Magyar Orvosi Kamara - Foglalkozás-egészségügyi Szekció konferenciája

Dr. Hazay Balázs, a MOK foglalkozás-egészségügyi szekciójának elnöke

Tisztelt Vendégeink! Tisztelettel köszöntöm Önöket a Magyar Orvosi Kamara Foglalkozás-egészségügyi Szekciójának konferenciáján. Ez a második nap, amikor találkozunk. Az első nap nagyon értékes előadást hallottunk Dr. Kereszty Éva egészségügyi főcsoportfőnöktől. A rendezvényünket Kökény Mihály miniszter úr nyitotta meg.

Egy sajnálatos bejelentést kell tennem. Az előre meghirdetett programban szerepelt Ungváry professzor úr előadása. Ő ezt két héttel ezelőtt lemondta arra hivatkozva, hogy a foglalkozás-egészségügy jövője című előadást ő megtartotta Pécsett a MÜTT kongresszusán. Ugyan, azt már májusban tisztáztuk, hogy nem ugyanaz a hallgatóság lesz, és akkor ezt elfogadta, de most azt is nehezményezte, hogy a tematikával tulajdonképpen nem ért egyet. Május óta a tematika sem változott.

Levele utóiratában

jelezte, hogy professzor asszony sem tudja vállalni az előadását. Azt az előadást a professzor asszony határozta meg, ő mondta el a címet, hogy mi legyen. Személyesen, áprilisban, májusban és júniusban is egyeztettünk, de csatlakozott professzor úrhoz és nem tudta vállalni az előadása megtartását, aminek címe „Munkahely és hipertónia” lett volna. Ungváry professzor úr helyett nem tudtunk biztosítani előadót, hiszen hiába monda ő és írta a levelében, hogy keressünk kompetensebb személyt

őnála, nem tudunk kompetensebb személyt találni, illetőleg Kereszty Éva főcsoportfőnök asszony, kérésünkre, részben kitért a foglalkozás-egészségügynek jövőbeni lehetőségeire. Ugyanakkor, Morvay professzor asszonynak az eladásának a helyettesítésére fölkértük Dr. Knoll Júlia főorvos asszonyt, kardiológust, akit szeretettel köszöntünk és érdeklődéssel várjuk az előadását.

Amint látják, és a meghirdetett program szerint is kerekasztal beszélgetés lesz. Mindegyikünknek van egy előadási témája, tehát egy rövid előadást fog tartani, és utána, kér déseket várunk és megpróbálunk arra válaszolni. Lehet, hogy átfedések lesznek, illetőleg olyan módszer lesz kialakulóban, amelyet nem tudunk előre meghatározni. Lehet, hogy egyik témához a másik

előadó is hozzászól,

illetőleg lehet, hogy nem az fog válaszolni akinek fölteszik a kérdést, hanem

másik előadó.

Remélem, hogy érdekessé tudjuk tenni ezt a kerekasztal beszélgetést, és előre viszi a foglalkozás-egészségügynek a szekerét.

Engedjék meg, hogy rátérjek rögtön a lényegre, azért választottuk első eladásként, illetve az első témának a foglalkozás-egészségügy finanszírozását, mert amint észrevették, az elmúlt 2–3 évben ezek a témák már nem kaptak szerepet a közös összejöveteleinken. Ennek roppant egyszerű az oka, úgy gondolták, hogy ennek más fórumon kell helyt adni, és külön kell választani a tudományt az érdekképviselettől. Én azt hiszem, hogy a foglalkozás-egészségügy addig és akkor tudott elérni nagyon jó eredményeket, amikor maximálisan együttdolgoztunk, maximálisan együtt próbáltuk mind a kettőt, az érdekérvényesítést és a tudományt is előre vinni. Bízom abban, hogy a jövőben szintén lehetőség lesz arra, hogy újból együttműködjünk és ne csípőből történjenek az akaratoknak a véghezvitele.

Finanszírozás. A finanszírozás egy rendkívül izgalmas téma és izgalmas probléma, hiszen ebből élünk. 1995-ben teljesen megváltozott a körülményünk, hiszen a korábbi állami finanszírozásból átmentünk az egészségügyben egy teljesen szokatlan területre, amikor vállalkozásban, közvetlen szerződésben a munkáltatóval, magunk határozzuk meg, hogy milyen körülmények között és hogy élünk. Tehát amit keresünk, amit haza tudunk vinni, amit meg tudunk takarítani, abból kell fenntartani magunkat. Mindenki emlékszik arra és tudja, talán saját bőrén is tapasztalta, hogy az a 800 üzemi szakorvos, akinek megszűnt a szerződése az állami intézményekkel, kórházakkal, azok az utcára azért nem kerültek, mert lehetőséget biztosított a munkavédelmi törvény és az ahhoz kapcsolódó, 1995-ben hatályba léptetett korm ányrendelet és népjóléti miniszteri rendelet, ahhoz, hogy vagy egy szolgáltatást hozzon létre vagy pedig egy szolgáltatásban elhelyezkedjen. Tehát több lehetőség adódott: vagy én dolgozom egy szolgáltatónál, vagy pedig én hozom létre a szolgálatot, illetve ketten vagy többen összeállunk és közösen működtetjük a szolgáltatást.

Részt vettem az ÉT albizottságainak azon tárgyalásain, amelyek témája az általunk kidolgozott fejkvóták tartalmi és összeg szerinti elfogadása volt. El kell mondani Önöknek, hogy az akkor és ott megegyezett szövegtől eltérően a kormány rendeletben más szövegezés látott napvilágot. Mi azzal álltunk fel az asztaltól, a jegyzőkönyvekben utána lehet nézni, hogy: „Az 1. számú mellékletben lévő fejkvótát *kell* alkalmazni. *Magasabb összegben* is megállapodhatnak, ha a körülmények ezt indokolják.” A
magasabb összeg
,

azt jelentette, hogy amelyik cég többet akart szánni a rendeletben megjelent fejkvóták összegénél a minőségi ellátás növelése céljából az ezt megteheti és költségben elszámolhatja.

Ehelyett, kijött a rendelet az ismert szöveggel „Eltérő megállapodás hiányában az 1. számú mellékletben lévő fejkvótát kell alkalmazni”. Ez a változtatás, „ az
eltérő megállapodás
,”

szövegezés miatt romba döntötte az elképzelt

egész rendszert.

Mert mit is jelentett ez ? Ez abban a pillanatban azt jelentette, hogy a munkáltató megpályáztatta az állást, mert kötelező, és mivel ekkor a szolgálatoknak referenciái

nem

voltak, hiszen elvétve volt egy-egy vállalkozás, nyilván azt választotta, aki számára a legolcsóbb volt. Olyan szolgáltatást adtak el, amit tulajdonképpen nem is tudott kontrollálni a munkáltató, hogy mit vesz meg. Ez sajnos azt eredményezte, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás minősége és az ettől elvárt hatékonysága sok helyen nem éri el a kívánt szintet.

Egyesek egy olyan haszonszerzési lehetőségnek tekintik a foglalkozás-egészségügyi tevékenységet, amelynek az a lényege, hogy kevés ráfordítással minél több pénzt nyerjenek maguknak.

A kezdeti időkben még nem is kellett szakvizsga hozzá, tehát csak feltételhez kötötték, hogy meddig kell letenni a szakvizsgát, de lehetőséget adtak, hogy végezzék ezt a tevékenységet. Sőt, vállalkozást nyissanak és vállalkozhassanak. A rendeletnek nagy hibája, ellentétben a háziorvosi rendelettel, gyógyszerészi rendelettel, hogy ezt a tevékenységet bárki csinálhatja. A népjóléti miniszteri rendelet szerint bármely természetes és jogi személy alapíthat ilyen

vállalkozást Ez azt jelenti, hogy alapíthatja jogász, pék, közgazdász, vagyis aki megfelelő tőkével rendelkezik bárki, ha biztosítja a személyi és tárgyi feltételeket. Jó e ez a helyzet ?

Szerintem a jelenlegi

körülményeket figyelembe véve teljesen hibás. Miért ? Mert a működések ellenőrzése elégtelen! Nem a formai jelentésekre, az ÁNTSZ engedélyeztetési folyamatára gondolok, hanem a szakma önellenőrzésére. Arra, hogy tudjuk, mert halljuk, észleljük, hogy egyesek a munka helyett csak pecsételnek és számláznak, illetve olyan tevékenységet végeznek foglalkozás-egészségügy címén amit „a kenyéradó gazda „ a munkáltató megrendelt. Mert egyre inkább terjed az a szemlélet, hogy a szűrések kerülnek előtérbe. Ezt sem tartom bajnak, de ez nem mehet a foglalkozás-egészségügyi feladatok ellátásának rovására, azoknak a feladatoknak amelyeket elméletben már több mint 2000 üzemi szakorvos ismer.

A fentiek „szép példáját" látják ha rákattintanak a www.foglalkozasegeszsegugy.hu honlapra. Ott egy döbbenetes hirdetés jelent meg, amivel

úgy látszik sem a Kamara Etikai Bizottsága, sem az ÁNTSZ nem tud mit kezdeni és nem tud mit csinálni, legalábbis ezek a válaszok. Nem mondom el annak tartamát azért, mert érdemes az egész hirdetést elolvasni.

A szakmai munka ellenőrzésekor feltárt legsúlyosabb vétségek a legtöbbször semmilyen következménnyel nem járnak. Ha mégis akkor elterjed, hogy személyeskedés, piacszerzési akarások, összefonódások vannak a háttérben.

Tehát tulajdonképpen 1995-től alakultak meg a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok. A finanszírozásuknál az a nagy különbség, hogy közvetlenül a munkáltatóval történik a szerződés. Az elmúlt mintegy 9 éves tapasztalatunk alapján levonhatjuk a tanulságokat. Ezek alapján vannak pozitívumok és negatívumok. Nézzük először a sok pozitívumok közül talán a leglényegesebbeket a szolgáltató szemszögéből :

szabadon megválaszthatja, hogy elvállalja e a vele szerződni kívánó cég ellátását / van olyan szolgáltató amelyik un. „rázósabb „A" kategóriába tartozók ellátását nem végzi/ ;

saját kalkulációja szerinti összegért szerződhet;

ha nem alkalmazott megválaszthatja munkatársait;

bővítheti, szűkítheti az ellátott létszámot, ha arra van lehetősége és biztosítja a jogszabályi feltételeket;

maga határozza meg, hogy mennyit fejleszt, milyen új műszereket vásárol, hogy megkönnyítse ill. tökéletesítse munkáját

Most nézzünk a negatívumok közül néhányat :

A FESZ-ek a szerződések megkötésénél kiszolgáltatott helyzetbe, sokszor megalázó helyzetbe kerülnek. Megdöbbentő áralámenések alakultak ki .

