



AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZÉSRŐL

Dr. Kemenes Pál

orvos, orvostörténet kutató, társadalomorvostan szakorvos

Kiemelések korábbi írásaimból és előadásaimból 2004.

A magyar egészségügy az 1970-es évek közepe óta a legkorszerűbb egészségügyi szervezési elv, a progresszív betegellátás elve és a területi elv együttes alkalmazásával épül fel.

Az egészségügy az orvostudomány eredményeinek intézményes alkalmazása és mint alkalmazás az adott lehetőségek és igények szerint alkalmazza az orvostudomány eredményeit olyan módon, hogy a lakosság hozzájusson a legkorszerűbb adaequat ellátáshoz, illetve védekezéshez, védelemhez.

A beteget, sérültet stb. az állapotának, betegségének, korának, nemének stb. megfelelő specializáltságú intézményben a megfelelő ellátási intenzitású osztályon kell elhelyezni. Röviden ez a progresszív betegellátás elve. A specializáltság a rendelő intézettől az országos intézetig növekszik, az ellátás intenzitása az utókezelőtől az intenzív osztályig növekszik. Területileg a legközelebbi adekvát ellátást biztosító intézménybe kell eljuttatni az eü-t igénybe vevőt. A magyar eü. a területi elv - ellátási körzetesítés - és a progresszív betegellátás elvének együttes alkalmazásával épül fel. Ez biztosítja, hogy a rászoruló a leghamarabb megkapja az adekvát ellátást és egyúttal ez, a költséghatékony megoldás. Az ép elméjű, tiszta tudatú, józan eszű emberek ezt is tapasztalják. Az 1980-as évek óta kiadott valamennyi egészségügyi szervezéstán és társadalomorvostan tankönyvben, illetve jegyzetben a fentiek szerepelnek. Azok a "nagy eü. szervezők", akik a saját tapasztalataikban nem bíznak olvassák el a tananyagot.

Nem betegekkel foglalkozó orvosi szakmák nélkül a betegellátás sem működne. Az orvosi szakmák egymásra utaltak.

A folyamatosan változó viszonyok - tudományos eredmények (diagnosztikai, terápiás stb. eljárások) demográfiai változások stb. - miatt a rendszer folyamatos karbantartást igényel. Az anyagi lehetőségek figyelembevételével és a fenti elvek konzekvens alkalmazásával folyamatosan az igényekhez kell igazítani és tervezni kell a rendszert. Az elmúlt évtizedekben az egészségügyet nem, illetve ad hoc jelleggel parciális szempontok alapján igazították a megváltozott viszonyokhoz. A tervezés nem rendszerként kezelte az egészségügyet. Az eü. "utána igazítása" három szakembernek kb. 2-3 heti munka. A magyar eü. gondjai alapvetően nem abból fakadnak, hogy az eü. rendszer karbantartása nem, illetve, csak ad hoc jelleggel történt meg. A magyar egészségügyet az 1970-es évek elején, a lakosság egészségi állapotát felmérő reprezentatív vizsgálat (KOMOV 1966.) adatai alapján szervezték meg. A Tb. és a KSH demográfiai, epidemiológiai stb. adatai alapján kiigazítható a rendszer.

Jelentős problémát okoz a forráshiány.

A fenti két elv együttes alkalmazása meghatározza, hogy az egészségügyet igénybe vevő hol, mikor és milyen módon kerül ellátásra. A fenti két elv a beutalási rendszerrel együtt egyértelműen meghatározza a betegutakat.

A fenti két elv együttes alkalmazása esetén az ellátási racionalitás és a gazdasági racionalitás egybeesik. Azon kivételes esetekben amikor nem esnek egybe akkor, az ellátás biztosításának van prioritása.

Az egészségügyi kapacitások átszervezése, bővítése vagy csökkentése nem közgazdasági, hanem ellátás szervezési feladat. Egészségügyi szervezői szakismeretet igényel /társadalomorvostan szakorvos/.

Az intézmények vezetői tudják, hogy mennyibe kerülnek a különböző tevékenységek az intézményükben, és ismerik a Tb finanszírozási rendszerét. Lehetőségük van a kapacitásaik csökkentésére, átcsoportosítására amennyiben az ellátás biztonsága megmarad.

A különböző szintű eü-i vezetői hibák nem az egészségügyi rendszer hibái. Felelősségre vonásuk elmaradása az eü. rendszert veszélyezteti.

