

Hollán Zsuzsa

Az egészségügy az ezredfordulón Magyarországon*

A MTA Orvosi Tudományok Osztályának Klinikai I. Tudományos Bizottsága megvitatta a nem műtéti szakmákban a mindennapi betegellátó munka során felmerülő diagnosztikus és gyógyító tevékenység szakmai színvonalát, illetve hatékonyságát érintő leglényegesebb kérdéseket. A Bizottság tagjai az előzetesen megszerkesztett kérdőívre adott válaszaikban kifejtették véleményüket. Ezt követően két bizottsági ülésen részletesen megvitattuk az egyes kérdéseket. A vita alapján megfogalmazott szöveget ismételt véleményezésre szétküldtük. Ez a végső összefoglalás tehát a munkában rendkívül aktívan részt vevő bizottsági tagok kollektív állásfoglalása.

Munkánk kezdettől fogva az égető gondok őszinte feltárására és azok orvoslására irányult. Világosan érezzük, hogy az egész orvostársadalomnak a jobbítás érdekében történő önzetlen összefogása segítheti elő a nehéz helyzetből való kilábalást. Ennek érdekében küldtük meg közös állásfoglalásunkat az egészségügyi miniszternek, a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége elnökének és a Magyar Orvosi Kamara elnökének.

Bevezető

Az egészségügy az egész világon válságban van. A szegény régiókban az anyagi források hiánya a fő probléma, de még a legfejlettebb és az egészségügyre legtöbbet fordító országokban is alapvető változtatásokat sürget maga

* Az MTA Orvosi Tudományok Osztálya Klinikai I. Tudományos Bizottság értékelése. A Bizottság tagjai: Bánki M. Csaba, Bodó Miklós, Csanády Miklós, Csanda Endre, Dobozy Attila, de Chatel Rudolf, Császár Albert (MOTESZ), Fehér János, Fekete György, Hollán Zsuzsa (elnök), Horváth László (MOK), Lonovics János, Méhes Károly, Nagy Judit, Ozsváth Károly, Petrányi Győző, Romics László, Szegedi Gyula, Tenczer József, Tringer László, Vécsei László (titkár), a Bizottság által felkért szakértők: Ajkay Zoltán, Bálint Géza, Hatvani István, Horváth Attila, Kullmann Lajos, Simon György

az orvostársadalom, és a finanszírozók is dolgoznak a változásokon. Elterjedt nézet, hogy az egészségügy feneketlen zsák, mert az egyre újabb és egyre drágább diagnosztikai és gyógyító eszközök, műszerek, reagensek, gyógyszerek és oltóanyagok bevezetése miatt emelkednek a költségek. Az egészségügyi kiadások azonban nem emelkednek lineárisan az egészségi állapot javulásának növekedésével. Emellett a növekvő életkor, a sok esetben hajszolt, zaklatott és egészségtelen életmód, az élvezeti cikkek egyre fokozódó fogyasztása, a megoldatlan szociális és pszichiátriai problémák mind az egészségügy költségeit terhelik. A világ leggazdagabb országa, az Amerikai Egyesült Államok a megtermelt javak megközelítően 15%-át fordítja egészségügyi kiadásokra, de a lakosság közel 40%-a nem rendelkezik megfelelő egészségügyi biztosítással.

Magyarország kiemelkedő példája az ún. „közép-kelet-európai paradoxon”-nak, mely a makro- és mikrogazdaságban gyors fejlődést tükröz, emelkedő GDP-értékek kíséretében, ugyanakkor a lakosság egészségi állapotában, a betegségek előfordulásában, halálozási adatokban az európai átlaghoz képest jelentős elmaradást mutat. Hazánkban az egészségügyre a GDP igen alacsony hányadát fordítják, sőt, a '90-es évektől kezdve fokozatos költségelvonásnak is tanú lehetünk (30–40%-os reálérték-csökkenés). Nálunk a problémákat tovább nehezíti a megalázó és etikátlan hálapénz rendszer, amely elsősorban az alulfinanszírozás következménye. Ha az ellátás és a bánásmód színvonala javul, minden bizonnyal fokozatosan háttérbe szorul ez a torz piaci magatartás. A hálapénzre való hivatkozással megállapított, elfogadhatatlanul alacsony bér minden egészségügyi dolgozót sújt. A méltánytalanul alacsony fizetés pályaelhagyást és így válsághelyzetet idéz elő; a létszámhiányból eredő ápolás-elégtelenség emberéletekbe is kerülhet. A fejlett nyugati országokból számos olyan korábbi egészségügyi szervezési, költségvetési és ellenőrzési rendszert vettünk át és veszünk át ma is, amelyeket az angolszász orvostársadalom legjobbjai gyakorlati tapasztalataik alapján már évek óta nem alkalmaznak. A legalapvetőbb probléma az, hogy a betegorientált egészségügyből profitorientált szervezet lett.

