

Piaci viszonyok a foglalkozás-egészségügyben

Rurik Imre dr.¹ ■ Cseh Károly dr.²

¹Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar,
Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségügyi Intézet, Budapest

A szerzők áttekintik a foglalkozás-egészségügyi ellátás hazai történetét és jelenlegi helyzetét, elemzik kapcsolatát a munkaügyi szervezetekkel. A rendszerváltozást követő gazdasági átalakulásban a szocialista nagyüzemek helyét több, de kevesebb dolgozót foglalkoztató vállalkozás vette át, így a munkáltatóknak már nincs saját üzemorvosuk, hanem szerződnieük kell foglalkozás-egészségügyi ellátásra engedélyt kapott szolgáltatóval, aki viszont több cég munkavállalóit látja el. A nagyüzemekben korábban dolgozó üzemorvosok háziorvosi ellátást is nyújtanak és a szakvizsgát tett háziorvosok is beléptek az üzemorvosi piacra. Ennek a piacnak a felosztása néha etikátlan gazdasági versenyben történik, amit a nem kötelezően előírt tarifák és a kötelezően előírt, de csak részlegesen ellenőrzött szerződéskötés tesz lehetővé. A rendszer a hiányosságok javításával jobbá tehető, indokolatlannak tűnik felforgatása, baleset-biztosítási alapra helyezése, a szakmai feladatoknak az erre szakképesítéssel nem rendelkezőknek való átadása, nemzetközi kötelezettségek felrúgása, ahogyan ez egyes publicitást kapott elképzelésekből kiderült. A foglalkozás-egészségügyben folyó szakmai munka felügyeletét szükséges lenne ismét az egészségügy felügyelete alá vonni, a teljesen más elveken működő és más szempontokat figyelembe vevő gazdasági tárca helyett.

Orv. Hetil., 2012, 153, 1433–1439.

Kulcsszavak: alapellátás, foglalkozás-egészségügy, foglalkozás-orvostan, Magyarország, munkabiztonság, népegészségügy, üzemorvos

Market oriented occupational medicine

The history and the recent state of occupational medicine in Hungary, and its relation with governmental labor organizations are analyzed. In the past 20 years, large “*socialist*” factories were replaced by smaller companies employing fewer workers. They have been forced to establish contract with occupational health providers. Many of them offer primary care services, whereas family physicians having a board examination in occupational medicine are allowed to work in this field as well. The market of occupational medicine is less regulated, and ethical rules are not always considered. Undercutting prices is a common practice. The recent system could be improved by some regulations which should be respected. There is no reason to make rough changes establishing a new market for profit oriented insurance companies, and to allow employees and employers to work without specification neglecting international agreements. Occupational medicine should be supervised again by the health authorities instead of economists who have quite different, short-term priorities. Orv. Hetil., 2012, 153, 1433–1439.

Keywords: primary care, occupational medicine, occupational health, Hungary, labor-safety, public health

(Beérkezett: 2012. május 31.; elfogadva: 2012. július 11.)

Rövidítések

ESzCsM = Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium; MOK = Magyar Orvosi Kamara; OALI = Országos Alapellátási Intézet; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár; OMFI = Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet

A magyar egészségügy és gazdaság jelenlegi problémáinak megoldására tett javaslatok között felmerült a foglalkozás-egészségügyi ellátásnak a házi orvosi ellátásba történő integrációja is, egyéb, a rendszer drasztikus átalakítását célzó elképzelések mellett.

A hazai orvostársadalom csak felületesen tájékozott az „üzemorvoslás” működéséről, gondjairól, ezért megpróbáljuk röviden áttekinteni a közelmúltat és a jelenlegi helyzetet, majd néhány javaslatot is megfogalmazunk a (közel)jövőre nézve.

Munkaegészségügy Magyarországon

Az ipari körülmények között történő munkavégzésben részt vevők orvosi-egészségügyi vizsgálata ezeréves múltra tekint vissza Magyarországon, ahol a bányákban dolgozók egészségügyi problémáinak feltárása jelentette a munkaegészségügy kezdetét [1, 2]. A középkori bányarvoslás után, az újkori iparosodás korában létesített gyárak ellenőrzését 1872-től már az iparhatóságok gyakorolták. Több mint 100 év telt el az első munkavállalók biztonságát és egészségét érintő törvények megalkotásától, 1876-tól az „egészségügyi megvizsgálás” hatósági feladat lett. A két világháború között az ipari üzemek már orvosi ellátást biztosítottak dolgozóiknak, és a társadalombiztosítás kezdete is a nagyiparhoz köthető.

A szocializmus elején, 1950-ben a szakszervezetekre bízta a munkavédelem szervezését és ellenőrzését, így megszűnt az iparfelügyelet és a társadalombiztosító aktív szerepe a foglalkozási megbetegedések és a bal-esetek megelőzésében [2, 3, 4, 5].

