

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

50. ÉVFOLYAM 4. SZÁM, 2012. NOVEMBER

A MAGYARORSZÁGI ISPOTÁLYOK
KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE
A 11–18. SZÁZAD KÖZÖTT

A MAGYAR LAKOSSÁG HÁLAPÉNZ-FIZETÉSI
SZOKÁSAI ÉS A HÁLAPÉNZ MEGÍTÉLÉSE

A KOCKÁZATMEGOSZTÁS SZEREPE
AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN: HATÉKONYSÁG
ÉS KOCKÁZATSZELEKCIÓ



BESZÉLGETÉS
DR. SINKÓ ESZTERREL

Nem kell, hogy a kis sejtek nagy problémákat okozzanak.

A Siemens válaszai segítik az orvosokat a betegségek korábbi felismerésében, ezzel költségeket takarítva meg és meghosszabbítva az életet.

Ha a betegségeket idejében felfedjük, kevésbé hatnak mindenkire. Ez azért van, mert a mai egészségügyi költségek nagy többségét a betegségek utolsó szakaszának kezelésére fordítják, mint például a daganatos és szívbetegségek esetén. A Siemens fejlett diagnosztikai technológiája által az orvosok

már korábban pontosan tudják azonosítani ezeket a gyilkos kórokat. Azaz a betegek hamarabb megkaphatnak minden szükséges kezelést. Ez segít az életek megmentésében és a költségek csökkentésében is. Bárhol is merüljenek fel kemény kérdések az egészségügyben, mi választ adunk azokra.

Tartalom

SZAKCIKK

A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11–18. század kezdete közötti időszakban (dr. Ágoston István, dr. Vas Gábor, dr. Endrei Dóra, Zemplényi Antal, Molics Bálint, Szarka Evelin, Cs. Horváth Zoltán, dr. Boncz Imre)	2
A hypertonia egészséggazdasági összefüggései (Karner Cecília, Horváth Edit)	14
Rejtett összefüggések kiderítése (prof. dr. Naszlady Attila)	26
A helyzet változatlan – Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről (Baji Petra, Gulácsi László)	30
A kockázatmegosztás szerepe az egészségügyben: hatékonyság és kockázatszelekció (Nagy Balázs, Merész Gergő)	42

INTERJÚ

Az egészségügy lelkiismerete (dr. Szepesi András, Bene Zsolt)	37
--	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
 Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212
 fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
 Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József, dr. Gaál Péter, dr. Rác Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
 Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül.
 Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
 Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
 További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276
Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
 A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.
 A hirdetések tartalmaért a hirdető vállalkozás a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11–18. század kezdete közötti időszakban

Tanulmányunk elkészítése során célul tűztük ki, hogy bemutassuk mindazon történelmi előzményeket, tényezőket, amelyek áthatották a hazai kórházügy fejlődését az államalapítástól egészen a felvilágosult abszolutizmus létrejöttéig. Különös figyelmet szenteltünk az ispotályok szerepének, fenntartóinak változásaira, valamint arra, hogy ezek a tényezők milyen hatást gyakoroltak a mai kórházi ellátórendszer felépítésére.

■ Dr. Ágoston István¹, dr. Vas Gábor¹, dr. Endrei Dóra^{1,2}, Zemplényi Antal^{1,3}, Molics Bálint^{1,4}, Szarka Evelin^{1,5}, Cs. Horváth Zoltán⁶, dr. Boncz Imre¹

Bevezetés

A magyar egészségügy egyik nagy kérdésköre a hazai kórházak szerepének, kapacitásainak újragondolása, racionalizációja, amelyhez meg kell ismernünk a kórházak létrehozásának okait, kialakulásuk történetét, amely több mint ezer esztendő óta fel. A dolgozatunkban megpróbáljuk bemutatni a kórházak szerepét a magyar történelem nagy korszakaiban, felelevenítjük az alapításuk körülményeit, illetőleg, hogy milyen szerepet játszottak a hazai egészségügy rendszerében. A kórházak kialakulásának gyökerei összefonódnak a kereszténység hazai meghonosodásával. Az évszázadok előre haladtával szerzetesek és egyházi személyek által végzett gyógyító tevékenységet felváltja a polgári orvosok és ápolók munkája. A szerzetes- és lovagrendek, illetve az egyház helyett a kórházak fenntartóivá a polgárok, a városok válnak, majd ezt a tevékenységet átveszi az állam, amely egyre szigorúbb szabályokat alkot a kórházakban folytatott gyógyítási tevékenységgel kapcsolatosan. Ennek a fejlődési folyamatnak a fontosabb állomásait követjük végig a dolgozat során, igyekezve bemutatni és az olvasó elé tárni mindazt, ami a kórházak kialakulásával kapcsolatosan tudomásunkra jutott, kiemelt figyelmet szentelve a kórházak kapacitásainak nagyságára, valamint a kórház alapítóinak, fenntartóinak, illetőleg annak a jogszabályi környezetnek, amelyben az egyes kórházak működtek.

1. Módszertan

A dolgozat elkészítése során szakirodalmi áttekintést, dokumentumelemzést alkalmaztunk. A kórházak kialakulásával, fejlődésével, azok fenntartóival és kapacitásaival foglalkozó

legtöbb kutatás kiindulópontjául két nagy történelmi áttekintés és statisztikai gyűjtemény (Magyary-Kossa Gy. (1929–1933) [1], Lizbauer F. X. (1852–1861) [2] szolgált. A kórházi- és betegápolás történetének, a kórházak fejlődésének témakörével foglalkozó kutatók {Buda J. (2004), Cervins M. (2003), Józsa L. (2008), Kapronczay K. (2008)} munkái közül átfogó jellegű feldolgozásokat is alapul vettünk.

A szerzetes-, lovag- és betegápoló rendek történelmében, a várak, templomok, kolostorok és ispotályok leírásaiban, valamint az egyes kiváltság- és adományleveleiben található információk tovább segítik munkánkat. Számos fontos adatra akadunk a városi kórházak kialakulására és működésére vonatkozóan az egyes városmonográfiákban, valamint az egyes városok kórházainak történetét feldolgozó irodalmi munkákban, történelmi áttekintésekben. A városmonográfiák zömében a városi számadáskönyvek jegyzékeire, majd a 16. századtól a belső leltárakra épülnek. Az egyes hiányzó mozaikdarabkák pótlását segítette egy-egy kimagasló személy életútjának, életrajzi adatainak megismerése, mint ahogy a szentek életének, szentté avatási jegyzőkönyveinek tanulmányozása.

Munkánkat nehezíti, hogy a rendelkezésre álló források nehezen elérhetőek, a bennük található információk néhány esetben egymásnak ellentmondóak. A munkánk során igyekeztünk minden olyan adatot figyelembe venni, amely ebben a tárgykörben elérhető, megkíséreltünk a rendelkezésünkre álló dokumentumokban található adatokat egymással összevetni, ütköztetni, az egyes szerzők következtetéseit megerősíteni vagy elvetni, azonban minden igyekezetünk dacára számos olyan pont maradt, amely további kutatást, elemzést igényel a jövőben is. Számos esetben rendkívül nehezen elkülöníthető egy ispotály alapítása,

– amely leggyakrabban a szándék kinyilvánítását, a szükséges pénzösszeg letétbe helyezését, a működéshez szükséges alapítvány létrehozását jelentette –, az ispotály tényleges működésének megkezdésétől.

A dolgozat megírása során két kérdés megválaszolását, témakör kifejtését tűztük ki célul magunk elé. Egyfelől be kívántuk mutatni a magyarországi kórházügy fejlődését a 11. századtól egészen a 17. század végéig, fel kívántuk tárni azokat a tényezőket, amelyek áthatották, alakították a kórházak helyének, szerepének változását, megvizsgáltuk, hogy a történelmi előzmények milyen hatást gyakorolnak a mai kórházi rendszer felépítésére. Másfelől külön hangsúlyt kívántunk fektetni az ispotályok, kórházak fenntartóinak bemutatására, valamint arra, hogy milyen tendenciák érvényesültek szerepük változásában.

Céljaink közt szerepel, hogy az olvasó számára vizuálisan is áttekinthetővé tegyük a hazai ispotályok rendszerének fejlődését, mind időben, mind térben. A könnyebb áttekinthetőség érdekében évszázadonkénti bontásban, táblázatokban foglaltuk össze, és egységes vaktérképeken (amely tartalmazza a korabeli vármegegyerendszert és hazánk jelenkori határait is) ábrázoltuk az ispotályok lehetséges alapítását, illetve színeik segítik az egyes alapítók és fenntartók elhelyezését hazánk kórház-történelmi színterén.

2. A középkori ispotályok és fenntartóik Európában

A középkori kórházak története szervesen kapcsolódik a kereszténység kialakulásához és elterjedéséhez. Az ókereszténység idején a felebaráti szeretet nevében az elesettekkel, a szegényekkel és betegekkel való törődés az ókeresztény közösségek püspökeinek, papjainak feladatává vált. A papok tevékenységét segítették a szegény- és beteggondozás területén a diakónusok (szerpapok) és a diakonisszák. A kereszténység, ellentétben az ókori kultúrák én-központúságával a társadalmi szolidaritást helyezte a középpontba. Az üldöztetés évei alatt a keresztény egyház segítséget nyújtott a rászorulóknak, akik nemcsak lelki vigaszt, hanem orvosi ellátást is kaphattak, ezért a papok egy része kitanulta az orvoslás tudományát. Az üldöztetés évei alatt ókeresztény kórházakról nem beszélhetünk, azonban a szegényellátás részeként a diakónusi intézmény házi ápolást nyújtott a keresztényeknek otthonaiban, amely a kor követelményeinek megfelelt. A diakónusi intézmény gondoskodott továbbá az utazókról, az üldözöttekről, az árvákról és az elesettekről. A diakónusi intézmény működésének alapjait az önkéntes és rendkívüli adományok biztosították, amelyet a hívek minden kényszertől mentesen nyújtottak.

Nagy Konstantin császár 313-as milánói ediktumával lehetővé tette a keresztények szabad vallásgyakorlását, és uralkodása alatt a keresztény vallás egyesült az állammal. Mindez, valamint a szegénység elterjedése szükségessé tette, hogy kialakításra kerüljön egy elkülönített ház, a diakónia, amely betegellátó helyként is működött, azonban fennmaradt a korábbi házi ápolás intézménye is. Az üldöztetés megszűnését követően a keresztény közösségek száma megnőtt, amely szükségessé tette a szegénygondozás központosítását és olyan új intézményi hálózat kialakítását, mint a szálláshelyek (hospicium) és a kórházak (hospitale), ahol a hajléktalanok és elaggottak részesültek ellátásban. Az általános jellegű intézményként működő kórházakon túl külön kórházakat tartanak fent a ragályos betegeknek, a leprásoknak (bélpoklosoknak), valamint a vakok és elmebetegek számára. Az új intézményrendszer anyagi alapjainak biztosítása érdekében Simplicius pápa bevezette az egyházi vagyon negyedelését,

amelyből egynegyedét a szegényellátásra kellett fordítani, majd 567-ben a II. tours-i zsinat bevezette a tizedfizetést.

A diakónia intézménye a középkor folyamán fokozatosan viszszafejlődött, és átadta a helyét a szegénygondozás területén a szerzetesrendeknek. A szerzetesek olyan férfiak és nők, akik életüket az elesettek, a szegények és betegek gyámolítására tették fel, meghatározott szabályok szerint élnek, és letették az engedelmesség, a tisztaság és a szegénység fogadalmát. A következőkben röviden bemutatjuk a betegellátással foglalkozó szerzetes- és lovagrendeket, azért, hogy megismerhessük történetüket és szerepüket az ispotályok kialakulásában.

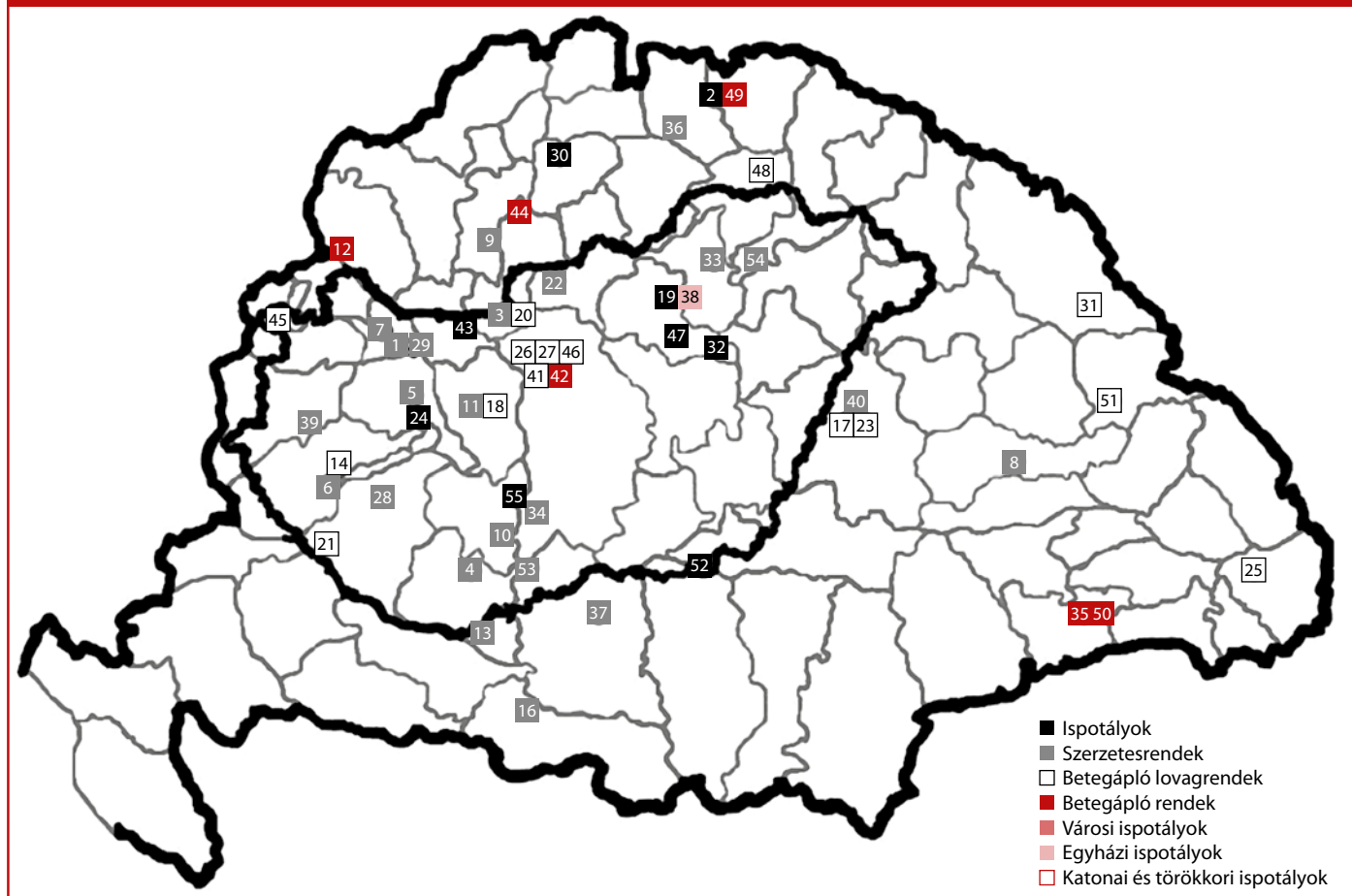
2.1. Szerzetesrendek

A nyugati szerzetesrendek legtöbbje Szent Benedek „Ora et labora” szellemében élte életét, éppen ezért fontos a Szent Benedek Rend (Ordo Sancti Benedicti, bencések), mint a nyugati szerzetesség anyaintézményének az életét figyelemmel kísérni. Nursiai Benedek megalkotta a szerzetesek életének szabályozására szolgáló Regulát, és 528-ban Monte Cassino hegyén alapította meg kolostorát¹. A Regula világosan kimondja, hogy „infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est”, azaz mindenekelőtt a betegekről kell gondoskodni, ezért a szerzetesek az általános műveltségi tárgyakon túlmenően az orvoslási ismereteket is elsajátítják. A 12. században alapított salernói kolostorukban a bencések az ókori orvostudomány eredményeinek felhasználásával tökéletesítették gyógyító tudományukat, amely messze földön híressé vált és számtalan kolostor alapításához járult hozzá, öregbítve a bencések hírnevét. Megfigyelhető, hogy amikor új területre terjeszkedik a bencés rend, akkor kijelöl egy anyakolostort, ahol az orvosi ismeretek kerülnek oktatásra a szerzeteseknek, akik aztán a rendházakba mentek és gyógyították rendtársaikat, illetőleg a rászorulókat. A bencés rend számos reformot élt át történelme folyamán, amelyek közül a legjelentősebb a 11. században clunyi kolostorából elindult megújulás, amely az elvilágiasodás ellen lépett fel.

Hazánk egészségügyének fejlődése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír a ferences rend (Ordo Fratrum Minorum, ferencesek), amelyet Assisi Szent Ferenc alapított 1209-ben, és amelyet 1223-ban megerősített III. Ince pápa. Magyarországon a rend első kolostorát 1224-ben alapították Esztergomban, kolostorait nemsokára külön rendtartománnyá szervezték. A ferencesek fő feladatuknak tekintették a betegek ápolását, a szegények megsegítését. Érdekesség, hogy a török hódoltság idején az ország a törökök által elfoglalt területén csak a ferencesek végezték a lelkipásztori munkát.

A nyugati szerzetesrendek egy másik része elsősorban az elvonulást, szigorú, szemlélődő életmódot részesítette előnyben, azonban egyes szerzők (Szűcs)[3] kutatásai alátámasztják, hogy hazánkban az alábbi szerzetesrendek is bekapcsolódtak a betegellátásba. A domonkos rend (Ordo Fratrum Praedicatorum, domonkosok) III. Honorius pápa által 1216-ban szentesített prédikáló- és koldulórend. A ciszterci rend (Sacer Ordo Cisterciensis, ciszterciek) egy római katolikus szerzetesrend, amelyet Szent Róbert 1098 alapított. Magyarországon az első ciszterci kolostor 1142-ben épült: a mai Bátaszék területén. III. Béla király is segítette a ciszterci rend hazai terjeszkedését. Végül a karthauzi rend (Ordo Cartusiensis, karthauziak) egy római katolikus félremete rend, amelyet Kölni Szent Brúnó alapított 1085-ben, s amelyet 1170-ben III. Sándor pápa szerzetesrenddé nyilvánított.

1. ábra. Ispotályok Magyarországon a 11–13. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd 1. táblázat)



2.2. Betegápoló lovagrendek

A kórházügy fejlődését előremozdította a keresztes hadjáratok megindulása. A keresztes hadjáratokban megsérült, beteg emberek ellátására kialakultak a betegápoló lovagrendek, amelyek közül hazánk szempontjából az egyik legjelentősebb a Szent János Ispotályos Lovagjai (Milites Hospitales Sancti Joannis, johanniták). A Szentföld elfoglalásakor a salernói kolostorból bencés szerzetesek érkeztek Jeruzsálembe és alapítottak ispotályt. A keresztes sereg fővezére Buillon Gottfried felajánlotta flandriai birtokait az ispotálynak, a felajánláshoz számos keresztes csatlakozott, és ajánlotta fel vagyonát. Az anyagilag megerősödött ispotályos rend 1112-ben egy önálló betegápoló rendet alapított, amelynek tagjai letették a hármas fogadalmat. Ez a fogadalom kiegészült egy negyedikkel, a hitetlenek elleni harc fogadalmával, amellyel hadi betegápoló lovagrenddé alakultak át. A rend Jeruzsálem elvesztésekor Akkó városába tette át székhelyét, majd innen Ciprus szigetére, illetve Máltára költözött.

A keresztesek egy Európában addig ritka betegséget hoztak haza a Szentföldről: a bélpoklosságot, amely a leprának egy veszélyes fajtája. A bélpoklosokat, a betegség súlyosságától függően elkülönítettek a részükre létrehozott házakban, majd ápolásukra a János lovagok rendjéből egy külön lovagrend a Szent Lázár lovagrend (Fratres S. Lazari de Jerusalem, lazariták) alakult. A lazariták számos városban alapítottak kórházat (leprosorium), amelyben nagy odaadással ápolták a betegeket. A 18. századra a bélpoklosság megszűnésével a lazariták jelentősége erősen lecsökkent, majd a lovagrend megszűnt, vagyonát a szegényházak fenntartására fordították. Hazánk történelmében szerepet játszott még a templomos lovagrend (Militia Templi,

templomosok), amely 1118-ban keresztes lovagokból szerveződött Hugues de Payens vezetésével. A kereszteseket hazánkban II. Géza király telepítette le a 12. század közepe táján, és közel 70 kolostort hoztak létre az ország területén. Mindegyik rendelkezett a világiak számára fenntartott betegházzal, azonban esetükben a betegellátási tevékenységet háttérbe szorították az egyéb lovagi teendők. A pápa a rendet 1312-ben feloszlatta, vagyonát hazánkban a Szent János lovagrend veszi át. A Jeruzsálemi Szent Sír Lovagrendje (Ordo Equestris Sancti Sepulchri Hierosolymitani, Szent Sír lovagrend) egy egyházi lovagrend, amely már az 1103-as forrásokban is megjelenik, a pápa hivatalosan 1122-ben ismerte el, majd 1459-ben fel is oszlatta. A Szent Sír lovagrend tagjai hazánkban II. András idejében telepedtek le, és számos helyen voltak rendházaik.

Az egyetlen magyar alapítású betegápoló lovagrendet a Szent István lovagrendet (Cruciferi Santi Stephani Regis, stefaniták) 1150-ben hozta létre II. Géza király a II. keresztes hadjáratban hazánkban átvonuló lovagrendek mintájára. A rend Szent István királynak szentelt templomot és ispotályt tartott fent Jeruzsálemben és Akkóban. A stefanitákat III. Orbán pápa 1187-ben megerősítette és kiváltságokkal látta el, II. Géza király a rend székhelyéül Esztergomot jelölte ki, ahol a stefaniták templomot és ispotályt emeltek, és ápolták a rászorultakat. A Szent István lovagrend tevékenysége elsősorban a jeruzsálemi és esztergomi székházba összpontosult, egészen az 1347-es pestisjárványig, amely olyannyira megritkította soraikat, hogy Nagy Lajos király megvonta tőlük a hiteleshelyi pecsét használatának jogát, megfosztva a rendet legjelentősebb jövedelemforrásától. A stefaniták végül az 1440-es polgárháborúban enyésztek el.[4]

2.3. Betegápoló rendek

A 13. századig a betegápoló rendek a püspökök fennhatósága alá rendelten működtek, azonban egyre több nemes, majd a polgárság megerősödésével egyre több város alapított önálló ispotályt, amelynek felügyeletét már nem a püspökök, hanem az alapítók látták el. Ezekben az ispotályokban az ápolási feladatokat a szerzetesrendeken és a betegápoló lovagrendeken túl polgári betegápoló rendek látták el. Bár a polgári betegápoló rendek tevékenysége azonos volt az egyháziak tevékenységével és életüket ők is a betegek ápolásának szentelték, azonban nem tették le a hármast fogalmat.

A hazánk szempontjából jelentős, egyik legrégebbi polgári betegápoló rend a 11. században Franciaországban egy Gaston nevű francia nemes által alapított, és II. Orbán pápa által 1095-ben elismert Szent Antal rend (Hospitalarii S. Antonii, antoniták) volt. A Szent Antal rendhez, amely egészen a francia forradalomig működött, számos világi szolgáló testvér csatlakozott, és ispotályaik hazánk területére is eljutottak. Meg kell említeni még a Montpellier-ben Guido nevű polgár által 1145-ben a szegény betegek részére alapított Szentlélek rendet (Ordo Hospitalarius SS. Spiritus), amelyet III. Ince pápa 1198-ban erősített meg és közvetlenül a Szentszék alá rendelt 1204-ben. A Szentlélek rend kórházai az ápoláson túlmenően hatást gyakoroltak

1. táblázat. Ispotályok Magyarországon a 11–13. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Típus	Rend	Szín
1	Pannonhalma	Pannonhalma	996	Szerzetesrendek	Bencés	■
2	Daróc	Sárosdaróc	1000	Ispotály	Ispotály	■
3	Esztergom	Esztergom	1000	Szerzetesrendek	Szent Keresztes	■
4	Pécsvárad	Pécsvárad	1007	Szerzetesrendek	Bencés	■
5	Bakonybél	Bakonybél	1018	Szerzetesrendek	Bencés	■
6	Zalavár	Zalavár	1019	Szerzetesrendek	Bencés	■
7	Győr	Győr	1031	Szerzetesrendek	Szent Keresztes	■
8	Kolozsmonostor	Kolozsvár	1061	Szerzetesrendek	Bencés	■
9	Garamszentbenedek	Garamszentbenedek	1075	Szerzetesrendek	Bencés	■
10	Tolnavár	Tolna	1092	Szerzetesrendek	Bencés	■
11	Fehérvár	Székesfehérvár	1093	Szerzetesrendek	Szent Keresztes	■
12	Pozsony	Pozsony	1100	Betegápoló rendek	Antonita	■
13	Baranyavár	Baranyavár	11. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
14	Keszthely	Keszthely	11. sz.	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
15	ándorfehérvár	Belgrád	11. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
16	Valkóvár	Vukovár	11. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
17	agyvárad	agyvárad	1138	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
18	Székesfehérvár	Székesfehérvár	1138	Betegápoló lovagrendek	Templomos	□
19	Eger	Eger	1150	Ispotály	Ispotály	■
20	Esztergom	Esztergom	1150	Betegápoló lovagrendek	Szent István	□
21	Csurgó	Csurgó	1163	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
22	Szente	Szente	1163	Szerzetesrendek	Bencés	■
23	Várad	agyvárad	1165	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
24	Veszprém	Veszprém	1180	Ispotály	Ispotály	■
25	Olthévíz	Olthévíz	1186	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
26	Buda	Budapest	1187	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
27	Buda	Budapest	12. sz.	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
28	Somogyvár	Somogyvár	12. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
29	Pannonhalma	Pannonhalma	1201	Szerzetesrendek	Bencés	■
30	Ligetbánya	Libetbánya	1208	Ispotály	Ispotály	■
31	Borsa	Borsa	1211	Betegápoló lovagrendek	Szent Sír	□
32	Poroszló	Poroszló	1216	Ispotály	Ispotály	■
33	Hévíz	Miskolc	1217	Szerzetesrendek	Bencés	■
34	Kalocsa	Kalocsa	1221	Szerzetesrendek	Ciszterci	■
35	agyszeben	agyszeben	1222	Betegápoló rendek	Szentlélek	■
36	Sarnyik	Savnik	1223	Szerzetesrendek	Ciszterci	■
37	Bács	Bács	1234	Szerzetesrendek	Ciszterci	■
38	Eger	Eger	1240	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
39	Szemenye	Szemenye	1248	Szerzetesrendek	Ferences	■
40	Hévíz (Várad)	agyvárad	1249	Szerzetesrendek	Ciszterci	■
41	Margitsziget	Budapest	1251	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
42	Margitsziget	Budapest	1252	Betegápoló rendek	Domonkos	□
43	Füzesguthi	Füzesguthi	1269	Ispotály	Alapítványi	■
44	Selmecbánya	Selmecbánya	1275	Betegápoló rendek	Domonkos	□
45	Sopron	Sopron	1275	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
46	Buda	Budapest	1280	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
47	Kompolt	Kompolt	1280	Ispotály	Ispotály	■
48	Kassa	Kassa	1283	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
49	Daróc	Sárosdaróc	1288	Betegápoló rendek	Antonita	■
50	agyszeben	agyszeben	1292	Betegápoló rendek	Szentlélek	■
51	Beszterce	Beszterce	1295	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
52	Apátfalva	Apátfalva	13. sz.	Ispotály	Ispotály	■
53	Bátmonostor	Bátmonostor	13. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
54	Bodrogkeresztúr	Bodrogkeresztúr	13. sz.	Szerzetesrendek	Bencés	■
55	Géder	Géderlak	13. sz.	Ispotály	Ispotály	■

az orvostudomány fejlődésére is. A Betegápoló Irgalmasrend (Ordo Hospitalarius, irgalmasok) laikus férfi betegápoló szerzetesrend, amelyet 1550-ben alapított Istenes Szent Jánost, és amelyet V. Pius pápa 1572-ben hagyott jóvá. A rend célja a betegek testi-lelki gondozása – mindenkié, függetlenül származásától, vallásától, de külön figyelemmel a szegényekre.

3. A középkori Magyarország kórházügyének fejlődése

A honfoglaló magyarok nem rendelkeztek szervezett egészségüggyel, azonban a sérültek ellátását gyógyítók végezték, akik meglepően jó, közel 85%-os túlélési aránnyal végeztek koponyatrepanációt [5], azonban nincsenek adataink arról, hogy rendelkeztek volna a fekvőbetegeket ellátó intézményekkel. Egyes források [6] szerint már a 10. században megtalálhatóak voltak a Kárpát-medencében a bizánci keresztény szerzetesek által alapított kolostorok, amelyek közül a marosvásárhelyi rendházban gyógyító tevékenység is folyt. Mind-

azonáltal a hazai kórházügy kialakulása a nyugati kereszténység felvételétől számítható.

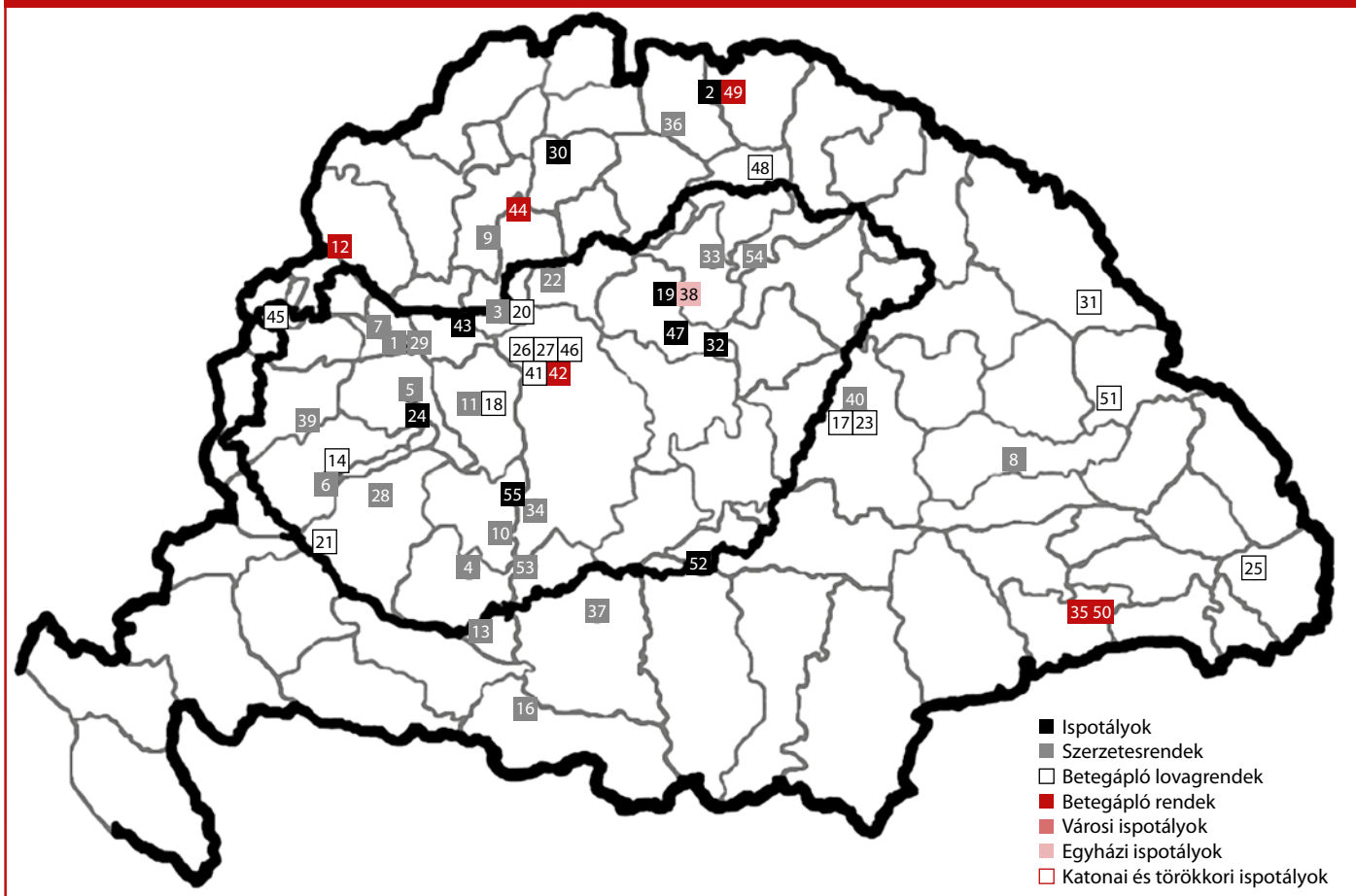
3.1. A hazai kórházügy fejlődése az államalapítástól a 13. század végéig

Géza fejedelem, majd Szent István király hívására megkezdődött a nyugati keresztény térítők és szerzetesrendek [7] beáramlása hazánk területére. Elsősorban a bencés rend [8] gyógyító szerzetesei érkeztek meg, és főként a Dunántúl területén telepedtek le és építették fel kolostoraikat. Első kolostorukat Pannonhalmán alapították, azonban bizonyíthatóan rendelkeztek kolostorral Pécsváradon. A pécsvárad kolostorról több forrás (Buda, Magyary-Kossa) is leírja, hogy három szolga állt a vendégek, négy betegápoló (ministri infirmorum) a betegek szolgálatára, és alkalmaztak még hat fürdőszolgát (stubarii) is, valamint a kolostor rendelkezett vízvezetékkel is, ahogyan azt Szent István priviligiumából megtudhatjuk. A 11. században a bencés rend további kolostorokat alapított 1018-ban Bakonybélben, 1019-ben

2. táblázat. Ispotályok Magyarországon a 14–15. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Típus	Rend	Szín
1	Besztercebánya	Besztercebánya	1303	Betegápoló rendek	Szentlélek	■
2	Mateóc	Mateóc	1323	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
3	Pécsvárad	Pécsvárad	1329	Ispotály	Ispotály	■
4	Bót	Botpuszta	1333	Városi ispotályok	Városi	■
5	Óbuda	Budapest	1337	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
6	Várad	agyvárad	1339	Városi ispotályok	Városi	■
7	agyvárad	agyvárad	1342	Betegápoló lovagrendek	Lazarita	□
8	Besztercebánya	Besztercebánya	1363	Városi ispotályok	Városi	■
9	Iglo	Iglo	1364	Szerzetesrendek	Karthazi	■
10	Kassa	Kassa	1375	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
11	Trencsén	Trencsén	1380	Szerzetesrendek	Ferences	■
12	Körmöcbánya	Körmöcbánya	1382	Egyházi ispotályok	Bizánci Katolikus	■
13	Újbánya	Újbánya	1382	Egyházi ispotályok	Bizánci Katolikus	■
14	Bártfa	Bártfa	1386	Városi ispotályok	Városi	■
15	agyszeben	agyszeben	1386	Városi ispotályok	Városi	■
16	Buda	Budapest	1390	Betegápoló lovagrendek	Lazarita	□
17	Kassa	Kassa	1392	Városi ispotályok	Városi	■
18	Pozsony	Pozsony	1392	Városi ispotályok	Városi	■
19	Pécs	Pécs	1397	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
20	Hunfalu	Hunfalu	14. sz	Betegápoló lovagrendek	Szent Sír	□
21	Kalocsa	Kalocsa	14. sz	Egyházi ispotályok	Bizánci Katolikus	■
22	Lándok	Lándok	14. sz	Betegápoló lovagrendek	Szent Sír	□
23	Lippa	Lippa	14. sz	Szerzetesrendek	Ferences	■
24	Menedékkő	Menedékkő	14. sz	Szerzetesrendek	Karthazi	■
25	Stóla	Stóla	14. sz	Szerzetesrendek	Bencés	■
26	Szepesváralja	Szepesváralja	1400	Szerzetesrendek	Ágoston	■
27	Barcz	Bars	1402	Városi ispotályok	Városi	■
28	Lőcse	Lőcse	1416	Ispotály	Leprosorium	■
29	Gyulafehérvár	Gyulafehérvár	1418	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
30	agyvárad	agyvárad	1427	Városi ispotályok	Városi	■
31	Kassa	Kassa	1431	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
32	Bártfa	Bártfa	1432	Ispotály	Leprosorium	■
33	Buda	Budapest	1432	Ispotály	Leprosorium	■
34	Tövis	Tövis	1449	Ispotály	Leprosorium	■
35	Újlak	Újlak	1452	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
36	Zágráb	Zágráb	1453	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
37	Kassa	Kassa	1456	Ispotály	Ispotály	■
38	Monostorkő	Monostorkő	1458	Ispotály	Ispotály	■
39	Szeged	Szeged	1458	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
40	Veszprém	Veszprém	1458	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
41	Eperjes	Eperjes	1464	Ispotály	Leprosorium	■
42	Pest	Budapest	1467	Betegápoló lovagrendek	Johannita	□
43	agyszeben	agyszeben	1475	Ispotály	Leprosorium	■
44	Kassa	Kassa	1487	Ispotály	Ispotály	■
45	Medgyes	Medgyes	1487	Ispotály	Leprosorium	■
46	Kolozsvár	Kolozsvár	15. sz	Ispotály	Leprosorium	■
47	Rozsnyó	Rozsnyó	15. sz	Ispotály	Leprosorium	■
48	Zágráb	Zágráb	15. sz	Városi ispotályok	Városi	■

2. ábra. Ispotályok Magyarországon a 14-15. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd 2. táblázat)



Zalaváron, 1075-ben Garamszentbenedeken és 1092-ben Tolnában. Egyetlen olyan bencés rendi kolostorról van tudomásunk, amely nem a dunántúli területen épült, ez pedig az 1061-ben Kolozsváron alapított ispotály, amely azonban közel 900 esztendőn keresztül fogadta a betegeket. Magyarországon a 11. században működött még a Szent Keresztes Rend, amelynek Pozsonyban volt betegháza, továbbá, meglátásunk szerint számos olyan betegház, amelyet a források tévesen a János lovagoknak tulajdonítanak is ehhez a rendhez tartozhatott². Ezek a betegházak 1031-ben Győrött, 1093-ban Székesfehérváron, valamint a 11. században Keszthelyen alapított betegházak lehettek, hiszen a források ugyan a János lovagok rendházaiként azonosították őket, azonban a János lovagrendet csak a 12. században alapították meg. A 11. században betegházakat találunk még Baranyavár, és a mai Belgrád, valamint Vukovár területén, azonban ennél nagyobb lehetett a számuk, hiszen Józsa kutatásai szerint csak a bencések 22 kolostorukban gyógyítottak.

A kolostorok és betegházak legnagyobb része azok mellé a zarándokutak mellé került, amelyeket a kereszténység felvételekor Szent István király létrehozott. Amikor a király az 1020-as évek végére sikeresen stabilizálta az ország belső helyzetét, hozzáfogott a zarándokutak kialakításához, amely azonban nem csupán ezeknek az utaknak a kiépítését³ és biztonságossá tételét jelentette, szükség volt a zarándokokat ellátó intézményhálózat kialakítására is. A kor sajátosságainak megfelelően a kolostorok nem csupán a szerzetesek elhelyezését szolgálták, hanem ellátták a betegeket a kolostori betegszobában (infirmatorium), és a szegénygondozáshoz kapcsolódó feladatokból is kivették a részüket, illetve szállást és menedéket (hospitale) nyújtottak az utazók-

nak, és a zarándokoknak is. A korabeli források szerint a Szentföld felé haladó zarándokút 19 napig tartott Magyarországon át az alábbi útvonalon: Győr, Székesfehérvár, Tolna, Baranyavár, a mai Vukovár és Belgrád. A Rómába tartó zarándokút kiindulópontja Esztergom volt, majd Pannonhalmán, Bakonybélén, Zalaváron keresztül vezetett, látható, hogy minden jelentősebb állomásán találunk kolostorokat, kórházakat [9, 10]. Szent István azonban nem csak Magyarország területén gondoskodott a betegekről, hanem ispotályokat tartott fenn Jeruzsálemben, Konstantinápolyban és Rómában is.

