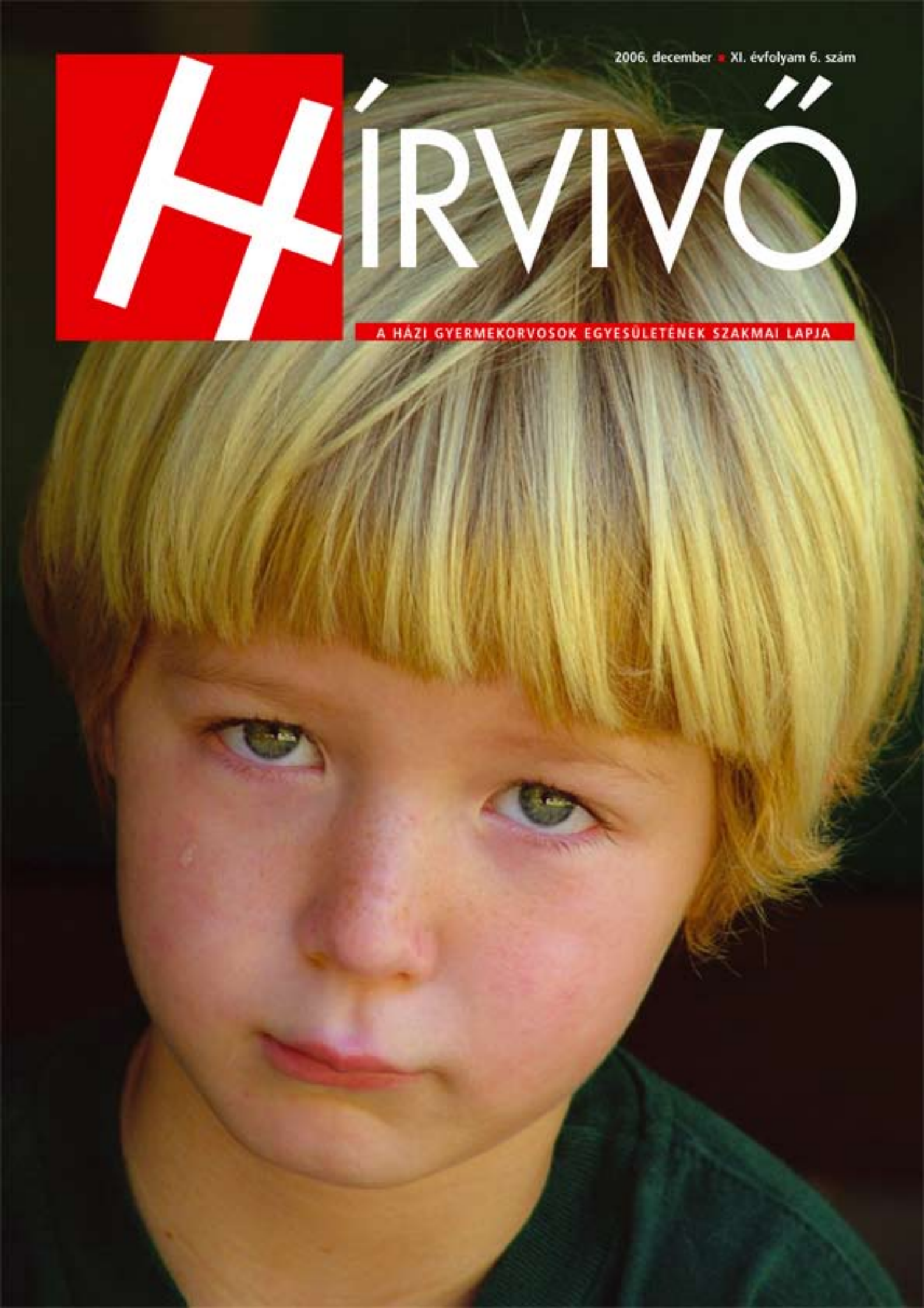


2006. december • XI. évfolyam 6. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK KÖZLEMÉNYE

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete tiltakozik az alapellátó házi gyermekorvosok/háziorvosok finanszírozásának csökkentése miatt.

Az eszközök karbantartására, felújítására, cseréjére vonatkozó szerződések érvénytelenítése hátrányosan érinti azokat az alapellátó szolgáltatókat, akik különböző tartalmú önkormányzati szerződésekben magukra vállalták a feladatokat.

A törvény e kötelezettségvállalás anyagi alapjait vette el anélkül, hogy a szolgáltató házi orvos/házi gyermekorvos kötelezettségét megszüntetette volna.

A pontérték ezzel egyidejű csökkentését a már így is működőképességük határán lévő alapellátó praxisok nem képesek elviselni. A tiltakozásunkra kapott ígéret szerint az egészségbiztosító az egyszeri pontértékcsökkenésből eredő veszteséget hamarosan megtéríti. A vizitdíj február 15-től történő bevezetését követően azonban – a konvergenciaprogram egészségügyi fejezetében foglaltak alapján – ismét várható a központi finanszírozás csökkentése. E kiesés pótlásaként elsősorban a vizitdíj jöhet számításba. Ma azonban még mindig nem ismert, hogy a 18 év alattiakra kiterjedő mentesség mellett a házi gyermekorvosi praxisoknak egyáltalán lesz-e kompenzációja. Ha ugyanis ez elmarad, akkor a házi gyermekorvosi szolgáltatókat a korábban is nagyobb veszteség éri. Különösen, ha a finanszírozás csökkentésében nem tesznek különbséget a vizitdíjban részesülő házi orvosi és az abban esetleg nem részesülő gyermekorvosi praxisok között.

Egyesületünk az esetleges méltánytalanság kivédésére november óta tesz erőfeszítéseket. Többször tettük szavá, írtuk le a miniszternek és az államtitkárnak kifogásainkat. Novemberi konferenciánkon államtitkár asszony a plénum előtt ígerte meg a kompenzációt. Az Államreform Bizottság elnökével, Draskovics Tiborral történt vezetőségi megbeszélés során is ígéretet kaptunk a vizitdíj kompenzálására. A kormányrendelet-tervezet napokban megismert verziója ennek ellenére nem tartalmaz erre vonatkozó utalást. Ezért ismét sürgős egyeztetéseket kezdeményeztünk.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének vezetősége nem tudja elfogadni a fokozódó szakmai és adminisztratív követelmények melletti finanszírozási elvonásokat. Úgy gondoljuk, hogy a reformfolyamatok közepette is meg kell őrizni a rendszer működőképességét. A kórházakat érintő változások miatt az alapellátásra az eddigieknél is nagyobb feladatok hárulnak, melyek teljesítését a finanszírozás bármilyen mértékű elvonása veszélyeztetheti. Romolhat a betegek ellátása, és az elégedetlenség kockáztathatja a reform sikerét.

2007. január

a HGYE vezetősége

TARTALOM

- Ki szelet vet 2–6
- A felkavart állóvíz 6
- Magán- és kiegészítő
biztosítók Európában . . 8–11
- Vízitdíj helyett
kompenzáció? 11
- A „ZÖLD KÖD” 12–13
- Így nem mehet tovább! . . 15
- Baleset-megelőzés,
Brüsszel 17
- Beruházás a jövőbe 17
- Képvisletünk
Európában 18–19
- A németeknél
térítésmentes 20
- A phymosis kezelése 21
- Hírek 23–24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2006-ban:



A vihar előszele

Hétköznapi hazugságok címmel K. F. gyermekorvos írta az alábbiakat: nemcsak írta, hanem az egyik legnagyobb egészségügyi civil szervezet, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapjában meg is jelentette. Kemény és pörlekedő szavak jönnek. Van ebben vád és önvád egyaránt...

*www.amoba.hu (Gy. F. miniszterelnök blogja)
2006. december 6.*



A Hírvivő írását Gyurcsány Ferenc is felhasználta

Hírszerző – (internetes portál): 2006. december 9.

...A novembere még nyugodtan telt. Amikor azonban csütörtökön Gyurcsány Ferenc blogjában teljes terjedelmében közölte az írást, elszabadultak az indulatok. Kádár Ferencet többen úgy bélyegezték meg, mint aki szó nélkül beállt a mai egészségügyi kormányzat mögé, elárulva ezzel kollégáit.

Pedig én csak azokat írtam le, amiket az egyesületünk már 12 éve folyamatosan állít. Se többet, se kevesebbet... Ez nem politikai állásfoglalás. 12 éve ugyanezt mondjuk, mindegy, hogy ez vagy az a kormány valósítja (vagy nem valósítja) meg az igazi reformot. Az igazság az, hogy az általam leírt problémákkal minden kollégám és minden beteg szembesül nap mint nap, mégsem változtatott eddig senki a rendszeren.

Kádár Ferenc szerint azonban az orvosok jelentős része ellenáll a változásoknak, mert az sérti az érdekeiket. „Hogyan lesz továbbra is osztályvezető az, akinek megszüntetik az osztályát? Hol lesz főigazgató az, akinek bezárják a kórházát?” – az orvos szerint mindezek érthető aggodalmak, ám nem indokolják egy hazug és pazarló rendszer fenntartását.

A finanszírozás miatt sokszor jobb valakit felvenni egy kórházba, mint hazaküldeni. Vagy ha mégis hazaküldik, a betegnek nem tűnik fel, ha a zárójelentésben aztán mégis az szerepel, hogy bent tartották. Egészségügyi felvilágosítás nincs, ha lenne, nem lehetne ezt csinálni a beteggel. A baj az, hogy a lakosság sem tudja, miről szól a reform. Nélkülük pedig ezt nem lehet véghezvinni.



„Tökön kell rúgni. Azt érti...”

**Szemelvények a Webdoki-ból
(2006. december 7-től)**

– Úgy látszik, hogy Gyurcsány triviális megnyilatkozása jó példa másoknak is...

– Eredeti helyén ez a kulimász kevésbé okozhatott a tanult kollégáknál értelmi zavart. Viszont a nagy nyilvánosság előtt alkalmas lesz erre.

– Ennek a szereplésnek azért a szellemi nihilen kívül egy PESTI gyermekgyógyász háziorvos esetében igencsak lehetnek para-

konzekvenciái... A szülők jelentős része felkapja a fejét a Nap TV-t látva. Nagyon jó reklám lehet feléjük... De nem ettől visszaszító nekem.

– Az az érzésem, hogy Kádár doktor kimondta: hányok a szakmán kívüli és belüli alkalmazkodásuktól, ránk kényszerített és általunk elfogadott simlittől, a mindenkori vezérbikák önkényének elfogadásától, orvosidegen feladatok teljesítésétől, nehezen indokolható egzisztenciális fenyegetésektől, az örömtelen orvosi munkától, érdekszágú módszertani levelektől, az egymás ellen fordítás sikereitől... Zrínyi 1663-ban leírta a mai magyar tragédiát (ld. Zrínyi intelme. Móricz Zs. Magvető, 1940)... Azt hiszem, hogy az önvizsgálat – ha nem késett máris el – időszerű!

– Na, ma reggel láttam nyilatkozni a szerzőt a Napkelte című műsorban. Orosz József okosabb orvos-közgazdász, mint Kádár kolléga. Pedig ez nem akármilyen kijelentés részéről. K. kollégát elég volt látni, ha meg sem szólal, akkor is tudok sommás véleményt alkotni.

– Lehet, hogy a kollega csak magasabbra akar törni! Miniszteri karrier is kezdődött már mocsok újságikkal! (Egy valós elemeket is tartalmazó cikk is lehet mocsok és kártékony egy adott környezetben.)

–... már a minisztert is felnyomtam az ügyészségen. Ezekkel keményen kell bánni, mert elszalad velük a ló könnyen. De ha egyenesen becsületesen szemből tőkönrúgod, akkor ő is megöngörbül, mert ez a dolgok természete. Tökön kell rúgni. Azt érti.

– Okostojások vagytok. A Kádár meg a Huszár jól csinálják. A lap a házi gyermekorvosoknak jár, kérjél belőle. Az említett művelet ismerősnek tűnik, de már rég leszoktunk róla.

– Majd figyelj... Ezek a kollaboránsokat is letapossák, ha itt az idő.

– Azokat leginkább. Róluk tudható, hogy bárkit hátra támadnak. Veszélyesek, mert kiszámíthatatlanok.

– Szerintem meg kiszámíthatóak nagyon – csak a zsebüket tartják. Az például, hogy nem lesz vizitdíj a gyermek-alapellátásban, az bizony a szokásjog alapján erősíti itt a parát, ám nem kell semmit se írni róla. Huszáros roham volt!

–... a cikk számos elemével egyetértettem, most is így gondolom. Azonban abszolút helytelen... ezt a nagyközönség előtt megvitatni. Ez a cikk... főleg a címe, már egyszerűen csak csúsztatás és hangulatkeltés.

–...a jövő generációját gyógyítóknak, ezek mi lennénk, gyermekgyógyászok, pedig egészen evidens, hogy ez a mostani, reformnak nevezett rombolás és agresszió megállítandó.

– Mivel állítod meg? Eddigi próbálkozásaid nem vezettek eredményre. Úgy gondold, hogy egy erőszakos fellépés eredményes lehet? Megtörtént a tesztelés szeptember 18-án és október 23-án. Gondolkodj józanul.

– Bűnös az a rendszer, amely így működteti az egészségügyet! Ott tartok, hogy még kollégák között sem merem kinyilvánítani véleményemet, mert amikor csak utaltam erre a témára, kaptam „hideget-meleget”. Aki nem orvoskodott az előző rendszerben, annak fogalma sincs az orvos kiszolgáltatottságáról. Most meg 16 éve velünk mosdatják a szerecsent, nyakunkba vágva a rend-

szerváltás összes szennyét. S mi ehhez asszisztálunk, mindannyian. Ugye nem kell ezt berkeinken belül részletezni? Nagyon sok igaza van a cikkírónak...

– Orosz (*Orosz József szerkesztő-riporter – a szerk.*) szerint a cikk hatására kitört a parasztlázadás (megint megtisztelt minket). A főhős kolléga pedig feltette nekünk a költői kérdést: vajon attól lett az írása igaztalan, hogy az felkerült a miniszterelnök blogjára?

– Nem tudom, mi volt Kádár doktor szándéka. Én a jóhiszeműséget tételezem fel mindenkiről, róla is, mindaddig, amíg az ellenkezője ki nem derül. De, hogy Gyurcsány blogjára nem véletlenül került fel, és hogy a lelkes médiamunkások nem véletlenül fújják a habot, az biztos. Normális társadalomban ezeket a dolgokat nyilvánosan meg kellene vitatni. Szerintem nem normális viszonyok közt élünk.

–... Pontosán tudom, hogy K. F.-nek tökéletesen igaza van, de az a baj, hogy ezt csak MI értjük egészében, a társadalom nagy része, s főként a törvényalkotók még nem éretek arra, hogy a cikkben foglaltakat megfelelően értékelni tudják...

– Kádár kollega nagy valószínűséggel jól látja a helyzetet. Kár politikai köntösbe öltöztetni (rossz magyar szokás szerint) csak azért, mert Gyurcsány felhasználja a kampányához.

– Az üzenet világos és valóban nem új: az ellátás szakmai színvonalára garantálatlan és ingadozó, szervezettsége irracionális és rugalmatlan, az egészséget az érdekek és ellenérdekek ellentmondásos hálójába merevíti megváltoztathatatlaná. Épp ezért Gyurcsányék reformblöffje is le fog peregni róla. Hiába zárnak be, alakítanak át kórházakat, ahogy hiába reformálták meg az alapellátást is. A szakmai szokásrend, képzés és gondolkodásmód bebetonozva ellenáll, mert a gyógyítás folyamatának lényege az orvos és a beteg érdekeltsége. Csak erről a sok piacmániás közgazdásznak halvány fogalma sincs. Amíg az orvos anyagilag, egzisztenciálisan nem lesz érdekelt a gyógyítás rendszerének észszerűsítésében és a beteg nem lesz érdekelt a biztosítás keretei között igénybe venni az eü.-i szolgáltatást, amíg az orvosok egy porosz, félkatonai hierarchiában, minden irányban kiszolgáltatottan, egzisztenciális és szakmai autonómia nélkül, már medikusként rabszolgának szocializálva próbálnak gyógyítani még kiszolgáltatottabb betegeket egy teljesen liberalizált vadkapitalista erkölcsű dzsungelben, addig nem lesz lényeges változás!

