2001. szeptember 4.

Globalizáció, Európai Közösség és a Magyar Orvosi Kamara

Prof. Dr. Kupcsulik Péter
elnök
Magyar Orvosi Kamara

Az egészségügyi kiadások emelkedése világszerte gazdasági illetve kormányzati ellenlépéseket váltott ki, annak ellenére, hogy félreérthetetlen a társadalmi igény az egyre magasabb szintű egészségügyi ellátásra. Egyrészt az ellátás szervezésébe nyúltak bele, létrejött az egészségügyi management, ennek folyománya a „managed care". Másrészt csökkenteni kívánták az orvos önállóságát. A folyamatok az orvosi kamarák heves ellenállását váltották ki. Az Orvosi Kamarák Európai Fóruma illetve Világszövetsége elfogadja a szakmai ajánlások létjogosultságát és támogatja a szakmai minőségellenőrzést. Ragaszkodik ugyanakkor az orvosi döntés autonómiájához, és visszautasítja az egészségügyi ellátás színvonalát csökkentő gazdasági korlátozásokat. Európában és a világ fejlett országaiban az elmúlt 10 évben észlelhető fenti törekvések általános társadalmi megbecsülés és anyagi jólét mellett dolgozó orvosokat érintettek. Gazdasági függetlenségük és hagyományos szervezettségük lefékezte a nemkívánatos folyamatokat. Magyarországon a rendszerváltás óta a magánvállalkozás, a gazdaság, a pénzügyi és jogi szféra élvezett kiemelt támogatást. Az egészségügy folyamatosan háttérbe szorult. Az orvosok illetve az őket képviselő MOK gazdasági és jogi környezete összehasonlíthatatlanul kedvezőtlenebb, mint Európában másutt. Mind az EU csatlakozás ígérete, mind a magyar egészségügy és különösen az orvosok jól felfogott érdeke követeli meg, hogy a MOK törekedjen az orvosi munkafeltételek, a szakma magas szintű művelése és az anyagi megbecsülés javítására. A MOK ezért átvenni és hasznosítani kívánja az Európai társszervezetek tapasztalatait.

A Széchenyi-terv egészségügyi vonatkozásai

Dr. Somody Imre

Az Európai Unióhoz történő csatlakozásra való felkészülés nem csak a gazdaság, a közigazgatás, a jogi szabályozás, stb. területén tesz szükségessé jelentős változtatásokat és fejlődést, hanem a humán szférában, a civil társadalmi csoportok világában is alapvetően új gondolkodást fog generálni. A következő években egyre nagyobb szerepet kell kapjanak azok a kistérségi civil kezdeményezések, ötletek, javaslatok, aktivitások, amelyek mintegy a társadalmi fejlődés motorjaként indukálják a kultúra és az egészségügyi rendszer átalakulását.
Az államnak ebben a folyamatban az a feladata, hogy a vállalkozói és civil műhelyek kreativitását, alkotó kedvének kiteljesedését segítse elő és támogassa.
A Széchenyi-terv ezen állami szerep gyakorlati megvalósulása. A pályázati rendszer eleve úgy került kialakításra, hogy a támogatások nyertesei nem lehetnek az állami

"adományok" passzív elfogadói. Sikeres pályázatokat olyan csoportok tudnak benyújtani, akik az adott területen már korábban bizonyítottak és valós gazdasági, társadalmi hasznot hozó programot tudnak összeállítani, sőt jelentős önerőt is garantálnak a megvalósításhoz.
Köztudott, hogy az emberek életminősége, egészségi állapota alapvetően nem csak a szoros értelemben vett egészségügyi ellátó rendszer működésétől függ. Az egyén létérzetét alapvetően meghatározzák a gazdasági helyzet, a környezet, az életmód és a kultúráltság szintjén alapuló saját igények. A Széchenyi-program ebben az értelemben valamennyi projekt támogatásával hozzájárul a lakosság életminőségének javításához.
A kistérségi civil kezdeményezés példája az ún. Veresegyházi Életmód Program, amelynek keretében az itt élők aktív részvételével a gazdaság, a kultúra, a kommunikáció és az egészségügy, azaz az életmód, az életminőség fejlesztését tűztük ki célul. Ennek a komplex programnak az egészségügyi ága a Misszió Modell keretében a többi területet megelőzve elsőként valósult meg.
A Misszió Egészségügyi Központ az irányított betegellátás egyik szervezőjeként 152 ezer főre kiterjedően egészségfejlesztési, prevenciós tevékenységet és a teljes körű egészségügyi ellátás vonatkozásában betegút követést, elemzést végez. Ebben a munkában az egészségügyi szakembereken kívül az önkormányzatok, az egyházak és a helyi civil szervezetek is részt vesznek.

A MOK szerepe az egészségügyi minőségfejlesztésben, tanúsításban

Dr. Fehér Miklós
elnök
NAT Egészségügyi Szakmai Akkreditáló Bizottság

“Az embernek nem lehet az a célja, hogy mindig jó lapjai legyenek, hanem az, hogy a rossz lapokat is jól tudja megjátszani.”
(Robert L. Stevenson híres angol költő a múlt században)

Valahogy így kell nekünk is, az orvosoknak is szemlélni a minőségbiztosítás, minőségfejlesztés témakörét. Minőségbiztosításra tudniillik az egészségügy jelenlegi rossz anyagi helyzetében is, sőt ebben a helyzetben még inkább szükség van.
Az orvosok viszonyát a minőségbiztosításhoz pozitív és negatív tényezők befolyásolják. Az orvosok szeretik és igénylik a jó minőséget, és az ezt biztosító minőségfejlesztést, hiszen mindannyian szeretünk jól, szépen dolgozni; tudjuk azt, hogy a minőségbiztosítás mellett munkák eredményesebb lehet, tevékenységünk biztonságosabb. A jó minőségű munka után betegeink elégedettebbek lesznek, ez megvédhet bennünket későbbi pereskedésektől, és végül pedig a jó minőség fegyver lehet a többlet finanszírozásért is.
Negatívan befolyásolhatja az orvosok véleményét a minőségbiztosításról, hogy az ennek révén bevezetett irányelvek, protokollok korlátozzák a gyógyítás szabadságát, pénzügyi, gazdasági prioritásokat helyezhetnek előtérbe az egészségügyi prioritás helyett, növelik a management túlsúlyát és veszélyt jelenthetnek a külső ellenőrzés fokozása révén.

