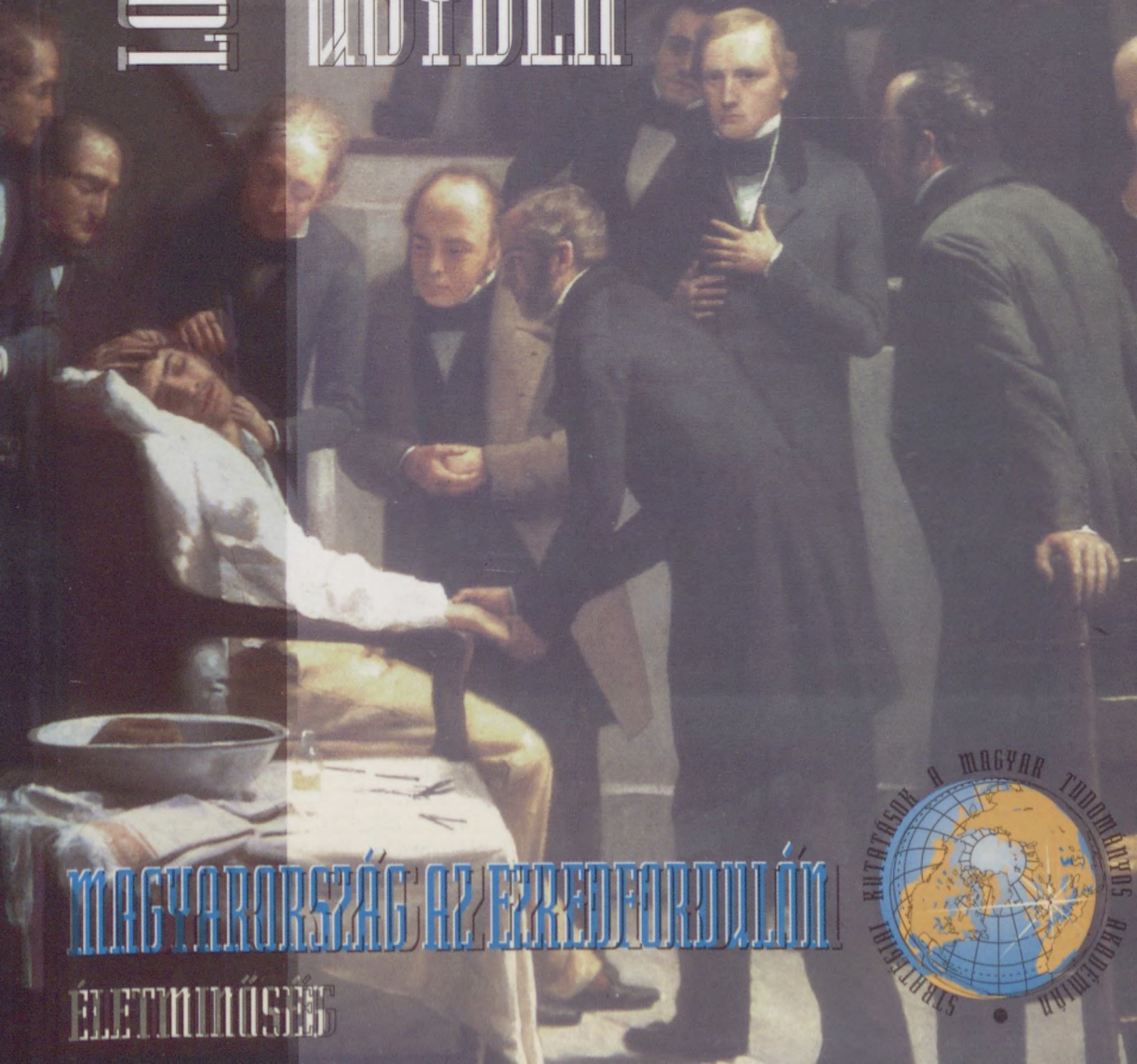


LOSONCZI ÁGYES

UTAK ÉS KORLÁTOK AZ EGÉSZSÉG- ÜGYBEN



MAGYARORSZÁG AZ ÉRTÉKFORDLÓN

ÉLETMŰVISELÉS



LOSONCZI ÁGNES

Utak és korlátok az egészségügyben

Előszó

1. fejelet

2. fejelet

3. fejelet

4. fejelet

5. fejelet

6. fejelet

7. fejelet

8. fejelet

9. fejelet

10. fejelet

11. fejelet

12. fejelet

13. fejelet

14. fejelet

15. fejelet

16. fejelet

17. fejelet

18. fejelet

19. fejelet

20. fejelet

21. fejelet

22. fejelet

23. fejelet

24. fejelet

25. fejelet

26. fejelet

27. fejelet

28. fejelet

29. fejelet

30. fejelet

31. fejelet

32. fejelet

33. fejelet

Magyarország az ezredfordulón
Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián
II. Az életminőség tényezői Magyarországon

Szerkesztő
Glatz Ferenc

Olvasószerkesztő
Balogh Margit

Programvezető
Vizi E. Szilveszter

Magyarország az ezredfordulón
Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián

V. Az életminőség tényezői Magyarországon

LOSONCZI ÁGNES

Utak és korlátok
az egészségügyben

Budapest 1998

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA

© Losonczy Ágnes

ISBN 963

ISSN 1417-6467

Kiadja

a Magyar Tudományos Akadémia

A kiadásért felel: Glatz Ferenc, az MTA elnöke

A borítót Robert Hinckleynek az 1846. október 16-i
első nyilvános altatást ábrázoló festménye felhasználásával

Horváth Imre készítette

Ábrák: Palovicsné Tihanyi Éva

Szedés, tördelés: MTA Történettudományi Intézete kiadványcsoportja

Vezető: Burucs Kornélia

Tördelő: Csányi Attila, Turcsán Anita

Nyomdai munkálatok: Áldási és Németh Nyomda Bt.

Felölős vezető: Horváthné Nagy Erzsébet

Megjelent 21,8 A/5 ív terjedelemben, 2500 példányban

Tartalom

ELŐSZÓ (VIZI E. SZILVESZTER-BÁCSY ERNŐ)	9
---	---

I. rész

Egészségügyi válság, romló népegészség

AZ EGÉSZSÉGÜGYI VÁLSÁG ÖSSZETEVŐI	13
Honnan hová tartunk?	14
Kínos és/vagy szükséges, reménytelen vagy reményteli a válság?	15
A fejlett ipari országok egészségügyi rendszereinek gondjai	16
Egészségkultusz — üzlet és medikalizáció 17 • A költségrobbanás és a fedezethiány feszültségei 20	
Mi járul ebből ránk?	23
A mintakeresés vívódásai 25	
A szocializmus hagyatéka mint hozomány	27
A vívmányok 27 • A versenyképesség mutatói — ami a kirakatban van, s ami mögüle hiányzik 29 • A hatalom működésének technika 31 • Az „általános, egyenlő, ingyenes” szocialista egészségügyi ellátás 32	
Az orvos a kettős értékek fogságában	34
A szocialista állampolgár igénye és habitusa	36
Mit hurcolunk magunkkal?	37
A NÉPEGÉSZSÉG ÁLLAPOTA	39
Az Elbától keletre	39
Elkésett felismerés, elmaradt beavatkozás 43	
Mit jelent az epidemiológiai válság, a demográfiai krízis?	47
A korfa betegségei 47 • Ami az átlagok mögött van 50	
A romlás okai — egy társadalmi értelmezési kísérlet	53
Néhány alapvető összefüggés 54 • Szegénység, tudatlanság, eligazodásképtelenség, önértékvesztés 55 • Az adaptáció 58 • A kohéziós erő, a társas támasz hiánya 58	
Mivel betegített a szocialista rendszer?	59

Az átalakulásban összetorlódott idő — jelenbe érő folyamatos múlt	61
Kockáztatott régiók, sérülékeny társadalmi csoportok	62
A mezőgazdaság elhúzódó és nehéz átalakulása 62 • A vidéki ipari területek munkavállalói 63 • A védtelenség átstrukturálódása 64 Munkanélküliek a mezőgazdaságban és az iparban 67 • A gyermekek és a fiatalok veszélyeztetettsége 71 • Az öregek helyzete és aránya a népességben 76 • A sikeresek 76	
Mit hozott a rendszerváltozás?	78
Korok és rendszerek összezsúszása 81 • Mi történik és mi történhetne a népegészség óvásáért? 81	
A teendők összegzése	84

II. rész

Az átalakulás induló reménye — változások, viták, viharok

AZ EGÉSZSÉGPOLITIKA ÚTKERESÉSEI	89
Kié a felelősség?	89
Bizakodó kezdet	91
A kiinduló helyzet 93 • Pártprogramok azonosságai és különbségei 93 • Változtató tettek és céljaik 95	
Intézkedések az egészségügy átalakítására 1989 és 1997 között	95
Az átmenet éve 95 • Az első kormány (1990–1994) 96 A második kormány (1994–1998) 97 • Célok, eredmények és csalódások 98	
Egészségpolitika az elképzelések, a törvények és a valóság ütköző-tengelyén	100
Eszmék és érdekek 100 • Két kormány — közös jellemzők 101	

III. rész

Tettek és ideológiák — a konzervatív-keresztény kormány

ÚJ TÖREKVÉSEK, RÉGI FORMÁK	
— AZ INTÉZMÉNYRENDSZER ÁTALAKÍTÁSA	107
Egészségpolitikai alapelvek	107
Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat	109

A háziiorvosi rendszer új működési és finanszírozási rendje	113
Az idea és a cél 114 • A valóság 116 • A háziiorvosi rendelet előkészítése és végrehajtása 117 • A szabad orvosválasztás vívmánya és a valóság korlátja 119 • A szakmai színvonal kérdése 121	
AZ ABORTUSZVITA ÉS A TÖRVÉNY	123
A beavatkozó hatalom	123
Emlékeztető korábbi törvényekre	125
Életellenes bűn vagy alapvető szabadságjog?	128
A konszenzus reménytelensége 129	
Kié a döntés joga? Ki dönt, kiről?	131
A vita hozadéka	136
SÉRELMEK ÉS ORVOSLÁSUK. TÉTESSÉK IGAZSÁGI!	139
Hit és érdek — a hit érdeke?	141
A mulasztásokról	147

IV. rész

Kényszer és módszer — a szocialista-liberális kormány

IDBOLÓGIA HELYETT PRAGMATIZMUS	153
Folyamatosság és megtörés?	155
A KÓRHÁZAK BEZÁRÁSÁNAK ÉS CSONKÍTÁSÁNAK KÖRTÖRTÉNETE:	
1995–1997	158
Oka, célja, módszere és eredménye	158
A kórházi kapacitáscsökkentés útja	159
A szocialista vívmányok mutatós mutatói visszaütnek 159	
Okok a pénzügyi szükségén kívül: szakmai érvek a változásért	161
A szegénység pazarlása a kórházakban 162 • A nemzetközi trend 163	
A kórházi kapacitáscsökkentés végrehajtásának módja és menete: 1996–1997	165
Egy országos műtét előkészítése 165	
A csendes ágyfelszámolás 1994–1995 között — a törvény előtt	168
Az ideg- és elmeosztályok 168 • A csecsemő- és gyermekosztályok 170 • A tudógyógyászati ágyak csökkentése 171 • A szülőotthonok megszüntetése 172	
Parlamentari vita, döntés és az eredmények	173
A végrehajtás 174	

A' nép szava?	175
A város, a polgár és kórháza 175 • A társadalom érintettsége 178	
Kié a nyereség? Kié a veszteség?	179
A gazdasági megtakarítás reménye és valósága 180 • A hajszolt átalakítás hatása a kórházakra 181 • A hiányzó strukturális átalakítás 182 • A pazarló átalakítás 183 • Az emberi és szakmai veszteségek 184	
Ki lehet elégedett a történetekkel?	185
Az „újra elnyomó állam” kísértete 186	
EGY DEMOKRATIKUS TÉVEDÉS — AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÖNKORMÁNYZAT	190
Az állami költségvetés és a társadalombiztosítás szétválasztása	192
A szolidaritási elv szemben a közteherviselés aránytalanságával	194
Ki és mi épít(ene) erre a pénztárra? 196	
Félpiac, álpiac — nyílt piac, avagy a finanszírozás „ára”	197
Az egészségügyi önkormányzat szomorúhistóriája	200
Hol és ki képes ellenőrizni azt, ami történik? 203 • És az apparátus? 205	
Recentralizáció, avagy ismét az állam hatalmában?	206
Az átgondoláshoz 207	
ROSSZUL KEZELT BAJOK — REMÉLT KIUTAK	212
A további út?	214
JEGYZETEK	223
IRODALOM	230
SUMMARY	239

Előszó

A huszadik század utolsó évtizedében hónapról hónapra, évről évre, legjobb esetben négy évről négy évre élünk. Ilyen időintervallumokban érvényesek a jogszabályok, láthatók előre a megélhetés keretei. A bizonytalanság talaján nem fogamzik meg a másik emberbe vetett bizalom, hiszen még a jó szándékkal tett ígéreteit sem biztos, hogy be tudja tartani. Ami az egyes emberre vonatkozik, fokozottan érvényes a társadalom intézményeire.

Nem érzi jól magát az ember bizonytalan körülmények között, még ha egészséges is, s az egészséges ember megromlott szubjektív életminősége honfitársaink szélesen kitaposott útja a lelki, majd a testi betegség felé.

A társadalmat egyik legérzékenyebben érintő jelenség az egészségügyi ellátórendszer stabilitásának megingása. Éppen akkor, amikor a magyar népesség egészségi állapota, életkilátásai mélypontra kerülnek, köztudottá válik az egészségügyi ellátórendszer krízishelyzete, összeomlásának veszélye.

Ahogy a jogi és gazdasági biztonságot nem teremthetik meg önmagukban négyéves határidőbe és felelősségi időszakba zárt közhivatalnokok, az egészségügy szakmailag megbízható és gazdaságilag megalapozott fejlődését is csak politikai periódusoktól függetlenül, azokon átívelő stratégiára lehet építeni. Ennek kialakításához igyekszik hozzájárulni a Magyar Tudományos Akadémiának az emberi élet minőségével foglalkozó kétéves kutatási programja.

A kezünkben lévő kötet a társadalmi jelenségek oldaláról próbálja feltárni a magyar egészségügyi rendszer válsághelyzetének összetevőit, és választ adni arra, hogy a közel- és régmúlt milyen mértékben tehető felelőssé a kialakult helyzetért. Arra is igyekszik választ adni — különösen szociológiai szempontból —, hogy a magyar társadalmi fejlődés során milyen tényezők játszottak szerepet az európai összehasonlításban különösen rossz morbiditási és mortalitási helyzet kialakulásában. E könyv, az éppen most említett tulajdonságai miatt, társadalmi megközelítésével jól illeszkedik az akadémiai program már eddig megjelent, szakmai és gazdasági oldalról közelítő két kötetének (Népegészség, orvos, társadalom; Egészségügy és piacgazdaság) gondolatiságához.

A tanulmány 1997-ben készült, utolsó simításaira 1998 legelején került sor. Nem érheti a szerzőt az a vád, hogy a kormányzati váltás eredményének ismerete befolyásolta volna mondanivalójának kialakításában, hangsúlyainak elhelyezésében.

A baj okának és kórfejlődési folyamatának megértése nem elkeseríti, hanem a gyógyítás esélyével vértézi fel az orvost. Csak remélni tudjuk, hogy a nép-egészség intézményrendszeréért felelős személyiségek nem ügyeletes orvosként, másnap reggelig igyekeznek életben tartani a „beteget” (utána már más orvos lesz a felelős érte), hanem családorvosként tevékenykednek, azzal számolva, hogy mai bajelhárító beavatkozásaik jó vagy rossz következményei hosszú évekre meghatározzák a beteg állapotát, életminőségét, amelyekért a továbbiakban is ők maradnak felelősek.

Vizi E. Szilveszter-Bácsy Ernő

Az egészségügyi válság összetevői

I. rész

Egészségügyi válság, romló népegészség

Asztalalkulás kezdete óta halmozódó válságjelenségek: kelet és kelet még
exaktán is megfogható. A nehézségek, szeszélyeskedésnek magyarázata nem
származhat le egy tudósra: érdektől vagy kíváncsiságtól a jelenség fel-
méréséből és kifizetését követően. A múlt hibái vagy éppen következményei sem
adnak teljes választ a ma problémáira.

Kevés lenne a magyarázat, ha kizárólag a politikai okokból beszélünk, a
politikusok, bel- vagy külpolitikáért, erőszakosság vagy harcokért, erőszakos
okokból, és annak következtében meg a magyarázatok. Még a pénzügyi megpu-
sítások és a piacgazdaság egyúttal járó ármérséklet sem ad kielégítő választ
mindenkori a magyarázatra.

Fel kell tennünk az, hogy amikor helyzetünk melyik csomópontjait vizsgáljuk,
akkor ki kell vizsgálnunk a rájuk befolyásoló gyökériszténiségek világára, társas környe-
zetünk megváltoztatására is, hogy hányan azok a vonatkozások és problémák,
amelyek ezekre a területekre kihatnak. A mai helyzetig vezető út történelmi
okok forrása sem nem egyetlen sem nem egyetlen. Az émi csomópont okokból és
céllal, hogy ami itt és most történik, az milyen mértékben világszerte a hátr-
hátrálók során. Az adott megfigyelések hátrányok létezését az vagy bebizonyosít-
ásához nem lehet a kulcskérdésnek tekinteni, mivel még csak létezésre van
nem, hogy valószínűleg. Jelentős van tehát az, hogy a bevezetésünk elterjedt
Helyre az egészségügyi válság jelenségeit vizsgáljuk.

Az egészségügyi válság összetevői

Mi történt az egészség ügyében a szocialista rendszer deklarált megszűnése óta, azaz az elmúlt hét év során? A célunk — mint e kérdés is mutatja —, hogy áttekintsük az utakat és — amennyire lehet — túllépünk az egyszerű evidenciákon, a látható mögé nézzünk.

Nehéz ma szociológiai módszerekkel kutatni és elemezni, részben az események közelsége, a „benne lét” miatt, részben mert mindenbe menthetetlenül beszűrődik az eseményeket megelőző, kísérő indulatok értelemtorzító hatása. Ezekről az indulatokról a szerző sem mentes. Emellett azért is nehéz a tényyszerű elemzés, mert túlságosan sok láthatatlan folyamat érleli az eseményeket, amelyek nem engednek, nem is adják meg magukat a szociológia módszereinek, különösen ott nem, ahol a felszín mögött összekapcsolódó érdekek indokolják a rejtőzködést.

Az átalakulás kezdete óta halmozódó válságjelenségekkel kellett és kell még ezután is megküzdeni. A nehézségek összesűrűsödésének magyarázata nem szűkíthető le egy indokra; eredete nem kizárólag a jelenlegi átalakulás felteteleiből és kénjaiból következik. A múlt hibái vagy éppen jótéteményei sem adnak teljes választ a ma történéseire.

Kevés lenne a megértéshez, ha kizárólag a politikai okokról beszélünk, s a politikusok, bal- vagy jobblépéseit, ostobaságait vagy heroikus erőfeszítéseit okolnánk, és annál rekednének meg a magyarázatok. Még a pénzügyi megszorítások és a piacosodással együtt járó árrobbanás sem ad kielégítő választ mindennek a megértéséhez.

Feladatunk az, hogy amikor helyzetünk mélyebb összefüggéseit keressük, akkor kitekintsünk a ránk befolyást gyakorló szélesebb világra, tágabb környezetünk összefüggéseire is, hogy lássuk azokat a vonzásokat és pressziókat, amelyek ezekre a területekre kihatnak. A mai helyzetig vezető út hatástörténetének forrása sem nem egyedi, sem nem esetleges. Az sem csupán akarat- és célfüggő, hogy ami itt és most történik, az milyen irányban változhat a belátható idők során. Az adott mozgásterek határainak tágításához vagy beszűkítéséhez nem lehet a külvilág hatásainak tudása nélkül még csak ítélkezni sem, nemhogy cselekedni. Szükség van tehát arra, hogy a helyzetünk változását kísérő és befolyásoló válság jelenségeit átgondoljuk.

Honnan hová tartunk?

Társégünkben az ezredvéget — vagy szerényebben a századvéget — sokféle felhalmozott társadalmi feszültség jellemzi. Korábbi és újonnan keletkezett válságok megoldásával vagy olykor megoldatlanságával küszködve közeledünk az új évezred felé. Az eredményes kiutat — jó esetben — csak nehéz küzdelmekkel, nagy nekiszánással, és úgy tűnik, sok szenvedéssel és áldozattal lehet majd megtalálni. A felemelkedés reménye mellett lehetséges a süllyedés is, sőt ha a megoldatlan társadalmi feszültségek nyomán rossz irányba mozdul el a társadalom, a súlyosbodás okozta katasztrófa sem zárható ki. Remény nélkül viszont bizonyosan semerre sem látható a kiút, ha pedig nincs kilátás, kedv sincs a változtatásra. Ezért az emberi sorsok tömeges jobbra fordulásának reményét még egy röpke gondolat erejéig sem szabad elveszíteni.

Tanulmányunk tárgya az egészségügy, ami a jelentkező gazdasági, politikai, erkölcsi válságoknak szinte gyűjtőterepe. Mintha ide csapódnának le, de mindenképpen itt sűrűsödnek azok a társadalmi konfliktusok és krízisjelenségek, amelyek az egyes társadalmi szférákban külön-külön mutatkoznak meg. Az eltérő eredetű válságok ezen a téren egymást felerősítve hatnak.

Fejlettségi szintünk ugyan elmarad a nyugati ipari országokétól mind a gazdaság teljesítőképessége, mind a demokratikus gyakorlat, mind az együttélés etikai normái tekintetében, de már osztozunk — ha meglehetősen elcsúszott és olykor torzult formákban is — a fejlett nyugati világ egészségügyi rendszereinek nagy dilemmáiban.

A szocializmus rendszerfenntartó alapelemei összeomlottak, mégis hurcoljuk magunkkal az örökséget: hajdani vívmányokat, amelyek ma mintha terhesek lennének, sok korábbi strukturális és morális bajt, amelyek a mai társadalmi feltételek között még súlyosabban torzító módon érvényesülnek, és olyan szerkezeteket, hálózati rendszereket, módszereket, amelyek fennmaradása az értelmes átalakulás akadályává válik. Örököltünk az „egyenlőség világából” olyan elhanyagolt egyenlőtlenségeket is, amelyeket a növekvő társadalmi szakadék tényleg katasztrófálissá mélyíthet.

Bár csaknem mindenki kiutat remélt és jobbat várt a szocialista rendszer bukásától, és nagy várakozás kísérte a rendszer átalakulását, mégis — remélhetőleg az átmenetben és csak átmenetileg — nehezedett a helyzet. Mivel ez veszélyezteti az emberek egészségét, ezért arról a válságról is beszélni kell, amely a szocialista rendszert felváltó új gazdasági társadalmi szerkezet vajúdá-sakor következett be. A régi struktúrák felbontásának relatív gyorsaságával szemben az új szerkezetek kialakulásának lassúsága áll. Így a tovább élő struktúrák és az új társadalmi-gazdasági szerkezeti elemek, valamint a nyugati világból is beáramló kedvező jelenségek és megoldatlanságok sajátos keverékével

élünk együtt. A hanyatló gazdaság rossz feltételei között tanuljuk a piacgazdaság és a demokrácia játékszabályait, s ennek tanulópénzét a legtöbb terhet viselőik fizetik.

Kínos és/vagy szükséges, reménytelen vagy reményteli a válság?

Mielőtt a pánikkeltés gyanújába keverednénk, előre kell bocsátani, hogy a krízisnek nem csak negatív tartalma van. Krízis ott jön létre, ahol a korábbi eszközök és begyakorlott megoldások nem működnek tovább. Amikor a rendszerek egyes elemei gyors változásra képesek, míg más összetevők csak lassabban vagy egyáltalában nem tudnak mozdulni. Ennek következtében az eddigi állapot nem tartható fenn. Az érdekek és erők között kialakult korábbi egyensúlyi állapot felborult, és ez — függetlenül attól, hogy egészséges vagy egészségtelen volt-e az eddigi egyensúlyi állapot — zavaros helyzetet teremt: új erők törnek a régié helyébe, az új helyzetben új alkukra kényszerülnek a korábbi szereplők. Megingatja a birtokon belül lévők helyzetét, akik nyilván korábbi helyzetük megtartásáért küzdenek. A változás bizonytalanságot szül azok körében is, akik nem voltak ugyan erőpozícióban, de korábbi helyzetüknél rosszabb feltételektől tartanak. A félelem különösen akkor erősödik fel, ha beláthatatlan a változás iránya és eredménye, ami a válsághelyzet természetes velejárója.

A válság azt is jelenti, hogy lépéskényszer van, cselekedni, változni és változtatni kell. Új feltételek jöttek létre, ezek új megoldásokat kívánnak, miközben éppen ezekhez az új megoldásokhoz nincsenek még meg a kiérlelt és begyakorlott módszerek, s a már ismert utak sem járhatóak. A válságok idején nincs egyértelmű, mindenki számára egyaránt vonzó megoldás. Többféle cél és ahhoz többféle ajánlott út létezhet, miközben beszűkültek a cselekvési terek. Nehezen található mindenki számára belátható, megérthető és megélhető, egyetértéssel megteremthető kiút.

A válság időszaka azt is jelenti, hogy nincs még lezárva semmi, hogy nem merevedtek meg a feltételek, és bár a mozdulásra sokszor a kényszer visz, de nem zárultak le az esélyek. A társadalmi erők még kikínlódhatnak valami mást, ami jobbá válhat, mint az, amelyből a válság kilődította. Az új társadalmi mozgás magával visz mindent és mindenkit, a korábbi feltételek lezárultak, az új utak megnyíltak.

Jelen állapotunk talán a rendszerek közötti köztes helyzetünkkel is magyarázható. Hiszen amerre megyünk, ami példájával vonz: az Nyugat-Európa és Amerika.

Ahonnán jövünk, amitől távolodnánk: kifelé a kelet-európai tömbből, a szovjet típusú szocialista rendszerekből.

Ahol vagyunk: az átalakulás reményei s egyben keservei és gyötrelmei.

Nézzük először az irányt, ami felé megyünk.

A fejlett ipari országok egészségügyi rendszereinek gondjai

Elsőnek a nyugati világ egészségügyi dilemmáiról szólnunk, mert annak egészségügye nagy vonzerőt gyakorolt szakmára, orvosra, betegre egyaránt. Ez a vonzás mostanában különösen erős, hiszen a vágyott és választott út mára szinte már kötelezővé vált, miközben nehezen követhető. Az Európai Unió felé tartva az „eurokonformitás” (új kifejezés a katonai eredetű „felcsatlakozás” után) ezen a téren is alapos ismereteket igényel. Bármennyire is igyekeztek megóvni a szocialista országokat a Nyugat hatásaitól, mégis — korlátozottan ugyan, de — állandó kapcsolatban maradtak a nyugati világgal a tudományos együttműködés és a technika nemzetközisége révén. Az engedélyezett nemzetközi érintkezés, a formális és informális kapcsolatok szálain közvetlenül és közvetve sokszorosan — az is lehetséges, hogy kölcsönösen — hatást gyakorolhattak egymásra ezek a rendszerek, hiszen valószínű, hogy a kollektivistista módszerek, a szocialista alapelvek, az egyenlőség irányába való törekvés a szocialista országok gyakorlatában sokszor tűnt „odaátról” vonzónak.

Különösen szakmai érdekből volt nélkülözhetetlen a kapcsolat, hiszen a nemzetközi tudományban jártasságra igényt tartó, nívós hazai orvosgárda Nyugatra is eljutó tagjai — igaz, politikai szelekcióval és engedéllyel — valamelyest beeláttak a nyugati orvoslás és intézményrendszer működésébe. Magyarországon egyébként is inkább nyílt lehetőség a világ megismerésére, mint a többi kelet-európai országban; az orvosi szakma is több szálon kapcsolódhatott a világ áramlataihoz, követték is a legfontosabb trendeket. Hozzájárult az ismeretekhez az emlékezetes „utolérni és túlszárnyalni” törekvés is. Ahhoz, hogy megbizonyosodjon a szocializmus fölénye, ismerni kellett a versenytárs tulajdonságait, tempóját és eredményeit is.

A vonzást a csodált, bár alig elérhető eszközök, a tudás, a gazdagság, a fejlett technika, a felszereltség együttese jelenti; erős hatást gyakorol az egészségügyi ellátó hálózatok színvonala, benne az orvosi és egészségügyi szakemberek anyagi, jogi és emberi megbecsültsége, az orvosok relatív autonómiája; a beteg ellátásának eszköztára és módja — ahogyan az innen látszik —, a betegek joga és relatív autonómiája. Mintaként ölt testet a nyugat-európai jóléti modell, amely a szociális gondolkodás és gondoskodás, a társadalmi szolidaritás intézményesülésének kiérlelt módja. Megjelenik az amerikai modell is, amelynek a nyugat-európaiktól eltérő gyakorlata gyökeresen más: individuális, piaci, az egyéni érdekérvényesítés szabadságának filozófiájára épül. A nyugat-európai jóléti államokat a szociális ellátás tényei mellett filozófiája és etikája is vonzóvá teszi a magyar egészségügyi művelői és ellátottai szemében.

A vigyázó szemeket akár erre, akár amarra — a fejlett ipari országok felé — vetik, a vágy vonzó képét, a beérendő világot azok képviselik számunkra.

Mi felé megyünk valójában?

A huszadik század második felében kiteljesedett a fejlett ipari, úgynevezett jóléti országokban egy mindenén átható egészségkultusz és egészségmítosz. Az egészség mítoszáát a jóléti társadalmak gazdagodása teszi megalapozottá, az énrre és az evilági életre fordított figyelem helyezi előtérbe, a technika és tudomány adja meg az eszközt hozzá, a szociális gondoskodás általánossá válása és támogatása teszi hozzáférhetővé a többség számára is. (Utóbbi csak a par excellence jóléti országokra igaz, sem az USA, sem Japán, de az ázsiai „kistigrisek” sem hoztak létre nyugat-európai értelemben vett jóléti rendszereket.)

Az egészségkultusz ideáját támogatják a korszak domináns uralkodó értékei, magatartási parancsai is; azaz a teljesítmény, az erő, az állóképesség, a küzdőképesség, a győzelem, mert veszíteni nem szabad, a siker, mert aki sikertelen, az elveszett.

Megnövekedett az orvostudományba vetett bizalom, és megnőtt az orvosok hatalma az emberek felett. Az orvostudomány hitelét különösen növelte az, hogy a múlt századhoz képest negyven évvel, tehát egy egész emberöltővel kitolódott az emberi élet ideje. Igaz, kizárólag a fejlett ipari országokban, hiszen Ázsia és Afrika elmaradott nagy térségeiben ma is legfeljebb a múlt század európai élettartama adatott meg. Hasonló a lemaradás a szegény országok szegény embercsoportjainak életidejében, illetve a gazdag országokban a kiszorult vagy elnyomott etnikumok élettartama évekkkel, sőt évtizedekkel rövidebb, mint a jólétben élő felsőbb osztályok tagjaié.¹

Amit az orvostudomány elért, az a fejlett ipari országokban a tömegekre kiterjedő és felemelő jólét talaján volt csak lehetséges. A fertőző betegségek leküzdése, a megelőző oltások, az antibiotikumok, a sok újonnan feltalált életmentő gyógyszer mellett létrejött az egészség megtartásának új eszköz- és intézményrendszere. Az egészségügyi ellátás kiterjesztése lehetővé tette az idejében történő orvosi beavatkozásokat. Viszont ennél is jelentősebb élettartam-növelő a jólét, a növekvő létbiztonság, az elegendő táplálék, a táplálékok javuló összetétele, az egészséges ivóvíz, a jó lakás, az életet jobban kímélő munkák gyarapodása, az egészségrontó munkahelyek és munkaformák megszűnése, a higiénia fejlődése, a csatornázás és még azok a banalitások is, mint a kézmosás, a fogmosás stb. Mindezek hatásának közös eredménye az élet meghosszabbodása lett.

Az 1970-es évektől elindult egy növekedési spirál. Az egészség kultusza megerősíti az orvosi tudás kiterjesztését. A tudomány és technika együttese korábban elképzelhetetlen eszközöket és gyógymódokat fejlesztett ki, olykor csodába illő eszközökkel és eljárásokkal javítja a gyógyítás hatásfokát, a szociális ellátás pedig kiszélesíti ezek alkalmazását. Ezek az új eredmények és nagy horderejű találmányok tovább erősítik az orvostudományba vetett bizalmat.

Fikciók váltak tudományos eredménnyé és gyakorlattá — gondoljunk pl. a transzplantációra, a sebészet technikai eredményeire, a szervek korrekciójára, az elromlott funkciók helyreállítására vagy arra, hogy az új gyógymódok és gyógyszerek korábban gyógyíthatatlannak vélt betegségek meggyógyítását eredményezték. Számptalan gyóymód, gyóyszzer és eszköz segít a szenvedés elhárításában, a fájdalom leküzdésében, az élet meghosszabbításában, s van remény arra is, hogy kitolják az öregség idejét, hogy a lehetőség maximális határáig kiterjesszék az ifjúságot és az életet.

A növekedési spirálba bekapcsolódik a legfejlettebb ipar, ami vonzza a tőkét, növeli a profitot, a nyereséges iparágak versenyre kelnek egymással a fogyasztóért, a verseny évről évre új eredményt hoz, új teljesítményekre serkenti a tudományt, még sikeresebb eszközöket találnak fel, ezeket az eszközöket minél szélesebb körben, minél nagyobb hatásfokkal — olykor erős nyomással — be is vezetik. Így válik az egyik legdinamikusabban fejlődő iparágga a fejlett országokban az egészségipar, amelynek felvevőpiaca mindjobban kitágul. Ez a folyamat beépül a fogyasztói társadalom szokásrendszerébe is, itt több érdek erősíti egymást: piac, tudomány, technika, orvos, beteg, s ez a növekedésspirál állandóan fokozza az igényeket.

Az egészségpiac épp azért biztonságos felvevőpiac, mert nem csupán az egyedi vásárlóképeség ingatagságára épül, hanem a magas adózásból és a járadékokból biztosított alapokra is. Ezeket a pénzügyi alapokat vagy az állam, vagy a szakszervezetek, illetve a nagy biztosítótársaságok jogilag megalapozott társadalompolitikai felelősségvállalással és kontrollal kezelik.

A gyorsaság, a hatékonyság és az intenzitás mellett az extenzív fejlődés sem marad el. A tudományos eredmények, az orvos figyelme, az új ismeretek és eszközök, az egészségre koncentrált óvás és az önfeltés együtt — némi szorongással erősítve — kiszélesíti az érdekeltek körét. Először nyilván csak a betegek terjed ki, majd le is válhat a betegségről, hiszen a baj mindenkit elérhet. Tehát hatását először a ténylegesen veszélyeztetett emberekre terjeszti ki, majd az egészségesekre is. A beteg fogyasztó, a potenciális beteg potenciális fogyasztó, illetve a beteg érdekében az orvos és az egészségügyi intézményrendszer a fogyasztó az egészség piacán. *Kincses Gyula* úgy fogalmaz, hogy „nincs egészséges ember, csak rosszul kivizsgált beteg”.²

Nemcsak társadalmi (extenzív) szélességben, hanem mélységben (intenzitásban) is beépül az emberek életébe az egészség eszközzrendszer. Az orvosi segítség-kontroll-hatalom felügyelete alá von csaknem minden életszférát. Így jön létre és erősödik meg a *medikalizációnak* nevezett folyamat, ennek következtében a jóléti társadalmakban az emberi élet számos területét az egészségügy és az orvostudomány felügyeli.

Az új tudások és új eszközök egyik következménye az *orvostudomány hatalma az emberek felett*. Az élet eddig érintetlen szféráiba bekerült az egészség művi eszközzrendszere, behálózza a modern életet, ipara, kereskedelme sok

olyan életterületet medikalizál, ami korábban nem tartozott sem az egészségügy, sem az egészségmegelőzés és egészségfenntartás hivatásos ellátó rendszereinek hatáskörébe. Ott vannak a természetes életfordulóknál, az életadásnál, a szülésnél, de ott vannak az élet befejezésénél, segítenek a halál kapuját nyitni vagy zárni. Csodákra is képessé válnak, a mindennapokba is beleszólnak, olykor még a gondviselés számára fenntartott feladatokban is osztozkodnak.

A medikalizálódás bővíti az egészségügy piacát. Az érzékenység és a figyelem növeli szerepüket, s az önféltés, a szenvedéstől való megszabadulás reménye, a radikális gyógyulás lehetősége a csúcstechnika alkalmazásához vezet. Az egészségpiac nagy reklámmal terjeszti újabb eredményeit, továbbgerjeszti az igényeket. Az igények alapján egyre többet kívánnak az orvosok és nyomukban a betegek is mindazokból a tárgyi és módszerbeli lehetőségekből, amelyeket a nagy lendületű egészségipar és -üzlet igen hangosan és hatásosan kínál.

E nyereségnek nagy ára és terhe van. Az áraráról sokat tudunk, a többiről kevesebb szó esik. Amikor ilyen intenzíven beavatkoznak az emberi életbe, és ennyire áthatóvá, olykor túlhajtottá válik az egészségügy hatalma, kívülről és belülről egyszerre is diktálják fogyasztási kényszerét, akkor annak előbb vagy utóbb megszületik a tagadása is. Nemcsak azokban, akik eleve vesztes helyzetben vannak, és így, ha akarnák sem tudnák követni a sugallt ideálokat, hanem azokban is, akik a tudomány és technika túlhasználatának iatrogén (orvosi gyógykezelés közben szerzett) ártalmait, tehát betegséggerjesztő veszedelmét látják, és félnek tőle. Az 1970-es évek közepén *Ivan Illich* és követői érveltek ezzel a legnagyobb hatással. Óvták a világot ettől az öngerjesztő folyamattól. (A függőség növekedésének ördögi körét írja le *Ivan Illich*: az orvostudomány egyre több betegséget ismer, egyre több gyógyszerrel kezel, szükséglet gerjeszt még nagyobb szükségletet, és exponenciálisan növeli a gyógymódok és gyógyszerek fogyasztását, s végül egyre erősebb függésbe hozza az embereket az orvosi és egészségügyi hatalomtól. A függőség maga is egyfajta betegség, amely az autonóm ember cselekvési terét rendkívüli módon beszűkíti, hatalmasra duzzasztva az egészségügyi költségeket, táplálva az egészségipart és -kereskedelmet.)

Az egészségipar túlhatalmának kritikussai a fogyasztói manipulációktól éppen úgy féltik az ember autonómiáját, mint az életekbe való erős és nem mindig indokolt beavatkozásoktól. A piac érdekeitől, az orvoslás mesterségesen fűtött túlhatalmától szeretnének szabadulni, szembeszállnak a beavatkozások természetellenes módjaival, és ugyanerre biztatják az embereket is.

Különbéle eszmei alapon, de hasonlóan lépnek fel a természetvédők, a keleti ősi kultúrák és szellemiség követői, a modernitás tagadói, az alternatív ökológusok, a humánökológusok és mindazok, akik szembeállnak a modern nyugati orvoslás beavatkozásának túltengésével, a túlzott gyógyszerfogyasztással, az állandóan gerjesztett betegségtudattal. A medikalizációs ártalmakkal szembeni ellenállásban érvényesülhet az élet tényleges védelme, ahogyan kockára is teheti az életet az orvostudomány eredményeinek teljes elutasítása.³

Az alternatív szembenállónál erősebbek azok a gazdasági korlátok, amelyek a növekvő kiadásokkal szemben a szűkülő forrásokat védik, mert a költségrobbanás miatt az egészségpiac nyomásával szemben nem tudják az ellátás társadalmi fedezetét a korábbi módon biztosítani.

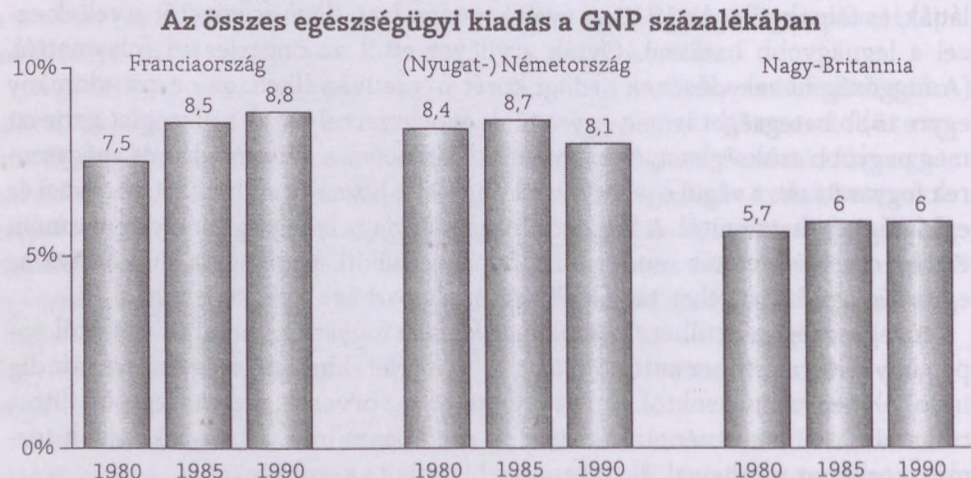
A költségrobbanás és a fedezetihiány feszültségei

Az egészségügyi ellátás technikai színvonalának növekedése, miközben szakmai oldalról eddig nem tapasztalható fejlődést hozott a gyógyításban és a megelőzésben, valóságos árrobbanással tört be az orvosi gyakorlatba. Erős ütemben és egyre nehezebben elviselhető költségekkel terhelte az egészségügyi rendszereket, s megrendítette az egészségügyi ellátás egész területét. Mindez az egészségügyi területen rohanó inflációt teremtett, nehezítette a korábbi finanszírozás szintjeinek megtartását.

A nyugati országokban a nagy egészségügyi költségrobbanás az 1970-es évek közepétől indult, éppen abban az időben, amikor a gazdaság fejlődése is megtorpant és recesszió következett be. Az egészségügyi költségek erősebben növekedtek a fejlett ipari országokban, mint a nemzeti jövedelem.

(Az egészségügyi költségek növekedési grafikonjait lásd az 1–4. sz. ábrakon.)

1. ábra

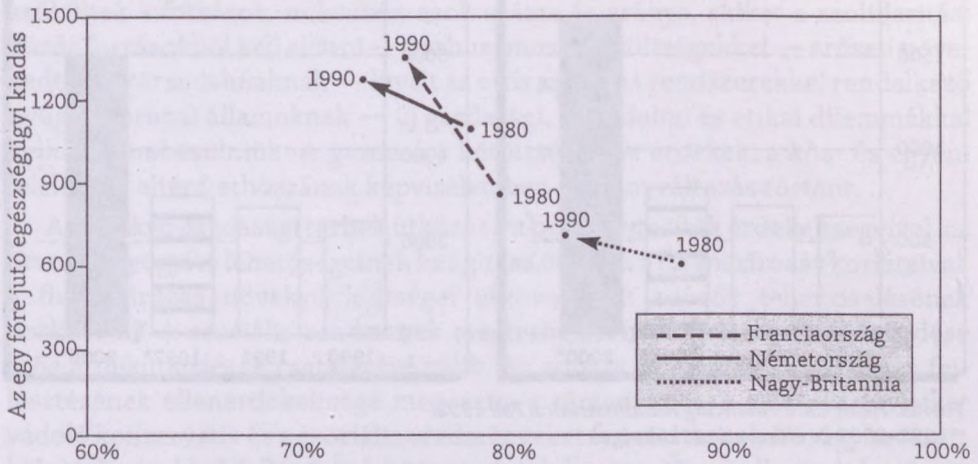


Forrás: OECD; nemzeti statisztikák.

Úgy is megfogalmazták, hogy az egészségügyi ipari komplexum fejlődése exponenciális, míg a gazdaság egészének fejlődése jó esetben is csak lineáris.⁴ Így vált közhellyé Nyugat-Európában — paradox megfogalmazással —, hogy a legnagyobb az a konfliktus, ami ma az *orvosiilag szükséges* és a *gazdaságilag lehetséges* között létrejött.

2. ábra

A költségvetésből fedezett összes egészségügyi kiadás részaránya

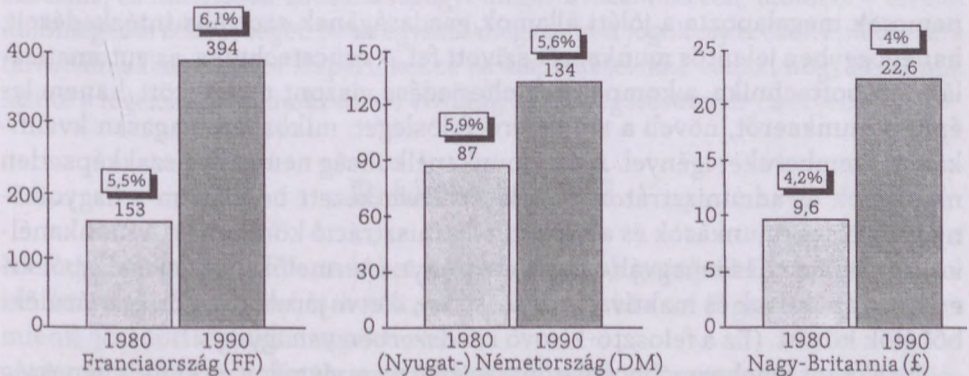


Forrás: Statistische Bundesamt Ausgaben für Gesundheit, 1992.

A bonyolult, szofisztikált gyógymódok iránti fokozódó igény hatványozottan emelte a költségeket. Az orvosok számára az új eszközök használata egyszerre jelenti a gyógyítás eredményességének és saját szakmai tekintélyük emelkedését. A média hatására a betegek is igénylik a legfejlettebb, s rendszerint egyúttal a legköltségesebb terápiákat. A szakmai presztízs egyesül a betegszerzés piaci érdekeivel, erre vezet a sikerorientáció, a szakmai becsület, a pénz és a hiúság egyaránt. Így lesznek szövetségesek a betegek is, akik a nagy hírveréssel reklámozott új módszereket a maguk gyógyítására szeretnék megszerezni. Fokozzák a nyomást orvosokra, betegekre a verseny, az ipar és kereskedelem érdekei is, a nyílt és rejtett érdekérvényesítő akciók és érdekkapcsolatok.

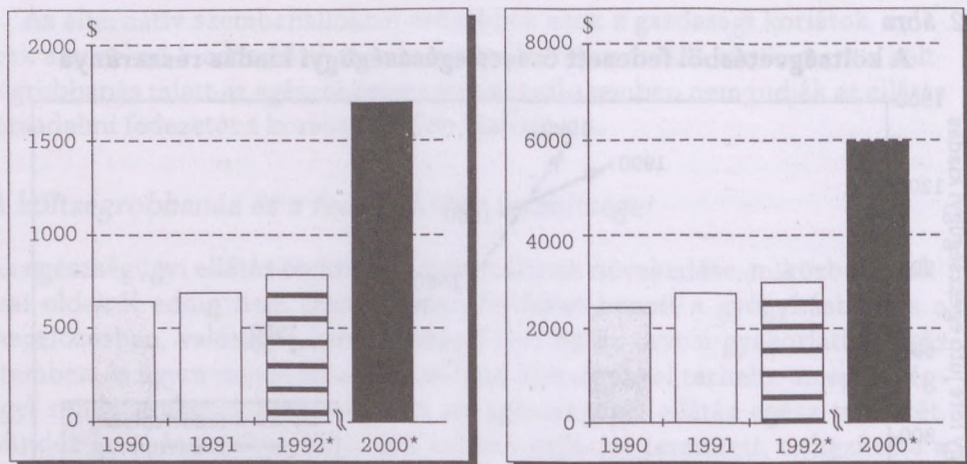
3. ábra

Az összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában



Forrás: Statistische Bundesamt Ausgaben für Gesundheit, 1992.

Az USA összes és egy főre jutó egészségügyi kiadásai (billió \$)



Forrás: Health Care Financing Administration Fall 1992.

* 1992–2000-re előrevetített költségek

tok, valamint — hol a törvényes határokig, hol azon túl is nyúló — pressziók és csábítások. Szelíd és agresszív késztetések, sőt megvesztegetések változatos arzenálja segíti az új, mindig költségesebb gyógymódok terjedését.

A fejlett ipari országokban mind a mai napig keresik a megoldást, hogy az egészségügyi költségrobbanást hogyan lehet fedezni vagy megállítani és ellenőrizni.⁵

A gazdasági feltételek romlása elsősorban a szociális szférára gyakorolt hatást. Súlyosbította a nehézségeket, hogy egyidejűleg a költségrobbanással a társadalom belső arányaiban az aktív és inaktív népességcsoportok között nagy arányeltolódás jött létre, amit a munkanélküliek csoportjainak növekedése és az idősek magas aránya jellemez. A termelés szükségyszerű átalakítása azal járt, hogy a korábbi termelési technikák elavultak, a csúcstechnika bevezetése lépett az első számú iparfejlesztési érdekké. A gazdasági fejlődés dinamikus modernizációjához képest fordított folyamat indult el a munkaerővel szemben támasztott mennyiségi és minőségi igényben is. Az akkori fejlődés nemcsak megalapozta a jóléti államok gazdaságának szociális intézkedéseit, hanem egyben jelentős munkaerőt szívott fel. A csúcstechnika, az automatizálás, a robottechnika, a komputerok elterjedése viszont nem leköti, hanem leépíti a munkaerőt, növeli a munkaerő-fölösleget, miközben magasan kvalifikált szakembereket igényel. A mai munkanélküliség nemcsak a szakképzetlen munkások és adminisztrátorok körében következett be, hanem a hagyományosan jó szakmunkások és a képzett adminisztráció körében is. A munkanélküliség növekedése megváltoztatta az arányt a termelők és a termelésből kiesettek, az aktívak és inaktívak, a biztosítás-, illetve járulékfizetők és a járulék-ból élők között. (Ez a felosztó-kirovó rendszerben van így.)

Az életkor meghosszabbodása önmagában nagy vívmány — az idősek népesség aránya 20–22%-ra nőtt —, viszont újfajta, nehezen kezelhető társadalmi gondná

vált. A lakosságon belül több lett az eltartott munkanélküli és kevesebb az aktív kereső. Arányuk megváltozásával csökkent a járulékfizetők száma, és ezzel szűkültek a források, miközben azok száma és aránya, akiket a szolidaritási közös forrásokból kell ellátni — párhuzamosan a költségekkel — erősen növekedtek. E társadalmaknak — kivált az erős szociális rendszerekkel rendelkező nyugat-európai államoknak — új gazdasági, társadalmi és etikai dilemmákkal kellett szembesülniük. A gazdasági kötöttségek és érdekek, a köz- és egyéni felelősség eltérő ethoszának képviselőjében is arányváltozás történt.

A növekvő gazdasági terhek ütköznek a betegbiztosítók érdekeltségeivel, az orvosok gyógyító lehetőségeinek kitágítása ütközik a finanszírozás korlátaival, a finanszírozás növekvő költségei ütköznek az adózók teherviselésének korlátaival. A szociális rendszerek megterhelésének ugrásszerű növekedése erős érdekütközések csataterévé válik. Az adózás és elosztás, a gazdaság fejlesztésének ellenérdekeltsége megosztja a társadalmat, a szociális terheket vádoló konzervatív és a szociális eredményeket fenntartani akaró, úgynevezett baloldali elvekkel fellépő érdekképviseletek között. Újra kell gondolni, hogy fenntarthatóak-e és hogyan a korábbi megállapodások.

A nagy megterhelések ellenére Nyugat-Európában igyekeznek megőrizni az ellátás korábbi ethoszát, amely eredeti vállalása értelmében állja vagy állni akarja a biztonság elvének érvényesítését, a méltányosság és szolidaritás erkölcsének teljesítését, vagyis azt a gyakorlatot, hogy a betegellátás ne függessen az egyéni vásárlóképességtől, hanem a közös társadalmi felelősségvállalás álljon az állam polgárai mögött.

Az, hogy nem lehet betartani a korábbi társadalmi megállapodásokat és fenntartani a jóléti rendszereket — különösen azután, hogy az egészségügyi ellátást szűkíteni akarták — azonnali tiltakozó hullámot váltott ki. Fenyegető politikai földmozgás indult meg jóformán mindegyik jóléti országban, ahol valamilyen módon a korábbi megszokott helyzetet és jogot szűkítő lépésekre akarták volna elszánni magukat a kormányzatok. Hasonló felháborodás követte vagy előzte meg a szociális, és különösen az egészségügyi megszorítások terveit, mutatva e terület különleges érzékenységét. Itt az egyszer megszerzett jogok oly erősen épültek be a társadalmakba, annyira alapértékekké és alapfeltételekké váltak, hogy sérelmük szinte a legegyszerűbb demokratikus vívmányok fenyegetésével ér csak fel.⁶

Mi járul ebből ránk?

Mennyiben érintenek bennünket a jóléti országok gondjai? Ott nagyobb a jólét, itt nagyobb a gond, s hiábavaló óhaj, hogy bár az ő gondjuk lehetne a miénk, jó adottságaikkal együtt.

A nagy ellentmondás éppen az, hogy a gondok az úgynevezett globalizálódás következtében hasonlóak, csak hogy a mi esetünkben beépültek a gazdasá-

gi és politikai hátrányainkba és elmaradottságunkba, valamint tovább terhelődtek az átalakulás újabban keletkezett nehézségeivel.

A nyugati konfliktusmodell azonban nálunk szinte ugyanúgy leírható, csak a feszültségek még sokkal nagyobbak: apadó források, növekvő költségek, romló vagy stagnáló gazdaság, átalakuló, traumatikusan megviselt társadalom. Itt is csökken az aktív népesség, növekszik az ellátandók aránya, nő a térségben eddig ismeretlen és nehezen kezelhető munkanélküliség. Közben ide is betör a költséges ellátás, a drága gyógyszerteremtés, drasztikusan csökkennek a finanszírozás forrásai, s különösen magasak az egy főre jutó jövedelemhez képest a szociális költségek („svéd adózás, etióp jövedelmek mellett” — ez volt az 1980-as évek végének humora). Ha ez Nyugat-Európában válságot hozott, akkor mekkora gondot jelent nálunk az átalakulás idején, amikor a világ felé nyitottá válunk, s közben magunkkal hurcoljuk múltunk s jelenünk minden terhét egy nehéz, alig belátható jövő útjára!

Érintettek vagyunk a nyugati országok fejlődést hozó gondjaiban is, mert a technika és az eszközök globalizálódtak, a szakmák és ismeretek szabadon áramlanak, s mi is részt veszünk a nemzetközi folyamatban. Az egészségügyi csúcstechnikák, a gyógyászati és gyógyító eredmények vonzáskörébe kerülünk. A szellemi színvonallal kevesebb a gond, a humán szakértelem megtalálható nálunk, a hozzávaló eszközrendszer viszont kevésbé adott.

A technikai fejlődés, a csúcson használt gyógy módok vonzása érthetően erős, hiszen megszerzésük a hosszú elzártság, a kieléhezhetetlenség és a nagy hiányok után mintha valóságközelbe került volna. Az állami egészségügyi szervezetek intézményeinek súlyos lerobbanása még kívánatosabbá, ugyanakkor még elérhetetlenebbé teszi ezeket.⁷

Az egészségipar komplexuma betört és még jobban betörne ide, ha erre anyagi eszközeink lennének. Kelet-Európa fontos piac, elfoglalása üzleti érdek, különösen a korábbi jogi és politikai gátak megszűnése után. Most a gazdaság teherbíró-képessége, a szegénység a korlát. Ám ezeken az erőszakos offenzív piaci erők könnyen áttörnek, mert nincsenek kidolgozva az egészségpolitikai elvek, hogy mit engednek és mit akadályoznak, mert az eszközök bekerülésének puha korlátai vannak, mert kihasználható jogi hézagok vannak, mert megvesztegethetők vagy megvehetőek az intézmények. Így nem a célszerűség szerint döntenek, ami népegészségügyi és intézményellátási szempontból életbevágó lenne, hanem az erősebb érdekcsoportok hatalmi kapcsolatai alapján. Hiányzik a konszenzusos, társadalmi értékek és érdekek világos rendje, amely a piac átgondolt működtetéséhez szükséges lenne.

A prioritások meghatározásának fontossága nem csak a források szűkössége idején nélkülözhetetlen. A piac kínálatához képest még a gazdag országokban is rangsorolni kell, különösen a költségvetési hiányokat görgető szegény országok esetében kell eldönteni, hogyan rangsorolják a különböző égető feladatokat, hiszen ha az erőforrásokat valamilyen gyógy módra felhasználják,

azzal valaki mást vagy másokat megfosztanak attól, hogy a pénzkeretet az ő gyógyításukra használják fel.

Nyitottá vált a szakmai világ, már nem csak a kipróbált jó káderek és szakmai vezetők mehetnek „Nyugatra”. Ez növeli a tudást, és közben nő a feszültség is a szakmai ismeret színvonala, az egészségügyi intézmények lehetősége és felszereltsége között.

Hatása van még annak a gondolkodó, olykor tépelődő útkeresésnek is, amelyik az egészségügyben új struktúrákat, új elveket, új módozatokat kutat; akár úgy, hogy ezzel együtt szeretné megtartani a korábbi társadalmi megállapodást, a megfelelően korlátozó finanszírozási módokkal kombinálva.

Hatást gyakorol az a Nyugat-Európában zajló vita, hogy a költségek kényszerű szűkítése minek az érdekében és a minek a kárára történjék. A finanszírozás nem csupán az allokáció praktikus kérdése, hanem filozófiája van, társadalmi és politikai problémákat is magában foglal, s az erők valójában a különböző etikák képviselőiben ütköznek össze.

A mintakeresés vívódásai

A mai Magyarország az út- és a mintakeresés fázisában van. A mintakövetés korábban egyszerűbbnek látszott. A világszerte általánossá váló útkeresés — nálunk folyó kényszerű és szükségszerű átalakítással együtt — különösen növeli a bizonytalanságot, s nehezíti, hogy a szocialista egészségügyi és szociális rendszereket egyszerre kellene az új gazdasági társadalmi feltételekhez, s egyben a nyugat-európai mintákhoz igazítani.

A jóléti rendszerek, különösen az egészségügyi rendszerek belső kritikusi el tudják mondani saját rendszerükről, hogy abban mi a rossz, s mindegyik rendszerkritikus a többiről is tudja a hibákat, mert „mindegyik rendszerben más a rossz”. Melyik kevésbé rossz rendszer a *nekünk való*, melyek azok, amelyek a mi sajátos körülményeink és válságaink megoldásában segítséget adhatnak? Ez a kérdés változatos válaszokra készítet.

Ha a finanszírozást és a működés eredményeit összevetjük az egyes országok egészségi állapotával, érdekes eredményekre juthatunk. Az Amerikai Egyesült Államokban a legnagyobb a költségnövekedés, a legnagyobb a nemzeti jövedelem egészségügyekre fordított aránya. A népegészség mutatói mégis rosszabbak, mint az európai jóléti államokban. Egyébként az USA-ban fedi le legkevésbé a társadalmat az egészségügyi ellátási rendszer.

Két szélső példát szoktak emlegetni: az *amerikait* és az *angolt*. Az egészség intézményrendszerei között az *amerikait* tartják a „rossz fiú”-nak. Az Amerikai Egyesült Államokban ugyanis az egy főre eső egészségügyi költség GDP-aránya az 1990-es évek 3500 dollárjáról az ezredfordulóra eléri a 4000 dollárt, ugyanakkor 33 millió ember, a népesség 13,6%-a marad ki mindenfajta egészségbiztosításból.⁸ Az erős magánorvos és magánbiztosító lobby, valamint a

profitorientált kórházláncolatok a magas költségek fenntartásában érdekelt üzletemberek miatt mégsem tudják a reformterveket, a Clinton-programot keresztülvinni. Amerikával Nagy-Britanniát szokták szembeállítani, ahol a központi National Health Service kézben tartja az egészségügyi költségek növekedését. A jóléti államok közül itt a legalacsonyabb a GDP-ből az egészségügyi ellátás egy főre jutó részesedése, mégis az 1948. évi állapothoz képest reálértékben ötszörösére növekedtek az egészségügyi költségek. A kézbentartás ára — többek között —, hogy magas a kórházra vagy műtétre várakozó betegek száma.

Sokféle típusú egészségügyi rendszer létezik az élesen individualista piaci alapú egészségügytől a vegyes típusokig, a központi állami ellátási formáktól az államilag garantált, szakszervezetek által ellenőrzött betegsépgépzettárig. Éles különbség van az USA egészségügyi költsége és filozófiája, valamint a nyugat-európai jóléti államok hasonló költségei és filozófiája között.

Mégis, Európában a változások eddig nem vezettek olyan kételyekhez, hogy akár az egyenlő hozzájutás esélyét, akár a méltányosság (fairness) elvét, akár a társadalmi szolidaritást felmondanák.

Ezek a viták a költségrobbanás gondjával együtt megjelentek, és elbizonytalanítják a mintakövetést. Ami viszont nem másolható a fejlett világból, és amihez nem elég a megvalósítandó szervezeti vagy finanszírozási minta: ez a jóléti országokban élő emberek jó egészségi állapota. Minden elemzés azt mutatja ki, akár mellette, akár ellene érvel, hogy az egészségügyi költségek növekedése és GDP-arányának nagysága nem függ össze a népegészségi állapottal. Sőt ugyanolyan nemzeti jövedelmi mutatók mellett nagy különbségek jönnek létre az egyes országok között.

Ismert példa, hogy az Amerikai Egyesült Államok az 1970-es években — a legmagasabb nemzeti jövedelem mellett — a korai halálozás magas arányát tekintve az európai jóléti államok sorában a legutolsó helyet foglalta el. (A fekete lakosság fiatalok halálozási aránya pedig az országok között 24. helyen, a kelet-európai országok és az afrikai országok között helyezkedett el.) Az egészségkultusz és a tudatos egészségvédelem tényleg sokat tett, hogy húsz év alatt jó irányú változás következett be, de mélyebb elemzők szerint az életkörülmények javulása (lakás, ivóvíz, egészségesebb munkaszervezet, javuló infrastrukturális feltételek), s nem kevéssé a fekete lakosság életkörülményeinek javulása, a „fekete burzsoázia” kialakulása alapozhatta meg az egészségvédő szokások és magatartás sikerességét.

Magyarországra az egészségkultusz cselekvés- és magatartásváltató áramlatai még csak a propagandába és az egészségnevelési programokba kerültek át. Bizonyos elemek a nyugati egészségvédő szokásokból átkerültek a felső osztályok önmagukat értékelő, önérdemben és önféltésben élenjáró egyes tagjaihoz. Azonban ott, ahol különösen szükség lenne alkalmazásukra,

azaz a legnyomorúságosabb társadalmi körülmények között élő, ennek következtében „önpusztító” emberek körében, ott éppen azok a társadalmi feltételek hiányoznak a leginkább, amelyek megerősíthetnék az egészségvédő magatartást.

Az egészség szavakban elismert elsőrendű fontosságával nálunk nincs hiba (értékvizsgálatok rangsorai mutatják), csak éppen a mentalitáshoz áll közelebb a hetyke nemtörődomség, a dacos mindentelviselés, az önkímélet megvetése, az érzékenység lenézése, „az a legény, aki állja”, a „rossz ez, fáj az, de ki figyel oda”, hiányzik a kultúrából az időben észrevett jelzések figyelembevétel (civilnél, orvosnál egyaránt). Viszont, ha már ott a baj, a betegség, akkor bekövetkezik a fordulat a tragikus önfeladással együtt, a betegséggel való azonosulás, a teljes ráhagyatkozás a medikalizációra, és a legradikálisabb beavatkozás igénye és elvárása.

A hazánkat jellemző katasztrofális népegészségügyi állapot, az egészségvédelem hiánya, együtt az egészségügy finanszírozási és intézményes válságával sokszorosan átgondolt stratégiákat és cselekvéseket kívánna a mintaként követhető elvek és utak tekintetében. Ehhez viszont azt is meg kell nézni, honnan is jöttünk, mi kísér bennünket tovább.

A szocializmus hagyatéka mint hozomány

Vajon jogos nosztalgia vagy rossz memória miatt válik — egyesek szerint — egyre általánosabbá a szocialista korszak szociális rendszerei utáni vágyódás akkor, amikor a mai nehézségekkel kell szembesülni. Ehhez is, a továbbiak megértéséhez is, röviden fel kell idéznünk a szocialista egészségügyi ellátás legfontosabb jellemzőit.⁹

A múlt jelen van. A ma szükséges feladatok megoldhatatlanok a máig élő múlt elemzése nélkül. Máig cipeljük vívmányainak terhét, éppen úgy, mint nehezen elviselhető, túlhaladni kívánt intézményeinek továbbélését. Megmarad a megépített struktúra, valóságos szerkezetekben a diszfunkcionálisan egymásra rakott elemek; megmaradnak az égető hiányok, amelyek most még fájdalmasabbak. Megmaradnak a kialakult viszonyrendszerek, amelyek a mentalitásban rögződtek, tovább éltetik a kapcsolatok, megtestesülnek a szokásokban, és azok viszik tovább a megkeményedett struktúrákat.

A vívmányok

A szocialista rendszerek eszmei programjai központi elvek alapján, meghatározott újraelosztással akarták demonstrálni azt, hogy csak ebben a rendszerben lehet a munkásmozgalom és az évszázados szociális követeléseket meg-

valósítani, társadalmi egyenlőségfelfogást képviselni a tőkés társadalmak elosztási egyenlőtlenségével szemben. A szocialista vívmányok meghatározott területei voltak a társadalmi újraelosztás politikai szempontokból diktált folyamatainak.

A szocialista országokban a szociális alapeszmék beteljesülésének — paradox módon — maga a rendszer volt a legfőbb akadálya. Minden, olykor diktatórikusan képviselt céllal szemben a valóság a kitűzött célok ellentétébe fordult. Sem igazi, sem általános jólétet nem tudtak teremteni a szocialista gazdaság működési bajai miatt. Hiába volt tervtörvény, még erőszakos beavatkozásokkal sem lehetett teljesíteni a terveket. A szabadság hiánya az egészségügyben is érvényesült, ott sem volt demokrácia, a hatalom a centralizált, monolitikus felépítésű, politikai érdekektől vezetett, felülről (kívülről) diktált feudális jellegű viszonyrendszeren keresztül érvényesítette a központ akaratát, nélkülözve nemcsak a szabadságot és demokráciát, hanem a belső, valóságos társadalmi kontrollt is.

Nem volt és nem is alakulhatott ki demokratikusan vállalt társadalmi szolidaritás. A szociális szféra anyagi feltételeinek elosztása diktált, kényszerelemeket alkalmazó, szolidárisnak nevezett, felsőbbbségtől eredő döntés alapján történt, szemben a demokratikus országokkal, ahol vitákban alakult ki a konszenzusos, társadalmi szerződésen nyugvó, törvényekkel körülbástyázott, a szolidáris ethosz alapján kiépülő szociálpolitikai és nevelési rendszer.

A szocialista vívmányoknak ezekre a területeire hatalmi erővel anyagi eszközöket és intézményeket koncentráltak. A vívmányt nem idézőjelesen, hanem a szó valódi értelmében gondolom. Ezek révén ugyanis a gazdag, nyugat-európai országok hasonló intézményrendszerének egyes mutatóival szoros versenybe kerülhettünk. Így adódott, hogy a jóléti versenyben magas helyezést kaptak azok a szocialista intézmények, amelyek a „rosszléti” rendszerek viszonyai között jöttek létre. Mellőzve a szóviccet, cáfolhatatlan, hogy a nyugati országokhoz képest sokkal rosszabb gazdasági és életfeltételek között élő állampolgárok az adott viszonyokhoz képest többet és térítésmentesen kaptak egészségügyi ellátásból, iskolai oktatásból, alkotóművészetekből és kulturális kínálatokból, mint a gazdag országok polgárai. Az általános jogfosztottság mellett itt állampolgári jogként deklarálták a jogot a munkához, a tanulásához és az egészségügyi ellátáshoz.

A rendszerek közötti versenyben így kapott különleges szerepet az egészségügyi ellátás és dicsekvésre alkalmasnak tűnő mutatói. Az eszméket és ideákat azonban itt is eltávolította a céloktól a működés gyakorlata, a rendszer torzító hatása, hiszen minden abból vétetett. Az elvek és a megvalósítás közötti szakadék végigkísérte az egész korszakot, s a kritikusoknak, amennyiben szólanı tudtak, egyszerű dolguk volt: csupán szembesíteni kellett az eszmei ígéretekkel a megvalósult gyakorlattal.

A versenyképesség mutatói — ami a kirakatban van, s ami mögüle hiányzik

A kiterjesztett jog a szegénység és az alacsony finanszírozás bázisán valósult meg. Ennek gazdasági és politikai történetét és feszültségeit Szalai Júlia elemzi könyvében.¹⁰

Így az egészségügyben — de hasonlóan az oktatásban és a kultúrában is — a társadalmi jövedelemelosztás strukturális hibáit — a rendszer eszmei fogantatásának demonstrálása érdekében — a termelés teljesítményétől függetlenítették, s a pénzügyi kereteket, a programot és a szerkezetet a tervszámok alapján határozták meg.

Már az elosztás gyakorlata is ellentmondásos. Bár a szocialista államnak elvileg kiemelten fontos területe volt az egészségügy, mégis — mint nem termelő ágazat — a „maradékelnv” alapján részesült az újraelosztás kereteiből. Az 1971. évi 3,2%-ról csak 1989-ben emelkedett 4,5%-ra (gyógyszerfogyasztással együtt 4,8%-ra) a nemzeti jövedelemből az egy főre jutó egészségügyi költségek aránya. Elmaradt még a viszonylag alacsonyabb nyugat-európai 5,7%-os, illetve 7,8%-os GDP-ből való egészségügyi kiadások arányaitól.¹¹ (Lásd az 1. sz. táblázatot, valamint vö. a 21. oldalon található 3. ábrával.)

1. táblázat

A költségvetés egészségügyi és szociális kiadásainak alakulása a nemzeti jövedelem százalékában 1955–1990 között

1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1989*	1990*
2,4	3,7	3,5	2,9	3,2	3,4	3,5	3,9	4,6

* Egészségbiztosítási kiadások a GDP százalékában.

Forrás: KSH Statisztikai Évkönyvek, Egészségügyi Évkönyvek.

1972-től a mezőgazdasági dolgozók számára is kiterjesztették az ingyenes egészségügyi ellátást, így az ekkor vált állampolgári joggá. Az újonnan bevont nagytömegű ellátott ellenére a nemzeti jövedelemből az egészségügyre jutó költségek nem emelkedtek. A nemzeti jövedelemből az egészségügyre fordított arány az 1960-as 3,7%-ról éppen a társadalombiztosítás kiterjesztésekor csökkent először: 1970-ben 2,9%-ra, majd igen alacsony szinten maradvánémiképp nőtt. 1972-ben 3,0%, 1975-ben 3,2% volt ez az arány.¹²

Az állampolgári joggá vált egészségügyi ellátás vívmányát nem előzte meg és nem követte a finanszírozás növekedése, így a növekvő jogok relatíve (későbbiekben abszolúte is) szűkülő anyagi bázison jöttek létre. A társadalombiztosításba bevontak aránya az állampolgári jog kiterjesztése idején (ha az 1968. évet 100%-nak tekintjük) 375%-ra növekedett, az orvosok száma 255%-kal, a kórházi ágyak száma 182%-kal nőtt.¹³

Olyan szerkezetet kellett tehát létrehozni, amely mindenkit ellát, és mégis megoldható a szűkös keretektől. *Ez volt az extenzívnek nevezett fejlődés korszaka.*

Az egészségügyi ellátást a szűkösség, a zsúfoltság, az egyenetlenség, a szintek és régiók közötti egyenlőtlenesség, a morbiditási szerkezettől eltérő, azt figyelmen kívül hagyó ellátás és különösen a megépítetlen infrastruktúra és súlyos eszközhiány jellemezte. Hogyan válhatott mégis — mutatóit tekintve — versenyképessé az egészségügyi intézményrendszer a nyugati világ rendszereivel?

Nyilván a költségkímélés útján kellett haladnia. Mivel a szocialista bérezési viszonyok között a legolcsóbb az emberi munkaerő, orvosi körzeteket hoztak létre (körzetenként: egy orvos, egy adminisztrátor, egy kimeszelt szoba, orvoságos szekrény, injekciókészlet). Így egy terület több ezer emberének ellátása papíron meg volt oldva. Az alapellátás megszervezését, az orvosi létszámot, a körzeteket mint biztató eredményt fel lehetett mutatni. A számbeli mutatók szerint — népességszám/orvos, kórházi ágy/lakosság, kórházi ágyra jutó orvosszám — a nyugati világot nemcsak utolértük, de több országot közülük valóban „túl is szárnyaltunk” a „nagy versenyben”.

Az olcsó megoldás később igazán drágává vált, hiszen az eszköztelen, sokszor bizonytalan szakértelmű, gyakran az alapellátásba „kontraszelektálódott” orvosok biztos diagnózist nem tudtak adni, ezért megalapozott és hatékony terápiát sem alkalmaztak. Nem volt hozzá sem idő, sem eszköz, még ha a szakértelem meg is lett volna. A zsúfolt rendelőkben a receptírás, a „közlekedésrendőri” szerep, tehát a továbbutalás kényszerében dolgoztak. Az alapellátás, ahol a legtöbb beteg megfordult, leértékelődött. Az alacsony színvonalú, rosszul felszerelt, zsúfolt alapellátás hiányait nem korrigálhatta az ugyancsak eszközhiányos és alapos szakmai munkára nem mindig megfelelő járóbeteg-ellátás sem. Az eszközöket a kórházakba koncentrálták, ezért minden „igazi” gyógykezelés útja a kórházakhoz vezetett, ahol jó szakorvosok és viszonylag megfelelő diagnosztikus és terápiás eszközök voltak.

Mindazok a szakértők és egészségpolitikusok, akik látták az alap- és járóbeteg-ellátás elégtelen színvonalát, és a még mindig versenyképes magyar orvosiskola befolyásos képviselői, akik szakmájukat védeni, hivatásukat gyakorolni is akarták, elindították a *kórházcentrikus fejlődés programját*. Ezt az időszakot nevezték a *szocialista egészségügy intenzív fejlődési szakaszának*. Az egészségpolitikai és szakmai érdekek egybeestek a betegek ellátásával és az ország érdekeivel is. A kórházcentrikus fejlődés megfelelt a hagyományosan legerősebb orvoscsoportnak, a szakmák prominenseinek, akik Magyarországon a klinikai és a kórházi orvosokból kerültek ki.

A kórházcentrikus fejlesztés intenzív fordulatához is hiányoztak azonban az eszközök, az anyagi feltételek és a koncepció következetes keresztülvitelére az erő is. A kórházcentrikus fejlesztés kevés eszközzel, egyenetlenül, nem a morbiditásra építve (ilyen vizsgálatok nem is voltak), viszonylag alacsony ráfordítással, sokszor átgondolatlan beruházással történt. Az ágyszámfejlesztés volt a fejlődést jelző legfőbb mutató, sok esetben ugyanarra a négyzetméterre,

ugyanarra a kiszolgáló helyiségre és infrastuktúrára került az eredeti négyzetméterek normájánál lényegesen több ágy. Hetven- és százéves kórházak elavult terei adták ehhez a fejlesztéshez a kereteket.

Az általános szegénység és a rosszul felszerelt intézmények nem oldhatták meg az ellátás tőlük elvárt feladatait. A kivételezett osztályok és testületek ezért — külön kiváltságokkal — saját egészségügyi hálózatokat építettek ki saját embereik, illetve saját testületeik számára. Ezek speciális felszerelést és speciális infrastruktúrát kaptak (Kútvolgyi Kórház, honvédségi kórházak, belügyi kórházak, Sportkórház, önálló ellátó rendszere miatt jobb színvonalú volt a MÁV Kórház). Ahol a hatalomközeli kivételezettség törli meg a szigorú szerkezeteket, ott ez másokat is a rendtől eltérő gyakorlatra ösztönöz a kivételezés elnyerése érdekében. Tehát a nagyobb hatalmak privilégiumai a kisebb hatalmakat is a külön úton kijár(hat)ó előnyök megszerzésére serkentette. Több vidéki kórház juthatott felsőkáder-kapcsolatai révén kiemelt juttatáshoz.

A hatalom működésének technikája

A monolitikus irányítás az egészségügyi rendszerben is függőségi, vertikális viszonyokból épült fel. A legfőbb kérdésekben a pártközpont döntött. Ez vonatkozott a gazdasági arányok meghatározására, a pénzügyi keretekre, a fejlesztésre, a beruházásra éppúgy, mint személyi kérdésekre. A nomenklatura itt is érvényes szabályai szerint az MSZMP Politikai Bizottságáé volt a döntő szó.

A gazdaság primátusát mindig figyelembe vették. Mivel viszont a politikai elvek domináltak, előfordult olyan elosztást érintő döntés, amikor az eszme fontosabbnak bizonyult, mint a keretek betartása, s az ideológiai célok érdekében az elosztást függetlenítették a gazdaság teljesítőképességétől, és megváltoztatták annak elhatározott és tervszerű arányát is.

A centralizált monolitikus hatalom olykor a közvetlen, olykor a közvetett „kézi vezérlésű” beavatkozásokkal élt. A feudális hierarchia jellegéből következett az, hogy a mindennek felett álló és letről ellenőrizhetetlen politikai hatalom egyes nagyhatalmú potentátjai áthághatták a szabályokat és figyelmen kívül hagyhatták a kötelező utakat. Kedvezményezetteknek — akik különleges szolgálatot tettek, vagy akik különös becsben álltak előttük — megváltoztatták a kötelező feltételeket, módosították az elosztás módját, oldották a hierarchiák merevségét. Egyedi kedvezményekkel változtatták meg az ellátás útját is. Így juthattak a vezető politikusok orvosai — amolyan közpénzen finanszírozott hálapénzből — különleges eszközökhöz, új műtőkhöz, gépekhez, még új kórházi szárnyat is nyithattak, sőt létesíthettek új kórházat is — mikor, ki, mit tudott elérni, mikor, ki, kit, mivel jutalmazott —, de ezekből a kapcsolatokból juttottak orvosok katedrákhoz, klinikákhoz, igazgatói vagy főorvosi székekhez is. Ezeket nem a szükség és célszerűség diktálta, hanem a személyes kapcsolat.

Illetve, mivel a vezető kádereket sem kímélte a betegség, s annak gyógyításához a legjobb orvosok kellettek, így volt minőségi és szakmai igény és mérce. Az általános szűkösséget áttörték tehát a személyes kapcsolatok, kölcsönös hálák, kijárások. Ezek a viszonyok még inkább torzították az egyébként is problematikus elosztási struktúrát.

Az egészségügyi ellátás szakmai, kórházi szerkezete nem a megbetegedések szükségleteire, a morbiditási adottságokra, hanem az önmagukat képviselni tudó orvosok, orvoscsoportok, illetve a hatalmi kapcsolatokkal rendelkező orvosszemélyiségek lobbyszó képességére épült. Ez formálta a megbetegedési struktúrát is: ahol belgyógyász kapott osztályt, megnőtt a gyomorbetegek száma, ahová sebész került, kiemelkedően magas lett a hasi műtétek aránya, egy új gégész környékén megugrottak a mandulaműtétek — mintha az orvosi ellátás léte kreálta volna az orvoslandó betegségeket. Ez különösen akkor tűnt fel, amikor kutatási terepet keresve kiderült, hogy milyen érthetetlenül különböznek a betegségi arányok, ha a betegségstruktúrát a gyógykezelt esetek felől közelítjük.

Mіндеzek tükrében hogyan valósulhatott meg maga az eszme?

Az „általános, egyenlő, ingyenes” szocialista egészségügyi ellátás

Ennek a szlogennek minden állítása hibás: egyenlőtlen volt az ellátás akár területi, akár társadalmi, akár osztályszempontból közelítjük meg.

Az *ingyenesség* volt a rendszer legfőbb érdeme és jelszava. Ezzel lehetett a mindenről gondoskodó állam atyai figyelmét közhitté manipulálni, az egészségügyi szolgáltatást az állam adományaként tálalni, minden módon elfedve azt a tényt, hogy az egészségügy költségeit az állampolgárok fedezik, mégpedig a jövedelmük kézhez nem kapott részéből, a megkérdezésük nélkül elvont adókból. A betegek kétszeresen fizették meg az ingyenességet: egyszer a társadalombiztosításra elvont adóval, emellett pedig — mivel az ingyenességben nem bíztak — az orvosnak adott hálapénzzel, amivel az állami egészségügyben szégyenletesen rosszul fizetett orvost is honorálta, és magának is jó bánásmódot, másokkal szemben előnyt kívánt biztosítani. Ezt nevezték duális finanszírozásnak.

Az *általános* elvet az ellátási különbségek cáfolták. A szocialista egészségügyi rendszer szerkezeti baja, hogy nem „fedte le” a megbetegedési struktúrát, éppen a legrosszabb egészségügyi helyzetben lévő emberek ellátásában nem tudott hatékony megoldást felmutatni. Nemcsak megelőzni, de kezelni sem tudta a legfontosabb és legtömegesebb népegészségügyi problémákat.

Az egész ellátási piramis a feje tetején állt: nem ott voltak az orvosok, ahol a legtöbb beteg, és nem ott volt a legjobb szakmai ellátás, ahol a legnagyobb szükség volt arra. Hiányzott egy átgondolt és működőképes prevenció és rehabilitációs program.

Az ellátási rendszerekben csak a legköltségigényesebb ellátási forma, a kórház tudott meghatározó és befejezett (definitív) gyógyítást biztosítani, az is többségében meglehetősen alacsony szinten, elavult eszközökkel, rossz szerkezetben, emellett olyan diagnosztikai és terápiás feltételek között, ahol nem az ésszerű szükséglet — morbiditás, területi arányok stb. —, hanem a hatalmi erők és orvoskapcsolatok döntöttek az elosztásról.

Az *egyenlőség* is fikció volt: az igazi térbeli távolságok társadalmi távolságokként jelentek meg az egészségügyi ellátásban is, másfelől pedig a társadalmi távolságok kórházi formákat is öltöttek, s ez az egyenlőtlen ellátásban jelentkezett. A kiemelt, privilegizált kórházak, a kiemelt, privilegizált káderek ellátási különbségeiben, de még a hatalom politikai közelségét élvező orvosok kórházai és osztályai között is finanszírozásban és infrastruktúrában megjelent ez a különbség. A területi és társadalmi megoszlás egyenlőtlenségei az életesély különbségeiben fejeződtek ki.¹⁴

Az egészségügyi rendszert nemcsak egyenlőtlenség, hanem célszerűtlenség is jellemezte. Az intézményrendszer belső szerkezetében is inadekvát volt, a különböző ellátási szintek rosszul kapcsolódtak egymáshoz, hol megkettőzött vizsgálat és ellátás, s így fölösleges igénybevétel és költség, hol súlyos ellátási hiányok közepette működött. A hiány és a pazarlás együtt, egymás mellett érvényesült.

Az egészségügy működtetésében a finanszírozás nem kötődött a tényleges teljesítményhez. Elváltak az árak az értékektől, a működés költségei a művileg kidolgozott keretszámoktól. Általános volt az orvosok és betegek tájékozatlansága: melyek az egészségügy forrásai? Honnan és miből származnak? Nem tudták, mennyi adót vonnak el a fizetésből, és mennyit fordítanak ebből az ellátásra. Ki határozza meg a költségeket és arányokat, milyen preferenciarendszer érvényesül a döntéseknél? Ezért nem is játszhatott szerepet az úgynevezett költségérzékenység ezen a — költségek szempontjából egyébként igen csak szenzibilis — területen.

Különösen a gyógyszerek esetében vált kórossá, hogy elválasztották az értéket az ártól. A fiktív ár csak az érték töredékét fedezte. Itt az egyik magyarázata annak, miért emelkedett olyan magasra Magyarországon a gyógyszerfogyasztás.

Nem voltak világosak a felelősség megosztásának határai sem. Az áttekinthetéstől és a döntés felelősségétől meg voltak fosztva és fel voltak mentve az egészségügy szereplői és a betegek.

A rendszer bajainak igen tömör megfogalmazása *Kincses Gyulánál* olvasható:

„1. Centrális tervezés és irányítás:

- egyenetlen és rendező elv nélküli kapacitáselosztás;
- teljesítménytől független bázisfinanszírozás;
- a legális érdekelttség hiánya.

2. Torz struktúra:

- háromszintű ellátás, leértékelt alapellátás;
- kórházcentrikus fejlesztés;
- magas orvosszám — kevés, nem megbecsült szakdolgozó.

3. A szakmai szabályok definiálatlansága.

4. Morális válság:

- kölcsönös kiszolgáltatottság;
- alacsony bér, tömegében jelentős paraszolvencia.¹⁵

A dualitás másik oldala az orvos kettős kötöttsége: az állami, valóban nagyon alacsony fizetés, viszont az orvos ezért eszközt, háttérrel és munkafeltételeket kap, és az állam szemet hunyva hagyja, hogy jövedelmük hálapénzzel egészüljön ki szakmák és szintek különbségei szerint.¹⁶ Többek szerint ettől működött a szocialista egészségügyi rendszer, ugyanakkor ez korrodálta is. Ez az, ami serkentette, vagy legalábbis kiegyensúlyozta a működés szerkezeti és anyagi hiányait, de ugyanakkor oly mélyen beépült és megmerevedett, hogy korlátozza, sőt talán lehetetlenné is teszi a komolyabb strukturális átalakulást.¹⁷

A szocializmusban fennmaradt és megerősödött a korábbi történelmi korszakok alatt kialakult konzervatív orvosi mentalitás. Elsősorban azok között, akik az orvosok legfőbb szakértői, kedvezményezettei és érdekképviselei voltak a szocializmusban. Ezek az orvosi szakma prominens képviselői, akik a párttól függő hierarchikus viszonyok csúcsaira kerültek. Halmozott előnyökhöz jutottak, a szakmai döntések összefonódtak a politikától kapott erő, pénz és pozíció hatalmával. Olyan, mások számára nem elérhető privilégiumokról is rendelkeztek, mint a külföldi utazás és kapcsolatok. (Bár ez utóbbi a rendszer merevségének lazulásával oldódott és némileg kiszélesedett.) Nyilvánvaló, hogy ez a vezető orvoscsoport a privilégiumok és jövedelmi szintjük megtartása érdekében az adottságok változatlan megőrzésére törekedett, s minden helyzetét kockáztató reformnak ellenállt, legyen bármilyen kétértelmű is a megszerzett és kapott privilégium, és bármilyen kecsesgömbön lebegett az új, másfajta egészségügyi rendszer képe.

Az orvos a kettős értékek fogságában

Az orvos — még a csúcson lévő orvos is — alkalmazott egy állami intézményben. Ennek függőségi alá- és fölrendeltségi viszonyai kényelmetlenek, de ha jó pozícióba kerül, akkor biztonságos. Fix jövedelme van, ez biztonságos, de alulfizetett, státusának biztonsága mellett helyzete mégis függő, mert közvetlen főnöke elküldheti, korlátozhatja működését, jövedelmét, szakmai karrierjét, tehát helyzete bizonytalan.

Hálapénzt az orvosok kisebb része kap csak (20–50%-ra becsülik a paraszolenciát élvező orvosok arányát), ami megemeli jövedelmüket (kétszeresétől a tízszereséig), de nem igazán biztonságos, hiszen kétséges jövedelem, előfordulhat, hogy a betegek nem fizetnek, hogy a főnöke nem engedi munkához jutni, s az egész rendszer joghézagokon alapul.

A hálapénz kétértelműségéről már sokan sokat írtak. Jellemezték mindkét oldalát: kínos, mert mindig kétségbevonható, mert nem legalizált, mert megszüntethetik a hálapénz alapját, erősíti a kétoldalú függést, aránya és mennyisége is bizonytalan. Ugyanakkor szerencsés is, hogy nem legalizálták, mert az állam nem ellenőrizheti, nem adóztatható és nincsen elszámolási kötelessége, még a műszerek vagy a helyiség használatáért sem kell fizetni: tehát tiszta jövedelem.

Az orvos függősége egyfelől kényelmetlen, mert olyan hierarchiába épült be, ami felülről szorítja, másfelől kényelmes, mert — mint minden antidemokratikus építmény — lefelé véd, nem visel el alacsonyabb szintről érkező kritikát vagy ellenőrzést, származzon az beosztott orvostól vagy függő helyzetben lévő betegtől. A finanszírozást tekintve kényelmes, mivel az állam megóvja attól, hogy a költségekkel foglalkozni kelljen, de beszorítottságot is jelent, mert mások döntenek felette abban is, amihez nem értenek. Kényelmes, mert az állami egészségügyi szolgálat gondoskodik a teljes háttérrel, ugyanakkor kényelmetlen is, mert nincs beleszólása a költségek felhasználásába; nem kíván azonban se döntést, se felelősségvállalást.

