

Dr. Matkó Ida szerint a betegjog nem az orvos elleni frontális támadás

„Ez itt nem Amerika!”

Paradigmaváltás van az orvoslásban. A gyógyítás a nagy kórházakban történik, ha úgy tetszik, egészséggyárakban, amelyek azért, lássuk be, veszélyes üzemek – vallja az interjúban Matkó Ida aneszteziológus.

A Szószóló Alapítvány elnöke szerint emiatt van szükség arra, hogy más szemléletben gondolkodjunk a gyógyításról, a betegek jogairól, az ellátás biztonságáról, és mindezt ne az orvosok elleni frontális támadásként fogjuk fel.

- *A Health Consumer Powerhouse jelentése alapján Magyarország 31 ország közül a hetedik helyezést érte el a betegjogok érvényesítése terén. Mi lehet ennek az oka, hiszen a hazai betegek, betegszervezetek tapasztalatai nem támasztják alá ezt az eredményt.*

– Valóban több a panasz, mint korábban, de ez azért azt is jelzi, hogy az elmúlt tizenöt évben sok minden történt. Eljutott az emberekhez annak a híre, hogy az egészségügyben nemcsak ellátási lehetőségről, hanem egyben ellátási kötelezettségről is szó van, amit az intézmények jogi keretek között végeznek. Még ha tényként is kell kezelnünk, hogy a betegek valójában nem ismerik a jogaikat, jóval többet tudnak, mint korábban.

- *Az orvosok és az egészségügyi intézmények rendre azt mondják, és ez érvként merül fel az Egészségbiztosítási Felügyelet esetleges megszüntetése mellett, hogy a betegeknek vannak jogaik, nekik azonban nincsenek, őket ki védi meg? Szükségszerű, hogy orvosok és betegek szemben álló félként jelenjenek meg, vagy ez azért tapasztalható, mert egy tanulási folyamat elején vagyunk?*

– Magam ez utóbbit gondolom és bízom abban, hogy mesterségesen senki nem teszi a két oldalt ellenérdekelt féllé. Hiszen inkább és alapvetően egymásra utaltságról van szó, és a betegek pontosan tudják, hogy meggyógyítani az orvosok képesek őket. Amikor 1997-ben,



az egészségügyi törvényben kodifikálták a betegjogokat, már a megfogalmazásnak is sok ellenzője volt. Nem akarom nevesíteni a testületet, amelyek mindezt úgy fogták fel, mint az orvosok elleni frontális támadást. Pedig itt nem erről van szó. Minden szakmai és társasági közbeszédben azt hangoztatjuk, hogy paradigmaváltás van az orvoslásban, amit annak megváltozott helyszíne, módszerei váltottak ki. Nem az orvosokra kívülről rákényszerített dologról van szó. Sokkal inkább arról, hogy az orvoslás be-

kényszerült a nagy kórházakba, ha úgy tetszik, az egészséggyárakba, amelyek – lássuk be, hiszen naponta tapasztaljuk – veszélyes üzemek. Ez kényszerítette ki, hogy más szemléletben gondolkodjunk a gyógyításról, a betegek jogairól és arról, mit tehetünk a gyógyítás biztonságáért! A magyar orvostörténetben már az 1920-as években vannak nyomai annak, hogy a beteget teljes körűen tájékoztatni kell. Imre József munkáira utalok. A bioetikai szemlélet, a betegjogok kodifikálása azért vált szükségessé, hogy a beteget ne érje további egészségkárosodás ebben a veszélyes üzemben. Ez a paradigmaváltás hozta magával a betegek biztonsága érdekében tájékoztatók, protokollok, csekklisták, ellátási standardok alkalmazását. Az egészségügy az ipartól, elsősorban a közlekedéstől vette ezeket az ellenőrzési módokat, hogy amikor bizonyos be rendezéseket, például egy szív-tüdő gépet elindít, az ellenőrző lista alapján végignézzék, hogy minden eszköz, ember és a szervezés megfelelő-e a beteg, a gyógyítás érdekeinek. Ezek segítségével lehet ellenőrizni például, hogy a műtétet követően minden korábban használt eszköz megvan-e. Azt kell megérteni tehát, hogy nem az orvosok ellenében fogalmazták meg a betegjogokat, továbbá, mert a medicina gyakorlása strukturálisan átalakult, megváltoztak az orvoslás körülményei, amelyekre etikai, jogi, munkaszervezési, minőségügyi és a sor folytatható, válaszokat kell adni. A betegbiztonságnak, mint elvárásnak a megfogalmazása csak egy következmény.

● *Elfogadják már ezt a szemléletet az orvosok?*

– Nem, vagy legalábbis ez nem általános. Azt mondhatom, az elmúlt tizenöt évben jelentős szemléletváltozás történt, de ez még nem jelenti azt, hogy mindenki magáévá tette az ilyen vagy hasonló gondolatokat. A jó az volna, ha belső kényszernek élné meg minden orvos, hogy orvostikai, bioetikai alapelveknek megfelelően foglalkozzon a beteggel, az adott jogi keretek között – ezek olyan automatizmusok, amelyekhez nem elméleti tudás kell. Az ellátási hiba kezelésére nálunk ma is a felületes megközelítés, a konkrét körülmények és személyek túlértékelése, az elégtelen kommunikáció, a bűnbakkeresés és a megbocsátó belső

