

Egészségpolitika – gazdaságpolitika

A jelen tanulmány egyrészt láttelelet szeretne adni a magyar gazdaság egy fontos ágazatáról, s ami még fontosabb, a magyar társadalom egészségi állapotáról. Hosszabb idejű gondolkodás terméke; nem napi aktualitások ihlették. Ámbár, a 2020-as év járványa során talán a téma mindenképpen felértékelődik. A hosszabb ideje történő foglalkozásnak egy hátulütője, hogy nem minden adat a legfrissebb benne. Szakemberek minden részletet jobban tudhatnak, s frissebb adatokkal is szolgálhatnak. De a tendenciák és problémák komplex érzékeltetésére mindenképpen alkalmas. És talán arra is, hogy egyfajta holisztikus megközelítésben kiemeljen olyan tényeket, amelyek talán a társadalom, és a döntéshozók figyelmének nem voltak eddig eléggé a központjában. Kérem, tartsanak velünk e rövid áttekintés néhány oldalán!

(Élettartam-életminőség) Az élet időhöz kötött. A születés és a halál közötti időtartam hossza egy ember élettartama. A várható élettartam az emberiség fejlődése során tendenciájában emelkedett. Magyarországon most (2017-es adat alapján) a születéskor várható élettartam 76 év. Ez öt-hat évvel elmarad a nyugati országok átlagától.

A 20. század elején a Magyarországon várható élettartam 20 évvel maradt el az akkor legjobb eredményt felmutató svéd adatoktól. 50 évvel később már csak 10 év volt az elmaradás, majd újabb ötven év kellett ahhoz, hogy 6-7 évre csökkenjen a különbség. Ma 5-6 év az elmaradás. Nemzetközi kutatások szerint elég erős korreláció van az egy főre jutó GDP és a várható élettartam között. (A korrelációs együttható 0,83.) Mégsem mondhatjuk azt, hogy csak ez a meghatározó. Legalább ilyen fontos a tanultság, a műveltségi színvonal. A 20. század eleji svéd–magyar differencia mögött ott láthatjuk, hogy akkor Svédországban az analfabetizmus 1%-os volt, Magyarországon pedig 40%.¹ Egyértelműen alátámasztják ezt a *várható élettartam* adatok. Míg az európai országoktól, ahol az egy főre jutó GDP 50-70%-kal magasabb, mint nálunk, a magyar lemaradás 5-6 év; az USA-tól azonban, ahol az egy főre jutó GDP kétszerese a magyarnak, csak 2 és fél évvel vagyunk lemaradva. Az ok mind a magyar, mind az amerikai társadalom szerkezetében rejlik. Az egyes populációk műveltségbeli egyenlőtlenségeiben, amely a két utóbbi országnál mutat bizonyos hasonlóságokat. Mindkét országban vannak olyan népességcsoportok, amelyek műveltségi szintje messze átlag alatti. Az európai országok nagy részében – jelenleg még – nincsenek ilyen markáns leszakadó csoportok. (Meglátjuk, mit hoz a migráció...)

A várható élettartam összefüggésben van az orvosi, egészségügyi ellátással is, ami mögött minden esetben megfelelő (vagy sem?) finanszírozás áll. Nem mondhatjuk, hogy egyenes az összefüggés, mert az USA-ban ötször annyit költenek személyenként az egészségre, mint Magyarországon, de az egészségügyi mutatók mégse térnek el jelentősen. Meg kell azonban jegyezni, hogy az európai országok közül azok, akik nálunk az élettartamban 5-6 évvel jobbat mutatnak fel, mint mi, a GDP-nek valóban nagyobb részét, 10-11 százalékát fordítják az egészségügyre. Ez az érték Magyarországon a 2015-ös adatok szerint csak 7%. Ebből a 7-ből az egészségbiztosító (akkor még OEP – 2017-től NEAK) részesedése kb. 4%.

Az élő szervezetek négy nagy rendszerből állnak: keringés, légzés, idegrendszer, emésztés és kiválasztás. A rendszerek létét és működését szervek biztosítják: agy és gerinc, tüdő, szív, erek, belek stb. Ezek az elsődleges szervek. Nélkülük nincs élet.

