

# Útkeresés II.: az egészség és a gyógyulás kényszerű és célszerű irányai

DR. KINCSES GYULA

**Az egészségügy átfogó átalakulás előtt áll, ami alapvetően alakítja át az ellátórendszer szerkezetét, működését és a szereplők viselkedését. A technológiai fejlődés lesz a változások egyik hajtóereje, de a finanszírozási kényszer átalakítja a biztosítási rendszert és átrendezi a felelősségi viszonyokat is. A gyógyítás egyre inkább kollektív tevékenység lesz, és az Evidence Based Medicine szemléletet kiegészíti az együttműködési kényszer (Cooperation Based Medicine). A gyógyítási tér és az egészségfelelősség kitágul a beteg felé, mindez új alapokra helyezi az orvos-beteg viszonyt. Ebben az írásban – néhol szándékoltan kontúros elrajzolással és szimplifikációval – ezekre a változásokra próbáltam felhívni a figyelmet.**

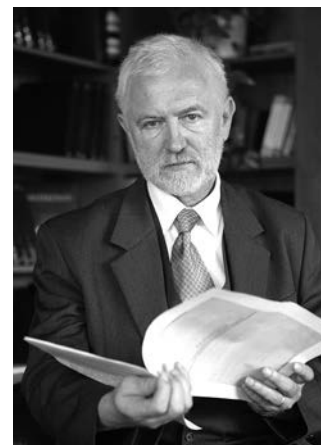
## A VÁLTOZÁSOK KORA

„Útkeresés: az orvoslás céljai és az orvosi autonómia” címmel nagy ívű írást közölt az *Orvostovábbképző Szemle* legutóbbi száma Oberfrank Ferenc tollából, aki nemcsak kiváló kutató, de nem mellékesen a MOTESZ megválasztott elnöke is. Az írás alap gondolata, hogy a 2. világháborút követően kialakult modell fenntarthatósága lényegében mindenütt megkérdőjeleződött, és ez kényszerűen újraértelmezi az orvos szerepet is. Ezzel maximálisan egyetértek, és nem vitatkozva az alapcikkkel, ezt az állítást kísérlem meg más, tágabb összefüggésből taglalni.

Amiben bizonyosak lehetünk: az egészségügy (benne az egészség fogalma, az értékhierarchiában elfoglalt helye) a 2. világháború után gyökeres változásokon ment át, majd az ezredforduló környékén a kialakultnak hitt új állapot is széttöredezett, így most egy, a 2. világháborút követőhöz hasonló mértékű átalakulás első szakaszában élünk. A 2. világháborút követően két nagy változás történt: az egészségügy,

az orvostudomány expanzív fejlődése egybeesett Európában a társadalmi szolidaritás kodifikált vezérelvű válásával. A megbetegedések összetételének radikális megváltozását két tényező indította el: a védőoltások terjedése (új oltások megjelenése + az átoltoottság kiterjedése), és az antibiotikumok megjelenése, használatuk általánossá válása. Ezáltal számtalan, régen népbetegségnek számító, tömeges halálózást okozó betegség vált megelőzhetővé vagy gyógyíthatóvá.

Minderről, illetve az egészség és az egészségügy viszonyáról és az egyéb tényezők hatásairól Józán Péter munkássága ad képet.<sup>1</sup> Mindeközben a politikailag erősen megosztott Európa mindkét, egymással szembenálló felén hasonló társadalmi célok szerint szerveződött az egészségügy, így évezredes álmok tűnt megvalósíthatóknak: mindenki, vagyoni helyzetétől függetlenül, hozzáférhet a létező egészségügyi technológiákhoz. Az orvostudomány és a technológiák fejlődése miatt a század



**DR. KINCSES GYULA**

Szakmai tanácsadó, nyugalmazott főigazgató, Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest

utolsó harmadának elején tényleg úgy tűnt, hogy az egészségügy sikerágazat, az egészség-mutatók folyamatosan javultak, és a nagy, fertőző népbetegségek „legyőzöttnek” tűntek. A század végén ez az álomszertefoszlott, és egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az orvostudomány fejlődése – az adott társadalmi-kulturális kondíciók mellett – nem olcsóbbá, fenntarthatóbbá teszi az egészségügyet, hanem egyre drágábbá, és ez nemcsak az egészségügy, de a jóléti rendszerek, ezeken keresztül a gazdasági növekedés fenntarthatóságát veszélyezteti. A születéskor várható átlagos élettartam növekedése ugyanis nem jelenti a betegségnélküliséget: a fertőző betegségek helyét a tartós kezelést igénylő, krónikus, nem fertőző megbetegedések vették át.

Ezek a folyamatok értelemszerűen változtatták meg az egészségügy belső viszonyait: a közfinanszírozás kizárólagossága/túlzott dominanciája szolgáltatási rendszer helyett (ahol vannak, sőt adott esetben dominálnak a piaci elemek, attitűdök) közellátási rendszerre alakította az egészségügyet. Ez a folyamat a volt szocialista országokban volt teljes, a társadalombiztosítási nyugati rendszerek jobban megőrizték a szolgáltatási rendszer karakterüket, így ott az újabb váltás megélése kevésbé drasztikus és szétziláló hatású. Egészségügyi rendszerünk a deklarációk ellenére ismét szolgáltatási rendszerre alakul, ennek minden szabályozatlan következményével. Mindezek a változások – a tudományos és technológiai fejlődésből eleve fakadókhöz hozzáadódva – alapvetően rendezik át az egészségügy belső működését, benne az orvosi szerepet.