A kamarai tagok pozitív viszonyulását erősíti az 1994. évi XXVIII. törvény a Magyar Orvosi Kamaráról, mely a kamara köztestületi funkciói között megemlíti a szakmai szabályok megalkotását, a továbbképzést és részvételt a minőségi ellenőrzésben. Akkor, amikor a MOK a szakmai munka minőségét védi, akkor tulajdonképpen eleget tesz cégszerű funkcióknak, melyek között a tagok érdekvédelme mellett a közösségvédelme, és a kontárok elleni harc is szerepel.
Az 1997. CRIV tv. az egészségügyről kötelezővé tette az egészségügyi intézmények számára a belső minőségi rendszer kialakítását és megemlíti a külső minőségbiztosító rendszer kialakítását is.
A Magyar Orvosi Kamara felismerve a minőségbiztosítás, s ezen belül a külső minőségtanúsítás fontosságát és időszerűségét a Magyar Kórház Szövetséggel közösen az Egészségügyi Minisztériumhoz fordult egy minőségtanúsító rendszer kialakítása érdekében. A Minisztérium, különösképpen az egészségügyi miniszter Úr támogatásával fordultunk a Nemzetközi Akkreditációs Testülethez (NAT), hogy a testületen belül alakuljon Egészségügyi Szakmai Akkreditációs Bizottság (EüSzAB). Ez év április 19-én megalakult a NAT-on belül az EüSzAB, melynek tagjait az Egészségügyi Minisztérium, a MOK, az OEP, a Magyar Kórház Szövetség, az ÁNTSZ, a Magyar Ápolási Egyesület, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, a Magyar Gyógytornászok Egyesülete és az Orvosi Kollégiumok Egyeztető Tanácsa javasolta. Az EüSzAB elkezdte tevékenységét, melynek fő alkotó elemei a tanúsító szervezetekkel kapcsolatos követelmények kidolgozása, a tanúsító szervezeteket minősítő szakemberekkel szembeni követelmények kialakítása, a minősítők oktatása, vizsgáztatása.
Az EüSzAB az előkészítő munka végeztével ez év október 31-re készen áll a tanúsító szervezetek minősítésére.

Minőségtanúsítás Európában

Dr. Belicza Éva
szaktanácsadó
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

A minőségfejlesztés, minőségbiztosítás iránti igény növekedése az egészségügyben általános jelenség. A szakemberek vitája arról folyik, melyik az a minőségügyi rendszer, amely az egészségügyi intézmények számára leginkább alkalmas, azaz hatékony eszközökkel képes fejleszteni és biztosítani az ellátottak és ellátók biztonságát, az ellátás hatékonyságát és eredményességét, illetve valamennyi érdekelt fél elégedettségét.
A minőségügyi rendszer a szervezet működését és nem a szakmai tevékenységet szabályozza. Külső felülvizsgálat során történő megfelelés esetén kerül sor a tanúsítási igazolás kiadására, amely meghatározott ideig érvényes. A tanúsítás így a vonatkozó szabványok megfelelő alkalmazását ismeri el, nem a szakmai munka színvonalát. Ennek az a logikája, hogy munkafolyamatok szabályozásán keresztül valószínűsíthető a kedvező minőségű eredmény.
Az európai országok különböző módszereket alkalmaznak saját egészségügyi intézményeikben a minőség fejlesztésére. Jól ismert, de ritkábban alkalmazott minőségügyi rendszer az ISO szabványcsalád, amelyet alapvetően termék előállító szervezetek számára fejlesztettek ki, majd később kezdte a szolgáltatási szféra is alkalmazni. Nemrégen elkészült az egészségügyi

változata is, de ennek alkalmazására vonatkozóan még nincsenek tapasztalatok.
Általános gyakorlat, hogy az országok egészségügyi intézményeik számára saját standard-alapú szabályozást dolgoznak ki, és várják el azok alkalmazását. Ezek a standardok kiterjednek a szervezet menedzseri gyakorlatára és betegellátó tevékenységére is. A standardok elvárják, hogy az intézmények meghatározott területekre vonatkozóan határozzák meg saját koncepciójukat és a kapcsolódó eljárásokat, ezzel az intézményi működés átláthatóbbá és kiszámíthatóbbá válik.
Az egyik legújabb és gyorsan terjedő minőségfejlesztési gyakorlat a minőségdíjak alapjául szolgáló, önértékelésen alapuló European Foundation for Quality Management (EFQM) modell, amely azonban logikája és az európai gyakorlat szerint sem tekinthető tanúsítható rendszernek.
nem tanusító

