A kudarc éve –
felelősség és felelőtlenség az orvos-társadalomban

A 2008-as év döntő fordulatot hozhatott volna az egészségügy számára. Az *öngondoskodás* legelső, apró elemeinek beépítése a rendszerbe – a vizitdíj és a kórházi napidíj útján – elindíthatta volna az összes szereplő szemléletének megváltozását-megváltoztatását. Szembesítette volna mind a pácienseket, mind az orvosokat azzal, hogy semmi sincs ingyen. Az igazán aprópénznek tekinthető 300 forintokkal próbált volna visszatartani az orvosi rendelő traccsparti-helyszínként kezelésétől és a kórházak pihenőhelyként, szociális ellátóhelyként használatától. Az elszámolási kötelezettséggel és a saját bevétel „termelésével" mutatta volna az orvosoknak, hogy nem az egyetlen járható út a végtelen jövőben, ha eleget csalnak a TB-elszámolások során.

Öngondoskodás nélkül

Hiába hivatkoztak sokan az erről szóló vita során arra az egyébként igaz tételre, hogy a mienknél nagyobb öngondoskodás nem sok országban létezik, hiszen a TB-járulék elviselhetetlenül magas mind a munkavállalók, mind a munkaadók számára – hiába, mert lett légyen bármennyire is igazuk, mégsem helytálló ez az érvelésük. Egyrészt mert nem önmagában a TB-járulék magas, hanem összességében az elvonások mértéke, együtt valamennyi adó és járulék. Másrészt mert fikarcnyit sem változott és nem változik az, hogy mind az állampolgárok, mind a munkaadók zöme a TB-járulékot ma is ugyanolyan adónak érzi-tekinti, mint a személyi jövedelemadót; semmiféle összefüggést nem érez az egészségbiztosítási járulék megfizetése és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele között, s az orvosi ellátást olyan ingyenes állami ellátásként kezeli, ami „jár neki".

Érthetően, hiszen a TB kiadásainak hatalmas hányada ismerten olyasmire megy el, ami teljességgel független attól, hogy éppen hány ember betegszik meg, s közülük hányat sikerül meggyógyítani. Adminisztrációs rendszerek és épületek fenntartására, dolgozók bérére, a működtetés egyéb költségeire.

Éppenséggel sok-sok olyasmire is, amire az állampolgár maga is költ, ha nem kórházban, hanem otthon tartózkodik. Mondjuk – egyszerű példával –, krumplira, villanykörtére és gázra, vagyis ennivalóra, világításra és fűtésre. Aki otthon van, az is eszik, világít és fűt. Ha kórházba kerül, ugyanúgy megéhezik; látni akar, ha besötétedik; és fázik, ha hideg van körülötte. Hogy miért ne fizesse meg legalább azt a krumplit, amit megeszik, azt az áramot, amivel világítanak neki és azt a gázt, amivel fűtenek rá – például napi 300 forinttal? – Mert már megfizette a TB-járulékkal! – válaszolták felelőtlen egészségpolitikusok, pedig a szívük mélyén maguk is tudták: nem mondanak igazat.

Amiként elhallgatták azt is, hogy mindenfajta öngondoskodás bevezetése természetszerűen az amúgy is óriási társadalmi igazságtalanságok, egyenlőtlen esélyek további romlásához vezet. (Ahogyan történt ez például a színházak világában: megmaradt az alapvetően állami finanszírozás, ám a jegyárak alaposan nőttek – újabb és újabb tömegeket fosztva meg igénybevételük sanszától.)

Belecövekelték azonban az orvos-társadalmat (vagy intézményeiket megnevezve: a kórház-társadalmat, a rendelő-társadalmat) abba a szerepbe, amely öngyilkos módon ellenáll annak a változtatásnak is, amely pedig tevékenységét elkezdené végre más szemléleti alapokra helyezni. Belopva annak a piacgazdaságnak (vagy inkább Max Weber protestáns

etikájának) a szellemét, amely lehetségessé teszi a közszolgálatnak is a gazdasági racionalitáson nyugvó végzését. Amely megteremti a szigorú és komolyan vett szakmai szabályok, protokollok; a számszerűsítetten is egzakt, feladat-alapú működtetés-foglalkoztatás-finanszírozás-fejlesztés; a mindezek betonkemény ellenőrzése, az egyéni felelősség és a valódi szankciók egységes rendszerét. Amely így rendszerként a valós érdekviszonyok alapján adekvát válaszokat ad a társadalom adott állapotára, egyszersmind betegség-egészség kiszámíthatatlan hullámzására is.

Továbbra sem engedik az orvosoknak, hogy a magas színvonalú szolgáltatást nyújtó ember szakmai büszkeségével megkövetelhessék munkájuk méltó ellenértékét. Inkább az alattvalók szolga-helyzetében tartva arra kárhoztatják őket, hogy rejtve-dugva tartsák a markukat a hálapénzért; kuncsorogjanak jobb bérért, holott valójában remekül keresnek, csak éppen nem hivatalosan; csaljanak az elszámolásokon; ha pedig vezetők, tegyék zsebre a korrupciós visszatérítéseket a beszállítóktól, gyógyszergyáraktól.

A vizitdíjról és kórházi napidíjról szóló 2008-as népszavazás – lévén értelemszerűen politikai esemény – természetesen nem nélkülözte a politikai hátszeleket, pro és kontra egyaránt. Ennek során azonban különös súllyal esett latba magának az orvos-céhnek az állásfoglalása.