A 12. században számos változás következett be az ispotályok tekintetében. Egyfelől felismerték, hogy a Dunántúlon megfelelő számban vannak ispotályok, ezért csak kevés új létesült közülük ezen a területen, Székesfehérváron 1138-ban, Csurgón 1163-ban, Veszprémben 1180-ban és a majdani Budapesten 1187-ben. A többi ispotály az ország peremkerületein és középső részein került alapításra, 1100-ban Pozsonyban, 1138-ban Nagyváradon, 1150-ben Egerben, 1163-ban Szentén és 1186-ban Olthévízen. A II. keresztes hadjárat alkalmával VII. Lajos francia király kíséretében vonultak át hazánkon az első betegápoló lovagrendek lovagjai, akik megszerezték II. Géza királyunk támogatását, amely megnyitotta az országot a betegápoló lovagrend lovagjai előtt. A korszak legnevezetesebb lovagrendje a Szent János lovagrend [11] volt, legjelentősebb ispotályukat, a Szentháromság kórházat Budán a Felhívíz táján állították fel, s amely Buda török kézre kerüléséig folyamatosan működött. Hazánkban a betegápoló lovagrendek közül a 12. században ispotályt alapított még a templomos lovagrend 1138-ban Székesfehérváron, illetve az egyetlen magyar alapítású betegápoló lovagrend a Szent

István lovagrend 1150-ben Esztergomban. További érdekesség még, hogy az 1100-ban Pozsonyban létrejövő ispotály alapítását a Szent Antal rendnek tulajdonították (Józsa L.), azonban egy másik forrás, a Lőcsei Krónika [12] szerint a Szent Antal rend első kórháza az 1288-ban Sárosdarócon alapított ispotály volt. A rendelkezésre álló források összevetéséből megállapítható, hogy a pozsonyi ispotály volt a Szent Antal rend első hazai ispotálja.

A 13. században tovább folytatódik az ispotályok alapítása, közel harminc új ispotály alapul ebben az évszázadban. Dacára annak, hogy rendházainak nagy része megsemmisül, a tatárjárás alatt a legtöbb ispotályt a János lovagok rendje alapítja, azonban számos betegápoló rend bekapcsolódik a magyarországi betegellátásba. Megalapítja 1221-ben Kalocsán az első ispotályát a ciszterci rend, amelynek bizonyíthatóan vannak ispotályai Bácsan, Savnikban és Nagyváradon. Nagyszeben városa 1292-ben a Szent Lélek rendnek adományozza a régóta működő, feltehetőleg 1222-ben alapított ispotályát, amelyet ez idő tájt a világi hatóságok kezeltek. A domonkos rend 1252-ben a Nyulak szigetén, a későbbi Margitszigeten rendelkezik kolostorral, betegszobájának leírását Boldog Margit szentté avatási eljárásának jegyzőkönyve is tartalmazza, továbbá megemlíti, hogy ez idő tájt a domonkos rend tartományfőnöke Rudolf testvért nevezte ki a margitszigeti apácákhoz orvosnak. A domonkosok bizonyítottan rendelkeznek ispotállal Selmecebányán, amelynek működéséhez V. István király elrendeli, hogy a város örökös nélkül elhunyt polgárainak vagyonát az ispotály kapja meg. Ez a gyakorlat majd csak az erős polgársággal rendelkező XIV. századi felvidéki városokra lesz jellemző, a XIII. században az ispotályok

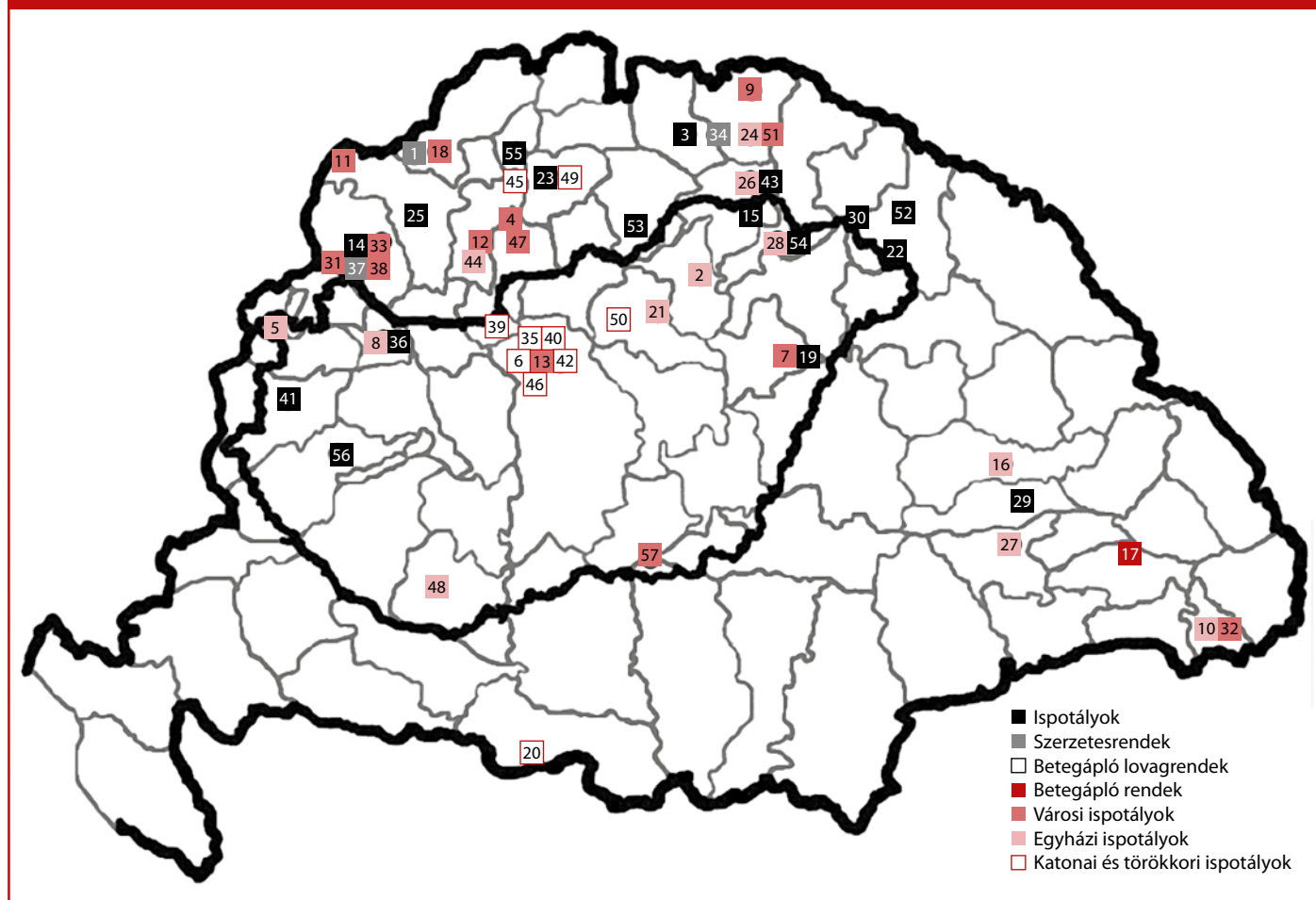
fenntartása jellemzően közadakozásból történik. Az 1269-ben alapított füzeskürti kórház esetében bizonyítékot találunk az első világi alapítású és kezelésű ispotályra, amelyet a király, IV. Béla azzal is támogat, hogy Saarföld hévízeit az ispotálynak adja. Az ispotályok a 13. században jellemzően a Dunántúlon és az Alföldön alakulnak ki, nincs azonban számottevő betegellátást nyújtó intézmény a Kárpátalján, a Felvidék keleti és Erdély nagy részén, valamint a mai Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar, Békés, Szolnok-Jász-Nagykun megye területén, és mindezidáig érezhetően nem sikerült felzárkóztatni ezeket a területeket, ami a kórházak számát illeti.

3.2. A hazai ispotályok fejlődése a 14–15. században

A 14. században több mint 70 ispotályról van írásos bizonyítékunk, amelyek legnagyobb részét a bencés rend és a János lovagok rendje irányítják, azonban egyre jelentősebb a világi egyház és a városok szerepe az ispotályok alapításában. Létrejön 1339-ben Nagyváradon, 1386-ban Bártfán, 1386-ban Nagyszebenben és 1392-ben Pozsonyban a városi ispotály, azonban ez nem minden esetben jelenti új ispotály alapítását, például Nagyszebenben a Szentlélek Rend 1292-ben alapított ispotályának működtetését veszi át a város, mert a Szentlélek rend nem rendelkezett elegendő pénzzel a fenntartásához.

A szerzetesrendek szerepének csökkenése több okra vezethető vissza, amelyek közül kiemelkedőek az anyagi természetű okok. Egyfelől Károly Róbert óta kialakult szokás szerint a kolostorok védelmezőket kaptak, akik ezen szolgáltatokért cserébe a kolostori bevételek jelentős hányadát felélték, egész

3. ábra. Ispotályok Magyarországon a 16–18. század elején alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd 3. táblázat)



családjukkal a kolostorba költöztek, egész birtokrészeket tulajdonítottak el ezzel csökkentették a kolostorok működésének gazdasági alapjait. Szintén anyagi megterhelést jelentett, hogy az egyes rendhez való tartozás feltétele egy meghatározott összeg kifizetése volt a rend központja számára. Például a Szent Antal rendjéhez tartozó segesvári ispotály évente 3, a pozsonyi évente 4,5 márkát volt köteles küldeni az anyakolostor rendfőnökének, illetve például a János lovagok rendje esetében a várnai prior által követelt egyre növekvő pénzösszegek hozzájárultak a rend intézményeinek megszűnéséhez [13].

A 11. századra nagyjából egymillió lakosa lehet Magyarországnak, amely a 14. század végére elérhette a kétmilliót. Egyes szerzők [14] művei alapján feltételezzük, hogy a hazai ispotályokban átlagosan 10 főt gyógyíthattak egyszerre, így a 11. század végén 5500, a 14. század végén 2500 lakos juthatott egy ispotályos férőhelyre. Tekintettel arra, hogy az ispotályokban nyújtott ellátás nem volt magasabb szintű és nem váltotta ki a házi betegellátást, ráadásul a lakosság nagyobb része otthonában gondozta családtagjait, nagyjából a lakosság 15–20%-a tartott igény az ispotályok ellátásaira, így az ágybéli ellátottság megfelelőnek

3. táblázat. Ispotályok Magyarországon a 16–18. század elején alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Típus	Rend	Szín
1	Beckó	Beckó	1500	Szerzetesrendek	Ágoston	■
2	Miskolc	Miskolc	1507	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
3	Lőcse	Lőcse	1515	Ispotály	Leprosorium	■
4	Selmechánya	Selmechánya	1523	Városi ispotályok	Városi	■
5	Sopron	Sopron	1526	Egyházi ispotályok	Izraelita	■
6	Buda	Budapest	1527	Katonai és törökkori	Katonai	□
7	Debrecen	Debrecen	1529	Városi ispotályok	Városi	■
8	Győr	Győr	1529	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
9	Bártfa	Bártfa	1530	Városi ispotályok	Városi	■
10	Brassó	Brassó	1530	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
11	Szokolca	Szokolca	1530	Városi ispotályok	Városi	■
12	Újbánya	Újbánya	1530	Városi ispotályok	Városi	■
13	Buda	Budapest	1535	Városi ispotályok	Városi	■
14	Bazin	Bazin	1548	Ispotály	Ispotály	■
15	Göncz	Gönc	1556	Ispotály	Ispotály	■
16	Kolozsvár	Kolozsvár	1559	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
17	Segesvár	Segesvár	1570	Betegápoló rendek	Antonita	■
18	Trencsén	Trencsén	1580	Városi ispotályok	Megyei	■
19	Debrecen	Debrecen	1586	Ispotály	Ispotály	■
20	Palánka	Palánka	1591	Katonai és törökkori	Törökkori	□
21	Eger	Eger	1596	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
22	Beregszász	Beregszász	16. sz	Ispotály	Ispotály	■
23	Besztercebánya	Besztercebánya	16. sz	Ispotály	Ispotály	■
24	Eperjes	Eperjes	16. sz	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
25	Galgóc	Galgóc	16. sz	Ispotály	Ispotály	■
26	Kassa	Kassa	16. sz	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
27	agyenyezd	agyenyezd	16. sz	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
28	Sárospatak	Sárospatak	16. sz	Egyházi ispotályok	Protestáns	■
29	Torda	Torda	16. sz	Ispotály	Ispotály	■
30	Ungvár	Ungvár	16. sz	Ispotály	Ispotály	■
31	Pozsony	Pozsony	1600	Városi ispotályok	Városi	■
32	Brassó	Brassó	1608	Városi ispotályok	Városi	■
33	agyszombat	agyszombat	1625	Városi ispotályok	Városi	■
34	Szepesváralja	Szepesváralja	1650	Szerzetesrendek	Irgalmas	■
35	Buda	Budapest	1660	Katonai és törökkori	Törökkori	□
36	Győr	Győr	1669	Ispotály	Ispotály	■
37	Pozsony	Pozsony	1669	Szerzetesrendek	Irgalmas	■
38	Modor	Modor	1672	Városi ispotályok	Városi	■
39	Esztergom	Esztergom	1682	Katonai és törökkori	Katonai	□
40	Margitsziget	Budapest	1682	Katonai és törökkori	Katonai	□
41	Szombat hely	Szombat hely	1682	Ispotály	Ispotály	■
42	Buda	Budapest	1686	Katonai és törökkori	Katonai	□
43	Kassa	Kassa	1687	Ispotály	Ispotály	■
44	Bars	Bars	1690	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
45	Körmöcbánya	Körmöcbánya	1690	Katonai és törökkori	Katonai	□
46	Buda	Budapest	1695	Katonai és törökkori	Katonai	□
47	Korpona	Korpona	1703	Városi ispotályok	Városi	■
48	Pécs	Pécs	1704	Egyházi ispotályok	Római Katolikus	■
49	Besztercebánya	Besztercebánya	1705	Katonai és törökkori	Katonai	□
50	Gyöngyös	Gyöngyös	1705	Katonai és törökkori	Katonai	□
51	Eperjes	Eperjes	1706	Városi ispotályok	Városi	■
52	Munkács	Munkács	1707	Ispotály	Ispotály	■
53	Rimaszombat	Rimaszombat	1707	Ispotály	Lábadozó	■
54	Sárospatak	Sárospatak	1707	Ispotály	Ispotály	■
55	Stubnyafürdő	Stubnyafürdő	1707	Ispotály	Lábadozó	■
56	Sümege	Sümege	1707	Ispotály	Lábadozó	■
57	Szeged	Szeged	1708	Városi ispotályok	Városi	■

mondható. Összehasonlítva azonban a francia ispotályok rendszerével [15], ahol a 14. század vége felé 300 lakosra jutott egy ágy, és míg egy nagyobb francia városban 10-15 karitatív intézmény is működött, addig ez nálunk még Buda esetében sem haladta meg ennek a felét sem, és az ispotályaink befogadóképessége sem érte el a francia átlagot. Ellentétben a francia ellátórendszerrel, amely orvosi és szociális értelemben is differenciálódott, addig a hazai ispotályok nem kizárólag a lakosság egyes csoportjainak ellátására szakosodtak, kivételt képeznek ez alól a leprásokat (bélpoklosokat) ellátó intézmények.

Az európai országoktól eltérően hazánkban viszonylag későn, a 15. században alakult ki a leprásokat ellátó intézmények hálózata – 1416-ban Lőcsén, 1432-ben Budán és Bártfán, 1464-ben Eperjesen, majd 1475-ben Nagyszebenben épült ispotály a leprások számára. A felsoroltakon túlmenően bizonyíthatóan alapítottak leprosoriumokat a 15. században Kolozsváron, Medgyesen, Rozsnyón és Zágrábban. A leprosoriumok alapítói és működtetőiről megoszlanak a szakirodalmi vélemények. Egyes szerzők (Cervins) meglátása szerint a világi egyház alapította és működtette ezeket, míg más szerzők (Buda) szerint a betegellátó lovagrendek közül a Szent Lázár rend végezte ezeket a feladatokat, amit az is alátámaszt, hogy Magyarország ez idő tájt a rendnek önálló tartományát képezte. Mindazonáltal elmondható, hogy míg a szerzetesrendek közül egyedül az Ágoston rend alapított ispotályt 1400-ban Szepesváralján, a betegápoló lovagrendek közül a johanniták alapítanak ispotályt 1458-ban Szegezen és 1467-ben a mai Budapesten, addig jelentősen megnőtt a világi egyházi alapítású ispotályok száma, hiszen 1418-ban Gyulafehérváron, 1431-ben Kassán, 1452-ben Újlakon, 1453-ban Zágrábban és 1458-ban Veszprémben kerül sor világi egyházi ispotályok alapítására. A világi egyház [16] térnyerése természetes folyamánya annak az egész Európában megfigyelhető válságnak, amely a szerzetes- és betegápoló rendeket folyamatos reformokra, önvizsgálatra készíti, és amelynek eredményeként a befelé fordulás, a szerzetesi életformához való visszatérés erősödik meg a kifelé forduláshoz, a másokon való segítség eszméjéhez képest. A szerzetes- és betegápoló rendekhez tartozó ispotályok szerepének csökkenését jól példázza Cervins 1995-ös tanulmánya, amelyben bemutatja, hogy amíg a 14. század elejéig a szerzetes és betegápoló rendek az ispotályok közel felét, addig a 15. század végére már alig egyötödét irányították [17].

A szerzetesrendek fokozatos visszahúzóódását a betegekkel való gondoskodásból nem követi azonos ütemben a városi betegellátó intézmények fejlődése, ezért kerülnek előtérbe a világi egyház által fenntartott ispotályok. Ezt alátámasztja az is, hogy a 15. századi Magyarországon a városi polgárság csak egyetlen ispotályt alapít, 1427-ben Nagyváradon (az 1402-es alapítási barsi ispotály sokkal inkább szegényház, mint kórház).

3.3. Az ispotályok helyzete a három részre szakadt országban

A 16. századi ispotályok fejlődését alapvetően befolyásolta egyfelől az 1526-os mohácsi csatavesztés és ennek következményeként az ország három részre szakadása, másfelől az 1517 utáni protestáns egyházi mozgalmak megerősödése. A speyeri zsinat időszakáig a 15. századnál ismertetett tendenciák közül folytatódott a világi egyházak előtérbe kerülése, amelynek eredményeként ispotályt alapított a római katolikus egyház 1507-ben Miskolcon, majd 1529-ben Győrött, azonban ezt követően a hangsúly áttevődik a protestáns egyházak tevékenységére. A protestáns egyház [18] által alapított

ispotályok jönnek létre 1530-ban Brassóban és 1559-ben Kolozsváron, és ezen túlmenően tudomással bírnak több fontos protestáns városban, Eperjesen, Kassán, Nagyeneden és Sárospatakon alapított ispotályról is. Az ispotályalapítási tevékenységbe bekapcsolódik az izraelita felekezet is, amelynek eredményeként létrejön az első izraelita fenntartású ispotály 1526-ban Sopronban. A 16. században szerzetesrendek közül ispotályt egyedül a Szent Antal rend alapít, mégpedig 1570-ben Segesváron.

A Felvidéken és Erdély területén már a 15. században megindult a városok fejlődése, gazdasági megerősödése, ezzel összhangban felerősödött a városi polgárság kórházalapítási tevékenysége is. A folyamat Európában már korábban és erőteljesebben lezajlott, míg a hazai városi ispotályok fejlődése lassabb ütemű volt. Az ispotályok alapítását szükségessé tette, hogy a városokban felerősödtek a szegények szociális problémái, mert a város fogadta be a jobbagysorból menekülőket, vándorló iparosokat, más szegény embereket. Sorra alakulnak a polgárság által létrehozott ispotályok 1523-ban Selmecbányán, 1529-ben Debrecenben, 1530-ban Bártfán, Szakolcán és Újbányán, és 1535-ben a mai Budapesten. Különösen nagy jelentőségű volt az 1580-ban Trencsénben létesített ispotály, amely az első megyei feladatokat is ellátó intézménynek tekinthető.

Az egyházi intézmények elvilágiasodásának részeként a városi tanácsok fokozatosan átvették a szerzetes- és betegápoló rendek ispotályait, a rendek képtelenek voltak fenntartani ezeket⁴. A városi polgárok jelentős anyagi támogatásai eredményeként egyre nagyobb beleszólást harcoltak ki maguknak a világi egyházi intézmények irányításában. A 15. századtól kórházfelügyelők kerültek kinevezésre, majd a 16. századtól általánossá vált, hogy a kórház vezetőjének a kinevezési joga az egyháztól a városokhoz került át. A szekularizációs folyamatokkal összefüggésben átalakultak a kórházi működés gazdasági alapjai. A szerzetes-, lovag- és betegápoló rendek az ispotályok fenntartására az egyházi vagyon negyedét, a részükre adományozott birtokok bevételeit használták fel, amelyet kiegészítettek a hívek adományai és az alamizna. Temesvári Pelbárt ferences rendi szerzetes a szegények megajándékozását nagy erénynek tekintette, és prédikációiban állhatatosan hirdette, hogy „inkább adjunk Istennek tetsző alamizsnát, mint hogy testünket sanyargassuk” [19].

A városi fenntartású ispotályok finanszírozási alapjait a városi pénztárak bevételei, az alapítványok, valamint a végrendeletek jelentették. A városok statútumaikban igyekeztek további forrásokat biztosítani az ispotályok működtetésére, ilyen rendelkezést tartalmaz például Kassa városának 1572-es statútuma, amely a városi polgárok által befizetett büntetések felét a helyi ispotálynak adja. Pozsony városa már 1376-ban úgy rendelkezik, hogy a nem szabályos súlyú kenyert a városi kórház kapja. A végrendeletek vonatkozásában megfigyelhető, hogy a szegényebbek saját személyes holmijukat adományozták a kórháznak, addig a tehetősebbek ingyenes fürdőket, étellemezési és más alapítványokat hagytak az ispotályokra, ez utóbbira példa Drágffy János országbíró, aki a mohácsi mezőn tett végrendeletében meghagyta a családjának, hogy „az ispotályra nagy gondot viseljenek, a szegények benne ne éhezzenek... mert az én lelkiemnek üdvössége ezekből lesz” [20].

A 16. és 17. századi ispotályok helyzetét befolyásolta a török megszállás, és az ország három részre szakadása. A hódoltsági területekről elmenekültek a szerzetes-, lovag- és betegellátó rendek, ispotályaik megszűntek, illetőleg a törökök lerombolták ezeket. A törökök saját betegeik ellátására katonai kórházakat

alapítottak a nagyobb katonai erődökben, így Pécsen, Temesváron és Szolnokon. Evlia Cselebi útleírásaiból [21] tudjuk, hogy a megszállt Budán két katonai kórház is volt, egy a janicsárkaszárnnyában, és egy az Orta dzsámi környékén, amelyek az 1660-as években kerültek kialakításra. Kapronczay [22] kutatásai megerősítik azokat az információkat, amelyek szerint a szultáni birtokként kezelt mezővárosokban szabadon működhetek a keresztény (katolikus és protestáns) egyházak által fenntartott ispotályok. Különösen jelentős a szegedi ferences kolostor, ahol a szerzetesek között mindig volt betegellátáshoz értő rendtag, aki egyaránt ellátta a keresztényeket és a törököket is.

A szerzetes-, lovag- és betegápoló rendek, valamint a városok által alapított ispotályok működése jórészt az alapítók anyagi erejétől függött, a központi szabályozás nem kötelezte ezeket a szervezeteket ispotályok létrehozására, nem voltak egységes feltételek és szabályozások az ispotályok működtetésére. Az ehhez szükséges központi szándék először a katonai egészségügy [23] területén mutatkozik meg. A 16-17. században kialakulnak Európában, így a Habsburg Birodalomban is az állandó hadseregek, amelyek működéséhez szükséges volt a megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás biztosítására. Kezdetben ez az ellátás nagyon esetlegesen volt megszervezve, ami hadseregként egy-egy sebész alkalmazását, végváranként egy-egy betegszobát, esetlegesen a civil fenntartású ispotályok igénybevétele jelentette. Az első katonai központ által alapított, katonai célú ispotályt 1527-ben Budán hozta létre I. Ferdinánd, más források (Cervin) szerint Szapolyai János. A Habsburg uralkodó igen sajátos formáját választotta az ispotályalapításnak, mert az egyházat kérte fel erre, így a katonai kórházak érseki, püspöki fennhatóság alá tartoztak. Ugyanebben az évben megfogalmazódik egy egységes katonai kórházi rendszer kialakításának gondolata, azonban főként az anyagi feltételrendszer hiánya miatt, egészen Bécs 1683-as sikertelen ostromáig megvalósíthatatlan maradt. A török elleni háború fordulópontjaként említett bécsi ostrom fordulópontot jelentett a kórházügy fejlődésében is. A IX. Ince pápa által kivetett egyházi különadó felhasználásával Kollonits bécsiújhegyi püspök és Buonavisi pápai nuncius ispotályt alapít Esztergomban, illetőleg Budán, ez utóbbit a török heves ellenállása miatt több alkalommal is át kellett költöztetni. Hasonló, az egyház által alapított ispotályokat találunk 1690-ben Körmöcbányán, valamint ide sorolhatjuk az 1596-ban Egerben és 1704-ben Pécsen alapított ispotályokat is. A katonai egészségügy további katalizátorként szolgál majd a kórházügy fejlődéséhez a Rákóczi-, valamint az 1848-49-es szabadságharc időszakában.

A katonai egészségügy fejlődésén túlmenően ebben a században tovább folytatódik a városi ispotályok alapítása, ennek eredményeként 1600-ban létrejön egy kimagaslóan számos férőhellyel rendelkező ispotály Pozsonyban, további ispotályok alakulnak 1608-ban Brassóban, 1625-ben Nagyszombatban és 1672-ben Modoron. A 17. században bekapcsolódik hazánk egészségügyi ellátásába a Betegápoló Irgalmasrend, amely ispotályt alapít 1650-ben Szepesváralján, 1669-ben Pozsonyban, és amelynek rendkívül nagy szerep jut a hazai kórházhálózat kiépítésében a következő századok során. A 18. században jelentős változások figyelhetők meg a hazai kórházügy [24] területén. A Helytartótanács 1724-es létrehozásával az ispotályok alapítása fokozatosan a központi irányítás céljaival összhangban történik, kialakulnak a működtetésükhöz szükséges feltételrendszereket tartalmazó szabályozások, az intézmények fenntartásának anyagi alapjait egyre inkább az államkassza biztosítja.

4. Megbeszélés

A magyarországi ispotályok történelmében barangolva igyekeztünk összefoglalni, rendszerezni és áttekinthető formában bemutatni a hazai kórházügy fejlődését, különös tekintettel az azt befolyásoló tényezőkre. A hazai kórházak története a nyugati kereszténység felvételével kezdődött, amelyet politikai szempontok motiváltak, azonban ezzel az ország kórházainak fejlődési iránya is meghatározódott. A sok szempontból fejlettebb keleti keresztény ispotályok helyett a nyugati szerzetesrendek kolostorai lettek a korabeli ispotályok és kórházak alaptípusai.

Az ispotályok kialakulását és földrajzi elhelyezkedését jelentős mértékben befolyásolták a Szent István király által kialakított zárandokutak, melyek fontosabb állomásain szinte kivétel nélkül egy-egy kolostor állt, amelyben a vándorok szállást, a szegények ellátást, a betegek gondos ápolást kaptak.

Az ispotályok fejlődését alapvetően meghatározták a háborúk, akár közvetlenül sújtották hazánkat, akár közvetve vettünk részt bennük. A közvetlen érintettségre példa lehet a tatárdúlás, amely során számos ispotály semmisült meg, a szerzetesrendeknek újra kellett kezdeni gyógyító tevékenységüket ezeken a helyeken. A török megszállás, az ország három részre szakadása is átforgatta a hazai kórház történelmet, egyfelől a harcokban számos ispotály, kórház semmisült meg, és számos terület néptelenedett el. Másfelől, főként a nagyobb helyőrségekben a törökök építettek is ispotályokat, amelyekben főként saját katonáikat ápolták, de ismeretekkel bírnak arról is, hogy szabadon működhetek a szultáni birtokokon álló mezővárosok kórházai [25], és a ferences rend szerzetesei is kifejtették gyógyító tevékenységüket a hódoltsági területeken.

A legnagyobb fejlődést azonban a török elleni ellentámadás kapcsán szerveződő katonai kórházak rendszere jelentette, amelyeknek egyfelől egységes irányítása és szabályrendszere volt, másfelől a fenntartásukat is központosított forrás, a pápa által kivetett különadó biztosította. Azok a háborúk is hatást gyakoroltak a hazai kórházügy fejlődésére, amelyek tőlünk több ezer kilométerre zajlottak, ennek eklatáns példáit láthatjuk a kereszties hadjáratokban. Hazánk közvetlenül nem, azonban, mint átvonulási terület érintett volt a kereszties háborúkban, ennek pozitív elemeként II. Béla királyunk megismerhette az országon átvonuló betegápoló lovagrendeket, amelyek olyannyira nagy hatást gyakoroltak az uralkodóra, hogy később letelepített őket az országban, jelentős birtokokat adományozott részükre, sőt hazai, Szent Istvánról elnevezett lovagrendet is alapított.

A hazai kórházügy fejlődését meghatározták az országot sújtó járványos megbetegedések, amelyek közül kiemelendő a lepra. E súlyos betegségben szenvedők gyógyítását egy betegápoló lovagrend, a Szent Lázár rend végezte, amelynek leprosoriumai a 15. századig jelentős számban jöttek létre az ország területén. A leprosoriumok megjelenése amúgy is novumnak számított a hazai kórházügy történeti fejlődésében, mert amíg a nyugat-európai kórházak már a korai szakaszban jelentős differenciálódást mutattak az egyes betegségek vagy az ellátottak egyes csoportjai mentén, addig a magyar intézményrendszerben egyedül a belpoklosok ápolására alakultak különálló ispotályok. A belpoklosság háttérbe szorulásával a leprosoriumok egy része általános kórházszá fejlődött, másik része a pestises, majd a szifilisz betegek gyógyítását végezte.

A honfoglalást követően, a nyugati kereszténység felvételével és az államalapítással párhuzamosan hazánkba érkező

szerzetesrendek tevékenysége alakította ki a hazai ispotályok rendszerének alapjait. Az egész életüket a szegények gyámolításának és a betegek ápolásának szentelő szerzetesek kolostorai hosszú évszázadokra meghatározták nem csak építészeti, hanem funkcionálisan is az ispotályok kialakítását. Az utazók befogadása, szegényekről, elaggottakról való gondoskodás és a betegápolás a szerzetesi tevékenység része volt, mindegyik tevékenységnek megtaláljuk a helyét a korabeli kolostorokban. A szegény- és idősgondozási feladatok és a betegek gyógyítása, ápolása a kolostorokban sem vált el egymástól, és ennek az intézményi keretei is összeolvadtak. Egészen a 18. századig nem jelenik meg olyan intézménytípus, amely kizárólag a betegellátással foglalkozik, és a szegény- és idősgondozás a mai napig sem választható el egyértelműen egymástól. A szerzetesrendeket érintő reformok célja az eredeti, szigorú regulákhoz való visszatérés, a világi befolyás visszautasítása volt, azonban ez a visszahúzódság volt az egyik oka a szerzetesi ispotályok jelentőség-csökkenésének, míg a másik ok az anyagi források kimerülésében keresendő.

A szerzetesrendek tevékenysége a polgári betegápoló rendek tevékenységében folytatódik tovább, amelyek jelentősége az évszázadok előre haladtával folyamatosan növekszik, illetőleg új lendületet kap a Betegápoló Irgalmasrend 17. századi megjelenésével, amely nagy hatást gyakorol a kórházügy újkori fejlődésére is. Meg kell emlékeznünk még a ferences rend tevékenységéről, amely egyetlenként végzett betegellátó és prédikációs tevékenységet a törökök által megszállt országrészekben.

A betegápoló lovagrendek hazánkban hosszú ideig megtartották jelentőségüket az ispotályok alapítása, működtetése területén. Ennek okai közt szerepel, hogy a lovagrendek nem csak a betegellátásban támogatták az uralkodót, hanem készek voltak fegyveres segítséget nyújtani részére⁵, és részt vettek az ország védelmében is. Mindezen szolgálataikat a király jelentős birtokadományokkal honorálta, amelyek az egyes feladatok elvégzéséhez szükséges anyagi források előteremtését is megkönnyítették, tekintettel arra, hogy a földjáradék jellegű bevételek jelentősége hazánkban az európai trendekhez képest két évszázaddal később kezdett csökkenni. A Szent Lázár rend által alapított és működtetett leprosoriumok voltak az egyetlen specializált egészségügyi ellátást nyújtó intézmények, hazánkban az ispotályok nem differenciálódtak a betegek állapota alapján, ami ahhoz vezetett, hogy az európai országokhoz képest kevesebb számú ispotály jött létre Magyarországon. Mindezek eredményeként hazánkban a legjelentősebb betegápoló lovagrend, a johannita rend még a 15. században is alapított új ispotályokat. Az uralkodó nem mindig nézte azonban jó szemmel a betegápoló lovagrendek működését, különösen, ha egy önálló állam kialakítására irányult, mint a Német Lovagrend hazánkban folytatott tevékenysége esetében⁶.

A szerzetesrendek és a betegellátó lovagrendek tevékenységének háttérbe szorulásával megerősödött az egyházak jelentősége a kórházügy fejlődésében. A katolikus egyház által alapított ispotályok legnagyobb részben a püspökök tevékenységének eredményeként jöttek létre, a kanonokok szerepe hazánkban ehhez képest csak másodlagos volt. A katolikus egyház szerepét erősítette a katonai kórházak rendszerének kiépülése, köszönhetően annak, hogy a Habsburg uralkodó a püspökökre bízta a katonai kórházak létesítését. A protestáns egyház szerepe is jelentős volt a kórházügy területén, különös tekintettel a 16. században alapított felvidéki és észak-magyarországi ispotályokra.

A vallásosság azonban nemcsak az egyházi ispotályokban bírt jelentőséggel. A polgári fenntartású kórházak alapítói gyakran

hangsúlyozták, hogy a kórházat lelkük üdvözlése miatt alapították, nem egyszer a kórházi szabályzatokban is lefektették, hogy a betegek kórházi felvételét azok vallásos életviteléhez köttették. Az ispotályokban rendszeresek voltak az istentiszteletek, az egyházi fenntartásúakban a miséket nem ritkán az ispotály vezető pap celebrálta a „horae canonicae” tiszteletben tartásával. Hazánkban a városiasodás a nyugat-európai városfejlődéstől eltérően, több évszázaddal később és lassabb ütemben következett be. Ennek köszönhetően Magyarországon a városi ispotályok fejlődése a 14. század végén indul meg, azonban igazi lendületet a városiasodás utolsó szakaszában, vagyis a 15. század közepétől kap, összefüggésben a városokban kialakuló, demográfiai válsággal párosuló gazdasági visszaeséssel, amelynek következtében megnövekedett a rászoruló és a szegények száma, és a városoknak maguknak kellett gondoskodniuk a szegény- és betegellátásban megjelenő új típusú kihívások megoldásáról. Az ispotályok alapítását alapvetően meghatározta a városok teherbíró képessége, a térképekről is jól látható, hogy a gazdagabb felvidéki bányavárosok jeleskedtek az ispotály-alapításban, amelyet a protestáns egyház tevékenysége is megerősített.

A korabeli ispotályok alapításának helyét ábrázoló térképek rávilágítanak arra is, hogy Magyarországon a kórházak fejlesztésében évszázados hátrányt szenvedtek a középső, legfőképpen a dél-dunántúli és alföldi területek, amely lemaradás hatása a mai napig is érződik ezeknek a térségeknek a kórházellátottságában. A térképekről leolvasható az is, hogy a történelmi Magyarország kórházi szempontból legjobban ellátott északi, felvidéki területei a trianoni döntést követően elkerültek hazánktól, ami további nehézségek elé állította a hazai egészségügyi döntéshozókat. A térképeket érdemes összevetni Nagy Géza [26] 1937-ben publikált tanulmányával, amelyben az ország kórházhiányos területeit mutatja be, és látható, hogy ezen kórházhiányos területek kialakulásának alapjai és okai a hazai kórházak történelemében keresendők.

Összegezve elmondható, hogy a hazai kórházügy hatalmas fejlődésen ment keresztül a 11. századi szerzetesi ispotályoktól egészen a 17. század végi egyházi, városi katonai kórházak megjelenéséig, és tovább kell, hogy folytatódjon napjainkban is. A fejlődés szükségszerűségét mi sem támasztja jobban alá, mint az, hogy közel egy évezredes folyamatos megújulás dacára Gortvay György 1953-ban így írt a 19. század eleji kórházakról: „a kórház mint valami borzalom élt a nép tudatában. Olyan nagy volt a kórházaktól való idegenkedés, hogy a falusi ember nagyobb csapásnak tekintette kórházba jutását, mint magát a betegséget” [27].

