

ASZTMÁS ÉS ALLERGIÁS BETEGEK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE (ABOSZ)

Előrenéző a lehetséges jövőre arra tekintettel, hogy

VESZÉLYHELYZETBE KERÜLT-E MAGYARORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYE

a Covid járvány, a szomszédságunkban dúló háború és a legutóbbi napokban is folyamatban lévő kormányalakítás hazai egészségügyre ható következményei jegyében

és amiről soha nem mondhatunk le:

A VALÓS ORVOS-BETEG PÁRBESZÉDEN ALAPULÓ EGÉSZSÉGÜGY VISSZAÁLLÍTÁSÁNAK, ÉS A TÖRVÉNYES BETEGJOGOK ÉRVÉNYESÜLÉSÉNEK EL NEM MÚLÓ VÁGYA

Áttekintés a legutóbbi küldöttgyűlésünket követően, 2021 végéig maradt 3 hónapról

Bevezetesként illő rögzíteni, hogy e dokumentum leírása a fontossági sorrendet követi.

Az alább elsőként közölt összeállítás főként a közgyűlési meghívónk 5. pontjában leírt egyeztetés és annak remélt eredménye előkészítését kívánja szolgálni a következők szerint:

Az ABOSZ alapvető céljai szerinti további működés lehetőségeinek egyeztetése a megkerülhetetlen külső körülményekkel.

A kiszámíthatatlan járványhelyzet, a közvetlen szomszédságunkban kitört háború, az ezek kapcsán is láthatóan kialakuló, feltehetően elhúzódó vagy csaknem állandósuló veszélyhelyzetek, a jogrendet és különösen a jogalkalmazást kényszerűen(?) degradáló, kényszerpályákon működtető, a közfigyelmet csótlatóvá változtató közállapotok, a globális pénzügyi és gazdasági válság *fontossá teszi, hogy döntsünk:*

- *tehetetlenül sodródjunk a sokoldalú válsággal, vagy*
- *megpróbáljunk a közgondolkodásra is aktív hatást gyakorolva a szó eredeti értelmében felelős állampolgári közösségként (nem követve a magát egyre gyorsabban hiteltelenítő pártpolitikai osztályt) a társadalom közjóért felelős tevékenységet hatékonyan végző csoportjainak egyikévé válni.*

A jó döntéshez szükségünk lehet néhány – a legutóbbi egy évben is felmerült – téma megvizsgálására, hogy elgondolkodjunk, van-e, vagy lehet-e még egy sok szempont által érintett betegcsoport érdekeinek védelmét feladatukörében tudó civil szervezetnek lehetősége az általa képviselni kívánt kb. 300.000 asztmás és 3.000.000 allergiás ember érdekében bármi hasznosat tenni.

Mivel fejlett világunkban tájékozódni leginkább az igényes és legalább túlnyomóan pártsemlegesnek tűnő (amennyiben ilyen még van) világhálós hír- és véleményforrásokból érdemes, megpróbálunk így eljárni. Kivételt csak akkor (két esetben) teszünk, ha a megjelenített téma teljes mértékben (jelen esetben bírósági forrásokból is) ellenőrizhető.

Az egyes témák alatti – részben szó szerint, részben rövidítetten átirat – szövegek gyakran csak a teljes anyag kis hányadát tartalmazzák, de sokszor a teljes dokumentum is elolvasásra érdemes!

Az egészségügyre vonatkozó részek tekintetében a belügyminiszterről, Pintér Sándorról, ill. minisztériumában az egészségügyért felelős Takács Péter államtitkárról szóló hírek teljes szövegűek.

1. (2021.05.12.) Elvesztett életévekben mérhető a népegészségügyi stratégia hiánya

http://medicalonline.hu/cikk/elvesztett_eletevekben_merhető_a_nepegeszsegugyi_strategia_hianya

„Hiányoznak a népegészségügy eszközei, korlátozottak az erőforrásai, nincs adatfelvétel és monitoring, miközben – különösen a hátrányos helyzetű régiókban – tovább romlik a lakosság egészségi állapota. Átfogó népegészségügyi stratégiára van szükség, hangzott el a Debreceni Egyetem konferenciáján.”

„Az öt nemzeti egészségprogramra támaszkodva készül el az átfogó népegészségügyi stratégia, amely évtizedekre meghatározza majd a magyar egészségügy fejlődését – ígérte Kásler Miklós, az emberi erőforrások minisztere 2018 nyarán, amikor bőrkötésben bemutatta a programokat, amelyeket egyébként – bár ígérték – azóta sem hozták nyilvánosságra.”

Mindennek tükrében meglepő kijelentést tett Ádány Róza, a DE Általános Orvostudományi Kar Népegészség- és Járványtani Intézet professzora, aki úgy fogalmazott: átfogó, nemzeti népegészségügyi stratégiára van szükség. Nincs nálunk kedvezőtlenebb helyzetben lévő régió a V4-ek országaival összevetve. A rendkívül kedvezőtlen halálozási mutatók hátterében a továbbra is a szív- és érrendszeri, az anyagcsere-, és a daganatos betegségek a meghatározók. Minél szegényebb, depriváltabb egy adott régió lakossága, annál nagyobb a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázata.

A magas vérnyomás előfordulási gyakorisága viszont a magyar általános populációban volt sokkal magasabb. Ádány Róza szerint a rejtett magas vérnyomás és a cukorbetegség tekintetében rendszeres, szabály szerinti szűrésre van szükség, és alapvető követelmény lenne a megkezdett terápiák folyamatos monitorozása is.

Szentes Tamás egykori tisztifőorvos szerint az alapellátás most alkalmatlan népegészségügyi feladatok ellátására. Több és előrehaladottabb stádiumban lévő daganatos beteg jelenhet meg a jövőben a hazai ellátórendszerben a leállított népegészségügyi szűrővizsgálatok nyomán – foglalta össze előadásában a projekt tanácsadó testületének tagjaként. A koronavírus-járvány lekötötte az egészségügyi ellátórendszer kapacitásait, romlott a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az életminőséget befolyásoló beavatkozásokat leállították. Jelentős nosocomialis fertőzések zajlottak a járvány mindhárom hullámában az intézményekben – vélekedett, ám szavait adatok nem támasztják alá, hiszen azok 2019-óta nem elérhetőek.

A kritika és adaptáció nélkül átvett praxisközösségek rendszere nem lesz alkalmas megfelelő népegészségügyi funkciók betöltésére – vélekedett Szentes Tamás.

A népegészségügy elvesztegetett évtizede:

A 2010 óta regnáló kormányzat nagy hangsúlyt fektetett – legalábbis a kommunikációban – a népegészségügyi programokra, ám előrelépni egyelőre nemigen sikerült. Szócska Miklós 2010 júniusában a Parlament Egészségügyi Bizottsága előtt – ami akkor még rendszeresen és érdemben ülésezett – arról beszélt, hogy krízishelyzet alakult ki a népegészségügyben, tehát új programot indítanak. A 2013-ra ígért népegészségügyi program, majd a Nemzeti Népegészségügyi Stratégia 2017-2026 elnevezésű program is elmaradt.

2016 augusztusában, a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének (NKE) X. konferenciáján Szentes Tamás még tisztifőorvosként az új magyar népegészségügyi program elkészítésével bízta meg az egyesületet; melyet Ádány Róza, az egyesület elnöke vezetett. A kidolgozott programterv a 2018-2030 közötti időszakra szól, és három éve bőrkötésben várja sorsát a tárcánál.

2. (2021.08.10.) Hálapénz helyett benuáltág http://medicalonline.hu/cikk/halapenz_helyett_benualtsag

Sinkó Eszter, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egészségügyi közgazdásza állítja: egyes orvosi területeken megállt az élet a paraszolvencia hiányában, legalábbis azokban a szakmákban, ahol a betegek bőségesen csúszttak eddig az orvosoknak.

Az állami egészségügyben eddig három teljesítményösztönző eszköz létezett, és mind a hármat kilőtte az élet vagy a kormány reformja:

- A teljesítményfinanszírozás átmeneti hiánya. A kórházak – „békeidőben” és bizonyos korlátok között – annál több pénzt kapnak, minél több beteget gyógyítanak meg. Most viszont a járvány miatt új rendszer van érvényben, *a járványban bármennyi beteget látnak el, ugyanannyi pénzt kapnak.*
- A hálapénz, amely ugyan torz ösztönző, de az orvosok – némi leegyszerűsítéssel és bizonyos szakmákban – eddig minél több pénzes beteget operáltak meg, annál jobban jártak. Ez *már egy évig terjedő szabadságvesztéssel sújtható.*
- A különböző pótlékok és vállalkozói szerződések révén *a kórházi vezetés korábban hatékonyan differenciálhatott*, átlagon felül megfizethette a komoly terhelésnek kitett és hiányszakmának számító sürgősségi, intenzívterápiás orvosokat, nővéreket. A régi szabályok is túl merevek voltak, ám *az új bértábla még ezen is túltesz: érdemi differenciálásra nem ad lehetőséget, és erre sincs forrás.*

Sehol a fejlett világban nincs olyan, hogy egy apró rutinműtétet végző doktor ugyanannyi bért kapjon, mint a legkritikusabb eseteket ellátó szív- vagy idegsebész. Most itthon ez történik, ráadásul mindkettőnek a bérezése független attól, hogy csak ellébecol a munkahelyén vagy napi hat-nyolc órában operál.

3. (2021.08.27.) Magyar Orvos-Egészségügyi Világtalálkozó 2021 / A kevés pénzt sem megelőzésre, hanem betegségekre költjük

http://medicalonline.hu/cikk/a_keves_penzet_sem_megelozesre_hanem_betegsagekra_koltjuk

„Nem prevencióra, hanem kórházi ágyakra költjük az egészségre fordított kiadások nagy részét, ennek ellenére mind a megelőzhető betegségek, mind az elkerülhető halálozás tekintetében a legrosszabbak a mutatóink a V4-ek sorában.”

A daganatos betegségek okozta korai halálozás tekintetében 183 ország sorában a „siralmas” harmadik helyen áll Magyarország. Erről is beszélt prof. dr. Ádány Róza, az MTA Debreceni Tudományegyetem Népegészségügyi Kutatócsoportjának vezetője, a Semmelweis Egyetem vendégprofesszora a Magyar Orvos-Egészségügyi Világtalálkozón.

Vezető helyen állunk a világranglistán a tüdő-, és kolorektális daganatok tekintetében, és néhány éve az élmezőnybe kerültünk a hasnyálmirigyák esetében is.

Miközben élre kerültünk a vastag- és végbélrák okozta halálozásban, Magyarországon a mai napig nincs országos lefedettségű kolorektális rákszűrés.

Hiányoznak idehaza az egészségmagatartást kedvezően befolyásoló, célzott programok, többek között ez áll a népesség rossz egészségi állapotának hátterében Ádány Róza szerint.

Az elmúlt években a túlsúly és az elhízás tekintetében az elsők közé kerültünk Európában, ez már-már „magyar betegségnek” mondható még az önbevalláson alapuló számok alapján is.

A magas vérnyomással küzdő betegek fele kezeletlen.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadásokban a V4 valamennyi tagországa az európai átlag alatt teljesít, de az arányszám Magyarországon a legalacsonyabb. Ráadásul a forrásokat nem a betegségmegelőzésre, az alapellátás megerősítésére, népegészségügyi orientációjának fejlesztésére költik, hanem kórházi ágyakra, bár az ágyszám hazánkban a legmagasabb, 7 ágy/ezer fő.

A születéskor várható átlagos élettartam is nálunk alakult a legkedvezőtlenebbul. Bár valamennyi V4 tagállam leszakad, de közöttük is utolsó helyen áll Magyarország.