– Ki lehet a doktor példaképe?

– Kun Béla

– teveszar

– De mi a francot fújta fel a média ezt a cikket?...



„Őszödi” beszéd

Szemelvények Gy. F. miniszterelnök blogjából (2006. december 6-tól)

–... egy orvos önvallomása az orvosokról, a pénzről, az orvosok erkölcstelenségéről és az őket irányító tisztviselőkről. Nem a betegek hozták létre a sóhivatalokat, a felülvizsgáló orvosokat, a tanácsadókat és a különböző vizsgálatokat, hanem az orvosok, és az őket irányító tisztviselők. ...azért, hogy több pénzt keressenek, vagy több pénzt vegyenek ki a lakosság zsebéből. Tulajdonképpen az orvos vallomása, egy vádirat az orvostársadalom ellen.

–... Sokan támogatják a reformot, de a szavukat elnyomják azok, akiknek pont ez a posvány a legjobb terep... Érdek ez, akárhogyan is nézzük, és ha egy kicsit is sértik valakik, mások azonnal kiabálni kezdenek, és a nép érdekeire hivatkoznak.

– Nagyon megfogott ez az idézet! Minden szavával csak egyet lehet érteni. Hányszor dühöngtem, amikor a gyerek táborba indult, és nekem egy három napnál nem régebbi igazolást kellett szerezniem, hogy egészséges. Ha én felelős anya vagyok – márpedig az vagyok –, betegen nem engedem el a gyerekeimet. De ha valóban betartottam volna az előírást és a tábor előtt 3 nappal elvittem volna a gyereket a rendelőbe, lehet, igazolásom lett volna, de a gyerek a táborra valóban beteg lett volna a rendelőben elkapott valamilyen nyavalyától. Úgyhogy bevallom: csaltam. Csaltam én is, az orvos is, aki ügyeletes körútján két fekvőbeteg ellátása között bedobta a postaládánkba az igazolást.

–... a fejekben van nagy baj! Miért nem az ember köteles magára vigyázni, ha már felnőtt? Miért a kormány? Ez egy idióta magyar mentalitás, hogy mindenki tehet mindenről, csak én nem tehetek semmiről, és mi az, hogy a kormány meg nem vigyáz az én egészségemre? Nagyon durvát mondom! Ha valaki nem akar a saját egészségére odafigyelni, az meg akar idő előtt halni, hát hagyjuk, hadd tegye! De gyorsan, mert a gyógyíttatása nekem kerül sokba! Az én befizetésemből fizetik az ő gyógyulását...

– csak egyetérteni tudok az idézet szerzőjével; nem véletlen, hogy a lakosság nem állt sem a gyógyszerészek mellé, sem az orvosok mögé...

–...Várom a soromat a rendelő előtt, szemben velem, egy beteghordó kocsin, egy öreg néni összekucorodva, egy lepedővel letakarva, a huzatos folyosóra az ambulancia résznél kirakva, kb. két órája fekszik, és VAN! Ez idő alatt kb. 39 eü.-i munkatárs, és persze 50-60 civil ember ment el mellette úgy, hogy nem volt idejük a lepedőt – ami már félig le volt csúszva róla – megigazítani! Ember vagyok, és a kiszolgáltatottságot nem bírom, de látni sem. Odamentem a nénikéhez, betakarogattam a vékony lepedővel. Megkérdeztem, miért itt kell így várnia. Fázik – jött a csendes válasz – és mentőre vár. A felvételi pult 2,5 méterre volt a nénitől, szemben. Az üveg mögött három eü.-i munkatárs. Nem értek rá, mert az egyik telefonált, a másik újságot olvasott, a harmadik ott volt! Megkérdeztem őket, tessék mondani, miért van itt kint ez az idős néni, a hideg, huzatos folyosón egy szál lepedővel? Természetesen felháborodás, és hogy már ötször hívták a mentősöket, de nem értek ide! Na és! Attól, még lehetne a nénire egy plédet teríteni, ha már idő előtt kipakolták a folyosóra! Itt lent nincs pléd! ... Tisztelt egészségügy! Ez nem pénz-kérdés!

– Kedves Feri! (*Ez a miniszterelnöknek szól – a szerk.*) Kösz, hogy lejegyezted ezt a cikket, minden sora igaz, bár nem biztos, hogy a doktor urat kollegái megdicsérik érte. Azt hiszem, mindnyájan tudunk hasonló esetekről, egyik lányom egy ambuláns műtét után két órával hazajöhetett, a zárójelentésen viszont két nap kórház szerepelt, más alkalommal egy nappal volt több papíron az ápolási idő, mint valójában. Csak az a nagy kérdés, miért van ezekre szükség? Nélkülük tönkremenne a kórház, avagy ezekkel finanszírozzák a felesleges dolgokat; nem mindegy ugyanis.

–...Teljesebb lett volna a „mocsárban dagonyázás” köre, ha a sok főnévi igenév között szerepelt volna a következő: paraszolvenciát elfogadni, esetleg elvárni a betegtől. Egyébiránt úgy vélem, hogy egy jól kimunkált egészségügyi reformra a társadalomnak – beleértve az orvosokat és más egészségügyi dolgozókat is – égető szüksége van.

–... szemétség, hogy csupán szeretetből meg a Hippokratészi esküből tartásuk el a családjukat, és közben mennek éjjel-nappal, hétvégén, ünnepeken. Ha mernek szólni, hogy emeljenek a bérükön vagy fizessék ki a túlórájukat, akkor a társadalom nagy többsége rögtön rájuk mordul, hogy hát erre esküdtetek fel. Közben meg csodálkoznak, jaj a doktor úr már megint olyan mogorva volt, a nővére olyan durva. Én sem lennék finom, ha már 24 órája talpon lennék.

– Nagyszerű cikk, magam is... mindig fel voltam háborodva, hogy feleslegesen tartanak benn, volt, hogy tíz napig aszaltak, pillanatnyi magas vérnyomással, ami első infúzióra normál szintre beállt, száz méterre a lakásomtól...

– Kádár Ferenc írását minden embernek el kellene olvasni, és akkor rádöbbenének, hogy tényleg ez megy az egészségügyben. Családon belül többszörösen érintett vagyok, tehát közelről is látom.

– Nekem ez Kádár Ferenc „*őszödi*” beszéde... Sok ilyen *üzenet*-re lenne szükség...

– Inkább Hétköznapi Butaságnak minősíteném Kádár Ferenc írását. Sajnálom, ha ő gyermekgyógyászként így dolgozik és ilyen tapasztalatai vannak. Illetve csak remélni merem, hogy nem rendelkezik gyermekgyógyászat-szakvizsgával... Amivel Ön azonosul, (mármint a *miniszterelnök* – a szerk.) az a nem megfizetett, silány körülmények között gyógyító és agyonterhelt gyermekgyógyászok, illetve általában az egész orvostársadalom bűnözőinek nyilvánítása. Túl könnyű általánosítani és nem fáj addig bántani senkit sem, amíg nem lázasodik be a gyerek éjjel, vagy nem ordít a fájdalomtól és nem mondja meg, hogy hol fáj. Túl könnyű, mert amikor a rotavírus enteritissel kiszáradt gyerekek már nincs ágy a fertőző osztályon, amikor egy hasfájás kivizsgálásához is el kell altatni a tükrözéshez, amikor a szülő a szemével meg tudja ítélni a fitymaszűkületet, hogy van-e, amikor laryngitis miatt befulladás a gyerek és a rohammentő sem mindig ér el vele az ellátást biztosítani tudó kórházba, amikor ... a gyermekkori allergia nemcsak szénanáthát jelent, és amikor életveszélyes állapotban érkezik vidékről az ott háromszor is megvizsgált genyeny, kilyukadt vakbéllel a gyerek, amikor egy látszólag banális láz vagy hányás is órák alatt életveszélyes állapotá válnak. ... ha a saját bőrünkön érezzük a gyerekellátás nehézségeit ... akkor szoronganak az orvosok is az ilyen írások láttán. Ez nem a gyakorlat... Most újra osztják az erőforrásokat, erő alapon. ...Ne idézzem inkább, ha csak ilyeneket tud.

– ...Én csak akkor merném butaságnak minősíteni Kádár Ferenc írását, ha a benne felsoroltak nem lennének igazak... Ez nem támadás, hanem a tünetek felsorolása. Az idézetben valóban csak a tünetekről van szó. Az igazi megoldás pedig az oki kezelés. Úgy tűnik, az erőforrások átcsoportosításával magad is egyetértesz. De ez nem elég. Cikákol mindenki, pedig még a lábujjára sem léptek. Mintha el sem tudná képzelni, hogy jól is kijöhet az egészségből. Mielőtt pedig a miniszterelnök urat kategorikusan kioktatnám, elgondolkoznék bevezető szövegének zárómondatán: „Valamennyiünk dilemmája – a politikusoké, a betegeké, az orvosoké egyaránt –, hogy vajon helyesen cselekszünk és viselkedünk-e ebben az ügyben.”

– 10 hónapos a kisfiam, és egyszerűen nem értem, hogy miért kell ennyi pénzt „pazarolni” szerencsére makkegészséges gyermekem ellátására. Kezdődik a terhességkor, mert ha valaki orvoshoz jár havonta, akkor csak plusznyúg, hogy a védőnőhöz is járni kell emellett. Aztán a szülés után hetente lakásra jár a védőnő is egy idő után bosszantott, mert bármennyire kedves, képzett és jóindulatú volt, egyfolytában gyomorgörcsrel vártam.

Azon gondolkodtam, hogy miért feltételezi rólam az állam, hogy nem tudok normálisan a gyermekemről gondoskodni, és hetente kell felügyelni, hogy minden rendben van-e a csecsemővel. A védőnői szolgálat irigylésre méltó színvonalon működik Magyarországon, de szerintem egy kicsit kevesebbet kellene a kismamákkal foglalkozni és az erőforrásokat az általános iskolai egészségnevelésre átcsoportosítani. Van ott mit tenni...

– Sajnos az idézetben leírtak egyáltalán nem tartoznak a túlzás kategóriába – ezt olyan gyakorló orvosként mondom, akinek lehetősége volt éveken keresztül kicsit rálátni a mögöttes dolgokra is. Természetesen nem lehet azt mondani, minden orvos elvetemült csaló, aki tudatosan csak a saját anyagi és egyéb érdekeit helyezi előtérbe a betegével szemben. Többségük tisztességes és önfeláldozó a betege felé. Ám ők is az esetek nagy részében öntudatlanul is ellene dolgoznak a fenntartható és hatékony országos egészségügynek. De ez nem az ő hibájuk, hanem a struktúráé. Biztosan tudom, hogy az orvosok ezen része ugyanúgy rosszul érzi magát a rendszerben és nem csupán anyagi okokból – magam is így voltam/vagyok vele. Éppen ezért tartom létfontosságúnak, hogy alapvető strukturális reformok kezdődjenek el. Sajnos, az „*orvostársadalom*”-ként aposztrofált hangos lobbicsoport azokból áll, akiknek nemcsak anyagi, hanem hatalmi érdekeltségük fűződik a kevésbé átlátható tiszta viszonyok megteremtéséhez...



A pék meg a porfelhő

SMS-ek, e-mailek

– Munkaidő-kihasználás, költséghatékonyság, folyamatszervezés – alapfogalmak (ezért a controlling, az átvilágítás a stb.) Az írás igazságát, az elhangzottakat – saját magukban – talán a kritizálók is elismerik.

– Kedves Feri! Költői hevületű írásod nagy vihart kavart a Webdoki internetes hírnei körében. Vagdalkoznak, komcsiznak, téged Kun Bélával rokonítanak. Magam is hozzászóltam az egyesület védelmében, válaszul kollaboránsnak neveztek, aki majd el leszek taposva. Mi, akiknek szólt, mi értjük a cikket, mert beletörődésből(?) fásultságból(?) nap mint nap elkövetjük az említett „*aproságokat*”. Azért néhány józan hang is akad, ha pár emberben gondolatokat ébreszt, már megérte.

– Ezelőtt 26 évvel dolgozott az egészségemen. Csak röviden szeretném megköszönni azt, hogy a Hétköznapi hazugságok c. írásában bátor kiállásával megmozgatta a posványt. Még nekem is jelentenek valamit a sorai... Amikor 22 évesen kificamodott a vállam és mentő vitt a Traumatológiai Intézetbe, a kötöző rakta a helyére, az orvos rá sem nézett, majd a kezembe nyomott papírokon konzílium, röntgen, fizioterápia és ki tudja mi szerepelt vagy másfél millió forint értékben. Mivel három hét múlva is fáj, átmentem a Sportkórházba, ahol kiderült, hogy nem volt a helyén az ízület...

– Irigylésre méltó vezércikk ... Stílusa jó, tömör, üt, ahogy egy vezércikknek kell... Negatívuma, hogy... a politika felkapja és „*vörös posztóként*” mutogatja, hogy íme az orvosok saját maguk is tudják, hogy hazudva lopják a közpénzt... Seholy nem jelenik meg a cikkben, hogy az orvosok rossz gazdasági és szabályozási rendelkezések miatt egy kényszerpályán mozogva teszik mindezt... Az orvosok is hibásak, de ők csak alkalmazkodnak, hogy talpon tudjanak maradni... Azt gondolom, hogy az őszödi

Gyurcsány-beszéd az adott helyen helyes volt, de más környezetben továbbélve nagyon súlyos következményekkel járt. Ez az írás is ezt az utat járja be...

– A pék beleszellentett a lisztbe. De maga se számított ekkora porfelhőre...



„Ép lélekkel orvosnak lenni”

Mi az igazság a Hétköznapi hazugságokból? *Népszabadság, 2006. december 12.*

Hétköznapi hazugságok címmel jelent meg még októberben Kádár Ferenc gyermek-háziorvos szenvedélyes írása a Hírvivő című szakmai lapban. Az írást a múlt héten Gyurcsány Ferenc miniszterelnök beidézte személyes blogjába. Több szakembert arra kértünk, mondjon véleményt Kádár írásáról. *(Következik a cikk, majd a kommentárok – a szerk.)*

Kertai Aurél, a MOK Háziorvosi szekciójának vezetője: Ha Kádár doktor vitaindítónak szánta cikkét, rossz úton jár, mert nem a laikusokkal kellene a problémákat megbeszélni, hanem szakmai körökben. Különösen vitatom azt a kitétel, amely a fölöslegesen elvégzett kezelésekre, az indokolatlan kórházi beutalásokra utal...Vannak az itt említetteknel fontosabb problémák: szabad-e az alapellátást a növekvő munkaterhek mellett folyamatosan csökkenő értékű tb-finanszírozásból fenntartani; az egészségügyi ellátási rendszer megváltoztatásakor a szakma véleményét figyelmen kívül hagyni; profitorientált ellátórendszerek bevezetésével a szolgáltatásokat drágábbá tenni?

Radnai Zoltán, a Szent István és a Szent László Kórház főigazgatója: – ... A szerző valószínűleg még sosem állt egyedül, félelemtől reszketve a lázas gyermeke mellett. ...sok ember fáradságos összmunkája kell ahhoz, hogy a gyógyulás lehetősége közelebb kerüljön a szavakkal játszó, de azok értelmét kevésbé értő zügfikászok számára.

Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász, rendszerelemző: –... rossz helyen, rossz időben, népbutító cikkeket írni, fehéren és feketén láttatni bonyolult folyamatokat, kívülről nehezen megítélhető jelenségeket sarkosan, darabosan minősíteni, rossz politikusokat fontos pozícióban tartani, rossz döntéseket elfogadni, korrupciót fenntartani, illetve másokra átcerélni szigorúan tilos. Ehhez hasonló elmés mondatokat lehet farigcsálni, csak semmi értelme...

