

A Nemzeti Egészségügyi Tanács 2010. június 17-i tanácsülésén elhangzott referátumok és vita összefoglalása

Egészség-gazdaságtani megfontolások

- Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldala között óriási hiány alakult ki. Folyamatos a konfliktus forrásteremtési oldalról az egészségpolitika és a gazdaságpolitika között. Az egészségbiztosítási járulék negyedére csökkent.
- Szemléletváltás az egészségügy megítélésében
KLASSZIKUS felfogás:
 - Non-produktív ágazat
 - Viszi a pénzt
 - Teher a költségvetésben
 - Maradék elv*INNOVATÍV értelmezés:*
 - Innovatív ágazat
 - Értékteremtés
 - Hozzáadott értéket jelent
 - Méltányos forrásallokáció
- Költséghatékonyág esetében fontos az ár/érték arány hangsúlyozása
- Szükséges a gazdaságpolitika és egészségpolitika szinkronizálása, átlátható és kiszámítható egészségpolitika, fenntartható rendszerműködés, stabil szabályozási környezet.
- Egészségügyi technológiák befogadási (és kifogadási) rendjének átfogó szabályozása, a szükségletek, kapacitások és a finanszírozás összehangolása, a felelőségek és hatáskörök harmonizálása, a progresszivitás elismerése a területi ellátási kötelezettségben, a kapacitásokban és a finanszírozásban
- Ágazati humán erőforrás fejlesztési stratégia megfogalmazása és gyakorlati megvalósítása, az OEP szolgáltatásvásárlói szerep megteremtése, oktatási és kutatási határterületek rendezése, egészségügyi innováció.
- Egészség-gazdaságtani elemzések, ill. egészségügyi-technológiai elemzések széleskörű használata.
- Egészség-gazdaságtani Szakmai Kollégium létrehozása.

Nemzetközi tapasztalatok az egészség-gazdaságtani szakterületen

- A fejlett országok példája azt mutatja, hogy a finanszírozási döntések sok esetben döntően befolyásolják az orvostudomány/egészségügy működését.
- Az egészségpolitikai és finanszírozási döntés-előkészítés során szerte a világon kiterjedten használják az egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés fejlett módszertanát.
- Az állam/egészségpolitika rangsorol, megrendeli és finanszírozza az elemzéseket, amelyeket a döntéseihez használ. Az egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés egyrészt kutatás-, adat-, idő- és szakember-igényes, másrészt igazán haszna megfelelő egészségpolitikai környezetben jelentkezik.

- Hazánkban a lakosság egészségi állapotának javítása és a fenntartható finanszírozás kialakítása érdekében az egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés lehetőségeiből nagyon keveset használunk, nincs azonban szakmai akadályát annak, hogy ez megváltozzon.

Egészségpolitikai, államigazgatási, társadalmi összefüggések

- Az egészség-gazdaságtan diszciplína segítségül hívása a meghirdetett társadalmi párbeszédben rendkívül fontos lehet, a résztvevők tájékozottan, informáltan vegyenek részt, ne csak a politikusok, hanem az egészségügynek és a társadalomnak, a betegszervezeteknek a képviselői is,
- Olyan módszertannal, olyan nyelven, és olyan kérdéseket is képviselve készítsék el véleményeiket, munkáikat, hogy az használható legyen, nem csak az egészségpolitika, az államigazgatási döntéshozó számára, hanem pl. az egyetemi klinikák, kórházak döntéshozói számára, ill. a társadalmi szervezetek, betegszervezetek számára is.
- Kulcskérdés, hogy milyen a politika és az államigazgatás kapcsolata, hatékony-e, képes-e átvinni a politika az akaratát az államigazgatásra, képes-e a bürokráciát, a korrupciót, az átláthatatlanságot, a zavart uralni. Ettől függ az egészség-gazdaságtan érdemi szerepvállalása is.
- Fontos, hogy az elemzések ne csak egy szűk kör, vagy egy egyszerű formális feladatból származó igényeket elégítsenek ki, hanem a szakmai és betegszervezeteken keresztül a társadalmat is.