Névjegy

Dr. Matkó Ida aneszteziológus a betegjogok érdekében 1994-ben életre hívott Szószóló Alapítvány elnöke 1967-ben szerzett diplomát a Szege-di Orvostudományi Egyetemen, majd több éven át Angliában vállalt munkát. Előbb a londoni Guy's Hospitalben, majd a leedszi szívsebészetben dolgozott. 1981-ben került a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. számú Gyermekklinikájának szívsebészeti osztályára, majd 1986-tól az egyetem Városmajor utcai Ér- és Szívsebészeti Klinikájára. Az első hazai szívatültetést megelőzően Cambridge-ben tanulmányozta a szív- és tüdőátültetések anesztéziáját. Négy évig teológiát hallgatott a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen, ma orvostikát oktat a Semmelweis Egyetem Magatartás-tudományi Intézetében. Tagja az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának; jelenleg a kaposvári Kaposi Mór Oktatókórház aneszteziológusa.

szövetségek továbbélése a „külső” támadással szemben jellemző, hogy csak a legfontosabbakat említsem. Ha hibás gyógyszerellátás történik egy ilyen, általam veszélyes üzemnek nevezett ellátóhelyen, az nem elsősorban személyi hibából fakad. Hanem abból, hogy az ellátórendszer különböző szintjei nem fedik egymást, ez pedig szervezési kérdés. És hogy egy előző megjegyzésére reagáljak, az elmondottak miatt van szükség független, ellenőrző szervezetre, amely helyi érdekek és érdekelttség kizárásával mérlegel egy konkrét ügyet, beteg- vagy orvospanasszal kapcsolatban. Ellenőrzés és garanciák beépítése nélkül nem megy!

● *Ennek a szemléletnek a meghonosítására van is egyfajta próbálkozás Magyarországon, a Belicza Évákhoz köthető NEVES program, amely az Egészségügyi Világszervezet ajánlásai alapján a hibákat feltárni, de a vétkezőket nem megbüntetni akaró adatgyűjtési rendszert épít ki – egyelőre valószínűleg nem túl sok kórház részvételével.*

Előkelő helyen

Harmincegy ország betegjogi rangsorában összességében a dánok a legerősebbek. Őket Németország, Finnország, Svájc, Hollandia, Franciaország, majd a 7. helyen Magyarország követi – azonos helyen Norvégiával. Az első tíz helyezett között van Szlovénia, Ausztria és Szlovákia, míg a legutolsó helyeken Portugália, Románia és Bulgária – derül ki a Health Consumer Powerhouse 2009. március végén közzétett jelentéséből.

A jelentés négy kategóriába sorolva (betegjogok, információk, technológiai eljárások, valamint pénzügyi ösztönzők) összesen 18 indikátort vizsgált. A betegjogok kategóriájában – amelyben Svájc lett az első – egyebek között azt elemezték, van-e az adott országnak a betegjogokon alapuló egészségügyi törvénye, van-e joga a betegnek második szakvéleményre, felkeresheti-e közvetlenül a szakorvost, választhat-e a hazai, illetve az európai szolgáltatók között, ha egészségügyi ellátásra szorul. Vannak-e önkéntes, országos szűrőprogramok, hozzáférnek-e a betegek saját dokumentációjukhoz, létezik-e az országban a felelősséget nem kutató műhiba-biztosítás, illetve részt vehetnek-e az egészségügyi döntéshozatalban a betegszervezetek.

Az indikátorok egy részét korábban a fogyasztói szemszögű, svéd kezdeményezésű Euro Health Consumer Index néven közzétett ragsor kialakítása során is értékelték. Magyarország 2007-ben ebben a 24. helyen szerepelt, tavaly viszont a 14. helyre került. Mint azonban arra dr. Rapi Katalin, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgató-helyettese a Magyarországon április 16-án az Európai Betegjogi Nap kapcsán megrendezett konferencián emlékeztetett, az országok számára készített összegzés alapján hazánkról mégsem ilyen szép a kép. „Az utóbbi időben a betegjogok és az információnyújtás terén történt fejlődés most megtérül. Az egészségügyben biztató próbálkozások vannak az információs forradalom terén. A 60 éve fennálló közfinanszírozás eredményeként a lakosság lefedettsége egész jó, de az eredmények kiábrándítóak” – írják.

– Ahogy a magyar ellátórendszer személyi feltételei még nem alakultak át, úgy a hibakezelés kultúrája sem tört még utat magának nálunk. Ehhez a szemlélethez természetesen azt is feltételeznünk kell, hogy mindenki a szakmai elvárásoknak megfelelően dolgozzon; alapelvárás, hogy szakmájához mindenki professzionális szinten értsen. Akkor viszont bűnbakkeresés helyett a rendszer hibáit célszerű feltárni.

