

Nem ez a reform lesz a végső...

Hazai egészségügyi ellátórendszerünk több mint fél évszázada megoldatlan alapvető rendszerelméleti problémáktól szenved. Ezek feltárása, majd megoldása helyett az egymást váltogató egészségpolitikai kurzusok jellemzően felszínes ötletekkel állnak elő, amelyeket koherensnek álcázva, akár még reform-csomagnak is nevezhetnek. Az újabb csomagok gyártása helyett azonban először a régóta itt felejtett „Szemaskó-csomagot” kellene végre kibontani és felülvizsgálat alá venni.

■ Dr. Balázs Péter

Minél inkább távolodunk ugyanis az 1989-es rendszerváltozástól, annál élesebben rajzolódik ki Nyikolaj Alekszandrovics Szemaskó (1874-1949) hosszan rávetülő ideológiai árnyéka a magyar egészségügyre. Szemaskó hagyatéka mélyen beleégett az egészségről vallott értékefilozófiánkba és a szolgáltatásokat illetően szinte kipusztíthatatlannak tűnik a társadalmi közmegegyezésből. Ilyen lelki állapotban zárjuk be saját magunkat a hálapénz-rendszerbe, amelyet valójában nem pénzügyi okokból tartunk fenn, hanem a széteső részelemek összefogása érdekében. A legfelszínesebb intézkedéseket is mély törvényszerűségek irányítják, még akkor is, ha azokat nem akarjuk tudomásul venni. Ezért kell rámutatni arra, hogy a csodával határos módon még mindig működő magyar modellt az utóbbi másfél évtized fejleményei leginkább az angol típusú Nemzeti Egészségügyi Szolgálathoz közelítették. Eddig ezt elsősorban a struktúrában észlelhettük, újabban a jelek a biztosításnak álcázott finanszírozásban is megjelentek.

Egészségpolitika és eszmeiség

Hazai egészségügyi ellátórendszerünk több mint fél évszázada megoldatlan alapvető rendszerelméleti problémáktól szenved. Ezek feltárása, majd megoldása helyett az egymást váltogató egészségpolitikai kurzusok jellemzően felszínes ötletekkel állnak elő, amelyeket koherensnek álcázva, akár még reform-csomagnak is nevezhetnek. Az ilyen jellegű összeállítások előtt azonban először a régóta itt felejtett „Szemaskó-csomagot” kellene végre kibontani és felülvizsgálat alá venni. Minél inkább távolodunk ugyanis az 1989-es rendszerváltozástól, annál élesebben rajzolódik ki Nyikolaj Alekszandrovics Szemaskó (1874-1949) hosszan rávetülő ideológiai árnyéka a magyar egészségügyre. Ezen leginkább nyomasztó eszmei hagyatékok mellett, eklektikus rendszerünkben még a szociális reformer kancellár Otto von Bismarck-Schönhausen (1815-1898) és a liberális közgazdász William Henry Beveridge (1879-1963) alakját is felismerhetjük. Kettőjük közül az ideologikus megnyilvánulásokra is gondot fordító egészségpolitikusként szinte kultikus áhítattal ejtik ki Bismarck nevét a közfinanszírozásban, és még ugyanazzal a lendülettel negatív felhangra váltva, „poroszos hagyományok”-kal vadol-

ják a szolgáltatásainkat. Pedig, ha valami nagyon távol van a poroszos hagyományoktól az éppen a magyar hálapénz rendszer hétköznapi nyomorúsága. Ennek ellenére, a magyar szolgáltató rendszer másfél évtizede az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálathoz (National Health Service = NHS) igyekszik hasonlítani. Eddig ezt elsősorban a struktúrában észlelhettük, újabban a „több biztosítós rendszer” címkéjével a törekvések a finanszírozásban is nyilvánvalóvá váltak.

Szemaskó hagyatéka nem aktuálpolitikai témákban jelentkezik, hanem a gondolkodás legmélyebb rétegeiben, amiről ma már beszélni sem illik „politikailag korrekt” környezetben. Ez melleleg nem esik nehezünkre, hiszen a XX. század második felében kiválóan elsajátítottuk a kollektív felejtés technikáját. Következésképpen a magyar egészségpolitika alapvető kérdésekre nem adott tiszta és világos választ. Helyette reménytelenül földhözragadt pragmatizmus uralkodik, vagy másfelől a néplélek mentálhigiénés magaslatairól dübörögnek alá a rendíthetetlen kinyilatkoztatások. Ezek után szinte természetes következménynek tekinthetjük, hogy a végletek beszelő viszonyba sem kerülnek egymással.

Magyarországon az 1989-es rendszerváltozás után kormányzati szinten először és utoljára 1991-ben, a Népjóléti Minisztérium által kiadott „Cselekvési Program” foglalkozott komplex ideológiai kérdésekkel. Sajnos, akkor is csak részeredmény született a tisztázás szándékából, és a magyar egészségügy azóta sem szakított időt arra, hogy a múltjával őszintén szembenézzon. Ennek elmulasztására nem lehet mentségül felhozni, hogy a mindenkor gyakorlati teendők mindig fontosabbak voltak úgymond az elméleti okoskodásnál, ugyanis a felszínes változtatások a helyzetet mindig egyre nehezebbé tették.

Az egészségpolitika eszmeisége – feltéve, hogy viszonylag stabil társadalmi-gazdasági viszonyok között formálódott – nem ötletszerű, kapkodva bevezetett elemekre épül, hanem nagyon kemény munkával megteremtett társadalmi közmegegyezésre. Két alappillére közül az egyik az értékefilozófia legmélyebb rétegein nyugszik, a másik pedig az egészségügyi szolgáltatások sajátos hivatásmitológiájára épül. Melleleg, a világ legkülönbözőbb országaiban a politikusok és szakemberek legkevésbé az államigazgatás egészségügyi hatósági mű-

ködéséről vitatkoznak, azonban a magyar egészségügyben ezen a területen is sikerült feszültségeket generálni mielőtt az alapvető szakmai kérdések tisztázásra kerültek volna.

Értékfilozófiai alapon a „legfőbb érték az ember” típusú axiómából kiindulva az egészségügyben nyilvánvalóan az ember egészségének értéke a központi tényező, azonban ennek kapcsán egy komplex bio-szociális alakzatot kell figyelembe venni, mind egyéni, mind populációs szinten. Sajnos, ennek mélyebb történeti részletezésére a jelen keretek között nincs lehetőség. Mégis meg kell említeni, hogy a tőkés rendszer, amely szabad versenyes rablógazdálkodással kezdte a pályafutását, és az egészséget is ebben a stílusban kezelte, végül a jóléti piacgazdaságban eljutott annak komplex bio-szociális értékeléséig. A marxi filozófia, jóllehet a klasszikus kapitalizmus gyakorlatát mélyen elítélte, mégis megrekedt az egészség termelési tényezőként való értelmezésében. Több mint jellemző, hogy Karl Marx (1818-1883) és Friedrich Engels (1820-1895) egyetlen szóval sem említik az egészségügyet az 1848 februárjában megjelent Kommunista Kiáltványban. Az orvos szó is csupán egyetlen egy helyen fordul elő – ott is a kapitalizmusnak címzett negatív konnotációval – az értelmiségi foglalkozások kapcsán. Hét évtizeddel később – a leninizmus nyomán – a gazdaságilag fejletlen, de „túlszárnyaló” stratégiát kitűző Oroszország mutatis mutandis ugyancsak rákényszerült az emberi tőke szélsőséges kizsákmányolására. Történelmileg azonban a bolsevikok a folyamatot 180-fokos ideológiai fordulattal kezelték, mivel a programjukban kezdetől fogva prekonceptió volt az egészség axiológiai értéke. Ennek ellenére vitathatatlan tény, hogy a szovjet utódállamok és a volt szocialista országok tömegei ma sem jutottak el az egészség valós bio-szociális önbecsüléséig és annak közösségi megbecsüléséig. Ezt az összes demográfiai, illetve mortalitási és morbiditási statisztikák egyértelműen bizonyítják.

Az egészségpolitikuskok még az értékfilozófiánál is ritkábban kerítenek sort a szolgáltató hálózat mögöttes eszmeiségének, vagyis a hivatásbeliségnek az őszinte értelmezésére. Ezen a területen a fejlett nyugat-európai országok már a XIX. század utolsó évtizedeiben demokratizálták az alsóbb polgári rétegekben kialakult orvos-beteg kapcsolatot, amikor kialakították a proletárok szociálisan kedvezményes (piacgazdasági viszonyoktól eltérített) tömegellátását. Lényeges azonban kiemelni, hogy – mivel általában a piac működését a polgári eszmék nem vonták kétségbe – a tehetősebb rétegek továbbra is megőrizték az orvos-beteg kapcsolat klasszikus modelljét. Ez a modell az angol NHS 1948-ban történt bevezetéséig általános mintát adott a piacgazdaságoknak. Következésképpen az orvosi (egészségügyi) élőmunka a szociálisan nyomott árszínvonalú piacon kívül továbbra is támaszkodhatott a gazdagabbak – egyébként klasszikus hippokratészi elven értelmezett – keresletére. Oroszország az 1917-es bolsevik hatalomátvétel után a polgári előkép nélküli, kommunális (zemsztvo) típusú tömegellátást rendszeresítette, amelynek keretei között a közszolgáltatásban álló egészségügyi személyzet soha nem szabadult meg a hatósági típusú viselkedéstől. Európán kívül, az Amerikai Egyesült Államok (USA) viszonyait sajátos esetként kell kezelni. Annak ellenére, hogy az orvoslás eredendően az individuális orvos-beteg kapcsolatból indult ki, a túlhajtott üzletszerű értelmezés először annak kultikus jellegét irtotta ki, majd az orvost a „közönséges” szolgáltatók közé szorította, hogy ezután áldozatául essék a legkeményebb piaci versengésnek.