Sajnos irtózatosan halk maradt annak a csekély számú orvosnak a hangja, aki például haladéktalanul rendelőjének ajtajára tűzött közleményben tudatta pácienseivel, hogy a befolyó vizitdíjból sokak számára alaposabb vizsgálatot nyújtó EKG-készüléket vagy gyorsabb kiszolgálást lehetővé tevő számítógépet vásárol, így javítva a betegek ellátását. Óriási erővel visszhangzott viszont azok hangja, akik fölösleges sarcról, plusz adóztatásról szónokoltak, s tiltakoztak, szervezkedtek a vizitdíj és a kórházi napidíj ellen.

A politikailag amúgyis helytelenül átszínezett 2008-as népszavazási harcnak – túl azon az egyszerű összefüggésen, hogy rengeteg ember bármit hajlandó leszavazni, ami neki egyetlen fityingjébe is kerül – súlyos üzenete született. Hogy az orvos-társadalom hangadó körei elutasítják az állampolgári öngondoskodás legapróbb megnyilvánulására tett halovány kísérletet is. Ez hosszú távon öngól.

A vizitdíj és a kórházi napidíj 2008-as népszavazási megbuktatása tehát szerintem az egészségügy számára súlyos kudarc – ha kamarai és egyes szakszervezeti képviselői ennek ellenkezőjét állítják is. Talán célszerű keresgélnünk e bukás fő okait, meghatározó összetevőit.

A magyar orvos-társadalom fokozódó válsághelyzetben dolgozik. Objektíve és szubjektíve egyaránt.

S mióta már! Olvassuk csak e pár mondatot: *„A magyar orvosi társadalomnak nem nagyon kedvezett a szerencse a megállapodások létesítése terén. Ennek okát felesleges jobban részleteznem, ezért csak annyit mondok, hogy a legfőbb ok a betegség-biztosításunk csökkent teherviselő képességében, de annál nagyobb hatalmi erejében keresendő, mellyel szemben a megszervezhetetlen és szétforgácsolódó magyar orvostársadalom mindig gyengének bizonyult.”*

Ugye ismerős? Ugye olvashatnánk e beismerést bármelyik mai napilapban?

Noha a szöveg 1942-ből való, szerzője Keleti József, a MABI (a Magánalkalmazottak Biztosítási Intézete) igazgató-főorvosa, m. kir. eü. főtanácsos, aki éppen az egységes társadalombiztosítás bevezetése ellen, a több-biztosítós rendszer fenntartása mellett hadakozott írásával.[1]

A „Magyar Egészségügy” – európai összehasonlításban közepesen jónak értékelt szakmai teljesítményének[2] megtartása mellett – évtizedek óta egyre reménytelenebb küzdelmet folytat *finanszírozásának* olyan reformjáért, amely lehetővé tenné a sok évtizedes tárgyi-technikai lemaradás megszüntetését.

Gyakorta azzal érvel – és igazat mond –, hogy rendszerét lassan csupán szereplői tekintélyes részének hősies és heroikus helytállása tartja életben.

1. Rámutat a gyönge eszközparkra, a fejlett országokhoz képest folyton sokéves lemaradásban lévő műszerekre; a lerobbant, szétszórt rendelő- és kórház-épületekre; a kisegítő személyzet (nővérek, ápolók, gyógytornászok, masszőrök, dietetikusok stb.) megengedhetetlenül alacsony arányára.

2. Hivatkozik a TB kölcsönös becsapásra építő finanszírozási rendszerére: arra a csapda-helyzetre, amelyben a TB a megfelelőnél alacsonyabban díjazza az egyes szolgáltatásokat; ezért a kórházak ahhoz, hogy elegendő pénzhez jussanak, valótlan plusz adatokat (plusz kórházi ápolási napokat, meg nem történt vizsgálatokat, el nem végzett beavatkozásokat) írnak be elszámolásaikba – a TB emiatt lejjebb veszi „pontjaikat”, elszámolási egységeiket; amivel újabb valótlan kimutatások készítésére kényszeríti őket.

3. Emlegeti a paraszolvenciát kikényszerítő bérezését, azt, hogy az orvosi jövedelmek kétségkívül messze nem állnak arányban a végzett munka jellegével és jelentőségével. Utal arra, hogy finanszírozásában teljesen abnormális az arány a megelőzésre, illetve gyógyításra fordítható keretek között.

4. Említi, hogy az ellátásnak rossz a szerkezete, hogy alig vezettek eredményre a 2000-es évek törekvései az alapellátás, a járó- és fekvőbeteg-szakellátás, centrumok, régiók és klinikák súlyozása terén.

5. Nehezményezi, hogy a kórház-bezárások, -megszüntetések, ágyszám-csökkentések többsége szakmai helyett átcsúszott politikai térre, így elsődlegesen politikai szempontok alapján zajlott, bizony gyakran fittyet hányva a szakmai ésszerűség szempontjaira. Megszüntettek ott, ahol korábban milliárdokért fejlesztettek, beruháztak ott, ahol erre aligha volt szükség és így tovább. Emlegeti, hogy a döntések jó része valóban afféle – Csak nem zárjátok be, édes jó Pistám, Lajosom, azt a kórházat, amely egyéniben szerzett képviselői mandátumom egyetlen fölmutatható produktuma a plebs előtt! – befolyásolások eredményeként születik.

