

PRAXIS

MENEDZSMENT

SZAKLAP HÁZIORVOSOKNAK



SOKADSZOR IS NEKIFUTUNK
A REFORMNAK

EGYLÉPCSŐS BÉREMELÉS
MELLETT TILTANÁK
A HÁLAPÉNZT

AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉV ELEJI
MÉRLEGE

Pregabalin RICHTER®



Az Enyhülést Hozó Terápia



RICHTER GEDEON

 **MAGYAR
GYÓGYSZER**

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Szakorvosi Marketing Osztály: +36 1 431 4026, www.richter.hu
Gyógyszerbiztonsági Osztály: +36 1 505 7032, drugsafety@richter.hu

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! Document ID: KEDP/DADB71, Lezárás dátuma: 2020. 03. 06.



Pregabalin Richter® 75 mg keménykapszula (56x)
https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=112089
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2019.08.26.
Teljes ár/TB támogatás (Eü.90%)/Térítési díj: 4029 Ft/3626 Ft/403 Ft



Pregabalin Richter® 150 mg keménykapszula (56x)
https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=112093
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2019.08.26.
Teljes ár/TB támogatás (Eü.90%)/Térítési díj: 6001 Ft/5401 Ft/600 Ft

KIADÓ:
PROFESSIONAL PUBLISHING HUNGARY KFT.

PPH MEDIA
a Südwestdeutsche Medienholding tagja

SZERKESZTŐSÉG:
Szépvölgyi Irodapark
1037 Budapest, Montevideo u. 3/b.
T: (1) 430-4500

FŐSZERKESZTŐ:
Dr. Lipták Judit
E: liptak.judit@pphmedia.hu
T: 430-4534

FŐMUNKATÁRS:
Köbli Anikó; Horváth Judit

ÉRTÉKESÍTÉS:
Kanfi-Horváth Andrea
E: kanfi-h.andrea@pphmedia.hu
T: 430-4538, F: 430-4519

Schäfer Zsuzsanna
E: schaffer.zsuzsanna@pphmedia.hu
Telefon: 430-4526, fax: 430-4519

LAYOUT:
Szabó Zsuzsanna

KÉPSZERKESZTŐ ÉS TÖRDELŐ:
Szabó István

FOTÓK:
Gyurkovics Anna, Szombat Éva, 123RF

PROJEKT MANAGER:
Szalai Nikolett
E: szalai.nikolett@pphmedia.hu
T: 430-4512, F: 430-4519

FELELŐS KIADÓ:
Vándor Ágnes, a Professional Publishing
Hungary Kft. ügyvezetője
E: vandor.agnes@pphmedia.hu
T: 430-4531

MŰVÉSZETI VEZETŐ:
Krémer Julianna
E: kremer.julianna@pphmedia.hu
T: 430-4573

PÉNZÜGYI VEZETŐ:
Hadarics Gábor
E: hadarics.gabor@pphmedia.hu
T: 430-4504

ELŐFIZETÉS:
E: elofizetes@pphungary.hu
T: 430-4503, 430-4506

NYOMDAI ELŐÁLLÍTÁS:
Hinora Marketing Group
www.hinora.hu

Az e számban megjelent cikkek reprodukálása bármely módon és bármely nyelven, egészben vagy részben, a Professional Publishing Hungary Kft. előzetes írásos engedélye nélkül szigorúan tilos. A kiadó fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására. Szerkesztőségünk a lapban közölt hirdetéseket a legnagyobb körültekintéssel gondozza, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

ISSN: 2063-2150

TARTALOM

INTERJÚ

3 | Egymásra találtak a magányos dzsungelharcosok

FÓKUSZ

6 | Sokadszor is nekifutunk a reformnak?

AKTUÁLIS

10 | Pályázat

11 | Hírek

12 | Egylépcsős béremelés mellett tiltanák a hálapénzt

16 | Az egészségügy év eleji mérlege

19 | Ennyien pályáztak kollegiális vezetőnek

21 | A praxisközösségek 78%-a folytatná

23 | Rezsitámogatást kapnak a fogorvosok

GAZDASÁG

24 | Mit hoz az új tb-törvény?

TERÁPIA

26 | Itiner a leszokáshoz

**31 | A védőoltással megelőzhető fertőzések prevenciója
a krónikus betegek gondozásának része**

TERMÉSZETES
EREDETŰ

Vény nélkül kapható
gyógyszer

Segít formába hozni az elmét!



A BILOBIL A LEGGYAKRABBAN VÁLASZTOTT MEMÓRIAZAVAR ELLENI,
VÉNY NÉLKŰL KAPHATÓ TERMÉKCSALÁD!¹

Irodalom:

1. A BILOBIL termékcsalád adatai alapján, IQVIA OTC Database 10C1, darabszám 2019. január – 2019. december között.


Termékcsalád tagjai: Bilobil 40 mg kemény kapszula 20x, Bilobil 40 mg kemény kapszula 60x, Bilobil forte 80 mg kemény kapszula 20x, Bilobil forte 80 mg kemény kapszula 60x, Bilobil Intense 120 mg kemény kapszula 60x

Krka Magyarország Kft. 1138 Budapest, Dunavirág utca 2-6., 3. torony 6. emelet; Tel.: (1) 355 84 90; Fax: (1) 214 95 20; www.krka.co.hu

www.krka.co.hu

KRKA

A tájékoztató kizárólag gyógyszerek rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők számára készült.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos alkalmazási előírást kiszerezésenként a https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=36102, https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=21774, https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=29418 webcímen tudja elérni a  ikonra kattintva.

Krka Magyarország Kft. 1138 Budapest, Dunavirág utca 2-6., 3. torony 6. emelet; Tel.: (1) 355 84 90; Fax: (1) 214 95 20; www.krka.co.hu

Három generációval az egészségért:

Egymásra találtak a magányos dzsungelharcosok

Öt háziorvosi praxis csatlakozott Komáromban a Három generációval az egészségért (3G) pályázat keretében létrehozott közösséghez, köztük dr. Kreft-Horváth Loránd. A Praxismenedzsmentnek adott interjújában a háziorvos arról is beszélt, hogy az együttműködésnek korábban nem várt pozitív hozadékai is voltak az ő és kollégái számára.

// Hányan csatlakoztak a praxisközösséghez, és hány páciens ellátásáért felelnek így?

– Az első fordulóban indultunk a Három generációval az egészségért pályázaton, végül tavaly júniusban, öt praxist összefogva kezdtük el a munkát – egy házi gyermekorvos kolléganő is társult a csapatunkhoz –, így mintegy tízezer fős populációt fed le a praxisközösségünk.

// A 3G esetében kemény feltételt is szabott a kiíró, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ: a gesztorszerepet vállaló praxis vezetőjének anyagi felelősséget is vállalnia kellett a program sikeres végrehajtásáért. Nem gondolkodtak el ezen annak idején?

– Egy pillanatig sem. Fiatalos, menedzserszemléletű a csapatunk, és mi is akarunk valami újat csinálni. Praxisközösségünk

65 millió forint támogatást kapott, ebből finanszírozzuk a pluszfeladatokat, a beszerzéseket, a nyomdai költségeket.

// Mennyivel jelentenek több munkát a pályázat keretében felvállalt pluszfeladatok?

– Átlagosan naponta egy-két órányi többletfoglaltsággal jár az asszisztenseknek és az orvosoknak egyaránt, ami főleg a szervezőmunkát, előadások megtartását, az azokra való felkészülést és az adminisztrációt jelenti. A legtöbbet a pályázat hátterét biztosító informatikai rendszerrel bajlódunk, ami felemészti azt az értékes időt, amit a szakmai munkára fordíthatnánk. Ha kijavítanák a gyenge pontokat, és egyszerűbben kezelhető lenne a rendszer és a felület, a mi munkánk is könnyebb lenne.

// Új munkatársakat is bevontak az új vállalások elvégzésébe?

– Alkalmoszerűen kardiológust, dietetikust, de jellemzően egy-egy külsős előadás erejéig, a folyamatos, tartós munkát nehezen várhatnánk el tőlük, mert nagyon leterheltek a kollégák. A munka zömét mi magunk végezzük el asszisztens kolléganőinkkel.

// Az indikátorokat a praxisközösséget létrehozó háziorvosoknak kell meghatározniuk a 3G pályázat során, hiszen ők ismerik leginkább az ellátási területükön élő populáció egészségi állapotát, ami alapján úgy a beavatkozási pontokat, mint a várható eredményeket is definiálniuk kellett. Komáromban melyek voltak ezek?

– Nagy volt az elmaradásunk a mamográfiában, így ez prioritásként szerepelt a vállalásaink között, tudva, hogy az emlőtumor prevalenciája igen magas a magyar nők körében, és egyre fiatalabbaknál jelentkezik. Nagy hangsúlyt kapott az



életmódból adódó civilizációs betegség, az obezitás, amely a kardiovaszkuláris betegségek alapját adja. Ez utóbbinál külön figyelmet fordítottunk a gyermekekre is, hiszen az ő körükben is egyre gyakoribb az elhízottak aránya.

// Kötelező eleme a projektnek a szív- és érrendszeri betegségek szűrése. Ez a gyakorlatban hogyan valósult meg?

– Lényegesen több EKG-t készítünk, amelynek nyomán korán felfedezzük a pitvarfibrillációt vagy más kardiológiai betegségeket, amelyek még nem okoznak panaszt a pácienseknek, vagy olyan enyhe tünetekkel járnak, amelyekkel nem fordulnának orvoshoz. Az érlelmeszesedés egyik legnagyobb rizikófaktora a dohányzás, így az erről való leszoktatás is a munkánk fókuszában áll. Bár társadalmi szinten is egyre többet hallanak és tudnak az embe-

rek a cigarettázás káros hatásairól, még mindig vannak, akik két-három dobozzal elszívják naponta. Egyébként a mérések elvégzéséhez szükséges eszközök beszerzését is támogatta a 3G pályázat, ezeket aktívan használjuk is, hiszen a vállalásaink alapján a mérési eredményeket is be kell jelentenünk; ez is feltétele a pályázati pénz kifizetésének.

// Milyen változást érezhetnek a betegek, amióta zajlik a pályázat?

– Kicsit megmozgattuk őket – a szó átvitt és szoros értelmében egyaránt –, főleg prevenció irányba, és örömmel nyugtázzhatjuk, hogy sok pozitív visszajelzés érkezik tőlük. Szívesen fogadják a külsős foglalkozásokat, a tájékoztatókat, a diétás tanácsadást, de a mozgásprogramokat is. Ugyancsak jó a visszhangja az általunk szervezett szűréseknek – legutóbb például érszűkület-

szűrést kínáltunk –, hiszen a segítségünkkel olyan vizsgálatokhoz juthatnak hozzá koordináltan a pácienseink, amelyekhez egyébként nehezen vagy egyáltalán nem.

// A hasonló, prevenciót, egészségmegőrzést célzó pályázati programok tapasztalata, hogy sok esetben éppen azt az aktív korosztályt nem sikerült elérni, amely esetében még nagy jelentősége lenne a korai felismerésnek, betegségmegelőzésnek. Mi jellemző önöknél?

– A programjaink egy részére ez igaz, de például a mammográfiai szűrésre több száz meghívólevelet küldtünk ki, és sok visszajelzés érkezett a 45–60 éves asszonyoktól, akik magas számban vettek részt a szűrésen is. A diétás vagy életmódtanácsadással nagyobb részben jellemzően valóban az idősebb korosztályt érjük el Komáromban is, de az sem baj, hiszen az

ő esetükben is van ezeknek relevanciája, például a diabéteszrel kapcsolatban.

// A 3G a megelőzést állítja a középpontba, ám a társadalom ebben még nem tűnik nagyon tudatosnak. Ön szerint a nem megfelelő tájékozottság vagy a nemtörődőmség áll inkább a háttérben?

– Amíg valaki nem érintett egy-egy betegség, kórkép által, addig nem foglalkozik azzal, hogy milyen hatással vannak a rossz szokások az egészségére. A preventív gondolkodás megerősítésére lenne szükség egyéni és ösztársadalmi szinten egyaránt, de ugyanez vonatkozik az egészségügyi ellátórendszerre is. A páciensek zöme nem gondolja végig, hogy ő is felelős a saját egészségéért, ugyanakkor azt is látom, hogy egyre többen vannak, akik nagyon komolyan veszik az egészségtudatosságot, az ő arányukat kellene növelni.

Ezt igyekszünk támogatni egyébként Komáromban – ahol alpolgármesteri feladatokat is ellátok – a Kincset ér városi prevenció programunkkal is, ami jelenleg talán az egyik legkomplexebb megelőzést célzó program az országban. Évente 60–70 szakembert mozgatunk meg szeptembertől májusig. A projektet 2010-ben indítottuk újtára, amikor azt láttuk, hogy nagyon sokan jó szándékkal csináltak sok mindent, ám koordinálatlanul, aminek következtében az eredményesség is megkérdőjelezhetővé vált. Így az önkormányzat kézbe vette a koordinációt, tematikát építettünk, prevenció órarendet alkotunk korosztályonként. A megadott kereten belül flexibilisek a programok, a foglalkozásokat az óvodában, nagycsoportban kezdjük, ahol játékos formában hallhatnak a gyerekek a higiénia, dohányzásról, testmozgásról, gyümölcsökről. Az életkorral haladunk

a témákkal, a középiskola befejezéséig a diákok foglalkoznak a drogprevencióval, a szexuális úton terjedő betegségek vagy a balesetek megelőzésének témakörével. A Kincset ér program anyagi háttérét sokáig teljes egészében az önkormányzat finanszírozta, ám az utóbbi időben adódtak uniós pályázatok is, amelyekből bizonyos elemeket finanszírozni tudtuk.

// A tíz év tapasztalata mit mutat?

– Hatékony a projekt, átmennek az üzenetek, a programot segítő népegészségügyi szakemberek felmérései és élő történetek is igazolják ezt. Negyven-negyvenöt éves embereket is rá lehet venni az életmódváltásra, de a gyerekek és a fiatalok sokkal fogékonyabbak erre. A Kincset ér program megmutatta, hogy a prevenció munka tekintetében át kell lépni az egészségügyi keretein, és eredményesen lehet nyitni ebben más szakmák felé.

// A 3G pályázat lehetőséget kínált a területükön lévő egészségfejlesztési irodákkal (EFI), önkormányzatokkal és más szakmák képviselőivel összefogva érjenek el gyors javulást a népegészségügyi szempontból jelentős betegségek esetében. Önöknél ez hogyan valósult meg?

– Komárom-Esztergom megye az egyetlen az országban, ahol nincs EFI. Már kétszer is pályáztunk az elindítására, de eddig eredménytelenül, pedig a város vállalta a helyiség biztosítását és a szakembergárda kiállítását. Most készülünk a harmadik „támadásra” ebben az ügyben, hiszen az EFI-n keresztül sok prevenció célra fordítható forrást le tudnánk hívni pályázati úton, és sokkal szélesebb

rétegeket érhetnénk el az egészségmegőrzést, megelőzést célzó programjainkkal.

// Mi volt a legnagyobb változás a pályázat során a mindennapjaikban?

