

Solymosi Tamás

**MAI MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY
HELYZETELEMZÉS ÉS KIBONTAKOZÁS**



VÉDEGYLET

2005

Írta:
Solymosi Tamás

Szerkesztette:
Régheny Tamás

Az anyag lezárása 2005 augusztusában történt.

A kiadvány megjelenését a Phare Access 2003-as programja támogatta.



ISBN 963 229 210 3

Kiadja a Védegyelet
Felelős kiadó: Csonka András
Borító, tipográfia: Kiss Maja
Készült a Timp Kft. nyomdájában, 1135 Budapest, Frangepán utca 12-14.,
újrahasznosított papírra.
Budapest, 2006.

TARTALOM

BEVEZETÉS GYANÁNT	4
I. HELYZETELEMZÉS	6
Magyar egészségügy – felépítmény alapok nélkül	6
Intézményszerkezet	8
Torzulások az alap-, a járó- és fekvőbeteg-ellátás arányában	8
Területi egyenlőtlenségek	10
A konkrét betegellátásra gyakorolt hatások	14
Az egészségügyben dolgozók helyzete	16
A hálapénzről	17
A hálapénz a rendszerváltozás után	20
Szakmai és morális válság	21
A szakmai minőségbiztosítás hiánya	21
A szakmaiság háttérbe szorulásának következményei	21
A defenzív gondolkodásmód veszélyei	22
A gyógyító tevékenység paradigmaváltásai	25
Gyógyszergyárgyártás, gyógyszerellátás	25
Irányítási válság	28
A társadalmi elit felelőssége	29
Összefoglalás	30
II. PRÓBÁLKOZÁSOK A KIBONTAKOZÁSRA : PRIVATIZÁCIÓ, ELLÁTÁSSZERVEZÉS	33
Az egészségügyi közszolgálat magánosítása	33
Gazdasági okok	33
Az egészségügy magánosításának sajátosságai	34
A közfinanszírozott egészségügy magánosított szektorai	36
Önfoglalkoztató típusú magánosítás	36
Zöldmezős egészségügyi beruházások	36
Speciális privatizációs technikák	37
Szakmai befektetők tulajdonosként való megjelenése	37

Áfa-csalás, mint egészségügyi reform?	37
Kórházprivatizációs tervek az Orbán- és a Medgyessy-kormány idején	38
Az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezetek	40
Privatizáljuk-e az egészségügyi közszolgáltatást?	43
Összefoglalás	46
Az irányított betegellátási rendszerről (IBR)	48
Az IBR lényege	48
Az IBR értékelése	49
Az IBR előnyeiről	50
Az IBR negatívumairól	51
Összefoglalás	52
A Nemzeti Egészségügyi Kerekasztalról	54
A Gyurcsány-kormány 21 lépés programja	54
III. EGY LEHETSÉGES KIBONTAKOZÁS	56
Az átalakítás célja és alapelvei	56
A szolidaritási elv megtartása vagy paradigmaváltás?	56
Egy lehetséges átalakítás forgatókönyve	59
A közfinanszírozott egészségügy szakmai alapjai	59
Egészségmegőrző program	59
Egészségnevelés	59
Betegtájékoztató, fogyasztóvédelem	59
Környezetegészségügy és egészségmegőrzés	60
Egészségügy, társadalomegészségügy és társadalomökológia	60
Szakmai protokollrendszer kidolgozása	61
A szolgáltatói struktúra átalakítása	62
Az intézményszerkezet átalakítása	63
Alapellátás	63
Szakellátás	64
Egészségügyi dolgozók jogállását érintő változás	66
A patológusok jogállásáról	66
Speciális fekvőbeteg-ellátás	67
Magánorvosi ellátás	67

Finanszírozási reform	68
Az egészségügy működését biztosító forrásokról	68
Közfinanszírozás és magánfinanszírozás szerepe	69
A közfinanszírozás bevételi oldaláról	69
A magánfinanszírozás módozatai	70
Önkéntes kiegészítő biztosítás	70
Kötelező magánbiztosítás	70
Vizitdíj	71
Gyakorlati szempontok	71
A szolgáltatók finanszírozása	72
A rendszer működtetéséhez szükséges változtatásokról	74
Források elosztása	74
Minőségbiztosítás, fogyasztóvédelem	74
Egészségügyi dolgozók jogállása	75
A hálapénz megszüntetésének eszközeiről	75
A szabad orvosválasztásról	76
Gyógyszergyártás, gyógyszerellátás	77
Új társadalmi szerződést!	79
Az átalakítás szakmán belüliekre gyakorolt hatásai	79
Az egészségügyi reform lakosságra gyakorolt hatásai	81
Kedvezőtlen hatások	83
Milyen nyereséget eredményez az átalakítás?	84
Megvalósítható-e az egészségügy átalakítása?	85
Köszönetnyilvánítás	89

BEVEZTÉS GYANÁNT

- „– Rajta uraim! – mondta lelkesen Durien –, határozzuk meg az útirányt. (...)
- Hát kérem – mondta Renoir, és megnyalta az ajkait –, szerintem Szudán felé az utunk kifejezetten délkeleti... Nem gondolja? – fordult Polchonhoz. (...)
- Ugyan mire való ez az udvariaskodás?! – mondta most kordíálisan a marsall – tisztetek vagyunk, akiknél a rangkülönbség szolgálaton kívül alig fontos. Csak rajta, gyerekek, csak fesztelenül, csak határozzátok meg, kérek alássan, az útirányt, mintha itt sem lennék.
- Hát kérem... – szólt Durien nagy lélegzettel –, most körülbelül itt vagyunk, és odabökött a térkép egy pontjára. Nem?
- Dehogynem – nyugtatta meg Renoir –, ha ön mondja, akkor úgy is van. (...)
- Szerintem... Szóval... azt hiszem, dobjunk fel egy pénzdarabot – vélte Polchon –, és ha fej, akkor erre megyünk, ha írás, arra.
- Ez sem rossz – jegyezte meg bátortalanul Renoir –, és Durienre nézett.
- Nem akarom a haditanácsot zavarni – szólt közbe most Sir Yolland –, de esetleg könnyebb lenne a délkeleti irányt egy erre a célra szolgáló iránytűvel meghatározni. Nem?”

Rejtő Jenő A láthatatlan légió című remekéhez hasonlóan a magyar egészségügynek is megvannak az ál-marsalljai, ál-századosai, ál-hadnagyai (persze igaziak is akadnak) – és a helyzet is igen hasonló.

Nap nap után találkozunk olyan minden hájjal (és más földi jóval) megkent figurákkal, akik lakktáskát és teniszütőt sóznak a szaharai seregére – nélkülözhetetlen varázsszereket kórházakra és betegekre. Esetleg az idézett könyv egynémely hőiséhez hasonlóan azon munkálkodnak, hogy a magyar egészségügy betegekből, nővérekből, orvosokból álló seregét – saját önös érdekeik szerint – tévutakra vigyék.

Nekünk, szemben a Láthatatlan Légió katonáival, még akadnak tartalékaink, például iránytűnk is van. De térképünk nincsen – hiszen jelenleg úgy tűnik, vízióink sincsen arról, hogy hova kellene eljutnunk.

Ez a tanulmány kísérlet a magyar egészségügy problémáinak feltárására, a csődhelyzet valódi mélységének bemutatására – és annak világossá tételére, hogy a jelenlegi helyzet kialakításához és fenntartáshoz kiknek fűződik érdeke.

Sok szakértővel szemben, akik elsősorban hatékonysági, finanszírozási vagy éppen tulajdonlási problémára vezetnek vissza az egészségügy egyre mélyülő válságát, a szerző szerint sokkal súlyosabb a helyzet: jó ideje már az egészségügy legmélyebb lényegét, a beteg–gyógyító viszonyt is kikezdte a közfinanszírozott egészségügy lassan kilátástalanná váló mélyrepülése.

A dolgozat felmutat egy víziót: javaslatot tesz egy kínos és keserves kibontakozást jelentő, az egészségügyet az alapjaitól újjá formáló, rendszer szemléletű átalakításra.

I. HELYZETELEMZÉS

MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY – FELÉPÍTMÉNY ALAPOK NÉLKÜL

A magyar egészségügyben hiányzik egy átfogó, népegészségügyi szemléletű, konszenzussal elfogadott és folyamatosan karbantartott program, amely az egészségügy működési keretét meghatározná.

Hiányzik a program, ami megszabná az egészségmegőrző és a gyógyító tevékenység helyét és szerepét, ennek megfelelően alakítaná az intézményszerkezetet és rendelne a feladatokhoz forrásokat. Az átalakításról szóló vita csak a gyógyító tevékenységről szól, a megelőzés döntő részben csak a gyógyító tevékenység keretein belüli szűrést jelenti. Nincs összehangolt környezetegészségügyi politika, és hiányzik az egészség megőrzésének népegészségügyi programja.

A gyógyító tevékenységen belül hiányoznak azok a szakmailag megalapozott prioritások, amelyekhez az ellátórendszer és annak finanszírozása optimálisan kapcsolható lenne – a hazai gyakorlatban sem az intézményszerkezet, sem a finanszírozás nem illeszkedik a különböző betegségsoportokhoz.

Nincsenek meg azok a – betegségeket és állapotokat illető – szakmai protokollok, amelyek iránymutatást adhatnak a betegek kivizsgálásában és kezelésében. Ennek hiányában nem beszélhetünk sem minőségbiztosításról, sem fogyasztóvédelemről, sem finanszírozói kontrollról, mert az egészségügyi szolgáltatók tevékenységét szakmailag senki nem ellenőrzi. A meglévő torz és pazarló szerkezetben ezért nem valósulhat meg a közpénzek ellenőrzött felhasználása.

Mindezek miatt az egészségügy képtelen megfelelni az elvárásoknak, hiszen „mindent” kivizsgálni és meggyógyítani a világ egyetlen egészségügyi rendszere sem képes – különösen olyan helyzetben nem, amikor az igények és lehetőségek folyamatosan és megállíthatatlanul növekednek, míg a források apadnak.

A programszerű működés hiányának következményeképpen a rendszer működéséhez rendelkezésre álló forrásokat az egészségügy nem képes hatékonyan felhasználni. Hiányzik a társadalom érdekeit megjelenítő program, így a források az erősebb érdekérvényesítő

képességű csoportokhoz kerülnek. Ezért az egészségügy nem a társadalom, hanem a lobbisták érdekei szerint működik, és kikerül a köz ellenőrzése alól. A másik általános következmény, hogy nem derül ki világosan, milyen forrásigénye van valójában a gyógyító-megelőző munkának.

A megelőző szemlélet hiánya az egész rendszert jellemzi. Az ágazati politikus, a finanszírozási döntések kialakítói, az egészségügyi dolgozók, a laikus társadalom egyaránt híján van e szemléletnek. Ennek legsúlyosabb következményeként a magyar polgárok többsége számára ismeretlen az egészségtudatos magatartás. Az a tény, hogy a dohányzásban és az alkoholfogyasztásban az élenjáró nemzetek közé tartozunk, valamint a megelőzhető halálokok tragikusan magas aránya lesújtó képet mutatnak a nemzet egészségi állapotáról. Mindennapi életünket jellemző magatartás az is, hogy természetesnek vesszük, hogy a magyar ember beteg is dolgozik.

A környezeti tényezők egészségünkre gyakorolt – és az ellátórendszerénél sokkal nagyobb – hatásáról csak beszélünk, de mindez nem érvényesül a kormányzati politika prioritásai között a források elosztásánál. Nincs tudatos, az egészségmegtartás érdekében folytatott, koordinált környezetegészségügyi program, és az utóbbi tíz-tizenöt évben a megelőző tevékenységben is tetten érhető a részérdekek túlzott érvényre jutása.

A rendszer egészét tekintve nem csak az intézményszerkezet és a források elosztása nem felel meg az elemi hatékonysági követelményeknek, de sajnos mára már a konkrét betegellátás során sem a szakmai szempontok játsszák a főszerepet.

Az egészségügy válságos helyzetének alapvetően a betegek a legfőbb áldozatai. Csak felsorolásszeren néhány probléma, amely jól jellemzi az ellátás körülményeinek drasztikus romlását:

A magyar lakosság egészségügyi ismereteinek szintje tragikusan alacsony, ezért egészségügyi panasz esetén a beteg gyakran indokolatlanul kiszolgáltatott helyzetbe kerül. Sokakat jellemez az a tévhit is, hogy az egészségügy onnipotens, és – a rákbetegséget kivéve – bármilyen problémát hatékonyan képes orvosolni. Ezzel szemben a valóság az, hogy az akut betegségeket leszámítva a betegségek döntő része csak megfelelően kezelhető, de a szó klasszikus értelmében nem gyógyítható meg. A mind több problémáért, betegségért felelős civilizációs ártalmak okozta pszichoszomatikus és szomatikus betegségek megfelelő kezelésére pedig alkalmatlan az egészségügy, hiszen nem képes a kiváltó ok megszüntetésére. Súlyos frusztrációt okoz nem egy betegnek mindezzel

szembesülni. A betegek jelentős része alapvetően nincs tisztában azzal sem, hogy egészségügyi problémája esetén mire és milyen feltételekkel jogosult.

Manapság a beteg ember számára sokszor majdnem olyan megterhelést jelent az ellátás módja, mint maga a betegség. A lepusztult épületállománynál jóval nagyobb probléma a nem megfelelő bánásmód. A munkaerőhiánnyal küszködő kórházakban mind több helyen maradnak az ápolási teendők a hozzátartozókra.

Nyilvánvaló, hogy az egészségügyieket felőrlő túlterheltség, az egy-egy betegre fordítható rendkívül kevés idő mellett az orvos csak arra törekedhet, hogy legalább a szűken vett szakmai ellátás megtörténjen. A megfelelő betegtájékoztatásra fordítható elégtelen idő ugyanakkor a gyógyulást is akadályozza, mi több, ennek a gyógyításban betöltött nélkülözhetetlen szerepéről valószínűleg nincs is minden szakember meggyőződve.

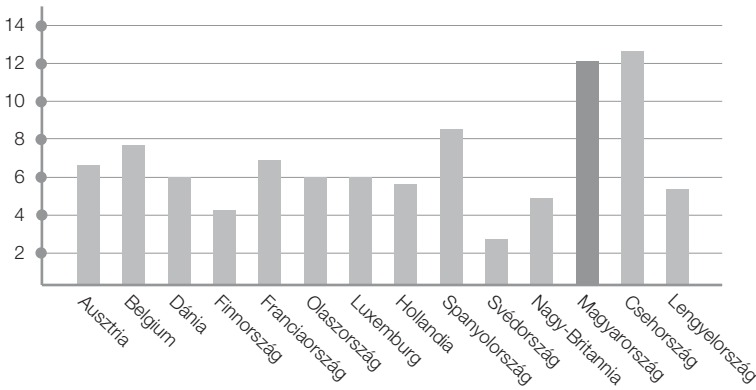
INTÉZMÉNSZERKEZET

Torzulások az alap-, a járó- és fekvőbeteg-ellátás arányában

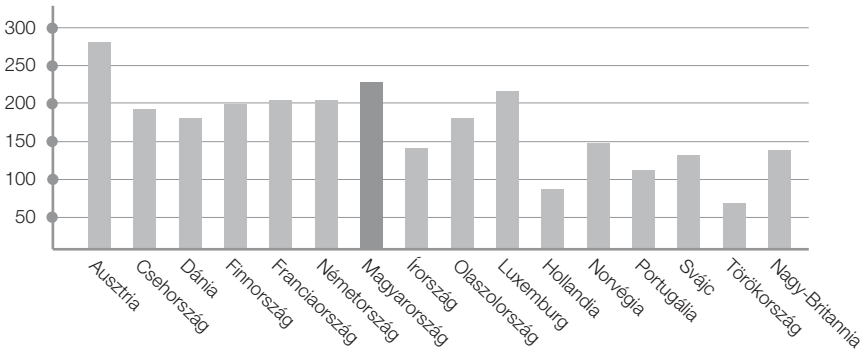
A szolgáltatóktól független finanszírozói kontroll hiányában kikényszerített intézményi hatékonyságnövelésnek a beteg emberek a fő kárvallottjai.

A lakosság egészségügyi ismereteinek hiányosságai miatt az egészségügyre az indokoltnál lényegesen nagyobb terhelés hárul, ezért az egyébként is diszfunkcionálisan működő, a valós társadalmi szükségletekhez nem illeszkedő ellátórendszer rendkívül túlterhelt (vidéken átlagosnak tekinthető, hogy a háziorvosnál napi hatvan-nyolcvan beteg jelenik meg). Mindez azt eredményezte, hogy az alapellátás „kapuőri szerepe” nem működik, így sok olyan beteg kerül a szakellátásba, akit egy nyugat-európai rendszer már az alapellátás szintjén is végleges ellátásban részesítene. Sajnos itthon a túlterheltség és a fejkvóta elvű finanszírozás miatt ebben a háziorvosok sem érdekeltek, mi több, a jelenlegi finanszírozási viszonyok miatt a kórházaknak és a járóbetegrendelőknek is létérdeke a betegforgalom növelése. Mindennek az a következménye, hogy a szakellátásra is óriási terhelés hárul. Az alábbi két grafikon alapján jól látható, hogy az európai átlagot kirívóan meghaladja az orvos-beteg találkozások magyarországi száma és a kórházi felvételek gyakorisága.

Az orvos-beteg találkozások gyakorisága (Forrás: OECD, 2000-es adatok)



A kórházi felvételek gyakorisága (Forrás: OECD, 2000-es adatok, a *-gal jelölt országok adatai: 1998)

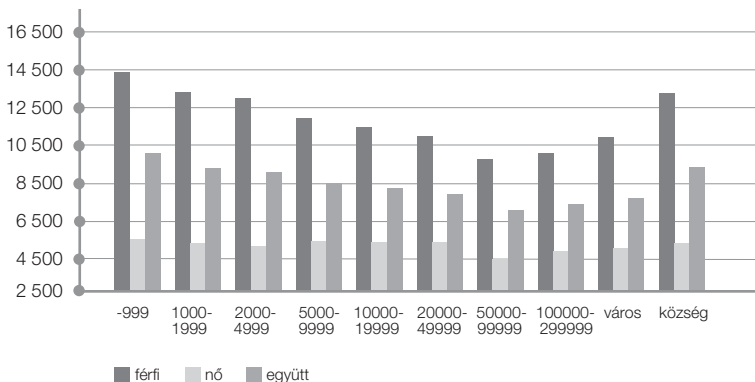


Az intézményszerkezet ma Magyarországon fekvőbetegellátás- és kórházcentrikus, holott a kivizsgálás típusú befektetések döntő részében a beteget járóbetegként is ugyanolyan eredményesen lehetne kivizsgálni és kezelni. Mivel azonban ugyanazon beteg fekvőbetegként történő ellátásáért többszörös pénzt fizet a biztosító, ezért az intézmények saját jól felfogott érdekük miatt is inkább befektetik a járóbetegként ellátható páciensek jelentős részét.

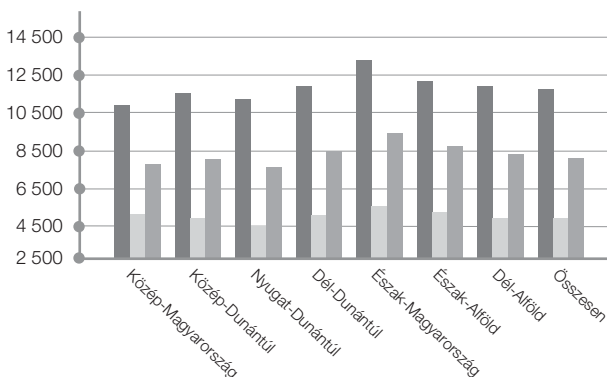
Területi egyenlőtlenségek

Az intézményszerkezet másik, súlyos következményekkel járó torzulása a rendelkezésre álló kapacitások egyenlőtlen területi elosztása. Semmivel sem indokolható mértékű hozzáférésebeli különbségek alakultak ki az országban, amelyek alapvetően két típusba sorolhatók: az egyik különbség a centrumban és a periférián lakók között alakult ki, az ettől független másik eltérést pedig a lakóhely nagysága hozza létre. A kistelepüléseken lakók rendkívül nagy hátrányban vannak a szakellátást tekintve. Az ország szegényebb vidékein a háziiorvosi ellátás sem megoldott (a tanulmány írásakor százötven háziiorvosi körzet tartósan betöltetlen). A mellékelt táblázatokban illetve ábrákon szereplő adatok önmagukért beszélnek:

Az elvesztett életévek aránya településszerkezet szerint (A nyers halálozás alapján, forrás: KSH)



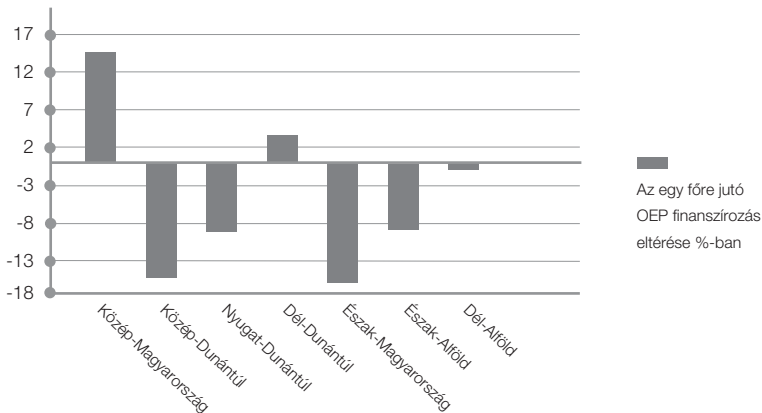
Az elvesztett életévek aránya régiók szerint (A nyers halálozás alapján, forrás: KSH)



A problémát a finanszírozás mai rendszere mellett is meg lehetne oldani, sajnos azonban a szándék inkább a területi egyenlőtlenség konzerválásában érhető tetten: a finanszírozott járóbeteg-óraszámok és a finanszírozott fekvőbeteg-ágyszám mindenütt szoros korrelációt mutat. A Gyurcsány-kormány „21 lépés programja” ezt a helyzetet jó esetben is csak konzerválja. Elvben nagyon helyesen a járóbetegellátás növelése és a fekvőbetegellátás csökkentése a cél. Ugyanakkor az ellátási módok átcsoportosítása egy-egy kórházon belül történik, ami így érintetlenül hagyja a meglévő területi egyenlőtlenségeket. A gyakorlatban még kirívóbbá is válhatnak az egyenlőtlenségek, mert a fel nem használt kapacitások felét félévente elvonják, és pályázati rendszerben újraoszthatják. Borítékolható, hogy az eleve rosszabb helyzetben lévő térségektől a jobb helyzetben lévőkhöz fog áramlani a finanszírozás. A szegényebb sorsú vidékeken ugyanis egyre drámaibb a munkaerőhiány, és így a meglévő kapacitásaikat sokkal kisebb arányban lesznek képesek teljesíteni, mint a szakkolgozóhiány által kevésbé sújtott, jobb helyzetű kórházak.

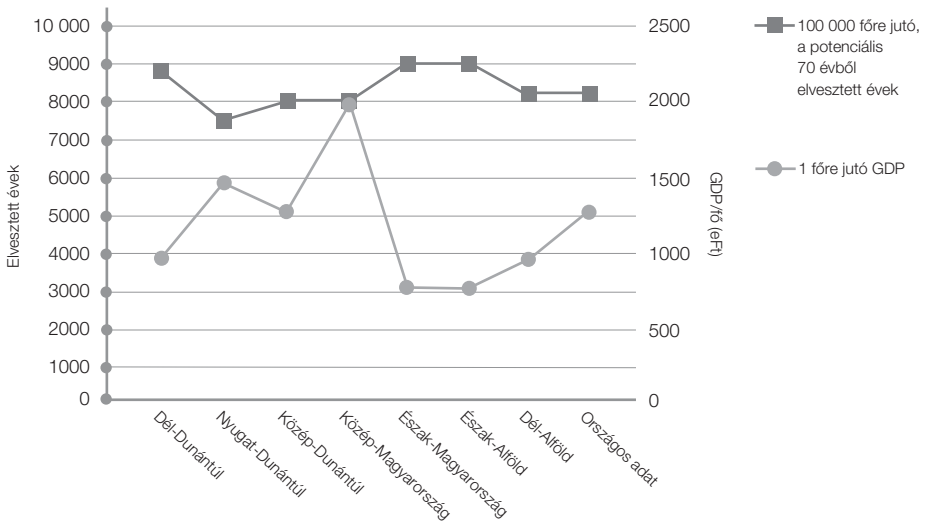
A területi egyenlőtlenségek mértéke jó fokmérője a szolidaritási elv tényleges megvalósulásának. Az egy főre jutó OEP-finanszírozás jelentős regionális különbsége szoros összefüggést mutat a GDP regionális átlagával:

Regionális különbségek: eltérés az országos átlagtól a finanszírozásban (Forrás: OEP)

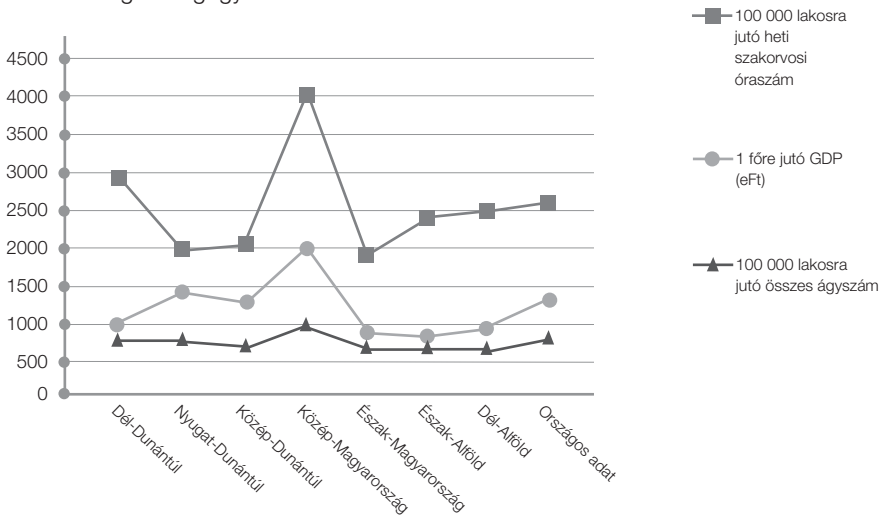


A fekvőbetegellátás költsége a lakóhely szerint leosztva

A GDP és az elvesztett életévek összehasonlítása

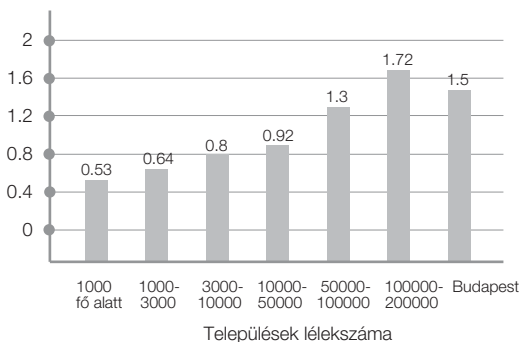


A GDP és az egészségügyi ellátó struktúra összehasonlítása

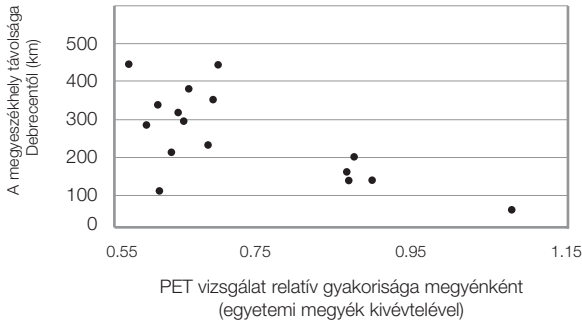


Tanulságos annak végiggondolása, hogy pl. a Borsod, Heves és Nógrád megyét magában foglaló észak-magyarországi régióban lakók az esetek huszonhét százalékában régió kívüli kórházban jutnak fekvőbeteg-ellátáshoz. A Központi Régióban százezer lakosra másfélszer annyi járóbetegellátás jut, mint az észak-magyarországi régióban, eközben a finanszírozott szakorvosi óraszám 2.3-szeres különbséget mutat. Ez azt jelenti, hogy hiába megy el számos beteg az északi régióból más régióban lévő szolgáltatóhoz, még így is lényegesen több beteget lát el az északi régióban dolgozó orvos, mint egy központi régióban dolgozó. Végezetül egy, talán önmagán túlmutató számítást mutatunk be a ma legkorszerűbbnek tartott diagnosztikai képkalkotó módszer, a PET-vizsgálat (pozitron emissziós tomográfia) hozzáféréseiről. Ez az egyetlen olyan egészségügyi tevékenység Magyarországon, amit relatíve nagy számban (eddig több mint négyezer vizsgálat) és kizárólag egyetlen helyen végeznek. Emiatt modellértékű, torzításmentes megállapítások tehetők az adatok elemzésével. 1994 óta Debrecenben működik az ország egyetlen PET-centruma. Megvizsgáltuk, hogy egy adott településen lakók közül hány embernél történt eddig vizsgálat, illetve kiszámítottuk, hogy a lakosság szám arányában mekkora lenne az elméletileg várt vizsgálati szám. Az elvégzett és a számított vizsgálatok hányadosát kiszámítva kapott adatokat két grafikonon tüntettük fel. Megdöbbentő, hogy egy ezer fő alatti településen lakónak kevesebb mint harmadannyi az esélye a vizsgálat elvégzésére, mint egy nagyvárosban lakónak...

