

## **ORVOSVITA**

**Az Oktatói Hálózat „Mi lesz veled, értelmiség?” című vitasorozatának hetedik rendezvénye**

**2016. október 24., ELTE BTK Gombocz-terem**

**Kérdez: Danó Anna**

### **ELSŐ PANEL**

**Résztevők: Lénárd Rita** belgyógyász és **Álmos Péter** pszichiáter, az „1001 orvos halapénz nélkül” közösség képviselői; **Sándor Judit** jogász (CEU)

**Téma: Orvosnak lenni a mai Magyarországon**

**Danó Anna: Ki miért lett orvos?**

Lénárd Rita: Nővére példáját követte.

Álmos Péter: Állatorvos akart lenni először, majd hős akart lenni.

Sándor Judit: Multidiszciplináris érdeklődése volt mindig is. Az óvodában gyógyítóskodott és mesélt, később a középiskolában az irodalom és a biológia, jog és társtudomány egyaránt érdekelt. A jogi diploma megszerzése óta rendszeresen együtt kutat, dolgozik orvosokkal, biológusokkal.

**Danó Anna: Teljesült-e az álmuk?**

Lénárd Rita: Intenzív osztályon sürgősségi orvos volt. 28 órás ügyelet után, kialvatlanul nem tudta felelősséggel ellátni a betegeket. Sokkal nehezebb lett a munka az évek során. Ezért váltott. A járóbeteg szakrendelést nagy örömmel tudja csinálni. Ami nehéz a munkában: mindig topon lenni, alkalmazkodni az egyes betegekhez, teljes odafigyelés, a jó kommunikáció.

Álmos Péter: Az orvosegyetemisták harmadrésze csalódik az egyetemen, ezek közé tartozott. Ezért természettudományos kutatásba menekült. Az orvosegyetemisták fele már 14 éves kora előtt tudja, hogy orvos akar lenni, korán kialakul egy kép az orvoslásról. Óriási küldetéstudat viszi a többséget az egyetemre. Ezután az egyetem emberi minőségében megalázza az egyetemistát. Végül megtalálta a pszichiátriát, ahol az orvos klasszikus gyógyító szerepe jobban megmaradt.

Sándor Judit: Olyan témákkal foglalkozik, amik egyszerre igényelnek orvosi és jogi szakértelmet. Ilyenek a betegtájékoztatás, a reprodukciós jogok, a genetikai adatok kezelése és a biobankok problémái. Tíz EU által finanszírozott kutatási projektben vett részt, ahol rendszeresen orvosokkal, természettudósokkal dolgozik együtt. A multidiszciplináris témák iránti fogékonyság ennyi kutatás után is megmaradt benne, bár elismeri, hogy az orvosbiológiai jog nem könnyű kutatási terület, hiszen egyaránt érheti kritika mind az orvosok, mind pedig a jogászok részéről. Nehéz egyszerre mindkét szakma szempontjainak megfelelni. Ugyanakkor nagyon fontos, hogy legyen olyan érthető közös nyelv, amivel a más foglalkozásúakat is meg lehet szólítani. A mi oktatási rendszerünkben nagyon hamar szakosodik az oktatás, hiszen 18 éves korban nem college-ba, hanem egyből az orvosi egyetemre vagy a jogra kerül a fiatal, holott mindkét pálya esetében más irányú, magas szintű előképzettségre is szüksége lenne. Így

viszont nálunk túl korán bezárulnak a kapuk másféle megközelítés, módszer, látásmód irányába. Talán ezzel magyarázható, hogy a szakemberek multidiszciplináris területen kényelmetlenül érzik magukat, nem szívesen lépnek ki a komfortzónájukból, és egy-egy szűk szakma keretei között maradnak inkább.

**Intermezzo: Danó Anna kérésére Deák Dániel (Corvinus Egyetem) felolvassa négy költői kérdését:**

1. Fel vannak-e készülve az orvosok arra, hogy partneri viszonyban legyenek a hozzájuk fordulókkal?
2. Az orvosoknak élet és halál kérdéseiben kell döntést hozniuk. Kritikus helyzetekben el kell-e szakadni a racionalitástól?
3. „Az életet csak az étellel lehet megismerni”. Lehetséges-e értéksemlegesség, kívül helyezheti-e az orvos magát a vizsgálati helyzeten?
4. Az „írástudatlan orvos” (Proust) és a betegével együtt vacsoráló orvos példája. A „disease” és a „sickness” különbsége. Mire van lehetősége a mai orvosnak? (Van-e lehetősége a betegre és nem a betegségre irányulni?)

**Danó Anna: Ha ma az egészségüggyel kapcsolatos jellemzőket vesszük sorra, miszerint pénzhiány van, feudalizmus van az egészségügyben és szöknek az orvosok, nézzük meg, hogy ezek a konfliktusok, tünetek fennálltak-e 50 évvel ezelőtt!**

