

LOSONCZI ÁGNES

# UTAK ÉS KORLÁTOK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

*Az egészségügy a jelentkező gazdasági, politikai, erkölcsi válságoknak szinte gyűjtőterepe. Itt sűrűsödnek azok a társadalmi konfliktusok és krízisjelenségek, amelyek az egyes társadalmi szférákban külön-külön mutatkoznak meg. A katasztrofálisnak mondható népegészségügyi állapot, a megelőző egészségvédelem hiánya párosul az egészségügy finanszírozási és intézményes válságával. Holott az egészségügyi rendszer a társadalom olyan speciális alrendszere, amely korrigálhatja annak egyenlőtlenségeit, de fel is nagyíthatja azokat. Mindez átgondolt stratégiákat és cselekvéseket kívánna a mintaként követhető elvek és utak tekintetében.*

*Az alábbiakban Losonczi Ágnes szociológus Az életminőség tényezői Magyarországon c. stratégiai irány keretében végzett kutatásainak eredményeiből közlünk erre vonatkozó részleteket. A teljes tanulmány hamarosan kötet formájában is megjelenik a „Magyarország az ezredfordulón” c. sorozatban.*

A társadalmi környezet feszültségei és terhei gyakran szervülhetnek betegséggé, ezek visszahatnak a társadalom működésére és újabb társadalmi bajok forrásai lesznek. Különösen válságok idején — legyen az gazdasági, társadalmi vagy erkölcsi válság — növekednek az élet és az egészség kockázatai, melyek hol közvetlenül tapasztalható módon, hol évek múltán már halmozódva jelentkeznek testi-lelki károsodások formájában. A társadalmi kockázatokból betegséggé medikalizálódott szociális problémák több tenivalót hárítanak az egészségügyi rendszerre. A helyzet nyílt kimondása és ismerete tudatában újonnan meg kell fogalmazni az egészségügyi stratégiát, a társadalmi ethosz felelősségtartalmát és a szükséges prioritásokat. Nem a

finanszírozás kérdéséről kell elindulni, hisz a kényszerek úgyis onnan jönnek, hanem a kialakult szükségletek oldaláról, és a feladatokhoz kell mérni a lehetőségeket.

Nincs azonban konszenzus alapján kidolgozott és átgondolt stratégia, különböző erők befolyása szerint változik az egészségvédelem kormányzati politikája.

## A népegészségügy állapota

A közismerten rossz, katasztrofálisnak is mondható népegészség jobbítására sokféle állásponttal, erősen eltérő törekvésekkel és javaslatokkal találkozhatunk az utópiától az aufklerizmuson keresztül a beavatkozó gyakorlatig.

TERMÉSZETES NÉPMOZGALOM KELET- ÉS NYUGAT-EURÓPÁBAN

Kelet-Európa	Ezer lakosra jutó								Ezer lakosra jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	élveszületések száma				halálozások száma							
	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995
Bulgária	14,5	11,7	10,0	8,6	11,1	12,1	13,2	13,6	3,4	-0,4	-3,2	-5,0
Cseh Köztársaság	14,9	12,6	10,3	9,3	13,1	12,5	11,4	11,4	1,8	0,1	-1,1	-2,1
Lengyelország	19,5	14,3	12,5	11,5	9,8	10,2	10,0	10,0	9,7	4,1	2,5	1,5
Magyarország	13,9	12,1	11,3	11,0	13,6	14,1	14,3	14,2	0,3	-1,9	-3,0	-3,3
Oroszország	15,9	13,4	9,5	9,3	11,0	11,2	15,5	14,7	4,9	2,2	-6,0	-5,4
Románia	18,0	13,6	10,9	10,4	10,4	10,7	11,7	12,0	7,6	2,9	-0,8	-1,6
Szlovákia	19,1	15,1	12,4	11,5	10,1	10,3	9,6	9,8	9,0	4,8	2,8	1,7
<b>Átlag</b>	<b>16,3</b>	<b>13,8</b>	<b>11,0</b>	<b>10,2</b>	<b>11,2</b>	<b>11,3</b>	<b>12,6</b>	<b>12,4</b>	<b>5,1</b>	<b>2,5</b>	<b>-1,6</b>	<b>-2,2</b>
<b>Nyugat-Európa</b>												
Ausztria	12,1	11,6	11,5	11,0	12,2	10,7	10,0	10,1	-0,1	0,9	1,5	0,9
Egyesült Királyság	13,5	13,9	12,9	12,5	11,7	11,1	10,7	11,0	1,8	2,8	2,2	1,5
Franciaország	14,9	13,5	12,3	12,5	10,2	9,3	9,0	9,1	4,7	4,2	3,3	3,4
Olaszország	11,3	10,0	9,2	9,1	9,8	9,6	9,6	9,5	1,5	0,4	-0,4	-0,4
Spanyolország	15,2	10,3	9,3	9,1	7,7	8,5	8,5	8,8	7,5	1,8	0,8	0,3
Svédország	11,7	14,5	12,8	11,7	11,0	11,1	10,5	11,0	0,7	3,4	2,3	0,7
<b>Átlag</b>	<b>13,6</b>	<b>12,6</b>	<b>12,0</b>	<b>11,8</b>	<b>10,1</b>	<b>10,0</b>	<b>9,7</b>	<b>9,9</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>

