

Egészségünk esélyei

Tanulmányait Debrecenben végezte, majd 1992-ig fül-orr-gégészként a Debreceni Orvostudományi Egyetemen dolgozott. 1990-től országgyűlési képviselő, fő munkaterülete az egészségügy megújítása. Az Egészségügyi Rendszerváltozási Koordináló Bizottság elnöke.

Az egészségügy a társadalom működését alapvetően meghatározó rendszer, melynek célja a lehető legjobb egészségi állapot elérése a lakosság legszélesebb körében.

Fontossága az adott ország demokratizáltságával és gazdasági helyzetével párhuzamosan nő. Az egészségügyi rendszerek fejlődése, az egészség iránti vágy érthető növekedése jelentős költség-növekedést okoz a fejlett államokban is, és így talán nincs olyan ország, ahol az egészségügyi rendszer megújítása ne lenne központi kérdés. Miközben az ezzel kapcsolatos irodalom könyvtáryira duzzadt, s fejlett országok hatalmas szakértő csoportjai évekig készítenek elő egy-egy módosítást, addig Magyarországnak négy év alatt egyedülálló módon sikerült átalakítania egészségügyi rendszerét. Miközben a világ elismerően tekint az új magyar egészségügyi rendszerre, a honi politika mégsem tudja tisztán sikerként megélni az eredményeket, mert a lakosság egészségi állapota nem javulhatott érezhetően ezen idő alatt, és az egészségügy negyvenéves rosszul fizettségén a romló gazdasági feltételek között nem lehetett négy év alatt javítani. A beteget a bánásmód, a gyógyszerárak, az ellátás kulturáltsága érthetően jobban érdekli, mint a struktúra illeszkedése a nemzetközi rendszerbe, és az orvosokat is érthetően jobban érinti fizetésük, mint a forráselosztás technikájának korszerűsége. Tanulmányomban e megállapítások okait kutatom, vázolva egészségügyünk átalakításának reális lehetőségeit.

Magyarországon a 20. század közepére — az ország gazdasági, társadalmi fejlettségéhez képest — komoly történeti hagyományokkal rendelkező, nemzetközi mércével is korszerű egészségügyi ellátás alakult ki.

A magyar egészségügy négy területen párhuzamosan fejlődött. Ezekről lesz szó a következőkben:

- az állam szerepvállalásáról;
- az egyház karitatív tevékenységéről;
- a közösségi-öngondoskodási rendszerekről;
- az ellátási piacról.

A kereszténység felvétele, az államalapítás, a társadalom szerveződése és tagozódása után e területek önállósultak.

Az ellátási piac hamar megjelent: a gazdagok megengedhették maguknak, hogy orvost tartsanak, de megjelentek a szabad foglalkozású orvosok is, akik már nem egy udvarhoz, házhoz kötődtek, hanem szolgáltatásaik alkalmilag is megvásárolhatók voltak. A 20. században ezeknek az ellátásoknak a rendszerbe szervezése hozta létre az üzleti alapon működő biztosítókat.

A társadalombiztosítás csírái hamar kialakultak: már a 14. században írásos dokumentumok említik a szolidaritás elvű öngondoskodás első megjelenését, a bányatársuladákat. A társadalombiztosítás intézményét 1883-ban egy új társadalmi konszenzus igényével Bismarck vezette be. Tíz év sem telt el, és Magyarországon 1891-ben, a világon másodikként törvény hozta létre a társadalombiztosítást. A szolidaritás elvű társadalombiztosítás alapelvei: a biztosítás adott körben kötelező, a befizetés jövedelemarányos, a nyújtott szolgáltatások szükségletarányosak. A díjtételek nagyságánál a kockázati elv nem érvényesül. A szolidaritás egyszerre vertikális (idősek-fiatalok) és horizontális (gazdagok-szegények, egészségesek-betegek). Ezek az alapelvek a mai napig meghatározzák a társadalombiztosítást, és a 20. század végén, az egészségügyi költségek elviselhetetlen növekedésének időszakában a társadalombiztosítás jelentősége ismét nőtt.

Az egyház karitatív szerepe meghatározó volt. Az állami gondoskodás megerősödése előtt gyakorlatilag kizárólag az egyház volt az a szellemi és gazdasági erő, mely a rászorultaknak anyagi helyzetüktől függetlenül tudott egészségügyi ellátást nyújtani.

Az egyház és az állam szerepvállalása

Az állam szerepvállalása az állami intézményrendszerek kiépülésével párhuzamosan erősödött. Az állam szerepe elsősorban a közegészségügyi ellátások terén jelentős, de a szegényellátásban is folyamatosan részt vett. Mária Terézia rendeletben mondta ki, hogy a megyék kötelesek tisztiorvosokat, „megyei főfizikust” alkalmazni a járványügyi feladatok és a szegényellátás megoldására.

