

## ORSZÁGOS HÁZIORVOS NAPOK

2008. ÁPRILIS 4–6., BALATONFÜRED

**Dr. Balogh Sándor** PhD, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója nyitotta meg a konferenciát, s köszöntötte a résztvevőket. – Ismertette a kongresszus programját. Ennek egyik eleme az ún. Visegrádi országok orvos képviselőinek (angol és magyar nyelvű) nemzetközi találkozója volt, a RENECOP (REgional NEtwork of COllaboration in Primary care), amelyen az egészségügyi biztosítókkal, az egészségügyi finanszírozásával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok, s az alapellátásban a humán erőforrás helyzete kerültek a középpontba. Ezen kívül az alapellátás, és a népegészségügy aktualitásait, a Szív és Érendszeri Nemzeti Programot érintették az előadások, a kerekasztal megbeszélések. Ugyancsak ez a rendezvény teremtett alkalmat az OALI által foglalkoztatott ún. helyettesítő háziorvosok munkaértekezletére is.

Először kerekasztal megbeszélés folyt, Dr. Balogh Sándor volt az üléselnök.

**Dr. Hanusz Klára** Kistérségi prevenció programok – Szűrési projekt című előadása bevezetőjében az előzményekről, az OALI, és az EGIS Gyógyszergyár ún. Faluszűréseiről szólt, amelyeket az ország különböző részein, 12 kistérségben végeztek a helyi háziorvosok, a praxisok alkalmazottai az ÁNTSZ és az önkormányzatok hathatós segítségével, a civil szféra bevonásával. A szív és érrendszeri vizsgálatok, a rizikószűrés, majd az erre alapozható terápiás követés, személyre szabott tanácsadás, prevenció indíttatású egészségfejlesztési tevékenység, az adatok értékelése, és összevetése alapján fölmerült a továbblépés igénye. Ennek koordinálására a Faluszűrések szereplői megalapították az EgységPorta Egyesületet, amely Partnerség az egészségért címmel pályázatot hirdetett annak érdekében, hogy az egészségképek talaján egészségtervek készüljenek, ezek révén pedig fejlesztési stratégia. Ennek megvalósítása pedig kimutathatóan pozitív hatást vált ki a későbbi egészségképre. Az OALI és az EGIS Gyógyszergyár mellett további támogatók (OSZMK, 77 Elektronika kft.) jelentek meg. Az érintett lakosok 17 mikro- illetve kistérségben élnek. A program elektronikai hátterét a CardioNet rendszer jelentette, ennek révén a betáplált adatok összesítve, feldolgozva kerültek vissza a körzetekbe, a 82 résztvevő háziorvoshoz. 2007. október és 2008. február között 2828 főt szűrtek: célcsoportként a 21–30 éves korosztályra, a 35–45 évesek közül a háziorvosuknál már több éve elő nem fordulóakra koncentráltak, továbbá mindazokra, akiket a háziorvos jónak látott. Hanusz doktornő ezután egyebek mellett adatokat közölt a háziorvoshoz fordulás

gyakoriságáról, a megszűrtek nemenkénti összetételéről, a rizikó-eredményekről, életkor és nem szerinti tagolással. Következtetéseket vont le az eddigiekből, számba vette a folyamat hasznát a háziorvos, az adott település, térség, az egyén szempontjából, s egészségügyi, népegészségügyi szempontból. Végül a folytatás elemeként a Prevenció szakértői országos hálózat tervét vázolta.

**Dr. Farkas Katalin** ÉRV program – Ereink védelmében címmel tartott előadást. Bevezetéként vázolta az atherothrombosis legfontosabb megjelenési formáit (ischaemiás stroke, tranzien ischaemiás attack, stabil és instabil angina, myocardialis infarctus, veseelégtelenség, renovascularis hypertonia, periférikus érbetegség mint PAD; claudicatio intermittens, nyugalmi fájdalom, gangraena, necrosis). Összevetette a PAD, illetve a cerebrovascularis (CVD) és a coronaria (CAD) betegség együttes előfordulásának valószínűségeit, a PAD hosszú-távú kimenetelét ismertette (a halál oka 55%-ban coronaria betegség, 25%-ban nem vascularis betegség, 10%-ban agyérbetegség). Az 5 éves halálozás kórformái közt is elhelyezte a PAD-t (28%-kal a 15%-os emlőrák, a 18%-os Hodgkin kór fölött, a 38%-os vastag- és vég-bélrák, a 86%-os tüdőrák alatt). A PAD 50 éven fölülieknél való első megjelenési formáiról elmondta: 40–50%-ban atípusos lábfájdalommal jelentkezik, 20–50% aszimptomás eset, 10–35% claudicatio. A PAD betegekben nagy az ischaemiás CV események rizikója; az összmortalitást illetően a normál egyénekhez képest súlyosabb a helyzet az aszimptomás, a szimptomás, valamint a súlyos szimptomás PAD esetében. Az elmondottak folyamánként rátért arra, hogy az érbetegség tünetmentes állapotban is kimutatható, non-invazív módszerekkel is, egyebek mellett a boka/kar index (ankle/brachial index, ABI) meghatározásával. (Az egészséges tartomány: 1–1,3, kóros: 0,9 alatt, súlyos: 0,4 alatt, illetve 1,3 fölött nem komprimálható.) A boka/kar indexet a CV morbiditás és mortalitás prediktoraként tartják számon. A II. Magyar Terápiás Kongresszus (2005.) is tételestí a tünetmentes, nagy kockázatú állapot megállapításakor, a nagy kockázatú kategória jellemzésekor a boka/kar index adott értékét. Ebből is következően a boka/kar index szűrése ajánlott minden betegnél, akinek terheléskor jelentkező alsóvégtagi panasz van, vagy abnormális alsóvégtagi pulzus, ill. egyéb ismert érbetegség áll fenn; az 50 évnél fiatalabb diabéteszes egyéneknél, további egy rizikófaktor fennállásakor; az 50–70 év közötti, legalább egy rizikó tényezőjükénél; a 70 éven fölüliekénél; s minden (SCORE,

ill. Framingham szerint) közepes CV rizikójú páciensnél. Az „Ereink védelmében”, vagyis az ÉRV elnevezésű program a leírtak gyakorlati megvalósítását tűzte ki célul. Az országban szétszórtan lévő 53 ÉRV centrumban, két szakaszban folytatják a vizsgálatot, 20–30 ezer szűrést végezve. Az első szakasz a tünetmentes érbetegség szűrésére irányul, ennek folyamánya az 5 éves követés. A programba válogatás nélkül bekerül mindenki, aki az adott szűrési periódusban (2007. április 15. és 2008. szeptember 30. közt) a centrumokban vizsgálaton vesz részt. A boka/kar indexet folyamatos hullámú kézi Doppler készülékkel detektálják. A második vizitre jó esetben (az érték 1–1,3) majd 5 év múlva kerül sor, kedvezőtlenebb esetekben meghatározott rendszer szerint sűrűbben. Az eredményeket statisztikai módszerekkel is föl fogják dolgozni. – Az eddigi adatok a következők: 13 239 páciens vizsgálták, átlagos életkoruk 61,8 év, közülük több a nő (7635), tünetmentes érbetegséget 14,22%-os részesedéssel találtak. – Farkas doktornő különféle szempontok alapján elemezte a vizsgálati eredményeket (pl. a vizsgált populáció megoszlása SCORE csoportok szerint, 1 alatti boka/kar indexű egyének előfordulása a hipertóniások körében, a SCORE rizikó csoportokban, a Framingham rizikó csoportokban, előfordulásuk régiók szerint stb.). – Összegzésül azt emelte ki: a periférikus érbetegség olyan nagy cardiovascularis kockázattal járó állapot, amely egyszerűen diagnosztizálható; az ÉRV programban vizsgált betegek 57%-a a hagyományos kockázat becslés alapján kis, vagy közepes rizikó csoportba tartozott, köztük is elérte a 10%-ot a tünetmentes PAD előfordulása; utóbbi gyakorisága regionális különbséget mutat, legmagasabb a nagy korai és időskori halálozású régiókban; a boka/kar index mérésével korán elkezdhető a nagy kockázatnak megfelelő preventív kezelés.

**Dr. Hubert János** a Magyar Hypertonia Társaság új ajánlását és egy korszerű antihypertensív szer bemutatását állította előadásában központjába. Először áttekintette a cardiovascularis rizikófaktorokat, csoportosította ezeket befolyásolhatóság szerint, elhelyezte köztük a hipertóniát, amelyről elmondta, hogy világszerte a népesség fele CV okokból hal meg, ezek 80%-ában kimutatható a hipertonia kóros szerepe. (Tehát a hipertonia: killer number one.) A vérnyomásmérés kezdeteiről szólva utalt Stephen Hales 1726-ban végzett kísérletére (ló lábszár artériáján mért vérnyomást, s ugyanő a vérnyomás variabilitásáról is írt); s kiemelte Scipione Riva-Rocci és Korotkov érdemeit is. Elmondta, hogy a betegek 95%-a hiszi azt, hogy a hipertóniája megfelelően van beállítva, az orvosok ugyanerről azt vallják, hogy a valószínűség 76%-os, mindezekkel szemben a realitás 37%. A hipertonia terápiájával kapcsolatban fontosnak ítélte: a betegek jobb terápiás együttműködésének elérését, a hatékonyabb és jobban tolerálható gyógyszerek hozzáférhetővé tételét a megfelelő vérnyomás kontroll, s a szövődmények megelő-

zése érdekében. A hipertóniával kapcsolatban még finomítandó a patofiziológiai háttér, genetikai, molekuláris biológiai kutatásoktól várhatók új eredmények, s alakulóban vannak a terápiás stratégiák. A hipertonia kezelés céljaként a CV morbiditás és mortalitás csökkentését emelte ki, amelynek eszköze a vérnyomáscsökkentés, illetve az összes rizikófaktor elleni fellépés, a célszervkárosodások és a társbetegségek gyógyítása. Nemzeti és nemzetközi tudományos társaságok 1971 óta adnak ki irányelveket a hipertonia kezelésére, ezek közé tartozik a Magyar Hypertonia Társaság 2008-as állásfoglalása és ajánlása, amely szintetizálja a korszerű nemzetközi irányelvek anyagait is. Az irányelv egy-egy része a felnőttkori, a gyermekkori hipertonia betegség ellátásával foglalkozik, a harmadik rész a hipertonia ellátás szervezeti irányelveivel, és a jelenlegi hazai helyzettel, illetve része az anyagnak a 12 magyarországi nagy epidemiológiai vizsgálat bemutatása is. Hubert doktor a vérnyomás normális és kóros mértéke és a hipertonia definíciója tekintetében leszögezte: a vérnyomásértékek és a CV megbetegedés kockázata közötti összefüggés lineáris és folytonos, a hipertonia definíciója ezért önkényes. Még a normotensív tartományban is a legalacsonyabb vérnyomású emberek CV kockázata a legkisebb. A hipertonia határértékét rugalmasan kell megállapítani: ez kisebb-nagyobb lehet a beteg CV kockázata függvényében. Helyesen értelmezve a hipertonia azt a vérnyomásértéket jelenti, amely felett a kezelés inkább hasznos, mint ártalmas. A kóros vérnyomást illetően is vannak kategóriák (I-III. fokozat, jellemző szisztolés és diasztolés értékekkel), a kórosnak nem tekinthető vérnyomás is lehet optimális, normális, és emelkedett-normális. A normálisnak ítélt értékek attól is függhetnek, miféle módszerrel, körülmények közt történik a vérnyomásmérés (orvos, asszisztens méri, higanyos eszközzel, a beteg otthonában méri, ambuláns vérnyomás-monitorozás történik, ennek 24 órás átlagáról van-e szó, nappali, vagy éjszakai átlagról stb.). Az előadó a továbbiakban a higanyos és az oszcillometriás, félautomata és automata vérnyomásmérőkről is említést tett, valamint az ABPM vizsgálat javallatairól. Hipertóniás szervkárosodásokat jelző módszereket hasonlított össze prediktív értékük és hozzáférhetőségük szempontjából (pl. EKG, carotis intima/media vastagság, GFR, microalbuminuria, boka/kar index). A kezelési elvek újdonságaként kiemelte: az I. és II. fokozatba tartozó hipertóniás betegeknél kockázati tényező nélkül is csak heteket lehet várni az életmódváltozás pozitív eredményeire, a célvérnyomás elérésével nem lehet késlekedni. Fölsorolta a hipertonia terápiájában alkalmazható gyógyszer-csoportokat, a csoportokba tartozó antihypertensív hatóanyagokat, a fix kombinációkat, a gyógyszer-csoportok lehetséges kombinációit. Nagy vizsgálatokra hivatkozva mutatta be, hogy a célvérnyomás eléréséhez rendszerint 3–4 féle gyógyszerre van szükség. A célvérnyomás elérése azért kiemelten fontos, mert általa a stroke incidencia 35–40%-kal, a szívinfarktusé