A V4 országok mindegyikében problémát jelent a túlsúly, a dohányzás és alkoholfogyasztás, ám hazánk a legtöbb népegészségügyi mutatóban még ebben a mezőnyben is rosszul teljesít. Ennek ellenére Magyarországnak 2012 óta nincs népegészségügyi programja.

4. (2021.10.20.) Vokó Zoltán: Romokban a magyar népegészségügyi rendszer

http://medicalonline.hu/cikk/voko_zoltan_romokban_hever_a_magyar_nepegeszseguji_rendszer

„A változás szele elkezdett fújdogni – fogalmazott egy szerdai konferencián Vokó Zoltán, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központjának igazgatója, aki szerint nemcsak előrelépésre, hanem forrásokra is van ígérvény a népegészségügy területén.”

A népegészségügyi rendszer romokban hever Magyarországon. Az elmúlt 30 évben ugyanazokat a problémákat igyekeztünk legyőzni, amivel a szakma, a szakpolitika és a társadalom is tisztában van. Népegészségügyi krízissel nézünk szembe, miközben a rendszereinket felkészületlenül éri az olyan egészségügyi válsághelyzetek, mint a koronavírus-járvány.

Ezekkel a mondatokkal nyitotta előadását az IME egészségügyi szaklap X. Országos Infekciókontroll és Betegbiztonság Konferenciáján Vokó Zoltán epidemiológus, aki az Orbán-kormány második ciklusának elején vezette az Országos Egészségfejlesztési Intézetet, azonban főigazgatói posztjáról rövid idő után lemondott.

A magyar lakosság egészségi állapota kedvezőtlen, és bár a rendszerváltást követő 15 évben javult, azóta stagnál, és a lemaradásunkat sem sikerült érdemben ledolgoznunk a fejlett államokhoz képest.

Bár ezekkel a problémákkal Vokó Zoltán szerint a döntéshozók is tisztában vannak, és az egészségpolitikában hangsúlyozzák a népegészségügyi programok fontosságát, az elmúlt három évtizedben nem történt érdemi előrelépés.

Legyen a népegészségügy a „gazdagok és hatalmasok” problémája is

A falat a szakmának kell áttörnie, vagy találni valakit, aki megteszi – állapította meg a szakember, aki abban bíz, hogy a pandémia nyomán a társadalomban is megszületik a felismerés, hogy fontos az egészség, és a látványos veszteségek esetén hajlandók a cselekvésre is. Fel kell ismerni, hogy a társadalmainkat mi alakítjuk, a normákat, a hiteket és gazdasági rendszereket meg lehet változtatni. Ehhez kell most szövetségeseket találni, elérve azt a kritikus tömeget, amely a döntéshozókból is kikényszeríti a szükséges lépések megtételét.

Radikális fejlesztési koncepció kell, elérve azt is, hogy az a nagypolitika asztalán is helyet kapjon. Még tanuljuk ennek módját, ám *az érdemi cselekvésre csak akkor van remény, ha a civil szervezetek, a média és az egészségügy szereplői mellett megtaláljuk a politikában, a pártokban is azokat a fontos személyeket, akik képviselik a népegészségügy ügyét* – mondta Vokó Zoltán.

5. (2021.11.10.) Válságjelek és beavatkozási lehetőségek
http://medicalonline.hu/cikk/valsagjelek_es_beavatkozas_i_lehetosegek

„Az egészségügy az egymáshoz rendelő tevékenységi körök hálózatának rendszere, ezért minden, előkészítés és összehangolás nélkül történő beavatkozás kontraproduktív lehet. Többek között ez is elhangzott a Magyar Tudományos Akadémián a Magyar Tudomány Ünnepe eseménysorozat minapi rendezvényén.”

Az ellátórendszer Covid nélkül is rendkívül rossz állapotban van *Sinkó Eszter*, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának dékán-helyettese szerint, aki a válságjelek felsorolásával kezdte előadását. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés konfliktusokkal jár úgy az orvostársadalom egyes szereplői, mint a betegek oldalán.

Bár a bérek emelkedtek, a humán erőforrás-krízis nem enyhült az ágazatban, a 2019-es, mintegy 25 százalékos ápolóhiány mára valószínűleg rosszabbodott – foglalta össze elemzésében az egészségügyi közgazdász.

Több pénzzel sem sikerült megfiatalítani a háziorvosi korfát

Hasonlóan nehézségekkel küszködik az alapellátás, ahol öt év alatt megduplázódott a betöltetlen praxisok száma. Minden második háziorvos 60 év feletti, 15 százalékuk pedig már hetven éves is elmúlt. Pozitívum viszont a praxisközösségek megjelenése, és az, hogy a háziorvosok 30 százaléka vállalta a szoros praxisközösségi együttműködést.

Sokgazdás irányítás

Fájó pont, hogy továbbra sincs önálló egészségügyi tárca, így a kormányüléseken az ágazat vezetője nem vehet részt – folytatta az irányítási rendszer hibáinak összefoglalójával az elemző. Az erőforrásokért felelős miniszter által sokszor citált 5+1 nemzeti egészségprogramot továbbra is „páncélba zárva” őrzik, ami nem szolgálja a megvalósítást.

Míg 2014-18 között sokan gazdátlanok érezték az egészségügyet, mára többen is felsorakoznak ebben a pozícióban. *Kollár Lajos* miniszteri főtanácsadó vezényletével több bizottság is felállt, azonban ezekbe az egészségügyért felelős államtitkárság munkatársait nem hívták meg. *Sinkó Eszter* emlékeztetett arra is, hogy a szisztematikus építkezés jegyében *Pintér Sándor* rendelte meg a Boston Consulting tanulmányát az egészségügy átalakításáról, amelyet aztán tíz évre titkosítottak.

A megalapításkor úgy tűnt, az Emberi Erőforrások Minisztériumának égisze alá kerül az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ), ám praktikusán a Belügyminisztérium irányítja a szervezetet, ennek köszönhetően gyorsan születnek meg bizonyos döntések – állapította meg az elemző, kiemelve az OKFŐ által irányított intézményi átszervezést, amely újabb koncentrációt jelent.

A béremelés színe és fonákja

Az orvos és szakdolgozói bérek emelésére 300 milliárd forintot különítettek el az idei, ágazati költségvetésben, ám szükség lesz még 60-70 milliárdra az ügyeleti díjak kifizetésére. Míg idén 360, addig jövőre 460 milliárd forinttal több forrást biztosítanak az egészségügynek csak a béremelések nyomán – összegezte a számokat *Sinkó Eszter*.

Az orvosbérek emelésének ára – az új, „katonás” jogviszony bevezetése mellett – a paraszolvencia büntethetőségének bevezetése, ami ugyanakkor kihúzza a reformok alól a talajt, mert nincs mivel többletmunkára ösztönözni az orvosokat – mondta a közgazdász, pozitívumként említve, hogy a

hálapénz eltűnésével a rezidensek immár „hozzáérnek a betegekhez”, és kikényszeríthető protokollok újragondolása is.

Az egységes orvosbér nem alkalmas motivációra – hangsúlyozta a közgazdász, aki szerint tarthatatlan az a helyzet, hogy ösztönzés híján az orvosok nem operálnak és hátrítják a betegeket, akik így nem férnek hozzá a szolgáltatásokhoz. Az átlagfinanszírozás csak ront ezen a helyzeten.

Sinkó Eszter szerint beépített ellátási garanciákra van szükség, meghatározva, hogy mi az a leghosszabb idő, ami alatt a betegnek ellátást kell kapnia, és ne kényszerüljön arra, hogy a magánszférában, saját zsebből fizessen a gyógyulásért.

Magánellátás: nincs egységes európai modell

Pénzért időt és kényelmet, ne pedig életet kelljen vásárolnunk – fogalmazott előadásában *Kincses Gyula*, a Magyar Orvosi Kamara elnöke a magán- és közegészségügy szétválasztását és együttműködését elemző előadásában.

A köz- és a magánellátás merev szétválasztása a tagállamok egyikében sem jellemző, és valamennyi országban van lehetőség arra, hogy az orvos mindkét szférában dolgozzon. Kiderült, nincs európai modell, az országok felében a magánszektorban tevékenykedő orvos beutalót tud adni betegének a közellátásba. Általánosan jellemző viszont a két szféra egységes irányítása és felügyelete.

Magyarországon a magánszférában a betegek nagyjából ugyanazokat a szolgáltatásokat veszik igénybe, amelyeket az állami intézményekben is megkaphatnának, de a szűkös hozzáférés miatt inkább vállalják a költségeket.

A magánellátás szerepének erősödése elkerülhetetlen, ám megvan annak veszélye, hogy szabályozás nélkül az egészségügy kettészakad – fogalmazott a MOK elnöke. A már zajló, kedvezőtlen folyamatot az egészségügyi szolgálati jogviszonytörvény hatálybalépése tovább erősítette. A most rendelkezésre álló humánerőforrással két szektor nem lehet ellátni.

A magánellátást az egészségügyi ellátórendszer részének kell tekinteni, az állami szektorra vonatkozó szabályozással, felügyelettel és adatszolgáltatási kötelezettséggel. A két szféra szembeállítás helyett betegszempontok által vezérelt együttműködésre van szükség – zárta a MOK elnöke, egyúttal széleskörű társadalmi vitát is sürgetve a témát illetően.

6. (2021.11.19.) A bíróság szerint nyilvánosságra kell hozni a visszatartott kórházi járványadatokat <https://444.hu/2021/11/19/a-birosag-szerint-nyilvanossagra-kell-hozni-a-visszatartott-korhazi-jarvanyadatokat>

„Alapvető fontosságú adatokat tartott vissza az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) a járvánnyal kapcsolatban, mondta ki a Fővárosi Törvényszék.”

A bíróság elsőfokú ítélete szerint a hivatalnak ki kell adnia napokra és kórházakra lebontva, hogy mennyi covidos beteget ápoltak intenzív és nem intenzív osztályon tavaly szeptembertől idén márciusig. Egy másik eljárásban ugyanígy döntött a bíróság a március-áprilisi időszakkal kapcsolatban is.

Ezeket a számokat most nemhogy kórházanként, de még összesítve sem ismerjük. A kormány csak néhány alkalommal, külön kérésre hozta nyilvánosságra, hogy egy-egy napon hány fertőzöttet ápoltak intenzív osztályon. A lélegeztetőgépen levők számát ugyan naponta közlik, de nem mindenkinek van szüksége lélegeztetőgépre, aki intenzív ápolásra szorul.

Az adatok birtokában tisztábban láthatnánk az intenzív osztályok leterheltségét, és hogy milyen területi különbségek vannak ebből a szempontból. Fontos lenne ezt minél részletesebben elemezni, mivel tudjuk: tavaly szeptember óta szinte megszakítás nélkül erőn felül dolgoznak ezeken az osztályokon.

Az OKFŐ még fellebbezhet, elviheti az ügyet másodfokra, és akár a Kúriára is. Most a szeptember-márciusi időszakról szóló perről írunk részletesen, amiben Takács Pétert, a hivatal főigazgató-helyettesét is meghallgatták.

7. (2022.01.03.) Sinkó Eszter: A magánegészségügy sokak számára nem megfizethető

http://medicalonline.hu/cikk/sinko_eszter_a_maganegeszsegugy_sokak_szamara_nem_megfizetheto

„Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász a *haszon.hu*-nak elmondta, hogyan lehetne javítani a magyar egészségügyi ellátás színvonalán.”

Hogyan lehetne javítani a magyarok egészségi állapotán és miként lehetne rávenni őket, hogy eljárjanak szűrésre?

