
Csengei Gábor

Költséggazdálkodás és forrásallokáció az egészségügyben

A globalizáció és a magyar egészségügyi stratégia

A struktúraváltás lehetőségei a magyar egészségügyben az Európai Unióhoz való csatlakozásunk küszöbén

Összefoglalás

E dolgozat *témája*, fő mondanivalója a magyar egészségügyi mutatók, a magyar emberek egészségének igen kedvezőtlen helyzete. *Aktualitása*, hogy az EU-hoz csatlakozván, a globalizáció árnyékában feladataink csak sokasodnak, és ahhoz, hogy nyertesén kerüljünk ki a csatákból, igencsak felkészülteknek kell lennünk mind szakmailag, mind nyelvilag, mind rátermettségünket illetően.

Célom, hogy szakembert és civilt egyaránt ráébresszek sorsunk alakulásában betöltött, sokszor fel nem vállalt szerepére, amíg nem késő.

2004. május 1-jével Magyarország hivatalosan is tagja lesz az Európai Uniónak.

Ezen dolgozatban azt szeretném vázolni, hogy ez a csatlakozási aktus mely történelmi folyamatnak a része, hol van, illetve hogy egyáltalán van-e aktív, sorsa-alakító szerepe hazánknak, az állampolgároknak abban a történetben, melyet leginkább globalizáció néven neveznek.

Nem írta elő senki, hogy hazánknak mindent át kellene vennie, és a párját sem, hogy minden nemzetiről le kellene mondanía, de ha előbbre akarunk jutni, bizony abba kellene hagyni azt a pártok és egyéb érdekcsoportok közötti acsarkodást, melynek tanúi vagyunk. A tudásra, az etikára és az erkölcsre építve rohamléptekben el kellene kezdeni a jó értelemben vett felzárkózást, nehogy a globalizáció lavinájának elsodort áldozatai legyünk. A Nyugat kemény kösziklái közt – megtanulhattuk – nemcsak néhány kalandvágyó, hazáját elhagyó, de igen sok eredetileg is ott lakó polgár és vállalkozás hajója tört darabokra.

Tudnunk kell tehát, hogy az EU nem elsősorban az egészségügy és egyéb közjavak biztosításának paternalista felügyelője, hanem nyers gazdasági érdekek megtestesítője és érdekérvényesítője. A subszidiaritás doktrínáját kívánja megvalósítani az egészségügyben: ki-ki oldja meg a problémáját a maga lehető legalacsonyabb szintjén. Attól tartok, az EU bürokratikus apparátusában a bizottságok bábeli zűrzavarában képviselőink nem túl gyakran rúghatnak labdába például kórházaink fennmaradása érdekében. Éppen ezért a magam részéről a jelenlegi egészségügyi ellátásunk védelmezéséért állnék ki, rámutatva, hogy társadalombiztosítási rendszerünk torzulásai éppen a globalizáció következményei.

Bevezetés

Tanulmányom első részében rámutattam az egészségügyi költséggazdálkodás robbanásának fő okaira: a demográfiai olló nyílására, az igények növekedésére, az ágazati infláció szerepére, valamint a tudomány és technika új lehetőségeire. A hazai problémák fő okának nem egyszerűen a forráshiányt és a „teljesítményarányos” finanszírozást jelöltem meg, hanem e két tényezőt együtt, szinergizmusban hatva, ugyanis külön-külön egyik sem okozna olyan nagy problémát: akár bőséges források mellett a teljesítményfinanszírozás, akár önmagában az adott Társadalombiztosítási Alap nagysága.

Az egészségügy területe egy ország költségvetésében valószínűleg a közösségi döntések terepe, így a privatizáció értelmezése is sajátos kell, hogy legyen itt.

Bármiféle költségtervezés és forrásallokáció korrekt morbiditási-mortalitási mutatókra épülhet csak. Míg a teljesítményarányos finanszírozás jelentősen torzíthatja a statisztikákat, addig a standard alapú minőségbiztosítás: tehát hogy egy beteget vagy meggyógyítok, vagy mérhetően magasabb egészségi szintre emelek, nemcsak a terápia hatékonyságát biztosítja, hanem képes lenne kiszűrni az indokolatlan kezeléseket, felesleges vizsgálatokat, realisabb adatokat szolgáltatva a stratégiai döntésekhez.

A továbbiakban 120 oldalas orvos-közgazdász diplomamunkámból közölnék részleteket, különös tekintettel a globalizáció diktálta kóros jelenségekre. Az alábbi összefoglalás az egész munkára vonatkozik.

Az Univerzum és benne az Ember története akarunktól függetlenül zajlik. Az események értelmezése, a kategóriák felállítása emberi absztrakció, a folyamatok pedig ezektől függetlenül, valahogyan szükségszerűen megtörténnek. Szakemberek és laikusok a történelmet térben és időben szakaszokra osztják. Egyesek a jelenkort az elmúlt 50, vagy Kolumbusz színre lépéséig, az elmúlt 500 évig felgöngyölítve globalizációról beszélnek. Az élet alakulásának, a mozgatórugóknak a megértése, tudatosítása adja a kulcsot az egyénnek, a nemzetnek a „globális problémák”-kal való küzdelemhez. Felfoghatatlan ellentmondás, hogy amíg a Világbank 12 USA dollárt elegendőnek tart olyan ország, mint Grúzia lakosainak 1 éves egy főre jutó egészségügyi ellátásához, addig kelet-közép-európai hazánk népbetegségek állítólagos kezelésére szolgáló olyan gyógyszerekkel történő zöldutas elárasztását szorgalmazza – a maastrichti elveknek megfelelően –, amelyek fajtánként és havonta 10–50 000 Ft-ba kerülnek. Meg kell tehát tanulnunk szabadon, felelősséggel szelektálnunk és választanunk, minden egyénnek és intézménynek a maga szintjén és köreibben.

A dolgozat elsősorban forrásfeldolgozásokra épül. Az önálló tevékenység az egyes szerzők fontosnak tartott mondanivalójára történő rávilágítás, asszociációk és a következtetések alapjául szolgáló terep kirakása. Felvállalom tanáraink és a szerzők közléseit és hivatkozásait, hogy majd a jövőben bekebelezvén mondanivalójukat, határozottan képviselhessem a humánus értékeit.

Az események, a szerződéses, a szereplők konkrétak, megfoghatóak, azonban mozgatórugóik, céljaik, valódi eszközeik már kevésbé nyilvánvalóak.

Képzésünkkel újabb lehetőségek birtokába jutunk, de ezek kiaknázása felelősséggel is jár, melynek záloga az egyén érettsége.

Miután a dolgozat témája a magyar egészségügyi stratégia a globalizált világban, sor kerül ezen fogalmak értelmezésére, a meghatározó térségek és országok, az Államok, az Unió néhány gazdaságpolitikai jellegzetességének, elemének kidomborítására, a magyar pénzügyi lehetőségek feltárására.

Ezután megkísérlem bemutatni konkrétan az egyes országok főbb egészségügyi rendszerét, a lakosságuk egészségügyi állapotát tükröző mutatókat, köztük hazánkét.

Hangsúlyozni kívánom a demográfia, a racionális költséggazdálkodás, az ellátáshoz való hozzáférés kihívásait, az egészségügy szereplőinek, az egészségügyi termékeknek és szolgáltatásoknak, illetve a tőkének mint maastrichti kritériumoknak a szabad áramlását az egykori és meglévő határokon át.

A globalizáció Magyarországnak döntően az EU-hoz való csatlakozását jelenti, hiszen Brüsszelbe transzportáljuk a kormányzás, az alkotmányozás, a költségvetés, a rend, a jogi és a honvédelem számos bástyáját.

Mint látni fogjuk, a bővítésben deklarált számos elem az elmúlt évtizedben már megvalósult, s ezen ízelítő véleményem szerint éppen elég kellett volna legyen honfitársaink felelős állásfoglalásához, s ha már a fogyasztói társadalom liberalizált szellemét naivan kiengedtük a palackból, bizony álljunk most már keményen a vártán.

Nem vagyok globalizációellenes, hiszen ez magával a világgal való szembefordulást jelentené, ami egyenértékű az önfeladással, sem multi- – tehát gyógyszercég- – és technikaellenes, hiszen gyógyító munkám minden pillanatában nélkülük semmire sem mennék, de a fékek, a határok betartását elengedhetetlenül fontosnak tartom a velük való kapcsolatban. 1982-ben csatlakoztunk a Világbankhoz és a Valutaalaphoz. Ez alapján jó döntés volt, de az azt követő döntésekért már nem annak kell vállalnia a felelősséget, aki a lehetőségek kapuját kinyitotta.

Az EU-hoz való csatlakozást is mint jó lehetőségek kiaknázásának útját kellene értelmeznünk, nem pedig mint nemzetpusztító fátumot. Megvilágítanám ezt a televíziózás kapcsán. Uniós szabályok szerint jövőre a műsoridő felét európai műsorokkal, filmekkel kellene megtölteni. Senki sem írja elő, hogy agresszió és szex áradjon a műsorokból, épp ellenkezőleg, át lehet venni remek természetfilmeket, történelmi műveket, útleírásokat, hisz nincs az a pénz, amivel Magyarország képes lenne a világ értékes filmiparát felülmúlni. De ha valami téves, hozzá nem értő dramaturgia diktálja a választékot, a problémák ott kezdődnek. Egy kisgyereket, ifjút, de még felnőttet is akár egyetlen, a morál és etika fékeit nem respektáló jelenet is egy életre lelki sérültté, beteggé tehet, ellenkezőleg, a szép, a nemes, a jó bemutatása pedig interiorizálja a normákat. Amit látunk, hallunk, kihangsú-

lyozva életünk minél korábbi szakában, az rögzül bennünk, énünkké lesz. Többek között itt kezdődik, illetve ezt is jelenti az egészségügyben a megelőzés. A szabadság nem jelentheti a joggal való visszaélést.

Orvos-közgazdász képzésünk a közösségi célok szolgálatában

Orvos-közgazdász képzésünk folyamatának kell, hogy legyen egy célrendszere. Az oktatás a szűkebb, mindennapi egészségügyi szolgáltatást nyújtó tevékenységünk mellett figyelmünket ráirányította olyan területekre, szempontokra, sarokszámokra, összefüggésekre, melyek nemcsak egyszerűen a látókörünket szélesítik, hanem akár alapvetően és döntően megváltoztatják a világról, környezetünkről alkotott képünket s azon belül személyes ténykedésünket, feladatainkat, kötelezettségeinket.

„A közgazdaságtanban nem járatos emberek hajlamosak arra, hogy alábecsüljék a társadalmi gazdasági szervezet működésének hallatlan bonyolultságát, s azonnali intézkedéseket javasoljanak a különböző problémák megoldására. Valójában azonban a feladat nagyon is bonyolult.