A megmerevedett feudális struktúrákba és viszonyokba beépülnek a hálapénz piaci elemei — a kettősséget megerősítve a szürke- és feketepiac előnyeivel —, amelyek viszont fenntartják a helyzetvédő konzervatív rigiditást, tehát azt a pozíciót, ami szakmai előnyökből piaci, anyagi és/vagy politikai előnnyé válhat és fordítva, politikai előnyökből is lehet anyagi, piaci és szakmai előny.

Ellentétben az erőpozícióban lévő, a szakmai szervezetekben és orvosi vezető testületekben meghatározó szereppel bíró orvosokkal, a hierarchia többi orvosának gyakorlatilag nincs esélye, hogy beleszóljon vagy aktívan részt vehessen bármilyen szükséges átalakításban. A csúcson lévő kiemelt szakemberek egyetértése és együttműködése nélkül nincs szervezeti megújulás. Ám azok érdekeltek leginkább a rendszer változatlanul tartásában, akik el tudnák indítani a változást, és akik végre is tudnák hajtani azt. Viszont önérdeke ellen ugyan ki cselekedne? A középhelyzetben lévő vagy alárendelt orvosok számára az állami, függőségi hierarchiából jogi és szervezeti értelemben vett kiút nincs. Az autonóm szerveződéseknek, saját képviselők létrehozása nélkül, se érdekeik érvényesítésére, se reformok kezdeményezésére vagy véghezvitelére nincs esélyük. A rendszer egésze itt talán még kevésbé nyitott, mint más szakmákban; semmilyen változtatásra nem adott eddig módot.

S a betegek? Milyen is annak a betegnek a helyzete, akiért elvben az egész épület működtetése folyik, aki „hátán tartja az egész piramist”, akinek helye-

téről a klasszikus értelemben vett kiszolgáltatottság társadalmi alapmodelljét lehet mintázni?

Az emberi jogok általános hiánya a betegek esetében különösen kiáltóan mutatja, hogy az ember ebben a rendszerben általában nem lehetett ura sorsának, de a beteg embernek önmaga felett még a legelemibb döntési vagy részvételi joga sem lehetett. Megbetegedése esetén a legcsekélyebb emberi autonómia sem érvényesülhetett. Választásra módja nem volt. Némi kibúvót (vagy annak hitét) tényleg a hálapénz révén remélt elérni. Csak a felső társadalmi osztály tudott — korlátozottan — választani. A szocializmusban működő információs zárlat itt fokozottan érvényesült az orvosi szakmában hagyományosan kialakult konzervatív szokások miatt, az orvosi dominancia megkérdőjelezhetetlen érdekeire támaszkodva, az orvos paternalista fölényével megfejelve.

A legfontosabb beavatkozásoknál nem vonták be a betegeket az orvosi döntés-előkészítésbe, nem tájékoztatták sem a módszerről, sem a következményekről. Ha egyes humánus, felvilágosult és fáradhatatlan orvosok tették is, ez a rendszerbe akkor sem volt beépítve. A paternalista szocialista rendszer sűrített, koncentrált kifejeződése volt a betegek helyzetét meghatározó paternalista orvosi mentalitás.¹⁸

Az viszont nemcsak elméletileg ismert, hogy minden szerkezetnél nehezebben mozgatható az, ami a szocialista rendszer struktúráiból és viszonyaiból beépült az emberi magatartásba és mentalitásba, az erkölcsökbe.

A szocialista állampolgár igénye és habitusa

Az állam azt ígéri, hogy mindenről gondoskodik, ezért mindent a kezében tart. Dönt költségekről, szervezetekről, arányokról, kérdés nélkül elvon a jövedelmekből, közvetlen és közvetett formában újraoszt jövedelmeket. A döntések áttekinthetetlenek, nincs tájékoztatás, nincs vita, nem lehet kétségbe vonni, netán megkérdőjelezni az elosztást.

Az állampolgár — orvosként és betegként is — fentről, az államtól vár mindent, nincs köze a költségekhez, mivel elidegenedett a mindenk fölé álló államtól, nem tudja mit, miért vontak el és mit, miért, mire fordítottak. Elégedetlen az állam döntéseivel és a döntés eredményeivel is. Az állam hatalmát kényszernek tekinti, ellenérzéssel elfogadja, viszont elvárja a gondoskodást, és elfogadja ennek kényelmetlen kényelmét. Elvárja, hogy a kapott ígéreteket az állam teljesítse, nemcsak azért, mert ez az elv vált gyakorlattá, hanem azért is, mert nem ismer más módot arra, hogy ellátását megoldja.

Az ígérek elvárása azt jelenti, hogy minden, amit ígért a szocialista állam, az jár, és ami jár, azt meg kell kapni. A passzív elváró, olykor követelő, vagy a hiányok kellemetlenségei miatt elégedetlen emberek állandó morgása kísérte a szocialista egészségügy diszfunkcionális működését. Hiába várt adományaiért

hálát a gondviselő állam, nem kapta meg. Hiába várta az ígéretek beteljesítését az ellátásra szoruló beteg, nem kapta meg, vagy nem úgy kapta meg. Így a hatalom jóágtudata nem találkozott a cselekvőképességében és önrendelkezésében megbénított polgár elvárt hálaérzetével.

A viszonyokban és a mentalitásban rögzült az államellenesség. Az állam — mint minden fölébe emelkedő túlhatalom — kijátszása, szembefordulás döntéseivel, szándékaival: ebben erős szövetséget alkot orvos az orvossal és orvos a beteggel. Együtt kell kijátszani az államot. A beteg és az orvos igazi szövetsége az állammal és az állam képviselte minden külső hatalommal szembeni közös érdekekben találkozik. Legyen az a finanszírozás, az átalakítás vagy bármilyen orvost és beteget érintő reform vagy átalakulás.

A szocialista rendszer elsorvasztotta az állampolgár cselekvő- és döntőképességét, a legkisebb ön- és közösségi érdekképviseleti formákat is kiiktatta a mindennapi életből. Nem alakulhattak ki azok a képességek, amelyek a személyes és kollektív célok érdekében a küzdés módjaira megtanítottak volna.

A passzivitásba kényszerített felelősségátadás, a függő helyzet egyfajta felelőtlenséget alakít ki. Akitől a tetteiért való felelősséget elveszik, az felelőtlenné válik. Ha gondoskodnak róla, akkor elvárja a gondoskodást. Akit függésben tartanak, az elvárja, hogy más cselekedjék helyette. Akitől engedelmességet várnak el, az vagy engedelmes lesz, vagy dacol és ellenáll, de legalábbis morgó-lódik, ha nem tesznek eleget az ígéreteknek.

A szocializmus sokat emlegetett „gyermeki függésben” tartotta állampolgárait, s valóban olyanokká váltak, mint azok az úgymond „saját érdekében” kényszerített gyermekek, akikről mindig más gondoskodik. A fensőbbség az, aki jobban tudja, mondja, határozza és adja meg azt, amire az embereknek szüksége van; következésképp azok nem ismerhetik fel se saját belső szükségleteiket, mert nem tapasztalhatták meg saját képességeiket, nem tudhatják sem azt, hogy mi mindent tehetnének, sem azt, hogy melyek belső és külső korlátaik, hol vannak képességeik és lehetőségeik határai.

Az ambivalenciák, a kettős kötöttségek tovább éltetik a struktúrákat, újraépítik a viszonyokat, fenntartják a hatalmi hálózatokat és a mentalitást.

Mit hurcolunk magunkkal?

Rosszul építkező ellátási struktúrákat, alig mozgítható hierarchikus, szinte feudális viszonyokat, alig foltozható, feloldhatatlan szegénységet, betegség-szerkezettől elválasztott ellátási rendszereket, gazdasági feltételektől elkülönített egészségügyi intézményszerkezetet, elhibázottan kiépített ellátási szinteket. Tisztázatlan és tisztátalan egészségügyi költségeket, szocializmuson felnevelődött, ezért eltorzult állampolgári mentalitást; informálatlansá-

gok csapdáinak működési zavarait, az uralkodó, tehát elnyomó, ezért is ellen-séges és elembertelenedett állam benyomásának rögzülését.

Jellemző az önérdek dominálása, a közösségi szolidaritás teljes kidolgo-zatlansága, a funkcionális kooperációk hiánya. A látható és ellenőrizhető módszerek elől kitér a normatívákkal alig kezelhető működési mód. Nincs egyezményes közszabályozás, informális kapcsolatrendszerekben döntenek a különalkuk eddig is bevált útjain, s megmaradnak a hatalmi szerkezethez jól alkalmazkodó beidegződések.

Láthatók továbbá feloldódott, csúszós erkölcsök, kétes viszonyok, sikam-lós helyzetek, amelyekben olykor még a saját érdekek ellenében is összejátsz-hatnak az egészségügy szereplői, az eltérő érdekeiket fel nem ismerő játéko-sok.

Tovább hurcolunk sok kielégületlenséget, nem teljesült és megszegett ígé-reteket, meghiúsult várakozásokat, fennmaradt és égető hiányokat. Tovább élnek a sérelmek, a kimondott és kimondatlan igazságtalanságok, a kifejezett vagy elfojtott szembenállás. Tovább élnek e korszakban a feszültséget okozó nagy elégedetlenségek, nemcsak a rendszer működését illetően, hanem a rendszert képviselő emberekkel szemben is.

A felszín mögött tovább élnek a különféle érdekszövetségek, az össze-fonódott, egymást támogató hálózatok, a mélystruktúrákban kialakult, lob-bykká vált klikkek, amelyek fenntartják és újjáalakítják a hatalmi kapcsolato-kat. Az önfenntartás érdeke diktál, szemben az erkölccsel, az érdemmel, a szolgálat kötelezettségével.

Lehetséges-e olyan tisztító megújulás, amely képes ennyi teher megoldására?

A népegészség állapota

Az Elbától keletre

A lakosság egészségi állapotának hanyatlása Kelet-Európában címmel 1994-ben megjelent R. Feachem elemzése a *Nature* c. lapban. Tanulmányában a kelet-európai régiók egészségi állapotát — a halandóság számai alapján — vizsgálva megállapította, hogy „Nyugat- és Kelet-Európa lakosságának egészségi állapota között tátongó szakadék van”, s Kelet-Európa abszolút és relatív egészségügyi hanyatlása jelentősen rontja e régió új Európához való csatlakozásának esélyeit és versenyképességét.

A második világháború után még közelítettek egymáshoz a későbbi szocialista rendszerhez tartozó és a nyugat-európai országok egészségmutatói: Csehszlovákiában a születéskor várható élettartam magasabb volt, mint Ausztriában, Magyarország adatai 1965-ben még Ausztria és Finnország szintjén álltak. A változást legélesebben a munkaképes korban lévő, középkorú férfiak halálozási adatai mutatják: 1965 és 1998 között Bulgária, Csehszlovákia, Magyarország és Lengyelország férfilekosságának életkorra standardizált mortalitási rátája 2–13%-kal nőtt; Hollandia, Svédország, Svájc, és az Egyesült Királyság férfilekosságáé azonban 12–17%-kal csökkent. A csehszlovák 45–54 éves korú férfilekosság ischémiai szívbetegségből eredő halálózása az osztrák férfiak mortalitásának kétszeresére nőtt, holott az ötvenes években ezek a statisztikák megegyeztek.

Magyarországon ma a férfilekosság kockázata magasabb, mint Zimbabwében, a Cseh Köztársaságban magasabb, mint Vietnamban. Ez a romlás igen jó, a nyugat-európai országokat közelítő vagy azzal azonos szinten lévő egészségügyi ellátási mutatók (10 ezer lakosra jutó orvosszám, kórházi ágy, betegforgalom) mellett történt. A kelet-európai volt szocialista országokhoz hasonló nemzeti jövedelmet elérő dél-amerikai országokkal összevetve, Feachem tanulmánya a dél-amerikai országokat jobb egészségi állapotúnak találta, kedvezőbb halálozási mutatók jellemzők rájuk. A cikk szerzője biztatóul Chile példáját idézi, ahol évi 2%-kal javult az elmúlt években a halálozási mutató. Ha hasonló eredményt tudnak produkálni a volt kommunista országok, akkor a volt Kelet-Németország 12 év alatt hozhatja be Nyugat-Németországot, Magyarország 23 év alatt érheti el Ausztria halandósági szintjét, jóllehet az osztrákok sem tartoznak a legjobb mutatókkal rendelkező országok közé.

A halálozás emelkedését és leszakadásunkat a világ ipari országaitól, a nyolcvanas évek közepétől publikálják magyar demográfusok¹⁹ és szociológusok,²⁰ hatásos lépések azonban nem történtek a romlás megakadályozására, illetve ami történt, az nem volt hatásos.

Józan Péter „epidemiológiai válságként” aposztrofálta ezt a folyamatot, s bár az Elbától keletre minden szocialista országban hasonló változások következtek be, sehol nem volt olyan súlyos a halandóság romlása, mint Magyarországon, ahol az igen alacsony születésszám melletti magas halálozás demográfiai krízisbe torkollott. A szinte járványszerűen fellépő tartós — és javulást egyáltalán nem mutató — válság folyamatos népességfogyást jelez a természetes szaporodás alakulása szerint is.

A természetes népmozgalmat kivétítő (alábbiakban következő) 2–3. számú táblázatok azt mutatják, hogy a többi kelet-európai országban is hasonló népességfogyással számolhatnak, mint hazánkban — kivéve a Ceaușescu-éra teljes abortusztilalmának idején Romániát. A legrosszabb viszonyszámok Magyarország mellett a Baltikum kis országaira és Oroszországra jellemzőek, s a fogyás folytatódik.

2. táblázat

Természetes népmozgalom Kelet-Európában

Ország	Ezer lakosra jutó								Ezer lakosra jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	élveszületések száma				halálozások száma							
	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995
Bulgária	14,5	11,7	10,0	8,6	11,1	12,1	13,2	13,6	3,4	-0,4	-3,2	-5,0
Cseh Köztárs.	14,9	12,6	10,3	9,3	13,1	12,5	11,4	11,4	1,8	0,1	-1,1	-2,1
Észtország	15,0	14,2	9,5	9,1	12,3	12,4	14,8	14,1	2,7	1,8	-5,3	-5,0
Lengyelország	19,5	14,3	12,5	11,5	9,8	10,2	10,0	10,0	9,7	4,1	2,5	1,5
Lettország	14,1	14,2	9,5	8,6	12,8	13,0	16,4	15,5	1,3	1,2	-6,9	-6,9
Litvánia	15,2	15,3	11,5	11,1	10,5	10,6	12,5	12,2	4,7	4,7	-1	-1,1
Magyarország	13,9	12,1	11,3	11,0	13,6	14,1	14,3	14,2	0,3	-1,9	-3	-3,3
Moldva	19,8	17,7	14,3	13,0	10,1	9,7	11,8	12,2	9,7	8,0	2,5	0,8
Oroszország	15,9	13,4	9,5	9,3	11,0	11,2	15,5	14,7	4,9	2,2	-6	-5,4
Románia	18,0	13,6	10,9	10,4	10,4	10,7	11,7	12	7,6	2,9	-0,8	-1,6
Szlovákia	19,1	15,1	12,4	11,5	10,1	10,3	9,6	9,8	9,0	4,8	2,8	1,7
Szlovénia	15,7	11,2	9,8	9,5	9,9	9,3	9,7	9,5	5,8	1,9	0,1	0,0
Átlag	16,3	13,8	11,0	10,2	11,2	11,3	12,6	12,4	5,1	2,5	-1,6	-2,2

Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997.

Természetes népmozgalom Nyugat-Európában

Ország	Ezer lakosra jutó								Ezer lakosra jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	élveszületések száma				halálozások száma							
	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995
Ausztria	12,1	11,6	11,5	11,0	12,2	10,7	10,0	10,1	-0,1	0,9	1,5	0,9
Belgium	12,5	12,6	11,5	11,4	11,5	10,5	10,4	10,5	1,0	2,1	1,1	0,9
Dánia	11,2	12,4	13,4	13,4	10,9	11,9	11,7	12,1	0,3	0,5	1,7	1,3
Egyesült Kir.	13,5	13,9	12,9	12,5	11,7	11,1	10,7	11,0	1,8	2,8	2,2	1,5
Finnország	13,2	13,1	12,8	12,4	9,3	10,1	9,4	9,7	3,9	3,0	3,4	2,7
Franciaország	14,9	13,5	12,3	12,5	10,2	9,3	9,0	9,1	4,7	4,2	3,3	3,4
Görögország	15,4	10,2	10,0	9,9	9,1	9,3	9,4	9,4	6,3	0,9	0,6	0,5
Hollandia	12,8	13,3	12,7	12,3	8,1	8,6	8,7	8,8	4,7	4,7	4,0	3,5
Írország	21,8	15,1	13,4	13,5	9,8	9,0	8,6	8,8	12,0	6,1	4,8	4,7
Luxemburg	11,3	13,0	13,5	13,2	11,3	9,9	9,4	9,3	0	3,1	4,1	3,9
Norvégia	12,5	14,4	13,9	13,8	10,1	10,9	10,2	10,3	2,4	3,5	3,7	3,5
Olaszország	11,3	10,0	9,2	9,1	9,8	9,6	9,6	9,5	1,5	0,4	-0,4	-0,4
Portugália	16,2	11,8	11,0	10,8	9,7	10,4	10,0	10,4	6,5	1,4	1,0	0,4
Spanyolország	15,2	10,3	9,3	9,1	7,7	8,5	8,5	8,8	7,5	1,8	0,8	0,3
Svájc	11,6	12,5	11,9	11,7	9,4	9,5	8,9	9,0	2,2	3,0	3,0	2,7
Svédország	11,7	14,5	12,8	11,7	11,0	11,1	10,5	11,0	0,7	3,4	2,3	0,7
Átlag	13,6	12,6	12,0	11,8	10,1	10,0	9,7	9,9	3,5	2,6	2,3	1,9

Forrás: Népjelölti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997.

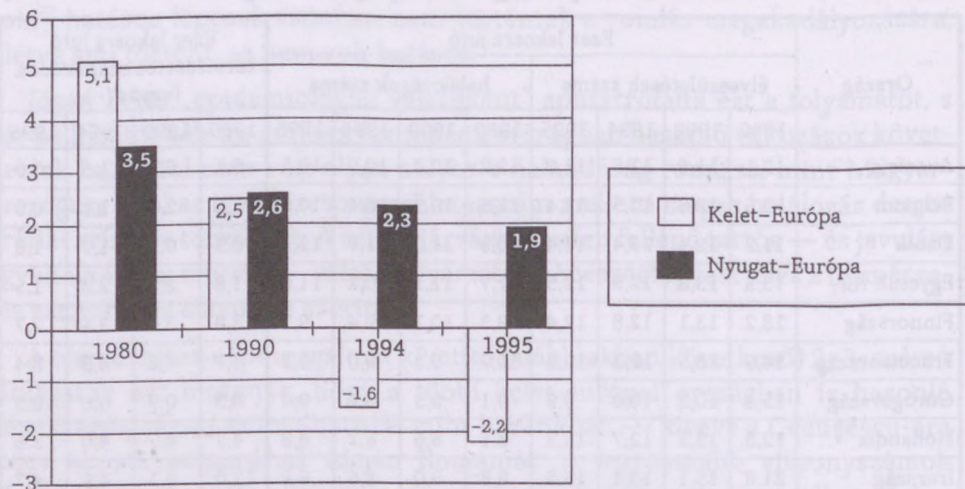
A szocialista rendszer mint rendszer nemcsak azért vált a társadalmi fejlődés zsákutcájává, mert sem hatékony gazdaságot, sem szabadságot nem biztosított népeinek, hanem mert olyan életfeltételeket teremtett, ahol a nyugati térfél országaihoz képest sokkal hamarabb pusztultak el az emberek, rosszabb létfeltételek között, erősebb társadalmi nyomás alatt éltek, és sokféle zaklatottságot és többféle betegséget kényszerültek elviselni lényegesen megrövidült életükben. (Vö. még az 5-7. sz. ábrákkal.)

Hogyan és miért jött létre ez az állapot a rendszer egészének működésén belül? Milyen összefüggések, milyen okok vezettek idáig? Sem a *Nature* kelet-európai elemzése, sem a kérdéssel foglalkozó *Józan Péter* vagy *Boján Ferenc* nem kötelezik el magukat egyetlen egy okra visszavezethető magyarázat mellett. Minden egyszerűsítő válasz — szerintük — torzít.

A bekövetkezett drasztikus romlásra nem ad elégséges magyarázatot a nemzeti jövedelem különbsége, hiszen azonos nemzeti jövedelmi sávban lévő országok között jelentősen eltérő egészségi és élettartam-mutatók vannak.

5. ábra

Ezer főre jutó természetes szaporodás (átlag)

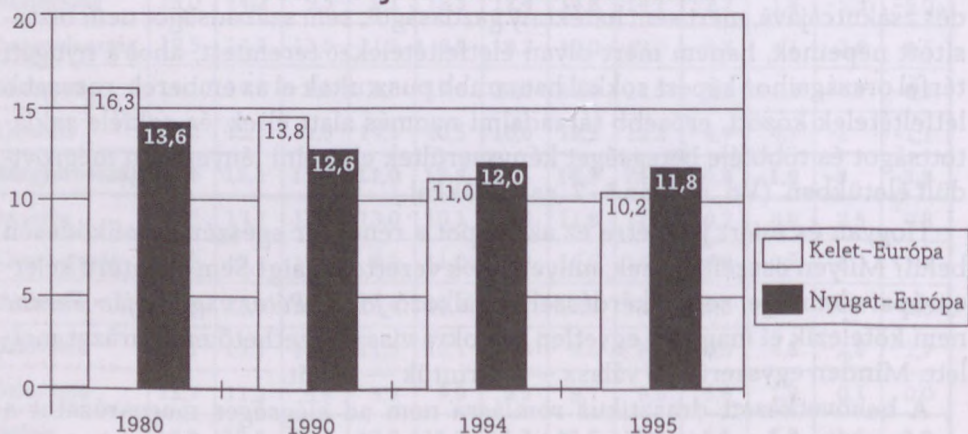


Forrás: KSH - Népjóléti Statisztikai Évkönyv (1995) adatai alapján saját számítás.

Példa erre az USA, ahol az 1970-es években — a fejlett ipari országok között — a halálozás mutatói a legrosszabbak voltak, miközben a legmagasabb egy főre jutó nemzeti jövedelemmel rendelkeztek. Egyes feltevések azt igazolják, hogy szélsőséges gazdasági különbségek esetén, ugyanolyan egy főre eső nemzeti össztermék mellett rosszabbak az országos egészségi mutatók, mint kiegyenlített elosztási viszonyok között. Nagy-Britannia, Dánia és Japán példái igazolják ezt az utóbbi állítást.

6. ábra

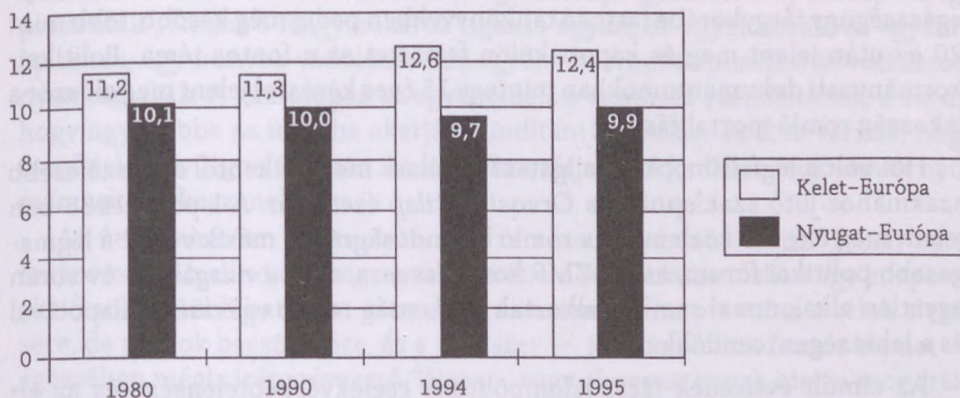
Ezer főre jutó élveszületések száma



Forrás: KSH - Népjóléti Statisztikai Évkönyv (1995) adatai alapján saját számítás.

7. ábra

Ezer főre jutó halálozások száma (átlag)



Forrás: KSH – Népjóléti Statisztikai Évkönyv (1995) adatai alapján saját számítás.

Milyen hatások eredményeként alakult ki Kelet-Európában ez az erősen romló helyzet? A magyarázathoz sok tényező elemzése vezethet. Biológiai okok, genetikai változások nem adnak elégséges magyarázatot ilyen, viszonylag rövid idő alatt bekövetkezett nagymértékű romlásra. A társadalmi hatások megismerése közelebb vezethet a megértéshez. A rendszer egészének összetett hatása, mondhatni felelőssége mellett differenciáltabb okot kell keresni.

Elkésett felismerés, elmaradt beavatkozás

Ahogy egy betegség gyógyítása is akkor lehet eredményesebb, ha időben felismerik, talán ez a súlyos epidémia is megállítható lett volna ily módon. Az elhallgatott ismeretek, elkésett és késleltetett szembenézés is felelős abban, hogy sem a megfelelő időben, sem a megfelelő eszközökkel nem kezdték el a romló folyamat meggátolását. Azok a lépések, amelyeket a politika, a társadalompolitika, az egészségügy embereket együtt megmozgató cselekvési programja tehetett volna a hatékony beavatkozás érdekében, nem történtek meg a megfelelő időben.

Hoffer Gábor és Boján Ferenc 1965–1989-ig bezárólag elemezték a népességügyi orvosi folyóiratokat, a népegészségtan tárgykörébe tartozó tankönyveket, a politikai, kormányzati, egészségpolitikai dokumentumokat, a politikai közéleti publicisztika lapjait, minden e tárgykörben érdekelt közérdekű és tudományos szaklapot. Azt vizsgálták, hogy a magyar lakosság romló halandóságának problémája hogyan jutott el a szakmához, az oktatáshoz, mikor került az orvosképzés hivatalos tankönyveibe, hogyan épült be a közéletbe és vált közismertté, mikor figyeltek fel erre a politikusok.

Az állapítható meg — írják tanulmányukban —, hogy: „a szakirodalomban egy évtized késéssel, a politikai és közéleti kiadványokban 10–15 éves késéssel

jelent meg a magyar népesség halandóságában bekövetkezett és azóta folyama-
tossá vált romlást részletesen elemző, illetve bemutató dokumentum. A nép-
egészségügy tárgykörébe tartozó tankönyvekben pedig még később, több mint
20 év után jelent meg és kapott külön fejezetet ez a fontos téma. Politikai-
kormányzati dokumentumokban mintegy 15 éves késéssel jelent meg először a
lakosság romló mortalitása.²¹

Hol volt a legfeltűnőbb a hallgatás? A válasz meghökkentő: a legszélesebb
szakmához jutó szaklapnál, az *Orvosi Hetilap* esetében. A lapban 1988-ban
jelent meg először közlemény a romló halandóságról. A másik véglet a legma-
gasabb politikai fórum, az MSZMP kongresszusa, ahol a vizsgált 25 év során
egyetlen alkalommal sem foglalkoztak a lakosság romló egészségi állapotával
és a lehetséges teendőkkel.

Az elmúlt évtizedek társadalompolitikai cselekvésképtelensége és az el-
késített beavatkozás mulasztásai mellett a tudás- és ismerethiány is hozzájárult
ahhoz, hogy ez az állapot, amelyet ma epidemiológiai válságnak mondanak, létre-
jöjjön és fennmaradjon. Ez a fájdalmas válság mélyre hatol, széles kiterjedésű
és még javuló feltételek mellett is félő, hogy tartósan fogja éreztetni hatását.

A szocialista sikerpropaganda a nyugati országok szintjén lévő egészség-
ügyi ellátási mutatókkal dicsekedett — mint ahogy a termelési mutatók szün-
telen növekedése is az „utolérni és túlszárnyalni” célját mutatta —, s az árnyé-
kos oldalt információs zárlatok fedték el. Valamilyen szómágiában hittek: ha
valamiről nem esik szó, akkor az nincs is.

„Bármely, széles rétegeket érintő népegészségügyi probléma megoldását szolgáló program
kidolgozásának előfeltétele a probléma és annak súlyának felismerése, és a döntést hozók,
valamint az érintettek körében ismertté, közismertté tétele.”²²

A társadalom összefogása érdekében szükséges a világos tájékoztatás, az
alapos ismeret, valamint hogy kidolgozott és hatékony programok legyenek.
Nemcsak azért kell felemlíteni ezt a mulasztást, hogy még egy kritika nyilat
irányítsuk az elmúlt rendszerre, a „sikerorientált politika” szépítő hazugságai-
ra vagy elhallgatásaira, hanem azért, mert ma is keveredik a sikerpropaganda
a válság leírásával. Ma sem történik meg a szükséges szembenézés a népegész-
ségügyi helyzettel, erős az el- és áthárítás. A múlt feltárásában ugyan nagy már
a szabadság, de a jelen mozgósításainak irányát és eredményességét illetően
ismét komoly kételyeket kell megfogalmazni.

A halálózásról már nyíltan lehet beszélni. Differenciáltabban, mélyebb
összefüggéseiben mutatják be a drámai statisztikai sorokat, azonban a magya-
rázó okok bonyolult hálózatának tekintetében mintha nem jutottunk volna túl
az MSZMP KB 1979-es *Az egészségügyi ellátásról és fejlesztésének fő feladatai-
ról* szóló határozatának szellemétől. Nevezetesen:

„az ok az egészségtelen életmód, a helytelen táplálkozási szokások, az elhízás, a dohányzás
és túlzott gyógyszerfogyasztás, a fogszuvasodás egyre súlyosabb népegészségügyi problémát
okoz. Az alkoholizmus terjedése társadalompolitikai gondná vált.”

A közelmúlt irodalmát és programjait olvasva, újra a fenti magyarázatok bukkannak fel (amire kutatások és megelőzési programok is épülnek). Az így prezentált „életmód-magyarázatok” igazak ugyan, de egyoldalúak, az egyénre építenek, egy irányba vádolnak, s az egyéni életvitel önpusztító következményeit taglalják. A vád csupán az egyik oldala a vitatható szemléletnek, a baj az, hogy ugyanebbe az irányba akarják elindítani a javulást és el is várnák, hogy megfelelő felvilágosítás után, ki-ki jó útra térjen, s a jó változások ennek nyomán bekövetkezzenek.

Az út feltehetően ugyanolyan sikerre vezet majd, mint az 1979-ben párt-határozat után elindult programok esetében. A szocializmusban egy központi akció sokkal több hatalmat és eszközt összpontosíthatott volna a célok elérésére, de a célok beszűkülése, és a módszer — jóllehet voltak fontos elemei — egészében mégis iránytévész, látszat-, vagy ahogyan annak idején mondták, alibiprogrammá vált. Tíz évvel ezelőtt írtam le azt a ma is fenntartható álláspontomat, miszerint:

„Kérdés, hogy vannak-e eszközei (az egészségmegőrző programnak), vagy éppen eszköz híján arrafelé mozgósít, amerre az egészségvédő programot viszonylag könnyű építeni. Ha az egyén felelősségére hárul a betegség, akkor fel lehet menteni a társadalmat és végtelen az egészségügyi rendszer is; ha az egészségügyi rendszert terheli a felelősség, fel lehet menteni a társadalmat és az egyedi embert; ha pedig a társadalmat hibáztatják, akkor megkönnyebbülhet az egészségügyi rendszer és nem koncentrálni önvédelemre sem az önpusztító ember. Minden egyoldalúság leszereli a valóságos és szükséges változtatásokra mozgósító erőket.”²³

Beszéljünk most a szakma és az intézményrendszer másik mulasztásáról: a halálozási adatok a végzetes betegségek pusztítását mutatják, ugyanakkor nagyon sokféle betegségtől szenvednek az emberek tömegei. Ezek ugyan szerencsére nem vezetnek halálhoz, viszont korlátozzák az emberek életképességét, rontják életkedvét, fájdalommal járnak és nehezítik, hogy mindennapi feladataiknak eleget tudjanak tenni.

Azt lehet tudni, hogy a megbetegedések meglehetősen kiterjedt embercsoportokat érintenek, s ha a halálozás trendjében nem történt javulás, ha a születések aránya romlik, akkor nem valószínű, hogy éppen a megbetegedésekben történt volna valamilyen lényeges, jó irányú változás.

Sajnálatos, hogy 1986 óta nem volt országos megbetegedési felvétel. Így nincsenek friss országos adataink (kivételesen a SOTE Magatartástudományi Intézetének a depressziós tünetegyüttesekre vonatkozó országos vizsgálata).²⁴ A népjóléti statisztikák betegségre vonatkozó adataira csak egy bizonyos határig lehet hagyatkozni, mivel kizárólag az egészségügyi ellátásban részesülő betegekre épül. Nem mindenki beteg, aki bekerül az egészségügyi intézményrendszerbe, s nem mindenki egészséges, aki nem jelentkezik betegként. A panaszoktól a felismerésig és az orvoshoz fordulásig hosszú az út, és ezt nem min-

denki teszi meg. Rejtőzködő, nem jelző vagy nem felismert betegség, az úgynevezett „látens morbiditás” — különböző korábbi adatok szerint — a népesség 24–26%-ára terjed ki. Az ő betegségük a felismerés árnyékában marad, róluk csak akkor lehet megtudni, hogy már régóta vannak panaszaik, amikor súlyosabbá válik a betegség. Ilyenkor az esetleg súlyosabb állapotban magasabb ellátási szintre kell kerülniük; vagy amikor már nem gyógyíthatóak és meghaltak, akkor derül ki, hogy milyen betegek voltak.

Az adatok közül a legbiztonságosabbak a forgalmi adatok: 1995-ben 43,8 millió beteg fordult még a családorvosoknál, 5 millió 614 ezer esetben lakáson keresték fel az orvosok betegeiket. 2,4 millió beteget kezeltek ez évben a kórházakban.

A statisztika számára megadott konkrét diagnózist, tehát a nyilvántartott betegségeket csak bizonyos óvatossággal lehet elemezni. Először is, mert mindig vannak diagnosztikus divatok, másrészt mert a táppénzbe vett betegek esetében a kiírás nem mindig fedi a betegséget. Sok beteg nem megy orvoshoz, ha beteg, mások nem íratják ki magukat. (A társadalmi fordulatot jelzi, hogy 1996-ban a háziorvosnál bejelentkezett influenzás betegek egyharmada nem íratta ki magát.) Hasonló kétségekkel lehet fogadni a kórházi statisztikai adatokat: ma a konkrét betegséget a pontszámok kódolása módosítja, és a kórház finanszírozási érdeke befolyásolja.

A társadalmi összefüggések tekintetében elképesztő az ismerethiány: a hagyományosan beszűkült biomedicinális szemlélet már évtizedek óta mellőzi a betegekre vonatkozó legfontosabb társadalmi adatok felvételét. Jelenleg pedig a személyiségi jogok adatvédelme miatt még a lehetősége is megszűnt annak, hogy az egészségügyi ellátásban kezelt betegségek társadalmi összefüggéseiről megbízható ismereteink legyenek.

Bármilyen egészségügyi rendszerre vonatkozó döntés alapja, az eligazodás feltétele — különösen akkor, amikor radikális átalakításról van szó — a betegségek lehetőség szerint pontos társadalmi és földrajzi térképének leírása lehet. Betegségre vonatkozó megbízható ismeretek nélkül nem létezik megalapozott, társadalmi bizalomra méltó egészségpolitika.²⁵

Mit jelent az epidemiológiai válság, a demográfiai krízis?

Józan Péter a nyolcvanas években adta közre először differenciált elemzésekkel alátámasztva a halálozás növekedésének és különösen a korai halálozás elmúlt évtizedekben bekövetkezett súlyos romlásának cáfolhatatlan bizonyítékait. *Epidemiológiai válság a kilencvenes években Magyarországon* című tanulmányában megállapítja, hogy a magyarországi halálozási mutatók a 20. században mindig is rosszak voltak, de a második világháború után egészen a hatvanas évek közepéig — több országhoz hasonlóan — javultak.

Először 1985-ben emelkedett nálunk a mortalitás 14 ezrelékre, akkor, amikor Európában 10,8 ezrelék volt a halandósági arány; míg országunk az utolsó két évtizedben ebbe a válságos állapotba került, addig a világ népességét tekintve negyven év alatt a felére csökkent a halandóság. A várható élettartam 1992-ben nálunk — teljes népességre nézve — 69 év volt, ugyanakkor az ipariilag fejlett országokban átlagosan 74, Ausztriában 76, Japánban pedig 79,3 év volt. Tíz év élettartam különbség van Japán és Magyarország lakóinak életésélye között! Hét év a szomszédos Ausztria és országunk között.

Különösen kedvezőtlen a halálozás a középkorú férfiak esetében, ez a korosztály a férfinem legsérülékenyebb csoportja.²⁶ A 40–44 éves férfiak mortalitása 1992-ben rosszabb, mint amilyen 1938-ban volt. A 40–44, illetve a 45–49 éves korcsoportokban a legkedvezőbb halandóságú 1959–1960-as évekhez képest 1992-re ez több mint kétszeresére nőtt. A kritikus korszpecifikus mortalitási rátáknak a húszas-harmincas évek halálozási viszonyait értékelő nemzetközi összehasonlítása azt jelenti, hogy a 35–64 év közötti halálozási arányok a megbízható adatokat szolgáltató országok körében Magyarországon a legmagasabbak, ideértve a harmadik világ országait is.

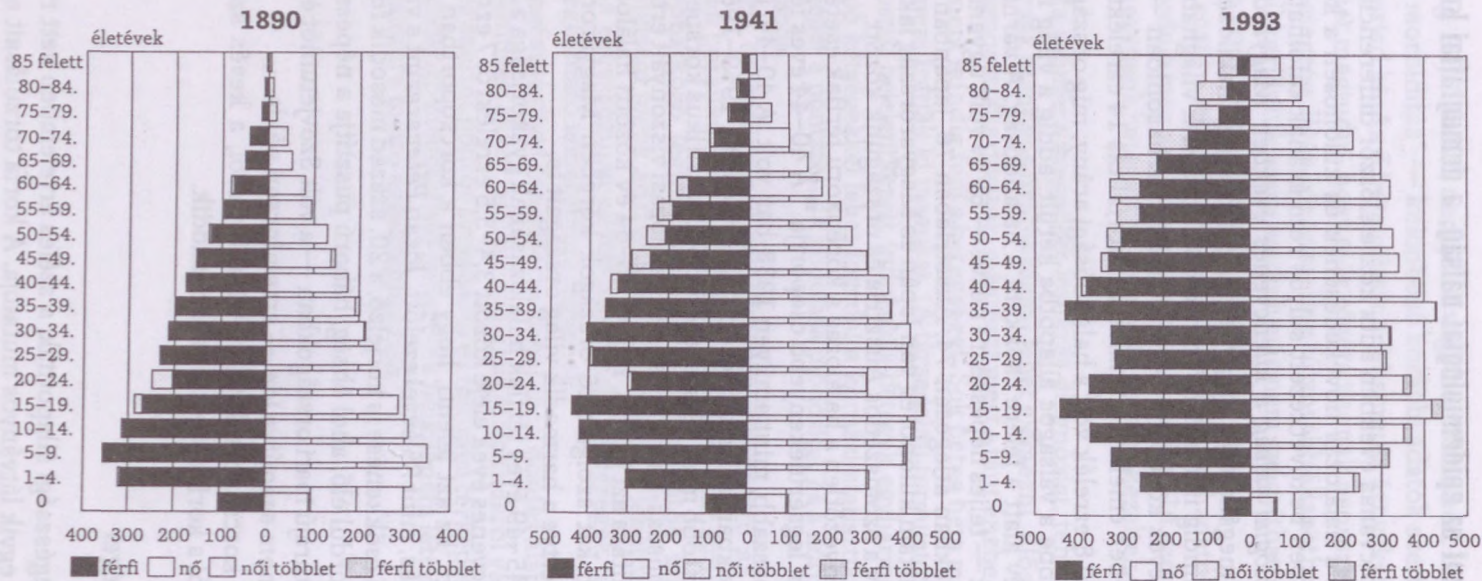
A 40–44 és a 45–49 éves férfiak halálzásának gyakorisága a hatvanas évek közepe és a kilencvenes évek eleje között 3,4–3,5 ezrelékről 7 ezrelékre, tehát a kétszeresére nőtt. Ez azt jelenti, hogy ebben a korcsoportban kétszer olyan gyakori a halálozás, mint 25 évvel ezelőtt. Józan Péter szerint a várható élettartam ilyen méretű csökkenése is korjelző, a 20. század második felében ilyen jelenség csak ott fordul elő, ahol éhség, háború pusztítja a népességet. A fejlett egészségügyi kultúrájú ipari országokban — a volt Szovjetuniót és utódállamai-nak nagy részét nem számítva ide — erre nincsen példa.

A különböző korcsoportok jelenlegi arányairól, a kevés születésről és a korai halálzásról a korfa tépettsége tanúskodik.

A korfa betegségei

A korfa a rossz egészségi állapotnak, a széles értelemben vett rossz társadalmi létállapotnak egyik látványos mutatója. A korfa torzulásait egyik oldalon a

A kor megoszlás változása



Forrás: demográfiai évkönyv.

halálozás magas aránya, a másik oldalon a csökevényes fiatal ágak, az alacsony születési arány okozza (lásd az 8. ábrát az 48. oldalon). Ezekből következik az évről évre csökkenő népességszám, az évek óta negatív eredményt mutató természetes szaporulat, pontosabban a természetes fogyás.

Ha pedig többen halnak meg, mint amennyien születnek, ha sokan halnak meg, akik még élhettek volna, ha a szülési kedv apad, ugyanakkor a világra jött gyermekek egy jelentékeny része veszélyeztetett helyzetben van, akkor itt *a társadalom egésze került a fenyegetettség állapotába*, mivel olyan feltételek keletkeztek, amelyek egyszerre kezdték ki a gyökereket és a legerősebb életfenntartó ágakat. Ez a folyamat nemcsak a jelen gondjait súlyosbítja, hanem a jövőt is kockáztatja.

Az élveszületések aránya mára — 1970 óta — huszonöt év alatt 25%-kal csökkent. 1996-ban elérte a nálunk eddig mért legalacsonyabb gyermekszülési számot. 1970-ben 151 819 gyermek született, 1995-ben 112 054, azaz 39 ezerrel kevesebb, miközben 25 ezerrel növekedett a halálozás. Az évi egyenleget az 1985-tel kezdődő 17 ezer, majd kétszeres csökkenésével 33 377-tel viszi 1995-ben még alacsonyabbra. A természetes szaporodás, illetve fogyás mutatója eléri a mínusz 3,3-at. Mint az európai összehasonlítást mutató táblázatokon és grafikonokon látjuk, Nyugat-Európában sehol nem fordul elő hasonlóan romló arány, jóllehet a svédek vagy az olaszok természetes szaporodási számai nem sokkal múlják felül a magyarországi arányokat (lásd az 2–3. számú táblázatokat a 40–41. oldalon).

A halandósági romlás egyetlen ágon mutat ellenkező tendenciát és biztató változást, s ez a csecsemőhalandóság javulása, bár itt sem érjük el a nyugat-európai számokat. Sikerült viszont egy korábbi állapotnál kedvezőbb szintet elérni és megtartani az eredményeket. Ehhez az kellett, hogy a terhességvédelemre társadalmi intézkedéseket, intézményes figyelmet és állandó kontrollt összpontosítsanak. Ennek érdekében működik a védőnői hálózat, a veszélyeztetett terhéseket kiszűrik, gondozzák, s a nőgyógyászok kompetenciája és érdeke is a tényleges megelőzés. Így a megszületett és vállalt csecsemők az esetek túlnyomó többségében társadalmi, orvosi és védőnői figyelemmel kísérve jönnek a világra. Ugyanakkor a kutatások kimutatják, hogy a csecsemők súlya szinte lépcsőzetesen követi az anya iskolai végzettségét: minél alacsonyabb végzettségű az anya, annál kisebb súlyú csecsemőt hoz a világra, minél magasabb végzettségű — ami foglalkozást, jobb anyagi helyzetet, magasabb státust is jelent —, annál magasabb az újszülött súlya, kisebb a koraszülés veszélye.

A társadalom egészséges életösztönének, jövőtudatának egyik legfontosabb mutatója a gyermekekhez való viszony. Ott kezdődik, hogy az egyén szabadon dönthet: vállal-e gyermeket. Ebben jut kifejezésre, hogy a gyermekszületet — ami élet- és emberszeretet — mennyire él egy társadalomban. Benne van-e a közgondolkodásban és a közgondoskodásban, és elég biztonságos-e a felnőtt világ hozzá? Meg tudja-e teremteni a társadalom a megfelelő anyagi és

nem anyagi biztonságot, kiépíti-e a sokrétű gondoskodás hálózatait, és létrehozza-e a megfelelő környezeti feltételeket ahhoz, hogy jó legyen gyermeket vállalni és mód legyen felnevelésükre? A családok helyzetében megnyilvánul-e a társadalom tartalmas gondoskodása, azokat védik-e társadalmopolitikai intézmények, a gyermekek felnevelésének magánöröme, egyéni gondja tud-e társadalmi, a közösséggel megosztott felelősségre találni, a gyermekek megfelelő testi, lelki, szellemi és kulturális neveléséhez mozgósíthatók-e a személyes és társadalmi erőforrások?

Az élet tagadása, az élet értékvesztése, a teljes feladás vezet az öngyilkosság végzetes útjához. Magyarország Európában második helyen áll a öngyilkosságok számát illetően. Ez a tartósan — politikai rendszertől függetlenül — fennmaradó magas szám csak az átalakulás első éveiben, 1990–1991-ben csökkent (a falusi idősebb férfiak között), majd az utóbbi három évben visszaállt a korábbi szintre.

A korfa csúcán, ahol az idősebb korosztály számait láthatjuk, az ágak nálunk is kiterjedtebbé és arányaiban erősebbé váltak. Amint az az ipari társadalmakban ismert, nálunk is — ahol a korai halál növekedett — a romlás ellenére, sőt azzal egy időben van egy sokáig életben maradó, növekvő demográfiai csoport: a hatvan éven felüli korosztály, az öregek. Egyes elemzők szerint,²⁷ aki átélte mindazt a történelmi hányattatást, ami a háborúval, a rendszerek változásával, az élet sokféle nehézségével együtt járt, az olyan edzettséget szerzett, amely — az orvostudomány erős segítségével — életét jelentősen meghosszabbította, a hosszú élet minden egyéni és társadalmi nyűgével együtt.

Nálunk a lakosság 19,4%-a (közel egyötöde) tartozik az idős korosztályhoz, míg a nyugati ipari országokban ez a 22%-ot is eléri. A társadalom termelési és elosztási viszonyai mellett a nyugdíjrendszertől és az egészségügyi rendszertől is függ, hogy ennek a korcsoportnak milyen az életminősége, hogy az „életet az éveknek” költői óhajából mi valósítható meg, hogy az adott társadalmi és egészségügyi feltételek között egyáltalán teljesülhet-e egy ilyen kívánság. A korfa az átlagokat mutatja az egész ország népességére vonatkozóan. A kérdés az, hogy mi van az átlagok mögött?

Ami az átlagok mögött van

Az országunkra jellemző átlagok erős polarizáltságot mutató szélső értékekből jöttek létre. Az egészségi állapotban megjelenő különbségek felnagyítják a valóságos társadalmi különbségeket, nemcsak Kelet- és Nyugat-Európa között, hanem Kelet- és Nyugat-Magyarország, Észak- és Dél-Magyarország között is, a felső tanult rétegek és a tanulatlanok között is, így az egészséget és az életésélyeket illetően igazi szakadékok nyílnak.

14,28 ezrelékes a halálozás átlagos aránya, de ebben a középkorú férfiakra vonatkozó romlás nem egyformán fenyeget mindenkit életésélyeiben. A középkori haláltánc vigaszt nyújthatott a szegényeknek, hogy „egyformán visz el pórt

és fejedelmet”, itt nálunk a halál társadalmi alapon válogat: akinek jobb az élete, azt tovább hagyja élni, akinek rosszabb, azt hamarabb elviszi.

Már 1987-ben a társadalmi mutatókkal együtt vizsgált halálloki magyarázatnál kiderült, hogy két és félszeres a különbség a társadalmi hierarchia csúcán lévő vezető és szellemi foglalkozásúak javára, és a legnehezebb, legrosszabb, fizikai munkát végzők kárára. „A szakképzetlen, nehéz fizikai munkát végző, rosszul ellátott településeken lakó embercsoportok halandósága lényegesen rosszabb, mint a jól ellátott településeken élő, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, jó munkafeltételek között dolgozó embercsoportok halandósága.”²⁸

Vargáné Hajdu Piroska és Boján Ferenc szempontról vizsgálta meg Kelet- és Nyugat-Magyarország két megyéjében a halálozás különbségeit. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében észlelték a legmagasabb halandóságot, ahol az adott korú magyar férfiak és nők között közel 20%-kal volt magasabb a halálozás a közismerten tragikus magyar halálozási szintnél. Az országon belül viszont a két szélső érték, Győr-Moson-Sopron megye és Borsod-Abaúj-Zemplén megye között azt jelenti, hogy utóbbi megye férfi korosztályának halálozása közel másfélszer akkora, a nőké pedig több mint másfélszer akkora volt, mint Győr-Moson-Sopron megyében. BAZ megye mellett Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun és Pest megye esetében rosszabb a helyzet az országos aránynál, s csupán Budapesten és Vas megyében alacsonyabb szignifikánsan.

Ha kitekintünk Nyugatra, látható, hogy az ország keleti területeinél ennyivel jobb helyzetben lévő Győr-Moson-Sopron megye férfi halandósága (15–64 éves férfiak halálozása) így is 1990-ben több mint másfélszerese volt a hasonló korú osztrák férfiak halandóságánál. A női halandóság is meghaladta az azonos korú osztrák nők halandóságának másfélszeresét. Az osztrák és a Győr-Moson-Sopron megyei halálozási különbségek jóval nagyobbak, mint amelyet hazánkon belül Győr-Moson-Sopron és Borsod-Abaúj-Zemplén megye között észleltek.²⁹

A 4. számú táblázatból jól látható a régiók és a megyék közötti különbség.

4. táblázat

A 15–59 éves férfinépeség halandóságának az országos átlagtól szignifikánsan eltérő területi különbségei (Magyarország, 1990)

		SHH*
Országos átlag		100,0
Alacsonyabb	Győr-Moson-Sopron	83,0
	Budapest	83,1
	Vas	85,9
Magasabb	Borsod-Abaúj-Zemplén	119,2
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	116,7
	Bács-Kiskun	116,3
	Pest	112,4

*SHH = standardizált halálozási hányados.

Forrás: Népegészségügy, 1996. június.

A tárgyi infrastruktúrát (csatorna, hálózati víz) és a szellemi infrastruktúrát (iskolázottság) az adott mutatók lehetőségei alapján vetették össze. Az alföldi és északi területek óriási leszakadása az észak-dunántúli térségtől egyértelmű. A szellemi infrastruktúrában észlelhető lemaradások elsősorban az Alföld térségében, valamint Somogy és Tolna megyében jelentősek, az északi térségben elsősorban Nógrád megyében.

A népegészségügyi következmények halmozottan jelentkeznek azokban a megyékben, ahol a szellemi erőforrások hiányaiban is megmutatkoznak a térség hátrányai: az aktív keresők körében az alulképzettek aránya a legnagyobb, és különösen alacsony a magasan iskolázottak csoportja. Ez az elmaradottság felszámolását, az új munkahelyek telepítésének esélyét erősen gátolja. Az odavándorlók, a betelepülők zömében alacsony képzettségűek vagy képzetlenek, így még tovább romlik a térség iskolázottsági szintje. Mindez a munkanélküliség kialakulása idején különösen súlyossá válik.

A halmozódó egyenlőtlenségek négy részre tagolják az országot: Budapestre, a fővárosi lehetőségektől általában elmaradó dunántúli megyékre, a dunántúlitól leszakadt alföldi megyékre és az északi térség népeségére.

A regionális hátrányoknál a hálózati víz és a csatornázás mutatóit az életmódbeli különbségek feltételeiként lehet kezelni: számos megbetegedés vagy gyenge egészségi állapot hátterének magyarázatában szerepet játszanak. A hálózást és a megbetegedéseket illetően a regionális különbségekben szerepük van az egészségügyi ellátottság egyenlőtlenségeinek is, hiszen sok esetben az idejében történő orvosi beavatkozás vagy felismerés elkerülhetővé tehetné vagy tehetné volna a korai halálozást.³⁰

Az egészségi állapot földrajzi egyenlőtlenségeiben is számottevően a társadalmi-gazdasági helyzet területi egyenlőtlenségei tükröződnek. Ha a települési lépcső szerint haladunk, akkor látható, hogy falun a halálozási viszonyok még a nemzetközileg mélypontot jelentő országos átlagnál is kedvezőtlenebbül alakultak. A községek 50–54 éves férfinépeségének halálozása 16%-kal haladja meg az országos átlagot.

„Az ötvenes éveinek elején járó magyar férfi ha falun él, 24 százalékkal magasabb halandóságra számíthat, mintha városon élne; az azonos korú budapestinél már 49 százalékkal rosszabb a mortalitása, 2,4-szerese az egyetemi, főiskolai végzettségűekének.”

„A népegészségügynek számolnia kell azzal, hogy az egyének, a családok, akár egész települések szabad választása a saját életmódjuk alakítására területi környezetük adottságain keresztül erősen befolyásolt. A hátrányos helyzet és azon belül az egészségi állapot populációs méretű javításához az egyének szándéka általában nem elegendő, ahhoz a környezet — település, megye, régió — kötöttségeinek felszámolása, vagy legalábbis csökkentése is elkerülhetetlenül szükséges...”

„Az egészséges életmód vonatkozásában az egyéni felelősség — bármennyire fontos momentum is — egyoldalú megragadása és hangsúlyozása nem vezet el a kívánt célhoz, a lakosság egészségi állapotának érdemi javulásához.”³¹

Az ország egészéhez vagy különösen a rossz helyzetű régiókhoz képest Budapest kiemelkedően jó mutatói megtörnek, amint társadalmi különbségek alapján bontják a budapesti halandóság átlagát. Ugyan minden anyagi és szellemi infrastruktúra adott, az országos átlaghoz, még a dunántúli átlaghoz képest is kiemelkedően jók a mutatók, de a társadalmi paraméterekkel kapcsolva, kerületekre, foglalkozásra, iskolázottságra bontva kiderül, hogy a budai (XI. és XII.) kerületekben élő férfiak életésélye a legfejlettebb országokéhoz hasonló, míg a VII., VIII. és IX. kerületi férfiak halálozási szintje Szíria és a harmadik világ mezejében helyezkedik el.³² A társadalmi (gazdasági, iskolázottsági, foglalkozási) különbséget kifejező kerületek között tehát az azonos férfi korcsoportban az életésély-különbség két és félszeres lehet.

Akiknek több jut a társadalmi javakból, akiknek magasabb az iskolázottsága, akik civilizált környezetben élnek és jobbak a lakáskörülményeik, azok hosszabb életre számíthatnak. Akiknek mindebből a rosszabb és a kevesebb jut, azoknak az életből is a rosszabb és a kevesebb jut. Ezt nevezi találóan Józán Péter a „*halál előtti egyenlőtlenségnek*”.

Az átlagok mögött — az életésélyeket a hozzáférhető társadalmi mutatókkal együtt vizsgálva — a rossz társadalmi körülmények között élő embercsoportok drasztikus sérülékenysége tárul fel.

A romlás okai — egy társadalmi értelmezési kísérlet

Semmilyen egészségpolitika nem lehet eredményes, ha figyelmen kívül hagyja a társadalmi, területi és kulturális különbségeket. Sok mindent tudni lehet, de vannak valóban felderítetlen fehér foltok is. A halálozásról már *nem lehet nem beszélni*, a megbetegedésekről pedig nem lehet teljes bizonyossággal beszélni, mert hiányoznak azok az átfogó kutatások, amelyek mind orvosi, mind társadalmi paraméterekben is alátámasztottak.

A magyarázathoz építünk a halálozás arányainak és megoszlásának országos adataira, a társadalmi és földrajzi helyzetet jellemző különbségekre, a különféle társadalmi és betegségcsoportokra vonatkozó kis körben végzett kutatásokra, egészségpszociológiai műhelyünk korábbi kutatásaira, valamint a nemzetközi tapasztalatok hazaival egybehangzó eredményeire. Ezek alapján kísérjük meg a nálunk bekövetkezett egészségromlás legfontosabb társadalmi okainak magyarázatát.

Az elmúlt évtizedekben meglehetősen erős diszciplínává fejlődött az egészség- vagy orvosszociológia. Voltaképpen a múlt század szociálmedicinája fordította először az orvostudomány figyelmét a társadalmi feltételekre, de a modern szociológia fogalmaival és eszköztárával e század közepe óta folynak széles körű kutatások betegségcsoportokra, speciális népességcsoportokra,

régiókra vagy a társadalompolitika szempontjából jellemző csoportokra (munkanélküliek, etnikai kisebbségek, bevándorlók stb.) vonatkozóan. Tapasztalataik tankönyvvé és közismertté váltak, az orvosképzésbe éppúgy beépültek, mint az egészség- és szociálpolitikai ismeretek alapjaiba. Nálunk ezek az ismeretek még meglehetősen szűk hatást gyakorolnak, akár a politikusokat, akár az egészségügyi szakmát tekintjük.

Néhány alapvető összefüggés

A legegyszerűbb élőlény működése is csak a környezetével együtt érthető. Az ember egyszerre társadalmi és biológiai lény, létezése kettős függésben, de egyazon létben egyesül. A társadalmi és biológiai feltételek egymást építik. Erős a befolyása az időnek és a történelemnek: a biológiai idő (a kor) is a történelmi időnek (korszaknak) van alávetve. A társadalmi idő (az adott társadalmi rendszerre jellemző előnyök és hátrányok halmozódása) formálja a fizikumot és a lelki képességeket, s mindezekben a társadalmi rendszerek alakító befolyásai figyelhetők meg. Ezen túl pedig a földrajzi tér történelmi és társadalmi szerkezetéből eredő különbségei hozzájárulnak a strukturális megoszlások különbségeinek növeléséhez.

Az ember igénybevételét, az elhasználódás mértékét a sérülések, kopások erősségét és veszélyeztetettségét az idő és a társadalmi hely együttesen magyarázza. Az egészségi állapot minőségét csak ebben az összefüggésben lehet megérteni. A romló egészségi állapot — átvéve a pszichoszomatikus kifejezést — társadalmi méretű „szervbeszéd”. A nehéz körülmények rosszabbodását és megmaradását egyre kevésbé képesek az emberek ép testtel és ép lélekkel elviselni. Az élet csak több sérüléssel és nagyobb veszteséggel vihető tovább.

A társadalmi környezet feszültségei és terhei gyakran szervülhetnek betegséggé, ezek visszahatnak a társadalom működésére és újabb társadalmi bajok forrásai lesznek. Ahogyan a halálozási adatok sűrűsödéséből láthattuk, ilyenek mindenekelőtt a szegénység–betegség egymást erősítő ördögi körei, ezzel együtt járnak időnként olyan bajok, amelyek elháríthatóak lennének, de amelyek megoldására hiányzik a kellő figyelem, a forrás, a pénz, az erő, a szervezet, következésképpen megoldatlanságuk máshonnan, másképpen, más időben sokkal több pénzt, erőt pusztít majd el.

A betegség, az egészségromlás vagy a korai halál akkor következhet be, ha nagyobb a terhelés, mint a teherbírás, ha a társadalmi terhekkal szemben nincs vagy kialakulatlan a társadalmi védelmi mechanizmus. A megoldhatatlan feladatok és a gyengén megépített fizikum, pszichikum és társadalmi támasz hiánya miatt kialakul egyfajta sérülékenység, és a felborult egyensúly helyreállításához nem mindig elegendő az emberi individuumban bio-pszichológiai ereje. Különösen az viseli meg az egészséget, ha a belső egyensúlykereső megoldások

olyan kompenzációkhoz vezetnek, amelyek az egyszerűnek látszó örömszerzés útjain az ártalmakat fokozzák, ahelyett hogy elhárítanák azokat.

Az egészség kockázati tényezői között ma már nem csupán a vírusokat, baktériumokat, genetikus okokat, környezeti ártalmakat tartja számon a megbetegedések genezisét kutató orvos és az egészségtudomány, hanem a társadalmi, gazdasági és kulturális feltételek állandósult terheit, és e terhek különbségeit is.

Különösen válságok idején — legyen az gazdasági, társadalmi vagy erkölcsi válság — növekednek az élet és az egészség kockázatai. Az egészségszociológiában és a társadalom-örvostanban beigazolt tény, hogy az egyéni és társadalmi megrázkódtatásokat tömeges egészségromlás követi, hol közvetlenül tapasztalható módon, hol évek múltán, amikor már halmozódva jelentkeznek a válságos társadalmi helyzetből következő testi-lelki károsodások. A válságok különösen erősen érintik a társadalmi értelemben sérülékeny csoportokat.

Szegénység, tudatlanság, eligazodásképtelenség, önértékvesztés

Minden egészségszociológiai kutatás azt mutatja ki, hogy akik kevésbé részesülnek a társadalmi javakból, azok általában kevésbé részesedhetnek az élet biológiai minőségi előnyeiből is: egészségi állapotuk rosszabb, ellenálló képességük gyengébb, több közöttük a beteg, betegségeik súlyosabbak, gyógyulásuk lassúbb.

A szegénység árt az egészségnek. A szegénység, a szűkösség ártalmai éppúgy halmozódnak, mint a létrejöttükben összefüggő okok: nehéz gyermekkor, rossz táplálkozás, rosszul megépített fizikum, egészségtelen környezet, fizikai és idegi túlterheltség, mindezekhez pedig a társadalmi kirekesztettség és/vagy annak érzése. A materiális hiányokhoz tudáshiány is társul, amely tovább terhelődik az elesettekkel szemben kialakult társadalmi ellenérzéssel. Ha ezt elfogadják és önértékeléssé válik, akkor az ember önbecsülésének elvesztése akár a küzdőképtelenségig béníthat.

Az egészségszociológiai irodalom betegséggenerálás szempontjából kétféle szegényállapotot különböztet meg. A 19. századi szegénység jellemzői zömében anyagi jellegűek: szegény környezet, zsúfolt lakásviszonyok, alacsony vagy hiányzó higiénia, különösen pedig a szegényes és elégtelen táplálkozás, amely nem ad védettséget. A 19. századi betegségek okainak ilyen leírása több mai magyarországi településre és társadalmi csoportra is érvényes. A cigány lakosság, akik szegénységük és etnikai helyzetük miatt kettős teher alatt élnek, inkább a 19. századi szegényhelyzetet viszik tovább, betegségeik is ebből a helyzetből magyarázhatóak.³³

A 20. század újfajta szegénységét a depriváció körébe sorolják, ami szó szerinti fordításban megfosztottságot jelent, de szociálpolitikai kifejezéssé változva a modern világtól lemaradt és hátrányokkal küzdő szegényekre vonat-

kozik. A változó életkörülményekhez való gyors alkalmazkodás kényszere, az információrobbanás és felfogásának nehézségei, a stresszhelyzetek sűrűsödése, a csaknem állandó frusztrációs hatás, a fogyasztói társadalom színes kínálata és a hozzájutás lehetetlenségének feszültsége minden társadalmi szinten problémát okoz, de különösen nehezen elviselhető a szegények, a versenyből kiszorultak, a marginalizálódottak vagy lecsúszottak helyzetében.

A szegénység nem csupán anyagi hiányt jelent, a materiális nélkülözés személyes és társadalmi lelki teher is: állandósul a hiányérzet. A hiány — legyen az egészségtelen táplálkozás, éhezés, rossz lakásviszonyok — nem építi a testet, viszont felkelti az elementáris félelemérzést, az ősi éhségneurózist. A testi hiány lelki kinná válik. A kín érzete súlyosbodik, ha valaki családját és gyermekeit nem tudja ellátni, iskoláztatni, öltöztetni, ha nem tud megfelelni az életnek.

Ahol nincs kiút és megoldás, a menekülés különféle formái közül az alkoholizmus válik gyakorivá, ami sokszor tragédiákhoz vezet. Az élettárs korai halála, a gyermekek betegsége, elmenekülése otthonról, a deviáns formák sokasodása, az idősek, betegek cserbenhagyása, a társadalmi alulmaradás kikezdi a morált is. E közismert, szinte közhelyszerű tényekről azért kell szólni, mert amikor az egészségi állapotról szó van, mintha kiesne a közlemlekezetből, hogy a pusztító életmegoldások, a menekülés mégis minek a következményeként jött létre.

A hiány és szegénység materiális és lelki terhei mellé járul még a társadalmi kirekesztettség érzése is. Nemcsak azért, mert nem részesülhetnek mindabból, amihez mások, másutt, más helyzetben gond nélkül hozzájuthatnak, hanem mert erősödő társadalmi megvetés veszi körül a lemaradottakat. Már a szocializmus szegényes gyarodásának idején kezdett kialakulni a szegények hibáztatása saját helyzetükért. A felső osztályok biztonságának és lelkiismerete megnyugtatójának eszközeként jól használható ez a fajta büntudatkeltés.

A gyenge kulturális felkészültség, az alacsony iskolázottság, a tudatlanság nemcsak a mindennapi ismeretek hiányát jelenti, hanem azt is, hogy az egyén nem ismeri fel a saját testjelzéseit. Az ösztönös tudás, ami a testi betegség veszélyeit időben jelezte, már elveszett, a jelzések megfelelő felismerése pedig még nem épült be a mindennapi tudások közé. A megfelelő jelzéseket is az önmagára vigyázni tudó, magasabb tudásszinten élő emberek képesek megfejteni.

Nem működnek arányosan a veszéllyel az ember természetes ösztönei. Az ösztönös önvédelem érzése elsorvadt. Újonnan kell megtanulni, hogy mire kell figyelni. A természetes ösztön már nem, a kultúra és tudás még nem működik. Alacsony szintűek az ismeretek testről és lélekről, késik a baj felismerése — sokszor még a viszonylag magas kulturális szinteken is. Emellett hiányzik a tudás és az eligazodási képesség a bonyolult egészségügyi intézményrendszerben és a szükséges orvosi ismeretekben.

Valóban nehéz eligazodni az egészségügyi rendszerben, a betegség gyógyításához ismeret és fellépni tudás szükséges, tudni kell, hogy kihez, hogyan, milyen ellátási szinten kell fordulni; megtalálni a megfelelő helyet, a megfelelő

embert, a megfelelő időben — ez sem kedvez az iskolázatlan embereknek. Nehezen tudják panaszukat előadni, megfogalmazni, s az orvosoknak — akik iskolázottságuk alapján magasabb társadalmi osztályban, ráadásul zárt tudásrendszerben élnek — sokszor türelmük sincs, s nem is annyira érdekeltek — tisztelet a kivételnek —, hogy szót értsenek ezekkel a betegekkel, hiszen kevés anyagi juttatást várhatnak tőlük. A társadalmi és tudáskülönbség mellett a nyelvi megértés nehézségei is akadályozzák a kommunikációt.

Annak, hogy az ember eleget tudjon tenni az önfegyelem követelésének („vigyázzunk magunkra!”) is az a feltétele, hogy saját életének legyen értéke, önmagának saját szemében legyen becsülete, az önkímélet érdekében alakulhat ki az önkorlátozás, ha van értelme és érdeme az öröm- és élvezetmegtagadás fegyelmezetségének, ami társadalmi igazolást, visszaigazolást kíván. Ahol elvész az ember értéke, ott az ember nem tanulhatja meg becsülni az életét. Ha minden fontosabb az életnél, ha az ember csak ürügy, csak bizonyíték, csak tárgy, és mint cél is másnak van alávetve, akkor nem jöhet létre az élet tudatos értékén való önvédelme. Illetve akkor a leértékelt élet szintjén féltik az emberek a saját életüket is. Ha a világ és a sors kíméletlenül bánt vele, akkor az önkímélet sem alakulhat ki. Az én értéke nem jöhet létre a közértéktelenségben, különösen nem jöhet létre alábecsültségben. Alábecsült ember önbecsülése ritkán valódi, önértéktudat nélkül az ember nem képes az önvédelemre.

Magyarországon az önféltésnek, az önkíméletnek még leginkább a magasabb és a középosztályokban található meg típusai, valójában azonban alig van értéke és kialakult kultúrája. Mintha szemben állna a megbecsült magatartással, talán még az uralkodó morál értékeivel is. Felelősséget ott lehet csak kívánni, ahol az emberek felelőssége az átélt önállóságon alapul. Önerőt ott lehet várni, ahol a belső autonómiához kívülről is biztosított a szuverenitás. Morális erőt ott, ahol belső szabályozás kívülről is táplálkozik pro vagy kontra igazolással. Belső támaszték ott fejlődik ki, ahol külső társadalmi erőter segített kifejleszteni és épségben tartani.

Ahogy a halálozás mutatóiban a legjobb helyzetben lévő társadalmi rétegek is elmaradtak a nyugati országok életesélyeihez képest, úgy igaz az, hogy a szegénység és elmaradottság érzetét Kelet-Európában csaknem mindenki átélhette, aki Nyugat-Európát járta, és a saját életfeltételeit az ott élő emberekével összehasonlította (legyen szakmunkás, tanár, orvos vagy mezőgazda). Egy szegény ország polgáiról van szó, akik a kelet-európai régióban élnek, hagyományosan hátrányokkal küzdenek, minden évszázadban többször is megszállták idegen hatalmak, változó elnyomások tapasztalataival rendelkeznek. Ez a hátrányos történelmi tapasztalat is bennünk él a kedvezőbb sorsú és helyzetű országokkal szemben. S ez igaz a szegény élethelyzet materiális javaira is, igaz a tudatlanságra, amelyet az elzárkózás is erősített, igaz a hátrányok éreztetésére és átérésére, igaz a kiszorultság és a behozás kényszerének érzésére is. És igaz az önbecsülés hiányára, ami mindenfajta kompenzációs kísérletekhez — gög,

nacionalizmus, felsőbbrendűség —, valamint különféle menekülési formákhoz vezetett. (Szemléltetésül egy mondás a hetvenes évek kiúttalanságára: „Az értelmiségnek két útja van: az egyik az alkoholizmus — a másik: nem járható.” Ez akkor is jellemző, ha jártak sokan más utat is.)

Az adaptáció

Minden élőlénynek alkalmazkodnia kell a környezetéhez. Az adaptáció szélesebb értelmű, állandó és sokszor megterhelő feladat. A betegség rossz adaptáció. *Dubos* szerint — gondolatai a *Sellyei-féle* adaptációs szindrómához vezetnek vissza — az állandó változás, a környezethez való alkalmazkodás kényszere egyensúlyhiányt hoz létre, és a környezethez való rossz alkalmazkodás vezet a betegségek kialakulásához. Ha egy társadalomban meghatározott időben tömegesen betegednek meg, az olyan társadalmi feltételekre utal, amelyeket a többség nem tud elviselni, saját szervének, testének és/vagy lelkének megbetegedése nélkül.

Ha viszont az emberre kedvezőtlen a társadalmi feltételrendszer, azt ismét meg kell változtatni. A rossz társadalmi feltételekhez való alkalmazkodás ára lehet a betegség. Aki viszont nem képes alkalmazkodni, azt vagy kiveti a társadalom — ez a társadalmi halál —, vagy nem tudja elviselni az életet, és bekövetkezik a biológiai halál.

Még a jó irányú változtatás is megterhelő, mert új képességek, új életvezetési módok kialakítását kívánja a megszokotthoz képest, s a megoldások megtalálásához új energiákat kell mozgósítani. A korábbi rossz feltételekhez idomuló alkalmazkodásban megszokott biztonságérzet elvesztése is létrehozhat hiányérzetet. A biztonság és a stabilitás igénye a rossz helyzethez is kötődhet, még az esetleg jobbat ígérő változtatással szemben is. Ezért az adaptáció kettős képességet kíván: *változtatni*, a változást követni, a változtatáshoz alkalmazkodni, s eközben fenntartani a belső és külső stabilitást, tehát *fennmaradni*.

Az adaptáció a 20. században állandó feladat, a változó világban pedig különösen az. Kelet-Közép-Európában mindig meg kell találni a továbblépés érdekében a megoldásokat, a célokat át kell formálni, a törekvéseket át kell hangolni, a képességeket újra kell szervezni, az erőket mindig meg kell újítani, hogy a külső és belső kettős alkalmazkodás feladatát teljesíteni lehessen.

A kohéziós erő, a társas támasz hiánya

A szocializmusban a mindenkit megcélzó totalitárius módszerek, a társadalmi elnyomás és a kényszerek sajátos szövevényének betegítő hatásában, különösen a segítség nélkülség, a reménytelenség, az elfojtások, a kifejezhetet-

len düh játszott szerepet. Olyan érzelmek ezek, amelyeket ha volt, segítette, ha nem volt, nehezítette a kohéziós erő, a társas támasz hiánya. Az anómiás társadalmi viszonyok között, a függések rendszerében, ha nincs mód önvédő kapcsolatok kialakítására, szimmetrikus viszonyok kiépítésére, a kapcsolatok formálisak és felülről diktáltak, az egyedi küzdők nem építhetnek szolidáris kapcsolatokra, izolálódnak és magányossá válnak. Minden megfosztottság közül a legtöbb félelmet, bizonytalanságot az okozza, ha az ember meg van fosztva a közösségtől és magányossá válik. A társas támogatás az ember elemi szükségletei között számon tartott elsőrendű védelmi rendszer (social support), s hiánya különféle megbetegedésekhez vezet. A többiek léte és az együttélés társadalmi támasza jelentheti azt a védelmet, ami az ember egészségének és biztonságára törekvésének az alapja lehet.

Mivel betegített a szocialista rendszer?

Látható volt, hogy a társadalmi hierarchia alján élő emberek, embercsoportok között gyarapodnak a betegségek, növekszik a halálozási trend. Ennek a *kelet-európai szegénységnek* különlegessége a zártság, a korlátozott mozgásszabadság, a fentről meghatározott lépéskényszer és a társadalom ideológiájának hazugsága. Ahelyett, hogy a szegénység leküzdésével szembesültek volna, az egyenlőségről, az azonos esélyekről, a szegénység eltűnéséről, a depriváltság, a periférikus helyzetek, a regionális és kulturális hátrányok megszűnéséről beszéltek.

A szocialista rendszer jellegzetes, legfontosabb betegítő tényezőiből az alábbiakat emeljük ki:

- Az *adaptálódás* nehézségei — amelyek a szocialista rendszer erőszakolt társadalmi átrétegződése következtében jöttek létre —, és következményként a rossz adaptálódás, illetve adaptálódási képtelenség hatása ismerhető fel a betegségeknel és a halálokoknál.
- Az emberek *történelmi traumák* sorozatát élték át, amelyet a változó világhatalmi erők következtében, a változó rendszerek uralma miatt az e korban élőknek el kellett viselniük.
- A vizsgált életutak, *életesemények* feltárásából kiderül, hogy ez a korszak több életfordulatot kényszerített az emberekre és társadalmi csoportokra. A társadalmi fordulatok, történelmi események kényszerei vagy diktátumok idején sokszor még súlyos inzultusokat is el kellett szenvedniük.
- A fentről diktált — a termeléstől az ideológiáig terjedő — kényszerek hatására *zárt függőségi viszonyok* alakultak ki, ami az egyéni és közösségi kezdeményező erőt elfojtotta.

- Az embert *támogató közösségek hiánya* miatt a kényszerközösségekben izolálódott az ember, s a magány külön harcokra kényszerítette. A hatalmon lévők és a hatalmon kívüliek közötti erős megosztottság hozza létre a „mi és ők” közötti éles megkülönböztetést.
- Az emberi *élet értékének* elvesztése — amely még élesebbé vált az ellenkezőjének hangoztatásával szemben a mindennapi gyakorlat tapasztalata alapján — az ember elértéktelenedésével, önértékvesztéssel járt, a hirdetett és gyakorlott értékek állandó kettőssége (double bound), és az eligazodás zűrzavara anomikus társadalom kialakulásához vezetett.
- *Morális bizonytalanság*, újra meg újra keletkező elbizonytalanodás volt a jellemző, mivel a társadalmi rendszerek változásával a vezérlő értékek gyökeresen megváltoztak, ezért egy következő rendszer büntette azt, amiért a korábbi rendszer jutalmat adott, és jutalmazta azt, amit az előző büntetett. A rendszerektől való függetlenség megadta ugyan a morális jutalmat, a kockázatos kívül- vagy szembenállás alapját.

Ezek a tényezők többé vagy kevésbé valamennyi kelet-európai szocialista országra nézve igazak voltak. Mi a magyarázata annak, hogy — miközben a magyar rendszer volt a legmozgékonyabb, viszonylag a legtöbb kísérletezést megengedő ország a szocialista országok közül — Magyarország halálozási mutatói még a kelet-európai országok közül is a legrosszabbak?

Ismert magyarázat az önkizsákmányolás, a kettős leterheltség — állami munkahely és második gazdaság, munka és túlmunka —, ami felemészti az egészség tartalékait. Pihenéshiány, túlzott igénybevétel, ami az akkumulálódás lehetetlenségével jár együtt. Inkább hipotézis — lehet majd igazolni, vagy elvetni, mert nem egzakt összehasonlításra épül —, hogy éppen a viszonylag jobb helyzet, a nagyobb nyitottság — egy zárt és merev rendszeren belül — erősebben igénybe vette az embereket. Több feszültséggel járt, hogy van mód valamilyen kimozdulásra, ugyanakkor mégsem lehetséges kitörni.

Jellemző volt a viszonylagos engedélyezett szabadságjogok bizonytalansága. Mivel a rendszertől idegen elemeket tartalmaztak, mindig visszavonhatóak, mindig korlátozhatóak voltak. Ezeket a kis kedvezményeket nem garantálta semmi és senki. Ezért a különféle egyedi és időleges engedményeknek a permanens fenyegetettség volt az ára. A nagy bizonytalanság növelte a feszültséget, folyamatossá tette a stresszhelyzetet, miközben kockáztatta a nehéz erőfeszítésekkel elért jobb helyzet eredményét, amelyet a ráfordított munkához és feszültséghez képest csekély eredménynek éreztek. Erőfeszítés, félelem, frusztráció, túlfeszítettség és bizonytalanság együtt magyarázza a viszonylag jobb helyzet ellenére a rosszabb állapotmutatókat.

Mi történik a rendszerváltozás után a népegészségre közvetlenül és közvetve ható társadalmi tényezőkkel?

Az átalakulásban összetorlódott idő – jelenbe érő folyamatos múlt

Jelenleg egyszerre kell szembesülni mindazzal, ami a korábbi rendszer betegséggeneráló feltételeiből megmaradt, mégpedig az átalakulás sokkoló hatásával, ami távlati reményekben javíthat, de jelenleg rövid távon éppen ott nehezíthet, ahol a korábbi rendszer ártó hatása a legerősebb volt. Az oly nagyon várt nyitás Nyugat felé még erősebben szembesít elmaradottságunkkal, hátrányainkkal, hiányainkkal, hibáinkkal.

Mi változhat és mi nem tud változni az átmenet idején?

A jelenlegi átalakulás sok gyökeres módosulást hozott. Lehet cserélni társadalmi rendszert, pártokat, jogrendet. Lehet választani új kormányt, új ideológiát, újra megtalálni a régi vallást — vagy éppen új hitet találni —, de nem lehet az átélt időt semmissé tenni. A múltat lehet másképpen látni, de nem lehet a „szervekbe beépült” átélt társadalmi időt visszapörgetve, előlről kezdeni. Az új kihívások szárnyakat adhatnak a tettekhez, de új tüdőt, szívet, érrendszert, izületeket nem adnak hozzá. Az ember elhasználódottságában a tudott és tudattalan emlékezetében megmarad a múlt. Mint ahogy megmaradnak azok a készségek is, amelyek az egészségőrzésre, az önvédelem hatásosságára, az élet értékének becserére vonatkoznak, azokat is a korábbi élet reflexei és tapasztalatai kondicionálták.

A múlt halmozódott terhe nem könnyebbedik meg azzal, hogy csak az idősebb generációkra érvényes, mert tovább hárítják az utódokra, mert tovább él a gyermekek felnevelésének módjában, s megmarad a társadalmi szerkezet számos elemében. Ezért a különösen sérülékeny és erősen kockáztatott társadalmi és demográfiai csoportokra kell irányítani a figyelmet.

A változások fenntartják és/vagy rontják a korábbi rossz helyzetben lévő, betegséggel és korai halállal küzdő társadalmi és demográfiai csoportok egészségi állapotát, érdekükben az átmenet megrázkódtatásainak enyhítésére és a jövő építéséért átgondoltan tenni kell.

Romlik a már ismertetett leszakadt régiók helyzete. A régi válságrégiók mellé újak is kerülnek. A kelet-magyarországi szegénységhez most az északi iparvidékek csatlakoznak.

A szegénység nemhogy megmaradt, de kiterjedt és mélyült. A szocializmusból hozott szegénység, a lemaradott társadalmi rétegek köre, a társadalmi átalakulás idején nem csökken, hanem növekszik.³⁴ A korábbi helyzetből fakadó, hozott betegségek megmaradnak, a szegénység–betegség egymást erősítő köreiben inkább a romlás, mint a javulás látszik. A klasszikus szegénység 19. századi jellegzetességei tovább kísérnek bennünket, hozzáadódnak a 20. század kollektivista eszményeinek jegyében modernizált társadalom ártalmas következményeihez, a rendszer csődje összeolvad a 21. század fordulóján

bekövetkező, újonnan kialakuló piaci gazdálkodás kiépítésének kemény és sokszor kegyetlen módszereivel.

A múlt században létesített, a szocializmus vas és acél országának mítoszával továbbfejlesztett iparvidékek leépülnek. Egész új vidékek kerültek az el-sivárosodott, az elbizonytalanodott és elszegényedett területek közé. Az ipar-vidékek mellett — a mezőgazdasági válság kiterjedése következtében — a korábban jól élő emberek is nagy számban nehéz helyzetbe kerültek.

Kockáztatott régiók, sérülékeny társadalmi csoportok

A mezőgazdaság elhúzódó és nehéz átalakulása

Növekvő társadalmi és területi polarizációval kell számolni a mezőgazdaságban. A magyar szocializmus e sikerárgazatát, a mezőgazdasági területek virágzását és a falusi emberek gyarapodási lehetőségét a nagyüzem és a háztáji kisüzem sajátos együttműködése, és emellett a magas állami támogatás hozta létre. A falusi lakosság kettős létalapja: a termelőszövetkezeti háttér és a háztáji művelés hanyatlík, a családi gazdaságok kettős jövedelme elvész. Nagy megrázkódtatást élnek át a mezőgazdasággal foglalkozók Kelet-Magyarországon, az Alföldön, de még a virágzó régióknak tartott Dél-Dunántúlon is.

A várt, gyarapodó farmergazdaságok sokasága nem tudott létrejönni, polarizálódott a mezőgazdasági lakosság. Míg egyik oldalon növekednek a termelőszövetkezetekből és állami gazdaságokból földet koncentráló nagybirtokok, addig a másik oldalon napszámos sorba kerülnek a tulajdonnélkülivé vált vagy elszegényedett volt tulajdonosok kárpótolt tömegei; közöttük pedig legfeljebb mintegy tízezer, termelési és értékesítési válsággal küzdő, felszámolás határán lévő családi középüzem tengődik.³⁵ Nagy tőkehiány mellett vegetálni próbáló kisüzemek és a széles körűvé váló, egyre terjedő falusi, volt mezőgazdaságból élő elszegényedők állnak szemben — olykor a szó szoros értelmében — a meggazdagodó vállalkozók szűk körével.

Egyes szakértők a második világháború előtti földtulajdon-struktúra létrejöttét prognosztizálják. A kárpótítások inkább a földspekulációkhoz, semmint a paraszti tulajdon megújulásához, az elképzelt farmergazdaságok fellendüléséhez vezetnek. A nagybirtokok növekedése jellemző, a törvények, a rendeletek, a kölcsönnyújtás szabályai ma ennek kedveznek, és nem a farmerszerű kis- és középüzemeknek. A kárpótlás is inkább a komoly tőkeerő birtokában lévő tulajdonosokat erősíti, és nem a családi kis- és középirtokok fejlődését, hiszen éppen a kárpótoltak körében növekszik a mezőgazdasági munkanélküliek száma.

Megváltozott az a lehetőség is, hogy a vidéki ipari munkások mintegy 40%-a a háztájival egészítette ki jövedelmét. Most többüknek megszűnt az első gaz-

daságban betöltött állása, de az általános hanyatlás miatt a mezőgazdasági termelés nem tudja igazán enyhíteni az ipari munkanélküliség gondját, a háztáji legfeljebb a családi önellátást segítheti.

Hagyományosan rossz egészségi állapot, a rendszerváltozás után erősen megrendült gazdasági-társadalmi helyzet, romló életkörülmények jellemzik a falusi lakosokat. A falusi lakosság egészségi állapotában különösen a férfiak halálózása, az alkoholizmus és az öngyilkosság tényei mutatták igen élesen az országos munkamegosztásból, infrastruktúrából, iskolai képzettségből, településből is következő hátrányokat.³⁶

A rossz mutatók elsősorban az elmaradott vidékeket jellemezték. A falvakban általában rosszabb volt az emberek egészségi állapota, mint a közép- vagy kisvárosokban. A települési lépcső különbségei mindig is kifejezték a társadalmi esély különbségeit. A tanyasi és aprófalvak lakosságának egészsége, halálózási arányai a legrosszabbak voltak. A nők életesélyei is különböztek, a falusi asszonyok több betegségben szenvedtek és hamarabb haltak meg, mint a hasonló korcsoporthoz tartozó városi társaik. A falusi középkorú és idősebb férfiak öngyilkossága jelentős arányú volt az elmúlt évtizedekben, a rendszerváltozás első két évében — feltehetően a megújuló élet reményei miatt — kissé csökkent, majd visszaállt a korábbi szintre.

A falusiak rosszabb egészségügyi ellátásban részesültek. Több falusi körzetben hiányzik az orvos. A kórházba jutás esélyei is rosszabbak, mint a városokban: a falusi, illetve kórháztól távol eső települések betegeinek úgynevezett „betegútjai” hosszabbak, kevésbé eredményesek. Az, hogy még időben el kell jutni a megfelelő szakorvoshoz, hogy kevesebb vargabetűt tegyenek meg, azaz idő=életnyereség nem adatik meg a falusi lakosok számára. A falusi betegek települési hátrányait bizonyítja minden kutatás.³⁷

A területi kórházak egyenlőtlenségeit és a vidéki kórházi ellátás különbségeit az egyébként is rosszabb egészségi állapotban lévő falusi, vidéki lakosság szenvedti meg. A korábbi kezdeményezések — amelyek hálózati ivóvízhez, csatornához, gázvezetékhez juttatták volna a falvakat, így az elmaradott infrastruktúrákat szerették volna megjavítani és ezzel az életvitelt megkönnyíteni — a gazdasági helyzet romlásával abbamaradtak, hiszen számos önkormányzat csődbe jutott, illetve elszegényedett. Ugyanez történt az utakkal. A szétaprózott kisfalvak vagy települések sokszor nem tudták folytatni vagy elkezdeni azt az úthálózat-fejlesztést, amely a nyitottabb világhoz vezetné őket.

A vidéki ipari területek munkavállalói

Az északi iparvidék egészség szempontjából hagyományosan veszélyeztetett terület, lakossága jelenleg másfajta, de hasonlóan súlyos válságot él meg, mint a falun élők. A szocialista iparosítás következtében létrejött nehézipar

mai, csapásszerűen bekövetkező összeomlásának a következményei elsősorban azoknak a társadalmi csoportoknak az egészségkockázatát jelentik, amelyekre már az iparosítás is egészségromlást hozott. A levegő szennyeződése veszélyrégióvá tette az északi iparvidéket, a hiányzó vagy elégtelen munkavédelmi intézkedések, a hiányzó vagy rosszul működő egészségügyi ellátási formák is okozhatták ennek a régióknak korábban is kiemelkedően rossz egészségi mutatóit.

Egyszerre érte el az országot és ezt a vidéket a lakosságot különösen sújtó, Nyugat-Európában már átélt ipari struktúraváltás, az egész nehézipari ágazat elévülése, a vasipar és a bányászat leépítése, valamint a szocialista gazdálkodás összeomlása és a modernizációs váltás, az elkerülhetetlen csőd, a KGST megszűnése, az elavult, rossz hatékonyságú, állami támogatással fenntartott vállalatok bezárása. Mindez egyszerre különösen drasztikusan érintette ezeket a területeket és e térségekben az embereket, a családokat, a városokat. A hirtelen változás tragikus helyzetekbe hozta őket. Olyan vidéken történt ez, amelynek egészségi mutatói amúgy is az országosnál rosszabbak voltak.