- *Mit tapasztal, a kórházak igényelnek segítséget ahhoz, hogy mondjuk megelőzhetőek legyenek a köznyelvből csak műhibaként emlegetett kártérítési perek? Hogy az orvosok kellően tájékozottak legyenek a betegek jogait illetően, elkerülendő az esetleges későbbi felelősségre vonást?*

– Korántsem idealizálva a jelenlegi állapotokat, azt gondolom, nagyon sok minden történt Magyarországon. Vannak betegjogi képviselők, létrejött a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekekjogi Közalapítvány, kiépült a betegjogi képviselői rendszer, amelynek, ha hatékonyságát vitatom

is, mindez eredmény. A civil lakosság valóban sokszor tudatlan, ami azt jelzi, hogy nem beszélünk eleget a dolgokról, holott minden vonatkozásban a betegnek kellene döntenie – tájékozottan. Csakhogy a hazai orvoslásban és orvosokban sok tekintetben „megragadt” a feltételezett beleegyezés, mint lehetőség, amit a jog el is ismer bizonyos esetekben. Egy tudatos társadalomnak tudatosan kell döntenie minden, az egészségét, testi épségét érintő kérdésben. Ez volna a cél, de ennek megvalósításában még nagyon a kezdeti szakaszban vagyunk. Másrészt azt tapasztalom, hogy bár az orvosok jogszerűen járnak el, mégis baj történik, mert nem a jog az elsősorban, amit a „veszélyes üzemből” érvényesíteni kell, hanem a biztonságot szolgáló egyszerű, sokszor pofonegyszerű előírásokat, ellátási standardokat – és ez hiányzik. Amennyiben jól kommunikál például egy műtői team – amire előírások vannak, meg multicentrikus vizsgálatok – a beteget nagyon nehéz „elcserélni” vagy az ép oldalon megoperálni...

- *Többben úgy fogalmazznak, mintha túljogászkoztuk volna ezt a kérdést...*

– Így van. Nem jogászok, hanem józan paraszti ésszel bíró emberek kellene betegjogi képviselőnek. Olyanok, akik képesek feltárni és időben jelezni a menedzsmentnek, ha valahol hibás az ápolás vagy a gyógyszolgáltatás gyakorlata. Ehhez nem kell jogi szakértelem. A betegjogokat mindannyian fel tudjuk sorolni, a baj inkább ott van, hogy a betegek közül sokan ezt nem képesek ismeret és példák nélkül a gyakorlatban, a mindennapi ellátás során „megélni”. Kezdetől fogva azt mondjuk, hogy a betegjogi képviselő tevékenységének proaktívnak kell lennie. Ez pedig, nagy vonalakban azt jelenti, hogy a betegjogok érvényesítésével kell egy intézetet működtetni. Az ellátórendszernek kell olyanná válnia, hogy ha a beteg belép a rendszerbe, akkor nevének szólítják, természetes módon tiszteletben tartják a jogait, személyes szféráját, önrendelkezését. A „kikövetelhető jog” nagyon rossz öröksége az elmúlt ötven évnek. Mi nagyon sok mintát a betegbiztonság és a betegjogok terén Nyugatról vettünk át, ahol a személyhez fűződő jogokra érzékenyebb társadalom működik. Ott kevésbé hierarchikus a berendezkedés, kevesebb évtizedet – vagy mondhatunk akár évszázadot is – töltöttek el parancsuralmi szisztémában. Más társadalmi közegben jöttek tehát létre azok a szabályozások, amelyeket mi megpróbáltunk átvenni. Kicsit sikeresen, de azt mondom, mindmáig nem fejeződött be az átalakulás. A sikerhez, az átalakuláshoz előbb a fejekben kellene elrendezni a dolgokat.

- *Mindez nagyon távolinak tűnik ma még, amikor olyan dolgokat, ha úgy tetszik, erkölcsi kérdéseket akarunk számon kérni az orvosoktól, amelyek vagy benne vannak a fejekben, vagy nincsenek...*

– Ma egyre többen igyekeznek hangot adni annak a vélekedésnek, hogy rendkívül fontos az oktatás és abban a betegbiztonság és a betegjogok elhelyezése, oktatása. A helyzet az, hogy a gyakorlatban hosszú éveket eltöltő kollégák már régen kialakították a maguk szokásait, és ez az orvos-beteg közötti kommunikációra is vonat-

de JURE, jogászok magazinja

- Tájékozódjon első kézből a készülő jogszabályokról!
- Legyen részese a legizgalmasabb szakmai vitáknak!

www.dejure.hu

Ha szeretné megismerni lapunkat, kérjen bemutató számot az alábbi postacímen.



NetPress Bt., 2311 Szigetszentmiklós, Pf.: 179., Rét utca 15.
Telefon: (06) 24 515-415 • fax: (06) 24 515-416
E-mail: dejure@dejure.hu • www.dejure.hu
Előfizetési díj: 2009-ben 11 lapszámra: 8000 Ft+áfa

Megrendelés

Megrendelő neve:

Kapcsolattartó:

Példányszám:

Számlázási cím:

Kézbesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím*:

Fizetés módja: csekk** banki utalás

*Amennyiben igényt tart a 2009-ben induló hírlevél szolgáltatásunkra.

** Kérjük, hogy a pontos kézbesítés érdekében a csekket nyomtatott betűvel töltsék ki.

kozik. A változások, a szemléletváltás ebben a szférában nem könnyű, erőltetni nem lehet. Az oktatással, a folyamatos képzéssel szerintem elérhető egyfajta betegjogi és betegbiztonsági szemlélet-váltás, de ehhez idő kell. Arra gondolok, hogy hozzám hasonlóan sok orvos ment hosszabb-rövidebb időre Angliába vagy máshová dolgozni. Előbb-utóbb azonban rájöttek a kinti alkalmazók, hogy míg bizonyos vonatkozásban nagyon jól képzettek a magyar orvosok, más téren nem annyira. Arról például, hogy miként teremtsenek kapcsolatot a beteggel, hogy milyen dolgokat és miként kell tiszteletben tartani, speciális kurzusokat hoztak létre a kelet-európai munkavállalóknak...

