

Betegjogok Európában és Magyarországon – orvosi földrajzi megközelítésben

ANTAL GÉZA¹

Bevezető

Az egészségügyi földrajz művelői a geopolitikus szemével vizsgálják adott ország orvosi ellátását, társadalombiztosítási rendszerét, az e célokra fordított összegeket stb., térképekre rajzolva az ország megyéinek és régióinak adatait (pl. a 100 000 lakosra jutó orvosok számát, a mortalitási adatokat), egyes betegségek térbeli előfordulását (pl. a csecsemőhalálozás adatait a vidékek szerint) térben-időben rögzítik a nagyobb járványok előfordulását és terjedési irányait.

Az *etikai hálónak* nevezett táblázat különböző blokkokban csoportosítja az erkölcsi köteleességeket és normákat. A háló központi magja egyben az egészségügyi tevékenység racionális magját is alkotja, normái kapcsolatosak az egészségügyi munka alapelveinek tiszteletével, a páciensek egyenlőségének és szolgálatának elismerésével stb.

Ezt a magot fogja körül a köteleességeket és morál-filozófiai alapelveket tartalmazó rész. Az ezt ölelő külső réteg a hasznossági alapelveket (pl. az egyéni és a szociális jólét növelését stb.) tartalmazza, míg a háló legkülső mezejében az egészségügyi munka gyakorlati következményei és követelményei állnak (pl. a jogi szabályok, gyakorlati szabályok, rizikók stb.).

A döntéshez a hálót elég szabadon, de ugyanakkor azért mégiscsak konzekvensen szabad alkalmazni. Automatikusan nem ad megoldást egyetlen szituációhoz sem, viszont használatával világosabb lesz, hogy egy, a döntésünk során megválasztott fő érték milyen követelményeket vonz konzekvensen, milyen értékeket zár ki, és milyen értékektől kerül túl távolra. Sokszor a lelkiismeretes orvos erkölcsi konfliktusok közt vívódva, a háló segítségével egyértelműbbé teheti az ellentétes értékek súlyát és viszonyát, ami nem utolsó sorban az orvosi önkontrollnak is egyfajta eszköze, etikai tükre is lehet.

Sajnálatos módon már közhelynek számít, hogy a magyar népesség egészségi állapota európai összehasonlításban a legrosszabbak közé tartozik. A lakosság kritikus és romló egészségi állapota – amely az 1990-es évek elejére különösen súlyossá vált – a különböző betegségek kiváltó oka it és következményeit tekintve is túlmutat az egészségügyi rendszeren. Az alacsony születésszám, a magas halandóság és az ebből fakadó mind kedvezőtlenebb társadalmi korösszetétel hosszú időre meghatározza a népesedés jövőbeni alakulását és már a gazdaság teljesítőképességét is veszélyezteti.

Tudományosan bizonyított tény, hogy az egészségi állapotot populációs szinten döntő módon az életmód, továbbá a genetikai-biológiai és a környezeti tényezők, végül kisebb részben az egészségügyi ellátás határozza meg. A hazai egészségi állapot kedvezőtlen alakulásában, a területi és társadalmi egyenlőtlenségek fokozódásában tehát a társadalmi és a gazdasági környezet, az ezzel szorosan összefüggő életmód, valamint a különböző környezeti ártalmak játszanak döntő szerepet.

A társadalmi-gazdasági változások az egyén társadalomban betöltött szerepét, valamint ebből következően az egyén és állam viszonyát is alapvetően megváltoztatták. E változásnak az egészség-

¹ Betegjogi képviselő, PhD hallgató, PTE TTK Földrajzi Intézet, 7622 Pécs, Ifjúság u. 6.

ségügyi szférában az lett a legfontosabb következménye, hogy az egyén az egészségügyi ellátások igénybevevőjéből az egészségügyi szolgáltatások fogyasztójává lépett elő. Ebből következik, hogy az egyén igénye megnőtt egy olyan, megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátórendszer iránt, amelyben képes alkotmányos alapjogainak érvényesítésére.