Az egyik tipikus példa az 1080/1994. sz. kormányhatározat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről. Csak a nemzeti programból idézünk öt pontot:

„a) a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség, és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának;

b) a betegségmentes éveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni;

c) a születéskor várható élettartamot férfiaknál legalább 67, a nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani;

d) a különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 8 évnél nagyobb különbséget;

e) a halálozások és az elveszületések közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az elveszületések javára.”

A kérdés csak az, mivel és hogyan. S hogy a „kell” imperatívuszához milyen eszközök adódnak. Az út természetesen a *felvilágosításon, az ismert rossz szokások megváltoztatásán és a helyes életmód kialakításán* keresztül vezet, és a kormány összehangolt akarata kell hozzá.

Van, hogy külföldi modelleket veszünk át, s hitelekkel, kölcsönrel támogatva — vagy anélkül — kiemelt programok indulnak. Mindig az átültetés lehetősége dönti el a legjobb, sőt a legjobban bevált programok honi érvényesülését. Ahogyan a tudományosan előkészített szervtranszplantáció esetében, úgy a külföldi megoldások átvételére is igaz, hogy a szervidegen testet kilöki az immunrendszer. Az egészség-óvó, egészségmegelőzési programok sokszor tipikus *középosztálybeli életvitelre*, magatartásértékekre és viselkedésmódra építenek. Sikeres amerikai tapasztalatok átültetése esetében a sikertelenség oka kettős: egyrészt, mert 19. századi munka-, települési, higiéniai és egészségügyi viszonyok között élő társadalmi csoportokra 20. század végi recepteket adnak; másrészt, mert közép- és felső osztályokra kitált, másutt eredményes módszerekkel és normákkal akarának meggyógyítani olyan rossz egészségi állapotú csoportokat, amelyek megközelítően sem rendelkeznek középosztályi, különösen nem a nyugat-európai középosztályra jellemző feltételekkel.

Van, hogy az egyéni életkockázatok önerőből történő megváltoztatását ajánlják. Nem kétséges, hogy az alkohol „öl, butít és nyomorba dönt”, „a dohányzás káros az egészségre”, a táplálkozásnak alapvetően meghatározó szerepe van („ételünk az életünk”). A rossz szokásokkal kapcsolatban azonban sem mélyebb okkeresés, sem a társadalommal, egészségüggyel legalábbis megosztott felelősség nem, vagy alig került szóba. A sokszor kritizált „büntetni az áldozatot” módszer és szemlélet látszik itt felülkerekedni.

Az egyénre hárított felelősség azonban eredménytelen olyan társadalmi körülmények között, amikor épp azok a feltételek maradnak meg, amelyek kényszerhelyzetekbe

szorítják az embereket, s amelyek mellett változtatásra a beszűkült életviszonyok mellett gyakorlatilag alig van lehetőség. Ehhez kapcsolódik még a társadalom domináns köreiben egyre jobban eluralkodó *szociális érzéketlenség*.

Van, hogy egy tünetre vagy egy okra szűkülnek le az akciók azzal, hogy annak a megoldása hozza magával valamennyi kockázati feltétel kiküszöbölését. Hiányzik a multifaktoriális rendszerben való gondolkodás és az összefüggések egymásra épülésének szemlélete.