15–20%-kal, a szívelégtelenségé 50%-kal csökkenthető. A hypertonia gyógyszeres terápiájától elvárják: a kezelés hatásosságát, a hosszútávú hatékonyságot (napi 1 gyógyszerbevitel), a mellékhatás nélkülséget, a kombinálhatóságot, és a költséghatékonyságot. Sorba állította a vérnyomáscsökkentő szerek „normalizációs” arányát (a sor elején a Ca-csatorna blokkolók állnak 62%-kal, a diuretikumok közepén 49%-kal, ám a sor végén levő placebo is 24%-ot ér el). A hypertonia rendszerint nem jár egyedül: a betegek harmada diabéteszes, harmada dyslipidaemiás, kétharmada túlsúlyos, negyede metabolikus szindrómás. Hubert doktor ábrán tekintette át a CV continuumot, majd ennek egyes fázisait összevetette a perindopril hatásával (nagy vizsgálatokra hivatkozva). Illusztrálta: a perindopril a hypertonia valamennyi alcsoportjában hatékony vérnyomáscsökkentő, a cerebrovascularis rizikót, a fő CV eseményeket számottevően csökkenti, az elsődleges végpontokat, az összhalálozás rizikócsökkentését illetően is bizonyíthatóan előnyös. A hatásmechanizmusát tekintve fölvázolta a renin-angiotenzin és a kallikrein-kinin rendszer összefüggéseit, illetve a perindopril rájuk gyakorolt hatását. Fontos tényezőként kiemelte: a perindopril kötődik a legnagyobb szelektivitással az ACE bradykinin kötőhelyéhez. Végül a Coverex®-AS 5 és 10 mg-os filmtablettát mutatta be, amely hatékony, új vegyület a hypertonia, a szívelégtelenség kezelésében, a CV történések rizikójának csökkentésében, s amelyre a korábban használatos Coverex szerekről (4 mg, Forte) az átállítási sémát is közölte.

**Dr. Balogh Sándor** A Covercard vizsgálat eredményei című előadásában a vizsgálat alanyairól elmondta, hogy 7281 főről van szó, akik többsége (55%) nő, a populáció átlagéletkora 61,58 év, körükben a hypertonia átlagosan 8,82 éve áll fenn. A vizsgálat kezdetén detektálták a páciensek szisztolés és diasztolés vérnyomását, valamint a pulzusát (az átlagos értékek: 158/93 Hgmm; 79,5/perc). Ugyanezeket a paramétereket megmérték 1, 3 és 6 hónap múltán, s ezek folyamatos javulását tapasztalták. A szisztolés vérnyomás átlagok 144; 136; 133 Hgmm-re, a diasztolés átlagok 84; 82; 80 Hgmm-re csökkentek; a pulzus átlagok is mérséklődtek: 76,9; 75,2; 73,6/perc. A paraméterek kumulatív változásának mértékét illetően is természetesen előrelépés volt. Az arányokat illetően ez a pulzusnál 1 hónap, negyed év, és fél év után a következők szerint alakult: 2,9; 4,2; 6,18; a szisztolés és diasztolés értékpároknál pedig: 14/7; 21/9,4; 28/12,9. A fentiek is a konzekvens terápia fontosságát bizonyítják. – Dr. Balogh Sándor a vizsgálatban résztvevő háziorvosokat nevesítette, nekik köszönetét fejezte ki, s közülük hármuknak elismerő oklevelet adott át.

Szünet után Dr. Füredi Gyula, az OALI főigazgató-helyettese látta el az üléslelőki teendőket.

**Prof. Dr. Kékes Ede** A hypertonia kezelésének irányelvei a praxis szempontjából című előadásának beve-

zetőjében hivatkozott a Magyar Hypertonia Társaság és az Országos Alapellátási Intézet (helyben is terjesztett) kiadványára, amelyet 4 szerkesztő jegyzett (Kékes Ede, Balogh Sándor, Tamás Ferenc, Kiss István). A kiadvány címe: A hypertonia betegség kezelésének szakmai irányelvei az alapellátás orvosának 2008.) Előre bocsátotta: a magas vérnyomás kezelésekor bizonyos korábbi szabályokon túlléptek: ma már nem érvényes az ún. 140/90-es szabály, hogy ti. a Hgmm-ben megadott ezen értékpár alá kell vinni a vérnyomást, hiszen bevezették az optimális vérnyomás fogalmát; más vonatkozásban pedig nem a vérnyomás csökkentésének kell a középpontban állnia, hanem a cardiovascularis morbiditás és mortalitás csökkentésének. – Az USA-ból származó adatok tanúsága szerint a felismert, a kezelt, és a kontrollált (azaz célértéken kezelt) hypertoniás betegek száma eltér, s bár az utóbbi években némiképp javul az adatsor, még jócskán van elmaradás. A hypertonia prevalenciájára vonatkozó hazai adatok bizonyítják a betegség elterjedt voltát, különösen az idősebb korosztályokban. Ezt az OALI felmérése, amelyben a 40 és 70 év közötti egyének körében vizsgálták a hypertonia, a diabetes, a hypercholesterinaemia gyakoriságát, nemek és korcsoportok bontásában – is alátámasztja. – A következő témakör a vérnyomás mérésével állt kapcsolatban. Elhangzottak az általános szabályok, amelyek betartása azért is kívánatos, mert csak így garantálható az egységesség (pl. mérés nyugodt körülmények közt, legalább 2 mérés 1–2 perces szünettel, megfelelő mandzsetta használata stb.). Az otthoni vérnyommérésnek – ugyancsak egységes módszerrel – általánossá kell válnia (pl. alkalmas eszközzel, meghatározott napszakokban történjék). A 24 órás vérnyomás monitorozásnak is megvannak a különleges előnyei, hátrányai, indokoltsága. Azt is figyelembe kell venni, hogy a különböző típusú mérések esetében mások a küszöbértékek. – A diagnózis célkitűzéseit illetően számba kell venni az etiológiát (primer, szekunder hypertonia), a prognózist befolyásoló rizikófaktorokat, célszervkárosodásokat, szövödményeket, adekvát társbetegségeket. Prognózist befolyásoló faktor lehet egyebek mellett maga a vérnyomás érték, a pulzusnyomás, a kor, a dohányzás, a dyslipidaemia, az éhomi vércukor, az abdominális elhízás (94, ill. 80 cm-től). A hazai populációban a visceralis obesitas igen elterjedt: 50 ezer páciensen vizsgálva a férfiak haskörfogata 62,7%-ban, a nőké 79,6%-ban túlsúlyt jelez. – A szubklinikus, azaz tünet nélkül létező szervi károsodásokra áttérve Kékes doktor többek közt a carotis falvastagságot, a boka/kar indexet, a microalbuminuriát említette. Fölvívta a figyelmet a globális megközelítés fontosságára: a cardio-metabolicus rizikó globális értelmezése nem pusztán a hagyományos rizikófaktorokkal számol (diabetes, dohányzás, dyslipidaemia, hypertonia, egyebek), hanem a metabolikus rizikófaktorokra is koncentrálni. Utóbbiak központjában a diszfunkcionális zsírszövet, az ektópiás zsír áll, befolyásolva a gyulladásozó, thromboticus folya-

matokat, a szimpatikus aktivitást, a vércukor értéket, a trigliceridet, a HDL-cholesterint stb. – A SCORE pontértékekről elhangzott, hogy a tünet-mentes egyének CV rizikójának megközelítésére szolgál, bizonyos kiegészítése újabban megtörtént. – A kezelés célját taglalva (a rizikófaktorok befolyásolása, a célszervkárosodások, társbetegségek kezelése, a célértékek elérése) a kezelés indítása előtti feladatok is szóba kerültek: a CV kockázat fölmérése, a nagy rizikójú állapot kiderítése, a vérnyomás ellenőrzése, a szubklinikus szervkárosodások megítélése, a társbetegségek tisztázása. A kezelési stratégia a globális kockázat csökkentésére irányul. A célvérnyomás eléréséig föltétlen csökkentendő a vérnyomás, azonban ezen túl is indokolt, ha van rá mód. – Kékes doktor a Magyar Hypertonia Regiszter adataival azt szemléltette, hogy a 2005–2006-ban mért célértékek elérési arányához képest egy év alatt is sikerült javulást elérni, ám azt az adatot sem illik figyelem nélkül hagyni, hogy a cukorbetegknél tanácsos 130/80 Hgmm-t mindössze 6,8%-ban érték el. – A kezelés során az életstílust mindig át kell gondolni, s ha kell, ezen is változtatni kell (dohányzás elhagyása, testsúly idealizálása, rendszeres, megfelelő intenzitású napi fizikai aktivitás stb.). Az antihypertensiv szerek tekintetében 5 fő gyógyszer-csoport ismeretes, mind a mono-, mind a kombinált terápia választásakor valamennyi releváns tényezőfigyelembe kell venni.

**Dr. Nagy Erzsébet** előadásának címe: A postprandialis hyperglykaemia jelentősége 2008-ban. Kiindulási gondolat: az emberek egészségi állapotát általánosan fenyegetik a metabolikus szindrómához, illetve a 2-es típusú diabetes mellitushoz vezető, együtt (is) ható, egymást erősítő tényezők (kóros glukózanyagcsere, hyperglykaemia, inzulinrezisztencia, hypertonia, dyslipidaemia, visceralis elhízás, endothel dysfunctio, nem alkoholos zsírmáj, csökkent inflammatio, prothromboticus állapot stb. Világszerte terjed a diabetes, epidemiológiájára jellemző: 2003 és 20025 között 194 millióról 333 millióra nő a betegek száma, ez 72%-os, járványszerű növekedést jelent. Hazánkban félmillió cukorbeteg tartanak nyilván, ugyanennyi a föl nem ismertek száma; a betegség prevalenciája 4,4%. Nagy doktornő elmondta: 2-es típusú diabetes postprandialisan kezdődik, ugyanígy súlyosbodik. Ennek ellenére a klinikumban praepandialis vércukrot mérnek. A megnövekedett celluláris inzulinrezisztencia, illetve a  $\beta$ -sejtek csökkent inzulin kiválasztása idézi elő a postprandialis hyperglykaemiát (PPHG), amelyből úgy lesz diabetes, az éhomi vércukorszint akkor emelkedik meg, ha a hyperglykaemia és a hyperinsulinaemia permanensen fennáll. A postprandialis hyperglykaemia, amely nagyban növeli a CVD és a MI rizikóját is, több kedvezőtlen biokémiai folyamatot stimulál (pl. inzulinrezisztencia $\uparrow$ , véralvadási faktorok $\uparrow$ , intima megvastagodás $\uparrow$ , endothel dysfunctio, oxidatív stressz $\uparrow$ ,

