

Hódi Éva Tünde

Egészségügyi paradigmaváltás Szerbiában

Különös tekintettel a vajdasági magyar fiatalok egészségi állapotának néhány jellemző sajátosságára

Az egykori szocialista országokban az egészségügynek mindenütt súlyos problémákkal kell szembenéznie. Ezek közül hármat emelnék ki:

- a súlyosbodó gazdasági körülmények és a folyamatos pénzelvonások ellenére fenntartani az egészségügyi rendszer működőképességét,
- megszüntetni a szocialista egészségügyi rendszertől örökölt problémákat,
- létrehozni a formálódó új politikai rendszerrel és piacgazdasággal kompatibilis egészségügyi rendszert.

Ismereteim szerint a három kihívásnak egyik volt szocialista ország sem tudott megfelelni, az egészségügyi helyzet rendezése mindenütt megoldhatatlannak tűnő nehézségekbe ütközött.

A jól működő egészségügyi rendszernek a körvonalait egyelőre nem látni. Ellenkezőleg:

- az egészségügyi ellátás színvonala drasztikusan csökkent,
- az egészségügyi intézményrendszer leépült,
- a kormányzat, a gazdasági-politikai érdekek, az egészségügy fő szereplői elvárásait és törekvéseit nem sikerült összehangolni.

Az egészségügy modernizálásához mindenütt hiányoznak a források. A közfinanszírozásból az egészségüggyel szemben támasztott igényeket a korábbi szinten sem sikerül kielégíteni, holott az elvárások a kor követelményeivel összhangban növekednek. A szakadék mélyül: a társadalmi igazságosság követelménye és a költségvetési keret között áthághatatlan szakadék tátong.

Elhúzódó egészségügyi reformok

De nemcsak a hiányzó források jelentenek gondot. Egyelőre az egészségpolitika új rendszerének a kialakulása is nehezen körvonalazódik.¹ Tervek, elképzelések, intézkedések vannak, arra az alapvető kérdésre azonban, hogy az átmeneti helyzetben, majd azt követően mit és mennyit vállal magára a kormányzat az egészségügy finanszírozásából, illetve milyen más forrásokból lehet a társadalom differenciált igényeit kielégíteni, senki sem tud választ adni.

Próbálkozások történnek. A teljesen privatizált, teljesen magánkézben levő, nyereséges egészségügyi ágazatokban, amelyek nem az alapellátáshoz tartoznak döntően – pl. lézeres szemműtétek vagy lézeres mikrosebészet, plasztikai sebészet stb. –, megfelelőbb anyagi ösztönzést tudnak nyújtani az ott dolgozóknak, mint az állami szférában. A magánosítással az a gond, hogy a jól fizető részekre, ágazatokra fordítanak pénzt, és a szolgáltatás csak a tehetősebb réteg számára elérhető.

Az egészségügyi reformok elhúzódásáért, az eredményes stratégia hiányáért általában a pártokat szokták hibáztatni. A politikai megegyezés hiánya mellett azonban jelenleg sem az állami, sem a gazdasági, sem a magánszféra nem képes az egészségügyi dolgozók számára megfelelő anyagi ösztönzést nyújtani, még kevésbé képes azokat az új szervezeti formákat létrehozni, amelyeknek köszönhetően az ellátás minősége, hatékonysága összhangba kerülne az emberek igényeivel és a kor követelményeivel. Az egészségügyi reformok eddigi története – ha egyáltalán beszélhetünk reformokról – a nagyobb közteherviselés szükségességéről szólt, magyarul szólva a megszigorító intézkedésekre, az elvonásokra szorítkozott. Az egészségügy modernizálásának az igénye is ebben az összefüggésben merült fel: az államnak forrásokra volt szüksége, holott a források iránti igény – a hatékonyság és minőség követelményeivel összhangban – az egészségügyben is mindenütt növekedett.

Az egészségügyi rendszer elmaradottsága a rendszerváltást megelőzően is szembetűnő volt a nyugat-európai országokhoz viszonyítva. Az elmúlt másfél évtizedben a helyzet csak romlott, az elmaradás mind az egészségmegőrzés, mind az egészségügyi ellátásra fordított eszközök tekintetében fokozódott.

Riasztó adatok

A helyzet kilátástalanságára riasztó adatok hívják fel a figyelmet. Magyarországon 1990-ben a férfiak 40 éves korukban várható élettartama 6,3 évvel maradt el a nyugat-európai átlagtól. Ez a különbség 1999-re 7,5 évre növekedett, ennek következtében a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama ma rövidebb, mint háromnegyed évszázaddal ezelőtt (1930-ban) volt.