Az átlagember egészségtudatosságán a gyermekkorban elkezdett oktatással lehet javítani, hogy a legfontosabb ismeretek az alacsonyabb iskolázottságú társadalmi rétegekhez is eljussanak. Mindent meg kellene tennie az egészséges környezet biztosításáért. Nagyon sokan halnak meg például a levegő rossz minősége miatt. Ha már hirdetünk szűréseket, tisztázzuk, van-e megfelelő eszközpark a vizsgálatokhoz, mikorra és milyen minőségű leletet kap a beteg. A leletek "megfejtésében" bizony sok a tévedés. A megoldást jelenthetne, ha egy felületre fel lehetne tölteni a leleteket, ahol mesterséges intelligencia alapú szoftverek első körben kiértékelnék azokat, aztán a második körben már orvosok is felülvizsgálhatnák az eredményeket, kiszűrve a tévedéseket.

Javulhat mostanában a háziorvosi ellátás színvonala?

Bízom a praxisközösségek létrehozásnak sikerében, mert ezzel a betegek közvetlen környezetében a jelenleginél jóval több szolgáltatás lesz elérhető. Az összefogó, együttműködő háziorvosok közösen ugyanis már tudnak pszichológust, gyógytornászt és egyéb segítőköt alkalmazni.

A legnagyobb falat gondolom a kórházi ellátás reformja lehet.

Fontos tisztázni a betegút kérdését, ki, honnan, mikor és miért kerülhet kórházba. Mivel érzékeny társadalmi és politikai kérdéssről van szó, a legfontosabb kérdés az, hogy a politika mennyi támogatást, mennyi eszközt ad ehhez a komoly munkához, hiszen új ellátási térképet kell kialakítani.

Ha javul az állami egészségügy színvonala, akkor nem lesz ekkora igény a magánegészségügyre?

Ha érdemben javulna, akkor igen. De ahhoz a betegeknek a számukra szükséges szolgáltatásokhoz térben és időben elfogadható módon kell hozzáférniük. A kormányzati erőfeszítések középpontjában elsődlegesen persze a közellátás megszilárdítása kell, hogy álljon, de második körben a magánegészségügy szabályozottságának javítása, az egészség célú megtakarítások támogatása is napirenden kell, hogy szerepeljen. Az persze nagy kérdés, hogy lesz-e fizetőképes kereslet a további növekedéshez. Elkerülhetetlenné válik a kiegészítő biztosítások nagyobb piaci térnyerése, és az egészségpénztárak kormányzati támogatása, mivel a magánegészségügy sokak számára nem megfizethető.

8. (2022.01.27.) Beavatkozás nélkül az állami ellátáshoz romlik a magánellátás színvonala
http://medicalonline.hu/cikk/beavatkozás_nelkül_az_állami_ellátáshoz_romlik_a_magánellátás_színvonala

„Bár van lehetőség az orvosok értékelésére a magánegészségügyben, ez inkább arról szól, hogy a beteg hogyan érezte magát az ellátás során, semmint az orvosi munka eredményességéről és minőségéről.”

Meredeken esik a magánszektor azon készsége, hogy ne csak az ellátási környezetet illetően, hanem orvosszakmailag is valóban kiemelt szolgáltatást nyújtson a betegeknek – fogalmazta meg a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) szerda esti, online ülésen *Várad Péter*, az Önkéntes Pénztárak Országos Szövetségének alelnöke. A munkaerőhiány miatt a szolgáltatók versenyeznek az orvosokért, így sokszor nem feltétlenül a legkiválóbb szakemberek megnyerése a cél, mint inkább az, hogy egyáltalán kínálni tudjanak olyan szolgáltatást.

Egy-egy orvos munkájának minőségi mutatóit az állam tudná előállítani az elektronikus egészségügyi szolgáltatási tér (eeszt) adatai alapján. Hogy ez tisztázódhasson, ahhoz elsősorban az államnak kellene megfelelő szabályrendszert és törvényi környezetet kialakítania.

Oláh Attila, a Groupama Biztosító egészségbiztosítási üzletágvezetője azt is hozzátette, a két szegmens átlátható és hatékony együttműködésének alapja, hogy az állam definiálja az ellátási alapsomagot. Azaz meg kell határozni, hogy mi az a pont, ameddig a társadalombiztosítás fedezetet nyújt a beteg ellátásához.

A magyar egészségügy magára hagyja a betegeket, akik így csak sodródnak a rendszerben, nincs olyan szereplő, amely segítene eligazodni abban, hogy hol veheti igénybe a számára szükséges ellátást – fogalmazta meg *Kovácsy Zsombor*, az online ülés moderátora.

A társadalmi hasznosság és igazságosság kereteit az államnak kell meghatározni – hangzott el a kulcsmondat. Az állam feladata lenne, hogy mind szélesebb társadalmi rétegeket vonjon be az egészségpénztári rendszerbe a munkáltatókon keresztül, kedvezményekkel is ösztönözve ezt, így azoknak is megteremténének egy, dedikáltan az egészségügyben felhasználható keretet, akik maguk ezt nem tennék meg – jegyezte meg *Várad Péter*.

A ki nem elégtett igények szabják át a szolgáltatások körét

Az összes egészségügyi kiadások egyharmada, mintegy 950 milliárd forint magánkiadás – foglalta össze előadásában *Várad Péter* az adatokat. Az összes fekvőbeteg ellátás 11, a járóbeteg-ellátás (fogászattal együtt) 45 százalékát zsebből fizetik a magyarok. A hazai saját költségek 32 százalékos aránya az állami kiadásokkal szemben kiugróan magas az Európai Unióban, ahogy ebben a viszonyrendszerben magas a katasztrofális egészségügyi kiadást elszenvedő családok 11 százalékos részaránya is.

Míg magánbiztosítók nem biztosítanak teljes körű fedezetet minden egészséggel kapcsolatos kiadásra (pl. gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre), addig a pénztárak minden terméket és szolgáltatást finanszíroznak.

A városi, értelmiségi, jobban kereső, pénzügyileg tudatosabb rétegek teszik ki a pénztári tagság zömét, és megfigyelhető az a klasszikus társadalombiztosításban tapasztaltakkal ellentétes tendencia, miszerint a magánegészségügyre fordított kiadások 20-60 éves kor között emelkednek, majd csökkenni kezdenek. *Várad Péter* szerint felnő egy generáció, amely már egyáltalán nem lép kapcsolatba az állami ellátórendszerrel, mert annak színvonala nem elégíti ki az igényeit.

Komoly előrelépést jelentene a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítások terén, ha az állam minél inkább a munkaadóknak biztosított adókedvezményekkel ösztönözné a lakosságot az öngondoskodásra – mondta összefoglalójában Oláh Attila.

Az államnak meg kellene határoznia a magán- és a közfinanszírozott ellátások kereteit, hiszen számos olyan folyamattal, speciális ellátással találkozhatunk az egészségügyben, ahol a két szféra feladatait kombinálni kell költségmegosztással, közös szervezéssel.

9. (2022.02.08.) Az EU tagállamok egészségügyi minisztereinek informális találkozója (EPSCO)

<https://presidence-francaise.consilium.europa.eu/en/news/informal-meeting-of-health-ministers-epsco/>

„A koronavírus-járványhoz kapcsolódó egészségügyi rendszerválság megmutatta, hogy az egészségügyi veszélyekre való reagálás és megelőzés a legjobban európai szinten lehetséges. A 2022. február 10-i informális találkozóra *a tervek szerint az EU-tagállamok 27 egészségügyi miniszterével számolva* nemcsak az egészségbiztonság kérdésével való *foglalkozást tervezték, hanem az európai uniós szintű közegészségügy jövőjére nézve, arra szóló reflektálást, hogy még konkrétabban reagálhassanak a polgárok egészségügyre vonatkozó igényeire és elvárásaira.*” *(a francia, angol és német nyelvű programismertető alapján készült fordítás alapján.)*

Ki fog minket képviselni az egészségügy Európa-szintű (vagy akár globális) problémáinak nemzetközi tanácskozásain?

Olyanokon például, mint az EU-tagállamok 2022. február 10-i informális találkozásán is lehetett volna...

Nos ez a kétségkívül fontosnak tűnő tanácskozás *részvételi szempontból némileg hiányos volt, ugyanis Magyarországot nem képviselte az egészségügyért (is) felelősséget viselő személy.* Talán csak azért nem, mert hazánkban nincs is minisztériuma az egészségügynek? *Vagy a mi egészségügyünk már valóban olyan sokkal magasabb szinten áll, hogy nincs is mit várnunk az ilyen találkozóktól?*



Kásler Miklós EMMI (főcsoport)miniszter nem képviselt minket:

Talán nem fért volna el közöttük?

Legközelebb Pintér Sándor (főfőcsoport)miniszter képviselni fog minket?

Vagy senki?

Esetleg a miniszterelnök?

10. (2022.02.17.) Egy ország, egy egészségügy, egy reformstratégia

http://medicalonline.hu/cikk/egy_orzag_egy_egeszsegugy_egy_reformstrategia

„A napi politikától független, nemzeti konszenzusra épülő reformstratégia kidolgozását javasolják a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői (KEKSZ). Az ágazat GDP-arányos részesedésének növelése mellett helyet kell kapnia a kiegészítő biztosításoknak, az ellátás minőségének mérése mellett.”

Azért nehéz jó egészségügyet csinálni Magyarországon, mert egy szolidaritáson alapuló rendszert kell működtetni piaccgazdasági környezetben, egyúttal megoldást találni arra, hogy ne csupán a fizetőképesség határozza meg a gyógyulás esélyét. Mindezt *Kósa István* orvos, egészségügyi menedzser, a KEKSZ egyik alapítója mondta felvezető összefoglalójában.

Előre tervezhető bevételt jelentene az ágazat számára a 18 év alattiak és a nyugdíjasok esetében nevesített egészségügyi járulék bevezetése (pl. a nyugdíjak bruttósításával) – említette javaslatai sorában elsőként *Forman Balázs*, a Neumann János Egyetem docense. A bevételek nőhetnének akkor is, ha a járulékfizetési kötelezettséget kiterjesztenék a vállalkozók nem munkatípusú jövedelmeire, amit az igazságos közteherviselés elve is indokol.

Nem a lakosság zsebére kell hagyatkozni, az egészségügynek magasabb prioritással kell szerepelnie a költségvetésben – vélekedett *Dózsa Csaba*, a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának docense. Jó iránynak tartotta az E. Alap közvetlen bevételeit növelő speciális adók bevezetését, mint például a népegészségügyi termékadó (NETA).

Nincs ok arra, hogy a magyar állam kevesebbet költsön a humántőke-képző alrendszerekre, azaz az egészségügyre, oktatásra, szociálpolitikára – fogalmazott *Pogátsa Zoltán*, a Soproni Egyetem Lámfalussy Sándor Közgazdaságtudományi Karának docense, aki szerint ezen területekkel szemben az állam túlfinanszírozott. Egyelőre megbecsülni sem lehet, hogy mennyi pénz van ebben a „fekete dobozban” – amely a működés mellett tartalmazza a presztízsbetűhűzések vagy a korrupció költségeit is –, így azt sem, mit lehetne belőle megszórolni.

Nem pénzzel, oktatással javítható az egészségtudatosság

Az egészségügy adóból való finanszírozása univerzális hozzáférést kellene biztosítson az állampolgárok számára, ám Magyarországon mégsem jut hozzá mindenki az ellátáshoz – jegyezte meg *Kollányi Zsófia*, az Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Társadalomtudományi Karának adjunktusa. Emlékeztetett, hogy a tb-törvény két évvel ezelőtti módosítása nyomán a legelesettebbek és legkiszolgáltatottabbak szorultak ki az ellátásból, azok, akiknek a legrosszabb az egészségi állapotuk.

Míg az elesettebb, szegényebb rétegek hozzáférését pozitív diszkriminációval javítaná *Dózsa Csaba*, addig *Lantos Gabriella* egészségügyi menedzser, a KEKSZ egyik tagja szerint az emberek személyes felelősségét is fel kell vetni az egészségi állapotuk tekintetében, aminek látszania kell például az általuk fizetett biztosítás, járulék összegében. *Pogátsa Zoltán* szerint nem lehet számon kérni a tudatosságot azokon, akiknek az állam nem adta meg a lehetőséget ahhoz, hogy megszerezzék a kellő ismereteket egészségük megőrzéséhez. Az alacsony jövedelmű rétegek számára a korszerű terápiák nem, vagy csak komoly anyagi teher vállalásával hozzáférhetőek – csatlakozott *Kósa István*.

