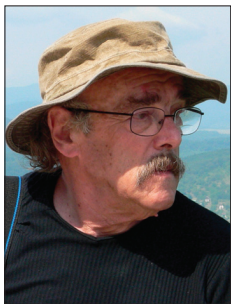


Egészségügy és politika: ki kinek a foglya?



Forgács Iván

Mielőtt elkezdjük a töprengést, világosan le kell szögezni, hogy nem speciálisan magyar, sőt, nem is új keletű problémáról van szó. Mária Terézia 1770-ben adta ki a hazai egészségügyi rendszert szabályozó rendeletét (Generale Normativum in Re Sanitatis), amelynek első teljes magyar nyelvű fordítása és magyarázata *Balázs Péter* tollából jelent meg (Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete), két szempontból is politikai töltetű. Egyrészt bevezeti Magyarországon a korabeli osztrák birodalom egészségügyi rendszerét, másrészt éppen politikai okok miatt nem volt összehívható a magyar országgyűlés, így a magyarországi Egészségügyi Főszabályzat nem lehetett törvény, csupán rendelet. A demokráciákban a politika általában diszkréten kezeli, hogy eszközként – olykor választási kampányként – használja az egészségügyet. Nem úgy a boldog emlékezetű Szemaskónak tulajdonított szovjet egészségügyi doktrína, amely nyíltan, sőt, büszkén hivatkozott az egészségügy pártirányítására, hogy melyikre, az az adott szisztémában nem képezte vita tárgyát.

Hogy ki a fogoly az egészségügy-politika viszonylatában, illetve ki kinek a foglya, az – remélem – töprengésem végén kiderül, de mindenekelőtt a fogalmak tisztázása szükséges.

Az *egészségügy* az állami újraelosztás egyik legjelentősebb, az egész társadalmat érintő ágazata (Állami Számvevőszék 2005. júniusi jelentése). A betegségek megelőzésével és gyógyításával foglalkozó társadalmi alrendszer, amelynek feladata, hogy az egyének és közösségek számára a legkorszerűbb ismeretek és technológia felhasználásával, az esélyegyenlőség alapján biztosítsa az egészség megőrzéséhez, fenntartásához és helyreállításához való hozzáférést.

Az *egészségügyi rendszert* úgy kell elképzelni, mint egy bridzsasztalt, amelynél a négy játékos úgy helyezkedik el, hogy szemben ülnek a *fogyasztó* (beteg) és a *szolgáltató* (megelőző-gyógyító intézmények); míg a másik páros a *finanszírozó* (Egészségügyi Alap) és az

állam (a maga politikai eszköztárával). Az alapvető különbség a bridzs és az egészségügyi rendszer között, hogy míg az előbbiben a szemben ülő partnerek érdekei mindenben megegyeznek, az egészségügyben a partnerek érdekei – járulék, járadék, hozzáférhetőség, minőség tekintetében – zömében ellentétesek.

A *politika* meghatározása nem egységes, *Arisztotelész* szerint a politika az államra és intézményeire vonatkozó tanok összessége. A kevésbé szégyenlős Machiaveli nyíltan kimondja, hogy a politika az állam kormányzásához szükséges hatalom megszerzésének eszköze.

Ennél árnyaltabb, de lényegében hasonló és számomra leginkább elfogadható *Max Weber* megfogalmazása, aki szerint a politika „egy állam vezetése, vagy vezetésének befolyásolása”, konkrétan: „törekvés a hatalomból való részesedésre vagy a hatalomelosztás befolyásolására” (Weber, Max: A tudomány és a politika mint hivatás). Az egészségügyet hivatalosan is a kormányzati politika rangjára emelte és ezzel a politika eszközévé tette az Egészségügyi Világszervezet 1946-ban elfogadott alkotmánya, amely rögzítette, hogy „a kormányok felelősök népeik egészségéért, amelyet csak megfelelő egészségügyi és szociális intézkedésekkel tudnak elősegíteni” (World Health Organization, Basic Documents).

Az *egészségpolitika* az állam vezetésének az a törekvése, hogy elősegítse lakosainak egészségét, és ezt politikai eszközökkel biztosítsa. Való igaz, hogy már a XX. század második felében a legtöbb országban az egészségpolitika a kormányzati politika részévé, sőt, a jóléti államokban egyre inkább annak központi kérdésévé vált. A politikai tevékenység megítélésében kiemelt helyet foglal el az egészségpolitika, mivel egy bizonyos életszínvonal felett az emberek értékrendjében

Demokráciákban a politika általában diszkréten kezeli, hogy eszközként használja az egészségügyet.

