

# AZ „MITŐL VAN?”

## – KÉRDI A BETEG

**AMIKOR NEM AZ ORVOS KÉRDEZ, HANEM A BETEG, AKKOR EZ A LEGGYAKORIBB KÉRDÉS: AZ MITŐL VAN, DOKTOR ÚR? ELÉG NYUGTALANÍTÓ ÉRDEKLŐDÉS, MERT ALIG LEHET FELELNI RÁ, UGYANIS A LEGTÖBB BETEGSÉG TÖBB OKRA VEZETHETŐ VISSZA: SZÜLETETT HAJLAM (GENETIKA), KÖRNYEZET TÉNYEZŐK TÁMADÁSA (FERTŐZÉS, MÉRGEZŐDÉS: LEVEGŐ, VÍZ, ÉTEL, SZÉPÍTŐSZEREK, ÉLVEZETI SZEREK), CSÖKKENT ELLENÁLLÓ-KÉPESSÉG. KI TUDJA KINÉL, MIKOR, MELYIK, MILYEN MÉRTÉKBEN OK. IGEN NEHÉZ MEGÁLLAPÍTANI ÉS MÉG NEHEZEBB, SZINTE LEHETETLEN ELMAGYARÁZNI A BETEGNEK, AKINEK MEGFELELŐ ORVOS-BIOLÓGIAI ISMERETEI ALIG VANNAK, MIVEL ISKOLAI EGÉSZSÉGTAN TANTÁRGY NINCSEN.**

Ez a fajta „felvilágosítás” soha sem lehet annyira tökéletes, hogy bele ne tudjon kötni egy „jogtechnikus”, mint ahogy egyre többen, egyre többször teszik is. Fogást találtak a gyógyítókon és pénzt szórítanak ki belőlük. Milliókat. S ez csak az egyedi eset. Az egyes kórházakból tízmilliókat facsarnak ki, no nem az orvosi műhibákkal –, mert azok a valóban kiváló magyar orvosi tudás és gyakorlat mellett csak elvétve fordulhatnak elő – hanem a bánásmódbeli kifogásokkal: „nem világosították fel eléggé a beteget”. És ez az „eléggé” ez az, ami lehetetlen.

A kockázatot a veszélyek esélyével, számszerűen kellene megadni, pl. %-os kifejezésben. Na, de hányféle veszély lehet: kiújulás, erőnlét csökkenés, torzulás, rokantság, halálozás – pontosan az adott személyre vonatkoztatva. Ez azt jelenti, hogy legalább 100 fő, hasonló helyzetű (nemű, életkorú, testi/lelki állapotú, foglalkozású – ülő, járó, szellemi, fizikai, veszélyes munkakörű stb.), ugyanazon betegségben vagy még inkább betegségcsoportban szenvedő személynek, ugyanazon orvos, ugyanazon ellátó hely színvonala alapján, az egyes kockázati tényezők és azok összesített százalékos veszélye kimenetelének valószínűségét kellene közölni. Meg se értené a legtöbb beteg, vagy ha igen, akkor sokakat elriasztana a gyógyító eljárások vállalásától. A beteget nem orvosi, hanem bizalmon

alapuló emberi érvekkel kell tájékoztatni. A gyógyulásban ugyanis a betegnek is aktívan kell részt vennie, s ez akarati kérdés; mert hogy a gyógyulás legalább három közreműködő sikeres eredménye: az orvosé, aki jól kezel, a természeté, amely zavartalanul gyógyít, és a betegé, aki gyógyulni akar és együttműködik: Medicus curat, natura sanat, patiens sanabitur.

### Az orvoslás megismételhetetlen

Lépjünk túl ezen a jogi útvesztőn. Mit jelent a lehetséges legjobb ellátás, amiről szintén fel kellene világosítani a beteget? A „lehetséges” és a „legjobb” ismét két csúrítható csavarható kitétel. Olyan, mint a paragrafus: ki-be lehet bujkálni rajta. A „legjobb”-ra azt mondják – sajnos világszerte! – hogy pontról pontra meghatározható, leírható. Csakhogy ez nem igaz, mert nem természettudomány, vagyis kórélettani vizsgálatokon, hanem természetrajzon, vagyis sok-központú statisztikai átlagok felmérésén alapul. Mint a mágikus orvoslás kezdetén; így szokott lenni, de hogy miért, azt nem tudták. Ezért lehet, hogy éppen az adott személy esetében az előírás haszna nem igazolódik, sőt lehet, hogy a „nyilvánvaló bizonyítékokon alapuló” (evidence based) előírt eljárásrend (protokoll) betartása káros. Pl.: egy kezdődő tüdőgyulladás hallgatósággal már fel lehet ismerni és azonnali gyógykezelés-

sel kifejlődését meg lehet akadályozni, mielőtt röntgennel láthatóvá válnék.