Regionális egészségügyi együttműködés és az ebben rejlő forráslehetőségek

Dr. Szekeres Péter
egyetemi adjunktus
Pécsi Tudományegyetem OEC Pályázati Iroda

Sehol nem szembetűnőbb a teljesítmény-alapú finanszírozás (az ellátók versenyhelyzete), az egyes intézmények eseti fejlesztése, felújítása és a progresszív betegellátás, a „Salus aegroti suprema lex” közti ellentmondás, mint a közigazgatás határterületi, regionális szintjén. A kialakított statisztikai régiók az egészségügyi ellátás szempontjából az esetek döntő többségében egyben a befejezett ellátás földrajzi határait is reprezentálják. Az egészségügyi szolgáltatók versenyhelyzete ellenére (vagy pontosan e versenyhelyzet miatt) feltétlenül szükség van regionális együttműködésre, a párhuzamosságok kiküszöbölése, a források jobb allokációja és hasznosítása miatt még akkor is, ha az egészségügyi rendszer racionalizálása, az együttműködés formáinak és területeinek megtalálása nem könnyű feladat.
A közeljövőben várható EU-csatlakozás, a fokozatosan megnyíló EU alapok szükségessé teszik egy olyan koordináló regionális „ernyő” szervezet meglétét, amely a prioritások meghatározásával, a szükséges önrész megteremtésével ill. biztosításával maximálisan ki tudja használni az adódó pályázati-támogatási lehetőségeket.

Az alap- és az alkalmazott kutatások integrációja-
a hosszú távú versenyképesség záloga
(Széchenyi terv által támogatott program bemutatása)

Dr. Dux László egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem Biokémiai Intézet
Dr. Nagy Erzsébet laboratóriumvezető főorvos, Budai Irgalmasrendi Kórház Központi Laboratórium

A kilencvenes évek első felében a hazai egyetemi-akadémiai kutatói szféra számára jelentős előrelépést jelentettek az infrastruktúra javító-műszerpark fejlesztő pályázati források és a PhD (doktori) képzés megszervezése. A kilencvenes évek második felére a műszerpark tényleges

és erkölcsi elöregedése és a doktori iskolát elvégzők elhelyezkedési nehézségei egyre nagyobb gondot okoztak. A vállalkozói szféra a fejlesztési források és gyakran szándékok hiánya, a korábbi saját kutatói bázis elavulása miatt innovációs versenyhátrányba került.
A 2000-2001. évben először meghirdetett Széchenyi terv Nemzeti Kutatás Fejlesztési Program, jelentős forrásbevonás mellett, koncepcionálisan új irányba terelte az egyetemi/akadémiai, illetve a versenyszféra kutatás-fejlesztési együttműködését. Az „Életminőség Javítása" főirány keretében nyertes pályázatunk az in vitro orvosi diagnosztika alap és alkalmazott kutatásával, minőségbiztosítási, informatikai fejlesztésével kívánja a Szegedi Tudományegyetem Természettudományi-, Orvosi- és Gyógyszerésztudományi Karainak, a Budai Irgalmasrendi Kórház, a 77 Elektronika Kft., Roche Magyarország Kft. Diagnosztikai Divízió, a HospNet Egészségügyi Informatikai Kft. és a QualiCont in vitro Diagnosztikai Minőségellenőrzési Kht. szellemi és anyagi forrásait hasznosítani.

Pályázati források és lehetőségek az Európai Unióból

2001. szeptember 5.

Betegjogok az Európai Unió országaiban

Dr. Páva Hanna
helyettes államtitkár
Egészségügyi Minisztérium

Az angol Betegjogi Karta ápolási vonatkozásai

Dr. Medgyaszai Melinda
gyógyító-megelőző ellátási osztályvezető
OEP Veszprém Megyei Pénztára

A Nagy Britanniában működő Nemzeti Egészségügyi Szolgálat állampolgári jogon biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokat. Ahogy a betegjogok primátust kaptak az ország közvéleményében, egyre inkább előtérbe került a Szolgálatot érintő kritika. A társadalmi igény hozta létre az egészségpolitika által kialakított Állampolgári Karta Mozgalmat, melynek része a Betegek Kartája.
A Betegek Kartájának számos ápolási vonatkozása közül szeretném kiemelni az alapellátás és az anya- és csecsemővédelem területén rögzített betegjogokat. Az alapellátásban védőnő, egészségügyi látogató, optometrista, valamint mentálhigiénés szakember dolgozik önállóan. A Karta a beteg egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultságát, a vizitek igénylését, gyakoriságát, az időpont egyeztetés kérdéseit határozza meg.
A fekvőbeteg szakellátással kapcsolatosan az emberi méltóság, a rendelkezési jog kérdései kerülnek előtérbe – a hazai egészségügyi jogszabályok nyelvezetéhez szokott magyar számára szokatlanul érthetően, a „köznapi" beteg aspektusából.

Munkajogi szabályok módosulása és a betegjogok az Európai Uniós jogharmonizáció tükrében

Dr. Kőszegfalvi Edit
osztályvezető, munkajogi szakértő
Bács-Kiskun Megyei Kórház

A betegjogok WHO irányelv szerinti szabályozása az Európai normákkal összhangban álló jogokat biztosított az egészségügyi ellátást igénybe vevő betegek számára.
Ahhoz azonban, hogy a folyamatos, megfelelő szintű ellátáshoz való betegjog érvényesüljön, más jog területeken is szükségessé vált a jogszabály módosítás, és e körben nagy jelentőségűek az Európai jogharmonizáció jegyében megszületett új munkajogi szabályok.
A munkaidő, pihenő idő, és a rendkívüli munkavégzés új fogalmának megalkotásával, az ügyelet alatti munkavégzés mérésére vonatkozó új szabályokkal a munkajog is elő kívánja segíteni, hogy a megfelelő egészségügyi ellátás személyi feltételrendszere biztosítva legyen.
A megfelelő szintű szakmai ellátást kívánja garantálni a munkaerő-kölcsönzés egészségügyi ágazatra vonatkozó speciális új szabályainak a hatályba léptetése.
Ezen új szabályok rövid ismertetésével kívánom megvilágítani Önök előtt, hogy a betegjogok érvényesülését az új munkajogi szabályok hogyan tudják elősegíteni és támogatni.