## MIÉRT NŐNEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖLTSÉGEK, ÉS MIK A KÖVETKEZMÉNYEK?

A rendszerszintű változások kikényszerítője a költségnövekedés, mert ez teszi tarthatatlanná a múlt századi modellt. Ezért mindenképpen indokolt áttekinteni ennek okait, komponenseit. Az egészségügyi költségek

növekedésének egészségügyi rendszeren kívüli (külső, illetve az egészségügyi ellátás következményeként előálló) okai ma már közhely szintűek, ezért ezeket csak összefoglalóan jelzem. Meghatározó, hogy abszolút értelemben is nő az ellátási igény a szükségletek növekedése miatt. Ez egyrészt az élettartam növekedésével, illetve a korstruktúra megváltozásával függ össze, de alapvető fontosságú a megbetegedések összetételének megváltozása, a krónikus (tartós-folyamatos kezelést igénylő) nem fertőző megbetegedések megszorodása és az a tény, hogy egyes nem gyógyítható – nemrég még halálos – betegségek ma már folyamatos, magas kezelési költség mellett az élettel tartósan összeegyeztethetőkké válnak.

A technológiai robbanás következményei (új diagnosztikai eljárások, új megbetegedések felismerése, új terápiás eljárások, kezelések bővülése, az infokommunikációs technológiák növekvő penetrációja) mellett szintén ismert, de fontos költségnövelő tényező a kulturális váltás is, ami az igények növekedését okozza. Ebben a legfontosabb, hogy nő(t) az ellátási igény az igazságos és egyenlő esélyeket biztosító orvoslás (az ún. equity) mint társadalmi elvárás kiterjedése miatt, azaz alapelvvé vált, hogy jövedelemtől, de főleg lakóhelytől, településszerkezettől függetlenül hozzá kell jutni az ellátáshoz. Mindemellett nőtt az igény a közösségi megoldások iránt: csökkent az öngondoskodás, a családi, kisközösségi gondoskodás szerepe, ami elsősorban a krónikus ápolási igényben és a palliatív ellátásban jelent óriási intézményi/társadalmi terhet. És amiről kevesebbet beszélünk: elvesztettük az elengedés képességét. Nem tekintjük természetes folyamatnak az elmúlást, mindenáron és bármilyen életminőségben, de minél tovább akarunk élni. Ez a tény és az ezt körülvéző jogi szabályozás szintén hozzájárul a költségnövekedéshez.

Mindez ismert, sokan kiválóan elemezték ezeket a tényezőket, jelenségeket. Arról

már kevesebbet beszélünk, hogy magának az egészségügyi rendszernek a fejlődése, átalakulása is hozzájárult a költségnövekedéshez. Az egészségügyi közgazdaságtan alaptételeiből következik, hogy a közfinanszírozás meghatározó jellegűvé válása megváltoztatta az egészségügy szereplőinek viselkedését is. A társadalombiztosítási, illetve állami egészségügyi rendszerekben a három főszereplő (a beteg, a gyógyítók és a finanszírozó), illetve a „kapcsolódó-környezeti szereplők” (a politikától a beszállítókig) egyike sem megfelelően költségérzékeny. A beteg (főszabály szerint) az igénybevételtől függetlenül fizet, így nem költségérzékeny, sőt: igazságérzete alapján betegsége alatt minél több szolgáltatást szeretne kapni a befizetett járulékáért, azaz még aktív befizető korában szeretné „levásárolni” befizetését. A szolgáltató (a gyógyító személy vagy szervezet) a minél több szolgáltatás nyújtásában és elszámolásában érdekelt, hiszen a „fogyasztó” (a beteg) fizetőképessége vagy érzékenysége nem merül fel korlátként.

Elvben a finanszírozó (társadalombiztosítás, állam) a makrogazdasági, versenyképességi, államháztartási okok miatt lehetne költségérzékeny, de valójában (Magyarországon) nem az. Ennek oka a több évtizedes politikai meghatározottság, ami az utóbbi bő két évtizedben sem csökkent, azaz a politikai szempontok sorra beelőzik a gazdasági racionalitás szempontjait – elég a vizitdíjra vagy legutóbbi történés-ként a kancelláriarendszer bukására utalni. Így Magyarországon maradt a múlt századi elv: a közösségi egészségügy a közösségi finanszírozásra épül, aminek fő forrása a munka világa, a járuléék. Egyre kevesebb aktív kereső egyre több ember egyre drágább ellátását fizeti, és a jóléti rendszerek (egészségügy, nyugdíj, szociális ellátás/gondoskodás) fenntarthatósága az államháztartás egyre nagyobb redisztribúcióját követeli, ami rontja a versenyképességet egy globalizált piacon, ahol a versenytársak nem veszik nyakukba ezt a terhet.

Egész Európa a szerzett jogok csapdájában vergődik. A tét, a mindannyiunk által elfogadott európai értékrend gazdasági fedezetének biztosíthatósága, mely szükségszerűen mindenütt a jóléti rendszerek felülvizsgálatát fogja eredményezni. A jelenlegi modellek fenntarthatatlanságát jól jelzi a francia nyugdíjrendszer története (1. ábra): 1975-ben a nyugdíjkorhatár és a 65 éves korban várható élettartam között 15 év volt a különbség, azaz átlagosan 15 évet kellett a nyugdíjrendszernek finanszíroznia. A még várható élettartam folyamatos növekedése ellenére 1984-ben 5 évvel csökkent (sic!) a nyugdíjkorhatár, így 2013-ban a nyugdíjrendszer már átlagosan 26 évet finanszíroz. Ha figyelembe vesszük, hogy a gyógyítás költségei exponenciálisan emelkednek a várható élettartamhoz képest, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy mindez nem fenntartható. Az egészségügy rendszerek 21. századi fejlődésének fő dilemmája, hogy hogyan lehet a makro szintű költségkontrollt úgy megoldani, hogy ez ne növelje az egészségyenlőtlenségeket.<sup>2</sup> Az egészségpolitika felértékelődését jelzi, hogy Kosztolányi György, az MTA Orvosi Tudományok Osztályának elnöke tematikus konferenciaszervezéssel, illetve akadémiai közleményekben foglalkozik az egészségügy jövőképevel, fenntarthatóságával.<sup>3</sup>