dyslipidaemia). Ma ezek kivédésére egyedüli szerként az alfa-glukozidáz-gátló (Glucobay<sup>®</sup>) használatos. A csökkent glukóztoleranciáig rendszerint az obesitason át visz az út, 10–15 év is eltelhet a beteg életéből, amíg tudatosul a betegsége. A betegség lefolyásában viszonylag korán kezd emelkedni a posztprandialis vércukorszint (ez detektálható), az éhgyomri vércukorszint csak ezt követi, a cukorbetegség csak ekkor jelenik meg klinikai formában. A 2007-es közös európai és amerikai irányelv leszögezi: a diabetes fölfedezésekor nem elég az életmód, az étrend egészségessé tételét célul tűzni, hanem az inzulinrezisztencia csökkentését is haladéktalanul el kell kezdeni. (Annak ellenére, hogy hazai konszenzusos ajánlás ezt nem tartalmazza.) A PPHG a macrovascularis szövödmények önálló rizikótényezője. Evidenciaként tartják számon, hogy PPHG esetén fokozott a retinopathia kockázata, a carotis intimamedia vastagságé szintén, a PPHG oxidatív stresszt, endothelialis dysfunctiót okoz, csökkent myocardialis vérmennyiséggel és véráramlással társul, növeli a carcinoma kockázatát, idős, 2-es típusú diabetes mellitus betegek kognitív funkcióit rontja. Röviden: a PPHG káros hatású, ellene kezeléssel föl kell lépni. Szintén evidencia, hogy a posztprandialis hyperglykaemiára irányuló kezelési módok csökkentik a vascularis eseményeket; továbbá, hogy az optimális glykaemiás kontrollhoz egyaránt nélkülözhetetlen az éhomi és a posztprandialis hyperglykaemia kezelése. – Napjainkban az egyetlen alfa-glukozidáz-gátló gyógyszer a Glucobay, amely viszont a hypertonia a myocardialis infarctus, bármely CV esemény kialakulását is jelentősen csökkenti, s kedvezően befolyásolja az angina kialakulását és a revascularisatio szükségességét. Nagy doktornő a cukorbeteg kezelésének kérdéseiről beszélve sajnálattal szögezte le, hogy mivel szűrés nincs, sokszor csak a szövödmények alapján derül ki az alapbetegség. A terápia során szem előtt tartandó a megfelelő étrend, az optimális fizikai aktivitás, az edukáció, az önkontroll, s a gyógyszerelés. Tekintettel a 2-es típusú diabetes mellitus kétirányú eredetére, az inzulinrezisztencia csökkentésével (diéta, mozgás, glitazone, metmorfin) egyidejűleg a csökkent inzulin-kibocsátással is foglalkozni kell (acarbose, GLP-1, amylin, inzulin, sulfonylurea, repaglinide). A diabetes tartamára is figyelemmel kell lenni a különféle terápia megválasztásakor; a  $\beta$ -sejt elégtelenség észlelésekor a gyógyszeres terápia is belép. Törekedni kell arra, hogy diabetológiai ellátóhelyre jusson minden diabeteses beteg, függetlenül a klinikai tünetektől. Fontos, hogy ne csupán a HbA1c legyen célértéken kezelve, hanem egyéb paraméterek is (totalcholesterin, triglycerid, vérnyomás). A megfelelő glykaemiás kontrollnak ma vannak bizonyos korlátai: maga a fogalom nincs egyértelműen definiálva, inadékvát a vércukor monitorozás, a hyperglykaemia, a dyslipidaemia és a hypertonia kezelése nagyon összetett, a specialisták hozzáállása sem ideális mindig. A HbA1c-nek nincs világszerte egységesített célértéke, noha

mindenütt 6–7% közti értéket jelölnek meg határként. Nagy doktornő azt hangsúlyozta a HbA1c és a posztprandiális vércukor összefüggéseit illetően, hogy például az elfogadhatónak ítélt 7,3%-os HbA1c érték esetében a „háttérben” 70%:30% PPG, ill. FBG arány van, tehát csak az éhgyomri vércukrot vizsgálva s megelégedve a 7,3%-os értékkel, még tetemes a páciens CV veszélyeztetettsége. A cardiovascularis szervvédelmet is biztosító terápia része a statin (adott esetben fibrát), az ACE-gátló, ill. ARB (antikoaguláns és antitrombocitá-gátló kezelés), az antidiabetikus kezelés, és a béta-blokkoló. Ismeretesek tehát a hatásosság tényezői, ezeket tudományos eredmények, klinikai vizsgálatok alapozzák meg, „evidence-Based”, viszont érvényre jutásukat gátolják bizonyos faktorok (finanszírozási akadályok, az elmélet és a gyakorlat aszinkronja, korlátozott lehetőségek a mindennapokban).

Befejezésül az előadó a Glukobay rendelkezhetőségét ismertette a hallgatókkal.

**Dr. Bonyhádi Elemér** előadásának címe: Korszerű daganatos fájdalomcsillapítás a háziorvosi praxisban, ozmotikus hydromorphone rendszerrel. Kiindulásként elhangzott: a daganatos betegek több mint a felének elégtelen a fájdalomcsillapítása az adott terápia mellett. Az előadó idézte Patrick Wallt, aki szeint: a fájdalom a szenvedés tudománya. Ezután következett az akut és a krónikus fájdalom elkülönítése. Az előbbi figyelmeztető jel a szervezetnek a veszély elhárítására. A krónikus fájdalom általában nem hasznos biológiai funkció. A két fájdalom etiológiája, pathophysiológiája, kezelése különbözik. A krónikus fájdalmat optimálisan multidiszciplináris team képes kezelni. Akkor krónikus a fájdalom, ha negyed (fél) éven át fennáll, gyakran társul vegetatív panaszokkal. Rendre tünete valamely megbetegedésnek. A krónikus fájdalom szindróma elemei a fájdalomon kívül fizikai tünetek (pl. alvászavar, anorexia, libido csökkenés, obstipatio, letargia, személyiségváltozás, álmatlanság, romló funkcionális), pszichés és mentális tünetek (pl. érzelmi instabilitás). E fájdalom csillapításakor is körültekintően kell eljárni; a beteg bevonásával elsősorban az alapbetegségekre kell koncentrálni. A krónikus fájdalmak közül a leggyakoribbak: daganatos, mozgásszervi megbetegedések, neuropathia, neuralgia, vascularis-ischemiás elváltozás következtében föllépők. A daganatos fájdalmak kategorizálhatók: a daganat okozta fájdalom (visceralis fájdalom, csontfájdalom, neuropathiás fájdalom), a daganatterápia okozta fájdalom (sebészeti beavatkozás utáni, kemoterápiát, radioterápiát követő), általános gyöngesség miatti fájdalom (obstipatio, hosszantartó fekvés), egyéb fájdalom (nincs kapcsolatban a daganattal). A fájdalom pszichológiai aspektusa azt jelenti, hogy ugyanolyan fájdalom intenzitás mellett a daganatos fájdalom a beteg életét fokozottan befolyásolja kedvezőtlenül. A fájdalom csillapításának több módja

ismeretes: gyógyszerek, radioterápia, pszichoterápia, idegblokkádok, szimpatektómiák, sebészeti módszerek, fizioterápia. A WHO (is) a lépcsőzetes fájdalomcsillapítást ajánlja. Az I. lépcsőt a nem opioidok jelentik az adjuvánsokkal, a II. lépcsőn melléjük kerülnek a gyöngő opioidok, a III. lépcsőn az erős opioidok. Az opioidok (morfinszerű hatású gyógyszerek) föloszthatók tehát gyöngő és erős alcsoportra, előbbieknél a hatást illetően a dózis növelésekor beáll a telítődés, utóbbiaknál a hatás egyenes arányban nő a dózis emelésével. Embey-Isztin Dezsőt idézte az előadó: a fájdalom csillapítására a tiszta agonista készítmények a legjobbak. A fájdalomcsillapítás elveiről leszögezte a gyógyszerkombinációk elsődlegességét, főleg a szinergikus hatás, és a kevesebb mellékhatás miatt. A gyógyszerválasztást akkor lehet ideálisnak tekinteni, ha igazoltan hatékony, a készítmény hosszú hatású, megfelelő az indikáció, az orvos beteg compliance-re előnyös, kényelmesen használható, jó a mellékhatás profilja, az esetleges nem várt hatások ritkák, könnyen fölismerhetők, elháríthatók, kezelhetők. A krónikus fájdalomcsillapítás zömében azért problematikus, mert a II. lépcső szereit általában túl kis dózisban alkalmazzák, a gyöngő opiát maximális adagjának hatástalanságakor sem lépnek tovább, alaptalan idegenkedést táplálnak az erős opiátokkal szemben (pl. addikció, mellékhatások), ezek dokumentációjától „irtóznak”, a „ha nem írom föl, nem hibázom” elv érvényesül, a „más is kibírta már” kíméletlen szemlélete hat, s az a vélekedés, hogy „most még ne, majd a terminális időszakban”. Valójában az erős opioid terápia nem a terminális állapot kezelésére szolgál, mindig adandó, amikor a fájdalommentesség gyöngőbb analgetikumokkal nem tartható fenn. Az EAPC 2001-es ajánlása kimondja: alapvető az optimális dózisz analgetikum titrálása, illetve áttöréses fájdalom kezelése igény szerint adott azonnal ható morfin tablettával, amely akár óránként is bevehető. Erősödő fájdalomkor a hosszú hatású készítmény dózisát kötelezően emelni kell. Az analgetikus létra 3. fokán alkalmazandó ún. tiszta  $\mu$  opioid agonista szerek dózisának nincs felső határa, így dózisuk korlátlanul emelhető, a szükséges mértékig. Az opioid rotáció elve kimondja: meghatározott időközönként (3–4 hó) az erős fájdalomcsillapítót cserélni lehet (szükség szerint kell), ezáltal nő a határfok, csökken a mellékhatás. Fix dózisú opioid alkalmazása daganat okozta fájdalom csillapításában etikátlan. A krónikus, nem daganatos eredetű fájdalom csillapításában az opiát hosszú távon ugyanabban a dózisban hatékony, ha jól titrálták a kezdő dózist. – Bonyhádi doktor áttérve a neuropathiás fájdalomra, azt mondta: ennek oka egyrészt a perifériás vagy centrális idegrendszer traumás sérülése, ami az idegek rongálódásának, amputációnak, vagy a gerincvelő sérülésének következménye; másrészt a post herpeses neuralgia, vagy kapcsolat HIV általi megbetegedéssel; harmadrészt a daganat növekedése, kompresszió, és alagút szindróma; továbbá metabolikus rendellenesség

(pl. diabeteses neuropathia); illetve ischaemia (pl. agyi infarctus, stroke). A neuropathiás fájdalmak csillapításában az opiátok alkalmazását több tekintély vitatja, noha klinikai vizsgálatok szerint megfelelő indikációban (megfelelő dózisban) hatásosak. 38, opioiddal kezelt 25–82 év közti, krónikus, nem malignus betegséggel összefüggő, elviselhető fájdalomtól szenvedő beteg klinikai vizsgálata során gyógyszer abusus nem alakult ki. Az erős opiátot minden orvos fölírhatja (bizonyos megszorításokkal). – A fájdalomcsillapítás gyógyszer-csoportjain belül az előadó kitért a  $\mu$  receptor antagonistákra (morfin, fenantyl, hydromorphon, oxycodon), és a kappa receptor agonistákra (oxycodon). Részletesen bemutatta Jurnista™ OROS® Hydromorphone készítményt (fölepítés, plazmakoncentráció, adagolás, farmakodinámia, hatóanyag kibocsátás a bélrendszerben, ellenjavallatok, átváltási táblázat).