Tudomásunk van olyan szerződésekről, van olyan vállalkozó kollégánk, aki a 8 000 forintos jelenlegi ajánlott kamarai árszintet, amit minden évben mindenki tudja, hogy az inflációnak megfelelően módosítunk, a 8 000 forint helyett 800 forintért ajánlkozik.

Fölhív fölháborodottan egy kolléga az egyik nagyvárosunkból, hogy ő látta el eddig az önkormányzat munkavállalóit évek óta kölcsönös teljes megelégedéssel, de most az egyik „tisztelt” kolléga ajánlatot tett az önkormányzatnak, hogy 1 500 forintos fejkvótáért vállalja az ellátást.

Hatalmas különbségek alakultak ki. Tehát megint egy pénzszerzési lehetőség sokaknak megfelelő teljesítés nélkül. Emlékezzenek vissza, hogy korábbi miniszterünk, amikor országos fórumokon és Kamara küldött közgyűlésén kijelentette a foglalkozás-egészségügyről, hogy pecsételésből és pénzbehajtásból áll, akkor hivatalból óriási módon fölháborodtunk, kikértük magunknak, és hivatkoztunk arra, hogy ez csak elenyésző számban fordul elő. A gond csak az, hogy az Önök visszajelzései alapján egyre több

helyen van ilyen probléma. Félő, hogyha nem történnek alapvető rendeleti változtatások, egzisztenciális okok miatt egyre többen lesznek kénytelenek lemenni az árakkal, azok is, akik eddig minőségi kifogás nélkül művelték szakmájukat. Könnyű belátni, hogy az árbevétel csökkentése a minőségi ellátás rovására megy.

Beszéltünk a jogalkotásról. Szándékos vagy át nem gondolt rendeletalkotásra került sor. Amikor a fejkvóták összegszerűségét kidolgoztuk azt véltük, hogy végre az egészségügyön belül egy olyan területet szervezhetünk, ahol az orvost, a nővért tisztességesen

meg lehet fizetni, ahol az amortizációt

a továbbképzés költségeit , a banki, ügyvédi, a rendelő kialakítási, bérlési, fenntartási költségeit lehet finanszírozni. 1993-ban, amikor először foglalkoztunk

a nagyvárad téri előadóteremben, a szakma jeles képviselői előtt és

ismertettem a tervezett fejkvóták mértékét

- akkor még a D-kategóriára 3 200 forintot és az A-kategória 6 400 forintot számoltunk –, majdnem kifütyültek engem, hogy én mit képzelek, hogy ilyen olcsón meg lehet ezt csinálni. 15 000 Ft-os fejkvótáról beszéltek 1993-ban! 20 000 forintos fejkvótáról beszéltek 1993-ban az orvosok, a kollégák!

A munkáltatók küldöttsége meg kinevetett azért, hogy mit képzelünk, hogy ilyen sokat kérünk, hogy 3 200 Ft.

Ha emlékeznek, a tévékben, a rádiókban akkor kétszer megjelent az, hogy elutasította az ÉT, és a harmadik ülésen megegyezés történt. Megegyezés történt abban, miután a legvégső indokom és érvem az volt, hogy „Uraim, Önöket annyira nem érdekli a munkavállalók egészségi állapota, hogy sajnálnak tőle egy fél pár munkavédelmi kesztyű árát havonta!” és erre őtőlük, hátulról beszólt valaki „de az rossz minőségű” mondta. Erre nevetés volt, és megszavazták. És ez változatlanul átment a kormányrendeletbe, csak sajnos ez így jött ki. Na most, a mai helyzetnek a kialakulása, hogy mért alakult ki és hogy alakult ki, azt nem lehet megfelelően értékelni a múltnak az ismerete nélkül. Tehát ennek benne kell lenni, hogy ismerjük, hogy, hogy volt ez és hogy alakult ki és hogy jutott el ez idáig. Ennek a következménye egyértelmű, hogy a tevékenység színvonalának a csökkenése következik be. Nagyon magunk között vagyunk, nehogy az legyen, hogy a Parlamentben valaki fel áll és azt mondja, hogy ennek a tevékenységnek így ahogy végzik nincs értelme. Hogy ezt elkerüljük, úgy gondolom, hogy egy nagyon komoly minőségjavulásnak és javításnak kell történnie.

Milyen további negatívumok vannak? A foglalkozás-egészségügyben dolgozó orvosok részére új feladatok elvégzésének lehetősége jelent meg. A Munkavédelmi Törvény módosításával a kockázatbecslés és az ehhez tartozó további tevékenységek foglalkozás-orvosi szaktevékenységnek minősültek. Ez azt jelenti, hogy a munkáltatók részére a foglalkozás-egészségügyi orvos is végezhet ilyen feladatot. Ezeket az új feladatokat rendeletileg kihozzák, leírják. Igen, ezt is meg lehet csinálni. Sajnos azt elfelejtik hozzátenni, hogy külön díjazásért.. ugyanis van olyan foglalkozás-egészségügyi orvos, aki ezt el tudja végezni, és van olyan foglalkozás-egészségügyi orvos, aki

nem. Át tudja nézni, de nem megcsinálni, esetleg azért mert nem ért hozzá vagy az elfoglaltsága miatt nincs rá ideje.

Na most, megint jön a munkáltatótól való függőség, ami tulajdonképpen így alakul: A munkáltatónak kötelezettsége, hogy a kockázatbecslést elkészítse. Ha ez foglalkozás-egészségügyi szaktevékenység, akkor ott van a foglalkozás-egészségügyi orvosom, csinálja meg. A foglalkozás-egészségügyi orvos meg azt mondja, hogy kérem szépen, én megcsinálom, de ezért kérek ennyit, meg ennyit, meg ennyit. Erre a munkáltató azt mondja, hogy ne vicceljen, hát a kollégája megcsinálja foglalkozás-egészségügyi ellátásban ugyanazért a pénzért. Tehát ebben a pillanatban fenyegeti őt a felmondás veszélye. Meghajtja a fejét és azt mondja, hogy jó, én is csinálom. Szóval, ezt a kiszolgáltatottságot valamiképpen meg kell szüntetni, ez így a továbbiakban nem mehet.

A szolgáltatás igénybevételének költségként való elszámolhatóságát kihasználva egyes foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók más egészségügyi szolgáltatást is végeznek azokat megcímkézve foglalkozás-egészségüggyel. A kifizetett összegek nem nőnek, és a foglalkozás-egészségügyi feladatok háttérbe szorulnak. Nem akarom kimondani a cég nevét, de foglalkozás-egészségügy címen az lehetett nála nyerő, aki azért az összegért megcsinálja a fizikoterápiát – mert van fizikoterápiára alkalmas helysége és műszere -

meg a fogászatot is. És ez foglalkozás-egészségügy. Tehát megengedhető az, hogy a cég mondja meg, hogy mi a foglalkozás-egészségügy? Ő dönti el, hogy neki ez a foglalkozás-egészségügy? Azt hiszem, hogy ez szintén a szakma lejáratása tulajdonképpen, viszont az az orvos és az a csoport, az a szolgáltató az megint behajtja a fejét, hogy igen, hát akkor csináljuk azt is, mert elveszítjük a szerződésünket.

Az 1993-ban kidolgozott árak, amik 1995-ben jöttek kormányrendeletbe, javasolt árak. Azokon minden évben a Magyar Orvosi Kamara az inflációt beszámítva módosított. Ezt a karbantartást nagyon sok orvos és nagyon sok kolléga telefonok özönével követeli tőlünk. Teljesen jogosan, és azért követeli, mert sok kollégának okosan olyan szerződése van a munkáltatóval, hogy a mindenkori kamarai árak alapján szerződik. Tehát ezt érdemes figyelembe venni. 1999-ben a kormányrendelet módosítása történt oly mértékben ahogy azt

akkor a MOK javasolta. A MOK elnöksége minden évben

kihirdeti és az Orvoslapban meg is jelenteti összegszerű ajánlásait. Magyar Orvosi Kamara Foglalkozás-egészségügy Szekciója mindenkinek elküldi azt, aki kéri..

Jövőt illetőleg. Én nem látok és sokan nem látunk más megoldást, mint megváltoztatni a finanszírozását ennek a rendszernek. 1993-as, azt hiszem, parlamenti döntés a balesetbiztosítási ág létrehozása. A balesetbiztosítási ágnak az előkészületi munkálatai befejeződtek. Dr. Juhász Ferenc főigazgató úr vezetésével egy team végezte ezt a tevékenységet. A Kormány a bevezetésén hezitál, bevezetésének időpontja teljesen bizonytalan. Dr. Kereszty Éva főcsoportfőnöknek felvetettem a foglalkozás-egészségügyi pénztárnak a létrehozását, mert véleményem szerint egy sokkal igazságosabb, jól konrollálható rendszert lehetne kialakítani. A jelenlegi helyzetben tisztességtelen előnybe kerülnek egyesek. Kik ? Hát például a kórházak, például a rendelőintézetek. helyzeti lehetőségüket a háziorvosok is kihasználják, mert a háziorvosoknak a rendelő fenntartása, a mosatás és egyéb dolog eleve minimum 30%-kal olcsóbbá teszi a vállalkozási lehetőségüket, hiszen nem kell kétszer ugyanarról gondoskodniuk. És aki csak foglalkozás-egészségügyet csinál, abban a pillanatban háttérbe kerül, és háttérbe szorul. Meggyőződésem, hogy szakmánk magas színtű művelésére csak akkor kerülhet sor, ha az ezt végzők legalább kétharmada ezt főtevékenységben látja el. Ha nem a pénzszerzési kényszer irányítja a tevékenységet. Ha részidőben végző munka csak valóban ellátási érdekből lesz lehetséges. Kimutatásaink szerint valamennyi megyében a főtevékenységben dolgozó kollégák el tudnák látni a feladatot. Igen, de a kapcsolatok rendszere ezt megakadályozza.