A társadalom különböző csoportjai különböző célokat kívánnak elérni közérdek címén s miután ezeket a célokat a dolog természetéből fakadóan közpénzből (mások pénzéből) óhajtják megvalósítani, a célok eléréséhez szükséges erőfeszítések és áldozatok kevésbé szorítják őket, mint a magándöntéseknél.

Elvárhatjuk, hogy azokat a célokat, amelyeket szabályozással vagy közpénzek felhasználásával el kívánnak érni, pontosan és kimerítően definiálják és indokolják. Míáltal, ha teljes egyetértés nem is lesz a célokban, legalább az nyílttá válik, hogy milyen megfontolásokból történt a közpénzek felhasználása.” /1./

Bár egy diplomát fel lehet használni csak az egyéni karrier építésére vagy már elfoglalt pozíciók alábástyázására is, ez utóbbi kétségkívül elengedhetetlenül fontos szempontok vezette *életek csak akkor lesznek teljeseek, ha beágyazódnak a társadalom valamilyen szintű szolgálatába, tehát a közösségi célok és értékek őrzésébe.* Az ember egyik belső rendező-alakító erőpárja egyensúlyt kell, hogy találjon az egyéni, saját maga felé forduló szeretet és az emberiség átkarolása

közt. Ez az, ami az embert az állattól képes megkülönböztetni: szeretetének kiterjesztése embertársaira. A másik erőpár az idődimenzióban működik: a jelenhez viszonyítva a múlt (értékeinek) őrzése, illetve a jövő kihívásaira adott jó válaszok egyensúlya. S mindezt természetesen egy rendezett belső én kell, hogy kormányozza, egy megnyilvánulásaiban, tetteiben a morál és etika védőpajzsával felfegyverkezett, az anyagi és szellemi léttel összhangban álló én. Persze, egyéni érésünk, alakulásunk egy posztgraduális kurzus mellett más forrásból is táplálkozhat, mégis dolgozatomban megpróbálom jelen képzésünk által inspirált világgépetet összefoglalni.

A következőkben járjuk egy kicsit körül az egészség fogalmát, majd a globalizációét!

Az egészség fogalma

„Életünk és az egészség is korlátozott; ebből következik, hogy az egészséget és az életet is meggondoltan kell felhasználni, és ezt a legfőbb értéket gazdaságosan kell alkalmaznunk.

Az elveszített egészség helyreállításának a kiadásait az emberi tőkébe való beruházásnak lehetne tekinteni.

E cél elérésének útján folyamatosan abban a helyzetben vagyunk, hogy több lehetőség között kell választanunk, és ezt a választást racionálisan kell megejtenünk, azaz a lehető legnagyobb hasznukat keressük. Mindenesetre feltétel, hogy az alternatívákat és azok ésszerűségét felismerjük.

Egy kanadai tanulmányból tudjuk, hogy az egészség tényezőiként 24%-ban a környezetet, 37%-ban az életmódot, 29%-ban a humánbiológiát, a konstitúciót és a kuratív medicinát csak 10%-ban lehet megnevezni.” /2./

Rögtön hozzátenném, hogy természetesen ez csak a prevencióra érvényes, miután az ember megbetegedett, sokkal nagyobb hangsúlyt kap a medicina, sőt a többi tényező kedvezőbb irányba történő módosításához is sokszor az egészségügyi szakemberek (orvosok, dietetikusok, gyógytornászok) közvetítésével vezet az út.

„Az eszközfelhasználás eltolódásaival szektorok között (pl. többet útépitésre, kevesebbet egészségügyre stb.) vagy szektoron belül (pl. többet ambuláner, kevesebbet fekvőbeteg-ellátásra; vagy több meg-

előzést, kevesebb kuratív medicinát stb.) különböző pénzfolyamatok keletkeznek, amelyeket oportunitási költségeknek nevezünk.

Ha megnézzük néhány számot különböző államok statisztikáiból az egészségügyi szolgáltatások pénzfelhasználásáról és hasznáról, úgy látni fogjuk, hogy a felhasznált pénzek mennyisége nem korrelál az egészség növekedésével vagy a várható élettartam meghosszabbodásával.” /2./

A globalizáció aspektusai

Cecil Rhodes az 1890-es években tömören összefoglalta a gyarmatosítás lényegét. „Új földeket kell találnunk – mondta –, ahonnan könnyen szerezhetünk nyersanyagokat, s ugyanakkor hasznosíthatjuk a gyarmatok bennszülött népségének olcsó rabszolgamunkáját. A gyarmatok lerakóhelyet is kínálnak a gyárainkban előállított termékfölöslegek számára.” A gyarmati korban az európai országok kiterjesztették uralmukat az egész földgolyóra.

Mindazonáltal a mai globalizáció számtalan vonatkozásban különbözik az 50 vagy 100 évvel ezelőtti globalizációtól. A világban az elmúlt évszázadban végbement változások teljesen megváltoztatták a világgazdaság jellegét, valamint az emberekre és a természetre gyakorolt hatását.

„Ha létezik egyáltalán valamilyen uralkodó hit manapság a társadalmunkban – írta Soros György –, akkor az a piac csodatévő erejébe vetett hit. A szabadelvű kapitalizmus doktrínája szerint a közjót az önérdek korlátoktól mentes érvényesítése szolgálja a legjobban. Az emberek elbizonytalanodtak abban, hogy mi mellé is kellene állniuk, egyre inkább a pénzt tekintik az érték kritériumának... Az elvekbe vetett hitet felváltotta a siker kultusza. A társadalom elveszítette kapaszkodóit.” /3./

A gazdasági növekedés ára

A neoliberalizmus szerint a haladás legfőbb kritériuma a GDP pénzügyi szempontból fenntartható leggyorsabb növekedése.

A komparatív költségek tanával kapcsolatban a működőtőke-áramlás nem egyértelműen áldás, hiszen munkanélküliséget teremt, és a jö-

vedelemolló szétnyílását eredményezi ott, ahonnan kiáramlik. Ezen felül „...a termelő tőke országról országra történő szabad vándorlása jelentős infrastrukturális beruházásokat tehet feleslegessé az éppen otthagyt országokban, ami a transznacionális vállalatok számára ugyan »externália«, a helyi közösségek számára – és így a globális gazdaság számára is – azonban súlyos veszteséget jelent. A javak és a működő tőke szabad áramlása tehát egyáltalán nem vezet valamiféle optimális erőforrás-elosztáshoz, sőt jelentős veszteségeket, deflációt okozhat.” /31./

Egy világbanki pályázat

A hitelek formájában nemzetközileg szabadon áramló finánc-tőke áramlásáról már láttuk, hogy ez volt az oka az 1982-ben kirobbant és 2000-ben még tartó nemzetközi adósságválságnak, amely az emberiség egyharmadának elszegényedésével járt, és sok-sok esztendőre visszavetette a fejlődést a világ legszegényebb országaiban. /31./

A következőkben dióhéjban bemutatnák egy világbanki projektet. Ez az 1990-es években a legnagyobb horderejű kapcsolat a Világbank és a magyar egészségügy között. Rámutatok azokra a nehézségekre, melyek egy globalizációs igényű pályázat elfogadásához szükségesek. Sokat kell még tanulnunk, már csak annak érdekében is, hogy 2004. május 1-jei EU-hoz való csatlakozásunk után és persze részben már addig is könnyen vegyük a szakmai, jogi, nyelvi akadályokat. Az alábbiak tanulságosak lesznek abból a szempontból is, hogy a *pályázatot kiíró szinte ellenszolgáltatás nélkül tisztában lehet a 160 magyar kórház és klinika legrészletesebb „üzemgazdasági” mutatóival, a nyertések „hasznára” pedig még visszatérnek.*

A „Kórháztervezést Támogató Információs Rendszer Fejlesztési Program”, a KTI azzal a célkitűzéssel indult, hogy elsősorban a kórházak vezetését, másodsorban a kórházi szektor strukturális reformját és az egészségpolitikai döntéshozatalt támogató informatikai fejlesztéseket támogassa.

Az első KTI-val kapcsolatos minisztériumi szakmai terv a kölcsön-szerződés adta 6 éves lehetőséget (1993–1999) arra kívánta kihasználni, hogy három lépésben, előbb négy-öt kórház részvételével teljes körű információrendszer épüljön ki, azután további húsz kórházban menedzsment-támogató, fókuszált információrendszer-fejlesztés történ-

jen, majd az ország összes kórháza kapjon menedzsment-támogató számítógépes programmodult. *A Világbank a félidős felülvizsgálat során nem fogadta el az elképzelést, s 1996 júliusától a forrásmentés érdekében külső szakértőket vont be, hogy átgondoltabb egyszerűsített terv készüljön. /7./*

Az egészségügy számos területét felkavaró programot átlagosan 70%-os szakmai készültségi szinten állították le, illetve a magyar fél visszamondta a hátralévő 50 millió dollár kölcsön igénybevételét. A magyar állam 1998-ig mintegy 14 millió dollárnyi hazai forrással szállt be, míg a Világbank 30 millió dollárral hitelezte a beruházásokat. A kormányváltás után más területeken is lemondott világbanki projektet a kormány, főként annak finanszírozási nehézségeire hivatkozva. Szakemberek szerint az igénybe vehető források közül a világbanki lehet a pénzüpiaci szempontból legkevésbé kecsegtető, ennek ellenére megfelelő menedzsmenti szerkezettel van esély költséghatékony felhasználására. /5./

1998 őszén a szaktárca a regionalizáció helyett a sürgősségi betegellátási rendszer kiépítését részesítette előnyben. A Világbank képviselői tisztában voltak azzal, hogy az új kormány egészségügyi tervei eltérnek a korábbi kabinet elképzeléseitől, s szeretnék mielőbb tisztázni, hogy mely programokat finanszíroznák inkább más forrásokból.

Ennyit dióhéjban a pályázatról.