Weltner János, a Semmelweis Egyetem sebész főorvosa: –... Kézenfekvő, hogy csak a valódi és ellenőrzött teljesítményt fizesse ki az OEP.... Elképzelhető, hogy számos helyen valóban nőtt a teljesítmény, de az is életszerű, hogy egyszerűen csak többet jelentettek: hazudtak. Különleges helyzet-e az, hogy az egészségügyben a kellő ellenőrzés hiánya miatt lehetett kis kockázattal nagy haszonhoz jutni? Nem. Felmenti-e ez az egészségügyben hazudozókat a felelősség alól? Nem. Felmenthetők-e a felelősség alól azok, akik a szakszerű szakmai és pénzügyi ellenőrzés elmulasztásával lehetővé tették e helyzet kialakulását és fennmaradását? Nem, nem és nem.

Szánthó András gyermekpulmonológus magánszakorvos: – Érttem és érzem az írást. Egyetértek vele. A gyermekgyógyászok világából jönnek a példák, de az egész rendszer abszurd, nem csak a gyermekegészségügy. Nehéz ma ép lélekkel orvosnak lenni Magyarországon. Aki közülünk nem érzi ezt, az vagy

nagyon szerencsés, vagy hazudik magának. A rendcsináláshoz az őszinteségnek, bátorságnak és erőnek olyan koncentrációjára lenne szükség, amelyre nincs lehetőség ebben az országban. Mentse magát ember, beteg, orvos, ahogy tudja.



Miért írta meg?

Nagy Emese riporter: Miért írta meg a cikket? *Kossuth Rádió, 2006. december 16.*

Kádár Ferenc: ...Egy rövid glosszát írtam a Házi Gyermekorvosok Egyesületének lapjában. A kollégáimnak írtam. ...Megpróbáltam rámutatni néhány olyan gondra, hibára, amelyek a saját területemen évek, sőt évtizedek óta zavarnak, túl gyakran fordulnak elő, és számomra a munkát nehezítik, amelyek miatt nehéz körzeti gyermekorvosnak lenni. Ezek a hibák nemcsak nekem okoznak gondot, hanem bizalomvesztést eredményeznek, az egészségügy és az ország számára pedig felesleges pénzkidrást okoznak. Az írás ... megtörte az orvostársadalom monolitikusnak tűnő egységes frontját, amely a reformmal szemben mutatkozik...

Huszár András: ... Mi kb. 10 éve mondjuk azt, hogy az egészségügyben reform szükséges. A politika erre nem volt vevő. A dolgok most találoznak, amikor a politika is úgy gondolja, hogy ez a magyar egészségügy már finanszírozhatatlan, és nem alkalmas arra, hogy azt a magas szintű ellátást nyújtsa, amelyet egy európai uniós államnak nyújtania kell.

K. F.: Egy gyermekorvos ahelyett, hogy gyerekeket gyógyítana, azzal tölti az idejét, hogy igazolást állít ki, hogy a gyerek mehet úszni. Miért kell ezért igazolást kiállítani? Ha egy iskolai osztály elmegy táborozni, akkor is elzavarják a gyerekeket igazolásért. Tudja, hogy ez mennyi munkaidő-kiesés, felesleges fáradság? ... az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, tehát aki a pénzt adja a finanszírozásra, nem ellenőrzi, vagy legalábbis eddig nem ellenőrizte azt, hogy mire költik a pénzt. ...Rendszeresen előfordul, hogy fölöslegesen küldünk gyermeket szakrendelésre. A szakrendelésen pedig, ahol szintén szükség van a finanszírozásra, el látják azt is, aki igaziból nem odavaló... ..Felesleges házi gyermekorvosok vannak a fővárosban és sok nagyvárosban. Ugyanakkor más területen mint Szabolcs-Szatmárban, Borsodban, Dél-Somogyban vagy Nógrádban gyermekek tízezrei vannak gyermekorvosi ellátás nélkül.

N. E.: Talán a gyermekpiacon, úgy értem az egészségügy „gyermek oldalán” nincs is annyi csáberő, lehetőség megélni orvosként, mint mondjuk egy sebésznek vagy egy belgyógyász szakorvosnak. Nem lehet, hogy éppen ezért voltak ilyen bátrak?

H. A.: Beszéljünk magyarul. A gyermekellátás „paraszolvenca-termelő” képessége talán az egész orvostársadalomban a legalacsonyabb. Nálunk rosszabbul csak a röntgen-, labororvosok, kórboncnokok, tehát a közismerten nem paraszolvenciás területek keresnek. A gyermekorvosok financiálisan és egzisztenciálisan is rosszabbul élnek, mint a párhuzamos klinikai szakmák bármelyike. Ebben van valami igazság, hogy azért merünk kiállni, mert nincs mit vesztenünk. ... A leírt jelenségekben benne van a magunk kritikája, a kórházi ellátás kritikája, sőt uram bocsá’ még az állampolgár megítélése is, hiszen beszél az egészségtelen életmód miatt megbetegedett és ellátandó állampolgárról is.

N. E.: ...Egyébként hányan csatlakoztak vagy esetleg gratuláltak éppen az írásához?

H. A.: Az egyesület vezetősége megtárgyalta ennek a cikknek a következményeit és azt mondta, hogy noha azok nem általánosak, de a jelenségekkel egyet tud érteni, és egyet tud érteni azzal a szándékkal, amivel ez a cikk megíródott, hogy reformot kell csinálni, ezeket a felsorolt anomáliákat ki kell küszöbölni és végre egy olyan vágányra kell helyezni a gyermekellátást, amely megoldja ezeket a problémákat. Mi tényszerűen is megtettük a magunkét, hiszen a kormány által elfogadott Gyermek egészségügyi Program szerkesztésében részt vettünk. Lefektettük azokat az alapokat, amelyek szolgálják a jó gyermekellátást és szolgálják a jövőt, és kiküszöbölik mindazokat az anomáliákat, melyeket Kádár doktor felsorolt. Az elmaradott térségek ellátásáról szóló javaslatunkat is elküldtük a minisztériumnak. Sajnos 2007-ben nem látszik ennek a gyermekprogramnak a költségvetési finanszírozása. ...ezért írtunk levelet a miniszterelnöknek, és me-

rem remélni, hogy ez a helyzet megváltozhat még a költségvetési vita kapcsán.

N. E.: És amúgy hogy vannak? Nagyon úgy tűnik, hogy számos olyan orvost haragítottak magukra, akikkel lehet, hogy nem kéne rosszba lenni.

K. F.: Az az érdekes, hogy a közvetlen és távolabbi kollégáink ismerik az írást, ismerték 6 hete és csak egyetértő levelek, üzenetek, e-mailek érkeztek. Most, hogy a nyilvánosság elé került, az emberek részéről egyetértéssel találkoztam. Az egyet nem értés viszont politikai köntöst öltött még az orvoskollégák részéről is. Én morgolódtam, a tüneteket írtam le, a vezércikket követő négy oldalon viszont már a terápiát is taglaltuk, amit szívesen megvitatunk bárkivel. De racionális érvekkel szeretnék vitatkozni, ahelyett, hogy pirosba, kékbe vagy narancssárgába öltöztetik a mondanivalómat.



A felkavart állóvíz

(higgadtabban, szintén a webdokiról)

– A legjobb gyermekgyógyász sem helyettesít egy megbízható szülőt... Előző munkahelyemen két felnőtt- és egy gyerekpraxis működött (én felnőtt-háziorvos voltam), miután elpályáztam, két vegyes praxis kialakításán munkálkodnak. No comment...

– Teljesen igazad van! Magam is vegyes praxisban dolgozom – és jólesően gyermekorvos kollégáktól is jönnek át gyermekek. Valóban nagyon hiányzik – legalább alapszinten – a gyermekgyógyászat oktatása a háziorvosoknak.

– Átjön, mert elcsaljátok, mert nektek semmi pénz nem elég. Fogalmad sincs az egészről...

– Nem csaljuk el. Ha a beteg elmegy, valami oka biztos van. Közelebb van a másik, vagy akkor is táppénzre vesz, ha a másik nem, vagy udvariasabb, vagy elkövetünk valami hibát (ki nem?) és nem akceptálja, hogy az orvos is tévedhet. Hozzám visszajöttek a gyerekek, akik az előző kolléga idején elmentek. Kb. száz. Elment kettő. Vajh miért? Senkit nem csaltam el, ambulánsan elláttam, nem kértem a kártyát az ellátásért cserébe. Ez a „semmi pénz sem elég” vélelem felháborító! (főleg, ha általánosságban mondtad) Már csak azért is, mert a szülők meg vannak győződve arról, hogy a gyerekért azután végképp semmi nem jár az orvosnak.

– Nálam eladó az összes gyerek a körzetből. Vigyétek!

– Gyermekkörzetből a vegyes praxis orvosa nem fogadhat beteget, ez igaz és szerintem helyes. Hogy nem így van, annak az az oka, hogy nehezen ellenőrizhető...

– A háziorvos kontra gyermekközeti orvos vita értelmezhetetlen, mivel almát próbálunk körtével összehasonlítani. Minél racionálisabb egy ország egészségügyi rendszere, annál világosabban elkülönül a két fajta szakmai cél és

funkció egymástól. Akik persze valamelyik oldal szereplői, azok nehezen fogják ezt észrevenni, saját jól felfogott gazdasági érdekük (kártyapénz stb.) és szakmai presztízsük védelmezése közben. Ráadásul még a politikai megosztottság is ráfröcsög, még felismerhetetlenebbé téve a problémát.

– Pedig a dolog egyszerű: ha gyermek-alapellátást akarsz rábízni a családorvosra, akkor ennek megfelelő képzést kell adni neki és megszervezni a gyermekszakorvosi járóbeteg-ellátást és a szükséges kommunikációt a két szint között. Ha ugyanezt az alapellátást gyermek-háziorvosra bízod, akkor felesleges 5 évig csak e célból ugyanolyan képzést adni neki, mint a kórházi klinikai szakorvosoknak, aminek egyébként nem sok köze van az alapellátáshoz, s így nem is lehet eredményes. Ugyanis az alapellátásnak és a második vonalbeli szakorvosi ellátásnak teljesen más a stratégiája és filozófiája. Az első kapuőr és koordinátor, a második pusztán specialista. De azt is lehet, hogy a gyermekszakorvosokra bízzák az alapellátást is, meg a szakorvosi ellátást is. Ez esetben viszont mind képzésben, mind eszközben rendelkezniük kellene a szükségesekkel: diagnosztikumokkal és terápiás jogokkal (pl. ne kelljen pulmonológushoz küldeni a gyereket, ha asztmás; neurológushoz küldeni, ha epilepsziás, vagy nefrológushoz küldeni, ha VUR-os). Mindazt, amit ma a kórházak gyermekjáróbeteg-rendelésén végeznek, el kellene tudnia látni a gyermek-háziorvosnak, ha már 5 évig képezték.

– Mindkét szisztéma jól tud működni, bizonyítja számtalan külföldi példa. Hogy melyik lenne célszerűbb, olcsóbb a hazai viszonyok között? Végig kéne gondolni. Meg azt is, ha valamelyiket választjuk, akkor mit csinálunk azokkal, akik már jelenleg is a másik formában dolgoznak. Pl. hagyjuk őket kihalni és nem képezünk újakat, s kifizetjük központilag a praxisjogukat, vagy kifejezetten az alapellátás céljára elegendő gyermek-háziszakorvost képezünk, s a felnőtt-háziorvosokat kompenzáljuk a gyermekbetegek elvesztése miatt?

Boldog új esztendőt kívánok

a Házi Gyermekorvosok Egyesülete nevében minden kedves olvasónak, a területen, a szakrendelőben, a kórházban vagy klinikán, országos intézetben dolgozó kollégának, védőnőnek, asszisztensnek. Köszönöm a velünk együttműködő gyógyszer- és orvosműszer-forgalmazóknak a Hírívő megjelenéséhez, rendezvényeink megszervezéséhez nyújtott egész éves segítségét. Külön köszönöm a HIPP kiemelkedő, egyesületünk működéséhez nélkülözhetetlen anyagi támogatását, valamint az Astellas, a Baxter, a Danone, a Milupa, Medico Uno, a Nestlé, a Novartis, az Unilever, a Wyeth jelentős hozzájárulását konferenciáink, továbbképzéseink sikeréhez.

Tisztelettel
Huszár András elnök



Kávészünet-9

A következő Kávészünet-konferenciát 2007. május 18–20-án tartjuk Siófokon,
a Hotel Azúr Konferenciaközpontban.

A 20 ponttal akkreditált továbbképzésen a laboratóriumi vizsgálatok javallatairól,
az allergiás megbetegedések diagnosztikájáról, a választható védőoltásokról,
valamint az adolescens medicina tárgyköreiből hangzanak el előadások.

Várjuk érdekes és tanulságos esetbemutatait is!

A meghívót és a jelentkezési lapot februárban küldjük.



Magán- és kiegészítő biztosítók Európában

Prof. Dr. Boncz Imre a HGYOE 2006. november 17–18-i konferenciáján elhangzott előadásának szerkesztett változata



A szerző 2006 októberéig az OEP főosztályvezetője volt. Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Egészségbiztosítási és Egészségpolitikai Tanszékén dolgozik, tiszteletbeli docens.

BEVEZETÉS

A magán-egészségbiztosítások hazai bevezetésének gondolata végigkísérte a rendszerváltozást követő közel másfél évtizedet. Az ezredforduló környékén ezen elképzelés térnyerése odáig jutott, hogy több párt programjában meghatározó helyet foglalt el mint az egészségügyben jelen lévő számos probléma kezelésének egyik lehetséges, akár meghatározó erővel bíró eszköze. Napjainkban ismét úgy tűnik, hogy a hivatalos kormányzati egészségpolitika egyik meghatározó program-eleme a több-biztosítós modell bevezetésének megfontolása. Jelen tanulmány célja nem az, hogy állásfoglalást alakítson ki a magán-egészségbiztosítások hazai bevezetéséről, hanem az, hogy bemutassa, milyen gyakorlati lehetőségek léteznek az Európai Unió tagországaiban, különös tekintettel Németország, Hollandia és Ausztria példájára. Közleményünkben felhasználunk a témában már megjelent saját dolgozatok egyes elemeit [1,2,3]. A dolgozatban szereplő adatok általában a European Observatory [4] és az OECD [5,6,7] tanulmányaiból és adatbázisaiból származnak.

A BIZTOSÍTÓK SZÁMA, REGIONALIZÁCIÓ

A magánbiztosításokkal kapcsolatos elképzelések egyik fontos kérdése a biztosítók száma. A biztosítók számának kérdé-

sét olyan országokban célszerű értelmezni, ahol a Bismarck-féle szolidaritáselvű társadalombiztosítási rendszer működik.

A földrajzi alapon szerveződő, regionális (tartományi) biztosítók a lakosság jelentős részét ellátják. A lakosok egyes formákban nem választhatnak az alapok között, hanem lakóhelyük szerint vannak besorolva, míg más formákban megengedett a lakóhelytől független biztosítóválasztás is. Az ágazati biztosítók egy-egy gazdasági ágazathoz kötődnek (pl. mezőgazdasági munkások, bányászok stb.), és az adott ágazatban dolgozók egészségbiztosítását látják el. Itt általában zárt rendszerekről van szó, vagyis az ágazati biztosító csak az ágazatban dolgozók, illetve családtagjaik egészségbiztosítását látja el. A vállalati biztosítók általában egy-egy vállalat vagy vállalatcsoport alkalmazottainak, illetve családtagjaik egészségbiztosításáról gondoskodnak, szintén inkább zárt rendszert képezve. Az alábbiakban néhány kiemelt ország egészségbiztosítóinak szerveződését tekintjük át.