Általános értékelés

Az elmúlt tíz év alatt a diagnosztikus és terápiás lehetőségek területén jelentős előrelépés történt (például molekuláris biológiai és genetikai eljárások a rákdiagnosztikában, prenatális molekuláris genetikai vizsgálatok, HLA tipizálásban a DNS szintű molekuláris genetikai polimorfizmus meghatározása, immunhisztokémiai és immun-fenotipizálási módszerek és laboratóriumi mikrometodikák, képalkotó eljárások: MRI-spektroszkópia, receptor-specifikus SPECT, PET alkalmazása stb.). Hasonlóan a terápiás lehetőségekben is komoly haladás van számos szakterületen.

Ha a magyarországi helyzetet értékeljük, az alábbiak állapíthatók meg:

Noha számos új eljárás hazánkban is hozzáférhető, a legmodernebb diagnosztikus vizsgálatokat még nem vezették be, illetve azok elérhetősége korlátozott (pl. PET, speciális genetikai vizsgálatok), vagy hosszabb várakozást követően van lehetőség elvégzésükre. A műszerek folyamatos karbantartásának pénzügyi fedezete megoldatlan. Az új diagnosztikus és terápiás eljárások bevezetésének alapvető feltétele, hogy azokat az OEP befogadja és finanszírozza.

A modern terápiás elvek alkalmazása a betegellátásban nem mindig tud teljesülni. Olyan támogatási rendszerre lenne szükség, hogy a valóban rá-szoruló alacsony jövedelmű betegek ne legyen probléma a hozzájutás. A *„tényeken alapuló orvostudomány” diagnosztikus és terápiás elvei akkor alkalmazhatóak maradéktalanul, ha azok finansziális háttere biztosított.* A generikus készítmények előtérbe helyezése nem oldja meg a legújabb és bizonyított hatású gyógyszerek magasabb ára kapcsán folyamatosan kialakuló pénzügyi gondokat. Ugyanakkor az is igaz, hogy a gyógyszerárakat nem minden esetben a betegek legszínvonalasabb és leghatékonyabb ellátásának szükséglete határozza meg, hanem a farmakonok piaci bevezetésére költött összeg. A nagy gyógyszergyárak – esetenként vitatható marketingpolitikájuk ellenére – kétségtelenül hozzájárulnak az egyes szakterületek fejlődéséhez (műszerek beszerzése, kongresszusok, kiadványok támogatása stb.). Ezt a támogatást azonban a gyógyszerforgalmazás során szerzett jelentős profitjukból további piacszerzés végett forgatják vissza az egészségügybe.

Személyi feltételek

Az orvosi hivatás iránti érdeklődés a fejlett nyugati országokban csökkent, s Magyarországon is ez a tendencia látható. Sajnálatos tény, hogy hazánkban a már végzett orvosok jelentős aránya (becslések szerint 15–20%) nem az orvosi hivatást választja. Ez azzal a következménnyel jár, hogy a meghirdetett rezidensi állások komoly részét (régiónként és szakmánként változó arányban) nem töltik be. E mögött kiemelkedő szerepet játszik, hogy az orvosi munka anyagi és erkölcsi megbecsülésében jelentős problémák vannak. *A nagy felelőséggel, fizikai és szellemi igénybevéttel járó magasan kvalifikált tevékenység méltánytalanul alulfinanszírozott.* Azon tehetséges fiatal kollégák, akiket szüleik nem tudnak támogatni, klinikai állást nehezen képesek elvállalni. A rezidensi programok klinikai szakmai része általában rövid időtartamú, sokszor elméleti tanfolyamokkal túlsúlyolt. Miután a szakorvosjelöltek rövid időt töltenek egy-egy képzőhelyen, így megfelelő beosztást ritkán kapnak. Ugyanakkor helyenként az akkreditált klinikai osztályokon túl sok a rezidens, és ez is hozzájárul ahhoz, hogy a programon belül nem elegendő az idő gyakorlati képzésükre. Ezért több színvonalas munkát végző osztályt kellene akkreditálni a rezidensi képzésre. Megfontolandó lenne az egyetemek akkreditációs feltételrendszerének újragondolása. Ugyanis több olyan hiányszakma van, ahol nehéz minősített osztályvezető főorvost kinevezni, s ezért az adott osztály hátrányt szenvedhet az akkreditáció elbírálása során. Ezzel párhuzamosan más területeken nagy számban üresen maradnak a rezidensi állások (például patológus, radiológus, laboratóriumi szakorvos). Ez további szakemberhiányra vezet, holott egyes intézményekben már ma sincs például megbízható kórszövetteni diagnózis.

