

DÉZSI ILDIKÓ – FERENCZ ZSOLT

AZ ÉLETHEZ IGAZÍTANI A KERETTÖRVÉNYEKET

Ankét a romániai és magyarországi egészségügy átszervezéséről

Ha történetesen orvoshoz kell fordulnunk, már az előjegyzés maga is igénybe veszi türelmünket. Házi orvosunk ugyanis nem vizsgálhat meg húsznál több beteget naponta. A nehézségek azonban később adódnak, miután beutalóval a kezünkben a rendelőlőből kijöttünk. Vajon a szakorvos mikor tud fogadni? Amennyiben a sebészeti beavatkozás elkerülhetetlen, hányszor halasztják el a műtétet? Aztán: ki tudjuk-e váltani majd a gyógyszereket? Megannyi kérdés, amely arra készítet, hogy az átszervezés alatt álló egészségügyi rendszer helyzetét/működését a maga komplexitásában lássuk. Ehhez kínált kiváló lehetőséget a szilágysomlyói Báthory István Alapítvány, a magyarországi Magyar Egészségügyi Társaság és a Romániai Magyar Pedagógus Szövetség a múlt év szeptemberben, amikor is a XVIII. Báthory Napok alkalmával módszeresen tekinthettük át a kérdéskör „rendszerfüggő” jelenségeit. A rendezvényen Molnár Géza romániai miniszteri tanácsos és Mikola István, a magyar parlament egészségügyi bizottságának elnöke – mindketten magas rangú tisztségviselőként (államtitkárként, illetve miniszterként) szereztek a kérdéskörben tapasztalatokat – a romániai és a magyarországi egészségügyi reform aktuális problémáit boncolgatta. Mondandójukat a mai helyzetben ugyan csak relevánsnak találjuk. Akárcsak a házi orvosokét, akik közül most Gombos Szilárd, Alámoreanu Ildikó és Szócs Ottó észrevételei alapján a mindennapi gyakorlat megfontolásra érdemes üzenetét igyekszünk messze hallatszóbbá tenni.

Romániai helyzetkép – ahogy Molnár Géza látja

■ a) Elodázhatatlan átszervezés

Romániában az egy főre eső egészségügyi ráfordítás 2010-ben 1032 lej, azaz 300 dollár alatti összeg volt. Molnár Géza szerint nemcsak a termé-



A megelőzés jó befektetés. És ha az orvosnak több ideje jutna egy betegre, akkor a tanácsadás révén jobban tudna hatni a páciensek életmódjára is, ami plusz bevételt jelentene a biztosítónak.

szetes szaporulat csökkenése, hanem az elkerülhető elhalálozás arányának nagysága is aggodalomra adhat okot. Ugyanakkor nőtt a cukorbetegségben, májcirrózisban, emésztési betegségekben és tüdőbántalmakban szenvedők aránya is.

„Az egészségügyi intézményrendszer átszervezését mindenképpen folytatni kell – hangsúlyozta –, attól függetlenül, hogy ki kezdeményezte. Ellenkező esetben az intézményrendszer fenntarthatósága ellehetetlenítheti a teljes körű egészségügyi ellátást.” Utalt arra is, hogy hivatalba lépésekor Cseke Attila egészségügyi miniszternek egyik fő célkitűzése a kórházi rendszer decentralizációja volt, amelynek révén elérhetővé vált, hogy az önkormányzatok, valamint a választott testületek felelősséget vállaljanak a területi elvárások kielégítéséért. Fél év alatt sikerült ezt megvalósítani. Még az ellenzéki pártok képviselői is elismerték Cseke és csapata kitartását, következetességét. „Természetesen senki sem hiszi azt, hogy a több mint 325 kórház átadásával minden gond megoldódott volna. Számíthatunk visszaélésekre is önkormányzati szinten, ennek ellenére reméljük: a lehetséges visszaállások rövid időn belül kiküszöbölődnek, és az egészségügyi rendszer megállja a helyét.”

