

Fel-le épülő egészségügy, avagy így gyógyulunk a Covid-19 után

„Harminc évvel ezelőtt én 50 fokos műtőben végeztem 10-12 órás műtéteket. Lehetséges volt, mert életmentő volt. Most ugyanez a helyzet” – mentegette Kásler Miklós onkológus, az emberi erőforrások egykori minisztere Tusnádfürdön a hazai kórházakban kialakult kánikulai klimatizálási válságot. Tegyük hozzá, már a kőkorszakban is végeztek koponyalékelést, de ez a kihívás, az akkor alkalmazott technika lemásolása még előttünk áll. Bár Kásler a saját példájával próbálta edukálni pályatársait és lehűteni a közvéleményt, az újdonsült Tisza-párti európai parlamenti képviselő, Kulja András beszólt a múltba révedő orvos-politikusnak. Kettejük nyilvánosság előtt folyó vitája a lényegét messze elkerülő személyeskedésbe torkollott. Kásler (74 éves) azt firtatta, ki operált, publikált többet az életében, ő vagy a 32 éves Kulja...

Az idei nyár azonban megmutatta, hogy a kórházi infrastruktúra már nem titkolható módon elérte a működésképtelenség határát. Sorra adták meg magukat a műtők klíma-berendezései – a kórtermekben csak azért nem, mert a legtöbb helyen eleve nem is voltak. Felmondták a szolgálatot a hűtők Budapesten az Uzsoki utcai, a Szent János, a Bethesda Gyermekkórház műtőiben, a Dél-Pesti Centrumkórház transplantációs osztályán. Átmenetileg teljesen leállt a szegedi és a miskolci

sugárterápia, és Győrben is akadtak technológiai problémák. A kánikula kellős közepén a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság bejelentette, hogy a hirtelen szükségessé vált javításokat a „lehető legrövidebb időn belül elvégzi”, és megkezdte a rendszerek állapotfelmérését, amelynek kapcsán programot indítottak a hűtési rendszerek javítására mintegy húsz intézményben. A hirtelen tűzoltáshoz, pontosabban a hőség csillapításához 1,3 milliárd forintot keretösszeg van – jelentette ki Takács Péter, az egészségügyért felelős belügyminisztériumi államtitkár. Hozzáteve az ilyenkor kötelező kormányzati mantrát, amely szerint a „kisebb üzemzavarok miatt egyetlen beteg sem maradt ellátatlan”.

A baj azonban mindenképpen nagyobb, mint hogy kisebb üzemzavarnak lehessen becézni. Nyáron a légkondi, télen a fűtés, négy évszakosan a liftek... Az elavult kórházi infrastruktúra miatt az elektromos hálózat teljes cseréjére lenne szükség még a viszonylag újnak mondható, mindössze húsz éve átadott Uzsoki utcai kórházszárnyban is – szólt a főigazgató diagnózisa. Ez milliárdos nagyságrendű kiadással járna – csak egyetlen épületben.

Arra már csak kevesen emlékeznek, hogy legutóbb mikor is avathattak fel komplett kórházat a fővárosban, hiszen annak már több mint 43 éve, hogy a dél-pesti Jahn Ferenc

Kórház elkészült. Azóta a budapesti kórházak legfeljebb új tömbökkel gyarapodtak (például a Bajcsy, a Honvéd, a Semmelweis Egyetem), vagy felújítás, komfortosítás zajlott (Jahn Ferenc, Országos Kardiológia, Semmelweis Egyetem). Arról viszont sokan tudnak, hogy szuperkórház épül a fővárosban Dél-Budán, hiszen ez a Fidesz 2015-ös frakcióülésén váratlanul kipattant ötlet 2023-ig szolgált kormányzati propaganda-célokat. No meg többeknek havi fél-milliós fizetéssel – ennyivel járt a beruházással megbízott projektcég igazgatósági tagsága. Kocsis Máté Fidesz-frakcióvezető felesége és a kormánypárti Megafon tulajdonosa, Kovács István megbízatásuk éveit alatt bruttó 24 millió forint tiszteletdíjat vihettek haza. Azt, hogy mégsem lesz (belátható időn belül) szuperkórház, jellemző módon „megépül a szuperkórház, csak átütemezik” címmel jelentette be a kormánypárti sajtó.