PET-vizsgálat gyakorisága település nagyság szerint



Hogyan befolyásolja a PET vizsgálat gyakoriságát a PET-centrumtól való távolság?



Megvizsgáltuk a PET-centrumtól való távolságnak a hozzáférésre gyakorolt hatását: szignifikáns negatív korreláció mutatkozott a Debrecenről való távolság és a vizsgálathoz való hozzáférés között. Egy Hajdúságban lakó embernek az átlaghoz képest 2.36-szoros, míg egy Zalában lakónak 0.56-szoros esélye van arra, hogy nála a vizsgálatot elvégezzék. (Solymosi – Trón: PET-vizsgálathoz való hozzáférés – közlés alatt.)

A fentiek alapján világos, hogy a magyar egészségügy egyetem-központú, progresszíven egymásra épülő szintekre tagolt ellátási struktúrája a centrumoktól távol illetve a kistelepülésen lakók számára súlyos hozzáférési problémákat generál: az ittlakó embereknek tarthatatlanul rossz az esélyük a magasabb szintű ellátás elérésére.

A konkrét betegellátásra gyakorolt hatások

Az orvosok szakmai autonómiája jelenti a gyógyító folyamat fundamentumát. A gyógyítás szabadsága egy jól működő egészségügyi rendszerben azonban nem korlátlan, az a gazdasági lehetőségekkel összhangban álló szakmai előírások (protokollok) keretei által meghatározott. Ezen belül teljesen jogos elvárás, hogy a költséghatékonyság figyelembe vételével döntse el az orvos, hogy adott esetben milyen kivizsgálási, kezelési eljárást alkalmaz. A szakmai előírások rendszere a beteg és az orvos védelmét egyaránt szolgálja, a költséghatékonysági elvek alkalmazása pedig a biztosító, azaz az ellátottak egészségének érdekét jeleníti meg.

Magyarországon igen kevés kivételtől eltekintve hiányoznak a szakmai előírások, úgynevezett finanszírozási protokollok pedig legfeljebb mutatóban akadnak. Ráadásul jóformán nem létezik szakmai ellenőrzés. Emiatt hiányzik az orvos és a beteg intézményes védelme a szakmai szempontokat felülíró gazdasági érdekektől – a szűkülő források mellett megállíthatatlanul növekedő igény szint radikális forrásszűkítésként jelentkezik a szolgáltatóknál.

A beteg ember érdekeit nem sértő szakmai racionalizálás tartalékai a legtöbb kórháznál már évekkel ezelőtt kimerültek. Ebben a helyzetben az intézmények gazdasági talpon maradásának egyetlen eszköze maradt: minél több olyan tevékenységet és beavatkozást végezni, ami a kórház számára gazdaságos, és lehetőleg minél kevesebb olyat, ami veszteséggel jár. Mára a gazdasági kényszer a rendszer logikájából fakadóan az orvosi tevékenységben felülírja a szakmaiságot. Nálunk tehát az orvos döntési szabadságát nem szakmai és biztosítói érdekek szabályozzák, hanem alapvetően az őt alkalmazó intézmény gazdasági érdekei. Ez egyszerre okoz szakmai kárt az ellátott betegnek és anyagi kárt az összes biztosított érdekeit képviselő társadalombiztosításnak. Természetesen az esetek döntő részében nem fordul elő, hogy a betegnél szükséges vizsgálatok és kezelések elmaradnak, ennek ellenkezője – felesleges vizsgálatok, befektetések és kezelések elvégzése – viszont annál gyakrabban tapasztalható.

Mi az oka annak, hogy a szakmai döntést meghozó orvosok sok esetben nem a betegek érdekei szerint járnak el? Az orvosok egzisztenciájának alapját döntő részben ma is az adja, hogy egy intézmény alkalmazottaiként dolgoznak – ez ad lehetőséget arra, hogy utalványozási jogosítványaikkal élhessenek. Ma csak közfinanszírozású orvos rendelhet az általa kezelt betegnek térítésmentesen szakmai szolgáltatást (teljes támogatással gyógyszerrendelés, beutalás, vizsgálat-, konzíliumkérés), illetve a manuális szakmák esetén csak a közfinanszírozású intézményben végezhet el komolyabb beavatkozásokat. Fontos szempont az is, hogy utóbbi esetben az orvos ingyenesen használja a közfinanszírozott intézmény teljes infrastruktúráját: magánbetegei ellátása során ingyen használja az asszisztenciát, a kórház eszközeit, műtőjét. Az orvosok mindezen körülmények miatt nincsenek abban a helyzetben, hogy hatékonyan fel tudjanak lépni az intézményi menedzsment olyan utasításai ellen, amelyek ténylegesen betegellenes döntésekre kényszerítik őket. Felmérhetetlen annak a hosszú távú káros következménye, hogy az orvosok különösebb fenntartás nélkül hajlandóak kizárólag intézményi érdekből, feleslegesen beteget vizsgálatra küldeni és befektetni. A helyzet még ennél is rosszabb, mert sok esetben az intézményi érdek az orvos saját érdekével is egybecseng, hiszen a beteg nem képes

megítélni, hogy az előírt vizsgálat mennyiben volt indokolt, így igen hálás, amikor az orvos rendkívüli alapossággal végez nála (felesleges) kivizsgálásokat, és gyakran hívja vissza (szakmailag indokolatlan) ellenőrzésre.

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK HELYZETE

A jelenlegi rendszer működőképességének legfontosabb biztosítéka az egészségügyiek mértéktelen kizsákmányolása (az orvosnők átlag hét évvel élnek rövidebb ideig a magyar átlagnál!). Az orvosok a heti negyven óra helyett átlagosan hatvannégy órát dolgoztak 2003. januárjában, de munkaidőnek (és így szolgálati időnek) – az Európai Unió előírásokkal, és a hazai közszolgálatban dolgozók többségével szemben – a túlmunka alig harmadát ismerik el. Az egészségügyben dolgozók átlagbérük alapján az ágazati rangsor utolsó, utolsó előtti helyén állnak (Dr. Katona Zoltán: Az orvosok ügyeleti jogállásának mai állásáról. Webdoki, 2003. szeptember 4.).

Valószínű, hogy nincs még egy ilyen foglalkozási ág, ahol a kormányzat felelős tisztségviselői és az ágazati miniszter nyíltan felvállalnák, hogy az ágazatban dolgozók elemi jogait törvénytől módon lábba tiporják. A 2004. május 1. utáni szabályozás szerint minden jogalapot nélkülöz, hogy heti negyvennyolc óránál illetve huszonnégy órán belül tizenegy óránál többre kötelezzék az egészségügyi dolgozót – pedig ez történik mind a mai napig. A törvénytelen kizsákmányolást semmivel sem ellentételezi a kormányzat. A magyar társadalom a gazdaság teljesítőképességhez mérten – és más foglalkozási ágak bérhelyzetéhez képest is – szegénytelenül alacsony bért fizet az egészségügyi dolgozóinak.

Az orvosellátottság hazánkban eléri a nemzetközi átlagot, ugyanakkor az orvos-beteg találkozások száma kétszerese a legtöbb OECD-országban mért értéknek. Ilyen munkaterhelés mellett az orvosok a betegellátás során kénytelenek a szűken vett szakmai tevékenységre szorítkozni. Egy orvos-beteg találkozásra jutó három-nyolc percbe (amibe a takarékosági (?) intézkedések miatt az orvos által végzett adminisztráció is beletartozik) a teljes körű betegtájékoztatás a legjobb szándék mellett sem fér bele.

A magyar egészségügyi dolgozók helyzeténél óhatatlanul szólni kell a szakmabeliek egymás közötti viszonyáról – két, nagyrészt a hierarchikus tagozódással összefüggő problémáról. Talán nincs még egy foglalkozási ág az egészségügyön kívül, ahol a csak gyakorlattal

megszerezhető tapasztalatnak ekkora jelentősége lenne a szakemberek tudásában. Részben ennek tulajdonítható az egészségügyet ma is jellemző „feudális viszonyrendszer” (ami azonban az angolszász iskolán nevelkedett orvostársadalmat jóval kevésbé jellemzi). A mai magyar fekvőbetegellátás az osztályvezető főorvos felelősségén és döntési szabadságán alapul, ami a jól képzett, nagy tapasztalátú beosztott szakorvosokat semmivel sem indokolható mértékben szolgáltatja ki az osztályvezetőnek. A probléma fontosságát jelzi, hogy a külföldi munkavállalást fontolgató orvosok e torz viszonyrendszert a kritikus bérhelyzethez hasonló fontosságúnak tartják a kivándorlási szándékra vezető okok között. Legalább ilyen súlyú a hierarchikus szerkezet orvos-nővér viszonyra gyakorolt hatása. Ma a nővér minden szempontból az orvos alárendeltje – többségük megalázó helyzetben, az orvos szolgálaként végzi rendkívül áldozatos munkáját, minősíthetetlenül alacsony bérek mellett. Képességeik és képzettségük a magyar nővéreket is alkalmassá tenné arra, hogy az orvos egyenrangú partnereként vegyék ki részüket az alkotó, felelős gyógyító munkából.

A hálapénzről

A II. világháború után a lakosság nagy részének még évekig nem volt egészségügyi biztosítása, később pedig – a mezőgazdaság kollektivizálásakor – a feltételek biztosítása nélkül egyetlen tollvonással kiterjesztették a társadalombiztosítást a lakosság majd minden tagjára. Az egészségügyi dolgozók többletmunkáját pedig úgy ellenételezték, hogy 1952-ben – a Magyar Dolgozók Pártja Központi Bizottságának ülésén – elfogadták Gerő Ernő indítványát: a gazdaság átmeneti nehézségei miatt borraivalós szakmává tették az egészségügyet. (Ezt követően az Orvosegészségügyi Szakszervezet akkori elnökének javaslatára a borraivaló kifejezést a hálapénz kifejezéssel váltották fel. Kultúrtörténeti adalék, hogy a II. világháború előtt már használták ezt a kifejezést: akkoriban a fizetés nélkül dolgozó, díj nélküli gyakornokok kapták idősebb orvoskollégáiktól...)

A hálapénz kiváltó okai azóta sem változtak: egyik oldalon a hiánygazdálkodás klasszikus helyzete, másik oldalon egy olyan döntési helyzetben lévő szakember, akinek legális keresete nagyon alacsony.

Az eltelt több mint ötven évben a hálapénzrendszer önálló életre kelt. Egyrészt az orvosok egy szűk rétege beosztásánál illetve szakképesítésénél fogva privilegizált helyzetbe került, és a hálapénz révén olyan jövedelemhez jutott, amit a hasonló beosztásban dolgozó nyugat-

európai kollégák sem vetnének meg. Másrészt a betegek megváltozott „fogyasztói” magatartása, és az egészségügyre mai napig jellemző hiánygazdálkodás együttesen oda vezetett, hogy a betegek nem elégedtek meg azzal a szolgáltatással, amit a rendszer számukra nyújtott. Így a hálapénzt mindinkább a többletigényeik (ami sokszor a normális ellátást, bánásmódot és a hiányzó biztonságtudat pótlását jelenti) megfizetésére használják. Időközben, megfeledkezve a hálapénz kiváltó és fenntartó okáról, mind gyakrabban kerül előtérbe a hálapénzrendszer morális vetülete és egyre gyakrabban az orvostársadalom szegyenbélyegeként beszéltek róla. Érdemes talán megemlíteni, hogy a hetvenes-nyolcvanas években a társadalombiztosítás évről évre jelentős többlettel zárt. Ez azt jelenti, hogy lett volna lehetőség az egészségügyiek bérének rendezésére, hiszen a társadalom ennek fedezetét előteremtette, de a döntéshozók a többletet átcsoportosították a gazdaság más részeire.

A hálapénz kategóriájába szokás sorolni minden, a közfinanszírozott ellátásban a beteg vagy a hozzátartozója által a kezelőorvosnak vagy nővérnek adott féllegális, illegális juttatást, mégis érdemes megkülönböztetni három alapesetet.

Az első típus, amikor az orvos az ellátás előtt nyíltan vagy ráutaló magatartásával a beteg tudomására hozza, hogy azért a tevékenységért, ami a betegnek egyébként térítésmentesen járna, pénzt vár el. Ez ma is bűncselekmény, amit az állampolgárok kényszerien tudomásul vesznek, feljelentés híján pedig a hatóság nem üldözheti. Az orvostársadalom becsületes többsége magát tehetetlennek tekintve nem tud, a rosszul értelmezett etikai normák miatt nem mer, vétkes nemtörődömségből pedig nem akar fellépni e kollégái ellen.

A második helyzet, amikor a közfinanszírozott ellátásban a beteg olyasmire kéri az orvost, amire az nem köteles – ilyen a felkért szülés vagy műtét, a szakmailag nem vagy nem azon az ellátóhelyen indokolt vizsgálat stb.

A harmadik típus, aminek egyedül köze van a hálához, az ellátás után a beteg által önként adott juttatás.

A konkrét esetekben nagyon sokszor nem különülnek el az egyes formák. A hálapénz utólagos adása sok esetben inkább előzetes fizetség a következő találkozáásra gondolva. A megkért szülés „intézményénél” egyrészt nyilvánvaló, hogy az orvos tényleges és jelentős többletet biztosít a beteg számára, másrészt viszont a szülész-nőgyógyászokat és közvetve az egész orvostársadalmat minősíti, hogy a magyar nők döntő többsége abban a hitben van, hogy ha nem választ magának orvost, akkor sokkal rosszabb ellátásban részesül, ezért kényszerítve érzi magát arra, hogy orvost válasszon.

A hálapénz-rendszer igazságtalan és erkölcstelen, hiszen a beteg olyanért kényszerül fizetni,

aminek a járulékfizetés során egyszer már megfizette az árát. Mindez ellenkezik az igazságossággal, az erkölccsel és a józan üzleti tisztességgel. A hálapénz az orvostársadalmat is súlyosan megosztja, és megfosztja az anyagi előrejutás esélyétől az orvosoknak azt a nagyon jelentős hányadát is, aki nem jut hálapénzhez (a radiológus, a laboratóriumi szakorvos, a patológus fizetése azért megalázóan alacsony a bírókhöz, ügyészekhez, köztisztviselőkhez, tanárokhoz képest, mert a belgyógyász, a sebész, a szülész-nőgyógyász hálapénzt kap, és ezt „beszámítja” a rendszer!)

A hálapénz ellehetetleníti a gyógyításhoz szükséges bizalmi viszonyt. Ma a betegek többsége úgy érzi, hogy hálapénz adása nélkül nem kaphat megfelelő ellátást. Még ha tévhit lenne is ez a vélekedés, akkor is demoralizálja az ellátást. A laikus beteg ugyanis az egészségügyi problémája esetén nem képes megítélni azt, hogy vele szakmailag megfelelően jártak-e el. Leginkább ezt a hiányzó bizalmat próbálja a borítékadással kompenzálni.

A gyógyítás szakmai színvonalát is rombolja a hálapénz. A különböző szakorvosok evidens együttműködése, a betegellátásban szükséges közös gondolkodás ellen hat, mert anyagilag károsan érintheti az orvost, ha a társszakma képviselőjét bevonja a kezelésbe vagy a kivizsgálásba. Ezért paradox módon előfordulhat, hogy a beteg rosszabbul jár, ha hálapénzt fizet! Ide tartozó fontos probléma az is, hogy az orvosok nagyon sokszor nem a képzettségüknek megfelelő munkát látnak el. A nagy tudású sebészprofesszor számára egzisztenciális csóddal érne fel, ha kizárólag azokat a műtéteket végezné, amihez nélkülözhetetlen az ő tapasztalata, tudása, és munkájának döntő részében a fiatal kollégákat képeznék. Ehelyett arra kényszerül, hogy munkaideje nagy részét számára banális, kezdő szakorvos számára is ugyanolyan eredményességgel ellátható betegek kezelésével töltsse.

Az itt említett problémák az orvos-nővér viszonyban is megfigyelhetők: ritkán említik, de sajnos a hálapénz is szerepet játszik abban, hogy a középkáderek sokszor nem a képzettségüknek megfelelő munkát végeznek.

A hálapénz közpénzekkel való pazarlást indukál. Az orvos valószínűbben végez fölösleges vizsgálatokat, fektet be indokolatlanul, tart a szükségesnél tovább a kórházban olyan beteget, aki az előző kezelés során hálapénzzel honorálta munkáját.

A hálapénz-rendszer orvost és beteget szembefordítja egymással. Kicsit leegyszerűsítve a helyzetet, a döntéshozó hatalom olyan munkára kényszeríti az egészségügyieket, aminek nem fizeti meg a bérét. Súlyos konfliktust gerjeszt ezáltal egy olyan közegben, ahol a bizalom hiánya önmagában akadályozója lehet a tevékenység, a gyógyítás eredményességének.

A hálapénz a rendszerváltozás után

Rohamosan kapitalizálódó országunkban az orvosi pálya korábban gazdaságilag is privilegizált helyzete, presztízse teljesen megkopott. A jogász-, közgazdász- és mérnöktársadalom a legálisan megszerezhető jövedelmek tekintetében tíz év alatt messze maga mögött hagyta az orvostársadalmat.

Ez a speciálisan magyar (posztoszocialista?) trend éles ellentétben áll a nyugati társadalmakat jellemző, kiemelkedően jól kereső orvostársadalommal. Joggal tekinthető drámainak az a változás, ami az orvosok és más értelmiségi pályán dolgozók gazdasági helyzete és lehetőségei között bekövetkezett. Ebben a helyzetben mind kevesebb orvosnak van fenntartása a hálapénz elfogadásával szemben, és mind elterjedtebbé vált az az etikai szabályokkal is ütköző gyakorlat, amikor a közfinanszírozású orvos ténylegesen tarifarendszerben dolgozik.

A problémának egyértelmű morális vetületet az ad, hogy az orvostársadalom meg sem kísérelt azt a nehezebben járható, személyes egzisztenciális kockázatoktól sem mentes utat, hogy kikövetelje magának a méltányos javadalmazást. Ehelyett a kiszolgáltatott beteg embertől várja el, esetenként követeli ki azt a juttatást, amit jogsznak íté.

Az orvostársadalom mintegy öt-tíz százaléka egzisztenciálisan elemi módon ellenérdekelt a javadalmazási helyzet rendezésében, mert olyan mértékű paraszolvenciában részesül, aminek kifehéritése egész egyszerűen lehetetlen. Komoly probléma, hogy az orvosok meghatározó média-, szakmai, politikai és szakmapolitikai befolyással rendelkező rétegén belül igen nagy arányban felülreprezentált ez a reformnak ellenálló réteg.

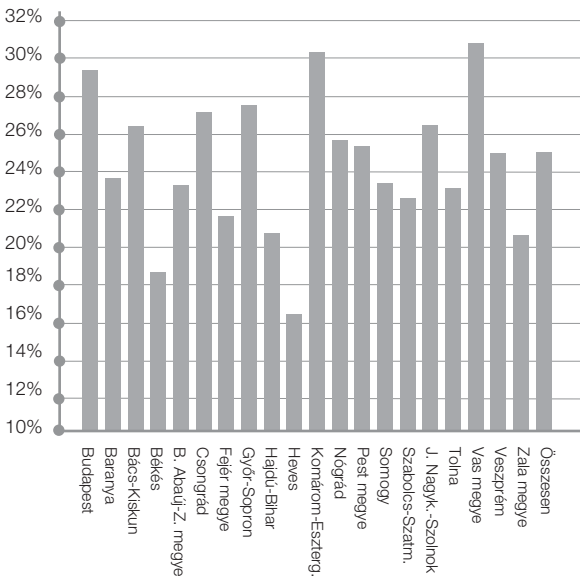
A hálapénz-probléma megfelelő értékeléséhez álljon itt egy száraz adat. A nyugat-európai országokban az orvosok bruttó átlagbére az egy főre jutó GDP 2.5-3.3-szorosa, míg nálunk 2000-ben 1.03-szeres volt. Az azóta bekövetkezett, mára részben elinflálódott ötvenszázalékos béremelést ehhez a százötven-kétszázharminc százalékos elmaradáshoz kell viszonyítani. Fontos látni, hogy itt nem abszolút számok összehasonlításáról van szó, hanem a béarányokról, azaz a magyar társadalom más foglalkozási ágakhoz képest is fele-harmad bért fizet az egészségügyben dolgozóknak. A 2002-es ötven százalékos béremelés után (!) a kezdő szakorvos az építőiparban feketén alkalmazott segédmunkás órabérét, a nagy tapasztalatú főorvos pedig az építőipari szakmunkás órabérét keresi meg. Rendkívül megalázó ez a helyzet azon orvosszakmák képviselői számára, akik kizárólag a legális jövedelmükből élnek.

SZAKMAI ÉS MORÁLIS VÁLTSÁG

A szakmai minőségbiztosítás hiánya

A magyar egészségügyben nincsenek világos, elfogadott és betartatott szakmai protokollok. (Igen tág határok között az orvos döntési szabadságára van bízva, hogy az adott betegnél mit tesz: milyen vizsgálatot, konzíliumot kér, milyen beavatkozást végez, mikor és kit hív vissza ellenőrzésre, mikor fekteti be kórházba, mikor helyezi át más intézménybe.) Emiatt, ha létezne is szolgáltatóktól független, szakmai konfliktusok felvállalására is alkalmas ellenőri hálózat, nem lenne mi alapján számon kérni a konkrét tevékenységet. Ezt a helyzetet illusztrálja a következő ábrán bemutatott, szakmailag semmivel sem indokolható különbség a császármetszések megyénkénti gyakoriságában.

A császármetszések gyakorisága megyénként



A szakmaiság háttérbe szorulásának következményei

Ma még felmérhetetlen annak a káros hatása, amit az utóbbi tíz év a szakmaiság háttérbe szorításával okozott. A fokozódó gazdasági présben felnőtt egy olyan szakorvos-generáció, ahol természetes, hogy a mindennapos döntési helyzetben azt az alternatívát választja, amelyik az intézménye számára gazdaságilag, és nem azt, amelyik a beteg számára szakmailag optimális. Ráadásul külső szakmai kontroll híján mindezt akadálytalanul megteheti. Felnőtt egy olyan generáció, amelyik nem rendelkezik megfelelő döntési kultúrával, amelyik torz módon tanulta meg azt, hogy döntési helyzetben hogyan viselkedjék: intézménye, és a hálapénzen keresztül saját egzisztenciája érdekében is a szakmai indokoltságtól független *tevékenység* az, amit ráadásul a beteg is pozitív módon honorál. A kivárás, a természetes gyógyulási folyamat érvényesülésének biztosítása, a döntésszolgáltató orvosi konzílium kikérése, mind-mind alárendelődött e tevékenység kényszerének.

A szakmai kollégiumok az egyes szakterületek nagy tekintélyű szervezeteiként mind közvetlenebb hatást gyakorolnak a finanszírozásra. E grémiumok tagjai döntő többségben a betegellátás legfeljebb tíz-tizenöt százalékát kitevő egyetemek illetve országos intézetek orvosai, miközben szinte mutatóban sem akad köztük a betegellátás felét végző városi kórházak orvosaiból illetve a járóbetegellátást végző kollégákból. Az a felvetés, hogy ezen testületekben a nővéreknek is képviselőt kellene kapni, már több mint szentségtörésnek számítana. A szűkülő forrásokért vívott harcban példátlan önkorlátozásról kellene tanúságot tenni ezen grémiumoknak ahhoz, hogy ne saját intézményeik érdekeit részesítsék előnyben egy-egy döntésük során.

Meg kell említeni, hogy a magyar egészségügy nem (sem) volt képes a sarlatán eljárásokkal szemben hatékonyan fellépni. A beteg (illetve a majdani megbetegedésétől féltő) ember ma talán a legnagyobb fogyasztói célcsoport a reklámparban. Rendkívüli veszélyeket rejt magában az a tény, hogy miközben orvosetikai szabályok és a költségvetést védő rendelkezések tiltják az orvosi tevékenység, illetve a TB által támogatott gyógyszerek reklámját, gátlástalanul hirdethetők az egyéb, kétes, nem egyszer veszedelmes hatású eljárások, kezelési módok. Az információszerzéshez való jog üzleti megfontolásokból akadálytalanul érvényesül a fogyasztóvédelem elveivel szemben.

A defenzív gondolkodásmód veszélyei

Magyarországon évente körülbelül háromszáz esetben indul az egészségügyi ellátással összefüggésben bírósági eljárás. Ezen esetek elenyésző részében állapít meg a bíróság foglalkozási szabályszegést („műhibát”), ugyanakkor polgári peres eljárásban egyre gyakrabban ítélik meg kártérítést.

Ennek a látszólagos ellentmondásnak az oka az, hogy szakmánk sajátosságai miatt a legkörülmétektöbb orvosi tevékenység esetén is érheti a beteget kár. Ilyen lehet egy bizonyos százalékban törvénytörően bekövetkező műtéti vagy (nagyságrendekkel ritkábban) altatási szövődmény. Ilyen lehet, amikor a szakmailag elvárható gondossággal eljáró orvos téved a diagnózisban, mivel nem típusos formában jelentkezik egy betegség, ezért nem megfelelő vagy késedelmes kezelésben részesül a beteg.

Az eseteknek csak kis részében létezik ideális kivizsgálási vagy kezelési eljárás. Jóval gyakoribb, hogy mivel idealist nem lehet, optimális döntést kell hozni. Ilyenkor tulajdonképpen kockázatértékelést végez az orvos. A rendelkezésre álló információk alapján kell mérlegelnie, hogy melyik eljárás szolgálja legvalószínűbben a beteg érdekét, melyiknél a legkedvezőbb a haszon és a kockázat aránya. Ha helyesen mérlegelte a körülményeket, akkor a döntés a betegek túlnyomó részének hasznára válik, de törvénytörő, hogy egy-egy beteg más döntéssel jobban járt volna. Lássunk egy példát:

„A klinikaigazgató a következőkkel illusztrálja a túlzott óvatosság terjedő gyakorlatát:

- A szegedi traumatológián évekkel ezelőtt elláttak egy bokatöréssel beszállított sérültet. A törés szépen összeforrt, a beteg azonban később trombózt kapott, és meghalt. A hozzátartozók műhibapert indítottak, és kártérítést kaptak. Azóta a töréses sérültek mindegyike hét héten át vérrögösödést gátló gyógyszert kap. Ez a betegenként tizenötezer forintos kiadás évente több százmillió költséggel terheli az egészségbiztosítási pénztárt.
- Ha azzal a gyógyszerrel megelőzhető a trombózis veszélye, akkor a betegenként tizenötezer forint nem tűnik rémisztő összegnek – vetem közbe.
- Csakhogy a sérültek egy százaléka sem hajlamos a vérrögzőképződésre – állítja a sebész főorvos –, emellett a páciens kora és az egészségi állapota alapján elég pontosan behatárolható, hogy kinél kell számolni ezzel a rizikóval. Ráadásul ez a rutinszerűen beadott gyógyszer nem nyújt teljes biztonságot a vérrögzőképződés ellen, ugyanakkor szedése káros mellékhatásokat és szövődményeket okozhat. Vagyis nem humán érdekből adják a véralvadástgátlót, hanem az esetleges műhibaperek elleni védelemből.

De beszélhetek arról is, hogy hány műtött betegnek adunk teljesen feleslegesen antibiotikumot. Mindezt azóta, hogy egy operált beteg meghalt, és a bíróság megállapítása szerint a halál nem következik be, ha az illető kap antibiotikumot.”

(Millió műhibaperek – törvénymódosítást sürget egy pécsi sebész, Népszabadság, 2001. október 18.)

A sajnos a vég nélkül sorolható példák lényegét abban lehet összefoglalni, hogy a kizárólag a beteg érdekeit figyelembe vevő kockázatértékelést a műhibaperektől való félelem alapvetően eltorzította. Gyakran nem kizárólag az orvosi indokok alapján, hanem az esetleges műhibaperek miatti félelemtől vezérelve kapják a betegek a gyógyszereket. A szakmai nyelvet defenzív medicinának nevezi. Ez a gondolkodásmód az utolsó évtizedekben világszerte kikezdte az orvoslás szakmai alapjait.

Az egészségügyi szolgáltatók kötelező felelősségbiztosításának rendszere hivatott e gondolkodásmód káros következményeitől megvédeni elsősorban a beteget. Magyarországon az utóbbi években sajnos ez a rendszer összeomlott. A biztosító maximum ötmillió forintig áll helyt az egészségügyi intézmények okozta károkért, míg a megítelt kártérítés összege nem egy esetben akár egy nagyságrenddel is nagyobb.