6. Riogat azzal, hogy az orvos-réteg rohamosan elöregszik, mivel a fiatalok elmenekülnek külföldre – s noha az ismert számok egyelőre valójában csupán egy-kétezer orvos külföldre szerződését regisztrálják, a tendencia valóban riasztó.

A hivatalok és hivatalosok mindhiába hivatkoznak azokra az egzakt adatokra, amelyek szerint a magyar egészségügy szintje közelebb áll az osztrákéhoz, mint amit a két ország közötti fejlettségi különbség (GDP/fő) indokol – ha ezt sem a lakosság, sem az orvos-szakma nem így éli meg.

Ugyanakkor azonban a szakma „felkent papjai” közül sokan a valódi és az álreformoknak egyaránt esküdt ellenségeiként viselkednek – ha a legtöbbször direkt pártpolitikai megfontolásaik alapján változékony módon is. Kétségtelen tény ugyan: a nyolcvanas évektől folyamatosan és mindvégig azt tapasztalták, hogy az egymást követő kormányok képtelenek nagyívű, fejlesztő reform-tervekkel előrukkolni – tudomásul véve, hogy egy valódi egészségügyi reformnak (is) a kifutási ideje 20-40 év, tehát bizonyosan nem ők maguk aratják le annak babárjait. Rendre kizárólag rövid távú szempontokat érvényesítenek, legfeljebb saját választási ciklusuk két-három évén belül kézzelfogható eredményekkel kecsegtető átalakításokkal próbálkoznak. Méghozzá rendszerint megalapozatlanul, hatástanulmányok nélkül, napi – a rendszer működését elbizonytalanító, a szakmai érdekeket gyakran háttérbe szorító, fiskálisan negatívan determinált – döntéseikkel ide-oda csapkodva.

Feudálszocializmus ma

Alapvető tény, s bármilyen fejlesztő, hosszú távú reform ellen hat, hogy az orvos-társadalom máig őrzi *feudális* hagyományait. A demokrácia teljes hiánya, az egy-egy osztályon, kórházon belüli parancsuralmi rendszer nem csupán arra terjed ki, ami bármely munkahelyen indokolt. Hanem például arra is, hogy a kezelőorvos helyett az előjogokkal felruházott főnök döntse el, mi baja van a páciensnek; a hűbérúr-vezető monopolizáljon elosztási rendszereket, például, hogy kinek hány ágya van magánbetegei számára, vagy éppen kiket kezeljenek borsos árú gyógyszerekkel, drága vizsgálatokkal és magas költségű beavatkozásokkal, és kiket hagyjanak sorsukra azok hiányában. Ha ezek haszna egyébként a magánzsebekbe is folyik – jobbára adózás nélkül.

Némi túlzással a *cuius regio, eius religio (akié a föld, azé a vallás)* feudális elve is moccanatlanul érvényesül az egészségügyben. A főnök mindent és bármit meghatározhat, az előzőeken túl még valóban a „religio" kérdéseiben is: a keleti és nyugati orvoslás, a természetgyógyászat módozatainak keverése vagy éppen tiltása; az alapvető etikai kérdések – például az euthanázia, a szervátültetések donor-kiszolgálása, az abortusz, a melegek kezelése, a cigány páciensekkel szembeni viselkedés terén, vagy éppen abban, kik és milyen kiválasztási szempontok alapján dolgozhatnak az osztályán, kórházában.

A feudális szerkezetek őrzésén túl az egészségügy lassan az egyetlen olyan zárvánnyá válik, amely a *szocializmus*nak hívott rendszer (a döntően állami tulajdon, a központi tervgazdaság) továbbélése érdekében a legkitartóbban küzd, amely a lehető legtávolabb tartja magától a társadalom kapitalista (döntően magántulajdonú, piac-vezérelte) fordulatát. Amelynek nálunk meghonosodott formája lehet ugyan kétségkívül élhetetlen, sőt, akár rendszerválságban lévő is, ám eleddig senki nem mutatta föl alternatíváját. 1990 és 2008 között nyolcévnyi „konzervatív" és tízévnyi „balliberális" kormányzás lényegében ugyanazon, egyre láthatóbban lefelé vagy sehová sem vezető úton vitte az egészségügyet (is).

Tette ezt különösen azzal: nem kényszerítette ki, hogy az állami költségvetésből, a beszedett adóból, illetve járulékokból fönntartott társadalombiztosítóból valaha is (akár egy, akár több) *valódi biztosító* válhasson.

A '45 előtti OTI (Országos Társadalombiztosító Intézet), MABI (Magánalkalmazottak Biztosítási Intézete), OTBA (Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap) és még vagy ötven magán egészség-biztosító szufficittel működött; ha folyó tevékenysége nem is volt nyereséges, hatalmas vagyona – bérházai és más befektetései – hozamából bőven pótolhatta e hiányt. E biztosítóknak pedig szabad vállalkozó orvosok dolgoztak. Mélyen igazságtalan rendszer volt persze, amelyből például a mezőgazdasági népesség szinte teljes egészében kimaradt, de lehetetlenségei az akkori társadalmi, politikai rendszer egészét tükrözték vissza.