Az életnek aligha van olyan dimenziója, amelynél a visszaesés ennyire drámai lenne, az egészségügy mostohagyereke a mindenkori kormánynak.

Csehországban és Lengyelországban valamelyest csökkenteni tudták az EU-átlagtól való lemaradásukat. Magyarországon, mint látjuk, ez nem sikerült. A környező országokban a helyzet még rosszabb, mint Magyarországon. Tekintettel arra, hogy a magyarság egyharmada a környező országokban él, nem túlzás, ha azt állítjuk, hogy egészségi állapotukat tekintve a magyarok a világ legveszélyeztetettebb népességei közé tartoznak.

A magyar népesség egészségi állapotának javítása – határon innen és túl – nemzetstratégiai szempontból kardinális fontosságú. Ennek ellenére az elmúlt másfél évtizedben a politika vajmi kevés figyelmet szentelt ennek a kérdésnek. Ez a kisebbségpolitikára is vonatkozik, holott például a vajdasági magyarság demográfiai és egészségügyi mutatói régóta riasztóak.² Ismeretes, hogy a magyar népesség számarányához viszonyítva itt követnek el legtöbb öngyilkosságot a világon, s hasonlóképpen magas az elmebeteg, a depresszióban szenvedő személyek valamint az alkoholisták száma.

Az egészséges élethez való jog

A Vajdasági Magyarok Demokratikus Közösségének, a vajdasági magyarok első politikai érdekvédelmi szervezetének 1990. szeptember 29-én elfogadott programja tisztában volt a kérdés fontosságával. Kimondta, hogy az egészséghöz való jog minden ember legalapvetőbb joga, s hogy e jog gyakorlásának lehetőségét a társadalomnak kell biztosítania, ami csak úgy képzelhető el, ha az egészségügy is részévé válik az önszerveződési és demokratizálódási folyamatoknak.

„Az egészséges élet követelménye nem szólam számunkra, hanem megmaradásunk feltétele. Várható életkorunk kerek tíz évvel kevesebb, mint a határainktól nyugatra élő népeké. A szervi betegségek mellett az öngyilkosság és az alkoholizmus is szedi közülünk áldozatait. Nem vigasz számunkra, inkább növeli aggodalmunkat, hogy a velünk együtt élő népek életkilátásai sem sokkal jobbak. Ennek a túrhetetlen népegészségügyi helyzetnek a megváltoztatását társadalmi megújulásunk legsürgősebb feladatai közé soroljuk.”³

Sajnos, mint annyi más kérdés, ez is hamar lekerült a politikai követelmények listájáról. Az egészségügyi ellátásban mutatkozó területi és szociális különbségek felszámolásáért való küzdelemtől, amelyért a VMDK síkraszállt, a kisebbségpolitikusok később teljességgel megfélemlítettek. Az egészségügyi intézmények nagyobb önállóságának gondolata együtt merült feledésbe a tudomány, az oktatás, a művelődés, a környezet- és szociális védelem hathatósabb támogatásának igényével, illetve a kisebbségi autonómia követelményével. Ez nem csökkenti a Vajdaságban elsőként létrejött magyar érdekvédelmi szervezet érdemét, amely már 1990-ben megfogalmazta az egészségügyi ellátásban mutatkozó különbségek felszámolásának szükségességét.

Kisebbségi körülmények között az egészségügyi helyzet annál inkább nyugtalanító, mivel a magyar nemzetrészeknek sem módjuk, sem lehetőségük egészségi érdekeiknek megjelenítésére, források biztosítására és alkalmas intézmények kiépítésére. A Magyar Nemzeti Tanács programjában az egészségvédelem már egyáltalán nem szerepel. Ez nem azt jelenti, hogy nincs égető szükség a jogegyenlőség megteremtésére, a nyelvhasználat biztosítására, az anyanyelvű tájékoztatásra, a magyar népesség egészségi állapotáról való megfélemlítést azonban – a politikai restségen kívül – nem magyarázza semmi.

Sajnos, nemcsak a pártok, a kormányok, de maga a közvélemény sincs tisztában az egészséghez való jog fontosságának a kérdésével. Ennélfogva az egészségpolitikai kérdések a pártok választási programjában csak tessék-lássék szerepelnek. Így van ez Magyarországon is, ahol azonban az egészségügy működési zavarainak a sajtóban jóval nagyobb teret szentelnek, mint például Szerbiában.

Szerbiai állapotok

Szerbiában később került sor a piacgazdaságra történő átmenetre, mint Magyarországon, ennyiben – a struktúra átalakítása és az egészségügyi intézményrendszer korszerűsítése szempontjából – a helyzet is áttekinthetlenebb. Az alapvető trend azonban itt is, ott is hasonló: az elszegényedő állam visszavonul a költséges szférákból, a jóléti – köztük az egészségügyi – kiadások drasztikusan csökkennek.