A munkahigiénés feladatokat, beleértve egyes hatósági jogosítványokat is, a későbbi decentralizációval létrehozott Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL) gyakorolták. Az Országos Munkaegészségügyi Intézet (OMI) 1949-ben alakult meg. Az állami üzeme-gészségügyi szolgálat 1951-től jött létre, hálózata lefedte az akkori szocialista ipar szerkezetét [1]. Ezen területeket az egészségügyért felelős miniszter felügyelte, később már a rendszerváltás utáni átalakításokkal létrehozott Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) útján.

Munkaügyi vonalon 1984-ben alakult meg az Országos Munkavédelmi Felügyelőség, majd 1987-től feladatai kibővültek a munkaügyi ellenőrzéssel, létrehozták az Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőséget (OMMF).

A rendszerváltás utáni gazdasági átrendeződésben, 1996-ban a területi felügyelőségeket a megyei munkaügyi központokhoz kapcsolták, a szakmai irányítás maradt csak az OMMF jogköre, ami ellen a munkáltatók és munkavállalói érdekképviseletek eredménytelenül tiltakoztak.

Ez az integráció nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, és 2000-ben az OMMF elvált a munkaügyi központoktól, majd 2006-tól az OMMF területi egységeit ismét átszervezték, a megyei szervezetek külön

munkabiztonsági, valamint külön munkaügyi rendszerbe szerveződtek. Újabb átszervezés során, 2007-ben, a közfeladat-ellátás hatékonyabbá tételére hivatkozva, a munka-egészségügyi részt is átadták az OMMF-nek [3].

A 2010-es kormányváltás után a korábbi, az OMMF-hez tartozó regionális munkavédelmi felügyelőségek a fővárosi/megyei kormányhivatal alatt működő munkavédelmi és munkaügyi szakigazgatási szervek belül, elkülönített feladat- és hatáskörrel rendelkező szervezeti egységként működnek tovább. Országos szinten 2011-ben megszüntették a munkaegészségügy országos intézményét, az OMFI-t is, így az OMMF a Nemzeti Munkaügyi Hivatal Munkavédelmi Igazgatóságaként, míg az OMFI ennek csupán egyik (Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi) főosztályaként működik tovább.

Az osztott irányításban a szervezeti irányítást a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium végzi, míg a szakmai felügyeletet az ágazati irányítást végző Nemzetgazdasági Minisztérium gyakorolja [3, 6]. Fennmaradt tehát a szervezeti és szakmai funkciókat külön kezelő irányítási rendszer, csak más minisztériumok alatt.

A foglalkozás- orvostan hazánkban évtizedek óta elismert külön orvosi szakma, a jelenlegi szakmai kollégium egyik tanácsa. Korábban csupán Budapesten, ma már az ország valamennyi orvosképző egyetemén oktatják, felkészítenek a szakvizsgára és szerveznek szakmai továbbképzéseket a szakorvosok számára.

A munkaegészségügy nemzetközi vonatkozásai

Az utóbbi évtizedekben a foglalkozás- orvostan az egészségügy egyre fontosabb ágazatává vált az egész fejlett világban. A munkaügy nemzetközi szervezetének, az ILO-nak (International Labor Organization) az ajánlásait hazánk is elfogadta az egyezmény 1995-ös ratifikációjával, ezáltal vállalva, hogy a foglalkozás-egészségügyi ellátást minden magyar munkavállalóra kiterjeszti.

A foglalkozás- orvostani szakmai szervezetek rész vesznek a nemzetközi és nemzeti szakmai szabályozások kidolgozásában és ellenőrzésében, a szakmai tudományos tevékenység alakításában. Legismertebbek közülük az *International Commission on Occupational Health*, az Amerikai Egyesült Államokban a *National Institute of Occupational Safety and Health*, az Európai Unióban az *European Occupational Safety and Health Administration*.

A foglalkozás-egészségügyi ellátóhálózat átalakulása

A rendszerváltást követően, a gazdasági struktúra átalakításával, az állami tulajdonú nagyüzemek megszűntével az üzemorvosi hálózat feladatai jelentősen csökkentek. Az itt dolgozó orvosoknak lehetőséget adtak,

1. táblázat | A különböző gazdasági ágazatokban dolgozók száma és foglalkozás-egészségügyi szolgáltatással való ellátottságuk

Gazdasági ágazat	Ellátottak száma (fő)	Lefedtség (%)
Mező- és erdőgazdaság	66 816	87
Feldolgozóipar, bányászat	503 240	63,5
Humán, egészségügyi, szociális ellátás	195 017	74,6
Egyéb	1 298 636	82,6
Összesen	2 063 709	

hogyan területi ellátási kötelezettség (TEK) nélkül házi-orvosi ellátásra szerződjenek a társadalombiztosítóval [7]. Ez főleg a nagyobb gyárakban, illetve a sok dolgozót foglalkoztató állami intézményekben volt jellemző, és találkozott a dolgozók igényével is, hiszen ők többnyire munkaidőben kívánták egészségügyi problémáikat a házi-orvosi ellátást is nyújtó üzemorvosnál elintézni. Az ő elvárásuk elsősorban a kuratív tevékenységre, gyakran csak receptírásra szorítkozott.