Világbanki vélemény a magyar egészségügyről

„A Világbank szeretne együtt dolgozni a magyar kormánnyal, és segíteni abban, hogy egy jobban működő egészségügyi rendszer legyen Magyarországon. Az Egészségügyi Minisztérium feladata például az lenne, hogy egészségpolitikai stratégiát fogalmazzon meg a birtokában lévő adatokra támaszkodva. A szaktárca jelenleg azonban nem tudja, hogy ez a feladata, vagy nincs meg a kapacitás arra, hogy igazi és legfontosabb feladatát ellássa. Az OEP-nek az lenne a feladata, hogy – anyagi lehetőségeihez mérten – a legjobb, leghatékonyabb szolgáltatásokat vásárolja meg az egészségügyi intézményektől. Hogy miből mennyit vásárol a biztosító, azt azon prioritások és egészségügyi statisztikák segítségével támaszkodva kellene eldöntenie, amit az Egészségügyi Minisztérium kifejezetten a biztosító számára készít. A meg-

bízható statisztikák hiányában viszont a biztosító jelenleg kénytelen elhinni azokat az adatokat, amelyeket az egészségügyi intézmények nyújtanak. Ezek pedig a szolgáltatás minőségéről nem számolnak be, ami a vevő szempontjából igen fontos kérdés. A szolgáltató oldal, vagyis a kórházak és egyéb egészségügyi intézmények számára olyan ösztönzőrendszert kellene kidolgozni, ami arra készítetné őket, hogy a legjobb egészségügyi szolgáltatást nyújtsák. Ha ez a rendszer rosszul van megalkotva, akkor a kórházak túl sok szolgáltatást nyújtanak feleslegesen, ami nagyon drága is. De az is veszélyes, ha túl kevés szolgáltató várja a betegeket. Lehet a helyes arányt megtalálni? Elsősorban a finanszírozás helyes kialakításával, mind a járóbeteg-, mind a kórházi ellátásban. Másrészt nagy segítséget nyújtana a megfelelő, naprakész informatikai háttér.” /13./

A spekulatív tőkeáramlás, a szerkezetátalakítás mozgatója

A globalizáció legfontosabb terjesztői a Nemzetközi Valutaalap, a Világbank és a Világkereskedelmi Szervezet.

A nemzetközi hitelekre rászoruló fejlődő, valamint a parancsgazdaságról a piacgazdaságra áttérő országokra úgynevezett szerkezetátalakítási programokat (Structural Adjustment Programs) erőltetnek rá, melynek lényege, hogy ezen országoknak meg kell nyitni piacaikat a fejlett országok sokkal erősebb cégei és fejlett ipari országokból kiinduló spekulációs tőkemozgás előtt (importliberalizáció, tőkemozgás liberalizációja, privatizáció), és belföldön olyan gazdaságpolitikát kell folytatniuk, amely biztonságot nyújt a befektetők számára (szigorú monetáris politika, a költségvetés jóléti kiadásainak lefaragása a külső adósságszolgálat teljesíthetősége érdekében). /31./

Wayne Ellwood a globalizáció kapcsán az adósságról és a szerkezetátalakításról: „A szabad országoknak nyújtandó új kölcsönök fejében a hitelezők az 1980-as és 1990-es években szerkezetátalakítást követeltek meg, hogy nagyobb esélyük legyen pénzük visszanyerésére. Ez azt jelentette, hogy megnyirbálták egyebek között az egészségügyre és az oktatásra fordított kormányzati kiadásokat, épp azokat a szolgáltatásokat, amelyek oly fontosak a szegények (s különösen a nők és a gyermekek) számára. Sok ország oda jutott, hogy már többet költött az adósságszolgálatra, mint állampolgárai alapvető szükségletei kielé-

gítésére. Az 1990 és 1997 közé eső nyolc évből hatban a fejlődő országok az adósságszolgálat keretében többet fizettek (törlesztés plusz kamat formájában), mint amennyit kaptak az új hitelekben – nettó 77 milliárd dollár átutalása a szegény déltől a gazdag északnak. S az új hitelek nagy részét a kamatok törlesztésére és nem termelő beruházásokra fordították.

A szerkezetátalakítás »kondicionalitásai« időközben az adósságtörlesztés és az exporttámogatás felé térítették el az állami bevételeket az olyan dolgoktól, mint például az oktatás és az egészségügy. Ezzel a Világbank és az IMF akkora hatalomra és befolyásra tett szert, amekkorára még a legzsarnokibb gyarmati rendszerek is csak ritkán rendelkeztek.”

A Harvard Egyetemen dolgozó Jeffrey Sachs, a „gazdasági sokkterápia” ismert szorgalmazója 1999-ben ezt írta: „A világ legszegényebb hárommilliárd emberének nagy része olyan országokban él, amelyek kormányait már rég csődbe jutatták a külföldi kormányoktól, a Világbanktól és az IMF-től korábban kapott hitelek. Ezek az országok az IMF reménytelen helyzetű foglyaivá váltak.” /3./

Az egészség és a fejlődés közötti összefüggést eddig eléggé elhanyagolták. Ezzel kapcsolatban rendelkezésre áll egy jelentés, amelyet Bruntland asszony, az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója kezdeményezésére létrehozott bizottság állított össze. A makrogazdasági és egészségügyi folyamatokat vizsgáló bizottság jelentése (Sachs-jelentés) megkérdőjelezi az eddigi fejlődéspolitikai megközelítéseket. Összefoglalva: a nemzetközi közösségnek nem lenne szabad abban a tévhitben ringatnia magát, hogy a fejlődési folyamat és a magasabb jövedelem önmagában jobb közegészségügyi állapotokat eredményez. A bizottság arra a sokatmondó következtetésre jutott, hogy az *egészségügybe való beruházások nem csak emberéletek millióit mentik meg, hanem hatalmas gazdasági bevételeket eredményeznek.* A tanulmány közelebbről azzal számol, hogy 2015-ig az egészségügyi szektorba befektetett évi 66 milliárd dollár többletkiadás évente 360 milliárd dollár nyereséget hoz a nemzetgazdaságok számára. A Sachs-bizottság jelentése ezért nagyszabású támogatásokat javasol az egészségügyi rendszer részére. A támogató országoknak új egészségügyi megállapodás keretében bruttó szociális termékük 0,1%-át kellene rendelkezésre bo-

csátaniuk, a fejlődő országoknak pedig ezen kívül saját szociális termékük 1%-át kellene egészségpolitikai célokra investálniuk.

Az Állami Számvevőszék kritikája

Az egészségügyet átalakító terveknek még az alapelvei sem készültek el, ami pedig konkrétumként szerepel az ágazat reformja címén készített anyagokban, gyakran éppen a szükséges változásokkal ellenkező irányba mutat – állapítja meg az Állami Számvevőszék Módszertani Intézetének most elkészült tanulmánya. Az írás arra a következtetésre jut, hogy nem elsősorban a pénzhiány, hanem az elképzelések hiánya, valamint a követelmények elégtelen volta miatt kerül lassan működésképtelen állapotba az ellátórendszer. A kutatás készítői alapvető követelményeket állítottak össze, amelyek nélkül a sokat hangoztatott 1500 milliárdos forrásbevonással sem változna a betegellátás.

Báger Gusztáv, az intézet főigazgatója egészségügyi alkotmánytervezetnek tekinti az átfogó elemzést. A szöveg szerzői megtiltanák, hogy a kórházigazgatók gyógyítsanak, illetve érvényesítenék azt az előírást, hogy a vezetők közgazdász végzettséggel is rendelkezzenek, amit ma az intézmények mindössze 48%-ában tartanak be. Az elemzők – a kormány jelenlegi szándékával szemben – nem az egészségügyi járulékok emelését, hanem csökkentését látnák jónak, viszont szűkítenék az ebből fizetett szolgáltatások körét. Az így elvont ellátásokat kiegészítő biztosításokkal lehetne igénybe venni.

Javasolták, hogy a kórházak magasabb szintű szolgáltatásaiért térítési díjakat állapítsanak meg. Ezzel egy időben viszont azt is ajánlják, hogy kevesebb embert és rövidebb ideig ápoljanak kórházban. Ennek érdekében a háziorvosi rendszer finanszírozását átalakítanák, a járóbeteg-ellátás szakmai és műszerezettségi színvonalát javítanák. Ehhez „alapsomagot” is javasolnak az elemzők, amelyben minden olyan ellátást összegyűjtenének, amelyeket kötelező lenne a háziorvosnak vagy a járóbeteg-rendelőkben dolgozó szakorvosnak nyújtania.

Mindez pedig azért is különösen indokolt, mert becslések szerint ma a kórházi kapacitások 30-40%-kal nagyobbak a szükségesnél. Kezdeményezik azt is, hogy a jövőben az egészségbiztosítónak legyen lehetősége meglévő szerződéseket felbontani, az egészségügyi szereplőket, szolgáltatókat versenyeztetni, s így valóban csak a szükséges el-

látásokat vásárolja meg a lehető legjobb áron. A főigazgató szerint a meglévő pénzek lényegesen hatékonyabb felhasználását segítheti az is, ha az irányított betegellátás még nagyobb szerepet kapna a magyar egészségügyben, ami ráadásul bizonyítottan még körülbelül 7%-os megtakarítással járna. A vizsgálat készítői megszüntetnék a szubjektív alapon elosztott juttatásokat: így azt, hogy például a különösen drága gyógyszerekért fizetett összegekről hatékonysági vizsgálatok nélkül döntsön az egészségbiztosító. A hálapénztől is megszabadítanák az egészségügyet. Ez amellet, hogy nagyon korrupciógyanus, a jövedelmi viszonyokat is torzítja, s rontja a rendszer működését. Paraszolvenciaként 20-33 milliárd forint kerül a betegellátó rendszerbe, ez a kórházi bérköltségek 20-30%-át teszi ki, ebből egyenlőtlenül részesülnek a dolgozók: 10-14% aránytalanul sokat kap, 27-30% sokat, 40% keveset, míg 20% semmit. Azt ugyan még a vizsgálat vezetője sem tudná megjósolni, hogy a most elfogadott kórháztörvény, illetve ezzel a befektetők bevonása hosszú távon hogyan hat, abban azonban biztos: rövid távon több pénzt, annak pedig hatékonyabb felhasználását eredményezi. /28./

A mátrix kórház

Az emberekben, a köztudatban, de a legtöbb egészség-gazdaságtannal foglalkozó szakember tudatában azok a sztereotípiák élnek, hogy az egészségügy alulfinanszírozott, az emberek általános egészségügyi állapota rossz, alacsony a GDP-ből az ágazat részesedése, vége a paternalista állam jóléti funkciójának, kedvezőtlenek az egészségügyet reprezentáló mutatóink, és természetesen ezek a jelenségek egymással összefüggnek. Persze hogy nem. Itt jönnek a bűvös, misztikus kifejezések, melyek jól illusztrálják a tanácstalan passzív anyáskodást váró emberek és szakértők lelkivilágát: forrásbevonás, privatizáció, több biztosítói rendszer, kapacitások és kassaátjárhatóság, egyszóval struktúraváltás. Újabb sztereotípiák, a passzív, nem gondolkodó ember sztereotípiája, hogy e hangzatos jelszavakat hallva, a problémákkal a megoldásokat asszociálják. Egy ilyen téveszmerendszer véleményem szerint a mátrix kórház.

A mátrix kórház fogalma a kórházi betegellátás evolúciójába illesztve érthető meg.