Sándor Judit: Jó volt Deák Dániel felvezetése. Az elmúlt évtizedekben világszerte óriási változások történtek az orvosi hivatás szerepe, etikája és felfogása terén. Az egyik legismertebb paradigmaváltás akkor következett be, amikor az orvosi paternalizmus (az „atyai jó orvos” szerepe) erkölcsileg is és jogilag is elfogadhatatlanná vált. A gyakorlatban persze jóval lassabban, generációk alatt megy végbe a tényleges változás. Nálunk a folyamat talán akkor kezdődött, amikor 1990-ben a jog többé már nem fogadta el a gyógyíthatatlan betegek előtti titkolózás szabályát. Igaz, hogy salátatörvényben elrejtve, de mégiscsak ekkor kezdődött el valami. Később 1997-ben az egészségügyi törvény jobban kidolgozta a betegtájékoztatás szabályait. A másik jelentős változás a betegség fogalmának az átalakulása. A klasszikus orvos–beteg találkozások mellett ma már sokféle más orvos–páciens viszonyra találunk példát, hiszen a páciensek betegségmegelőzés, meddőség, genetikai teszt miatt is felkeresik az orvost, vagy egyszerűen azért, mert szeretnének sokáig munkaképesek maradni. A betegség–egészség dichotómiáját felváltotta Nikolas Rose szavaival élve az optimalizáció. De az is jelentős változáson ment keresztül, hogy kit tartunk ma jó orvosnak. Mivel megváltozott, hogy milyen etikai ismérvek határozzák meg azt, hogy milyen egy jó orvos, ez alapvetően változtatta meg az orvosi szerepfelfogást. Ezt a változást ragadta meg Barron H. Lerner, mikor saját és orvos apja tapasztalatainak összevetésével írta meg „A jó orvos: Az Apa és a Fiú, valamint az Orvosetika Evolúciója” című könyvét. Míg Lerner nem egyszer kritikával illeti az apja korában még elfogadott paternalista orvosi megközelítést, nálunk a jogi változásokat először talán Törő Károly írta le 1986-ban megjelent, az orvos–beteg jogviszonyról írott könyvében. Törő könyve messze meghaladta a korát, azzal, hogy nem a korábbi, hatóság és ügyfél közti viszonyt fogta fel az orvos és páciens kapcsolatát, hanem mellérendelt polgári jogi viszonyként, amelyben a beteg személyhez fűződő jogai kapnak fontos szerepet. Törő Károly könyvében az orvos feladatait is meghatározta. Eszerint: *„Az orvos feladata: küzdelem a halál ellen, az egészség és a testi épség védelme, az egyedi és az egyedeken át az átlagos életkor meghosszabbítása, az emberek munkaképességének a fenntartása, a betegségek és testi károsodások megszüntetése, enyhítése, megelőzése, továbbá az ezekkel járó fájdalom és egyéb hátrányos következmények*

*megszüntetése, kiküszöbölése, korlátozása, megelőzése. Mindennek közösségi szempontból is nagy jelentősége van az emberi társadalom létfeltételeinek a megteremtésében és fenntartásában.”* A szerepváltozás folyamata persze napjainkban is tart. Az egyik ilyen lassú, napjainkban is tartó változás a partneri viszony kiépítése a beteggel, sőt a korábban csupán kutatási alanyként említett kutatási résztvevővel is. Nemcsak a krónikus betegségek, de az orvosbiológiai kutatások, a genetika, a személyre szabott gyógyítás is indokolja ezt a szemléletet.

Álmos Péter: Az orvosi autonómia károsodása általános probléma, független a magyarországi helyzettől. Eredetileg a társadalmi szerződés autonómiát adott az orvosnak, a hivatásrend szabályozta az orvosok tevékenységét. Mindez megváltozott, az orvosi tevékenység szabályozása kikerült az orvosok irányítása alól. Például háromszor annyi amputáció van Magyarországon, mint Nyugat-Európában. Az orvosoknak nincs hatásuk munkájuk feltételeire. Ugyanakkor a média és a társadalom őket teszi felelőssé a peremfeltételek miatt is. Az orvosegyetem erre nem készít fel. Van egy rejtett curriculum, ami nem változik évtizedek óta, az orvosok frusztrációja ott kezdődik.

**Danó Anna: Föl van-e arra készítve az orvos, hogy egy megosztott ipari rendszeren belül tudjon nyújtani gyógyítást? Reggel Kincses Gyula az ATV-ben beszélt arról, hogy az orvos a hippokrateszi esküjéből következően arra van trenírozva, hogy ő maga tegyen meg a legjobb tudása szerint mindent a betegért, és nem arra, hogy ha elakadna a kezeléssel, akkor tovább küldje egy másik kollégájához. (Kéri, hogy Kincses Gyula szóljon hozzá.)**

Kincses Gyula: Súlyos, rendszerszintű anomáliák vannak, nem egyes orvosok etikátlansága a probléma. Az alapvető probléma, hogy nincs kialakulva a számonkért, jogszabályozott betegút, azaz nincs kialakítva annak a gyakorlata, hogy a beteg a megfelelő helyre, centrumba kerüljön, ahol nemcsak az amputációra vannak felkészülve, hanem az érsebészeti műtétre is. Másrészt, mivel nem kerül idejében diagnosztizálásra, gondozásba, ezért kerül olyan rossz állapotba, hogy már csak az amputáció a megoldás. A szokásjog dönt, sokszor megengedhetetlen módon. A hippokrateszi eskü arra szocializál, hogy egyedül oldjuk meg a problémát, ne küldjük tovább a beteget, pedig kellene. Nincs pénz, Dénes Tamás nyilatkozta a rádióban: a finanszírozás a rosszabb beavatkozásra ösztönöz. Nem ösztönöz a szakmailag igényesebb módszerek megtanulására, alkalmazására. A prevenció, a gondozás, a járóbetegellátás is alulfinszírozott és túlterhelt. Amúgy az amputáció összességében, a teljes folyamatot, nemcsak a műtétet nézve, sokkal többbe kerül: a műtét utáni ápolási időszak, az esetleges szövődmény, a rehabilitáció, a segédeszköz igény, a munkaképesség-csökkenés okán, de ezek nem egy intézményben csapódnak le, ezért „láthatatlanok”.

Hozzászól Forgách András: Dédapja is orvos volt, a kolozsvári egyetemen. Magyar Imrétől azt tanulták, hogy mindenkivel egyformán kell beszélni függetlenül az iskolázottságától, a társadalmi pozíciójától, úgy kell beszélni, hogy megértse. A beteg ugyan azt hiszi, de szakmailag nem tud partner lenni, hiába jön millió adattal, amit összeszed. Tanácsadásra szükség van. Ami az amputálást illeti, Magyarországon elhanyagolt állapotban érkeznek a betegek, amit már nehezebb kifinomult módszerrel kezelni, muszáj amputálni.