– Mi, vidéki háziorvosok eddig is jóban voltunk egymással, de azért a kisvárosokban – és a falvakban talán még inkább – magunkra hagyatva dolgozunk. A 3G közelebb hozott egymáshoz bennünket szakmailag, emberileg egyaránt. Havonta tartunk egy referálót, amit megspékelünk egy-egy szakmai előadással, esetismertetéssel, és a fehér asztal mellett is folytatjuk a beszélgetést. Így ha valami problémánk adódik a munkánk során, már sokkal könnyebben, bátrabban fordulunk egymáshoz segítségért. Idáig magányos dzsungelharcosok voltunk a praxisainkban, most pedig kialakult az a fajta kollegiális összetartás, összefogás, amit régóta hiányoltunk. Ez talán a legpozitívabb hozadéka a 3G pályázatnak, amire valószínűleg sem a kiíró, sem pedig mi magunk nem is számítottunk.

// A 3G projekt egy évre szólt. Mit tudnak a folytatásról?

– Valamit elkezdünk felépíteni, amit folytatni kellene, de tartunk tőle, hogy véget ér. Pedig az elért eredményeket nem kellene hagyni veszendőbe menni. Ezt a forrást, amit a 3G keretében biztosítottak a praxisoknak – a megfelelő teljesítményigazolásokkal, visszacsatolásokkal, az informatikai háttér erősítésével – be kellene építeni a finanszírozásba, és továbbfejleszteni a rendszert, hiszen hosszú távú, a lakosság egészségi állapotát érdemben befolyásoló hozadéka csak a folyamatos működtetésnek lenne.

Tarcza Orsolya



Az egészségügy átalakítására készül a kormány

Sokadszor is nekifutunk a reformnak?

Egyelőre csak reménykedni lehet abban, hogy a kormány sokévnyi halogatás után végre valóban rászánja magát az egészségügy évtizedek óta húzódó reformjára, amelyet – félve a politikai következményektől – eddig minden, a rendszerváltás óta regnáló kabinet elmulasztott. Az átalakításra eddig a karácsonyi ünnepek idején, sebtében kiadott, inkább csak határidőket tartalmazó, ám Orbán Viktor kormányfő aláírásával ellátott kormányhatározat enged következtetni, amit később egy, a *Portfolio* című lapban kiszivárgott, 28 oldalas dokumentum követett. De nézzük a történéseket sorban!

A kiszivárgott elképzelések előtt, már tavaly karácsonykor napvilágot látott kormányhatározat egyelőre inkább csak határidőkkel igyekezett megoldást találni a régóta húzódó problémákra. A *Magyar Közlönyben* megjelent jogszabályban nyolc pont szól az egészségügy átalakításáról, két pont pedig a súlyos kórházi adósság rendezésének kérdéseiről. *Kásler Miklós* tárcájának a decemberi kormányhatározat szerint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) közreműködésével és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) bevonásával azonnal, átfogó, az egészségügyi szakmák összességére vonatkozó rá-

fordítási adatgyűjtést és díjtétel-felülvizsgálatot kell végeznie. A cél a határozat szerint a valódi költségekre épülő finanszírozási rendszer kidolgozása.

Június 30-ig kapott határidőt az emberi erőforrások minisztere arra, hogy létrehozzák az ellátási eseményeken alapuló, valós szükségletekhez igazodó módszertant, s a megfelelő teljesítményvolumen-kereteket, „figyelembe véve a vezetői ösztönző szempontokat”. Ugyancsak június 30-ig kell elkészíteni azokat a javaslatokat, amelyek alapján a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban minőségi indikátorokat alakítanak ki, s eddig kell előállni az eredményalapú

finanszírozási technikákkal és az ellátási szinteken átívelő, integrált és betegközpon-tú, kötegelt típusú finanszírozási formákkal. Mivel a tervek szerint a kormány felülvizsgálja a krónikus ellátás rendszerét is, a szak-tárcának javaslatot kell tennie június 30-ig a rendszer szükségletalapú átalakítására. Június 30-ig kell gondoskodnia az emberi erőforrások miniszterének, a felsőoktatásért felelős miniszternek és a honvédelmi miniszternek a korszerű egészségügyi ellátási folyamatokat és ellátási formákat támogató jogszabályi környezet kialakításáról, a rugalmas kapacitástervezés feltételeinek megteremtéséről, az intézmények beteg-

ellátási tevékenységének hatékonyságát és eredményességét mutató indikátorok kidolgozásáról, az optimális betegutak kialakításáról a területi ellátási kötelezettség megerősítésével és racionalizálásával a járó- és a fekvőbeteg-szakellátásban.

Rövidebb az idő az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók gazdálkodásának javítását elősegítő, célzott intézményi adóssághelyrehozás-program kidolgozására: erre a humán-, a pénzügy- és a honvédelmi miniszter, valamint a felsőoktatásért felelős miniszter 2020. március 31-ig kapott határidőt. Szintén március 31-ig kell megtalálni a szolgáltatók felügyeletét és irányítását megalapozó kontrolling és monitoring rendszer teljes körű kialakításához szükséges erőforrásokat. Végezetül, október 31-ig kell átalakítani a traumatológiai, érsebészeti és a laboratóriumi ellátás struktúráját és finanszírozását – derül ki a kormányhatározatból.

KÁSLER SZERINT MEGKEZDŐDÖTT AZ ÁTALAKÍTÁS

Az ellátórendszer korszerűsítésével, a hozzáférhetőség javításával és az ezeket lekövető finanszírozás bevezetésével elkezdődött az egészségügyi struktúra átalakítása – ezt az emberi erőforrások minisztere közölte január 6-ai sajtótájékoztatóján. Kásler Miklós kérdésre válaszolva úgy fogalmazott: az egészségügyi struktúra átalakítását olyan ütemben kívánják végrehajtani, ahogy azt a betegellátás lehetővé teszi.

A miniszter elmondta, a kormány tavaly év végén 36,6 milliárd forintot biztosított a struktúraváltás első lépéseire, a fekvő-, a járóbeteg-intézmények, valamint a korszerű diagnosztikai tevékenységek finanszírozására. Közlése szerint 17,7 milliárd forintból a kormány azokat a kórházakat támogatja,

ORBÁN VIKTOR: AZ ELADÓSODÁS NEM BOCSÁNATOS BŰN!

Az év első kormányülésén az egészségügyről is tárgyalt a kabinet. A fejlesztési források átcsoportosítására és a kórházak eladósodásának megállítására tett intézkedésekre is utasította a kormány Kásler Miklóst, az emberi erőforrások miniszterét, ehhez a kabinet minden eszközt biztosít – közölte a miniszterelnök január 9-ei nemzetközi sajtótájékoztatóján. A kórházak eladósodása nem bocsánatos bűn, hanem fedezet nélküli adósságvállalás, aminek véget kell vetni. 2020-ban nem halmozhatnak fel adósságot a szolgáltatók, ennek felszámolása érdekében a kormány minden eszközt biztosít a területért felelős miniszternek, akinek január végéig kell intézkedési tervet készítenie és a kormány elé terjesztenie – szövegzte le Orbán Viktor a Karmelita kolostorban rendezett eseményen.

A miniszterelnök úgy fogalmazott, az Állami Számvevőszék súlyos megállapításokat tett a kórházi adósságokról szóló jelentésében, amelynek minden szavát komolyan kell venni. Az eladósodást a külföldi cégektől befogadott, nagy értékű szolgáltatások okozzák; „nagy halak” úszkálnak a vízben – figyelmeztetett a kormányfő.

Minden, három évnél régebben felújított kórházban tatarozni kell a kórtermeket, a várókat és a szociális helyiségeket – jelentette ki a miniszterelnök. Az emberi erőforrások miniszterének ennek megfelelően kell átcsoportosítania az ágazat rendelkezésére álló fejlesztési forrásokat.

A legközvetlenebb veszély az egészségügyben a szakdolgozóhiány, ezért a kormány 2,5–3 év alatt mintegy 72 százalékkal emeli az ápolók bérét – mondta a kormányfő, hozzátéve, reményeik szerint sikerül megtartani a nővéreket, ellenére annak a nem is titkolt – főleg Németországból érkező – csábításnak, hogy több fizetésért külföldön vállaljanak munkát. Nem lehet mindent egyszerre és azonnal, most az ápolókra irányul a figyelem – mondta Orbán Viktor, nyilvánvalóan célozva ezzel arra, hogy egyelőre az orvosbérek emelése nem került a kabinet fókuszába.

T. O.

amelyek finanszírozási keretük felett látták el a speciálisabb, bonyolultabb eseteket, és ezek több forrást igényeltek. Mint az *MTI* tudósítása szerint kiemelte, ez az egyszeri többletfinanszírozás „bizonyos értelemben kórház-konzolidáció, bizonyos értelemben nem”, de jelzi azt, hogy a struktúraváltás előkészítése megkezdődött.

Kitért arra, hogy az országban tizenöt olyan nagy forgalmú intézmény van, amelynek nincs lejárt adóssága. Ezek között említette a miskolci, a győri és az egri kórházat,

az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetet és az Országos Klinikai Idegtudományi Intézetet.

A tárcavezető szerint az adósságot felhalmozó kórházaknál mindenképpen csökkenteni kell az eladósodottság mértékét, erre dolgozott ki a kormány egy központi formában megvalósítani kívánt megoldást. Kásler Miklós a jelentősen eladósodott kórházak között említette a Péterfy kórházat, a traumatológiai intézetet, a Békés megyei központi kórházat, valamint a makói és a hódmező-

vásárhelyi kórházat, s beszámolt arról is, hogy egyszeri 15,7 milliárd forintot a járóbeteg-szakellátás finanszírozására fordítanak. Ezzel kapcsolatban jelezte, az elmúlt tíz évben átlagosan 6 napról 5,5-re csökkent a kórházban töltött napok száma, a szakrendelők forgalma pedig ezzel párhuzamosan nőtt, hiszen az ellátás korszerűsödésének köszönhetően egyre kevesebben és egyre kevesebb ideig szorulnak fekvőbeteg-ellátásra.

GULYÁS GERGELY SZERINT 55 MILLIÁRD SZÜKSÉGES IDÉN A REFORMOK BEVEZETÉSÉHEZ

A karácsonyi ünnepek idején megjelent kormányhatározatot nemrégiben egy 28 oldalas dokumentum követte, amelyről először a *Portfolio* című lap számolt be. A dokumentum jelentős része rövid távra szóló, azonnali intézkedésekről szól, de hosszú távú terveket is tartalmaz. Az előterjesztés szerint a cél a szükségletekre optimalizált és fenntartható ellátórendszer kialakítása. Mint a dokumentum leszögezi, „Magyarországon a jelenlegi ellátási struktúra működése elmarad az elvárttól, fejlesztésre, átalakításra szorul”. Kimondja, hogy „az ellátórendszer még mindig indokolatlan mértékben kórházközpontú, miközben hiányzik az erős alapellátás, ápolási és rehabilitációs kapacitások, illetve a szükséges mértékben elérhető népegészségügyi szolgáltatások”. Az egészségügyi struktúraváltás az anyag szerint két pillérré épülne: a szakellátás átalakítására és az alapellátás megerősítésére, s ehhez szükségesnek tartják a struktúraváltást támogató finanszírozási ösztönzőrendszer megteremtését is.

Járt a kormány előtt a *Portfolio* által nyilvánosságra hozott előterjesztés, ám azóta abban módosítások történtek – ismerte el

a Kormányinfón február közepén *Gulyás Gergely* Miniszterelnökséget vezető miniszter, jelezve, „örülünk, ha év végére megvan”. A kancelláriaminiszter szerint a kormány az előterjesztést azért nem fogadta el, mert egyelőre nem tisztázott, hogy mennyiben felelősek a kórházmenedzsmentek, illetve – a finanszírozás hiányosságai miatt – az állam az intézmények eladósodásáért.

Mint azt a *MedicalOnline* megírta, a reformok bevezetése csak folyamatosan, az idei év során várható, mert ahhoz a finanszírozási rendszert és az egyes ellátások finanszírozását is át kell tekinteni és javítani. A kormány számításai szerint mindez mintegy 55 milliárd forintos többletet kíván az idei költségvetésből. A miniszter szerint a szaktárca előterjesztése egyéb tekintetben nem igényel többletforrást a költségvetésből. Gulyás egy kérdésre elmondta, a kormány szerint a kórházi kapacitásokat az aktív ágykihasználtság miatt kell csökkenteni, mert az a hazai intézményekben 67 százalékos, ez azonban semmilyen összefüggésben nincs azzal, hogy a várótermeket és szociális helyiségeket ki kell festeni.

STRUKTÚRAVÁLTÁST – DE HOGYAN?

Részletek továbbra sem ismertek a kormány egészségügyet érintő struktúraátalakítási terveiről. Pedig – mint azt február 20-án az *IME* folyóirat XV. Regionális Egészségügyi Konferenciáján a miniszter után *Szigeti Szabolcs*tól, a szaktárca egészségügyi gazdálkodásért és intézményfelügyeletért felelős helyettes államtitkárától is hallhatta a nagyközönség – „a struktúraváltás megkezdődött”. Az eddig napvilágot látott értesüléseken túl azonban ezúttal sem hallott túl sok érdemi információt a nagyjármű.

Mint elhangzott, decembertől az Emberi Erőforrások Minisztériumában is új a struktúra, *Szigeti Szabolcs* például már egészségfinanszírozási és rendszerfejlesztési helyettes államtitkár, akinek összefoglalója szerint az elmúlt bő 25 évben különböző vezérelvek láttak napvilágot e területen. A 90-es évek közepétől a hatékonyság és a decentralizáció volt a középpontban, aztán az elmúlt évtizedben előtérbe került a munkaerő és a kórházi adósságok kérdése, az elmúlt hónapok pedig magukkal hozták a beteg- és emberközpontú egészségügyi ellátás kérdését is – lényegében e három gondolatkör mozgatja a struktúraváltás igényét. Mint azonban az egészségügy szinte minden dimenziójában, az emberközpontúság esetén is kettősség mutatható ki, általában a rosszabb mutatókkal foglalkozunk, pedig nézni kell azt is, ami elsikkad, amiről kevesebb szó esik – vélte a helyettes államtitkár.

Több tanulmány kimutatta, hogy a kórházi ellátás produktivitása nőtt, alacsony GDP-ráfordítás mellett is nő az egészségnyereség, a születéskor várható élettartam, de a források allokálásának hatékonysága nem jó, például hosszú a kórházi tartózkodás ideje, a krónikus ellátást is figyelembe véve túl sok a kórházi felvétel. Mindezek hátterében javarészt a kórházi ellátást preferáló finanszírozási rendszer áll. Bár ennek javítására történtek beavatkozások a különféle kormányzati ciklusokban, csökkentették pl. a kórházi ágyak számát, csak hogy nem tudni, mi is lenne pl. az ideális kapcsolat az ágyak és a megbetegedések száma között – jelezte *Szigeti Szabolcs*.

S hogy melyek jelenleg a megoldás irányai? *Szigeti Szabolcs* szavai szerint a sok innováció jobb összeillesztésében, jobb együttműködésben, a szakmai véle-

mények jobb becsatornázásában kell gondolkodni. A mostani reformelképzelések a járóbeteg-ellátást helyeznék fókuszba, ehhez illesztenék a finanszírozási változtatásokat is. A struktúraváltás lényege az, miként fordítsuk meg az ellátási piramist, hogy ne a kórházban, hanem alap- és járóbeteg-ellátásban kaphassanak minél többen befejezett ellátást. Itt szóba jöhet a szakmák közötti kapacitás-átcsoportosítás, szerkezeti integrációk, a praxisok és a járóbeteg-, a járó- és a fekvőbeteg-ellátás együttműködésének erősítése pl. integrált vagy kötegelte finanszírozási formák bevezetésével. Mindezekhez a menedzsmenteket és az ellátásszervezést, akár az ÁEEK területi igazgatóságait is meg kell erősíteni.