Gondoljunk bele abba a paradox helyzetbe, hogy a beteg érdekében a legkörültekintőbb eljáró, kifogásolhatatlan szakmai döntést hozó orvos is súlyos anyagi helyzetbe hozhatja a kórházát. Ha vállalkozóként dolgozik, akkor nemcsak a vállalkozását teheti tönkre, de családja egzisztenciáját is kockáztatja. Önkormányzati vagy állami tulajdonú intézmények esetében a beteg idővel hozzájut az őt megillető kártérítés teljes összegéhez még akkor is, ha a kára jelentősen meghaladja az ötmillió forintos limitet. De mi történik, ha az egyre nagyobb számban működő magánszolgáltatót kötelezi a bíróság kártérítés megfizetésére? A jellemzően tőkeszegény, kényszer- vagy egzisztenciavállalkozások tulajdonosainak az esetek jelentős részében egyszerűen nincs készpénztartalékuk a kártérítési összeg kifizetésére. Kérdéses, hogy egy többéves jogi procedúra után a tulajdonosok saját családi vagyona elegendő-e a kártérítés fedezetére anélkül, hogy az az egész család egzisztenciáját tönkretenné?

Látnunk kell, hogy kiélezett helyzetekben – az orvosok bármennyire szeretnék is és bármennyire képesek is rá –, a jó döntés meghozatala ellen rendkívül nyomós okok szólnak. Hiába tudjuk, mi lenne a beteg számára a legjobb, ha létezik olyan megoldás, amelyik kevesebb jogi kockázattal jár, akkor igen nagy az esélye, hogy amellettt dönt az orvos.

A GYÓGYÍTÓ TEVÉKENYSÉG PARADIGMAVÁLTÁSAI

A személyes tapasztalaton nyugvó gyógyítás korában – úgy ötven-száz évvel ezelőtt – az orvos saját gyakorlatában is képes volt ellenőrizni a korabeli új módszerek értékét, helyességét. Az orvostudomány robbanásszerű fejlődése, a megállíthatatlan specializáció paradigmaváltást hozott. A személyes tapasztalaton alapuló gyógyítást mind több alkalommal felváltotta a bizalmon alapuló gyógyító tevékenység. Saját gyakorlatában ugyan már mind kevesebb betegnél tudta az orvos kontrollálni az új tudományos eredmények létjogosultságát, de nem volt oka kételkedni a tudományos eredmények hitelében.

Korunk egy újabb paradigmaváltás kora, a bizalmi elv mellett egyre nagyobb szerepet kap a marketingeszközökkel való meggyőzés. Mára az orvostudományi kutatásokat mind nagyobb arányban gyógyszergyártó magáncégek finanszírozzák, ami azzal a következménnyel jár, hogy az orvostudományi kutatások irányát alapvetően az szabja meg, hogy mely területeken remélhető gyorsabb és gazdaságilag nagyobb haszonnal kecsegtető kutatási beruházás. Ez rendkívül komoly és folyamatos etikai kihívást jelent a modern orvoslás számára.

Ráadásul a tudományos eredmények átadásában is alapvető szerepe van a gyógyszergyári marketingnek. Ma már nincs szaklap és nincs konferencia, melynek költségét ne a gyógyszergyárak állnák. A gyógyszergyárak közvetve vagy közvetlenül jelentős anyagi támogatásban részesítik a nagy tekintélyű, a kollégákra nagy szakmai hatást gyakorló vezető orvosokat. Nem magyar sajátosság, hogy az orvosok számára az új tudományos eredmények elfogadása mindinkább az orvos sikeres meggyőzésének kérdésévé vált.

GYÓGYSZERGYÁRTÁS, GYÓGYSZERELLÁTÁS

A gyógyszeripar a globalizált világ legprosperálóbb üzletágává vált a II. világháború után. Nem túlzás azt mondani, hogy az egész világot bizonyos értelemben a maga képére formálta. Olyan hatalmi koncentráció jellemzi az oligopolisztikus, néhány multinacionális cég kezében összpontosuló, kemikáliákat előállító iparágat, amit joggal lehet az emberiség újabb kori történetében példa nélkülűnek tekinteni. A jelen tanulmány kereteit messze meghaladná a farmakológiai ipar generációkat befolyásoló tevékenységének részletes elemzése. Mindössze néhány, témánk szempontjából fontos szempontra szeretnénk felhívni itt a figyelmet.

Ma a WHO háromszáz feltétlen szükséges gyógyszert tart nyilván, miközben világszerte ennél két-három nagyságrenddel több gyógyszer van forgalomban. Közkeletű vélekedés szerint megalapozott szakmai igényt elégített ki, hogy a rendszerváltás után a gyógyszerekre fordított kiadások drasztikusan megnövekedtek. 1990 előtt számos hatékony gyógyszer valóban igen nehezen volt hozzáférhető a magyar betegek számára, de a tényleg fontos patikaszerek mindegyike elérhető volt nálunk. A rendszerváltás óta – azóta is egyre fokozódó marketingnyomással – óriási mennyiségben zúdul a magyar egészségügyre a gyógyszerek tömege. Bármilyen furcsának is tűnik, semmi sem bizonyítja, hogy a gyógyszerkínálat jelentős növekedése bárhol a világon egészségnyereséget eredményezett volna. Miközben a HDI (human development index) alapján évek óta stabilan a világ legfejlettebb országának számító Norvégia ezer körüli gyógyszerrel biztosítja a lakosság egészségügyi szükségleteit, addig nálunk ennek a többszöröse érhető el.

Mára az ország gazdasági teljesítőképességét meghaladja a gyógyszerköltség. A gyógyszerkiadások 2002-ben a teljes egészségügyi ráfordítás 27.6 %-ára rúgtak, ami az OECD-országokban mért értéket ötven-száz százalékkal haladja meg. Szemben a teljes egészségügyi ráfordítás huszonöt százalékaival, a gyógyszerek esetében harmincnegyző százaléka volt a betegek által zsebből fizetett részarány. Semmivel sem indokolható mértékben von el forrást a társadalomtól, részben más, hasonló hatékonyságú, de nyilvánvalóan kevesebb mellékhatással járó kezelési módok alkalmazásától.

Beláthatatlanok annak következményei, hogy világszerte a gyógyszergyárak váltak az orvostudományi alapkutatások fő finanszírozóivá. Képtelen összeférhetetlenség, hogy az orvoslás alapvető folyamataira egy, az eredményben egzisztenciálisan is érdekelt fél szinte kizárólagos befolyást gyakorolhat. Elég, ha arra gondolunk, hogy ezáltal elsősorban olyan problémák kutatására jut pénz, ami a gyógyszergyárak számára rövid távon gazdasági eredménnyel kecsegtet.

Súlyos kihívást jelent a gyógyszerkipróbálások menete is. Nem csak arról van szó, hogy rendkívül nehéz ezen kutatások teljes átláthatóságát biztosítani, elérni azt, hogy a gyógyszerkipróbálások során valamennyi szabályt maradéktalanul be kelljen tartani, és a profitérdekkel szemben biztosítani lehessen a biztonságos gyógyszeralkalmazást. Ennél sokkal mélyebb a probléma: a jelenlegi szabályozás mellett egy új gyógyszermolekula tízéves kutatás után tömeges klinikai alkalmazásra megfelelőnek bizonyulhat (ennyi idő bőven elegendő a hatásosság igazolásához). Elégséges annak bizonyítására is, hogy rövid távon a gyógyszerhasználóknál a hatás–mellékhatás arány optimális lehet – de kétséges, hogy a hosszú távú ártó hatás

rizikója mennyiben zárható ki! És ami igazán fenyegető, hogy ez a szabályozás teljesen alkalmatlan arra, hogy a környezetünkre és a következő generációkra való veszélytelenséget igazolni lehessen. Harminc-negyven éve egy olyan időzített farmakológiai bombán ül az emberiség, ahol a robbanás veszélye nemhogy csökkenne, de folyamatosan növekszik annak arányában, ahogy egyre több gyógyszert fogyasztunk. (Kissé leegyszerűsítve a következő generációk és a környezetünk biztonsága azon múlik, hogy az egereken nyert állatkísérletek kedvező eredménye extrapolálható-e az emberekre illetve természetes környezetünkre.)

A gyógyszeripar a reklámpiac legfőbb megrendelőjeként a média egyik legfontosabb finanszírozójává vált. A multinacionális gyógyszergyártók bevételeik tíz százalékát fordítják alapkutatásra, miközben marketing-tevékenységre húsz százalék jut. Ezzel az offenzív promóciós tevékenységgel az egész egészségügyet képesek a maguk érdekei szerint alakítani. Például ismételtelen bebizonyosodik, hogy hozzáférnek az OEP adatbázisához, és pontosan tisztában vannak azzal, hogy egy-egy orvos melyik gyógyszerből milyen mennyiséget rendel.

A szakmai továbbképzések, szaklapok finanszírozóiként igen komoly ráhatásuk van az adott szakmai rendezvényeken elhangzó információkra is. A vezető orvosok jelentős része olyan juttatást kap a gyógyszergyártóktól, amelynek a megvonása számára komoly egzisztenciális visszaesést eredményezne. A gyártók még azt is megtehetik, hogy a számukra sérelmes gazdasági döntések esetén a politikai hatalmat is megrendítő döntéseket hoznak.

Ahogy a világ számos, elsősorban fejlődő országában, úgy nálunk is a gyógyszergyártók érdekkörébe került a gyógyszer-kereskedelem jelentős része. Magyarországon az utóbbi hónapokban már nyíltan is a gyógyszer-kiskereskedelemben meglévő befolyásuk teljességétélére törnek.

A tájékozatlan, betegségének kiszolgáltatott vagy éppen mesterséges hisztériakeltéssel egészséges voltában elbizonytalanított lakosság manipulálásával, az információs jognak a fogyasztóvédelem elé helyezésével mentálisan megrendítették az embereket. Professzionális marketinggel néhány hónap alatt jóformán bármilyen termék iránt képesek tömegigényt gerjeszteni.

Példátlan az újkori társadalmak körében az a helyzet, ami a gyógyszerek esetében végbement. Nemcsak a kínálati oldalt uralja világszerte ugyanaz a néhány cég, de az alap- és alkalmazott kutatásokat, és a kiszolgáltatott tömegek manipulálása révén a keresleti oldalt is képesek

uralmuk alatt tartani. Különösen igaz ez azokra az országokra (és sajnos hazánk is ilyen), ahol a nemzeti kormányok képtelenek a gyógyszergyárakkal szemben megvédeni az emberek érdekeit. Egyértelmű ugyanakkor, hogy a multinacionális gyógyszergyártók érdekeivel szembeni hatékony fellépés nem képzelhető el szűk nemzeti keretek között, hanem nemzetközi összefogásra van szükség. Nem kizárt ezért, hogy a gyógyszergyártók lobbitevékenysége is meghúzódik amögött, hogy az egészségügy azon ritka területek egyike, amelyek szinte teljes egészében nemzeti hatáskörben maradt az Európai Unióban.

IRÁNYÍTÁSI VÁLSÁG

Egy megfelelő egészségpolitika a fent részletezett anomáliák bármelyikét hatékonyan képes lenne enyhíteni vagy megszüntetni, mert az állami dominanciájú egészségügy kiválóan tervezhető, központilag igen jól irányítható rendszer. Jelenleg azonban az állami egészségpolitika hazai állapotát a túlzás, és a mindenkori erősebb lobbicsoport érdekeit szem előtt tartó törvénykezési és irányítási törekvések jellemzik.

A magyar egészségügy csődjének valódi oka, hogy ez az óriási rendszer képtelen a folyamatos önkorrekción. A korrekció helyett az erős lobbiképességi csoportok szabják át időről időre a jogszabályi környezetet, osztják újra a költségvetési forrásokat. Három igen erős érdekcsoportról mindenképpen érdemes szót ejteni. Az egyik a már említett gyógyszergyáraké. A másik, a nagy értékű egészségügyi eszközöket forgalmazók érdekcsoportja. A CT- és MR-vizsgálatok gyors elterjedése, a művese-hálózat kiépülése természetesen önmagában üdvözlendő fejlemény. Ha azonban azt vesszük figyelembe, hogy e nagy értékű fejlesztések finanszírozása az egészségügy többi területéről anélkül vont el forrásokat, hogy egy szakmai konszenzussal elfogadott program részeként került volna be az egészségügybe, akkor ennek káros hatásai is felismerhetők.

Egyre komolyabb felelősség terheli az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot is, amelynek az lenne a feladata, hogy mindannyiunk érdekében biztosítsa az egészségügyi szolgáltatók törvényes működését. Az utóbbi években azonban egyre több és tendenciájában mind kirívóbb törvénysértés felett huny szemet a szervezet. Elnézi például, hogy számos kórház kötelező felelősségbiztosítás nélkül működik. Engedelmes partnere az állami vezetésnek az egészségügyi dolgozók túlfoglalkoztatása kapcsán kialakult tudatos

törvénysértésben. Engedélyezi kórházak működését a betegellátás kulturált végzéséhez szükséges elemi feltételek (pl. meleg víz!) hiányában is. Mindezzel a magyar betegeket hozzá súlyos helyzetbe, egészségükhöz való alkotmányos jogukat veszélyezteti – épp az a szervezet, amelyiknek alapfeladata lenne e jogok biztosítása!

A harmadik érdekszövetséget a betegellátók néhány, az előzőnél kevésbé jól körülhatárolt csoportja alkotja. Itt részben az orvosok gazdasági elitjéről kell beszélni, amelynek elemi egzisztenciális érdeke a paraszolvencia-rendszer fennmaradása, s így ellenérdekeltek a bérkövetelések rendezésében. A fővárosban dolgozó negyven százaléknyi orvosnak érdeke a területi egyenlőtlenség fenntartása is, és ebben természetes szövetségesük a Budapest-centrikus média, politika és közgondolkodás is. (Kisebb léptékben az egyes régiók, megyék centruma és perifériája között ugyanez az ellentét feszül.)

Végezetül az intézményi érdeket említem meg. A kórháznak nagy költségvetésű fekvőbeteg-intézményként történő megtartásához komoly egzisztenciális érdeke fűződik az osztályvezető főorvosoknak, az intézmény tulajdonosainak és menedzsmentjének. Ugyanakkor ez az érdek elnyomja több tízezer orvosét: az orvosok nagy többsége nem képes az így kialakult „poroszos hűbérrendszerben” alkotó energiáit kellő hatékonysággal a gyógyítás szolgálatába állítani.

A társadalmi elit felelőssége

A társadalom véleményformáló és döntéshozó eliteje egész egyszerűen nincs tisztában az egészségügy valós helyzetével. Ennek oka, hogy saját és hozzátartozója betegsége esetén nem az átlag állampolgárnak kijáró ellátásban részesül, így – szemben például a közoktatás helyzetével, a környezet állapotával, az utak minőségével vagy akár a benzin árával – nincs személyes tapasztalata az egészségügy tényleges helyzetéről (jól példázza ezt azóta leköszönt miniszterelnök őszinte megdöbbenése, amikor a 2002-es választási kampányban egy egyébként átlagos helyzetű vidéki kórházban járt kampánykörúton).

Az elit nem képes és valószínűleg saját jól felfogott érdekében nem is akarja szembesíteni a társadalmat azzal, hogy az ország gazdasági lehetőségeihez képest irreális elvárásai vannak az egészségüggyel szemben. A nyugat-európai ráfordítás töredékéből a magyar egészségügy az ottani szolgáltatás mennyiségénél többet teljesít – mégpedig lényeges

szakmai színvonalbeli különbség nélkül –, miközben a költségek nagy része hasonló a nyugat-európaihoz (a különbség a bérre és a műszer- valamint épületállományra való ráfordításokban mutatkozik).

A közfinanszírozott ellátást eközben, a világon pártját ritkító módon, az alapellátástól a legmagasabb szintű ellátásig a szabad intézmény- és orvosválasztás jellemzi.

Az egészségügy sok esetben – némi hálapénz-fizetés ellenében vagy éppen annak reményében – olyan szakmai szolgáltatásokat is nyújt, amelyeknek nincs szakmai indoka, és amit a világon mindenütt teljes áron, zsebből fizettetnek meg a betegekkel.

Az elit nem meri a társadalom elé tárni, hogy milyen égbekiáltó a szakadék az egészségügyi lehetőségei és a társadalom kívánalmai között. Az egészségügyi dolgozók talán legnagyobb fájdalma éppen az, hogy a rajtuk kívülálló okok miatt mind gyakrabban jelentkező lakossági elégedetlenséget nem ritkán tudatosan is az egészségügyiek illetve a „leketlen, pénzéhes” orvosok ellen fordítja a hatalom. Az orvostársadalom rendkívül nehezen éli meg az ilyen sajtókampányokat. Kirívóan igazságtalanok ezek az akciók azon orvosok esetében, akik kizárólag az építőipari segédmunkás szintjét meg nem haladó (!), legális jövedelmükből élnek, és a munkavégzésükhöz nélkülözhetetlen szakmai önképzésüket mind nagyobb részben ebből az adózott bérből kénytelenek megoldani.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szakmabeliek sokszor gondolják azt, hogy az egészségügy fő problémája a pénzhiány. A politika ezt az állítást részben tagadni igyekszik, hiszen a források elosztásának felelőssége elsősorban a döntéshozó politikai hatalomé. Ugyanakkor erősíti is a hatalom ezt a vélekedést azáltal, hogy immár negyedik esztendeje a magántőke bevonását, mint csodaszert tünteti fel. Súlyosan megtévesztő az egészségügy bajait kizárólag a pénzhiányra visszavezetni! A rendszer működőképességének drámai válságát előidéző okok többsége egy jelentős forrásbevonás esetén is érintetlenül maradna. Nyilvánvaló, hogy jelentős forrásbővítés (avagy kapacitásszűkítés) nélkül a csődhelyzet nem oldható fel – de minőségbiztosítás, a szolgáltatók feletti kontroll kiépítése és a szakmaiság helyreállítása nélkül sem.

Az egészségügyet jellemző válságtünetek és okok közül az irányítási válság, a rendszer önkorrrekcióna való képtelensége és a jól artikulálható részérdekek rendszerszerű érvényesülése a legjelentősebb. Az egészségügy válságos helyzete napjainkra már a gyógyítás alapjait veszélyezteti. A fundamentum, amire a gyógyítás egésze épül: az orvos–beteg találkozás. Két kérdés eldönti, hogy stabil-e ez az alap vagy sem: egyrészt meg kell válaszolni azt a kérdést, hogy az orvos egyértelműen a beteg érdekében jár-e el a kezelés során, másrészt választ kell kapni arra a kérdésre, hogy vajon rendelkezik-e a beteg az orvosi döntés, esetleg döntéssorozat elfogadásához szükséges bizalommal.

Mint a korábbi elemzésből kiderül, számos tényező hat az ellen, hogy az orvos evidensen a beteg érdeke szerint járjon el. Ennek egyik fő tényezője az egzisztenciális kiszolgáltatottsága. A legtöbb orvos nem keres annyit legálisan, hogy ne szorulna rá a paraszolvenciára, illetve a gyógyszergyári promócióra. Ettől független az orvosok kiszolgáltatottsága az őket foglalkoztató intézménynek (nem egyszerűen a stabil munkahelyről van szó, hanem arról, hogy ez a munkahely számos orvos számára a kórházi gebin-magánrendelés révén komoly mellékjövedelmet biztosít).

Egyre jelentősebb tényező a defenzív medicina is. Nincsenek világos és egyértelmű szakmai protokollok, és összeomlott az orvos védelmét is szolgáló kötelező felelősségbiztosítási rendszer. Kiélezett helyzetben az orvosnak nehezen vállalható felelősség szakad a nyakába: úgy kell döntenie kritikus esetekben a beteg sorsáról, hogy közben saját vagy akár a családja egzisztenciális helyzetét is mérlegelnie kell.

Végezetül nem elhanyagolható az orvosok által végzett irreális munkamennyiség szerepe sem. Európai kollégáihoz képest két-háromszor annyi beteget kénytelen egy magyar orvos ellátni, ami nyilvánvalóan önmagában is a szakmai színvonal romlását okozza. Összességében e külön-külön is jelentős súlyú tényezők együttesen idézik elő, hogy ma az orvos nincs abban a helyzetben, hogy egyértelműen és minden alkalommal a rábízott beteg érdekében járjon el.

Nézzük a betegek részéről mindezt. Az orvosokban való bizalom nélkül rendkívül nehéz a gyógyulás. A beteg embernek a legtökéletesebb információátadás mellett is bizalomra van szüksége döntéséhez: elfogadja-e az orvos javaslatát vagy elutasítja azt. Ez a beteg részéről a gyógyulás alapja, mégis számos tényező hat e bizalom ellen. Egyrészt a betegek is sejtik az egészségügy jelenlegi helyzetét, ha nincsenek is mindazzal tisztában, amit fent leírtunk. Másrészt óriási nyomás nehezedik rájuk a fogyasztást ösztönző reklámok formájában.

Gátlástalanul lehet sarkalán eljárásokat hirdetni és a (sokszor csak vélt) orvosi műhibák médiatálalása szintén súlyosan nyom a latban. Végezetül: elemi egészségügyi ismeretek hiányában a magyar társadalom túlnyomó többsége nem rendelkezik a bizalomhoz, az orvosok döntéseinek elfogadásához szükséges ismeretekkel.

Vannak-e ennek a helyzetnek haszonélvezői? Vannak: a patika- és egyéb csodaszerek gyártói és forgalmazói. Rendkívül komoly érdek fűződik ahhoz, hogy a magukat orvosilag egyébként egészségesnek tudó milliókat ebben a tudatukban megingassák. A fogyasztást ösztönző reklámok azt sugallják, hogy a legtöbb normálisan végezhető emberi tevékenységünket célszerű gyógyszerekkel vagy éppen természetes anyagokkal segíteni. Ide tartozik a tudományosan alá nem támasztott vagy éppen káros, ún. prevenciók eljárásokra való rábeszélés (pl. a multivitaminok tömeges fogyasztása mérsékelt égővi vegyes táplálkozás mellett egyszerűen agyrém). Az orvosok sok esetben direkt módon érdekeltek egyes gyógyszerek felírásában. A defenzív medicina szintén elősegíti a gyógyszerek indokolatlan fogyasztását.

Szintén érdemes megemlíteni, hogy az orvos, mint ősi értelmiségi szakma társadalmi presztízsének rongálásához politikai érdek is fűződik, és él még a szocializmusból öröklött reflexek némelyike is. Akkor hol nyíltan, hol burkoltan volt tetten érhető az orvosok diszkreditálását célzó politikai törekvés. Ennek a törekvésnek nyílegyenes folytatásaként 1998 után példátlan módon tömegesen zárták ki az orvosok egy jelentős részét – a házi orvosok (ezzel a kistelepülésen élő orvosok) döntő többségét – a helyi közséletről, hiszen a vállalkozó orvosok 1998-tól nem voltak önkormányzati képviselőnek illetve polgármesternek választhatók.

II. PRÓBÁLKOZÁSOK A KIBONTAKOZÁSRA: PRIVATIZÁCIÓ, ELLÁTÁSSZERVEZÉS

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLAT MAGÁNOSÍTÁSA

Az államszocializmus bukása után az új és „régi-új” politikai, kulturális és médiaelit azt sugallja, hogy a szocializmus minden szempontból maga volt a szintiszta és tömény gazdasági csőd. Az egyetlen markánsan megjelenő vélemény szerint a szocialista tervgazdálkodás bukása egyetlen jelent az állam gazdaságirányításra való teljes alkalmatlanságával. Felszínes és hamis megközelítés egy diktatúra kontraszelektált, nemzetvesztő pártállami vezető rétege által rendszerszerűen saját zsebre is működtetett gazdaságirányítás csődjéből arra következtetni, hogy egy demokratikus rendszer szakértő gazdaságirányítása is képtelen lenne az ország érdekében működtetni az általa felügyelt állami szektort. Sajnos tagadhatatlan azonban, hogy az elmúlt tizenöt év számos torzítással terhelt demokráciájának vezető rétege mégis mintha ezt az álláspontot erősítené.

Gazdasági okok

Magyarország, a szocialista tábor tagjaként, elveszítette a XX. század harmadik világháborúját, a hidegháborút, és ennek gazdasági hatása a második világháború utáni helyzethez mérhető. Szemben azonban egy háború utáni helyzettel, amikor a népek nagyon sokszor csodálatos megújulási képességről, békeidőben nem látható önzetlenségről és összefogásról tesznek tanúságot, a 90-es évek teljesen szétesett, atomizált társadalmú Magyarországon ennek épp ellenkezőjét lehetett tapasztalni. Ráadásul a hidegháború veszteseként „jövátételt fizet” az ország, hiszen rákényszerültünk a piacunk szinte teljes megnyitására.

A gazdaság helyreállításához szükséges erőforrások talán legjelentősebb részét – az előző negyven évben a társadalom tényleges lehetőségeit meghaladón teljesítő – közszolgáltatásokból, ezen belül is elsősorban az egészségügyből történt forráskivonás biztosította. Ez mintegy ezerötszázmilliárd forint közpénz kivonását jelentette az egészségügyi rendszerből.

Az államháztartási reform elmaradásával a költségvetés tervezésénél az egészségügyben ma is a maradványelv érvényesül. Tényleges feladat-alapú költségvetési tervezés egyedül a gyógyszerkasszájánál történik. Az egészségügyi szolgáltatások döntő részénél ezzel szemben a feladatok változatlan hagyásával egyre kevesebb pénz áramlik a rendszerbe (ami a robbanásszerűen fejlődő diagnosztikus és terápiás lehetőségek mellett a valóságban egyre több feladatot ró az egészségügyiekre). Az utolsó öt-nyolc évben teljesen felbomlott az ellátandó feladatok és az ehhez szükséges források összhangja.

Az ágazat szanálásához szükséges erőforrások az állami költségvetésből ma már egész egyszerűen kigazdálkodhatatlanok. Ennek megvalósítása azt jelentené, hogy néhány év alatt a közfinanszírozott egészségügy GDP-ből való részesedése a jelenlegi 4-5% közötti értékről 6.5-8%-ra emelkedne (ez évente öt-hatszáz milliárd forint), miközben, szintén igen rövid idő alatt, az előző években kivont ezerötszázmilliárd forint jelentős részét is vissza kellene pótolni az elmaradt fejlesztésekre. Ennek esélyei négy évvel ezelőtt is rosszak voltak, azóta azonban minden egyes évvel tovább romlottak – mára, megítélésem szerint, az egészségügy teljes állami szanálására nincs remény.

A politikai döntéshozókat befolyásoló közgazdászok között továbbra is uralkodó vélekedés, hogy az egészségügy támogatása az ablakon kidobott közpénz. A politikusok tényleges magatartását – a politikai meggyőződéstől függetlenül – ez a közgazdasági szemlélet urálja. Ezzel párhuzamosan, az ezredfordulóra a globalizált tőke belső lényegéből fakadó folyamatos növekedési kényszerét a piac hagyományos területei már nem elégítik ki. A tőke érdeklődése ezért a közszolgáltatások, ezen belül is az egészségügy irányába fordult.

Az egészségügy magánosításának sajátosságai

Egy termelő vállalat értékét alapvetően az határozza meg, hogy rendelkezik-e piacképes termelőeszközökkel, illetve, hogy a termékei iránt milyen kereslet mutatkozik a piacon. Mivel az egészségügyi szolgáltatások igen drágák, és a magyar társadalom relatíve szegény, az egészségügyi intézmények talán legfontosabb értékét az adja, hogy szolgáltatásait a társadalombiztosítás finanszírozza-e vagy sem. Hiába hoznának létre egy, a legmodernebb műszerekkel felszerelt, kiváló képességű egészségügyi személyzettel ellátott kórházat, és hiába lenne e kórház szolgáltatásai iránt komoly igény, mindez fabatkát sem ér, ha az OEP nem finanszírozza a működését.

A szegénységünkéből következő másik speciális körülményre is érdemes felhívni a figyelmet. Ha valaki megvásárol egy városi vagy megyei kórházat, azzal automatikusan monopolhelyzetbe kerül az adott földrajzi területen, mert nehéz elképzelni, hogy a belátható jövőben gazdaságos lenne egy másik intézményt felépíteni, és méregdrága műszerekkel felszerelni. Mindez azt jelenti, hogy aki ma egy fekvőbeteg-intézmény tulajdonjogát megszerzi, biztos piachoz jut. Egy adott régió monopolhelyzetbe került kórháztulajdonosa ráadásul bizonyos értelemben megkerülhetetlen politikai tényezővé válik, mert számos helyen a régió egyetlen kórháza nélkülözhetetlen az ott élők alkotmányban biztosított egészségügyi ellátásához. Vidéken a helyi kórház, mint munkalehetőség is kiemelkedő fontosságú intézmény. A köztulajdonban működtetett egészségügyi intézmények esetében kizárható, hogy ezzel a helyzettel visszaéljenek, egy magántulajdonos azonban saját jól felfogott érdekében élhet ezzel a zsarolási potenciállal.

