



A HAZAI ORVOSI SZAKMÁK HELYZETE ÉS PERSPEKTÍVÁI A 21. SZÁZAD ELEJÉN I.

A HAZAI ORVOSI SZAKMÁK
HELYZETE ÉS PERSPEKTÍVÁI
A 21. SZÁZAD ELEJÉN I.

A HAZAI ORVOSI SZAKMÁK
HELYZETE ÉS PERSPEKTÍVÁI
A 21. SZÁZAD ELEJÉN I.

Szerkesztette:
Kosztolányi György, Csiba László

MTA V. ORVOSI TUDOMÁNYOK OSZTÁLYA
2019

© Kosztolányi György, Csiba László, 2019
© MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, 2019

Magyar Tudományos Akadémia
1051 Budapest, Széchenyi István tér 9.
mta.hu

Kiadja: MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya
A kiadásért felel: Lovász László, az MTA elnöke
Nyelvi lektor: Földes Zsuzsanna
Borító és tipográfia: Szabó Éva / avesophia.hu
Nyomdai munkálatok: Printorg Kft.

ISBN 978-963-508-921-5
ISBN 978-963-508-922-2 (PDF)
ISBN 978-963-508-923-9 (E-PUB)

Minden jog fenntartva!

TARTALOM

Bevezető	II
Addiktológia	15
Aneszteziológia és intenzív terápia	19
Angiológia és érsebészet.....	28
Balneoterápia	32
Bőrgyógyászat	36
Csecsemő- és gyermekgyógyászat.....	40
Dietetika, táplálkozás.....	44
Foglalkozás-orvostan	50
Fogorvoslás	54
Gastroenterológia és hepatológia	58
Geriátria és krónikus ellátás	62
Gyermek-alapellátás (házigyermekorvos-tan, ifjúsági és iskolaorvostan)	66
Gyermeksebészet	70
Gyógyszerellátási gyógyszerészet	73
Háziorvoslás	77
Hospice és palliatív ellátás.....	82
Idegsebészet	89
Infektológia	93
Kardiológia	98
Klinikai genetika	102
Klinikai immunológia és allergológia.....	108
Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológia	112

TARTALOM

Komplementer medicina.....	116
Kórházi klinikai gyógyszerészet	119
Laboratóriumi medicina	123
Megelőző orvostan és népegészségügy, kórházi higiénia.....	127
Mozgásterápia és fizioterápia	132
Nefrológia és dialízis.....	137
Neurológia	142
Nukleáris medicina.....	150
Patológia.....	157
Pszichiátria és pszichoterápia	161
Radiológia	166
Rehabilitáció és fizikális medicina.....	171
Reumatológia	175
Sebészet	180
Sportegészségügy.....	184
Szemészet	187
Transzplantáció	191
Traumatológia és kézsebészet	195
Tüdőgyógyászat	200
Urológia.....	204
Rövidítésjegyzék	210

TRAUMATOLÓGIA ÉS KÉZSEBÉSZET

PROF. DR. FEKETE KÁROLY

professor emeritus (DE ÁOK Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék), az ESZK Traumatológia és kézsebészet tagozat tagozatvezetője

PROF. DR. VARGA ENDRE

az ESZK traumatológia és kézsebészet tanács elnöke

DR. WIEGAND NORBERT

egyetemi docens, a Magyar Traumatológus Társaság elnöke

DR. FLÓRIS ISTVÁN

a Magyar Traumatológus Társaság főtítkára

A traumatológia népegészségügyi jelentősége

Az európai uniós tagországok között a halálozási statisztikában a baleseti halál az új tagállamok között a harmadik, a régi tagállamok viszonylatában a negyedik helyen áll. Az 1–41 évesek vezető halál oka a baleset, a 65 évnél idősebbek az összes sérült 40%-át adják. A balesetek miatti, potenciálisan munkából elveszített évek számát tekintve az EU-ban a második helyet foglaljuk el. Magyarországon a fekvőbeteg-ellátás 8-10%-át fordítjuk baleseti ellátásra, több mint egymillió sérült fordul orvoshoz egy évben. Az EU-ban évente 55 milliárd euróra becsülik a sérülések miatt elszenvedett kárt.

