

A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA A LEGNAGYOBB ÉS LEGSÜRGŐSEBEN MEGOLDANDÓ FELADATUNK

A dohányzás a XXI. század morbus hungaricus, amely ellen minden erőnkkel küzdenünk kell – jelentette ki Prof. Dr. Mechtler László, az Amerikai Magyar Orvosszövetség (AMOSZ) elnöke, a szervezet Budapesten tartott kongresszusán.

„300 amerikai barátom közül csak egyetlen egy dohányzik. Az orvosok, a politikusok, a művelt értelmiség soraiban ma már csak elvétve találunk dohányost. A dohányzás mára a műveletlenség, a vesztesek jellemzőjévé vált, és aki csak teheti, szeretne megszabadulni tőle, és igyekszik a lehető legnagyobb mértékben eltitkolni megbélyegző szenvedélyét. A világ vezető dohányzásellenes szakembereit hoztuk el a magyar fővárosba, ahol a magyar szakemberekkel együtt tekintettük át a jelenlegi tragikus helyzetet, és próbáltuk megtalálni, megmutatni a kitörés útját” – folytatta a magyar–amerikai professzor.

A világ első onkológiai központjának, a Roswell Park Cancer Institute Neuroradiológiai Központjának a vezetője elmondta, hogy intézetükben a központi idegrendszeri daganatáttéteknek a felét a tüdőrák agyi metasztázisai teszik ki.

Minden dohányos tudja, hogy a cigarettázás tüdőrákot okozhat. Minden tizedik dohányos férfinál, és minden ötödik dohányos nőnél kialakul ez a gyilkos betegség. A tüdőrák kialakulásának kockázata 23-szoros a dohányos férfiak körében a nem dohányosokhoz képest.

A jó példával nekünk, orvosoknak és a politikusainknak kell elől járnunk. Nem szabad dohányoznunk, és minden alkalmat meg kell ragadnunk, illetve megteremtenünk annak érdekében, hogy minél kevesebben dohányozzanak ebben a csodálatos országban. A legtöbbet saját példánkkal, azaz nemdohányzásunkkal, illetve munkánkkal tehetünk a cél elérése érdekében. Az orvosok ezen kívül segítsék dohányos betegeiket a leszokásban, a politikusok pedig haladéktalanul hozzák meg azokat a jogszabályokat, amelyek elősegítik a dohányzás visszaszorítását, a pedagógusok, az egészségügyi dolgozók és a szülők pedig neveljék úgy a magyar fiatalokat, hogy azok ne akarjanak dohányozni.

A GKI 2004. évi felmérése szerint a dohányzás egészségügyi költségei évente 315–330 milliárd forintot tesznek ki hazánkban – emelte ki dr. Bodrogi József, az ELTE közgazdász professzora. Ezzel szemben ugyancsak óriási mértékű az állam éves bevétele a dohánytermékek adójából (kb. 250 milliárd Ft). Sajnálatos, hogy kizárólag a dohányzás súlyos, általában gyógyíthatatlan következményeinek a kezelését finanszírozza az OEP (szív-

infarktus, tüdőrák, agyvérzés, COPD stb.), a leszokás segítésére, azaz a dohányzás, mint betegség gyógyítására szolgáló bizonyítottan hatékony szereket egyáltalán nem. A dohányzás kapcsán befolyó adóbevételek mintegy 4%-át kellene a közgazdász szerint a leszokás támogatására fordítani. Az élénk vitában az a javaslat nyerte el a legtöbbek tetszését, hogy ezt egy 4%-os többletadó legyen, amely egyrészt „címkézetten” a dohányzás elleni küzdelem támogatására folyik be, és ezzel biztosítja a dohányosok leszokásának gazdasági hátterét, egyúttal nem jelent többlet terhet a nemdohányosok, és a társadalom egésze számára. A javaslat másik előnye, hogy a dohánytermékek árának emelése a leghatékonyabb leszokást segítő, illetve a fiatalok rászokását megakadályozó beavatkozás.

A felnőtt dohányosok 90%-a 18 éves kora előtt szokik rá a cigarettára. A tizenéves korban végzett dohányzás-prevenció tehát kiemelt jelentőséggel bír. A tinédzserek viszont sokkal jobban hallgatnak társaikra, mint a felnőttekre, legyen az szülő, tanár vagy orvos. A fiatalkori egészségmegőrzés leghatékonyabb módszerének ma a kortárssegítést tartjuk. – fejtette ki dr. Simon Tamás, a SE Közegészségtani Intézetének professzora. Intézetükben az elmúlt 20 évben mintegy 2000 orvostanhallgatót képeztek ki kortárssegítőnek, akik az ország 76 városában több mint 8000 középiskolás diákot készítettek fel a kortárssegítő tevékenységre. A kortárssegítők a dohányzásmegelőzésen kívül az alkohol és a drogok, valamint a szexuális problémák elleni küzdelemben is kedvezően befolyásolhatják a fiatalokat. A nikotin egy kifejezetten addiktív szer, amely akár olyan erős függőség kialakulásához is vezethet, mint a kokain vagy a heroin. Nem véletlen, hogy segítség nélkül a leszokási kísérleteknek alig 3%-a sikeres – emelte ki előadásában Prof. Dr. Peredy Tamás, toxikológus professzor, az AMOSZ soros elnöke.

A legnagyobb kockázatonövekedést a még munkaképes korú, 45–59 éves lakosság körében tapasztaltuk – hangsúlyozta Prof. Dr. Fenyvesi Tamás, a SE III. sz. Belgyógyászati Klinikájáról. Ebben az életkorban a dohányzás a férfiak esetében több mint 3-szoros, a nőknél pedig közel 5-szörös kockázatonövekedést jelent a halálos agyi érkatasztrófákra nézve. Napi legalább 1 doboz cigaretta elszívása 7-szeresére növeli a szívinfarktus kockázatát a 40 évesnél fiatalabbak körében. A dohányzás visszaszorításával a leggyorsabb eredményt a szív- és érrendszeri betegségek visszaszorításában érhetjük el. Már az utolsó cigaretta elszívását követő napon jelentősen, a dohányzás abbahagyása után 2 évvel pedig a nemdohányzók

szintjére csökken a szívinfarktusok gyakorisága. A halálos kimenetelű kardiovaszkuláris események csökkenésével évente több mint 10 000 életet menthetnének meg – folytatta a kardiológus professzor.

A mindenki számára elérhető, a nap 24 órájában ingyenesen telefonszámot százezrek hívják New York államban. New York kormányzója évente több mint 1 milliárd forintnak megfelelő összeggel segíti egyedül a telefonos segítségnyújtást fenntartását. Az orvosi segítségre szoruló dohányosokat jól képzett szakemberekhez fordulhatnak segítségért – mutatta be a leszokást támogató rendszerüket dr. Michael Cummings professzor, az amerikai dohányzásellenes program vezetője. „Korábban elsősorban a nikotinpótló szereket és a bupropiont használtuk, amelyek 1,5–2-szeresére növelték a leszokás hatékonyságát. Jelenleg a leghatékonyabbnak a Champix (varenicline) kezelést tartjuk, amely 3-szorosára növeli a sikeresen leszokók arányát. A Champix csökkenti a nikotinmegvonás tüneteit, ezáltal nem szenved a dohányos a leszokás során. Ugyanakkor, ha mégis rágyújtana a dohányos a Champix mellett egy szál cigarettára, az nem fog olyan jól esni, mint ahogy azt korábban megszokta.

A Champix alkalmazásánál előforduló mellékhatásokat (leginkább émelygés, hányás, ritkábban alvászavar, fejfájás) úgy lehet kiküszöbölni vagy csökkenteni, ha étkezés után, egy pohár vízzel veszik be a páciensek a tablettát. A leszokás megkezdése, és a Champix szedése előtt fel kell mérni, hogy a dohányosnak van-e valamilyen pszichiátriai betegsége. A leszokás során ugyanis Champix-szal vagy Champix nélkül is erősödhetnek a depresszió, a szorongás tünetei. Éppen ezért a leszokást csak egyensúlyban lévő pszichiátriai betegeknek kezdjük el, és szorosabban figyeljük őket, az esetleges állapotrosszabbodásra hívjuk fel a figyelmüket.

A dohányosokat a leszokás irányában motiválhatja orvosuk tanácsa, amelyet erősíthet a nemdohányzó életformát elfogadott normaként kezelő, vagy megkövetelő közvetlen környezet is. Javítja a leszokás eredményességét, ha a dohányost krónikus betegként kezeljük, és a kezelés során olyan kezelési módszereket alkalmazunk, amelyek hatékonyságát már egyértelműen bizonyították. A dohányzás egy összetett betegség, ismeretlen hatású csodaszerektől, módszerektől önmagukban ne várjunk segítséget. Mindenkinek a számára legmegfelelőbb kezelési módszereket kell alkalmaznunk, amelyek a pszichés támogatás mellett a nikotinfüggőség miatt kialakuló megvonási tüneteket a leghatékonyabban csökkentik.

New Yorkban megemeltük a cigaretta adóját, teljes dohányzási tilalmat vezetünk be a zárt közterületeken, és széles tömegek számára tettük elérhetővé a leszokást segítő egészségügyi ellátást szakdolgozói és szakorvosi szinten egyaránt. Egyes leszokást segítő gyógyszereket ingyenesen biztosítottunk pácienseink részére a kezelés bizonyos tartamára. Az intézkedések tehát egyrészt a dohányzás és a dohányosok korlátozását, másrészt a megszorítások hatására leszokni akaró dohányosok

segítségét jelentették. Mindezeket jelentős és tartós médiakampány támogatta. A jól összehangolt közös munka révén egyetlen év alatt 11%-kal sikerült csökkenteni a cigarettafogyasztást New Yorkban – foglalta össze tapasztalatait Cummings professzor.

A legnagyobb veszteséget azonban a légúti betegségek áldozatai jelentik. Tüdőrákban és COPD-ben évente közel 10 000 magyar veszíti életét, 90%-uknál a betegség kialakulása egyértelműen a dohányzásra vezethető vissza – figyelmeztetett dr. Kovács Gábor, országos tüdőgyógyász szakfőorvos. Magyarországon a felnőttek harmada (34%) dohányzik: a férfiak 41%-a, a nőknek pedig a 28%-a. Aggasztóbb a helyzet a fiatalok között: a 18 éves fiúk 47%-a, a lányoknak pedig a 48%-a vallotta magát dohányosnak. Ennek a tendenciának a következménye, hogy ma már a tüdőrák a leggyakoribb daganatos halál oka a nők körében hazánkban is. A fiatalkori és a női dohányzás terjedése egyértelműen arra figyelmeztet mindenkit, hogy egyértelmű lépéseket kell tennünk a dohányzás visszaszorítása érdekében.

A Nemdohányzók védelméről szóló törvény gyors elfogadása lehetővé tenné, hogy a zárt közterületeken, a játszótereken és az aluljárókban ne lehessen dohányozni. A dohányárak adójának, s ezáltal árának emelkedése egyrészt növelné a dohányosok leszokási kedvét, másrészt visszatartaná a még nem függő fiatalokat a dohányzástól. A dohányosok dependenciájának csökkentésére ma már hatékony módszerek állnak a rendelkezésünkre. Országszerte közel 300 tüdőgyógyászt képeztek ki arra, hogy a leszokni akaró dohányosokat testreszabott terápiával segítsék megszabadulni életveszélyes szenvedélybetegsüktől. Ahhoz, hogy a beteg hozzájuthasson a modern orvosi segítséghez, biztosítani kell az egészségügyi szolgáltatók számára a leszokás támogatásának korrekt finanszírozását, illetve a bizonyítottan hatékony gyógyszerek OEP-támogatását.

A megelőzésre sokkal nagyobb gondot és pénzt kell fordítani. Az igazi célnak ugyanis nem a betegség, azaz a dohányzás keserves gyógyításának kellene lennie, hanem a fiatalkori dohányzás megelőzését kellene elérnünk. Iskolai prevenció programokra és jelentős, központosan szervezett, illetve finanszírozott médiatevékenységre van szükség – foglalta össze az előttünk álló feladatokat dr. Kovács Gábor.

Magyarországon 1994 óta van lehetőség arra, hogy a tüdőbeteg-gondozó intézetekben központosan szervezett program keretében nyújtsanak szakszerű segítséget a leszokni kívánó dohányosok részére. 36 szakrendelés vett részt a központi programban, és 2007-ig 38 276 dohányosnak nyújtottak segítséget a leszokásban. Az orvoshoz forduló dohányosok többsége nem először próbálkozott a leszokással. A dohányzás okozta betegségek megelőzése, a már kialakult betegségek tünetei, illetve a cigaretta magas ára volt a 3 leggyakoribb ok, amely miatt orvosi segítséget kértek leszokásukhoz a dohányosok – fejtette ki dr. Vadász Imre, tüdőgyógyász főorvos. A 3 hónapos kezelés végére a dohányosok fele

(48–54%), az egy éves követési időszak végére pedig az egyharmaduk maradt absztinens (28–33%). A dohányzás abbahagyásával kapcsolatos legnagyobb félelem az elhízás. A vizsgálataink szerint a leszokott betegeknek alig tizede (10,9%) hízik egy év alatt 5 kg-nál többet. Megfelelő felkészítés mellett a pácienseink többsége a helyes táplálkozással és a rendszeres mozgással meg tudta előzni azt, hogy a cigarettázás abbahagyása után elhízzon. A leszokást támogató szakképzett egészségügyi támogatás orvosi és szakdolgozó együttműködés révén látja el tanácsokkal, segédanyagokkal és szükség esetén hatékony gyógyszerekkel a dohányosokat. Sokkal több dohányost tudnánk megszabadítani életveszélyes függőségétől, ha önálló szakrendelés keretében, előjegyzés alapján tudnánk fogadni országshoz a pácienseinket – foglalta össze tapasztalatait dr. Vadász Imre.