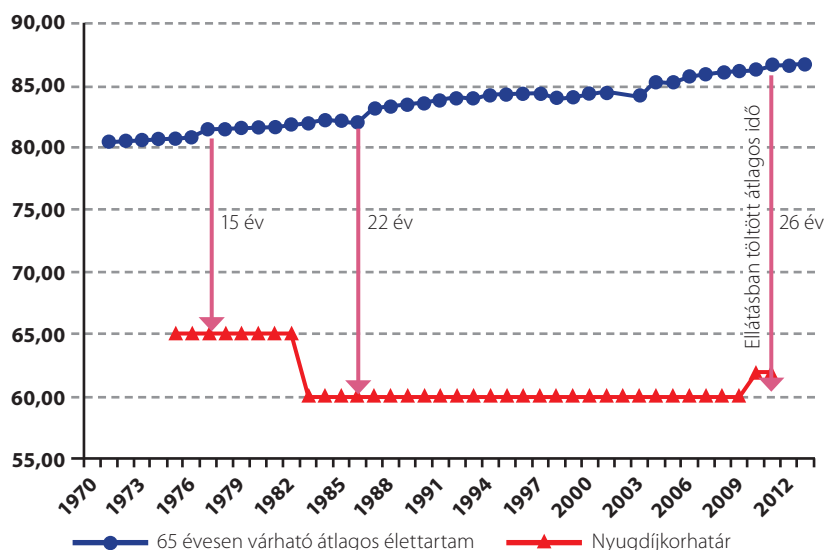
## A KÖVETKEZMÉNYEK

A fent leírt tendenciák nem kezelhetők alapvető változások, modellszintű átalakítások nélkül. El kell döntenet, hogy az értékeinkhez ragaszkodunk-e, vagy a szokásainkhoz. Amit sokan és sokféleképpen mondtak már: át kell alakítani az egyéni és a közfelelősség határait, a társadalmi igazságosságról nem szabad lemondani, de a szolidaritás és a szubszidiaritás új egyensúlyát kell megtalálni.

A 21. század szembesít azzal, hogy a tudományos-technológiai fejlődés a múlt század végi (Magyarországon 2007 előtti) modellben nem követhető. Az egészségügyi

## 01. ÁBRA

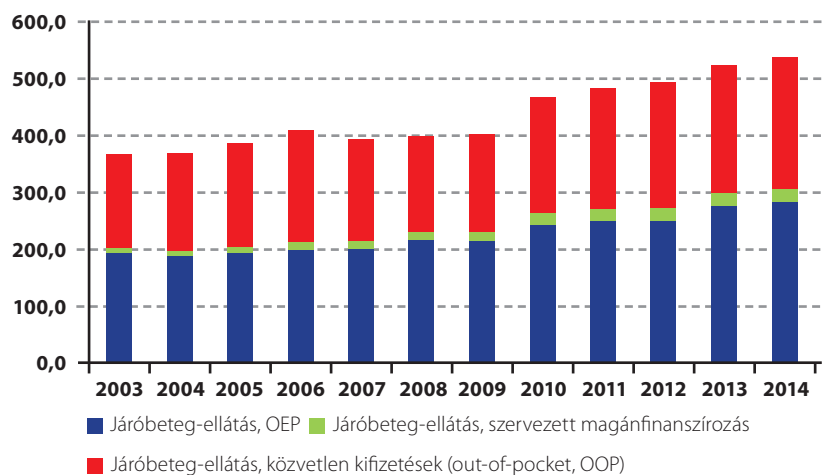
Szembeállítás a realitással. A 65 éves korban várható átlagos élettartam és a nyugdíjkorhatár változása Franciaországban



A két éves nyugdíjkorhatár-emelés 2010-től fokozatosan, 8 év alatt következett volna be  
Forrás: WHO HFA

## 02. ÁBRA

A járóbeteg-ellátás finanszírozás összetételének változása



Forrás: KSH STADAT 2.4.1

rendszerben nincs visszatérési pont. Ahhoz a 2006 előtti modellhez – amit ma is hazudunk (lásd az Ebtv. 2014. december 30-án megjelent módosítását, amely szerint társadalombiztosítás által finanszírozott intézmény csak kényelmi szolgáltatásokért kérhet pénzt a betegtől) –, hogy mindenki ingyen, szabadon hozzáféréssel hozzájut a létező egészségügyi technológiákhoz, és a magán-szolgáltatások/magánfinanszírozás csak választékbővítő és kényelmi jellegű, nem lehet megvalósíthatóan visszatérni. A magán-szolgáltatások, a szervezett magánfinanszírozás és az egyéni felelősség megjelenítése nélkül nincs fenntartható jövőkép.

Szembesülni kell azzal, hogy a magán-szolgáltatások ma is jelentős szerepet töltenek be, korántsem csak választékbővítők. A KSH kimutatása szerint (2. ábra) a lakosság már 2014-ben is kvázi annyit költött járóbeteg-ellátásra, mit az OEP. És látjuk, hogy a magán-szolgáltatások 2014 óta mennyit fejlődtek. Szembesülnünk kell azzal, hogy az állami egészségügynek nem lehet önálló jövőképe. Egy egészségügy van, és annak két komponense, a köz- és a magánfinanszírozott egészségügy.