A hazai baleseti sebészet rövid története

A traumatológia az egyik legősibb sebészi tevékenység. A hazai sebészet múltjából számos sebészorvost, professzort ismerünk, akik a baleseti sebészetet is magas szinten művelték. Közülük csupán néhány nevet említve: Lumniczer Sándor, Balassa János, Markusovszky Lajos, Verebély László, Makara Lajos, Bakay Lajos, Dollinger Gyula, Milkó Vilmos, Manninger Vil-

mos. A traumatológia markánsabb elkülönülése a sebésztől az első hazai önálló traumatológiai osztály megalakulásával kezdődött 1928-ban az Uzsoki Kórházban 46 ágygal, amelyet Hedri Endre vezetett. Négy év múlva a kezdeti baleseti ágyak számát megduplázták. Hedri 1938-ban tartott, „Tíz év balesetsebészeti tapasztalatai” című előadásában számolt be a német biztosító és az osztrák balesetbiztosító adatairól, amelyek 355 millió márkát, illetve 10 millió schillinget fizettek ki a baleseti sérültek kezelésére, illetve kártalanítására évente. Ugyanez az OTI vonatkozásában évi 8,5 millió pengőt jelentett! Ez az összeg pedig korszerű, speciális traumatológiai osztályok működtetésével egynegyed, egyharmad résszel csökkenthetővé válna. A tényszerű adatok ismerete, a sérültellátás lehetőségeinek felismerése vezetett 1940-ben a Fiumei úton a Magdolna Baleseti Kórház létrehozásához Hedri Endre, Elischer Ernő és Dániel Elemér vezetésével. Ebben az épületben működött ekkor a Budapesti Orvostudományi Egyetem III. Sz. Sebészeti Klinikája, amelynek keretében 200 ágyas baleseti sebészet kapott helyet. A klinikát Rubányi Pál, Mincsev Mihály, Stefanics János, később Kudász József igazgatta. Ebben az épületben született meg 1956 február 1-jén, és itt működött az Országos Traumatológiai Intézet. Alapító okiratában több mint 60 év távlatából is helytálló, követendő feladatok szerepeltek:

- „Az Országos Traumatológiai Intézet a balesetek megelőzése és baleseti sérültek ellátása terén az Egészségügyi Minisztérium szervezési és módszertani, továbbképző és tudományos intézete.”
- „Az intézet feladata a baleseti sérültek ellátási színvonalának emelése, az egészségügyi intézmények sérültellátásának szalmái szempontból történő irányítása és ellenőrzése, a baleseti sérültek kezelését ellátó orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók továbbképzése.
- A legújabb diagnosztikai és terápiás módszerek alkalmazása a sérültellátás terén.
- A sérültellátás egységes elveinek kidolgozása.”

Az intézményben folyó oktatás egy szeletét a manuális szakmák orvosainak félkatonai továbbképzése is jelentette. Ezekben az években szerveződött meg a magyarországi traumatológiai hálózat, Budapesten Diener Ottó, Zoltán János, Benedek Tibor, Oberna Ferenc, Berentey György vezetésével. A nagyvárosainkban Csathó Péter (Miskolc), Kabay László (Székesfehérvár), Patkós Imre (Győr), Anka Péter (Cegléd), Bódosi Mihály (Szeged), Forgón Mihály, Pap Károly és Pellet Sándor (Debrecen), Dömötör Endre (Kecskemét), Monzpart László (Kiskunhalas) voltak a traumatológiai osztályok vezetői.