A magát szocialistának nevező rendszer – a magánbiztosítókat megszüntető, egységes társadalombiztosítást életre hívó – államosítása azonban elorozta e vagyont is, s az egészségügyet ugyanúgy az állami költségvetés kiszolgáltatottjává tette, mint minden mást. A szabad vállalkozó orvosból pedig állami alkalmazott lett, annak összes előnyével és hátrányával együtt.

Az 1989-90-es rendszerváltozás magántulajdonon alapuló piacgazdaságot hozott – úgy, ahogy. Az egyes társadalmi alrendszerek számára tehát alapvető kérdéssé vált: átállnak vagy maradnak a réginél. S a túlterhelt, feladatai többségével megbirkózni képtelen politikai osztály és az orvos-társadalom vezető rétege hamar egyetértésre jutott: maradni a réginél. – Ugyan az sem vált be, de azt legalább ismerjük és megtanultuk a magunk hasznára működtetni! – mondták az orvosok, és ellenálltak a változtatási ötleteknek.

A politikai osztály megelégedett azzal, hogy a régi „elit” helyett ő válik Kútvölgyi- (majd Honvéd-kórház-) jogosulttá, hogy ugyanúgy informális ellátási előnyökhöz, VIP-ellátáshoz jut; az orvosok pedig „megúszták” a változásokkal járó kényelmetlenségeket, tanulási kényszereket, s maradhattak a biztos és ismert helyzetben, amelyben bejáratott trükkjeikkel már elérik, amit akarnak, különösen anyagilag.

A rendszerváltozás után ugyan többször fölvetődött, hogy igazi vagyonnal, állandó hozamot produkáló tulajdonelemekkel tőkésítsék föl a társadalombiztosítást – ám ezek vagy nem valósultak meg, vagy e vagyonelemek végül „szőrén-szálán” elillantak.

Így sikerült – az orvos-társadalom vezető rétegének hathatós segítségével – konzerválni az egészségügy finanszírozásának, elosztási rendszerének *államszocialista* mivoltát: azt, hogy az állampolgárok önálló öngondoskodása és kontrollja nélküli állami behajtás és elosztás (boldog emlékezetű Liska Tibor[3] szóhasználatával: a fosztogatásból osztogatás[4]) szisztémája alapvetően változatlanul fennmaradjon.

Az előző, úgynevezett szocialista rendszer az alacsonyan tartott bérek mellé ingyenes juttatásokat adott: egészségügyet, köz- és felsőoktatást, szociális hálót a rászorulóknak, valamint nagyon olcsó kultúrát, művészetet. Eltörölhetné – részben el is törölte – mindezt a rendszerváltozás szele, ha a magyar gazdaság teljesítménye lehetővé tenné sokkal magasabb, „nyugati” bérek kifizetését, így mindezen szolgáltatások piaci igénybevételét, értékén megfizetését – de nem teszi lehetővé (legalábbis a feketegazdaság, a korrupció és a versenyszférába kerülő állami pénzek hármasának ilyen félelmetesen magas hányada mellett biztosan nem).

A csapda bezárult. Az állam azt mondta: az értékteremtő munkát végzők aránya és az ő termelékenységük, versenyképességük nem termel meg magasabb béreket, tehát tömegeknek egyszerűen nincs miből esetleg piaci alapon működő egészségügyi, oktatási szolgáltatásokat vásárolniuk – ám az éppen az előzőekben említett okokból kevés befolyó adóból képtelenség ezeket az alrendszereket úgy működtetni, hogy állampolgári hozzájárulás nélkül is megfelelő színvonalú szolgáltatást nyújtsanak. Kivéve persze ismét az adóbevételek valódi beszedésének és egészen más szerkezetű felhasználásának, például a hihetetlen mértékű gazdasági, támogatási összegeknek és a korrupciónak az ésszerű kordában tartása esetét – de ez messze meghaladja jelen tanulmány kereteit.

Noha a kezdetektől nyilvánvaló volt: ha az egészségügy, illetve az egészségfinanszírozás növekvő hányadában nem köszönt be a piacgazdaságnak valamilyen formája vagy legalább szemlélete, ha az orvostudomány és -technika rohamos költség-növekedését nem pótolják külső források bevonásával – az egyre züllő ellátást, a lakosság egészségi állapotának jelentős romlását, ezrével bekövetkező fölösleges haláleseteket okoz. Eladósodott és kevéssé növekvő nemzetgazdaságnak biztosan nincs miből egyre magasabbra emelnie az egészségügyre fordítható kiadásait. Bármennyire igaz ugyan az a tény, hogy a lakosság egészségi állapotát alapvetően a GDP/fő szint, illetve a képzettség-iskolázottság szintje határozza meg, s ezek – ha a kellőnél sokkal lassabban is, de – nőnek, s így a magyar lakosság demográfiai mutatói is – ha nem is elég gyorsan, de – javulnak, ezen belül az egészségügyi ellátás hiányosságai továbbra is szörnyűséges következményekkel járnak.