Végül is nincs az a pénzsűke, amelyben ne akadna a preferált célokra kormányzati támogatás, ha nem is éppen arra a beruházásra, amelyre a hivatalos propagandából következtetni lehetne. A nyár közepén jelentették be, hogy 26 milliárd forint állami támogatással járulnak hozzá egy fővárosi – már évek óta tervezett és halogatott – magánkórház megépítéséhez, ami most kezdődött el. A kedvezményezett a teljes egészében magántulajdonban lévő cég, a Budai Egészségközpont Zrt., a tulajdonos pedig a NER szívének kedves Csányi Sándor és családi vállalkozása, a Bonitás 2002 Zrt. A százágyasra tervezett új kórházépület megvalósításához a tulajdonos 36 milliárd forint saját tőkét tesz az állami támogatás mellé.

Néhány évvel korábban már az is kiváltságnak számított, hogy a Bonitás 2019-ben 4 milliárd forintért megvásárolhatta az akkor még állami tulajdonban lévő Királyhágó utcai – egykoron Honvédkórháznak nevezett – 150 ágyas kórházépületet, amely a Budai Egészségközpontnak ad helyet. A mostani ingyenes állami támogatásért cserébe anynyi ígéret hangzott el, hogy a magánintézményben (továbbra is) lesz közfinanszírozott ellátás. Tavaly a Budai Egészségközpontban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai szerint a közkasza terhére 5788 fekvőbeteget – elsősorban gerincműtetre szorulókat – láttak el. A fizetős betegek száma viszont 219 ezer volt. Csernavölgyi István, a Budai Egészségközpont vezérigazgatója elmondta, hogy a tervek szerint 2027-re kibővítik az intézményt, amelyben teljesen különválasztják a magán- és a közfinanszírozott ellátást, bár azt még nem tudják, milyen lesz három év múlva a „biztosítási környezet”. Márpedig ez befolyásolja, hogy például a sürgősségi osztályon csak magánellátás lesz-e, vagy helyet szorítanak az államinak is – idézte a *24.hu*, mi hangzott el egy sajtótájékoztatón. Ez közérthetően annyit tesz, hogy ha a drága ellátásnak csak a töredékét fizetné a NEAK, akkor azt nem vállalják. Jelenleg a közfinanszírozás annyira elmarad a magánellátás költségeitől (ez alól van néhány kivétel, például a gerincműtétek), hogy a magánkórházak csak veszteségesen vághatnának bele.

Adódik a kérdés: miért adott támogatást egy tisztán magántulajdonú kórháznak a kormány, mit ígértek neki cserébe? Állami VIP-ellátást,

új „Kútvölgyit”? Ha nem csupán kormányzati lózung a magán- és az állami ellátás szétválasztása, legalábbis versenyzetelni kellene a szereplőket, ki, mit, mennyiért, milyen mennyiségben és minőségben vállalna közpénz fejében. Ha a szorult helyzetben lévő költségvetésben mégis akad pénz az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére, annak elköltésére volna más közcél is, mint egy magánkórház beruházásának támogatása.

A nagyvonalú támogatás – legalábbis látszólag – azért talányos, mert az elmúlt közel másfél évtizedben „az egészségügy nem üzlet” volt az orbáni alapvetés. Ennek jegyében kimondottan kormányzati cél volt, és ellenkező állítás híján vélhetően ma is az, hogy szét kell választani a magán- és az állami ellátást, a kettő nem keveredhet. A szétválasztás legjelentősebb lépése a hálapénz kategórikus, 2021 január elsejétől hatályos kitiltása volt az egészségügyből. (Ez volt a legpregnánssabb módja az állami eszközökkel, munkaidő alatt végezhető maszekolásnak.) A paraszolvencia adása és elfogadása bűncselekménnyé lett, és a Nemzeti Védelmi Szolgálat fedett akcióiban eddig közel 250 törvénysértő egészségügyi dolgozó ellen indult eljárás. A hálapénz tilalmával, valamint a jelentős, 2020-tól háromlépcsős orvosi béremeléssel bevezetett egészségügyi szolgálati jogviszony egyrészt tiltja, hogy a magánpraxisában felkeresett orvos ugyanazt a beteget az állami ellátásban kezelje tovább, másrészt külön engedélyhez kötötte a szolgálati jogviszonyban dolgozók másod- és harmadállását valamely magánegészségügyi intézményben. Bár ezzel a jogalkotó szándéka az

volt, hogy szűkítse az átjárást az államiból a magánba, a gyakorlati megvalósulás csak bürokratikus papírgyártássá vált: aki kérte, szinte kivétel nélkül meg is kapta a pecsétet az Országos Kórházi Főigazgató-ságtól.