4. ábra. Kórházhiányos területek Magyarországon (Nagy Géza, 1937)



Hivatkozások

1. A korabeli tervrajzok alapján a kolostor épületegyüttesében megtalálható volt: gyógyfűkert, kórház, szálló, koldusszoba, zarándokház, népkonyha és szállás a hajléktalanoknak.
2. A tévedés alapja az lehet hogy 1238-ban IV. Béla király ezeket a területeket a székesfehérvári ispotálynak adományozta.
3. A zarándoklatokhoz szükséges utak biztosítása érdekében Szent István Baranyavár mellett hidat veretett, Eszéknél átkelő kompot, a Száván rendszeres hajójáratot üzemeltetett, az utak mellett királyi várakat építtetett, amelyekben állandó őrséget állomásoztatott, és megszervezte az út mellett a piacok és étkezők helyét
4. Sajnálatos módon a 16. századra kialakult a polgárság körében egy negatív vélemény az egyház által irányított ispotályokkal kapcsolatosan, amelyet az 1529-ben létesített debreceni kórház (laikus) alapítója fogalmaz meg, mely szerint „azért nem kellene az intézmény irányítását papra bízni, hogy a kórház ne rohanjon a vesztébe” Pásztor L.: A magyarság vallásos élete a Jagellók korában. Budapest (1940)
5. A Szent János rend támogatta Károly Róbert a 14. század elején, a magyar korona megszerzésében, később csatlakoztak a török ellen vívott harchoz az ország határterületein.
6. Az 1224-es évben a Német Lovagrend pápai támogatással önálló, a magyar királytól független állam alapítására törekedett, ami magába foglalta volna az erdélyi és az elfoglalt kunországi földeket is
11. Reiszig E.: A Jeruzsálemi Szent János lovagrend Magyarországon I-II. A Nemesi Évkönyv Kiadása Budapest (1925)
12. Hain G.: Szepességi avagy lőcsei krónika és évkönyv a kedves utókor számára Magvető, Budapest, (1988)
13. Somogyi Z.: A középkori Magyarország szegényügye Budapest (1941)
14. Józsa L.: A honfoglaló és Árpád kori magyarság egészsége és betegségei. Gondolat Kiadó Budapest (1996) pp. 109–121.
15. Cevins M-M.: A szegények és betegek gondozása a középkor végi magyar városokban Korall (2003) 11-12. pp. 47–74.
16. Kubinyi A.: Főpapok, egyházi intézmények és vallásosság a középkori Magyarországon. METEM Könyvek Budapest (1999) 22. pp. 253–267.
17. Cevins M-M.: A szegények és betegek gondozása a középkor végi magyar városokban Korall (2003) 11-12. pp. 47–74.
18. Zsilinszky M.: A magyarhoni protestáns egyház története: A művelt közönség számára. Athenaeum Irodalmi és Ny. Rt., Budapest (1907)
19. Pásztor L.: Temesvári Pelbárt és Laskai Ozsvát az egyházi és világi pályáról. Regnum pp141–154. (1937)
20. Buda J.: A betegápolás története. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (jegyzet), Pécs (2004) pp. 84.
21. Evlia Cselebi.: Evlia Cselebi török világutazó magyarországi utazásai : 1660-1664. Budapest MTA, (1904)
22. Kapronczay K.: Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Budapest. (2005)
23. Kapronczay K.: Katonaegészségügy a XVII. század végén. Orvosi Hetilap (1986) 127 (20), pp. 1207–1209;
24. Hahn G.: A magyar egészségügy története. Medicina Kiadó Budapest (1960)
25. Kapronczay K.: Magyar orvosok a török birodalomban a XIX. század közepén. Orvosi Hetilap. (1980) 121, pp. 581–583.
26. Nagy G.: A kórházak és az egészségügyi reformtörekvések. Magyar Kórház, (1937) 5. pp. 139–151.
27. Gortvay György. Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. Budapest, Akadémiai Kiadó (1953)
1. Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet Egészség-gazdaságtani, Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék
2. Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ
3. Pécsi Tudományegyetem, Gazdasági Főigazgatóság
4. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet
5. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Dékáni Hivatal
6. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) Térségi Egészség-szervezési Központ (TESZK), Pécs

Irodalom

1. Magyari-Kossa Gy.: Magyar Orvosi Emlékek. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. Budapest (1929–1933)
2. Lizbauer F. X. Codex sanitario-medicinalis Hungariae. Buda (1852–1861)
3. Szűcs J.: A ferences rend a középkor végén. (1983) História. 5, pp. 13–17.
4. Buda J.: A betegápolás története. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (jegyzet), Pécs (2004) pp. 81–83.
5. Papp I, Józsa L.: A koponyasérülések gyakorisága, ellátása és gyógyulási arányai a 9–13. században Magyarországon. Honvédorvos (1991) 32, pp. 82–98.
6. Józsa L.: A kórházi ápolás kialakulása a 11-14. századi Magyarországon Debreceni Szemle (2008) 1. pp.10–22.
7. Kapronczay K.: Magyarországi gyógyító és beteggondozó szerzetesrendek. Lege Artis Medicinae Új Magyar Orvosi Hírmondó (1999) 9 (12), pp. 990–992.
8. Baradlay J.: A magyar bencések egészségügyi tevékenysége a királyság első évszázadaiban Magyar Kultúra (1929) 16. 7. pp. 294–299.
9. Györffy Gy.: Az Árpád-kori Magyarország történeti földrajza. Geographia historica Hungariae tempore stirpis Arpadianae. Budapest (1963)
10. Neuman T.: Várak, templomok, ispotályok. Tanulmányok a magyar középkorról. Argumentum Kiadó, Budapest–Piliscsaba (2004)

A hypertonia egészséggazdasági összefüggései

A lakosság egészségi állapotát befolyásoló legfőbb tényezők elemzésén és befolyásolásán keresztül megelőzhető a betegségek kialakulása, elmélyülése. A beteg ember ellátása többletköltség az egészségügynek, nem is beszélve a munkaerő-kiesésről, a korai halálozás miatt elvesztett GDP-termelési lehetőségről, ami pedig a legfontosabb, az életminőség megtartásáról. Részletesen vizsgálatra került a hypertonia megbetegedés. Megállapításra került, mint már annyiszor, hogy a magasvérnyomás-betegség megelőzhető lenne életmódváltással, egészségneveléssel, elsődleges prevencióval. Primer adatgyűjtéssel egy kérdőívet töltöttek ki egy adott intézmény szakdolgozói, ez került kiértékelésre. Tanulságos.

■ Karner Cecília¹, Horváth Edit²

„A bölcs embernek rá kell döbbednie, hogy az egészsége a legdrágább kincse.” (Hippokratész)

A lakosság egészségi állapotát befolyásoló legfőbb tényezők elemzésén és befolyásolásán keresztül megelőzhető a betegségek kialakulása, elmélyülése. A beteg ember ellátása többletköltség az egészségügynek, nem is beszélve a munkaerő-kiesésről, a korai halálozás miatt elvesztett GDP-termelési lehetőségről, ami pedig a legfontosabb, az életminőség megtartásáról. Részletesen vizsgálatra került a hypertonia megbetegedés. Megállapításra került, mint már annyiszor, hogy a magasvérnyomás-betegség megelőzhető lenne életmódváltással, egészségneveléssel, elsődleges prevencióval. Primer adatgyűjtéssel egy kérdőívet töltöttek ki egy adott intézmény szakdolgozói, ez került kiértékelésre. Tanulságos.

1. Az egészség és a betegség fogalma

1.1. Az egészség fogalma

Az egészségnek több megfogalmazását is ismerjük a WHO szerint, folyamatosan változik, alkalmazkodva a kor fejlettségéhez, elvárásaihoz. A WHO 1946-os egészségdefiníciója kimondja, hogy az egészség sokkal összetettebb a betegség hiányánál, ide tartozik még a lelki és testi jóllét hiánya is. Ez a definíció az idő előrehaladtával modernebb formát öltött, és követte a kor követelményeit. 1984-ben a WHO általi megfogalmazás így alakult: Az egészség annak a foka, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint megbirkózni a környezet kihívásaival. Továbbá 1988-ban a WHO új megfogalmazása: az élet erőforrásának és nem életcélként írja le az egészséget. Olyan pozitív fogalomnak tartja, amely a fizikai állapotot, valamint a társadalmi és egyéni adottságokat is figyelembe veszi. Az egészség egy bonyolult egyensúlyi állapot, aminek a fenntartása tudatos erőfeszítéseket igényel.¹

1.1.1. Az egészség közgazdasági megközelítése

Az egészség, mint árucikk: az egészség árucikké válik, üzleti tartalmat kap, amely nem csak elveszithető, hanem meg is vásárolható. Magas befektetésekkel megvehető a luxusszintű egészségügyi ellátás (magángyógyintézetek igénybevétele), [maga az egészség pedig] eladható egészséges ételeken, testedzésen, valamiről leszoktató vagy rászoktató programokon keresztül, visszavásárolható a sürgősségi ellátás igénybevétele, a gyógyszerek ártámogatásában, és elveszithető balesetek, betegségek következtében (Seedhouse, 1986).²

„Közgazdasági értelemben az egészség egy különleges „jószágnak” tekinthető, melyre jellemző:

- „mással nem helyettesíthető „árucikk”,
- hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét,
- keresletét nem a fizetőképesség határozza meg,
- helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama nem tervezhető előre.”³

1.2. A betegség fogalma

A szervek ép alkatának és működésének a rendestől való eltérése (morbus). Mindig materiális átváltozáson alapulnak.⁴

2. A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők

Magyarországon az 1960-as évek közepéig nőtt, azután stagnált, majd csökkent a születéskor várható élettartam. A 2000-es évek elején újra nőni kezdett mindkét nemnél. Kifejezett változásokat mutatott mind a csökkenés, mind a növekedés a férfiak esetében, különös tekintettel a középkorú férfiakra, akiknél a csökkenés elsősorban az idő előtti halálozás miatt volt tapasztalható, míg a nőknél a növekedés enyhe stagnálás után indult meg. Ez a tendencia elsősorban nem az egészségügyi rendszerektől függ, hiszen magában foglalja a különböző gazdasági, szociális, környezeti és társadalmi mutatókat is, a társadalom egészségügyi állapotát komplex módon jellemzi.⁵

A WHO kimutatása szerint alapvetően 4 tényező hat a lakosság egészségi állapotára:

- „egészségügyi ellátási rendszer: 11%
- életmód: 43%
- környezeti ártalom: 27%
- genetikai ártalom: 19%⁶

Sok kritika éri az egészségügyi ellátási rendszert, pedig láthatjuk, hogy a súlya a legalacsonyabb az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között.

2.1. A születéskor várható élettartam

A születéskor várható átlagos élettartamot évtizedekig ható tényezők befolyásolják:

- táplálkozás
- iskolázottság
- környezeti állapot
- munkavégzés
- egészségügyi ellátás stb.

Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam (1. ábra). A grafikonon azt látjuk, hogy 1990–2009 között a születéskor várható élettartam a nőknél és a férfiaknál növekszik. A felmérés alapján a nőknél 73,7 évről 77,9 évre, a férfiaknál pedig 65,1 évről, 71,1 évre növekedett, ami öröndes (2. ábra). Az ábrákon megfigyelhető, hogy mind a nők, mind a férfiak születéskor várható élettartama Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legalacsonyabb, a nőknél 76,9, míg a férfiaknál 68,6 év. A legmagasabb születéskor várható élettartam mindkét nemnél Budapestre tehető.

2.1.1. Életmód

Az életmódot befolyásoló tényezők közül vizsgálatra kerültek:

- táplálkozási szokások,
- fizikai aktivitás,
- élvezeti szerek: alkohol, dohányzás.

2.1.1.1. Táplálkozási szokások

„A legrosszabb diéta is jobb ízű, mint az orvosság.”
(olasz népi mondás)

A táplálkozási szokásoknál a legnagyobb veszélyforrás az elhízás (obesitas). A súlygyarapodásnak, a túlsúlynak és az elhízásnak az az oka, hogy nagyobb kalória- és energia bevitelre kerül sor, mint amennyit a szervezet felhasznál, köszönhetően a zsírban és kalóriában gazdag étrendnek, valamint a mozgásszegény életmódnak. A túlsúlyosság mértékének meghatározásához többfajta módszer áll rendelkezésre. A leggyakoribb a testtömeg-index, azaz a BMI (egyenlő a testsúly (kg-ban mérve) és a magasság (méterben mérve) négyzetének hányadosával). A WHO osztályozása alapján azok a személyek, akiknek a BMI-je a 25 kg/m² és 29,9 kg/m² értékek között helyezkedik el, túlsúlyosnak, míg, akiknek a BMI-je 30 kg/m², vagy a fölötti, már az elhízottak csoportjába tartoznak, kórosan elhízott kategóriába a 40 kg/m² feletti érték számít.

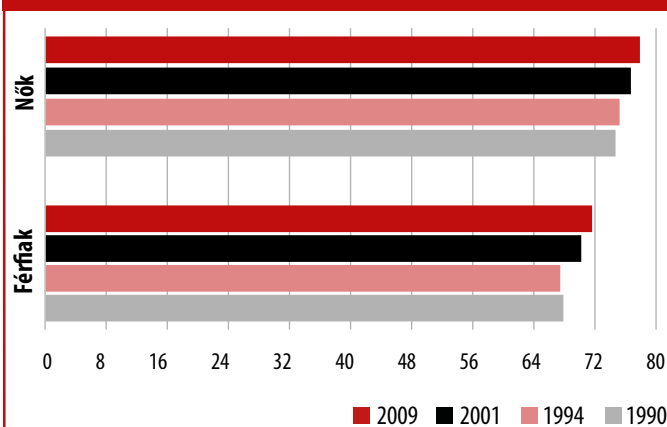
Az elhízás gazdasági vonzata

Az elhízás hatalmas gazdasági terhet jelent azáltal, hogy csökkenti a termelékenységet és a jövedelmet, emellett a teljes egészségügyi költségvetés 8%-át felemészti. A közvetett költségekbe – amelyek lényegesen nagyobbak, mint a közvetlen költségek – beletartoznak az elvesztett munkanapok, az orvoshoz tett látogatások, a rokkantnyugdíj és az idő előtti elhalálozások. Bizonyított, hogy a termelékenység csökkenés teljes költség-

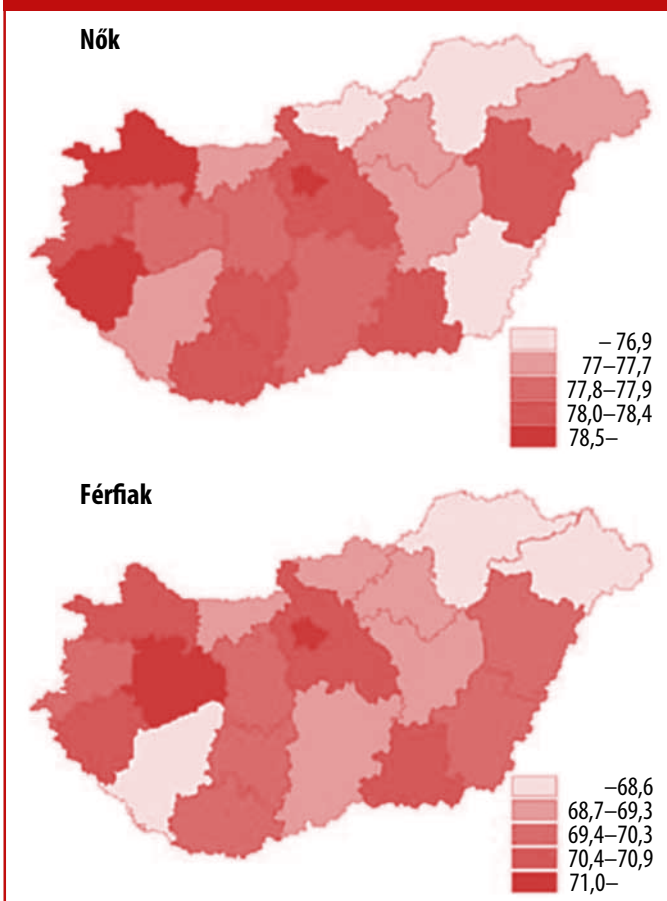
nek kb. 10%-a betegség miatti távollétből és munkában való korlátozottságból ered, amelyek kapcsolatba hozhatóak az elhízás okozta betegségekkel.⁷

Az elhízást a WHO a nyugati kultúrák tíz legsúlyosabb egészségügyi problémája között tartja számon. Az elhízás és a következményes betegségek csírái már a korai életstádiumokban is egyre gyakrabban figyelhetők meg, ezért egyre nagyobb kihívást jelent a gyermekgyógyászok számára is. A gyermekkori kövérség súlyos, fenyegető állapot, ezzel azonban sajnos sem a társadalom, sem a szakemberek nincsenek tisztában.⁸

1. ábra. A születéskor várható élettartam nemek szerint
(Forrás: Statisztikai tükrök, KSH)



2. ábra: A nők és férfiak születéskor várható élettartama megyénként 2009
(Forrás: Statisztikai tükrök, KSH)



A Szinapszis Egészségügyi Piackutató Kft. kutatása alapján a BMI-index objektív mutatóval megállapítható, hogy a 18 év feletiek körében szinte minden második lakos küzd kisebb-nagyobb mértékű túlsúllyal. A többletsúllyal küzdők közel kétharmada „enyhén” túlsúlyos (BMI-indexük 25 és 30 közötti), míg egyharmaduk jelentős túlsúllyal bír (BMI 30 feletti).⁹

2.1.1.2. Fizikai aktivitás (3. ábra)

A fizikai aktivitás piramisánál az élménykereséstől indulunk lefelé, ahol már a fizikai aktivitás a mindennapok részévé olvad. Rendszeres fizikai aktivitás hatására nő a szív-érrendszer teljesítőképessége, kevésbé leszünk fáradékonyak, és javul a szervezet ellenálló képessége is. Rendszeres testmozgással a betegségek nagy része elkerülhető.

2.1.1.3. Élvezeti szerek

Alkoholfogyasztás: A mértéktelen alkoholfogyasztás az egész szervezetet károsítja. Rendkívül fontos megemlíteni az alkohol okozta magzatkárosodást, a máj-, a hasnyálmirigy-, a szív- és érrendszeri, valamint az idegrendszeri elváltozásokat. Tudni kell, hogy az alkohol a méhlepényen keresztül a magzatot is károsíthatja. Alkoholt fogyasztó terhes nők gyermekei sorvadtak, szellemileg visszamaradottak lehetnek.¹⁰

Dohányzás (4. ábra)

Magyarországon kiemelkedő a 100 000 főre jutó, a dohányzással összefüggő halálozások száma, ahhoz képest, hogy az egy főre jutó átlagos éves cigaretta-eladás a többi európai országhoz képest az átlagosnak mondható. Feltűnő adat, hogy Ausztriában szinte szálla megegyező (kicsit még több is) a cigaretta-eladás, ennek ellenére a halálozás, a magyarországi halálozásnak szinte csak az 1/3-a! A dohányzás káros hatásai:

- Szem- és látásromlás
- Fül-, orr- és hallászavarok
- Agyéri katasztrófák
- Gége-, garat-, hangszalagsérülések
- Bőr elváltozása
- Tüdőbetegségek
- Szívkorosorúér betegségek

- Érrendszeri problémák
- Gyomor-, bélrendszer-, máj-, hasnyálmirigy-károsodás
- Nemi működés és reprodukció rendszer károsodása
- Csontrendszer megbetegedése, csökken a csontsűrűségi érték.¹¹

2.1.2. Környezeti ártalmak

A környezeti hatások csoportosítása:

- fizikai (zaj, látvány, elektromos mező)
- kémiai (toxikus, vegyipari anyagok)
- biológiai (fertőzések)
- munkahelyi ártalom, stb.

A környezeti ártalmak hatásai lassan, esetleg évtizedek alatt alakulnak át krónikus betegségek. Ezek lehetnek: allergia, légúti megbetegedések, rákos megbetegedések, fejlődési zavarok, az ellenállóképesség csökkenése, félelmek, alvászavar, fogamzóképeség zavarai, krónikus degeneratív megbetegedések, tisztázatlan közérzettség, az emésztőrendszer megbetegedései, stb.

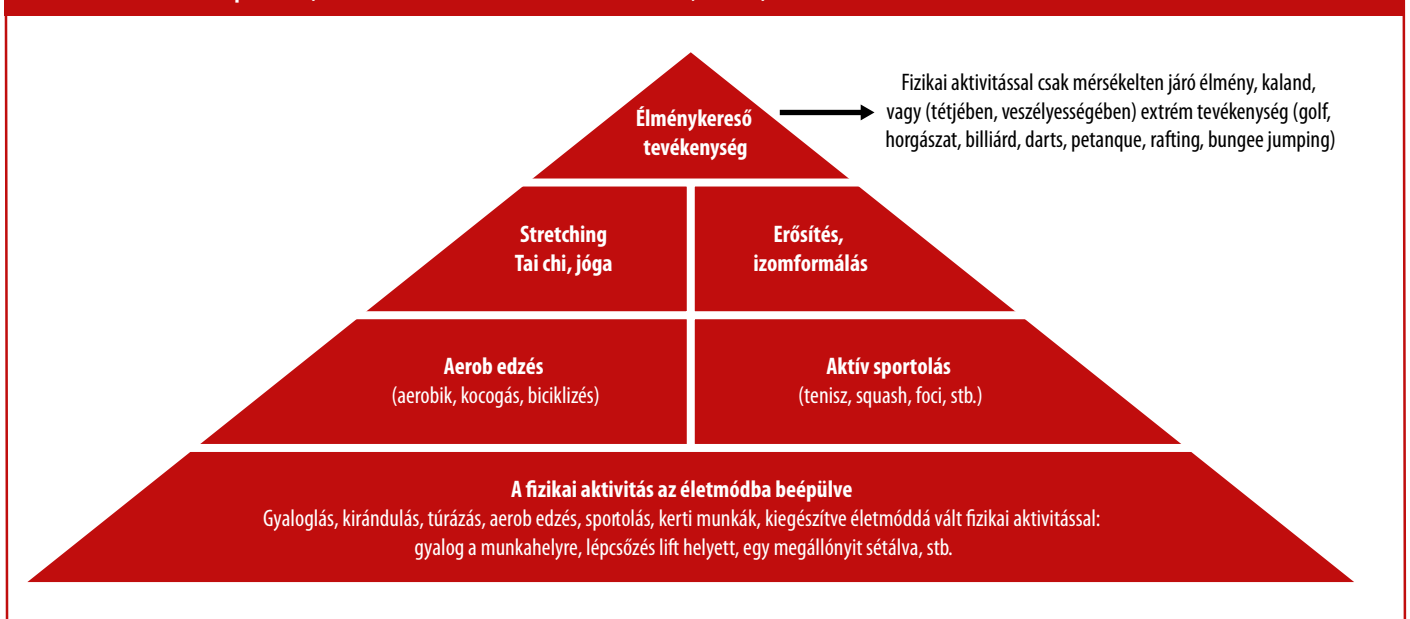
2.1.3. Genetikai ártalmak

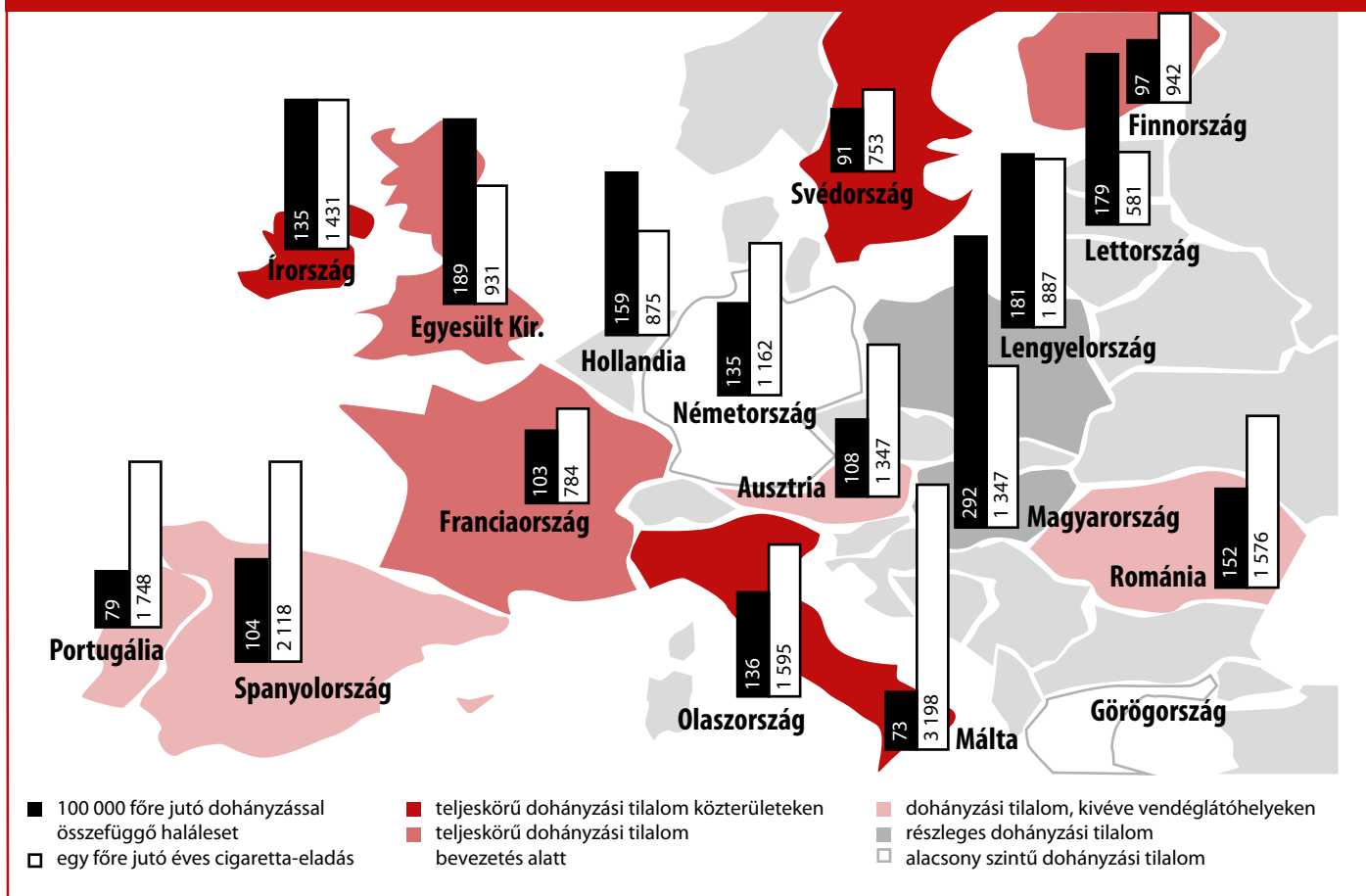
A szülők látens genetikai hibái az utódokban könnyen manifesztálódnak, a gerinc elváltozása, a szájpadahasadék, a szemfejlődési rendellenesség is gyakoribbá válik az alkoholista, dohányzó vagy drogélvező szülők esetében. Becslések szerint a fejlődési rendellenességeknek csupán 10%-a vezethető vissza valódi, dominánsan öröklődő genetikai hibára. Két gyakori módja van a genetikai ártalom létrejöttének. Az egyik, amikor valamilyen környezeti ártalom, sugárzás, növényvédő szer, cigarettafüst vagy más külső hatás éri a szervezetet. A másik, és ez sokkal gyakoribb, amikor a sejt osztódik, egy új másolatot hoz létre magáról, és másolási hiba történik, amit sajnos nem lehet kivédeni.¹²

2.2. Vezető halálokok

Napjainkban már nem a fertőző kórokozók (tuberkulózis, AIDS, malária) szolgáltatják a vezető halálokokat világszerte, hanem az egészségtelen életmóddal járó krónikus megbetegedések (5. ábra). A szív- és érrendszeri betegségek vezetnek a globális halálokok listáját, melynek következtében évente 17,5 millió em-

3. ábra. A fizikai aktivitás piramisa (Forrás: Dr. Bartha Csaba – A rekreáció elmélete, SOTE TF)



4. ábra: Dohányzási statisztika és halálozás az EU országokban, 2007 (Forrás: http://www.megved.hu/betegsegek/070216doh_eustatisztika.html)

ber vesztí életét, azaz az összes halálozás 30 százalékáról van szó. Az előrejelzések alapján ez a helyzet várhatóan a jövőben sem fog változni, s 2015-re ez a halálozási szám 20 millióra fog emelkedni.¹³

3. A hypertonia története, epidemiológiája

„Korrekt módon értelmezve hypertonia azt a vérnyomásértéket jelenti, amely felett a kezelés inkább hasznos, mint ártalmas. A hypertonia definíciója megfogalmazható úgy is, hogy a hypertonia az a vérnyomás, amely felett a cardiovascularis rizikó emelkedik, illetve amelynél a kezelés előnyei meghaladják a kezelés kockázatát és költségeit.”¹⁴ Azt a vérnyomást tekintjük optimálisnak, amely 120/80 Hgmm alatt van. Normális a vérnyomás 140/90 Hgmm érték alatt. Évszázados tapasztalatok alapján történik a kóros vérnyomásérték meghatározása. A magas vérnyomás az egyik leggyakoribb betegség. A hypertonia gyakran okoz szív-, agy-, vese és artériás károsodást, és gyakran társul más szív- és érrendszeri tényezőkkel, ami meghatározza a magas vérnyomás által létrejött morbiditást és mortalitást.¹⁵

3.1. A hypertonia-betegség magyarországi rövid története, összefüggései

- Regéczi Nagy Imre (1854–1891) élettanász 1880-ban írt első alkalommal az Orvosi Hetilapban a vérnyomásról.
- 1890-ben az I. belgyógyászati klinikáról Friedrich Vilmos és Stricker Mór különböző mennyiségű és hőmérsékletű víz hatására bekövetkező vérnyomásváltozásról számol be.
- 1891-ben Weisz Ede az Orvosi Hetilapban egy új vérnyomás-mérő készülékről ír.

- 1898-ban Weisz Miksa a menstruáció alatti vérnyomásváltozásról írt tanulmányt.
- 1908-ban a II. belklinika gyakornoka Tolnai József az „Emberen való vérnyommérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra” címen összefoglalja az addig használt vérnyommérő eszközöket. Felsorolja azokat az okokat és kóros állapotokat, melyek a vérnyommérés során az értékeket befolyásolják. 1924-től a Rókus kórház Kun utcai belgyógyászati osztályának vezetője lesz.
- 1918-ban Korányi Sándor (1866–1944) Balassa emlékelőadásán hangzott el, hogy egyes hypertoniákat a vese különböző betegségei okozzák.
- Soós Aladár a hypertonia diétás kezelése során megfigyeli és leírja többek között a konyhasó vérnyomásemelő hatását.
- 1925-ben Takács László az Orvosi Hetilapban összefoglalja a hypertonia ajánlott gyógyszereit.
- 1926-ban és 28-ban Baráth Jenő a napi többszöri vérnyommérés szükségességét hangsúlyozza.
- Haynal Imre (1892–1979) 1938-ban megjelent, „A szív és erek betegségei” című könyvében a vérnyomással külön fejezetben foglalkozik.
- Gömöri Pál (1905–1973) 1955-ben akadémiai székfoglalóját a „Malignus hypertonia patogenezisének és terápiájának kérdése” címmel tartotta.
- Petrányi Gyula (1912–2000) akadémikus professzor 1948-ban magántanári képesítését a vérkeringés funkcionális patológiája és klinikuma témakörben szerezte, a klinikán elsőként alakított ki műveseállomást.
- 1991-től napjainkig a Magyar Hypertonia Társaság szerepe a legmeghatározóbb.¹⁶

Életkor és a hipertónia kapcsolata

Az életkor előre haladtával a vérnyomásértékek is automatikusan emelkednek. Például idősebb korban természetes az átlagosnál kissé magasabb vérnyomás, ott általában az „alapértéknek” a 140/90 Hgmm-t is vehetjük, a 120/80 Hgmm-es ideális vérnyomás helyett.

- 18–35 év között a magasvérnyomás-betegség gyakorisága 10% alatti,

- 50–59 éves korcsoportban a gyakoriság már 40%-os,
- 70 éves kor felett ez az érték, meghaladja a 60%-ot.
- Magyarországon az elmúlt évtizedben a hipertónia prevalenciája 3,2%-kal emelkedett.¹⁷

A nem és a hipertónia kapcsolata

A két nem között a nemzeti adatok szerint a fiúk, illetve a férfiak vérnyomása 8/1 Hgmm-rel magasabb a nőknél, ez 50 éves korig igaz, azt követően a két nem vérnyomásértéke kiegyenlítődik, és 65 év felett nőknél nagyobb lesz a betegség prevalenciája (6. ábra).

A szociodemográfiai jellemzők és a hipertónia kapcsolata

„Irodalmi adatok igazolják, hogy a hipertónia-prevalencia az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők között magasabb. A foglalkozás, a társadalmi környezet, a táplálkozás, a stressz, az urbanizálódás, a kulturális és szociális körülmények szerepet játszanak a hipertónia-prevalencia alakulásában.”¹⁸ (7. ábra).

3.2. A hipertónia-ellátás szervezeti felépítése Magyarországon, és a hipertónia kezelésének általános irányelvei; prevenció

„Nem lenne előnyösebb többet költeni a betegségek megelőzésére, mint ennek az összegnek a sokszorosát a gyógyításukra?” H. E. Sigerist

„A szakmai követelmények alapján külön kell választanunk a gyermekek és a felnőttek hipertónia-ellátását. A 0–18 év közötti gyermekek, illetve serdülők első ellátására is gyermek hipertónia-centrumban, vagy a gyermekellátásra is felkészült regionális központban kell, hogy sor kerüljön. Ennek szakmai indoka, hogy az életkori sajátosságok ismerete, illetve az ebben a korban gyakori szekunder hipertóniák kizárása vagy ellátása ezt az ellátási szintet teszi szükségessé. A magasvérnyomás-betegség ellátásában és kutatásában a legfőbb szakmai, tudományos testület a Magyar Hypertónia Társaság (MHT), amely szorosan együttműködik a társszakmákkal (szakmai kollégiumok és tudományos társaságok). A hipertónia-szakellátás szintjeit összefogó és szakterületi működését koordináló intézmény az Országos Hypertónia Koordináló Központ.”¹⁹ (8. ábra).

3.2.1. A hipertónia betegség járó- és fekvőbeteg-ellátása és minimális feltételrendszere (Hypertónia Társaság: A hipertónia-betegség felnőttkori és gyermekkorú kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei, 2009)

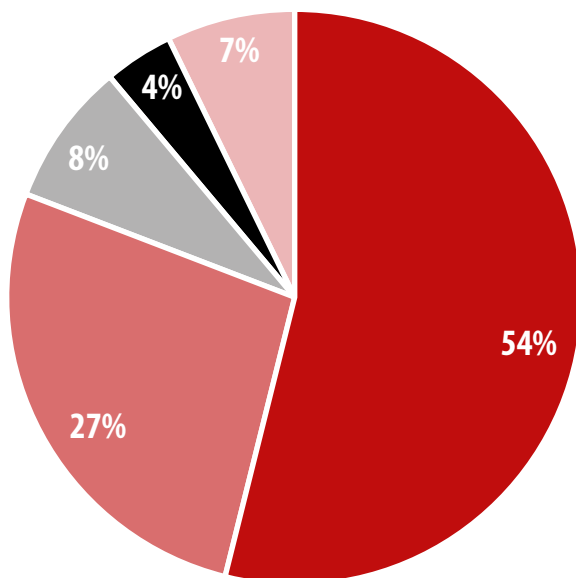
A legfontosabb szerepe a csaláadorvosnak van, elsődlegesen ő találkozik a pácienssel, és a protokoll alapján a vérnyomásmérés hozzátartozik minden orvos-beteg találkozáshoz.

A csaláadorvosi praxis feladatai: a populáció hipertónia irányában történő rendszeres szűrése, előnyben részesítve a célzott, a veszélyeztetettek és családokra vonatkozó szűrést. Az újonnan felismert hypertóniás betegek gondozásba vétele, az alapvető diagnosztikai vizsgálatok elvégzése, a nem gyógyszeres/gyógyszeres kezelés megkezdése, és a sürgősségi esetek első ellátása.²⁰

A hipertónia-szakambulancia feladata: szekunder hypertóniák gyanújának megerősítése esetén intézeti elhelyezés, fokozott kockázatú vagy szövődményes betegek vizsgálata, kezelésük beállítása.²¹

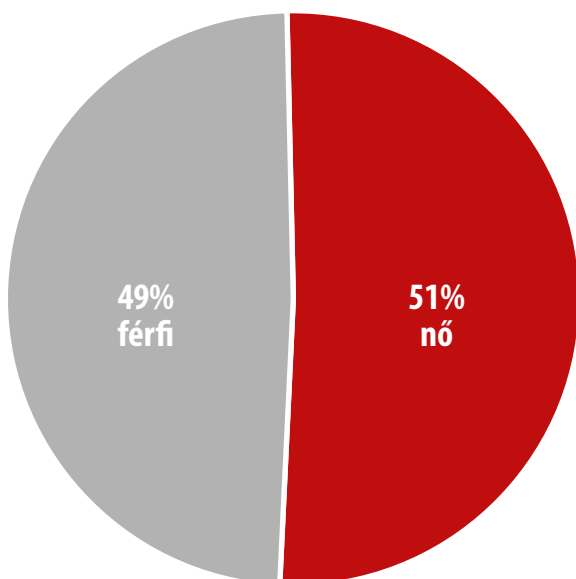
A területi belgyógyászati osztály feladata: a fokozott kockázatú vagy szövődményes hypertóniás betegek vizsgálata, kezelésük beállítása.²²

5. ábra: Főbb halálokok Magyarországon (Forrás: Magyar Hypertónia Regiszter)

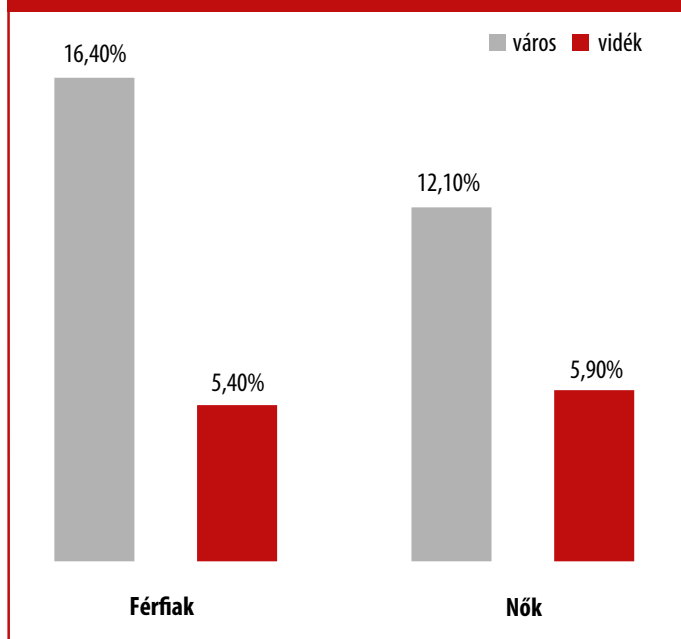


- Szív- és érrendszeri betegségek
- Daganatos betegségek
- Emésztőszervi betegségek
- Légzőszervi betegségek
- Külső okok (baleset, öngyilkosság)

6. ábra: A Hypertónia Regiszterben szereplő betegek nemek szerinti megoszlása



7. ábra: Az életkor – a standardizált hypertonia-prevalencia szignifikánsan magasabb a városi populációban (Forrás: Családorvosi Fórum, dr. Szegedi János táblázata alapján)



A hypertonia decentrum feladata: a sürgősségi hypertoniás állapotok ellátása és kivizsgálása a súlyos társbetegségek vagy szövődmények esetén.²³

Regionális hypertonia központ feladata:

- a súlyos fázisban lévő hypertoniás betegek kezelése, ha az a decentrumban nem valósítható meg. Betegek komplex gyógyszeres kezelésének beállítása, terápia-rezisztencia megállapítása és tisztázása;
- a hypertoniás beteg legmagasabb szintű ellátása, oktató tevékenység, amely mind az orvosképzés, mind az orvostovábbképzés területére kiterjed. A hypertóniával

kapcsolatos kutatómunka, amelyet hazai és nemzetközi szaklapokban megjelent közlemények, valamint az alkalmazott módszerek és az ott dolgozók tudományos minősítése jelez.²⁴

3.3. Hypertonia prevenciója

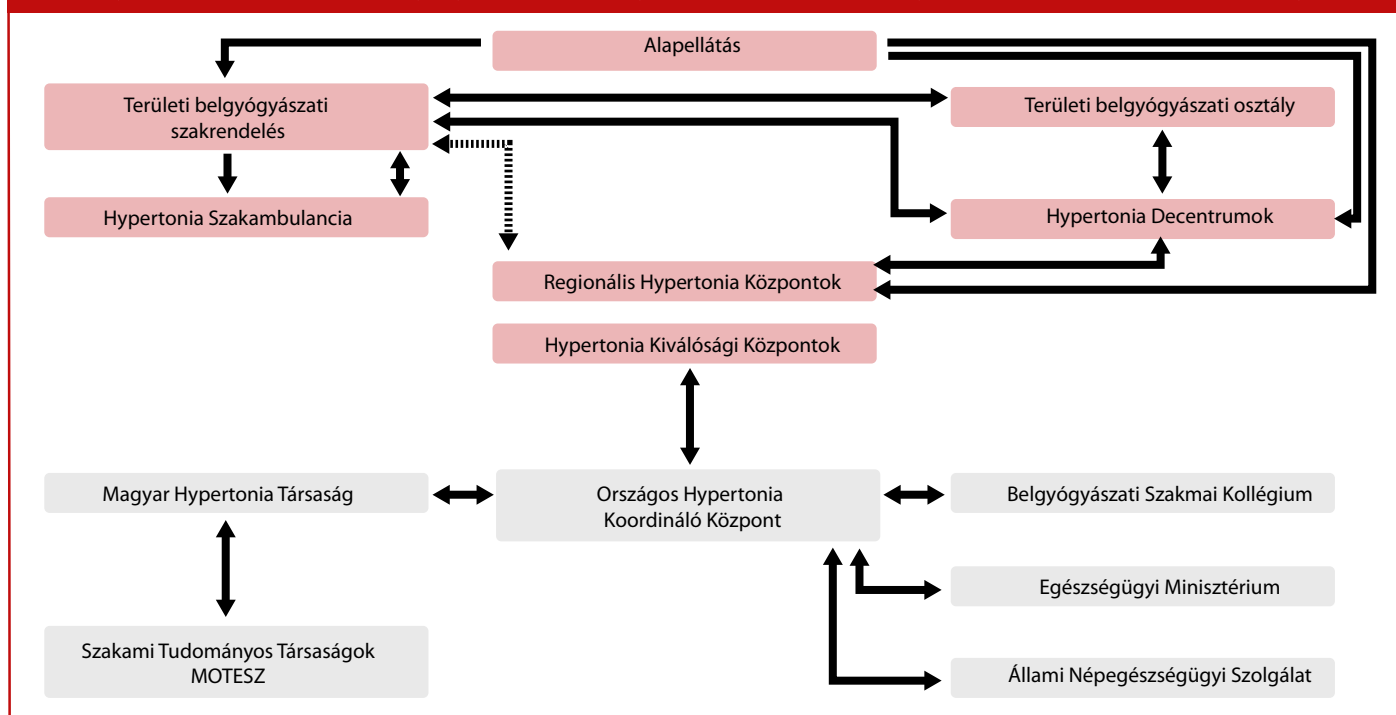
A prevenció legfontosabb eleme a primer prevenció, azaz az elsődleges megelőzés. Ezeket az alapelveket már nagyon korán tudatosítani kell a gyermekekben. Fontos szerepet kell kapnia az egészségnevelésnek, amely olyan preventív tanokat és ismereteket ad a gyermekeknek, hogy az egészségük, és ezzel az életminőségük is jobb legyen a szüleikénél. Az egészséges életmód „tanítása”, társadalmi normává tétele lehetővé tenné, hogy a halálozások és megbetegedések 54%-át kitevő keringési betegségek aránya csökkenjen (ezzel együtt csökkenne a társbetegségek aránya is), és a betegség megjelenése későbbi életciklusra tolódjon, ezáltal az egészségben leélt életévek száma akár lényegesen is növekedjen. Fontos megjegyezni, hogy a kockázati tényezők kialakulása is megelőzhető, vagy akár későbbre tolható.