S ugyanígy egyelőre az orvos-kaszt hangadó rétege következetesen és azonnal elutasítja a vállalkozás, a profitérdekeltség újabb, további elemeinek az egészségügybe beszüremkedését. Nem a magánrendelőjében persze, „csupán” a főmunkahelyén. Tűzön-vízen át ragaszkodik biztonságosnak hitt közalkalmazotti státusához, elutasítva ezzel a szabad vállalkozói pozíciót, noha közben a megtűrt, de finanszírozásában el nem ismert magánklinikákon szívesen keres vállalkozóként is pénzt, és egészen másképpen is viselkedik, mint a kórházban. Nem pusztán ahhoz az elvitathatatlan alapelvhez köti magát (okkal-joggal), hogy az egészségügy közszolgálat, s az állam alapvető ellátási kötelezettsége megkérdőjelezhetetlen – de újra és újra harcba fog a magánosítás minden formája ellen. Zömmel undorral szemléli, s ahol tudja,

gáncsolja azt a néhány területet, ahol külső kényszerre megtelepedett a magántőke (mint a dializálás, a kozmetikai sebészet, a gyógyszeripar, néhány mosodai, étkeztetési stb. szolgáltatás). Gyanakodva fogadja a magántőkéből beruházott diagnosztikai, kezelési, műtéti és utógondozási eljárások, technikák, a profit-orientált ellátások bevezetési kísérleteit, s ahelyett, hogy a betegek érdekében sürgetné ezek maximális kihasználását, erősen lobbizik alulfinanszírozásuk érdekében, lásd például a magántőkén beruházott PET-CT-k, a „maszek" lombik-bébi programok sorsát. Miközben gondoskodik arról, hogy mindezek profitjából ő is részesedhessen, ha nem hivatalosan, hát magánúton. Miközben amint kilép kórházából-rendelőjéből, maga is őszinte híve lesz a vállalkozásnak, a profitnak, saját anyagi gyarapodásának.

Igaz, azok, akik megpróbálkoztak az átállással, nem jártak igazán jól. A háziorvosok döntő többsége a 90-es évek elején-közepén vállalkozóvá, magánorvossá vált. Jövedelme hirtelen meg is ugrott, zömmel nagyságrendekkel nőtt. Ám finanszírozását, a kártyapénz értékét aztán olyannyira lerontotta a TB, hogy ma már a körzetek többsége képtelen lenne eltartani személyzetét, ha a hálapénz nem egyensúlyozná ki hiányait. Ez általános csalódást eredményezett – hibás módon rendszerint nemcsak a rossz központi finanszírozással, hanem a vállalkozó orvosi rendszerrel szemben is.

Holott továbblépni sokak szerint – szerintem is – csak úgy lehetséges, ha az elsődlegesen közszolgálati alapon működő egészségügy és egészség-biztosítás éppen, hogy vonzza a magántőkét, s saját örökös hiányait részben annak segítségével pótolja. Amíg azonban egyes politikai erők szélsőségesen túlzásba vitt piacpártisága harcol a szocializmusból örökölt mindenáron való piacellenességgel – addig örökké a marcona pénzügy-politika fog győzni, a maga szinte soha nem a közcélra összpontosító szűkkeblűségével, vagyis azzal, hogy ismét egyedül a beteg érdeke szorul háttérbe.

Alig-alig emeli be tevékenységébe annak költség-haszon alapú elemzését, holott ez az egészségügyben éppoly lehetséges, mint más területeken (ha valamelyest bonyolultabb is néhány haszon-számítás); e helyett – Moldova György telibe találó szavaival – tékozló kolduskénti működik. Rendkívül ritkán hajlandó utat nyitni korszerű menedzsment-ismereteknek és -gyakorlatnak, lásd például mennyire fehér holló ma is, hogy az orvos kórház-igazgató mellett nem orvos egészségügyi menedzser dolgozzon.

S noha az orvosok többsége maga is kínlódik a rengeteg fölösleges orvos-beteg találkozástól, a prevenció–gyógyítás-beavatkozás–gondozás-utógondozás–egészségmegtartás folyamatának teljesen rossz szerkezetű finanszírozásától – könnyebbnek bizonyult ebben úgy-ahogy működni, mint kidolgozni az ésszerű és szakmailag megalapozott átalakítási terveket. Az orvosok zöme kitanulta, miképpen találhatja meg a saját számítását e lehetetlen viszonyok közepette is. Magévá tette a régi-régi silány elvet: ami mindenkié, az az enyém is, tehát kiszedek belőle annyit, amennyit csak tudok. Viszi, amit ér; magánpácienseit a kórházban laboráltatja, röntgenezteti, CT-zteti.

Gusztustalan fekély

Amiképpen sikerült megőrizni, átmenteni az orvoslás legundorítóbb szocialista „vívmányát", legalantasabb társadalmi csapda-helyzetét, az *orvosi borravalózás* rendszerét. Hiszen a kommunista eufémizmussal hálapénznek nevezett „jatt" Rákosi Mátyás, Gerő Ernő és Vas Zoltán[5] találmánya, Ratkó Anna[6] egészségügyi miniszter végrehajtásával[7] (az 1945 előtti úgynevezett kiskassza másfajta intézmény volt). Az MDP Politikai Bizottsága hagyta jóvá, hogy az általános értelmiség-ellenességen belül az orvosok fizetés-emelésének elmaradását – Gerő Ernőnek az abortuszra utaló szavaival: „– Csak nem fizetjük túl gyermekeink gyilkosait!"[8] – „rátolják" a páciensekre, hogy a valós és az elfogadható jövedelmek közötti

különbséget a betegek fizessék meg. Hogy aztán évtizedeken át folyhasson a képmutató gyakorlat: a jogilag büntetendő hálapénzre titkos kormányhatározat tiltotta meg büntető eljárás indítását, a személyi jövedelemadó bevezetése után pedig halk politikai instrukciók a titkon tartott plusz jövedelem firtatását.[9]

