



KONSZENZUS EGÉSZSÉGÜGYI-JOGI INTERDISZCIPLINÁRIS TÁRSASÁG

MAGYAR ORVOSTUDOMÁNYI TÁRSASÁGOK ÉS EGYESÜLETEK TAGSZERVEZETE

1027 Budapest Csalogány u. 13-19/A I em. 5.

Elnök: **Dr. jur et med. Martini Jenő**
ügyvéd és a szüléset-nőgyógyászat
valamint az egészségügyi szervezés
„regisztrált” szakorvosa



Ügyvezető elnök: **Huszár Ágnes**
szakgyógyszerész
gyógyszertár vezető

Adószám: 18464702-1-06
Bankszámlaszám: 10700024-43294301-51100005

Vitaindító: Gondolatok a szabad kórház és orvosválasztásról és szülésről

Jelenlegi és leendő édesanyák, édesapák szabad kórház – és szülésválasztás tárgyában íródott, Dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszternek címzett petíciója olvasható a www.babafalva.hu internetes portálon. Szerzői alapvetően egyetértenek az egészségügyi reform szükségességével, és a hálapénz visszaszorításának szándékával, de álláspontjuk szerint a szülést nem lehet a többi orvosi beavatkozással együtt kezelni, melynek részletes indokát adják. A kórház és szülésválasztás körében a szakminiszterhez öt pontban foglalt, részben alternatív kérést terjesztenek elő. Kezdeményezésükhöz csatlakozásra szólítanak fel. Folytatják az aláírásgyűjtést és a kapcsolódó sajtókampányt. Indokaik: A kórházválasztás korlátozása ugyanis csak ideiglenesen került le a napirendről. A születek körüli helyzet továbbra is rendezetlen maradt, a választott orvos által vezetett születekről nem esik szó.

A fentiekben hivatkozott weblapon az egyik hozzászóló csak azt kifogásolja, hogy a petíció miért nem tartalmazza valamennyi szakellátásra nézve a kórház és orvosválasztás szabadságának követelését, és mint írja: Emiatt azt, „egy jóérzésű ember nem írhatja alá”. Miért ne tehetné? Hiszen egy adott élethelyzetben lévő társadalmi réteg, és némi túlzással a jövő generációja érdekéről szól, azt kívánja érvényesíteni. Sőt magzati létünket mindegyikünk átélte. Ugyanakkor a petíció szerzői nem vonták kétségbe más állampolgárok, más, akár valamennyi orvosi ellátásra nézve történő szabad, akár népszavazás kezdeményezésének, megszervezésének jogát.

A lényegét, a szabad kórház és szülésválasztás jogát illetően teljes mértékben egyetértek a petíció szerzőivel. Társadalombiztosítási költségkihatás vonatkozásában ugyanis jelenleg sincs különbség a szabadon választott kórházi, szülésorvosi és a területileg illetékes orvosi ellátás között. A szabad választás külön díj fizetése nélkül sem növeli a társadalombiztosítást terhelő párhuzamos, és így indokolatlan vizsgálatok, orvos-beteg (terhes) találkozások számát sem. A megfelelő szabályok betartása mellett szakmai érvek sem szólnak a szabad választás ellen.

Huszár Ágnes ☎: 06-1/2641548
Dr. Martini Jenő ☎: 06-1/488-0258, Fax: 06-1/488-0257
✉: 1255 Budapest 15. Pf.: 201.

☎ : 06/30 9840941
☎ : 06-30/9417-698, 06-30/600-8247
E-mail : martini1@martini-ugyvedei.hu

A kérdést az egész egészségügyi reform körében több oldalról kísérlem meg -a teljesség igénye nélkül, a tévedés jogát is fenntartva, de elkerülni igyekezve- **az alábbiakban megközelíteni**, melyben igyekszem a szakmaiság, és a laikus általi közérthetőség határán mozogni.