Egy darabig túl kell finanszírozni az egészségügyet

Miközben a szakértők többsége a magánköltések részarányának mérséklését szorgalmazta az egészségügyre fordított összköltségek tekintetében, *Kovács László*, az IFUA Horváth & Partners Kft. egészségügyi menedzser szakértője szerint a magyar lakosság valójában az európai uniós átlag környékén fizet saját zsebből egészségügyi szolgáltatásokért. Szerinte az arányok elcsúszását az okozza, hogy az állam keveset költ az ágazatra.

Nem elégséges az egészségügy GDP-arányos részesedését felküzdeni az uniós átlag környékére, az elmúlt évek elmaradt kiadásait pótolni kell – hívta fel a figyelmet *Mezei Szabolcs* költségvetési szakértő, aki ugyanakkor úgy vélte, törvényi garanciákkal kell prioritást biztosítani az egészségügy

számára az államháztartásra jellemző rövidtávú, fiskális szemlélettel szemben, távol tartva az ágazatot a politikától.

A költségvetési szervként működő kórházak alkalmatlanok a feladataik ellátására, a centralizáció – bár a méretarányos ellátórendszer kialakításában vitathatatlanul vannak előnyei – nem segíti ezek gazdálkodását – mondta a szakértő.

Bármilyen is lesz a magánellátás, a hozzáférés egyenlőtlenségeit növelni fogja

A magánellátás szükséglete és igénybevétele a közellátás hiányosságaival összefüggésben merül fel ma Magyarországon – hangzott el a szerdai konferencián a köz- és a magánellátás viszonyát elemző etapban, amelynek üléselnöke, Lantos Gabriella elmondta, hogy a magánszolgáltatók logikája végtelen egyszerű: akkor képesek eredményesen fennmaradni, ha egy fókuszuk van – az pedig nem a profit, hanem a beteg igényeinek a kielégítése.

A magánellátók alapfeladata a tulajdonosok elvárásának teljesítése, az pedig a megfelelő profit biztosítása – fogalmazott előadásában Rékassy Balázs, aki szerint a két szektor megfelelő együttélésének feltétele, hogy az állam szektorsemlegesen meghatározza a működés és a minőség garanciális feltételeit, biztosítva a transzparenciát is. Az ellenőrzésben nagy segítséget jelent az EESZT, amelyet ma már a magán- és az állami szolgáltatók egyaránt használnak.

Teljesítményértékelésre és visszacsatolásra van szükség az ellátórendszerben, amellyel monitorozható az egyes kórházak, osztályok gyógyító munkájának eredményessége – folytatta a KEKSZ alapítója, aki szerint ez egyúttal ösztönzőként is működne a rendszerben, hiszen minden szereplő a jobb eredményekre törekedne. A szakmai és szakmaspecifikus értékelés mellett teret kell adni a betegeknek is véleményük transzparens kifejtésére, ami ugyancsak az ellátás és a szolgáltatások minőségét javítaná.

Elengedhetetlen a szolgáltatási alapsomag meghatározása – fejtették ki a szakemberek.

Egy országnak egy egészségügye van, mindegy, hogy azt magán- vagy állami szolgáltatók biztosítják, ahhoz mindenkinek átláthatóan kell hozzájutnia, akinek szüksége van rá – foglalta össze *Bazsó Péter*, a Duna Medical Center főigazgatója. – Nemcsak a rendszereink, hanem kommunikációnk is elégtelen, amíg mindenki csak a saját, és nem egymás érdekében szólal fel.

11. (2022.03.02.) Az MTA Elnöki Bizottság az Egészségért új állásfoglalása

http://medicalonline.hu/cikk/az_mta_elnoki_bizottsag_az_egeszsegert_uj_allasfoglalasa

Az MTA Elnöki Bizottság az Egészségért állásfoglalása az egészségügy rendszerbe foglalásának szükségességéről.

A Covid-pandémia nagyon élesen felhívta a figyelmet az egészségügy 21. századi társadalmakban játszott kiemelt jelentőségére. Kezdetektől fogva óriási teher nehezedik az ellátórendszerre: egyébként egészséges emberek kerültek súlyos állapotba, haltak meg. A szükségszerű zárások, korlátozások, a kényszerű karantén felborította az oktatást is, a bezártság visszafogta az ipart, kereskedelmet, jelentős gazdasági károkat okozott, kezdetben csaknem teljesen leállt a vendéglátás, a szórakoztatóipar, a turizmus. Szinte minden társadalmi-közéleti tevékenység eddig nem tapasztalt szorult helyzetbe került. Mindez a vártnál hamarabb és nagyobb hangsúllyal igazolta azt a megállapítást, hogy *az egészségügy területén megjelenő működészavar térdre kényszerítheti a teljes társadalmat*, mivel az egészség megromlása és szükségszerű óvása minden más tevékenységre kihatással van, s fordítva: minden közéleti tevékenységnek van kihatása az egészségügyre (MTA

Elnöki Bizottság az Egészségért állásfoglalása a 21.századi egészségügyi kihívásokról, 2019). A COVID-19 friss példát szolgáltatott arra, hogy korunkban az egészségügy csak akkor lehet hatékony, ha hálózatokban gondolkodunk a résztvevők tevékenységéről, sikere az elemek kölcsönhatásán alapul.

A teljes társadalomra kiható multiszektoriális működészavar mellett a COVID-19-világjárvány az egészségügyi ellátórendszeren belül élesen rávilágított az egyes tevékenységi elemek kölcsönhatásának elégtelenségére. Itthon is halmozottan sokasodtak a válságjelek: nemcsak a szolgáltatások nyújtásában mutatkoztak súlyos akadályok, de az ágazat irányító rendszere is erőteljesen fragmentálódott a pandémia időszakában. Jelentős mértékben hosszabbodtak a várólisták, a betegek nehezebben jutnak el a szükséges ellátáshoz, korábban már eltűnően lévő kórképek jelentek meg újra a kórházakban. A betegeket érő hátrány mellett óriási teher hárult az orvosokra, szakszolgálatra. Az ágazat integritási szintje, működőképessége csökkent, szétesésre utaló jelek tapasztalhatók, amelyeket nehéz múlt állapotoknak tartani.

Az MTA Elnöki Bizottság az Egészségért (MTA EBE) tervei között kezdettől fogva szerepel, hogy foglalkozzon egy átfogó koncepció kialakításával, amely keretet adhat a 21. századi lehetőségeknek és igényeknek megfelelő egészségügyi rendszer kialakításához. Jelen állásfoglalás központi gondolata, hogy az egészségügyi rendszer komplex adaptív rendszerek hálózata, működésének sikere az alkotóelemek nemlineáris, dinamikus kölcsönhatásán alapul, ezért működtetésében fő szerepet kap a tevékenységek harmonizálása, a hatékonyság folyamatos kontrollja. A rendszer ilyen tartalmú megértése nélkül, csak az egyes komponensek elszigetelt tanulmányozásával az egészségügyet nem lehet jól működtetni.

Az állásfoglalás arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy elkerülhetetlen az egészségügyi ellátórendszer egy ennek a koncepciónak megfelelő népegészségügyi stratégiai tervbe foglalása a komplex rendszer minden elemének, különös tekintettel egymáshoz rendelt kapcsolati viszonyaiknak a figyelembevételével. Ennek alátámasztására jelen dokumentum csak néhány kiemelten fontos területre szorítkozik.

Egészségügyi ellátórendszer

Korunk egészségügye az egyre növekvő ismereteknek, az óriási iramú technológiai fejlődésnek köszönhetően egyre több lehetőséget kínál a betegségek minden formájának kezelésére, megelőzésére, az egészség megőrzésére. Ehhez nemcsak a korábbinál nagyobb anyagi forrásra van szükség, hanem az ellátórendszer kapacitásának és a személyi feltételeknek a rendelkezésre állására is. Egy egészségügyi ellátórendszer nem attól lesz igazságos és szolidáris, hogy – csak részben teljesíthető ígérete szerint – mindenkinek mindenhol bármikor rendelkezésre bocsátja a legújabb gyógyeljárások teljes skáláját.

A vertikálisan tagolt ellátórendszer csak akkor tud populációs, népegészségügyi szintű eredményt hozni, ha a források mellett rendelkezésre áll egy horizontális szemléletű, széles körű társadalmi részvétellel folytatott egyeztetésen alapuló program. Ennek elemei – a teljesség igénye nélkül – az alapellátástól a legmagasabb szintű speciális szolgáltatáshoz vezető betegutak világos rendszerbe állítása, a progresszivitási szintek egymáshoz rendelése, a kompetenciákat meghatározó minimumfeltételek megfogalmazása.

Az olyan soktényezős, a szereplők interaktivitását feltételező társadalmi rendszer, mint az egészségügy, nem nélkülözhet egy átfogó, multiszektoriális, az ellátórendszeren kívüli szereplők – beleértve a pácienseket – feladatával és felelősségével is foglalkozó koncepciót. Összerendezettség nélkül minden intézkedés – akármennyire jó szándékú is – hatástalan, esetleg kontraproduktív lesz.

Egészségügyi adatkezelés

Ennek a koncepciónak a megvalósításában kiemelt fontosságot nyer az egészségügyi ellátórendszerben egyre duzzadó adathalmaz kezelése. Az egészségügyben nem egyszerűen digitalizáció, hanem egy adatvezérelt egészségügyi paradigmaváltás zajlik. Az ellátás sikerességét jelentős mértékben meghatározzák az egyén egészségügyi állapotát jellemző történések, korábbi vizsgálati, kezelési eredmények, a párhuzamosságok kiiktatását célzó egységes adatkezelés (lásd *Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér*), ami pontosan ezt a hálózati adaptív jelleget szolgálja. A döntéshozók számára készített algoritmusokkal számos ponton be lehet avatkozni az egészségügybe úgy, hogy annak életnyereség legyen az eredménye. Az infokommunikációs technika, a telemedicina, a mesterséges intelligencia fejlődése egyre jobb lehetőségeket kínál a legnagyobb tapasztalattal bíró szakértői központok elérésére, határokon átnyúló konzultációra, nemzetközi kutatási programok indítására.

Állami és magánellátás

A 21. században az igazságos és a betegigényeket kielégítő egészségügyi rendszerek sehol nem tarthatók fenn kizárólag állami forrásból. A magánegészségügy erősödése elkerülhetetlen, de megvan annak a veszélye, hogy a szegényebb országokban az egészségügy kettészakad, és két párhuzamos, kizárólag korrumpív átjárású egészségügy alakul ki. Egy ekkora országban és ilyen jövedelmi szint mellett ez komoly kockázat, mert nincs két egészségügyre való egészségügyi dolgozónk, és egy teljes szolgáltatási spektrumot országosan lefedő második ellátórendszer fenntartásához nem elég gazdag és tömeges az elit.

A magánegészségügyre realitásként, az egészségügyi rendszer integráns és ellenőrzött működésű szereplőjeként kell tekinteni, és ki kell alakítani a két rendszer szabályozott együttműködését. A közellátást versenyképesebbé, a közfinanszírozást teljesítmény- és minőségarányos díjazással vonzóvá és alkalmassá kell tenni a magánforrások befogadására.

Az egymásmellettség feltételeinek megteremtéséhez tartozik egyebek közt, hogy a növekvő magánfinanszírozást kiegészítő biztosítássá kell alakítani, de támogatni kell az egészségcélú előtakarékosságot (egészségpénztárak) is.