A rendszerváltozás után pedig a paraszolvencia-rendszer fő haszonélvezői – megtartva az orvos-társadalmon belüli meghatározó pozícióikat – szakmai vitáik és verekedéseik mélyén elsősorban a hálapénz mindenáron való védelmének rendeltek alá szinte minden más szempontot. Nem törődve sem e borravalóban nem részesülő céh-társaik gyorsuló anyagi leszakadásával, sem azzal, hogy a paraszolvencia már tényleg valóságos fekély a magyar társadalom testében, s mint ilyen, fertőzi is az egész „szervezetet". Jelentőségét növeli, hogy valójában az utolsó a sorban. A vendéglősöknél a szerviz-díjjal és még inkább a rengeteg fixáras gyorsétteremmel, kifőzdével a borravaló olyan szabadon választott lehetőséggé vált, amelynek elmaradásán meg se lepődik senki. A benzinkutaknál a vevők nagy hányada kártyával fizet, s például azt, hogy lemossák a szélvédőjét, az erős piaci verseny természetes szolgáltatásának tekinti, amely aligha vonzza ötven-száz forint átnyújtására. A hentesek, fodrászok, taxisok, kabinosok, ruha- vagy könyvárusok a mi kegyeinkért és pénzünkért versengenek, ha lehet, inkább ők adnak nekünk juttatást, ha éppen náluk vásárolunk, például akcióik, engedményeik, kedvezmény-pontjaik vagy kártyáik útján, nemhogy tőlünk várnának borravalót.

Az orvos-szakma maradt meg talán egyedül, amely tevékenysége szerves és elidegeníthetetlen részeként védelmezi a borravalót, amely nem hajlandó és képes váltani, tudomásul venni a rendszerváltozás, a kapitalista piacgazdaság szellemét. És ez rányomja bélyegét egész szemléletére, társadalmi-politikai viselkedésmódjára. Hiszen ha alap-motívuma kimondhatatlan, tehát rendre kimondatlan, akkor természetessé válik a mellébeszélés, a hazudozás, a politikai sandaság, a társadalmilag káros gondolkodásmód. Akik üzemszerűen a közre terhelik munkájuk költségeit, ám magánzsebeikbe folyatják annak hasznát (legjellemzőbb példája ennek az állami ágyon folyó magánpraxis, a magánbetegek állami vizsgálatainak özöne) – azok szükségképpen nem harcolnak tiszta és átlátható viszonyok megteremtéséért. Akik jövedelmük döntő hányada után nem adóznak, azok soha nem lesznek őszinte hívei a közteher-viselésnek.

Tévedés ne essék: mindebben természetesen magánál az orvos-céhnél bűnösebb a II. világháború óta valamennyi eddigi „pártunk és kormányunk", amelyek egyikének sem akarózott egyenesen szembenézni mindezzel, s egyikének sem volt bátorsága nemhogy igazi változásokat kezdeményezni, de még néven nevezni sem a dolgokat.

Önvédelem és szervezett felelőtlenség

Közben azonban mégiscsak lezajlott a *rendszerváltozás*, a maga vitatható eredményeivel és frissen termelt ellentmondásaival. A hirtelen meglódult társadalmi páternoszter önhibájukon kívül milliókat vitt lefelé, a leszakadás, a relatív vagy éppen abszolút elnyomorodás felé, s az állam konzekvensen elüti segítséget kérő kezüket. Keveseket – de éppen azokat, akik az orvosok baráti, ismerősi referencia-csoportjaiból valók – viszont fölröpített. Sikeres vállalkozók és kereskedők, bankárok és brókerek, médiacézárok és képernyős celebek, miniszterek és parlamenti, önkormányzati képviselők; mellesleg enyhén szólva is megkérdőjelezhető módon gazdagodók villognak egyre feltűnőbben és rátartibban – frusztrálva például azokat az orvosokat, akik munkájukat teljes joggal fontosabbnak, tehát többre értékelendőnek érzik, mint a puszta pénzcsinálást, a médiában bohóckodást, az impotens politizálást.

Akik tehát tele vannak *kompenzációs és önvédelmi késztetésekkel*. Úgy érzik, nem elég, hogy anyagilag ennyien lehagyták őket, de szakmájuk, gyógyító tevékenységük is leértékelődött – amelyet pedig közülük rengetegen valóban példaértékű helytállással és áldozatvállalással gyakorolnak. Pácienseik egyre követelőzőbbek lettek (mivel a korábbiaknál azért inkább tisztában vannak azzal, hogy valójában mennyit fizetnek be a tébé-kasszába, s nem átallják elvárni annak ellenértékét). Ugyanakkor egyre többet visszakérdeznek, kételkednek diagnózisban, terápiában egyaránt (hiszen túl sokat olvasnak, hallanak orvosi műhibákról, mellényúlásokról, slendriánságokról). Amit rettenetesen fölerősít, hogy a média furtonfurt orvosi műhiba-ügyekkel traktálja a publikumot (amiben kénytelen vagyok beismerni személyes felelősségemet, miszerint két orvosi műhibákról szóló könyvemmel felszabadítottam a sajtót addig hitt tabuzásából, megmutatva, hogy igenis lehet írni ezekről is).

Erősödő kompenzációs késztetéseik és egyszersmind védekező reflexeik kiélésére az orvosoknak mindössze három lehetséges terepük maradt.

