

Szalai Júlia:

Javaslatok a Soros Alapítvány Egészségügyfejlesztési Programjához

Mélységesen egyetértek Csaba Ivánnal abban, hogy a Soros Alapítvány Egészségügyfejlesztési Programjának alapelveiről gondolkodóknak nem egyszerűen a hazai egészségügyi rendszer sütgertő beavatkozást igénylő ezernyi baját kell számba venniük, hogy azután ízlésük, szakmai meggyőződésük, valamint az általuk leginkább ismert területek szemszögéből "lobbizzanak" annak érdekében, hogy "szívügyeik" végre valahol, valakik által kézbe vétessenek (hiánylista-sorozatból összeálló programcsomagot már láttunk épp eleget). Ehelyett itt és most inkább azt kell végiggondolnunk, hogy az ún. egészségügyi reform jelenlegi fázisában hol lehet a helye és mi lehet a szerepe a medicina klasszikus irányítási és intézményi rendszerén kívüli aktoroknak, közelebbről, a laikus érdekek megjelenítésére és "fajsúlyos" képviselőre vállalkozó civil szerveződéseknek. Másként fogalmazva, azt kell tehát megfontolnunk, hogy melyek a hazai egészségügynek ma azok a súlyponti problémái, ahol a feszültségek mérséklésében éppen az intézményrendszer feletti társadalmi kontroll erősítése játszhat hathatós szerepet, s ahol ezért komoly feladata lehet a maga civil ethoszával és tradíciójával nem kisebb célt, mint a "Nyitott Társadalom" felépítésének előmozdítását tevékenysége vezérfonalául választó Soros Alapítványnak. Az alább következőket (mind az érvelést, mind a konkrét projekt-javaslatokat) tehát nem egy "általában vett" egészségügyi reform szempontjából, hanem az egészségügy és a civil szféra érintkezésének "speciális" szemszögéből gondoltam végig - szem előtt tartva a Program alapcélját, nevezetesen, a hazai egészségügyi ellátás színvonalának és hatékonyságának javítását. Minthogy gondolataim több vonatkozásban érintkeznek Csaba Ivánéval (noha -mint az alábbiakból kiderül majd- bizonyos pontokon az övétől eltérő súlypontozást javasolok), igyekeztem elkerülni a felesleges ismétléseket, s bővebben csak amellet szeretnék érvelni, ahol elgondolásaim az övétől különbözőek.

A hazai egészségügy régóta tartó válsága -mint ezt Csaba Iván tanulmánya is világossá teszi- nem elsősorban gazdasági okokra (alulfinanszírozás, hiányjelenségek, rossz hatásfokú management, stb.) vezethető vissza, hanem annak háttérében az irányítás, az intézményrendszer, valamint a lakosság egészségügyi szükségletei között évtizedekkel ezelőtt kialakult, s mind jobban elmélyülő strukturális feszültségek munkálnak. A mára nyilvánvalóvá vált, és a tárca vezetése által is bevallott válság -itt most a rövidség kedvéért sarkítottan fogalmazva és a bővebb kifejtést mellőzve- annak a következménye, hogy egyrészt a központi állami irányítás valójában egymással versengő orvosi rendi érdekek foglya (és évtizedek óta gyengének bizonyul abban, hogy e rendi érdekekkel bárminő távlatosabb és demokratikusabb programot szegezzen szembe), másrészt annak, hogy a lakosság egészségügyi ellátással kapcsolatos érdekérvényesítésében minden más területnél élesebb szakadék állt elő az elmúlt évtizedek modernizációjába bekapcsolódott társadalmi rétegek, illetve a modernizáción kívül rekedtek között. A romló mortalitási és morbiditási "átlagmutatók" -mint ezt demográfusok, szociológusok és epidemológusok számtalan vizsgálata igazolta- elképesztő mértékű társadalmi és regionális különbségek eredőjeként állnak elő, s ezért évről évre félrevezetőbb "a" lakosság egészségügyi állapotáról beszélünk. Az egészségügyi szükségletek jelentős mértékben gettósodtak: a civilizációs betegségek veszélyeztetettjei ma nem "ugyanazon" a Magyarországon élnek, ahol a romló ivóvízbe, a mind veszélyeztetettebb munkahelyi feltételekbe és a táplálkozási hiányokba belebetegedők, s az előbbi rétegek nem "ugyanannak" az egészségügyi ellátórendszernek az intézményeiben élvezik-szenvedik az egyre technicizálódó gyógyító-szolgáltatásokat, mint azok, akik a szakellátásnak lassan a közelébe sem jutnak, mert egészségügyi vonatkozású szükségleteik elsődlegesen a XIX. századi értelemben vett, s még így is alulfejlett "közegészségügy" kompetenciájába tartoznának. Az egészségügyi intézményrendszer "reformja" az erősödő gettósodás tényéről mindmáig legfeljebb felemás módon hajlandó tudomást venni: egyfelől technikai, finanszírozási és irányításszervezési kérdésként kezeli az ellátásnak a lakossági, illetve orvosi-rendi