Az új diagnosztikus eszközök működésbe állítása is veszélyt rejthet magában, mert amíg ez tagadhatatlanul előnyös a helyben élők számára, a finanszírozás zárt kasszás jellege miatt a más területeken őket hátrányosan érinti, ellátásukra ugyanis ily módon kevesebb forrás marad. Reális veszély, hogy egészségügyi beszállítók hatékony lobbizással visszaélhetnek ezzel a helyzettel.

Végezetül érdemes még egy körülményre felhívni a figyelmet. Az egészségügyi ellátás biztosítása az állam és az önkormányzatok alkotmányos kötelezettsége. Mindez azt jelenti, hogy hiába adják el akár a teljes egészségügyi tulajdont, a felelősségtől nem szabadulhatnak meg. (Képzelnék el egy normálisan finanszírozott egészségügyet, ahol a bevételek huszonöt százaléka az amortizáció fedezete. Ha egy magántulajdonos ezt a huszonöt százalékat éveken át nem az ingatlan- és műszerállomány szinten tartására fordítja, majd csődöt jelent, irrálisan nagy gazdasági terhet hagyhat hátra.)

Egészségügyi adatkezelés szintén veszélyes területe a magánosításnak, mert az egészségügyben számos rendkívül érzékeny adat keletkezik – hatalmas piaci értéket jelentő adatbázisról van szó. Ma a világon az egyik legnagyobb üzlet az emberek egészségi állapotának megőrzése és helyreállítása. Nem lehet eléggé védelmezni ezt az adatbázist az illetéktelen kezekbe való kerüléstől. Rendkívül aggályosnak tartható, ha ezen adatbázis magáncégek kezébe kerülhet.

A közfinanszírozott egészségügy magánosított szektorai

A rendszerváltáskor még gyakorlatilag teljes köztulajdonban működtetett egészségügy jelentős része mára magánkézbe került. A magánkézben működtetett szolgáltatások kétféle típusát mindenképpen érdemes elkülöníteni.

Önfoglalkoztató típusú magánosítás – háziiorvosi szolgálat, gyógyszertárak

A közforgalmú gyógyszertárak egésze és a háziiorvosi szolgáltatók döntő többsége mára magánkézbe került. Erre a privatizációs formára az jellemző, hogy érdemi tőkebevonást nem eredményezett. A törvényalkotó mintegy elismerte a gyógyszerészek és a háziiorvosok „know how”-ját az adott szolgálat kiépítésében, működtetésében, és az általuk használt épületek, eszközök kedvezményes eladásával jutalmazta azt. E szolgálatok nem igényelnek jelentős tőkét.

Zöldmezős egészségügyi beruházások – nagy értékű képalkotó-diagnosztika, művese-állomások

A másik, gyökeresen más privatizációs technika néhány nagy költségű szolgáltatás kiépítését jelentette. A magyar egészségügy súlyos hiányossága volt a korszerű diagnosztikai képalkotó berendezések elégtelen száma és a művese ellátás igen szűkös kapacitása. E területeken jellemzően zöldmezős beruházásként valósult meg a fejlesztés. Ennek feltételeként az állam biztosította, hogy ezen szolgáltatások finanszírozása valós érték szerint történjen. Mára kiépült a komputertomográfia (CT) országos hálózata, ugyanez a mágneses rezonanciás vizsgálat esetén (MR) is előrehaladt. Ezekben a területeken az utóbbi években jóformán kizárólag magánberuházásként valósult meg fejlesztés. A társadalombiztosítás befogadására váró pozitron-emissziós tomográf (PET) készülékek is kivétel nélkül magánvállalkozások kezében vannak. Mind szakmailag, mind pedig az igénybevétel körülményei szempontjából európai színvonalú szolgáltatásokról van szó, mivel ezeket – gyakorlatilag egyedüliként a közfinanszírozott egészségügyben – piaci áron fizeti a biztosító. E valóban szükséges fejlesztések működtetésére azonban a forrást a többi egészségügyi szolgáltatásra fordított összeg csökkentésével biztosítjuk. A CT, MR és művese-szolgáltatás finanszírozására 2002-ben több mint huszonkétmillárd forintot költött az OEP, ami a teljes járóbeteg-finanszírozási összeg (hetvennégymillárd) harminc százaléka! Ráadásul e három, magánkézben lévő szolgáltatás részaránya évről évre dinamikusan emelkedik az egészségügyre fordított összköltségen belül.

Speciális privatizációs technikák

A magyar egészségügy magánosításának néhány szokatlan illetve a törvényesség határait feszegető módjáról esik szó e részben.

Szakmai befektetők tulajdonosként való megjelenése

A jelentős tőkeerejű, gyógyszer, vegyszer, gyógyászati segédeszközt, orvosi műszert gyártó illetve forgalmazó cégek tartoznak ide. E cégek tulajdonosként illetve működtetőként való megjelenését a Medgyessy-kormány programja kiemelt prioritásként kezelte, az utóbb megírsult Csehák-féle kórházttörvény alapvetően az ő szerepvállalásukkal képzelte megoldani az egészségügy forráshiányát.

A szakmai befektetők színre lépése – egészségügyi beszállító szolgáltatóként való megjelenése – esetén az egészségügyre fordított költségvetési összegből már az új működtető profitját is meg kell termelni. Mivel az egészségügyi költségvetés nem emelkedett, ez azt jelenti, hogy a betegellátás más területeire még kevesebb marad, mint eddig, tovább rontva az egészségügyi szolgáltatások amúgy is folyamatosan romló színvonalát. Ugyanakkor a privatizáció során tulajdonossá váló beszállító cég mint szolgáltató, a saját termékét vásárolhatja majd meg, így a termék előállítója és vásárlója ugyanaz a cég. A forrás pedig, amelyből saját termékét megveszi, közpénz. Ez azt jelenti, hogy a szakmai befektető piacot vásárolt magának, így az egészségügyi berendezéseknél a fennálló túltermelési válságban mintegy mentőövet nyújtunk e cégeknek.

Ennél súlyosabb probléma, ami a gyógyítás szabadságát éri: nehéz ugyanis elképzelni, hogy egy adott szakmai befektető által működtetett egészségügyi szolgáltató orvosa megrendelheti egy konkurens cég gyógyszerét, vegyszerét. Ezt a veszélyt a szolgáltatóktól független külső kontroll hiányában nem lehet eléggé hangsúlyozni. Ez az összefonódás tehát azzal fenyeget, hogy a betegellátás színvonala az így privatizált szolgáltatóknál romlik.

Áfa-csalás, mint egészségügyi reform?

Az egészségügyi szolgáltatás a törvényalkotó szándéka szerint tárgyi adómentes tevékenység – a szolgáltatás után nem kell áfát fizetni, viszont a költségek áfa-tartalma nem igényelhető vissza. Becslések szerint az állam az egészségügyre fordított kiadások mintegy négy-nyolc százalékát áfa formájában visszanyeri. Ennek a jelentős összegnek

a megtakarítása igen komoly forrásbevonással érne fel.

Szemben a költségvetési intézményekkel, az új befektetők kapcsolt vállalkozásaik révén jogi kiskaput találhatnak az eddig vissza nem igényelhető áfa megtartására. Nem tudjuk megítélni ezen akció törvényességét, nem tudjuk, hogy az adóhatóság miként fog, miként akar, miként lesz képes a törvények szellemének érvényt szerezni. Mindenesetre nyilvánvaló, ha a törvényalkotónak az lett volna a szándéka, hogy az egészségügyi szolgáltatók az áfát visszaigényeljék, akkor nem tárgyi adómentessé, hanem nullakulcsossá tette volna ezen szolgáltatást. Az is nyilvánvaló, hogy ha az állam nem lép fel e gyakorlat ellen – azaz, ha törvénytelen, nem üldözi, ha törvényes, akkor a kórháztulajdonosok számára nem teremt egyenlő feltételeket –, akkor az állami, önkormányzati tulajdonú kórházak versenyhátrányba kerülnek a költségeik után áfát visszaigénylő magánszolgáltatók által működtetett intézményekkel szemben.

Ennek a problémának a jelentőségét az mutatja, hogy mindkét, 2004-ben magánkézbe került kórház, a körmendi és a kiskunhalasi esetében is az új működtető a „forrásbővítés” egyik legfontosabb eszközeként említette az áfa-visszaigénylés lehetőségét.

Kórházprivatizációs tervek az Orbán- és a Medgyessy-kormány idején

A rendszerváltást követő közel egy évtizedben a magyar törvények semmilyen akadályt nem állítottak az egészségügy teljes magánosítása elé. Az önkormányzati alapjogok közé tartozott a tulajdonukban álló szakrendelők és kórházak eladása. A jogszabályok nem tiltották az eladást, ugyanakkor nem adtak semmilyen útmutatót a magánosítás konkrét kivitelezésére.

A privatizációs törekvések alapja mindegyik kormányzat esetében az volt, hogy az egészségügy égető forráshiányát ne állami forrásból kelljen rendezni. A Mikola-féle kórház törvény a közhasznú társasági forma preferálásával alapvetően megtartotta volna a köztulajdon dominanciáját, és e keretek között remélte a magántőke megjelenését. A törvény komoly garanciális elemeket tartalmazott a nyereségesen működtethető egységek kiszervezése (az ún. „kimazsolázás”) ellen illetve az egészségügyi célvagyon védelmére, és kizárta az ún. szakmai befektetők szerepvállalását.

Ugyanakkor a törvény gyakorlatilag ellehetlenítette a korábbi kormányzatok ígérését, a háziorvosokhoz hasonló privatizáció folytatását legalább a járóbetegellátásban. Az ehelyett kínált szabadfoglalkozású orvos státus az intézménynek való kiszolgáltatottságon semmit

sem változtatott volna, sőt gyakorlatilag kizárta az orvosok közvetlen OEP szerződésének lehetőségét. Ezáltal a Mikola-féle törvény konzerválta az intézményi struktúrát.

A 2002-ben hatalomra került új kormány egyik legelső intézkedéseként felfüggesztette a Mikola-féle törvény hatályba lépését. A Csehák-féle kórház törvény gyökeresen más alapokon képzelte el a magánosítást: profitorientált magáncégek vehették volna meg a kórházakat. A törvény egészségügyi célvagyont védő rendelkezései ezért szükségképpen gyengébbek voltak, de tartalmazott garanciákat a „kimazsolázás” ellen. A lehetséges befektetők között egyértelműen a szakmai típusúak megjelenését preferálta a törvény. Mint ismert, a Csehák-féle törvényt 2003. decemberében az Alkotmánybíróság megsemmisítette. Súlyos felelőssége a mostani egészségügyi vezetésnek, hogy a kórház törvény 2003. decemberi megsemmisítését követően a mai napig nem rendelkezett az egészségügyi célvagyon védelméről!

Minthogy egyik kórház törvény sem lépett hatályba, érdemi akadálya a kórházak eladásának ma sincsen. Annyi változás történt, hogy a korábbi helyzettel ellentétben, a kórház törvények – bár hatályukat veszítették – talán elégséges fogódzót nyújtanak a privatizáció technikai kivitelezéséhez.

A megsemmisített kórház törvényekkel az állam a közpénzek bevonása helyett próbált teret adni a magántőkének az egészségügyben. A privatizációs befektetés utáni megtérülést kizárólag a rendelkezésre álló források racionalizálásával lehet elérni. Ez azt jelenti, hogy érdemi minőségbiztosítási kontroll híján valószínűleg felerősödött volna az a rendkívül káros gyakorlat, hogy a konkrét betegellátási döntéseket a szakmaiság rovására mindinkább a gazdaságossági szempontok határozzák meg.

Egy másik konkrét probléma a már említett szakmai befektetők szolgáltatókként történő megjelenése. Az utolsó pár hónapban két kórház (a kiskunhalasi és a körmenyi) esetében már befejezett tény a magánosítás. Mindkét esetben ún. szakmai befektető csoport kezébe kerültek a kórházak. Ilyen tulajdonos esetében átláthatatlanná válnak a gazdaságossági szempontok: ha a kórház működtetésén évente kétszázmillió forintot veszít, az egyenlege úgy fordulhat pozitívba, ha e veszteségesen működő kórházrészlege megrendelésekkel látja el saját termelő vagy forgalmazó részlegét. Több mint kérdéses, hogy miképp gyógyíthatnak az ilyen kórház orvosai a gyógyítás szabadságának csorbulása nélkül, ezért elvi szempontból elfogadhatatlan az ilyen típusú működtetés.

Az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezetek – a finanszírozás privatizációjának terve

2004 tavaszán, mint bűvész a kalapjából a nyulat, az egészségügyi kormányzat elővarázsolta a legújabb, reformként beharangozott elképzelését, az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvénytervezetet. A korábban soha nem tapasztalt szakmai és szakmapolitikai ellenállást észelve, a koncepció lekerült a napirendről. Ennek ellenére nagyon tanulságos a tervezet áttekintése, a benne rejlő előnyök és veszélyek mérlegelése, mivel a törvénytervezet mögött álló érdekcsoport szándékai aligha változtak meg.

„A javaslat szerint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az egészségügyi intézmények közé egy olyan, a megtakarításban érdekeltté tett tőkeerős magáncég (legvalószínűbben bank vagy biztosítótársaság) kerülne, amely meghatározná, hogy az állampolgárok milyen módon vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, illetve, hogy a rendelőintézetek és kórházak milyen ellátásokat nyújthatnak az állampolgárnak. A tervezet célja a jelenlegi ráfordítások hatékonyabb felhasználásának elősegítése. A rendszer a betegutak előírásával, nyomon követésével elkerülhetővé tenné a párhuzamosságokat, nagy valószínűséggel jelentősen csökkentené a szakmailag felesleges, ezért a beteget potenciálisan veszélyeztető, kizárólag intézményi érdekből végzett vizsgálatok, kórházi befektetések, beavatkozások számát.

A tervezet hihetetlen szabadságot ad az ellátásszervezőknek. Az OEP helyett ezentúl ők kötik meg a finanszírozási szerződést a kórházakkal, a klinikákkal és a háziorvosi szolgálatokkal – a szerződésben tizenöt százalékkal eltérhetnének az OEP-tarifáitól. Megtörténhet, hogy a leépítésre kényszerülő kórházak az ellátásszervező kegyeiért folytatott harcban egymásnak aláigérnek, azaz még kevesebb bevételhez jutnak, mint eddig – a különbséget egy része pedig az ellátásszervezőt gazdagítja. A közintézmények helyett az ellátásszervezők magánszolgáltatókat is finanszírozhatnak.

Talán még súlyosabb gond, hogy az ellátásszervezőt saját érdeke is arra készteti, hogy a minden eddigi reformelképzelés szerint életveszélyes „kimazsolázást” – a kedvező finanszírozású beavatkozásoknak a kórházakból való „kiszervezését” – erősítse. Gondoljuk végig, mi történne, ha az évente húszmillió forint nyereséget termelő osztály helyett egy magánszolgáltató tízmillió forint nyereségért látja el ugyanazt a tevékenységet. Az osztály betegeinek ellátása érdemben nem változik, az ellátásszervező nyer tízmillió forintot, a kórház pedig elveszíti azt az egységét, amely biztosította az önhibájukon kívül, a rossz finanszírozási szabályok miatt veszteséges osztályok működésének fedezetét. Ezek

némelyikét azután a csőd elkerülése végett be is kellene zárni. Az igazi vesztesek azok a betegek lesznek, akiket korábban ezek a megszűnő osztályok láttak el. Sokak szerint ez a törvényjavaslat igazi célja: egy kontroll nélküli privatizációt lehetővé tévő környezetben elértekteleníteni a kórházak egy részét, illetve kiszorítani az egészségügyi ellátásból a csak ráfizetéssel ellátható betegeket.

Tisztázatlan az önkormányzatok és az ellátásszervezők jogainak és kötelességeinek viszonya is. Hogyan lehet megakadályozni az OEP-től származó közpénzek és az önkéntes biztosító társaságok tagjaitól származó befizetések – illetve az ezekért nyújtott szolgáltatások – keveredését? Hogyan lesz képes az orvos jó döntést hozni, amikor az a veszély fenyegeti, hogy ha az általa végzett kezelést az ellátásszervező feleslegesnek ítéli, akkor nem fizeti ki? Kell-e kommentálni, hogy a ki nem fizetett közpénz a kifizetést megtiltó magáncég bevételeit növeli. Sérelmesnek tartott döntés esetén a szolgáltatónak azzal a magáncéggel kellene jogvitába kerülni, akitől a következő évi finanszírozása, tehát a létezése függ. Ez a nyilvánvaló összeférhetetlenség, polgárjogi nonszensz, semmivel sem indokolható mértékben korlátozza az orvos döntési szabadságát, veszélyezteti egzisztenciáját, és jogosan rendítheti meg a betegek bizalmát.

A tervezet szószólói szerint az ellátásszervező úgy spórol a szolgáltatásokon, hogy a betegségek megelőzésében lesz érdekelt. Nem véletlen azonban, hogy erre semmilyen garanciát nem találunk a tervezetben, ugyanis a hatékony, tényleges prevenció rövid távon az egyik legköltségesebb egészségügyi tevékenység. Mind az egészségesek szűrése, mind pedig a kiszűrtek ellátása rövid távon nagyon költséges.

A megtakarítás másik lehetősége a szolgáltatások korlátozása: tétélezzük fel, hogy van egy olyan gyenge érdekérvényesítő képességű betegcsoport, melynek ellátása nagyon sokba kerül a rendszernek. Ez esetben reális veszély, hogy az ellátásszervező ezen betegek egy részének az egészségügyi ellátásból történő kiszorításával biztosítaná a forrást az egészséges emberek szíréséhez, illetve saját profitjához. Hatékony kontroll nélkül e veszély valósággá válhat. Egy másik technika a várólisták elterjesztése lehet, amelynek révén az adott időben elvégzett szolgáltatások mennyisége öt-tíz százalékkal csökkenthető.

A legfontosabb probléma a tervezettel kapcsolatban, hogy az a szolgáltatatóktól független külső állami kontroll híján kerülne bevezetésre. Így azonban egy, a léténél fogva a profitban érdekelt szereplő megjelenése esetén a gazdaságossági szempontok még inkább felülírnák

a szakmai indokoltságot, és az eddiginél is betegellenesebb környezetben folya az egészségügyi ellátás.

A tervezet szerint a gyógyító tevékenység helyi ellátási protokollok szerint történne. Ez szakmailag tarthatatlan képtelenség – egy ilyen kis országban elfogadhatatlan, hogy ne egységes elvek szerint folyjon a betegek kivizsgálása és kezelése. A tervezettel a magyar egészségügyből égetően hiányzó APEH-szerű hatékony állami ellenőrző hivatal helyett egy olyan profitérdekelt maszek-APEH jönne létre, amely maga alkothatná az „adótvények” egy részét. Ha a magyar államéval összemérhető gazdasági erejű konglomerátum úgy kezdheti szervezni az egészségügyet, hogy indulása pillanatában nincs hatékony állami kontroll alatt, akkor többet sohasem lesz!

A tervezetben elképzelt modell sehol sem működik a világon. A bevallottan a törvény előképének tekinthető egyesült államokbeli HMO-rendszerbe a polgárok önkéntes alapon lépnek be, és az kizárólag magánpénzeket kezel. Az Egyesült Királyságban működő „found holding” rendszer pedig nonprofit alapon szerveződik.

A tervezet előzményét, az 1999-ben indult magyarországi Irányított Betegellátási Rendszert (IBR), az egészségügyi szolgáltatók szervezik. Bár ennek a rendszernek a megítélése ellentmondásos, és a tapasztalatok leszűrése még várta magára, nyilvánvalóan számos hasznosítható elemet tartalmaz. Ezek egyike, hogy egy nagyon komoly informatikai bázissal a betegutakat nyomon követhetővé teszi. Nem látható, hogy mi az akadálya annak, hogy e kedvező tapasztalatokat az OEP-en belül alkalmazva, a rendszert a jelenlegi kereteken belül tegyék hatékonyabbá, és a megtakarított összeget – szemben a napirenden lévő tervezettel – teljes egészében a betegellátásra fordítsák.

A tervezettel kapcsolatos fontos elvi kifogás, hogy a magyar egészségügy problémáit részben változatlanul hagyná, részben felerősítené. Azon túl, hogy a bevezetőben említett válságtünetek közül gyakorlatilag mind továbbra is fennállna, csökkenne a feleslegesen végzett vizsgálatok száma (ez kedvező), de várhatóan tovább erősödne a szakmai döntéseket ellehetetlenítő gazdaságossági kényszer. Ez a tervezet nem reform, ráadásul látszatmegoldásként bevezetése esetén egy, a társadalom egészének érdekeit figyelembe vevő, későbbi megalapozott és átfogó egészségügyi átalakítás legfontosabb kerékkötője lenne.

A tervezet két nagyon fontos pozitívumáról is szólni kell. A jóformán kizárólag bérkérdésről és privatizációról szóló szakmai, politikai közbeszédbe emelt két, korábban alig-alig nyilvánosságot kapó fontos problémát. Az egyik, a szolgáltatók feletti külső kontroll szinte

teljes hiánya. A másik, a meglévő irreálisan nagy területi egyenlőtlenségek megszüntetésének szükségessége. Míg az előbbi problémára a törvénytervezet által adott válasz megítélésem szerint elborzasztó, addig a törvénytervezetnek az összes negatívumával összemérhető pozitívuma, hogy a területi egyenlőtlenségeket igen rövid idő alatt teljesen felszámolná.” (Az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezet kritikája – Solymosi Tamás, 2004. szeptember, www.konzilium.hu)

PRIVATIZÁLJUK-E AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLTATÁST?

Az egészségügy megújításának nem lehet más célja, mint az, hogy a jelenlegi válságos helyzetből kilábolást nyújtson, és egy önkorrekcóra képes és kész, a lakosság nagy többségének érdekét szolgáló, működőképes rendszer jöjjön létre. Kérdés, hogy a rendszer egészének megújítása helyett történő magánosítás vajon kínál-e megoldást a finanszírozási, a szakmai, a morális, a bizalmi vagy az irányítási válságra?

Ami a finanszírozást illeti, az állam források hiányában nem akar több pénzt áldozni az egészségügyi szolgáltatásokra, ezért a magántőke bevonása mellett voksol. Ez esetben a befektetett tőke megtérülésének forrásául a gazdasági hatékonyság további növelése és az állampolgárok által fizetett többlet szolgálhat.

Tagadhatatlan tény, hogy a köztulajdonban lévő egészségügyi intézmények gazdálkodásában még mindig vannak tartalékok. Ezek felszabadítása valóban a betegellátás szolgálatába állítható forrásokkal gazdagíthatja a rendszert. Kérdés ugyanakkor e források nagyságrendje. Érdemes figyelembe venni, hogy egy egészségügyi intézmény kiadásainak közel kétharmadát a bérköltség teszi ki, ezért racionalizálás esetén nagy valószínűséggel ez lehet a megtakarítás forrása. Ha figyelembe vesszük, hogy a nemzetgazdasági ágak sorában ma is az utolsó helyek egyikén áll az egészségügyiek bérszínvonala, ha tudjuk, hogy már most is tíz százalék körüli az egészségügyben a munkaerőhiány, akkor némi kétségünk támad annak kapcsán, hogy vajon mennyi forrás szabadítható fel ezen a területen. Az egészségügyi kiadások „dologinak” nevezett harmadán érdemi megtakarítás aligha remélhető, hiszen annál kevesebb élelmet, gyógyszert, tisztálkodó eszközt, mint amennyit ma kap egy beteg a kórházban, már aligha kaphat.

Ennél sokkal súlyosabb következménye lehet a gazdaságosság növelésének, ha a magántulajdonos – racionális természetéből fakadóan – a veszteséggel ellátható betegek ellátását erősebben korlátozza, mint azt a jelenlegi, nem kizárólag közgazdasági megfontolások alapján munkálkodó menedzsment teszi. Ha figyelembe vesszük, hogy ezt a lehetőséget csak hatékony állami ellenőri apparátus lehet képes megakadályozni, és tudjuk azt is, hogy ilyen ma sincsen, akkor nem lehet eléggé óvni e veszélytől! Mindennek létezik a párja is: a nyereséges beavatkozásokat, vizsgálatokat nyakra-főre elvégeztetik az intézmények. Egy még költségérzékenyebb tulajdonos színre lépése esetén minden amellett szól, hogy erre még gyakrabban fog sor kerülni.

A másik lehetőség, amikor a befektetett tőke megtérülését az állampolgárok befizetésének növelése fedezi. Itt is érdemes végiggondolni még egyszer, hogy a privatizációval biztosított tőkebevonás és az állami hitelfelvétel között mi a különbség. Az állami hitelfelvétel esetén a felvett hitel felett szabadon rendelkezik a hitelfeltevő. A magántőke bevonása esetében viszont a „hitelnyújtó” maga dönti el, mire fordítja a befektetett tőkét. Ehhez járul, hogy az állami hitelfelvétel kamatainál nagy valószínűséggel magasabb kamatot kell a magántőke után fizetni. Ha nem így lenne, akkor a szabad forrásait nem az egészségügybe, hanem államkötvénybe helyezné a befektető. Tehát a privatizáció esetében egy olyan hitelt veszünk fel, aminek elköltésére jóval kisebb a befolyásunk, ráadásul magasabb kamatot fizetünk. Egyetlen előnyként egy pénzügytechnikai szempont jön szóba: az állami hitelfelvétel megjelenik a könyvekben, míg a privatizáció esetében erről nincs szó. Ebben a tekintetben semmilyen érdemi különbség nincs a klasszikus privatizáció és a PPP (private public partnership) technika között.

A többi leírt válságtűnet esetén nyilvánvaló, hogy a magántőke megjelenése nem hoz kedvező változást, mi több, valószínűsíthető, hogy sok területen további visszalépés következik be. Az érdemi fogyasztóvédelem hiányában egy még költségérzékenyebb tulajdonos kevésbé fogja tolerálni a szakmailag indokolt, de veszteséges beavatkozások elvégzését, illetve még nagyobb nyomás lesz az orvosokon, hogy a szakmailag indokolatlan, de nyereséget hozó tevékenységek számát növeljék. A hálapénz kiváltó okai sem szűnnek meg a magántőke színre lépésével. A gyógyszerjárári promóció szerepe elképzelhetően változni fog, de nem szűnik meg: az orvos helyett az intézmény menedzsmentje kerülhet inkább fókuszba.

A mai irreális, az ország illetve a betegek valós igényeit nem szolgáló fekvőbeteg-dominanciájú struktúra mindenképpen átalakításra szorul. Tarthatatlan az is, hogy a fővárosban koncentrálódik a fekvőbetegágyak negyven százaléka. Az egészségügyi intézményszerkezet privatizáció általi konzerválása azonban még nehezebbé teheti a reformot.

Ha a kórházak magánkézbe kerülnek, akkor az amúgy is igen nehézkes átalakítás, szükséges fekvőbetegágyszám-csökkenés elé újabb akadály kerül, hiszen jelenleg az állam, mint finanszírozó megteheti, hogy a finanszírozási szerződést módosítja. Nem tudok arra példát mondani, hogy a jogszerűség határait nem egyszer túllépő, diktátumszerű döntések ellen jogorvoslattal élt volna bármelyik köztulajdonban lévő kórház vezetése. Az ellenkezőjére viszont már volt példa, magánszolgáltató sérelmesnek vélt finanszírozói döntés ellen igen hatékonyan védte meg érdekét. Nos, a magánszolgáltatóknak az intézményszerkezet átalakítása előtti megjelenése azzal a veszéllyel jár, hogy konzerválódik a torz struktúra a drága fekvőbeteg-vízfejlet és alulfejlett, alulfinanszírozott járóbeteg-ellátással. Az egészségügy válságának felszámolásához elengedhetetlenek olyan intézkedések, melyeket kizárólag állami szabályozástól lehet remélni.

Az egészségügyi közszolgáltatás magánosításának a paradox helyzetét jelzi, hogy az ország feltételezett érdeke és a helyi érdek, ahol a tényleges privatizációs döntés születik, nem esik egybe. A korábban elmondottak alapján az ország egészét tekintve hiába tűnik a forráshiány megszüntetésére előnyösebbnek az állami konszolidáció a magántőke bevonásánál, a probléma, tehát a forráshiány helyi szinten jelentkezik. A kórháztulajdonos önkormányzatok mind több helyen szembesülnek azzal, hogy másfél évtizednyi forráskivonás után az épületek és az orvosi berendezések jóformán nullára íródtek – és az önkormányzat bezárja a kórházat, hitelt vesz fel vagy privatizál. A józan ész szerinti egyetlen megoldás a gazdaságilag ellehetetlenülően lévő kórházak eladása. Ez esetben ugyanis nem kell hitelt felvenni, a befektetett tőke megtérülésének a forrása pedig nem az önkormányzatokat terheli, hanem az állami költségvetést vagy az állampolgárokat – attól függően, hogy az állam növeli az egészségügyi közkiadásokat vagy szűkíti az ellátásokat. A paradoxon így teljes: a privatizációs döntés negatív következményeit, legalább is rövid távon, nem a helyi döntéshozó viseli.