Az első lépés a kórházak struktúrájának kialakulásakor valószínűleg az ún. invazív, tehát operatív, műtéti tevékenységek, illetve a hagyományos belgyógyászati jellegű ún., non-invazív tevékenységek elkülönülése lehetett. A specializáció, a koncentrált tapasztalat, illetve a költséghatékonyság készítette a progresszív betegellátás hierarchiájának kialakulását. Ez azt jelenti, hogy ahogy gyarapodott a fővárosi-nagyvárosi kórházak mellett a kisvárosi kórházak száma, egyidejűleg zajlott a belgyógyászati és sebészeti jellegű osztályok szakosodása: a belgyógyászból így vált ki a pulmonológia, a kardiológia, a gasztroenterológia etc.; a sebészből pedig az általános sebészet mellett az idegsebészet, a mellkasi sebészet, az érsebészet, a plasztikai sebészet. Ez a specializáció annál kifejezettebb, minél több behatárolt diszciplínába illeszthető beteget lát el egy adott intézmény, hiszen akkor lehet csak gazdaságos működésű, ha optimális betegszámmal dolgozik (fix költség, illetve egyszeri/ismétlődő költségek), így alakultak ki a szak-klinikák: Pulmonológiai Klinika, Érsebészeti Klinika stb.

Ugyanakkor a klinikákra általában a ritkább és költségesebb esetek kerülnek, de földrajzi vonzáskörzetük teljes területéről. A bonyolult és drága megoldások infrastruktúráját, személyi feltételrendszerét tehát a piramis csúcsán álló klinikák biztosítják, a különleges esetek koncentráltabb előfordulása ugyanakkor igazi nagy tudást, tapasztalatot biztosít ezen intézményeknek. A kisebb kórházaknak maradnak az egyszerűbb, rutin esetek, kisebb területről, nagyobb számban, itt a specializáció szintje a legkisebb, adott esetben működik egy belgyógyászati, egy sebészeti, esetleg egy szülészeti-nőgyógyászati vagy gyermekgyógyászati osztály. A közepes megyei kórházakban utóbbi főszakok, tehát a belgyógyászat már diszciplínákra oszlik: diabetológia, mellkasgyógyászati osztály a belgyógyászon belül, a klinikák pedig, mint már említettem, már csak egy-egy diszciplínát képviselnek.

A probléma a kisvárosi kórházak szintjén a következő: specializálódnának, mert ez lenne az elvárása a lakosságnak, az orvosoknak, a szakmának, azonban a ritka és bonyolult, tehát költségesebb esetek eleve a progresszív betegellátás magasabb szintjére kerülnek (megyei-regionális kórházak, klinikák), ahol fejlettebb infrastruktúra, műszerek találhatóak; ugyanakkor korábban sok kórházi eset ma már ambulanter,

vagy a házi orvos szintjén is ellátható, így az osztályok kihasználtsága alacsony, költségeik magasak.

Ne felejtünk el egy etikai szempontot: egy gazdaságtalanul fenntartott intézmény másoktól veszi el a forrásokat. Engedve a politikai-lakossági nyomásnak, a kiskórházak fennmaradásuk érdekében inkább fejlődésük alacsonyabb szintjére regrediálnak, úgy, hogy feladják a specializáció igényét, és adott esetben egy-két ún. mátrix osztállyá szervezik magukat, ahol minden eset mindkét ágon előfordulhat. A specializációt az egyes szakorvosok jelentik, azonban előbb-utóbb mindenkinek mindenhez kell értenie, anélkül azonban, hogy a mindennapi gyakorlatot egy speciális intézményben, (klinikán) sajátítanának el, lépést tartva a technikai fejlődéssel.

Egy mátrix kórház kialakításakor az egyik legfőbb kérdés, hogy a korábbi osztályvezetők elvesztik pozíciójukat, orvostársaikkal egyenlő szakorvosi funkciót látnak el, felelősséggel is elsősorban a beteg, illetve önmaguk felé tartoznak nappal, ugyanakkor felelősségük, szaktudás-szükségletük megnő az éjszakai ügyeletben, hiszen pl. egy addig gyermekgyógyászati gyakorlattal rendelkezőnek kell ellátnia pl. egy vakbélgyulladás-gyanús esetet. Operálni nyilván nem fogja, ezért telefonon behívja a városból sebész kollégáját? Nem lenne kézenfekvőbb eleve a 30-40 perccel távolabbi regionális kórházba szállítani a beteget?

Megannyi kérdés, nem utolsósorban a javadalmazásoké.

Amerikában a specializáció már ott tart, hogy a vastagbél szakaszainak betegségeire specializálódott klinikák alakultak, kongresszusokkal és társaságokkal!

Az emberek igénylik a specializációt, a specialistát. Az orvosok számának növekedésével együtt nő a specializáció foka, a szubdiszciplínák száma; ugyanakkor egy beteg sem lesz olyan bolond, hogy azzal a sebésszel operáltassa magát, aki évente négy műtétet hajt végre, hanem azzal, aki ezret.

A kurzusunk során Weltner János sebész főorvos a minőségbiztosítás kapcsán részletesen elemezte ezt a kérdést, a nyelősőrák operálásának példáját felhozva; elmagyarázta, hogy ezen esetek száma viszonylag kevés, műteni pedig lehet kis kórházban is, klinikákon is, és könnyű belátni, hogy a műtési eredmények, tehát a túlélések egyértelműen jobbak a centrumokban, a progresszív betegellátás piramisának

csúcán lévő intézetekben, hisz egyes opusokra kiképzett teamekkel, speciális eszközökkel, módszerekkel és nem utolsósorban tapasztalattal rendelkeznek. Persze az ő munkaidejüket sem csak egyféle beavatkozás tölti ki, hanem sokféle, mindegyikhez speciális csoportokkal. Kongresszusokon, tanulmányutakon nemcsak hogy a koncentrált eseteket látják, tanulják meg, hanem ott saját előmenetelüket prezentálják, már csak ilyen PR szempontból is illik kiváló eredményekkel kirukkolni.

Nézzük a kapuvári kórház esetét!

A '90-es évek végén a lakossági képviselői tiltakozások megakadályozták a kórház bezárását. Az intézmény a cél érdekében ún. mátrix kórházzá alakult, lényegében ugyanolyan struktúrával, csak más névvel. 2×2 része van: sebészet + szülészet-nőgyógyászat, valamint gyermek és belgyógyászat. A 2 rész orvosai valójában nem keresztezik egymás munkáját. Mind a 4 részlegre orvosfelvételt hirdetnek folyamatosan. A sebészet 2-3 fix orvosa mellett 8-9 orvos, azonkívül aneszteziológusok jönnek, elsősorban a soproni kórházból a délutáni-éjszakai ügyeletre, megbízási szerződés alapján, majd reggel folytatják munkájukat Sopronban. Vajon kinek jó ez a hagnázás? A betegnek, a kapuvári vagy a soproni kórháznak?

Ugyanakkor Kapuváron egyedülállóan működik egy szénsavkezelésre épülő érbeteg-rehabilitációs központ, kielégítetlen igénnyel. Nem kellett volna csak azt fejleszteni?

A teljesítményarányos finanszírozás

Az ún. „teljesítményarányos finanszírozás” következtében egy kórház-igazgatónak, a menedzsmentnek, a fővárosi gárdának elemi, létérdeke, hogy minél több beavatkozást kódoljon, mert az alapján kap finanszírozást az egészségbiztosítótól. A rendszer kritikájára még többször visszatérek, itt most arra mutatok rá, hogy egy kórházi osztály első vezérlője: minél több beteget befogadni, és rajtuk minél több beavatkozást végrehajtani. Végére is ez a hivatásuk, ez a beteg igénye, a beteg is a jól elvégzett munkáért hálás, az pedig annál sikeresebb, minél enyhébb a kór, és teátrálisabb a beavatkozás, a TB is azt finanszírozza, életben tartani pedig a finanszírozás képes a kórházat. Ezt honorálja a kontrolling költséghelyekre való rámutatásokkal, érdekeltségi rendsze-

rek kidolgozásával. Zárjuk le ezt a gondolatközt rövid időre azzal, hogy véleményem szerint egy autókereskedésben valóban az eladási teljesítményt jelzi az eladott gépkocsik száma, de az egészségügy teljesítménye az egészséges nemzet, és ezt kellene díjazni. Kínában régen addig fizették az orvost, amíg a császár egészséges volt, ha megbetegedett, az orvost hibáztatták. Ugyanígy valójában az emberiség szociális evolúciója kapcsán a társadalombiztosítási rendszernek felelnek meg a kínai orvosok: a (magyar) állampolgár addig, amíg nem beteg, munkáltatójával együtt fizeti társadalombiztosítási járulékot, és ha megbetegszik, tovább nem fizet, épp azért, mert megbetegszik és nem tud pénzt keresni, másrészt mert az eddigi, részben sikertelen megelőzés helyett mást: jobb egészséget várt.

További kitérő a teljesítmények megértéséhez: a világszervezetek mozgatója

De most térjünk vissza a világszervezetek mozgatóihoz.

„A világszervezetek azonban csak végrehajtók.” Egy gazdaságpolitika végrehajtása nem lehetséges pusztán az érdekek meztelen kimutatásával, valamilyen ideológia is kell, amely a gazdaságpolitikát eladja a társadalomnak.

„Az egyéni szabadság követelése elsősorban azon a belátáson alapszik – állítja Hayek –, hogy tudásunk elkerülhetetlenül véges. Arra törekszünk, hogy az egyént lehetőleg minden kényszertől megóvjuk, hogy különleges esetenként egyedülálló ismereteit és képességét a legjobban használni tudja. A szabadság célja tehát, hogy valaminek, aminek a dolog természetében rejlő előreláthatatlanság a lényege, szabad érvényesülést engedjünk: nem tudhatjuk, hogy az egyed a szabadságát hogyan fogja használni, ezért olyan fontos, hogy a szabadság mindenki számára biztosítva legyen, sőt annál fontosabb s előreláthatatlannabb, hogy a szabadsággal élni tudunk-e.” /32./

A szabadság korlátlan lehetőséget ad személyek gyarapodásához, cégek, vállalatok termelési lehetőségeinek korlátlan kiterjesztéséhez, egyezően a gazdasági növekedéshez, a profit emeléséhez. Egy „teljesítményarányos rendszer pedig él is lehetőségeivel, a személyek és az infrastruktúra maximális csúcson járatásával”.

A neoliberais eszmerendszer hátrányainak népegészségügyi bizonyítékai

A felnőttek társadalmi beilleszkedése mellett (1 millió alkoholista, 150 ezer drogos, 4000 öngyilkos, 20% depressziós) drámai jelenség a gyermekek sorsa.