Rendszerelméleti szinten a fenti három ideológiai változathoz alakult ki a mai nyugat-európai modell, amelyben párhuzamosan létezik a szociálisan kedvezményes és az üzleti típusú, de nem „közönségesen” kezelt szolgáltatás. A posztkommunista modell önmaga árnyékaként retteg a „szegény és gazdag egészségügy”-től, és félelmében „biztosítási alapon” a milliárdosokat is szociálisan kedvezményes ellátásban részesíti. Végül, az amerikai (USA) változat a szociálisan kedvezményes ellátást elkülönítette a munka világtól, de nem hozott létre munkaviszonyhoz kötődő szociális egészségbiztosítást, és a menedzselt modellben (managed care) jutott el a személytelen – szabadon nem választható szolgáltatóhoz kötött – tömegellátásig.

A mai magyar egészségpolitika nem tanúsít különösebb érdeklődést a finanszírozás és a szolgáltatás filozófiai kérdései iránt. Elsősorban a szolgáltató hálózat aktuális szerkezeti gondjai és a közfinanszírozás felszíni problémái kötik le a figyelmét. Ebben a pragmatizmusban három viszonylag jól elhatárolható nézet különül el egymástól, amelyek egyaránt vonakodnak a történelmileg kialakult mintaértékű rendszerektől, hogy a jelenlegi inkoherens viszonyokat egyedi magyar modellként kezelhessék. A hagyományosan politikai baloldalnak nevezett közösség a nyugat-európai jóléti államok szociáldemokrata típusú megoldásaira támaszkodik, csakhogy objektíve már az 1989-es rendszerváltozás körüli folyamatokban elhatárolódott mind a német biztosítási alapú, mind az NHS-típusú modell egyértelmű követésétől. Az előbbi főként azért, mert annak szociális (bismarcki) biztosítása elvileg nem terjeszthető ki a társadalom egészére, az NHS viszont az 1980-as évek végén nagyon kedvezőtlenül hangzó „állami” jelző miatt minősült szalonképtelennek. Az önmagát liberálisnak nevező egészségpolitika látványosan menekül a polgári liberalizmusnak a politikai jobb- és baloldal irányába is méltányosságot gyakorló hagyományától. Nem foglalkozik saját pragmatikus elképzeléseinek rendszerelméleti koherenciájával, így szinte csak véletlenül kerülhetné el az egyre súlyosbodó ellentmondások gerjesztését. A politikai jobboldalnak alapvetően konzervatív (érték- és struktúra-őrző) alapon kellene állnia, azonban nem világos, hogy milyen értéket és struktúrát akar megőrizni (feltéve, hogy azok közül bármit is rehabilitált volna). Nem véletlen, hogy a jelenlegi reform-kurzus fortagájában a bizonytalanság hatására leginkább a jobboldalon merül fel az egészség értékfilozófiai alapú megközelítése, erőteljesen hangsúlyozva a nagyon súlyos halálozási és megbetegedési mutatókat, megtoldva mindezt a társadalom kedvezőtlen mentálhigiéniés állapotával.

Mi (volt?) a szocialista egészségügy?

Azt halljuk a mai magyar politikában, hogy az egészségügyben is véget ért a szocializmus, amit a társadalom közvetlenül érzékel majd, ha néhány helytelen működési mechanizmus felszámolását fogja tapasztalni. A túlzottan egyszerűnek tűnő leszámolás hallatán felmerülhet a kérdés, hogy ténylegesen csak ennyi lenne a szocializmus hagyatéka, vagy esetleg a fejekben is található némi ideológiai maradékot. Kétségtelen, hogy a „szocializmus” és a „szocialista egészségügy” negatív emlegetése gyakori jelenség volt az 1989-es rendszerváltozást követő néhány évben. Később, mint hasonlítási alap, eltűnt a politikai közbeszédből. Ha a szocialista egészségügy bármely szervezeti-működési elemét vesszük is szemügyre, abban

semmilyen specifikumot nem találunk, mivel azt az egésznek a szellemisége képviseli, de nem úgy, ahogyan szavakban hirdették, hanem ahogyan elhallgatták. Az idősebb generációk még tudni vélik a lényegét, de úgy tűnik, hogy ugyanúgy nem értik, mint a fiatalabb egészségpolitikusok, akiknek már közvetlen, tudatos tapasztalata sincs erről a képmutató rendszerről. Emberi számítás szerint nem kell tartanunk a szocialista egészségügy visszatérésétől, de pontosan ezért kell végre – szigorúan a tudományos igényesség mentén – megszabadulnunk a kísértéként visszajáró szellemi hagyatékától. Ez felzárkózással nem lehetséges, ezért kell végre, legalább egyszer a múlt üzenetét türelmesen meghallgatnunk.

A történet a cári Oroszországban kezdődött, ahol a bolsevikok hatalomra kerülésük után sem voltak képesek olyan kiemelkedő orvos-teoretikust felmutatni, aki a kommunista egészségpolitika eszmeiségét koherens módon egységbe foglalta volna. Nyikolaj Alekszandrovics Szemaskó szerepe sem téveszthető össze egy nagy formátumú ideológus munkásságával. Szemaskó 1902-ben szerezte orvosi diplomáját, majd az 1905-ös orosz forradalom után tizenkét évet töltött nyugat-európai emigrációban. Ennek során szoros baráti kapcsolatot alakított ki Vlagyimir Iljics Leninnel (1870-1924). Lenin halála után személyi kapcsolatuknak – meg az egészségügy relatív hatalmpolitikai súlytalanságának – fokozott jelentősége volt Szemaskó mindent túlélő politikai pályafutásában. A „Lenin közvetlen munkatársa” címen kialakult személyi mitológia tartós védettséget jelentett számára.

Szemaskó első jelentősebb fellépése az Oroszországi Szociáldemokrata Munkáspárt 1912-ben, Prágában megtartott VI. országos konferenciáján egyértelműen igazolta, hogy egészségügyi modellje az önmaga ellentétébe fordított bismarcki szociális biztosítás és az államivá redukált köztulajdon doktrínájára épült. Szemaskó szorongatott helyzetben volt, amikor előterjesztését készítette, ugyanis a német Birodalmi Gyűlés 1911. július 19-én foglalta egységes szerkezetbe a szociális biztosítást. A betegbiztosítást az addig még nem kedvezményezett rétegekre (mezőgazdasági munkavállalók, háziipari munkások, vándoriparosok és háztartási alkalmazottak) is kiterjesztették. Nyilvánvaló volt, hogy az eljövendő proletárforradalomnak ennél többet kellett ígérnie, Szemaskót azonban szerencsétlenségére saját hazájának fejleményei is szorongatták. Oroszország 1912-ben kezdte meg a német mintájú szociális biztosítás bevezetését (mellesleg ugyanez Angliában 1911-ben történt). Betegségi ágazatban az ipari, bányai, vasúti és hajózási üzemeket arra kötelezték, hogy helyi pénztárakat alapítsanak a munkásoknak és alkalmazottaknak. A munkaadók 40, a munkások 60 százalékos járulékot fizettek. Baleseti ágazatban, ugyanezekben az üzemekben a munkavállalók nem fizettek járulékot, mivel az a munkáltatók kötelessége volt, 16 viszonyossági alapon működő társas biztosítási vállalkozásban. Szemaskó a német mintájú biztosítókat központi szakszervezeti ellenőrzés alá javasolta helyezni. Vonzónak szánt ígéret volt a munkások felé, hogy a munkahelyi balesetbiztosításhoz hasonlóan a betegségi biztosításban sem kell majd járulékot fizetni, de azt senki nem kifogásolta, hogy az ígéret éles ellentétben állt a szociális biztosítás egész szellemiségével. A forradalom győzelme után a pénzügyi források központi összevonása a szakszervezeti ellenőrzést is formálissá tette, mivel a teljes pénzforgalom az állami költségvetésbe került. Valójában tehát a társadalombiztosítás bolsevik terve központi állami jö-

vedelemadóra épült, de szavakban nem mondott le a munkásmozgalomban jól csengő biztosítási terminológiáról.

Az „orvos-értelmiség” szélsőbalos kezelése

A bolsevik párt VII. kongresszusa 1918. márciusában, már a forradalmi hatalomátvétel után bizottságot alakított a második pártprogram előkészítésére. Szemaskó a pártprogram egészségügyi részében az ideológiai erényeit is felvonultatta. Ettől függetlenül, vitathatatlan érdeme, hogy sikerrel oldotta meg a legsürgősebb járványügyi és más egészségügyi rendszeti teendőket. „A nép egészségvédelmének kérdései” címmel később elfogadott programrész az ő javaslatára került a tervezetbe. A VIII. kongresszus 1919 márciusában három fő feladatot jelölt ki az egészségügyben. Első volt a hatékony közegészségügyi intézkedések végrehajtása, második a népbetegségek elleni küzdelem. A harmadik feladat megnevezéséből keletkezett a megvalósult szocializmus egészségügyének emblematikussá vált jelmondata, vagyis „a mindenki számára hozzáférhető, ingyenes és magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítása.”

