

RENECOP (REGIONAL NETWORK OF COLLABORATION IN PRIMARY CARE)

Thermal Hotel Visegrád, 2008. január 11–12.

Az Országos Alapellátási Intézet magyar és angol nyelvű konferenciája négy téma köré csoportosította az előadásokat: (a címek után zárójelben az üléseknél neve)

- INSURANCE SYSTEMS IN TRANSITION (Dr. Balogh Sándor)
- PATIENTS' EMPOWERMENT IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES (Dr. Jávor András)
- ENVIRONMENTAL HEALTH RESEARCH (Prof. Dr. Géher Pál)
- HEALTH CARE SERVICES IN GROWING ECONOMIES (Dr. Jörg Pruckner)

Dr. Balogh Sándor PhD, címzetes egyetemi docens, az OALI főigazgatója nyitotta meg a kongresszust, köszöntvén a résztvevőket, külön is köszöntve Dr. Kincses Gyula államtitkárt, Dr. Jörg Prucknert Ausztriából, az EANA elnökét, a Szlovákiából érkezett Pásztor Lászlót, Dr. Jávor András, Prof. Dr. Hajnal Ferencet, Prof. Dr. Ilyés Istvánt, Prof. Dr. Géher Pált.

Röviden vázolta azt a folyamatot, amely 2001-ben Bala-tonaligán kezdődött, majd az évek során különféle állomásokon át jutott el a mai állapotáig. A szóbeli áttekintést az elmúlt rendezvényeken készített fotókkal illusztrálta. Egy ilyen fontos állomás volt az ún. Budapesti Fórum, amelyet egy év múltán, 2004-ben a Visegrádi Fórum követett. Az évenkénti személyes találkozások is lehetővé tevő konferenciákat rendre az adott év utolsó hónapjában rendezte meg az OALI. A 2006-os eseményt, amelyben a Visegrádi Fórum és a RENECOP-EANA konferencia „találkozott”, követi a mostani alkalom, amely abból a szempontból rendhagyó, hogy áthúzódott a következő (a 2008-as) év elejére. A továbbiakban minden bizonnyal megújuló szervezeti keretek közt folytatódik a munka. Ahogy már 2007. tavaszán, az Országos Házi orvos Napok rendezvényén is részt vettek a Csehországból, Romániából, Szerbiából, s Szlovákiából érkezett vendégek, a kedvező tapasztalatok miatt 2008. áprilisában is hasonló típusú kongresszus van tervben.

Dr. Kincses Gyula (előadása címe: Az egészségbiztosítási rendszer átalakítása) bevezetéképpen azt magyarázta el, hogy a már elkezdett átalakításra azért illik a reform kifejezés, mert a rendszer egészét érintő, jelentős változásokról van szó. A fő kérdések, amikre a megfelelő válaszokat meg kell adni a következők. Miért

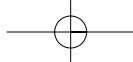
kell a reform? Mi az iránya, a célja, a filozófiája? Mik az új rendszer ismérvei, mik a folyamat lépései? Miért előnyös a betegnek, a lakosoknak, az országnak, a szakmának? – Előre bocsátotta, hogy általában is 15–20 évenként megérik az adott struktúra a számottevő korrekciókra, s ez nálunk kb. 1993. óta – kisebb változtatásoktól eltekintve – nem valósult meg, noha 1990. óta a társadalmi, gazdasági helyzet sokat módosult. Manapság számolni kell az EU konszenzus kapcsán a szolgáltatások javuló minőségének, az igazságos ellátórendszernek, a költséghatékonyságnak az igényével, s szem előtt tartandó a fenntarthatóság ténye. Egységes európai modell (sem rendszer, sem irányelv) nem létezik, ám van közös értékrend, amelynek eleme a szolidaritás, az igazságosság, a méltányosság, s a fenntarthatóság. Az úgynevezett Visegrádi Négyek körében hasonlóságok mutatkoznak, amennyiben a társadalombiztosítás területén a magánszféra bevonásával, versengő biztosítók szerepét erősítik, s az igénybevételen keresztül is szabályoznának (vizitdíj, csomag). – Fontos feladat a globalizált piacon összeegyeztetni a versenyképességet és az örökölt jóléti rendszerek fenntarthatóságát („egész Európa a szerzett jogok csapdjában vergődik”). A jóléti rendszerek megítélését nagymértékben befolyásolják a demográfiai torzulások, a technológiai robbanás, a szerzett jogok garantálhatóságának, a politika stabilitásnak a kérdései. – A jelenben bizonyos hangoztatott, s amúgy kívánatos alapelvek nem, vagy alig érvényesülnek, ilyen például az adaptív szociális biztonság, a teherbírásnak megfelelő csomag, illetve a modernizáció, az EU trendekbe való illeszkedés. – Az államtitkár a kötelező egészségbiztosítási rendszer átalakításáról, mint a Soros reformról kiemelte, hogy az a jelenlegi kormánykoalíció sarkalatos terve, amely elválaszthatatlan része az egészségügy reformjának. Utóbbinak további komponense a szerkezetátalakítás (ennek központjában a kórházfejlesztés tkp. már megvalósult), s a népegészségügyi program. – Az előadás következő fejezetében az előadó néhány közkeletű állítást analizált. Kijelentette, hogy félelmek, tévhitek keringnek. A reform nem amerikanizál, nem teszi üzleti biztosítássá a rendszert, nem szűkít jogokat, a szegények és gazdagok közti különbséget nem növeli, önhibáján kívül senki nem eshet ki belőle. A szolidaritás és a nemzetközi kockázatközösség elve nem sérül, sőt, a nemzeti kockázat-