Betegjogok a menedzsment szemszögéből

Dr. Marczell Mihály
orvos-igazgató
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház

A betegjogok megvalósulását biztosító technikai és adminisztratív feltételek megteremtésén túl a kórházvezetés legfontosabb feladata a fogékony intézeti kultúra megteremtése. Ebben a korszerű humánpolitika minden lehetőségét fel kell használni (kiválasztás, oktatás, továbbképzés, motiválás, ösztönzés, kommunikáció fejlesztése, stb.). Alapos elemzés alá kell vonni a kritikus ellátási helyzeteket (halál és halálközeli állapotok, életveszélyes vagy hosszú lefolyású súlyos betegségek, intenzív ellátás, cselekvőképtelen betegek ellátása, stb.) és fel kell készíteni a személyzetet ezen szituációk kezelésére, tudatos levezénylésére.
Elemezni kell az egyéni betegjogok iránti igények mértékét, megvalósulásuk feltételeit, lehetőségeit és akadályait, nem utolsó sorban anyagi következményeit.
Kiemelt feladat a panaszkezelés rendjének és módjának szabályozása, illetve a megelőzési lehetőségek kihasználása (aktív irányított tájékoztatás, PR és marketing, nyitás a civil társadalom felé).
Lényeges annak a társadalmi, jogi és politikai környezetnek az ismerete, melyek mozgásterünket befolyásolják (paradigmaváltás az orvoslásban, egészségpolitikai diszfunkciók, forráshiány, finanszírozási visszásságok, paraszolvencia, munkaerő gondok, kártérítési igények szaporodása, stb.) illetve annak elemzése, milyen módon tudnánk elérni ezen körülmények kedvező irányú változását.

Betegjogok elmélete és gyakorlati megvalósítása

Dr. Záray Gyuláné
egészségügyi menedzser

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórháza

A mai félreértésekkel, félreértelmezésekkel és félretájékoztatással terhes közhangulatban az egészségügyben dolgozók létérdeke, hogy megőrizzék a betegek megbecsülését és ne veszítsék el a hozzájuk fordulók bizalmát.
Mindennapi munkánk során tapasztalhatjuk, hogy a betegek – jogaiknak pontos ismerete nélkül is – elvárják személyiségük, emberi méltóságuk tiszteletben tartását, tudni akarják betegségük lényegét és azt is, hogy mik a kilátásaik. Ezzel szemben nem hatja meg őket a már régen krónikussá vált nővérhiány, az orvosok leterheltsége, az eszközpark elavultsága, hiszen jelenleg is igen magas járulékot fizetnek az egészségügyi ellátásért.
A kérdés: hogyan lehet ebből a csapdának látszó helyzetből kimászni? Van-e eszköz, amely segít eloszlatni a félreértéseket? Lehet-e közreműködőt találni a kialakult konfliktusok tisztázására?
Léteznek ilyen eszközök és közreműködők. Egy közülük a betegjogi képviselői rendszer, melynek egyik legfontosabb küldetése, hogy javítsa a betegek és az egészségügyi ellátó személyzet közötti párbeszédet, vagyis az elmélet és a gyakorlat megvalósulását.

Betegjogi képviselők a gyakorlatban

Ludván Miklósné
betegjogi képviselők
ÁNTSZ Pest Megyei Intézete

Az előadás egy esztendő betegjogi eseteit ismerteti. A betegpanaszokban megjelölt indokokat előfordulásuk gyakorisága alapján tárgyalja és a kivizsgálás során feltárt okokat az alábbi főbb csoportokban sorolva elemzi:

- A tájékoztatás hiánya, kommunikációs zavar;
- Betegápolási tevékenység (a betegápolás minősége, szervezetlensége);
- Az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való jog megsértése;
- Az egyes beavatkozásokba való beleegyezési jog megsértése;
- Kórházi szövődmények illetve nosocomiális hátterű események, amelyeket a beteg vagy hozzátartozója a betegjogok sérülésének tulajdonított;
- A betegjogok érvényesülése akadályozására hivatkozva tett, valójában a szociális ellátást érintő panaszok (szociális segély, nyugdíj kiegészítés kijárása, stb.);
- A beteg által igényelt ellátás elmaradása;
- Az infrastruktúra hiánya miatti kényelmetlenség, rossz higiénés viszonyok;
- Bizalmatlanság a titoktartást illetően;
- A személyi szabadságot – ezen belül a mozgásszabadságot – korlátozó módszerek.

Az esetek elemzésének közzététele tanulságos lehet mind az egészségügyi intézmények mind a betegjogi képviselők számára a betegjogi panaszok kezelésében.

Foglalkoz(z)unk a betegjogokkal az egészségügyi felsőoktatásban?(!)