b) A kórházak decentralizációja

A kórházi decentralizáció nagy erénye: a szolgáltatások minőségi differenciálódása. Ezt segíti elő az a törvény is, amely a kórházakat kompetenciájuk alapján rangsorolja. Érvénybe lép ugyanakkor az új személyzeti szabályozás, ami az adminisztratív személyzet létszámát állapítja meg. A szakemberek reményei szerint a lojális, tisztességes szakmai versengés minél előbb megkezdődhet a kórházi rendszer szintjén, de az sem kizárt, hogy a reformintézkedések kórházak megszűnéséhez vezethetnek. Fontos az informatikai rendszer kialakítása is. Áprilisig a házi orvosoknak nagy sebességű internethez való hozzáféréssel kell rendelkezniük ahhoz, hogy hozzá lehessen látni az egészségügyi kártyák, elektronikus kórlapok bevezetéséhez. „Nagy munkáról van szó, de attól a pillanattól kezdve nem ellenőrizni akarjuk a rendszert, hanem ismerni a reális betegforgalmat, a reális tényekre alapozott elvárásokat.” Molnár Géza vázolta, miként próbálják összehangolni a jelenleg három irányban működő információs rendszert.

c) Számítógépes rendszer kialakítása, a bürokrácia leépítése

Az első lépés a biztonsági elektronikus kód bevezetése, amit az elektronikus receptfelírás követ. A tervek szerint 2012 végére az elektronikus kórlap is elérhetővé válik a román egészségügyben dolgozók és a betegek számára. A számítógépes rendszer összehangolása mellett fontos a bürokratikus rendszer leépítése, dekoncentrációja és decentralizálása is, hogy az esetleges visszaéléseket elkerüljék. Míg 2010-ben a kórházak hátralékait a minisztérium törlesztette, a 2011-es költségvetés jelentős hányadát az infrastrukturális munkálatokra és felszerelésekre fordítják. A minőségi mutatók értékelése és javítása elsősorban a haszonélvezők érdekében szükséges, ezért törekednek a hozzáférhetőség biztosítására.

A szakképzést illetően lecsökkentették a posztgraduális szakképzés idejét, mert úgy értékelték, hogy a hatéves orvosképzés, illetve az öt-, négy- és hároméves posztgraduális oktatás sok szempontból kielégíti a bolognai folyamatot, illetve az erre vonatkozó elvárásokat. Nem azért, hogy hamarabb tehessenek szert szakemberekre, hanem azért, mert egyes szakmák esetében – különösen a mostani posztgraduális rendszerben – a rezidensorvos hosszú évek alatt, kis fizetése mellett sem jut hozzá az általa elvárt szakmai tudáshoz. A posztgraduális képzés idejének csökkentésén kívül decentralizálnák a rezidensképzést is: megfelelő szakmai felkészültségű személyzettel rendelkező és korszerű felszereltségű megyei kórházakban működő szakosztályokra terjesztenék ki az oktatást.

Mindenhol probléma az orvoshiány, a járóbeteg- és a kórházi ellátórendszerben egyaránt. Ma már egy fiatal szakorvos nem is gondol arra, hogy kisvárosi kór-

házban vállaljon munkát, inkább külföldön próbálja ki magát. Ha megtörténik a decentralizáció, remélhetőleg kialakul a lojális, tisztességes, deontológiai szempontból is kielégítő konkurencia, és akkor 2012-től bevezethetik a differenciált fizetéses rendszert, amelynek értelmében ugyanazon intézmény ugyanazon kórházi osztályán az elvégzett munka minősége és mennyisége függvényében biztosítják a szolgáltatások ellenértékét.

Magyarországi helyzetkép – Mikola István áttekintésében

■ a) *Mennyit fordít egészségügyre Magyarország*

„Az elmúlt nyolc év óriási forrásvesztésekkel járt. Közelítünk a romániai ráfordítási szinthez, amire annak idején elrettentő adatként tekintettünk. Magyarország a bruttó össztermék (GDP) 4,2–4,3 százalékát tudja egészségügyi ellátásra fordítani, szemben az európai országokkal, amelyek GDP-jük 8–9–10 százalékát költhetik ilyen célokra. Összességében ez azt jelenti, hogy Magyarországon egy személy ellátására 380–400 dollár jut. Ez az összeg Ausztriában 2300–2400 dollár, Németországban 4000 dollár körül van, az Egyesült Államokban pedig, ahol a GDP 16 százalékát költik egészségügyre, meghaladja a 6000 dollárt.”