A gyermekpszichiátriai betegek kezelésére nincs megoldás ma Magyarországon. A rászorulók az ország nagy részén egyáltalán nem kaphatnak segítséget. Legalább háromszor ennyi gyermekpszichiáterre és még ennél is több férőhelyre volna szükség ahhoz, hogy a pszichés zavarokkal küzdő, kórházi ellátásra szoruló gyermekek megfelelő segítséget kapjanak. Napjainkban Magyarországon a gyerekek 15%-ának vannak pszichés problémái, 5-6%-uk kórházi kezelésre szorulna. Eközben országsszerte mindössze hat gyermekpszichiátriai osztály működik. Ezek többsége viszont nem alkalmas a súlyosabb esetek ellátására, például a gyermekkori depresszióéra, a pánikbetegségére, a táplálkozási zavarokkal küzdőkére. Dr. Herczeg Ilona, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet gyermekosztályának főorvosa hozzátette: „az egész országban mindössze 33 gyermekpszichiáter dolgozik. Még szakmai kollégiuma sincs ennek a területnek. Évről évre több gyermek szorul kezelésre. Az osztályuk túlszűfolt, gyakorta előfordul, hogy súlyossági szempontból állítanak föl sorrendet arra vonatkozóan, hogy kit vesznek föl és kit nem.”

Csorba János pszichiáter statisztikái szerint a serdülők 50-60%-a foglalkozott már az öngyilkosság gondolatával.

A fiatalok 15%-a 25 éves koráig meg is próbál véget vetni az életének. Negyven százalékuk többször is. Csorba János szerint inkább az ambuláns rendelők hiánya okoz komoly gondot, hiszen itt lehetne még időben felfedezni a bajt. Mindaddig azonban, amíg a megyéket ellátó kórházakban a felnőtt pszichiátriai osztályokon is létszámhiány van, miben bízhatnak a szakemberek?

A helyzet a szenvedélybeteg gyermekeknél még szomorúbb: nekik semmilyen gyógyító intézményük sincs, miközben számuk, amely a szakemberek szerint több ezerre tehető, az utóbbi időben megsokszorozódott. Még a fővárosi gyermekkórházak sem tudják kikúrálni a drogos, alkoholista fiatalokat. Önálló ellátó helyük nincs, a hagyományos kórházi osztályokon pedig a társadalombiztosítás csak kétheti

kórházi kezelést engedélyez számukra. A szakemberek attól tartanak, hogy rövid időn belül robbanásszerűen emelkedhet majd elsősorban a drog- és alkoholbeteg gyerekek száma. /33./

A liberalizmus ellen szól, hogy eleve különbözőeknek születünk, mások a génjeink, testi-lelki adottságaink, így már az indulás pillanatában az esélyeink. Akiben több az adrenalin és a tesztoszteron, nyilván ügyesebb kézilabdás lesz, aztán akad, aki szublimálja szexuális energiáját. Az abszolút esélyegyenlőség klónszelektált (tehát genetikailag azonos) egyedeket feltételez, tehát abszurd. A szabadságnak és demokráciának azt kellene jelentenie, hogy ki-ki a saját lehetőségeit valószínűsíthassa meg életében, s az eredményeket ne rangsoroljuk. Ezzel szemben kontraszelekció zajlik, a törtető, erőszakosak javára.

Szerkezetátalakítás az egészségügyben: a média támogatása

A globalizáció előretörése nem lehetett volna ilyen sikeres a hatalmas médiatámogatás nélkül, amely a folyamatot olyan ellenállhatatlan történelmi törvényszerűségnek mutatja be, mint Marx a társadalmi rendszerek fejlődését, azzal a különbséggel, hogy a végállomás nem a kommunizmus, hanem a globális kapitalista világgazdaság.

A nagy gyógyszergyártó cégek már nemcsak az orvosokon keresztül próbálják befolyásolni a betegek „egészségkiadásait”, hanem a média minden eszközén keresztül. „Jelentős mennyiséget vásárolunk persze a recept nélkül is beszerezhető gyógyszerekből, amelyekből aztán sokat fel sem használunk. A házi patikákban a maradék gyógyszerek, elsősorban is az antibiotikumok mellett egyre több ilyen orvosság található – állítja a családi patikák vizsgálata alapján Simon Tamás a SE kutatója. Olyan láz- és fájdalomcsillapítók, nyugtatók, vitaminok ezek, amelyek beszerzésénél a hagyományok mellett a reklámok hatása egyértelműen érezhető.”

Hozzáténném, hogy a gyógyszerek nevének kiejtése nélkül, a vényköteles, 10-50000 Ft értékű gyógyszerek betegek általi igénylése rafinált, sokszor napilapok egész oldalas hirdetésein át eljut a felíró orvoshoz, öt sarokba szorítva (depresszió, reuma, csonttritkulás ellenes szerek, vérsírcsökkentők, az Alzheimer-kór gyógyszerei).

A reklámszakma bevételei Magyarországon a 2001. évben az inflációt meghaladva, mintegy 16%-kal bővültek. A klasszikus reklámbe-

vételek évente mintegy nettó 115 MRD Ft-ot tesznek ki, míg összességében a PR-ral, a direkt marketinggel és a rendezvényszervezéssel ez az összeg elérheti a 200 MRD Ft-ot, beépülve a termékek – köztük a gyógyszerek árába.

„A neoliberais gazdaságpolitika nemcsak a fejlődő országokat, hanem a fejlett országok széles társadalmi rétegeit is sújtja. Amióta a 70-es évek közepén a neoliberalizmus lett az uralkodó gazdaságfilozófia, az Egyesült Államok lakossága 60%-ának nem nőtt a reáljövedelme annak ellenére, hogy évente ledolgozott munkaórák 160 órával (egy teljes hónappal) növekedtek. Nyolc amerikai közül egy – tehát mintegy 30-33 millió ember – a szegénységi küszöb alatt él, és 45 milliónak nincs egészségbiztosítása. A minimális bérek reálértéke 22%-kal alacsonyabb, mint 1968-ban.” /31./

A teljesítményarányos finanszírozás az egészségügyben a szakemberek szemével

Hogyan is fogalmaz Nagy Pongrác? „...Globális játékkaszinóvá alakul a pénzügyi rendszer ... aminek nincs köze a valós gazdasági tevékenységhez ... a pénzügyi forgalom megnövekedése...”

Az alábbiakban illusztrálom, hogy a magyar „teljesítményarányos finanszírozás” szinte édesgyermek a fentieknek. Már előbb írtam, hogy az egészségügyben az egészséges populáció a teljesítmény, az ellátott esetek és azok dokumentálása kizárólag statisztikai-tervezési (stratégiai) célok szolgálatában szabadna állnia. Favorizált HBCS-k, vizsgálatok száma nagyságrendekkel emelkedik, hogy finanszírozási forrást áramoltasson a szolgáltatókhoz, tényleges teljesítmény nélkül. Mindenki csal, rabló-pandúr játék folyik.

„A HBCS kódolása is felfelé irányuló pörgetést mutat az elmúlt 2-3 éves időszakban. E mögött is sejthető, hogy nem áll szakmai indok, illetve a morbiditás változása sem okozhat ilyen gyorsan valós betegforgalmi változást. Tehát itt is a teljesítményrendszer kilengéséről van szó. Az intézményi toplista sem tár elénk semmiféle progresszivitást, amely indokot adna az intézmények besorolási szokásaira.

A lakosságszám aránya szerint a teljesítményeknek arányosságot kellene mutatniuk, de sajnos itt inkább arról van szó, hogy néhány megye, néhány kórház észrevette ezeket a kiskapukat, amelyeket próbál-

nak kihasználni, amíg az OEP a kódkarbantartás rendszerén keresztül el nem éri ezek megszüntetését.

Az egész szakellátási finanszírozási rendszerben az OEP energiájának jelentős részét ez az egyfajta »rabló-pandúr játék« köti le. Ebből eredően jóval kevesebb idő és energia marad a rendszer érdemi, minőségi és hatékonysági alapú monitorozására.” /34./

Hogyan vélekedik a teljesítményarányos finanszírozásról a Soproni Erzsébet Kórház 5 éves Fejlesztési Programja?

„Makrogazdasági szinten az egészségügy financiális helyzetét a költségvetés szabályozza. Az utóbbi években – a finanszírozási törvény bevezetése óta (1992) – az egészségügyben teljesítményorientált finanszírozás létezik, amely összeegyeztethetetlen az intézmények nonprofit jellegével. A teljesítményorientált finanszírozás keretében az Európa-szerte ismert HBCS (DRG) alapján történik a fekvőbeteg-ellátás teljesítményelszámolása és finanszírozása, míg a járóbeteg-ellátásban németpont szerint finanszíroznak. Mivel központosított finanszírozás zajlik, az igazságosság elve nem érvényesül, az egészségügy szerepe a minél több beteg ellátására korlátozódik.

Ennek a finanszírozási rendszernek egy fontos előnye van, hogy költségtakarékosságra kényszeríti az intézményeket, de túlnyomórészt hátrányos, mert a teljesítményorientáltság összeegyeztethetetlen egy humanitárius tevékenységgel, ahol emberekről van szó és nem egy termékről, másrészt a finanszírozás csökkenése miatt önmagába fordul vissza a költségtakarékosság.” /35./

„Az ún. teljesítményfinanszírozás bevezetése a legidőállóbb tévedés (kártett?) volt. A komputertechnikába beleszerelmesedett dilettantizmus – óriási bürokráciát gerjesztve – meg akart (akar) »mérni« mindent (millió ellenőrizetlen, mert ellenőrizhetetlen »adattal«), csak a minőséget hagyta, hagyja figyelmen kívül. Azt, ami az egészségügyi teljesítménynél mind orvos-szakmai, mind közgazdasági, szociológiai nézőpontból egyaránt a legfontosabb.

A háziorvosokat a kártyacsatákban elért »teljesítmény« alapján díjazták. Annál jobban, hogy ki – nem az a fontos hogyan, hanem hány-szor »vitézkedett« a szakvizsgabizottságok előtt. Ám az, hogy a háziorvosi feladatait hogyan látja el, ellátja-e kellő tisztességgel, szakmai hozzáértésén túl emberi hozzáállásával, egyáltalán alkalmas-e erre,

homályban marad. A mennyiség dominál a kórházakban is. A kórház – az ágyszám és a jól-rosszul definiált hierarchia alapján dotált – »kódszám«, az orvos – gombnyomásra azonosan működni kész és képes (?) – »robot«, a beteg – a homogén esetek valamelyik csoportjába skatulyázható – »tömegesség«.