A társadalmi átalakulás terhei ismét ezt, a már többszörösen érintett réteget sújtja: férfiakat, fizikai munkásokat, szakmunkásokat, szakma nélküli segédmunkások tömegeit. A nehézipari munkásrétegek szükségtelenné válása, bányászok, kohászok, vasasok szélnek eresztése vagy fölöslegességük demonstrálódása jellemző (még a részfizetések nagy állami teherrel járó biztosítása ellenére is). Virágzó régiókban állt le a termelés, igaz eddig mesterségesen, költségvetési finanszírozással tartották fenn azt. Ez azonban nem változtat mégsem a jelenleg megoldhatatlan élethelyzetek sorozatán (Ózd, Borsod, Nógrád, északi iparvidék).³⁸

A depressziós övezetekké váló, korábban prosperáló vidékeknek az egészség szempontjából kettős vetülete van: az egyik, hogy a népesség egzisztenciájának elbizonytalanodása, anyagi életszínvonalának romlása a munkások és családjaik egészségi állapotára erősen kihat. A másik pedig, hogy ahol romlik a népesség anyagi biztonsága, onnan menekülnek az orvosok, hiányossá válik az egészségügyi ellátás, és még kevésbé képes adekvátnan reagálni az egészség romlására, mint korábban.

A védtelenség átstruktúráldása

Azokon a helyeken, üzemekben, régi vagy újonnan szerveződő vállalatoknál, ahol tovább folyik a termelés, ha szűkített, átalakított módon is, de ott az egészség szempontjából a védtelenség átstruktúráldását tapasztalhatjuk. A vállalati egészségügyi ellátás és szociálpolitika megszűnt. Az üzemek megmaradásának és nyereségességének érdeke sok szociális és egészségügyi biztonsági intézkedés megszüntetését hozta magával. Ez akkor is veszteséges, ha a

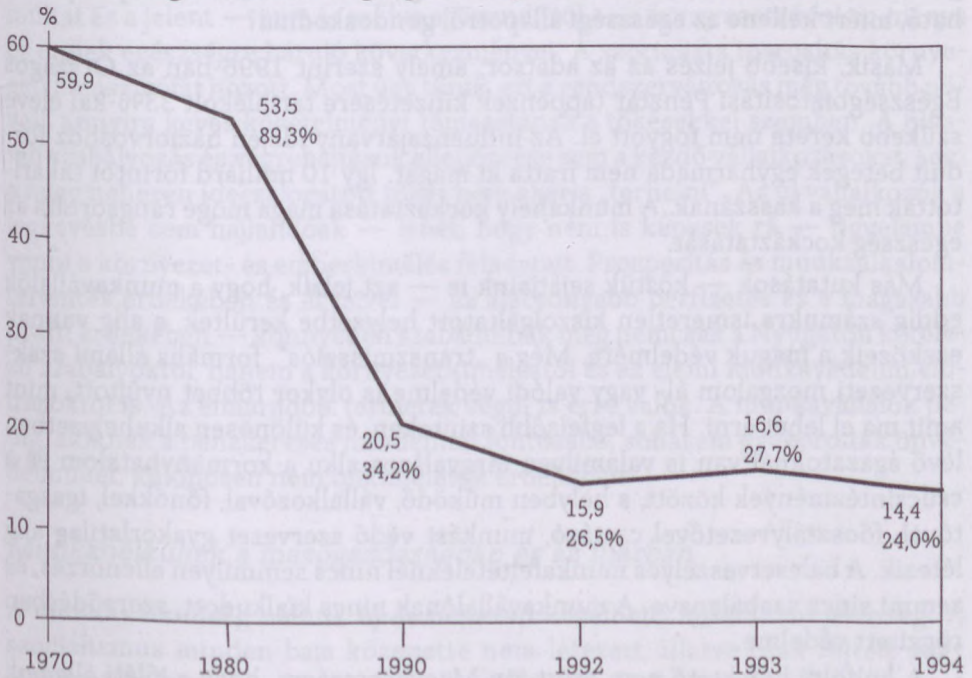
korábbi hálózatban ugyan sok felesleges, bürokratikus és/vagy látszatellátás, következésképpen pazarló elem volt.

Egyelőre nincsenek mérések a jelenlegi intézkedések hatásáról, illetve az intézkedések hiányáról (üzemorvosi szolgálat, üzemegészségügy, az üzem segítsége a városnak, községnek a szociális és egészségügyi ellátásban, a dolgozóknak adott kedvezmények stb.), így az ebből következő veszteség sem látható. Nem alkalmazzák azokat az ösztönző formákat, amelyekkel racionális és funkcionális módon lehetne bevonni a vállalkozásokat abba, hogy intézményes módon is segítsenek a rogyadozó szociálpolitikának, akár abba, hogy romló egészségi állapotba kerülő alkalmazottaik egészségügyi karbantartásáról valamelyest gondoskodjanak.

A változást két, statisztikákból megrajzolható ábra mutatja: az egyik a foglalkozási betegségek hirtelen megszűnése (9. ábra), a másik a munkahelyi ártalmakból eredő megbetegedéseket ellátó egészségügyi szolgálat forgalma (10. ábra). Ha a termelésben dolgozók aránya vissza is esett 30%-kal, a kockázatoknak kitett dolgozók foglalkozási ártalmainak aránya ennél mindenképpen magasabb lehet. Ekkora csökkenés nem magyarázható a kevesebb munkavállalóval, inkább azzal, hogy a foglalkozási betegségekkel nem lehet „foglalkozni”.

9. ábra

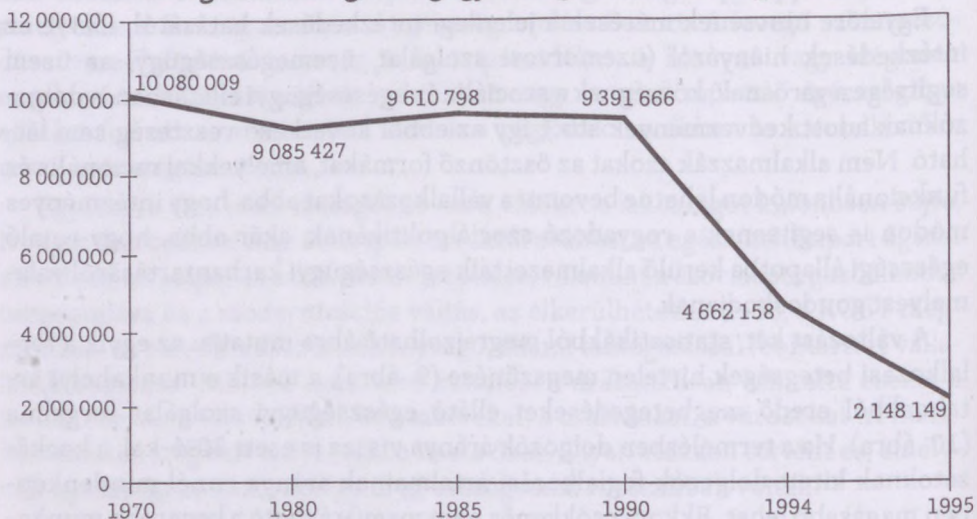
A foglalkozási betegségek aránya 100 ezer aktív keresőre



Forrás: KSH – Népjóléti Statisztikai Évkönyv (1995) adatai alapján saját számítás.

10. ábra

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat összes forgalma



Forrás: KSH – Népjóléti Statisztikai Évkönyv (1995) adatai alapján saját számítás.

A munkavállaló azért nem szól, mert örül, hogy még van munkája, másikkal szemben a munkaadónak nem érdeke, hogy vigyázzon munkásai, dolgozói épségére, hiszen van munkánélküli tartaléksereg, a kiesett ember könnyen pótolható, miért kellene az egészségi állapotról gondoskodnia?

Másik, kisebb jelzés az az adatsor, amely szerint 1996-ban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár táppénzek kifizetésére tartalékkolt 33%-kal eleve szűkebb kerete nem fogyott el. Az influenzajárvány idején házi orvoshoz fordult betegek egyharmada nem íratta ki magát. Így 10 milliárd forintot takarítottak meg a kasszájuknak. A munkahely kockáztatása maga mögé rangsorolta az egészség kockáztatását.

Más kutatások — köztük sajátjaink is — azt jelzik, hogy a munkavállalók eddig számukra ismeretlen kiszolgáltatott helyzetbe kerültek, s alig vannak eszközeik a maguk védelmére. Még a „transzmissziós”, formális állami szakszervezeti mozgalom ál- vagy valódi védelme is olykor többet nyújtott, mint amit ma el lehet érni. Ha a legfelsőbb szinteken, és különösen alkuhelyzetben lévő ágazatoknál van is valamilyen tárgyalásos alku a kormányhatalom és a csúcsintézmények között, a helyben működő, vállalkozóval, főnökkel, igazgatóval, főosztályvezetővel csatázó, munkást védő szervezet gyakorlatilag alig létezik. A balesetveszélyes munkafeltételeknél nincs semmilyen ellenőrzés, és semmi sincs szabályozva. A munkavállalónak nincs kialakított, szerződésben rögzített védelme.

A külföldi befektető nem azért jön Magyarországra, hogy a jóléti államok szociális gondoskodásából iskolát adjon. Nem kíván a szakszervezettel csatáz-

ni, nem érdeke, hogy egészséget óvjon, a munkások egészségéről gondoskodik. Olcsó munkabért fizet, magas profitot és gyorsan megtérülő befektetést akar. A hazai tőkés pedig — amelyik most kezd vagyont halmozni — gyorsan akar meggazdagodni, nem érdekli a munkaerő egészségvédelme. A „rabszolgamunka” sem ritka, különösen a bevándorlóknál, vagy a lerobbant falusi vidékeken, ahol egyáltalán nem jelentik be a munkásokat, vagy kisebb bér bejelentésében állapodnak meg, hogy kevesebbet kelljen adózni. Hogy ennek áldozatul eshet a munkavállaló, hogy a balesetek következményeit ki viseli, amennyiben megbetegszik és nincs kártyája, ellátják-e megfelelően (még halál esetén sem lehet semmilyen kártérítést kérni, ahogyan ezt olvashattuk vágóhídon dolgozó erdélyi fiatalok esetében) — ezekre a kérdésekre válasz nincs, az egészséget és az életet semmilyen szerződéses garancia nem védi.

A munkavállaló számára a foglalkoztatás és a jövedelem fontosabb, mint a közvetlen jövedelmet nem adó biztosítás. A „feketegazdaság” lehetővé teszi, hogy miközben felszívja a munkanélküli és marginalizálódott emberek egy részét, minden legális társadalmi védelemből, egészségügyi és szociális intézményből kikerülnek, és a feketegazdaság hasznát, ha tudják, élvezik, a kárát, ha kell, viselik.

A „vadkapitalizmus” különös egyvelegét láthatjuk: még nincs szakszervezet, de már ott vannak a vállalati vezérek érdekeit őrző-védő — esetenként pofonokat is osztogató — izomemberek. Hasonló módon megszenvedteti a múltat és a jelent — nem is szólva a jövőről — a környezetvédelem hiánya és ennek egészségre háruló következményei. A szocialista iparosítás környezeti katasztrófát hozott. Most úgy tűnik, ezt a rendszerváltozás még tovább növeli, annyira kevés követelményt támasztanak a tőkésekkel szemben. A hivatali szabályozás és végrehajtásuk ellenőrzése sem a kezdő vállalkozásokat, sem a nagy nehezen idecsalogatott tőkét nem akarja „terhelni”. Az új vállalkozók a legkevésbé sem hajlandóak — lehet, hogy nem is képesek rá — figyelembe venni a környezet- és emberkímélés feladatait. Prosperitás és munkaalkalomteremtés érdekében és érveivel — az alacsonyabb bérfizetés és a magasabb profit érdekében — könnyedén szabadulnak meg nemcsak a Nyugaton kötelező szabályoktól, hanem a környezetkíméléstől és az elemi munkavédelmi előírásoktól is. Az elmaradott területek végül is erre valók. A munkavállalók pedig, akiknek a pénzkeresés mindennél fontosabb, sohasem gyakorolták önvédelmüket, különösen nem önkíméletük érdekében.

Munkanélküliek a mezőgazdaságban és az iparban

A munkanélküliség nálunk új és nehezen kezelhető társadalmi jelenség. A szocializmus minden baja közepette nem létezett, illetve csak rejtett vagy elhallgatott formában létezett munkanélküliség. A legtömegesebb az ismert „kapun belüli munkanélküliség” volt, de ne feledkezzünk meg a marginális

rétegek valóságos munkanélküliségéről és hullámzó foglalkoztatottságáról, amelyet gyakran „közveszélyes munkakerülésnek” minősítettek, és rendőri eljárások is követték a minősítést. Nem feledhető azok helyzete sem, akiket politikai okokból munkájuk végzésétől, olykor szakmájuktól tiltott el a hatalom, a kirekesztett emberek csoportjairól, akik alkalmi szellemi vagy fizikai segédmunkából élhettek csak meg. Ezzel a kiegészítéssel is nyilvánvaló, hogy az a tömeges munkanélküliség, amely fizikai és szellemi munkások tömegeit érte el 1990-től napjainkig, iparágak felszámolásából következett és egész régiókat nyomorított meg — ez a rendszerváltozás hozadéka.

A munkanélküliség jelensége a nyugati jóléti államokban jól ismert, nálunk viszont hirtelen keletkezett. Így a „kezelése” sem alakult még ki. Ott jelent újabban nehezedő társadalmi és egészségügyi terhelést, ahol már korábban is igen sok gond volt, de új jelenségként éri a fiatalokat, ahol az átlagos munkanélküliséghez képest nagyobb arányban nem tud megélhetéshez jutni.³⁹ Csak az első megrázkódtató négy év statisztikáját tartalmazza az 5. táblázat és a 11. ábra.

5. táblázat

Munkanélküliség Magyarországon

	A munkanélküliség tendenciái Magyarországon	
	összesen (ezer)	munkanélküliségi ráta, %
1990 1. negyedév	29,1	0,5
2. negyedév	38,3	0,7
3. negyedév	56,3	1,0
4. negyedév	70,2	1,3
1991 1. negyedév	124,6	2,3
2. negyedév	172,2	3,2
3. negyedév	253,5	4,8
4. negyedév	358,1	6,8
1992 1. negyedév	458,4	8,8
2. negyedév	523,8	10,1
3. negyedév	610,0	11,7
4. negyedév	644,2	12,5
1993 1. negyedév	698,9	14,1
2. negyedév	673,5	13,8
3. negyedév	674,0	13,8
4. negyedév	640,7	13,2
1994 1. negyedév	627,5	12,7
2. negyedév	571,1	12,4

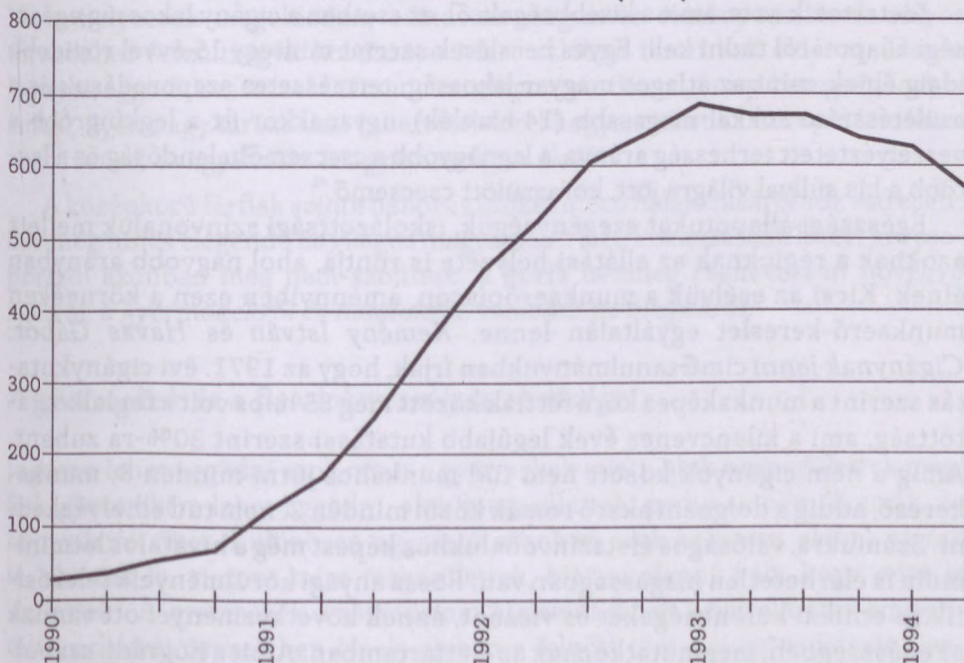
Forrás: Szociális és munkaerőpiaci politikák Magyarországon. OMIKK, Budapest, 1996.

A nyugat-európai országokban az utóbbi évtizedekben kialakult és marandó munkanélküliség magával hozta — a szociálpolitikai intézkedések érdekében is — a munkanélküliség hatásának és következményeinek vizsgálatát. Megállapított tény, hogy a munkanélküliség és az egészségi állapot romlása összefügg, a munkanélküliek megbetegedési és halálozási aránya magasabb a foglalkoztatottakénál. Különösen a férfiak esetében van így. A következmények a társadalmi helyzet megrendülése, az életszínvonal visszaesése, gyökeres életmódváltozás, társadalmi kapcsolatok elvesztése, értékcsökkenés megélése azokkal szemben, akik dolgozhatnak, az anyagi veszteség mellett mindezek lelki terhe, hogy bizonyos értelemben fölöslegessé váltak, nincs szükség a munkájukra, és mód sincs változtatni ezen.⁴⁰

Több, a munkanélküliséget követő longitudinális kutatást folytattak, elsősorban a nyugat-európai jóléti államokban, de Franciaországban és Amerikában is. Voltak olyan vizsgálatok, amelyek rendszeres egészségi állapot-mérést is végeztek, és olyanok, amelyek immunrendszer-vizsgálatokkal is kísérték a munkanélküli állapotot. Mindenütt megállapították, hogy a munkanélküliség körülményei között nagyobb a sérülékenység, alacsonyabb az immunrendszer ellenállása és magasabb a halálozás aránya, sőt halál esetén a házastársak is hamarabb halnak meg, mint az ő kor- és társadalmi csoportjukban azok, akik munkához jutottak és dolgoznak.

11. ábra

A munkanélküliek száma (ezer)



Forrás: Szociális és munkaerőpiaci politikák Magyarországon. OMIKK, Budapest, 1996.

Ezt bizonyítja a Békés megyei községekben végzett szívbetegségek rizikófaktorait munkanélküli és aktív keresők között mérő vizsgálatok. Az eredményeket egyben amerikai, finn és kínai mutatókkal is összevetették, s a munkanélküli férfiak magasabb kockázatosságát bizonyították.⁴¹

A SOTE Magatartástudományi Intézetének kutatása szerint a legveszélyeztetettebb korosztálynak a 20–29 évesek és a 40–49 évesek bizonyultak.⁴² A munkanélküliek pszichoszomatikus státusában maladaptív (rosszul alkalmazkodó) viselkedésformát, adaptív megküzdési stratégia és társas támogatás hiányát találták. Jellemző volt, hogy rosszabb egészségi állapotukban sokkal kisebb mértékben vették igénybe az egészségügyi ellátási formákat.⁴³ A tartós munkanélküliek élethelyzetét kutatva egészségi állapotuk romlását, reintegrációjuk nehézségeit vagy ellehetetlenülését konstatálták.⁴⁴

A kérdés — és erre a nyugati, bőségesebb tapasztalattal rendelkező kutatók sem tudnak mindig választ adni —, hogy mennyiben játszik szerepet az eredeti társadalmi helyzet és mennyiben a munkanélkülivé válás hatása. Lehet, hogy eredetileg is olyan társadalmi rétegből kerültek ki a munkanélküliek, akiknek egészsége eleve is esendőbb volt, mint az átlagnépességé. Feltehető, hogy azért is váltak munkanélkülivé, mert betegek voltak, majd még jobban megbetegítette őket a munka elvesztése. Ám az is lehet, hogy egyébként egészséges élethelyzet után a munkanélküliség tette őket beteggé. Nálunk például Kelet-Magyarországon a férfiak eleve rossz egészségi állapotban voltak, már a munkanélküliség kialakulása előtt.

Idetartozik az is, amit a kisebbségekről, ez esetben a cigány lakosság egészségi állapotáról tudni kell. Egyes becslések szerint mintegy 15 évvel rövidebb ideig élnek, mint az átlagos magyar lakosság; természetes szaporodásuk és a születésszám sokkal magasabb (14 ezrelék), ugyanakkor itt a legkiugróbb a veszélyeztetett terhesség aránya, a legnagyobb a csecsemőhalandóság és a legtöbb a kis súllyal világra jött, koraszülött csecsemő.⁴⁵

Egészségi állapotukat szegénységük, iskolázottsági színvonaluk mellett azoknak a régióknak az ellátási helyzete is rontja, ahol nagyobb arányban élnek. Kicsi az esélyük a munkaerőpiacon, amennyiben ezen a környéken munkaerő-kereslet egyáltalán lenne. *Kemény István és Havas Gábor: Cigánynak lenni* című tanulmányukban írják, hogy az 1971. évi cigánykutatás szerint a munkaképes korú férfiak között még 85%-os volt a foglalkoztatottság, ami a kilencvenes évek legújabb kutatásai szerint 30%-ra zuhant. Amíg a nem cigányok között nem tud munkához jutni minden 8. munkakereső, addig a dolgozni akaró romák közül minden 2. nem tud elhelyezkedni. Számukra, valóságos életszínvonalukhoz képest még a hivatalos létminimum is elérhetetlen magasságban van. Rossz anyagi körülményeik felerősítik az etnikai különbségeket és viszont, ennek következményei ott vannak az egészségben, megmutatkoznak az élettartamban. Amit a nógrádi, szabolcsi és borsodi rétegek süllyedéséről írtunk, az a cigány léttel súlyosbítva

terheli őket. Együttesen sújtja őket mindaz a hátrány, amit a segédmunkásság, a tanulatlanság, az alacsony szakképzettség, a munkanélküliség, a társadalmi marginalizálódással nehezített peremhelyzet és a társadalmi kirekesztettség jelent. Erőfeszítések ugyan történtek, saját szervezeteik, érettük küzdő szószólók, új intézmények, szociálpolitikai programok és szociálpolitikuskok erősen képviselik érdekeiket, sokszor szólnak róluk és értük. Mégis megoldatlanok maradnak a reménytelenül rossz állapotban lévő cigánytelepülések környezeti és életfeltételei, lakói kimaradnak mind a társadalmi integrációs vagy emancipatív, mind az autonómiát hozó eredményekből. Tény, hogy a rendszer-változás sok mindent nyílttá és szabaddá tett, módot adott az önszerveződésre, eközben mégis válsággal, gazdasági csóddal, az eredeti felhalmozás kísérő-jelenségeivel sokszorosán sújtotta a romák társadalmát, az általuk lakott falvakat és vidékeket, és eddigi következményeiben a rendszerváltás valódi veszteséivé tette őket.

Összegezve a társadalmi tehertereleket viselő, a hierarchia alján élő, erősen kockáztatott egészségű társadalmi csoportokról kellene elsősorban gondoskodni, ahogyan *Józan Péter* már idézett cikkében is írja: „Mivel a népesség beteg, nem elegendő a nagy kockázatnak kitett csoportok egészségi állapotának javítása. A kedvező változást az egész népességben kell elérni. Ennek keretében szükséges az egészségi állapotban fellelhető különbségek mérséklése. Az erőfeszítéseket a társadalmi hierarchiában alul levőkre kell összpontosítani.”⁴⁶ Fel kell hívni a figyelmet a különösen sérülékeny és kockáztatott csoportokra. Mert helyzetük megoldatlan, kilátástalanságuk és reményvesztésük súlyos társadalmi feszültségek hordozója. Mert valóban tenni kell valamit, hiszen jogos az aggodalom: ezzel a társadalmi elnyomorodással, ennyi betegségekockázattal, ilyen nagy társadalmi teherterelekekkel hogyan lehet az Európai Unióban részt venni, és egyáltalán Magyarországon élni?!

A középkorú férfiak szinte háborús időket idéző halálózásáról sok szó esett, bár még nincs elegendő és világos magyarázat. Két, kockázatnak kitett korcsoportról azonban még nem szóltunk: a korfa némileg csenevészén növekvő ágairól, a *gyermekekről és fiatalokról*, valamint az *öregekről*.

A gyermekek és a fiatalok veszélyeztetettsége

Jogosan lehet aggódni azok miatt a gyermekek miatt, akik nem születtek meg. Sok gyermekért lehet aggódni, akik megszülettek, pedig se nem akarták, se nem várták őket. Különösen aggasztó azonban azok helyzete, akiket vártak is, akartak is, viszont mire megszülettek, bizonytalanná vált, hogy mire is születtek? A gyermekek a társadalom átalakulásának kevesebb-szer emlegett kockázati övezetében élnek, elvben a felnőtt társadalom védelmét élvezik, ténylegesen azonban gyakran súlyosan ki vannak szolgáltatva a felnőtt

társadalomnak. A nehéz társadalmi körülmények között élő családokban világra jött gyermekekre nagy próbatétel vár.

Ilyenek a depressziós régiók gyermekei — hiszen ott is formálódik a „nemzet jövője”, ahol a terület fejlődése megáll. A depressziós övezetben még magasabb is a gyermekszülések száma, mint a jól prosperáló régiókban. Az élveszületések országos átlaga 11,0 ezrelék, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében viszont 13,8, Hajdú-Biharban 13,0, Borsodban 12,6 ezrelék. Ezzel szemben Győr-Moson-Sopron megyében 10,6 és a minden mutatókban jeleskedő fővárosban 8,6 ezrelék. Igaz, a csecsemőhalandóság is a 10,7-es országos átlag felett a legmagasabb Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében: 14,9 ezrelék.⁴⁷

Ilyenek a munkanélküli családokban született gyermekek. Ma mintegy 700 ezer munkanélküli családjában közel egymillióra tehető az ott felnövő gyermekek száma.

A leromlott régiókban, régebbi ipari vidékeken (Borsod, Heves, Nógrád), fejlődésükben megakadt mezőgazdasági területeken (Somogy vagy Bács-Kiskun), fejlődő övezetekben és nagyvárosokban is sűrűn találhatóak veszélyeztetett gyermekek. Számuk az újabb felmérések szerint mintegy háromszázezer, de ez a szám csak a gyámügynél nyilvántartott veszélyeztetetteké, valójában ennél többen vannak. (A veszélyeztetett gyermekek számának növekedéséről tanúskodik az 6–7. sz. táblázat és a 12–13. sz. ábra.) Az általános iskolásoknál az egészségükben kockáztatottak számszerű növekedését lehet megfigyelni. Az elmúlt évek annak ellenére erős romlást mutatnak, hogy az iskolaorvosi vizsgálatok nem minden esetben tárják fel a kockázatok teljes körét. A statisztikák egymillió alkoholistáról szólnak, az ő gyermekeik száma is megbecsülhető. Bár az elemzési szempontból itt különválasztott veszélyeztetettek sokszor fedik is egymást (a depressziós régiókban van a legtöbb munkanélküli, ugyanott fokozott az alkoholizálás stb.), mégsem teljes az átfedés, de mindenképpen összefügg a társadalmi hierarchia alján, a társadalom peremén élő, rosszul ellátott családok gyermekeinek helyzetével.

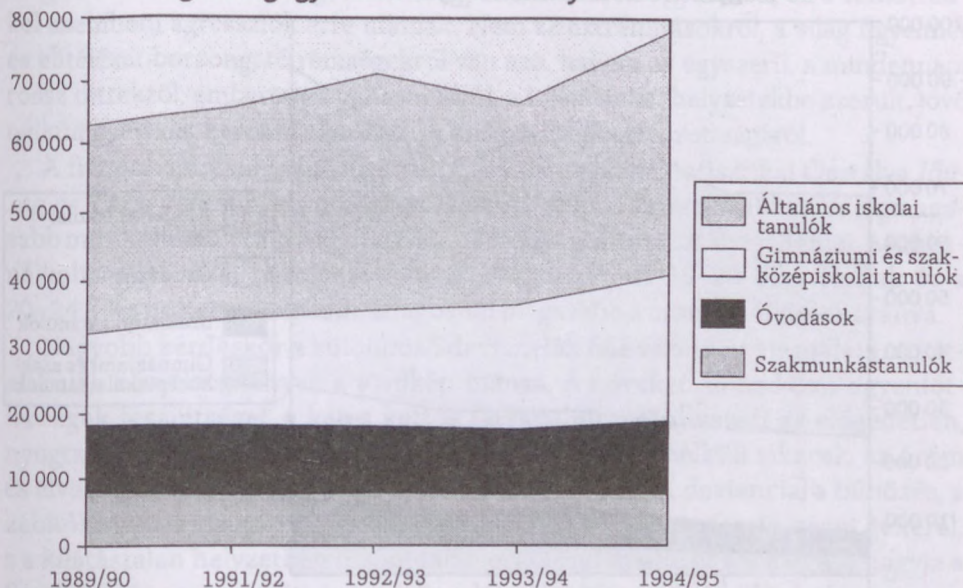
6. táblázat

Egészségügyi okok miatt veszélyeztetett iskolások

	Egészségügyi okok miatt veszélyeztetettek				
	1989/90	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95
Szakmunkástanulók	8 220	7 898	8 083	7 451	8 148
Óvodások	9 822	10 092	9 382	10 193	10 769
Gimnáziumi és szakközépiskolai tanulók	14 128	16 660	18 101	18 296	21 941
Általános iskolai tanulók	31 052	31 872	35 678	31 048	37 184

12. ábra

Egészségügyi okok miatt veszélyeztetett iskolások



Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997.

7. táblázat

Egyéb okok miatt veszélyeztetett iskolások

	Egyéb okok miatt veszélyeztetettek				
	1989/90	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95
Szakmunkástanulók	2 972	3 935	4 870	5 280	6 360
Óvodások	4 360	5 160	6 650	5 632	7 736
Gimnáziumi és szakközépiskolai tanulók	17 666	17 146	17 991	18 092	20 721
Általános iskolai tanulók	42 475	42 600	52 352	44 630	57 247

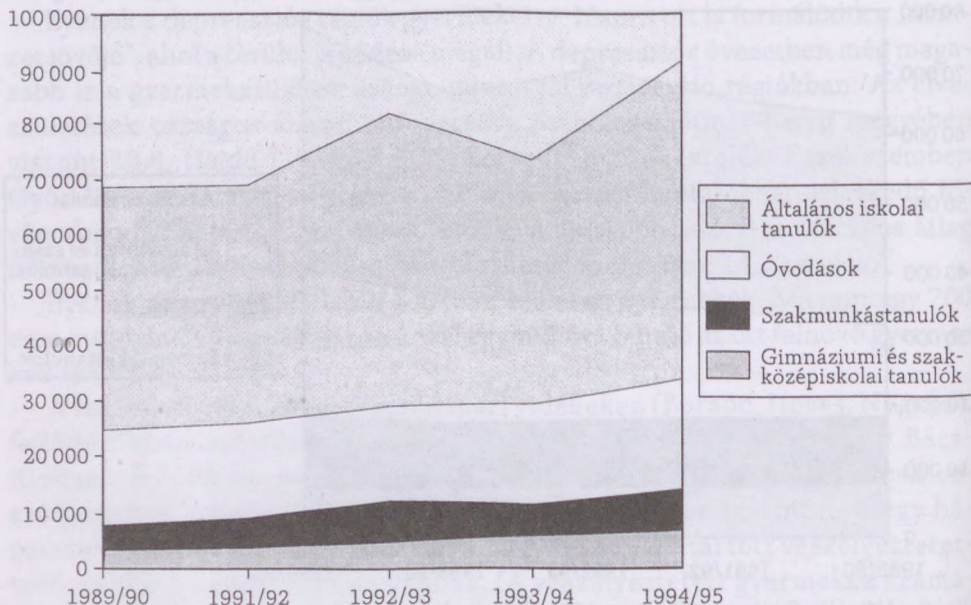
Forrás (6–7. táblázat): Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997.

Milyen esélye van a gyermekek egészséges felnevelésének ott, ahol a család reménytelen anyagi és egzisztenciális helyzetben van, ahol deprimált környezet veszi körül, és ahol a jövő bizonytalansága — amelybe a gyermek belenő — már előrevetíti az eleve elrendelt kilátástalanságot?

Az iskola, a munkahely, a tanítás nem ellensúlyozza a család helyzetét, mivel ezek az intézmények is a társadalmi környezet és építmények szerves részét alkotják. Így a legfogékonyabb gyermekkorban sincs meg a széles körű intézményes segítség ahhoz, hogy megfelelő képzettséggel az új fejlődésnek megfelelő versenyképes szakmát lehessen választani. Nincsenek eszközök arra,

13. ábra

Egyéb okok miatt veszélyeztetett iskolások



Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997.

hogy kiemelkedjenek a kilátástalan helyzetből. Hatékony beavatkozás nélkül újratermelődik a szülők társadalmi helyzete, ismételve a reménytelenséget. A család, ha küszködik, vagy ha feladta, kevés esélyt tud adni a gyermekeinek. A gyermekek pedig a reménytelenség és kiúttalanság társadalmi levegőjét magukba szívva készülnek az életre.

A gyermekek világára nyomasztó hatást gyakorol a felnőtt társadalomban sokszor megjelenő gyermekellenesség. A gyermekeknek el kell viselniük a felnőttek saját frusztrációjából fakadó, de rájuk háruló agresszivitását, a kegyetlen, tanult és öröklötten tovább élő rossz bánásmódot. Igaz, a felnőttek viselik elsősorban a társadalom terheit, de azokat saját rossz természetükkel, agresszivitásukkal, elfojtott indulataikkal súlyosbítva továbbadják a védtelen gyermekeknek. Lehet hallani megvert gyermekekről, gyermekeket ért abuzusokról, szexuális zaklatásokról, a gyermekprostitúció üzletággá válásáról. (A fejlett nyugati világ alvilága zsákmányszerző útjait újabban Kelet-Európába helyezte át.)

A *Család, Gyermekek, Ifjúság* című lap 1997. évi 2. számát a gyermekek különös veszélyeztettségének szentelte. A rendőrség tudomására jutó esetek alapján Kovács Imre és Nagy Tibor ismertették a kiskorúak sértetté válásának tapasztalatait 1990 és 1995 között Szolnok megyében. Tudni lehet, hogy nem mindegyik sérelemről értesül a rendőrség, a megfélemlített gyermekek vagy a magukat szegyéllő szülők, akik legtöbbször maguk az elkövetők, nem mennek feljelenteni magukat, és a gyermekek sem a szüleiket. Így is öt év alatt 154,3%-kal emelkedett a veszélyeztetett kiskorúak aránya.

A gyermekek válasza nem marad el az elszenvedett bántalmazásokért, s a megdöbbenéssel hallott gyermekkegyetlenkedések egymással és a felnőttekkel szembeni agressziók erre utalnak. Nem az extrémításokról, a világ figyelmét és elítélését borzongató rémségekről van szó, hanem az egyszerű, a mindennapi rossz tettekről, embertelen bánásmódról, a kilátástalan helyzetekbe szorult, jövő nélküli gyermek későbbi életútjainak kezdeti meghatározottságáról.

A fiatalok munkanélküliségéről a KSH Társadalomstatistikai Osztálya *Ifjúság és Társadalom* c. sorozatában találunk alapos információkat. A legmagasabb munkanélküli ráta a legfiatalabb, 15–19 éves korosztályt jellemzi. Munkanélküliségük közel háromszorosa az átlagosnak. A 25–29 éves férfiak és a 20–24 éves nők esetében is az átlagnál magasabb a munkanélküliek aránya.

Nagyobb kérdéskör a különböző devianciák felé vezető út vizsgálata. Az átalakulás következményei, a jövőkép hiánya, a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek feszültségei, a kétes kettős társadalmi morál vezet az elégedetlen, nyugtalan, reményt vesztett fiatalokat az erőfeszítés nélküli sikerek, az öröm és élvezet azonnali megszerzésének mellékútjai felé. A deviancia, a bűnözés, a kábítószerhasználat alapja, hogy a társadalom megoldhatatlan feszültséget generál, s a kilátástalan helyzetben bizonytalan erkölcsi támasztékkal magára hagyja a fiatalokat, így megerősíti és igazolja a létrejött társadalmi különbségeket.

A gyermekek élethelyzete befolyásolja az egészségüket. A legjobban kockázatot szenvedő gyermekek egészségével nem igazán törődnek sem a szülők, sem a társadalom felelősei. A budapesti tisztifőorvos közlése szerint a gyermekek egészségmutatói a látható átlagokat illetően nem jók.⁴⁸ Az egészségvédelem nem a legfontosabb tennivalókra koncentrálna. A gyermekek egészségmegőrzése társadalmi összefogást, központi cselekvéssort igényelne. A gyermekek és az ifjúság egészségvédelme elhanyagolt, nincs a figyelem középpontjában. Nem egészségügyi, hanem társadalmi kérdés, hogy ahol a gyermekek nagy aránya — mintegy 40%-a — él a létminimum alatt, ahol a táplálkozás és a lakásmód kritikus, a családtagok nehéz élethelyzete következtében a testi és lelki bajok sokasodnak, ahol nincs mód az elemi biztonság megteremtésére sem, ott az egészség védelme nem állhat meg a felvilágosító jó tanácsoknál. Márpedig ez nemcsak a jelen, hanem a jövő kérdése is, a felnőttek testi-lelki egészségének építése nem a veszélyeztetett negyvenéves korban kezdődik, ehhez a gyermekkor biztonsága és egészségének megalapozása kell.

Korábbi kutatásaink egyértelműen mutatták, hogy a felnőttkorban kialakult betegségek előzményei több esetben a gyermekkorhoz nyúlnak vissza, a rossz testi-lelki fejlődés okaira vezethetők vissza. Különösen igaz ez az ellenállóképesség, a lelki erő, a kudarctűrő és küzdőképesség kifejlődésére, valamint az egészségmegőrzés korán kialakítható szokásrendszerére.

Ha prioritásról szó lehet, akkor a gyermekek és az iskolás korú fiatalok egészségi állapotának gondját és maximális felelősségét mindennek az előtérbe kellene helyezni.

Az öregek helyzete és aránya a népességben

A 20. század második felében valamennyi fejlett ipari országban az idős polgárok növekvő aránya miatt hasonló megoldandó feladattal kellett szembenézni. A szociális és egészségügyi intézmények tennivalói és ezzel együtt költségei is jelentősen emelkedtek az idős korú emberek számarányának növekedésével. (A századelőn nálunk a lakosság 9%-a tartozott az idős korcsoportba, most ez az arány 18–20%.) A megemelkedett részarány és a meghosszabbodott élet vívmánya a másik oldalon teher, ami a nyugdíj-kötelezettségekben és az egészségügyi szolgáltatások növekedésében jelentkezik. Nálunk különösen az teszi nehezzé, hogy az élveszületettek és az eltávozottak közötti mérleg negatív — ezért is jelent gondot hosszabb távon a demográfiai egyensúly felborulása. Az idősek a lakosság 19%-át teszik ki, viszont 1960 óta a nyugdíjasok aránya ötszörösére nőtt. Így mindazok a vívmányok, amelyek az élet meghosszabbítását eredményezték, létrehozták önnön korlátaikat is.

Az egészségügyi ellátást a halmozódott degeneratív (időskorral együtt járó) betegségek miatt az idős emberek veszik nagy arányban igénybe; a gyógyszereknek is ők a legnagyobb fogyasztói. Mivel az élet meghosszabbodott ugyan, de az élet önálló vitelének képessége nagyon sok idős embernek nem adatik meg, a mobilitás következtében szétszakadtak a családok, s nincs, aki az elmagányosodott öregek gondját viselje. Medikalizálódnak a szociális gondok, és egészségügyi ellátásra szorulnak azok, akiknek nincs megfelelő ellátásuk otthonukban, saját környezetükben.

Az öregek helyzete ebben a társadalmi átalakulásban különösen megnehezedett: egyszerre kell átélniük szervezetük fizikai romlását, életszínvonaluk jelentős csökkenését, az inflációval nyugdíjaik elértéktelenedését, elszegényedésüket, a társadalmi aktívás feladásával a társadalom periferiájára szorulást, a rendszerváltozással és újfajta modernizálódással tudásuk elavulását, saját múltjuk elvesztését, az önbecsülés csökkenését. Szembesülnünk kell azzal, hogy rászorulttá váltak. Mindezek eredményképpen megnehezedik az élet zárásának, a „naplementének” derűs vagy legalábbis tiszteletre méltó ideje.

*

Korántsem volt teljes mindazoknak a rétegeknek és társadalmi csoportoknak a felsorolása, amelyeknek élete és egészsége kockázatot szenvedett. Az előtérbe állított, veszélyeztetett területeket, társadalmi rétegeket és korcsoportokat szándékosan emeltük ki, hogy amennyiben országos stratégia kidolgozására kerül sor, a cselekvés iránya ezekre a településekre és társadalmi csoportokra különös erőt összpontosítson.

A sikeresekek

Nem csupán a társadalom árnyékos oldalán élők, hanem azok kockázatairól is érdemes beszélni, akiknek sokat adott a társadalmi változás a szocialista korlátozottságok megszűnése után: a szabadság, a piac, az életlehetőségek ki-

tágulását, a nyitottság, a gazdagodás korlátozatlanságának lehetőségeit. Bár az ún. „elitről” sok szó esik a sajtóban, mégis életkörülményeik változását kevés vizsgálat követi, ezért saját kutatásainkból, a kis- és középvállalkozók egészségmagatartásáról és kockázataiból idéznénk néhány gondolatot.⁴⁹

Az az életvitel, amire ma a „sikeresek” a siker elérése érdekében kényszerülnek, nagy igénybevételt jelent. A civilizált korszak legnagyobb betegségét okozza ez az élettempó, amely nem véletlenül az élet motorját, a szívet és hálózatát, az érrendszert támadja meg. A magatartástudományok sok oldalról elemzik a modern vagy posztmodern korszak kockázatait: az élettempót, a hajszát, az állandó készenléti állapotot, a versenyt, a sokféle orientálódást és természetesen a győzni akarást.

A piacgazdaság kínálatát, a kezdeményezés lehetőségét kihasználó, feltörő, törekvő vagy feltörni akaró emberek egészsége veszélyeztetett akkor is, ha józan eszük és érdekük szerint „karbantartják” magukat. Hiszen szemben az önértékelésüket elvesztő vesztesekkel, a sikeresek önmaguk és mások számára fontosnak és értékesnek tudják magukat. Ha csupán az élettempó változását figyeljük, láthatjuk, hogy a külföldi cégeknél dolgozó menedzser 14–16 órát dolgozik. A beosztott hajdani munkatárs — önállóvá válva — saját üzletét alapozza meg, és nincs helyette más, aki a piac kockázatai és a befektetés megtérülésének bizonytalanságai okozta problémákat megoldja. Másik konfliktust és frusztrációt keltő sikerhelyzet, amikor az átmenetben önállóságához jutó sikeres üzletembert anektálja egy világcég. Ilyenkor korábbi önállóságát feladni kényszerül, mivel ötletei a cég számára gyakran elfogadhatatlanok, kialakult hierarchiák és szolgálati utak vannak, és kérdésessé válik, hogy a frusztrációt meddig ellensúlyozza a nagy cég neve és a magas fizetés.

Bár sok nyugati minta és életvezetési modell ismert, köztük olyan külsőségek, mint a karcsúság divatja, de életóvó táplálkozási szabályok is, valamint, lelket, szellemet karbantartó lazítások és feszültségevezetési módok. Mégis sok adaptációs feladat maradt, hiszen a felkészülés, a hozott tudás nem a mai teljesítményre kondicionálta. Az értékrendszerüket a múltból örökölték, különösen igaz ez a középkorúakra vagy az idősebbekre, akik egyébként is válságos korban lévén több kockázati tényezővel számolhatnak, igaz az új feladatok fel is oldhatják azokat.

Az idegi terhek szomatizálódhatnak. Míg a szocializmusban a panasz amolyan étellel együtt járó szokás volt („lám, hogy megviselt a világ”), az önmagukért felelős új sikeremberek elhárítják a betegségeket, eltitkolják a bajt. Különösen, ha pszichés problémáról van szó, mert nem mutathatnak semmiféle gyengeséget, sem annak látszatát, hogy nem tudnak megbirkózni a feladatokkal.

A saját felelősség a saját életért és a saját jelzőképesség, amely segítheti a kockázatok kikerülését, a megelőzés érdekében tudatos magatartásváltozásban is meg kell, hogy jelenjen. Ez azonban még nem vált gyakorlattá, reflexszé. A kis- és középvállalkozók között folytatott kutatás azt mutatta, hogy nem fog-

ják fel, illetve ha felfogják, nem fogadják el a testi jelzéseket. Nem fordulnak orvoshoz, ha nincs komoly baj. Romló egészségi állapot mellett, romló egészségmagatartással élnek. Nincs benne a „kultúrában” sem a figyelem, sem az akció, hogy lépni, vagy tenni kell a baj ellen valamit. A titkolás és a disszimuláció erős, az egzisztenciaféltés miatt még jobban erősödik. Rosszul-életet, betegséget letagadnak és negligálnak. A kockáztatott egészségű, sikeres vagy sikerért küszködő vállalkozók, üzletemberek, általában „piacról élő” vagy megbízatásokat halmozó szakemberek, ők azok, akik vagy maguk sem veszik komolyan, vagy nem vallják be betegségeiket, nehogy elveszítsék éppen megszerzett pozíciójukat, vagy nehogy gyengeséget mutassanak, bizalmatlanságot keltsenek nemcsak versenytársaikban, de saját magukban is.

Nincs „idő” a betegségre. Míg a szocializmusban a betegség egyfajta menedék volt, valamilyen kitérés a társadalmi kényszerek és követelmények elől, most a maga kárára, a maga kockázatára lesz beteg az, aki a maga felelősségére építette fel az életét. Az emberek önkizsákmányolása általánossá válik. A betegség később, súlyosabb helyzetben fogja megbosszulni a nemtörődömséget. A nagyobb bajt csak nehezebben, „drágábban”, vagy egyáltalán nem lehet majd elhárítani.

A menthetetlenül bekövetkező kudarcok feldolgozása a küzdőképesség és a kudarcelviselés nagy próbája lesz. Ezek „kezelési technikájában” sohasem jártak élen nemzetünk tagjai. (Lásd például a földgiliszta-tenyésztés csődjét követő öngyilkossági hullámot.)

Ezért joggal lehet a sérülékeny csoportokhoz sorolni az újonnan feltörekvő vállalkozókat és menedzsereket, mert rizikókkal terhes az életük, s bár az önvédelem elemi érdekük, és számos lehetőségük és eszközük van az önerősítésre, az egészségügyi ellátást is magas szinten biztosíthatják maguknak, a prevenciót is elsajátíthatják, mégis az átállás sok buktatója, nem ismert csapdái, az adaptációs képességek végsőkéig való leterhelése nagy próbatételt jelentenek.

Mit hozott a rendszerváltozás?

Van-e mód a régi nehézségek megoldására, és hol jelentkeznek új ellensúlyok a régi és újfajta próbatételekkel szemben?

A társadalomban az emberekre nehezedő — korábban már elemzett — terhek nem könnyebbednek meg, mert:

1. A rendszer összeomlása, mint minden összeomlás, gyorsan ment végbe, az építkezés viszont lassú folyamat.

2. A gazdaság várt prosperitása még nem indult meg, ha a növekedés megkezdődik, az is csak lassan változtathatja meg a legrosszabb helyzetben lévő emberek és térségek helyzetét.

3. Ha a változásoknak azonnal mutatózó pozitív társadalmi hatása lenne a test és lélek meggyógyítása, akkor is hosszú időt és nagy társadalmi, közösségi és egyéni erőfeszítések összpontosítását igényelné. Amit a korábbi időszak rontott az emberi életeken, ha csak a két és fél évtizedes látható romlásra gondolunk is, azt néhány év alatt még egy jól működő gazdaság sem képes kijavítani, nemhogy egy válságokkal küzdő, rossz gazdasági feltételekkel jellemezhető helyzetben erre számítani lehetne.

Ezért — éppen a tömeges romlást tekintve — a népegészségi állapot közeli javulására nem lehet számítani, és erre sem a törekvések, sem az eszközök nem látszanak. Talán erős romlással kell számolni, és csak remélni lehet, hogy nem lesz túl hosszú ennek a nehéz átmenetnek az ideje.

Melyek az átmenet jellemzői?

- Megmaradnak a szocialista rendszer szegényei, de a szegénység szélesebb körre terjed ki. Helyzetük részben abszolút értelemben is — tehát a korábbi helyzetükhöz képest — rosszabbodik, részben relatíve is romlik, mivel az erősen gazdagodó csoportokhoz képest élesen és látványosan leszakadnak.
- A társadalom korábbi áldozatainak szinte „genetikusan továbbörökített” társadalmi létállapota, kiszorítottsága és esélytelensége a középrétegek felé „felfelé” is terjed. A rendszer összeomlása a szó szoros értelmében maga alá temette mindazt, amit a szocializmus a gazdasági célszerűséggel szemben erőszakosan fenntartott (nehézipar, mezőgazdasági nagyüzemek, elavult iparágak, nagy bürokráciák), s ez a kereső népességnek több mint az egyharmadát érintette egzisztenciálisan. Bekerülnek a korábbi hátrányos rétegek közé a piaci eszközökkel nem rendelkező, a piacon életképtelen emberek is: ez a rendszerváltás egyik áldozathozatala. Rájuk a létalap elvesztése, az egzisztenciális bizonytalanság a jellemző.
- Sokféle társadalmi, gazdasági és politikai csoport differenciálódik. A korábbi tagolódásokat újfajta különbségek feszítik tovább. Az egyik nagy törés az üzleti és a költségvetési szférában dolgozók között alakul ki. Ám a költségvetésből élő csoportok között is nőnek a szakadékok. Például a kapitalizálódás hatalmas állami, központi forrásaiból és anyagi eszközeivel létrehozott mamutintézményeinek (bankok, privatizációs intézmények, úgynevezett közszolgálati média, állami vállalatok stb.) fizetései és az alacsony szinten tartott tanári, nem piacképes értelmiségi, orvosi, mérnöki fizetések között.
- Az elszaladt jövedelemarány roncsolja a társadalom szövetét, hamis önértékelést, csak a pénz dimenziójában kifejezett értékeket hoz magával. Az önértékelés mindkét oldalon torzít: az óriási jövedelemhez jutottak elhiszik, hogy értékesebbek másoknál, a kis fizetésből élő emberek pedig sokszor önváddal, szegénnyel élték és önbecsülésük csorbulásával élnek meg anyagi süllyedésüket.

- Az új tőke működése — legyen az akár hazai új, akár bejövő külföldi tőke — természete szerint gyors megtérülésre és gyarapodásra törekszik, és ebbe se munkásvédelem, se humán elvek, se szociális felelősség nem fér bele. A tőke megszerzéséhez és gyarapításához sokszor tisztátalan utak vezetnek, gyakoriak a kezdeti szakaszban a durva, antiszociális, embernyúzó módszerek.
- Eközben összeomlott az is, ami a rendszer jellegének, nevének és eszméjének fémjelzését jelentette, és amit létének igazolása érdekében külön, termelési színvonalához képest magasabb ráfordításból támogatott (szociálpolitika, egészségügy, kultúra). Bármily torzan valósultak is meg a szociális elvek a gyakorlatban, további fenntartásuk ellehetetlenült.
- Az államháztartási reform a leggyengébb ellenállás irányába keresi az egyensúlyhoz szükséges hiányok mérséklését, a pazarlást elsősorban a szociális és egészségügyi szférák túlköltekezésében látja.
- A változások jó iránya, hogy sokrétűbbé válnak a megélhetés forrásai, mód van többféle kezdeményezésre, viszont a társadalmi-gazdasági válság miatt előbb szűkülnek, majd romlanak az esélyei az új kezdeményezéseknek és vállalkozásoknak. A nagy nehézségekkel küzdő, válságot kezelni nem tudó gazdaságpolitika ez idő szerint nem képes szélesebb társadalmi rétegnek segíteni a kiemelkedésben.
- Nehezednek az adaptációs feladatok, hiszen minden, elemében újfajta világot „meg kell tanulni”, s ez különösen megterhelő nehéz gazdasági és társadalmi helyzetben, de kemény feladat még a sikeresek számára is. Ugyanakkor a képességek próbatétele és edzése új tehetségek kibontakoztatására ad teret és célt.
- A gazdaság hanyatlása, az intézmények átalakulása és/vagy összeomlása, a szabályozók kidolgozatlansága anarchikus állapotot hozott létre, amelyben az erőszak, a hatalomközelség olykor maffiaszerű erők összefonódásának felülkerekedéséhez vezetett.
- Az anyagi javak újraelosztásában és az új gazdasági erőforrásokat kisorsozók küzdelmeiben az erő pozíciója érvényesül. A központi hatalom megszűnése után létrejött, sokszor anarchikus viszonyok különösen kedveznek az erőszakos, hatalomösszpontosító vezetőknek, akik a kontrollt és az ellentmondást nem viselik el. A folyamat különossége, hogy mindez demokratikus feltételek között történik az átmenet idején.

A csaknem korlátlan hatalom magyarázata, hogy a korábbi központi ellenőrzés megszűnt, a társadalmi kontroll még kiépülőben van, külső rendszabályok még nem kötnek, belső erkölcsi szabályok nem alakultak ki, tanulatlan még a demokrácia, a többség könnyen kezelhető, manipulálható, különféle eszközökkel olykor megvásárolható vagy megfélemlíthető. Az újonnan fellépő diktatórikus hatalmi erők építhetnek a szocializmusban kialakult testületi szellemre, ahol engedelmességhez, parírozáshoz szoktak, és ellentétel-

ként megfelelő jutalomhoz juthattak. Mindez az erőszakos hatalomszerzés és hatalomkoncentráció számára ideális helyzetet teremt.

Elindultak olyan folyamatok, amelyek a szándékok ellenében hatnak, kormányozhatatlanná váltak, s a hatalom és pénz elosztó forrásainak közelségében élőknek előnyös. A piacgazdaságra való áttérés ideje nem a gyengéknek és az elesetteknek kedvez.

Korok és rendszerek összecsúszása

A változás magával hozta, hogy a többféle civilizációs szint, az eltérő rendszerek és a kultúra fejlettségi különbségei egyszerre vannak jelen, és együtt hatnak. A mai magyar — de mondhatni közép-európai — társadalom egészségkockázatát nem lehet egyértelműen világtájak vagy ipari fejlettségi mutatók alapján besorolni. A modernizálódás típusa sem ad egyértelmű magyarázatot arra, hogy mi is történik most ebben a térségben. Nem lehet társadalmi fejlettségi sémákba se rakni, hiszen sok kockázat a premodern, sőt preindusztériális állapotból ered (a csatornázás hiányából, az egészségtelen ivóvízből, az alacsony higiénia viszonyokból). Más a 19. századi füstös ipar, a szocialista autarkiaát megvalósítani akaró létesítmények következménye (északi iparvidék, budapesti légszennyeződés), míg újabb bajok a posztindusztériális világ általános veszélyeiből adódnak (Csernobil, sugárveszély, kemikáliák, savas eső, üvegházhatás) vagy a legfejlettebb technika következményei.

A társadalom átalakulásából következő kiszolgáltatottsági típusok is változatos korokat egyesítenek: a társadalom okozta lelki bajok között egyaránt szerepet játszik a feudális viszonyokból eredő társadalompszichológiai terhelés, úgymint a szocializmus idején kialakult, tovább élő viszonyok elviselése, illetve a posztszocialista megrázkódtatás, amelyben a prekapitalista és posztmodern elemek egyszerre vannak jelen, s megjelennek tárgyokban, munkában, élet- és emberi viszonyokban.

Mit tehet ebben a társadalmi helyzetben mégis a népegészség politikája?

Mi történik és mi történhetne a népegészség óvásáért?

Lehet-e, vagy van-e szó stratégiáról? Nincs ilyenről tudomásunk, de ettől függetlenül elképzelhető.

E tanulmányból remélhetőleg kiderült, hogy nincs „általános egészségi állapot”, az átlagok az országos tendenciát mutatják, ezekre az átlagmutatókra azonban nem lehet mindenkire egyaránt érvényes egészségügyi stratégiát építeni. Első világháborús anekdota, amikor a kórházparancsnok jelenti a tábornoknak: „meghalt hat ember, felvettünk 21 sérültet, az átlagláz ma a kórházban 37,4 fok”.

Láttuk a veszélyeztetett társadalmi és demográfiai csoportokat, a kockáztatott régiókat, a települési lépcső különbségeit, az azonos fővárosi és városi településen élő társadalmi szegregáció egészségügyi eltéréseit. Látható, hogy a múlt terhei hogyan válnak a jövő kockázatává a gyermekeknél, hogy régi és megoldatlan bajok új nehézségekkel elegyednek, ismeretlen szituációkban a gyengék különösen nehezen, de az erősek is sok kockázattal keresik biztonságukat és helyüket. Újfajta versenyhelyzet, versenykényszer alakult ki. Nyitottság Nyugat felé és Kelet felől, ismeretlen állapot, mint a munkanélküliség, vagy szokatlan jelenség a magántőke működése — ami a tőke természete szerint, mégis többeket meglepő módon viselkedik —, vagy a piac, amely olykor meglehetősen torz módon igazolja, hogy „nincs se esze, se szíve”. Az új helyzetben a küzdésre különösen alkalmatlanok a szocialista rendszerben eleve kidolgozatlan egyéni és közösségi védekezési és kiegyensúlyozási módok és stratégiák.

Kevés olyan egészségügyi terület van, ahol ennyire sokan és sokszor átgondolták volna, mit lehetne és kellene tenni a népegészségügy javítására. Sajnálatosan nagy a távolság a „kell”, a szükséges és lehetséges között. Erősen eltérő törekvések jellemzőek az utópiától az aufklärizmuson keresztül a beavatkozó gyakorlatig, s a magasrendű elvek alacsony határfokkal érvényesülnek.

Az egyik tipikus példa az 1080/1994. sz. kormányhatározat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről. Ebből a nemzeti programból idézünk öt pontot:

- a) a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség, és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának;
- b) a betegségmentes éveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni;
- c) a születéskor várható élettartamot férfiaknál legalább 67, a nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani;
- d) a különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 8 évnél nagyobb különbséget;
- e) a halálozások és az élveszületések közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az élveszületések javára.”

A kérdés csak az, mivel és hogyan. S hogy a „kell” imperatívuszához milyen eszközök adódnak. Az út természetesen a felvilágosításon, az ismert rossz szokások megváltoztatásán és a helyes életmód kialakításán keresztül vezet, és a kormány összehangolt akarata kell hozzá.

Van, hogy külföldi modelleket veszünk át, s hitelekkel, kölcsönrel támogatva — vagy anélkül — kiemelt programok indulnak. Mindig az átültetés lehetősége dönti el a legjobb, sőt a legjobban bevált programok honi érvényesülését. Ahogyan a tudományosan előkészített szervtranszplantáció esetében, úgy a külföldi megoldások átvételére is igaz, hogy a szervidegen testet kilöki az immunrendszer. Az egészségóvó, egészségmegelőzési programok sokszor tipikus középosztálybeli életvitelre, magatartásértékekre és viselkedésmódra épí-

tenek. Sikeres amerikai tapasztalatok esetében a sikertelenség oka kettős: egyrészt, mert 19. századi munka-, települési, higiéniai és egészségügyi viszonyok között élő társadalmi csoportokra 20. század végi recepteket adnak; másrészt, mert közép- és felső osztályokra kitalált, másutt eredményes módszerekkel és normákkal akarnának meggyógyítani olyan rossz egészségi állapotú csoportokat, amelyek megközelítően sem rendelkeznek középosztályi, különösen nem a nyugat-európai középosztály feltételeivel. Az előbbiekhöz képest csekély elcsúszás a valóságtól és ideáitól, hogy kérdés: az Amerikában bevált módszereket be lehet-e ültetni más kultúra, más szokásrend, más társadalmi, anyagi és történelmi feltételek között élő emberek életébe.

Van, hogy az egyéni életkockázatok önerőből történő megváltoztatását ajánlják. Nem kétséges, hogy az alkohol „öl, butít és nyomorba dönt”, „a dohányzás káros az egészségre”, a táplálkozásnak alapvetően meghatározó szerepe van („ételünk az életünk”). A rossz szokásokkal kapcsolatban azonban sem mélyebb okkeresés, sem a társadalommal, egészségüggyel legalábbis megosztott felelősség nem, vagy alig került szóba. A sokszor kritizált „büntetni az áldozatot” módszer és szemlélet látszik itt felülkerekedni. Felelőssé tenni a szegényt a szegénységéért, a beteget a betegségéért, a munkást a rossz gazdasági szerkezetért vagy a gazdaság működési zavaraiért. Nem ismeretlen gondolkodásmód: a szenvedő válik bűnbakká, az áldozat kerül vád alá.

Az egyénre háritott felelősség eredménytelen ilyen társadalmi körülmények között, amikor épp azok a feltételek maradnak meg, amelyek kényszerhelyzetekbe szorítják az embereket, s amelyek mellett változtatásra — a beszűkült életviszonyok közepette — gyakorlatilag alig van lehetőség. Megfér ezzel az elvvel a társadalom domináns köreiben egyre jobban eluralkodó szociális érzéketlenség.

Van, hogy egy tünetre vagy egy okra szűkülnek le az akciók azzal, hogy annak a megoldása hozza magával valamennyi kockázati feltétel kiküszöbölését. Hiányzik a multifaktoriális rendszerben való gondolkodás és az összefüggések egymásra épülésének szemlélete. Emellett frusztráló, amikor rossz anyagi helyzetben lévő embereknek — akiknél a helyzet elviselése mellett még a változtatás akarata is gyenge — elemi szükségletet vagy elemi élvezetet jelentő szokások megváltoztatását diktálják.

Egy példa a táplálkozásról. A táplálkozás több összefüggése nem negligálható, mint például a kemény változók — a termelés: a nyersanyag, a hozzáférés: kínálat, piac, árak, bérek —, valamint a lágyabb változók — hagyomány-kultúra-szokás, a jóllakás és jólétség összefüggése, az elsajátítás-bekebelezés-megerősödés-biztonság-önerősítés, továbbá a lelki-testi függés láncolata, az örömstruktúrák, hogy szűkösek-e vagy sokfélék, és felcserélhetők-e másra az evéssel elérhető elégedettségi faktorok stb.

Társadalometikai kérdés és társadalmi érzéketlenségre vall, amikor egy megélhetési gondokkal küszködő családot egészségtelen táplálkozása miatt

kritizálnak, s olyan javaslatot tesznek, amelyhez se pénze, se választéka, se lehetősége nincs. Az is siker számára, ha tagjai jóllaknak. Nem lehet ignorálni az anyagiakban és a kultúrában is megjelenő osztálykülönbségeket, az életmód kényszerhelyzeteit, a mozgás- és választásszabadság külső, és sokszor már belsővé vált korlátait.

Mivel nincs konszenzus alapján kidolgozott és alaposan átgondolt stratégia, különböző erők befolyása szerint változik az egészségvédelem kormányzati politikája. Kormányonként, sőt miniszterenként módosul — s a miniszterek az elmúlt három évben évenként cserélődtek —, hogy milyen koncepciót fogadnak el, és milyenek enyésznek el, hogy mely javaslatokra ki kap forrást, hozzá szervezetet vagy intézményhálózatot. A népegészségügyi program a kormányhoz, illetve a vezetéshez személyesen is közel álló szakértők javaslatai alapján áll össze, s az éppen befolyáshoz jutó szakértők (kliensek) fontosnak tartott egészségmegőrző programjait támogatják. A rendszerváltás óta eltelt évek azt mutatják, hogy a megelőzésben sok a rögtönzés, évről évre más elképzelések kerültek előtérbe, s a javaslattevők kormányközelségéig múlt, hogy éppen mire fordították a szűkös pénzforrást.

A népegészségügynek avatott ismerői vannak, akik fontos ajánlásokat tettek és tesznek kormánypárti körökön belül és kívül. Sok érték és tapasztalat halmozódott már fel gondolatokból és teendőkből is.

A teendők összegzése

A következőkben *Boján Ferenc*, *Józan Péter* és *Makara Péter* következtetéseit saját gondolataimmal ötvözöm:

Társadalmi felelősséggel gondolkodni az egészségügyről az elvárható társadalmi ethosz kifejeződése értelmében, a jól célzott cselekvések és a veszélyekkel adekvát egészségügyi ellátási rendszer megszervezése érdekében mindenekelőtt a *népegészség állapotának alapos ismeretét* igényli.

Egy eredményes egészségpolitikához bizonyított tényekre épülő, megalapozott ismeretek kellenek. A megbízható társadalom-egészségügyi ismeretek azt jelentik, hogy tudni lehet a feltárt és a látens betegségekről, a kockázatokról és a veszélyforrásokról, ezek arányairól és tendenciáiról a társadalmi feltételekkel és folyamatokkal összefüggésben a települési és regionális különbségek figyelembevételével a demográfiai mutatókkal együtt. A jelen állapot feltárása mellett olyan *monitorozási információs rendszer kiépítése* lenne ésszerű, amely képes követni a társadalmi és egészségügyi változások dinamikáját, és elemezni tudja a szükséges változtatások és beavatkozások hatását.

A program kidolgozásához első lépésként elengedhetetlen a tényekkel való szembenézés, a források felmérése, a szükséges források és az együtt-

működésre kész intézmények megszervezése, az alkalmazható és hatékony eszközök számbavétele, és a világosan kijelölhető feladatok (prioritások) meghatározása.

Eredmény csak akkor várható, ha nem csupán a népegészségügyi szakma, hanem a széles értelemben vett társalompolitikai döntéshozó és végrehajtó intézmények — köztük a produktív ipar is — részt vállal a felelősségben, és széles társadalmi együttgondolkodással és együttműködéssel képesek vagyunk megtalálni a közös cselekvés módját, ütemét, és elfogadni, megvalósítani a prioritásoknak megfelelő feladatokat.

Eleve kudarcra van ítélve bármilyen nagy horderejű, szükséges és hasznos koncepció, ha a társadalmi együttműködés elmarad, és pártpolitikai vagy lobby-érdekek határozzák meg a megoldás célját és módját. A népegészségügy javulásának bármilyen kis lépéséhez is csak komoly társadalmi felhatalmazással lehet hozzáfogni.

A beavatkozásokat és különféle programokat folytonos hatásvizsgálat alá kell vetni, hogy eredményeiket vagy mulasztásaikat állandó monitorozás kísérje, mérje és — ha szükséges — korigálja.

Szélesebb értelemben vett társalompolitikára, regionális fejlesztésre (kooperatív munkaerő-politikára, iskolapolitikára) lenne szükség. Társadalmi és természeti környezetet építő politikára, mivel csakis ezeken keresztül alakítható ki egy koncentrált, egészség javítására is ható egészségpolitika.

Nagy a kockázata annak, hogy a társadalmi szakadékok, amelyek a megbetegedésekben oly nyilvánvalóak voltak, az egészségügyi ellátásban is kifejeződnek majd, hogy az megfeleljen a gazdagokat és a szegényeket elválasztó nagy különbségnek, ami a régről ismert kettős rendszer kialakulását készítheti elő. A korábbi, kis részben privilegizált ellátást most jelentős gazdasági erők húzzák a maguk számára magas szintű ellátás irányába, hogy az összezsengjen a felső osztályok életnívójával. A rossz állapotban lévő tömegeknek pedig legyen elég a „szükségleteinek megfelelő”, tehát az egészségügyi hatalom döntését követő ellátási forma, a „fapados” színvonal. Hiszen szegény az egészségügy, másra nem telik.

Egyet kell érteni *Józan Péter* soraival: „a halandóság csökkentését tekintve sürgősebbek a tennivalók, mint bármely más területen és rendkívüli erőfeszítésre van szükség ahhoz, hogy ebből a válságból kilábaljunk... A feladat meghaladja a Népjóléti Minisztérium illetékességét, ez tárcaközi együttműködést igényel. Ez csak úgy képzelhető el, ha megvan a politikai akarat és — mivel stratégiai célról van szó — kívánatos, hogy ez közmegegyezésen alapuljon... Nagy erőfeszítést kell tenni, hogy még jó körülmények között is elinduljon a javulás. A lehetőség úgy lesz valóság, ha a politikai vezetés belátja, hogy ez igen költséges vállalkozás... ezért is jól informált társadalomnak kell határozni, hajlandó-e egyéb igények rovására elsőbbséget adni az egészségi állapot javításának, illetve mennyit kíván erre fordítani.”⁵⁰

A szükséges stratégia ez idő szerint hiányzik. A megoldást azonban nem lehet a korábbi szocialista módon elképzelni. Közös gondolkodásra van szükség, de nem úgy, hogy egy központ kezében van minden lehetőség. A plurális világ feltételei között ez kevés. Az érdekelt szereplők — önkormányzatok, önvédelmet kidolgozó kis csoportok, sokféle ön- és egymást védő szervezet — együttműködésére van szükség.

A stratégia — minden érdekelt bevonásával együtt — közösen dolgozható csak ki, a napi politikán felülemelkedve. Közeli megoldásokat és hosszú távú célokat kell kitűzni, állandó kontrollal szembesítve az eredményeket. A helyzet nagyon súlyos, a változás nagyon lassú lesz, mégis, vagy éppen ezért, minden erőt érdemes lenne erre összpontosítani.

II. rész

Az átalakulás induló reménye – változások, viták, viharok

Az a felépítés?

A társadalmakutatók megállapítják, hogy a társadalmi fejlődés a betegségért, másrészt a társadalmi egészségért is felelős. A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja. A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja. A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja.

A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja. A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja. A társadalmi egészségügyi rendszerek kialakítása és a társadalmi egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata a társadalmi fejlődés egyik fontos feladatja.

Az egészségpolitika útkeresései

Súlyos konfliktushelyzetekben, amikor pénz–vagyon–hatalom erői csatáznak, nem könnyű kijelölni az egészségpolitika céljait és feladatait. Ne feledjük: hatalmas összegek mozgatásáért és elosztásáért folyik a harc, ilyen „össztűzben” nehéz egyszerre bölcsnek, ügyesnek, erősnek és tisztességesnek lenni és maradni, ahogy e speciális, az emberi élet megőrzésére felelős szakmától elvárhatja a társadalom.

Az előzőekben láthattuk, hogy a társadalmi kockázatokból betegséggé medikalizálódott szociális problémák több tennivalót hárítanak az egészségügyi rendszerre. A helyzet nyílt kimondása és ismerete tudatában újonnan meg kell fogalmazni az egészségügyi stratégiát, a társadalmi ethosz felelősségtartalmát és a szükséges prioritásokat. Nem a finanszírozás kérdéséről kell elindulni, hisz a kényszerek úgyis onnan jönnek, hanem a kialakult szükségletek oldaláról és a feladatokhoz kell mérni a lehetőségeket. A fentiekhez széles körű egészségügyre vonatkozó társadalmi egyetértést és együttműködést lehetne kialakítani, amely mentes a napi politikai érdekek követésétől, a kormányközeli klientúra támogatásának kötelezettségétől és a világdívatot követő üresjáratoktól.

Kié a felelősség?

A társadalomkutatók megállapítása, hogy végső soron a társadalom felelős a betegségekért, mostanában mintha túlságosan elfogadottá vált volna az egészségügyi rendszer irányítói számára. A nagy terhelésükkel szembeni tehetetlenségüket most visszahárítják a társadalomra. Nemcsak az okokat, hanem a megoldásukat is, mivel a betegséggé halmozódott társadalmi bajokkal való megküzdésre, úgy vélik, alkalmatlanná vált a roskadozó, váltásban lévő egészségügyi rendszer.

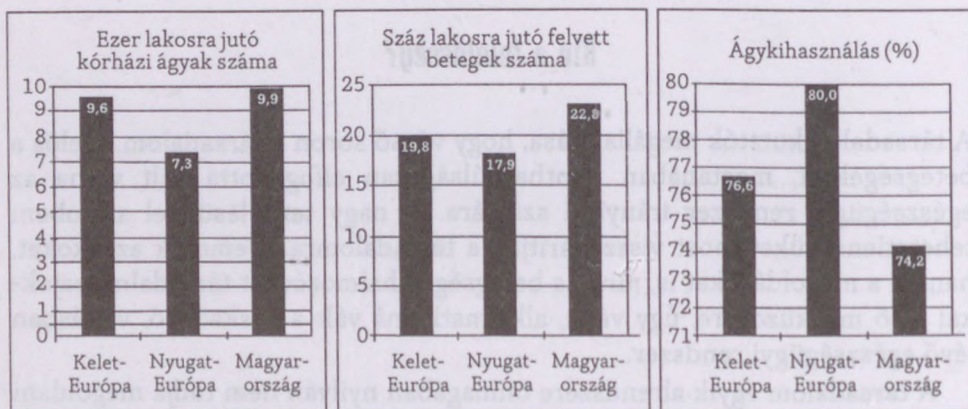
A társadalom egyik alrendszere önmagában nyilván nem tudja megoldani azokat a gondokat, amelyek a szocialista társadalom anomáliáiból és az átalakulás tehertételeitől betegséggé válva az egészségügyi intézményrendszerre hárulnak. Amikor azonban a társadalmi problémák már súlyos egészségromlásban jelentkeznek, akkor nem lehet megengedni, hogy a szociális érzéketlenség struktúrává merevedve elhárítsa a gyógyulási/gyógyítási lehetőségek megteremtését.

Lehet arra hivatkozni, hogy a betegítő társadalmi tényezők problémáit csak erős társadalompolitikai összefogással lehet megoldani, de nem lehet nem elvállalni ezt a feladatot azzal, hogy ami kiváltotta a romlást, az oldja is meg a bajokat. Hiszen ha vállalja, ha nem, a betegek nem fordulhatnak máshová, amikor bajaikra orvost és orvosságot keresnek. Egyszerűbben: nem a mentő okozta a balesetet, a sérültet mégis neki kell ellátni.

A nyugati jóléti államokban az egészségi állapot mutatói jók, és beigazolódott, hogy ezek nagyrészt függetlenek az egészségügyi rendszer finanszírozásának különbségeitől. A magyar és kelet-európai lakosság egészségi állapota válságos, miközben az egészségügyi rendszerek mutatói viszonylag magas ellátottsági szintet jeleznek (14. sz. ábra). Az a logika, miszerint nem az egészségügyi rendszer fejlettségétől függ a népegészség állapota, ha igaz is, visszafelé nem old meg semmit. Lehet igaz a WHO-nak az a megállapítása, hogy az egészségügyi rendszer legfeljebb csak 10%-ban felelős a betegségekért, de a társadalom egészségi állapotának a következményeit mindenképpen az egészségügyi rendszer viseli. Mivel magas a kockázatás és sokan lesznek betegek, több a feladat, több a súlyos beteg, azért is, mert nem kerültek idejében orvoshoz,⁵¹ nem történt idejekorán beavatkozás, így több lesz a magas szintű ellátási kötelezettség. Nem lehet felmenteni a nyugati tapasztalatok alapján a mi egészségügyi rendszerünket, nem lehet megszabadítani attól, hogy a megbetegedett emberek ellátásáról gondoskodjon, nem szabadulhat meg attól a felelősségtől sem, amely éppen a társadalom emberterhelő működése miatt az ellátási rendszerre hárul.

14. ábra

Kórházi ellátás



Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, Budapest, 1997

A nagy alapellentmondás, hogy akkor csökken az egészségre fordítható költségek mértéke, amikor a társadalmi átalakulás folyamatában olyan hatások erősödnek, amelyek növelik az emberi életek kockázatát és az egészséget társadalmi méretekben még a korábinál is erősebben veszélyeztetik.

Egy egészségügyi rendszer abból a társadalomból „vétetik”, amelyben létrejött: intézményei, szervezetei, eszközei, emberei, minden eleme a nagy rendszer jegyeit hordja magán. Az egészségügyi rendszer „leképezi” a társadalmi viszonyokat, a társadalom szerkezetét, gazdasági és szociális elosztási viszonyait, a hatalom és a pénz megoszlását. Megjelenik benne a társadalom fejlettsége és elmaradottsága, de nem kevéssé annak erkölcsse és kultúrája is.

Az egészségügyi rendszer a társadalom olyan speciális alrendszere, amely korrigálhatja a társadalom egyenlőtlenségeit, de fel is nagyíthatja azokat. Eltérhet a fennálló társadalmi működés jellemzőitől, „jobb” és „rosszabb” irányban egyaránt. Felnagyítja a társadalom működőképességének zavarait — mint a vidámparkok torzító tükrői —, de le is csiszolhatja a szélsőségek éleit.

Az egészségügyi intézményrendszerek a hatalmi küzdelmek tárgyai, ugyanakkor maguk is hatalmi tényezővé válnak. Működésükhöz minden modern társadalomban sok pénz szükséges, döntéseikben — társadalmi rendszertől függetlenül — társadalmi felhatalmazást kívánnak hol az államtól, hol a biztosítási intézményektől, hol a közösségektől, hol az egyénektől. Ezért az egészségügy a hatalmi harcok kiélesedett küzdelmeinek is színtere.

A rendszerváltás azt is jelenti, hogy a korábban kialakult társadalompolitikai megszokás felborul vagy megszűnik, akár diktatórikus döntés, akár szociális belátás diktálta is kialakulását. Az új helyzet új döntéseket, új politikát igényel. Az egészségpolitikában az új egyezségek még nem jöttek létre. Különböző hatalmi erők, belső és külső lobbyk keresik érvényesülési lehetőségeiket és az egészségügyi kormányzat is keresi a pragmatikus utat a mindennapi túléléshez.

A nagy dilemma, sőt paradoxon, ami mindkét kormányt végigkísérte az elmúlt hét évben az az, hogy a *romló népegészségügyi állapot inadekvát és romló, felbomló egészségügyi intézményrendszerrel szembesült*. Nagy kérdés, hogy a korábbi időkből hozott, és a megnőtt feladatok következtében halmozottan továbbhurcolt egészségkockáztatásokat egyáltalán kiegyensúlyozhatja-e a számtalan tehertétellel működő, átalakulásában válságokat halmozó egészségügyi intézményrendszer. A csapdahelyzet ugyanis az, hogy az átalakulás a gazdasági válság kiteljesedésével egy időben történik: amikor növekednek az egészség kockázatai, több bajjal és szélesedő körökben terjedő egészségromlással, betegséggel és beteggel kell számolni, ugyanakkor az egészségügyi intézményrendszernek szűkös körülmények között kell átalakulnia, belső és külső kényszer diktálására.

Bizakodó kezdet

1989–1990, ez az az idő, amikor erős volt a bizalom a rendszerváltásban. A szocialista rendszerek összeomlása felébresztette a társadalmi reményt, és a demokratikus társadalom létrejöttének kilátása okot adott a lelkesedésre. Az

állampolgárok igazi szabadságot, társadalmi fellendülést és anyagi gyarapodást reméltek, mint ahogyan ezt is ígérték nekik mindazok, akik az átalakulás nyomán megfogalmazták a várható jövőt.

A tettek és elképzelések sokféle útja nyílt meg, különböző irányzatok fogalmazták meg és kínálták programjaikat, ezekből merítették a politikai és pártprogramok is. A társadalmi fordulat reményteli idején jelentős szellemi erőre, átgondolt társadalmi tapasztalatokra és a jövőre vonatkozó elképzelésekre támaszkodhattak azok, akik tenni akartak. A szocializmus kritikáját a lényeglátás jellemezte. Világos elemzések foglaltak állást a „mitől kell megszabadulni” kérdésében és az akkor még tisztának látszó nyugati példák követésében is, tehát abban, hogy merre haladjon az ország. 1989-ben úgy látszott, hogy az egészségügyre vonatkozó radikális átalakító programoknak nincs akadálya, és merőben új alapokon álló rendszer kialakítására nyílik lehetőség. Remény volt arra is, hogy az egészségügy szocialista rendszerből következő diszfunkciói magától értetődően megoldódnak, ha a rendszer szerkezete és hatalmi viszonyai nem gyakorolnak hatást a továbbiakban rá. Hinni lehetett abban, hogy:

- A szabadság és demokratizmus hiányát már nem kell a torzult kompenzáló egészségügyi rendszernek korrigálnia, magába a rendszerbe épülnek be a társadalmi korrekciós módszerek.
- A szocialista egészségügyi vívmányok diszfunkciójuktól megszabadulhatnak, a szocializmusban kialakult társadalmi egyenlőtlenségekkel szemben létrejövő demokratikus folyamatok kiegyensúlyozhatják a korábbi működés zavarait.
- A demokrácia és pluralizmus felépülésével lebomlanak azok az egészségügyi alrendszerben megrögzött alá- és fölérendeltségi viszonyok, amelyek a monolitikus, centralizált állami egészségügyi szervezetet jellemezték.
- A működés racionalitását mindenre és mindenkire egyaránt érvényes normák szabályozzák majd, és nem a hatalomközelség, nem a kapcsolati hálókat fenntartó ereje dönt. A sokszor önkényes és szubjektív elosztást felváltja egy célszerű, a szükségletekre és a megbetegedési struktúrákra építő, demokratikusan ellenőrzött elosztás.
- A fejlődést bizonyító látszatmutatókkal szemben, az alapoktól szisztematikusan és funkcionálisan felépíthetőek lesznek az egészségügyi rendszer elemei, amelyek hatékonyabbak is, eredményesebbek is, olcsóbbak is lesznek a szocialista rendszerénél.
- Átalakulnak a gazdasági ösztönzők, a finanszírozási módok, nyílttá válik, ami rejtve volt, mindenki tudni fogja, hogy mit, mire fizet és mitől működik az egészségügyi rendszer. A teljesítmény és valóságos értékek alapján számolják majd azt, hogy mi mibe is kerül?

- A diktált kényszerszolidaritást és a centralizált gondoskodást felvált-hatja a közös megegyezésen alapuló, társadalmi felelősséget vállaló, új társadalmi szerződés alapján álló szolidáris és hatékony ethosz.

A történelemben először indult el ilyen sajátos társadalmi változás, nem is lehetett átlátni, hogy valójában mi is fog történni.

A kiinduló helyzet

A rendszerváltozás utáni időkből a cselekvési programokban egyesíteni lehetett a felgyülemlett kritikai tudást, azokat is, amelyeket a szocialista rend radikális ellenzői és kritikusai írtak-mondtak, és azokat is, amelyek a rendszeren belül készítették a reformokat. Az utóbbi körbe tartoztak az egészségügyi kormányzat reformelképzelései is, amelyekkel már az 1980-as évek közepétől kezdtek próbálkozni, szám szerint hat ilyen reform nekifutásáról tudunk. Megvalósulásukra csak töredékesen, felemás módon vagy egyáltalán nem került sor, hiszen éppen annak a rendszernek az ellenállásába ütközött, amelyet reformálni akart.

Bármelyik kormánynak, amely a rendszerváltozás után jött létre, azzal az ellentmondással kellett szembesülnie, hogy egyfelől igen jó társadalmi légkörben, reménykedő hangulatban, társadalmi legitimációval, tehát valóságos felhatalmazással tud cselekedni, másfelől a helyzete nagyon nehéz, hiszen bármilyen javító szándékkal lép fel, rázuhan a múlt megoldatlanságának minden terhe, megsokszorozódva az átalakulás nehézségeivel, amelyek a kezdet kezdetén még meg sem mutatkoztak teljes súlyukkal.

Másik társadalom-lélektani tény, hogy a rendszerváltozásban hívő emberek nagy várakozással tekintettek az első szabadon választott kormányzat működése elé. A változás kezdete nemcsak illúzióktól volt terhes — és ezt a kifejezést a „várandoóság”, a boldog várakozás értelmében használom —, hanem benne volt a kezdet reménye is: új feladatok, új emberek, új szervezetek, új intézmények majd új energiákkal töltik fel még a régi területeket is. Az újjáalakulás lendületében úgy látszott, hogy ekkora változással egyszer és mindenkorra fel lehet számolni a korábbi korszak rossz szerveződéseit, a régi, bemerevedett összefonódásokat, meg lehet szüntetni a társadalmi és történelmi igazságtalanságokat, át lehet alakítani az embert, a szakmát, az intézményeket és az erkölcsöket romboló viszonyokat.

Pártprogramok azonosságai és különbségei

A Parlamentbe 1990-ben bekerülő pártok egészségügyi programjait elemezve meglepőek a hasonlóságok. Láthatóvá vált, hogy:

- A pártkülönbségek ellenére igen közeli álláspontok alakultak ki mind a szocialista korszak egészségügyi rendszerének kritikájában, mind a tennivalók megítélésében.

- Mindegyik párt katasztrofálisnak ítélte a népegészség állapotát.
- Azonos állásponton voltak a pártok abban, hogy az egészségügy intézményrendszere rossz felépítésű, alulfinanszírozott, de ugyanakkor helyenként pazarló és alkalmatlan a betegségek adekvát kezelésére. Az ellátási szintek diszfunkcionális működésének megítélésében is közeli álláspontot tükröztek a különböző programok.
- A biztosítási rendszer átszervezésére vonatkozó tervek sem álltak egymástól távol.
- Különbség volt a pártok között abban, hogy ki hangoztatta a korábbi felelősséget a megbetegedésért, az egészségügyi rendszer torzulásaiért. Eltértek a nézeteik azoknak, akik a „mitől is szabadultak meg a szocialista rendszer megszűnésével” és „mire kell használni a szabadságot” kérdéseket tették fel, azokétól, akik az átalakulás folyamataitól féltve a „mit is veszítettünk és mit is veszthetünk még” aggodalmát hangsúlyozták, és a veszteséget érzékelték.
- A szociális, illetve egészségügyi problémák mögötti eszméket illetően mindegyik párt a programjába foglalta a szolidaritás és a szuverenitás eszméjét, mindegyik szabadulni akart az államtól, mindegyik szükségesnek tartotta a piac érvényesülését valamilyen mértékben az egészségügyben is. Itt inkább az arányokban és retorikában volt a különbség, valamint abban, hogy mennyire szabad hagyni, serkenteni vagy korlátozni a piac és a magánvállalkozás működését. A szolidaritás, a szociális gondoskodás versus szuverenitás, illetve individuális felelősség kérdésében a nézetkülönbségek nem a pártok szerint oszlanak meg, hanem „keresztbe metszik” a pártok belső gondolatvilágát, és több esetben e tekintetben nagyobb különbség van egy párton belül, mint a szellemében és politikájában akár szemben álló pártok között is.
- A pártoknak a politika és társadalmi kérdésekben lévő nagy eszmei eltérései ellenére az egészségügyben nem alakultak ki jelentősen elkülönülő nézetek és cselekvési programok. A pártok politikai ütközései az érdekkellentétekben jelentkeztek, a pártok kádербázisában a pártok körül tömörülő vagy azokhoz csatlakozó csoportok határozták meg azokat. Az összetartozás mikroszociális eredete lesz a meghatározó, ami majd az új szervezeti formák kialakításánál az érdekek érvényesítésében és a hatalmi posztok elosztásában meg is jelenik. A markáns különbségeket nem a programok, nem a zászlóra írt eszmék különbségei mutatják, hanem maguk a tettek, azok tartalma, módja, sőt stílusa.

Elindulunk a történések fonalán 1990-től napjainkig. Az egészségügy átalakításakor hozott törvények és rendeletek nyomán elemezzük a változásokat. A hét év, amelyet most áttekintünk, nem nagy idő. Közelmúlt, sőt „közeljelen”. Csak amikor feldolgoztuk az egészségügyre vonatkozó döntéseket, a Parla-

ment üléseit, a törvényeket, a tárca rendeleteit, az új intézmények létrejöttét szabályozó intézkedések sokaságát, akkor szembesültünk azzal, hogy mi minden történt e rövid időben az átalakítás jegyében.⁵²

Változtató tettek és céljaik

Az alábbi törvény- és rendelkezéssorozat két kormányzat hétéves működése alatt született. A keresztény-konzervatív politikai irányultságú első kormányt 1990 és 1994 között az MDF, a KDNP és a FGKP koalíciója alkotta, az egészségügyi minisztert a Keresztény Demokrata Néppárt adta. A második kormány az MSZP és az SZDSZ szocialista és liberális koalícióján alapult, szocialista egészségügyi miniszterrel.

Az első kormányzat az új jogállamiság első letéteményese és kialakítója, annak elkötelezett hangoztatója és képviselője volt, igen sok új törvényt hozott: gyakorlatilag minden lényeges lépést e téren az Országgyűlés elé terjesztett. A szocialista-liberális második kormány az első két évében nem vitt érdemi döntéseket a képviselőház elé, és nem is készített az egészségügyet érintő törvényt. Az egészségügy kérdéseiről mindössze egy egész napra tervezett vitanapot kezdeményeztek az Országgyűlésben. A törvénykezés ezen a téren — az 1995. évi Bokros-csomaggal — a kormány restriktív pénzügyi politikáját erősítette. 1997-ben, kormányzásuk harmadik évében készítették elő az egészségügyi törvényt. Addig az előző kormányzathoz képest több volt a belső rendelet, a költségvetési megszorításokon és az intézmények finanszírozásán keresztül történtek kísérletek a közvetlen állami beavatkozásra és irányításra. Ebben a ciklusban figyelhető meg egyfajta hatalomkoncentrációra való törekvés annak érdekében, hogy hatásköreikben tisztázatlan, vetélkedő, vitatkozó csúcshatalmi intézmények irányítását egy kézbe vegyék.

Az alábbiakban időrendben felsoroljuk az egészségügy átalakítása érdekében hozott jogi, pénzügyi, intézmény- vagy struktúraátalakító törvényeket és intézkedéseket.

