



BÁN ANDREA
KÁOSZ
RENDCSINÁLÁS CÍMÉN

POLITIKAI ALKUK A NARANCSSZÍNŰ
EGÉSZSÉGÜGYBEN

Tavaly tavasz óta a jobboldal egészségügyre vonatkozó szakpolitikai gyakorlata nem képes kiszabadulni a politikai alkuk hálójából, amelyet egyelőre a múlt politikai elköteleződései befolyásolnak. Ennek eredménye nem csak a prioritási sorrendek felborulása, de a politikai üzenetekben fellelhető ellentmondások is. Mint az várható volt, az egészségügyi szakma számára a kormányzat megtette azokat az engedményeket, amelyekért érdekszervezeteik az elmúlt két ciklusban küzdöttek úgy, hogy a napirendet akkor a jelenlegi kormányzat javára tematizálták. Nem történt konkrét, stratégiai előrelépés az egészségügy strukturális reformjával kapcsolatban, azt azonban sikeresen „sejteti” a kormányzat, hogy nem fog eltérni az eddigiekben megismert paternalista szemléletmódjától. Ehhez társulnak – okként és következményként egyaránt – az egymásnak ellentmondó egészségpolitikai nyilatkozatok, amelyek a tiszta, egyértelmű és egyedülként elismert stratégia hiányát jelzik.

A Fidesz–KDNP kormány egyik első intézkedése az egészségügy vezetésében végrehajtott váltás volt Szócska Miklós államtitkári kinevezésével, amely alapjaiban változtatta meg a tárgyalásos stratégiaépítésről szóló várakozásokat a kormányzati egészségpolitikában. Ez a lépés és az egészségügy „lefokozása” miniszteri szintről államtitkári hatáskörbe azonban nem okozott pozitív csalódást az elmúlt fél évben. Az egészségügyi vezető- és személyzetváltás rendezetlenséget hozott magával nem csak a szervezeti és a kompetenciaszinteken, hanem az szakpolitikában is. Tavaly tavasszal a szakértők még feltételezhatték, hogy a jobboldali kormányzat egyértelmű lépéseket tesz a szolidaritáselvű, rendezett és elégségesen finanszírozott rendszer irányába,¹ valamint a struktúra újragondolásával indítja a kormányzást kétharmados felhatalmazásával. Ehhez képest a kabinet eddigi intézkedései egyelőre csupán a területre jellemző paternalizmus erősítésében merültek ki. Ennek köszönhetően az egészségpolitikában az érdekcsoportok irányába tett „köszönetnyilvánítások” és engedmények váltak uralkodóvá az elmúlt hat hónapban. Az így betonba öntött gondoskodó állam fenntarthatatlanságát pedig hosszú távon az egészségügyi ellátórendszer és a betegek fogják elszenvedni.

¹ Lásd: Nemzeti Együttműködés Programja. http://orbanviktor.hu/attachment/0009/8616_00047.pdf

Ki az úr az egészségügy házában?

Az új vezetés és – az arculatváltás jegyében – a Nemzeti Együttműködés Programjában megfogalmazott, „egészségügy megmentését”² célul kitűző koncepciója sem hozott újdonságot a jobboldal egészségügyet illető szemléletéről. Utóbbi egy alapvetően paternalista, minden öngondoskodási elemet nélkülöző ideáltípust képvisel, régi szólásokat ismételi a hálapénz megszüntetéséről, a forráshiányos helyzet felszámolásáról és az egészségügyi ellátás struktúrájának reformjáról. Mindezt a kormányzat valódi strukturális változtatások nélkül teszi, holott a folyamatosan hangoztatott kétharmados felhatalmazás az egészségügy jelentős átalakítására is lehetőséget adna. Egyelőre azonban úgy tűnik, az ellenzéki szerepben kiprovokált közhangulat útfüggőségbe kényszerítette Szócska Miklóst, hiszen ezen hangulat kialakításában „segítséget nyújtó”, azt támogató érdekképviseltek megjutalmazása a kormány feladatává vált.