Az összefoglalás Dr. Boncz Imre, Dr. Gulácsi László, Dr. Oberfrank Ferenc referátuma alapján készült.

Az alapellátás helyzete

- Az utóbbi években az alapellátási rendszer fejlesztése elmaradt, virtuálissá vált a szakmai ellenőrzés és mind nagyobb probléma a praxisok üzemeltetése. A finanszírozási rendszer csődje, az alapellátás alulfinanszírozása reménytelenné teszi a szakma helyzetét, az ösztönzés, ami minőségi munkára, ill. prevencióra irányulna, az nem igazán működik. A gyógyszer-segédeszköz utalványozás csökkentése (ld. generikus program „korbácsrendelettel”), a többlet-adminisztrációs terhek, vizitdíj gyenge kiváltása, biztosítói büntetések, visszavonások, csak ellenérzést váltottak ki, ösztönző hatásuk negatív
- Kormányzati feladat a szakma vonzóvá tétele, pályastabilitás, a fiatalok motiválása, háziorvosi munkát életcélnek, megbecsült, egyenrangú szakterületnek tekintsék. Egységessé kell tenni egyetemi oktatását motiválás, felkészülés érdekében. Fejleszteni kell a szakképzést és a folyamatos továbbképzést, hogy az orvos gyakorlati és napra kész tudással rendelkezzen, a szolgáltatás mindenütt azonos értékű legyen. A képzés, szakképzés, továbbképzés, ill. szakmai felügyeletben szerepet kell vállalnia egyetemek családorvosi tanszékeinek, ill. a háziorvosok helyi és regionális képviselőinek, pl. MOK.
- Az egészségügy feladata törvényben garantálni a Népegészségügyi Program finanszírozását, betegségmegelőzésre összpontosító, egészségtudatos társadalmat építő, hatékony és hosszú távú programot, melyhez egyedülálló lehetőség a csúcsmisztérium.
- Az alapellátási program elemeinek megvalósításához szükség van bevételi többletre, jobb szervezethez, szakmai ellenőrzésre: a jó munka elismerésére, egymással kommunikálni képes, finanszírozott, egységes informatikai rendszerekre, melyek támogassanak, szolgáltatassanak figyelmeztessenek egyéni veszélyekre, gyógyszer-interakciókra, esedékes vizsgálatokra, tartalmazzanak döntési algoritmusokat. Mindehhez jól érthető és egyszerű szakmai irányelvekre, használható protokollokra, melyek többlet nyújtanak a „munkaköri köteleességek” leírásánál egységes, rugalmas, aktuális igényeket kielégítő továbbképzési rendszerre, távoktatásra („e-learning”) van szükség.
- A lakosság-közeli ellátásban a háziorvosi ellátáson kívül a fogászati ellátás, védőnői, iskola-egészségügyi ellátás, de a körzeti közösségi ápolás, otthonápolás sok mindent hozzá tud tenni az egészség-haszonhoz.

Az összefoglalás Prof. Dr. Hajnal Ferenc referátuma alapján készült.