Az egészségügyi hálózat átszervezése Szerbiában is kezdetét vette, a szerb gazdaság strukturális problémái miatt azonban az egészségügy nagyobb fokú támogatására nem lehet számítani. Szerbiában 2005-ben a bruttó társadalmi össztermék az 1989. évi bruttó társadalmi összterméknek mindössze az 56 százaléka volt. Ugyanakkor mélyül a gazdasági válság: az infláció itt a legnagyobb Európában, négyszer nagyobb, mint más volt szocialista országokban.⁴

A Szerbiában (azon belül a Vajdaságban) folyó egészségügyi átszervezésben az egészségházak nehezen találják meg a helyüket. Az átszervezés valójában újabb pénzelvonást jelent, amely különböző osztályok bezárását eredményezi, és azt, hogy a közeljövőben az egészségügyi dolgozók mintegy 40 százaléka marad munka nélkül. Amellett, hogy a helyi egészségházak (rendelőintézetek) üzemeltetése nagy gondot okoz, fejlesztésre nem futja, az emberekben fokozódik a bizalmatlanság a szerbiai egészségügy iránt. Elégedetlenek az ellátás színvonalával, a hálapénzzel. Az egészségügy hitelét különféle találgatások is rontják.

A 90-es években Szerbia a szervkereskedelemmel foglalkozó maffia egyik fő célpontja volt. Emberek százai tűntek el akkoriban, eltűnésükkkel nem foglalkozott senki. (A menekültek és az áldozatok számát azóta sem sikerült tisztázni.) Ma már a szervkereskedelmet szigorúan büntetik, 1–12 év jár annak, aki ilyesmivel foglalkozik. Ennek ellenére az újságokban megjelennek hirdetések, amelyekben egyesek saját (?) szerveiket kínálják eladásra. Egy újvidéki férfi 50 000 euróért árulta saját veséjét. Az Egyesült Államokban 30 000 dollárt fizetnek érte, 25 000-et egy májért, 5000-et egy szemért.⁵ Az eladott szervek átültetésére külföldön kerül sor. Köztudott például, hogy Kínában 15 000 dollárért ültetnek át egy vesét.

Demográfiai helyzet

Az életkor megoszlása néhány európai országban ⁶			
Ország	0–14 év	15–64 év	65 év és felette
Horvátország (1999)	19,8%	67,8%	12,4%
Németország (1998)	15,9%	67,0%	15,9%
Anglia (1998)	19,2%	65,1%	15,7%
Magyarország (1999)	17,2%	68,2%	14,6%
Lengyelország (1996)	22,2%	66,5%	11,3%
Szlovénia (1999)	16,3%	69,9%	13,8%

A 2002-es népszámlálási adatok szerint Szerbiának (Kosovo nélkül) 7,5 millió lakosa volt. Az átlagéletkor Közép-Szerbiában 40,4, a Vajdaságban 39,8 év. A várható életkor az 1999/2002. évben Közép-Szerbiában a nőknél 75,1 év, a férfiaknál 69,9 év, a Vajdaságban a nők esetében 73,3, a férfiak esetében 67,7 év.⁷

Az elmúlt években a népesség struktúráján belül lényeges változások mentek végbe. Csökkent a fiatalabb korosztályok aránya: az 1–14 év közötti korcsoportokhoz tartozók száma az 1991-es 23,2%-ról 15,7%-ra (2002) csökkent, az 50 év felettek aránya pedig növekedett.

A természetes szaporulat 1950-ben Közép-Szerbiában még 15,6, a Vajdaságban 11,5 ezrelék volt. 1992-től a népszaporulat negatív irányt vett, és a természetes szaporulat jelentősen csökkent, jelenleg Szerbiában -2,5, a Vajdaságban -5,5 ezrelék.

A 10 és 24 év közötti fiatalok száma Szerbiában (Kosovo nélkül) 2002-ben 1 447 910 fő volt. Közép-Szerbiában 1 045 896, a Vajdaságban 402 014. A fiatalok lakosságon belüli részaránya Szerbiában (Kosovo nélkül) 19,31%, Közép-Szerbiában 19,1%, a Vajdaságban 19,78% volt.

A 2002-es népszámlálási adatok szerint Szerbiában jelentős migráció ment végbe, ami a fiatal korosztályokra is jellemző. A 10–14 évesek közül 15 861 fiatal változtatott lakóhelyet, a 14–24 év közötti korosztályból 46 518.