A Semmelweis Terv³ (vitairat) csupán néhány ponton (például: nagytérségi rendszer kialakítása, sürgősségi és alapellátási rendszer fejlesztése) került közelebb a Szócska Miklós vezette államtitkárság konkrét elképzeléseihez, amelyek azonban néhány vezető fideszes szakpolitikus terveivel összeegyeztethetetlennek tűntek. Ide tartozott például a Pesti Imre által felvetett, a budapesti fekvőbeteg-ellátók körében létrehozandó kórházholding koncepciója is, amelyet nem is egyeztettek a nagytérségi rendszer kialakítását felvető államtitkársággal⁴. Mikola István szülészorvosokat elítélő, de a hálapénz jelenségét elbagatellizáló és elkenő médiahackjének⁵ köszönhetően szintén hiteltelenné vált a Semmelweis Tervben határozottan megfogalmazott igény a paraszolvencia felszámolására. Mindezek alapján jogosan adódhatott a kérdés, hogy valójában ki irányítja a kormány egészségpolitikáját, ki a felelőse, kinek van végső szava a döntéshozatal során. Mikola István OECD-nagyköveti és Pesti Imre fővárosi kormányhivatal vezetőjévé történő kinevezésével a dilemma politikai szinten végül Szócska Miklós javára dőlt el. Az elmúlt hét eseményei azonban azt bizonyítják, továbbra is dúl a belharc az utolsó szó jogáért. A fővárosi kórházvezetők Szentés Tamás, főpolgármester-helyettes – Pesti Imre utódja – általi elbocsátási kísérlete a holdingosítási és az állami tulajdonba vétel koncepciója közötti egészségpolitikai belharc és káosz

² Lásd: Nemzeti Együttműködés Programja. http://orbanviktor.hu/attachment/0009/8616_00047.pdf

³ Lásd: <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv-101110>

⁴ Danó Anna: Az eü-államtitkár a Fidesz-szel ütközik. Népszabadság, 2010. november 24. http://www.nol.hu/belfold/20101124-szocska_a_fidesszel_utkozik

⁵ Danó Anna: Mikola az utódjáról: Ez már egy másik generáció. Interjú Mikola Istvánnal. Népszabadság, 2010. szeptember 28. http://nol.hu/belfold/20100918-mikola_istvan_ez_mar_egy_masik_generacio

bizonyítéka. A (szakmai) nyilvánosságot továbbra is kétségek között tartják a fejlemények: Tarlós István főpolgármester az elbocsátások leállítását követően maga kezdeményezte négy budapesti kórházvezetői pozíció megpályáztatását, három további intézményben pedig fegyelmi eljárás indult. Budapesten kívül továbbra is „élő” terv a Semmelweis Terv-féle nagytérségi ellátásszervezés megvalósítása, jelenleg ennek egészségpolitikai megalapozása zajlik. Ellentétes ezzel azonban a „Pannon modell” nevet viselő dunántúli integrációs terv, amely a Somogy, Fejér és Veszprém megyei ellátást hangolná össze, ez a területi egység ugyanis nem egyezik meg a Semmelweis Tervben foglalt nagytérségekkel.

Az elmúlt fél évben – „az azonnali intézkedések féltévé”⁶, illetve bizonyára a lojalitás és a „Kádár-korszakban kiépült struktúra”⁷ melletti elköteleződés jegyében – több, olyan érdekcsoport számára tett kedvező lépést a kormány, amely szervezetek a 2010-es kormányváltás előtti időszak politikai napirendjét akkori ellenzéki stratégiájuknak megfelelő irányba terelték. Széles körű szakmai konszenzus övezte az egészségügyi szolgáltatóknak juttatott többletforrásokat⁸ is, amelyek gyors megoldásként ugyan betöltik funkciójukat, önmagukban azonban hosszú távon nem oldják meg a rendszer forráshiányos állapotát. Ehhez ugyanis az egészségügy struktúráját, szellemiségét és finanszírozását kellene átgondolni. Utóbbiakat Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász az „ellátási rendszer átalakítása és a feladatok hatékonyabb ellátása”⁹ jegyében tart szükségesnek megfontolni.