Vannak másodlagos szervek is, mint a mozgás, a látás, a hallás, a szaglás szerve. Ezek nélkül még él a szervezet, a szervek összessége. Megállapíthatjuk, hogy az élet ebben az értelemben nem más, mint a felsorolt rendszerek működése. Az egészség szűken pedig a rendszerek és szervek hibátlan működését jelenti. Hozzáteve: az egészség a teljes testi, mentális és szociális jóllét állapota, és nem csupán a szervek megfelelő működése, betegség- vagy fogyatékosság-nélküliség. Mindenesetre a várható élettartamunkat befolyásolja, hogy az idő előre haladásával az egyes szerveink kopnak, elhasználódnak. Rendszereink még működnek, de nem a korábbi színvonalon. A megszokotthoz képest romlik mind a fizikai, mind a szellemi tevékenységünk. Ezért nem lehet, nem szabad ugyanolyan követelményt támasztani az idősebb szervezettel szemben, mint egy fiatalabbal. De rajtunk is múlik, hogy a teljesítménycsökkenés ütemét tudjuk-e lassítani.

(Életvitelünk) A társadalmi, közösségi hatásokon kívül, amelyek befolyásolják a várható élettartamot, a döntő szerepet az *egyének életvitele* játssza. Az egészség, akárcsak a betegség, az élő szervezetek sajátossága.

Ezzel kapcsolatban egy európai felmérés néhány fontosabb megállapítását summázva, kiderül, hogy *bizony, felelőtlenül élünk*, az egészségünk szempontjából nézve. Noha a lakosság háromnegyede úgy gondolja, hogy sokat tehet az egészségéért, mégis

- a lakosság fele egyáltalán nem végez intenzív testmozgást,
- egyharmada csak keveset,
- és a lakosság 20%-a nem gyalogol egyfolytában még napi 10 percet sem (7-800 méter).
- A lakosság több mint fele túlsúlyos, a BM index értéke 25–30 kg/négyzetméter között van. A 30-as érték fölött már elhízásról beszélünk, és minden ötödik ember ebbe a kategóriába tartozik. (BM index: a testsúly kilogrammot osztjuk a méterben mért magasság négyzetével. Normál értéke: 18–25.)
- Dohányzás. A lakosság egynegyede dohányzik napi rendszerességgel Magyarországon. Másfél millió férfi, és 1 millió nő. A dohányzó férfiak fele, a nők negyede naponta átlagosan egy doboz cigarettát elszív. Őket nevezhetnénk – a nagyivók mintájára – nagy bagósoknak. . .
- Alkoholfogyasztás: 100%-os alkoholra számítva, a magyar egy főre jutó fogyasztás évente 13,2 liter, a 18 éven felüli 8,4 millió lakossal számolva. Ennél többet csak az írek és a luxemburgiak fogyasztanak. A nyilvántartott alkoholisták száma 2017-ben 15 000 fő. (2000-ben 42 000 fő volt.) Ez azonban csak töredéke az alkoholisták becsült 400 000 fős számának (KSH 2017, 3.4.18 tábla). Az európai (2009-es) felmérésben a WHO-normák szerint az alkoholistákat nagyivónak nevezik, ebbe a kategóriába azok tartoznak, akik hetente 14 korsó sört, vagy 1,4 liter bort vagy 3,5 dl röviditalt fogyasztanak rendszeresen. Nálunk a mértékletes ivók, akik ennél kevesebbet, de rendszeresen fogyasztanak alkoholt, 1 300 000-en vannak. Az alkalmi ivók száma 3,6 millió (őket nevezhetjük szociális ivóknak, vagyis akik alkoholfogyasztása alkalmyszerű, kulturált), és 3,1 millió az absztinensek száma.

Elemezzük a nagyivók² fogyasztását! A heti 14 korsó sör megfelel napi két korsónak. Az 1,4 literes borfogyasztás napi 2 deci, a tömény adata napi fél deci fogyasztását jelenti (rum, konyak, pálinka stb.). A közmegejtélés szerint a bor-sör mértékek – étkezés után – nem jelentenek nagyivót. A minden reggeli féldecit már szigorúbban ítéli meg a közvélemény. Talán azért, mert az étkezés közben vagy után elfogyasztott egy-egy deci bor teljesebbé teszi az étkezés örömet, a két korsó sör meg egyenesen szükségesnek látszik

a folyadékháztartás szempontjából. A sör, és fröccsként a bor a szomjúságot oltja, az égetett szesznek viszont nincs ilyen hatása. Legföljebb – mint a népi bölcsesség tartja – egy gyűszűnyi reggelente, „jó gyomrot csinál”. A magyar közvélemény nagyívónak csak azt tartja, aki a WHO-normák többszörösét fogyasztja naponta.