A hazai egészségügy egyik legkomolyabb gondja a példátlanul alacsony bérek. *A jelenleg észlelhető komoly nővérhiány és fluktuáció a szó szoros értelmében veszélyezteti a működőképességet.* A betegágy mellett magasan képzett, kellő számú, odaadó ápoló személyzet kellene. Nagyon fontos lenne,

hogy a frissen végzett diplomás ápolókat képesítésüknek megfelelő pozícióba, megfelelő fizetéssel alkalmazzák, mert különben elhagyják az egészségügyet, s kárba vész az a ráfordítás, mely biztosította szakmai képzésüket. E problémák természetesen ugyanúgy érintik a röntgen-, laboratóriumi és aneszteziológiai asszisztenseket, műtősöket, gyógytornászokat, pszichológusokat és az egészségügyben dolgozó más kollégákat is. Speciális szakterületeken a gondozás színvonalát jelentősen emelni lehetne az úgynevezett „nurse practitioner (USA)” nővérek képzésével és alkalmazásával. A védőnői hálózathoz hasonlóan a felnőttek betegellátásában is országosan meg kellene szervezni ezt a szolgáltatást.

A takarítást sok helyen vállalkozási formában oldották meg, s az esetenként jó színvonalú. A takarító személyzetnek azonban helyenként a vállalkozó igen alacsony bért fizet, így a vállalkozó oldaláról bizonyára nyereséges a tevékenység. Az osztályokon a fent említett ok miatt *nagy a személyzet fluktuációja. A veszélyforrások nem kellő ismerete és az egészségügyi szemlélet hiányossága pedig fokozhatja a kórházi fertőzések előfordulását.*

Az orvosok, nővérek, szakasszisztensek munkaidejükből aránytalanul sok időt töltenek a számítógépes adatfeldolgozással és egyéb adminisztratív feladattal (becslések szerint: intézetvezetőknél, főorvosoknál megközelítően a munkájának átlagosan 2/3-a, beosztott orvosoknál fele, nővéreknél kb. 1/3-a). Sajnos sok helyen nincs, vagy csak elavult, lassú számítógépek vannak túlterhelt szerverekkel, és ez okozza (a valóban felesleges) időelvonást a közvetlen betegellátástól. A jobb infrastrukturális feltételek kialakítása elengedhetetlen feltétele a hatékony munkának.

Műszerezettség és gyógyszerellátás

A műszerezettség és gyógyszerellátás terén jelentős gondok vannak. A műszerezettség sajnálatosan elmarad a szakmai kívánalmaktól. Ennek egyik oka, hogy az OEP finanszírozása korábban nem volt felhasználható műszerbeszerzésre, csak a működési költségekre. Ugyanakkor az OEP finanszírozás sokszor még a működési keretet sem fedezi. A fekvőbeteg-ellátás rendeletben leírt minimális követelményei számos osztályon nem biztosítottak. Szükséges lenne a hiányok pótlásának sürgős megoldása. Az *amortizáció költségeinek beépítése az egyes diagnosztikus vizsgálatok árába, valamint a műszereket igénybe vevő terápiás beavatkozások költségeibe elengedhetetlen feltétele annak, hogy a kórházak, klinikák és rendelőintézetek működése zökkenőmentes legyen. Az egyetemi klinikák önkormányzati támogatást általában nem kapnak, ezért különösen hátrányos helyzetben vannak. Ez azért is ellentmondásos mert a klinikák és országos intézetek természetesen „önkormányzati betegeket” is nagy számban látnak el.*

A diagnosztikus szakmákban a nyereséges részlegek magánkézbe adása újabb nehézségeket vet fel. Míg a privatizált részzszakmák viszonylag magas biztosítói támogatást kapnak, addig más területek (pl. általános képalkotó diagnosztika) ráfordítási költségeit nem térítik meg. Ugyanakkor a diagnosztikus szakmáknak a világ fejlett egészségüggyel rendelkező országaiban kiemelkedően magas a támogatása. Ha azok ugyanis jól működnek, akkor rövidebb a kórházi ápolási idő, pontosabb a diagnózis és helyesebb a választott gyógy mód. Kiemelendő, hogy az intervenció radiológia (sebészi eredményű és jellegű beavatkozások röntgen vagy ultrahang irányítással, rövid kórházi ápolási idővel, kis betegterheléssel és kockázattal, valamint alacsony költséghányaddal) az egyik legmodernebb gyógyítási ágazat. Kis osztályokon egynapos ápolási tevékenység végezhető. A képalkotó diagnosztika digitalizálása pedig a párhuzamos vizsgálatok számának csökkenése révén