Némileg kisiklott az a törekvés is, hogy az állami kórházakban és az azokhoz tartozó szakrendelőkben csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozók legyenek, vagyis szűnjön meg a vállalkozó közreműködők alkalmazása. Ennek végrehajtási határideje már többször kitolódott, legutóbb a jövő év végéig. A halasztás nyilvánvaló oka a szakemberhiánytól való félelem. Közreműködői szerződéssel jellemzően azok dolgoznak, visszautasítva a több köztöttséggel, nem ritkán alacsonyabb jövedelemmel járó szolgálati jogviszonyt, akik – például aneszteziológusok, patológusok, radiológusok – megtehetik, mert hiányszakmában dolgoznak. Így eddig csak a bérnövérek kiiktatására került sor 2024 január elsejével. „Ha nem lenne az ellátási érdekre való hivatkozás kiskapuja, tisztán érvényesülne a jogszabály, nem lenne nagyobb hiány, mint most van. Az érintettek vagy elszegődnének szolgálati jogviszonyba, vagy csak magánkórházban dolgoznának. Márpedig a magánellátás felvevőképessége korlátos, szóval mérséklődne vagy megszűnne a magasabb órabéreket kizsaroló potenciál” – vélekedik egy egészségügyi szakértő.

A magán- és az állami ellátás szétválasztásának terepe a vállalkozóktól vásárolt szolgáltatások köre is. Jogszabályba foglalták, hogy a CT- és az MR-vizsgálatokat ne magánvállalkozások végezzék, saját eszközpark-

kal működjének a kórházak radiológiai. Ennek végrehajtása is több mint egy évet halasztódik az eredetileg tervezetthez képest, az állami berendezések beszerzése ugyanis kissé vontatottan halad. A „legyen minden kórházi labor állami”, mégpedig „lehetőség szerint 2023 márciusától” jelszavakkal operáló projekt már új határidőt sem kapott a bevezetésére. Kitalálói igyekeznek elsunnyogni, hogy a megvalósítást egyelőre levették a napirendről. A Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Kft. kimúlt, holott a kormányzati tervek szerint az állami koncesszió tárgya lett volna. Úgy látszik, nem akadt olyan vállalkozó vagy vállalkozás, aki, amelyik 50 milliárd forintot fektetett volna be az egész ország ellátásához szükséges laborpark felszerelésébe a felkínált öt évre szóló monopóliumhelyzetért cserébe.

Újabb, hasonló konstrukciójú próbálkozás a kórházi gyógyszerárak kiszervezése, vállalkozásba adása. Ennek lényege, hogy a kormány egyetlen szereplőre, egy hamarosan létrejövő projektársaságra bízna a kórházak gyógyszerbeszerzéseit. Ez persze, a vak is látja, élesen szembe megy a „beszervezést” preferáló lépésekkel, és erős gazdasági háttérérdekeket sejtet. Annak ellenére, hogy a terv nagy szakmai vihart és határozott ellenkezést váltott ki, zöld utat kapott. A koncessziót az évi 200-300 milliárdosra saccolt üzletre Rogán Antal, a Miniszterelnöki Kabinetirodát vezető miniszter a Nemzeti Koncessziós Iroda közreműködésével közbeszerzési eljárásón választja ki. Az esélyegyenlőséget mi sem jellemzi jobban, mint hogy szakmán belül hosszú hónapok óta sejtik, mely cég lesz a szerencsés kiválasztott.

Kiszervezné a kormány a normál finanszírozásban nem részesülő gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök méltányossági támogatását is. A feladatra szinte a semmiből bukkant elő a Batthyány-Strattmann László Alapítvány, amely a jövő évtől átveszi ezt az eddig állami hatáskört. A tét ezúttal sem kicsi: éves szinten 50 milliárd forint értékű támogatás sorsáról van szó. Az alapítvány hatósági eljárás helyett a „társadalmi és gazdasági felelősségvállalás szellemében” dönt majd a támogatások megadásáról vagy elutasításáról. Nem lenne szokatlan, ha az állami ellátási kötelezettségtől való szabadulás kulcsa egyházi intézmény lenne, hiszen például a Máltai Szeretetszolgálat is állami támogatással járja a házi orvos nélkül maradt településeket gyógyszerrel és orvosi rendeléssel.