- *Tapasztalatok szerint a perek többsége elkerülhető lenne, ha az orvos és betegek közötti kommunikáció megfelelően alakulna. Nemzetközi felmérések viszont azt mutatják, hogy az orvosok átlag 18 másodpercet követően félbeszakítják a páciens, aki soha többé nem tudja elmondani, amit szeretett volna.*

– Azt gondolom, a probléma sokrétű. A kommunikáció, a tájékoztatás rendkívül időigényes folyamat. A betegek megfelelő tájékoztatására vannak egységes európai minták. Magam egy évtizede sürgetem, hogy az egészségügyi kormányzat vagy valaki hozzon létre olyan egységes, az egyes szakmák által jóváhagyott, jól érthető betegtájékoztatókat, amelyeket Kiskunfélegyházán ugyanúgy használhatnának, mint Győrben. A lényeg az, hogy bármelyik ellátó a beteg kezébe adhatja a tájékoztatót, mert a konkrét állapotról alapvető információkat naprakészen közöl, és persze amely feltételeknek, az ellátónak meg kell felelnie. Rajta lehetne, mit tudunk az adott betegségről, milyen gyógymódok jönnek szóba, azok alkalmazásakor mire lehet számítani, s az is, hogy ezeknek a beavatkozásoknak miféle statisztikai ismertek az országban. Ez volna a közel megfelelő transzparencia (átláthatóság), amelynek segítségével a beteg képessé válhatna arra, hogy egyáltalán kérdéseket tegyen fel az orvos számára, hogy választása valós tényeken alapuljon. A gyakorló orvos napi tapasztalata, hogy a laikus, aki nem kellőképpen jártas a betegségében, még akkor sem tud kérdezni, ha egyébként az orvos erre módot adna neki.

- *Min bukott el az egységes betegtájékoztató?*

– Talán nem bukott el, ha igen, akkor a szemléleten. Eddig senki nem akarta. Pedig nemcsak az az előnye lenne, hogy nem kellene minden intézménynek kikínlódnia a saját betegtájékoztatóit, hanem az is, hogy a továbbiakban biztosak lehetnének abban, nem lesznek nagy eltérések a gyógyításban az ország különféle pontjain. A Szószóló a betegekért, a betegek jogaiért kiálló ernyőszervezet. Mi magunk is számos betegtájékoztatót készítettünk a jogokról, amelyekből orvosoknak, intézményeknek is tudunk adni, ha kérnek.

- *Ön egész életében a betegek érdekeiért emelt szót. Az orvoskollégák ezt hogyan fogadják?*

– Sokan ma teljes mellszélességgel kiállnak a betegjogokért. Retorika szintjén sosem szégyelltük kimondani, hogy a betegek pártján vagyunk, a betegjogok érvényesítése mellett. Én azonban emlékszem még a tíz-tizenöt évvel ezelőtti indulásra, amikor csaknem mindenkinek felállt a hátán a szőr, már a szó hallatán. Előfordult, hogy félrevontak a műtőben és azt mondták: Ez itt nem Amerika! Tessék elfelejteni a betegjogokat! A további személyes történetem és a velem való „bánásmód” még ennél is cifrább volt, amiről csak annyit, hogy én is megkaptam a magamét, mert szembe mentem az „általános” felfogással. Voltak és vannak személyesen nehéz időszakaim...

- *És ma? Mikorra változhat meg a jelenlegi, a csaknem az egész társadalomra jellemző, agresszivitással terhelt orvos-beteg viszony?*

– Nem gondolom, hogy olyan nagyon rossz a helyzet, de aggasztó jelek és alapvető hiányosságok vannak, amin érdemes elgondolkodni. Akkor rossz vagy romlik az orvos-beteg viszony, ha az egyik fél negligálja a másik jogait, a miéltre most ne térjünk ki. A rossz beidegződések alapján menedzselt helyzet, a tájékozatlanul dönteni képtelen passzív beteg valós kiszolgáltatottságot él át a gyógyítás folyamán. A következmény, amiről a beszámolók tanúskodnak, az elégedetlenség, feszültség. Történnék gyógyítási hibák, ebből az ellátónak, de a betegeknek is szükséges tanulni. Másként fogalmazva a helyzetet kezelni kell!

Köbli Anikó

Készül a határokon átívelő egészségügyi ellátás direktívája

Betegjogok határon innen és túl

Bár egyes európai ranglisták szerint hazánk Svédországot is megelőzi a betegjogok érvényesítése terén, Magyarország annak ellenére bukásra áll ebben a kérdésben, hogy tizenkét éve az egészségügyi törvénynek egy külön fejezete rendelkezik a betegek jogairól.

Az érintettek alapvetően tájékozatlanok, méltóságuk sok esetben sérül az ellátás során. A helyzeten jelentősen változtathat a határok nélküli egészségügyi ellátások során a betegeket megillető jogokról rendelkező európai irányelvjavaslat, amelyet első olvasatban elsöprő többséggel szavazott meg az Európai Parlament Környezetvédelmi, Közegészségügyi és Élelmiszer-biztonsági Bizottsága. Történt mindez március végén, ahhoz azonban, hogy az elképzelések Európa-szerte törvénnyé váljanak, még minden bizonnyal hónapoknak kell eltelniük.