költségkímélő hatású. Az országban bárhonnét percek alatt hozzáférhetővé válnának az orvosi kórparchívumok, így nem lenne szükség az ismételt vizsgálatokra. A kiépített kórházi belső hálózatok megtérülési ideje a film, előhívó, karbantartás s egyéb megtakarítások következtében becslések szerint 3–5 év.

A gyógyszerek elvileg hozzáférhetőek, azonban a fekvőbeteg-intézményekben az igen szűkös finansziális keretek mellett időnként nehézségek jelentkeznek a gyógyszerellátásban. Így a progresszív ellátás csúcspán lévő intenzív osztályok (amelyek gyógyszerigénye igen magas) szinte mindenhol komoly finanszírozási gondokkal küszködnek. A járóbetegek számára pedig számos bizonyítottan hatásos készítmény alacsony mértékű támogatottsága miatt szinte megfizethetetlen.

Kórházi ágyak és az ambuláns gondozás

Az elmúlt évek során a kórházi ágyak számának csökkenése mellett az ambuláns (gondozási és szakambulancia) órák száma növekedett. *Az arányokat tovább lehetne javítani a humánusabb és olcsóbb járóbeteg-ellátás javára. A jelenlegi finanszírozási rendszer nem kellően motiválja ezt a célt.* Fontos lenne az ambuláns/gondozási tevékenység finanszírozásának jelentős növelése, anélkül, hogy az osztályos ellátás anyagi bázisa romlana. A magyarországi kórházi ágyak számát nagyon nehéz nemzetközi összehasonlításban vizsgálni. Hazánkban kevés a rehabilitációs és krónikus ágy, így a beteg továbbküldése az aktív osztályról/klinikáról sokszor nehezen megoldható. A fizikailag és pszichésen is megterhelő rehabilitációs gyógyító munkában elviselhetetlenül alacsony az orvosok és más felsőfokú végzettségű munkatársak létszáma. Ugyanakkor sok, csak nevében rehabilitációs, valójában krónikus betegellátó tevékenységet vagy ápolást végző osztály működik.

Az egyik legnagyobb probléma, hogy az otthoni ápolás feltételei nem megfelelően biztosítottak. Nincs elegendő szociális gondozó, aki a betegek gyógyszerelését, kötözését, étkezését, mosdatását stb. napjában többször elvégzi. További gondot jelent, hogy az idős betegek nagy hányada a diétás és gyógyszeres kezelés egy részét nem tudja megfizetni, s ezért (is) emelkedett a kórházi ágyat igénybe vevő idősök száma. Kiemelendő, hogy a pszichiátriai ágyakat túlzottan csökkentették, miközben az ambuláns ellátás ezt kompenzáló fejlesztésére nem került sor. Hiányoznak az *alternatív ellátási formák*: félkórházi (nappali klinika) és szocioterápiás (rehabilitációs) intézmények és védett munkahelyek. Az alkoholológiai (addiktológiai) gondozók az alkoholisták becsült számának csak a töredékét tudják kezelni. A fentiek alapján *az otthoni ellátás infrastruktúrájának előzetes biztosítása nélküli drasztikus ágyszámcsökkentés komoly veszélyt jelenthet a betegellátásra.*

Az átlagos ápolási idő szinte valamennyi orvosi szakterületen csökkent (a 10 évvel korábbi érték 60–80%-ára). Ugyanakkor a diagnosztikus szakmák (radiológia, izotópdiagnosztika, speciális laboratóriumok stb.) kapacitása korlátozott, ezért a kórházi kivizsgálás üteme sok esetben lassú. *Célravezetőbb és olcsóbb megoldás lehetne a programozott időpontra beszállítani vizsgálatra a beteget.* A programozott betegellátás valójában a hatékony egészségügy egyik ismérve. Nem sürgős esetben a legfejlettebb egészségüggyel

rendelkező országokban sem lehet bejelentés és időegyeztetés nélkül felkeresni a rendelőt. A pszichiátriai betegek számára pedig terápiásan kedvezőbb és gazdaságosabb az átmeneti intézményi (félkórházi) ellátás. Ennek fejlesztése kórházi ágyat váltana ki.