ÖSSZEFOGLALÁS

Bármilyen köztulajdon magánkézbe adása komoly politikai és erkölcsi kérdés. A szocialista csődgazdálkodás által gazdaságilag is tönkretett ország megmaradt köztulajdonának magánosítása minden esetben nagyfokú körültekintést igényel (igényelt volna) a döntéshozóktól. Semmiképpen sem szolgálja azonban a nemzet érdekét, ha a korábbi doktriner gazdaságfilozófiát, az állam mindenhatóságába vetett esztelen hitet egy új doktrinerség, a totális piacba vetett esztelen hit váltja fel.

A közszolgáltatások magánosítására mindez még fokozottabb mértékben áll. Azt is világosan kell látni, hogy a közszolgáltatás privatizációjának nincsenek követhető előzményei, nincsenek előttünk olyan példák, amelyekből okulhatunk. Ha egy termelő vállalatot rosszul magánosítunk, kétszáz ember elveszíti a munkahelyét, ha az egészségügy magánosítása során irreális kockázatot vállalunk, akkor tízmillió magyar kockázatközösségén alapuló egészségügyi ellátását veszélyeztetjük. Ténylegesen a társadalom szegényebb harmadának-felének egészségügyi ellátása válik ezáltal kérdésessé, hiszen a szolidaritási elv elsősorban őket kedvezményezi.

Az egészségügy magánosításának hívei gyakran hivatkoznak arra, hogy az állam rossz gazda. Ha ez igaz, az legalább annyira érv a magánosítás ellen, mint mellette. Egy több ezermilliárd forintos értéket, a megmaradt mobilizálható köztulajdon nagy részét ugyanis ne adja el a rossz gazda, mert azzal mindannyiunkat megkárosít. Több mint elgondolkodtató, ha az állam rossz gazda kijelentést olyanoktól halljuk, akik aktuálisan az állam fizetett alkalmazottai, netán éppen azon „szolgái”, akiket azért fizetünk mi állampolgárok, hogy a köztulajdonnal mindannyiunk érdekei szerint jól sáfárkodjanak.

Azt is látnunk kell, hogy a súlyos hatékonysági problémákkal küszködő magyar egészségügyben a problémát nem az egyes kórházak gazdasági hatékonyságának fogyatékossága okozza. Az egész rendszer szakmai teljesítőképessége az, ami sokkal rosszabb a lehetségesnél. A magántulajdonosok szerepvállalása ezt az alapproblémát jó esetben is csak érintetlenül hagyja, a megoldás csak az állam szerepvállalásával lehetséges.

A közszolgáltatások privatizálásának hívei és ellenzői közötti konfliktus feloldására érdemes megfontolni az alábbiakat:

Mikor jöhet szóba a magánosítás?

Amíg az állam gyenge (avagy az állam szolgálai, önös érdekből is, magukat gyengének tettetik), addig nagyon nehéz elképzelni, hogy a köz számára előnyös üzletet lehet kötni. Addig, amíg az egészségügyben a fogyasztóvédelem, a beteg ember védelme jóformán hiányzik, nem szabad a szolgáltatásokat olyan kézbe adni, amelyek kész a mostani helyzetnél is jobban visszaélni ezzel.

Mit nem lehet magánosítani?

Mindenképpen megakadályozandó, hogy az egészségügy vagy annak bármelyik meghatározó szegmense néhány magántulajdonos kezébe összpontosuljon, és egy vagy néhány érdekcsoport kiszolgáltatottjává váljon. Megengedhetetlen, hogy az egészségügyi beszállítók a szolgáltatói oldalon akár tulajdonosként, akár működtetőként megjelenjenek, mert ez az összeférhetetlenség jelentősen növeli az egészségügyi alkalmazottak és a betegek kiszolgáltatottságát. (Gondoljunk a 2004. tavaszi gyógyszerbotrányra, amikor az egyik inzulint gyártó cég a számára sérelmes kormányzati döntés után pánikot idézett elő. Képzeljük el, mennyivel nőne egy ilyen cég zsarolási potenciálja, ha nemcsak a gyártói, de a szolgáltatói oldalon is az egészségügy szereplőjévé válna.)

Az ellenőrzés rendszerét semmiképp nem szabad magánkézbe adni. Erre a józan ésszel ellentétes törekvésre nincs is példa a világon, csak egy: a mai Magyarország.

Különbségtétel a tulajdonosok szerint.

Gyökeresen más megítélés alá esik egy önfoglalkoztató típusú privatizáció, és az, amikor például bankok vásárolnak kórházat. A különbségtétel oka az, hogy egy háziorvos vagy szakorvos a saját praxisából származó profitot sokkal valószínűbben fordítja egészségügyi szolgáltatásainak bővítésére, mint egy bank.

A privatizációs célok közti különbségtétel.

Hosszú évek óta azt halljuk, hogy az egészségügy forráshiányát az állam nem képes megszüntetni, azt csak a magántőke szerepvállalásával lehet elképzelni. Mint azt korábban bemutattuk, ez az érv gyenge lábakon áll. A magántőke színre lépése után vagy járulékemelésre kényszerül az állam vagy a közfinanszírozott szolgáltatások szűkítését kénytelen megtenni. Ha ez a helyzet, akkor világossá kell tenni, hogy mi is az igazi célja a közszolgáltatások magánosításának.

A privatizáció célja lehet a rendszer belső tartalékainak jobb kihasználása – a háziorvosi

szolgálat magánosítása ezt a célt szolgálta. Az alkalmazotti létből felszabadult háziorvosok jelentős része addig lefojtott kreativitását a betegellátás szolgálatába állította. Ugyanez joggal lenne remélhető a szakorvosi privatizáció esetében is.

A privatizáció célja lehet a felesleges intézmények eladása vagy olyan szolgáltatások biztosítása, melyet az állam nem tud, nem kíván finanszírozni, viszont valós lakossági igény mutatkozik iránta.

A privatizáció hívei azzal áztatják a lakosságot illetve a döntéshozó parlamenti képviselőket, hogy a magyar egészségügy súlyos gondjai kizárólag a gazdasági hatékonyság és a pénz hiányából fakadnak.

Megítélésem szerint életveszélyes a gazdasági hatékonyság fokozása mindaddig, amíg nincs fogyasztóvédelem, tehát a szolgáltatóktól független, hatékony kontroll. Ha az egészségügy a jelenlegi csődhelyzetből kikerül, és egy működőképes, megfelelően finanszírozott, hatékony külső kontroll alatt álló, a mindenkori népegészségügyi problémákhoz struktúrájában alkalmazkodni képes közszolgáltatássá válik, akkor érdemes lehet lefolytatni azt a vitát, hogy mit és hogyan magánosítsunk. De azzal áztatni a lakosságot, hogy a magánosítás e problémákat megoldaná; hogy az egészségügy forráshiányát a külső tőke úgy képes megoldani, hogy az nem jár komoly közteher-növekedéssel és/vagy a szolgáltatások mennyiségének jelentős csökkentésével, nem más, mint szemfényvesztés. Ha a jelen helyzetben privatizáljuk az egészségügyet, az ideig-óráig valóban elfedheti a problémákat, de ez azzal jár, hogy holnap ugyanezek a problémák hatványozottabban törnek ismét a felszínre.

AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZERRŐL (IBR)

Az IBR lényege

Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) kísérleti jelleggel 1999-ben indult el az országban. Ma már kétmillió lakos egészségügyi ellátása szerveződik e modell szerint.

A modell lényege, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) egy adott szervezőhöz tartozó lakosokra jutó, nem és életkor szerint korrigált fejkvóta segítségével kalkulált egészségügyi közkiadást, mint számított bevételt, illetve az ezen emberek ellátására fordított valóságos kiadást egy elvi folyószámlán vezeti. Pozitív szaldó esetén, azaz amikor

a szervező az „országos átlagnál” jobban gazdálkodik a rábízott lakosokra jutó összeggel, akkor annak nagy részét a szervező részére kifizeti, és azt előre meghatározott módon a szervező, a háziorvosok és a terület más egészségügyi szolgáltatói között felosztják. Az IBR alapvetően a háziorvosokat teszi érdekeltté abban, hogy a hozzájuk bejelentkezett betegeket minél kevesebb költséggel lássák el. Érdekeltek a háziorvosok egyrészt a betegek végleges ellátásában, másrészt abban is, hogy olyan szakellátóhoz kerüljenek a pácienseik, amelyek minél kevesebb költséggel látja el őket.

Az IBR értékelése

A modell elvi előnyei és hátrányai egy tőről fakadnak: közvetlen gazdasági érdekeltséget teremt a háziorvos számára a betegellátás gazdaságos végzéséhez. Ez egyrészt nyilvánvalóan azzal a veszéllyel jár, hogy szakmailag indokolt vizsgálatok és kezelések maradhatnak el, ugyanakkor egyértelmű, hogy a betegellátás szolgálatába állítható forrás szabadítható fel.

A veszélyeket kivédeni csak a szolgáltatóktól (és IBR-szervezőktől) független szakmai ellenőrzéssel lehetséges. Ezt járulékos költségnek minősíteni aligha lenne méltányos, hiszen e nélkül normális egészségügyi rendszer nem működhetne. (A mai magyar egészségügy, mint a korábbi fejezetben kiderül, enélkül működik...) Kérdéses, hogy ha létezik ez a kontroll, akkor mi indokolhatja egy IBR-típusú rendszer létét. Valójában a szolgáltatást finanszírozó, a biztosítottak érdekeit ellátni hivatott szervezetnek lenne elemi kötelessége e kontroll.

Az IBR gyakorlati értékelése során két kérdést kell megválaszolni: hatékonyak bizonyult-e a modell pénzügyileg és szakmailag. Sajnos rendkívül egyszerű okok miatt korrekt válasz egyik kérdésre sem adható. Ehhez ugyanis azt kellene tudnunk, hogy ugyanannál a populációnál a belépést megelőző időszakhoz képest milyen változás történt. Sajnos ez az adat sem szakmai, sem pénzügyi vonatkozásban nem áll rendelkezésre! Az IBR-hez tartozó emberek paramétereinek a rendszerhez nem tartozókkal való összevetése nem helyettesítheti mindezt.

A modellben dolgozók számításai szerint pénzügyileg hatékony a modell, az elvi folyószámlák egyenlegei minden évben néhány százalékos megtakarítást mutattak a bevétel százalékában. Mind a járó- és fekvőbetegellátásban, mind a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-kiadásban a modellkísérleten kívüli lakosságnál kevesebbet fordítanak a modellhez tartozók ellátására.

Sajnálatos módon ezek az igen kedvező pénzügyi eredmények legalább is értékelhetetlenek. Ugyanis mint az IBR öt éves történetét feldolgozó tanulmányból kiderül, a rendszerhez csatlakozott háziorvosok betegei már a belépést megelőzően is kisebb arányban kerültek aktív kórházi ellátásra, és a gyógyszerköltség is kevesebb náluk, összevetve az adott régióhoz tartozó, modellbe be nem lépő háziorvosok pácienseivel. (E két tétel az egészségügyre fordított közkiadás háromnegyedét jelenti.) - Az Irányított betegellátási rendszer működésének értékelése 1999-2003, OEP, 2004., 158. illetve 165. oldal.

Az Állami Számvevőszék az IBR-ről 2004. augusztusában közzétett jelentése megállapította, hogy a 2003-ban a modellbe belépett szervezőkhöz tartozó lakosságra az országos átlaghoz képest még az IBR-be való kerülés előtti évben hat százalékkal kevesebb egészségügyi közpénzt kellett fordítani. Ehhez képest az IBR-hez kapcsolódás első évében ennél kevesebb megtakarítás képződött. (Közvetlenül érdemes megjegyezni, hogy ez az adat az egyetlen, az IBR hatékonyságának való értékelését segítő konkrét adat abban az adatrengetegben, ami az IBR eddigi öt évről rendelkezésre áll.)

Az IBR előnyeiről

A területi egyenlőtlenség 1999 óta a lakosság egy részénél jelentősen mérséklődött. Önmagában öröndetes az a tény, hogy ennek a hozzáférésbeli egyenlőtlenségnek a súlyos, talán nem túlzó, ha azt állítjuk, alkotmányos problémája a szakmai köztudatba került, ráadásul a megoldására is kísérlet történik.

Rendkívül nagy annak a hozadéka, hogy az IBR-ben dolgozók rákényszerülnek a protokoll szerinti ellátás elsajátítására. Ennek elterjedése alapfeltétele egy valódi egészségügyi reformnak. Az IBR-ben hasznosítható tapasztalatok gyűlnek össze, hogy miként lehet kezelni azt a törvényszerűen jelentkező problémát, ami az orvosi mentalitás megváltoztatása során jelentkezik, hiszen a mind ez idáig érdemi szakmai kontroll nélkül dolgozó orvosok döntési szabadságának racionális korlátozása óhatatlanul konfliktus forrása.

Komoly hozadéka lehet a modellnek, hogy a szolgáltatóktól független szakmai kontroll kiépítéséhez gyakorlatban is képzett, a hazai viszonyokat ismerő szakemberek nevelődtek ki az eddigi hat évben.

Az IBR negatívumairól

Figyelembe kell venni, hogy milyen az az egészségügyi rendszer, ahol ezt a modellt megpróbálják bevezetni. Ma a háziorvos jövedelme nem függ attól, hogy miként él utalványozási jogosítványaival. Az IBR-ben dolgozó háziorvosok bevételeit ugyanakkor közvetlen módon növeli minden egyes megspórolt vizsgálat, fel nem írt gyógyszer. Kérdés, hogy egy ilyen direkt érdekelttség esetén nem nő-e elfogadhatatlan mértékben a beteg kiszolgáltatottsága, nem rontja-e mindez a gyógyulásának hatékonyságát. A betegek az egészségügy azon szegmense – a háziorvosi szolgálat – iránt is elveszíthetik bizalmukat, amiben pedig talán egyedülként ma még bíznak.

Az IBR egyik legfőbb veszélye abban rejlik, hogy egy esetleges szakmai és pénzügyi hatékonyságjavulás az IBR-n kívüli betegek rovására történik: amit egy kórház az általa ellátott IBR-s betegeken veszít (felesleges vizsgálatok, indokolatlan befektetések elmaradásából származó bevételekiesés), azt az IBR-rendszeren kívüli betegeknél hozza be. Ezt a problémát – hatékony külső szolgáltatói kontroll hiányában – valószínűleg egyedül az enyhíthetné, ha az IBR szervezését kizárólag ott engedélyeznék, ahol megvalósítható, hogy egy adott kórház ellátási területéhez tartozó betegek döntő többsége a rendszerbe kerüljön – ennek kivitelezése, realitása azonban egyelőre minimális.

Az utóbbi egy évben két alapvető, az IBR-t negatívan érintő állásfoglalás látott napvilágot. Az adatvédelmi biztos a TAJ-szám alapján történő adatkezelést törvénytörtőnek találta. Ez a látszólag egyszerű technikai kérdés rendkívül súlyosan érintette az IBR-szervezőket, mivel a rendszer lényegét jelentő betegutak nyomon követése így módon lehetetlenné válik. 2005 tavaszán az Állami Számvevőszék is súlyos kritikát fogalmazott meg az IBR-rel szemben, ami nem a modellkísérlet lényegét, nem az IBR-ben dolgozókat, hanem a szabályozási hiányosságokért felelős minisztériumot, és az OEP-et illette.

Valószínűsíthető, hogy az IBR körüli háborúság elbizonytalanította az apparátust. Mással nehéz magyarázni, hogy a fenti adatvédelmi problémára lassan egy év elteltével sem tudott választ adni, hiszen 2004. szeptember 30-a óta a szervezőknek az OEP nem ad adatokat. Ugyanezzel magyarázható az IBR bővítése körül hercehurca, az a tény, hogy 2005. augusztusában még nem döntötte el a hivatal, hogy ebben az évben milyen elvek szerint számolják majd a fejkvótát.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az IBR értékelése messze meghaladja jelen munka kereteit, és a szerző kompetenciáit is – de egyelőre a szakmán belül is hiányzik e modell megalapozott kritikája. Egyik oldalon nem egyszer zsigeri elutasítás mutatkozik, amit sok esetben kizárólag önös szempontok magyaráznak. Egyrészt a mindenáron való bevétel- és forgalomnövelésre kényszerülő kórházak érdekeit nyilvánvalóan sérti a betegutak racionalizálása, másrészt a háziiorvosi szolgáltatók közül számosan ellenérdekeltek abban, hogy korrupcióval fertőzött gyógyszerrendelési, betegbeutalási szokásaik hatékony kontroll alá kerüljenek. Ugyanakkor növelte az IBR iránti gyanakvást az a tény, hogy az e modellben érdekelt prominens szakemberek egyike sem emelte fel nyilvánosan a szavát az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezetek ellen.

Súlyos aggodalomra ad okot, hogy az IBR elterjesztése immár hetedik éve elszigetelten, valós reformlépések nélkül zajlik. Félő, hogy a döntéshozók valódi célja az IBR-rel nem más, mint az egészségügy társadalom érdekei szerinti átalakításának elodázása, annak a súlyos tévhitnek való megfelelés, miszerint a magyar egészségügy válsága a pénzügyi hatékonyság fokozásával felszámolható lenne. Nem növeli az IBR híveinek a számát a korábban részletezett, az egész modell értékelésére kiható metodikai probléma tisztázatlansága, illetve ennek elkenése sem.

Az IBR-t kimondva, kimondatlanul annak reményében vezették be, hogy a módszer képes lesz a rendkívül szűkös forrásokat hatékonyabban felhasználni. Alapvető kérdés, hogy megalapozott-e ez a remény. Az eddigi egyetlen konkrét adat kétségeket ébreszt. „Az előbbieken ismertetettek miatt a modellkísérlet négyéves tevékenységéről készült anyagból lényegében nem kaptunk érdemi választ a megtakarítások keletkezésének valós okaira. Véleményünk szerint a szervező tevékenységét valójában úgy lehetne megítélni, és a megtakarítását számszerűsíteni, ha azt a saját érintett körre vonatkozóan a belépés előtti időszak kiadásaihoz viszonyítanák. Ebben az esetben ténylegesen láthatóvá válna a szervező tevékenységének eredményessége, és nem befolyásolnák azt egyéb más tényezők.” (Idézet az Állami Számvevőszék korábban említett jelentéséből.)

Érdemes végiggondolni az IBR bevezetésének, majd elterjesztésének folyamatát az egyre mélyülő egészségügyi válság kontextusában is. Az állami irányítás által kialakított finanszírozási környezetben a szakellátást nyújtó intézmények életben maradásuk érdekében

szakmailag semmivel sem indokolható teljesítményfokozásra kényszerülnek. Ezek után ugyanez az állami irányítás ahelyett, hogy a probléma kiváltó okát szüntetné meg, rosszallását fejezi ki az intézmények önmagában józan viselkedése miatt. Majd pedig egy olyan tényezőt vezet be a rendszerbe, amely hatékonyan képes az intézmények teljesítményfokozásának egy részét visszafogni. Az intézmények erre adott reagálása nem lehet más, minthogy az IBR-be belépett háziorvosok betegeinél elveszített teljesítményt az IBR-be nem belépett szolgáltatók betegeinél hajtja be. Ezek után a hivatalos egészségpolitika kijelenti, hogy hatékony az IBR.

Az IBR – ahol az egészségügyi szakellátók kontroll alatt vannak, ahol a háziorvos de facto külön finanszírozásban részesül, ha az általa ellátni képes betegeket nem küldi tovább – hatékonyabb az egészségügy azon szegmensével szemben, ahol semmilyen kontroll nincs a szakellátók felett, ahol a háziorvos nincs érdekeltté téve abban, hogy az általa ellátható betegeket ténylegesen ellássa. Ez nem más, mint egyszerű evidencia, ahol a kétszer kettő egyenlő négy logikája érvényesül.

Az IBR kapcsán felvetődik az elvi kérdés: megengedhető-e, hogy az orvost anyagilag közvetlenül érdekeltté tegyük a szakmai döntés meghozatalában. Kedvezőbb-e az eddigi, részben korrupciós behatásoknál (gyógyszergyári érdekeltség, hálapénz, definitív ellátásban való érdektelenség), ha egy direkt, átlátható, kőkemény érdekeltség befolyásolja a háziorvost a szakmai döntésében?

Végezetül még egy kérdés: mi történik, ha tízmillió lakosra terjesztik ki az IBR-t? Ebben az esetben nyilvánvalóan nem képződhet megtakarítás (hiszen nincs meg az előbb említett viszonylagos előny). Valószínűsíthető, hogy a kórházak tényleges szakmai indokoltsággal nem magyarázható teljesítményfokozásához hasonlóan az IBR-szervezők egy szakmailag nem indokolható teljesítmény-visszafogásban lennének érdekelték.

Meggyőződésünk szerint, mindhárom, itt felvetett probléma megoldása egy, a szolgáltatóktól (és IBR-szervezőktől) független, orvosszakmai konfliktusokat felvállalni képes szakmai-ellenőri apparátus felállítása és működtetése lenne. Kérdés, hogy ha ez a mai napig hiányzó ellenőrző rendszer kiépül, akkor mi lehet az IBR szerepe? Nem lenne-e szerencsésebb megoldás, ha az IBR-ben meglévő számos példaértékű, előremutató elemet – az ellenőri apparátus tényleges megkettőzése helyett – éppen a kiépítendő, szolgáltatóktól független, szakmai konfliktusokat felvállalni képessé tett finanszírozónál alkalmaznánk?

A NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI KEREKASZTALRÓL

A Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal (NEK) 2004. május 24-én kezdte meg munkáját. E tanácskozási összehívását a Magyar Orvosi Kamara kezdeményezte, célja a nyilvánosság előtt a pártok, a szakmai, az érdekvédelmi és a betegszervezetek részvételével zajló konzultációsorozat kialakítása volt annak érdekében, hogy az egészségügy rövid- és középtávú problémáira konszenzusos megoldás szülessék. A rendszerváltás óta a NEK jelenthette volna a legnagyobb esélyt az egészségügy válságos helyzetének rendezésére. Sajnos a kormánypártok távolmaradása az egész kezdeményezést kudarcra ítélte. Távolmaradása, példátlanul felelőtlen hozzáállása miatt a kormányzatot súlyos felelősség terheli. Ugyanakkor a NEK ezt követő tevékenysége sajnos részben igazolta a kormányzat távolmaradását. A NEK ülései számos esetben kormányellenes nyilatkozatokkal zárultak, a NEK-et a pártpolitikai ellenzék saját önös érdekeinek eszközeként a kormányzat lejáratására használta fel.

Annak ellenére, hogy a tárgyaló delegációk szakértői komoly szakmai munkát végeztek, jelenleg bizonyos értelemben rosszabb helyzetben vagyunk, mint annak előtte.

A kezdeményezés kudarcra, melyben a fő felelősség a távolmaradókat, a kisebb felelősség a résztvevőket terheli, lejáratta a kezdeményezést.

A tanulságokat minél előbb le kell szűrni: egy ilyen konferencia jóval alaposabb előkészítést igényel. Mindaddig, amíg a pártok nem fogadókészek egy ilyen kezdeményezésre, nem érdemes, sőt kifejezetten káros a rendezvény meghirdetése. Ugyanakkor nem kerülhető meg, hogy egy pártpolitikailag semleges szakmai szervezet előzetes, alternatívákat is tartalmazó programot tárjon a politikai döntéshozók elé.

A GYURCSÁNY-KORMÁNY 21 LÉPÉS PROGRAMJA

Az új miniszterelnök hivatalba lépése után nem sokkal kijelentette, hogy jelentős, reformértékű lépéseket a ciklus hátralévő nem egészen két évében nem terveznek. Ehhez képest a kormány váratlanul és előzmények nélkül a 2005 tavaszán bejelentett 100 lépés program első 21 lépéseként az egészségügyet érintő, viszonylag jelentős változtatásokat hirdetett meg. Ezek közé tartozik a sürgősségi ellátás fejlesztése, aminek meghirdetése nélkül úgy látszik nem létezhet újabb kori magyar kormányzat. (Az onkológiai ellátás fejlesztése, a szűrőprogramok kiterjesztése természetesen üdvözlendő terv). Amennyiben a 21 lépés program némelyik eleme megvalósulna, igazán átfogó változás két területen jelentkezne.

Az egyik, hogy a fekvőbetegellátástól a járóbetegellátás felé mozdulna el az ellátás súlypontja. Sajnos a javasolt intézkedés erre alkalmatlan, mert mindaddig, amíg a kórházak lényegesen kevesebb bevételhez jutnak, ha ambuláns módon látják el a beteget, hiába teremtünk lehetőséget a fekvőbeteg-kapacitás átcsoportosítására, ehhez semmilyen érdeke nem fűződik az intézményeknek. A szándék valóságosága is kétséges, mert az óriási médiaoffenzívával kísért program ezen elemében érdemi újdonság nincs. Amit most külön programként hirdettek meg, arra eddig is lehetősége lett volna az intézményeknek.

Ami talán a legfontosabb és legelőrevívőbb reformértékű újdonság, az a protokollszerű ellátás meghirdetése. Sokan várjuk kíváncsian, hogy a gyakorlatban mit jelent mindez, milyen lesz a közzétett protokollok szakmai színvonala, logisztikai tartalma. Ugyanakkor önmagában is előrevívő, hogy mindez a kormányzati prioritások szintjére került, mert ez elősegítheti a program folytatását egy kormányváltás után is.

Hasonlóan üdvözlendő, hogy a kormány ígéretet tett arra, hogy meghatározza a biztosítási jogviszony szolgáltatási tartalmát. Sejtetni engedték, hogy szembe kell nézni végre azzal a teljes egészségügyi rendszert szétziláló problémával, hogy a társadalom nem képes olyan egészségügyet működtetni, amely „mindennek” a kivizsgálását és kezelését felvállalja.

Végezetül egy sokak által igen kedvezően fogadott elképzelésről kell szót ejteni: a kormányzat ígéretet tett a járulékfizetés rendbetételére. Mindenképpen üdvözlendő, ha a társadalombiztosítás biztosítás voltát megerősíti az állam azáltal, hogy az önhibáján kívül nem fizetők után maga teljesít befizetést, illetve hogy egyértelművé teszi, hogy nem ugyanolyan szolgáltatás jár annak, aki után rendesen fizetnek, mint annak, aki után nem. Ugyanakkor jelzi a kormányzat szemléletbeli korlátait, hogy az állami vállalatok dolgozói után elmaradt több tízmilliárdos járulékbefizetés elmaradását közel sem veszi olyan szigorúan, mint a magáncégek be nem fizetett munkáltatói hozzájárulásait.

Összességében egyet kell értenünk a Gyurcsány-kormányzat kezdeti megállapításaival. Sem az idő rövidsége, sem a társadalmi elfogadottság nem tette lehetővé, hogy az egészségügy átalakításába belefogjanak. A legnagyobb problémának azt tartom, hogy e kormány, elődjéhez hasonlóan, elzárkózott a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztalon való részvételtől, és ezáltal maga is súlyosan felelős azért, hogy 2005-ben sincs elfogadott középtávú cselekvési program az egészségügy reformjáról. Ugyanakkor rövid működésének sikereként kell elkönyvelni, hogy bár egy alapvetően marketing-szemponjú médiaoffenzíva részeként, de mégis csak olyan problémákat emelt be elsőként a politikai közbeszédbe, amelyek megoldása nélkül valódi átalakítás nem képzelhető el.

III. EGY LEHETSÉGES KIBONTAKOZÁS

AZ ÁTALAKÍTÁS CÉLJA ÉS ALAPELVEI

Az egészségügy átalakításának célja az elemi emberi normák betartásával és érvényre juttatásával a társadalom egészét tekintve költséghatékony, szakmailag elvárható színvonalú, a megelőzést középpontba helyező ellátás kialakítása.

A szolidaritási elv megtartása vagy paradigmaváltás?

A társadalombiztosítás több mint százéves Magyarországon. Az alapelv szerint az egészségügy működéskéhez jövedelemarányosan járulnak hozzá a biztosítottak, a szolgáltatásokból pedig az egészségügyi állapotuk alapján részesülnek. Az eltelt évtizedek bizonyították az alapelv helyességét. A társadalmi szolidaritás elve nem egyszerűen az egészségügyi rendszer alappillérét jelentette, de a társadalmi integritás egyik legfontosabb biztosítója is.

Szembe kell azonban nézni a ténnyel, hogy az egészségügy utolsó tíz éve a szolidaritási elv drámai sérülését eredményezte. Ma hárommillió, erején felüli járulékteherrel sújtott munkavállaló biztosítja tízmillió magyar egészségügyi (és egyéb közfinanszírozott) ellátásának költségét. Belátható időn belül nincs reális esély arra, hogy az elveszített több millió munkahely helyett hasonló arányban újak létesüljenek, tehát a foglalkoztatás tartósan alacsony szintjével kell számolni. Ez a közfinanszírozott, szolidaritási elv alapján nyújtott szolgáltatások arányának jelentős csökkenését eredményezi. A szolidaritási elv érvényesülése ellen hat az egészségügy robbanásszerű fejlődése is. Már csak ezért is a társadalom jövedelemtermelő képességét a világon mindenütt meghaladja az egészségügy költségigénye – és ennek a folyamatnak nem látni jelenleg a végét.