közösség erősödik (a teljes körű biztosítási kötelezettség és a jól definiált fejkvóták által). Nem lesz kockázatszelekció, a kötelező biztosítás garantálja a szolidaritást. Senki nem marad biztosítás nélkül, a pénztárak nem szelektálhatnak a betegek között, a területileg illetékes pénztár azt is ellátja, aki nem választott pénztárat. Nem lesz járulékemelés (marad a jövedelemarányos járulékfizetés), mindenki biztosított marad (a törvény szerint bizonyos esetekben a Magyar Állam a „kezes”). Az ellátásokat pedig mindenki – a jogviszony tényétől függetlenül – megkapja. – Az új modell a koalíciós két párt (MSZP, SZDSZ) eltérő értékeofilozófiájának kompromisszumaként körvonalazódott. Lényegében szolidaritás (igazságosság, esélyegyenlőség, működésfejlesztés összhangja stb.) és a verseny (ön szabályozás, a választás szabadsága, a tulajdonosi érdek vezérelte hatékonyság növekedés) koncepcióját ötvözi. – A rendszer pillérei a megyék szerinti területi felosztáson alapuló, választható pénztárak (a területi monopóliumok kizárásával), és az 51%:49% arányú állami és magántulajdonú, GT formájú biztosítók. Az egységes társadalombiztosítás fennmarad, amint a nemzeti kockázatkezelés is, azonban a pénzfölhasználás hatékonyabb és igazságosabb lesz. Az OEP feladatai kettéválnak: a megyei területekből fölépülő, választható egészségbiztosítási pénztárak (EBP-k) a fejkvóta alapján leosztott pénztárból szervezik az ellátást, az Országos Kockázatközösségi Alap (OKA) és kezelője pedig központi feladatokat lát el. – Az új biztosítási rendszerben a munkáltatóktól, a munkavállalóktól, illetve az államtól származó járulék (az E. Alap utódjához) az Egységes Nemzeti Kockázatközösséghez áramlik, innen a pénz egy része a központi feladatokra fordítódik, a többi pedig – fejkvóta szerint – az egészségbiztosítási pénztárakhoz jut. A verseny elemei innen válnak meghatározóvá, ugyanis ezek a biztosítók választanak az egészségügyi szolgáltatók közül. – A kezelő szerv tartja számon az egyéni jogosultságot, a teljesítmény elszámolás alapján összesíti és monitorozza az E. Alap bevételeit és kiadásait, kezeli az OKA-t, rendezi az EBP-k havi egyenlegét, kiszámolja a fejkvótát, az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási összegét utalja, kezeli a TAJ adatbázist, s biztosítja a feladat-finanszírozású szolgáltatásokat. – Az EBP-keket illetően: a fővárosban, ill. Pest megyében 4, a többi megyében 1–1 (tehát 18+4) ZRt jön létre 100%-os állami tulajdonnal, 20–20 millió forintos alaptőkével. A forgalomképes részvényeket (49%) nyílt, nemzetközi eljárásban árverésen értékesítik (max. 2 érintkező megyére terjedhet ki egy pénztár területe). Ezután indul a tagtoborzás, a verseny, s a működési engedély feltételeinek teljesítése (létszámhatás, 3 milliárd Ft-os tőke) után, várhatóan 2009. január 1-jétől maga a rendszer. – Ennek kereteit továbbra is a kormány, illetve a parlament szabja meg, a részletekben dönthet az egészségügyi miniszter, bizonyos esetekben a pénzügyminiszterrel egyetértésben. A részletekről a miniszteri döntés előkészítése két bi-

zottság (Díjtétel bizottság, Fejkvóta bizottság) feladata. A bizottságok 5 tagúak, 3 minisztérium 1–1 delegáltja (EüM, PM, ÖTM) közül az EüM-é az elnök, s még 2 tag jön az EBP-kekből. A javaslatukhoz 4/5 arányú egyetértés kell. – Szabályok vonatkoznak egyebek mellett arra is, hogy működési célja a fejkvóta bevétel maximum 3,5%-a fordítható, a pénztárak 3 évig nem vehetnek ki osztalékot, s ezután is a fejkvóta bevétel maximum 2%-át, valamint a plusz juttatásként kínálható szolgáltatásoknak mik a pénzügyi feltételei. – Kincses doktor befejezésül az új rendszer mellett érvelve fölhozta, hogy a biztosító nem kifizetőhely lesz, hanem a lakosságért működő, nekik segítő szerv, amelynek érdeke, s egyben felelőssége, hogy jobban működjék a rendszer. Az előirányzat teljesítés helyét átveszi az érdekeltség a hatékony, s valóban az egészséget szolgáló pénzfölhasználásban. A szakma szempontjából további előnyt jelent a viszonyok tisztábbá, egyértelművé válása (mi jár, mi többletdíjas szolgáltatás), a verseny lehetősége. Az alapellátás kétség kívül fölértékelődik, hiszen a pénztár a számára fontos allokációs hatékonyságot az alapellátás megerősítésével érheti el.