Mikola szerint szemléletváltásra van szükség. A kormánynak új struktúrában kell gondolkodnia, hogy orvosolja a humán oldal, az egészségügyi oktatás és a szociális terület gondjait. Ha ez sikerül, új kormányzati rendszer épülhet ki Magyarországon. Hangsúlyozta: a humán területeket abból a megfontolásból fogták össze, hogy ne kezeljék többé „maradványértékelt” rendszerként. Eddig az erős gazdasági, pénzügyi ágazatok elosztották a pénzalapokat maguk között, és ami maradt, azt költhették egészségügyre, oktatásra, illetve szociális szolgáltatásokra. Ezen úgy változtatnak, hogy két erős kormányzati pólust hoztak létre: gazdasági és humán erőforrás pólust.

Szakmai szinten, tudományos műhelyekben megfogalmazódott: a legfelsőbb döntéshozónak tisztában kell lennie azzal, hogy minden szabályozásnak már a döntéshozókészítés szakaszában számolnia kell a hatályba lépéskor várható népegészségügyi hozadékkal. A törvény megalkotásakor figyelembe kell venni annak népegészségügyi hatásait, és csak azt a jogszabályt szabad törvényként elfogadni, amelynek a kihatása pozitív. A szemléletváltásra az öngondoskodás szempontjából is szükség van, hiszen minden ember felelős saját testi-lelki épségéért, egészségéért, sőt a még meg sem született generációért is. Nyilvánvaló, hogy az önmagunkért vállalt felelősségen túl embertársainkért is felelősséget kell vállalnunk, hiszen ez az együvé tartozásnak, az emberi közösségeknek az alapvető energiája. Az öngondoskodás hajlama, képessége, vállalása, a szociális, biztonsági rendszerek működtetése népjóléthez vezet.

Az egészségügyi bizottság elnöke szerint egyetlen nagy probléma jellemzi a világ egészségügyi rendszereinek működtetését, mégpedig a rakétasebességgel fejlődő orvosi lehetőségek és az egyáltalán nem fejlődő nemzetgazdaság közötti szakadék. Új csodái révén a modern orvostudomány mindenre kínál gyógyírt, de nincs a világon olyan nemzetgazdaság, amely az orvostudomány csodáit minden rászoruló számára az egyenlő hozzáférés esélyével tudná nyújtani: „Ma a világ egyféle rendszert ismer, amelyet mérsékelt népegészségügyi trendekre alapozott egészségpolitikai stratégiának neveznek. Mi is ezt a térségi és epidemiológiai trendekre alapozott stratégiát akarjuk követni. Magyarországon egyelőre olyan esélyegyenlőtlenség van, amit nem nézhetünk becsukott szemmel, éppen ezért az epidemiológiai tényezőkre alapozó egészségpolitikai stratégia alapján térségenként meghatározzuk a prioritásokat, és ennek függvényében osztjuk el a pénzalapokat. Ha a pénzt jól használjuk fel, akkor elmondhatjuk egy ilyen rendszer működése során, hogy a forrásokból következtethető népegészségügyi hozadék a populációs nyereség.”

b) Az élethez igazítani a kerettörvényeket

Az egészségügy önmagában nem tudja megoldani saját problémáját, emiatt inter-szektoriális felelősségvállalást igényel. A szükségletek meghatározása pedig kiterjedt szociológiai, társadalmi konszenzusteremtő, illetve kommunikációs technikai rendszert is igénylő folyamat. Olyan jogi megközelítést kell kitalálnunk, hogy a megalkotott kerettörvények gyakorlati alkalmazását az élethez igazíthassuk. Az egészségügy válsága nemzetgazdasági válsággá érett, ezért a kormánynak alapvető kötelezettsége hozzájárulni ezekhez a nagy rendszerekhez.

„Eddig mi is a decentralizáció hívei voltunk, de ma már inkább az állami felelősség érvényesítését szorgalmazzuk a nagy egészségügyi intézmények esetében. Nagyon nehéz, de nagyon fontos kérdés ez azért is, mert hatalmas tragédiához vezethet, hogy az önkormányzatok nevezik ki az egészségügyi intézmények igazgatóit. Az állami felelősség nagyon fontos, de csak akkor fogunk boldogulni a legdrágább járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátási intézményekkel, ha az alapellátást megerősítjük.”