A szolidaritási elv további sérülése a társadalom szövetének szétesését eredményezheti. Kérdés, hogy megállítható-e ez a folyamat? Számot kell vetni azzal, hogy a XIX. század végi, XX. század eleji gyors polgárosodás után Európa középmezőnyébe került országunk az utolsó hetven évben gazdaságilag jelentősen meggyengült, a félperifériára szorult. Mára

egyértelművé vált, hogy gazdasági lehetőségeinket meghaladja a szolidaritási elv a fejlett szociális piacgazdaságokban megszokott szintjének elérése. Kérdés, hogy miként kezeljük ezt az új helyzetet. Meddig várható el a társadalom derékhadától, hogy saját magát megroppantva tartsa el a társadalom egészét? Mára a magyarság történelmi érdekévé vált, hogy megakadályozzuk a szolidaritási elv további sérülését.

A középrétegek terheit mindenképpen csökkenteni kell. Nem tartható fenn, hogy az önhibájukból a perifériára szorulók ugyanolyan jogokat és ellátást élvezzenek, mint a járulékaikat rendszeresen fizetők.

Napjaink gazdasági szempontokat homloktérbe helyező társadalmi környezetében egyáltalán nem nyilvánvaló, hogy az egyes ember egészségének megőrzése, helyreállítása kifizetődő a társadalom egésze számára.

Hasonlítsunk össze kétféle életutat: egy dohányzó férfiét, aki káros szenvedélye miatt ötvenöt-hatvanéves korában egy gyors lefolyású tüdőrákban vagy azonnali halált okozó szívinfarktusban meghal és egy egészséges életmódot folytató nemdohányzó társáét, aki nyolcvanöt évesen, tíz éven át tartó lassú fizikai és szellemi leépülést követően hal meg.

A dohányos ember adók és járulékok formájában rendkívül sokat fizetett be a közösbbe, onnan viszont jóformán semmit sem vett ki. A másik emberünk lerótta a járulékait, majd pedig igen sokat vett ki a közösből – részben nyugdíj formájában, részben azért, mert élete utolsó tíz évében visszatérő kórházi kezelésekre szorult, és állandó gyógyszereszedővé vált. Sajnos – szemben a közvélekedéssel – nem hogy nem evidens, de nagy valószínűséggel hamis azt hangsúlyozni, hogy az egészséges életmód a társadalom számára egyben a gazdaságilag költséghatékony magatartás is. A társadalom persze igen sokat veszít azáltal, hogy a példánk szerinti férfiember nem lesz nagypapa, nem lesz képes a családjá és környezete számára az emberi tapasztalatait és értékeit, unokáinak a szeretetét átadni, de ez a veszteség sokkal nehezebben forintosítható.

Elemi emberi norma, hogy a rászoruló ne maradjanak ellátatlanul. Az újabb és újabb technikai változások következtében azonban az élmunka-igény mindenhol drasztikusan csökken, ezért nincs közvetlen, rövid távú gazdasági érdekesség a társadalom perifériáján lévők egészségének megőrzésére, helyreállítására – egyáltalán, az emberileg elfogadható életminőségük biztosítására.

Látnunk kell, hogy a mai pénz- és haszonelvű társadalom- és gazdaságpolitikában óhatatlanul átűt a szűk gazdasági érdek. Nem lehet sikeres az a stratégia, amelyik a fiskális

döntéshozókkal el akarja hitetni, hogy a dohányzás visszaszorítása rövid távon gazdaságilag rentábilis. Nem lehet sikeres az a stratégia, amelyik a munkaerőpiacról jelentős számban végleg kiszorult emberek munkaképességének helyreállításáról evidenciaként állítja, hogy gazdasági haszonnal jár. Nem lehet sikeres ez a stratégia, hiszen a ma döntéshozói nálunk sokkal jobban tudnak számolni... A cél éppen az, hogy ne a fiskális szemlélet határozza meg a társadalompolitikai döntéseket!

Az alapvető emberi normák társadalmi érvényre juttatásával el kellene érni, hogy a betegek ellátásában társadalmi szinten érvényesüljenek a költséghatékonysági elvek, és ne intézményi szinten, ahogy ma történik. (Mint a tanulmány első részéből kiderül, a kettőnek nemhogy nincs köze egymáshoz, de a ma érvényesülő viszonyok között paradox módon ellentétben állnak egymással.)

Alapvetően fontos, hogy az emberek minél „alacsonyabb” szinten jussanak végleges ellátáshoz, tehát az alapellátás lásson el mindenkit, akinek az ellátására képes. Hasonló logika alapján a szakellátást igénylő emberek azon része, akit járóbetegként el lehet látni, ott kerüljön ellátásra, és ne a jóval drágább – és a beteg számára is megterhelőbb – fekvőbeteg-osztályon.

Elvárható, hogy a költséghatékonyság elvei abban is érvényesüljenek, hogy ki látja el a beteget. Ha az ápoló vagy a kezdő szakorvos éppen olyan jól el tudja látni, mint az orvos vagy a professzor, akkor hozzájuk kerüljön a páciens.

Az egészségügy mégoly megfontolt, a társadalom egészének érdekeit szem előtt tartó átalakítása is óhatatlanul konfliktusok sorozatát gerjeszti. Ez nem spórolható meg, de ennél komolyabb társadalmi érdek, hogy az átalakított egészségügy nagyobb megrázkódtatások nélkül legyen képes működni a következő húsz-harminc évben. Az átalakítás során egy olyan, a mainál rugalmasabb struktúrájú, a változó társadalmi igényekhez alkalmazkodni képes egészségügy kialakítása a cél, amely képes a következő évtizedek kihívásaira is megfelelő válaszokat adni.

EGY LEHETSÉGES ÁTALAKÍTÁS FORGATÓKÖNYVE

Az egészségügy átalakításának egyik kulcsfeladata, hogy a betegek számára átláthatóvá tegye az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének a módját: váljon nyilvánvalóvá, hogy mi és milyen feltételekkel jár a betegeknek. A másik jelentős feladat, hogy az átalakulás során végrehajtott makro és mikro szintű változások mindegyike azt a célt szolgálja, hogy a gyógyító kizárólag a rábizott beteg érdekei szerint járhasson és járjon is el.

Az alább részletezett forgatókönyv három egymásra épülő elemet tartalmaz, amelyeket megítélésem szerint egyetlen valódi reform sem nélkülözhet.

A közfinanszírozott egészségügy szakmai alapjai

Egészségmegőrző program

Egészségnevelés

A magyar lakosság tragikusan alacsony egészségügyi ismereteinek szintje csak szívós, hosszú távú oktató-nevelő munkával javítható. Az alapvető elsősegélynyújtási ismeretek gyakorlatban történő oktatásán túl nem kerülhető meg, hogy az egészségtan is a súlyának megfelelően kerüljön be a közoktatásba. Ennek tartalmát, személyi feltételeit, minőségbiztosítási rendszerét, valamint az oktatók képzését is tartalmaznia kell a programnak. A konkrét egészségügyi ismeretek átadásán, az egészséges életmód elsajátíttatásán kívül annak tudatosítása is ide tartozik, hogy a legtöbb esetben az egészségügy sajnos nem képes a teljes gyógyításra, sok esetben az orvosi kezelés egyetlen elérhető eredménye az életminőség javulása. (Ma nagyon sokan abban a hiszemben vannak, hogy az egészségügy omnipotens, és ezt a tévhitet a média is erősíti.) Nagyon fontos, hogy az állampolgároknak tudatosítsuk, hogy az egészségügyi szolgáltatás nagyon drága és veszélyes üzem – a felesleges vizsgálatok elvégzettetése nemcsak egészségkárosodást okozhat, hanem a közpénzekkel való felelőtlen pazarlás is.

Beteg-tájékoztató, fogyasztóvédelem

Az orvos-beteg viszonyt szükségképpen jellemző információs aszimmetria enyhítése minden, állampolgáraiért felelősséget érző egészségügyi kormányzat számára kiemelt prioritás kell legyen. Elsőrendű feladat a polgárok eltérő műveltségi szintjét is figyelembe

vevő, naprakészen tartott betegtájékoztató kiadványok megjelenésének támogatása. Az internet korában ezt a célt könnyedén lehetne olcsón és naprakészen teljesíteni, mégis csak elenyésző számban vannak nem promóciós célokat szolgáló, a laikusok számára hasznosítható ismereteket adó magyar nyelvű honlapok a világhálón. Kötelező módon át kellene formálni a gyógyszerreklámozás teljes egészét is.

Környezetegészségügy és egészségmegőrzés

Az egészséges életmód elterjesztése érdekében átfogó, számos tárcát érintő környezetegészségügyi programot kell kidolgozni és megvalósítani. Ennek révén az egészség-megőrzést – a jövő nemzedékek iránti felelősséget is szem előtt tartva – a kormányzati politika rangjára kell emeli. A társadalom-, gazdaság- és környezetpolitikai döntések mindegyikénél tekintetbe kell venni az egészségmegőrzés szemléleti kívánalmait – ennek tükröződnie kell a nemzeti fejlesztési programokban és az ágazati politikákban is. A környezeti okokra visszavezethető egészségi ártalmat előidéző hatásokat (ide értve a felesleges gyógyszerfogyasztás által okozottakat is) meghatározott ütemezés szerint csökkenteni kell. Törvényben kell biztosítani, hogy egyetlen kormányzati, önkormányzati intézkedés sem csökkentheti tovább a környezeti, a kémiai, az élelmiszer-, a vízellátás és a közlekedés-biztonsági szintet.

Az államnak az egészségkárosító termékekből származó adóbevételei biztosítása érdekében mutatott farizeus viselkedését fel kell váltsa egy, a polgáraiért felelősséget viselő magatartás. Ez csak úgy érhető el, ha a dohány- és magas alkoholtartalmú termékekből befolyó adóbevételeket az állam teljes egészében az egészségügyre, illetve a megelőzésre fordítja – nem helyettesítve, hanem kiegészítve az e területekre jutó költségvetési összegeket! Mindaddig, amíg ezen termékek más célt is szolgálnak, az állam nem fogja hatékonyan üldözni a dohányzásra történő rászakást. Az állam – a helyesen viselkedők pozitív ösztönzésével, esetleg a helytelen életmódot folytatók negatív megkülönböztetésével – az egészséges életmód fenntartására kell, hogy ösztönözze polgárait.

Egészségügy, társadalomegészségügy és társadalomökológia

A dolgozat célkitűzéseit meghaladja az a feladat, hogy kísérletet tegyen a ma még tabunak számító összefüggések közbeszédbe emelésére. A közeli jövő feladata ezekről a kérdésekről nyilvános vitát folytatni. Tudatosítani kell a polgárokkal azt, hogy a társadalom jövedelemtermelő képességét meghaladó, nem egyszer irracionális egészségügyi igények kielégítése a jövő generációk terhére történik. Véges emberi és földi javainkkal jó ideje

pazarlóan gazdálkodunk. A ma élő generációk – jelentős részben a fetiszizált egészségkultusz miatt kialakult – többletfogyasztása egyik előidézője az ökológiai válságnak.

A jövő generációk érdekében mihamarabb el kell kezdeni a disputát az olyan érzékeny kérdésekben, mint például annak elemzése, hogy vajon helyénvaló-e, hogy az egészségügyre fordított kiadások több tíz százalékát az élet utolsó éveiben költjük el? Hasonlóképp: a véges javainkkal való megfelelő sáfarkodásnak tekinthető-e, hogy dollármilliárdokat költünk olyan hatóanyagok kifejlesztésére, amelyek csak minimális mértékben segítenek adott betegségben szenvedő embereken? Ide kívánczik annak a problémának az elemzése is, hogy a biotechnológia mindennapi alkalmazásával valószínűleg bekövetkező paradigmaváltásnak milyen ökológiai következményei lesznek? Elképzelhető-e az, hogy felhagyjunk a sikeresen alkalmazott, de irreális ráfordítást igénylő orvosi tevékenységekkel? Meghatározható-e egyáltalán, hogy mit tekintünk a gyógyításban „irreálisnak”?

A nyilvános vita eredményeként prioritási listát kell felállítani, amely az egyes betegségeket és egészségügyi beavatkozást igénylő megelőző tevékenységeket az elérhető egészségnyereség figyelembevételével sorrendbe állítja. Ennek eredményeként átláthatóvá lehet tenni, hogy mi, és milyen feltételekkel jár a közfinanszírozott egészségügyi rendszerben, és mi az, aminek a biztosítására nem képes. A lista alapján, a társadalom teherbíró képességének figyelembevételével évről évre bizonyos szolgáltatások ki- illetve bekerülhetnek a finanszírozott körbe, de nem kell évről évre a vitát lefolytatni, nem lesz tere elfogadható és elfogadhatatlan lobbierdekek érvényesülésének. Ilyen program hiányában ma is korlátozzuk a betegek egy részének hozzáférését a kezelési módokhoz, de nem átlátható és nem ellenőrizhető módon, ami az egészségügy egészét átszövő korrupció melegágyát jelenti. (Az e bekezdésben leírtak alapját jelentő, 1990-ben indult, és 1994. január 1-jétől a gyakorlatban is alkalmazott oregoni kísérletről részletes elemzés olvasható Dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába című, a Medicina kiadónál megjelent könyvében.)

Szakmai protokollrendszer kidolgozása

A protokollrendszer kialakítása a különböző orvosi szakágakra megfelelő mélységig kidolgozott szakmai irányelvek megalkotását és folyamatos naprakészen tartását jelenti. Ezen előírásoknak – a orvos-beteg találkozások szakmai tartalmán túl – tartalmazniuk kell a kompetenciák meghatározását (melyik szolgáltató, milyen képzés és eszközök

birtokában végezheti el az adott tevékenységet), és ahol lehetséges, az egyes beavatkozásokra fordított optimum- vagy minimumidőket is. A kompetencialistáknak utalniuk kell arra, hogy az egyes beavatkozásokat végző orvosnak vagy ápolónak milyen szinten tartó gyakorlatra (évi esetszámra) van szüksége, és mely tevékenység kívánja meg nagy tapasztalatú kolléga felügyeletét vagy személyes közreműködését.

Mindez a ma is létező szakmai kollégiumi hálózat feladata lenne, előzetesen azonban elengedhetetlen ennek a grémiumnak a kiegészítése a városi kórházak, a szakrendelők és az alapellátás képviselőivel, és nem nélkülözhetik a középkezelők képviselőit sem. Ellenkező esetben a finanszírozás és a kompetencialisták alapját jelentő irányelvek kidolgozásánál csorbulna a hiányzó szolgáltatók érdeke.

Reális veszély, hogy az egészségügy jövőbeni alapját jelentő protokollok kidolgozását végző orvosok a jelenlegi fekvőbeteg-centrikus szemléletet nem fogják tudni levetkőzni, ezért az előírásokat szinkronba kell hozni a nemzetközi ajánlásokkal. Minthogy Magyarországon ilyen irányelvek egyelőre csak mutatóban akadnak, mindenképpen kívánatos lenne külföldi szakértők bevonása a kidolgozás és/vagy a lektorálás folyamatába. Az egyes szakmai ajánlásokat a finanszírozónak is el kell fogadni, hiszen az irányelvek a jövőbeni finanszírozás, finanszírozói kontroll és fogyasztóvédelem alapját jelentik. Célszerű lenne, ha a finanszírozó és az állami hatóság képviselőit a külföldi szakértők látnák el.

A szakmai munkához forrásokat kell biztosítani, és a teljes munka elvégzésére (irányelvek kidolgozása, szakmai vitája, lektorálás, a szakma és a finanszírozó közötti kompromisszum) kettő-négy évet mindenképpen szánni kell.

A SZOLGÁLTATÓI STRUKTÚRA ÁTALAKÍTÁSA

Az irányelvek elkészülte után rendelkezésre áll az a szakmai alap, amelyre egy megújult egészségügy szolgáltatói struktúráját lehet alapozni, és így tervezhetővé válnak a kapacitások is. Ennek során két, egymással a gyakorlatban sokszor ellentétes alapelvet kell harmonizálni: közérdek, hogy a lakosság ellátása minél nagyobb arányban a lakóhelyhez a lehető legközelebb történjen, de épp így közérdek az ellátórendszer centralizálása is, mert a nagy értékű orvosi berendezések hatékony működtetése – a ritkább beavatkozások szakmailag jó színvonalú ellátása – csak centrumokban történhet.

Az intézményszerkezet átalakítása

	Tartalma	Megvalósítása *
Házi egészségügyi szolgálat (HESZ)	Lehetőségei függvényében definitív ellátásra törekvő alapellátás	1000-1500 lakosonként egy
Szakellátás (Járóbeteg-rendelő)	Alapszakmák Speciális ambulanciák	10-20 HESZ-ra egy 40-100 HESZ-ra egy
Fekvőbeteg-ellátás	Mai városi és megyei kórházi szint	150000 lakosonként
Speciális	Egyetemi szintű ellátás	A négy egyetemi központ köré, kiegészítve egy észak-nyugat-magyarországi centrummal
Országos szintű ellátás	Egyetemekhez integráltan	

* A centrumtól való távolsággal arányosan több háziorvosi szolgálat és szakellátó intézmény telepítése ajánlott a hozzáférésebeli egyenlőtlenségek mérséklése érdekében.

Alapellátás

A mai alapellátás jelentős megerősítése nélkül nem lehet sikeres az egészségügy megújítása. A mai háziorvosi szolgálat helyett a jövőben házi egészségügyi szolgálat kell, hogy működjön. Ebben az orvos, a diplomás nővér és középfokú végzettséggel rendelkező ápoló racionális munkamegosztása váltaná fel a mai, jóformán kizárólag az orvos szakértelmére és a nővér segédtevékenységére épülő háziorvosi rendszert. A megújult egészségügyben a betegek által érzékelhető legfontosabb változás az lenne, hogy elsőként nem orvos, hanem egy megfelelő képesítéssel, szakmai tudással, felelősségvállalással rendelkező diplomás nővér fogadná a beteget, aki képes annak eldöntésére, hogy ki az, akit ő maga eredményesen el tud látni, és ki az, akit a háziorvoshoz kell utalnia. A leggyakoribb háziorvosi teendők döntő részét – injekciózás, vérnyomás-beállítás, vércukor-beállítás, véralvadás ellenőrzése, banális felső légúti hurut – éppen olyan eredményesen el tudja látni a magyar ápoló, mint ahogy azt

például az angol teszi. Ennek révén lehetősége nyílik végre a háziorvosnak, hogy a valóban az ő kompetenciájába tartozó napi tizenöt-harminc beteggel foglalkozzon – akit kell továbbküldjön, akit el tud, és a kompetencia-lista alapján el is kell lásson, maga kezelje. Ehhez az új rendszerhez legalább egy diplomás középiskolával és egy adminisztrátorral meg kell erősíteni a mostani alapellátó szolgálatokat.

A kidolgozásra váró szakmai protokollokban is elsődleges a házi egészségügyi szolgálat kompetenciáinak világos elhatárolása és betartatása. Ennek során nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nagyrészt többszakvizsgás háziorvosok sok esetben szakellátást is képesek a betegek számára nyújtani. Esztelen pazarlás, ha a meglévő képességekhez nem adunk jogositványokat (ma van példa arra, hogy ugyanaz az orvos háziorvosként nem rendelheti betegének térítéssel azt a gyógyszert, amit ugyanő a szakrendelésen helyettesítő orvosként felírhat). Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a szakfeladatot ellátó háziorvos többletmunkájáért többletfinanszírozásban kell részesülnön.

Az alapellátó orvosok státusa érdemi változtatást nem igényel. A centrumtól való távolsággal arányosan több lenne a szolgálatok finanszírozására fordított összeg – ugyanazért a finanszírozásért kisebb körzetet kellene ellátnia a végeken, mint a központban dolgozóknak. Az átalakítási javaslat meghatározó része az egyre nagyobb arányban felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók partneri szerepbe emelése. Ehhez megfelelő jogositványokkal és felelősséggel kell őket felruházni.

Az alapellátás szoros egységben működne a tíz-húsz háziorvosi szolgálatot kiszolgáló járóbeteg-ellátó hálózattal.

Szakellátás

A ma létező, százötvennél több fekvőbeteg-ellátó intézmény jelentős része a jövőben alapvető funkcióváltásra kényszerül. Becslések szerint a ma kórházban ápolott betegek (osztálytípustól függően) harminc-ötven százalékát bizonyos értelemben feleslegesen kezelik fekvőbetegként. Egy részük a szociális ellátórendszer fogyatékosága miatt fekszik egészségügyi intézményben, másik részük pedig az intézményi szintű költséghatékonyság betegellenes elveinek érvényesülése miatt (nagyságrenddel több a bevétel, ha fekvő- és nem járóbetegként látják el). Számosan a kórházinál jóval lepusztultabb infrastruktúrájú, szakember- és műszerhiánnyal küzdő járóbeteg-ellátás hiányosságai miatt kerülnek

fekvőbeteg-osztályra. Ennek következtében az összes kivizsgálás típusú befektetés döntő része kiváltható lenne. Addig azonban, amíg nem biztosítjuk annak feltételeit, hogy a ma kórházi ágyon fekvők másutt megfelelő ellátáshoz jussanak, súlyos ellátási zavarokhoz vezet egy olyan döntés, amely adminisztratív és/vagy pénzügyi eszközökkel lehetetlenné tenné ezen emberek fekvőbeteg-ellátását (mint ahogy jelenleg történik!).

Jelentősen javítani kell a szociális ellátás feltételeit is. Ide tartozik a gondozói hálózat kiterjesztése és jelentős megerősítése, a nappali otthonok kialakítása, a szociális otthonok kapacitásának és a szociális-egészségügyi szféra határmezsgyéjét jelentő krónikus osztályoknak a bővítése. A járóbeteg-ellátó rendszert alkalmassá kell tenni a megnövekedő betegforgalom fogadására. Ez részben a műszerezettség és szakemberellátottság növelését jelenti, részben jelentős forrásigényű építészeti átalakítást is. Tévhit lenne azt gondolni, hogy egy négyszázötven ágyas vidéki kórház varázsütésre, jelentős beruházás nélkül alkalmas lenne járóbeteg-rendelés ellátására.

A járóbeteg-ellátás során is biztosítani kell a fektetés lehetőségét, mert bizonyos típusú kezelések vagy vizsgálatok után néhány órás megfigyelés szükséges. Sok esetben – éppen az építészeti és a jogszabályi feltételek hiánya miatt – ma ezeket az embereket fekvőbetegként látják el. Ehhez kapcsolódik az a jelenség is, amikor kúraszerű kezelésben részesülő emberek a lakóhelytől való nagy távolság miatt fekszenek rendkívül drága kórházi ágyon. Biztosítani kell például annak a feltételeit is, hogy az öt héten át minden munkanapon sugárkezelésben részesülő daganatos beteget ne aktív kórházi ágyra kelljen fektetni.

A kizárólag hotelszolgáltatást biztosító részleg igény szerinti kialakítása főként a ritka beavatkozást végző, országos vagy regionális centrum jelleggel működő egészségügyi intézmények mellett indokolt.

Az átalakítás legkomolyabb érdeksérelemmel járó része a kórházi fekvőbeteg-ellátás karcsúsítása lesz (erről még szó esik egy későbbi alfejezetben). Üzemgazdaságilag optimális kórházstruktúra nélkül azonban nincs hatékony fekvőbeteg-ellátás. Az alapellátás és a járóbeteg-ellátás megerősítése után, a hatékony finanszírozói kontroll kiépülésével a ma kórházban fekvő emberek közel harmada nem fog kórházba kerülni (a becslés azt is figyelembe veszi, hogy a valós szakmai igények szerinti krónikus fekvőbeteg-ellátás jelentős kapacitásbővítést igényel). A magyar tradíciók alapján valószínűsíthető, hogy a ma létező megyei kórházak mellett megyénként átlagosan egyetlen másik kórház maradhat meg.

A kórházi struktúra átalakításakor elengedhetetlen a területi egyenlőtlenségek kiegyenlítése, és nem kerülhető meg a fővárosban lévő irreálisan nagy fekvőbeteg-kapacitás csökkentése sem.

Egészségügyi dolgozók jogállását érintő változás

A szakellátást nyújtók önálló OEP-szerződése a javasolt átalakítás egyik kulcslépése.

A finanszírozás alanya a betegellátást végző szakember kell legyen. Ez alapvető paradigmaváltást jelent az intézmény-orvos kapcsolatban. Ma az orvos kiszolgáltatott az intézménynek, egy olyan önrdekű félnek, amely nem jelenik meg ténylegesen az orvos-beteg kapcsolatban, mégis az orvoson keresztül egyre inkább képes saját érdekeinek megjelenítésére.

Az orvos közvetlen biztosítói szerződése lehetőséget teremt a hatékony finanszírozói kontroll megvalósítására is. A szerződés – szemben a mai finanszírozási szerződéssel – nemcsak konkrét heti óraszámot, de konkrét betegellátási tartalmat jelent. Egy ilyen szakorvosi szerződés a mai kórházi gebintevékenység megszüntetését is eredményezi. Ha az intézménynek nincs semmilyen bevétele a szerződésben rögzítettnél több beteg ellátásából, akkor evidensen meg fogja tiltani a számára kizárólag veszteséget jelentő gebinmunkát.

A szakorvosok közvetlen OEP-szerződése a kapacitások igazságos újraosztásával egyszerű eszköze lehet a területi egyenlőtlenségek megszüntetésének. A szerződés kötelező tartalmi eleme lesz, hogy hol, mely településen (kerületben) nyújthatja a közfinanszírozott szolgáltatást az illető szakorvos. A közvetlen OEP-szerződés lehetőséget teremt az egészségügyi dolgozók méltányos bérrendezésére is. Ebben a helyzetben várhatóan az intézmények fognak versengeni a finanszírozást hozó szakorvosokért. Nyilvánvaló, hogy tényleges verseny ott alakulhat ki, ahol reális több intézménnyel számolni.

A patológusok jogállásáról

Ennek az orvostársadalom által is igazságtalanul lebecsült szakmának a külön említését az indokolja, hogy rajta áll vagy bukik a szakmai minőségbiztosítás, és állásfoglalása a várhatóan szaporodó jogvitákban is perdöntő lesz. A patológus, aki végső soron megmondja, hogy miben halt meg a beteg, vagy indokolt volt-e egy csonkoló műtét elvégzése (szövetteni diagnosztika), nem állhat ugyanannak az intézménynek az alkalmazásában, amelyiknek a munkájáról – potenciálisan jogvita alapját is jelentő – szakvéleményt mond.

Speciális fekvőbeteg-ellátás

Az optimális járó- és fekvőbeteg-kapacitás kialakításával egyenértékű fontosságú a speciális ellátást nyújtó intézmények helyzetének rendezése. Az országos intézetek és egyetemi klinikák jelentős karcsúsításra szorulnak, és elengedhetetlen a meglévő szellemi és eszközkapacitás centralizálása is.

Nincs józan szakmai indoka az egyetemi szintű ellátás megduplázásának az országos intézeti hálózattal Budapesten. A fővárosban az egyetemi és országos intézetek ma igen nagy arányban nem speciális szakellátást, hanem városi szintű kórházi kezelést nyújtanak betegeik számára, mindezzel kapacitást elvonva a vidéki kórházaktól, és lehetetlenné téve a lakóhelyhez közeli ellátást. Ez a városi-megyei kórházi szint helyett jóval drágábban nyújtott gyógykezelés száműzendő a progresszív ellátásból. A karcsúsítás mellett óhatatlan az országos intézetek egyetemekkel történő integrációja.

Magánorvosi ellátás

Ez a (néhány szakmát leszámítva) ma még arányaiban jelentéktelen súlyú ellátási forma várhatóan virágzásnak fog indulni. Amennyiben számúzzuk a közfinanszírozott egészségügyből azt, ami nem odavaló, a klinikai szakmák orvosainak gebintevékenységét, a szabad orvosválasztás lehetőségét, akkor egyszerre jelentkezik betegigény és orvoskapacitás is a magán szolgáltatásra. A magánorvosok egyelőre súlyos versenyhátrányban vannak az állami szektort használó kollégáikhoz képest, hiszen utóbbiak jelentős része a kórházi infrastruktúrát ingyenesen használva „diszkontáras magánrendelést” folytat. Az új rendszerből ezt a lehetőséget száműzni kell. A várhatóan nagy számú „kétlaki”, állami és magánrendelést is folytató kollégánál világosan ketté kell választani a kétféle minőséget. Nincs akadálya annak, hogy az orvos a magánrendelésen saját kórházának, rendelőintézetének infrastruktúráját, műtéti kapacitását használja – de mindezt szabályozott, ellenőrzött, szerződéses alapon.