Gyógyszerészet

Az egészségügynek mint dinamikus kölcsönhatásokon alapuló komplex adaptív rendszernek beágyazott, hozzáadott értékkel bíró eleme a gyógyszerészet is, része egy folyamatnak, amelyben a különböző összetevők kölcsönhatása és kapcsolatai egyszerre befolyásolják és alakítják a rendszert. A betegek teljes betegéletútjuk során való gyógyszerelésének egyedi, betegre szóló gyógyszerészeti minőségbiztosítása és egy hiteles adatállomány felépítése napjaink olyan szakmai követelménye, melynek teljesítését a hazai ellátórendszerben is teljeskörűen meg kell valósítani.

Orvos-beteg kapcsolat

Az egészségügyi ellátórendszer sikerének meghatározó eleme a betegek és a szakszemélyzet közti kapcsolatrendszer milyensége. Az egészség, a teljes testi-lelki jóllét állapotának megvalósítására való törekvés, a személyre szabott orvoslás érvényre jutásának fontos eleme a gyógyulást és az egészségben maradást segítő kapcsolathálózati erőforrások feltérképezése, támogatása. A jó orvos-beteg kapcsolat elengedhetetlen feltétele a magas színvonalú betegellátásnak, kialakításához, fenntartásához megfelelő idő és a betegek partnerként való kezelése is szükséges.

Az egészségügyben dolgozók nagy testi-lelki igénybevételnek, így fokozott egészségügyi kockázatnak vannak kitéve, ami az egészségügyi ellátás hatékonyságát is rontja.

A szereplők felelőssége az egészségügy komplex adaptív rendszerként való működésében

A Covid újabb markáns példát szolgáltatott arra, hogy korunkban az egészségügy csak akkor lehet hatékony, ha a résztvevők tevékenységéről hálózatokban gondolkodunk.

A fentiekben megfogalmazottak alapján rendkívül időszerű és ezért szükségszerű hazánkban is annak felismerése, hogy az egészségügy valóban összetett alkalmazkodó összefüggések hálózatos rendszere (*complex adaptive systems*). Ez egyben azt is jelenti, hogy az egészségügy kiemelt társadalmi jelentősége súlyos felelősséget ró az egészségügy döntéshozóira, akik a szakpolitikát irányítják, akik a forrásokat, a kutatási pénzeket elosztják, az orvostudomány minden területén folytatott ellátást végzőkre, kutatókra, oktatáspolitikusokra, morális szempontokat megfogalmazó etikai szakemberekre. Ez a komplex hálózati rendszerelmélet értelmében azt is jelenti, hogy a kormányzati struktúrában az egyes minisztériumok tevékenységének harmonizálása rendkívüli jelentőséget nyer, hogy korunkban az egészségügynek a politikai hatalmi struktúrában központi jelentőséget kell biztosítani.

(forrás: MTA)

12. (2022.03.03.) Így is átalakulhatna a népegészségügy és az ellátásszervezés

http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/igy_is_atalakulhatna_a_nepegeszsegugy_es_az_ellatasszervezes

„Újabb konszenzuskonferenciát tartottak a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői (KEKSZ), ezúttal a népegészségügy, az ellátás-szervezés és betegirányítás került terítékre.”

Független szakmai felügyelet, a parlament alá rendelt tisztifőorvos, országos népegészségügyi központ, az egészségügyi minisztérium irányítása alatt álló, hatósági feladatokat ellátó kormányhivatalok, térségi és járási lábakkal kiterjesztett országos népegészségügyi központ – ilyen struktúrában képzelik el a szakértők a megújuló népegészségügyi rendszert, amelyben miniszteri biztos érvényesíthetné az egyes tárcák között az ágazat transzszektorális érdekeit. Minderről *Vitrai József* népegészségügyi szakértő számolt be a KEKSZ második konszenzus-konferenciáján, felhívva a figyelmet a jelenlegi rendszer hibáira is. A döntően medikalizált szemlélet mellett háttérbe szorul a prevenció, keverednek a szolgáltatói és a hatósági funkciók, nem elérhetőek a szervezési, és elégtelenek a humán erőforrás-kapacitások.

Míg a lakosság egészségi állapotának javításában a viselkedés-életmód megváltoztatása a leghatékonyabb eszköz, ugyanakkor ez a társadalmi viszonyokban legmélyebben beágyazott kockázati tényező. Mivel az egészségi állapotot befolyásoló tényezőcsoportok egymással kölcsönhatásban állnak, nem elég ezek közül egyet megváltoztatni – vázolta *Vitrai József*, aki szerint az egészségtudatosságot leginkább az oktatáson keresztül lehet erősíteni. A hálózatos népegészségügyi rendszer mellett az egészségfejlesztéssel, valamint az egészséges lakó- és munkakörnyezet kialakításával foglalkozó szervezeteknek is működniük kell, a másod- és harmadlagos prevencióban pedig szerepet kell kapnia a gyógyító- és rehabilitációs intézményeknek is.

Oroszi Beatrix: Át kell lépnünk a 21. századba

Óriási potenciál van a népegészségügyben, ám ahhoz, hogy ezt ki tudjuk használni, szakítanunk kell a 19-20. században megszokott módszertanokkal. Ezt már *Oroszi Beatrix*, a Semmelweis Egyetem

Epidemiológiai és Surveillace Központjának mb. igazgatója szögezte le, azzal együtt, hogy a Covid-járvánnyal egy túlterhelt, átalakításra szoruló népegészségügyi rendszernek kellett szembenéznie, amely még a saját szerepével sem volt tisztában.

Nem az egyéni szintű szolgáltatások nyújtása, hanem a társadalmi szintű jelenségek monitorozása, elemzése és feltérképezése a népegészségügyi rendszer feladata – vélekedett a szakember, aki szerint bár a terület a tudományhoz kötődik leginkább, mégsem maradhat apolitikus, mert abban az államnak is szerepet kell vállalnia.

Gyűjtögetés helyett betakarítás

Az új informatikai eszközök és a big data a népegészségügyben is tágítja a horizontot és átalakítja a gyakorlatot – hozott be újabb szempontot a konszenzusteremtésbe *Balkányi László*, orvos, tudásmenedzser, az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) korábbi munkatársa.

Ma már áttértünk az ellátórendszerben keletkező, vagy a személyesen viselt eszközök által digitálisan keletkező adatok betakarítására, így már nincsen szükség széles körű struktúrára a jelentési rendszerek működtetéséhez. A big data megjelenésével pedig a korábbinál jóval nagyobb mennyiségű adathalmaz kezelésére és elemzésére van lehetőség.

Megfelelő adatok szükségesek a népegészségügyi stratégia kidolgozásához és megvalósításához, azonban ezek elérhetősége és elégtelensége jelenleg a valós helyzetkép kialakításához sem elegendők, ahogyan ahhoz sem, hogy a beavatkozások hatékonyságát mérjük – jegyezte meg hozzászólóként *Pipicz Márton* házi orvos, korábbi EFI irodavezető.

Vályi Péter, belgyógyász, kardiológus, egészségbiztosítás szakorvos azt fejtegette, hogy a korai diagnosztika a megőrzést, az egészség helyreállítását pedig a korszerű rehabilitáció szolgálja, így az egészséggondozásnak az egész életen át kell ivelnie.

Betegcentrikusabb ellátás, tisztuló betegutak

Kusza betegutak, összerosódó akut és tervezett ellátások jellemzik a hazai ellátórendszert – vezette fel a konferencia második, az ellátásszervezést körüljáró blokkját *Cserni István*, aki azt is megjegyezte, a pandémia ezen a területen is új viszonyokat alakított ki.

Betegcentrikusabb ellátási formára van szükség, amelyben az ellátási struktúrát rendelik a páciensekhez – mondta *Berényi Tamás* egészségügyi menedzser, sürgősségi orvostan szakorvos. Ezért szükséges az eddigi, betegség-centrikus ellátás helyett az a paradigmaváltás, amelyet a sürgősségi ellátás képvisel: a beteg köré szervezett, számára szükséges készség és ellátó-kapacitás.

Tisztázni kell a házi orvosok szerepét az ügyeleti ellátásban – folytatta a témát az alapellátás szemszögéből *Cserni István*, aki szerint az akut esetek ellátása egyértelműen az OMSZ feladata, problémát a néhány órán belül sürgős ellátásra szoruló, kritikus állapotú betegek kezelése jelent, hiszen sokszor a bejelentésből sem feltétlenül derül ki a páciens valós állapota.

A praxisok rendelőiben, a rendelési idő alatt a tervezett, időpontra érkező betegek ellátásától el kell választani az akut ellátást – mondta a házi orvos.

Kétszer ennyi házi orvosra lenne szükség

A hazai ellátásszervezés leragadt a múlt évezredben, szeparált alapellátók fedik le az országot, ráadásul nem a betegek igényei, hanem szakvizsgák, papírok, szakrendelői pecsétek határozzák meg az ellátás menetét, ahogyan tisztázatlan az is, hogy a folyamat során ki felelős a páciensért. Így

jellemezte a hazai háziiorvosi rendszerben zajló ellátást *Török Zsolt*, aki Skóciában és idehaza is dolgozik háziiorvosként.

A háziiorvos minden 5. beteget szakrendelésre küld, ami azt jelenti, hogy nem rendelkezik a munkájához szükséges kompetenciákkal – mondta *Török Zsolt*, hozzátéve, hogy a betegszámok ismeretében már most tízezer háziiorvosra kellene a szükség a vizsgálatok és gondozási feladatok elvégzéséhez. Ezzel szemben tíz év múlva jó, ha lesznek ötezren.

Kompetenciabővítés, felelős gazdálkodás az erőforrásokkal, szoros együttműködés a szociális- és patikai gondozóhálózatokkal, az otthonápolási szolgálatokkal, amely tevékenységnek irányítója és koordinátora a háziiorvos – ez lenne a kívánatos irány *Török doktor* szerint.

Az alapellátási kötelezettséget az önkormányzatoktól magasabb szinten kell szervezni, rendszeresen felülvizsgálva a praxishatárokat az egyes területek egyedi sajátosságainak és a lakosságszám változásának megfelelően. A praxisközösségek méretét és működését nem központilag kell meghatározni, arról a területen élő populáció egészségi állapotának tükrében kell dönteni, és ennek megfelelően lehetőséget adva az egyes közösségek szétválásra, egyesülésre, újraszervezésére.

13. (2022.04.11.) Ismét kimondta a bíróság, hogy nyilvánosságra kell hozni a visszatartott kórházi járványadatokat <https://444.hu/2022/04/11/ismet-kimondta-a-birosag-hogy-nyilvanossagra-kell-hozni-a-visszatartott-korhazi-jarvanyadatokat>

A Fővárosi Törvényszék után a másodfokon eljáró Fővárosi Ítéltábla is kimondta, hogy az államnak ki kell adnia bizonyos alapvető fontosságú járványadatokat.

Az ítélet szerint az Országos Kórházi Főigazgatóságnak (OKFŐ) 15 napja van elküldeni napokra és kórházakra lebontva, hogy mennyi covidos beteget ápoltak intenzív és nem intenzív osztályon a második és harmadik járványhullámban. A hivatal még fellebbezhet a Kúriánál.

14. (2022.05.11.) Kovácsy Zsombor az egészségpolitika új ciklusáról http://medicalonline.hu/cikk/kovacsy_zsombor_az_egeszsegpolitika_uj_ciklusarol

„Várhatunk-e ritmus-, esetleg irányváltást a következő négy évben? – teszi fel a kérdést a Portfolion megjelent írásában Kovácsy Zsombor.” (Kovácsy Zsombor egészségügyi jogász)

Időnként felmerül az utóbbi évtized egészségpolitikájának csodafegyvereként az államosítás a többnyire vállalkozás formájában működő praxisok vonatkozásában is. Igaz, hogy a háziiorvostársadalom számára sokszor inkább nyűg az önálló működés, a közsférában kialakított parancsuralmi rendszerbe mégis nehezen lehetne beterelni ezt az önállósághoz szokott szakembergárdát. Az egészségügynek ez az a szegmense, ahol igazán nagyot lehetne javítani az egész rendszer működési hatékonyságán: a praxisok együttműködését segítő, például nem orvos szakemberek közös foglalkoztatását megkönnyítő, az információs technológia (így a telemedicina) eszköztárát fejlesztő programok ezt szolgálhatják, ugyanakkor a háziiorvosok totális tévesztése csak újabb kontraproduktív elemmel terhelné meg a mozgásképtelen, fejnehéz állami rendszert.