A szakellátás (szakrendelők, kórházak) szerkezet és finanszírozás változtatás indokait nem sorolom, mert szükségessége józanésszel nem vitatható. Azzal 16 éve mindegyik kormány tisztában volt, tervezgette is, de csak a tervekig jutott, a problémákat maga előtt toltta, és mindig csak az alapellátás (azaz a háziorvosi ellátás) erősítését hangoztatta. Szerepüket elismerem, és nagyra becsülöm (orvosi pályámat magam is ott kezdtem), de az orvostudomány nagyfokú differenciálódásából, specializálódásából, személyi és tárgyi feltételeiből, az orvoslás csapatmunkává válásából eredő korlátai sem a deklarációktól, sem attól még nem változtak, hogy átnevezték a körzeti orvost házi-, illetve családorvossá, továbbá nagyon helyesen lehetővé tették közalkalmazottból vállalkozói létüket. Megválasztásuk kölcsönös érdekek alapján továbbra is szabad marad.

Mi jött át az írott és - az internetes oldalakat is beleértve - az elektronikus médián keresztül az egészségügyi reformból, az új szabályokból?

Lényegében az, hogy jelenlegi reformfolyamat sok racionális, szükségszerű elme mellett bőven akadnak megválaszolható kérdések, „miértek”, és talán még az alagút vége sem igazán látszik. Itt és most nem is a vizitdíjra és a kórházi napidíjra utalok. Nem érintem a fekvőbeteg intézményekre nézve felállított és különböző lobbyk által befolyásolt listákat és az intézményi finanszírozások megoldatlan problémáit sem. Nem foglalkozhatok jelen keretek között az aggályos döntés előkészítéssel, az ellentétes forgatókönyvekkel, azok kommunikációjával, és sok egyébvel sem.

Az alábbiakban csak a személyi betegellátásra és abban is különösen a szülészetre térek ki. Személyes érintettségem hiányában, és szakmai életutamra tekintettel talán hitelesen.

A média szerint: Az új szabályozás a választott szakellátást csak anyagi ellenszolgáltatás fejében tette volna lehetővé. A kormány azonban visszavonta azt a korábbi javaslatát, miszerint a betegek díjmentesen csak a lakhelyük közelében lévő, az ÁNTSZ által kijelölt három kórház valamelybe mehettek volna kezelésre. Ez pedig azt jelenti, hogy továbbra is bármely kórházba mehet a beteg, ha oda beutalják, és ott fogadják. Fizetni csak akkor kellene, ha beutaló nélkül megy. Az íróasztal mögött gondolt-e valaki arra, hogy beutalót némi hálapénzért lehet-e szerezni? (Ez nem állítás! Csak kérdés!)

Az egészségügyi tárca szerint viszont csak ideiglenesen került le a napirendről a javaslat, a kórházszerkezet átalakítása után ismét terítékre kerül a betegút szabályozása. Indoka szerint azért, mert túl nagy az orvos-beteg találkozások száma: több beteg más kórházakban is újra elvégezteti

ugyanazokat a vizsgálatokat, ha nem tetszik neki az orvosi diagnózis. Mosolyra fakasztó magyarázat. Az informatika mai fejlettsége mellett a párhuzamos, indokolatlan vizsgálatok számát más eszközökkel és szabályokkal lehet hatékonyan csökkenteni.

EI kellene ismerni, hogy a kötelező és a szabadon választott társadalombiztosítási finanszírozása ugyanis teljesen azonos összegben történik. Világosan meg kellene mondani, hogy a szabadon választott kórházért azért kell majd fizetni, mert az intézményi bevételét jelent. Valóban azt jelent? Csak akkor, ha az így befolyt összeggel a biztosító nem csökkenti majd a kórháznak az adott ellátásért járó térítést. Ha csökkenteni fogja, akkor az, ténylegesen nem kórházi, hanem egészségbiztosítói bevétel lesz. Az adott helyzetben és körülmények között még ez is magyarázható lenne. Csak őszintén, világosan, egyértelműen, következetesen kellene kommunikálni, melyből ma kevés részünk jut. És ekkor a választott kórház választott orvosáról még szó sem esett.