Háziorvosok nézőpontja

■ *a) Gombos Szilárd: „Don Quijoték és szélmalmok”*

„Az egészségügy helyzetét olyan »idilli állapothoz« hasonlítanám, amelyben a betegek a Don Quijoték, az egészségügyi szolgáltatások pedig a szélmalmok. Ám ebben a harcban nem történik semmi: hiszen Don Quijoténak nincsen dárdája, a szélmalmokról pedig lekorhadtak a vitorlák. Közben termopán ablakok mögül nézelődnek az egyre fogyatkozó szélmolnárok, és arról ábrándoznak, hogy egyszer majd vilányáramot termelünk így.” Gombos Szilárd ekképpen utalt az egészségügyi miniszter, Cseke Attila és csapata nehéz helyzetére.

Elmondása szerint kétség sem fér ahhoz, hogy történtek előrelépések az egészségügyi rendszerben, „a legnagyobbak Hajdú Gábor óta”: a kórházakat átadták az önkormányzatoknak, megteremtették a rezidensek számára felvállalható munkalehetőségeket, és felszámolták a központosított rezidensvizsgát. A 2010. április elsejei 265/408-as határozat azonban, amely a háziorvosok konzultációit napi húszra szabályozza, példátlan kitolásnak tekinthető mind a betegekkel szemben, mind azokat a kollégákat illetően, akik többet szeretnének dolgozni, hogy pácienseiket elláthassák. Ez sérti a betegek egészségügyi rendszerhez való jogát: a normatívákkal együtt épp a sokat hangoztatott megelőző tevékenységtől fosztja meg a pácienseket, és mesterséges szükségletet teremt a leendő háziorvosi ügyeletek iránt, amivel előreláthatóan – mert nem juthatnak időponthoz a háziorvos munkaidejében – többen fognak visszaélni, mint valóban indokolt esetekben felkeresni. A beteg és orvos számára kényelmesebb, a rendszer számára pedig olcsóbb lenne, ha a háziorvost nem köteleznék ügyeletre szakorvosi órabérért, hanem hagynák ellátni a betegét rendelési időben. Fontolóra kellene venni ezt azért is, hogy ne büntessék, ha az előírtnál több beteget látna el.

A decentralizálást illetően bizakodásra adna okot, ha az önkormányzatok felelősebbek lennének a polgáraikért – az egészségügyi dolgozókért és a betegekért egyaránt. „A minisztérium prioritásai között második helyen az újabb anyagi források fellelése szerepel, ami az egészségügyi hozzájárulás szabályozásával nagyjából ki is merül, holott meg kellett volna teremteni a több-biztosítós rendszer feltételeit is. Az egészségügyi pénztárba befolyó juttatások túlságosan nehézkesen rendezhetők, és ugyanilyen bonyolultan is ellenőrizhetők manapság, s főleg annak, aki az egészet eltartja, és megkeresi hozzá a pénzt. Vannak, akikről egész vagyonokat gombol le a biztosító, a »vizitdíj« kifizetése alól pedig továbbra is mentesülnek azok, akik eddig sem fizették járulékaikat.”

b) Alămoreanu Ildikó: „Nagy szükség van a feedbackre”

Ezerlejes büntetést kapott február elején Alămoreanu Ildikó, amiért egyik betegét műtét után nem küldte el az országos egészségügyi biztosítóhoz a felírt gyógyszer láttamozására. „A legnagyobb nehézséget az okozza, hogy egyszerre több dologra is kell összpontosítani. Normális esetben figyelnem kellene – mint ahogyan a hozzám hasonló orvosoknak is – a betegre, a kezelésére, a betegség folyamatára. Ezenfelül viszont figyelniünk kell a betegség azonosító kódjait és a gyógyszer előírási lehetőségeit is, vagy éppen azt, hogy mennyiben jogosult a beteg, hogy még aznap hozzájusson a készítményhez. Mindez borzasztó feszültséget okoz. Márpedig ez a feszültség sem az orvosnak, sem pedig a betegnek nem tesz jót, s a rendszer legnagyobb áldozata az, aki az effajta, rossz minőségű betegellátásért még fizetni is kényszerül.”

A napi legtöbb hús személy ellátásával ő sem ért egyet, azt mondja, számára is rejtély, hogy kihez fordulhatna a beteg, ha nem a házi orvosához. „Hiszen mi állunk ebben a tekintetben legközelebb hozzá: amennyiben valami nem oldható meg a mi szintünkön, akkor természetesen más szakorvoshoz küldjük a beteget, de ha egy hónapra előre betelt az előjegyzési naptárunk, akkor ez a folyamat megszakad.”

