

A Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv egészségügyi vonatkozásairól

Dr. Kunetz Zsombor
Budapest 2021. augusztus 31.

Bevezetőként, általánosságban a Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv egészségügyi vonatkozásairól (továbbiakban Terv) annyit mindenképpen elmondhatunk, hogy sok helyen reálisan méri fel a problémát, igaz ez még akkor is, amikor az erre adott válasz nem teljesen kibontott és egyértelmű.

Mindazonáltal azt ki kell hangsúlyozni, hogy bármiféle terv és projekt a megvalósítás szakaszában pontosan annyit fog érne, mint az ebben szereplők tudása és munkaképessége jelent. A legnagyobb problémát én itt látom, ugyanis Magyarországon az elmúlt évtizedben a szakmai hozzáértést, a képességeket és készségeket a lojalitás, a szervilizmus váltotta fel. Így bármely önmagában előremutató és hasznos terv, amely a fejlődést, vagy egy struktúra átszervezését jelentené, gyorsan és könnyen elabortálható a kivitelezés fázisában.

Ennek a Tervnek az egyik legfőbb hiányossága, hogy az egészségügyi ellátórendszert nem képes megfelelő magasságból szemlélni és az összefonódások finom fonalait észlelni, ezért külön egységként kívánja az ellátás javítását megteremteni.

Részleteiben nézve az anyagot, jól ismeri fel a rendszer egyik fontos rendellenességét, a kórházcentrikus ellátórendszert. Ezt a Health at a Glance Europe 2020 kiadványa is megerősíti, amelyben Magyarország az előkelő második helyen szerepel az orvos-beteg találkozó számában, valamint a kórházi ágyszámok is jelentősen az uniós átlag felett vannak és az átlagos kórházi tartózkodás hosszában is vezető szerepet tölt be hazánk.

Sajnos a hazai politikai elit ritka kivételtől eltekintve soha nem volt elég bátor ahhoz, hogy ezt a felborult struktúrát megbontsa. Ugyanis a helyi, vagy országos politikai lobbik eddig sikerrel akadályozták meg egy-egy kórház bezárását, illetve átalakítását például rehabilitációs, vagy ápolási otthonokká. Ez utóbbiakra pedig rendkívüli igény lenne, hiszen ezen intézmények ágyszámának a kihasználtsága sokszor 85-90 százalék feletti.

Éppen ezért helyesen vonja le azt a következtetést a Terv, hogy az alapellátást fejleszteni és erősíteni kell, miközben a járóbeteg-ellátás dominanciájának a növelésére is szükség van.

Szintén megfelelően azonosítja a problémát az anyag azzal, hogy a házi orvos kapuőri, prevenciós, és krónikus betegmenedzsment feladatait a jelenleginél sokkal hatékonyabban kellene ellátni. Amit meglehetősen nehezít az a tény, hogy a betöltetlen praxisok száma erősen növekszik, a mai napon ez az Országos Kórházi Főigazgatóság honlapján 565, míg ugyanez a szám a fogorvosi praxisok tekintetében 254, azaz együttesen 819 praxisban nem megoldott valamely alapellátási szolgáltatás. Ez azt is jelenti, hogy az itt élő betegek számára vagy nem elérhető, vagy rendkívül körülményes az alapellátás igénybevétele. Hiába írtak ki számos alkalommal praxistámogatást, illetve valamiféle plusz támogatást azok számára, akik olyan helyen vásárolnak, vagy az önkormányzatoktól kapnak házi orvosi praxist, amely tartósan betöltetlen, ezen praxisok száma nem csökkent, hanem folyamatosan növekedett. Most a kormányzat a megoldást a praxisközösségek létrejöttében látja, amely valóban hasznos és tartós megoldást jelenthet, amennyiben ennek megszervezése és üzemeltetése egy régiós szinten létrejött ellátásszervező kezében van. Sajnos jelenleg nem így történik, hiszen ezen praxisközösségek létrejöttét alig-alig koordinálják, rábízták a házi orvosokra ennek megvalósítását. Holott nem ugyanaz a szükséglete egy vidéki zsákfaluban élő embernek, mint egy nagyvárosi környezetben élőnek, ahol a magánellátás különböző formái is elérhetőek. A nemrégiben bevezetett Egészségügyi Jogállási Törvény pedig az orvosi fizetéseknek is felső határt szab, amely igaz a praxisközösségekben dolgozóakra nézve is. Így azokon a területeken, ahol jelenleg a beteganyag elhanyagolt és ezért sokkal több munka hárul az házi orvosokra, ott jelenleg nincsen lehetőség különösebb ösztönzők bevezetésére.