Hazánkban még mindig elégtelen az egészség-ismeretek átadása, javítani kell az iskolai és a munkahelyi egészségfejlesztést, és az egészségmonitorozási rendszert. Aktív együttműködést kell elérni az iskoláknak az iskola-egészségügyi szolgálattal, a munkahelyeknek a foglalkozás-egészségügyi szolgálattal, de szorosabb kapcsolatot kell az létrehozni az egészségnevelésben és az egészségtudatos magatartás kialakításában a települési önkormányzatoknál a települési egészségtervek elkészítésében, összehangolásában.²⁵

3.3.1. A prevenció költséghatékonyasága

„A számítások szerint az éves átlagos egészségügyi költség magasabb a túlsúlyosak és a dohányosok esetében. 56 éves korig a túlsúlyos csoport a legköltségesebb, míg a későbbi életévekben a dohányosok csoportja. Azonban 20 éves korban a várható élettartam az egészséges emberek esetében a legmagasabb (64,4 év), szemben a túlsúlyos csoporttal (59,9) és a dohányosokkal (57,4). Így a teljes élethosszra vetített egészségügyi költség az

8. ábra: A hypertonia ellátási szintjei (Forrás: Magyar Hypertonia Társaság: A hypertonia-betegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei 2009)



9. ábra. A vizsgált intézmény járóbeteg-szakellátásában hypertonia esetszám 2008 – 2010-ig (Forrás: intézményi adatok)

Térítési kategória	Esetszám		
	2008	2009	2010
1, 3	1837	1768	2103
6 (fekvőbeteg konzílium)	350	396	408

10. ábra. A kórházi fekvőbeteg hypertonia esetszáma 2008–2010-ig (Forrás: a kórház adatai)

Térítési kategória	Esetszám		
	2008	2009	2010
1, 3	129	61	50
Átlagos ápolási nap	5,39	5,64	6,56

1. táblázat. Járóbeteg-ellátásban használt beavatkozás kódok a hypertoniához

Az első orvos-beteg találkozás alkalmával kódolható			
Vizsgálat	kódja: 11041	750 pont	(1125 Ft)
EKG végtag és mellkasi vezetéssel	kódja: 12061	308 pont	(462 Ft)
Tehát, az első vizsgálat 1057 pont, azaz 1587 Ft.			
A második orvos-beteg találkozás alkalmával kódolható			
Kontrollvizsgálat	kódja: 11301	354 pont	(531 Ft)
EKG végtag és mellkasi vezetéssel	kódja: 12061	308 pont	(462 Ft)
EKG futószalag terheléssel	kódja: 12621	2272 pont	(3408 Ft)
EKG-monitorozás/kiértékelés	kódja: 89410	182 pont	(273 Ft)
EKG Holter monitorizálása	kódja: 12605	3120 pont	(4680 Ft)
A második vizsgálat, azaz a kontroll alkalmával 6236 pont, 9354 Ft-ot lehet bekódolni.			
A harmadik orvos-beteg találkozás alkalmával kódolható			
Kontrollvizsgálat	kódja: 11301	354 pont	(531 Ft)
Vérnyomás 24 órás gépi monitorozás (ABPM) kódja: 89461		1657 pont	(2485 Ft)

egészségesek esetében lesz a legmagasabb (2003-as értéken számolva 281 ezer euró/fő), őket a túlsúlyos csoport követi (250 ezer euró/fő), és a legalacsonyabb költségűek a dohányosok (220 ezer euró/fő). A költségek közti különbségek nem a dohányzással vagy elhízással kapcsolatos betegségekben jelentkeznek, hanem a megnyert életévekben jelentkező, a kockázati faktorokkal nem összefüggő betegségek költségeiben. Ez azt jelenti, hogy a kockázati faktorokkal összefüggő betegségek esetében költségmegtakarítás, viszont a nem összefüggő betegségek esetében költségemelkedés jelentkezik, vagyis a prevenció rövid távon költségmegtakarítást jelent (ha nem számoljuk a befektetett összeget), de hosszú távon magasabb költségeket idéz elő. A kockázati faktorok közül a dohányzás elleni prevenció jelenti a legnagyobb pótlólagos költséget.”²⁶

4. Finanszírozás

4.1. A hypertóniához tartozó finanszírozási tételek (1. táblázat)

- Hypertonia: BNO-kód: I10H0.
- Jelenleg 1 német pont értéke: 1,5 Ft.

A kontroll alkalmával, amikor már csak a 24 órás monitorizálásnak a kiértékelése folyik, akkor 2011 pontot, azaz 3016,5 Ft-ot finanszíroz az OEP (9. ábra). Látható, hogy míg 2008-ról 2009-re csökkent a hypertonia fődiagnózissal megjelent betegek száma, addig 2009-ről 2010-re lényegesen megnövekedett a járóbetegek száma. A második sorban láthatjuk, azon betegek számát, akik az intézményben más osztályon fekvő betegként vannak nyilvántartva, de a hypertonia betegség miatt konzíliu-

mot kérnek a járóbeteg-szakrendeléstől.

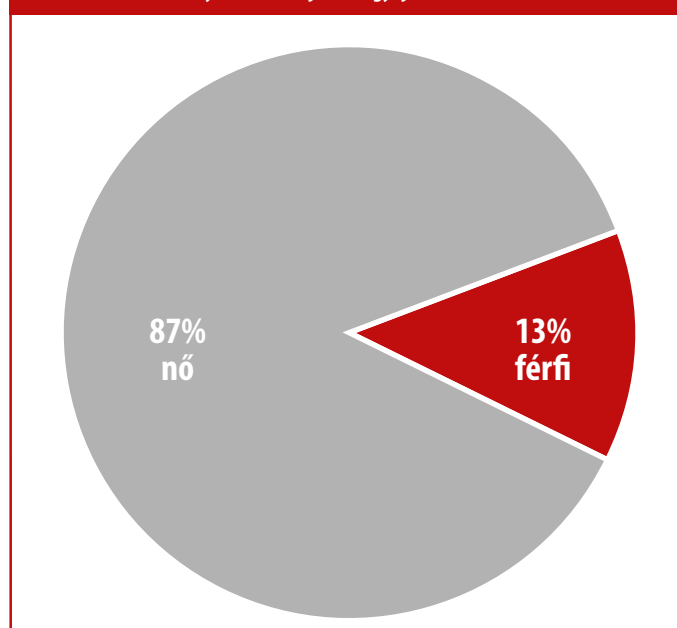
A hypertonia miatt osztályon fekvő betegek finanszírozása:

A fekvőbetegek finanszírozása a HBCS (homogén betegségcsoport) alapján történik. A hypertonia BNO kódja: I10H0

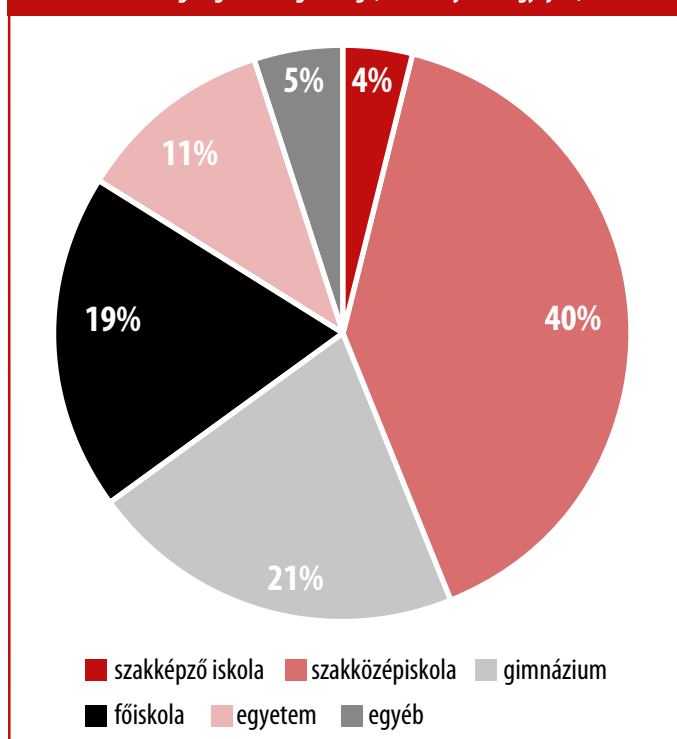
- HBCS-kód: 2240
- HBCS-érték: 0,43818
- Alsó határnap: 3
- Felső határnap: 35
- Normatív nap: 6

Jelenleg 1 HBCS= 150 000 Ft. A hypertonia BNO-kód után az OEP-finanszírozás a kórház felé: 65 727 Ft (10. ábra).

11. ábra. Nemek aránya (Forrás: saját adatgyűjtés)

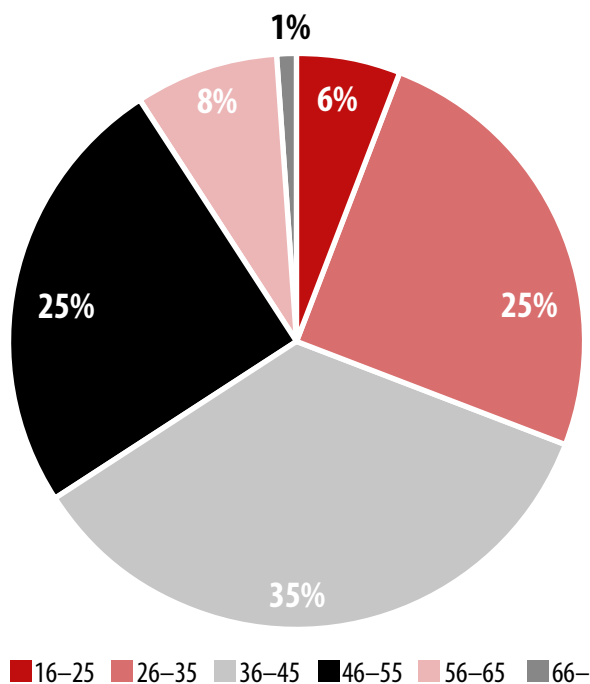


13. ábra. Iskolai legmagasabb végzettség (Forrás: saját adatgyűjtés)

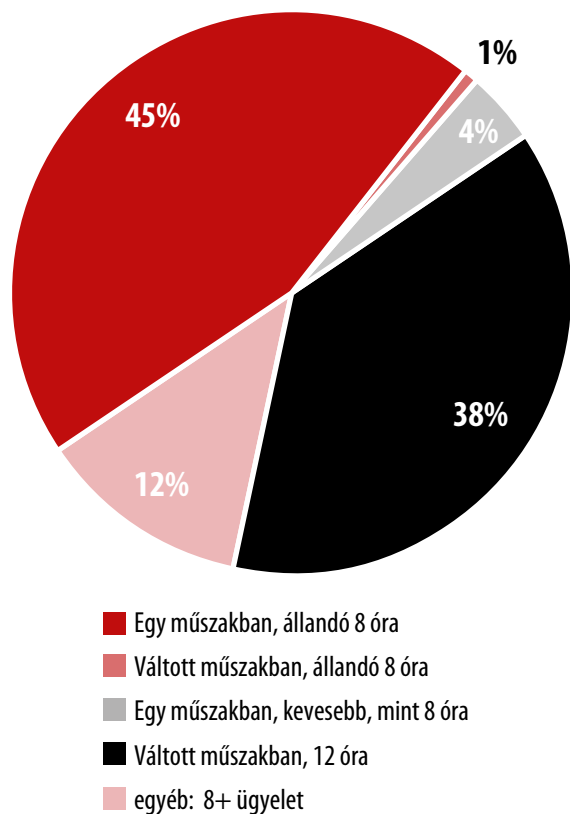


A hypertonia fődiagnózis alapján ugyan a táblázatból az olvasható le, hogy fekvőbetegek száma drasztikusan lecsökkent, de ez nem teljesen valós alapokon nyugszik, mivel a hypertonia OEP-finanszírozása nagyon kedvezőtlen, és általában társbetegségek is megjelennek mellette, így a jobb finanszírozás érdekében, ha megengedett, a magasabban finanszírozott diagnózis alapján

12. ábra. Életkor (Forrás: saját adatgyűjtés)



14. ábra. A dolgozók műszakbeosztása (Forrás: saját adatgyűjtés)



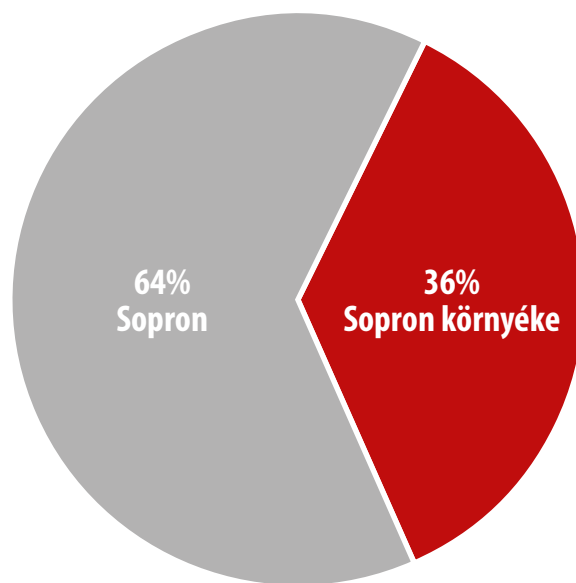
kódolnak. Jelenleg az átlagos ápolási nap több mint 6 nap, tehát napi lebontásban egy napra egy hypertóniával kódolt betegre 10 954 Ft jut. Ebben beletartoznak a vizsgálatok, a 24 órás nővéri, illetve orvosi felügyelet, a közmű, a napi négyszeri étkeztetésről és a gyógyszeres kezelésről nem is beszélve.

5. A felmérés, esettanulmány

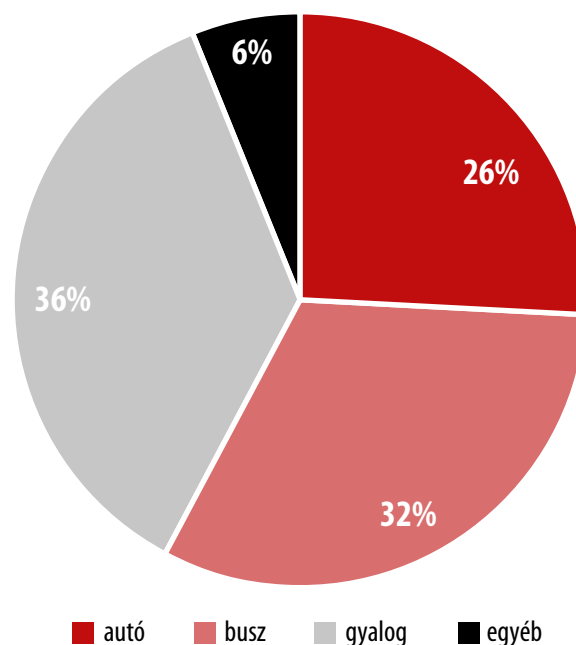
Célcsoport

A felmérést egy kórház szakdolgozói között végeztem. A kiosztott 250 kérdőívből 188-at töltöttek ki.

15. ábra. Lakóhely (Forrás: saját adatgyűjtés)



16. ábra. Közlekedési szokások (Forrás: saját adatgyűjtés)

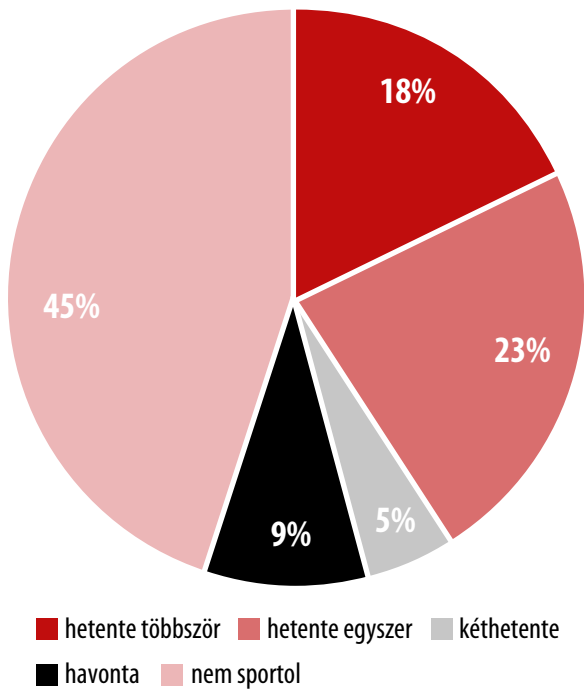


Szakkikk

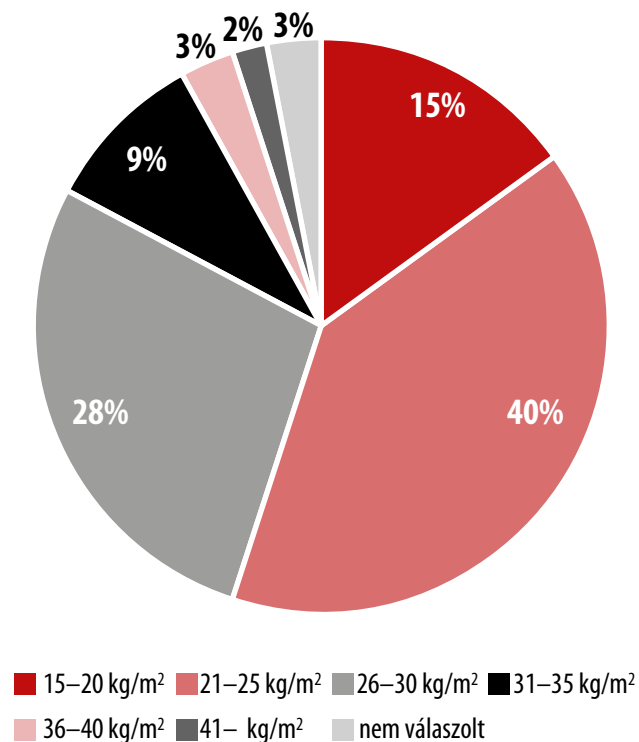
A kérdőív összetétele

Az első 5 kérdés egy kis demográfiai adatgyűjtés, a nem, a kor és az iskolai végzettség, műszakbeosztás és a lakóhely tükrében. A 6. kérdéstől a 10-ig az életmóddal foglalkozik. A 11-től a 16-ig kifejezetten a hypertonia a téma, és a 17. kérdéskor a családban előforduló chronicus keringési, illetve egyéb betegségek.

17. ábra. Sportolási szokások (Forrás: saját adatgyűjtés)



18. ábra. Testtömegindex (Forrás: saját adatgyűjtés)



5.1. A kérdőív kiértékelése

1a. Nemek megoszlása (11. ábra).

A megkérdezettek 87%-a nő, ez egy egészségügyre jellemző adat.

1b. Életkor szerinti megoszlás (12. ábra)

A 188 fő átlagéletkora, 41,05 év.

1c. Iskolai végzettség szerinti arányok (13. ábra)

Az egyéb kategóriában megjegyezném, hogy mind a 10 fő OKJ-s bizonyítványt szerzett, amely az érettségire (szakérettségire) épül. Szerintem az adatok alapján egy nagyon jól képzett szakdolgozó állománnyal rendelkezik a kórház. Kórházi szinten 71% a részaránya a szakdolgozói gárdának.

2. Milyen műszakban dolgozik? (14. ábra).

A diagram is mutatja, hogy a kórházban a nővérek 12 órás váltott munkarendben (38%), az asszisztensek nagy része és a szakrendeléseken állandó 8 órában dolgoznak. Az orvosok és a diagnosztikus szakmában dolgozó szakasszisztensek dolgoznak 8+ ügyeleti óraszámban.

3. Lakóhely megoszlása (15. ábra).

A megkérdezettek 1/3-a a környéken lakik (67 fő), ez azért is fontos, mert a következő kérdés a lakhely és a munkahely közötti közlekedés.

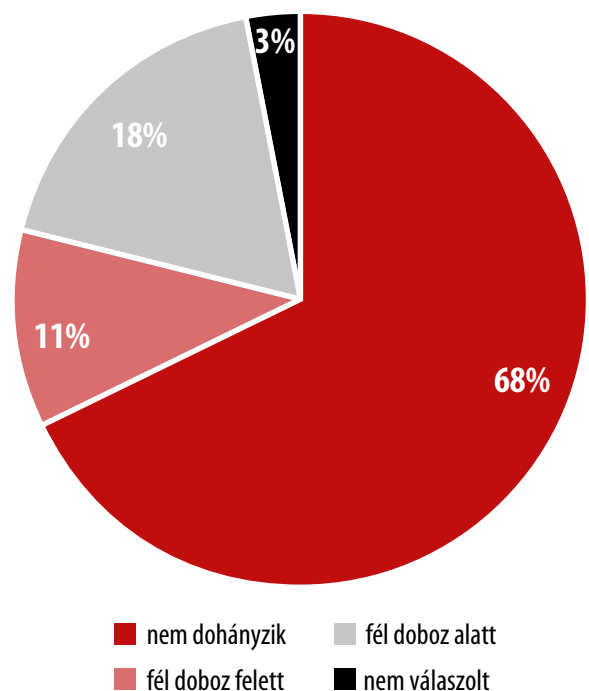
4. Mivel közlekedik a lakóhelye és a kórház között? (16. ábra).

Jó látni, hogy magas a gyalogosan közlekedők aránya.

5. Milyen rendszeresen sportol? (17. ábra).

Az egy kicsit elkeserítő, hogy a válaszolók 45%-a egyáltalán nem sportol. A 12 óra hajtás után nincs sok kedvük és energiájuk a sporthoz. Ez több hozzászólásban is megjelent.

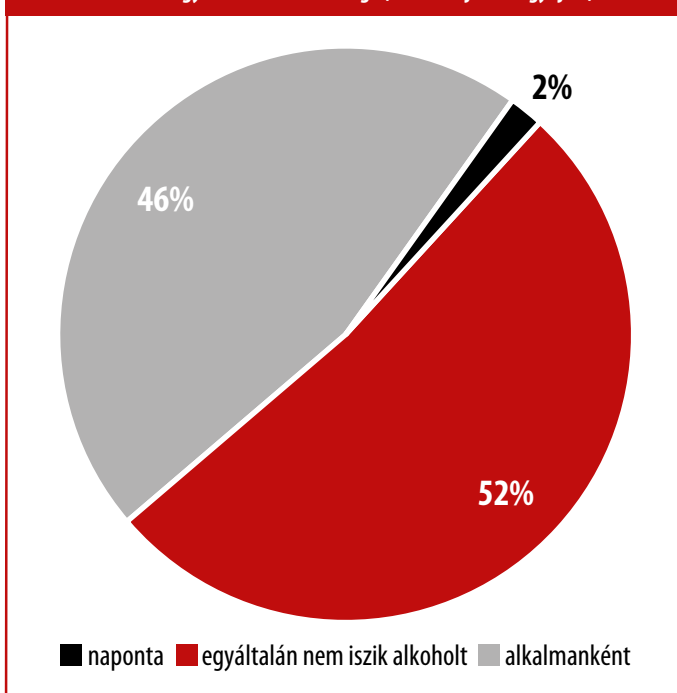
19. ábra. Dohányzási szokások (Forrás: saját adatgyűjtés)



20. ábra. Saját táblázat a dolgozók válaszai alapján

BMI / dohányzás	o. közép	nem dohányzik	1/2 doboz alatt	1/2 doboz felett	összesen
15 – 20 kg/m ²	17,5	24	3	5	32
21 – 25 kg/m ²	23	47	11	11	69
26 – 30 kg/m ²	28	35	9	11	55
31 – 35 kg/m ²	33	10	0	4	14
36 – 40 kg/m ²	38	4	0	1	5
41 – ... kg/m ²	43	2	0	1	3
összesen		122	23	33	178

21. ábra: Alkoholfogyasztás rendszeressége (Forrás: saját adatgyűjtés)



6. A BMI (testtömegindex, 18. ábra) és a 7. kérdés, a dohányzás együtt kerül bemutatásra (19. ábra).

A testsúly és a magasság összefüggéséből BMI számolás után 55%-a a válaszadóknak sovány, illetve normál testtömegindexű. 28% elhízott, 14% kórosan elhízott. (178 válasz).

A 9. kérdésre adott válaszokból kiderül, hogy a dolgozók 68%-a nem dohányzik, 11% napi 1/2 doboz cigaretta alatt, 18% napi 1/2 doboz cigarettánál többet szív el.

Saját táblázat a dolgozók válaszai alapján (20. ábra)

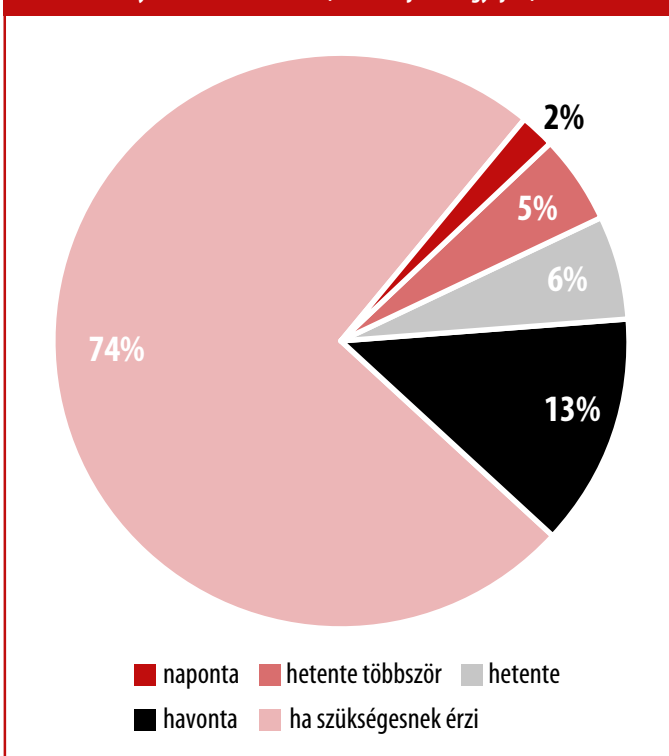
A H mutató segítségével kapcsolati összefüggés került kiszámításra, amivel rámutatni lehetett, hogy milyen összefüggés van a dohányzási szokások és a testtömegindex nagysága között.

- H mutató: Minőségi és mennyiségi ismérvek sztochasztikus kapcsolatát mutatja meg.
- H: szóródáshányados
- H²: arra ad magyarázatot, hogy a minőségi ismerv hány százalékban magyarázza a vizsgált mennyiségi ismerv varianciáját.
- Variancia: átlagtól való átlagos eltérés. (20. ábra)

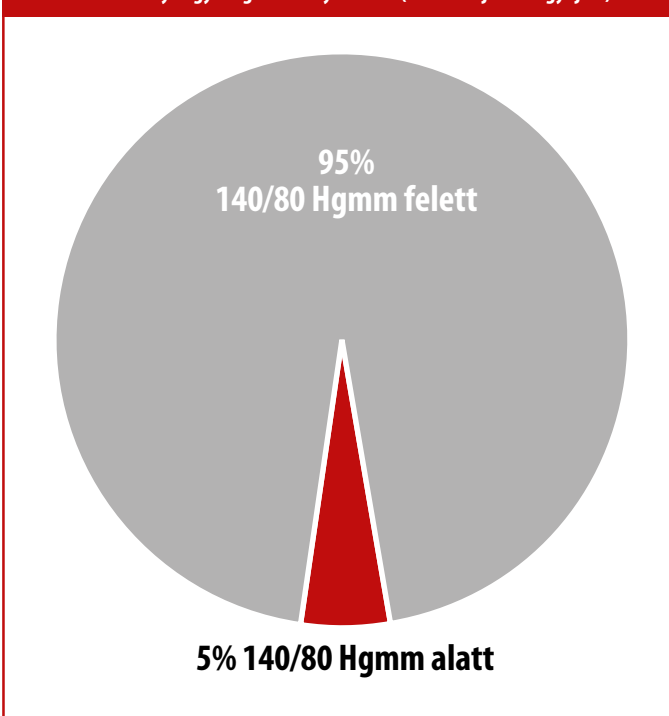
$$H^2 = \frac{\delta K^2}{\delta^2} \quad H = \sqrt{\frac{89,9385}{160,326}} = 0,56097$$

H= 0,56097 azt mutatja, hogy közepesen erős kapcsolat van a két ismerv között.

22. ábra. Vérnyomásmérési szokások (Forrás: saját adatgyűjtés)



23. ábra: Alacsony vagy magas a vérnyomása? (Forrás: saját adatgyűjtés)



Szakkikk

8. Milyen rendszeresen fogyaszt alkoholt? (21. ábra).

A megkérdezettek 50%-a egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Egy egészen elenyésző (3 fő) hányad napi szinten iszik alkoholt. Ezen adatok alapján az alkohol nem befolyásolja nagyban a dolgozók egészségi állapotát.

9. Milyen rendszeresen méri vérnyomását? (22. ábra).

A kórházi dolgozók 3/4-e akkor méri vérnyomását, ha szükségesnek érzi, azaz rendszeres vérnyomáskontrollról beszélünk, és maguk az egészségügyi dolgozók sem tartják be.

10. A vérnyomásom... (23. ábra)

A legtöbb esetben normál, illetve kissé emelkedett, de még nem kórosan magas a vérnyomás.

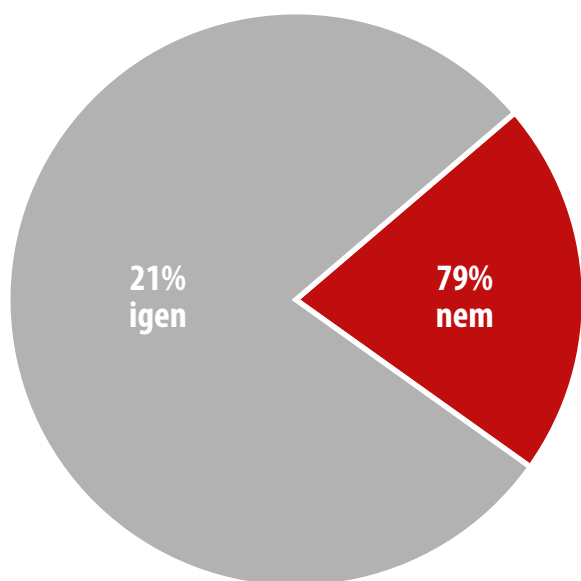
11. Ismert magasvérnyomás beteg (24. ábra)

Ha úgy vesszük, nagyon jó az arány, csak 39 fő ismert magasvérnyomás beteg. De ki tudja, hogy mennyi dolgozó nem tudja, hogy hypertóniás, ugyanis, mint fent kiderült, nem mérik rendszeresen a vérnyomásukat. A felmérés alapján megállapítható, a kórház dolgozói körében a diagnosztizált magasvérnyomás-esetek száma/aránya kedvezőbb az ország átlagnál.

12. Milyen terápiában részesül? (25. ábra)

Az ismert hypertóniások közül 1 fő az, aki nem gyógyszerrel, hanem életmóddal próbálja kordában tartani vérnyomását. A

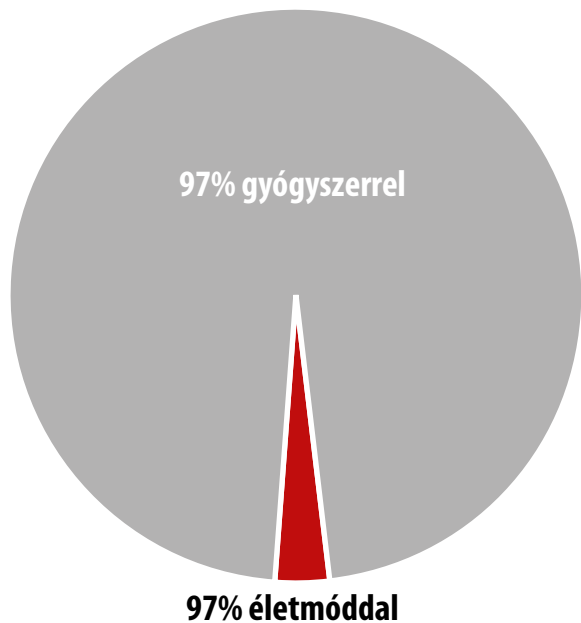
24. ábra: Ismert magasvérnyomás-betegség (Forrás: saját adatgyűjtés)



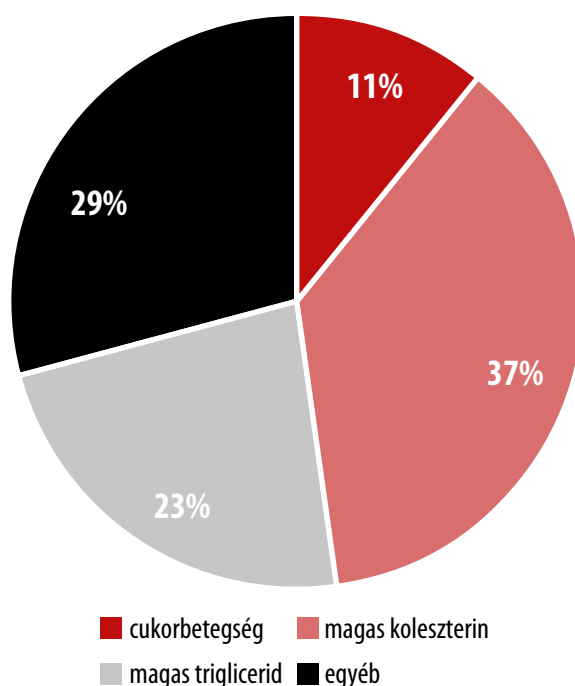
26. ábra. Kontrollok rendszeressége (Forrás: saját adatgyűjtés)



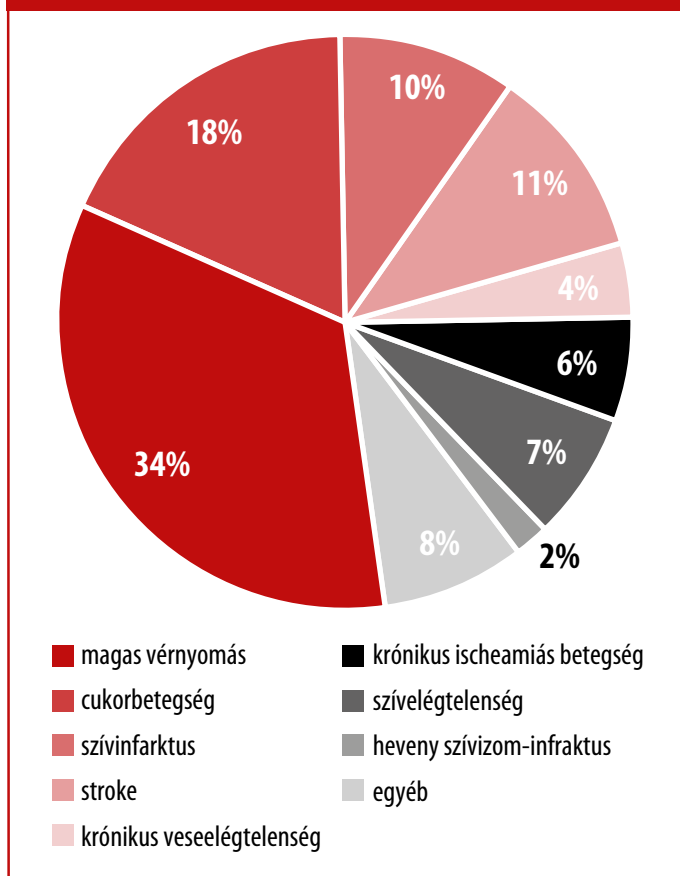
25. ábra: Hypertonia terápiája (Forrás: saját adatgyűjtés)



27. ábra. Egyéb betegségek (Forrás: saját adatgyűjtés)



28. ábra. Családi anamnézisben fellelhető chronicus betegségek (Forrás: saját adatgyűjtés)



gyógyszeres kezelésben részesülő 38 fő összesen 26 féle gyógyszer szed (vagy ezek kombinációt).

13. Rendszeresen kontrollálják a vérnyomásomat (26. ábra).

Az adatok magukért beszélnek... Az ismert hypertóniások 69%-a jár rendszeresen kontrollra!

14. Van valamilyen más egyéb betegsége? (27. ábra)

„A hypertonia mellett milyen társbetegségek jelentkeznek?” – ez a kérdés kifejezetten a magasvérnyomásos betegeknek szólt. Az egyéb kategóriához sorolták: GERD, hypothyreosis, ritmuszavar, epilepszia, TIA, AMI, allergia, rheumatoid arthritis.

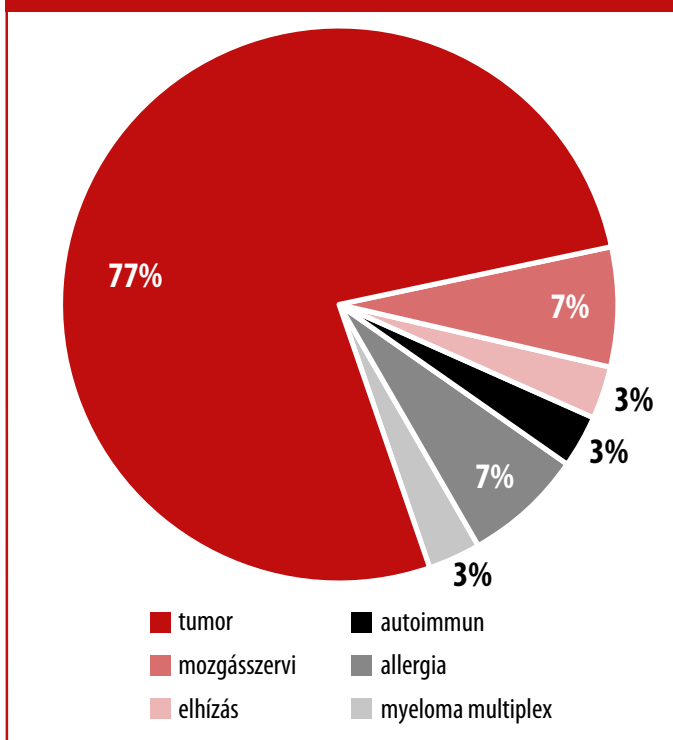
15. Családi anamnézisében megtalálható (28. ábra), egyéb (29. ábra)

A családi anamnézis szintén meghatározó, mert a magasvérnyomás-betegség és egyéb keringési, szív- és érrendszeri betegségek hajlama öröklhető. Megállapítható, hogy akinek a családjában megtalálható a magasvérnyomás-betegség, ott általában más keringési betegség is jelen van.