Dr. Jörg Pruckner Ausztriából érkezett, angol nyelvű előadásában azt domborította ki, hogy elméletben igen sok egészségügyi rendszer képzelhető el. Ezek mindegyikének föl lehet sorakoztatni a pozitívumait és a hiányosságait. Az európai gyakorlat is azt hozta, hogy többféle struktúra működik a különböző országokban. Az egészségügyi rendszerek elemeit kell számba venni, ki kell deríteni, melyek az igazán előnyösek, s a különféle struktúrák előrevivő komponensei egymás mellé helyezve, együtt alkalmazva megállják-e a helyüket. – Általánosságban Európa valamennyi kormányáról elmondható, hogy célja az egészségügyi kiadások csökkentése. Viszont ez (legtöbbször) szemben áll mind a páciensek, mind az egészségügyi dolgozók érdekeivel. – Tökéletesen egységes megközelítésről a különböző országokat illetően nem lehet szó, annál is kevésbé, mivel nem azonosak a gondok országonként, még ha vannak is egyezések. – Meg kellene jelölni azt a határt az egészségügy területén, amely egyértelművé tenné: mire képes, meddig terjedhet az ellátás, pontosabban mit ölelhetnek föl az egyes ellátási szintek. – Pruckner doktor kifejezésre juttatta: az orvosoktól sem idegen a költséghatékonyság fogalma, partnernek kell őket tekinteni, s bevonni az ez irányú szakmai döntésekbe, hiszen leginkább ők tudják, min lehet, s min érdemes megtakarítani. – A jövő perspektivikus útja következőképp a minisztériumok, a biztosítók és az orvos szakma közös, felelős együttműködése. – Fontos, hogy a színvonalas standardok szerinti gyógyítás (megelőzés) sehol ne szenvedjen csorbát. S mindehhez a nemzetközi tapasztalatcserék sok adalékkal szolgálnak.

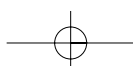
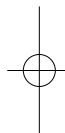
Dr. Pásztor László az angol nyelvű diái mellett magyarul tartotta az előadását. Előre bocsátotta: a reformok vi-



harában a beteg primátusáról nem szabad megfeledkezni. – Nagyon egyszerűen, logikusan közelítette meg a szlovákiai egészségügyben is zajló átalakítását. Föltette a kérdést: Mi is az egészségügyi biztosítás? Az egyik ember pénzét (olykor) a másiknak adjuk. Kié voltaképpen ez a pénz? Ki döntsön a fölhasználásáról? Mi a termék: gyógyulás, egészség? Kire és mekkora mértékben vonatkozzék a szolidaritás? Kik is a folyamat szereplői? – Két végletes típus szerint az egybiztosítós rendszerben a páciens, a szolgáltató és az állam, a több-biztosítós rendszerben az előbbi hármon kívül a biztosító a negyedik szereplő. A régi (szlovák) modellt idézte, amelyben tkp. a miniszterelnök (az állam) szabta meg (ő tervezett, finanszírozott), hogy mi kell a páciensnek. Utóbbi tehát passzivitásra kényszerült. Az új modell szerint a kormány a szabályokról dönt, a tényleges szereplők a biztosítók, a szolgáltatók, s a kliensek. – Pásztor doktor ezután SWOT analízis alapján tekintette át a rendszer erősségeit, gyöngéit. Az egybiztosítós rendszer erőssége a nagyobb biztonságérzet, a tervezés, döntés nagyobb biztonsága, a forrás allokáció, az egyenlő hozzáférés, a preventív programok gazdagabb lehetőségei. A több-biztosítós rendszeré: a szabad választás, a politikai ráhatás kisebb volta, a jobb minőség, az anyagiakról konkrétabb információk, a polgárok nagyobb felelősségtudata, a választás lehetősége a biztosítók közt. A negatívumok sorából az egybiztosítós modellt illetően kiemelte a választás hiányát, a politikailag megszabott tervezést, szervezést, allokációt, a rendszer pénzügyi labilitását, az államnak való kiszolgáltatottságát, s a készletet a nagyobb adók, járulékok fizettetésére. Ugyanez a több-biztosítós modellben a több adminisztrációs költség, a kontraszelekció (az egészséges, többet fizető páciens könnyen bekerül a rendszerbe, a beteg, kevésbé tehetős az államra marad), s a szolgáltatóválasztás szabadsága megszűnik. – A rendszer módosításakor lehetőségként fölmerül az állam irányító szerepének átgondolása. Az „OEP” működése anyagi ráfordítással javítható, lehet „nyitni” a kliens felé. Az egybiztosítós fölállás azonban mindig magában rejtja a monopolhelyzet csapdáit, s hogy az aktuálisan hatalmon lévő politikai csoportosulás nem szakmai alapokon szab irányt. Viszont több-biztosító esetén annak a veszélye áll fenn, hogy túlsúlyban a biztosító érdeke érvényesül. – Külön elemzés tárgya volt a két szisztéma a szolgáltatók szempontjából. Számukra az egybiztosítós formula jó likviditást, egyszerű adminisztrációt, rövid távú, biztos investíciót jelent, a több-biztosítós pedig bejutást a „piacra”, ott a jobb szerződés-kötés esélyét, választási lehetőséget a biztosítók közt, a napi politikától való függetlenedést. Utóbbi esetben viszonyt a likviditásra nincs garancia, csődök következhetnek be, több az adminisztráció, s információk is gyakrabban támadhatnak. Veszélyt jelent az egybiztosítós rendszerben, hogy nincs motiváció a fejlődésre, a korrupció könnyebben teret nyerhet, a több-biztosítós rendszerben pedig a dömpingárak