Azt is hangsúlyozni kell, hogy a több-biztosítós modell nem feltétlenül jelent automatikusan üzleti biztosítókat és versenyt. Társadalombiztosítók is működnek (nonprofit) több-biztosítós modellben.

NÉMETORSZÁG

A modern társadalombiztosítási rendszerek fejlődési mintáját adó Németországban a XIX. század végén hozzávetőlegesen 22 000 betegbiztosítási alap műkö-

dött. Az 1990-es évek elején számuk 1 200 körül volt. A '90-es években végbe ment konszolidációs folyamatok eredményeként 1999 közepén mintegy 453 társadalombiztosítási alap látta el 72 millió német állampolgár (50,7 millió biztosított plusz hozzátartozóik) egészségbiztosítását, mely szám 2004 januárjára 292-re csökkent. Mind a 292 pénztár nonprofit elven működik, önkormányzati irányítás alatt. A pénztárak megoszlását az 1. táblázat mutatja. Napjainkban e biztosítók száma tovább csökkent.

Németországban a biztosítottak sokáig lakóhelyük vagy foglalkozásuk szerint tartoztak az egyes betegbiztosítási alapokhoz. A betegbiztosítási alapok közötti mozgás tekintetében kisebb engedményeket követően az 1990-es évek elejére a lakosság mintegy 50%-a volt jogosult adott feltételek megléte esetén a biztosítási alapok közötti választásra. 1996-tól vált lehetővé, hogy a biztosítottak szabadon választhatnak az egyes betegbiztosítási alapok között. A törvény következtében a regionális általános alapok és a kiegészítő pénztárak nyitottá váltak valamennyi jelentkező számára. A vállalati és az ipartestületi biztosítók maguk döntheték el, hogy zártak maradnak, vagy nyitottá válnak. Amennyiben a nyitás mellett döntöttek, úgy ők is kötelesek valamennyi jelentkezővel szerződést kötni. Csupán a mezőgazdasági munkások, a bányászok és a tengerészek pénztára maradt zárt, kizárólag a vonatkozó szakmai kör szá-

A NÉMET KÖTELEZŐ BETEGBIZTOSÍTÓK TÍPUSAI (2004. JANUÁR)

| Típus | Német elnevezés | Számuk | Központ |
|---------------------------------|---|------------|-------------------|
| Regionális általános biztosítók | Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) | 17 | Bonn |
| Vállalati betegbiztosítók | Betriebskrankenkassen (BKK) | 229 | Essen |
| Ipartestületi betegbiztosítók | Innungskrankenkassen (IKK) | 20 | Bergisch-Gladbach |
| Mezőgazdasági munkások pénztára | Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) | 14 | Kassel |
| Bányászok pénztára | Bundesknappschaft | 1 | Bochum |
| Tengerészek pénztára | See-Krankenkasse | 1 | Hamburg |
| Kiegészítő alapok | Ersatzkassen | 10 | Siegburg |
| | | 292 | |

1. táblázat

mára nyújtott tagsággal. A betegbiztosítási alap választásának módosítása évente egyszer lehetséges, 3 hónapos türelmi idővel.

Az alapok közötti mozgás eredményeként az AOK 1997-ben 479 000, 1998-ban 400 000 és 1999-ben 292 000 tagot veszített, míg ugyanezen időszak alatt a BKK 335 000, 516 000, 971 000 új tagot szerzett.

A kötelező társadalombiztosításba való belépés azok számára kötelező, akik jövedelme nem ér el egy meghatározott szintet. Ezen jövedelem felett nem kötelező belépni, de lehetséges. Amennyiben az állampolgár nem akar belépni a kötelező társadalombiztosításba, akkor választhatja a magánbiztosítást.

A magánbiztosítási feladatokat 52 magánbiztosító látja el, melyek közül 25 társaság részvényei a tőzsdén is forognak. A magánbiztosítások a lakosság mintegy 9%-át érintik (kb. 7,1 millió fő). Ezen biztosítók országos szervezetbe tömörülnek (PKV: Verband der privaten Krankenversicherung). Az 52 nagy biztosító mellett található még 45 kisebb, általában regionális magánbiztosító.

A magánbiztosítók szerepe alapvetően kettős. Egyrészt teljes (alap-) biztosítást kínálnak azoknak, akik a kötelező társadalombiztosításban nem vesznek részt, másrészt kiegészítő biztosítást kínálnak a kötelező társadalombiztosítás mellett/felett. A magánbiztosítás esetén a járulék mértékét több tényező befolyásolja (életkor, nem, orvosi előzmények) és külön díjat kell fizetni a házastársnak vagy a gyermekeknek. Míg a kötelező társadalombiztosítás esetén a biztosító közvetlenül a szolgáltatóval számol el, addig a magánbiztosítás esetében a páciens kifizeti az ellátás költségeit, majd a számlát bemutatja a magánbiztosítónak, ahol kifizetik számára az összeget.

A magánbiztosítók kiegészítő biztosítást is kínálnak, mely ágazat 1997-ben mintegy 7 millió ügyféllel rendelkezett. A kiegészítő biztosítás az ún. extra szolgáltatásokra vonatkozik (pl. egyágyas, jól felszerelt szoba).

HOLLANDIA

Tekintettel arra, hogy az Európai Unió legnagyobb magán-egészségbiztosítási piaca Hollandiában található, az itteni rendszert részletesebben tekintjük át [9]. A holland társadalombiztosítási modell háromszintű biztosítást foglal magába (2. táblázat).

Az első pillér a költséges, hosszabb idejű ellátásokra (intézeti és otthonápolás, pszichiátriai ellátások, rokkantság

A HOLLAND EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER FELÉPÍTÉSE

| Szint | Biztosítási forma | | |
|-------|--|---|--|
| I. | társadalombiztosítás (AWBZ) hosszabb idejű ellátásokra lakosság 100%-a | | |
| II. | társadalombiztosítás (ZFW) „normál” eü.-i ellátásokra lakosság 64%-a | magánbiztosítás (WTZ) „normál” eü.-i ellátásokra lakosság 31%-a | köztisztviselők biztosítása (ZVO) „normál” eü.-i ellátásokra lakosság 5%-a |
| III. | kiegészítő magánbiztosítás | | |

2. táblázat

stb.) szóló, ún. long-term care elvű kötelező betegbiztosítás (AWBZ). A járulékfizetés a jövedelem meghatározott százalékában történik. 2000. évben a járulék mértéke 10,25% volt, maximum évi 22 232 euro jövedelemig.

A második pillér a „normál” egészségügyi ellátásokra (házi orvosi ellátás, szakorvosi kezelés stb.) szóló biztosítás jelenti. Ezt egyik részről az egészségbiztosítási törvény szabályozza, ami kötelező belépést ír elő meghatározott jövedelemig. Vagyis meghatározott jövedelem felett (ez 2000-ben 29 310 euro/év volt) nem kötelező a belépés. A ZFW az akut egészségügyi ellátások költségeit fedezi. Az átjárás a ZFW és az AWBZ között viszonylag jól szabályozott. Például a ZFW általában maximum egy évig fedezi a kórházi ellátás költségeit, amennyiben az ellátás ennél hosszabb, akkor az egy éven túli részt az AWBZ fizeti. A biztosított itt is fizetésének egy meghatározott százalékát jelentő járulékot fizet, amit 1989 óta még egy fix összegű befizetéssel is ki kell egészítenie. A járulék mértéke 1,75% a munkavállaló és 6,35% a munkáltató számára. A járulékok egy központi Általános Alapba kerülnek befizetésre, vagyis nem a biztosítók szedik be közvetlenül. Az Általános Alapból az egyes Egészségbiztosítási Alapok a hozzájuk tartozó lakosság után rizikótényezőkkel korrigált fejkvótát kapnak. A fejkvóta korrigálásában több rizikótényezőt vesznek figyelembe (életkor, nem, munkaképesség, régió). A korrigált fejkvótából származó bevételek az egészségbiztosítási alapok költségeinek hozzávetőleg a 90%-át fedezik. A fennmaradó részre minden biztosító maga állapít meg egy nominális járulékot, melynek összege biztosítóként változik (2000-ben 156,55 és 223,26 euro között). A holland lakosság mintegy 64%-a tartozik e biztosítás alá. Az egészségbiztosítási ellátásokat 28 egészségbiztosítási alap nyújtja.

A második pillér következő részét a magánbiztosítás jelenti (WTZ: Medical In-

surance Access Act), melynek megkötése önkéntes alapon történik. Ez a lakosság mintegy 31%-át érinti. A magánbiztosítást kötők számára a standard szolgáltatási csomag (14%) vagy az egyéni csomag (86%) áll rendelkezésre. Itt a beteg fizeti a szolgáltatások költségét, amit a biztosító utólag térít meg számára, amennyiben a biztosított által igénybevett szolgáltatás része az általa fizetett biztosítási csomagnak. A magán-egészségbiztosítások bevezetésekor a biztosítottak életkorát tekintve aránytalanság alakult ki a társadalombiztosítási alapok és a magán-egészségbiztosítók között, nevezetesen az idősebb korosztályok nagyobb arányban kerültek a kötelező társadalombiztosítás hatálya alá. Az itt jelentkező többletköltségek kompenzálását törvény írja elő, mely szerint a magán-egészségbiztosítással rendelkezők kompenzációs járulékot fizetnek a társadalombiztosítási alapoknál az idős ellátása miatt jelentkező többletköltségek csökkentésére.

A második pillér harmadik része a köztisztviselőkre vonatkozó betegbiztosítás (ZVO: Public Servants' Medical Expenses), melyet három alap nyújt (IZA, IZR, DGVP).

A harmadik pillér a kiegészítő magánbiztosításokat jelenti. Ebbe a kategóriába azon ellátásokat soroljuk, melyek nem tartoznak sem az I., sem a II. szint hatálya alá. Gyakorlatilag szabadpiac alakult ki ezen a területen. Leggyakrabban a fogászati ellátások, magánkórházi szoba, alternatív kezelések (pl. homeopátia) költségeinek fedezésére szolgál.

Jelenleg mintegy 46 magán-egészségbiztosító működik a holland piacon. Ezek között for-profit és non-for-profit társaságok egyaránt vannak. Van közöttük „mutuelle” típusú, kölcsönösségi elven működő pénztár is. Valamennyi egészségbiztosítási alap és magánbiztosító tagja a Holland Egészségbiztosítók Szövetségének. Újabb érdekes egyesülési folyamat zajlik a holland egészségbiztosítási piac II.



szintjén. Az új társadalombiztosítási és a magánbiztosítási alapok együttműködnek vagy egyesülnek az ügyfelek megtartása érdekében. Amennyiben ugyanis az ügyfél a társadalombiztosítás helyett magánbiztosítást igényel, nem kell máshova mennie, egy szervezeten belül megtalálja az igényeinek megfelelő megoldást. Természetesen ezen alapoknál is szigorúan elkülönül a két biztosítási forma pénzügyi tevékenysége.

AUSZTRIA

Ausztriában szintén megtalálhatók a tartományi, a vállalati és az ágazati biztosítók. Itt azonban jóval kötöttebb rendszerről van szó, vagyis a lakosok nem rendelkeznek olyan nagy választási szabadsággal a biztosítóválasztást illetően, mint Németországban, hanem lakóhelyük, illetve foglalkozásuk szerint kerülnek besorolásra az egyes biztosítókhoz.

Ausztriában jövedelemtől függetlenül kötelező a társadalombiztosítási tagság. A magánbiztosítások csupán a kötelező társadalombiztosításon felüli, kiegészítő biztosításként szerepelnek. Így fedezetet nyújtanak például a magasabb komfortfokozatú szoba és szolgáltatások (speciális ellátás) árához, a páciens biztosítójával nem szerződött orvos vizitdíjára, diag-

AZ OSZTRÁK KÖTELEZŐ BETEGBIZTOSÍTÓK TÍPUSAI

| Típus | Szám |
|--|-----------|
| regionális betegbiztosítási alap tartományi szinten | 9 |
| általános balesetbiztosítási alap | 1 |
| mezőgazdasági dolgozók, egyéni vállalkozók alapja | 2 |
| vállalati alap | 10 |
| alap a bányászok részére | 1 |
| alap a vasúti dolgozók részére | 1 |
| alap a köztisztviselők egészség- és balesetbiztosítása számára | 1 |
| | 25 |

3. táblázat

nosztikai és terápiás eljárásokhoz történő gyorsabb hozzáférésre.

A lakosság hozzávetőleg egyharmada rendelkezik (kiegészítő) magánbiztosítással, melyet for-profit biztosítók nyújtanak. A magán-egészségbiztosítók a teljes egészségügyi kiadások 7%-át fedezik.

Jellemző, hogy a purchaser-provider split, vagyis a szolgáltatást végző és a finanszírozó szétválasztása nem mindennapos Ausztriában: a betegbiztosítási alapok mintegy 134 járóbeteg-intézményt működtetnek, nagyon gyakran fogorvosi rendelőket. A fekvő-betegellátásban is van példa az integrációra.

Az osztrák háziorvosok finanszírozása persze nem azért jobb, mint magyar kolégáiké, mert ott több biztosító van.

ÖSSZEFOGLALÁS

A magánbiztosítások szerepe elsődlegesen kiegészítő jellegű: az állami vagy társadalombiztosítási rendszer által nyújtott ellátásokat egészítik ki. Hollandiában és Németországban a társadalombiztosítási részvétel meghatározott jövedelemszint felett nem kötelező, de a magánbiztosítók ajánlanak teljes biztosítási csomagot – beleértve a kötelező társadalombiztosítás nyújtotta alapsomagot – is.

A for-profit vagy non-for-profit elv a magánbiztosítások esetében is kulcskérdés. A for-profit elv azonban itt sem egyértelmű, sok esetben ezek is non-for-profit elven működnek.

A magánbiztosítások részesedése a teljes egészségügyi kiadásból az 1990-es évek második felében változatos képet mutatott (4. táblázat). A Bismarck-féle rendszerekben a magánbiztosítások aránya általában magasabb a teljes egészségügyi kiadáson belül, mint a Beveridge-rendszerekben. A legmagasabb arány Hollandiában található (≈18%), amit ma Európa legnagyobb magán-egészségbiztosítási piacaként tartunk számon. A kiegészítő biztosítási szerepet nem szabad leértékelni a Beveridge-féle állami egészségügyi rendszerek esetén sem. Bár itt finanszírozási arányuk egyelőre alacsony (a teljes egészségügyi kiadás 1–4%-a), a legtöbb országban növekszik szerepük és jelentőségük.