Én nem tudok jobbat, mint egy foglalkozás-egészségügyi pénztárnak a létrehozásával, ezeket a dolgokat megoldani. Én azt hiszem, hogy ebben lehet gondolkodni, rengeteg megbeszélést, egyeztetést tartani, kinek jó, hogy jó. Az eddig kialakult pozitívumokat megtartani. Az alkalmazott orvosoknak, a vállalkozóknak, olyan dolgokat kell behozni a rendszerbe, ami garantálja, hogy nem történik aránytalanítás illetve elvonása ezeknek a pénzeknek, az elvonása más célok felé.

Az egyik megyénkben egy tisztességtelenül áralámenő kollégával szemben az ottani Orvosi Kamara etikai eljárást indított. Ő följelentést tett erre a Versenyhivatalhoz, hogy ő meg úgy érzi hogy ez egy versenyszituáció, ugyan elismerte hogy nagyon lement az árakkal, de csak azért, hogy ő kapja meg a szerződét. Ennek az volt a következménye, hogy a Versenyhivatal 1 millió forintra büntette a Magyar Orvosi Kamarát azért, mert az etikai statútumába belevette azt, hogy aki ár alá megy az etikai vétséget követ el. Gondolom a jelenlevők közül is sokan voltak azon a mintegy ezer fős előadáson, ami a Kertészeti Egyetemen történt az egyik fórumon Megkérdeztem az ezer embert a Kamara részéről, hogy akiről tudomásunkra jut, hogy ár alá megy, az megkaphatja-e a legsúlyosabb etikai büntetést. A mi

ntegy ezer emberből 999 föltette a kezét, 1 ember tartózkodott. És azok tették föl a kezüket, akikről pontosan tudtuk, hogy gyalázatosan alámennek az áraknak. Tehát ennyit magunkról. Én azt hiszem, hogy ezek azok a dolgok, amelyek nem népakarat szerint kell, hogy történjen, hanem szabályozók kellenek. Szigorú szabályozók, csak a szabályozókat kontrollálni kell, hogy valóban megtörténnek, és előbb-utóbb ez a szakmának egy óriási fejlődését eredményezheti.

Én köszönöm szépen a meghallgatást, és felkérem Dr. Juhász Ferenc főigazgató urat, az Országos Orvos Szakértői Intézettől előadásának a megtartására. Köszönöm szépen.

Dr. Juhász Ferenc, az Országos Orvos Szakértői Intézet főigazgatója

Kedves Kolléganők! Kedves Kollégák! Az elnök úr említette, hogy amellett, hogy jelenleg az Országos Orvosszakértői Intézet főigazgatója vagyok, és nyilván nem ez a főfeladatom, hanem a megváltozott munkaképességgel kapcsolatos ügyeknek bizonyos irányú intézése, de jelenleg én vagyok a Munkavédelmi Tárcaközi Koordinációs Bizottság Balesetbiztosítási Szakbizottságának az elnöke, korábban az OEP egyik főosztályvezetőjeként én voltam felelős a balesetbiztosítási rendszer kidolgozásáért. Néhányan talán korábbi fórumokon, rendezvényeken találkoztak velem, és számomra emlékezetes, talán 1998–99-ben lehetett egy foglalkozás-egészségügyi fórum a Kertészeti Egyetemen, amikor nem túl nagy örömmel fogadták, általában véve, a foglalkozás-egészségügyi orvosok a balesetbiztosítási rendszert. Én akkor is meg voltam győződve, hogy meg fog változni a szakmájukat komolyan művelő foglalkozás-egészségügyi orvosok véleménye ebben az irányban, ennek valamelyest most nyomát látom. De egyértelmű, mint az előző előadás is mondta, nem finanszírozásról kell beszélni, hanem finanszírozási rendszerről, a finanszírozási rendszer szoros összefüggésben van a feltételekkel, az akkreditációval, az ellátások minőségével, és ha egy finanszírozási rendszer nem szolgálja azt, hogy csak megfelelő feltételekkel rendelkező és kiváló vagy megfelelő minőséget nyújtó szolgáltató kap finanszírozást, akkor nagy a probléma.

Ezt a kérdést hazánkban is korábban, háború előtt, illetve most más országokban, az európai uniós országok többségében többé-kevésbé jól, megoldja a balesetbiztosítási rendszert. Hazánkban 1907-ben vezették be, a németek 1884-ben. A balesetbiztosítással kezdődött tulajdonképpen a társadalombiztosítás.

Elnézést kérek, egy kicsit eltérek a témámtól, de lehet, hogy ez Önöket jobban érdekli. Nem tudom megállni, mivel szóba került az MM, hogy a balesetbiztosításról ne mondjak néhány szót, illetve, hogy hogy áll ez a kérdés, illetve mi lehet a kiút, hiszen ez Önöket bizonyos értelemben jobban érdekli szerintem, mint a rokkantsági nyugdíjrendszer, bár jól működő rendszerben ehhez is kell, hogy valami közük legyen. Problémák vannak a foglalkozás-egészségüggyel, ez egy dolog. Még nagyobb a gond azonban a munkavédelemmel, a dolgozók egészségének a védelmével általában, és akkor ide bele kell venni a munkabiztonságot, a munkaegészségügyet, a munkahigiénét. A foglalkozás-egészségügy problémája csak részjelenség ebben az egész körben.

Olyan statisztikai adatokkal rendelkezünk a munkabalesetekre, foglalkozási megbetegedésekre vonatkozóan, amelyek egyértelműek, hogy nem a valóságot tükrözik. Magyarországon évente 25, maximum 30 000 munkahelyi baleset van bejelentve, ezzel szemben a kevesebb munkavállalót foglalkoztató Ausztriában több mint 100 000, Finnországban több mint 150 000. A bejelentett foglalkozási megbetegedések száma évente ma már nem éri el az 500-at, Ausztriában 3 000, Finnországban 5 000. Blődség lenne azt gondolni, hogy Magyarországon a munkavédelem helyzete ennyire jó, és ennyire jó a dolgozók egészsége.

Egyébként, ha már a statisztikákat megnézzük, megnézzük a morbiditását a lakosságnak, megnézzük a halálozást, akkor az derül ki, hogy Európában az egyik legrosszabb helyzetben vagyunk. Az is botorság lenne, ha mi is azt hinnénk, mint általában mondják akár felelős személyek is, hogy mindebbe, hogy ilyen rossz a lakosság egészségügyi állapota, semmi szerepe nincs a munkahelyi egészségkárosító ártalmaknak. Mindannyian tudjuk, másoknak is kellene, hogy tudják azt, hogy a munkahelyeken sokszorosa az egészségkárosító kockázatoknak a mindennapi élethez képest. Művi környezet, vegyszerek, mechanikai ártalmak, Önöknek ezt nem kell mondani. Amikor egy ember a munkahelyén minimum életének egyharmadát tölti, akkor hogy lehet azt feltételezni, hogy ennek nincs jelentősége? Hogy lehet az egy helyes népegészségügyi politika, hogy a munkahelyi egészségvédelmet legalább nem kezelik azonos szinten – én nem a dohányzásról beszélek, hanem a helyes étkezéssel, a sporttal és sok minden egyéb tényezővel.

Ungváry professzor vonatkozásában, én most egy pozitív megjegyzést szeretnék tenni, ő szokta azt mondani, hogyha betartanák a munkavédelmi szabályokat, az felérne egy népegészségügyi program megvalósulásával. Komoly problémák vannak. Látva ezt a komoly problémát, gondoltuk azt – gondolták mások, nem mi, mi nyilván mások nyomán –, hogy minden eszközt be kell vetni annak érdekében, hogy helyre tegyük ezt a kérdést. Minden eszközt meg kell annak érdekében tenni, hogy a munkaadók, a vállalkozók ne csupán a

profitszerzéssel törődjenek, a pillanatnyi profitszerzéssel, hanem arra is gondoljanak, hogy őrizzék meg azon munkavállalók egészségét, amelyek a holnapi profitot biztosítják. Hogy a munkaadók ne csupán azt tűzzék ki célul, hogy minél alacsonyabbak legyenek a különböző társadalombiztosítási járulékok és az adók, amiből egyébként az egészségügyet finanszírozzák, azt a káreseményt, ami az ő kockázati tényezőjükből adódik, hanem tudatosabban forduljanak ehhez a kérdéshez. Ezt persze elvárni nehéz, nem ilyen a világ, nem ilyen a társadalom. Nem altruistákból állnak össze általában a vállalkozók.

A balesetbiztosítási rendszer anyagi érdekeltségen keresztül ösztönzi őket a munkavédelemre, ugyanis a lényege a megelőzés, és ezt a megelőző tevékenységet a kockázatarányos járulékbefizetések útján éri el.

Érdekes jelenség, hogy emiatt, hogy nálunk ilyen a helyzet, az egyébként rendkívül öntudatos országokban nagyon becsületesnek mondott külföldi vállalkozók, németek, mások, Magyarországra jönnek foglalkoztatni embereket, mert itt meg tudják spórolni esetleg a munkavédelmi költségeket. Ez még inkább veszélyes lesz most, ahogy a tőke és a munkaerő szabad áramlása megvalósul az Európai Unióban. A kockázatarányos járulék. Ez a kulcsa ennek az egész kérdésnek. Akinél magasabb a kockázat, fizessen többet, és ebből a többletbefizetésből majd ellátja az egészségügy, a rehabilitáció, a kompenzációs rendszer a kockázatok következményeit.