Minden második függő dohányos a vártnál korábban veszíti életét valamilyen, a dohányzásával összefüggő betegségben. A dohányzás ellen csak a legszélesebb körű összefogással érhetünk el eredményt. Magyarország is aláírta az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét, amely szerint

- Növelni kell a dohánytermékeken elhelyezett figyelmeztetések méretét, célszerű kötelezővé tenni a központilag megadott elrettentő képek elhelyezését is.
- Be kell tiltani a félrevezető csomagolási technikákat (hosszú, vékony doboz, light elnevezés, a nőket és a fiatalokat célzó formák és színek alkalmazása stb.)
- Teljesen meg kell szüntetni a dohánytermékek reklámozását, valamint a dohányipar promóciós és szponzorálási tevékenységét.
- Biztosítani kell a dohányos és nemdohányos emberek számára egyaránt a dohányfüstmentes környezetet.
- Emelni kell a dohánytermékek adójának a mértékét a kereslet csökkentése érdekében.
- Segíteni kell a leszokást, és támogatni a függőség kezelését.
- A dohányzás és a dohányfüst elleni harcban erősíteni kell a képzés, a kommunikáció és az általános ismeretterjesztés területén végzett tevékenységeket.

– emelte ki Geoffrey T. Fong, a kanadai Waterloo Egyetem Rákkutatási Intézetének a professzora.

Kizárólag az össznemzeti szinten meghozott intézkedésektől várható eredmény, amennyiben azok betartásáról, illetve betartatásáról is gondoskodnak. Amennyiben a jelenlegi állapot maradna fenn, abban az esetben a dohányzás miatti kumulatív halálozás a 2000 évi 70 millió főről 2025-re 220 millió főre, 2050-re pedig 520 millió főre emelkedne. Ha gyorsan meghozzák a kellően szigorú törvényeket az egyes országok, és gondoskodnak azok betartásáról is, akkor évente több millió ember életét lehetne megmenteni a Földön – hangsúlyozta Fong professzor.

Az AMOSZ vezetői és a konferencia nemzetközi és hazai szakértői 2008. augusztus 25-én találkoztak dr. Székely

Tamás egészségügyi miniszterrel, akivel megbeszélték az AMOSZ, a magyarországi orvosi egyetemek és a Roswell Park Rákkutatási Központ együttműködésének lehetőségeit, valamint a dohányzás elleni küzdelem sürgős megoldásra váró problémáit.

Dr. Mucsi János

tüdőgyógyász szakorvos, Gödöllő

www.tudobeteg.hu

Kutatási csereprogram a magyar orvosi egyetemek és a Roswell Park Rákkutatási Központ között

Az Amerikai Magyar Orvos Szövetség közreműködésének köszönhetően együttműködési szerződést kötött a 4 magyar orvosi egyetem a buffaloi Roswell Park Rákkutatási Központtal. A csereprogram keretében egyetemi hallgatók és kutatók vehetnek részt a világ első, kizárólag rákkutatással foglalkozó intézetének munkájában. Az elmúlt években több mint 200 magyar orvostanhallgató és orvos végezhetett tudományos munkát az AMOSZ támogatásával az Egyesült Államokban. A szigorú pályázati rendszerben a legjobb eredményt elérő személyek részesülnek a tengerentúli életüket lehetővé tevő ösztöndíjban. Az ösztöndíj elnyerésének feltétele, hogy a munka elvégzését követően legalább 3 évig minden nyertes pályázónak Magyarországon kell folytatnia a már megkezdett orvosi vagy kutatói tevékenységét.

A Fogarty Projekt keretében széles körű tudományos kutatás indul Magyarországon a dohányzás elleni küzdelem jegyében

A Fogarty Project 11 országban indít széles körű tudományos kutatást a dohányzás visszaszorítása érdekében. Az Amerikai Magyar Orvos Szövetség (AMOSZ) közbenjárására Magyarország is bekerült a program kiválasztott országai közé. A projektben való részvételünket sajnos nagy mértékben elősegítették a rendkívül kedvezőtlen dohányzási adataink is. Az Európai Unión belül Magyarországon halnak meg a legnagyobb arányban (21%) emberek a dohányzás okozta betegségekben. – jelentette be Kristie L. Foley, az észak-karolinai Davidson College professzora, a magyarországi kutatások amerikai vezetője az AMOSZ budapesti konferenciáján 2008. augusztus 22-én.

11 budapesti és vidéki centrumban kezdődnek meg hamarosan a kutatások, amelyeket amerikai szakemberek is segítenek. A kutatási témák között megtaláljuk a gyermekkori dohányzást és testsúlyproblémákat, a dohányreklámozást, a fiatalok dohányzását, a dohánytermékek árának emelésének, illetve a cigaretta-csempészetnek az alakulását, a felnőttkori dohányzás szociális hátterét, a leszokás támogatásában használatos gyógyszerek gazdaságosságát, a gyermekkori passzív dohányzás következményeit, a tüdőrák korai diagnosztikáját, a fogorvosok bevonását a dohányzás prevencióba és a leszokás támogatásába, valamint a terhesség alatti dohányzás hatásait ismertette a terveket Prof. Dr. Balázs Péter, a kutatási program magyarországi vezetője.

SEGÍTSÉG A DOHÁNYOSOKNAK

Nikotinfüggőség megszüntetése transcraniális mágneses stimulációval

Dohányos világban élünk. A dohányzás az egész világon egyre kíméletlenebbül szedi áldozatait. A WHO a XXI. század pestisének nevezte. Ma Magyarországon 3,5 millió ember fújja a cigarettafüstöt, 6,5 millió pedig szívja. Dohányzás következtében minden 15. percben meghal valaki, ami naponta 80–100 dohányos értelmetlen elvesztését jelenti, így évente 30 000-re tehető a halálozások száma. Vezető helyen a tüd-, ill. gégerák áll. A dohányosok 10–11%-a betegszik meg tüdőrákban, a láncdohányosok pedig szinte kivétel nélkül ennek következtében halnak meg. Hasonlóan magas a szív-és érrendszeri betegségek, az érszűkület, a stroke kockázata is. A dohányzás 25 jelentős betegségrcsoport kialakulásában kóroki tényezőként szerepel.

A dohányzás a közegészségügy első számú ellensége, amely ma már a biofizikai orvoslás segítségével könnyedén kiküszöbölhető. A passzív dohányzás miatt is súlyosak a veszteségek. A cigarettafüst fő- és mellékáramlataiban közel 4000 különböző vegyi anyagot különítettek el. Ezek jelentős része mérgező (arzen, cián, benzol, formaldehid, acetaldehid, etilénoxid, policiklikus aromás szénhidrogének, dohányspecifikus nitrózaminok, szabadgyökök, kátrány, szénmonoxid, radioaktív anyagok, mint pl. a polónium, az ólom 210-es izotópja), több mint **50 rákkeltő** hatású, s ott van a függőséget okozó nikotin (az egyetlen legális drog!) is, ami gyakran már tizenéves korban rabul ejti a dohányzással gyanútlanul ismerkedőt.

A dohányzással, mint jelentős környezetszennyező tényezővel is egyre komolyabban kell számolni. Most elsősorban nem az utak mentén vagy a közlekedési megállóhelyeken országszerte tonnaszámra, felelőtlenül, lazán eldobált csikkekről van elsősorban szó, hanem az egyre sűrűbben gomolygó mérgező füstfelhőről. Kevesen tudják, hogy az autók „zöldkártyás” minősítésénél vizsgált CO és a szénhidrogének koncentrációja a cigarettafüstben a kipufogócsőben mért érték négyszerese. A tudósok szerint az egyre növekvő mértékű dohányzás következtében a Földünk légterébe eregetett dohányfüst globálisan felelőssé tehető az ózonréteg elvékonyodásáért. Környezetvédelmi szempontból ezt a felismerést kell minél szélesebb körben az érintettekkel megismertetni, és az oktatásban, illetve az egészségügyi dolgozók körében elfogadtatni.

Számos módszer ismeretes a dohányzás elleni küzdelemben. Legismertebbek a különféle nikotintartalmú készítmények (tapaszok, tabletták, rágógumik), de próbálkoznak csoportterápiákkal, antidepresszánsok alkalmazásával, akupunktúrák kezelésekkkel, hipnoterápiával, gyógynövénykészítményekkel, s legújabban a vareniclin

hatóanyaggal is. E módszerek közös jellemzője a különböző mellékhatások mellett a viszonylag alacsony eredményesség.

Az **Empátia Biomed Gyógycentrum** 2002-ben Magyarországon elsőként kezdte el széles körben meghonosítani a rendkívül magas, 90%-os hatékonysággal működő transcraniális mágneses stimulációt. A szenvedélybeteg kezelésé mindig is a legnehezebb, legösszetettebb egészségügyi feladatok közé tartozott. Ezen túlmenően a dohányosok „szenvedélyesen” tiltakoznak a szenvedélybeteg megbélyegzés ellen, függetlenül attól, hogy a nikotinhoz való hozzászokás a többi drognál rövidebb idő alatt fejlődik ki, s a függőség is a legrettegettebb kábítószerkéhez hasonlítható. Az 1x1 órás személyes megjelenéssel egybekötött komplex energetikai-harmonizációs, intenzív méregtelenítő kezelést egy 1 hónapos folyamatos fenntartó kezelés követ, egy speciális fémkorong, egy úgynevezett chip segítségével, amelyre rögzítik a teljes terápiás programot, s azt a leszokni vágyók a hasfalra ragasztva viselik. A tapasztalatok szerint a sikeres kezelés három pilléren nyugszik. Ezek a leszokni vágyó dohányos döntése, a megfelelő színvonalú, orvos által irányított szolgáltatás, és a folyamatos folyadékbevitel, vagyis egy hónapon keresztül legalább félóránként, legalább egy pohár víz elfogyasztása szükséges. Hat év alatt közel 6000 eredményes dokumentált kezelés történt. A kezelésen részt vettek közül egyhónapos utánkövetéssel mindössze 10% gyújtott rá. A visszaesők 75%-ánál a rágyújtás oka az elégtelen folyadékfogyasztás volt. A biofizikai módszer egy éves utánkövetéssel elért 72%-os hatékonysága messze túlszárnyalja az eddig alkalmazott egyéb módszerek 30% körüli eredményességét. A dohányzás társadalmi méreteiben elkövetett öngyilkossági kísérletnek is felfogható, ezért minden erővel azon kell fáradozni, hogy még időben fel lehessen hívni a dohányosok figyelmét, hogy ne rohanjanak a vesztükbe, ne rövidítsék meg az életüket átlag 20–25 évvel, s ne vásárolják meg drága pénzért betegségeiket, hiszen ma már van kiút.

A **biofizikai eljárás előnye**, hogy non-invazív, mellékhatás-és fájdalommentes, egyszerűen és gyorsan kivitelezhető, életkortól függetlenül alkalmazható, intenzív méregtelenítést biztosít, segítségével megszüntethető a nikotínéhség, nincs idegesség, súlygyarapodás. A kezelést követő néhány napon belül érezhetően javul a közérzet, nő a teljesítőképesség, könnyebbé, szabadabbá válik a légzés, helyreáll a szaglás és az ízlelés is. A dohányzásról leszokott betegek azon túl, hogy megtakarítják a cigaretta árát, gyógyszerekre is kevesebbet

költenek, ami évente együtt több százezer forintos megtakarítást is jelenthet. Ez nagyon sok családban a pénztelenségből fakadó állandó stresszt, feszültséget csökkentheti, tovább javítva hazánk egészségügyi statisztikáit.

* * *

A NIKOTINFÜGGŐSÉG BIOFIZIKAI MEGKÖZELÍTÉSE

A dohányzásellenes terápia alapelve, hogy minden anyag – így pl. a nikotin is – jellemezhető egy egyedi elektromágneses spektrummal. A jelenség Maxwell törvényeiből következik; töltött részecskék mozognak mágneses térben (a Föld mágneses terében), ennél fogva körülöttük is mágneses mező alakul ki, melynek karakterisztikája a részecskék összetétele, milyensége szerint egyedien alakul.

A forradalmian új módszer a hullámtanból ismert interferencia törvényszerűségén alapszik. A dohányzás során a szervezetbe került és elraktározódott mérgek az inverz hullámok segítségével felszabadulnak kötéseikből, s a megfelelő és folyamatos foyadékfogyasztásnak köszönhetően a veséken keresztül zavartalanul kiürülnek a szervezetből. Míg az önerőből történő leszokásnál, hozzávetőlegesen fél-egy év alatt ürülnek ki a mérgek, addig a mágneses rezonanciával ez az elhúzódtó tisztulási folyamat egy-két hétre zsugorodhat. Ennek következtében a különböző mértékben károsodott szervek, szövetek megtisztulva a mérgektől, lehetőséget kapnak, hogy a lehető legrövidebb időn belül valamilyen mértékben regenerálódhassanak, javítva ezzel a működési feltételeket. A rendkívül intenzív mechanikus méregtelenítéssel párhuzamosan néhány nap alatt lezajlik, többek között, a függőséget okozó nikotin információjának, engramjának a törlése is, ami a fizikai függőség megszűnését vonja maga után.

