

Betegségügy, vagy egészségügy?

Interjú Prof. Dr. Kiss István MOTESZ elnökkel

Javában zajlanak a konzultációk és egyeztetések a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága által meghirdetett „Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére” című vitáikat kapcsán. A magyar orvostársadalom legnagyobb, önkéntes tagságon alapuló szervezetének, a 130 tagegyesületet számláló Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ) elnökét, Dr. Kiss István professzort arra kértük, hogy fejtse ki gondolatait: népegészségügyi szempontból milyen irányban tartja fontosnak az elmozdulást, és milyen lépéseket vél szükségesnek a hatékonyabb egészségügyi ellátás érdekében.

– „Az egészségügy legfontosabb feladata az egészségmegőrzés, a prevenció. Betegségmegelőzésre összpontosító, egészségtudatos társadalmat építő, hatékony és hosszú távú programra van szükség.” – többek közt ez olvasható a Nemzeti Együttműködés Programja ltt az idő, hogy megmentünk az egészségügyet! című fejezetében. Elnök úr milyen esélyt lát arra, hogy a prevenció kellő súllyal jelenjen meg az egészségügyi kormányzat cselekvési tervében?

Először is tisztán kell lássunk abban, hogy mit értünk prevenció alatt. Hajlamosak vagyunk ugyanis összerosni az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés fogalmát, holott két különböző dologról van szó.

Kezdjük az egészségmegőrzéssel. A lakosság egészségmagatartásának formálásában a leglényegesebb elem az információ. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítése sokszereplős folyamat, amelyben az oktatási rendszertől kezdve a civil szervezeteken át a nyomtatott és elektronikus sajtóig sokaknak feladata van. Tévedés tehát azt hinni, hogy az egészségügyi ágazat feladata lenne az egészségmegőrzés. Kiterjedt kommunikációra van szükség, amelyet az óvodától az iskolán át az aktív felnőttekig a társadalom széles körében kell végezni, kinek-kinek a saját területén. Ilyen értelemben nagyobb jelentősége lehet egy országos napilapban hétről hétre, visszatérően megjelenő, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információnak, vagy egy okosan felépített, tematikus tévétételkedőnek, internetes játéknak, mint annak, hogy az orvos-szakma az unalomig elismétli, milyen vérnyomás- és vércukor célértékeket kell elérni. Hogy már a kisgyerek is eljuttasson a gondolattal: vajon nem sózták-e túl az ételét, vagy a szülei miért dohányoznak. Hogy az iskolai büfében a gyümölcs kelendőbb legyen, mint a chips, a cukorka. A gondolat közvetítéséről van itt szó: az állandóan sulykolt tudásról, a széles körben végzett felvilá-

gosító munkáról, amelynek célja, hogy tudatosítsuk az emberekben az egészség értékét. Ezekről a dolgokról általában megfeledkezünk, amikor a prevencióról beszélünk. Pedig az egészség megtartása legalább annyira fontos, mint a betegségek megelőzése. Ha ezt a gondolatot továbbfűzzük, és vélelmezzük azt, hogy az országban egyelőre több az egészséges ember, mint a beteg, akkor logikusan következethetünk arra, hogy nagyobb energiát kellene fordítani az egészségmegőrzésre. Ezzel szemben a valóságban erre mégis nulla, vagy nagyon kevés energiát fordítunk.

– **Hogyan illeszthető bele ebbe a folyamatba az egészségügy?**

Úgy, hogy az egészségügyé a kezdeményező szerep. Mi elmondjuk, hogy a derékkörfogat férfiak esetén 102 cm felett, nőknél 90 cm felett kóros, és a hasi zsírszövet közrejátszhat egyes halálos betegségek kialakulásában. De az már nem a mi dolgunk, hogy erre az ismeretre alapozva megszervezzünk például egy webes játékot, amelyben minden gyerek, aki megméri szülei derékbőségét és beküldi, nyerhet valamit, ha a mért adat határérték alatti. Mondanom sem kell, hogy egy-egy ilyen akcióból mennyit tanulhat ez a korosztály, sőt, még a szülők is tudni fogják, hogy érdemes odafigyelni a terebélyesedő hasukra, ha nem akarnak megbetegedni. De számtalan hasonló példát fel lehetne sorolni.