Európában nem ritka, hogy valamely állam polgára egy másik uniós országban vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást. Hollandia, Luxemburg és Belgium között például intenzív a betegmobilitás. Mindebben szerepe van, hogy a határ ottani túloldalán lévő kórház esetenként közelebb esik, és a vándorló betegeknek a nyelvtudás sem okoz akkora problémát, mint Magyarországon.

A más országban igénybe vett gyógyítást térségünkben inkább anyagi okok és az ellátás minőségében megmutatkozó különbségek indokolják. Romániából például rendszeresen átjárnak gyógyulni a betegek Magyarországra, mert szerintük itt a várólisták ellenére is jobb és gyorsabb a kórházi ellátás. Főként Nyugat-Magyarországon évek óta ismert fogalom a fogászati turizmus is, amely a helyenkénti negatív visszhangok miatt időnként azonban nem kis gondot okoz a hazai fogorvosoknak és az őket tömörítő kamaráknak egyaránt.



Egészségturizmusból kevés a bevétel

Az EU-csatlakozás előtt több hazai egészségügyi vezető nagy lehetőséget látott az egészségturizmusban, hiszen a régi tagállamokban akkor mintegy kétfélmillióan voltak valamilyen egészségügyi várólistán. Ehhez képest a *Medical Tribune* című orvosi szaklapban 2006. február 16-án közölt statisztikák szerint a Magyarországon ellátott összes járó- és fekvőbetegnek csupán egy százaléka volt külföldi. Ezen belül hetven százalék a német, román, szerb-montenegrói és ukrán állampolgárságúak aránya. Nagy eltérés mutatkozott viszont abban, hogy a különböző országokból érkezők milyen szolgáltatásokat vesznek igénybe. A németek általában a reumatológiát, a sebészetet, a traumatológiát és a rehabilitációt, míg a románok, szerbek, ukránok a tüdőgyógyászatot, a szülészetet, a gyermekgyógyászatot, a bőr- és nemibeteg-gyógyászatot, illetve a sugárterápiát.

A jelenleg hatályos jogszabályok biztosítják a helyi és települési önkormányzatok, regionális testületek számára a határ menti együttműködések létrehozását és működtetését. Bár az együttműködések a kötelezően biztosítandó egészségügyi ellátások szervezésére és összehangolására is kiterjeszthetők, az együttműködésben részt vevők zömmel önkormányzatok; az egészségügyi szolgáltatók csak elvétve élnek az ebben rejlő lehetőségekkel – mondta el *dr. Balogh Tamás*, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetője tavaly decemberben, a *Határok nélküli egészségügyi szolgáltatások felé Európában* címmel megrendezett nemzetközi konferencián. Egy általa elvégzett, 2005-ben lezárt minisztériumi felmérés mindössze tizenhét olyan nemzetközi együttműködést vett számba Magyarországon, amely közfinanszírozott egészségügyi intézményeket érint, ám ezek között jóval több volt a képzésre, tapasztalatcserére irányuló elképzelés, mint a betegellátást célzó. Mindössze egy olyan együttműködést találtak, amelyben külföldi biztosító is részt vesz; az esztergomi kórház az egyik szlovák biztosítóval kötött szerződést még 2004 decemberében, s ennek keretében havonta ötven-hetven határon túlról érkező pácienszt látnak el.

A korábbi INTERREG programokat a 2007–2013 közötti fejlesztési időszakban az Európai Területi Együttműködés (ETE) projektjei váltják fel: ennek keretében az EU belső határai mentén kétoldalú fejlesztési programok valósulnak meg, amelyben Magyarország partnerei Ausztria, Románia, Szlovákia és Szlovénia. A hazai kórházak összességében azonban mindmáig nem igazán vonzóak a külföldiek számára. S mint azt *Ari Lajos*, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének (EGVE) elnöke többször, több helyütt hangoztatta: amíg nincs a magyar kórházaknak megfelelő hotelszolgáltatásuk, jó infrastruktúrájuk, nem is lesznek azok. Jó példa erre Bács-Kiskun megye.

A sokak által csak egészségügyi turizmusnak nevezett betegellátásból alig származik bevételük a megyei kórházaknak. *Horváth Attiláné*, a kecskeméti megyei kórház sajtóreferense a *Bács-Kiskun Megyei Online* szerint úgy nyilatkozott: ritkán fordul elő, hogy egy külföldi tervezetten érkezzen kivizsgálásra, kezelésre.

Az érvényben lévő szabályok értelmében, ha valaki az Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkezik, ugyanazokkal a feltételekkel kell ellátni, mint a magyar állampolgárokat – az orvosilag indokolt és szükséges mértékig. Ezekben az esetekben az egészségbiztosító számol el az adott országgal; a kórház a biztosítótól kapja a finanszírozást. Tavaly a kecskeméti megyei kórháznak mintegy 17,6 millió forint bevételre származott ilyen tevékenységből. Fizetősnek tekintendő betegeknek 2008-ban a kórház 22,6 millió forintot számlázott ki, ennek az összegnek a fele azonban nem érkezett meg az intézmény számlájára.