Az állam a magántulajdonú gazdasági egységek dolgozóinak orvosi ellátását nem kívánta tovább vállalni, átalakította a jogszabályi környezetet, a foglalkozás-egészségügyi ellátást, és annak finanszírozását a munkáltatókra bízta [8]. Később a kormány és az egészségügyért akkoriban felelős népjóléti miniszter lehetővé tette a magántulajdonú egészségügyi ellátóknak, hogy foglalkozás-egészségügyi ellátás nyújtására szerződjenek a munkáltatókkal, akiknek a szerződéskötést kötelezettségükké tette [9, 10]. A szerződés létrejöttét kezdetben bejelentési alapon az ÁNTSZ, később kevésbé alaposan az OMMF helyi szervei ellenőrizték.

Ebben a rendeletben a foglalkozás-egészségügyi szakvizsgálóval még nem rendelkező orvosok 1998 végéig kaptak lehetőséget a szakorvosi képzés megszerzésére.

A házi-orvosok közül nagyon sokan tettek szakvizsgát és általában praxisuk tevékenységi körzetében szerződtek az ott működő vállalkozásokkal. A piaci viszonyok piaci viselkedést eredményeztek, gyakran alacsonyabb vállalási árral, mint amit a miniszteri rendelet ajánlott [9]. A korábban is üzemorvosként dolgozók ezt a piacra lépést nem fogadták örömmel, annak ellenére, hogy sokan közülük szintén nem rendelkeztek ekkoriban még szakvizsgálóval. Körükben gyakori volt a cégalapítás, ahol néha nem szakorvosokat is foglalkoztatva, nagy szolgáltatási kapacitást tudtak felajánlani nagyobb vállalatoknak vagy az állami szféra munkáltatóinak.

További feszültséget okozott, hogy az állam a foglalkozás-egészségügyi orvos általi OEP-finanszírozott ellátásra való beutalási jogosultságot egyre szűkítette, majd később meg is vonta [10, 11].

A foglalkozás-egészségügyi ellátás szakmailag három szintre szerveződött; az *alapszolgáltatást* nyújtók mellett létrejöttek az úgynevezett „*szakellátó helyek*”, ahol általában hosszabb szakmai gyakorlattal rendelkező szakorvos az alapszolgáltatáson túlmenő szolgáltatásra is jogosult volt: munkaköri alkalmasság elbírálása má-

2. táblázat | A vállalkozások csoportosítása a foglalkoztatottak létszáma alapján

Létszámcsoportok (fő)	Munkáltatói egységek (db)	Foglalkoztatottak száma (fő)
>10	70 039	256 458
10–49	22 066	436 286
50–249	6 891	582 259
250<	1 302	788 706

sodfokon, közhasznú munkások, munkanélküliek, megváltozott munkaképességűek vizsgálata. Ők szereztek jogosultságot az egészségügyi vállalkozók alkalmasságának elbírálására is, amit az érintettek azóta is sérelmeznek, diszkriminatívnak tartva a jogszabályt [7, 12].

A harmadik szakmai szintet az *országos intézet*, az OMFI képviselte, ami ma már a Nemzeti Munkaügyi Hivatal Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztálya.

Adatok a foglalkozás-egészségügyi ellátásról

A rendelkezésre álló legfrissebb adatok szerint jelenleg az alapszolgáltatásokban 2556 (ebből 2218 szak-) orvos dolgozik, közülük 854 kizárólag foglalkozás-egészségügyi, míg 1702 más (orvosi) tevékenységet is végez. Munkájukat 2844 ápoló segíti. A 2010-es év jelentéséből származó forgalmi adatok szerint 1 758 076 (előzetes, időszakos, rendkívüli vagy záró) vizsgálat történt. Az országosan 88 szakellátó 46 319 dolgozó alkalmassági vizsgálatát jelentette [13].

A hazai munkahelyeken 830 116 személy végez szellemi vagy rendszeresen képernyő előtti munkát. Ezek nem teljes adatok, hiszen a foglalkozás-egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályi kötelezettség ellenére sem kötött minden munkáltató szerződést, illetve nem mindegyik biztosítja a kötelezően előírt ellátást. A bejelentett adatokat az 1. táblázat szemlélteti [13].