Jelenleg folyamatos az egyeztetés az Emmi és a Miniszterelnökség között; a megoldásban a finanszírozási rendszernek ösztönöznie kell majd a struktúraváltást és az adósságcsökkentést is – ezzel kapcsolatban pilotvizsgálatot végeztek a tbc-s betegek ellátása terén – közölte Szigeti Szabolcs.

Kiss Zsolt, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatója a változtatási szándékokkal kapcsolatban a többi közt arra hívta fel a figyelmet, hogy bár többször teljesítményvolumen csoportosították át a fekvőbeteg-ellátásból a járóba, a finanszírozás emelése nem járt együtt az ellátott járóbetegek számának növekedésével, inkább az egy megjelenés alkalmával végzett beavatkozások száma emelkedett. Önmagában a TVK-val tehát nem oldhatók meg a finanszírozási kérdések, komolyabb beavatkozásokra lesz szükség már csak azért is, mert vizsgálataik szerint sokat változott az elmúlt 10 évben az egyes szakmák és egyes vizsgálatok-eljárások igénybe vételi sorrendje is. Mint később a hozzászólá-

sokból kiderült, ennek azonban nemcsak a „jól megtanult kódolás” az oka, hanem az is, hogy az orvosok egyre jobban és gyorsabban követik a nemzetközi ellátási ajánlásokat, amelyek érzékelhető pl. a különféle laborvizsgálatok rendelésében is.

Komoly fejtörést okoz az egészségbiztosítónak a régóta ígért országos betegfogadási rendszer bevezetése, járóbetegeknél ugyanis jó 50–60 millió esetet kell rögzíteni, szemben a kórházi várólistarendszer évi mintegy 180 ezer beavatkozásával. A rendszer ma önbevallásos, nem hiteles, van, ahol jól működik, de nem egységes, az év második felében a főigazgató ígérete szerint azonban valamilyen folyamatosan bővülő rendszert elindítanak. (Ma a várakozási időkre csak két esetre van jogszabályi előírás: a daganatgyanús betegeknél a 14 napon belüli képalkotó diagnosztika elvégzésére és a táppénzen lévők előbbre sorolására. Vizsgálataik szerint a PET-ellátások esetén ez a szám ma 17–20 nap körüli, CT esetén tudják tartani az előírást.) A cél az ellátás igénybe vételi tervének valós idejű követése, például oly módon, hogy a beutaló kiadásakor legyen lehetőség időpont foglalására is elektronikusan.

A kérdések-válaszok sorában a helyettes államtitkár közölte, nincs letisztázott elképzelés arról, hogy a felügyelet, a szakmai ellenőrzések tekintetében a különféle szereplők hogyan illeszkedjenek egymáshoz; a sürgős ügyek rendre háttérbe szorítják a többit. A praxisközösségek-csoportpraxisok (további) finanszírozására nem lát koherens elképzeléseket, nincs is döntés ez ügyben. (Mint azonban elhangzott, a szakmában nincs bizonytalanság, tudják, mit lehetne a szakrendelő helyett az alapellátásban ellátni, de érzékelnek egyfajta hezitálást, mert politikai

döntés kellene ahhoz, hogy évente 5–10 milliárddal emeljék a háziorvosi kasszát.) Struktúraváltásra az idei költségvetésben egyelőre 17 milliárd dedikált forrás látható. Jelenleg a járóbeteg-ellátás van fókuszban, az ellátásszervezési kérdésekben márciusban várható döntés. Mint elhangzott, a biztosítónál is érzékelik, hogy a kevés beteget ellátó, tartósan betöltetlen praxisok helyzetét nem lehet praxispályázatokkal rendezni – elképzelhető megoldás lehet e 600–700 fős praxisok összevonása. A háziorvoslásban ma alkalmazott indikátorok még nem érték el az ingerküszöböt, az indikátorok számát feltehetően ezért emelni szükséges.

A sok bizonytalanság mellett biztosan megvalósuló bejelentést is hallhattak a Tamás Évának, az *IME* nemrégiben elhunyt alapítójának és lapigazgatójának is szentelt konferencia résztvevői. Szabó Bálint, a kórházfenntartó Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér főosztályának vezetője elmondta, már képes a rendszer a struktúrált dokumentumok kezelésére (a tervezett 10-ből egyelőre a szakorvosi javaslat specifikációja van a fejlesztőknél), s ugyancsak elkészültek a fejlesztések az öt éven belüli kezelési adatok feltöltéséhez. A feltöltést még nem kezdték el, ugyanis az EESZT-nek üzem közben költöznie kell a kormányzati adatfelhőből a kormányzati adatközpontba, ám ez a napi több tízezres felhasználó mellett nagy körültekintést igényel... Szabó Bálint bemutatta azt a mobilapplikációt is, amelyet a lakossági portál felhasználói alkalmazhatnak majd; az e-recepthez, e-beutalóhoz és a személyek dokumentumaihoz hozzáférést biztosító applikációt megkapják a fejlesztők, hogy minél előbb beépíthessék azt saját mobilos alkalmazásukba.

Köbli Anikó

Pályázat

A hátrányos helyzetű területeken élő gyermekek magasabb színvonalú egészségügyi alapellátásának fejlesztése, valamint a **vegyes háziorvosi/családorvosi** körzetekben dolgozó orvosok szakmai munkájának elősegítése érdekében

az „Egy Szív a Gyermekekért” Alapítvány (továbbiakban: Alapítvány)
Székhely: 1066 Budapest, Nyugati tér 1. 608. szoba
Nyilvántartási szám: 01-01-0002060
Adószám: 19700904-1-42
Bankszámlaszám:
Raiffeisen Bank Zrt. 12001008-00105439-00100003
Levelezési cím: 1066 Budapest, Nyugati tér 1. 608. szoba

pályázatot hirdet

vegyes körzetekben dolgozó orvosok számára a következő műszerek és induló teszt kit, valamint vizsgáló eszköz elnyerésére:

CRP automata vagy DocUReader 2 Pro vizeletanalizátor vagy/és kézi fülvizsgáló eszköz (otoszkóp).

Pályázati feltételek:

A pályázaton azon **háziorvosok/családorvosok** (vegyes praxisok) vehetnek részt, akik:

- feladataikat területi ellátási kötelezettség mellett végzik,
- a **praxisukban minimum 1000 főt/ebből 150 gyermeket látnak el**,
- vállalják az elnyert CRP automata vagy vizeletanalizátor és kézi fülvizsgáló eszköz minimum 3 évig való üzemeltetésével járó költségeket, amellyel kapcsolatban a döntést követően a nyertes praxis tulajdonosa és az Alapítvány szerződést köt;
- a pályázat elbírálása során előnyt élveznek az egy rendelőben dolgozó házi gyermekorvosok, valamint azon vegyes praxisban dolgozók, akiknek a praxisa labortól, szakrendelésektől távolabb esik.

A beérkezett pályázatokat az „Egy szív a gyermekekért” Alapítvány **kuratóriuma** értékeli és tesz javaslatot a nyertesekre.

A pályázatra folyamatosan lehet jelentkezni, az Alapítvány Kuratóriuma anyagi lehetőségének függvényében hozza meg támogató döntését a pályázat beérkezését követő 45 napon belül.

Azon pályázókkal, akiknek pályázatát az Alapítvány elfogadja, az Alapítvány a pályázat elfogadását követő 30 napon belül megállapodást (szerződést) köt természetbeni támogatás nyújtására. A jelen pályázati felhívás szerződéskötési kötelezettséget nem keletkeztet. A szerződés minden esetben külön szerződéskötés útján jön létre.

Az Alapítvány pályázati felhívását a pályázat elbírálásáig visszavonhatja.

Amennyiben az Alapítvány részére nem érkezik összességében a jelen pályázati feltételeknek mindenben megfelelő pályázat, úgy a további feltételek meghatározása és a nyertes pályázó személyének kiválasztási módja mindenben az Alapítvány egyedüli döntési jogköre, illetve döntését semmikor nem köteles indokolni a pályázók irányában, továbbá pályázatuk benyújtásával a pályázók ennek érvényesítéséről automatikusan lemondanak.

Az Alapítvány nem köteles tájékoztatni az érintett pályázót ajánlatának az értékelés alapján történő esetleges visszautasításának, illetve más pályázat előnyben részesítésének indokáról.

A pályázat benyújtásának módja:

A pályázati anyagokat levélben az „Egy szív a gyermekekért” Alapítvány címére (1066 Budapest, Nyugati tér 1. vagy 2822 Szomor, Fényeskert u. 9.) kell eljuttatni.

AZ ÉLETMÓDORVOSLÁS EGYRE SZÉLESEBB KÖRBEN ELISMERT DISZCIPLÍNA

Február 14–15-én Kecskemét volt a találkozóhelye azoknak az orvosoknak, dietetikusoknak, gyógytornászoknak, betegszervezet-vezetőknek, akik szerették volna tovább mélyíteni tudásukat az életmód-orvoslás területén. Az elméleti előadások és gyakorlati workshopok komoly érdeklődésre tartottak számot. A kecskeméti Granada Hotelben rendezett II. Magyar Életmód Orvostani Kongresszus célja világos volt a résztvevők számára: az életmódorvoslás szakmai-tudományos kutatási újdonságainak bemutatásának ötvözése a kötetlen eszmecserével, gyakorlati kérdések megvitatásával. Az ÉMOT nemzetközi kapcsolatrendszerének eredményeként a konferencián a European Lifestyle Medicine Organisation főtthkára, *Ioan Haned MD* is részt vett, előadott az európai társaság új képzési programjáról.

A két napon alkalom volt megismerni a kardiovaszkuláris betegségek életmódi kezelésének alapjait, a praxisközösségek működésének lehetőségeit, az életmódorvoslás gyakorlati szempontjait és a betegszervezetek működésének tanulságait. Külön szekció foglalkozott a diabetes mellitus, a metabolikus szindróma és a daganatos betegségek életmódbeli vonatkozásaival, illetve részletes kitekintést kaphattak a résztvevők az életmódorvoslás gyakorlatáról. Különösen nagy sikert arattak az Életmód Orvosi Központ dietetikusainak és mozgásterapeutáinak gyakorlati bemutatói, amelyek során terített asztalok mellett az egészséges táplálkozással kapcsolatos kérdésekre kaphattak válaszokat az érdeklődők, másrészt megtudhatták, hogyan is zajlik a valóságban egy mozgásterápiás felmérés a szobabiciklin.

A kongresszus tanulságaként levonható egyik legfontosabb következtetés, hogy az életmód nemcsak a prevencióban, de a gyógyításban is döntő szerepet játszhat, ám ehhez mind a betegek, mind a gyógyítók esetében folyamatos edukációra és elköteleződésre van szükség. E tekintetben örömteli fejlemény, hogy az életmódorvostan már több hazai orvosi egyetem képzésében is benne van, s további képzések is szerveződnek.

www.emot.hu



**Marczibányi tér 6-7.
bobo.harispark.hu**

Javaslatot tett a kamara a közfinanszírozott ellátásban dolgozó orvosok javadalmazására

Egylépcsős béremelés mellett tiltanák a hálapénzt

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) a kormányzati ígéretnek megfelelően 2020 januárjától a költségvetés mozgásterének erejéig kéri a bértábla megvalósítását. A fennmaradó részt 2021-től egy lépésben, a hálapénz tiltásával egy időben szükséges megvalósítani, olvasható a köztestület honlapján.



A JAVASLAT ELŐZMÉNYEI, KÖRNYEZETE

A MOK az elmúlt években a MSZ EDDSZ oldalán vett részt a béremelésről tartott egyeztetéseken a „sztrájk tárgyalás” keretei között. A szakorvosok 10 000 és 100 000 Ft, a szakorvosjelöltek 50 000 Ft béremelésben részesültek a legutóbbi tárgyalási ciklusban. Elmondható, hogy az egészségügyben ágazati összehasonlításban a legnagyobb mértékben nőttek a bérek, azonban még így is messze elmarad kevesebb képzéssel elérhető és kisebb munkaterheléssel járó területektől, mutatva ezzel az óriási lemaradást és a sürgető teendőket.

Az egészségügyön belül jelenleg többretegű bérfeszültség is rontja a rendszer működését:

1) Jelentős (óradíjban akár háromszoros) bérkülönbség van az egyes szakmákon belül a különböző intézmények között, ennek következtében állandó a munkakerő-vándorlás,

2) még ennél is jelentősebb a különbség a különböző szakterületek között, ez rendkívüli feszültséget okoz a sokszor közös teamben dolgozó eltérő szakmájú orvosok közt,

3) és az elmúlt évek intézkedéseinek folyamánként új elem az ápolói-orvosi bérekből adódó feszültség: 2020 januárja óta egy kezdő OKJ-s szakdolgozó alapbére megközelíti, a kezdő diplomás szakdolgozó alapbére meghaladja egy kezdő orvosét.

4) Alapelvünk, hogy minden, közfinanszírozott ellátásban dolgozó orvos elérje a bértábla szerinti jövedelmet, függetlenül attól, hogy közalkalmazotti vagy magánalkalmazotti jogviszonyban dolgozik, avagy vállalkozó. Az alapellátásban, a háziorvosi és fogorvosi vállalkozások finanszírozásába az ágazati bértáblában szereplő bérek nin-

1. TÁBLÁZAT | A bértábla legfontosabb számainak egyszerűsített kivonata

ELŐMENETEL	1 ÉS 3 ÉVES GDP-NÖVEKEDÉssel ÉS INFLÁCIÓVAL KORRIGÁLT, ÉVES BÉREMELES UTÁNI BRUTTÓ HAVI JÖVEDELEM
REZIDENS 1 (BELÉPŐ SZINT)	687 837 FT
REZIDENS 2 ÉVE	768 775 FT
REZIDENS 3 ÉVE	802 944 FT
REZIDENS 4 ÉVE	838 632 FT
REZIDENS 5 ÉVE	875 906 FT
SZAKORVOS 1	1 154 920 FT
SZAKORVOS 4 ÉVE	1 287 832 FT
SZAKORVOS 7 ÉVE	1 341 957 FT
SZAKORVOS 10 ÉVE	1 398 358 FT
SZAKORVOS 13 ÉVE	1 457 129 FT
SZAKORVOS 16 ÉVE	1 518 370 FT
SZAKORVOS 19 ÉVE	1 582 184 FT
SZAKORVOS 22 ÉVE	1 648 681 FT
SZAKORVOS 25 ÉVE	1 717 973 FT
SZAKORVOS 28 ÉVE	1 790 177 FT
SZAKORVOS 31 ÉVE	1 865 415 FT
SZAKORVOS 34 ÉVE	1 943 816 FT
SZAKORVOS 37 ÉVE	2 025 512 FT

csenek betervezve, ezért kigazdálkodhatatlanok. A fogorvosi alapellátásban kialakult helyzet miatt 2017-ben és 2019-ben is tiltakozó akciót tartottak a szerződött fogorvosok.