Egészségügyi rendszer a két világháború között

A két világháború között olyan egészségügyi struktúra működött Magyarországon, melyre joggal lehetünk büszkéek. A gyógyító ellátások, egészségügyi szolgáltatások nagy részét a különböző ágazati, területi és munkahelyi pénztárak nyújtották viszonylag szolid járulékként a lakosság jelentős részének. A jómódúak igényeit fejlett ellátási piac elégítette ki, melyben az üzleti biztosítók is megtalálták számításukat. A társadalombiztosítás intézményei nyugdíjat is biztosítottak tagjaik számára. A nyugdíjpénztárak általában ún. várományfedezeti rendszerben működtek, ami azt jelenti, hogy a tagok befizették a járulékokat, a biztosító ezeket a befizetéseket tőkésítette, majd a tőkehozadékból fizette a nyugdíjakat.

Az állam feladatát a Johan Béla által kiépített Tisztiorvosi Szolgálat látta el. Fő feladatának a közegészségügyi és járványügyi helyzet javítását és az anya- és csecsemővédelmet tekintette. A tisztiorvosok munkáját a védőnői szolgálatra alapozott egészségházak segítették.

Az egyházak szerepe az egészségügyben a gazdaság és az állam szerepének fokozódásával párhuzamosan csökkent. A 20. századra a szegényellátást alapvetően az állami intézmények vették át. Az orvostudomány és az azt kiszolgáló technika olyan mértékben fejlődik, hogy a gyógyítás költségei egyre gyorsabban emelkednek. Az egyház ezért a modern államokban olyan területeken vállal je-

lentősebb szerepet, ahol a pénzre nem váltható szolgáltatások: a szeretet, a gondoskodás, a szolgálat szerepe nagyobb, mint a tőkekoncentrációé.

**Egy generáció
eltűnt nyugdíja**

Ez a kiegyensúlyozott, többszektorú fejlődés torpant meg 1948-ban. A szocializmus általános eszme- és intézményrendszerének elszemélytelenítő, homogenizáló hatása az egészségügyet sem kímélte. Az ellátó szolgálatban gyakorlatilag felszámolták a magánszektor, az egyházak elvesztették intézményeiket és forrásait, a rendek nagy részét felszámolták. A biztosítókat és vagyonukat államosították, ez a vagyon vetette meg a valódi érdekképviselőt helyettesítő új szakszervezet, a SZOT vagyonának alapját. A biztosítók államosítása és SZOT-vagyonná alakítása nemcsak formális lépés volt: a tőkefedezeti nyugdíjrendszer járulékfedezetűvé alakult, eltüntetve ezzel egy teljes generáció megdolgozott nyugdíját. Az új rendszerben nem a tőkehozadék jelenti a nyugdíjak forrását, hanem az aktív generáció befizetése.

**Szocialista
egészségügy**

Az állami egészségügyi szolgálat először alapvetően a munkások és állami alkalmazottak ellátására szerveződött, majd a mezőgazdaság kollektivizálása és a kisipar elsorvasztása után, 1972-ben az egészségügyi ellátás állampolgári joggá vált. Mindehhez a voluntarista szemlélet jegyében túldimenzionált, kórházcentrikus fejlesztéspolitika társult. A magyar egészségügyben a fejlesztéseket lobbyk és politikai érdekek határozták meg, függetlenül a valós igényektől. Az egészségügy helyzete általában a szocialista rendszer jellemzőinek megfelelően alakult: elszemélytelenített egészséggyárak működtek, ahol a mennyiségi mutatók pótolták a személyes kapcsolatokat, értékeket és érdekeket. Miközben az egy főre jutó orvosok, kórházak számát tekintve „lepipáltuk Amerikát”, a lakosság egészségi állapotának mutatói egyre romlottak. Ennek elemzése igen lényeges feladat, mert a valós okok feltárása nélkül nem lehet megállítani a tartós egészségkárosodások számának növekedését, a népesség rohamos fogyását. Az okok összetettek, de néhány csomópont jól kitapintható.

**Beteg- vagy
betegségcentrikus
egészségügy**

A materialista világnépp, a természettudományok fejlődésének abszolutizálása az egészségi állapot javítását a gyógyítás technikai kérdéseire egyszerűsítette. Ez két szempontból is hibás alapállás. Egyrészt azért, mert az egészségi állapot alakulásában sokkal nagyobb a környezeti hatások és az életmód szerepe, mint a gyógyításé; másrészt maga a gyógyítás sem egyszerűsíthető le technikai problémákra, a kémiai-fizikai tudományok fejlődésére, új műszerek beszerzésére. A kórházközpontú szocialista egészségügy egészséggyárjai betegség-centrikus, úgynevezett szervspecifikus gyógyításra alapozódtak, melyben a beteg ember egésze elsikkadt. A szakellátás a korszerű technikai fejlettség mellett nem is alkalmas erre a szerepre. A betegcentrikus szemlélet az alapellátásban jelenhet meg, ám a szakmailag alig értékelt körzeti orvosi rendszer ezt meg sem célozta.