MEGELŐZÉS

Csak mindezek után következik a prevenció második eleme, a betegségmegelőzés. Ezt a szűrőprogramok testésítik meg, amelyeket – tudomásul kell venni – csak központilag lehet jól megtervezni és megszervezni. Jelenleg többféle program fut párhuzamosan, ami egyrészt persze jó dolog. Másrészt azonban az a legnagyobb probléma ezekkel a projektekkal, hogy nincs mögöttük rendező elv, hiányzik a minőségbiztosítás. Mondok egy példát, hogy jobban érthető legyen, mire gondolok. Meghirdetünk egy kampányt, amelyben a vérnyomás kívánatos, normál célértékének a fontosságára hívjuk fel a figyelmet. Ennek hatására pont az a nyugdíjas fogja megmérni a vérnyomását, akit amúgy is havonta lát a háziorvosa, tehát a betegsége kontrollált. Holott ennek a programnak a célközönsége valójában nem ő, hanem a magát egészségesnek gondoló fiatal középkorú, akinél már előfordulhat valamilyen vérnyomáseltérés, anélkül, hogy tudna róla, hiszen panaszai nincsenek. Őt lenne fontos most kiszűrni és normalizálni a vérnyomását, hogy megelőzzük a későbbi fatális kimenetelű szív- és érrendszeri eseményeket. Ezért el kellene jutni mindenhová – kistérségekbe, falvakba –, de ehhez meg kell teremteni a

tárgyi és személyi feltételrendszer. Jelen pillanatban az állam ezt nem vállalja fel.

– Itt jönnek be a képbe a gyógyszervállalatok és beállnak egy-egy projekt mögé. Számos nagy sikerű program valósult meg már így: az „Éljen 140/90 alatt!”, az „ÉRV – Ereink védelmében”, és oldalszám lehetne még sorolni. Vajon meddig várjuk el a gyógyszergyáraktól, hogy olyasmire áldozzanak, ami nem az ő feladatuk?

Ténykérdés: ezeknek a szűréseknek legtöbbször a gyógyszercégek biztosítják az anyagi fedezetét, miközben egyetlen mondattal sem reklámozhatják a készítményüket, hiszen a nagyközönség felé azt tilos. Mi, vagyis a különböző tudományos társaságok pedig adjuk hozzá a tudást és megvalósítjuk ezeket a kezdeményezéseket, amelyeknek kétségtelenül sok hozadéka van, kezdve a kiszűrt betegektől a rengeteg mért adatig. Mindez azonban kevés. Én a nagy, országos szűrésekre gondolok, amelyekben korra, nemre, egészségi állapotra tekintet nélkül az égvilágon mindenkit szűrünk, és azokat a személyeket, akikről kiderül, hogy betegek, a megfelelő ellátóhelyre küldjük és biztosítjuk a gyógykezelésüket. Ennek az egyik korlátja, hogy ha egy ilyen országos szűrésen minden beteget kiszűrünk, a rendszer nem tudná ellátni. Sok beteg elveszne, elsősorban azok, akiket a szűrés időpontjához képest hetekkel, vagy csak egy hónappal később tudunk fogadni a szakrendelésen a megnövekedett betegszám miatt. A szűrés pillanatában, amikor valaki a kapott mérési értéktől kellően megriad, még elmenne a kivizsgálásra. Ez az ijedtség azonban hamar lecseng, és hetek elteltével – mivel nincs panasa, tünete – már nem is emlékszik rá, érdektelenné válik számára a dolog.