Lénárd Rita: Paternalista szemléletben nevelkedett: a beteg fekdjön az ágyban, lehetőleg némán és hűen teljesítse az orvos utasításait. Szívrohamot kapott, amikor először azt látta, hogy

egy beteg infúziós állvánnyal sétál. A fehérköpenyes varázsló szerepe megszűnik, fel kell vállalni az új szerepet. Deák Dániel kérdéseire visszaütve: régen az orvoslás művészet volt, ma futószalag-szerű ipar. Nagyon súlyos a helyzet, naponta három orvos megy el, katasztrofális az időhiány, nincs mód művészetre.

Sándor Judit: Sok országban az orvosképzésben, sőt magában a felvételi eljárásban is komoly szerepe van az orvosi szerepre való alkalmasságnak, így például az empátiára való képességnek. De nálunk később, az orvosképzés során sem jellemző a személyre szabott tájékoztatás oktatásának beépítése a képzésbe. Fontos megemlíteni azt is, hogy egyes új technológiák, bonyolult eljárások esetén a tájékoztatás és döntés nem szolgálhatja a felelősség elhárítását. Azaz nem tüntetheti fel informált döntésként az orvos az olyan döntést, amelyet a páciensre hártott, de amelyhez szükséges információk nem állnak az ő rendelkezésére sem. Sok páciens talán ezért igényli ismét a „jó atya” tanácsait, azzal, hogy azt kérdezi: „és Ön mit tette a helyemben?”, ugyanis sokszor laikus számára átláthatatlanul sok az alternatíva, bonyolult a döntés mechanizmusa. Ezt nevezik új vagy puha paternalizmusnak is. De ez semmiképp sem azt jelenti, hogy felmentést kapnánk a korrekt, alapos beteg-tájékoztató alól, azt az utat a régi paternalizmustól az újig még végig kell járni. Új paternalizmus akkor működhet, ha az orvos bevonja a betegét, és megadja számára a döntés szempontjait. Ami az értelmiségi szerepet illeti, az orvostársadalomban talán a kritikai értelmiségi szerep hiányzik a leginkább. Számos történelmi oka van, talán az államszocializmus alatti beidegződés miatt, hogy sok orvos azt érzi, hogy még a leghetetlenebb körülmények között is fenn kell tartani a működést vagy annak látszatát, és nem kell azonnal szóvá tenni, tiltakozni, ha nem megvalósíthatók a szakmai szempontok. Pedig néha a kritikai reflexió, a körülmények időben való közlése, a változtatni akarás jelentené a megoldást.

Lénárd Rita: Hálapénzről, kórházi fertőzésekről most kezdtek el az orvosok nyíltan beszélni, tájékoztatni; korábban nem lehetett se erről, se másról beszélni, ma is nehéz.

Álmos Péter: A tekintélyelvű társadalom terméke a paternalizmus. Az orvosi tekintélynek nincs komoly súlya ma már. Régen az volt. A korábbi orvos korosztályok műveltebbek, olvasottabbak, értelmiségiek voltak, a maiak viszont nem nyitottak, egymás közt mozognak, a társadalmi kritikai érzékük nem pallérozott, ismereteik is mások.

Hozzászól Lotz Gábor patológus („Patológusok hálapénz nélkül” – nevetés a teremben): Stressz, túlterheltség következményeit a saját bőrén tapasztalta. Kórházba került. Kiszolgáltatott helyzetben volt, lehetett volna oldani, de erre nincs ember. Sokszor nem tudta, hogy mi fog történni és miért. Laikus nem tud súlyozni az információk között, ebben kell segíteni. Empátiára, partnerségre van szükség. Erre az orvosok nincsenek felkészítve, nem tudják, hogyan kell extremitásokat kezelni. Az orvosok emberi kvalitásain múlik, hogy mi történik. Rengeteg közpénz megy el arra, hogy egy beteg a vélt betegségére orvost keres, és addig vált, amíg meg nem találja. Közben egy sor felesleges vizsgálatot végeztenek el.

Hozzászól Ari Lajos közgazdász, kórházigazgató, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet volt igazgatója, édesapja labororvos volt Zala megyében: Kevés a személyzet, nem odafigyelős, nem figyelnek, hogy mikor sértik meg az emberi méltóságot. Hozzá tartozók lelki sérülései pláne nem jönnek szóba.

Amputáció: Olcsó vagy drága? Mindig az olcsó a drága, ezt nem fogadják el. Ugyan drágább lehet az eljárás, de gyorsabban gyógyul a beteg, s ez a társadalomnak megtérül.

Hiába a mai fejlesztések, az amortizációt nem veszik figyelembe; ha tönkremegy a készülék, nem lesz új.

Amerikában kiírva egy telefonszám, hogy a beteg jelentse, ha a személyzet kézmosás nélkül akarna hozzányúlni. Nálunk ettől megsértődnének.

Hozzászól egy pszichiáter kolléga: Ki felé legyünk hűségesek? Érdeklődés van a beteg, az OEP, a pontgyűjtés (szakmai minőségértékelés) etc., etc. között.

Hozzászól Oriold Károly könyvkiadó, az „S.O.S. Cukor!” c. könyv kiadója, betegjogi szervezeti képviselő: Cukorbetegség mélyinterjúiból tudni: a beteget nem kérdezik, megértette-e, amit mondtak neki. Megtartják a képzést a betegek részére, de nem ellenőrzik, hogy tanult-e valamit. Nem értenek semmit. Az orvosokat nem érdeklik a kiadó könyvei. A sajtóban a finanszírozást emlegetik, a tulajdonosi rendszerről nem beszélnek. Ma már nincs orvos egyedül, minden drága, fontos kérdés: ki a tulajdonos? A szervezetek önmagukat akarják fenntartani, ez a feudalizmus a fontosabb, nem az, hányan halnak meg fertőzésben.