Mivel nincs konszenzus alapján kidolgozott és alaposan átgondolt stratégia, különböző erők által befolyásoltan változik az egészségmegelőzés és -védelem kormányzati politikája, az, hogy milyen koncepciót fogadnak el, és milyenek enyésznek el, hogy mely javaslatokra ki kap forrást, hozzá szervezetet vagy intézményhálózatot.

### Lehetséges teendők

Eredményes egészségpolitikához bizonyított tényekre épülő, *megalapozott ismeretek* kellene. A megbízható társadalom-egészségügyi ismeretek azt jelentik, hogy tudni lehet a feltárt és a latens betegségekről, a kockázatokról és a veszélyforrásokról, ezek arányairól és tendenciáiról a társadalmi feltételekkel és folyamatokkal összefüggésben, a települési és regionális különbségek figyelembevételével, a demográfiai mutatókkal együtt. A jelen állapot feltárása mellett olyan *monitorozási információs rendszer kiépítése* lenne ésszerű, amely követni képes a társadalmi és egészségügyi változások dinamikáját, és elemezni tudja a szükséges változtatások és beavatkozások hatását. Elengedhetetlen a szükséges források és az együttműködésre kész intézmények megszervezése, az alkalmazható és hatékony eszközök számbavétele, és a világosan kijelölhető feladatok (prioritások) meghatározása.

Eredménye csak akkor várható, ha nem csupán a nép-egészségügyi szakma, hanem a széles értelemben vett társadalompolitikai döntéshozó és végrehajtó intézmények — köztük a produktív ipar is — részt vállal a felelősségben, és széles társadalmi együttgondolkodással, együttműködéssel képesek vagyunk megtalálni a közös cselekvés módját, ütemét, és elfogadni, megvalósítani a prioritásoknak megfelelő feladatokat.

A beavatkozásokat és különféle programokat állandó hatásvizsgálat alá kell vonni, hogy eredményeiket vagy mulasztásaikat állandó monitorozás kísérje, mérje és — ha szükséges — korrigálja.

Szélesebb értelemben vett társadalompolitikára, regionális fejlesztésre (kooperatív munkaerő-politikára, iskolapolitikára) lenne szükség. Társadalmi és természeti környezetet építő politikára, mivel csakis ezeken keresztül alakítható ki egy koncentrált, egészség javítására is ható egészségpolitika.

Nagy a kockázata annak, hogy a társadalmi szakadékok, amelyek a megbetegedésekben oly nyilvánvalóak, az egészségügyi ellátásban is kifejeződnek majd. A korábbi kis részben privilegizált ellátást most jelentős gazdasági erők húzzák a maguk számára magas szintű ellátás irányába, hogy az összezsengjen a felső osztályok életnívójával. A rossz állapotban lévő tömegeknek pedig legyen elég a „szükségleteinek megfelelő”, tehát az egészségügyi hatalom döntését követő ellátási forma, a „fapados” színvonal. Hiszen szegény az egészségügy, másra nem telik.

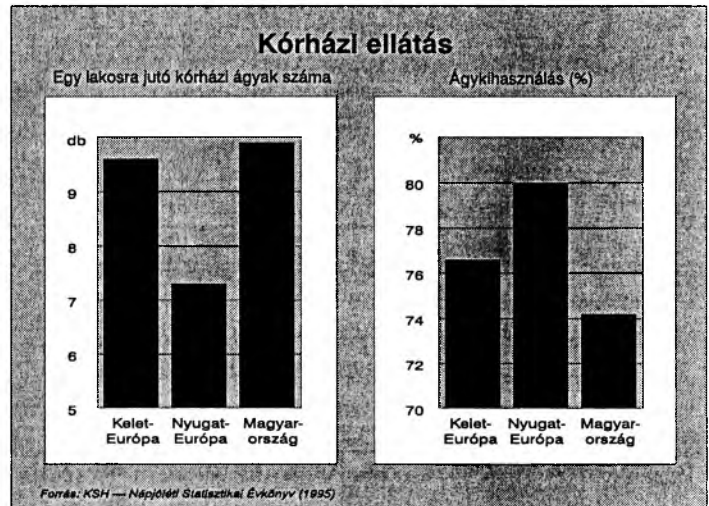
### Egészségpolitikai gyakorlat

Az eddigi két kormánykoalíció munkája nemcsak eltérő nézetek és eszmék alapján állott, de más volt induló helyzetük is, és különbözött a két kormányzati időszak alatt a társadalmi idő és a cselekvési tér. A célok és a kényszerek között más volt a megküzdés képessége és módszere is. Mégis bizonyos folyamatosság követhető nyomon — a módszerekben is —, amely politikai beállítottságtól, pártjellegtől függetlenül mindkét kormányra jellemző volt.