A magán- és az állami ellátás szétválasztásáról a Boston Consulting Group szakértőinek is van víziója. A tanácsadó cég a sajtóban megjelent feltételezések szerint az ágazatért felelős Belügyminisztériumtól megbízást kaphatott a terv részletének kidolgozására. Újlaky Ákos, a Boston Consulting ügyvezető partnere a közelmúltban egy szakmai konferencián körvonalazta véleményét arról, mit is kellene tenni. „A köz- és a magánszolgáltatások együttélése a rendszerben csak úgy képzelhető el, ha van egy erős állami rendszer. Ahhoz azonban, hogy egy ilyen működessen Magyarországon, a magánpiacot valamelyest korlátozni kell. Úgy vélte, három ponton kellene beavatkoznia az államnak. Így például az orvosok szabad áramlásának, munkavállalásának korlátozására lenne szükség a két rendszer között.

Ennek első lépéseként például meg kellene határozni, hogy egy orvos, illetve ápoló összesen mennyit dolgozhat” – számolt be a konferenciáról a *Népszava*. Meglehetősen jó időre be kell érnie ennyivel a laikus érdeklődőknek és az ágazatban dolgozóknak is, mivel a 2020-ban megrendelt és azóta elhíresült tanulmány, amelyben a Boston Consulting körvonalazta Pintéréknek az egészségügy kívánatos reformját, „döntés-előkészítő iratnak” minősül, tíz évre titkosítva van. Mert bár másodfokon a Fővárosi Ítéltábla amellel tette le a voksát, hogy az iratot ki kell adni, a Kúria felülbírálta ezt, s elutasította a K-Monitor civil szervezet keresetét, amelyben meg akarták ismerni, mire is költött 352 millió forintot a Belügyminisztérium. Ez persze mikroszkopikus aprópénz a kórházak újra- meg újratermelődő adósságállományához képest. A hangsúly sokkal inkább annak a tartalomnak a megismerésén lenne, hogy a veszélyhelyzeti kormányzást évek óta fenntartó kormány világossá tegye, milyen jövőt szán közép- és hosszú távon a közfinanszírozott egészségügynek.

Az állam a beszállítók szempontjából messze nem a legjobb adós, ezt bizonyítja, hogy a kórházak lejárt adósságállománya csúcsokat döntöget. Míg tavaly nem egészen 4 milliárd forinttal nőtt havonta a kifizetetlen számlák összege, az idén havi 13-20 milliárddal emelkedett az adósság. Tavaly az év végén, idén május végén, majd júliusban újra konszolidációra volt szükség; 2024-ben eddig 104 milliárd forint költségvetési pluszpénzt kaptak a kórházak. A beszállítók már évek óta egyre nehezebben bírják a kényszer-

hitelezést, a kisebb vállalkozásokat pedig egyenesen ellehetetleníti, hogy nem jutnak hozzá munkájuk, szolgáltatásuk ellenértékéhez. Ezt még a nagyok is megérik. A gyógyszer-nagykereskedőknek tavaly 30 milliárd forinttal – harmadrészen lejárt fizetési határidővel – tartoztak a kórházak. Az Orvostechikai Szövetség számítása szerint június végére az alapítványi formába átszervezett egyetemek klinikáival együtt az adósság meghaladta a 70 milliárd forintot. Így a működőképesség (látzatának) fenntartásához ebben az évben még egyszer szükség lesz legalább újabb 60–100 milliárd forintos konszolidációra, azaz a veszteség állami megtérítésére.

Az adósságok halmozódásának oka a rossz gazdálkodás, a pazarlás, hozzá nem értő menedzsment, a munkaidejük egy részét nem a kórházban töltő orvosok – kimondatlanul is nagyjából ezt sugallják Takács Péter államtitkár és Pintér Sándor miniszter megnyilvánulásai. Ebbe az irányba mutat a hivatalos indok nélkül, tavaly decemberben egyszerre felmentett 24 kórházi vezető ügye vagy az elektronikus arcfelismerő beléptetőrendszerek telepítése a kórházakba, amit a nyár elején az egészségügyet is érintő salátatörvény helyezett kilátásba. A számokból inkább arra lehet következtetni – korántsem cáfolva a hozzá nem értés minden szinten vélelmezhető hiányát –, hogy Magyarország három százalékponttal kevesebbet fordít a GDP-ből egészségügyre, mint az uniós átlag. Ez lehet a pénzszúke fő oka.