Bizonytalan európaiak

Általánosságban ugyanis mindmáig jellemző, hogy a betegek legtöbbször csak számukra megoldhatatlannak tűnő helyzetükben döntenek úgy, hogy egy másik országban kezeltesik magukat. Ezt támasztják alá a különféle európai felmérések is, amelyek szerint a betegek jelenleg nehézségekbe ütköznek, amikor a határokon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos jogaikról próbálnak tájékozódni. Több tagállamban nincsenek tisztában a lehetőségeikkel és a jogosultságaikkal a külföldön igénybe vehető kezelést és annak költségei visszatérítését illetően. Egy a Health Consumer Powerhouse által közölt tanulmány szerint például Franciaországban, Lengyelországban, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban és Németországban a lakosság negyede úgy gondolja, nincsen joga a külföldi kezeléshez, 30 százalékuk pedig bizonytalan ebben a kérdésben. Egy nemrégiben közzétett Eurobarométer-felmérés ugyancsak hasonló eredményre jutott: megerősítette, hogy az Európai Unió polgárainak 30 százaléka nincs tisztában azzal, hogy a biztosításának helye szerinti tagállamon kívül is részesülhet egészségügyi ellátásban.

Többek között ezen a helyzeten is változtatni remél az az uniós direktíva tervezet, amely a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások finanszírozásáról és a betegek jogairól rendelkezik, s amelyet első olvasatban március 31-én elsőprő többséggel támogatott az Európai Parlament Környezetvédelmi, Közegészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Bizottsága.

Olajos Péter magyar európai parlamenti képviselő (MDF) az *Országos Sajtószolgálat* útján kiadott közleményében akkor úgy nyilatkozott: az új direktíva célja annak elősegítése, hogy az európai betegeknek joguk legyen egy másik tagállamban kezeltetni magukat és a számlát saját országuk egészségügyi biztosítójával kifizettetni, ha a kezelés költségei hasonlóak vagy alacsonyabbak a hazai költségeknél. Olajos szerint „az új uniós jogszabály páratlan lehetőségeket tartogat a gyógyfürdőiről jól ismert és méltán híres Magyarország számára.” A külföldi betegek megjelenésével ugyanis növekedhet a magyar egészségügy bevétele, ami az ellátási színvonal növekedéséhez vezethet. A képviselő szerint sokat segíthetne orvosaink és nővéreink itthon tartásában is, a hazai kulturális kínálat, a gasztronómia, a vendéglátás, szállodaépítés és -üzemeltetés pedig munkahelyek ezreit hozhatná létre.

Jegelt javaslat és finanszírozás

A javaslat elsősorban az egészségügyi ellátás más tagállamban történő igénybevételeinek lehetőségéről és az ennek fejében megfizetett költségek megtérítésének szabályairól szól. A jelenlegi elképzelés szerint a járóbeteg-ellátásban teljes lesz a betegek szabadsága, a fekvőbeteg-ellátásban azonban korlátokkal működhet majd a határok nélküli betegellátás. Gondot okozhat azonban, hogy a fekvőbeteg-ellátásban eltérő fogalmakat használnak a tagállamok, ezért azt például egységesíteni kell.

A tervezet számos adminisztratív kérdést felvet az ellátás árának megtérítésével kapcsolatban. Elképzelhető például, hogy olyan költségvetési rendszert kell kialakítani, amelyben a biztosító közvetlenül a fogadó kórház számára fizet majd egy központi elszámolóházon keresztül, netán egy utalványokat használó rendszer révén.

A receptek kölcsönös elismeréséről még további, jelentős viták várhatók. Nem véletlen, hogy az Európai Bizottság egy ideig „jegelte”, és csak 2008 júliusában fogadta el a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelvjavaslatot. Elfogadásához az Egészségügyi Minisztériumtól kapott tájékoztatás szerint - az együtdöntési eljárás szabályai szerint - az Európai Parlament és az Európai Tanács közötti kompromisszumos megállapodás szükséges. Az Európai Parlament első olvasatban lapzártánk után szavaz,

a téma komplexitása és a vitás kérdések nagy száma miatt tanácsi közös álláspont elfogadása azonban a közeljövőben nem várható.

Az előkészítő munkák 2003 óta folynak, s azóta számos egyeztetés zajlott annak érdekében, hogy megtalálják a megfelelő választ arra a kérdésre, miként javítható a határokon átnyúló egészségügyi ellátás jogbiztonsága az Európai Bíróság ítélezési gyakorlatának megfelelően. A testület ítéleteiben azt mondta ki, hogy a szolgáltatások szabadságáról szóló elvet az egészségügyre is ki kell terjeszteni, bár figyelembe kell venni annak sajátos helyzetét.

Az elmúlt időszakban a testülethez mintegy 300 javaslat, megjegyzés érkezett többek között egészségügyi szakemberek szervezeteitől, egészségügyi szolgáltatóktól, nemzeti kormányoktól, regionális közigazgatási szervektől, biztosítóktól és állampolgároktól. Ebben a folyamatban Magyarország egyebek között integrált adatkezelést, képzést és akkreditációt ajánlott és javaslatot tett európai szakmai kritériumok, standardok kidolgozására, egységes elveken alapuló jogvédelemre, egy esélyegyenlőségi minimum kidolgozására, valamint arra, hogy a javaslatot széles körben, civilekkel is vitassák meg.