Ebben az agyonnormásított »falanszter-finanszírozás«-ban nem járt jobban az ökonómia sem. Joggal vethető fel: hogyan képes gazdálkodni az a szervezet, amely soha nem tudja, hogy mai költségeire milyen összegben kap majd – több hónapos késéssel – fedezetet. Mert nem ismeri (ismerheti), hogy az egyre gyakrabban változó és egyre komplikáltabb képletek, pontszámok, szorzók dzsungelében hogyan csinálnak más szervezetek (is), és miként honorálja ezt az igyekezetet – az állandóan lebegtetett »értékek« alapján – az oly távoli biztosító. Revizor legyen a talpán, aki ki tudja deríteni, hogy egy-egy intézmény likviditási gondját (csődjét, csődközelségét) mi okozza: a finanszírozási rend használhatatlansága, az igazodni képtelen menedzsment alkalmatlansága, netán a túlfeszített kapacitáshoz való makacs ragaszkodás?

Ez a velejéig antihumánus és antiökonomikus finanszírozási rend kriminálisan rossz. A jelző tudatos választás. Ez a »rend« ugyanis gyakran sodorja – nemcsak az egyik oldalról (a gazdálkodók oldaláról), de még a pénzeszsákon ülők köréből is – a résztvevőket a tisztességtelenség, a nemtelenség, az adatokkal való manipuláció és a csalás, a megvesztegetés vagy a megvesztegetettség, végül is a kriminalitás körébe tartozó cselekvések határáig, vagy azon is túl.” /36./

A monetarizmus a differenciálódás határtalanságát valósítja meg, és ezzel lényegében azt, hogy az ember van a gazdaságért, és nem fordítva. A monetarizmus ezzel megfordítja a dolgok lényegében rejlő kauzalitásokat: az ok és okozati összefüggéseket. A szükséglet kielégítése lenne a gazdaság célja, és nem pedig egy még csak körvonalai-ban sem behatárolt egyéni érdekből fakadó pénzgyűjtés; a gazdaság célja a sokrétű motivációkból adódó szükségletek kielégítése, nem pedig kiváltságosan egy hajtóerő érvényesítése azon keresztül, hogy a szükséglet kielégítésének indokoltságát minden esetben az örömszerzésre való alkalmasságból vezeti le. /32./

Ezzel paralel: a magyar finanszírozási rendszerben a beteg van a teljesítményért, nem pedig a kórház a betegért.

Az orvostika alappilléret mindmáig a hippokratészi eskü képezi. „A betegem életrendjét a legjobb tudásom és ítéletem szerint hasznosan írom elő.” A gyógyítás ezen betegközpontúsága a „legfőbb törvény”, ami ha megkérdőjeleződik, a lényeg vész el.

A ma orvoslásban a gyógyítás ezen betegközpontúságát mégis bizonyos tényezők veszélyeztetni látszanak.

A Soproni Kórház 1998–2002 közt érdekeltségi rendszert vezetett be a legjobban teljesítők elismeréseként.

Ugyanúgy, ahogy értelmetlennek látom a privatizációról beszélni addig, amíg az egyes teljesítményeket nem valós költségükön számol el az OEP, és ezeket a pontértékeket – ha azok extrém módon elszaladnak – tetszése szerint törli, adott esetben felezi, ugyanúgy értelmetlennek tartok bármiféle „ellátott darabszámon” alapuló elismerést. Mint máshol hangsúlyoztam, az egészségügyi szolgáltatók teljesítményén én a populáció minél jobb (javuló) mutatóit értem, tehát hogy mennyivel nőtt a születéskor várható átlagéletkor, hogyan csökkent a csecsemőhalandóság etc. Persze az adatok számolására is szükség van, de statisztikai-stratégiai szempontból, illetve a költség–fedezet hozzárendelése, tehát a konkrét finanszírozás céljából. Véleményem szerint az orvosi etikának ezen a területen a következő fundamentumon kellene állnia: *mindenkit kötelező ellátni, aki rászorul, és senkit nem szabad túl- vagy félrekezelni, pusztán a teljesítményfokozás kedvéért, s hogy milyen szinten kell kezelni, arra adnak választ az egészségnyereség-, költséghatékonyság-elemzések, gyógyszer-utilizációs vizsgálatok.*

A racionális gyógyszergazdálkodás és a durva gyógyszerpromóció harca

László Csaba jelenlegi pénzügyminiszter reformelképzelései: „Világosan kell látni, hogy az egészségügy speciális terület, amennyiben itt létezik az indokoltnál jobb ellátás fogalma. Minden egészségügyi ellátásnál van jobb, modernebb és hatékonyabb, de az állam, illetőleg a társadalombiztosítás soha nem volt, és soha nem is lesz abban a helyzetben, hogy minden járulékfizetőnek a széles e féltekén ismert legjobb ellátást nyújtsa, hiszen a legújabb gyógyszerek és ellátások ahhoz túlságosan drágák, hogy mindenki számára hozzáférhetőek legyenek. A feladat tehát az, hogy a magyar egészségügy mindenkor azt a lehető

legjobb megoldást biztosítsa a betegek részére, ami minden hasonló betegségben szenvedő számára elérhető és finanszírozható.” /39./

A kilencvenes évek végén terjedt el a teljesítménypremixálás még háborzongatóbb módja a Soproni Kórházban: minden egyes fekvőbetegért a beutaló, illetve az osztályt vezető főorvos 5000-5000 Ft-ot kapott lehetőleg számla ellenében a járóbeteg-ellátáshoz képest magas finanszírozású HBCS-n alapuló fekvőellátás-térítésből. (Itt 100 000 Ft kb. 10%-os motivációjáról volt szó). Fel is háborodtak a főnövérek értekezletükön: ők és a beosztott orvosok miért nem kapnak, hiszen a tényleges munkát ők végzik, nem pedig a felhajtók. Talán ez a visszasság is hozzájárult a betegek és orvosok nagyarányú elvándorlásához.

A kórházi teljesítmények maximuma nemcsak a pénzügyi oldalon rendítette meg az érdekeltségi rendszer hatékonyságát, hanem humán oldalról is erős kétségek merültek fel (stagnálás időszaka). Ezen időszak alatt a rentabilitást mindig 1-1 meghatározó szakma fejlődése biztosította. /40./

„A gyógyítás gyakorlatát egyre inkább áthatja egyfajta merkantilista szemlélet, amely a finanszírozással szorosan összefügg. A járóbeteg-ellátásban alkalmazott elszámolás a diagnosztikus, terápiás beavatkozásokat nem a valós költségükön számolja el, hanem bizonyos eljárások nyereséget, mások ráfizetést »termelnek«. E tényből adódóan elvben lehetőség teremődik arra, hogy egyes beavatkozásokra azért kerül sor, mert bevételt eredményeznek, másokra azért nem kerül sor, mert deficitet szülnek, egyszóval megtörténhet, hogy bizonyos vizsgálatok, eljárások indikálásában nem az adott beteg érdeke az elrendelés alapja, hanem a pénzügyi érdekesség. Az adott finanszírozási rendszerből adódó csábítások háttérbe szoríthatják a szakma szabályait. A beteggyógyítás helyettesíthető az intézményfinanszírozással, elvben és gyakorlatban egyaránt.

Mindez egy olyan gyakorlatra ösztönözhet, amelynek során az intézeti tartózkodás alatt lebonyolított beavatkozások számát lehetőleg a minimumra próbálják csökkenteni, a programozható vizsgálatokat pedig vagy a prae- vagy a posthospitális periódusban igyekeznek elvégezni. Igaz, hogy társadalmi méretekben a költségek számottevően megszorodhatnak (munkaidő-kiesés, utazások, dupla elszámolás le-

hetősége), nem beszélve a beteg számára elkerülhetetlen többletterhelésről és az ezzel járó kellemetlenségekről.

Mindezen – a minél jövedelmezőbb finanszírozással kapcsolatba hozható – ügybonyolítás kialakított egy újfajta »gyógyító« magatartást, valamint – ezzel összefüggésben – az intézmény által esetenként nyilvánosan is támogatott, új típusú »jó orvos« képet, amely fogalmaknak a szakmaisághoz nem sok köze van. Nyilvánvaló, hogy a hipokratészi eskü betegcentrikus alapelvét a fent részletezett potenciális gyakorlat alapvetően veszélyeztetheti.” /41./

Egy megoldási lehetőség: a gyógyszer-utilizáció

Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint a gyógyszer-utilizáció fogalma: „A gyógyszerek forgalomba hozatala, elosztása, rendelése és felhasználása egy adott társadalomban, különös hangsúllyal annak orvosi, társadalmi és gazdasági következményeire” (WHO, 1977). A szoros értelemben vett gyógyszer-utilizáció a forgalomba hozatalt és elosztást nem foglalja magába.

A gyógyszer-utilizáció célja: a gyógyszerhasználat jelenlegi helyzetének, fejlődési trendjének és időbeli alakulásának követése, amelynek eredménye a korszerű, azaz hatékony és biztonságos, ugyanakkor gazdaságos gyógyszerterápia elősegítése.

A gyógyszer-utilizációs elemzések célja tehát lényegében kettős: egyrészt egészségügyi, másrészt gazdasági. Az egészségügyi szempontokat előtérbe állító utilizációs munkák az alábbi kérdések köré csoportosíthatók:

- gyógyszerkészítmények indokolatlanul nagy felhasználása (a vizsgálatok hatástani csoportokra, kiugró felhasználást mutató készítményekre, speciális gyógyszerekre irányulnak, pl. pszichotrop gyógyszerek, vitaminok, antibiotikumok);
- gyógyszerkészítmények indokolatlan mellőzése (az egyes terápiás iskolák gyakorlatának elemzése);
- nem várt terápiás káros mellékhatás vagy gyógyszerkölcsonhatás felismerése és az erre irányuló szélesebb körű vizsgálat elvégzése,
- egy-egy betegségcsoport gyógyszeres terápiájának vizsgálata (első-sorban krónikus betegségekre irányul, célja a gyógyszeres terápiás

felhasználás során nyert újabb információk hasznosítása, egységes terápiás elvek megfogalmazása);

- fekvő- és járóbeteg-ellátás gyógyszerterápiás gyakorlatának elemzése.

A gazdasági szempontok szerint szervezett utilizációs munkák az alábbi kérdések köré csoportosíthatók:

- az egyes készítmények felhasználásának elemzésén keresztül a gyógyszeres terápia hatékonyságának gazdasági kihatásai (betegség időtartamának lerövidítése, bizonyos gyógyszerek gyártásának beszüntetése stb.);
- a gyógyszerészükséglet tervezése globálisan, értékben és az egyes gyógyszerkészítmények vonatkozásában.