Az eü. intézmények állapotáért az intézmények vezetői és az intézmények tulajdonosai a felelősek. Többnyire az önkormányzatok a tulajdonosok.

Fel kellene hagyni azzal a gyakorlattal, hogy az eü-ben a vezetők a saját alkalmatlanságuk következményeiért az eü rendszert hibáztatják.

Az egészségügy terén az állam és a társadalombiztosítás feladatait egyértelműen meg kell határozni és el kell választani, amiképpen az állami és a Tb. forrásokat is külön kell kezelni. Az állami vezetők a költségvetési pénzekből az adózók pénzével, a Tb. vezetők a járulékfizetők pénzével gazdálkodhatnak.

A magyar társadalombiztosítás az egyik legkorszerűbb és leghumánusabb rendszer amit valaha kitaláltak és létrehoztak. A társadalombiztosítás szétverése veszélyeztetné és megdrágítaná a betegellátást, és az egészségügy fenntartását.

A magyar társadalombiztosítás specializált biztosítóként működik.

A társadalombiztosítók esetében a szolidaritási elv alkalmazásának a minél nagyobb járulékfizetői létszám a záloga. Az extrém magas költségű egyedi kezelések finanszírozásának a kompromisszumos betegellátás elve szab határt.

Az egészségügy területén maradéktalanul érvényesíteni kell az Mt. és a Kjt. munkaidőre, pihenőidőre, ügyeleti és készenléti szolgáltatásra vonatkozó előírásait. Kimerült, fáradt, dekoncentrált stb. eü. dolgozókkal végeztetett munka az ellátás rovására megy. Veszélyeztetik a betegek egészségét, életét. A fáradási vizsgálatok eredményei ellentmondanak a rosszul értelmezett hivatástudatból fakadóan túlmunkát végzők heroizmusának.

Sajnálatos, hogy sokan töltöttek és töltenek be szakvizsgához kötött pozíciót szakvizsga nélkül. Akinek nincs szakvizsgája az, nem szakember.

Akinek nincs társadalomorvostan szakvizsgája az inkompetens egészségügyet érintő szakkérdésekben (kontár) amiképpen, nem belgyógyász az, akinek nincs belgyógyász szakvizsgája.

Az az orvos aki, olyan beteg gyógyításába kezd akinek a betegsége meghaladja az orvos tudását, felkészültségét nem méltó az orvos névre. (Hippokratész: Az orvosi szakma In.:

Válogatások a hippokratészi gyűjteményből Bp. 1991. 86.) Ugyan ez vonatkozik az egészségügyre is.

Az eü. menedzserképzésben részt vettek nem egészségügyi szervezők lettek hanem, az egészségügyi intézményi menedzsment számára szükséges ismereteket szerezhettek.

Biztosítani kellene, hogy a WHO ajánlásokban meghatározott, az egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférési időt betartsák. A betegeknek azonos időn belül kell orvosi ellátásban részesülniük lakhelyüktől függetlenül. Azonos időn belül kell, hogy szakorvos vizsgálja meg őket és azonos időn belül kell fekvőbeteg ellátó intézménybe kerülniük stb. A készenléti, illetve ügyeleti szolgálat standardjainak betartása az egészségüghöz történő folyamatos hozzáférés biztosítása fontos szervezési feladat. Ahol potenciálisan sincs meg a lehetősége annak, hogy a biztosított a standardeknek megfelelő módon igénybe vegye az egészségügyet, ott hiányos a szolgáltatás.

Sajnálatos, hogy az egészségügy vezetése teret enged az egységes, korszerű, magas színvonalú ellátást biztosító, szolidaritási alapon működő társadalombiztosítási rendszer szétverésére és lezüllesztésére irányuló törekvéseknek. Mindenképpen el kell kerülni azt, hogy a magyar társadalombiztosítás a nyugati szegény-ellátó rendszerek színvonalára zülljön mint pl. National Health Service (NHS).

Vissza kellene állítani az orvostovábbképzés korábbi gyakorlatát. Az, biztosítani tudta, hogy egységes elvek és egységes oktatóanyag alapján folyjon a továbbképzés. A cél az, hogy mindenki azonosan a legkorszerűbb ellátást kapja. A kreditrendszer visszalépés.

A gondozó hálózatok és a munkaegészségügy rehabilitációja sürgős feladat.