Az irányelv a konzultációkat követően világosan megfogalmazza a betegek egészségügyi ellátáshoz való jogosultságát egy másik tagállamban, az egyes tagállamok azonban korlátozásokat is alkalmazhatnak az ellátás külföldön történő igénybevételekor. Minderre az egészségügyre jutó források védelme miatt lehet szükség. Ugyancsak érzékeny területnek számít az adatkezelés, az egészségügyi ellátás folyamatosságának biztosításához a megfelelő egészségügyi adatokat és a betegre vonatkozó egészségügyi dokumentációt ugyanis át kellene adni más országnak. És még egy érdekes adalék: amennyiben a tervezet értelmében Ausztriába megy a magyar beteg kezeltetni magát, azt az összeget kaphatja majd meg, amit itthon fizetett volna a biztosító az ellátásáért – a különbözetet neki kell állnia. Fordított esetben az osztrák állampolgár megkaphatja az ellátás kinti árát, ami valószínűleg utazása költségeit és itteni ellátását is fedezi. Kérdés már csak az, lesz-e, aki ellátja.

Annak ellenére, hogy az egészségügy orvos- és nővérhiánytól hangos, ismereteink szerint a szakárca által készített, a kórházak szabad kapacitá-

sait számba vevő felmérése szerint kevés olyan intézmény akad, amely azt jelezte volna, hogy nem lesz módja külföldiek ellátására...

Panasztétel és jogorvoslat

Az irányelvjavaslat nem rendelkezik arról, hogy a tagállamok által eltérő mértékben és módon biztosított betegjogok miként érvényesüljenek a más tagállamban igénybevett szolgáltatások esetében. Azt azonban az ellátás helye szerinti tagállam feladatává teszi, hogy a külföldiek számára is biztosítsa a panasztétel és a jogorvoslat lehetőségét, arra az esetre, ha az itt gyógykezelt beteget az egészségügyi ellátás során kár érné. Az ellátás helye szerinti tagállam feladata lesz a személyes adatok feldolgozása miatt a magánélet védelmének biztosítása, miként az egyetemesség, a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés, a méltányosság és a szolidaritás átfogó értékeinek figyelembevétele, a minőségi és biztonsági előírások meghatározása is. Mindez számos kérdést felvet a tagállamokban, így Magyarországon is.

Hazánkban 1997 óta az egészségügyi törvénynek egy külön fejezete rendelkezik a betegek jogairól, amelynek betartása-betartatása felett 2004 óta a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány betegjogi képviselői hálózata őrködik. Az ellátás minősége feletti kontrollként szakfelügyelői révén az ÁNTSZ, valamint az Országos Szakmai Módszertani Központ, s két éve az eredetileg a piacra újonnan belépni szándékozó egészségbiztosítók ellenőrzésére létrehozott Egészségbiztosítási Felügyelet is működik. Bár számos előrelépés történt, a közalapítvány nem reprezentatív, de nagy mintán elvégzett felmérése azt mutatja, hogy a megkérdezettek az egészségügyi ellátásuk során kiszolgáltatottak. Legkevésbé a tájékoztatáshoz és az emberi méltósághoz való joguk érvényesülésével elégedettek. Az adatok szerint mindössze minden ötödik válaszadó kapott rendszeres tájékoztatást, a többiek elvéve, rákérdezésre, illetve soha. És ami megdöbbentő: az alapfokú végzettségűek, saját megítélésük szerint, gyakorlatilag semmit sem tudnak arról, hogy milyen jogok illetik meg őket egészségügyi ellátásuk során.

Magyarország pillanatnyilag tehát bukásra áll betegjogi ismeretekből, miközben az elképzelések szerint hónapokon belül elfogadott új irányelv

alapján már nemcsak a hazai, de a külföldi betegeket is el kell látnunk megfelelő információval.

Betegbiztonság és adathiány

A direktívatervezet egyik elvárása a betegbiztonság, az esetleges kártérítési ügyek megfelelő kezelése, az információgyűjtés. Jelenleg azonban Magyarországon például még arról sincs valódi adat, hogy egy évben hány – a köznyelvben tévesen műhibaperként emlegetett – kártérítési pert indítanak egykori betegek vagy hozzátartozóik. Pedig a betegek Európa-szerte tisztában vannak azzal, hogy az egészségügyi ellátás során történhetnek hibák; az irányelv tervezetében közölt felmérések szerint az unió lakosságának 78 százaléka véli úgy, hogy az orvosi műhibák komoly problémát jelentenek. És az aggodalom nem is alaptalan: a kutatási eredmények alapján az egészségügyi ellátás során az esetek 10 százalékában fordul elő károkozás – állapítja meg a tervezet.

Magyarországon *dr. Simon Tamás* biztosítási jogász szerint évente körülbelül 300 kártérítési per, eljárásból azonban ennél több, 400-500 indulhat évente. Az egykoron rettegett 384-es ügyvédi iroda képviselője úgy véli, az adatokat összegezhették a bíróságok, az egészségügyi szolgáltatók és a felelősségbiztosítók is – legalább tudni lehetne végre, mekkora is a valódi kockázat az egészségügyi intézmények ma gyakorlatilag nem működő felelősségbiztosításában.

Próbálkozások a megfelelő adatgyűjtésre persze voltak már – ilyen például az Egészségbiztosítási Felügyelet indikátorrendszerében közölt információk – ezek közül azonban egyik sem volt teljes körű. A változást ebben is az európai jogszabálytervezet hozhatja meg, amely, ha úgy tetszik, kikényszerítheti egyebek mellett az egységes adatgyűjtést és a betegbiztonságot.