Tehát ez az egyik része a dolognak. A másik, én ehhez nem akarok többet hozzáfűzni, a foglalkozás-egészségügy működése és nem csak a foglalkozás-egészségügy működése, a munkavédelmi szakemberek, a munkabiztonsági szakemberek is egzisztenciálisan ki vannak szolgáltatva ugyanúgy, mint a foglalkozás-egészségügy a munkaadónak. Én akkor is mondtam, 1995–96-ban, 1998-ban, hogy itt probléma lesz, probléma lesz a minőséggel, probléma lesz a hozzáállással. Én azt hiszem, hogy joggal volt az mondva, hogy a magyar foglalkozás-egészségügy szakmai fölkészültségét tekintve, tudományos alapjait tekintve kiváló, vagy legalábbis kiváló volt európai, világvonatkozásban is. Nem véletlen például, hogy hasonló rendszert, ami hasonló minősítéssel bír, ott az NDK rendszert, most egész Németország próbálja átvenni. De nem tudja teljesíteni a feladatát. Tudásának, szerepének, hivatásának megfelelően sem az orvos, sem a munkabiztonsági szakember, ha ugye azzal fenyegetik, hogy ha ellátod a feladatod tisztességesen, akkor felbontjuk veled a szerződést és keresünk egy másikat. Ezt a kérdést megoldja a balesetbiztosítási rendszer, de megoldhatja egy olyan foglalkozás-egészségügyi pénztár is, amely össze van kapcsolva bizonyos minőségbiztosítási elemekkel, különben nem oldja meg, különben ez bank lesz, olyan bank, mint amilyenek általában a bankok. A bankárnak lesz belőle haszna. Erre vigyázni kell, ehhez mellé kell tenni a szakmai kontrollt, az akkreditációt mind a Kamara, mint pedig egyéb szervezetek részéről.

A balesetbiztosítási rendszernek van még egy nagy előnye, hogy ha megbetegedett az illető, akkor melléhelyez egy menedzsert, akár foglalkozás-egészségügyi orvos személyében, aki a beteg útján végigkísérő őt egészen addig, míg meg nem gyógyul vagy más nem történik vele. Ez nagyon fontos. A német balesetbiztosítási rendszerben, ha valakivel baleset történik, természetesen az elsősegélyt ott nyújtják, ahol ez szükséges, de utána megkérdezik a balesetbiztosítási rendszer szakértőjét, hogy hol kell ezt a sérülést kezelni, hol fogják megfinanszírozni. Nem beszélnek ilyen homályos szabad orvosválasztásról meg minden ilyenről, oda kell neki menni, ahol a legjobban kezelik.

A rehabilitáció a másik kérdés, és ez már összeköt egy kicsit az alaptémámhoz. Magyarországon nem történik meg a rehabilitáció. Tulajdonképpen félkész épületeket hozunk létre használati érték nélkül, mert kevés az, hogy meggyógyítják az egyént, reintegrálni kell őt a társadalomba, többek között a munkába is. Ha ez nem történik meg, akkor olyan lesz a rokkantak száma, mint amiről hamarosan fogok beszélni. A balesetbiztosítási rendszer mindezt tudja biztosítani. Hogy miért ellenzik? Ez tulajdonképpen annyira nem derült ki ez alatt a néhány év alatt. Én éreztem ellenkezést, meg kell őszintén mondjam, a foglalkozás-egészségügy részéről is. Nem mindenki részéről, az öntudatosabb részéről nem. De azok részéről, akik munka nélkül, alacsonyabb tarifákon megkötött szerződéssel, feltételek nélkül is dolgoznak, számukra ez a rendszer a legjobb, ami most van Magyarországon. Az más kérdés, hogy ennek áldozatul esik az egész foglalkozás-egészségügy és áldozatul esnek olykor a dolgozók is. Ez egy más kérdés.

A témám, amiről tulajdonképpen nekem kell beszélni, ugye a munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás és munkaképesség csökkenés, és mivel ebben a körben kell erről beszélnem, nyilvánvaló, a foglalkozás-egészségügy. Tehát nem Önöktől elszakadva szeretnék én beszélni ezekről a kérdésekről, ugyanis a megváltozott munkaképesség-csökkenés eleve azt kell mondanom, hogy egy rossz, pontatlan megfogalmazás, mert nem általában véve a munkaképessége csökken az embereknek, hanem bizonyos munkák ellátásához való képessége változik meg. Akár meg is szűnhet, úgy, hogy más munkát az illető el tud végezni, és ma már szerte a világon, a fejlettebb részén a világnak, nem munkaképesség-csökkenésről beszélnek, hanem megváltozott munkaképességről. Ez a munkaképesség-csökkenés lehet, hogy még egy szovjet terminológia, adódik egy régebbi világból.

Általában véve az a probléma, hogy munkaképesség-csökkenésről beszélünk, főleg úgy, ahogy ma ezt tesszük és ezt a jogszabályok is tükrözik, például a nyugdíjbiztosítási törvény, úgynevezett általános munkaképesség-csökkenést állapítunk meg. Abszurdum. Ilyen nincs. Anélkül állapítjuk meg a munkaképesség-csökkenést, hogy ismernénk a vizsgált személy munkakörét, foglalkozását, munkájának feladatait, munkájának körülményeit, és az egész játékból hiányzik a foglalkozás-egészségügyi orvos, aki ezt ismeri. Olyan személyek, nyilván Önök között vannak háziorvosok, de én őket nem sértem meg, hiszen ezek a háziorvosok

egyúttal foglalkozás-egészségügyi orvosok is, az a kivételes háziorvos van itt ebben a teremben, aki egyúttal ismeri a betegeinek a munkafeladatait és a munkakörülményeit, én remélem legalábbis, ilyenek vannak. A többség azonban nem ilyen háziorvos bírálja el a keresőképességet, hanem olyan ember, aki lehet, hogy életében munkahelyen a saját rendelőjén kívül nem volt. Komoly problémát jelent ez. Komoly problémát jelent az, hogy az Orvosszakértői Intézet szakértőinek halvány fogalmuk nincs általában véve, kivétel az a néhány foglalkozás-egészségügyi szakvizsgával is rendelkező orvost, a munkáról. És elbíráljuk a munkaképességet.

Tehát én, amióta ezzel a kérdéssel foglalkozom, ez lassan 10 év lesz, alapvető feladatomnak tűztem azt ki, hogy ezt az egész rendszert átalakítsuk, korszerűsítsük. Meg kell, hogy mondjam, sokkal több sikert ezen a téren sem értem el, mint a balesetbiztosítási rendszer kialakításában. Illetve elértem, néhányan talán ismerik, hogy kiadtunk, készítettünk az ittlévő szakemberek közreműködésével is egy könyvet, egy irányelveket, amely 1 500 vagy talán valamivel több oldal, irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékosság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez, amely az élettani, kórélettani, patológiai, klinikai, terápiás, diagnosztikai adatok mellett tartalmazza a megfelelő foglalkozás-egészségügyi ismereteket, rehabilitációs ismereteket és természetesen az orvosszakértői ismereteket is. Én joggal mondhatom, nem dicsekvés módjára, hogy ilyen könyv, ami ennyire komplexen tartalmazza ezeket a kérdéseket, jelenleg a világon nincs, illetve nem ismerünk. Ennyi siker volt, az más kérdés, hogy ezt hogy tudjuk alkalmazni, lesz-e erre rendszer, lesznek-e olyan eljárási rendek, jogszabályok, amelyek erre módot adnak. Ezeknek is elkészítettük a koncepcióit, elkészítettük a megváltozott munkaképességűek ellátórendszerének új koncepcióját, elkészítettük az úgynevezett minősítés, nem orvosszakértői, hanem a megváltozott munkaképesség, a fogyatékosság minősítésének koncepcióját, ezeket az anyagokat minisztériumba leadtuk. Várjuk, hogy lesz belőle valami, vagy törvény vagy kormányrendelet formájában.

Ebben az eljárási rendben komoly szerepet szánunk a foglalkozás-egészségügyi orvosnak, mert a minősítésnek az egyik alapvető problémája jelenleg, hogy kevés vagy nem megfelelő vagy nem valódi információval rendelkezünk az igénylők egészségi állapotáról. Ilyen információ például különböző kórházi zárójelentések, laboratóriumi adatok, és így tovább, és így tovább. Pont az elmúlt hónapokban, az elmúlt évben vizsgálódik a rendőrség néhány kórház háza táján, akik olyan zárójelentést adtak ki olyan betegekről, akik nem is feküdtek a kórházban. Ezek a zárójelentések olyan adatokat tükröznek, ami alapján mi, ha hiszünk a zárójelentésnek, de mért ne hinnénk, hiszen fizikális vizsgálattal nem lehet megopponálni egy CT vizsgálat, egy MRI vizsgálatnak az eredményét, mert ilyeneket is szerepeltetnek benne, leszázalékoljuk az embereket. Tehát itt komoly problémák vannak. Komoly problémák vannak nem csak a foglalkozás-egészségügyi orvosok etikájában, nem csak az orvosszakértők erkölcsi arculatában, általában is probléma van. De én épp most írtam erről egy levelet a miniszter úrnak, amiben azt írtam, hogy amikor százezernyi emberről vetődik fel, hogy korrupcióban vesz részt, amikor az orvosok százaival kapcsolatban, ezreivel kapcsolatban merül fel, hogy korrupcióban vesznek részt, akkor nem ezek az emberek a hibásak elsősorban, hanem a

rendszer. A rendszert kell megváltoztatni.

Az információforrások között szeretnénk, ha szerepelnének a foglalkozás-egészségügyi alapellátás orvosai. Azt szeretnénk, és erre végeztünk is az elmúlt években modellkísérletet, pont az Országos Foglalkozás-egészségügyi Intézet aktív részvételével, hogy milyen adatokat tudnának számunkra a foglalkozás-egészségügyi orvosok biztosítani a minősítéshez. Kiderült, hogy igen sokat. Tudnak arról tájékoztatni bennünket, hogy milyen kockázati viszonyok között dolgozott az illető, milyen foglalkozás-egészségügyi, munkaegészségügyi eseményei voltak, tud arról tájékozódni, hogy jelenleg milyen kockázati viszonyok vannak a munkahelyen, és ez egy sérülékeny dolgozó esetén milyen veszélyeket rejt magában, nem úgy általában, hanem konkrétan a vizsgált személy vonatkozásában.