A másik fontos megoldandó feladat, amivel egyelőre adósok vagyunk, a betegségépidemiológia. Ha tudnánk, hogy Magyarország különböző térségeiben, megyéiben mely betegségek előfordulása a legjellemzőbb, akkor ott, az adott területen azt a szűrést hangsúlyoznánk, és annak a betegségnek az ellátására fektetnénk be több energiát, pénzt, paripát, fegyvert. Ezzel szemben minderről fogalmunk sincs. Az egyetlen mérhető adat a KSH statisztikában a halálozás, mert azt kötelező jelenteni, megvan a kódrendszere. De hogy mennyi diabéteszes, hipertóniás, COPD-ben szenvedő, vagy gyomorfekélyes beteg van az ország különböző régióiban, nem tudjuk. Még megyére lebontott rákregiszterünk sincs. Pedig ha tisztán látnánk, hogy – tegyük fel – Zala-megyében gyakoribb a hipertónia és a stroke, ezzel szemben Tolna-megyében a prosztatatarák a legjellemzőbb halálok, akkor logikus lenne, ha ott először ezekre a betegségekre koncentrálnánk. Ne egyszerre akarjunk mindent megvalósítani, mert az nem fog menni! Mindenekelőtt hozzunk létre epidemiológiai központot és építsünk ki országos epidemiológiai hálózatot, ahol elkészülhetnének a regiszterek, az epidemiológiai térképek. S ha már tudjuk, hogyan alakulnak a megbetegedési mutatók az ország egyes régióiban, fel kell állítanunk a regionális prioritásokat. Ezek megtörténte után már ki lehet dolgozni a stratégiát: hogyan szűrjünk, miként gyógyítsunk. Azaz: kezelhető,

népegészségügyi adatokra, trendekre alapozott egészségpolitikára van szükség. Mindennek megvalósulására most jó esélyt látok, mert a nemrég vitára bocsátott Semmelweis Tervben prioritásként szerepel ez a kérdés.

GYÓGYÍTÁS

– A Nemzeti Együttműködés Programja „minőségi, emberközpontú és minden állampolgár számára hozzáférhető” alapellátást szorgalmaz. Ön hogy látja a háziorvosok jelenlegi helyzetét?

A háziorvosok mindennek a letéteményesei, abszolút stratégiai szerepük van. Miért? Mert náluk – a tízmillió magyarra jutó hatezer háziorvosnál – van az első számú lehetséges találkozási pont. Elsősorban a háziorvosnál, és kevésbé a járóbeteg-szakellátásban nyílik lehetőség személyesebb kapcsolat kialakítására a betegekkel, valódi odafigyelésre, tényleges egészségnevelésre. Tudomásul kéne venni, hogy a háziorvos nem vasúti diszpécser, aki erre, vagy arra a szakrendelésre elirányítja a beteget, anélkül, hogy érdemben kezelné. Az a fő gond, hogy a háziorvosok közt sok az idős, kevésbé újratanítható kolléga. A legnagyobb szaktudással rendelkező középkorosztály sem rendelkezik hiánytalan ismeretekkel, hiszen amikor egyetemre járt, még nem tanították, nem képezték ki olyan dolgokra, ami a mai graduális orvosképzésnek már szerves részét képező tananyag. Ezért a középkorú háziorvos kollégák továbbképzésére nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, biztosítva az átmenetet az új nemzedék belépéséig. Hogy az alapellátásban dolgozó kollégák több problémával meg tudjanak birkózni, hatékonyabban tehermentesíthessék a szakrendelőket. A két ellátó szint közti viszonyt pedig szorosabbra fűzném. Ne tűnhessen el a beteg a háziorvos szeme elől úgy, hogy aztán a szakrendelőben történő ellátás további mozzanatai a ködös homályba vesszenek. Legyenek a járóbeteg rendelések a háziorvos kinyújtott csápjai, ahol olyan ellátást biztosítanak, amely erősíti az alapellátást és tehermentesíti a kórházi ellátást. Ezt a struktúráváltoztatást, erőcentrum áthelyezést feltétlenül szükségesnek tartom a gyógyító ellátás hatékony működéséhez.

– „Kiemelt cél a lakosság egészségi állapotának javítása és a területi különbségek csökkentése.” – írja a Nemzeti Együttműködés Programja, továbbá hangsúlyozza, hogy „koncentrált fejlesztéseket kell indítani a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések megelőzése és gyógyítása érdekében”. Tudomásom szerint az utóbbi években csökkent a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozás. Ön szerint ez a javuló tendencia minek köszönhető?