Nemzetközi áttekintés

A betegek egyenlőségének, szolgálatának, jogainak fokozódó elismerése különböző szakaszon ment keresztül. Ezt jelzik az olyan mérföldkövek, mint az Európa Tanácsnak a betegek egészségügyön belül elfoglalt központi helyzetét már 1961-ben deklaráló Európai Szociális Chartája, az Amerikai Kórházaszövetség által 1973-ban kiadott dokumentum „A betegek jogai” címen, az Európa Tanács ajánlásai a betegek és haldoklók jogaival kapcsolatban (1976), az Európai Gazdasági Közösség Kórházbizottsága segítségével megjelentetett Charta a Kórházi Betegek Jogairól (1979), és az Egészségügyi Világszövetség 1981-es kiadványa, a Betegek Jogainak Deklarációja. Ez utóbbi dokumentum kinyilvánítja azokat a legfontosabb jogokat, amelyeket az egészségügy a betegek számára kíván biztosítani, nevezetesen:

- a) a beteg szabadon választhasson orvost;
- b) a betegeknek joga van ahhoz, hogy olyan orvos lássa el, aki szabadon, minden külső beavatkozás nélkül hozhat klinikai és etikai döntéseket;
- c) a betegnek joga van ahhoz, hogy bizonyos kezelések elvégzését elfogadja vagy elutasítsa megfelelő tájékoztatás után;
- d) a beteg elvárhatja orvosától, hogy minden orvosi és személyes adatát titkosan kezelje;
- e) a betegnek joga van ez emberhez méltó halálhoz;
- f) a betegnek joga van a lelki vagy morális vigaszhoz, de el is utasíthatja azt.

Minden orvosi beavatkozás előfeltétele a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezése. Az alapos információk birtokában hozott betegdöntést nevezünk a tájékozottságon, vagy *tájékozottan alapuló beleegyezésnek*. Az orvosi igazság kimondása orvosi beavatkozás előtt kötelező jelleggel bír. A tájékozott beleegyezés elvén működő orvosi gyakorlat az 1960-as évektől terjedt el, először az Egyesült Államokban, majd fokozatosan Nyugat-Európában is.

Hazánkban nem állítható, hogy az orvosi gyakorlatban már általánosan alkalmazott eljárás lenne, bár a jogi szabályozás és a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. sz. állásfoglalása deklarálta a mindenre kiterjedő tájékoztatási kötelezettséget. Van természetesen néhány olyan eset, vagy helyzet is, amikor a betegről nem szükséges tájékozott beleegyezést kérni, ilyenek lehetnek pl. a közegészségügyi szükséghelyzetek (járvány, természeti katasztrófa, háborús cselekmények életmentés stb.).

Finnországban majdnem 20 éves vita után, 1993. márc. 1-jén lépett érvénybe a „Betegek Jogaira vonatkozó Törvény”. Az országban az egészségügyi ellátással kapcsolatos jogalkotás bizonyos szituációk szerint külön-külön szabályozza azt, hogy a beteg milyen módon köteles alávetni magát a kezeléseknél. Az elmeegészségügyi speciális területére pl. külön törvényt hoztak.

Izraelben a betegek érdekvédelmének és az orvosi ellátás minőségbiztosításának fontos mechanizmusát látja el az Egészségügyi Minisztériumon belül működő Ombudsman Hivatal. Az ombudsman feladata minden, az orvosok, klinikák, kórházak által nyújtott ellátással kapcsolatban bárhol felmerülő panasz kivizsgálása. Az ombudsman személyesen is eljárhat a panaszok kivizsgálása érdekében, vagy kijelölhet egy orvosokból álló vizsgálóbizottságot az okok felderítésére, a problémák azonosítására és megoldására.