fenyegetnek. – Összefoglalásként elhangzott, hogy a szolgáltatásokhoz való egységes hozzáférést az államnak garantálnia kell, bizonyos „alap” szolgáltató csoportot meg kell szabni. – A szlovákiai modell jellegzetességeként végül Pásztor doktor elmondta, hogy a fejkvótát és az egyes szolgáltatásokat illetően számottevő különbségek vannak az állam és a biztosítók (jelesül az egyikük szerepelt konkrétan) között. A fölhozott példákból (fejpénz, otthoni vizit, influenza-immunizálás, EKG) kiderült, hogy az utóbbiak térítése több, ami viszont azt eredményez(het)i, hogy a háziorvosok e betegeket preferálják (a többiek kárára).

Prof. Dr. Hajnal Ferenc (magyarul tartott, angol nyelvű diákkal kísért) előadása bevezetéseként olyan problémákat vetett föl, amelyek általánosan, több országban jelentkeznek, nem csak hazánkra jellemzők. Ilyenek a háziorvosokkal szemben meghozott megszorító kormányzati intézkedések, az aggasztó demográfiai helyzet, az elszegényedő embertömegek, a globalizáció negatívumai közt számon tartható költségrobbanás. Mindeközben egyaránt növekednek a lakosság igényei, s az egészségügyben dolgozóké is. A társadalmi elvárások közül az egészségügyi ellátók irányában az egyik legfontosabb a költséghatékonyság. – Napjainkra a modern egészségügyi szolgáltatások céljai között tartják számon, hogy érvényesüljön a progresszív ellátás elve, minden területen legyen egy bizonyos elérendő minimum, szempont a jövedelem megóvása, a szabad orvosválasztás, az egészségügyi dolgozók szuverenitása. – Az alapellátás specifikumai közé tartozik, hogy egymástól távoli szolgáltatók dolgoznak, folyamatosan, ez a legkisebb ellátó egység, a kapitáció a javadalmazás alapja, amihez prevenciók elemek társulhatnak. Országoként viszonylag nagy különbségek vannak az alapellátási modellekben, a kompetenciákban. A definitív ellátást jellemzően ide kötik, a szakellátással való kapcsolatára változatos formák ismeretesek. – Hazánkban 35 ezer az aktív orvosok száma, közülük kb. 5300 a háziorvos, 1500 a házi gyermekorvos. Egyéb szakdolgozóként hozzávetőleg 110 ezren dolgoznak az egészségügyi ellátórendszerben. (Klasszikus magyar kuriózumot jelentenek a vegyes praxisok.) A felnőtt, illetve a vegyes praxisokban 700–800-tól 2200–2300-ig terjed a páciensek száma, a gyermek praxisokban 500–1200. Az alapellátásunkban a doktorok rendre szülőben dolgoznak, a személyzet kis létszámú (legtöbbször egy asszisztens). A terhelés nagy, az elvárások széleskörűek, a megszorítások tovább nehezítik a munkát. A szakma ráadásul kommercializálódik (piacosodás, multimédiás eljárások, alternatív medicina, biztosítók nehezen kezelhető ajánlatai). A háziorvosok populációja egyre idősödik, csak úgy, mint az ellátandó népesség, amely egyre inkább polimorbiddá válik. A törvényi szabályozás gyors változásai, amikben sok a diktatórikus elem, alig követhetők. A helyzetet jellemzi továbbá, hogy nő a fenyegetettség a műhibák, a költséghatékonyság kap-



csán is. A verseny éleződik (pl. nem konvencionális praktizőrök), s világtendenciaként jelentkezik a feladatok alacsonyabb szintre való delegálása. – Hajnal doktor azzal zárta előadását, hogy az alapellátás az egészségügyi ellátás frontvonalára, ez többirányú, folyamatos készütséget is jelent. Az integritást mindenképpen meg kell őrizni, emellett az együttgondolkodásra nyitottnak kell lenni.