Ezek együtt, különösen a szakmák közötti egyenlőtlenség már a képzési rendszert is kontrollálhatatlanul torzítják, korábban vonzó, nagy szakterületek váltak súlyosan erőforráshiányossá, mind az alap-, mind a szakellátás terén, ami a biztonságos, egyenszilárdságú betegellátást lehetetlené teszi.

A fentiek miatt a MOK nem bértárgyalást kezdeményez, hanem a finanszírozási rend-

szert és a finanszírozási kondíciók olyan kialakításáról szóló tárgyalást, amely biztosítja az ellátórendszernek a megbízhatóságot garantáló működését és az általunk javasolt bértábla szektorsemleges kifizethetőségét.

A KORMÁNY KOMMUNIKÁLT SZÁNDÉKÁVAL VALÓ VISZONY, ÉS A MOK OKGY HATÁROZATA

A javaslat környezetéhez tartozik az önként vállalt túlmunka felmondásának kérdése. A magyar egészségügy strukturális problémái miatt (amelyek megoldásában a MOK

segítő partnere kíván lenni a kormányzatnak) ma a fekvőbetegosztályok működése irreális mértékben hagyatkozik az önként vállalt túlmunkában elvégzett ügyeleti szolgálatra. Az orvostársadalom elégedetlensége miatt, amelyet a sajtónyilvánosan többször elhangzó miniszteri, kormányzati ígéretes és a valóság közötti disszonancia szül, a MOK országos küldöttgyűlése – még az előző elnök javaslatára – az önkéntes túlmunka koordinált felmondásának megszer-

vezése mellett döntött. Ez a kötelezettség találkozik a MOK széles felhatalmazással hivatalba lépő új elnökségének attitűdjével és szándékával. Az önkéntes túlmunka nélkül megmutatkozik az a rideg valóság, amit eddig a magyar orvosok saját egészségük feláldozása és a szeretteiktől elvett idő árán tartottak távol a társadalomtól.

A PARASZOLVENCIA KÉRDÉSE

A paraszolvencia súlyosan káros jelenség a magyar társadalomban. Mérgezi az orvos-beteg bizalmi viszonyt, kiszámíthatatlanná teszi a betegutakat, irreális elvárásokat ébreszt, hátrányosan érinti a szakmai elveket, ellehetetleníti a kormányzati egészségpolitikai szándékok jelentős részét, torzítja az orvosképzést, hátráltatja a tudás átadását. A beteg és az orvos elemi érdeke, hogy a hálapénzt minél hamarabb a kormányzat is korrupciónak tekintse és kriminalizálja azt. Emiatt javaslatunk része,

hogy a bértábla teljesülésével a hálapénz adását és elfogadását a Büntető törvénykönyvben szankcionálja a jogalkotó. Az eddig alkalmazott elhúzó, csepegtetett béremelés politikai haszna csekély, mert ezen a módon a hálapénz mindig beépül az orvosi keresetbe. Javaslatunkban ezért a paraszolvencia eltörlését lehetővé tevő, egy lépéses béremelést fogalmazunk meg, mely képes áthidalni a szürke vagy fekete zónás bérkiegészítést.

A JAVASOLT BÉRTÁBLA MÖGÖTTI ELVEK

A javaslat figyelembe veszi Magyarország nemzetgazdasági teljesítőképességének határait, ugyanakkor számol az európai uniós környezet realitásával is.

1. A környező EU-tagállamokban az orvosi bérek a magyarországit leghagyták, beleértve ebbe a posztszocialista országokat, pl. Szlovákiát, mely 2012-ben döntött jelentős béremelési programról, illetve Romániát, mely rosszabb gazdasági teljesítményű országgént 2 éve már elindította a bérreformot. Elmondható, hogy az osztrák orvosi bér – mely Nyugat-Európában nem magas – használható kiindulási pontnak. Közös történelmi hagyományaink és a földrajzi közelség miatt a Magyar Nemzeti Bank felzárkóztatási programja Ausztriát jelöli meg referenciának, így tettünk mi is. Az osztrák szakorvosi alapbér jelenleg a magyar mi-

nimum 300%-a, az életkor haladásával ez az aránytalanság csak nő. Az osztrák bérszinthez viszonyított bérjavaslat megfogalmazásakor figyelembe vettük azt az elvet, hogy a munkavállalók nagy számban akkor hagyják el hazájukat, ha a külföldi bér legalább 50%-kal több.

2. A nemzetgazdasági teljesítmény korlátait figyelembe véve általános szabályként az ausztriai alapbér kétharmadát javasoljuk magyar alapbérként megállapítani, a szakorvosjelöltek és szakorvosok vonatkozásában is.

3. A bértáblában feltüntetett jövedelmekhez az egyetemi oktatói státuszra lépők, az osztályvezetői feladatot vállalók esetén 1,15%-os szorzót javaslunk bevezetni, mert ezek a feladatkörök az utóbbi években nehezen feltölthetővé váltak.

4. A javadalmazás ütemezésénél évi 4,2–4,3%-os növekményt javasoltunk, a szakvizsga megszerzése 30%-os, egyszeri béremelést jelent.

5. A kapott értékeket az infláció és a gazdasági növekedés ütemével korrigáltuk, hogy a bértábla ne inflálódjon el a következő pár évben.

ÜTEMEZÉS

A Magyar Orvosi Kamara a kormányzati ígéretnek megfelelően 2020 januárjától a költségvetés mozgásterének erejéig kéri a bértábla megvalósítását. A fennmaradó részt 2021-től egy lépésben, a hálapénz tiltásával egy időben szükséges megvalósítani. Az ütemezésben tehát elismerjük a tárgyévi gazdasági-költségvetési korlátokat, ugyanakkor a megállapodás nem halogatható.

**Teljes információ a MOK honlapján
(Forrás: mok.hu / MedicalOnline)**

premium Hepashake

Bizonyított*, hogy az erős energiabevitel-korlátozás, alacsony kalóriatartalmú diétával (Hepashake májdiéta) a máj zsírtartalmának csökkenéséhez vezethet.

Ezen kívül a táplálék is döntő fontosságú. A meghatározott rostanyagok, többek között a béta-glükán, ami a zabban van, a kolin, taurin és omega-3-zsírsavak, a kalóriacsökkentéstől függetlenül a májzsír leépülését pozitívan befolyásolják.

Az étrendi beavatkozás hatásos, és a mindennapokba könnyen beilleszthető.

Ilyen egyszerű!

**Háromszor naponta HEPASHAKE, tejtermékkel elkészítve
+ kétszer naponta zöldség elkészítve**
salátaként, levesként vagy más egyéb formában



reggel



délben



este



REGISZTRÁLJON ORVOSKÉNT
*a www.premiumshop.hu oldalon és rendelje meg
pácienseinek kedvezményes viszonteladói áron
a Premium Hepashake terméket!*

További információk a májdiétáról:
www.majdieta.hu, www.zsirmajindex.hu



*Teutsch M, Walle H, Becker C, Bodymed AG, Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung, Kirkel, Germany

Leberfasten nach Dr. Worm* | Forgalmazza: Premium Health Concepts Kft. |
9400 Sopron, Verő J. u. 1. | office@premiumhealth.hu | +36 30 / 229 2196 | +36 99 / 374 253



Egészségügy 5 Dimenzióban

Az egészségügy év eleji mérlege

Emberéletekben mérhető az opportunista kormányzati politika okozta veszteség, amelyre rendkívül cinikus reakció a kormányzat részéről a kór- és várótermek kifestésének ígérete – bírált kemény szavakkal az *Egészségügy 5 Dimenzióban* című, január 14-i budapesti konferencia nyitóelőadásában dr. Orosz Éva professor.

A közkiadások szűkülése, a munkaerő és a szabályozás hiánya miatt egyre növekednek a betegellátás zavarai, ennek nyomán pedig bizalmi és felelősségi válság alakul ki az ágazatban – vélte az ELTE Társadalomtudományi Kar Szociálpolitika doktori programjának vezetője.

Rendkívül tragikus a magyar egészségügy leszakadása, ennél nagyobb mértékű elmaradás csak a nyolcvanas évek végén volt tapasztalható a régió országaihoz képest. Míg a visegrádi országok sorában a csehek 36, a szlovákok 44, a lengyelek pedig 77 százalékkal növelték az egy főre jutó egészségügyi közkiadásokat 2006 és 2018 között, idehaza ez a bővülés mindössze háromszázaléknyi volt – sorolta az adatokat a professor asszony, aki szerint a magyar gazdaság növekedése ennél sokkal magasabb ráfordítást is engedett volna.

Növekednek az egyenlőtlenések, különösen az elkerülhető halálozásban, amely-

ben sokkal lassabban javult a hazai helyzet az elmúlt harminc évben, mint a hazánkhoz hasonló gazdasági helyzetben lévő államoké – vázolta. Míg 1989-ben mindössze tízszázalékos elmaradásban voltunk a csehekhez viszonyítva, 2016-ban már 60 százalékos volt az elmaradásunk az iszkémiás szívbetegség, a vastagbél-daganat és a tüdőrák miatti korai halálozás tekintetében. 2011 és 2016 között összesen 285 ezer, 75 évesnél fiatalabb magyar halt meg elkerülhető halálokok miatt. Mindezen adatok mögött pedig pénz van, mert az elkerülhető halálokok összefüggnek a jó minőségű egészségügyi ellátással – szögezte le Orosz Éva.

PRAXIS KONTRA PRAXISKÖZÖSSÉG

A kormányzat egyik alapellátási koncepciójának része, hogy praxisközössége-

be szerveződjenek a házi orvosok, ezt támogatandó immár második körben írják ki a *Három generációval az egészségért* pályázatot. Egy jól működő, 186 ezer lakos ellátásáról gondoskodó közösség képe bontakozott ki dr. Mester Lajos, a dél-alföldi praxisközösség szakmai vezetőjének előadásából. A zákányszéki házi orvos szerint a szervezeten, legálisan, finanszírozással működő praxisközösség megoldást jelent a helyettesítésre, ügyeletmenedzselésre egyaránt, javítja a betegútszervezést, és – az önkormányzati érdekeltség nyomán – a likviditási problémákon is segít. Bár a Szeged környéki praxisokat tömörítő együttműködésről rendkívül pozitív képet festett Mester Lajos, ugyanakkor megjegyezte, hogy az alapellátás reformjához szükség lenne a korábban ígért országos módszertani központ felállítására, valamint az alapellátási életpályamodell kidolgozásá-

ra is: kiégett orvosokkal és szakdolgozókkal ugyanis nem lehet új rendszert építeni.

Hol vannak az eredmények és evidenciák, amelyek igazolják a praxisközösségek létjogosultságát? – tette fel a kérdést *dr. Selmeczi Kamill*, az Alapellátó Orvosok Országos Szövetségének (FAKOOSZ) elnöke, aki szerint praxisközösségek helyett körzetrevízióra van szükség. A praxisközösségek finanszírozására csak a pályázati keretet biztosították, a stabil költségvetési forrást nem. Kevés a szakember is, és ha az egyetemi központok közelében meg is oldható, hogy rendelkezésre álljanak, az onnan távoli kistélepüléseken esély sincs arra, hogy többletszolgáltatást nyújtsanak a lakosságnak. Hiányszakmák szakembereket helyett inkább prevenciók növéreket várnának a praxisokba, a státusz finanszírozására a most élő, vonatkozó jogszabály is lehetőséget biztosít – fogalmazta meg az elnök.

Egyelőre senki nem tudja, mi is az a járási egészségügyi szakellátó központ – célzott a szakpolitika járási rendszerre épülő alapellátási koncepciójára *Selmeczi Kamill*, megjegyezve, esetleg lehetnek olyan területek, ahol működőképes lehet az elképzelés, ám a járóbeteg-szakellátók is szakemberhiánytól és az alulfinanszírozottságból eredő hosszú várólistáktól szenvednek. Vegyük tudomásul, hogy legjobb minőségben az egyéni praxisok biztosítják az alapellátást – hangsúlyozta a FAKOOSZ elnöke, aki szerint itt kell megoldást találni a betegek nagy tömegének problémáira, akik a rendszer ellátóképeségének szűkülése miatt a háziorvosnál rekednek.

Önkormányzati hozzájárulás nélkül piacképes háziorvosi ügyeletet nem lehet működtetni, ennek biztosításához egyértelműen finanszírozásbővítés szükséges – fűzte tovább *Selmeczi Kamill*, aki szerint

a sürgősségi betegellátó osztályok (sbo) és a háziorvosi ügyeletek párhuzamos működtetése életveszélyes lehet. Mindössze a budapesti betegek tíz százalékát küldik tovább az sbo-kra – állította hozzászólóként *dr. Rédey József*, a Sürgősségi Egészségügyi Magánszolgáltatók Országos Egyesületének elnöke, aki az alapellátó ügyeletek problémái között az emelkedő bérek mellett 2010 óta változatlan finanszírozást, az elavult jogszabályokat és a lakosság egészségügyi kultúrájának hiányát említette.

REMÉNYEK ÉS MILLIÁRDOK

Pozitív változásokban reménykedett előadásában *dr. Polák László*, a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnökhelyettese, aki derűlátását a december végén megjelent, a struktúra átalakítását célzó kormányhatározatra alapozta, hiszen átfogó adatgyűjtésről, minőségi indikátorok bevezetéséről, kötegelte finanszírozási formák kidolgozásáról első ízben jelent meg hivatalos kormányzati állásfoglalás. Bizakodásra ad okot az is, hogy a gazdálkodás és a kontrolling-monitoring rendszer javítására a járóbeteg-szakellátók is kapnak 15,7 milliárd forintot. Pozitív, régóta várt intézkedések ezek, ám az utolsó órában vagyunk, hogy eldőljön, véghez is viszik a terveket, vagy újabb megtorpanás várható – fogalmazott.

Az Egészséges Budapest program 55 milliárd forintnyi fejlesztési forrásából 2019 végére 16,7 milliárd forintot költöttek el a főváros és Pest megye szakrendelőinek fejlesztésére – számolt be előadásában *Mayer Ákos*, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ járóbeteg-szakellátási igazgatója. Az Egészséges Budapest Programiroda munkatársa azt is elmondta, a járóbeteg-szakellátás fej-

lesztésének szempontjából fontos lesz annak az 50 milliárd forintnak a sorsa, amelyről az önkormányzati választásokat követően döntött a Fővárosi Közgyűlés, ám egyelőre nyitott kérdés, hogy ez az összeg hogyan és mikor áll majd rendelkezésre.

KÓRHÁZGAZDÁLKODÁS: KI ÜLJÖN A BÜNTETŐPADON?

Óriási – akár években mért büntetőjogi kategóriákat kimerítő – felelősséget rónak a kórházi menedzsmentekre, miközben az összevont szakellátási kassza 932 milliárdjához képest eltörlődik az a 24 milliárd forint, amelynek hiányáért *Kásler Miklós* az intézményvezetőket teszi felelőssé – mondta előadásában *dr. Tamás László*, a Magyar Kórházszövetség elnökségi tagja, aki szerint a döntéshozók felelősségvállalásával is bőven akadnak problémák: az adósság 70 százalékáért ugyanis nem a kórházigazgatók felelősek. Az ellátási profilt, a területi ellátási kötelezettséget, a finanszírozási struktúrát, a HBCS értékét, a teljesítményvolumenkorlátot és az infrastrukturális adottságokat mind a döntéshozók határozzák meg.