Járóbeteg-szakellátás

- A hatékonyabb betegellátás, racionális forrásfelhasználáshoz a betegnek a lehető legalacsonyabb szinten kell definitív ellátást kapnia, a háziorvosok szakmai munkájának erősítése szükséges, a járóbeteg ellátást alkalmassá kell tenni arra, hogy a szakmailag ott ellátható betegeket ne a drágább fekvő ellátásban kelljen ellátni (progresszivitási szintek és feladatok meghatározása, jelenlegi szolgáltatók infrastruktúrája, új feladatok elvégzéséhez szükséges infrastruktúra, személyi feltételek, anyagi feltételek). Fontos a járó–fekvő kapcsolatrendszer korrekciója (szakmai szint, kapacitásrendszer)
- A struktúraátalakítás valamennyi változó paraméter figyelembevételével végezhető csak. A fekvőbeteg ellátó rendszer feladatait szakmailag határozottan körül kell határolni, ugyanúgy, mint a járóbeteg szakellátásba átirányítandóakat. Az egynapos ellátások terjedésének egyik fő gátja az, hogy a fekvő kapacitás kissé túl, a járó kapacitás pedig alul méretezett. Integrálandó az egynapos klinikum a szolgáltatói palettába rendszerelméleti kapcsolatok figyelembevételével. A rehabilitációs-krónikus ellátást komplexitásában kell kezelni. Megerősíthető az alapellátás ezen feladatköre, a házi szakápolási szolgáltatás, a járóbeteg szakellátás kapcsolódó tevékenységkörrel.
- A jelenlegi rendszer rugalmatlan. A rugalmatlanság megnyilvánul a szigorúan vett kapacitásban (ágyszám, óraszám, amit az Eftv rögzít, így alig változtatható) a kapacitásokhoz kötött TVK-ban (nem adható le, illetve nem konvertálható szabadon a kapacitás, mert a TVK együtt mozog vele) a finanszírozási kasszák átjárhatatlanságában (illetve nehezen átjárhatósága).
- Az érdekeltségi viszonyok jelenleg a minél magasabb ellátási szinten történő betegellátás irányába hatnak. A háziorvosok a továbbküldésben érdekeltek, így a járó ellátók sok fölösleges, szakmailag érdektelen esetet kapnak, ezzel kitelik a szakorvosi óra illetve TVK, tehát ő is a kicsit magasabb orvosi szaktudást igényelő esetek továbbküldésében érdekelt a fekvő ellátásban ugyancsak az alacsonyabb ellátási szinten gyógyítható betegek „dömpingje” okoz kapacitás (klasszikus és TVK) kihasználtságot, így, amit lehet magasabb ellátási szintre küldenek. Ezért van az, hogy a nagy intézmények, akik a szakma csúcsát képviselik, folyamatosan mindennemű kapacitás (ágyszám, TVK, diagnosztikai keresztmetszet, intenzív osztályos ellátás, PIC, humán erőforrás) gondokkal küzdenek.
- Minőségi ellátás semmilyen formában nem elismert a rendszerben.
- Humán erőforrás alapvető probléma a járóbeteg-ellátásban: a szakorvosok nem tudnak megfelelő szintű szakmai munkát végezni, mert az alapellátás tevékenysége teszi ki munkaidejük nagy részét, ha komoly szakmai munkát végeznek, akkor a finanszírozás ezt nem téríti számukra (ugyanaz a tevékenység helyenként sokkal jobban „fizet” a fekvő ellátásban), így igen alacsony a bérszínvonal, a szakdolgozók szakmai munkájának ma nem sok

helye van a járóbeteg rendszerben, a bérszintek csaknem katasztrófális mértéke.

- Az ellátási szintek kapacitásának szükséglet alapú kialakítása szükséges (annyi és olyan szakmai progresszivitású szintű ellátóhely kialakítása, amennyire szakmai szükség mutatkozik; ez vonatkozik mind a fekvő-, mind a járóbeteg ellátásra), ehhez a szakmai struktúrához kell igazítani a teljesítmény-finanszírozást és az alapjául szolgáló kódrendszereket (komoly kódkarbantartási munka: a HBCS-k, német pontok átstrukturálására van szükség). El kell dönteni, hogy az ambuláns HBCS rendszer kialakítása jelenthetne-e elegendő ösztönzést mind a háziorvosi, mind a járóellátásban a definitív ellátásra, az alapvető a rigorózus jogszabályok átalakítása (Eftv, beutalási rend, minimum feltételek, működési engedélyezés, szakmakód rendelet, szakdolgozói licence rendelet, stb.), a finanszírozási rendszer transparensabbé, követhetőbbé tétele.
- Az egészség-gazdaságtani szakértő gárda szaktudásának igénybe vétele elengedhetetlen (pl. az E. Alap kasszáinak átjárhatósága, rugalmasabbá tétele, a prevenció hatékonyság analízise -egyes szinteken költségnövekedés, máshol jelentős költség megtakarítás- de ez általában nem ugyanazon kasszában keletkezik. Beteg utak vizsgálata, így megteremthető költséghatékonyság kimutatása, az alapellátás prevenciós szintjeitől a legmagasabb progresszivitási szintig. Üzem és méretgazdaságossági futtatások elvégzése tevékenység profilok függvényében, stb.)
- Szakmai színvonal biztosítása. A járóbeteg ellátásban dolgozó szakorvosok szakmai tudásának folyamatos fejlesztése, minőségügy, indikátorok, betegirányítás, IT infrastruktúra.
- A Népegészségügyi program integrálása a rendszerbe
- Életpálya modell kialakítása a járóbeteg szakellátásban.