Összefoglalás

„Hogy az emberek megtanulják s megértsék, hogy az egészség a legbecsebb kincs, úgy az egyénre, mint az egész nemzet-

29. ábra: Egyéb betegségek felosztása (Forrás: saját adatgyűjtés)



re nézve, ahhoz az emberiség gondolkodását kell átalakítani.” (Fodor J.)

Napjainkban minden második ember magasvérnyomás-betegségben szenved, ami a helytelen életmódnak, a környezeti ártalmaknak, a genetikának és a jelenlegi egészségügyi rendszernek köszönhető. Tudatosan ártunk magunknak az életmódunkkal és a környezetszennyezéssel, ami egyenes út a genetikai torzulásokhoz, és az egészségügyi rendszer túlterheléséhez vezet. Az elhunytak 54%-a szív- és érrendszeri betegségekben hal meg. Ez a világon átlagosnak mondható, de Magyarországon ezek a halálozások jóval fiatalabb korban következnek be.

A hypertonia kezelésének két fajtája van, a nem gyógyszeres, és a gyógyszeres. A nem gyógyszeres kezelés a magasvérnyomás-betegségben a fent említett életmódváltással megoldható.

A hypertonia az esetek többségében megelőzhető. Fontos a prevenció, elsődlegesen az egészség megőrzésére nevelés, és ennek tudatosítása a gyermekekben. Másodlagos prevencióként a szűrővizsgálatokat kell minden szinten kötelezővé tenni, vagy legalább is ösztönözni az embereket arra, hogy a saját érdekében vegyenek részt a szűréseken. A prevenció harmadik foka már a rehabilitáció, ez a legköltségesebb. A prevencióban és az egészségnevelésben meghatározó szerepe lehet a médiának, a média szuggesztív erejének. Nagyon fontos azonban az információ szelektálása, lényegre törő megjelenítése.

Végül a kérdőíves vizsgálat eredménye került bemutatásra.

Dr. Karner Cecília PhD közgazdász, egyetemi docens, NYME-KTK
Horváth Edit szociálpedagógus és egészségügyi menedzser, SEK

Rejtett összefüggések kiderítése

A jó orvosnak a fizikailag nem láthatót is meg kell látnia. Ettől tartják varázslatosnak működését a többiek. Az alábbiakban ismertetek néhány vázlatos példát illusztrációképpen.

■ Prof. dr. Naszladý Attila

Mottó: „Ami lényeges, az a szemnek láthatatlan”
(Antoine de Saint-Exupéry)

Kezdő orvos koromban felvettem a belgyógyászatra egy sárgaságban szenvedő középkorú férfit. Máj-, epe-, hasnyálmirigy-betegség – mint leggyakoribb ok – vetődött fel. Pontosabb kikérdezésekor kiderült, hogy szőlősgazda, nagy borívó és a mostani már nem az első eset, hogy besárgul. Ez a körülmény májbetegség felé terelte gyanúunkat. A szokásos laborvizsgálatok azonban haemolysist igazoltak. Ismét kikérdezve a beteget elmondta, hogy mindig szőlőpermetezéskor tör ki rajta a sárgaság. Vajon milyen növényvédő szer okozhat haemolytikus sárgasággal járó mérgeződést? – vetődött fel a jogos kérdés. Nem sikerült illet találni az általa használtak között. Közben a laborfőorvos kollégám haematológiai okok keresése közben 30 °C-ig aktív haemagglutinineket és egyfázisú hideg haemolysint talált a vérében.

A beteg conjunctiva-ereiben igazolni is tudtuk a hideg agglutinációt: 5 °C-os fiziológiás konyhasó bemosáskor réslámpával megfigyelve szemünk láttára csapzódtak össze a vörösvértestek a capillárisokban. Harmadjára visszatérve az anamnesisre a beteg a következőkkel egészítette ki történetét: a permetezést derékig levetkőzve, a hátára vett terjedelmes réztartályból, órákon át végzi. Tehát így nagy területen lehűl a hátán a bőre, és benne bőrére, 30 °C alá. A permet és a sárgaság nyilvánvaló (evidens = ex+video) összefüggése mögött egy nem látható, de igazoltan létező másik összefüggés volt. Nem a látható permetméreg (DOLOG), hanem a láthatatlan hőelvonás hatása (ESEMÉNY) volt ez a rejtett összefüggés, melyet a kórisme (GONDOLAT) fejezett ki.

Másik eset: 53 éves korú, nem dohányzó asszonynak mellkasi, bizonytalan jellegű fájdalmai jelentkeztek járás közben, a

munkahelyére menet. A panasz meglehetősen hasonló volt az angina pectorishoz. Nőbeteg, változó korban, munkába menet, mindig csak pihenten reggel, sohase fáradtan este hazafelé... ez a neurogén eredet gyanúját is felkeltette. Munkahelyi stressz kritériumainak is megfelelt.

Az elmúlt két évben „több vagy sokkal több stressz érte, mint korábban”; világszerte átlagban a megkérdezettek 58 százaléka nyilatkozott így – derült ki egy 13 országban, 11 000 válaszadó körében végzett felmérésből, amelyet a Regus végzett. (<http://www.prnewswire.com/news-releases/regus-commissioned-survey-reveals-stress-levels-rising-among-us-workers-71658307.html>) A kutatás hazánkat nem érintette. A legnagyobb növekedés Kínában tapasztalható, itt a megkérdezettek 86%-a számolt be megnövekedett stresszről. De még a legalacsonyabb értékeket mutató Németországban és Hollandiában is a válaszadók 48, illetve 47 százaléka szerint lett több a stressz a munkahelyén. Az egészségügyben és a gyógyszerészetben volt a legmagasabb, 65 százalékos, míg a kiskereskedelemben a legalacsonyabb, 52 százalékos az átlag.

Az elemzők szerint főleg kilenc „kockázati faktor” felelős a munkahelyi stresszért.

- 1) A gyors munkatempó,
- 2) az érzelmi terhelés,
- 3) az egyén képességeit ki nem használó munkakör,
- 4) az egyhangú munka,
- 5) a kollégák támogatásának hiánya,
- 6) az autonómia hiánya,
- 7) a munkavállaló kizárása a döntéshozatalból,
- 8) a szerepkonfliktusok,
- 9) a szerepek nem megfelelő elkülönítése.

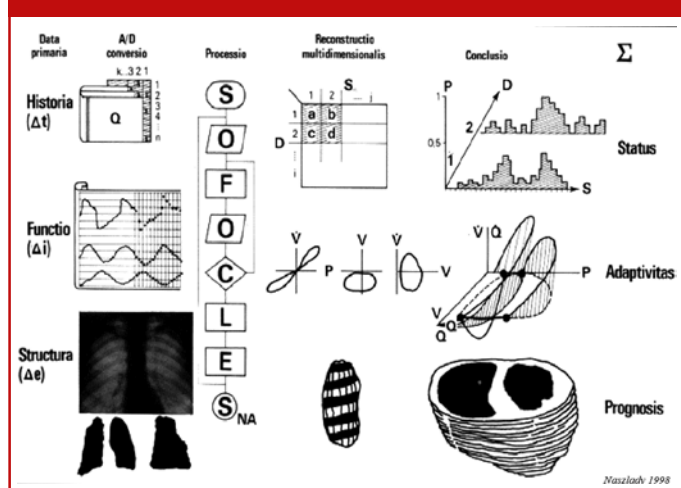
Esetünkben neuro-pszichiater is megerősítette a gyanút a fenti „evidence-based” vizsgálatra hivatkozva. A vidéki kórházban a helyi ismeretekkel rendelkező főorvosom „kapásból” kijelentette, hogy az asszony betegsége angina pectoris, lépcsőztessük meg EKG-val együtt (ergometriánk nem volt); a főnök ugyanis tudta, hogy a beteg lakásától munkahelyéig jelentősen emelkedő az út. Majd a coronarographiával kimutatott főtörzs 75%-os szűkületének az azonnali bypassműtét lett a sikeres gyógyítása. A nem látható neurogén összefüggés helyett a látható emelkedő út bizonyult a valódi összefüggés alapjának.

Más eset: egy távoli, nagy ország vizsgált vidéki területén, néhány év alatt megsaporodott a szívizom megbetegedésére utaló panaszok és tünetek száma. A tüzetes adatelemzés időbeli

1. ábra.

1. élőbeni → jel érzékelő átalakító (sensor, transducer) → villamos jel
2. folytonos (analóg) → összetett (discret) → számjegyes (kódolt)
3. átalakító (ADC/DAC) → illesztő (interface-ek) → szögletes mérők
4. adatbankok → összefüggés-közlemény (információ) → feldolgozás
5. több közlemény → döntés → hatásvizsgálat (outcome a., feedforward)
6. döntések együttese → folyamat értékelés → művelet kutatás (op. res.)
7. mindezek révén értelmező mérések (intelligent measurements)
8. végrehajtás → értékelés → visszacsatolás (FB) → ismétlés (iteráció)

2. ábra.



összefüggést vélt találni a falu infrastruktúra-fejlesztése és a „bajok” kialakulásának ideje között. Mellőzve a részletek ismertetését, tisztázódott, hogy a szívizombetegségek oka a nyomelemek (főleg szelén, de mások is) nagyfokú hiánya. Végso következtetésként megállapítást nyert, hogy az angol WC bevezetésével e nyomelemek nem kerülnek vissza a termőföldre, így a táplálékláncba, hanem a csatornázással elkerülnek a tengerbe ömlő folyóba. A nyomelemek gyógyszeres pótlása eredményesnek bizonyult.

A tudományban a felfedezés alapja általában mindig egy rejtett összefüggés meglátása és megfogalmazása. Ilyen volt a gravitáció newtoni felfedezése a hulló alma láttán.

Rejtett összefüggés a művészetekben is megjelenik. Vegyük például Liszt Ferencnek a Villa d'Este kútjai (ld. függelék) muzsikáját. A látható és hallható vízcso bogás és a zene között ott van a nem fizikai összefüggés, amely hasonló élvezetet nyújt az erre fogékony (értő, azaz „olvasni tudó”) embernek, mert ugyanazon hatás szavakkal nem fejezhető ki.

Irodalmi alkotásokban megjelenő különféle összefüggések tanulságos példáját írja le G. K. Chesterton (Hagyományok és hazugságok, ford. Hevesi) az alábbi jelenetben:

„Egy késő éjszakai órában egy utcai lámpa fényénél öt ember gyűlt össze. Ki akarták dönteni a lámpaoszlopot. Egyik azért, mert túl nagy világossággal árasztotta el ablakait; a másik viszont el akarta lopni, mert vasra volt szüksége; a harmadik, mert sötét tetteit zavarta; a negyedik, mert neki a régi jobban tetszett; csak egy volt, aki a középkori iskolamesterek száraz hangján így szólt: Barátaim! Mielőtt bármit tennénk, először gondoljuk meg mire is jó ez a lámpa, mely éjszakánként megvilágítja az utat az erre járóknak. Egy pillanat alatt leütötték, mert egyedül maradt eltérő véleményével, majd ledöntve a vasoszlopot most már a vak-sötétben kezdtek vitatkozni azon, hogy melyiküknek miért volt, vagy nem volt igaza.”

A fény és rombolás, illetve a fény megőrzése és a sötétség előidézése között más-más összefüggés fedezhető fel a fizikailag nem látható különböző szándékok és a jól látható lámpaoszlop között. A látható DOLOG és a romboló ESEMÉNY között nem is egy, hanem több különféle szándék, mint GONDOLAT lelhető fel rejtett összefüggésként fenti jelenetben.

Az elemi egységű adatok és a belőlük képzett megállapítások közötti rejtett összefüggéseket az intelligencia (inter+lego, intelligo) látja meg és önti formába (in+formare, információ). A magyar is mondja: a sorok között tud olvasni. Ahhoz, hogy ez a

„bele-látás”, „ki-látás” (ex+video, evidencia) gépesíthető legyen (info-technológia) a számítógép számára érthetővé kell tenni – ezt végzi el az elektronika. Ma már szinte minden tudományos területen. (1. ábra).

Lehetnek összefüggések nem csak adatok, hanem információk között is. Láthatóak, mint pl. a világhálón (world-wide-web, www). A hálózatoknak kitüntetett jelentőségük van az emberi testben is: agy-, ideg-, ér-, nyirok-, sőt a csont-, helyenként még a szalagok is hálózatszerűen összefüggnek. Ezért minden baj, betegség az egész ember baja, betegsége.

Jól igazolja ezt a psoriasis és a mozgásszervi betegségek, vagy az immunológia korábban rejtett összefüggéseinek kiderítése.

Az orvostudományban gyakori, hogy az egyes adatok (panaszok, tünetek, leletek) semmiképp sem igen/nem (bináris) jellegűek, hanem valószínűségi változók. Diszkrét valószínűségi változók okozati, rejtett összefüggéseinek feltárása – különösen, ha az értékészletek rendezetlen halmazok – komoly nehézségekbe ütközhet. A szokásos statisztika csak erős megszorításokkal alkalmazható, és a számításához csak rendkívül nagyszámú elem elegendő. Ilyenkor lehet alakfelismerés (Gestaltwahrnehmung, pattern recognition) statisztikai módszereivel próbálkozni, mint pl. a lényegkiemelés (karikatúrák hasonlósága), cluster analysis, (halmazelemzés), információelméleti módszerek, mert ezek függetlenek a változók nominális, ordinális, intervallum, és arányskála jellegétől.

Például panasz és tünet adatok valószínűségi értékei, mint feltételek, hogyan vezethetnek a kórisme valószínűségére? Y diagnózis valószínűsége mennyiben függ $x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$ tünetek valószínűségeitől? A matematikában egy régen felismert összefüggést, a Bayes-formulát (1763 Roy. Soc.) Homer Warner kezdte használni veleszületett szívhibák megállapítására. (JAMA 1961). A panaszok szöveggel, a tünetek képekkel, a működés időfüggvénygörbékkel jeleníthetők meg. (A 2. ábrán rendre felső sor, középső sor, alsó sor. Az ábra jobb felső sarkában a Bayes-képlet).

A szövegek betűi, illetve a beszéd hangzói között létező rejtett összefüggés derül ki akkor, ha hiányos a szöveg, mégis érthető a nyelvet jól ismerő számára. Ugyanis a „leadott” hangok, illetve betűk között többszörös, nem elhangzó, nem látható összefüggések (tapasztalati és nyelvtani), továbbá „felesleges” hangok és betűk vannak, melyek használata révén a szöveg terjengős (redundáns); ezért a „vételi” oldalon a nyelvet jól ismerő számára akkor is érthető a közlemény, ha csak tört része jut el a fülhöz, szemhez. A redundancia erősíti az „átviteli” biztonságát – informatikai tétel. Ha még mélyebbre hatolunk az összefüggések keresésében, különös eredményre jutunk.

A beszélt nyelvben különösen sokféle rejtett összefüggés található. Pl. a „lehoznám néked a csillagokat” GONDOLATBAN ott van a csillag mint DOLOG, és a lehoznám mint erősen vágyott ESEMÉNY. Réges-régen azt gondolták, hogy a csillagok izzó vasból (ógörögül szidérozsz) vannak (v.ö. sideropeniás anaemia). Ezért „de-siderare” lehozni a csillagokat, ha kívánod. Ebből az összefüggésből származik a desiderare (olasz), desirer, desirieux (francia), desire (angol) szó a vágyakozni, óhajtani igére.

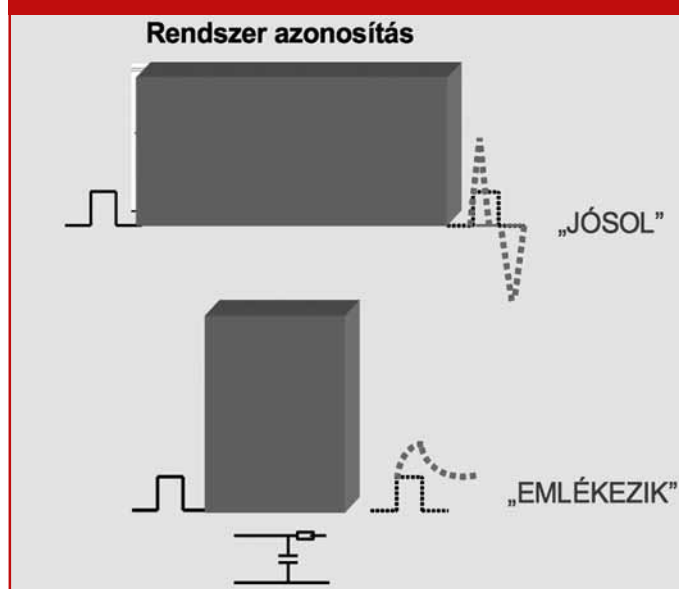
A fent ismertetett orvosi első példa látható anyaga a réztartály (DOLOG), a nem látható hatás a lehülés (ESEMÉNY), és a felismerés (GONDOLAT) az, hogy a sárgasággal összefüggésben vannak.

A második esetben az emelkedőn járás (ESEMÉNY) és a szívhez jutó oxigén (DOLOG) közötti összefüggés felismerése vezetett el a kórisméhez (GONDOLAT).

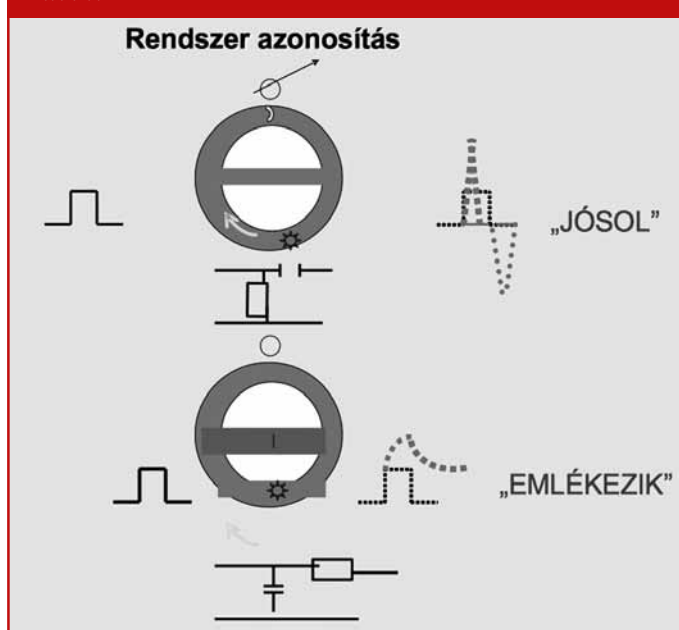
3. ábra.



4a. ábra.



4b. ábra.



A betegség történetének szövege (GONDOLAT), a vizsgálat időfüggvénygörbéje (ESEMÉNY) és az elváltozás képe (DOLOG) más esetekben is meglehetősen általános orvosi információ-hordozó. Lehetséges, hogy GONDOLAT, DOLOG, ESEMÉNY az egyetemes valóság összetevői?

Digitális világunkban ekkor derül ki az analógiák hasznossága. Legyen a GONDOLAT, mint a kreatív cselekvés hajtóereje = intenzitás, a térbeli DOLOG, mint egymásmellettség = extenzitás, és az időbeli ESEMÉNY, mint egymásutániség = tempus analógok, akkor kiterjeszthetjük ezen összefüggéseket még általánosabban is. (Fényes I. Entrópia, Gondolat 1962)

Ha most a f eisorolt példák alapján megvizsgáljuk, hogy a tudományok más területein érvényesíteni lehet-e az egyetemes valóság ilyenén megközelítését, akkor meglehetősen meggyőző további alkalmazhatóságokat találunk (3. ábra).

Az i = intenzitás, az e = extenzitás, a t = idő. Mint látható az intenzitás (i) és hatására megváltozott extenzitás (δe) szorzata, a mechanikában, az elektromosságban, a kémiában, a fizikában egységesen munkát eredményeznek, melyet, ha elosztunk a t idővel teljesítményt kapunk. Talán eléggé alátámasztja ez a példasorozat, hogy ebben valamiféle univerzalitás létezik.

A rejtett összefüggés kiderítésének tipikus példája az ún. fekete doboz probléma. Az a feladat, hogy az ismeretlen tartalmú „doboz” belsejében rejtőzködő valóságot (DOLOG) a be- és ki-menő (ESEMÉNY) jelekből kell megállapítani (GONDOLAT) (4. és 5. ábra). A baloldali ábrán a feladat van, a jobboldalin a megfejtés (system identifikáció: differenciálás, illetve integrálás), elektronikus és hidromechanikus változatban. Sok esetben a látszólag rendezetlen, véletlenszerűnek mutató jelenségekről is kideríthet szabályszerű rejtett összefüggéseket a mélyre hatoló tudomány. Ilyen volt a fraktál dimenziók felfedezése. Pl. a hókristályosodás és a tüdők hörgő-elágazódásának azonos formájú matematikai leírhatósága van (6. ábra).

Hasonló rejtett összefüggés található a természetben a rezonanciaelv megnyilvánulásainak eseteiben is. Pl. az emlősök aortahossza ($\approx$ testsúlyuk köbgyöke) és pulzusszámuk között (Naszlady-Kiss szabály, 1969, O.H. 2009); $k = h * f$, ahol a konstans „ k ” = 300, „ h ” = köbgyök testsúly, azaz hosszérték, és „ f ” = pulzusszám/perc (1. táblázat).

Hasonló, rezonanciaelvű összefüggés van a halak farokcsapás-száma és testhosszuk között. A képlet ugyanolyan, mint a fenti pulzusszám-törvénynél. Azonos sebességgel úszó rövidebb test-hosszúságú halkan kétszer annyi farokcsapásra van szüksége, mint a kétszer olyan hosszúnak (7. ábra).

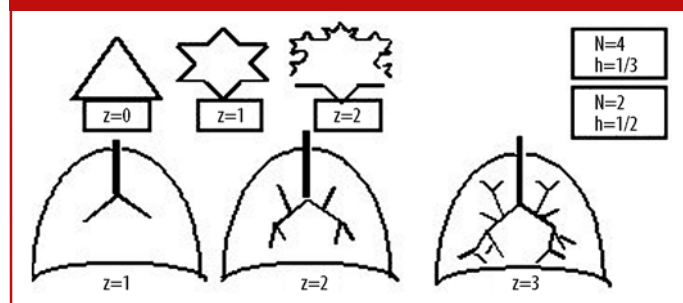
A természetrajz „csak” a látható összefüggések leírása; a természettudomány a láthatatlan összefüggések felismerése, előhívása, általános érvényességük alkalmazása. A GONDOLATOK (G), DOLGOK (D), ESEMÉNYEK (E) hármásával az egyes tudományágak is összefüggésbe hozhatók. Az ilyen elemzésnek művelti, gazdaságossági jelentős előnyei lehetnek.

1. táblázat.

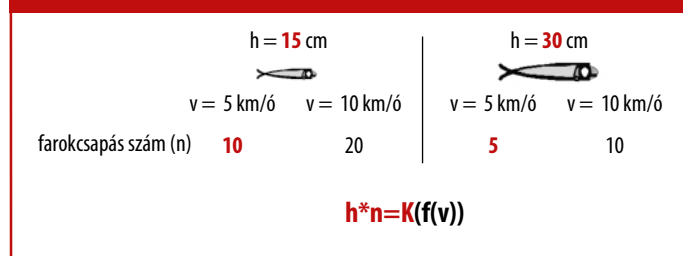
Emlős	Testsúly (kg)	Pulzusszám (1/min) számított	Pulzusszám Biol. Data Book
Patkány	0,3	430	450
Kutya v. gyerek	5–20 (27)	175–110 (100)	200–72
Ember (nő)	65	75	69,8–71,7
Ember (ffi)	70	72	69,8–71,7
Tehén	400–500	41–37	46
Elefánt	3000	15–23	25

A tudományok és művészetek területén a láthatatlan elgondolást (G) megvalósító cselekvés (E) látható eredményekben testesül (D) meg. Ugyanezt fejezi ki a már idézett Mens (G) agitát (E) molem (D). „Értelem mozgatja a tömeget”. A ré-

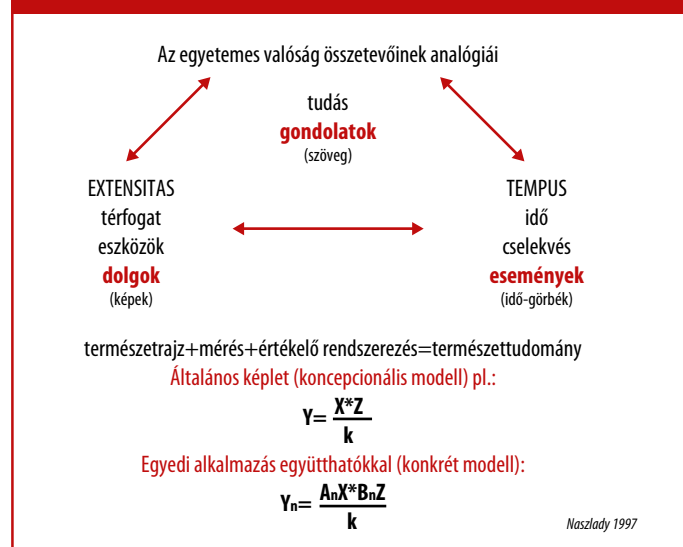
5. ábra. Fraktáldimenziók a természetben (skálafüggető belső hasonlóság)
(Forrás: B. J. West: Fractal physiology IEEE Med. Biol. 11:40–46, 1992)



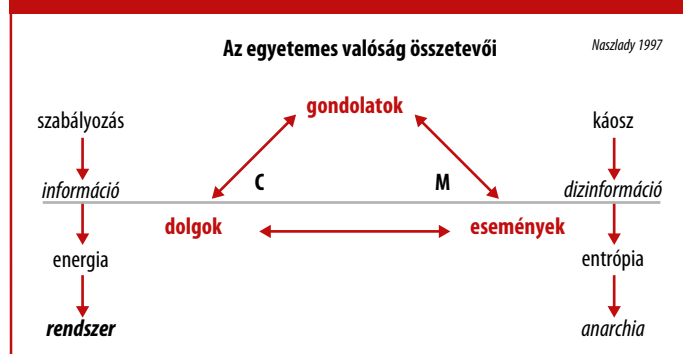
6. ábra.



7. ábra.



8. ábra.



gészet és vallástudomány kiinduló pontja látható dolog (D), amelyet cselekvés követ (E) és végül elméletekhez (G) vezet. Nihil in intellectu (G) quod non fuerit (E) primo in sensu (D). „Semmi sincs az értelemben, ami ne lett volna először az érzékszervekben.”

A gazdaság és politika munkával, tettekkel (E) kezdődik, termékeket, intézményeket (D) hoz létre, majd törvényszerűségeket (G) állapít meg. Primum vivere(E), dein philosophari (G). „Először élni, aztán bölcselkedni”.

Még a Bibliában is ott van a hit lényegét kifejező mondat: „Ego sum via (D), veritas (G) et vita (E). „Én vagyok az út, az igazság és az élet” - mondta Jézus. (Jn. 14:6)

Viszont E és D nélküli GONDOLATOK csupán feltételezések, képzelgések, téveszmék. G és E nélkül a DOLGOK gyűjtemények, kincstárak, netán harácsoló holmik, lomtárak. G és D nélkül zajló ESEMÉNYEK sodródás a vakvilágban, vagy tobzódás bármiben.

Az egyetemes valóság összetevőit és összefüggéseiket foglalja össze a 8. ábra.

Az orvoslásban is jelen van a fenti összefüggés: a G = a kórisme, az elméletek; a D = műszerek, gyógyszerek; az E = gyógyítás, erőnlét-helyreállítás (rehabilitáció).

A 9. ábra az egyetemes valóság legáltalánosabb összetevőinek összefüggését jeleníti meg. Ha a gondolatok szabályozó információkat közölnek egy energiaforrással, akkor rendszer keletkezik; ha dizinformációkat, akkor a káosz lesz, és a végkifejlet anarchia. A G-D-E között kommunikáció (C) és metakommunikáció (M) zajlik.

Ahol véget ér a természettudomány hatóköre és illetékessége, ott keletkeznek azok a további összefüggésekre vonatkozó kérdések, amelyek túl vannak fizikai világunk határain, azaz metafizikaiak. Miért kellene itt megtorpanni az emberi gondolkodásnak? A további rejtett összefüggések ott léteznek. Felismerésük gazdaságilag is hasznos.

A szerző az MTA doktora, volt főigazgató, a vatikáni Pontificia Accademia Tiberina rendes tagja.



AVilla d'Esteszökőkútjai, melymegihlettékés muzikaszerzésére készítette Liszt Ferencet. Liszt's Années de Pèlerinage. „Les Jeux d'Eaux à la Villa d'Este”

A helyzet változatlan

Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről

Egy Európai Bizottság által finanszírozott program keretében, 2010 nyarán, hat közép-kelet-európai országban – köztük Magyarországon – kérdőíves felmérés zajlott a lakosság körében az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről, az egészségügyi ellátásért fizetett összegekről, a hálapénzzel kapcsolatos attitűdökről és a lakosság fizetési hajlandóságáról. Tanulmányunkban az ide vonatkozó magyar eredményeket ismertetjük. 1037 fős reprezentatív mintán vizsgáltuk a hálapénz egy főre jutó éves kiadásait és megítélését a lakosság körében.

■ **Baji Petra**^{1, 2, 3}, **Gulácsi László**^{1, 2}

Korábbi tanulmányokhoz hasonlóan azt találtuk, hogy a hálapénz-fizetés ma is igen elterjedt jelenség Magyarországon. A betegek egyötöde fizet az orvosi viziteken, és közel fele a kórházi ellátás során. A hálapénz összege az orvosi ellátások esetében, átlagosan évi 16 900 Ft volt (sd = 22 000 Ft), a kórházi ellátásban pedig 37 300 Ft (sd = 46 500 Ft). A kutatási eredmények szerint a magyar lakosság meglehetősen toleráns a hálapénzzel szemben. A válaszadók kevesebb, mint fele (48%) rendelkezik negatív attitűddel a hálapénzzel kapcsolatban, míg a válaszadók több mint fele közömbös, vagy pozitívan ítéli meg a hálapénzt.

Bevezetés

A hálapénz évtizedek óta fontos eleme a magyar egészségügyi rendszer működésének, érthető tehát, hogy a jelenség tárgyalása és kutatása továbbra sem került le a napirendről (Bognár és munkatársai [2000]; Sajó [2008]; Mihályi [2009]; Gaál és munkatársai [2006]). Rendszeresen készül felmérés a lakosság hálapénz-fizetési szokásairól, és az ezzel kapcsolatos kiadásokról¹. Egy 2007-es felmérés eredményei szerint például a háziorvosi vizitek esetében a lakosság 9%-a fizetett hálapénzt a legutolsó háziorvosi vizit alkalmával, kb. 500 Ft-ot, 14% fizetett a legutóbbi szakorvosi vizit alkalmával, átlagosan kb. 9500 Ft-ot, és a betegek fele fizetett a legutóbbi kórházi ellátás alkalmával átlagosan 16 000 Ft-ot (Baji és munkatársai [2011]). A lakossági attitűdökkel kapcsolatos korábbi felmérések megállapításai szerint az orvostársadalom és a magyar lakosság a hálapénzt szükséges rossznak tartja, kevéssé tekinti a kemény korrupció részének, sokkal inkább bevett kulturális jelenségként értelmezi (Bognár és munkatársai [2000]).

Egy Európai Bizottság által finanszírozott kutatási program² keretében 2010 nyarán hat közép-kelet-európai országban, köztük Magyarországon, kérdőíves felmérés zajlott a lakosság körében az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről, az egészségügyi ellátásért fizetett összegekről, a hálapénzzel kapcsolatos attitűdökről és a lakosság fizetési hajlandóságáról. Ebben a tanulmányban a felmérésből származó, hálapénzzel kapcsolatos magyar eredményeket ismertetjük. 1037 fős reprezentatív mintán vizsgáltuk, hogy a lakosság milyen rendszerességgel fizet hálapénzt, hogy alakulnak a hálapénzzel kapcsolatos éves kiadások. Megvizsgáljuk, tapasztalunk-e eltérést a hálapénzfizetés előfordulása, valamint a hálapénz összege tekintetében különböző társadalmi csoportok között. Ezek után mélyebben elemezzük, hogyan viszonyul a magyar lakosság az egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénzhez, illetve az egészségügyi dolgozóknak adott ajándékokhoz, és hogy az elmúlt években tapasztalható-e valamiféle változás a hálapénz megítélésében. A diszkusszióban arra keressük a választ, hogy mi lehet az oka annak, hogy a rendszerváltás után 20 évvel sem történt változás a hálapénz ügyében, és eddig talán nem, vagy kevésbé tárgyalt kutatási irányokra hívjuk fel a figyelmet.

ben az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről, az egészségügyi ellátásért fizetett összegekről, a hálapénzzel kapcsolatos attitűdökről és a lakosság fizetési hajlandóságáról. Ebben a tanulmányban a felmérésből származó, hálapénzzel kapcsolatos magyar eredményeket ismertetjük. 1037 fős reprezentatív mintán vizsgáltuk, hogy a lakosság milyen rendszerességgel fizet hálapénzt, hogy alakulnak a hálapénzzel kapcsolatos éves kiadások. Megvizsgáljuk, tapasztalunk-e eltérést a hálapénzfizetés előfordulása, valamint a hálapénz összege tekintetében különböző társadalmi csoportok között. Ezek után mélyebben elemezzük, hogyan viszonyul a magyar lakosság az egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénzhez, illetve az egészségügyi dolgozóknak adott ajándékokhoz, és hogy az elmúlt években tapasztalható-e valamiféle változás a hálapénz megítélésében. A diszkusszióban arra keressük a választ, hogy mi lehet az oka annak, hogy a rendszerváltás után 20 évvel sem történt változás a hálapénz ügyében, és eddig talán nem, vagy kevésbé tárgyalt kutatási irányokra hívjuk fel a figyelmet.

Módszer

A kutatás

A felmérés egy Európai Bizottság finanszírozta nemzetközi kutatási projekt keretében³ készült. A kutatás a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásaival (patient payments), és annak egészségpolitikai vonatkozásaival foglalkozik hat közép-kelet-európai országban, köztük Magyarországon. A kutatás első fázisában fókuszcsoportos beszélgetések és mélyinterjúk készültek a lakossággal, orvosokkal és egészségpolitikusokkal a beteg-önrészt (közvetlen egészségügyi kifizetések) megítéléséről. (Az eredményeket lásd: Baji-Gulácsi [2010]). A kutatás második fázisában, 2010 nyarán, kérdőíves felmérés készült a hat országban, országonként 1000 fős mintán. A felmérés célja adatgyűjtés a lakosság körében egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről az

1. táblázat. A kérdőívben szereplő kérdések

Az egészségügyi ellátások igénybevétele, ezzel kapcsolatos kiadások

Orvosi ellátás

- Az elmúlt 12 hónap alatt hányszor volt orvosnál, vagy járt Önnél orvos az otthonában mind az állami mind a magán ellátást beleértve, kivéve a fogászatot, beleértve a magán és állami orvost is?
- Figyelembe véve mindenféle hivatalos térítési díjat, hálapénzt és ajándékot, összesen mennyi pénzt költöttek (zsebből) ezekre az orvosi vizitekre az utazási, betegszállítási költségeket és a gyógyszereket kivéve?
- Ebből mekkora volt a hálapénz és az ajándékok összege?

Kórházi ellátás

- Az elmúlt 12 hónap során Önt hányszor kezelték (feküdt) kórházban, beleértve az egynapos sebészeti beavatkozásokat és egynapos kezeléseket is?
- Figyelembe véve mindenféle hivatalos térítési díjat, valamint hálapénzt és ajándékot, összesen mennyi pénzt költöttek (zsebből) ezekre a kórházi ellátásokra az utazási, betegszállítási költségeket és a gyógyszereket kivéve?
- Ebből mekkora volt a hálapénz és az ajándékok összege?

A hálapénz és az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok megítélése

- Hogyan viszonyul az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak vagy egészségügyi intézményben más dolgozónak fizetett hálapénzhez – pozitívan, negatívan vagy közömbös?
- Hogyan viszonyul az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak vagy egészségügyi intézményben más dolgozónak adott ajándékokhoz – pozitívan, negatívan vagy közömbös?

Egyetért Ön a következő állításokkal? (igen/valamennyire/nem)

- Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz hasonlít a korrupcióhoz.
- Az orvosok, egészségügyi dolgozók megajándékozása hasonlít a korrupcióhoz.
- Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott hálapénz a hála kifejezése.
- Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándék a hála kifejezése.
- Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz elkerülhetetlen az egészségügyi alulfinanszírozása miatt.
- Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott hálapénzt vagy ajándékokat ki kellene irtani.

egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos kiadásokról, a hálapénz megítéléséről, és a lakosság az egészségügyi ellátásokért való fizetési hajlandóságáról. Jelen cikk keretein belül a hálapénzzel kapcsolatos magyar adatokat ismertetjük.

Mintavétel

A válaszadókat kérdezőbiztosok keresték fel otthonukban. A cél az 1000 fős, az ország lakosságára reprezentatív mintaelemszám elérése volt. A mintavételi eljárás három lépésből állt. Először a mintába kerülő települések kerültek kiválasztásra az országos településszerkezetnek megfelelően, majd településeken belül a kérdezőbiztosok a random út módszert alkalmazva jutottak el a háztartásokhoz. A háztartáson belül pedig az „utolsó születésnap” módszer alapján jelölték ki a válaszadót.

Az adatfelvétel személyes interjú során történt, amelynek a menete a következő volt: a kérdezőbiztos először tájékoztatta a válaszadót a kérdőív céljáról, a kutatási programról, az adatok felhasználásának módjáról. Amennyiben a kiválasztott személy beleegyezett a felmérésben való részvételbe, megkezdődhetett a kérdőív kitöltése, amely körülbelül 30–60 percet vett igénybe. A kérdéseket a kérdezőbiztos tette fel a válaszadónak, és a kérdésre adott választ is ő rögzítette. A kérdőív részletes instrukciókat tartalmazott az interjú menetére vonatkozóan.

A kérdőív

A kérdőív a következőképpen épült fel. Az első részben a kérdezőbiztos a válaszadót az elmúlt 12 hónapban igénybe vett egészségügyi ellátásokról és az ezekkel kapcsolatos kiadásokról kérdezte, külön az orvosi és a kórházi ellátás esetében. A következő részben feltett kérdések a hálapénz és az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok megítélésére vonatkoztak. A kérdőív további részeiben a válaszadót az egészségügyi ellátások iránti fizetési hajlandóságáról kérdezték a biztosok, ezzel a

résszel azonban e cikk keretein belül nem foglalkozunk. A kérdőív utolsó részében pedig a válaszadó társadalmi-demográfiai helyzetére vonatkozó kérdések szerepeltek. A kérdőívben szereplő kérdéseket az 1. táblázat foglalja össze.

Eredmények

Magyarországon összesen 1376 embert kerestek fel otthonukban a kérdezőbiztosok. 330-an tagadták meg a válaszadást, így a válaszadási arány 76% volt. A feldolgozható kérdőívek száma 1037 darab. A mintában szereplők átlagéletkora 46.3 (sd = 17.6) év, 54%-uk nő. A válaszadók 54%-a városban él, 18% Budapesten, a fennmaradó 28% pedig falvakban. Többségük (67%) középfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, és 49%-a dolgozik. Az átlagos havi nettó háztartási jövedelmük 167 500 Ft (sd = 94 000) volt.

