

## EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK - ERKÖLCSI SZEMPONTBÓL<sup>\*</sup>

Jelen tanulmány - külön bizonyítás nélkül - abból indul ki, hogy az egészségügyi ellátáshoz való jog alapvető emberi jog, ezért [az egyes egészségügyi rendszerek aszerint ítélték meg, hogy mennyire adnak lehetőséget a lakosságnak ezen joga gyakorlására. E. Telfer nyomán elvileg háromféle egészségügyi rendszer különböztethető meg.<sup>1</sup>]

1. A "laisser-faire"
2. A "liberális" (magántőkés)
3. A szocialista

A fenti három forma inkább csak elvi lehetőség, ideáltípus, mely a maga tisztaságában ritkán fordul elő, köztük számos átmeneti forma lehetséges. [Mégis a legtöbb ország egészségügyi rendszere a fenti formákból mozaikszerűen összeállítható,] ezért a "tisztá" formák értékelése segítséget nyújthat a konkrét egészségügyi rendszerek megítélésénél is.

### A laisser-faire rendszer

[Tisztán laisser-faire rendszer az, amelyben az állam az egészségügyet teljes mértékben az állampolgárok személyes ügyének tekinti, s ezért abba csak a lehetséges legkisebb mértékben avatkozik be.

Az állami szabályozás ilyenkor legfeljebb bizonyos közegészségügyi, járványügyi stb. intézkedéseket jelent,] de hogy valaki hol, és milyen formában jut orvosi ellátáshoz, az szigorúan magánügynek minősül. Orvosi kezelésben csak az részesül, aki azt meg is tudja fizetni, a szegényekről semmiféle állami gondoskodás nem történik. Különböző jótékony-sági intézmények segítségével esetleg részesülhetnek egészségügyi ellátásban, de ez teljes egészében a véletlenek mulik, tudniillik, hogy jótékonykodnak-e az emberek, az illető társadalomban vagy sem. Alapvető jogok (mint amilyen az orvosi ellátáshoz való jog is) érvényesülése azonban nem függhet a véletlentől, ezért a laisser-faire rendszer erkölcsileg nem védhető.

A "liberális" (magántőkés) rendszer [az előbbtől csak annyiban különbözik, hogy itt a szegények ún. szegényjogon, államilag szervezett, ingyenes egészségügyi ellátásban részesülnek. A tehetősebbek azonban teljesen megfizetik orvosi ellátásuk költségeit] (vagy közvetlenül vagy a nem kötelező biztosítási rendszeren keresztül).

<sup>\*</sup> A dolgozat megírásakor nagymértékben támaszkodtam E. Telfer (1) tanulmányára, különösen az egészségügyi rendszerek felosztását, ill. a magántőkés egészségügy értékelését illetően.

### Érvek a "magántőkés" egészségügy mellett

Egy ilyen formában [az állami beavatkozás minimális és célzott, csak azokat érinti, akik valóban rászorulnak. Egyébként mindenki szabadon döntheti el, hogyan gondoskodik saját orvosi ellátásáról.] Ez növeli az egyének autonómiáját és ítélőképességét. Mivel egészségügyi ellátásának költségeit mindenki teljes egészében megfizeti, ezért az egyén anyagilag is érdekeltté válik egészsége fenntartásában, s ha felelőtlen életmóddal, egészségkárosító szokásokkal, egészségét veszélyezteti, ennek anyagi költségeit is ő, és csakis ő viseli. Ily módon tehát az állampolgárokat maximális takarékosagra ösztönzik, s jelentősen kifejlesztik bennük az egészségért való felelősség érzését, tudatosítják bennük azt a tényt, hogy az egészség érték, anyagi érték is.