Hivatásmitológiai szempontból ezt az ellátást csak a szó hagyományos értelmében vett, és szociális áldozatokra is kész orvos-értelmiséggel lehetett volna megvalósítani, a bolsevizmust azonban kezdettől fogva gyűlölte a polgári értékrendet képviselő értelmiség. Lenin nem vádolható azzal, hogy ne ismerte volna saját osztályának (vagy ahogyan ő mondta, rétegének) lelkivilágát. Iskolaigazgató apja nemességet is szerzett, anyja pedig földbirtokos családból származott. Amikor befejezte jogi tanulmányait (1891) Szentpéterváron még ügyvédkedéssel is próbálkozott, azonban politikai agitációs tevékenysége miatt már 1897-ben Szibériában találta magát. Ezzel véget is ért konszolidált polgári pályafutása. A forradalom győzelme után nem is lepezett ellenszenvvel viszonyult az orosz értelmiséghez. Csak azoknak adta meg a túlélés esélyét, akik hajlandók voltak önmagukkal is szembefordulni. Úgy fogalmazott a pártaktivistáknak adott utasításaiban, hogy „ki kell őket söpörni, és olyan értelmiséggel kell őket helyettesíteni, amely tegnap még tudatosan ellenségünk volt, és ma csak semleges – ez az egyik legfontosabb feladat a jelenlegi helyzetben, feladata minden szovjetfunkcionáriusnak, aki az 'értelmiséggel' rendelkezik, feladata minden agitátornak, propagandistának és szervezőnek”. Később a Szovjetunió „kinevelte” a saját értelmiségét, azonban ennek a kinevelésnek az áldozatai, ha felismerték valódi érdekeiket, végül felemelkedhettek a klasszikus értékrendig. Nem tekinthető véletlennek, hogy a párt és állami vezetés eredendő gyanakvása továbbra is fennmaradt minden értelmiségivel szemben, ami különösen erős volt az orvoslásban, hiszen az a joghoz vagy a műszaki területekhez képest kevésbé túrta a voluntarista beavatkozásokat. Ennek ellenére, a hatalmas külső nyomás alatt mégis a Szovjetunió tömegellátása távolodott el leginkább a személyes gyógyszolgáltatástól. Az orvosi kezelés nem szolgálat volt a szó klasszikus hivatásmitológiai értelmében, hanem állami-bürokratikus keretek között nyújtott „ellátás”, amelyhez az ellátottak csak az ipari-technológiai mintára szervezett állami hálózatban juthattak hozzá. Önmaguk számára azonban a párt és állami vezetők képmutató módon visszaléptek a feudális értékrendbe, az arisztokrácia és a doktorok egykori kapcsolatának világába.

Eszmeileg az 1930-as évektől már semmilyen újdonság

nem született a Szovjetunió felbomlásáig. Joszif Visszarionovics Sztálin (1879-1953) 1936-ra rendelte meg el az új állam alaptörvényének elkészítését, amely „sztálini alkotmány” néven vonult be a történelembe. Hatályba léptetése 1936. december 5.-én történt. Több szakasza érintett olyan jogosultságokat, amelyek az egészségügyi ellátással is kapcsolatban álltak. Közvetlenül a 120.§ szólt a gyógyító-megelőző ágazatról és annak finanszírozásáról: „a Szovjetunió állampolgárait megilleti a tényleges ellátás idős korban, valamint betegség és rokkantság esetén. Jogaik gyakorlásának biztosítéka a munkások és alkalmazottak állami költségvetésből működő átfogó társadalombiztosítása, a dolgozóknak nyújtott térítésmentes orvosi segítség, és a gyógyüdülő helyeknek a dolgozók rendelkezésére bocsátott átfogó hálózata.”

Társadalmi-gazdasági szempontból a szovjet egészségügy a II. Világháború után sem tartozott a prioritások közé. A rituális pártkongresszusok beszámolósi időszakokra vonatkozó főtítkári beszédei, ha egyáltalán kiemelték, elsősorban az egészségügyi ellátó hálózat mennyiségi mutatószámait dicsérték. A „kapitalista országok”-nak nevezett Nyugat-Európával és az USA-val szemben csak akkor használták a statisztikai adatokat, ha azok a Szovjetunióról kedvező képet mutattak. Nagy ideológiai sikerként ünnepelte az ágazat az 1969-es egészségügyi törvényt, amely különben csak a korábbi eszmeiséget és struktúrát ismételte (nyilvánvalóan nem véletlen, hogy az új magyar egészségügyi törvény is a nagy példát követve készült el, 1972 elejére).

Kevésbé ismert a hazai elemző irodalomban, hogy a Szovjetunióban is nehéz volt tagadni a nyilvánvaló működési zavarok felerősödését az alacsony fizetések és a következményes szakember hiány miatt, elsősorban az alap- és a sürgősségi ellátásban. Mindezeket figyelembe véve, a szovjet államélet sajátosságainak megfelelően, a Kommunista Párt és a Kormány 1977-ben együttes határozatot adott ki „a népegészségügy további fejlesztésének feladatairól”. A határozat – amint az várható volt – a fejlesztés fő irányaként az alapellátást, ezen belül is a körzeti, az üzemorvosi és a mentőorvosi feladatokat jelölte meg. Ugyancsak szovjet sajátosság volt, hogy egy-egy szakterület presztízsének mélypontján kimerítően tárgyalták az „erkölcsi és anyagi megbecsülés” hiányosságait, és célul tűzték ki a helyzet javítását. Az anyagi megbecsülés fokozása némi fizetésemelést jelentett, az erkölcsi megbecsülés terén viszonylag egyszerűbb volt a helyzet. A Szovjetunió Legfelsőbb Tanácsának alapító oklevelével 1977. október 25.-én kihirdették a „Szovjetunió Néporvosa” megtisztelő cím alapítását, amelyet csakis magas szintű szakmai és erkölcsi magatartással lehetett elnyerni: „az egészségügy ingyenessége és általános elérhetősége, az állam nagy figyelme a nép egészségére, döntő szerepet játszott a szovjet orvostípus kialakításában, aki a kommunizmus építésének aktív résztvevője és önzetlen munkása. A szovjet orvos valóságga a nép szolgájává vált.”

Az 1977-es párthatározat világos beismerése volt annak, hogy az orvoslás személyre szóló szolgáltatási jellege és a bizalmi típusú orvos-beteg kapcsolat igénylése előtt a „keményvonalas” pártbürokrácia is kénytelen volt kapitulálni. A főideológus szerepkörében önmagát gyakorta ünnepeztető Leonyid Iljics Brezsnyev (1906-1982) mint a Kommunista Párt főtítkára, már az 1974-es választási kampányban a következőket jelezte: „Az ember jólétéről való közvetlen gondoskodás és az idevezető utak tudományos keresése a mindennapi életben

a lehető leghorribabban elsősorban az orvostudományban és az egészségügyben realizálódik”. Brezsnyevnek ez a beszéde a legfelső szinten elhangzott nyilvános beismerés volt az egészségügy társadalomlélektani jelentőségéről, és egyben nyitánya is volt a szovjet társadalompolitika szemléletváltásának, ezen belül az egészségügy átértékelésének. A dolgozó nép absztrakt tömegeit vezető „élcsapat” úgynevezett tömegkapcsolatai helyett felértékelődött az egyes emberekkel személyesen, de összességében mégis tömegmértű hatással foglalkozó orvosok és egészségügyi dolgozók jelentősége. Nem érdektelen hangsúlyozni, hogy a megváltozott szovjet álláspont némi késéssel a korabeli szocialista országokba is begyűrűzött. A Magyar Szocialista Munkáspárt Brezsnyev gondolatát, ahogyan akkor mondták, alkotó módon még tovább is fejlesztette. Politikai Bizottságának határozata (1979. szeptember 11.) értelmében „a lakosság egészségügyi ellátása a társadalom egészére közvetlenül ható, a lakosság helyzetét, hangulatát is jelentősen befolyásoló politikai tényező.” Aligha tévedünk, ha azt állítjuk, hogy a fenti beismerésekkel az újkori történelem egyik legradikálisabb „élcsapata” kapitulált a több évezredes hagyományokból építkező orvos-beteg kapcsolat előtt.

Ezek után, ha feltesszük a kérdést, hogy mi a szocialista egészségügy ma is fellelhető eszmei hagyatéka az egészségpolitikában, két jelenséget kell világosan megneveznünk. Az egyik a szociális alapú egészségbiztosítás körül folytatott állandó zavarkeltés, amelyben sajnos minden politikai irányzat közösséget vállal. Következésképpen a társadalombiztosítás egészségbiztosítási ága sem a német, sem az angol modellhez nem képes nyíltan közeledni. Hálapénzzel megtámogatott működése következtében a struktúrában semmi sem működik úgy, mint a fenti két modellben, és a hatástanulmányok (ha egyáltalán készülnek) nem tudják egy-egy intézkedés következményeit előre jelezni.

A szocializmus másik – sajnos kifejezetten morbid hagyatéka – az orvos-értelmiség kezelése, amely egzisztenciálisan (hivatástudatból) ma is fő teherviselője a jelenlegi finanszírozási rendben betarthatatlan szociális ígéreteknek. A történelem egyik legkeményebb diktatúrájának példája azonban arra inti az egészségpolitikusokat, hogy az ágazatban szolgáltató értelmiség ellenében hosszú távon semmilyen érdemi változtatást nem lehet végrehajtani. Az orvosi kar nemcsak önmagát képviseli, hanem az orvos-beteg kapcsolatot, következtésképpen az egész népeiséget, amely rajta keresztül fogalmazza meg a véleményét mindenféle modellel és reformtervvel szemben. Sajnos nem vigasz, sem a népességnek sem az orvosoknak (és egészségügyi dolgozóknak), hogy a folyamatok viszonylag hosszú látencia ideje miatt a teljesen lehetetlen reformok is bevezethetőnek tűnnek.