Miközben komoly erőfeszítések történtek az egészségügyi szolgálat fejlesztésben, gyakorlatilag semmi nem történt az egészség feltételeinek biztosításáért. A szocialista nagyiparnak sikerült a természet erőinek „leigázása”, és csak később derült ki, hogy e folyamatot a „kifosztás” szó pontosabban jelöli. Az elmúlt negyven év meghatározó folyamata a minőség romlása. Az ipari normák hiánya és be nem tartása, a vegyszerek gátlástalan és ellenőrzés nélküli használata, az ivóvízszennyezés, a szocialista autóipar ellenőrizetlen termékei olyan mérvű környezetszennyezéshez, folyamatos egészségkárosításhoz vezettek, melynek hosszú távú hatásait mind a mai napig nem mértük fel. A külső környezet negatív hatásait fokozta, hogy a magyar lakosság csak névlegesen tekintette értéknek egészségét. A szocialista állam elhitette az állampolgárokkal, hogy ingyenes ellátás keretében gondoskodik megfelelő egészségi állapotukról, és ezért nekik semmit nem kell tenniük. A redukált életben maradtak a kisstílusú örömök: az olcsó, rossz minőségű alkohol és cigaretta. Magyarországon példátlanul magas az egy főre jutó alkoholfogyasztás, de a májzsugorok számát nemzetközi viszonylatban ez csak részben magyarázza. Az okok között a mennyiség mellett ugyanilyen fontos a minőség: az olcsó borok, a KGST piacok olcsó csempészkonnyakjainak ebben betöltött szerepét még senki nem mérte fel.

Morális válság — paraszolvencia

A morális válság nem kerülhette el az egészségügyet sem. A személyes érdekeltség hiányát a paraszolvencia erősödése és általánossá válása kompenzálta. Ez utóbbi az egészségügyi átalakítás egyik legsúlyosabb csapdája. A kérdés nem egyszerűsíthető le bérkérdésre, így megszüntetése sem lehetséges csak béremeléssel. A paraszolvencia hatásai összetettek. A morális hatáson kívül lényeges az a tulajdonsága, hogy a paraszolvencia közgazdasági tartalma a hiány megvásárlása, így csak hiánygazdaságban lehet tartósan jelen. Ezért a paraszolvencia — és haszonélvezői — számára elemi érdek a hiány fenntartása vagy újratemetése: ez irányulhat a kórházi ágyak hiányára, jobb és gyorsabb ellátásra vagy emberibb(nek vélt) bánásmódra. A fentiek alapján a magyar egészségügyi reform sikerének egyik kulcskérdése, hogy a két ellentétes piaci hatás — a normatív finanszírozás hiánycsökkentő és a paraszolvencia hiánynövelő hatása — közül melyik lesz az erősebb.

A szociális problémák átalakulása orvosivá

Az elmúlt időszak társadalmi folyamatai igen negatívan hatottak a családra. A hagyományos közösségek felbomlásához a falvak elnéptelenedése éppúgy hozzájárult, mint a több generáció együttélését gyakorlatilag kizáró házigyári lakótelepek elterjedése. A hagyományos családmoddal ennél is többet ártott az emancipáció meghirdetése, a kétkeresős családmoddal kialakítása. A családi gondoskodás, az ápolás hiánya a bölcsődék, a beteg gyermekek és az ellátatlan idősök megszorodását okozta. Mindez természetesen az egészségügyi ellátásban csapódott le — ezt a folyamatot hívjuk a szociális problémák medikalizációjának. A szocialista egészség-

Az új egészségügyi rendszer

ségügy ugyanakkor nem tudta átvenni az egyháztól elvett karitatív funkciókat.

A fentiek meggyőzően bizonyítják az egészségügy átalakításának nehézségét. Elért eredményeink nem kevesek: a térségben példátlan módon és példanélkülien rövid idő alatt sikerült a szocialista állami egészségügyi szolgálatot korszerű elosztási rendszeren alapuló társadalombiztosítássá alakítani. Az addigi területi elvre épülő, háromszintű hierarchikus ellátás helyét a szabad orvosválasztáson alapuló, személyes kapcsolatot és felelősséget jelentő háziorvosi rendszerre épülő, kétpólusú egészségügyi rendszer vette át. Az új egészségügyi rendszer egyik legfontosabb vonása, hogy a forráselosztásban szakít az addigi tervutasításos elvvel. A teljesítményfinanszírozás nemcsak az intézményi és személyi érdekelttség lehetőségét teremti meg, de megteremti a tényleges szükséglethez, az igénybevételhez igazodó forráselosztás alapjait is. Az új szabályozás nem merev, hanem keretrendszerű, a részleteket a szakma fogja önmozgásával hosszú távon kialakítani. Ez a folyamat fogja az ellátás színvonalát folyamatosan javítani, mert az új érdekelttségi rendben tartósan csak azok az intézmények maradnak talpon, amelyek a gazdaságosság mellett megvalósítják a minőségellenőrzés rendszereit is.