Az orvostudomány a genomika, a személyre szabott orvoslás és az infokommunikációs technológiák, valamint a robotika beépülése miatt olyan újabb forradalom előtt áll, aminek költségvonzata mindenképpen hatással lesz az egészségügyi rendszerre, annak elveire. Az infokommunikációs technológia (IKT) eszközeinek terjedése alapvetően alakítja át a gyógyítást.<sup>4</sup> Az adatok összekapcsolhatósága, megoszthatósága jelentős hatékonyságjavulást eredményezhet, reményeink szerint ezt indítja el a most próbaüzembe lépett Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), amely önmagában csak a fizikai alap a fejlődéshez. A ráépülő szolgáltatások között kiemelkedő fontosságú lesz a telemedicina fejlődése, amely tértől függetlenül tehet folyamatokat, így alkalmas lehet az égető emberierőforrás-hiány mérséklésére, helyi

pótlására, az erőforrások koncentrálására, ezzel egyes ellátási pontokat megmenthet a bezárástól. A jelentősége ennél sokkal nagyobb. Egyrészt standardizálja a folyamatokat és a mögöttük levő tudást, másrészt a mesterséges intelligencia alkalmas előszűrésre, elődiagnózis felállítására stb. Elég arra utalni, hogy a digitális képezelés tesz végképp történetivé olyan kifejezéseket, mint a „csecsemőtenyényi”, „zölddiónyi” vagy „férfiökölnyi”, de a korszerű rendszerek alkalmasak bizonyos előértékelésre is.

A Stanford Egyetem kutatói a mesterséges intelligenciát, illetve a gépi tanuláson alapuló képfelismerés lehetőségét kutatják a bőr rák felismerése érdekében.<sup>5</sup> Ehhez egy meglévő Google képfelismerő algoritmust „tanítottak”, és 130 ezer fotó után 91%-os találati pontosságot sikerült elérniük. A „big data technológiák” – megfelelő együttműködés esetén – hihetetlen információmögéből képesek következtetéseket levonni, illetve mintázatokat finomítani, és ezzel az egyes önálló, individuális orvosi tevékenységek egyúttal a kollektív tudást is pontosítják. De ne feledjük: az erről szóló hír úgy szólt, hogy akár a mobiltelefonunk fogja diagnosztizálni a bőrrákot. Ez a „konzílium” így az ellátórendszer teljes kihagyásával történik, ami alapvető változás az orvos-beteg viszonyban. A megoldásnak vélhetően abba az irányba kell mennie, hogy az egészségügyi ellátórendszer ezeket a mesterséges intelligenciára épülő személyzetmentes rendszereket nem a megkerülésének tekinti, hanem az ellátórendszer részének, amelyet felügyel, fejleszt, validál stb., és főleg: megoldást nyújt az így elődiagnosztizált esetek számára. Hogy mindez nem a távoli jövő, ahhoz elég arra a világra utalni, amit a magyar egészségügyi körök Meskó Bertalan munkásságából ismernek.<sup>6</sup>

Az alapkérdés az, hogy ezt a technológia központú, költségnövelő jövőt hogyan lehet társadalmilag igazságossá, a populációs egészségnyereséget szolgálóvá, „ügyfélbaráttá”, azaz társadalmi elége-

dettséget hozóvá és fenntarthatóvá tenni. Más megfogalmazásban: hogyan lehet összeegyeztetni a gazdasági növekedés feltételét, a versenyképesség javítását egyre inkább globalizálódó piacon az örökös jóléti rendszerek fenntarthatóságával, beleértve a technológiakövetően igazságosan hozzáférhető egészségügy működését. Erre a kérdésre csak egy új szellemű, megváltozott szerkezetű és átalakult működésű egészségügy adhat választ, amelyben mindhárom főszereplő (beteg, orvos és állam) új szerepbe kényszerül.

## AZ ORVOSI SZEREP VÁLTOZÁSA

Az orvosi szerep az elmúlt száz évben hatalmas átalakuláson ment keresztül, és ennek a változásnak legfeljebb a közepén tartunk. Az orvostudomány fejlődését sokan, sok felosztásban elemezték már. Abban konszenzus van, hogy az orvos szerep mindig, minden korban hordozott egy kettősséget, hiszen hivatásunk két pillére a spirituális és a technológikus szerep. Egy régebbi írásom szerint szakmánknak két őse van: a sámán és a borbély, és ez a két szerep nagyon eltérő. A sámán szerep kötelezően aszimmetrikus, és feltétlen (megkövetelt) bizalomra épül, a gyógyító (e tekintetben) lelki vezető, aki nem szabványok, előírások, hanem meggyőződése, tudása, helyzetértékelése szerint külső befolyásolás nélkül működik. Tudása a hivatásrend kollektív tudásán alapul, de ennek alkalmazása saját szuverén döntése. A borbély viszont mesterember, akinek a tevékenysége szabványosítható, ISO szerint akkreditálható, és ő számlaképes. Ez a kettősség megjelenik a hálapénz jelenségben is. A hálapénz egyik alaptípusa a spirituális gyógyítónak szóló ajándék (és tudjuk: az áldozatbemutatásnál fel sem merül az eredménykötelem), de a számla nélküli szolgáltatásvásárlás jellegű hálapénzt (személyes közreműködésen alapuló szolgáltatás nyújtása) a mesterember énünk kapja.

Bizonyos vagyok abban, hogy a gyógyítás kettős jellege egészen addig megma-

rad, amíg lesz olyan személy, akit orvosnak, gyógyítónak hívunk. A spiritualitást nem lehet, és nem is szabad kiiktatni a gyógyításból, de a két komponens aránya egyértelműen változni fog. Durva egyszerűsítéssel: amíg az orvost a diagnosztikában és a terápiában az eszköztelenség jellemezte, addig szükségszerűen felértékelődött a spiritualitás, a gyógyítóba vetett hit és bizalom, de az orvostudomány fejlődése egyre inkább technológia központúvá, üzemszerűvé teszi a gyógyítást, ami arányaiban háttérbe szorítja a spiritualitás jelentőségét. A folyamat kétoldalú: a spiritualitás iránti igény a betegek oldalán is megvan. Talán pont a meglévő „spiritualitásdeficit” az, ami ilyen mértékben értékelte fel napjainkban az okkult tudományokba hajló természetgyógyászatot. Furcsa paradoxon, hogy bár a tradicionális, paternalista orvos-beteg viszony az információs aszimmetriára épül, ez az aszimmetria az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan nem nő, hanem csökken az internet alapú „tájékozott beteg” megjelenésével.