Intézkedések az egészségügy átalakítására

1989 és 1997 között

Az átmenet éve

1989

A költségvetésről leválasztják a Társadalombiztosítási Alapot.

- Cél: a költségvetés megszabadítása a társadalombiztosítástól, hogy világosan külön legyenek választva a járulékokból származó *bevételek* és az egészségügyi *kiadások* a költségvetési feladatok *finanszírozásától*.

Az egészségügyi vállalkozások jogi lehetősége, az állami ellátástól függetlenített vállalkozások és a magánpraxis legalizálása.

- Cél: a minőség javítása és a kínálat növelése érdekében a piaci alapú ellátás engedélyezése, ami bővíti a tőkebevonást erre a tőkeszegény területre.

Az első kormány: 1990–1994

1990

Adóalapú finanszírozás helyett az egészségügyi ellátás kötelező biztosítási járulékalapra való helyezése.

- Cél: az államtól függetlenített egészségügyi rendszer kialakítása, az egészségügyi költségek világos különválasztása a költségvetéstől.

Nemzeti megújulási program. Az új kormány az egészségügyi reformra vonatkozóan is átfogó programot nyújt be, ennek az ágazati változatait nevezik „cselekvési programoknak”.

- Cél: az eszmék, programok és ígérek megvalósítási útjának kidolgozása, amely orientálja a cselekvési módokat. Az utat éppen úgy szolgálja, mint a kormányzatnak a terület megjavítása érdekében hirdetett elszántságának látható bemutatását is.

Új finanszírozási rendszer bevezetése a kórházakban.

Allami és önkormányzati feladatok szétválasztása, a helyi önkormányzati rendszer törvényes életre hívása, s ezzel az egészségügyi intézményhálózat korábbi tanácsi felügyelete alatt lévő intézményei az új elvek alapján működő önkormányzatok tulajdonába és jogkörébe kerültek.

- Cél: az önkormányzati felelősség megerősítése, a helyi demokratikus döntéshozatal kiterjesztése, másrészt a decentralizáció, a központ súlyának és feladatának csökkentése.

1991

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat életre hívása, amely a volt Köjál hatósági feladatait veszi át, de annak súlytalanságával szemben a háború előtti szolgálat helyi és új hatósági feladatait látja el, és a helyhatósági felügyelettől központi irányítás alá kerül.

- Cél: széles hatáskörrel felruházott, központosított, hierarchikus felépítésű szervezet felügyeli az egészségügyi intézményeket, feladata emellett a rossz közegészségügyi állapot hatékony javítása.

Társadalombiztosítás továbbfejlesztésének stratégiáját elfogadja az Országgyűlés, egyben kettéválasztják a Társadalombiztosítási Alapot.

1992

Magzatvédelmi törvény, amit abortusztörvényként emlegettek.

- Cél: a gyermekszülési kedv növelése és az abortuszok mérséklése az alacsony népszaporulat megállítására, a családi erkölcs és felelősség megerősítése érdekében.

A Társadalombiztosítási Alap Nyugdíjalapra és Egészségbiztosítási Alapra válik szét. Az 54%-os társadalombiztosítási járulékból 23,5% az egészségügyre, 30,5% a nyugdíjalapra jut.

A Parlament eltörli az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátást és meghatározza a biztosítási alapon járó jogosultság feltételeit.

- Cél: a paternalista állami szemlélet felszámolása, a biztosítási keretek feltételeinek meghatározása, a segélyezés állami és önkormányzati felelősségeinek elhatárolása.

Miniszeri rendelet a kétszintű ellátórendszer kialakítása érdekében házi-orvosi szolgálatot épít ki. Ezzel egyidejűleg bevezetik a fejkvótán alapuló finanszírozást, és létrejöhetnek a volt körzeti orvosok egyéni vállalkozásai.

- Cél: a leromlott és elhanyagolt alapellátás megjavítása, a házi-orvosok önállóságának pénzügyi és szervezeti megalapozása. Megnövelni az alapellátásban dolgozó orvosok presztízsét és jelentős lépést tenni a szabad orvosválasztás, a prevenció megerősítése és a definitív ellátás irányába.

1993

Törvény biztosítja a társadalombiztosítás nyugdíjpénztára és egészségpénztára demokratikusan választott önkormányzatának életre hívását és igazgatásának felállítását. Az egészségügyi intézményrendszerek működését a választott társadalmi képviselők kontrollálják, az önkormányzat az egészségügyi intézményekkel szerződéses kapcsolatba lép, az egészségügyi szolgáltatások kínálatának szerződésen alapuló vásárlójává válik.

- Cél: a korábbi (SZOT) helyett valamennyi szakszervezet és a munkaadók szervezetei által delegált önkormányzat létrehozása, amely társadalmi ellenőrzés alá helyezi az autonóm társadalombiztosítást, és az egészségügyi intézményrendszer felett kontrollt gyakorló vásárlója lesz az egészségügyi szolgáltatásoknak.

Új finanszírozási módszerek lépnek életbe a kórházakban és a rendelőintézetekben.

- Cél: teljesítményarányos, költségérzékeny és egyben takarékosagra késztető, újfajta finanszírozás létrehozása, amely a korábbi egyedi és informális alkuk helyett normatív alapra helyezi az egészségügyi gazdálkodást.

Jogszabály születik a kölcsönös önszegélyező (nonprofit) egészségügyi pénztárak kialakítására.

A második kormány: 1994–1998

1994

Törvény születik a Magyar Orvosi Kamaráról, amely széles körű jogokat ad az orvosi szakmát képviselő kamarának, részt vesz az egészségügyi törvé-

nyek és az egészségpolitika kialakításában. A törvény jogosítványt ad etikai és működési normák kialakítására, befolyásolására és ellenőrzésére.

- Cél: az orvosi rend bevonása a kormányzat teendőibe, egyben önszabályozó és kontrolláló feladatainak etikai, szervezeti, szerződési és egyéb területeken való intézkedéseinek kodifikálása.

1995

Stabilizációs törvény, amely az egészségügyi terület finanszírozásának költségeit több lépésben radikálisan csökkenti (az ún. Bokros-csomag).

- Cél: az ingyenes ellátások szűkítése és a lakossági pénzbevonás növelése, az államháztartás deficitjének mérséklése a költségvetési kiadásoknak — a világbanki elvárás szerinti — csökkentése, a szocialista, úgynevezett pazarló egészségügyi és szociális ellátás korlátozása.

1996

Az Országgyűlés törvényt hoz a kórházi kapacitások csökkentésére, az egészségügyi pénztár pénzügyi egyensúlyának helyreállítása és a források újfajta átcsoportosítása érdekében.

- Cél: a kórházcentrikus egészségügyi ellátás súlypontjának áthelyezése az alapellátásra, a legdrágábban és, úgynevezett, pazarlóan működő kórházi ellátás ésszerűsítése a szintek átstrukturálásával.

1997

Az új egészségügyi törvény megalkotásának előkészületei és első vitái.

- Cél: az egészségügyi törvények korszerűsítése és egységesítése, mivel e területen a vita idején még az elavult 1972. évi törvény volt érvényben, és azt sok kiegészítés és módosítás bonyolította. A régi jogszabályok egyáltalán nem alkalmazkodtak az új helyzethez és feladatokhoz.

Célok, eredmények és csatlódások

Az intézkedések és célok egyszerű felsorolásából is látható, hogy nagy léptékű, fundamentális átalakítások sora következett be az elmúlt hét évben. Ha a célokat nézzük, egyetlen olyan lépés sem történt, amely ne a korszerűsítés és a racionális célú demokratikus átalakítás érdekét szolgálta volna. Ha azonban a bekövetkezett eredményeket vizsgáljuk, akkor több a kétség és sok kifogás érheti a koncepció megvalósulását. Az nem vitatható azonban, hogy hét év alatt ennyi törvény és intézményi változás a dinamikus és erőteljes átalakítás szándékát bizonyítja. Ezek az intézkedések alapjaiban akarták megváltoztatni az egészségügy helyét a társadalomban, belső szerkezetét és valamennyi szereplőjének helyzetét és viszonyait. Hogy ez hogyan sikerült, erről szól további elemzésünk.

A társadalom általános politikai és szerkezeti változásai természetesen közvetve és közvetlenül is hatást gyakoroltak az egészségügy területére, más légréteget és más mentalitást alakítottak ki. Az új társadalom demokratizmusa és pluralitása mindenekelőtt abban nyilvánult meg, hogy az egészségpolitikai intézkedések nyíltan és nyilvános vitákban alakulnak ki, amelyek a kormányzat együttműködési szándékától függően hol megelőzik, hol követik az intézkedéseket. Az előterjesztéseknek és döntéseknek nyílt ellenzéke és kontrollja van. Már nem egy agy, nem egy kéz, nem egy szemlélet egyeduralmának erőszakos megvalósításáról van szó: él a pluralitás, mód van nyilvános vitákra, eszmék és tettek ütköztetésére és egyeztetésére. Ahogy fokozatosan kialakul a nyilvánosság és az információk kezdenek szabadon áramlani, úgy növekszik az igény és az elvárás a tájékoztatás kiterjesztésére és az eredmények számonkérésére.

A gazdaság nyitottsága, a piacok kialakulása, az áruk, az eszmék és a tudás szabad áramlása új feltételeket teremtettek a sokszor panasztól bezárt országok után. Igaz, más a szocialista kötöttségekből a piaci szabadságra, mint minden szabadság alapjára áhítozni, és más egy kezdő, gyakorlatlanul piacosodó gazdaságban a betörő és feltörő piaci erők agresszivitásának nehezen elviselhető hatásaival szembetalálkozni. Régóta vágyott eszközök, műszerek, gyógyszerek jöttek be, és kiderült, hogy nemcsak a politikai és vámkorlátok viselhetőek el nehezen, hanem a gazdasági szűkösség miatt különösen keservessé válik a korlátozó szegénységben a lemaradottság érzése.

Nyitottá vált a tudományos élet és az egészségügyi szakma, szabad a mozgás az országok között. A gyógyászati új változatok kerültek a gyógyítók repertoárjába, még az alternatív medicina is helyt kapott a diagnosztikában és gyógyításban.

Demokratikus civil szerveződések keletkeztek és terjedtek el, köztük a betegek szervezésében, gyógyításában és ápolásában is részt vevő vallási és civil szervezetek sokasága. Van már érdekképviselete a különböző betegcsoportoknak, a fogyatékosoknak és a rehabilitáltaknak.

Hogyan lehet mégis, hogy ennyi szükséges és jó elképzelés annyi rossz vagy elégtelen eredményre vezetett? Hogy lehet, hogy az egészségügyben annyi a panasz az intézmények működési zavarairól, az új hiányokra, hogy a rendszer összeomlással fenyeget, hogy az elégedetlenség elkeveredéssé csap át, és a becsapottság érzése terjed el?

Van, ahol megalapozott a panasz és okkal tör fel a kétségbeesés, van, hogy az átalakulás folyamatának lassúsága és lassan termő eredményei miatt alakul ki türelmetlenség, jóllehet hosszabb érési idővel kell számolni. Másutt éppen a gyors változás magyarázza, hogy jónak induló lépések a valóságban torz következményeket hoznak. Volt, ahol a szűk csoportérdekek vezettek el a tömeges jobbulás céljaitól, és volt, hogy jól célzott, várt eredmények a kívánt ellentétbe fordultak.

Egészségpolitika az elképzelések, a törvények és a valóság ütközötengelyén

Az eddigi két kormánykoalíció munkája nemcsak eltérő nézetek és eszmék alapján állott, de más volt induló helyzetük is, és különbözött a két kormányzati időszak alatt a társadalmi idő és a cselekvési tér. A célok és a kényszerek között más volt a megküzdés képessége és metódusa is. Mégis, bizonyos folyamatosság követhető nyomon — a módszerekben is —, amely politikai beállítottságtól, pártjellegétől függetlenül mindkét kormányra jellemző volt.

Eszmék és érdekek

A két kormányzat Max Weber-i típusokkal is jellemezhető: az 1990-től 1994-ig politikai hatalomban lévő nemzeti-keresztény kormányzatra az eszmeracionális indíték és érdekracionaritást érvényesítő politikai magatartás volt jellemző. A szocializmus összeomlása után a fordulathoz szellemi értelemben is a nemzeti keresztény eszmék adtak hatalmi pátoszt, amely a törvényekben és a struktúraátalakításban is kifejeződött.

A szocialista és liberális második kormányzatot 1994-es hatalomra kerülését követően célracionális és érdekracionális alapmagatartás vezérelte: bevalottan pragmatikus beállítottságú volt. A szakértelmet tette jelszóvá, szakértői kormányzást ígért, s programjainak célkitűzése mellett az előző kormányzat hibáinak kijavítása, nem teljesített feladatainak megvalósítása vezette, hogy az elmulasztott átalakításokat véghezvigye.

Mindkét kormány mögött ott voltak azok az erők, amelyek a hatalom, a pénz, a posztok újraelosztásában érdekeltek, amelyeket főként befolyásuk kiterjesztése izgatott, és eszméket, elveket csak érdekérvényesítésük eszközeként használtak. Ezek az erők, bár politikai csoportokhoz is csatlakoznak, voltaképpen mindkét — sőt a mindenkori — hatalmi, kormányzati erőre ki akarnak és ki is terjesztik befolyásukat. Olykor pártsemleges színben tűnnek fel, s hangsúlyozzák függetlenségüket a kormány eszmei irányultságától vagy pragmatikus indíttatásától, de igyekeznek a politikai hatalmakhoz lehetőleg minél közelebb kiépíteni bázisaikat.

Mindkét kormány feladata nehéz volt, súlyos tehertételekkel kellett megbirkóznia, amelyek sokszor eltérítették a kitűzött célokról és szándékoktól a tetteket. Négy társadalmi erő módosította az elképzeléseket: a belső politikai erők, a külső gazdasági tényezők, a múltból máig tovább élő hatások és az új társadalmi feltételekkel együtt járó, korábban ismeretlen erők.

Folyamatos nyomást gyakorolt a kormányzatokra a gazdasági kényszerhelyzet, az állandó, olykor erősödő pénzügyi megszorítások. Láthatóan három gazdasági erő határozza meg az egészségügyi életfeltételeit:

- az állami költségvetés, az államháztartás állapota;
- a biztosítási intézményrendszer újraelosztó működése;
- az újonnan fellépő piaci szereplők, amelyek fogadására egyik kormány sem tudott alkalmas szabályozást kialakítani.

Negyedikként a nyilvánosság számára láthatatlan, rejtett erők gyakorolnak befolyást. A felszín mögött jelenlétük és hatásuk állandó: a láthatatlan gazdaságban, a kapcsolati hálók szövedékeiben, a joghézagok között a legalitás sikamló határán működnek; némi képzavarral: „a szőnyeg alatt” folytatódó üzletek, alkuk, zsarolások és vesztegetések olykor korrupcióba is áthajló ügyletei. A nyilvános szereplők mögött csaknem mindenütt ott van a rejtett hálózatoknak ez a megfoghatatlan, de annál érezhetőbb hatása, a gazdaságban, a társadalombiztosításban, a finanszírozásban. Ezek az erők egymással is küzdelmet folytatnak, máskor szövetségre lépnek és egymásra épülnek. A nyílt és rejtett intézmények az egészségügyi szervezetek jóformán minden területén érvényesítik hatásukat.

Elevenen élnek a szocialista korszakban kialakult régi erők, az intézményeket belülről megtartó, de kívülről is befolyást gyakoroló viszonyok. A korábban működő struktúrák és kapcsolatok tovább élnek, befolyásuk és működési rutinjuk fennmarad. Csak felszíni magyarázat, hogy a második kormányzat egészségügyi frontemberei azonosak a Kádár-korszakbeli vezető egészségpolitikusokkal, mélyebb kontinuitás vezeti tovább a régi hatásokat. A politikai helyzet, a társadalmi és intézményi erőviszonyok annyira megváltoztak, hogy ugyanazok az emberek már nem lehetnek ugyanazok, de vannak folyamatok, amelyek éppen a változtatásokkal szemben érvényesítik makacs rezisztenciájukat. A régi folyamatok fenntartásában motivál a megszokottság biztonságigénye, amely támaszt talál a megrögzött mentalitásokban. A régi kapcsolati hálók fennmaradása új keretek és feltételek között újraéled, és hozzájárul a korábbi helyzet megmaradásához, sőt pluralizálásához, s maradandó befolyást biztosít minden átalakítási szándék ellenére, sajátosan elegyítve az új eszközöket (piac, tulajdon, osztott hatalom) a múlt tovább élő elemeivel.

Két kormány — közös jellemzők

Az új társadalmi, gazdasági, politikai rendszer újonnan belépő erőinek különösen kiszámíthatatlan a működése. Az újfajta demokratikus, plurális intézmények, az új célok és eszközök a régi erők rezisztenciája között érvényesülnek. A gyakorlatlanság, a kezdő demokrácia gyakori sutaságai mellett hiányzik az az összecsiszolódás, amely idővel jól ismert rutinná válik. Gyakoriak a zökkenések, a jogilag még rendezetlen, szokásokban botladozó, olykor egymást keresztező ellentétes tendenciák.

Mindkét kormány működésére jellemző, hogy:

- Az átalakulás (posztkommunizmus) hatalmi építményének megfelelően a demokratikus építkezés felülről történik a politikai vezető osztály döntései, törvényes rendelkezései és csatározásai nyomán.
- A demokráciában járatlan technikájú új és régi politikai osztály vezetői rosszul vagy egyáltalán nem tudnak „kommunikálni”, fontos előkészületekbe és döntésekbe nem vonják be az érdekelteket, válságos helyzetekben nem tudnak „párbeszédet folytatni” a társadalommal.
- Az információs technika nem épült fel a tudás és tájékoztatás szükséges mértékéig. Olykor nem is engedték az átlátható, nyílt és objektív információkat szabadon, nem mutatva példát a demokratikus nyilvánosság erőnyeiből.
- Mindkét kormányzatra más és más okok miatt általános kritikaként hangzott el az a vissza-visszatérő megállapítás, hogy hiányzik, hiányzott belőlük a szociális érzékenység.

Az elmúlt években az is kiderült, hogy a megnyílt szabadság és a plurális sokféleség a valóságban igen-igen korlátozott cselekvési és választási alternatívákat tudott nyújtani. A társadalmi fejlettség korlátai, a beszűkült gazdasági mozgástér és a korábban tárgyalt, a múltból és az átmenetből fakadó társadalmi kööttségek beszűkítik a cselekvés lehetséges tereit, a választható és járható alternatívákat.⁵³

S ahogyan a szereplők a beszűkült lehetőségek tapasztalatai nyomán ráébrednek tehetetlenségükre a gazdaságban és korlátaikra a politikában, ez nem csupán sok indulatot generál, hanem felerősíti a tér- és pozícionyerés individuális törekvéseit is. Sőt, olykor antidemokratikus viselkedésig viszi a „helyzeti erő” kihasználását, a hatalommal való „élést” vagy visszaélést. (Ilyen eset volt a társadalombiztosítási önkormányzati választások leszavazása, vagyis a hatalmi viszonyok módosulásának megakadályozása.)

A belső és külső pressziók között az egyik legfontosabb ütközőterület a finanszírozás állandó vitája mellett az állammal kialakítandó viszony. Kettős irányú, elég vérre menő játék folyik: a pénzügyi kormányzat célja, hogy az állam megszabadulhasson az egészségügyi és szociális ellátás terheitől, és így csökkenhessen a költségvetés terhe és újraelosztó szerepe, de ugyanakkor ne adja fel beavatkozó, szabályozó és ellenőrző tevékenységét. A pénzügyminisztérium véleménye döntő a népjóléti tárca mozgásterének kialakításában. A beavatkozás olykor kézi vezérléssel, olykor közvetett eszközökkel történik. A másik oldalon viszont az egészségügyi és szociális terület célja fordított: igyekszik megszabadulni az állami beleszólástól, de azért megtartani — szükség esetére — az állam pénzügyi és hatalmi eszközeit, az állami segítség biztonságát. Szükség pedig mindig adódhat. Így ahol a pénzügy be akar avatkozni, ott ez ellen az egészségügyi terület tiltakozik, ahol viszont támogatási segítségre van szükség, ott a pénzügy ellenállásába ütköznek.

Új intézmények, új csúcsbürokráciák nőnek fel: olyanok, mint a függetlenné váló társadalombiztosítás, ahol az önkormányzatokkal a szakszervezeti és a munkáltatói csúcsszervezetek képviselőinek kezébe kerül a költségvetés után a második legnagyobb pénzforrás elosztása feletti hatalom. Az önkormányzatok megalakulásától kezdve állandó a hatásköri vita, nem világosak a kompetenciák a tárca és az önkormányzat között. A függetlenségi harcok és az annexálás kísérlete, a tárgyalások és a diktálások változatai végigkísérik az eddigi időszakot.

Így az egészségügyi terület felett három nagy bürokrácia beleszólása, diktátumai és egymás közti harca érvényesül: a népjóléti tárca, a pénzügyi kormányzat és az egészségügy-biztosító vezető szervei. Az utóbbiban is különböző erők mérkőznek: az apparátus, az önkormányzat és az önkormányzat igazgatása. Az egészségügy az ütközések és egyeztetések, a hatalmi törekvések kísérleti és harci terepévé válik.

Változatlanul mindkét kormánynak állandó problémája, hogy a különféle orvoscsoportok különböző erejű nyomására válaszoljon, azokat elhárítsa, vagy engedjen neki, illetve semlegesítse őket. A csoportok változatos alakzatokat öltenek, szövetséges és ellenséges formációkba rendeződnek. Kialakulnak az érdekcsoportok az ellátási és a kormányzati stratégiai tervek szerint: bázisa, kedvezményezettje vagy érintett szenvedője a változtató egészségügyi programok súlypontjainak. (Például: az alapellátás általános orvosai, vagy a magas halápénzhez jutó kórházi orvosok, vagy a piacon nem megbecsült szakmák stb.) Szerveződhetnek szakmák szerint, beleszólhatnak a vállalkozások és piaci esélyek növelésébe, vagy éppen ellenkezőleg, csökkentésébe is, hogy a vállalkozói érdekeknek teret nyitnak, vagy hatásukat kivédeni akarják. Olyan csoportok ezek, amelyek minden belső reform vagy átalakítás véghezvitelét támogathatják, vagy éppen meg is akadályozhatják. A differenciált és — a látszat-egységhez képest — erősen megosztott orvoscsoportok hatalma igen nagy, és minden reform vagy változás csak erőviszonyaik beszámításával valósulhat meg. Az egészségügyi kormányzat csapódik, olykor vergődik az orvoslobblyk között, van, hogy kihasználja az orvoslobblyk erejét céljai érdekében, van, hogy — ha tudja — egymással szemben is kijátssza őket saját hatalmának erősítése érdekében.

A rendszerváltozást követő első kormányzat meghatározó feladata volt a „Tételessék igazság!” programja, hogy az eddig kimondhatatlan igazságok érvényesülhessenek, hogy a szocialista korszakban eltorzult igazságot, elnyomott embereket és elnyomott eszméket ki- és felemeljék. A második kormányzat — az első kormány igazságtételi akcióival szemben — a szocialista múltat „helyére tette” (ez olykor „reváns volt a revánsra”) az eszmék, de még inkább a káderek védelmében. Igaz, az átalakítás társadalmi terhei, a szocialista-liberális kormány intézkedései besegítettek a korábbi szocialista rendszerről alkotott kép javulásába, így a késői Kádár-korszak emlékképét sokan nosztalgikusan, a szo-

cialista kormányzat jelen tetteivel szemben idézik fel. A szociáldemokrata eszme retorikája előtérbe került ugyan, annak csupán csak a szocialista kormány egészségügyi és szociálpolitikai intézkedési gyakorlata mond ellent.

Végigkísérik mindkét kormányt a társadalmi ethosz, a szociális felelősség és a felelősségre vonás vitái. Míg az első kormányt többek között szociális érzéketlensége miatt bírálták, a második kormányban vetett reménykedés — mivel nevében az volt, hogy szocialista, s a koalíciós társ, az SZDSZ szociálpolitikai elkötelezettsége iránt is nagy volt a várakozás — hamar szertefoszlott, mivel a szocialista-liberális kormány hajtotta végre azokat a szociális és egészségügyi leépítéseket és megszigorításokat, amelyeket — a politika szokásos szereposztása szerint — egy jobboldali kormánynak kellett volna.

Az első kormány kétségtelenül igen jó eséllyel indult: a rendszerváltás kezdeti lendülete vitte, és valódi társadalmi legitimitás támasztotta alá. Gondolatilag jól előkészített programok, fontos koncepciók voltak a kezükben, ezekkel készültek új feladatra az eddig még sem nem kompromittálódott, sem nem kipróbált politikusok, egészségpolitikusok, egészségügyi szervezők és gyógyító szakemberek. Az új kormányba és az új rendszerbe vetett bizalom és az indulás optimizmusa sokfelé nyitott utat. Felhalmozott szellemi erő: kritika, tudás és akarat támogatta a kormányzatot, mögötte jelentős társadalmi támogatás adott bizalmat és biztonságot. Mód volt tehát új utak feltörésére, új intézmények létrehozására, új elvek és eszmék megvalósítására.

Felszabadulhattak olyan eszmék, gondolatok, cselekvési tervek, amelyek a negyvenéves szocialista rendszerben vagy háttérbe szorultak, vagy el voltak nyomva, vagy egyszerűen felszínre sem kerülhettek a rendszer korlátai miatt.

Az, hogy az első kormányzat keresztény-konzervatív eszme jegyében lépett az egészségügyi átalakítás hatalmi pozíciójába, ez az elv és magatartás nemcsak retorika volt, hanem nyomon követhető a tettekben, a törvénykezésre benyújtott javaslatokban, a törvényelőkészítő viták érvrendszerében, az intézmények ki- és újjáépítésében, és különösen a kedvezményezett és egyben bázist jelentő csoportok összetételében és szellemiségében.

Hj. lörekvések, régi formák — az intézményrendszer átalakítása

III. rész

Tettek és ideológiák — a konzervatív-keresztény kormány

Az 1990. május 22-én elmondott kormányalakító programban Antal József hangsúlyosan szólt az egészségügyi problémákról, vértani képet festve a nemzet egészség rossz állapotáról. Hangsúlyozta a kormány felelősségét a betegség terjedésének megelőzésében, „Állapot megújítás” szerepét, hogy „az egészségügyi ellátás hatékonyabban szolgálhassa az embert”. Ennek feladatát — mondta — „mondra beszédében Antal József” —, hogy az egészségügyi rendszer a jövőben vesztődjék a nemzeti által megtermelt juttatásból”. Felmondta a legfőbb teendőket, és vállalta a kormány elkötelezettségét az egészségügy kérdésében.

Valóban, az Antal-kormány működése idején a költségvetés 10-15%-át egészségügyre fordították, azaz az 1990-es években 0,5%-ra esett lecsökkent, amit a kormányzat egészségügyre fordított figyelmének és elkötelezettségének jeleként lehetett felismerni. A nemzeti juttatásnak a költségvetés 25%-át kellett volna felhasználni az egészségügyre, de ezt nem sikerült megvalósítani. Az egészségügyben erősen csökkent, 1991-től kezdve 1993-ig egyre mélyebben. Arányában ugyan több nyugati fejlett ország költségvetéséhez, vagy megközelítően azonos mértékben, csak éppen a költségvetés arányában. Magyarországon a juttatás országok egészségügyi kiadásainak mintegy 10-15%-a, azaz az USA-ban 150 dollár jutott egy főre, Magyarországon 1990-1991 között az USA-ban 3000 dollár.) Az egészségügy kiadásainak változását az alábbi táblázat

Új törekvések, régi formák — az intézményrendszer átalakítása

A rendszerváltozás után az első kormány egészségpolitikája, lényegét tekintve, építkező jellegű kormányzat volt: eszmeileg vezérelt, konzervatív szemléletet képviselt. Sok fontos átalakulást indított el a társadalombiztosításban, az egészségügyi ellátás finanszírozásában és szerkezeti reformjában. Összeségében konstruktív volt, miközben több lépésében „re”-konstruktívá vált. A népegészségügy helyzetének javítása érdekében, háború előtti szerkezeteket rekonstruált, de megőrizte a korábbi szocialista egészségügyi és szociálpolitikai struktúrákat is. Ugyanakkor újítani is akart, a rendszer korábbi működésének bajait, minőségét, erkölcsét, kívánta és kezdte el megújítani.

Egészségpolitikai alapelvek

Az 1990. május 22-én elmondott kormányalakító programjában Antall József hangsúlyosan szólt az egészségi problémákról, drámai képet festett a népesség rossz állapotáról. Hangsúlyozta a kormány felelősségét, a társadalom szolidaritását, „átfogó megújulást” sürgetett, hogy „az egészségügyi ellátás hatékonyabban szolgálhassa az embert”. Ennek feltétele — mondta beszédében Antall József —, hogy az egészségügy nagyobb arányban részesedjék a nemzet által megtermelt javakból”. Felsorolta a legfőbb teendőket, és aláhúzta a kormány elkötelezettségét az egészség kérdésében.

Valóban, az Antall-kormány működése idején a nemzeti jövedelem egészségügyre fordított aránya az 1990-es 5,4%-ról 6,5%-ra emelkedett, amit a kormányzat egészségügyre fordított figyelmének és elszántságának bizonyítékeként lehetett felmutatni. A nemzeti jövedelem azonban ez időben 25%-kal visszaesett, az aránynövekedés tehát azt jelenti, hogy az egy főre jutó összeg reálértékben erősen csökkent, 1991-től kezdve évről évre egyre meredekebben. Arányaiban ugyan több nyugati fejlett ipari országgal azonos, vagy megközelítően azonos szinten voltunk, csak éppen a ráfordítás valóságos összege a jóléti országok egészségügyi kiadásainak alig egytizedét tette ki. (Nálunk 150 dollár jutott egy főre, Nyugat-Európában 1500–2000 dollár, az USA-ban 3000 dollár.) Az egészségügyi kiadások reálértékének csökkenését,

a 20–25%-os infláció mellett az exponenciálisan növekvő egészségügyi ár-emelkedés is súlyosbította.

Ezek a körülmények nehéz helyzetbe hozták a kormányzatot, az átalakítást mégis a kezdet lendülete és a bizakodás jellemezte. Számos új elképzeléssel indította el a demokratizáló átalakulást, az eredményesebb működés érdekében a finanszírozás hatékonyságát egyfajta önszabályozó működési mód megvalósulásával igyekezett összekapcsolni. Ez akkor is elismerésre méltó, ha az egyes intézmények korrigálásra is szorulnak, és a túlságos ideologizáltság, valamint az egészségügyi intézményrendszerbe való politikai beavatkozás nem segítette a célok elérését.

Ideologikussá váló eszmei irányultsága olykor még magától a kormányzat szándékától is idegen hevületet gerjesztett, ami elvitte az energiát hasznosabb feladatoktól, és elfordította a figyelmet az egészségügy átépítése érdekében szükséges fontosabb lépésektől (például: az abortusztörvény körüli hisztérikus reagálások). A szakterületek átpolitizáltsága szűkítette a lehetséges együttműködők körét, a szakmai konszenzus kialakításának lehetőségét. Demonstratív elszakadása az előző rendszertől azzal is járt, hogy a korábbi, viszonylag jó kezdeményezéseket pusztán a gyökerekre való tekintettel hagyott elenyészni. A szimbolikus cselekvések felülkerekedése azt is jelentette, hogy országos érdekek szempontjából fontos feladatok szorultak háttérbe. Több ok mellett itt is az érzelmi túlfűtöttség motivált: ahogyan régen a szocializmusról mondták, „több gőz ment a kürtbe, mint a motorba”. Összességében intézkedéseiből sok az építő, a mai napig érvényes, és megalapozó hatást gyakorolt az egészségügy rendszerére, ahogyan ezt a következőkben elemezzük.

Az átalakítás munkáinak törvényeit és legfontosabb intézkedéseit az előző fejezetben időrendben ismertettük.

Láthattuk, hogy a társadalombiztosítási törvényen, az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) törvényes megalapításán, majd a nagy parlamenti vitát kiváltó „magzatvédelmi törvényen”, az ún. „abortusztörvényen” kívül egészségügyi területre vonatkozó, átfogó törvényt nem hozott a Parlament. Így érvényben maradtak az 1972–1977-es törvények, nyilván kiigazításokkal, toldozással, foldozással. Igen jelentős változásokat indított el azonban az egészségügyi kormányzat az egészségügy ellátási rendszerének átalakításában.

Ha a népegészségügyet érintő kérdésekben fontossági sorrendben haladunk, akkor a családorvosi rendszer átépítésével kell kezdeni, mert ez a legszélesebb körben közvetlenül érintette az ellátásra szoruló embereket és az orvostársadalom alapellátásban dolgozó szakembereit. A kormány legsikeresebb tette a megalapozó ellátás, a háziorvosi rendszer kiépítése és a finanszírozás átalakítása volt.

Ha a legnagyobb izgalmat kiváltó törvénykezéssel kezdjük, akkor az *abortusztörvényt* kell előre venni, amely példátlanul sok időt és energiát vett igénybe, s az izzó szenvedélyeket szinte a gyűlölködésig gerjesztette.

Ha a szervezeti változásokat, az új intézmények kialakítását tartjuk elsőrendűen fontosnak, akkor az orvostársadalom új kitüntetett szervezetét, az *ÁNTSZ létrehozását* illetné az elsőbbség.

Ha a változás ismertetését, az egészségügy pénzügyi finanszírozásának, szervezeti feltételeinek alapjánál kezdenénk, akkor az újonnan létrehozott *társadalombiztosítást* kellene elemezni, mivel az államháztartás után a legnagyobb bevétellel, legtöbb pénzzel rendelkező szervezet demokratikus működésének hatékony felépítésével mind a mai napig nem tudnak megbirkózni a kormánypártok.

A következőkben először a szervezeti átalakítás eredményeit, majd az eszmék érvényesítésének lépéseit gondoljuk át.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

A rendszerváltoztató kormányzatnak az egészségügyi intézményrendszer átalakítása érdekében az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról (ÁNTSZ) szóló törvény volt az első, kifejezetten egészségügyet érintő törvénye, amelynek parlamenti vitája 1991. január 22. és március 20. között zajlott.

A tragikusan rossz népegészségügyi állapot javítása érdekében életre hívott szervezetre a közegészségügyi és járványügyi, valamint az egészségvédelmi ellátás felügyeletét bízták. Az előterjesztő miniszter kimondta: a cél egy erős, ütőképes orvosi hatalmi hálózat, amely az egész országra kiterjed, s a központból irányított, hatósági és felügyeleti szerepkört kap. Minden népegészségügyi intézkedés elsődleges intézménye, eszköze és kontrollja lesz. Azért van szükség erre a hálózatra, hogy „az egész ország területén egységes elvek szerint, megfelelő színvonalon működjön a megelőző orvosi tevékenység”, amelyet mindenekelőtt állami feladatnak tekintenek.

A térítésmentes népegészségügyi hálózat — így a törvény — a szociális védőháló eleme. Kontrollálja az ellátás minőségét, biztosítja a szervezeti integrációt. Feladata a népbetegségek megelőzése, általában a megelőző tevékenységek összehangolása és felügyelete. Az Országgyűlés törvényi felhatalmazással, hatósági jogkörrel, ellenőrzési és felügyeleti joggal, tehát minden gyógyítási folyamat kontrolljával bízta meg. Az egészségügy működésében az egységes elvek és módszerek ellenőrzését az ÁNTSZ hatáskörébe utalta.

A szervezet centralizált, felépítése hierarchikus. A hálózat a népjóléti miniszter irányítása alatt működik, országos hatáskörű, a központ rendelkezéseit a neki alárendelt szervezetek, a vidéki és területi centrumok érvényesítik.

A feladatok meghatározása mellett szimbolikus jelentősége volt mind a „tisztiorvosi” névnek, mind a tisztiorvosi hálózat létrehozásának, ugyanis a

kommunista, szovjet típusú egészségrendszerek kialakítása idején a tisztiorvosi szolgálatot Kőjállá degradálták, a tisztiorvosi hivatalok korábban sokkal átfogóbb funkcióit elszegényítették, magas társadalmi presztízstüket lerombolták, és a maguk idejében nagy tekintélyű tisztifőorvosok munkakörét amolyan tisztasági, higiénés felügyelőkké változtatták és ellenőri, bürokratikus feladatok elvégzésére korlátozták.

Ezt a Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálatot alakította át — illetve vissza — a törvény tisztiorvosi szolgálattá. Nem csupán konzervatív értékek intézményes megtestesítése volt a cél, hanem — a nosztalgián túl — egy olyan hajdani intézményrendszer létrehozása, amely a maga korában a népegészség megőrzésében igen fontos szerepet töltött be, és a korabeli népbetegségek elleni küzdelemben is mellőzhetetlen volt. Különösen nagy jelentőséggel bírt abban az időben, amikor nem volt általános, mindenkire kiterjedő és állampolgári jogon járó, elvben ingyenes egészségügyi ellátás.

A régi szervezet felelevenítése nem volt mentes bizonyos nosztalgikus érzelmektől sem, indokoló motivációi között a háború előtti korszak tisztifőorvosainak ideája és idealizált felidézésének újraépítési értelme is ott volt.

A törvény vitájában még a hajdani Tisztifőorvosi Hivatal hatáskörét is növelni kívánták, szemben az 1936. évi tisztiorvosi rendelettel, amely a szolgálatot a helyi hatóságoktól tette függővé. Bírálták az 1940-es évet is, amikor az irányítást azzal akadályozták — „továbbbrontva az 1936-os állapotot” —, hogy nem adtak számukra hatósági jogkört. A régi név, a régi funkció rehabilitálása mellett összességében a háború előtti intézményhálózat hatalomban bővített megújítását javasolták.

Viszonylag jelentékeny összeget szavaztak meg a hálózat kiépítésére, magas fizetésű, közalkalmazotti státusban lévő orvosokkal erősítve meg a posztokat. A hatalom megerősítését és kiterjesztését, valamint egyfajta privilegizáltságot is kifejezett ez a szándék: pénzben, hatalomban, szerkezetben. A közalkalmazotti státusnak is különös jelentősége volt a hálózatban részt vevő orvosok fontosságának és megbecsültségének demonstrálásában.

Az Antall-kormányzat vállalt hagyománya a háború előtti korszak értékeinek felelevenítése volt. Jól felfogott kormányzati érdeke is vezérelte abban, hogy politikai hatalmának végrehajtására létrehozzon egy kormányhoz hű köztisztviselői réteget. Gazdasági válság és bizonytalanul működő piac kialakulása idején különösen sokat ér az állam garantálta biztonság, s hogy a felkínált egzisztencia mellett hatalmat és helyzeterosító kedvezményeket is kapnak kincstári kezességgel. Viszonzásképpen a kormányzat lojalitást vár az apparátustól. A köztisztviselői réteg nincs piaci helyzetben, nem vállalkozik és nem függ a széttagolt, esetlegesen működő önkormányzattól, a központi kormány kezében van, ahonnan a pénzt és a hatalmat kapja. Központi erőt mutató vagy mutatni akaró politikai hatalomnak mindig — bizonytalan helyzetben különösen — szüksége van biztonságban tartott, a kormányzat rendelkezésére álló, jó

egzisztenciális helyzetben lévő, központi akaratától függő köztisztviselői gárdára: nagyobb fegyelemre fogható, mint a szegény, lerongyolódott, bizonytalan helyzetű szolgálattevő apparátus tagja.

Ilyen kölcsönösen megerősített biztonságra törekedtek a tisztiorvosi hálózat esetében, ezért is kellett az egészségügyben életre hívni egy erős orvosi szervezetet, amelynek tisztségviselői jól fizetett, biztonságos állami állásba, komoly hatalmi pozícióba kerültek, és a széttartó orvos lobbykkal szemben az állam kezében egységes hatalomként működnek.

Ennek az orvosi-hatalmi testületnek a felépítése egyben honorálása is volt azoknak a társadalmi véleményformáló orvosoknak, akik a kormányzat bázisát adták, illetve — különösen vidéken — az MDF és a KDNP pártjaihoz, illetve azok köreihez tartoztak és politikai győzelmüket elősegítették. Kérdemelték hát, hogy országos és helyi hatalmukat az egészségügyi kormányzat is illő módon megerősítse. Megerősítésüket nem lehetett a várt és elképzelt polgárosodásra, a társadalmi véletlenre hagyni, itt tehát a régi reflexek működtek: az államnak kellett garantálni posztjukat és jelentőségüket, nem kevésbé jövedelmüket és beleszólásukat az egészségügyi folyamatokba. Ezzel a törvénnyel mód nyílt a hatalomra került pártok klientúrájának jutalmazására, az orvostársadalom elsősorban vidéki, prominens tagjainak megbecsülésére. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat azért is kerülhetett az egészségügy átalakításáról szóló parlamenti előterjesztések közül az első helyre, mert a népegészség sanyarú állapotán kívül a kormánypártok legfontosabb orvosbázisáról volt szó.

A központosítás és a hierarchia kétféle múlt idő konzervatív építkezésének kísértetét idézi fel egyszerre: a háború előtti Horthy-korszak magas presztízsű, állami köztisztviselői rétegének függőségi viszonyait, ugyanakkor a szocialista irányítás monolitikus centralizált szervezeteit. Mindkét esetben ilyen apparátus biztosította a központi hatalom akarat-végrehajtásának biztonságos útját.

Az ÁNTSZ tervét és előterjesztését több oldalról bírálták. Házon belül és kívül, ellenzéki oldalról, más koncepciójú egészségpolitika alapján, más orvoscsoportok megerősítése érdekében. Bírálták az intézményhálózat túl-hatalmát, hatósági jogkörét és beavatkozásának korlátlanságát, hogy kiveszi az önkormányzat kezéből a felelősséget, hogy túlzott jogköröket élvez az önkormányzatok és a polgárok szabadságának kárára, hogy a szervezetet mind a települések közössége, mind a felelős polgárok, mind az egészségügyi intézmények és a vállalkozások fölé helyezik. Vitatták túlzott centralizációját, a hierarchikus struktúrák hagyományos továbbélését. Összességében azt, hogy *az állam központi szerepe az önkormányzatok rovására megerősödik*. Beavatkozik a polgárok autonómiájába, átveszi felelősségvállalásukat. Szembeállították a hierarchikus központi építkezést a modern korszak lentről építkező, közösségi alapú, horizontális szerveződésű egészségmegőrzésével, annak igazoltan nagyobb hatékonyságával.

A törvény bírálói a szervezet vertikális felépítését kritizálták, s egyben azt, hogy az minden egészségügyi intézmény fölé kiterjeszti hatalmát, miközben a demokratikus viszonyok kialakítása, a korszerűbb intézményszerkezet a centralizáció lebontását, dekonstruálást kívánna, már csak a felelősség demokratikusabb megosztása érdekében is.

A tisztiorvosi szolgálat felépítésébe már eleve beékelődött ellentmondás különösen akkor vált nyilvánvalóvá, amikor a vertikálisan megépített kormányzati egészségügyi hatalmat az önkormányzati törvény horizontálisan először szervezetileg, majd az 1990-es önkormányzati választások eredménye pártpolitikailag is keresztezte. Politikailag az teremtett sajátos helyzetet, hogy az újonnan választott, zömében szocialista és részben szabaddemokrata akkori ellenzéki pártok az önkormányzatokban vezető politikai erővé váltak, és szembekerültek az ÁNTSZ-ben hatalmat gyakorló kormánypárti emberekkel. Az önkormányzatok természetük szerint „lentről” építkeztek, s ez metszette a vertikálisan megépített, a kormányzat által létrehozott és posztokat biztosító ÁNTSZ-szervezeteket. Túlpolitikizálódott a szervezeti konfliktus, és ez a szakmai megoldásokat is nehezítette. A politikai megosztottság még jobban akadályozta a működés gördülékenységét, az egészségügyi intézmények együttműködő összehangolásának és kontrolljának feltételeit. Szakmai kérdésekben a prevenció elképzelés különbségei miatt többen elleneztek és elutasították az ÁNTSZ központilag irányított hatalmi szerepét.

A mai veszélyeztető betegségek esetében a modernnek ismert egészségmegőrzés a közösségi, lentről épülő, közös és egyéni felelősséget megmozgató, aktivitást is kívánó egészségvédelemre törekszik: civil szervezetekre építenék megelőző és rehabilitáló programjaikat. Az ÁNTSZ-t viszont a fentről vezérelt, egyközpontú, hierarchikus, szinte katonai szervezet jellemzi — nevében is a viseli a „tishti főorvos” elnevezést —, amelyik a koncepciókat rendeleti úton, hatalmi erővel vinné keresztül.

A különböző elképzelések mögött nyilván eltérő intézményi érdekek és orvoscsoportok hatásköri konfliktusai feszültek. Minden „átpolitikizálódott”, ezért különböző politikai erők hatalmi bázisáról szóltak az elvekben kifejeződő viták. Így pozíciók és lobbyérdekek is hatást gyakoroltak, politikai-hatalmi érdekek is kifejeződtek, amikor a hálózat funkciójáról, jogköréről szóló tervzet hatalmi vonulatát képviselték vagy azzal szembeszálltak. Ez az intézményi rendszer egy meghatározott koncepcióhoz adott hatalmi bázist, egy orvoscsoportnak vagy testületnek az egészségvédelmi elképzelését kívánta megvalósítani, így más orvosi lobbykkal és más egészségvédelmi koncepciókkal szembekerült.

Az ÁNTSZ centralizált szerepére vonatkozó kritika egyoldalú volt, mert amikor ennyire szétszórttá válnak az egészségügyi intézmények, akkor valamilyen egységes kezelési és szemléleti elv segíthet a koordinálásában.⁵⁴ Van vagy lehet funkciója egy felülről irányított intézményhálózatnak akkor is, ha a mai

prevenációs elképzelések inkább közösségi, önvédelmi és önszerveződések koncepcióján alapulnak. Adódhat olyan helyzet, amikor az egységes fellépés nélkülözhetetlen és hatósági erőre is szükség van, mert a „betegségek nem állnak meg a közösségek határainál”. Ezért az ÁNTSZ teljes negációjával nem lehet egyetérteni, hiszen ma is felléphetnek közösségeket, sőt országot veszélyeztető állapotok. Keletkezhetnek olyan helyzetek, amikor a népegészség érdekében elengedhetetlenül szükség van a központi figyelemre és központi döntésre, s ennek alapján elindított, egész országra kiterjedő, a szervezet által működésbe hozott, hierarchikus fegyvellemmel végrehajtott intézkedések sorozatára. Ilyenkor nélkülözhetetlen a mindenre és mindenkire kötelező egészségügyi rendszabályok keresztülvitele.

Az elvek érvényesítésében a politikai hatalom, a különböző pártok hatalmi bázisa és holdudvarainak érdekkülönbségei kerültek szembe. Mögöttük ugyan lehettek lényeges koncepcionális különbségek, mégis a lobbyérdekek és a hatalmi bázis biztosítása szötte át az érveket és akciókat, amelyeket sokszor a célszerű és ésszerű megoldások ellenében vittek keresztül. Az 1994-ben politikai kormányzásra kerülő szocialista-liberális koalíció egészségügyi kormányzatának szinte első lépése volt elvileg demonstrálni az ÁNTSZ túlhatalmát, amelyet ezek után lépésről lépésre csökkenteni kezdett.

A háziorvosi rendszer új működési és finanszírozási rendje

Az alapellátás megerősítése és az egész ellátási struktúra megalapozása érdekében a körzeti orvosi hálózat átalakítása családorvosi hálózattá: ez volt az MDF-KDNP-kormány egyik legfontosabb, máig is jó hatást gyakorló tette {népjóléti minisztériumi rendelet a háziorvosi szolgálatról 6/1992. (II. 31.)}. Minden itt következő kritika ellenére is a rendszerváltozás első hét évének legmaradandóbb sikerét hozta. Ez akkor is igaz, ha — mint a továbbiakban látni fogjuk — az ideákból még sok jó cél nem valósulhatott meg.

A szocialista egészségügyi rendszer — már sokszor elemzett — sarkalatos hibája az alapellátás gyengesége és alulfinanszírozottsága volt, szemben a hangsúlyozottan fontos és igen költséges kórházcentrikus ellátással. A betegeket sokszor magasabb szinten látták el, mint ahol még meg lehetett volna oldani gyógyításukat. „Az egészségügyi piramis — írtam 1986-ban — szakmailag a feje tetején áll: a csúcson vannak a nagy diagnoszták, a legjobb eszközök, a talapzaton vannak a tömegesen jelentkező betegek, akiket esetleg megfelelő időben való ellátással meg lehetne kímélni a súlyosabb beavatkozástól. Ugyanakkor az alapellátás szintjén van a legkevesebb ideje, eszköze az orvosnak a baj leggyorsabb és legpontosabb felismerésére és gyógyítására. A túlterhelt ellátás nem tud sem olyan színvonalon, sem olyan koncentrációval foglalkozni a beteg

emberrel, amilyen mélységben és intenzitásban erre a beteg embernek és az egész egészségügyi ellátásnak szüksége lenne... Minden azt diktálná, hogy az alapellátást kellene „megemelni” alapvető ellátássá: itt fordul meg a legtöbb ember, itt lehetne kidolgozni szervezeten, anyagilag a preventív gyógyítást, megtanulni és megtanítani, hogyan lehet megelőzni a bajt.”⁵⁵ A háziiorvosi rendszer átalakításának cselekvési és szervezeti programja, szinte pontról pontra ennek a rossz szerkezetnek a megoldását célozta meg.

Hatékonyabban működő egészségügyi rendszerekben, ahol a lakosság egészsége a mi állapotunknál lényegesen kedvezőbb, az alapellátásra fordított költségek aránya megközelíti a szakellátás arányát.

Kincses Gyula, az egészségügyi reform prominens gondolkodója átfogó egészségügyi rendszer átalakítására dolgozott ki javaslatot — alapos szerkezeti, gazdasági, szakmai hatáselemzés alapján —, s ebbe belefoglalta az alapellátás megújítására, szervezetére és finanszírozási technikájára vonatkozó programot is. A családorvosi hálózattal azt a bázist kívánja megteremteni, amire a mai betegségekkel adekvát egészségügyi ellátórendszer felépülhet.⁵⁶

A változtatás folyamatát az MTA Szociológiai Intézetének Egészségszociológiai Műhelyében *Boóczné Sáfár Gyöngyi* kísérte kutatásokkal az átalakítás kezdetétől (1993-tól) az első két évet.⁵⁷

Az idea és a cél

A *családorvos*, *háziorvos* elnevezés sajátos jelentéssel, szimbolikus „üzenettel” bír. Helyközelben dolgozik, ismeri a beteget, betegségét és otthonát. A háziorvos munkáját környezetismerete segíti, tisztában van betegének családi körülményeivel, látja szociális helyzetét, életének olyan elemeiről is tud, amelyek a mindennapoktól távol álló egészségügyi nagyüzem orvosainak érdeklődési körén kívül esik. A kapcsolat nem csupán egyszeri orvos-beteg találkozásra, hanem hosszabb, tartalmasabb személyes kapcsolatra és ismeretre épül.

Az alapellátás az a terület, ahol még az egész ember, testi-lelki-szellemi egységében látható, nincs kiszakítva valóságos környezetéből, nincs még alárendelve megbetegedett szerveinek. Érthetőbbek a bajok, jobban tapinthatóak a betegség társadalmi gyökerei, a gyógyítás lehetősége és következményei.

A reform körzeti orvosának ideáltípusa olyan orvos, „aki magas szintű szakmai felkészültsége révén képes az öt választó családok vagy egyének szomatikus és mentális problémáinak megoldására. Holisztikus szemléletű, vagyis a beteg test egészét, a beteg személyiségét, valamint családi és munkakörülményeit is figyelembe véve gyógyítja, kezeli, gondolzza betegeit. Magas elméleti és gyakorlati felkészültsége biztosítja, hogy az esetek többségében definitív ellátást is képes legyen nyújtani. Ismeri az általa gondozottak mindennapi életének problémáit, így az általa gondozott családok egészségmegőrzése és beteg-

ségmegelőzése mindennapi életének szerves részévé válik. Az ideális családorvos demokratikus viszonyt alakít ki a családokkal való kommunikációban, és munkája során valóban a család orvosává, a szó igaz értelmében családorvossá válik”.⁵⁸

A koncepció kifejezte a családbarát kormányzat azon elképzelését is, hogy családi körben, mikrokörnyezetben lehet és kell(ene) megelőzni a betegségeket. Az orvosi munka tartalmát is megszabta, hogy legyen családcentrikus és prevenciósz szemléletű.

Az alapellátás orvosainak érdekerősítése, függetlensége, presztízszenvelése, valamint a beteg és az orvos oldalán egyaránt a szabadság növekedése a konkrét célokat formáló elvek között voltak.

Így a másik legfontosabb elem a szabad orvosválasztás. Régen óhajtott társadalmi igény teljesítéséhez tette meg az első lépést a kormányzat azzal, hogy az alapellátásban a biztosítottak választhattak maguknak háziorvost a területen dolgozó orvosok közül. A biztosítási kártya bevezetése és a kártya leadása a családorvosnál — ez lesz az orvos jövedelmének az alapja — a feltételezés szerint alapvetően megváltoztathatja az eddigi egyoldalú függést, a beteg kiszolgáltatottságát. Az előrelépés a beteg választási lehetősége irányába történt, annak reményében, hogy ez egy szimmetrikusabb viszony kialakítását segíti elő beteg és orvos között. Az orvosválasztással, ha korlátok között is, de a beteg szuverenitása erősödött: az orvosnak érdeke, hogy őt válasszák, jobban meg kell felelnie választói igényeinek, így a betegek egyoldalú függése lazul.

Változás következett be az alapellátás orvosainak finanszírozásában is. A biztosítottak leadott kártyái alapján számolják a fejkvótát, tehát az ellátottak száma szerint kapják az orvosok a keretösszegeket, így szerződhetnek az önkormányzatokkal. A szerződésben biztosított összeg elosztásáról a háziorvosok rendelkeznek. Ebből kapják saját jövedelmüket, fizetik az adminisztrációt, fedezik a költségeket. A „kvóta szerinti” támogatással új finanszírozási mód alakul ki: a vállalkozások lehetőségével önállósulhattak a családorvosok, nem csupán alkalmazottak lehetnek, hanem módjuk van önálló vállalkozásra. Javulhattak anyagi körülményeik, jövedelmi viszonyaik, jobbak lettek munkafeltételeik, növekedett önállóságuk, a bürokráciától való függetlenségük. A döntés megnyitotta az utat a vállalkozó orvosok előtt, új jogosítványokat, működési kereteket biztosított, másfajta munka- és életlehetőségeket teremthettek a volt körzeti orvosok.

A definitív ellátás megvalósításának értelme, hogy az ellátás súlya és fontossága az alapellátásra helyeződjék át ne csupán elvben, hanem gyakorlatban is. Valóságos gyógyításnak kell történnie, amit ha lehet, az alapellátás szintjén kell megoldani. A háziorvosnak befejezett betegellátást kell nyújtania. Ez a koncepció beteget, időt és anyagiakat kímélne, megváltozna a körzeti orvos korábbi „közlekedési rendőr” szerepe, amelyben a receptírással, beutalással, a betegállományba való kiírással betelt az idő-, a türelem-, de a kompetenciahatár is.

Ha sikerül a befejezett betegellátást megvalósítani és az indokolatlan továbbküldést elkerülni, ez megszabadítja a beteget a feleslegesen és szükségtelenül futott köröktől, az orvosokat a nem rájuk tartozó feladatoktól, s az egészségügyet a költséges, ismétlődő, magas szinten olykor fölöslegesen elvégzett ápolás vagy gyógyítás kötelezettségeitől.

A megelőzés is a házi orvosok hatáskörébe került. Ennek előnye, hogy ismeri a beteget, tudja mi veszélyeztetheti, ismeri a környezetet, a családot, jelen van a település életében, folyamatosan követheti az egészség változásait, inkább képes megelőzni a betegségeket, mint a specializált ellátásban dolgozó orvosok.

Ezért kapták a kártya leadásával egy időben azt a feladatot, hogy már az átalakítás legelső idejében minden odatartozó emberről teljes egészségi állapotfelmérést, anamnézist készítsenek. Az elképzelés fontosságát mutatja, hogy csak ezután a szűrés után kapták meg a fejkvótát a finanszírozás szerződéséhez a házi orvosok.

A családorvosi rendszer kialakítását a jelen helyzet javítása mellett a jövőt is előkészítő lépésnek szánták. S valóban egészségesebb egészségügyi struktúrát alapozott meg. Ez akkor is tény, ha a szándék és a megvalósulás még korántsem esik egybe, és ha az elképzelés jobb annál, mint ami létrejött, illetve ami a jelen feltételek között egyáltalán megvalósíthatónak bizonyult.

A valóság

A céllal és az ábránddal szemben a valóság azonban ismét másnak bizonyult. A megoldás elhajlik az ideális képzetektől. Miben is?

- A demokratikus elképzelések indítása, némileg mellőzte a demokratikus előkészítés módját.
- A szabad orvosválasztás ugyan adott bizonyos jogokat, de már a választási feltételeket szűkebb adottságok követik kevés információval, és a választás lehetősége megállt az alapellátásnál.
- Az önkormányzatok felkészületlenek voltak, s egészségügyi törvény híján sokféle szubjektív változatot produkáltak. A lehetőséggel nem mindenütt tudtak mit kezdeni. A különféle intézmények működése összehangolatlan.
- A holisztikus szemlélethez a tudás, az eszközök és az idő egyaránt hiányzott.
- A vállalkozásokhoz nem bocsátottak ki valódi vállalkozói hiteleket, nem volt az induláshoz bázis, vagy a különböző vállalkozáshoz szükséges kedvezmény.
- A jól elképzelt és egyébként szükséges lakossági egészségügyi felmérésre oly csekély idő maradt, hogy fontos feladatok elvégezhetetlenek lettek.

Az elképzelt prevenciós feladatok megvalósításához sem idő, sem érdekelt-ség nem volt. Nem gondolták át, hogy a szűrés költséges, hogy a speciális feladathoz hiányoznak az eszközök, az idő, a pénz, és nem volt biztosíték arra, hogy a kiszűrt ember betegellátása megtörténik.

A házi orvosokra háruló feladatok nem épülhettek sem megfelelő felszere-lésre, sem érdekeltséget biztató finanszírozásra, de még igazán biztos szak-kepesítésekre sem. Így a reménykeltő indulás kétkedésbe és csalódottságba fordult.

A házi orvosi rendelet előkészítése és végrehajtása

Nehéz megtanulni és gyakorolni a demokráciát. Ez az igen fontos átalakítás nem törvény alapján, hanem minisztériumi rendelettel készült. Nem is vitaták meg a rendeletet kibocsátása előtt, nem beszéltek meg a leginkább érde-kelt házi orvosokkal sem, de kimaradt a vitákból a kamara és a szakszervezet is. Oly gyorsan bonyolították le, hogy a betegkártyákat már nyomták, amikor még a rendelet el sem készült.

Ellenzéki egészségpolitikusok a kormányzat fejére olvasták az együttműkö-dés hiányát, a tájékoztatás elmulasztását, a viták és az egyeztetések elmaradá-sát. A szakmai szervezetek is morgolódtak.

A kritika okaiban lehetett ellenérzés a megszokottal szembeni kimozdulás kényszere miatt is, de benne foglaltathatott az is, hogy lehet valami a legjobb terv, lehet mindenkinek az érdeke, mégis az olyan intézkedés, amit „nélkülünk, értünk”, bevonásunk nélkül visznek keresztül, az diktátumgyanús, legjobb esetben is paternalizmusra utal.

Kutatásaink során a megkérdezett házi orvosoknak mindössze 12%-a ismerte pontosan a reform célkitűzéseit, további 42%-ának voltak bizonyos halványan körvonalazható fogalmi a reformról. Egészében véve az érintett orvosoknak alig több mint a fele ismerte valamilyen szinten a reform deklarált céljait.⁵⁹

Jogosnak látszik az a kritika, hogy nem kérdezték meg őket, nem vitatták meg velük az elképzeléseket, kész helyzetbe kerültek. Szerintük, ha együttmű-ködnek velük, jobb megoldásokat lehetett volna kidolgozni, kevesebb utólagos módosításra került volna sor. Határozott igényeik lennének állandó konzultá-cióra és a visszajelzés lehetőségének megteremtésére. Abban reménykednek, hogy a megkezdett strukturális és finanszírozási reform nemcsak az egészség-ügy működőképességét fogja biztosítani, hanem az ösztönzési rendszer is olyanná válik majd, ami érdekeltté teszi őket a magasabb szakmai szinten vég-zett gyógyításban.

Az az irányításban tapasztalható politikai módszer, hogy sok embert érintő változást kevés ember gondol át, és végrehajtásakor, illetve megkezdése előtt kihagyja az érdekeltet a széles körű konzultációból, kormányra és pártokra

való tekintet nélkül jellemzi az egész átalakító periódust, az egészségügyet mindenképpen. Mintha az új demokratikus elképzelések alapján működő új kormányzatok éppen a demokratikus együttműködés elemi formáit éreznék zavarónak. Az egészségügyi kormányzatot akkor érintő kritika szinte szó szerint ismétlődik a kormányváltás után, ami azt jelenti, hogy ugyanaz a döntési stílus uralkodik függetlenül a kormányzat politikai színeitől: hogy hatalmi helyzetben lévő politikusok nem egyeztetnek, nem készítik elő intézkedéseiket, hogy nem nyerik meg fontos lépéseik érdekében a leginkább illetékeseket. „Nem volt kellő érdekegyeztetés”, „az a fajta kerekasztal hiányzott, ahol az összes szereplőt leültethették volna”, hogy „a betegség és az egészségügy kérdése nem pártpolitikától függő ügy, ki kell emelni a kicsinyes pártharcokból”. A kritikát mindig annak a pártnak a képviselője mondja, aki a kormányhatalomból kimaradt, igaz, hatalomhoz jutva a legkritikusabb egészségpolitikus is elfelejt úgy cselekedni, ahogy ellenzéki helyzetében ezt a kormányon lévőtől elvárta volna. (Itt a Karinthy-féle „doktor Ugyanaz” elnyúlhatetlen pontossággal ismétlődik.)

A gyorsaság, a sürgetés, hogy végre megvalósulhassanak a várva várt elképzelések, a hatékonyságot érzik akadályoztatva a „demokratikus huzavonák” beiktatásával: túlságosan sok ember megkérdezése, túlságosan sok konzultálás, amikor minél gyorsabban eredményt kell produkálni. Nyilván még évek vagy évtizedek telnek el, amíg reflexszé válik a demokratikus vezetési mód, s szükségességét éppen az eredménye fogja igazolni.

A gyorsaság nemcsak a kiérleletlenség miatt okozott bajt, hanem mert a célok ellen hatott. A kontrollok beépítése nélküli gyors végrehajtás következménye, hogy miközben mintegy 14 millió kártyát adtak ki, nem gondolták át, mi lesz azokkal, akik nem biztosítottak, vagy akik később, a munkanélküliség növekedésével és a munkanélküli helyzetből kikerülve sehol nem találnak helyet, és így kiesnek a biztosítottak jogi helyzetéből. Néhány veszélyeztetett réteg is kikerülhetett a korábbi körzeti orvosi kontroll alól.

„Vajon mi történt azokkal az emberekkel, akik sehová sem adták le kártyájukat. Okkal feltehető, hogy köztük számos veszélyeztetett szociális helyzetű és egészségi állapotú ember van, s ez közegészségügyi és ifjúságvédelmi problémákat egyaránt felvet. Különösen szembeötlő a hajléktalanok helyzetében, hiszen számukra a házi orvosok területi ellátási kötelezettsége nem jelent megoldást, mert ha az adott területen nincs bejelentett lakásuk, akkor nem kötelesek őket ellátni. Sürgősségi ellátásra és humanitárius segítségre jó esetben számíthatnak ugyan, de az anyagi korlátok közé szorított, saját zsebre dolgozó vállalkozó orvosoktól ezt jó-hiszeműség esetén sem valószínűsíthető, hogy mindig meg fogják megkapni.”⁶⁰

A sürgetés másik következménye — ami szintén az alapkoncepciót tette lehetetlenné —, hogy elmaradt az állapotfelmérés. A szűrővizsgálat elvégzésére nem volt idő, pedig a reform egyik deklarált célja volt.

Az eredeti koncepció szerint a kártyaleadással párhuzamosan történt volna meg a lakosság egységes szűrése. Pontosabban a lakosság családi anamnéziséét,

rizikófaktorait és egészségi státusát felmérő vizsgálatot a kártyák begyűjtésével egyszerre kellett volna elvégezni. Erre viszont abban az időszakban, amikor tömegesen adták le a kártyákat, nyilván nem volt lehetőség. A családorvosok szerint a társadalombiztosítás nem hozta idejében a családorvosok tudomására a törzskartonok kitöltésének célját, módját, idejét és a kitöltés elmaradásának következményeit. Nem mérte fel az eredeti elképzelések megvalósíthatóságának reális feltételeit. Amikor a társadalombiztosítás bejelentette, hogy 1993. november 30-a után csak a kitöltött törzskartonok után hajlandó a finanszírozást folytatni, a Háziorvosok Szakmai Kollégiuma tárgyalásokat kezdeményezett a határidő meghosszabbításának érdekében, de ezek eredménytelenül végződtek. Az interjúk szerint a családorvosok többsége fontosnak tartotta a státuszvizsgálatok elvégzését, de a határidő szorítása miatt a kartonok egy részét vizsgálat nélkül volt kénytelen kitölteni.

A szabad orvosválasztás vívmánya és a valóság korlátja

Az orvosválasztás szabadsága többszörösen kötött. Zárt, korlátozott és sajnos fiktív szabadság. Mindenki választhatott, és az eredmények szerint 95% „szabadon választott” (a százalékos arány még a régi szocialista választások idejét idézi fel). Valójában csak az tudott választani, akinek volt ki közül választani, ahol volt több orvos, így a városokban és a nagyobb községekben. A választási szabadság adottsága a választási lehetőség korlátjaiba ütközött, és emiatt még a választási szándék hiányába is behatárolta a választás szabadságának örömét.

A kutatás eredménye szerint a megkérdezett felnőtt lakosság 95%-ának „választása” pontosan azt jelentette, hogy a megkérdezettek 83%-a a régi körzeti orvosát választotta, 8% régi orvosa rendelőjében dolgozó másik orvost, 7% ugyanazon településen másik rendelőben dolgozó orvost, 14–20% az új orvos választását kényszerűségből tette, mert elköltözött a biztosított vagy az orvos, netán megszűnt a körzet stb. Így még ennél is kevesebben voltak az igazi, „szabad akaratukból” új orvost választó biztosítottak. Vagy nem volt tényleges választási lehetőség, vagy kevés volt az orvosválasztást lehetővé tevő praktikus információ.

A választás nem terjedt túl az alapellátás családi orvosi körzetein. Nincs folytatása a magasabb szinteknél, nem épül tovább sem a szakrendelés, sem a szakorvoslás irányába. Különösen nincs lehetőség a kórházi szabad orvosválasztásra.

Hiányzik a különböző egészségügyi intézmények jogi és szervezeti összehangolása. Még azonos típusú szerveződések között is zűrzavar uralkodik. A települések között nem érvényesül egy közös teherviselésre épülő finanszírozás és együttműködés. (Ez különösen a nagy költséget igénylő egészségügyi intézmények működtetése esetén ró óriási és egyenlőtlen terheket a fenntartó

központi településre.) A szakmai, finanszírozási, jogi és végrehajtási intézmények útjai koordinálatlanok. A különböző szervezetek egymásra építő rendszerének szukcesszivitása is hiányzik.

Különösen kidolgozatlan az önkormányzatok és az alapellátás orvosainak kapcsolata. Az önkormányzati törvény előbb készült el, mint az egészségügyi törvény. Az önkormányzatokban viszont a döntési hatalomban lévő emberek nem rendelkeznek mindig megfelelő áttekintéssel vagy szakértelemmel az egészségügyi intézmények működési feladatairól. Az önkormányzat saját hatáskörön belül dönt olyan dolgokról, amelyekben ugyan kompetenciájuk van, de szakértelmük nincs. Ilyen esetekben belső gazdasági és csoportérdekek a közösség, az egészségügyi ellátás érdekei fölé kerekedhetnek.

Az önkormányzati törvény mint kerettörvény, csak általánosságokban fogalmazza meg az egészségügyi alapellátás kötelezettségeit. A prioritások meghatározása és a működtetés feltételeinek részletei az önkormányzatokra van bízva. Az önkormányzatok egy része felkészületlen volt és nem tudott mit kezdeni a hirtelen jött önállósággal. Nem váltak igazán gazdájává a terület egészségügyének.

Nemcsak az ÁNTSZ kontra önkormányzat vitája, hanem több, egymás mellett működő egészségügyi preventív és ellátó intézmény hatásköre tisztázatlan. Például a védőnők fontos szervezete kétfelé szakítva lebeg az ÁNTSZ és az önkormányzat között. Nem világos a tisztiorvosok és a szakellátás kapcsolata. A vállalkozó orvosok jogosítványai és helyzete különösen formálódik az egészségügyi intézményrendszerekben. Bizonytalan a gyermekorvosi hálózat, amelyet a szakellátás legfejlettebb eredményei között tartottak számon. Hiányzik a szakellátás és az alapellátás összehangolása. Tisztázatlan a szak-, az alap-, valamint a kórházi ellátás kompetenciahatára. Ez különösen akkor kockázatos, amikor a finanszírozás kérdései a működés racionalitása fölé kerülnek. Aggasztó, hogy a különböző új intézmények életre hívásakor kimaradtak a működést ellenőrző, beépített, minőségi kontrollt biztosító szervezetek. Éppen azok hiányoznak, amelyek a működés hatékonyságát és szakmai színvonalát ellenőriznék. Nem épülnek egymásra az intézmények, nem találják működési területük harmonizálásának módját a különböző vágányon haladó apparátusok. Pedig a visszacsatoló szakértői kontroll elengedhetetlen lenne az ellátás biztonságos működéséhez, és feltehetően az orvosok és a betegek biztonságérzetét is megerősíthetné.

A *definitív ellátás* olyan elvárás, amelyhez a feltételek még nem épültek ki, ezért a kívánatosnak látszó definitív ellátás egyelőre még több esetben komoly egészségkockázatot tartalmazó tényezőkkel járhat.

A családorvosi rendszer koncepciójának beteljesülése útjában az anyagi diagnosztikus és terapeutikus eszközök hiánya áll. A szervezeti elképzelések nincsenek végiggondolva: nincs eszköz, még ma sincs elég idő a betegekre, és sajnos nincs az elképzeléshez megfelelő „mindent tudás”. A rendszerbe nincs be-

építve a szakmai kontroll, hiányzik mindahhoz a szakmai kompetencia, amiben viszont a döntési kompetenciát is el kell vállalni. Hiába a legjobb alapelv — a holisztikus szemlélettől a teljes emberi viszonyok ismeretéig, a prevenciótól a folyamatos kísérésig —, ha nincs hozzá se tudás, se szemlélet, se új viszony kialakítását kívánó mentalitás.

A szakmai színvonal kérdése

A kutatások azt bizonyítják, hogy olyan orvosok is ellátják ezt az összetett új feladatot, akik évek, sőt évtizedek óta ugyanott vannak, akik az egyetem elvégzése óta nem kényszerültek tudásuk megújítására, rutinmunkájuk felfrísítésére, korszerűsítésére. (A megkérdezett házi orvosok kétharmada az 1970-es évek közepe előtt járt egyetemre, így szakképzettségük több évtizeddel ezelőtti tudásanyagra épül. Ugyanakkor kétharmaduknak van legalább egy szakvizsgája.⁶¹)

Az alapellátás „befejezettségének” erőtetése kockázatosá válhat abban az esetben, ha szakmai kontrollok híján kényszerrel és kedvezményekkel arra kötelezik az orvosokat, hogy az alapellátásban tartsák a betegeket, azokat is, akiknek magasabb ellátási szintre kell jutniuk.

A továbbutalás szigorításában nagy veszély, hogy olyan érdekeltségi rendszer jön létre, amelyben mindenkit helyben „tárolnak” diagnosztikus eszközök és terápiai biztonság nélkül. (A megkérdezett házi orvosok mindössze 10%-a érzi úgy, hogy számára minden tárgyi személyi feltétel adott a minőségi munkavégzéshez. Minden ötödik a pénzhányban, további 20% valamilyen műszer hiányában látja a munka akadályát.) Különösen terheli a rendszert, hogy a szakellátás működési gondjai átszüremlenek, hogy érdekelletét alakulhat ki a kórházi és alapellátásban dolgozó orvosok között, és olyan érdekeltségi viszonyok kezdenek kiépülni, amelyek a betegek gyors és hatékony ellátása ellen hatnak, és nem látható, hogy van-e ez ellen fellépő kontroll-mechanizmus. A szocialista egészségügyi rendszer hibája most megfordul. Akkor mindenkit — ha kellett, ha nem — továbbküldtek, most azt is helyben „tárolhatják”, akit sürgősen tovább kellene küldeni.

Minden jog, anyagi eszköz és racionális építkezés hiábavalóvá válik, ha hiányzik az újfajta alapellátáshoz szükséges mentalitás, egy újfajta figyelem, egy új prevenció szemlélet. A mentalitást pedig sem a tanfolyamok, sem a körzeti orvostól családorvossá váló átnevezés és súlyáthelyezés nem változtatja meg.

Akik jó színvonalú körzeti orvosok voltak, azok tudnak élni vállalkozási lehetőségeikkel és házi orvosi, családorvosi szerepükkel. A gyenge vagy rossz orvosok minősége átnevezéstől és helyzetváltozástól nem fog javulni. Maradnak, akik voltak, és nyugodtan folytatják a régi időkben megszokott, érdektelen, lelketlen, figyelmetlen, csak orvosságokkal gyógyító, prevencióval

nem törődő, ám az egészségügyi adminisztrálásra ügyelő, rossz rutinjukkal élő, gyógyításra, különösen definitív ellátásra alkalmatlan munkájukat.

Akkor válhat új szerepkörének megfelelően teljessé az alapellátás jó elképzelése, ha a joghoz, az elgondolt feladatokhoz, a felkínált presztízshöz és az orvosi sokoldalúsághoz a teljes eszközrendszer is adott lesz, valamint ha az ún. szubjektív orvosi képességek párosulnak az objektív adottságokkal, az anyagi eszközök ellátásának konkrét segítségével is. Ha a szakmai kontroll, az állandó továbbképzés ösztönző módon beépül a rendszerbe.

E kritikai elemzés nem érinti azt az állítást, hogy a háziiorvosi rendelet segít megalapozni egy jobban működő egészségügyi rendszert. Itt is hosszadalmas átalakulásról és érési folyamatról van szó, nem lehetséges egy csapásra valamilyen lényegesen új helyzetet és jobb működést elérni. Itt is állandó feladat az eredmények megfigyelése, a hibák kiszűrése és a tapasztalatok alapján a működési mód, a finanszírozás és a szervezet állandó javítása. Az eredetileg kívánt célok eléréséhez, a szükséges változtatások érdekében, állandóan hatást gyakorolhatnak a korrekciós mechanizmusok és azok kiigazító funkciója. Egy demokratikus ország működése éppen ezért reménytelen, mert az állandó mozgás dinamikája áll szemben a megújulásra képtelen merev rendszerrel, és van mód önkorrekcióra, változtatásra.

Az abortuszvita és a törvény

A változás utáni időszak első kormánya (1990–1994) eszme-rationális vezérlésűnek nevezhető, mert eszméi demonstratív módon jelentek meg a törvényhozás szellemében, nyilvánvalóan hatottak a hatalmat gyakorló, döntéseket végrehajtó emberek kiválasztásában is. Az ideologikusság nem pusztán az eszmék jelenlétére utal, hanem arra is, hogy azok erejét a hatalomszerzés és hatalomerősítés érdekében alkalmazta és használta.

A kormány az egészségügyben is törekedett szellemiségének kifejezésére: a keresztény, a konzervatív és a nemzeti eszmék érvényesítésére. Ezzel különböztette meg magát a többi párttól, s a valamennyi párt programjában szereplő demokratikus változtatás elvei — mint például a szabadság, a jogrend, a magántulajdon és az új polgárság megteremtésének céljai — mellett ezen eszmék vezérelték rendszerváltoztató céljaiban.

Különösen látványosan emelkedett ki a keresztény-konzervatív szellem demonstrálásaként a közkeletűen csak „abortusztörvény”-nek titulált előterjesztés, amely a kormánykeresztségekben a „magzatvédelmi törvény” elnevezést kapta. Az Országgyűlés nagy vihart keltő vitáin túl felkavarta az ország egész közvéleményét.

A következőkben *nem az abortuszt* magát elemzem — erről kiváló tanulmányok láttak napvilágot —, hanem a vitákban elhangzott legmarkánsabb nézetek értelmezési tartományait vizsgálom, hogy megértsük a törvényhozás körül csapkodó szenvedélyeket.

A beavatkozó hatalom

„A magzati élet védelméről” szóló 1992. évi LXXII. törvény vitája 1992. november végétől december közepéig tartott. A törvényjavaslatot az egészségügyi kormányzat terjesztette be az Alkotmánybíróság felszólítására, amely testület az év végéig érvényes törvényt várt.

Közvetlen előzménye, hogy a Pacem in Utero kicsiny, de igen radikális csoportja még 1990-ben az Alkotmánybírósághoz fordult, hogy alkotmányellenessége miatt semmisítse meg a jelenleg érvényben lévő abortuszrendeletet, és szólítsa fel az Országgyűlést, hogy hozzanak új törvényt, amely keresztény szellemű, és tiszteletben tartja a megfogant magzat elemi jogát az élethez.⁶²

1991-ben a katolikus püspöki kar a fentihez hasonlóan a keresztény szellem, az élet értékének védelmében ugyancsak az abortusz tiltása mellett foglalt állást.

Két év telt el az első beadvány és egy év a püspöki kar dekrétuma után, amikor vitára tűzték a magzatvédelmi törvényjavaslatot. Valószínűsíthető, hogy a kormány sem szánta rá magát könnyen a döntés előkészítésére, hiszen a kormányzó koalíciós pártok között, de még a legnagyobb kormánypárton belül sem belül voltak egységesek a nézetek.

A születésbe való beavatkozás — ahogyan a születéskorlátozás módja is — a belátható idők kezdete óta a vallási és világi uralom döntési és tilalmi körébe tartozott.

A hatalom a lelkek és a testek felett különösen vigyázta a születést mint minden élet — és mítosz — kezdetét. Szigorú szabályok — törvények és rítusok — kötötték a fogamzás és a születés fázisait. Vallási és világi parancsok diktálták és magyarázták a párosodás módját, idejét, a terhesség viselését, a szaporodás serkentését vagy korlátozását, a várandós anya és magzata védelmének vagy éppen elveszejtésének módját. Azért is övezte a legnagyobb tisztelet az új élet létrejöttét, mert a születés nagy mítosza — csodája, szentsége — mellett ez az élet folyamatosságának, az életképességnek a bizonyítéka és záloga, a törzs (nemzetség, ország, nemzet) erejének jele is. De ahol törvény és kényszer van, ott a hatalom akaratával szembe is kerülhetnek az emberek. Kényes mindig, ha külső hatalom avatkozik az emberek legbelső életébe. Az életadás képessége nem jár együtt az új életet vállaló akarattal, bárhogyan is kívánják ezt azok, akik felelőssége ezzel a kívánsággal megszűnik. Ahogyan a szülés tilalma sem járt együtt az engedelmességgel, ha az állam, ország, vallás azt akarta, s a tilalom ellenére akár titkon szültek is (napjainkban Kína és India példáját láthatjuk), úgy tilalom ellenére nem vállaltak vagy elemésztették a magzatot, még ha a felső hatalmak akarták is azt, hogy legyen több gyerek. Bármilyen hatalom, bármilyen racionalitás vagy idea érdekében tették is tilalommal vagy kötelezővé a szülést, a párok és családok saját életük, érzelmeik bensőséges biztonságának védelmében nem mindig viselték el a hatalmi akarat beavatkozását legsajátabb belső életükbe, s megszegték a szabályokat, szembeszálltak a törvényekkel, kikerülték a parancsokat. A törvényszegés mindig is szenvedélyeket kavart mindkét oldalon: a törvénykezők és a törvényszegők között is.

Magyarországon különösen a válságok és a nagy társadalmi fordulatok idején került a társadalmi érdeklődés fénykörébe a születések apadásának kérdése, mert éppen a válságok következményeként vált kiáltóvá a nemzetfogyás veszedelme. A társadalmi feszültségek nem mindig könnyen áttekinthető okai egyszerűen lokalizálódtak a születés nemzeti, társadalmi vészjelzésére, s kézenfekvő magyarázatul szolgálhattak a halmozódó társadalmi bajokra. Ez mindig fontos érveket adott az éppen aktuális társadalmi-hatalmi rendszer közvetlen és áttételes kritikájához. A nemzetpusztulás vízióját nemcsak romantikus látomások, hanem a tények, az újszülöttek csökkenő száma is iga-

zolta. Ezt a jelenséget a népeśégtudomány — a modernizálódás idejének születési arányszámainak csökkenését — „demográfiai fordulat”-nak nevezi.⁶³ A félelem, hogy fogy a nemzet, indulatoktól fűtöten és indulatokat gerjesztve hangzott fel többször az elmúlt másfél száz évben. Azokra az újra meg újra ismétlődő vitákra utalok, amelyek először a múlt század harmincas éveiben hallatszottak nyilvánosan, majd a század végén felújultak, s később, a harmincas évek „egyke”-kérdésében újra az országos érdeklődés fénykörébe kerültek.

Akar napjainkban is írhatta volna az alábbi sorokat a *Magyar Gazda* múlt századi olvasója:

„Ugyanis bizonyos kisebb rendű helység lelkése bizonyossá lett azon igen szomorító tény felől, miképp egy év lefolyta alatt csak egy kereszteleś volt a helységben. Ez sokkal figyelmet ébresztőbb dolog lévén, semhogy közömbösen abban hagyatnék, a tisztelt lelkész úr összehívátá a helység bábáit, s nem kis illetődés nélkül esett tudomására, miképp a pórnök készakarva nyúlnak olly eszközökhöz (rossz lelkű anyókák tanácsát követvén), mellyek az említett eredményt vonják magok után, s ezen borzasztó szándékuk teljesítésére a legirtóztatóbb utat választották. E borzasztó gyermeke vesztesék, különösen a magyarfajnál hazánkban köz tudomásra vannak, de korlátozásukra fájdalom! sem erkölcsi, sem rendőri intézkedések nem tétetnek, s ezen mesterségesen előidézett meddőségnak kell főleg fajunk csekély számát, s az idegen nemzetiségek túlnyomóságát tulajdonítanunk.”⁶⁴

A nemzetért aggódó írástudók mellett a politikai hatalom is fellépett a múltban a népeśég fogyása ellen — elsősorban a hatalomerősítés érdekében. A nacionalista és parancsuralmi rendszerek presztízskérdéssé tették, hogy növekedjen a népeśég (több ember egyenlő nagyobb hatalom, több alattvaló, több fiatal férfi, több katona, nagyobb expanziós erő), s a legszigorúbb intézkedéseket hozták, hogy a fogyást csökkentsék. Inkább a katonai-gazdasági erő, illetve lényegében az erő — sőt, szimbolikájában a férfierő — bizonyítékához kellett a számbeli fölény amellet, hogy akkor korlátlan a hatalom, ha beleszólhat a legbelsőbb ügyekbe, s így diktálhatja a gyermekvállalást is. (Lásd az eltérő ideológiák ellenére is az azonos álláspontot Hitler és a Német Birodalom idején, a Rákosi-korszak Ratkó-féle törvénye, vagy a Ceauşescu-diktatúra terhességmegszakítási tilalmai között.)

A rendszerváltozás előtti időben már volt bizonyos „iskolázottságuk” az embereknek, ez esetben különösen a nőknek ebben kérdésben. Így élhették át a politikai külső kényszert legbelsőbb világukra.

Emlékeztető korábbi törvényekre

Az a felhangzó vád, amely szerint a kommunista rendszer „nemzet- és gyermekgyilkossága” az abortusz engedélyezésében megmutatkozott, nem pontos. Tény, hogy éppen a leggyilkosabb idők voltak a legkevésbé magzatgyilkosak. A gyermekszületést az ötvenes években kiemelték az egyén döntési köréből és közügyként, központilag „kezelték”. Így az abortusztilalom megerősítésének

két nagy hullámát élték át az elmúlt negyven évben, ami nyilván megmaradt az emberek, a mai nagyanyák és anyák emlékezetében.

Az *első*, a diktatórikus kommunista korszak egyik legelső emblemikus intézkedése volt: 1951-ben az abortusz megtiltása. A törvény a rendszer természete szerint deklarált, döntött, diktált és büntetett. A „meggyőzés” mellett börtönnel is fenyegette az abortuszt végrehajtó orvosokat, de a fenyegetés a nőkre is kiterjedt. A szülés ugyanis „államérdek” volt, az állam iránti kötelesség. A magzat elpusztítása a szocializmust, sőt a szocialista tábort gyengítő tett, a közösségi erő aláaknázása volt. A sokféle jogfosztás között ugyan nem ez okozta a legtöbb szenvedést, de az úgynevezett „Ratkó-korosztály” többsége életében viselte el születési idejének folyamatos nehézségeit. Abortusztörvényt viszonylag könnyen lehetett hozni, de anyagi életfeltételeket, lakást, iskolát és leginkább kedvet az életadáshoz nem. A demográfiai csúcstól elérő ellátatlanok és a „nem kívánt” gyermekek egész életükön át hurcolták életre jöttük kényszerének keserveit. A diktatúra elleni tiltakozás az első kis oldódás idején 1953-ban magával hozta az önrendelkezés jogának igényét, s ebben a női önrendelkezés jogát is lehetővé tevő abortuszengedély korlátozott visszaállítását.

A *második abortuszellenes hullám* a szelídített önkényuralom idején történt. 1973-ban szigorodtak a szabályok — mikor a gazdasági reformfolyamat is visszafordult —, és súlyos döntések születtek a szellemi élet megrendszabályozására is. Ekkor szervezték a nemzetfogyás ellen, a demográfiai hullámvölgy elkerülésére a megszigorított „abortusz bizottságokat”, az asszonyok szabaddosságainak korlátozására, a leányok „szégyenére”, azaz szégyenbe hozására. A korai polgárjogi küzdelmek tiltakoztak az abortuszjog megvonása ellen, s kiálltak a nők szabad rendelkezésének visszaadásáért. A retorziók egzisztenciájukban fenyegették a tiltakozások aláíróit. A hetvenes években a kormányzat ráébredt a szigor mellett arra, hogy a gyermekszüléshez nem elég a tilalom, kedv is kell hozzá. Ezért kedvezményekkel is akarták serkenteni a szülési kedvet: már ügyesebben forgatták a vonzás-tiltás eszközeit, a tilalom, a joghiány és a biztatás együttesét a szülés érdekében. De a beleszólás a legszemélyesebb életbe kínos és sértő tapasztalata maradt a nőknek, akik az AB-bizottságokat megjárták, s azok bánásmódját el kellett viselniük.

Az állami beleszólás azt jelentette, hogy adminisztratív és hivatali eszközökkel hol direktebb, hol indirektebb kényszert alkalmaztak, s a külső diktátum annak kifejezése volt, hogy a gyermek voltaképpen nem önként vagy örömből választott belső igény, hanem az állam ügye. Itt is az állam lépett fel azzal, hogy képviseli a köz érdekét, szembeállítva azt az egyén önzésével és kényelemszeretetével.

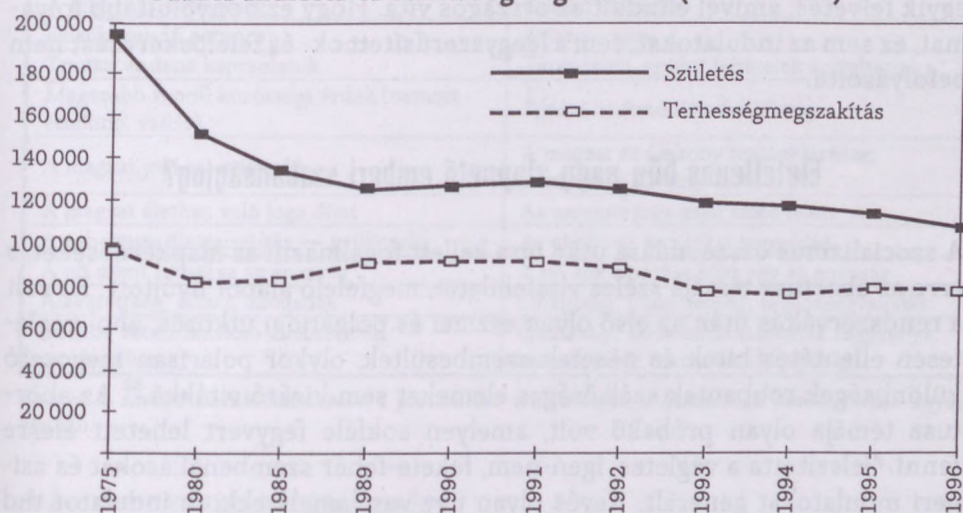
A nagy hullámvölgyek, amelyek csaknem mindig társadalmi válság idején mutatkoztak meg, majd a hivatalos tilalmakkal mesterségesen kreált népesebb hullámhegyek (abortusztilalmak) eltérítették ugyan a népszaporulatot a

természetes demográfiai tendenciáktól, de az emelkedés csak időleges volt, a hullámhegy után hullámvölgy következett, a csökkenés trendje hosszabb távon is folyamatos tendenciát mutatott.