Pontosítsunk: a szív- és érrendszeri halálozás kategóriáján belül csak az infarktus és a stroke okozta halálesetek száma csökkent. Pont arról a két betegségről van szó, amelyek kezelésében látványos fejlődés ment végbe a közelmúltban. Bővült a gyógyszerpaletta és kiépült egy olyan centrumhálózat, amely az ország bármely pontjáról egy órán belül elérhető, és ahol el lehet végezni az életmentő

invazív beavatkozásokat. Mindez megtanított bennünket arra, hogy a centralizált, központilag szervezett és minőségellenőrzött munka meghozza a várt eredményt. Hogyan lehetséges, hogy a hipertónia előfordulása – egy betegségé, amelyhez mindenki ért, aminek a kezelésében igazi fegyvertár, újabb és újabb antihipertenzív szerek állnak a rendelkezésünkre – nemhogy csökkenne, hanem még nő is? De idesorolhatnám a diabéteszt, vagy az elhízást, tehát a többi nagy népbetegséget is. Hogyan fordíthatnánk meg ezt a tendenciát? Nos, ha hasonló eredményeket, csökkenő halálozást akarunk elérni, akkor itt ugyanolyan centralizált rendszerre kellene felfűzni az ellátást, mint ahogyan azt az infarktus és a stroke esetében megtettük. Legyen az elsődleges ellátó a háziorvos, de kapja meg a többletellátást a szakrendelőben az a beteg, akinek az állapota azt megkívánja, és kerüljön centrumba az, akinek ott a legjobb a túlélési és gyógyulási esélyei.

RESZOCIALIZÁCIÓ

A prevenciónál és a gyógyításnál is lényegesen kevesebbet foglalkozunk a reszocializáció kérdésével. Ez a problémakör magában foglalja a rehabilitációt, a krónikus betegséggel való együttélést, az otthoni gondozást és a családba, munkahelyre való visszailleszkedést. Mindez értelemszerűen messze túlmutat az egészségügyi ellátáson. Olyan szervezett segítségre van itt szükség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes, vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, vagy helyreállított, vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben. Ebben a komplex feladatkörben a speciális szakterületek képviselői – például a gyógytornász, a fizioterapeuta, a pszichológus, a logopédus, a gyógymasször, a dietetikus stb. – közreműködése nélkülözhetetlen. Kihangsúlyoznám a gyógyászati segédeszköz-ellátást és ezek használatának betanítását, ami nagymértékben javíthatja az életminőséget. Igen egyszerű példát mondok: egy agyi keringési zavar miatt megsüketülő betegnek a hallókészülék visszaadhatja a külvilágot. De csak akkor, ha valaki megtanítja, hogyan kezelje a készüléket! Ha ez nem történik meg, előbb-utóbb el fogja dobni a masinát, mert képtelen lesz kiszűrni és feldolgozni az egyszerű beömlő hasznos információt és haszontalan zajokat. Másik példa: hiába kap protézist a súlyos cukorbeteg, akinek amputálták a lábát, csak akkor lesz képes újra járni, ha valaki megtanítja rá. A betegnek mindemellett pszichés támogatásra is szüksége lesz, hogy ne omoljon össze, ne legyen depressziós. Az is lehet, hogy átképzésre fog szorulni, mert az eredeti munkakörét nem lesz képes többé ellátni. A következő lépés a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása, munkaerőpiacra való segítése lesz. Mint látja, már rég nem az egészségügyről, hanem oktatásról, foglalkoztatásról, szociális hálóról beszélünk.

– A fejlett társadalmakban egyre nagyobb elkötelezettség figyelhető meg az élet minden területén megvalósuló esélyegyenlőség iránt. Magyarország e téren még gyerekcipőben jár...