Dr. Pogány Magdolna

főiskolai docens
Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szak

A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara egyes szakain a képzési programok része az egészségügyhöz kapcsolódó jogi ismeretek oktatása. Az 1997. Évi CLIV. tv. az egészségügyről hatálybalépése óta a tananyag részét képezi a betegjogok oktatása.
A különböző szakok képesítési követelményei, valamint a rendelkezésre álló óraszámok más-más keretet biztosítanak a hallgatók és az oktatók részére a betegjogokkal történő foglalkozásra.
Az előadás ezeknek a kereteknek a bemutatásával, valamint 239 diplomás ápoló, 50 gyógytornász, és 24 általános szociális munkás (egészségügyi orientáció) hallgató által, különböző szempontok alapján megírt beszámolója alapján dolgozza fel a hallgatók tapasztalatait a betegjogok gyakorlatban történő érvényesüléséről.
Végső konklúzióként úgy fogalmazhatunk, hogy a betegjogok, mint önálló tantárgy oktatása szükséges, de nem elégséges az alapvető szemléletváltáshoz. Feltétlenül törekednünk kell arra, hogy integráltan, más tudományterületek részeként is foglalkozzunk ezzel a kérdéskörrel, hogy igaz legyen az egyik gyógytornász hallgatónk megállapításának első mondata és fel sem merüljön a második.
„Ahogy ezeket a jogszabályokat olvastam arra gondoltam, hogy ezeknek a dolgoknak annyira természetesnek kellene lenniük, hogy talán nem is lenne szükséges törvénybe foglalni őket. Aztán rájöttem, hogy hiába vannak jogszabályokban megfogalmazva, sajnos mégsem tartják be őket teljes körűen.”

Betegjogok érvényesülése a pszichiátriai betegek körében

Fridli Judit
jogvédő
Társaság a Szabadságjogokért

A betegjogok törvénybe foglalása biztosítja, hogy az egyén részt vehessen azokban a döntésekben, melyek testi-lelki állapotára hatnak, továbbá életminőségét vagy akár életesélyeit befolyásolják. E döntéseket az érintett úgy tudja meghozni, ha orvosától széleskörű tájékoztatást kap és képes ezeket az információkat saját értékrendjével összhangban mérlegelni.
A pszichiátriai ellátás során számos olyan helyzet adódhat, amikor az önrendelkezés közvetlen gyakorlása akadályokba ütközik. A beteg halaszthatatlanul kórházi kezelésre szorul, ám abba nem egyezik bele. A mentális zavar megfosztotta – ideiglenesen vagy tartósan – döntési képességeitől.
Milyen törvényi feltételek mellett engedhető meg, hogy valakit akarata ellenére gyógyító intézménybe szállítsanak? Ki kapjon lehetőséget arra, hogy a döntésképtelen beteg helyett a kezelési döntéseket meghozza? Korlátozható-e a magát vagy másokat közvetlenül veszélyeztető beteg a szabad mozgásban? Milyen speciális feladatai vannak a pszichiátriai osztályokon dolgozó szakápolóknak, betegjogi képviselőknek?
E kérdések számba vétele után foglalhatunk állást abban, milyen lehetőségeket látunk a betegjogok betartatására a pszichiátriai ellátásban. Látunk-e megoldást arra, hogy két érdek

egyidejűleg érvényesüljön: a pszichiátriai beteg kapja meg a szükséges kezeléseket, ugyanakkor önrendelkezési jogát tartsák tiszteletben.

2001. szeptember 6.

Bevezető gondolatok: Globalizáció és egészségügy

Dr. Szabadfalvi András
elnök
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub

Az emberiség történelme során a beteggyógyítás tevékenysége mindig függvénye volt a kor társadalmi, gazdasági fejlettségének. A magyar egészségügy is szervesen illeszkedik a nemzetgazdaság teljes rendszerébe és az egészséggel való gondolkodás sajátos piaci feltételek között megy végbe. Az „egészség” viszont a lakosság alapszükséglete, a finanszírozási terhe nem hárítható át a végső fogyasztóra, tehát árumivolta és piacosítása sajátos és korlátozott.
A magyar lakosság rossz egészségügyi állapota már ma is akadálya a gyorsult gazdasági fejlődésnek. A „humán erőforrás” jó minősége – fizikai és szellemi tekintetben egyaránt – nélkülözhetetlen az államháztartás átalakításához (is).
A globalizálódó világunkban az az ország versenyképes, amelyik minél több tudást képes hozzáadni a gazdasághoz. A magyar országos egészségpolitika és azon belül a „kórházügy” nemcsak a társadalmi tudás életre keltésében, hanem a transznacionális vállalatok (pl. gyógyszerágak, orvosi műszergyártók, stb.) és a nemzetállamon belüli régiók sajátos érdekszövetségének a megteremtésében, konfliktusának a kezelésében is szerepet játszik.
A harmadik évezred elejének mind gazdasági, mind kulturális téren a globalizálódás a meghatározó élménye. A világ nagy gazdasági régiói között már egyre több olyan található, amelyben az összes megtermelt új értéknek a nagyobbik felét már nem nemzeti, hanem külföldi irányítás alatt álló vállalatok állítják elő. Az egészségügy beszállítóinak jelentős része is ezek közé tartozik.
Az a kérdés gyakran merül fel, hogy jó-e Magyarországnak a globalizáció, vagy jó-e hazánknak a külföldi működő tőke-import magas szintje? Erre egyszerű és rövid választ nem lehet adni. Abban viszont biztosak lehetünk, hogy a globalizálódás és a működő tőke-kivitel, ami a globalizálódás fő mozgatóerejét jelenti, még legalább ötven éven át a világ fő folyamatát fogja reprezentálni, amelyből egy olyan kis ország, mint Magyarország nem tud – és nem is akarhat – kilépni.
Arra kell törekednünk ezért, hogy a működő tőke-áramlat folyamatához való tudatos alkalmazkodás révén Magyarország – és az egészségügyi ágazata – a globalizáció nyerteseihez tartozzék, már a kezdeti időszakban is!
A külföldi működő tőke-beruházások tehát ma a világgazdaság motorjai, de ez a motor csak akkor működik zökkenőmentesen, ha az alkatrészeit jó állapotban tartják. A magyar egészségügyi ellátásnak; amelynek intellektuális, illetve humán-tőkéje világszínvonalú és eurokomform, sokat kell tenni a lakosság egészségi állapota javításának érdekében. Beteg lakossággal nem lehet „gazdasági csodát” produkálni!
A mai magyar vezetői elit döntései évszázadra határozhatják meg az itt élő közösség sorsát. Az egészségügyi ágazat jövőbeli alternatíváinak lehetőségeit az egészségügyi értelmiség hivatott