A megelőzés fontossága

A romló népegészségügyi helyzet csak a megelőzés előtérbe helyezésével javítható. A megelőzés szükségességét szerencsére ma már egyre többen felismerik, de ez nem egyszerűsíthető le a kampány jellegű szűrések kiterjesztésére. A betegségek megelőzését azonban nemcsak az egészségügyi szolgálaton keresztül lehet folytatni, hanem a környezeti ártalmak csökkentésével, valamint átfogó életmód- és szemléletváltoztatással. A „könnyebb a bajt megelőzni, mint megszüntetni” elv egészségügyi költségcsökkentő hatása leegyszerűsítő megközelítés és hamis illúzió. A megelőzés, a szűrés javítja egy nemzet életesélyeit, de az egészségügyi költségeket nem csökkenti, hanem — jobb eredmény mellett — növeli.

A jó megelőzés gazdasági eredményeként hosszú távon is legjobb esetben „csak” a költségnövekedés lassulása várható. Az elmúlt időszakban, amikor deklaráltan az ember volt a legfőbb érték, a gazdaságossági szempontok teljes mellőzése tartalom nélkülivé tette a meghirdetett célt. A rendszerváltozás kapcsán megerősödött a gazdaságközpontú szemlélet, de ennek szélsőséges, kizárólagos értelmezése ugyanolyan káros. A humán szférában a gazdasági nyereség nem lehet elsődleges cél, csupán eszköz, mely a szolgáltatások mennyiségét vagy minőségét hivatott javítani. A megelőzés folyamatos beruházást igénylő alapvető kötelessége az államnak, amihez a forrásokat az életminőség, a megnövelt és egészségben megélhető életévek érdekében biztosítani kell.

Az egyházak megerősödésükkel párhuzamosan ismét szerepet vállalnak az egészségügyi ellátásban. A kórházak jó részében a betegek hozzájuthatnak a vigaszhoz és a feloldozáshoz, gyakorolhat-

**Az egyházak szerepe
az új rendszerben**

Ép lélek — ép test

ják hitüket. Saját intézményeikben anyagi lehetőségeikhez mérten az egyházaknak elsősorban a fokozott ápolást igénylő területeken kell a helyüket megtalálni.

Az egészségi állapot javulása csak hosszú távú, szisztematikus munka eredményeként remélhető, a megelőzés és a gyógyítás megfelelő harmóniáját megtalálva. Egy nemzet egészsége csak a szociális biztonság növelésével, az emberek belső békéjének, hitének visszaadásával együtt lehetséges. A talajtalan, értékvesztett ember belső kapaszkodó híján könnyebben betegszik meg, és nehezebben viseli a megpróbáltatásokat.

Az egészségügy összetett feltételrendszere miatt a probléma sem egyszerűsíthető gazdasági-szociális kérdésre, azaz nem becsülhető alá a pszichés-mentális tényezők szerepe. A tudat alkalmazkodóképességének integritásához elengedhetetlen, hogy az egyénnek a stabil társadalmi értékrendben, hierarchiában kijelölt helye legyen. A szocializmus értékvtáltásának sikerült megingatnia a kialakult belső értékrendet, és helyette nem sikerült új értékrendet kiépítenie. A fokozott állami gondoskodás, a személyes lehetőség és felelősség leszűkítése miatt nem alakult ki az egyéni konfliktuskezelés, alkalmazkodás képessége. Ennek következtében az új demokráciákban a lakosságot megviseli a rendszerváltozás következtében kialakult többszörösen változó gazdasági-társadalmi környezet, és az emberi szervezet sajátossága szerint sokan szervi megbetegedések útján vezetik le lelki zavarait. Az átmenet éveiben az addigi negatív hatások felerősödése, a csökkent gazdasági-mentális adaptációs készség miatt a magyar lakosság egészségi állapotának további romlására kell felkészülnünk. Ez a rosszabbodás viszont remélhetően már csak átmeneti, mert a végbement politikai változások megteremtik annak a lehetőségét, hogy a lakosság igénye szerint visszatérhessen a hagyományos értékrendhez, és a gazdaság kényszerpályáitól szabadulva a szerkezetváltás befejeztével megerősödjön. Az egyéni meggyőződést tiszteletben tartó politika nemcsak a szociális biztonságon keresztül, hanem a stabil értékrendből fakadó belső tartással is segíteni kívánja a polgárokat az egészséges élet megélésében.