nyomásra az elmúlt évtizedekben létrejött s mára intézményesen megmerevedett különbségeit, másrészt mintegy "belenyugszik" a kívülrekedtek kirekesztettségébe, s igyekszik a kérdést decentralizált szervezetek (helyi önkormányzatok, lokális civil szerveződések) szociálpolitikájának hatáskörébe utalni. A magyar társadalom kettészakadása talán sehol sem olyan látványos, mint éppen a lakosság egészségi állapotában, illetve az annak karbantartására (javítására?!) hivatott egészségügyi ellátás szolgáltatásaihoz való hozzáférés terén.

Ennek a helyzetnek a létrejöttében nem kis szerepet játszik, hogy az egészségügy egészen a nyolcvanas évek második feléig keményen őrizte a "klasszikus tervgazdaság" irányítási és szabályozási rendjét, zártságát, felülről szervezettségét és "tervbontásos" utasítási mechanizmusait, keményen visszaverve és marginalizálva a liberalizálásra és az intézményrendszer "kinyitására" (mondhatnánk: demokratizálására) tett kísérleteket. E helyzetnek súlyos és csak hosszabb távon korrigálható következményei lettek a szükségletek változását követni képtelen -mert a "tervalkuk" játékszabályait és erőviszonyait rögzítő- intézményfejlődésben és az infrastrukturális ellátás mára kaotikussá vált, a szükségleti logikát és a gazdasági racionalitás szempontjait egyaránt nélkülöző viszonyaiban. E "fizikai" következményeknél azonban talán még súlyosabb, hogy a gazdasági és politikai keretfeltételek megváltozásakor, a piaci alkalmazkodás követelményeire a klasszikus zártságát és rigid belső hierarchiáját a rendszerváltásig masszívan őrző egészségügy egyféle módon volt képes reagálni: az egykori politikai hatalmi pozíciók egyszerű konverziójával, magyarán azzal, hogy a piacosítást és a gazdasági hatékonyság növelését gyors belső (törvényileg mindmáig rendezetlen) "tulajdon-szétosztással" hidalta át, a lakosság hozzáféréseinek szabályozását pedig a társadalombiztosítási rendszer előzmények nélküli újradefiniálására, az ún. "kontribúció arányában való részesedés" elvének meghonosítására "bízta". A gyakorlatban ennek a folyamatnak az eredménye az, amit fentebb az egészségügy gyors tempóban zajló gettósodásának neveztem. A "gettósodás" sajátos rövidtávú szinkront teremt az egészségügyi intézmények tulajdonosai-működtetői, illetve fogyasztói között: az

intézmények ott és annyiban fejlődnek, ahol és amennyiben hathatós középosztályi fogyasztói nyomás hajtja fel az orvosi és működtetői érdekeket - legyen szó akár formálisan állami vagy önkormányzati, akár magántulajdonban lévő szolgáltatásokról. Ugyanakkor végképp kiszorulnak mindennemű színvonalas ellátásból azok a rétegek (s velük együtt, azok az intézmények), amelyek sem nyomásgyakorlásra, sem fizetésre nem képesek, s amelyek esetében az ellátásnak elvileg nem a piaci, hanem a szükségleti logika szerint kellene működnie - ha lennének a szükségletek artikulálására képes csoportok, s működne ellátási minimumokat megszabó, normatív állami egészségpolitika, mögötte pedig a megvalósításra képes, átgondolt elosztáspolitikai.