Egyelőre nem látszik törekvés az ellátásokhoz való hozzáférés javítására sem, ahogyan az első lépéseket sem tették még meg az ígért, új finanszírozási rendszer irányába. Megállt a döntéshozókkal a közfinanszírozott és a magánellátás szétválasztását illetően is – sorolta tovább az MKSZ képviselője. Miközben direkt kívánalom, hogy nem adósodhatnak el az intézmények, költségvetésük sarokszámait a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Államkincstár határozza meg, évekkorábbi adatokra építkezve. Eközben folyamatosan változnak a betegellátás költségei, sok az extra kiadás,

és nem tervezhető bevétel. A nem valós költségeken alapuló finanszírozás mellett a munkaerőhiányból eredő bérspirállal és az amortizációs költségekkel sem számolnak. Magas színvonalú, várakozásmentes ellátást várnak el a kórházaktól, ám ehhez sem a finanszírozás, sem pedig a személyi és tárgyi feltételek nem adták. Az ellátási kötelezettség szorításában a kiadáscsökkentésnek nagy ára van, a többletbevétel előteremtése – például a tvk-mentes ellátások növelésével – nem egyszerű. Az MKSZ ezért olyan bevétel-növelő intézkedéseket vár az egészségpolitikai döntéshozóktól, mint a tvk felülvizsgálata, a kasszasöprés, a reális HBCS fedezet, új alapokra helyezett kódkarbantartás és esetfinanszírozás a nagy értékű eszközök, anyagok, terápiák esetében – sorolta Tamás László.

Azoknak kellene a büntetőpadon ülniük, akik ezt a rendszert kitalálták és fenntartják – egészítette ki az MKSZ elnökségi tagjának előadását a program levezető elnökeként *Lehoczky Péter*, a Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség korábbi elnöke.

Csak trükkös lépésekkel lehet ellátni a betegeket, amíg az egészségügy gazdálkodására az Államháztartási törvény vonatkozik. Erről már *Molnár Attila*, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének korábbi elnöke beszélt, és arra is figyelmeztetett, a bérhelyzet kezelhetetlenné válik, ha a kórházak egymás (hiányszakmás) embereire kezdenek hajtani, ugyanis a bértöbblet rovására a dologi költségek folyamatosan csökkennek. Bár az uniós fejlesztések és az új technológiák jelentős mértékben drágítják az ellátást, ennek semmilyen kompenzációja nem jelenik meg a finanszírozásban, hiányzik az árfolyam-ingadozás fedezete is, ami pedig erősen hat az importból származó orvostechonikai eszközök árára. Az állami

szervek részéről nem tapasztalnak együttműködési szándékot, pozitív hozzáállást az intézmények; Molnár Attila példaként említette, hogy nagyon deprimáló, amikor az Állami Számvevőszéktől (ÁSZ) akkor is csak rosszallás érkezik, amikor a szolgáltató kijavítja a korábban észlelt hibákat, hiányosságokat.

„AZ ADÓSSÁG VELÜNK MARAD...”

Rendkívül káros kommunikációt folytat az ÁSZ, az állami hivatal elnökének nyilatkozatai alkalmasak arra, hogy veszélyeztessék az állampolgárok egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmát – így folytatta Molnár Attila gondolatát *Rásky László*, az Orvostechonikai Szövetség főtitkára. – Amit a számvevőszék végez és mond, nem a megoldást szolgálja – tette hozzá. Tudjuk, ki a felelős az eladósodásért, ám hogy ki fogja megoldani a helyzetet, azt még nem – mondta a kórházi beszállítók képviselőjében *Rásky László*, és előadásából kiderült az is, egyelőre nem tudni, hogy tényleges kifizetések mikor történnek, csupán annyi biztos, hogy az adósságrendezésről szóló (központosított) tárgyalásokat február végéig le kell zárni.

A miniszter saját mulasztásait igyekszik a multinacionális cégekre és a beszállítókra hárítani, nyereszkezdéssel vádolva azokat – derül ki az Emmi legutóbbi közleményéből a főtitkár szerint, miközben az OSZ-hez érkező visszajelzések azt mutatják, lesznek olyan beszállítók, akik „bedobják a törölközőt”. A kifizetések elhúzódása nem a multikat, hanem a kis- és középvállalkozásokat érinti a legérzékenyebben. Egy esetleges reform politikai kockázata miatt *Rásky László* egyébként nem számít változásra az egészségügyi ágazatot illetően, mint fogalmazott: lesz pozitív kommunikáció, de az adósság velünk marad.

BÉREMELÉS KIS HIBÁKKAL

A betegbiztonságot, az egészségügyi dolgozók tisztességes megélhetését, a munkakörülmények javítását garantáló finanszírozást, valamint a jogszabályok és a valóság közötti krízis feloldását várja az egészségpolitikától a november végén megújult Magyar Orvosi Kamara (MOK). Az új elnök, *Kincses Gyula* szerint azonban minden átalakítás előfeltétele az orvosbérek rendezése. Ennek jegyében hozta nyilvánosságra a minap azt a bértáblát a kamara, amely lehetővé teszi, hogy minden, jövedelmét közfinanszírozásból szerző orvos egyetlen munkahelyen kereshesse meg az orvosi lét minőségi fenntartásához szükséges fizetését, biztosítva ezáltal a szakma társadalmi presztízsének felértékelődését.

A rezidenseknek 688–876 ezer, a kezdő szakorvosoknak 1,15–2,02 millió forintos alapbért javasol a MOK; a számításoknál figyelembe vették az ország gazdasági teljesítő-képességét, igazodva a szomszédos államok orvosbéréihez. A hivatásrend egylépcsős nagy emelést szorgalmaz, 2021-ben, cserébe támogatják a hálapénz kivezetését, büntethetőségét. *Kincses Gyula* jelezte, javaslatukkal párhuzamosan folytatódik a sztrájk tárgyalás, amelyre a szakszervezetek is hasonló nagyságrendű bértáblával készülnek.

A kormányzati kommunikációban régóta harangozott 72 százalékos szakdolgozói béremelés összességében 59 százalék lesz 2022-ben, mivel minden egyes emelés kiindulási alapja a 2018. január 1-jei bér – derült ki *Balogh Zoltán*, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elnökének beszámolójából. Elmondta, hogy szükség van az illetménypótlék-rendszer újragondolására, szakdolgozói életpályamodell kidolgozására és a munkakörülmények javítására.

Tarcza Orsolya

Kérdések az alapellátásról

Ennyien pályáztak kollegiális vezetőnek



Valamivel kevesebben pályáztak újra országos és megyei kollegiális vezetőnek; a területi választásokról lapzártánk idején még nincs hír.

Míg tavaly augusztusban összesen 29 házi orvos, házi gyermekorvos és alapellátó fogorvos jelentkezett országos kollegiális vezetőnek, az elmúlt év december 23-án ismételten kiírt pozícióra január 22-éig 14 házi orvos, egy házi gyermekorvos és három alapellátó fogorvos – összesen 18 fő – nyújtott be pályázatot – tájékoztatta kérdésre a *MedicalOnline*-t az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK). Kiderült az is, hogy megyei kollegiális vezető 55 házi orvos, 22 házi gyermekorvos és 26

fogorvos lenne. Arra a kérdésünkre, hogy voltak-e olyan megyék, ahonnan nem érkezett pályázat – a tavaly nyári procedura alkalmával több ilyen megye is volt – nem kaptunk választ.

A pályamunkákat háromfős szakmai testület bírálja el, amelybe az ÁEEK főigazgatója által delegált személy mellett az ÁEEK alapellátási módszertani feladatok ellátó vezetője, valamint a szakterület szerint érintett egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatának tagja kap helyet

– közölte még kérdéseinkre válaszolva a központ. Hozzá tették azt is, hogy a bírálóbizottság a döntés során vizsgálja, hogy a pályázó megfelel-e a vonatkozó rendeletben meghatározott követelményeknek. A beérkezett pályázatokról a bírálótestület megelőzően az országos szakmai vezető esetén a Magyar Orvosi Kamara (MOK), a megyei szakmai vezető esetén a MOK illetékes területi szerve is véleményt nyilvánít, amelyet a bírálóbizottság figyelembe vesz a kiválasztáskor.

Február elején hiánypótlásra szólítottak fel többeket – tudta meg lapunk egy pályázótól, akitől igazolást kért be utólag az ÁEEK, amely arra a kérdésünkre, hogy mikorra bírálják el a pályázatokat, ugyancsak nem válaszolt, így – mint az a pályázati kiírásból kiderül – csupán annyit tudni, hogy a kollegiális vezetőket április 1-jével nevezik majd ki.

Szintén figyelmen kívül hagyta a kollegiális rendszer fenntartásáért (is) felelős központ, hogy mikor várható a területi kollegiális vezetők választása, akiket – ugyancsak többszöri halasztás után – idén január 1-jéig kellett volna kinevezni. Bár az ÁEEK időközben közzétette a területek felosztását, a választások kiírásáról semmilyen információt nem közöltek.

Tételesem nem tartották be a vonatkozó jogszabályt – így összegezte még tavaly ősszel lapunknak *Éger István*, a MOK akkori elnöke a kollegiális vezetők pályázata körül kialakult helyzetet. Ugyanis bár a jelölés menetéről szóló rendelet értelmében a kinevezéseket az ÁEEK főigazgatójának, *Gondos Miklósnak* kellett volna szignálnia, hogy a megyei és országos vezetők szeptemberben megkezdhesék a munkát, ám a kinevezettek listáját jóváhagyásra az egészségügyért felelős államtitkárságra továbbították, ahonnan az emberi erőforrások miniszteréhez küldték, onnan pedig a Miniszterelnökségre juttatták el. A kinevezések hónapokig bolyongtak az államigazgatás útvesztőiben, annak ellenére, hogy ilyen procedúrát a vonatkozó miniszteri rendelet nem ír elő. Akkor *Horváth Ildikó* egészségügyért felelős államtitkár arról tájékoztatta a *MedicalOnline*-t, hogy jogi aggályok merültek fel a kinevezés folyamatát illetően, ám azokat tisztázták.

Ennek ellenére december 23-án az ÁEEK az augusztusban a – rendeletben

MI LESZ ÍGY A PRAXISKÖZÖSSÉGEKKEL?

Miközben nyár közepére kifut a házi orvosok praxisközösségekbe szerveződését ösztönző *Három generációval az egészségért* című pályázat első körében támogatást nyert projekt, egyelőre még nem jelent meg az alapellátási törvényhez kapcsolódó, a közösségek működését szabályozó rendelet, ahogy nem készült el az a finanszírozási stratégia sem, ami biztosítaná a közösségek további fenntartását.

foglaltaknak megfelelően elbíralt – pályázatot eredménytelennek nyilvánította és visszavonta, egyúttal újabbat írt ki. A miérteket firtató kérdésünkre a központ nem válaszolt, ahogyan arra sem, milyen – esetleg személyi – kifogások merültek fel a tavaly nyáron pályázó alapellátókkal szemben. Egyébként lapunkhoz számos panasz érkezett a tavalyi pályázóktól, hogy semmiféle értesítést nem kaptak az ÁEEK-től, sem a késlekedést, sem a pályázati anyaguk megfelelését illetően. Hogy a pályázók értesítése miért maradt el, arra ugyancsak nem válaszolt az ÁEEK.

CÉL MÉG AZ ALAPELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSE?

A kormány kiemelt figyelmet fordít az alapellátás megerősítésére – bár a korábbi években ritkábban hangzik el ez a mondat, ám számos korábbi ígéret elhangzott, illetve kormányhatározat is született a házi orvosok rendszer tekintetében. Ennek jegyében *Kásler Miklós*, az emberi erőforrások minisztere 2018 decemberében jelentette be, hogy az országos intézetek sorában létrehozzák az Országos Alapellátási és Módszertani Központot. Mivel a központ felállításáról az elmúlt több mint egy esztendőben semmiféle hír nem érkezett, lapunk szerette volna megtudni az Emmi sajtóosztályától, hogy tervezik-e még az országos

alapellátási központ kialakítását, vagy elvetették annak ötletét. Megkérdeztük azt is, hogy kialakították-e a központ koncepcióját, készült-e rendelettervezet az alapításról, az országos intézet feladatairól. Február 6-án elküldött kérdéseinkre azonban semmiféle válasz, reakció nem érkezett, így arra sem, hogy milyen összeget fordítanának a központ létrehozására.

Megkérdeztük a területért felelős tárcát arról is, hogyan áll az egészségügyi alapellátás 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programjának kidolgozása és az ahhoz kapcsolódó intézkedési terv kialakítása. Erről 2018 decemberében fogadott el határozatot a kormány, amelyben többek között szerepel, hogy az Emmi összeállítja a házi orvosok alapellátás hatásköri listáját, meghatározza a jelenleg a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó, az alapellátásban is végezhető szolgáltatások körét, a meghatározott szolgáltatások egészségügyi alapellátásban való végzéséhez szükséges személyi és tárgyi feltételeket. Szerepel a kormányhatározatban az is, hogy az Emminek gondoskodnia kell a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó, az alapellátásban is végezhető szolgáltatások végzéséhez szükséges alapellátási licenc és emelt szintű jártasság kereteinek szabályozásáról.

Kérdéseinkre az Emmi nem válaszolt.

Tarcza Orsolya / MedicalOnline

A Családorvos Kutatók Országos Szervezetének kongresszusáról

A praxisközösségek 78%-a folytatná

Pörgő szekciók, fiatal kutató családorvosok bemutatkozása, forró szakmai, szakorvosképzési és szakmapolitikai témák jellemezték a Családorvos Kutatók Országos Szervezetének XIX., február 27–29. közötti kongresszusát Győrött.



A szakmai témák között kiemelendő a krónikus nem fertőző betegek nemzetközi és hazai klinikai irányelveknek megfelelő gondozására vonatkozó jó gyakorlatok, korszerű technológiai-diagnosztikai lehetőségek, kutatási eredmények ismertetése. Az EESZT-ben rejlő, ellátást segítő technológiai lehetőségek is helyet kaptak több előadásban. A hazai családorvosi tanszékek sorra mutatták

be – nemzetközi példákkal is alátámasztva – kutatási eredményeiket, amelyeket oktató családorvosi praxisok közreműködésével valósítottak meg. Gyakorlati ajánlásokat fogalmaztak meg a diabétesz, hipertónia, krónikus szívelégtelenség, pajzsmirigybetegség, alvászavarok és egyéb gyakori betegségek korszerű diagnosztikájával és terápiás lehetőségeivel kapcsolatban.

A Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Tanszéke a hordozható, point-of-care ultrahang (POCUS) technológia szakképzési és gyakorlati diagnosztikai programot indít. A fejlesztés a dyspnoés betegek gyors, hatékony diagnosztikájának eszköze lehet Magyarországon is több európai ország után. A *dr. Varga Albert* professzor által vezetett tanszék egyéb point-of-care kutatásokat is folytat, ami a lakosság célzott diagnosztikájára irányul.

tikákhoz való hozzáféréseinek javítását és a családorvosi döntéshozatalt szolgálja.