*Prof. Dr. Császár Albert* Lipidterápia 2008. című előadását azzal kezdte, hogy ebben a témában az utóbbi időben folyamatosan sok újdonság lát napvilágot, amelyek alapján a korábbi terápiás gyakorlatok változnak. Példaként fölhozta, hogy a szekunder prevencióra szoruló betegek közül az total-cholesterin (T-CHOL) értékeket kb. 15–20%-ban egyáltalán nem kezelik, illetve ha kezelik, az esetek 40%-ában nem érik el a célértéket. Ez az érték 5 mmol/l, a jelenlegi megítélés szerint pedig még kevesebbnek kellene lennie, 4,5 mmol/l-nek, noha ezt is „bársonyos” végpontként tartják számon. Amennyiben az utóbbi értéket vennék alapul, az elégtelen kezelés a kezelték 60%-ára vonatkoznék. Nem ritka, hogy nem statint kap valaki lipidcsökkentő gyanánt. Magyarországon igen kedvezőtlen a helyzet a kezelési arányt illetően, és a célértékek elérésében. A legfrissebb ajánlások 4,2 mmol/l alatti T-CHOL értéket, és maximum 2,6, illetve nagy rizikójú pácienseknél 2 mmol/l LDL-cholesterin (LDL-C) értéket jeleznek. Fiziológias értéknek tekintik a 1,3–1,8 mmol/l LDL-C-t, s a 3 mmol/l T-CHOL-t. Egyre inkább valószínűsíthető, hogy a fiziológias érték az 1–2 mmol/l LDL-C, illetve az 1,5–3 mmol/l T-CHOL. Ezen értékek mellett a cholesterolin fiziológias hatásai (membrán fölepítés, hormon szintézis) optimálisan érvényesülnek, viszont az érfalban nem halmozódik föl. Vizsgálatok tanúsítják (HPS, REVERSAL, PROVE-IT, TNT), hogy például (40 mg) simvastatinnal elérhető a 3,5-ös, (80 mg) atorvastatinnal a 2,5 mmol/l-es T-CHOL érték. Mindemellett cardiovascularis haszonnal is lehet számolni: több vizsgálat adatait összevetve kb. 16%-kal csökkennek a CV események. Átfogó vizsgálatok mellett USA-beli praxis adatok is megerősítik ezt: 0,9 mmol/l alá vitt LDL-C 49%-os túlélés javulást eredményez, de az e fölötti, ám 1,6 mmol/l alatti LDL-C is 36% nyereséggel jár. Ezek a fölismerések rávilágítottak: az erőteljesebb statin formák, a nagyobb dózisok hatására a lágy plakkok mennyisége, és cholesterolin tartalma csökken, az atherosclerosis tehát gyógyítható, regresszió érhető el (IVUS által is bizo-

nyíthatóan), s ezzel párhuzamosan a CV események száma is kedvező(bb)en alakul. Császár doktor a nagy dózissal, a gyors hatással összefüggésben kifejtette: a plakk ruptura szempontjából fontos, ám a szóba jöhető mellékhatásokra is figyelni kell. Ismeretes, hogy ferezissel hirtelen akár a felére csökkenthető a cholesterolin mennyisége a vérben, viszont a CV eseményekben ez nem jár számottevő különbséggel rövidtávon. Ellenben például (80 mg) atorvastatinnal 16 hét során a CV események 16%-os csökkenése mutatható ki, ami nem magyarázható a cholesterolin csökkenéssel. Ebből az következik, hogy a statinok rövidtávon nagyfokú pleiotrop, antiinflammatorikus hatással bírnak. A különféle statinformák (40 mg parvastatin, ill. 80 mg atorvastatin), miközben azonos LDL-C csökkenést okoznak (40%), eltérő hatékonyságúak az atherosclerosis folyamatára (a progresszió csökkentése, megállítása, illetve a regresszió irányában). A Jupiter vizsgálatban 20 mg rosuvastatint adtak normális, alacsony LDL-C szintű, emelkedett CRP szintű egyéneknek. A vizsgálatot 2008. márciusában, a tervezett idő előtt leállították, ugyanis a kezelt páciensek CV eseményei annyira meggyőzőek voltak. Végkövetkeztetés, hogy a pleiotropia és az LDL-C csökkentés együttesen jelent effektív hatást, gyors hasznot. A nagy dózissal statinoktól gyors haszon várható: az LDL-C normalizálása mellett a pleiotropia révén gyulladásgátló effektusok. Fölmerül, hogy az esetleg mellékhatások megelőzése okán a nagy dózissal statinok helyett az ezetimibbel kombinált kezelést részesítsék-e előnyben, ugyanis pl. simvastatin és ezetimib együttes alkalmazásakor 2 év alatt 16,5%-kal nagyobb LDL-C csökkenést értek el, mint simvastatin monoterápiával. Viszont: míg a nagy dózissal statinokkal rendre kedvező változások állnak be a CV eseményekben, a carotis intima-media aránya előnyösen módosul, a kombinációs kezelést követő két évben ilyen pozitívumokat nem tapasztaltak. Összességében az LDL-C csökkentése nem elég a gyors, effektív anti-atheroscleroticus hatáshoz, ehhez a statinok pleiotropikus hatása nélkülözhetetlen. Az ezetimibről elmondható, hogy az anti-atheroscleroticus hatást illetően az általa kínált többlet LDL-C csökkenés közömbös. (Az ezetimib kedvezőtlenül módosítja az LDL-C frakciók arányát: a kicsi-denz LDL-C frakció arányát növeli.) – A nagy dózisban alkalmazott statinokról az is tudható, hogy a primer stroke kialakulását akadályozza, csak úgy mint a restroke-ét. A statinok nagy dózisaival számottevő mellékhatások nem társulnak, vizsgálatok összevetéséből kiderül: az SGOT, az SGPT szintjei emelkednek az esetek kb. 2%-ában, s ez duplája a kis dózis alkalmazásakor előfordulóknak. Erre kellő figyelmet kell fordítani, ám azt is érdemes tekintetbe venni, hogy ez az 1%-os negatívum áll szemben a 16%-nyi CV haszonnal. – Császár professzor táblázatos formában mutatta be: a primer, és a szekunder prevenció eseteiben, a különféle kiindulási cholesterolin értékek (tartományok) mellett az egyes statinokból mekkora az ajánlott kezdő dózis. Az előadás

zárásaként áttekintette a kontroll vizsgálatok kívánatos menetét statin kezelés során. (A kezelés előtt: SGOT, SGPT, CPK, lipidek, kreatinin; két hét múltán: SGOT, SGPT, CPK; a kezdet után 2 hónappal: SGOT, SGPT, lipidek; félévenként a CPK kivételével valamennyi.) Továbbá a célértékek elérésének ajánlott útvonalait vázolta. Mind a primer, mind a szekunder prevencióban elsődleges az illesztett, hatékony statin terápia. Előbbiben szükség szerint szóba jöhet a kombinációs kezelés (második lépésként), illetve a továbbiakban a kombináción belül a statin dózis növelése. A szekunder prevencióban viszont a plakk stabilizálás érdekében másodjára a statin dózist kell maximalizálni, s csak az előzőek eredménytelenségekor, nem kívánt mellékhatások föllépésekor jön szóba a kombinációs kezelés.

**Dr. Ördög Katalin** Gyakorlati útmutató a mediterrán országokba utazók oltásához címen tartott előadást. Áttekintette az utazás előtti egészségügyi vonzatú teendőket, amelyeknek fontos része az útvonal ismeretében a megfelelő védőoltások kiválasztása. Szólt az oltások általános ellenjavallatairól, az oltathóság ellenjavallatairól. Egy házaspár nő és férfi tagjának föltételezett előzetes oltottságát figyelemmel kísérve, szem előtt tartva, hogy az illetők mikor, hová (Horvátország) szándékoznak utazni – bemutatta, hogy miféle lehetőségek vannak a Hepatitis A és B elleni védőoltások bead(at)ására. Kitért a Twinrix, ill. a Havrix szerek jellegzetességeire, továbbá a gyermekek, a csecsemők (Twinrix-szel történő) oltásának terápiás javallatára, az oltási sémákra. Oltási tudnivalókat ismertetett a Törökországba, Egyiptomba, Tunéziába, Marokkóba utazni szándékozók számára, különös tekintettel hastífusz elleni védőoltásra (Typherix).

A második nap első blokkját Dr. Balogh Sándor vezette, témák a Háziorvosok Országos Egyesületének bemutatása, a jelenlegi hazai egészségbiztosítási rendszer, s a több biztosítós rendszer szlovákiai tapasztalatai voltak.

**Dr. Balogh Sándor** a Háziorvosok Országos Egyesülete alapszabályát ismertette előadásában. Az egyesület célja: az általános orvoslás, háziorvoslás, az egészségügyi alapellátás működésének szakmai, gazdasági, finanszírozási, jogi környezeti támogatása és fejlesztése, érdekeinek képviselése, a tagok ismereteinek bővítése és orvosetikai nevelése. Az egyesület feladata pedig a gyógyító-megelőző tevékenység humanitárius szemléletének és módszertanának terjesztése, hazai és külföldi eredményeinek ismertetése, és az eredmények gyakorlati fölhasználásának elősegítése. Feladata továbbá a segítségnyújtás tagjai erkölcsi, szakmapolitikai és anyagi érdekének védelmében. A tevékenységi körébe az alábbiak tartoznak. A szakterületét érintő kérdésekben véleményt nyilvánít, javaslataival segíti az állami és társadalmi szervek munkáját, azokkal rendszeres kapcsolatot tart fenn, s velük céljaik elérése érdekében

együttműködik. Közreműködik a háziorvosokkal és az alapellátásban dolgozó orvosokkal társadalombiztosítási-finanszírozási és egyéb szerződések kidolgozásában, megvalósításában, finanszírozási kérdések véleményezésében, szakmai protokollok, guide-line-ok kidolgozásában. Információkat nyújt és tanácsokat ad a gyógyító és megelőző tevékenységhez kapcsolódó biztosítási és egyéb szerződések megkötéséhez. Segíti a magyar egészségügyet, a magyar orvostársadalmat érintő jogalkotó munkát, valamint javaslatokat, állásfoglalásokat, szakvéleményeket fogalmaz meg az orvosok szakmai tevékenységét és minőségét közvetlenül befolyásoló, valamint az egészségügyet egyéb módon érintő jogszabályok megalkotásához. Földrajzilag körülhatárolt területen dolgozó tagjai részére területi szervezetet, azonos kutatási területen dolgozó tagjai részére szekciót alakíthat, amelyek az egyesület irányítása mellett dolgoznak, munkájuk fedezetét az egyesület biztosítja. A területi szervezetek és szekciók nem jogi személyek. Az egyesület figyelemmel kíséri a szakterületét érintő szakmai, gazdasági, oktatási és továbbképzési kérdéseket, javaslataival és bírállataival segíti azok megoldását, fejlesztését. Elősegíti és népszerűsíti a háziorvoslással és az egészségügyi alapellátással kapcsolatos életpálya-modell kiteljesedését. Javaslatot tesz kiemelkedő munkát végző tagjainak kitüntetésben, állami díjban való részesítésére. Tudományos pályázatokat írhat ki, pályadíjat tűzhet ki, jutalmakat adhat, emlékérmeket alapíthat. Szakfolyóiratot ad ki, időszakos kiadványokat, könyveket jelentet meg, javaslataival és bírállataival segíti az orvostudományi könyvkiadást. Munkájába bevonja azokat a szakembereket, akik az egyesület céljai elérésében segítségére lehetnek. Szoros kapcsolatot tart fenn és együttműködik az orvosi érdekvédelmi szervezetekkel. Megőrzi és fejleszti az egyesület haladó hagyományait. Az egyesület tevékenységével kapcsolatos oktatási, képzési feladatokat is ellát, amelyek keretében segíti és támogatja tagjai szakmai, gazdasági, és jogi ismereteinek bővítését, szakmai továbbképzését és szakképzését. Az egyesületnek lehetnek rendes, tiszteletbeli és pártoló tagjai, illetve szerződéses partnerei.