### Érvek a "magántőkés" egészségügy ellen

A rendszer legalapvetőbb hibája, hogy az egészségügyet teljes mértékben a piaci viszonyoknak rendeli alá. Az orvos-beteg kapcsolat egyszerű kereskedelmi tranzakcióvá válik, melyben az egészséget megvásárolják, s abból minél többet képes valaki fizetni, annál jobb árut (annál több egészséget) kap.] Hogy valaki milyen ellátásban részesül, az nem attól függ, hogy mire van szüksége, hanem attól, hogy mit tud megfizetni. Hogy a szegények "szegényjogon" is megfelelő ellátást kapnak, csak látszólag oldja meg a problémát. Ugyanis mint Telfer rámutat, a szegény fogalma az orvosi ellátás vonatkozásában felettébb bizonytalan fogalom. Ma ugyanis a korszerű, magas színvonalu orvosi ellátás nagyfoku technikai felszereltséget és igen magas szinten kvalifikált szakembergárdát jelent. Bizonyos betegségek kezeléséhez pedig e feltételek oly koncentrált igénybevételére van szükség, mely még a mindennapi értelemben tehetősek mondható személy anyagi lehetőségeit is meghaladja. Azt tehát, hogy valaki szegény-e vagy gazdag, sokkal inkább betegségének a jellege, mint "abszolút" anyagi helyzete dönti el. Bizonyos esetekben ezért a tehetősebbek is rászorulhatnak orvosi ellátásuk során állami hozzájárulásra. Magántőkés egészségügyben, némelyek (a nem "költséges" betegségben szenvedők) meg tudják fizetni orvosi ellátásuk költségeit, míg mások (a "költséges" betegségben megbetegedők) nem. Ez utóbbiakat, - mivel nincs a kezeléshez elég pénzük - vagy nem kezelik (de ez antihumánus lenne), vagy ha igen, akkor valaki más fizet helyettük (pl. az állam). De ekkor máris túlléptük a magántőkés rendszert, ahol a legszegényebbek kivételével mindenki magáért fizet. Mivel a modern medicina egyre költségesebb, ezért egyének számára egyre kevésbé megfizethető, így egyre kevésbé látszik a magántőkés egészségüggyel összeegyeztethetőnek. Igazságosabbnak tűnik egy olyan biztosítási rendszer, melynek keretében mindenki kötelezően hozzájárul az egészségügyi költségek fedezéséhez, de ez már definíciószerűen nagyon közeledik a szocialista egészségügyi rendszerhez.

## A szocialista egészségügy

Alapvető jellemzője az állami egészségügyi ellátás. Minden állampolgár adók formájában kötelezően hozzájárul az egészségügy fenntartásához, és ily módon a biztosítottság teljes körűvé válik (népbiztosítás). Tisztán szocialista egészségügyben magánegészségügy nincs, az egészségügyi ellátás minden formáját az állami egészségügyi szolgálat biztosítja. A fejlett tőkésországok egészségügye általában a magántőkés és az állami egészségügyi ellátás valamilyen keveréke. A szélsőséges esetet az angol egészségügy jelenti, mely ún. szocialisztikus egészségügy, amelyben az állami egészségügyi szolgálat mellett, (melynek finanszírozásához minden állampolgár kötelezően hozzájárul) azzal párhuzamosan kiterjedt magán egészségügy létezik. A tisztán szocialista egészségügyhöz a szocialista országok állnak a legközelebb, de általában - bár a tőkésországokénál természetesen jóval kisebb mértékben -, ezen országokban is létezik a magánorvoslás ilyen vagy olyan formája.