Mindkét kormány mögött ott voltak azok az erők, amelyek a hatalom, a pénz, a posztok újraelosztásában voltak érdekelték, amelyeket főként befolyásuk kiterjesztése érdekelt, és eszméket, elveket csak érdekérvényesítésük eszközeként használtak.

Mindkét kormány feladata nehéz volt, súlyos tehertételekkel kellett megbirkózniuk, amelyek sokszor eltérítették a kitűzött céloktól és szándékoktól a tetteket. Négy társadalmi erő módosította az elképzeléseket: a belső politikai erők, a külső gazdasági tényezők, a múltból máig tovább élő hatások és az új társadalmi feltételekkel együtt járó, korábban ismeretlen erők. Az elmúlt években az is kiderült, hogy a megnyílt szabadság és a plurális sokféleség a valóságban igen-igen korlátozott cselekvési és választási alternatívákat tudott nyújtani, beszűkültek a cselekvés lehetséges terei, a választható és járható alternatívák.

A belső és külső pressziók között az egyik legfontosabb ütközőterület az, ami a kincstár, a társadalombiztosítás és a szaktárca között — a finanszírozás állandó vitája mellett a



hatáskörök és tisztázatlan jogkörök miatt — kialakult. Így az állam szerepéről, az állammal kialakítandó viszonyról. Kettős irányú, elég vérrre menő játék folyik: a pénzügyi kormányzat célja, hogy az állam megszabadulhasson az egészségügyi és a szociális ellátás terheitől, és így csökkenhessen a költségvetés mértéke, illetve újraelosztó szerepe, de ugyanakkor ne adja fel beavatkozó, szabályozó és ellenőrző tevékenységét. A pénzügyminisztérium véleménye döntő a népjóléti tárca mozgásterének kialakításában. A beavatkozás olykor kézi vezérléssel, olykor közvetett eszközökkel történik. A másik oldalon viszont az egészségügyi és szociális terület célja fordított: igyekszik megszabadulni az állami beleszólástól, de azért szeretné megtartani — szükség esetére — az állam pénzügyi és hatalmi eszközeit, az állami segítség biztonságát.

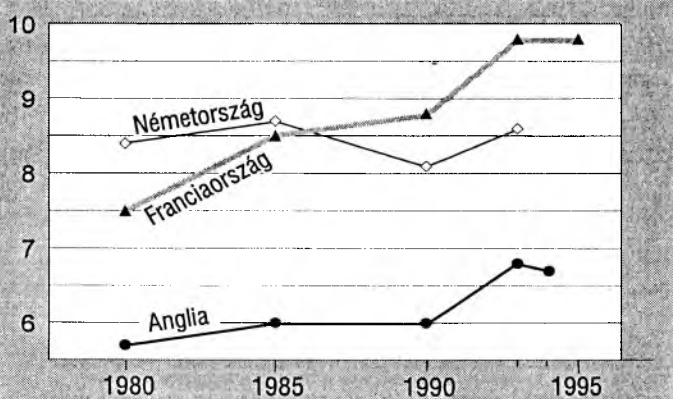
Új intézmények, új csúcshatókérdések nőnek fel: olyanok, mint a függetlenné váló társadalombiztosítás, ahol az önkormányzatokkal a demokratikus feltételek is létrejönnek a döntés teljes önállóságához. A szakszervezeti és a munkáltatói csúcshatókérdések képviselőinek kezébe kerül a költségvetés után a második legnagyobb pénzforsrás elosztása feletti hatalom. Az önkormányzatok megalakulásától kezdve állandó a hatásköri vita, nem világosak a kompetenciák a tárca és az önkormányzat között. A függetlenségi harcok és az annektálás kísérlete, a tárgyalások és a diktálások változatai végigkísérik az eddigi időszakot.