Mert nincs kultúrája, nem tanítottuk meg rá az embereket. Sokan évtizedekig vegetálnak otthon, a négy fal között félig bénán, vagy süketen. Pedig egy logopédus, vagy egy gyógytornász csodákra lenne képes és nagyon sokat segíthetne egy nem beszélő, mozdulatlan betegen. Ezeket a kapacitásokat az emberek nem használják ki, mert nem is tudnak a létezésükről. Pedig akár klasszisokkal is javulhatna a krónikus betegek életminősége, és ez még sokkal több pénzbe sem kerülne. Így aztán nem csoda, hogy az utóbbi években megnövekedett az igény a krónikus osztályok iránt, még a fizető ellátásokért is, mert fele annyiba kerülnek, mint ha 24 órában megfogadnak egy ápolót otthonra a beteg hozzátartozó mellé. Be kell lássuk, hogy megváltozott körülöttünk a világ, s vele együtt az értékrend, az igények is. Ehhez a változáshoz a rendszer még nem alkalmazkodott, mert nem eléggé rugalmas.

PÉNZ, VAGY DÖNTÉS KÉRDÉSE?

– Úgy tudom, hogy a Szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának Nemzeti Programja – amelynek professzor úr az elnöke – tartalmazza az imént megfogalmazott feladatokat.

Így van, 2006-ban elkészült egy olyan program, amelyben a kardiovaszkuláris betegségekre vonatkozóan kialakítottunk egy vertikálisan felépített cselekvési tervet. A MOTESZ által készített Szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának Nemzeti Programja alappilléreit éppen azok a területek – a megelőzés, a gyógyítás, valamint a rehabilitáció és gondozás – képezik, amelyeket az imént kifejtettem. Megjegyzem, hogy ezekről a feladatokról egy-egy gondolatsort fő témaként ki fogunk fejteni a Magyar Hypertonia Társaság december elsején kezdődő XVIII. Kongresszusán. Ha túllépve a szív- és érrendszeri betegségeken, ugyanezen logika mentén cselekvési tervet dolgoznánk ki az onkológia, a gyermekgyógyászat, a sürgősségi ellátás és a medicina egyéb vonatkozásaiban is, végül összeállhatna egy hosszú távú stratégiai keretprogram. Ebben az egyes részterületek egymáshoz szorosan kapcsolódóan, azonos rendező elv mentén, teljes összhangban működhetnek.

– 2011-ben Budapesten kerül megrendezésre az E-Health Világkonferencia. A mai magyar valóságban vajon utópisztikusnak tűnik-e a kongresszus egyik fő üzenete, amely szerint az adatnak kell mozognia, s nem a betegnek?

Egyáltalán nem. Ez kizárólag döntés kérdése. Ha már az információáramlásnál tartunk, hadd mondjak egy gyakorlati példát. A gyógyszerészi gondozás részeként megszerveztük, hogy a lakossági gyógyszertárakban vérnyomás-, koleszterin-, és testsúlymérés történjen. A mért adatokat a patikusok azonnal számítógépre viszik, és amennyiben a beteg belegezik, továbbítják a háziorvoshoz. Minden, a betegről képződött adat megjelenik a háziorvosnál, aki begyűjti és rendszerezi az információt. Ha ugyanez megtörténne a járó- és fekvőbeteg ellátás irányában is, azaz a háziorvos be tudná juttatni a páciens adatait abba az intézménybe, aho-

vá továbbküldi a beteget, máris minden fontos labor- és leletinformáció egy kattintással megjeleníthető lenne az összes ellátási szinten. Idesorolhatnám a szűrések alkalmával képződött mérési adatok felvitelét is egy olyan információs rendszerbe, amelyhez a kezelőorvosnak hozzáférése van. Mondanom sem kell, mennyi feleslegesen elvégzett vizsgálatot lehetne megspórolni ezzel. Vagy gondoljon a betegadatokat hordozó mágneskártyára, amiről már tíz éve vitatkozunk, de még mindig nem létezik.

– Mert nincs rá pénz?

