csoportos együttműködés járuléka a csoportélmény. Mivel ez a rendszer önkéntes, nincs szükség külső szabályozásra. A közelmúltban például kritikus eseményeket vizsgáltak, elemezték az adott praxishoz való viszonyukat, az auditálhatóságot, a minőségi kört.

Egy Ausztriából érkezett további hozzászóló az ország jelenleg ingtag politikai helyzetével (nagykoalíció) magyarázta az egészségügy területének sok bizonytalanságát. Az egészségügyre szánt költségek nagy részét a bürokrácia emészti föl (2,5 hét költsége évente a bürokratikus többletmunka „ára”). A gyógyszerfölrírás is túl van szabályozva: piros, sárga, zöld kódokkal jelölik a szabad, engedélyhez kötött, teljes árú gyógyszereket, az engedélyhez kötöttek egy részének fölrírását indokolni kell, más részükre az engedélyt előre kell kérni. Ugyanő tett említést az új szűrési

kezdeményezésekről (elektronikus segédlet), s szólt a szaporodó adatvédelmi problémákról.

Dr. Balogh Sándor a hazai alapellátás jellegzetességeit vette számba előadásában. Először a definitív ellátást írta körül, s utalt a megítélésbeli különbségekre attól függően, hogy ki, mit vár el ettől az ellátástól, s megemlítette, hogy miféle tényezők befolyásolják (pl. tudás, ismeret, hozzáférhetőség, távolság, szakmai, jogi szabályok). 15 év hazai adatait hasonlította össze: miként nőtt a házi orvosi praxisokban az orvos-beteg találkozások száma, a szakrendelőbe, s a kórházba utalások száma. Bemutatta a különbséget a városok és a kistelepülések között is (a városokban a szakellátáshoz irányítás, vidéken a kórházi beutalás a gyakoribb). Fővillantotta, hogy a praktizáló házi orvosok körében sok az idős, hatvan éven túli, s hogy országosan 100-120 körzet tartósan betöltetlen. Statisztikai adatokkal szemléltette, hogy a fekvőbeteg forgalmat, s a járóbeteg szakellátást milyen csekély mértékben indikálják a házi orvosok. A megkétszereződő laboratóriumi, s az ugyancsak szaporodó képzővizsgálatokról is említést tett. Az OALI főlméréseivel jellemezte a hazai populáció egészségi állapotát (rizikó besorolását). Személyes emlékként elevenítette föl, hogy tizenöt éve úgy tartotta, az alapellátás három kulcsszava: elsődleges, személyes, folyamatos. Mára – az elhangzott tények alapján – az a kérdés: vállalhatja-e egy orvos egymaga 1500 ember ellátását. Balogh doktor felsorolta az itthon soron lévő változásokat (az egészségügyi költségek visszaszorítása, az ágyszámok megkurtítása, a folyamatosan, minden beteget fogadó súlyponti kórházak kialakítása, másutt az ellátás csökkentése), megemlítette a 2000 óta működő kötelező továbbképzési rendszert, a benne foglalt szankciókkal. Ábrával illusztrálta a házi orvosi praxisban folyó preventív tevékenység társadalmi beágyazottságát: az orvosokon, az ápolókon, a nővéreken, a védőnőkön kívül ki mindenki tehet a prevenció hatékonyságáért, pl. szakellátás, gyógyszerészek, pedagógiai intézmények, önkormányzatok, egyházak, egyéb civil szervezetek stb. Végül az alapellátásnak egy meghatározott szegmensére vonatkozóan tett átfogó javaslatot: ez kistelepüléseken, kb. 15–25 házi orvos által ellátott területre, 20–40 ezer páciensre alkalmazható (bizonyos kistérségekben). Az ellátóhely nevezhető kistérségi egészségközpontnak, működhet csoportpraxisként. Elkülönül a szakellátási központtól, a kórházi ellátástól („fekvő” szintektől), viszont a környezetében szerveződik a járó szakellátás, „égjsze” alatt mindennemű nappali ellátás (házi orvos, iskolaegészségügy, sportorvoslás, üzemegészségügy, védőnői, ápolói hálózat), ide integrálódik a betegirányítás, a nép-egészségügy, az ügyeleti ellátás, a betegszállítás, s a szociális ellátás is. „Orvos nélküli” ellátási objektumban kap helyet az ún. mátrix-kezelő, az ápolási és a szociális otthon.