Az orvosi szerep változása tehát az egészségügy fejlődésével függ össze, amelyben két fő szakasz különíthető el: a hatásosság elvű korszak és a hatékonyság elvű korszak. A gyógyítás első, pár évezredes szakaszát az eszköztelenség jellemezte a diagnosztikában és a terápiában. Az orvos fő ellensége a „tehetetlenség” volt, és ezért a fejlődés célja ebben a szakaszban a hatásosság növelése. Az ellátás célja az egyéni egészségnyereség maximalizálása (az adott betegé), erre épül a hippokratészi eskü hagyományos értelmezése: az orvos köteles a betegnek a beteg javát szolgáló legjobb ellátást nyújtani (hatásosság elve, az adott beteg gyógyítása a szempont). A hatékonyság elvű korszakban a technológiai fejlődés kibővítette a gyógyítás eszköztárát, a technológiai hiányt az erőforrás-hiány váltja fel. A fő ellenség már nem a tehetetlenség, hanem a gazdasági „lehetetlenség”, azaz léteznek eszközök,

de az alkalmazásnak finanszírozási korlátai vannak. Mindez átértékeli a hippokratészi esküt: az orvos már nemcsak a konkrét beteg egészségéért felelős, de köteles a rendelkezésre álló forrásokkal a közösségi egészség globális szempontjai szerint gazdálkodni, azaz mérlegelnie kell, hogy az adott erőforrásból hogyan lehet populációs szinten a legnagyobb egészségnyereséget elérni (hatékonyság elve, a populációs egészségnyereség a cél).

Ma már a hatékonyság elvű korszak is két szakaszra bontható. Az első szakaszban a cél a szabványosított, protokollszerű működés megvalósítása: a múlt század utolsó évtizedében teljesedett ki az evidenciák alapuló (Evidence Based Medicine [EBM] alapú), protokollszerű működés igénye, szabályozott struktúra és betegutak stb. A szabályozás az egyes szereplők (beteg, ellátó, finanszírozó) működésének szabványosítására, hatékonyságjavítására koncentrált. Ebben a szakaszban foszlott szerte az „orvosi szabadság” mítosza, és az orvosi munka is egyre inkább számon kérhető szabályok keretei közé került. A második szakasz jelenleg zajlik: most az együttműködés korszakát éljük, ahol az ellátórendszer működése egyre inkább team jellegű, és a beteg együttműködése is elvárásává válik (compliance, bónusz málsz stb.) Ha a 20. század végének meghatározó kifejezései a költség-hatékonyság és az EBM, akkor a 21. század kulcsszavai az együttműködés és az együttműködési kötelezettség. A hatékonyság, mint alapcél megmarad, de az orvos működésének szabványosítását (EBM) felváltja/kiegészíti az együttműködési kényszer, a CBM (Cooperation Based Medicine).

Azaz: már nemcsak az egyes szereplőknek kell hatékonyabban működniük, hanem az egész rendszer hatékonyságát kell növelni az együttműködés által. Ez is két szinten jelentkezik: együttműködés az ellátórendszeren belül és a beteg együttműködése az egészségjavításban (életmód

és terápiakövetés). Az egészségügyi ellátás csapatmunka jellege nemcsak azt jelenti, hogy a hagyományos orvos + asszisztens felállás helyett (ahol az asszisztens csak technikai kisegítő) az egyes ellátási pontokon már egyre inkább multidiszciplináris csapatok dolgoznak, hanem azt is, hogy az egyes szervizpontok is együttműködésre vannak ítélve. Ennek az infrastrukturális alapja most épül ki, a már említett Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) alkalmas lesz ennek a kiterjesztett együttműködésnek a megvalósítására. Egy kiegészítés: miután a magánellátás ma már nem választékbővítő szolgáltatások szűk szegmense, hanem az egészségügyi ellátórendszer érdemi, egyre növekvő súlyú szereplője, ebből következik, hogy az EESZT akkor töltheti be valós jövőbeli funkcióját, ha a magánszolgáltatók is egyenrangú szereplői lehetnek. Ez csökkenti a redundanciát, mindkét szektor hatékonyságát javítja, és növeli az ellátásbiztonságot.

Ami biztos: a CBM alapú egészségügyben a gyógyítás tere és felelőssége kitágul a beteg felé. A beteg a gyógyítás tárgya (passzív szereplője) helyett annak aktív részese lesz. A biomedikális szemlélet – amely a beteget a gyógyítás passzív elemének, „munkadarabjának” tekintette – nemcsak etikai, igazságossági oldalról tarthatatlan, hanem közgazdaságilag is, hiszen ebben a szellemben szolgáltatási (kapacitási) és erőforrás (ember + pénz) oldalról nem követhető az ellátási igény növekedése, és az ellátórendszer összeroppan a rá nehezedő súly alatt.

## **A BETEG MINT TÁJÉKOZOTT, EGÉSZSÉG- ÉS JOGTUDATOS PARTNER**

Ha alapvető – mondhatni, drámai – változásokon ment/megy át az orvosi szerep a közelmúltban és közeljövőben, ugyanez mondható el a betegek szerepéről is. Az igazságos hozzáférést biztosító egészségügy fenntartható fejlődésének egyik felté-

tele az orvos-beteg viszony megváltoztatása, a hagyományos biomedikális szemlélet leváltása, a klasszikus paternalista viszony átalakítása partneri viszonyra. A változások kapcsán a beteg szerepe és felelőssége is megváltozik: a jövő egészségügyében a beteg – az információs és kommunikációs technológiák (IKT) komoly támogatásával – saját egészsége menedzserévé válik, aki-nek aktív teendője és (etikai, anyagi) felelőssége van az egészségével kapcsolatban. A fenntartható jövő a tájékozott, egészség- és jogtudatos fogyasztói magatartás erősödésén alapul. Ez megúszhatatlan, mert ha az orvostudomány és a technológia ilyen ütemben és mértékben fejlődik, ha az egészségügy továbbra is saját kizárólagos feladatának tekinti a gyógyítást, és ha a gyógyítási tér nem tágul ki, nem tolódik el az egészségügy felől a beteg felé, akkor az ellátórendszer összeomlása elkerülhetetlen.