Az egészségügyet az egészségügyet igénybe vevők és igénybe venni szándékozók igényei mentén kell szervezni. A járulékfizetők, a betegek/sérültek és a potenciális betegek érdekei mentén a prevenció elveinek figyelembevételével.

Demográfiai és epidemiológiai adatokra támaszkodva szokás az eü. kapacitásait tervezni. Az epidemiológia a betegségek népességen belüli előfordulásával, gyakoriságával, megoszlásával stb. foglalkozik.

Sajnálatos, hogy sokan elméleti felkészültség, szakvizsga nélkül, állítólagos tapasztalataikra hivatkozva foglalkoznak/tak egészségügyet érintő kérdésekkel. A tapasztalatokat a korábbi ismeretek, az elméleti felkészültség határozza meg. Az elméleti felkészültség nélkül szerzett tapasztalat nem ér semmit. A tapasztalás nem abszolút hanem, az előzetes ismeretektől függ.

A szakirodalom sok ember sok helyen és különböző időpontokban szerzett tapasztalatáról számol be. Egy ember tapasztalata ehhez képest nulla. A tapasztalat nem független a tapasztaló előzetes ismereteitől, elméleti felkészültségétől sőt, az elméleti felkészültség és az előzetes ismeretek meghatározzák azt, hogy mit tapasztal/hat a tapasztaló. Nincs értelme különbséget tenni a saját magunk által szerzett, és a mások által leírt empirikus ismeretek között. A legegyszerűbb és leggyorsabb módja a tapasztalatszerzésnek az olvasás amikor, mások által tapasztaltakat megismerjük, elsajátítjuk. Az írásbeliség jelentősége a tapasztalatátadásban van. Sokan nem tudják mire valók a kézi- és tankönyvek, valamint azt sem, hogy mire való a szakirodalom.

Az egészségügyet és minden egyes intézményének működését indikátorok és standardek alapján ítélik meg. Ezeknek az ismerete, értelmezése, összehasonlítása szakmai felkészültséget igénylő feladat. Laikusok beszélnek egészségügyről a fentemlített ismeretek hiányában.

Néhány példa az eü. standardokra:

pl. a hívástól számított mennyi időn belül kell kiérnie az ügyeletnek, a mentőnek, mennyi időn belül kell fekvőbeteg ellátó intézménybe juttatni a beteget (30 perc) stb.

pl. hány lakosra kell jutnia - egy orvosnak, egy vmilyen szakorvosnak, egy általános belgyógyászati ágynak, egy gastroenterológiai ágynak, egy cardiológiai ágynak és így tovább.

A standardok és a népesség epidemiológiai és demográfiai adatai, valamint az infrastruktúra stb. figyelembevételével szervezik az ellátási körzeteket. (Az epidemiológia a betegségek a népességen belüli előfordulásával megoszlásával és gyakoriságával foglalkozik.)

Az eü. rendszerek köztük a magyar eü. minőségi indikátorai a WHO oldalain tanulmányozhatók.

Az optimális kórház méret 600 ágy körül van a szakirodalom szerint. Gazdaságosan üzemeltethető, kiesése esetén ideiglenesen, közeli kórházak át tudják venni az ellátási körzetét stb.

Az egészségüggyel kapcsolatos téveseszmék, hiedelmek és brutális tudatlanság felszámolására vissza kellene állítani az egészségügyi szervezést és társadalomorvostan tanszékeket. Az egészségügyi szervezést, illetve társadalomorvostant újra önálló diszciplínaként kellene az egyetemeken oktatni, hogy legalább az egészségügyben dolgozók körében csökkenjen az egészségüggyel kapcsolatos tudatlanság. Továbbá, a tanszékek szakember utánpótlást és független kutatási bázist jelentenének az egészségügy vezetésére számára. Jelenleg egészségügyhöz értő, nem önjelölt és botcsinálta hanem, rendszeres képzésben részt vett szakemberekben legnagyobb a hiány.

Fel kellene hagyni azzal a gyakorlattal, hogy az orvosi munkára alkalmatlan, orvosi munkájukban kudarcot vallott embereket átirányítanak egészségügyi szervezőnek, eü. managernek.

Az eü. szervezést kutató és vizsgálja azokat a feltételeket stb. amelyek, lehetővé teszik a legkorszerűbb és leghatékonyabb eü. ellátást és a népesség egészségi állapotának megtartását, illetve javítását.