Állandó probléma az is, hogy a különféle orvoscsoportok különböző erejű nyomására válaszolni kell. Kialakulnak az érdekcsoportok az ellátási szintek szerint, a kormányzati stratégiai tervek szerint, aszerint hogy az adott csoport bázisa-e, kedvezményezettje vagy érintett szenvedője-e a változtató egészségügyi programok súlypontjainak. (Például: az alapellátás általános orvosai, vagy a magas hálapénzhez jutó kórházi orvosok, vagy a piacon nem megbecsült szakmák stb.) Szerveződhetnek szakmák szerint, beleszólhatnak a vállalkozások és piaci esélyek növelésébe vagy csökkentésébe is, hogy a vállalkozói érdekeknek teret nyissa-

HÁZI BETEGÁPOLÓ SZOLGÁLATOK SZÁMA (1997)					
Baranya	17	Hajdú-Bihar	16	Jász-Nagykun-Szolnok	10
Bács-Kiskun	11	Heves	12	Tolna	14
Békés	15	Komárom-Esztergom	7	Vas	12
Borsod-Abaúj-Zemplén	20	Nógrád	11	Veszprém	12
Csongrád	17	Pest	36	Zala	3
Fejér	12	Somogy	11	Budapest	41
Győr-Moson-Sopron	12	Szabolcs-Szatmár-Bereg	24		

Forrás: Kék Angyal Betegápoló Szolgálat (Népszabadság, 1998. V. 9.)

**Az összes egészségügyi kiadás a GNP százalékában**



nak, vagy hatásukat kivédeni akarják. Az egészségügyi kormányzat csapódik, olykor vergődik az orvoslobblyk között, kedvezményt ad és elvon, bázist szerez és vesz — nem mindig elvi alapon.

### Új helyzet — új megfontolások

Az elmúlt időszak egészségpolitikai gyakorlatának tapasztalatait több oldalról, több szempontból is jó átgondolni. Egy új helyzet új megfontolásokat kíván.

A mai társadalmi és egészségügyi állapotra még a korábbi legjobb programok sem alkalmazhatóak; részben használhatatlanok lettek, vagy csak részben lehet használni azokat. Újonnan kellene az új tapasztalatok és a megmaradt teljesítmények, valamint az új társadalmi szerkezetből adódó feladatok értelmében átgondolni a további teendőket, a társadalmi erők és erőegyensúlyok, illetve a felborult egyensúlyok ismeretében. Sokszereplős térben történik az egészségügy alakulása: sok érdekként határolja be és egyben mozgatja is a változását, meg kell tehát tanulni a sok szereplő, többféle gondolkodásmód, sokféle érdekképviselet jelenlétének, és adott esetben a megnyerésének elfogadását ahhoz, hogy létrejöhessen a nagyobb közösség érdekében kívánt, hosszú távú cselekvési program.

Ma sok elképzelés, javaslat forog hol közkézen, hol egyes csoportok között, hol íróasztalok fiókjaiból más fiókokban cserélve helyüket, ám a párt- és presztízsharcok közepette csaknem lehetetlen közös nevezőt találni. Jelenleg azonos eszmekörökben is szélsőséges felfogásbeli különbségekkel találkozhatunk. Sokféle érdek, eltérő értékek és képviselőik fordítják egymással szembe a tennivalók elveit és programjait. Új, eddig nem hallható és nem érvényesülő nézetek és filozófiák kapnak hangot, s ezekben a szolidaritási elvek képviselete gyengül, és az erő vagy vagyon alapján álló indi-

viduális érdekek kapnak egyre több teret, megerősítő magyarázatot, ezek szolgálják a felelősség elhárítását is.

„Új társadalmi szerződés” vált időszerűvé az új társadalmi erők között, olyan mértékű társadalmi változások történtek az 1990-es évek elejének fordulatahoz képest. Megváltoztak az egészségügyre hatást gyakoroló társadalmi erőviszonyok. A hatalmi szerkezetet, a gazdaság színvonalát, a társadalmi különbségek növekedését, olykor szakadékok megnyílását illetően, de az egészségügy kohéziója tekintetében is nagy változások következtek be. Az egészségügyi forrásképződés, az elosztás feletti döntések és fórumok változása, az orvoscsoportok érdekei és kifejeződése, a piaci hatások betörésével szemben a belső védtelenség, a társadalombiztosítás teherviselőinek és a fenntartottaknak az aránya (2,7 millió járulékfizető tart el tízmillió ember számára szolgáló egészségügyi rendszert), az arány eltolódása a teherviselők nehézségeinek növekedésére, hogy csak a legfontosabbokról essen szó.

