

Egészségi ellátás

In: Andorka Rudolf – Kolosi Tamás – Vukovich György (szerk.): Társadalmi riport. 1992. Budapest, 1992, TÁRKI. 425–428.

Az 1980-as évek végére elkerülhetetlenné vált a gazdasági és a jóléti rendszer szerkezeti átalakítása. A második világháború utáni fejlődés strukturális problémái következtében a legtöbb szociálpolitikai célkitűzést hiányosan vagy egyáltalán nem sikerül megvalósítani, ugyanakkor a juttatások, a jövedelmek és ellátások színvonalában bizonyos piaci viszonyoktól független, politikai prioritásoktól viszont annál inkább függő hierarchiák alakultak ki. A sikertelen intézkedések a források pazarlásához és felesleges munkavégzéshez vezettek. A lakásprogram családmodellre és demográfiára gyakorolt kedvezőtlen hatásai miatt a jólét célkitűzéseivel ellentétes folyamatok valósultak meg.

Magyarországon a szocialista korszakban az egészségi ellátás elvben ingyenes volt. Ténylegesen egyes gyógyszerek, egészségi segédeszközök, bizonyos diagnosztikai tesztek és szanatóriumi kezelésmódot kivételével minden ellátás ingyen járt a biztosítottaknak. A gyógyszerek nagy többsége esetében a társadalombiztosítás fedezte az ár nagy részét, a vásárló annak töredékét fizette. 1972-től az ingyenes egészségi ellátás minden állampolgárnak járt, függetlenül attól, hogy bebiztosított volt-e vagy sem.

Az egészségi ellátás költségeit – az egyéb társadalombiztosítási kiadásokhoz hasonlóan – az állami költségvetés fedezte. Ugyanakkor az állami költségvetésbe folytak be a befizetett társadalombiztosítási járulékok, amelyek nem voltak megosztva aszerint, hogy a nyugdíjak, az egészségi ellátás vagy más kiadások fedezésére szolgálnak-e.

1990-ben a személyes egészségi ellátásnak a finanszírozása átkerült a Társadalombiztosítási Alaphoz. Ide folynak be 1989 óta a társadalombiztosítási járulékok. A közegészségügyi kiadások finanszírozása továbbra is az állami költségvetésből történik.

Az ingyenes állami egészségi ellátás rendszere elvileg igen jó rendszer, mert minden állampolgár számára biztosítja a legmagasabb szintű egészségi ellátást. A gyakorlatban azonban igen sok ellentmondáshoz vezetett és végeredményben mindenkinek – a betegeknek és az egészségügyi személyzetnek egyaránt – nagyfokú elégedetlenségéhez vezetett. Nehéz pontosan megállapítani, mérni, hogy az elégedetlenség mennyire indokolt. A magyar népesség egészségi állapotának tárgyalása e tanulmány következő részében mindenesetre alátámasztja azokat a feltételezéseket, hogy a magyarországi egészségi ellátás ténylegesen rosszul működött, vagyis az elégedetlenség indokolt. Nem lehet azt állítani, hogy az egészségi állapot romlásának egyedüli oka az egészségi ellátás rossz működése volt, de nehéz lenne elutasítani azt a feltevést, hogy az egészségi ellátás hiányosságainak része volt a népesség egészségi állapotának romlásában. [...]

Más országokhoz képest az összes egészségi ellátási kiadásoknak az aránya a GDP-hez viszonyítva Magyarországon hosszú ideig feltűnően alacsony volt. Bár ezeket a kiadásokat nehéz pontosan összehasonlítani, egyrészt mert a közkiadások különféle tételeit nem egyformán számítják be, sőt az egészségi ellátás területe sem feltétlenül azonos minden ország statisztikájában, másrészt mert az egészségi ellátásra fordított egyéni kiadásokat nehéz mérni, mégis levonható az a következtetés, hogy míg Magyarországon az egészségi kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva 1990 körül 5 százalék környékén helyezkedett el, az OECD országok nagy többségében 6–11 százalék körül van. Az egészségi kiadások aránya akkor is feltűnően alacsony, ha gazdasági fejlettségünket – az egy főre jutó GDP-t – figyelmen kívül vesszük. Az egészségi kiadások alacsony arányának oka minden bizonnyal az úgynevezett „maradék-elv” érvényesülése volt az állami költségvetés kiadási oldalának tervezésekor. Ez az elv ugyanis azt eredményezte, hogy a „humán szféra” kiadásai, mint az egészségügy és az oktatás, háttérbe szorultak egyrészt az államigazgatás kiadásaihoz, másrészt a gazdasági kiadásokhoz képest, az utóbbiak kiadásai után fennmaradó maradékból részesültek. Kétségtelen ugyanakkor az is, hogy ha figyelembe vesszük a táppénzkiadásokat és a gyógyászati segédeszközök és gyógyszerek áttámogatását, akkor a kiadások már nem tűnnek olyan alacsonynak.