Ez nem pillanatfelvétel, hanem tendencia. Az egészségügyre fordított állami kiadások a Covid-19 terjedése alatti extrákkal, például

lélegeztetőgépek beszerzésével érték el a 2010-es (!) reálértéket – kalkulált összefoglaló elemzésében Svéd Tamás, a Magyar Orvosi Kamara főtitkára. Azt is fontosnak tartotta megemlíteni, hogy Magyarországon az egyik legnagyobb arányú az úgynevezett „out of pocket”, vagyis zsebből történő egészségügyi kifizetés aránya. Míg ez a mutató az Európai Unió átlagában az egészségügyre fordított összes kiadás negyede, addig Magyarországon a harmadánál is több. Meghatározó részét a gyógyszerekre költjük, de mind nagyobb összeget tesz ki a fizetős magánegészségügyi szolgáltatások igénybevétele is. Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász számításai szerint a 2024-es költségvetésben az államháztartás konszolidált egészségügyi kiadása (vagyis amit a közből fordítanak erre a célra) Magyarországon a GDP 4,1 százaléka, az EU-ban 8,1 százalék.

Lehet a számokkal játszani, és felettébb könnyű azzal érvelni, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadási főösszege a pandémia előtti utolsó „békeéveben” (2019-ben) 2541 milliárd forint volt, az idei előirányzat pedig 4530 milliárd, ami nominálisan megközelíti a 80 százalékos növekedést. Reálértéken azonban az energiaárak megugrása, két esztendő száguldó inflációja, a jelentős orvosi és az idei szakdolgozói béremelés, valamint a forint árfolyamának romlása mind-mind beszámítandó. Egy másik számsor reálisabban közelít a valósághoz. Ez pedig az Egészségbiztosítási Alap „összevont szakellátás” című sora, amely a kórházak és rendelőintézetek működésére fordított összeget tartalmazza. Ebben nincs benne a 2020 óta megvalósult

béremelések összege, amelyet egy másik címen elkülönítve könyvel, tart nyilván és fizet ki a NEAK. Míg a Covid-19 előtti években a kórházak és szakrendelők működtetésére 966 milliárd forint jutott, tavaly kevés híján 900 (!) milliárd, az idei előirányzat pedig 904 milliárd forint. Vagyis a dologi kiadások finanszírozása és a teljesítmények honorálása még akkor is kevesebb lenne, ha az elmúlt négy évben egyáltalán nem lett volna áremelkedés.

Mondhatnánk, nem minden a pénz, de szoros – ha nem is lineáris – kapcsolat van az egészségügyre fordított erőforrások és például az elkerülhető halálozás között. A 27 EU-tagország közül ebben a tekintetben Magyarország hátulról a harmadik – ennél rosszabb mutatókat csak a lettek és a litvánok produkáltak. Az is elgondolkodtató, hogy miközben a magyarok 95 százaléka jogosult az egészségügyi ellátásra, ami az EU-n belül szintén nem számít élvonalbeli aránynak, a jogosultak mindössze 44 százaléka elégedett a minőségi ellátáshoz való hozzáféréssel (OECD: Health at a Glance).

A laikusok számára az elégedetlenség közkeletű mércéje a várólisták hossza. Ha szakmai szinten megkülönböztetik is a műtetre várakozók és a szakrendelőkben előjegyzési időpontot kérők sorát, a betegek nem igen törődnek ezzel a distinkcióval. „A Covid-időszakot követően még 20 fölötte volt a vezetett várólisták száma. Akkor megígértem, hogy 2023 végére öt vagy hat olyan műtét lesz, ahol 60 napnál több lesz az országos várakozási idő. Mára csupán három ilyen műtétcsoport van: a térdprotézis, a csípőprotézis, valamint a kiterjesztett gerincstabilizáló műtétek.