A baleseti sebészet egyetemi oktatását az Orvostovábbképző Intézet, később Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, majd az orvosi egyetemek megalakult traumatológiai tanszékei folytatták Manninger Jenő, Renner Antal, majd Fekete Károly vezetésével. 1984-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen a Traumatológiai Tanszék Berentey György vezetésével jött létre. 1987-ben a Debreceni Orvostudományi Egyetem ÁOK Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszéke Záborszky Zoltán irányításával, 1990-ben a Szegedi Orvostudományi Egyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Traumatológiai Klinikája Simonka János Aurél vezetésével vált önálló oktatási intézménnyé. A Pécsi Orvostudományi Egyetem ÁOK Baleset-sebészeti és Kézsebészeti Klinikája 1995-ben Nyárády József

vezetésével jött létre, ezt megelőzően ugyanitt Forgon Mihály és Bíró Vilmos professzorok álltak a traumatológia élén. A traumatológia hosszú ideig ráépített szakvizsgaként volt megszerzhető (sebészeti, illetve ortopédiai képzettségű orvosok számára). Alapszakvizsgává minősítése egyre távolabb vitte az általános sebészettől. Az előírt 1 éves sebészi gyakorlat még képzettséget adhatott hasi és mellkasi traumás esetek ellátására, traumatológia szakvizsgán pedig sebészeti kérdések is szerepeltek, a háromtagú vizsgáztató grémium egyik tagja sebész-professzor volt. A traumatológia végső „leszakadása” a sebészetről 2004-ben indult el a még ma is számtalan vitát provokáló döntéssel, a traumatológia és ortopédia önálló, közös szakvizsgájának bevezetésével. Az új szakvizsga lehetősége számos előnye mellett a képzés, képzettség egyoldalúvá (specializálódás) válásával is járt. A traumatológiai és ortopéd kollégium ugyan moratóriumban rögzítette, hogy a két hivatás a mozgásszervi sebészet két önálló ágát képezi, ezért külön szervezeti egységben kell hogy maradjanak, a szakmai identitás megőrzése mégis egyre több intézményben csorbát szenvedett. Mozgásszervi sebészeti mátrixosztályok jöttek létre, arra hivatkozva, hogy az európai országok jelentős részében a traumatológiai ellátást ortopédiai egységek végzik. A fentiek ellenére továbbra is úgy véljük, hogy a beteganyagában, a sürgősségi koncepcióra épülő felkészültségben, megterhelésben annyira különböző két szakma önállóságának megőrzése a jelen és jövő generáció feladata marad.

Az ellátás progresszivitása

A magyar traumatológiai hálózat kialakítása Európában is elismerést nyert, példamutató módon az 1960-as évek komoly szervezési feladata volt, amelyet az Országos Traumatológiai Intézet fogott össze. Az ekkor kialakított **progresszivitási szintek** – természetesen számos szükségszerű változtatással – még ma is érvényesek. Budapesten 3, országosan további 10 traumatológiai intézmény (egyetemi klinikák, erős, kiemelt megyei osztályok) látja el a traumatológiai központok feladatait. A II-es szinten a megyei kórházak baleseti sebészetei állnak, míg az I-es kategóriát a városi kórházak képviselik.

Személyi feltételek, szakmai utánpótlás

Az Ortopédia és traumatológia elnevezésű közös szakvizsga megjelenése az első néhány évben javítani látszott a **szakember-utánpótlás** gondjain, ez a tendencia azonban hamarosan megállt. Az európai munkaidőnorma alapján összeállított és érvényben lévő minimum-feltételrendszer teljesítése egyre nehezebbé válik számos, különösen a progresszív betegellátás városi szintjén működő kórházban. Az előírt négy szakorvos és két szakorvosjelölt vagy traumatológiában jártas sebész biztosítása sok helyütt csak külső munkaerővel oldható meg. Így számos „félállás” vagy kiegészítő óraszám beiktatásával funkcionálhatnak az osztályok. Megoldást jelenthet ezeknek az egységeknek a sérültellátás járóbeteg-rendelésé történő átszervezése és az egynapos sebészeti lehetőségek további bővítése. Az egészségügyi szakszemélyzet nyomasztó gondjain a kórházak mellé telepített nővérszálló sokat segíthetne. A képzési idő alatt juttatott megfelelő fizetés és a jövőt biztosító életpályamodell csak megfelelő anyagi és erkölcsi megbecsüléssel együtt válhat sikeressé, a negatív média hírek mellett az egészségügy szépségeit bemutató pozitív kampányt is szorgalmazni kell.