Más gondom is van a minisztérium e makacs elképzelésével szemben. Nevezetesen a következő: Régebbi terv, hogy a tárca közzé teszi az egyes kórházak minőségi mutatóit. Ezt az ötletet az államtitkár asszony nem rég elevenítette fel egy reggeli televíziós adásban. Amennyiben a kórházak minőségi mutatói között jelentős eltérések lesznek, és peres tapasztalatom alapján vannak is, úgy milyen alapon mondhatná egy igazságosan szociálisan érzékeny kormány azt, hogy akkor kaphatsz csak szakmailag jobb ellátást, ha meg tudod fizetni?

Ezek után még mindig megmagyarázhatatlan maradt, hogy az adott intézetben belül a választott orvosi ellátásért miért kell külön fizetni a kórháznak?

Lehetne azt mondani, hogy az orvos választás lehetősége az adott kórház részéről éppen olyan külön szolgáltatásnak minősül, mint például az egyágyas külön kórterem, az összes kényelmi, extra szolgáltatásával. Ez még félig igaz is lehetne akkor, ha az orvos nem közalkalmazottként, nem szigorú – sokszor feudális- alá és fölérendeltségi viszonyban dolgozna, hanem szabadon, akár szellemi szabadfoglalkozásban, kvázi „vállalkozóként” ténykedne, és az ellátás vállalása alapvetően tőle függene. Félig pedig csak azért, mert ekkor sem a kórház külön szolgáltatását, hanem a választott orvos munkáját fizetné a beteg a kórháznak, vagy netán –az előbbieik szerint- közvetve a társadalombiztosításnak.

A helyzet azonban teljesen más. Az osztályvezető főorvos, vagy helyettese rendelésétől függ, hogy egy adott beteget saját maga, vagy melyik beosztott orvosa operál. Ez még keveredik a hálapénz sajátos problematikájával. És ezen a ponton miniszterünk pár évvel ezelőtti, a Financial Times című lapnak adott, bizonyos körökben nagy port kavart interjúja jut eszembe, mellyel kapcsolatban akkor még azt mondhattam: „Kedves Lajos minden szavad igaz”.

Az előzők körében a szülészeti külön is érzékeny terület.

Jogszabály biztosította és biztosítja továbbra is a területileg illetékes terhesgondozás és szülés ingyenességét. Ez így van jól. **Meggyőződésem, hogy szülész kollégáim – kevés kivétellel – munkájukat e körben, e keretek között is a szakma szabályai szerint, az elvárható gondossággal és körültekintéssel végzik.**

E terület érzékenységet jól bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos kártérítési perek, és foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés miatt megindult büntetőeljárások körében a szülészeti az elsők között van. Oka ennek alapvetően az, hogy a társadalom a szülés kapcsán bekövetkező bármely nem kívánatos eseményt hajlamos a szülészeti ellátás rovására írni akkor is, ha annak semmilyen objektív alapja nincs. Nem kellően ismert, hogy a szünetelés körüli állapot az emberi élet legveszélyesebb időszak. A szülésznek anyai és magzati érdekeket is mérlegelni kell. A császármetszés anyai veszélyei nagyobbak a spontán hüvelyi szülésnél. A magzati állapot méhen belüli megítélésére szolgáló eszközök, eljárások óriási fejlődésen mentek keresztül. Ennek ellenére a legmodernebb ultrahang készülékkel, a leggondosabb vizsgálattal sem állapítható meg minden fejlődési rendellenesség 100%-ban. Ennek ellenére, a vizsgáló eljárások komplex alkalmazásával is a szülés alatt a megnyugtató és nem megnyugtató magzati állapot között tudunk csak különbséget tenni, és minden körülményt, eredményt egybevetve, mérlegelve megítélni a szülésvezetés módját. A szünetelés körüli magzati agyi károsodások oka még ma is 60%-ban ismeretlen. Napjainkban az összes agykárosodás mindössze 8-20%-a tekinthető igazoltan a szülés alatti időszak következményének. És lehetne sorolni tovább. A hazai szülészeti mutatói világviszonylatban is az elsők között vannak. Mégis egy kizárólag a kockázat körében értékelhetően bekövetkezett szövődményt a szülészeti társadalom kevésbé fogad el, mint bármely más szakorvosi területen. Nem véletlen, hogy magam részéről arra a kérdésre: Kihez menjek szülni? Senkinek nem ajánlok senkit. Rá bízom.

