



AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZÉSRŐL

Dr. Kemenes Pál

orvos, orvostörténet kutató, társadalomorvostan szakorvos
Kiemelések korábbi írásaimból és előadásaimból 2004.

A magyar egészségügy az 1970-es évek közepe óta a legkorszerűbb egészségügyi szervezési elv, a progresszív betegellátás elve és a területi elv együttes alkalmazásával épül fel.

Az egészségügy az orvostudomány eredményeinek intézményes alkalmazása és mint alkalmazás az adott lehetőségek és igények szerint alkalmazza az orvostudomány eredményeit olyan módon, hogy a lakosság hozzájusson a legkorszerűbb adequat ellátáshoz, illetve védekezéshez, védelemhez.

A beteget, sérültet stb. az állapotának, betegségének, korának, nemének stb. megfelelő specializáltságú intézményben a megfelelő ellátási intenzitású osztályon kell kezelni. Röviden ez a progresszív betegellátás elve. A specializáltság a háziorvosi ellátástól az országos intézetig növekszik, az ellátás intenzitása az utókezelőtől az intenzív osztályig növekszik. A specializációval növekszik az ellátási terület. Területileg a legközelebbi adekvát ellátást biztosító intézménybe kell eljuttatni az eü-t igénybe vevőt. A magyar eü. a területi elv - ellátási körzetesítés - és a progresszív betegellátás elvének együttes alkalmazásával épül fel. Ez biztosítja, hogy a rászoruló a leghamarabb - a legközelebbi intézményben - megkapja az adekvát ellátást és ez, a költséghatékony megoldás. A leghamarabb és a legkisebb ráfordítással állítható helyre a beteg egészsége. (Az ép elméjű, tiszta tudatú, józan eszű emberek ezt is tapasztalják.) Az 1980-as évek óta kiadott valamennyi egészségügyi szervezéstan és társadalomorvostan tankönyvben, illetve jegyzetben a fentiek szerepelnek. Azok a "nagy eü. szervezők", akik a saját tapasztalataikban nem bíznak olvassák el a tananyagot.

A folyamatosan változó viszonyok - tudományos eredmények (diagnosztikai, terápiás stb. eljárások) demográfiai változások stb. - miatt a rendszer folyamatos karbantartást igényel. Az anyagi lehetőségek figyelembevételével és a fenti elvek konzekvens alkalmazásával folyamatosan az igényekhez kell igazítani és tervezni kell a rendszert. Az elmúlt évtizedekben az egészségügyet nem, illetve ad hoc jelleggel parciális szempontok alapján igazították a megváltozott viszonyokhoz. A tervezés nem rendszerként kezelte az egészségügyet. Az eü. "utána igazítása" három szakembernek kb. 2-3 heti munka. A magyar eü. gondjai alapvetően nem abból fakadnak, hogy az eü. rendszer karbantartása nem, illetve csak ad hoc jelleggel történt meg. A magyar egészségügyet az 1970-es évek elején, a lakosság egészségi állapotát felmérő reprezentatív vizsgálat (KOMOV 1966.) adatai alapján szervezték meg. A Tb. és a KSH demográfiai, epidemiológiai stb. adatai alapján kiigazítható a rendszer.

Jelentős problémát okoz a forráshiány. Mindenek előtt vizsgálni kell, hogy hogyan és mire költötték a járulékokból befolyt összegeket.

A fenti két elv együttes alkalmazása meghatározza, hogy az egészségügyet igénybe vevő hol, mikor és milyen módon kerül ellátásra. **A beutalási rendszer és a fenti két elv együttes alkalmazása egyértelműen meghatározza a betegutakat.** A beteget vizsgáló orvos felelőssége, hogy a beteg a megfelelő ellátásban részesüljön, szükség esetén a beteg beutalása és/vagy másik orvoshoz, osztályra, intézménybe küldése. (Ezért voltak értelmetlenek a betegirányító rendszerekkel történt próbálkozások.)

A fenti két elv együttes alkalmazása esetén az ellátási racionalitás és a gazdasági racionalitás egybeesik. Azon kivételes esetekben amikor nem esnek egybe akkor, az ellátás biztosításának van prioritása. Az ellátási racionalitás prioritása a lakosság életének és egészségének megőrzése, egészségének helyreállítása és életminőségének javítása. Az egészségügyi kapacitások átszervezése, bővítése vagy csökkentése nem közgazdasági, hanem ellátás szervezési feladat. Egészségügyi szervezői szakismeretet igényel /társadalomorvostan szakorvos/.

Az intézmények vezetői tudják, hogy mennyibe kerülnek a különböző tevékenységek az intézményükben, és ismerik a tb. finanszírozási rendszerét. Lehetőségük van a kapacitásaik csökkentésére, amennyiben az ellátás biztonsága megmarad. A különböző szintű eü-i vezetői hibák nem az egészségügyi rendszer hibái. A magyar eü. legfőbb problémája a vezetők inkompetenciája, szakmai felkészületlensége. Az eü. intézmények állapotáért az intézmények vezetői és az intézmények tulajdonosai/fenntartói a felelősek. Többnyire az önkormányzatok a tulajdonosok.

Fel kellene hagyni azzal a gyakorlattal, hogy az eü-ben a vezetők a saját alkalmatlanságuk következményeiért az eü. rendszert hibáztatják.