**Danó Anna: Az elmúlt 50 évben az orvos kettős szorításba került: míg korábban nem tartozott senkinek elszámolással, mert csak a maga idejével és a maga tudásával gazdálkodva gyógyított, mostanra két irányba is erős szorítás van rajta: tegye nyilvánossá, számoljon el az egészségbiztosítónak, hogy mire és hogyan költötte el a közpénzt, számoljon el a konkrét beteggel kapcsolatos folyamatokról, másrészt a beteg és a hozzátartozók felé is el kell számolnia. Ráadásul van egy egyensúlytalanság is, az emberek jóval többet várnak el, mint amit a büdzsé képes finanszírozni. Hogyan lehet ezt megoldani?**

Lénárd Rita: Az orvosoknak egyszerűen megszűnt a döntési lehetőségük. Visszatérve még a kézmosáshoz: nálunk is ki kell írni, hogy a beteg jelentse, ha az eü. személyzet kézmosás nélkül akar hozzányúlni. Azaz el kell írni, hogy a beteg is figyeljen erre, merjen szólni, akár tetszik ez a személyzetnek, akár nem.

Hozzászól Lovas András, Álmos Péter csoporttársa: 11 éve végzett. 6 évig senki sem tanította orvosi kommunikációra. Szerencséjére posztgraduális képzés jó volt, ott tanult valamit. Mindig van gyakornok mellette, amikor betegekkel beszél, így adja át, amit tud. Tömegével vannak kollégák, akik soha semmilyen segítséget nem kaptak ahhoz, hogy hogyan beszéljenek a betegekkel. Kórházakban a klinikai szakpszichológusra sózzák rá a feladatot, bár nem feladata, hogy beszéljen a beteggel a diagnózisról stb. Reméli, hogy azóta változott a képzés. A betegjogi mozgalmak segíthetnék a folyamatot.

Hozzászól egy fiatal kollegina: Ők az első generáció, akik szociológiai, pszichológiai, kommunikációs képzést kapnak. Még mindig sokan nem fogadják el a Magatartástudományi Intézetet, a medikusok kortárs, erre szakosodott önképzőköröket indítottak. Kérdésre felelet: a kommunikáció a kötelező képzés része, viszont önismeretet nem tanítanak.

Álmos Péter: Önismeret? Kiegészítés? Én ilyeneket teológián tanultam első évben, nem pszichológián.

Hozzászól Dobó Katalin belgyógyász, most háziorvos: 35 éve elsőéveseket és hatvanéveseket is oktat, háziorvos-képzésben is részt vesz. Első évben vannak az említett tárgyak, nem akkor,



amikor szükség lenne rájuk; ez a vonal nem fut végig a képzésen. Nincs koncepció a képzés időzítésében!

Paradox módon az orvos egyre inkább egyedül van, minél nagyobb a tudományos háttér. Bizalmi kapcsolat nélkül nem lesz hatékony gyógyítás. Az orvos az intenzíven lehet döntési helyzetben. Partnernek az orvosnak kell lennie, sokszor olyan regresszív állapotban van a beteg, hogy fel sem fogja, amit beszélnek hozzá.

Sándor Judit: Klinikai tárgyakhoz is hozzá kellene rendelni a kommunikáció oktatását. A betegjogi mozgalmak is segíthetnek változtatni a helyzeten, azzal, hogy a beteg számára fontos szempontokat ismertetik meg az orvostanhallgatókkal.

## MÁSODIK PANEL

**Weltner János** sebész főorvos (SE I. Sebészeti Klinika) előadása:

### **A magyar egészségügy helyzete, az orvosi szakma gyakorlásának intézményes akadályai**

**Kommunikáció oktatása:** 6500 óra a curriculum az orvosegyetemen, ami nem bővíthető. Ennek fele gyakorlati oktatás, ekkor kellene megtanulni egyebek mellett a betegekkel kommunikálni. A rezidenseknek erre további éveik vannak, mivel nem jogosultak önálló döntésre a gyógyítással kapcsolatban.

**Amputáció-probléma:** Nem lehet mindent finanszírozással megoldani. A 90-es évek előtti költségfelmérésen alapul a jelenlegi finanszírozás. Valójában drága az amputáció, mert hosszú (és nem teljes) a gyógyulás és a rehabilitáció, sok kórházi napot igényel. Az érsebészeti ellátásokkal rövidebb kórházi bennfekvést igényel, ezért olcsó. A HBCS finanszírozási rendszer nem értéket, hanem költséget finanszíroz. Demagóg, hazug duma, ami megjelent ebben az ügyben a sajtóban.

**Hivatás vs. anyagi érdek:** Az orvoslás hivatás volt. Szolgálatból szolgáltatás lett. Azt várták, hogy lássuk el a feladatot, nem azt kellett nézni, hogy mi mibe kerül. Ma nem ez a helyzet, a költség lett meghatározó. A jogszabályok tartalmába nincs beleszólásunk, a finanszírozási szabályokat tartalmazó törvények karbantartása hiányos. Valójában kevés az érvényes protokoll, ui. hatályon kívül helyezték őket, elavultság miatt. A munkát a tudományos cikkekben leírt eljárások irányítják, nálunk is, az USA-ban is, nem a jogi protokollok.

**Finanszírozás:** A költségvetési keret minimális, nem elegendő. 100 000 Ft/év/beteg kevés! Hosszú a várólista, fél év eltelik az első terápiás döntésig, még rákos betegeknél is. A rákhalálozás magasabb, mint bárhol máshol az unióban, a diabetes szövődmények száma is indokolatlanul magas. Ellentmondás van a valódi forrásigény és a rendelkezésre álló források között, ezt a problémát az orvosok és egészségügyi vezetők sem hangoztatták, a szőnyeg alá söpörtek. A hálapénz volt a visszatartó erő, amely az orvosok peres száját befogta, de ma már nincs így: a társadalom elszegényedett, az orvosok elvándorolnak, ma már sokan ki mernek állni a hálapénz-rendszer ellen. A politika nem vesz tudomást minderről! Ráadásul az OEP-költségvetés elköltése fölött nincs semmi társadalmi kontroll. Se a parlament, se civil szervezetek nem ellenőriznek.