A rendszerváltást követően a magyar gazdaságban nőtt a gazdasági egységek száma, de ezekben kevesebb foglalkoztatott volt, mint a korábbi állami nagyüzemekben. A létszámarányokat a 2. táblázat mutatja be [13].

3. táblázat | Az ellátott munkavállalói osztályokban dolgozók létszámadatai alapján becült éves szolgáltatási díj, a jogszabályban megadott, illetve a MOK által ajánlott díjtételek alapján

Kategória	Ellátott munka-vállalók száma (fő)	Díj I. (Ft/fő/év)	Összeg (M Ft)	Díj II. (Ft/fő/év)	Összeg (M Ft)
A	122 544	10 000	1 225	19 000	2 328
B	492 441	8 400	4 137	16 300	8 027
C	922 429	6 800	6 273	12 800	11 807
D	488 572	5 000	2 443	9 500	4 461
Összesen	2 025 986		14 078		26 623

I. 89/1995. (VII. 14.) kormányrendelet szerint.

II. MOK 2010-es ajánlásában javasolt díjszabás alapján.

Gazdasági vonatkozások

Mivel a foglalkozás-egészségügyi szolgálat a munkavállalók és a lakosság életminőségét, az ország bevételét alapvetően meghatározó feladatokat lát el, az ebből eredő haszon jelentősen meghaladhatja a szolgáltatókra fordított kiadásokat [14].

A munkáltatók által fizetett szolgáltatási költségek az ellátóknál bevételként jelentkeznek, amelynek nagyságáról nincsenek megbízható adatok. A díjszámítás alapját a munkavállalóknak a munkakörből adódó, az egészségükre különböző szintű veszélyt jelentő kockázatok alapján történő besorolása képezi. A nehezebb munkavégzés (például bányász) az *A* kategóriába, míg a könnyebb (például adminisztrátor) a *D*-be sorolható [9].

A szolgáltatási díj a miniszteri rendeletben csupán ajánlásként szerepel, ennél a MOK évente indexálva többet javasol, amely a piaci vetélkedés miatt mégis kevesebb lehet. A 2009-es munkavállalói létszámon alapuló számításokat a 3. táblázat szemlélteti [14]. A kalkuláció alapján a működési haszon több mint 60 Mrd Ft/év. A foglalkozási megbetegedések és a munkahelyi stressz eredményesebb megelőzésével, a daganatos megbetegedések számának csökkentésével, az idősödő munkavállalók munkaképességének jobb megőrzésével, a szekunder prevenciók tevékenységek eredményességének javításával tételenként további körülbelül 10-10 Mrd Ft közkiadást lehetne megtakarítani [14].

Saját felmérésünk

A szolgáltatási verseny és működési körülmények felmérésére céljaink szerint reprezentatív saját vizsgálatot is végeztünk.

A foglalkozás-egészségügyi továbbképző tanfolyamokon 2010-ben részt vevő orvosok között általunk szerkesztett kérdőívet osztottunk szét, amelyet a résztvevők névtelenül töltöttek ki. A budapesti tanfolyam résztvevői közül 61-en, a debreceni hallgatóság közül 41-en válaszoltak; 53% férfi, 47% nő. A válaszadók átl-

4. táblázat | A foglalkozás-egészségügyi osztályokban alkalmazott legkisebb és legnagyobb vállalási ár megoszlása

Kategória	Vállalási ár (Ft/fő/év)
A	8500–18 000
B	3000–15 000
C	4000–12 000
D	3000–9000

gosan 20,5 ($\pm 11,2$) éve dolgoznak üzemorvosként, diplomájukat 30,6 ($\pm 12,0$) éve szerezték. A működési terület megoszlása szerint nagyváros: 38%, kisváros: 44%, falu: 18%. Csak üzemorvosként dolgozik 22%, házi-orvosként is 66%, egyéb orvosi munkát végez 12%-uk. Az átlagos vállalási létszám: 913 (± 743) fő volt (80–4000 fő közötti megoszlásban). *A* kategóriás munkavállalókat is ellát a szolgáltatók 6%-a, *B* kategóriásokat is 27%-a, *C* kategóriásokat 36%-a, csak *D* kategóriás dolgozókat 32%-uk vállalt. Árképzési gyakorlatukat vizsgálva, elmondásuk szerint, 32%-uk betartja a vonatkozó tarifát, 56%-uk olcsóbban vállal, a többiek nem választak erre a nyilvánvalóan kényes kérdésre.