Ez utóbbiak hiányában az élet áthidaló megoldásokat teremt - legalább ott, ahol a leszakadás vaslogikáját ellenható társadalmi folyamatok valamelyest képesek mérsékelni. Köszönhetően az elmúlt két évtized folyamán az egészségügyi területeken kívül lezajlott látens modernizációnak és ezzel összefüggésben az egészségügyi kultúrával szembeni igények általános "civilizálódásának", a társadalmi önszerveződés egyik "sikerágazata" az elmúlt néhány évben a laikusok által elérhető "egészségügy", azaz, az alternatív medicina, az ápolás, az egészségügyi utógondozás, bizonyos mentálhigiénés szolgáltatások, valamint a lakossági gyógyászati eszköz- és gyógyszerimport lett. Az MTA Szociológiai Intézete által az ország önkormányzatainak reprezentatív mintáján lefolytatott kutatás egyik szembetűnő eredménye ugyanerre a folyamatra utal: a helyi önkormányzatok által támogatott alapítványok és egyesületek döntő többsége az egészségügyi ellátás e meghatározott "ágazataira" szerveződött. Noha a folyamat közelebbi nyomonkövetése még további kutatásokat igényel, annyit már az eddigi ismeretek nyomán is mondhatunk, hogy évtizedes késéssel bár, de megindult az egészségügy Nyugaton korábban lezajlott laicizálódása, s ezzel együtt az egészségügyi fogyasztás modernizációja. Ez az alternatív modernizáció mindenütt súlyos konfliktusban áll a "klasszikus" medicina zárt érdekviszonyaival; ugyanakkor világosan kimutatható (s ennek ma már ugyancsak könyvtárnyi irodalma van), hogy e sajátos "civil" ellenőrzés erősödése fontos tényezője az egészségügyi árobbanás féken

tartásának, s a medicinán belül az egykor elhanyagolt és lenézett ágazatok (prevenció, környezet-egészségügy, mentálhigiéne, bizonyos belgyógyászati területek, stb.) relatív megerősödésének. Sajátos módon, az egészségügy ebben az értelemben vett demokratizálódása ma a leginkább féken tartó mechanizmusa egyúttal a mindenütt érvényesülő leszakadási és gettósodási trendek megfékezésének is. A hazai fejlemények hasonló irányokba mutatnak - noha a tapasztalatok egyelőre elszórtak és csak nagy óvatossággal általánosíthatóak. Mindenesetre, az egészségügyi szükségletek jobb kielégítésére és alternatív módozatainak meghonosítására szerveződött civil kezdeményezések rendre jobban elérik a fentebb említett kirekesztetteket, mint az egészségügy hivatalos aktorai, továbbá, mintegy híd-szerepet töltenek be bizonyos "észrevétlenül" maradt szükségletek artikulálásában, azaz, fékezik a leszakadók leszakadását. Általános tapasztalat ugyanakkor e civil szerveződések "törékenysége": olyan területre merészkednek, ahol többnyire náluknál jobban szervezett és anyagilag is erősebb szakmai érdekcsoportokkal kell megküzdeniük - s e küzdelemben gyakran elvéreznek, hogy azután új formában, részben új feladatokkal alakuljanak újjá.

Az itt vázoltak már jelzik, hogy milyen irányban javasolnám a Soros Alapítvány Egészségügyfejlesztési Programjának súlyozását: ez pedig a "civil" egészségügyi kezdeményezések támogatása és megerősítése volna. A konkrét tevékenységi kör igen széles: a felvilágosító programoktól színvonalas civil ápoló-szolgáltatások meghonosításán át az alternatív medicina legkülönbözőbb területeiig terjedhet. Nyitott hozzáférésű, ugyanakkor szigorú pályázási feltételeknek megfelelő projektek indítását javasolnám, javarészt annak a mintájára, ahogyan hasonló kezdeményezéseket a legutóbbi időkben az Európai Közösség Phare-programja, illetve a WHO és más ENSZ-szervezetek is támogatni kezdték. A projektek akkor lehetnek sikeresek, ha indításukkal egyidőben megszerveződik hatékony szupervíziójuk is - e feladatra az egyes területeken már igazolt sikereket elért, "etablirozódott" kezdeményezések lassan felnövekvő szakember-gárdája kínálhatja a hazai rekrutációs bázist, amelyet érdemes kiegészíteni az alternatív medicinában és terápiában, valamint a beteg emberek közösségi visszaillesztési

programjaiban nagy tapasztalatokra és kiérdemelt hírnévre szert tett néhány nyugati nem-orvosi egészségügyi intézmény szakembereinek körével. Fontosnak tartanám ugyanakkor, hogy az indítandó projektek világos célkitűzései közé tartozzon az ellátandó kör összetétele - kifejezett előnyt biztosítva olyan kezdeményezéseknek, amelyek a "leszakadók" leszakadását fékezik.