A fiatalok egészségügyi és szociális helyzete

Szerbiában a népesség egészségügyi kultúrája igen alacsony színvonalú. Sem az iskolai oktatásban, sem a köztudatban nem alakult ki az egészségesebb, kulturáltabb, igényesebb életmódra való nevelés igénye. A tudatos egészségvédő magatartás, az élet megbecsülésére való törekvés úgyszólván teljesen idegen. Nem alakult ki az a felfogás, hogy az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota (WHO). Az emberek akkor fordulnak orvoshoz, amikor a tünetek már súlyos gondot jelentenek számukra.

A fiatalok körében végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy növekszik körükben az alkoholfogyasztás, a dohányzás, és igen magas a balesetek száma. A vizsgálatok rámutattak a mentális természetű problémákra: A fiatalok 54,7 százaléka rendszeresen vagy alkalmanként dohányzik, 97,4%-a van kitéve a passzív dohányzásnak. Az egyetemisták 27%-a aktív dohányzó, míg 93,5%-a a dohányfüst passzív szenvedője. A 11–15 éves korosztályhoz tartozó fiatalok 57%-a fogyasztott már alkoholt, 35%-a legalább egyszer ittas volt. Az egyetemisták 96,5%-a fogyasztott alkoholt, a fiúk 71%-a, a lányok 35%-a volt már ittas.

Egyre jobban terjed a kábítószer-élvezés is. A 12–20 éves fiatalok korosztályában 8,4% már kipróbálta a marihuánát, 0,6% az extazit, 0,4 % a kokaint, 9,9% szívesen fogyasztana valamilyen kábítószerrel, ha hozzájutna.

Különböző viselkedési zavarok, öngyilkossági kísérlet, függőségi betegségek, identitásproblémák, depressziós tünetek stb. miatt a középiskolás és egyetemista populáció 1/3-a veszélyeztetett csoportba tartozik.

Az okok többrétűek. A tudatos egészségvédő magatartás hiánya mellett hiányzik az önálló életszervezés gazdasági és szociális alapja is. Nagy a munkanélküliség, súlyos gondot jelent a lakáshiány, szűkösek az anyagi lehetőségek. A munkaviszonyban levő fiatalok 50 százaléka, a munkanélküliek 70 százaléka él együtt szüleivel. Háromnegyedük azon a véleményen van, hogy szüleinek a helyzete rosszabb, mint a 90-es években volt. Az elhúzó társadalmi válság miatt a fiatalok ezrelékével hagyták el az országot.

Külön a magyar populációra vonatkozóan nincsenek adataink, a kisebbségek hátrányos megkülönböztetése, a rájuk nehezedő nyomás miatt azonban a helyzetük még súlyosabb. Az elmúlt években az erőszakos mozgósítások miatt a magyar fiatalok körében nagyobb arányú volt a menekülés és kivándorlás.

Az egészségügyi reform alapvető kérdései Szerbiában⁸

Az egészségügyi politikának a jelenlegi helyzetben a következő alapvető kérdésekre kellene választ adnia:

- Mi a szerepe az egészségnek és az egészségügynek Szerbia fejlődésében?
- Mi a (központi, regionális és helyi) kormányzati politikának a szerepe (feladatköre) a társadalom egészségi állapotának javítása terén?
- Hogyan javítható a lakosság egészségi állapota?
- Hogyan csökkenthető az egészségi állapot terén tapasztalható regionális, etnikai és szociális egyenlőtlenségek?
- Mennyit költsön a kormány (tartomány, község) a közpénzekből az egészségügyre?
- Hogyan, milyen mértékben viseljük a társadalom egyes csoportjai az egészségügyi rendszer működtetésének terheit?
- Hogyan biztosítható a tulajdonváltással az egészségügyi rendszer finanszírozhatósága?
- Hogyan javítható a csökkenő erőforrások elosztásának és felhasználásának az eredményessége?
- Hogyan biztosítható a minőség és a hatékonyság érvényesülése az egyes egészségi problémák kezelésében?
- Milyen feladatmegosztást célszerű kialakítani az állami (társadalmi) és a magánszektor között az egészségügy finanszírozása, a szolgáltatások és a szabályozás területén?

Kérdéseket sorolhatnánk tovább, ettől azonban nem jutunk közelebb a megoldáshoz. Kezdeményezések, programok, stratégiai célkitűzések vannak ugyan, a gyakorlatban azonban az egészségügyi kiadások és a gazdaság jövedelemtermelő képessége között kiéleződött feszültség miatt többnyire ígéretek maradnak.