A foglalkozás-egészségügyi osztályokban (kategóriákban) alkalmazott díjakat a 4. táblázat mutatja be. A vállalási ár független az alkalmazottak számától 40%-uk esetében, 50% kisebb engedményeket ad, egyéb tényezők 10%-ban befolyásolják a megbízási díjat.

A megbízókkal 70%-uk személyes ismeretség, 67%-ban ajánlás útján, míg 7%-uk esetében hirdetés, reklám útján kerülnek szerződéses kapcsolatba.

Hirdetésre 9% használja a sajtót, 3% a tévé-rádió útján, 9% faliújságon hirdet, 7% a szórólapot, 8% az internetet veszi igénybe, míg 71%-uk semmilyen hirdetést nem használ. Ha új megbízási szerződést kötni akaró partner keresi meg, 27%-uk nem kérdez rá az átszerződés okára, 36%-uk viszont érdeklődik a szolgáltatóváltás okáról.

A leíró statisztikában említett adatok között az alkalmazott statisztikai módszerekkel (Fischer és Pearson χ^2 , Kruskal–Wallis-teszt) szignifikáns összefüggést csak a városi nagyobb és a falusi kisebb ellátott dolgozói létszám között sikerült kimutatni.

Egyértelműen igazolódott, hogy a nem kötelezően előírt tarifa és nem ellenőrzött szerződési kötelezettség alacsonyabb árakhoz, emiatt nyilvánvaló színvonalcsökkenéshez, esetenként etikátlan versenyhez vezet.

Problémaforrások a jelenlegi rendszerben

A rendszerváltást megelőző időszakban már tapasztalható volt a prevenció munkahátterbe szorulása mellett a kuratív munka túlsúlyba jutása, ami az üzem-egészségügyi hálózatnak mintegy második körzeti orvosi hálózattá válását jelentette, alapvetően a dolgozók részéről felmerült igények (receptírás, táppénz) alapján. Emellett az egészségnevelési lehetőségek csökkenése, az

egészségmegőrzési tevékenység kilátástalansága, a szakorvosi képzés szükségtelensége egyfajta szakmai igénytelenséget is jelentett a rendszerben dolgozók részéről [1]. Szakmai okokból ez a szolgálat működésének revízióját igényelte. A kormányzati lépéseket azonban inkább gazdasági szempontok motiválhatták, illetve a nemzetgazdasági helyzet megváltozása.

A rendszerváltást követően létrejött háziiorvosi rendszerben a TEK nélküli ellátást vállaló üzemorvosok helyet találtak maguknak, ahogyan később a háziiorvosok a megszerzett üzemorvostan szakképzés birtokában szerephez jutottak a foglalkozás-egészségügyi ellátásban.

Az alapellátás két szereplőjének együttműködése azonban nem problémamentes. A konfliktusok egy része gazdasági, a piac felosztásából és az ebben alkalmazott nem mindig etikus módszerekből adódik.

Szakmai problémákat jelent egyes üzemorvosok „fontoskodása” a vizsgálatokra utalásban, hiszen tőlük a jogszabály által elvárt feladat egy konkrét munkakörre vonatkozó munkaköri alkalmasság megállapítása és nem a dolgozó(jelölt) kezelésbe vétele vagy az alkalmazott kezelés felülbíráta.

Népegészségügyi szempontból nagy hiányosság, hogy a vizsgálatra utalási jogosultságukat elveszített üzemorvosok és a háziiorvosok közötti kommunikáció esetleges és jogszabályban nem előírt. A dolgozó küldözgetését nem követi a vele kapcsolatos egészségügyi adatok továbbítása, ami különösen nagy baj egy olyan munkaképes korosztályban (20–40 év), akik alapellátási szűrővizsgálatokra általában nem jutnak el.

A háziiorvoslás rossz humánerőforrás-helyzetét vélhetőleg nem fogja megoldani a TEK nélküli praxisok 2015 végéig előírt felszámolása. A betegeiket 20 éve tisztességesen ellátó üzemi/háziiorvosok, akik elveszítik működtetői jogukat, nem a betöltetlen háziiorvosi körzetbe, inkább nyugdíjba fognak menni, és a jól felszerelt rendelők is bezárják majd [15, 16].

A kormányzati és ágazati felügyelet megoldatlanságát jelzi az, hogy a foglalkozás-egészségügyet jelenleg a Nemzetgazdasági Minisztérium(!) felügyeli, mivel az OMFI-t az ÁNTSZ-ből az OMMF-be, majd onnan a Nemzeti Munkaügyi Hivatalba integrálták és az országos intézetet egy profilidegen hivatal főosztályává fokozták le.

Ez a minisztérium ismét felvetette a *baleset-biztosítási ágazat* bevezetésének már korábban is felbukkant ötletét, amely korábbi számítások alapján a teljes egészségügyi költségvetés 2%-át emésztene fel [17]. Ez a jelenlegi rendszer teljes szétesését okozná, szinte minden munkáltató és dolgozó számára új szolgáltatót jelentene, az átalakulással járó hatalmas adminisztrációval és ellátási bizonytalansággal.