kutatni, kidolgozni és megszervezni. A kormányzati szintű ágazati egészségpolitika szerepe mellett az eddigieknél sokkal hangsúlyosabbá kell válnia az egészségügyi szolgáltatást nyújtó menedzsment tevékenységének.
A magyar egészségügyi menedzser-elit felkészültsége és elkötelezettsége a garancia arra, hogy a globális kihívások törékeny egyensúlyát a népegészségügy javítását szolgáló intézkedések felgyorsítása irányába billentse.
Ezen a téren kíván szerepet vállalni a 2001-es EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS KONFERENCIÁNK programja, amelyhez sok sikert kívánok.

Lépések az Európai Unió felé

Dr. Szolnoki Andrea
főpolgármester-helyettes
Fővárosi Önkormányzat

Lépéseket tenni lehet gyorsan, lehet lassan. Lehet sántítva, lehet könnyedén, szaladva. Megbotlani is lehet, legfeljebb az egészségügy majd ellátja sebeinket.
De az egészségpolitikai tervek, cselekvési programok csak átgondoltak és megfelelően megtervezettek lehetnek, mivel itt az egészségügyi ellátás rendszeréről, egészéről van szó, tehát azokról is, akik elesve megsebesülnek és azokról is, akik a sebeket kötözik.
Az Európai Unióhoz való csatlakozáshoz szükség van megfelelően megalapozott és átfogó egészségügyi reformra, illetve a települések igényeihez igazított, megfelelően előkészített egészségpolitikai koncepcióra, illetve az azokra épült cselekvési tervekre, valamint a végrehajtáshoz szükséges anyagi, személyi feltételek biztosítására.
A Fővárosi Önkormányzat a folyamat előkészítése és hosszabbtávú megvalósítása érdekében kialakította saját egészségpolitikai koncepcióját, erőfeszítéseket tesz az ellátó rendszer hatékonyabbá tételére (például teljesítmény monitoring rendszer kialakításával, ágazati informatika rendszer létrehozásával), illetve hosszabb távra előtekintve tervezi meg fejlesztéseit.
Ugyanakkor a koncepciók gyakorlati kivitelezését csak megfelelő gyakorlati tapasztalattal rendelkező és jól képzett szakemberek képesek véghezvinni, amely szempontból a magyar orvosoknak nincs szégyenkeznivalója.
Az egészségügyi menedzser képzettségű kollégák (kórházigazgatók, intézményvezetők, ügyvezetők, stb.) a szférán belüli helytállása jól példázza azt, hogy a komplexebb tudás megszerzése, a vezetési technikák elsajátítása, a gazdasági ismeretek elmélyítése milyen fontos lehet útban Európa felé.

Van-e globalizáció az egészségügyben?
Az EU belépés aspektusa a menedzsment szemszögéből

Prof. Dr. Eugen Hauke
egyetemi tanár, főigazgató
bécsi Kórházi Egyesülés

Az európai egészségügyet még mindig az egyes országok különböző tradíciói jellemzik. Az egészségügyi személyzet képzése különböző, eltérőek a szolgáltatás-kínálatok, amelyeknek igénybe vétele országonként nagy differenciát mutat, ugyanígy gyakran nem összehasonlítható a szolgáltatások finanszírozása.
Maga a forrásfelhasználás nem feltétlenül jellemző az egészségügy minőségére. A lakosság elégedettsége is gyakran nehezen végrehajtható rendszerértékeléseket mutat, amelyek nem mindig korrelálnak a szakértők elvárásaival.
A régiókat átfogó szervezetek, mint a WHO, OECD, EU, évek óta foglalkoznak ország-összehasonlításokkal; az ország-összehasonlításokat többnyire nem megfelelően interpretálják, hanem változatosan elidegenítve alkalmazzák, hogy bizonyos érdekekhez érveket adjanak, hogy valamit tegyenek, vagy ne változtassanak. Eltekintve ezektől a helytelen szokásoktól, ezeknek az összehasonlításoknak további funkcióik vannak, nevezetesen nemcsak egyáltalán létrehozni az összehasonlíthatóságot, hanem egy benchmarkingot (üzem-összehasonlítást) is kiváltani a nívószerű szisztematikus javítás irányába. Minden szakember számára világos, hogy az ilyen szisztematikus változtatások az ilyen különböző nagy rendszerekben csak hosszú távon és a további társadalmi és különösen gazdaságpolitikai fejlődések haladásától függően mehetnek végbe.
Mégis úgy hiszem, hogy egy szisztematikus konvergencia ismerhető fel. Ezt politikai, információtechnológiai, orvostudományi, gazdasági és egyéb trendek támasztják alá.
Az EU-ba való belépés még sokáig nem feltételezi, hogy az egészségügyi rendszert közvetlenül az EU 15-höz hasonlóvá kell tenni. Eddig az EU nem is priorizálta az egészségpolitikát. Az egészségügynek a kiegyenlítése nem állt és most sem áll az előtérben; a gazdaság- és a valutapolitikának éppúgy előnye van, mint a mezőgazdasági politikának. Egy olyan dinamika, mint ami ma látható az energiaszektorban, az egészségügyi szektorban nem várható.
Mégis egy alapvető konvergencia nem hiányozhat: a menedzsment stratégiailag minden országban fokozottan fog a várható változási folyamatokhoz orientálódni, és jó lesz az ilyen trendeket idejekorán felismerni, intézkedéseket tenni, hogy ne kerüljön hátrányos helyzetbe. Különben feladatait nem fogja teljesíteni.