A hálapénz, mint a reformerek védőhálója

A hálapénz nem esetleges jelenség, hanem a szocialista társadalombiztosítás túlélő elemeinek rendszerelvű hagyatéka. Amennyiben egy reform a hálapénz megszüntetését ígéri, azt eleve gyanakvással kell fogadni, ha az egészségpolitikuskok feltűnően nem értik azokat a mechanizmusokat, amelyek a konkrét pénzforgalmon túl magát a jelenséget mozgatják. A radikálisnak tűnő felszínes beavatkozások megvalósítói azonban nem vállalnak túlzott kockázatot. Szerencsájukre akkor is alattuk feszül a hálapénz védőhálója, ha alaptalan magabiz-

tossággal netán egy reform-értékű salto mortale végrehajtásáig merészkednének. Alulról, a hálapénz-rendszer szakmai nyomorából nézve ugyanezt a mutatványt, mélységes szomorúsággal kell tudomásul venni, hogy ebben a rendszerben olyan szélsőséges reform-ötletekkel is lehet kísérletezni, amelyek „normális” társadalomban már a hír hallatán is tömeges tiltakozásokhoz, és a tervek azonnali felülvizsgálatához vezetnének.

Hazai viszonyaink már több mint fél évszázada arról tanúskodnak, hogy a hálapénz egy olyan rendszerhiba terméke, amelyet a szocializmus kemény és puha diktatúrája és az 1989-es rendszerváltozás sem volt képes kiküszöbölni. Tévedés azt gondolni, hogy egy ország közfinanszírozási modelljének megválasztása csupán politikai akarat kérdése. Függetlenül az adott ország történelmi hagyományaitól, mind szociális, mind gazdasági értelemben, továbbá általában függ a társadalomlélektani környezettől, a népesség jogkövető magatartásától, az államigazgatási rendszer szakszerű, lojális, és egyben korrupciómentes működésétől. Mindezen tényezőket figyelembe véve, aligha vonható kétségbe, hogy Magyarország a XX. század közepén rossz modellt választott a közfinanszírozásban. Kétségtelen, hogy 1950-ben a választás nem egészen önként történt, de az 1989-es rendszerváltozás kihasználatlan lehetőségei ettől a mentő körülménytől is megfosztottak bennünket.

A hálapénz hihetetlenül dinamikus és egyre rosszabb irányban változó jelenség. Megítélése kapcsán ezért soha sem használhatjuk a tegnapi fogalmi készletünket, mert az téves irányba viszi az elemzést, és helytelen következtetéseket eredményez. Aktuálisan a két régi alakzat, az egészségügyi borraivaló és az orvosi hálapénz mellett teljesen külön kell kezelni a terápiás-diagnosztikus kenőpénzeket (jelenleg nincs jobb kifejezés). Ez utóbbi kapcsán éles határvonalat kell húzni a konkrét egészségügyi szolgáltatást végző személyek és a szervező-irányító funkciókat ellátó közintézményi menedzsment közé. Utóbbinak a tagjai közvetlen üzleti kapcsolatban állnak a munkavégzéshez szükséges termékeket előállító és/vagy forgalmazó gazdasági társaságokkal. Rendelkezzenek akár orvosi diplomával is, a legalitáson kívüli gazdasági-pénzügyi tranzakcióikat a korrupció szabályai szerint kell megítélni. Az egészségügyi kenőpénz azonban nem ebben a kapcsolatban jelentkezik, mivel szorosan kötődik a szolgáltatáshoz, de nem az orvos-beteg kapcsolathoz, hanem a szolgáltatói munkában felhalmozódott szakértelemhez. Kenőpénzt jellemzően a gyógyszeripar, a kórháztechnikai cikkek, a gyógyászati segédeszközök gyártói, az orvosi műszertechnikai ipar, illetve ezek termékeit fogalmazó kereskedelmi vállalkozások adnak a szolgáltatást végző orvosoknak. A gazdasági társaságok tisztában vannak azzal, hogy a diagnosztikus-terápiás munkát végző orvosok de facto nem üzletfelek, de szakmai tanácsadóként a menedzsment egészségügyi beszerzéseit jelentős mértékben befolyásol(hat)ják. Jóllehet a „kenőpénz” monetáris megjelenési formára utal, tipikusan nem készpénzként jelenik meg, hanem különböző támogatásokban (műszerek telepítése, gyógyszerek adományozása, tudományos kongresszusi részvételek szponzorálása, stb.). Egészségpolitikai szempontból rendkívül nehéz beavatkozni a kenőpénzforgalomba, mert a szakmai döntések szabadsága vitán felül megilleti a mértékadó véleményt nyilvánító (egyébként alulfigyelt) vezető egészségügyi szakembereket. További nehézséget jelent, hogy a magyar egészségügyben a menedzsment

funkciók jelentős személyi átfedésben vannak a szolgáltatói tevékenységgel. Tehát például egy fekvőbeteg gyógyintézet első számú vezetője is végezhet (sőt végez is) szolgáltatást, akár az általa igazgatott intézetben. Ennek következtében a nyilvánvaló korrupció is kenőpénzzé szelídíthető, jóllehet nyomós érvek szólhatnak a szolgáltató és menedzsment funkciók szétválasztása mellett. A szétválasztás (akár jogszabályi úton történő) elvégzése azonban tipikusan tüneti megoldás, mivel nem az alapvető gondot oldja meg, hanem annak csupán egyik következményét. Kézenfekvő volna ugyanis, hogy az intézményeket ne orvosok, hanem állam- és jogtudományi vagy közgazdasági (esetleg mindkettő) diplomával rendelkező menedzserek vezessék. Ennek legfőbb akadályja, hogy a magyar egészségügyi szolgáltatásban semmi sem úgy működik, mint ahogyan azt a fenti tudományokban oktatják. Következésképpen az ilyen menedzserek az eredményes működéshez először kénytelenek „megtanulni” az egészségügyi szolgáltatás informális szervezeti-működési módját, ami előzetesen nem lehetséges, vezetői munka közben pedig eleve a sikertelenség garanciája. Fordítva a folyamat működőképesebb, vagyis orvosi alapképzettséggel és némi szolgáltatói gyakorlattal inkább elsajátítható olyan mennyiségű jogi és közgazdasági ismeret, amellyel egy sikeres menedzsmentnek kell rendelkeznie. Amennyiben a jövőben sem változik a szolgáltatások megketőztött valósága, tudomásul kell venni, hogy a felső szintű menedzsment utánpótlására is csak a fenti személyi körből számíthatunk. Ha a menedzsment-funkciókat nagyon határozottan elkülönítjük a szolgáltatói gyakorlattól, az nyilvánvalóan kiélezett szakmai és egzisztenciális konfliktusokkal járna. Ezek különösen élesek volnának az egyetemi klinikák esetében, azonban – a minden áron reformokat erőltető egészségpolitikások szerencséjére – ez a terület nem az egészségügyhöz tartozik, hanem az oktatási szaktárca illetékességébe.

Borraivalóval azért kell foglalkoznunk, mert az egészségügyben az orvosokon kívül mindenki ezt kapja, és teljesen értelmetlen volna ellene harcolni. A mindenkori társadalmi értékarányoknak megfelelő csekély értékű készpénzt az önálló intézkedési jogkörrel nem rendelkező személyzet kapja az elvégzett egészségügyi szolgáltatásért. Következésképpen a szakképzetlen segédszemélyzetnek, de a vezetői megbízatással nem rendelkező szakképzett egészségügyi dolgozónak adott juttatást mind borraivalónak kell tekintenünk. Orvosnak nem szokás borraivalót adni, tehát pályájuk kezdetén (valódi hálapénz hiányában) az orvosok semmilyen pénzt nem kapnak, mivel a borraivaló nagyságrendű kezdeményezést általában elhárítják, ha az összeg nagysága az adott kommunikációs mezőben még az átadás előtt megállapítható.

Ideáltipikusan a hálapénz (paraszolvencia) az orvos élőmunkáját fizeti meg, de csak a közalkalmazott, vagy a közfinanszírozással szerződött magánorvosok hallgatólágoosan megtúrt jövedelem kiegészítése a közfinanszírozásra jogosult betegek ellátása kapcsán. Sokszorosan megtárgyalt témájához azért kell visszatérni a jelenlegi időszakban, mert a legújabb reformtervek kapcsán ismét megjelentek a keményvonalas szocializmusra emlékeztető régi vágású államigazgatási (adminisztratív) intézkedések. Ezekben kevesebb az ideologikus elem, de annál több a pragmatikus hatékonyság. Sikeresen akkor alkalmazhatók, ha hatékonyan igazodnak a megakadályozandó tranzakció természetéhez, vagy a hálapénzes szolgáltatásra a személyes jelenlétével ígéretet adó orvost képesek távol tartani a betegtől.