Tudnának arról tájékoztatni, hogy a jelenlegi munkahelyen jelenlegi munkakörében más munkakörben a munkahelyi adaptációval megoldható-e ennek a személynek a foglalkoztatása. Például, ha olyan vélemény érkezne a foglalkozás-egészségügyi orvostól, hogy kiválóan foglalkoztatható, mert ugyan beteg, bizonyos tartós egészségkárosodásai vannak, de munkáját ugyanúgy el tudja látni, mint eddig, akkor nem biztos, hogy rokkantsági nyugdíjat kapna az illető. Más kérdés, hogy veszélyben van a munkája munkanélküliség miatt, egyéb miatt, nem biztos, hogy a munkanélküliséget az egészségbiztosítási alapnak kell kezelni, azt másnak kell, a munkaerőpiaci alapnak, a szociális alapoknak. Ez jelentős pénzeket von el az egészségügyből, és ugye akkor panaszkodunk, hogy nem tudunk kezelni, nincs gyógyszer, nem tudunk ezt végezni, azt végezni, akkor rokkant lesz az illető, tehát ilyen circulus viciosusba kerülünk, amiből nincs kijutás. Tehát komoly szerepet szánunk a foglalkozás-egészségügyi alapellátásnak. Azt, hogy külön pénzért, nem külön pénzért, ezt én még nem tudom. Ez majd kiderül, illetve kialakulnának a mechanizmusok, főleg ha működne egy megfelelő balesetbiztosítási rendszer.

Mondják azt, legalábbis felelős személyek mondják, hogy nehéz megtalálni a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyeknek a szerepét, feladatát, finanszírozási módját. Mi erre is találnánk bizonyos értelemben megoldást. Ez egy olyan ábra, amelyet egy új, nemzetközi osztályozási rendszerből vettünk ki, ugyanis az elmúlt 20–25 évben az Egészségügyi Világszervezet kialakította a betegségek nemzetközi osztályozási rendszerének megfelelően a fogyatékosok nemzetközi osztályozását. A fogyatékosságok nemzetközi osztályozási rendszere tulajdonképpen ezekre az összefüggésekre épül, és erre szeretnénk tulajdonképpen alapozni a következőkben az Orvosszakértői Intézet működését is, erről szólnak az irányelvek.

Ez az ábra azt mutatja, hogy nem csupán a betegség, illetve a rendellenesség a fontos,

hanem ettől sokkal fontosabb az, hogy a betegségek, rendellenességek vagy a sérülések következtében hogyan alakulnak a szervezet funkciói. Ez az alapvető kérdés. És hogy ezek a funkciók, amelyek elvesztek vagy megmaradtak, milyen tevékenységre adnak lehetőséget a mindennapi életben. Ez az ábra azt is mutatja, hogy a szervezet funkciói és a tevékenységre való alkalmassága biztosítja számára a társadalom különböző folyamataiban való részvételt, többek között a munkavégzésben is. Mindezek, a szervezet funkcióképességek, a tevékenységre való alkalmassága és a részvétel lehetősége nem csupán az egészségi állapottól függ, hanem függ az egyén életterének háttér tényezőitől is, az úgynevezett kontextuális tényezőktől, amelyek lehetnek személyes tényezők és környezeti tényezők. Személyes, jól be lehet látni például, az, hogy a különböző korban egy ugyanolyan egészségi állapottal rendelkező egyénnek más a munkavállalási lehetősége, nyilvánvaló, időskorban ez jóval nehezebb. Azt is meg lehet érteni, hogy a különböző földrajzi területeken más a munkába állási lehetősége, más az esélye Székesfehérváron, Győrött egy egyénnek, mint Ózdon vagy mit tudom én hol, ezt világosan értik. Az sem mindegy, hogy az illető nő vagy férfi, bizonyos vonatkozásban, holott az egészségi állapota lehet ugyanolyan. Talán az sem mindegy, hogy milyen a nemzetiségi hovatartozása. Érthető ez az egész kérdés.

Ugyanilyen fontosak a környezeti tényezők is. Egy egyszerű példát hozok: az akadálymentes vagy akadállyal rendelkező környezet. Hiába tudna egy kerekesszékkel rendelkező ember egyébként dolgozni egy esztergapadon, egy informatikai eszközön, ha nem tudja megközelíteni a munkahelyet. De számos ilyen dolgot tudok mondani. Tehát, amikor a munkaképességet, a munkavégzőképességet, a részvételt, a munkában való részvétel akadályozottságát állapítjuk meg, nem elég csupán a betegségeket nézni, hanem a funkcióképességet kell megnézni. Például, egy hipertóniás beteg esetén, hipertóniának nevezzük akkor, amikor a diasztolés vérnyomás meghaladja a 90 higanymillimétert, ez is egy hipertóniás beteg, hipertóniás beteg az is, aki nem bír menni, nem bír beszélni. Micsoda különbség! És meg kell nézni a környezeti tényezőket, meg kell vizsgálni, mint ahogy a bevezetőben mondtam, a munkahelynek a körülményeit, a munkafeladatait is. Ha ápolásról van szó, valamikor, én gondolom, hogy az Orvosszakértői Intézet ápolási rászorultságot, akkor nyilván be kell vonni egy ápolási szakembert. Ha valamilyen szociális ellátásról van szó, akkor a minősítésbe be kell vonni szociális szakembert, de a munkaképesség véleményezése esetén mindenképp véleményem szerint be kell vonni a foglalkozás-egészségügyi szakembert, és ezekbe a bizottságokba elképzelésünk szerint valamilyen formában bevonnánk a szakellátó helyek szakembereit is, nyilvánvaló, hogy megfelelő finanszírozás ellenében.

A következő nagy téma, és erről csak néhány szót szeretnék szólni, nincs olyan jól működő rendszer, ami nem foglalkozik a kedvezőtlen állapot megelőzésével vagy pedig szinten tartásával vagy megszüntetésével. A fogyatékosság és a rokkantság esetében ez a rehabilitáció az egészségügyi rehabilitáció és a foglalkoztatási rehabilitáció. A fogyatékosság megelőzésére szolgál az egészségügyi rehabilitáció, annak egész komplex rendszere, azért nem orvosi rehabilitációról beszélek, mert nem csak az orvosok vesznek részt ebben a folyamatban; a rokkantság, vagyis a munkavégzés akadályozottságának a megszüntetésére

pedig szolgál a foglalkoztatási rehabilitáció, mind az egészségügyi, mind a foglalkoztatási, de különösen a foglalkoztatási rehabilitáció nem valósulhat meg a foglalkozás-egészségügyi orvos részvétele nélkül.

Röviden ennyit szerettem volna mondani. Tudnék sokat mondani, de azt hiszem, a lényegét elmondtam, majd ha van kérdés, akkor szívesen válaszolok.

Dr. Hazay Balázs: Köszönjük szépen az előadást. Van-e valakinek a témával kapcsolatos kérdése? Amennyiben nincsen, akkor felkérem Dr. Ékes Erikát előadásának megtartására „Halláscsökkenés-zajártalom” címmel.

Dr. Ékes Erika: O.K.K. – O.M.F.I.

Az előadás közzétételéhez nem járult hozzá.

Dr. Hazay Balázs: Nagyon szépen köszönöm ezt a rendkívül értékes előadást. Azt kell kérnem Dr. Ékes Erikától, mivel lehet, hogy csak az én agyam olyan, hogy ezt már nem tudtam végig memorizálni, hogy ezt jegyzetben, valahol megtalálhatjuk-e?, megnézhetjük-e?, utánanézhetünk-e?, hogyha erről mondanál egy-két mondatot, mert hihetetlen nagy munka, óriási tapasztalat van mögötte. Van –e lehetőségünk jegyzetben is utánanéznünk az előadásodnak ?

Dr. Ékes Erika: Igaz, hogy ez itt nem a reklám helye, de elmondom, hogy megjelent ez egy kisfüzetben, amit meg lehet venni, egy 50 darabot hoztam, hogy akit esetleg érdekel, vagy megrendelőlapot, hozzá lehet jutni, még ráadásul táblázatban is össze van foglalva a különböző típusú és mértékű halláscsökkenések és a foglalkoztathatóság, úgyhogy akit

érdekel, az előadások után lehet hozzájutni.

Dr. Hazay Balázs: Megkérem Dr. Melles Imrét, az O.K.K.–O.M.F.I. főorvosát, hogy a Minőségbiztosítás jelentősége a foglalkozás-egészségügyben című előadását tartsa meg.

Dr. Melles Imre főorvos, O.K.K. – O.M.F.I.

Kedves Kollégák! Nagy szeretettel köszöntöm Önöket.

Bemutatkozásképpen elmondom, hogy a Repülési, Hajózási és Tengerészeti Egészségügyi Központot vezetem, mi vizsgáljuk a hivatásos pilótákat, légiutas-kísérőket, légiforgalmi irányítókat, és ezek a légiforgalmi szakszemélyzetek vezették be elsőként az ISO Szabvány szerinti működést.

1998-ban elhatároztuk a munkatársaimmal, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás területén bevezetjük az ISO 9001-es minőségirányítási rendszert. Kétéves felkészülés után, 2000. novemberében kaptuk meg a bemutatott oklevelet, amely bizonyítja, hogy a *foglalkozás-egészségügyi szolgálatok közül elsőként vezettük be a szabvány szerinti működési rendszert.*

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok megítélésének egyik legfontosabb paramétere a szolgáltatás minősége. A Nemzetközi Szabványügyi Szervezet elfogadta a minőségügyi rendszerekre vonatkozó első nemzetközi szabványsorozatot, és kidolgozták a PDCA ciklust, aminek az a lényege, először tervezd meg a munkádat és írd le; aztán csináld ahogy leírtad; utána ellenőrizd, hogy úgy csinálod-e ahogy leírtad; és

ha valami eltérést találsz, akkor avatkozz be. Tehát ez a PLEN, DO, CHECK és ACT ciklus, és így lehet egyenletes, magas színvonalú minőséget elérni.

A Nemzetközi Szabványügyi Szervezet ajánlása szerint a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok minőségügyi rendszerének kialakításához az ISO 9001 2000-es szabvány előírásait kell irányadónak tekinteni. Külföldi vállalatok előírják, hogy beszállítói, így a foglalkozás-egészségügyi szolgálat is, a nemzetközi igényeknek megfelelő minőségbiztosítási rendszerrel rendelkezzen. Ez nyújt ugyanis garanciát a szolgáltatás egyenletes minőségére.

A magyarországi foglalkozás-egészségügyi pályázatoknak is egyre nagyobb hányadában szerepel részvételi feltételként a minőségbiztosítási rendszer megléte. A hazai vállalkozások az európai piacon is megjelentek, versenyben az maradt, aki minőségirányítási rendszert épített ki.