Ám egy eljárásrendi utasításban ott kell lennie a kötelező röntgen vizsgálatnak. Ennek betartásával – mert ezt kérhetik számon az orvostól –

nemcsak később kezdik a betegséget kezelni, ugyanis a drága antibiotikumot esetenként csak a protokoll szerinti röntgennel igazoltan fogadják el a biztosító, hanem még többre is kerül a film költsége és a késlekedés okozta drágább gyógyszerek miatt. A tapasztalt orvosi egyéni ellátás helyét egyre inkább előírásokkal akarja felváltani a hatalom, mely a változó jogszabály dzsungelben pénzéhesen kutatja, hogy az előírt úton haladt-e a gyógyítás, mert csak ezt tudja ellenőrizni és számszerűsíteni.

Csakhogy az orvoslás megismételhetetlen, mint az egyén, akit gyógyítunk. Minden helyen és minden időben többé-kevésbé más és más. A protokoll kartácsstűz, az orvosi tapasztalat meg célzott mesterlövészet a bajra.

Az mitől van, hogy a költség-irányult hatalom rosszul tűri, ha nem tud ellenőrzésként ő is belenézni a célkeresztbe. Persze iránymutatás nem árt a „közkatónának”, aki nem mester(lövész). Egy irányjelző vezérfonal (guideline) azért lehet elfogadható, mert az egyedileg módosítható, ha az embert és nem a betegséget kezeljük, gyógyítjuk. Pontról pontra betartandó protokoll a vizsgáló módszerekhez szükséges.

A gyógyítás, ha igazán jól és nem „favágás” szinten végzik, hanem mindig mindent egy kicsit egyénre szabottan, akkor más és más lesz, nem úgy, mint a gyökvonás, vagy térfogat mérés, (ha becslélete-



sen mérik a sört), mely bárhol, bármikor ugyanannyi. Az mitől van, hogy a biztosítás nem törődik a beteg ember gyógyításának egyedi körülményeivel? Őt a költségek pénzbeli átlagolása, s ennek összegzése érdekli, annak minimalizálását erőszakolja – méghozzá bármi áron. Így aztán, rendszerint hosszabb távon többbe kerül, ha a beteget a most elérhető legolcsóbban látjuk el. Persze így a biztosítás szolidaritás elve nem képes teljesen érvényesülni. Az elv helyénvaló alkalmazásának arra kellene kiterjednie, ami minden esetben közös. Pl. a helyiségek, műszerek, személyzet, szállítás (mentők), energia és jól meghatározott alapvizsgálatok, továbbá gyógyszer csoportok, (fájdalomcsillapítók, lázcsillapítók, vérnyomás csökkentők, vízajtók stb). De, hogy kinek melyekből, melyik fajta a legjobb, azt nem írhatja elő semmilyen protokoll. A vendéglőben minden étkezni betérő választhat az étlapról, de csak ugyanazok közül a választhatókból kaphat s akkor ki lehet számítani, mennyi a számla. Persze ekkor is előfordulhat, hogy a főúr a dátumot is hozzáadja mondván: az idő pénz. Ez az eset-irányult ellátás. A vendég távozik, s talán soha többé nem megy oda.

### Az egészségvédelem

Az emberközpontú ellátás más. Egyedileg tervezett (projektív), megelőző, (preventív), gyógyító (curatív), erőnlét helyreállító (rehabilitatív). Elnevezése pedig nem lehet egészségfejlesztés (hiszen az egészséget nem lehet egészségesebbé fejleszteni), hanem csak egészségvédelem.

Az orvosi ellátás feltételei pedig a következők:

- ◆ az orvostudomány állása szerint lehetséges;
- ◆ embergyógyászatban alkalmazható;
- ◆ adott esetben indokolt;
- ◆ az alkalmazni képes gyógyhely a betegnek hozzáférhető;
- ◆ a beavatkozásnak sem jogi, sem erkölcsi akadálya nincs;

- ◆ a beteg elfogadva megengedi;
- ◆ gazdaságilag elérhető.

Ezt a hét feltételt szokták kettőbe sűríteni: orvosilag indokolt, gazdaságilag fedezhető. (a „megengedés” a sűrített kifejezésből kimaradt beteg joga!)

Az mitől van, hogy teljesen elhibázott a diagnózis finanszírozás, a HBCS? A kórisme (diagnózis) ugyanis sohasem egyértelmű: vagy a) a betegség lényegét fejezi ki; vagy b) az orvos véleményét fejezi ki a betegségről; vagy c) egyszerű döntési osztályozás: pl. ha magas a vérnyomás – akkor értágító (közben lehet, hogy a lényeg vesebetegség). Az eset-központú kórisme, és az egyén ismeretén alapuló emberközpontú ellátás, nincsenek kölcsönös megfeleléségben.