Ha az egészségügy a jelenlegi pályáján halad, akkor könnyen előfordulhat, hogy – érdemi felelősség és szerepváltás nélkül – a beteg lesz a hatékonyságjavulás leggyengébb láncszeme. A protokollszerű kivizsgálás után a protokoll szerint felírt gyógyszert szedi összevissza, és nem tartja be az orvos terápiás célú életmódváltó utasításait, elmulasztja az időszakos ellenőrzéseket stb. Meg kell barátkozni azzal az állítással, hogy a társadalombiztosítási ellátás közpénzből történik, és a közpénzzel való felelős bánás nemcsak az egészségügy (az ellátók) kötelessége, hanem a betegeké is. Ebből két dolog következik: várhatóan terjedni fognak azok a megoldások, melyek bónusz málsusz rendszerek bevezetésével, a támogatási kulcs együttműködéshez kötésével stb. terápiakövetésre, irányított és kontrollált életmódváltásra ösztönzik a betegeket. A másik: nem elég megkövetelni az együttműködést, ehhez segítséget is kell nyújtani. Szükség van a compliance rendszerek kiterjesztésére, életmódváltó programok támogatására, az

együttműködést segítő elektronikus eszközökre. A compliance mérése, követése csak komoly IKT támogatással lehetséges, de az informatikai eszközök nemcsak az együttműködés mérésére, ellenőrzésére alkalmasak, hanem a támogatására is, hiszen az együttműködés részben szándék, de részben képesség kérdése. Ezért a modellváltás feltétele a komplex terápiátámogató programok kiterjedt alkalmazása.

A tájékozott beteg persze idegesítő: összeolvas mindent kritikátlanul, okoskodik, minden jobban tud, és ráadásul sokszor tényleg... A korszerű orvosi szemlélet ezt nem sértődéssel veszi tudomásul, nem a feltétel nélküli bizalom hiányának tekinti, hanem saját tudása kiterjesztése érdekében felhasználja a beteg aktivitását. Elfogadja, hogy a beteg számára a saját élete, betegsége a legfontosabb, és ennek érdekében kiemelt erőfeszítésekre képes. A jó és sikeres orvos a beteg aktivitását nem letöri, hanem irányítja, segíti, sőt: saját tudásának kiterjesztésére használja.

Az orvos-beteg viszonyban még egy, az általános kulturális váltásból faladó szál van: a szabadságjogok, a személyiségi jogok, ezen belül az információs önrendelkezési jog felértékelődése. A tradicionális megközelítésből nehezen értelmezhető az, hogy a beteg érdekében a gyógyulását segítő adatkezelést a beteg korlátozhatja, letilthatja. Nehezen érthető, de a paternalista viszony felszámolásának ez is része.<sup>7</sup>

### A HELYI TÖBBLETTERHEK MAGYARORSZÁGON

A magyar orvostársadalmat a fenti változások felkészületlenebbül érték, érik. A szocialista egészségügy a rendszerváltozásig a paternalista, biomedikális szemléletre épült, ráadásul az alacsonyabb technológiai színhez kvázi korlátozás nélkül jutott hozzá a beteg, ami az ingyenes ellátás ígéretével együtt leértékelte az egészségügyi ellátást. Az önellátás, a self-care, self-management ismeretlen fogalmak voltak, és még a vér-

nyomásmérés is kvázi orvosi monopóliumnak számított. A háztartások zömének önellátást szolgáló eszköztára a lázmérőn kívül a beöntőcsőre korlátozódott, minden más az egészségügyi ellátórendszer feladata volt. Ezt az attitűdöt jól szemlélteti az a szakmai felháborodás, ami az 1980-as évek közepén azt az unortodox ötletet fogadta, hogy a gyógyszertárban lehessen terheségi tesztet árulni.

Tehát úgy az orvosok, mint a betegek egy erősen medikalizált, orvos központú közegben érték meg a rendszerváltozást. Az örökséghez hozzátartozik, hogy bár az orvostársadalom okkal érezte magát gyanús, „tűrt” rétegnek a munkás-paraszt hatalom országában, utólag mégis be kell látni, hogy a (késő-)Kádár-korban ugyan elégedetlenek voltunk az alacsony bérezés miatt, de valójában az orvosok a társadalmi hierarchiában lényegesen magasabb pozíciót foglaltak el, mint ma. Az alacsony fizetés egy összenyomott bérskálán nem volt diszkriminatívan megalázó, és a létező kedvezményrendszerek (autó- vagy telefonkiutalás) miatt a hiánygazdaságnak relatív nyertesei voltunk. Ez informálisan is érvényesült, és az élet legkülönbözőbb szegmenseiben élvezhettük kapcsolati tőkénket. (Elég arra utalni, hogy e sorok írója a '80-as évek közepén 6 hét alatt tudott Trabant főtengelyt szerezni, ami csak keveseknek adatott meg. Amúgy meg cseppben a tenger: az első, a megyébe érkező darab az enyém lett, de ugye Trabantról beszélünk...).