Finanszírozás

A baleseti sebészet „drága”! A traumatológiai műtő és hotelszolgáltatás, valamint a jó minőségű műszerek, az amortizáció miatti pótlásuk igen költséges. A mozgatható, kevés szórt sugárzással működő képerősítők, a minimálisan invazív sebészeti műszerek, a velőúrszegezés készletei, az artroszkópiás felszerelések, a modern, szögstabil implantátumok és beültető készleteik teszik ezt a szakmát nehezen finanszírozhatóvá. A súlyos sérülések, a politraumatizáltak kezelése extrém anyagi megterhelést jelent. Az infrastrukturális követelmények mellett az állandó, költséges „rendelkezésre állás”, a baleseti sebészet működéséhez szükséges társszakmák jelenléte tovább nehezíti a rentábilis működést. Állandó aneszteziológiai, intenzív ellátás, képalkotó diagnosztikai, laboratóriumi szolgálat mellett a vezető centrumok társszakmaiként is mind rendelkezésre kell állniuk.

A baleseti sebészeti ellátás speciális finanszírozására a Traumatológiai Szakmai Kollégium 2007-ben javaslatot dolgozott ki. A fentieket figyelembe véve, a traumatológia részére olyan kellő mértékű bázisfinanszírozást kellene juttatni, amely a rendelkezésre állást minden körülmény között biztosítani tudja (abban az esetben is, ha egyetlen sérült sem kerülne az intézményekbe, ami természetesen fikció). Egy másik, ún. változó finanszírozás annak függvényében kerülne meghatározásra, hogy egy adott időszakban a kórház hány beteget látott el (gyógyszer, implantátum, élelmezés stb.). Arányaiban ez 70-30% lenne.

A fentebb már említett szögstabil implantátumok a jelenlegi HBCS-elszámolásban nincsenek külön nevesítve, finanszírozva. Adott esetben ugyan drágább lemezekről, csavarokról van szó, mégis a bizonyítottan magasabb gyógyulási arány mellett a fémeltávolítások külön kiadásaitól is rendszerint mentesül a beteg és természetesen az egészségpénztár is. Így közép- és hosszú távon a „drágább” implantátumok olcsóbbak is. A korrekt elszámoláshoz szükséges a kódkarbantartó bizottságok kellő erősségű képviselője, fellépése, szakmai támogatottsága.¹

Intézkedési javaslatok

Magyarországi és nemzetközi statisztikák bizonyítják, hogy a sürgősségi betegek 40%-a baleseti sebészeti esetekből tevődik össze. A sürgősségi osztályok, részlegek emiatt alapvetően össze kell hogy dolgozzanak a traumatológiaiakkal. Számos megbeszélés, egyeztetés után alakult ki a baleseti sebészek által követendőnek tartott, az osztályok mintegy felében jól működő Y rendszer. Ez azt jelenti, az egykapus sürgősségi betegfogadó után a traumatológiai eseteket saját triage-szakemberek kategorizálják. **Balesetes betegeket baleseti sebész szakorvosnak kell ellátni!** Nem lenne életszerű, ha a sürgősségi orvosok 2-3 hónapos baleseti sebészeti gyakorlatot követően kezelnék a traumás eseteket. Az Oxyológia – sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan tagozat és tanács, valamint a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság (MSOTKE) vezetőivel tartott megbeszélésen e kérdésben teljes egyetértés született.

¹ A Magyar Traumatológus Társaság, az ESZK Traumatológia és kézsebészet tagozata és tanácsa e kiadvány szerkesztési munkálatainak időpontjában sikeres tárgyalások sorát tudhatja maga mögött a finanszírozás javításáról az egészségügyi kormányzattal. Ennek eredményeként várhatóan megszűnik a traumatológiai osztályok „ráfizeteses” működtetése.

A külföldi szakmai ösztöndíjak, kongresszusi részvételek támogatása, a baleseti adó kérdése (amelynek bevételeiből valóban a baleseti ellátás finanszírozását lehetne megoldani) is tisztázásra vár. Külön, önálló baleseti biztosító létrehozása is régi vágya a traumatológiának, ahogyan ez pl. Ausztriában is kiválóan működik. A kiemelt finanszírozás kérdése, egyes kivívóan magas kezelési költségek megtérítésének könnyítése szerepelhetne még megoldandó feladatként a közeli jövőben.