**Dr. Füredi Gyula** Az egészségbiztosítási pénztári rendszer Magyarországon címen tartott előadást. Előre bocsátotta, hogy a témát illetően sok a bizonytalanság, a változás periódusát éljük, s ő igyekszik az előadásában azokra az elemekre koncentrálni, amelyek a jelenre érvényesek, s vélhetően a rendszer stabil elemei. Abból indult ki, hogy az egészségügyi ellátás központi figurája a háziorvos, célszerűen bármilyen szisztémának erre a tényre kell alapozódnia. Bevezetőként azokat a kérdéseket is fölvetette, amelyekre a megoldás érdekében a jó válaszokat kell adni. (Miért kell a reform? Mi a reform iránya, célja, filozófiája? Milyen lesz az új rendszer? Mi fog történni? Miért lesz ez jó a betegnek, a lakosnak, az országnak, a szakmának?) – Kifejtette, hogy az 1990-

ben megváltozott, s azóta is változó társadalmi, gazdasági helyzet az egészségügyi rendszert sem hagyta érintetlenül. Az EU konszenzus is tartalmazza a szolgáltatások minőségének javítását, az ellátórendszer igazságosságát, a javuló költséghatékonyságot, a fenntarthatóságot. Az európai egészségügyi ellátásban nincs ugyan egységes modell, irányelvek sincsenek, van viszont közös értékrend, amely alapja a szolidaritás, az igazságosság, a méltányosság, a fenntarthatóság. Kontinensünk valamennyi országában jelentkeznek azok a nehézségek (a szerzett jogok csapdája: azaz lehetséges-e összeegyeztetni a versenyképességet és az öröklött jóléti rendszerek fenntartását, demográfiai trendek, technológiai robbanás, politikai in/stabilitás), amelyek mindenütt a jóléti rendszerek fölülvizsgálatát kényszerítik ki előbb-utóbb. A hazai egészségügyi reform központi folyamata a kötelező egészségbiztosítási rendszer átalakítása (a szerkezetátalakítással, a népegészségügyi programmal párhuzamosan), s ezek meghatározó tényezői ennek a kormányzati ciklusnak. Az előadó kitért a tervezett változásokkal kapcsolatos tévhitekre (pl. amerikanizálódás, üzletivé alakul a rendszer, szűkülnek a jogok, a szegények és a gazdagok közti különbségek nőnek, önhibán kívül ki lehet kerülni az ellátottak köréből), s sorra vette az érveket velük szemben (pl. garanciális elemek biztosítják a szolidaritást, a nemzeti kockázatközösség elveinek betartását, nincs kockázat-szelekció, nem emelkedik a járulék, mindenkire érvényes a biztosítás stb.). Végeredményben az új modell a szocialisták és a szabad demokraták álláspontjainak kompromisszumaként állt elő, lényege a szolidaritás és a verseny együttes érvényesülése. A konstrukció egységes társadalom-biztosítást jelent, viszont az OEP feladatai kettéválnak: az Országos Kockázatkezelő Alap (OKA), illetve a kezelője jelenti a nemzeti kockázat-közösséget, s végzi a központi feladatokat, az egészségbiztosítási pénztárak pedig a fejkvóta szerint leosztott pénzből szervezik az ellátást a pénztár tagjainak. A rendszer kereteit továbbra is az országgyűlés, illetve a kormány határozza meg, a részleteket viszont az ún. díjtétel, és fejkvóta bizottságok, amelyek fölépítése és működése is szabályokhoz van kötve. Végül Füredi doktor összefoglalta: miről szól ez a törvény, s mit nem tartalmaz, illetve miféle előnyökkel jár majd. A szakma szempontjából például: tisztább, egyértelműbb viszonyok teremthetnek: mi jár a betegnek, miért kérhető többletdíj stb., javul a jövedelmi pozíció, az alapellátás fölértékelődik.

**Dr. Pásztor László** A többbiztosítós rendszer tapasztalatai Szlovákiában című előadásának középpontjába a magánorvosok szlovákiai szövetségével kapcsolatos eseményeket, történéseket állította. Először a szlovák viszonyokról szólt néhány szót: 5,5 milliós a népesség, 18000 orvos dolgozik, közülük 8500 magánorvos, ebből 2200 házi orvos. A praxisok privatizációja a házi orvosokra vonatkozóan 1994-ben, a járóbeteg

szakrendelésben egy évvel később kezdődött. Mára a házi orvosok 95%-a, az ambuláns szakorvosok 70%-a tartozik a magán szektorba. A magánorvosok 1994-ben az orvosi kamarájuk szekciójaként kezdtek önállósulni, megtapasztalva a kamarán belül a nehézkes döntéshozatalt, az érdekbeli ütközéseket, a politikai széthúzásokat. Egy év múltán, 1995. novemberében Eperjesen alakult meg a független, érdekvédelmi szervezetük. Mára 3600 tagot számol az egyesület, a magánorvosok fele tagja a szervezetnek, s a házi orvosokon kívül egyéb orvosi szakmák is képviseltetik magukat. A tagság önkéntes, a tagok tagdíjat fizetnek, ez fedezi a gazdálkodást. Partneri viszonyban állnak az országgyűléssel, az egészségügyi bizottsággal, a megyei és a helyi önkormányzatokkal, az egészségügyi biztosítókkal, a nyugdíj-pénztárakkal, az egészségügyi felügyelettel, az orvosi kamarával, az orvosi tudományos társaságokkal, az orvosi továbbképző intézményekkel, az akkreditáló testületekkel stb. Az egyesület mára a szlovák egészségügyben megkerülhetetlenné vált. Nemzetközi kapcsolatokat is ápolnak (UEMO, UEMS, EANA). Kommunikációjukban fontos szerepet kapnak a médiumok (tévét, rádiót, sajtótájékoztatókat, riportokat, cikkeket, egyebeket). Szervezeti struktúrájukat illetően területi (minden járásban van alapszervezetük) és szakmai (minden szakmának van szakmai szekciója, szám szerint 22) szempontok egyaránt érvényesülnek. Az országos közgyűlés a legfőbb irányító szervük, Pozsonyban székel a központi titkárság. A vezetésben profi team tevékenykedik (pl. jogászok, közigazdászok, média szakember is). A tagok közt a kapcsolattartás változatosan folyik (levél, sms, e-mail, web, vitafórum), személyes szavazással döntenek lényegi kérdésekről. A szervezet fő céljai közé tartozik az egészségügyi biztosítókkal szembeni érdekvédelem, a törvénykezési munkában, a minisztériumi rendeletek meghozatalában tanácsadás, a magánorvosok imázsának javítása. Ún. leányszervezeteik is vannak, például a Sanus nevű szervezet jogosult az adózó állampolgárok adójának ide irányított 2%-át fogadni, de van olyan alapítványuk is, amely a jogtalanul üldözött orvosoknak segít igazuk érvényesítésében. Mintegy betét-előadást tartva a továbbiakban Dr. Sebők Zoltán vette át a szót, s a Zdravita „Az egészséges életmódról” nevű, mára 2400 tagot számláló polgári társulásról beszélt, amelyet 2004-ben 5 magánorvos alapított Besztercebányán. A házi orvosok 40%-a tagja a Zdravitának, ez a hat szlovákiai egészségügyi biztosító egyikeként a tagjai számára 1–2 SK-val több fejpénzt garantál a többenél, a preventív vizsgálatokat illetően 0,80 fillér helyett 0,85 fillért ad pontértékenként, s a Zdravita tagjaira a többi egészségügyi biztosító szankciói nem érvényesek (pl. az engedélyezett gyógyszerkontingens túllépése miatt). Végül újra Pásztor doktor arra hívta föl a résztvevők figyelmét, hogy az orvosok és az egészségügyi biztosítók közti, most körvonalazódó, magyarországi helyzetben a doktorok vértessék föl magukat az érdekeik védel-



mére, fogjanak össze. A megkötendő szerződések szövegét gondosan tanulmányozzák (rögzítsék a tárgyat, a feltételeket, a szankciókat, a fölmondási feltételeket, a hatályosságot, az érvényességet, az árakat, a finanszírozási technikákat, esetlegesen a teljesítmény volumen korlátot...). Tanácsa szerint az ún. fejkvóta legyen korcsoportonként differenciálva, s fedezze a praxis fix költségeit. Egyéb, akár aktuális egészségpolitikai megfontolásból végzett szolgáltatásoknak is legyen kialakított ellentételezésük (pl. EKG, szűrő vizsgálatok, oltások stb.), valamint a minőség garanciájának, fejlesztésének elemei is épüljenek be a rendszerbe. Mindehhez elengedhetetlen a professzionálisan fölkészült stáb (adatok ismerete, célszerű tárgyalási technikák megválasztása, nyomásgyakorlási eszközök alkalmazása stb.). Befejezésül arra intett a saját tapasztalatai alapján, hogy nagyon fontos az összefogás, a témát illetően nem a tudományos szervezetek hatékonyak, sem az orvosi kamara, hanem független, profi szervezetet kell kreálni. Bizonyos pénzügyi háttér szükséges, és keresni kell a szövetségeseket.

Ugyancsak Dr. Balogh Sándor vezette a délelőtti másik blokkját is, amelyben a háziorvosi kompetenciáról, a többletfinanszírozás lehetőségeiről szóltak az előadások.

**Dr. Dobos Éva** Háziorvosi hatásköri lista címen adott elő. Bevezetéként a háziorvoslás WHO szerinti jellemzőit tekintette át (általános, folyamatos, átfogó, koordináló, kollaboratív, családi és közösségi alapú). Vázolta azt a sokrétű folyamatot, amely a páciens a praxisban való első megjelenésétől az onnani kijelentkezésig terjed. Külön szólt az egészségügyi ellátás főfolyamatán belül a szakmai, valamint a kiszolgáló folyamatokról, a prevenció, a diagnosztika, a terápia és a gondozás egymásra épüléséről, s mindezek külső és belső kapcsolódási pontjairól. Elmondta, hogy a Háziorvosi hatásköri lista (HHL) a háziorvosok számára definiálja a vállalható és teljesíthető tevékenységi kört, s át is tekintette ezt. Hivatkozott az ún. szakmai protokollokra (hypertonia, diabetes mellitus, COPD, dyspepsia). Kitért a tevékenységi köröket elemezve a finanszírozás forrására, a kötelező fejkvóta szerint finanszírozott tevékenységekre, s a kiegészítő finanszírozásra. Arról is említést tett, hogy bizonyos dokumentált jártasság (pl. egyéb szakvizsga) följosít további tevékenységek elvégzésére, ugyancsak kiegészítő finanszírozás keretében. Ezzel összefüggően speciális szempontoknak is érvényesülniük kellene. A továbbiakban bemutatta a HHL fölépítését, fejezeteit, majd a háziorvosi praxis lehetséges finanszírozási formáit vette számba (alap: fejkvóta; kiegészítő díjazás: teljesítmény alapú tb finanszírozás, díjtételes alapú, beteg által térített szolgáltatás, amelyet vagy a beteg fizet számla ellenében, vagy kiegészítő biztosítás fedez). A háziorvosi praxis teljesítmény alapú kiegészítő társadalombiztosítási finanszírozása tárgyában elhangzott: a

háziorvosi szakmai kollégium javaslattal élt bizonyos tevékenységeket illetően (pl. ABPM: 2500 Ft, alapszintű spirometria: 760 Ft, Holter EKG (4600 Ft, műszeres hallásvizsgálat: 500 Ft, varrat-, kapcsolás: 222 Ft). A tb által jelenleg nem finanszírozott, vagy nem elkülönülten finanszírozott teljesítmények legyenek teljesítmény alapon finanszírozva (pl. streptococcus gyorsteszt, dohányzás leszoktató program, ill. a prevenció tevékenység kapcsán a törzskarton megújítási program).