Nem állítom. Kell pénz, hogyne. Azt mondjuk, hogy egy ilyen horderejű informatikai fejlesztésre többmilliárd kell. De nem azonnal, és nem annyit! Hiszen le se lehet gyártani egyik napról a másikra tízmillió mágneskártyát. Azon bukna meg a dolgok, hogy mindent egyszerre akarunk meg-

lépni. Hiányzik az okos tervezés és a döntés. Mert ezek döntési kérdések. A nem felvállalt döntések, az elodázott megoldások sokkal nagyobb bajhoz, a káosz fokozódásához vezetnek. Vannak pillanatok, amikor még rosszul dönteni is jobb, mert akkor legalább megmozdul a rendszer, és iszonyú erők próbálják meg bebizonyítani a döntés helytelen voltát. Ugyanakkor ezzel párhuzamosan, a másik oldalon kikristályosodik egy jó döntés lehetősége. Ha elmarad a döntés, akkor ezek az erők nem mozdulnak meg, és nem jelenítenek meg alternatív megoldásokat. Marad az állóvíz, továbbra sem történik semmi, csak szidjuk a rendszert, aminek pedig mi magunk vagyunk a részesei. Ha ezt végiggondoljuk és belátjuk, hogy a döntések meghozatala az első és legfontosabb, akkor azt is állíthatjuk, hogy a pénz csak másodlagos kérdés.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Prof. Dr. Kiss István 1977-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán summa cum laude minősítéssel. 1977-90 között a SOTE II. sz. Belgyógyászati Klinikájának hypertonia-nephrologia részlegén dolgozott osztályvezetőként, majd részlegvezető egyetemi adjunktusként. 1982-ben belgyógyászatból,

1990-ben nephrologiából, 2003-ban klinikai farmakológiából, 2009-ben geriátriából tett szakvizsgát. 1998-ban a Magyar Hypertonia Társaság hypertonológus képesítését, 2001-ben az Európai Hypertonia Társaság „Specialist in Clinical Hypertension” képesítését, 2003-ban a Magyar Atherosclerosis Társaság lipidológus képesítését kapta meg „honoris causa” formában. 1991-ben védte meg kandidátusi disszertációját „A kalcium antagonistá nifedipin hatása hypertoniában” címmel. 1980-tól folyamatosan részt vesz az orvostanhallgatók belgyógyászat oktatásában gyakorlatvezetőként, vizsgáztatóként és tantermi előadóként. 1990-től foglalkozik a belgyógyász, nephrologus szakorvos jelöltek, valamint rezidensek képzésével és vizsgáztatásával. 1990 októberétől a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre kórházában dolgozik az I. sz. Belgyógyászati Osztályon másodfőorvosként, majd osztályvezető főorvosként. A kórházban megszervezte a nephrologiai betegellátást és gondozást, nephrologiai részlegét és ambulanciát hozott létre.

2005-2010 között belgyógyászati intézetvezető, a Nephrologia-Hypertonia profil vezetője, emellett időszakosan a kórház orvos-igazgató helyettese, mb. orvos-igazgatója. 2010 júniusától a kórház kinevezett tudományos igazgatója. 1991 szeptemberétől a kórház területén működő B.Braun Avitum Hungary Zrt. Dialízis Hálózat 1. sz. Dialízisközpontjának orvos-igazgatója és a hálózat társ-orvosvezetője.

2007 májusában habilitált a belgyógyászat/nephrologia szakterületén a Semmelweis Egyetemen. 2008 júliusától kinevezték a SE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika Geriátriai Tanszéki Csoportjának tanszéki csoportvezetőjévé, egyetemi docensként. 2010. szeptember 1-től a SE Geriátriai Tanszéki Csoportjának tanszékvezető egyetemi tanára. Számos magyar és külföldi szakmai-tudományos társaság tagja. A Magyar Hypertonia Társaság 2009 decemberétől négy évre választott elnöke. 2005-től a nephrologia és művesekezelés országos szakfelügyelő főorvosa. 2004-től a Belgyógyászati Szakmai Kollégium tagja, a Nephrologiai Szakcsoport titkára. 2009-től országos szakfelügyelőként a kollégium állandó meghívottja, a Nephrologia és Hypertonia Szakcsoport tagja. 2009-től a Geriátriai Szakmai Kollégium tagja és titkára. 2002-2008 között a MOTESZ alelnöke, 2008 decemberétől két évre elnöke. 2006 márciusától a „Szív- és érrendszeri Nemzeti Program” Programtanácsának elnöke. Kitüntetései közül kiemelhető a „Batthyány-Strattmann László Díj” 2008-ban.

IME

VI. Regionális Egészségügyi Konferencia

Időpont: 2011. február 24. (csütörtök)

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)