Az egészségi ellátásra fordított kiadások ugyanakkor nagyjából 1980 óta gyorsan növekedtek [...]. Paradoxnak tűnő jelenség, hogy azokban az 1980-at megelőző években, amikor a gazdaság viszonylag gyorsan növekedett, a kormánynak sikerült visszatartania az egészségügyi kiadásoknak a GDP-nél gyorsabb ütemű növekedését. Ezzel szemben az 1980-as években, amikor a gazdaság közel stagnált, az egészségügyi kiadások gyorsan növekedni kezdtek. A kiadások megnövekedésének oka feltehetően a népesség korösszetételének az öregedése. Az idősebb emberek sokkal nagyobb mértékben veszik igénybe az egészségi ellátás különféle szolgáltatásait, mint a fiatalabb felnőttek. Mivel az idős népesség arányának növekedése a jövőben folytatódni fog, az egészségügyi kiadások további növekedésére kell számítani. Ezért – a nyugdíjkiadások növekedése mellett – az egészségi ellátás kiadásainak növekedése is felborulással fenyegeti a társadalombiztosítási rendszer egyensúlyát.

Az egészségi ellátásra fordított kiadásoknak viszonylag alacsony aránya a GDP-n belül ellentmondásban van azzal a ténnyel, hogy a legtöbb egészségi ellátási „kemény” mutató szerint Magyarországon magasabb szintű az ellátás, mint az OECD országok többségében. [...] Különösen magas az ezer lakosra jutó orvosok száma Magyarországon. Ugyanakkor alacsony az ápolónők száma. Feltűnő az is, hogy ennek ellenére az orvosok száma gyorsabban nőtt, mint az ápolónők száma. [...] Az 1980-as években javultak a kórházi ellátás mutatói is.

Végeredményben kevés egészségügyi kiadással viszonylag nagy egészségügyi apparátus működött, sok egészségügyi foglalkoztatásával és viszonylag nagy kórházi ágyszámmal. Ez az ellentmondás arra enged következtetni, hogy a viszonylag nagy egészségi ellátási apparátus viszonylag rossz anyagi ellátottsági színvonalon működött. Alacsony színvonalú a kórházak felszereltsége, közismerten rossz a kórházban

fekvő betegek napi ellátása (például ételmezek) és – mindenekelőtt – igen alacsony az orvosok, ápolók és más egészségügyi foglalkozásúak fizetése.

Ehhez kapcsolódik a magyarországi egészségi ellátás egyik legésszerűtlenebb intézménye, a hálapénz. A különféle egészségi ellátásokért az orvosoknak és más egészségügyi foglalkozásúaknak hálapénzt kell vagy illik fizetni. A betegeknek mindenesetre az az érzésük, hogy ajánlatos hálapénzt adniuk, hogy megfelelő ellátást kapjanak. A hálapénzen keresztül tulajdonképpen a piaci viszonyok tértek vissza az egészségügybe. A betegek saját jövedelmükből az ellátást fizették meg. Ez a félig rejtett, félig elismert fél-piaci rendszer azonban számos torzulást okozott annak következtében, hogy a piaci viszonyok nem tisztán érvényesültek.

Mindenekelőtt a betegek nagy része nem tudja mennyit és kinek kell fizetnie az ellátásért. Különösképpen a társadalmi hierarchiában hátrányosabb helyzetben lévő rétegek tagjai, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, alacsonyabb jövedelműek nincsenek ezekkel tisztában, mivel nem rendelkeznek azokkal az információk kapcsolatokkal, ahonnan ezeket pontosan meg lehet tudni. Ennek következménye, hogy a betegek sok esetben a szükségesnél többet fizetnek, és nem annak fizetnek, akitől az ellátás minősége leginkább függ. (Pl. a kezelőorvos helyett a főorvosnak fizetnek.)