Dr. Forgács Iván professor emeritus, a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosa.

Az Orvostovábbképző Egyetem volt rektora és tanszékvezető egyetemi tanára. Az Egészségügyi Világszervezet Végrehajtó Tanácsának volt tagja. Jelenleg a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar szaktanácsadója; a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola modulvezető tanára.

az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése és sikeres gyógyítása, a betegségektől mentes életek számának növelése a legfontosabb (első vagy második) értékrendhez tartozik, és ennek biztosítását szeretik számon kérni a kormánytól. Egy kanadai egészségügyi menedzser mesélte, hogy a kanadaiak nagyon nyugodt emberek, ritkán buktatnak kormányt, kivéve, ha az egészségügyet vagy a nyugdíjakat akarják reformálni.

A finanszírozás, amely nemcsak az Európai Unióban, hanem egész Európában *társadalmi szolidaritáson alapul*, egyre súlyosabb anyagi gondokkal, problémákkal küzd, és két formában valósul meg: a bismarcki rendszerben csak a járulékfizetők jogosultak ellátásra, míg a beveridge-i koncepció alapján az egészségügyi ellátás állampolgári jogon jár. Nálunk a rendszerváltás után a hazai németorientációjú politikusok a kissé korszerűtlenebb bismarcki rendszert választották, de mivel politikailag nem volt lehetséges a járulékot nem fizetőket kizárni az addig mindenki számára „ingyenes” szolgáltatásból, a legrosszabb öszvér megoldás született. Gyakorlatilag mindenki kapja a természetbeni járadékot, de csak a lakosság 40%-a fizeti a járulékot. Ehhez az abszurdumhoz politikai okokból azóta sem mertek vagy lehetett hozzányúlni.

A biztosítás közgazdasági értelemben a kockázat megosztása révén csökkenti az egyéni kockázatot. A biztosított előnye a csökkenő határhaszon törvényből ered, amelynek értelmében a nyereségből származó kielégülés kevésbé fontos, mint a veszteségből származó szűkölködés. Az egészségbiztosítás lényegét és egyértelmű politikai jelentőségét jól magyarázza *Samuelson* Nobel-díjas amerikai közgazdász, aki szerint a társadalombiztosításnak különleges szerepe van a betegbiztosításban, segít csökkenteni és megosztani a kockázatokat. „A társadalombiztosítás lényege az, hogy azon területeken, amelyeken a káresetre nem köthető vagy csak igen magas járulékkal magánbiztosítás, mert a feltételek nem állnak fenn (kiválasztás, erkölcsi,

várható káresetek előre számítása), szóba jön a társadalombiztosítás, amelyben a kormányzat kibővítheti a biztosított alanyok körét (például állampolgári jogon vagy mindenkire nézve kötelezően), és ezzel elkerülhetik a biztosítók kiválasztási elfogultságát. Ehhez szükséges az állam pénzügyi segítsége. Ilyen körülmények között közbeléphet a kormányzat, és kibővítheti a biztosított alanyok körét. A kormányzat nagy pénzügyi tartalékai, plusz az a képessége, hogy a biztosított alanyok körének általánossá bővítése révén el tudja kerülni a kiválasztási elfogultságot, jólétfokozó eszközzé teheti a kormányzati biztosítást.” (Samuelson PA, Nordhaus WD. Közgazdaságtan). Itt tehát már nélkülözhe-

tetlen az egészségügyi ellátás „negyedik partnere”, az állam, amely politikai eszközként is használhatja a „biztosítottak körének meghatározását”, valamint a „nagy pénzügyi tartalékait”. Persze Samuelson intelmei elsősorban az USA csökevényes társadalombiztosítási rendszerére vonatkoznak, ahol a biztosítottak köre szűk, de a pénzügyi tartalékok bőveek, míg nálunk a járadékban részesülők száma bő, a „kormányzat nagy pénzügyi tartaléka” viszont szűk.