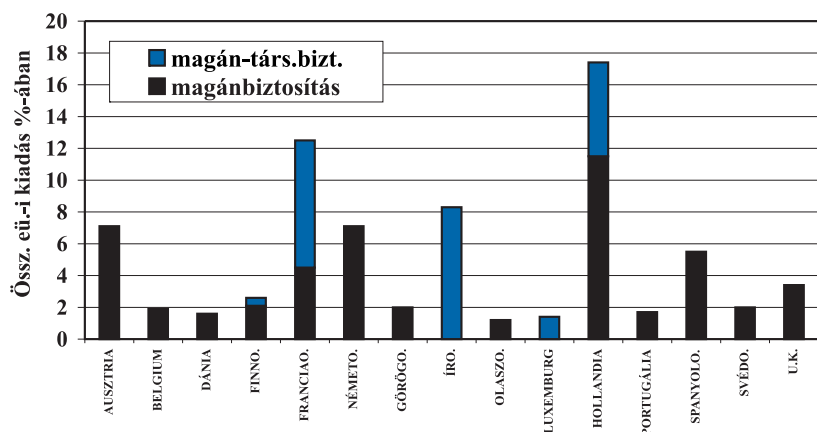
Az általános egészségügyi költségnövekedés, továbbá a legtöbb fejlett európai társadalomban zajló kedvezőtlen demográfiai folyamatok (a társadalom elöregedése) egyaránt arra utalnak, hogy a magánbiztosítások adta öngondoskodási lehetőség szerepe a jövőben fel fog értékelődni. A magán-egészségbiztosítók helyének, szerepének definiálása a

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓK JELLEMZŐI AZ EURÓPAI UNIÓ ORSZÁGAIBAN (N. A.: NEM ÁLLT RENDELKEZÉSRE MEGBÍZHATÓ ADAT)

| Ország | Magánbiztosítók szerepe | Érintett lakosság | Biztosítók száma társadalombizt. magánbizt. | |
|---------------|--|-------------------------|---|-------------------------|
| Belgium | kiegészítő | 30% | Funds: 6 Mutualities: >100 | n. a. |
| Franciaország | kiegészítő | 80% | 18 | n. a. |
| Németország | alap- és kiegészítő | 9% | 453 | 52 nagy és 45 kisebb |
| Olaszország | kiegészítő bizt., helyettesítő szereppel | 30% | (állami eü.-i r.) | kb. 200 |
| Luxemburg | kiegészítő | aktív lakosság 75%-a | 9 | kb. 120 |
| Hollandia | alap- és kiegészítő | 31% | 28 betegbiztosítási alap és 3 alap köztisztviselőknek | 46 |
| Dánia | kiegészítő | 28% | (állami eü.-i r.) | 1 nagy |
| Írország | kiegészítő | 37–42% | (állami eü.-i r.) | 2 |
| Egyesült Kir. | kiegészítő | 10,8% | (állami eü.-i r.) | 45 < |
| Görögország | kiegészítő | 5–8% | (állami eü.-i r.) + 40 nagy és 260 kisebb alap | 25 |
| Portugália | kiegészítő | 17% | (állami eü.-i r.) + 8 < subsystema | n. a. |
| Spanyolország | alap- és kiegészítő | 15–20% | (állami eü.-i r.) | 138 |
| Ausztria | kiegészítő | 33% | 25 | n. a. |
| Finnország | kiegészítő | n. a. | (állami eü.-i r.) | n. a. |
| Svédország | kiegészítő | n. a. | (állami eü.-i r.) | 5–10 |

4. táblázat

MAGÁNBIZTOSÍTÁSOK ARÁNYA A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSON BELÜL



hazai egészségügyi reform során kulcsfontosságú.

A magán-egészségbiztosítás megjelenése, illetve elterjedése az esetleges versenyhelyzet teremtése, a forrásbővítés lehetősége és a szemléletformálás miatt akár jótékony hatású is lehet a finanszírozói oldal egysíkúságára. A nemzetközi példák azonban azt mutatják, hogy nem szabad irreális elvárásokat támasztani a több biztosítós modellel kapcsolatban. Meg kell határozni és a lakosság széles ré-

tegeivel ismertetni kell a több-biztosítós modellhez fűzött elvárásokat, de ismertetni kell az előnyöket és hátrányokat egyaránt.

A magánbiztosítások, illetve több-biztosítós modell bevezetése mellett legalább olyan fontos kérdés az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladatának definiálása. A jelenleg passzív pénztárosként működő OEP átalakítása egy aktív, komoly vásárlói szereppel bíró, akár regionálisan szerveződő szolgáltatásvásárlóvá

nagyobb kihívásnak tűnik, mint újabb biztosítók létrehozása, amelyek esetleg szintén csupán pénztárként működhetnek, ezáltal látszatmegoldást nyújtva a nagyon is valós és élő problémákra. A több-biztosítós rendszer bevezetésénél a fokozatosság elvét feltétlenül szem előtt kell tartani, és csak megfelelő előkészítés után javasolt ilyen rendszer elindítása.

Irodalomjegyzék

1. Boncz I. Magán-egészségbiztosítások az Európai Unió tagországaiban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002, 40(3): 292-301.
2. Boncz I. Magánbiztosítások az európai országok egészségügyi rendszerében. Egészségügyi Menedzsment, 2002, 4, 2: 56-60.
3. Boncz I. Egészségügyi rendszerek az Európai Unióban, különös tekintettel a magánoldal érvényesülésére. PTE TTK, Európai Unió szakértő szak, államvizsga dolgozat, 2002.
4. European Observatory on Health Care Systems. „Health Care Systems in Transition” sorozat: Austria (2001), Belgium (2000), Denmark (2001), Finland (2001), Germany (2000), Greece (1996), Italy (2001), Luxembourg (1999), Portugal (1999), Spain (2000), Sweden (1996), U.K. (2001)
5. Private health insurance in OECD countries. Compilation of national reports. OECD, 2000.
6. Yukuta Imai, Stéphane Jacobzone, Patrick Lenain. The changing health system in France. Economic Department working paper no. 269. OECD, Paris, 2000.
7. OECD Health Data 2001. OECD, Paris, 2001.
8. Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A. A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése. Nővér, 2001; 14,6:7-14.
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Health Insurance in the Netherlands. The Hague, 2000.

Vizitdíj helyett kompenzáció?

Egyesületünk decemberi vezetőségi ülésén vendégül láttuk Draskovics Tibort, az Államreform Bizottság elnökét.

Huszár András mutatta be a Házi Gyermekorvosok Egyesületét, ismertette eredményeinket és céljainkat. Emlékeztette vendégünket arra, hogy a gyermekgyógyászat vezető grémiumai által kidolgozott Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Programot kormányprogramként fogadták el. Megdöbbenéssel értesültünk ugyanakkor arról, hogy a program finanszírozásának nincs meg a fedezete a jövő évi költségvetésben.

Megismételtük évek óta hangoztatott javaslatainkat, miszerint:

– A gyermekellátás hangsúlyait a fekvőbeteg-ellátásról az alapellátásra kell helyezni, amit alkalmassá kell tenni a megnövekedett feladatok ellátására.

– Az ellátási struktúrát nem a lakossági igényekre, hanem a szakmailag alátámasztható valóságos szükségletekre kell alapozni. Meg kell szüntetni a párhuzamosságokat és meg kell teremteni az esélyegyenlőséget a gyermekek orvosi ellátásában. A munkaidőn túli megfelelő gyermekorvosi alapellátás érdekében

centralizálni és korszerűsíteni kell a gyermekorvosi ügyeleti rendszert.

– A humán erőforrás és az eszközállomány hatékony felhasználása centralizációt igényel. Ezért az eddig elkülönült praxisokkal szemben mindenhol – az alap- és bizonyos szakellátásokat a lakossághoz közelebb vivő – teammunkát kell szorgalmazni, szakítva a sok évtizedes „egy falu/egy orvos” elvével. Valós szükségleteken alapuló, magasabb szintű ellátásra képes kistérségi egészségközpontok és kiemelt kompetenciájú kistérségi praxisok kialakítására van szükség.

A több mint kétórás megbeszélésen szóba került még, hogy a különböző öszszefonásokat körültekintőbben és előre tervezetten kell megvalósítani, hiszen ha a reform következtében a lakosság rosszabb ellátási viszonyokat tapasztal, akkor az egész reformtörekvés válik hiteltelenné.

A vezetőség tagjai többször elmondták azt is, hogy a reform nem mehet végbe forrásbővítés nélkül.

Vendégünk, miközben a reform végrehajtása és a pénz hatékonyabb felhasználása mellett érvelt, igyekezett a fenti kérdéseinkre megnyugtató választ adni és a

gyermekgyógyászat problémái iránt megértést tanúsítani. Konkrét ígéretet azonban csak a házi gyermekorvosi ellátásban kieső vizitdíjbevitel központi pótlására és a Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi programok folytatására kaptunk.

K.M.

Az Országos Alapellátási Intézet és a Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Tanszéke 2007. február 9. és 11. között Mátrafüreden és Kékestetőn rendezi meg

a XII. Mátrai Háziorvos Napok rendezvénysorozatát.

A tudományos hétvégét 15 ponttal akkreditálták.

Érdeklődés esetén részletes tájékoztatót küld dr. Lénárt András háziorvos. 3261 Abasár, Ady Endre u. 9. Telefon: 06-30/978-5038; e-mail: paracelsus@interdnet.hu





„ZÖLD KÖD” címmel
2006. novemberben tartotta
XII. őszi konferenciáját
a HGYE

Így nem lehet tovább!

Részletek Prof. Dr. Repa Imre főigazgató, Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár
a HGYE 2006. novemberi konferencián elhangzott előadásából

- Fönről nézve a világ egyszerűnek tűnik. A minisztériumokból, a kormányzati hivatalokból zseniálisan meg lehet szervezni bármit, eközben csak egy dolgot szoktunk elfelejteni: a valóságot. A valósághoz tartozik, hogy a 110 éve épült kórházunk fala megrepedt, hullik a vakolat, a szakrendelések egy része barakkokban működik. A kórháznak persze van egy nagyon elit része is. Ha vendégek jönnek, akkor mindig ezt mutatjuk meg.
- A betegellátásban zavaró tényező a beteg, a szakmai szabályrendszer és a követelmény. Nem parodizálni akarok, ez halálosan komoly. Az utóbbi négy évben, a politikától függetlenül az a véleményem, hogy gyakorlatilag a finanszírozás diktálja a szakmát. És ez már a sokadik fából vaskarika.
- Mit csinált eddig az ellátásra kötelezett tulajdonos? Csak akkor tett eleget az előírt feladatának, ha lobbitevékenysége során sikerült valamiféle központi költségvetési pénzt kicsikarni. Mostantól azonban nem lesz többé címzett támogatás, nem lesznek ágazati, minisztériumok által osztható pénzek. Egyetlen lehetőség lesz felújításra, struktúra átalakításra, mégpedig a Brüsszeltől érkező, nemzeti fejlesztésre biztosított pénzforrás. A kifutó címzett támogatások még két éven keresztül léteznek, de utána ezek is megszűnnek. A nyomorúságos költségvetési viszonyok közepette az állam minden rendelkezésére álló saját pénzeszközt a Brüsszeltől jövő pénzek önrészenek fedezésére fogja felhasználni.
- A 2006 júliusától megváltozott jogszabályokban két szempont érvényesül: a pénzelvonás és a fűnyíró-elv. Azzal teljesen egyetértek, hogy mindenki csak annyit költhet el, amennyit megtermel. Megszorítások esetén a családi kasszában is fontosság szerint csoportosítjuk a kiadásainkat. Ez a szempont az államkasszában jelenleg nem érvényesül, mert a fűnyíró-elv dominál. És ez nem szerencsés. A fűnyíró-elv hatására az ellátószervezet nagy része ellehetetlenülhet, összeomolhat. Az egészségügy résztvevői felkészültek és várják a reformot. Kisebb-nagyobb morgással, de mégis egy várakozás és tudomásulvételi hangulat van közöttük. Ezt sajnos – úgy tűnik – az elképesztően rossz kommunikációval sikerült megváltoztatni. A várakozás helyett düh alakult ki, és aztán reménytelenné vált a helyzet. Azt, hogy összeomlik a rendszer, nemcsak itt mondom el, hanem az államreform bizottság-

ban is, mindenhol ahol csak lehetőségem van rá. Március–április után az intézménystruktúra rendszerben egyetlen olyan intézmény sem lesz, amelyik ne hiányt termelne. És akkor kezdhetjük majd az újabb konszolidációt...

- Az államháztartási reform, a konvergenciaprogram a szolgáltatást igénybevevőkön keresztül akarja versenyeztetni az ellátást. Persze azt is korlátozva, mert csak három kórház közül választhat a beteg. Az biztos, hogy ez alkotmányba ütköző. A szabályozókat jogilag sokkal jobban kellene előkészíteni ahhoz, hogy ne ütközzenek jó néhány törvénnyel.

- A magyar ellátórendszerben 164 kórház működik. Dél-Afrika 12 milliós lakosságát 80 intézmény szolgálja ki. Hogy túldimenzionált a hazai rendszer? Igen, túldimenzionált. Ennek kialakulása nagyon egyszerű folyamat volt: a 60-as, 70-es években óriási kórházépítkezést folytattak. Úgy tervezték, hogy amikor megépülnek – főleg a Budapest környéki kórházak –, akkor a régi intézményeket bezárják. Beléptek az újak, de maradtak a régiek is. Ez így nem lehet tovább...

- Nem indokolt a túldimenzionált, 12 ezres szerződésállomány sem. Négy egészségügyi miniszternek könyörgöttem, hogy egyszer nézzük már át az OEP szerződésállományát. Az ugyanis nem működik, hogy mindenki bejelenti, hogy erre is, meg arra is ellátási kötelezettséget vállal. Egy területre maximum egy szolgáltató vállalhat ellátást. 1998-ban meghatározták az ellátási kapacitás országos lefedettségét. Az akkori kapacitás szétosztás óta, tehát 98-tól 2005-ig, csak kapacitáson felüli befogadás történhetett. Soha nem láttam – leszámítva a kaposvári példát –, hogyha valakinek befogadtak egy új kapacitást, akkor azt valahonnan leadta volna más. Ez annyit jelent, hogy az eltelt 8 év alatt a már egyszer országosan lefedett rendszer duplán vagy triplán, de akár ötszörösen, hatszorosan is lefedetté vált.

- A vizitdíjjal, a járulékfizetés szigorításával, a korlátozás nélkül használt ügyeleti ellátással kapcsolatos reformtervek is garantáltan nehezen valósulnak meg, mert olyan mérhetetlen, gondolat nélküli szembenállás van a rendszerben és magában a parlamentben is, hogy a leglogikusabb dolgok is elvesznek.

- A mindenkori kormányzat úgy gondolja, hogy az egészségügynek kell megolda-

ni az oktatást, a foglalkoztatást, a szociális problémákat, a családok gondjait, az emberek értékrendzavarait. Ezek után persze a költségvetési szervek újra és újra felteszik a kérdést: „Miért kerül ennyibe az egészségügy?” Egyébként sokkal kevesebbe kerül, mint az európai átlag. A legnagyobb rákfene azonban az, hogy az egészségüggyel, ezzel a nagyon drága rendszerrel pótoljuk a szociális ellátás hiányosságait. Sajnos még mindig nem történt meg a szociális és az egészségügyi szféra, az aktív és a krónikus ellátás szétválasztása, az alapellátás és a járóbeteg-ellátás közelítése. És akkor azt hallom, hogy sok az ágy. De miért sok? Ezt az ellátórendszert, ezt a szerződésállományt – ma már mindenki mondja – nem lehet tovább fenntartani. Változtassunk rajta, mert az idő nagyon szorít. Ezekhez a változtatásokhoz nem kell újabb pénzforrás.

- A biztosítási reformban a magánbiztosítók mindent megoldó szerepével kapcsolatban nagyon kételkedő vagyok. Én azt mondom, hogy legyen egy valóban biztosítás alapú állami biztosító, és emellett legyenek, természetesen önkéntes alapon, saját jogon, saját befizetésekkel működő, kiegészítő biztosítók.

- Jelenleg hiányzik a rendszerből az ellenőrzés és a számonkérés. Senki sem ellenőrzi a gyógyítás folyamatát. A finanszírozási rendszert is teljesen át kellene alakítani, és egy valós ellátásra alapozott térítést kellene bevezetni. Ezt, ami most van, felejtjük el. Ennek semmi köze nincs már ahhoz, ami 1993–94-ben HBCS alapon elindult. Meg kellene változtatni az intézmények gazdálkodását is. A közintézmények gazdálkodásának ugyanis gyakorlatilag nincs auditált mérlege, nettó könyvelése és az amortizáció leírása is hiányzik. Nincs jogi, erkölcsi, gazdasági felelőssége a vezetőknek. Nincs számonkérés még akkor sem, ha a vezetés másfél-egy milliárd forint hiányt produkál. Leváltják, kap egy rendes végkielégítést, egy kis kormánykitüntetést, és jöhet a következő. Hiszek abban, hogy azért a sok rosszul kommunikált és ellentmondásos koncepcióból végül ki fog alakulni a változtatás rendszere. Biztos, hogy ez érdekeket fog sérteni. Próbáljunk meg mégis olyan szakmapolitikát kialakítani, amiben nemcsak a saját érdekeink diktálnak.

Talán ez lesz a legnehezebb...

Így nem lehet tovább!