Az összes többi műtét esetében 60 nap alá süllyedt a várakozási idő, tehát nincs is igazán értelme várólistáról beszélni” – idézte az év elején Takács Péter államtitkár szavait a *Válasz Online*. Csakhogy a várólista eleve a nem sürgős, nem életveszélyes állapotok elhárítására szolgáló műtéti igények sorba állítása, így az időben felfedezett és kezelt eseteknél nem gond akár hónapokat is várni a beavatkozásra. Az államtitkár által hivatkozott országos átlagból pedig nem sokan ismernek magukra. A fővárosban például egy nem sürgős epehólyagműtét várakoztatási ideje 10-12 hónap. Akinek mondjuk Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kell sokat várnia csípőprotézisre, nem nagy eséllyel veszi igénybe az ország másik felében lévő kórház ellátását, hogy gyorsabban sorra kerüljön. A járóbeteg-szakrendelőkben hosszú a várakozás laborvizsgálatra, mamográfiára, ultrahangra – ami legutóbb botrányosan hosszú sorállást eredményezett a VIII. kerületben. Ott azért várakoztak a páciensek, hogy felkerüljenek a hónap elején egyetlen napra megnyitott előjegyzési listára, de a sor végén állók így is lemaradtak. Márpedig a betegségek diagnózisa vagy legalábbis egy-egy súlyos betegség alapos gyanúja többnyire a szakrendelőkben keletkezik, az olyan bajoké is, amelyek gyors beavatkozást igényelnek. Így, ha késik – akár hónapokat is – a kivizsgálás, a gyógyítás utóbb veszes késedelmet szenved.

Némiképp kurtítja a várólistákat – legyenek azok műtétek vagy CT-, MR-, ultrahang-, netán más szakorvosi vizsgálatok –, hogy sokan, akik csak tehetik, magánszakrendelőkhöz fordulnak. Míg egy szakorvosi vizit

helytől és orvostól függően 25-50 ezer forint körül elérhető, a nagyobb műtétek – térd, csípő stb. – könnyen 3 millió forintos számlát eredményezhetnek. Ekkora érvágást nem sokan engedhetnek meg maguknak, mások pedig, végszükségben, családi segítséggel vagy hitelből fizetik ki a számlát.

A betegek magán- és közérzetének romlása korántsem egyszerű nyugtosság vagy a szakmapropagandisták hitelességének a zsigeri megkérdőjelezése. A NEAK statisztikáiban kutakodva egy névtelenséget kérő egészségügyi elemzőcég egyértelműen igazolta, hogy a Covid-19 óta csökkent az ellátórendszer teljesítménye, ráadásul jottányit sem mérséklődtek a már korábban is létezett megyénkénti különbségek. Az aktív kórházi ellátások esetszáma 2023-ban – bár az előző évihez viszonyítva növekedett – országosan nyolc százalékkal maradt el a Covid-19 előtti, 2019-es számoktól. Az átlag nagy különbségeket rejt ugyan, de csak negatív irányba: többletteljesítményt egyetlen megyében sem regisztráltak.

A legkisebb lemaradás 2019-hez viszonyítva Veszprém és Hajdú-Bihar megyében volt (mínusz 2 százalék), Tolna és Jász-Nagykun-Szolnok megyében 16 százalékos mínusszal, Pest megye abszolút sereghajtóként 18 százalékos csökkenéssel zárta a sort. Ez utóbbi lemaradást Budapest sem volt képes kompenzálni. Pedig Pest megye ellátási központja tradicionálisan a főváros, még akkor is, ha nemcsak a statisztikákban, de számos szakmai elemzésben is rendre külön egységként jelenítik meg, ami nemegyszer hamis következtetések levonását eredményezi. (Nem

mindegy ugyanis, hogy Budapest egészségügyi kapacitásait 1,7 vagy Pest megyével együtt 3 millió lakos ellátásához mérik.) Ami a részleteket illeti, meglehetősen kaotikus helyzet alakult ki például a kórházi belgyógyászati ellátásban. Bár az ágyszámcsökkentés határozottan tiltott NER-kifejezés, mint ahogy a kórházbezárás is az, 2023-ban például a fővárosban 23 százalékkal kevesebb aktív belgyógyászati ágy működött, mint 2019-ben. Ezzel párhuzamosan, brutálisan – 69 százalékkal – nőtt a budapesti sürgősségi ellátóhelyek forgalma. (Alapvetően ezeket keresik fel baj esetén a kórházzal gyéren ellátott Pest megyeiek is, persze korábban is ez volt a migrációs irány, tehát a növekedés nem ezért következett be.) Az ellátási különbségek jól kiolvashatók a tízezer lakosra jutó kórházi belgyógyászati esetszámból is: a tabella élén álló Heves megyében 270, Komárom-Esztergom megyében 94, a „másként működő” Pest megyében pedig 67 volt ez a mutató. Azt persze kizárhatjuk, hogy az egyik megyében kétszer vagy háromszor egészségesebbek lennének a lakosok, mint a másokban – magyarázatként és tényként el kell fogadni az ellátási aránytalanságokat és különbségeket az egyes megyék között.