Az egészségügy terén az állam és a társadalombiztosítás feladatait egyértelműen meg kell határozni és el kell választani, amiképpen az állami és a tb. forrásokat is külön kell kezelni. Az állami vezetők a költségvetési pénzeiből az adózók pénzével, a tb. vezetők a járulékfizetők pénzével gazdálkodhatnak.

A magyar társadalombiztosítás az egyik legkorszerűbb és leghumánusabb rendszer amit valaha kitaláltak és létrehoztak. A társadalombiztosítás szétverése veszélyeztetné és megdrágítaná a betegellátást, és az egészségügy fenntartását.

A magyar társadalombiztosítás specializált biztosítóként működik.

A társadalombiztosítók esetében a szolidaritási elv alkalmazásának a minél nagyobb járulékfizetői létszám a záloga. A szolidaritás elvű társadalombiztosításban a járulékfizető további térítések nélkül mindennemű szakmailag indokolt ellátásra jogosult. Az extrém magas költségű egyedi kezelések finanszírozásának a kompromisszumos betegellátás elve szab határt.

Mit tud nyújtani a betegnek a magán egészségügy? Helyenként jobb hotel szolgáltatást? Szakmailag semmi olyat, amit a beteg ne kapna meg a tb. finanszírozta eü-ben. Azonosak a szakmai standardok.

Az egészségügyet a rászorulókat érdekei mentén kell szervezni és nem a magán eü-be befektető tőkészek érdekében.

Az egészségügy területén maradéktalanul érvényesíteni kell az Mt. és a Kjt. munkaidőre, pihenőidőre, ügyeleti és készenléti szolgálatra vonatkozó előírásait.

Kimerült, fáradt, dekoncentrált stb. eü. dolgozókkal végeztetett munka az ellátás rovására megy. Veszélyeztetik a betegek egészségét, életét. A fáradási vizsgálatok eredményei ellentmondanak a rosszul értelmezett hivatástudatból fakadóan túlmunkát végzők heroizmusának.

Sajnálatos, hogy sokan töltöttek és töltenek be szakvizsgához kötött pozíciót szakvizsga nélkül. Akinek nincs szakvizsgája az, nem szakember.

Akinek nincs társadalomorvostan szakvizsgája az inkompetens egészségügyet érintő szakkérdésekben (kontár), ahogy nem belgyógyász az, akinek nincs belgyógyász szakvizsgája. Az eü. menedzserképzésben részt vettek nem egészségügyi szervezők lettek, hanem az egészségügyi intézményi menedzsment számára szükséges ismereteket szerezhettek.

Biztosítani kellene, hogy a WHO ajánlásokban meghatározott, az egészségügyi ellátáshoz történő **hozzáférési standardok** betartását. A betegeknek azonos időn belül kell orvosi ellátásban részesülniük lakhelyüktől függetlenül. Azonos időn belül kell, hogy szakorvos vizsgálja meg őket és azonos időn belül kell fekvőbeteg ellátó intézménybe kerülniük stb. A készenléti, illetve ügyeleti szolgálat standardjainak betartása az egészségügyhöz történő folyamatos hozzáférés biztosítása fontos szervezési feladat. Ahol potenciálisan sincs meg a lehetősége annak, hogy a biztosított a standardeknek megfelelő módon igénybe vegye az egészségügyet, ott hiányos a szolgáltatás.

Sajnálatos, hogy az egészségügy vezetése teret enged az egységes, korszerű, magas színvonalú ellátást biztosító, szolidaritási alapon működő társadalombiztosítási rendszer szétverésére és lezüllesztésére irányuló törekvéseknek. Mindenképpen el kell kerülni azt, hogy a magyar társadalombiztosítás a nyugati szegény-ellátó rendszerek színvonalára zülljön mint pl. National Health Service (NHS).

Vissza kellene állítani az orvostovábbképzés korábbi gyakorlatát. Az, biztosítani tudta, hogy egységes elvek és egységes oktatóanyag alapján folyjon a továbbképzés. A cél az, hogy mindenki azonosan a legkorszerűbb ellátást kapja. A minőségbiztosításnak hatékony és korszerű eszköze volt az Orvostovábbképző Intézet. Nem az orvostovábbképzés rendszerében volt a hiba hanem abban, hogy a rendszert nem megfelelően működtették. Nem, vagy nem mindig sikerült tartalommal megtölteni a rendelkezésre álló kereteket. Ez a vezetők szakmai hibája volt és nem a rendszeré. A kreditrendszer visszalépés.

A gondozó hálózatok és a munkaegészségügy rehabilitációja sürgős feladat.

A közegészségügy megerősítése kiemelt feladat.

Az egészségügyet az egészségügyet igénybe vevők és igénybe venni szándékozók igényei mentén kell szervezni. A járulékfizetők, a betegek/sérültek és a potenciális betegek igényei és szükségletei mentén a prevenció elveinek figyelembevételével.

Demográfiai, epidemiológiai stb. adatokra támaszkodva szokás az eü. kapacitásait tervezni.

Az epidemiológia a betegségek népességen belüli előfordulásával, gyakoriságával,

megoszlásával stb. foglalkozik.

Sajnálatos, hogy sokan elméleti felkészültség, szakvizsga nélkül, állítólagos tapasztalataikra hivatkozva foglalkoznak/tak egészségügyet érintő kérdésekkel. A tapasztalatokat a korábbi ismeretek, az elméleti felkészültség határozza meg. Az elméleti felkészültség nélkül szerzett tapasztalat nem ér semmit.