Az egészségügyben dolgozók bérének emelése elsődleges feladat. A szakemberhiányt, az elvándorlást, a túlterheltséget és következményeit a béremelés elodázása tovább súlyosbítja. Az ellátás biztosításában, fenntartásában a béremelésnek a kiemelkedő jelentősége van.

Az EU fejlettebb tagállamaiban az eü-i dolgozók jövedelme azonos munkáért, paritáson számolva kb. a hazai jövedelem 8-10-szerese. Az USA-ban kb. 12-15-szöröse.

Standardizált, vásárlóerő-paritáson számolt (PPP) WHO adatok 2004.

A jövedelem-arányos megélhetési költségek az EU fejlett országaiban és az USA-ban

alacsonyabbak mint Mo-n. Ez jelenti azt, hogy ott magasabb az életszínvonal mint itt.

Nem tudjuk, hogy milyen információk alapján mit ismernek fel érdekükként a gazdaság szereplői következképpen, az érdekeikről nyilatkozni anélkül, hogy azok nyilatkoztak volna róluk a megalapozatlan fantáziálás körébe tartozik.

Az, hogy mások, máshol, máskor - más körülmények között - mit csinálnak/tak vagy nem csinálnak/tak az, csekélyke jelentőséggel bír. Nekünk a mi céljainkat szolgáló, nekünk jó dolgokat kell kitalálnunk.

A szakember utánpótlást a képzési idő hosszúsága miatt jelentősen előre kell tervezni. Orvostudományi egyetemen az Általános Orvostudományi Kar elvégzése 6 év, a szakorvosi cím és tudás megszerzése további 3-6 év szakmától függően. Az egyetem elvégzése után orvos lesz majd, a specializálódás után szakorvos lesz az illető. Pl. egy belgyógyász kiképzése: 6 év egyetem + 5 év szakmai gyakorlat és tanulás = 11 év. Társadalomorvostan szakorvos kiképzése 6 év egyetem + 4 év szakmai gyakorlat és tanulás = 10 év

A korszerű és hatékony rendszereket (magyar egészségügy és Tb.) nem szétverni kell, hanem hatékonyan kell működtetni és mindenáron ragaszkodni kell a fenntartásukhoz.

Szétverés után újjászervezni egy a meglévőhöz hasonlóan korszerű rendszert felmérhetetlen összegekbe kerülne.

A fentemlített rendszerek megfelelő működtetése Eü. szervezéstanis ismereteket, eü szervező szakembert igénylő feladat. A magyar eü. legfőbb problémája a vezetők inkompetenciája, szakmai felkészületlensége.

Nincs az a korszerű és hatékony rendszer, amit a tudatlanság és a szakértelem hiánya tönkre ne tenne.

* * *

Az [Állami Egészségügyi Ellátó Központ](#) oldalán az egészségügyi dolgozók szakképesítési adatai nyilvánosak és kereshetők.

1992. után társadalomorvostanból nem lehetett szakvizsgát tenni.

A társadalomorvostan egészségügyi szervezéstan, epidemiológia, demográfia, szomatometria, egészségügyi statisztika, egészségügyi informatika és orvostörténelem részdizciplinákból épül fel.

Social Medicine: A branch of medicine concerned with the role of socio-environmental factors in the occurrence, prevention and treatment of disease. /MeSH/

* * *

Abból, hogy nemzetközi összehasonlításban a magyar eü-ben magas a kórházi ágyak száma nem következik az, hogy nem a magyar megoldás a jó az, végképpen nem következik, hogy követni kéne bármely külföldi példát és hogy ebben a kérdésben a nemzetközi összehasonlítás adatai bármilyen relevanciával bírnának.

A kórházi ágyak számának nemzetközi összehasonlítása semmit sem mond arról, hogy az

adott országokban mennyi lenne az optimális ellátást biztosító kórházi ágyak száma.

**Az optimális ágyszámot és ágysztruktúrát epidemiológiai és demográfiai adatok, valamint a kezelési idő alapján szokás megállapítani. /Eü. szervezői feladat nem közgazdasági!/
Az eü. dolgozók optimális számát és szakmai megoszlását is epidemiológiai és demográfiai adatok, valamint a kezelésekre fordított munka és idő alapján szokás meghatározni.**

A magyar eü-nek a magyar viszonyokból kell kiindulnia és a magyarországi viszonyokhoz kell igazodnia. A magyar eü-ről folytatott diskurzusnak is erről kellene szólnia. Nem külföldi példákról, hanem a hazai igényekről, és lehetőségekről. Szánalmasak azok az eü szervezők, eü közgazdászok akiknek a szakértelme kimerül abban, hogy külföldi adatokat kérnek számon a magyar eü-n. (Az adatok a WHO oldalain bárki számára elérhetőek.)