Részletek Prof. Dr. Repa Imre főigazgató, Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár
a HGYE 2006. novemberi konferencián elhangzott előadásából

- Fönről nézve a világ egyszerűnek tűnik. A minisztériumokból, a kormányzati hivatalokból zseniálisan meg lehet szervezni bármit, eközben csak egy dolgot szoktunk elfelejteni: a valóságot. A valósághoz tartozik, hogy a 110 éve épült kórházunk fala megrepedt, hullik a vakolat, a szakrendelések egy része barakkokban működik. A kórháznak persze van egy nagyon elit része is. Ha vendégek jönnek, akkor mindig ezt mutatjuk meg.
- A betegellátásban zavaró tényező a beteg, a szakmai szabályrendszer és a követelmény. Nem parodizálni akarok, ez halálosan komoly. Az utóbbi négy évben, a politikától függetlenül az a véleményem, hogy gyakorlatilag a finanszírozás diktálja a szakmát. És ez már a sokadik fából vaskarika.
- Mit csinált eddig az ellátásra kötelezett tulajdonos? Csak akkor tett eleget az előírt feladatának, ha lobbitevékenysége során sikerült valamiféle központi költségvetési pénzt kicsikarni. Mostantól azonban nem lesz többé címzett támogatás, nem lesznek ágazati, minisztériumok által osztható pénzek. Egyetlen lehetőség lesz felújításra, struktúra átalakításra, mégpedig a Brüsszeltől érkező, nemzeti fejlesztésre biztosított pénzforrás. A kifutó címzett támogatások még két éven keresztül léteznek, de utána ezek is megszűnnek. A nyomorúságos költségvetési viszonyok közepette az állam minden rendelkezésére álló saját pénzeszközt a Brüsszeltől jövő pénzek önrészenek fedezésére fogja felhasználni.
- A 2006 júliusától megváltozott jogszabályokban két szempont érvényesül: a pénzelvonás és a fűnyíró-elv. Azzal teljesen egyetértek, hogy mindenki csak annyit költhet el, amennyit megtermel. Megszorítások esetén a családi kasszában is fontosság szerint csoportosítjuk a kiadásainkat. Ez a szempont az államkasszában jelenleg nem érvényesül, mert a fűnyíró-elv dominál. És ez nem szerencsés. A fűnyíró-elv hatására az ellátószervezet nagy része ellehetetlenülhet, összeomolhat. Az egészségügy résztvevői felkészültek és várják a reformot. Kisebb-nagyobb morgással, de mégis egy várakozás és tudomásulvételi hangulat van közöttük. Ezt sajnos – úgy tűnik – az elképesztően rossz kommunikációval sikerült megváltoztatni. A várakozás helyett düh alakult ki, és aztán reménytelenül vált a helyzet. Azt, hogy összeomlik a rendszer, nemcsak itt mondom el, hanem az államreform bizottság-

ban is, mindenhol ahol csak lehetőségem van rá. Március–április után az intézménystruktúra rendszerben egyetlen olyan intézmény sem lesz, amelyik ne hiányt termelne. És akkor kezdhetjük majd az újabb konszolidációt...

- Az államháztartási reform, a konvergenciaprogram a szolgáltatást igénybevevőkön keresztül akarja versenyeztetni az ellátást. Persze azt is korlátozva, mert csak három kórház közül választhat a beteg. Az biztos, hogy ez alkotmányba ütköző. A szabályozókat jogilag sokkal jobban kellene előkészíteni ahhoz, hogy ne ütközzenek jó néhány törvénnyel.

- A magyar ellátórendszerben 164 kórház működik. Dél-Afrika 12 milliós lakosságát 80 intézmény szolgálja ki. Hogy túldimenzionált a hazai rendszer? Igen, túldimenzionált. Ennek kialakulása nagyon egyszerű folyamat volt: a 60-as, 70-es években óriási kórházépítkezést folytattak. Úgy tervezték, hogy amikor megépülnek – főleg a Budapest környéki kórházak –, akkor a régi intézményeket bezárják. Beléptek az újak, de maradtak a régiek is. Ez így nem lehet tovább...

- Nem indokolt a túldimenzionált, 12 ezres szerződésállomány sem. Négy egészségügyi miniszternek könyörgöttem, hogy egyszer nézzük már át az OEP szerződésállományát. Az ugyanis nem működik, hogy mindenki bejelenti, hogy erre is, meg arra is ellátási kötelezettséget vállal. Egy területre maximum egy szolgáltató vállalhat ellátást. 1998-ban meghatározták az ellátási kapacitás országos lefedettségét. Az akkori kapacitás szétosztás óta, tehát 98-tól 2005-ig, csak kapacitáson felüli befogadás történhetett. Soha nem láttam – leszámítva a kaposvári példát –, hogyha valakinek befogadtak egy új kapacitást, akkor azt valahonnan leadta volna más. Ez annyit jelent, hogy az eltelt 8 év alatt a már egyszer országosan lefedett rendszer duplán vagy triplán, de akár ötszörösen, hatszorosan is lefedetté vált.

- A vizitdíjjal, a járulékfizetés szigorításával, a korlátozás nélkül használt ügyeleti ellátással kapcsolatos reformtervek is garantáltan nehezen valósulnak meg, mert olyan mérhetetlen, gondolat nélküli szembenállás van a rendszerben és magában a parlamentben is, hogy a leglogikusabb dolgok is elvesznek.

- A mindenkori kormányzat úgy gondolja, hogy az egészségügynek kell megolda-

ni az oktatást, a foglalkoztatást, a szociális problémákat, a családok gondjait, az emberek értékrendzavarait. Ezek után persze a költségvetési szervek újra és újra felteszik a kérdést: „Miért kerül ennyibe az egészségügy?” Egyébként sokkal kevesebbe kerül, mint az európai átlag. A legnagyobb rákfene azonban az, hogy az egészségüggyel, ezzel a nagyon drága rendszerrel pótoljuk a szociális ellátás hiányosságait. Sajnos még mindig nem történt meg a szociális és az egészségügyi szféra, az aktív és a krónikus ellátás szétválasztása, az alapellátás és a járóbeteg-ellátás közelítése. És akkor azt hallom, hogy sok az ágy. De miért sok? Ezt az ellátórendszert, ezt a szerződésállományt – ma már mindenki mondja – nem lehet tovább fenntartani. Változtassunk rajta, mert az idő nagyon szorít. Ezekhez a változtatásokhoz nem kell újabb pénzforrás.

- A biztosítási reformban a magánbiztosítók mindent megoldó szerepével kapcsolatban nagyon kételkedő vagyok. Én azt mondom, hogy legyen egy valóban biztosítás alapú állami biztosító, és emellett legyenek, természetesen önkéntes alapon, saját jogon, saját befizetésekkel működő, kiegészítő biztosítók.

- Jelenleg hiányzik a rendszerből az ellenőrzés és a számonkérés. Senki sem ellenőrzi a gyógyítás folyamatát. A finanszírozási rendszert is teljesen át kellene alakítani, és egy valós ellátásra alapozott térítést kellene bevezetni. Ezt, ami most van, felejtjük el. Ennek semmi köze nincs már ahhoz, ami 1993–94-ben HBCS alapon elindult. Meg kellene változtatni az intézmények gazdálkodását is. A közintézmények gazdálkodásának ugyanis gyakorlatilag nincs auditált mérlege, nettó könyvelése és az amortizáció leírása is hiányzik. Nincs jogi, erkölcsi, gazdasági felelőssége a vezetőknek. Nincs számonkérés még akkor sem, ha a vezetés másfél-egy milliárd forint hiányt produkál. Leváltják, kap egy rendes végkielégítést, egy kis kormánykintüntetést, és jöhet a következő. Hiszek abban, hogy azért a sok rosszul kommunikált és ellentmondásos koncepcióból végül ki fog alakulni a változtatás rendszere. Biztos, hogy ez érdekeket fog sérteni. Próbáljunk meg mégis olyan szakmapolitikát kialakítani, amiben nemcsak a saját érdekeink diktálnak.

Talán ez lesz a legnehezebb...

Baleset-megelőzés, Brüsszel

Az Európai Gyermekbiztonsági Szövetség legfőbb célkitűzése a gyermekbalesetek számának, előfordulásának csökkentése. European Child Safety Alliance (ECSA) 2006. november 29. és december 1. között Brüsszelben tartotta őszi munkaértekezletét, melyen az Országos Gyermekegészségügyi Intézet nevében képviselhettem Magyarországot.

A szervezetnek jelenleg 24 európai ország a tagja, további két állam megfigyelőként vesz részt a munkában.

A gyermekbalesetek megelőzése népegészségügyi szempontból is kiemelt jelentőségű. Egyéves kortól a teljes gyermekkoron át a külső halálokok (balesetek, erőszakos halálozás) állnak a halálozási statisztikák élén. Magyarországon a 0-20 éves korosztályban évente körülbelül 480 körüli haláleset következik be nem természetes okból. Serdülőkorban több emberélet vesz el emiatt, mint együttvéve az összes betegség következtében. A halálos végű balesetek csak a jéghegy csúcsát jelentik. Minden halálesetre nagyjából 160 kórházi felvétel és 2000 járóbeteg ellátás jut.

Az ECSA egyik programja az Európai Gyermekbiztonsági Akcióprogram (Child

Safety Action Plan for Europe), amit az EU támogat. Célja, hogy segítse az országokat a saját gyermekbiztonsági akciótervük kidolgozásában. Ehhez készítették el 2006-ban azt a kiadványt, ami összegyűjti a bizonyítékokon alapuló, a gyermekek biztonságát szolgáló intervenciók gyakorlatokat (Child Safety Good Practice Guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion). A dokumentum letölthető a szervezet honlapjáról.

A szervezet a következő évben az otthonok biztonságosabbá tétele felé fordítja figyelmét. A csecsemő- és kisdedkori balesetek döntő része otthon történik, és a gyermekkor további részében is jelentős arányt képviselnek az otthoni balesetek. Ennek megelőzése érdekében balesettípusonként (égés, mérgezés, leesés, fulladás, majdnem fulladás) olyan szórólapokat dolgoztak ki, melyek egyfelől az adott balesettípus jellemzőit, az ezzel kapcsolatos tényszerű adatokat, másfelől a megelőzés lehetőségeit gyűjtik össze.

A munkaértekezlet részeként a szervezet képviselői megbeszélést tartottak a CESP-EAP (Confederation of European

Specialists in Paediatrics – European Academy of Paediatrics) vezetőivel. Ezen a megbeszélésen a gyermekorvosok balesetmegelőzéssel kapcsolatos tevékenységéről, valamint a két szervezet közötti együttműködés lehetőségeiről esett szó. A hatékony megelőzés feltétele, hogy a gyermekorvosok, a védőnők korszerű ismeretekkel rendelkezzenek a leggyakoribb balesettípusokról, azok befolyásoló tényezőiről, a megelőzés lehetséges módjairól, valamint, hogy ezt a tudást a mindennapi munkájuk során beépítsék a napi gyakorlatba.

Meghívott vendégként részt vehettünk a CESP-EAP ülésének első szekcióján, amely a gyermekek közlekedésbiztonságával foglalkozó kutatások legfrissebb eredményeit, valamint a CESP-EAP gyermekbaleset-megelőzési munkacsoportjának munkáját mutatta be.

Magyarországon a baleset-megelőzés a Gyermekegészségügyi Program egyik pontjaként mint egészségpolitikai prioritás megjelent ugyan, de nincs elfogadott, a szükségleteket és a lehetőségeket is figyelembe vevő koherens terv a megvalósításra.

DR. PÁLL GABRIELLA

WHO: A gyermek beruházás a jövőbe

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet képviseletében vehettem részt a Health Promoting Hospitals for Children and Adolescents (HPH-CA) munkacsoport ülésén. A WHO európai tagozatához tartozó szervezet azokat a kórházakat fogja össze, amelyek a gyógyítás mellett az egészségre neveléssel is foglalkoznak. Központja a firenzei Meyer Hospitalban van. A munkacsoport kiemelten foglalkozik a gyermekjogok, az egészségfejlesztés, a prevenció kérdéseivel, a helyes gyakorlat („good practice”) fogalmával, az on-line szakmai kapcsolatok fejlesztésével.

A WHO Európában az elkövetkező időszakban a gyermekekre fókuszál, mottója: „A gyermek beruházás a jövő társadalmába”. Az európai stratégia elismeri, hogy a régió 52 országát nem lehet egyenlő mércével mérni, de megpróbálja fő céljait az egyes nemzetek döntéshozóival elfogadtatni. A stratégia kitér az egészség, a megfelelő tápláltság, az egészséges környezet, a gyermekszegénység, az oktatás elérhe-

tősége, a gyermekjogok kérdéseire. Kiemeli a serdülők problémáit, rövid, közép- és hosszú távú teendőket határoz meg. Valamennyi tagállamban szerveznek olyan konferenciákat, melyek célja az európai és a nemzeti stratégiák összehangolása.

A firenzei konferencia a harmadik volt ebben a sorban. Több nemzetközi (WHO, UNICEF, UNESCO) és olasz szervezet képviseletében tartottak előadásokat a jelenleg futó egészségvédő programokról.

Alkalmam volt bemutatni a hazai gyermek-egészségügyi programot és a hazai gyermekorvosi intézményekben a gyermekjogok érvényesüléséről végzett felmérésünk eredményeit.

Nagyon rokonszenves volt számomra a konferencia témája, a szereplő szervezetek elhivatottsága, bár lehet, hogy kevesebb szervezet, de jobb koordináció hatékonyabb lenne.

Impresszionáló volt az új, még építés alatt álló Meyer Hospital bemutatása.

Olaszországban 9 gyermekorvosi intézmény működik, ebből a Meyer Hospital a legrégebbi. Az új épületet, mely olyan, mint egy futurista álom, egy éven belül vehetik majd birtokukba. A gyermekgyógyászat valamennyi szubspecialitása működik majd benne. Külön részleg van az egynapos ellátások, valamint az ambulancia számára. Az egyágyas kórtermekhez mindenhol fürdőszoba tartozik. Természetesen a kislány szülő is ott alhat a kórteremben. Hatalmas külső és belső játszó- és foglalkoztató tereket alakítottak ki. Az egész épület belesimul a toszkán tájba. A természetes fény bejutását hatalmas üvegfelületekkel, a természetes energiaforrásokat pedig napelemek beépítésével biztosítják. A burkolatokhoz, bútorokhoz környezetbarát anyagokat használnak. Az építkezéshez az állami hozzájáruláson kívül alapítványi pénzeket és EU-s forrásokat is szereztek. A kórházat az állam tartja fenn, őszintén megvallom, nagyon irigykedtem.

DR. KOVÁCS ZSUZSA

Képviseletünk Európában



Brüsszel főtere

A brüsszeli Európa Parlamentnek (EP) minden területen vannak tanácsadó szervei, egészségügyi kérdésekben az EP az UEMS-hez (Union of European Medical Specialities) fordul. Az UEMS-en belül a gyermekgyógyászat terén a CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) a meghatározó szervezet, melynek neve European Academy of Paediatrics-ra (EAP) változik majd. Amíg azonban a névváltozás elől az adminisztratív akadályok el nem hárulnak, a CESP-EAP rövidítést használják.