Biokémiai szempontból bizonyított, hogy a nikotin elősegíti a dopamin neurotranszmissziót és a rendszer aktivációja miatt a dohányzás kívánatos motiváló ingerré válik. A dopamin-rendszer szenzitizációja miatt felfokozott sóvárgás alakul ki. Biofizikai szempontból a válasz a pozitív és a negatív visszacsatolásban keresendő. Az emberek nagy része azért kezd el dohányozni, mert látja, hogy mások is dohányoznak. Amikor azonban elszív egy cigarettát, hirtelen nikotin kerül a vérbe, de erre a szervezetben különböző anyagok termelődnek. A nikotin a vérből kb. 30 perc felezési idővel kiürül, de az erre termelődött dopamin és egyéb anyagok jelenléte sokkal tartósabb a vérben. Emiatt a cigaretta elszívása után 1–2 óráig elvonási tünetek jelentkeznek, valamint erős késztetés az újabb cigaretta elszívására. Ha ezután rágyújt az egyén, kellemesebben érzi magát, de csak azért, mert ezzel mérsékli az előző, a korábbi cigaretta utóhatásait. Ezzel azonban kialakul a tévhit, hogy a dohányzás enyhíti a szenvedést, oldja a feszültséget, megnyugtat, erőt, önbizalmat ad, elősegíti a szellemi koncentrációt, és ezzel létrehozódnak azok a későbbi

tünetek, melyek miatt ismét rá kell gyújtani. Így egy önmagába záródó kör alakul ki, melynek során egyre nagyobb nikotinmennyiséget igényel az egyén. Ez az önmagát erősítő folyamat a pozitív visszacsatolás. A fenti folyamat korlátlan felerősödésének határt szab a rendszerbe beépített non-linearitás, azaz, hogy a szervezet nikotintűrő képessége korlátozott, ezért a nikotinfogyasztás meghatározott értéken stabilizálódik. Ha e szint fölé emelkedik a nikotinszint, súlyos, gyakran életveszélyes mérgezési tünetek léphetnek fel. Ezért az ember a dohányzást csökkenti. A stabil szint alatt viszont kibírhatatlan elvonási tünetek jelentkeznek, emiatt ösztönszerűen nő a dohányzás mértéke. Ez a stabilizáló mechanizmus a negatív visszacsatolás. A dohányzásról leszokni csak a visszacsatolási lánc teljes megszakításával lehet. Ezt azonban rendkívül megnehezíti, hogy a visszacsatolásban nemcsak a test kémiai nikotinfüggősége vesz részt, hanem aktív szerepet játszik a tudat hamis beállítódása is.

SEGÍTSÉG A TUMOROSOKNAK

Magyarországon ma kb. **350 000** olyan tumoros beteg él, aki még mindig dohányzik, annak ellenére, hogy jó részük éppen e pusztító szenvedély következtében betegedett meg. Az Empátia Biomed saját erejéből finanszírozott egyedülálló vállalkozásának köszönhetően **2004-től** minden tumoros dohányos **ingyenesen** veheti igénybe a dohányzásellenes terápiát, nagyban javítva ezzel életkörülményeit, de akár életesélyeit is. Annak érdekében, hogy minél több rászorultnak folyamatosan biztosítható legyen ez a segítség, **igen fontos minél több alapítvány, vállalkozás, ill. civil szervezet támogatása.**

EMPÁTIÁVAL A FÜSTÖLGŐ DIÁKOKÉRT

Az Empátia Biomed Gyógycentrum kiemelten fontosnak érzi a jövő nemzedékek egészségét, ezért indította útjára **2005.** január 10-én országos mozgalmát, amelynek keretén belül minden magyar közép- és felsőoktatási intézmény első 30 önként jelentkező diákja gyakorlatilag ingyen veheti igénybe a korszerű dohányzásellenes terápiát. A családtervezés előtt álló fiatalok figyelmét nem lehet elégszer felhívni a dohányzás magzatkárosító hatásaira, ezért ezt a hatékony segítséget országosan **25 000 diák** számára még a gyermekáldás előtt fontos hozzáférhetővé tenni.

Általánosan elfogadott tény, hogy a dohányzás elsősorban nem egészségügyi eredetű probléma, de visszaszorításában az egészségügyi szolgálatoknak jelentős szerepet kell vállalnia. A kötelező, széleskörű, folyamatos prevención túl a leghatékonyabb gyógyítási eljárásokat aktívan fel kell ajánlani a dohányosoknak, de mindenekelőtt pozitív példamutatással a helyi dohányzásellenes kampányok élére kell állni. Minden háziorvos kollega feladata és egyben jól felfogott érdeke is, hogy a módszert minél több szenvedélybetegnek javasolja, hiszen a kezelést bárki, életkortól, általános egészségi

állapottól függetlenül veszélytelenül igénybe veheti, kivételt csupán az epilepsziás, ill. a szívritmus-szabályzóval élő betegek jelentenek.

Vitathatatlan, hogy az alapellátásban dolgozók befolyása jelentős a gondjaikra bízott betegek gondolkodására, szokásaira. Kitűnő kezdeményezés indult el például a Zempléni Irányított Betegellátási rendszerhez tartozó régióban. A sátoraljaújhelyi **Evolúció Betegellátási és Prevenció Központ** magas színvonalú koordinációs tevékenységének hála immár 104 házi orvos praxisában hozzáférhető a világszínvonalú terápia. Valószínű, hogy a példamutató kezdeményezés mihamarabb követőkre talál, és mind többen élhetnek füstmentesen, egészségesebben. „Senki nem lehet szabad, aki szenvedélyének rabja!” – figyelmeztetett Pithagorasz.

Az Európai Unió direktíváinak megfelelően, a többi európai országhoz hasonlóan, a dohányzást illetően Magyarországon **2009. januárjától** jelentős megszorításokat, korlátozásokat vezetnek be a zárt helyeken, éttermekben. A várható sokszzerű hatás, tiltakozás enyhítése érdekében minél szélesebb körben kívánatos lenne a dohányosok minél korábbi tájékoztatása. A dohányzás tiltásokkal, diszkriminációval, törvényi szabályozásokkal érdemben nem befolyásolható. Nem szabad, hogy a dohányzásellenes aktivisták segítőkész közeledését üldözésnek, hajtóvadászatnak tartsák, éppen ezért a dohányosokhoz nagy empátiával, toleranciával kell fordulni.

A megfelelően módosított addikciós program a nikotinon túl egyéb drogokhoz kialakult függőségek megszüntetésében is bevethető.

Évek során a módszer követői gombamód szaporodtak a fővárosban és országszerte egyaránt. Az 1997-es természetgyógyászatról szóló többszörösen módosított törvény a biofizikai orvoslás (biorezonancia) gyakorlását orvosi diplomához köti. A gyakorlatban viszont nagyon széles a kínálat, hiszen a magabiztos és vakmerő alkalmi „gyógyítók” nem ritkán ORKI minősítés hiányában bizonytalan eredetű mágneses rezonanciás készülékkel, ÁNTSZ működési engedély- és egészségügyi képesítés nélkül hirdeteikben felelőtlenül, megtévesztően ígérnek azonnali megtisztulást. Az alapellátásban dolgozók számára rendkívül fontos tehát a korrekt szolgáltatók ismerete, mert így könnyebben el tudnak igazodni a jelenlegi átmeneti zűrzavaros állapotban.

Az aktív, kezdeményező egészségügyi szolgáltatókkal kölcsönösen kedvező együttműködési konstrukciókat célszerű kialakítani. Ha egy körzetben legalább 20 fő leszoktató kezelését kérik, akkor **a segítség „házhoz megy”**, tehát kiszállás is szervezhető. Miután a probléma országos méretű, a szolgáltatás is országos lefedettséget kíván. Szövetségesek, együttműködő partnerek jelentkezésére mindig szükség van, hisz ezt a harcot csak közös erővel lehet megnyerni a dohányzás ellen, a dohányosokért.

EGYÜTT AZ EGÉSZSÉGESEBB JÖVŐÉRT!

* * *

Dr. Molnár György az Empátia Biomed Gyógycentrum igazgató főorvosa. Diplomáját 1978-ban Leningrádban, a Kirov Katonaorvosi Egyetemen szerezte. Katonaorvosként öt évig Székesfehérváron, majd 1983-tól Budapesten, a Magyar Honvédség Központi Honvédkórház belgyógyászati szakrendelőjében teljesített szolgálatot. 2001-ben 30 éves szolgálati viszony után alezredesként vonult nyugdíjba, az MH Egészségvédelmi Intézet Alkalmasságvizsgáló osztályainak főorvosaként. Általános szakorvosi, belgyógyászati, foglalkozás-egészségügyi szakvizsgákkal rendelkezik. 1995 óta foglalkozik a biofizikai orvoslással, ezen belül a szenvedélybetegek, a dohányosok megsegítése a fő tevékenysége. 1996-ban megalapította az Empátia Biomed Bt-t, majd 2000-ben a Magyar Biofizikai Orvosi Társaságot (MABOT), amelynek azóta is főtitkára. 2000-ben Szegeden vizsgát tett hagyományos kínai orvoslásból (HKO). 2007-ben a CEDH 2 éves klinikai szemléletű homeopátiás tanfolyamát végezte el. A Magyar Diabetológiai Társaság, a Humán Egészségügyi Magánszolgáltatók Egyesülete (HEME), a Kor Kontroll Társaság, az Amerikai Magyar Orvosszövetség, valamint a Környezettudatos Vállalatirányítási Egyesületek Társaságának (KÖVET), az Országos Dohányfüstmentes Egyesület (ODE), valamint a Magyarországi Dohányzásellenes Koalíció (MDK) tagja. 1998 óta képviseli Magyarországon a BICOM 2000 rezonanciás diagnosztikai és terápiás készülék gyártóját, a REGUMED GmbH-t.

Az Empátia Biomed Gyógycentrum elérhető a 06 20 5522 898-as telefonon, illetve az interneten: www.empatia-biomed.hu
empatia@vivamail.hu



NYÍLT LEVÉL A HÁZIORVOSOK/CSALÁDORVOSOK MINDEN LÉTEZŐ SZERVEZETÉNEK

Dr. Kuti Vilma

MÁOTE, mint első és úttörő szervezetünk Elnökségének, és aktív tagjainak, lapunknak, a Medicus Universalisnak, Csaláadorvosok Szakmai Kollégiuma Elnökének és tagjainak, Országos Alapellátási Intézet igazgatójának és érintett munkatársainak, Csaláadorvos Kutatók Országos Szervezete Vezetőinek és tagjainak, Háziorvosok Országos Egyesülete alapítóinak és tagjainak, végül, de nem utolsó sorban a MOK Elnökének és Háziorvosi Szekciójának.

A WebDoki hírlevélben **Dr. Palla Sándor** számolt be 2008. június 15-én az **Egészségügyi Minisztérium és a MOTESZ között létrejött megállapodásról:**

„Június 15-én együttműködési megállapodást írt alá az Egészségügyi Minisztérium és a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége. Székely Tamás miniszter azt mondta, mivel a szervezet által képviselt tudás nélkülözhetetlen, a szaktarca a jövőben is számít a szakmai munkában a MOTESZ-re. A dokumentumot Vécsei László akadémikus, a Szövetség elnöke és Székely Tamás miniszter írta alá. **A keretszerződés határozatlan időre szól.**”

A MOTESZ eddig végzett munkájával tehát nem zárult le a feladat és a lehetőség!

Háziorvosok/Csaláadorvosok!

Ha csak az elmúlt 40 évet tekintem, rengeteg tapasztalat rendeződött a Medicus Universalis hasábjain és került nyilvánosságra fórumainkon. Egymástól tanultunk, ki-ki belátása szerint hasznosította a tanultakat betegek körében. De a kutatómunka szabályai szerint megerősített tapasztalatainkat eddig nem tudtuk népünk javára hasznosítani, pedig végső soron ez volt a célunk, ez motiválta sorra kudarcba fulladt kezdeményezéseinket.

A közelmúlt eseményei nyilvánvalóvá tették, milyen erősek vagyunk, ha összefogunk.

A MÁOTE a MOTESZ legnagyobb tagszervezete, amit további szervezeteink csak erősítenek.

Itt az alkalom, hogy nyomatékosan tudatosítsuk: az alapellátás, és annak gerince, a háziorvosi munka más, mint a szakellátás bármely más területe. Ágh László így ír erről „A csaláadorvoslás elméleti sajátosságai” című cikkében (Med.Univ. 34, 241-245 (2001):

„A háziorvos is egy specialista, munkájának tárgya **az emberi életfolyamat.**” „A csaláadorvos nem egy szerv, vagy szervrendszer orvosa... ez megkövetel egy sajá-

tos, igényes háziorvosi gondolkodásmódot, korrekt elméleti és gyakorlati módszerekkel. A háziorvoslás is, mint minden más orvosi szakág, tudományos alapokra épül” „...gondos odafigyeléssel tanúi lehetünk a megbetegedés folyamatának, a premorbid zavarok kialakulásának...”.

Sajátos szituációból adódóan mi ehhez (is) értünk, és el kell érünk, hogy amit nagy gonddal, sokszor az érintett más szakterületek művelőivel is konzultálva kimunkálunk, annak alkalmazását, hasznosítását csupán csak pozíciója alapján a jövőben senki ne vethesse el, ne akadályozhassa meg. (Erre sajnos sok konkrét példa van, mely azért fájó, mert sok-sok ember egészségét veszélyeztette, életét rövidítette, ami elkerülhető lett volna.) Az orvostudomány specializálódása szerint – felkészít az emberi életfolyamat egy-egy kritikus, maradandó károsodással járó epizódjának ellátására és utókezelésére. Ez fontos, és ennek az elvárásnak a jövőben is meg kell felelnünk.

De a mi sajátos feladatunk, hogy az életfolyamat zavartalanágát segítsük, a kritikus epizódok megelőzésében közreműködünk, a kialakult károsodások súlyosbodását késleltessük, mindezzel javítsuk az életminőséget, meghosszabbítsuk az egészséges, alkotóképes életszakaszt. Ez egybeesik a társadalom érdekével. Nem öncél, hanem a gazdasági fejlődés alapja.

Ehhez ma nem kapunk megfelelő felkészítést, időt, finanszírozást, ennek még nincs intézményesített háttere. Ezért gyökeresen át kell alakítani az alapellátás és a megelőzés kapcsolat- és feladatrendszerét, különös tekintettel a nem fertőző- és szenvedélybetegségek, valamint a velük egy töről fakadó magzati károsodások megelőzésére. Ennek elméleti alapját kialakulásuk törvényszerűségének felismerése, gyakorlati kivitelezését modellvizsgálatok és interdiszciplináris kutatások eredményei képezik (Kuti V.: Medicus Universalis 41, 3-18 [2008]).