Megoldási javaslatok

Az alapellátás mindkét ágazatában szakorvosképzéssel foglalkozó egyetemek és a szakmai testületek képviselői

megfogalmazták javaslataikat és egyeztették álláspontjaikat [18]:

- A foglalkozás-orvostani *alapszolgálat* az egészségügyi alapellátás részét képezi.
- A foglalkozás-orvostan és a háziiorvostan szakterületei nem azonosak. Hagyományosan és szervesen illeszkednek a magyar alapellátásba, ugyanakkor követniük is kell a nemzetközi trendeket [19, 20, 21, 22]. Más egészségügyi feladatokat látnak el, és művelésük eltérő szakorvosi képzéshez is kötött. (A munkaegészségügyet 12 törvény, 10 kormány- és 35 miniszteri rendelet szabályozza, több száz oldal vastagságú tankönyvei vannak [23, 24, 25, 26, 27, 28].)
- Szakmai szempontból nem lehetséges a foglalkozás-egészségügy feladatainak a háziiorvosi szolgálat általi ellátása, amennyiben a háziiorvosi szolgáltató foglalkozás-orvostani szakképzéssel nem rendelkezik.
- Népegészségügyi prevenció feladatokat eredményesebben lehetne megvalósítani a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok fokozottabb és koordinált bevonásával. A foglalkozás-egészségügy munkahelyi egészségfejlesztő tevékenysége látványos eredményekkel járulhatna hozzá a népegészségügyi primer és szekunder prevencióhoz.
- A háziiorvosi és a foglalkozás-orvostani szolgáltatók együttműködésének jelenlegi legnagyobb akadályát az információáramlás hiánya jelenti, ezen sokat segítené egy egységes és kompatibilis informatikai rendszer létrehozása, vagy legalábbis a keletkezett egészségügyi adatoknak a másik felé való szabályozott átadása.
- A foglalkozás-orvostani ellátási tarifák *minimális* értékének ismételt jogszabályi meghatározása szükséges (ez legutóbb 1999-ben történt meg).
- Szükséges lenne a foglalkozás-orvostani ellátás *valamennyi* munkavállalóra való kiterjesztése és ennek hatósági ellenőrzési rendszerének ismételt létrehozása, mert az utóbbi évek koncepciótlan átalakításai miatt ez gyakorlatilag megszűnt.
- Az ellátás tényének ellenőrzésén kívül a foglalkozás-orvosi ellátással kapcsolatos minden szakmai kérdést az egészségügyért felelős minisztériumhoz kell delegálni és az országos szakmai koordinációt az OMFI alapján újra fel kell építeni.
- Amennyiben az állam a rendszer költségeit nem tudja átvállalni, a foglalkozás-orvosi ellátás díjazása továbbra is a munkáltatót terhelné.
- Orvosszakmai megfontolásból nincs értelme egy új „baleset-biztosítási” ágazat létrehozásának, mert ez az igényelt kisebb jogszabályi korrekciók helyett a rendszer felforgatását eredményezné. Emellett gazdaságilag is előnytelenebb, mert minden érdekelt (munkáltató, állam) számára csak többletkiadásokat, a szolgáltatók számára bevételecsökkenést eredményezne [18].

A foglalkozás-egészségügy jelenlegi helyzete nem függetleníthető a magyar egészségügy jelenlegi problé-

máitól. A korábbi évtizedekben elért szakmai eredményeket nem szabad feladni a rövid távú pénzügyi kényszer miatt. Mielőbb szükséges lenne a rendszerszintű szabályozás, a világos és érvekkel megalapozott szakpolitikai igény megfogalmazása, és a teendők műhelymunkán alapuló koncepciózus, rögtönzés- és kapkodásmentes kidolgozása. Ugyancsak fontos a munka világára vonatkozó nemzetközi szerződések betartása, a fejlettebb országokban bevált gyakorlat és trendek követése, a rendszer teljes felforgatása helyett a megoldható hibák kijavítása.

Köszönetnyilvánítás

Itt köszönjük meg a kérdőíves felmérés szervezésében segítő *dr. Grónai Éva* fősztályvezetőt (OMFI), az adatrögzítő *Rusznaykéné Judit* tanzéki titkárnőt és a statisztikai feldolgozást végző *Szigethy Endre* tudományos munkatárs segítségét.