A CESP-EAP ajánlását elfogadva kötelezte az Európa Parlament a gyógyszergyártókat, hogy 2007-től terjesszék ki az EU területén forgalomba kerülő gyógyszerek klinikai kipróbálását gyermekekre is. Ezzel ugyan a klinikai vizsgálatok ideje megnyúlik, az előállítás költsége pedig nő, de cserébe a gyártók fél évvel több időt kapnak termékeik kizárólagos forgalmazási jogára, a generikumokat csak fél évvel később kezdenek bevezetni a piacra. A vizsgálatokat újszülöttektől az adollescensekig minden korcsoportra kiterjesztik. Ezzel megszűnik az a tarthatatlan helyzet, hogy gyermekek azért nem részesülhetnek a felnőttek által már régóta szedhető gyógyszerek áldásos hatásaiból, mert gyermekkori alkalmazhatóságukat nem tesztelték. A rendkívül szigorúan ellenőrzött klinikai próbák nem azt jelentik, hogy a gyermekeken kísérleteznének. Ha ezeket a teszteléseket nem az Európa Parlament ellenőrzése alatt végeznék, a vizsgálatok könnyen átcúsúzhatnak a jóval bizonytalanabb szabályozottságú afrikai vagy ázsiai országokba. A 2006. december elején tartott brüsszeli találkozón a gyermekbalesetek európai helyzetét és a rotavírus vakcina bevezetésének lehető-

ségét tárgyaltuk. A bekapcsolódása óta eltelt két év alatt Mészner Zsófia komoly tekintélyt szerzett az infektológia és vakcinológia területén. Munkacsoportot vezet, idén pedig már plenáris ülésen elnökölt. Az alapellátás kérdéseit tárgyaló munkacsoportban komoly érdeklődést keltett a gyermekek háziorvosi és gyermekorvosi alapellátásának minőségi különbségeit bemutató előadásunk.

HÁNY GYEREKEKRE HÁNY GYERMEKORVOS?

A kölni konferencián Andreas Gerber német kutató felhívta a figyelmet arra, hogy míg a gyermekek populáción belüli aránya csökken vagy stagnál, a gyermekorvosok száma egyre nő. Sürgető feladat ezért a gyermek-gyermekorvos arány kívánatos számának meghatározása. Ahogy fogalmazott: „more and more paediatricians, less and less child.” Megfogalmazta az alapkérdéseket is: Mennyi gyermekgyógyászra, mennyi szubspecialistára és mennyi gyermekgyógyászati centrumra van szükség? Jelenleg a gyermekgyógyászokra sokkal inkább kihasználatlanság (they are rather underused), mint a kihasználtság (than overused) jellemző. Feltette ő is a visszatérő kérdést: mi a minőségi ellátás kritériuma a gyermekgyógyászatban?

Peter Liese, a 732 tagú Európa Parlament egyik orvos-képviselője szerint a jövőben fokozott hangsúlyt kell helyezni a gyermekeket érintő környezetkárosító tényezőkre.

Hans Böhles, a Német Gyermekorvos Társaság elnöke kifejtette, hogy a DRG (HBCs) rendszer alkalmatlan a gyermekgyógyászati ellátás finanszírozására. Az egyetemeknek pedig el kell dönteniük,

hogy a jövőben kutatni, oktatni vagy gyógyítani akarnak, mert a három együtt már nem megy. Nem véletlen, hogy a német egyetemi klinikák egymás után helyezik ki a gyógyítást és annak oktatását a köz-kórházakba. Hangsúlyozta, hogy ha a specializáció ellenére nem őrizzük meg a gyermekgyógyászat egységét, a gyermekgyógyászat a felnőttellátás részévé válik.

HAMU ALATT A PARÁZS...

Vannak a CESP-EAP-on belül lappangó konkurenciaküzdelmek is.

Ki képviselje az európai gyermekgyógyászatot? A nemzeti gyermekorvos-társaságok szövetsége (UNEPSA), ami az unión kívüli európai országok gyermekorvosait és gyermekgyógyászati kérdéseit is képviseli, vagy a csak uniós országokat tömörítő CESP-EAP? Az előbbi mellett szól, hogy a szovjet utódállamok, Törökország stb. gyermekgyógyászati helyzetével nem foglalkozni bűn, az ottani kérdéseket igenis kontrollálni és kezelni kell; a CESP-EAP melletti érv, hogy határozott, aktív, következetes politikájával döntési pozíciót ért el, és megkerülhetetlenné vált.

A specialitások európai szervezeteinek részéről sem tisztázott, hogy a gyermekgyógyászat egészébe tagolódva (CESP-EAP) vagy szűk területük „felnőtt” társaságaiba ágyazódva biztosabb-e a jövőjük. Szakterülettől függő, hogy kik, hol érzik magukat nagyobb biztonságban, miként érik el eredményesebben céljaikat. A CESP-EAP szeretné mindegyiket a maga keretében tudni, de ez nem feltétlenül egyezik minden érintett érdekével.

A továbbképzés területén is tetten érhető némi ellenérdekeltség: egyetlen európai központi szervezet akkreditálja-e a (nefrológus, infektológus stb.) képzőhelyeket, vagy maradjon a mai rendszer, azaz, hogy csaknem minden egyes egyetemi klinika adhat „ráképzett” diplomát. A központi akkreditáció egyrészt csökkentené az egyes klinikák presztízsét (Európában 200 egyetemi gyermekklinika működik), másrészt a növekvő munkaerő-vándorlás miatt nemzetközileg azonos képzettségi szintre lenne szükség, mert az egyes országok orvosai nem mindig „csereszabatosak”.

TANULT SZAKMA VAGY BÁRKI CSINÁLHATJA?

Az alapellátás látszólagos európai összefogottsága is megosztott. A CESP-EAP-on

belül ugyan van súlyunk, az alapellátásnak van képviselője az öttagú végrehajtó bizottságban (EC), de mégis érzékelhető háttérbeszorultságunknak döntő oka, hogy Európa jelentős részében kizárólag (Egyesült Királyság, a skandináv államok, Hollandia, Portugália), vagy nagyrészt (Franciaország, Olaszország, Spanyolország, Görögország, Németország, Svájc, Ausztria, Szlovénia) házi orvosok végzik a gyermekek alapellátását. A balti államokban is megszüntették a házi gyermekorvosi hálózatot, a rendszer egyedül Csehországban és Szlovákiában tartja keményen magát. (Szlovákiában még az egyetemisták és főiskolások is a házi gyermekorvosokhoz kerültek.) Hiába terjed még az Egyesült Államokban, de újabban még Angliában is(!) a gyermekorvosi alapellátás iránti igény, további térhódítására Európában gyakorlatilag semmi esély nincs. Nemcsak a szabad orvosválasztás és a szabadverseny elve miatt, de azért is, mert az Európai Unió, de a CESP-EAP-on belül is dominál az angol, a holland, a skandináv befolyás, és csak zárójelben említem, hogy ezen belül is a kórházi klinikai ellátás. Nem csoda így, ha a gyermekek gyermekorvosi alapellátása nem központi kérdése a CESP-EAP-nak. Az alapellátás képviselői különböző okok miatt képtelenek a kérdés megoldására, még a napirendre tűzéséhez, vagy napirenden tartásához is erőtlének. Pedig ez a gyermekgyógyászati ellátás legnagyobb szervezeti és kiemelkedő fontosságú szakmai kérdése. Ide kívánczik Böhlesnek, a Német Gyermekorvos Társaság elnökének Kölnben elhangzott előadásából egy mondat: El kellene végre dönteni, hogy a gyermekgyógyászat tanult szakma-e, vagy bárki csinálhatja?

Nem véletlen, és a fentiekkel szorosan összefügg az a presztízsharc, ami az alapellátás CESP-EAP-on belüli vezetői és az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok szervezeteit tudományos szándékkal összefogni kívánó ESAP (European Society of Ambulatory Paediatricians) között zajlik. Már az alapellátó gyermekorvosok nevének tisztázatlansága is sokatmondó – ambulatory-, community based-, primary care paediatricians? Az ESAP 12 éve, tehát a CESP megalakulása előtt jött létre, dél-európai országok, Spanyolország, Olaszország, Franciaország hozták létre, egyrészt, hogy az akkor divatos tendenciák szerint ellensúlyozzák az uniós szervezeteken belüli északi és angol túlsúlyt, másrészt, hogy összefogják, vagy inkább megteremtsek a gyermekorvosi alapellátás addig, de azóta is hiányzó tudományos reprezentációját.



A mentőorvos és -ápoló közlekedési eszköze Portugáliában

Az alapellátás CESP-EAP vezetőségén belüli képviselők szerint egyetlen, kizárólag a CESP-EAP-on belüli vezetés eredményesebben képviselhetné az alapellátás érdekeit, mint két, egymással rivalizáló szervezet. Az ESAP vezetői viszont kevésbé érzik háttérbeszorultnak magukat saját, „elefántcsonttoronyukban”. Most úgy tűnik, hogy az ESAP megpróbálja erősíteni kapcsolatát a CESP-EAP alapellátási szekciójának újonnan megválasztott spanyol vezetőjével (Diego van Esso). Az alapellátás minőségi szintjének kutatásával, az adolescens ellátás kérdéseinek tudományos megközelítésével, a vizsgálatok nemzetközi publikációjával igyekezne az ESAP a CESP-EAP-on belüli alapellátási képviseletet erősíteni. A magyar gyermekorvosi alapellátás súlyát jelzi, hogy csatlakozásunk után 3 évvel bennünket bíztak meg a szervezet következő konferenciájának megszervezésével (2007. október 26–27.).

NEM AZ A FONTOS, HOGY KI, HANEM HOGY HOGYAN?

A 2006 szeptemberében a portugáliai Coimbrában tartott ESAP-konferencia tudományos része az obesitas kialakulásának és gondozásának kérdését tekintette át rendkívüli alapossággal. A gyermekek orvosi alapellátásának helyzetét illetően szerénytelenség nélkül állapíthatjuk meg, hogy a kérdéssel legmélyebben a mi egyesületünk foglalkozik. Ennek hátterében az is állhat, hogy más országokkal összehasonlítva, nálunk aránytalanul magas az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok száma. A kollégák egzisztenciális biztonsága hosszú távon nálunk mégis bizonytalanabb, mint azokban az országokban, ahol kevés a gyermekorvos a területen. Franciaországban egy gyermekorvosra átlagosan négy-öttször több gyermek esik, mint nálunk, Görögországban egy gyer-

mekorvosra 485, Írországon 10 743 15 éven aluli jut. Görögországban 3 000, Magyarországon 4 000, Olaszországban 4 500, Németországban 8 000, Belgiumban 10 000, Franciaországban 18 400, Hollandiában 20 000, az Egyesült Királyságban 54 000 lakosra jut egy gyermekorvos. A spanyol kollégák többsége csak délelőttönként vesz részt az állami alapellátásban, délután a relatív nagyszámú fizetőképes keresletet elégitik ki magánrendelőjükben. A német házi gyermekorvosok elismertsége már csak jóval kiterjedtebb kompetenciakörük miatt is magasabb, mint a mienk. Így nem is csoda, ha ezen országok orvosai nem kényszerülnek arra, hogy az egészségpolitika alakítóival küzdjenek. Olaszország déli felén kevés, a gazdagabb északi felén sok gyermekorvos dolgozik a területen. A luxemburgi kollégához Svédországból viszik a gyerekeket, Portugáliában a kórházakban vagy egyetemi klinikákon dolgozó gyermekgyógyászok látják el a (felőtt)házi orvosi ellátással elégedetlen szülők gyermekeit. A védőoltásokat sok országban ún. oltóorvos vagy asszisztens adja be, a magyarországihoz hasonló munkát végző iskolaorvosi ellátást Németországban megszüntették.

Bár magunk nemzetközileg egyedülálló felmérésben bizonyítottuk, hogy hazánkban a gyermekorvosok terápiás, gondozási és preventív munkája korszerűbb, mint a gyermeket is ellátó házi orvósé, a holland, svéd, norvég, finn, angol kollégák mellett Németország képviselője is vitatja, hogy a gyermekek egészségi állapota jobb lenne azért, mert alapellátásukat gyermekorvos végzi. Álláspontjuk szerint nem az a fontos, hogy ki, hanem hogy hogyan látja el a gyermeket. A kérdés szerintük tehát nem az alapellátás felépítése, hanem a képzés mikéntje.

KÁDÁR FERENC, DOŁOWSCHIÁK ANNAMÁRIA



Kardos Gabriella
rovata

Házi gyermekorvosok Németországban

A Kinder- und Jugendarzt 2006 novemberi számában megjelent cikk a Német Házi Gyermekorvosok Egyesületének szeptemberi összejövetelén elhangzottakat foglalja össze.

Az egyesület elnöke szerint a házi gyermekorvosok léte erősen veszélyeztetett Németországban. A megüresedő praxisok 35 százalékába már jelenleg sem találni megfelelő utódot. A házi gyermekorvosok átlagéletkora meghaladja a 45 évet, és ezzel a legidősebb orvoscsoportot képezik Németországban. A praxisokban dolgozók 24 százaléka 60 évesnél idősebb. Annak ellenére, hogy Németországban is egyre kevesebb gyermek születik, és így a gyermekorvosok iránti igény is csökken, már most látható, hogy 5 éven belül nem

jut minden körzetbe házi gyermekorvos. Ennek legfőbb oka, hogy a klinikákon kevés a gyermekorvosok kiképzésére fenntartott hely, és a területen nem megfelelő a továbbképzés finanszírozása.

A gyermekszegénység Németországban is nő. Ismert, hogy az alsóbb szociális osztályokhoz tartozó gyermekek fejlődése elmarad a többiekéhez képest. Ennek a hátránynak a kiküszöbölése a gyermekorvos feladata is. Bár a szekunder prevenció, a betegségek korai felismerése jól működik, a primer prevenció, a betegségek megelőzése már sok hiányosságot mutat. Hatéves koron túl már nem szűrjük az egészséges gyermekeket. Álláspontjuk szerint ugyanakkor erre 18 éves korig minden gyermeknek joga lenne.

Az egyesület véleménye, hogy a praxisok alulfinanszírozottak. A bonyolult német egészségbiztosítási rendszer mintegy 200 000 gyermeket hagy biztosítás nélkül. A Német Házi Gyermekorvosok Egyesületének állásfoglalása alapján az újonnan felismert gyermekkori betegségek – a rendellenes szomatomentális fejlődés, a magatartási zavarok, az elhízás –, a különböző ritka és krónikus megbetegedések is szükségessé teszik, hogy a gyermekek ellátása az 5 éves speciális képzésben részesülő gyermekorvosok kezében maradjon. A háziorvosok közül azokat, akik az akut gyermekgyógyászati ellátásban részt vesznek, gyermekgyógyászati továbbképzésben kell részesíteni.

A németeknél térítésmentes

A Német Gyermekorvos Társaság 102. kongresszusának fő témája a prevenció volt. A Kinder- und Jugendarzt 2006. novemberi száma közli az újonnan bevezetendő védőoltásokkal kapcsolatos állásfoglalást is. A Robert Koch Intézet – amely Németországban a bevezetendő új védőoltásokra tesz javaslatot – 2006 augusztusától kibővítette az ajánlott védőoltások körét: a pneumococcus elleni konjugált vakcina alkalmazását javasolja csecsemőknek. Németországban évente körül-

belül 600 invazív pneumococcusfertőzést diagnosztizálnak. Miután a csecsemők és kisgyermek immunrendszere még éretlen, ebben a korban az idősebbekhez képest mintegy 35-szörös a fertőzés veszélye. A pneumococcus kapszid antigénjei ezekben a korcsoportokban még nem immunogének, ezért ekkor csak a konjugált vakcina hatásos, amelyben a kapszid poliszaccharidokat hordozó fehérjékhez kapcsolják. Ismert, hogy a pneumococcus meningitis igen súlyos lefolyású, az esetek

10 százalékában halállal végződik, a megbetegedettek további 20 százalékánál pedig kétoldali halláskiesés vagy mentális retardáció marad vissza. Külföldi példák bizonyítják, hogy a védőoltás bevezetése után nemcsak az oltott korosztályban, hanem az idősebb gyermekekben, sőt a 60 éven felüliek között is csökkent az invazív pneumococcusfertőzés gyakorisága. Ha a Németországban szokásos 80 százalékos átoltással és a vakcina 97 százalékos eredményességével számolunk, akkor a számítások szerint az első életévekben az invazív pneumococcusfertőzések aránya mintegy 53 százalékkal csökkenhet. Túl ezen valószínűleg csökken majd a penicillinre rezisztens pneumococcusok kialakulásának esélye is, Németországban ugyan még csak 8 százalékra tehető, de a dél-európai országokban már eléri a 30 százalékot. Ennél aggasztóbb, hogy a makrolid rezisztens törzsek előfordulása az 1992-es 3%-ról, 2006-ra 30%-ra nőtt. A hét pneumococcus törzs elleni konjugált vakcina a gyermekeket 5 éves korukig megvédi a leggyakoribb pneumococcusfertőzésektől. A védőoltást a többi, szokásos védőoltás mellett lehet alkalmazni. Bár nem kötelező, mégis egyre több biztosító vette fel a térítésmentesen adható vakcinák sorába.

GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÖTELEZŐ, SZINTEN TARTÓ TANFOLYAM INDUL.

Ismételten felhívjuk kollégáink figyelmét,
hogy tavasszal, négy szombaton át
(2007. március 31., április 21., május 5. és június 9.)
közös, kötelező, szinten tartó tanfolyamot rendez
a Semmelweis Egyetem
I. és II. sz. Gyermekgyógyászati Klinikája.

Óraszám: 25 óra, a tanfolyam vizsgaköteles,
pontértéke 50 pont.

A tanfolyam jelentkezési határideje:
2007. március 31. (OFTEX portál)

Kapcsolattartó: Dr. Sallai Ágnes (20/825-9271),
Kovács Dorottya (459-1500/2823 mellék)

A phymosis kezelése

Dr. Boross Gábor

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor u.-i Kórháza Neonatológiai és Csecsemőosztály

Phymosisról akkor beszélünk, ha a hímvessző előbőre nem húzható hátra. Ez az állapot lehet fiziológiás, ami természetesen nem igényel kezelést, de lehet kezelésre szoruló patológiás is. Csecsemő- és kisdedkori phymosisok döntő többsége fiziológiás, míg a nagyobb gyermekek és a felnőttek fitymaszűkülete már kóros. A nem kezelt phymosisok aránya az életkorral csökken. Újszülöttkorban a fiúk több mint 90 százalékának nem húzható hátra az előbőr. A gyakoriság 3-4 éves korra kb. 10 százalékra mérséklődik, és 6 éves kor körül eléri az 1-5 százalékot.

Csecsemőkori vagy veleszületett phymosis

Csecsemőkori vagy veleszületett phymosis esetén az előbőr, túl azon, hogy szűk, azért sem húzható hátra, mert vékony sejtes réteggel a makkhoz tapad. Ez az élet első éveiben még hasznos is, mert megakadályozza a nehezen tisztítható terület szennyeződését és a balanitis kialakulását. Ezért is káros a kisfiúk fiziológiás phymosisát erőszakosan megszüntető beavatkozás, mely még ma sem tűnt el teljesen az orvosi gyakorlatból. Ennek lényege, hogy egy erőteljes mozdulattal az előbőrt hátrahúzzák. Ez amellet, hogy fájdalmas, még azzal a veszéllyel is jár, hogy a későbbiekben spontán megszűnő fiziológiás phymosisból már kezelést igénylő, patológiás elváltozást hoz létre. Az erőszakos hátrahúzás során ugyanis az előbőr több helyen bereped, s ez hegeseedéshez és szűkülethez vezet.

Nem minden csecsemőkori phymosis fiziológiás, ritkán elfordulhat ugyanis, hogy a szűkület vizeleti nehézséget vagy fájdalmat okoz. A patológiás phymosist okozhat ismétlődő gyulladás, az anatómiai eltérés vagy a fent említett hegeseedés. A panaszt okozó patológiás szűkületeket korán, akár a csecsemőkori is kezelni kell.

Felnőtt típusú vagy szerzett, patológiás phymosis

Idősebb fiúk és felnőttek fitymaszűkülete ritkábban oldódik meg beavatkozás nélkül. Idetartoznak a különböző gyulladások, sérülések, hegesedések következtében kialakuló phymosisok is. Ez az elváltozás a vizeletnél kényelmetlenséget, fáj-

dalmat okozhat. Nagyon súlyos, akut vizeleti nehézség azonban ritkán fordul elő. A patológiás phymosis oka lehet a szexuális élet zavarainak, és növeli a péniszrák kialakulásának veszélyét is.

A részleges fitymaszűkületnek akut és veszélyes szövődménye lehet a paraphymosis is. Legtöbbször az erőszakosan hátrahúzott, szűk előbőr szorítja le a makkot, ami fájdalmasan megduzzadva megakadályozza, hogy az előbőrt ismét előre lehessen húzni. A leszorítás következtében romlik a hímvessző vérkeringése. Ez az állapot, időben történő beavatkozás nélkül, akár a pénisz részleges nekrozisához is vezethet.

Megelőzés és kezelés

Az újszülöttkori cirkumcízó megelőzi a phymosis kialakulását. Lényege, hogy megfelelő előkészítés után a pénisz előbőret levágják. A cirkumcízó nagyon hatékony, és megfelelő körülmények között végezve viszonylag ritkán jár szövődménnyel. Nagyon régóta ismert beavatkozás, már 3 000 éves egyiptomi múmiáknál is megtalálták a nyomát, sőt 5 000 éves észak-afrikai falrajzokon is látható. Napjainkban is igen elterjedt, a világon a férfiak kb. 25 százalékát – részben vallási, részben kulturális okokból – már újszülöttkorban körülmélik. Különösen gyakori az Egyesült Államokban, Kanadában, vallási okokból a Közel-Keleten, és a muszlim lakosság körében Ázsiában, Afrikában. Ritkán végzik Európában, Dél-Amerikában és a Távol-Keleten.

A körülméltetés előnye, hogy a beavatkozáson átesettek között jóval ritkábban fordul elő húgyúti fertőzés és péniszrák. A cirkumcízó csökkenti a nemi betegségek és a méhnyakrák fő rizikófaktorát jelentő HPV (humán papilloma vírus) fertőzések előfordulását is.

A cirkumcízó után szövődmények csak kivételesen fordulnak elő, leggyakrabban vérzés és helyi fertőzés léphet fel. A szepszis szerencsére nagyon ritka. Számolni kell az anesztézia szövődményeivel és a beavatkozás utáni fájdalommal is. Előfordulhat, hogy műtét után beszűkül a húgycső nyílása, ami vizeleti zavart okozhat. Egyesek szerint hátrányos késői pszichológiai, érzelmi következményei is lehetnek a cirkumcíziónak.

Egyéb műtéti megoldások

A phymosis megoldásában a cirkumcízó mellett más műtéti eljárások is szóba jöhetnek. Ilyen az ún. „dorsalis incisio”, vagyis a pénisz hátsó felszínén lévő, szűkületet okozó bőrgyűrű átvágása. Ez a megoldás csak átmeneti, további beavatkozást igényel. Praeputium plastica a fityma szűkült szakaszának eltávolítását jelenti. Előnye, hogy a fityma „egészséges” szakasza megmarad, és a glans részben fedett lesz a műtét után is. Hátránya, hogy gyógyulása viszonylag több panaszszal jár, hosszabb ideig tart, és 10% a műtét utáni újbóli szűkület kialakulásának esélye.

A phymosis helyi szteroid kezelése

Egészen új terápiás lehetőséget jelent a felnőtt típusú vagy szerzett, súlyos phymosis esetén a helyi szteroidkezelés. Az eddig csak sebészi úton megoldható elváltozás igen eredményesen gyógyítható helyileg alkalmazott gyógyszer segítségével. 1997-től több tanulmány jelent meg, melyekben a szerzők különböző koncentrációjú és erősségű szteroidtartalmú krémet használva, kiváló (80-90%-os) sikert értek el. A leggyakrabban használt a 0,05%-os bethamethason krém, de használtak 0,05%-os clobetasolt, triamcinolone-t és 1%-os hydrocortisone-t is. 4-6 hetes kezelés az esetek túlnyomó többségében eredményes. Eredménytelen vagy részleges eredmény esetén megpróbálható az újabb 4 hetes kezelés, vagy – amennyiben gyengébb hatású szteroidot alkalmaztak – erősebb hatású krém használata. A kezelt betegek mintegy 5-15 százalékában nem kielégítő a helyi szteroidkezelés, ezekben az esetekben továbbra is csak a műtéti megoldás jön szóba.

A helyi szteroidkezelés számos előnnyel bír a műtéti kezeléssel szemben. Megkíméli a beteget a műtét, az anesztézia szövődményeitől, a műtét utáni fájdalomtól és kellemetlenségektől, a cirkumcízóval járó pszichológiai traumától. Az utánkövetéses vizsgálatok is jó eredményekről számoltak be. Végül, de nem utolsósorban igen lényeges, hogy a helyi kezelés költségei a cirkumcízó költségeinek csak mintegy negyedét teszik ki.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben.

Beszélgetések a gyermekgyógyászatról

címmel folytatjuk csütörtök esti továbbképző sorozatunkat

Szakmai dilemmáinkról a SE. II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika munkatársaival beszélgetünk.

- 2007. január 25. Felszívódási zavarok**
dr. Tomsits Erika, dr. Csocsánszki Noémi, dr. Nemes Nagy Anna
- 2007. február 22. Nefrológiai esetmegbeszélések**
dr. Constantin Tamás, dr. Bense Tamás, dr. Karádi Zoltán
- 2007. március 22. Genetika és családtervezés**
dr. Fekete György, dr. Dobos Matild, dr. Garami Miklós
- 2007. április 19. Krónikus betegek fájdalomcsillapítása**
dr. Garami Miklós, dr. Kovács Veronika, dr. Hauser Péter

Az előadások mindig csütörtökön, 19.30-kor kezdődnek.

Helyszín: Hotel Taverna, 1052 Budapest, Váci utca 20.

(megközelíthető a metró Ferenciek terei vagy Deák téri állomása felől)

A tanfolyam 10 pontértékkel akkreditálásra került.

Az előadás-sorozat részvételi díja 2000 Ft.

Dány Község Önkormányzatának Képviselő-testülete (2118 Dány, Pesti utca 1.) pályázatot hirdet Dány község most induló gyermekorvosi praxisának betöltésére, közalkalmazotti vagy vállalkozói jogviszony keretében. Pályázati feltételek: képesítés az EüM. rendelet szerint, valamint Korm. Rendeletben előírt egyéb feltételekkel, büntetlen előélet, a végzettséget és szakirányú képzettséget igazoló okiratok másolata, részletes önéletrajz, három hónapnál nem régebbi erkölcsi igazolás. Bérezés Kjt. szerint (közalkalmazotti jogviszony esetén). Az állás azonnal betölthető. Önkormányzati lakás biztosított. Érdeklődni telefonon: 06-28/597-100, 06-30/241-8175. A pályázatot Dány Polgármesteri Hivatal, 2118 Dány, Pesti utca 1., Gódor András polgármester címére kell eljuttatni.

MGYT-tisztújítás

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának tisztújító küldöttközgyűlésére 2007. május 24–26-án, a Székesfehérváron rendezendő nagygyűlésen kerül sor. Az MGYT tagjai közül választott küldöttek választják meg a társaság új elnökét, főtitkárát, a felügyelőbizottság elnökét és a társaság 31 fős vezetőségét. Négyévente a küldötteket is újra választjuk, így a tisztújító küldöttközgyűlés előtt újra kell választani a küldötteket is, akiknek mandátuma 4 évre szól. A küldöttválasztó értekezleteket a megyei/fővárosi szakfelügyelő főorvosok hívják össze, legkésőbb 2007. április 10-ig.

Megszűnt az eszköztámogatás

A megyei egészségbiztosítási pénztárak által a 229/2001 (XII.5) Korm. Rendelet alapján az alapellátási vállalkozások támogatására kötött „Szerződés- kiegészítések” alap- és kiegészítő támogatások folyósítására vonatkozó részei 2007. január 1-i hatállyal megszűnnek, így ettől az időponttól alap- és kiegészítő támogatás nem folyósítható. A „Szerződés-kiegészítések” hitelintézeti kölcsöntámogatás folyósítására vonatkozó részei az ezek alapját képező hitelszerződések futamidejének végéig hatályban maradnak, a futamidő lejártá után hiteltámogatás nem folyósítható. (Magyar Közlöny 2006. évi 157. száma, 2006 CXXI. Tv. 32.§) Az egyoldalú szerződésbontásból következő bevételkiesés tovább nehezíti az évek óta csökkenő finanszírozású, a közüzemi díjak emelésével amúgy is már-már lehetetlen helyzetben lévő praxisok nehézségeit. December 19-i tiltakozó levelünkre eddig nem válaszolt a miniszter. (H.A.)

Praxisok

- Nyugdíjas gyermekgyógyász tartós helyettesítést vállal Budapesten (esetleg vonzaskörzetében) vagy Veszprémben. Telefon: 06/30-237-3656
- Bejárattott, 680 fős gyermekpraxis eladó Budapesten, a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- IX. kerületi lakótelepi, ISO követelményeknek megfelelő, modern, beruházott, 300 kártyás házi gyermekorvosi praxis áron alul, nyugdíjba vonulás miatt eladó. Telefon: 06/30-961-4363.
- Budapest XX. kerületében házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Ügyeleti kötelezettség nincs. Érdeklődni lehet hétfő kivételével – este 19 óra után a 06/20-380-7702-es telefonon.
- Szombathely belvárosában nagy létszámú gyermekkörzet praxisjoga eladó, heti egy-két napon helyettesítés megoldható. Központi ügyelet van. Telefon: 06/30-367-2553
- Angol orvosi szaknyelv oktatását vállalja kiscsoportos keretben Budapest XIII. kerületében orvos-kandidátus. Alapfokú nyelvtudás szükséges. Tel.: 06/20-534-4792.
- 800 kártyás gyermekorvosi praxis eladó Budapest III. kerületében. Telefon: (06-1) 242-1984, 06/70-531-0653.
- Budapest XV. kerületében (Újpalota) 910 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 20/332-5672
- Budai körzetben házi gyermekorvosi praxist vennék. Telefon: 06/20-344-4341

In memoriam dr. Valentinyi Pál 1939–2006

Budapesten szerzett orvostudományi diplomát, majd gyermekgyógyász-szakvizsgájának idejét az Apáthy Kórházban töltötte. A szakvizsga után Hatvanba került, ahol házi gyermekorvosként közel 40 évig dolgozott, több generáció ellátását végezve. Betegei nagyon szerették, állandóan hívható volt. Munkatársai között is szeretetnek örvendett, mert joviális magatartásával sok konfliktust megoldott.

Rendelés közben lett rosszul.

„Pro Sanitate” kitüntetés, Hatvan városától pedig a „Pro Urbe” díjat is megkapta.

1995 óta volt Hatvan és vonzaskörzetének házi gyermekorvosi szakfelügyelő főorvosa.

Kollégái szerették, tisztelték.

Domonyban helyezték örök nyugalomra.

Pálinkás Éva

Az IOWA-i egyetem gyermekorvosok és védőnők részére távoktatási programot hirdet a

KÖRNYEZETEGÉSZSÉGÜGYI GYERMEKGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁS AIRÓL

A képzés angol nyelvű. 8 hónapon keresztül kéthetenként 1,5 óra otthoni elfoglaltságot jelent, a résztvevők számára térítésmentesen.

A felvételhez felsőfokú gyermekorvos- (gyermekorvos, védőnő, népegészségügyi szakember), környezet-egészségügyi érdeklődés, legalább középfokú angol nyelvtudás, széles sávú internetelési lehetőség, felhasználói szintű informatikai ismeret szükséges.

Jelentkezési határidő: 2007. január 25.

További információ kérhető:

lcsathy@mail.datanet.hu



Egyesületünk címe:

1136 Budapest
Tátra u. 48-52.

Egyesületünk telefonszáma:

Tel.: (1) 330-0900

Fax: (1) 238-0388

E-mail:

hgye@mail.datanet.hu

Honlap:

www.hgye.hu

Az egyesület titkára:

Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

Tel./fax: (06-1) 339-3704

A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.

Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: dART studio

A címlapon: Mesterházy Balázs, címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotók: Szamosi János