A rendszerváltozást az orvosi kar várta, támogatta. Abban a reményben éltünk, hogy a rendszerváltozás elhozza az orvosi hivatáshoz méltó polgári létformát. Tévedtünk. Az orvosi kar kimaradt az eredeti tőkefelhalmozásból, és egy széthúzott jövedelemskálán igencsak alulpozicionálta az orvosokat az a világ, ahol „mindenki annyit ér, amennyije van”. A hiánygazdaság miatti apró előnyök eltűntek (már bárkinek van bánán), s az elmúlt 27 év homogén abban a te-

kintetben, hogy nem a tudás a megfizetett, elismert érték, és főleg: nagyon bizonytalan hitelességi alapon halmozódnak hatalmas vagyonok. A tisztas polgári lét felé tett lépésnek számít a személyi jog és praxisjog intézményének bevezetése. Bár a gyógyszerészek körében is torzul az eredeti szándék a háttértulajdonosok tőkekoncentrációja miatt, még mindig közelebb áll az eredeti célhoz, mint a praxisjog sorsa.<sup>8</sup> Az alapelátásban dolgozók sorra szembesülnek azzal, hogy a megkapott vagy megvásárolt vagyonértékű jog semmiképpen nem a polgári lét és a nyugodt időskor záloga, mert önkormányzati megkötéssel és fizetőképes kereslet hiányában nem sokat ér.

Egy másik alapvető csalódás is érte a szakmát 1990 után. Addig a működésünkre a tradicionális, „iskolák szerinti” működés volt a jellemző, ahol a szakma gyakorlásának korlátját alapvetően a szocializmus zártságából fakadó technológiai korlátok adták. A rendszerváltozást mindenki az orvosi szabadság kiterjesztésének igényével érte meg, és ezt a politika retorikája támogatta is: 1990 után kormányzati deklaráció volt az orvosi szabadság ígérete, és helyettes államtitkár hangoztatta, hogy „freiberufliche” foglalkozás az orvosé, ami értelmezése szerint azt jelentette, hogy az orvoslás szabad művészet, független, és az orvos csak a lelkiismeretének tartozik elszámolással. Ezt az értelmezést erősítette bizonyos fokig Mikola István is minisztersége alatt a „szabadfoglalkozású orvos” fogalmának bevezetésével.

Az 1992/93-ban bevezetett rendszer a szociális piacgazdaság elveire épült, és ezt a képzetet erősítette, hiszen az alapelvek: szabad orvos- és intézményválasztás, teljesítmény elvű finanszírozás, szabad intézményalapítás, tulajdon alapú/vállalkozói működés ezt üzentte. A (támogatott) illúzió az volt, hogy minden orvos szabadon használhatja tudását, technológiai, finanszírozási és szabályokon alapuló szakmai kontroll nélkül. Hamar rá kellett

jönni, hogy a világ nem erre megy. Először a finanszírozási és kapacitáskorlátok jelentek meg, majd megkérdőjeleződött a szabad intézmény- és orvosválasztás is, valamint a progresszivitás érvényesítésével megjelentek a kompetenciakorlátozások. És ugyan még inkább fenyegetés, mint gyakorlat, de a szakmai és finanszírozási protokollok egyre inkább szabványosították teszik a gyógyítást, erősen korlátozva az orvos döntési szabadságát. Az orvoslás szabad művészetből szabványosított magas szintű professzionalistássá válik, és ez a folyamat a késői indulás miatt Magyarországon hirtelenebbül, kevésbé evolúción, azaz nehezebben megélhetően zajlik.

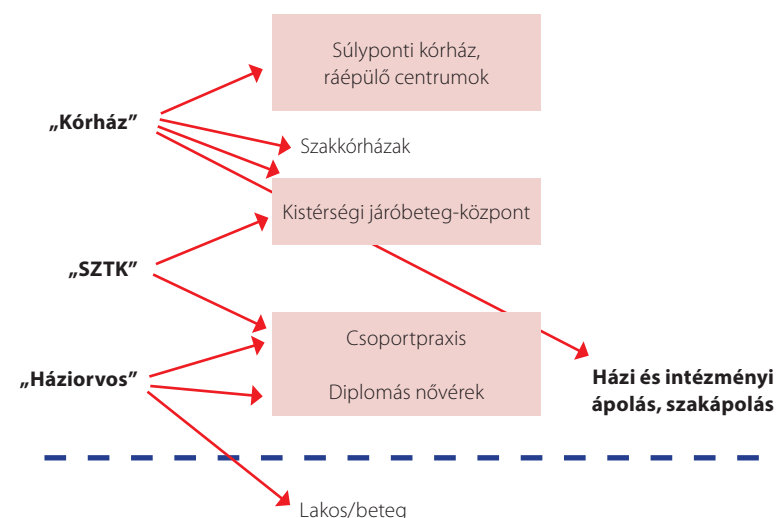
További problémát jelent, hogy a technológiai váltás visszahat az egészségügyi rendszer szerkezetére, és fenntartható fejlődés csak a 3. ábrán jelzett átalakítások esetében lehetséges. A jövőben a lakosságközeli, ambuláns ellátások fejlődése miatt kevesebb kórházra és a mátrix jellegű működésben kevesebb főorvosi

pozícióra lesz szükség. A szerkezeti átalakulás irányait a 3. ábra jelzi. Magyarországon – így az egészségügyben is – alacsony a mobilitás, és az ágazatban ezt erősen gátolja az is, hogy a kialakult szerkezethez, pozíciókhoz pacientúra-/hálapénz-féltési okokból is ragaszkodunk. Ez önmagában is növeli a reformellenességet.