Az egészségpolitikai megfontolásoknál az ésszerű költségcsökkentés lehetőségét, a gazdaságosság szempontjait sokáig elhanyagolták. A gazdasági kérdések túlzott hangsúlyozása természetesen továbbra sem lehet az egészségügyi cselekvések meghatározója, de a körültekintő, gondos gazdálkodás – az egészségügyi szempontok alapvető érdekében is – szükségzerű.

A gyógyszer-utilizációs vizsgálatok jelentősége az alábbiakban foglalható össze:

- lehetőség nyílik egy adott gyógyszer esetén farmakoökonómiai vizsgálatok, pl. kockázat-haszon összefüggések elvégzésére;
- adott gyógyszeres terápia relatív és abszolút hatékonysága és biztonsága megítélhető;
- elősegíti az újabb vizsgálatterületek kijelölését, segítséget nyújtanak a bejelentett nem kívánt mellékhatások és gyógyszerkölcsönhatások gyakoriságának és jelentőségének elbírálásához;
- lehetőség nyílik az információs és szabályozó mechanizmusok hatásának mérésére;
- lehetőséget biztosítanak a gyógyszerválaszték, gyógyszerellátás és gyógyszerelosztás programozásához, valamint a társadalom távlati gyógyszerészükségletének tervezéséhez. /37./

Pl. az osteoporosis (csonttritkulás) kezelése esetén extrém alacsony csont ásványianyag-tartalom mellett menopausában levő nőknél 1 csont (pl. gerinc csigolya) törésének, összeroppanásának az elkerülése egy favorit gyógyszerrel 30 millió Ft-ba kerül (Therapeutic Letter, 1997).

Ez csak a gyógyszer ára, ehhez jön még a vizsgálatok, gépek, infrastruktúra, munkaerő költsége. Nem véletlenül figyelmeztetnek professzoraink, hogy nem biztos, hogy azt kezeljük, amit kellene és azzal, amivel kellene, pl. az esések számának csökkentésével, ami hasonló törési kockázatsökkentő hatású. Másrészt, egy törés elkerülése nem örök érvényű, csak azt jelenti, hogy a törés bekövetkezte az idő függvényében (az ún. törési ráta) kétszer annyi év múlva következik be. Lehet, hogy genetikai vizsgálatokkal kellene kiszűrni az eleve törésre hajlamosokat, majd a megelőzésre koncentrálni életmódbeli tényezőkkel, amit megfelelő Ca- és D-vitamindús táplálkozás és csonterősítő tréning jelentene.

Fenti adatok a következőképpen állnak össze: egyáltalán nem biztos, hogy akit kezelünk, gyógyszer nélkül valóban csonttörést szenvedne el élete későbbi szakaszában, továbbá akiket kezelünk, egyáltalán nem biztos, hogy kezelése mellett nem következik be csonttörés, aki hajlamos rá (genetikailag predesztinált rá és életmódjával is „elősegíti”), annál biztos bekövetkezik, csak időben később.

Elemzők kiszámították, hogy a törési kockázat, a törési ráta felére való csökkentéséhez 100 beteget kell kezelni 3 évig. Ilyen értelemben „kerülünk el” egy törést, pontosabban toljuk ki időben a betegek (emberek) bizonyos hányadánál. Ha abból indulunk ki, hogy Magyarországon 1 millió ember szenved csonttritkulásban, ezek a „legjobb” gyógyszerrel való kezelése így 100 milliárd Ft lenne, ami a 2003-as TB-büdzsé teljes gyógyszerkasszájához (240 MRD) viszonyítva abszurd. Egyébként a valóságban a betegek egy tizedét kezeljük. Maradjunk annyiban, hogy a gyógyszercégek nem a magyar költségvetéssel foglalkoznak, nekik igen sokat megér, hogy minél több betegnek írják fel a gyógyszert. Nem is várható el tőlük, hogy ők keressék meg a legrászorultabb beteget, aki a legnagyobb haszonnal fogadja a gyógyszert, ez a szakma, diszciplína irányítóinak és gyakorló orvosainak a feladata (lenne). Ha elfogadjuk, hogy itt egy jó gyógyszerről van szó, mindenképpen határt kell húznunk: egy kritériumrendszer szerint meg kell határozni, hogy az ország a teljes gyógyszerátogatási keretéből áldoz-e, közelítően (arányaiban más kórképek terápiájához) mennyit, kiket és milyen súlyos állapotokban kezel.

Ezen alapelv (mely időről időre aktualizálódhat) szerint etikátlan lesz majd nem kezelni a beteget, és ugyancsak etikátlan kezelni nem rászorulókat. Jelenleg efféle szabályozásnak még csíráit is csak elvétve látni Magyarországon; a csontritkulás esetében pl. olyan alacsonyán húzták meg a gyógyszer felírhatóságának kritériumát (indikációját), hogy az csak kevéssé szűkíti a betegek körét.

Az Angol Orvosi Kamara egyik etikai vezérelve: a feleslegesen elköltött forrásokkal másoktól (rászorultabb betegektől) vesszük el a gyógyulás lehetőségét.

A krízis jelei a közösségi döntési rendszer ignorálása miatt?

Egyes szociálpszichológiai irányzatok szerint, ahogy az egyén krízisbe kerülhet a megnövekedett terhek, feszültségek hatására, ugyanúgy egy ország is átélheti a talajvesztettség állapotát. Széles körben ismertek már mind az okok, mind a tünetek. 40 év mesterséges izolációja után az elmúlt 10 évben most már a valóságban is mindenki rácsodálkozhatott a nyugati fogyasztói társadalmak áru- és szolgáltatásbőségére, anélkül is akár, hogy külföldre utazott volna: a plázák, a média, mikro környezetünk milliomosai-milliárdosai, ugyanakkor a munkanélküliség riasztó réme, a fagyhalál az utcákon, a szegénység, a devianciák rohamos terjedése, „globális” félelmek a ráktól, a környezetszennyezéstől, időjárás katasztrófáktól, a víz- és élelemhiány, állatfajok kipusztulása, újabb és újabb fertőző betegségek, mint az AIDS, EBOLA, SARS, Kreuzfeld-Jakobs, pártok értékelése nélkül Varsói szerződés helyett NATO, KGST helyett Közös Piac, a vallás tagadása helyett új vallási örületek és szekták, a normális szexualitás helyett a perverzciók korlátlan kiélése, az alkohol és a dohányzás mellett a kábítószer megjelenése, gyermekeink körében az olvasási és számolási nehézségek az információáradat ellenére (vagy következtében), gyáraink eltűnése. A gazdasági életünk, a termelés külső fundamentumokra való helyezése, a tőzsdei kereskedelem megjelenése, bankok gombamód történt elszaporodása és csődjei, üvegseb-program (amennyiben már a szalmazsák adatai sem lehetnek titkosak), érettségi, nyelvvizsga, egyetemi diplomák vétele az ócskapiacra, 50 milliós orvosi műhibaperek, adatvédelem és átláthatóság, esélyegyenlőség deklarálása, de sosem látott polarizáció, túltermelési válságok és nyomor, szaporodás helyett abor-

tuszok, ugyanakkor a 15-ök kétségkívül nagyságrendekkel magasabb életszínvonalra, mindemellett a nyugat gazdasági kudarcai: a recesszió, nyugdíjasok hőmpölygő sztrájkoló tömegei, a közösségi és lakossági szintű eladósodottság, a most már kötelezően előírt felzárkózás során a bennünk kialakuló elégtelenségérzések nyelvtudást, pályázati megfelelést, viselkedést, hovatartozást illetően mind-mind megannyi évtizedes feldolgozási időtartamot követel, úgy, hogy fogódzkodó, segítség nem áll rendelkezésünkre, jóformán semelyik korosztálynak sem. Sőt öngyilkos lesz a pszichiáter, a papok pedofiliájáról olvashatunk, lassan orvosi vény nélkül kaphatók az orvosságok a szupermarketek polcain, az orvosok felhagynak eredeti gyógyító szakmájukkal és ügynököknek, a pedagógusoknak félniük kell a gyermekek és szüleik jogi és egyéb fellépésétől, a 60 éves egykor népszerű színésznő hajnalonta a kukákat járja nylonzacskókkal, múzeumokat, színházakat zárnak be. Utóbbiak a közösségi élet rekvizitjei, szereplői, a társadalom védelme érdekében biztos pilléreként kellene funkcionálniuk, így az egészségügyben igaz, hogy a „magán-, a piaci alapon nyújtott egészségügyi szolgáltatás elérheti a Pareto-optimumot, de a lakosság azon része számára, amelynek nincs biztosítása és szegény, azaz nem tudja megfizetni e szolgáltatásokat, nincs mód e szolgáltatások igénybevételére. Ez a legfontosabb magyarázata annak, hogy a kormányok növekvő szerepet vállalnak az egészségügy ellátásában. A modern társadalmakban – hasonlóan az oktatás kérdésköréhez – széles körű egyetértés alakult ki abban, hogy tekintet nélkül a jövedelmi helyzetére, senki sem zárható ki a megfelelő egészségügyi szolgáltatások köréből, azokhoz mindenki számára biztosítani kell a hozzáférhetőséget, a hozzájutás nem függhet pusztán a jövedelmi helyzettől. Azaz mindenkinek meg kell adni a jogot egy bizonyos egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez. Ez a speciális egalitáriánus felfogás, ami szerint, ha választani, dönteni kell, azt nem a vagyoni helyzet alapján kell megtenni, hanem más kritériumok alapján, például az életkor, vagy aszerint, hogy mekkora a valószínűsége a sikeres operációnak.

Az előbbieknél az a következményük, hogy

- a közösség, az állam az egészségügyi szolgáltatások sokaságát biztosítja, és
- széles körűen szabályozza az egészségügyi szolgáltatást.

Az ellátást illetően az állami részvétel lehet közvetlen és közvetett, illetve ezek bizonyos kombinációja.

A közvetlen állami részvétel alapvető formája a kötelező állami egészségügyi biztosítási rendszer kiépítése. Ez minden állampolgárnak biztosítja az egészségügyi szolgáltatást, és finanszírozása a kötelező egészségügyi hozzájárulás alapján történik. E hozzájárulást a munkavállalók és munkáltatók fizetik be a biztosítási alapba és a bérek %-ában állapítják meg.

A közvetett részvétel adókedvezmény formájában történik. Az egészségügyi kiadásokat levonhatják az adóalapból. Ezek a kiadások lehetnek a magán-egészségbiztosítóknak befizetett biztosítási díjak és egyéb egészségügyi kiadások, például fogászati kezelés költségei. A kombinált megoldás alkalmazása azt jelenti, hogy a kötelező állami biztosítás mellett lehetővé teszik a magánbiztosítók működését is, továbbá az állami biztosítási rendszer nem fedez minden szolgáltatást, illetve ahol az állami biztosítási rendszer nem létezik, ott is bizonyos minimális szolgáltatásokat állampolgári jogon nyújtanak, továbbá az állam jelentős fejlesztési, beruházási támogatásokat ad, például kórházak létrehozásához, egészségügyi szakemberek képzéséhez.