Egyes jól szervezett szakambulanciák adatbázisain kívül sajnos *a betegek túlnyomó többségéről nincs olyan forrás, amely alapján meg lehetne ítélni a gyógyult, javult, állapotában romlott, valamint nem követett betegek pontos számát.* Holott ez az egyik alapvető feltétele a klinikai munka minőségi ellenőrzésének és a betegellátás tényeken alapuló ésszerű fejlesztésének. Lényeges lenne valamennyi diszciplína területén a betegek rendszeres gondozásának feltételeit megeremteni, s azt megfelelő számítógépes adattárolással (klinikai állapot változása, gyógyszerelés módosulása stb.) rögzíteni. A szövődmények korai felismerése, a terápiás stratégia időbeni változtatása és a nagyszámú felesleges párhuzamos vizsgálat megszüntetése csak így képzelhető el. A Technológiai Előrettekintési Program (TEP) munkacsoportjai jelentős erőfeszítést tesznek azért, hogy megbízható képet kapjunk fenti kérdésekre. *Az OEP-nek adott adatok a nem megfelelő költségterítési arányok miatt nem mindig a valóságnak megfelelőek,* s így a betegellátás minőségi megítélésére és tudományos feldolgozásra sokszor alkalmatlanok. A nem követett és számos egészségügyi intézményben többszörösen vizsgált paciensek száma feltehetően igen magas, és igen sok ezekben az esetekben a szövődmények száma is. Mindez erősen növeli az egészségügyi költségeket.

Negatívum, hogy – bár kis számban – megjelentek hosszabb ideje nem tapasztalt hiánybetegségek és szociális okokra visszavezethető ártalmak (például a gyermekgyógyászat területén balesetek, elhanyagolás, csecsemőkori sorvadás, gyermekbántalmazás stb.). Kiemelendő, hogy a szenvedélybetegek ellátása intézményesen és általánosan megoldatlan (kevés a speciális szakambulancia és fekvőbeteg-férőhely). A szívinfarktusban és cerebrovaszkuláris kórképekben szenvedő betegek gyógyulási arányát jelentősen lehetne javítani a sürgősségi ellátás hiányosságainak felszámolásával.

A prevenció szerepe

Az egészségügyi stratégia alapvető eleme a *megelőzés* kellene, hogy legyen. E koncepció minden szakember, sőt, egyre inkább a lakosság előtt is ismert, de sajnos ez még az orvosok gondolkodásában is gyakran leszűkül a szűrővizsgálatokra és a helyes életmód biztosítására. A megelőzés teljes spektrumának megértését a továbbképzések során minden szakterületen biztosítani kellene: *a korai diagnózis, a progresszió, a szövődmények, a gyógyszer-rezisztencia és az idő előtti halál megelőzéséhez kellene az előfeltételeket megadni.* A széles körű szűrővizsgálatok nagy anyagi ráfordítást igényelnek és megfelelő epidemiológiai adatok hiányában kevésbé hatékonyak. *Ezért a korai tünetek és a családi anamnézis alapján történő célzott szűrővizsgálatok bevezetésére lenne szükség.* A helyes életmód és táplálkozás eléréséhez pedig az alapvető feltételeket kellene biztosítani az élelmiszerek árában és a testedzési lehetőségekben. A megvalósításhoz jelentős anyagi forrás szükséges, s a megtérülésre csak később lehet számítani. *Számos területen azonban nincsenek pontos epidemiológiai adataink az egyes betegségek előfordulását illetően.* Jól szervezett oktatási/tájékoztatósi program keretében (a tömegkommunikáció valamennyi lehetőségét is felhasználva) a jelenleginél szélesebb körű és hatékonyabb rendszeres egészségügyi felvilágosító munka szükséges a gyakori betegségek (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, csontritkulás, légzőszervi, nőgyógyászati, emésztő-

rendszeri és más tumorok) kiszűrése érdekében. E cél elérésének fontos lépéseként tanulmányok készülnek a prevenció helyzetéről Magyarországon. Az egészséges életmódra való nevelést már az általános iskolában hatékonyan (szóban és írásos formában is) kellene végezni.