A kórházvezetés saját hatáskörben csökkentheti a kapacitásait. Üres ágyat nem finanszíroz a biztosító. Amennyiben, és ahol sürgősen magas lenne a kórházi ágyszám az, nem az eü rendszer, hanem a kórházak vezetőinek a problémája. Orvos-szakmailag általános elv és bevett gyakorlat, hogy a beteg csak a szakmailag indokoltan szükséges időt töltse a kh-ban. A finanszírozás is ebben az irányban hat.

* * *

A szakkérdéseket szakemberekre kell bízni és nem laikusokra. Mindenki csak a felkészültségének megfelelő területen kompetens. Ha, minden kérdésben válogatás nélkül megkérdezettek többségi véleménye döntene akkor, felesleges volna mindennemű szakképzés mivel, mindig a laikus többség véleménye érvényesülne.

A kollektív bölcsesség ilyenét szándékos félremagyarázása a pletyka terjesztés szintjére degradálja a szakmai érvelést. A demokrácia szándékos félremagyarázásán alapuló antidemokratikus elképzelés.

Szánalmas, hogy hiszékeny emberek különféle zavaros, légből kapott elképzeléseknek hitelt adnak azon az alapon, hogy a zagyvaságok terjesztője azt mondta, hogy ezt tapasztalta. Azt, hogy ezt tapasztaltam, bárki bármire mondhatja. Annyian hivatkoznak a tapasztalataikra, hogy az ilyenét hivatkozást - egyéb hivatkozás, megerősítés hiányában - automatikusan figyelmen kívül hagyhatjuk, illetve bizonyos határon túl a "tapasztaló" pszichiátriai kezelése válik szükségessé.

Empirikus, tapasztalati ismeret az, amit az adott kultúrában élők bármelyike aki, adaequat ismeretekkel rendelkezik ugyan olyan módon tapasztalna vagy tapasztalhatna. Egy ismeret csak akkor kerül be az adott kultúra empirikus ismereteinek halmazába ha, a közösség elfogadta a tapasztalati valóság részének azaz, után vizsgálatok során igazolódott.

* * *

Az embereknek joguk van hálásnak lenni, joguk van hálájukat kifejezni, joguk van hálapénzt adni stb. Ez nem etikai kérdés.

A hálapénzzel kapcsolatban született légből kapott feltételezések, megalapozatlan általánosítások alapján ellenséges hangulatot kelteni, másokat rossz hírbe hozni,

megbélyegezni stb. ez etikai kérdés.

Az etika a filozófia egy ága és azzal foglalkozik, hogy egy filozófiai elképzelésnek megfelelően hogyan lehet élni. Az etika magyarul gyakorlati filozófiát jelent.

Olyan magatartást tartunk általában erkölcsösnek, ami a közösség túlélését, boldogulását stb. segíti elő. (közerkölc)

Mindaddig, amíg a hálapénz biztosítja a magyar orvosok, nővérek, eü. dolgozók megtartását és az eü. működését, addig a hálapénz elleni fellépés erkölcsstelen magatartás. A közerkölccsel össze nem egyeztethető magatartás. Első az ellátás és megelőzés biztosítása tkp. a beteg ill. potenciális beteg, második a béremelés tkp. az eü. dolgozók és utána lehet a hálapénzről moralizálni. Ilyen az etikus súlyozása a kérdésnek.

Amire szükség van és amiből hiány van azt meg kell fizetni. Ahhoz, hogy ne legyen szakember hiány többet kell fizetni. Ilyen a piacgazdaság! Az eü-ben a szakemberhiány a betegek és potenciális betegek - a népesség - életének és egészségének a kockáztatását jelenti! Az eü-ben soha sem állhat fenn szakemberhiány! Nem betegekkel foglalkozó orvosi szakmák nélkül a betegellátás sem működne. Az orvosi szakmák egymásra utaltak.