Az Egészségügyi Minisztérium 1997-ben adta ki a 154. számú törvényt, melynek 121. paragrafusa előírja a belső minőségügyi rendszer kialakítását. Idézem: „Minden egészségügyi intézmény vagy szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését." Öt évvel később, 2002-ben jelent meg az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve, amelynek

címe „Szakmai irányelv az egészségügyi szolgáltatók belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről". Az irányelvnek célja, hogy az Egészségügyi Törvény 121. paragrafusában előírt kötelezettséghez adjon iránymutatást.

A foglalkozás-egészségügy szolgálatok minőségi rendszerének kiépítéséhez és működtetéséhez az irányelv szerint öt dolog szükséges: 1. az irányító, koordináló, vezetői döntések meghozatala; 2. a humán erőforrásokat biztosítása; 3. a tárgyi és pénzügyi feltételek megfelelő biztosítása és felhasználása; 4. a szolgáltatási folyamatok tervezése, működtetése, értékelése és fejlesztése; és 5. a belső minőségügyi rendszer értékelése.

Korábban tagja voltam egy olyan Foglalkozás-egészségügyi Szakbizottságnak, amelynek feladata volt a foglalkozás-egészségügy jövőjét meghatározni, irányokat kijelölni, és ez a Bizottság így fogalmazott: „javasolt foglalkozás-egészségügyi szolgálatok szabvány szerinti tanúsítása és a minőségirányítási rendszert működtető foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók részére a prioritások biztosítása".

Az eddigieket összefoglalva megállapítható, *hogy a minőségi munka, illetve a minőségbiztosítás ma már elengedhetetlen feltétele annak, hogy egy vállalkozás, cég talpon*

maradjon a piaci versenyben.
A minőség biztosításának módjáról a szolgálatnak kell dönteni, a rendszert is a szolgálatnak kell kidolgozni és működtetni. A szolgálat felelős a szolgáltatás megfelelőségéért, viseli a minőségbiztosítás költségeit és élvezi a hasznát.

A rendszer kialakítása előtt azonban mindenkiben kérdések merülnek fel, ezeket a dilemmákat foglalom össze.

1. Hogyan kezdjek hozzá?

2. Ki nyújt szakmai segítséget a rendszer létrehozásában?

Ezekre a kérdésekre fogok most a következő 15 percben válaszolni.

1. Az előkészítés során meg kell ismerkedni az irodalommal, az ISO 9001-es szabvány követelményeivel. Ki kell nevezni a cégen belül egy minőségügyi megbízottat, aki a programot szervezi, irányítja, mintegy előttünk tanul, meg kell a szabványt ismerni, meg kell a minőségirányítási rendszerek követelményeit ismerni, érdemes a Magyar Minőség Társaságba belépni és a honlapján tájékozódni, valamint a havi folyóiratot, a Magyar Minőség - et rendszeresen járatni. Ki kell dolgozni a stratégiát.

2. *A rendszer kidolgozásához egy külső tanácsadó céget kell igénybe venni.* El kell közösen készíteni a minőségpolitikát, a missziót, a hatásköröket, feladatokat. Segítenek a minőségügyi kézikönyv megírásában, a mérőműszerek hitelesítésében. Fel kell készülni, ez tanulást és oktatást igényel, hogy a munkatársak megismerjék a rendszert és annak megfelelően végezzék a munkájukat. A munkaköri leírásokat és munkautasításokat meg kell írni, ugyanis a szabvány előírja, hogy a munkatársak felelősségét, hatáskörét, a kölcsönös, munkájukkal összefüggő kapcsolataikat meg kell határozni és megfelelően dokumentálni kell. A felelősségi köröket is meg kell határozni. Az első számú vezető felelős ugyanis mindenért, a minőségügyi kézikönyv, a minőségügyi előírások és utasítások jóváhagyásáért és kiadásáért és a rendszer jó működésért. A minőségügyi dokumentumokat készítők feladata az adott, igényelt dokumentumok pontos létrehozása, és végül, ez a legnagyobb létszám, a dokumentumokat felhasználók feladata és egyben felelőssége a dokumentumok átvételének – hangsúlyozom – aláírással történő igazolása, ezek megfelelő kezelése és a dokumentumoknak

megfelelően kell eljárniuk. Minden foglalkozás-egészségügyi rendelőben a jogszabályban meghatározott vizsgáló berendezések vannak, ezeket időnként ellenőrizni, hitelesíttetni és kalibrálni kell. A kalibrált illetve hitelesített rendszert a gyakorlatban elindítja, működését beindítjuk és figyeljük. Közben képezni kell a munkatársakat, gondoskodni kell arról, hogy a minőséget befolyásoló tevékenységet végző munkatársak képzettsége illetve gyakorlata megfelelő legyen. Ezekről a képzésekről is jegyzőkönyveket kell vezetni.

A belső minőségi auditok a következő lépés. Ilyenkor egy munkatársunk, egy belső auditori képzésen átesett munkatársunk, ellenőrzi, hogy a rendszer megfelelően működik-e a hiányosságokat értékeli és a szükséges javító tevékenységeket végre kell hajtani.

Végül pedig a helyesbítő tevékenységekről szólók. Ha volt valamilyen reklamáció vagy egy kisebb hiba, úgynevezett nem megfelelőség, azoknak a vizsgálatoknak a feljegyzését a meghozott intézkedéseket dokumentálni, a helyesbítő tevékenység végrehajtását ellenőrizni kell.

Már csak két feladatunk van hátra: a rendszert működés közben értékelni kell, ahol hiba jelentkezik, ott hibajavító intézkedéssel ki kell javítani, és ezt követően a rendszer újra indulhat.

Nagyon fontos a vevők elégedettségének a mérése. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat valamennyi tevékenységét az ügyfeleknek értékelni kell, kérdőíves módszerrel, névvel vagy anélkül osztályozni.

Bemutatom a mi minőségirányítási rendszerünk modelljét.

Itt egy épületet lehet látni,

amely három pilléren áll, amely az *előkészület három lépését* mutatja,

6 db oszlopból, ez a *felkészülés 6 lépését* fogja mutatni és végül pedig

3 korongból, az *ellenőrzések 3 korongjából*,

tehát összesen 3+6+3= 12 folyamatot fogok ismertetni.

Az első és legfontosabb lépés: az **elhatározás**, hogyha a minőségirányítási rendszerünket, ha törik, ha szakad, kiépítjük. Nem egymásra várunk, hanem a feladatokat pontosan kiosztjuk, meghatározzuk.

A következő pillér: **pénzt, anyagi forrást** kell a minőségirányítási rendszer kiépítéséhez biztosítani, ugyanis a rendszer kiépítése nem olcsó. A tanúsító szervezetek - egy kicsi szolgálat tanúsításáért is kb. 250 000 forintot fognak elkérni, a felkészítő szervezetek is körülbelül ilyen összegeket kérnek. Pénzbe kerül a műszerek hitelesítése, és mint említettem, egyik munkatársunknak auditori tanfolyamra is el kell menni, ezeknek is 60–80 000 forint a költsége. Úgy számolom, hogy egy 5–10-fős egységnek az auditálása megközelítheti az 1 millió forintot is. Évente a felügyeleti auditokra is félre kell tenni egy olyan 200 000–250 000 forintot. Pályázati pénzek bevonása azonban megkönnyítheti a helyzetünket.

Ez után ki kell választani azt a **felkészítő szervezetet**: aki nekünk ebben a munkában segít. A felkészülés lépéseit ugyanis nem lehet kitalálni, tehát a felkészítő szervezet irányításával kell a feladatokat végezni.

Ezzel befejeztük az előkészületeket. A *döntés, az anyagiak (pénz) biztosítása és a felkészítő szervezet kiválasztásával*
megalapoztuk a minőségirányítási rendszerünket.

Elkezdődhet a **felkészülés,** ki kell dolgoznunk a *minőségpolitikát.*

Ez után meg kell írni a *minőségügyi kézikönyvet*, ez egy három hónapos, nem ritkán félévig tartó nagy munka. A mi kézikönyvünk 6 fejezetből állt, és minden munkatársnak segíteni kellett, be kellett dolgoznia. A kézikönyv folyamatábrákat

tartalmaz,

például az ügyfél útja folyamatábrát: itt látszik, hogy az ügyfél bejön a rendelőbe, hat orvos megvizsgálja és hogyan születik meg az alkalmas vélemény.

A következő feladat megírni a *munkautasításokat.* Minden munkatárs leírja, hogy mit csinál, azt a vezetőség ellenőrzi és kiadja. Természetesen a szakasszisztensek és az egyéb irodai műszaki vezető, gazdasági vezető munkaköri leírását is le kellett írni.

A *dokumentumok* rendbe tétele a következő. Minden dokumentumot rendbe kell szedni, minden munkavállalónak külön fájlt kell nyitni, a képzésekről dokumentumokat kell vezetni és a munkánkat szabályozó jogszabályokat is egymás után sorba kell tenni.

Eljutottunk a *vizsgálóberendezések hitelesítéséhez*. Ez is egy komoly feladat. Minden műszert hitelesíttetni, ellenőriztetni kell.

Végül pedig ki kell választani a *tanúsító szervezetet,* aki majd az ellenőrzéseket végzi.

Három hónapos próbaműködés után jöhetnek az úgynevezett belső és külső ellenőrzések. Az ábrán sárgával jelöltem a belső auditot, amikor is az auditori képzésen részt vett munkatárs ellenőrizte a rendszerünket. Piros színnel jelöltem az elő-auditot, amikor is a tanúsító szervezet munkatársai eljöttek, mindenhová benéztek, mindent ellenőriztek és mindent kifogásoltak, hogyha a rendszerünk nem működik tökéletesen.

Ha csupán kisebb eltérések voltak a szabványtól, akkor következik a tanúsító audit, Zölddel jelöltem, amikor is megállapítják, hogy kiépült és jól működik a minőségirányítási rendszer, és a szabvány szerint működik a foglalkozás-egészségügyi szolgálat.

Milyen előnyökkel járt e nagy munka?

Javult a szervezetünk hírneve. A pilóták bizalma nőtt. A felügyeleti szervek véleménye javult, és az ügyfelek válaszaiból megtudtuk az erősségeinket és a gyengeségeinket.