Alacsony a műszerezettség, nincs új műszerre elég pénz, amortizáció után nincs pótlás, ha a tönkrement régít nem tudják pótolni, akkor eltűnik az adott funkció. Volumenkorlát miatt a műszerek egy része kihasználatlan, más része elavult. Hol az új berendezések működtetésére,

hol a korszerű légkondicionálók baktérium szűrőinek időbeni cseréjére nincs pénz. Máskor az új berendezések miatt emelkedett energiaszámlát nem tudják kifizetni.

Ahol a fizető beteg megjelenik, ott van beruházás. Orvosbárók problémája: háromszor annyi pénzt kér a magánkórház, mint amennyit a közkórház kap ugyanazért. Nem győzzük az árversenyt! „Szerencsére” a minőséget úgysem ellenőrzi senki.

**Mennyi menjen egészségügyre:** Az alacsony finanszírozás okaként mindig azt mondják, hogy szegények vagyunk. Na de ki mondja meg, mennyire vagyunk tényleg szegények? Soha nem született ebben konszenzus. A társadalomnak részt kell venni az őket érintő döntésekben.

**Hány és milyen kórházra van szükség:** A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt homogén betegcsoportokon (HBCS) alapuló betegosztályozási rendszer (Bob Fetter, Yale Egyetem DRG rendszerének egy változata) bevezetése után nem sokkal kiderült például, hogy a szolnoki kórházat be kell csukni. Horn – akkor volt miniszterelnök – viszont inkább odaadta a kórháznak a hiányzó pénzt. A HBCS-mutatókat később is rosszul használták a rendszer irányításában. Sok kórházat be lehet zárni objektívnak tűnő, de e tekintetben inadekvát mutatók alapján. A kórházigazgatók ezt felismerték, és ellene dolgoztak. Molnár Lajos eljutott oda, hogy be kell csukni kórházakat. Lovasberényben az egyeztetéskor kiderült, hogy minden politikusnak van kedvenc kórháza, amit nem szabad becsukni. Ugyanakkor 20 ágy nem tart el 6 sebészt, amennyi kellene például a folyamatos sebészi ügyelethez. Visszatértünk 1960-hoz: kórházügyeletek vannak, a beteg vagy kifogja a neki kellő ügyeletet, vagy nem.

116 000-ről 42 000-re csökkent az aktív ágyak száma. Ugyanakkor finanszírozhatatlan műemlék épületekben van a kórházak többsége, mindenképpen be kell zárni kórházakat, ha újat építenek. Miért nem mondják meg, hogy ha felépül egy új, akkor mi költözik oda át, és mit fognak bezárni?

**OEP:** Gigantikus az adminisztráció, az OEP nem tudja kezelni a saját adatait, mindent külön kell tárolni, jelenteni. Rengeteg adat kellene az új törzskartorra az ellátandókról körzetenként, a kamarát nem kérdezik meg a megvalósíthatóságáról.

**Továbbképzés, szakmai fejlődés:** Munkáltatóknak kellene állnia a továbbképzést, ehelyett cégek szervezik, finanszírozzák, marketing keretében. A könyvtárak, az on-line elérhető inforendszerek eltűntek. Magyar folyóiratba magyar orvos nem publikál, mert impaktfaktor-kényszer van, amit a magyar nyelvű folyóiratok nem támogatnak.

**Sürgősségi betegellátás:** Nálunk az USA-val szemben általában szakorvos utal kórházba, azaz a beutaláskor megtörténik az osztályozás. Átvéve az amerikai rendszert, újabban a sürgősségi osztályra kerül a beteg, ahol az ismételt osztályozás és a zsúfoltság miatt várokozik, késve kerül ellátásra, miközben lehet tudni, hogy mi a probléma, mert szakorvos utalta be. Nincsenek átlátható betegutak, a beutaló orvos nem tudja, hogy hol van hely, a beteg keresgél. Tudni kellene, hogy melyik intézetnek, melyik szakmának mire van joga. E téves túlszabályozást törölni kell, és vissza kell adni a háziorvosnak a beutalás jogát.

**Hálapénz:** A hálapénz-adás érdekeltiségét kell megszüntetni. A beteg azért fizet, mert azt hiszi, hogy akkor jobb ellátásban részesül, pedig nem. Minőségbiztosítási rendszerre van szükség. Finanszírozás technikával önmagában nem lehet javítani.

Hozzászól Lotz Gábor patológus: Megdöbbenő, hogy ugyanazokat a problémákat látjuk, mint 60 éve az orvosvitán. A felsőbb hatóságok packáznak, statisztikai adatok visszatartása ugyanaz. Felolvas a Petőfi Körben 1956. október 23-án tartott Orvosvita jegyzőkönyvéből (on-line elérhető):

Prágay Dezső bevezetőjéből:

*„Az egészségügyi munkában az orvos rendkívül sok nehézséggel találkozik, mert nagyon sok helyen megkötik a kezét és így nagyon sokszor előfordul, hogy olyan dolgokért is őt teszik felelőssé, amikről nem ő tehet. Fő célunk itt az, hogy megvilágítsuk azokat az akadályokat, amelyekkel a különböző területeken dolgozó orvos találkozik. Ezáltal elérjük azt, hogy tisztázódjék: meddig terjednek azok a területek, ahol tényleg az orvos a felelős, és melyek azok a területek, amelyekért a különböző intézkedéseket létrehozó szervek a felelősek. Minket természetesen az érdekel, hogy megvilágítsuk: hol és hogyan, és mit kell javítani.”*