### Érvek a szocialista egészségügy mellett

A létező egészségügyi rendszerek közül ez az ellátási forma biztosítja a legnagyobb egyenlőséget. Mivel minden állampolgár részt vesz az egészségügy finanszírozásában, ezért nagy összegek koncentrálódhatnak az állam kezében, melynek így tervszerű elosztásra nyílik lehetősége. Az egészségügy tervszerű egységes fejlesztése leginkább állami egészségügyi rendszer esetén valósulhat meg. Központilag (államilag) szervezett egészségügy mellett könnyebb egészségügyi szempontokat az egészségügytől távoleső területeken érvényesíteni. Ennek azért van jelentősége, mert az élet- és munkakörülmények, sportolási lehetőségek, stb. általában sokkal jobban befolyásolják az egészségi állapotot, mint az orvosi ellátás színvonala. Mint Peter O'Neill rámutat, egy területi sportcentrum létesítése esetleg mélyrehatóbb változásokat idéz elő a terület lakosainak egészségi állapotában, mintha a sportcentrum helyett pl. egy kórházat létesítenénk.<sup>2</sup> A korszerű medicina ezért a hagyományos, tüzőltő jellegű ún. kuratív szemlélet helyett egyre inkább a megelőző, preventív jellegű orvoslás mellett foglal állást. Ennek a szemléleti változásnak azonban mélyreható gyakorlati konzekvenciái vannak.

Míg ugyanis a kuratív medicina passzív, melyben az egészségügyi intézmény (vagy orvos) csak várja, hogy a már megbetegedett személy felkeresse, addig a preventív medicina aktív magatartást jelent, melyben az egészségügy keresi meg a lakost (még akkor is, ha az egészségesnek érzi magát) és igyekszik kiszűrni már a betegségre hajlamosító állapotban, lévőket is. Bár a preventív módszer kezdetben nagyon munka- és költségigényes, hosszú távon valószínűleg olcsóbb és orvosilag is jobb eredményt produkál, hiszen egy betegség kialakulásának megakadályozása az egészség teljes 100 %-os megőrzését jelenti. Míg egy már kialakult betegség gyógyítása legnagyobb gondossággal és a legkorszerűbb, legköltségsé-  
sebb technika alkalmazásával is ritkán eredményez, tökéletes, maradék nélküli gyógyulást.

A prevenció elve - mely egyben a szocialista egészségügy egyik alapelve is - azonban a gyakorlatban akkor valósítható meg, ha az egészségügy mindenki számára korlátok nélkül hozzáférhető. Mivel a hozzáférhetőség egyik eleme az egészségügy ingyenessége, ezért tisztán szocialista egészségügy, csak a teljes ingyenesség alapján képzelhető el. Ma még az ingyenesség a szocialista országokban sem teljes, általában térítést kell fizetni a gyógyszeréért, gyógyászati segédeszközökéért stb. A legtöbb tőkésországban a biztosítottak számára sem ingyenes az egészségügyi ellátás, mert a biztosító intézetek az orvosi költségeknek általában csak egy bizonyos részét fizetik, térítik vissza. Ezen részleges visszatérítés célja az orvoshoz fordulás mérséklése. Mivel teljesen ingyenes egészségügyi ellátás esetén semmiféle mérséklő hatás nem érvényesül, ezért sokan a szocialista egészségügyet túlságosan pazarlóknak tartják, hiszen a betegeket az egészségügy felesleges igénybevételére ösztönzik. Valójában azonban minden olyan intézkedés, mely bármilyen módon akadályozza a beteg orvoshoz fordulását, a modern preventív szemléletű medicina elveivel ellentétes. A prevenció ugyanis nem csupán a betegségek megelőzését jelenti, (primer prevenció) hanem a már kialakult betegség lehető legkorábbi diagnózisát és kezelését is (szekunder prevenció).<sup>3</sup> Ennek eléréséhez azonban az szükséges, hogy a betegek bármiféle betegségre utaló tünet jelentkezésekor azonnal forduljanak orvoshoz. Ez jelentősen javítja a gyógyítás lehetőségeit és hatásfokát, lerövidítheti a gyógyulás idejét, tökéletesebb rehabilitációt eredményezhet stb. Így valószínűleg közgazdasági szempontból is hasznos. Néhány banális betegséget illetve tünetet leszámítva (pl. egy egyszerű nátha) azonban a laikustól nem várható el, hogy tüneteinek orvosi jelentőségét képes legyen objektíve értékelni. Ez kizárólag a szakember, az orvos feladata lehet. Azt pedig, hogy a betegek panasz esetén, (de bizonyos időközönként, még panasz nélkül is!) orvoshoz forduljanak, a megfelelő egészségnevelés mellett csak a teljesen ingyenes, mindenki számára korlátozás nélkül hozzáférhető egészségügyi ellátás segítségével lehet biztosítani. Ez persze bizonyos értelemben növeli az egészségügy igénybevételét, (és költségeit) más oldalról azonban jelentősen csökkenti, hiszen a jól végzett preventív tevékenység mellett számos betegség gyakorisága csökken.