A szakmák közti egyenlődsdi demagógia és a múlt rendszer káros öröksége. Gátolja az eü-i béremelést. Szintén a múlt rendszer demagógiáinak egyike a béremelés helyett hivatástudatra hivatkozni. A fáradási vizsgálatok eredményei ellentmondanak a rosszul értelmezett hivatástudatból fakadóan túlmunkát végzők heroizmusának. Kimerült, fáradt, dekoncentrált stb. eü. dolgozókkal végeztetett munka az ellátás rovására megy. Veszélyeztetik a betegek egészségét, életét.

Állítólagos egészségügyi szakemberek fennhangon hirdették/ik, hogy: a magyar egészségügyet a progresszív betegellátás elve szerint kell felépíteni, az egynapos sebészetet, a tájékozott beleegyezést stb.

A magyar eü. az 1970-es évek óta a progresszív betegellátás elve szerint épül fel. Az egynapos sebészet és a tájékozott beleegyezés mindennapos gyakorlat volt és ma is az.

"Nagy eü. szervezők" divatos jelszavak nagyhangú hirdetésével szereztek pozíciókat, fizetett megbízásokat tanulmányokra. tanácsadásra stb. Röviden, abból élnek, hogy szidják az eü-t, és zavart, rossz hangulatot keltenek. Álproblémákat gyártanak, importált problémákat kérnek számon a magyar eü-n a hazai viszonyok ismerete nélkül. Az évtizedes zavarkeltés a munkásságuk lényege és a zavarosban halászás a módszerük. Sajnálatos, hogy laikusok számára elfogadhatóak az adatokat, tényeket nélkülöző hóbörgések.

Az egynapos sebészzel és a tájékozott beleegyezéssel az alábbi a helyzet: Fenti két elv már a II. Bécsi Orvosi Iskola (XIX. sz. közepe) programjában szerepelt. A magyar orvosképzés a Bécsi Orvosi Iskolák elképzeléseit vette át és folytatta. Magyarországon általános mind a két fenti elv betartása.

Az antibiotikum éra előtt alakították ki azt az elvet, hogy a beteg a lehető legrövidebb időt töltse kórházban és amit ambulánsan meg lehet oldani azt, ambulánsan kell kezelni. A hálapénz is ez irányban hat.

Magyarországon az 1800-as évek vége óta szabályozott, hogy a betegnek a kezeléséhez hozzá kell járulnia és meg van és volt határozva, hogy milyen kezeléshez elégséges a szóbeli hozzájárulás és milyen kezeléshez kell írásbeli hozzájárulás. Továbbá, a kezelés előnyeiről és hátrányairól, következményeiről, anyagi vonzatáról stb. tájékoztatni kell a beteget mielőtt az a beleegyezését adja, vagy elutasítja a kezelést. Természetesen, vannak olyan helyzetek amikor a beteg a kezelést igénybe kívánja venni és az erre utaló magatartása beleegyezés, és azt nem kell külön kérni. A tájékozott beleegyezést Igazságügyi Orvostan keretében oktatják legalább az 1800-as évek közepe-vége óta.

/Korábbi adatnak nem néztem utána./

A "nagy eü. szervezők" feltalálták a langyos vizet. Az orvosi etikát a konyha moralizálás szintjére süllyesztették. A konyha moralizálás a felkészületlenség jele szokott lenni.

Az orvoslás - betegek gyógyítása - szakmai szabályok alkalmazását jelenti. Az orvosok a tájékozott beleegyezés kapcsán szakmai szabályoknak megfelelő tevékenységekről és kórjóslatokról stb. tájékoztatják a betegeket. Ez nem etikai kérdés hanem, Hippokratész óta maga is egy szakmai szabály. "A beteg együttműködése nélkül nincs gyógyulás" ezért is tájékoztatják a betegeket évezredek óta.

A szakmai szabályok nyilvánosak és az orvostudomány legújabb eredményeinek alkalmazását teszik lehetővé.

Egy aszimmetrikus viszonyban a domináns fél akármire rábeszélheti a másik felet ezért, az orvosok a szakmai szabályok alkalmazásával kapcsolatos ismeretekről tájékoztatják a betegeket. Ilyen módon nem történik visszaélés domináns helyzetükkel.

A beteg alkalmas-e saját magáról, kezeléséről, sorsáról, jövőjéről dönteni? Nem etikai hanem, pszichológiai, pszichiátriai kérdés. A betegség mennyire befolyásolja a beteg döntését?