Az első változat kevésbé ígéretes, ugyanis az élők munkai szakmai természetűe aligha szabályozható szigorú normatívítással, legfeljebb a szakmai protokollok jöhetnek számításba. Ezek, ha számos területen még nem is készültek el, íratlan formában ma is léteznek, és tartalmukkal eleve elmentéses munkára az orvos – súlyos etikai vétség kockázata nélkül – amúgy sem adhatna ígéretet. Másfelől, olyan szakmai protokoll soha sem készíthető, amelynek alapján például egy szakorvoson utólag számon lehet kérni, hogy egy-egy konkrét esetben a többféle választási lehetőség közül miért pontosan azt látta indokoltnak, amely – merő véletlenségből – megegyezett a beteg hálapénzes kérésével. Lehetséges viszont egyes nem közvetlenül szakmai elemeket leválasztani a hálapénzes szolgáltatásról, majd szigorú ellenőrzés alá venni. Csak nagyon röviden, és modell-értéke miatt érdemes kitérni ennek kapcsán az úgynevezett minőségi ágy-árulásra, amely több mint három évtizedes múltra tekinthet vissza. Az elítélés verbális üresjárata véget érhetett volna 1997-ben, amikor „magasabb komfort-fokozat” címen jogszabályi lehetőség nyílt a szolgáltatás tétele megnevezésére és legális forgalmazására. Azóta a kórházak működési rendje példás módon tartalmazza a tíz évvel ezelőtti politikai folklórban „egyágyas, színes televíziós, telefonos” szobáknak nevezett komfortos elhelyezési lehetőséget. Számos kivétel található azonban a fizetési kötelezettség alól, ami nyilvánvalóan annak a jele, hogy a menedzsment kerüli a konfliktust a szervezeti egységeket vezető orvosokkal szemben. De a menedzsment még ilyen puha szabályozás mellett is gyakorolhatja naponkénti szigorú helyszíni ellenőrzést, ha akadályozni akarná a régi gyakorlat zavartalan folytatását. Ahol egész szervezeti egységeket állítottak át egységesen magasabb fokozatú ellátásra, ott a régi hálapénzes technikákat természetesen nem lehet a továbbiakban alkalmazni.

Elvileg leválasztható elem a hálapénzes szolgáltatásról a betegek ellátási sorrendjének az adott szervezeti egységen belüli „rugalmas” megállapítása, következésképpen az ezzel kapcsolatos „hála” kifejeződése is korlátozható lenne. A hatályos rendelet szerint egyes, tételesen megnevezett beavatkozásokon kívül, a további esetekben csak akkor szükséges várólistát készíteni, ha a várakozás időtartama előreláthatólag a két hónapot meghaladja. Bármikor előfordulhat azonban, hogy egy-egy beteg több hetet vagy csaknem két hónapot is várakozik valamilyen terápiás vagy diagnosztikus beavatkozásra. Ilyen esetekben valójában semmilyen akadály nem lenne egy-egy szervezeti egységen belül az orvosok zsebében található előjegyzések nyilvánossá tételének, az előjegyzés ugyanis a közszolgáltatásban nem az orvos magánügye, hanem az adott szervezeti egység kollektív ígéretének része a betegek számára. Ezzel a megoldással azonban a nyilvánosság előtt az orvosi alku-pozícióknak olyan dimenziói tárulnának fel, amelyek eddig (nem véletlenül) rejtve maradtak a külső szemlélők előtt.

Közalkalmazotti munkaviszonyban legtökéletesebben akkor működik az adminisztratív szabályozás, ha egyes kulcsfontosságú eseményeknél érdemben akadályozza a beteg által választott orvos személyes közreműködését. Ilyen eseményeknél (pl. szülés vagy műtét) nem helyettesítheti az orvost másik kollégája a hálapénzes szolgáltatásban. Szabadfoglalkozású orvossal szemben ez az eszköz természetesen nem alkalmazható. Máskor (pl. diagnosztikus szol-

gáltatásban) a beteg számára elegendő az a tudat, hogy a háttérben az „ő orvosa” végzi a folyamatok szervezését. Járóbeteg szakrendelési forgalomban az orvos-beteg találkozásból közalkalmazotti körben is kizárható a munkáltató beavatkozása, hiszen a beteget az orvos mindig a saját rendelési idejének megfelelően hívhatja vissza. Kórházakban (klinikákon) jól jelzi a külső beavatkozás nehézségeit, hogy a szuverén belső szabályozás következtében egy-egy szervezeti egységen belül ugyanaz a beteg akár „merő véletlenségből is” mindig ugyanazzal az orvossal kerülhet kapcsolatba. Az ilyen nagyfokú szakmai autonómia ellenére a menedzsment mégis eredményesen érvényesítheti az akaratát, ha a munkaidőre vonatkozó szabályozást alkalmazza. Például ilyen alapon zárja ki a választott orvos jelenlétét a szüléskor. Itt a menedzsment elsősorban a kártérítési felelősség háttér-támogatására támaszkodhat. Amennyiben a munkáltató – ami egyébként természetes – csak a törvényes és nyilvántartott munkaidőben vállal felelősséget az alkalmazott munkájával kapcsolatba hozható károkért, munkaidőn kívül végzett tevékenységével egyetlen orvos sem kockáztatja az esetleg többszörösen tízmillió forintos kártérítési megfizetését. Ennek a rendkívül hatásos munkáltatói főszabálynak az alkalmazása azonban más területen a szakma hagyományos elvei miatt súlyos aggályokat vethet fel. Sőt, alapvető szakmai-etikai dilemmákat okozna. Például egy sebész, amennyiben a folyamatban lévő műtétet a munkaidő végére nem fejezi be, az óra állásának megfelelően nem ejtheti ki a kezéből a műszert, és nem távozhat a műtőből, mert ez lényegesen bonyolultabbá tenné a felelősség megállapítását, mint a tevékenység munkaidőn túli folytatása. Azt sem érdektelen elméletileg modellezni, hogy mi történne a szakma belső felelősségi rendszerében, ha például egy munkaidőben befejezett hasüregi műtét utóvérzése kapcsán, néhány órával a munkaidő vége után nem az operáló orvost hívnák vissza az ismételt beavatkozás elvégzésére.

Azok a legújabb megoldások, amelyek sikerrel vagy sikertelenül támadják a hálapénzes forgalom egy-egy részét, sajnos nem állnak össze megalapozott koncepcióvá, ugyanis semmilyen jel nem utal a hálapénz-rendszer által okozott problémák teljes körének hatékony kezelésére. Az egyes szolgáltatásokra kirótt térítési kötelezettségek (vizitdíj, kórházi díj) a mentesség feletti sávban sem homogén populációt érintenek, ezért szociális feszültségeket gerjesztenek ott is, ahol azok korábban nem léteztek. A leszakadó rétegek nem lesznek képesek többetként még hálapénzt is adni, a még lépést tartók más fogyasztási területeken kényeszerülnek elvonásokra. Az igazán tehetősek viszont továbbra is különösebb gond nélkül fogják fizetni a számukra nem túlságosan nagy áldozatot jelentő hálapénzeket. Szerencsére, ugyanis a magyar orvosi kar terhelhetőségét, következésképpen a szolgáltatások adott mennyiségben és minőségben történő elvégzését negatív irányban addig semmilyen reform nem befolyásolja, amíg az a hálapénzes bevételeket fájdalmasan nem csökkenti.

Mi van az „egy- vagy több-biztosítós” vita háttérében?

Az egy vagy több biztosítós modell felvetése a közfinanszírozásról folytatott vitát újabb felszínes, de nagyon mutatós elemmel gazdagította. Másfelől kétségtelenül igaz, hogy a

valódi problémákról csakis ilyen fajsúlyú és korábban még nem tárgyalt álkérdésekkel lehet elterelni a figyelmet. Mindez egy végletesen eltorzított modellben történik, amely ma már elérhetetlen távolságba került mind a magán- és szociális biztosítás kettősségére alapozott német rendszertől, mind pedig az adókból fedezett NHS-típusú megoldástól. Magyarországnak a XX. században kétszer adódott lehetősége arra, hogy az egészségügyben is teljes megújulást hajtson végre. Ezt mindkét alkalommal a Szemaskó-rendszer akadályozta meg, 1945-50 között szovjet fegyveres segítséggel, 1989-91 között pedig a fejekben hátrahagyott ideológiai zavarodottsággal. Mindkét esetben főszerepet kapott a „bismarcki” rendszerrel való azonosulás reménye, a II. Világháború után Szemaskó átiratában, 1989 után viszont eredeti magyaros félreértésekkel. Mentséget természetesen mindenre lehet találni. Rendszerelméleti oldalról nézve akár azt is állíthatjuk, hogy Szemaskó messze megelőzte a korát, ugyanis már 1912-ben lényegében az 1948-ban bevezetett angol NHS modelljét vetítette előre. A bolsevik forradalom győzelme után ugyanis a szovjet rendszer az egész hálózatot államosította, a formálisan fenntartott biztosítást pedig lefokozta a központi adókból finanszírozott költségvetési alrendszer szintjére. A „szépséghiba” csupán annyiban jelentkezett, hogy mindez nem piacgazdasági környezetben történt. Magyarország viszont különös helyzetben volt 1945 és 1950 között. Örökölte a tisztán bismarcki elveken működő társadalombiztosítási modellt és a magánbiztosítást is. Ennek ellenére kétség sem fért hozzá, hogy a nagy példaképnek tekintett Szovjetunió mintáját kell átvennünk, de az átvétel hosszabb időt vett igénybe. Nem véletlenül, hiszen a bismarcki szociális biztosításból elvileg kizárt, tőkejvedelmeket élvező réteg (részben fizikai) megsemmisítésével lehetett csak eljutni a mindenki számára kötelező biztosításig, majd 1975-ben az állampolgári joron járó egészségügyi ellátásáig. A hálapénz-rendszer azonban kezdettől fogva jelezte, hogy a Szemaskó-féle biztosítási modell keretein kívül rekedt egy járulékos kereslet, amelyet a rendszer először következetesen megtagadott és üldözött, később elviselte, végül pedig a hálapénz az életképességének biztosítékává erősítette. Helytelen lenne ennek a keresletnek a kezdeti évekre becsülhető csekély volumenéből mennyiségi következtetéseket levonni, hiszen pénzügyi alapját egy tőkejvedelmétől és vagyonától megfosztott, egykor magánbiztosított közép- és felsőréteg szolgáltatta. Amikor viszont hálapénzzé „demokratizálva” beszivárgott a munkás és proletár rétegekbe, ott már eleve csekély összeggel, járulékos finanszírozásként jelentkezett. Az agrárium külön elemzést érdemelne az új rendszerben egyfelől kulákoknak nevezett paraszt-polgárság, másfelől a mezőgazdasági proletárok miatt, azonban ezek körében gyakorlatilag semmilyen biztosítás nem létezett, tehát az 1950-es években a bismarcki rendszer előtti feudális mintakészletet képviselték.