A terhességre jó, és szép, mindent kifejező magyar szó a más állapot. Más állapot ez nem csak élettanilag, hanem pszichésen is. Bővebb magyarázat nélkül is könnyen belátható, hogy ezen ellátási forma az egyik legbizalmasabb viszonyt igényli. A várandós anyukák szebben és jobban tudnak erről szólni, és szólnak is. Nem véletlen, hogy az úgynevezett megkért szülésnek hagyományai lettek. Okkal gondolom, hogy az országgyűlési képviselők körében is.

A történet úgy fest, hogy a terhesség gyanújakor, vagy megállapításakor hallomásból, vagy más tanácsára a gravida kizárólag bizalmi alapon szülész orvost választ, és terhessége végéig annak legális magánrendelésére, vagy kórházi ügyeleti idejére esően oda jár rendszeres ellenőrzésre. A terhesség alatti ultrahang-, vér-, és egyéb szakorvosi vizsgálatokat a választott orvos személyétől, lehetőségeitől, kapcsolatrendszerétől függően, „végső esetben” magánrendeléseken, magán „klinikákon” végzik el. Sőt, ha bármi okból a terhességével kórházba, klinikára be kell feküdnie, akkor természetesen választott

orvosát foglalkoztató intézetbe kíván menni. Az adott intézetben történő felvételhez - a terhes szándékán kívül - a választott orvosnak rendelkezési joggal, vagy főnöke jóváhagyásával bírnia kell.

Hálapénz-e a megkért szülés ellenértéke? NEM!

Orvosi hálapénzről csak az esetben beszélhetünk, ha anyagiak egy adott orvosi ellátást megelőzően szóba sem kerülnek. Az orvos a beteget munkaköri kötelességébe esően látja el. Annak várt eredménye, a beteg gyógyulása következik be. Ezért pedig a beteg - ráutaló orvosi magatartás nélkül - önként pénzben kifejezi háláját. 1988-ban, a személyi jövedelemadóról szóló törvény még adóköteles jövedelemmé is tette, legalizálta. Az orvos által történő kikövetelése, ráutaló magatartás tanúsítása viszont már etikai vétséget valósít meg. A hálapénz kapcsán egyesek korrupciót, vesztegetést kiáltanak. A fentiek szerinti hálapénz esetén jogilag megalapozatlanul. Az csak adott esetekben anyagiakért jogtalan előny nyújtása kapcsán merülhet fel. A hálapénznek könyvtárnyi irodalma van. Nem kívánom részletezni. Az viszont biztos, hogy az egészségügyi reform jelenleg ismert részletei a megszüntetni nem fogják. Nem vitatva benne mindkét szereplő részéről tudati tényezőket sem, csak akkor szűnhet meg, ha az orvosok erkölcsi és anyagi megbecsülése társadalmilag azonos helyre kerül nyugat-európai társaikkal.