A család kis társadalom. Melyik gondos szülő tudná megmondani, mit ér a gyermeke egészsége, vagy gyógyulása? Csak arról lehet szó, hogy mennyit tud áldozni rá és hova helyezi a tennivalók sorrendjében. Lehet, hogy a gyermek egészségét előbbre helyezi a sajátjénál. (Lásd szülői szerv-felajánlás gyermeke részére.)

Éppen ezért a társadalom viszonyainak szervezésével megbízott (választott) hatalomnak is sorrendet kell alkalmaznia. Mi előbbre való és mennyire? Pl. a rosszul gazdálkodó bankok vagy a rosszul levő emberek? Az olyan finanszírozás, mely az uzsora mértékű befizetett járulékok ellenére nem finanszírozza sem az egészségügyi ingatlanok, sem az egészségügyi elhasznált műszerek helyrehozatalát, újra cserélését (amortizáció) voltaképpen nem finanszírozza az egészség helyreállítását sem. Ez utóbbihoz ugyanis az előbbi is nélkülözhetetlen.

Az mitől van, hogy a biztosító mindezt megteheti? Azért, mert egyeduralgoló (monopol) helyzetben van azáltal, hogy a politikai hatalom kezében van; a biztosítás az a kés, amellyel „operál” – hol itt, hol ott vág le valamit. A visszavisszatérő kétség, hogy központosított vagy szétszórott legyen-e egy nagy rendszer, meg-

oldható: központba szervezni csak azokat kell, akik a jó döntéshozásban kiválnak; a feladatok végrehajtását meg azokra kell bízni, akik meg a helyszíneken bevalnak. Ezek viszont nem politikusok, nem közgazdászok, hanem csak elismert szaktekintélyű orvosok lehetnek.

Az évtizedek óta terhes egészségpolitika négy éve vajúdik s most ért a kitolás szakába: „kitol” az egész nemzetet az ellátás korlátozásával (TVK), amely így lassan bele is pusztul, hacsak egy jó (szül)ész lábra nem állítja. Költség/haszon hányadost feszegetnek, miközben a haszon az év végén ugyanúgy nem számítható ki, mint az oktatásban. Különös, hogy az oktatás a gyógyítás fordítottja: a betegbe a lehető legjobbat kell bevinni, hogy a rosszat kivegyük belőle; a tanulóból viszont az elérhető legjobbat kell kihozni, s közben az elérhető legrosszabb anarchista eszméket is bele lehet vinni. Az unos-untalan álszakértelemmel emlegetett költség/jótétemény (cost/benefit – bonum facere=jót tenni) már magában is ostobaság, mert az előnyös jótéteményt a hátrányos kockázattal lehet csak szakszerűen együtt mérlegelni (risk/benefit), nem pedig a költséggel; másrészt viszont a költség/hatékonyság (cost/effectiveness) az egymásnak gazdaságilag megfelelő párosítás. Ilyen fokú hozzá nem értés esetén nem meglepő a sok kudarc, mert a politikus az olyan foglalkozás, amihez semmilyen szakképesítés nem kell. Senki sem tud nagyobb pusztítást végezni, mint egy hozzá nem értő, aki még szorgalmas is. A szociális gondok medikalizálása csökkentheti az egyes beteg igényeket saját gyógyulásához, mert a teljes díjtalanság (hibásan ingyenesnek mondott, holott nagyon is drága) következményeként a betegben gyakran erősebb a kezelés, mint a gyógyulás utáni vágy. Ez a szociális gondokkal ötvöződés eredménye, s az ilyen beteg az, aki annyira „sérült” mozgásában, hogy – főleg télen – a kórházba





## fórum

csak jönni tud, onnan menni nem. A szociális gondokat nem szabad „medikalizálni”, azok megoldásáról külön kell gondoskodni. Az mitől van, hogy az egyénközpontú egészségvédelemhez nem egyénközpontú hozzájárulás illeszkedik? Az egyén első kötelessége saját előzményeinek rendelkezésre bocsátása, mely akkor a legmegbízhatóbb, ha keletkezésekor, egyedileg, elektronikusan rögzített és ott van az egyénnél.