OEP finanszírozás

Az egészségügyi szolgáltatás finanszírozása az OEP feladatköre. A HBSC rendszer eredeti célkitűzése, hogy költséghatékony tevékenységekre serkentse az intézményeket. A valóságban azonban hiányosságai, gyakorlati alkalmazásának ellentmondásai miatt nem annyira a betegellátás minőségét biztosító, hanem sokszor időt rabló és a valóságtól eltérő adatok regisztrálására vezet. Fejlettebb országokban bebizonyosodott, hogy a diagnózisok alapján nem lehet a betegellátásra fordított időt és költségeket biztonsággal megítélni. Minden beteg ugyanis egyedi eset, s a ráfordítandó idő és költség igen változó. *A probléma a komoly mértékű alulfinanszírozásból ered* (példátlanul alacsony bértömeg, a drága gyógyszerek és a beavatkozások nem megfelelő támogatása). A műszeres vizsgálatok és a terápiás eljárások finanszírozása csak úgy biztosítható, ha nemcsak a laboratóriumi vegyszerek árát, de a műszerek amortizációját is megtérítik. További gond *a progresszív betegellátás csúcán álló intézmények negatív diszkriminációja a komplikált esetek többlet-finanszírozásának majdnem teljes megszűntetése miatt.*

Az OEP finanszírozás időnként komoly gondokat jelent, mert a zárt kassza miatt állandóan változik, s a teljesítés után két hónappal egyenlítik ki a számlát. Jelentős gond az is, hogy *a jelenlegi rendszerből nem lehet biztonsággal következtetni a mortalitási és a morbiditási viszonyokra.* A fentiek miatt szinte tervezhetetlen az intézmény, illetve az intézetek működése. Azonban az már a jelenlegi adatokból is egyértelműen kitűnik, hogy elsősorban a cerebro-kardio-vaszkuláris és az onkológiai megbetegedések korszerű ellátását és megelőzését kell kiemelten támogatni.

Minőségi ellenőrzés

A munka minőségi ellenőrzése jelenleg igen változatos képet mutat. Sajnos a valóságnak nem mindig megfelelő adatszolgáltatás miatt sokszor nem ítélné meg reálisan a végzett munka minősége. Egyes szakterületek folyamatos országos minőségi kontroll-rendszerben vesznek részt. Más területeken rendszeres helyi kiértékelés folyik. Helyenként csak az igazgató vagy helyettese ellenőrzi utólag a körlapokat. A jól szervezett intézményekben professzori és részlegvezetői viziteken, esetmegbeszéléseken és referáló üléseken történik a szakmai ellenőrzés. *A betegek állapotának követésén alapuló valódi klinikai minőségi értékelés azonban általában hiányos.*

Az intézmények egy részében már folyamatosan történnek betegelégedettségi vizsgálatok. *A fő problémát a sokágyas, zsúfolt körtermek, a rossz infrastruktúra, a minőségében és mennyiségében kritizálható étellemezés és a szakszemélyzet részéről időnként észlelt nem megfelelő hangnem okozza.* A nővérhiány (különösen szabadságolás és éjszakai szolgálat alatt kritikus a

helyzet) és az egyes speciális vizsgálatokra való hosszas várakozási idő a betegek közérzetét jelentősen rontja. Az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően befolyásoló *hálapénz az egész lakosságot, de ezen belül elsősorban a kis keresetűeket sújtja kettős adóztatással. Az egészségügyi bérezés rendezésének hiánya legélesebben az ápolószemélyzet, ma már esetleg emberéleteket is veszélyeztető csökkenésében csúcsondik ki.*

A média szerepe

A média igen sokat foglalkozik egészségügyi kérdésekkel. A helyi sajtó és a regionális televízió általában eléggé jól együttműködik, konzultál és ennek megfelelően meglehetősen objektív. A kereskedelmi tájékoztatás saját bevételének növelése végett (nézettségi index és ezzel szorosan összefüggő eladható hirdetési idő) sokszor a szenzáció oldaláról közelíti meg az egészségügyet, és/vagy belekeveri a napi politikát is. A pontatlan vagy tudománytalan hírekre sajnos sokszor nem elég gyors a szakmai reagálás, illetve a média már nem érdekelt a szükséges korrekció közlésében. Nem működnek ugyanis megfelelően azok a kontrollok, amelyek gátat szabnának az egészségügyi ellátás egyes intézményeit vagy szereplőit támadó sokszor pontatlan tájékoztatásnak. Egyes műsorokban a varázslók és táltosok nem bizonyított terápiáinak bemutatásával úgy foglalkoznak, mintha azok tudományosan megalapozottak lennének. Ez a laikus nézőt sajnos sokszor félrevezeti.