Úgy gondolom, itt jó esély van arra, hogy győz a józan ész: a háziiorvosok önállósága megmarad, és erős ösztönzők, központi pályázatok segíthetik majd az alapellátás megújítását.

A kormányzat többször is igyekezett a feltorlódott betegek ellátását meggyorsítani akár címkézetten az ellátó személyzetre fordítandó többletpénzzel, mégis úgy tűnik, hogy a történelmi pozitív

cselekedet, az orvosok tisztességes béremelése történelmi hibával, a hálapénz helyett legális és valós teljesítményösztönző bevezetésének elmulasztásával társult, és ezt, ha egyre nehezebb is lesz, valahogy pótolni kell.

Egyszerre van jelen a szélsőséges államosítás-központosítás és az állami rendszer lezülése. Ha a szektor cafatain való évek óta tartó marakodásnak véget vetve határozott, egységes tárcavezetés alakul ki, akkor talán nagyobb remény lesz arra, hogy a más ágazatokban az állami szférában is látott fejlődés (például a kormányablakok ügyfélbarát működési módja) az egészségügyben is megjelenjen. Közben a magán-oldalon az általános növekedés mellett koncentráció, néhány nagy szereplő felemelkedése látható, azonban ez eddig nem járt tényleges alternatív ellátórendszer körvonalainak kialakulásával, azaz a minőségi ugrás még hátravan.

Az utóbbi évtized központosító irányának eddig inkább a hátrányait lehetett érzékelni. Az irány valószínűleg marad, de az ágazat sok baba közt elvesző gyerek állapota remélhetőleg megszűnik.

15. (2022.05.13.) Megérkezett a törvényjavaslat az ötödik Orbán-kormányról, máris van egy érdekesség <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20220513/megerkezett-a-torvenyjavaslat-az-otodik-orban-kormanyrol-maris-van-egy-erdekesség-544745>

Mik lesznek a minisztériumok feladatai?

Az ATV-n két nappal korábban részletesen is megjelent, hogy az egyes minisztériumokhoz milyen feladatok fognak tartozni. A portál szerint ez még nem végleges verzió, de jó kiinduló állapot lehet. [A felsorolás tehát még – *remélhetőleg* – változhat, tehát nem csak nőhet, *akár csökkenhet is a felsorolás hossza! A minket különösen érdeklő egészségügyért (is) felelős Belügyminisztériumról akkor ez jelent meg, és újabbat vagy pontosabbat azóta sem tudunk (utólagos szöveg kiemeléssel):]*

„Belügyminisztérium: Büntetés-végrehajtás, bűnügyi nyilvántartás, egészségügy, határ- és idegenrendészet, menekültügy, kábítószer-megelőzés, kábítószerügy; katasztrófavédelem, kormányzati informatikai infrastruktúra védelme (kibervédelem), közbiztonság, rendészet, bűnmegelőzés, pártfogói felügyelet, közfoglalkoztatás, köziratok kezelése, levéltári tevékenység, közoktatás és köznevelés, közterület-felügyelet, külföldiek társadalmi beilleszkedése, külföldre való utazás szabályozása, személyi adat- és lakcímnnyilvántartás, minősített adatok védelme, szociálpolitika, szociális szolgáltatások és hajléktalanellátás, társadalmi felzárkóztatás, társadalmi párbeszéd, terrorizmus elleni küzdelem, vízgazdálkodási és vízügyi igazgatás”

[Megjegyzés: kb. 28 ügykör, talán globálisan is történelmi győztes hosszúságú lista!

Megnyugodhatunk, hogy a szűken számlálva is több mint kéttucat különböző feladatkör közé bejutott az egészségügy is? Elég hangsúlyos lesz az egészségügyi kérdések kezelése? *Csoda lenne!]*

A téma miatt ide illesztve, de egy vonal párral elkülönített kiegészítő információként itt közlünk egy kis összeállítást arról, hogy Európa más országaiban (27 ország) nagyon-nagyon más a helyzet:

Forrásunk: <https://www.mkksz.org.hu/html/main/alkossunk/vitainspirator/0406/vita0406.pdf>

(megjegyzés: forrásunk pontosabban „A közszolgálat felépítése az EU tagállamokban és a tagjelölt országokban” című dokumentum, amely a 2005. évi luxemburgi, valamint a 2006. évi osztrák elnökség idején került aktualizálásra lényegében 27 ország egymással jól összevethető adatait tartalmazza)

Az összehasonlított 27 országból tehát

- 13 országban az egészségügyet az Egészségügyi Minisztérium kezeli (nem meglepő!)
- 8 országban az egészségügyet még *egy* hozzá csatolt feladatkörrel közös minisztérium pld. Egészségügyi és Népjóléti Minisztérium kezeli (logikus, ismert megoldás!)
- 3 országban az egészségügyet még *két* hozzá csatolt feladatkörrel közös minisztérium pld. Egészségügyi, Élelmiszerbiztonsági és Környezetvédelmi Minisztérium kezeli (összetartozóként elfogadható területek!)
- 3 országban az egészségügyet nem minisztériumok útján, hanem a közszolgálat csúcsszintén, más eszközrendszerrel (Franciaországban), máshol más, de szintén a közsféra csúcán szervezett módon (az Egyesült Királyságban), illetve egyetlen országban elérhető adat híján ismeretlen módon (Észtországban) kezelik.

Aki még alaposabb információkra vágyik, annak érdemes még körülnéznie a következő két ismertetést is:

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN

https://era.aeek.hu/zip_doc/politika/zip_doc_2007/4-Nyugat_Europa.pdf

EURÓPAI SZEMESZTER – TEMATIKUS TÁJÉKOZTATÓ / EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_hu.pdf

16. (2022.05.16.) Top 5 trend, ami meghatározza az egészségügyi szektort a jövőben

<https://www.digitalhungary.hu/e-volution/Top-5-trend-ami-meghatarozza-az-egeszsegugyi-szektor-t-a-jovoben/16206/>

„Miközben az egészségügyi szektor figyelmét továbbra is egy történelmi jelentőségű világvárvány uralja, exponenciálisan fejlődik az orvostudomány, és robbanásszerűen terjednek az adatalapú, digitális technológiák. Egyre tudatosabbá válnak a fogyasztók, ezzel együtt pedig eltolódik a hangsúly a betegségkezeléséről a megelőzés, valamint a jóllét felé. Ezek a folyamatok a katalizátorai annak a tudományos, üzleti és működésbeli átalakulásnak, ami a Deloitte globális előrejelzése szerint az egészségügyre várhat.”

A közelmúltban villámgyorsan bővült a virtuális egészségügyi szolgáltatások köre, és új partnerségek alakultak ki a vakcinák, kezelések és eszközök előállítására, valamint beszerzése érdekében. Eközben továbbra is sürgető problémát jelent az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége, továbbá a rendszer pénzügyi és környezeti fenntarthatósága. A Deloitte 2022-es Global Health Care Outlook jelentésében áttekinti a globális egészségügyi ágazat jelenlegi helyzetét és annak legfőbb kihívásait.

ESG, azaz Environmental (környezeti), Social (társadalmi) és Governance (irányítási) megfontolások

Kulcsfontosságú, hogy az egészségügyipar szereplőinek vezetői az ESG stratégiák mentén irányítsák szervezeteiket. Az elkövetkezendő években az egészségügynek többek között az éghajlatváltozás okozta egészségügyi problémákkal (pl. légzőszervi, szív- és érrendszerbeli) küzdő betegek növekvő számának kezelésére is fel kell készülnie.

Egyenlő esélyek az egészségügyben

A világ számos országában a társadalom jelentős része nem jut megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Ennek okaként a tanulmány többek között az egészségügyi rendszer strukturális hiányosságait, a társadalmi egyenlőtlenségeket, valamint bizonyos társadalmi csoportokkal szemben tanúsított hátrányos megkülönböztetést jelöl meg.

Mentális egészség és jólét

A mentális egészségről és jólétről kialakított képünket nagymértékben befolyásolta a Covid-19 világjárvány. Ezért a fentebb említett politikai figyelem mellett még mindig nagyobb tudatosságra van szükség mind munkáltatói, mind kormányzati oldalról.

„A COVID-19 számos meglévő vagy kialakulóban lévő egészségügyi trendet felgyorsított, különösen az egészségügyi egyenlőség, valamint a fenntarthatóság terén. Ezek mellett a változó fogyasztói preferenciák, az egészségügyi iparág integrációja, a gyorsan fejlődő digitális egészségügyi technológiák, valamint a klinikai innovációk továbbra is olyan területek, amiket az egészségügyi vezetők számára fontos szem előtt tartani” – mondta Fábíán Dorottya, a Deloitte Magyarország egészségügyi iparágra fókuszáló csoportjának vezetője.

Digitális transzformáció

A különböző technológia újítások átalakíthatják, hatékonyabbá tehetik az egészségügy működését, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Az orvostudomány jövője

A 21. századi egészségügyi ökoszisztéma új tudományos felfedezései, újfajta klinikai kutatásai, digitális eszközei és innovációi alapjaiban változtatják meg az egyes betegségek diagnosztikájáról és kezeléséről kialakított tudásunkat, amely hatást a Covid-19 világjárvány csak tovább gyorsította. A rendkívül magas kutatás és fejlesztés költségek miatt várhatóan drágábban lesznek elérhetők az olyan innovatív megoldások, mint az immunterápia, vagy a digitális orvosi eszközök.

17. (2022.05.18.) Pintér Sándor: Jó kezekbe kerül az egészségügy

http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/amennyiben_a_kollegak_megkapjak_a_tamogatast_ugy_egeszsegugyi_oktatasi_teruleten_is_eredmenyes_munkat_tudn_vegezni_a_belugyminiszterium?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=32562

„Amennyiben a kollégák megkapják a támogatást, úgy egészségügyi, oktatási területen is eredményes munkát tudna végezni a Belügyminisztérium, hangzott el *Pintér Sándor* meghallgatásainak egyikén. A belügyminiszter-jelölt szerint azzal, hogy az egészségügy a tárcája irányítása alá kerül, jó kezekben lesz az ágazat.”

A belügyminiszter a Népszava szerint kitért arra is, hogy ha a tárca történetét nézzük, úgy korábban a mindenkori belügy alá tartoztak az oktatási képzési ügyek, ám szociális területen is voltak jogositványai. A Horthy-érában, Keresztes Fischer Ferenc és Klebelsberg Kunó alatt is a mindenkori belügy alá tartoztak ilyen kérdések. Később komoly átalakítás alá került a BM, így 1945 után volt olyan, hogy az egész rendőrség, az elhárító szervezetek és a titkosszolgálatok teljes terjedelmében is odatartoztak. „Mindig a kor körülményeinek megfelelően kell a belügy feladatait meghatározni” – foglalta össze a gondolatait *Pintér* arról, hogy miért jött létre egy mamut minisztérium a tárcájából.

Amennyiben a kollégák megkapják a támogatást, úgy egészségügyi, oktatási területen is eredményes munkát tudna végezni a Belügyminisztérium. Szerinte a BM csak a „stratégiai

döntéseket" fogja meghozni. Döntéshozatal előtt konzultálna az érintettekkel, így a közös munkához tudományos tanácsokat, akadémikusokat kérne fel Pintér Sándor.