⁶ Lásd: Semmelweis Terv - <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv-101110>

⁷ Kornai János: Számvetés. Népszabadság, 2011. január 6. http://www.nol.hu/gazdasag/kornai_janos

⁸ Több pénz a kórházaknak – A NEMFI sajtóközleménye. <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/sajtokozlemenyek/tobb-penz-korhazaknak>

⁹ Sinkó Eszter: Sürgős átalakítás kell. 2010.0826. http://www.weborvos.hu/lapszemle/sinko_eszter_surgos_atalakitas_kell/161031/

A Magyar Orvosi Kamara a betegjogok ellen

A legnagyobb visszalépést jelentő és a nemzetközi szabályozástól meglehetősen messze vivő koncepcióváltás a betegjogok terén történt. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény európai színvonalú betegjogi rendszert hozott létre, a jobboldali kormányzat azonban e szempontot teljes mértékben negligálja. A Semmelweis Terv világosan fogalmaz a betegjogok interpretációjáról: nemcsak újjáépítené azok rendszerét az Országos Betegjogi Központ létrehozásával – amelynek kompetenciái alapvetően léteztek már a megszüntetett Egészségbiztosítási Felügyeletnél (EbF) is –, hanem emellett így fogalmaz: „Az új intézmény [kidolgozza] (...) az orvosokat érintő jogalap nélküli támadások elleni védelem lehetőségeit.”¹⁰

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) által hosszú évek óta képviselt álláspont alapvetően elutasító a betegjogokkal szemben, hiszen azt az orvosok elleni támadások egy lehetséges jogalapjának tekinti. A MOK 2006-os egészségügyi reform ellenében megfogalmazott (politikai) állásfoglalásai jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy a Fidesz kommunikációja és kritikái „szakmai” színezetet kapjanak. A MOK igényeivel összhangban a 2010-ben alakult kormány első lépése volt a létező betegjogi rendszer teljes körű felszámolása, mégpedig az EbF, és legutóbb a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány (BEGYKA) megszüntetésével¹¹, illetve új intézményekbe – a már említett Országos Betegjogi Központba, valamint a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalba – integrálásával. Az új rendszer lehetőséget nyújt a betegjogok megnyirbálására, illetve azok orvosok jogaivá alakítására. Ennek háttérében az a valós igény húzódik meg, hogy a rendszer alulfinanszírozottsága és működésének elégtelensége miatt a felelősség ne az orvostársadalmat terhelje.

Nem osztjuk az álláspontot, hogy erre a megfelelő és előremutató válasz a betegjogok csorbítása lenne, a kiváltó okok megszüntetése helyett. Ez a kormányzati lépés tovább erősíti az orvos-beteg viszonyban az orvos hatalmi helyzetét, kiszolgáltatottá teszi a beteget, alapvető jogosítványokat vesz el tőle. E jogosítványok megléte az orvos és beteg közötti személyes viszony alapját képezhetik (lásd a tájékoztatáshoz való jog), illetve alkalmasak lehetnek a konfliktusok elkerülésére, amelyhez képest a jelenlegi tendencia a polgári jogi perek mint konfliktus- és jogorvoslati forrás felé mutat.

¹⁰ Semmelweis Terv - <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv-101110>

¹¹ Köbli Anikó: Mi is lesz a betegek jogaival 2011-ben? – Új intézmények, más feladatok, limitált kártérítés a tervek között. http://aszklepiosforum.shp.hu/hpc/web.php?a=aszklepiosforum&o=betegjogi_kepviselet_qnxc

Az elmúlt hónapokban úgy tűnt, hogy a MOK és elnöke, Éger István nemcsak a betegjogok háttérbe szorításával, hanem a kötelező kamarai tagság visszaállításával is tovább erősítheti bástyáit. Az utóbbi években a MOK képében a szakmaiság felszíne mögött egy a jobboldali kormányhoz közel álló érdekképviselőt ismerhettünk meg. Az eredetileg az orvosok érdekképviselőjére létrehozott szervezet ugyanis az egészségügy politikai súlyát kihasználva az elmúlt időszakban alapvetően támogatta a Fidesz politikai napirendre vonatkozó igényeit (például a vizitdíj elutasításával, majd annak eltörlése után az alapellátásban az ebből származó bevétel követelésével vagy az EbF megszüntetésével).