Visszajelzés pillanatnyilag tehát nincs, de az ügyvédek tapasztalatai alapján az eljárások száma nő. Több a kártérítési igény, több, de még mindig rendkívül ritka a peren kívüli egyezség, és számos olyan eset is előfordul, amikor az ügyvédi irodát a kórház győzi meg arról, hogy nincs értelme perelni.

A peren kívüli egyezségek száma Simon Tamás szerint lehetne jóval nagyobb, mivel azonban a szolgáltatóknak nemigen van segítségük és pénzük, sokszor akkor is nemet mondanak egy

egyezség lehetőségére, ha biztosak abban, hogy a pert majdan elbukják. Egy-egy per ugyanis három-négy évig is eltart, miközben egy esetleges egyezségben kialakított pénzt azonnal ki kellene fizetni – a betegellátásra juttatott finanszírozásból.

Kikényszerített felelősségbiztosítás

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokról és a betegeket megillető jogokról szóló tervezet előírja, hogy egységes statisztikai rendszert kell vezetni a kártérítési perekéről, a bejelentett-bepanaszolt ügyekről – igaz, ezek részletszabályait még ki kell dolgozni. Az irányelvtervezet szerint minden ország egészségügyében a kockázattal arányos felelősségbiztosítást kell működtetni, magyarul: most már valóban muszáj lesz hozzányúlni ehhez a kérdéshez Magyarországon is – véli Simon Tamás.

Az a korábban szorgalmazott javaslat, amely szerint külön alapot és egyesületet kellene erre a célra létrehozni, Simon Tamás szerint nem megvalósítható. A korábbi mintegy 226 millió forint helyett szerinte ma már ugyanis 6-700 millió forint kellene ehhez, amit jelenleg senki sem tud előteremteni. A felelősségbiztosítás rendezésében a biztosítási jogász szerint ezért a legegyszerűbb megoldáshoz kell nyúlni: ahogy az államok többségében, a biztosítókat kell rákényszeríteni arra, akár egy külön jogszabály útján is, hogy a jelenleginél magasabb összegre vállalják az intézmények biztosítását. Elő kell írni például, hogy vesztett kártérítési per esetén a biztosítónak 50 vagy 100 millió forintot kell megtérítenie a károsultaknak az egészségügyi szolgáltatók helyett.

Most – ha úgy tetszik – a betegek jogai sérülnek azáltal is, hogy fölöslegesen kell olyan pereket indítaniuk, amit úgyis meg fognak nyerni – mondja az ügyvéd. – És sokkal később jutnak pénzhez, ami a szolgáltatóknak sem jó, hiszen a kamatok miatt sokkal többet – előfordulhat, hogy összességében akár 100 millió forintot – kell kifizetniük.

Nemzeti kapcsolattartók és új indikátorrendszer

Betegjogi téren feltehetően nem igényel változtatást a jelenlegi hazai szabályozás, legfeljebb az úgynevezett „nemzetközi kapcsolattartók” megnevezésében. Simon Tamás jó megoldásnak tartaná,

ha ezt a feladatot a betegjogi közalapítvány láthatná el; ehhez csak egy egyszerűbb jogszabálymódosításra volna szükség, amely a betegjogi képviselők feladatává tenné a külföldieknek szóló tájékoztatást, tanácsadást is. Mindennek részletes szabályozását az EÜ a tagállamokra hagyja, annak mikéntjébe nem óhajt beleszólni. A *Csehák Judit* egykori egészségügyi miniszter vezette Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány már dolgozik a megfelelő információs anyagok elkészítésén, és a külföldieknek szóló tanácsadási feladatokat is ellátja.

Dr. Szatmári Marianna betegjogi képviselőt, az Egészségügyi Világszervezet korábbi hazai képviselőjét ma is megkereshetik a Magyarországon gyógykezelt külföldiek, ha panaszuk van vagy netán kár érte őket az ellátás során. Mint azonban a szakember elmondja, tavaly ez mindösszesen tizenkét esetben fordult elő. Külföldiek esetében is az informáltság hiánya a legnagyobb gond. A legtöbb panasz a fogászatokra érkezett – az ellátás megtagadása vagy a nem megfelelő ellátás miatt. Az idei első negyedévben még csak egy személy kereste fel, talán mert még sehol sem tudnak igazán erről a lehetőségről.

Az Egészségbiztosítási Felügyelethez tavaly ugyancsak tíznél kevesebb külföldi állampolgár fordult panasszal valamilyen hazai egészségügyi ellátást követően, ez a szám azonban az irányelv elfogadását követően minden bizonnyal emelkedni fog. *Dr. Kovácsy Zsombor*, a felügyelet elnöke az irányelv végső elfogadását követően a jogtudatosság növekedésére számít. Függetlenül a direktíva konkrét tartalmától, egy egységesnek tekinthető európai szabályozás nemcsak a határon átvélt ellátás tekintetében, hanem a Magyarországon élők ellátásában is a jogtudatosság emelkedéséhez vezethet. Mindez szükségessé teszi a hazai monitoringrendszer fejlesztését is: a felügyelet várhatóan májusban teszi közzé a tavalyihoz képest finomított, új indikátorrendszert, amely a hazai ellátásról közöl majd még több, még megbízhatóbb információt.

Köbli Anikó

(Betegjogok, avagy hol tart az orvos-beteg viszony Magyarországon? címmel szerzőnknek az idén jelenik meg könyve.)