A már "kitalált" és futó hazai civil egészségügyi kezdeményezések szakmai és intézményi megerősítését, valamint az egészségügy fenti értelemben vett "demokratizálódási" folyamatának továbbvitelét szolgálja második projekt-javaslatom: az előzőekben vázolt témakörökben és részvételi körrel rendszeres és szisztematizált képzési programok útra indítása, majd egy későbbi lépcsőben a hagyományos felsőoktatási rendszerbe való beillesztése. E területen jól kamatoztathatóak ismert nyugati intézmények képzési tapasztalatai (főleg az angolszász tradícióra gondolok); ugyanakkor lábon maradni és intézményesülni képes képzési programok megszervezésében a Soros Alapítványnak igen nagy tapasztalata és presztizse van, amely e projektek sikeréhez fontos garanciákat jelenthet (ld. a Középeurópa Egyetem létrehozásának és felfutásának történetét). (A "kis" kezdeményezésként induló, utóbb pedig az állami oktatási rendszer immár kiiktathatatlan elemévé emelkedő oktatási programokra kézenfekvő "friss" példa a szociálpolitikus- és szociális munkás képzés mindössze tíz éves múltra visszatekintő története is. Mint e képzés egyik alapítója, jól emlékszem még azokra a küzdelmekre, amelyeket az "idegen" gondolatnak számító szociálpolitika tudományos és felsőoktatási intézményekben való szerény elfogadtatásáért kellett megvívunk - mára pedig a szociálpolitikus és szociális munkás-képzés a "hivatalos" felsőoktatás éppoly bevett szakja, mint a magyar irodalom, a matematika vagy a pszichológia).

A projektek harmadik csoportja a sokat emlegetett, ám mindezidáig "ki nem talált" egészségügyi prevenció fellendítését célozza. A "preventív" szemlélet meghonosítása a reform-elgondolások minden kívánságlistáján szerepel - ugyanakkor világos, hogy tényleges prevenciót csak ott lehet meghonosítani, ahol ehhez van eszköz

és széles értelemben vett kultúra, valamint legalább perspektivaként adott a mindennapi élet napról napra szorító kényszerfeltételeiből való kiemelkedés esélye; ezek a minimálisan szükséges előfeltételei annak, hogy érdemes legyen az (egészséges/ebb/) életért személynek és közösségnek küzdenie. A prevenció sikere tehát "középosztályosodást" előfeltételez - márpedig napjainkban éppen az elmúlt évtizedek spontán "középosztályosodása" eróziójának vagyunk tanúi. Áldozatul a legkevésbé "megcsontosodott" vívmányok esnek először: az elszegényedő rétegekben az anyagi lecsúszásnál is drámaibb képet mutat a táplálkozás színvonalának hanyatlása, a higiénés viszonyok romlása, a környezet állapota. Ugyanakkor a lecsúszó rétegek részéről világos küzdelem folyik ma az erózió fékezéséért - erről megintcsak a helyi kezdeményezésű civil szervezetek, de a velük egy sorban említhető víztársulások vagy lakóhelyi környezetvédelmi szerveződések tapasztalatai szólnak. A Soros Alapítvány Egészségügyfejlesztési Programja odaállhatna e civil küzdelem mellé: évenként meghatározott célprogramok keretében (a skála az ivóvíztisztítástól a gyermekintézmények higiénés viszonyainak megőrzésén át a kórházi iatrogén fertőzések visszaszorításáig terjedhet) pályázatokat írhat ki olyan szerveződések számára, amelyeknek az elnyert támogatás fejében meghatározott feladatokat kell teljesíteniük, s ahol a támogatás elnyerésének eleve kiköthető előfeltétele lehet a témakörben dokumentálhatóan sikeres korábbi kezdeményezés léte, továbbá a pályázó szervezetnek az adott célfeladat megvalósításához való részleges anyagi hozzájárulása. Nem mellékes, hogy e helyi kezdeményezések támogatásának másodlagos hatása egyúttal munkaalkalom-teremtés is, ami kedvezően hathat a program iránti érdeklődés kiszélesítésére, illetve, az állami és civil szervezetek közötti együttműködés viszonyainak rendezésére.