Norvégiában jóllehet, már jó ideje vita tárgyát képezi a betegek érdekvédelmét ellátó ombudsman rendszer bevezetése, mindezekig konkrét intézkedések nem születtek országos szinten

ezen a téren. Időközben azonban néhány megyében és egyes állami kézben levő kórházakban voltak ilyen irányú kezdeményezések. Az ombudsman rendszer általános jellemzője Norvégiában ugyanúgy, mint más országokban, hogy a beteg ily módon segítséget kap panaszra kinyilvánításához, megfogalmazásához.

A betegek jogait Nagy-Britanniában a Beteg Chartája foglalja írásba, és ezzel fontos részét képezi az NHS (Országos Egészségügyi Szolgálat) reformoknak. Tíz jogot sorol fel, valamint kilenc országos normatívát és öt olyan helyi standardot, amelyek mindenkire vonatkoznak, ha az Országos Egészségügyi Szolgálat szolgáltatásait igénybe veszi, kórházba megy vagy családi orvoshoz fordul.

Az előzőekben említett dokumentumok bármilyen jelentősek is, nem átfogó jellegűek, mivel vagy az egészségügyi ellátás egy területével, vagy a beteggel való kapcsolat bizonyos aspektusaival foglalkoznak. Ugyanakkor kifejezetten az átfogóbb megközelítés igényével született meg 1986-ban az „Egészségügyi törvényhozás trendjei Európában” c. kiadvány, amely az egészségügyi ellátás szociális vonatkozásainak törvényi szabályozásán belül, a betegek jogait is áttekinti. Ezt követően határozta el a WHO Europe, hogy a betegek jogainak mélyrehatóbb, 27 országra kiterjedő összehasonlító elemzésébe foglalja. „A betegek jogai Európában” c. WHO-kiadvány 1988–1989-es adatokból indul ki.

Az egészségügy (részben elkerülhetetlen) veszteségei az 1990-es években a társadalmat rádöbbsentették arra, hogy a legjobb garancia a gyógyulásra az olyan orvos-beteg kapcsolat, amelyben a beteg kellő tájékoztatás és saját értékei alapján dönthet. Befolyásos orvos csoportok azonban paternalisztikus szerepüket, presztízsüket (sőt paraszolvenciájukat) féltve ellendrukkereivé váltak a betegjogok hazai elismerésének, és anyagi haszonszerzés céljából indított műhibaperek ezreinek víziójával riogatták a betegjogok kimunkálásán dolgozó jogalkotót.

A szocialista-liberális többségű Országgyűlés nem osztotta a főként orvoskamarai körökből érkező aggályokat, s az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvénybe európai mintára beépültek a betegjogi szabályok. Már a törvény szerkezete is mutatta, hogy az egészségügy értékrendjében új rangsorolás történt.

A célok és az alapelvek után közvetlenül „A betegek jogai és kötelezettségei” c. fejezet került, jelezve, hogy értük van a törvény, és értük van az egészségügy. (Megérne egy misét az egyén felelőssége is saját egészségéért, de erről most részletesen nem szólnék, csupán leszögezem, hogy még az egészségügyi képesítésű páciens is csak korlátozott információkkal rendelkezik saját betegségéről.)

A beteg-orvos kapcsolatban csendes, de nem mindig hang nélküli forradalom zajlik. Az új törvény az alkotmányban foglalt jogokat kibontotta arra az élethelyzetre, amikor valaki egészségének károsodása következtében a gyógyítás folyamatának részese (alanya) lesz.

A betegjogok kodifikálásának az volt a legfőbb célja, hogy egyértelműen tisztázza, miként élhet alkotmányos jogaival a gyógykezelésre szoruló állampolgár az egészségügyi intézmények speciális feltételei között. Ezért kellett törvényben rögzíteni, hogyan tájékoztassák őt, hogyan kérhet második véleményt egy kockázatos beavatkozás előtt, hogyan ragaszkozhat titkaihoz, és milyen feltételekkel utasíthatja vissza a kezelést.