Ha azonban az igénybevétel ily módon összességében nőne is, ez semmiképpen nem jelentene végtelen igényeket (mint ahogyan azt néha állítják), hiszen egy egészséges embernek semmiféle objektív érdeke nem fűződik ahhoz, hogy az egészségügyet feleslegesen igénybe vegye, pusztán azért, mert az ingyenes. A valóságban kétségtelenül előforduló felesleges orvoshoz fordulást jóval inkább a betegek hiányos ismereteinek, mint önzésének vagy kapzsiságának tudhatjuk be. A megoldás itt csak az egészségnevelés lehet. A jelentősebb probléma azonban még ma is az, hogy sokan nem fordulnak időben orvoshoz. Ezt bizonyítja, hogy az ingyenességet a legjobban megközelítő szocialista egészségügyben is a tényleges és az un. nyilvántartott morbiditás között jelentős különbség van (becslések szerint a rej-

tett szükséglet a regisztráltak 40-70 %-át is eléri,<sup>4</sup> ami azt bizonyítja, hogy még nagy azoknak a száma, akik nem fordulnak orvoshoz, pedig szükségük lenne rá. Ezért kimondható, hogy minél inkább közeledik egy egészségügyi rendszer a "tisztán" szocialistához annál jobban megfelel a korszerű preventív szemlélet elvének. Felmerül azonban az a kérdés, hogy ha a fejlődés egy adott szakaszában az egészségügyi rendszer kapacitása, a fenti elv maradéktalan megvalósítását még nem teszi lehetővé, akkor hogyan történjék a szelekció a rászorulóik között? A kérdés megválaszolásához segítséget nyújthat a szükséglet (a beteg indokolt, szakemberek által is reálisnak tartott elvárásai) és az igény a beteg túlzott (orvosilag nem teljesen indokolt) elvárásai fogalmának a megkülönböztetése. Kétségtelen, hogy a két fogalom határa nem húzható meg szigorúan, és az egészségügy fejlődésével holnap szükségletté válhat, amit ma még csak igénynek tartunk. Országunként és időszakonként változhat tehát a szükséglet és az igény közötti határ, de adott fejlettség mellett ilyen megkülönböztetést az egészségügy kapacitásának korlátozottsága miatt kényszerűségből tennünk kell. A kérdés konkrét megoldása nyilvánvalóan konkrét szakmai kérdés. Általánosságban csak annyit lehet mondani, hogy minél inkább vonatkozik egy elvárás az orvosi ellátás körülményeire, nem akut szükség esetén a gyorsaságára, az orvos-beteg kapcsolat intimitásának fokára stb. annál inkább tekinthető igénynek. Hangsúlyozni kell azonban, hogy éles határt a szükséglet és az igény közé nem lehet húzni, hiszen pl. a beteggel való pszichológiai törődés vagy az ellátás nyugodtabb, "kényelmesebb" formája, egyszerűen az orvosi ellátás "mellékkörülményei" kivétel nélkül mind a gyógyítás fontos (sőt, bizonyos kórformák esetén szinte kizárólagos!) tényezői lehetnek. Mivel azonban a fenti különbségtételre a gyakorlat még rákényszerül, így kiindulópontként elfogadható az az elv, hogy korlátozott kapacitású egészségügyi ellátás esetén is feltétlenül törekedni kell a fenti értelemben vett szükséglet maradéktalan, korlátok nélküli és ezért csak teljesen ingyenesen elképzelhető kielégítésére. Ami az igény kielégítését jelenti, itt az a kérdés merül fel, hogy ha általánosan az "igény" a fejlődés egy adott szakaszában kielégíthetetlen, akkor szabad-e lehetőséget teremteni arra, hogy néhányan valamilyen módon (pl. anyagi ellenszolgáltatásért) az igényeiket is kielégíthessék, vagy pedig az egyenlőséget, mint értéket szem előtt tartva, senkinek sem szabad lehetővé tenni a szükségleteken túlmenő elvárásai kielégítését. Ha az első megoldást fogadjuk el, nagyon élesen felvetődik az a kérdés: szabad-e a piaci törvényeket az egészségügy területén - ha mégcsak az igények szintjén is - érvényesülni engedni. Megengedhető-e morálisan, hogy a gazdag, ha csak az igényeit is, jobban kielégíthesse, mint a szegény?