Prof. Dr. Christos Lionis, aki a krétai egyetemről érkezett, angol nyelvű előadásában azt vetítette előre, hogy a helyi tapasztalatokat mediterrán elemekkel fogja kiegészíteni. – Elmondta: nem újdonság, hogy a közép-európai egészségügyi rendszerekben, a háziorvosok körében is kiemelten foglalkoznak a cardiovascularis megbetegedésekkel. Ismeretesek e betegségcsoport hagyományos rizikófaktora, ám az is igaz, hogy a CV betegségek harmada nem hozható összefüggésbe ezekkel. Arra hívta föl a figyelmet, kellő jelentőséget kell tulajdonítani a pszichoszociális tényezőknek is, amiket a klasszikus CV rizikótényezők közé be is kell emelni. Ugyanis bizonyosan hatással vannak a szív- és érrendszeri betegségekre. (Például a fokozott munkahelyi stressz a betegség kialakulását elősegíti, ráadásul minél alacsonyabb szinten áll valaki a társadalmi, munkahelyi hierarchiában annál intenzívebb ez a hatás.) – Amennyire kedvezőtlen a krónikus stressz, a depresszió, a negatív szociális státusz, ezek ellentétei éppen annyira tekinthetők jótékony faktoroknak: a pozitív érzelmek, a társadalmi támogatottság, a biztonságérzet, a szociális, gazdasági egyensúly mintegy ellene hatnak a CV betegségeknél. – Éppen Krétán tapasztalták, hogy az ottani populációban – ahhoz képest, hogy a CV kockázatuk viszonylag nagy, az ilyen betegségek ritkábban fordulnak elő (görög, ill. krétai paradoxon). S ennek hátterében szociális és pszichés tényezők sejtlenek föl. Mindezt megerősíteni látszik az a fölmérés, amely arra irányította a figyelmet, hogy a hagyományos társadalmi közeg, a biztonságot adó környezet, az aktív életvitel, a kiszolgáltatottság hiánya, amikor az illető tudja, hogy ura a helyzetének, valamilyen szinten óv a CV betegségektől. Tehát a spirituális hatások nem becsülhetők le. Ebben pedig a vallás szerepét sem lehet elvitatni, az egyházi tradíciókét (böjt, megnyugvás, a stressz oldása). – Lionis doktor mindezek tanulságaként arra intette a konferencia résztvevőit, hogy a háziorvoslásban előtérbe kell állítani a családokat, azaz úgy kell az egyént gyógyítani, hogy a fókuszban ott van az illető családja is.

Az Erdélyből érkezett Farkas-Páll Zsuzsanna a romániai egészségügyi viszonyokról tartott előadást magyar nyelven (angol diákkal), előtérbe állítva az ország közegészségügyi programját, ennek egyik fontos aktuális kezdeményezését. Ez a prevenciót a középpontba állító nemzeti program 2007. júliusában indult, és a lakosság egészségügyi fölmérését hivatott elvégezni két év alatt.

Minden 18 évet elért egyént személyesen hívnak meg a vizsgálatra, amelyet a háziorvosok végeznek adott irányban, s az eredmények számítógépes programon összegződnek. A program kezdete után 3 hónappal bizonyos eredményekről már be lehet számolni: eddig 2,5 millióan vettek részt benne, s az esetek 8%-ában új betegséget (is) fölfedeztek. – 23–24%-os arányban találtak nagy rizikót a kettes típusú diabetes mellitusra, 11%-ban a cardiovascularis megbetegedésekre, s 2–12%-ban rákra. – A vizsgálat kiterjedt 2500 falusi közösségre is. E populációkban a 35–50 évesek közül a nagy kockázatú egyéneket a folyó programtól függetlenül gondozásba vették, követték. – Fél évvel program kezdete után előnyként elkönnyvelhető, hogy az ún. hozzáférhetőséget javította, az emberek saját egészségük iránti felelősségérzetét növelte, korai diagnózisokra adott alkalmat, a prevenció hangsúlyt kapott, a számítógépes bázis megalapozódott. Láthatók bizonyos hiányosságok, hátrányok is: pl. nem voltak célcsoportok, a költséghatékonysággal nem törődtek (igaz, nem volt szempont), a nem-biztosítottak számára ez a program nem ad perspektívát, s az alapellátókra jókora többlet tehet hárult.