Sorra jelennek meg hírek, hogy melyik kórházi osztály zár be részben vagy egészben – hivatalos közlés szerint csak ideiglenesen. Az év elején húsz kórházi osztály szüneteléséről közölt határozatot a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ. Például a fővárosi Szent János Kórház belgyógyászati osztályai, traumatológiai ellátása szünetelt. A szolnoki kórházban kiürült az

urológia. Több esetről is beszámolt a sajtó, hogy éjszaka vagy a hét végén mely városi kórházakban nem lehet szülni, mert nincs ügyelet. Nyáron például az derült ki, hogy a szegedi gyermeksebészeti klinika közel két hónapja nem fogad, a betegeket Budapestre, Pécsre vagy Debrecenbe küldik. Az eseten kellő meglepettséggel ámuldozott Takács államtitkár, és azonnali intézkedést ígért.

A leállások, ahogy a teljesítménycsökkenés okai is, számosak: egyebek mellett szervezési, finanszírozási gondok, munkaerőhiány. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2023-ban 2019-hez képest mintegy három százalékkal nőtt a dolgozó orvosok és szakdolgozók száma. Csakhogy az orvosoknál kétezer, a szakdolgozóknál négyezer olyan betöltetlen állás van, amely a működéshez szükséges. Az orvosi létszámnövekedés pedig jelentős részben abból adódik, hogy a 65 év felettiek a pályán maradnak. A 2020-as béremelési egyezség a kormány és a Magyar Orvosi Kamara között csak a korhoz, vagyis a szolgálati időhöz kötötte a bérek nagyságát, így az idősebb korosztálynak érdemes volt állásban maradnia vagy visszamenni dolgozni. Ugyanakkor a hálapénz kiiktatásával annak teljesítményösztönző hatása is megszűnt, helyette azóta sem talált az egészségpolitika a többletmunkát preferáló megoldást. Egyébként az ágazat munkaerőhelyzetéről – szakmai, területi, intézményenkénti részleteiről – a nyilvánosság legutoljára 2018-ban olvashatott miniszteri aláírással hitelesített elemzést, annak ellenére, hogy ennek évente aktualizált publikálása törvényi kötelezettség lenne.

Szorosan összefügg az ágazat valószínűsége, hogy milyen sorsot szán a kormány a városi kórházaknak. A „kórházakat nem zárunk be” politikai mantra annak felismerése, hogy még saját szavazóbázisuk lojalitását is próbára tennék az ilyen ügyek. A „lepusztul az magától is”, azaz a kivárára játszó politika eléri a kívánt eredményt: a városi kórházak körzetében lakókat az egyre rosszabb körülmények arra készítetik, hogy nagyobb baj esetén távolabb, a megyei kórházakban, egyetemi klinikákon keressenek ellátást. Jóllehet legalább két és fél éve kimondott kormányzati szándék az integráció (így kell hívni a leépítést), amivel a megyei kórházak megkapnák a körzetükben lévő városi kórházak irányításának a jogát, az elgondolás még a Fidesz-frakción belül sem talált egyhangú támogatásra. A városi képviselők számára fontos választók – ha máshová mennek is gyógyulni – érzelmi okokból nem mondanának le a helyi kórházukról. Így végül júniusban, a sajtó-jaikkal való egyeztetést kikerülve, egy salátatörvénybe került be az a paragrafus, amely egyértelműen az irányító megyei intézmények kezébe teszi a városi kórházak dolgozóinak munkáltatói jogát, a kapacitások átcsoportosítását, a szakmai struktúra átalakítását és a vagyonkezelői jogokat is. A továbbiakban, ha valami nem tetszik, a Mindenhatóhoz és a megyei kórház vezetéséhez lehet fordulni.