Az egészségügy finanszírozásának terhei Szerbiában is igazságtalanul oszlanak meg a társadalom tagjai között. Aránytalanul nagy teher hárul az aktív lakosság ellenőrizhető jövedelmű részére, amelynek a többsége már amúgy is a szegénységi küszöb alá került.

A szociális és piaci szempontok ütközése

A „szociális” és „piaci” szempontok között nehéz kompromisszumos megoldást találni. Egyrészt nagy a társadalmi nyomás az államra a szolidaritási elvű közfinanszírozás fenntartása tekintetében, másrészt a kérdés nem oldható meg a közpénzek újraelosztásával: a hatékonyság és a minőség javulása érdekében piaci típusú ösztönzőket kell bevezetni, és versenyhelyzetet kell teremteni az egészségügyi szférában is.

Az eredmény: az egészségügy tartósan alulfinanszírozott. Ennek következtében az orvosok és az egészségügyi személyzet fizetése nagyon alacsony más foglalkozási csoportokkal összehasonlítva, másodsorban az infrastruktúra állapota is romlott, az egészségügyi technika színvonala mind jobban elmarad a fejlett országokéhoz képest. Szerbiában is nehezen tör utat magának az a felismerés, hogy egy ország gazdaságának növekedése összefüggésben áll a lakosság egészségének javulásával. A jobb egészség gazdasági növekedéshez vezet, a rossz viszont egyik akadály a gazdasági fejlődésnek.

Lehet, hogy az egészségügybe való befektetés közvetve a gazdaságba való befektetést jelenti, ott azonban még nem tartunk, hogy a pénzügyminiszter tárgyalásba kezdene az egészségügyi miniszterrel abban az ügyben, hogy hogyan járulhatna hozzá a gazdaság fellendítéséhez az egészségügyi reformokon keresztül. Nemcsak Szerbiában nehéz ezt elképzelni.

A legtöbb magas jövedelmű országban is úgy tekintenek az egészségügyi reformokra, mint „költségekre”, amelyeket féken kell tartani. Pedig az egészségnek a gazdaság szempontjából fontos szerepe van. A várható élettartam és a felnőtt mortalitás mutatószámokban kifejezett aránya szilárd előrejelzője az elkövetkezendő gazdasági növekedésnek. Ami fordítva is igaz: a rossz egészségügyi mutatók, illetve az egészségügyi rendszerben tapasztalható anomáliák negatív hatással vannak a gazdaságra.⁹

Ezen a téren változás talán attól remélhető, ha Szerbia megindul az Európai Unióhoz való felzárkózás útján. Jelenleg a korábbi 15 és a 10 új tagállam közötti jövedelmi különbségek igen nagyok, de a szemléletben fennálló szakadék is nagy. Még nagyobb a szakadék az EU-tagok, és a csatlakozásra váró országok esetében. A felzárkozási igény Szerbiában is megkerülhetetlenné teszi a lakosság egészségügyi szükségleteinek felmérését és az egészségügyi reformok terén elért eredmények folyamatos monitorozását.

Az egészségügyi rendszer átalakulásának főbb lépései Magyarországon

Magyarországon – bár ellentmondásokkal és konfliktusokkal terhelt –, de lényeges változások mentek végbe az egészségügyi rendszerben.¹⁰

- 1989-ben lehetővé vált az egészségügyi vállalkozások működése.
- 1990-ben az egészségügyi intézmények működési kiadásainak finanszírozása átkerült az újonnan létrehozott Társadalombiztosítási Alaphoz; a fejlesztések finanszírozása továbbra is költségvetési feladat maradt.
- 1990-ben az önkormányzatok tulajdonába kerültek a korábban a tanácsok által működtetett egészségügyi intézmények.
- 1992-ben bevezették a háziorvosi rendszert.
- 1992-ben a társadalombiztosításról szóló törvény módosításával megszűnt az állampolgári jogosultság.
- 1993-ban kialakult a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatása.
- 1992-93-ban elkezdődött a finanszírozási rendszer átalakítása.
- 1993-ban lehetővé vált az önkéntes pénztárak létrehozása.
- 1995-96-ban kormányzati intézkedések történtek a kórházi kapacitások csökkentése érdekében.
- 1997-ben az Országgyűlés elfogadta az Egészségügyi Törvényt.
- 1998: a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásának megszüntetése.
- 2000: az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény (a működtetési jog privatizálása)

A fentiek eredményeként az egészségügyi rendszer makrokeretei formálisan összhangban állnak a nyugat-európai egészségügyi rendszerek és reformok általános jellemzőivel, a lényegét illetően azonban semmi sem történt: a lakosság színvonalas egészségügyi ellátására, az egészségügyi intézmények finanszírozására és korszerűsítésére nincs pénz.