Dr. Szabó János: Miért problémás gyakran a roma betegek ellátása? című előadásában áttekintést adott arról, hogy a cigányság a különböző országokban hátrányosan mekkora számban van jelen (pl. Románia 2,5 millió, Bulgária, Spanyolország, Magyarország 800–800 ezer, Szlovákia, Szerbia és Montenegró, Törökország kb. fél–fél millió). A hazai cigányok, románok is nagy heterogenitást mutatnak: magyar cigányok, oláh cigányok, beások, romungrok, szintók, román cigányok. A roma betegek egészségügyi ellátásában ma is hatnak a velük kapcsolatos előítéletek, a róluk szóló történetek, hiedelmek, a szerzett rossz tapasztalatok. Ezek külön-külön is félelmet kelthetnek az egészségügyi ellátókban. A félelmet fokozhatja, hogy gyakran csoportosan jelennek meg, reakcióikat, viselkedésüket az ösztönök, az érzelmek vezérik, gondolkodásuk, értékrendjük „más”. Az egészségügyi személyzet csökkenti a konfliktusok esélyét a velük való interakciók során, ha ismereteket szerez a romák történelméről, kulturális hagyományairól, szokásairól, a roma család hierarchiájáról, életkörülményeiről. A szokásaik, az ún. kumpania hagyományai körébe tartozik például, hogy az asszony bármilyen foglalatossága közben ne fordítson hátat a férfinépek; serdülőkortól a gyerek sem vetkőzhet le, még a szülei előtt sem, s nem mutathatják hónaljukat, combjukat; beszélgetéskor a fiatal csak az öregebbtől kapott engedéllyel szólhat. Családjaikban gyakran három generáció él együtt; a férfiak a vezetők, majd a hierarchiában a legidősebb asszony következik. Ünnepeken a rokonok ajándékkal köszöntik egymást. Előfordul, hogy egy fazékból esznek, ilyenkor mindenki csak saját maga elől szedhet, a legöregebb fejezi be legkorábban, a fiatal legkésőbb az étkezést stb. A be-

tegséggel, a halállal is sajátságos „viszonyban” vannak: a beteget minden családtagnak látogatnia kell, a beteg kedves ételeit elé kell tenniük; a család a családfő vezényletével dönt a gyógy mód elfogadásáról. Mivel hisznek a túlvilági életben, a visszajáró szellemekben, a halottakkal összefüggő rítusokat (pl. virrasztás, temetési szokások) betartják. – Szabó doktor a téma jelentőségét azzal is alátámasztotta, hogy a kommunikáció szerepe általánosan is nagy, de a romák ellátása során különösen, olyan mértékben, hogy a napi ellátás színvonalát is meghatározza.

A környezeti ártalmakról egybeszótt előadást tartott a Kanadából érkezett Dr. Larry Frisch, és Dr. Charlotte Lombardo, valamint a román Dr. Paul Serban.

Dr. Larry Frisch a témán belül a gyermekek aspektusára koncentrált. Azokból az evidenciákból indult ki, hogy a ma gyermeke a jövő felnőttje, illetve a gyermek nem kis felnőtt, az ő fejlődő szervezetükre másként, rendre intenzívebben hatnak a kártételek. Több területen tevékenykednek: nemzetközi programokat futtatnak az egészségi ártalmak kiküszöbölésére. Ilyen a sérülések megelőzésére irányuló, a vízbiztonságot előtérbe állító, a beltéri levegő tisztaságát fókuszba helyező projektjük. Szövetségbe szerveződtek céljaik mind eredményesebb eléréséért, eszméik terjesztéséért. Magukénak tudhatják már az USA kormányának támogatását is.

Dr. Paul Serban itt vette át a szót, s a vízszennyezések problematikájával foglalkozott részletesebben. Főként a trágyázással a talajba, majd a természetes vizeinkbe jutó nitrát-, nitrát-ionok, és ammónium-sók szerepére tért ki. Ezek toxikus ágensekké válnak, a szervezetbe kerülve főleg oxidánsként fejtik ki káros hatásukat. A citokrómmal, a hemoglobinnal reagálva, azokat súlyosan károsítják, következésképp a szervezetben kóros állapotok lépnek föl (esetenként halál is). Hivatkozott egy vizsgálatra, amelyet a régiójukban végeztek, s amely tapasztalata szerint a kiválasztott 15 kút vize elsődlegesen nitrátra, és cholyform baktériumra vonatkozóan bőven túllépte az engedélyezett határértéket, s ez minden bizonnyal oka volt a vizsgálatra ugyancsak kiválasztott 6 kiskorún tapasztalt kedvezőtlen elváltozásoknak.