A művi abortuszt tiltó intézkedések hatása a születésszámra viszonylag csekély volt, lényegesen kisebb, mint ahogyan azt a közvélemény néha feltételezte. Az élveszületési arány egyetlen évben emelkedett csak 23 ezreléig, ezt követően csökkent. 1953–1956-ig bezárólag összesen 89 ezerrel, vagyis nem egészen 12%-kal több születésre került sor, mintha az 1952-es születésszám változatlanul maradt volna a következő négy évben. Úgy látszik tehát, hogy az abortusztilalom több év távlatában nem módosította a gazdasági és társadalmi változások által meghatározott, hosszú távú csökkenési tendenciát.⁶⁵

15. ábra

Összes születés és terhességmegszakítás (1975–1996)



Forrás: *Ifjúság és társadalom. KSH Ifjúságstatisztikai adattár, Budapest, 1998.*

A gyermekvállalásnak mindig erősebb volt az összefüggése a gazdasági, az erkölcsi vagy a társadalmi válsággal, mint amilyen változást hozott a hatalmak beavatkozásának hatása és akarata. (1987-ben indított kutatásunk a Pest megyei agglomerációban közlő adott választ szülés-születés kérdésére.)

A rendszerváltozás után a figyelem ismét a népesség számára és a fogyás tendenciájára irányult. Fennhangon lehetett beszélni a tönkrement gazdaságról, a szétzilálódott erkölcsökről, az elnyomott értékekről. Már az átmenet válságos idején szembeötlővé vált minden tudható és kimondott baj mellett, hogy előregrszik az ország, kevés a gyermek, nincs igazán szülési kedv és a romlanak a családi együttélés viszonyai. Az iparosodott országokban a modernitással együtt járó, csaknem mindenütt csökkenő születésszámhoz képest a magyar születési arányok meredekebben romlanak, évről évre kevesebb gyermek jön a

világra, s a társadalmi reprodukció ellehetetlenült. A statisztikából látni lehetett, hogy a művi vetélések száma mint növekedett (15. ábra). Egyszerű összekapcsolni a születések számának csökkenését a nyilvántartott abortuszok növekvő számával: az abortusz szabad engedélyezése láthatóan felelős a lakosság fogyásáért. Könnyű megtalálni az okot: ezért nem szaporodik a nemzet. Ha viszont ez az ok, könnyű megtalálni a megoldást is: be kell tiltani a terhességbe való művi beavatkozást.

Első rátekintésre úgy látszik, hogyha minden megfogant magzat megszülethetett volna, ha életté válhatott volna 1955-től 1990-ig minden terhesség-megszakítás, akkor összeadva az elmúlt 40 év nyilvántartott művi vetéléseit — ahogyan ezt meg is tették — többmilliószámú nemzetgyarapodással számolhatnánk. Ezért is nevezték „magyar holocaustnak” az engedélyezett abortuszokat, s tették felelőssé a szocialista rendszer gyilkos politikáját. Ez volt az egyik felvetés, amivel elindult az országos vita. Hogy ez bonyolultabb folyamat, ez sem az indulatokat, sem a leegyszerűsített ok- és felelőskeresést nem befolyásolta.

Életellenes bűn vagy alapvető emberi szabadságjog?

A szocializmus összeomlása után újra kellett fogalmazni az alapkérdéseket, s erre az abortusz témája széles vitafelületet, megfelelő alapot nyújtott. Ez volt a rendszerváltás után az első olyan eszmei és polgárjogi ütközés, ahol végletesen ellentétes hitek és nézetek szembesültek, olykor polárisan megosztó különbségek robbantak szélsőséges elemeket sem kizáró vitákká.⁶⁶ Az abortusz témája olyan próbakő volt, amelyen sokféle fegyvert lehetett élesre fenni. Felszította a végletes, igen-nem, fekete-fehér szembenállásokat és zsigeri indulatokat generált. Kevés olyan ügy van, amely ekkora indulatot tud kavarni, s amiben a társadalom megosztottsága ily élesen fejeződik ki. Különösen egy társadalmi, ideológiai ellentételtől amúgy is felizgatott országban, ahol korábban nem volt mód az érvek szabad kifejezésére és elfojtották a hatalommal szembenálló ellenérzést és tiltakozást.

A magzati törvény vitájában a legnagyobb nemzeti és társadalmi létkérdések, a leggyötrőbb sorskérdések kerültek előtérbe és ütköztek olyan e világi kérdésekben mint nemzetfogyás, erkölcsromlás, család, nő-, anyaszerep. Szembekerült az egyén érdeke és közösség iránt érzett felelőssége, az élet isteni eredete és az emberi szabadság kérdése, egyáltalán az emberi szabadságjogról alkotott nézetek különbségei, a döntés és a szabad választás lehetősége, korlátja és tilalma. De túl az e világi korlátokon, a vitázók a finalitás végső kérdéseiben vallott alapelveikben különböztek: mi az élet eredete, az élet teremtesének isteni útját kinek szabad keresztezni, beavatkozhat-e földi halandó az Isten, a természet parancsaiba? Kinek tartozik az ember felelősséggel? Lehet-e

az embernek, és különösen az asszonynak rendelkezési joga önmaga teste felett? Önmagáé-e a teste, amikor magzatot hord ki? Isteni parancs vagy földi kötelmek, emberi jogok vagy felsőbb utasítás, természeti törvény vagy belső parancs az, aminek engedelmeskedni kell?

Hogy mennyire végletesen különböző világok között kellett vagy kellett volna közös utat keresni, arról a következő leegyszerűsített séma is tanúskodhat.

8. táblázat

Az alapvető elvi különbségek a terhesség művi megszakításának vitájában

TRANSCENDENTÁLIS	E VILÁGI
Isteni parancs	Emberi döntés
Vallás törvényének követése	Társadalmi feltételek az egyéni döntésben
A kihordás kötelesség	Szabad választás
Felsőbbrendű parancs	Belső parancs
Transzcendens kapcsolatok	Társadalmi, egyéni feltételek számítanak
Magasabb rendű közösségi érdek (nemzet etnikum, vallás)	Egyéni, individuális felelősség
A magzat jogi személyiség	A magzat az asszony testének része, nem önálló élőlény
A magzat élethez való joga dönt	Az asszony joga saját teste felett
Az abortusz életpusztítás — gyilkosság	Az abortusz technikai megoldás
A nő szent hivatása az anyaság	A nő sok hivatása közt egy az anyaság
Alávetettség, alázat, elfogadás	Önállóság, függetlenség, felelősségvállalás
Istenbe vetett bizalom a felnevelés reményében	Gazdasági, társadalmi feltételek függvénye: személyes és környezeti biztonság

Forrás: a szerző tartalomelemzése a parlamenti vita, a sajtó, a különböző konferenciák anyaga alapján.

A konszenzus reménytelensége

A fentiekben sematizált álláspontok gondolatköreinél természetesen sokkal bonyolultabb átmenetek és eszmei kapcsolódások is vannak. Könyvtárakat lehetne megtölteni egyik vagy másik érvelés teljes indok- és hitrendszerének ismertetésével. Inkább annak illusztrálására summáztuk a viták alapelveit, hogy látható legyen: milyen végletesen ellentétes alapállásoknak kellett egymással szemben teret nyerni, illetve milyen végletek között kellett a törvényhozásnak mindenkire érvényes, mindenki számára elfogadható törvényt hoznia.

Lehet-e törvényt hozni ott, ahol ennyire ellentétes álláspontok védelméért szállnak síkra az emberek? Lehetséges-e közös jogot alkotni ilyen különböző felfogást és hitet valló emberek számára? Lehet-e közösen kialakítani a legfontosabb közös alapokat?

Hiszen az egyik oldal számára az abortusz a hittel, az étellel szemben álló bűnös tett, tényleges gyilkosság, elfogadhatatlan beavatkozás, súlyos erkölcsi

dilemma, család-, jövő- és erkölcsellenes, árt a felnövekedő nemzedékek épségének és kockáztatja a család és a nemzet kipusztulását. A másik oldal számára azonban az abortusz olyan kihívó szó, amely a nőnek megadja az életadás jogát, s végső soron legalapvetőbb emberi jogát, a szabadságát deklarálja.

Kis János jogfilozófiai könyve *Az abortuszról* szinte egyedülálló példája a magyar szellemi életben ritkán tapasztalható belátó magatartásnak. Végig az ellentétes nézetek belső logikájának rendjén halad, minden álláspontot megmér — mivel „mindkét oldalon tiszteletparancsoló erkölcsi aggályok vannak” —, s az elveket a jog és az erkölcs, valamint a társadalmi együttélést megalapozó jogalkotás filozófiájának, társadalmi szükségességének mérlegére teszi.

Bár a kérdés az volt, hogy lehet-e ennyire szélsőségesen eltérő nézetek alapján mindenki számára elfogadható törvényt alkotni, ám az sem kisebb kérdés, hogyan lehet „megtanulni” a mindennapokban ilyen mérvű hit- és nézetkülönbséggel, ugyanakkor gyűlölködés és gyanúsítgatás nélkül egyáltalán együtt élni. Van-e útja vagy módja — ilyen sarkalatos különbségek ellenére — egymás megértésének, elfogadásának vagy legalább a más felfogások tudomásulvételének? Feloldhatóak-e az ellentétek? Különösen kérdéses ez egy új és még gyakorlatlan demokráciában, ahol az emberek most tanulják a kifejezőmódot és a civilizált konfrontálódást, s ez nem csupán a jogalkotást, hanem az egész társadalmi együttélést teszi próbára.

Igaz, nemcsak nálunk, a szókimondástól elszoktatott emberek közéleti társadalmában volt nagy próbatétel az abortuszkérdés, de még a demokratikus országokban is nagy indulatokat kelt még ma is.

Amerikában is erősen próbára tette a társadalmi konszenzust két, egymással szemben álló mozgalom: az egyik oldalon a „pro life” hívei az életért, a másik oldalon a „pro choice” képviselői viszont a választás szabadságáért hadakoztak. Vehemens indulattal estek egymásnak. Abortuszt végző klinikákat gyűjtöttak fel és életveszélyesen sebesítettek meg abortuszt igénylő orvosokat, asszonyokat.⁶⁷ Indulatra indulat válaszolt, s az egymás gerjesztő hevület e tárgykörben nem bizonyította az Amerikai Egyesült Államok egyes államaiban az együttélés toleráns képességét.

A demokrácia és a szabadság gyakorlatának első időszakában a kis eltérésekből is nagy szakadékok nyíltak, a vitapartnerekből ellenfelek, az ellenfelekből ellenségek lettek, az ellentétből gyűlölködés fakadt. A legkomolyabb gyanúsításokig, sőt vádolásig is eljutottak a szélsőséges nézeteket képviselő emberek.

A vita politikai tartalma ott vált különösen erőssé, ahol az elmúlt rendszer felelősségéről szólt, amennyiben az engedélyezte az abortuszt. Politikai váddá vált a szabadosság, így mindamellet, amiben ártott vagy vétett a szocialista rendszer, bűneinek lajstroma az abortusszal is súlyosbodott. Aki az abortusz mellett foglalt állást az kommunistává, ateistává, erkölcstelenné, végső fokon gyilkossá vált. Mindebben a korábbi rendszer a vétkes, a vád az etnocidiumig tágul, s bűnössé válnak a bűntettek sorozatát elkövető orvosok, a bűnt kívánó,

annak magukat alávető asszonyok, de a mindezt tétlenül szemlélő emberek is valamennyien.

A viták kirobbanó indulataiban benne volt a rendszerváltozás első idejének szocialistarendszer-kritikája, ahogyan minden intézkedésének és intézményének tagadása is. Ha a szocialista rendszer az utóbbi évtizedben engedte az abortuszt — jóllehet legkeményebb éveiben törvénnyel tiltotta —, akkor most a visszanyert szabadság jegyében vissza kell állítani a tilalmat akkor is, ha ezzel csupán egy kisebbség véleménye emelkedne törvényerőre. Ha a szülési kedvvel bajok voltak, és a családok nem vállaltak gyermeket, akkor most nemzeti érdekként olyan törvényt kell sürgetni — akár a polgári autonómiával szemben is —, hogy annak korlátai és az erkölcsi elítélés is sújtsa azokat, akik nem akarják nemzetérdekű feladataikat ellátni. Ha „liberális gyanús” megoldások jellemezték a rendszer utolsó idejét, akkor a törvénnyel erősített konzervativizmus felülkerekedése hoz mindenre gyógyírt. Ha az emancipáció volt a rendszer jelszava — jóllehet nem váltotta be azt —, és a dolgozó nő volt a sugallt ideál, akkor az tűnik felszabadulásnak, ha az asszonyok feladhatják foglalkozásukat és visszatérhetnek otthonukba a gyermekszüléshez és a család ellátásához.

Kié a döntés joga? Ki dönt, kiről?

Különösen vitatott kérdésként került a viták középpontjába, hogy kinek az érdekében szülessen a döntés: az anya vagy a magzat érdekében? Kinek a jogát kell védeni, kinek kell a jogvédelmet biztosítani, kié az élethez való jog?

Biológusok, jogászok és filozófusok gazdag érvrendszerrel támogatták és opponálták egymást. A magzatvédő figyelme a magzati élet kezdete felé fordult, amelyben a magzat joga az életre, s egyszersmind védtelensége áll szemben az asszonyi döntés jogával és jogi hatalmával. Ezek szerint az új élet feletti védelmet még az anyával szemben is alkotmányos erővel kell biztosítani. A megfogant magzatot megilleti az élethez és az emberi méltósághoz való jog. Tehát: aki megöli a magzatot, az gyilkos, aki részt vesz az akcióban, az bűnrészes.

A másik oldal az anya jogát képviseli: az övé a születés feletti kontroll és az új élet felnevelési felelőssége is. Vajon nem azt diktálja-e a jog kérdésén túl az ésszerűség is, hogy azé legyen a döntés joga, akié a gyermeknevelés felelőssége? Ideális esetben ez nyilván az együtt élő páré. Csak az élet folyamatossága felett gyakorolt döntés joga teheti az anyákat, de a szülőket is, életüket tudatos felelősséggel kormányzó, gyermekeiket vállaló, szabad emberekké.⁶⁸

Minden eddigi történelmi gyakorlattal szemben gyökeresen új, hogy a nők számára lehetségessé vált ez a döntés. A tudományos eredmények elterjedésével és az emberi döntés jogainak kiterjesztésével az élet létrehozásának, az utód érkezésének önkéntes és szabad vállalása vált lehetővé, és ez meghozta a

természeti és a társadalmi kényszerektől való felszabadulást. Nem kényszer, nem kötelesség, nem parancs, nem is utilitárius meggondolás (munkaerő, eltartó, haderő). Az önrendelkezés szabadságában a gyermek életre hívása szabad vállalássá, önként vállalt örömmé válhatott. A gyermek születésének értéke lett. Önmaga vált a születés akaratának céljává és értelmévé.

A női választás azonban sok uralkodó tabut megsért: természeti elvet, biológiai kötelezettséget, történeti elvet, vallási parancsokat, közösségi érdeket, vélt és képviselt magasabb érdekeket, különösen a férfiak uralmát. A nők most — amikor kérdéssé vált, hogy lehet-e rendelkezése saját élete és jövője felett — ismét megtapasztalhatták, hogy mi is az a férfiuralom. Végül is a férfiak kezében van a törvényhozás, a jogalkotás, az egyházi és a világi hatalom. Férfiak a nőgyógyászok, akik a nők és a magzatok életébe beavatkoznak. És a dolgok természete szerint férfiak az apák. Nincs vizsgálat arról — csak köznapi tapasztalat —, hogy az abortusz kockázatát hányszor vállalják a nők azért, hogy eleget tegyenek a férfiak kívánságának, és hogy a nők döntéseiben a társadalom elvárásait közvetítő, olykor diktáló férfiak mindennapi felelőssége hogyan érvényesül. Hány esetben kell úgy eleget tenni a férfiakaratnak, az asszonyi kötelességnek, a pár összetartásának, hogy az asszony ne hozza világra közös magzatukat, hányszor dönt az a félelem, hogy a gyermek megtartása a férfi elvesztésével jár, aki nem vállalja a nőt a gyermek terhével? Míg a közélet törvényhozó és szóvivő férfiai a nőket vádolják, a magánélet férfiúi sokszor az ellenkező irányban erősítették a lelki kényszert. Az a férfi, aki maga is akar gyermeket, szolidaritást vállal a nővel, a szeretetével együtt biztosítja, hogy mellette áll, együtt vállalják a gyermekek életre hívását és felnevelésének biztonságát. A konzervatív érvek azonban az erkölcsi süllyedésért mégis a nőket tették felelőssé.

A konfrontáció a nők életfeladataiban is előtérbe került: az anyává válás mint a nő legszentebb kötelessége, az abortusz mint a női feladat megtagadása tételeződött. A társadalomépítés közösségi kötelezettségének felelősségét szembesítették az ego önzésével, s a parancs már nemcsak a vallásé, hanem a nemzet akarata is lett.

Ugyancsak jelentése van annak is, hogy a törvény végül a magzatok védelméről, és nem az anya védelméről szól. Az az esetlegesség, hogy ez a magzat különös módon éppen az anya testében tartózkodik, hogy a magzat védelmét mindenekelőtt mégis az anya védelme adja, s ahhoz, hogy a gyermek épségben megszülessen, az anyának és az apának, a szülőknek az életbiztonságát kellene megteremtteni — nos, mindez ebben a férfijogú parlamenti közösségben sem a névadásban, sem a döntés megfogalmazásában nem jutott kifejezésre. (Érdeemes felidézni, Lányi András hogyan intette a honatyákat a *Ha én magzat volnék* című cikkében.⁶⁹)

A magzatvédelmi törvény vitája és előtérbe állítása a rendszerváltás kezdetén azt jelentette, hogy a politika kiragadta a társadalmi múltban sokszor rossz

közérzetet okozó tünetegyüttesből az egyik legérzékenyebb, az eszmei és személyes szférát leginkább felbolygató jelenséget, ami különösen éles és sokszor torzító választóvonal mentén metszette szét a társadalmat, osztotta meg az országot és izgatta fel az embereket.

A megosztás aszerint történt, hogy mellette vagy ellene vannak-e a beavatkozásnak: szembeállította a vallásos embereket és a vallástalanokat, a liberálisokat és konzervatívokat, a bioetikusokat és bioetikátlanokat, a keresztyéneket és a keresztyéneket, a katolikusságon belül is a világiabbakat és a fundamentalistákat.

Megosztotta a nemeket a nemzetért felelős férfiakra és a „felelőtlen, erkölcstelen” nőkre, vallás szerint és valláson belül, jó keresztyény–rossz keresztyény, nem keresztyény, jó magyar–nem magyar dimenziókat. Így lehetett valaki az abortuszban elfoglalt álláspontja szerint: rossz magyar, rossz állampolgár vagy éppen nemzetféltő, nemzetépítő, illetve nemzetrontó és nemzetgyilkos. A jelzőket az egyik oldal sértés helyett használja: szabadelvű, liberális, ateista, az „igazi” keresztyény erkölcshiján lévő erkölcstelen és emberellenes. A másik oldal sem finomkodik, s a szabadságjogok eltiprásával, a középkor feltámadásával, a fekete klérus új hatalmával válaszol, felelőtlenséggel, erőszakkal, társadalmi érzéketlenséggel, új, nemzetiszínű és fekete diktatúra feleledésével vádolja az ellenoldalt. Az új politikai hatalom környezetében, és különösen a kormányhoz közel álló radikális csoportok vádjában a keresztyénység alapesszméit és képviselőtét gyűlöletté torzították hangos és szélsőséges csoportok. Olyan társadalmi megosztást kínáltak, amelyben összemostak egy nagy, ellenséges táborba mindenkit, aki más módon gondolkodik. Az 1992. év egyébként is felizgatott légkörében a megosztás a hatalomgyakorlás alkalmas eszközének látszott. Könnyen kaphatta a nemzetellenesség, sőt a hazaárulás bélyegét az, aki nem értett egyet valamelyik szimbolikus vagy igazi kérdésben az uralkodó politikai hatalom domináns csoportjaival. A sommás elítélést nem tudta elfogadni sem a férfiak, sem a nők többsége, ahogyan azt sem akarták, hogy legbensőbb választásuk felett állami döntés szülessen. Különösen nehéz volt egy olyan új államrendtől és annak törvénykezésétől elfogadni ezt a magatartást, amelyik a szabadság ígérétével jelentkezett a szocialista önkény után. Népszavazással is felért az, ahogy a saját döntés jogáért, az állam beleszólásával szemben utasították el az agresszív nézeteket, és a gyermek szabad vállalását, az élet feletti döntést szabadságjogként értékelték.

Mintha ez lett volna a nyitánya egy új, bár régi ideológiai megosztás alapján álló offenzív magatartásnak, ami már túlment az abortusz kérdésén, csak éppen az ott megjelenő szélsőséges türelmetlenség visszhangzott tovább. A felkeltett szenvedélyekben ott voltak az elemei a már itt megjelenő, nagyobb társadalmi kérdésekre is kiterjedő nyílt gyűlölködésszításnak, ellenségeskedésnek. A végletes és összebékíthetetlen álláspontok bemerevedésének veszélye nőni látszott.

A vita heve és a kormányközeli erők hangneme sok embert megriasztott. Hogy a keresztény magatartás eszméiből nem a türelem, nem a befogadás, nem az emelkedett eszmei tisztaság, hanem a türelmetlenség, a gyűlölködés feltámadását tapasztalhatták meg, az megrendítő volt. Sokan reménykedtek a kommunista diktatúra éveitől után egy olyan keresztény szellemiségre alapozott világban, ahol eszme, türelem, szociális gondolkodás, erkölcs, összességében a legjobb keresztény eszmék válnak gyakorlattá. A keresztény embléma alól kibukkanó türelmetlenség inkább eltaszított attól, mintsem vonzása erősödött volna.

Mégis, miért kellett az egészségügy törvényes megépítésének, az új elképzelések kiforrása idején ennyi energiát szánni erre? Hiszen ezt a sok erőt és gondolatot a közös vagy hasonló értékeken alapuló tennivalóra lehetett volna fordítani.

Volt ebben egyfajta erőpróba, még talán erőfitogtatás is, hogy a korábban kevés nyilvánosságához jutott kisebb csoportok konzervatív hangadói megmutassák hatásos jelenlétüket az új politikai életben. Benne lehetett annak a reménye is, hogy a katolikus pártokkal együtt learathatják a győzelem eredményét, és bebizonyosodhat, hogy milyen fordulatot hozhat létre a társadalomban a keresztény erkölcs megjelenése.

Lehetett annak megmérése, hogy mennyire vallástalan a társadalom, mennyire lehet és kell a keresztényi lélettől és elvektől való elfordulást megállítani. Lehetett erőpróbája annak, hogy a szabadabban gondolkodó keresztények, keresztények visszakozzanak, helyt adva a konzervatívabb áramlatoknak. Az elnyomott, most felszínre kerülő fundamentalista irányzatoknak hangpróbája is lehetett, akiknek a választott kormány ezzel is bebizonyította: velük és értük is küzdenek az igazi keresztény értékek újra e világra segítéséért és fenntartásáért.

A felkavarodott érzelmek visszatetszést szültek, a közhangulatot a kormány ellen fordították. A felcsapódó heves indulatok, az „össznépet” érintő vádolások, a súlyos szavak, a szélsőséges érvek, a vita hangneme, a vádak érvrendszere elfordította a rokonszenvet a kormánytól. A szélsőséges, olykor fundamentalista gondolati patronok többet ártottak, mint használtak, akár az ügynek, akár a nőik döntésének vagy a szülési kedvnek. Senki nem szereti vádolttnak, különösen bűnösnek érezni magát, a fenyegetőzés egyébként sem segíthet a jobb kedvű, bizakodó gyermekvállaláshoz. A nagy visszhangos vita inkább elidegenítette, semmint biztatta a nőket, nem közelítette, hanem eltávolította őket a kívánt magatartástól. (A kormány népszerűségvesztését plasztikusan fejezik ki az idősoros közvéleménykutatási táblázatok, és bennük a nőik választása.)

A szocialista korszak egységbe kényszerítette a társadalmat. A sokféle nézet a hatalom kompressziója alatt egyszerűsödött a „mi” és az „ők” kettősségére. Nevezetesen: amit a hatalom akar (ők) és amit a többség, az emberek, a

nép, a nemzet, a „mi”. A rendszerváltás örömeiben benne volt az is, hogy sokféle módon lehet élni és gondolkodni. Ez a vita csaknem ismét dichotómmá tette a társadalmat a sokféleség helyett. A vagy-vagy elfogadására kényszerítette az embereket: csak egy tisztességes és erkölcsös út van, amin „mi” járunk, és amin mások, a többiek, azaz az „ők” járnak, az hibás, bűnös, erkölcstelen, ártalmas, nemzetellenes stb. Mindig a másik oldal a bűnös, mindig a „mi”, az „én”, a saját álláspont a tiszta és igaz. Kockázatos út egy plurális társadalomban...

Az ilyen kiélezett viták a szélsőségeseknek kedveznek, minél szenvedélyesebb az egyik oldal, annál szenvedélyesebb állásfoglalásra kényszeríti a másik oldalt. Egymást gerjesztő bűvös körök alakulnak, amelyek végül is lezárulnak nemcsak egymás meghallása elől, de minden kicsit is bonyolultabb érvrendszer elől. Az egyik szélsőség a másik szélsőséget provokálja, és a tiszta érv elszüljed. Torz kérdésfelvetésekre torz válaszok születnek. A kormány mértéktartására és jogalkotói bölcsességére vallott, hogy a heves abortuszvita után elfogadott törvény sokkal józanabb volt, mint amerre a vita indulatai vihették volna. Igaz, ezzel sikerült mind a két oldal ellenérzését a fejére vonni. Egyrészt saját tábora magzatvédőinek csalódottságát, akiknek ez a törvény kevés volt, másrészt a szemben álló oldal, a teljes szabad választás képviselőinek a kritikáját, akiknek ez a törvény is túlságosan soknak bizonyult. Ugyanakkor sikerült el is fogadtatni, hiszen az Országgyűlés hetvenszázalékos többséggel a szabadabb döntésre szavazott, és nem a tiltás mellett foglalt állást. Ezzel az aránnyal szinte teljesen megegyeztek az országos közvélemény-kutatások, ahol azonos nagyságrendben, a megkérdezettek 70%-a állt a választás joga mellé. Igaz, a törvény kettős értelmű — ami lehet szakmai gondatlanság, de lehet joghézagba rejtett csapda, egyesek szerint időzített bomba —, amelyet mindegyik oldalról kikezdzhetnek bármelyik felfogás radikális militánsai.

A jövő kérdése, hogy válhat-e még ennyire megosztó, a társadalmi szembenállást gyűlölködésig fokozó vízválasztóvá a terhességmegszakítás kérdése, hogy kik, mikor, milyen alkalommal hozzák majd előtérbe, és vajon nyugodtabb időben is kiválthat-e olyan izgalmi állapotot, mint a törvényhozás idején történt. A többség, némileg belefáradva a felajzott indulatokba, nyilván belenyugszik a bizonytalan, de inkább megengedő törvény létezésébe, a radikálisan militánsok azonban aligha fogják így és ezt hosszú távra elfogadni.

Az elhangzott vádak mindkét oldalon — ha eszmei sebeket is, ha indulati alapon is — „több napon túl gyógyuló sérüléseket” okoztak. Politikai hasznát a kormány politikai ellenfelei aratták le, akik begyűjthették a kormányellenes indulatát mindazoknak, akiket ez a vita a „másik”, az ellenzék oldalára sodort.

Az abortuszvita nem csupán a keresztény eszme vonzását, a konzervatívok táborát gyengítette, hanem még abban is ellenkező hatást ért el, amit megcélzott. Szélsőséges fellépések esetében gyakori, hogy egy radikális kisebbség hevületével szemben védekeznek az emberek, a nézetek erőszakos ráoktrojálása a többségre a vártnál — sőt úgy vélem a lehetségesnél is — nagyobbra

növelte az ellenérzők táborát. Megerősítette a szembenállást, kiváltotta a szabadságkövetelést, elutasította a test-lélek-szellem felé irányuló hatalmi akaratot.

A vita hozadéka

A vitának — minden kínos eleme mellett — volt hozadéka is. Régóta szunnyadó, rejtett vélemények kerültek felszínre, feltörték a visszafojtott indulatok. Minden nézet kifejeződhetett fennhangon, ellentétes szemléletek és hitek szembesülhettek egymással, táborok alakulhattak, formátlan vélemények artikulálódtak.

Látni lehetett, hogy hányféle vélemény van. Nézetei megfogalmazására kényszerült mindegyik oldal. Át lehetett gondolni jogfilozófiai kérdéseket. (Kis János remek jogfilozófiai munkája e nélkül a vita nélkül talán meg sem születik.) Gazdag érvekkel előtérbe került az élet szentsége, az ember életének oly sokszor elhanyagolt értéke. Átláthatóvá váltak a politikai férfiuralom gondolkodásmódjának nőkre vonatkozó legfontosabb pontjai. Segített megszerveződni és tudatosodni a nőknek, de felébresztette a férfiak felelősségét a nők és gyermekek iránt. Nemcsak a jogtudatot fejlesztette, hanem a tudatosabb uralmat a test feletti rendelkezés értelmében is. Segítette a nőket helyzetük megértésében, a férf-nő viszonyának átgondolásában, segített eligazodni jobban a mai helyzetben, tájékozottságot adott a plurális világ megismerésében, és kinek-kinek saját véleményének kimunkálásában. Ki-ki állásfoglalásra kényszerült, hogy megfogalmazza saját érveit, s azok megállnak-e az ellenérvek tüzeiben. Feladatot adott a világ olyan jelenségének megfontolására, ahol a tetté formálódott jogok és még élő joghiányok plasztikusan tűnnek fel a világ és az önérzet viszonyában. Értékesebbé tette a magzat szerepét, emelte a gyermekvállalás fontosságát.

Az egyházakon belül is kitűnt, hogy ugyanannak a szellemi közösségnek az alapján, az Evangélium ismeretében és hitében, különböző módon lehet megfogalmazni az aktuális társadalmi teendőket. Hogy még azonos hitet valló, egyházi szabályok szerint élő emberek sem értik meg mindig egymást, hogy ugyanabból az alapból, azonos cél felé, sokféle úton és módon lehet eljutni. Az egyházakon belül is szükség van a párbeszédre, a fogalmakat és teendőket tisztázó vitákra.

Bár sokszor a szélsőségesen különböző nézetek megterhelték a vitákat, de fontos hozadéka, hogy meg lehetett tanulni: gyökeresen ellentétes nézetek is megélhetnek egymást mellett. Látható volt, mi minden él itt és ma a társadalomban, mi mindennel élünk együtt, jobb, ha nyíltan hangzik el minden, mintha a mélyben mérgezve tovább él és hat. A másik nézetének megismerése, ha nem

is jelent kölcsönös elismerést, de mindenképpen gazdagabbá tesz. Ahogyan meg kellett érteni a tapasztalatok alapján, hogy a fundamentalista agresszió ki mindenkit fenyeget, ha bármelyik szélsőség korlátlan hatalomhoz jut.

A rendszerváltás második évében általában, de az egészségügyre még inkább igaz, hogy nem az abortusz kérdése lett volna a legfontosabb megoldandó feladat. Az idő és a lehetőségek oly sok mindent kívántak, s talán lehetővé is tehettek volna, sokféle közösen kialakítható és kialakítandó tett és nézet tisztázására nyújthatott volna módot az első évek ideje: általánosabb és nagyobb népszerűség számára sürgetőbb feladatok megoldása érdekében.

A hozadék mellett a törvény és vitája éppen a kívánt célhoz — hogy az új élet, a születés érték és kívánt öröm legyen — nem segített hozzá. Az mélyebben ható társadalmi változást, egyéni és közösségi megújulást kíván. Ezek a változások nem hívhatóak elő sem törvénnyel, sem fenyegetéssel, nem visz közel sem a tilalom, sem a kényszer. Abban nem történt előrelépés, amit megcélzott, nem növekedett a szülési kedv, nem sokat javultak, sőt a folyamatban romlottak a családérdekű intézkedések, nem hatotta át a társadalmat olyan értékrend, ami az életkedvet, az élet folytatásához való kedvet megadja. Nem támogatja a társadalmi biztonságot, az életigenlést, az életkedv mögöttes személyes és társadalmi biztonságát, és a hitet abban, hogy az élet folyamatosságához kell a jövő reményteli akarata, a gyermek. Sem a vita, sem a döntés nem jelenthetett ellenerőt azzal a társadalmi változással szemben, amelyik még szerencsés kimenetel esetén is megrendítette a társadalom talaját, és megingatta sok ember lételapját.

Nemzetközi idősoros statisztikák (is) azt mutatják, hogy kiélezetten válságos társadalmi időszakokban, amikor romlanak az életesélyek, nő a bizonytalanság és testi-lelki bajok válaszolnak a társadalmi feltételrendszer romlására, a halálozások aránya emelkedik, testi és lelki betegségek gyakoribbá válnak, és különösen a születek körül növekednek a súlyos bajok. Növekszik a visszatartott terhességek aránya, csökken a vállalt terhesség, nő a spontán vetélés és különösen — akár engedélyezett, akár nem — a művi vetélés. De növekszik a csecsemőhalandóság, a koraszülések és a terhességi károsodással született csecsemők aránya is.⁷⁰

Válságos idők, társadalmi átalakulás, megrendült vagy bizonytalan egzisztenciák, elvesztett élettartalom, orientációs bizonytalanság — mindez a gyermekvállalástól is visszatart. A szocializmus korszakából eredő gondok megnehéztek az átmenetiség küszködéseivel és a kapitalizálódás útjának kockázataival. Munkanélküliség, növekvő bizonytalanság, depressziós régiók kialakulása, az új vállalkozások kockázatai, az egyéni átállás tehertételei, új nehézségek a lakásszerzésben, a régebben épített lakások megtartásának váratlan költségei, a piacosság létének bizonytalanságai, és számtalan itt felsorolhatatlan gond, amivel szemben semmilyen ellensúlyozó akció nem jelentkezett, és nem ígért megoldásokat.

A szülésekben és a szaporodásban benne van egy társadalom életállapotának kifejeződése: ha nincsenek biztosítva az elemi életfeltételek a családteremtéshez, ha bizonytalan a jelen, jó esetben csak homályos, még inkább riasztó a jövő, ha rosszkedv uralkodik a társadalomban, akkor a népesség szaporodási trendjében nyilvánvalóan létrejön a csökkenés, a regresszió. S ez olyan tömeges szavazás, ami nem az élet folyamatosságának fenntartására, hanem a korlátozás érdekében történik, mert hiányzik a bizalom az életben és a remény a jövőben.

A társadalmi biztonságérzet meghatározó szerepe mellett a gyermekvállalásban ott a személyes biztonság igénye is. Ha a párkapcsolat bizonytalan, ha nem áll a gyermeket akaró asszony mellett gyermeket váró férfi, ha ellenséges az emberi környezet, a nagyobb család vagy a közösség, akkor növekszik a bizonytalanság, és sokkal nagyobb belső elszánásra van szükség, ha a gyermek iránti vágyát szeretné az asszony beteljesíteni. A környezet (tehát mások), a párja (tehát a másik) biztonságadása mellett a gyermeket akarónak belső biztonságra is szüksége van: hogy képes anyává válni és alkalmas az anyai feladatok ellátására.

Az azóta eltelt években — az új kormány intézkedései, a gazdaság átalakulása, a nehezedő életfeltételek és a család, a gyermekek, a tanítás, a felnevelés feltételeit nehezítő restriktív rendeletek következtében is — a statisztika bizonyossága szerint a helyzet romlott, s korántsem indult el jó irányba.⁷¹

9. táblázat

A szülések és a terhességmegszakítások száma 1975 és 1996 között

Év	Születés	1000 lakosra élveszületések aránya	Terhességmegszakítás
1975	195 847	18,4	96 212
1980	149 829	13,9	80 882
1985	131 082	12,3	81 970
1989	123 957	11,9	90 508
1990	126 387	12,1	90 394
1991	127 782	12,3	89 931
1992	122 233	11,8	87 065
1993	117 458	11,4	75 258
1994	116 006	11,3	74 491
1995	112 447	11,0	76 957
1996	105 669	10,3	76 600

Forrás: *Ifjúság és társadalom. KSH ifjúságpolitikai adattár. Budapest, 1998.*

A 9. sz. táblázat szerint csökkent ugyan az abortuszok száma és aránya, de csökkent az újszülöttek száma is, s a legutóbbi évben elérte a mélypontot. A romlás folytatódik, s azt az ismert folyamatot bizonyítja, hogy nem az abortusztörvények változtatása segítik elő a gyermekvállalást, hanem a társadalmi külső és belső feltételek együttese. Jelenleg nem látszik olyan komolyan vehető társadalmi-politikai kezdeményezés, amely pozitív segítséget nyújtana, és a támaszkodás irányába ösztönözné a fiatal családokat. A gyermekszülések száma minden idők negatív mélypontja felé közelít...

Sérelmek és orvoslásuk

Tétessék igazság!

Az Antall-kormány egyik első feladata volt, hogy igazságot szolgáltasson azoknak, akik elszenvedtek a szocialista társadalom politikai és szakmai bánatalmait. Bizonyságot kívánt tenni, hogy a régi korszak egyszer s mindenkorra véget ért. Többet kellett tenni, mint egyszerűen kimondani az igazságot, többet az előző rendszer megbélyegzésénél, hibáinak, bűneinek felhánytorgatásánál. Tettek kellettek, valódiak és szimbolikusak is.

Törvényt hoztak a kárpótlásról, törvényt készítettek elő a szocializmus politikai és gazdasági bűnei elévülésének megakadályozásáról, tehát nyilvánvalóan más elvek alapján, új erkölcsi alapon álló hatalom felépítésébe kezdtek.

Sokféle sérelem került a felszínre. Az egészségügy is a rendszer része volt, mind hatalmi szerkezetében, mind szakmai politikai irányultságában, mind irányítottságában. Voltak az egészségügyben olyanok, akiknek az életét korábbi politikai hatalom fordította rosszra, másokat a szocialista rendszer büntetett, sőt elnyomott, és voltak olyanok is, akiknek szakmai karrierjét a rendszer természete akadályozta meg, hogy pályájukat úgy kifuthassák, ahogyan ezt egy nyitott, szabad társadalomban megtehették volna. Egyeseket éppen a rendszer működési módja, zártsága fosztott meg olyan lehetőségektől, ami szakmai sikereket, jobb életet, több tudást és gazdagságot biztosíthatott volna számukra.

Amikor a szocialista rendszer összeomlott, azt remélték a sérelmet szenvedők, a valamilyen módon kárvallottak — vagy akik annak érezték magukat —, hogy a rendszerváltoztatás után megválasztott nyertes politikai erő, az „új korszak” igazságot szolgáltat majd az elviselt nehézségekért és kárpótlást nyújt a veszteségekért.

Az egészségügyben a már leírt függőségi rendszerek szorítása jóformán mindenkit érintett: a politikai hatalom a szakmai hatalmi-gazdasági összefonódásban testesült meg, a vezető garnitúra hierarchiája, közvetlen kontrollja még szorosabbra fonta a rendszeren belüli függőségek szövedékét, mint más, kevésbé kötött területeken.

A politikai rendszerhez köthető sérelmek mellett sokféle kielégületlenség uralkodott az egészségügyi rendszer diszfunkcionális működése miatt is. Még a politika kedvezményezettei is panaszkodtak, hiszen minden feudális sziszté-

mában a kegyúr dönt élet és halál felett — ezért is a függőségek bizonytalanok, a kegyenchelyzet szorongással teli.

A személyes hatalmi ambíciók kielégületlensége hajdan is, újabban is ölthetett politikai köntöst. Aki tudott és akart, az élhetett politikai eszközökkel, alkalmazhatta annak fegyvereit, szimbólumait, helyzetből és személyiségtől függően hol finomabb, hol gátlástalanabb módon.

Sokféle gyökérből táplálkozó elégedetlenség fűtötte az indulatokat és növelte a reményteli várakozásokat, jóllehet nem minden sérelmet lehetett a rendszer számlájára írni. Mégis nagy volt a remény, hogy a rendszerváltozás hullámán felül lehet kerekedni. A sérelmekből eredő feszültséget fűtötte a személyes ambíciók beteljesületlensége is. Az a feszültség, ami az önértékelés és külső értékelés különbsége között van. Aközött, ami az ember lenni szeretne és ami lett, amit az ember tenni szeretne és amit tehetett, ahogyan önmagát becsüli és amilyen külső megbecsülést kap. A személyes értékelésben is lehetett — különösen egy totális államban — politikai magyarázat, és még egyszerűbb, ha nem személyes önvádként kell megélni a be nem váltott reményeket, hanem az a politikai rendszer rovására írható.

A sértettek és az elégedetlenek telve voltak várakozással. A megszabadulás érzése reménnyel társult, hogy az új rendszerben korrigálható lesz minden méltánytalanság. De hogyan lehet jóvátenni éveket, évtizedeket, átélt igazságtalanságokat? Mivel lehet orvosolni az elszenvedett méltánytalanságokat, kárpótolni a veszteségeket? Rehabilitálni azokat, akik „rehabilitálhatatlanok”, vagy mert már nem élnek, vagy mert már túléltek a saját idejüket? Az igazságtétel kérdése is, hogy kinek az igazsága, és hogyan lehet bármit is jóvátenni.

Jelentése minden gesztusnak van. Van, hogy a „szó” is elég. És az is jó, ha már ki lehet mondani az igazat. Van, akinek elég a szimbolikus cselekvés, s ha képletesen visszahelyezték vagy előléptették, vagy megkapta az elmaradt érdemeket, címeket, tudományos rangokat. A helyreigazító korrekciók, különösen az első fordulóban, hoztak némi enyhét és igazságot. A pénzközpontú világban a materiális eszközök, az anyagi juttatások is adhatnak írt a régi sebekre.

Igazi várakozás előzte meg a posztok újraelosztását. A legfontosabb pozíciók elfoglalása egyesíthet hatalmat, pénzt, megbecsülést. Ám csak azoknak, akiknek ebből juthat, akiket még az életben elért. Sokan voltak, akiket már el sem érhetett és vigaszt se adhatott. Mivel az igazságtétel manifesztálódása, hatalmi pozíciók osztásával és/vagy fontos posztok birtoklásával történtek, a posztok kvázi „honorálássá” lényegültek. Így hozott a rendszerváltozás „földcsuszamlást” a vezetői posztok újraosztásakor. (Fontos időbeli egybeesés, hogy a négyévenként lejáró igazgatói és főorvosi kinevezések éppen a választások idejével harmonizáltak, így a győztes politikai csoport csaknem azonnal kielégíthette legfontosabb klienseit.)

Két orvoscsoporthoz megerősítésével járt a kormány egészségügyi koncepciójának megvalósítása, ami szintén egyfajta rehabilitációt vagy helyreigazítást

jelentett. A tiszti főorvosok kiemelése egyértelműen rehabilitáló jellegű volt, másrészt az alapellátásban dolgozó, korábban gyenge presztízsű körzeti orvosok családorvossá válásával a korábbi presztízsrontás jóvátételét.

Az igazságtevés folyamata különféle érdekek ütközőpontjává vált. Olyanok is keresték az új helyzetben az érvényesülés útját, akik számára a korábbi rendszer is jócskán adott érvényesülési lehetőséget, de személyes sérelmeket menlegettek, és kielégületlenségüket a rendszer számlájára írhatták. Végül is, ki ne lehetett volna saját érzése szerint több annál, mint ameddig eljutott?

Sok ideologikus elem is elegyedett az igazságtevéssel, a háború előtti eszmék negyvenévnyi elnyomás után most váratlanul újra fennhangon szólalhattak meg. A megszólalásokban benne volt a hosszú hallgatás feszültsége, az elhallgattatás okozta indulat, és a visszafojtott érzelmek szabad utat kaptak.

Az igazságtétel és a kárpótlás jogos, bár nehezen megoldható feladata nemcsak „ránőtt” a jelenre, hanem fölébe kerekedett a tetteknek is. Ahogy az is, hogy a „negyven év elveszett” feloldhatatlan keserősége olykor elvitte az időt és az energiát az előre tekintő építkezésektől. Az igazságtevő eszmék a karrierrek korrekciójával keveredtek, elégtételt új pozícióval adtak, az együttműködő politikai segítséget kádercserékkel honoráltak. Így a tiszta szándékok, eszmék, jóvátételi akciók, társadalmi igazságtevések összerosódtak szakmai kérdésekkel, a személyes ambíciók kielégítésével. Régi sebek behegesztése mellett és helyett sokszor nemcsak kielégítetlenül maradtak a megtorolatlan sérelmek, hanem olyan kétes következményeket is hoztak, amelyek a régi sebek gyógyításakor új sérüléseket is okozott.

Hit és érdek – a hit érdeke?

A szocialista országokban a kereszténység közel fél évszázadig hol üldözött, hol háttérbe szorított, hol megtűrt vallás és eszmerendszer volt. Az egyház élettere ugyan Kelet-Európában országonként különbözött: Lengyelország katolikus egyháza például a negyven év alatt mindig is fontos társadalmi erő maradt, a katolikus szervezetek politikai ellenálló erők gyűjtőhelye volt.

Az egyházak helyzete Magyarországon időszakonként változott. Nemcsak a Rákosi-rendszer nyílt egyházüldözése és a Kádár-rendszer politikája között volt különbség: a „békepapság” díszhelyei, a főpapok hűségesküje az Állami Egyházügyi Hivatal felügyelete alatt. A Kádár-rendszeren belül is voltak lényeges változások (gondoljunk csak arra, amikor Kádár János 1977-ben meglátogatta a pápát). Ha nem is volt mindig azonos módon üldözött a kereszténység, de erkölcsét, eszméit, vallásgyakorlatát a legkedvezőbb időszakban is, ha elnézően is, de mindig „rossz szemmel” nézték. Mint politikai tényező vagy társa-

dalmi szervezőerő pedig az egész időszakban tilalom, olykor rendőri tilalom alá esett.

Akiknek a kereszténység a vallásgyakorlatnál is többet jelentett — világszisztem, eszmét, erkölcsi magatartást, társadalmi szemléletet —, azok társadalmi kirekesztettségüket, vallási üldözöttségüket annak élték meg, ami volt: elnyomásnak. Szemben álltak a hatalommal, annak ideológiájával és politikájával. Hitük és nézeteik üldözése vagy elnyomása, személyes sérelem és kín is volt, még akkor is, ha türelmesebb időkben hagyták életük keresztény értelmének korlátozott kifejezését.

Az életüket végigkísérő fenyegetettség érzete a rendszerváltozással egyszerre elmúlt. A hol erősebben tiltott, olykor engedett, de mindig korlátozott keresztényi gondolkodás a rendszerváltozással valóban felszabadulhatott. Az elviselt hosszú idő felerősítette az elnyomás tudatát, és amikor a szabadsággal elérkezett a nyílt kifejezés ideje, érthető erővel tört fel.

Az új kormányzat célja, vállalt és követett eszméje a kereszténység volt. Különösen a népjólétben és az egészségügyben nyílhatott tere a keresztényi cselekvő erkölcsnek, az evangéliumi emberszeretetnek a szenvedők segítségével, az elesettek vigasztalásában. Hiszen a modern korszakban és kivált a szocialista modernizáció kettős elidegenedettségében igen elterjedtek a mechanikus, bürokratikus, embertelen eljárások. S ahol az anyagi szűkösségekben és a humán képességek hiányrendszerében korlátlan a felvevőterület, ott tág tér nyílik a kereszténység evangéliumi tanítására: a szeretet gyakorlására.

A nagy kihívás: a hatalomgyakorlás. A keresztény szellemiség nemcsak napvilágra kerülhetett, hanem frissen hatalomba is léphetett. A múltban átélt elnyomatás megerősíti erkölcsi jogát a hatalomra. Elnyomott helyzet után kezd politikai hatalmat gyakorolni. Üldözött vagy elnyomott helyzetből kikerülni, maga is próbatétel. Elnyomás után, felizgatott hatalmi harcok közepette, ahol a politikai hatalom egy központi akarat gyakorlatára épült, különösen nehéz. Hatalomgyakorlásba kezdeni egy kialakulatlan és felkészületlen demokráciában, olyan helyzetben, amelyre még nem volt példa a történelemben, gyakorlott politikusoknak is nehéz feladat lenne. Akkor is nehéz, ha más országokban — igaz, más helyzetben — a kereszténydemokrácia már kipróbálhatta társadalmi részvételét és beavatkozó képességeit. Itt újoncok kezdtek politizálni, kiérleletlen politikai szellemi csoportosulások, még egymást sem értő emberek kerültek azonos politikai-eszmei körbe. Ahol a tapasztalatok és tervek különbözőségei, a nyelvi, fogalmi, és szóhasználatbeli eltérések is nehezítik egymás megértését.

A keresztény egyházak is megszenvedték az elnyomatást éppen úgy, mint a hatalommal való együttműködést, akár kényszerített, akár vállalt is volt az. A múltbeli hatalmi kapcsolatok feldolgozatlansága mindenkit megterhelt.

A kommunista rendszer elmúlt fél évszázadában az egyházak éppen az üldözöttség következtében védekeztek, és bemerevedett, szinte hibernálódott

egy olyan konzervatív, háború előtti szellem, amelynek nem volt módja keresztülmenni azokon a megújító folyamatokon, amelyeken a nyitottabb világ egyházai átmentek. Pedig a keresztény tanítás értelmezése, társadalmi és politikai feladatokra való alkalmazása a gyakorlottabb demokráciákban is bonyolult feladat.

A vallásos nézetek, s velük együtt az egyházak megjelenése az állami vagy politikai életben, hitvilágon innen és azon túlnyúló, e világi következményekkel jár — történjék bármely korban, bármelyik társadalomban. Az egyházak beleszólása a politikai-hatalmi kérdésekbe, visszahat magára a vallásra is, de eszmei hatását is, csoportjait is átrendezi.

Új gazdasági és politikai hatalom építése idején különösen fontos minden eszköz, amivel új hatalomhoz lehet jutni. Ha a hatalomszerzés gyakorlati eszközei között ott van a kereszténység mint menlevél és embléma, akkor érdemes kereszténynek lenni, akkor az odatartozás kikövezheti a karrierhez, a pénzhez, a hatalomhoz vezető utat is. Így a tiszta eszme vezérelte emberek mellett, akik hitükért olykor súlyos áldozatot is vállaltak, megjelentek a hatalom és az anyagi előnyök vámszedői és haszonélvezői, akik az uralomra kerülő keresztény hullámmal együtt akartak felülkerekedni. Vagy azért, hogy régi pozíciójukat fenntartsák, vagy azért, hogy újat szerezzenek. Keresztényként újramerítkezve kerültek elő azok is, akik ugyan nem vállalták a szocialista korszakban keresztényi neveltetésüket és hitüket, de most már áldozatnak érzik magukat, s külső presszióra, nem belső kényelmi vagy karrierokokra hárítják vallásuk feladását. A hitehagyásuk miatt büntudatos; azt újra felfedező neofiták — kompenzációs szándékukban — olykor hangosabban képviselték elnyomott kereszténységüket, mint azok, akik valóban üldöztetést vállaltak hitükért. A hangerővel nyilván saját lelkiismeretüket kellett túlkiabálni. A kereszténydemokrata, nemzeti elveket képviselő kormányzati erő hatalomba kerülése a türelmetlen politikai csoportoknak is alkalmat adott arra, hogy színre lépjenek.

A pluralizmus nagy adománya, hogy sokféle elv és nézet alapján szerveződhetnek csoportok. Így vallási alapon is új, elkülönülő szervezetek alakulnak. Természetes igény, hogy ne csak pártok, hanem olyan más szervezetek, intézmények is létrejöhessenek, amelyeknek hívó szavuk és toborzókeretük a keresztények összefogása. A szociális segítőmunka, a gyógyítás, az ápolás érdekében is létrejönnek vallási alapon álló közösségek, így keresztény szolgálatok is. A keresztény elvekből ugyanakkor nemcsak a jótétemények és az evangéliumi szeretet gyakorlása következik, hanem az is, hogy egyes orvosi beavatkozásokról is különvéleményük van.

Láthattuk, milyen erősen megoszlott a társadalom az abortusz kérdésében, a keresztény vallás parancsait követő és attól távol álló nézetek élesen szembe kerültek egymással. Más kérdésben is éles felfogásbeli különbségek alakultak ki az orvosok között: így például a szervátültetés, az eutanázia, a lombikbébi-program esetében. A modern tudomány kínálatával szemben bizonyos beavat-

kozásokat elutasító nézetet vallanak több kérdésben a szigorúan vett keresztény (és ortodox zsidó) vallási törvények alapján álló orvosok.

Sérelem volt a szocializmus idején az is, hogy szakmai munkájuk során nem tudtak hitük diktálta módon foglalkozni a beteggel, hogy részt kellett venniük felfogásukkal ellentétes műtétekben. Lehetett egyéb ütközésük is a vallásos orvosoknak, érzékenységüket sokszor sérthették a szocialista egészségügy rendelkezései, stílusa, mindennapi gyakorlata, továbbá az uralkodó, fennen hirdetett ateizmus, materializmus.

Mindez érthetővé teszi, hogy a keresztény felfogású szakemberek saját szervezeteket kívántak létrehozni: Keresztény Orvosi Kamarát, Keresztény Pszichiáterek Egyesületét stb. 1990 óta viszont hittől távoli elemek is bekeveredtek a kereszténység eszméinek és szervezőerejének politikai használatába, a legmagasabb intézményektől az utca hangulatáig. A keresztény körülhatárolás nemcsak vallási elkülönülést, hanem másfajta, kevésbé spirituális kizárólagosságot is kifejez. Hívja azokat, akik odatartozhatnak és kizár másokat, akiktől el akarnak különülni, vagy akikkel szembefordultak. Mint minden csoportképző elv: integrál és elkülönít.

A tiszta eszme érdeke akkor sérül meg, amikor az odakapcsolódás gyakorlati hasznot is hoz, ha a vallás követése lelki gazdagodáson kívül hatalmi, pénzbeli és szakmai előnyökkel jár. Ha a hatalom megszerzéséhez vagy birtoklásához kell vagy segít az odatartozás bizonyítása is. Az új szerveződések választvonalat húztak a keresztény orvosok és nem keresztény orvosok között.

Ezért is válik különösen kényessé, ha egyetemes feladatokra, tudományra, szakmákra vagy azonos szakmák érdekképviselőire vallási alapon elkülönült szervezetek jönnek létre, s a megkülönböztetés alapja nem szakmai, erkölcsi, színvonalbeli, hanem vallási megkülönböztetéssé válik. Különösen olyan egyetemesnek számító szakmákban, ahol a szakmai, erkölcsi humán követelmények kritériumai általános érvénnyel kell, hogy minden odatartozó emberre megszabják magatartásának elveit, erkölcsi alapállását.

Kialakult tehát egy olyan megkülönböztető elv, amely az orvostársadalomban a szakmai szerveződések határait, keresztény és „nem keresztény” alapon osztotta meg. (Itt elgondolkozik az elemző: érdekes képződmény például a 20. század végén egy olyan pszichiátriai szervezet, amely kizárná soraiból Freudot, Adlert, Ferenczit, Bálintot, Frommot, Hermannnt, Bettelheimot, Franklt, hogy tovább ne folytassuk a felsorolást.)

Mégis: kik azok a „nem keresztények”, hogy ellenük toborzó, egyesítő, ugyanakkor eltérő és kizáró alapon kell testületeket szervezni? Elég kötött az asszociációs lánc. Amikor a keresztény kormányzat antikommunista, akkor mindenekelőtt a kommunisták a nem keresztények és a „nem hívő” szocialisták; a spiritualitással szemben a materialisták, az ateistákkal szemben az istenhitűek, a más vallású istenhitűekkel szemben a Jézust követők. Az elválasztás folytatódik, kikerülnek a körből a szabadgondolkodók, a liberálisok, a vallásta-

lanok, a vallásellenesek, a deisták, a panteisták. Kik azok, akik a legkevésbé keresztények? Természetesen a zsidók. (Igaz, „nem keresztények” az Ótestamentumból elágazó másik vallás követői, a muzulmánok sem, bár közülük kevesen vannak versenyben a magyar orvosi pályákon.)

Előkerült az először több mint száz évvel ezelőtt már felhánytorgatott megosztás és a zsidó dominancia kérdése. A zsidó asszimiláció következményeként a diplomás szakmákban, különösen az orvosi pályákon, megnőtt a zsidó származásúak aránya. A század kezdetétől ezzel a tendenciával szemben sürgették a korlátozásokat. Eredménye lett a „numerus clausus”, majd a „numerus nullus”, amelyek később a munka- és megsemmisítő táborokba torkollottak. Az elkülönítésből természetesen egyáltalán nem következik törvényszerűen a megsemmisítés (kiirtás), csak éppen akkor történelmileg így következett be.

Volt már Keresztény Orvosi Kamara a harmincas-negyvenes háborús években. Akkor hatalmas parancsra (is), egyesek belső egyetértésével (is), kizárták a zsidó orvosokat, majd eltiltották őket az orvosi gyakorlattól. A hivatalos antiszemitizmus törvényerejű fokozódásával a meghurcolás erősödik, először csak a szakmából zárta ki a zsidó orvosokat, majd a sárga csillaggal a társadalmi életből „különítették el,” majd az országból vitték el őket, s a kínok útja az életből való „kirekesztésig” vezetett. A zsigeri emlékezet őrzi az utat, se nem lehet, se nem szabad elfelejteni, hogy az első lépés egy keresztény jelzőjű kamarától indult el. A félig már feledett történelmet most ez a kísértet idézte fel, mintha visszazárulna az az „ördögi kör”, ami az orvostársadalomban a keresztény–zsidó megosztottság átkát vinné tovább.

Két generáció élte át az orvostársadalom ilyen megosztását és annak következményeit: a megtorlást s a megtorlás megtorlását. Kelet-európai sajátosság, és a fordulatok sűrűségéből is következik, hogy bűnös és büntető, üldöző és áldozat szerepe cserélődik, s az áldozatból üldöző lehet. A dráma második felvonása ugyanis a „revans”, a kommunista uralom idején a viszontválasz volt. Visszatértek azok a zsidó származású orvosok, akik a munkaszolgálat, a megsemmisítő láger, a kényszermenetek után életben maradtak. Üldözöttségük miatt közülük sokan antifasisztákká, egyesek kommunistává váltak.

A háború után megkezdődött a kollaboránsok megbüntetése: igazoltatási eljárásokat folytattak le, törvénykeztek. Leváltásokkal, kizárásokkal tizedelték meg a professzori kart. Am az igazolási és bírósági ügyek lezárása után is folytatódott az üldözés, a visszaszorítás. Aztán ismét fordult a kocka, az üldözőkből üldözöttek lettek, a sztálini zsidó orvosok magyarországi változatának áldozatai lettek, ahogyan bekerültek a „szórársba” polgári eredetük, osztályidegenségük mellett zsidó származásuk miatt is.

Bár már ötven év eltelt, de a sérelmek, a kölcsönös vádaskodás, az elkülönítés tovább él. Hol láthatóan, szinte tapinthatóan, hol csak rejtőzködő módon. Ott van a szakmákban, az osztályok öröklésében, klinikák szerint, mintha sajátos genetikai kód továbbítaná ezt a megosztást. Jóllehet azóta már a harmadik

generáció lép az aktív orvosi korba, a múlt kísértete mégis ott ül a falak között és beleszól a legmagasztosabb keresztény elvek alapján szerveződő szakmai csoportok alakulásába is. Mintha ötven éven belül a harmadik — bár erősen szelídített — revansra utalna a kizáró elzárkózás és bezárkózó kizárás? Ennyire virulens ez a vírus?

Ha figyelmen kívül hagyjuk a történelmi érzékenységeket, akkor is kérdés, hogy a szakmai szervezeteket célszerű-e vallási alapon létrehozni, más vallásúak és más eszmeiség képviselőinek kizárásával. Vajon nem éppen a közös szervezetekben kellene megvívni az eszmei harcokat a keresztény szellemiség befolyásáért, ha azt univerzálisan fontosnak és értékesnek tartják? Kirekesztés és eltaszítás helyett inkább a hivatás szellemét és erkölcsi gyakorlatát kellene gazdagítani. A jó, az emberséges, a figyelmes, szakmájában kiváló orvosokat éppen úgy meg lehet találni a „nem keresztények” között is, mint ahogyan rossz orvosokat, akik embertelenek, pénzéhesek, fásultak és nemtörődömök a kereszténységüket fennen hirdető orvosok között. Nem állítható, hogy akár a zsidó, akár a nem vallásos, horribile dictu ateista orvosok általában szakmailag rosszabbak, kevésbé humanisták lennének, mint a kereszténységüket zászlóként felmutató orvosok. Ez a határvonal rossz. De igenis van jó és rossz, emberséges és embertelen, önfeláldozó és kufár stb. orvos, ez lehet a jogos megkülönböztetés, és nem a világnézeti meggyőződés.

A kereszténység szimbólumait használják — nem először e században — olyan barbár erők, akik üldözéssel gyűlöletet, gyűlöletkeltéssel félelmet, félelemmel hatalmat, hatalommal kizárólagosságot, kirekesztést és mindezzel korlátlan parancsuralmat akarnak. Nem mentesítheti őket, hogy a barbárságot a kereszt védjegyével fedezik, hogy az eszméket nem „rendeltetésszerűen használják”.

Kelet-Európában, és így Magyarországon is, sokféle üldözöttséget kellett elviselni. Az átélt traumák túlélnek még a holtakat is. Hajszolhatták az embereket származásuk, tulajdonuk miatt, hitük, meggyőződésük okán, csoport-hovatartozásuk vagy nézeteik miatt. Bármelyik oldalon éltek is át az üldözött sorsát, a szabadságát, létalapját, családját vagy az életét fenyegethették, az üldözöttség eleven emléke és érzékenysége életfogytiglan megmarad. Egy sokat vert gyermek még a simogatás elől is elkapja a fejét. Ma köznapi vitákban elég valamilyen kritika, szó vagy akár védekező gesztus, és megrendül a látszatbiztonság, átüt a magabiztosság mázán, a hajdani üldözöttség félelme. Ezért hallhattuk a nemzeti keresztény-konzervatív kormány idején, hogy Magyarországon üldözik a magyarokat — mert üldözték —, hogy itt üldözik a zsidókat — mert ez történt —, hogy üldözik a keresztényeket — s ez is igaz volt. Ennek az a magyarázata, hogy a traumatizáltság beeszi magát a tudat legmélyére és zsigeri félelemmé válik. Az élmény, amin keresztülmentek úgy rögzült, hogy évek után is elég egy jelzés, egy hang, egy dallam, valami meglebben a régi üldöztetés szimbólumai közül, bármelyik oldal üldözöttje előtt egy elnyomatást jelző vagy a

gyilkosságra emlékeztető szimbólum, és újra érzi a veszélyt, és újra félni kezd. Igaz ez azokra is, akiket kereszténységük miatt üldöztek, és igaz azokra is, akiket a kereszténység nevében üldöztek. Igaz mindazokra, akiknek bármelyik erőszakos hatalom üldözését el kellett viselniük.

Visszatérve a keresztény eszme ilyenén való „felhasználására”, a szakmai hatalmi szervezetek létrejöttére, ez nemcsak megdöbbenetete a kívül maradt orvosokat — az orvostársadalom nagyobb részét —, hanem csalódottságot is okozott a rendszerváltozásnak ez a következménye. Különösen a kommunista rendszertől való megszabadulás után, ahogy erről az abortuszvita elemzésénél már írtunk. Hogy az új ideológia hasonló módon megkülönböztet, hasonló következményekkel sújthatja a politikai hatalmon kívül rekedteket, ez nem népszerűséget, hanem félelmet és csalódottságot váltott ki a szakmán belül és kívül is. Hasonló folyamat következett be, mint az abortuszvita esetében: a várakozás csalódottságba fordult, a bizalom megrendült, az igazságtevés megkeseredett, a korábbi rokonszenvezők jelentős része elfordult.

H. Büchele *Keresztény hit és politikai ész* című könyvében írja, hogy „a krisztusi szellem szerinti élet mértéke az »önzetlen szeretet«, vagyis a politikai gyakorlat területére alkalmazva az, amiről az előzőekben beszéltünk: az erőszakmentesség, a barát-ellenség sémájától való megszabadulás, készség a nyilvánosságra, s kiállás a szegények mellett. Bárki cselekedjék e mérték szerint, a hívő keresztény örvendező lélekkel fogja fogadni, Isten ajándékának tartja, s nem jelentkezik azzal az igénnyel, hogy ez kizárólag az »övé«. Érvényesülési és birtoklási vágyunknak engednénk, ha másokat kizárva csak a magunk jogát védelmeznénk. Az »önzetlen ajándékok« szellemében csak akkor lehet igazán hálát adni Istennek, ha ebből a hálából keresztény hívő nem akar a maga számára hasznot húzni, ha nem hangsúlyozza, mekkora előnye van a nem keresztényekkel szemben.”⁷²

Eddig szóltunk a tettekről. S amit nem tettek?

A mulasztásokról

A kereszténydemokrata kormány törekvései, újjáalakító lépése és konstruktivitása ellenére nem szembesült az átstrukturálás tényleg égető feladataival. Inkább adni akart, mint elvenni, inkább hozzáépíteni az intézményekhez, mintsem bármilyen érdekből elvonni vagy csonkítani azokat.

Mint már korábban láthattuk, az Antall-kormány idején a nemzeti jövedelem egészségügyre fordított aránya növekedett: az 1990-es 5,4%-ról 6,5%-ra emelkedett. Csakhogy az aránynövekedés ellenére reálértékben az egy főre jutó összeg csökkent. A kormányzat nem volt hajlandó szembenézni ezzel a helyzettel, úgy tett, mintha minden zökkenésmentes lenne, sőt a kedvezmé-

nyeket lehetne szaporítani, és azt próbálta bizonyítani, hogy az új rendszer többet és jobbat tud nyújtani, mint amire a megelőző szocialista rendszer képes volt. Csaknem érintetlenül hagyta a szocialista szociálpolitika intézményeit, megőrizte, sőt olykor még ki is terjesztette a kádári korszak ún. szociális gondoskodását (gyes, gyed, családi pótlék és az újonnan létrehívott várandósági segély). Konzerválta a szocialista rendszer hatalmi struktúrájából a központi hatalomerősítő intézményeket, folytatta a kézi vezérlésű személyi politizálás gyakorlatát. A központi döntések tekintélyelvű megerősítését különalkukkal elegyítette.

A helyzet igen súlyossá vált: a gazdaság termelőképessége zuhant, erősen csökkent a járulékfizetők köre, viszont növekedett a társadalombiztosítás adó-sainak tábora. Nehezítette a helyzetet az állam visszavonulása, hogy csökkentette felelősségvállalásának volumenét. Mindez együtt drámai helyzetet teremtett — annyira kimerültek az egészségügy és a szociálpolitika gazdasági forrásai. A fennmaradt, sőt növekvő termelési válság következtében egyre fenyegetőbbé vált a költségvetési egyensúly hiánya, kimerültek az elosztás forrásai, ellehetetlenült az egészségügyi intézményrendszer korábbi módon történő fenntartása, miközben a feladatok megmaradtak, sőt az átalakulás több terhet hozott és társadalmi költségei is növekedtek.

A társadalom szembesítése is elmaradt, a szükséges és őszinte helyzetfeltárássra nem került sor. A kormányzat nem volt képes arra — és talán szándékában sem állt —, hogy a rosszul működő egészségügyi ellátóhálózatot és elosztási rendszert egy szervezesebben, gazdaságosabban működő, korszerű irányba átstrukturálja.

A társadalombiztosítás állandó és növekvő hiányát nem tudta megoldani. Az olykor erőszakosan fellépő pénzügyi körök akcióival szemben hol a kivédés, hol az engedés, hol a túllépés gyakorlatát és taktikáját alkalmazta. Így a konstruktív lépések mögött a szándékok és a források között megnyílt egyre jobban tátongó szakadékról nemigen esett szó. Nem mozgósítottak együttgondolkodásra és együttes kényszercselekvésre, hogy megtalálják a megoldást arra, hogyan lehet egyáltalán túlélni, vagy áthidalni az egyre nehezedő, drámaivá váló helyzetet. Következésképpen nem gondolták át azokat a prioritásokat, amelyeket még egy jobb forráshelyzetben lévő egészségügy sem mellőzhetne. Nem történtek komolyabb lépések az országos léptékű átalakításban a tekintetben sem, hogy az ellátó rendszert közelítsék a megbetegedések struktúrájához.

A „jogállamiság” eszmei célkitűzése és retorikája mellett — mint azt már korábban kifejtettük — szemet szűrő maradt a terület jogi szabályozatlansága. A modern jogépítés elkerülte ezt a területet, az 1972. évi törvények maradtak érvényben. A szabályozatlanság, mint tudjuk, kedvez azoknak az tendenciáknak és embereknek, akiknek szükségük van és képesek is kihasználni a zavaros helyzeteket. Ez a hátrány bőven áthúzódott a következő kormányzat idejére is.

A konzervatív-keresztény kormányzat megőrizte nemcsak a szocialista egészségügyi rendszer intézményeit, hanem érintetlenül hagyta az intézmények hatalmi szerkezetét is, a vezetők privilégiumait, nem nyúlt a vezető oligarchák hatalmához. A vezető pozíciók megszerzését, illetve osztogatását viszont politikai érdekei szerint alakította, saját, korábban háttérbe szorított embereit rakta a megőrzött intézmények élére. Az egészségügyi pozíciók így váltak pártérdekek ütközőterévé, érdekcsoportok akaszkodtak az új eszmékre, és az új zászló alatt a karrierérdekek keresték érvényesülésük útját. A politikai váltás után a következő kormányzat válaszlépése jellemzően az volt, hogy ezeket a posztokat ők is saját embereikkel, párthíveikkel, támogatóikkal töltésék be. Láthatóvá vált, hogy a politikai érdekem alapján kapott adott szakmai pozíciók és a függőség a hatalomtól nem a szocialista rendszer egyedi sajátossága.

A szociális piacgazdaság sokat emlegetett bevezetésekor a piac megnyílt, érdemi szociális kontroll viszont nem működött. Felkészületlenül érte a társadalmat és a társadalombiztosítást a gyógyszerek árrobbanása, amely széles tömegeket érint súlyosan és ugyanakkor a gyógyszerlobby erős nyomása alatt áll.⁷³

Megújuló társadalmi feszültséget okozott, hogy nem volt párbeszéd „a” hatalom, így az egészségügyi döntéshozók, és „a” társadalom között. Amikor szükséges és jó intézkedések születtek, azok kivitelezése is az érdekelték részvétele, megkérdezése és egyetértése nélkül történt. Még a helyes lépések előkészítésénél — például a háziorvosi rendelet esetében — is elmulasztották az együttműködést a terület szakértő embereivel. Ezzel nemcsak az elfogadás esélyét rontották, hanem az együttműködés szándékát is.

Ideologikus szemléletmódjuk miatt a politikai törésvonalak mentén csaknem súlyos nemzeti politikai megosztottságot hoztak létre, amelyben nem az egyesítő, hanem a megosztó, olykor kirekesztő hatások érvényesültek. Sokszor és sokan vetették a kormányzat szemére a kormányzat göggjét és társadalmi érzéketlenségét. Jóllehet a második kormányzat gyakorlatának ismeretében visszatekintve az első kormányzatra, azt nagyobb érzékenység jellemezte, és nagyobb óvatosság tartotta vissza a radikális változtatásoktól. Ha stílusában nem is, de tetteiben, vagy talán éppen abban, amit nem tett meg, jobban figyelt a társadalom elesett rétegeire, az esélyek viszonylagos egyenlőségére, mint a baloldal eszméjével induló szocialista egészségügyi kormányzat.

Négy év hosszú idő, de ugyanakkor kevés is, például a háziorvosi rendszer kialakítása jó indítás után megrekedt egy szinten. Ahol fontos és építő lépések történtek, ott sem volt igazán mód arra, hogy végrehajtsák az elképzelt átalakításokat. A koncepciók befejezetlensége, vagy a változtatások következményeinek előre nem látható hatása olykor visszajára fordította az eredményt a szándékokhoz képest. Véghéztitelükhöz vagy az idő vagy az erő, vagy a kellő átgon-

doltság hiányzott, ahogyan annak az igénye is, hogy a változásokhoz a társadalom konszenzusát és együttműködését megszerezzék.

Amit a fentiekén kívül kritikailag még szóvá lehet tenni, az érvényes az 1994–1998-as egészségügyi kormányzatra is. A stratégia hiánya, a prioritások kidolgozatlansága és a társadalmi és szakmai konszenzus kialakításának folyamatos elmulasztása. A hatalmi struktúrák érvényesülése, a történelmileg beágyazott mentalitás huzamossága és a demokratikus működés gyakorlatlansága kíséri az átalakulást mindmáig. A folyamatos hibákat a következő kormány tetteinek elemzése és hiányosságainak jellemzése után vizsgáljuk meg.

Ideológia helyett pragmatizmus

Pragmatizmus? Szakértelem?

A szocialista-liberális koalíció kormánya fellépésének idején modernizálni akart, lényegesebb változtatásokat végrehajtani, mint amit a keresztény-konzervatív kormány tett. Nemcsak a türelmetlenné váló, változást sürgető finanszírozási feladatok vitték ez irányba, hanem a rossz struktúrák átalakításának kényszere és kívánalma is, a szűkös körülmények között nehezen továbbvihető, nehézkes és olykor pazarló megoldások átalakításának igénye is. Az a szándék vezette, hogy túllépjen a szocialista egészségügyi rendszer diszfunkcionális működésén, az orvosi humán erőforrások jobb kihasználására törekedjen, és változtasson az egészségügyi intézmények rossz hatásfokú szerkezetén. Nagyvonalú elképzelésekkel kezdtek hozzá az átalakításhoz, és bizonyos bátorság jellemezte az elindulást.

A kormányzat eredményei — ami ez idáig az intézményrendszert illeti — nem építkezőek. Jóindulatú megfogalmazással inkább „lebontó”, dekonstruáló, de van, ahol destruktív hatásfokú volt. Csak az elvekből és az utóbbi egy-másfél év jogalkotási törekvéseiből — gyermekjogi törvény, egészségügyi törvény előkészítő munkálatai — láthatók az építés érdekében lerakandó alapok körvonalai, amelyekből majd megépülhet a jövő.

A hatalomgyakorlás mindig kényszerek és nyomások között történt, mégis minden politikus vágya, hogy hagyjon valami maradandót is, ne csak leépítsen, hanem építsen is. Mivel valóban régóta nagy a hiány és szükség is van egészségügyi jogalkotásra, különösen olyanra, amelyik kifejezi a mai jogfilozófiai szellemet, megkezdték egy átfogó egészségügyi törvény előkészítési munkáit. (Legalább a jogrendszerben hagyjon a jövő építkezéseihez maradandó alapot az egészségügyi kormányzat, olyat, amelynek hatása az egész területre és hosszú időre kiterjedhet.) E tanulmány anyaggyűjtésének befejezésekor csupán a jogalkotás kezdetének előkészületei történtek meg, széles konszenzusereső első felvezetéséről lehetett hallani. Így a törvényalkotás építményének elemzése a jövő kutatóira marad.

A szocialista-liberális kormány egészségügyi átalakításának első két évére a legnagyobb befolyást gyakorló erő a pénzügyi kormányzat volt. Az 1994-ben induló egészségügyi program, amely praktikus, célracionális szakmai program volt, súlyos léket kapott a pénzügyi kormányzat kényszerintézkedéseinek teljesítésekor. Nem véletlen, hogy három év alatt három szocialista egészségügyi

miniszter váltotta egymást. Az új, szocialista és liberális koalíciós kormány koncepciójából már a kezdet kezdetén sem valósulhattak meg sem az egészségügyi rendszer további átszervezésének átgondoltan felépített elképzelései, sem a szociális gondoskodás újfajta gyakorlata. Még a liberális elképzeléseket sem valósították meg, oly mértékben dominált a pénzügyi diktátumok sora, az állam központi hatalmának érvényesítése.

A kormány a költségcsökkentés érdekében gyorsított kényszert alkalmazott. A kényszerek nyomán a kormány véget vetett egy harminc éve érvényes állami újraelosztási gyakorlatnak, elkezdte a szocialista vívmányok felszámolását, amelyeket a kereszténydemokrata kormányzat megtartott, sőt újabb szociális intézkedésekkel kiegészített.

A stabilizációs program (1995. március), amely Bokros Lajos nevével marad emlékezetes, a súlyos költségvetési hiány miatt az államcsőd rémével is valóságával is fenyegette az országot és a kormányzatot. Nem volt tovább tartható a belső és külső egyensúlyhiány mértéke, sem a külső, sem a belső adóságállomány folyamatos növekedése. Radikálisan könnyíteni kellett az állami kiadásokon, az egész gazdaság stabilizálása, a fejlődés elindítása érdekében. Ezt elsősorban a leggyengébb ellenállást kifejtő szektoron, a humán szférán, az egészség, az oktatás, a szociálpolitika költségeinek csökkentésével lehetett elérni.

Az államháztartási reform szükséges, az egészségügy szerkezetátalakítása ugyancsak. Ezt azonban kizárólag a költségvetés csökkentése érdekében, gondolatilag kiérleletlenül, konszenzusok nélkül, csak pénzügyi szempontok alapján megvalósítani mindenképpen ártalmas, és a következményei hosszú időre szóló sérelmeket és pusztítást okozhatnak. A pénzügyi döntések nyomán bekövetkező azonnali gyors beavatkozások így nem valamilyen racionálisan elképzelt szerves fejlődés elindításában segítettek, hanem a gyors egyensúly könyvelési eredménye érdekében minél előbb, minél látványosabb támogatáscsökkentést céloztak meg. Mivel ezeket szakmailag előkészítetlenül, konszenzusokra nem törekedve, átgondolatlanul, kapkodó intézkedésekkel hajtották végre, ezért csaknem minden lépése tanítható kudarcsorozatba illett. A legnagyobb baj az, hogy éppen azokat a reformokat tette lehetetlenné, amelyet elvben sürgetett volna.

Oly erős a pénzügyi diktálás, az államhatalom így előtérbe lépő beavatkozása, hogy a liberális tervek a pénzügyi kormányzat döntései miatt kerültek kátyúba, a szociális elgondolások pedig attól a magatartásváltástól, hogy az állam korábbi szerepével ellentétben nem vállalja, és nem is játssza tovább a sokat kritizált, „gondoskodó, osztogató állambácsi” paternalista szerepét. Új jelmezben, amolyan „anti-Mikulásként” lépett fel, s csomagban vitte el, amit hoznia kellett volna. A szociális kötelezettségeket a pénzügyi egyensúly érdeke mögé helyezve, az emberi bajok iránt érzéketlen állammá változott. Emellett még nyilvánvalóbbá vált a szakmai racionalitás és szakértelem tetten érhető hiánya.

Folyamatosság és megtörés?

Először néhány kisebb példa. A Pénzügyminisztériumban meghatározzák a csökkentendő keretösszeget és hozzá az érintett területet is. Első intézkedéskor célba veszik a szakrendelés megfizetését. Itt az ellenállás oly erős, hogy visszalép a Pénzügyminisztérium. Majd megszüntetik a fogászati ellátás biztosítását. Erről csupán annyit, hogy egy 1978. évi vizsgálatomból⁷⁴ kiderült: a fogak száma és karbantartása jobban mutatja a társadalmi hierarchia fokait, mint bármilyen kemény társadalmi-gazdasági mutató. Továbbá a szájrakok többsége — amely a tanulatlanabb munkásrétegek között pusztít — a kezeletlen fogakkal és az ápolatlan szájüreg elhanyagolásával erősebb összefüggést mutat, mint a dohányzás és az ivás. Mégis ezt teszik fizetővé, amikor még az ingyenes kezelés mellett is katasztrofális volt a fogak ápolatlansága. Miután a rendelet megszületik, a fogorvosi szakrendelők látogatása megszűnik, a felszerelt rendelők üresek és több fogorvos helyzete is ellehetetlenül. Néhány hónap után maga a miniszterelnök vonja vissza a korábbi intézkedést, megszünteti a megszüntetést, és újfajta támogatást ígér, viszont addigra már nehéz visszafordíthatóvá tenni az elindított folyamatot. (A fogeltávolítások száma a köztes időben 50%-kal növekedett, a fogorvosok betegforgalma vidéken 40–75%-kal, Budapesten 50–60%-kal csökkent. Szétesett a közalkalmazotti fogorvosi hálózat.)

A Népjóléti Minisztérium kényszerötletei sem bravúrosak: fizetővé teszik a mentőket, kiszállásonként fizessen a szállított beteg száz forintot. Ha nem lenne annyira szomorú, kabaréba illene ez az élettől elrugaskodott ötlet, beleértve az összeget is. Aki ismeri a mentők forgalmát, az tudja, hogy kiket és hogyan kell szállítani. Így vagy nem fizetnek a delikvenssek, vagy ha olykor fizetnek, az nem old meg semmit a pénzügyi gondokból. Majd ez is elhal mint eredetileg is életképtelen ötlet.

Átgondolatlan intézkedések, szinte „hirtelen felindulásból” támadt ötletek sora, amelyeket már az első próba után, olykor még előtte, visszavonnak. A döntések bekövetkező hatását nem számítják ki, nem is tesztelik vagy szondázzák előre.

Egymás után futnak zátonyra a szerencsétlen ötletek. Döntést hoznak, visszavonják, újabb döntés, visszalépés: tragikomédiába illő különböző kórházösszevonási ötletek, kiegészítő fizetés, változatos finanszírozási módok gyors bevezetése, majd korrigálása stb. Hogy milyen fű alatti vagy fű feletti erők hatására változnak meg a kiadott, majd visszavont rendeletek, az beláthatatlan. Gyors tűzoltás a felcsapó tüzek miatt, csak mintha az oltaná, aki gerjesztette. Végül a politika megpróbál nyerni belőle, és láthatóvá válik a „jó király” és „gonosz tanácsadójának” mesékből ismert ellentétpárja: a rossz rendeleteket maga a miniszterelnök vonatja vissza. Vagy ahol a nagy felháborodás eljut a

médiákhoz, mert pénz híján műtétet végezni nem tudnak, oda személyesen megy a miniszterelnök, hozza a fel- és a megmentő pénzt. Természetesen televíziós csúcsidőben, premier plánban, már ahogya a jótévedőknél ez lenni szokott.

Állandósul az elvek és gyakorlat kettőssége. Igazságtalanság lenne, ha a Horn-kormány egészségpolitikussainak gyakorlatlanságát róná fel bárki is. Hiszen a személyi folytonosság a személyek azonosságáig teljes: a Kádár-korszak utolsó évtizedének politikussai ott vannak a törvényhozásban (parlamentari bizottság élén), a végrehajtásban (az egészségügyi tárca vezetője) és a finanszírozásban (a Pénzügyminisztérium felső szintjén). Gyakorlatuk van a kormányzásban, kiismerik magukat a hatalmi szférában, kapcsolataik és eszközeik vannak a végrehajtáshoz.

Kormányzati tapasztalatukat az ellenzékben eltöltött idő nyilván nemcsak érlelte, hanem más perspektívába is helyezte. Az ellenzéki négy év, az akkori fenyegetettség — vagy annak érzése —, hogy sokszor vádlottá váltak, hogy felelősek a negyven év hibáiért, ugyanakkor vállalták szocialista nézeteiket és elviselték olykor az üldözött szerepét is. Ellenzéki munkájukat jó kritikai szemlélet, gondos elemzések, a lényeges folyamatok jó átlátása jellemezte.

Ezek szerint ugyanazok vezetik az egészségügyet, mint akik a Kádár-korszakban tették? Nem teljesen, hiszen ugyanazok az emberek nem ugyanazok az emberek. Más hatalmi szerkezetben, más társadalmi talajon, másfajta felhatalmazással és kontrollal, újfajta demokratikus játékszabályok és új gazdasági feltételek között mássá kell válni. Ugyanakkor számos akcióban, módszerben, az átalakulás levezénylésében mégis tovább élnek a régi reflexek, a vezetési módszerekben az alkuk, egyezkedések korábbi stílusa. Tovább vitték a szocialista örökség azon helyzeti hátrányát, hogy változatlanul nem tudnak elég erőt felvonultatni az egészségügy és a népjólét érdekében. A fordulat itt is különös: ami akkoriban szűkösség volt és hiányként mutatkozott meg, azt most a pénzügyi, világbanki szemlélet pazarlásnak minősíti. Így a változó érvrendszer összefüggéseivel szemben sem tudták áttörni öröklött háttérbeszorításukat, az egészségügy és a szociális szféra prioritásait, és a helyzet javítását nem tudják biztosítani. Látható küzdelem nélkül vagy igen kevés küzdelemmel elfogadják a megszokott mellőzöttséget, mivel mindig nagyobb erővel szemben kellett meghátrálniuk. Kitérésre a szocialista rendszerben sem tudtak módot találni a politika és a gazdaság nagyobb erejével szemben, ahogyan ma sem sikerült. A hatalmat, ha jelenleg „lentről” is kapták, helyzetük felülről függ, a felsőbb szférákkal kell kiegyezni, a diktálásokat lefelé kell végrehajtani, minél kisebb megrázkódtatással. Mind felfelé, mind lefelé úgy kell kooperálni, hogy ne okozzanak kellemetlenséget az adott hatalomnak. Ez biztosítja hatalmuk megőrzését.

Egyik, inkább emberi kérdés: hogyan tudják az átalakítás feladatát, annak a társadalomra és — feltehetően — saját lelkiismeretükre nehezedő terheit megoldani? Hogyan dolgozzák fel azt, hogy nekik — a hajdani szocialista rend-

szer vezető személyiségeinek — kell lebontani azt a szociális rendszert, amit építettek? Csökkenteni a szociális juttatásokat, amiket akkor keveselltek. Kivonni az egészségügy működéséből pénzforrásokat, amelyek eddig is kevésnek bizonyultak, és summa summarum: felszámolni azt a rendszert, amivel szerte a világon büszkélkedtek, ami sokfelé presztízszük és dicsekvésük alapja volt. Figyelemre méltó lelki rugalmasság.

Valószínűleg ez az, amit pragmatizmusnak neveznek. A pragmatizmus, ami azt is jelenti, hogy a hitet és az eszmét, az elkötelezettséget nem kell túlságosan komolyan venni, de lehet használni, ha a hatalomban a gyakorlati érdekek és a szükséges kényszerű cselekvések közötti lavírozásban segít. Ebben élhet tovább a késő Kádár-korszak ideológiamentessége, s támogathatta az a megkönnyebülés, amit a pragmatizmus hozott az Antall-kormány túlideologizált-ságával szemben.

Valóban, a programok megalapozottak voltak. A nagy szakadás az új kormányzásuk gyakorlata során a felkészülés, az elképzelések színvonala, a cselekvés módja és eredménye között van. A szocialista-liberális kormányzás első éveire ez a szakadás jellemző. Ami az előkészületekben történt, az konstruktív gondolati alapon formálódott ki. Ami viszont a politikai, gyakorlati cselekvés terén megjelenik, az már sokszor önkényes, átgondolatlan, kapkodó, nem konstruktív és nem konszenzuson alapul. Az előkészületek szándékait elmosásák a rossz vagy rosszul lépett egészségpolitikai döntések, az átgondolatlan kényszer-cselekvések vagy a magabiztos, bürokratikus, hatalomösszpontosító törekvések.

Ennek az állításnak a bizonyítására, a célok, módszerek és eredmények tanulságainak elemzésére esettanulmányként a kórházi kapacitáscsökkentés kétéves történetét vezetjük végig. Intézményelemzéseként pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és önkormányzatának működési zavarairól lesz szó.

A kórházak bezárásának és csonkításának kórtörténete: 1995–1997

Oka, célja, módszere és eredménye

Minden kormánynak van olyan kritikus Achilles-sarka, amelyben a legkisebb gazdasági, illetve politikai nyereség mellett a legnagyobb presztízavesztést kell elszenvednie. Ilyennek tűnt az előző kormánynál az abortusztörvény, a másodiknál a kórházleépítés. Az abortusz ügyében felizgatott légkörben, összebékíthetetlen álláspontok között kellett közjogi egyensúlyt teremteni. Végül többé-kevésbé sikert értek el: az orvosi elveket követve eddig még „keveset ártott”. A kórházkonszolidációnak nevezett akciósor következményei egyelőre beláthatatlanok. Nem tudni, hogy mennyire kockáztatja az életesélyeket, a gyógyítást, hogy átmenetileg vagy hosszú távon rontja az egészségügyi ellátás színvonalát, hogy ideiglenesen vagy végérvényesen tett lehetlenné orvosi iskolákat, műhelyeket és egzisztenciákat. Vagy egy átmeneti megrázkódtatás után hosszabb távra alapot teremt egy újfajta építkezéshez?