A kötelező kamarai tagság visszaállítása e politikai háttérrel és a jobboldal, valamint Éger István fent említett politikai szerepvállalásával együtt túlzottan erősíti meg a MOK súlyát és gyengíti a valós érdekképviselőt. Ahogy Matkó Ida, a honi betegjogi rendszer egyik kidolgozója fogalmaz: „A professzionális autonómia megsértésének sajátos kelet-közép-európai módja, amikor az állam kisajátítja a kamarát, ezáltal az orvosok legfontosabb érdekérvényesítő szervezetüket veszítik el.”¹² Sinkó Eszter hasonlóképpen vélekedik: „A MOK-nak (...) fel kell vállalnia, hogy az orvostársadalom orvosi etikai szabályait megfogalmazza, a betartását keményen kontrollálja, a szükséges esetekben pedig szankcionál.”¹³

Úgy tűnik azonban, hogy a MOK erős politikai szerepvállalása a kormánynak mindaddig nem érdeke, amíg a MOK a jelenlegi kabinettel szemben is kritikus. Privilegiumai ugyanis 2011 januárjában a jobboldali kormányzat számára már kellemetlenné váltak. Nemcsak arról van szó, hogy a MOK elvárja a jobboldallal kötött mögöttes alkuk teljesülését, hanem annak eredményeit az általa megszabott formában, tartalommal és időben szeretné látni¹⁴. Ez év január második hetének egyik további tanulsága, hogy a túl „nagyra”, azaz erősre nőtt kamara feleslegessé, sőt ellenszenvessé vált a kormányzat számára, amely egészen a MOK-elnök kipellengérezéséhez vezetett. Éger István már nem a jobboldal bizalmi „embere”, az egészségpolitika-alkotásba csak addig lehetett beleszólása, amíg a „megfelelő” módon és irányba volt képes tematizálni a politikai napirendet.

¹² Mészáros Bálint interjúja Matkó Idával, Magyar Narancs, XXII. évf. 25. szám (2010.06.24.)

<http://www.manco.hu/index.php?gcPage=/public/hirek/hir.php&id=21636>

¹³ Gusztusos gesztusok az egészségügynek. <http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=309697>

¹⁴ G.K.: Nézeteltérés Szócska és a kamarák között. 2011. január 10.

http://www.medicalonline.hu/cikk/nezetelteres_szocska_es_a_kamarak_kozt_es
http://hirszerzo.hu/belfold/20110103_eger_kormanykritika

Patikaliberalizáció vs. Magyar Gyógyszerészi Kamara

A lojalitás megtérülésének bizonyítéka a Magyar Gyógyszerészi Kamarának (MGYK) tett gesztus is, amely ugyancsak a jobboldali egészségügyi kormányzat első ígéretei között szerepelt, a gyakorlatba pedig az egészségügyi salátatörvény ültette át 2010 végén. A patikaliberalizáció visszafordítása, a korábbi tulajdonosi rendszer és a gyógyszerészi privilégiumok visszaállítása ugyanis csak egyetlen társadalmi csoport számára előnyös: a gyógyszerészeknek¹⁵.

A patikaalapítás megkönnyítése számtalan olyan előnnyel járt, amit a legjobban körülbástyázott állami koordináció sem (lesz) képes elérni. A piaci belépési korlátok csökkentése, a szereplők megnövekedett száma egyrészt javította a patikák elérhetőségét és a nyújtott szolgáltatás minőségét, másrészt a nem vényköteles szereknél alkalmas volt az árak csökkentésére. Tény: az utóbbi években a patikai szolgáltatások színvonala egyetlen ponton sem romlott, sőt javult, amelyen az sem változtat, hogy a nagyvárosokon kívüli kispatikák száma a várttal szemben nem emelkedett. A betegek elégedettségét a Gazdasági Versenyhivatal megbízásából készített felmérés¹⁶ szerint a patikaliberalizáció egyértelműen javította.