A WHO-normák szerinti „nagyívó” Magyarországon a napi két korsó sörre 500-600 forintot költ, aki két deci bort iszik naponta, – 2000 Ft-os literenkénti árat számolva – 400 forintot dorbézol el. (Persze, ha valaki kannás bort fogyaszt 250Ft/l árral, az csak napi ötven forintot költ, míg aki 10 000 Ft-os bort fogyaszt, annak a két decivel 2000 Ft csúszik le a torkán naponta...

Sörben mérve heti 3500-4200 Ft, havi szinten 14-17 ezer forint, borban mérve, valamivel kevesebb mint 12 000 Ft terheli a családi költségvetést. Ezek az összegek a nettó nemzetgazdasági átlagbérnél 6-8%-át teszik ki. (2017-ben 207 000 Ft volt a nettó átlagkereset.) Ez több, mint amennyit a háztartások átlagosan az egészségre költenek. Kicsit tovább számolva, a nemzetgazdasági átlaggal számolva, egy kétkeresős, kétgyermekes családban az egy főre jutó jövedelem 100 000 Ft. Ha a nagyívó ebből a „rá eső” összegből költi el „piára” a pénzt, akkor az tényleg jelentékeny hányad. Ha dohányzik is a személy, a cigaretta árát nagyon szerényen véve naponta ezer forintnak, az havi harmincezer forint, ami két és félszerese a „nagyívás” költségének, a családban rá eső jövedelem egyharmada... Ha még eszik is hét közben valahol, utazási költsége is van, akkor bizony kevésbé tud hozzájárulni a maga részéről a család összes többi kiadásához, a rezsizhez, telefonhoz, és a többihez. Mindezt tehát a többi családtagra eső részből kell a családnak kigazdálkodnia. (És mi van, ha a család mindkét felnőtt tagja hódol a szenvedélyeknek?) A család többi tagjának is rontja az életminőségét, és csökkenti várható élettartamukat...

Az egymillió nagy bagós évente 360 milliárd Ft-ot költ szenvedélyére. (Ez nagyjából a magyar GDP egy százaléka.) A 400 000 nagyívó éves szinten további 60-80 Mrd Ft-ot költ. Együttesen ez a folyó egészségügyi kiadások 16-17%-át teszi ki!

Mindkét terméket komoly adó terheli, ez a központi költségvetésben jelentős bevételt biztosít. Érthető, ha ezekhez minden pénzügyminiszter ragaszkodik... Igaz, hogy amit egyik kezével bevesz, a másikkal kiadja, hiszen az egészségügyi kiadások jelentős hányadát az élvezeti cikkek fogyasztása miatti betegségek gyógyítására kell fordítani.

Mindent összegezve, látható, hogy sokat teszünk várható élettartamunk *megrövidítésére*. És még nem is beszéltünk arról, hogy ki és mi rombolja még folyamatosan egészségünket. A gyógyszerek, kemikáliák, létbizonytalanság, kilátástalanság. Több elemzés szól arról, hogy pl. az USA-ban az orvosi műhibákba, a gyógyszerek mellékhatásába és a kórházi fertőzésekbe többen hálnak bele, mint ahányan meghalnak rákban, vagy érrendszeri megbetegedésekben. Ez elég megdöbbentő információ!³ Több betegséget okozunk az orvosi technológiák révén, mint amennyi betegséget okozó tényezőt semlegesítünk... A stressz, a testmozgás hiánya, a túlzott kalóriabevitel, és a sok vegyileg befolyásolt élelmiszer, valamint a tágabb értelemben vett környezeti hatások azok a tényezők, amelyekre nem fordítunk kellő figyelmet. S ezt további orvosságok bekapkodásával nem tudjuk megszüntetni...

(Mit gondolunk magunkról?) Ráadásul, nem is vagyunk tudatában helyzetünknek. Nézzük csak, hogyan ítéljük meg egészségi állapotunkat!⁴

2017-ben a felnőtt lakosság 60%-a úgy vélte, hogy egészsége nagyon jó, vagy legalábbis jó. Közel 30%-a is kielégítőnek találta, és csak 13% állította, hogy rossz, vagy nagyon rossz az egészségi állapota. Vagyis a felnőtt lakosság majd kilenczede elégedett az egészségi állapotaival. Ezek a kategóriák idős korban azért változnak: a 75 éven felüliek közül már csak

10% állította azt, hogy jó vagy nagyon jó az egészségi állapota, 45% tartotta kielégítőnek, és 45% panaszolta, hogy kifejezetten rossz, vagy nagyon rossz az állapota...