Dr. Larry Frisch következett ismét, aki további veszélyt okozó tényezőt sorakoztatott föl (a víz, a levegő szennyezettsége, a balesetek mellett a zajterhelést, a kártevők szerepét). A sérüléseket illetően elmondta, hogy a 14 éven aluliak harmada e miatt hal meg (égés, elesések járművel kapcsolatos balesetek, vízbe fulladás). Fontos a veszélyek tudatosítása, az elhárításuk módjának megismertetése. – A légszennyezést illetően külön szólt a kültéri hatásokról (pl. az ózon hiányának következményeiről, a nitrózus gázokról), a beltériekről (dohányzás, főzés melléktermékei, peszticidek), elmagyarázta a részecskék nagyságbeli különbségekben rejlő kockázati hatásokat (pl. a kisebb részecskék „mélyebbre” jutnak: a tüdőbe, a véráramba). Utalt a szen-

nyezések eredetére, következményeire. – Végül a problémakört összekötötte a családorvosok lehetőségeivel. Dr. Charlotte Lombardo az egészségügy szociális determinánsairól beszélt előadásában, a témának főként azokat a vetületeit részletezte, amelyek a gyermekekkel, a fiatalokkal hozhatók összefüggésbe, illetve számukra nagyobb jelentőséggel bírnak. Az általa is gondozott közösségi projekt a „fiatalok hangja” nevet viseli. Számba veszik az egészséget meghatározó valamennyi tényezőt (a biológiai, genetikai adottságoktól, a nevelés, a kultúra lehetőségeiig), ám köztük főként a szociális elemeket ragadják meg. A fiatalok minél szélesebb rétegeit szándékoznak bevonni a munkájukba, az egyének tapasztalatait kívánják hasznosítani a közösségi életben. (Photovoice technikának nevezik az eljárásukat.) – A közösségi problémák gyökereit keresik, ennek eszköze kiterjedt hálózat építése, amelynek részesei a családorvosi teamek is. Meggyőződésük, hogy az információáramlás, kiegészülve az új ötletekkel, egyéni látásmóddal, előnyösen hat céljaik elérésében.

Dr. Paul Serban ezután a romániai egészségügyi viszonyokat jellemezte háziiorvosi szemmel. Visszanyúlt az 1997-es év vonatkozó rendelkezéseire, amelyekben megszüntették a nemzeti egészségügyi biztosítás anyagi alapjait. Egy év múlva állapodtak meg az ún. praxis keretekről, a velük szemben támasztott követelményekről. A kétezres évektől minden évben aktualizálják a szabályzókat, s a szükséges korrekciókat elvégzik. A háziiorvosok egyrészt a páciensek száma (kapitáció), másrészt az elvégzett szolgáltatás alapján kapnak javadalmazást. A kapitációt illetően is van különbségtétel a páciens életkorának megfelelően, valamint bizonyos specializációk esetén. A szolgáltatásokat is tipizálják: az alapszolgáltatásokat a fejkvóta tkp. lefedi (profilaxis, általános háziiorvosi teendők, igazolások kiadása stb.), a minimális szolgáltatások körébe tartoznak pl. bizonyos sürgősségi elemek, járványügyi ellátás, oltások, s az ún. fakultatív csomag az előzőeken kívül a terhességgel, a szüléssel összefüggő ellátásokra is kiterjed. – A háziiorvos dolgozhat szabadfoglalkozású egészségügyi szolgáltatóként, s költségvetési szervben dolgozó alkalmazottként. A szolgáltatásokat igyekeznek arányos tarifával társítani. A háziiorvoslásról általánosságban elmondható még, hogy igen széleskörű tevékenységi kört jelent, a háziiorvos egyszersmind menedzsere saját vállalkozásának, a szűken vett egészségügyi munkáján kívül személyi, adminisztratív feladatok is hárulnak rá, gondot kell fordítania a minőségbiztosításra stb. Amellett, hogy olykor voltaképpen önálló, kis kórházként kell funkcionálnia, a vele járó felelősséggel, más esetben pedig éppen a közvetítői tevékenységi köre domborodik ki a páciens és a többi egészségügyi szolgáltató között.

Dr. Szakmány-Major Edit a szerbiai alapellátásról tartott előadást. Náluk az egészségügyi intézmények három

színten működnek: az alapellátás, a kórházi ellátás, és a klinikai ellátás szintjén. Az alapellátásnak az egészségházak adnak helyet. Ezek „gazdái” (alapítói, fenntartói) az önkormányzatok. Ez a rendszer decentralizálását hozta, noha a rendszer bizonyos elemeit (pl. az egészségügyi dolgozók jövedelmét, a műszerek beszerzését, mentőautók vásárlását) a minisztérium, s az egészségbiztosító állapítja meg és finanszírozza. 2007. július 1-től minden biztosítottnak egy évre kötelező orvost választani. Választható orvos: az általános orvos, általános szakorvos, munkaegészségügyi szakorvos, gyermekgyógyász, nőgyógyász, fogorvos. A választott orvos feladatköre kiterjed az előírt megelőző program végrehajtására, a betegségek korai felismerésére, kezelésére, a krónikus betegségek ellátására, az egészséges életmód elterjesztésére. – Korábban az alapellátást főként az egyenlőtlenség, a túlzott szakosítottság jellemezte, mostanra változott a helyzet, pl. az alapellátásban csak gyermekgyógyászok, általános munkaegészségügyi szakorvosok, nőgyógyászok, belgyógyászok, szemészek, orr-fül-gégészek, tüdőgyógyászok, rehabilitációs szakorvosok, és fogorvosok maradhattak. Eddig a szolgáltatások, a gyógyszerek térítés mentesek voltak, ez a lakosság saját egészség-megőrzése szempontjából nem volt előnyös (nem törődtek magukkal). A jövő a prevencióé, a főleges gyógyszerelés visszaszorításáé. A kapitáció kísérleti jelleggel 2008-ban az ország 25 akkreditált egészségházában indul: a választott orvos a TB-vel szerződést köt, s a biztosítottért kapott meghatározott összegből „gazdálkodik”.