Ákos Károly hozzászólása:

*„Az első kérdés, amivel foglalkozni szeretnék, az orvosi munka megbecsülése. Nem fogok sok szót fecsérelni az orvosok anyagi helyzetére, mert ez a legegyszerűbb része ennek a problémának. Mindenki tudja, hogy az orvosi fizetések alacsonyok, különösen az intézetekben, s szinte természetesnek számít, ha például a röntgenorvosok két állást kényszerülnek vállalni, pedig tudják, hogy sugárártalmat szereznek maguknak vele. Az alacsony fizetések persze arra kényszerítik az orvosokat, hogy forszírozzák a parasolventiát, ami megalázó az orvosra, és gyanakvást kelt a betegben, vajon megkapja-e a szükséges kezelést.”*

*„A mi egészségügyi szolgálatunk olyan hadsereg, melynek sok a tisztje és kevés a közlegénye. Test nagy fejjel és csenevész végtaggal.”*

Ha nem mennek el a kollégák külföldre, nem tiltakoznak az itthon maradtak, akkor „Pénztáros” Lőrinc lehúzza a maga sápját, az orvosi kamarával nem állnak szóba; amíg nem ég a ház, addig nem csinálnak semmit. Ha az elvándorlás, népharag, a szakma állandó szajkózása nincs, akkor most se kaptunk volna egyetlen fillért sem. Internetadó, boltbezárás esetén a népfelháborodás győzött, itt is csak ez segíthet, más nem.

Hozzászól egy közgazdász kolléga: Az ágazat béremeléséről kell beszélni, nemcsak az orvosokérol, ápolónőkérol. A kazánfűtés is szakképzettséget igényel, nincs ember, ilyen alacsony fizetéssel.

### **HARMADIK PANEL**

**Résztevők:** Hegedűs Zsolt ortopéd sebész, a RESZASZ alelnöke; Kincses Gyula egészségügyi szakértő; Kovácsy Zsombor egészségügyi szakjogász; Lovas András aneszteziológus, az „1001 orvos hálapénz nélkül” alapítója; Nagy Péter sebész, orvos-igazgató (János Kórház); Weltner János sebész főorvos (SE I. Sebészeti Klinika).

**Téma:** Mi lehet a megoldás? Kik és hogyan tehetik jobbá az egészségügy és az orvosok helyzetét ma Magyarországon? Felelőségek, cselekvési perspektívák, kitörési pontok.

**Danó Anna:** Mi lehet a megoldás? Az elmúlt 30 évben mi volt az az egészségpolitikai tett vagy szándék, ami valóban hatott, vagy hathatott volna arra a problémátömegre, amiről Weltner János beszélt?



Kovácsy Zsombor: A legígéretesebb elképzelés a több-biztosítós rendszer bevezetése volt, de nem az MSZP-SZDSZ-féle satnya modellé, hanem igazi versengő biztosítókkal. Akár több, akár egy biztosítóval működik a rendszer, versenyhelyzet kell, nem az állami jótétemény; a kézivezérlő állami bölcsességben legfeljebb bízni lehet. Átláthatóság kell. 1991-ben és 1996–97-ben szintén fontos reformkísérletek történtek, ezek tényleges fejlődést jelentettek.

Lovas András: 2005-ben diplomázott, stabilnak érezte a helyzetet a rezidensképzés alatt, azóta hanyatlás. Semmi előremutató nem történt az elmúlt 10 évben.

Nagy Péter: Uzsokiban dolgozott korábban, amit felújítottak. Remélte, megindul a Jánosban is egy fejlődés, de megakadt.

Weltner János: Az OEP-et le kell választani a költségvetéstől, ma nincs függetlensége, legyen független, de a járulékfizetőknek kontrollálniuk kell. A járulékot emelni kell. A társadalom kettészakadása tarthatatlan, szociális feszültséghez vezet. A szükséges ellátást kapja meg mindenki, és akkor fizessen, amikor munkaképes, ill. ne kelljen fizetnie, amikor beteg és nincs jövedelme.

Hegedűs Zsolt: Idealista voltam és vagyok ma is, de 10-15 év alatt lassan elvesztettem az illúziókat, hogy érdemben fog változni az egészségügyi rendszer. Ma elmondhatjuk, hogy avított és korrupt az egész rendszer, ezért is menekültem el innen 2005-ben. 11 évig Angliában dolgoztam. A józan ész és a bizonyítékokon alapuló orvoslás működését megtapasztalhattam, nincs hálapénz, ami korrumpálja a fiatalokat is (bár ők jelenleg a reményeink, ui. nem kérnek egy olyan rendszerből, ami alapjában a direkt vagy indirekt korrupcióra, a hálapénzre épül...). Fontosak tartom, hogy a hálapénz megszüntetése prioritás legyen a jelenlegi és a jövőbeni egészségügyi kormányzatoknak, el kell jutnunk oda, hogy azt kriminalizálni tudjuk. Miért ne mondhatnánk ki, hogy követeljük, hogy olyan bért kapjunk, amihez nem kell hálapénz, hogy tisztességesen megéljünk? Meddig akarunk még várni, hogy morálisan megtisztuljon a rendszer? Követeljük, hogy kapjunk ilyen béreket négy éven belül! Ne álljanak le a bérfelzárkóztatással a választások után! Az előbbiekkal párhuzamosan a minőségi szakmai mutatók korrekt mérését, validálását kell előmozdítanunk. Ezeket előbb a szakmának részletesen, majd későbbiekben a közérdekű adatokat a széles közvélemény számára is elérhetővé kell tenni!

