

## 1. WELTNER János:

Idén is igaz amit az elmúlt 30 évben sok politikus hajtogatott: az egészségügyben egyszerre van jelen a hiány és a pazarlás. **Hiány** van szakemberekben, korszerű ellátóhelyekben, pénzben, egyeztetésben, betegoktatásban, szűrővizsgálatokban, minőségügyben, szakszerűségben, stb.. És van **pazarlás** is. Pazarolunk egészséget, életet, bizalmat, kiképzett szakembereket és valamennyi pénzt is, no meg hitelességet.

A **szakemberhiány** nyilvánvaló szakdolgozói szinten, ahol az orvosi bérek emelését követően sokáig csak hitegették az orvosok nélkülözhetetlen munkatársait. Kevés a nővér, miközben e hiány egy részét elfedi a sok túlóra és másodállás, amire a nővérek a megélhetésük, gyakran egyedül nevelt gyermekük megélhetése érdekében kényszerülnek.

Többszörözős a szakemberhiány. Korábban főként az alacsony bér miatt hagyták el a szakemberek az egészségügyet akár külföldre, akár más ágazatba, mára azonban a rossz munkakörülmények, a megváltozott jogi környezet űzi el a dolgozókat. A szolgálati jogviszony, a háziorvosi minőségmutatók (indikátor) új rendszere valódi egyeztetés nélkül jelent meg, és hátrányosan érintette az egészségügyeket. Jó néhány nyugdíjas, ámde nyugdíj mellett még dolgozó egészségügyi dolgozónál is mostanság telt be a pohár, és felhagytak a gyógyítással.

Az állami egészségügyből a zsebből fizetett szolgáltatásokat nyújtó ellátóhelyek felé távoznak egyre nagyobb hányada főállásként választja új munkahelyét, ami a közellátást, a fizetős szolgáltatást megfizetni nem tudók ellátását tovább gyengíti, gazdagok és szegények egyenlőtlen hozzáférést okozza. A kormány ugyan célként tűzte ki az **állami és magánellátás** szigorú szétválasztását. Tudnivaló, hogy sok állami intézetben egyes feladatokat, mint pl. röntgen, CT, MRI, takarítás, biztonsági szolgálat, ételmezés stb. eddig vállalkozások láttak el, és állami intézetekben is léteznek fizetős, zsebből vásárolható orvosi ellátások. Ez utóbbiakat gyakran az állami intézet egyszemélyes tulajdonában lévő vállalkozások nyújtják az állami kórház épületében.

Főként a versenyképes bér hiányában hiányoznak a **nem egészségügyi végzettségű**, ámde nélkülözhetetlen műszaki, írnoki, pénzügyes, ügyintézői, vegyész és további szakemberek.

**Az ellátóhelyek többsége korszerűtlen**, elaggott épületekben működik, melyeket egy régi betegellátási technológia és logisztika kívánalmai szerint terveztek és építettek – a maguk korában korszerűen, szépen. Minél technológiaigényesebb egy szakma, annál kirívóbb az infrastruktúra avultsága, amin sem a festés, sem a csempecsere, sem egy új műanyagpadló nem segít. A kórházak jelentős része több telephelyből, több épületből áll, így csak korlátozottan alkalmas korszerű logisztikára és technológiára alapozott működésre. E szétszórt épületállomány feleslegesen terheli a betegeket. Az épületek közötti betegforgalom és szállítás felesleges terheket, kiadásokat jelent. A fűtési, hűtési és más energetikai költségek is magasabbak a korszerű épületekben felmerülő költségeknél. Hitegetik a lakosokat egy nagyképűen superkórháznak nevezett új fővárosi kórházzal, mely méretét és szakmai összetételét tekintve egyaránt alultervezett, de amelynek megvalósulása – szerencsére – az

ígéretek ellenére elmaradt. A sürgősségi ellátás hiányait jól mutatja az ügyeletek kényszerű átszervezése a 1830-as rendszerbe, mely várhatóan rontja az elérhetőséget, növeli a betegek költségeit, és féltő, hogy szakmai kockázatokat is rejt. A sürgősségi ellátás nehézségeit eddig is jelezte a sürgősségi osztályok, fogadókörök zsúfoltsága, alacsony áteresztőképessége, és e tekintetben sem érzékelhető javulás. A központi nagytérű hátrányos sajátossága, hogy az egyes területekhez rendelt sürgősségi osztályok és a további szakmai osztályok, mint pl. sebészet, katéterlabor, baleseti osztály, belgyógyászat gyakran nem ugyanabban a kórházban vannak, ami idő-, pénz- és mentőkapacitásfaló átszállításokat okoz.