Irodalom

- [1] Ungváry, G.: Occupational diseases. The Hungarian and the international history of occupational medicine. In: Ungváry, G., Morvai, V. (eds.). Occupational health. [A foglalkozási megbetegedések, a foglalkozás-örvostan és a munkahigiéné nemzetközi és magyarországi története. In: Munkaegészségtan.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [2] Bereczki, E., Tibold, A.: The history of work safety from the ancient to the modern age. In: Huszár, A., Tibold, A. (eds.). Handbook of occupational medicine for specialists and vocational trainees. [A „munkavédelem” története az ókortól napjainkig. In: Foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és szakorvosjelöltek kézikönyve.] Medwork Kft. – Baranya Megyei Kormányhivatal, Pécs, 2011. [Hungarian]
- [3] Groszmann, M., Bánné, K. Zs.: Information on recent changes in the National and Regional Supervision of Labor Safety. [Tájékoztató az Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Felügyelőséget és a területi felügyelőségeket érintő változásokról.] Foglalkozás-egészségügy, 2011, 15, 2–10. [Hungarian]
- [4] Horváth, J. A., Huszár, A., Rurik, I.: Occupational medicine in Hungary. In: Huszár, A., Tibold, A. (eds.). Handbook of occupational medicine for specialists and vocational trainees. [Foglalkozás-egészségügy Magyarországon. In: Foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és szakorvosjelöltek kézikönyve.] Medwork Kft. – Baranya Megyei Kormányhivatal, Pécs, 2011. [Hungarian]
- [5] Ungváry, G.: Restructuring occupational medicine: current issues and novel challenges. [Az üzemegeészségügy átalakítása foglalkozás-egészségüggyé és a foglalkozás-egészségügy aktuális kérdései, új kihívásai.] Orvostovábbképző Szemle, 2008, 15, 13–25. [Hungarian]
- [6] Governmental Order 288/2010 (XII. 21) on governmental offices located in the capital and counties. [A kormány 288/2010. (XII. 21.) rendelete a fővárosi és megyei kormányhivatalokról.] http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=132111.596920 [Hungarian]
- [7] Order of the Minister of Health 4/2000 (II. 25) on primary health care providers. [Az egészségügyi miniszter 4/2000. (II. 25.) rendelete a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.] (http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=46985.68506) [Hungarian]
- [8] Act 93/1993 on work safety. [Az 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről.] http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=18866.602977 [Hungarian]
- [9] Governmental Order 89/1995 (VII. 14) on occupational medicine services. [A kormány 89/1995. (VII. 14.) rendelete a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóról.] (http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=46985.68506) [Hungarian]
- [10] Order of the Minister of Welfare 27/1995 (VII. 25) on occupational medicine services. [A népjóléti miniszter 27/1995. (VII. 25.) rendelete a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról.] http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=22816.579280 [Hungarian]
- [11] Governmental Order 43/1999 (III. 3) on the revision of rules of financing health care providers from the National Health Care Insurance Fund. [A kormány 43/1999. (III. 3.) számú rendelete az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól – módosítás.] http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=39631.604500 [Hungarian]
- [12] Act 84/2003 on selected issues of health care services. [A 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről.] (http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=74617.602192) [Hungarian]
- [13] Nagy, I., Grónai, É., Nagy, Z., et al.: Report on the activity of the occupational medicine services in 2010. [Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók tevékenysége 2010-ben.] Foglalkozás-egészségügy, 2011, 15, 56–68. [Hungarian]
- [14] Morvai, V., Ungváry, G.: Expenses and benefits of occupational medicine services. [Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók működésének költsége és haszna.] Foglalkozás-egészségügy, 2010, 14, 149–154. [Hungarian]
- [15] Derényi, G.: Common thinking. [Együtt gondolkodva.] Orvosok Lapja, 2011, 8, 18–19. [Hungarian]
- [16] Act 2/2000 on self-employed medical practice. [A 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről.] http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=46867.602590 [Hungarian]
- [17] Restructuring occupational medicine by the end of 2011. [Az év végéig kiderül, hogyan alakul át a foglalkozás-egészségügyi szolgáltató. Napi Gazdaság, 2011. november 2. [Hungarian]
- [18] Consensus statement of the Boards in Family and Occupational Medicine. Report sent to the Secretary of Health. [A Háziorvostan és Foglalkozás-örvostan Tagozatok közös szakmai állásfoglalása.] www.fam.med.unideb.hu [Hungarian]
- [19] Cseh, K.: Risk factors of the Occupational Medicine in the 21st Century. In: Huszár, A., Tibold, A. (eds.). Handbook of occupational medicine for specialists and vocational trainees. [A foglalkozás-egészségügy új kockázati tényezői a XXI. században. In: Foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és szakorvosjelöltek kézikönyve.] Medwork Kft. – Baranya Megyei Kormányhivatal, Pécs, 2011. [Hungarian]
- [20] Huszár, A., Rurik, I.: Occupational health in the European Union. In: Huszár, A., Tibold, A. (eds.). Handbook of occupational medicine for specialists and vocational trainees. [Munkaegészségügy az Európai Unióban. In: Foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és szakorvosjelöltek kézikönyve.] Medwork Kft. – Baranya Megyei Kormányhivatal, Pécs, 2011. [Hungarian]
- [21] Kalabay, L.: Primary care research in Hungary. Results and experiences in comparison with Europe. [Tudományos munka az alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel.] Orv. Hetil., 2010, 151, 707–713. [Hungarian]
- [22] Statement of consensus conference of the primary health care. [Az alapellátási konszenzuskonferencia nyilatkozata]. PTE Orvoskari Hírművelő, Pécs, 2010, 28–29. [Hungarian]
- [23] Ungváry, G., Morvai, V. (eds.): Occupational health. [Munkaegészségtan.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [24] Morvai, V., Ungváry, G.: Practice manual in occupational medicine. [Foglalkozás-örvostani gyakorlati jegyzet.] OMFI, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [25] Ungváry, G.: Health examination for job competencies. [A munkaköri alkalmasság vizsgálata.] OMFI, Budapest, 1999. [Hungarian]