Dr. Papp Renáta, az OALI osztályvezetője a hazai viszonyok további jellemzéseként a közkiadások csökkentését szolgáló egyéb intézkedéseket említette meg, pl. az egészségügyben az elmúlt évi teljesítés 90%-ában maximalták az anyagilag ellentételezett ellátást; a házi orvosok és pácienseik találkozását időben, ill. meghatározott szám-

ban limitálják; a betegek szabad orvosválasztását korlátozzák; bevezetik az ún. vizitdíjat, s a kórházi ellátáshoz is hozzá kell majd járulni a tervek szerint februártól. A gyógyszerfőírásban is új szabályok lépnek életbe, amelyek a generikumokat állítják előtérbe, illetve a gyógyszercsoportokon belül a legolcsóbb generikumot preferálják. A gyakori gyógyszerár-változások nehezen követhetők. Bizonyos nem vényköteles gyógyszereket nem csak gyógyszerárakban, hanem egyes üzletekben, benzinkutaknál is lehet majd vásárolni. Papp doktornő a biztosítási alapokra vonatkozó elképzelésekre is utalt, s az elektronikus adagyűjtésekre, ezek részeként pedig a szeptember óta a házi orvosokra háruló plusz adminisztrációs kötelemről is szólt.

Dr. Maximilian Zollner elemezte a németországi állapotokat. Előjáróban leszögezte, hogy egy ország politikai vezetésében a nagykoalíció olykor lehet indokolt, illetve eredményes, ám náluk most nem ilyen a helyzet... Az egészségügyben dolgozók, és az egészségügyről felelősen gondolkozók általánosan vallják, hogy a szakértők által korábban megkonstruált ellátórendszert ellentétes kampánycélok alá vetik. Az orvosszakma nincs egy platformon a politikusokkal, akik rendre felelőtlenül olyasmikről szavaznak, amikhez nem értenek... Az orvosszövetség tiltakozik (100 ezer orvos az utcán); erősítik az ún. orvoslobbit. Minden fórumon felemelik szavukat a rossz törvény ellen. Az orvosok frusztráltak, elmenekülnek a pályáról, az országból. A betegek kapcsán Zollner doktor azt mondta: 90%-uk állami biztosító rendszerbe tarozik, a többi magánbeteg; utóbbiak jobban jövedelmeznek a doktoroknak, ezt a különbséget most meg akarják szüntetni. Végül intelmként tette közzé: az orvosok tartsák saját kezben az egészségügy folyamatait (ne a politikusok irányítsanak), ehhez viszont fölkészült, rátermett orvosok kellene; a saját orvosválasztás pedig kiszúri a rendszerből a kevésbé alkalmas kollégákat.

A Belgiumból érkezett vendég arról szólt először, hogy hazájában az auditálás önkéntes rendszeren alapul. Náluk az egészségügyi rendszerbe 1990 óta egyre szigorodó normák vannak beépítve. A közelmúltban az egyre növekvő gyógyszerárak költségrobbanásához vezettek, amely ellen az állam gyógyszerkorlátozással lépett föl. Az egyének gyógyszerrel való ellátása, a receptek útja követhető, a sok gyógyszert főlírókat szankciók fenyegetik. Ez ellen az orvosok persze tiltakoznak, s maguk is érdekeltek olyan ellenőrző rendszer bevezetésében, amely segíti az ésszerű keretek megtartását. Egyéb kényszerintézkedések is nehezítik a dolgukat, pl. egyes gyógyszerek főlírásához bürokratikus engedélyeztetés szükséges. Ha a biztosító ellenzi a terápiát az adott gyógyszerrel, az orvos konzultációra kényszerül, s még ez után sem biztos, hogy főlírhatja azt a szert. Végül elhangzott, hogy az egészségügy terén a belgáknál nagyjából hasonló a helyzet, mint a németeknél, ők is tiltakozó napot tartanak a jövő héten a kormány megszorításai ellen.

A Svédországot képviselő küldött a politikai viszonyok kapcsán azt említette meg, hogy az új, konzervatív kor-

mány eltökélt abban: kellő számú orvos tevékenykedjék országukban, s ehhez szükség szerint külföldről csábítanak el szakembereket. Náluk naponta 15-ben maximálták az orvos-páciens kontaktust, tehát elegendő idő jut egy betegre. Másfelől pedig bizonyos pénzügyi plafont állapítottak meg, amelyhez az orvosoknak tartaniuk kell magukat. Számukra is érvényes a generikus gyógyszereket preferáló kvótarendszer.