Egyrészt a „nagy fehér varázsló" szerepkörének kiteljesítése, mesterségük gyakorlásának még sűrűbb „lila ködbe burkolása". Tapasztaljuk is: mind több a latin szó, vagy legalább gyakoribb a páciensek számára teljességgel érthetetlen szakmai szöveg, sűrűbb a kívülállók elutasítása azon az alapon, hogy laikusok, nem értenek hozzá – miáltal nő a betegek kiszolgáltatottsága.

Másrészt védekezhetnek és védekeznek is a velük szemben egyre ellenségesebbnek érzett állammal és társadalommal szemben úgy, hogy ellenséget „gyártanak": a műhibáikat szóvá tevőket orvos-ellenes rosszakarókként állítva be; az adócsalásaikat, elszámolási ügyeskedéseiket, köztulajdonban álló eszközökkel folytatott magánpraxisukat leleplezőket irigy bürokratákként tüntetve fel; és legfőképpen a reformokkal próbálkozókat az ő pénzükre-presztízsükre-pozíciójukra ácsingózó, nekik ártani próbáló patás ördögökként festve le.

Harmadrészt egyszerre kompenzálhatnak és védekezhetnek azzal, ha egyre inkább elmossák a személyes felelősségeket, ha intézményesítik a *felelőtlenség rendszerét*. Sajnos e téren érték el a legnagyobb „sikereket". Úgy is, hogy a szervezeti- finanszírozási-technikai és az elbizonytalanító, mert percenként változó szabályozási környezetre próbálják a felelősséget áthárítani – egyébként nem is teljesen megalapozatlanul. És úgy is, hogy saját rendszerükből kiiktatják a személyes felelősség elvét és gyakorlatát.

Érthetően, mivel a magyar társadalom egészében óriási mértékben növekedett az elmúlt néhány évtizedben a következmény-nélküliség, a felelőtlenség. Miközben az igazságszolgáltatás – a rendőrség, az ügyészség, a bíróság és a büntetés-végrehajtás – teljes rendszere egyre ijesztőbb mértékben bizonyul működésképtelennek, ugyanakkor az erkölcsi értékrendek szinte megszűnnek hatni. Így *kétfelől*, a jog és az erkölcs oldaláról egyszerre süllyednek el, enyésznek el a normák, a társadalmi kohézió, az állampolgári viselkedés-szabályozás eszközei. Tehát az emberi viszonyok durvulnak, erőszakosabbá, kíméletlenebbé, irgalom nélkülivé válnak, terjed, sűrűsödik az intolerancia, a gyűlölködés, a rasszizmus, kihal a szolidaritás.

A gyógyítás – az emberiség legszolidárisabb, leginkább a másik ember megértésére és segítésére alapozott tevékenysége – morálisan így jobbadán légüres térbe kerül, s nem találja meg ennek semmilyen ellenszerét, a maga számára sem. Természetesnek érzi hát, ha magára nézve nem akceptál immáron jószerivel semmiféle olyan szabályt, kötelezettséget, amely elsőrendűen erkölcsi alapozású. Megteremti magának a szervezett felelőtlenség birodalmát.

Százával értesülünk orvosi műhibákról. Ezek – ritka kivételnek számító – bebizonyosodása esetén a kórházak kártérítést fizetnek. Ám nem tudunk egyetlen olyan esetről sem, hogy a súlyos milliókat kifizető kórház visszakövetelte volna az általa fizetett összegnek legalább egy részét, felelőssé téve a műhibát valójában elkövető konkrét orvost. Szerencsésebb sorsú országokban általában az orvos maga fizeti műhiba-biztosítását, s a szerződött összegen felüli

kártérítési kötelezettségeiért ő maga állt helyt – a házával, az autójával, a teljes magánvagyonával. Nálunk a tucatnyi műhibát vétett orvos soha egyetlen forintot a saját zsebéből nem fizet megnyomorított vagy éppen meghalt páciensei miatt.

Hivatkozhatnak persze az orvosok e szemlélet általános érvényére. Bírói, ügyészi műhibák esetén is – ha egyáltalán – legfeljebb a bíróság, az ügyészség tehető ma felelőssé, soha nem a bíró, az ügyész. Ám a bírói műhibákba legfeljebb átvitt értelemben halunk bele – a felelősség nélkül maradó orvosi műhibákba azonban konkrétan, a szó szoros értelmében. Valamint mások hasonló bűneinek léte soha nem ad felmentést sajátjainkra.

Orvos-szerep és érdekek

Az orvos-szerep és az orvos-céh önprezentációja az emberiség történetében sokkal kisebb változékonyságot tanúsít, mint az indokolt lenne. Valaha a törzsi varázslók, sámánok kezdtek gyógyítással foglalkozni, e tárgyú tapasztalataikat a hit erejével támasztva meg.

Mai orvos-varázslóink a hitet – vagy legalábbis azt a nézőpontot, hogy a betegnek egységes szervezete, mi több, lelke is van, amelyet talán akceptálni kéne egy-egy szervének lokalizált gyógyítása során – kidobták a szemétbe, mondván, specializáció van, felvilágosodás és tudományosság. (Noha amint valamilyen tényleges nyavalyánk van, szembesülünk vele, hogy a „rakéta-gyorsasággal fejlődő orvostudomány” mily esendő ma is, mennyire keveset tud valójában arról, miképpen is működünk akár egészségesen, akár betegen.) Mégis a maguk számára szeretnék megkövetelni ma is a sámán-szerepet, lehetőleg annak összes privilégiumával együtt. Vagy ha azt nem lehet, legalább annak pénzbeli megváltását a hálapénz és az állami finanszírozás magáncélú dézsmálása formájában.