Van-e megoldás?

Az egészségpolitikában bekövetkezett változások tulajdonképpen sehol sem hoztak látványos megoldást az egészségügyi rendszer működésének alapvető problémáira. A tulajdonviszonyok és a finanszírozási rendszer módosításával nem sikerült a szereplők érdekeltiségét és az alapvető egészségpolitikai célokat összhangba hozni. Az egészségügyi dolgozók alulfizetése, az ellátás színvonalával való elégedetlenség, a hálapénz, a napi működés feszültségei fennmaradtak, sőt még inkább kiéleződtek.

Sokan úgy vélekednek, hogy az egészségpolitikában tulajdonképpen nem történt paradigmaváltás: sem a kormányzat, sem az egészségügyi dolgozók, sem az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők érdekeiben és nézeteiben nem történt érdemi szemléletváltás.

A jelenleg uralkodó felfogás szerint korlátozni kell az állam szerepét az egészségügyben, és ezzel együtt növelni az egészségpolitika mozgásterét. Nem szabadna azonban megfeledkezni arról, hogy ez az átalakulás a társadalmi-gazdasági folyamatok függvénye, amely csak bizonyos fejlettségi szinten jár eredménnyel. Sem a társadalmat, sem a gazdaságot nem lehet rendeletileg olyan helyzetbe hozni, hogy mindenki számára biztosítsa a teljes testi, szellemi és szociális jóléti állapotot, valamint a betegségek hatékony gyógyításával a korai halálozás elkerülését, ha ehhez hiányzik a lakosság egészségkultúrája és a gazdaság teherbíróképessége.

Miközben jobbra csak a finanszírozásról folyik a vita, nem vált nyilvánvalóvá, hogy a társadalom egészségi állapota és az ország fejlődési lehetősége szoros összefüggésben állnak egymással.

Az életminőség alakulása

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között a gazdaság fontos szerepet játszik, de nem ez a cél. A társadalom fejlettségi szintjét az élet minősége jellemzi. A gazdasági növekedés csak eszköz ennek a célnak az eléréséhez.

Az uralkodó szemlélet pontosan ennek az ellenkezője. Egy ország fejlettségi szintjét annak alapján méri, hol áll az egy főre jutó GDP alapján az országok rangsorában. A mindennekfölött álló „cél” a gazdasági növekedés, a többi – a művelt, egészséges ember – csak „eszköz” ennek a „célnak” az eléréséhez. Ennek a nézetnek a másik jellemzője, hogy a gazdasági fejlődés úgyis magával hozza a magasabb műveltséget és az egészségi állapot javulását is. Magyarán: minden „jó dolog” a gazdasággal változik, következésképp a GDP szükségszerűen javítja az életminőséget.¹¹

Az utóbbi időben többen is megkérdőjelezték a gazdasági növekedés és az életminőség kapcsolatát. Az életminőség alapjául a következő tényezőket vették figyelembe: egészség, oktatás, politikai szabadságjogok, demokrácia, politikai stabilitás, háború, közlekedés, kommunikáció, osztályok és nemek közötti egyenlőtlenségek, továbbá az egészséget károsító szokások/termékek (ezekben a csoportokban összesen 81 indikátort alakítottak ki). A vizsgálatok eredményei szerint az indikátorok többségének időbeli alakulása nem mutatott szignifikánsan pozitív kapcsolatot a gazdasági növekedéssel.¹²

A társadalmi élet különböző szegmensei kölcsönhatásban állnak egymással, együttes fejlődésük vezet az életminőség javulásához. Bármely vonatkozásban tapasztalható lemaradás, az alapvetően meghatározza a lakosság egészségkultúráját, a testi, szellemi és szociális jólét állapotát.

A paradigmaváltás esélyei

Jelenleg a térségben mindenütt hiányoznak a feltételek egy radikális egészségpolitikai váltáshoz. Aminek realitása lehet: a kormányzati politikába beépülhetnek a tudatos egészségvédő intézkedések elemei. Vagyis a kormány számol azokkal a biológiai, környezeti, társadalmi feltételekkel és az egyén életmódjában rejlő kockázati tényezőkkel, amelyek a lakosság egészségét veszélyeztetik. A körülményektől függően a kockázati tényezők közül mindig más és más kerülhet előtérbe, ami eldönti, hogy adott helyen és időben mi kerül az állam egészségvédelmi politikájának a fókuszába.