A Terv felismeri azt a most is feszítő problémát, hogy azon házi orvosok, akik más szakvizsgával is rendelkeznek, nem tudják ezen többlet tudásukat hasznosítani. Ma egy belgyógyász végzettségű házi orvos nem tud a kompetenciakörébe egyébként tartozó gyógyszert felírni, ehhez a beteget tovább magasabb szintű ellátóhoz kell küldenie, még akkor is, ha ez pusztán egy adagnyi pelenka

felírását jelentené. Ebben az anyag nagyon helyesen változást ígér és a praxisközösségek létrejöttével köti össze, megteremtve annak a lehetőségét, hogy az ott dolgozó orvosok már megszerzett egyéb szakvizsgájuknak megfelelő eszközparkot is beszerezhessenek és az ehhez kapcsolódó támogatott készítményeket, vagy gyógyászati segédanyagokat felírhatta. Ez valóban képes lesz csökkenteni a rendszer további szintjein az orvos-beteg találkozás magas számát.

A prevenció kapcsán magában az anyagban is előszeretettel használt népegészségügyi fejlesztésekre, bár meglehetősen komoly az igény, azok azonban a szervezetlenség és a végig nem gondolt megvalósítás mentén gyakorlatilag már most sikertelenségre vannak ítélve. Hiszen a zászlóshajóként is emlegetett vastagbélszűrés program is inkább kudarcot jelent, mint sikeres projektet. A rendszer ugyanis csak addig volt részlegesen végiggondolva, amíg a vastagbélszűrés meg nem történt, utána a kiszűrt pozitív eredményt mutató betegeket vastagbéltükrözésre kellett tovább küldeni. Ehhez bár pályázatokon keresztül biztosítottak plusz eszközöket, vizsgálóhelyiségekből és személyzetből nem lett több, ahogyan a pozitív vastagbéltükrözés után a végleges megoldást jelentő sebészből és onkológusból sem. Így amennyiben ezen programokat komolyan gondolják, akkor a teljes ellátási láncot erre fel kell készíteni.

A háziorvosi ellátás mellett meglehetősen szűkszavú a Terv a szakellátással kapcsolatban, pedig ökölszabályként itt is igaz, hogy az a beteg, aki nem, vagy nem idejében kap megfelelő szakellátást, az később sokkal komolyabb egészségkárosodást lesz kénytelen elviselni, ami magát az egész egészségügyi ellátórendszert is hátrányosan fogja érinteni, mind finanszírozási, mind ellátási oldalon. Mindemellett a betegek egy jelentős része a kórházi ellátásban és ott is leginkább a sürgősségi osztályon keres majd a problémájára azonnal megoldást. Hasonlóan, mint ahogyan ez történik a megfelelő háziorvosi ellátás hiányában.

Éppen ennek a problémának a megoldását jelenthetné egy jól felkészített szakrendelői hálózat, olyan egynapos ellátási rendszerekkel bővítve, ahol a betegek azon része, is kaphatna ellátását aki most ezt még a kórházakban veszik igénybe. Ehhez továbbra is szükséges lesz egy, az ellátási tevékenységtől teljesen független regionális ellátás szervező létrehozására, amit egyszer kancelláriaként már megpróbáltak bevezetni, azonban a politika és a kórházvezetői lobbieredményesen megvétózta.

Ahogy megvétózta a korábban már említett kórház-átalakításokat is. Ezekre égetően szükség lett volna, hiszen még mindig 7 kórházi ágy jut 1000 főre, az uniós 5 ágy/1000 fővel szemben. Ráadásul ezen kórházi kapacitásokat meglehetősen rosszul is használja fel a rendszer, amit mind a halálozási, mint a mortalitási mutatóink sajnálatosan alátámasztanak.

A kialakult helyzeten csak tovább ront az a tény, hogy a meglévő amúgy is erősen alacsony létszámú egészségügyi humánerőforrás elosztása. Bár a nagyobb megyei intézmények is komoly létszámhiánnyal küzdenek, sokszor a kisebb intézményekben is megpróbálják fenntartani azokat az ellátási formákat, amelyekhez gyakorta már a megyei kórházaknak sincsen megfelelő kapacitása. Holott amennyiben a kisebb intézményből a megfelelő képességekkel, készségekkel és szakmai tudással felvértezett dolgozó a gyakorlatához szükséges elegendő esetszámot biztosítani tudó nagyobb, megyei intézményben dolgozna, akkor régiós szinten is biztosítható lenne a megfelelő ellátás.

Ebből fakadóan, elengedhetetlen a kórházi struktúra újragondolása, bizonyos intézmények átalakítása, vagy bezárása, ugyanis az eddigi megoldások, amelyek egy kisebb intézmény nagyobb intézménybe való integrálását, vagy több intézmény összevonását jelentették, mindössze a menedzsmenti pozíciók számában mutatott előrelépést, de sokszor még ott sem.