Véleményem szerint ha az egalitárius megoldáshoz ragaszkodunk (nem engedjük meg a gazdagoknak igényeik kielégítését), ettől a szegényebbek ellátása még nem javul. Ha azonban megteremtjük a feltételeket arra, hogy a gazdagabbak intézményesen, az állami egészségügyi ellátás keretei között, s így ellenőrizhetően, anyagi ellenszolgáltatásért igényeiket is

kielégíthessék, és az ellenszolgáltatás összegét úgy állapítjuk meg, hogy az több legyen, mint az igények kielégítésére fordított összeg, a fennmaradó "hasznot" pedig az alapvető szükségleteket kielégítő, és ezért teljesen ingyenes egészségügy fejlesztésére fordítjuk, akkor ez a forma mindenki számára hasznosabb mint a szigoruan egalitárius. (Hisz ily módon lehetővé tesszük, hogy a gazdagabbak pénzüket ne csak egyéb luxusra, hanem az egészségügyre is költthessék, ezért több pénz folyhat be az állami egészségügybe, mintha a fenti lehetőséget törvények által kizárjuk).

Mégegyszer hangsulyozni kell, elvileg az egészségügy területén mindenféle szelekció helytelen és végső soron igazságtalan, ezért a fenti forma csak átmeneti megoldásként fogadható el, mindaddig, amíg az egészségügy kapacitása lehetővé nem teszi az egészségügy minden formájához mindenféle korlátok nélkül történő hozzájutást. A szocialista egészségügy és egyben a modern pereventiv medicina elvének csakis ez utóbbi felelhet meg. Vannak, akik azt állítják, hogy a szocialista egészségügy, sőt mindenfajta kötelező jelle-gű társadalombiztosítás igazságtalan. Mai ismereteink szerint, ugyanis az egyén magatartása, szokásai, szenvedélyei, életvitele stb. nagymértékben meghatározzák egészségi állapotát.

Sade szerint azonban a fejlett országok pl. az USA halálozási statisztikája szerint a halálokok nagyrésze (az USA-ban 67 %-a) olyan betegségek következménye, melyek a túlzott alkoholfogyasztással, dohányzással, túltápláltsággal kapcsolatosak, vagyis kialakulásukban az egyéneknek komoly felelőssége van.<sup>5</sup> Ha viszont az egyének jelentős mértékben maguk is felelősek egészségi állapotukért, betegségeikért akkor - szól az érvelés - minden olyan egészségügyi rendszer, melyben mindenkinek egyaránt részesednie kell az egészségügy fenntartásának költségeiből, tulajdonképpen a saját egészségéért felelősséget érző, józan, egészséges életmódot folytató emberekkel fizeteti meg, az egészségükkel nem törődő, sőt azt egészségkárosító szokásokkal tönkretevő felelőtlen személyek kezelésének a költségeit. Márpedig nem igazságos, hogy mások felelőtlenségéért vétlenek fizessenek. Ehhez kapcsolódik egy másik vád is, tudniillik, hogy a szocialista egészségügy tulságosan paternalisztikus. Általában is, ha az állam gondoskodik a lakosság alapvető igényeinek a kielégítéséről (pl. az egészségügyről), akkor az az egyénekben a gyermeki felelőtlenség állapotát alakíthatja ki, mert úgy érezhetik; dolgaik egy részével (pl. egészségükkel) nekik már nem kell törődniük, mert törődik helyettük valaki más (az állam). Ez az egészségügy területén segíthet kialakítani egy új mítoszt, az orvostudomány mítoszáét, mely szerint egészségének a fenntartásában az egyénnek semmi szerepe nincs, az orvosi problémákat csak az egészségügy, illetve az orvostudomány oldhatja meg, az orvostudomány pedig mindenre képes. Akár a beteg közreműködése nélkül is meg tudja oldani annak egészségügyi problémáit (pl. gyógyszerrel megszüntetheti az idegességet, az elhízást, gyógyszerrel megelőzheti az infarktust stb). Egy ilyen szemlélet tehát teljesen kikapcsolja az egészségéért való egyéni felelősséget.