FINANSZÍROZÁSI REFORM

Az egészségügy működését biztosító forrásokról

A társadalom választott képviselőin keresztül eldöntheti, hogy milyen módon finanszírozza az egészségügy új rendszerét. A döntés során azonban tekintettel kell lenni a jelenlegi helyzet főbb jellemzőire. Ahogy arról már szó esett korábban, az utóbbi tizenöt év a szolidaritási elv egyre erőteljesebb kikezdésének a története, részben annak köszönhetően, hogy az egészségügy utolsó húsz évét – és várhatóan a következő évtizedekét hasonlóképp – a drasztikus költségrobbanás jellemzi.

A társadalmak jövedelemtermelő képességének növekedési üteménél tartósan magasabb az egészségügyi kiadások növekedése. Az állami költségvetés szűfeszítését eredményezné, ha a nyolcvanas éveket megelőző “békebeli” időkhöz hasonlóan közfinanszírozásban, azaz szolidaritási alapon nyújtanánk az egészségügyi szolgáltatások közel teljes vertikumát.

Annak érdekében, hogy a szolidaritási elv prognosztizálható további sérülésének következményeként a társadalom visszafordíthatatlan szétzilálódása ne következzen be, sürgető lenne erre az új kihívásra releváns, a társadalom érdekeit szolgáló társadalom- és szociálpolitikai válaszokat adni.

Ennek érdekében be kell látni, hogy az „ ingyenesség ” mítosza nemcsak hamis, de romboló is. Fenntartása önmagában pazarlást generál, és ahhoz vezet, hogy a rendszert csak sokkal nagyobb költség árán, és kevésbé hatékonyan lehet működtetni.

A hálapénzrendszert fel kell számolni. Ennek érdekében biztosítani kell az egészségügyi dolgozók méltányos javadalmazását, majd ezt követően minden lehetséges eszközzel üldözni kell a hálapénzt. Ezzel párhuzamosan ugyanakkor átlátható és legális csatornát kell biztosítani a betegek többletigényeinek kielégítésére.

Az egészségügyi szolgáltatások valós árát ki kell fizetni a szolgáltatók részére. El kell dönteni, hogy járulékokból, biztosítási alapon vagy adókból fedezi-e az állam az egészségügyi rendszer közfinanszírozott részét. Az orvosszakmai döntést meghozó gyógyítót tevékenysége közvetlen gazdasági hatásaitól függetleníteni kell.

Közfinanszírozás és magánfinanszírozás szerepe

Mint minden közfinanszírozott rendszer esetében, úgy az egészségügynél is alapvető elvárás a közpénzek rendeltetésszerű és hatékony felhasználása. Az egészségügy esetében közfinanszírozásban csak az a szolgálat vagy szolgáltatás részesíthető, amelyek valós, orvosszakmailag megalapozott szükségletet elégít ki. A közbaygon részét nemcsak a kórházi épületek és az egészségügyi műszerpark jelenti, de pontosan úgy része ennek a finanszírozott kapacitás is, az az orvosi tevékenység és munkaidő, amit egy közfinanszírozásban dolgozó egészségügyi a munkában tölt.

A magánfinanszírozás szerepe alapvetően két különböző célt szolgál. Egyrészt kiegészíti azt a szűkös forrást, amit a társadalom a beteg ember társadalmilag elismert, szakmailag megalapozott szükségletére fordít. A ma létező rendszerben ez az a rész, amit gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre zsebből fizet a beteg. Ettől élesen elkülöníthető a szakellátásban a szabad intézmény, és orvosválasztás lehetősége, amit a világon párját ritkító módon biztosít a rendszer. Ugyancsak példátlan, hogy ezt a luxust az esetek többségében hallgatólagosan elfogadva, „feketén” vásárolja meg a beteg. Mindez nagyrészt nem orvosszakmailag elismert szükséglet, hanem ezt meghaladó betegigény. Ilyen a gyakorlatban jóformán korlátozás nélkül érvényesülő betegigény bizonyos vizsgálatok elvégzetetésére és kúrák igénybevételére, amit a szakmai indokoltságtól teljesen függetlenül közfinanszírozásban biztosít az egészségügy. Ennek a kielégítése nem történhet közfinanszírozásban, szolidaritási alapon.

A közfinanszírozás bevételi oldaláról

A rendszer tervezhetősége, a szolgáltatók és az ellátottak biztonsága szempontjából egyaránt alapvető fontosságú, hogy a maradványelvű finanszírozás helyett több évre előre meghatározzuk a társadalom egészségügyre fordított támogatását a GDP arányában.

Látszólag elvi jelentőségű, hogy a bevételeket járulékból (annak elégtelen szintje esetén az adókból kiegészítve) vagy pedig teljes egészében adókból fedezi-e a költségvetés. Ha társadalombiztosítási alapon járulékból fizetjük a költségeket, az egyet jelent azzal, hogy a három-négymilliónyi munkavállaló terhei fedezik a lakosság ellátását. Ha adókból fizetjük a költségeket, akkor lehetőség van fogyasztási típusú, a társadalom egészét terhelő adókból működtetni az egészségügyet. Ez önmagában kedvező lehet a foglalkoztatás szempontjából, hiszen eltűnik az élmunkát terhelő közteher egy jelentős része. Ugyanakkor ez esetben azzal a problémával szembesülünk, hogy a felosztó-kirovó rendszer alapján

egyszer már a járulékait lerótt nyugdíjas korosztállyal tulajdonképpen kétszer fizettetjük meg a saját ellátását. Ez a probléma nyugdíj-kiegészítéssel megoldható, de ez óhatatlanul adminisztratív többletköltséggel jár.

Megítélésem szerint a társadalombiztosítás intézménye fenntartandó. Ennek előnye, hogy jóval stabilabban tervezhetőek a bevételek, és önmagában is a foglalkoztatás növelésére ösztönzi az államot. Támogatni kell a „100 lépés” programjában meghirdetett elvet, amely szerint az önhibájukon kívül nem fizetők után a költségvetés állja a járulékokat. Ez a forrás nem lesz elégséges, azt a költségvetésnek az adóból ki kell egészítenie. Mivel az élőlátás terhei tovább nem növelhetők, ezért ennek a kiegészítésnek a forrásaként a fogyasztási típusú adókat javasoljuk, és nem a kizárólag munkavállalókat vagy vállalkozásokat terhelő személyi jövedelemadót vagy társasági adót.

A magánfinanszírozás módjai

Önkéntes kiegészítő biztosítás

Ez lenne a magánbiztosítás preferált módszere. Nem kell hozzá új szervezetet kialakítani, az évek óta működő egészségpénztárak alkalmasak a várhatóan jelentősen nagyobb volumenű forgalom kezelésére. Az önkéntes kiegészítő biztosítás nem a kockázatközösség, hanem az egyéni számlák rendszere alapján működik. Az államnak támogatnia kell az önkéntes befizetéseket, hiszen így olyan szolgáltatásokra is takarékoskodhatnak az állampolgárok, amelyeket korábban teljes egészében az állam biztosított. Célszerűbbnek tűnik adókedvezmények helyett – a lakástakarékoskodás mai rendszeréhez hasonlóan – a normatív állami hozzájárulás biztosítása. Másként a lakosság egy része eleve kizorul az állami támogatásból. Hasznosan támogatná a rendszert, ha az állam a hozzájárulása fejében előírna kötelező, igazolt költséghatékonyságú szűrővizsgálatokon való részvételt. Az önkéntes biztosítást bármely, az egészség megőrzését illetve helyreállítását célzó szolgáltatásra igénybe veheti a pénztári tag függetlenül attól, hogy azt köz- vagy magánfinanszírozott szolgáltató nyújtja-e részére.

Kötelező magánbiztosítás

Ennek bevezetése több igen komoly aggályt vet fel. Ha a magánbiztosítás legbizonytalanabb, legnagyobb költségű részét (a befizetések behajtását) az állam magára vállalja, akkor kérdéses, hogy tulajdonképpen milyen kockázatot vállal a profitért a magánbiztosító, különösen úgy, hogy a megtakarítása jelentős részét – éppen a biztosítottak érdekében – állampapírokban kell tartania.

Ennél talán még súlyosabb aggály, hogy a kötelező magánbiztosítás bevezetésével óhatatlanul ahhoz a több-biztosítós modellhez tennénk meg az első lépést, aminek egy tízmilliós, kicsinynek számító egészségpiac esetében számos szakértő vitatja a létjogosultságát. Ha figyelembe vesszük azt a várható fejleményt, hogy az egészségügyi költségrobbanás miatt az állami költségvetésből az egészségügyre fordított közkiadás aránya az egészségügyön belül fokról fokra zsugorodik, akkor könnyen lehet, hogy ez az első lépés egyben a döntő lépés is lenne abba az irányba, hogy belátható időn belül a több biztosítós modell váltsa fel a jelenlegit. A társadalom szegényebb harmadának korlátozott érdekérvényesítő képessége miatt féltő, hogy ez a társadalmi szolidaritás szétzilálását eredményezhetné: az egységes nemzeti kockázatközösség helyett a befizetők vagyoni réteg szerint differenciáltan lennének a hozzájuk hasonló helyzetben lévőkkel szolidárisak.

Vizitdíj

A vizitdíjat (copaymentet) adózott jövedelmükből fizetnék az állampolgárok. A néhány száz forintos vizitdíj szerepe a javasolt rendszerben leginkább az lehet, hogy az indokolatlan igénybevételt csökkentse.

A magánfinanszírozás rendszerének kidolgozása során az egyik legfontosabb feladat annak tisztázása, hogy mi legyen a társadalom legszegényebbjeivel. Jól működő egészségügyet nem lehet elképzelni a valóban rászorultakat segítő szociálpolitika nélkül. Jelenleg a rászoruló betegeket súlyosan terhelő gyógyszerköltséget a közgyógyellátás rendszere hivatott orvosolni. Az elviekben helyes rendszer szolgálhat mintául annak a problémának a kezelésére, hogy a jövő egészségügyében nemcsak a gyógyszert, de az orvosi ellátások egy részét is lehessen részleges költségtérítéssel igénybe venni.

Gyakorlati szempontok

A legsürgetőbb teendők közé tartozik két, az egészségügy mai működését ellehetetlenítő probléma megoldása:

Egyrészt radikálisan javítani kell az egészségügyi dolgozók bérezését. Ma az egy főre jutó nemzeti össztermék 1-1,5 százalékát keresi meg egy orvos, miközben a nyugat-európai átlag 2,5-3,3 százalék. A nyugati egészségügyi rendszerek elszívó hatását figyelembe véve megkerülhetetlen, hogy a hazai bérek az egy főre jutó GDP 3-5 százalékára emelkedjenek

négyszer év alatt. Lassabb, például tíz évre tervezett bérfelzárkóztató programnak csak minimális hatása lenne a szakemberek már most is kritikus mértékű elvándorlására.

A másik megoldandó kérdés a szolgáltatások valós érték szerinti finanszírozása, tehát az amortizáció beépítése a támogatásba. Ennek hiánya tervezhetetlen, folyamatosan csökkenti és morálisan is tarthatatlan állapotot generál az intézményekben.

E két lépés következményeképpen a jelenleg rendelkezésre álló források elégtelenek lesznek a közfinanszírozásban biztosított szolgáltatásmennyiség fedezésére, de az egészségügyi ellátórendszert ellehetetlenítő helyzet nyilvánvalóvá tétele és megoldása tovább már nem elodázható. Egyértelművé kell tenni: vagy többet fordítunk az egészségügyi ellátásra vagy csökkentjük a közfinanszírozott szolgáltatások arányát. E súlyos konfliktust magában rejtő probléma kezeléséhez ad racionális keretet a korábban említett prioritási lista.

Alapvetően két megoldás képzelhető el:

Bizonyos egészségügyi szolgáltatások esetén fenntartjuk az ingyenességet, más esetben viszont nem járunk hozzá közpénzzel a szolgáltatásokhoz.

Minden egészségügyi szolgáltatás esetében egységesen meghatározott arányt képvisel a közfinanszírozás és a betegek által zsebből fizetett térítés.

Valószínűleg a két elv egyesítése lehet reális. A prioritási lista élén álló betegségeknel teljes ingyenességet kell biztosítani, de ide tartozna például a sürgősségi ellátás, az életveszély elhárítása, az anya- és csecsemővédelem, a kötelező védőoltások rendszere. A prioritási lista hátrébb sorolt betegségei esetében változó mértékű, egyre nagyobb hozzájárulást kellene a betegeknek fizetniük.

Az öngondoskodás oszlopát az önkéntes egészségpénztárak jelentenék.

Az öngondoskodási hajlandóságot az államnak adókedvezményekkel vagy normatív hozzájárulással kellene támogatni. A szociálisan rászorultaknál az állam illetve az önkormányzatok – a közgyógyellátáshoz hasonló elvek szerint – átvállalnák az önrész jelentős, ha nem is teljes részét.

A szolgáltatók finanszírozása

A költségvetési törvényben megszabott keret felhasználása kapcsán a legfőbb gyakorlati probléma, hogy a társadalmi szinten is hatékony pénzfelhasználás mellett miként tegyük zárttá az egészségügy kiadásait úgy, hogy az ellátás biztonságát, kiszámíthatóságát is biztosítani lehessen. A gyakorlati nehézségeket az alábbi négy példa illusztrálja.

A szolgáltatók bázisfinanszírozása, az intézmények előre meghatározott összegből gazdálkodnak. Ennek hátránya, hogy a szolgáltatókat a teljesítmény visszafogásában teszi érdekeltté. (A háziorvos ma nem érdekelt a betegek végleges ellátásában, mert azért semmilyen javadalmazásban nem részesül.)

Teljesítményelvű finanszírozás. Ebben az esetben a szolgáltatók a teljesítményük fokozásában érdekeltek, és így a zárt kassza miatt elértéktelenedik az egyes ellátásokért fizetett összeg (2003-ig ez a rendszer volt érvényben.)

Teljesítményelvű finanszírozás intézményi szintű volumenkorlátozással. Ez a fából vaskarika a szakmák közti igazságtalanságot úgy konzerválja, hogy a valóságban egy bázis jellegű finanszírozást eredményez: idővel várhatóan az elérhető maximális száz százalékot fogja az összes szolgáltató teljesíteni. (2004 óta ez érvényesül a szakellátásban.)

Fejkvóta elvű finanszírozás. A háziorvos vagy egy régió háziorvosainak közössége gazdálkodik a hozzá bejelentkezettekre jutó (nem, kor, egészségi állapot szerint korrigált) finanszírozással. Ebben az esetben a legfontosabb probléma, hogy mi történik azokkal a betegekkel, akik a kassza kimerülése után szorulnak ellátásra. Emellett valószínűleg megnöveli a működési költségeket az a tény, hogy tulajdonképpen az egységes nagy kassza felaprózódik.

Valószínűleg nincs ideális finanszírozási metodika. Bármelyiket is részesítjük előnyben, elengedhetetlen a hatékony finanszírozói kontroll, aminek a megfelelő protokollrendszer képezheti az alapját. Ez a biztosíték, hogy nemcsak a gazdasági, de a szakmai szempontok is érvényre jutnak az ellátásban. A másik alapelv, hogy célszerű a finanszírozást minél közvetlenebbül ahhoz telepíteni, aki azt felhasználja. Ez – szemben a mai helyzettel – világos felelősségi rendszert teremt.

Érvényesíteni kell az új finanszírozási technikában a területi kiegyenlítés elvét is. Ez nemcsak a regionális különbségek felszámolását jelenti, de azt is, hogy az ellátások meghatározott részét a régióban, a beteg lakóhelyéhez minél közelebb lehessen biztosítani.

Mindenképp tekintettel kell lenni arra, hogy az eltelt tizenöt év során az egészségügyben végbement torz piaci alkalmazkodás eredményeként az egészségügyi szolgáltatók bármilyen finanszírozási változás esetén úgy reagálnak, hogy teljesítményüket a számukra gazdaságilag optimális módon alakítják. Számos további tényező is jelen van a rendszerben, ami a szolgáltatókat tevékenységük fenntartására készíti még olyan esetekben is, amikor a várakozás, a természetes gyógyulási folyamat érvényre juttatása lenne az optimális szakmai döntés. Ilyen a paraszolvencia, a gyógyszergyári promóció, és ilyen maga az orvoslás pszichológiája is.

A teljesítmény elvű finanszírozás az említett káros tendenciákat felerősítette, ezért mindenképpen megfontolandó a bázis jellegű finanszírozás szerepének erősítése, ami az intézményi szintű stabil gazdálkodást is javíthatná.

A RENDSZER MŰKÖDTETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES VÁLTOZTATÁSOKRÓL

Források elosztása

A mai egészségügy válságának talán legfontosabb tünete a hozzáférésben észlelhető kirívó egyenlőtlenség. Mint a bevezető részből kiderült, az elveszített életévek szoros összefüggést mutatnak a lakóhely nagyságával és a centrumtól való távolságával. A népegészségügyi mutatók javítása azon múlik, hogy milyen mértékben sikerül megszüntetni a kistélepülésen illetve a centrumtól távol lakók hozzáférésebeli hátrányát. Nem lehet sikeres az a népegészségügyi program, amelyik nem ezt a problémát helyezi a fókuszába. A minimális követelmény a negatív finanszírozási diszkrimináció radikális és azonnali felszámolása. Biztosítani kell a lakóhelyhez minél közelebbi definitív ellátás lehetőségét. A fájdalmas kérdések megoldása – a kórházi struktúra átalakítása, a fekvőbeteg-kapacitások szükséges karcsúsítása – célszerűen helyi döntést igényelnek.

Elképzelhető, hogy a valódi áttéréshez pozitív diszkriminációt kell érvényesíteni – azaz a periférián (illetve kisebb településen) lakókra jutó egészségügyi közkiadások szintje magasabb kell legyen, mint a centrumban (nagyobb településen) lakóké.

Minőségbiztosítás, fogyasztóvédelem

A szakmai minőségbiztosítás az előbbieken részletezett szakmai protokollrendszer kidolgozása mellett, a hatékony, szolgáltatóktól független állami ellenőri apparátus kiépítésével biztosítható.

Az ellenőri hálózat kiépítésének és működtetésének költsége nem spórolható meg! A ma működő OEP szakmai szempontból jóformán nulla hatásfokkal működő ellenőri apparátusára a teljes egészségügyi költségvetés két százalékát fordítjuk. Alkalmassá kell tenni e szervezetet alapfeladatának, a biztosítottak fogyasztóvédelmének képviselőjére.

Óhatatlan a hatékony kontrollhoz szükséges működési költség arányának emelése. Az egészségügyi oktatásban biztosítani kell a szakmai kontrollt végző ellenőrök speciális képzését.

A hatékony, szakmailag megalapozott döntéseket szolgáló ösztönzőrendszer kialakítása semmiképpen sem helyettesítheti a hatékony ellenőrzést. Ugyanez áll az intézmények belső minőségbiztosítására is, ami fontos eszköze lehet a minőségi szakmai munkának, de semmiképpen sem helyettesítheti a szolgáltatóktól független külső kontrollt.

Egészségügyi dolgozók jogállása

Korábban már szó esett az egyes javaslatokról, itt csak két elv következetes érvényesítésére hívnánk fel a figyelmet. Egyrészt az egészségügyi dolgozók jogállását az elemi hatékonysági követelmények betartásával kell megváltoztatni. Minden dolgozónak a képességeinek és képzettségének megfelelő munkát kell végezni, ami egyúttal azt is jelenti, hogy olyan munkát, amit nála kevésbé kvalifikált dolgozó is el tud látni, ne kényszerüljön végezni.

Az átalakítási program másik sarokelve, hogy a betegellátást végző egészségügyi dolgozót újra olyan helyzetbe kell hozni, hogy evidensen a beteg érkei szerint járhasson el. Ekkor joggal várható el, sőt elemi kötelességévé kell tenni, hogy szakmai döntéseinél kizárólag a beteg érdekét tartsa szem előtt. Ezt a célt kell, hogy szolgálja a javadalmazás radikális javítása, a gyógyszergyárártól való féllégális illetve illegális függőség teljes megszüntetése, és az intézményének való kiszolgáltatottság megszüntetése.

Meg kell oldani azt is, hogy a gyógyítást végző a szakmai szabályok betartása esetén kikerüljön a műhibaperektől való félelem árnyékából, és a defenzív medicina helyett szakmai alapú, protokollokkal átláthatóvá tett döntéseket hozhasson. Tehát el kell érni, hogy az orvos szakmai döntéseinek ne lehessenek ránézve közvetlen egzisztenciális hatásai. A törvényi rendezés régóta várat magára. Állami garanciaalap létrehozásával haladéktalanul meg kell oldani azt a problémát, amit a kötelező biztosítás rendszerének összeomlása idézett elő.

A hálapénz megszüntetésének eszközeiről

A hálapénz megszüntetésének szükséges, de ma már nem elégséges feltétele az egészségügyiek bérének és jogállásának rendezése. Legalább ilyen fontos az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségeinek világossá tétele, azaz az egészségügyi

ellátás hiánygazdálkodás-jellegének felszámolása. Ebben lényeges szerepet játszik a közfinanszírozott, alapellátásba nem tartozó, de a betegek által igényelt többlétszolgáltatások (melyekhez eddig hálapénz ellenében jutottak hozzá) kiegészítő biztosítások rendszerével történő kielégítése. Világossá kell tenni, hogy mi az a szolgáltatás, amit a közfinanszírozásban megkap a beteg, és mi az, amihez a közfinanszírozásban nincs jogsultsága.

A hálapénz elleni küzdelemben kiemelt szerephez jut az orvostársadalom is. A bérrendezést a Magyar Orvosi Kamara etikai szabályainak radikális megváltoztatásához kell kötni. Nem megkerülhető a hálapénz-rendszer hatósági üldözése sem. Ennek legkézenfekvőbb módszere az lehet, hogy ezen orvosok utalványozási jogát a biztosító megvonja. Világossá kell tenni a társadalom előtt is azt a ma elhallgatott tény, hogy a hálapénz korrupció, és az elfogadó orvos, de a hálapénzt adó beteg is jogszabályba ütközően cselekszik – egyként bűnös a korrumpáló és a korrumpált, mert közpénzt tulajdonít el, a tényleg rászorulótlól von el forrást.

A szabad orvosválasztásról

Két nehezen (illetve egyáltalán nem) harmonizálható elvet kell figyelembe venni a szabad orvosválasztás elvének értékelésekor. Az egyik a bizalom elve, ami nélkülözhetetlen az egyes ember gyógyulásához. A másik a hatékonyság elve: a társadalom egésze akkor jár jól, ha a gyógyítók képzettségüknek megfelelő munkát végeznek, és a munka megszervezését nem a beteg igényei szabják meg.

A bizalom elvét maradéktalanul érvényesíteni kell a háziorvosi ellátásban, és néhány olyan szakma esetében, ahol az orvos megválasztásának lehetősége evidens feltétele a gyógyulásnak. Ilyen például a pszichológia és a pszichiátria.

A szakellátásban a szabad orvosválasztás korlátlan lehetősége jelentősen gyengíti a rendszer egészének működőképességét. Ugyanakkor a szabad orvosválasztás lehetőségének megszüntetése csak az intézmények iránti megalapozott bizalom erősítésével (megteremtésével) lehetséges. Ha a beteg abban a tudatban mehet a kórházba, hogy ott bárkinek a kezébe is kerül, annak munkájáért az állam garanciát vállal, akkor csökkenthető az a frusztráció, ami az orvosválasztás szabadságának elvesztéséből fakad.

Ehhez a folyamathoz a közfinanszírozott szakellátásban hosszú évekre van szükség.

A fogyasztóvédelem kiépülése évekre telik, és csak ezek után remélhető, hogy a betegek

kiszolgáltatottsága megszűnik. Az átmenet időszakában el kell érni (ki kell alakítani a kultúráját), hogy a beteg által szabadon megválasztott háziorvos közvetítőként szerepeljen betege és a részére szakellátást nyújtó intézmény között.

Komoly gyakorlati kérdés, hogy a közfinanszírozott kórházi ellátásban biztosítsuk-e részleges térítés ellenében a választás jogát? Megítélésem szerint ez nem jelentene változást a mai diszfunkcionális helyzethez képest, ráadásul alkotmányos aggályokat is felvetethet, hiszen a szegény embernek nem lesz lehetősége erre.

Járhatóbbnak tűnik az az út, amelyik állami eszközökkel támogatja a magánszolgáltató igénybe vételét, ahol a beteg szabadon megválaszthatja orvosát.

GYÓGYSZERGYÁRTÁS, GYÓGYSZERELLÁTÁS

Vissza kell szereznünk a multinacionális gyógyszeripartól a saját testi, lelki egészségünk és környezetünk állapota feletti jogainkat.

Szigorúbb szabályok érvényesítésével civil ellenőrzés alá kell vonni a gyógyszerkipróbálások teljes folyamatát. Az új gyógyszermolekulák kipróbálásánál lényegesen hosszabbra kell nyújtani a klinikai alkalmazásig tartó időszakot. Egy gyógyszer hatásosságának bizonyítására bizonyos esetekben akár egy-két éves vizsgálat is elégséges. A gyógyszerek biztonságos voltának igazolásához szükséges valós, tehát populációsztintű, a következő generációra is érvényes bizonyítékok megszerzéséhez azonban évtizedek szükségesek.

Húsz-harminc éve időzített farmakológiai bombán ülünk – még az azonnali kedvező változás esetén is évtizedekig felrobbanhat e bomba. Nem tudjuk ugyanis, hogy a tömegesen elterjedt mesterséges vegyületek nem okoznak-e visszafordíthatatlan kárt utódainkban és környezetünkben.

Az egyik legfontosabb, csak nemzetközi fellépéssel elérhető cél, hogy megváltozzon az új gyógyszerek befogadásának és klinikai alkalmazásának szabályozása. A hatékonyságot az egészségnyereség mértéke kell, hogy meghatározza, míg a kockázatoknál nemcsak a gyógyszert szedőnél rövid távon jelentkező, de a következő generációkra, és környezetünk egészére gyakorolt becsült hatást is figyelembe kell venni. Ezt a kritériumrendszert a már befogadott gyógyszerek esetében is alkalmazni kell.

A lejárt szabadalmú, ún. generikus készítményeknél elő kell írni a hatóanyagnéven történő forgalomba hozást és gyógyszerrendelést. Folytatni kell a hatóanyagra vonatkozó fix

támogatási programot, hogy minden hatóanyagra legyen egy legolcsóbb (legalacsonyabb térítési díjú) készítmény, de nem az orvosra és a gyógyszerészre, hanem a betegre kell bízni az ár szerinti választást.

Originális készítmények esetében erős állami árkontrollt kell alkalmazni, francia és angol mintára „Globális Támogatási Volumen” szerződésekkkel. Ez azt jelenti, hogy az originális szereket forgalmazó gyártó a teljes termékskálájára kap egy támogatási összeget. Ezen belül meghatározott keretek közt maga dönt az árakról, de az eladás korlátlan növelésének gátat szab, hogy túllépve az engedélyezett támogatás összegét, a túllépést vissza kell fizetnie az államnak. A fogyasztást ösztönző, tehát a médiában megjelenő gyógyszerreklámok teljes tilalma mellett elérhetővé kell tenni hiteles, az orvosi rendelőkben, patikákban, könyvtárakban, interneten hozzáférhető naprakész egészségügyi információkat és gyógyszeradatbázist.

A gyógyszerellátást továbbra is az egészségügyi közszolgáltató tevékenység körében kell tartani. Ezzel összefüggésben néhány kulcsfontosságú megoldandó feladat:

A gyógyszerellátást a háziorvosi rendszerrel egyenrangúan, és egymást feltételezve változatlanul az alapellátás részeként szükséges kezelni. Ez az alapellátás biztonsága szempontjából kiemelt jelentőségű.

Az ellátás biztonsága érdekében minden vényköteles gyógyszernél fenn kell tartani az egységes gyógyszerárakat – akár támogatott a készítmény, akár nem.

Engedélyezhető néhány nem támogatott gyógyszer patikán kívüli forgalmazása. Ezek kiszerezése, dobozának tipográfiája lényegesen el kell, hogy térjen a gyógyszerügyi forgalomban kaphatókétól, és „Gyógyszertáron kívüli forgalmazásra” felirattal kell ellátni őket. Ennek a termékfelelősség szempontjából van jelentősége.

A gyógyszerészek jogállását meghatározó 1994. évi LIV. törvényt, annak eredeti szellemével egyezően úgy kell módosítani, hogy a gyógyszertárakat működtető gazdasági társaságoknak csak természetes személyek lehessenek a tulajdonosai.