Pintér Sándor belügyminiszter-jelölt szerint azzal, hogy az egészségügy a tárcája irányítása alá kerül, jó kezekben lesz az ágazat. A régi-új tárcavezető szerdán az Országgyűlés népjóléti bizottsága előtti meghallgatásán azt mondta, a már lerakott alapokon szeretne tovább építkezni közös együttműködéssel.

A politikus az egészségügy informatikai hátterének fejlesztését, bővítését, a szociális területeken az állam mellett az egyházakra, civil szervezetekre támaszkodást emelte ki, valamint beszélt a fogyatékkal élők élet- és munkakörülményeinek javításáról, az alapellátás szakellátáshoz való jobb illeszkedéséről, a várólisták csökkentéséről és az egészségügyi statisztikák rendbetételéről is.

Pintér Sándor kijelentette: megnyugtat mindenkit, gyógyítani nem fog, és nem egyedül szeretné vezetni a népjóléti területet. Elmondása szerint a "törzsi vezetésben" hisz, ahol minden szakterület képviselője elmondhatja véleményét, tudásával hozzájárulhat az ágazatok jobbításához. A jó megvalósításhoz nélkülözhetetlen a megfelelő előkészítés, szervezés, rend a végrehajtásban, valamint a teljesítmény mérése és a minőségellenőrzés, nyomatékosította Pintér Sándor, jelezve, valamelyest ismeri az egészségügyi ágazatot, hiszen a pandémia alatt az operatív törzs irányításával már szerzett tapasztalatot.

Az egészségügyet érintve Pintér Sándor azt mondta: olyan rendszert és lehetőségeket szeretne kialakítani, amely jobb ellátást eredményez. Hozzátette: kitart az öt nemzeti egészségügyi program mellett, megerősítve a népegészségüggyel.

A szakdolgozók helyzetén, mondta, van mit javítani, különösen a diplomás szakdolgozók helyzetét kell rendezni. Úgy látja, az egészségügyi jogállási törvény jó irány, a hálapénz rendezése megtörtént, azonban a tapasztalatok szerint "van egy orvosi réteg, amely megpróbálja a (hálapénzről szóló) jogszabályt kijátszani". Pintér Sándor hangsúlyozta: a hálapénz elfogadása vesztegetés, a paraszolvencia "egy belső rákos daganat az egészségügy területén, és továbbra is a rendőri eszközök bevonásával kívánnak eredményt elérni".

Ezenkívül szeretné hatékonyabbá tenni a különféle források felhasználásának ellenőrzését, az intézményi gazdálkodást és a minőségellenőrzést. Ez jelenti a szervezetek és az orvosok elvégzett munkájának ellenőrzését és minőségi megítélését. Véleménye szerint ezek a későbbiekben jobbá, eredményesebbé teszik az ellátást.

Át kell tekinteni az orvosképzést is, és bár ez a terület nem a Belügyminisztérium alá tartozik, csak jól képzett, a technológiai vívmányokat használó orvosokkal lehet jól gyógyítani, mondta. További feladatként jelölte meg a miniszter a népegészségügy megerősítését, az alapellátás jobb illeszkedését a szakellátáshoz, valamint az ügyeleti rendszer racionalizálását.

Mindennek keretet és "hátteret" adnak az informatikai fejlesztések, a digitális rendszerek és a mesterséges intelligencia. Az elektronikus egészségügyi szolgáltatási teret (eeszt) tovább kell fejleszteni, és lehetővé kell tenni, hogy egy rendszeren belül a házi orvosi ellátáson át a gyógyításig minden fázis végigkísérhető legyen. Fejleszteni kell a telemedicina rendszerét is, mondta a belügyminiszter-jelölt.

Pintér Sándor konstruktív együttműködést szeretne valamennyi kórházigazgatóval, a szakmai kollégiumokkal, az orvosi és a gyógyszerészi kamarával. Jelezte: egészségügyi tudományos tanácsadói testületet hoznak létre a Belügyminisztériumon belül.

A 444 tudósításában arra is kitér, hogy Pintér elárult még néhány konkrétumot: egyrészt beszélt arról, hogy számos kórházban az, hogy ott milyen osztályokat működtetnek, nem mindig esik egybe a betegek igényeivel és az adott kórház orvosainak szakképzettségével. Ezért azt tervezik, hogy az összes kórházban legyen szülészet és sürgősségi ellátás, ezen felül pedig nézzék meg, hogy milyen osztályokhoz állnak ott rendelkezésre a személyi feltételek.

Pintér kérdésre válaszolva elmondta azt is, hogy az alapellátás, valamint az ügyeleti és a sürgősségi rendszer jelenlegi működésének áttekintése folyamatban van, úgyhogy az esetleges átalakításokkal kapcsolatos kérdésekre majd csak akkor fognak tudni válaszolni, ha már száz százalékos képük van a helyzetről.

Pintér Sándor kitért arra, hogy az orvoslétszámot meghatározó statisztikákat is rendbe kell tenni. Mint mondta, arról, hány praktizáló orvos van ma Magyarországon, minden szervezetnek és hatóságnak eltérő számai vannak.

A koronavírus-járvány alatt beszerzett lélegeztetőgépekkel kapcsolatban Pintér Sándor elmondta, azokat leltározták, szervizelték és vagy kórházak használják vagy készenlétben vannak.

Pintér Sándort a népjóléti bizottság tíz igen, három nem szavazattal alkalmasnak találta a miniszteri poszt betöltésére. Munkájában Rétvári Bence parlamenti államtitkárként fogja segíteni, és a minisztériumban dolgozik majd *Fülöp Attila* korábbi szociális ügyekért felelős államtitkár is. Az Országos Kórházi Főigazgatóság élén továbbra is *Jenei Zoltán* segíti a belügyminisztert.

18. (2022.05.20.) Takács Péter lesz az új egészségügyért felelős államtitkár
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/takacs_peter_lesz_az_uj_egeszsegugyert_felelos_allamtitkar

„A MedicalOnline több forrásból megerősített információja szerint Takács Péter lesz az egészségügyért felelős államtitkár a területet felügyelő Belügyminisztériumban.”

Takács Péter eddig az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) Alap- és szakellátásért felelős főigazgató-helyetteseként dolgozott. Ezt megelőzően egy évig vezette az Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelőt megbízott főigazgatóként. Az intézménynek korábban, 2015-2017 között finanszírozási osztályvezetője és járóbeteg-ellátási igazgatója is volt.

Az 1979-es, pápai születésű, orvos végzettségű szakember az államigazgatásban is gyakorlatot szerzett korábban. 2012 és 2015 között a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetben (GYEMSZI) egészségügyi szakreferensként, majd az intézmény jogutódjánál, az Állami Egészségügyi Ellátó Központnál (ÁEEK) orvosszakmai tanácsadóként és megbízott térségi igazgatójaként tevékenykedett. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (Emmi) egészségpolitikai főosztályvezetője volt 2017 és 2019 között.

A leendő államtitkár már egészen ifjú korában, a Semmelweis Egyetemen is vállalt vezetői szerepet; a hallgatói önkormányzatot négy éven át irányította, a Magyar Rezidens Szövetséget pedig két esztendőn keresztül elnökölte. Tíz évig volt a Magyar Orvosi Kamara országos elnökségének tagja.

Az Emmi-ben végzett feladatairól korábban, a János kórház igazgatójaként a Hegyvidék című kerületi lapnak azt is elmondta: „másfél évig hozzám tartozott az egészségpolitikai kommunikáció, az általam vezetett főosztály lektorálta, vagy adta a szakmai választ a sajtómegkeresésekre”. Ugyanitt beszélt arról is, hogy a főosztály feladatkörében az alapellátástól a mentőszolgálaton és a sürgősségi ellátáson át a közegészségügyig, a népegészségügyi portfóliót is beleértve, az egészségügy szinte teljes spektrumának minisztériumi koordinációját végezte csapatával.

A négygyermekes családapa az interjúban úgy fogalmazott: „ahhoz, hogy az ember valahol megállja a helyét, kellő alázattal és elkötelezettséggel kell hozzáállnia a rá bízott feladathoz”.

Lapunk úgy tudja, hogy *Pintér Sándor*, mint egészségügyért is felelős miniszter számos más jelölt közül, hosszas mérlegelést követően választotta a Belügyminisztérium irányítása alatt álló OKFŐ helyettes vezetőjét az államtitkári pozícióra, amelyre múlt hét óta folyt a casting.

(forrás: MedicalOnline)

A fenti összeállítás remélhetően elegendő háttéranyagot nyújtott ahhoz, hogy a máig is érdeemben kiszámíthatatlan és újabb vírusok terjedésével is fenyegető járványhelyzet, a közvetlen szomszédságunkban kitört háború, az ezek kapcsán is láthatóan kialakuló, feltehetően elhúzódó vagy csaknem állandósuló veszélyhelyzetek, a jogrendet és különösen a jogalkalmazást kényszerűen(?) degradáló, kényszerpályákon működtető, a közfigyelmet csőlátóvá változtató közállapotok, a globális pénzügyi és gazdasági válság FONTOSSÁ TESZI, HOGY DÖNTSÜNK:

- *tehetetlenül sodródjunk a sokoldalú válsággal, vagy*
- *megpróbáljunk a közgondolkodásra is aktív hatást gyakorolva a szó eredeti értelmében felelős állampolgári közösségként (nem követve a magát egyre gyorsabban hiteltelenítő pártpolitikai osztályt) a társadalom közjéért felelős tevékenységet hatékonyan végző csoportjainak egyikévé válni.*

A hazánk és tulajdonképpen a Földünk lehetőségeit befolyásolni egyáltalán képes országok élete, természeti és társadalmi életfeltételei a legutóbbi két évben olyan mértékben megváltoztak, hogy nem tehetjük meg, hogy fejünket a homokba dugva meg se próbáljuk észlelni a mindenre kiterjedő változásokat.

Azokat a változásokat, amelyek árnyában (*fényéről jó értelemben nem igen beszélhetünk*) a civil szervezetek működésének a megváltozott társadalmi rend érdektelenségében még a kívülről történő érzékelhetősége, értelme is egyre gyorsulóbban kérdőjelezhető meg.

Nem lehet nem észrevenni, hogy az egészségüggyel az elképzelhető szinte minden nézőpontból foglalkozó fent bemutatott 18 híranyag közül összesen kettőben szerepel érintőlegesen a „civil szervezetek” megemlézése, és szintén pusztán két helyen fordul elő – szintén igen hangsúlytalanul – a betegek bármilyen partnerként való kezelésének igényként történő felvetése.

A leginkább kiábrándító azonban, hogy mindössze egyetlen anyagban vetik fel a jó orvos-beteg kapcsolat szükségességét!

Lehetséges, hogy a korábban csak a járványt háborúként emlegető szóhasználatot követően a harmadik világháborút is már lehetségesnek kommunikáló nemzetközi hatalmi érdekek sikeres törekvései elmosás az élő ember, különösen a beteg ember sajátos érdekeinek figyelembevételét is?

Az ABOSZ alapvető céljait is szükséges tehát egyeztetni a további működés lehetőségeinek remélhetőleg megkereshető és fel is lelhető területeivel.

RÖVID ÁTTEKINTÉS
A LEGUTÓBBI KÜLDÖTTGYŰLÉSÜNKET KÖVETŐEN, 2021 VÉGÉIG MARADT 3 HÓNAPRÓL

E rövid időszakban leginkább az új alapszabályunk adta lehetőségek részletesebb átgondolásával foglalkoztunk, főként abból a szempontból, hogy az miként teheti még hatékonyabbá a minden asztmás és allergiás érdekében folytatandó tevékenységünket.