Az ábrán például lehet látni, hogy a szolgáltatást a munkavállalók és az ügyfelek többsége kitűnőre értékelte, de azt is megtudtuk, hogy a Központ telefonvonalait nem volt könnyű elérni, 400-an ugyanis azt mondták, hogy az első bejelentkezésnél várni kellett az ügyintézőre. Újabb telefonvonalakat vásároltunk, és 2001-ben már mindenki azt válaszolta, hogy a hívásukat azonnal és udvariasan regisztrálták. Tehát nagyon fontos, hogy az ügyfél a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóval hogyan és mennyi várakozás után találkozik.

365 naponként **külső ellenőrzés** is következik, hiszen a rendszer csak úgy marad életben, hogy a tanúsító szervezet újból ellenőrzi a szabvány szerinti működést. Itt látszanak a felügyeleti auditok időpontjai. Az Amerikai Repülőorvosi Társaság is ellenőrzött bennünket és megállapították, hogy a szabvány szerint működünk és így Közép-Európában mi kaptuk meg azt a jogot, hogy amerikai pilótákat is vizsgálhatunk és véleményezhetünk.

Most az a kérésem, hogy *vegyenek elő egy papírt és írják fel ezt a 12 lépést, amit az Önök minőségirányítási rendszerének kiépítéséhez ajánlok.*

Első és legfontosabb feladat, hogy *el kell határozni*, hogy ezt a rendszert kiépítjük.

A következő feladat, hogy finanszírozásra, a kiépítésre, a *működtetésre pénz kell félretenni,* mint említettem, az nem kevés pénz.

Ezután *ki kell választani a felkészítő és tanúsító szervezetet.*

Meg kell írni a minőségpolitikát.

Ki kell tűzni a *legfőbb célkitűzést*. Én egy ilyet javasolok: Az ellátási szolgáltatás minőségének

olyan magas szinten történő biztosítása, mely a hazai és a nemzetközi elvárásoknak megfelel.

Meg kell írni a minőségügyi kézikönyvet. Említettem, egy nagy feladat.

Meg kell írni a munkautasításokat. Itt rendkívül fontos, hogy a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat rendelőn belüli és rendelőn kívüli tevékenységeit felsoroljuk. A munkaköri orvosi vizsgálatokat el kell végezni. A foglalkozási betegségeket ki kell vizsgálni. Tanácsadás, felvilágosítás, intézkedési javaslatok. Foglalkozási rehabilitációs intézkedések elkészítése és egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsok. Közúti járművezetők egészségügyi alkalmasságának a vizsgálata. Kézi lőfegyver tartásához szükséges vizsgálatok végzése. Foglalkozási gondozó tevékenység. Egészségmegőrző feladatok ellátása. Védőoltások beadása. Biológiai monitoring vizsgálatok szervezése. A rendelőn kívüli tevékenység pedig 6 pontban foglalható össze: Munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálatai. Közreműködés a munkahelyi veszélyforrások feltárásában. Közreműködés a munkahelyi kockázat-analízisben. Közreműködés az elsősegélynyújtás megszervezésében. Részvétel a munkáltatók katasztrófamegelőző -elhárító munkatervének kidolgozásában. Egészségvédelmi életmódjavító programok.

Ezt azért hangsúlyozom, mert ha minden foglalkozás-egészségügyi szolgáltató minőségirányítási rendszerrel rendelkezik és ezeket így szabályozza, akkor világosan látható, hogy ez a munka 2 000- 3000 forintból nem végezhető el.

A *dokumentumokat* az előbb felsoroltak szerint rendezni kell.

A *mérőműszereket hitelesíteni kell.*

3 hónapos próbaműködés után sor kerülhet a *belső auditra*, amelyet a legizgalmasabb, az *elő audit*
fog követni, amikor valószínűleg találnak hibákat, de azokat kijavítva a
tanúsító auditon
már azt fogják mondani, hogy a rendszer a szabvány szerint működik, és néhány napon belül átnyújtják az oklevelet.

Azt gondolom, hogy ebbe a munkába valamennyi foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónak bele kellene vágni, és ezen a 1 280 6809-es telefonszámon szívesen adok tanácsot, segítséget.

Végezetül, szeretném hinni, hogy a befektetett munka megtérül. Azok a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók, akik minőségirányítási rendszerrel rendelkeznek, előnyöket fognak élvezni az Európai Unióban.

Meggyőződésem, hogy ha majd a minőségirányítási rendszer minden foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónál működik, akkor *magasabb színvonalú szakmai munka fog a foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknál zajlani.*

Köszönöm a figyelmüket.

Dr. Hazay Balázs: Igen. Közben elővettem a kalkulációt. A fejkvóták számításánál a minőségbiztosításra a beállított összeg 600 000 forint praxisonként évente. Ha én nem annyit veszek be, akkor nem fogom tudni ezt kifizetni.

Sokba kerül a műszerek hitelesítése is. Elég jól ismerem a minőségirányítási rendszert, mert mi is rendelkezünk

ISO minősítéssel és azt három éve működtetjük. Elég jól ismerem a Népjóléti Minisztérium által leírt elvárásokat amelyek 2005. január 1-től lépnek
életbe kötelezően. Múlthéten néztem át ezeket a rendeleteket, hogy mindenkinél kell működtetni. Ez most fog életbe lépni. A lényeg az, hogy működtetni kell.

Jogszabályokkal annyira körül vagyunk bástyázva, hogyha azt betartjuk körülbelül 80%-ban megvan az ISO-nk. Remélem nem sokáig lehet

ezt úgy is csinálni,

jó magyar szokás szerint, hogy én ezt nem tudom kifizetni a 3 000 forintból, amit beveszek, hát akkor nem is csinálom. Arra törekszünk, hogy egy saját belső minőségirányítási rendszert építsünk ki.

Dr. Melles Imre: Úgy tudom, hogy az Országos Intézetben ilyen segédanyag, útmutató nem készült. Nem tudunk ilyen tervről, hogy ilyen útmutatót kiadnának, de én nagyon szívesen segítek, hogy az Önök rendszere életbe lépjen és működjön. Ismételten mondom, el kell határozni, pénzt kell rá félretenni, és ezt a 12 lépést, amit most lediktáltam, meg kell csinálni. És ha azt tetszik mondani, hogy most az 5.-nél tartok, hogyan tovább, örömmel segítek.

Dr. Hazay Balázs: Még ehhez annyit tennék hozzá, hogy az Országos Intézetnél nagyon propagálják ezt, de a rendeletben is megjelent, újat ők sem tudnak mondani. Tehát ami itt elhangzik, a gyakorlatban ezt kell csinálni. Nem lehet azt várni az Országos Intézettől, hogy ő ezt megoldja. Ő kiadja javaslatait, előadásokban ismerteti és utána ezek alapján

kell felállítani a minőségirányítási rendszert.

Dr. Knoll Júlia MSD területi főmunkatárs**:**

A vérnyomáscsökkentésről beszélnék, és ennek az apropóját az adja, hogy a vérnyomáscsökkentő az egyik legfontosabb megelőzhető és szövődmények megelőzésében a legfontosabb kérdés azt hiszem a foglalkozás-egészségügyben, csakúgy, mint ahogy az országos halálozási és a morbiditási statisztika javításában. Ebben a vonatkozásban történt az elmúlt időben egy áttörés, amiről szeretnék beszámolni. Először a halálozás és rizikócsökkentésről beszélnék, ezen belül a sztrók csökkentésről, diabétesz megelőzés, vesevédelem kerülne szóba, hiszen evidences medicine alapján azt hiszem, hogy a foglalkozás-egészségügyi kérdések elé kerül az, hogyha gyógyszert választanak a betegek, a dolgozók számára a különböző betegségekben, és itt most a hipertóniában. Akkor az a választott gyógyszer a szövődmények megelőzésében, halálozásban bizonyított legyen, és utána a foglalkozás-egészségügyi szempontokat vennénk végig mind a hatékonyság, a gyógyszerszedést befolyásoló tényező, a biztonságosság vonatkozásában.

A hipertónia kezelése jelentősen csökkenti a mortalitást, morbiditást, ez azt hiszem, hogy ma már egészen egyértelmű. Itt valóban nem nagyon látszik az ábrán, de itt négy nagy vizsgálat van feltüntetve, ahol ACE-gátlókkal és diuretikumokkal végzett vizsgálatokhoz hasonlították ACEgátlók, kálciumcsatorna blokkolók magukat. Ez a négy nagy vizsgálat, a CAPP vizsgálat, a szoft vizsgálat, nordil, allhap (olhep???) vizsgálat mind azt bizonyította, hogy sem az ACE-gátlókkal, sem a kálciumcsatorna blokkolókkal az addig legtöbb mortalitás, morbiditás csökkenést elérő vízhajtókat és bétablokkolókat nem sikerült szignifikáns módon a szövődmények megelőzésében felülmúlni. Ezért volt nagyon nagy jelentőségű és mérföldkő-vizsgálatnak tekintett a life vizsgálat, melyről hoztam is információt. Itt azért nem mindegy valóban az evidences medicine alapján, hogy milyen sztrók csökkentést és mortalitás, morbiditás csökkenést érünk el, és ebben a life vizsgálatban, ahol 9 100 beteg öt és fél éven keresztül történő vizsgálata volt, azt találták, hogy 25%-kal aktív kontrollal, bétablokkolóval szemben lehetett a
kozárral, hizárral
csökkenteni a sztrók megelőzhető voltát, tehát csökkentették a sztrók incidenciáját.

Ebben a vizsgálatban a diabéteszes betegek halálozása is jelentősen csökken. Ebből a 9 000 betegből, aki ebbe a vizsgálatba bekerült, hipertóniás betegek voltak, közel 1 500 diabéteszes beteg volt, és ezeknél a betegeknél a 38,7%-os mortalitás csökkenés az magáért beszél, különöseképpen azért, mert ez már a 10. hónaptól ez az olló erősen szétválik. Hát ez ott valamennyire látszik az ábrán. Az új diabétesz kialakulása is megelőzhető, és azt hiszem, hogy ezek már nem csak az evidences medicine kritériumait, hanem a foglalkozás-egészségügyi kérdéseket is jelentősen értik, és itt ebben a life vizsgálatban a hizárral 25%-kal kevesebb új diabétesz alakult ki az öt és fél év során, mint a bétablokkolókkal. Tudjuk azt, hogy a bétablokkolók ugyan diabetogének, de itt felülmúlta a mortalitás csökkenésben és a morbiditás csökkenésben is ezt a tényezőt. A hirtelen halál kockázatcsökkentése 51%-os volt, tehát igen jelentősen lehetett megakadályozni, csakúgy, ahogy a proteinuria csökkentése megvalósult, 35%-os volt a bétablokkolóval elért eredményekhez képest, és ez a megelőzés olyannyira – itt talán látható is az ábrán, egy vízszintes vonalat látunk a kozárral kezelt betegeknél a proteinuria nem csak, hogy nem romlott, hanem egy idő után még javult is, tehát stabilizálni lehetett. Megelőzni a romlást. Ez az albuminürítés csökkentés ez a diabéteszes betegeknél az albuminuria romlásának a kivédése a kozárnál a renitekkel egyenértékű.