Hálapénz fizetése

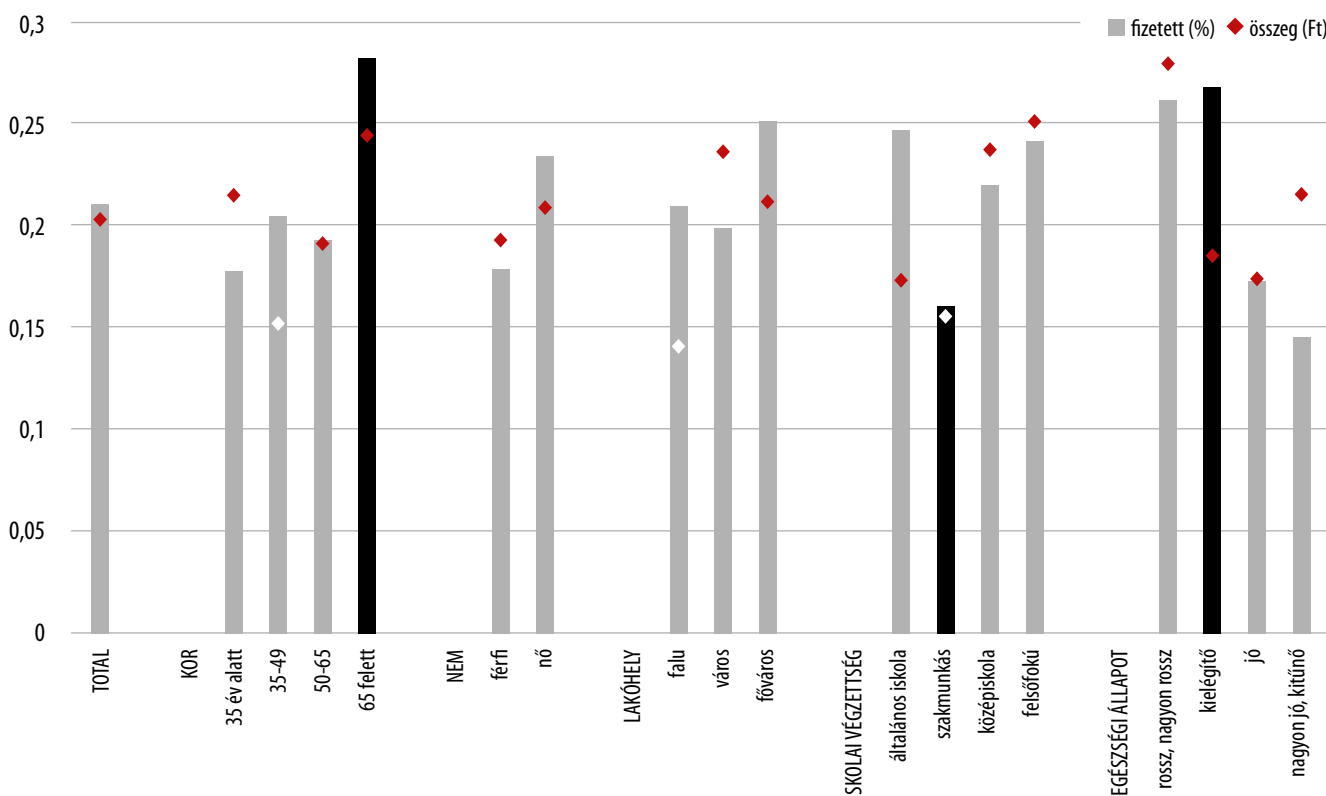
A kutatásból kiderült, hogy a megkérdezettek 80%-a vett igénybe orvosi ellátást (házi orvosi és szakorvosi ellátás együtt, kivéve a fogászati ellátást) az elmúlt 12 hónapban, és 21%-uk részesült kórházi ellátásban. A válaszadók átlagosan 5-6 alkalommal jártak orvosnál egy év alatt (átlag = 5.3, sd = 6.2). Azok közül, akik jártak orvosnál az elmúlt év során, a válaszadók 21%-a mondta azt, hogy fizetett hálapénzt az orvosi ellátás során, átlagosan évi 16 900 Ft-ot (sd = 22 000 Ft). A kórházi ellátásban elterjedtebb a hálapénz, az ellátásban részesülők közel fele (44%) fizetett hálapénzt, átlagosan évi 37 300 Ft-ot (sd = 46 500 Ft).⁴

Az 1. és 2. ábra különböző társadalmi-demográfiai csoportonként (életkor, nem, lakóhely típusa, legmagasabb iskolai végzettség, és egészségi állapot szerint) mutatja azoknak az arányát, akik az elmúlt 12 hónapban jártak orvosnál/feküdtek kórházban és fizettek hálapénzt az igénybevett egészségügyi ellátásért. Pontok jelzik a hálapénz éves átlagos összegét.⁵

Az orvosi ellátásért a válaszadók életkorát tekintve a 65 év felettiek fizettek a leggyakrabban, és egyben a legtöbbet is (28%, 20 272 Ft, sd = 32 401). A nők többször és többet is fizettek, mint a férfiak (29% 22 831 Ft, 28 351 Ft). Különböző településeken hasonló arányban fizettek (26-27%), viszont a falvakban kisebb összeget (15 333 Ft, sd = 18 454 Ft). Iskolai végzettséget tekintve pedig a felsőfokú végzettségűek fizettek a leggyakrabban, és a legtöbbet is egyben (36%, 24 459 Ft, sd = 29 081 Ft). Az egészségi állapotot tekintve a rossz, nagyon rossz, illetve a kielégítő egészségi állapotúak fizettek a leggyakrabban (26% és 27%). A hálapénz összege a rossz, nagyon rossz egészségi állapotúak esetében volt a legmagasabb (23 194 Ft, sd = 39 336 Ft).

A kórházi ellátások esetében az életkor növekedésével növekedett a hálapénzfizetés gyakorisága. Az 50 és 65 év közöttiek, valamint a 65 év felettiek fizettek a leggyakrabban (48% és 47%), és a 65 év felettiek fizették a legmagasabb összeget (48 654 Ft sd = 72 699 Ft). A nők valamivel gyakrabban fizettek, mint a férfiak, de kisebb összeget (46% 34 933 Ft sd = 38 065 Ft). A fővárosban alacsonyabb arányban fizettek hálapénzt a kórházi ellátásban, mint a városokban és falvakban, viszont magasabb összeget (38%, 57 385 Ft, sd = 93 420 Ft). Az iskolázottságot tekintve a leggyakrabban a középfokú végzettségűek fizettek (56%), de a felsőfokú végzettségűek magasabb összeget (61 111 Ft, sd = 43 645 Ft). Kevés eltérés mutatkozik a különböző egészségi állapotú válaszadók között a fizetés gyakoriságát tekintve (43–45%), de a legtöbbet a rossz, nagyon rossz egészségi állapotúak fizettek (41 364 Ft, sd = 70 579 Ft).

1. ábra. Hálapénz fizetése – orvosi ellátás (Megjegyzés: a fekete oszlop illetve fehér pont az átlagos értéktől való szignifikáns eltérést jelöl 10% szignifikancia-szinten)



A következőkben statisztikai tesztekkel vizsgáltuk, mely társadalmi-demográfiai csoportok tértek el szignifikánsan a mintaátlagtól a hálapénzt fizetők arányát, és a kifizetett hálapénz összegét tekintve. A hálapénzfizetők arányát egymintás z teszttel, míg a hálapénz összegét egymintás t teszttel vizsgáltuk a csoportokban. A hálapénzfizetők arányát és összegét a mintában tapasztalt átlagos arányhoz, illetve összeghez viszonyítottuk.

Az orvosi ellátások esetében a 65 év feletti korosztály (28%, $p = 0.0202$) és az átlagos/kielégítő egészségi állapotú válaszadók csoportja (26%, $p = 0.0227$) fizetett szignifikánsan nagyobb arányban a mintaátlaghoz viszonyítva. A szakmunkásképzőt végzettek (16%, $p = 0.0502$), és a nagyon jó/kiváló egészségi állapotúak viszont az átlagnál szignifikánsan kisebb arányban fizettek (14% $p = 0.0385$). A nők szignifikánsan magasabb arányban fizettek hálapénzt, mint a férfiak (23% vs. 18%). Lakóhely szerint nem találtunk szignifikáns eltéréseket.

A hálapénz összegét tekintve az orvosi ellátásban a 35 és 49 év közötti korosztály (12622 Ft, $p = 0.0214$), a falvakban élők (11700 Ft, $p = 0.0014$) és szakmunkásképzőt végzettek (12900 Ft, $p = 0.0942$) költöttek szignifikánsan alacsonyabb összeget hálapénzre, mint az átlag. A válaszadó nemét, egészségi állapotát tekintve nem találtunk szignifikáns eltérést a hálapénz átlagos összegétől.

A kórházi ellátás során a középiskolai végzettségűek fizettek szignifikánsan magasabb arányban hálapénzt a minta átlagához viszonyítva (55%-uk fizetett $p = 0.0636$). A válaszadók életkorát, nemét, lakóhelyét, egészségi állapotát tekintve nem találtunk szignifikáns eltéréseket az átlagtól.

A kórházi ellátás során az 50 és 64 év közötti korosztály (26682 Ft, $p = 0.0588$) és a falvakban élők (22900 Ft, $p = 0.0012$) fizettek szignifikánsan kevesebbet az átlagos értéknél. Az egészségi állapot, iskolázottság és nem szerint nem találtunk szignifikáns eltérést az átlagos összegtől (1. és 2. ábra).

A hálapénzzel kapcsolatos attitűdök

A 3. ábrán látható, hogy a válaszadók hogyan ítélik meg a hálapénzt, illetve az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok kérdését. A kutatási eredmények szerint a magyar lakosság meglehetősen toleráns a hálapénzzel szemben. A válaszadók kevesebb, mint fele (48%) rendelkezik negatív attitűddel a hálapénzzel kapcsolatban, míg a válaszadók több mint fele közömbös, vagy pozitívan ítéli meg a hálapénzt.

Az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok megítélését tekintve a válaszadók közel egyenlő arányban oszlanak meg a pozitív, közömbös és negatív kategóriák között (3. ábra).

A 4. ábra az egészségügyi dolgozóknak adott hálapénz megítélését mutatja a különböző társadalmi csoportokban.

A válaszadók életkorát tekintve az 50–65 év közötti korosztály viszonyul leginkább negatívan a hálapénzhez (56%), míg a 65 év feletti korosztály a legelfogadóbb (39% negatív). A nők toleránsabbak, mint a férfiak; a negatív hozzáállásuk aránya a férfiak körében 50%, míg a nők között 46%. Minél nagyobb egy település, a lakossága annál inkább elfogadóbb a hálapénzzel szemben, a fővárosban a legkisebb a negatív hozzáállásuk aránya (37%). Az iskolai végzettséget tekintve a legtoleránsabbak az általános iskolát végzők (39%-uk negatív megítéléssel rendelkezik). Az egészségi állapotot tekintve leginkább a jó egészségi állapotúak viszonyulnak negatívan hálapénzhez (53%).

Statisztikai tesztekkel vizsgálva az 50–64 év közötti korosztályban (56%, $p = 0.0172$), a falvakban (53%, $p = 0.0736$), a középiskolai végzettségűek (53%, $p = 0.0626$) és a jó egészségi állapotúak között (53%, $p = 0.0975$) szignifikánsan nagyobb a negatív attitűddel rendelkezők aránya az átlagos értékhez viszonyítva. Míg a 65 év feletti korosztályban (38%, $p = 0.0103$), a fővárosban (37%, $p = 0.0041$) és az általános iskolai végzettségűek között (39%,

0.0094) az átlagosnál szignifikánsan kisebb arányban rendelkeznek negatív attitűddel. Nemek közt nem találtunk szignifikáns eltéréseket.

Az 5. ábrán látható, hogy a válaszadók mennyire értenek egyet a kérdőívben szereplő hat, hálapénzzel kapcsolatos állítással.

A legtöbben, (a válaszadók 84%-a) azzal az állítással értettek részben vagy teljesen egyet, miszerint az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott hálapénzt vagy ajándékokat ki kellene irtani. A második állítás, amivel a legtöbben egyetértettek (83%), a következő volt: az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándék a hála kifejezése. Szintén 80% részben vagy teljesen egyetértett azzal, hogy az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz hasonlít a korrupcióhoz. A válaszadók majdnem 70%-a egyetértett azzal az állítással, miszerint az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott hálapénz a hála kifejezése. A válaszadók 61%-a értett egyet azzal az állítással, hogy az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz elkerülhetetlen az egészségügy alulfinanszírozása miatt. Legkevesebben, de mégis a többség (59%) egyetértett azzal, hogy az orvosok, egészségügyi dolgozók megajándékozása hasonlít a korrupcióhoz.

Az eredmények megbeszélése és konklúzió

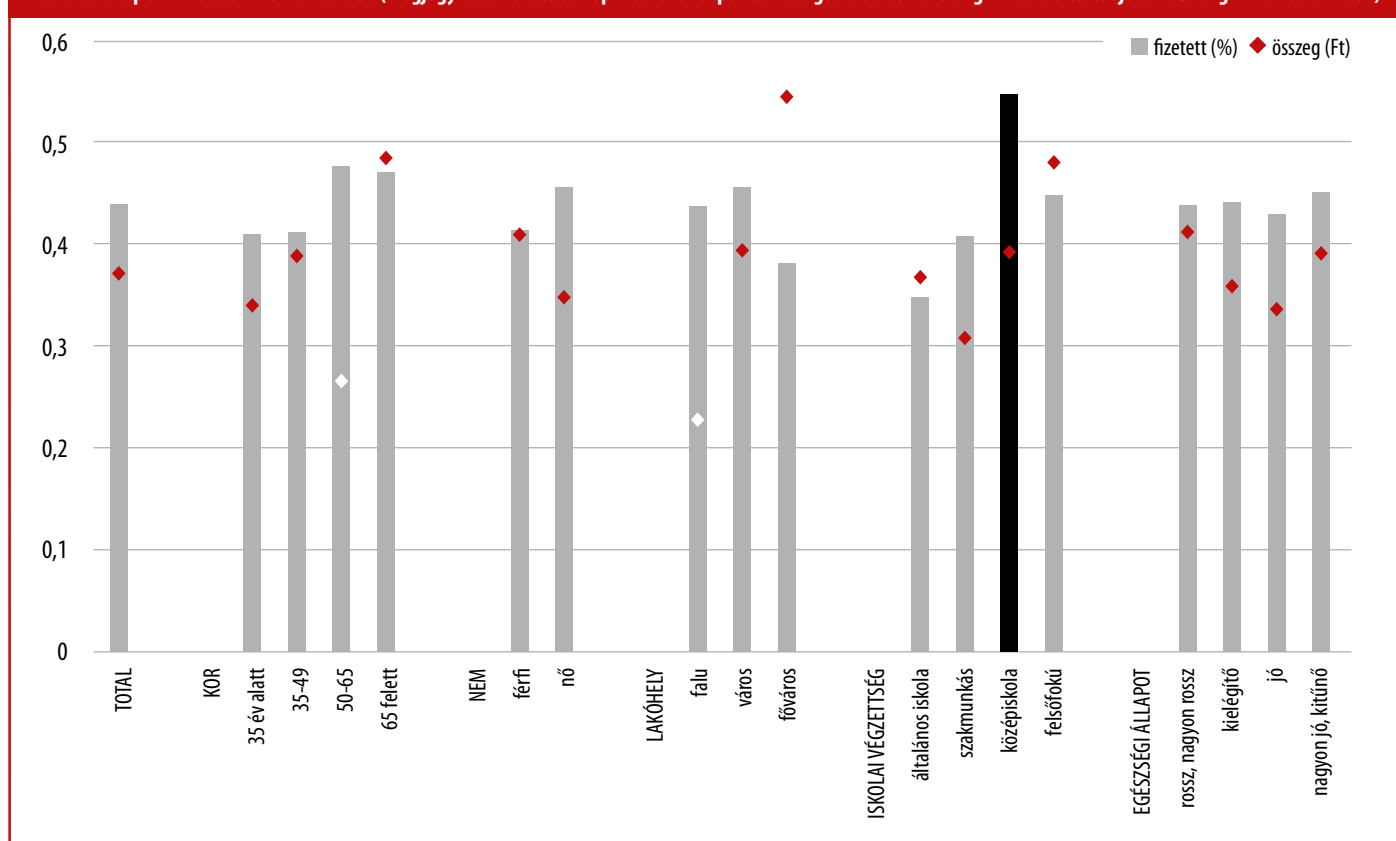
A kutatási eredmények szerint a lakosság továbbra is rendszeresen fizet hálapénzt az egészségügyi ellátások igénybevételéért. Mintánkban az orvosi ellátás során a betegek egyötöde, a kórházi ellátásban a betegek közel fele fizetett hálapénzt. A fizetett hálapénz az orvosi ellátás esetében, átlagosan évi 16 900 Ft körül, míg a kórházi ellátásban, átlagosan évi 37 300 Ft körül alakult. Különösen az orvosi vizit során adott hálapénzt tekintve találtunk különbségeket a társadalmi csoportok között. Azt tapasztaltuk,

hogy a rosszabb egészségi állapotúak és az idősebbek az orvosi vizitek alkalmával gyakrabban fizetnek hálapénzt (26–28%-uk fizetett hálapénzt az elmúlt 12 hónap során az orvosi vizit alkalmával). A kórházi ellátás esetében gyakrabban és többet fizetnek a betegek, viszont itt egységesebbnek bizonyult mind a hálapénzre költött összeg, mind a hálapénzfizetés gyakorisága.

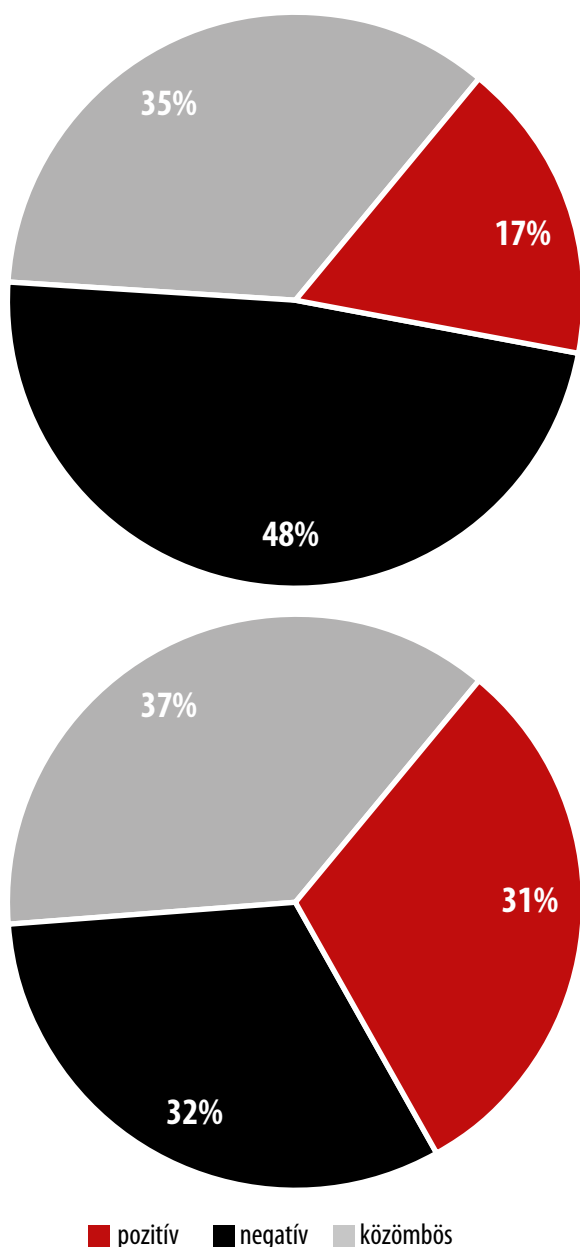
Az eredményeink megerősítik a korábbi kutatások eredményeit. Hasonló eredmények születtek a TÁRKI 2007-es, a Medián és a Széchenyi István Szakkollégium 2007-es felmérése során, valamint hasonló adatokat közölt az egyik legutóbbi hálapénzfelmérést ismertető tanulmányában a Patika Egészségpénztár. A 2009-es 2188 fős (nem reprezentatív) mintán végzett felmérés eredményei szerint a betegek 19%-a fizetett az orvosnak hálapénzt a háziorvosi ellátás során, 22% a szakorvosi ellátás esetében, és 50%-a a kórházi ellátásért.⁶

Azt mondhatjuk tehát, hogy a hálapénzfizetés szokása nem változott szignifikánsan az utóbbi években sem. Eredményeink szerint a hálapénz megítélése sem változott a lakosság körében. A TÁRKI 1999-ben készített átfogó kutatást a hálapénzzel kapcsolatos attitűdökről (Bognár és munkatársai [2000]). Tanulmányukból az derül ki, hogy a lakosság és az orvostársadalom a hálapénzt szükséges rossznak tartja, melyre szükség van az egészségügyi dolgozók alulfinanszírozása miatt. A kutatásunk egyik legfontosabb eredménye, hogy a magyar lakosság ma is meglehetősen toleráns a hálapénzzel szemben. Annak ellenére, hogy a válaszadók több mint 80%-a egyetért azzal, hogy az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott hálapénzt vagy ajándékokat ki kellene irtani, és hogy a hálapénz hasonlít a korrupcióhoz, ha máshogy tesszük fel a kérdést, kiderül, hogy a válaszadók többsége (52%) közömbös, vagy pozitív attitűddel rendelkezik a hálapénzzel kapcsolatban. Különösen igaz ez a fővárosiakra (63%), a 65 év

2. ábra. Hálapénz fizetése – kórházi ellátás (Megjegyzés: a fekete oszlop illetve fehér pont az átlagos értéktől való szignifikáns eltérést jelöl 10% szignifikancia-szinten)



3. ábra. A hálapénz és az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok megítélése



feletti korosztályra (62%) és az alacsony iskolai végzettségűekre (61%).

Többféle magyarázat adható arra, hogy a lakosság meglehetősen toleráns a hálapénzzel kapcsolatban.

1. Lakossági szolidaritás. Többször hangoztatott indoklás, hogy a lakosság szolidaritást érez az egészségügyi dolgozókkal alacsony fizetésük miatt. A TÁRKI 1999-es hálapénz-kutatása során a válaszadók 70 százaléka egyetértett azzal, hogy a hálapénz jelenléte a lakosoknak az orvosok alulfizettségével kapcsolatos véleményét fejezi ki, az orvosok alulfinanszírozására utal, és 67 százaléka azzal, hogy az orvosok jogosan fogadják el a hálapénzt, amíg az állam nem fizeti meg az orvosokat (Bognár és munkatársai [2000]). Jelen tanulmányunk eredményei szerint a válaszadók többsége (61%) egyetértett azzal az állítással, miszerint az egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz elkerülhetetlen az egészségügyi alulfinanszírozása miatt. (Ami jelentheti azt, hogy a betegnek hozzá kell járulnia az ellátásának költségeihez

legyen akár az gyógyszer, vagy az emberi munka). De ha más-hogy közelítjük meg a kérdést, ez volt az az állítás, ahol a nem egyetértők aránya az egyik legmagasabb (39%).

2. A lakosság hajlandó fizetni, ha több vagy jobb ellátást akar. A másik magyarázat, amivel talán kevesebbszer találkozunk (de amely nem zárja ki az előzőt), hogy a lakosság hajlandó fizetni az egészségügyi ellátásokért (akár hivatalos akár nem hivatalos formában), ha „több vagy jobb” ellátást akar, vagy ha úgy érzi, nem kapja meg azt az ellátást, ami várakozásainak megfelel (Baji és munkatársai [2011]b). A „mi jár” és az „extra, több vagy jobb” azonban hazánkban továbbra is nagyon homályos fogalmak. Ez pedig teret ad a hálapénz elterjedésének. Nem világos, hogy pontosan mi az, ami elvárható az egészségügyi rendszer keretein belül. És itt nem csak a tb keretében térítésmentesen, illetve részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások felsorolásáról van szó (ezt az egészségbiztosítási törvény többé-kevésbé rögzíti), hanem az ellátások minőségének meghatározásáról is. Nincs rögzítve, hogy milyen ellátásokat és milyen minőségben garantál a társadalombiztosítás (amit mindenki számára hozzáférhetően garatálnia kell és garatálni/finanszírozni is tud) térítésmentesen vagy részleges térítés mellett. Keveset tudunk a lakosság egészségügyi ellátások minőségével szemben támasztott elvárásairól, várakozásairól is. A fogalmak tisztázásához szükség lenne az egészségügyben a szolgáltatás-specifikációra, az ellátások minőségének mérésére alkalmas indikátorok kidolgozására. Erre már vannak tapasztalatok fejlettebb országokból. Többek között az OECD 2002-ben kezdett meg „Health Care Quality Indicator” programot, melynek célja egészségügyi ellátások minőségének összehasonlítása a különböző tagországokban. Ennek keretében számos minőséget mérő indikátort dolgoztak ki, melyek segítséget nyújtanak a szolgáltatás-specifikációban, és így felhasználhatóak lennének a nemzeti szabályozások, protokollok megalkotása során is.⁷ Az alkalmazott mércék kiterjedhetnek az ellátás különböző dimenzióira – a struktúrára, folyamatra, valamint magára az outcome-ra is. Ezek a paraméterek vonatkozhatnak az ellátási körülményekre (pl. az orvosi rendelő felszereltsége, hány ágy van egy kórházi szobában, hány betegre jut egy mosdó/fürdőszoba, milyen étkezést kap a beteg); az ellátáshoz való hozzáférésre (hány percet kell utaznia az ellátás helyszínére, hány percet kell várakozni a rendelőben, várólisták hosszára); de akár az ellátást nyújtó orvosra (pl. egyes eljárások elvégzéséhez szükséges szakmai követelmények, képzettség, szolgálati idő, népszerűség); vagy magára az outcome-ra is (a megengedhető fertőzések aránya, 30 napos szélütés és szívinfarktus halálozási arány).

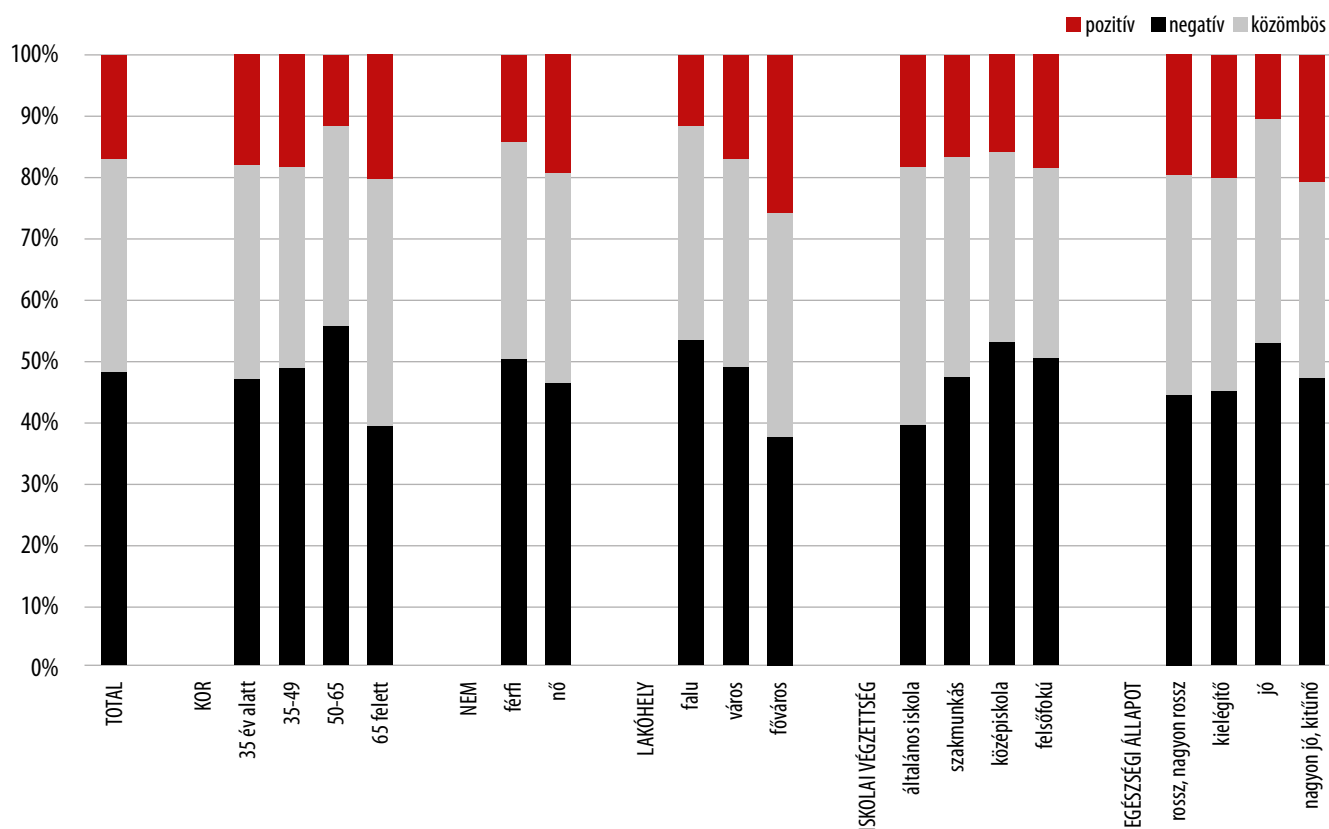
A fenti két magyarázaton (lakossági szolidaritás és a lakosság fizetési hajlandósága) kívül fontos kérdés az is, hogy a hálapénz jelensége és a vele szemben tanúsított elfogadó magatartás mennyire egészségügy-specifikus jelenség, illetve mennyiben különbözik a gazdaság többi részében tapasztalt korrupció, illetve „feketetés” (nem bejelentett munka, adóelkerülés) megítélésétől. Ettől függ ugyanis, hogy az egészségügyi reformok elégségesek-e a hálapénz megszüntetéséhez.

A tanulmányunkban azonosított legfontosabb tanulság, hogy a hálapénzfizetés gyakorisága nem változott szignifikánsan a korábbi tanulmányok eredményeihez képest. A lakosság ma is rendszeresen fizet hálapénzt az egészségügyi ellátásokért, sőt meglehetősen toleráns a hálapénzzel szemben. A hálapénz ellen irányuló egészségpolitikai kezdeményezések (melyekről jó összefoglalót nyújt a TÁRKI 2007-es tanulmánya) nem vezettek

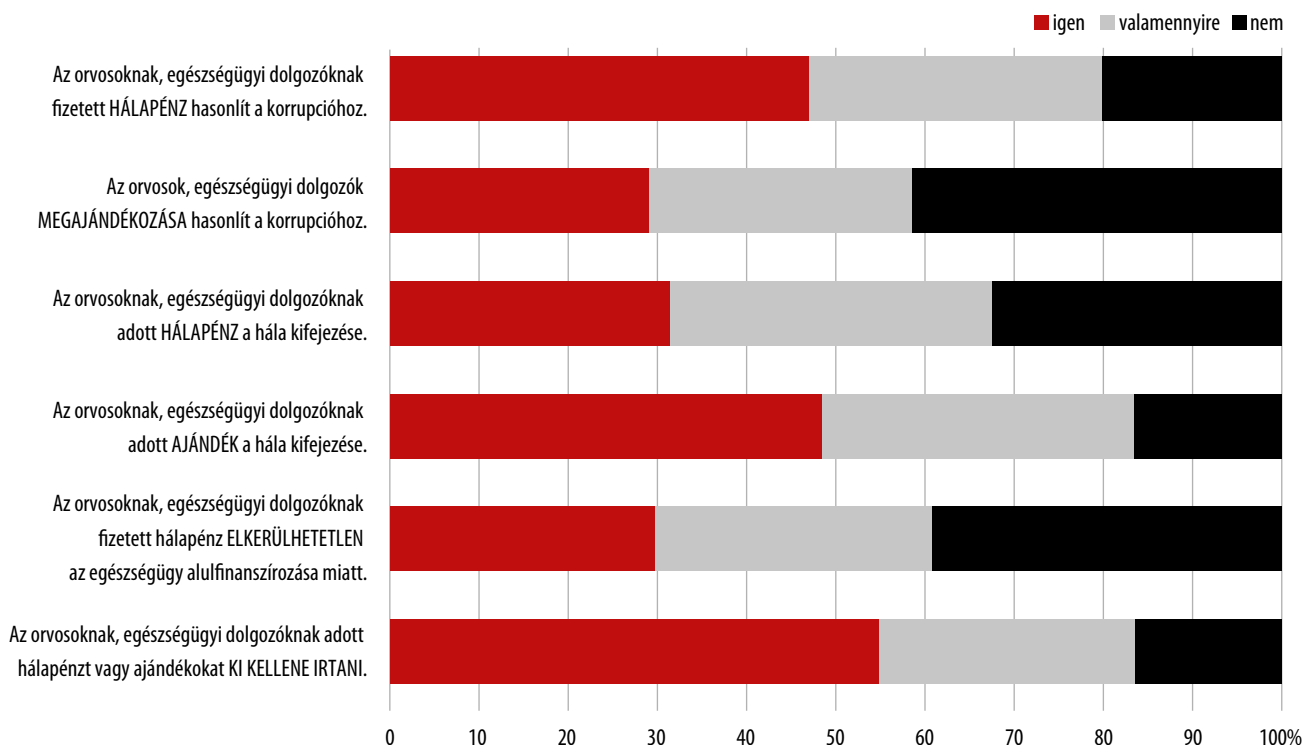
tartós sikerre, a hálapénz ma is – a rendszerváltás után több mint húsz évvel is – az egészségügyi rendszerünk meghatározó eleme. Mindebből arra következtethetünk, hogy a hálapénz nem feltétlenül a szocialista rendszer maradványa, sokkal inkább az

egészségügyi rendszerünk terméke. (Ami viszont már lehet a szocialista rendszer maradványa). Így gyökeres változás a hálapénzben az egészségügyi rendszer egészét érintő változások nélkül nem várható.

4. ábra. Az egészségügyi dolgozóknak adott hálapénz megítélése az egyes társadalmi csoportokban



5. ábra. A hálapénzzel kapcsolatos attitűdök



2. táblázat. A mintában szereplő esetszámok

	N	%	Volt orvosnál	Volt kórházban
TOTAL	1037	100%	80%	21%
KOR				
35 év alatt	327	32%	74%	22%
35–49	252	24%	80%	18%
50–65	260	25%	80%	18%
65 felett	198	19%	90%	28%
NEM				
férfi	481	46%	74%	19%
nő	556	54%	86%	24%
LAKÓHELY				
falu	303	29%	82%	19%
város	552	53%	81%	23%
főváros	182	18%	73%	19%
ISKOLAI VÉGZETTSÉG				
általános iskola	210	20%	89%	30%
szakmunkás	324	31%	79%	20%
középiskola	371	36%	76%	19%
felsőfokú	132	13%	79%	15%
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT				
rossz, nagyon rossz	123	12%	97%	41%
kielégítő	284	27%	94%	25%
jó	355	34%	79%	16%
nagyon jó, kitűnő	275	27%	60%	15%

Napjainkban egyre több kihívás éri a társadalombiztosítási rendszereket. A társadalom előregedése és az új technológiák megjelenése az egészségügyi költségek folyamatos növekedéséhez vezet, ami egyre nagyobb kihívást jelent a tb-kasszának. (Boncz és munkatársai [2007]; Muraközy [2011]) Mindezek a folyamatok változásokat tesznek szükségessé az egészségügyi rendszerben. Egyrészt egyre inkább központi szerepet kap a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásának kérdése. Másrészt a megfelelő szolgáltatási színvonal fenntartásához elkerülhetetlennek látszik a lakosság magánkiadásainak növelése (vagy közvetlen kifizetések – out-of-pocket payments – vagy az ezekre köthető magánbiztosítás formájában). A hálapénzfizetéssel kapcsolatos tapasztalatok felhasználhatók lehetnének olyan egészségpolitikai intézkedések magalapozására, melyek az egészségügy finanszírozásában – főleg az ellátások finanszírozásban növelni kívánják a magánforrások szerepét (cost-sharing), mivel ezek a kutatások rámutatnak arra, hogy mik a lakosság egészségügyi ellátásokkal szemben támasztott elvárásai, mik azok a tényezők, amiket a beteg az ellátás során legtovábbra értékel, melyek azok, amikért közvetlenül, pluszban is hajlandó fizetni, és mik azok az ellátások, amikért már jelenleg is fizet, hálapénz formájában.

Hivatkozások

1. Csak néhány tanulmányt említve: Hálapénz. A Patika Egészségpénztár reprezentatív kutatása a betegek hálapénz-adási szokásairól MÖESZ, 2009. Letölthető: http://www.patikapenztar.hu/dok/halapenz_egyben.pdf Az öngondoskodás esélyei, Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet, 2007. május 24. Letölthető: <http://www.median.hu/object.3fdb237e-ef68-4043-8de7-74d206b19e2e.ivy> TÁRKI: Társadalmi klíma riport 2007 december. Letölthető: <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html>

Egészségügyi ellátás, Hálapénz, in.: OLEF 2003 Gyorsjelentés, http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2003/KIADVANY_Gyorsjelent%20OLEF2003.pdf

2. Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe - ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). Honlap: <http://www.assprocee2007.com/project.html>
3. ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431).
4. Az átlagok azokra vonatkoznak, aki fizetett hálapénzt.
5. A csoportok elemszámait lásd Melléklet 2. táblázat
6. Hálapénz. A Patika Egészségpénztár reprezentatív kutatása a betegek hálapénz-adási szokásairól MÖESZ, 2009, Letölthető: http://www.patikapenztar.hu/dok/halapenz_egyben.pdf
7. Lásd: http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html

Irodalomjegyzék

- I. Baji Petra – Gulácsi László [2010]: „Beteg önrész” – a lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi szolgáltatásokért. Esély, 2010/4, 106–117.
- II. Baji P – Pavlova M – Gulácsi L – Homolyáné Csete Zs – Groot W [2011]a: Informal payments for health care services and short-term effects of the introduction of visit fee on these payments in Hungary. Accepted for publication in International Journal of Health Care Planning and Management.
- III. Baji P – Pavlova M – Gulácsi L – Groot W [2011] b: User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders. Health Policy. 2011 Apr 30. [Epub ahead of print]
- IV. Bognár Géza – Gál Róbert – Kornai János [2000]: Hálapénz a magyar egészségügyben, Közgazdasági Szemle, XLVII. évf., 293–320.
- V. Boncz Imre – Gulácsi László – Kovács Erzsébet – Oesterle, August [2007]: Verseny az egészségügyben (egyesült államokbeli és nyugat-európai példák). Közgazdasági Szemle, LIV. évf., 480–498.
- VI. Gaál P – Evetovits T – McKee M. [2006]: Informal payment for health care: evidence from Hungary. Health Policy, 77(1), 86–102.
- VII. Mihályi Péter [2009]: Árak és volumenek a poszt szocialista egészségügyben, LVI. évf., 585–608.
- VIII. Muraközy László [2011]: Összefonódó költségvetési kihívások a 21. század Európájában, Közgazdasági Szemle, LVIII. évf. július-augusztus 592–618.
- IX. Sajó András [2008]: Az állam működési zavarainak társadalmi újratermelése. Közgazdasági Szemle, LV. évf., 690–711.
- X. Az öngondoskodás esélyei, Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet, 2007. május 24. Letölthető: <http://www.median.hu/object.3fdb237e-ef68-4043-8de7-74d206b19e2e.ivy> 2011.09.06.
- XI. TÁRKI [2007] Társadalmi klíma riport 2007 december. Letölthető: <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html> 2011.09.06.

Az egészségügy lelkiismerete

Sinkó Eszterről a kritikus, elemző, bátor, szakszerű, érthető jelzők jutnak eszünkbe. Vezető oktatója a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának – annak az intézménynek, amely bázisa a jelenlegi egészségpolitikának. Ehhez képest érdekesek az egészségügyi közgazdász megnyilvánulásai beszélgetésünkben.