Mindenki számára egyértelmű, hogy az egészségügy működőképessége érdekében a kórházi rendszert is át kell alakítani, ahogyan az egész ellátás rendszerének belső szerkezeti arányait is. A kérdés az, milyen ütemben, milyen eszközökkel, hogyan történik.

Az elmúlt időszak egészségügyi konstrukciójában a kórház vált a gyógyítás legfontosabb intézményévé. Oda koncentrálták a legfontosabb szakmai erőket, a legfejlettebb gyógyító eszközöket. Ez a folyamat olyan, máig ható „szervi károsodással” járt, amelyet bizonyosan nem lehet megoldani kizárólag a kapacitáscsökkentés szemléletével, az úgymond „fölösleg” lebontásával. Főleg nem akkor, ha közben alapvető felépítésében az alapellátások és a szakellátások szintje nem változik meg.

Azért kell ezt a tényt most felelegetni, mert a folyamat visszafordítása közel sem egyszerű. Ha a rossz szerkezet megmarad és csupán a kereteit szűkítik, vagy mindössze egyes elemeket vágnak le, attól a működés még nem javul meg, hiszen megcsonkítva ugyanazt folytatja.

Paradigmatikus esettanulmány a kórházkonszolidáció, végrehajtása során igen koncentráltan mutatkozott meg a jelen csaknem minden ellentmondása. A racionális szükséggel is igazolt pénzügyi kényszerek nyomására hatalom-

koncentrációval vezényelt, erőszakosan keresztülhajtott, a gyors restrikció érdekében éretlen állapotban született döntésekkel hajtották végre a sürgetett amputációkat. Lehetett világos a cél, meghatározott az út, kidolgozott az elképzelt módszer, az eredmény nemcsak eltért vagy eltorzult az eredeti célhoz képest, hanem még a visszájára is fordult. Azok elégedetlenségét is kiváltotta, akiknek várakozására, sőt együttműködésére lehetett volna építeni.

A helyzet megértéséhez kísérjük végig a kórházi kapacitáscsökkentés útját.

A kórházi kapacitáscsökkentés útja

Az évről évre ismétlődő finanszírozási válság csaknem lehetetlenné tette az egészségügyi ellátórendszer működését. Újra meg újra borulással fenyegette az államháztartás egyensúlyát. (Erről részletesebben lásd az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról szóló fejezetet.) Úgy tűnt, a legnagyobb költségelvonás a kórházi területen érhető el, hiszen az egészségügyi ellátórendszer legnagyobb volumenű kiadásai itt találhatók. (1997-ben az összköltségek 56,9%-a.) Bármilyen jelentős megtakarítás radikális, gyors és látványos csökkenést produkálhat. Források szabadulhatnak fel. A források átcsoportosításával az elosztás egyenlenségét korrigálni is lehetne. Sőt, még egyes pénzügyi elképzelések szerint pénzt is ki lehetne vonni erről a költségigényes területről. Így szólt a terv.

A stabilizációs program új irányt diktált. A Bokros-csomag végrehajtása miatt az első szocialista népjóléti miniszter lemondott, s a feladat a közgazdász képesítésű, a tanácsi apparátusban járatos, az egészségügytől azonban „idegen” új miniszter kezébe került, aki a kórházi kapacitáscsökkentés kényes feladatát vállalta el.

A pénzügyi kényszerhelyzeten túl ésszerű érvek is szólnak az egészségügyi rendszeren belül a túlsúlyosnak mondott kórházi ellátás arányai megváltoztatásának szükségességéről. Az ellátási rendszer aránytalanságának okaiban a szocialista időben kialakult szerkezetek megváltoztatása került előtérbe.

A szocialista vívmányok mutatós mutatói visszaütnek

A szocialista egészségügyi rendszer sokat bírált egészségügyi koncepciója volt — ez már közhelyszámba megy — a kórházcentrikus ellátás. Az ellátás szerkezetén belül túlságosan magas volt a legdrágább betegellátási forma, a kórházi ellátás költségaránya. Az alapellátás alacsony színvonala, a rosszul felszerelt járóbeteg-szakellátás hiányai miatt csak a kórházakban lehetett megfelelő eszközöket, és ami még fontosabb, szakértő orvosokat találni. Ez az állapot értelemszerűen a „betegeket felfelé szívta” a biztonságosabb és sokkal költségesebb kórházi gyógyítás felé.

A szocialista ellátás célja és mítosza is volt egyben a kórházi ágyak számának fejlesztése. A nemzetközi arányokkal összevetve Magyarországon a népesség adott hányadára igen magas számú kórházi ágy jutott. A világ legfejlettebb országaival álltunk hasonló szinten. A nyugat-európai mutatóktól eltérően viszont alacsonyabb volt az ágykihasználás (vö. a 15. sz. ábrával). A nemzeti jövedelem, az egészségügyi költségek, a kórházi ágyak, a tízezer lakosra jutó orvosok számarányaiban is igen előkelő helyet foglaltunk el. Csak-hogy ezt a mi gazdasági, termelési szintünkön nem engedhetjük meg magunknak, nota bene nem is engedik meg nekünk.

A követelményt állító kritikus pénzügyi hatalmak ma ugyanazokat a mutatókat lebegtetik fenyegetően, amikkel a szocialista rendszer büszkén dicsekedett. A Világbank az államháztartási egyensúlyt tekinti a kölcsönök támogatási feltételének, és a termelési színvonalhoz mérve magasnak tartja a szociális kiadások arányait. Évente ismétlődött a 40–50 milliárdos hiány. Vagyis ennyivel kevesebb a rendelkezésre álló keretösszeg, mint amennyi a kiadási kötelezettség. És miután a különbség kiegyenlítését az állami költségvetés nem szavatolja, ez évről évre ismétlődő, kínos alkukat jelent.

Az állítás — a mutatókat nézve — egyfelől igaz. Országunk alacsony nemzeti össztermékéhez képest magas a GDP egészségügyi intézményrendszerre fordított aránya, az orvosok és az ágyak lakosságra vetített számaiban az igen fejlett országok között foglalunk helyet. Nálunk a nemzeti jövedelemből egy főre 200 dollár egészségügyi költség jut, Kanadában 2500 dollár, az Amerikai Egyesült Államokban 3000 dollár. A Nemzetközi Kórházszövetség 1996. évi kongresszusán közös magyar anyag számolt be a kórházi helyzetről. Miközben Magyarországon kórházcentrikus fejlesztés volt, kórházügyre tizenkétszer kevesebbet költött, mint az Európai Unió országai. Bérre 30-szor kevesebbet, mint amit a megállapított szakmai színvonal kívánna. Ugyanakkor a magyarországi kórházi helyzet 1:2-höz minősítést nyert. Megállapításuk szerint magas szakmai színvonal, alacsony bér, elmaradt beruházások és alacsony, kevés ráfordítás a jellemző. (Itt nem esett szó a paraszolvenciáról, amely, mint írtuk, kvázi megduplázza a bértömeget, de az orvosi szakmák és szintek között igen egyenlőtlen elosztással. Ezt beszámítva is a kórházi orvosok jövedelme a nyugati orvosi jövedelmeknek mintegy tizede.)

Ezért az igazsághoz közelebb áll az a besorolás, amelyik az egészségi állapot és ellátás differenciái szerint több mutatót vesz figyelembe. Eszerint 30 ország közül a 26. helyen állunk.⁷⁵ Ellentmond az előkelő besorolásnak az a tény is, hogy meglehetősen egyenetlen a kórházak felszereltségének a színvonala. Csaknem fele hetven-száz éves épületben, alacsony technikai és infrastrukturális háttérrel működik. Többségük állapotát inkább siralmas, mint dicsekvésre méltó körülmények jellemzik. Helyenként szinte dickensi állapotok uralkodnak, infrastruktúrájuk, ahogyan sokszor környezetüké is, erősen leromlott. Nálunk kimaradt az a fejlődési szakasz, amelyen Nyugat-Európában már

egy-két évtizede, az új technikai eszközök felszerelésével túljutottak. Ma Magyarországon a pénzügyi inflációt sem követi a finanszírozás, nemhogy a nyugati egészségügyi termékek piaci berobbanása következtében előállott exponenciális költségnövekedés, ami különösen a kórházakra terhelődik. Az egészségügyi dolgozók bérezése hosszú ideje megoldatlan, a lemaradás „krónikus”. Nemcsak a nyugati, hanem a hazai bérekhez képest is láthatóan a bértáblázat legalacsonyabb szintjén helyezkednek el az egészségügy dolgozói. Mindezt szem előtt tartva elképesztő terv — hogy ne mondjuk, katasztrofális — erről a terület-ről a költségeket kivonni. Józan mértékkel mérve inkább adni kellene, nem pedig elvenni ahhoz, hogy egyáltalán működőképesek maradhassanak.

Okok a pénzügyi szükségén kívül: szakmai érvek a változásért

A kórházi kapacitásszűkítésnek a gazdasági forráshiányon kívül, a pénzügyi kényszerhelyzetben túl vannak racionális érvei is. Hiszen valóban szükség van arra, hogy egészségesebb finanszírozási arány alakuljon ki az ellátási szintek között, hogy csökkenhessenek az egyes régiók és területek, valamint a szakmák és kórházak közötti nagy különbségek. Míg egyes szakmákban, kórházakban, bizonyos betegségek ellátásában súlyos hiányok vannak, addig máshol a kapacitás kihasználatlansága a jellemző. Egyértelműen szükség van tehát a források átcsoportosítására.

Az egészségüggyel foglalkozó felelős gondolkodók már korábban is sokat írtak az átstrukturálódás szükségességéről. Az átalakítást mint hosszú és nyilván fájdalmas folyamatot azonban csak évek szívós munkájával képelték el.⁷⁶

Kelet-Európában az ellátórendszerek hasonló módon alakultak ki: magas kórházi ágyszám mellett alacsony kihasználtság, gyenge műszerezettség, igen rossz népegészségi állapot. Mintha a szegénységnek és a rossz egészségi állapotnak kísérő tünete lenne az, hogy csak kórházban fordíthatnak erőt és időt a gyógyításra.

Lehet, hogy a szocialista gyakorlat itt kívánta bizonyítani elveinek beteljesítését: az egészséghez való állampolgári jogot azzal lehet demonstrálni, hogy mindenki számára hozzáférhető a legmagasabb egészségügyi ellátás esélyegyenlősége. Az, hogy a jog és a valóság kettősen érvényesült, arról több szociológiai elemzés is szólt. Ezekből kiderült, hogy a jogi esélyegyenlőség ellenére az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban is kifejeződik a társadalmi egyenlőtlenség. Később, vagy egyáltalán nem jutnak el kórházba, ahol azt a települési hátrányok akadályozzák, ahol gazdasági és iskolázottsági hátrányok korlátozzák a hozzájutást, még a műtétek aránya is különbözik a társadalmi hierarchia lépcsői szerint.⁷⁷

Valószínű, hogy a hiányos alapellátásból és az alacsony szintű egészségkultúrából egyenesen következik az is, hogy a betegek elhanyagolt állapotban

kerülnek kórházba. Sokszor elkésik a betegség felismerése, így — paradox módon — éppen a késedelmes beutalás vezetett a kórházak „túlhasználatához”. Rosszabb állapotból lassabb a gyógyulás, rossz eszközellátás körülményei között nincs mód mindig az intenzív gyógykezelésre sem, tehát az ápolás értelemszerűen meghosszabbodik, a kezelés tovább tart. Ez a szegénység pazarlása és ésszerűtlensége. Eközben a tömegesen rossz egészségi állapoton a kórházi gyógykezelés képtelen gyökeresen segíteni.

Kórházakba kerültek olyan betegek is, akiket nem feltétlenül kórházi körülmények között kellett volna kivizsgálni, illetve gyógyítani, mert alacsonyabb ellátási szinten nem tudták se jól diagnosztizálni, se megfelelően gyógyítani.

A kórházközpontúság kialakulásához nyilván hozzájárulhattak az orvosi ambíciók, a kórházi orvosok szakmai és presztízserdekei is — az a bizonyos sokat emlegetett „kórházi orvoslobby”. Azoké, akik csak kórházi körülmények között találták meg a korszerű gyógymódok lehetséges alkalmazását, szakmai és pénzügyi igényeik teljesítését.

A nálunknál egészségesebb lakosságú országokban hatékonyabbak a gyógyító-megelőző rendszerek, jobb a szerkezet- és forráselosztásuk. Az alapellátásra és a járóbeteg-szakellátásra fordított eszköz, pénz és idő képzetebb szakértelmet vonz a pályára. Ezek segítségével részben jobban megelőzhető, részben kiváltható a sok esetben legdrágább kórházi gyógykezelés is. Ez az, amihez nálunk sem eszköz, sem tudás, sem gyakorlat nem állt rendelkezésre.

A szegénység pazarlása a kórházakban

A szegénység ember- és eszközpazarlása a kórházi gazdálkodás belső szerkezetében is folytatódott. Az ágyakra számolt bázisfinanszírozás független volt a teljesítménytől, a gyógymódtól. A kórházi ápolás költségeit az ágyak számára és a betegforgásra (idő/beteg) kalkulálták. Ugyanígy erre vetítették a létszámot, a gyógyszerköltségeket, az ellátást, a technikai felszereltségét is. Nem volt cél a pénzügyi támogatás ésszerű és hatékony, teljesítményre épülő felhasználása. A kihasználtság érveivel — természetesen a megfelelő személyes alkuk és a kellő kapcsolatok révén is — a költségek feltornázhatók voltak. A költségek iránti érzéketlenség rendszerré változott.

A bizalmatlanság miatt gyakoriak voltak a párhuzamos és megismételt vizsgálatok. Az orvosok nem bíztak a zsúfolt, rosszul ellátott szakrendelések diagnózisában. A defenzív medicina többszörös bizonyítékok gyűjtésére, egyben a felelősség elhárítására ösztönzött. A kórházi beutalás megnyugtatóbb volt az orvosnak, nyugalmasabb a betegnek is, hiszen a medikalizáció elviselésén túl a környezetéből kivonta, a napi kötelezettségeiből kiszabadította őket. Igaz, miközben a kórházi lét kikapcsolt, egyben ugyanazzal megterhelte a beteget, amivel megóvta, hiszen olykor szükségtelen hospitalizációhoz vezetett.

Nemcsak a szükségesnél magasabb szinten ellátott gyógyítás terhelte túl a kórházakat betegekkal, és a betegeket a kórházi kezeléssel, hanem gyakorlattá váltak a „másra” használt kórházi ágyak. Olyan feladatok is a kórházi ellátás körébe kerültek, amelyekre a mindennapokban sem a családok, sem a társadalom közösségei nem vállalkoztak. A szociális ellátás hiányai az egészségügyi intézményekre terhelődtek. Ezt a folyamatot a szociális problémák medicalizálódásának nevezik. A társadalmi és területi mobilitás miatt magányossá válnak az öregek. A nukleáris családok szűk lakótereiben sem anyagilag, sem túlterheltségük túlmunkáik miatt nem tudnak gondoskodni a távol élő, beteg hozzátartozóikról. Kialakult a „szociális ágy” gyakorlata. A magányos, egyedül élő, lábadozó beteget a jó érzésű orvosok nem küldték haza, hiszen úgyszólván senki, aki otthon ellássa.

Kórház várt azokra az otthon is ellátható krónikus betegekre, akik családban éltek, de hozzátartozóik nem tudták megfelelően ápolni őket, és hiányzott a megfelelő és rendszeres orvosi ellenőrzés. Kórházba utalták őket, hogy némileg feljavítsák, vagy az otthoni figyelem hiányát ott pótolják. Ugyanígy ismert a „megőrzésre átvett” protekciós gyengélkedő, kórházi ápolásáért az orvosnak fizet a megsegített hozzátartozó. Előbbi esetben általában idősekről van szó, utóbbiakban olyanokról, akiket nyaraló vagy az ápolásba belefáradt családja kórházba küld, hogy ott gondoskodjanak róluk.⁷⁸

A szegénység miatt duplán kell fizetni: mivel nem épült elegendő szociális otthon, mivel az ellátás merevsége miatt nem volt mód otthoni betegellátásra, mivel nem épültek ápolási otthonok, nem lehetett kórházon kívül hová helyezni az ápolásra és orvosi ellenőrzésre rászorultakat. Ez a szegénység vitt a legdrágább megoldás felé: ott a kórház, ott ellátják a másutt ellátatlanokat.

A nemzetközi trend

Nyugat-Európában kialakult álláspont és gyakorlat, hogy akkor egészséges és költségkímélő az egészségügyi ellátás struktúrája, ha az alap- és a járóbeteg-ellátás a páciensek gyógykezelését jó színvonalon képes megoldani. A nagy költségű kórházi ápolásról ezért a gyógyítás megoldható feladatait az olcsóbb alap-, illetve járóbeteg-szakellátásba terelik. Segítenek ebben az új tudományos, technikai és biokémiai eredmények, olyan korszerű gyógyszerek, amelyek bizonyos műtéteket kiváltanak — lásd például a fekélybetegségeket gyógyító készítmények —, és/vagy a kórházi gyógyítási időt is lerövidítik. Az újfajta eszközök — CT, ultrahang, MR stb. — révén biztonságosabbá válhat a betegség diagnosztizálása, hatásosabbá a beteg kezelése. A pontosabb diagnosztikus eszközök mellett az új, gyorsabb eredményt hozó műtéti technikai eljárások a korábbi hosszan elhúzódó kórházi kezelést néhány napra rövidí-

tik le — lásd például a laporoszkópos epe- és veseműtéteket (igaz, ezek a technikák a hagyományos sebészeti eljárás többszörösébe kerülnek) —, és jelentősen csökkentik a kórházban eltöltendő időt. Ennek köszönhetően több beteget rövidebb idő alatt láthatnak el.

Az egészségügyi és a kórházi költségek olykor robbanásszerű növekedését még az ilyen méretű racionalizálással sem tudták kivédeni. A legújabb gyógy-módok, technikák, műszerek és gyógyszerek ugyanis *sokkal drágábbak*, mint a hagyományos eljárási módok. Költségérzékeny módszereket kellett beépíteni a kórházi finanszírozás rendszerébe, amely a kihasználatlanságot és a pazarlást csökkenti, miközben a kapacitáskihasználás érdekeit növeli. A szakértelem és az eszközök hatékonyabb kihasználására kívántak koncentrálni.

A kórház túlsúlyos szerepének csökkentésére Nyugat-Európában sokféle civil és betegjogi mozgalom indult el. Ezek az emberi autonómia védelmében küzdenek az életet átható medikalizáció ártalmaival és az orvosok túlzott hatalmával szemben. E mozgalmak azt is kívánják, hogy az emberek a nagy életfordulókat — a születést, a halált is — saját környezetükben élhessék át, és a medikalizáltság olykor elidegenedett nagyüzemét elkerüljék. (A természetes szülés, jog a természetes és emberi halálhoz, hospice mozgalmak, jog a gyógy-módok választásához vagy elutasításához stb.)

A kórházak szerepkörének és költségeinek csökkentéséért, s egyben az alapellátási szintek jobb felszereléséért és minőségi megemelkedéséért sokféle érdek küzdött. Ezek közül természetesen a pénzügyi érvek érdekképviselője a legerősebb, és a kórházon kívüli orvosi és gyógyszerlobbly a legérdekeltebbek. Az alap- és járó-betegellátás körében dolgozó orvosok érdeke is a kórházak ellen szól. Ők arra törekszenek, hogy az újabb gyógy-módokkal kiváltsák a kórházi ápolást és magukhoz kössék, maguknak tartsák meg a betegeket. Időnként alig leplezett piaci érdekütközések során egymással szembekerülnek a különböző orvoscsoportok, amikor a betegek megszerzéséért és a biztosítási összegekért küzdenek.

Az átalakítás Nyugat-Európában nem egy év alatt történt. Nagy-Britanniában például 5-6 évet szántak az átalakításra, Franciaországban viszont egy évtizedre tervezik az átállást, hasonlóan Németországhoz, ahol a beavatkozást hosszú vizsgálatok előzték meg. Spanyolországban egy évtizednél hosszabb időt szánnak a változtatás lebonyolítására. Időt hagynak a felkészülésre, nagy apparátussal kutatják a bekövetkező hatásokat, szondázzák a megoldások eredményeit, állandóan monitorozzák a változtatást, követéses vizsgálattal figyelik az elérteteket, így többek között a gyógy-módok hatását és eredményességét. A tapasztalatok alapján folytatják vagy módosítják az átalakítás hadmozdulatait.

Hogy ezeknek a világos, racionális szakmai és egészségügyi céloknak az elérése miként történt nálunk, annak folyamatát az eseményekkel együtt haladva az alábbiakban követjük nyomon.

A kórházi kapacitáscsökkentés végrehajtásának módja és menete: 1996-1997

Számítások szerint egy kórházi ágy fenntartása egy-másfél millió forintba kerül. Tehát tízezer ágy megszüntetésével 15-20 milliárd forint megtakarítása érhető el. Ez a következő évben további ágyak megszüntetésével növelhető. Nyomában újabb nagyarányú megtakarítások érhetőek el.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár javaslata „szigorúan matematikai számítások” alapján 39 ezer kórházi ágy felszámolását tartotta lehetségesnek anélkül, hogy „komoly hiány jelentkezne az egészségügyi ellátórendszerben”.⁷⁹ A tárcának ugyan ellenvetése van, de a folyamatos ágyfelszámolással az elkövetkezendő években 30-40 milliárd forintnyi támogatási összeg felszabadítását helyezte kilátásba.

A második szocialista népjóléti miniszter a szakemberek megállapítása és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár elemzései nyomán tízezer ágy megszüntetését tűzte ki célul. Tudván, hogy kemény feladat lesz, törvényjavaslatot tett és indított el 1996-ban.

Egy országos műtét előkészítése

A kórházi konszolidáció — kórházbezárás, osztályok megszüntetése, átcsoportosítás — olyan súlyos műtétek sorozata az egészségügyben, amelyet csak steril körülmények között és — a hasonlatnál maradva — csak megfelelő asszisztenciával szabad elvégezni. Ha valamelyikre nincs biztosíték, akkor még a jó célok és szándékok is elvérezhetnek. Ekkora operáció lebonyolításához komoly előkészület, alapos körütekintés, megelőző szakmai konzultációk sora kívánatos, valamint átgondolt, megalapozott társadalmi konszenzusok, amelyekben nemcsak a szakmát és az érintetteket, hanem a civil társadalmat is bevonják. Előkészületek, egyezségek nélkül, különösen a tulajdonosokkal való alapos tárgyalások hiányában e súlyos feladat megoldása túlságosan sok rizikót tartalmaz. A konstruktív megoldás lehetetlen, illetve nagyon nehéz.

Első lépésben, a cél kitűzése után, a kormányzásban részt vevő szakemberek és bizalmi embereik országjárásra indulnak. Négy közéleti egészségügyi szakférfiú — aki átgondolta a szükséges tennivalókat, ismeri a megtakarítandó összeget, többé-kevésbé jártas a kórházi ügyekben — elindul ország-szerte a kidolgozott irányszámokkal és a felszámolandó vagy megkurtítandó kórházak listájával. Budapesttel együtt kilenc megyében tárgyalnak az illetékesekkel.

A módszer leginkább a felvilágosult központi kormányzás metódusa: az irányítás tudja mit akar, van ereje és képes arra, hogy azt keresztülvigye. Mi-

vel azonban felvilágosult, tudja, nem elég „levinni a szempontokat”, az erős központnak még egy diktatúrában is szüksége van a helyiek együttműködésére, nemhogy egy újfajta demokráciában. Elvégre nélkülük a tervek végrehajthatatlanok maradnak! A kidolgozott döntéseket elfogadtatni, rábeszélni, végrehajtatni, nos ez a feladat. Az országjárás voltaképpen a döntések kontrollálása mellett, az ellenállás vagy az engedelmesség szondázása is volt. Az országjárás azonban inkább aggodalmat, gyanakvást, mintsem megnyugvást keltett. Az ellenzés hangja a kívánatosnál nagyobb mértékben erősödött fel. Kérdések faggattak a döntések elvéről, az előkészítés gondolati alapjáról, az indokokról. Az előzetes vitaanyagokból kiderül, hogy az előkészítés során szakmai konszenzusokra nem törekedtek, az országos intézetekkel, a szakmai kollégiumokkal nem tárgyaltak, a tulajdonos önkormányzatokkal nem egyeztettek, az érintetteket nem tájékoztatták.⁸⁰

A fővárosi önkormányzat egészségügyi képviselői elég szívósan küszködtek a kirótt csökkentések racionalizálható változtatásáért. Az első előkészítő anyagból két mondat dokumentálja a döntés-előkészítés módját: „Sajnos kielégítően értékelhető morbiditási statisztikai adatok nem állnak rendelkezésünkre, ezért a rendszer átalakítása a költségek és az egészségügyi ellátás szakmai oldaláról közelíthető meg.” Másik megállapítás a döntési módról: „A koncepció elfogadása után (kiemelés a szerzőtől) az egyes kórházakkal részletes egyeztetés történik.” Itt legalább világosan olvasható, hogy nincsenek ismereteik a morbiditási helyzetről és nem konszenzusra épül a javaslat.

Bár az egészségügy vezető politikusaival készített interjúk arról adnak hírt, hogy a látogatások nyomán az érintett megyék felelősei, ha nem is örömmel, de készséggel együttműködnek a kórházi megújulás érdekében, mégis változtatni kellett a módszeren. A személyes alkuk, a szubjektív döntések gyanújának elhárítása miatt a lépésváltás a tervgazdasági időkből ismert módszerekkel, *szuperracionális* irányba történik. A miniszter a törvényhozás előkészítésére matematikai modellt készített, amelyben 120 mutató átfogó analízise alapján határozza meg a megszüntetendő és megmaradó kórházak, osztályok körét. A tartalmi problémák mellett módszerbeli hibák rontják a számítás tartalmi megbízhatóságát, használhatóságát, aggodalmat okoz a komplex mutatók kiürült társadalom- és emberszemlélete. A kórházépítésnek éppen úgy, mint a lebontásnak kőkemény szakmai követelményei vannak. Különböző társadalmi, környezeti, egészségügyi feltételek ismerete kell egy kórház létrehozásához és megszüntetéséhez is.⁸¹

A szakirodalomban Kövesi Ervin tanulmánya idézi azokat az alapelveket, amelyek a kórházak tervezésében az üzemgazdaság és a humanitás szempontjait egyesítik: s bemutatja a tervezéshez multhatatlanul szükséges mutatók használatát is. A felsorolt alapvetően fontos társadalmi mutatók mellett sokértelmű morbiditási fogalmat is használ, a nyilvántartott ismert kórházi és általános morbiditás mellett a látens morbiditást és a kockázati faktorokat is.⁸²

A mortalitás kérdésében a bázis, amire építenek, az ápolat, illetve gyógyított esetek statisztikája, ami ma különösen bizonytalan, hiszen amióta a finanszírozás alapja a köreset lett, és a finanszírozás a pontszámok alapján történik, a pontszám növelése pénzügyi érdekké vált. A kórház működésében járatos bennfentesek szerint „jól kell tudni kódolni” ahhoz, hogy megfelelő összeghez juthasson a kórház. Ezért a betegségstatisztika az új finanszírozás bevezetése óta több mint bizonytalan. Ettől függetlenül is *Kincses Gyula* azt írja *A kórházi kapacitásstervezés* című cikkében, hogy „az egészségi állapotról Magyarországon csak az ellátás adatain keresztül rendelkezünk részletes ismeretekkel, és ez nem szükséglet, hanem annak az ellátószolgálat által kielégített/gerjesztett részhalmozatot reprezentálja. Ennek megfelelően az a szükséglet alapú tervezés, amely korrekciós faktorként az ellátás adatain alapuló morbiditási adatokat tekinti elsődlegesnek, nem kiegyenlíti, hanem konzerválja vagy újratermeli az öröklött egyenlőtlenségeket.”⁸³

Korábban sem lehetett a kórházi mortalitásból a valóságos mortalitásra következtetni. (Ezt bizonyították régebbi kutatási tapasztalataink is.⁸⁴) A kórházi osztályok létrehozását nem a helyi egészségi állapot szükségletei diktálják, hanem az odavonzott orvosok szakmája: ha a belgyógyász kardiológus, több lett a kórházban a szívbeteg, ha endokrinológus, akkor a gyomor- és emésztőszervi betegségek aránya növekedett a betegségek struktúrájában. A szakértő orvos természetesen megtermelte a maga betegeit, s mindig van annyi látens betegség, amelyet egy jó orvos kihívása manifesztté tud tenni.

Valóságos morbiditási bázis hiányában biztonságosabban eligazítanak a megyék halálozási trendjei. Ennek ellenére a számítások között a magas és az alacsony mortalitású megyék ugyanolyan pontszámot kaptak. Ilyen alapadathiányt nem pótolhat a mutatók mennyiségi felhalmozása. Százhusz kevesebb, mint a jól kiválogatott 12 mutató kombinációja, amelyben a morbiditási, a mortalitási, az infrastrukturális (telefon) szocioökonómiai státusz, iskoláztatási szint, szakképzettség, munkaalkalom stb. függő és független változóinak komplexitása ad bizonyos fogódzkodót.⁸⁵

Ha a legjobb mutatókat vesszük figyelembe, akkor sem lehetséges csak azok alapján ekkora változtatást végrehajtani, és figyelmen kívül hagyni a számok mögötti történelmi, emberi, társadalmi tényezőket. Különösen nem a szakmai, orvosi eredményesség mértékét, az orvosi csoportok színvonalát, az alkalmazott gyógymódok sikereit vagy kétségeit, a komplex mutatók számaiban kifejezhetetlen valóságot. Ez a módszer már a szocialista tervezésnél sem vált be. Nem lehet a társadalom összefüggéseit, működési dinamikáját és rezisztenciáját kihagyni a számításból, ahogyan az emberek valóságos helyzetét és együttműködési készségét sem.

Mielőtt folytatnánk azt események követését, egy évvel vissza kell lépni az időben, hogy felidézzük: mi és hogyan történt a finanszírozási változások nyomán megszűnő ágyakkal 1995-ben.

A csendes ágyfelszámolás 1994–1995 között – a törvény előtt

Az 1996-ban nagy hangerővel meghirdetett tízezer ágy csökkentése, majd a törvényhozás vitája, a sajtó, a rádió, a televízió „PR”-tevékenysége szinte elfeledtette, hogy 1994-ről 1995-re, már a második kormányzat első évében, a finanszírozás, tehát a pontrendszerek hatása nyomán elinduló csendes felszámolás következtében egy év alatt 8655 ágygal kevesebb működött. A csaknem 7%-os átlagos csökkentés egyes területeket különösen érzékenyen érintett.

10. táblázat

A kórházi ágyszámok változása 1980 és 1995 között egyes osztályokon

Osztály	1980	1994	1995	1980	1994	1995
Szülészet	9 800	-438 9 362	-1894 7 428	100	95,53	75,79
Csecsemőosztály	9 290	-1811 7 479	-1655 5 824	100	80,50	62,69
Elmeosztály	15 569	-425 15 144	-6008 9 136	100	97,27	58,68
Tüdőosztály	7 856	-2472 5 384	-1737 3 647	100	68,53	46,42
Működő	95 539	2914 98 453	-5850 92 603	100	103,50	96,92

Forrás: Gyűjtés az OEP statisztikáiból.

Az intézkedés legnagyobb mértékben az ideg- és elmekórházakat, erősen a csecsemő- és gyermekosztályokat, súlyosan pedig a tüdőosztályokat érintette.

A statisztikákból nyomon követhető, hogy a 6,7%-os átlagos ágyszámcsökkentés az ideg- és elmeosztályokon 42%-os csökkentést jelentett, a korábbi 15 ezer ágy kilencezerre „fogyott”. (Az ideg- és elmeosztályokon 1980-ban 15 569 ágyat működtettek, 1994-ben 15 144 ágyat, majd egy év alatt 6008 ágyat szüntettek meg.) A csecsemő- és gyermekosztályokon 1655 ágyat, ami az 1980-as állapothoz képest 38%-os csökkenés. A tüdőosztályokon 1994-ről 1995-re 1737 ágygal lett kevesebb a már korábban is csökkentett 5384 ágyból. Érdeemes közelebbről megnézni a tendenciát.

Az ideg- és elmeosztályok

Ésszerű követelmény az elmekórházi ágyak csökkentése, ugyanis nemzetközi áramlat az úgynevezett deinstitutionálás, vagyis az, hogy az intézményességtől fel kell szabadítani a betegeket. A progresszív elmeógyógyászat világáramlata intézet- és ágyfelszámolás párti. Ez a racionalitás és korszerűség elegyedik a gyenge érdekképviselettel, az ellenálló erő és képesség hiányával. A pontrendszer oly alacsonyan minősítette az ideg- és elmeosztályokat, hogy azoktól szabadultak meg a kórházak és önkormányzatok legelőször. A kérdés csupán az, hogy ki fogja a betegeket ezek után ellátni?

Kik azok, akik magukért nem tudnak szólni? Nyilván az ideg- és elmebetegek. Olyan a betegségük, hogy sem képviselni, sem kifejezni magukat, magukért nem tudják.

Kik azok, akikért nem szól a környezetük? Az elme- és idegbetegek. Családjuk nem, mert szégyelli a még mindig stigmát viselő beteget. A család, ha visszakapja otthoni gondozásra, nem szól, mert fél a bélyegtől: „bolond van a családban, azután berakták egy bolondokházába”. A családtagok társadalmi helyzete is olyan, hogy meggyötörtek és inaktívak, tanult tehetetlenségük visszatartja őket. A kutatások bizonyítják, hogy a magasabb osztályban lévő betegeket általában magasabb szinten gyógyítják: otthon, esetleg elit kórházakban vagy szanatóriumokban, ott sem állandó jelleggel, hanem időlegesen.

A kórházak megszüntetése elleni polgári tiltakozásokat átnézve kiderült, hogy a sokféle tüntetés között — egyetlen kivétellel — nem hallhattunk olyan megmozdulásról, amelynél az elmekórházért léptek volna fel. Sem a kórházak, sem a polgárok, sem a megyei egészségügyi pénztárak, sem a Magyar Orvosi Kamara, de még az ideggyógyászok orvosi kara sem igen tiltakozott az elmekórházak ilyen méretű restrikciónak szemben.

Kiállnak értük a kórházak városai? A városi polgárok, akik kórházaik védelmében utakat zárnak el, miséket hirdetnek, harangot kongatnak, az elmekórházak érdekében ugyanezt nem teszik. A „bolondokháza” nem tartozik a városok presztízselemei közé, sem mint épület, sem mint intézmény. Ezeknek a helyeknek még lokális kötöttségeik sincsenek, az egész ország betegeinek gyűjtőhelyévé válnak.

A nagyarányú csökkentésben lehetséges, hogy szerepet játszott az elmekórházak állapota is. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és hivatala 1995. november végén vizsgálatot kezdett a *pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban a betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesítése ügyében* (OBH 2255/1996). A vizsgálat rengeteg anomáliát tárt fel az elmeigógyintézetek körül, az anyagi és ápolási feltételekről. Mindez figyelmeztetett ezeknek a kórházaknak a lerobbant állapotára, a bánásmód embertelenségére, az emberi jogok hiányára. Lehetséges, hogy megelőzve a figyelmeztetést, az egészségügyi kormányzat azt találta a legjobb megoldásnak, ha ennyire rossz, akkor egyszerűbb megszüntetni, mint megjavítani ezeket a kórházakat.

A pszichiátriának hagyományosan gyenge a képviselete. Emellett az elmekórházak finanszírozása ellehetetlenült, a mentális betegségek és kórházaik hagyományosan a legutolsó helyre szorultak mindig, amikor az anyagi erők elosztására került sor. De hogy ennyire nem voltak hangosak, erős érvelésűek, erre azért nincs magyarázat! Bekövetkezhetett az, hogy ahol nincs igazi érdek-képviselő, ahol nincsenek erős lobbyk, ott nincs esély a megmaradásra és a betegek megfelelő védelmére.

A pszichiátriában az intézmények leépítése elméletileg is megindokolható, mivel tényleg jobb a betegeknek saját környezetükben, mint kórházban lenni.

A kérdés csupán az, hol van ez a környezet és hogyan fogadja vissza a már egyszer elkerült betegeit.

Az ideg- és elmebetegek visszakerülése korábbi környezetükbe felméretlenül sok feladatot és problémát generál: már leszámoltak velük, megszokták, hogy másutt gondoskodnak róluk. Egy részük nyilván ellátatlanul maradt, mivel már régebben kiestek mindenhonnán. Egy agresszív társadalom türelmetlen közegébe kerültek, kevésbé életképesen, anyagi értelemben elnyomorodva, önvédelmük érdekében tehetetlenül.

Utána kellene menni: mi lett azzal a 9000, intézményétől megszabadított ideg- és elmebeteggel? Hová kerültek a felszámolt ágyakról? Vissza a családba? És ha nincs család? Vissza a közösségbe, amely működéséről nem lehetnek illúzióink? Milyen szervezeti és anyagi feltételeik vannak, ki tudja megvédeni őket, tényleg megkapják azt a minimális, éppen hogy megélhetésre alig alkalmas segílyt, amivel kétséges, hogy akár a saját magukról való gondoskodásuk megoldható? Növelik a hajléktalanok körét, vagy kényre-kedvre kiszolgáltatottai az ott-honi családnak? Ahol, ha nehezen viselik el őket, kegyetlen bánásmódnak lehetnek kitéve. (Kutatásunk során találkoztunk bezárással, erőszaktétellel, éheztetéssel, kínzással.) Erre nincs megfelelő szociális háló — pontosabban erre sincs.

Miközben az elme- és idegbetegek védelméért annyi fontos álláspontról tudunk, jogaikért komoly küzdelem folyik. Az egészségügy felelősségkörében mégis inkább a felelősség elhárítása a jellemző, a szembenézés elmarad, a szociális szféra lerobbant. Sok feladata között hogyan is tudna tenni ezekért az emberekért! Mindenképpen több kóborló elmebeteg, több hajléktalan, sérült idegzetű kerül a rossz gondozottságból a teljes gondozatlanságba.

A csecsemő- és gyermekosztályok

A másik kórházvesztes csoport a gyermekorvosoké. Itt már 1995-re 20%-os ágyszámelvonás előzte meg a nagy ágyszámcsökkentés egyelőre ismeretlen számait. Általában már az első két év restriktója sokkal nagyobb arányban érintette őket, mint a többi szakmát (az ideg- és elmeosztályokat kivéve). A racionális magyarázat erre az, hogy a korábbi gyermekszámra méretezett kórházi ágyszám feleslegessé vált, mert olyan mély a demográfiai hullámvölgy. Az ágykihasználás is alacsonynak ítéltetett.

Megnyugtató lenne, ha ez esetben a figyelem meg a pénz — ha nincs kórház — egy maximálisan jó alapellátás és a gondos megelőzés kiépítése felé fordulna. De nem ez történik. Nemcsak az idegorvosok érdekképvisellete gyenge, hanem a gyermekorvosoké is. Úgy tűnik, mintha a gyermekorvosi szakmának általában romlana a helyzete. Itt is egy korunkat és szintünket meghaladó, ma luxusnak tekintett orvosi hálózat visszafejlesztése történik. A gyermekorvosi hálózatot már korábban is a felszámolás veszélye fenyegette azzal, hogy a házi-orvosokat — viszonylag gyors képzés után — gyermekorvosokká minősítet-

ték. Egyes önkormányzatok maguk döntenek el, kell vagy nem kell a gyermekorvos. Közfelölősségű ügy szubjektív döntés tárgya lesz: üzletnek is tekintetik, a helyiséget is megfizettetik és megadóztatják, ahol a gyermekorvos működik. Vagy alapellátási formának tekintik, és aszerint szerződnek velük.

Megoldatlan a iskolaorvoslás kérdése is, hiszen oly gyenge a finanszírozása. Általában nem teszik lehetővé a komoly gyermekorvosi szűréseket. Hiányoznak a prevenciós intézkedések, valamint a szükséges intézményi és finanszírozási formák.

A gyermekszűrések hiánya mellett nincsenek gyermekrehabilitációs intézmények és intézkedések. Újabban — egyes hírek szerint — a megelőző oltások is veszélybe kerültek.

Ha a kórház hiánya mellett sem az alap-, sem a szakellátás felépítése nem történik meg, akkor a legfontosabb, a gyermekkori idő esik ki az elkerülhetetlenül szükséges megelőzésből. A gyermekek esetében sok veszélyeztetettségről lehet tudni. Ha a gyermekgyógyászat bekerül a házi orvos kompetenciájába, ha nincs jól megfizetett iskolaorvos, ha nincs gyermekekre specializálódott, általánosan érvényesülő program, akkor a jó tanácsok nem védhetik meg a gyermekek egészségét. Ismét több szó esik gyermekeink életvitelében a megfelelő életmódra nevelésről, mint a megfelelő intézményrendszer kiépítéséről és a jó szakemberek megtartásáról. Szakmailag hígulni látszik a gyermekgyógyászati ellátás. Miközben mindenki a gyermekek hiányáról, az alacsony szülési szám miatt a jövő kockázatairól beszél, az élő, már megszületett gyermekekről viszont nem megfelelően gondoskodunk. Pedig bizonyított, hogy ami a gyermekkorban az egészség megépítéséből kimaradt, azt már a felnőtt időszakban késő pótolni.

A tüdőgyógyászati ágyak csökkentése

1980-ról 1994-re kétezer ágyat csökkentettek a tüdőosztályokon. Ezek a részlegek valóban a szükséghez képest felduzzasztottak voltak. Az viszont, hogy 1994-ről 1995-re annyi ágyat vonnak el, hogy 1980-hoz képest 54%-os lett a csökkentés, ez már nem érhető. Újabb ismeretek szerint növekednek a tuberkolotikus megbetegedések és az egyik legpusztítóbb daganatos betegség, a tüdőrák. Az allergiás, asztmatikus betegségek szinte népbetegséggé váltak, számuk ugrásszerűen megnövekedett. Halaszthatatlan teendők sűrűsödnek a légzőszervi megbetegedések körül, s a megoldás útja nyilván a megelőzés. Az ösztíz a dohányzásra irányul, viszont más környezeti ártalmakról és egészségügyi teendőkről alig esik szó.

A szülőotthonok megszüntetése

Alaposabb figyelmet kívánt volna a szülőotthonok kérdése is. Újabban mozgalmak indulnak világszerte és nálunk is, amelyek a szülések medikalizációjá-

val, a kórházi viszonyok gyakori elembertelenedésével szemben valami mást, emberközelibb megoldást keresnek. A hospitalizáció testi-lelki kockázatai miatt a szülés természetes körülményeinek visszaállítására törekednek, hogy a legnagyobb emberi élményt, az életadást és a születést teljesebben és együtt élhessék át az anyák, a családok.

Az orvosi kar legfőbb érve a szülőotthonok bezárása mellett az volt, hogy veszélyesek, kockáztatják a szülő anyák és a gyermek egészségét. A szülések száma országosan katasztrofálisan csökken. A kórházi nőgyógyászoknak elemtérdeke, hogy szülő nőt ne engedjenek ki a kezükből, hogy az a kevés, aki gyermeket vállal, az a kórházukba kerüljön, az ő orvosi felügyeletük mellett szüljön. Pedig a tapasztalat szerint a szülőotthon környékén élő várandós anyák szívesen mentek a szülőotthonokba szülni, közelebb is volt lakóhelyükhöz, emberségesebb légkör uralkodott ott. Az anyákra jobban koncentráltak, erősebben érezték a szülő anyák a rájuk fordított figyelmet, mint a városi kórházak szülészeti osztályain. Az ott szülő nők számára tényleg szülő „otthon” volt, ahol kevésbé félték, mint a kórházi légkörben.

Erős orvos lobbyérdekek állnak szemben a szülő nők kívánságával. Az ellenézés a szülőotthonokkal szemben akkor kaphatott volna igazi megalapozást, ha pontos adatokkal évekre visszamenően megvizsgálnák és összehasonlítanák mindkét intézménytípust, majd a bizonyítékok alapján — egymás mellé állítva a szülőotthonok és a kórházi szülészeti eredményeit — vonnák le a következtetéseket. (Tudunk olyan jól felszerelt kórházokról, amelyekben sorozatos műhibák következtében a legjobb feltételek mellett történtek tragédiák, és szülőotthonokról, ahol egyetlen rosszul végződő szülészeti esemény sem történt.) Még az is elképzelhető, hogy nemcsak kevésbé kockáztatott (gondoljunk a kórházi iatrogén ártalmakra), hanem még „olcsóbb” is. Csökkenő születésszám, félig üres szülészeti osztályok, mindenképpen „keves a foka”. Amíg nincsenek igazi bizonyítékok a különbségről és a veszélyeztetésről, addig felmerül a gyanú, hogy a kismamánál a nőgyógyász van nagyobb veszélyben.

Ha ebben a formában már nem is lehetett tovább éltetni azt, ami értékeket jelentett, meg lehetne őrizni akár úgy, hogy anya- és gyermekvédelmi intézményekké alakuljanak át, esetleg ott készülhessenek fel a szülésre vagy a gyermeknevelésre és az anyaság feladataira. Vagy egyszerűen az ott töltött napok alatt a gyermekekkel együtt tanulhassák az anyaságot, hozzáértők segítségével, védelem alatt, akinek erre szüksége van, és addig ott lehessenek a szülés után, kicsit amolyan családi körülmények között, amíg meg nem erősödnek, jól fel nem készülnek.

A felsorolt példák az első év csendes leépítéséből valók. Azt bizonyítják, hogy a csökkentés és a megszüntetés ésszerű érveit a gyenge érdekképviselő nyomatékosítja: a legkönnyebben (le)kezelhető, legalacsonyabb érdekképviselővel rendelkező kórházak, osztályok betegségrcsoportok és betegek köreit

érintette a legnagyobb restrikción. Mivel a megszüntetést nem az egészségügy rendszerbeli összefüggéseiben, nem az emberi és társadalmi hatásában kezelték, így nem fordítottatott figyelem a következményekre.

Ezek után hogyan történik országos reflektorfényben a „Nagy Leépítés”?

Parlamenti vita, döntés és az eredmények

A népjóléti miniszter 1996. május 21-én vitte az Országgyűlés elé a minisztérium előterjesztését „Az egészségügyi ellátás kötelezettségéről és a területi ellátási normatívákról”. Parlamenti beszédében 15–20 milliárd forintnyi csökkentést tűzött ki közvetlen célul. Ebből lett az 1996. évi LXIII. törvény.

A törvényhozás vitatta a népjóléti miniszter referendumát. Nemcsak az ellenzéki képviselők sűrű kritikája boncolta az előterjesztés fundamentális hibáit, amelyek kitűnő bírálati terepet szolgáltatottak számukra — rálátásuk, függetlenségük, szakmai ismereteik is megalapozottak voltak az anyag bírálatához —, hanem még a kormánypárti képviselők is komoly ellenvetéseket tettek a kiválasztás, a végrehajtás módszerére. Az Országgyűlés egészségügyi bizottsága kifogásolta az adatok használhatóságát, a finanszírozás módszerét és az ágyszámcsökkentés finanszírozási elképzeléseinek ellentmondásait. A foglalkoztatási bizottság az átalakítás előkészítetlenségét bírálta. Vitatták a módszert, kritizálták az összehangolatlanságot az önkormányzati bizottságban. A koalíció szónoka is alapvető kifogásokat sorolt fel: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az önkormányzatok közötti hatáskörök tisztázatlanságát, az önkormányzati törvénnyel ellentétes módon az önkormányzati felelősségbe történő „durva beavatkozást” említette. Kifogásolta a végrehajtás módszerében a hiányzó szakértelmet és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár túlhatalmát, noha hangsúlyozta, hogy „a céllal egyetért, a hozzávezető úttal nem”.

Az ellenzéki képviselők (Surján László, Pusztai Erzsébet, Kiss Gyula) ugyancsak megalapozott érvekkel bombázták az előterjesztést. Ha olykor az indulat túl is hevítette a vitát, a felsorakoztatott érvek fontos hibákra, átgondolatlanságra, koncepcionális hiányosságokra mutattak rá. Ezek közül a legfontosabbak: a kevesebb ágyszám magasabb investíciót kíván, az ágyszámcsökkentés nem mérsékli a keresletet az ágyak iránt, a döntésekből kihagyták a konzultációt a civil szervezetekkel, a végrehajtáshoz kevés az idő. Óvatosságra intettek azért is, mert a feltételek nem érettek a csökkentéshez, nincs megépítve a kiesett betegek átvevő ellátórendszer. „Holnap hová kerül a kórházból a beteg?” — ehhez is hiányzott a társadalmi egyeztetés. A struktúrát konzerválják a strukturális átalakítás helyett. Lerombolnak valamit, amit nincs mi helyettesítsen. Az együttműködés krónikus hiánya sérti az önkormányzatot, a szakmát, az orvosokat, a civil szervezeteket és a városi közösségeket.

Mindezen viták és kifogások ellenére némi módosítások után a Népjóléti Minisztérium előterjesztését törvényerőre emelték. Hogy megfelelt-e ez az eredmény a pénzügyi elképzeléseknek és azoknak, akik kiereszkolták ezt az akciót, hogy a Világbank elégedett-e a 15 milliárd megtakarítással mint a jövőben folytatandó további leépítések első lépésével, ez ma még be nem látható.

Ha az előző kormány esetében az összehangolatlanság volt a kritikánk, amikor az építkezéseikről volt szó, itt a leépítésnél az összehangolatlanság még inkább szemet szúr és fájdalmasabb. Átgondolatlanságot mutatott az akció, hogy más vágányon haladtak a különböző elvek megvalósító gyakorlatai: a finanszírozás, az önkormányzati szabályozók, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár munkája és a Népjóléti Minisztérium programja. Nincs egyeztetés, harmonizáltság a tulajdonosok, illetve a finanszírozók és a szakmai igazgatást képviselő szervezetek működtetési elvei között.

A célkitűzés egyik legfőbb csapdája: a néhány éve már átalakult finanszírozás. Míg a szocializmusban a bázisfinanszírozás az ágyszámra épült — tehát ágyszámcsökkenés egyenlő költségcsökkenéssel —, az új kórházi finanszírozási rendben a teljesítményeket támogatják az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kialakított HBCS (a finanszírozás meghatározását szolgáló Homogén Betegség Csoportok) pontrendszer alapján. Tevékenységek és nem ágyak szerint fizetik a kórházakat. A restriktió ugyanakkor a korábbi finanszírozás logikájára épül, miközben az megváltozott. A „szolgáltatások vásárlásának” új módja szerint kevesebb ágyszámon is el lehet érni ugyanazt az összeget, sőt ha a plafon engedi, növelhető a teljesítményekkel. A célkitűzés számításait ez a tény nem látszott zavarni. Így a kudarcot önmagában hordozta.

A végrehajtás

A döntés megszületett, a nyilvánosságra hozatal megtörtént, s megkezdődött az orvosi körökben csak „rémálomnak” nevezett törvény végrehajtása a kórházi kapacitáscsökkentésre vonatkozó intézkedéssorozattal. A további lépések: a törvényben megszavazott csökkentés érdekében a feladatok s az irányszámok „leosztása” a megyéknek.

A törvényhozás után a helyi szakmai erőkkal kellett keresztülvinni a tervet: a megyei egészségpénztárak helyi adminisztrátoraival, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megyei képviselőivel, az ÁNTSZ vezető orvosaival, a helyi orvosi kamara képviselőivel. A kompetenciára vonatkozó kérdések szaporodnak: érthetnek-e a megyei egészségpénztárak adminisztrátorai a kórházakhoz?

Az ÁNTSZ orvosai, akikre a feladat végrehajtásánál a kormányzat épít, elvben ugyan érthetnének a kórházak működéséhez, bár szakmájuk és intézményeik szerint más felkészültséggel rendelkeztek. Helyzetük az új kormányzati ciklus kezdetén megváltozott, korábbi bizalmi pozícióikhoz képest az új kor-

mányzat korlátozta hatáskörüket, jogosítványaikat, mivel az előző kormánytól kapott „túlhatalmat” vissza kívánta szorítani. (Lehetséges, hogy ilyen népszerrűtlen feladat végrehajtásában a részvétel nem a bizalom, hanem a büntetés jele?) Ki szólt bele és milyen hatásfokkal a közös tulajdonosok közül: a helyi önkormányzat, a közvetlen gazda? Egyáltalán gazdája-e a többi település is a kórháznak, akik csak használják, de nem támogatják annak működését? (Magyarországon háromszáz településen látják el 3000 önkormányzat egészségügyi feladatkörét.)

Végül is sok esetben nem a hozzáértés, hanem a kórházhoz és annak orvosaihoz való személyes viszony motiválta a döntést. Érdekes hatalmi strukturális kép válna láthatóvá, ha a döntés útja mögött befolyást gyakorló érdekkapcsolatot végigelemeznénk: mi változtatta a kapott mutatók egzaktságát az eredményig akkor, amikor már elhalványultak a népegészségügyi, a finanszírozási érdekek, a modernizációs elvek, s helyettük csoportkapcsolatok, politikai érdekek, szakmai hatalmak erőviszonyai alakítják át az objektív mutatórendszert, és térítik el az ágyszámcsökkentés matematikáját.

Az intézmények megszüntetése vagy kurtítása idején, a pénzügyi számoló-sokon kívül, sok régi elszámolás is megtörténhet: személyes bosszúk és érdekérvényesítések, „vendetták”, régen keletkezett sérelmekből fakadó oda- és visszacsapások, hatalmi egyezkedések. Ezeknek nem a legfontosabb elve a működés racionalitása és az emberi egészség védelmének képvisellete. A célracionalitás pénzügyi diktátumai mögött „másodlagos haszon” a hatalmi akarat, az emberi indulat, a személyes kapcsolat, a régi és új keletű harag érvényesítése, ez adja hozzá a kötelező gyakorlatok végrehajtó energiájához a maga erejét.

Nem elhanyagolható az egész műveletben az a látens, bár sokszor manifesztté váló szándék, hogy az egész akció figyelmeztetés az eddig érintetlen, legnagyobb hatalommal és befolyással rendelkező kórházi orvoslobblynak.

A nép szava?

A város, a polgár és kórháza

Amikor nyilvánosságra került a kórházkonszolidációnak elkeresztelt intézkedéssorozat, azaz a kórházak, osztályok becsukása, megszüntetése, levágása, csonkítása, azon nyomban lakossági tüntetések és tiltakozások sorozata indult meg. Olyan indulati hullámokat kavartak az intézkedések, amelyek gyakorlatilag csaknem az egész országot megmozgatták, elsősorban nyilván az érintett területeket. A polgári rosszallást kifejező, olykor polgári engedet-

lenségig jutó ellenállásban sok érzelem indítéka keveredett: a felháborodás, hogy elveszik, ami „a miénk”, értünk van, ragaszkodás a meglévőhöz, és félelem is, hogy mi lesz velünk.

Egy kórházhoz különösen sok szál fűzi a lakóközösséget. A kisvárosi kórházakat mélyebb kötöttségek kapcsolják a városokhoz. A vidéki kórházaknál nemcsak az okozta a föld- és felindulást, hogy egyike-másika száz év óta él a városban, másutt meg a szocializmus vívmányaként néhány évtizede a város része, hanem az is, hogy ezeket a kórházakat a város lakóinak közös munkájával építették fel, vagy építették át, vasárnapi és heti túlmunkákkal a „mi kórházunkért”. A kommunista szombatok, a társadalmi munkák után újabban a valásközösség és/vagy a város lakóinak alapítványaival és adományaival segítettek életben tartását. Közösségi érdek és közösségi erőfeszítés mozgatta meg a tenni akarókat. A város lakói saját eredményüknek tudják be a kórház létezését, ami a város testrészévé vált.

A kórházak alapításában személyes és közérdekű indítékok egyaránt szerepet játszottak. Volt, hogy az ellátás érdekei, volt, hogy a város vagy a város vezetőinek presztízse vezérelték a döntéshozókat. Belejátszott a „városok vetélkedése”. (Ha Z. városnak van harmincágyas sebészete, itt legyen ötven ágy, ha ott két műtő van, itt működjön öt stb.) A kórházépítés mindenképpen „népérdekűbb”, mint a vetélkedésnek egyéb ismert módjai. Vezethette a kórházépítést jutalmazási szándék is, hogy valamelyik személyközeli orvost, vagy orvoscsoportot saját kórházzal, osztállyal ajándékozzanak meg. Helyenként klinikákat felülmúló gasztroenterológiai felszereléssel vagy svéd színvonalon lévő sebészettel. Függetlenül azonban létrehívásának szándékától a kórház élni kezdett, és közhaszonra teljesítette feladatát, előbb-utóbb „beleszervült” a városba. Élő, elevenen része lett a közösségnek, mint elsőrendű gyógyító, segítő, biztonságot adó intézmény. Megkönnyítette a helybéli és a környék betegeinek és hozzátartozóinak életét, hiszen vidéken — a magyar útviszonyokat ismerve — elsőrendű jelentőségű, hogy mennyi idő alatt jutnak el a betegek a kórházba. Még az életben maradás esélye is ezen múlhat.

Megszületése értelmiségieket vonzott, saját orvosi gárdát szerződtettek. Az orvosok munkahelyhez és lakáshoz, a városok orvosokhoz jutottak. A helyi munkaerőnek feladatot adott. Egészségügyi közép-kadereket lehetett iskoláztatni és foglalkoztatni. Az ápolónőképzés bővítette a vidéki női foglalkoztatottság szűk lehetőségeit. Központtá tette a kisvárost, jelentőséget adott neki. Egy kórház hozzájárul a város önértetéhez, lakosainak öntudatához is. Hatása a betegellátáson túl kiterjed a szellemi életre és a munkaerő helyzetére. Városépítő funkciója van.

Megszüntetése egy eleven szerv kivágásának fájdalmával jár, minden pénzügyi racionalitás ellenére. Minden ésszerű kórházszervezési elv dacára is nehéz elfogadni egy sokfunkciójú vidéki kórház felszámolását egy olyan országban, amelyik kórosan Budapest központú és híjával van a vidék népes-

ségmegkötő erejének, különösen az értelmiséget helyben tartó hatásnak. Más értékben fejeződik ki, mint a forintráfordítás, mint ahogy létezése is másképpen térül meg az országnak.

Ismert, hogy az az előnyös kórháznagyság, ahová koncentrálni lehet az eszközöket, a szaktudást, s így megfelelő gyógyító háttérrel biztosít. Ahol ki tudják használni mindazt a tudást, technikát, eszközöket, amelyet egy kórház kínálhat. Több kis kórház működésének bizonytalan a hatékonysága. Mégis ezeknek az intézményeknek a megszüntetése a társadalmi veszteségek serpenyőjébe kerül.

Sok helyen voltak megmozdulások. 1995-ben Szikszón élőlánccal tiltakoztak, Celldömölkön tüntettek a százéves kórházukért. Makón több ezer ember vonult fel az 1906-ban alapított kórházért, Pásztón hasonló tömeg az öreg kórház bezárása, Kapuvárott a 108 éves kórház bezárása ellen. Siklóson, Balassagyarmaton, Vásárosnaményben bejöttek a környező községek polgárai a kórház védelmére, Budapesten a Schöpf-Merei Ágost Kórház- és Anyavédelmi Központ bezárása ellen az anyák gyermekkocsikkal vonultak fel, a Budai Gyermekkórház bezárása és a terület eladása ellen ugyancsak anyák, családok gyermekekkel tüntetnek. 1996-ban ismét Pásztón, Tatán tüntettek, majd Hódmezővásárhelyen, Szegeden a szentesi kórházért. Makón és Várpalotán is sok ezren tiltakoznak. Edelényben több ezren vonultak fel, minden templomban megkondították a harangokat a tüntetés kíséretéül. Zircen nagygyűlésen tiltakoztak. 1997-ben Pincehely lakossága többször is protestált, elzárták az utakat.

A demonstrációk mellett másféle módszereket is kipróbáltak a döntés megváltoztatására. Volt, ahol az égiek megindítására misét celebráltak a kórház megmaradásáért — sikerrel —, s volt, ahol földi hatalmakhoz fellebbeztek, így a saját képviselő — ez esetben maga a honvédelmi miniszter — interveniált a kórház megmentéséért — sikerrel. A jogállamiság ismerői az Alkotmánybíróság beavatkozására számítottak (Pest megye), peres útra is vitték az ügyet. Több önkormányzat pert indított a helyi egészségpénztár ellen a döntés megsemmisítésére (Csongrád).

A megyei koordinációs döntés szerint szakmailag, szervezetileg indokolatlanul Szeged klinikájának adták át a szentesi peremvidéki kórház feladatait. Itt mintha a tűzhöz közeli hely érdeke döntött volna, természetesen racionális indokokkal felvértezve. Ezen a döntésen is változtattak. A szegedi egészségpénztár elé vonuló makói, hódmezővásárhelyi, szentesi tüntetők indulataikat táblákra festett jelszavakban is kifejezték. A táblákon a következő feliratok álltak: „Gyógyszeráremelés, plusz orvosfölösleg = népirtás!”, „Több halottaskocsit a megyéknek!”, „Csongrád megye = Komócsin-örökség”, „Kórház helyett luxus irodalapotákat!”, „Miért éljenek tovább a gazdagok?”, „Halottaskocsival Európában!”, „Az egészség nem áru!”, „Túlnépesedett Magyarország?”, „Életveszélyesek vagytok!”

A társadalom érintettsége

A megmozdulások nyomán át kell gondolni a *társadalmi érintettséget az egészség ügyében*, mert mélyebb kapcsolatokra vet fényt, mint egy egyszeri kezdeményezés esetére.

A tanulság — s ezt más esetben is megtapasztalhattuk —, hogy kevés dolog tudja úgy mozgásba hozni a közvéleményt, megindítani az embereket, mintha a gyógyulást-gyógyítást külső hatalom, pénz korlátozza. Ha fel kell lépni valakiért, akinek műtéthez vagy gyógyszerhez segítség kell, ha akciót kell indítani valamilyen gyógykezelésért. Kevés intézkedés tud olyan felháborodást kiváltani, mint ha pénzhány miatt maradnak el műtétek, vagy ha életmentő gyógyszerekhez nem lehet hozzájutni külső-felső korlátozottság miatt. Különös társadalmi érzékenységet ébreszt fel, ha sérelmet szenved a humanitás. Megszívlelendő tanulság.

A városi kórházak megszűnését, még ha ésszerű okok is diktálták, esetleg jogos egészséggazdasági szempontok miatt történt, mégis súlyos megfosztásként élték meg az emberek.

Az olvasható le a tiltakozó táblákról, hogy ami az egészséget kockáztatja és az emberek egészségét eszközeitől megfosztja, az a ma még megmenthető életeket veszélyezteti. Mára köztudott a népegészség romlása, ami a szocialista rendszer egészségrontó társadalmi feltételeiből vezethető le. A felelősséget most a szocialista és liberális kormányzat fejére hárítják, mintha a korábbi hanyatlás folytatása lenne a jelenlegi egészségpolitika. Nem védik az egészségügyet, nem vigyáznak a leromlott vidékekre, nem tesznek meg életműködéséért mindent, még azt is lerombolják vagy hagyják elveszni, ami eddig létezett.

Látható, hogy az egészség ügyében igen nagy az érintettség. Az egészségügy sohasem egyszerűen egy szakma ügye, a kórház nem csupán egy intézmény a sok közül. Az orvosnak és a kórháznak mítosza van: a testtel, a lélekkel foglalkozik; az ember úgy adja át magát az orvosnak bajban, betegségben, fájdalomban, mint senki másnak, olyan segítséget vár és kap, mint a társadalomban soha senkitől. Lehetnek elégedetlenek az orvossal szemben, lehetnek jogos és jogtalan vádak, amelyek az orvosokat és kórházakat érintik, de ha az egészségügyet külső — különösen felső és politikai — fenyegetés éri, az belső félelemmé változik. S a félelem agresszióba fordul.

Amikor Nyugat-Európában valamilyen komolyabb megszorítást kezdeményeznek az egészségügy megrövidítéséről, embertömegek mennek demonstrálni az utcára. Ezt láthattuk Párizsban, Münchenben vagy Belgiumban. Itt a sérelem, illetve a veszteség mintha a legbensőbb jogot és biztonságot veszélyeztetné, olyan erős érintettséget mutatnak ezek a megmozdulások.

A szuperracionális százhusz mutató számításai közül kimaradt az emberek beszámítása. Itt ugyanis nemcsak „az orvosok felizgatása nyomán kelnek fel az

emberek" — ahogyan azt olvashattuk —, nemcsak az ellenzéki pártok kaptak jó esélyt, hogy a polgárok mellé álljanak, hanem itt tényleg a polgári önvédelem és önféltés is motivált.

A megmozdulások következtében a döntések megváltoztak: az egészségügyi miniszter közvetlenül és személyesen adott engedélyt egyeseknek a megmaradásra. Tárgyalások után korrigálták a döntést. A hírek diadalmasan jelentették: „engedett a hatalom!“. A kérdés az, hogy minden szükséges korrekció bekövetkezhetett-e ott is, ahol nem volt megmozdulás és látványos ellenállás vagy befolyásos emberek beleszólása? Az eredetileg kidolgozott számok, megállapodások aszerint módosultak, hogy volt-e kellő erejű kapcsolat, ami nyomatékot adott az érveknek. Mert ott, ahol az érvek meghallgatásra találtak, maradhatott a kórház, vagy időt kapott az átalakulásra. Ahol gyenge volt a képviselő, ott változatlan maradt a döntés, az ítéletet végrehajtották. Csak a magyarázat vált bizonytalanná, hogy miért éppen ott, ahol, és másutt miért nem?

A gyors végrehajtás és a módosítása éppen a „legkisebb ellenállás” irányába haladt: az érdekérvényesítésre képtelen vagy kevésbé képes, gyenge erők felszámolásának útján, ami nem biztos, hogy a szükséges átalakításokkal esett egybe. A gyors intézkedések következményeként, a hatalmi hálózatok és érdekszövetségek erejének köszönhetően éppen a sokat bírált struktúrák maradtak fent, ámbár a korábbi érdekérvényesítő képességek ereje mentén olykor megcsönkített. Elsősorban azok érvényesülnek, akik az adott politikai-hatalmi konstellációban érdekeiket a legjobb eséllyel tudják keresztülvinni.

Így nem az történt, hogy felső kényszer nyomán létrejött egy ésszerűbb struktúra, hanem a kényszerrel szembeszálltak azok, akik erre politikai hatalmi helyzetüknél fogva képesek voltak, és elsorvadtak azok, akik erre képtelennek bizonyultak. Megmarad és rekonstruálódik a diszfunkcionálisan felépített, újabb hiányokkal átszabdalt, leszűkített, ennek következtében még nagyobb torzulásokkal fennmaradó, régi, rossz szerkezet.

Kié a nyereség? Kié a veszteség?

A mérleg bizonytalan.

Egy kormányzat vállalhat igen népszerűtlen intézkedéseket, ha olyan nyereséghez jut — legyen gazdasági vagy politikai vagy strukturális —, ami igazolja a tetteit és megéri a megrázkódtatást. Mit hozott hát a kórházi kapacitás-csökkentés gazdasági nyereségben és/vagy ellátási szintek átstrukturálódásában, emberi, szakmai értékek megerősödésében, illetve az új demokratikus irányítási mód gyakorlatának tanulási folyamatában?

A gazdasági megtakarítás reménye és valósága

Jelen dolgozat befejezésekor — 1997 júliusában — még nem lehetett világos képet kapni a megvalósult restrikció eredményességéről. A megtakarításnak a társadalombiztosításnál kellene megjelennie, ott azonban ez nem látható. Az új finanszírozási rendszer ugyanis a teljesítményhez, nem pedig az ágyszámhoz kötődik. *Simsa Péter*, az Egészségbiztosítási Önkormányzat alelnöke nyilatkozata szerint „első perctől hangoztattuk, hogy az ágyszámcsökkenés alkalmatlan módszer a költségmegtakarításra. Mégis „áthajtották”, most kiderül: tényleg nincs belőle megtakarítás”. Ugyanezen az oldalon *Kökény Mihály* miniszter is megemlíti, hogy „az ágyszámcsökkentés hatását a szakma túlbecsülte.”⁸⁶

Ha mégis van — mert feltehetően lennie kell valamilyen megtakarításnak —, akkor sem tudni, hogy ez az összeg végül is hová került: a pénzügy vontak ki, a kórházak rejtették el, vagy tényleg ennyire hibás volt a számítás? Nos, erről nincsenek információk.

Annyit tudni lehet, hogy azt a 15 milliárdot amit a közgazdász-politikus miniszter beígért és várt — *Keller László* államtitkár nyilatkozata szerint — nem sikerült megtakarítani, de még a töredékét is alig. Az elképzelt összeg a megvalósítás során először 8-9 milliárdra, majd 1,5 milliárdra apadt, ebből a járóbetegek szakellátására fordítandó 1,2 milliárd kikerült, s ami megmaradt, az csupán 200–300 millió.⁸⁷ Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a betegek arányának növekedéséről és a költségek stagnálásáról nyilatkozik. Nincs pontos információ a jelenlegi ágyszámokról, megoszlásukról, az elért költségmegtakarításról, de a költségmegtakarítás felhasználásáról sem. Nincs olyan nyilvánosságra hozott anyag, amelyik elemezte volna az egész folyamatot: a célt, az utat, a módszert, a változtatásokat és a bekövetkezett eredményt. Egy gyakorló kormányzatnak elemi érdeke, hogy saját cselekedeteinek következményeit megfigyelje, és a tanulságokat levonja. Elmulasztása politikai és szakmai hiba.

Az átalakítás ugyanis *sok pénzbe* került, miközben nagy pazarlással jár. A modern kórházi gyógy módok drágábbak, mint a hagyományos volt. A kórházaknak a gyorsabb és hatékonyabb betegellátás érdekében, műszerekre, eszközökre, sokféle infrastrukturális beruházásra van szükségük. (Hannoverben, a németországi kórházkongresszuson elhangzott beszámolóban a szövetségi egészségügyi miniszter a kórházakat költségvetésük 1-1%-ának megtakarítására inti, mert „betegbiztosítási járulékbévételek 7%-os emelkedése mellett a kórházi kiadások 15%-kal emelkedtek”. Ugyanitt az egyik tartomány egészségügyi minisztériumának számításai szerint csak mítosz, hogy az ápolási idő vagy az ágyszámleépítés költségcsökkenéssel jár. 1974–1995 között tartományukban az ápolási idő 50%-kal, az ágyszám 20%-kal csökkent, a kiadások viszont ugyanezen idő alatt 310%-kal emelkedtek.)

Nálunk még mindkét mítosz él. Lehet ugyan kényszeríteni a gyors betegforgást, de feltételek és eszközök híján a gyorsítás növeli annak a kockázatát, hogy vagy nem gyógyul meg a beteg, amikor elbocsátják, vagy kikerülve rosszabbodik az állapota, és ha visszakerül a kórházba, a gyorsaságot duplán kell megfizetni. Egyetlen a műszerezettség színvonala, újra és újra felmerülő gond, hogy működtetésükhöz nincs elegendő keret, az amortizáció pedig sehol nem jelenik meg a költségek között.

A kórházi ápolást kiváltó és megrövidítő gyógyszerek alkalmazása is korlátozott. A kórházaknak sokszor nincs pénzük a szükséges gyógyszerekre, a betegek pedig egyre nagyobb áldozatokkal egyre kevesebb gyógyszert tudnak kiváltani azokból a szerekből, amelyekkel esetleg kiválthatnák a kórházi gyógyítást.

Sok illúzió is él ma nálunk az új módszerekről: például, hogy az egynapos sebészet megoldja a drága és hosszadalmas kórházi kezelést. A legköltségesebbek a műtétet megelőző vizsgálsorok és a műtét napja. Emellett a magyarországi infrastrukturális viszonyok olyanok, hogyha a beteg messziről jön, a közlekedési viszonyok fejletlensége nem teszi biztonságossá az egynapos sebészeti eljárást. A nyugati országokban — más fontosabb különbségek mellett — jók az utak, az autók, a közlekedés, valamint jó a házi orvosi vagy szakorvosi ellátási hálózat. Megoldható az, ami nálunk csak nagy kockázatokkal lehetséges. Magyarországon jelenleg csak néhány kórház tudja ezt a gyorsaságot, flottságot kockázatmentesen megoldani.

A hajszolt átalakítás hatása a kórházakra

Az átalakítások egyidejűsége és összehangolatlansága minden egészségügyi intézményben nagy felfordulást okozott, nyilván elsősorban a kórházakat terhelte meg. A kórházak ugyanis eközben minden működtetési elvet és gyakorlatot figyelmen kívül hagyó, elképesztő zaklatottságnak és tervezési bizonytalanságnak vannak kitéve.

A szakértők már azt is csodának tartják, hogy még egyáltalán működni tudnak. A fekvőbeteg-ellátási intézmények gazdasági keretei ez idő szerint szinte tervezhetetlenek, hónapról hónapra vergődnek, nem tudják, hogy milyen összegekkel gazdálkodhatnak. Csak 1996-ban, egy év alatt, a finanszírozás elve ötször változott. A sűrű változtatásoktól eltekintve is — bár az elmúlt évi teljesítmény a számítás alapja — csak azt nem lehet tudni, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mit és mennyit minősített abból elfogadhatónak. Hogy ne lehessen túlságosan élni, vagy visszaélni a teljesítmény-, azaz a finanszírozásnövelő pontszámhalmozással, ezért finanszírozási plafont vezettek be: bizonyos teljesítményen felül nem fizetik meg a pontszámértéket. Így — ad absurdum — minél többet teljesít az intézmény, ha elérte a plafont, teljesítménye annál kevesebbet ér, és kevesebbet is kap érte.

Nem lehet tudni, mi mit ér. A csökkenő források és növekvő teljesítmények következtében a kórházakban az egy teljesítményegységre (egy HBCS-súlyszámra) jutó kiadás reálértéke 1992 és 1996 között 35%-kal csökkent.⁸⁸ Az állandó hiányokkal küszködő kórházak 20–25%-os adósságállománnyal görgetik tovább működésüket hónapról hónapra. Kft.-kké alakult élelmes szakértők — megfelelő kapcsolati hálóval — kölcsönös haszonnal tudnak segíteni a küszködő kórházaknak. Különféle alkuk, nyilvános és nem nyilvános botrányok, hallható és zárt ajtók mögött folyó kiegyezések, látványos, olykor láthatatlan külön adományok kerülnek ki a vastartalékokból.

Hogy ebben a helyzetben mégis folytatódhatott a betegek gyógyítása, ez az orvosi és ápolói kar hivatástudatát dicséri, akik saját felelősségükkel, emberségükkel és munkájuk intenzitásával hidalták át — ahol tudták, és ahogy tudták — az egészségügyi szervezeti megrendülését.

Mivel a kórházak bezárása nem járt együtt a kórházi ápolás kiváltásának szakavatott és szervezett időbeni felkészítésével, nagy zökkenőket és általános elbizonytalanodást okozott. Az orvosokat és az egészségügyi szakalkalmazottakat egzisztenciájukban és munkájukban érintette, a betegeket gyógyulásukban és biztonságukban kavarta meg.

A hiányzó strukturális átalakítás

A kórházközpontú ellátás szűkítése és átalakítása — írtuk — csak az alapellátás megerősítésével járhat együtt, és azoknak az új intézményeknek a kialakításával. A jó kérdést a Parlamentben tették fel: ha megszüntetik az ágyakat, *holnap* hová kerül a beteg?

Akkor lehet „a fejről a talpára” állítani az egészségügyi intézményrendszert, ha van talpazata, ami ezt a fordulatot elbírja. A betegek átadásához az alacsonyabb ellátási szintek — sem a szakellátás, sem a házi orvosi praxis — nincsenek felszerelve. A kórházak jól elképzelt „kiváltási” intézményei — ápolási otthon, háziápolási szolgálatok, hospice szolgálat — vagy még nem készültek el, vagy működésük szabályozatlan és finanszírozásuk is megoldatlan. A betegek nincsenek informálva, nem ismerik a finanszírozás módjait. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ez idő szerint csak a szakápolást fizeti, az általános ápolásra szoruló betegeket nem. Kettős vágányon halad az otthoni ápolás és a magányos öregek szociális gondozása: az egyiket az önkormányzati szociális nővér látja el „aligpénzért”, a másikat a házi ápolószolgálat vállalkozás keretében, külön pénzért. Ez sincs még felépítve és összehangolva.

Az alapellátás hangsúlya csak deklaráció és vágy marad mindaddig, ameddig az új feladat érdekében nem javul a házi orvosok diagnosztikai és terápiás eszköztára, és a minőségi ellátásnak megfelelő finansziális változás. Ha megmarad az ellátatlan orvos-beteg arány, ha nem változik meg az orvos-beteg viszony, a prevenció gyakorlat, a rehabilitáció, ha a minőségi ellátásnak se anyagi, se szemlé-

leti, se technikai feltételei nem adottak, akkor minden változatlan marad. (Lásd az MDF-kormány házi orvosi intézkedéseiről szóló elemzést.)

Az eredeti elképzelésekben nagy szerepet játszottak az előbb felsorolt új intézmények és hálózatok, amelyek humánusabb megoldásokat kínálnak a kórházaknál és takarékosabbak is. Ám a források jelentős átcsoportosítása nélkül megvalósulásuk lehetetlen. Kialakításukhoz orvosi és szociális feladatok együttes átgondolása és megszervezése szükséges, hogy a betegek ne legyenek kiszorítva az emberi törődés aktív szerkezetéből, hogy mint a társadalom „fölszegei”, az egészségügyi rendszer dinamikus ellátási ágaiból kikerülve a gondatlanságban és gondozatlanságban megbetegedettek sorsába kerüljenek le.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár sem tisztázta a finanszírozás évről évre változó feltételeit. Az erre elkülönített összeg a valós összeg egytizedét sem fedezi. 1996-ban már 120 házi ápolási magánintézményről lehetett tudni, de a támogatás 75%-át csupán három nagy nemzetközi alapítvány kapta. A bizonytalanság olyan, amire sem a magán, sem a közellátás nem építhet ki jól működő hálózatokat.

Nehéz helyzetben vannak a hospice-ok. A súlyos, utolsó stádiumban lévő betegek ellátásának egyik leghumánusabb betegellátási eszméje és gyakorlata ez lenne. Ez a munka megkívánja a támogató emberi közösségeket, ahol önkéntes szociális munkások is segítenek. Nálunk ez még egyáltalán nem vált társadalmi gyakorlattá.

Új szervezetek, új ápolási módok formálódnak — még elég nagy bizonytalanságban — a szakmai, az ellenőrzési és a finanszírozási oldalon. Különösen összehangolatlanok még az egészségügyi és szociálpolitikai feladatok. Túlságosan sok minden változik egyszerre. Még átgondolt, szerves átalakítás körülményei között is csaknem lehetetlen ennyi új feladatot a régi funkciók megszüntetésével egy időben, egyszerre keresztülvinni.

A pazarló átalakítás

A hiányzó megtakarítás mellett a bezárásokat követő intézkedések nem számoltak az átalakítással járó pazarlással sem. A korábbi beruházások fölöslegessé váltak, használaton kívül helyeztek épületeket, drága műszereket, infrastruktúrákat. Nagy költséggel felszerelt osztályok szűntek meg úgy, hogy a véghezvitt beépítés helyén csak romok és roncsok maradtak. A ki- és lebontással milliárdos értékű eszközök váltak használhatatlanná, illetve mire átadták egy másik kórháznak, nagy költségekkel kellett — ha egyáltalán még lehetett — felújítani.

A látható megtakarítás, amiről nem tudunk és a nem látványos pazarlás, amit csak sejteni lehet, megérne egy költségszámítást. A rövid távú veszteség (nyereség?) vagy a hosszú távú veszteség (nyereség?) költség-haszon (cost-

benefit) számításainak mérlege tanulságos lehetne. (A szocializmus idején egy ugyancsak ráfizetéses megtakarítási akció után mondta egy kritikus: „Spóroljunk! Kerül, amibe kerül!”.)

Az emberi és szakmai veszteségek

A pazarlás nem mindig mérhető és nem is mindig látható. Sőt, olykor alig lehet tudni azoknak a pazarlásoknak a mértékéről, amelyek elsősorban az emberi és szakmai veszteségek körébe tartoznak.

A gyors átalakítás nemcsak anyagi és eszközvesztéssel, hanem emberi és szakmai értékek pazarlásával járt együtt. Azok a következmények, amelyek a kényszer, a gyorsaság, az átgondolatlanság szakmai, emberi romlásait hozták magukkal, azok nem számíthatók se ki, se be. Megszüntettek — úgymond — pazarló intézményeket, olyanokat is, amelyeket a „nagyvilág” számos pontján példaként emlegettek és tanulmányozásukra idejártak a világ különböző szakemberei. (Csak néhány példa: a Lóczi, az állami csecsemőotthonok módszertani központjának megszüntetése, a rehabilitációs intézet felszámolása, középkaderképző vidéki iskolák bezárása.) Közismert orvosi iskolák, összeszokott gárdák bomlottak fel, vagy létük erősen kétségessé vált. S aminek nincs mérhetősége: az akció kapcsán elszenvedett mindennapi zaklatottság, a függőség átélése, a kiszolgáltatottság tehetetlensége, a megalázottság, mert az érintetteket nem vonták be, nem tájékoztatták időben. Az élet kezelésének ellehetlenülése a teljes bizonytalanságtól a kétes biztonsáig, függőben hagyott intézmények lebegése, emberek, esetek, betegek és elhagyott dolgok elveszejtése, mind ami ideget, erkölcsöt, öntudatot, igazságérzetet és életkedvet felmorzsol — ezzel vajon ki gondol?

A felszámolás számtana pénzben méri a nyereséget, de hol számítható át az emberi és szakmai veszteség mérlegére?

Ez költői kérdésként sem hangzott el. A leépítések még nagy pénzügyi nyereség esetén sem mérhető össze a felszámolások során elveszett vagy veszendőbe menő és kihasználatlanul maradt tehetséggel, képességgel, szakmai tudással. A kiesők felfogására sem készültek valóban használható tervek.

Hogy ez az átalakítás veszteségekkel jár, ezt tudták azok a szakemberek és politikusok is, akik az átalakítás felelősségét elvállalták. „Vállalni kell az áldozatokat, anélkül nem megy” — bár tudjuk, sohasem azok hozzák az áldozatot, akik az áldozathozatalra felszólítanak.

Megszüntetni valamit egyszerű, sőt hatékony. Az építkezéshez nagyobb energiák kellenek, mint a lebontáshoz, ám csak lassan hozza meg az eredményt. Ahogyan a kiadás megtakarítása azonnal könyvelhető, az emberi, szakmai „ráfizetést” senki nem számolta át. A valóságos egyenleg később és másban mutatkozik meg.

Ki lehet elégedett a történetekkel?

A megtakarítás az ígéretkező és elvárásokhoz képest nem történt meg.

A források átcsoportosítása a tényleg szükséges konszolidációhoz, nem történt meg.

Az egészségügyi dolgozóknak megígért, kórházrestrikciónak származó bér-javítása, nem történt meg.

A legfőbb szakmai cél, a struktúraátalakítás nem történt meg. Orosz Éva számításai szerint a változás egyáltalán nem mutatkozik meg a támogatás korábbi arányainak módosulásában.

11. táblázat

Az egészségbiztosítás gyógyító-megelőző kiadásainak megoszlása

Év	Alapellátás	Járóbeteg-ellátás	Fekvőbeteg-ellátás	Speciális	Egyéb	Gyógyító-megelőző összesen
1993	17,2	13,6	50,5	5,0	13,7	100
1994	18,2	15,0	54,8	4,6	7,4	100
1995	16,4	15,3	56,3	5,9	6,1	100
1996	15,5	15,2	56,3	6,3	6,7	100
1997	15,9	15,9	56,5	7,5	4,2	100

Forrás: Orosz Éva számításai (1997).

Az alapellátás aránya jóformán változatlan. A szakellátás semmivel nem javult. A kórházi arányok nem csökkentek a többi ellátási szint javára úgy, ahogyan azt elképzelték.

A területi kiegyenlítődés nem történt meg, bár ez volt a legfőbb érve az elő-terjesztő miniszternek. Sőt úgy tűnik, bizonyos területek még rosszabbul jártak, „természetesen” azok, ahol egyébként is gyenge volt az ellátás.

Itt üt vissza a mechanikus restrikciónak szemlélet, hogy még a legszűkebb pénzügyi célokat sem lehet elérni, nemhogy a működést tényleg javítani lehetett volna. Egyelőre úgy tűnik, hogy az átstrukturálódás többet visz, illetve vinne, ha lenne mit, mint amennyit hozott, ha egyáltalán hozott volna valamit is.

Elégedett a Világbank? Nyilván nem, mert nem hozta be a restrikciónak folyamat azt, amit ígért. Megkaphatták ugyan az előre elkészített költségvetési mérlegért a dicséretet, valamint a továbbéléshez szükséges folyamatos kölcsönök ígéretét.

A pénzügyi kormányzat nem lehet elégedett, bár biztató volt a kilátásba helyezett többmilliárdos megtakarítás, ami könnyítette volna a mérleg egyensúlyhiányát, mert hogy nem kell állnia az OEP-nél évről évre jelentkező negyven-ötvenmilliárdos hiányát. Az, hogy az eredmény jóval az elképzelt megtakarítás alatt maradt, nem tette elégedetté a pénzügyi kormányzatot.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár sem lehet elégedett, a továbbiakban nem tud megbirkózni a finanszírozás ellehetetlenülésével, hiszen ez idő szerint még át sem tudják tekinteni, mi is történt, nemhogy nyereségként könyvelhetnék el, amit a kórházkonzolidáció hozott.

A Népjeléti Minisztérium csak sokoldalú frusztrációt könyvelhetett el, bár a felhajtás és a bekövetkezett eredmény közötti feszültség olyan, hogy azért valamit produkálni kellene. Mindenesetre, a kormányzat három éve alatt már a második miniszter „dobta be a törülközőt”.

A felszámolt kórházak vagy osztályok aligha lehetnek elégedettek. Nem nyertek a stabilan maradt kórházak sem. Először is azért, mert nem kapják meg a konszolidációs többletet, másrészt pedig azért, mert nekik kell befogadni a megszűnő osztályok és kórházak ellátás nélkül maradt betegeit.

A politika számára sem hozhatott nagy elégedettséget. Hozadékához képest túlságosan felkavarta a társadalmat. A rosszul végrehajtott intézkedéseket felhangosította az ellenállás. Az ellenzék sok jó pontot nyerhetett az egészségügyi kormányzat rossz módszerei és bizalomvesztő machinációi miatt.

Sajnos mind a mai napig hiányzik a nyereség és veszteség objektív mérlege, egy alapos hatástanulmány a történekről. A kórházi konszolidációt sikerült úgy előkészíteni és végrehajtani, hogy a közvéleményt és az egészségügyet felzaklatta, majd utána ugyanazokkal az égető finanszírozási bajokkal, ugyanolyan strukturális működési gondokkal és megoldatlanságokkal kell szembenézni, mint korábban. A felkorbácsolt indulatok viszont felerősítették a bizalmatlanságot a felelős politikusokkal és cselekedeteikkel szemben.

Amit nyerni lehet ebből a folyamatból, az az a tanulság — már aki az elhibázott módszerekből tanulni akar és tud —, hogy milyen kockázattal jár egy erős beavatkozás ezen az érzékeny társadalom-egészségügyi intézmény területén. Figyelni lehetett a türelem és az ellenállás mérlegének billenékeny voltát, a társadalom tűrőképessége és a hatalom nyomásereje közötti teherpróbákat.

Ha nincs a működés menetébe beépítve a célszerűség és az eredményes finanszírozás operativitása, ha nincs az átalakulás érdekébe bevonva az orvos, az ápolószemélyzet, sőt ha az ellenáll, ha nincsenek tájékoztatva és felvilágosítva a betegek és a potenciális betegek, adófizetők és járulékosok, hogy mi a tét, akkor a változásokat vagy nem lehet keresztülvinni, vagy az erőszakkal keresztülvitt változások megbosszulják magukat és visszaütnek: orvosra, betegre, politikára, közhangulatra. Nézzük, melyek a legfontosabb módszerbeli tanulságok, amelyeket érdemes leírni az eddigiek alapján.

Az „újra elnyomó állam” kísértete

Ebben a történetben nyilvánvalóan nemcsak kórházügyekről volt szó, még csak nem is egyszerűen egy kormány lépéstévesztéseiről vagy kényszerpályákon látható botladozásairól. Itt egy átalakító módszert boncolhattunk, amely-

ben szinte teljes koncentrátumban mutatkozik meg, hogy egy szükséges és racionális szerkezeti átalakítás lépései hogyan törnek meg és deformálódnak, miként bélyegzi meg már a hibás előfeltevés az indulást a rosszul kitűzött céltól, s milyen a végkifejlet, amelynek eredménye nem csupán eltérít a céltól, hanem még visszajára is fordítja azt, amit el akart érni. Tanulsgékként kísér-tük végig az utat.