A gyengék, az elesettek védettsége alapvető kérdés. Gyenge maga az egészségügyi rendszer, és képviselete is hagyományosan háttérbe szorított, hol az erős termelőágazatok, például a nehézipar mögött kap a maradékból létezéséhez juttatásokat, hol a piacgazdaság építésének többre becsült ágazataival szemben (százmilliárdokat fordítanak a közpénzekből például a bankok konszolidációjára, kárpótlásokra, amelyek elkerülték a kárpótoltakat, vagy az állami médiára) kerül háttérbe mint „pazarló, saját termelési szintünk felett költő”, az államháztartásra nézve terhes terület.

A gyenge és erős érdekképviselekkel rendelkező vagy azok nélkül maradt csoportok között az eredetileg meglévő különbségek tovább mélyülnek. A gyengeség és az alulképviselet tovább mélyül a társadalomban területi különbségek szerint, a társadalmi hierarchia csúcsa és talpazata szerint is, a társadalmi elosztás következményeit viselő, gyenge helyzetben lévők szerint, etnikumok szerint, piacon érvényesülők és piacról kiszorultak szerint stb. Ez a megosztás tükröződik az egészségügyi ellátás szerkezetében és belső viszonyaiban is.

Végigvizsgálva az átalakulásban létrejött torzulásokat és azok eredetét, kívánatos lenne, hogy a fejlődés és az átalakulás érdekében megszabadítsák az egészségügyet mind a közvetlen pénzügyi beavatkozás rángatásaitól, mind a napi politika kis és nagy hasznoszerző cselekvési kényszeritől.

Ha ugyanis az érzékeny egészségügyi rendszert a politikai érdekek szerint négyévenként strukturális változásoknak teszik ki, és alapvetően más koncepció megvalósítása érdekében szervezik át a társadalombiztosítást, a kórházi intézményeket, ellátási szinteket, az orvosok és betegek jogait — annak a következményei igen súlyosak lehetnek.

A hosszú távú stratégia bizonyos alapkérdésekben alapépitményekben létrehozhat tartós megegyezést, s ezzel a négyévenkénti bizonytalanságtól meg lehetne szabadítani a legalapvetőbb egészségügyi területeket. A rövid távú dön-

téseknél és elosztásoknál még mindig maradhat elég feladat az aktuális politika kedvezményezettjeinek.

A pénzügyi és az aktuálpolitika hatásának elhárítása mellett védettséget és segítséget áhít az egészségügy a harmadik nagy erő, a *piac működésének hatásával szemben* is. Ellentétes álláspontok jelentkeznek egyidejűleg: az egészségügyön belül ma is sokszor, sokak számára kívánatos a piaci erők működése, ennek fejlesztése sok teoretikus, de gyakorló egészségügyi szakember számára is ellensúlyt jelenthet mind a politika, mind a fiskális erők közvetlen hatalmával és beleszólásukkal szemben. Egy ilyen tőkeszegény területre kívánatosnak tűnik a tőke bevonása, de kérdéses: hogyan térül meg a befektetett tőke, hol van a fizetőképes kereslet. Az eddigi tapasztalat az, hogy a piaci árrobbanás nemcsak növelte az egészségügyi piac áldozatainak terhét (például a gyógyszerárak emelésénél), de a piacról kiszorult rétegek ellehetetlenülését is kiterjesztette. Olyan fontos kérdés a privatizálás, a piac érvényesülésének várható hatása ezen a területen, hogy csak nagyon átgondoltan, következményeivel együtt, a nyugati tapasztalatok ismeretében és a hazai társadalmi struktúra, a vásárlóképes kereslet, a forrásképzési lehetőségek komplex ismeretében szabad lényeges változásokat kezdeményezni.

Nem feledhetjük, hogy a magánszektor kiterjesztése máris rendkívül erőssé tette a gyógyszer- és egészségügyi műszergyártó, valamint a magánbiztosító lobbikat, hatalmas pénzek — és ezáltal befolyásolásvásárlási vagy egyenesen korrupciós lehetőségek — felett rendelkeznek, amivel szemben nem áll ugyanilyen erős ellenerő a gyengék, szegények, piacról kiszorultak védelmében. Az egyenlőtlen erők harca ezért könnyen antihumánus megoldásokhoz vezethet.

Közös feladat azoknak a leghatékonyabb szabályozóknak kialakítása, amelyek a polgári szerződéseket az egyenlő jogra és az egyenlő esélyekre építi. Még kialakulatlan a jog, még nem épült egymásra a jog és az erkölcs.