Az első, hatókörünket meghaladó lépés a só kiegészítése magnéziummal, amelynek gyakorlati hasznát Finnország példája 25 éve bizonyítja. Ezzel az egész lakosságot érintő magnézium-hiány enyhíthető. Eredménye: vizsgálható elváltozásokat még nem, de panaszokat már okozó tünetek megszüntethetők, ami az orvoshoz fordulás számát és a tüneti kezelés költségét csökkenti, így idő és pénz nyerhető más feladatokra.

Semmiképp nem elegendő ez a magnéziumpótlás jelentősebb hiány rendezésére, amit egyénenként kell megoldani, sem a várandós anyák magnézium-igényének kielégítésére, amit gondozásuk keretében kell mielőbb

elkezdeni a magzat zavartalan fejlődése, a spontán vetélés, a koraszülés és csecsemőhalálozás megelőzése érdekében. (Kuti V. és mtsai: Az anya magnéziumellátottságának hatása a spontán vetélésre, a koraszülésre, a magzat intrauterin fejlődésére és a csecsemőhalálózásra. Egészségtudomány 26, 62-73 [1982].)

Haladéktalanul elindítandó a morbiditás alakulásának vizsgálata az országos és megyei adatokon túl a kistérségek, egyes települések, indokolt esetben településrészek szerint. Ennek megbízhatósága érdekében egy-egy emberre vonatkozó minden információnak háziiorvosnál kell találkozni.

A morbiditás vizsgálata feltételezi a háziiorvos egészséges, premorbid állapotban lévő és beteg páciensei állapotának megismerését. Ezzel együtt számos kiváltó, súlyosbító ok is felderíthető, elhárítása megkezdhető. Mindez időigényes, ezért finanszírozandó feladat.

Az ok-okozati összefüggések bővebb elemzése egy következő lépés, ahol az egyénen túl, a lakosságcsoporthoz mikro- és makro-környezetének fizikai, kémiai, biológiai és pszichikai terhelései (stresszorai), szociális helyzetének hatásai kerülnek górcső alá, felhasználva az informatika fejlődését, és megalapozva a szükséges beavatkozásokat, ami nagyrészt túlmutat a háziiorvos hatókörén, de részvétele nélkülözhetetlen.

Az ok-okozat vizsgálata közelebb visz a folyamat megismeréséhez, ami alapján szinte kínálkozik, hogy a tüneti kezeléssel oki kezelésre térjünk át. Az egyik oki kezelés a kis pszichoterápia, ami rövid előkészítéssel elsajátítható, de legjobb esetben is 5x1 órás négyezemközti foglalkozást tesz szükségessé. Ma ennek feltétele és finanszírozása is hiányzik.

Gyakori ok életfontos tápelemek: ásványi anyagok, vitaminok hiánya, melyek többségét a TB jelenleg nem finanszírozza. Ezen is változtatni kell.

Ha egy patológiás folyamat maradandó károsodásokhoz vezet, nem elég annak korrekt ellátása bármely szakellátás keretében, magával a patológiás folyamattal is foglalkozni kell, a progresszió lassítása, vagy újabb maradandó károsodás megelőzése érdekében. Ezért a folyamatokban történő gondolkodásnak el kell jutnia az epizódokkal foglalkozó, azokat ellátó specialistákhoz is. Ennek eredményeként például az alapellátásban megkezdett beavatkozást folytatni kell a kórházi tartózkodás során, az ott szükséges egyéb beavatkozások mellett. Ez egy újfajta kapcsolatot feltételez a különböző területen dolgozó specialisták között.

A nem fertőző betegségek, szenvedélybetegségek és meghatározott magzati károsodások elsődleges megelőzése 30 éve ki nem aknázott, új lehetőség, melynek felismerése és bizonyítása az alapellátásban, döntően a MÁOTE támogatásával történt.

Csak az itt vázolt változtatások a TB számára olyan megtakarítást jelentenének, amelyből az egészségügyi dolgozók nagyon megérdemelt, tisztességes megélhetése és nyugdíja biztosítható lenne. A teendők azonban tovább finomíthatók és számos kérdés további kutatást indokol.

Jó lenne, ha saját javaslatunk bővülne további kollegáink itt nem említett, de alkalmazásra érett eljárásaival. Sok éves munkánk megalapozta az egyes emberek és az egész társadalom javát szolgáló alapellátás tartalmát. Reméljük, hogy jelenlegi miniszterünk, Dr. Székely Tamás nyitottan fogadja javaslatainkat. De fel kell készülnünk arra is, hogy népünk és nem utolsósorban a magunk érdekében, összefogva, erőnk tudatában, kikényszerítsük a változást. Amíg élek, erre szánom az életem és ehhez a szakmai eljárásokkal megalapozott érdekvédelemhez szeretnék társakat találni a címzett szervezeteinkben.

MÁOTE VÁNDORGYŰLÉS

2008. OKTÓBER 10-12.

SIÓFOK

HOTEL PANORÁMA

MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK
ORSZÁGOS EGYESÜLETE, MAOTE KFT.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KISVÁLLALKOZÁSOK ALAPÍTÁSA A HATÁLYOS JOG TÜKRÉBEN

Dr. Bende-Szabó Gábor, ügyvéd, az állam- és jogtudomány kandidátusa

Magyarországon az egészségügy területén különösen az egészségügyi alapellátás körében találkozhatunk társas vállalkozásokkal, a járóbeteg-szakellátás, illetve a fekvőbeteg-szakellátás körében a költségvetési szerv formájában működő egészségügyi intézmények mellett eltérően a társasági formában működő egészségügyi intézmények jelentősége. Mindebből következően kijelenthető, hogy hazánkban az egészségügyi vállalkozások jellemzően valamilyen kisvállalkozási formában (leggyakrabban betéti társaságként) látják el tevékenységüket. [Kisvállalkozásnak azokat a vállalkozásokat tekintjük, amelyek esetében a foglalkoztatotti létszám nem éri el az 50 főt, illetőleg amelyek éves nettó árbevétele vagy mérlegfőösszege nem haladja meg a 10 millió eurónak megfelelő forintösszeget.] Jelen cikk az egészségügyi kisvállalkozások jogi környezetének egyes elemeit vizsgálja fel, elsősorban abból a szempontból, hogy e vállalkozások alapítására (és működésére) vonatkozó hatályos jogi rendelkezések mennyiben minősülnek vállalkozóbarátnak, mennyiben szolgálják a kisvállalkozások gyors és kiszámítható piacra lépését, illetve piacra maradását.

Az Európai Kisvállalkozói Karta

A kisvállalkozásoknak az egyes tagállamokban, illetőleg az egységes európai piacon betöltött jelentőségét felismerve az Európai Tanács 2000-ben egy mérföldkőnek minősíthető dokumentumot fogadott el, az Európai Kisvállalkozói Kartát. E dokumentum kiemelt figyelmet szentelt a kisvállalkozások gyors és költségtakarékos piacra lépésének biztosítása kérdéskörének. Erre figyelemmel a Karta alapvető célkitűzései között szerepelt az, hogy valamennyi tagállamban olyan gazdasági, pénzügyi, jogi környezet létezzen, amely könnyíti a kisvállalkozások alapítását, illetve működését. A kisvállalkozások alapításával összefüggésben a Karta főképpen három szabályozási kör kiemelt jelentőségére irányította rá a figyelmet:

- a cégalapítás adminisztratív terheinek csökkentése;
- a cégek bejegyzéséhez szükséges hatósági/bírósági eljárás időtartamának csökkentése; illetőleg
- az elektronikus cégbejegyzési eljárás feltételeinek megteremtése.

Az Európai Kisvállalkozási Karta által megfogalmazott, a kisvállalkozások alapításával kapcsolatos fenti célkitűzéseket Magyarországon két, 2006. július 1-jétől hatályos törvény, egyfelől a gazdasági társaságokról szóló

2006. évi IV. törvény (a továbbiakban: Gt.), valamint másfelől a cégnyilvánosságról, a bírósági cégeljárásról és a végelszámolásról szóló 2006. évi V. törvény (a továbbiakban: Ctv.) valósította meg a jogi szabályozás szintjén. Az elkövetkezőkben e két törvény, illetőleg értelemszerűen az egészségügyi vállalkozásokra vonatkozó ágazati jogi szabályozások előírásainak alapulvételével vesszük sorra egy egészségügyi kisvállalkozás létrehozatalának folyamatát, ennek jogi szempontból meghatározó jelentőségű elemeit.

Az alapításra vonatkozó szabályozás rendszere

Az egészségügyi kisvállalkozások alapítására vonatkozó jogi szabályozás rendszere alaphelyzetben két fő szabályozási halmazt foglalt magában. Egyrészt azokat az alapítási előírásokat, amelyek ágazattól, szakterülettől függetlenül valamennyi kisvállalkozásra nézve kötelezőek (általános alapítási szabályok); másrészt pedig azokat a jellemzően szakmai természetű, az egészségügy sajátosságaiból fakadó jogi rendelkezéseket, amelyek csak az egészségügyi tevékenységet végző kisvállalkozások létrehozását érintik (speciális ágazati alapítási szabályok).

Az egészségügyi kisvállalkozások alapításának általános szabályai

Valamely egészségügyi kisvállalkozás alapítása során a következők képezik a kiindulópontot:

- meghatározott személyi kör (a kisvállalkozás leendő tulajdonosai) közös – esetünkben: egészségügyi - tevékenység folytatására irányuló szándéka, valamint
- a közös tevékenység társasági formájának megválasztása.

A társas vállalkozást létrehozó személyi (tulajdonosi) kör vonatkozásában meg kell említeni, hogy – bár az egészségügyi kisvállalkozások körében ez a tipikus – alapító nem csak természetes személy lehet, hanem jogi személy, vagy akár jogi személyiséggel nem rendelkező társaság is.

A hatályos Gt. négy társasági formát ismer, nevezetesen

- a közkereseti társaságot (kkt.),
- a betéti társaságot (bt.),
- a korlátolt felelősségű társaságot (kft.), illetőleg
- a részvénytársaságot (rt.).

A hatályos jognak nincsen semmiféle előírása arra vo-

natkozóan, hogy kisvállalkozásként mely társasági formát kell választani, elvileg tehát bármelyik társasági formát választhatjuk. Ugyanakkor a gyakorlati adatok és a gazdasági realitások (például az alapításhoz szükséges vagyoni hozzájárulások nagyságrendje, vagy a működés adminisztratív kötelezettségei) azt mutatják, hogy az egészségügyi kisvállalkozások körében a leggyakoribb betéti társasági forma mellett még a korlátozott felelősségű társasági formával érdemes komolyabban foglalkozni; ennél fogva az alapítási szabályok bemutatásánál e két társasági formára fogunk fókuszálni.

A betéti társaság olyan gazdasági társaság, amely legalább egy beltagból, illetve legalább egy kültagból áll. A betéti társaság induló vagyonához valamennyi beltag és valamennyi kültag köteles a társasági szerződésben meghatározott mértékű vagyoni betétjének szolgáltatásával hozzájárulni. Azonban a Gt. betéti társaság esetén – szemben például a korlátozott felelősségű társasággal – minimális tőkekövetelményt nem ír elő. A beltag felelőssége a betéti társaságnak a társasági vagyon által nem fedezett kötelezettségeiért korlátlan és – kettő vagy több beltag esetén – a többi beltaggal egyetemleges. Ezzel szemben a kültag felelőssége korlátozott, a kültag ugyanis csak a társasági szerződésben vállalt vagyoni betétje szolgáltatására köteles, egyebekben a betéti társaság kötelezettségeiért főszabályként nem tartozik felelősséggel.

A korlátozott felelősségű társaság olyan gazdasági társaság, amely az egyes tagokhoz tartozó, előre meghatározott összegű törzsbetétek összességéből álló törzstőkével jön létre. A törzstőke összege nem lehet kevesebb ötszázezer forintnál (ez az összeg a korábbi hárommillió forintos tőkeminimumhoz képest nyilvánvalóan megkönnyíti a korlátozott felelősségű társaságok létrehozását). A korlátozott felelősségű társaság tagjainak kötelezettsége a társasággal szemben csak a törzsbetétek szolgáltatására, illetőleg a társasági szerződésben esetlegesen, a tagok döntésétől függően megállapított egyéb vagyoni hozzájárulás (pl. pótbefizetés) szolgáltatására terjed ki; egyebekben a tagok a társaság kötelezettségeiért főszabályként nem felelnek.

A választható társasági formákkal kapcsolatban a teljesség kedvéért még meg kell említeni, hogy 2006. július 1-jétől az említett négy társasági forma nemcsak az addig kizárólagos forprofit (azaz nyereség- és vagyonszerzésre törekvő) jelleggel, hanem – párhuzamosan a közhasznú társaságok alapítási tilalmának 2007. július 1-jétől való kimondásával, valamint a közhasznú társaságok legkésőbb 2009. június 30-ig megvalósítandó átalakítási, illetve jogutód nélküli megszüntetési kötelezettségének előírásával – nonprofit jelleggel is alapítható. [A nonprofit társaságok sajátosságainak, a közhasznúság további kritériumainak, stb. bemutatását jelen cikk terjedelmi korlátai nem teszik lehetővé.]

Végül, de nem utolsósorban a kiindulópontok bemutatásánál szólni kell két fontos, az alapítói személyi köre és a választható társasági forma közötti összefüggésről is.