Pénzhiányt jelent a **kórházak államosítása**, ami által a korábbi tulajdonos önkormányzatoktól addig kapott pénzek elapadtak. Igaz, ezeket az önkormányzati forrásokat az állam magához vette, de a közvetlen kapcsolat hiányában szinte lehetetlen az ilyen forrásokért küzdeni. Lényegében 30 éve marad el a kórházi és szakrendelői tevékenységek költségeinek pénzügyileg és szakmailag kifogásolhatatlan felmérése, és ennek nyomán a **tevékenységek költségtérítésének rendezése**. Vannak viszonylag jól fizetett, és vannak súlyosan alulfizetett tevékenységek, és ez az egyes szakmák között lényeges gazdaságossági különbségekhez vezet. E különbségek a kórházak szintjén is megjelennek: a szakmai összetétel függvényében egy-egy kórház lehet egyensúlyban, de lehet súlyosan veszteséges is. A veszteséges eljárások lehetőség szerinti korlátozása csökkentheti az ehavi veszteséget, de a következő hónapokra tolja át a területi ellátási kötelezettség jegyében feltétlenül ellátandók gyógyítását, növelve ezáltal a **várólistákat**, előjegyzési listákat, fogadási listákat. Napjainkban az infláció, a forint cserearányának romlása és az ország költségvetési hiányának mérséklése érdekében fokozódó forráskivonás a helyzetet tovább rontja. És e helyzet a fizetőképes betegeket a zsebből fizetős ellátókörök felé taszigálja.

A Magyar Orvosi Kamara küszködése nyomán vált szélesebb körben ismertté az egyeztetések hiánya. A központosítási törekvések nyomán tűnik el a szubszidiaritás, ráadásul úgy, hogy az érdekeltek véleményének ismerete nélkül hoznak döntéseket, és gyakran mintha a szakemberek is hiányoznának a döntéshozatalból. Ez nem csoda, hiszen rég megszűntek a szakmai országos intézetek, ideértve az ÁNTSZ-t is. A Szakmai Kollégium infrastruktúra nélkül próbál működni. Az egészségügyi képzést folytató egyetemeken olyan kuratóriumok hatalmába kerültek, melyek tagjait az egyetemi közösség megkérdezése nélkül ültették a hatalomba, nagy pofont adva ezzel az egyetemeken már korábban is megtépzott maradék autonómiájának. Azt tán le sem kell írni, hogy a kuratóriumokban az érdekképviseleteknek semmi képviselete, megszólalási, véleményezési lehetősége nincs.

Sajnos csak elszórtan találkozhatunk **betegoktatási** kezdeményezésekkel, de nem jutott el a szakmapolitika szintjéig az a felismerés, hogy egy képzett beteg hatékonyabban tudja felhasználni a gyógyításához szükséges forrásokat. Így a betegoktatásnak nincs is érdemi támogatása. Nem csak a már megbetegedettek képzése hiányzik, de a közoktatásból is hiányzik a betegségekkel kapcsolatos alapvető ismeretek átadása. Nem csoda, ha a lakosok nem vesznek részt a szűrővizsgálatokon, hiszen nem is tudják, hogy mitől menekülhetnének meg. Mentségükre szolgáljon, hogy a plakátokon és más hirdetésekben nem a

szűrővizsgálatokra és az egészséges életmódra próbálják őket rávenni, hanem politikai és vásárlási döntéseikre próbálnak hatni. Nem csak alkoholos italokat szabad a 12 éven felülieknek hirdetni, de szabadon toborozhatnak szakmailag ellenőrizetlen ellátóhelyekre is, igaz, nem csak a fizetős ellátások, de a közfinanszírozott ellátások minőségét sem ellenőrzik.

A pazarlást az egészséggel és az életekkel jól mutatja az elkerülhető és megelőzhető halálozások száma.