Az összefoglalás Dr. Varga Imre referátuma alapján készült.

Fekvőbeteg-ellátás

- Az egészségügyi ellátás közvetlen hatása a lakosság népegészségügyi mutatóira utóbbi évtizedekben erőteljesen megemelkedett, és mára ez a hatás akár a 25%-ot is eléri. A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rosszabb, mint az elvárható lenne az egészségügy GDP-ből való részesedéséből, vagy akár az egy főre jutó egészségügyi kiadásokból. A rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználása érhető el az ellátórendszer átalakításával.
- A szolgáltatói oldal struktúrájában a túldimenzionált aktív fekvőbeteg kapacitások, az egyenlőtlen elosztás, a fragmentált szerkezet valamint az egyes elemek harmonizált kapcsolatrendszerének a hiánya volt a jellemző, mely a korábbi évek reform törekvései ellenére változatlanul fennmaradt.
- A szolgáltatói kapacitások volumenét a valódi szükségleteknek, az orvostudomány aktuális állásának, a rendelkezésre álló erőforrásoknak kell meghatározniuk. A lakosság valódi szükségleteit, az orvostudomány aktuális állását, a rendelkezésre álló erőforrásokat kell szinkronba helyezni, hogy a lehető legoptimálisabb hatékonysággal legyen képes működni.
- A szakmai programokat, melyek több éve készen állnak és a szakmának több mint 80%-át lefedik (Népeü. Program, Nemzeti Sürgősségi Program, Nemzeti Rákellenes Program, „Közös kincsünk a gyermek”, Szív- és érrendszeri Program, Lelki Egészség Program), végre kell hajtani.
- Az intézményrendszer egyes elemei sem horizontálisan, sem vertikálisan nem kapcsolódnak össze egységes rendszerré. A jelenlegi rendszerben sem a beteg, sem az intézményrendszer egyes szereplője nem tudja, hogy a különböző szinteken hogyan kellene mozgatni a beteget. Ehhez hozzájárul az OMSZ jelenlegi helyzete, egy átmeneti konszolidáció után az OMSZ ismételten a működésképtelenség határán van.
- A korszerű informatika hiánya az ellátórendszer minden egyes elemében erősen csökkenti a hatékonyságot.
- Egy rendszer működésének alapfeltétele, hogy abban az egyes szereplők számára egyértelműen meghatározásra kerüljön a feladat, a hatáskör és a felelősség, ezek szinkronizálva legyenek, továbbá a feladathoz elégséges források és a végrehajtáshoz reális időütemezés álljon rendelkezésre. A működést folyamatba építetten kell ellenőrizni, azt rendszeresen értékelni és visszacsatolni. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldalán valamennyi felsorolt alapfeltételben súlyos problémák vannak.
- Szükség van a szervezet, a feladat és az irányítás integrációjára. Egyes szolgáltatók önmagukban nem képesek javítani saját helyzetükön és nem képesek a jelenlegi szisztémában megfelelni a betegek elvárásainak sem. Csak egy központi vezérelv mentén megvalósuló, minimálisan az alapellátásban a kistérségi, szakellátás területén a megyei, regionális vagy

interregionális szinten megvalósuló integráció az a lehetőség, amely strukturálisan és funkcionálisan is működőképes ellátórendszert alakíthat ki.