**Dr. Kozma Anna** Kiegészítő finanszírozás a háziorvosi ellátásban – Teljesítmény díjazás című előadásában bevezetőként a létszámon nyugvó finanszírozás hátrányait foglalta össze (az ellátottak számának emelésére ösztönöz, függ a település szerkezetétől, nem minősít a kis, illetve a nagy kártyaszám, a minőségi munkát nem honorálja). Példának fölhozta a tevékenységüket bővítő praxisokat, amelyek ugyanannyi finanszírozást kapnak, mintha csak az alaptevékenységüket végeznék, holott több dolgozót foglalkoztatnak, nagyobb az anyag- és eszköz-költségük, a rezsijük. A finanszírozás módosítása tehát szükséges. A továbbiakban arról volt szó, hogy az ellátott páciensek száma alapvetően mérvadó, ám az eddigi alapfinanszírozás mellé kiegészítő elemeket lenne célszerű beilleszteni. Fontos, hogy mindezeket törvény szabályozza, a beépíteni kívánt elemek népegészségügyi jelentőséggel bírjanak, s érvényes irányelvek vonatkoznak az adott tevékenységre. A kiegészítő finanszírozás további szempontjai: önkéntesen vállalhassa bármelyik praxis, az adminisztratív terheket ne fokozza indokolatlanul, egyértelmű és mérhető legyen, emelje az ellátás minőségét, s ne térjen el jelentősen a rendes napi tevékenységtől. Kozma doktornő ezután az 51/1997. (XII. 18) NM rendeletet idézte: a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, a betegségek megelőzését és korai fölismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szólót. Ennek kapcsán áttekintette az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendszerét (kezdve a 21 éves kori felnőtt alapstátusz meghatározásával). Amennyiben a szűrőprogram az előírtak szerint beindul, az ország népessége folyamatosan bekapcsolódik a procedúrába, hozzávetőleg két év alatt Magyarország népessége a rendelkezések szerint átszűrhető. Ezzel az alapellátásban végzett, költséghatékony eljárással releváns adatok gyűjthetők a lakosság egészségi állapotáról. Végül egy hozzávetőleges kalkulációról hallottak a jelenlévők a szűrővizsgálatra vonatkozóan. Amennyiben föltelezünk egy 1500 fős körzetet, s a teljeskörű szűrésére 2 évet számunk, egy-egy évre 750 szűrés esik, kb. heti 15. Anyagiakkal (pl. 3000 Ft-tal) ellentételezve a szűrés, az előbbiek alapján a praxis havonta 200 000 Ft kiegészítő javadalmazáshoz jutna (15·4,5·3000=202500).

**Dr. Balogh Sándor** A háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás finanszírozási és ellátási rendjének változtatását

szolgáltató javaslatok című előadásában először az elismert és elfogadható kompenzáció köréről szolt. Következő fejezetként a teljesítmény finanszírozás kérdéseit elemezte. Ennek egyik esete a praxis által ellátott (tovább nem küldött) páciensek forgalma szerinti fix díjazás. Ez a valódi ellátási teljesítményt méri, a definitív ellátásra ösztönöz. Vidéken a specifikus tényezőkre (pl. kevesebb továbbküldés) figyelemmel kell lenni, illetve a házi gyermekorvosok „vizitdíj visszapótlását” igazságosan kell megoldani. További lehetőségek a törzskarton megújítását veszik alapul, valamint az OENO kódok szerint az egyes, tételesen finanszírozható beavatkozásokra épülnek. A harmadik témakörben a térítési díjas szolgáltatások szerepeltek (co-payment rendszer bevezetése a házi orvosi kompetencián kívüli, de a házi orvos által elvégezhető ellátások és kényelmi szolgáltatások díjtételeire; a szakértői díjak emelése, pl. látélet, jogosítvány, kishajó vezetői engedély, hobbi, sport igazolások, lőfegyver viselési engedély, önkéntes egészségpénztári igazolások, egyebek esetében; foglalkozás egészségügyi díjtételek). A negyedik átfogó témaként a rendszerszerű fejlesztések, az intervenció kerültek a fókuszba. Ezek módjai: a fix díj emelése (meghatározott szabályokkal), a humán erőforrás fejlesztése (adott kertetek között), a kistérségi gyakornoki rendszer (az OALI szervezésében már folyik) kiszélesítése, az ún. kistérségi együttműködés bevezetése, elterjesztése (pontosításra váró feltételek alapján, az OALI koordinálásával), a személyhez kötött működtetési jog megvásárlásának zavartalanabbá tétele. Végül Balogh doktor egy hozzávetőleges számszaki becslést tett közzé az elmondottak költségvonzatairól: ezekre a 2008-as évben 6,7–7,4 milliárd forintot kellene fordítani.

A délelőtti folyamán másik helyszínen az OALI kötelékében dolgozó, ún. helyettesítő házi orvosok munkaértekezlete zajlott.

Délután kezdődött a nemzetközi szekció, amelynek első felében Dr. Jávör András volt az üléselelnök. (Az előadásra is fölkerült Dr. Ala Nemerenco nem érkezett meg Moldáviából.) Ekkor jobbára az egészségbiztosítási finanszírozási aspektusai kerültek előtérbe.

**Dr. Jörg Pruckner** Ausztriából érkezett, ő a biztosítási rendszer és a magánpraxis EU-beli helyzetét elemezte fölhasználásában. Elmondta, hogy Európa szerte többségben vannak a szabadon praktizáló orvosok. Véleménye szerint a házi orvosi és a szakorvosi ellátást valamilyen módon közelíteni kellene egymáshoz. A várólisták többé-kevésbé mindenütt ismeretesek, azonban ezeket egyes országokban másként kezelik, például Finnországban a páciensnek a panaszával 1 héten belül el kell érnie a házi orvosához, 3 héten belül szakorvoshoz. Az egészségügyben országonként egyéb vonatkozásokban is jellemzőek a különbségek, egyebek mellett a vidék-város viszonylatában, vagy a biztosítási rendszerben. Ausztriában a páciensek korlátozás nélkül folyamodhatnak szakorvoshoz, házi orvosi beutaló

nélkül. A doktorok az ellátott betegek arányában kapják a javadalmazást. Az orvos többnyire a biztosítóval áll szerződéses kapcsolatban, a páciens a „kártyájával” igazolja a megkapott „szolgáltatást”. A rendszer hátránya, hogy az orvos valamennyi előleget kap ugyan a munkájáért (kb. a tényleges díj harmadát), ám a többire nem ritkán fél évet is várnia kell. Más típusú az az ellátási forma, amikor az orvos nem szerződik biztosítóval, ilyenkor a beteg fizet az ellátásért, s a kapott számla ellenében ő jár el a biztosítónál. A biztosítóknak az utóbbi ellátási típus nincs ingykre, ugyanis ez esetben nincs módjuk az árat leszorítani. A gyógyszerek fölírását illetően Ausztriában létezik értékhatár, amely fölött az orvosnak fizetnie kellene, de ezt a kormány eddig nem érvényesítette. Pruckner doktor arra is kitért, hogy a rendszerszerű egészségügy válságának korát éljük. A biztosítás tekintetében az állami biztosítók mellett általánosak a magánbiztosítók; utóbbiakkal az orvosoknak több a konfliktusuk. Befejezésül kifejezésre juttatta, hogy az alapellátásra európai standardot kellene összeállítani, s ezeket alkalmazni egyöntetűen minden országban, s ezeket kellene folyamatosan fejleszteni.

**Dr. Gálfy Zsuzsa** A családorvosi ellátás finanszírozása Romániában címmel adott elő. A Maros megyei egészségügyi biztosító pénztár adataira támaszkodott, amelynek 542 136 biztosított tagja van, s 308 családorvossal van szerződése. Elsőként azt mondta el, hogy a doktorok finanszírozása egyrészt a biztosítottak után, fejenként járó pontértékek, másrészt az adott szolgáltatás, illetve az ehhez rendelt pontértékek alapján történik. A kettő egymáshoz viszonyított érték aránya: 85%: 15%. A pontoknak negyedévente, az országos összesítések szerint korrigált pénzértéke van, amely nem lehet kevesebb egy bizonyos összegnél (2008-ra 1,24 euro van előirányozva a per capita tekintetében). A pontértékek mások a különböző korcsoportokban (pl. 1 év alatt 14,5, 60 év fölött 12,5, 5 éves kortól 60 éves korig 10 pont). A szolgáltatások pontértékéhez rendelt pénzérték 2008-ban minimálisan 0,51 euro. Például a szülészetről elbocsátott csecsemő otthoni vizsgálata 15 pont, védőoltás beadása 4 pont, terhesség nyilvántartásba vétele 10 pont, a TBC-s beteg 40 pont, sürgősségi szolgálat ellátása 10 pontot jelent óránként stb. Gálfy doktornő külön megemlékezett a lakosság egészségi állapotát fölmérő nemzeti programjukról, amely 2007. júliusától folyik, s várhatóan 2008. december végéig tart. Ez külön jövedelmet jelent, páciensenként az általános vizsgálatért, és az anamnézis felvételéért 4,1 eurot, a számítógépes adatfeldolgozásért pedig 0,13 eurot. Befejezésül még föl sorolta azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a biztosító pénztár nem térít: orvosi igazolások, bizonyítványok kiállítás, nem biztosított páciensek ellátása stb.

**Dr. Vaclav Šmatlák** a cseh alapellátásban a biztosítótól függő szolgáltatás és elszámolás helyzetét tekintette át.

Történeti visszatekintés gyanánt visszanézett az 1989-es időkre, a „bársonyos forradalomra”, illetve az ennek következtében alakuló folyamatokra, az 1990 és 1992 közt érlelődő konszenzusos egészségügyi törvényre, 1993-ra, az egészségügyi ellátók magánosításának idejére. 2006-ból származó statisztika szerint az alapellátásban 5123 háziiorvosi praxisuk volt, amelyekbe 14 éves kortól kerültek a páciensek, egy-egy háziiorvosnak átlagosan mintegy 1600 páciense volt, naponta hozzávetőleg 44 páciens jutott egy orvosra. A gyermekorvosok száma 2120 volt, ők 18 éves korukig fogadhatták a pácienseket, tehát a 14 és 18 éves korúak tartozhattak akár gyermekorvoshoz, akár háziiorvoshoz. A rendszerbe tartozott még például 1237 nőgyógyász, 6051 fogász is. A háziiorvosok 59%-a nő, a háziiorvosok 55%-a 50 évnél idősebb. A praxisok 85%-a használt számítógépet. A cseh szisztémában a háziiorvosok kapuőri funkciója halvány. Vannak kötelező szolgáltatásaik, ezeket a biztosítóval kötött szerződés, illetve ez alapján kapott ellentételezés fejében látják el, ilyen feladatuk a prevenció, s az oltások beadása is, s vannak fakultatív, opcionális szolgáltatások (pl. szemészet, fizioterápia, EKG). A fejkvóta vonatkozik többek között a vizsgálatra, kontrollra, telefonos konzultációra, otthoni vizitre, edukációra; ezen kívül áll a prevenció, az oltások zöme, az éjszakai kiszállás, összesen mintegy 60–70 szolgáltatás. A cseh alapellátásban is 5 napot dolgoznak hetente, egy nap 5 óra a rendelés, 2 óra jut a betegek otthonában való vizitre, 1 órányi az adminisztráció. – Az előadó a továbbiakban érintette a képzésük, posztgraduális képzési rendjük sajátosságait, majd rátért az egészségügyi biztosítókkal kapcsolatos kérdésekre. Mára a kezdeti 24 biztosítóból 10 maradt. A populáció 67%-ának van biztosított jogviszonya. Évente egyszer lehet biztosítót váltani. Az ellátók a biztosítókkal szerződnek; a javadalmazásukban a fejkvóta és a szolgáltatás aránya 85:15%. Létezik náluk vizitdíj, ez a praxisok bevételének kb. 10%-a. Mostanra kivívták, hogy a biztosítók 30 napon belül folyósítják az orvosok pénzét. Náluk sem határtalan a gyógyszerrendelési kvóta, túllépve a megszabott határon bizonyos %-ot büntetésül be kell fizetni. Végül két szempontra hívta föl a jelenlévők figyelmét: az orvosok ne mondjanak le érdekeik érvényesítéséről az egészségügyi rendszeren belül sem, ne is hagyják ezt másra; valamint törekedjenek minden körülmények közt a minőségi szempontok fölülkerekedésére.