Ismeretes, hogy a XIX. század végén, a XX. század elején a járványveszély csökkentése állt a közegészségügyi intézkedések központjában. A második világháború után az egészségügyi ellátásban tapasztalható egyenlőtlenségek felszámolására és az egészségügy fejlesztésére törekedtek. A hetvenes évektől az egyének egészségkárosító szokásai kerültek előtérbe, majd az elmúlt évtizedben az egészségügyi szolgáltatások költségeinek a csökkentése. Jelenleg a népesség egészségét veszélyeztető élelmiszer-technológiai és fogyasztási kockázatok jelentik a legnagyobb veszélyt, amelyek a táplálkozás biztonságát eddig soha nem tapasztalt módon fenyegetik.

Az állam visszavonulása

A kérdés a volt szocialista államok szempontjából így merül fel: sikerül-e a gazdasági fejlődésre irányuló kormányzati törekvést egy multiszektoriális egészségpolitikával összhangba hozni, vagy a népesség romló egészségét feláldozzák a fejlett országokhoz való gazdasági felzárkózás reményében?

A reformoknak a jelenlegi világgazdasági körülmények sem kedveznek. A „humán erőforrásokkal” a világ gazdag országai sem sokat törődnek. Ott is, itt is minden alárendelődik a globalizáció által felerősített, környezetet és egészséget romboló profitérdekeknek.

Felmerül a kérdés, hogy vajon nem téves politikai lépés-e ilyen körülmények között az egészségügy átszervezését napirendre tűzni. Olyan helyzetben nyúlni ennek az érzékeny szférának az átszervezéséhez, amikor az elszegényedő társadalom jelentős részének a napi megélhetés is gondot jelent. És amikor egy hosszú távú egészségpolitikai stratégia kialakításához a jelenlegi politikai közállapotok sem megfelelőek. Lehetséges-e konszenzust kialakítani az érdekelt felek között ott, ahol a súlyosbodó helyzet miatt mindegyik megrövidítve érzi magát?

Más kérdés, hogy reformokról tulajdonképpen nem is beszélhetünk. Egyszerűen annyi történik, hogy a hatalom centralizálására épülő kormányzati gyakorlat onnan von el eszközöket, ahonnan még tud. És az elsők között az egészség szempontjai rendelődnek alá az ún. „közérdeknek”. Az életminőség szempontjából a „közjó” természetesen mást jelent, nem nyereséget, erről azonban nagyon nehéz volna a hatalom megszerzésével és megtartásával elfoglalt pártokat meggyőzni. Az egészség alacsony politikai prioritása jelzi, hogy az egészségügy jobbára csak a fejőstehén szerepét tölti be. Ha ugyanis az élet nagyobb megbecsülése lenne a cél, az egészségi állapotra ható területeken az állam nagyobb szerepvállalására lenne szükség: a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentésére, az iskolázottsági szint emelésére, az egészségügyi rendszer fejlesztésére, beleértve a megelőzést szolgáló tevékenységeket is.

A térségben ezzel éppen ellenkező folyamat zajlik mindenütt: az állam az oktatásból, egészségügyből „visszavonul”, szerepvállalása – kivéve a pénzelosztást! – minden téren csökken. Az uralkodó neoliberális ideológia az állam működésének, feladatainak a sorából „eltüntette” a társadalmi aspektust. A valós közérdek képviselője, a közösségi infrastruktúrába (oktatás, egészségügy) való beruházás „eltűnt” az állam feladatai közül.¹³ Ezzel együtt az egészségügyi kiadások korlátozása vált a kormányzatok fő egészségpolitikai céljává.

Politikai döntésre váró kérdések

Felmerül a kérdés, hogy a közkiadások jelentős csökkentése mellett várható-e Szerbiában (vagy bárhol másutt) az egészségügy finanszírozásának a javulása? Mennyit lehet a közpénzekből egészségügyre költeni? Hogyan, milyen mértékben viseljük a társadalom egyes csoportjai az egészségügyi rendszer működtetésének terheit? Mindezek elsősorban nem gazdasági, hanem politikai természetű kérdések.

A kormányzati politikának az adott gazdasági feltételek mellett is általában jelentős mozgástér áll rendelkezésére. A kormányok élnek is ezzel a lehetőséggel: többnyire a közkiadások csökkentése mellett döntöttek, melynek következtében egyre kisebb az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből.

A magánfinanszírozással, térítési díjakkal, tulajdonváltással, versenyhelyeztetel stb. kapcsolatos hivatalos retorika ne tévesszen meg bennünket. Ez a közkiadások további csökkentésének a szándékát jelenti. Ennek az egészségpolitikának nem az egészségvédelem a célja, hanem az, hogy újabb elvonások reményében az „ingyenes” egészségügyi ellátás a lakosság minimális körére, a szegények ellátására szorítkozzon. Annak, hogy a kormányzatok nem fordítanak elég forrást a közfinanszírozású egészségügyi rendszer modernizálására, politikai okai vannak. Ez a trend megváltozhat, hiszen a mindenkori kormányzás számára több választási lehetőség kínálkozik.