- A „betegút-menedzselést” egyetlen egészségügyi ellátórendszer sem nélkülözheti, szükséges hogy az „ellátásszervező” irányítsa a meghatározott szakmai eljárásrendek mentén a betegutakat. Ez a beutalási rend és a szabad orvos és intézmény választás részbeni korlátozását is jelenti, melytől eltérni csak co-paymenttel lehet. A választás szabadságának korlátozásáért cserébe a garantáltan eljárásrend szerinti ellátást tudjuk nyújtani a betegnek a normál finanszírozási rendszeren belül.
- Paradigmaváltás kell azon a területen is, amely az egészségügyet a költségvetés kiadási oldalának legszélére nyomja, ennek következtében csak forrásfelhasználóként jelentkezik. Az egészségügy a gazdaság nagyon fontos szereplője, fontos GDP termelő tényező, az egészségügy kevesebbet használ fel GDP arányosan, mint amennyit az egészségipar termel. Ha ezen változtatnak, felépítenek egy olyan célmodellt, ahol az egészségügyet és az egészségipart a gazdaság egyik húzóágazatává teszi, az önmagában szinergista hatásként képes az ország gazdasági helyzetén is javítani, és ennek következtében az egészségügy GDP arányos részesedésén is javítani legyen képes.

Az összefoglalás Dr. Rácz Jenő referátuma alapján készült.

Gyógyszerellátás

- Az elmúlt években a társadalompolitikai megközelítésben egyértelmű a drasztikus forráskivonással a betegterhek növekedése következett be, a térítési díjak csökkenése miatt. A legnagyobb probléma az, hogy a szakember jogköreit a tőketulajdonosokhoz telepítette, a profitérdeket a betegérdek elé helyezte. A gyógyszerbiztonság, az ellátásbiztonság csorbult, szakmai munka felett a gazdasági irányítás dominál. A forráskivonás oka, hogy egyre több a veszteséges gyógyszertár.
- A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatására nem maradt piacképes, kizárólagos és jogszabályok által elismert gyógyszerészi kompetencia. A változás okai: etikus gyógyszerészet-modellből merkantil gyógyszerészet-modell: a szakember helyett a beteg egészségtudatosságára épít, az információs aszimmetriát a beteg önálló tájékozódásával pótolja, az öngyógyítás, öngyógyszerelés felelősségét kizárólag a betegre hárítja.
- A kompetencia megkérdőjelezésének következménye, hogy felértékelődik a gyógyszerészi gondozás szakmapolitikai súlya. Az eredményes betegségmegelőzés és a gyógyító tevékenység elképzelhetetlen a gyógyszerész tudása és elkötelezettsége nélkül.
- Szükséges a gyógyszergazdasági törvény módosítása, a jogszabályok pontosítása, az átgondolatlan rendeletek szinte azonnali visszavonása, a promóciós szabályok szigorítása, az etikátlan gyógyszerfelírás és kiadás szabályozása, ill. új kamarai szabályozás megalkotása. Középtávon közgyógyellátási-rendszer, biológiai terápiák, reális költségvetési terv, kiszámítható befektetői környezet, hazai K+F tevékenység ösztönzése szükséges. Összhangba kell hozni a GDP lehetőségeit és a támogatási döntéseket, akkor lehet azt mondani, hogy a gazdasági válságból való kilábalás egyik motorja a hazai gyógyszeripar, amelyhez a gyógyszerész szakma és nemzeti kézben levő gyógyszertárak jelentős hozzáadott értéket képesek adni.

Az összefoglalás Dr. Zalai Károly referátuma alapján készült.