Az egészségügy alaplétesítményeinek (kórházak, járványügyi és mentőállomások) létrehozása, korszerű eszközökkel történő felszerelése ugyancsak hatalmas és lassan (esetenként meg sem) térülő beruházásokat igényelnek. Így az egészségügy ezért is társadalmi ügy, de azért is, mert hiányának bizonyos esetei (például fertőző betegségek) mások egészségét is veszélyeztetik, továbbá a lakosság egészségügyi állapota alapvetően meghatározza az ország gazdasági teljesítőképességét. Az állam szerepvállalása az egészségügy tekintetében is országonként különböző. Minden országban érvényesül azonban az, hogy az állam feladata a közegészségügyi teendők ellátása (járványok, népbetegségek megfékezése), továbbá az állami szociálpolitika részeként bizonyos minimális (például életmentés, balesetellátás) egészségügyi szolgáltatások biztosítása, valamint az egészségügyi intézményrendszer állami felügyelete.” /72./

Nincs haladék

„Nincs haladék. A Központi Statisztikai Hivatal elemzéseiből kitűnik, hogy 1929-33-as világgazdasági válság idején a Magyarországon élőknek jobb életkilátásuk volt a mai, demokratikus viszonyok, jobb jövedelmi körülmények között élőkhez képest. A KSH adatai szerint 2000-ben 135 ezernél többen veszítették életüket, és mindössze 97500 volt az élveszülés. Évente Mohács lakosságával megegyező számú honfitársunk hal meg különféle daganatos betegségekben, s ennek kétszerese a különféle szív- és érrendszeri halálozás.

S ha elfogadják az Egészségügyi Világszervezet megállapítását, hogy a lakosság egészségi állapotáért csak mintegy 10%-ban tehető felelőssé a gyógyító intézményrendszer – a fennmaradó 90%-ért a környezeti hatások, a szociális helyzet és az életmód a felelős –, kiemelten fontosnak kell tartani a népegészségügy javítását.”

Nincs haladék – állítja Nógrádi Tóth Erzsébet. Politikusaink, vezetőink tisztánlátásának hiánya, felelőtlensége, kapzsisága, marakodási hajlama visszafordíthatatlan folyamatok elindítójává, baljós jövőkép testünkbe-lelkünkbe implantálójává lett.

Irodalom:

1. Dr. Mihályi Péter – Dr. Pete Péter: A közösségi döntések problémái az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39, 4, 309-315.
2. Prof. Dr. J. Dézsy: Mi az egészségünk értéke? Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 4, 316-323.
3. Wayne Ellwood: A globalizáció. HVG Kiadó Budapest, 2003.
4. Gyógyszeres fegyvergyártó. Népszabadság, 2003. 05. 27.
5. Fadgyas Gábor: Van remény az egészségügy forrás bővítésére. Népszava, 2001. 01. 23.
6. Tomka János, Hollóközi Béla, Ruzsányi Tibor: Kulcs a Világbanki forrásokhoz. Kórházi informatika, 1997, 4 (6)
7. Varga Attila: Lezárult a Világbanki program. Egészségügyi Menedzsment, 2000. 10. 42-43.
8. Régölyi Pálné: Kórházi információs rendszerek a Világbanki Projekt tükrében Kórházi informatika, 2000, 7, (8)
9. Dr. Bulkáni László: Kockázatkezelés a Világbankhitelből fedezett KTI Rendszerfejlesztési Program során. Kórházi informatika 1997, 4, (12)

10. Tinnyei Mária: Világbanki hitel a sürgősségi rendszerre
11. Komornik Vera: Új cél a sürgősségi betegellátás. Népszabadság
12. Tinnyei Mária: Világbanki kölcsön az egészségbiztosításra. Népszava
13. Sóvári Mónika: Késő van az egészségügy radikális átalakításához. Népszava 1999
14. Dr. Elke Atzler: A globalizáció mint kihívás a genfi székhelyű nemzetközi szervezetek részére. Közlemények. 2002. 05.
15. Az IMF csomagot sürget. Magyar Nemzet 2003. máj. 10.
16. Forrásadót is javasol az IMF. Magyar Nemzet 2003. máj. 13.
17. Csehák alapítványi elnökként folytatja. Népszabadság, 2003. 09. 04.
18. Haiman Éva: Egy politikus legyen optimista. Magyar Hírlap, 2003. 09. 29.
19. Haiman Éva: Drágul az olcsó gyógyszer. Magyar Hírlap 2003. 10. 28.
20. Intenzív segélykiáltás gumikesztyűért. Népszabadság, 2003. 07. 31.
21. Danó Anna: Kevesebb lesz a táppénz? Népszabadság, 2003. 10. 15.
22. Élő Anita Táppénzcsalódás. Válasz. 2003. 10. 24.
23. Nagy N. Péter: A betegségek reménye. Népszabadság, 2003. 07. 10.
24. Rádi Antónia: Százalékot kértek. HVG. 2003. 07. 19. (89)
25. Czirják, Haraszi, Tábori: Prioritásokat is érint a takarékoskodás. Magyar Nemzet 2003. 07. 9.
26. Haiman Éva: Gyógyszereket a rászorulóknak? Magyar Hírlap 2003. 11. 4.
27. Zivkovic Natália: ÁSZ-kritika az egészségügyi büdzsének. Magyar Nemzet 2003. 11. 12.
28. Kun J. Viktória: Felemás reformtervek. Népszabadság, 2003. 09. 18.
29. Horváth Gábor: Európai egészségi szakadék. Népszabadság, 2003. 08. 15.
30. Tóth Kata: A bezárás ellen küzd a Semmelweis egyetem. Magyar Hírlap, 2003. 09. 15.
31. Nagy Pongrác: Gazdaságpolitika. Nyugat-Magyarországi Egyetem, Sopron, 2001
32. Menyhay Imre: Adalékok Káin „esti meséjéhez”. Akadémiai Kiadó Budapest
33. Kun J. Viktória: Gyógyítatlan gyereklelkek, Népszabadság, 2003. 11. 14.
34. Dózsa Csaba: Az OEP finanszírozási elképzelései és egyéb „tévelygések”. Recept
35. Dr. Baranyai Tibor: A Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház Fejlesztési Program 2003-2008
36. Új finanszírozási filozófiát sürget az élet az egészségügyben. Recept, 1997.
37. Vincze Zoltán, Kaló Zoltán, Bodrogi József: Bevezetés a farmaökonómiába. Medicina kiadó Budapest, 2001
38. Danó Anna: Az OEP az orvosgyűrás ellen
39. Kerner Tamásné: Az egészségügyi igazgatás szerepe az egészségügyi gazdálkodásban, kiemelten az Erzsébet Kórházban. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2003. 06.
40. Szabóné Farkas Rita: Az érdekeltségi rendszer. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001
41. Dr. Simon Kornél: XXI. Század: A gyógyítás válsága?
42. Danó Anna: Napi több ezer pelenka 150 orvostól. Népszabadság, 2003. 11. 24.
43. Danó Anna: OEP kommandó a kórházakban. Népszabadság, 2003. 06. 12.
44. Zivkovic Natália: Sok az amputáció Magyarországon. Magyar Nemzet, 2003. 10. 29.
45. Zivkovic Natália: Csecsemők kóros súlycsökkenéssel? Magyar Nemzet, 2003. 11. 5.
46. Haiman Éva: Egyre több a fertőzés a magyar kórházakban. Magyar Hírlap, 2003. 06. 13.
47. Az univerzális gyógytea esete. Népszabadság, 2003. 11. 12.
48. Sok a kórházi fertőzés. Népszabadság, 2003. 06. 30.
49. Zivkovic Natália: Rekordkárterítés a biztosítótól. Magyar Nemzet 2003. 07. 8.

50. Nagy V. Rita: Véget vetnek az egyperces gipszelésnek. Magyar Hírlap, 2003. 08. 6
51. Nagy V. Rita: Mások zsebében turkálnak. Magyar Hírlap, 2003. 08. 5
52. Dobozy Pálma: Csapvíz is folyik a gyógyfürdőkben. Magyar Hírlap, 2003. 09. 1.
53. Hamish McRae: A világ kétezer húszban. AduPrint, Budapest, 1996
54. Dr. Vajda Dezső: Egy szuper és öt nagy. Magyar Hírlap 2003. 10. 14.
55. Nagy Gábor: Amerikai egészségbiztosítás, Beteg rendszer. HVG, 2003. 10. 11.
56. Alvin Toffler: Hatalomváltás. Európai Könyvkiadó Budapest 1993
57. Dr. Lentner Csaba: Magyarország Európai Unió csatlakozásának nyitott kérdései különös tekintettel a pénzügyi szektorra. Dr. Lentner Csaba: Tudományos értékeink – Sopron, 2001
58. Blahó Miklós: duzzadó hiány és adósság. Népszabadság, 2003. 10. 11.
59. A nap száma 4,3. Magyar Hírlap, 2003. 10. 17.
60. Farkas Zoltán: Borúban az igazság. HVG, 2003. 10. 13.
61. Dr. Lentner Csaba: Pénzügyi kihívások az ezredforduló Magyarországon
62. Az Európai Unió és Magyarország. Számlap
63. Commission Staff Working Paper on Health and Enlargement (SEC 99-713. June 1999)
64. Minikrach söpört végig tegnap a forint és állampapírpiacon
65. Szabó Eszter: Változatlan marad a jegybanki alapkamat. Magyar Nemzet, 2003. 12. 3.
66. Csákó Attila: Hiteltelen gazdaságpolitika. Magyar Nemzet, 2003. 12. 3.
67. Lőrincné Istvánffy Hajna: Pénzügyek Európában. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1996
68. Prof. Dr. Berentei György: orvos-beteg kapcsolat a XXI. század küszöbén. Orvostovábbképző szemle V. évf. 4. szám 1998. 07.
69. Ficzer Lajos – Forgács Imre: Magyar Közigazgatási Jog. Osiris Kiadó Budapest, 2001
70. Dr. Czibalmos Ágnes: az Európai Unióhoz csatlakozás hatása az egészségügyi ellátórendszerre. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39, 5, 4003-4
71. Balázs Judit – Ian Barnes – Fáy Péter Emese: Az Európai Unió. Sopron, 1999 (40-41)
72. Hoós János: A közösségi döntési rendszer. Aula, 2002
73. Csengei Gábor: Költséggazdálkodás és forrásallokáció az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003. 04.