A várható élettartam tekintetében kiemeli az életminőség jelentőségét, hogy a legszegényebb ötödbe tartozók 83%-a volt elégedett az egészségével, de 17%-a rossznak, vagy nagyon rossznak tartotta. A felső ötödben 94% az elégedett, és csupán 6% tartja rossznak egészségét. Ezek az önértékelések szubjektívek, hiszen más adatok szerint (KSH 2009) a felnőtt lakosság 61%-a minősült krónikus betegnek, egy évtizeddel korábban. Noha akkor ugyanezen kérdések alapján 87% tartotta egészségesnek magát... Aki tehát egészségesnek tartotta magát 2009-ben, 4 közül 3 krónikus beteg volt. (Feltehetően 2017-ben sem változott ez lényegesen.)

A leggyakrabban előforduló kategóriák azok között, akik egészségesnek tartják magukat:

- a magas vérnyomás: a 15 éven felüli lakosság $\frac{1}{3}$ -a szenved ettől, s ugyanennyien szednek is erre gyógyszert, a 65 éven felüli korosztályban az arány 70%;
- szívritmuszavar: minden 9-10. embernél előfordul;
- cukorbetegség: a 18 éven felüli lakosság mintegy 10%-át érinti;
- gerincproblémák: minden második-harmadik embernél előfordul! (A 35–64 éves korosztályban minden harmadik, a 65 év fölöttieknél minden második szenved benne.)
- reumás panaszok, ízületi kopás: az időskorúak túlnyomó többségét jellemzi;
- krónikus depresszió: minden tizedik embert sújt;
- fájdalomérzet: a jó és megfelelő egészségűeknek is több mint kétharmada jelezte, hogy időközönként elviselhető fájdalmat érzett a felmérést megelőző egy hónapban (fejfájás, végtag-fájás). Súlyos, olykor elviselhetetlen fájdalomról minden 15-16. ember panaszkodott. Különösen az idős korosztályra jellemző a komoly fájdalom. A 75 éven felüliek -e említett panaszként kemény fájdalmat...

Hol van akkor annak alapja, hogy úgy gondoljuk, jó egészségi állapotúak vagyunk?

Pedig valóban tehetnének érte egy keveset... Megfelelő táplálkozással az emésztőrendszert, megfelelő testmozgással a keringési rendszert – amely a légzőrendszert is aktivizálja – kímélve „formában tarthatnánk magunkat”. Idegrendszerünk, agyunk „megfelelő terhelésével” elérhetnénk, hogy korlátozásmentes életet élhessünk, akár halálunkig. Az életkor meghosszabbodásával a demencia, „elbutulás”, egyéb szellemi zavar mára már komoly egyéni és társadalmi problémává vált. A másodlagos szervek esetében mesterséges eszközökkel az enyhébb korlátozottságot akár ki is lehetne küszöbölni (gyengén látás, halláskárosodás, protézisek stb.). A súlyosabb változatok esetében azonban már, vagy még, nem tudjuk orvosolni a bajokat...

(Egy egészségügyi felmérés adatai) Vizsgáljuk meg a 2009-es felmérés alapján a különböző korlátozottságokat!

A férfiak 50%-a, a nők 60%-a látásérült. A halláscsökkenés a 65 év fölötti korosztály minden negyedik tagját érinti. A rágás a felnőtt lakosság egyharmadának probléma, de ugyanakkor protézist csak 20%-a visel.

A mozgáskorlátozottság a leggyakoribb jelenség. Jól kifejezi ezt az alábbi próba: sik terepen 500 métert egyfolytában legyalogolni csak nehezen, vagy egyáltalán nem tud a 18–34 éves korosztályból minden 143. nő és 125. férfi. A 35–64 évesek közül minden 9. nő és 12. férfi panaszolja ezt. Ez az arány 65 év fölött: minden második nő és minden harmadik férfi. A 18 év fölötti összes népességre vetítve csak minden 6. nő, és minden 10. férfi jelzi ezt. A lépcsőn járás, lehajolás minden 5. nőnek és minden 10. férfinak

nehezen megy. A 65 éven fölüliek közül minden hetedik nem képes lépcsőn egy emeletre felmenni! Egy ötkilós bevásárlókosarat 10 méter távolságra elvinni minden hetedik embernek gondot okoz. (Nemenként: minden 5. nőnek és 11. férfinak.) A nők közül erre minden 16. egyáltalán nem képes!