1. Természetes személy alapító esetében korlátként jelentkezik, hogy egyidejűleg csak egy gazdasági társaságban lehet korlátlanul felelős tag. Azaz például ugyanazon természetes személy nem lehet két betéti társaságban beltag. Ez a kizáró rendelkezés – bár maga a Gt. nem mondja ki, azonban az egyéni vállalkozásról szóló 1990. évi V. törvény rendelkezéseiből egyértelműen következik – érvényesül az egyéni vállalkozások tekintetében is; azaz ugyanazon természetes személy nem lehet egyidejűleg egyéni vállalkozó és valamely társaság vállalkozás korlátlanul felelős tagja (pl. betéti társaság beltagja).

2. Amennyiben az alapítói személyi kört nem csak természetes személyek alkotják, vagy az alapítók között egyáltalán nincsenek természetes személyek, fontos törvényi korlát, hogy közkereseti társaság és betéti társaság nem lehet az újonnan létrehozandó gazdasági társaságban korlátlanul felelős tag (pl. az új betéti társaság beltagja).

A társasági szerződés

A társasági szerződés

A társas vállalkozást létrehozni kívánó személyek alapítási szándéka a társasági szerződés aláírásával realizálódik. A társasági szerződéssel kapcsolatban a Gt. több fontos tartalmi, illetőleg formai kötelezettséget ír elő.

A formai kötelezettségek körében két vonatkozást szükséges kiemelnünk, részint a társasági szerződés aláírásának kérdését, részint pedig a szerződés ellenjegyzését.

1. Főszabályként a társasági szerződést valamennyi tagnak (alapítónak) alá kell írnia. Azonban ettől eltérően – például távollét vagy más akadályoztatás esetén – a tag helyett az általa előzetesen meghatalmazott képviselője is aláírhatja a szerződést. Erre azonban csak akkor kerülhet sor, ha a meghatalmazást közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalták.

2. A társasági szerződést közjegyző által készített közokiratba vagy ügyvéd, illetve az alapító jogtanácsosa által ellenjegyzett magánokiratba kell foglalni.

A jogbiztonság érdekét szolgálja az a törvényi előírás, amely szerint a társasági szerződést

- vagy közjegyző által készített közokiratba kell foglalni,
- vagy ügyvéddel kell ellenjegyeztetni (amennyiben a nem természetes személy alapítónak van jogtanácsosa, ügyvéd helyett e jogtanácsos is ellenjegyezheti a szerződést).

Tartalmi elemeinek tekintetében a társasági szerződés kétféle lehet:

- az alapító tagok által a törvényi keretek közötti tartalommal rendelkező szerződés, illetőleg
- mintaszerződés.

A társasági szerződés-minta

Az Európai Kisvállalkozási Karta célkitűzéseinek hazai megvalósítását szolgálja az a 2006. július 1-jétől hatályos új törvényi rendelkezés, miszerint a közkereseti társaság, a betéti társaság, a korlátolt felelősségű társaság, valamint a zártkörűen működő részvénytársaság esetén a társasági szerződés egyszerűsített módon, a Ctv. mellékletét képező szerződésminta megfelelő kitöltésével elkészíthető. Ebben az esetben a társasági szerződés tartalmát kizárólag a kitöltött szerződésmintában foglalt rendelkezések alkothatják, az abban foglaltaktól eltérni nem lehet. Fontos, hogy a közokiratba-foglalási, illetve az ügyvédi (jogtanácsosi) ellenjegyzési vagylagos kötelezettség szerződésmintával készült társasági szerződés esetében is fennáll.

A tagok által meghatározott tartalmú társasági szerződés

Amennyiben a kisvállalkozást létrehozó személyek – akármilyen okból – nem kívánják a Ctv. mellékletében felkínált szerződésmintát igénybe venni, társasági szerződésükben a hatályos Gt. alapján a következőket kötelesek meghatározni:

- a gazdasági társaság cégnevét és székhelyét;
- a gazdasági társaság alapító tagjait, mégpedig nevük (cégnevük) és lakóhelyük (székhelyük), továbbá jogi személy vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság alapító tag cégjegyzékszámának (nyilvántartási számának) feltüntetésével;
- a gazdasági társaság főtevékenységét és azon tevékenységeket, amelyeket a társaság a cégjegyzékben feltüntetni kíván;
- a társaság jegyzett tőkéjét, az egyes tagok vagyoni hozzájárulását, valamint a jegyzett tőke rendelkezésre bocsátásának módját és idejét;
- a társaság képviselőtét, ideértve a cégjegyzés módját;
- a tagok által kijelölt első vezető tisztségviselő(k) nevét (lakóhelyét, székhelyét);
- a gazdasági társaság működésének időtartamát, ha a társaságot határozott időre alapítják; valamint
- mindazt, amit a Gt. az egyes társasági formáknál kötelezően előír (ekképpen például a korlátolt felelősségű társaságoknál az egyes tagokat megillető szavazati jog mértékét).

A tagok vagyoni hozzájárulása

A társaságalapítás során az egyik legfontosabb kérdés az alapítók által az újonnan létrehozott társaságba tőkeként bevitt vagyoni hozzájárulások nagysága, az egyes vagyoni hozzájárulások összetétele, illetőleg az egyes vagyoni hozzájárulások egymáshoz viszonyított arányai.

A vagyoni hozzájárulás tárgykörében a kiindulópontot az a törvényi előírás jelenti, amely kötelezően kimondja, hogy gazdasági társaság alapításához valamennyi tag vagyoni hozzájárulása szükséges. A tagok vagyoni hozzájárulása kétféle lehet: pénzbeli hozzájárulás, illetőleg nem pénzbeli hozzájárulás (az ún. apport).

Nem pénzbeli hozzájárulásként (apportként) a tag bármilyen vagyoni értékkel rendelkező dolgot (pl. a tulajdonát képező ingatlan vagy orvosi berendezés), valamint szellemi alkotáshoz fűződő vagy egyéb vagyoni értékű jogot (pl. valamely speciális eljárás know-how-ja, vagy egy ingatlan bérleti joga) szolgáltathat a társaság részére. (Nem apportálható viszont a tag munkavégzésre vagy más személyes közreműködésre, illetve szolgáltatás nyújtására irányuló kötelezettségvállalása.) Az apportálás eredményeként az apportált dolog feletti tulajdonjog, illetőleg az apportált vagyoni értékű jog az apportáló tag vagyonából a társaság vagyonába kerül át. A nem pénzbeli hozzájárulást szolgáltató tag az apportálás időpontjától számított ötéves jogvesztő határidőn belül köteles helytállni a gazdasági társaságnak azért, hogy a társasági szerződésben megjelölt érték nem haladja meg az apport tárgyának az apportálás időpontjában fennálló értékét.

A cégbejegyzési eljárás

A cégbejegyzési eljárás hatályos törvényi szabályozása egyértelműen az Európai Kisvállalkozási Kartában megfogalmazott célkitűzések szellemében fogant, különös tekintettel a gazdasági társaságok (s köztük a kisvállalkozások) cégbejegyzési folyamatának a korábbiakhoz képest jelentős mértékű felgyorsítására, illetőleg az elektronikus úton lefolytatandó cégbejegyzési eljárás feltételeinek megteremtésére, majd újabb előrelépésként 2008. július 1-jétől az elektronikus út kizárólagossá tételére.

A gazdasági társaság alapítását annak bejegyzése, illetve közzététele végezt – a társasági szerződés megkötésétől számított legfeljebb harminc napon belül – be kell jelenteni a társaság székhelye szerint illetékes cégbíróságnak. A cégbejegyzési eljárásban a jogi képviselő kötelező. A cégbejegyzésre irányuló kérelmet elektronikus úton az adott társasági formának megfelelő, a jogi képviselő által aláírt elektronikus nyomtatványon kell – a Ctv.-ben meghatározott módon és a mellékletekkel együtt – előterjeszteni.

A cégbíróság – feltéve, hogy a kérelmet hiánytalanul nyújtották be – köteles legkésőbb a cég bejegyzésére irányuló kérelem érkezésétől számított tizenöt munkanapon belül dönteni a bejegyzésről vagy a kérelem elutasításáról.

Abban az esetben viszont, ha a társaság alapítása a Ctv. mellékletében foglalt megfelelő szerződésminta szabályszerű felhasználásával történt, a bejegyzési kérelem elbírálásáról a cégbíróság a bejegyzési kérelem érkezésétől

követő egy munkaórán belül köteles döntést hozni. Ennek azonban további előfeltétele, hogy a jogi képviselő a bejegyzési kérelemhez csatolt elektronikus nyomtatványon ezt a körülményt feltüntesse. A gazdasági társaság a cégjegyzékbe való bejegyzés következtében, a bejegyzés napjával jön létre.

Az egészségügyi kisvállalkozások alapításának ágazati speciális szabályai

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) egyik fontos alapelve a szektorsemlegesség. Erre figyelemmel az egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltétel- és követelményrendszere tulajdoni és működtetési formától független; azaz a különböző szakmai feltételek (személyi, tárgyi és egyéb feltételek) kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapulhatnak. Ezen szakmai feltétel- és követelményrendszer előírásának az a célja, hogy biztosítsa egyfelől az egészségügyi szolgáltatások megfelelő minőségi színvonalát, illetőleg másfelől az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő, valamint az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó személyek jogainak érvényre jutását.

A Gt. általános szabályai körében található két olyan, valamely – gazdasági társaság keretében végzendő - tevékenység folytatásával kapcsolatos kiegészítő, további szabályozási lehetőséget megnyitó rendelkezés, amely az adott tevékenység sajátosságaira figyelemmel szigorúbb előfeltételeket fogalmaz meg az adott tevékenységet folytatni kívánó társas vállalkozások létrehozatalához. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi vállalkozásokat illetően mindkét rendelkezés relevanciával bír, röviden kitérünk e két általános szabályra, amelyeket azonban – mint a továbbiakban látni fogjuk – az egészségügyi ágazati jogi szabályozás tölt ki konkrét tartalommal. Eszerint:

1. ha valamely gazdasági tevékenység gyakorlását jogszabály hatósági engedélyhez (a tevékenységi kör gyakorlásához szükséges engedélyhez) köti, a gazdasági társaság e tevékenységét csak az engedély birtokában kezdheti meg, illetve végezheti; illetőleg

2. képzéshez kötött tevékenységet gazdasági társaság csak akkor folytathat, ha e tevékenységben személyesen közreműködő tagjai, munkavállalói, illetve a társasággal kötött tartós polgári jogi szerződés alapján a társaság javára tevékenykedő személyek között legalább egy olyan személy van, aki a jogszabályokban foglalt képzési követelményeknek igazolt módon megfelel.

Egészségügyi szolgáltatás (azaz a szolgáltató profiljától függő, meghatározott egészségügyi tevékenységek összessége) kizárólag az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) illetékes intézete (amely az egészségügyi kisvállalkozások esetében jellemzően a kistérségi, illetve Budapesten a fővárosi kerületi intézetet jelenti) által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve

folytatható. A működési engedély kiadásának alapvető feltétele, hogy a kérelmező rendelkezzen

- a jogszabályokban meghatározott személyi és tárgyi feltételrendszerrel, illetőleg
- az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során okozott kár megtérítésére szolgáló felelősségbiztosítással.

Személyi feltételrendszer

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásával összefüggő személyi feltételrendszer sarkalatos eleme az a törvényi rendelkezés, mely szerint egészségügyi tevékenységet – néhány, törvényben rögzített kivételtől (pl. a szakképesítés megszerzéséhez szükséges képzésben részt vevő orvostanhallgató) eltekintve – csak az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel (vagy egészségügyi szakképesítés nélkül megszerzhető felsőfokú szakirányú szakképesítéssel) rendelkező és az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásába bejegyzett személy végezhet. A működési nyilvántartás célja az aktív (az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában részt vevő) egészségügyi dolgozók meghatározott adatainak közhiteles tanúsítása. A működési nyilvántartásba történő felvétel kérelem alapján történik, azzal, hogy az a személy, aki a törvényi feltételeknek megfelel, a nyilvántartásba fel kell venni. [Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartását az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) vezeti.]

Tárgyi feltételrendszer

Az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerére (orvosi műszerek, berendezések, rendelő felszereltsége, stb.) vonatkozóan az az általános elvárás, hogy azoknak egyrészt biztosítaniuk kell az adott egészségügyi ellátáshoz szükséges követelményeket, másrészt pedig meg kell felelniük a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak. Egészségügyi szolgáltató tevékenység csak abban az esetben folytatható, ha az adott egészségügyi szolgáltatás elhelyezése, infrastrukturális körülményei, berendezései, felszereltsége és műszerezettsége – összefoglaló elnevezéssel: az ún. szakmai minimumfeltételek – megfelelnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló jogszabályban [60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet] foglaltaknak.

A tárgyi feltételrendszer sajátos vonatkozását jelentik az egészségügyi szolgáltató elnevezésével kapcsolatos jogszabályi előírások. E vonatkozásban – az egészségügyi vállalkozások nézőpontjából – a Ctv.-ben meghatározott általános rendelkezések, valamint az ágazati jogszabályban meghatározott speciális rendelkezések együttes alkalmazásával kell a cégnevet kiválasztani.

A cégnévnek (ideértve a rövidített cégnevet is)

- egyfelől egyértelműen különböznie kell – a cégforma

különbözőségén túlmenően is – az ország területén bejegyzett más cég elnevezésétől, illetőleg a már lefoglalt elnevezéstől; továbbá

- nem kelthet olyan látszatot, ami – különösen a cég tevékenységi körét és a választott cégformát illetően – megtévesztő.

Az általános szabályok előírják, hogy a cégnévnek a választott cégforma (pl. betéti társaság) megnevezését, valamint legalább a vezérszót (ennek a cégnév elején kell állnia, s ez teszi lehetővé a cég azonosítását, illetve más, azonos vagy hasonló tevékenységű cégtől való megkülönböztetését) kell tartalmaznia. A vezérszó lehet akár idegen nyelvű kifejezés, rövidítés, valamint mozaik szó is, a vezérszón kívül azonban a cégnévben csak magyar szavak szerepelhetnek (a magyar helyesírás szabályainak megfelelően). A cégnévben rövidítés csak a vezérszó esetén, illetve a cégforma meghatározásánál (pl. betéti társaság esetén: bt., vagy korlátolt felelősségű társaság esetén: kft.) lehetséges.