A törvény előkészítői is tisztában voltak azzal, hogy a betegjogok méltányos érvényesülése csak hosszabb tanulási folyamat eredménye lehet. Azt azonban sokan nem gondolták, hogy az 1998-ban hatalomra jutott polgári koalíció fékezni és lassítani fogja a betegjogok hatályosulását. Késve jelent meg a betegjogi képviselőkéről szóló rendelet, és akkor is az eredeti célokat megkérdőjelező megszorításokkal (pl. azzal, hogy egy kórházban a hét egyetlen napján kell csak betegjogi képviselőt működtetni).

Két év alatt háromszor szűkítették az egészségügyi törvény előírásait: lazították a kényszerintézkedés elrendelésének feltételeit (ennek dokumentálása most már utólag is történhet), korlátozták a betegeknek az orvosi titoktartáshoz való jogát (a hozzátartozó saját érdekeire hivatkozva a beteg tiltása ellenére is kikérheti egyes adatait), valamint törölték a dajkaterhesség intézményét, diszkriminálva ezzel a meddő párok egy csoportját.

Ezekre a sajnálatos fejleményekre tekintettel különös figyelmet érdemel az Alkotmánybíróságnak a betegjogokat erősítő döntése. A taláros testület ugyanis nem tartotta megnyugtatónak, hogy

a korlátozottan cselekvőképes személyek jogait a cselekvőképtelen emberekéhez hasonlóan korlátozzák. Kötelezte az Országgyűlést, hogy 2001. dec. 31-ig úgy szabályozza a pszichiátriai betegek gyógykezelését, hogy önrendelkezési lehetőségeiket a cselekvőképtelen és a cselekvőképes betegekre vonatkozó előírások közötti tartományban rendezze. Nyilvánvaló, hogy nem ez lesz az utolsó alkotmánybíróvási állásfoglalás betegjogi kérdésekben.

A mostani döntés is lényeges kérdésekben foglalt állást, de ami talán még ennél is fontosabb: az Alkotmánybírószág határozatának indoklásában megkezdte az érintett alapjogok és az új törvényben foglalt betegjogok összefüggésének értelmezését és a törvényi megoldások alkotmányos bírálatát.

Miután alkotmányunk egyértelműen rögzíti, hogy az alapjogok az országot érintő válsághelyzetek időtartama alatt sem függeszthető fel, miért tehetnénk ezt meg az egyes állampolgár krízishelyzetében?! Egy hirtelen rosszullet vagy egy közlekedési baleset okozta sürgősségi helyzet miatt egészségügyi intézménybe kerülhetünk, ahol jogunk van megőrizni emberi méltóságunkat, és jogunk van elvárni mindenki mástól is, hogy azt tiszteletben tartsa.

Aligha vitatható az a szakértői vélekedés, hogy a gyógyulásban meghatározó szerepet játszik az orvos-beteg kapcsolat, és nagyon lényeges, hogy a kórházban történő kezeléseket ne kiszolgáltatottan, ne a kiszolgáltatottságtól féltve, hanem a gyógyító folyamat alanyaként fogadjuk. Az sem vitás, hogy a beteg tudatos részvétele a gyógyulás esélyét növelő tényezők közé tartozik. A tudatosság lényegében azt jelenti, hogy a gyógyító folyamat aktív alanyai legyünk és ne passzív tárgyai. A betegjogok azért vannak, hogy a beteget kiszabadítsák az egyoldalú függőség fogságából és az orvos partnerévé emeljék.

Sokan úgy teszik fel a kérdést, hogy a WHO és az Európa Tanács ajánlásain alapuló betegjogok nem jelentenek-e orvos ellenességet? Azok az orvosok, akik a betegjogok létezését inkább csak eltűrik, de nem tekintik természetesnek, úgy gondolják, hogy a rájuk zúdított jogok szinte lehetlenné teszik a gyógyítást, és gúzsba kötik az orvosi szuverenitást.