Az orvosokkal szemben a minimális elvárás az, hogy nem ártnak a betegnek azaz, tisztában vannak tudásuk határaival és a felkészültségüket meghaladó problémák megoldására nem vállalkoznak. Segítséget, szakembert hívnak.

Az az orvos aki, olyan beteg gyógyításába kezd akinek a betegsége meghaladja az orvos tudását, felkészültségét nem méltó az orvos névre. (Hippokratész: Az orvosi szakma In.: Válogatások a hippokratészi gyűjteményből Bp. 1991. 86.) **Ugyan ez vonatkozik az egészségügy "gyógyítására" is.**

Nem betegekkel foglalkozó orvosi szakmák nélkül a betegellátás sem működne. Az orvosi és eü. szakmák egymásra utaltak.

A szakirodalom sok ember sok helyen és különböző időpontokban szerzett tapasztalatáról számol be. Egy ember tapasztalata ehhez képest nulla. A tapasztalat nem független a tapasztaló előzetes ismereteitől, elméleti felkészültségétől sőt, az elméleti felkészültség és az előzetes ismeretek meghatározzák azt, hogy mit tapasztal/hat a tapasztaló. Nincs értelme különbséget tenni a saját magunk által szerzett, és a mások által leírt empirikus ismeretek között. **A legegyszerűbb és leggyorsabb módja a tapasztalatszerzésnek az olvasás amikor, mások által tapasztaltakat megismerjük, elsajátítjuk. Az írásbeliség jelentősége a tapasztalatátadásban van.** Sokan nem tudják mire valók a kézi- és tankönyvek, valamint azt sem, hogy mire való a szakirodalom.

Az egészségügyet és minden egyes intézményének működését indikátorok és standardek alapján ítélik meg. Ezeknek az ismerete, értelmezése, összehasonlítása szakmai felkészültséget igénylő feladat. Laikusok beszélnek egészségügyről a fentemlített ismeretek hiányában. Az indikátorok és a standardek a WHO oldalain elérhetők.

Néhány példa az eü. standardekre:

Pl. a hívástól számított x percen belül kell kiérnie az ügyeletnek, a mentőnek, x percen belül kell fekvőbeteg ellátó intézménybe juttatni a beteget stb. Pl.: Ha, a betegnek kórházi ellátásra van szüksége akkor a hívásától számított 30 percen belül fekvőbeteg ellátó intézménybe kell juttatni (gépkocsival). Ez egy hozzáférési standard. Ahol a standardek nem teljesülnek ott nem teljes értékű a szolgáltatás. Hiányos a szolgáltatású területen élők miért fizessenek ugyan annyi járulékot mint azok akik olyan helyen élnek ahol teljesülnek a standardok.

pl. 100 000 lakosra kell jutnia - x számú orvosnak, x számú szakorvosnak, x számú szakáplónak stb. és x számú általános belgyógyászati ágynak, gastroenterológiai ágynak, cardiológiai ágynak és így tovább.

Az, hogy Eu-ban hogyan érvényesülnek a standardek az irreleváns tekintettel arra, hogy mo-n a mo-i epidemiológiai és demográfiai helyzetnek, infrastruktúrájának stb. megfelelően kell a standardeket alkalmazni.

Ahol az egészségügyi standardek nem teljesülnek ott korszerű egészségügyről nem beszélhetünk. Egészségügyről sem igazán tekintettel arra, hogy az egészségügy az orvostudomány eredményeinek intézményes alkalmazása és **az orvostudomány része az egészségügyi szervezéstan.**

Az egészségügyi szervezés kutatja és szakmai standardekbe foglalja azokat szakmai szervezési és működési elveket amelyek az orvostudomány és az egészségügy optimális működését biztosítják.

A standardek és a népesség epidemiológiai és demográfiai adatai, az infrastruktúra stb. figyelembevételével szervezik az ellátási körzeteket. (Az epidemiológia a betegségek előfordulásával megoszlásával és gyakoriságával foglalkozik.)

Az eü. rendszerek köztük, a magyar eü. minőségi indikátorai a WHO oldalain tanulmányozhatók.

Az optimális kórház méret 600 ágy körül van a szakirodalom szerint. Gazdaságosan üzemeltethető, kiesése esetén ideiglenesen, közeli kórházak át tudják venni az ellátási körzetét stb. Az eü-höz a hozzáférést biztosítani kell és a 600-800 ágyas kórháznak akkora az ellátási területe, hogy a hozzáférés biztosított azaz, a hívástól számított 30 percen belül a beteg kórházba juttatható. **Hozzáférés biztosítása nélkül értelmetlen az egészségügy.**

Az egészségüggyel kapcsolatos téveseszmék, hiedelmet és brutális tudatlanság felszámolására vissza kellene állítani az egészségügyi szervezéstan vagy társadalomorvostan tanszékeket. Az egészségügyi szervezéstant, illetve társadalomorvostant újra önálló diszciplínaként kellene az egyetemeken oktatni, hogy legalább az egészségügyben dolgozók körében csökkenjen az egészségüggyel kapcsolatos tudatlanság. Továbbá, a tanszékek szakember utánpótlást és független kutatási bázist jelentenének az egészségügy vezetése számára. Jelenleg egészségüghöz értő, nem önjelölt és botcsinálta hanem, rendszeres képzésben részt vett szakemberekben legnagyobb a hiány.