Az átalakítás módja, az egyoldalú sürgetés a központi erők és egyezkedő bürokráciák módszerével, szinte hisztérikus légkörben történt, és így nehezen alakulhatott ki egy racionális, szakmailag és szociálisan átgondolt megoldás. Azért sem, mert ismert viselkedési reflexeket hívott elő, a szocializmusból ismert régi ördögi körök keletkeznek újra. Visszatér a régi játék a hatalom és az alávetettek között:

Fent: kiszámítom, elhatározom, elrendelem, végrehajtom, látszólag egyeztetek, leviszem a szempontokat, keresztülviszem, eredmény, vége.

Lent: ellenállok, szembefordulok, kijátszom a hatalom hozzá nem értését, kijátszom, amit lehet a végrehajtásban, előnyt szerzek, mindenképpen személyes pártfogót (párt fogódzót) keresek.

Amikor fentről jövő megszorításokat kell elviselni, elsősorban azok érvényesülnek, akik az adott politikai hatalmi konstellációban az érdekeiket a legjobb eséllyel tudják érvényesíteni. Nem az történik, hogy a felső kényszer nyomán létrejön egy ésszerűbb struktúra, hanem a kényszerrel szembeszállnak azok, akik erre politikai helyzetüknél fogva képesek, és elsorvadnak azok, akik erre képtelenek. Rekonstruálódik egy diszfunkcionálisan régi, rossz építmény, csak most újabb hiányokkal, ennek következtében még torzabban.

A módszer korlátja: a fentről diktált parancsok eleve lehetetlenné teszik a konstruktív együttműködést a végrehajtókkal, azokkal, akik mégis a legjobban láthatnák a tartalékok mozgósításának lehetőségeit. Kooperáció esetén a közös ötletek segíthetnek az együttműködésben. Ha diktálják a tennivalókat, lehetetlenné teszik a belülről feltárható tartalékok igénybevételét.

Az erős meg tudja védeni magát. Ez nem megnyugtató, nem biztos, hogy itt a darwini harc kimeneteléért kell drukkolni, mivel nem mindenütt van ott az erő, ahol az érdem, vagy ahol nagyobb a szükség, és nem ott jelentkezik a népegészség érdeke, ahol adott az önérvényesítés képessége, és/vagy a hatalomközeltség a legerősebb.

Az erőszak következtében felkelnek a korábbi helyzetet mindenképpen fenntartani akaró erők, ezért a felső döntés végrehajtása és sürgetése retrográd tendenciákat erősít meg. Ha szűkülnek a források, akkor növelni kell az ellenállást, a klientúra személyes kapcsolatot keres és talál. Az erősebb marad meg, nem a szükségesebb, a jobb alkupozícióban lévő tartja meg pozícióját, nem az, aki a társadalom számára fontosabb. A szervezett kisebbség kerekedik a szervezetlen többség érdekei fölé. A kapkodó gyorsaság, a rögtöni nyereség reménye gyakran hosszú távú, nagy veszteségekhez vezet.

Az ellenállás reflexe ilyenkor is helyzetvédő. Nem az ésszerű reform válik fontossá, hanem az önvédelem, amibe belefér a rossz és fölösleges intézmények görcsös védelme is. A nyomás és ellenállás együtt tartják fenn a régi viszonyokat, ezzel együtt a régi vezető garnitúrát és velük a régi állapotokat is: ugyanaz marad a szerkezet, ugyanaz a hierarchia, csak éppen a pénzügyi csökkentések miatt csonkítottan.

Sok, itt nem elemezhető baj mellett feltűnő volt az akciók összehangolatlansága és előkészítetlensége, az érdekeltek teljes s hosszú ideig tartó informátlansága: más vágányon haladnak a különböző érvek, érdekek. Nincs harmónia a finanszírozás, az önkormányzatok, a különböző szabályozók, az OEP munkája és a Népjóléti Minisztérium elképzelése, a szakma képviselői és természetesen a különböző színeket képviselő politikusok között.

Nagyjából mindenki tudja, hogy át kell alakítani az egészségügyet. De amikor kívülről és felülről lépnek fel, különösen, ha pénzügyi oldalról diktatórikusan jön a beavatkozás, egy emberként kelnek fel a létező rossz intézményrendszer védelmére azok is, akiket az korábban a legjobban megterhelte.

Nem hallani az eseménysorozat alapos értékeléséről, nyílt kritikai áttekintéséről, ez pedig elemi érdeke lenne a tárcának és a területnek is. Ekkora változást, amelyre ez a kormány készült és részben keresztülvitt, csak nagy alapos-sággal, széles körben vitatott, átgondolt, kiérlelt módon lehetett volna véghezvinni. Hiányzott és hiányzik a döntések társadalmi hatáselemzése is, a működés reakciójának kiszámítása, a társadalmi következmények átgondolása. Nem mérik fel, hogy a változások nyomán elvárt praktikus „nyereség” a másik oldalon milyen veszteségszámlát produkál.

Azt is jelenti mindez, hogy nincs nyílt demokratikus tárgyalás, nincs egyenrangúság, nincs a szerződő felek között kölcsönös kötelezettségvállalás, hiányzik az érintettek meghallgatása és alkuja.

Nem alakultak ki egyenlő feltételeken alapuló tárgyalásos viszonyok semmilyen szinten, sem a személyek között, sem az intézmények között. Igen szoros még ma is a hierarchia, az emberek fentről való függése, az intézmények alárendeltsége, és csak nagyon szűk téren adott a polgári viszonyosság, egyenlőség és kölcsönösség biztonsága. A rendelkezések sokféle változtatása nyomán olyan a jogi és gazdasági bizonytalanság, hogy a személyes kapcsolatoktól több függ, mint a mindenkire érvényes szabályozóktól. Ha pedig mindig újra meg kell alkudni, mert hiányzik a jogszerűség és a biztonság, ha kettős jog működik, s amit az egyiknek lehet, a másiknak nem, ha a felső kapcsolatoktól függ emberek és intézmények működési vagy életben maradási lehetősége, akkor egy rendszer nem működhet racionálisan és szociálisan.

Lehet építeni a társadalom egészségügyben tapasztalt érzékenységre, a felkavaró hiányok felmutatásában a felháborodott közvélemény segítségére. Lehet indulatokat kelteni, s a kapkodó, rossz lelkiismeretű kormányt rászorítani vagy zsarolni külön kedvezményadásra. S mivel nincs elvi politika, nincse-

nek prioritásai, viszont az egészségügyi kormányzat megszokta a különalkukat, a lecsendesítés érdekében belemegy a kedvezményekbe, ha a képviselő elég hangos, ha a tett elég látványos, ha jó politikai hasznot remél tőle, vagy legalábbis elhárítja a közvetlen fenyegetettséget.

A szocialista-liberális kormányzat politikájának elmélyültebb elemzéséhez az egész ciklus kifizetésének eredményeit is ismerni kellene. Hogy némi távol-ság és a döntések eredményképpen beérett helyzetből visszatekintve lehessen ítélni és elemezni. Különösen, mert vannak még olyan akciók, amelyek későbbi következményeikben mutatják meg, hogy mennyire voltak hasznosak vagy éppen hibásak. Miközben az egészségügyi kormányzat kitűnően él a modern tömegtájékoztatás, sőt a virtuális világ bekapcsolásával, ezenközben éppen ott nem lehet át- és betekinteni, világos információt kapni, ahol a legfontosabb dolgok eldőlnék. Ilyenek például az OEP körül néhányszor fellebbentett, majd újra leeresztett fátylak, a korrupciógyanús ügyletek. Hogy a látható tisztogatás tényleg tisztulást eredményez-e majd, vagy csupán a kormányzat hatalomkoncentrálásának akciója, ez egyelőre a jövő titka.

Akárhonnán nézzük, az elmúlt hét év adós maradt az egészségügy kielégítő átalakításával.

Egy demokratikus tévedés — az egészségügyi önkormányzat

Ha az elmúlt negyven év és az átalakulás hét évének társadalmi problémái a népegészség állapotában, az intézményi ellentmondások pedig az egészségügy ellátó hálózatában sűrűsödnek, akkor az egészségbiztosítás a legfelsőbb hatalmi mezőkben folyó harcok megkülönböztetett terepe. A központi pénz elosztásának politikája pedig a szociális kérdések feletti döntés hatalmával súlyosbodik.

A tét nagy: pénz és hatalom. A társadalombiztosítás — a nyugdíj- és az egészségügyi pénztár együtt — a járulékosok befizetéséből 1100 milliárdos bevétellel gazdálkodik. Az arányok megértéséhez elég, hogy az állam adókból származó bevétele 520 milliárd (ennyire tervezték 1997-ben), így az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban OEP) közel 300–340 milliárdos járulékoszággal a második legnagyobb pénzforrás a kincstár után. Ezért természetes, hogy ennek kezelése és felügyelete a nagy társadalmi és gazdasági erők hatalmi érdekköreinek egyik ütközőpontja, aminek fontosságát különösen növeli, hogy az emberi egészség és a szociális szféra feletti döntések az egész társadalmat érintik.

Az OEP elmúlt hét évében a felső hatalmak játéktere volt, a külső szemlélő számára átláthatatlan ütközések és alkuk zajlottak, nagy sűrűséggel váltották egymást a vezetők, a kutató szociológus számára jóformán megközelíthetetlen, kiismerhetetlen. Ezért is kell írni róla.

Hogy a pénz, a hatalom alapja, ma egyre kevésbé kérdéses, esetünkben viszont nem csak a pénz hatalmáról van szó. A legnagyobb vagyon kezelője ketős hatalmi helyzetben van: rendelkezik a pénz elosztása felett, ugyanakkor a néphangulatot is formálhatja, a társadalmi feszültség enyhítője vagy gerjesztője lehet, következképpen a nyugalom vagy a nyugtalanság forrása is. Hiszen a társadalombiztosítást már Bismarck is azért vette állami kezelésbe — először a modern történelemben —, hogy a szakszervezeti mozgalmakkal szemben a társadalmi békét saját kezében tartsa. Azóta is minden hatalomszerző és hatalomkorlátozó erő számára nélkülözhetetlen eszköz.

A kormányzatok hatalmi mozgástere sokszorosan függ a társadalombiztosítás vezető erőitől. A társadalombiztosítási vagyon kezelői — nálunk a szakszervezet csúcsszervei — kormányzati csúcsokkal kerülnek tárgyalóviszony-

ba, a kooperáció vagy ellenállás, a támogatás vagy szembenállás nemcsak a kormányzás kényelmét, hanem hatalmi érdekeit is kockáztathatja. Így válik a nagypolitika gazdasági csataterévé is: Kié a hatalom? Ki rendelkezik a pénz felett? Kié a felelősség? Vagy ha komolyabb baj van, köznyelvi fordulattal: „Ki vigye el a balhét?”

Azonban még ennél is többről van szó. Viták mindenütt vannak a szociális kérdésekben a politikai hatalom és a pénzelosztás területein. Alkuk folynak a kormány, a pénzügyi kormányzat és a szociális szféra képviselői között. A különbség az, hogy nálunk most egyszerre vannak jelen a különböző alapú társadalmi rendszerek intézményei, habitusa és gondolkodásmódja is. Virulensen élnek még a szocialista rendszer intézményeinek maradványai, töredékei, szervezeti elemei, viszonyai és ideológiája is, miközben már megszűntek annak politikai, gazdasági és társadalmi feltételei. Benne vagyunk a szó szoros értelemben vett átmenetiségben, a „már és a még között”, már létrejöttek olyan új elemek, amelyeknek a még meglévő régi rendszer maradványai között hiányoznak a feltételei, az új társadalmi gazdasági rendszer eszközei viszont még nem fejlődtek ki, éretlenek. Különösen nagy próbatétel, hogy a megnyíló társadalomban a demokratikus plurális piac intézményei — eszközök, modellek, mechanizmusok, ideák — már itt vannak csaknem teljes fegyverzetben, miközben a saját társadalmi-szervezeti állapotunk új elemei még kiforratlanok, és fázisokkal korábbi állapotok között keresik a modus vivendit.

Ellentétes gyökerű társadalmi formációk egyidejűsége ugyan az egész társadalomban jelen van, de a társadalombiztosításban különösen mély ellentmondásokat hoz felszínre. Tekintsünk át néhányat ezekből.

- Az államtól leválva, attól felszabadulást, autonómiát remélt a társadalombiztosítás, ezzel szemben megmaradt az államtól való sokszoros függőség.
- Nagy terheket jelent a magas járulékfizetés — a fizetések közel ötven százaléka —, ugyanakkor az egészségügy szűkösen finanszírozott, elégtelenül ellátott. A nagy vagyonból szegény egészségügyi ellátásra futja.
- A múltból hozott és vállalt szolidaritási elvet a felbillent közteherviselés csúfolja meg.
- Piaci szabadság érvényesül a kincstári szegénységben és kötöttségben, az egészségügy kínálóinak és vásárlóinak „piacán”.
- Demokratikus és plurális világban, monopolista helyzetű, mamut méretű apparátust működtet a társadalombiztosítás, mégpedig bizonytalan demokratikus kontrollal, ellenőrzési mechanizmusok nélkül, átláthatatlanul.
- A polgári szuverenitás gazdasági kényszerek között, monopóliumok zártságában, merev intézményi hagyományok szorításában vergődik.

Az állami költségvetés és a társadalombiztosítás szétválasztása

1989-ben, a társadalmi rendszerváltás előkészítő szakaszában, már az Ellenzéki Kerekasztal tárgyalásain programmá vált, hogy a társadalombiztosítást le kell választani az államról, ténylegesen biztosítási alapra kell helyezni és demokratikusan választott önkormányzatokkal kell irányítani és ellenőrizni.

„Önállósul” tehát a társadalombiztosítási intézménykonglomerátum az állami támogatás és az állampolgári jogon történő ellátás helyett, a munkaadók és munkavállalók járulékaiból fedezik az OEP költségeit (a megelőző-gyógyító egészségügyi intézményrendszereket, a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök támogatását). Látható a pénzforrások eredete, világossá vált, hogy az állampolgár a saját befizetett járulékáért kapja az egészségügyi ellátást. Nem központi kegy, nem „ingyenes” társadalmi jótétemény adja meg az elvárt, sokszor bizonytalan biztonságot.

Az sem egyértelmű, hogy a szuverén állampolgár mit nyert azzal, hogy „biztosított” lett? A paternalista állam képét drasztikusan váltotta fel a „kirovó-elosztó” állam megváltozott magatartása. Az egészségügy finanszírozását ugyan leválasztották az államról, de sem plurális, sem demokratikus értelemben nem történt változás. A választók nem választhatnak biztosítást, mert mindössze egyfajta, az állam által még a nyolcvanas években kiszabott arányú járulékfizetésre kötelezi őket a törvény. Nem szólhatnak bele az arányok kialakításába és felhasználásába, mert azt a Parlament szavazta meg 1989-ben, s az meglehetősen távol került nemcsak az állampolgárok megértésétől, de egyetértésétől is.

Amikor az állam „átadta” a feladatot és a járulékokat, voltaképpen források átcsoportosítása történt, ami egyébként is kívánatos volt az államháztartás költségeinek látványos, de nagyrészt látszólagos megkönnyítése érdekében.

Nagy eredménynek tűnt, illetve tüntették fel a költségvetésről való leválasztást. Bár a szkeptikusok szerint minden maradt a régiben, sőt az intézmény monopolhelyezete még jobban megerősödött, mert az ellenőrzés ellehetetlenült. Fikció, hogy a biztosítottak önrendelkezése növekedett volna, hogy az állami költségvetés megszabadul(hat)na a támogatás kötelezettségétől, s a másik oldalon, mintha az egészségügyi intézményrendszer megszabadulhatna a Pénzügyminisztérium közvetlen és állandó beleszólásától.

„Az önkormányzati irányításra való áttéréssel szinte egy időben jelent meg a társadalombiztosítási alapok egyensúlya tartós bomlásának fenyegetettsége — írja Kameniczky *Gazdálkodás egészségünkkel* c. cikkében. — Mivel ez a veszély már a nyolcvanas évek végétől érzékelhető volt, a kormány mögött álló politikai erők egy része úgy vélte, hogy az önkormányzatok megjelenése megoszthatja a politikai felelősséget az elkerülhetetlen, ellátásokat csökkentő racionalizáló intézkedésekért.”⁸⁹

A kettős remény kettős csapdát fedett. A szociális ellátás felelősségétől ugyan megszabadulást remélt a költségvetés azzal, hogy azt átruházza a társadalombiztosítási önkormányzatokra, viszont a pénztől való „megszabadulás” sajátos és részleges volt, ahogyan a felelősség is hol osztódott, hol megmaradt. Egyfelől a társadalombiztosításnál megismétlődik, hogy a költségvetési hiány korrigáló felelőssége minden évben visszahárul az államra. Másfelől a járulékfizetésből felhalmozott summa olyan forrás, amelyből lehet meríteni is, ahogyan ez meg is történt, ugyanis a költségvetés az elmúlt években (1992-től, majd fokozottan 1995-től) jelentős összegeket vont el a társadalombiztosítás-tól, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól.

A másik oldal, az OEP nehezen tudja autonómiáját kialakítani és fenntartani, amikor az állam kiségitésére igényt tart. Az a törekvése sem oldódott meg, hogy ne legyen kiszolgáltatva az államhatalmi döntéseknek, ne kelljen minden évben újra csatákat vívnia az állandóan szűkülő mozgásterekben. Az egészségügyi biztosítás kettős kötöttsége — mondhatni „gyűlölködve szerető” viszonya — az állammal az elmúlt hat évben sokszor különösen kínos élességgel került a viták, kihívások és hárítások előterébe. Az állam ott maradt, ahol szívesen megszabadulnának tőle, és ott vonul ki, ahol vissza akarnák tartani.

Bizonytalanok a különböző hatáskörök és jogosítványok, az OEP és az államigazgatási szervek, valamint az önkormányzatok között: a társadalombiztosítás, így az egészségpénztár is évről évre a járulékot fizető munkavállalók és munkáltatók befizetéseiből él. Más forrása nincs, nem volt jövedelmet hozó vagyona (a mai napig sincs), s a járulékok — bármennyire is súlyosan megterhelik a befizetőket — alatta maradnak a kötelező, tervezett bevételnek. Eddig is igen magas volt, és marad ezután is az éves deficit, amelyet az állami költségvetésnek kell fedeznie.

A biztosítottak pénze felett az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rendelkezik, de az elosztást illetően sok döntésben az állami intézmények vállalják a felelősséget. A Népjóléti Minisztérium hatáskörében maradt a szakmai főfelügyelet, az OEP-nél a pénz, másutt a döntés. Viták, harcok, erők dinamikája dönt, hogy ki kerekedhet a másik fölé. Viszont ahol a pénz forrása van, ott a hatalom, vagy a kísértés a hatalom gyakorlására, így az OEP több intézménye, osztálya önálló szakmapolitikát folytat, saját szakértőkkel, olykor keresztezik, olykor csak kikerülnek a hivatalos szakmai presztízzsel rendelkező intézmények döntéseit.

Az elmúlt időszak története kísérletek sorozatáról szól: hogyan tudja az állam a hatalmat visszaszerezni a pénz feletti döntéssel együtt, az OEP hogyan tud függetlenséghez, az önálló döntés jogához jutni az állami segítség egyidejű fenntartásával. Az állam beleszólása nemcsak hogy fennmaradt, hanem az elmúlt három évben még a tempót, az arányokat és a végszámokat is diktálta.

A remény, amivel indultak, s amivel az elmúlt évek valósága szembesült:

- A társadalombiztosítás leválik az államról és autonóm lesz.

- Választott önkormányzat felügyeli és osztja el a járulékokból összegyűlt pénzt.
- Az állam kivonul, a piac bevonul, ez hatékony működést biztosít. A tulajdon átalakulása, a privát szféra, magán és közösségi változatok, plurális megoldások fogják gazdagítani és felemelni az egészségügyi rendszer leromlott ellátási színvonalát.
- A nyitott társadalomba beáramlanak a fejlett világ gyógymódjai, eszközei és tudása.
- Szakértő szakmai protokollok szabályozzák a finanszírozást, az állandó ellenőrzést és a végrehajtást.
- Hatékony kontroll jön létre az erőforrások racionális és maximális kihasználása érdekében.

A szolidaritási elv szemben a közteherviselés aránytalanságával

A forráscsere óta drámai változások történtek az egészségbiztosításban: *a járulékfizetők száma két és fél millióval csökkent. Ma 3,7 millió járulékfizető tartja fenn tíz millió állampolgár számára az egészségügyi ellátórendszert.* A közterheknek így aránytalanul nagy része hárul a bérből és fizetésből élő alkalmazottakra, akik „kézben vannak”, akiktől könnyű levonni az összeget, amit másoktól nehéz vagy lehetetlen beszedni. A társadalombiztosítás juttatásainak legfeljebb egyharmadából részesülnek azok, akik az egészségügyi rendszer egészét az egész lakosság érdekében fenntartják.

A szolidaritás ez esetben furcsán a feje tetejére áll. A járulékfizetők ugyanis nemcsak az elesettekkel, tehát a társadalmi hierarchiában alattuk lévőkkel vállalnak szolidaritást, hanem felfelé is szolidaritásra kényszerülnek azokkal a felső, jó keresetű rétegekkel, akik kivonják magukat a járulékfizetés alól, akik a fekete- és szürkegazdaságból élnek, és a joghézagokba bújva — vagy egyszerű csalással — nem fizetnek ugyan biztosítási járulékot, de igényt tartanak az állami egészségügyi ellátásra.

A járulékfizetésből kikerült és a biztosítási rendszerből kihullott emberek egészsége veszélyeztetettebb: az idősök két és félszer nagyobb arányban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, mint a járulékfizetők, a munkanélküliek egészségi állapotáról pedig tudni lehet, hogy sokuknál már eleve megrendült volt, vagy a munkanélküliség következtében tovább romlott. A biztosításból kikerült emberek az önkormányzatok felelősségkörébe kerülnek. Az elszegényedő vidékeken különösen nehéz helyzetbe kerülnek az önkormányzatok, megoldhatatlan feladatokkal küszködnek a betegek és a szociális ellátásra szoruló emberek aránynövekedése, s ugyanakkor a csökkenőben lévő források miatt.

Különösen nehezíti az egészségpénztár helyzetét a tisztázatlan megállapodás az állam felelősségvállalásáról. A költségvetés benyújtásakor általában alultervezik a hiányt, a bevételt viszont a reálisnál magasabbra. Ez a hiány és a jóálló összeg egy éven belül sokszor változik, állandóan új alkukra kényszerül valamennyi érdekelt fél.

A források átcsoportosításakor az volt a megállapodás, hogy a járulékot nem fizető gyermekek és munkanélküliek egészségügyi ellátását az állami költségvetés, az idősekét a nyugdíjpénztár fedezi. Ez viszont jogilag nincs szabályozva, ezért visszatérő alkuk döntenek el, hogy mennyit vállal az állam. A társadalombiztosítás évről évre megpróbálja kiharcolni a nem biztosítottak aránya szerinti összeget, de az elvárt és kapott összegek igen távol állnak egymástól. Akik nem fizetnek járulékot, azok helyett a társadalombiztosítás 1997-ben negyvenmilliárdra számított az állami költségvetéstől, s a tényleges támogatás — nem tudni, milyen számítás alapján — minősze ötmilliárd forint lett. (Ezt sem a társadalombiztosítás kapta meg, hanem az önkormányzatok.) A vita a hiánnyal együtt évről évre ismétlődik. A törvényben vagy szerződésben biztosított megoldás késik, mivel az az állami szervezetek és a költségvetés készítőinek nem érdeke.

„...a szociálisan rászorultak, munkanélküliek, nyugdíjasok után fizetett járulék messze elmarad az egészségügyi ellátás átlagos kiadásaitól. 1995-ben a lakosságon belül 31%-ot kitevő alkalmazottak (és munkáltatóik) fizették a járulékbévételek 68%-át. 1995-ben a költségvetés 10,4 Mrd forintot fizetett a szociálisan rászorultak után, ha normatív módon (az egy főre jutó természetbeni kiadást megközelítő összeget) fizetett volna járulékot, ez az összeg körülbelül 30 milliárd Ft lett volna” — írja Orosz Éva *Az egészségügyi finanszírozás aktuális kérdései* című munkájában.⁹⁰

Az állam azonban másként is belenyúlt az egészségügyi pénztár forrásaiba, évről évre ismétlődik ugyanis a társadalombiztosítás adósainak állami megsegítése, mégpedig a társadalombiztosítás kárára. Kameniczky szerint — mint ahogy azt 1995-ben megírta — „A társadalombiztosítás jelenleg (1994) több mint 1,2 millió járulékfizetői folyószámlát kezel folyamatosan, melyből 1994 végén közel 600 ezer folyószámlán tartott nyilván tartozást. A tartozást *kimutató folyószámlák kevesebb mint 5%-án jelenik meg a teljes kintlevőség 70%-a.*”⁹¹ Azóta az adósság 230 milliárd forint, tehát változatlan, sőt romlott a helyzet.

Az adósok között vannak a nagy állami intézmények, a belügy, a MÁV, a honvédség, és több nagy állami vagy korábban állami tulajdonban lévő vállalat. A kormányzat úgy ad segítséget saját intézményeinek, hogy elengedi társadalombiztosítási járulékkukat. A MÁV tartozását például átvállalja az állam, majd önmagának elengedi a fizetést. Így tehát a társadalombiztosítás rovására adott a kedvezmény. A kis adósok tartozása is magas, ott azonban van végrehajtó, felszámolás és csődeljárás kezdeményezése. Jogi abszurdum, a törvény

előtti egyenlőség nyilvánvaló megsértése, hogy ennyire nem egyformán kezelik az adókat.

A társadalombiztosítási szervek önkormányzati irányításának formalitását mi sem mutatja jobban, mint az az eset, amikor a miniszterelnök a mezőgazdák tüntetése után elengedte a mezőgazdasági vállalkozók társadalombiztosítási befizetési kötelezettségét. A mindig alultervezett társadalombiztosítási költségvetést minden szorításnak alá lehet vetni, ha a „magasabb” politikai és gazdasági célok így kívánják. Az állami szervek következmények nélkül, büntetlenül megsérthetik az önkormányzatok jogait.

Összegezve az elmúlt éveket, megállapítható, hogy az egészségügy (és az oktatás) volt a rendszerváltás igazi vesztese, ahonnan még az eredeti szűkös adottságok ellenére is a pénzügyi kormányzat ismételten pénzüsszegeket vont ki politikai és gazdasági érdekekből, miközben a vállalt megállapodásokat sem tartja be.

Miközben ennyire szűkülnek a források, a piaci árrobbanás ellehetetleníti a finanszírozást, egyidejűleg megsokszorozódik az egészségbiztosítási pénztárra számító igénylők köre.

Ki és mi épít(ene) erre a pénztárra?

Csak erre a forrásra épülhet az állami egészségügyi rendszer valamennyi megelőző, gyógyító, rehabilitáló intézménye. Színvonaluk meglehetősen messzire lemaradt a fejlett világtól, a nagy technológiai fejlesztéstől, de nincs módjuk még a szinten tartásra, a karbantartásra sem, mert az amortizációt sehol sem fedezik.

Erre a forrásra épít(ene) polgárjogi tudatának birtokában, a szektorsemlegesség jegyében reménykedő magánvállalkozások egyéni, csoportos vagy intézményes vállalkozásainak sora.

Innen várják a régi és új intézmények, hogy az újonnan kialakuló innovatív elképzelések megvalósítsák a hiányzó intézményeket, működtetésükre forrásokat, újfajta ellátási típusokat indíthassanak el, és ehhez támogatáshoz, kezdő tőkéhez stb. jussanak.

Erre a forrásra építenek azok az „új szereplők”, akik a világpiac felé megnyílt Kelet-Európába hatalmas erővel robbantak be. Ők az egészségügyi piac legintenzívebben terjeszkedő, legprofitábilisabb iparágai, üzleti sikerágazatai: a gyógyszer- és műszeripar, a gyógyászati eszközök, a kórházfelszerelés, az informatika.

De erre építenek a hazai egészségügyi ipar képviselői is, akik csak saját üzleti érdekeiket követik, amikor a szédítő iramban felfelé sprintelő világpiaci árak növekedésének szorosan a nyomába szegődnek. Egyszerre köszönhetik helyzetük nehezédését és nyereségük megugró növekedését a külföldi konkuren-

seknek. Ha már meggyengítették korábbi monopóliumaik hadállásait, akkor legalább „Védd a hazai ipart!” jelszavával emelik áraikat — ha nem is egészen — az importgyógyszerek árszintjére.

Félpiac, álpiac — nyílt piac, zárt piac, avagy a finanszírozás „ára”

Berobbanó piaci árak, csökkenő volumenű és reálértékű finanszírozási források, kincstári körülmények — ezek nehezítik az egészségügyi pénztár beszo- rítottóságát.

A rendszerváltozás kezdetén a remények közé tartozott, hogy a piac segíte- ni fog a korábbi torzulások kiigazításában és a megnyíló verseny a nagyobb vá- lasztékkal megszünteti a hiányt, elősegítheti a minőség javulását, ugyanakkor racionálissá és költségérzékennyé teszi az intézmények működését, amennyi- ben korrigálhatja a szocialista egészségügyben korábban jelentkező pazarlást és serkenti az erőforrások ésszerű kihasználását. Miközben sok hívő a piac „gyógymódjában” reménykedett, az egészségügy gazdaságát, nemzetközi mű- ködését ismerő szakértők óvtak attól, hogy a piacot korlátok nélkül „rászaba- dítsák” a szegény egészségügyre és az elszegényedő országra.⁹²

A források szűkülésével egy időben — mint már korábban elemeztük — az egészségügyi intézmények működési költségei exponenciálisan emelkedtek, a ráfordított kiadások reálértéke — Orosz Éva elemzése szerint — a fiskális inf- láció nyomán mintegy 20%-kal csökkent, viszont „köztudomású, hogy az egészségügyi infláció magasabb volt az átlagosnál, minimum 44%-ban állapít- ható meg. Így valójában még ennél is nagyobb mértékben csökkent a kiadások reálértéke.”⁹³

Az állam azon feladata, hogy finanszírozással a hazai egészségügyi intéz- ményrendszert megfelelő módon „szinten tartsa”, ellehetetlenül. Különösen lehetetlennek tűnik az, hogy a szűkülő keretektől a „piaci igények” nyomán kelt növekedést finanszírozza.

Az összes példa közül a legélesebben a *gyógyszerár-robbanást* érdemes fel- idézni.⁹⁴

Minden más árnövekedést maguk mögött hagy a hazai gyógyszerárak emel- kedése: óriási terhet hárítanak a lakosságra és jelentős szerepük van a kórhá- zak csődhelyzetében is. Hét év alatt 18 milliárd forintról 100 milliárd forintra nőtt a hazai gyógyszerfogyasztás. Lehet azt mondani, hogy az infláció miatt történt így, azonban a fogyasztói árindex mást mutat: 1996 márciusától 1997 márciusáig, tehát egy év alatt átlagosan 18,5%-kal emelkedtek az árak, ebből a *gyógyszerek és más gyógyárak ára 44,3%-kal nőtt.*⁹⁵ Az összes egészségügyi ki- adáson belül a gyógyszerek részesedése az 1990. évi 22%-ról 1996-ban 29,6%- ra emelkedett. A lakossági kiadásokkal együtt számítva ez az arány már 31 szá-

zalék. Az OECD-országok átlagában a gyógyszerárak az egészségügyi kiadásoknak sokkal kisebb részét, 13,8%-át teszik ki.⁹⁶

A következmények nem maradnak el. A lakosság teherterétét két szám mutatja: 1990-ben még 3 milliárd forintot tett ki a lakosság gyógyszerkiadása, 1995-ben ötször emelték a különböző gyógyszerek árát, 1996-ban pedig már 47 milliárd forintot hagytak az egyéni vásárlók a patikákban. Tovább hullámszik a költségnövekedés a nagy vásárlókra, azaz a kórházakra. Kutatások szerint 1996-ban a betegek mintegy 15–20%-a nem tudta kiváltani gyógyszerét.⁹⁷ Az árak ilyen emelkedése példátlan a nyugat-európai országokban.

A megrázkódtató áremelkedés oka nemcsak az volt, hogy a szocialista időszak teljesen irreális gyógyszerárai valóságos árrá változtak (képletesen kis összegért drága gyógyszereket lehetett kapni), nemcsak az importliberalizálás hatása volt, hanem sok tényező együttesen hatott. Benne van a szabad piac, a gyártó cégek agresszív piaci magatartása; az egészségügyben régen is előforduló, újabban a társadalmi morál romlásával szélesebben burjánzó befolyáshatóság — ha keményebben fogalmazunk: korrumpálhatóság — együtt járt a cégkínálatok befolyásnövekedésével szembeni vértzetlenséggel. Az árrobbanással szemben nem volt ellenállás, a korábbi ellenőrzési rendszer felbomlott, az új ellenőrzési rendszer pedig lazaságból, szándékosságból vagy hozzá nem értésből nem alakult ki. (Lásd a vényrendszer ellenőrzése körüli huzavonát, ahol — mint a klasszikus anekdotában — „ahogy Kohn mondja, úgy a Grünnek van igaza”, s mai napig sem lehet világosan látni benne.) Nem is látszódtak törekvések arra, hogy itt komoly beavatkozásra lenne szükség. A félelem miatt, hogy az új piaci korszakban „nem tudunk viselkedni”, nem történtek lépések az elviselhetetlen árnövekedés feltartóztatására.⁹⁸

Az elszabadult költségekre magyarázatot kereső elgondolások szerint „a nem tudatos egészségpolitika, a prioritások tudatos meghatározásának hiánya, és jelentős mértékben a gyógyszerek és berendezések piacán végbemenő spontán folyamatok, a gyártó cégeknek intézményekre, orvosokra gyakorolt hatása, továbbá a magánvállalkozásoknak az egészségügy egyes területein (diagnosztika, művesekezelések) történő térnyerése, valamint a lobbyk és a korrupció befolyásolta”, ezért sem volt semmilyenfajta keretvédő módszerre képes.⁹⁹

Németországban hatszáz betegbiztosító van, mégis megegyeztek a gyógyszerárak emelésének szabályozásában. Franciaországban is komolyan megfékeztek az áremelkedést. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nálunk monopolhelyzetben van, mégsem tudott gazdájává válni a források hatékony kezelésének. Nincsenek kidolgozva a korlátlan piaci hatásokkal szembeni védelmi mechanizmusok.

Igaz, nagy a nyomás: sokmillió nagyságrendű nyereséghez juthat az a gyógyszergyár, amelyik megtalálja a legbefolyásosabb orvosok együttműködését, és vásárlásra ajánlják orvosságait. A nyereség még nagyobb, ha azt a társa-

dalombiztosítással támogattatni tudja, nemcsak a lakosságnál, hanem a nagy fogyasztóknál, azaz a kórházaknál is.

Az orvos kulcsszereplő, s a fogyasztói szuverenitásnak — amelynek általában tisztában vagyunk a határaival — ez esetben különösen nincs helye, a betegek nem tudják mi kell nekik, itt a betegek „érdekét”, a beteg javát az orvos képviseli; nekik csak hinniük „kell” az orvosban és az orvosságban. A gyógyszer-fogyasztó betegek nem tudják, mi az olcsó, és mi a drága, s nem kerül-e neki többbe, ami most olcsó? Nem tudja: manipulálják-e, kedveznek-e neki, vagy éppen mások üzleti nyeresége érdekében félrevezetik?

A nagy tét, a nagy nyereség reménye — hiszen a gyógyszer áru, a gyógyszer-piac üzlet —, és a terjesztés minden eszközt felhasznál céljai érdekében. Felmerül a kérdés: hol a tisztességes ügynöki munka határa és hol kezdődik a vesztegetés, a korrupció. (A szocialista magyar külkereskedelem idejében is külön kerete volt a külföldön eladó magyar gyógyszergyár képviselőjének az úgynevezett „alkotmányos költségekre”, amit az importáló ország döntéshozóinak megvesztegetésére különítettek el.)

Az egészségbiztosítás gyógyszer-támogatása rendkívül nehéz alkuk útján alakul ki, pressziókkal, kötelezettségekkel és kísértésekkel vegyes térben. A sokféle nyomás mellett ott a „hazai ipar” érdeke, az előnyös árnövekedésből miért is maradna ki? Még él az régi gyakorlat, hogy egyezkedik a gyártó cég és a nagybani vásárló, illetve támogató hatóság, megalkudnak a támogatás mértékében és az eladás mennyiségében. A gyógyszer árában és az OEP támogatásában benne van a gyártás, a nagy- és kiskereskedelem költségei és haszna, sőt mivel közben megtörtént a privatizálás, annak bizonyos költségeit is beszámítják.¹⁰⁰ Az egyezkedésekből nem rekedhetnek ki a külföldi cégek sem, nemcsak a minőség és a gyógyeredmények hitele és biztonsága miatt, hanem a „szabadság” és szektorsemlegesség betartása miatt sem. (Indokolatlan is lenne mellőzésük, ha esetleg ugyanazt, vagy jobbat olcsóbb árfekvésben adják, mint a hazai gyártók.) Hogy hogyan történnek végül is a prioritások, támogatások, az állami és piaci befolyások közti lavírozás, a különböző betegcsoportok és betegségek esetében a támogatás vagy annak megvonása, a piac eleresztése vagy visszaszorítása, ez még a szakértők számára is nehezen áttekinthető.

Az a csapdahelyzet, hogy miközben az OEP monopolhelyzetében elősegítette az árak feltornázását, illetve nem vetett gátat annak, ez az emelkedés csődbe vitte a pénztár működését, ellehetetlenítette intézményeinek támogathatóságát, de ellehetetlenítette az egyéni és intézményes gyógyszerfogyasztókat is.¹⁰¹

Az egészségügy nagy felvevőpiac, ezért az árak növekedése az egyszerű üzemeltetés költségeire is vonatkozik, a villanytól a gázig, a mosástól és mosószer-től a WC-papírig. A költségek emelkedésében az a bizarr ellentmondás, hogy az egészségügynek igazi és nagyon drága piacon kell vásárolnia, miközben a maga szolgáltatásait szűkös állami, kincstári feltételek között értékesíti, az

áremelkedést nem tudja továbbhárítani. Az átmenet gazdasági nehézségeinek torzulásai ebben a kettősségben válnak érzékelhetővé. Az alacsony szinten ellátott egészségügyi intézményrendszer csak a közpénzekből tud megélni, ezért további elszegényedése megállíthatatlannak tűnik.

Az OEP monopolhelyzetében valójában az állami pénzelvonás és -elosztás központi szerepkörét folytatja. Olyan gazdasági szereplők között, ahol egyes részekben már piaci viszonyok uralkodnak. Semmivel sem jönnek létre kevésbé torz megoldások, mint amilyenek központi állami hatalom idején születtek, csak éppen e mamutintézmény most a monopolhelyzet előnyeit érvényesíteni nem tudja, nagy bürokratikus tehertétellel, a piaci viszonyokra felkészületlenül küszködik a profitorientált erővel. A biztosítás új hatalmi központja körül jelentékeny piaci erők, erős érdekcsoportok jelennek meg. A nagy gyógyszer- és egészségügyi ellátó cégek jól ismerik a monopolhelyzetben lévő nagyvásárlóval kötött alkuk előnyeit, ezért nyereségeik növelése érdekében mindent megtesznek, amivel szemben az OEP ellenállása — ha van is — gyenge.

Az egészségügyben nemcsak az a — lassan közhelyszerű — jellemzés érvényes, hogy „a piacnak nincs se esze, se szíve”, mivel itt a piac igencsak féloldalas. A nagy kínálati nyomás felvevője, a legnagyobb vásárló, egyelőre csaknem egyedül, a központi elosztás típusát tovább éltető Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Így ennek befolyásolásáért és kegyeiért folynak az ádáz piaci csaták. Gazdálkodási módjában nem hozott minőségileg más, új hatékonyságot. Nehézkes, tehetetlenül és rosszul gazdálkodik, miközben nem mindig ellenőrizhető módon enged a piaci nyomásoknak.

A szegény, lerobbant egészségügyi intézményrendszer szűkössége így ad alapot nagyarányú tőkék felhalmozásához, igen magas profitrátahoz. A felháborító ellentmondás abban van, hogy a tömeges elnyomorodás, a szegénység széles és növekvő bázisán nagy gazdagodásra nyílik lehetőség, mégpedig a közpénzek átosztása révén.

Az egészségügyi önkormányzat szomorúhistóriája¹⁰²

Az elmúlt három évben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár körül egyre jobban felforrósodott a levegő. Tisztázatlan jogi és kompetenciakérdésekben sokféle módon ütközött a szaktárcával, a Pénzügyminisztériummal, a szakmai szervezetekkel, saját konzultációs körén kívül lévő szakértőkkel és orvosokkal. Súlyosabbá váló időszakokban egyes ügyek országos botrányná dagadtak, s az OEP apparátusa és az önkormányzat elnöksége közötti kínos, olykor szégyenteli viták kerültek nyilvánosságra.

Először hatásköri viták, döntési jogkörök kölcsönös kétségbevonása, majd növekvő erősségű botrányok hullámozottak és foglalkoztatták az illetékesek

mellett a sajtót, a médiát és a figyelő közvéleményt. Végül is egy sor intézkedés nyirbálta meg, majd számolta fel az egészségbiztosítási önkormányzat demokratikus alapjait és önállóságát.

Az Állami Számvevőszék jelentéseiben figyelmeztetett a pénz kiáramlásának szabálytalanságára és a kedvezményezettek kiválasztásának módjával szemben is súlyos kétségeket támasztott, összességében szabályozatlanságok egész sorozatára hívta fel a figyelmet. Nagyrészt olyan döntéseket kifogásolt, amelyeket az önkormányzat többsége demokratikusan megszavazott. Megállapította, hogy nincsenek egyértelmű és követhető szabályok, nincsenek összeférhetetlenségi szempontok, de nincsenek még valódi kétoldalú szerződések sem a pénztár és intézményei között; a megállapodásokból hiányoznak a világos kritériumok, hiányzik a pénzáramlás külső ellenőrzése. Mindennek következtében a pénz áramlása mentén tovább folyhat a hálózati rendszerek korábbi, folyamatos és újonnan is jól építhető kapcsolatainak ápolása. Az összefonódások és kölcsönös kedvezmények nyújtása ismerős utakon, olykor még gátlástalanabban haladhat. Kifogásolták a pazarlást (például a székházépítés kapcsán), különösen a „kockázatkezelő program” elosztásának módszerét és eredményeit. (A kockázatkezelő programra 1994-ben az összköltségek 0,71%-át, 1995-ben 0,37%-át, 1996-ban 0,16%-át fordították.) A számvevőszéki elemzés koncepciótlansággal, szubjektív döntésmóddal és ellenőrizetlen folyósításokkal vádolta az OEP-t.

Az észrevételezett százmilliós tételek szabálytalanságairól a hozzáértők azt mondták, hogy ez csupán a jéghegy csúcsa, hiszen nem mindennapi nyereséget kínál, ha lehet meríteni a biztos „állami” forrásból: ilyen volt például a CM fantomklinikák támogatása. A feljelentést követően előbb rendőri vizsgálat indult, majd csend lett a téma körül. Felelgetnek szerénynek látszó fillérekből született nyereséget, végül is „sok kicsi sokra megy”, amikor visszhang és nagy botrány nélkül halmoztak fel százmilliókat (így tevődtek össze az új receptforma „krajcárjai” sokmilliós nyereséggé), szó volt vállalkozások, tenderek elnyerésében kétesnek mondott kiválasztási módszerekről. Egy másik példa lehet a valóban szükséges, új beteg-nyilvántartási rendszer. Ezek a rendszerek nagy jövedelemforrást jelentenek a cégeknek aszerint, hogy melyik szoftvert teszik kötelezővé az egészségügyi intézményeknél. Nagy kínálati piac van, amerikai és nyugat-európai cégek bevált nyilvántartási rendszereiket kínálják, jó kapcsolattal rendelkező magyar képviselőik régi kapcsolataikra ráépítik az új hálózatokat. Felmerült a gyanú, hogy a versenyben nem a ráció vagy a színvonal, és főleg nem az olcsóbb ajánlat versenyez, hanem a személyes kapcsolatok érdekelttségének jutaléka.

Sok útja van a közpénzek üzleti, egyéni hasznot is hajtó, olykor fél- vagy egészen legális felhasználásának. Számos betekinthesetlen labirintuson át vezet a drága gépek behozatalának közvetítői haszna, a gyógyászati eszközök piacán az új cégek betörésének jól egyengetett útja. Nehéz átlátni, hol a határ a külön-

böző érdekek, a reklámozott jótettek és a titkos haszon, a közérdekű szponzorálás és a közpénzből magánzsebbe kerülő summák elfogadása között. Képlékeny erkölcsök mellett a szabályozatlanságok rengeteg visszaélésre nyújtanak lehetőséget.

A kapcsolatok pluralizálódtak, köztük a hierarchikus építmények is, a „horizontális” partneri érdekek is. Üzleti érdek szövi át a kapcsolatokat. Nemcsak a korábbi „kegyenci” viszonyok élnek, hanem a kölcsönös kézben tartás, a ki- és besegítés, a hajdani és megújított „hálózati kapcsolatok” is, amelyek bőségesen táplálkoznak a közös csoportgyökerekből. A pénz és az üzleti viszonyok nem zárják ki, sőt segítik az egymást támasztó baráti, elvbaráti kapcsolatokat. A szívdességcserék jól megférnek a milliókat hozó érdekkapcsolatokkal, de van értéke a „jó szó”-nak is, akár pengetik mögötte biztatóan az eredményt hozó haszon forintjait, akár a jövőt építik azzal.

Az egészségügyi vállalkozások — joggal — a szektorsemlegesség jegyében tartanak igényt az egészségbiztosítás támogatására, miközben gyakorlatilag nincsenek kidolgozva az ellenőrzési módszerek. Például a gyógyászati segédeszközök nyolcmilliárdos támogatását ellenőrzés nélküli fizetik ki azoknak, akik az eszközöket gyártják, akik benyújtják a számlát, és nem ellenőrzik, hogy eljutott-e azokhoz, akiknek ez létszükséglet és akiket ezzel támogatnak. Így azt sem lehet tudni, hogy például a leszámházott művétagokat egyáltalán megkapták-e a rászorulóknak. Az Állami Számvevőszék és a parlamenti vizsgálóbizottság 1996-ban megdöbbentő eseteket sorolt fel az előbbihez hasonló visszaállásokból.

A tapasztalt anomáliák sorozata után kénytelenek vagyunk feltenni a kérdést: mi az, ami rosszabb, mint az állami? A gazdasági életben tudják a választ: a monopóliumok kizárólagossága. Amelyek egyedül uralkodnak egy területen, nincs versenytársuk, minden a kezükben van, nincs hatékony és alapos kontrolljuk, nem adnak számot sem a választóknak, sem a Parlamentnek. Tehát nincs se gazdasági, se társadalmi, se demokratikus hozzáértő és áttekinthető kontrollja. Hatalmukra ráébredve, kontrollálhatatlanságukra építve ütköznek a szakmai érdekképviseléssel, az egészségügy államigazgatási szerveivel, de még a törvényhozással is. Mivel pedig a legérzékenyebb társadalmi „fájdalomközpontot” tartják kezükben, helyzetüket még önértékük erősítésére is használhatják. A kérdések sokasodnak: miért került ennyibe saját központi bürokráciájuk fenntartása? Vajon miért kellett ekkora költséggel székházat építeni, ami mellel még alkalmatlannak is bizonyult? Vajon hol és kit engednek tekinteni és ellenőrizni az ügyeiket? Vajon tényleg egy visszaállamosítással szemben hadakoznak, vagy ellenőrizhetetlen akcióikat védelmezik?

A monopolhatalmon túl nagy veszély, hogy a felügyelet korrekt szabályai sincsenek kidolgozva, és összeférhetetlenségi normákat sem alkalmaznak az óriási vagyon és pénzmozgás feletti döntésekben. Ekkora kontrollálhatatlan pénzügyi hatalom esetében a hatalommal való élés jó példái mellett visszaélések is bőven adódhatnak. Különösen manapság, amikor szinte minden megen-

gedett, amit nem tilt a törvény, a törvény pedig tágra nyitotta „kiskapuit”, nem működnek a belső önkorlátozó gátlások, és alig él még az igazán hatékony, kezeket tisztán tartó, igényes közmorál. Már azt a bizonyos társadalmi toleranciaküszöböt — a felháborodni tudás küszöbét — is meglehetősen alacsonyra taposták az elmúlt évek egymást érő látható, tudható vagy sejthető, súlyos erkölcsi gátlástalanságot bizonyító társadalmi tapasztalatai.

A jogi és gazdasági szabályozatlanságon kívül a szervezeti és hatásköri bizonytalanságok is sokszor hozták súlyos helyzetbe a társadalombiztosítás igazgatását. Eleve nem volt világos az OEP hatás- és jogköre, nem voltak tisztázva jogosítványai. Sokszor vitathatóvá vált szakmai kompetenciája, beleszólása az egészségpolitikába. Lehetséges, hogy erősen túllépte hatáskörét. Az azonban, ahogyan a kormányzat bizalmát veszve és bizalmatlanságot keltve beleszólt az egészségpénztár ügyeibe, botrányokat szellőztetett, ahogy a demokratizmus látszatát is mellőzte az önkormányzati választások idején, ahogy törvény nélkül kézbe vette a döntést a költségvetés és a működés szabályai felett, ez bárhonnan nézzük, valóban a visszaállamosítás, az állam centralizációs törekvéseinek egyértelmű és gátlások nélküli érvényesítése volt.

Egyre több az olyan eset, amikor a politikai, a társadalmi vagy az üzleti életben valamilyen ügyben botrány tör ki, súlyos gyanúsítások és vádak hangzanak el, majd nem történik semmi. Következmények nélkül elenyésznek. Ez többször megtörtént a botrányok közepébe került egészségpénztár esetében. Komoly visszaéléseket repít fel a hír, majd nincs semmilyen következménye. Se meg nem erősíti senki, se meg nem cáfolja. Ha bűn volt, nincs büntetése, ha rágalom, nem cáfolja meg senki, nem kap tisztázó nyilvánosságot. Lebeg a gyanú, és lebeg az igazság. A bizonytalanság szétrágja az amúgy is nehezen kiépülő új társadalom, ha nem is erkölcsös, de elviselhető működéséhez azért mindenképpen szükséges morál minimumát.

Hol és ki képes ellenőrizni azt, ami történik?

Mit tett az erre választott demokratikus önkormányzat? Az eredeti elgondolás szerint az OEP feletti ellenőrzést a demokratikusan választott önkormányzat gyakorolja. Amikor a javaslatot a Parlament 1993-ban megszavazta, többféle ideál és hatalmi erő egyetértése találkozott az önkormányzati eszmény gyakorlati átültetésében. Az önkormányzatiság gondolatának eredete a liberális körökből indult el, a tagok választása megfelelt a kor demokratikus akaratának; egyetértés volt abban, hogy a demokratikusan választott szakszervezetek delegáltjai legyenek ott az önkormányzatban, ez megfelelt mind a régi, mind az új szakszervezetek hatalmi ambícióinak, és hogy a szakszervezetek ellenőrizzék a társadalombiztosítás működését, ez megfelelt a korporatív szándékok képviselőinek.

A keresztény-konzervatív kormányzás idején tartott 1993. évi választás fordulatot hozott. Igen nagy arányú volt a részvétel: a választásra jogosultak

40%-a voksolt a társadalombiztosítási önkormányzati választásokon. Azokat a szakszervezeteket hozták be az önkormányzatokba, amelyek iránt a szavazóknak bizalmuk volt, s meglepő módon a volt „állampárti” utódszakszervezetek képviselőire szavaztak túlnyomó többségben. Ez volt az első egyértelmű kifejezése az MDF–KDNP-kormányzattal szembeni fokozódó elégedetlenségnek. Ezzel indult el az a folyamat, amely a régi, szocialista korszak képviselőit „visszaszavazta” a politikai hatalomba. Az önkormányzatok választása előrevetítette a szocialista párttal szemben négy év alatt megváltozott uralkodó társadalmi hangulatot. Így került a jelentős hatalmat adó társadalombiztosítási szervezetek vezetésébe a szocialista időszak csúcsszakszervezete, az MSZOSZ vezetőgarnitúrája.

A régi szakszervezetek képviselői nem várt arányban váltak nyertessé 1993-ban. Az elnyert pozíciókat a szakszervezeti csúcok hatalmi megerősítésére használták fel. Létrejötték azok az új erők, amelyeket a társadalombiztosítással kapcsolatos döntéseket hozzák: a munkavállalók, a szakszervezeti felső vezetés képviselői és a munkáltatók nagyüzemi világa között, akik ugyan ebben a testületben csak mintegy ötven százalékát képviselik a vállalkozóknak, s a közöttük kialakult erőviszonyoknak megfelelően a megegyezés gyakran titkos alkukban történik. Az önkormányzati testületnek hatvan tagja volt, akik a választási arányoknak megfelelően, többségében a régi szakszervezetek utódszervezeteiből kerültek ki. (1997-ben, amikor a választás nélküli delegáció mellett döntött a Parlament, a létszámot is csökkentették.)

Az OEP önkormányzatának működését több tisztázatlan tartalmi, jogi, kompetenciakérdés, az összetételre, a hatáskörre vonatkozó átgondolatlanság is nehezítette. Nem szabták meg az egészségügyi önkormányzat jogkörét. Nem alakulhatott ki, s nem is lehetett szakmai kompetenciája. Nem tekinthető valódi érdekképviselői szervezetnek, mivel nem sikerült tényleges kapcsolatot kialakítania a járulékfizetők és biztosítottak tömegeivel. A szakszervezeteknek alig van tagságuk, valójában a vezető apparátusok, a fent lévő bürokráciák maradtak csak meg. A választott demokratikus önkormányzat tagjai nem a választóiknak, a járulékfizetőknek, hanem az őket delegáló szakszervezeti csúcshüvelyek vezetőinek tartoznak felelősséggel. Így a függőségi viszonyok, a hierarchikus szakszervezeti építkezések, és a korábbi bürokratikus-feudális jellegű kapcsolati hálók szövedékében történnek a döntések. A demokrácia tehát függőségi „visszacsatolásban” működik, felfelé igazodik.

Az a vélemény alakult ki, hogy az önkormányzat lelassította és meggátolta az átmenetet. Az önkormányzat tagjainak túlnyomó többsége nem értett sem az egészségügy finanszírozásához, sem a finanszírozás ellenőrzéséhez. Sok energia ment el már arra is, hogy megértsék az egészségügyi rendszert. A képviselők nem tudtak felkészülni, nem kaptak alapos információt, nem tudták átgondolni érdemben szavazataik jelentését. Ilyen nagy testület egyébként nem lehet igazán alkalmas ennyire bonyolult ügyek vitelére, komoly döntések meg-

hozatalára. Az önkormányzati tagok segítésére kevés szakértő állt rendelkezésre. A néhány ott lévő szakember kritikája inkább okvetetlenkedésnek tűnt. A szocialista rendszer szakszervezetben nevelődött káderei a régi rutinnal és nagy elégtétellel szavazták le az apparátus javaslataitól eltérő, gyakran a tárgyat jobban ismerő szakértők véleményét. (Egy választott képviselő szerint — aki megalakulásuk után hamarosan ki is lépett — „szavazógépként működtek, mint a régi KISZ-es időkben”.) Az önkormányzat — kevés kivétellel — csaknem minden alkalommal az apparátus javaslatait fogadta el. Így az egészségbiztosítás apparátusa és az apparátus vezetői szabad kezet kaptak, az ő hatalmuk érvényesült. Ez a jól manipulált testület távolról se emlékeztetett arra a demokratikus álomra, ahogyan eredetileg elképzelték a működését.

A kontrollálatlan, jogilag szabályozatlan helyzet, a hatalmas összegek feletti rendelkezés, az újfajta finanszírozás kialakulatlansága, a pénzosztogatás szubjektív kísértése és főként az ellenőrzés teljes hiánya az egész rendszerben lehetővé tette a gyanús vagy gyanúsítható üzelmeket. A társadalombiztosítás feladatköreit többször túl is lépte, kompetenciaviták alakultak ki a Népjóléti Minisztériummal, a szakmai szervezetekkel, a pénzügyi kormányzattal és magával a kormánnyal is.

Nem volt összhang a rendszerek törekvései között. A pénzügy centralizálni akart, az OEP megőrizni monopóliumát, s az önkormányzatokkal a munkáltatók és a szakszervezetek képviselői a kialakult-kialakult hatalmi egyensúlyukat, a Népjóléti Minisztériumot mindkét hatalom zavarja, a kormány hatalma megerősítése mellett nyugalmat szeretett volna és kerülni a botrányokat.

És az apparátus?

Miközben a botrányok nagy pénzek elfolyásáról szóltak, ha minden felszínre került tisztátalan és/vagy korrupciógyanús pénzügyet összeadunk, az is csak a teljes rendelkezésre álló összeg töredéke. Igaz, e töredékekből több vagyont lehet(ett) felépíteni. A kérdés mégis az, hogy amire a legtöbb pénz fordítatik, ami az egészségügyi rendszert működteti, ott vajon minden rendben van-e? Az apparátus működését kik és mikor vizsgálták felül? Hol és mikor ellenőrizték ekkora összeg kezelését? Egyáltalán, kik szabják meg szakmailag, hogy mire és mennyi összeget fordítanak? Ki ellenőrzi, hogy az összegeket tényleg arra fordítják-e, amire szánták?

A struktúra áttekinthetetlen, a munkamegosztás zavaros, sok a szabályozatlanság, az elszámoltatási rendszerből éppen a lényeg nem derül ki. Hogy „mennyi az ennyi” és miért éppen annyi, amennyi. Szakértők véleménye szerint az adatbázis áttekinthetetlen, az átmeneti konstrukciók bemerevedtek, túlságosan sok helyütt rejlik komoly manipulációk lehetősége. Sok a kifogás az OEP szakmai döntéseinek kompetenciájával kapcsolatban. Hol vannak a legjobb hozzáértő egészségügyi szakemberek szakmai protokolljai? Kiknek a kezében van az oly szükséges

szakmai kontroll? Még ennél is több kérdés van, amire még ennél is kevesebb a válasz. Az viszont látható, hogy a legnagyobb vagyon kezelésében nincsenek átlátható, nyilvános, érthető és áttekinthető ellenőrzött finanszírozási módszerek. Nem jött létre az az apparátus, amelyik közegyezséggel és közbizalommal teljesíteni tudja feladatát.

A botrányok és az ellenőrizhetetlen kezelési módszerek miatt az Állami Számvevőszék többször is vizsgálatot rendelt el, s egy parlamenti vizsgálóbizottság is kimutatta a feltárható legfontosabb anomáliákat. A botrányokat, a vizsgálatokat a nyilvánosság részben megismerte, a sajtó megszellőztette, egyre rosszabb hírbe hozva ezzel az egészségügyi önkormányzatot, s egyre rosszabb lett a hangulat a hallott vagy tudott, fel- és leleplezett igazság kiszivárogtatása nyomán.

A rossz közérzethez hozzájárult az a csalódás is, ami az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működésének demokratikus jellegét illeti. Megrendült a demokratikus kontrollba, a munka szakmai színvonalába, a hozzáértés minőségébe, valóságos hatékonyságába, humanitásába és erkölcsi tisztaságába vetett hit. Mindenki számára egyértelmű, hogy itt „lépni kell”.

Recentralizáció, avagy ismét az állam hatalmában?

Valóban lépni kell, s az állami szervek összefogtak az OEP korlátozására. A leleplezés, a botrányok szellőztetése azoknak a vezetőknek a lejárataához kellett, akiktől a kormányhatalom meg akart szabadulni, illetve akiket annak-táló kísérletei érdekében le akart váltani, ezeket a lépéseket általában a központi hatalom centralizációs törekvései követték. Nem derült ki, hogy tényleg korrupció történt, vagy annak gyanúját csak az újabb vezetőcsere érdekében használták fel. Az esetek végigvezetése a botrány kirobbanásától a tisztázásig, a büntetésig vagy a feloldásig nem jutott el. Hatalmi játékká vált: ha akarom fellebben, ha akarom ellebben. Ha célja van, szellőztetik, ha célját elérte, légmentesen újra lezárják. Ezért a szellőztetett ügyek és az eljárások igazságtartalmát kétkedés és bizonytalanság övezte.

Különösen szégyenteljesen kínos volt az 1997-es „show”, amikor konfrontálódott az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vezetője és az önkormányzat elnöksége. A történetek után megerősödött a kormány hatalma az önkormányzat felett. Mert a botrányok szellőztetése alkalmat adott újabb leleplező lépésekre, majd egymást követő intézkedésekre, amelyekkel az OEP felett egyre jobban megerősítették az állami centralizációt.

A ilyen lépések gyorsan követik egymást. Megszigorították a forgóalapba jutást. Leállították az információs rendszer fejlesztését, a kormány átvette költségvetésének elkészítését. Létrejött a Pénzügyminisztérium és a Népjóléti Minisztérium felügyelő bizottsága az egészségbiztosítás felett. Majd a korábbi

egyetértés és vétőjog helyett véleményezésre szűkült az OEP és az önkormányzat joga, s a népjóléti tárca újabb vizsgálatot kezdeményezett.

Az események közül ki kell emelni azt, ami az OEP-n kívül történt, s a demokráciának e három év alatt ezen a téren talán a legnagyobb pofont adta. A valóban sok bajjal működő önkormányzatnak ugyanis éppen demokratikus választási alapját semmisítették meg. Az Országgyűlésben leszavazták az OEP-önkormányzat esedékes újabb választását, s a delegálás mellett döntöttek. Hiába volt a hét pártból hat a választások mellett (a kormánykoalíció tagját, az SZDSZ-t is beleértve), mégis ellenkező döntés született. A választás 1993-ban előre jelezte a néphangulat változását: szocialista irányba fordult a választók ítélete. Az 1997-ben pénzügyi takarékoság átlátszó ürügyével eltörölt választás viszont léket ütött a demokrácia hitelén. Akkor is, ha az önkormányzat gyengén, és szabályozatlansága miatt kevésbé hatékonyan működött. Akkor is, ha el lehetett marasztalni minden előzőleg felsorolt hibája miatt. A kormányzat nem vállalta hatalmi reputációjának kockázatát, félt a valóságos vagy presztízavesztéstől. Bármi volt is az ok, az a tény, hogy a hatalomban lévők nem merték vállalni a nyílt szavazást, hogy a status quo fenntartása és biztonsága érdekében felrúgták a korábbi demokratikus egyezséget és a demokrácia látszatát is.

A mai rendszer ez időben még „tanuló demokrácia”, de demokrácia. Ereje éppen az, hogy szembe tud nézni, vagy kénytelen szembenézni tévedéseivel, rosszul sikerült építményeivel, olykor jogszerűtlenül vagy kétes-kettős jogértelmezés alapján botladozva működő intézményeivel. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működésének egészében, ahogyan önkormányzatában sem léphetők át azok a „születési rendellenességek”, amellyel a világra hivatott. Születési ideje azt is jelenti, hogy egy demokratikusan életre hívott testületet demokratikus módon kell majd átalakítani, s működését a közösen kialakított szabályok szerint, közösen ellenőrzött demokratikus módosítás szabályozhatja újra, és nem eseti és egyedi kedv szerinti döntések sora.

Az átgondoláshoz

Az átalakulásban a mai demokrácia vezető erőinek talán egyik legnagyobb próbatétele az, ami a biztosítórendszerek körül történik. Mindenekelőtt a vezető hatalmi, politikai és gazdasági erők, pontosabban azok erőviszonyainak kifejeződése, ugyanakkor ez az a terep, ahol a társadalmi ethosz gyakorlata a valóságba fordul. A hatalmi erők etikai magatartása és a társadalmi, erkölcsi értékrend kifejeződése, a társadalmi érzékenység és felelősség megnyilvánulása, az elesett betegek iránti szolidaritás, ami nem elv vagy eszme, hanem a pénz, a vagyonkezelés és az elosztás gyakorlatában fejeződik ki. Nagy tét, következképpen nagy kísértés ekkora anyagi forrás fölött rendelkezni.

A társadalmi erkölcs és felelősségérzet színvonala megmutatkozik a kezelés módjában, ahogyan az állampolgárok befizetéseiből, pontosabban jövedelmeiből elvont hatalmas összegű közös kasszákat kezelik. A pénzkezelés tisztasága vagy éppen tisztátalansága, átláthatósága vagy éppen kódósítása, hogy biztonságot ad-e vagy kétséget azoknak, akiknek a pénzt kezeli. Próbatételt jelent minden demokratikus berendezkedés számára, ezen nyerni és bukni egyaránt lehet. A demokratikus rendszer minden felelős vezetőjének mindig szembe kell nézni ennek az intézményrendszernek a működési módjával, erkölcsével, mégpedig nemcsak a kormányzás és a hatalom érdekében (nagy pénz nagy hatalom), hanem a társadalmi hatás miatt, hiszen a szociális élet legérzékenyebb szférái felett dönt, amikor az elosztásról dönt.

Kérdés, hogy a jelenleg működő hatalmas szervezetek alkalmasak-e a vállalt feladatra, megfelelő-e a szervezet felépítése, jók-e a működtetés szabályai? Ha nem alkalmasak, ahogy sajnálatos módon kiderült az elmúlt időszakban, akkor azokat alkalmassá kell tenni. Ha alkalmasak és elégségesek, akkor csak korrigálni kell, megtalálni a szabályozás legjobb módját és garantálni azok betartását. Átláthatóvá kell tenni a működést. Világos és állandó kontrollt kell működtetni, amelyekben visszacsatolások segítenek a belső mechanizmus biztonságos működésében. A működés ellenőrzéséhez hozzáértő, kívül álló, napi politikai szempontok felett álló, demokratikusan felépített, a működés bonyolultságában járatos szervezetek és szakértők bevonása szükséges, enélkül nem lehetséges ez a biztonság.

Az elmúlt idő komoly intelem minden felelős vezető számára. Amikor időről időre kitűnik, hogy a társadalmi átalakulásban mennyi kétség veszi körül az újonnan kialakuló vagyonokat, az önkormányzati elszámolásokat, a privatizációs módokat, a bankok konszolidálását, a médiumok pályáztatását és még számtalan, az elmúlt években zajlott ügyletet, akkor ezekhez sorolható az is, ami az OEP esetében történt. Sokféle nagy volumenű, olykor csak szabályozatlan, máskor viszont a bűnügyek határát súroló — vagy annak kezelt — ügy került a felszínre, amelyeket volt, hogy jogi elsimítás után a teljes feledés követte. Gyakran hallani, hogy „ez az átmenet ára”, „az átalakulás költsége”, a „kapitalizálódás mellékterméke”, másképpen ez nem mehet, a „fontos, hogy minél előbb végbemenjen már ez a rendszerváltozás”, „száz év múlva ezt senki nem hánytorgatja fel”, „régii demokráciákban a régen létrejött nagy vagyonok eredetét sem kérdezi senki”. Végül is csak az nem hangzik el, hogy „a szocializmust nem rózsavízzel csinálják” — idézve Rákosit, csak kapitalizmusra kell cserélni a megfelelő szót.

Ami az elmúlt időkben az egészségbiztosítás területén történt, az rongálta a demokratikus rendszer tekintélyét és a belé vetett bizalmat. Csorbította hitelét, megkérdőjelezte képviselőinek és funkcionáriusainak szavahihetőségét, kétségbe vonta a demokratikus szándékot is. Ezért a szembenézés és a tényfeltárás múlhatatlanul fontos.

A közéleti tisztaságot különösen számon kell kérni akkor, amikor emberek összeadott (elvon) pénzéről van szó, olyanról, amelyet a közösségek érdekében kell felhasználni. Olyan területen, ahol a felhasználás hatékonyságát nem a magánprofit növekedésén mérik, hanem hogy tud-e megfelelő eszközöket — tudást, pénzt — az emberi szenvedés enyhítésére, az elromlott egészség helyreállítására és karbantartására fordítani, teszi-e ezt úgy, hogy az a leghatékonyabb legyen, s a legtöbb ember számára a legjobb eredménnyel tudja biztosítani. Ez tudniillik a biztosítás. Az erre összeadott pénzek felhasználásáért mindennél jobban felelni kell.

Egy demokratikusan választott kormánynak, a Parlamentnek nemcsak gazdasági kezeséget kell vállalnia, hogyha kiürül a társadalombiztosítás kasszája akkor segítsen, hanem erkölcsi kezeséget is a pénzkezelés tisztaságáért és felhasználásának társadalmi erkölcsi hatékonyságáért.

Olyan tervek kellene, amelyek nem a rövid távú politikai érdekek mentén, hanem a hosszú távú, egész társadalomra tekintő érdekek ismeretében és megkérdezésével készülnek.

Mára bebizonyosodott, hogy az eredeti működési alapelvek kritikára, esetleg változtatásra szorulnak. Lehetséges, hogy a rendszerváltoztatás kezdetén jó elképzelésnek látszó egészségbiztosítás intézményrendszere csődöt mondott. Lehetséges, hogy az önkormányzati forma alkalmatlan ekkora pénz és ilyen nagy apparátus kezelésére. Lehetséges, hogy az egész jelenlegi rendszer kentauruszerű formáját módosítani kell, amely a szocializmus utolsó időszakának döntéseiből, az átmenet „minden lehetséges” eufórikus változtatásaiból, a kísérletezésekből, a kormányzatok sajátos rögtönzéseiből, a jogi szabályozók és a rendelkezések toldozás-foltozásainak összeadódó eredményeiből alakult ki. S a végeredmény az, hogy a szervezetek nincsenek összehangolva, a hatáskörök tisztázatlanok, az ellenőrzési rendszerek nem működnek, ezért a célok és adottságok új szemléletében mindezt újra kell fogalmazni és kodifikálni. Lehet, hogy erre a most működő monstrum nem, vagy csak komoly korrekciókkal alkalmas. Lehet, hogy új „kerekasztalra” van szükség, amelynél nemcsak a parlamenti pártok, hanem a szakértők és az érdekképviseltek egybehívásával közösen kell megtalálni és kialakítani az ellátórendszer biztosításának megfelelő működési formáit. Mivel az egész társadalom számára annyira fontos központi intézmény átalakítását kell megtervezni, újragondolni, ezért a közgazdasági, az adópolitikai, a szociálpolitikai, az egészségpolitikai és a szakmapolitikai szempontok mellett nagy felelősséggel kell ügyelni a változtatóknak a jelenlegi társadalomszerkezetre, a területi különbségekre, a környezeti és társadalmi tehertételekre, a különösen megviselt népességcsoportokra. Csak a társadalmi komplexitás értelmében és érzékelésében, mindezek szem előtt tartásával lehet megoldást találni, ha lényeges változást akarnak elérni a társadalmi domináns erők.

Az egészségügyi biztosítás sokféle lehet. Európai szakértők szerint nincs jó rendszer, csak kicsit jobb és jobbnál rosszabb. Mégis, a változás elhatározásánál végig kell gondolni — hiszen adott a nagy nemzetközi tapasztalat, amiről a bevezető fejezetben szó is volt —, hogy melyik megoldási mód, milyen tulajdonszerkezet mely érdekeknek kedvez, milyen társadalmi és szakmai csoportokat hoz jobb, és melyeket rosszabb helyzetbe. Ahogyan egészséggazdasági következménye is eszerint különbözhet. Egyes pénzügyi és gazdasági köröknek kedvezhet, míg másokat kedvezőtlen gazdasági helyzetbe hozhat, különféle tőkék mozgását indíthatja el vagy béníthatja meg. Ezeknek az átgondolásához felkészült és elfogulatlan szakértők és vitatkozó felek meghallgatására van szükség. Hatalomra készülő, gyakran egymással szemben álló erők és érdekek ütköznek, ám a társadalmi egyensúly kialakítása és az erők célszerű összehangolása időigényes. Nyilvánvaló, hogy az előnyök és hátrányok társadalmi hatásának következményeit fel kell mérni. A rögtönzés minden esetben csak árt.

Az ismert és működő változatok nemcsak a finanszírozás forrása, nagyságrendje és az elosztás módja szerint különböznek egymástól, hanem eltérő erkölcsi, társadalomfilozófiai álláspontjuk és elveik szerint is. A méltányosság elve, a szolidaritás, az individuum védelme, a közösségi elvek, a társadalmi felelősségérzet iránya más és más építkezést igényel mind a forrásösszeadásban, mind az elosztás gyakorlatában. A változtatás mindenekelőtt az elvek tisztázásánál kezdődhet. Minden átalakításhoz társadalmi egyetértés, az újabbakat sokat emlegetett „új társadalmi szerződés” és annak előkészítése szükséges. Arról külön kell szólni, hogy milyen erők között jöhet létre ez a szerződés.

A vitákat és az álláspontokat a társadalmi erők és az érdekek képviselője befolyásolja. Magyarországon létrejött már egy olyan felső társadalmi réteg, amelynek tagjai gazdaságilag, egzisztenciálisan jól megalapozott társadalmi helyzetben vannak, autonómiájuk erre épül, ideáljuk az amerikai „mindenki gondoskodjék önmagáról” elve. Szívesen kivonulnának a társadalmi közös felelősségvállalásra épülő biztosítási rendszerből, pénzüket is kivonnák, hiszen meg tudják vásárolni a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást. Erre készséges orvosi erő és intézményhálózat is kiszakítható vagy kialakítható az állami rendszerből. A felső társadalmi csúcsra orientálódó orvosok ettől egyszerre remélhetnek gazdag pácienságot, jól felszerelt kórházakat, rendelőket, modern egészségügyi ellátást és megszabadulást az állami egészségügytől. Ezzel viszont elindulhat az egészségügy kettészakadása: egy fapadosra a „plebs” számára, és egy gazdag, magas színvonalon szolgáltató egészségügyi ellátásra. Ez a szakadás ugyan megfelel a társadalom jelenlegi állapotának, a társadalom kettéhasadtságának, de nem felel meg a társadalmi igazságérzetnek. Azt ugyanis, ha morgolódva is, de tudomásul veszik, hogy a luxuscikkek, autók, villák, nyaralók a gazdagoknak jutnak, ha a hozzájutás módja borzolja is a társadalom erkölcsi érzékét, de azt nem fogadják el, hogy a betegség megfelelő szintű

ellátása és gyógyítása nem jár azoknak, akiknek nincs pénze. Ez az álláspont korábbi a szocializmus egyenlősi gondolkodásmódjánál. A szociális igazságérzet követelését kodifikálta a rendszer, ha nem is teljesítette elvei szerint. Ez az az elv, ami a jóléti társadalmak rendszerét megalapozza, s ezt nevezik a méltányosság elvének, a szolidaritás elvének, s Angliában éppen úgy ragaszkodnak hozzá, mint Franciaországban vagy Svédországban.

A Parlament döntéseinél a társadalom struktúrájának jelen állapotát — mindenekelőtt a népegészség állapotát — nem lehet figyelmen kívül hagyni. A népegészségügyről szóló fejezetben pontosan leírtuk, hogy a társadalom többségének élete és egészsége igen kockázatos: sokan vannak, akiknek sem ismereteik, sem eszközeik nincsenek önvédelmükre. Nálunk még gyenge, alacsony fokú az önképviselés, és emellett — több kutatás bizonyítja — sokan nem ismerik ki magukat a társadalmi intézmények, a jog, a szervezetek, a bürokrácia működésében, mivel nálunk még nagyon fejletlen az, amit civil társadalomnak lehet mondani.

Csak olyan irányban célszerű változtatni az egészségbiztosítás rendszerét, ami a társadalom többségére figyel, s amelyet az méltányosnak és igazságosnak tart. Ennek belátása különösen fontos akkor, amikor a rendszerváltoztatás végrehajtásával kapcsolatos elégedetlenség, a domináns osztályok hibáztatása, a vagyonosodás erkölcsösségének és legitimitásának megkérdőjelezése miatt amúgy is sok a háborgás és ellenézés. Ilyenkor a legbensőbb, legérzékenyebb területen kockázatos olyan átalakítást végrehajtani, amit a társadalom többsége nem fogadna el. Veszélyeztetné a társadalom stabilitását, kedvező helyzetet teremtené a radikális demagóg szélsőségek számára is, és a politikai átalakulás eredményességében megingatná a maradék reményt és várakozásokat.

Bármilyen új elképzelés bevezetését nagyon óvatosan, sok próbával és kontrollal, a változtatás fenntartásával szabadna elindítani. Lassan érni hagyni, alaposan kikísérletezni, mert az egészségügyi ellátásban veszélyes a radikális, gyors változás, különösen központi diktálással, kiérleletlen eszközökkel átalakítani azt, ami van. Az óvatosság azért is szükséges, mert nem lehet az eddig megszokott ellátásokhoz képest gyökeresen új formákat és módokat bevezetni, lerombolni azt, ami működik és áttéríteni a sok bajjal küszködő betegeket, az őket ellátó szakembereket valamire, ami még kialakulatlan és épülőben van. Azért is jó óvakodni a megrázkódtatásoktól, mert amúgy is túlságosan sok sokkoló társadalmi átalakulás történt az elmúlt években, ezért kockázatos ott a talajt kihúzni az emberek lába alól, ahol még van némi biztonság.

Mindenkit érintő probléma az egészségbiztosítás ügye. Ez olyan nagy jelentőségű, hogy ki kell emelni a szűk pénzügyi érdekek szemléletéből, kincstári egyensúlynak alávetett, olykor tűzoltó módszerek rögtönzéseinek terhe alól, a beszűkült nyereség- és piacorientált érdekek szorításából, de ki kell emelni az olyan napi politikai csatákból is, amikor a rövid távú előnyökért feláldozzák a társadalom hosszú távú érdekeit.

Rosszul kezelt bajok — remélt kiutak

Számos olyan hibára mutattunk rá, amelyek először az első kormánynál váltak láthatóvá. Olyan jelenségek ezek azonban, amelyek kormányváltással sem változnak. Lehetséges, hogy ugyanezt le lehet majd írni a következő kormányról is. Itt nyilvánvalóan mélyebb mentalitásbeli örökségek vannak, amelyek a kelet-európai despotikus rendszerekből tovább élnek, s amelyek sem fent, sem lent nem változnak meg radikálisan. Nem alakultak még ki a társadalomban igazán felnőtt, a demokratikus eljárásokat ismerő és érvényesítő szervezett csoportok. Gyakorlatlan demokráciák, szocializmusban szakértővé nőtt vagy amatőr politikusok, nehezen tájékozódó és cselekvő emberek együtt-nem-működéséből az jön létre, ami létrejött.

Mindkét kormány tapasztalatait összevetve azonos módszereket, illetve hasonló hiányokat tapasztalhatunk. Hiányzik a rendszerben való gondolkodás. Minden újító szándék, valamilyen szimpla oksági vagy egyszerűen lineáris elképzelésből indul el. Ha a kitűzött cél érdekében egy tényezőt megváltoztatnak, az az elképzeléseknek megfelelően meg is változik. Pedig a legegyszerűbb rendszernél sincs másképpen: ha egy tényezőt megváltoztatnak, az magával vonzza a kötődő halmazok belső átalakulását, más tényezők változását is. És ha a többi rigid, akkor nem mozdítható semmi sem, vagy olyan változásokra vezet, amelyek nem szerepeltek a szándékok között.

Hiányzik az együttműködők bevonása. Nemcsak a demokrácia szabályai miatt, hanem egyszerűen a józan ész, az ésszerűség értelme szerint. Egy területet sohasem lehet megerősokolni, az ellenáll, és az ellenállásnak igen bonyolult, olykor alig tetten érhető formái vannak. Az érdekeltek, az érintettek, a hozzáértők, de az ellenfelek álláspontjának ismerete is elemi érdek. Ha másért nem, a szándékok szondázása miatt. A kiérlelt közös tudás szüksége is ezt diktálja, de különösen a végrehajtásé. Előkészítő megbeszélést mellőzve és puccszerűen bevezetve a legjobb tervek megvalósítása is kockára van téve.

Hiányzik a szándékok és elképzelések tiszta logikájának átgondolása mellett a helyismeret, az ellenálló erő, a közegellenállás ismerete és felmérése. Nincs áttekintés az érdekmozgásokról és az érdekkapcsolatokról, nem érzékelik a csoport-összetartozások vagy a csoportszövetségek erejét. Azt sem, hogy kik és milyen erő, az akció mellett vagy azzal szemben fellépni.

Hiányzik a külföldről átvett módszerek hatásának elemzése. Ugyanis semmi nem működik ugyanúgy egy másik társadalmi környezetben, mint ahogyan

az eredeti feltételek között. Sokszor egymásra építésük sem átgondolt. (Például: az alapellátás holland tapasztalat, a szakrendelés német finanszírozási mód, a kórház pénzügyi rendszere, a HBCS amerikai átvétel.) Több új ellátási forma olyan országok származik, ahol másképpen működnek a társadalom alapelemei: élnek a nagycsaládok, vannak helyi közösségek, sokhálózatú szociális ellátási formák is léteznek stb. Közhely, hogy a rendszer egyes elemeinek kiemelése és más rendszerbe való beépítése az eredeti működést lényegesen megváltoztatja. Nem mindig összeilleszthető átemelt elemek más hatásfokkal vagy ellenkező eredménnyel működhetnek.

Nincs átgondolva az sem, hogy a meghaladni kívánt helyzetből milyen lépések vezetnek a célhoz. A változások szukcesszív felépítése, a bekövetkezett módosulások következtében mi legyen a következő lépés iránya. Mindkét kormányra jellemző volt, hogy mindig előtérbe került valamilyen mindent megoldó „panacea”, ami egyszerre jobbá teszi azt, ami korábban rossz volt. Egy időnek még el kell telnie, amíg kiderül, hogy nincs olyan eszköz, ami egyszerre minden gondot megold. Lassan, nehezen, keserves folyamatok közepette formálódik ki egy működőképesebb rendszer, de ezt a szerves átalakulást hol a politikai érdekek, hol a pénzügyi sürgetések, hol a szakmai lobbyk akadályozzák.

Hiányzik a változások kontrollja. Nincsenek elemzések, amelyek az elrendelt változások hatását figyelik. Olyan irányba haladnak-e, ahogyan elgondolták, milyen mellékhatásai vannak, milyen előre nem látható jelenségek léptek fel? A szándékok és eredmények egybevetése egy ilyen permanens mozgásban lévő területen, a politikusok saját kontrollja érdekében is, technikai minimum lenne. Sok közvetlen beavatkozás történt, kevésbé működnek még azok az automatizmusok, amelyek végül is önműködően korrekciókat építenek a rendszerbe. A beavatkozás hatásának és eszközrendszerének állandó figyelése elemi érdek, egyben a továbbfejlődés alapja.

Hiányzik a változó kormányoktól függetlenített intézményi működés folyamatossága, amelyet a szisztematikus egymásra építés konstruktív biztonsága motivál. Jóllehet a kormányok sok hibát véhetnek, mégis bizonyos építkezés biztonságára szükség van, amelyet nem jó négyévenként megszakítani. Ezért *szükséges egy olyan egészségügyi stratégia kidolgozása*, amelyben a legjobb szakértők egyetértenek és amelyhez tartják magukat a politikusok és amelyhez igazodnak a változó színű kormányok is.

Sajátos folyamatosság, amit — más okok, tettek és eltérő magatartás miatt — mindkét kormány szemére vetettek, hogy hiányzik belőlük a *szociális érzékenység*. A társadalmi érzékenység azt is jelenti, hogy nem lehet vakká válni azokkal a társadalmi szenvedésekkel szemben, amelyeket a változások hoztak, s azokkal a tettekkel, amelyek a szenvedést tudatosan, bár nem akarva idézték elő.

Az Antall-kormányt „úri gőgjéért”, közömbösségéért marasztalták el, hogy az átalakulás folyamatának diadalában nem figyelte a társadalmi szakadékok mélyülésére, és a gyors kapitalizálódás idején nem tudott tenni vagy nem tett azért, hogy esélyt teremtsen a leszakadóban lévő tömegek életfeltételeinek javulásáért. A társadalmi elégedetlenségen és megítélésen nem változtatott, hogy az Antall-kormány továbbvitte a szocialista rendszer intézményrendszerét, sőt újakkal egészítette ki — úgy, ahogy általában a baloldali kormányok teszik. A történelem bukfence, hogy a szocialista kormányzat liberális koalíciós társával hajtotta végre a szocialista rendszer szociális intézményrendszerének részbeni leépítését — benne az egészségügyi intézményrendszer restrikcióját is —, ugyanakkor gazdasági téren véghezvitte a privatizálást. A nagy gazdagodás és a nagy elszegényedés a szocialista többségű kormány tevékenységi idejéhez és egyben a szociális intézmények leépítéséhez kapcsolódik — *ahogyan ezt Nyugat-Európában a jobboldali kormányok teszik.*

Olyan történelmi-politikai szerepcsere történt Magyarországon, amely a jobb- és baloldal hagyományait, tartalmát értelmetlenné teszi. A zavart fokozza, hogy beszűkült és dogmatizálódott a liberális politika kormányra kerülése idején, s a gyakorlatban létrejött restrikciós politika mellett nem inspirált invenciózus gazdaság- és szociálpolitikát, nem segített felszabadítani azokat a belső alkotóerőket, amelyek a felülről jövő diktálásokkal szemben önérvényesítő, öntörvényű mozgásra, mozdításra képessé tesznek embereket, csoportokat.

Hiányzik az a szellem, ami nélkül nem történhetnek lényeges társadalmi változások, s ez az ethosz. Uralkodik egy korszakra jellemző tévedés, amely szerint a pragmatikus kormányzat azért előnyös, mert nemcsak ideológiamentes, hanem az érzelmek, az értékek és az ethosz sem zavarja. Ha ez igaz lehet a kormányzó politikusokra, nem igaz a kormányzott társadalomra. Ahol az egészségről, a betegekről, a szegényekről, az elesettekről bármilyen döntés születik, ott nincs steril pragmatizmus, ott minden tettnek s mulasztásnak társadalmi és erkölcsi következménye van. A jelenlegi politikai-társadalmi „érezéstelenítés” folyamatát a társadalmi tapasztalat és igények előbb vagy utóbb, de meg fogják törni.

A további út?

Az elmúlt időszak egészségpolitikai gyakorlatának tapasztalatait több oldalról, több szempontból is jó átgondolni. Egy új helyzet új megfontolásokat kíván.

A mai társadalmi és egészségügyi állapotokra még a korábbi legjobb programok sem alkalmazhatóak; részben használhatatlanok lettek, vagy csak részben lehet használni azokat. Újra kellene az új tapasztalatok és a megmaradt teljesí-

tetlen, valamint az új társadalmi szerkezetből életre kelt feladatok értelmében gondolni a további teendőket. Most már az átalakulás idejének illúziói nélkül, a társadalmi erők és erőegyensúlyok, illetve a felborult egyensúlyok ismeretében. A különböző régi és új szereplők cselekvésének összhangjából vagy ütközéséből formálódik az egészségügy átalakulása. Az állam, illetve központi elosztó hatalmak felelősségét egyáltalán nem csorbítva láthatóak a mindenkori központi kormányhatalom korlátai, nemcsak a politikai érdek logikájának alávetett cselekvései politikai befolyásoltsága miatt, hanem befolyási területének kompetenciahatárai miatt is. Sokszereplős térben zajlik az egészségügy alakulása is: sok érdekellentét határolja be és egyben mozgatja is változását. Már nem egy agy, nem egy kéz, nem egyfajta forrás szabja meg a változásokat, így a témérdek gond megoldása is csak alkukkal, vitákkal, egyezkedésekkel történhet. Mégis valamennyien foglyai vagyunk — minden ellenérzés mellett — a központi szerepkör sokszorosán lejáratos illúziójának és mindenkori fölötti jelenlétének. Ezért gyakran ma is egy központtól várják, várjuk a kérdések megválaszolását. A szükséges és hiányzó stratégia kidolgozása sem képzelhető úgy el, hogy egy okos központ kidolgozza, kicsit vitatja, elfogadtatja, majd ennek nyomán minden az elhatározásnak megfelelően fog menni, hanem meg kell tanulni a sok szereplő, a többféle gondolkodásmód, a sokféle érdekképviselet jelenlétének, és adott esetben megnyerésének elfogadását ahhoz, hogy létrejöhessen a közösség érdekében kívánt, hosszú távú cselekvési program. Az állam, s az aktuális kormányhatalom egészségpolitikai képviselője pedig — megegyezések alapján, a maga eszközeivel, amelyek még mindig erősek és hatékonyak, bár korlátozottak a lehetőségei — segítse a megállapodások érvényesülését.

Ma a terület szakértői, mondhatni mindent átgondoltak. Sok elképzelés, javaslat forog hol közkézen, hol egyes csoportok között, hol íróasztalok fiókjai-ból fiókokba vándorolva. Amennyire át lehetett tekinteni a hozzáférhető anyagokat, úgy tűnik, csaknem minden kérdésre van válasz. Inkább a bőség, mint a szűkösség zavarával kell szembesülni. Ma nem az a kérdés, hogy nincs miből meríteni, hanem hogy a párt- és presztízsharcok közepette csaknem lehetetlen közös nevezőt találni. Inkább gondolatok megpróbálásáról, a fontos koncepciók szembesítéséről és együttes átgondolásáról lenne szó. Viszont a kényszerekkel szemben azért is kell elveket és programot állítani, hogy azt ne tüntethessék fel az „egyedül lehetséges útnak”, és nehogy erényt kovácsoljanak a kényszer diktálta cselekvésekből.