A magyar szolgáltató egészségügy 1975-ben végül elérkezett az angol NHS modelljéhez, „csupán” a piacgazdasági környezet hiányzott a normális működéshez. Ha az 1989-es rendszerváltozás kapcsán komolyan felmerült volna egy elveiben tiszta és egyértelmű modell bevezetése, a piacgazdasági környezetben megőrzött állami egészségügyi ellátásra is ráépíthettük volna az NHS modelljét. Természetesen ebben az esetben beszélni kellett volna az angol magánbiztosításról és magánellátásról is, hiszen az NHS rendszerében a többi között azért sem alakult ki a magyarországihoz hasonló illegális finanszírozás, mert soha senki sem üldözte a magángazda-

ságot. Jóllehet az NHS kezdetben a kórházak jelentős részét államosította, az angolok nem tiltották a magánkórházak működését. Érintetlenül hagyták az egyházi kórházakat, továbbá az olyan kórházakat is, mint a szakszervezeti Manor Hospital, vagy a King Edward VII's Hospital for Officers. Sőt az 1950-es években új magánkórházakat is alapítottak, illetve az 1970-es években külföldi beruházók is megjelentek. Ezek természetesen nem NHS-betegekre „vadásztak”, hanem a magánbiztosítási keresletet elégitették ki. Érintetlen maradt a szakorvosi magánpraxis is, sőt ezt a szakorvosok a köztulajdonba vett kórházak járóbeteg rendelésein, és úgynevezett „fizető” ágyain ma is gyakorolják.

Az 1989-es rendszerváltozás kapcsán olyan kultikus léggör keletkezett a „valódi biztosítási alapon” működő szolgáltatások ígéretével, amelyben eleve lehetetlen volt felvetni az adókból történő finanszírozás érdemi megfontolását. A társadalombiztosítás két Világháború közötti emlékezete, és a teljesítmény(arányos) finanszírozás eljövetele volt a gyógyír a szocializmus minden visszásságára. Kétségtelenül megoldásra vártak viszont azok a kérdések, amelyek az élő „bismarcki” rendszerekben a magánbiztosításhoz kapcsolódtak. Németországban a társadalom 10-11 százaléka magánbiztosított volt, ami nem illeszkedett a „mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás” mellesleg abszurd elképzeléséhez. A problémát az egészségpolitika ösztönösi hallgatással tudta csak kezelni. Szükség esetén, ha mégis felmerült a magánbiztosítás rendszer-konform megemlézése, lesújtó válaszként kétféle rémkép állt azonnali bevetésre. Egyik változatban az ilyen kezdeményezések megbontanák „a nemzeti kockázati közösséget”, másik változatban a magánbiztosítottak mint „a gazdagok” antiszolidáris módon kimentenék a pénzüket a társadalombiztosításból, súlyosan károsítva ezzel a szegényebbek ellátását.

Összegezve az 1989-es rendszerváltozás egészségpolitikai dilemmáját, Magyarország minden külső kényszer nélkül, önmagát akadályozta meg abban, hogy legalább alapelveiben egynemű modell válasszon. Visszatekintve azonban megállapíthatjuk, hogy az egészségpolitika a „biztosítási alap” kultikus hangoztatása mellett strukturálisan az angol modellt vette célba, és a finanszírozásban is egyre közelebb került hozzá. Jóllehet, ennek lappangó jelei már korábban is mutatkoztak, most az irányított betegellátási rendszer (IBR) hirtelen eltemetésével, és reform címén ismertetett „több-biztosító” álcázással, a közfinanszírozásban is egyértelműen az NHS-modell körvonalai kezdenek kibontakozni.

Üzenetek az NHS struktúrájából

Tulajdonképpen az NHS-ben már minden megtörtént, amit egészségpolitikuskaink az 1989-es rendszerváltozás óta felvontattak vagy célba vettek, mind a házi orvosok, mind a szakorvosok vonatkozásában. Fordítva ez azt jelenti, hogy a mai angol viszonyokban nagyjából a jövőnket láthatjuk a szakmai szervezet szintjén. Hacsak a mintaértékű, nemzetközileg ismert megoldások házasításával nem fogunk újabb inkompatibilis ötleteket átültetni a gyakorlatba. Valószínűsíthető, hogy az irányított betegellátási modell inkább amerikai ihletésű változata sem az utolsó javaslat volt ebben a sorozatban.

Az államosítások és a jóléti állam ideológiájának léggörében az angolok 1948. július 5-én szinte eufórikus örömmel fogadták az NHS bevezetését, amelyre külön szervezetet hoztak lét-

re Angliában és Wales-ben, Skóciában, illetve Észak-Írországban. Mivel voluntarista ígéretekkel senki sem árasztotta el az angol társadalmat, mindenki tudta hogy nagyságrendekkel több pénz az új rendszerben sem lesz egészségügyi szolgáltatásokra, de azt remélték, hogy az adókból fedezett nemzeti szintű kockázati közösségben, igazságosabb elosztásban fognak részesülni. Tulajdonképpen társadalomlélektani „freudi elszólás” volt a Times aznapi számának első oldalas szalagcíme, amely szerint az NHS révén „a tömegek felzárkóztak a középosztályhoz”.

Az NHS bevezetését megelőző időszakban a legnagyobb gondot a helyi önkormányzatok tulajdonában álló, jól felszerelt és jól működő kórházak államosítása jelentette. Az angolok azonban elsősorban ezeket a kórházakat akarták bevonni az egységes állami hálózatba, és ebből a koncepcióból a legkeményebb politikai ellenállással szemben sem engedtek. Aneurin Bevan (1897-1960) munkáspárti egészségpolitikus, aki eredetileg bányász, majd szakszervezeti vezető volt, 1946 márciusában terjesztette a parlament elé az NHS-ről szóló törvényjavaslatot. Csak akkor ült le tárgyalni a többségében munkáspárti önkormányzati lobbival, amikor már kialakult a parlamenti konszenzus a törvény sarokpontjait illetően. Végül ezzel a megegyezéssel a háta mögött törte meg a szakmai és területi érdekcsoportok ellenállását.

Magyarországon az 1989-es rendszerváltozás kapcsán a helyi önkormányzatiság alkotmányos hagyományának visszaállítása olyan nyomást gyakorolt a törvényhozásra, hogy elkerülhetetlen volt a kórházak átadása az önkormányzatok tulajdonába. Részben pénzügyi, részben térszerkezeti megfontolásokból azonban a kötelezettség címzettjei eredetileg sem az egyes települések (városok), hanem a területi önkormányzatok (megyék) voltak. Ennek ellenére, önként vállalt feladatként a városi önkormányzatok átvették a „saját” kórházait, de rövid időn belül nyilvánvalóvá vált, hogy a tökéletes fedezetének előteremtése egyre súlyosabb gondot okoz az új tulajdonosoknak. Ahogyan tovább csökkent az önkormányzatok tényleges pénzügyi önállósága, és fokozódott a függésük a központi költségvetéstől, tulajdonképpen teljesen nyilvánvalóvá vált, hogy a kórházak „funkcionálisan államosított” állapotába kerültek. Ebből a helyzetből ma már inkább az angol modell jelentené a kitérést, mintsem a gyógyintézetek „funkcionális privatizációja”.

Az NHS a családorvost ténylegesen olyan gate-keeper helyzetbe hozta, amelyről ma is legfeljebb csak álmodhatnak a magyar rendszer újító kedvű tervezői. Lényeges különbség volt azonban kezdettől fogva a két rendszer között, ugyanis az angol társadalomban a háziorvosnak – a magyar viszonyokkal ellentétben – nem kellett helyettesítenie az ott folytonosan működő lelki és szociális szolgálatokat. Ennek ellenére 1948-ban mégis volt egy rövid ideig tartó forgalomnövekedés az alapellátásban, az igénybevétel azonban gyorsan visszaállt az eredeti szint közelébe, sőt az alá is süllyedt. Angliában az egyszerűbb, és általában kevésbé tájékozott betegek örömmel fogadták a gate-keeper háziorvost, hiszen a számukra bonyolult és áttekinthetetlen rendszerben helyettük vette kézbe a sorsuk intézését. Elégedettek voltak a háziorvosok is, hiszen a szakorvosi vizsgálathoz kötelező beutalás a szakmai pozíciójukat erősítette, a szakorvosok viszont megszabadultak az indokolatlan betegforgalomtól, ami a közfinanszírozott jövedelmüket a legkevésbé sem befolyásolta. Sőt, megszabadultak a korábban sok fáradsággal járó kintlévőségek behajtásá-

tól, ami gyakori jelenség volt a kevésbé fizetőképes rétegek esetében. A magánfinanszírozásban természetesen tovább küldözgették egymáshoz a jól fizető betegeket.