A szakmapolitikai fókusz a 2019 novemberében megjelent háziiorvosi deklaráció, a praxisközösségi fejlesztések, a lakosság körében egyre népszerűbb praxisközösségi többlétszolgálatások és külföldi példák bemutatása felé irányult. Az EFOP-VEKOP praxisközösségek többsége 2020. június közepéig zár, ellátási területük közel 600 ezer fős lakosságot érint. Idén júliusig fut ki a „Három generációval az egészségért program” (3G) első pályázati időszaka is, amely hasonló nagyságrendű lakosságot érinthet, hiszen mindkét programban közel 400 háziiorvosi praxis vesz részt. Megtudtuk, hogy a praxisközösségbe tömörülő EFOP-VEKOP praxisközösségek 78%-a az európai uniós fejlesztésekre jellemző jelentős adminisztratív terhek ellenére is folytatni kívánja tevékenységét, látva a növekvő, pozitív lakossági fogadtatást és helyi eredményeket. A második 3G program nyertesei között megtaláljuk a korábbi EFOP-VEKOP praxisközösségeket is.

Országosan több mint 1000 magyar családorvos csatlakozott a svájci-magyar, majd az uniós és legutóbb a már államilag meghirdetett 3G praxisközösségi programokhoz. A pályázati tapasztalatok azt mutatják, hogy a magyar családorvosok bizonyították, készek megragadni minden elérhető pályázati lehetőséget a lakosság szélesebb, jobb minőségű, biztonságosabb ellátása érdekében. Az EFOP-VEKOP praxisközösségek felhívták az Nemzeti Népegészségügyi Központ Praxisközösségi Koordinációs Központja figyelmét a sorállásra, ami a népszerű többlétszolgálatások (pl. gyógytorna, dietetikai és szakpszichológiai szolgáltatások) kapcsán egyre inkább érzékelhető. Az EFOP-VEKOP Praxisközösségi Koordinációs

Központot magában foglaló Alapellátás-fejlesztési Módszertani Központ vezetője hangsúlyozta, azon dolgoznak, hogy 2021-re az alapellátási törvény, az 1773/2018. kormányhatározat és a Versenyképes Magyarország program tartalmával összhangban álló, rendszerszintű megoldásokra tegyen javaslatot a hivatalosan idén záró program.

Ezek között szerepelnek pl. a 2021-es költségvetési év praxisközösségi és krónikus beteggondozási finanszírozási javaslatai, a (szakmai társaságokkal egyeztetett) standardizált krónikus beteggondozási programok országos disszeminációja, országos

„ORSZÁGOSAN TÖBB MINT 1000 MAGYAR CSALÁDORVOS CSATLAKOZOTT A SVÁJCI-MAGYAR, MAJD AZ UNIÓS ÉS LEGUTÓBB A MÁR ÁLLAMILAG MEGHIRDETETT 3G PRAXISKÖZÖSSÉGI PROGRAMOKHOZ.”

eszközfejlesztési javaslat, és az új (praxisközösségi és csoportpraxis-működést is magában foglaló) alapellátás hatásköri lista. A központ vezetője pozitívként emelte ki, hogy a praxisközösségi fejlesztések sorában az állami 3G pályázatok több népegészségügyi jelentőségű betegség célzott szűrésére és gondozási tevékenységeit támogatják, ezáltal erősödött a definitív ellátási szemlélet a praxisközösségi fejlesztésekben. E célokkal összhangban áll a központ által irányított, szélesebb spektrumú, krónikus beteggondozási modellprogram, amely idén indult el 42 praxis részvételével, 6 jelentős krónikus betegcsoport szűrésének, gondozásának klinikai irányelvek szerinti ellátási gyakorlatának bevezetése érdekében.

A projekt legfontosabb eredményei három nyilvános konferencián jelennek meg terveik szerint idén június közepé-

ig. Az EFOP-VEKOP Alapellátás-fejlesztési Módszertani Központ a négy családorvosi tanszékkel, az alapellátásban érintett régi és új társszakmák vezető tanszékeivel, a NEAK-kal, a szakértő irányító hatósággal, eddig 30 orvosi és nem orvosi szakmai tudományos társaság több mint 100 delegáltjával, és az EFOP-VEKOP praxisközösségek vezető háziiorvosaival működik együtt.

A szakmapolitikai témák sorát a 2019-ben a HAOSZ által koordinált országos háziiorvosi deklaráció, a praxisközösségek gazdálkodási kérdései, illetve a meghívott külföldi előadók által ismertetett alapellá-

tás-fejlesztési tapasztalatok bemutatása jelzi. *Tomas Kolonyi* előadásában pozitív példaként említette a Szlovákiában kötelező vastagbélrákszűrést, amelyben helyet kap a háziiorvosi POCT diagnosztika, ami gyakorlatilag kizárja a fel nem használt tesztek lehetőségét. *Bohumil Seifert*, a prágai egyetem professzora ismertette a magyarhoz rendkívül hasonló kihívásokkal küzdő cseh háziiorvosi alapellátó rendszer aktuális fejlesztési irányait. Az erősödő cseh háziiorvosi akadémiai kar 2018 óta közvetlenül tárgyal a cseh kormánnyal, és együttműködik az alapellátó rendszer bizonyítékalapú, következetes fejlesztésén. A csehek pár év alatt elérték, hogy mára a családorvosi szakvizsga a legnépszerűbbek között van; a prágai családorvosi tanszék a harmadik legjelentősebb az egyetemen.

380 ezer forint pluszforrás

Rezsitámogatást kapnak a fogorvosok

Megkapják januártól a 380 ezer forintos pluszforrást a fogorvosi praxisok, derült ki a Magyar Közlöny január 31-én megjelent 17. számából. Mindezek ellenére tovább fogynak a házi- és a fogorvosi praxisok.

Kásler Miklós humánerőforrás-miniszter tavaly október végén jelentette be, hogy még abban az évben a minisztérium saját forrásból 4,44 milliárd forintos plusz egyszeri kiegészítő díjazást biztosít a praxisoknak, majd 2020-tól az addigi 130 ezer forint helyett havonta 380 ezer forint rezsitámogatást kapnak a praxisok.

Az erről szóló kormányrendelet szerint a havi 380 000 forint összegű díjazásra azok a közfinanszírozott szolgáltatók jogosultak, amelyek heti 30 órában rendelnek, míg az ennél alacsonyabb rendelési időben működő szakrendelések időarányosan csökkentett mértékű rezsitámogatásra jogosultak 2020. januártól.

Korábban az Emberi Erőforrások Minisztériuma (Emmi) azt közölte az *MTI*-vel, hogy a támogatás összege országosan több mint 9,5 milliárd forintos pluszt jelent a fogászati ellátásban. A tárca hangsúlyozta, hogy kiemelt célként kezelik a fogászati ellátás finanszírozásának folyamatos javítását. Ennek érdekében részesültek a köz-



finanszírozott fogorvosi alap- és szakellátó szolgáltatók egyszeri kiegészítő díjazásban is 2019. decemberben.

A heti 30 órában működtetett közfinanszírozott fogorvosi szolgáltatók és szakrendelések egyszeri 1,5 milliárd forintos támogatást kaptak, alacsonyabb rendelési idő esetén időarányosan csökkentett díjat állapítottak meg. Hozzá tették: az egyszeri, mintegy 4,5 milliárd forintos kiegészítő támogatásból 2291 alapellátási és szakellátási szolgáltató 3388 szervezeti egysége részesült.

Nagy Ákos keszthelyi fogorvos az egyszeri támogatás bejelentését követően a *Népszavának* azt mondta: elégedetlenek az összeggel. Már a 2016-os árakon is 1,6 millió forintra lenne szükségük praxisonként ahhoz, hogy ne legyen ráfizetéses a munkájuk. Ebből az összegből kell kigazdálkodniuk

saját és asszisztensük fizetését, azok költségeit, az összes anyag, gép, berendezés, azaz a rendelő összes költségét. Az akkor kapott összeggel 2020-ban emelkedhet alig 1,2 millióra a praxisfinanszírozásuk.

A körzetekre jutó egyszeri összeg legfeljebb arra elég, hogy megvásárolhassák az uniós által előírt amalgámszeparátort. (Ez az eszköz akadályozza meg, hogy az amalgám a közcsatornába kerüljön.) E kiadást elkerülni nem tudják, hiszen az egykori ÁNTSZ már jelezte, hogy ellenőrzi a szeparátor meglétét. *Nagy Ákos* szerint a kapott összeg valószínűleg nem is mindenkinek lesz elegendő, mert sok olyan fogászati szék van, amelyre már nem is szerelhető fel a szeparátor.

PM

(Forrás: *MTI* / *MedicalOnline* / *Népszava* / *Menedzsment Fórum*)



Júliustól egységes társadalombiztosítási járulékot vezetnek be

Mit hoz az új tb-törvény?

Az Országgyűlés 2019. december 11-én fogadta el a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló törvényt. Az elmúlt időszakban élénk vita alakult ki az új rendelkezések társadalmi hatásáról, a köztársasági elnök azonban kihirdette azt. Ugyancsak jelentős változás, hogy júliustól egységes társadalombiztosítási járulékot vezetnek be.

Újrászabályozta decemberben az Országgyűlés a társadalombiztosítási (tb) ellátások összes rendelkezését: egységes, 18,5 százalékos társadalombiztosítási járulékkulcsot határoztak meg jövő júliustól, és új rendelkezés az is, hogy aki nem fizeti az egészségügyi szolgáltatási járulékát, három hónap után elesik az egészségügyi szolgáltatás térítésmentes igénybevételének lehetőségétől.

A parlament 112 igen, 20 nem szavazattal és 37 tartózkodás mellett fogadta el a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint az ezen ellátások fedezetéről szóló törvényt. A nyugdíjjárulék, a természetbeni és a pénzbeli egészségbiztosítási járulék, valamint a munkaerőpiaci járulék 2020. július

1-jétől összeolvad; a társadalombiztosítási járulék mértéke megegyezik ennek a négy járuléknak az összegével, tehát 18,5 százalék.

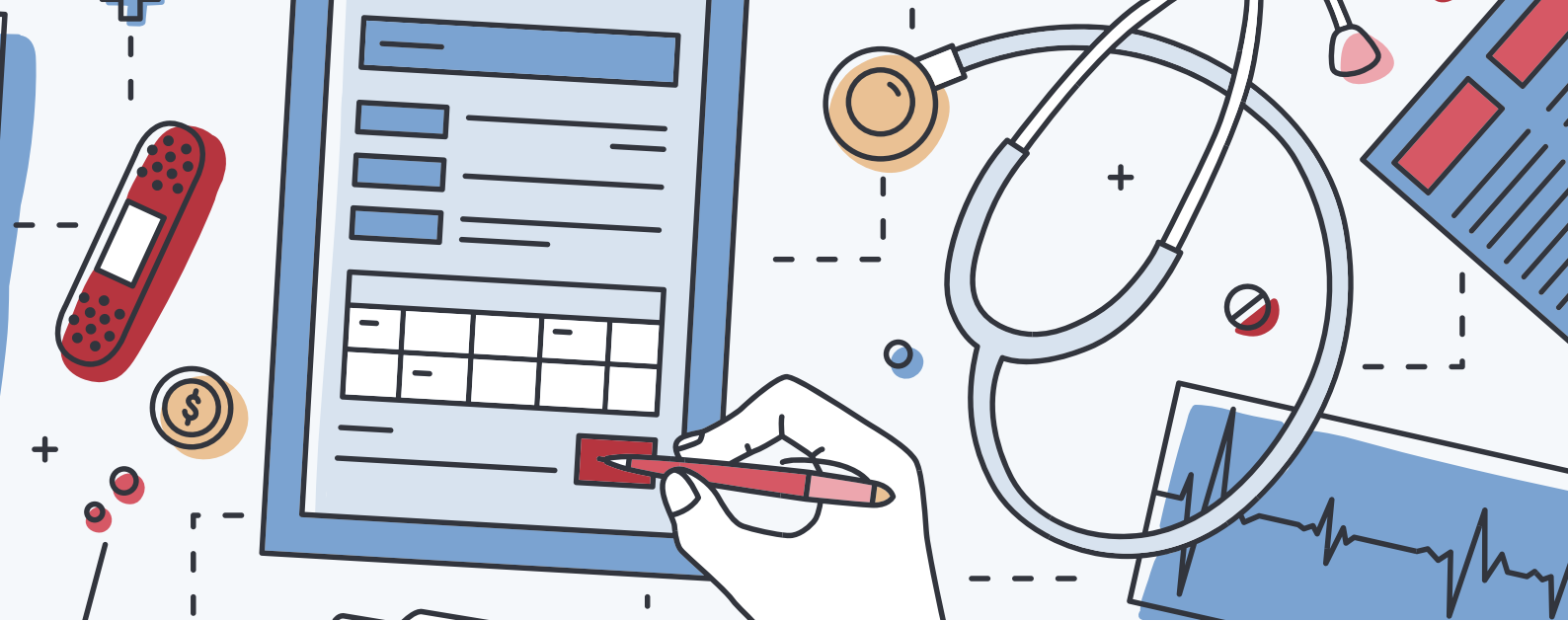
Egyes biztosított kategóriákban új kötelezettség lesz az egységes tb-járulék megfizetése úgy, hogy ezzel ellátási jogosultság is jár. Azaz az őstermelők, illetve a megbízási jogviszonyban dolgozók a tb-járulék fizetésével szereznek munkaerőpiaci jogosultságot július 1-je után.

Izer Norbert, a Pénzügyminisztérium adóügyi államtitkára november végi expozéjában arról is beszélt, a vállalkozóknak az új járulékot a minimálbér után kell megfizetni, míg jelenleg az egészségbiztosítási és a munkaerőpiaci járulékot legalább a minimálbér másfélszerese után fizetik az egyéni és társas vállalkozók.

Az új szabályozással járulékmentességet kap minden munkát vállaló nyugdíjas, jövedelmüket ezentúl csak a 15 százalékos személyi jövedelemadó terheli. Jelenleg csak a munkajogviszonyban állók kapnak járulékmentességet.

A törvény 7 710 forintban határozta meg júliustól az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegét.

Újdonság, hogy ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett nem teljesíti fizetési kötelezettségét, és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja a háromhavit, a TAJ-szám érvénytelen lesz, az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe, amíg a tartozást nem egyenlíti ki.



A Pénzügyminisztérium korábbi közlése szerint ez a szabály nem érinti a sürgősségi ellátást, a változás azokra vonatkozik, akik saját maguk fizetik az egészségügyi szolgáltatási járulékot.

A gyermekek után járó családi kedvezmény a jövőben a teljes, 18,5 százalékos társadalombiztosítási járulék terhére érvényesíthető lesz.

A SZOLIDARITÁS SÁRBA TIPRÁSA?

Embertelennek, a szolidaritás sárba tiprásának tartja a társadalombiztosítási ellátásról szóló új törvényt, és ezért annak visszavonását követelte mások mellett a Magyar Szakszervezeti Szövetség (MASZSZ). A MASZSZ közleményében kifejtette, hogy a kormány az új jogszabállyal csaknem félmillió embertől készül megvonni az orvosi ellátást. Ez a törvény a beteget az orvos ellen, a munkavállalót a munkáltató ellen, az egészséges embert a beteg ellen fordítja, fogalmaztak, hozzátéve, az új tb-törvény miatt „minden magyar ember szegyenkezhets”, annak üzenete ugyanis, hogy „akinek nincs pénze a gyógyulásra, az haljon meg”.