Az előadások után kérdések, hozzászólások hangzottak el, egyebek mellett arról bontakozott ki kisebb polémia, hogy a háziiorvoslásban mennyire általános az ún. kapuőri szerep, tekinthető-e elavultnak, amely átadja a helyét a praxisközösségeknek.

Szünet után a nemzetközi szekció munkáját **Prof. Dr. Géher Pál** vezette tovább. A központi téma ekkor az alapellátás humán erőforrásának helyzete volt. Géher doktor bevezetésül a háziiorvosi képzés kapcsán, az

alapszakképzés 3 éves, és a más szakmából való átképzés 1–2 éves időszakával számolva arra a következtetésre jutott, hogy a hazai képzési helyeken (orvosegyetemeken) évente 110–120 fő lép be a rendszerbe. Föltételezve, hogy egy doktor 27 évesen kezdi az orvoslást, majd 35 év múlva, 62 évesen nyugdíjba vonul, s tekintetbe véve a hazai praktizáló háziiorvosok számát, legalább 210 fő képezné a folyamatos utánpótlást.

**Dr. Papp Renáta**, az OALI osztályvezetője a háziiorvosi utánpótlást elemezte egy UEMO felmérés alapján. A Háziiorvosok Európai Uniójának (UEMO) egyik munkacsoportja adatokat gyűjtve, és esszébeli válaszok alapján tekintette át a tárgykört. 1994 és 2004 között például az volt tapasztalható, hogy függetlenül az egyes országok népességétől, mindenütt nőtt az aktív orvosok száma. Az is általánosan igaz, hogy a páciensek vélt, vagy valós szükségletei is növekedtek, nőtt a krónikus betegek száma, a kezelés lehetőségei szintén kiterjedtek, egészében nőtt az igény az orvosokra. Természetesen ennek finanszírozási következményei is jelentkeztek, s ezzel párhuzamosan az egészségbiztosítók kondíciói sem maradtak érintetlenek. Az áttekintett 10 éves periódusban az aktív háziiorvosok száma mindenütt nőtt (a vizsgált országok körében): egyes országokban különösen (pl. Svájcban 35%-kal. Ausztriában 21%-kal, Portugáliában 29%-kal), hazánkban sajnos mindössze 11%-kal. A számbeli változások nem magyarázhatók azzal, hogy az adott országban az ún. kapuőri szerep jellemző-e a háziiorvosi ellátásra vagy sem. A bemutatott hazai adatsor szerint az 1960 és 2005 közt eltelt 45 év alatt a praxisok száma a kezdeti emelkedés után (kb. 3300-ról 2000-ig 5160-ra nőtt), stabilizálódni látszik. Az aktív doktorok számához viszonyítva a háziiorvosok számát, a következő tapasztalható (ismét csak függetlenül a kapuőri szereptől): Ausztriában az arány 40% fölötti, hazánkban ennek a fele, amivel a középmezőnyben vagyunk. Papp doktornő hivatkozott az egészségügyi közgazdászok körében elfogadott arányra, miszerint a háziiorvos-orientált országokban a háziiorvosok célszerű aránya az összes doktor százalékában kb. 40%. – A háziiorvosok átlagos életkora nálunk 52 év, ennél 5 évvel rosszabb a helyzet Dániában, 6-tal jobb Ausztriában. – A 2006-ig terjedő 16 éves periódusban számottevően nőtt a koros(odó) háziiorvosok száma, nőtt az arányuk a háziiorvos populáción belül. Ez a fenyegető adat (a 60 éven fölüli háziiorvosok nagy száma) ráadásul kistérségenként, mikrorégióként halmozódást mutat. Értelmszerűen növelni kellene a háziiorvosi képzésbe belépők számát, valamint azt is el kellene érni, hogy minél kevesebb legyen a pályát (országot) elhagyók száma. Például 2004-ben a képzésbe belépők aránya a praktizáló háziiorvosokhoz képest itthon kb. 1,5%; Horvátországban és Angliában viszont kb. 7%. Igaz, hogy ezek relatív adatok, az utóbbi országban ettől függetlenül alapvetően igen kevés a háziiorvos. – Ismeretes néhány általános nehézség, amely a kontinensünk

egészségügyi alapellátásában mindenütt jelentkeznek kevés a képzett házi orvos; a meglévők közül sok az idős; a házi orvosi hivatás választására kicsi a motiváció; igen nagy a házi orvosok terhelése. – Az egyes országok különböző elemeket részesítenek előnyben gondjaik enyhítésére, pl. Belgiumban a csoportpraxisok kapnak prioritást, Dániában a képzésben résztvevők számát gyarapítják, Luxemburgban a rezidensképzést teszik vonzóbbá, a munkaterheken enyhítenek (pl. az ügyeleti teendők átcsoportosítása), Anglia külföldről csábít orvosokat, itthon a betöltetlen praxisok ellátását célozza a praxisprogram.

**Dr. George Haber** a házi orvosok utánpótlásának romániai állapotát tekintette át. Legfőbb gondként a nagymértékű migrációt említette, amely az ország uniós csatlakozásával fölerősödött. Nehezíti a helyzetet, hogy a döntéshozók mintha nem észlelnék a dolog fenyegető voltát. Haber doktor fontosnak tartja probléma megfelelő szintű kezelését, eredményes stratégia körvonalazását, kellő anyagi tényezők ráfordítását, a feltételek többirányú javítását.

**Dr. Vaclav Šmatlák** a cseh viszonyokról kiemelte, hogy náluk is elégtelen a házi orvosok utánpótlása. Hiányoznak a fiatal orvosok, a praktizálók átlagos életkora 52 év. Az orvosok idejében fölvetették ezt a problémát, azonban a döntéshozók nem fordítottak rá kellő figyelmet. Pár évvel ezelőtt még 120 új házi orvos kezdett praktizálni évente a házi orvosi rendszerükben, az utóbbi két évben mindössze 7, illetve 20 fő állt be. – Újabb, részben EU-s pénzek segítségével hozzáálltak a helyzet javításához. Részben az anyagi feltételeken változtattak, részben szerkezeti korrekciókat végeztek (például a posztgraduális képzés idejét rövidítették).

**Dr. Grósz András** Házi orvosképzés a tartósan betöltetlen házi orvosi körzetekben című előadását annak táblázatos bemutatásával kezdte, hogy a magyarországi 6801 házi orvosi körzet miként tagozódik területi ellátási kötelezettséggel bíró (6418) és e nélküli (383) körzetre, s ugyanilyen szempontból hogyan alakul az arány a 3674 felnőtt, 1545 vegyes és 1582 gyermek körzetben. Azt is szemléltette, hogy ellátatlan 43 felnőtt, 103 vegyes és 16 gyermek praxis (összesen 162). Folytatásként arról beszélt, hogy mi a házi orvosi rendszerbe állás módja: a gyermek körzet esetében szakvizsga, a vegyes, ill. felnőtt körzetekben szakvizsga, licencvizsga, ill. az ún. praxisprogram. Az utóbbi 2006. január 1. óta van érvényben, az OALI koordinálásával vette kezdetét és működik azóta annak érdekében, hogy a betöltetlen körzetekbe kerüljön orvos. A program tkp. a házi orvos képzés speciális formája, amelyet bizonyos jogszabályok foglalnak keretbe (házi orvosi, képzési, finanszírozási jogszabályok). A képzésre vállalkozók a házi orvosi szakmai kollégium elnöke által előírt képzési tervnek megfelelően (kb. 2,5–5 év alatt) folytatják tanulmányaikat,

miközben helyettesítő házi orvosi tevékenységet látnak el, az OALI eljárásrendje szerint, a mentorral folyamatosan konzultálva. A szakvizsgával záruló képzés után lehetővé válik a körzet önálló ellátása. Ez a képzési mód valamelyest enyhíti a házi orvosi utánpótlás egyre súlyosbodó gondját.

A nap utolsó periódusában, amelyben Dr. Becka Éva, az OALI szakmai igazgatója látta el az üléselelnöki teendőket, az onkodermatológia és a homeopátiás terápia tárgyában hangzott el egy-egy előadás. (Prof. Dr. Nékám Kristóf tervezett előadása az allergiaközpontok és a házi orvosok együttműködéséről az előadó távolléte miatt elmaradt.)

**Dr. Oláh Judit** Mit tehetünk a bőrdaganatok megelőzéséért? című előadása elején a melanoma hazai incidenciájáról mutatott be adatokat: ezek folyamatosan növekednek (kb. 1200-ról 1700-ra). Másik ábrán azt szemléltette, miként növekedett Szegeden 1980-tól 2006-ig a melanoma malignum incidenciája (5-ről 30-ra), majd bőrdaganatok fotóit vetítette (lentigo maligna melanoma, felszínesen terjedő melanoma malignum, nodularis melanoma, acrolentiginosus melanoma malignum, nyálkahártya melanoma). A betegség kiváltó okaiként számba vette a genetikai tényezőket, a fokozott UV expozíciót, ennek kapcsán a levegőszennyezés tényezőit (pl. szén-dioxid, metán, freonok, nitogén-oxidok stb.). Megemlítette a napozási szokások változását is. A bőrdaganatok megelőzését illetően a fölvilágosító programokról (tévét, rádiót, újságok), a szűrővizsgálatokról tett említést. Áttekintette azt a hálózatos kapcsolatrendszert, amely összefűzi a házi orvosokat, a járóbeteg szakrendeléseket, az onkodermatológiai centrum ellátó helyeit (bőrsebészeti ambulancia, általános bőrgyógyászati ambulancia, általános onkológiai ambulancia, melanoma szakambulancia, onkológiai osztály), s egyéb intézményeket (pl. dermatopathológia, dermatochirurgia). Fölsorolta, mit tehetnek a laikusok a bőrdaganatok megelőzéséért: rendszeres önvizsgálatot, orvosi/bőrgyógyászati ellenőrzést kell tartaniuk, az életmódjukkal a kockázatot kerülniük kell, ennek része a megfelelő fényvédelem. Ismertette a bőr önvizsgálatának 8 lépéses menetét, kitért a fényvédelem eszközeire (ruházat, szerek). Az elektromágneses sugárzás fizikai, fiziológiai jellegzetességeire is kitért, különös tekintettel a nagy energiatartalmú UV sugarakra. A rizikótényezőket csoportosította: nagy rizikót jelent pl. az extra fényhatás, a csökkent barnulási képesség, a terhesség, sérülések, sebhelyek, a fényérzékennyé tevő gyógykezelések; közepes rizikót jelent a világos bőr, a leégésre való hajlam; s viszonylag kis rizikója van a kreol bőrűeknek, valamint azoknak, akik nemigen égnek le, ám könnyen barnulnak. Oláh doktornő a továbbiakban a Magyar Dermatológiai Társaság 2007-ben rendezett Melanoma napjáról beszélt (miként szervezték, hogyan kommunikálták, hol tartották, hányan vettek részt rajta, a résztvevők különféle szempontok szerint miként

oszlottak meg, miféle kérdésekre kértek és kaptak választ stb.), s fölhívta a figyelmet a 2008-ban is megtartandó hasonló rendezvényre.