A jelenlegi egészségpolitikai intézkedések egy része most a fenti tendenciát fordítja vissza. A kormányzat üzenete a liberalizáció visszafordításával nyilvánvaló: egyrészt a versenyellenesség, másrészt a politikailag lojális érintettek gazdasági privilégiumainak védelme. Utóbbi biztosítja a gyógyszerészi többség követelménye a patikák tulajdoni összetételében, amit a javaslat támogatói szerint a szakmai színvonal biztosítása, valamint a patikák „nemzeti érdekkörben tartásának”¹⁷ igénye indokol. Kérdéses azonban, hogy ezek az érvek megállják-e a helyüket, ha a végső cél valóban a betegek érdekeinek védelme. A szakmai színvonal és a tulajdonosi összetétel között ugyanis nem közvetlen a kapcsolat, és a multinacionális vállalatok profitorientáltsága sem egyenlő a fogyasztók átverésével. Ahogyan Szócska Miklós megfogalmazta: a valódi cél „tisztas megélhetést biztosítani a gyógyszerészeknek”¹⁸.

¹⁵ Mészáros Bálint: Leállított patikaliberalizáció – Kiscsoportos foglalkozás. Magyar Narancs XXII. Évf. 28. szám (2010.07.15) <http://www.manacs.hu/index.php?gcPage=/public/hirek/hir.php&id=21776>

¹⁶ Tanulmány a patikaliberalizáció hatásairól.

http://www.gvh.hu/gvh/alpha?do=2&st=1&pg=9&m5_doc=6776&m251_act=3

¹⁷ Lásd: A T/1668. számú törvényjavaslat az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról (egészségügyi salátatörvény). http://www.nefmi.gov.hu/letolt/elektronikus_ugyintezes/egyeb_eu_tvk_terv_101021.pdf

¹⁸ Bánky Bea: Interjú Dr. Szócska Miklóssal. IME IX. évf. 5. szám 2010. június.

Az MGYK már 2006 óta hangoztatta ezt a követelést. Létezik azonban más érdekképviselői szerv is a szektorban: a Hálózati Gyógyszertárak Szövetsége sikeresen képviselte az ellenpólust annyiban, hogy néhány ponton sikerült kompromisszumra kényszerítenie az egészségügyi államtitkárt a MGYK-markáns álláspontját némileg tompítva, képviselve a patikaláncok és a piaci működés hatékonysági érdekeit. Az engedmények csak csak néhány könnyítést jelentettek a marketingtevékenységben, a tulajdonosi struktúrára vonatkozó jogszabály-változtatásokat nem voltak képesek megakadályozni.

A kormányzat fenti paternalista szerepfelfogása tehát egy, az állampolgárokat megtévesztő, de azt az állami gondoskodás jeleként feltüntető, hazugságokra épülő politikát jelez előre, amely kéretlenül szolgálja az állampolgárok kormány által elképzelt érdekeit. Az állam visszatérése és finansiális szerepvállalásának igénye patikaalapítás és –tulajdonlás területén biztosra vehető, ez azonban a rendelkezésre álló szűkös kassa mellett felelőtlen ígéretnek tűnik.

Se pénz, se öngondoskodás

A Nemzeti Együttműködés Programja a korábbi reformtörekvésekkel való szakítást hangsúlyozta. Ennek szellemében – a populista módon és a szakma véleményével ellentétesen – tagadja a co-payment (pénzbeli, azonnali hozzájárulás) szükségességét az egészségügyben, a status quo-t preferálja minden szempontból. Ezzel párhuzamosan pedig az alulfinanszírozottság megszüntetését ígéri. A legfontosabb kérdés, hogy a szűkülő közösségi finanszírozási keretek mellett a jobboldali kormány képes-e a felismerni és kommunikálni az egyéni pénzügyi hozzájárulás szükségességét az egészségügyben¹⁹, a jelenlegi rendszerbe ugyanis még több pénz injekciója e problémák kezelése nélkül nem több mint tűzoltás. Ellentmondást jelent, hogy mindeközben kiadáscsökkentésbe is kezd a kormány, a spórolást ráadásul a gyógyszerkasszán kezdi. Ennek pontos módja egyelőre ismeretlen, mindössze annyi tudható, hogy az intézkedéssel 100 milliárd forintot szeretne nyerni a kormány. A lépés azonban több szempontból is negatív következményekkel járhat. A gyógyszerfinanszírozások mérséklése a betegek terheinek

http://biloba.hu/ime/2010_05/05_07.pdf

¹⁹ Dr. Orosz Éva: A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: A magyar egészségÜGY. Szerk.: Dr. Bodrogi József. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010. 30-56.

emelését jelenti, a gyártókra kivetett újabb extraadókkal pedig még rosszabbul járhat a kormányzat. A gyógyszercégek tűréshatára véges, beruházásaik és/vagy termelésük visszafogása komoly (negatív) hatással lehet a nemzetgazdaságra.