A magyar Dr. Mária Dedinová anyanyelvén tartott előadást a cseh egészségügyi reformról. Bevetésként arról szólt, hogy sok felvidéki sorstársa maradt az országok, határok elkülönülése folytán mára Csehországban. A csehországi magyar orvosok, noha szórványban élnek, társulatot is szerveztek maguknak, amelynek célja az identitás őrzése, a közös anyanyelv ápolása, egymás megismerése, a magyar szaktársulatokkal való kapcsolattartás, együttműködés, s természetesen a szakma fejlesztése, a páciensek és az orvosok közti bizalom erősítése. – Sajnálatosan náluk is a házi orvosok átlagos életkora egyre inkább növekszik (mára a házi orvosok 62%-a 50 évesnél idősebb). Országukban 5150 házi orvos dolgozik, 1 doktorra kb. 1560 páciens jut. Egy páciens évente hozzávetőleg 12-szer fordul házi orvosához: ez duplája az európai átlagnak. A házi orvosi vizitek 10%-át követi szakorvosi, kórházi beutalás. – Számítások szerint cseh koronában milliárdos nagyságrendű az eltékozolt gyógyszerek értéke. Az efféle gazdaságtalanságok kiküszöbölése is célja az országos egészségügyi reformjuknak. Az alig pár napja bevezetett intézkedések körébe tartozik, hogy díjat kell

fizetni bizonyos szolgáltatásokért: a vizitdíj 30, a kórházi napidíj 60, a sürgősségi ellátás 90 korona (az éves limit 5000korona). A rendszer lényegébe vágó további rendelkezés például a fejkvóta korrekciója, az akkreditáció, az önképzés anyagi elismerése, az internetes bázis megteremtésének ösztönzése.

Dr. Otakar Maňas ugyancsak a cseh egészségügyi állapotokról tette közzé gondolatait (angolul). Abból indult ki, hogy a mintegy 40 évig tartó kiábrándító rendszer elmúlta után 20 évvel is még csak keresik a jó megoldást. A kormányuk belefogott ugyan az egészségügy átalakításába, de sok hibát vél fölfedezni a reformjukban. Elhibázottnak tartja, hogy biztosítási cégek mintegy egészségügyi adóként pénzt szednek az emberektől. Jellemzően 29 biztosító vágott bele a vállalkozásba, s mára 20 csődbe ment, a szolgáltatók pedig nem jutottak a pénzükhöz. A mostani helyzet amolyan köztes állapotnak felel meg: nem egyéni, s nem is állami, sok a rendezetlen elem. Az orvosok számára vonzó elképzelés volt, hogy a páciens szerződése alapján ők szolgáltassanak, de nem ez realizálódik. (A páciensek kiszolgálása „svédasztalos” ...) – Az egészségügyi ellátás ipari jellegűvé válik, nagy cégek vásárolnak egészségügyi szolgáltatókat, ezek lesznek a biztosítók tulajdonosai is. Sajátosan alakulhat ilyen formán például az ellenőrzés gyakorlata is. – Ma as doktor megnyilatkozását azzal zárta, hogy a jelen helyzetet nem tartja jónak, sok a kételye, sok bizonytalanságot észlel, aggodalommal gondol a jövőre, ő és társai nem üzletembernek, hanem hivatástudattal bíró, a szakmájukban lelkiismeretesen dolgozni akaró orvosnak tekintik magukat.

Csehországból érkezett Dr. Zuzana Miškovska is, aki angol nyelvű előadásában az egészségügyi ellátásban, s ezen belül az alapellátásban is a prevenció elsődlegességét hangsúlyozta. Kitért arra, hogy ez általánosságban mit jelent az orvos, az asszisztens és a páciens számára. Részletesebben szólt a 2006-ban elkezdett mammográfiás szűrővizsgálatokról. Érintette a palliatív terápia országukbeli jellegzetességeit, bemutatta, miként lépnek föl a dohányzás visszaszorítása érdekében, a rosszindulatú daganatos betegségek megelőzése, fölmérése és kezelése terén, továbbá ismertette a burnout szindróma elleni programjukat

Dr. Balogh Sándor zárszóként köszönetet mondott az előadásokért, a résztvevők aktivitásáért. Hasznosnak ítélte a konferenciát, s kifejezte reményét, hogy az ehhez hasonló eseti találkozásokon kívül is állandósul az együttműködés. Legközelebbi fórumként megemlítette az áprilisi OALI kongresszust, amelyre előzetesen meghívta a jelenlévőket.