A Svájc-ból jött orvos kolléga hazája egészségügyi alapellátási jellemzői közül azt emelte ki, hogy nem egységes a rendszerük. Ez magában hordoz különféle problémákat, köztük azt is, hogy alkalmas-e a jelenlegi ellátórendszer a feladatokhoz. Több kritika éri az országot nemzetközi fórumoktól, pl. a prevenciót nem a jelentőségének megfelelően végzik, elhanyagolják a pszichiátriai területeket. Változás előtt állnak az egészségbiztosítókat illetően: most kantononként eltér a járulékszint, ezt egységesítik, és a kb. 80 magánbiztosító helyett egy biztosítós, egységes szisztémát alakítanak ki. A kiadások fékezésére az állam korlátozásokkal él. Jelenleg a gyógyszerek árának 90%-át az egészségbiztosítók fizetik, a jövőben ezen szigorítanak, egyebek mellett azt is beépítve a rendszerbe, hogy a beteg a saját egészségét károsítja-e (pl. dohányzás).

Írország küldötte azt hangsúlyozta, hogy országukban egyre komplexebb az egészségügyi ellátórendszer. Az igényeket és a racionalitást vegyítve építik föl az egészséggondozást. A finanszírozási problémák elsődlegesen abban nyilvánulnak meg, hogy az orvosok a legkorszerűbb készítményeket írják föl a betegeknek, viszont központilag a generikumokat preferálják. Az orvos egyéni kontingenst kap, amellyel gazdálkodik, s amit megtakarít, azt visszaforgathatja a „rendszerbe”.

Dr. Ala Nemernco Moldáviából először általános adatokkal mutatta be hazáját (elhelyezkedés, szomszéd országok, terület, népesség (4,3 millió), népsűrűség (126,2 fő négyzetkilométerenként, a legnagyobb Európában), etnikai összetétel), majd a közelmúlt politikai, gazdasági változásainak eredményeiről szólt. Hagyományosan gyöngge volt náluk az alapellátás, az emberek a szakorvosokhoz fordultak, többnyire kórházakban kaptak ellátást. Most javul az alapellátás finanszírozottsága, a családorvosok „kapuőri” szerepét erősítik (fejkvóták), ezáltal kívánják a népesség egészségi állapotát javítani. Kb. 2000 családorvos dolgozik a rendszerükben, a jövedelmük 100–150 \$ havonta. Nincs szabad orvosválasztás, földrajzi eloszlás érvényesül. Az ellátásban nagyok az egyenlőtlenségek.

A Romániából érkezett Dr. George Haber előadása élen annak jelentőségét hangsúlyozta, hogy januártól országuk is az EU tagja lesz. Az anyagiakról szólva egyrészt azt panaszolta, hogy az emberek harmada a szegénységi küszöb alatt él, másfelől örömmel jelentette, hogy az ellátás finanszírozása javul. Központi céljuk a komplex állapotfelmérés alapján a megelőzés és a gondozás elkülönítése. Jelenleg kb. 12000 háziorvos fejenként 2000 páciens lát el. A rendszert az egyenlőtlenség és a nagy bürokratikus terhelés jellemzi. Kiemelt feladataik közt tartják számon a mortalitás és a morbiditás csökkentését. Ennek eszközei: az

edukáció, a prevenció, a rizikóstratifikáció, kockázati térképek készítése, a rák korai felderítése stb. Mindezek mellett a minőségbiztosítás, s a biztosítás kérdéseivel is foglalkoznak, az ezekről szóló terveket időkeretbe foglalták.

Egy kollégánól Erdélyből kiegészítette a Haber doktor által elmondottakat néhány borús megjegyzéssel. Naponta 40–60 páciens látják el az orvosok; ezt bizonyosan megsínyli a minőség. – A gyógyszerfőlírásakor hatóanyagot kell megjelölni, ez sem a minőséget szolgálja. Továbbá azzal is számolni kell, hogy a hónap közepére rendszerint elfogy a térítésmentes gyógyszer a patikákból.

Dr. Pásztor László a szlovákiai viszonyokat mutatta be. Először számszerű adatokat közölt: az 5,5 milliós népességet 2250 háziorvos látja el, ez orvosonként átlagosan 1800 embert jelent. Áttekintette az egészségügy finanszírozásának rendszerét a kezdetektől (1994.) napjainkig. A 2003-as rossz emléké reformmal kapcsolatban idézte az akkori tréfát, miszerint itt nem ember folytatott állatkísérletet, hanem nyúl (Zajac, a reform atyja) kísérletezett embereken... A biztosítók között folyó versengés tanulságait okulásul a magyar kollégáknak is a figyelmébe ajánlotta. A reform egyik alapelve volt a felelősségi viszonyok tisztázása (a beteg, a szolgáltatók, a finanszírozók részéről egyaránt), ennek kapcsán vezették be a vizitdíjat, amely viszont nem vált be, s ezért ki is iktatták a rendszerből. Most visszaállamosítási folyamatok vannak a küszöbön.