A hagyományos orvos-szerep ma – támasztékok, normák és hit nélkül – így hát meglehetősen kiüresedőfélben van. Helyébe léphetne a szigorúan szakmai alapon adekvát szolgáltatást nyújtó, s hatékony, eredményes szolgáltatását természetes módon megfizettető szakember szerepe. Ez azonban szerves módon csak a tág értelemben vett piacon létezhet. A piacra lépéstől azonban együtt óvja meg hangadóinak és környezetének óvatos konzervativizmusa, illetve az a társadalmi kényszer, hogy közszolgáltatást nyújtson.

Az orvos-céh a történelemben jobbadán roppant erős érdekérvényesítő volt. Informális hatalmát – hogy ugyanis a legfőbb döntéshozók egészségét, betegségét is látszólag ő tartotta markában – azonban megtörte a „modern” világ.

Valójában mégis kikerült a piacra, ha nem is máshová, csupán a közalkalmazotti szolgáltatásokat nyújtók piacára. Ott pedig már csak azok a játékszabályok, érdekérvényesítési módozatok alkalmazhatók, amelyek ott jellemzők.

A rendszerváltozással jött „új világban” az orvos-kaszt vezető rétegének látnia, akceptálnia, követnie kellett volna és kellene, hogy a szocializmust felváltó „új rend” kialakítása többnyire úgy történt, hogy azon foglalkozási csoportok jutottak ötről a hatra, amelyek a maguk kezébe vették saját sorsuk alakítását, s nem reménykedtek hiábavalóan abban, hogy majd a politika egyszer sort kerít rájuk is, s megoldja gondjaikat. Akkor és úgy született a piacgazdaság és az új politikai rend követelményeinek többé-kevésbé megfelelő törvényi szintű állami szabályozás az üzleti világ jó részéről, a bírósági önigazgatásról, az ügyvédségről, a közjegyzőségről, vagy éppen a közművelődésről, a filmről, éppen 2008-ban a színházakról és sok más szféráról – amikor és ahogyan az adott terület maga kidolgozta jövőjének koncepcióját, és kilobbizta annak elfogadását. S ezen belül is „rendes” jövedelmekhez vagy azok jutottak, akik leszakadtak az állam „köldökzsinórjáról”, amivel azonban egyszersmind óriási piaci kockázatokat is bevállaltak; vagy azok, akik az így

kilobbizott szabályozást arra használták ki, hogy a korábbinál sokkal több közpénzt verekedjenek ki maguknak.

A magyar orvos-társadalom azonban – nyilván elsősorban belső megosztottsága miatt – eleddig soha nem volt képes saját sorsának ilyesféle kovácsává válni. Pedig mindaddig permanens válság-helyzetben is marad, amíg hosszú távú fejlesztésének vízióját mástól, különösen, ha a politikától várja. Nincs más választása, mint előbb-utóbb hosszadalmas szívós munkával kidolgozni saját jövő-koncepcióját, azt végigvitatni összes rétegének, ágának képviselőivel és reprezentánsaival, s az így kiküzdött belső megegyezések alapján önérvényesítő harcba fogva átverekedni terveit a szakmai és politikai döntéshozókon.

Addig a magyar orvos-társadalom fokozódó válsághelyzetben marad. Objektíve és szubjektíve egyaránt.

Addig még többször önmaga fogja megbuktatni mindazon próbálkozásokat, amelyek helyzetét javíthatnák.

(Megjelent a Magyarország Politikai Évkönyvében 2009-ben, amelyet a Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány adott ki; szerkesztette: Sándor Péter és Vass László)

---

[1] Dr. Keleti József: A társadalombiztosítás fejlődéstörténete, a biztosítás mibenléte, működési köre, ember- és nemzetvédelmi jelentősége. In: Az Országos Orvosi Kamara hivatalos cím- és közegészségügyi adattára. Grafikai Nyomda Nagyvárad, 1942.

[2] Lásd például Baraczka Mariann – Mihályi Péter Egészségügy 2008: a kontrollok éve c. írását jelen kötetben.

[3] Liska Tibor (1925-94) közgazdász, akadémikus, a szocialista vállalkozási szektor „apostola”

[4] Liska Tibor: *Szent barmunk – a politika alaprendje*, Betűvető Kisszövetkezet, Budapest, 1989.

[5] A Rákosi-kor politikai vezetői

[6] 1950-53 között egészségügyi miniszter, neve elsősorban az általa bevezetett abortusz-tilalom kapcsán maradt fönn, a „Ratkó-gyerekek” utalással

[7] Az orvosi borravaló hallgatólagos tudomásul vétele először a Dobi István vezette kormány 40/1950. MT-rendeletében jelent meg.

[8] Ennek az 1950 tavaszán tartott MDP Politikai Bizottság ülésnek nem készült vagy nem maradt meg a jegyzőkönyve. Tartalmát két meghívottként jelenlévő beszámolója alapján idézi: Ádám György: Az orvosi hálapénz Magyarországon. Magvető Kiadó, 1986.

[9] Ádám György: idézett mű