Minél magasabb az adott ország GDP-je (bruttó hazai termék), annál magasabb az egészségügyi ellátás iránti igény és annál nagyobb politikai jelentősége van. Jól mutatja ezt az európai régió országaiban a GDP és az egészségügyi kiadások közötti rendkívül magas korrelációs együttható (0,928). Sajnálatos, hogy hazai viszonylatban éppen a politika és egészségügy „rossz viszonyát” mutatja, hogy az elmúlt másfél évtizedben az egészségbiztosítás természetbeni kiadásai reálértékének éves átlagos növekedési üteme – az 1994. és a 2002–2003. évek kivételével – kisebb volt a GDP növekedési üteménél (Állami Számvevőszék).

A szolidaritás alapú és az állampolgári jogon járó biztosítási rendszerek legnagyobb problémája az, hogy az egészségügyi ellátás költségei gyorsabb ütemben nőnek, mint a nemzeti jövedelem, illetve a járulékfizetés vagy az adók alapját képező bérek és személyi jövedelmek. Nálunk különösen nyomasztó, hogy csak kevesen fizetnek járulékot (és még kevesebben a tényleges jövedelmük arányában), de mivel ők vannak többen, mint a rendszeren fizetők, a politika nem mer tenni ellenük, ismervé *Machiavelli* intelmét, amely szerint: „Az új bevezetésénél mindenki ellened fordul, akik károsodnak azért, és akik támogattak azért, mert nem kaptak annyi jutalmat, amennyit reméltek.”

Ezt az intelmet egyes politikusok esetenként elfelejtik, és ez nagyon szomorú eredményre vezet. Az Európa Tanács is elismerte (Európa Tanács Közgyűlése), hogy a közép- és kelet-európai országok számára különösen nehéznek bizonyult a rendszerek igazságosságának, kiegyensúlyozottságának és fenntarthatóságának megvalósítása a vegyes gazdasági rendszerre való áttérés körülményei közepette.

Az ezredforduló legsúlyosabb egészségügyi dilemmája, hogyan biztosítsa az állampolgárai egészségéért felelősséggel tartozó állam, a fokozódó szakmai-társadalmi nyomás hatására, az egészségügyre fordítható korlátozott anyagi eszközökből az orvosilag maximálisan lehetségest.

A dilemmát még súlyosbítja, hogy minél alacsonyabb egy ország vagy társadalmi, földrajzi réteg GDP-je, annál rosszabb a populáció egészségi állapota, és nemzeti jövedelmének annál kisebb hányadát tudja egészségügyre költeni.

Az alacsony GDP, a lakosság rosszabb egészségi állapota és az alacsony egészségügyi kiadások együttesen különösen a volt szocialista gazdaságokat sújtják, és éppen ezekben sürgető (lenne) az egészségügyi reformok bevezetése.

A bajok általános panaceája a *reform*, amely Európában három tényezőn alapul: a társadalmi szolidaritás

Az egészségügyben a partnerek érdekei – járulékok, járadék, hozzáférhetőség, minőség tekintetében – ellentétesek.

Minél magasabb az adott ország GDP-je, annál magasabb az egészségügyi ellátás iránti igény, és annál nagyobb politikai jelentősége van.

vagy állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás dominanciája; az egyéni kockázatvállalás kiterjesztése; a tőkepiaci eszközök bevezetése.

Az európai egészségügyi reformtörekvéseket alapvetően az indokolja, hogy az egészségügyi kiadások növekedési üteme meghaladja a GDP növekedését. A költségrobbanás indokai között az orvosi technológia gyors fejlődése mellett szerepel az időskorú népesség arányának növekedése, a krónikus betegségek elhúzódó és egyre költségesebb kezelése, az egészségügyi ellátóhálózat működésének alacsony hatékonysága, a túlfogyasztást serkentő magatartás, a gyógyszeripar nyomása és a társadalmi igények növekedése.

Az egészségügyi kiadások csökkentési tendenciájához hozzájárul az állam redisztributív szerepének visszaszorítása és a szociális kiadások csökkentése, ezzel csökkentve a gazdaságban a hozzáadott értéket és növelve a versenyképességet.