Hasonló áthárítási kísérletnek lehetünk tanúi napjainkban is. Az említett salátatörvény egyebek mellett felhatalmazta a belügyi tárca vezetőjét, hogy egészségügyi szűrővizsgálá-

tokat tegyen kötelezővé. Feltehetően ezt a megoldást gondolta célravezetőnek valamelyik szakértőjük valamelyik tanulmánya, megoldást keresve arra a kevésbé reklámozott tényre, hogy Magyarország az uniós élvonalba tartozik az emlődagánat, a méhnyak- és vastagbélrákszűrés önkéntes elkerülésében. Már a részletes sajtótájékoztatók is megjelentek, hogy melyik korosztálynak milyen szűrés lesz kötelező 2025. január elsejével. Ennek ellenére meglehetősen aggályos, ha kényszeríthető, szankcionálható egészségügyi szűréseket akarnak bevezetni, kiváltképp akkor, ha sem a végrehajtásához, sem pedig a kiszűrt többlet betegek ellátásának nem igazán vannak meg a feltételei.

Újabb ötletelés: legyen a munkáltatók érdekeltsége, hogy dolgozói részt vegyenek a szűréseken, és ezen múljon a fizetendő szociális hozzájárulási adó mértéke. A következő 15 évre új népegészségügyi stratégiát dolgoztak ki (bár régi sem volt, vagy már a régi is nagyon régi volt), amely majd fokozatosan megoldja az országos szűrőprogramokon való részvételt – beszélt augusztus közepén a Hír TV-ben elég összefüggéstelenül Takács Péter államtitkár. Emlegetett menedzserszűrést ígért, kérdőíves kockázatelemzést a népbetegségnek számító szív- és érrendszeri, valamint daganatos (!) betegségek felderítésére. EKG-t, labort, fizikai vizsgálatot – ami csak belefért... Mintha a házi orvosoknak egyebek mellett nem ez lenne a feladatuk. Mintha feledésbe merült volna, hogy egy tavaly decemberi törvénymódosítás értelmében szeptember elsejétől a munkáltatóknak nem lesz kötelező (némi kivételtől eltekintve)

üzemorvosi, foglalkozás-egészségügyi vizsgálatot végeztetniük.

A zavarok ellenére zavartalanul folytatódik az orvosi ügyeleti rendszer nagyjából másfél éve zajló intenzív átszervezése, amely októbertől különösen érzékeny, utolsó etapjához ér. Eddig az ország megyéi kerültek az Országos Mentőszolgálat, az OMSZ hatáskörébe, most pedig Budapest ügyeleit kell majd átvenniük a mentősöknek. Az új szisztéma eddigi működéséről és a soron következő fővárosi szervezésről mind ez ideig csak az OMSZ saját értékelése látott napvilágot. Külső, független cég nem vizsgálta, mit is hozott az új ügyeleti rendszer hatékonyságban, költségben, munkaerő-ellátottságban, a sürgősségi osztályok terhelésében, nem mellesleg a mentés, mint alapfeladat teljesítésében, s mindenekelőtt a lakosság ellátásában. Az biztos, hogy maga az OMSZ, mint sűrűn kifejti – minden kritikát visszautasítva – igen elégedett saját magával.

Hasonlóképpen intakt a járványügy is a külső kutakodással szemben, holott az előrelátás vagy a már kialakult helyzet kezelése sem éppen példaértékű. A Covid-19 válságos időszaka lezárult, de bármi-

kor érkezhethet újabb baj. Az előfutár baljós módon éppen a fővárosi kormányhivatal egyik járványügyese volt, aki köhögve, maszk nélkül inspiciált az országos kardiológiai intézet csecsemőosztályán. Mint kiderült, szamárköhögéssel. A Nemzeti Népegészségügyi Központ először tagadta, hogy járvány lenne az országban, majd következett a „szomszédos országokban előfordul, de nálunk csak szórványos a megbetegedés”, most pedig már ajánlja a pertussis elleni vakcinát a kismamáknak, az újszülöttek családtagjainak. Mint kiderült, a gyermekkori kötelező oltás védelme nem tart örökké. Többhetes hiány után néhány ezres tételekben érkezik az oltóanyag a patikákba. Talán gyártathatna vakcinákat a várt és nem várt helyzetekre a nemzeti oltóanyaggyár, amelynek alapkövét 2021-ben tették le ünnepélyes keretek között. A debreceni üzemnek a kormány, sőt a miniszterelnök ígérete szerint 2022 végén termelnie kellett volna. Jelenleg szerkezetkész állapotban várja, hogy az illetékesek eldöntsék, mi is készüljön benne. Csupán az vehető biztosra, hogy a három éve ígért orosz, kínai, izraeli stb. Covid-ellenes vakcina nem.