■ Dr. Szepesi András, Bene Zsolt

– *A választásokkor vagy a kormányprogram készítésekor zászlóra voltak-e tűzve a rendszerszerű változások? Ezt ugyanis nem láttuk világosan.*

– Nem csodálom, hogy nem látták, mert nem is volt benne a levegőben, legfeljebb néhány fideszes hátsó udvarban formálódtak ilyen gondolatok, de csak később jöttek elő vele. Amennyiben áttekintjük az egészségpolitikai dokumentumokat – az oktatás során a hallgatókkal ezt mi mindig megteszük –, kiderül, hogy az államosítás egyáltalán nem szerepelt a kormányprogramban, sem a szolgáltatói, sem pedig a finanszírozói intézmények körét érintően. Egy másik meghatározó egészségpolitikai dokumentum, a 2010 őszén napvilágot látott Semmelweis-terv esetében is az állapítható meg, hogy egyetlen szó sincs benne az állam tulajdonába kerülő egészségügyről; egyedül az állami egészségszervezés érhető tetten a tervben. Mindenképpen figyelemre méltó momentumok ezek. 2011 februárjában egy konferencián arra hívtam fel a figyelmet, hogy érdemes a fővárost figyelni, lesz-e egyáltalán államosítás az egészségügyben, mivel akkor már tudható volt, ha a fővárosban megtörténik az államosítás, akkor biztosan lesz másutt is. (A Fidesz-frakciók közül tudvalevően a fővárosi a legerősebb.) 2011 tavaszán elsősorban arról szólt a vita, hogy a fővárosban kihez kerüljenek az intézmények: a kormányhivatalok vagy az akkor formálódó Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) vezérlete alá. A csatát az államtitkárság nyerte, hiszen a júniusban megjelent kormányhatározat szerint a fővárosban a GYEMSZI kapta meg az intézményirányítás jogát és felelősségét. Azonban az egész országot érintően ekkor még nem volt végleges a döntés, ennek meghozatalára csak 2011 szeptemberében, egy Fidesz-frakcióülésen került sor.

– *Az ellátásszervezés országos irányításához komoly végrehajtó apparátus, a tranzakciós költségek fedezéséhez pedig forrás szükséges, és talán nem budapesti, hanem decentralizált központokra lenne szükség.*

– Az eddigi építkezés e tekintetben logikus, így az, hogy a GYEMSZI mellett Térségi Egészségszervezési Központok (TESZK) jönnek létre, s ezeknek az első időben, minden döntését a GYEMSZI – áttételesen az Egészségügyért Felelős Államtitkárság – hagyja jóvá, helyénvaló felállásnak tűnik, legalábbis számomra. A gond inkább az, hogy messze nem úgy

működik a rendszer, ahogyan kellene, hiszen egyelőre még nem tisztázódott a szereplők közötti végleges szereposztás sem. Alapvető problémának tartom az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szétcincálását is – az ezzel kapcsolatos változtatásokat vissza kell csinálni, mert rossz funkciómegosztás keletkezett a Kormányhivatalok és az OTH között, ezáltal az ÁNTSZ fogatlan oroszlánná vált.

– *Adódik a kérdés: szabad-e egy-két évtizedenként paradigmát váltani, hiszen az nem olcsó és több generációt érint. Lehetséges, hogy 20 évvel ezelőtt nem kellett volna a társadalombiztosítási rendszerre áttérni az egészségügyben?*

– Léteznek felmérések az irányban, mely típusú országokban teljesítenek jobban az egészségügyi rendszerek – az államiban, vagy a társadalombiztosításon alapulóban. Teljesen egyensúlytalan típusok persze ma már nem fordulnak elő, sok keveredés tapasztalható az egyes alkalmazott elemekben is. Amennyire – néhány paraméter alapján – mégis meg lehet különböztetni az állami és a társadalombiztosítási típusú rendszereket, úgy megállapítható, hogy a tb-típusú rendszerek általában hatékonyabban működnek, mint az államiak. Komoly szakirodalma van annak, hogy a társadalombiztosítási rendszerek miért jobbak, mint az állami típusúak – például azért, mert az ilyen rendszerekben a szolgáltatások sokkal jobban meghatározottak. Az állami rendszerekben ugyanakkor generálisan jobb a lakosság hozzáférése a szolgáltatásokhoz. Természetesen mindkét rendszer alkalmas a lakosság egészségügyi, illetve népegészségügyi ellátására.

– *Mintha a politikusok nem vennék tudomásul, hogy az egészségügyön választások dőlhetnek el. Pedig ennek a Fidesz legutóbbi győzelmében is nagy szerepe lehetett.*

– Minden új kormány megalakulásakor a politikusoknak be kellene iratkozniuk egy egészségpolitikai alapkurzusra, hogy megértsék, hol és milyen áttéteken keresztül szabad csak beavatkozni egy működő rendszerbe. Azt látom, hogy a kormány, még pontosabban a miniszterelnök figyelme főként az ország adósságállományának csökkentésére irányul, hogy a nemzetközi pénzügyi szervezetek végre ne velünk foglalkozzanak. Emiatt a nagy ellátó rendszerekbe történő kormányzati beavatkozások nem átfogó kormányzati stratégia mentén születnek. Külön kellemetlenség, hogy az ágazat vezetője

rendre nem vesz részt a kormányüléseken – mivel nincs miniszteri rangban. Rengeteg betüremkedés érkezik a rendszerbe különböző tárcák törvényjavaslatai formájában, amelyek a napi életünket alapvetően befolyásolják, ám senki nem gondolja végig kormányzati oldalról az egyéni képviselői indítványok okozta következményeket. Olyan átalakítások zajlanak – nem kizárólag az egészségügyben, de az oktatásban is –, amelyek normális esetben magas tranzakciós költséggel járnak, ám a kormány szűkülő forrásokat kíván e célokra biztosítani – ez önmagában is jókora ellentmondás. A szuperbruttó kivezetése és a 16 százalékos, egykulcsos adó akkora lyukat üt a költségvetésben, hogy emiatt az egészségügy és az oktatás teljesen „le van dózerolva”. Pedig az egészségügy és az oktatás pont az a két szféra, amely meghatározza egy ország általános jólétét, és amelyek által biztonságban érezhetik magukat az állampolgárok. Ezeket nem szabad(na) ilyen mértékben szűkített környezetbe helyezni. Ha nincs normális felsőoktatás, akkor a fiatalok elmennek külföldre – különösen a tehetségesebbek –, mert vagy ösztöndíjat szereznek, vagy úgy döntenek, hogy inkább kint vesznek fel hiteleket, és majd ott fizetik vissza. Egész generációk veszhetnek el e hibás felfogás miatt.

– Gyógyír lehet ezekre a problémákra az államosítás?

– Totális félreértés azt állítani, hogy az egészségügy államosítása bizonyosan jó. Azt el lehet fogadni, hogy húszévente szükség lehet egy alapos felülvizsgálatra, illetve arra, hogy átmozgassuk a rendszert. De ha már ez a helyzet előállt, akkor mozgassuk át/meg mélyrehatóan a struktúrát, és rakjuk rendbe a teljes ellátórendszert! Azután visszaengedhetjük a szolgáltató intézményeket azon szereplők számára, ahol jobb helyen vannak: meggyőződésem, hogy az állam csak ideiglenesen lehet tulajdonos. Jelenlegi helyzetben az államnak tulajdonosként számtalan kötelezettségeket kell teljesítenie, vagy puhábban fo-

galmazva: neki is meg kell felelnie bizonyos elvárásoknak. Például forrásokat kell találnia az amortizáció fedezésére, vagy uniós beruházások esetén az önrész finanszírozására. Ha ilyen típusú forrásai szűkösek, el kell gondolkodnia arról, nem kellene-e jobban összehúznia az ellátórendszert. Emellett gondoskodnia kell arról, hogy a rendszerbe szervezett módon legalább magánforrások érkezhessenek, mert enélkül a rendszer „meghal”. (Egyébként egy állami keretek között működő rendszerbe sokkal egyszerűbb kontrolláltan becsatornázni a magánforrásokat, mint egy polarizált tulajdonosi rendszerbe.)

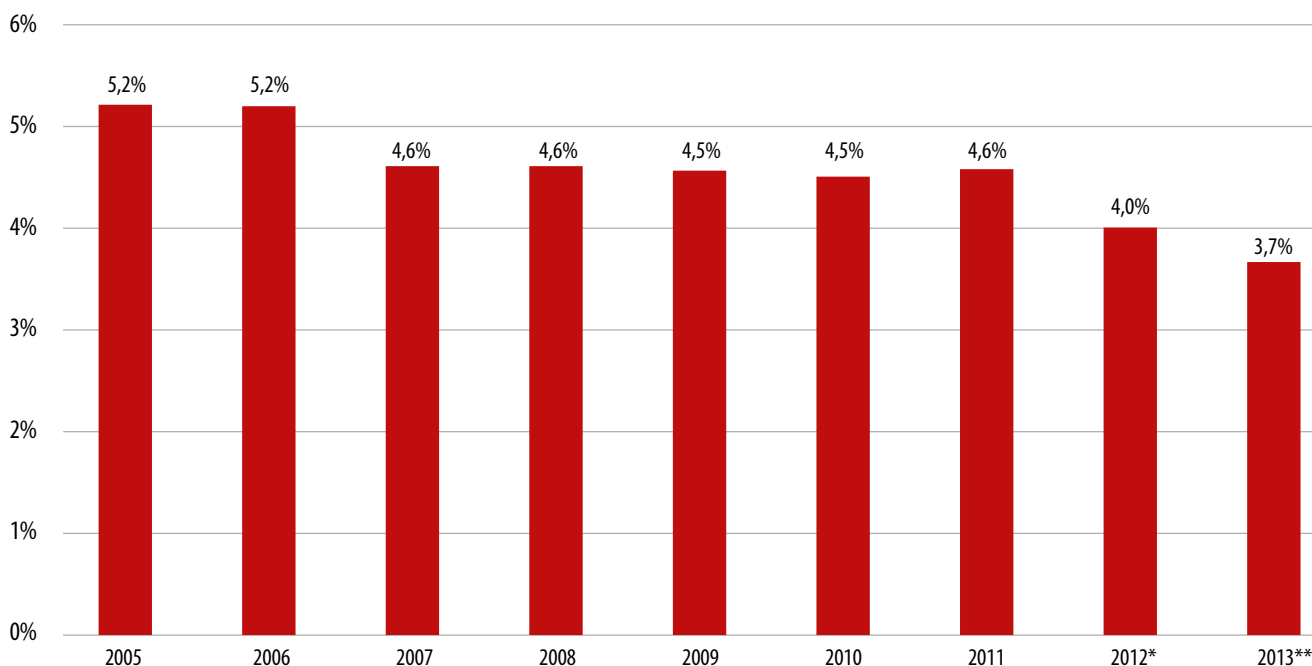
– Hogyan vélekedik a mai ellátórendszer teljesítményéről?

– Az ágazat 2010 előtt már széthullott darabjaira, de azóta sem rakta össze senki – még a jelenlegi egészségügyi vezetés sem. Ehelyett az egészségügy állapota tovább romlott, amire bizonyíték, hogy orvosok-nővérek tömegesen hagyják el az ellátórendszert. Finanszírozás szempontjából meg egyre rosszabb a helyzet: az egészségügyi közkiadások mértéke a tavalyi 4,5 százalék után, idén 4 százalékra esik vissza az államháztartási konszolidált funkcionális kiadási terv adatai alapján.

– Ez kevesebb, mint a fele az uniós átlagnak.

– Mit lehet ilyenkor mondani? Kizárólag úgy lehet valamenynyire elfogadható egészségügyi rendszert ennyi forrásból működtetni, hogy ha a kormány minden redundáns elemet kiiktat a rendszerből, és kiveszi a finanszírozott szolgáltatások köréből a nem megfelelően eredményes beavatkozásokat. Össze kell húzni a rendszert, és meg kell szüntetni azokat a felesleges kis szigeteket, amelyek renyhébb üzemmódot eredményeznek. Emellett az állampolgároknak el kell magyarázni: ez az az időszak, amikor számukra is többbe kerül az ellátás, mert az ágazat közpénzből nem tud elegendő forráshoz jutni.

1. ábra. Az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai (2005–2013); egészségügyi kiadások a GDP százalékában



*előirányzat (2011. évi CLXXXVIII. törvény **tervezet (T/7655 törvényjavaslat)

– Ehhez nem elég hetente új jogszabályokat hozni. A rendkívül aktív menedzselést folyamatos visszacsatolásnak, elemzésnek és értékelésnek kell követnie.

– Hollandiában például komoly szakértői csoportokat foglalkoztatnak erre a célra, állami megbízással. Magam is több helyütt elmondtam 2010 nyarán, hogy az új kormány ne kövesse el azt a hibát, amit a korábbi politikusok, miszerint nem működtetnek elemzői csoportokat. Ennek is köszönhető, hogy számos területen többéves késésben vagyunk. Például az egészségügyi informatikai koncepció csak most, az utolsó pillanatban vált betervezhetővé az NFÜ-höz fejlesztési források megszerzése érdekében. Két évvel ezelőtt, szakértői körben, akkurátusan meg lehetett volna tervezni, hogy rendszerműködtetői szempontból mi lenne az új, ideális felállás. Kétségtelenül nehéz persze úgy előre tervezni, hogy bő egy évvel a kormány megalakulása után derül csak ki az államosítás mélysége, az, hogy minden ellátó intézményt át kell venni az önkormányzatoktól. Egyelőre a kórházakat és a járóbeteg-szakrendelőket vették be a körbe, a háziorvosi szolgáltatásokat nem – bár, mint kiderült, még ez is felmerült.

– Nem logikátlan, de például Angliában, a nagy állami rendszerben is magán-üzemeltetésben működik a háziorvosi ellátás. Milyen lesz a GYEMSZI irányítása alatt a rendszer működése?

– A jövőben a szakellátó intézmények a GYEMSZI fenntartásában fognak működni, ami azért nem egyszerű feladat, mert korábban soha nem volt az államnak ilyen szerepe; 1990 előtt ugyanis a tanácsok kezében voltak az intézmények üzemeltetési feladatai. Ez tehát minősített eset, ezért is vallottam mindig, hogy az államosítás nem egészséges lépés. A GYEMSZI emiatt nem tud azzal foglalkozni, ami ténylegesen a dolga (lenne): nem szervez ellátást, nem ésszerűsít betegutakat, nem von össze szükség esetén kapacitásokat, hanem elvész a napi ügyintézésben a fenntartási feladatai miatt.

– A szakmai kollégium ezzel a minimumfeltétel-rendszerrel megbukott.

– Ez szerencsétlen lépés volt, amelyet az államtitkárságnak el kellett volna kerülnie. Egy hibás felfogás, amelyet nem is tudom, hogyan értelmezzek, talán egyfajta sajátos infantilizmusként kell kezelni a döntéshozatal szintjén. Megkérdezni a szakmát, hogy mit szeretne, majd utána különösebb kritika nélkül, csaknem egy az egyben elfogadni azt... A minisztérium alapvető dolga lett volna felülvizsgálni a szakmai csoportok javaslatait. Valóban szükséges megkérdezni a szakmát, de azt is figyelembe kell venni, hogy melyek a tárca lehetőségei, mikor tud forrásokat csoportosítani a fejlesztésekhez, tudni kell azt is, milyen finanszírozási körülmények adóttak a kormányzat szintjén és egyáltalán, mi az, ami a tervezett fejlesztésekből nemzetközi szinten visszaigazolt. Mindezen felülvizsgálatok után kellett volna bevezetni az új minimumfeltételeket, de akkor is csak kettős határidővel, jelezve: most egy szűkített tartalmat kér számon az ÁNTSZ, két-három év múlva viszont már a szigorúbb számonkérés jegyében ellenőrzi a magasabb szintű elvárások teljesülését. Az államtitkárság itt hibát vétett érzésem szerint – a felelősség viselőjének határozottabb álláspontot kellett volna képviselnie a szakmai viták során.

– Megjelent az OEP honlapján, hogy ahol hosszú a várólista, ott a betegnek át lehet jelentenie egy másik intézménybe. Ez tetszik, bár nem rendszerszerű. Meg kellene vizsgálni, miért van itt szükség, ott meg bőség?



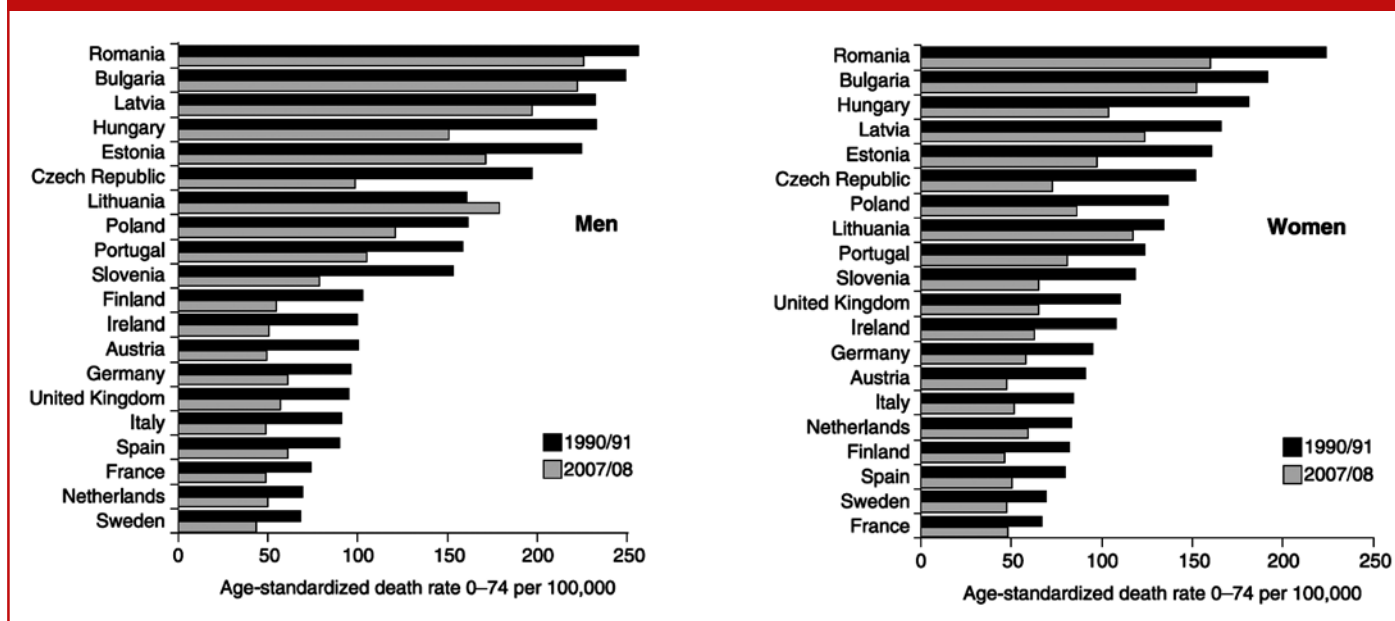
PÁLYAKÉP

Dr. Sinkó Eszter a budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem gazdaságpolitikai elemző szakát végezte el 1979-ben. Ugyanitt 1985-ben egyetemi doktori címet szerzett. A Szociális és Egészségügyi Minisztériumban kezdett el dolgozni mint közgazdász gyakornok. Később kutatóként dolgozott a régi Orvostovábbképző Intézetben, illetve a Szociális Intézmények Központjában osztályvezetőként tevékenykedett. Újabb állomásként ismét a minisztérium következett, ahol az Egészségügyi Reformtitkárságon helyezkedett el, koordinálva az egészségügy megújítását célzó munkacsoportok tevékenységét. Az első szabadon választott kormány egészségügyi programjának megalkotásában aktívan vett részt. A reformfolyamat koordinálása iránti igények „csillapultával” a magánszféra egyik nemzetközi tanácsadó cégénél, a Sedgwick Noble Lowndes-nál dolgozott tovább igazgatóhelyettesként. Ebben az időben nyílt lehetősége a University of York egyik intézetében egészségügyi közgazdaságtani kurzust elvégezni. Ugyanerre az időszakra esik a képviselőisége az Egészségügy-biztosítási Önkormányzatban. Később a London School of Economics egyetemen kutatott. 1995 óta dolgozik az EMK-ban programvezetőként, majd igazgatóhelyettesként. Az egészségügyi rendszerek összehasonlító elemzését azért tartja izgalmas területnek, mert ezen keresztül lehetősége nyílik az „embereknek” nyomon követni, mit akarnak jól és mit rosszul tenni az egészségpolitikusok, amikor beavatkoznak a rendszer működésébe.

– Megnéztem a várólistákat: van, ahol 130 hetet kell várni valamilyen beavatkozásra, és egyetlen várákózó van erre. Másutt, ugyanennyi várákózási időre több száz beteg jut. Ezek a várólisták tehát ebben a formában csak szerényen használhatóak.

– A kórházakat sújtja, hogy egyszerre három korlát van érvényben: a területi beutalási kötelezettség, a kapacitásszabályozás (ágyszámkorlát) és a finanszírozási darabszámkorlát (TVK). Ebben az ügyeskedők élnek meg jól, a többi boldogtalan szenved,

2. ábra. Kezelhető halálozás (Forrás: Figueras and McKee, 2012)



és az egészben az a baj, hogy az egész problémát a lakosságra hárítják. A kórházigazgatók pedig satuban vannak.

– Sajnos számos olyan jelenség, probléma létezik, amit 2010 nyarán mindenki tudott, az összes szereplő egyetértett a megváltoztatásában, mégsem sikerült azóta megoldani ezeket – gondolok itt a 100%-os ágykihasználtság feloldására, vagy akár a minimum vizsgálati idők meghatározására. Súlyos gondok merülnek fel az intézményen belüli ellátási folyamatok megszervezésében is, pedig ezek sokszor nem pénzügyi források meglétéén múlnak. Előfordul, hogy egy-egy kórházban az onkológiai kezelésért órákig kell sorba állni, és ilyenkor a betegek – gyakran állni képtelen idősök – nem tudnak leülni, mert nincs hova. Ebben az a szomorú, hogy a problémák egy része belső folyamatok átgondolásával, átszervezésével kezelhetővé válna. A kórházigazgatók azonban több éve nem tudnak ezzel foglalkozni, mert a politikára figyelnek, illetve arra koncentrálnak, hogy pénzügyileg egyensúlyba hozzák a kórházakat. Arra már képtelenek energiát fordítani, hogy szakmailag kontrollálják, milyen munka folyik a kórházukban. Ez persze már 2010 előtt is így volt. Sokkoló eset például, ahogyan az orvosaink a helyes kézmosás gyakorlatához viszonyulnak. Az egyik hallgatónk mesélte, hogy a témáról oktatást szerveztek a kórházukban – hiszen köztudott, hogy a megfelelő kézhigiéné legalább egyharmaddal csökkentené a noszokomialis fertőzések számát, vagy bizonyos változtatásokkal egyetemben akár a felére is visszaeshetnének a fertőzések. Horribile dictu, a kórházi halálozások egy része is megelőzhető lenne ezzel, mégis az ilyen jellegű tréningeken az orvosok egyszerűen nem vesznek részt. Persze van ellenpélda is, ismerem olyan főigazgatót, aki egyenesen kényszerítette az orvosait a helyes kézmosás elsajátítására. Mindenesetre a szűrőpróbaszerű ellenőrzéseken orvosaink rendre megbuknak. Elfogadhatatlan az az orvosi attitűd, amely ezekkel a kérdésekkel nem foglalkozik, miközben a kórházi fertőzések közül és a nemkívánatos kórházi eseményekből fakadó halálozás több mint a közúti balesetekből származó veszteség. Ami a betegeket illeti, korábban egy rádióműsorban, 2007 tavaszán az átalakítás várható elhúzódása miatt azt tanácsoltam, hogy fél évig lehetőleg senki ne legyen beteg; most azzal kell kiegészí-

szítem ezt az észrevételt, hogy ha valaki mégis beteg lesz, szívósan küzdjön az ellátásáért. Ha saját maga nem képes erre, ezt a szerepet a hozzátartozójának kell felvállalnia, hogy biztosan megkapja a szükséges ellátást. Ma az ellátórendszer egyáltalán nem oldja jól meg a bonyolultabb, költségesebb esetek egy részét. Sokszor pingpongoznak a betegekkel, mivel egyik intézmény sem akarja felvállalni a költséges betegek ellátását.

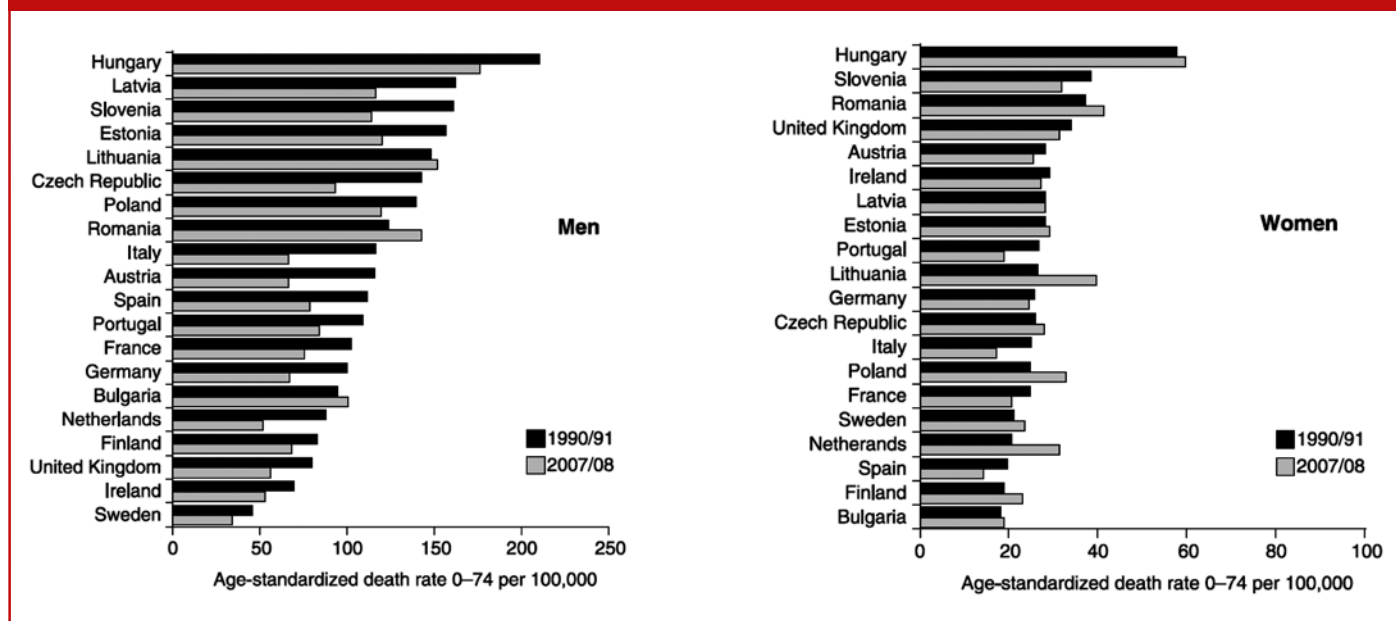
– Talán „kívülről” is meg kellene nézni, adottak-e kézmosás fel-tételei.

– Felvettem a GYEMSZI-nek is, hogy foglalkozzanak ezzel a témával többet, de pillanatnyilag a kórházak szerződésállományainak tanulmányozása nagyobb érdeklődést vált ki belőlük. Gyűjtenek mindenféle adatot, ami a pénzbeni működést de-tekálja. Van olyan kórház, ahol külön embert kellett felvenni, hogy kiszolgálja a GYEMSZI ez irányú igényeit, mert a meglévő apparátussal már nem voltak képesek erre. Valljuk be őszintén, jelen állapotában ez egy nem túl építő jellegű kapcsolat. Kíváncsi vagyok, mihez kezdenek a központban ennyi információval, és arra is, ki fogja feldolgozni és kiértékelni a kapott adatokat.

– A szűkülő körű és romló állami egészségügyet elkezdte körül-venni a korábban természetgyógyászati és alternatív mediciná-nak hívott kezelések tömege, amely mára üzleties kurzuslássá fejlődött, amely ugyan eltakarja a problémák egy részét, de ami a legrosszabb, hogy a súlyos esetek is ide tolnak át.

– Ez amiatt következhetett be, mert az ellátórendszer nem tud érdemben reagálni a lakosság súlyos megbetegedéséből fakadó kihívásokra. Amennyiben megnézzük a népegészség-ügyi adatokat, azon belül is a korai halálozásokkal kapcsolatos statisztikákat, láthatjuk, hogy nagyon le vagyunk maradva a fejlett világtól. A szakirodalom kétféle kategóriát különböztet meg az elvesztett életek statisztikájában: az egyik a megelőzhető halálozás – ez inkább az állampolgárok szempont-jából érdekes, hiszen az egyének életmódjától függ –, ebben nagyon rosszul állunk, és adataink csak a férfiak esetében ja-vultak az elmúlt évtizedben. A másik kategóriában, az úgyne-vezett elkerülhető halálozások körében – ez utóbbi statisztika

3. ábra. Megelőzhető halálozás (Forrás: Figueras and McKee, 2012)



arra utal, az ellátórendszer mennyire nyújt adekvát ellátást a betegeknek – is jelentősen le vagyunk maradva, de mutatóink legalább mindkét nem esetében javultak; részben a kardiológiai ellátás eredményeinek köszönhetően.

– *Érdekel, hogy most, 2012-ben mit prognosztizál egészségügyi rendszerünk jövőjéről.*

– Meg nem tudom mondani, mi lesz a jövőben, inkább arról beszélek, hogy nézőpontom szerint mit kellene tenni a következő néhány hónapban. A jelenlegi ellátórendszer az államosítás következtében rendkívül bemerevedett, illetve még mindig kaotikusan működik. Ezért gyorsan el kell dönteni, hogy az irányítási rendszert illetően az új szereplők (GYEMSZI, TESZ-ek) funkcionálisan milyen feladatot teljesítsenek, és ehhez az eszközrendszert, a jogosultságot, a hatásköröket is minél előbb tisztázni kell. Olyan irányítási rendszert kell kialakítani, amely egészséges és működőképes egyensúlyt tükröz a szereplők közötti munka- és hatáskör-megosztásban. Jelenleg hiányzik az ellátórendszerből az ösztönzés, enélkül azonban nem várható el, hogy a szereplők a feladataikat hatékonyan lássák el. Az eljárásokat, protokollokat is sürgősen fölül kell vizsgálni, hiszen folyamatosan változik a technológia. A protokollok esetében azt is meg kell vizsgálni, hogy melyiknek mi a finanszírozási következménye. Időnként ugyan a minisztériumi apparátus, jól-rosszul, elvégzi ezt a feladatot, de ha közelebbről megnézzük az egyes folyamatokat, kiderül, hogy a politika befolyása még mindig működik például a gyógyszerek befogadásában.

Forrásteremtés vonatkozásában az államtitkárság jó irányban halad, amikor a fogyasztáshoz köthető adókat akarja növelni az E. Alap bevételeiben; a probléma csak az, hogy a kormány ugyanekkora mértékben csökkenti a saját, elvileg normatív alapú hozzájárulását az egészségügy finanszírozásában. Éppen ezért az államtitkárságnak friss forrást kell szereznie a szolgáltatók működéséhez; ha erre nincs módja, a magánforrások felé kell fordulnia, viszont e forrásokat csak tisztázott körülmények közepette, szervezett módon szabad a rendszerbe engednie. Az államtitkárság az ellátórendszer vonatkozásában egyelőre csak a kórházi szektor bizonyos szegmenseihez nyúlt hozzá, de ez a munka sem zárult le, az ellátórendszer többi eleméhez pedig még nem nyúltak érdemben. Fel kell pörgetni az átalakítást, az elkezdett változtatások hiányzó elemeit pedig pótolni szükséges. Ennek keretében sürgősen kórháztvényt kell alkotni – szerencsére ez a gondolat nem áll távol az államtitkárságtól sem. A kistérségek szintjén történő ellátásszervezés megjelenítése helyes elképzelésnek tűnik a jövő intézkedései sorában. Nem lehet megúszni a járóbeteg-szakellátás mellett a háziorvosi rendszer megújítását sem. Ez utóbbi esetében a világ amúgy is a csoportpraxisok, illetve a praxisközösségek felé mozdult el. Jó apropója az átalakításnak, hogy éppen most indult el egy négyéves projekt a svájci-magyar kormányzati együttműködés keretében. Az alapellátás megújítása van napirenden a projektben, a program új alapokra kívánja helyezni a háziorvosok betegeknek nyújtott szolgáltatásait, a népegészségügy szempontjait is érvényre juttatva.

A kockázاتمegosztás szerepe az egészségügyben: hatékonyság és kockázatszelekció

A magyar egészségügyi rendszer problémáinak jelentős hányada a forráselosztási módszerek nem megfelelő alkalmazásából fakad. Az elmúlt évtizedek egészségpolitikai diskurzusainak rendszeresen felmerülő kérdése a fejkvóta alapú forráselosztási rendszerek alkalmazása. A legutóbbi, 2011-ben felvázolt egészségpolitikai törekvések (Simmelweis-terv) is hivatkoznak az átlátható, normatív alapon kiosztott, ellátási szükségletekhez igazodó elosztásra, amelynek fontos eszköze lehet a fejkvóta. A fejkvótás elosztási rendszerek fejlesztésének alapeleme a kockázاتمegosztás. Ennek a módszernek a helyes alkalmazása más egészségügyi elosztási mechanizmusok esetében is segíti az egészségpolitikai célok és a finanszírozási ösztönzők összehangolását. A tanulmány az egészségügyi kockázاتمegosztási módszerek elméleti és gyakorlati szempontjait mutatja be és foglalja rendszerbe – a fejkvóta alapú elosztás példáján keresztül.

■ Nagy Balázs^{1,2}, Merész Gergő²

Bevezetés

Korábban több folyóirat hasábjain mutattuk be, hogy a szűkösen rendelkezésre álló egészségügyi büdzsék elosztásának gyakran alkalmazott eszköze az egészségügyi ellátásokért felelős szervezetek számára juttatott fejkvóta, ahol a juttatások alapja az ellátott, vagy ellátandó populáció létszáma (Nagy, 2010; Nagy et al., 2008; Nagy et al., 2007). Azt is bemutattuk, hogy a megfelelő módszerrel kialakított fejkvóta a versenyző biztosítási piacokon és a centralizált/decentralizált állami egészségügyi rendszerekben, tehát Magyarországon is képes lehet érdemben előmozdítani a szűkösen rendelkezésre álló források hatékony és méltányos szétosztását. Ugyanakkor utaltunk arra is, hogy a fejkvóta mellé rendelhető kockázاتمegosztási technikák alkalmazása rövid- és középtávon feltétlenül szükséges, mivel a jelenleg készíthető egyszerű elosztási formulák, vagy akár új, a szükségleteket jobban tükröző elosztási algoritmusok drasztikusan átformálnák Magyarország egészségügyi térképét.

Magyarországon, annak ellenére, hogy napjainkra a zárt keretek hatékony és méltányos elosztása egyre fontosabb egészségpolitikai kérdés, a fejkvótás elosztáshoz rendelt kockázاتمegosztás területén érdembeli kutatás még nem született. Ez a tanulmány egy ilyen kutatás alapjainhoz szolgáltat információkat, azzal a céllal, hogy a területen tevékenykedő gazdasági szakemberek és döntéshozók tisztában legyenek ennek a napjainkban gyakran alkalmazott elosztási módszernek az alapvető közgazdasági összefüggéseivel, illetve használatának várható következményeivel.

A tanulmány a fejkvóta alapú elosztás példáján keresztül ismerteti a kockázاتمegosztás helyét és szerepét az egészségügyi forrásallokációs rendszerben, bemutatja alapvető formáit, és példákkal illusztrálja alkalmazásának várható következményeit.

A fejkvóta alapú elosztás anatómiája

Az egészségügyben a fejkvótás forráselosztási rendszer két jól elkülöníthető módszerre épül:

- a kockázatkiiigazítás módszere, amely szerint a fejkvótával szétosztható kereteket előre (ex ante), és az emberek várható egészségügyi szükségletei alapján határozzák meg;
- kockázاتمegosztás módszere, amely szerint a fejkvótával szétosztható kereteket utólag (ex post) állapítják meg.

Az első módszer az elosztható kiadások meghatározásának normatív megközelítését jelenti, és S betűvel jelölik. A második módszer az elosztható kiadások meghatározásának leíró megközelítését jelenti, és ezeket az elemeket I betűvel jelöljük. Képletben kifejezve:

$$CP_i = S_i^t + I_i^{t'}$$

ahol az i -edik finanszírozott szervezetre vonatkoztatott fejkvóta alapú finanszírozási összeg CP_i a finanszírozott személyek tulajdonságai alapján t időpontban előre meghatározott S_i^t fejkvóta és visszamenőlegesen t' időpontban meghatározott $I_i^{t'}$ kockázاتمegosztási összeg alapján kerül kialakításra. Ez a kettős (normatív és leíró) szabályozási mechanizmus a fejkvótás allokációs rendszerek sajátossá-

ga, amelyek működése a két elem kölcsönhatása alapján leírható.

A kockázatkiiigazítási (S) és -megosztási (I) elemek szerepe egészségügyi rendszerenként igen változó lehet. A szükségleteket tükröző S elem kialakításával általában jobban elérhetők a rendszer fejlesztésének alapvető céljai, az igazságosabb és hatékonyabb forráselosztás. Ugyanakkor a kockázatmegosztási elemekre (I) is szükség van ahhoz, hogy a súlyozott (kockázat-kiiigazított) fejkvótával nem, vagy csak nehezen korrigálható elosztási egyenlőtlenségeket csökkenteni lehessen.

Fontos szempont, hogy a kockázatmegosztás mindig csak a második legjobb megoldás a kockázatkiiigazítás után, mivel a visszamenőleges (t' időpontbeli) térítések jellegűknél fogva mindig a finanszírozott szervezetek hatékony működése ellen hatnak. A finanszírozott szervezetek ugyanis annak tudatában, hogy később kompenzálják őket (a t időpontban kezelt) kiadásaiért, kevésbé viselkednek költségtudatosan, és a racionális gazdálkodás iránti igényük háttérbe szorul.¹

A kockázatmegosztás választást jelent

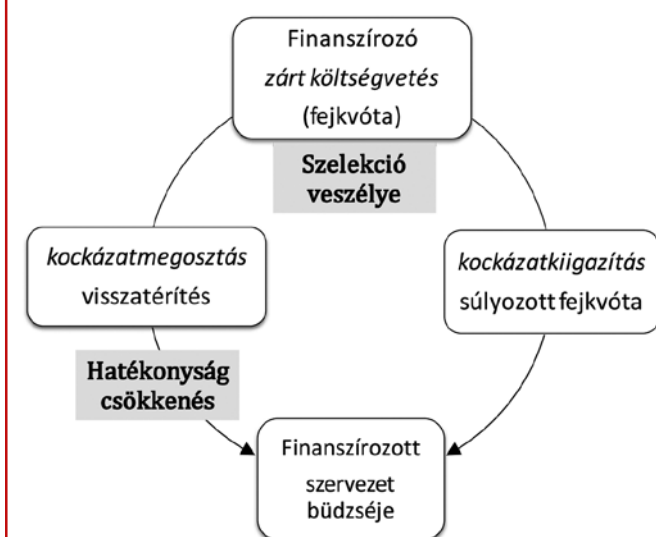
A kockázatmegosztás szerepe az egészségügyi finanszírozás során az, hogy minden olyan kockázatot, amit a fejkvótával finanszírozott szervezet már nem tud hatékonyan kezelni, kisebb-nagyobb mértékben visszatérítse a finanszírozóra. Ezzel csökkenti a szervezetek káros kockázatszelekciójának veszélyét, azaz alkalmazása révén a finanszírozott szervezetek kevésbé próbálják kockázatukat a

- kevesbé egészséges lakosság „kimazsolázásával”,
- a költségek áthárításával, vagy
- az ellátások minőségének rontásával csökkenteni.

Hátránya azonban, hogy hatékonyabb működésre nem ösztönöz: a biztos visszatérítés tudatában az ellátást szervező egészségügyi szolgáltatók kevésbé lesznek motiváltak működésük racionalizálásában, az ellátások és a betegutak hatékonyságának javításában (van den Ven and Ellis, 2000).