Fel kellene hagyni azzal a gyakorlattal, hogy az orvosi munkára alkalmatlan, orvosi munkájukban kudarcot vallott embereket átirányítanak egészségügyi szervezőnek, eü. managernek.

Az egészségügyben dolgozók bérének emelése elsődleges feladat. A szakemberhiányt, az elvándorlást, a túlterheltséget és következményeit a béremelés elodázása tovább súlyosbítja. Az egészségügyi dolgozók orvosok, asszisztensek, ápolók mellet a takarítók, karbantartók stb. béremelése is azonnali megoldást kíván.

Az EU fejlettebb tagállamaiban az eü-i dolgozók jövedelme azonos munkáért, paritáson számolva kb. a hazai jövedelem 8-10-szerese. Az USA-ban kb.12-15-szöröse. Standardizált, vásárlóerő-paritáson számolt (PPP) WHO adatok 2004.

A jövedelem-arányos megélhetési költségek az EU fejlett országaiban és az USA-ban alacsonyabbak mint Mo-n. Azaz, magasabb az életszínvonal. Pl.: Ausztriában havi 5000 EUR jövedelemből 40% megy megélhetésre, marad 3000 EUR. Magyarországon havi 500 EUR jövedelemből 80% megy megélhetésre és marad 100 EUR. A 3000 EUR és a 100

EUR közötti különbség az életszínvonalbeli különbséget jelzi.

Nem tudjuk, hogy milyen információk alapján mit ismernek fel érdeküként a gazdaság szereplői következképpen az érdekeikről nyilatkozni anélkül, hogy azok nyilatkoztak volna róluk a megalapozatlan fantáziálás körébe tartozik.

Az, hogy mások, máshol, máskor - más körülmények között - mit csinálnak/tak vagy nem csinálnak/tak az, csekélyke jelentőséggel bír. Nekünk a mi céljainkat szolgáló, nekünk jó dolgokat kell kitalálnunk.

A szakember utánpótlást a képzési idő hosszúsága miatt jelentősen előre kell tervezni.

Orvostudományi egyetemen az Általános Orvostudományi Kar elvégzése 6 év, a szakorvosi cím és tudás megszerzése további 3-6 év szakmától függően. Az egyetem elvégzése után orvos lesz majd, a specializálódás után szakorvos lesz az illető.

Pl. egy belgyógyász kiképzése: 6 év egyetem + 5 év szakmai gyakorlat és tanulás = 11 év.

Társadalomorvostan szakorvos kiképzése 6 év egyetem + 4 év szakmai gyakorlat és tanulás = 10 év.

A szakaszisztens, szakápló stb. képzés is időigényes!

A korszerű és hatékony rendszereket (pl. magyar egészségügy) nem szétverni kell, hanem hatékonyan kell működtetni, és ragaszkodni kell a fenntartásukhoz. Az eü. megfelelő működtetése eü-i szervezéstan ismereteket, eü-i szervező szakembert igénylő feladat.

Szétverés után újjászervezni egy a meglévőhöz hasonlóan korszerű rendszert felmérhetetlen összegekbe kerülne. Nincs az a korszerű és hatékony rendszer, amit a tudatlanság és a szakértelem hiánya tönkre ne tenne.

A közegészségügy megerősítése kiemelt feladat.

A magyar eü. legfőbb problémája a vezetők inkompetenciája, szakmai felkészületlensége és felelősségre vonásuk hiánya.

Az [Állami Egészségügyi Ellátó Központ](#) oldalán az egészségügyi dolgozók szakképesítési adatai nyilvánosak és kereshetők.

1992. után társadalomorvostanból nem lehetett szakvizsgát tenni.

A társadalomorvostan, egészségügyi szervezéstan, epidemiológia, demográfia, szomatometria, egészségügyi statisztika, egészségügyi informatika és orvostörténelem részdiszciplínákból épül fel.

Abból, hogy nemzetközi összehasonlításban a magyar eü-ben magas a kórházi ágyak száma nem következik az, hogy a magyar megoldás a rossz az, végképpen nem

következik, hogy követni kéne bármely külföldi példát és ebben a kérdésben a nemzetközi összehasonlítás adatai irrelevánsak.

A kórházi ágyak számának nemzetközi összehasonlítása semmit sem mond arról, hogy az adott országokban mennyi lenne az optimális ellátást biztosító kórházi ágyak száma.

Az optimális ágyszámot és ágystruktúrát epidemiológiai és demográfiai adatok, valamint az ápolási idő és orvos szakmai megfontolások alapján szokás megállapítani. /Eü. szervezői feladat, nem közgazdász./

Az eü. dolgozók optimális számát és szakmai megoszlását szakképzettségi, epidemiológiai és demográfiai adatok, valamint a kezelésre fordított munka és idő alapján szokás meghatározni.

Magyarországon az EU országokéval azonos szakmai standardek alapján történik a kórházba utalás és a kórházi kezelés.

A magyar eü-nek a magyar viszonyokból kell kiindulnia és a magyarországi viszonyokhoz kell igazodnia. A magyar eü-ről folytatott diskurzusnak is erről kellene szólnia. Nem külföldi példákról, hanem a hazai igényekről, és lehetőségekről. Szánalmasak azok az eü szervezők, eü közgazdászok akiknek a szakértelme kimerül abban, hogy külföldi adatokat kérnek számon a magyar eü-n. (Az adatok a WHO oldalain bárki számára elérhetőek.)