A magyar rendszerben 1989 után a gate-keeper funkció meghonosításának egyik lényegi eleme lett volna a háziorvos szabad választása, ami maga után vonja az orvosi döntések bizalmi alapon történő elfogadását. Viszonylag egyszerűen lehetne ma is bizonyítani a szabad választás által adott mozgáster kihasználtságát, akár reprezentatív mintán, akár a teljes népességben. Sőt, a szociálisan réteg-specifikus vizsgálat sem okozna különösebb nehézséget. Miután ilyen vizsgálat nem készült (vagy legalább is nem került szélesebb nyilvánosságra) csak valószínűsíteni lehet, hogy a reménybeli gate-keeper funkció lényegében a régi, területileg kötött rendszerre épült. A népesség alsóbb, deprivált rétegei „feliratkoztak” az egyébként változatlanul területi ellátási felelősséggel tartozó „körzeti” orvoshoz. A választás jogát legfeljebb egy vékony felsőbb réteg gyakorolhatta, amely eleve szabadon mozgott a rendszer szakorvosi szintjén, mind a járó- mind a fekvőbeteg ellátásban. Az „irányított betegellátási rendszer” (IBR) terve tulajdonképpen nyílt beismerése volt a háziorvosra telepített gate-keeper funkció bukásának. Pedig az NHS-ből egészen más üzenetek érkeztek a fund-holding (alapkezelő háziorvoslás) bevezetéséről, amelynek ellenében ismét működésbe lépett a magyar egészségpolitika „haladó” hagyománya az orvosok önszerveződésével és önállóságával szemben. Jóllehet az angol modell is az USA tapasztalataira épült, Magyarországon az eredeti „vad-kapitalista” gyakorlat kedvezőbb fogadtatásban részesült, mint annak egészségügyi bizalmi tőkére épített NHS-változata. A fogyasztási szövetkezetként működő amerikai HMO-k eleve az egészségügytől független üzleti menedzsmenttel dolgoznak és az orvosi kínálat által vezérelt kereslettel egy nagyon szigorú gazdasági racionalitást állítottak szembe. Az angol fund-holding viszont a háziorvos központi szerepére épít, és a takarékoságban kialakított pénzügyi érdekeltsége révén őt teszi meg a „fo-gyasz-tói érdekek” hatékony védelmezőjének. Az IBR látszólagos eltemetésével azonban a legkevésbé sem oldódott meg a feszült kapcsolat az orvosok és a pénzügyi menedzsment között, hiszen az alábbiakban részletezendő „több-biztosítós modell” terve azonos szellemiségben, valójában az IBR cégtáblájának cseréjével jött létre.

A magyar rendszer már évtizedek óta kétségbeesett kísérleteket tesz arra, hogy a járó- és fekvőbeteg szakorvoslás német mintára elkülönült működése helyett valamilyen életképes modellt hívjon életre. Az idősebb szakorvos generációk emlékeiben még élénken él az 1970-es évek kétségbeesett „integráció”-ja, a működésképtelenné vált szakorvosi rendelőintézetek megmentésére. Más lehetőség hiányában, a szocializmusban a terheket csak a fekvőbeteg ellátásra lehetett hárítani. Ezzel szemben az 1989-es rendszerváltozás után gyakorlatilag is felvethető volt az önálló járóbeteg szakrendelési egzisztenciára épített szakorvosi lét megvalósítása. A nem hálapénzes szakmák, amennyiben kiléptek a közalkalmazotti létből, érdektelenek maradtak a rendelőintézetek infrastrukturális lehetőségeit illetően. Egyéni vállalkozóként vagy gazdasági társaságként kötöttek és kötnek szerződéseket a fekvőbeteg intézetekkel.

A fekvőbeteg ellátásra összpontosuló hálapénzes forgalomnak továbbra is meghatározó szerepe volt abban, hogy egyes szakmák szakorvosai változatlanul ragaszkodtak az

állandó kórházi jelenléthez. Sőt, kórházi szakambulancia címén járóbeteg forgalmukat is legalizálták. Valójában ez volt a rendelőintézetek sikeres „funkcionális privatizáció”-ja. Mindez további segítséget nyújtott a szakmai és egyben hálapénzes hierarchiában kivívott pozíciók megőrzéséhez, illetve további erősítéséhez. A többi között ezért sem volt vonzó ajánlat az egészségpolitika részéről a csoport-praxis modellje, amelyben az egyébként közfinanszírozási gyámság alá helyezett háziorvosok sem voltak érdekeltek. Jelenleg nincs olyan objektív érdekeltség, amely a hálapénzes szakmákat a szabadfoglalkozású szakorvosi lét felé terelné. Ezek után csak találgatni lehet, hogy milyen érdekeltségi rendszer segítené a legújabb reform-törekvéseket, amelyek a járóbeteg szakellátást erősítenék a fekvőbeteg ellátással szemben.

Egy vagy több biztosító, ugyancsak NHS-üzenettel

Magyarországon az egészségügy finanszírozásában ma a legnagyobb hiánycikk az őszinte beszéd a rendszer alapelveiről, mert nincs olyan politikai erő, amely érdekelt lenne a történelmi tévedések és az aktuális ellentmondások feltárásában. A többi között ezzel is magyarázható, hogy miért nem tudunk megszabadulni a szinte már sorscsapássá fokozódott hálapénzrendszerrel. Nincs olyan privát egészségbiztosításunk, amely párhuzamosan működne a társadalom (szociális) biztosítás egészségbiztosítási ágával. Következésképpen mindenki szociálisan nyomott áron részesül az orvosi (egészségügyi) élmunkából. Fordítva azt is mondhatjuk, hogy a minimálbéren bejelentett takarítónők szolidárisak a többszörös milliárdosokkal, és megvédik őket az egészségügyi ellátás kettészakadásától. A Szemaskó-rendszer úgy kényszerítette be az egykori nagytőkéseket és arisztokratákat a társadalombiztosításba, hogy jövedelmeiktől és vagyonuktól megfosztva a „dolgozó nép” tagjaivá tette őket. Az 1989 utáni magyar rendszer, miután rehabilitálta a tőkét és a tőkejövödelmeket, az új tőkéseket „nem engedte ki” a Szemaskó-rendszerből, nehogy meggazdagodásuk áldásából az egészségügyi magánygyakorlat is részesedhessék. Fordítva az egyet jelentett azzal, hogy az orvosok (a fogorvosok kivételével) legális szabad piacon ma sem értékesíthetik a szak tudásukat. A hálapénzes piacon viszont az informális díjakat a fizetőképes középrétegek szerényebb összegei a leggazdagabbak előnyére erőteljesen lefelé nivellálják.

A tévedéseket elkerülendő, mindenképpen szükséges leszögezni, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a duális rendszer miatt elvi okokból nem kötelezettje a tőke költségek előteremtésének. Fordítva ez azt jelenti, hogy minden adóalany jövedelemarányosan járul hozzá ezekhez a költségekhez. Kétségtelen, hogy a köztulajdonú tőkeállománnyal kapcsolatban újabban szó sem esik arról, hogy az általános adóbevételekből hogyan történik az értékcsökkenés visszapótlása és az új beruházások finanszírozása. Az 1990-es években hullámzó indulatokkal folytatott „amortizáció vita” helyett jelenleg a kollektív hallgatás nyomja el a cselekvési kényszer érzetét, jóllehet a problémák nemcsak fennmaradtak, hanem a tőkeállomány avulása miatt tovább fokozódtak. Viszonylag egyszerű volt az épített ingatlanállományt és a gép-műszer parkot a helyi önkormányzatok tulajdonába adni, azonban ezzel párhuzamosan nem történt meg a tőkeköltség-fedezet hosszú távú modelljének a kialakítása. A szocializmusban az allokációt az úgynevezett „kijárási technika” torzította, amely a helyi érdekeket érvényesítette a térszerkezeti

racionalitás szempontjaival szemben. Ezt a rendszerváltozás kétségtelenül megszüntette. Elméletileg megoldás lehetett volna valamilyen népesség-arányos súlyozott tőkefedezeti fejkvóta alkalmazása, attól függően, hogy az érintett helyi önkormányzat alapellátásra vagy szakellátásra volt kötelezve. Helyette újra megjelentek a központosító tendenciák a különböző pályázható pénzalapokkal, lokálisan pedig elkezdődött az alkudozás a tőkeállomány érték növelő és érték megőrző kiadásainak határvonala mentén. Természetesen ebben a vonatkozásban a háziorvosoknak juttatott tőkeköltség-fedezeti pénzeket sem lehet figyelmen kívül hagyni (mint ahogyan a megvonásukat sem). Külön tanulmányt érdemelne, hogy az „amortizáció vita” miként csapódott le az önkormányzatok és a háziorvosok közötti szerződésekből, az utóbbiak OEP-bevételeinek és (főként) paraszolvenciájának terhére. Másfelől az sem érdektelen, hogy a szakorvosi ellátást nyújtó intézmények menedzsmentje milyen technikákkal igyekezett egyes működési (pl. nagy értékű alkatrész pótlási) költségeket áthárítani az önkormányzatok költségvetésére. Szervesen illeszkedik ebbe a bizonytalan állapotba a vizitdíjból és a kórházi napidíjból befolyt összegek lebegtetése a tőke- és a folyó költségek fedezete közötti határsávban. Ez elméletileg is érdekes kérdés, hiszen a vizitdíj névlegesen a háziorvos élmunkájának kiegészítő költségtérítése. Természetesen bármit vásárolhat ezen az összegen, ha azonban a munkájához szükséges tőkeállományba fekteti, átvállalja a tulajdonos önkormányzat ez irányú kötelezettségét. Így viszont közvetlenül adóbevételeket gyűjt a hozzá tartozó népességtől. Súlyosan antiszolidáris módon, ugyanis a bevételeket nem mindenkire kiterjedően és jövedelemarányosan realizálja, hanem azokat sarcolja meg, akik egészségi állapotuk miatt ellátásra kényszerülnek. Ez az antiszolidáris hatás még tovább is gördíthető, amennyiben a vizitdíjat kölcsönhatásba hozzuk az OEP-finanszírozás amortizációs részével. Magántulajdonban üzemeltetett szolgáltatói tőkeállomány esetén, amennyiben a közfinanszírozás itt vásárol szolgáltatást, elkerülhetetlen az OEP-költségtérítésben az értékcsökkenés visszapótlási igényének elismerése. A magántőke először akkor jelent meg a közfinanszírozott ellátásban, amikor az egészségügyből hiányzó (vagy onnan más területre elvont) pénzügyi fedezet helyett a központi egészségpolitika lehetővé tette egyes magánberuházással létesített szervezeti egységek (CT, MRI, laboratóriumok, művese-kezelés) OEP-finanszírozását.