Amikor a terhes és a szülész orvos a szülésvezetésben megállapodnak, akkor közöttük egy szóbeli polgári jogi, megbízási szerződés jön létre. Abban a szülész egy adott orvosi tevékenységnek a szakma szabályai, az elvárható gondosság szerinti bármikor történő rendelkezésre állását, és elvégzését, a terhes pedig ennek kölcsönös megállapodás szerinti anyagi ellenértéke nyújtását vállalja. Megjegyzem, hogy e felfogással már bíróság is egyetértett. Ennyire leegyszerűsíthető lenne a megközelítés akkor, ha a szülész a kórházzal nem közalkalmazotti vagy munkaszerződésben állna, és ott a szülés levezetésére, beleértve az esetleges császármetszést is, bérelné a személyi (szülésznő, műtősnő stb.) és tárgyi (szülőszoba, műtő berendezési, felszerelési tárgyaival, műszereivel) feltételeket. Több plasztikai sebész így látja el magánbetegét. Az általános tényleges helyzet azonban az, hogy a szülész közalkalmazotti, vagy munkaszerződésben áll az adott kórházzal, és azon belül szigorú alá- és fölérendeltségi viszonyok uralkodnak az engedélyezés és utasítás adási jog vonatkozásában is. Sőt esetleges hibás ténykedéséért munkáltatója, illetve bizonyos összeghatárig felelősségbiztosítója köteles helytállni.

Az előzőekben említett szülész és terhes közötti megbízási szerződésen ez csak annyit változtat, hogy annak a kórház, az osztály működési rendje szerint érvényességéhez osztályvezetői jóváhagyás szükséges. És még ekkor is a megkért orvos ténykedését munkaidőben a szülőszobát felügyelő részlegvezető főorvos, ügyeletben az ügyeletes, illetve ügyeletvezető utasítás adási joggal felügyelni, ellenőrizni és érte felelősséget vállalni köteles. Továbbá a szülés vezetésre felkért, most már nyugodtan mondhatjuk szerződött orvos állami-, önkormányzati személyi és tárgyi feltételek igénybevételével

teljesíti a megbízást, vezeti le a spontán szülés, vagy végzi el a császármetszést. Többek véleménye szerint ezzel így ezzel intézetben belüli illegális magánpraxis is megvalósul, annak ellenére, hogy az orvosnak ebből származó jövedelme adóköteles.

Nem vitás, hogy a fenti történet sorban keveredik a legális magánrendelés és a társadalombiztosítás (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a továbbiakban az egyszerűségéért: OEP) finanszírozott ellátás. **Ennek ellenére sem az OEP-nek, sem, a kórháznak nem kerül egy fillérrel sem több az adott terhes kórházi vizsgálata, bennfekvése, spontán vagy császármetszés útján történő szülése a választott kórházban, választott orvossal, mint ha az a területileg illetékes rendelőkben, intézetekbe történne. És a lényeg ezen van!**

Sőt a finanszírozás mai rendszerében, amikor egy zárt kasszából részesülhet valamennyi kórház, még a kórháznak teljesítmény többletet, és - ha nem is teljes- több finanszírozást hoz. Nem véletlen, hogy egyes osztályok szívesen veszik, és engedik, hogy náluk sem közalkalmazotti, sem munkajogviszonyban nem álló szülészek externistaként (külsősként) saját szülőnőjüket bevigyék. Az pedig, hogy cserébe a külsőstől ügyelet adását várják el, már más területre vezet.

Nagyobb, de a megkért szüléseket is érintő probléma a törvényes munkaidőkeret és az ügyelet törvényes mértékű díjazása, a szabadon még vállalható túlmunkaideje. Kerülöm a munkajogi részleteket, csak a lényegére térek ki.

Én még megéltem azon időket, amikor szombat reggel bementünk hétfő reggelig ügyelni, majd utána még a napi munkaidőt letölteni. Ez összesen folyamatosan 56 órát tett ki. Egy nagy forgalmú szülészeti-nőgyógyászati osztályon az ügyeletesekre egyenként is több munka esett, mint munkaidőben. Nem volt helyes, de kibírtuk.