Lehetséges-e a népegészség romlásának megállítása a gazdasági válság és az egészségügyi rendszer átalakítása idején? Lehet, hogy nem lehetséges, de lehetetlen, hogy meg sem kíséreljék a beavatkozást azok, akiknek ehhez hatalmuk van. A nagy marakodások agresszívebbek, ha szűkösek a források. Ezért is különösen fontos a védelem kimunkálása ezen az emberi életet a szó szoros értelmében döntően érintő területen. Ezért is hangsúlyozom mindenki össze-

fogását a hosszú távú egészségstratégia és a prioritások kidolgozása érdekében. Remélhetőleg még nem bonyolódtak bele végleg a különböző szakemberek a totális és kölcsönös bizalmatlanság hálójába.

Kincses Gyula javasolja a *Drága egészségünk* című könyvében, hogy új „társadalmi megegyezést” kell kötni új társadalmi alkuval, új társadalmi megállapodásra kellene jutni. Javasolata most talán aktuálisabb, mint néhány éve volt, mivel jelentős társadalmi változások történtek a kilencvenes évek elejének fordulatahoz képest. Megváltoztak az egészségügyre hatást gyakorló társadalmi erőviszonyok: minden, ami a hatalmi szerkezetet, a gazdaság színvonalát, a társadalmi különbségek növekedését, olykor szakadékok megnyílását illeti. Az egészségügy kohéziója tekintetében is nagy változások következtek be: az egészségügyi forrásképződés, az elosztás felett döntések és fórumok változása, az orvoscsoportok érdekei és kifejeződése, a piaci hatások betörésével szemben a belső védtelenség, a társadalombiztosítás teherviselőinek és a fenntartottak arányeltolódása (2,7 millió járulékfizető tart el tízmillió ember számára szolgáló egészségügyi rendszert), a teherviselők nehézségeinek növekedése, hogy csak a legfontosabbokról essen szó.

Láttuk a programok elemzésénél, hogy a kilencvenes évek fordulóján az egészségügy átalakítására vonatkozó nézetek még különböző eszmekörökben sem tértek el nagyon egymástól. Jelenleg viszont azonos eszmekörökben is szélsőséges felfogásbeli különbségekkel találkozhatunk. Sokféle érdek, eltérő értékek és képviselőik fordítják egymással szembe a tennivalók elveit és programjait. Új, eddig nem hallható és nem érvényesülő nézetek és filozófiák kapnak hangot, s ezekben a szolidaritási elvek képviselése gyengül, és az erő vagy vagyon alapján álló individuális érdekek kapnak egyre több teret, megerősítő magyarázatot, ezek szolgálják a társadalmi felelősség elhárítását is.

Egy új társadalmi alkura és megegyezésre azért is szükség van, mert most már illúziók nélkül, sőt sokszor túlzott remények nélkül lehet látni az új társadalom körvonalait, amelyben a nehéz szociális következményeket könnyen elfogadják, s az egyes rétegek gazdagságának erőeloszlása alapján építenék fel az egészségügy intézményrendszerét is. *Adam Michnik* mondja: „az elkerülhetetlen rosszból erény lesz”.

A gyengék, az elesettek védeltsége alapvető kérdés. Ilyen gyenge maga az egészségügyi rendszer és képviselése is. Hajdan az erős termelőágazatok, például a nehézipar mögött kapott a maradékból juttatásokat, a jelenben a piacgazdaság építésének többre becsült ágazataival szemben (tíz- és százmilliárdokat adnak például a bankok konszolidációjára, a kárpótlások ideologikus vagyoneelosztására vagy az állami médiumoknak, eurokonform NATO-fegyverekre) kerül háttérbe mint „pazarló, saját termelési szintünk felett költő”, az államháztartásra nézve terhes terület.

A gyengeség és az alulképvisélet továbbmélyül a társadalomban területi különbségek, a társadalmi hierarchia csúcsa és talapzata, a társadalmi elosztás

következményeit viselő gyenge helyzetben lévők, az etnikumok, a piacon érvényesülő és piacról kiszorultak szerint. Ez a megosztás tükröződik az egészségügyi ellátás szerkezetében és belső viszonyaiban is.

Az a „társadalmi szerződés”, amely a társadalmi alku során létrejönne, első feladatként kidolgozhatna egy hosszú távú egészségügyi stratégiát, beleértve a legfontosabb prioritások kialakítását is. Sokak szerint talán utópista elképzelés, de valójában lehetne esélye, hogy a legfontosabb egészségstratégiai kérdésekben közösen, hosszabb időre szóló, érvényes alapelveket fektessenek le.

Megvizsgálva az átalakulásban létrejött torzulásokat és azok eredetét, kívánatos lenne, hogy a fejlődés és átalakulás érdekében megszabadítsák az egészségügyet mind a közvetlen pénzügyi beavatkozás rángatásaitól, mind a napi politika haszonszerző cselekvési kényszereitől.

A politikai váltógazdaság ott nehezítette a kelet-európai régióban az egészségügyi átalakulást, ahol a strukturális változásokat a politikai érdekeknek vetették alá. A klientúra kielégítése az egészségügy átalakításával együtt felforgatta az egészségügyi intézményrendszereket, a pártváltások és a kormányváltások idején egész struktúrákat alakított át. Egy kiforrott, demokratikusan szabályozott plurális demokráciában a kiérlelt intézményrendszerek fölött zajlanak a politikai és egészségpolitikai változások. A kormányváltozást általában megoldják a legfontosabb politikai helyek vezetőcserével. Elképzelhetetlen például, hogy kormányváltozás miatt kórházigazgatók sorát cseréljék le. De az is, hogy emiatt a kórházigazgatók párttagságot váltsanak. Vigyáznak nemcsak a színvonalra, hanem a leváltások és változtatások módjára is, hogy megóvják saját embereiket a következő változás idején az esetleges retorzióktól.

Az eddig történelemből is látható volt, hogy a négyévenkénti politikai váltás alapvető struktúrák megbolygatásával is együtt járt. A váltógazdaság értelme, hogy az egyik kormányzat hibáit egy másik megválasztásával korrigáltathassák. Viszont súlyos következményekkel járhat, ha az érzékeny egészségügyi rendszert politikai érdekek szerinti, négyévenként esedékes strukturális változásoknak teszik ki, és alapvetően más koncepció megvalósítása érdekében átszervezik a társadalombiztosítást, a kórházi intézményeket, az ellátási szinteket, módosítják az orvosok és betegek jogait.

A hosszú távú stratégia bizonyos alapkérdésekben és alapépítményekben létrehozhat tartós megegyezést, s ezzel a négyévenkénti bizonytalanságtól meg lehetne szabadítani a legalapvetőbb egészségügyi területeket. A rövid távú döntéseknél és elosztásoknál még mindig maradhat elég feladat az aktuális politika kedvezményezettjeinek. Lehetne konzervatív, szocialista jobb- vagy baloldalinak deklarált az egészségügyi kormányzat, de tartania kellene magát a közösen kialakított egészségügyi cselekvési program alapelveihez. Ha létrejöhet valamilyen sokak által kívánt nemzeti, illetve társadalmi minimum, egy közös nevezőre hozott program, akkor ezt az egészségügy hosszú távú stratégiájával lehetne kezdeni.

Láthattuk, hogy semmilyen párt vagy kormány, de a pénzügy vagy a Világbank sem, egyáltalán semmilyen egészségügyre épülő hatalom, nem „erősza-
kolhatja meg” káros következmények nélkül az egészségügyi rendszert és az egészségügy működő intézményeit. Akkor sem, ha gazdasági kényszer vezeti, akkor sem, ha szükséges, még akkor sem, ha igaza lenne. Ugyanis minden kényszerintézkedés keresztülerőszo-
kolása később másban és másképp vissza-
üt. Egy működő rendszert a benne élők akarata ellenére nem lehet erőltetve át-
szervezni, mert a tőle idegen új formációkat előbb vagy utóbb leveti magáról,
vagy kibújik alóla, vagy oly mértékben magához idomítja, hogy lényegében
válík mássá. Ha végképp nincs más útja, a kívülről elviselt erőszakot megszen-
vedteti a legártatlanabb szereplővel: a beteggel.

A pénzügyi és az aktuálpolitika hatásának elhárítása mellett védelemre és
segítségre szorul az egészségügy a harmadik nagy erő, a piac működésének
hatásával szemben is. Ellentétes álláspontok jelentkeznek egyidejűleg: az
egészségügyön belül ma is sokszor, sokak számára kívánatos a piaci erők
működése, ennek fejlesztése tűnik sok teoretikus, de gyakorló egészségügyi
szakember számára is olyan tényezőnek, ami ellensúlyt jelent mind a politika,
mind a fiskális erők közvetlen hatalmával szemben. Egy ilyen tőkeszegény
területre kívánatos a tőke bevonása, de kérdéses, hogyan térül meg a befekte-
tett tőke, hol van a fizetőképes kereslet. Az eddigi tapasztalat az, hogy a piaci
árrobbanás nemcsak növelte az egészségügyi piac áldozatainak terhét (például
a gyógyszerárak emelésével), de a piacról kiszorult rétegek ellehetetlenülését
is mélyítette. Olyan nagy kérdés a privatizálás, a piac érvényesülésének vár-
ható hatása ezen a területen, hogy csak nagyon átgondoltan, következményei-
vel együtt, a nyugati tapasztalatok ismeretében és a hazai társadalmi struktúra,
a vásárlóképes kereslet és a forrásképzési lehetőségek komplex ismeretében
szabad lényeges változásokat kezdeményezni.

Nem feledhetjük, hogy a magánszektor kívánatos belépése aggasztó válto-
zásokat is hozott magával, máris rendkívül erőssé tette az egészségügyi mű-
szer- és gyógyszergyártó, valamint a magánbiztosító lobbykat. Hatalmas pénz-
zek — és ezáltal befolyásolási, vásárlási vagy egyenesen korrupciós lehetősé-
gek — felett rendelkeznek, amivel szemben nem áll ugyanilyen erős ellenerő a
gyengék, a szegények, a piacról kiszorultak védelmében. Az egyenlőtlen erők
harca ezért könnyen antihumánus és antiszociális megoldásokhoz vezethet.

Közös feladat azoknak a leghatékonyabb szabályozóknak a kialakítása,
amelyekkel a valóban polgári szerződések köthetők. Még kialakulatlan a jog,
még nem épült egymásra a jog és az erkölcs. Nem csupán a jogrend hiánya mi-
att uralkodnak nagy zavarok, nemcsak a hatalmi helyzet diktál és nem kizáró-
lag a szubjektív kapcsolatok döntenek, a hatalmi körök között sincs nemhogy
összhang, hanem szabályozottság és feladatmegosztás sem.

Nincs kidolgozva az egyenlő feltételeket megteremtő, a polgári esélyeket
biztosító szerződések rendszere, amely a területen uralkodó nyomasztó

aszimmetriákat átformálná. Nincs ilyen a társadalombiztosítás, illetve az OEP és a kórházak között, nincs a kórházak és az orvosok között, nincs az orvos és a betegek között, de hiányzik az ápolószemélyzet és a kórházak, az egészségügyi alkalmazottak és az alkalmazók között is. Sem a jog, sem a szabályok nem segítik a polgári autonómia érvényesülését.

Nincsenek kidolgozott szabályok a „Nagy Bürokráciák” között, mindig az éppen erősebb igyekszik a másikat maga alá gyűrni. De nincs védelme az alávetetteknek a nagy bürokrációkkal szemben, át sem tudják tekinteni a működésüket, nemhogy védelmükre képesek lennének. Ez a védettség csakis akkor jöhet létre, ha minden szinten él a társadalmi kontroll: így a társadalombiztosítástól a helyi kórházig, a parlament és az önkormányzatok felett, de az egyes szintek értelmében is: alapellátás, szakellátás, kórházak működésének szakmán kívüli civil kontrolljában. Az erősebb társadalmi felelősségvállalás érdekében van szükség a felelősségvállalás tereinek kitágítására.

A morál fellazulása és a közerkölcs sikamlóssága miatt a közéleti tisztaság igénye az egészségügyben, ha lehet még erősebb kíváncsalom, mint az emberi szenvedéstől távolabb lévő területeken. A korábbi szocialista időszak szoros függelmi viszonyainak és a pártkontroll megszűnése után különösen érzékelhető szétesés következett be a közmorálban, és az egyes felelősök morális magatartásában. A pénz és hatalom válik mértékké és igazolássá, s aki rendelkezik azokkal, azt felmenti minden ítélet alól. Mivel sem a külső világ nem alakított ki érvényes szabályokat, sem a belső erkölcsök nem szilárdulhattak meg, de még a társadalmi kontroll sem érvényesülhetett, nagyon zárttá váltak e világok, igen kevésbé lehetett beléjük tekinteni. Korábban soha nem tapasztalható hatalomkoncentráció került egyesek kezébe. Ilyen esetben, ha hiányzik az autonóm belső erkölcsi szabályozottság, a megnyíló új gazdagodási és hatalmi források gátlástalan kihasználása viszont minden alól felment, mert a siker mindent igazol, nincs mérték az önkorlátozásban: a közéleti előny magánérdekké válik, közpénzekből magánzsebek dagadnak. Elterjedt, hogy az összeférhetlenségre és feddhetetlenségre senki sem ügyel, és elfogadottá váltak a tisztázatlanságok. Egy jelenségnek többféle arca van: törvényileg lehetséges, gazdaságilag indokolt, elkölcsileg elítélhető és igazságérzetet sértő.

A jogi és erkölcsi sikamlóságok egyre nehezebben viselhetőek el egy olyan országban, ahol a népesség nagyobb részét áldozták fel, vagy — szebben mondva — inkább hozta a nagyobb áldozatot az átalakulásért. Az összemosódás a hivatal és a pénz között, a korrupció elterjedése a politikai érdekek, a szakma és az erkölcs igazsága felett, a gazdasági érdekek a politika és a szakma felett, hűbérúri rendszerek fennmaradása a gazdaság, a politika és az erkölcs felett. Ez az egymásba szövődés közvetett és közvetlen ártalmaival ezen a különösen érzékeny területen sok ember küszködését teszi nehezebbé, gyógyulását kockáztatottabbá.

Egy ideologikus rendszer uralma után fellélegzik mindenki, ha pragmatikus gyakorlat és kormányzási mód következik. Az egészségügyben azonban a legkevésbé sem lehet tisztán pragmatikus döntéseket hozni, mivel mindennek etikai következményei vannak. Az egészségügyre fordítható összegek allokációja például felveti, hogy mire lesz és mire nem lesz pénz. Melyik betegség kap és melyik nem kap pénzt; milyen területeken erősítik és támogatják inkább az egészségügyi rendszer működését. Hogy a rendelkezésre álló szűkös forrásokat inkább prevencióra, inkább rehabilitációra vagy inkább a magas műszerezettségre fordítsák? Ahogyan abban is etikai döntés érvényesül, hogy a drága gyógyszerek és műszerek kik számára válnak hozzáférhetővé. Minden döntés mögött társadalmi felelősségű prioritások vannak.

*

Sok minden történt. Működik valamilyen sajátos korrekciós mechanizmus, amelyik kontrollálja és kiigazítja a hibás és rossz lépéseket is. Igaz, hogy áldozatok után és áldozatok árán. Egyre inkább látni és hallani, a pénzügyi és pártbeli magasságoknál mélyebbre építkező társadalmi erőkről. Sok fontos polgári kezdeményezés is elindult: hol egy új milliomos csúcsmenedzser építi fel saját pénzén a legmodernebb egészségügyi rendszert központi egészségházzal (veresegyházi kísérlet), hol ismert alapítvány segít átszervezni egy újfajta egészségügyet felépítő kísérleti régiót, bevezetnek újfajta ellátási formákat (dél-dunántúli regionális program). Van, ahol meghatározott betegségek megelőzésére építenek fel üzlethálózatot, egészségközpontot, egészségügyi ellátó szervezeteket (világbanki program Kalocsán). Ezrével alakulnak önvédő, egészségügyi és szociálpolitikai egyházi és világi önszervező szervezetek, alapítványok. Ezek a kezdeményezések gyarapodni fognak, hogy magukkal húzzák az egészségügy tohonya, nehezen mozduló intézményrendszerét is. Arra adnak példát, hogyha a nagy monstrumon belül nem lehet tenni, nem lehet kitörni, mód van változtatni — erre adnak cselekvési mintát, s több mint mintát: az a közösség, amelyre kiterjed hatásuk, az élet teljesen más minőségét élheti meg.

A politikai kiszolgáltatottság zárt rendszerén túljutott az ország. Még semmi nem kövesedett meg véglegesen, és nem zárult le, ami létrejött. Van esélye a javításnak, a korrekciónak. A károkozásokra, a korrupciókra előbb-utóbb fény derül. A rendszerbe be van építve az önkorrekció módja is, ha nem telepednek rá mozdítását gátló erők. Mindenféleképpen elindult valami érzékelhető, ha nem is mindig látványos mozgás.

A fordulat gyors volt, a fejlődés lassú. Gyorsan csak rombolni lehet. Az építkezéshez idő kell. Különösen egy ilyen területen, mint az egészségügy. S az időhöz türelem, és nem kevésbé bizalom kell, ámbár mindkettőből nagy a hiány.

Változtatni kell és változás lesz; akár akarjuk, akár nem, mindenképpen változni fog az egészségügyi ellátás és a társadalombiztosítás intézményrendszere. A változást sürgető érdekek amúgy is szétfeszítik, sőt szétrobbantják a

jelenlegi intézmények kereteit. Az új gazdasági és politikai feltételek következtében a régi működési mód összeomlik. A kialakult korábbi egyensúly bármennyire torz és diszfunkcionális is volt, felborult, a megszokott érdekképviselési bázis elveszett. Új hatalommegosztásra, új egyensúly kialakítására és a megváltozott élettereken új magatartásra kényszerülnek a régi szereplők is. Újfajta egyensúlytalanságok jöhetnek létre, amelyek magukban hordják az egyensúlyra törekvés mozgatóerejét.

Bizonytalanná válnak a szociális vállalatok, változékonyak és tisztázatlanok a szerepek, átalakultak a hatás- és jogkörök, az állami intézmények, a biztosítórendszer, a szakszervezetek. Változékony és instabil a demokratikus ellenőrzés intézményes és társadalmi formáinak és eszközrendszerének működése és megítélése is. Ahogyan eszmei, elvi alapkérdésekben is sarkalatos ellentétek ütköznek. Nemcsak az új és korábbi hatalmak, hanem a társadalom tagjainak is szüksége van arra, hogy a hol már kifúló, hol összeomló, hol fikcióvá váló működés korábbi megoldásai helyett egy jobb, működőképesebb, átlátható, finanszírozható, kontrollálható egészségügyi és biztosítórendszer alakuljon ki. Ezért ésszerű kíváncsi, hogy átgondoltan, szervesen építkezve a társadalmi, szakmai és intézményes erők bevonásával történjen az átalakítás, mert így módját és ütemét az érdekeltek együttműködő részvétele segítené.

Az a bizonyos, sokszor emlegetett új társadalmi szerződés létrejöttében nemcsak az a kérdés, hogy kik között történik, melyik erő diktálja, hanem az is, hogy van-e a vezető erőknél rálátása a társadalom mélyebb folyamataira és van-e belátása, hogy mi a társadalom egyensúlyának érdeke. Bekerül-e a politikai és gazdasági számításokba, hogy a többség jelenléte adott és kívánatos akkor is, ha nem hangos? Milyen kiegyezések történnek, mely értékek fejeződnek ki, s abban kiknek javára, kárára történnek változások? A társadalmi szerződés alkufolyamatában valóban minden érdekelt részt vehet-e a fogalom rousseau-i, eredeti ideája értelmében, egyenlő jogokkal?

A társadalmi szerződés lényege kölcsönös biztosítás az érdekeltek által kötelezően vállalt, mindenkire érvényes szabályok betartásáról. A legnagyobb erőcsoportok — állami, hatalmi, kincstári nagy bürokráciák, bel- és külföldi tőkeérdekek, uralkodó szakmai szervezetek, erős és hatalmat gyakorló korporációk, mindezek politikai szövetségesei és bázisai — amúgy is kikényszerítik az egymás érdekeit figyelembe vevő kölcsönösséget, viszont az „erőtlen” és alapvetően fontos meghatározó csoportok belekerülnek-e — nemcsak érvként vagy revolverező demagógiai eszközként, hanem tényleges érdekeik képviselésével — a legerősebbek között folyó alkukba.

Az elmúlt évek tapasztalata azt bizonyította, hogy amikor a korábbi erők kompromisszumán épülő megállapodások elvesztették érvényüket, az újabb egyezségek inkább a legnagyobb erő nyomásának engednek, semmint olyan társadalmi kiegyensúlyozó tendenciáknak, amely a társadalmi igazságosság

érzetén alapul, a csendes többség érdekeivel van összhangban, és érvényesül benne a mai társadalmi gondokra tekintettel lévő méltányosság szemlélete.

Ez idő szerint még beláthatatlan, hogy merre dől el a változtatás újító ütközetsora. Hogy az ismert, részben megismerhető, vagy a még rejtőzködő és ismeretlen erőkből is, melyek fogják uralni a területet és kik, hogyan fognak egymással kiegyezni? Ez az erők felülkerekedésének és egyensúlyozó képességeiknek következményeként a jövőben fog kiderülni. Az eredményekben pedig sem a szándékok, sem a programok, sem az akaratok nem jelentenek *ma* kezességet. Ahogyan ezt az eddigi folyamatokból is láthattuk. Ahogyan azt sem lehet tudni, hogy a látható társadalmi erők mögött a változást meghatározó láthatatlan társadalmi folyamatok hatása merre téríti el a szándékolt útról a szándékokat kifejező befolyásos erőket.

Ilyenkor egy jámbor kutató, aki a jelen megértésének és megértetésének nehézségeivel küszködik, de a jövőbe látás nem szakmája, az elemzés után megáll és csak csendben fohászkozhat, remélve, hátha erre a területre is érvényesíteni lehetne az orvoslásban ismert tanult óvást, hogy: „nil nocere”, „legelőbb ne ártsunk, ha segíteni nem is mindig tudunk”.

Jegyzetek

- 1 *World Health Statistics Annual, 1986–1990*. Genf, WHO.; Sagan, L. A.: *The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well-Being*. New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1987. 14–18. p.; Józán Péter: *Some Features of Mortality in Postwar Hungary. The Third Epidemiological Transition*. Research Review, 1991, 4. 127–137. p.; Józán Péter: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években*. Statisztikai Szemle, 1994, 1. 5–20.; 1994, 2. 101–113. p.
- 2 Kincses Gyula: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései — a magyar modell*. Budapest, Praxis Servus Kft., 1994. 15. p.
- 3 Illich, I.: *The Medical Nemesis*. Calder and Boyards Publ., London, 1975; Krause, E.: *Power and Illness. The Political and Sociological of Health and Medical Care*. New York, Elseviers, 1977; Navarro, W.: *The Underdevelopment of Health in Working America*. American Journal of Public Health. 1976, 6.
- 4 Kincses Gyula: i. m. 15. p.
- 5 A brüsszeli Adam Smith Intézet érdekes vitát rendezett 1993-ban. Ez szinte összefoglalta az egészségügyi reformok állásának dilemmáit a fejlett ipari államokban a századforduló idején, a kihívásokat, az egészségpolitika gyakorlatát, költségeit, elveit, ethoszát, egybevetve az európai országok különféle megoldásait és Észak-Amerika két teljesen eltérő egészségügyi rendszerének tapasztalatait, Kanadának és az USA-nak a megoldásait. Lásd Orosz Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest, Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, 1992. 52–56 p.
- 6 Nagy András: *A jóléti rendszerek Franciaországban*. Közgazdasági Szemle, 1998. május. Az ismertetett elemzésből jelen gondjaink szempontjából különösen megszívlelendő az a tömör hét pont, amelyben a francia jóléti rendszer működési eredményeiből a számunkra levonható tanulságot Nagy András összegzi (476–477. oldal).
- 7 A szocializmusban, amennyire a hatalom tehetné, zárta a határokat. Távol tartotta rendszerünket mind az egészségköltségek robbanásától, mind a csúcstechnikától. Gazdasági import mellett tudományos korlátokat is felállított; saját gyógyszeripart fejlesztett ki és mesterségesen, külön alkuval alacsonyan tartotta az árakat. Saját műszeripart finanszírozott, amelyeknél ugyancsak korlátozta a költségeket és mesterségesen alakította az árakat. Az elzárkózással valamelyest ki lehetett ugyan kerülni a hetvenes–nyolcvanas években az egészségügyben felhasznált importot, de a nyitás idején ezt már nem lehetett tovább tartani. A költségek visszatartása és mesterséges kialakítása fokozta a jelenlegi költségrobbanás erejét. A kielégítetlen igény fokozta a belső feszültséget, amelyet a világba kitekintő szakértőink, s a befolyásra szert tevő „Hi-Tech-képviselők” nyomása is növel. Ez a helyzet vonzások és pressziók, az egészségügyi intézmények romló gazdasági feltételei és a növekvő és elvben hozzáférhető kínálat között majd még sokkal nagyobb traumák útján fog, ha egyáltalán fog, megoldódni.
- 8 *OECD Health Systems. Health Policy Studies*. 1993, Nr. 3.

- 9 Fontos elemző könyveket érdemes újra elolvasni, akár az akkoriban megjelent kritikai műveket (Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986.), e sorok írójának kritikai munkáit (Losonczi Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Magvető, Budapest, 1986.; *Ártó-védő társadalom. Ahogy társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.), akár a kilencvenes, a rendszerváltó évek idejének alapkönyveit (Orosz Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, Budapest, 1992.; Kincses Gyula: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései — a magyar modell*. Budapest, Praxis Servus Kft., 1994.).
- 10 Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986. III. és IV. fejezet, 53–117. p.
- 11 Orosz Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest, Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, 1992.
- 12 Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986. 48. p.
- 13 Losonczi Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, Magvető, 1986. 37–41. p.
- 14 Daróczi Eta: *Urban/Rural Disparities in Male Surmortality in Hungary*. Ann. Univ. Sci. Bp. Rolando Eötvös Nom., Sect. Geogr. 22–23. 1993. 363–372. p.; Orosz Éva: *A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei*. Budapest, Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, 1992.
- 15 Kincses Gyula: *Egészségpolitikai ábragyűjtemény*. Budapest, Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft., 1996. 120. p.
- 16 Egy nagy vidéki kórházban végzett felmérés szerint a paraszolvencia nagysága körülbelül a kórház működési költségeinek felével egyezik meg. Gyakorlatilag megduplázza a béreket. Az eloszlás viszont erősen strukturált: hálapénzt kap az orvosok mintegy 10 százaléka, ebből két százalék kapja a paraszolvencia 80 százalékát. Forrás: személyes közlés.
- 17 Ádám György: *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. Budapest, Magvető, 1986; Balázs Péter: *Alkalmazott hivatáserkölc és üzleti orvoslás ellentéteinek eredete a magyar orvostikában*. Kandidátusi disszertáció, Budapest, 1994.
- 18 Orvos és beteg helyzetéről lásd: Losonczi Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, Magvető, 1986. 133–199. p.
- 19 Józán Péter: *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980–83-ban*. Demográfia, 1986, 2–3. p.; Klinger A.: *A halandóság társadalmi különbségei*. Demográfia, 1987, 30. 240–272. p.
- 20 Andorka Rudolf és társai: *A társadalmi környezet, az életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára*. Az MTA számára készített beszámoló (sokszorosított); Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986.
- 21 Hoffer Gábor–Boján Ferenc: *A magyar lakosság romló halandóságáról közzétett elemzések a hazai szakmai és közéleti irodalomban, valamint a politikai, egészségpolitikai és kormányzati dokumentumokban Magyarországon*. Népegészségügy, 1996, 3. 48. p.
- 22 Uo. 44. p.
- 23 Losonczi Ágnes: *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989. 39. p.

- 24 A vizsgálatról lásd: Kopp Mária-Skrabski Árpád: *A szociális kohézió szerepe a hazai morbiditási és mortalitási adatok tükrében*. In *Népegészség, orvos, társadalom*. (Magyarország az ezredfordulón. Szerkesztette: Glatz Ferenc.) Budapest, 1998.
- 25 Évek óta hiányzik például egy „ráktérkép”, ahol meg lehetne tudni, hogy egyes területeken vagy akár lakótelepeken, sőt egyes háztömbökben nem sűrűsödnek-e bizonyos daganatos betegségek. Vannak-e különösen sújtott vidékek? Ez az alap kellene ahhoz, hogy meg lehessen keresni az esetleges közvetlen kapcsolatot a környezet és a betegség között. Ilyen és sok hasonló ismeret alapvető megelőzést és védekezést tehetne lehetővé. Erről lásd: Farkas Ilona: *A daganatos halálozás helyzete Magyarországon*. Magyar Tudomány, 1994, 5.
- 26 Józan Péter: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években*. Statisztikai Szemle, 1994, 1. 16. p.
- 27 Daróczi Eta: *Urban/Rural Disparities in Male Surmortality in Hungary*. Ann. Univ. Sci. Bp. Rolando Eötvös Nom., Sect. Geogr. 22–23. 1993. 363–372. p.
- 28 Andorka Rudolf: és társai: *A társadalmi környezet, az életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára*. Az MTA számára készített beszámoló (sokszorosított).
- 29 Vargáné Hajdu Piroska–Boján Ferenc: *Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében*. Népegészségügy, 1996, 3. 3–29. p.
- 30 Boján Ferenc–Vargáné Hajdu Piroska–Belicza Éva: *Az elkerülhető halálozás tendenciái Magyarországon és szerepe a lakosság idő előtti halálozásában*. In *A népegészségügy időszerű kérdései '91*. 48–79. p.
- 31 Vargáné Hajdu Piroska–Boján ferenc: *Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében*. Népegészségügy, 1996, 3. 3–29. p.
- 32 Józan Péter: *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980–83-ban*. Demográfia, 1986, 2–3.
- 33 Fuchs, V. R.: *Who Shall Live? Health Economic And Social Choice*. New York, Basic Books, 1974.; Townsend P. et al.: *Inequalities in Health*. London, Penguin, 1988; Kemény István munkái 1977 és 1997 között.
- 34 Andorka Rudolf–Spéder Zsolt: *A szegénység Magyarországon 1992–1995*. Esély, 1996, 4. 25–52. p.; Ferge Zsuzsa: *Magyar szociálpolitika, 1995*. In *Magyarország politikai évkönyve 1995-ről*. Budapest, 1996.
- 35 Laczó Ferenc: *Kifelé vagy befelé?* HVG, 1997, 34. 48. p.
- 36 Falussy Béla (szerk.): *A társadalmi idő felhasználása*. Budapest, KSH, 1994.; Vargáné Hajdu Piroska–Boján Ferenc: *Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében*. Népegészségügy, 1996, 3. 3–29. p.
- 37 Antal Z. László: *Beteg utak*. Medvetánc, 1986, 4. sz.; Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986; Orosz Éva: *A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei*. In Enyedi György (szerk.) *Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1993. 231–255. p.; Losonczy Ágnes: *Ártó-védő társadalom. Ahogy társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.
- 38 A szociológiai irodalmon kívül számos fontos film dokumentálta a változásokat, például *Almás Tamás* több éven keresztül készített dokumentumfilmet az ózdi folya-

- matról; Schiffer Pál filmje szerencsésebb régióról szól, bemutatja a Videoton felszámolásának és kapitalizálódásának útját.
- 39 Laki László: *A fiatal munkanélküliek helyzetének néhány jellemzője*. Esély, 1992, 6. 105–115. p.; Laki László: *Munkanélküliség és ifjúság*. Info-Társadalomtudomány, 1993, 26. 51–56. p.; Falussy B. (szerk.): *Az ifjúság életkörülményei*. Budapest, KSH, 1995.
- 40 Moser, K. A.–Fox, A. J.–Jones, D. R.: *Unemployment and Mortality in England*. Lancet, 1984. 1324–1328. p.; Arben, S.: *Social Class, Non-employment and Chronic Illness*. British Medical Journal, 294. 1987. 1069–1073. p.
- 41 Márk L.–Simondán Gy.–Kondacs A.–Hanyec V.–Deli R.: *Mortalitás, ischaemias szívbetegség rizikófaktorok és a munkanélküliség vizsgálata Békés megyei községekben*. Népegészségügy, 1996, 2. 5–12. p.
- 42 Kopp Mária: *A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében*. Kórház, 1997, 3.
- 43 Léder L.: *A munkanélküliség interdiszciplináris megközelítése*. Végeken, 1997, 8. 4–15. p.
- 44 Tardos Katalin: *Tartós betegek kivonulása a munkaerőpiacról*. Esély, 1995, 2. 71–81. p.
- 45 Kemény I.: *A magyarországi cigányság*. Valóság, 1974, 1. 63–72. p.; Boóczné Sáfár Gyöngyi: *A csecsemőhalandóság néhány szociológiai vonatkozása*. In *Terhesség — szülés — születés*. Szerk. Hanák Katalin. MTA Szociológiai Intézete, 1991. 241–289. p.; Népjóléti Statisztikai Évkönyv. Budapest, KSH, 1997.
- 46 Józán Péter: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években*. Statisztikai Szemle, 1994, 2. 112. p.
- 47 *Népjóléti Statisztikai Évkönyv*. Budapest, KSH, 1997. 39. p.
- 48 Szalai Júlia: *Child Poverty and Deprivation in Industrialized Countries: The Hungarian Case*. Florence, Unicef Occasional Papers, 1992.
- 49 *Terézvárosi kutatás: A polgárosodás nyertesei, vesztesei*. Kis- és középvállalkozók. MTA Szociológiai Intézet, 1993.
- 50 Józán Péter: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években*. Statisztikai Szemle, 1994, 2. 110–111. p.
- 51 Lásd az elkerülhető halálózásról Boján Ferenc–Vargáné Hajdu Piroska–Belicza Éva: *Az elkerülhető halálózás tendenciái Magyarországon és szerepe a lakosság idő előtti halálózásában*. In *A népegészségügy időszerű kérdései '91*. Budapest, 1991. 48–79. p.
- 52 Az elemzés forrásai: törvényfeldolgozások, parlamenti viták és vezető egészségpolitikusokkal többször megismételt interjúk, valamint sajtóanyag és tanulmányok. Két konkrét kutatás kapcsolódik a fenti anyaggyűjtéshez: a családorvosokról készült kéziratban maradt kutatás, amely Boóczné Sáfár Gyöngyi munkája, s amit korai halála után Tóth Olga fejezett be. A másik esettanulmányt a kórházak kapacitáscsökkentéséről magam állítottam össze, s az olvasó jelen kötetben megtalálja.
- 53 Kornai János: *Vergődés és remény. Gondolatok a gazdasági stabilizációról és a jóléti állam reformjáról*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Kiadó, 1996; Greskovits Béla: *Populista átmenetprogramok Magyarországon. 2000*, 1996. július.
- 54 *Egészségyszociológiai Műhelyünkben Gyukics György kutatása a megyei ÁNTSZ-ek működését mutatja be*. Kézírtos tanulmányában az ismertetett két ellentétes nézet egyoldalúsága is kiderül.
- 55 Losonczy Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, Magvető, 1986. 74. p.

- 56 Kincses Gyula: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései — a magyar modell.* Budapest, Praxis Servis Kft., 1994. 66–70., 107–117., 166. p.
- 57 Boóczné Sáfár Gyöngyi (lásd 52. sz. jegyzet) a családorvosok 1%-os mintájából közgazgatási egységenként, lépcsőzetes mintavétellel végzett kutatást, majd kvalitatív elemzéssel követte a változást. A lakosság véleményét 1000 fős országos mintán szondázta. Megkezdett munkáját Tóth Olga fejezte be *Az alapellátási reform kezdeti éveinek szociológiai vizsgálata* címmel. (Kézirat, 1997.)
- 58 Boóczné Sáfár Gy.-Tóth O.: i. m. 12. p.
- 59 Uo. 23. p.
- 60 Uo. 46. p.
- 61 Uo. 21. p.
- 62 A Pacem in Utero társaság az Alkotmány 8. paragrafusának 2. bekezdése értelmében kért új jogi szabályozást, mivel a magzat teljes értékű személy és így neki is, mint „mindenkinek joga van az élethez és az emberi méltósághoz”.
- 63 Andorka Rudolf tanulmánya szerint Magyarországra a demográfiai átmenet, tehát a modernizálás következményének világszerte bekövetkező népességsökkenés 1894-től kimutatható: az élveszületési arány az 1880–1889-es évtizedben 44,1 ezrelékre, 1890–1899 között 39,3 ezrelékre csökken. Már a változás előtt, a 18. században is szőlesik az alacsony gyermekszámról, és olyan családokról, amelyek egyáltalán nem vállalnak gyermeket. (Andorka Rudolf: *Gyermekszám a fejlett országokban.* Budapest, Gondolat, 1987. 260–287 p.)
- 64 Olvasói levél. *Magyar Gazda*, 1843. 541–542. p. Közli Andorka Rudolf: *Gyermekszám a fejlett országokban.* Budapest, Gondolat, 1987. 264. p.
- 65 Andorka Rudolf: i. m. 280–281. p.
- 66 A terhességmegszakítás kérdésében minden oldal, nézet és hit szószólója kifejezte véleményét. Konferenciák sora mellett cikkek, tanulmányok, könyvek adtak a vitának fórumot. Bibliográfiai adatok tömege mutatja, hogy milyen széles sugarú érrendszerre épülnek a racionális érvek és a racionalizált indulatok is. A tudomány képviselői — orvos, jogász, demográfus, társadalomtudós — mindegyik oldalon jelen vannak, pro és kontra egyaránt kifejtik tudományos alátámasztású magvas érveiket. Ott vannak bizonyító érvekkel a magzati élet védelmében, és ott vannak az anyák választási és döntési jogai védelmében.
- 67 Az életért küzdő csoport már életet is kioltott — lásd a legutóbbi floridai esetet, amikor egy orvost is megölt a magzati élet védelmében.
- 68 Mintegy tízoldalnai bibliográfiát lehetett összegyűjteni az abortusz vitájáról néhány szűk hónap alatt. Ebből szemelgetve kiemelhető a Magzatvédő Társaság konferenciájának kötete *Együtt az életért, fenntartások nélkül.* Budapest, 1990.; *Az abortuszról.* Magyar Tudomány, 1990.; *Abortusz.* Diakónia. 1992, 3.; Sándor Judit (szerk.): *Abortusz és ...jog... bioetika, történelem, szociológia.* Budapest, Literatura Medica Kft., 1992. (További munkákat lásd az irodalomjegyzékben.)
- 69 Lányi András: *Ha én magzat volnék!* In *A másik köztársaság.* Budapest, Liget kiadó, 1993.
- 70 Cockerham, W. C.: *Medical Sociology.* Prentice Hall. Inc. Engle Wood Cliffs, New Jersey, 1978.
- 71 Nemzetközi tapasztalatokból ismert, hogy még családbarát intézkedések esetén is igen lassú folyamat a gyermekek számának növekedése, viszont „családszegényítő” beavatkozásoknak igen gyors a hatása a születések számának csökkentésére. (1995-

- ben a Bokros-csomag után 7000-rel esett vissza a korábbi évek 34 ezres csökkenése. Ez a negatív rekord éve.)
- 72 H. Büchele: *Keresztény hit és politikai ész*. Budapest–Luzern, Egyházfórum, 1991.
- 73 Vincze Péter: *Az önálló egészségbiztosítás dilemmái: a gyógyszerfinanszírozási rendszer funkciózavarai*. In *Az államtalanítás dilemmái*. Budapest, 1995. 94–112. p.; Kövesi Ervin: *A hazai gyógyellátás helyzete nemzetközi összehasonlításban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 3. 275–283. p.
- 74 Losonczi Ágnes: *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.
- 75 Nemzetközi összehasonlítások. Részletek a Német Köztársaság kiadványából 1996. Kövesi Ervin gyűjtése az Egészségügyi Gazdasági Szemle Archívumából.
- 76 Orosz Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest, Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, 1992; Kincses Gyula: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései — a magyar modell*. Budapest, Praxis Servis Kft., 1994.; Mikola István: *Mérre tart az egészségügyi ellátórendszer? Kézirat*, 1996. Lásd még: *A magyar kórházügy könyve*. Budapest, 1995.
- 77 Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986.; Losonczi Ágnes: *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.; Orosz Éva: *A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei*. In Enyedi György (szerk.): *Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1993. 231–255. p.; Antal Z. L.: *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága*. MTA Szociológiai Intézet, Budapest, 1995.
- 78 Igaz, a túlduzasztott kórházakban az alacsony ágykihasználás miatt ezek a betegek elfértek, és az ágyszámra számított finanszírozásnál „jól is jöttek”. Itt két szempont — a beteg alapos ápolásának és ellátásának érdeke, valamint az orvos anyagi érdeke — esett egybe. A racionalizálás után inkább az orvos „szociális indikációja” (hálapénz!) alapján kerülhet kórházba a nem kórházi ápolásra szoruló beteg.
- 79 Illés Béla nyilatkozatát közli többek között az *Egészségügyi Konzílium*, 1995. 4–5. sz. 6–7. p.
- 80 Uo.
- 81 Kitűnő elemzés e tárgyban, s általában a kórházi teljesítmény ilyen szemléletének kritikájáról Juhász L. cikke: *Az egészségügyi ellátás kötelezettségéről és a területi finanszírozási normatívákról szóló törvény*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 2. 115–120. p.
- 82 Kövesi Ervin: *A kórház nagyüzem jellegével kapcsolatos megfontolások*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1995, 6. 689. p.
- 83 Kincses Gyula: *A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1995, 2. 153–160. p.
- 84 Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986.; Losonczi Ágnes: *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.
- 85 Lásd Kövesi idézett kórháztanulmányát (82. jegyzet).
- 86 *Magyar Hírlap*, 1997. május 20.
- 87 *Népszabadság*, 1997. június 28.
- 88 Orosz Éva: *Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései*. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék, 1997. 16. p.

- 89 Kameniczky I.: „Gazdálkodás egészségünkkel”. In *Magyarország politikai évkönyve 1995*. Budapest, 1996. 785. p.
- 90 Orosz Éva: *Az egészségügyi finanszírozás aktuális kérdései*. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék, 1997. 19. p.
- 91 Kameniczky I.: *Gazdálkodás egészségünkkel*. In *Magyarország politikai évkönyve 1995*. Budapest, 1996. 789. p.
- 92 Ahogy ezt Kincses Gyula, Kövesi Ervin és Orosz Éva több, már hivatkozott munkájában kifejtette.
- 93 Orosz Éva: *Javaslatok az egészségügyi rendszer reformjára*. In *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1996, 3. 175–191. p.
- 94 Ezt a rendkívül összetett témát szükségképpen csak érintőlegesen és illusztratívén lehet itt kezelni. Szerencsére kitűnő tanulmányokat lehet figyelembe ajánlani, mint például Vincze Péter kutatásait, Kövesi Ervin többször idézett munkáit, valamint Orosz Éva ezen a téren is fontos megállapításokat tartalmazó tanulmányait (lásd az irodalomjegyzéket).
- 95 KSH Fogyasztói árindex füzetek 33. Közli Kövesi Ervin: *A kórház nagyüzem jellegével kapcsolatos megfontolások*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1995, 6.
- 96 Orosz Éva: *Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései*. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék, 1997. 16. p.
- 97 Kövesi Ervin: *A hazai gyógyellátás helyzete nemzetközi összehasonlításban*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997, 3. 275–283. p.
- 98 Kövesi Ervin táblázatban ábrázolja a nyugat-európai országokban gyakorolt árkorlátozásokat a gyógyszerárak emelkedése ellen: árbefagyasztások egész Európában vannak, Angliában korlátozzák a gyógyszergyárak profitjait, Hollandiában ellenőrzik a marketing költségeit, Németországban az 1995. évi gyógyszerárak 6%-kal voltak olcsóbbak, mint 1992-ben, Franciaországban másfél évtizeddel ezelőtt zajlott le a nagy gyógyszeráracsata. Ilyen árarányokat a jóléti államok biztosítórendszerei nem tudnak maguknak megengedni. (Kövesi E.: *A hazai gyógyellátás helyzete nemzetközi összehasonlításban*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997, 3. 281. p.)
- 99 Orosz Éva: *Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései*. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék, 1997. 16. p.
- 100 Vincze Péter: *Az önálló egészségbiztosítás dilemmái: a gyógyszerfinanszírozási rendszer funkciózavarai*. In *Az államtalanítás dilemmái*. Budapest, 1995. 94–112. p.
- 101 Kövesi Ervin: *A hazai gyógyellátás helyzete nemzetközi összehasonlításban*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997, 3. 275–283. p.
- 102 E tárgyhoz, saját interjúimon kívül, az Állami Számvevőszék 1994., 1995. évi jelentését, az Országgyűlés egészségügyi bizottságának *Az egészségbiztosítási önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gazdálkodása* című, 1996. decemberi vizsgálati jelentését használtam fel. Feldolgoztam az OEP válaszát, a CM-klinika és a Hicare-vényellenőrzés eseteit, valamint a sajtó (HVG, Népszabadság, Magyar Hírlap, Magyar Nemzet) témában megjelent vitaanyagait. Itt szeretném elismeréssel kiemelni a cikkírók felelősségteljes munkáját és kritikai szemléletét. Közülük is elsősorban Molnár Patrícia (HVG), Hámori Szilvia (Népszabadság), Horváth Judit (Magyar Hírlap) és Élő Anita (Magyar Nemzet) írásait emelem ki, amelyek elmélyült ismereteikkel tűntek ki.

Irodalom

- 11/1994. (XI. 23.) sz. kormányhatározat a kormány egészségügyi cselekvési programjáról. Népjóléti Közlöny, 1994. évi decemberi különszám.
- 6/1992. (III. 21.) sz. NM-rendelet a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról. Magyar Közlöny, 33.
- Abortusz. Diakónia, 1992, 3.
- Az abortuszról. Magyar Tudomány, 1990.
- ÁDÁM GY.: *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. Budapest, Magvető, 1986.
- Ajánlások az egészségügy szerkezetének átalakítására megyénként és a fővárosban. *Megyetanulmányok és javaslatok*. Budapest, Népjóléti Minisztérium, 1995.
- AJKAY Z.–KULLMANN L. (szerk.): *A magyar kórházügy*. Budapest, Magyar Kórházszövetség, 1995.
- AJKAY Z.: *Öt tanulmány az egészségügyi reformról*. Budapest, OEP, 1994.
- Az államtalanítás dilemmái: szociálpolitikai kényszerek és választások*. Budapest, Aktív Társadalom Alapítvány, 1995.
- ANDORKA R.: *Gyermekszám a fejlett országokban*. Budapest, Gondolat, 1987.
- ANDORKA R.: *Gondolatok a népesedéspolitika „jó” és „rossz” eszközeiről*. Magyar Tudomány, 1990, 2.
- ANDORKA R. és társai: *A társadalmi környezet, az életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára*. Az MTA számára készített beszámoló. Házi sokszorosítás, 1988.
- ANDORKA R.–SPÉDER Zs.: *A szegénység Magyarországon 1992–1995*. Esély, 1996, 4. 25–52. p.
- ANTAL Z. L.: *Beteg utak*. Medvetánc, 1986, 4.
- ANTAL Z. L.: *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága*. Szociológia, 1995, 1.
- ARBEN, S.: *Social Class, Non-employment and Chronic Illness*. British Medical Journal, 294. 1987. 1069–1073. p.
- ARON, R. *Tanulmány a szabadságjogokról*. Pécs, Raymond Aron Társaság — Tanulmány Kiadó, 1994.
- BALÁZS P.: *Miért tragédia az abortusz?* Vigilia, 1989, 4.
- BALÁZS P.: *Alkalmazott hivatáserkölc és üzleti orvoslás ellentéteinek eredete a magyar orvosetikában*. Kandidátusi disszertáció, Budapest, 1994.
- BÁLINT B. A.: *Menekülés az életből? Zárszó az abortuszvitához*. Magyar Napló, 1990, 32.
- BÉKÉSI Á.: *A népesedési viták háttere a két világháború között*. In *Terhesség — szülés — születés*. Szerk.: Hanák K., Budapest, MTA Szociológiai Intézet, 1988.
- BÉRES Zs.: *Éva lányai, fegyverbel* Magyar Narancs, 1992. febr. 19.
- Biztató. *„Őrizd meg jól az életed”*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1988.
- BOJÁN F.–BELICZA É.: *A hazai kórházak minőségfejlesztési tevékenysége. Áttekintő értékelés kérdőíves elemzés alapján*. Debrecen, DOTE, 1994.

- BOJÁN F.–BELICZA É.: *A hazai fekvőbeteg-gyógyintézetek teljesítménymutatói az 1994. július 1.–1995. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján.* Debrecen, DOTE, 1995.
- BOJÁN F.–VARGÁNÉ HAJDU P.–BELICZA É.: *Az elkerülhető halálozás tendenciái Magyarországon és szerepe a lakosság idő előtti halálozásában.* In *A népegészségügy időszerű kérdései '91.* Budapest, 1991. 48–79. p.
- BONDÁR É.: *Egészségügyi kiadásaink és nemzetközi tendenciák.* *Legge Artis Medicinae*, 1993, 3. 364–371. p.
- BOÓCZNÉ SÁFÁR GYÖNGYI: *A csecsemőhalandóság néhány szociológiai vonatkozása.* In *Terhesség — szülés — születés.* Szerk. Hanák Katalin. MTA Szociológiai Intézete, 1991. 241–289. p.
- BOÓCZNÉ SÁFÁR Gy.–TÓTH O.: *Az alapellátási reform kezdeti éveinek szociológiai vizsgálata.* Kézirat, 1997.
- BUDA B.: *Az alkoholológia új távlatai.* In *Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez.* Szerk.: Török T. Budapest, Alkoholizmus Elleni Bizottság, 1992.
- BUDA B.: *Egészségügy, prevenció, lelki egészségvédelem.* In Buda B.: *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei.* Budapest, Animula, 1994. 164–180. p.
- BÜCHELE, H.: *Keresztény hit és politikai ész.* Budapest–Luzern, Egyházforum, 1991.
- COCKERHAM, W. C.: *Medical Sociology.* Prentice Hall, Inc. Engle Wood Cliffs. New Jersey, 1978.
- CREED, F.: *Life Events and Appendicitomy.* *Lancet*, 1981. 1381–1385. p.
- CREDD, F.: *Life Events and Physical Illness: a Review.* *Journal of Psychosomatic Research* 29. 1985. 113–124. p.
- CSABA K.: *A főváros lakosságának egészségi állapota 1996-ban.* Budapesti Közegészségügy, 1997, 2.
- CSONTOS L.–KORNAI J.–TÓTH I. Gy.: *Az állampolgár, az adók és a jóléti rendszer reformja.* Századvég, 1996, 1. 3–28. p.
- DARÓCZI E.: *Urban/Rural Disparities in Male Surmortality in Hungary.* *Ann. Univ. Sci. Bp. Rolando Eötvös Nom., Sect. Geogr.* 22-23. 1993. 363–372. p.
- DARÓCZI E.: *A halandóság területi eltérései Magyarországon.* Kandidátusi disszertáció. Budapest, MKKE, 1994.
- Demográfiai évkönyv 1994.* Budapest, KSH, 1995.
- DOHRENWEND, B. S.–DOHRENWEND, B. P.: *Stressful Life. Events and their Context.* New York, Product, 1981.
- DUBOS, R.: *Man Adapting.* New Haven, Yale University Press, 1980.
- Egészségbiztosítási évkönyv 1994.* Budapest, OEP, 1995.
- Az egészségügyi ellátás modernizációja.* Tervezet. (Lépes P. irányításával Balogh S. et al.) Budapest, Népjóléti Minisztérium, 1995.
- Egészségügyi helyzet és reformok a fejlett piacgazdaságokban és Magyarországon.* Budapest, KSH, 1996.
- Előterjesztés a kormány részére az egészségügyi reform koncepciójáról és az 1992. évben bevezetésre kerülő változásokról.* Budapest, Népjóléti Minisztérium, 1991.
1991. évi XI. tv. az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról. Magyar Közlöny, 37. (Részletes vitája: Országgyűlési Napló, 1991. márc. 18-i ülésnap.)

1992. évi LXXII. tv. a magzati élet védelméről. Magyar Közlöny, 132. (Részletes vitája: Országgyűlési Napló, 1992. dec. 14-i ülésnap.)
- FABIAN, E. E.: *A szétदारolt páciens és az öt egészséges emberről tevő orvoslás modellje*. Budapest, 1994.
- FALUSSY B.: *A gyermekek és az ifjúság helyzete*. KSH Népesedéstudományi Intézet, 1997.
- FALUSSY B.–ZOLTÁNKA V.: *A magyar társadalom életmódjának változásai az 1976–77., 1986–87.; az 1993. évi életmód — időmérleg felvételek alapján. I. A társadalmi idő felhasználása*. Bp. KSH, 1994.
- FALUSSY B.: *Az ifjúság életkörülményei*. Budapest, KSH, 1995.
- FARKAS I.: *A daganatos halálozás helyzete Magyarországon*. Magyar Tudomány, 1994, 5.
- FEACHEM, R.: *A lakosság egészségügyi állapotának hanyatlása Kelet-Európában*. Nature, Vol. 36. 1994. 7–27. p. (Közli: Népegészségügy, 1995, 4. 187–188. p.)
- FERBER, v. Chr.: *Soziologie für Medizinen*. Springer Verlag, Berlin–Heidelberg–New York, 1975.
- FERGE Zs.: *Magyar szociálpolitika, 1995*. In *Magyarország politikai évkönyve 1995*. Szerk. Kurtán–Vass. Budapest, 1996.
- Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*. National Economic Research Associates. Vol. 1. 1993. London, NERA.
- FODORI I.: *Mennyit ér az ember egészsége? A környezeti eredetű betegségek gazdasági kára és a fenntartható gazdasági fejlődés*. Környezet és Fejlődés, 1992, 4–5. 84–87. p.
- Foglalkoztatottság és kereseti arányok 1993–1995*. Munkaügyi adattár. Budapest, KSH, 1996.
- FUCHS, V. R.: *Who Shall Live? Health Economic and Social Choice*. New York, Basic Books, 1974.
- FÜZESI Zs.: *Environment, Work and Health. A Current Perspective for the Future*. Journal of Occupational and Environmental Health Policy. Dec., 1993.
- GÁRDOS É.: *A fiatalok egészségi állapota és szociális helyzete*. In *Az ifjúság életkörülményei*. Budapest, KSH, 1995. 163–178. p.
- GÁTI J.–NEMES G.–IRHÁZI J.–BEDŐ I.: *NEM-re való tekintet nélkül. Vita az abortuszról*. HVG, 1991, 13.
- GINSBURG, F. D.: *Contested Lives. The Abortion Debate in an American Community*. Berkeley–Los Angeles–London, University of California Press, 1989.
- GRAETZ, B.: *Health of Employment and Unemployment Longitudinal Evidence for Young Men and Women*. Social Science and Medicine, 36. 1993. 715–724. p.
- GULÁCSI L.–BALITZKY A.: *Mi lesz velünk 2000-ig? Lege Artis Medicinae*, 1993, 1. 84–97. p.
- Gyógyszertámogatás, gyógyszerfogyasztás*. In *Egészségbiztosítási évkönyv 1994*. Budapest, 195. 146–163. p.
- GYULAI E.: *Abortusz — más oldalról nézve*. Magyar Tudomány, 1990, 7.
- GYURKOVICS I.: *Kardiovaszkuláris betegségek és kockázati tényezők miatt 10 éven át folytatott háziorvosi gondozás eredményei és tapasztalatai*. Népegészségügy, 1996, 2. 13–20. p.
- H. SAS J.: *Az abortuszról szociológiai megközelítésben*. In *Abortusz és ...jog...bioetika, történelem, szociológia*. Szerk.: Sándor Judit. Budapest, Literatura Medica Kft., 1992.
- HÁMORI Sz.: *A félvér demokrácia állatorvosi lova*. Népszabadság, 1997. ápr. 15.
- HARGITAI S.: *Gondolatok az ember, a társadalom és az egészségügy kapcsolatáról*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1991, 4. 209–213
- HELER M.–NÉMEDI D.–RÉNYI A.: *Népesedési viták*. Századvég, 1990, 2.

- HERZLICH, C. –PIERRET, J.: *Malades d'hier malades d'aujourd' hui. De la mort collective au devoir de guérison.* Paris, Payot, 1984.
- HOFFER G.–BOJÁN F.: *A magyar lakosság romló halandóságáról közzétett elemzések a hazai szakmai és közéleti irodalomban, valamint a politikai, egészségpolitikai és kormányzati dokumentumokban Magyarországon.* Népegészségügy, 1996, 3. 44–48 p.
- HOMOR F.: *Az egészségügy finanszírozása és jelenlegi helyzete.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 2. 158–161. p.
- Ifjúságstatisztikai adattár 1993.* Budapest, KSH, 1995.
- ILLICH, I.: *The Medical Nemesis.* Calder and Boyards Publ., London, 1975.
- JAKABFI P.–SIMON A.: *A csecsemőkori hirtelen halál szindróma (sids) rizikófaktorainak klinikai epidemiológiai vizsgálata.* Népegészségügy, 1996, 4. 20–22. p.
- Jelentés a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1993. évi zárszámadásához kapcsolódó ellenőrzések tapasztalatairól.* Budapest, Állami Számvevőszék, 1995.
- JÓZAN, P.: *Some Features of Mortality in Postwar Hungary. The Third Epidemiological Transition.* Research Review, 1991, 4. 127–137. p.
- JÓZAN P.: *A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon 1980–1992 (Halandósági vizsgálatok).* Budapest, KSH, 1994.
- JÓZAN P.: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években.* Statisztikai Szemle, 1994, 1. 5–20. p.; 1994, 2. 101–113. p.
- JÓZAN P.: *Több évtizede tart a demográfiai apály.* (A riportot készítette Neumann Ottó.) Magyar Hírlap, 160. 1995. 11. p.
- JÓZAN P.: *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980–83-ban.* Demográfia, 1986, 2–3.sz.
- JÓZAN P.: *A halálozási viszonyok főbb jellemzői Magyarországon és azok nemzetközi vonatkozásai az 1980-as években.* In *A népegészségügy időszerű kérdései '91.* Budapest, 1992. 8–20. p.
- JUHÁSZ L.: *Az egészségügyi ellátás kötelezettségéről és a területi finanszírozási normatívákról szóló törvény.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 2. 115–120. p.
- KAMARÁS F.: *Ifjúság és népesedés.* In *A gyermekek és az ifjúság helyzete.* Szerk.: Falussy B. KSH Népesedéstudományi Intézet, 1997, 2.
- KAMENICZKY I.: *Gazdálkodás egészségünkkel.* In *Magyarország politikai évkönyve.* Budapest, 1995. 788–808. p.
- KAMENICZKY I. (szerk.): *Egészségbiztosítás alulnézetben ötezer család megkérdezése alapján.* Budapest, OEP, 1995.
- KEMENADE, Y. W. van: *Health Care in Europe: the Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries.* 1993.
- KEMÉNY Cs.–MOLNÁR V.: *Óvodások és szüleik szájueregészség-magatartása.* Népegészségügy, 1996, 1. 14–21. p.
- KEMÉNY Cs.–VARGÁNÉ HAJDU P.–Hoffer G.–Boján F.: *A szegénység és az egészség epidemiológiai összefüggései.* Népegészségügy, 1995. 47–56. p.
- KEMÉNY I.: *A magyarországi cigányság.* Valóság, 1974, 1. 63–72. p.
- KEMÉNY I.: *A szegénységről.* In Kemény I.: *Szociológiai írások.* Replika könyvek. Szeged, 1992.
- KEMÉNY I.–HAVAS G.: *Cigánynak lenni.* In: *Társadalmi riport.* Budapest, Társi, Századvég, 1996.
- KERTAI P.: *A népegészségügy prioritásai Magyarországon az ezredfordulóig.* Lege Artis Medicinae, 1993, 8. 758–769. p.; 1993, 9. 850–863. p.

Ki őrzi egészségét? Budapest, NEVI, 1993.

KINCSES Gy.: *Az egészségügy átalakításának feladatai 1992–1994.* Lege Artis Medicinae, 1992. évi szeptemberi melléklet.

KINCSES Gy.: *A gazdaságosság kérdése az egészségügyben — a magyar implementáció lehetőségei.* MOTESZ Magazin, 1993.

KINCSES Gy.: *Reformok az egészségügyben.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1993, 2. 157–153. p.

KINCSES Gy.: *A magyar egészségügyi reform makrokörnyezete, célrendszere és megvalósításának lépései.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1993, 3. 215–238. p.

KINCSES Gy.: *Az egészségügyi szolgáltatás jövője — a magyar modell.* Népjóléti Szemle, 1993, 24. 2–15. p.

KINCSES Gy.: *A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1994, 6. 680–692. p.

KINCSES Gy.: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései — a magyar modell.* Budapest, Praxis Servis Kft., 1994.

KINCSE Gy.: *The Process of Restructuring Hungarian Health Care, 1990–1994.* Budapest, Népjóléti Minisztérium, 1994.

KINCSES Gy.: *A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1995, 2. 153–160. p.

KINCSES Gy.: *Egészségpolitikai ábragyűjtemény.* Budapest, Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft., 1996.

KIS J.: *Az abortuszról. Érvek és ellenérvek.* Budapest, Cserépfalvi kiadó, 1992.

KLINGER A.: *A halandóság társadalmi különbségei.* Demográfia, 1987, 30. 240–272. p.

KOPP M.: *A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében.* Kórház, 1997, 3.

KOPP M.–SKRABSKI Á.: *Magyar lelkiállapot.* Budapest, Végeken Alapítvány, 1992.

KOPP M.–SKRABSKI Á.: *A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban.* Budapest, Századvég, 1996/ősz.

KOPP M.–SKRABSKI Á.: *A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében.* Lege Artis Medicinae, 1997, 7. 136–144. p.

KOPP M.–SKRABSKI Á.: *Az országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei.* Kapu, 1997, 2.

KOPP M.–SKRABSKI Á.: *Behavioural Sciences Applied to a Changing Society.* Budapest, Gödi Print Kft., é. n.

KORNAI J.: *Vergődés és remény. Gondolatok a gazdasági stabilizációról és a jóléti állam reformjáról.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1996.

KOVÁCS I.–NAGY T.: *A kiskorúak sértetté válásának tapasztalatai Jász-Nagykun-Szolnok megyében 1990–1995 között.* Család, Gyermekek, Ifjúság, 1997, 2. 30–31. p.

KOVÁCS J.: *Érvek és ellenérvek az abortuszvítában.* Világosság, 1992.

KOVÁCS J.: *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában.* Lege Artis Medicinae, 1993, 6. 590–597. p.; 1993, 7. 688–696. p.

KOVÁCS J.: *Orvosi etika. Bevezetés a bioetikába.* Budapest, Medicina, 1997.

KÖVESI E.: *A kórház európai összefüggésben.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1994, 5. 588–594. p.

KÖVESI E.: *A kórház nagyüzem jellegével kapcsolatos meggondolások.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1995, 6. 682–692. p.

KÖVESI E.: *Orvosi etika és gazdaságosság — összefüggés-e vagy ellentmondás?* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996, 5. 463–467. p.

- KÖVESI E.: *A hazai gyógyellátás helyzete nemzetközi összehasonlításban.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 3. 275–283. p.
- KRAUSE, E.: *Power and Illness. The Political and Sociological of Health and Medical Care.* New York, Elseviers, 1977.
- LACZÓ F.: *Kifelé vagy befelé?* HVG, 34. 1997. 34–48. p.
- LAKI L.: *A fiatal munkanélküliek helyzetének néhány jellemzője.* Esély, 1992, 6. 105–115. p.
- LAKI L.: *Munkanélküliség és ifjúság.* Info-Társadalomtudomány, 26. 1993. 51–56. p.
- LAMM Gy.–KISHEGYI J.: *A magyar falusi lakosság kardiovaszkuláris egészségi állapota — változások három évtized alatt.* Népegészségügy, 1996, 1. 22–26. p.
- LÁNYI A.: *Ha én magzat volnék!* In.: *A másik köztársaság.* Budapest, Liget Kiadó, 1993.
- LÉDER L.: *A munkanélküliség interdiszciplinális megközelítése.* Végeken 1997, 8. 4–15. p.
- LITTLE, D. A.: *Health Care Reform: Stakes at the Turn of the Century. Europe: Quo Vadis?* Brussels, The Adam Smith Conference on International Health Care Reform, 1993.
- LOSONCZI Á.: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben.* Budapest, Magvető, 1986.
- LOSONCZI Á.: *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1989.
- LOSONCZI Á.: *Az új élet kihordása: szülés, születés.* In *Terhesség — szülés — születés II.* Szerk.: Hanák K., Budapest, MTA.Szociológiai Intézet, 1991.
- MAGYARI K.: *Lenni vagy nem lenni.* Kagylókürt, 1986, 1.
- MAKARA P.: *Váltás a modern egészségügyi gondolkodásban. Egészségmegőrzés, egészségvédelem: van-e esély?* In *Szociális munka és egészségügy.* Tanulmányok. Budapest, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, 1994. 42–57. p.
- MAKARA P.: *The Effect of Social Changes of the Population; Way of Life and Health. The Hungarian Case Study.* In *Economic Change Social Welfare and Health in Europe.* WHO R. P. Europaen Series No. 54. 1994. 77–94. p.
- MAKARA P.: *Policy Implication of Differential Health Status in East and West Europe. The Case of Hungary.* Soc. Sci. and Med. Vol. 39. No 9. 1994. 1295–1302. p.
- MÁRK L.–SIMONDÁN Gy.–KONDACS A.–HANYEC V.–DELI R.: *Mortalitás, ischaemias szívbetegség rizikófaktorok és a munkanélküliség vizsgálata Békés megyei községekben.* Népegészségügy, 1996, 2. 5–12. p.
- MATOLCSY Gy.: *Összeesküvés vagy egybeesés? A piaci átmenet vakrepülése a 90-es évtizedben Magyarországon.* Kritika, 1996, 9. 9–12. p.
- MECHANIC, D.: *Medical Sociology.* New York, Free Press, 1968.
- MIKOLA I.: *Merre tart az egészségügyi ellátórendszer?* Kézirat, 1996.
- MILTÉNYI K.: *Népesedéspolitika és a legújabb változások Magyarországon.* Demográfia, 1992, 1. 124–130. p.
- MINK A.: *Abortuszvita.* Beszélő, 1991. dec.14.
- MOLNÁR L.: *Az egészséges élettartam Kelet-Közép-Európában.* Lege Artis Medicinae, 1992, 9. 894–897. p.
- MOSER, K. A.–FOX, A. J.–JONES, D. R.: *Unemployment and Mortality in England.* Lancet, 1984. 1324–1328. p.
- Munkaképesség-csökkenés, a neurózis és depresszió tüneti képe, alkoholfogyasztás, fokozott gyógyszerfogyasztás, dohányzás, magatartászavarok, öngyilkosság magatartás.* (Kész.: Kopp M.–Skrabski Á.) Budapest, Px Informatikai és Humán Kockázatokat Kezelő Kft. — SOTE Pszichiátriai Klinika, 1990.
- NAGY A.: *A jóléti rendszerek Franciaországban.* Közgazdasági Szemle, 1998. május.

- NAVARRO, W.: *The Underdevelopment of Health in Working America*. American Journal of Public Health, 1976, 6.
- NEMÉNYI M.: *Abortusz '91*. Kritika, 1991, 10.
- A népegészségügy időszerű kérdései '91*. Szerk.: Boján F. és Kertai P. Budapest, Literatura Medicina Kft., 1991.
- Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) ötödik nagygyűlése: Szeged, 1996. április 25–27*. Előadások összefoglalói. Budapest, NETT, 1996.
- Népjóléti statisztikai évkönyv 1995*. Budapest, KSH, 1997.
- OECD Health Systems*. Health Policy Studies, Nr. 3. 1993.
- OROSZ É.: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest, Politikai Tudományok Intézete Alapítvány, 1992.
- OROSZ É.: *A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei*. In Enyedi Gy. (szerk.): *Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1993. 231–255. p.
- OROSZ É.: *The Role of the Private and the Public Sector in Health Care*. Szociológiai Szemle, 1994, 2. 69–74. p.
- OROSZ É.: *Átalakulás az egészségügyben: az önkormányzati kórházak helyzete, alkalmazkodási törekvései és privatizációs lépései*. (Az esettanulmányokat Szende Ágota, Kaló Zoltán és Dózsa Csaba készítette.) Budapest, Aktív Társadalom Alapítvány, 1995.
- OROSZ É.: *Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései*. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék, 1997.
- OROSZ É.–Teresa J. H.: *Az egészségügy reformja Magyarországon*. In *Az államtalanítás dilemmái*. Budapest, 1995. 113–126. p.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Statisztikai tájékoztató*. 1995. I. félév. Budapest, OEP, 1995.
- ÖLLŐS G.: *Mindennapi ivóvizünk*. In *Sorskérdéseink*. Budapest, 1989. 145–157. p.
- ÖLLŐS G.: *Szennyvíz és környezet*. In *Sorskérdéseink*. Budapest, 1989. 159–170. p.
- PIKÓ B.–BARABÁCS K.: *A pszichikai közérzet felmérése epidemiológiai vizsgálatokban*. Népegészségügy, 1996, 1. 9–13. p.
- PONGRÁCZ T.–MOLNÁR E. S.: *Az abortuszkérdés Magyarországon*. Statisztikai Szemle, 1991.
- RÁCZ J.: *A fiatalok életmódja, egészségi állapota és devianciája közötti összefüggések*. Info-Társadalomtudomány, 1993, 26. 21–28. p.
- SAGAN, L. A.: *The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well-Being*. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1987.
- SAJÓ A.–SÁNDOR J.: *A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében*. Magyar Tudomány, 1996, 7. 771–786. p.
- SÁNDOR J. (szerk.): *Abortusz és ...jog... bioetika, történelem, szociológia*. Budapest, Literatura Medica Kft., 1992.
- Sándor J.: *Felnőttek vagy gyermekek jogai*. Lege Artis Medicinae, 1995, 8. 734–737. p.
- SIMONYI Á.: *Munka nélkül: családi alkalmazkodási stratégiák és hiányuk*. In *Az államtalanítás dilemmái*. Budapest, 1995. 94–112. p.
- Sorskérdéseink*. Szerk.: Csató É.–Szentgyörgyi Zs., Budapest, Akadémiai Kiadó, 1989.
- SPIELMANN J.: *Betegség, orvoslás, társadalom. Az orvosi pszichológia vázolata*. Bukarest, Kriterion, 1984.
- Statisztikai adatok Magyarország 1994. évi egészségügyi és szociális helyzetéről. II. Epidemiológiai adatok*. Népegészségügy, 1995, 6. 14–29. p.

- Statisztikai évkönyv 1992.* Budapest, OTF, 1993.
- Statisztikai évkönyv 1993.* Budapest, ONYF-OEP, 1994.
- Statisztikai évkönyv 1994.* Budapest, OEP, 1995.
- SVERTECZKY Zs.-SURJÁN L.: *Csak a terhesség szakad meg?* Magyar Tudomány, 1990, 7.
- SZABÓ A. F.: *Társadalom, népesedés, politika.* Budapest, Magvető, 1990.
- SZABÓ A. F.: *Az abortuszvita. Milyen értéket, világnézeti szempontot mozgósítanak a vita résztvevői?* Világosság, 1992.
- SZALAI J.: *Az egészségügy betegségei.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986.
- SZALAI J.: *Korai kivonulás a munkahelyről. A korhatár elérése előtti nyugdíjazás társadalmi hátteréről.* Szociálpolitikai Értesítő, 1990, 3. 7-23. p.
- SZALAI J.: *Néhány gondolat a szegénységről és a létminimumról.* In *Társadalmi riport 1990.* Budapest, 1990. 418-428. p.
- SZALAI J.: *Néhány megfontolás egy válságkezelő szociálpolitikai program társadalombiztosítási vonatkozásaihoz.* Esély, 1991, 4. 134-148. p.
- SZALAI J.: *A társadalombiztosítás érdekviszonyairól.* Szociológiai Szemle, 1992, 2. 27-43. p.
- SZALAI J.: *Child Poverty and Deprivation in Industrialized Countries: The Hungarian Case.* Florence, Unicef Occasional Papers, 1992.
- SZALAI J.: *New Challenges for Social Policy on an International Scale: Some Thought on Hidden Aspects of Poverty.* In *Visions of the Future of Social Justice.* (Ed: Michal Housenne.), Genf, ILO, 1994.
- SZELÉNYI I.: *A poszt-kommunista átmenet társadalmi konfliktusai.* Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete, 1992.
- TAHIN T.-JEGES S.-CSANAKY A.: *Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők.* Demográfia, 1993, 4. 427-453. p.
- TARDOS K.: *Tartós betegek kivonulása a munkaerőpiacról.* Esély, 1995, 2. 71-81. p.
- TARDOS M.: *Mi okozta Magyarország jövedelemtermelő képességének zuhanását és mi a teendő?* Kritika, 1995, 7. 36-39. p.
- Társadalmi helyzetkép.* Budapest, KSH, 1996.
- Társadalmi riport 1990.* Szerk. Andorka R.-Kolosi T.-Vukovich Gy. Budapest, Társi, 1990.
- Társadalombiztosítási körkép.* Budapest, OTF, 1991.
- Területi halandósági táblák 1988-1994.* Budapest, KSH, 1996.
- TOFFLER, A.: *Hatalomváltás. Tudás, gazdaság és erőszak a XX. század küszöbén.* Budapest, Európa kiadó, 1993.
- TOMKA M.: *Hit és társadalmi elkötelezettség. Az átmenet kérdőjelei.* Katolikus Szemle, 1992, 2-3.
- TOMKA M.: *Megosztottságaink.* Teológia, 1993, 4.
- TÓTH I.: *A magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapota és a kedvező irányú társadalmi-gazdasági átalakulás esélyei.* Doktori értekezés. Budapest, BKE, 1992.
- TOWSEND P. D.: *Inequalities in Health.* London, Penguin, 1988.
- TÖRŐK K.: *A meg nem született magzat személyiségvédelme.* Lege Artis Medicinae, 1991, 2.
- VALKOVICS E.: *Néhány gondolat a halálokok szerinti és az egyes halálokok feltételezett kiküszöbölésén alapuló halandósági táblákról.* Budapest, KSH, 1994.
- VARGÁNÉ Hajdu P.-BELICZA É.-BOJÁN F.: *Az idő előtti halálozás megismerésének újabb lehetőségei.* In: *A népegészségügy időszerű kérdései '91.* 1991. 22-47. p.

- VARGÁNÉ HAJDU P.-BOJÁN F.: *Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében.* Népegészségügy, 1996, 3. 3-29. p.
- VÁSÁRHELYI M.: *Terhességmegszakítás. Közvélemény-kutatás az abortuszról.* HVG, 1990, 12.
- VASS M.: *Együtt az életért, fenntartások nélkül.* Magzatvédő Társaság konferenciája (1990. máj. 11-12.). II. füzet. Budapest, 1990.
- VINCZE P.: *Az önálló egészségbiztosítás dilemmái: a gyógyszerfinanszírozási rendszer funkciózavarai.* In *Az államtalanítás dilemmái.* Budapest, 1995. 94-112. p.
- VIRCHOW, R.: *Die öffentliche Gesundheitspflege.* Medizinische Reform, 1948, 5.
- WHO. *World Health Statistics Annual,* Genf, WHO, (1986-1990).
- WHO. *Issues Eight Report On The World Health Situation,* WHO Press, Press Release, 1993.
- WOLINSKY, F.: *The Sociology of Health.* Boston, Little, Brown and Co., 1980.
- World Development Report.* Investing In Health, Oxford, Oxford University Press, 1993.

Summary

Ágnes LOSONCZI: Roads and Limits in Health Care

This paper follows aspirations to reform health care from the early 1990s, it analyzes the changing projects the legislation that was passed and the actual transformation of the institutional system. It provides an analysis of those series of measures which the two newly elected governments took in order to alleviate the ailments of the socialist period's health care system and the organizational, financial problems of the present. The book sets out to present the health care systems of the surrounding world which will serve as the model and the place of Hungary within this environment. Then it proceeds to introduce the most important issues and proposals. It faces the reader with the status of public health, the social and health consequences of the political change. The programs unanimously conceived at the time of the change of political systems are conjured, and the health care measures of the elected government are traced. The objectives are set against the successes and failures of implementation based on an analysis of social effects. Finally, for the sake of expedient and necessary tasks, the tools, methods and expectations are contemplated with special attention to unavoidable social facts.

The subject of this study, health care, is almost a collection of those social and crisis phenomena which manifest themselves separately in the various social spheres – economic, political and moral. In this field and in this changing process they mutually reinforce one another. The catastrophic state of public health, the lack of preemptive health protection is coupled with the crisis in the organizational structure and financing of health care.

The institutional system of health care is the object of power struggle while at the same time it becomes a factor of power itself. Every modern society requires a great deal of money to to run such a system and social empowerment is needed for its decisions. (Or from the government, insurance companies, communities, individuals, depending on their type.)

The study begins with giving an overview of *the components of health care crisis*: the origins of the socialist health care system-where did it come from? The possible and compulsory model role of Western European systems, that is where are we heading? How can we deal with the necessity of change among the hardships and hopes of transformation in which the meeting and combinational processes of systems of various structures and principles necessarily magnify the crisis phenomena known from the heritage of different systems?

The second comprehensive chapter discusses the state of public health. It presents the most endangered groups which bear the largest health burdens. In comparison with the welfare states of Western Europe people had a shorter lifespan in the conditions of the socialist system. They endured more illnesses in their shorter lives among living

conditions that were poorer and under larger social pressure. (In the postwar era, until 1965 the difference did not exist, or was smaller.)

The distortions of the age tree is caused by the the high death rate especially among middle-aged men, while on the side of population growth it is a result of the low birth rate. The population is decreasing year by year, the natural growth rate is going down, while the death rate is going up: the population balance is negative (see figure 5).

The author explains this phenomenon on the basis of relationships, facts, statistics and research: those who get a larger share of social goods, receive more education, live in a more civilized environment, have better homes may count on longer lives. The drastic vulnerability of groups living under poor social conditions is revealed: the multiplication of early incidencies of death show the mutually reinforcing circles of poverty and illness; those who have a smaller share of material wealth, of culture and civilization get a worse and shorter life. This is called "inequality before death".

If a society witnesses the multiplication of non contagious illnesses in peacetime, this reflects social conditions which the majority is unable to tolerate without the morbidity of their organs, bodies/and or soul. The tensions and burdens of the social environment often transmute into illnesses, these have an impact on the functioning of society and become the source of new problems. Health sociology and social medicine have been able to prove that individual and social traumas are followed by mass phenomena of health deterioration. The psychic or organic damages caused by the burdensome social conditions sometimes appear directly, sometimes cumulatively in years. The risks for life and health tend to grow in times of economic, social and moral crisis.

The author analyzes the phenomena she calls "social morbidizing factors". Such are the characteristically East European poverty, low mobility, the restricted freedom of movement and forced trajectories imposed from above. The difficulties of adaptation – because of the forced social restructuring imposed by the socialist system this period forced people and social groups to change their lives more often than other roads of social development did.

As a result of obligations – ranging from ideology to production – dictated from above, *closed systems of interdependence* came about, individual and group initiatives were suppressed. People were isolated in communities of constraint, and because *there were no supporting communities* for the individual, people became lonely. Human life lost its value, entailing a loss of self esteem. A lawless society was created with *moral uncertainty* and value crisis.

The most vulnerable population, occupational groups, the unemployed and regions are taken one by one. Out of the two demographic groups the author deals with the elderly and endangered children.

Whether the threat factors of health risk listed above refer to the Hungarian population or the inhabitants of any other East European country, they cannot be grouped unequivocally according to world regions, periods or indicators of industrial development. Lot of risks stem from premodern, even preindustrial remains, from a low level of civilization (lack of sewage, unhealthy drinking water, low levels of hygiene), others are consequences of 19th century smokey industry and institutions related to socialist autarchy (heavy industrial regions, the northern rim region, Budapest air pollution), yet others originate from the general threats of the post industrial world (Chernobil, radiation, chemical products, acid rain, the hot house effect) or the consequences of the most advanced technology.

Among the socio-psychological damages stemming from the social system and social relations there remained socio-psychological burdens of the feudal-hierarchical relations, the isolation of the socialist individual and the asymmetric relations of dependence the endurance of helplessness lingered on. The post socialist shock is added to this, in which the precapitalist and post modern elements appear side by side. They linger on and mingle with the shocking effect of the transformation which at present makes things the most difficult where the harm of the previous system was the greatest.

The political, economic and ideological collapse of the socialist system during the political change occurred rapidly like any other collapse, but reconstruction is slow. The expected prosperity of the economy has not yet started and even if growth does begin it will be slow to change the situation of the most deprived people and regions. The social risks which medicalized into social problems from social risks lay more tasks on the health care system.

Searching for new inroads in health politics

Both governments were confronted in the past seven years by the dilemma, the great contradiction of the political change that the deteriorating state of national health was confronted by an inadequate, deteriorating institutional system which is falling apart. The trap is that the transformation is occurring simultaneously with the economic crisis, when health risks are growing together with more problems and health deterioration, illnesses and patients in widening circles while at the same time health institutional systems have to operate with a budget decreased by one third of the previous one (in line with the decrease of the GNP, health care was allocated proportionately less as well). Simultaneously, prices on the health market have gone up exponentially, at a higher pace than inflation.

The action programs of the period following the political changes was able to unite the critical knowledge accumulated both by the opponents of the Socialist system and the reformist proposals conceived within that system. On one hand the government is able to act in a good atmosphere, with social legitimacy, but on the other it is in a very difficult situation because it has to bear all the burdens of the past multiplied by those of the transformation.

The author then proceeds to guide us through the health policies of the two governments, its laws and decrees. Their reception, effect and results are analyzed, beside the things that were done the things that "were not done" in spite of the plans are also examined. The two governments are analyzed in Max Weberian terms: the national-Christian government in power in 1990-1994 was marked by an idea rational motive and an interest rationalizing political behaviour. The deeds of the first government: the reorganization of basic care to a family doctor system and a health officer service was set up to control public health. Its ideology can be characterized by the law on the "protection of the foetus" and serving justice.

The second government, a socialist-liberal coalition which came to power in 1994 was characterized by a purpose rational and interest rational stance: it was admittedly pragmatic in its outlook. Its slogan was expertise. While the preceding government left the previous health structures, social institutions untouched, and tended rather to preserve and expand them, the second health administration did more to implement cut backs through a financial regime dictated from above. The largest outrage was elicited by

the reduction of hospital capacity. Furthermore, this government's tenure was marked also by the unclarified nature, even scandals of the scope of authority and economic operation of Országos Egészségpénztár. It initiated but did not complete the process of restoring legal order in this exceedingly disorderly domain with a comprehensive and modern legal plan.

The objectives and conditions of health care were governed and restricted by three great economic forces: 1. the state budget and the situation of the state's finances; 2. the redistributive function of the insurance system; 3. the new actors on the market for the reception of which neither government was able to work out a suitable program. Fourthly one might mention the influence of hidden forces, which, behind the institutions visible on the surface and unseen by the public, are present in the economy, social insurance and financing.

It can be said of both governments that transformation and even democratic development – in harmony with the power structure of socialism – is imposed from above, as a result of the decisions, legal decrees and infighting of the political elite. The leaders of the political class, who are not used to the practices of democracy, and are still imbued with the traditions of the old system communicate badly, or they do not “communicate” at all. They fail to involve in the preparation of important actions and decisions those who are concerned by them and are unable to “enter into a dialogue” with society in crisis situations. They neglected to allow the free flow of transparent, open and objective information and thus failed to demonstrate the virtues of democratic openness. Both governments were haunted with disputes on social ethos, social responsibility and accountability. While the first government was, among other things under fire because of its social insensibility, the hope in the second one (because its name contained “socialist”) was rapidly dissipated since it was the social-liberal government which carried out those social and health care cut backs and restrictions which, according to traditional political role play, should have been done by a right wing government.

The analysis of changes demonstrates resistance and continuity, that no measure could lead to success which met with social resistance or came up against the opposition of the field's specialists. Foreign formations are discarded, disregarded, or they are brought in line with the accustomed situation and are diverted from the original objective. The new bargains have not yet been made in health care: various political forces, internal and external lobbies are seeking the tools not only to accomplish their aims, but also ways for day-to-day survival. The freedom that opened up and plurality in reality provided limited alternatives of action or choice. The barriers of social development, the restricted manoeuvring space of economy, social limitations inherited from the past or created by the transformation serve to limit freedom of action and viable alternatives.

Helplessness in economy and restricted action in politics generate much emotion and strenghtens aspirations to gain ground and position and sometimes carries the “use” or abuse the exploitation of position to anti-democratic behaviour. (Egészségügyi Önkormányzat was a rich source of scandalous cases). The analysis of the various fields was followed by proposals and in the closing remarks the author discusses the social conditions of necessary action. *A new situation came about, new power positions came into existance which requires new bargains.* The author emphasizes the need for a “new social contract”, because the social forces acting upon health care have changed.

With the rapid evolution of market economy the social differences have grown, real social and regional gaps have opened up and in terms of the social cohesion of health care

they urge great changes. The protection of the weak is a fundamental issue. Today the health care system and its representation is feeble. It was traditionally pushed into the background, in the socialist era it received the remainder behind the powerful productive sectors, while at the present time health care is neglected behind other sectors deemed more important for the construction of market economy (tens and hundred billions for bank consolidation, the ideologically motivated share out of indemnification or the state medias) as a "wasteful" field which is a burden for the budget since it "spends more than our level of production." The four year parliamentary system witnessed fundamental changes in the structure of the health care system. The functioning of the health care system becomes too hectic if the basic structures (social security, hospitals, service levels, patients' and doctors' rights) are changed every four years according to political necessities. A long term strategy based on wide social consensus is needed in basic questions which allows for the continuity of the fundamental institutions while catering for political requirements as well.

Health care is in need of protection against the third great force, the market as well. The market price explosion happened without restrictions, increasing as it did the burden of the victims of the health market, as well as the size of the strata that was pushed out of the market. Because of the the torn apart state of society, and in the complex knowledge of the social structure, purchasing power and raising resources, changes can be initiated by tapping private resources. In the sphere of health care neither law, nor limitations upon competence foster the assertion of civil autonomy. Law is in a fluid state, there is no relationship between law and morals. Only power dictates, subjective relationships are decisive, even coordination, rudimentary regulation, or the division of labour are missing (between doctors and hospitals, social security and hospitals, doctors and patients, nurses and hospitals, etc.). There are no clearly defined regulations and scopes of authority among the Great Bureaucracies, the subjects have no protection against the large bureaucracies.

Working social control: the necessary civil control is missing on all levels from social security to the local hospital. In health care every economic measure has ethic consequences, priorities of professional and at the same time social consequences cannot be postponed. Morals are loose, public mores are slippery. A clean public sphere is all the more important in health care, since it is about relieving human suffering. If money and power become the yardstick and justification, those who possess these are absolved from all judgement. There is no civil control, public advantage is turned into a private one. Legal and moral slipperiness is becoming increasingly hard to tolerate in a country where the major part of the population was sacrificed – or to put it more nicely – brought the larger sacrifice for the transformation.

The relative rapidity with which the old structures broke up is in contrast with the relatively low speed with which the new ones are being erected. In such a way we are living with the peculiar mixture of surviving and new socio-economic structures and favourable elements arriving from the Western world as well as unsolved things. The learning process of the market economy and democracy is proceeding among the adverse conditions of a declining economy, and the price is paid by those who bear the brunt of the burden.

One of the chief issues is whether it will be possible to arrest the deterioration of public health while there is an economic crisis and the health care system is being transformed? And to do so what could and can be done and with who? There is no satisfying answer justified by action.

MAGYARORSZÁG AZ ÉZREDFORDULÓN!

cc. Könyvsorozat (megjelent kötetek)



Globalizáció és nemzeti érdekek
Bp. 1997. 197 oldal, ára: 510 Ft

A demokrácia intézményrendszere
Bp. 1997. 187 oldal, ára: 490 Ft

A magyar agrárgazdaság jelene és kilátásai
Bp. 1997. 203 oldal, ára: 540 Ft

Sárközy Tamás: Rendszerváltás és a privatizáció joga
Bp. 1997. 294 oldal, ára: 730 Ft

Az agrártermelés tudományos alapozása
Bp. 1998. 179 oldal, ára: 540 Ft

Népegészség, orvos, társadalom
Bp. 1998. 215 oldal, ára: 570 Ft

Egészségügy és piacgazdaság
Bp. 1998. 243 oldal, ára: 590 Ft

Környezetpolitika és uniós csatlakozás
Bp. 1998. 234 oldal, ára: 620 Ft

Termelés, piac, természeti környezet
Bp. 1998. 193 oldal, ára: 570 Ft

Előkészületben

Budapest – nemzetközi város
Az informatika jövője Magyarországon
A kisebbségi kérdés és konfliktusai
A magyar nyelv jövője
A közlekedés és technikai infrastruktúrája



Ára: 660 Ft