A hatékonyságcsökkenés és a kockázatszelekció dilemmája egy egyszerű példával a következőképpen szemléltethető. Képzeljünk el egy, az egészségügyi alapellátásban tevékenykedő háziorvost, akit minden betege után évente megállapított fejkvótával finanszíroznak, függetlenül attól, hogy a beteget kell-e kezelnie vagy sem. A háziorvoshoz egy háztartási baleseten átesett, azonnali ellátást igénylő beteg érkezik, akinek a teljes ellátási költsége (kötszer, varrókészlet, fájdalomcsillapító, fertőtlenítő, emberi munkaidő) igen magas, több mint az éves fejpénz. Emiatt az orvos nem biztos, hogy a beteg teljes ellátásában érdekelt, hanem inkább abban, hogy némi kötszerrel ellátva a beteget, továbbküldje a legközelebbi járóbeteg-ellátó intézménybe (sebfertőtlenítésre és összevarrásra). Ez a háziorvosnak költségmegtakarítást, ugyanakkor a teljes ellátórendszernek a járóbeteg-ellátásban jelentkező magasabb fix költségek (infrastrukturális és munkaerő-költségek) miatt veszteséget jelent, nem beszélve a beteg kiesett munkaideje miatti társadalmi veszteségekről. Mi a megoldás? Ha a háziorvosokat egy-egy ilyen magasabb költségű akut esetért utólagosan finanszíroznák, az orvos könnyebb szívvel dönthetne úgy, hogy a minimális kezeléssel felül a teljes (ugyanakkor a járóbeteg-ellátáshoz képest olcsóbb, gyorsabb és hasonlóan eredményes) ellátást nyújtja a betegnek. Ne fe-

1. ábra. A kockázatmegosztás és a kockázatkiiigazítás közötti trade-off kapcsolat



lejtsük el ugyanakkor, hogy ha mindenféle háziorvosi ellátást visszamenőlegesen finanszíroznának, jelentősen csökkenne a háziorvos készítése a takarékoskodásra (pl. a kötszerekkel), hiszen a költségeket úgyis visszatéríti a finanszírozó. Szélsőséges esetben, azaz ha mindent visszamenőlegesen finanszíroznának, kevés igény mutatkozna a gyógyításhoz elengedhetetlen eszközök beszerzésének ésszerűsítésére, a műszerek, a rendelési idő vagy a gyógyszerek költségeinek takarékosabb beosztására. Ezekre éppen a zárt végű fejkvótás finanszírozás készíti a háziorvost.

A példából látható a kockázatszelekció csökkentése és a hatékonyság növelése közötti ún. „trade-off” kapcsolat. A zárt elosztás miatt kialakuló negatív ösztönző (az ellátások áthárítása) és az azt kompenzáló kockázatmegosztási módszer (visszamenőleges esetfinanszírozás) ellentétesen hatnak: a kockázatmegosztás alkalmazása miatt csökken a kockázatszelekcióra való hajlam, de a hatékony gazdálkodás igénye is. Ha nem alkalmazuk a kockázatmegosztást, megmarad a hatékony gazdálkodás kényszere, de a zárt költségvetés miatt nő a kockázatszelekció veszélye. A kockázatmegosztás és a kockázatkiiigazítás közötti kapcsolatot az 1. ábrán szemléltetjük.

A kockázatmegosztás alapvető formái

A különböző kockázatmegosztási módszerek eltérő módon változtatják meg a finanszírozott szervezetek viselkedését, ezeket tárgyaljuk részletesen. Két kockázatmegosztási megközelítést célszerű megkülönböztetni. Az első módszer szerint bizonyos típusú ellátásokat egyszerűen kivesszünk az eredetileg fejkvótával finanszírozott ellátások közül², mivel:

- túlságosan magas, nehezen előrejelezhető, ugyanakkor ritkán jelentkező kockázatot jelentenek a finanszírozott szervezetek számára (pl. leukémiás betegek drága kezelése),
- finanszírozásuk nehezen bontható személyekre (pl. betegszállítás),
- finanszírozásuk drága és nem kifejezetten költséghatékony, ezért csak ritka, kivételes esetekben, sokszor méltányossági megfontolásokból adhatók (pl. az ún. extrafinanszírozású gyógyszerek, vagy a járó- és fekvőbeteg-ellátásban előforduló ún. egyedi méltányossági esetek).

1. táblázat. A kockázatmegosztás módszereinek jellemzése négy változó alapján

	Betegek köre (p)	Visszaosztási kör meghatározásának ideje (ret)	Küszöbérték (T)	Visszaosztott költségek hányada (a)
a) arányos kockázatmegosztás	1	0	0	a
b) küszöbérték feletti kockázat megosztása	1	0	T	1
a) nagy költségek megosztása	p	1	0	1
b) nagy kockázatok megosztása	p	1	0	1
c) betegség-specifikus kockázatmegosztás	p	1	0	1
d) ellátás-specifikus kockázatmegosztás	1	1	0	1

Magyarázat: ha $p = 1$, teljes betegkör; ha $ret = 1$, retrospektív meghatározás; ha $T = 0$, nincs küszöbérték; ha $a = 1$, teljes mértékű visszaosztás.

Megjegyzés: készült eredeti táblázat átdolgozásával: van Barnevald et al., 2001.

Ezeknek az ellátási feladatoknak a finanszírozását központi büdzséből visszamenőlegesen (az adott ellátási esemény bekövetkezése után) végzik el. Az ellátások kiválasztását egészségpolitikai döntések is befolyásolhatják, például hogy milyen alapelvek mentén szervezik meg a biztosítási/ellátási rendszert, melyek a legfontosabb mindenki számára elérhető ellátások.³

A második kockázatmegosztási módszer szerint a fejkvótával lefedett összes ellátás finanszírozását előre meghatározott elvek alapján visszamenőlegesen korrigálják. Ennek több formája is létezik:

- arányos kockázatmegosztás (proportional risk sharing) – utólag visszatérítik a ténylegesen felmerült költségek előre meghatározott hányadát. Ez a gyakorlatban egy olyan kevert finanszírozást jelent, amelyben az ellátások bizonyos részét (pl. 20%) teljesítmény-arányosan, a másik részét pedig (pl. 80%) fejkvóta alapján fizetik ki;
- küszöbérték feletti kockázatmegosztása (outlier risk sharing) – akinek az ellátási költsége egy adott érték fölé kerül, annak a (küszöbérték feletti) többletkiadását utólag visszatérítik. Ez a küszöbérték lehet előre meghatározott, vagy később, az ellátási események ismeretében kialakított érték. Fontos, hogy csak a küszöbérték feletti összeget térítik vissza;
- nagy költségűek kockázatmegosztása (risk sharing for high costs) – az ellátásszervező a finanszírozási időszak végén a (létszám vagy költségek bizonyos hányada alapján meghatározott) legnagyobb költségű betegek után teljes, utólagos visszatérítést kap;
- nagy kockázatú betegek kockázatmegosztása (risk sharing for high risks) – az ellátásszervező előre kijelölheti azokat betegeket vagy betegcsoportokat, akiknek a tényleges költségeire utólagosan térítést szeretnének kapni. A betegkört meg lehet határozni a tagok bizonyos százaléka (pl. 1–4%), illetve a tagok költségeinek bizonyos százaléka alapján;
- betegség-specifikus kockázatmegosztás (condition specific risk sharing) – bizonyos betegségek előfordulása esetén az ellátásszervezőnek meghatározott összeget fizetnek. Ilyenek lehetnek például bizonyos krónikus betegségek. Nagyon hasonló a súlyozott (kockázat-kiigazított) fejkvótahoz, ebben az esetben azonban a betegkör meghatározása és a kifizetések is a finanszírozási időszak végén történnek (nem pedig előre);
- ellátás-specifikus kockázatmegosztás (risk sharing per type of care) – az ellátásszervezőnek adott összeget fizetnek bizonyos előre meghatározott (általában ritka és/vagy magas költségű) ellátások nyújtása esetén.

Ezek a módszerek tipizálhatók aszerint, hogy a betegek teljes ($p = 1$) vagy csak bizonyos (p) hányadára; előre ($ret = 0$) vagy utólag ($ret = 1$) meghatározott beteg-/ellátási körre; a költségek bizonyos (T) szintje feletti összeg esetén; és a kiválasztott betegek költségeinek teljes ($a = 1$) vagy bizonyos hányadára (a) alkalmazzák őket. Ennek megfelelően a módszerek „tisztá” esetei 4 változó (p , ret , T , a) alapján leírhatók, ezeket az eseteket az 1. táblázat és a 2. ábra mutatja.

Az 1. táblázat paraméterei alapján például ha $p = 0$ és/vagy $T = \infty$, és/vagy $a = 0$ akkor nem történik kockázatmegosztás. Illetve minél magasabb a p , vagy az a , és minél alacsonyabb a T , annál nagyobb arányú kockázatmegosztás történik, azaz nő a nem fejkvótával elosztott összegek nagysága. A 2. ábrán jól látható, hogy a különböző kockázatmegosztási módszerek alkalmazása akár teljesen eltérő tulajdonságokkal rendelkező betegcsoportok költségeinek visszatérítését is jelentheti.

A következőkben egy példával szemléltetjük az arányos kockázatmegosztás egyik alkalmazási lehetőségét Magyarországon.

Arányos kockázatmegosztás Magyarországon

Az arányos kockázatmegosztás esetét a magyar egészségügyi rendszerben a megyei egészségügyi ellátásszervezők példája mutatja. Képzeli el azt a valóságtól egyáltalán nem távoli helyzetet, hogy területi/megyei alapon kialakított ellátásszervezőkre bízzák az egészségügyi ellátások megszervezését, és ezeket a szervezeteket fejkvótával finanszírozzák.⁴ Az elosztás nagyságrendjének érzékeltetése végett megjegyezzük, hogy ez megyénként átlagosan évi 51 milliárd Ft (!) szétosztását jelentené Magyarországon.⁵

- Ebben a valós finanszírozási adatokra épülő, de gyakorlatban nem alkalmazott esetben a területi ellátásszervezők adott populáció demográfiai (kor és nem) jellemzőivel korrigált fejkvóta-bevételt kapnak. Amennyiben ezt az egyszerű demográfiai adatokra épülő fejkvóta-formulát használnánk, akkor az egyes megyei ellátásszervezők bevétele a valós bevételeikhez képest igen változó képet mutatna, amelyet a 3. ábra szemléltet. Több megyének (területi ellátásszervezőnek) a fejkvóta szerinti bevétele több mint 10%-kal alacsonyabb lenne a valódi kiadásánál, amely rövid távon komoly működési problémákat okozhat. Az eltérés adódhat abból, hogy
- az adott megye lakosai indokolatlanul sok és/vagy drága ellátás(oka)t vettek igénybe;
 - az adott megye lakosai ugyan indokolt mennyiségű ellátást vettek igénybe, de a demográfiai fejkvóta alulbecsüli ennek a populációnak a megbetegedési kockázatát;
 - az adott megye lakosai ugyan indokolt mennyiségű

ellátást vettek igénybe és a demográfiai fejkvóta is jól tükrözte a populáció kockázatát, de történt néhány olyan kiugróan magas költségű ellátás/megbetegedés, amelyet az adott méretű kockázatközösség már nem volt képes igazgatódni.

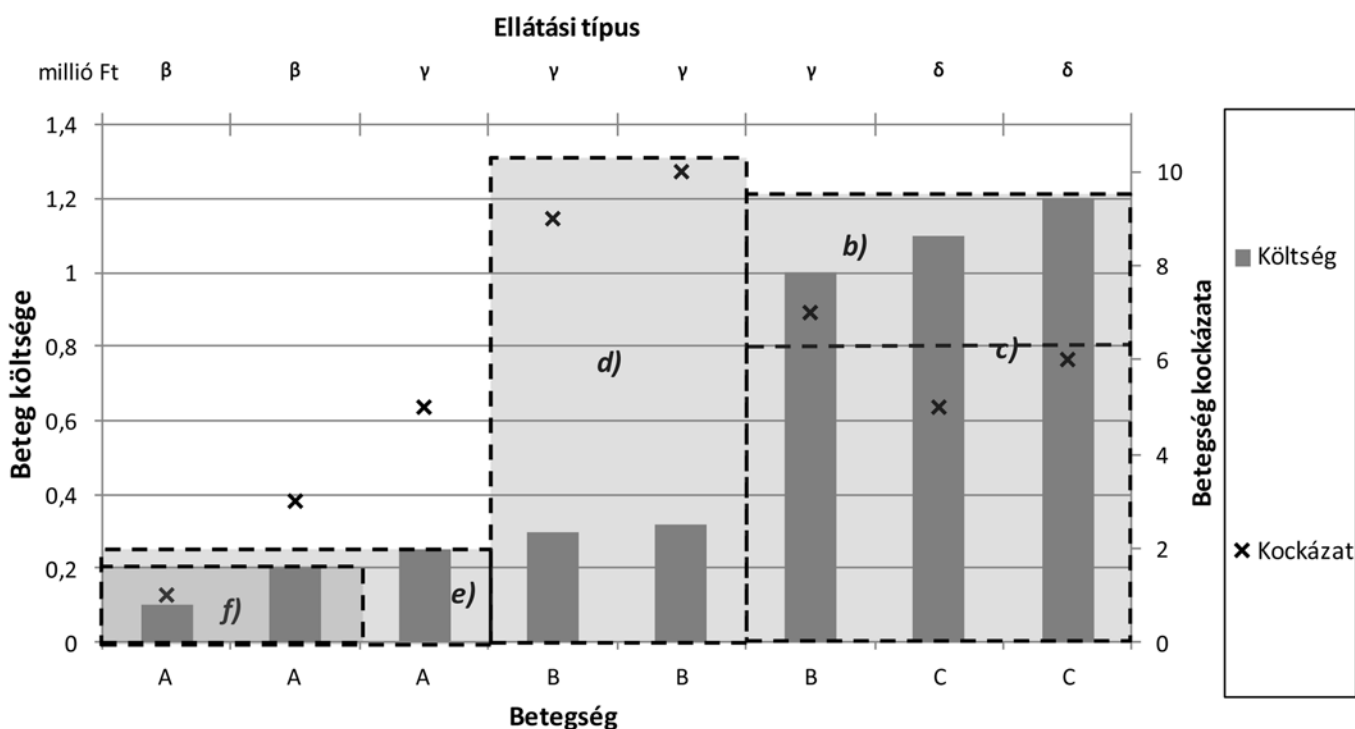
Attól függően, hogy melyik esetről van szó, a szervezetek különbözőképpen reagálhatnak. Ahol az eltérés indokolt volt, megpróbálhatják az ellátások hatékonyságát növelni, ahol már nincs lehetőség hatékonyságnövelésre, ott a kockázatszelekció valamely formáját fogják választani. Az a) esetben az ellátásszervező nyilvánvalóan megpróbálhatja racionalizálni az ellátásait, és erre képes is, hiszen az indokolatlan igénybevételt kell „csupán” csökkentenie. A b) és c) esetben azonban csak úgy érhetne el költségcsökkentést, ha rontja az ellátások minőségét (és így „olcsóbb” lesz), vagy másokra terheli a felmerült költségeket, illetve a drága betegektől/ellátásoktól megszabadul. Nyilvánvalóan az utóbbi három viselkedési forma nem helyénvaló. Ugyanakkor belátható, hogy az ellátásszervezőnek nincs más választása veszteségei minimalizálására.

Lépünk tovább és képzeljük el, hogy a kockázatszelekció kiküszöbölésére a demográfiai fejkvótát igen magas, 80%-os arányos kockázatmegosztással korrigálják, ami azt jelenti, hogy a fejkvóta csak az ellátások 20%-át fedezi, míg a biztosítottak szolgáltatás-igénybevétele alapján az ellátásszervezők jogosultak a költségeik 80%-ának visszatérítésre. Országos szinten a rendszer zárt marad, a bevételek és kiadások összességében kiegyenlítődnek. Ennek az elosztásnak az eredménye a 4. ábrán látható.

Az ábra azt mutatja, hogy még a legnagyobb veszteségeket produkáló ellátásszervezők bevétele is csak a 2,5% alatti eltérést mutat a tényleges kiadásaihoz képest. A kockázatmegosztás miatt csökkent veszteségek nyilvánvalóan levegőhöz juttatják ezeket az ellátásszervezőket. Ez lehet jó intézkedés, amennyiben b) és c) eset állt fenn, ugyanis ezekben az esetekben a kockázatmegosztás bevezetésével indokolatlan kockázatokat hárított el a finanszírozó. Ugyanakkor, ha az a) eset állt fenn, akkor a kockázatmegosztás jelentősen csökkentette az ösztönzőket a hatékonyabb gazdálkodásra.

Azt is érdemes figyelembe venni, hogy amennyiben az a) eset igaz (tehát jó volt a fejkvóta-formula), akkor a magas visszaosztási arány (80%) miatt az adott megye csak viszonylag kis mértékben érez késztetést kiadásai racionalizálására, és jelentős hatékonysági tartalékai maradnak, melyek kiaknázására a nagyvonalú visszaosztási rendszer nem ösztönzi. Példánkban az is látható, hogy amennyiben a b) és c) eset igaz (a fejkvóta a várható költségeket alulbecsülte vagy kiugróan magas költségek jelentkeztek), akkor a fejkvóta formula tökéletlenségét a 80%-os visszaosztás ugyan meglehetősen jól tudta kompenzálni, de nem teljes mértékben. Ezért az átlagnál magasabb költségű betegek/ellátások esetén továbbra is fennáll a veszély, hogy a fejkvóta alapján kiosztott összeg nem lesz elegendő a kiugróan magas költségeknek fedezésére, azaz a kockázati szelekció veszélye nagyon magas költségű betegek esetén továbbra is fennáll. Ne feledkezzünk meg a nyereséges ellátásszervezőkről sem. Az ő esetükben az ösztönzés éppen fordítva működik. Például a hatékony működés okán nyereséges szervezetek kockázatmegosztás esetén kevesebb késztetést érezhetnek költségeik racionalizálására, mint kockázatmegosztás nélkül.

2. ábra. A kockázatmegosztás módszerei példákval illusztrálva



Megjegyzés: A kockázatmegosztási módszerek jelölését (b, c, d, e, f) az 1. táblázat tartalmazza. A betegségeket A, B, C betűkkel (alsó vízszintes tengely), az egyes ellátási típusokat pedig a görög β, γ, δ betűkkel jelöltük (felső vízszintes tengely). Az oszlopdiagram a költségeket jelöli (bal oldali függőleges tengely), míg az X-jelölőkkel ellátott pontok a betegség kockázatára vonatkoznak (jobb oldali függőleges tengely; 10 = magas kockázat, 0 = alacsony kockázat). Fiktív adatok. Az ábrán az arányos kockázatmegosztást nem jelöltük.

A példánkban bemutatott (80%-os) visszaosztás módszere láthatóan bizonyos védelmet nyújtott a kockázatszelekció ellen, de az arányos kockázatmegosztás különösen a nagy költségű betegek, esetek és ellátási típusok kockázatának kezelésére csak korlátozottan alkalmas. Kérdés például, hogy mit tehet a finanszírozó, ha a kockázatmegosztás ellenére fennmaradó (pl. a Baranya megye esetében 2,41%-os, azaz 1.1 milliárd Ft-os) veszteségei valóban jogos (elkerülhetetlen) költségeket takarnak. Többek között emiatt is fontos mérlegelni az arányos kockázatmegosztás mellett más kockázatmegosztási módszerek (b-f) alkalmazását.⁶

Szelekció és hatékonyság dilemmája

Az arányos kockázatmegosztás hatása viszonylag egyszerűen vizsgálható (lásd előbb). A többi módszer (b-f) közötti választás azonban kimunkált hatáselemzések nélkül már nehezen képzelhető el. Ennek oka egyrészt, hogy a döntések előkészítéséhez pontosan látni kell, hogyan változnak az (i) érintett kockázati csoportokhoz illetve a (ii) finanszírozott szervezetekhez rendelhető „egyenlegek”. Gondoljuk csak el, hogy az arányos megosztás minden betegre alkalmazott „fűnyíróelve” más módszerek esetén nem működik: a visszaosztás (pl. magas kockázatú betegek alapján) bizonyos populációkat és a hozzájuk tartozó ellátásszervezőket különbözőképpen érinthet. A másik ok, hogy az 1. táblázatban megadott paraméterek függvényében mindegyik módszerrel többféle modell alakítható ki, amelyeket külön-külön elemezni kell.

A hatáselemzésekhez két szempont vizsgálatára mindenképpen szükség van:

1. Kockázatszelekció: a vizsgált kockázatmegosztási módszer alkalmazása után mennyire áll érdekében a finanszírozott szervezetnek a magas kockázatú betegek kiválogatása

– azaz mennyi kockázatos beteg marad az érintett szervezetnél az adott módszer alkalmazása mellett?

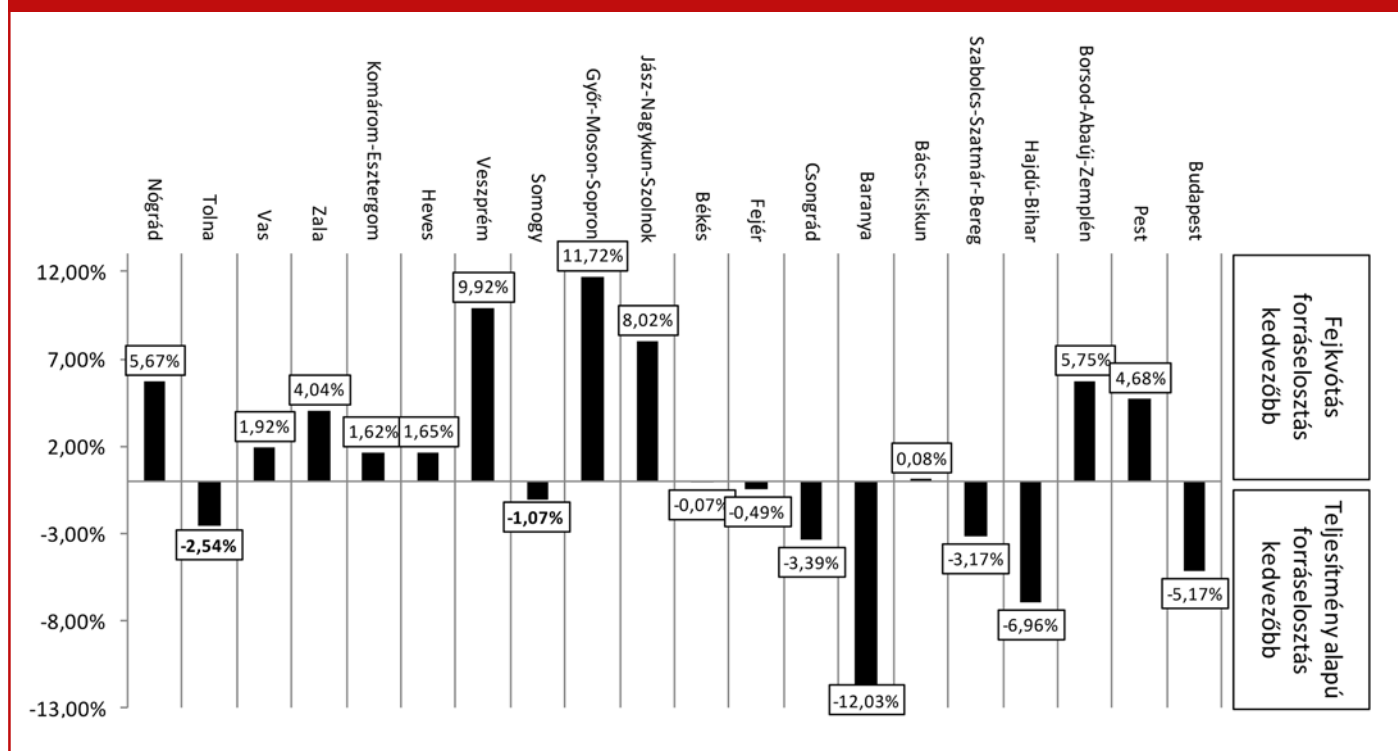
2. Hatékonyság: a vizsgált kockázatmegosztási módszer hatására az adott pénztár pénzügyi egyenlege (bevétele és kiadása) hogyan változik? Itt azt vizsgálják, hogy kockázatmegosztás után mennyit tarthat meg a finanszírozott szervezet a hatékonyság-növekedés okán keletkezett megtakarításaiból.⁷

Másképp fogalmazva: a szelekció veszélye mérhető a finanszírozott szervezetek legköltségesebb betegeinek ellátásából keletkező veszteségek kiszámításával (fejkvóta – ellátási költségek). A kockázatmegosztás miatti hatékonyság-csökkenés pedig mérhető a szervezet hatékony működéséből keletkezett megtakarítások kockázatmegosztás utáni realizálásának képessége alapján. A nemzetközi tapasztalatok alapján ennek a két szempontnak a vizsgálatával számszerűsíthetők és összehasonlíthatók az egyes kockázatmegosztási modellek. Ezek tesztelésére gyakorlati példák is léteznek (Nagy and Rakonczai, 2010; van Barnevald et al., 2001; van den Ven et al., 2003; van Vliet, 2000).

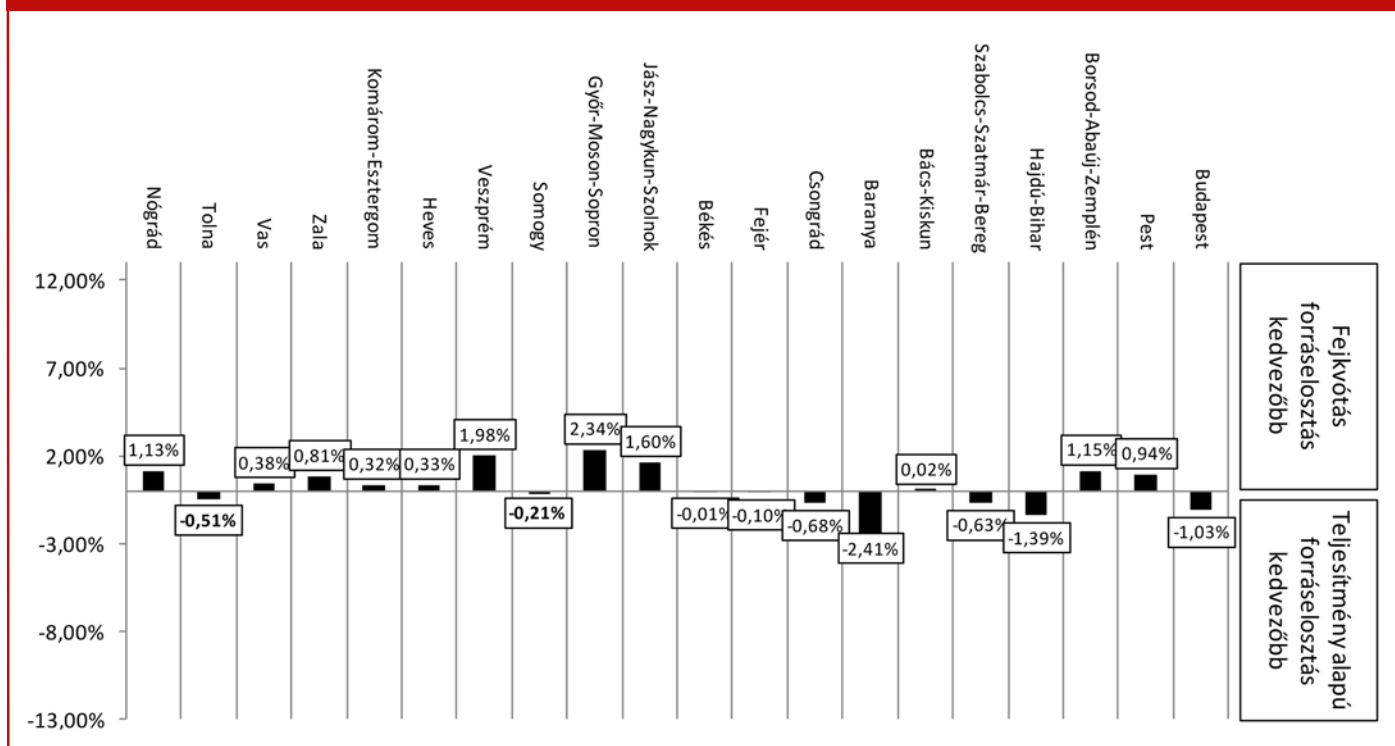
A módszerek közötti választás logikája

A kockázatmegosztási módszerek néhány jellegzetes tulajdonsága már előzetes vizsgálatok nélkül is jól látható. Például a betegség-specifikus kockázatmegosztás (e) a nagy kockázatú betegek megosztásánál (c) és a nagy költségek kockázatmegosztásánál (d) rosszabb megoldás. Ugyanis a nagy kockázatú betegek (c) módszere előre kijelöli a kockázatmegosztással kezelt betegcsoportot, ugyanúgy, mint a prospektív módon végzett betegség-specifikus kockázatmegosztás (e), azzal a különbséggel, hogy elkerüli a kockázati csoportba kerülés kriteriumainak kialakítása körül felmerülő nehézségeket (pl. hogy

3. ábra. Kockázatmegosztás nélküli fejkvótás forrásallokáció bevezetéséből adódó bevételkülönbségek (fejkvóta alapú bevétel/valódi bevétel) az egyes megyékben. (Adatok forrása: Nagy et al., 2007–2008, saját számítás)



4. ábra. 80%-os kockázatmegosztással járó fejkvótás forrásallokáció bevezetéséből adódó bevételkülönbségek (fejkvóta alapú bevétel/valódi bevétel) az egyes megyékben. (Adatok forrása: Nagy et al., 2007–2008, saját számítás)



a csoportok kialakítását utólagosan manipulálhatják). A nagy költségek kockázatmegosztása (d) is utólag jelöli ki a kockázatmegosztással kezelt betegcsoportot, de ez a módszer nem kockázati, hanem költségcsoportokkal számol, amelyeket viszont nehezebb manipulálni. Ezért az (e) módszer bármilyen formájánál rendszerint jobb a (c) és a (d) módszer.

Az is elmondható, hogy az ellátás-specifikus kockázatmegosztás (f) nem ösztönzi az egészségügyi szervezeteket egy-egy betegség ellátási formái (pl. gyógyszeres vagy műtétes terápia) közötti költséghatékony helyettesítésre. Ha például egy olcsóbb ellátást egy olyan drágább ellátással lehet helyettesíteni, amelyre kockázatmegosztáson keresztül külön térítést kap az ellátásszervező, könnyen előfordulhat, hogy a drágább ellátási forma felé irányítja a betegeket. Így megkapja a fejkvótát, és az ellátás után járó külön összeget is. Ezért több, egymást helyettesítő ellátás (pl. művekezelés és vese-transzplantáció) esetén az (f) módszer egyáltalán nem javasolt. Ugyanakkor olyan nagy értékű ellátások esetén, amelyeknél helyettesítésre nincs lehetőség, az ellátás-specifikus költségmegosztás igen jó módszernek mutatkozik.

A küszöbérték feletti kockázatmegosztásának (b) alkalmazása esetén a (T) értékhatár kétféleképpen határozható meg. Egyrészt előre megállapíthatjuk az összeget. Ebben az esetben az értékhatárhoz közeli költségek elérésekor erős ösztönzők léphetnek működésbe további ellátások nyújtására (hiszen ezek költségét már visszatérítik). Ha viszont csak azt definiáljuk, hogy a költségvetés mekkora része fordítható a küszöbérték feletti kockázatmegosztására, és év végén határozzuk meg, hogy milyen értékhatár felett lehet bekerülni a „finanszírozási tartományba”, akkor ugyan az értékhatár nyújtotta nem kívánatos ösztönzőket mérsékeljük, de viszonylag nagy bizonytalanságot hagyunk a szervezők oldalán, amit az erőforrások időleges visszatartásával (pl. várólistákkal) ellensúlyozhatnak. Ez a viselkedési forma sem kívánatos. Jelentő-

sen kompenzálható a pontos értékhatárból fakadó probléma, ha bizonyos hányadot mindig a finanszírozott szervezetnek kell állnia, és általában elmondható, hogy az értékhatárt és a finanszírozott hányadot érdemes együtt változtatni. Például az értékhatár növelésével elképzelhető, hogy egyre kevesebbet kelljen a szervezetnek visszafizetnie, és fordítva.

A nemzetközi tapasztalatok szerint a legkedvezőbb együttes hatása a hatékonyság megtartására és a kockázatszelekció csökkentésére a nagy kockázatú betegek kockázatmegosztásának (b), és a nagy költségek kockázatmegosztásának (c) van (van Barnevald et al., 2001). Ugyanakkor háttérszámítások elvégzése, a szervezetek várható viselkedése és az ellátott populáció pontos ismerete nélkül nem hozható adekvát döntés egy-egy kockázatmegosztási módszer alkalmazásáról.

Az egyes módszerek szakszerű hatáselemzése viszonylag adatigényes ugyanakkor a módszerek gyakorlati alkalmazása már viszonylag egyszerűen kivitelezhető. Általában elmondható, hogy a kockázatmegosztási rendszer kialakítása jóval szerényebb módszertani (statistikai, matematikai) ismereteket igényel, mint az eredeti elosztási formulák (például a kockázatkilágazított fejkvóta) kialakítása. Így a kockázatmegosztás nemcsak elméleti, de gyakorlati okok miatt is rövid- és középtávú megoldás az egészségügyi elosztási problémák kiküszöbölésére.

Megbeszélés

A tanulmányban bemutatott kockázatmegosztási módszerek, azaz a visszatérítések különböző formái az egészségügy más területein is markánsan jelen vannak: a gyógyszerfinanszírozási rendszerben az arányos térítés, az outcome alapú finanszírozás és az ún. volumenkorlátozott szerződések, a fekvőbeteg-ellátásban a finanszírozási volumenkorlát, a járóbeteg-ellátásban a bázis- és a teljesítményalapú finanszírozás kombinációja.

Ezekben az esetekben, azaz az egészségügyi finanszírozás más területein a hatékonyság és a szelekció közötti trade-off a fejkvóta fent bemutatott eseteihez hasonlóan vizsgálható.

A kockázatmegosztási módszerek kialakításánál az egészségpolitikai szereplőknek számos kérdést kell mérlegelniük. Tisztázni kell, hogy a hosszú távú egészségpolitikai célkitűzések mennyire hozhatók összhangba az alkalmazott elosztási módszer alapvető célkitűzéseivel (pl. hatékonyság és méltányosság). Tudni kell, mennyire jól becsüli a referencia-módszer (pl. fejkvóta) a várható kiadásokat, mennyire kell az elosztást korrigálni. Ismerni kell a finanszírozott szervezetek várható viselkedését, az ellátásra jogosult lakosság karakterisztikáit (pl. nagy kockázatú betegek aránya). Mindezekhez fel kell térképezni a gyakorlatban „életképes” kockázat-szelekciós mechanizmusokat: pl. az ellátások eltolása vagy a populáció kiválogatása lehetséges-e az adott egészségügyi környezetben?

A finanszírozásból eredő hatékonyság-szelekció trade-off-ok nem egészségügyi területeken is elemezhetők, ezért fontos hangsúlyozni az itt bemutatott elvek és módszerek általánosíthatóságát. A szerzők véleménye szerint a tanulmányban bemutatott megközelítés logikája, illetve az egyes módszerek a gazdaság más szegmenseiben is alkalmazhatók.

Hivatkozások

1. Lásd ennek részletes kifejtését a tanulmány későbbi részében.
2. Ezeket a szakirodalom *carve outs*-nak hívja.
3. Például mi kerüljön az ú.n. alapellátási csomagba?
4. Ennek lehetséges okait korábbi tanulmányunkban részleteztük (Nagy, 2010)
5. A használt adatok és háttérszámítások pontos leírását Nagy és munkatársainak (2007) publikációja tartalmazza. A példában az eredeti, 2006. évi valós finanszírozási adatokat használtuk.
6. Ezekről lásd lentebb.
7. Nyilván minél nagyobb a visszaosztás aránya, annál kevesebbet tud megtartani a megtakarításaiból, tehát annál kevésbé lesz érdekelt a hatékonyság növelésében.

Irodalomjegyzék

- I. Nagy, B. (2010). Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben. *Közgazdasági Szemle* 57.
- II. Nagy, B. és Rakonczai, P. (2010). Kockázatmegosztási módszerek alkalmazása fejkvóta elosztás esetén Magyarországon: választás a szelekció és a hatékonyság között. *Paper presented at: IME-META IV. Országos egészség-gazdaságtani és továbbképzés konferencia* 2010. június 30. (Budapest).
- III. Nagy, B., Rakonczai, P. és Gulácsi, L. (2008). Statisztikai módszerek a fejkvóta számítására a magyar egészségügyben. *Statisztikai Szemle* 86, 321–341.
- IV. Nagy, B., Sipos, J., and Nagy, J. (2007). Illusztrációk a fejkvótás forrásallokáció számításához Magyarországon – még csak a logikát ismerjük. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 6, 6–13.
- V. van Barnevald, E. M., Lamers, L., van Vliet, R. és van den Ven, W. (2001). Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: tradeoff between selection and efficiency. *Journal of Health Economics* 20, 147–168.
- VI. van den Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L. M., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., et al. (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy* 65, 75–98.
- VII. van den Ven, W., and Ellis, R. (2000). Risk adjustment in Competitive Health Plan Markets. In *Handbook of Health Economics*, J. P. Newhouse, and A. J. Culyer, eds. (Elsevier Science), pp. 757–845.
- VIII. van Vliet, R. C. (2000). A Statistical Analysis of Mandatory Pooling across Health Insurers. *The Journal of Risk and Insurance* 67.

1. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Egészségpolitika és egészség-gazdaságtan Tanszék
2. Syreon Kutató Intézet

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKIRÁNYÚ TOVÁBBKÉPZÉSEK

a Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán

Egészségturisztikai szak

Egészségügyi controller szak

Egészségügyi közigazgatási szak

Egészségügyi menedzsment szak

Egészségügyi minőségbiztosítási szak

Egészségügyi szóvivő és kommunikációs szak

Gyógyszerész-közgazdász szak

Orvos-közgazdász szak

Az oklevélben szereplő szakképzettség megnevezése:

Egészségturisztikai szakközgazdász és szakidegenvezető, egészségturisztikai tanácsadó

Egészségügyi controller szakközgazdász, egészségügyi controller tanácsadó

Egészségügyi közigazgatási szakközgazdász, egészségügyi közigazgatási tanácsadó

Egészségügyi menedzsment szakközgazdász, egészségügyi menedzsment specialista

Egészségügyi minőségbiztosítási szakközgazdász,

egészségügyi minőségbiztosítási tanácsadó

Egészségügyi szóvivő és kommunikációs szakközgazdász,

egészségügyi szóvivő és kommunikációs tanácsadó

Gyógyszerész-közgazdász

Orvos-közgazdász

Képzési jellemzők:

Félévek száma: 2 és 4 félév

Helyszín: NYME KTK, Sopron és kihelyezett tagozat Budapest

A foglalkozások gyakorisága: általában kéthetente péntek délután, szombat egész nap

Érdeklődni lehet:

Hipságh Gyöngyi 99/518-362, 30/300-3384 tovabbkepzes@ktk.nyme.hu

Horváth Imréné (Judit), Traxler Attiláné (Zsuzsanna)

99/518-208, 99/518-220 ktkto@ktk.nyme.hu

A másoddiplomás képzésekről részletes tájékoztatás olvasható:

<http://www.ktk.nyme.hu/index.php?id=3577>

„A jövőt nem lehet megjósolni, de ki lehet találni.”

GÁBOR DÉNES 1971



Találjuk ki együtt a jövőt!

Minden korban vannak, akik elég bátrak ahhoz, hogy a jövőről álmodjanak. De a sikeres megvalósításhoz nekik is társakra van szükségük.

Négy hazai, nagy múltra visszatekintő vállalat összeolvadásával létrejött Magyarország vezető, teljes körű infokommunikációs technológiai szolgáltatója, a T-Systems Magyarország Zrt.

Közel 2000 fős szakértői csapatunkkal azért dolgozunk, hogy segítsük megvalósítani az Ön üzleti céljait. Együtt lehetséges.

Nézze meg, kik és miért inspirálnak minket: www.t-systems.hu/egyutt-lehetseges

.....T.....Systems.....