Nyugaton szándékosan keresleti piacot állítottak elő az eü-ben. Az eü-re vonatkozó adataik ezen megfontolás figyelembevételével értelmezendők.

Az ellátás biztonságát nem veszélyeztető módon a kórházvezetés saját hatáskörben csökkentheti, növelheti vagy átstrukturálhatja a kapacitásait a fenti szempontok figyelembevételével.

Üres ágyat nem finanszíroz a biztosító. Amennyiben, és ahol sürgősen magas lenne a kórházi ágyszám az, nem az eü rendszer, hanem a kórházak vezetőinek a hibája. Orvos-szakmailag általános elv és bevett gyakorlat, hogy a beteg csak a szakmailag indokoltan szükséges időt töltse a kh-ban. A finanszírozás is ebben az irányban hat.

A szakkérdéseket szakemberekre kell bízni és nem laikusokra. Mindenki csak a felkészültségének megfelelő területen kompetens. Ha, minden kérdésben válogatás nélkül megkérdezettek többségi véleménye döntene akkor, felesleges volna mindennemű szakképzés mivel, mindig a laikus többség véleménye érvényesülne.

A kollektív bölcsesség ilyenkor szándékos félremagyarázása a pletyka terjesztés szintjére degradálja a szakmai érvelést. A demokrácia szándékos félremagyarázásán alapuló antidemokratikus elképzelés.

Szánalmas, hogy hiszékeny emberek különféle zavaros, légből kapott elképzeléseknek hitelt adnak azon az alapon, hogy a zagyvaságok terjesztője azt mondta, hogy ezt tapasztalta. **Azt, hogy ezt tapasztaltam, bárki bármire mondhatja.** Annyian hivatkoznak a tapasztalataikra, hogy az ilyenkor hivatkozást - egyéb hivatkozást, megerősítés hiányában - automatikusan figyelmen kívül hagyhatjuk, illetve bizonyos határon túl a "tapasztaló" pszichiátriai kezelése válik szükségessé. Ha, azt tartanánk

tapasztalatnak, amit egy ember tapasztalatként előad, akkor a pszichiátriai betegségek egész sorának engednénk teret.

Sajnálatos, hogy sokan összekeverik a hétköznapi értelemben vett élményeiket a tapasztalattal és az élményeiket tapasztalatként adják elő. Ez fogalomzavar.

Empirikus, tapasztalati ismeret az, amit az adott kultúrában élők bármelyike aki, adaequat ismeretekkel rendelkezik ugyan olyan módon tapasztalna vagy tapasztalhatna. Egy ismeret csak akkor kerül be az adott kultúra empirikus ismereteinek halmazába, ha a közösség elfogadta a tapasztalati valóság részének azaz, után vizsgálatok során igazolódott. (Az egyén kognitív torzításainak csökkentése.)

Az embereknek joguk van hálásnak lenni, joguk van hálájukat kifejezni, joguk van hálapénzt adni stb. Ez nem etikai kérdés.

A hálapénzzel kapcsolatban született légből kapott feltételezések, megalapozatlan általánosítások alapján ellenséges hangulatot kelteni, másokat rossz hírbe hozni, megbélyegezni stb. ez, etikai kérdés.

Az etika a filozófia egy ága és azzal foglalkozik, hogy egy filozófiai elképzelésnek megfelelően hogyan lehet élni. **Az etika magyarul gyakorlati filozófiát jelent.** Az ember viselkedése a szituációtól függ következésképpen, az etika is az. **Az egyik szituációban erkölcsös magatartás egy másik szituációban nem az.** Az erkölcsi értékeink vannak abszolútként meghatározva.

Azok az etikák, amelyek az egyén értékét valamely külső dologból vezetik le a mesebeli apa, fiú és a számár esetének problémájára vezetnek és szélkakasként funkcionáló embereket nevelnek. (Tkp. ideológiai és/vagy gazdasági befolyásolás eszközei és nem etikák.)

Az egyén értéke - a létéből és/vagy egyszeri, megismételhetetlen mivoltából, stb. - **immanens sajátosságából fakad.** Ez az elképzelés önálló értékű, szabad, és független embereket nevel.

Olyan magatartást tartunk általában erkölcsösnek, ami a közösség túlélését, boldogulását stb. segíti elő. (közerkölc)

Mindaddig, amíg a hálapénz biztosítja a magyar orvosok, nővérek, eü. dolgozók megtartását és az eü. működését, addig a hálapénz elleni fellépés erkölcstelen magatartás. A közerkölccsel össze nem egyeztethető magatartás. Első az ellátás és megelőzés biztosítása tkp. a beteg ill. potenciális beteg, második a béremelés tkp. az eü. dolgozók és utána lehet a hálapénzről moralizálni. Ilyen az etikus súlyozása a kérdésnek. **Hasonló a helyzet a másodállásokkal.**

A hálapénz megszüntetésének hatására az eü. dolgozók egy része elhagyja a pályát, és jobban fizetett és/vagy könnyebb munkát keres. A szakemberhiány következtében az ellátatlan és a nem teljes értékű ellátásban részesülők száma növekszik ami, egyenértékű azzal, hogy az egészség károsodottak száma és a halálozás emelkedik. **A hálapénz elleni évtizedes konyha moralizálás mások megnyomorítása és halála melletti érvelés.**

Amire szükség van és amiből hiány van azt meg kell fizetni. Ahhoz, hogy ne legyen szakember hiány többet kell fizetni. Ilyen a piacgazdaság! Az eü-ben a

szakemberhiány a betegek és potenciális betegek - a népesség - életének és egészségének a kockáztatását jelenti! Az eü-ben soha sem állhat fenn szakemberhiány! Nem betegekkel foglalkozó orvosi szakmák nélkül a betegellátás sem működne. Az orvosi és eü-i szakmák egymásra utaltak.