S bár a sürgősségi osztályok ellátják a betegeket küldőpapír nélkül is, kérdés, hogy mi minősül sürgősségi esetnek. Az sem mellékes ugyanakkor, hogy a sürgősségi vizsgálat után sokan azt a tanácsot kapják, a házi orvoson keresztül menjenek szakorvoshoz. „Mivel rossz a rendszer, a betegek, ha valami baj van, a közvetlen ismerőseiktől várnak segítséget. Ha a szomszédban van egy asszisztensnő vagy egy ismerősünk, aki az egyik kórházban ismer valakit, a gyógyulás reményében belemegyünk a játékba: ilyenkor az illető orvos általában azt tanácsolja, hogy a beteg kérjen küldőpapírt, és majd annak alapján beutalja. Ez ismét csak áldatlan helyzetet szül, hiszen aki megvizsgálta, nem tudhatja, hogy nekünk mikor lesz lehetőségünk kiadni az illető küldőpapírt.”

A házi orvos szerint más rendszerekhez hasonlóan az egészségügyi rendszer sem működhet visszajelzés nélkül: „Fontos lenne, hogy a rendelők, a kórházak vagy bármilyen egészségügyi egység működésével kapcsolatban azoknak is legyen beleszólási joguk, akik ott dolgoznak. Ha tőlem, háziorvostól valaki megkérdezné, hogy ebben a keretben mi lenne a leghatékonyabb a betegellátás terén, bizonyosan felállítanék egy metodológiát. Nem tudom viszont, bár hús éve dolgozom a szakmában, hogy milyen mértékben bizonyulna megfelelőnek az általam elkészített ütemterv a Kolozs megyében dolgozó többi háromszáz házi orvos számára. Amennyiben viszont ezt bemutatnám nekik, ők pedig hozzáfűznék saját tapasztalataikat, meglátásaikat, ötleteiket, akkor közösen tudnánk javítani. Biztos vagyok abban, hogy ebben az esetben sokkal jobban működne az egész rendszer. Az állandó feedback nélkül ugyanis elképzelhetetlen, hogy a folyamatosan felülről érkező utasítások a gyakorlatban működjenek – mondja a házi orvos, aki a közösen elkészített metodológiáról a minisztériumot is tájékoztatná.”

Véleménye szerint a biztosítónak le kell válnia a rendszerről, hogy a módszertan tőle függetlenül születhessen meg. „Csak azután kellene a biztosítóhoz fordulni, miután a helyi szinten összegzett ajánlatokat átdolgozta és megtárgyalta az orvosi kolégium és a minisztérium: van-e fedezet egyik-másik elképzelés kivitelezésére. Ha pedig nincs, akkor közös döntés révén tudjuk eldönteni, miről kell lemondanunk.”

c) Szőcs Ottó: A kórházi ellátás tehermentesítése

A dietetikus orvos szerint az új törvények bevezetése, illetve a régiék megváltoztatása majdnem minden esetben mélységesen kiábrándítja azokat, akik az éppen aktuális struktúrától jobbat reméltek: az esetek többségében bebizonyosodott, hogy a lehető legrosszabbnak vélt helyzet még rosszabbra fordulhat. „Folyamatos átszervezéssel, új törvények, szabályok, rendeletek bevezetésével hiába próbálkoznak ott,

ahol eleve gond van. Ha pedig a gondok igazi okát kutatjuk, a szálak elvesznek a bürokrácia és politika zavarosában.”

A háziiorvosi rendszerrel – ahogy az nálunk működik – mindenki elégedetlen: „Az évszázadok során felgyűlt tapasztalatok alapján megállapítást nyert, hogy egy vizsgálat alkalmával egy betegre húsz percet kell fordítani. Ez hat óra rendelői munkával számolva napi 18 páciens jelentene. De csak akkor, ha jól meg van szervezve a munka! Gondoljuk meg, hogy amíg egy reumás néni nővéri segítséggel leveszi a kabátját, sarokba támasztja a botját, leül és előveszi a papírjait, az súlyos percekbe kerül. Valóságos ceremónia felgyűrni a három szvetter ujját a vérnyomásméréshez. Képzeljük el, hogy mi van, amikor még le is kellene vetkőznie és felöltöznie, nem beszélve arról, hogy a néni nagyothall, rosszul lát, és kicsit lassú a felfogása is. És a váró tele van ilyen nénikkel! Közben a váróban (vagy a rendelőben) sírnak a kisgyermek, csecsemők. Öltönyös gyógyszerügynökök pedig felvillanyozva, műmosollyal az arcukon szemtelenül törtetnek befelé, cseng a telefon... Persze mindenki mélységesen fel van háborodva...”