A napi teendők végzésében a korlátozottság a 65 év fölötti korosztályt jellemzi. A bevásárlás a férfiak 28%-ának, a nők 44%-ának jelent problémát. Ezen belül azok aránya, akik egyedül nem is képesek erre, a férfiaknál minden 10., a nőknél minden 5. személy. A főzés a férfiak 20%-ának, a nők 10%-ának jelent nehézséget. A pénzügyek, hivatalos ügyek intézése mindkét nemnél 10-10%-ot érint, azaz, minden 10. személynek problémát okoz.

A felnőtt lakosság 5-10%-a általában korlátozott az önellátásban. 5% az, akit etetni kell, 10%, akinek a lefekvés-felkelés, székre ülés gondot jelent. 8-9% nem tud egyedül öltözni-vetkőzni. 9% csak segítséggel tud fürdeni, zuhanyozni. 6% a WC-t nem tudja egyedül használni... Ezen személyek 80%-át a családtagjai, rokonok, barátok, szomszédok, vagy ha mód van rá, fizetett gondozók segítik.

Talán ismert információ, hogy az egy főre jutó egészségügyi kiadás legnagyobb részét életünk utolsó évében használjuk fel. Rendkívül fontos lenne, hogy a megelőzést erősítve, „egészségesen haljunk meg”. Ez lenne a saját érdekünk, de az egész társadalom érdeke is. (Nem tekintve a gyógyszergyárak és az esetleges egészségügyi szolgáltatók érdekeit, akik ezen az időszakon „keresnek” leginkább...)

(Mit hozott a rendszerváltás az egészségügyben?) 1990–2016 között elmaradt a GDP növekedésétől az egészségügyi ágazat növekedése. (23,4-szeres a GDP átlagos emelkedése, szemben az egészségügyi ágazatban tapasztalható 16,5-szeressel.)

Az elmúlt 25-30 évben jelentős koncepcióváltások voltak az egészségügyben – és általában a társadalombiztosítás terén. (Említhető itt a teljesítményfinanszírozás bevezetése, biztosítási önkormányzatok létrehozása, majd megszüntetése... Kis intézmények megszüntetése. Nyugdíj-területen a II. pillér létrehozása, majd megszüntetése 2011-ben. A nagy rendszerekből történő *forráskivonás*, a költségvetés állandó hiánya miatt, amelynek fő oka a költségvetés súlyos eladósodása miatti folyó kamatterhek voltak.)

Nézzük kicsit részletesebben az egészségügyben végbement változásokat!⁵

Csökkentették az átlagos ápolási napokat és a kórházi ágyszámot. S közben szinte *nem nőtt* az elbocsátott betegek száma (2,3-2,4 millió). Az 1 orvosra jutó ágyszám 7-ről 5-re csökkent. Az egészségügyi személyzet jóval kevesebb, mint negyed százada volt. Csökken a kórházi személyzet száma is (55 ezerről 49 ezerre). Anélkül, hogy részletesen belemennénk, még megjegyezhetjük, hogy a protokoll is sokat változott: ma például sokkal több alapvizsgálatot végeznek el egy betegen, mint néhány évtizede.

Radikálisan megnőtt a szakrendelési órák és beavatkozások száma. Csökkent az egy beavatkozásra szánt idő (perc) és az egy pacienssel való foglalkozás időtartama.

Számtalan kérdés merül fel. Miért van mindez? Vajon a szakrendelők nagyobb vizsgálatigénye valóban a betegek érdeke-e, vagy a finanszírozás kényszerít rá? Van ilyen gyanú.

Mi a finanszírozásban bevezetett depresszió⁶ elvének magyarázata? (Nyilván az, hogy a döntéshozók is látták: van a rendszernek a túlzott szolgáltatásokra ösztönző hatása.)

Nincs a kisebb falvakban házi orvos. Miért? (Nyilván, mert általában kevés itthon az orvos, és mert a vidéki életfeltételek kevésbé vonzóak a fiataloknak. Vannak további tényezők, így pl. nincs szakmai háttér, könnyebb nagyvárosban a munkafeltételek biztosítása [pl. gyorsan elérhető radiológia stb..])