A szakmák közti egyenlősi demagógia és a múlt rendszer káros öröksége. Gátolja az eü-i béremelést. Szintén **a múlt rendszer demagógiáinak egyike a béremelés helyett hivatástudatra hivatkozni.** A fáradási vizsgálatok eredményei ellentmondanak a rosszul értelmezett hivatástudatból fakadóan túlmunkát végzők heroizmusának. Kimerült, fáradt, dekoncentrált stb. eü. dolgozókkal végeztetett munka az ellátás rovására megy. Veszélyeztetik a betegek egészségét, életét.

Állítólagos egészségügyi szakemberek fennhangon hirdették/ik, hogy: a magyar egészségügyet a progresszív betegellátás elve szerint kell felépíteni, az egynapos sebészetet, a tájékozott beleegyezést stb. A magyar eü. az 1970-es évek eleje óta a progresszív betegellátás elvének és a területi ellátás elvének együttes alkalmazása alapján épül fel.

Az egynapos sebészet és a tájékozott beleegyezés mindennapos gyakorlat volt és ma is az.

"Nagy eü. szervezők" divatos jelszavak nagyhangú hirdetésével szereztek pozíciókat, fizetett megbízásokat tanulmányokra, tanácsadásra stb. Röviden, abból élnek, hogy szidják az eü-t, és zavart, rossz hangulatot keltenek. Álproblémákat gyártanak, importált problémákat kérnek számon a magyar eü-n a hazai viszonyok ismerete nélkül. Az évtizedes zavarkeltés a munkásságuk lényege és a zavarosban halászás a módszerük. Sajnálatos, hogy laikusok számára elfogadhatóak az adatokat, tényeket nélkülöző hóbörgések.

Az egynapos sebészettel és a tájékozott beleegyezéssel az alábbi a helyzet: Fenti két elv már a II. Bécsi Orvosi Iskola (XIX. sz. közepe) programjában szerepelt. A magyar orvoscépzés a Bécsi Orvosi Iskolák elképzeléseit vette át és folytatta. Magyarországon általános mind a két fenti elv betartása.

Az orvosok szakmai szabályokat alkalmaznak konkrét esetekre. Ha, a szakmai szabály egynapos ellátást ír elő akkor, azt alkalmazzák. Aki, indokolatlanul eltér a szabálytól azt felelősségre kell vonni. A finanszírozás is a szakmai szabályok szerint meghatározott időt veszi alapul.

Az antibiotikum éra előtt alakították ki azt az elvet, hogy a beteg a lehető legrövidebb időt töltse kórházban és amit ambulánsan meg lehet oldani azt, ambulánsan kell kezelni. A finanszírozás és a hálapénz is ez irányban hat.

Magyarországon az 1800-as évek vége óta szabályozott, hogy a betegnek a kezeléséhez hozzá kell járulnia és meg van és volt határozva, hogy milyen kezeléshez elégséges a szóbeli hozzájárulás és milyen kezeléshez kell írásbeli hozzájárulás. Továbbá, a kezelés előnyeiről és hátrányairól, következményeiről, anyagi vonzatáról stb. tájékoztatni kell a beteget mielőtt az a beleegyezését adja, vagy elutasítja a kezelést. Természetesen, vannak

olyan helyzetek amikor a beteg a kezelést igénybe kívánja venni és az erre utaló magatartása beleegyezés, és azt nem kell külön kérni. A tájékozott beleegyezést Igazságügyi Orvostan keretében oktatják legalább az 1800-as évek közepe-vége óta. /Korábbi adatnak nem néztem utána./

Az orvoslás - betegek gyógyítása - szakmai szabályok alkalmazását jelenti. **Az orvosok a tájékozott beleegyezés kapcsán szakmai szabályoknak megfelelő tevékenységekről és kórjóslatról stb. tájékoztatják a betegeket. Ez nem etikai kérdés hanem, Hippokratész óta maga is egy szakmai szabály. "A beteg együttműködése nélkül nincs gyógyulás és nincs gyógyítás."** ezért is tájékoztatják a betegeket évezredek óta.

Az orvos-beteg kapcsolat egy kooperáció aminek egy eleme a tájékoztatás, a tájékozott beleegyezés. A beteg együttműködése jóval többet jelent annál, mint amit a „tájékozott beleegyezés” tartalmaz. A tájékozott beleegyezés problémája a beteget tárgyiasító orvos-beteg kapcsolat szülötte ami, a magyarországi orvosok gyakorlatától idegen. Egy kooperatív jellegű kapcsolatból egy elemet kiemelni, azt az egy elemet számon kérni egy komplex kapcsolaton az egyfelől tudatlanság és/vagy demagógia másfelől, egy hatékonyabb érettebb kapcsolat aláásását jelenti. A különböző klinikai propedeutika tankönyvek és jegyzetek legalább 150 éve kitérnek az orvos-beteg kapcsolat kérdéskörére annak kialakítására és azon belül a beteg tájékoztatására. Újabban az orvosi pszichológia is tárgyalja az orvos-beteg kapcsolat kérdéskört.