A kórházak jövője az Európai Unióban

Dipl. Oec. Heinz Kölking
elnök
Német Kórházigazgatók Szövetsége

1. Az európai integráció folyamata

Európa fog és kell bővülnie. Magyarországon jók a feltételek az EU-ba való belépéshez. Az előadás ezért abból a premisszából indul ki, hogy Magyarország az EU tagja lesz.

2. Az egészségügyi rendszerek Európában

Az egészségügyi rendszerek az EU tagállamaiban, valamint a potenciális tagországokban igen különbözőek. Ezek a piacgazdaságiaktól a tisztán állami dominanciájú rendszerekig terjednek. Túlnyomóak az államiak. Ugyanilyen különböző a kórházaknak a feladatspektruma is az ambuláns ellátás vonatkozásában.

3. Az egészségügyi rendszer Magyarországon

Nyilvánvalóan sok párhuzamosság van a magyar és a német egészségügyi rendszer között.

Mint minden egészségügyi rendszert a világon, így Magyarországon is az egészségügyi rendszert nagy dinamika jellemzi. Itt különösen a DRG rendszert kell említeni a kórházi szolgáltatások finanszírozására.

4. A rendszerek közötti verseny szempontjai

Az európai egészségügyi rendszereknek a háttere előtt és az ezzel kapcsolatos problémákban a jövőben meg kell merészelni egy prognózist. Az USA-beli fejlődéssel ellentétben abból kell kiindulni, hogy bár a versenyelemek az egészségügyi rendszerben lényegesen erősödni fognak, az állami felelősség azonban megmarad. Az előadás ennek előnyeivel és hátrányaival fog foglalkozni.

5. A szolgáltatók és a betegek közötti verseny szempontjai

Az EU tagállamaiban fokozódik a verseny a betegekért. Ez egyre inkább a tagállamok határain túl is történik és nemcsak a határközeli régiókra vonatkozik. Ezt példák alapján mutatjuk be, és egyidejűleg megkíséreljük a kihatások elemzését.

6. A globalizáció szempontjai a kórházügyben

Mint a betegekért való verseny, egyre inkább verseny lesz az egészségügyi intézmények, különösen a kórházak fenntartásáért. Különösen a kórházláncok már nem az egyes tagállamokra fognak koncentrálódni, hanem a globalizáció útjára lépnek. Hogy ennek milyen kihatása van, ugyancsak az előadás tárgya lesz.

7. Van-e ideális típusú egészségügyi rendszer?

A Német Kórházigazgatók Szövetségének a munkájából, német szempontból és a sokrétű tapasztalatokból meg kell kísérelni egy lehetőleg ideális típusú rendszert bemutatni. Az a vita fog adódni, hogy egy ilyen ideális típusú kezdeményezést érdemes lenne-e vitára bocsátani az Európai Unió szintjén.

Európai Unió és az egészségügy (EU és Eü.)

Prof. Könczei György D. Sc.
egyetemi tanár, főigazgató
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Az előadó kísérletet tesz a globalizáció néhány hatásának újragondolására, az EU-csatlakozás fényében a magyar egészségügyben. Az előadás elemző: sem nem globalizáció-parti, sem nem globalizáció-ellenes, de nem is panaszkodó: „Mily rossz itt nekünk Közép-Kelet-Európában!”. Szövedéket az Európai Unió legfontosabb elsődleges és másodlagos jogi dokumentumai adják.

Az Európai Unióhoz való csatlakozás hatása az egészségügyi ellátórendszerre

Dr. Czimbalmos Ágnes
programegység-vezető
Országos Egészségfejlesztési Központ

Az Európai Unióban az egészségügyi szempontok figyelembevétele a szabályozások

kialakítása során egyre fontosabb szerepet kap, és ez napjainkban fokozottan igaz az egészségügyi ellátórendszerekre is. A négy szabadságjog: az áruk, személyek, szolgáltatások és a tőke szabad áramlásának biztosítása az egészségügyben is cél. A gyógyszerek, orvosi műszerek és eszközök, mint különösen érzékeny termékek speciális szabályozás alá tartoznak. A gyógyszerek esetében az igazi gondot a paralel kereskedelem és az internetes eladások jelentik. A személyek szabad áramlása a szakképzettségek kölcsönös elismerése révén megvalósulni látszik, de bizonyos tagállamok diszkriminatív szabályozásai egyes területeken még léteznek. A munkaerő szabad áramlása a csatlakozási tárgyalások során Magyarország számára központi kérdés, ahol a bilaterális tárgyalások során nyílhat lehetőség kedvezőbb feltételek kialakítására.
A tagállamok számára a legnagyobb kihívást jelenleg az egészségügyi szolgáltatások külföldön történő igénybe vétele jelenti, hiszen ez felboríthatja a nemzeti alapon szerveződő, szolidaritásra épülő társadalombiztosítási rendszerek finanszírozási stabilitását. Az Európai Bíróság ide vonatkozó ítélkezése adott ugyan bizonyos útmutatásokat, de lényeges kérdések maradtak még nyitottan. A tagállamok ragaszkodása független társadalombiztosítási rendszereikhez nagyon kifejezett és egységes, de a technológiai fejlődés és a népegészségügyi problémák egyre sürgetőbbé teszik az együttműködést ezen a téren is.