Szlovéniából Dr. Mateja Bulc a jelen állapot előzményeinek ismertetésével visszanyúlt az 1960-as évek jugoszláviai viszonyaiig. Az 1990 utáni függetlenedő körülmények eredményei között idézte a családorvosi tanszék elkülönítését, a gyakorlatra épülő, speciális oktatást, a kutatás fejlődését, a nemzetközi kapcsolatok kiszélesedését, az akadémiai elismertetést. Panaszolta a növekvő (bürokratikus) terheket. Feladatul tűzte ki a más szervezetekkel (pl. orvosi kamara) való szorosabb együttműködést, az informatika általánossá tételét, a minőségi normák egységesítését, s a finanszírozással való összehangolását.

A csehországi állapotokról Dr. Jaroslava Lankova adott áttekintést. 1960 óta javul az egészségügyi ellátás (az életkor nő). Náluk is fő probléma a CV betegségek, az onkológiai betegségek elterjedtsége, visszaszorításukra szűrések rendszeresítésével próbálkoznak. Országukban mindenki szabadon választhat orvost. Az alapellátást regionálisan szervezik. A háziorvosok szerepe nő, geográfiai eloszlásuk homogén. Még nincs orvoshiány... Az átlagos orvosi jövedelem 3000 \$, ebből kell fedezni az asszisztenciát, a rezsit, a maradék kb. 30–40%. Csehországban a GDP 7%-át költik egészségügyi kiadásokra, ennek 5%-a jut az alapellátásra. 7 orvosi iskolájuk van, mindenütt a képzés része a családorvoslás, ám finanszírozási nehézségeik vannak. Lankova doktornő szólt továbbá arról is, hogy a 14 éven aluli gyermekeket mindenütt gyermekorvos látja el (köszönhető az erős gyermekorvos-lobbinak), s végül a jövő lehetőségei kapcsán a háziorvosi ellátással összefüggően pro és kontra érveket sorakoztatott föl.

Szerbiáról Dr. Szakmányi-Major Edit adott rövid ismertetést. Egy éve, 2005. decembere óta új egészségügyi, és

hozzá kapcsolódóan új társadalombiztosítási törvény szabályozza a tevékenységüket. Ez év derekán rendelettel, szabállyal jelölték meg az egészségügyi intézmények hálózati terveit, s az intézmények felépítésének feltételeit. Az alapellátás: egészségházakhoz kötődik, amelyekhez gyógyszer-tár társul. Az egészségházak tevékenységi minimumait megszabták. Ezeket kiegészítik az ún. stationar, fekvőbeteg egységek, s a szülőotthonok. Az alapellátás területén is normákat szabtak meg (a teljesítmény norma szerint pl. egy alapellátó orvosnak-nővérnek naponta 35-19 éven fölülű páciens-t kell fogadnia, s 1-2 házi látogatást kell tennie).

Az országjelentések után a RENECOP plenáris ülésén hangzottak el a további előadások.

Dr. Mateja Bulc az európai egészségügyi hálózatok jelentőségét méltatta. Kiemelte, hogy az egészségügyi rendszeren belül a családorvoslás jelentősége egyre nő. A korunkra jellemző elidegenedettség miatt is az orvos és páciens közötti személyes viszony fölértékelődik. A rendszer azonban folyamatosan változik, nem kis mértékben a külső körülmények hatására. Például a társadalom előregedése fölvet olyan (szociális) problémákat is, amelyek az orvos-beteg találkozások során szintén előtérbe kerülnek. A nemzetközi hálózat különböző szervezetei, fórumai (WONCA, UEMO, EGPRN, EURACT, EQuIP stb.) más-más aspektusból, de azt a célt szolgálják, hogy az egészségügyben a változó igényeknek megfelelő egységes szakmaiság jusson kifejezésre, a csoportmunka előmozdítása révén is nőjön az ellátás hatékonysága. E törekvések alapelemei – egyebek mellett: az életminőség általános javítása, az oktatás, a kutatás, az ismeretszerzés és a tájékoztatás körének nemzetközivé tétele, a sajátosságok figyelembe vétele, az evidenciák kritikus figyelemmel kísérése, az orvoslás szerepének védelme, a szabad munkavállalás előmozdítása.