A szakmai szabályok nyilvánosak és az orvostudomány legújabb eredményeinek alkalmazását jelentik.

Egy aszimmetrikus viszonyban a domináns fél akármire rábeszélheti a másik felet ezért, **az orvosok a szakmai szabályok alkalmazásával kapcsolatos tevékenységekről és a prognózisról stb. tájékoztatják a betegeket.** Ilyen módon nem történik visszaélés domináns helyzetükkel.

A beteg alkalmas-e saját magáról, kezeléséről, sorsáról, jövőjéről dönteni? Nem etikai hanem, pszichológiai, pszichiátriai kérdés. A betegség mennyire befolyásolja a beteg döntését? Vannak betegek akik nem akarnak vagy nem tudnak, nem képesek szembenézni a betegségükkel. A betegség tovább növeli a beteg egyébként is meglévő kognitív torzításait. Az etika nem kompetens ezekben a kérdésekben.

Mo-n a tájékozott beleegyezés kérdésének a XX. század közepén-végén és a XXI. század elején történt felkapottsága az álprobléma gyártás szép példája. Nyitott kapukat döngettek. Egy általános gyakorlatot új címkével újdonságnak próbáltak eladni. /Adatokkal, femérésekkel nem igazolták, hogy Mo-n megszűnt a tájékozott beleegyezés és ezért újra ki kell találni vagy nyugatról átvenni./

Az orvoslás, az orvosi gyakorlat ismeretének hiányán és brutális tudatlanságon alapuló elképzelés.

A "nagy eü. szervezők", "eü. etikusok" feltalálták a spanyolviaszt. Az orvosi etikát a konyha moralizálás szintjére süllyesztették. A konyha moralizálás a felkészületlenség jele szokott lenni.

A tájékozott beleegyezéshez bárki érdeklődő számára hozzáférést kell biztosítani a szakmai szabályokhoz és a szakirodalomhoz. Nyilvános szakkönyvtára – papír és elektronikus – van szükség. Rossz döntés volt a MEDINFO felszámolása.

"A tudományos elméletek sokpremisszás következtetések, amelyeknél a konzekvencia hamissága nem ad eligazítást abban az irányban, hogy a sok premissza közül melyik a

felelős az elmélet hamisságáért, azaz az empirikus adatok nem adnak támpontot annak eldöntésére, hogy melyik elmélet falszifikálódott.

A "jó" vagy "rossz" elmélet kiválasztását nem racionális megfontolások, hanem pszichológiai és szociológiai tényezők befolyásolják. . . . Az empirikus adatok nemhogy nem cáfolnak meg és nem támasztanak alá egy hipotézist, de még arra sem alkalmasak, hogy a lehetséges értelmezések közötti döntést elősegítsék." (Quinie, O. W.: Az empirizmus két dogmája. Magyar Filozófiai Szemle, 1973. (17) 1-2, p. 237.)

Minden adathalmazhoz számos elmélet rendelhető, és minden elmülethez számos adathalmaz rendelhető. Az értelmezések, elmületek számának a racionalitás, az előzetes ismeretek - prekonceptiók - , és a korábbi ismeretekkel való kapcsolattartás szab határt. Az elmületek közötti választást viszont, nem racionális megfontolások befolyásolják. Az elmületek valóságűségének megítélése nem független az értékítéletektől, valamely modell sikerének ténye még nem jelenti azt, hogy a valóság és ennek modellje azonos szerkezetű. A tudományos objektívitas, falszifikálhatóság, korroborálhatóság metafizikai előfeltevéseken alapulnak és értéküket kizárólag alkalmazhatóságuk adja.

Az orvoslás – betegek gyógyítása – az orvostudomány eredményeinek alkalmazása. Az orvostudomány eredményei szakmai szabályok formájában válnak alkalmazhatóvá következőképpen, a betegek gyógyítása szakmai szabályok alkalmazását jelenti. A szakmai szabályok alkalmazása biztosítja a betegek optimális gyógyulását.

A hálapénz a múlt rendszer piaci viszonyoktól elszakított és a marxista ideológia alapján kifundált bérezésnek a következőménye. Akik, a hálapénzt elfogadják a megélhetésükért teszik és döntő többségükben nem Yachtra gyűjtenek. Hasonló a helyzet a másodállásokkal.

Aki korrupciót, erkölctelenséget emleget a hálapénz kapcsán az, az előző rendszert szidja. Sajnos, nem sikerült minden téren a múlt rendszer erkölcsi mélységeiből a tisztesség szintjére jutni. A felfelé vezető úton az első lépés a jelentős béremelés lenne. Nem a hálapénz elfogadója és/vagy adója az erkölctelen hanem, a bérek/jövedelmek hitványak.

Erkölctelen az, hogy vannak ellátatlan és/vagy hiányosan ellátott területek. Az ott élők a Tb. járulékukért semmit vagy hiányos ellátást kapnak. Az ellátásuk biztosítása az elsődleges feladat.