### Megoldás: az e-kártya

A betegadatokat is hordozó e-kártya a megoldás. A második információkezelési feladat a leletek és vélemények összegzése, úgyszintén az e-kártyán. Nem központosított adatbázisba, mert az sohasem naprakész, sohasem elég biztonságos, sohasem személyiség védett, sohasem elegendő kapacitású, sohasem hozzáférhető idejekorán. Ki van dolgozva egy teljes betegdokumentációra alkalmas kártyás eljárás, mely minden fontosat tartalmaz (képeket is, sürgősségi adatokat, szedett gyógyszereket, munkahelyeket, sőt, egyéni egészségügyi költségeket is!). Erre a kártyára a kötelező, egységes szabály alapú, jövedelem arányos járulék rákerül, a kártya tulajdonosa meg annyit tesz hozzá, amennyit akar. Kívánságára a nyugdíjemelések egy része szintén egészségügyi kártyára kerülhetne. Így lehet szükséglet vezérelt az igénybevitel. Itt kaphat szerepet a szolgáltatásban a kiegészítő biztosítás. Az állam nem a működést, hanem adóbevételeiből a fenntartást finanszírozná, mert annak kell egyenszilárdságúnak lennie. Ehhez persze a GDP legalább 10 százaléka szükséges. Pl. 20.000 milliárdból 1200 milliárd személyi javadalmazásra, 800 milliárd dologiakra. A háziorvos „fejpenze” elég lenne az ideális kb. 600 fő vállalásával, maradna ideje a kórházi to-

vábbképzésre (egyszerűbb kredit pontszerzés). Az intézménybeli alacsony személyi illetmények miatt nem mennének gyógyszerügynököknek vagy hétvégén külföldre az orvosok. Egészségügyi állományba tartozó személy viszont térítésmentesen vehetné igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Nem lenne szakember hiány. A szolidaritás elv az egységesen hozzáférhető kínálat esélyegyenlőségében nyilvánulna meg. A beteg az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a kártyáról „fizet”, tehát:

- ◆ nem fogja feleslegesen kezelteni magát;
- ◆ megszűnik a paraszolvencia, mert jogszerűen és adóellenőrzöten fizetne a beteg anélkül, hogy ez őt számolatlanul terhelné,
- ◆ a kártyán lévő „pénz” csak egészségügyi célra lenne használható, de ez lehetne gyógyüdüléstől gyógyszerekig bármi. Ha viszont nem költene magára ebből semmit, vagy sokat takarítana meg azáltal, hogy idejekorán fordul orvoshoz, akkor időközönként (pl. 3 vagy 5 évenként 25-33%-át bármire költhető pénzzé válhatná át). Fenti rendszerrel több előny járna együtt:
  - ◆ A páciens érdekeltté válnék a takarékoságban.
  - ◆ A sürgősségi ellátás azonnal, és teljes információt kapna akár a helyszínen.
  - ◆ A szakellátás minősége könnyen ellenőrizhető (a kártyán minden ott van!).
  - ◆ A finanszírozás szükségletvezérelté válnék a jelenlegi kínálatvezérelt, reklámozott piacolás helyett.
  - ◆ Az egészségügyi bürokrácia jelentősen csökkenne.
  - ◆ A gyógyszer-fogyasztás ellenőrzése már a patikában megtörténne, ez a visszaélések akadályává válik nem kell 155 millió vényt központilag ellenőriztetni.

◆ A beteg követhetőség automatikusan megvalósul anélkül, hogy erre irányító (parazita) gárdát kellene beállítani, amint ezt az elvetélt IBE próbálkozás akarta létrehozni.

◆ Többnyelvűsége valóban európai használhatóságúvá teszi (vö. külföldi munkavállalás).

◆ A rendszer egyértelműen személy-irányult, mégis esetelemzésre is alkalmas (a csak jogosultság igazolására bevezetett kártya pocskékolás).

◆ Személytelenített adatgyűjtés tudományos, közegészségügyi statisztikai célokra sokkal megbízhatóbb, mert az ellátás éles üzemenben keletkezett és rögzített adatoknak legnagyobb a pontossága és megbízhatósága. Utólagos kitöltések sok tévesztést okoznak.

A háziorvos számítógépén minden betegéről másolatnak kell lennie (a redundancia biztonság fokozó), a háziorvos így értesül betege egyéb, szükséges szakorvosi megosztott ellátásáról (shared-care). Ezért tájékoztatásból nem fog beutalni beteget megismételt vizsgálatokra. A kártya teljesen kidolgozott és ötnyelvű (bármelyik nyelven beírtak, bármelyik másikon olvashatóak automatikus fordításban!). A szolidaritás a szolgáltatás egyetemes árrendszere révén is megvalósulna.

Az e-kártya Egészségügyi Személyi Elektronikus Memória (EszEM) bevezetése a nyugdíjasokkal és újszülöttekkel kezdődne.

A kártya ára 1000-1200 forintot mindenkinek megérne.

Az mitől van, hogy ezek a javaslatok eddig nem kerültek megvalósításra?

A tehetetlenségtől. Ezt kell elkerülni az új önkormányzati képviselők döntéseinek, mivel a lakosság egészségügyi ellátásáról a települési önkormányzatoknak kell gondoskodniuk.

PROF. DR. NASZLADY ATTILA,  
AZ MTA DOKTORA