Ami az első vádat illeti, az természetesen nem tagadható, hogy az egyénnek jelentős szerepe van egészségé fenntartásában, azt életmódjával befolyásolni tudja. De azt is látni kell, hogy az életmód nagyrészt mégis a társadalom adta lehetőségek által meghatározott, s csak ezen lehetőségtartományon belül mozoghat az egyén, amikor ezt vagy azt az életmódot választja. Ha tehát a társadalom - mint egész - az egyik legjelentősebb tényező a betegségek kialakításában, akkor ésszerű, hogy a védekezés is társadalmi méretekben szerveződjék. Ez persze nem jelenti azt, hogy egészségneveléssel stb., ne lehetne az egyes egyéneket is motiválni egészségesebb életmód kialakítására. Megfelelő árpolitikával például, és az így nyert haszonnak az egészségügy megfelelő részébe való visszaáramoltatásával esetleg még azt is el lehet érni, hogy az egészségkárosító életmódot folytató (pl. dohányzó) jobban járuljon hozzá az egészségügy bizonyos szféráinak a finanszírozásához, hiszen statisztikailag valószínű, hogy ezen intéznie nyeket ő jobban igénybe fogja venni. Ami a második vádat illeti (a paternalizmust) a központi, államilag garantált igénykielégítésnek valóban van infantilizáló mellékhatása, mely azonban mégis sokkal kisebb rossz, mint amekkora előny, hogy bizonyos alapvető igények általánosan kielégítést nyernek. Mivel azonban magas színvonalu egészségügy a lakosság aktív részvétele nélkül nem érhető el, (ez a szocialista egészségügy egyik deklarált alapelve is), ezért az "orvostudomány mitosza" ellen mindenképpen küzdeni kell, egyrészt egészségneveléssel, másrészt pedig úgy, hogy kiszélesítjük a részben már meglévő intézményes lehetőségeket arra, hogy a lakosság jobban beleszólhasson saját egészségügyi ellátásába, hogy az orvos megfelelő visszacsatolást kaphasson a betegől saját munkájára vonatkozóan.

#### JEGYZETEK

- 1 Elizabeth Telfer: Justice, Welfare and Health Care. Journal of Medical Ethics Vol. 2. no.3. 1976. p. 1071.
- 2 Peter O' Neill: Health-Crisis 2000 1983. World Health Organization
- 3 Fülöp Tamás: Egészségügyi szervezéstan Medicina Könyvkiadó, Bp. 1978. (154. old.)
- 4 Társadalomorvostan és egészségügyi szervezés. (Szerk: Dr. Aczél György és Dr. Simon Tamás) egyetemi jegyzet Bp. 1983. (II.köt. 467. old.)
- 5 Robert M. Sade: Medical Care as a Right; A Refutation. New England Journal of Medicine Vol. 285. no. 23. p. 1288. dec. 2. 1971.