Az EU-csatlakozás hatása az orvostechnikai eszközökre vonatkozó szabályozásra

Nagy Csaba
főigazgató
Orvos- és Kórháztechnikai Intézet (ORKI)

Az Európai Unió nagy figyelmet fordít arra, hogy az új közelítésű (New Approach) direktívák mind teljesebb körben váljanak az EU tagországokban iránymutatóvá, illetve a tagországok jogrendjébe történő bevezetés után kötelezővé.
Az Egészségügyi Minisztérium az európai direktívák figyelembe vételével – azzal összhangban – adta ki a 47/1999. (X.6.) orvostechnikai rendeletet, amely alapján eljárva mind a magyar gyártók, mind a magyar kijelölt szervezet(ek) teljesíti(k) az európai elvárásokat.
Az Európai Unió és Magyarország a tárgyalások befejeztével aláírta a PECA-egyezményt, amely azokra a termékekre vonatkozik, amelyeket az Európai Közösségek tagországaiban, illetve a Magyarországon gyártanak/gyártottak. Ilyenformán elismerik a PECA hatálya alá tartozó országok egymás megfelelőség-értékelési eljárását, illetve az ilyen módon adott a lehetőség a „CE”-jelöléssel ellátott termékek szabad áramlására. Értelemszerűen a PECA hatálya nem terjed ki azon országokra, amelyek nem tagjai az EU-nak, így pl. nem terjed ki az USA-ra, Japánra, Svájcra, stb.
Így a magyar kijelölt szervezet (jelen esetben az orvostechnikai eszközök területén az ORKI) a magyar és az EU-s gyártókat – notified body-ként tanúsítva termékeit – „CE”.jelölés felhelyezésére jogosítja fel (CE 1011), míg az EU-n kívüli országok esetében a magyarországi forgalomba hozáshoz szükséges elvégeztetni – a kijelölt szervezet bevonásával – a „H”-jelölés felhelyezésére szolgáló tanúsíttatást (H EÜ01). Ez alól kivételek az I. kockázati osztályba tartozó orvostechnikai eszközök, amelyekre – ha nem sterilek, illetve nem rendelkeznek mérőfunkcióval – a gyártó önmaga felhelyezheti a „CE”-jelölést, természetesen akkor, ha az alapvető követelményeket teljesítik.

Az „új” orvostechnikai rendelet 2000. április 1-jén, a PECA 2001. június 1-jén lépett hatályba. Az ezzel kapcsolatos tudnivalókat igyekszik az előadás ismertetni.

A központosított közbeszerzés EU-csatlakozással várható változásai

Kétszeri László
főosztályvezető
Miniszterelnökség Közbeszerzési és Gazdasági Igazgatósága

A Miniszterelnökség Közbeszerzési és Gazdasági Igazgatóságot 1997-ben alapította a Miniszterelnöki Hivatalt vezető miniszter a Miniszterelnöki Hivatal és háttérintézményeinek fejezeti fedezettel biztosított, valamint a központi költségvetési intézmények egyes kiemelt termékköreinek a költségvetésben a kormány által felügyelt intézményi fedezetekkel biztosított központosított közbeszerzésére. Hasonló funkcióval – a kiemelt termékek más, jól elhatárolt területeinek központosított közbeszerzési feladatainak ellátására még másik két központi beszerző szervezetet hozott létre a kormány: a BM OKF-t és az OEP közbeszerzési szervezetét.
A kiemelt termékkörökben meghatározott termékcsaládok további bontását valamint az azokkal meghatározott termékekkel szembeni részletesebb elvárásokat (a mindenkori közbeszerzési eljárás specifikációját) a kormányhatározatokkal kiadott állami normatívák határozzák meg.
A közbeszerzési törvény 1999. évi módosításával a korábban három intézmény által végzett központi közbeszerzések bonyolítására a kormány az MKGI-t, mint egyedüli központi beszerző szervezetet jelölte ki a központi közbeszerzések hatálya alá tartozó mintegy 1000 költségvetési intézmény alaptevékenységének végzéséhez szükséges általános irodai eszközök, felszerelések, személygépkocsik és az azok üzemeltetéséhez szükséges üzemanyag valamint az OEP által finanszírozott gyógyító tevékenységhez szükséges gyógyászati segédeszközök beszerzésére.
Ezeket a feladatokat jelenleg a Miniszterelnökség Közbeszerzési és Gazdasági Igazgatóság szervezetébe tagoltan a Közbeszerzési Igazgatóság mintegy 35 fős szervezete végzi. Az Igazgatóság további három szervezeti egysége – főosztályok – közül a Gépészeti Egészségügyi és Irodatechnikai beszerzések bonyolításával megbízott főosztály hatáskörébe tartozik az egészségügyi eszközök központosított közbeszerzési eljárásainak bonyolítása, az eljárásokat lezáró keretszerződések megkötése valamint a szerződések időtartama alatt azok managelése (a teljesítések figyelemmel kisérése, a közbeszerzési díjak begyűjtése valamint az intézmények folyamatos tájékoztatása).
A központosított közbeszerzések mintegy 5 éves időtartama alatt a fenti névvel jelölt ellátási rendszer sokat változott. A rendszeren belül változott az egyes szereplők gazdasági súlya és szerepe valamint az ellátási rendszerben betöltött funkcióik.
Előadásomban az ellátási rendszereknek és piaci folyamatoknak a központosított közbeszerzési eljárásokat lezáró keretszerződések rendszerében történő leképzésének folyamatait kívánom megjeleníteni.