A Ctv. fenti rendelkezéseihez a hatályos ágazati szabályozás hozzáteszi, hogy az egészségügyi szolgáltató elnevezésével kapcsolatban alapvető jogszabályi kívánalom, hogy az egészségügyi szolgáltató nevének a szolgáltatás alapvető tevékenységét és tényleges formáját kell kifejeznie, és nem kelthet olyan látszatot, amely ezektől eltér.

Összegezés

Összességében véve megállapítható, hogy az egészségügyi kisvállalkozások alapításának jogszabályi feltételrendszere az elmúlt években jelentős mértékben megváltozott, az új szabályok túlnyomó részükben a

vállalkozások javát szolgálják, a korábbiakhoz képest jelentős mértékben megkönnyítve a gazdasági társaságok létrehozatalát. Bár az új elektronikus cégbejegyzési rendszer kötelezővé (kizárólagossá) tétele nem volt zökkenőmentes (erről főképpen a bejegyzési eljárásban a társaságot képviselő ügyvédek tudnának regélni), akadtak szép számmal jogértelmezési problémák is (pl. az elektronikus aláírás, az időbélyegző alkalmazásával kapcsolatosan), mégis az új rendszert akképpen kell értékelnünk, hogy az egyértelműen előremutató, az Európai Kisvállalkozói Karta szellemiségét a hazai jogalkotásba áttemelő lépés volt.

Ugyanakkor nem hallgatható el, hogy a vállalkozásbarát jogszabályi környezet iránti igény nem áll meg az alapítással kapcsolatos jogszabályi előírásoknál. Legalább ekkora, ha nem nagyobb igény lenne ugyanis a vállalkozások (és különösképpen a jogi szabályozásnak jobban kiszolgáltatót kisvállalkozások) folyamatos működésére vonatkozó vállalkozóbarát jogszabályi környezetre. Sajnos ezen a téren a hatályos magyar jogi környezet számos vonatkozásban joggal illethető kritikával. A problematikus pontok bemutatása nyilván meghaladja jelen cikk témakörét, de hadd utaljunk röviden két aktuális, illetve akut szabályozási problémára: egyfelől a TEÁOR számok megváltozásával kapcsolatos jogszabályi mizériára (úgy tűnik az Európai Unióban ennek a váltásnak a terheit egyedül Magyarországon kívánják a vállalkozások „nyakába varrni”), illetőleg másfelől a vállalkozásokat terhelő adó- és társadalombiztosítási szabályozás anomáliáira (e téren a jogi szabályozás, az esetek nagyobbik részében csak a költségvetés pillanatnyi érdekeit kifejező gyakori változásai jóformán ellehetetlenítik az akár középtávra szóló, megalapozott üzleti tervezést).

„EGY ÓRA MÚLVA MEGVAGYOK!” – AVAGY VILLÁMGYORS E-CÉGALAPÍTÁS A GYAKORLATBAN

Dr. Mező András ügyvéd

Jól emlékszem arra a végzésre, amit jó néhány évvel ezelőtt kaptam egy bejegyzés előtt álló cég ügyében. Az iratokat több mint egy évvel korábban nyújtottam be a cégbírósághoz, s egyszerre csak megérkezett a hón áhított válasz. Pontosabban mégsem az, hanem egy hiánypótlásra felszólító végzés, amely szerint 8 napon belül pótoljam ezt meg azt, ellenkező esetben elutasítják a kérelmet. Az eset még az előző évszázadban történt, s azóta nagyot fordult a világ.

Be kell vallanom, abban az időben nem gondoltam volna, hogy a cégeljárással kapcsolatos törvényben egyszer ilyen mondatot olvashatok: a „határidő számításának kezdő időpontja munkanapokon reggel 9 óra”. Hát még ez a másik mondat: „a bejegyzési kérelem elbírálásáról a cégbíróság a bejegyzési kérelem érkezését követő egy munkaórán belül határoz”.

Természetesen az egy órás cégeljárásnak komoly előfeltételei vannak, s bizonyos fokú lemondást is igényel a céget alapítóktól, mivel kizárólag a cégnyilvánosságról, a bírósági cégeljárásról és a végelszámolásról szóló 2006. évi V. törvény mellékletében foglalt szerződésminta alapján történhet (így a nyílt részvénytársaság alapítása ilyen módon nem lehetséges), s ez a szerződésminta nyilvánvalóan nem tudja a cégen belül lehetséges valamennyi jogviszonyt szabályozni. Azonban a lényeges és alapvető feltételrendszert megadja, így a vállalkozások nagyobbik részének megfelelő keretet nyújt a működéshez. A szerződésmintától egyetlen betű erejéig sem lehet eltérni, mert ellenkező esetben már „csak” a normál bejegyzési határidők vonatkoznak rá. A rendszer alkalmazása óta eltelt viszonylag rövid idő alatt is szárnyra kaptak már történetek a szabályok szigorú alkalmazásáról. Az egyik szerint például nem fogadta el a cégbíróság szerződésmintának azt a szerződésmintát, amelyiknek bal felső sarkából hiányzott a „6. számú melléklet a 2006. évi V. törvényhez” felirat, mert az ott és akkor eljárt ügyintéző álláspontja szerint a szerződésminta részét képezte az a cím is, amely alatt az adott minta a törvényben elhelyezkedett.

A lemondás mellett az eljáró jogi képviselőre is nagyobb „nyomás” nehezedik a szokásosnál. Ugyanis a cégbejegyzési nyomtatvány megfelelő rovatának kitöltésével nyilatkoznia kell, hogy a benyújtott iratok törvényességi szempontú vizsgálatát elvégezte. A „ki Csák Máté rokona, és ki nem az” kezdetű vicc juthat eszébe annak, aki tovább tanulmányozza a törvény fentiekét szabályozó 48.§-ában foglaltakat, ugyanis a benyújtott iratok mellett **be nem nyújtott iratok** is részét képezik a cégeljárásnak. Ezek köre ugyanúgy meg van határozva, mint a benyújtandó dokumentumoké, s a jogi képviselőnek ezen – be nem nyújtott – iratok tekintetében is nyilatkoznia kell arról, hogy elvégezte azok törvényességi szempontú vizsgálatát. S amennyiben ezen okiratokkal kapcsolatban bármilyen tartalmi vagy jogszerűségi kétség merülne fel, a jogi képviselő köteles ezeket az iratokat a cégbíróság részére bemutatni, vagy az iratokhoz csatolni. Mint látható, a törvényalkotó megosztotta a „munkát” a bíróság és az eljáró jogi képviselő között. A cégbíróság a benyújtott dokumentumokat

nem vizsgálja meg, kizárólag azt ellenőrzi, hogy a jogi képviselőnek van-e meghatalmazása, továbbá a cégbejegyzési nyomtatvány jogszabályoknak megfelelően került-e kitöltésre, valamint megvannak-e a törvényben előírt mellékletek, illetőleg a cég választott neve megfelel-e a jogszabályoknak. Az okiratok **tartalma** azonban kizárólag a jogi képviselő felelőssége. Nyilvánvalóan még inkább ez a helyzet a be sem nyújtott okiratok esetében.

Ha mindezek a feltételek rendben vannak, akkor – az iratok elektronikus úton történt benyújtását követően – már csak hátra kell dőlnünk, elmenni, meginni egy kávé, beszélgetni egy nagyot, s már jön is a válasz e-mail, benne az elektronikus bejegyző végzéssel. Gyakran egyébként hamarabb megérkezik a bejegyzés, mint az új cég iratainak benyújtásakor szokásosan megküldött ún. „Tanúsítvány”. Ha véletlenül mégsem jönne, akkor a cégbíróság vezetője legkésőbb egy munkanapon belül hivatalból intézkedik a bejegyzési kérelem elbírálásáról.

S mi történik, ha homokszem csúszik a fogaskerek közé? Ha a korábban leírt bármely feltétel hiányzik, pl. nincs nyilatkozat a jogi képviselőtől, vagy elfelejtették beikszelni a szükséges rubrikákat a bejegyzési kérelmen? Akkor a cégbíróság elutasítja a bejegyzési kérelmet azzal, hogy 8 napon belül a hiányok pótlása mellett ismételten lehet kérni a bejegyzést. Ebben az esetben a már benyújtott okiratok ismételten felhasználhatók. Ilyen ismételt benyújtásnak egy alkalommal van helye.

Ugyanezeket a szabályokat kell alkalmazni a cég változásbejegyzési eljárásában akkor, ha a társaság létesítő okirata szerződésmintával készült.

Természetesen a cikk bevezetőjében leírt emlékhöz képest a „normál” cégeljárás határideje is jelentősen rövidebb lett. Ha nincs szerződésminta, vagy egyéb okból nem alkalmazhatók az egyszerűsített cégeljárás szabályai, akkor

- legfeljebb 8 munkanapon belül döntenie kell a cégbíróságnak a kérelem azonnali elutasításáról,
- cégbejegyzés esetén legfeljebb 20 munkanap alatt adhat ki a cégbíróság hiánypótlási végzést,
- és cégbejegyzés esetén 30 munkanap alatt be kell jegyezni a céget.

Bízom benne, hogy a fentiekben leírtak kedvet ébresztettek a cégelapításra mindazokban, akik eddig a bürokratikus eljárástól, vagy a hosszú határidőktől való félelmükben halogatták ezt a döntést. A legfrissebb adatok szerint a cégbíróságok országsszerte **naponta** átlagosan 1500 elektronikus kérelmet érkeztetnek, s július 1-je óta, mióta a rendszer élesben működik, csak Budapesten ezer új kft.-t jegyeztek be. A rendszer tehát működik, érdemes kipróbálni!

Már lezártam a cikket, de azt hiszem, az itt következők még ide illenek. Tegnap éjjel kettő óra körül küldtem be a cégbíróságra egy új kft. cégiratait. S most, hogy befejeztem az írást, délelőtt 10.00 órakor, megérkezett a kft. bejegyző végzése. Bizonyíthatom tehát, a fentebb leírtak valóban működnek a gyakorlatban.

TAPASZTALATAIM AZ MTA TUDOMÁNYOS MINŐSÍTŐ BIZOTTSÁGÁBAN (TMB)

Dr. Morva László PhD

Az alapellátásban dolgozó orvosok sokoldalú, mindennapi munkája mellett – amely sok időt és fáradságot igényel – elengedhetetlen a széles körű hazai és külföldi irodalom ismerete. Ismereteim szerint az elmúlt években, sőt napjainkban is, találkozunk igen különböző témakörrel foglalkozó tudományos, preventív, és ellátó tevékenységet folytató háziorvosokkal. Sajnos azonban kevesen publikálják eredményeiket, pedig azok példértékűek és követésre méltóak lehetnének.

A MÁOTE megalakulásának 40-ik évfordulója alkalmából rendezett kongresszuson örömmel hallgattam a háziorvosi praxisban szerzett tapasztalataikról, az igen magas színvonalú, továbbképző előadásokat.

Már régóta, de ebből az alkalomból is, számos kolléga érdeklődött arról, hogyan történt korábban a kandidátusi fokozat megszerzésének folyamata.

Mielőtt ezt ismertetném, szeretném bemutatni az MTA felépítését és működését. Az MTA önkormányzati elven alapuló, jogi személyként működő köztestület. Köztestületként a tudomány művelésével, támogatásával és képviselésével kapcsolatos közfeladatokat lát el. (1994. évi XL Törvény szerint.)

A köztestületet az akadémikusok, valamint a tudomány olyan más képviselői alkotják, **akik tudományos fokozattal rendelkeznek**, és tudományos tevékenységükkel a magyar tudomány feladatainak megoldásában részt vesznek.

A köztestületnek tagja 1999-ben: 9631 volt. Ebből 231 az MTA rendes tagja, 79 levelező tagja, 119 az MTA külső tagja, 191 az MTA tiszteleti tagja, a nem akadémikus köztestületi tagok száma: 9011 (ezek közé tartozom én is).

Az MTA Területi Bizottságok szerinti felosztása:

Debreceni Akadémiai Bizottság
Miskolci Akadémiai Bizottság
Pécsi Akadémiai Bizottság
Szegedi Akadémiai Bizottság
Veszprémi Akadémiai Bizottság

átlagban: 500–800 fő.

A kandidátusi és doktori értekezés nyilvános vitára bocsátás folyamata az alábbiakban történt

Az évekig tartó ok-kutató felmérés, tudományos munka után, összeállított értekezést (disszertációt) öt példányban kell benyújtani az MTA-TMB-hez. A házivita lefolytatása után, az értekezés beadásától a nyilvános vitáig, az alábbi okok szerint folyt az eljárás.

A TMB a megfelelő Szakbizottság elnökének adta át a disszertációkat (kandidátusi és doktori) aki a Bizottsági tagok közül felkérte a szakmailag illetékes referálót.

A referálás elhangzása után, nyílt vita kezdődött a kandidátusi ill. doktori értekezések téziseiről. Ezt követően titkos szavazással vagy elfogadta a Szakbizottság, vagy elutasította az értekezést, és visszaküldte a TMB-hez.

Elfogadás esetén a referáló javaslatot tett az opponensekre-kandidátusi értekezések esetében egy doktor, és két kandidátus, doktori értekezés esetén pedig két doktor és egy kandidátus személyében. A Szakbizottság véleményezésre az Orvosi Tudományok Osztályára küldte, ahol hasonló módon nyílt vitában és titkos szavazással döntöttek az értekezés elfogadásáról, ill. elutasításáról. Az elfogadott értekezés ismét visszakérült a Szakbizottsághoz, ahonnan a Plénum elé csak a doktori értekezés került, és harmadik szinten is döntöttek az értekezés elfogadásáról, ill. nyilvános vitára bocsátásáról.