A helyzetelemzésben az egyik legfontosabb megállapítás a humántőke-állományra vonatkozik. *Előregedett a magyar orvos-társadalom.*

1990-ben még minden hatodik orvos, 2016-ban minden harmadik betöltötte a 60. életévét. Mi lesz tíz év múlva?! Mennyivel kellene növelni az orvosképzést, és hogyan lehetne elérni, hogy itthon is maradjanak? A fiatal orvosok nagy része külföldre kíván menni. Az orvosképzésnek a SOTE-n mintegy fele külföldi hallgató. Más orvosi karokon is jelentős a külföldi hallgatók száma. Ez az intézményeknek fontos bevételi forrás, de a magyar egészségügy helyzetén nem segít. Ugyan a külföldi hallgatók nem az államilag finanszírozott helyet veszik el, de egy nagyobb kapacitást tartanak fenn miattuk. A számok azt mutatják, hogy végeredményben kevés lesz az itthon munkát vállaló végzett orvosok száma. Sokan mennek külföldre, ennek legfőbb oka az általános bérszínvonal. A fiatalok külföldre menése mögött sok esetben továbbá szakmai ismeretszerzés vágya húzódik: nálunk elsősorban a rezidensképzéssel van baj: a kórházak olcsó munkaerőt látnak a rezidensekben, nem tanítanak, megalázó feltételek mellett kell dolgozni, szakmai (anyagi) féltések is jellemzőek, ezzel fiatalon a kiegészítő felé toljuk az orvosokat stb.

2016-ban a nettó átlagbér az *egészségügyi-szociális ágazatban* 103 000 Ft volt. Ez a *legalacsonyabb* a 23 magyarországi ágazat között! Lengyelországban az egészségügyi átlagbér a nemzetgazdaságinak 75%-a, nálunk 57%. (Pedig a lengyelek is hátul kullognak európai összehasonlításban az egészségügy részesedése terén...) Egyébként, 2016-ban a magyar nemzetgazdasági átlagbérek a 27 EU-tagállam között a 27. helyen álltak. Az egészségügy tehát az alacsonyabb is a legalacsonyabbja volt! Ez sok mindent megmagyaráz.

(Az egészségügy és gazdaságpolitika) Társadalmi cél az egészséges emberi élet biztosítása, a betegek kellő szinten való ellátása. Ezt kell szolgálnia a gazdaságpolitikának is. Ha a fent felvázolt adatokból gazdaságpolitikai következtetést szeretnénk levonni, első helyen a költségvetési újraelosztás rendszerének szükséges változtatása áll. Nyilvánvaló, hogy nem tartható tovább az egészségügyre fordított összeg leszorítása, beleértve mindenekelőtt az egészségügyi béreket. Ennek bevétel- és kiadásoldali következményei is lehetnek, nagyon fontos a vállalkozások ösztönzése, de nem öncél. Ha az emberek magasabb bérekhez juthatnak, viszont az egészségügyi ellátásuk romlik, nem értük el a kívánt társadalompolitikai célt. Ha levesszük a bérarányos adókat (szociális hozzájárulás) ahelyett, hogy annak egy jelentős részét inkább az egészségügyre fordítanánk, az embereket belekényszerítjük a magán-egészségügybe, vagy a nem kívánatos paraszolvenciába. Így amit az egyik kézzel adtunk, azt a másikkal elveszük. Ezért a gazdaságpolitikának szélesebb horizontú fiskális és egészségügyi politikára van szüksége.

Ugyanakkor maga az egészségügy fontos gazdasági ágazat lehet. *Akár húzóágazat is!* Komoly szerepe lehetne a szolgáltatóiparra alapozott gazdaságfejlesztésben. Hiszen a termelő szektoroknak is piacot jelenthet! Volt nekünk kiváló egészségügyi berendezéseket gyártó vállalatunk, a Medicor. Fontos is lenne, hogy ezeket a gyártásokat újraélesszük, nem is jó a túlzottan koncentrált feldolgozó-ipari szerkezet, a döntően járműgyártásra irányuló fejlesztés, hiszen az nagyon a külföldi autógyártáshoz, annak jövőjéhez kapcsol bennünket. Az egészségügyi berendezések gyártására pedig tartósan szükség lesz – ez már most, a vírusválságnál eddig tapasztaltak szerint is előre borítékolható.