Fontos, hogy a produktivitás egyenletében a számlálóban már ne csak a mennyiség, hanem a minőség is szerepeljen! Angliai tapasztalat, hogy ezek a nyilvános, validált szakmai anyagok, adatok nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy egy nyílt, transzparens rendszer alakuljon ki, a társadalmi klíma megváltozzon, ahol a beteg van a középpontban. Magyarországon a tudományos grémiumokban ülő főorvosok etc. sajnos nem csapnak az asztalra. Egyelőre csak egy pécsi professzorról tudok, aki kiáll amellett, hogy ameddig a hálapénz rendszere elfogadott, addig nem lesz érdemben változás Magyarországon. Ha ebben sikereket érünk el, akkor a külföldön élő, dolgozó magyar orvosok, ápolók is hazajönnének, mivel nemcsak a jobb kereset miatt mennek külföldre. Próbáljuk meg visszaszívni az agyakat!

Kincses Gyula: Az előbbieken mindent elmondtak; három érdemi változás történt:

- 1991–94: a szakma várta és akarta a reformot, teljesítményfinanszírozás volt, valamint szabad orvos- és intézményválasztás volt.
- Megbukott a reform (HBCS nem segített).

- Ma nincs reform, de van kettészakadás: a közellátás szegényellátássá züllik (ti. az ún. rutinellátásokat csak a szegények veszik ott igénybe), a gazdagoknak meg erre a célra ott van a privát egészségügy.

### **Danó Anna: A minőségellenőrzés hiánya tehát a közös panasz. Miért nem lehet bevezetni??**

Kovácsy Zsombor: Nem szeretjük az objektivitást, ez osztársadalmi probléma. Három ellenerő:

- A legfontosabb, hogy a zavarosban halászás kultúrája él tovább. Tény, hogy sokaknak kedvezhet, ha nincsenek valid adatok.
- Szakmai berkekben sem elfogadott, hogy jó az, ha átláthatóan működünk – „ügyse ért hozzá a beteg!” Úgy vélik, nem szabad az emberek orrára kötni esetleg kellemetlen dolgokat, a társadalom ui. rendkívüli módon becsapható, pl. azt, hogy kórházi fertőzésben egyáltalán meghalnak emberek, a többség szörnyű dolognak tartja, holott a világon mindenütt történik sajnos ilyen. Pedig nem szakmai döntés, hanem kötelesség megadni a tájékoztatást, hiszen alapvető joguk az embereknek tisztában lenni az egészségügy mutatóival, és ehhez képest az állam és mások többletfeladata, hogy megmagyarázzák: miből milyen következtetéseket lehet levonni, és milyet nem.
- Túl sok idő kell(ene) a minőségellenőrzéshez szükséges adatok összegyűjtéséhez, a rendszer kiérleléséhez. Amíg kiérlelődnek, ne hozzuk nyilvánosságra egyelőre, hanem majd egyszer évtizedek múlva, ha minden bizottság megvitatta. Ezek jó szándékú felvetések, de egy adott mérték után ellehetetlenítik a nyilvánosságot.

(Természetesen a nem egészségügy-specifikus problémák, mint a pénzhiány vagy a társadalmi feszültségek, kommunikációs hiányosságok, szintén lecsapódnak az egészségügyben, de ezeknek mások a megoldási keretei, érdemes elkülöníteni őket. Ezek nélkül is marad épp elég teendő, amit az egészségügyön belül kell megoldani.)

Hozzászól Bodnár Éva közgazdász: Ami itt felvetődött, azzal a 70-es évek elején már foglalkoztak: hálapénz-megszüntetés, minőségbiztosítás. Ezek következményes dolgok, az orvosok így érzik. Komoly szakmai tudás kell az adekvát méréshez, intézmény kell hozzá. Ha van garancia, akkor a beteg már nem akar hálapénzt fizetni. Meg kell találni, hogy a kialakult intézményrendszer és a mögöttes érdekek hogyan hozhatók összhangba. 1986 óta nem sikerült megvalósítani, ma a nullára megy vissza az elkülönült intézményrendszer. Hol van már az OEP? Tragikusabb a helyzet, mint ami elhangzott, mert lerombolják a korábbi kísérleteket. Tény, hogy elindult az önálló intézményesülési folyamat, és eszközökben a korábbi 25-30 éves lemaradás ma a felére csökkent, 15 évre, de ha az intézményrendszer megszűnik, akkor a technika sem fog tovább fejlődni, lenullázódunk.

Weltner János: A minőségbiztosításnak, szakmai kontrollnak van hagyománya. Már 1971-ben országos felmérést végeztünk minden hazai sebészeten minden betegére kiterjedően, amit számítógépen dolgoztunk fel. A rendszerváltás után volt még egy darabig szakfelügyelet, szakértői elemzés, ellenőrzés, aztán megszűnt. A szakmai kollégiumok infrastruktúráját és működtetőjét jelentő Országos Intézetek megszűntek; a döntés előkészítésben és a döntések végrehajtásának ellenőrzésében betöltött szerepüket más intézmény nem vette át. Területi szakfelügyeleti rendszer volt, de ma nincs. A szakmai kollégiumok helyett egy globális Szakmai Kollégium van, amely évente egyszer ülésezik, szakmai irányító szerepe megszűnt.

1994 óta gyűlő értékes OEP-adatbázis van, de nem ellenőrzik az adatok minőségét, nem dolgozzák fel, nem lehet hozzáférni. Forráskivonás miatt állt le a minőség ellenőrzése. A minőségromlás és forráskivonás közti összefüggés valószínű, de adatok, minőségügyi munka hiányában nem mutatható ki.

Hegedűs Zsolt: Alapjaiban rossz az egész, ahogy van. A szakmai kollégiumok jelenleg csak papíron érdekeltek, hogy megbiztonsági és minőségi ellátást szem előtt tartva megfelelő minimumfeltételeket dolgozzanak ki, mivel szinte minden intézményt be kellene zárni, azok be nem teljesülése miatt. Az állampolgárokat kellene felvilágosítani, képezni, illetve nekik kellene követelniük, kikényszeríteniük a betegellátás minőségi adatait. A validált statisztikai adatokat pedig a médián keresztül nyilvánosságra lehet majd hozni, ezáltal is tájékoztatva az egész lakosságot, egyben informálni és nyomást gyakorolni a döntéshozókra.