A Semmelweis Terv meglepő módon azonban magában foglalja a szükségszerű egyéni hozzájárulás egyes elemeit is. Többek közt igényként fogalmazza meg a társadalomfinanszírozott egészségügyi szolgáltatáscsomag, illetve az ehhez kapcsolódó standard minőségi kritériumok megalkotását és a betegutak meghatározását, megteremtve ezzel a szolidaritás alapú kockázatközösség bázisát. A tervezet kiemeli az öngondoskodás és a prevenció fontosságát, eszközként pedig az egészségkárosító attitűdökkel szembeni ellenőztőket, az egészségtudatos életre nevelést és a preventív megközelítést jelöli meg.

A dokumentum azonban elveti a keresletcsökkentő co-payment újabb bevezetésének lehetőségét, de nem említi az öngondoskodás intézményes megjelenését, a többszintű, kiegészítő biztosítói rendszert sem. A tervből ugyancsak kimaradtak az egyéni felelősség- és kockázatvállalás kritériumai, de a hálapénz visszaszorítására sem elegendő egyetlen intézkedésként a célként megfogalmazott „a szabad orvosválasztás fizetőssé tett rendszerének egyértelművé tétele.”²⁰

A Semmelweis Terv teljes mértékben a jelenlegi járulékfizetői rendszerre alapoz, ezzel nem szünteti meg az ingyenes egészségügy látszatát és illúzióját. A szükségletalapú kapacitástervezés vagy a szolgáltatók teljesítményének mérése egyaránt szükséges lépések, de önmagukban nem elegendők. Amíg a rendszer anomáliái – az ingyenes egészségügy illúziója vagy a paraszolvencia virágzása – léteznek, belülről fogják sorvasztani a szektort, kizárják annak fenntarthatóságát. Az egészségügy utóbbi irányba ható szemléletmódbeli reformja várhatóan politikai vonalon fog elbukni: a 2008-as „szociális népszavazással” nemcsak a kórházi napidíj és a vizitdíj kapcsán kötelezte el magát a jobboldal, de saját politikájából is végleg kiiktatta az öngondoskodást.

²⁰ Semmelweis Terv, 8.o.

Idei kilátások: Semmelweis az anyák megmentője marad

A jobboldali kormánynak fél év sem volt elég ahhoz, hogy politikailag megerősítse pozíciójában Szócska Miklóst és programját, ez a fél év pedig túl hosszú idő a kabinet által is deklaráltan romokban heverő egészségügy számára. Az egészségügy a jobboldali kormány leginkább mellőzött területe lett. A Semmelweis Terv társadalmi vitájának lezárultával január végére volt várható a véleményekkel kiegészített, konkrét lépéseket is tartalmazó tervezet, ez azonban azóta sem került nyilvánosságra. A február elején lezajlott kormányülésről kiszivárgott hírek szerint májusban várható az egészségügyi törvénykezés következő etapja. Egy biztos: a pontos stratégia az elmúlt fél év egészségpolitikája alapján azt a paternalista szemléletet fogja képviselni, amely az egészségügyben az érdekcsoportok kiszolgálásában, az állami újraelosztás más területein pedig a felosztó-kirovó rendszer megerősítésében öltött testet. Az egészségügyi kormányzat számára a nagytárségi egészségügyi ellátásszervezés lett a struktúraátalakítást helyettesítő legfőbb pótcselekvés. Ez azonban oly lassan zajlik, hogy eredményeket csak a távoli jövőben várhatunk, s egyáltalán nem áll stabil alapokon, akár a párhuzamosan zajló holdingosítási kísérleteket, akár a nagytárségi területi ellátásnak szembenemő „Pannon-modell” alakulását vesszük, amelynek várhatóan akadnak még követői a közeljövőben.