Egy másik probléma az egészségügyi foglalkozásúak oldalán jelentkezik. A hálapénz rendszer indokolatlan jövedelmi különbségeket hoz létre közöttük. Az ápolók eleve igen alacsony fizetéséhez többnyire viszonylag kevés hálapénz adódik hozzá. Egyes orvosi részterületeken dolgozók igen nagy, mások sokkal kisebb vagy semmi hálapénzhez nem tudnak hozzájutni. Nincsenek erről pontos adatok, de közismerten sok hálapénzhez jutnak a szülészek és sebészek (mivel viszonylag gyorsan nagyon látványosan sikeres orvosi ellátást tudnak nyújtani), lényegesen kevesebbhez mindazok, akiknél a betegek hosszabb ideig tartó kezelést kapnak (belgyógyászok), végül egyes orvosi szakmák (például alkohológusok) hálapénz szerzési lehetőségei igen rosszak, mert a hozzájuk kerülő betegek már eleve szegények és hosszú kezelés után sem lehet általában nagyon látványos gyógyulást elérni. A hálapénzhez jutás fenti különbségei semmiképpen sem tükrözik a kérdéses orvosi szakmák iránti társadalmi igényt vagy azok tevékenységének hasznosságát. Ha arra az egyszerű tényre gondolunk, hogy Magyarországon becsülhetően félmillió alkoholista él, világosan belátható az alkohológus szakorvosok iránti igen nagy társadalmi igény.

Több adat van arról is, hogy az elvben ingyenes állami egészségi ellátás az egészségügyi infrastruktúra felhasználásában is ésszerűtlenségekhez vezet. A kórházi ágyakat nem minden esetben azokban az ellátási formákban használják fel, ahol a betegek száma alapján rájuk a legnagyobb szükség lenne. Szemléltető példa erre az, hogy amikor Budapesten a szülések száma lecsökkent, a szüléssel kapcsolatban kórházban töltött napok száma meghosszabbodott, feltehetően azért, hogy az ágykihasználási arány magas maradjon és az ágyak egy részét ne használják fel másfajta betegek ellátására.

Mindent egybevetve az egészségi ellátás alapvető reformja szükségesnek látszik, amely valamilyen formában piaci elemeket vinne az ellátásba. Ez feltehetően hozzájárulhatna ahhoz, hogy az egészségi ellátási kiadások növekedése lelassuljon. Továbbá

érdekeltekké tehetné az intézményeket és az egészségügyben dolgozókat abban, hogy jobb ellátást adjanak, mert ennek fejében magasabb jövedelemhez juthatnak. Végül ésszerűbb tehetné az egészségi ellátásra fordított összes kiadásoknak az elosztását a különböző egészségi ellátási formák között. Arra azonban nem lehet számítani, hogy ezáltal a társadalombiztosítás egészségi ellátásra fordított kiadásai csökkenjenek.

4.2.5. További ajánlott irodalom

A mezőgazdaság szocialista átszervezése. A vidéki Magyarország:

A termelészövetkezetek gazdálkodása a számok tükrében. Budapest, 1975, KSH.

Biszkú Béla: A munkás–paraszt szövetség lenini elvei alkalmazásának tapasztalatai Magyarországon (1970. április). In: Biszkú Béla: A párt és az állam a nép szolgálatában. Budapest, 1975, Kossuth. 234–249.

Erdei Ferenc: A termelészövetkezeti gazdaságok állami irányítása. In: Erdei Ferenc: Szövetkezeti írások II. Budapest, 1979, Akadémiai. 195–216.

Gyöngyösi István: Termelészövetkezeteink sokoldalú fejlesztése: utak, útvesztők, taktikák. Budapest, 1982, Mezőgazdasági.

Hegyi András (szerk.): Agrárgazdaság, agrártársadalom, agrárpolitika. Szeged, 1985, JATE.

Hoóz István: Népesedéspolitika és népességfejlődés Magyarországon a két világháború között. Budapest, 1970, Akadémiai Kiadó.

Illés György (szerk.): A magyar társadalombiztosítás 20 éve (1945–1964). Budapest, 1967, SZOT Társadalombiztosítási Főigazgatóság.

Kádár János: A mezőgazdaság szocialista átszervezése Magyarországon (1961. június). In: Kádár János: Válogatott beszédek és cikkek. Budapest, 1974, Kossuth. 148–164.

Laczkó István: A magyar munkás- és társadalombiztosítás története. Budapest, 1967, Táncsics.

Szelényi Iván: Harmadik út? Polgárosodás a vidéki Magyarországon. Budapest, 1992, Akadémiai.

Törvénytervezet a mezőgazdasági termelészövetkezetekről. Budapest, 1967. Kossuth Ny.

Vágvölgyi András (szerk.): A falu a mai magyar társadalomban. Budapest, 1982, Akadémiai.

Forradalom és reform: 1956–1968:

A hazánkban 1956. október 23-án kezdődött események okai és előzményei. In: Ságvári Ágnes – Vass Henrik (szerk.): A Magyar Szocialista Munkáspárt határozatai és dokumentumai 1956–1962. Budapest, 1964, Kossuth. 13–19.