Lovas András: Diszfunkcionális az egészségügy. Minőségi munka nem lesz benne, ha az épületek fennmaradnak is. Kiszámíthatatlan, nem lehet látni, hogy mi fog történni. Az orvosnak biztonság kell, hogy három hónapra tudja előre a beosztását, tudja az életét tervezni. Ez teljesen hiányzik, így az elvándorlás megállíthatatlan.

Hozzászól Forgách András: Az igazsággal szembenézni kemény dolog. A minisztériumban nem szakmai elvek érvényesülnek.

Hozzászól Pásztor Erzsébet biológus, egyetemi oktató: Hasonlóak a problémáink, gyenge a kontroll, a hallgatók ugyanúgy nem követelnek, ahogy a betegek. A fiatalok nem hajlandóak tovább együttműködni? Ebben lehet reménykedni. A mundér becsületét védik a vezetők, intézményi érdekekre hivatkozva korlátozzák az őszinte beszédet. Ezekben a bajokban szövetségesek volnánk.

Hozzászól Álmos Péter: Életveszélyes relativizálni a hálapénz jelentőségét! A mindenkori döntéshozó alapvető érdeke bent tartani a rendszerben. Ha eltűnik, a páciens rálátása változna meg. A minőségi komplex ellátást nem lehet megvenni.

Hozzászól Lénárd Rita: Nyilvánvaló a generációs különbség – ne azt nézzük, hogy mit csináltunk a múltban, a fiatalokkal tartunk előre!

Hozzászól egy idősebb kolléga: Mi várható attól az államtól, amelyik a mögöttes felelősség kérdését az üzleti szférába utalta? Az államot nem lehet felelősségre vonni! Ez a jogszabály, négy éve kiiktatták ezt a lehetőséget a jogalkotók. Minőségbiztosítás? ÁNTSZ-engedélyek sok helyen nincsenek. A szakmai minimumfeltételekről szóló rendeleteket mindig csak lazították, sosem szigorították. Nincs Magyarországon adva a szükséges feltételrendszer a változáshoz.

Hozzászól Zoltán Gergely fiatal klinikus, négy éve végzett: Mi van a kezünkben? Erről kéne beszélni. Hogyan tudnánk nyomást gyakorolni? A fiataloknak itt kellene lenniük, miért nem jöttek el ma? Össze kellene szedni egy nyomásgyakorló bázist; a sztrájk neuralgikus dolog, de valahogy nyomást kell gyakorolni. Azt mondják, hogy még fiatal vagyok, hallgassak. De én börtönbe zárható vagyok azért, ahogyan dolgozom.

Hozzászól a Lélekben Otthon Alapítvány képviselője (klubjaik vannak): Pszichiátriai betegklubot vezetek. A Jánosban rosszabbul bánnak velük, mint az állatokkal. Emberi szó

hiányzik, nem pénz! A szakmáknak egymással kéne kommunikálniuk, nem a döntéshozókkal. A betegszervezeteket meg kell szólítani! A kamara kritikán aluli! Hogy lehet a szakmai kollégiumban hagyni az államtitkárt, hogy elbeszélje az időt?

Nagy Péter: A fenntartó megtiltja a mutatók közzétételét. Tudja, hogy az ÁNTSZ nem adna engedélyt, mégsem mozdítja a füle botját, akkor nekünk nincs mit tennünk. A kamarába halom pénz megy, kristályosodási pont lehetne, képviselje a szakmát!

Lovas András: Hogyan lehet valamit csinálni? Az „1001 orvos a hálapénz ellen” facebook-csoport megalakult, tesznek a hiteles tájékoztatásért, a félretájékoztatás ellen!! De nem igazán megy. Valamit tehát rosszul csinálunk! Ennyit tudok tenni, a többi cselekvőképes érdekvédelmi szervezetnek kéne végeznie. Szakszervezet és orvosi kamara, ezeken keresztül lehet még tenni. A döntéshozóhoz nem jut el az információ a betegágy mellől. Hogy lehetne ezt áthidalni?

Weltner János: Egy miniszter, egy államtitkár sem tudta még a terveit megvalósítani. A szakszervezetek kiürültek, 10%-ot sem képviselnek; egy szakszervezet van csak elismerve. A kamara is halk és gyenge, egy miniszter sem ülte végig a gyűléseit, a küldöttek is alig; nem folyik közélet. A RESZASZ javítson a helyzeten. Sándor Máriának sem sikerült sokakat megmozgatnia, egy alkalmat kivéve. Ő maga a Népszabadságban rendszeresen publikált a problémákról, és a téma sosem éri el újságban a kommenteknél a 200-as küszöböt. A civil társadalom nem érzi fontosnak.

Hozzászól Szigeti Ildikó eü. szakújságíró, pszichológus, betegjogi képviselő: A hálapénzről szólt az egész este, de azt is meg kell említeni, hogy vannak, akik nem tudnak nem adni hálapénzt!

Kovácsy Zsombor: A „börtönbe lehetne zárni” típusú erős üzenetekkel talán össze lehetne rántani az érintetteket. A társadalom mit akar? Akarja-e egyáltalán az irányváltást? Az emberek a biztonságérzetüket vásárolják meg a hálapénzzel, ezt kutatások igazolják. Néhány százezer ember szerez előnyt magának kapcsolatok és hálapénz útján. Az ő érdekeiket sértené az átláthatóság, ők nem állnak be a sorba!

Ezen a ponton az idő eltelte miatt Máté András az Orvosvitát berekesztette.