Teljes mértékben hibás a Terv azon megállapítása, hogy országos intézményekbe szükséges szervezni a legmagasabb progresszivitású ellátásokat. Ezzel a gondolatvilággal további hierarchikus rendszer épülne fel egy horizontális, több szakmát is magába foglaló rendszer helyett. Hiszen a betegnek egy adott időpillanatban több megbetegedése is lehet, amit egy professzionális

horizontális rendszer el tud látni, míg az egy betegségcsoport köré szervezett országos intézményekben ezen ellátások igénybevétele a beteget a megfelelő másik intézménybe kell transportálni. Az egyszakmás intézmények világa a múlté. Az azonban valóban igaz, hogy szükség van olyan intézményekre, amelyek a legbonyolultabb eszközigenyű, vagy erősen specializált tudást igénylik. Ezen feladatok ellátására az orvostudományi egyetemeket kell képessé tenni.

A sürgősségi ellátás nem képzelhető el a prehospitális ellátás átszervezése nélkül, amit hazánkban az Országos Mentőszolgálat biztosít. Ahhoz, hogy ez az ellátás megfelelően hatékony legyen, elengedhetetlen annak definiálása, hogy mi az az ellátás, ami a Mentőszolgálat hatásköre és mi az, ami nem az. Így többnyire elkerülhető lenne, hogy a Mentőszolgálat legmagasabban felszerelt egységeit is olyan esetekhez riasszák - elvonva a kapacitást a komoly egészségkárosodástól - amelyek nem igényelnek sürgősségi beavatkozást. Sajnos a jelenlegi rendszerben a mentőhívások és küldések nagyobbrészt azonnali sürgősségi ellátást nem igénylő állapotok miatt történik. Éppen ezért, európai szintű kikérdezési protokollokra van szükség, professzionális vezetésre és irányításra, majd ezen feltételek biztosításával azon igények felmérésére, hogy hol és pontosan mire van szükség a fejlesztéshez.

Komoly eredménykét könyveli el a Terv a hálapénz megszüntetését, az orvosi béremelés és az Egészségügyi Jogállási Törvény bevezetését. Ez azonban sajnálatos módon több feszültséget teremtett, mint amennyit megoldott. Az nem lehet kérdés, hogy az állami szintre emelt korrupció, a hálapénz kivezetése elengedhetetlen egy tisztességes egészségügyi ellátórendszer létrehozásához. Azonban a hálapénz az egyfajta - kifejezetten előnytelen - ösztönzőként is szerepelt. Hiszen minél több orvos-beteg találkozó, vagy beavatkozás volt, annál magasabb volt a remélt hálapénz összege is. Éppen ezért, bár a hálapénz mielőbbi megszüntetésére, a lehető leggyorsabb kivezetésére égető szükség volt, sajnos azonban ez megfelelő felkészülés nélkül történt meg, egy időben az Egészségügyi Jogállási Törvény bevezetésével, amelyben az orvosbéreket rendezték. Miután ebben a jogszabályban az orvosbéreknek felső határa van, ellenben semmiféle minőségbiztosítási kritériumokat nem tartalmaz, így egyetlen orvos sem érdekelt a minél több beteg minél magasabb színvonalú ellátására. Miközben a kórházak ugyanígy a COVID-ellátás miatt a teljesítmény-finanszírozás helyett bázisfinanszírozást kapnak, azaz minden egyes beavatkozással a saját adóságállományukat növelik. Ennek következményeként a hálapénz kivezetése, az orvosbérek rendezése, az Egészségügyi Jogállási Törvény bevezetése sokat rontott a SARS-CoV2 miatt szinte teljesen leállt egészségügyi ellátórendszeren. Ráadásul ez az Egészségügyi Jogállási Törvény semmiféle bérrendezést nem ígér a nem orvos egészségügyi dolgozók számára, akik béremelése rendszerint nem jelent mást, mint a garantált bérminimumnál minimálisan magasabb alaplét. Sajátos csomópontja a Tervnek az egészségügy digitalizálása, ez a múltban nem nagyon volt a szektor sikerágazata, elég csak az állandóan lefagyó, döcögő EESZT-re, vagy akár a SARS-CoV2 járvánnyal kapcsolatos digitális teljesítményre gondolnunk. Így erősen kétséges például a "Az önellátásra korlátozottan képes emberek biztonságát és életvédelmét szolgáló digitalizációs program" megvalósításának sikeressége, pláne annak a ténynek ismeretében, hogy ilyen megoldással már több évtizede próbálkoznak egészségügyi magánszolgáltatók, vajmi kevés sikerrel.

Nem segíti az eligazodást az a tény sem, hogy az egészségügynek jelenleg több gazdája is van, az EMMI mellett a Belügyminisztérium, az Innovációs és Technológiai Minisztérium, de néha még a Jegybank is jogot formál egészségügyi reformcsomagok elkészítésére. Márpedig a sok gazda között pontosan a jószág veszik el.

Végezetül, a Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv sokszor önmagában értékes gondolatokat tartalmaz, azonban ezek nem állnak össze rendszerként, sőt számos, az egészségügyi ellátást alapvetően befolyásoló tényezőkről nem, vagy nem elég hangsúlyosan szól, mint például a

gyógyszerekről, gyógyászati segédeszközökről, a betegedukációról, vagy éppen a fenntartható finanszírozásról.