Az ABOSZ nevében 2021. december 23-án egy háromrészes – főként a koronavírus járvány kezelésének – felelős, vagy felelőtlen kezelésével, illetve gyermekek gyógyulására kiható légzést segítő eszköz hiánya foglalkozó közérdekű közleményt adtunk ki. *Jellemző, miként kért segítséget az egyik fővárosi gyermekkorház az asztmás gyerekek ellátásához szükséges belégzőeszköz hiánya miatt, amely elengedhetetlen a 7 év alatti gyerekeknél asztmás és vírus kiváltotta zihálás kezelésére.*

Egy másik, december 30-án kiadott négyrészes közérdekű közleményünkben az emberiség társadalmi felelősségének a klímavész helyzet mellett is jól érzékelhetően gyenge nyomaival, a nemzetközi környezetvédelmi szabályozásnak egyik fontos eszméje „a szennyező fizet” elv, érvényesülésének hiányával, a közösségi felelősségérzetet az egyéni birtoklás versenyén alapuló beteges fogyasztási mániára és a megvásárolható hatalomérzet mámorára cserélő emberiség önvészélyes életmódjával foglalkozott.

A közlemény felvetette, hogy döntéshozók azzal bizonyíthatnák nem csak elvártan felelős voltukat, hogy törvényben határoznának meg fogyasztásarányos energiatarifa arányokat, és egyúttal létrehozzák ezeknek új, elektronikus rendszeren keresztül történő alkalmazását.

Indokoltan felvethető például, hogy az idős, egyébként mozogni, különösen cipekedni nehezen képes emberek, akik az általában legszerényebb autójukat is főként heti bevásárlásuk elintézésére és az egészségügyi ellátóhelyek elérésére használják, humanitárius indokokból ezt egy bizonyos reális üzemanyagfogyasztásig kedvezőbb költségek mellett tehessék meg. Annál is inkább, mivel éppen az ő autóhasználatuk okozza a legjelentéktelenebb környezeti és klímakárokat.

ELMÉLKEDÉSRE, FONTOLGATÁSRA AJÁNLOTT

Mi senkit ne kívánjunk legyőzni, ne is győzni akarjunk, csak együtt nyerni, lehetőleg az egész társadalom javára és nem egyes pártok győzelme érdekében.

A pártok – bármit is állítanak, hirdetnek magukról – mindig részérdekeket képviselnek, hiszen nem véletlenül pártok! Ezt bizonyítja a legutóbbi választáson reményeikhez (és sokak reményeihez, mások félelmeihez) képest is csúfosan megbukott, vegyesfelvágottra emlékeztető ellenzéki pártcsoporthozulás egész tevékenysége.

Lehet, hogy mivel Magyarországon soha nem volt érdemben polgári demokrácia, az itt élők többségének máig sincs szüksége rá? Amennyiben sok szakértő ezen állítása igaz, akkor fel kell készülnie minden másként gondolkodónak a hosszan tartó lemondásra, az alkalmazkodási és tűrés-képessége jelentős fejlesztésére.

Mindennél fontosabb, hogy
LEGYEN BÉKE MÁR! LEGYEN VÉGE MÁR!

Legyen béke már a közéletet sikeresen undorítóra megmérgező, gyűlöletet, agresszív indulatokat keltő, mindannyiunk lelki és – *következményében* – testi egészségét is megfertőző elkorcsosult pártharcok helyett!

Nem igaz, hogy a pártoknak törvényszerűen így kell működniük!

Az viszont nagyon igaz, hogy hazánkban még most *sincs olyan háború, amelyet csak módszeres és véget nem érő gyűlöletkeltő megosztással lehetne megnyerni.*

A nemzetközi politikában és hazánkban is a korábbi – *legalább formálisan demokratikus* – irányítási rendszerek helyett egyre jellemzőbbek lesznek az olyan új módszerek, amelyek a veszélyhelyzetre hivatkozva először pusztán átmeneti szükségletként indulnak, de egyre inkább folyamatossá érnek össze, és rendkívüli felhatalmazási törvényekre hivatkozva országokat, önkormányzatokat is irányítanak.

Már egyre csökken a testületi döntések iránti igény, aminek legfontosabb példája, hogy a valós és széleskörű törvényhozási megalapozottság helyett gyakorlatilag minden lényeges döntésben elég az egyetlen párt véleményét képviselő kormány szintű döntés.

És így tovább, minisztériumok döntései helyett már egyre inkább csoport- főcsoportminisztériumok és a legfőbb belügyminisztérium keretében működtetett csúcsmisztériumban döntenek, illetve a kormány szintű helyett a kormányfői döntés válik jellemzővé, ami végül is oda vezet, hogy *egyetlen személy dönt az ország valamennyi valóban fontos ügyében.*

Akkor is, ha a csúcsmisztérium vezetője vagy akár a kormányfő a témához szóba jöhető legkülönbözőbb szakirányú tudásfajták egyikével sem rendelkezik, teljesen laikus.

Nem az a probléma persze, ha egy csoport- vagy akár csúcsmisztér, vagy a kormányfő ismeretei ezekre a területekre nem terjednek ki, hanem az, hogy a döntéseit megalapozó szakemberek köre a nyilvánosság előtt ismeretlen, illetve a döntéseket (csak vélhetően) szakmai háttérrel is megtámogató, legalábbis leggyakrabban nyilatkozó orvosok és biológusok legnagyobb súllyal idézettjei többségükben szintén nem a felsorolt legfontosabb szakterületeket képviselik.

Ugyan miért nem ismerheti meg a nyilvánosság a kormányfőnek vélhetően valamiféle komoly (számonkérhető) felelősséggel szaktanácsokat adó szakemberek körét?

Talán titkos? Miért, és hány évig? *Milyen jogi megalapozottsággal?*

Érdekes, a mienkéhez nagyon hasonló változásokat tapasztalhatunk Európa-szerte, de csaknem világszerte is!

Az egészségügyhöz is szorosan kapcsolódó migránsügyben időközben jelentősen átrendeződtek az európai erőviszonyok (*ez szintén nem a mi értékelésünkre vár!*), mégpedig a hivatalos magyar állásponthoz közelítő irányban. Igen elgondolkodtató, hogy ez ma már egyik hazai oldal számára sem tűnik igazán fontosnak.

Létezik egy a történelem nem túl régi korszakában az ifjúság szervezett okosításában, de akkor még politikai célból is bevetett mozgalmi köszöntés: **LÉGY RÉSEN!**

Ki tudja miért, manapság talán szinte a világon sehol nem él a hatalom ehhez hasonló jelszavakkal!

Érdemes lenne komoly politikaitudományi vizsgálatokat folytatni (persze csak civil háttérrel) miért is nem akarják FÖNT, hogy átlássák a folyamatok lényegét LENT!

A COVID korszakban szövetségünk is jobbára a veszélyhelyzeti rendeletektől bezárva működhetett, de mivel az elektronikus kapcsolattartás és információszerezés már korábban sem volt ismeretlen, ez a szövetségen belüli sajnos egyébként sem túl sűrű közvetlen emberi kapcsolatok hiányának megnövekedésén túl nem okozott nagyobb akadályokat.

Mivel lassan mindenki rákényszerül, hogy egyedül vagy a család, illetve barát segítségével számítógép, laptop, tablet vagy okosabb mobiltelefon használata is szükséges a tudnivalók alaposabb megismeréséhez, terjedelmi okokból magam is internetes eszközt veszek igénybe az annak hiányában csak töredékes beszámolóhoz.

MI LEGYEN TOVÁBBI MŰKÖDÉSÜNK FŐ CÉLJA, ÉS LEGFŐBB ESZKÖZE?

Semmit sem fogunk elérni, ha nem mondjuk ki, mit várunk el az egészségünkért is felelős döntéshozóktól, és mit tartunk tűrhetetlennek, a döntéshozók által lassan már magyarázatként sem hivatkozott demokratikus jogállamhoz, az emberek érdekeihez, de leginkább az emberiességhez méltatlannak a betegségügy kezelésében.

Ne tűrjük az egészségügyben, a betegellátás bármely vonatkozása kapcsán elharapódzó hazugságokat, próbáljuk leleplezni, és másokkal is megismertetni azok lényegét!

Ez azért lényeges, mert az egészségügyért felelős döntéshozók minden korábbinál inkább levegőnek tekintették a betegszervezeteket.

Más képviseleti lehetőség már nem lévén (a korábbi, mégoly csekély értékűeket is felszámolták) *rajtunk keresztül semmibe veszik a betegeket is, ugyanakkor a média tele van a betegek javát mindig elérendő célként emlegető hazugságokkal.*

Az egészségügyről – lezüllött helyzetéhez képest – általában is méltatlanul kevés szó esik, ha azonban mégis, akkor mindenről beszélnek, *de annak nyoma sincs, hogy a döntéshozókat a legcsekélyebb mértékben is foglalkoztatnák a betegek biztonságos ellátáshoz fűződő jogai, tájékoztatásuk fontossága, az őket érintő döntésekbe való bármiféle lehetséges bevonásuk kérdése.*

Kormányciklusoktól függetlenül bevált módszernek tűnik tehát a „rólunk, de nélkülünk” elv további alkalmazása.

Mégsem adhatjuk fel! Ezt a témát változatlanul fenntatjuk, úgy, ahogyan a 2019-es beszámolóban a küldöttgyűlés elfogadta. Nincs értelme ismét részletezni.

Ne féljünk tőle, vágjunk bele az egyébként sok kényes kérdést felvető problémakör feltárásába!

AZ EGÉSZSÉGÜGY röviden összefoglalható LÁTLELETE, hogy HOSSZÚ ÉVEK ÓTA, a hatályos jogszabályok ellenére GYORSAN ROMLIK!

AZ EGÉSZSÉGÜGYÉRT IS FELELŐS ORSZÁGOS POLITIKA az idei évben is MINDEN KORÁBBTÓL ELTÉRŐ KÍSÉRLETRE EMLÉKEZTET.

NÉZZÜNK AZONBAN ELŐRE, ÉS KEZDEMÉNYEZZÜNK!

A FOLYTATÁS ELÉ, A JELENTŐS MEGÚJULÁS JEGYÉBEN!

Minden munka, amit végzünk, befektetés a jövőbe. A mi jövőnkbe és/vagy az utódainkéba, otthon a családban, a rokonságunkban, és azon kívül is. Az ABOSZ tekintetében ez a mi asztmás, allergiás helyzetünkről, és sajnos az egyre gyorsabban növekvő számú jövőbeni sorstársaink nehézségeinek, állapotával kapcsolatos életviszonyainak befolyásolásáról szól.

Arról továbbra se álmodozunk, hogy nélkülünk is olyan jól fognak menni az asztmások, allergiások ügyei, hogy semmi szükség nem lesz a hivatalos (azaz emberhiányos, hosszú várólistás) egészségügyön kívüli betegtájékoztatásra és az érdekképviseletre.

Úgy tűnik, a döntéshozók érdektelen vagy csak útban lévő tényezőnek érzik a betegeket!

Ne féljünk, vágjunk bele, őrizzük meg és erősítsük meg azt, ami a legfontosabb, a kapcsolatunkat, az összefogásunk, az érdekképviseletünk még részben fennálló lehetőségeit!

Legfontosabb változatlan célunk legyen, hogy segítsünk megértetni Magyarországot válogatás nélküli, mindenkori miniszterelnökével:

Egy tisztességesen, a népet EMBEREK KÖZÖSSÉGEKÉNT és nem csak gazdasági tényezőkként erőforrásként kezelve vezetett országban az egészségügyet nem szóra sem érdemes, vagy csak a gazdasági élet egyik költségvetést terhelő, tehát nyomasztó területeként, hanem a haza jövőjét meghatározó egyik legfontosabb ágazatként kell kezelni!

Bővebb információ: <https://abosz.hu/>

Elfogadta az ABOSZ küldöttgyűlése:

Budapesten, 2022. május 27-én



Pósi Péter elnök