Végeredményben a Szakbizottság referálója jelölte meg a Bíráló Bizottságot, és a vita levezető titkárát. Végül a Szakbizottság döntött a három opponens kijelöléséről. Az I. sz. Klinikai Szakbizottságban eltöltött 11 év alatt, 563 kandidátusi, és 151 doktori értekezést bíráltunk el.

A TMB 1984. december 12-iki és 1986. január 8-iki határozata:

17/I. Klinikai és orvostudományi szakbizottság

Elnök: Leőwey András, az orvostudomány doktora
Titkár: Horváth Attila, az orvostudomány kandidátusa
Tagok: Csanda Endre, az orvostudomány kandidátusa
Forgács Iván, az orvostudomány kandidátusa
Gömör Béla, az orvostudomány kandidátusa
Gyenes György, az orvostudomány kandidátusa
Jobst Kázmér, az MTA levelező tagja
Karácsony Sándor, az orvostudomány kandidátusa
Karmazsin László, az orvostudomány doktora
Kontor Elemér, az orvostudomány kandidátusa
Miskovits Gusztáv, az orvostudomány kandidátusa
Morva László, az orvostudomány kandidátusa
Nagy György, az orvostudomány doktora
Ozsváth Károly, az orvostudomány kandidátusa
Petrányi Győző, az orvostudomány doktora
Török Eszter, az orvostudomány doktora
Varró Vince, az orvostudomány doktora.

Karmazsin László és Petrányi Győző felmentését kérte, ezért a TMB **1992. január 29-én** kelyettük Tulassay Ti vadart és Szegedi Gyulát, az orvostudomány doktorát bízta meg.

1992. szeptember 30-án a TMB – véleményem szerint Török Eszter hirtelen bekövetkezett halála után – Kékes Edét az orvostudományok kandidátusát bízta meg.

* * *

A Doktori Tanács **1995. április 21-én** hagyta jóvá az új összetételű szakbizottságot, melynek elnöke Méhes Károly, titkára Szende Béla lett.

Leírhatatlan öröm és felemelő érzés volt számomra, amikor több évtizedes szakmai tevékenységem elismeréseként az MTA-TBM I. sz. Klinikai Szakbizottságának tagjává választottak 1984-ben.

Közel 10 éves intézeti munkám után (sebészeti-aneszteziológiai osztályon) 1965-ben pályázat útján kerültem Tataháza-Mátételke községbe körzeti orvosként, ahol 40 évig (2005. okt. 1-jéig) vegyes praxisban, állandó készenléti szolgálatot láttam el. A mezőgazdasági profilú körzetemben végzett ok-kutató, preventív és ellátó tevékenységem eredményeként – két éves aspirantúráim után, aspiráns vezetőm Prof. Dr. Petri Gábor akadémikus irányításával – állítottam össze kandidátusi értekezésemet.

Az értekezésem témája:

A mezőgazdasági munkabalesetek megelőzése, elhárítása, és az elsősegélynyújtó hálózat kiépítése

A mezőgazdaság szocialista átszervezésekor, egy korszerű bővített újratermelésre alkalmas és mind több szakképzett dolgozót, és munkagépet foglalkoztató nagyüzemi mezőgazdaság kialakulása, egyre fokozódó eredményeket hozott. Ezáltal megváltoztak az ott dolgozók élete és munkakörülményei. Felméréseim és helyszíni vizsgálataim igazolták, hogy évről évre emelkedő tendenciát mutatott a súlyos mezőgazdasági munkabalesetek, ezen belül a halálos balesetek száma is. Kétségtelen, hogy a kemizáció módszereinek elterjedése tovább növelte a balesetek számát. Ezek a tények irányították figyelmemet a munkabalesetek megelőzésére, és a korszerű helyszíni ellátásra.

Értekezésemet 9 fejezetben foglaltam össze (205 oldal) 179 hazai és külföldi irodalmi adattal támasztottam alá eredményeimet. Az értekezésem témájával kapcsolatos előadásaim, valamint a hazai és külföldi szakirodalomban megjelent közleményeim száma 21.

A nyilvános vita az MTA nagytermében 1976-ban volt, amikor az elérhető legmagasabb pontszámot kaptam. Összefoglalásként megállapítottam, hogy a munkám kezdetén meghatározott célkitűzéseket jórészt sikerült megvalósítani. A baleseti veszélyforrások számát jelentősen sikerült csökkenteni, és a munkabalesetek száma öröndetesen évről évre csökkenő tendenciát mutatott.

* * *

Mielőtt a Klinikai Szakbizottság tagjává választottak, három alapellátásban dolgozó kolléga adta be a TMB-hez a kandidátusi értekezését. Név szerint: Arnold Csaba, Pataky László és Neszner Csaba.

Több évtizedes aktív és széles körű tudományos vizsgálatai eredményeit Arnold Csaba 1978-ban beadott és a legmagasabb pontszámmal megvédett kandidátusi értekezését az alábbiakban foglalom össze:

A gondozási módszer alkalmazása a szívbetegek gyógyító megelőző ellátásában egy városi orvosi körzetben

1972–73 Budapest, XVII. kerületében (Rákoshegy) lévő orvosi praxisban a negyven éven felüli lakosok 80%-ának – 1006 lakos – szűrővizsgálatára került sor. A szívbetegek, érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a hipertónia volt a célba vett, gondozandó kórkép, valamint egyéb krónikus betegek regisztrálása, és a szív- érrendszeri rizikó tényezők felkutatása. Ennek alapján komplex, a betegség gondozása mellett, a rizikóállapotok befolyásolására is kezdeményezés történt. 1975-ben azonos módszerrel, állapotfelmérésre (ismételt szűrővizsgálatra) került sor. 1973–76-ban a vizsgált lakosok (betegek és veszélyeztetettek) folyamatos ellenőrzése, szükség szerinti kezelése, állapotukat célzó oktatása, nevelése, tanácsadása történt. Minden súlyos, életet veszélyeztető esemény, újonnan kialakult krónikus betegség regisztrálását végezte a szerző. Pontosban vezetett halálozási nyilvántartás, a halálokok tisztázása lehetővé tette, hogy erre alapozva értékelni lehessen a gondozás, az intervenció hatékonyságát. Több vizsgálati, értékelési módszer első hazai alkalmazására került sor.

- 12 elvezetéses EKG vizsgálat, és annak Minnesota kóddal történő értékelése
- A Framingham kockázatbecslési score
- Hypertonia betegség súlyosságának pontértékelése, és erre alapozva a gondozási feladatok egyéni tervezése, végrehajtása, és a betegkövetés értékelése
- Komplex laboratóriumi szűrés (ezen belül éhgyomri vércukor meghatározás, koleszterin szint mérése)
- A potenciális cukorbetegek stratifikált kiválasztása, ennek alapján terheléses (négy pontos) vércukor vizsgálat
- Manifeszt cukorbetegségen kívül, a cukorbetegség elő állapotának (mai elnevezés szerint IGT) felkutatása.

Beigazolódtott (a disszertáció új megállapításai), hogy

- Célzott, közel komplex lakosságszűrés a rendelés körülményei között, ütemezetten kivitelezhető.
- Külön választhatók különböző mértékben veszélyeztetett lakosság betegcsoportok:
 - A manifeszt (25%), a valószínű szívbetegek (23%), a veszélyeztetett személyek (36%), és az „egészségesek” (16%) csoportjai
 - Ennek megfelelően a szív- érrendszeri halálozás

is a leggyakoribb az első csoportban volt, és nem volt ilyen halálozás az „egészséges” csoportban

- A halálozás, és a nem halálos szövődmények gyakorisága szorosan összefüggött a „gondozhatósággal”, az „együttműködési készséggel”
 - A célzott cukorbeteg-szűrés eredményeként a negyven éven felüliek között a cukorbetegség valamilyen formája 21 esetben kimutatható volt.
 - Folyamatos és kampányszűrés során a krónikus betegségek egyharmada vált felismerhetővé.
- Aktív megfigyelés, a betegek és veszélyeztetettek nyomom követése megoldható
 - Az erre alapozott megfigyelések lehetővé teszik a gondozás hatékonyságának, kivitelezhetőségének, eredményességének tárgyyszerű értékelését.
 - Az alapellátásban pótolhatatlan értékű klinikai-epidemiológiai megfigyelések végezhetőek.
 - Nemcsak a betegek felkutatása, hanem a rizikó-állapotok, nagyobb rizikójú személyek megismerése is adott lehetőség.
 - A szervezett betegség-gondozás mellett rizikóbefolyásolás is végezhető.
- A vizsgálat „melléktermékeként” igazolható volt, hogy a körzeti nővér és az asszisztens nő fontos, és pótolhatatlan tevékenységet végez és kialakítható a zökkenőmentes együttműködés a kórházzal és a járóbeteg szakrendelésekkel.

A szűrésre, gondozásra, gyógyításra, megelőzésekre vonatkozó megállapítások a disszertáció megírása, sikeres megvédése után harminc évvel később is helytállóak, és a családorvosi gyakorlatban hasznosíthatóak.

* * *

A MÁOTE vezetősége nagy örömmel és várakozással figyelte Pataky László tudományos vizsgálatait a körzeti orvosok helyzetével kapcsolatban. A szerző 1980-ban összeállított értekezéseit az alábbi címen adta be a MTA-TMB-hez.

A körzeti orvosok helyzete, tevékenysége és képzésük problémái Magyarországon

Pataky László három nagy fejezetben tárgyalja a körzeti egészségügyi szolgálat rendszerének és működésének elvét. A témakör vizsgálatát az tette indokolttá, hogy a körzeti egészségügyi szolgálat szerepe és jelentősége a felszabadulás után jelentősen megnövekedett. A körzeti orvosi kar azonban a fokozott elvárásoknak és követelményeknek nem tudott maradéktalanul megfelelni. Áttekintette e témakörben az Egészségügyi Minisztérium, és az orvostudományi egyetemeknek az orvosoktatás fejlesztésére irányuló reform törekvéseit. Megállapította, hogy a WHO és a szocialista országok egészségügyi minisztériumainak egyértelmű az állásfoglalása. Szükségesnek tartják egy megfelelő egyetemi, és egyetem utáni képzési és felkészítési rendszer kidolgozását. A SIMG 1974-ben egy nemzetközi munkacso-

portot szervezett, egy minden ország számára elfogadható alapkoncepció kidolgozására.

Értekezésének második fejezetében a körzeti orvosok helyzetét, tevékenységét, képzésük és felkészítésük problémáit tette vizsgálat tárgyává.

E célból két helyzetelemző tanulmányban tárta fel a legfontosabb problémákat, és javaslatot tett azok kiküszöbölésére. A MÁOTE tevékenysége vizsgálata során megállapította, hogy az egyesület szakmai és szakpolitikai téren jelentős érdemeket ért el az elmúlt tíz év alatt.

A MÁOTE és a POTE Egészségügyi Szervezéstani Intézet támogatásával 1977-ben országos felmérést is végzett. Ugyancsak a POTE EÜ Szervezéstani Intézet támogatásával az orvostanhallgatók körében is végzett felmérést.

A harmadik fejezetben összefoglalta a tudományos eredmények és hasznosításuk legfontosabb következtetéseit.

Dr. Pataki László értekezése, több évtizedes általános orvosi munka, széles körű tudományos tevékenység, intenzív és elmélyült kutató és elemző munka eredménye.

* * *

Nagy megtiszteltetés és öröm volt számomra, amikor a TMB I. sz. Klinikai Szakbizottság elnöke Prof. Dr. Leöwey András felkért Szatmári Marianna által beadott értekezés referálására:

A deviáns időskor megelőzésének lehetőségei, az öregedés minőségét befolyásoló pszichés és pszichoszociális tényezők figyelembevételével

A felkérés több okból is jólesett és megtisztelő volt. Elsősorban így módomban nyílt ismertetni a szerző korábbi, több évtizedes tudományos, oktató és gyógyító tevékenységét, és a MÁOTE tagságom és tisztségviselésem idején a nagyon sok szakmai segítség nyújtását. Az ASEM megszervezésének gondolata is Szatmári Marianna nevéhez fűződik. Szakmai támogatását, és bátorítását, a tudományos munkásságomban, kiemelkedően a külföldi kongresszusokon mindig éreztem.

Az igen magas színvonalú, és didaktikailag is kiváló értekezésében rámutatott a normális öregedést, és a deviáns öregedést egyaránt befolyásoló tényezőkre. Az igen részletes, több szempontra is kiterjedő vizsgálatainak egyik lényeges megállapítása, **az idős kor nem jelenti azt, hogy az egyén automatikusan saját maga a társadalom és az egészségügy terhére válik.** Értekezésében hosszasan elemzi a pszichoszociális tényezők, az egészségi állapot, és a személyiség kölcsönhatását. Rámutat a személyiség megismerésének fontosságára, és a gyakorlatban történő felhasználásra. Eredményként utal arra, hogy a pszichoszociális tényezők összefüggései csak közvetett szerepet játszanak az öregedés minőségében.

Konkrét javaslatait az alábbiakban foglalom össze:

A deviáns öregedés olyan értelmű meghatározásának elfogadását javasolja, mely szerint „az a folyamat melyben az egyén pszichésen és szociálisan testi halála előtt éri el a nullpontot”.