De ezen túl, maga az ágazat is képes lenne szolgáltatás-exportra. Mint ahogy látjuk, az egészségügyi oktatás jelentősen „exportképes”. Sok külföldi fizet azért, hogy itt tanulhasson nálunk. Tudjuk, fogászati kezelésre is sokan jönnek Magyarországra. Van azonban olyan, mindezidáig nem megfelelően kezelt magyar természeti kincs, a gyógyvíz-kapacitásunk, amire rá lehetne építeni egy vertikális ágazati szerkezetet. Megfelelő oktatáspolitikával és nemzetközi marketinggel, komoly húzó „iparág” lehetne! Itt nem arra gondolunk, hogy a fürdő-programokkal a lakosságunknak jobb szolgáltatást nyújtunk. Ebben történt

sok lépés, (olykor nem is eléggé kihasznált létesítményekkel...) De lehetséges lenne az EU-n belül a nemzeti tb-szervezetekkel egyfajta megállapodás megkötése, amely külföldi „vendégeket” is vonzana. Az itteni gyógyulás, gyógyítás versenyképes lenne! Kevesebbe kerülne adott esetben a külföldi társadalombiztosító intézményeknek, mint a más európai országokban megkapható hasonló szolgáltatások... Természetesen, ehhez nálunk nyelveket beszélő személyzet, s kellő humántőke-kapacitás kellene. Ami értelemszerűen az oktatáspolitikában is radikális változást követel, az érdemi nyelvtudás megszerzésében is! (Ezt a magyar turizmus is igényelné.)

Még egy fontos gazdaság- és területfejlesztési politikával kapcsolatos kérdés merül fel az egészségügyben. Összefügg ugyanis mindenképpen a nagyobb szubszidiaritásra, a helyi közösségek szerves fejlődésére alapozó politikával. Szinte minden jelentős teoretikus közgazdász hangsúlyozza a helyi társadalmak és gazdaság egyre növekvő fontosságát.⁷

Meggondolandó, hogy érdemes volt-e a racionalizálás és „költséghatékonyabb működés” jelszavával egy sor egészségügyi létesítményt megszüntetni a kisebb településeken. Fontos gazdaságpolitikai kérdés, hogy vajon nem lenne-e értelmes a megszüntetett kis egészségügyi intézmények reaktiválása. Különösen egy komolyabb járvány idején válik kétségesse a betegek hosszabb távra való szállíthatása. A lokális szemlélet azt kívánja, hogy a szolgáltatást vigyük közelebb az emberekhez! Ezzel humánusabb létet tennénk lehetővé, és több foglalkoztatási lehetőséget is biztosítanánk vidéken. Természetesen a korszerű, komoly ellátó centrumok fejlesztésével, a korszerű eszközellátás bővítésével párhuzamosan. Meglehet, hogy így egy törvényszerűen lefutó járvány időbeni elhúzására – ami azért nagy társadalmi veszteségekkel jár – nem kényszerítene az egészségügy teherbíró képességének olyan alacsony szintje, mint amit mára elértünk. A vidéki nagyobb városok relatíve kicsi intézményei a korábbi igen racionalizáló egészségpolitikában pazarlásnak tűntek, de ma már látszik, hogy a gazdaságosság és a biztonság arányos szemlélete talán megkíván tartalékokat e téren.

(„*Health or wealth?*”) A márciustól indult koronavírus-járvány első hullámának vége felé nem mehetünk el szó nélkül az egészségügy aktuális kihívásai mellett.

Sokan úgy vetik fel a kérdést: „egészség vagy gazdagság?” Pontosabban, *gazdaságot* kellene mondanunk. Napjainkban ugyanis a vírusjárvány hatására felvetődik a kérdés, hogy az egészség érdekében magvalósuló karanténok, korlátozások a gazdaságban igen jelentős visszaeséshez fognak vezetni. És akkor nemcsak a vállalkozóknak, a tőke-tulajdonosoknak nem gyarapszik a gazdagságuk, de megélhetés sem lesz, a bérből és fizetésből élőknek. Ezért, noha az első feladat most az emberéletek megmentése, a gazdaság talpon maradásával is foglalkozni kell majd. Különben nem lesz a jövőben sem termelt érték, amiből többek között az egészség-ágazat is többet kaphat.