Nincs kidolgozva az egyenlő feltételeket megteremtő, a polgári esélyeket biztosító szerződések rendszere, amely a területen uralkodó nyomasztó aszimmetriákat átformálná. Nincs ilyen a társadalombiztosítás, illetve az Országos Egészségügyi Pénztár és a kórházak között; nincs a kórházak és az orvosok között; nincs az orvos és a betegek között; de hiányzik az ápolószemélyzet és a kórházak, illetve az egészségügyi alkalmazottak és alkalmazók között is. Sem a jog, sem a szabályok nem segítik a polgári autonómia érvényesülését.

Nincsenek kidolgozott szabályok a „Nagy Bürokráciák” között, mindig az éppen erősebb igyekszik a másikat maga alá gyűrni. De nincs védelme az alávetetteknek a nagy bürokrációkkal szemben, át sem tudják tekinteni a működésüket, nemhogy védelmükre képesek lennének. Ez a védettség csakis akkor jöhet létre, ha minden szinten életre kelt a társadalmi kontroll: így a társadalombiztosítástól a helyi kórházig, a parlament és az önkormányzatok felett, de az

egyek szintek értelmében is: alapellátás, szakellátás, kórházak működésének szakmán kívüli laikus vagy civil kontrollja terén. Az erősebb társadalmi felelősségvállalás érdekében van szükség a felelősségvállalás tereinek kitágítására.

Egy ideologikus rendszer uralma után fellélegzik mindenki, ha pragmatikus gyakorlat és kormányzási mód következik. Az egészségügyben azonban a legkevésbé sem lehet tisztán pragmatikus döntéseket hozni, mivel mindennek *etikai következményei* vannak. Az egészségügyre fordítható összegek allokációja például felveti, hogy mire lesz, és mire nem lesz pénz. Melyik betegség gyógyítása kap, és melyik nem kap pénzt; milyen területeken erősítik és támogatják inkább az egészségügyi rendszer működését. Hogy a rendelkezésre álló szűkös forrásokat inkább prevencióra, inkább rehabilitációra, vagy inkább a magas műszerezettségűre fordítják? Ahogyan abban is etikai döntés érvényesül, hogy a drága gyógyszerek és műszerek kik számára válnak hozzáférhetővé. Minden döntés mögött társadalmi felelősségű prioritások vannak.

### Társadalmi kiigazítás

Sok minden történt. Működik valamilyen sajátos korrekciós mechanizmus, amelyik kontrollálja és kiigazítja a hibás és rossz lépéseket is. Igaz, hogy áldozatok után és áldozatok árán. Egyre inkább látni és hallani a pénzügyi és pártbeli magasságoknál mélyebben építkező társadalmi erőről. Sok fontos polgári kezdeményezés is elindult. Hol egy új csúcsmenedzser építi fel a legmodernebb alapon álló egészségügyi rendszert központi egészségházzal (veresegyházi kísérlet). Hol ismert alapítvány segít átszervezni egy újfajta egészségügyet felépítő kísérleti régiót, bevezetnek újfajta ellátási formákat (dél-dunántúli régiós program). Van, ahol meghatározott betegségek megelőzésére (világbanki program Kalocsán) építenek fel üzlethálózatot, egészségközpontot, egészségügyi ellátó szervezeteket. Ezrével alakulnak önvédő, egészségügyi és szociálpolitikai egyházi és világi önszervezetek. Ezek a kezdeményezések gyarapodni fognak, hogy magukkal húzzák az egészségügy tohonya, nehezen mozduló intézményrendszerét is. Arra adnak példát, hogy ha a megmerevedett, nagy monstrumon belül szűk is a mozgástér, kilépve van mód változtatni; erre adnak cselekvési mintát, s több mint mintát: az a közösség, amelyre kiterjed a hatásuk, az élet teljeseen más minőségét éli meg.

\*

A politikai kiszolgáltatottság zárt rendszerén túljutott az ország. Még semmi nem kövesedett meg véglegesen, és nem zárult le, ami létrejött. Van esélye a javításnak, a korrekciónak. A rendszerbe be van építve az önkorrekció módja is, ha nem telepednek rá mozdítását gátló erők. Mindenféleképpen elindult valami érzékelhető, ha nem is mindig látványos mozgás.