Az eü. dolgozók kb. 15-20%-át érinti a hálapénz. **Amíg, a hálapénz biztosítja a magyar orvosok, nővérek, eü. dolgozók megtartását és az eü. működését addig, a hálapénz elleni fellépés erkölctelen.**

Az optimális szakember/beteg arány csökkenése magasabb halálozásra és az egészségkárosodottak számának növekedésére vezet. Egyúttal, növeli az ellátás költségeit. Az emberi élet és az egészség az első!

Egy elv mellett kiállni az emberek élete és egészsége ellenében nem orvoshoz és/vagy etikushoz méltó magatartás. Hitványság!

Az embereknek joguk van hálásnak lenni, joguk van hálájukat kifejezni, joguk van hálapénzt adni stb. Ez nem etikai kérdés. A hálapénz önmagában nem etikátlan!

A hálapénzzel kapcsolatban született légből kapott feltételezések, megalapozatlan általánosítások alapján ellenséges hangulatot kelteni, másokat rossz hírbe hozni, megbélyegezni stb. ez etikai kérdés.

Az etika a filozófia egy ága és azzal foglalkozik, hogy egy filozófiai elképzelésnek megfelelően hogyan lehet élni. Az etika magyarul gyakorlati filozófiát jelent.

Olyan magatartást tartunk általában erkölcsösnek, ami a közösség túlélését, boldogulását stb. segíti elő (közerkölcs).

Mindaddig, amíg a hálapénz biztosítja a magyar orvosok, nővérek, eü. dolgozók megtartását és az eü. működését, addig a hálapénz elleni fellépés erkölcsstelen, a közerkölccsel össze nem egyeztethető magatartás.

Első az ellátás és megelőzés biztosítása tkp. a beteg ill. potenciális beteg, második a béremelés tkp. az eü. dolgozók és utána lehet a hálapénzről moralizálni. Ilyen az etikus súlyozása a kérdésnek. Hasonló a helyzet a másodállásokkal.

A hálapénz megszüntetésének hatására az eü. dolgozók egy része elhagyja a pályát, és jobban fizetett és/vagy könnyebb munkát keres. A szakemberhiány következtében az ellátatlan és a nem teljes értékű ellátásban részesülők száma növekszik ami, egyenértékű azzal, hogy az egészség károsodottak száma és a halálozás emelkedik. **A hálapénz elleni évtizedes konyha moralizálás, mások megnyomorítása és halála melletti érvelés.**

Az etika a filozófia része és azzal foglalkozik, hogy egy filozófiai elképzelésnek megfelelően hogyan lehet élni. Az etika gyakorlati filozófia. Az ember viselkedése a szituációtól függ következőképpen, az etika is. Az egyik szituációban erkölcsös magatartás egy másik szituációban nem az. Az erkölcsi értékeink vannak abszolútként meghatározva.

Azok az etikák, amelyek az egyén értékét valamely külső dologból vezetik le a mesebeli apa, fiú és a szamar esetének problémájára vezetnek és szélkakasként funkcionáló embereket nevelnek. Azok az etikák amelyek, valamilyen külső dologból eredeztetik az egyén értékét azok, az emberek politikai/gazdasági/ideológiai befolyásolásának eszközei és nem etikák.

Az egyén értéke - a létéből és/vagy egyszeri, megismételhetetlen mivoltából stb. - **immanens sajátosságából fakad.** Ez, az ember önálló értékének, szabadságának, függetlenségének az alapja.

E sorok írója az orvosi egyetem befejezése után (1987.) a Semmelweis Orvostudomány Egyetem Általános Orvostudományi Kar Társadalomorvostani és Orvostörténeti Intézetében pályázat útján kapott állást mint társadalomorvostan oktató és orvostörténet kutató, orvosgyakornok. 1991-től társadalomorvostan szakorvos és egyetemi tanársegéd 1995-ig. 1995-től a MEDINFO-ban (Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár) dolgozott 2004-ig.

Elhatárolom magam a MEDINFO-tól és utód intézményeitől!

Az összeállítás 2004-ben készült.

Magyarországon korábban nem voltak várólisták. A várólistára került betegek

életminősége nem ugyan olyan, mint a kezelt, gyógyult embereké. A várólisták a betegeket egy alacsonyabb életminőségi szintre kényszerítik akár, évekre. Aljas és etikátlan dolog a várólista.

A magyar egészségügy korszerűbb, hatékonyabb és beteg centrikusabb volt, mint bármelyik nyugati.

SZERKESZTÉS ALATT!

FELTÖLTÉS ALATT!

Valamennyi dokumentum szerzői és egyéb jogai a szerző tulajdona. Valamennyi dokumentum csak és kizárólag magán célra, változtatás nélkül másolható a szerzőre és a forrásra történő pontos hivatkozással. Minden más terjesztési és másolási mód és forma esetében a szerző engedélyét kell kérni. A szerzőre és a forrásra való pontos hivatkozást és az engedélyt a dokumentumban mindig fel kell tüntetni és annak mindig benne kell maradnia a dokumentumban. A dokumentumok és azok részletei a szerző és a forrás pontos megjelölése nélkül még parafrázisként sem idézhetők és semmilyen célra fel nem használhatók. A dokumentumokkal kapcsolatos jogokról az 1999. évi LXXVI. törvény A szerzői jogról, továbbá a 2001. évi LXXVII. törvény a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény módosítása megfelelő szakaszai rendelkeznek.

Dr. Kemenes Pál: Orvostörténeti publikációk