A szakszervezeti szövetség a többi közt kitért arra is, hogy a jövőben mindenkinek ajánlott meggyőződnie arról, a munkáltatója befizeti-e utána a tb-járulékot. A törvény szerint ugyanis, ha valakinek háromhavi

járuléknak megfelelő, 23 ezer forint hátraléka mutatkozik a számláján, akkor elesik az ingyenes ellátástól, s a máskor rutinvizsgálatért több tízezret, komolyabb beavatkozásért pedig több százezret vagy akár egymillió forintnál is többet kell fizetnie. A MASZSZ szerint „képtelen helyzetbe” kerülhetnek az orvosok is azzal, hogy a nem fizetőktől meg kell tagadniuk az ellátást, hiszen a gyógyításra esküdtek fel.

ellátását. Ezen a most elfogadott törvény nem változtatott. A törvénymódosítás nem érinti a sürgősségi ellátást és a mentést. Erre továbbra is, úgy, mint eddig, mindenki jogosult marad” – közölte Áder János, aki szerint a törvénymódosítás azért indokolt, mert az elmúlt időben jelentősen nőtt azoknak a száma, akik (nem kevesen szándékosan) nem fizettek egészségügyi szolgáltatási járulékot, de az egészségügyi szolgáltatást

„EMBERTELENNEK, A SZOLIDARITÁS SÁRBA TIPRÁSÁNAK TARTJA A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI ELLÁTÁSRÓL SZÓLÓ ÚJ TÖRVÉNYT, ÉS EZÉRT ANNAK VISSZAVONÁSÁT KÖVETELTE MÁSONK MELLETT A MAGYAR SZAKSZERVEZETI SZÖVETSÉG.”

A KÖZTÁRSASÁGI ELNÖK KIHIRDETTE

Az elfogadott törvényről a köztársasági elnök hivatala honlapján közölte: „Néhányan azt vizionálták, hogy 700 000 ember eshet ki az egészségügyi ellátó rendszerből. Mi az igazság? Az új szabályozás alapján, úgy, mint eddig, teljes körű természetbeni egészségügyi ellátásra jogosult minden kiskorú, minden tanuló, minden nyugdíjas és minden biztosított munkavállaló. A hatályos törvények ma is biztosítják a szociálisan rászorultak, hajléktalanok egészségügyi

igénybe vették. Ez igazságtalan és méltatlan a járulékot becsületesen fizető honfitársainkkal szemben, fogalmazott. Ezért az új törvény úgy rendelkezik, hogy azok a személyek, és csak azok, akik a jövőben szándékosan nem fizetnek egészségügyi szolgáltatási járulékot, az egészségügyi szolgáltatást csak akkor vehetik igénybe, ha tartozásukat rendezték. Ugyanakkor a sürgősségi ellátásra a tartozásukat még ki nem fizető polgárok is jogosultak”, jelezte az államfő.

PM-összeállítás

(Forrás: MedicalOnline / MTI)

Itiner a leszokáshoz

A dohányzásról leszokás elősegítése minden egészségügyi dolgozó feladata. Minden páciens esetében elvégzendő a minimálintervenció, mely mindössze 3-5 percet vesz igénybe. A dohányzási szokások és a nikotinfüggőség felmérését követően tanácsolni kell a leszokást és felmérni a motiváltság mértékét. A leszokás támogatására számos nem gyógyszeres módszer és farmakoterápiás lehetőség áll rendelkezésre, melyeket optimális esetben kombináltan célszerű alkalmazni, amelyekről a cikkben részletesebben olvashat.

A dohányzás világszerte jelentős közegészségügyi probléma, mely többféle morbiditással jár, és nagyban hozzájárul a mortalitáshoz is. Világszerte mintegy 820 millió ember dohányzik. Bár az Európai Unió országaiban a dohányzás már kevésbé „divat”, mint akár 15–20 évvel ezelőtt, ami a dohányosok arányában is megmutatkozik, még mindig nagyon nagy számban dohányoznak az emberek – és nincs ez másként hazánkban sem. Világszerte évente közel 6 millió ember idő előtti halálát okozza a dohányzás, illetve annak következményei. Ehhez járul még annak a mintegy 600 ezer nem dohányzó főnek az idő előtti halála is, akik a passzív dohányzás következtében kialakuló betegségekben veszítik életüket. Amennyiben a jelenlegi tendencia folytatódik, 2030-ban már 8 millióra emelkedik azok száma, akik dohányzással összefüggő betegségek következtében halnak meg évente.

Az Eurobarometer két évvel ezelőtti adatai szerint Magyarországon 27 százalék volt a dohányosok aránya a teljes lakosságon belül, mely nagyjából megfelel az Európai Unió átlagának. Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy ez az átlagérték viszonylag széles tartományt fed le, melynek egyik



végén Svédország áll a maga 7 százalékaival, míg a másik végén Görögország, ahol a teljes felnőtt népesség 37 százaléka dohányzik.

A fenti epidemiológiai adatok fényében nem szorul különösebb magyarázatra, miért van akkora jelentősége a dohányzásról való leszokásnak, valamint az ezt elősegítő szakmai programoknak. A dohányzásról való leszokás elősegítése minden egészségügyi dolgozó feladata – dolgozzon akár az alapellátásban, akár a szakellátásban.

A DOHÁNYZÁS EGÉSZSÉGHÁRÓZÓ HATÁSAI

Ha a dohányzás szóba kerül, akkor az első betegség, ami mindenkinek eszébe jut, a tüdőrák. És valóban, az úgynevezett nem-kissejtes tüdőrák eseteinek több mint 90 százaléka dohányosoknál alakul ki.

Ám a dohányzás káros hatásai messze túlmutatnak a tüdőrák gyakoribb előfordulásán. Dohányosoknál jelentősen fokozódik számos betegség előfordulásának kockázata; ilyenek többek között a szív- és érrendszeri megbetegedések (pl. szívkoszorúér-betegség, magas vérnyomás), a tüdőrákon kívül egyéb szervek (pl. szájüreg, nyelőcső, gége, húgyhólyag) rosszindulatú daganatai. A nem tumoros jellegű kórképek közül ki kell emelni a légúti betegségeket, ezen belül is elsősorban a krónikus obstruktív tüdőbetegséget (COPD).

Különös figyelmet érdemel a dohányzás összefüggése a gyermekvállalással: a dohányosok körében gyakoribb a meddőség, de a dohányzás a már létrejött terhességek esetében is fokozza a kedvezőtlen kimeneteket, például a koraszülés

előfordulását – annak minden rövid és hosszú távú következményével.

A DOHÁNYZÁSLESZOKÁST TÁMOGATÓ PROGRAMOK CÉLCSOPORTJAI

Minden dohányos esetében arra kell törekedni, hogy felkeltsük és erősítsük a beteg motivációját arra, hogy meghozza a dohányzásról való leszokásra vonatkozó döntést és azt következetesen végig is vigye.

Vannak azonban olyan rizikócsoportok, akik számára különösen nagy jelentősége van a leszokásnak. Ide tartoznak a kardiovaszkuláris és/vagy krónikus légúti megbetegedésekben szenvedők, a cukorbetegség és a mentális betegséggel küzdők, az egyébként egészséges populáció tagjai közül pedig a várandósok és a fiatalok.

A dohányzás visszaszorítása sokrétű népegészségügyi és szakpolitikai feladat, melynek alapja, hogy a dohányosok a lehető legtöbb és legkorszerűbb ismeretekhez hozzájuthassanak a dohányzással összefüggő káros egészségügyi következményekről, továbbá a leszokás rövid és hosszú távú előnyeiről.

ÁLTALÁNOS FELADATOK A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSÁRA

A dohányzásról való leszoktatást segítő programok menetét módszertani útmutatók tartalmazzák. De még mielőtt az ezekben foglaltakra részletesebben rátérnénk, vegyük sorra, melyek azok az általános célkitűzések, melyek elérésében minden egészségügyi dolgozónak részt kell vállalnia a mindennapi munkája során:

- A közvéleményt tájékoztatni kell a dohányzás következményeiről és arról, hogy a dohányzás elhagyásának segítésére hatásos eszközök és programok állnak rendelkezésre.
- Az egészségügyi dolgozóknak (orvosoknak, gyógyszerészeknek, egészségügyi szakdolgozóknak, védőnőknek stb.) graduális és posztgraduális képzésük során a lehető legtöbb ismeretet kell szerezniük a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokról és a leszokást segítő módszerekről.
- A rutin betegellátás során minden orvosnak rá kell kérdeznie a hozzá forduló dohányzói szokásaira. A dohányzásról való leszokás támogatására rendelkezésre álló minimálintervenciós módszereket az adott pácienshez és ellátóhelyhez kell adaptálni. (A minimálintervenció fogalmáról és menetéről a cikk későbbi részében lesz szó.)
- Olyan, a dohányzásról való leszokást segítő szakellátást kell létrehozni és működtetni, mely széles körben hozzáférhető az érintettek számára.

A dohányzásról való leszokást segítő minimálintervencióban az egészségügyi dolgozókon belül is kiemelt szerepet kell kapniuk a felnőtteket és serdülőket ellátó háziorvosoknak, az iskolaorvosoknak és a védőnőknek, a tüdőgyógyászoknak, a népegészségügyi szakembereknek és a gyógyszerészeknek. Emellett azonban az egészségügyi ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettségű szakembertől elvárható, hogy ellátási helyzetének megfelelő mértékben támogassa a páciensek dohányzásról való leszokásra irányuló tö-

rekvéseit és minden dohányosnak tanácsolja a leszokást, akivel napi munkája során kapcsolatba kerül.

A leszokástámogatás folyamatát a következő oldalon látható ábra mutatja be.

A STRATÉGIA MEGVÁLASZTÁSA SPECIÁLIS CÉLCSOPORTOK SZÁMÁRA

Nők és férfiak esetében is ugyanazok a leszokást támogató stratégiák ígérnek eredményt, ezért – a várandós nők kivételével – nők körében ugyanazon eljárás követendő, mint a férfiak esetében. A dohányzásnak a várandós nőkre és a magzatra gyakorolt káros hatása miatt a várandósok számára a leszokástámogatással kapcsolatos minimálintervenciót meghaladó mértékben kell pszichoszociális támogatást nyújtani a leszokás elősegítésére.

Dohányzó gyermekek és serdülők esetében is a felnőtteknél alkalmazott tanácsadás és magatartás-alapú kezelés ajánlott, a beavatkozás tartalmát, az esetleges leszokási módszert azonban az életkori sajátosságok figyelembevételével módosítva.

Nem cigarettá dohányszermékeket használók esetében ugyanazok a leszokást támogató módszerek és elvek érvényesek, kiemelt figyelemmel arra, hogy kérdezzünk rá a speciális dohányszermékek használatára.

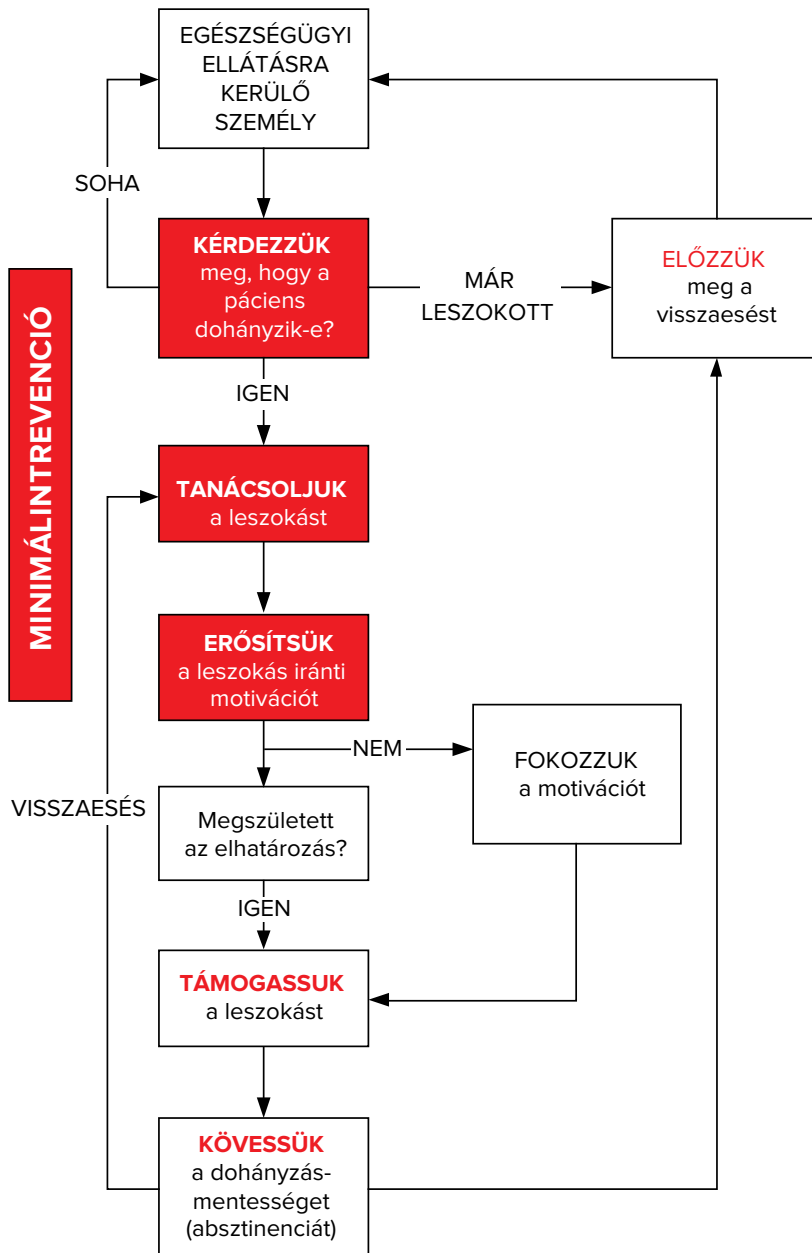
A dohányzásról leszokás támogatásának stratégiája

AZ 5A STRATÉGIA ELEMEI

Ask (Kérdezz) – mindenekelőtt kérdezzünk rá a dohányzói szokásokra.

Advise (Adj tanácsot) – amennyiben a páciensről kiderül, hogy dohányos; javasoljuk neki a dohányzásról való leszokást.

A LESZOKÁSTÁMOGATÁS FOLYAMATA



Assess (Mérd fel) – tisztázzuk, hogy a páciens meddig jutott el a leszokásra irányuló szándék, motiváció tekintetében.

Assist (Segíts) – biztosítsuk a páciens számára azokat a terápiás lehetőségeket és pszichés támogatást, melyek segítik őt céljai elérésében.

Arrange follow-up (Kövessd) – szervezzük meg azokat a kontrollviziteket, melyek során nyomon követhető az előrehaladás, és felismerhetők a visszaesés korai jelei.

A MINIMÁLINTERVENCIÓ LÉPÉSEI

A minimálintervenció azokat a lépéseket tartalmazza, melyeket minden dohányos számára fel kell ajánlani, ennek időigénye mindössze 3–5 perc. A minimálintervencióknak egyénre szabottnak kell lennie, ezért figyelembe kell venni az adott személy speciális körülményeit, motivációját és preferenciáit. A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátás során a dohányzás tényének azonosítására és az alapszintű tanácsadásra, megfelelő motiváció esetén pedig a további teendők megválasztására, a leszokás megtervezésére, a célok kijelölésére – a pácienssel együttműködésben.