- [26] WHO international classification of functional abilities and disabilities. [A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása.] ESzCsM – OEP, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [27] *Juhász, F.*: Guidelines for evaluation of functional changes of work capacities and disabilities. [Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez.] ESzCsM – OEP, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [28] *Huszár, A., Tibold, A.* (eds.): Handbook of occupational medicine for specialists and vocational trainees. [Foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és szakorvosjelöltek kézikönyve.] Medwork Kft. – Baranya Megyei Kormányhivatal, Pécs, 2011. [Hungarian]

(Rurik Imre dr.,
 Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
 e-mail: Rurik.Imre@sph.unideb.hu)

A vitaminok jelentősége és endokrin eltérések diabetes mellitusban

A Diabetológia és Anyagcsere Alapítvány és a Semmelweis Egyetem II. Belklinika közös tudományos rendezvénye
 NOVOTEL – 1088 Budapest, Rákóczi út 43–45.
 2012. október 16. (kedd) 10⁰⁰–18⁰⁰ óra

TERVEZETT PROGRAM

10⁰⁰–10¹⁵ Ünnepélyes megnyitó: *Prof. Dr. Magyar Kálmán* és *Prof. Dr. Rácz Károly*

Szekció I.

Üléselnök: *Prof. Dr. Blázovics Anna*

10¹⁵–10⁴⁵ *Dr. Vastagh Ildikó*: Diabetes és B₁₂-vitamin

10⁴⁵–11¹⁵ *Dr. Rosta Klára*: Diabetes és folsav

11¹⁵–11⁴⁵ *Dr. Speer Gábor*: Diabetes és D-vitamin

11⁴⁵–12¹⁵ *Dr. Blázovics Anna*: Diabetes és antioxidáns vitaminok

12¹⁵–12³⁰ Megbeszélés

12³⁰–13³⁰ A Diabetológia és Anyagcsere Alapítvány és a II. Belgyógyászati Klinika fogadása a tudományos ülés résztvevői számára

Szekció II.

Üléselnök: *Dr. Tóth Miklós*

13³⁰–14⁰⁰ *Dr. Csajbók Éva*: Diabetes és polyglanduláris autoimmun szindróma 1.

14⁰⁰–14³⁰ *Dr. Tóth Miklós*: Diabetes és polyglanduláris autoimmun szindróma 2.

14³⁰–15⁰⁰ *Dr. Mezősi Emese*: Mellékvese-funkció és diabetes

15⁰⁰–15¹⁵ *Koltai Vera*: Kórház-államosítás

15¹⁵–15⁴⁵ Megbeszélés – szünet

Szekció III.

Üléselnök: *Prof. Dr. Somogyi Anikó*

15⁴⁵–16¹⁵ *Dr. Müzes Györgyi*: Diabetes és szisztémás autoimmun betegségek

16¹⁵–16⁴⁰ *Prof. Dr. Góth László*: Veleszületett katalázhiány és diabetes

16⁴⁰–17⁰⁰ *Dr. Hidvégi Bernadett*: Diabetes és vitiligo

17⁰⁰–17²⁰ *Dr. Czákó László*: Exocrin pancreas betegségek és diabetes mellitus

17²⁰–17³⁰ *Prof. Dr. Somogyi Anikó*: Diabetes és vitaminok-hormonok

17⁴⁰–17⁵⁵ Megbeszélés

Zárszó: *Prof. Dr. Karsai György*, a Diabetológia és Anyagcsere Alapítvány kuratóriumának elnöke