Az egészségügyi költségek társadalmi terhe csökkentésének fő irányát azok a kezdeményezések képezik, amelyek a szolidaritáson alapuló egészségügyi ellátás részleges vagy teljes helyettesítésére, a magánérős finanszírozás bevezetésére készülnek. A kockázatkezelésen alapuló betegbiztosítás, számos előnye mellett, csökkenti az állampolgárok esélyegyenlőségét, és éppen ezért bevezetése jelentős politikai kockázattal jár. Úgy tűnik, hogy Európában nem merül fel komoly formában az állampolgári jogon járó vagy a szolidaritás alapú biztosítás elsődlegességének megkérdőjelezése, de a kiegészítő jellegű magánérős betegbiztosítás arányának növelése az egészségügyi reformok gyakori szereplője.

A *forráshiány* négy módon korrigálható, amelyet az egészségügyi reformok szerte a világon eddig kevés sikerrel próbálnak bevezetni.

– A bevételi források növelése az adók vagy járulékfizetés emelésével, vagyis fizessen többet az állampolgár, vagy fizessenek többen.

– A kiadási források csökkentése a járadék (szolgáltatások) szűkítésével, azaz kapjon kevesebb ellátást a beteg, vagy kapjanak kevesebben.

– A szolgáltatások árának csökkentése, kapjon kevesebbet a szolgáltató (áralku).

– Egyéb források, vagyis a magántőke bevonása, amelynek lehetőségei:

- közvetlen vagy közvetett privát tőkebefektetés,
- public-private partnership, amelynek lehetőségei együtt vagy külön-külön a tervezés, a beruházás, a nem klinikai működtetés vagy a teljes körű működtetés,

- kiegészítő magánbiztosítás (co-payment) vagy zsebből fizetés.

A reformok bevezetése különlegesen kényes gazdasági-politikai probléma a volt szocialista országokban. Erről a BMJ idén nyáron egy különszámot jelentetett

meg (Europe in transition. British Medical Journal 2005;7510:244.). Szellemes *Peter Toon* hasonlata, hogy az egészségügy reformját nem lehet úgy megoldani, mint a torta szeletelését, hanem az egész tortát kell kicserélni. Persze az sem jó, ha túl gyakran váltják a cukrászt, és az új cukrász mindig egy kicsit változtat a recepten. Ehhez csak azt tudom hozzátenni, hogy ha nincs pénzünk egy egész tortát egyszerre megvenni, úgy szeletenként is jólesik. Különösen nehéz egész tortát venni, ha választási ciklusonként változtatják a receptjét. Az Állami Számvevőszék ezt konkrétan definiálta: „Gyakran változott a kormányzati egészségpolitika prioritása és többször volt változás a tárca vezetésében. A vizsgált három évben a két kormányalakítás során négy miniszter váltotta egymást. Ez utóbbi önmagában is hangsúlyeltolódásokat vont maga után a feladatok rangsorolásában, a munka szervezésében. A szervezeti változások elsősorban a miniszter státútumának, illetve személyének változásához kötődtek.”

Az egészségügy nem tudja – Münchhausen-effektusként – önmagát megreformálni. A reform csakis a politikai hatalom akaratával és gazdasági áldozatvállalásával (lásd Samuelson fenti megállapítását) valósítható meg.

Az állam nem tud szabadulni az egészségügyi ellátás társadalmi szintű biztosításának terhéől, az egészségügy pedig attól, hogy cserébe a politika eszközként használja a hatalom megszerzése vagy megtartása érdekében. Olyan ez, mint a rossz házasság, mindkét fél fogoly. Tudják, hogy tenni kell valamit, de egymástól nem szabadulhatnak. Rossz, de még mindig a legkevésbé rossz megoldás, ha az egyik szemet huny, ha a másik kicsit „kikacsint”. Az egészségügy és az állam viszonyában ez „kikacsintás” a részleges privatizáció, a magántőke bevonása, a szolidaritás alapú ellátás korlátozása, illetve az egyéni felelősségvállalás kiterjesztése. De milyen területekre és milyen mértékben terjeszthető ez ki? Ki döntse el: politikus, gazdasági szakember vagy az orvos? Ki meri ezt megtenni?

Természetesen nehezen tudtam függetleníteni magam az országtól, amelyet legjobban ismerek. Nem hiba, csupán bocsánatos bűn, ha példáim elsősorban a hazai viszonyokra vonatkoznak. A bűnt vállalom, a hibát nem.

dr. Forgács Iván

Az egészségügy reformját nem lehet úgy megoldani, mint a torta szeletelését, hanem az egész tortát kell kicserélni.

Az állam nem tud szabadulni az egészségügyi ellátás társadalmi szintű biztosításának terhéől.