A hatályos uniós irányelv alapján a munkaidő-szervezés alapvető szabályai 2004. május 01.-t követően az alábbiak szerint kellene, hogy alakuljanak az egészségügy gyakorlatában:

A foglalkoztató által a foglalkoztatott számára kötelező érvénnyel elrendelhető munkavégzés heti átlagos ideje - a túlórákat is beleértve - nem haladhatja meg a 48 órát. Ezt meghaladóan további munkavégzésre csak a foglalkoztatott saját elhatározásából kerülhet sor. Az egészségügyi intézményben teljesített ügyeletet teljes egészében munkaidőnek kell tekinteni. A foglalkoztatottat a rendes napi munkaidejének kezdetétől számított 24 órás időtartam alatt 11 összefüggő órából álló napi pihenőidő illeti meg. Elmaradt pihenőidőt az objektív akadály megszűntét közvetlenül követő munkaidő rovására kell kiadni. Saját elhatározása alapján elvállalhat a foglalkoztatott túlórákat, mellékállásba tartozó feladatellátást, valamint magán orvosi tevékenységet - akár a hét valamennyi munkanapján is -, de csak akkor, ha ezek a tevékenységek nem akadályozzák meg a napi pihenőidejének eltöltésében.

A különböző orvostársaságok állásfoglalásai, valamint köztük és az egészségügyi tárca között a médiából is jól ismert egyeztetések a fentiekre szólnak. Ugyanígy azok a viták is, melyek a kórházi menedzsment és a közalkalmazottak között folytak. Tény, hogy nagyon sok helyen az osztályok szakorvosi létszáma akadályos még az előzők szerinti törvényes foglalkoztatásnak is. Van olyan megyei szülészeti osztály, ahol a létszámból eredően egy ügyeletes és két készenlétes teljesít ügyeleti szolgálatot. Egy azonnali császármetszés legalább két orvost igényel. Itt utalok vissza az előbbiekre, hogy sok helyen örömmel veszik a külsősök ügyeletét.

Az orvosok eddig is vállalták saját elhatározásuk alapján a törvényesnél több túlmunkát, ügyeletet. A kórház menedzsmentjénél a „biztosítékot az verte ki”, hogy érte a törvényes díjazást követelték. Erre kapták retorzióként azt a választ, hogy akkor pihenőidőben a megkért szülés levezetésére sem mehetnek be.

Összefoglalás: Meggyőződésem, hogy az egészségügy reformja, struktúra- és finanszírozás változásának nem a szabad kórház és orvosválasztás megszüntetése a kardinális kérdése. Jelenben, az ismert módon történt interpretációja csak a társadalom frusztrálására volt alkalmas. A reform pedig az egészségügyben dolgozók, és a társadalom ellenében nem lehet sikeres. Őszinte válaszok, társadalmi párbeszéd kell az áldozatvállaláshoz. Ugyanakkor a felvetett kérdések valóban korrekt válaszokat igényelnek, melyben a bölcsék kövének megtalálására nem vállalkozhattam. Abban viszont teljesen biztos vagyok, hogy a Magyar Orvosi Kamara által már régen szorgalmazott **orvosok jogállásáról szóló törvény megalkotása nélkül jó válaszok nem adhatók**. E törvénynek pedig a megváltozott társadalmi-gazdasági, és megváltoztatni szándékozott intézményi struktúrát is figyelembe kell venni. És talán nem ártana az íróasztalok mögül meghallgatni, a vezetők mellett a betegágy mellett, a szülőszobán, a műtőben dolgozó beosztottakat is. Ne kórházigazgató (volt miniszter) mondja el, hogy kórháza szülései kifejezetten örülnek annak, hogy náluk megszűnt a megkért szülés, amit a szülők is egyre inkább elfogadnak. Nem vonom kétségbe, hogy így van, de az érintettek szájából igazabbnak hangzik.

Budapest, 2006. december 10.

Dr. jur. et med. Martini Jenő