A túlterheltségre vezethető vissza, hogy a páciensek „irodistáknak” nézik a házi- orvost. Kevesekben tudatosul, hogy a házi orvos is szakorvos, csakhogy nem hagyják működni. A háziiorvosi képzés elve ugyanis az, hogy a leggyakoribb, rutinszerű szak- orvosi feladatot a házi orvosnak meg kell tanulnia elvégezni, hogy ezzel tehermentesítse a kórházi ellátást. Fontos, hogy tudjon kisműtéseket végezni, sebet varrni, méh- nyakvádadékot venni, azt mikroszkóppal megvizsgálni, fület mosni, hiperaktív gyer- mekek családjának tanácsot adni, stb. A modern technika segíti is ebben, sok olyan gépezet vált hozzáférhetővé, amelyet régebb csak kórházak engedhettek meg maguk- nak. „Én például egyéves ultrahangtanfolyamot végeztem, a kollégánóm pedig EKG- tanfolyamot. A gépek ott állnak a sarokban, alig használjuk őket – legalábbis rende- lési időben, de időhiány miatt a házi orvos nem tudja a szakmáját gyakorolni.”

Hasonlattal folytatja: ha egy kubikos egy nap négy köbméter földet tud kiásni, nem várhatjuk el tőle, hogy „ásson ki háromszor annyit, 12 köbméter, csak kis kompromisszumokkal, felületesebben”. Nem megy. Nem lehet felületesen kiásni négy köbméter földet. Ugyanígy van a házi orvos esetében is: nem láthat el három- szor annyi páciens, mint amennyit lehetséges.

A biztosító tudja, hogy egy nap nem lehet 18-nál több páciens ellátni, ezért egy napra csak 20 vizsgálat költségeinek ellenértékét téríti meg az orvosnak. „A nemzet- közi szakirodalom szerint egy házi orvos nagy általánosságban hétszáz létszám kör- rüli pacientúrát tud ellátni. Saját tapasztalataim szerint is valóban ennyi páciens esetén jutna egy napra 18 rendelői vizsgálat. Hétszáz páciensért viszont nem fizet annyit az egészségbiztosító, hogy az orvos abból fenntarthassa rendelőjét és saját magát, a családjáról nem is beszélve. Ott, ahol több mint hétszáz páciens kénytelen ellátni, a házi orvos tehát nem gyakorolhatja rendesen a szakmáját. Bárki utánaszá- molhat: amíg a biztosító nem fizet háromszor annyit egy betegért, mint jelenleg, a háziiorvosi rendszer nem lesz működőképes. Semmiféle átszervezéssel, törvénnyel, új szabály bevezetésével, semmi efféle bűvészmutatvánnyal nem lehet ezen segíte- ni. Hát ezt a problémát oldja meg, aki tudja.”

A régi orvosi szállóige szerint egy gramm megelőzés többet ér, mint egy kilo- gramm kezelés, és ez a bölcsesség a dolog anyagi vonatkozásában is érvényes. Ha az egészségbiztosító a megelőzésre is fordítana pénzt, jól járna. Minél többet, annál job- ban. A megelőzés jó befektetés. És ha az orvosnak több ideje jutna egy betegre, ak- kor a tanácsadás révén jobban tudna hatni a páciensek életmódjára is, ami plusz be- vételt jelentene a biztosítónak.

Néhány országban a biztosító arra törekszik, hogy a pácienseket egészséges életmódra ösztönözze: fizetik az uszoda- vagy konditerem-bérletet, fogyókúra tanácsadást, sőt előnyösebb biztosítási feltételeket ajánlanak annak, aki igénybe veszi ezeket a szolgáltatásokat. Talán ezen is el lehetne gondolkodni. Szócs Ottó lehetséges megoldásként az életmódváltást, a hangsúlyozottabb betegségmegelőzést javasolja.