A kezdeti lépések után már az 1990-es évek végén gyakorlati kérdésként is felmerült a teljes kórházi működés privatizálása. Kezdetben nem jelentkezett az amortizáció problémája, ugyanis ez a működtetést legfeljebb a vagyonkezelői felelősség kártérítési szintjén érinthette. Mivel az egészségpolitika szélsőségesen megosztott volt a „kórház-privatizáció” kérdésben, szükségszerűen elkészültek a „népi változatban” hangszerelt, közvéleményt mozgósító vélemények. A jelenlegi legfejlettebb (elméleti) elképzelés szerint a köztulajdonos által jegyzett gazdasági társasággá alakított szolgáltató (pl. kórház) magántőkés társat von be a működtetésbe, aki tagi kölcsön keretében vállalja a nagy értékű orvosi gép-műszer állomány telepítését. Ezzel tehermentesíti a társtulajdonos önkormányzatot a beruházási feladat egyik fele alól, így az a pénzét az épített ingatlanállománnyal kapcsolatos felújításokba fektetheti. Tegyük hozzá, hogy ez valójában kényszerhelyzet a közfinanszírozás oldaláról nézve, hiszen a magántőkés fél mozgási szabadságát kevésbé veszélyezteti az a tőke,

amelyet bármikor mobilizálható eszközállományba fektetett. Aki ezek után hagyja magát megteveszteni azzal a látszattal, hogy legalább az ingatlant megvédte a privatizációtól, az a magántőke kivonáskor szakmailag kiürített épített ingatlanállományban gyakorolhatja a tulajdonosi funkcióit.

A szolgáltatások folyó költségeinek fedezésében az OEP a Társadalombiztosítás Egészségbiztosítási Alapjának központi államigazgatási szerve. Pénzbeli ellátásokban (táppénz, anyasággal kapcsolatos kifizetések, útiköltség térítés, munkahelyi balesetekkel kapcsolatos kifizetések, stb.) mint hivatali szerv intézkedik az ellátások kifizetése felől. Természetbeni ellátásokban, ha belép a szolgáltatási piacra, szerződik a szolgáltatókkal és fizeti a költségtérítéseket. Magától értetődően elvárható lenne, hogy a közpénzek kezelésének minden területén a legcélszerűbb magatartást tanúsítsa. Egyáltalán nem szükségszerű, hogy az OEP-nek a fentiekben vázolt központi pénztár funkciója, a piaci szereplést is bürokratikus vonásokkal terhelje. Azonos szervezeten belül is lehet egyes aleggységeknek eltérő menedzsment feladatokat adni. Ennek a nehézségeit azonban az angol NHS már az előkészítési szakaszban is világosan érzékelte. Ezért emelték ki 1948-ban a társadalombiztosításból a szolgáltatások vásárlását, és azt az újonnan létrehozott 14 Regionális Egészségügyi Hivatalokhoz telepítették. A Hivatalok a fekvőbeteg ellátás tőke- és működési költségeinek fedezéséért voltak felelősek. Hatáskörük alól 36 kórházat emeltek ki, amelyek a teljes körű és legmagasabb szintű ellátást nyújtották (több mint különös ennek kapcsán a magyar súlyponti kórházak számszerű és funkcionális hasonlósága). A kapacitások területi elosztását közvetlen államigazgatási jogkörben a Regionális Egészségügyi Hivatalok végezték.

Jelenlegi információink szerint a magyar több-biztosítós modell megfordítja az angol NHS logikáját. Nem a szolgáltatásokat választja le a biztosításból és helyezi az állami költségvetésbe, hanem az összes többi ellátást helyezi oda, és államkincstári kifizetőhelyként kívánja üzemeltetni. Mellesleg ez nyílt beismerése annak, hogy a jelenlegi járuléknak nevezett bevételek tulajdonképpen adónak tekintendők, ami abban az esetben is igaz, ha ezt a szolgáltatások vásárlásához rendelkezése álló fedezetre vonatkoztatjuk. Ennek egyébként az OEP-bevételek egy részénél még formális akadály sincs, hiszen tőkejövedelemből származnak, tehát némi terminológiai leleménnyel nem járulékok, hanem hozzájárulások. A „gazdagok” ugyanis nem kényszeríthetők fizetésre, ha csak a saját – esetleg minimálbérek megfelelő összegben bejelentett – munkajövedelmeiket lehetne figyelembe venni. A korábbi fix összegű hozzájárulás helyett a minimális járulékalap függetlenítése a ténylegesen kifizetett minimálbértől, ugyancsak adójellegű hozzájárulás az alapképzéshez. Olyan jövedelmek járulékkal való terhelése, amelyek korábban tehermentesek voltak, szintén adózási kötelezettségnek tekintendő.

Kétségtelen, hogy a jelenlegi OEP karcsúsított szervezetében a cégtábla cseréje, és hét vagy nyolc új területi menedzsment munkába állítása hitelesebb teszi a munkastílus váltását. Különösen igaz ez akkor, ha az új szervezeteket nem regionális pénztárnak, hanem „valódi biztosítónak” nevezzük. Ezeket a valódi biztosítókat az államigazgatás eleve kötelezni fogja a súlyponti kórházak meghatározott keretben történő finanszírozására, és a végső döntést is ugyan-

az az igazgatás mondja ki a regionális kapacitások területi elosztásában. Bevételeiket az állami adóhatóság gyűjti be, amelyekből az egész ország területen egyenlő minőségű ellátást kell téríteniük. A biztosítási szintek számának megnevezése is ezt a jelleget erősíti, hiszen az eddig központi költségvetésből finanszírozott „alapsomag” biztosításként való megnevezése a legjobb esetben is csak mágikus ráolvasásnak tekinthető. A kiegészítő biztosítás erőltet kísérlet lesz arra, hogy a hálapénzes keresletet legális csatornába tereljék. Jól látható a fentiekből, hogy a rendszernek egyetlen szabályozatlan eleme marad, nevezetesen a hálapénz, és ha lesz is versengés, a biztosítók nem egymással, hanem a hálapénzzel fognak versengeni.

Záró megjegyzésként, a költségvetési kifizetőhely funkciójának és a szolgáltatás-vásárlásnak a szétválasztását lényegesen egyszerűbben lehetne elintézni az „egy-biztosítós” modellben. Kétségtelen, hogy ennek területi szervei még nyilvánvalóbbá tennék a hasonlóságot az NHS szervezetével. Jelenleg még nem tudhatjuk, hogy mi történik majd a biztosítók száma körüli vitában, azt viszont előre megjósolhatjuk, hogy végül az egyik látszat fölött a másik látszat győzelme fog bekövetkezni.

Irodalom

1. *Cselekvési Program Egészségügyi Rendszerünk Megújítására – Népjóléti Minisztérium, 1991. július. (a program a Minisztérium saját kiadványaként, valamint számos szaklapban is megjelent, például a Lege Artis Medicinae mellékleteként 1991. aug. 28.-án).*
2. *Marx, K.- Engels, F. – A kommunista kiáltvány – Kossuth Kiadó, Budapest, 1962. 42.o.*
3. *V. I. Lenin Összes művei – Kossuth Könyvkiadó Budapest, 1964. 28. kötet, 190.o.*
4. *Csikin, Sz. J. – Szocializmus és Egészségügy, az ember egészségének és testi fejlődésének kérdései – Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1985. 75. o.*
5. *Pravda, a Szovjetunió Kommunista Pártjának központi lapja, 1974. jún. 15.*
6. *Titkári Tájékoztató, 1979. évi 10. szám. Szerk.: MSZMP-KB Tudományos, Közoktatási és Kulturális Osztálya*
7. *1997. évi LXXXIII. törvény, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel, 3. Cím: A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, 23.§ a részleges térítés melletti jogosultságról.*
8. *61/2003. (X. 27.) ESzCsM rendelet a kizárólag előzetes betegbesorolás (várólista) alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról*
9. *The masses have joined the middle classes – The Times 1948 júl. 5.*

intézetigazgató

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Népegészségtani Intézet

1088 Budapest, Vas u. 17.

E-mail: balazsp@se-efk.hu