Napjainkban a szakma joggal érzi azt, hogy a megbecsültsége nem a társadalmi súlyának megfelelő. Súlyos paradoxon, hogy az utóbbi években az egészség érték szerepe végre kezd rehabilitálódni, de ez nem az orvosok felértékelődését hozta magával, hanem az életmódlovagokét, a bizonytalan végzettségű természetgyógyászokét és a csodatablettákét. A külső körülmények értékelése mellett a szakmának azzal is szembesülnie kell, hogy a kialakult helyzetben megvan a saját felelőssége is. Az egyéni túlélési taktikákra, különalkukra épülő rendszer nem alkalmas a kollektív becsület visszaszerzésére, és a hálapénzrendszer kényszerű

### 03. ÁBRA

▶ Az egészségügy szerkezeti átalakulása



eltűrése, konzerválása szintén a szakma leértékelődéséhez vezet. A pozíciós és politikai okokból végletesen megosztott orvostársadalomnak nincs kollektív érdekérvényesítése, a MOK nem tölti be érdemben ezt a funkciót. Szintén problémaként említhető, hogy az orvosi kar – ennek felkent képviselője, a MOK – nem mutat kifélé (sem) erőt abban, hogy kivesse magából a szakma megítélését súlyosan rontó, amúgy igen kisszámú kollégát. Elég a legutóbb elhíresült és szélsőségesen etikátlan veszprémi esetre utalni: a komoly médianyomás, az 1001 Orvos Hálapénz Nélkül csoport és a Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete nyílt levele ellenére az elmúlt 2 hónap kevés volt ahhoz, hogy a nyilvánosság (és az etikai eljárást elindító orvos) értesüljön az etikai eljárás lefolytatásának tényéről és annak eredményéről. A mundér ilyen szintű védelme társadalmilag már kontraproduktív.

## ÖSSZEGRZÉS

Az egészségügy ma még csak jósolható mértékű, átfogó átalakulás előtt áll, ami alapvetően alakítja át az ellátórendszer szerkezetét, működését és a szereplők viselkedését. A technológiai fejlődés lesz a változások egyik hajtóereje, de a finanszírozási kényszer átalakítja a biztosítási rendszert, és átrendezi a felelősségi viszonyokat is. A gyógyítás egyre inkább kollektív tevékenység lesz, és az Evidence Based Medicine szemléletet kiegészíti az együttműködési kényszer, a Cooperation Based Medicine. A gyógyítási tér és az egészségfelelősség kitér a beteg felé, és mindez új alapokra helyezi az orvos-beteg viszonyt. Ebben az írásban – néhol szándékolatlan kontúros elrajzolással és szimplifikációval – ezekre a feltartóztathatatlan változásokra próbáltam felhívni a figyelmet.

Mindez komoly hatással lesz (van) az orvosi szerepre. Ez az írás – talán túlzottan – szigorú és egysíkú tükröt tart a magyar orvostársadalom elé. Írásom célja annak bizonyítása, hogy bár a magyar orvosi kar vesztese az elmúlt 27 évnek, olyan általános társadalmi, technológiai folyamatok zajlanak, amelyek drámai módon alakítják át a fejlettebb országokban is a hagyományos orvosi létet, és ez alól Magyarország sem lehet kivétel. Ha a változás elkerülhetetlen, akkor jobb az élére állni, mint elszenvedőjének lenni, de ehhez fel kell ismerni, és érteni kell a kényszerítő körülményeket. A klasszikus orvos szerep, a személyességre és személyiségre épített spiritualitás komponense mindig is a gyógyítás része marad, de az orvosnak ma inkább team leadernek kell lennie, és a teamjébe nemcsak különböző tudású, képesítésű egészségügyi dolgozók tartoznak bele, hanem a beteg is mint együttműködő partner.

Szembesülni kell azzal, hogy az egészségügyi ellátás olyan mértékben összetett – egészségügyi, logisztikai és egyéb – munkát igénylő tevékenység, amit az orvos már képtelen egyszemélyben ellátni. (Vagy ha mindez mégis az ő vállán marad, akkor a gyógyítástól von el pazarlóan időt, energiát.) A 21. század orvosának tudnia kell feladatát, kompetenciát átengedni, leosztani, és elengedhetetlen a gyógyítási tér kitérítése a beteg felé. A feladatleosztás nem a feladattól való megszabadulást jelenti. Az orvos által vezetett kompetencia a teamen belül marad, és a döntés, a diagnózis felállítása, a terápiás terv készítése mindig orvosi feladat lesz. Minden más delegálható.

Az orvostársadalomnak egységes fellépéssel ki kell kényszerítenie, hogy az orvosok társadalmi (anyagi és erkölcsi) megbecsültsége szakmánk társadalmi súlyának megfelelő legyen. Ám azzal is

tisztában kell lennünk, hogy a megbecsültséget ki lehet és ki is kell kényszeríteni, de a becsületet, tiszteletet nem lehet kikövetelni, azt csak kemény munkával lehet visszaszerezni. Ehhez el kell fogadni új szerepünket, partnerként kell kezelni a beteget, nyilvános indikátorrendszerrel transzparenssé kell tenni a munkánkat, és kérni kell a társadalom partnerségét a mindent megrontó és torzító hálapénzrendszer felszámolásában.

Ez a folyamat már zajlik. De sokkal tudatosabban, határozottabban kell ezen az úton végigmenni ahhoz, hogy a megváltozott világban az orvosok újra a társadalom működésében betöltött szerepüknek megfelelő megbecsültséget élvezzenek, s olyan egészségügyi rendszer alakuljon ki, amelyben méltó módon lehet gyógyulni és gyógyítani.



**Levelezési cím:**

dr@kincsesgyula.hu



**Irodalom:**

1. Józán P. Az orvostudomány haladása és a magyar halálhősi statisztika fejlődése. Statisztikai Szemle 1992;70(8-9):751–757
2. Orosz É. Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2013;51(1):1–11
3. Kosztolányi Gy. Valós és virtuális egészség(ügy). Magyar Tudomány 2016. augusztus, 245–251. <http://www.matud.iif.hu/2016/08/09.htm>
4. Surján Gy. A gyógyító információ. Fül-Orr-Gégegyógyászat. 2005;51(4):249–252
5. <http://news.stanford.edu/2017/01/25/artificial-intelligence-used-identify-skin-cancer/>
6. Meskó B. Az orvoslás jövője - Ember és technológia. HVG Könyvek, Budapest, 2016
7. Alexin Z. Az EESZT adatvédelmi problémái a jogszabályok tükrében. IME 2016;15(5):56–60
8. Éger I. Praxisjog – áldás vagy átok? Orvosok Lapja 2012;5:12–14