**Dr. Zarándi Ildikó** előadása a Homeopátia – a szelíd gyógy mód címet kapta. Bevezetesként a homeopátia ismérveiről volt szó. Ez terápiás módszer, amely a testre és a lélekre egyaránt hat, természetes alapanyagból készült szerekkel. A gyógyszerek a szervezet öngyógyító mechanizmusát stimulálják, mellékhatás mentesen. (Maga az elnevezés a görög *homoin pathos*=hasonló szenvedés kifejezésre vezethető vissza.) Hippokratész az i.e. 5. században azt tartotta: „Ugyanazon dolgok, amelyek kiváltották a betegséget, meg is gyógyítják azt”. Mai megfogalmazásban: ugyanazon anyag gyógyítja a betegséget, ami toxikus dózisban hasonló tüneteket idézne elő. Friedrich Samuel Hahnemannt tekintik a homeopátia atyjának, 1755-től 1843-ig élt, orvos volt, vegyész és gyógyszerész. 1796-ban adta ki első könyvét, ez az év a homeopátia születési éve. Legfontosabb könyve a racionális orvoslás eszközeit veszi számba (a német címének kulcsszava alapján tartják számon: *Organon*). Magyarországon a homeopátia elterjesztésében Bakody József érdemei elvülhetetlenek: az 1831–32-es kolerajárvány idején sikerrel gyógyít *Arsenicum album*mal. Az 1860-as évektől fölvirágzik a hazai homeopátia: rendelők szaporodnak, egyetemi tanszékek jönnek létre, osztályok nyílnak, nemzetközi konferenciát tartanak. 1949-től az ismeretes történelmi okokból Magyarországon betiltják a homeopátiát, s e tilalmat csak 1991-ben oldják föl. 2000-ben zajlottak az első homeopátiás vizsgák orvosoknak, gyógyszerészeknek. – A homeopátia 3 alapelven nyugszik. A hasonlóság törvénye (*Similia similibus curentur*) értelmében a hasonlót a hasonlóval kell gyógyítani, az anyagok toxicitásának és terápiás képességének hasonlósága okán. A második alapelv: az infinitezimális dózis és potenciálás azt jelenti, hogy a homeopátiás gyógyszerek a kvantumfizika szabályai szerint működnek, az egymást követő higitások és dinamizálások növelik a gyógyszer erősségét és hatékonyságát. Az individuális gyógyítás a harmadik alapelv: a klinikai képpel kapcsolatos összes testi és pszichés tünetet figyelembe veszi. – A homeopátiás gyógyszereket törzskönyvezik, eredetük lehet növényi (65%), ásványi (28%), állati (5%), illetve vannak bioterápiás szerek (nozóda). Monokészítmények és komplexek egyaránt lehetnek. Zarándi doktornő beszélt az 1991-től folyó nemzetközi kutatásokról, amelyek közül 84 metaanalízis szignifikáns pozitív eredményt jelzett a homeopátiás szer hatékonyságáról. Egyéb biológiai

kutatásokat is megemlített (pl. az allergiára, az aszpirin és az arzén hatására vonatkozót, a termoluminiscenciás vizsgálatot, a vízre, mint információs közegre vonatkozót). A jelenlegi orvosi képzés lehetőségeit is közzé tette. Gyakorlati tudnivalókat is felsorolt. Például a tablettákat, ill. a golyócskákat szopogatni kell, csecsemőknek kevés vízben oldva lehet beadni a szereket, a szer bevétele előtt és után kb. fél óráig enni, inni, illatanyagokat beszippantani nem szabad, a szerek szobahőmérsékleten tárolva 5 évig eltarthatók. A homeopátiás terápia határait kijelöli: a szervezet öngyógyító mechanizmusainak működőképessége, ezért reverzibilis betegségekre kell irányulnia, és nem helyettesíti a sebészeti beavatkozást, hiánypótlásra nem alkalmas. Az alkalmazás fő területei: az akut betegségek közül allergiák, fog betegségek, kiütéses betegségek, bőrbetegségek, gastroenterológiai betegségek, urogenitális gyulladások, traumák, sérülések, pre- és posztoperatív kezelések, pszichés problémák, valamint a krónikus betegségek. Előnyei: az alapanyagok mellékhatás nélküli természetes eredetű anyagok, allergiás reakciót, hozzácsokást nem váltanak ki, az immunrendszert támogatják hagyományos szerekkel kombinálhatók, prevencióra is alkalmasak, csecsemők, kisgyermekek, várandós nők, idős egyének is kaphatják. – Az előadás további részében az allergia homeopátiás kezelésének kérdéseiről volt szó – a belgyógyász szemszögéből (az allergia definíciója, tünetei, a homeopátiás kezelés elvei, az etiológia gyógyszerei, a tüszögés, az orrfolyás, és a viszketés gyógyszerei, valamint a szemtünetek gyógyszerei).

A kongresszus harmadik napjának délelőttjén három további aktuális téma került terítékre a népegészségügy, az alapellátás kapcsán, kerekasztal megbeszélés formájában, Dr. Balogh Sándor vezetésével, többek hozzászólásával. – Egyrészt egy soron lévő csontritkulás szűrés részleteiről, teendőiről volt szó, másrészt a kistérségekben az alapellátás megújítására vonatkozó praxisközösségek nyújtotta előnyökről, a megvalósításuk, szervezésük lehetséges módjáról. Harmadikként pedig a Finnországban kipróbált, a cukorbetegség valószínűségét kutató kérdőíves fölmérés hazai kipróbálása volt a tárgy. Az ún. Findrisk program a Magyar Diabetes Társaság, a 77 elektronika nevű cég és az Országos Alapellátási Intézet közös összefogásával indul be hazánkban.

**Dr. Balogh Sándor** zárszavával ért véget a konferencia, ám előtte egy támogató cég jóvoltából a kongresszus résztvevői közt több értékes orvosi műszert sorsoltak ki.

## A TÜDŐSZŰRÉS ELRENDELÉSÉNEK ÉS FINANSZÍROZÁSÁNAK JOGI ALAPJAI

A tbc-s megbetegedések előfordulási gyakoriságának változásával 1997-től változott a tuberculosis szűrési rendszere, illetve a finanszírozás mechanizmusa is, amely módosítással párhuzamosan nem történt meg az érintett intézmények és fenntartók megfelelő mélységű tájékoztatása, így jelenleg az ország egy részében a szűrőállomások a korábbi mechanizmus szerint, a lakosság automatikus időszakonkénti berendelése alapján működnek, amely önmagában nem jogsértő, azonban nem társul e tevékenységhez kötelező jelleggel egészségbiztosítási finanszírozás.

A változás későbbiekben kifejtett lényege a következő: 1997-ben törvényi szinten meghatározásra került az állampolgári jogon igénybe vehető és a költségvetésből fedezett ellátások, illetve a biztosítási jogviszony keretében igénybe vehető és az egészségbiztosító által finanszírozott ellátások rendszere. A csoportosítás alapja a közérdek, illetve az egyéni érdek elsődlegessége volt, így a járványügyi tevékenység, mint a közérdekből végzett megelőzés tipikus példája, az állampolgári jogon igénybe vehető – egyes esetekben kötelezően igénybe veendő – körben került nevesítésre, amelyhez a központi költségvetés biztosítja a fedezetet, és amelynek működési mechanizmusát szigorú központi előírások határozzák meg.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 59. §-ában kimondja, hogy a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat célja a fertőző megbetegedések korai felismerése, azok forrásainak felkutatása, amelynek érdekében az egészségügyi miniszter rendeletben meghatározza azokat a konkrét fertőző betegségeket, amelyek megelőzésére az ÁNTSZ a lakosság egészének, vagy egyes csoportjainak kötelező szűrővizsgálatát rendelheti el. Ez esetben a szűrővizsgálat módjáról, céljáról, helyéről és idejéről a szűrővizsgálatra kötelezett személyt, illetve törvényes képviselőjét értesíteni kell. A törvény 142. §-a szerint az állam a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében biztosítja a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét. Szintén e szakasz nevesíti, hogy a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatok fedezetét a központi költségvetésben kell biztosítani, egyben kimondja azt is, hogy az az egészségügyi szolgáltatás, amely költségének fedezete sem a központi költségvetésben, sem az Egészségbiztosítási Alapon keresztül nincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által meghatározott térítési díj ellenében vehető igénybe.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 1997. évi LXXXIII. törvény 18. §-ának (6) bekezdése a fentiekkel összhangban kimondja, hogy a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat nem vehető az egészségbiztosítás terhére igénybe, hiszen annak költsége a központi költségvetést terheli.

Az Ebtv. hivatkozott rendelkezésével összhangban a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet nem nevesíti sem az életkorhoz kötött, sem pedig a népegészségügyi célú szűrővizsgálatok között a járványügyi érdekből végzendő vizsgálatokat, ezeket a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.)

NM rendeletbe utalja. Ez utóbbi 19. §-a szerint a gümőkóros (tbc-s) betegek felkutatása, illetőleg a fertőzés veszélyének elhárítása céljából az ÁNTSZ a lakosság meghatározott részének vagy egyes korosztályoknak a szűrővizsgálatát rendelheti el, ha a tárgyévvel megelőző évben a tuberculosis incidencia értéke a területén meghaladta a 25%-ot. Ez esetben a szűrővizsgálatra azok a 30 éves és ennél idősebb lakosok kötelezettek, akik a szűrővizsgálatot elrendelő regionális ÁNTSZ területén huzamos jelleggel tartózkodnak. Ezen túl a kistérségi ÁNTSZ elrendelheti egy meghatározott közösség (pl. bentlakásos intézmény, munkahelyi kollektíva, lakóközösség, büntetés-végrehajtási intézet) szűrővizsgálatát, amennyiben a közösségben friss tbc-s megbetegedés fordult elő. A szűrővizsgálatok elrendelését az érintett területet ellátó tüdőgondozó intézet jelentése vagy vezetőjének kezdeményezése alapján az ÁNTSZ kistérségi intézete indítványozza a regionális intézetnél. Ezekben az esetekben a szűrővizsgálatra kötelezettek a vizsgálat helyéről és idejéről értesíteni kell, és a vizsgálatot rtg. ernyőfénykép szűrési módszerrel kell elvégezni.

A rendelet azt is rendezi, hogy a regionális ÁNTSZ megkeresésére ezekben az a jegyző gondoskodik a tüdőszűrő-vizsgálat elvégzésével kapcsolatos ügyviteli és technikai feladatok ellátásának megszervezéséről.

Az idézett rendelkezések alapján tehát a tüdőgondozók nem rendelhetik el a járványügyi érdekből végzendő ernyőkép-szűréseket a terület lakossága tekintetében, erre kizárólag az ÁNTSZ jogosult, így finanszírozás is csak az ÁNTSZ által elrendelt szűrővizsgálatok elvégzéséhez kapcsolódik. Ettől az esettől azonban meg kell különböztetni azokat az eseteket, amelyekben a háziorvos a biztosított vizsgálata alapján szükségesnek tartja egy esetleges tbc fertőzés fennállásának kizárását és ezért a beteget szakorvosi konzíliumot kérve beutalja a tüdőgondozóba, ahol a beutalás alapján elvégzik az rtg. vizsgálatot és annak értékelését, azaz nem járványügyi érdekből végeznek szűrővizsgálatot, hanem közreműködnek a beteg (biztosított) diagnózisának felállításában, így természetesen ezeket a beutaló alapján végzett diagnosztikai célú vizsgálatokat az egészségbiztosító finanszírozza.

A finanszírozás kapcsán meg kell jegyezni, hogy a központi költségvetésből történő finanszírozás nem jelenti azt, hogy az egészségbiztosítási finanszírozástól elkülönítetten kezelik e forrásokat, hiszen a központi költségvetés átadja az Egészségbiztosítási Alapnak a költségvetést terhelő ellátások fedezetét, így technikailag ezek finanszírozása is az egészségbiztosítás rendszerében történik.

Végül célszerű lenne, ha a fenntartó önkormányzat felhívna a hozzá tartozó egészségügyi szolgáltatók figyelmét e rendelkezések megtartására és a saját hatáskörben berendelt lakossági szűrési tevékenység megszüntetésére, valamint a lakosság megfelelő tájékoztatására, esetleges szóróanyagok közzétételére, amelyből értesülhetnének a tüdőszűrést kezdeményező személyek arról, hogy esetükben ez milyen térítési díj megfizetése mellett vehető igénybe.

2008. március 20.

Dr. Bölcs Ágnes