Betegközpontú egészségügy - A betegjogokról és érvényesülésükről

- Az 1997. évi CLIV. törvény nem csupán az egészségügyről, hanem az egészség ügyéről, az azt meghatározó különböző tényezők rendszeréről szól, kereteket adva az Alkotmányban rögzített, az egészséghez és az emberi méltósághoz fűződő jognak, meghatározva az egészségügy betegközpontú átalakításának célját, irányát és összefüggő jogi keretrendszerét.
- A betegjogok a mindennapi gyakorlatban nem minden esetben érvényesülnek. A feltárt anomáliák orvoslást igényelnek, mert rontják az egészségügyi ellátás minőségét és teljesítményét, és valamennyi szereplő számára egyre nehezebben elviselhető állapotokat okoznak. A törvényi szabályozás nem megfelelő érvényesülése miatt kihasználatlanul maradnak az egészségi állapot javítására rendelkezésre álló lehetőségek.
- Kritikus területek: az emberi méltóság megőrzése, a megfelelő tájékoztatáshoz való jog. Az életvégi döntések, a megfelelő szintű és minőségű ellátáshoz fűződő jogok. Az érintettek bevonása a döntéshozatalba és a végrehajtás ellenőrzésébe. A betegjogok érvényesítésével foglalkozó intézményrendszer felülvizsgálata, átalakítása.
- A betegjogok mellett fontos szerepe van a specifikus betegérdekek érvényesülésének. A betegek érdekeinek érvényesítését jogilag elérni szinte lehetetlen, minden beteg és betegség esetében más és más. A betegjogok mellett, azokkal összefüggésben, egységes rendszerként kell a betegérdekeket is vizsgálni és kezelni. Ezek a betegérdekek: a lehető legrövidebb időn belüli helyes diagnózishoz jutás, a gyógyulást és az egészség helyreállítását célzó evidence based terápiás eljárások és eszközök elérhetőségének biztosítása, a nem közismert és nem túl gyakori betegségek gondozási centrumainak kialakítása, működésének támogatása. Az alapellátás szakembereinek folyamatos tájékoztatása és képzése, akár (szűk) szakmai/üzleti érdekekkel szemben is. A népegészségügyi jelentőségű betegségek hatékony szűrővizsgálata, valódi prevenció. A hatékony, nem gyógyszeres terápiák társadalombiztosítási támogatása (táplálékallergiák,-intoleranciák, fürdőkúra, stb.).
- Fontos a betegszervezetek aktív részvétele az Európai Unió által támogatott programokban támogatandó cél és feladat. A 2011-es magyar EU-elnökség ideális alkalom egy európai szintű betegszervezeti konferencia megrendezésére, ennek szervezését azonnal meg kell kezdeni.
- Az egészségügy részterületeinek szisztematikus áttekintése és az érintett szakemberek, intézmények és civil szervezetek bevonásával a szükséges intézkedések meghozatala az alábbiak figyelembe vételével:
- Az élet a fogantatástól a halálig tart. A jó egészségi állapot, az elérhető legjobb életminőség lehetőségét mindenki számára biztosítani kell. Az egészségügy minőségvezérelt működtetése, a minőségi követelmények meghatározása és érvényesítése. A prevenció szemlélet társadalmi szintű elterjesztése, megtanítása. Az önsorsrontó, egészségkárosító tevékenységek

és életvitel (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, helytelen táplálkozás, stb.) visszaszorítása, a helyes táplálkozás és életvitel népszerűsítése.

- Kapcsolatépítés az ágazati irányítás, a betegjogokkal foglalkozó intézmények és a betegszervezetek között. Az érintett országos hatáskörű betegszervezetek képviselőinek bevonása az egészségügyi szakigazgatás, az ETT, OEP és a szakmai kollégiumok munkájába. A valódi civil és működőképes betegszervezeteknek, önszervező csoportoknak, sorstárs közösségek támogatása (empowering). Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer minden szintjén és színterén az emberi méltóság tiszteletben tartása. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek összehangolása, szinergiák érvényesítése, a párhuzamosságok és ellenérdekeltségek kiküszöbölése. Az ágazatokon átnyúló, egészségközpontú szemlélet, igazi primer prevenció megközelítés elterjesztése különösen a nevelés- és oktatásügyben.
- A betegjogi képviseletek megerősítése, a betegjogi képviselők rendszerének fejlesztése. A betegjogi képviselői rendszer civil kontrolljának és az egészségügyi szolgáltatóktól való függetlenségük erősítése.
- A minden racionális és etikus egészségügyi reformot megghiúsító, a feketegazdaság részét képező és mindkét fél számára megalázó hálapénzrendszer megszüntetése, kifehérítése elkerülhetetlen, és a társadalom döntő többségének érdekében áll.