Az etika a filozófia egy ága és azzal foglalkozik, hogy egy filozófiai elképzelésnek megfelelően hogyan lehet élni. Az etika magyarul gyakorlati filozófiát jelent.

"A tudományos elméletek sokpremisszás következtetések, amelyeknél a konzekvencia hamissága nem ad eligazítást abban az irányban, hogy a sok premissza közül melyik a felelős az elmélet hamisságáért, azaz az empirikus adatok nem adnak támpontot annak eldöntésére, hogy melyik elmélet falszifikálódott.

A "jó" vagy "rossz" elmélet kiválasztását nem racionális megfontolások, hanem pszichológiai és szociológiai tényezők befolyásolják. . . . Az empirikus adatok nemhogy nem cáfolnak meg és nem támasztanak alá egy hipotézist, de még arra sem alkalmasak, hogy a lehetséges értelmezések közötti döntést elősegítsék." (Quinie, O. W.: Az empirizmus két dogmája. Magyar Filozófiai Szemle, 1973. (17) 1-2, p. 237.)

Minden adathalmazhoz számos elmélet rendelhető, és minden elmülethez számos adathalmaz rendelhető. Az értelmezések, elméletek számának a racionalitás, az előzetes ismeretek - prekonceptiók - , és a korábbi ismeretekkel való kapcsolattartás szab határt. Az elméletek közötti választást viszont, nem racionális megfontolások befolyásolják. Az elméletek valóság-hűségének megítélése nem független az értékítéletektől, valamely modell sikerének ténye még nem jelenti azt, hogy a valóság és ennek modellje azonos szerkezetű. A tudományos objektivitás, falszifikálhatóság, korroborálhatóság metafizikai előfeltevéseken alapulnak és értéküket kizárólag alkalmazhatóságuk adja.

Az orvoslás – betegek gyógyítása – az orvostudomány eredményeinek alkalmazása. Az orvostudomány eredményei szakmai szabályok formájában válnak alkalmazhatóvá következésképpen, a betegek gyógyítása szakmai szabályok alkalmazását jelenti. A szakmai szabályok alkalmazása biztosítja a betegek optimális gyógyulását.

A hálapénz a múlt rendszer piaci viszonyoktól elszakított és a marxista ideológia alapján kifundált bérezésnek a következménye. Akik, a hálapénzt elfogadják a megélhetésükért teszik és döntő többségükben nem Yachtra gyűjtenek.

Aki korrupciót, erkölcstelenséget emleget a hálapénz kapcsán az, az előző rendszert szidja. Sajnos, nem sikerült minden téren a múlt rendszer erkölcsi mélységeiből a tisztesség szintjére jutni. A felfelé vezető úton az első lépés a jelentős béremelés lenne. Nem a hálapénz elfogadója és/vagy adója az erkölcstelen hanem a bérek hitványak.

E sorok írója az orvosi egyetem befejezése után (1987.) a Semmelweis Orvostudomány Egyetem Általános Orvostudományi Kar Társadalomorvostani és Orvostörténeti Intézetében pályázat útján kapott állást mint társadalomorvostan oktató és orvostörténet kutató, orvosgyakornok. 1991-től társadalomorvostan szakorvos és egyetemi tanársegéd 1995-ig. 1995-től a MEDINFO-ban (Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár) dolgozott 2004-ig.

Elhatárolom magam a MEDINFO-tól és utód intézményeitől!

Az összeállítás 2004-ben készült.

SZERKESZTÉS ALATT!

FELTÖLTÉS ALATT!

Valamennyi dokumentum szerzői és egyéb jogai a szerző tulajdona. Valamennyi dokumentum csak és kizárólag magán célra, változtatás nélkül másolható a szerzőre és a forrásra történő pontos hivatkozással. Minden más terjesztési és másolási mód és forma esetében a szerző engedélyét kell kérni. A szerzőre és a forrásra való pontos hivatkozást és az engedélyt a dokumentumban mindig fel kell tüntetni és annak mindig benne kell maradnia a dokumentumban. A dokumentumok és azok részletei a szerző és a forrás pontos megjelölése nélkül még parafrázisként sem idézhetők és semmilyen célra fel nem használhatók. A dokumentumokkal kapcsolatos jogokról az 1999. évi LXXVI. törvény A szerzői jogról, továbbá a 2001. évi LXXVII. törvény a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény módosítása megfelelő szakaszai rendelkeznek.

[Dr. Kemenes Pál: Orvostörténeti publikációk](#)