Áttérnék most a foglalkozás-egészségügyi szempontokra is, hiszen az, hogy egy gyógyszer mennyire hatékony, azt hiszem, az a megelőzésen, mortalitás, morbiditás csökkentésen túl a másik legfontosabb tényező. Az előbbiekben láttuk, hogy a life vizsgálatban végzett összehasonlító aktív kontrollos vizsgálatban ugyanolyan vérnyomás mellett volt a mortalitás, morbiditás, sztrók csökkentés, vesevédelem megvalósítható, de ez hatékonysággal is társul, hiszen a hizárral 80%-ban sikeresen elérhető a cél vérnyomás, és ez a betegek jelentős részénél a beállíthatóságot biztosítja. A csoportján belül, arról még eddig nem beszéltünk, csak arról, hogy ez egy mérföldkő vizsgálat volt, hogy ezt egy angiotenzim konvertáló enzim receptorblokkolóval, a hizárral végezték ezt a vizsgálatot. A hizár a kozárnak a 12,5 mg hidrokl

orociatiddal
kiegészített aktívabb formája. Itt látjuk, hogy a többi angiotenzin2 receptorblokkolóval együtt egyforma hatáserősségben tudta a vérnyomáscsökkentést elérni. Ezek mellett a hizárnak olyan előnyei vannak a többi receptor blokkolóval, illetve az összes többi vérnyomáscsökkentővel szemben. Étkezéstől függetlenül szedhető egyszerű, kicsi, felezhető tabletta, és együtt szedhető vérnyomáscsökkentőkkel, inzulinnal, orális antidiabetikumokkal, hidrokloriciatiddal. természetesen, hiszen az van a hizárban, itt a kozárról van szó, és az potencírozza jelentősen a hatást, de digoxinnal, varfarinnal, cimetidinnel, fenobarbitállal, keltokonazollal és eritromicinnel sem volt bizonyítható kölcsönhatás. Sőt, gépkezelő és gépjárművezetői képességet sem befolyásolta. A magasban való munkavégzés itt annyiban egy kontrollt igényel, hogy a leírások alapján a beállítás idejére ezt kerülni kell, hiszen az első időben a vérnyomás beállításnál egy szédülést okozhat, ha már beállt, akkor ez is megvalósítható.

Amit itt még a gyógyszerszedést befolyásoló tényezőknél ki kell egészíteni, hogy a hizárnál, a diuretikumokra, ugye 12,5 mg hidroklorociacid igen jelentősen potencírozta a kozár hatását, ahogy ezt ma már láttuk más kombinációban is, és a diuretikumokra vonatkozó ismeretek eléggé közismertek, ezért nem is soroltam ide, hiszen ezek ismertek.

A kozárnál és a hizárnál az alkoholos májcirózisban az adag csökkentése. A másik nagyon fontos kérdés foglalkozás-egészségügyi szempontból, hogy egy gyógyszernél a dolgozóknál mennyire lehet egyszer bevenni, és ezt őszintén el kell ismerni, hogy a vérnyomáscsökkentőknél nagyon kevés az egyszer bevehető gyógyszer. Ezek között a kozárnak az a jelentősége, hogy az aktív metabolitjának a felezési ideje 16 óra, tehát itt bőségesen megvan a 24 órás hatás. Ez a gyógyszer a szexuális funkciót is bizonyítottan javította, ami azt hiszem, hogy megint csak egy kiemelkedő jelentőséggel bír. A kognitív funkció javítása is egy komoly előnye a kozárnak is és a hizárnak is, hiszen a hirdroklorociacid minimálisan, a kozár jelentősen tudja a kognitív funkciót javítani, hiszen a munkavégzést ez fokozza.

A kezelés felfüggesztése, a mellékhatások, a hosszú távú biztonságosság végül az, amik a foglalkozás-egészségügyi szempontból mérlegelendővé tesznek egy gyógyszer beállítását, és itt van a jelentősége annak, hogy ma egy relatíve drágábban kapható, az egész csoport, a receptorblokkolók drágábbak, de a kezelés megszakítása gyógyszer miatt igen ritka, nagyon kevés a mellékhatás és a betegek rajtamaradása a gyógyszeren igen kedvező. Ha megnézzük, azt látjuk, hogy a kozárral és a hizárral a placébóval egyenértékű a mellékhatás profil az ACEgátlókhoz, bétablokkolóhoz, kálciumcsatorna blokkolókhoz képest, közel fele annyi, tehát sokkal jobb, és ebből következik, hogy a gyógyszeren való rajtamaradás is 64%-os, ami még az ACEgátlókhoz képest is szignifikánsan jobb. Amikor beállítanak egy vérnyomást, mindig érdemes gondolni arra, hogy pláne a dolgozóknál, visszajönnek-e, mennyire szedik a gyógyszert, mennyire megbízható pont a szövődmények megelőzése miatt.

Végezetül pedig, a kozárnak az indikációit mondanám el, amik a diabéteszes renoprotekció, a krónikus végstádiumú veseelégtelenség megelőzése, az egyedi indikáció az összes vérnyomáscsökkentő közül a sztrók prevenció, és szívelégtelenségben ACEgátló intolerancia esetén mindezek az indikációk a csoportjából kiemelik. Az ára pedig 2 460 forint, ami első hallásra tízszerese a jól ismert és közkedvelt koreniteknek, ami közgyógyon is van és egy valóban jó vérnyomáscsökkentője az MSD-nek, és gondolom Önöknek is, mivel egy nagyon kedvelt gyógyszer. De a hizárnak, talán sikerült elmondanom olyan előnyeit, hogy mikor gondoljanak azoknál a betegeknél, éppen azoknál a dolgozóknál, akiknél fontos a megelőzésen túl a napi egyszeri adhatóság. A mortalitás csökkenés, a sztrók megelőzés és a szexuális funkciók javításán, kognitív funkció javításán kívül az, hogy nagyon kevés a mellékhatás és nagyon kedvező a betegek szedésének a tapasztalata. Ezért én azt remélem, hogy sikerült válaszolni a kérdésre, hogy számít, mivel csökkentjük a vérnyomást, és kérem, hogy próbálják ki bátran és ajánlják azoknál a betegeknél, akiknek ezekkel a tapasztalatokkal bővíthetjük és sikerekkel bővíthetjük a szedési frekvenciáját, tehát jobban fogják szedni a vérnyomáscsökkentőt.

Nagyon köszönöm a figyelmüket.

Dr. Hazay Balázs: Nagyon köszönöm ezt a nagyon szép és hasznos előadást. Szeretném még, hogy a főorvos asszony még egy pár tájékoztató mondatot szólna továbbképzéseinkről, credit pontjaink megszerzésének a lehetőségeiről. Arról hogy milyen együttműködés alakult ki a Semmelweis Egyetem és az MSD között ezzel kapcsolatosan. Aki még nem tudná ezt, illetőleg még nincs benne abban a körben, ahol meghívják ezekre az előadásokra kérem fokozottan figyeljen.

Dr. Knoll Júlia: Az MSD oktatóközpont a Szentkirályi utca 46-ban a II. Belklinika A-épületében működik. Talán hallottak róla. Én hoztam meghívókat, amik most már azért szeptember óta folynak a programok, de még mindig négy olyan programunk van, ami az egész féléves program foglalkozás-egészségügyi szakorvosok részére is akkreditálva van. Minden egyes előadás 8 credit pontot hoz. Akinek fölkeltette az érdeklődését ez a mostani

téma, éppen az angiotenzin2 receptorblokkolók helyéről fog beszélni Farsang professzor úr jövő szombat délelőtt az oktatóközpontban, és Zámolyi tanár úr a kardiovaszkuláris prevencióról. Utána november 17-én, november 20-án lesz még összesen három, sőt még november végén, 24-én is egy előadás, tehát akinek szüksége van rá és érdekli, akkor azt hiszem, hogy magas színvonalú előadásokkal tudjuk várni Önöket az oktatóközpontban, és örülünk, hogy a pontokkal is segíthetünk.

Dr. Hazay Balázs: Tehát, azt hallottuk, hogy még ebben az évben négy ilyen lehetőség van. Tehát 4x8=32 credit pont, és ezek a továbbképzések ingyenesek. Az előadások után, tesztvizsga van, és utána megkapják alkalmanként a 8 credit pontot és ez akkreditált a foglalkozás-egészségügyben. Egyébként szeptembertől minden egyes előadás akkreditált a foglalkozás-egészségügyi orvosok számára. Ezennel szeretném megköszönni dr. Pataky Ibolyának, aki a foglalkozás-egészségügyi szekciónak a budapesti elnöke, aki végigjárta és elérte, hogy ilyen lehetőségeink legyenek a továbbképzésekre. Ez elsősorban a klinikumi ismereteinket bővítő továbbképzések. A továbbképzési programokban van reumatológia, cukorbetegség, hipertónia, kardiológia, és még egyéb. Mindegyik a foglalkozás-egészségügybe akkreditálva van.

Nagyon szépen köszönöm. A kerekasztalnak a végére értünk, de még mielőtt befejeznénk ezt az összejövetelt, szeretném megkérdezni, hogy van-e valakinek észrevétele, hozzászólása, van-e olyan aktuális téma, amit úgy érez, hogy mindenképpen tudomásunkra kellene hozni?

Amennyiben nincs, akkor megköszönöm a részvételt, és gyakorlatilag ne felejtsék el a regisztrációt, aki még nem regisztráltatta magát.

Köszönjük a megjelenést.