Ez az érvelés nem alap nélküli. Most első mégis a járvány megfékezése. Elsősorban azért, mert az egészségügyi intézmények nem bírnák a rendkívüli terhelést. És nem terhelhetjük az orvosokra annak lelki terhét, hogy döntsenek élet és halál fölött. („*Who shall live...*”) Akinek nem jut készülék, az adott esetben meghal. Ezért le kell(ett) lapítani a járvány görbét, hogy aki kezeléssel megmenthető, megmentsük. Valószínűleg, ezzel nem lesz kevesebb beteg, de több lehet a gyógyult.

Fel kell ismerni, hogy ez a járvány egy világméretű háború. Ismeretlen, kegyetlen ellenség ellen. Aláhúzzuk: világméretű. A sűrűn lakott fejlődő országokban, lásd India, tragikus állapotok alakulnak ki. Egyes latin-amerikai országokban a híradás szerint

halomban vannak utcán a holtak. Nem csukhatják be a fejlett országok sem a szemüket mindez előtt, mert a jelen járvány nem ismer rasszokat, kasztokat, országokat. Foglalkozni kell ezért azzal, hogy a világméretű jövedelemaránytalanságot mérsékeljük, mert a nyomor kitűnő táptalaja ennek az „ellenségnek”.

S rendkívüli helyzet van a fejlett országokon belül is. A piacgazdaság nem tud önmagában megbirkózni a feladatokkal. Ha háború van, a hadviselés eszközeinek, logisztikájának bevetése indokolt. Erre hívta fel a figyelmet Bill Gates (már öt éve, az ebolajárvány idején)⁸. A gyors reagálás, az erőforrások államilag irányított átcsoportosítása, az azonnali védekezést célzó eszközök gyártásának, tábori kórházak felállításának haladéktalan megkezdése, tartalékos-humántőke állomány kiképzése, a kutatásra fordítható eszközök növelése – mind-mind, rendkívüli intézkedéseket követelnek. Háborús helyzetben nincs idő halogatásra. E. Phelps, Nobel-díjas közgazdász úgy véli⁹, hogy széleskörű gazdasági beavatkozásra lesz szükség a javak termelése és elosztása terén, hasonlatosan a II. világháborúban Amerikában is bevezetett intézkedésekhez.

Egyértelmű az is, hogy a jövő nem lehet olyan, mint a múlt volt. A gazdaságpolitikának változnia kell. Nem vizionáljuk a „hadiállapot” örökké való fennmaradását, de „békeidőben”, normális üzletmenet idején is készenlétben kell állnia a „tartalékosoknak”. Lényegesen nagyobb tartalékokkal kell működtetni a gazdaság „egészségiparát”, nem kifejejtve ebből a szociális munkásokat sem. Ezt nem szabad pazarlásnak tekinteni, hanem a *biztonság* szükséges árának. És ott, ahol elhanyagolták az egészségügy bérezését, ezt mindenképpen meg kell emelni...

Természetesen, mindenképpen lesznek súlyos vesztesei a járványnak a gazdaságban. A kormány nem hagyhatja, és nem is hagyja magára nálunk sem őket. A mentőakciónak elsősorban a munkahelyvédelemre kell összpontosítania, de a struktúrapolitika is fontos szerephez jut majd.

JEGYZETEK

- 1 Európai lakossági egészségfelmérés – 5 Adatok a vonatkozó 2017-es KSH-évkönyvből.
Magyarország, 2009. KSH, 2011.
- 2 A WHO általános definíciója szerint nagyívónak 6 Az egészségügy finanszírozásában azt a technikát hívjuk degresszióknak, degresszív finanszírozásnak, amikor a szolgáltató finanszírozása nem lineárisan nő az elszámolt/elismert teljesítménnyel, hanem egy, előre meghatározott pont felett a finanszírozás csökken. A degresszió általában felső korlátos, azaz egy pont felett már semmilyen finanszírozás nem jár.
- 3 Gary Null, phd; Carolyn Dean md, nd; Martin Feldman, md; Debora Rasio, md; and Dorothy Smith, phd: Death by medicine. Life Extension Magazine, March, 2004 [web:] www.lifeextension.com › ... › 2004 › March 7 Raghuram Rajan: The third pillar. Penguin Books, 2019.
- 4 Hogyan ítéljük meg saját magunk a saját egészségi állapotunkat. KSH, 2017, Egészségügyi Évkönyv. 8 Bill Gates: Újabb járvány? Nem állunk készen | TED Talk [web:] www.ted.com › talks › transcript Roman Frydman, Edmund S. Phelps: Insuring the Survival of Post-Pandemic Economies Project Syndicate, Mar 23, 2020.