- Az elvonások következtében az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből tovább csökken. Folyománya: állandósulnak a működési zavarok, a társadalom fizetőképes csoportjai élni fognak a korszerű egészségügyi ellátás nyújtotta lehetőségekkel, a többi meg vessen magára!
- Stabilizálódik a GDP-ből való jelenlegi részesedés. Folyománya: az alapvető feszültségek fennmaradnak, és a gazdasági növekedés függvényében javulhat vagy romolhat az egészségügy állapota.
- Az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP-ből jelentősen növekszik. Folyománya: új források birtokában sor kerülhet az egészségügy jelentős korszerűsítésére.
- Az egészségügyi kiadások növekedése tartósan meghaladja a GDP növekedési ütemét. Folyománya: sor kerülhet az egészségügy rövid távú konszolidációjára és hosszú távú korszerűsítésére.

A kérdés tehát – a politika és a gazdaság oldaláról – az, hogy az egészségügyi közkiadások csökkenjenek, a GDP-vel megegyező ütemben növekedjenek, avagy a GDP-n belüli részarányuk megemelkedjen.

Ha az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-ből tovább csökken – jelenleg ez látszik valószínűnek – az egészségügy reformjától nem várható semmi. Ellenkezőleg, a várt pozitív hatások elmaradása felerősíti a társadalmi elégedetlenséget más téren is. Az egészségügyi rendszer átalakulását természetesen nemcsak a kormányzati döntések befolyásolják, hanem más tényezők is: spontán társadalmi folyamatok, a globalizáció pozitív és negatív hatásai, az uniós elvárások, a piaci szereplők stb.

Zárszó helyett

Az egészségügy helyzete, illetve az élet megbecsülésének és az egészségi állapot megőrzésének az igénye összetett kérdéskör. A magyar népesség egészségét veszélyeztető kockázati tényezők igen sokfélék. Az egészségügyi reformok ebből a szempontból legalább annyi veszélyt rejtenek magukban, mint amennyi esélyt kínálnak az életminőség javítására.

Látnunk kell azt is, hogy nem elég a közfinanszírozású rendszerek – köztük az egészségügy – hatékonyságának és minőségének javításáról beszélni, ha ehhez nem társul valós politikai szándék. Ideje lenne a közjó fogalmát átértelmezni, és nem a gazdaság növekedésében látni az élet célját és értelmét, hanem a gazdaságnak kellene szolgálnia az ember teljes élet iránti igényét.

Amilyen nagy horderejű vállalkozás az életminőség javítására irányuló törekvés, olyan kicsi egy ország, különösképpen egy nemzet rész mozgástere. Mindez korántsem jelenti azt, hogy számunkra nem kardinális fontosságú ez a kérdés.

¹ Ass. mr sc. dr Svetlana Kvirgić: Zdravlje za sve – politika za XXI vek

² Hódi Sándor: Pszichózisok és öngyilkosságok területi és etnikai megoszlása Vajdaságban. In Uő.: Táj és lélek. Újvidék, 1989, Forum Könyvkiadó.

³ Egészséges életet. A VMDK programja. Ada, 1991. március. 55.

⁴ Figyelmeztetnek a közgazdászok. Magyar Szó, 2006. február 25., 26.

⁵ Tórnó Margaréta. Szervátültetésben is utolsók vagyunk. Magyar Szó, 2006. február 25., 26.

⁶ Migracija i zdravlje. Strateško usmerenje savezne vlade 2002–2006. In www.bag.admin.ch

⁷ Nacionalna strategija za razvoj i zdravlje mladih u Republici Srbiji. 25. oktobra 2005. godine. Radna verzija. Autori: Radna grupa za izradu nacionalne strategije.

⁸ Simić, Snežana: Reforma sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji.

⁹ Forrás: <http://europa.eu.int/comm/health/>

¹⁰ Orosz Éva: Lehetséges-e egészségpolitikai paradigmaváltás? In Útközben. Tanulmányok a társadalomtudományok köréből. Budapest, 2001, Új Mandátum Kiadó.

¹¹ Orosz Éva: i. m. 297.

¹² Easterl, William: Life during Growth. International Evidence on Quality of Life and Per Capita Income. Washington, 1999, The World Bank. Policy Research Working paper 2110.

¹³ Orosz Éva: i. m.



[Lennert Géza: Termékeny Vajdaság]