Ugyanakkor az egészségügy helyzete válságosabb, mint ahogyan a média időnként közvetíti. Az egészségügy reformját, a fájdalmas, de elkerülhetetlen döntéseket így nagyon nehéz lesz elfogadtatni. *Hazánk lemaradása Európától nem lesz csökkenthető addig, amíg ennyire egészségtelenek a lakosság táplálkozási szokásai, ennyire nincs értéke az egészséges életmódnak, ennyire rossz az emberek konfliktuskezelő képessége, és ennyire elterjedt az önpusztító magatartás.* Ma már ugyanis bizonyítottan fogadható el, hogy a testi és a lelki egészség elválaszthatatlan, az indulatkezelés elégtelensége a mentális betegségek mellett a népbetegség jellegű szomatikus folyamatok, addikciók létrejöttében és kimenetelében is jelentős tényező.

Klinikai kutatás

A magas színvonalon végzett klinikai kutatási tevékenység alapvető feltétele annak, hogy a klinikák az elvárható betegellátási és oktatási feladataiknak is megfeleljenek. A jelenlegi orvoslétszám és feltételrendszer mellett a klinikai orvosok szinte csak a hivatalos munkaidőt követően tudnak érdemi kutatómunkát végezni. Ugyanakkor a nemzetközi adatok azt igazolják, hogy *a biomedicinális kutatások lényeges bázisai a klinikák.* A fejlett országokban a klinikai orvosok jelentős része munkaidejük meghatározott arányában kutatást folytatnak, s az ezért járó bértömeget természetesen kutatási forrásból fedezik (például munkaidő 70%-a gyógyító- és oktatófeladat, 30%-a kutatási tevékenység, más kollégánál 60/40% az arány). Az ehhez szükséges orvoslétszám és a kutatási bértömeg finanszírozásához megfelelő pénzügyi forrást is biztosítani kell.

Jelenleg hazánkban a klinikai kutatógárdának igen kis hányadát teszik ki a modern alapkutatással foglalkozó biokémikusok, molekuláris genetikusok, valamint immunológus és más szakemberek. Ugyanakkor ezen speciálisan képzett nem orvos kollégák alkalmazása jelentősen növelné a klinikai kutatás hatékonyságát. Az intézmények viszonylag kis százalékában vannak megfelelő színvonalú laboratóriumok kívánatos műszerezettséggel és sok helyütt igen rossz a kutató/asszisztens arány is. Ez a munka hatékonyságát komolyan csökkenti. Reális lehetőség az elméleti intézetekkel való sokkal szorosabb együttműködés, ami természetesen mindkét fél kölcsönös előnyén kell, hogy alapuljon. A kutatási eredmények publikálásakor az a tapasztalat, hogy ha hazai alapkutatást végző tanszékkel vagy külföldi intézménnyel történő kollaborációs eredményekről szól a munka, akkor közepes vagy jó, egyébként általában alacsonyabb impakt faktorú folyóiratokban közölhetők az eredmények. *A klinikák az egyetemhez kell, hogy tartozzanak, mert a hagyományosan kialakult struktúra ilyen jellegű megbontása mindaddig, amíg a finanszírozás pontos feltételei nem tisztázottak, a kutatás mellett az orvosképzés, valamint a szakirányú és posztgraduális képzés lényeges zavarát okozhatják.*

A munkaidejük legnagyobb részét gyakorlati betegellátásban végző kollégák tudományos fokozatának elérése érdekében szükséges lenne a „sabbatical year” bevezetése. (A jól tervezett és dokumentált 6 éves gyakorlati munkát követő 7. év során egy magas színvonalú tanulmány elkészítésével a „Master” fokozatnak megfelelő tudományos cím lenne elérhető). E kutatási év lehetősége a vezető állású, experimentális munkát végző és irányító klinikusoknál is megfontolandó lenne. A pénzügyi források megteremtése mellett nagyon fontos lenne az egyéves vezetői távollét alatt a zavartalan működés előzetes megszervezése. Fontos feladat lenne továbbá a jól képzett és a kutatómunka iránt is érdeklődő családorvosok széles körű bevonása a klinikai kutatásba. Ez elősegítené a nagyszámú betegen végzett jól tervezett klinikai vizsgálatokat, ugyanakkor a tudományos gondolkodásmód a közvetlen betegellátás minőségi színvonalát is javítaná.

Lényeges lenne az is, hogy a pályázatok elbírálásánál komolyabb előnyt élvezzenek a klinikai és elméleti intézetek együttműködésen alapuló kutatási programok. A klinikai állások betöltésénél kedvezőbb elbírálást kapjanak azok a kollégák, akik 2–3 vagy több évet elméleti intézetben eredményesen dolgoztak. Lényeges lenne valamennyi egyetemen megszervezni a „Kutatási Koordinációs és Információs Központokat”, amelyek feladata a pályázati programok, s azok finanszírozásának pontos és lehívható nyilvántartása mellett a kutatási munkával kapcsolatos valamennyi adat regisztrálása (publikációk, citációk stb.). További feladat az egészségügyi ellátás kutatás (health service science) fejlesztése (morbilitás, mortalitás, egészségügyi hatékonyságát jelző paraméterek stb.).