A betegjogok gyengítése tovább erősíti az orvos-beteg viszonyban az előbbi csoport hatalmi helyzetét, a betegeket pedig kiszolgáltatottá teszi. A Magyar Orvosi Kamara jól láthatóan feleslegessé, sőt ellenszenvessé vált a kormány számára. Erre utal a MOK elnökének pellengérré állítása. Éger István elvesztette bizalmi pozícióját a jobboldalon, az egészségpolitika alkotásában csak addig lehetett szerepe, amíg a „megfelelő” módon és irányban volt képes tematizálni a politikai napirendet.

A patikaliberalizáció visszafordításában is megtestesülő paternalista kormányzati szerepfelfogás rövid távú politikai érdeket szolgáló, populizmusra épülő politikát vetít elénk, bár a folyamat – a gyámkodó állam szándékai szerint – az állampolgár érdekeit szolgálja. Ezzel párhuzamosan a patikai gyógyszerészi tulajdoni többség kötelezővé tétele azt bizonyítja, a kormányzat bizalma a piacban – és különösen abban, hogy a fogyasztó képes anélkül boldogulni, hogy az állam minden lépését szabályozná – alacsony. Ehhez képest az állam „visszatérése” és finansziális szerepvállalásának igénye patikaügyben egyaránt prognosztizálható. Utóbbi gondolat felmerülése a kassa szűkössége mellett felelőtlen ígéretként tünteti fel a patikaliberalizáció visszafordítását.

A jobboldal egészségpolitikája kiterjeszti az állam jogkörét az egyén fölé (beteg)jogainak megvonásával. Mindeközben „lekötelezettjei” körét gyarapítja és eltávolítja a rendszerből azon egyéni törekvéseket, amelyek az öngondoskodást és az egyéni felelősségvállalást intézményes keretek közé terelnék. Teszi mindezt úgy, hogy a legfrissebb közvélemény-kutatás²¹ szerint a magyar lakosság 40 százaléka vett igénybe az elmúlt egy évben magán egészségügyi szolgáltatást, amely nem csak az emberek közfinanszírozott egészségüggyel szembeni lehangoló véleményét bizonyítja, de rámutat a fizetőképesség és a fizetési hajlandóság létezésére is.

Az elmúlt időszakban láthattuk: mind a szakértők, mind az egészségpolitika vezetői egyetértenek abban, hogy az egészségügy sürgősen hathatós beavatkozásra szorul. Az egészségügyi kormányzat azonban már azzal alulmúlja a várakozásokat, hogy a terület vezetésének átvétele után több mint fél évvel is csak a tervezés szakaszáig jutott el. Ráadásul ez a tervezés nem a struktúra átalakítását, hanem annak ellátás-szervezési problémáit igyekszik csak megoldani. Ez azonban elégtelen eszköz lehet a hatékony, minőségi egészségügyi ellátás eléréséhez, és mit sem változtat azon a kardinális problémán, amit az állam és állampolgár viszonya az egészségügy területén jelent: az öngondoskodás hiányán.

²¹ Egészséggazdasági Monitor – A GfK Hungária és a TÁRKI közös felmérése.
<http://www.tarki.hu/hu/news/2011/kitekint/20110207.pdf>

INTÉZET A DEMOKRATIKUS ALTERNATÍVÁÉRT
1083 BUDAPEST, BAROSS UTCA 119/A
TEL.: +36 70 605 03 47
E-MAIL: INTEZET@IDEAINTEZET.HU
FACEBOOK: [HTTP://WWW.FACEBOOK.COM/IDEAINTEZET](http://www.facebook.com/IDEAINTEZET)
TWITTER: [HTTP://TWITTER.COM/IDEAINTEZET](http://twitter.com/IDEAINTEZET)

A CÍMOLDALON TALÁLHATÓ FOTÓ FORRÁSA:
[HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/ERIATARKA31/3386749999/](http://www.flickr.com/photos/eriatarka31/3386749999/)