A minimálintervenció lényegében az 5A stratégiájának első három pontját foglalja magában, ezért ezekre részletesebben is kitérünk.

1) A dohányzási helyzet és a nikotinfüggőség mértékének meghatározása

A nikotinfüggőség a szerhasználat maladaptív módja, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, mely az alábbi tünetek közül legalább három tünet meglétében nyilvánul meg egy adott 12 hónapos periódusban:

- Tolerancia, melyet a következők valamelyike jellemez: a szer jelentősen fokozott mennyisége iránti igény az intoxikáció vagy kívánt hatás elérése érdekében; a szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken a hatás.

A FÜGGŐSÉG AZ AGYBAN DÖL EL...



Függetlenül az idült pszichiátriai kórelőzménytől placeboval összehasonlítva nem volt szignifikáns különbség a neuropszichiátriai események tekintetében.* A 12. és 24. héten a CHAMPIX terápián lévő betegeknél szignifikánsan magasabb volt a leszokási arány bupropionhoz, nikotinadagoló tapaszhoz (NiQuitin®) és placebohoz képest.¹

* Az elsődleges biztonságossági végpont egy összetett végpont volt, amely 16 mérsékelt és súlyos neuropszichiátriai mellékhatásból tevődött össze, amelyek a szorongást, a depressziót, az rendellenes érzést, (súlyosnak minősített) ellenségeséget, nyugtalanságot, agressziót, téveszméket, hallucinációkat, gyilkossági gondolatokat, mániát, pánikot, paranóliát, pszichóziót, öngyilkossági gondolatokat, öngyilkossági hajlamot és befejezett öngyilkosságot (mind mérsékelt vagy súlyos besorolású) tartalmazta.

...SEGÍTSÉN BETEGEINEK MEGSZABADULNI TŐLE!

CHAMPIX®
varenicline tartrate

Referencia:

1. Anthenelli RM, et al. *Lancet*. 2016;387:2507-2520.

A CHAMPIX a dohányzásról való leszokás elősegítésére javallott felnőtteknek. A betegeknél ki kell jelölnie egy időpontot a dohányzás abbahagyására. A CHAMPIX adagolását általában 1-2 héttel ezen dátum előtt kell elkezdni. A betegeket 12 hétig kell CHAMPIX-szel kezelni.

Adagolás:

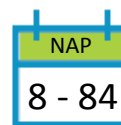
Az ajánlott adag naponta kétszer 1 mg vareniklin, egy hetes titrálást követően:



0,5 mg naponta egyszer



0,5 mg naponta kétszer



1 mg naponta kétszer

CHAMPIX 0,5 mg filmtabletta (I); CHAMPIX 1 mg filmtabletta (II)

Hatóanyag: (I) 0,5 mg vareniklin (tartarát formájában); (II) 1 mg vareniklin (tartarát formájában) **Kiadhatóság:** Orvosi vényhez kötött gyógyszer (V)

Kiszerelés: Champix 0,5 mg és 1 mg filmtabletta (11x0,5 mg + 14x1mg); Champix 1 mg filmtabletta (28x); Champix 0,5 mg filmtabletta (56x); Champix 1 mg filmtabletta (56x) **Ár:** Bruttó fogyasztói ár: Champix 0,5 mg és 1 mg Filmtabletta (11x0,5 mg + 14x1mg): 9 907 Ft; Champix 1 mg filmtabletta (28x): 10 927 Ft

Ajánlott fogyasztói ár: Champix 0,5 mg filmtabletta (56x): 22 353 Ft; Champix 1 mg filmtabletta (56x): 22 353 Ft

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Alkalmazási előírás: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_hu.pdf

- Megvonás, melyet az alábbiak egyike jellemez: a szerrel kapcsolatos jellegzetes megvonási szindróma; ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevitele a megvonásos tünetek enyhítésére vagy megelőzésére.
- A szert a páciens gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig használja, mint azt eredetileg szándékozta.
- Állandó szerkivánc vagy sikertelen próbálkozások a szer használatának abbahagyására vagy kontrollálására.
- Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, használatára (pl. láncdohányosok) vagy a hatásaitól való megszabadulásra.
- Korábban fontosnak tartott szociális, foglalkozási vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat javára.
- A szerhasználat folytatása olyan, tartósan fennálló vagy visszatérő testi vagy lelki problémák ellenére, amiről az egyén tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza és/vagy súlyosítja.

2) Ha aktuálisan dohányzik a beteg, javaslat a dohányzás abbahagyására

Ennek során is röviden vázolhatjuk a dohányzás nem kívánt egészségi hatásait és a leszokás előnyeit.

3) A leszokási motiváltság felmérése

Ennek tisztázására az alábbi kérdések feltevése javasolt:

- Mennyire akarja, mennyire eltökélt, hogy felhagyjon a dohányzással?
 - Mikor szeretné letenni a cigarettát?
 - Mit szándékozik tenni, milyen módszerekkel tervezi a leszokást?
 - Miben kér segítséget?
- Amennyiben a minimálintervenció (az 5A stratégia első három pontja) alapján úgy tűnik, hogy a páciensben megvan a kellő motiváció és ambíció a leszokásra, tájékoztatni kell őt az elérhető intenzívebb segítő formákról (leszokást támogató szakrendelés, csoportos tanácsadás stb.). Fel kell térképezni a társuló betegségeket, különös tekintettel a rizikócsoportok esetében korábban már említett betegségrcsoportokra (szív- és érrendszeri betegségek, légúti betegségek, pszichiai kórképek stb.). Végül a páciens követése is a stratégia szerves része, ezért a minimálintervenció keretében is javasolt a megszervezése.

A NEM GYÓGYSZERES ÉS GYÓGYSZERES LESZOKÁSTÁMOGATÁS LEHETŐSÉGEI

Nem gyógyszeres módszerek

Ezek számos formája ismeretes, melyek jelentős részének hatásosságát azonban nem támasztják alá megbízható tudományos bizonyítékok.

Az igazoltan hatásos módszerek az alábbiak: orvosi tanácsadás és minimálintervenció; önszorgító anyagok; motivációs intervenció; intenzív egyéni tanácsadás; intenzív csoportos tanácsadás; proaktív telefonos tanácsadás; mobiltelefonon alapuló intervenciók (szöveges és/vagy videóüzenetek küldése).

A legjobb eredmények akkor érhetőek el, ha az igazoltan hatásos módszereket programszerű leszokástámogatás keretében alkalmazzák, ez azonban leginkább

a szakellátás szintjén, leszokást támogató szakrendelésen valósítható meg képzett szakemberek által. A kilélegzett levegő szén-monoxid- (CO) szintjének mérése alkalmas a nikotinabstíncencia nyomon követésére.

Farmakoterápiás módszerek

A farmakoterápiás módszereknek alapvetően két típusa ismert: a nikotinpótló terápia és a nikotinmentes készítmények. A páciens követésére farmakoterápia javaslata és alkalmazása esetén is szükség van, és lehetőség szerint kombinált terápia alkalmazandó.

Evidenciával rendelkező és hozzáférhető leszokástámogató gyógyszerek:

- nikotinpótló terápia (rágógumi, tapasz, orrspray, inhaláló, tableta/szopogatótableta)
- nikotinmentes készítmények: vareniclin

Az elektromos cigaretta (e-cigaretta) eredményessége a leszokástámogatásban nem bizonyított, ezért egészségügyi szakember által nem javasolható. Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával összefüggő egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez sem.

Bizonyítottan nem hatásos eljárás az akupunktúra és a hozzá kapcsolódó újabb eljárások, valamint a biofeedback sem.

Az elérhető farmakoterápiás módszerek hatékonynak bizonyultak. Az Emmi jelenleg érvényes irányelve szerint is erős dohányosoknál a vareniclin tekinthető a dohányzástól való leszoktatás leghatékonyabb alternatívájának.

Dr. Simonfalvi Ildikó

(Forrás: Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzástól való leszokás támogatásáról 2019. EüK. 2. sz., Emmi szakmai irányelv.)

Lezárás dátuma: 2020. január 06. PP-CHM-HUN-0027

A védőoltással megelőzhető fertőzések prevenciója a krónikus betegek gondozásának része

A komplex betegellátás a szakorvosok és házi orvos kollégák együttműködésével valósulhat meg, közös teherviseléssel lehetünk eredményesek kezelésben és infekciómegelőzésben egyaránt. Az immunizáció része a beteggondozásnak, azonban vélt vagy tényleges ellenjavallatok miatt az oltási gyakorlat közel sem zökkenőmentes.

A krónikus betegségben szenvedő, emellett akár immunológiailag sérült páciensek biztonságos immunizációját már évtizedes gyakorlattal végezzük. Tapasztalat szerint sajnos a diagnózis megállapításakor a megelőzhető betegségek elleni védettség állapota ismeretlen marad. Aktív prevenció még kevesebbszer történik egy halasztható immunmoduláló kezelés bevezetése előtt, alatt. A betegek többsége teoretikus oltási kontraindikáció miatt legfeljebb a gyermekkori kötelező oltások beadásakor kerül a klinikai oltási tanácsadó látóterébe.

Az alapbetegségben szenvedő pácienseknél a diagnózis megállapításakor szükséges a beteg védettségi felmérése

(anamnézis, oltottság, szerostátusz), ami a **gondozó intézmény kompetenciája**. Az **oltási tanácsadó kompetenciája** a kérdéses esetekben az olthatóság eldöntése (élő gyengített kórokozókat tartalmazó oltások) és az oltási eredményesség vizsgálata. A feltárt státusz alapján a pácienssel egyéni prevenciósterv alapján kell foglalkozni, nem az életkor szerinti kötelező oltási rend szerint. Az oltási terv lebonyolítása részben a **házi orvos kollégák feladata**.

Oltottságot és védettséget figyelembe véve kell befejezni egy korábban megkezdett sorozatot, vagy emlékeztető oltást adni. Diftéria-pertusszisz-tetanusz-polio (dpt-IPV, DPT IPV HIB), pneumococcus (PCV 13, PPV23) meningococcus (MenC,

MenB, MenCV4), hepatitisz A, B, bárányhimlő, kanyaró, rubeóla és mumpsz megelőzése szükséges lehet. Szezonálisan van napirenden az influenza elleni védőoltás. Az olthatóságot a páciens állapota természetesen nagyban befolyásolja, de halasztható kezelés esetén tervezhető egyéni oltási menet, melyet későbbiekben folytatni kell.

Az immunizáció hatékonyságának érdekében fontos a folyamatos védettség fenntartása, alkalmazkodva a páciens aktuális egészségi állapotához, immunstátuszához és a járványügyi helyzethez. Az alkalmazott vagy tervezett terápia hatásmechanizmusát, hatástartamát, esetleges szövődményeit minden beteget ellátó orvosnak ismernie kell!



SEMMIKÉPPEN NE FELEDJÜK: A tévesen megállapított oltási ellenjavallat kára sokszorosan felülmúlja a feltételezett oltási reakció misztifikált következményét. Immunizációval összefüggésben állapotromlás nem következik be, ellenben a védettség megszerzése, a fogékonyság ismerete a páciens számára nyereséget jelent.

JAVASOLT MUNKAMENET

- Védőoltással megelőzhető fertőzések elleni védettség felmérése MIN-DEN betegnél. (HAV, HBsAg, HBcIg, antiHBs, morbilli, rubeola, mumpsz, anamnézis hiányában VZV)
- Minden betegnél szóba jöhet az oltottság alapján: dpt, dpt IPV, DPT IPV HIB, pneumococcus (PCV 13, PPV23),

meningococcus (MenC, MenCV4, MenB), Humán papillomavírus (HPV2, HPV9) elleni oltások

- Járványidőszakban minden betegnél:
 - influenza (előtérben a 4 komponensű vakcina használata!)
- Szerostátusz alapján (oltottság alapján)
 - hepatitisz A, B
 - MMR – immunstátusz és kezelés függvénye – OLTÁSI TANÁCSADÓ KOMPETENCIÁJA
 - Varicella – immunstátusz és kezelés függvénye – OLTÁSI TANÁCSADÓ KOMPETENCIÁJA

Oltások eredményességének vizsgálata (szerostátusz-vizsgálat: HAV IgG, antiHBs) oltás után, nem megfelelő immunválasz esetén az alternatív oltási sor megtervezése, az M-M-R oltás, bárányhimlő elleni oltás

beadása és az eredményesség ellenőrzése az OLTÁSI TANÁCSADÓ FELADATA.

Minden beteg környezetében szükséges az indirekt prevenció, fészekimmunizáció alkalmazása, mely egyértelműen a házi orvos kollégák kompetenciája.

Dr. KULCSÁR ANDREA

Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet

A cikk a szerző véleményét tükrözi, amely eltérhet a GlaxoSmithKline Kft. álláspontjától.

Ez a cikk a GlaxoSmithKline Kft. felkérésére készült.

További információért forduljon képviseletünkhöz: GlaxoSmithKline Kft., 1124 Budapest, Csórsz u. 43. Telefon: +35-1 225-5300, fax: +36-1 225-5302, www.gsk.hu.

PM-HU-VX-JRNA-190001
Lezárás dátuma: 2019. 09. 05.



**Dezloratadin
hatóanyagú
vény nélkül
kapható
gyógyszer**




**NAPI 1
TABLETTA**

**Felveszi a harcot
az allergiás tünetekkel!**



*Fejlesztés és tudás a kiváló
minőségű, hatásos és
biztonságos termékekért.*

A tájékoztató kizárólag gyógyszerek rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők számára készült.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos alkalmazási előírást a http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=50364 webcímen tudja elérni a  ikonra kattintva.

Krka Magyarország Kft. 1138 Budapest, Dunavirág utca 2-6., 3. torony 6. emelet; Tel.: (1) 355 84 90; Fax: (1) 214 95 20; www.krka.co.hu

VenoprotEP

filmtabletta

tisztított és mikronizált
flavonoid frakció

VÉNAVÉDELEM

Hatása
dózisfüggő

60x kiszereelés
**1 HAVI
ADAG**



**VÉNAVÉDŐ
GYÓGYSZER**
MAGYAR
GYÁRTÓTÓL

Krónikus vénás elégtelenség kezelése

nehézláb-érzés

fájdalom

feszülés

éjszakai lábikragörcs esetén

Akut hemorrhoidális krízis tüneti kezelése.

Klinikai vizsgálatokban igazolt hatások!



https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=157859

A gyógyszerek alkalmazása előtt kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást! Bővebb felvilágosításért, további információért forduljon hozzánk bizalommal, készséggel állunk rendelkezésére!



EXTRACTUMPHARMA

Gyógyszergyártó, Forgalmazó és
Szaktanácsadó zrt.
www.expharma.hu

több
mint

25 éve
a magyar betegekért

1044 Budapest,
Megyeri út 64.
Tel.: 06-1-233-0083
Fax: 06-1-233-1426

e-mail: budapest@expharma.hu

**MAGYAR
GYÓGYSZER**

KÖZÖS A MÚLTUNK, KÖZÖS A JÖVŐNK.