Dr. Hajnal Ferenc a magyarországi orvosképzésről, a háziorvosok képzésének rendszeréről és a posztgraduális képzésről adott elő. Hazánkban 35 000 orvos dolgozik, közülük 5300 háziorvos. Ezen kívül 110 000 szakdolgozót foglalkoztat az egészségügyi ellátórendszer. Az orvosi egyetemeken folyó képzést a rezidensképzés követi, amelyekben elméleti és gyakorlati elemek egyaránt vannak. A posztgraduális képzés 1993-ban új rezidens programmal megújult, kialakították a mentori rendszert. 70 éves hagyományai vannak a továbbképzéseknek (continuing medical education, CME), amelyeknek a tartalma, a formája napjainkban is folyamatosan gazdagodik (pl. tudományos körök, szakmai klubok, a távoktatásban rejlő lehetőségek).

Dr. Michael Boland, Dr. John Leahy és Dr. Liam Lynch az írországi egészségügyi rendszer sajátosságairól, az ellátás jellegzetességeiről, a tendenciákról, s az újító kezdeményezésekről számoltak be. Külön elemezték országuk nagy prevalenciájú betegcsoportjait, főként a cardiovascularis betegségeket. Ennek kapcsán a Heartwatch program múltjáról, jelenéről, fejlődéséről, a jövőbeli elkép-

zelésekről, s országuk egészségügyi ellátásában betöltött szerepéről adtak áttekintést.

Dr. Papp Renáta a hazai CardioNET program eddigi történetét, s az általa elért eredményeket mutatta be előadásában. Érintette a háziorvosok evidenciákhoz, guideline-okhoz való ragaszkodásának kérdéseit. A magyarországi népesség egészségi állapotát a rizikótényezők gyakoriságával illusztrálta, nemeként, korcsoportonként is adatokat közölve a BMI, a derékkörfogat, a szisztolés vérnyomás, a koleszterin értékek megoszlásáról, a rizikóstratifikációról. A minőségbiztosítás témakörét is fölillantotta, s ezzel összefüggésben a hipertonia elterjedtének, kezelésének problematikájáról is szólt, kiemelve a CardioNET-ben rejlő lehetőségeket.

A kongresszus utolsó periódusa Dr. Simek Ágnes előadásával kezdődött. Az előadás végkicsengése az volt, hogy a betegellátás helyére az együttműködő, elégedett partnerekkel folyó egészségügyi ellátás elméletének és gyakorlatának kellene kerülnie. Ennek fölitéle, hogy a páciens az egészségügy aktív résztvevőjévé váljék. A több, egészséges életév, a jó életminőség, a teljes rehabilitáció érdekében együtt kell működniük az egészségügyi szakembereknek, a szociális ellátásban, a foglalkoztatáspolitikában dolgozóknak, a nevelési-oktatási szakembereknek és a médiumok alkalmazottainak – a beteggel. A beteg jogait és kötelességeit pontosan meg kell határozni és érvényre kell juttatni. Az ún. aktivizálási elmélet értelmében „képzett beteget” kell konstruálni: megfelelő alapismeretek idejében történő elsajátításával (már az óvodától), s adekvát gyakorlat bevezetésével (levegőzés, testmozgás, sport, egészséges táplálkozás, problémamegoldás, stresszoldás). Ennek az orvosszakmailag is ellenőrzött egységes képzésnek az eredménye végső soron a jobb egészségügyi és ellátási mutatókban lesz mérhető.

Ezután a jelenlévők két kérdés köré csoportosították gondolataikat:

1. Mennyire fontos, hogy a páciens bevonják a rá vonatkozó terápiába?
2. Hogyan vonható be a páciens?

Három csoportot alkotva a cardiovascularis prevenciót, a mentális egészséget és a prevenció tevékenységét kellett vizsgálni a megadott kérdések szerint.

Dr. Balogh Sándor zárszavával ért véget a konferencia. A főigazgató úr megköszönte a résztvevőknek a közreműködést, különösen Dr. Jávör Andrásnak, valamint Dr. Christos Lionisnak. Elmondta, úgy érzékeli, változás következett be a jelenlévők gondolkozásában is a fórum három évvel ezelőtti kezdete óta. Most, a 4. mérföldkőnél nem csak – példaként – a Heartwatch, illetőleg a CardioNET fejlődését lehetett lemérni, hanem szinte mindenki konkrét javaslattal állt elő a haladást illetően. Kifejezte reményét, hogy részben a közös nemzeti, a hasonló történeti múltból táplálkozó együttműködés a további években is folytatható.