A betegellátás alulfinanszírozása, a vezető orvosoknak a pályázatok összeállításában való túlzott igénybevétele már-már elviselhetetlen és a klinikai kutatás elsoványodását eredményezi. Ez pedig a gyógyítás, de különösen a prevenció fejlesztésének elmaradásában jelentkezik. A klinikai tudományos munka színvonalának emelése érdekében csökkenteni kell a felesleges adminisztratív terhelést. A kutatási tevékenység bértömege jelenleg érdemben nem jelenik meg a klinikai finanszírozásban. Az OEP támogatásból kutatás nem folytatható, az oktatási támogatás az oktató tevékenységet finanszírozza, így a kutatási tevékenység bérvonzatára nincs biztos fedezet. Sem az OTKA, sem az ETT, de más hazai kutatási források sem elégségesek általában arra, hogy abból kutatási bértömeget rendszeresen lehetne fizetni. Ugyanakkor tovább kell javítani a kutatási pályázatok elfogulat-

lan szakmai bírálatát. Felmerült javaslatként, hogy az objektivebb megítélés végett a projektek szerzőinek neve és munkahelye legyen titkos. Lényeges lenne továbbá a civilszféra (nagyipar, bankok stb.) jóval aktívabb részvétele a klinikai kutatások támogatásában.

Mint már említettük, történt a nemzetközi gyakorlat igazolja, hogy az orvoskutatás kiemelt bázisa a klinikai kutatás (és itt az orvosok mellett fontos a klinikai állományban dolgozó biológus, vegyész és gyógyszerész kollégák működésének biztosítása). A szűkös keretek miatt a színvonalas kutatómunkához elengedhetetlen az internet, folyóiratok, tudományos könyvek költségmentes használata a fiatalok számára, amellet a jól működő tutorrendszer kialakítása. Nagy segítséget jelentene, ha a személyi jövedelemadóból a tudományos munkával kapcsolatos költségek megfelelő kontroll mellett levonhatók lennének. *A gyógyító orvos oktató- és kutatótevékenysége a legszilárdabb alapja az egzakta bizonyítékok iránti elkötelezettségnek, amelyen a tényeken alapuló klinikai döntéshozatal nyugszik.*

Összefoglalás

A felvetett problémák sürgető megoldása elkerülhetetlen feladat. Bizonyos területeken belső szervezéssel javítható az ellátás, de *az egészségügyi feladatokra fordított pénzügyi források jelentős emelése, a tényleges költségek (működési költség plusz amortizáció) megtérítése és a személyes juttatások jelentős emelése nélkül érdemi előrelépés nem várható, sőt, az eddigi eredmények megőrzése is veszélybe kerül.*

A javasolt forrásnövelésből a legfontosabb feladat

- (1) *a bérek jelentős megnövelése.* Ezzel csökkenthető az orvosok, nővérek és egyéb szakszemélyzet – a működőképességet már-már veszélyeztető – további elvándorlása.
- (2) *Az infrastrukturális feltételek és a műszerezettség színvonalának komoly javítását követően*
- (3) *egy olyan finanszírozó rendszer bevezetése szükséges, amely a szinten tartás mellett a fejlesztést is biztosítja.*
- (4) Ezzel párhuzamosan ki kell dolgozni és a mindennapi életben alkalmazni kell az egészségügy valamennyi területén a *magas színvonalú minőségi kontrollt*, amely magában foglalja a betegek „tényeken alapuló” kivizsgálását és kezelését, a betegirányítás, ételmezés, orvosi, nővéri munka és az egészségüggyel kapcsolatos minden tevékenység optimális megszervezését és elvégzését.

Az átfogó és hosszú távú egészségügyi program és stratégia megindítása elengedhetetlen, mely az egészséges társadalom létrehozását prioritásként kezelve a betegségek megelőzésére, a korai diagnózisra, a korai halálozás csökkentésére, az életmód megváltoztatására és az egészségügyi oktatásra fekteti a legnagyobb hangsúlyt.

A klinikai oktatással, így az orvos- és szakorvosképzéssel, a folyamatos továbbképzéssel újabb értékelés foglalkozik a jövőben. A klinikai kutatás feltételrendszerének és fejlesztésének tárgyalása jelenleg készülöben lévő önálló átfogó elemzés témája.