Az összefoglalás Dr. Kapócs Gábor és Koltai Tünde referátuma alapján készült.

Referátumokon kívüli témák, melyeket későbbi napirendre jelölnek

- **Ápolóképzés:** jelenleg túlterheltek az ápolók, néhány szabályozás még nagyobb terheket ró az ápolókra. Az ápolóképzés az európai normáknak és a világ normáinak ma már kiválóan megfelel, de nem biztos, hogy a magyar egészségügy elvárásainak, ill. a magyar munkáltatóknak is megfelel. Ezért fontos, hogy egyszerűsítsék, vizsgálják át a képzési rendszert. Jelenleg az ápolók és egyéb egészségügyi dolgozók képzésében olyan mértékű dereguláció történt meg, amely veszélyekkel jár. Pontosan azokban a szakmákban, amelyek európai konvertibilisek (szülésznő, ápoló, gyógyszerész, orvos). A szakdolgozónál jelenleg az oktatáshoz és a vizsgáztatáshoz egyszerű regisztráció elégséges, ennek áttekintését az új ESZTT felvállalta. Az életpálya modell nemcsak az orvosok, szakorvosok tekintetében lényeges, hanem a szakdolgozók vonatkozásában is.

(Bugarszki Miklós, Prof. Dr. Hajnal Ferenc)

- A **védőnői ellátás** közel egy évszázados története során, számtalan átalakulás jellemezte, az elvárások és feltételek is többször változtak. A védőnők képzése, munkaköri feladata, és helye is változott.

A védőnők elsősorban az alapellátásban, a megelőző-gyógyító ellátásban, kiemelten a megelőzés végzésére képzett, felsőfokú egészségügyi képesítéssel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú- és család egészségének védelemében, valamint, a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében.

A védőnői hálózat megalakulásakor (1915) hiánypótló volt a csecsemőhalandóság, a fertőző betegségek csökkentésében, a felvilágosításban, az orvos munkája melletti asszisztálásban. A védőnőképzés fejlődésével, felsőfokú szintre való emelésével (1975) vált lehetővé, hogy a preventív ellátásban a védőnők nagyobb önállósággal és felelősséggel legyenek képesek részt venni. Ma már a védőnők feladatukat önállóan végzik –a gondozott egyén érdekében - szorosan együttműködve az illetékes házi orvossal, szülész-nőgyógyász szakorvossal, a házi gyermekorvossal, az iskola-orvossal, a gyermekjóléti szolgálattal, az oktatási nevelési intézményekkel és a civil szervezetekkel.

Fontosnak tartjuk a védőnői rendszert („hungarikum”) értékeinek megőrzésével úgy fejleszteni, hogy működésében korszerűen és hatékonyabban tudjon részt vállalni a megelőző ellátásban.

(Csordás Ágnes)

- Ráfordítási és költséghatékonysági szempontból nagyon fontos a **foglalkozás-egészségügy** is. Ésszerűségi és racionális alapokra kellene a

jövőben helyezni szabályozási és működtetési oldalról. Létre kellene hozni a már korábban tervezett **baleseti kasszát**.

(Dr. Groszmann Mária, Prof. Dr. Hajnal Ferenc)

- Baleseti kasszához hasonlóan a **kártérítési kassza** létrehozására is szükség lenne. Ma egy kártérítési ügy nem a beteg érdeke, hanem az ügyvédek kereskedelme. Néhány szaktekintély kivizsgálja az esetet, megállapítja, hogy megtörtént-e az esemény, ha megtörtént ki kell fizetni a kártérítést, a szakembert pedig felelősségre kell vonni.

(Prof. Dr. Papp Zoltán)

- A **betegszállítás** az orvos-beteg találkozások létrejöttének logisztikai partnere. Ezért szakmai és finanszírozási stabilitása az egészségügy zavartalan működésének nélkülözhetetlen feltétele. A betegszállításban, **mentésben** meglévő problémák áttekintése, megoldása rendkívül fontos.

(Dr. Bíró Ferenc)