Gyógyszeralapot kell létrehozni, ami átveszi azokat a feladatokat, amiket ma összeférhetetlen módon a gyógyszergyárak látnak el. Azt a forrást, amit e cégek erre költöttek, adók formájában el kell vonni tőlük. Ennek az alapnak a feladata az alapkutatások finanszírozása és irányának meghatározása. A gyógyszerkipróbálások kivitelezését a gyógyszergyáraktól egzisztenciálisan független szakemberekre kell bízni. A gyakorló orvosi tevékenységgel összeférhetetlennek kell nyilvánítani, hogy valaki gyógyszergyártótól bármilyen célra közvetlen támogatást kapjon. Ha van rá valós szakmai igény, akkor hatósági gyógyszerismertető hálózatot kell felállítani, amely marketing-szempontoktól független, valós szakmai

információkkal látja el az egészségügyi dolgozókat – szemben a mai marketing alapon tevékenykedő gyógyszergyári ügynöki hálózattal.

A legsúlyosabb problémák egyike az egészségügy gyógyszergyárai által vezérelt egészségiparrá alakítása, az egészséges emberek elbizonytalanítása egészséges voltukban, annak sugallata, hogy például a természetes öregedés természetellenes folyamat. Az itt javasolt lépések közül számos ma még illuzórikusnak tűnhet, de közérdek azon törekvések elleni hatékony fellépés, amelyek az embereket bármilyen áron fogyasztóvá kívánják tenni.

ÚJ TÁRSADALMI SZERZŐDÉST!

Az átalakítás szakmán belüliekre gyakorolt hatásai

Az egészségügy átalakítása rendkívül sok érdeksérellemmel jár. Ezek felismerése, figyelembe vétele nélkül az átalakítás kudarcra van ítélve. Az alábbiakban néhány különösen kritikus gócpontról lesz szó.

Az egyik legveszélyesebb probléma a poroszos szemléletű szervezeti rendszer, ami az osztályvezető főorvosok felelősségvállalásán és – a beosztott kollégákat akadályozó – korlátlan döntési szabadságán alapul, és ilyen az intézmények fetisizálása is, ami nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy a kórház mint intézmény mára az egészségügy szent tehenévé vált. Hasonló a helyzet a gyógyszergyárai esetében is, amelyek rendkívül hatékony lobbiképességükkel a magyar társadalom teherbíró-képességét messze meghaladó módon szívják el a forrásokat az egészségügytől.

Az első két gócpont felszámolásában komoly partnerre lelhet a magát változtatásra elszánó hatalom a szakorvosok több tízezres rétegében. Az orvosi jogállás rendezése és a számukra kínált önálló, alanyi jogú OEP-szerződés révén évtizedek óta elsőként vennék őket emberszámba. Az eddig lefojtott képességek és energiák betegellátás szolgálatába állítása – a középkaderek partneri szerepbe emelése mellett – a rendszer másik aranytartaléka.

A gyógyszergyáraink szembeni hatékony fellépés meghaladja az ország lehetőségeit.

Az orvoslás szakmaiságát és tudományos hitelét kikezdő, a fogyasztóvédelemnek fittyet hányó gyógyszergyári promóció és marketing, a jövő generációk és a környezetünk védelmét semmibe vevő gyógyszeralkalmazás a fejlett országok mindegyikében probléma, ezért a

polgáraikért felelősséget érző kormányok együttes fellépése közös európai érdek. Sajnos egyelőre még a problémák közbeszédbe emelése sem történt meg, így megnyugtató megoldás a közeljövőben aligha várható.

Mindenképp ki kell térni a hazai egészségügy főváros-központú konfliktuskezelési mintáira. A fekvőbeteggyógyak, járóbeteg-kapacitások semmivel sem indokolható arányban találhatók a fővárosban – mindez a vidéken lakó emberek ellátásának rovására alakult így. Komoly elhatározás szükséges a jó politikai és média-kapcsolatokkal rendelkező fővárosi vezető orvosok érdekeivel való ütközés vállalásához. Világosan látni kell, hogy a Budapesten lakó polgárok és az orvostársadalom fővárosban dolgozó negyven százalékának érdeksérülése nélkül nem oldható meg a vidéken lakók ellátásának javítása. A fővárosban belül is speciális helyzetet jelent a személyes ambíciók kielégítése érdekében irracionálisan túlfejlesztett egyetemi klinikai hálózat. Ezek az intézetek jelentős részben nem alapfeladatukat látják el. Az egészségügyiek egyetértése nélkül azonban az átalakítás kudarcra van ítélve! A korábbi évek negatív tapasztalatai alapján a politika hozzáállása jelentősen megváltozott, hiszen 1998 óta három egészségügyi miniszter is a szakma ellenében kísérelt meg reformot végrehajtani. Különösen kirívó példája volt ennek az, ami Csehák Judit minisztersége alatt történt. 2002 őszén alkut ajánlott az akkori egészségügyi vezetés az orvosok közttestületének: a kórháztvény elfogadása esetén a szakma által készített jogállási törvény elfogadását ígérte. A politika nem tartotta be az ígéretét, a kórháztvény elfogadását követően pedig a napirendről is lekerült a Magyar Orvosi Kamara által készített jogállási törvénytervezet. Az orvostársadalom elsöprő többsége elfogadhatatlannak, a lakosságot veszélyeztetőnek, az ország tényleges érdekeivel szembenállónak ítélte a Csehák-féle kórháztvényt, a választott közttestületi vezetők mégis elfogadták a politika által kínált alkut – ezért súlyos morális felelősség terheli a kamara akkori vezetését. A szakma és a politika közti bizalmat nyilván nem erősítette, hogy az alkuból a politika végül még így is kihátrált.

Tagadhatatlanul komoly reformellenes tendenciák észlelhetők az egészségügyiek között, de be kell látni, hogy ennek talán legfőbb oka, hogy a hatalom a rendszerváltás óta folyamatosan nem tartja be az egészségügyieknek tett ígéreteit. Alapvetően három problémáról van szó: egyrészt a rendkívül méltatlan bérhelyzetről, másrészt a szakorvosok alanyi jogú OEP-szerződésének hiányáról, harmadrészt az ágazat egészének tragikus helyzetéről. Hiteles, a szavát „két napnál tovább” is megtartani képes politikával, a korábbi ígérek beváltásával az orvostársadalom nagy része meggyőzhető a szükséges változásokról. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy nem szabad szűk csoportérdekeket

figyelembe venni a döntéshozatalnál. Fel kellene végre ismerni, hogy az orvostársadalom túlnyomó többségének személyes érdeke egybeesik a magyar társadalom nagy részének érdekeivel. Ha a politika foglya marad az orvosok gazdasági elitjének, ha enged e csoport számarányát nagyságrendekkel meghaladó politikai és média-befolyásának, akkor ténylegesen a magyar társadalom érdekei ellen tesz!

Az egészségügyi reform lakosságra gyakorolt hatásai

Paradox helyzetnek tűnik, de a sikeres átalakítás egyik legfontosabb lépését – a fogyasztóvédelem, a protokollszerű működés, a szolgáltatóktól független külső kontroll kiépülését – a betegek alig fogják érzékelni. Ennek oka, hogy laikusként nem tudják megítélni, hogy szakmailag megfelelő ellátást kapnak-e vagy sem. Ma sok esetben az ellátó orvos alaposágának jeleként értékelik, hogy teljesen felesleges vizsgálatokat, beavatkozásokat végez, és készségesen befekteti kivizsgálásra, ahelyett, hogy járóbetegként látná el. Arról sem tud a beteg, ha szakmailag indokolatlanul műtétet végeznek nála.

Ha mindez a jövőben megváltozik, egészen biztos, hogy sokan hiányolni fogják az eddigi „jól megszokott” (és szakmailag teljesen indokolatlanul) elvégzett vérvételeket és ultrahangvizsgálatokat, a félévenkénti állapotfelméréseket, a kórházi befekvéssel járó értelmetlen kivizsgálásokat. Sok krónikus betegségben szenvedő ember negatívumként fogja megélni, ha ezentúl nem a szuperspecialista fogja őt háromhavonként ellenőrizni, hanem a házi orvos gondozza majd évenkénti ellenőrzéssel, szakmailag éppen olyan eredményesen.

Az átalakulással járó számos változásnak lesznek előnyei és hátrányai. A legtöbb esetben a változás okozta hátrányt akkor éri az érintett, amikor ténylegesen nincs az egészségügyi ellátásra rászorulva, az előnyöket pedig akkor, ha tényleg beteg. Komoly kommunikációs és marketingfeladat a lakossággal megértetni, hogy a változások ténylegesen az ő érdekét szolgálják, és hogy nyilvánvalóan jelentősebbek a változás előnyei, mint a hátrányok. Az alábbi táblázatban olyan példák találhatóak, amelyekkel egy átalakítás után talán a leggyakrabban kell szembesülni.

	Hátrány	Előny
A beteg állapota dönti el, hogy vele ki foglalkozzon.	Nem a professzor fogja műteni, ha a kezdő szakorvos hasonló eredményességgel el tudja látni.	A nehéz műtétek elvégzésére sokkal ideje marad a nagy tapasztalatú sebészeknek.
A szakmai indokoltság dönti el, hogy sor kerül-e egy vizsgálatra.	Bármennyire szeretné is, a szakmailag indokolatlan vizsgálatra a közfinanszírozásban nem kerül sor.	A felesleges vizsgálattal járó mellékhatásnak, potenciális rizikónak nincsen kitéve.
Várólisták elterjedése	Jelentősen többet kell bizonyos vizsgálatokra, kezelésekre várni.	Az orvos lényegesen több időt fog egy-egy beteggel foglalkozni.
Panasz esetén nem az orvos látja elsőként, hanem nővér.	Tényleges hátrány nincs.	A várakozás lerövidül.
Területi egyenlőtlenségek mérséklése, megszüntetése.	2.5 millió ember ellátása megnehezül.	7.5 millió ember ellátása könnyebbé válik.
A szükségletet meghaladó igényekért fizetni kell.	Szakmailag nem indokolt vizsgálatok sokkal többre kerülnek.	Szakmailag indokolt esetben kérés és fizetség nélkül is az az orvos foglalkozik a beteggel, aki erre a legalkalmasabb.
Hálapénz megszűnése	Megszűnik az a lehetőség, hogy a beteg írja elő, mi és hogyan történjen vele.	Biztos lehet abban, hogy az orvos minden szükségességet elrendel, és semmi feleslegesét nem ír elő.

Vannak kevésbé jól kommunikálható változások is, ezek az egészségügy jelenlegi áldatlan körülményeiből adódnak: ha bizonyos lépéseket nem teszünk meg, akkor az jövőbeni hátrányokkal jár, ám ha megtesszük, az a mostani helyzethez képest nem jár érzékelhető javulással. Így a jelenlegi struktúra és finanszírozás változatlanul hagyása esetén az ellátás színvonala törvényszerűen romlani fog. Ennek egyik fő oka, hogy mostanra nemcsak számvitelileg, de műszakilag is nullára amortizálódóban vannak azok a berendezések, épületek, melyeknek pótlására az eltelt években nem kerül sor. A másik fontos ok, az egészségügyi személyzet jelentős, ma még pontosan nem megbecsülhető részének kivándorlása. Lehet, hogy ezt a folyamatot megállítani már most is késő, de minden további késlekedés növeli annak káros hatását.

Az egészségügyi ráfordítás és az ezért kapott szolgáltatások súlyosan megbomlott arányának helyreállítása elkerülhetetlen. A kérdés az, hogy ez a szolgáltatásszűkítéssel és/vagy járulékelemeléssel járó folyamat társadalmi ellenőrzés mellett megy-e végbe, vagy az aktuálisan erősebb lobbisták szája íze szerint alakul. A rendszer működésében rejlő tartalékok radikális feltárása, vagy ellenkezőleg, torz struktúrák és akadálytalanul érvényesülő csoportérdekerek jellemzik-e majd az egészségügy jövőjét. Másként fogalmazva az a kérdés, hogy a társadalmi szolidaritás elvének erősítésével vagy további szétzilálásával jár-e az átalakulás.

Kedvezőtlen hatások

Ideális esetben elképzelhető, hogy a rendszerben lévő tartalékok optimális kihasználásával a lakosság csak azt veszíti el, amit eddig a magyar egészségügy a világon párját ritkító luxusként biztosított térítésmentesen. Az ellátás következetesen szükséglet-alapúvá alakítása esetén az egészségi állapot alapján szakmailag indokolt ellátáson felüli többlet nem fog hozzájutni a beteg. A szakellátás során a szabad orvosválasztás általános lehetősége megszűnik, a beteg csak térítés ellenében választhat orvost. Az orvos csak azt a vizsgálatot fogja előírni, ami az egészségi állapot alapján szükséges (megszűnik annak lehetősége, hogy a szomszédasszony tanácsára vagy az előző este a televízióban látott film sugalmazására kért orvosilag indokolatlan vizsgálatot közfinanszírozásban végezzenek el).

Sajnos nem tartható tovább, hogy a legtöbb egészségügyi szolgáltatás és beavatkozás esetén nem kell a betegeknek várakozniuk. Ahogy a nálunk sokkal gazdagabb, fejlett

egészségüggyel rendelkező nyugat-európai országokban, úgy nálunk is egyre hosszabb, több hónapos, bizonyos esetekben akár többéves várólistákkal kell számolni.

Nyilvánvalóan sokan negatívumként fogják megélni, hogy mind több esetben nem orvos, hanem jól felkészült nővér látja el őket egészségügyi problémájuk esetén. Ez a világon mindenütt így van, az egyetlen kivétel talán Magyarország. (Ez a már régen szükségszerű változás egyébként jelentősen képes csökkenteni az előbb említett negatív következményeket.)

Valószínűsíthető, hogy a társadalom bizonyos csoportjai számára többre fog kerülni az egészségügyi ellátás, mert az egészségüghöz kapcsolódó kiadások a magyar társadalom teherbíró-képességét meghaladják. Az alanyi jogú teljes útiköltség térítés például ezek közé tartozik. Akkor sem jut eszébe senkinek útiköltség-térítést kérni, ha a gyermeke nem a lakóhelyén jár iskolába. Elgondolkodtató a száz százalékos útiköltség-térítés olyan helyzetben, amikor párhuzamosan bizonyos egészségügyi szolgáltatások finanszírozására nem jut pénz. A visszaélések táptalaját jelentő közgyógyellátási rendszer is megreformálandó. Nehezen érthető, hogy miközben a napi létfenntartást nem garantálja az állam, aközben teljesen ingyenessé teszi a gyógyszerellátást a kedvezményezettek számára. Ráadásul mindezt ellenőrzés nélkül teszi, így gyakran a támogatott rokonai, barátai is részesülhetnek az ingyenes állami támogatásból.

Milyen nyereséget eredményez az átalakítás?

Az egészségügyiek munkakörülményeinek és bérhelyzetének rendezése, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés átláthatóságának biztosítása után köztörvényes bűncselekménnyé kell válnia a hálapénz elfogadásának. Az állampolgár joggal várhatja el az általa fenntartott államtól, hogy ezt hatékonyan üldözze, és radikálisan visszaszorítsa – és joggal várja el az orvosaitól, hogy kivessék maguk közül a hálapénzt elfogadókat.

Az orvosoknak lényegesen több idejük lesz egy-egy beteg ellátására, és ezt az időt teljes egészében a hozzájuk fordulókra fordíthatják majd, ami közvetlenül elősegíti a beteg emberi méltóságának tiszteletben tartását. A beteg ember indokolatlan várakoztatása, lekezelése meg kell, hogy szűnjön. Nem gátolhatja tovább időhiány a beteg igényeit maximálisan figyelembe vevő, teljes körű tájékoztatást.

Az egészségügyi fogyasztóvédelem kiépülésével az átalakítás után megszűnnek a kizárólag gazdaságossági szempontok miatt „indokolt” egészségügyi beavatkozások. Megszűnik a

beteg ember jelenleg tapasztalható kiszolgáltatottsága, mert lehetősége lesz ellenőrizni mindazt, ami vele történik betegsége során.

Betegközei ellátási formák kialakulásával – a normálisan működő országokhoz hasonlóan – a legtöbb problémát a járóbeteg-ellátás keretei között meg lehet oldani. Ezen belül a háziorvosok terhelésének csökkenése azzal jár majd, hogy mind több ember juthat végleges ellátáshoz a lakóhelyén, a háziorvosánál. A területi egyenlőtlenségek jelentős mérséklésével csökken a kistelepülésen illetve a centrumtól távol lakók hátrányos helyzete.

Megelőző szemlélet erősödése. A kormányzati prioritássá emelkedő egészségmegőrzés a környezeti okokra visszavezethető megbetegedések arányát nyilvánvalóan csökkenteni fogja. A szakmailag indokolt szűrővizsgálatok országos elterjedése révén mind a szív-érrendszeri, mind a daganatos betegségek egy részénél javulhat a megelőzés, illetve a korai felismerési arány.

Megvalósítható-e az egészségügy átalakítása?

A felszínen az egészségügy szereplői egyetértenek az átalakítás szükségességében. Az egészségügy beszállítói ugyanakkor egyáltalán nem biztos, hogy érdekeltek a világos és átlátható viszonyok megteremtésében. Ők a betegekhez és az egészségügyi dolgozókhoz képest passzív szereplői a rendszernek, de az előzőeknél sokkal jobb érdekérvényesítő képességgel rendelkeznek.

A dolgok mélyén azonban korántsem ilyen egyértelmű az átalakítás melletti elkötelezettség. A jelenlegi struktúra konzerválásában nyilvánvalóan érdekelt az orvostársadalom gazdasági elitje, és az intézményvezetők reform melletti elkötelezettsége sem egyértelmű.

A jelenlegi egészségügyet a nővérek és az orvosok derékhadának önkizsákmányoló és önpusztító munkája élteti. Egyáltalán nem nyilvánvaló azonban, hogy ez a hangját még szakmapolitikai fórumokon sem hallatja több tízezer orvos és száz-százötvenezer nővér elkötelezett híve lenne az átalakításnak. Az átalakítás általában mobilitást követel (más munkahely, más munkakör, más város), és valószínűleg a közalkalmazotti kedvezményeik elvesztésével járna.

A szakorvosoknak cserébe kínált alanyi jogú járóbeteg-praxis lehetősége kevésbé vonzó, mint öt éve volt. Időközben ugyanis a vállalkozóvá lett háziorvos-kollégák kedvezőtlen tapasztalatai elbizonytalaníthatták őket: az irreális és nem megfizetett adminisztrációs tehernövekedés, valamint a finanszírozás elégtelensége talán a két legfontosabb ok. Nem

elhanyagolható szempont, hogy az egészségügyiek az utóbbi tizenöt év becsapottjainak érzik magukat, ezért szkepszissel fogadnák még a jóval kecsegtető változás ígérését is... Egyetlen dolgot fogadnának kétkedés nélkül, ha a finanszírozás összege egyértelműen növekedne, és a jövedelmi helyzetük javulna. A 2002-ben végrehajtott, korábban soha nem látott mértékű, ötven százalékos béremelés jótékony hatása mindössze néhány hónapig tartott, mert az infláció pillanatok alatt jelentéktelenné zsugorította. A betegellátás színvonala és körülményei jótányit sem változtak, az évi százötvenmilliárd forint többlet az átalakítást semmivel sem vitte előbbre. Nyilvánvaló, hogy felelős politikus a rendszer radikális átalakítása nélkül nem fektethet további jelentős összegeket ebbe a rendszerbe.

A reformok által létrejövő változások nem minden esetben, és nem minden szempontból jelentenek könnyebbséget a betegek számára (sem). Érzékeltesse ezt az alábbi, kissé elnagyolt példa: Ma a beteg a két napja fennálló panasa miatt a zsúfolt, omladozó folyósokon történő többórás várakozás után jut be a kimerült, mogorva orvoshoz, aki öt perc alatt hozza meg – szakmailag egyébként megalapozott – döntését, anélkül, hogy egyáltalán kérdezni lehetne tőle (és mindezt megteszi ingyen).

Az átalakítás után a páciens esetleg többhetes vagy több hónapos előjegyzés után, öt perc várakozással jut be egy kipihent, mosolygós orvoshoz, aki részletesen elmagyarázza, hogy mi a problémájának lényege, mit és miért kell tenni. (Mindezt ráadásul számla ellenében, vizitdíjként a kórház pénztáránál fizetni kell egy nem túl jelentős összeget.) Ha viszont, mint ma, két nap után akarna a megfelelő orvoshoz jutni, akkor az összehasonlíthatatlanul többbe kerül, mint a mai hálapénz-tarifa.

Sok más buktatót lehetne említeni – például a vidéki kórház átalakítása helyben munkanélküliséget eredményezhet, de megszűnhet a helyi politikai elit lehetősége, hogy a nagyértékű tenderekből illegális jövedelmet húzzon – és így tovább.

Ez azonban még mindig sokkal derűsebb kép, mint a másik lehetőség: a részérdekek egyre erőteljesebb, rendszerszerű érvényesülése a közjó érdekeivel szemben, végső soron a közfinanszírozott, egységes nemzeti kockázatközösségen alapuló egészségügyi rendszer kiüresedése és teljes összeomlása.

A búvszó ez esetben a privatizáció lesz. A helyzetet az egészségügy akut problémáinak orvoslását szolgáló tűzoltó-tevékenység és az érdemi forrásbevonás helyett az ellátás folyamatos, fű alatti szűkítése jellemzi majd. A vizitdíj bevezetésére sor fog kerülni, és ez hatékonyan csökkenti a szolgáltatások igénybevételét.

A várólistákat – a sürgősséget kivéve – mindenütt bevezetik, ezáltal csökken a szolgáltatások mennyisége. Mindezek fedezetet nyújtanak majd a fejlesztésre, a magántulajdonosok hasznára, és az egészségügyiek bérfelállítására. A magánkézbe került szolgáltatók hatékonyan fogják tudni megakadályozni a szolgáltatóktól független külső kontroll felállítását, miközben virágzó iparágga nővi ki az intézményen belüli minőségbiztosítás, elfedve a szakmai ellenőrzés hiányát. A médiára nem kis befolyást gyakorló tulajdonosok pedig – legalábbis ideig-óráig – sikertörténetként tudják tálalni az egészségügyi közszolgálat magánosítását.

A valódi reform hiánya miatt azonban előbb-utóbb elodázhatatlanná válik az alapproblémák, leginkább a rendszer által nyújtott szolgáltatásmennyiség finanszírozhatatlanságának megoldása. Valószínű válaszként az ellátások jelentős korlátozására kerül sor, azaz a társadalmi szolidaritás elve tovább gyengül, a legszegényebbek fokozatosan kiszorulnak az ellátásból.

Eközben a kiegészítő biztosítások kiépülésével egy másik egészségügy szökkenhet szárba. A társadalom számára jól hangzó módon a kötelezően fizetendő, a szolidaritási alapú ellátás fedezetét nyújtó közterhek tovább csökkennek, és a járulék valójában a magánbiztosítás felé kanalizálódik. A társadalom felső harmada számára jóval kulturáltabb körülményeket teremt, a mostaninál talán nem is több pénzért. A társadalmi szolidaritás felszámolása ugyanis a gazdagoknak érdeke, hiszen a szolidaritási elv tőlük lényegesen több elvonást jelent, mint amennyit a szolidaritási rendszerből betegségük esetén kapnak.

Az utóbbi évek trendje – függetlenül a kormányzat színezetétől – várhatóan tovább folytatódik. Az egészségügy kiárusítása, magánkézbe adása úgy következik be, hogy az egészségügyi dolgozók alkalmazotti státusa nem változik. Az orvoselitet igazgatósági tagsággal, részvénytulajdonlással várhatóan bizonyos kedvezményekben részesítik, megvásárolják.

Az előző fejezetben leírt reformlépések némelyike egészen biztosan megvalósul majd. Attól függően, hogy a döntéshozóknak, illetve a fokozatosan egyre nagyobb hatalommal rendelkező magánbiztosítóknak mit kíván meg az érdeke. De minderre nem egy rendszerszerű átalakítás konzekvens egymásra épülő részeként, és végképp nem a társadalom egészének érdekei szerint kerül majd sor.

A rendszerváltozás óta eltelt tizenöt évben világossá vált, hogy nem biztosítható a magyar polgárok alkotmányban rögzített, „a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez” való joga. Ezt a jogot a Kádár-rendszerben is kizárólag a társadalom jövedelemtermelő

képességét meghaladóan biztosított protekcionista költségvetési támogatással lehetett fenntartani. A nyugati jóléti államok jövedelemtermelése sem tudott lépést tartani a jóléti állam keltette igényekkel, és a mind többre képes egészségügyi ellátás költségrobbanásával. Ki kell mondani, hogy nem tudunk többé (tudunk-e valaha?) ingyenes és mindenki számára egyenlő egészségügyi ellátást nyújtani. Az eltelt tizenöt év morálisan, gazdaságilag és szakmailag is szétzilálta az egészségügyi ellátórendszert, ami eddig is csak a benne dolgozók mértéktelen kizsákmányolásával volt képes úgy-ahogy a teljes összeomlást elkerülni. E hadigazdálkodási viszonyok közepette ráadásul kirívó egyenlőtlenések jöttek létre az ellátásban. Olyan mértékű egyenlőtlenések és igazságtalanságok keletkeztek és erősödtek fel, olyan mértékben vált antiszolidárisá a rendszer, amit nem indokol sem a források szűkülése, sem az egészségügyi költségrobbanás.

Az új rendhez, az alkotmány módosítását is igénylő új rendhez társadalmi közmegegyezés szükséges. Meg kell határozni, hogy mennyit és milyen arányban tudunk a gyógyító-megelőző tevékenységre fordítani. Meg kell állapodni abban, hogy milyen egészségügyi tevékenységeket finanszírozzunk – hol kell az ingyenességet fenntartani, és melyeket és milyen arányban kell fizetőssé tenni. El kell döntenünk azt is, hogy mely életszakaszunkra kívánunk többet költeni, mert a rendszer a teljes élettartamot felölelő legmagasabb szintű ellátást nem képes biztosítani.

Mind az alkotmánymódosításhoz, mind a társadalom egészének hosszú távú érdekeit figyelembe vevő átalakításhoz elengedhetetlen a pártpolitikailag tagolt döntéshozó elitek kiegyezése – egymással, a szakmai szervezetekkel és a betegeket képviselő civil szervezetekkel. Csak ennek eredményeképp alakulhat ki egy ciklusokon átnyúló, középtávú cselekvési program. Semmilyen reményt nem fűzhetünk olyan programokhoz, melyek – legyenek bármilyen kiválóak is –, nem bírják a szakmai, a betegtársadalom és a nagypolitika konszenzusát.

A konszenzusos cselekvési program elfogadását követően el kell érni, hogy legalább két kormányzati ciklusra az egészségügy kikerüljön a pártpolitikai csatározások alól.

A lehetőségek figyelembe vételével célszerű lenne ezt közjogilag is biztosítani, például úgy, hogy a következő két ciklus egészségügyi minisztere vagy az átalakítást levezénylő országgyűlési biztosa a mindenkori ellenzéki és kormánypártok konszenzusos jelöltje legyen. Kérdés, hogy egy ilyen típusú, a társadalom érdekeit a saját pártpolitikai érdekei elé helyező magatartásmódnak mennyi a realitása. Sajnos éppen a legutolsó egy év eseménye, a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal kudarca mutat rá, hogy politikai elitünk nem alkalmas

erre a szerepre. A végső felelősség ugyanakkor mindannyiunké: a felelősség, hogy kiket bízunk meg a közhatalom gyakorlásával, kikre bízunk az oktatás, az egészségügy, és más, az életminőségünket, utódaink lehetőségeit is befolyásoló nagypolitikai döntések meghozatalát.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A munka létrejöttéért elsők között Lányi Andrásnak, Szánthó Andrásnak és Régheny Tamásnak tartozom köszönettel. Lányi Andrásnak köszönöm a felkérést, a biztatást, a tanulmány megszületésének gondozását. Szánthó András barátom, az 1995-ben alapított Szakorvosi Védegylet egyik alapítója, remélem egy kicsit saját gyerekének is érzi e munkát, hiszen a sokéves együttgondolkodás volt a legfőbb formálója az egészségügyről kialakult szemléletemnek, számos helyen az általa megfogalmazott gondolatok köszönnek vissza a dolgozatban. Régheny Tamásnak a nagyon alapos és gondos szöveggondozásért is köszönettel tartozom.

Őszintén hálás vagyok mindazoknak, akik a szöveg bírálóiaként végigolvasták a különböző munkafázisokat, és hol kritikával, hol biztatással segítettek. Így Kovács Józsefnek (Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet), Szilvási Istvánnak, Donkáné Verebes Évának, Csingár Antalnak, Tóth Árpádnak, Rauschenberger Péternek, Sebes Gábornak, Juhász Máriának, Petróczi Mihálynak, Keszthelyi Gyulának, Pörzse Gábornak, Kuletz Zsombornak, Némethy Miklósnak.

Végül, de nem utolsósorban köszönöm Kincses Gyulának, az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet főigazgatójának, hogy a szövegben szereplő ábrák közül kilencet rendelkezésre bocsátott. Köszönöm neki és Nagy Józsefnek az önzetlen segítséget, és az eltelt évek jó pár levélváltását, amiből – talán éppen azért, mert több kérdést másként ítélnék meg – én magam egészen biztosan sokat tanultam.