- Szemléletváltást az egyensúlyban levő idősorúak gondozásában, kuratív helyett preventív gondozást javasol.
- A Cattel féle személyiség teszt érzelmi stabilitás dimenziójának magyarországi viszonyokra való adaptálását és standartizálását, valamint széles körű ismertetését népszerű tudományos ismeretterjesztés keretében is indokoltnak tartja.
- A 40–60 éves korosztály fokozott figyelemmel kísérését a személyiségjegyek és a pszichoszociális helyzet szempontjából a deviáns öregedés megelőzése érdekében fontosnak tartja. Ebben kiemelkedő szerepük van az általános orvosoknak, akik ismerik és folyamatosan figyelhetik meg a beteget és környezetét.
- A vizsgálatban alkalmazott módszer alkalmasnak bizonyult arra, hogy a lakosságcsoporthoz testi állapotát, személyiségét, és életútját megismerje az alapellátásban dolgozó team. Tehát ilyen triaxiális felmérés igénye esetén javasolja a módszert.
- Szemléletváltást javasol az össz- és orvostársadalom részéről, amely kiküszöböli azt a helytelenül kialakult közfelfogást, hogy az öregség egyben betegséget, tehetetlenséget és kiszolgáltatottságot jelent. A pozitív idegen-kép kialakulása az én-kép, előnyös átalakulását eredményezheti, és hozzájárulhat a deviáns öregedés megelőzéséhez.

* * *

Újabb öt évet kellett várnunk amíg Baráth Ida a hosszú évek alatt összegyűjtött tudományos vizsgálatainak eredménye alapján benyújtotta kandidátusi értekezését a TMB-hez, 1991-ben.

Téma: ***A lakosság egészségi állapotát döntően meghatározó tényezők felkutatásának vizsgálata egy körzet tizenhárom éves halálozási adatainak tükrében***

Alap gondolata elsősorban a polimorbid idős betegek rizikótényezőit vizsgálta. Több éves együttműködésünk alatt a házi orvosi szakvizsgákon minden alkalommal feltette a kérdést a szakvizsgálónak, hogy milyen hatékonyságot tapasztaltak az idősorúak gondozásával és ellátásával kapcsolatban.

Az értekezés célkitűzéseinek megfelelően választ kapott arra, hogy körzetében milyen rizikótényezők befolyásolják a lakosság egészségi állapotát. Igen behatóan és céltudatosanelemelte a gondozási munka lehetőségét, fontosságát és hatékonyságát, abból a célból, hogy mennyire eredményes a rendszeresen végzett szűrővizsgálat és egészségnevelés.

Kiemelést érdemel ***a cerebrovaszkuláris betegségben elhaltaknál végzett kutatásai, a gondozás idő-***

tartama és a halál bekövetkezésének ideje közötti összefüggés.

A kapott eredményből azt állapította meg, hogy az egyes rizikótényezők szerepe, súlyossága az egészségi állapot romlásában döntően meghatározzák a kiválasztott módszereket, lehetőségeket, amelyek a primer és szekunder prevenció sajátosságait meghatározzák. A több mint tíz éves vizsgálatai bebizonyították, hogy a rendszeresen végzett gondozási munka, csökkenti az egészségi állapotot döntően meghatározó szív- és érrendszeri betegség okozta halandóságot, és késlelteti a halál bekövetkezésének idejét.

Javasolja a szemléletváltást a képzésben, a továbbképzésben, a kutató munkában és a preventív gondozásban.

* * *

Hosszú éveket váratott magára Margittay Erzsébet tudományos, kutató, oktató és gyógyító tevékenységének eredményei alapján benyújtott kandidátusi értekezése 1994-ben.

Téma: ***„Reprodukciós korú nők családorvosi vizsgálata, és a családorvosi szemlélet oktatása trianguláris módszerrel”***

Közel három évtizeddel ezelőtt kezdte megfigyelni az anticoncipiens tablettákat szedő, 20–40 év közötti nők pszichoszociális állapotát, hangsúlyozva a családban elfoglalt helyéről. Értekezésének egyik nagy érdeme, hogy családorvosként haszánkban elsőként végzett kutatást a nők helyzetének, veszélyeztetettségének felderítéséről a családban elfoglalt helyzetükről. Megállapítja, hogy a reprodukciós korú nők problémáinak megismerése, orvoslása, az egészséges életmódra nevelése elsősorban családorvosi feladat, melynek oktatása és átadása a következő orvosgenerációnak rendkívül fontos és hatásos módszer.

Érdekes megállapítása, hogy különbség van a fővárosi és vidéki nők családi állapota, gyermekszámuk, műveltségük és anyagi helyzetük között. Adatokkal igazolta, hogy a gyermeknevelés munkahelyi konfliktus forrása. Vizsgálataiból kiemelkedik a role play alkalmazása, az empátia szituációk felismerése a családi orvosi szemlélet oktatására. Ezt az új módszert Magyarországon először a szerző dolgozta ki.

Javasolja, hogy a családorvosi munkában hangsúlyozottam kell foglalkozni a családstruktúrával, ezen belül a nők helyzetének, veszélyeztetettségének felderítésével.

Összefoglalva

Egy klinikai indíttatású belgyógyász, aki húsz évet töltött körzetben és közben családorvossá vált, a családorvoslás problémái közül a nők helyzetének, egészségi állapotának, rizikófaktorainak, családi motivációjának kérdé-

seivel foglalkozik. A szerző klinikusból családorvossá válása hátterében kirajzolódik az a fejlődés, mely a MÁOTE megalakulásától a Családorvosi Tanszék működéséig tartott. Fontosnak tartja, hogy mindez a következő orvosgeneráció számára is átadható legyen.

* * *

Simay Attila többéves tudományos kutató, oktató és ellátó tevékenysége eredményeként, már 1994-ben megállapította, hogy a lakosság egészségügyi állapotának sokszínű változása komplex feladatot jelent a háziiorvosi tevékenységben és kulcsszerepet a megoldásban. Értekezésében lehetőséget keresett a lakosság egészségügyi állapotának mélyreható megismerésére és javítására.

Több oldalról is elemezte a megelőzés lehetőségeit a háziiorvosi gyakorlatban, kiemelten az informatikai rendszerek nélkülözhetetlen szerepét. Teoretikus megállapításait – számos irodalmi anyag áttanulmányozása után – saját tapasztalataira támaszkodva fogalmazta meg. A gyakorlatban több kérdőíves felmérést végzett, hypertonia, ISZB, diabetes, krónikus aspecifikus légzőszervi betegség (KALB) cerebrovaszkuláris betegség, alkoholizmus, májcirrózis, daganatos betegségek prevalenciája aspektusából. Előnyös lehetősége nyílt praxisának két részre oszthatóságából, területi, földrajzi és környezeti jellemzők szempontjából az összehasonlításra.

Legfontosabb megállapításait új megközelítésként öt fő pontban határozta meg a háziiorvos feladatainak aspektusából:

Egyén-, család- és lakosság-specifikus egészségmenedzselés, holisztikus szemlélet alkalmazása, a gyógyítás és megelőzés egyenrangú kezelése, a kompetencia határáig történő önálló ellátás, releváns információs adatbázis létrehozása.

Orvostudomány kandidátusa fokozatát – amelyet az MTA TMB bírálta el – felváltotta a doktori értekezés (PhD) megszerzésének lehetősége, amelynek bírálata már az egyetemek hatáskörébe tartozik.

Rendkívül nagy jelentőségűnek tartom, alapellátási témából elsőként Balogh Sándor (2004) állította össze és nyújtotta be a két évtized alatt összegyűjtött és tevékenysége során szerzett tapasztalatai alapján doktori értekezését (PhD). Téziseinek sikeres megvédése után elnyerte a PhD tudományos fokozatot.

Értekezésében az alábbi alapvető célként azon kérdésekre keres választ, hogy

- milyen formában ment végbe és milyen eredményekkel járt a körzeti, majd háziiorvosi rendszer elmúlt három évtizedes fejlődése/fejlesztése.
- Az egészségügy gazdasági és szerkezeti változásai választ adtak-e a lakossági szokásokban és elvárásokban bekövetkezett változásokra, s hogy a változásoknak milyen mérhető, érzékelhető eredményei vannak;
- A háziiorvoslásban lesznek-e a közeli és középtávú

jövőben kitörési pontok, figyelembe véve az új népegészségügyi programmal kapcsolatos elvárásokat is.

További cél volt – az 1980-as évek óta végzett vizsgálatok alapján – válaszokat kapni arra, hogy

- a körzeti orvosi rendszer háziiorvosi rendszerré történő átalakítás és fejlesztés szakmai és finanszírozási alapkérdéseknek a megválaszolására;
- a 80-as évek körzeti orvosi szakmai felméréseit követő, 2002–2003-ban végzett általános egészségfelméréseink, valamint a szív-érrendszeri betegségekkel kapcsolatos epidemiológiai vizsgálataink eredményei alapján van-e reális lehetősége a népegészségügyi program ezirányú elvárásai háziiorvosra alapozott megvalósulásának;
- mennyiben segíthet az újabb szakmai és módszertani feladatok kidolgozása, az oktatás és továbbképzés hatékonyságának növelése, a minőségbiztosítás kiterjesztése az alapellátási prevenciók tevékenység eredményes kivitelezésében;
- az adott gazdasági helyzetben az alapellátási munka javítására milyen fontos, rövid és középtávú teendők határozhatók meg.

A feldolgozott adatok az elmúlt két évtizedben, az alapellátásban végzett tevékenységekkel, valamint a népegészségügyi helyzet változásával kapcsolatos vizsgálatokból származnak, melyek alapvetően két fő területre, részint a praxis jellemzőkre, az ellátás igénybevételére és a gondozási munka értékelésére, részint pedig az ellátott lakosság egészségi állapotának, egészségmagatartásának általános és speciális – elsősorban a kardiovaszkuláris betegségekre vonatkozó – rizikóállapotának megismerésére irányultak.

Az elemzés során azok a tényezők előtérbe helyezése történt, amelyek használhatónak mutatkoznak az alapellátásban eddig elmaradt, szakmailag és szervezeten kívánatos fejlesztésekhez.

Az elért eredmények felsorolása után számos megállapításból és javaslatból csak néhányat szeretnék kiemelni:

- Biztosítani kell, hogy a lakosság általános egészségi állapotát befolyásoló alapellátás szakmapolitikai, valamint kellő anyagi támogatása lehetővé váljon.
- Az elmúlt két évtizedben végzett saját vizsgálatai eredményeit összevetve a hazai és nemzetközi felmérések tapasztalataival, valamint azokkal az általános tendenciákkal és megfogalmazásokkal, amelyekkel a mindennapos körzeti/háziiorvosi tevékenység során találkozni lehetett, megállapítható, hogy azok szoros összefüggést mutatnak mások eredményeivel és az azokból levont következtetésekkel is.
- A 80-as években a körzeti orvos napi tevékenységének mérését, és a munka jellemző adatainak összegzését, a magas vérnyomás mint népbetegség minőségi értékelését elvégezve, és azokat összehasonlítva a 20 évvel később végzett rizikó elem-

zések eredményeivel, számos hasonlóságot lehetett megállapítani, s az is kiderült, hogy alapvetően újszerű adatok és megoldások nem mutatkoztak.

- A 90-es években a magyar alapellátásban történt átalakítások kellő alapot szolgáltatnak a még megoldatlan ellátási, népegészségügyi feladatok országos szintű rendezéséhez. A változás és továbbfejlesztés azonban megtorpant, s úgy tűnik, hogy a döntéshozók és az ellátók e tekintetben egyaránt elbizonytalanodtak.
- A 2001-ben meghirdetett és 2002-ben megerősített Népegészségügyi Program célkitűzései és feladatai megegyeznek az alapellátási tevékenység lényegi meghatározásával. A hazai – saját – eredmények és

a nemzetközi tapasztalatok összevetése alapján egyértelműnek tűnik, hogy a szív- érrendszeri betegségek hatékony megelőzése és gyógyítása az alapellátás igénybevétele, és annak az ehhez szükséges fejlesztése nélkül nem lehetséges.

Nagy örömmel és mély hivatástudattal állítottam össze – elsősorban az alapellátásban dolgozó orvosok részére – a figyelemfelkeltő és további aktív tudományos okkutatató és ellátó tevékenységre ösztönző tájékoztatómat. Céloom az volt, hogy bátorítást, segítséget nyújtsak azoknak, akik a mindennapi rutin munkájuk mellett sokoldalú és magas színvonalú tevékenységet is folytatnak, de nem gondolnak a tudományos fokozat megszerzésére.

UTAZÁSI ORVOSTANI (UTAZÁSI MEDICINA) TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

Budapest, Európa Kongresszusi Központ, 2008. november 14–15., 21–22., 28–29.

Első ízben kerül megrendezésre hazánkban az utazási medicina legfontosabb témáit felölelő tanfolyam. Célja, hogy a növekvő igényeknek megfelelően, egységes és magas színvonalú ismereteket adjon át azoknak a kollégáknak, akik utazók egészségügyi felkészítésével foglalkoznak.

A járványügyi alapismeretektől, a betegségek átvitele, tünete, az aspecifikus és specifikus megelőzési lehetőségeken át, a kockázati csoportok felkészítéséig, minden olyan téma bekerült a tananyagba, mellyel a kollégák munkájuk során találkozhatnak.

A legtapasztaltabb szakemberektől hallanak a védőoltásokról, trópusi betegségekről, maláriáról, a környezeti káros behatásokról, öngyógyításról, extrém sportok kockázatáról, állatharapások által terjesztett betegségekről, kisgyermekkel utazók, terhesek ellátásáról és az expedíciók felkészítéséről is.

A tanfolyam részletes programja és az on-line regisztráció a www.convention.hu honalpon lehetséges.

Budapest, 2008. 09. 10.

Dr. Jelenik Zsuzsanna
osztályvezető főorvos
OEK Nemzetközi Oltóközpont

Az 50 órás Utazási Medicina tanfolyam DEOEC/2008-07/00200 kódszámon akkreditált.
Sikeres tesztírás esetén, az orvos résztvevők 50 pontot szerezhhetnek.

Tájékoztató a szakmai programról:

Az Országos Epidemiológiai Központ és a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kar II. sz. Belgyógyászati Klinika Infektológiai Tanszéki Csoport szakmai szervezésében.