Kétségtelen, hogy ez a szemléletváltás alkalmasint nehezebb és gyötrelmesebb folyamat, mint a kórházak sokszor lehetetlen működési feltételeinek hivatástudattal történő áthidalása. Nem lehet könnyű esetenként több évtizedes szakmai múlttal újra átgondolni a betegekhez való viszonyunkat.

A betegjogok meghatározását támogató orvosok viszont az új törvény elfogadásakor fellélegeztek: végre egyértelmű eligazítást kapnak az orvos-beteg kapcsolat legfontosabb kérdéseiben. Ők nem az orvosi függetlenség elvesztésének veszélyét látják ebben, hanem ellenkezőleg, abban hisznek, hogy erősödik irántuk a beteg bizalma, ha jogait tiszteletben tartják és lehetőséget adnak rá, hogy felelősséget vállaljon önmagáért. Az aggodalmak és félelmek ellenére mégis 1997 áprilisában elkezdődött a program, egy modellkísérlet, amely útjára indította a betegjogi képviselőket hét budapesti és vidéki kórházban, ill. klinikán.

A SZÓSZÓLÓ Alapítvány betegjogi kísérleti programját mind Magyarországon, mind pedig külföldön, elsősorban Közép- és Kelet-Európában, igen nagy figyelem kísérte. Az alapítvány közvetlen munkatársai minden fórumot felhasználva bemutatták azt az ombudsmani programot, amelynek sem Magyarországon, sem pedig az egész régióban semmilyen hagyománya, előzménye nem volt. Az 1997-es Egészségügyi törvény betegjogi fejezetének megalkotásában is komoly szerepet vállaltak. A kísérleti program rengeteg gyakorlati tapasztalattal szolgált, amelynek széleskörű hasznosításán dolgozunk az orvos- betegjog gyakorlati alkalmazása során.

A kezdeményezés a SZÓSZÓLÓ Alapítvány részéről igen kedvező visszajelzéseket kapott az intézményektől. Beigazolódni látszott már akkor is, hogy számtalan konfliktushelyzetet meg tudnak előzni, meg tudnak oldani az új programban résztvevők méghozzá úgy, hogy nem sérül az egészségügyi „hivatásosok” tekintélye, integritása, és műhiba miatti pereskedésre sem kerül sor.

Orvosok és nővérek, betegek és hozzátartozók százai tanúsíthatták, hogy a betegjogi képviselőik jelenléte és tevékenysége egyáltalán nem jelentette a felek egymás iránti bizalmának megrendülését. Az ombudsmanok jó néhány alkalommal segítséget tudtak, és tudnak nyújtani orvosoknak, nővéreknek és más egészségügyi dolgozóknak ügyes-bajos dolgaikban.

A betegjogi intézmény hivatalos beindulása 2000 júniusában kezdődött meg. Az új egészségügyi törvényben megjelent egy fejezet, amely magában foglalja a betegjogi képviselői intézményt.

Az egészségügyi intézményekben tevékenykedő ombudsman az egészségügyi ellátást igénybe vevő betegeknek, klienseknek a jogszabályokban rögzített jogait hivatott érvényre juttatni. A gyakorlat ma is azt igazolja, mint az már korábban is bebizonyosodott, hogy a hatékony betegjogi képviselőnek megfelelő személyiséggel, morális integritással és felkészültséggel kell rendelkeznie. Járatosnak kell lennie az egészségügyi jogban, az etikában, pszichológiában, a hatékony kommunikáció módszereiben, és mindezekon felül nem árt, ha orvosi ismeretekkel is rendelkezik, természetesen nem a diszciplínáknak elmélyült ismeretére kell gondolni, inkább csak azok megfelelő szintű ismerete, ami elengedhetetlenül fontos a munkavégzés során.

Az etikai és jogi kérdések az orvos-beteg viszonyban egyre nagyobb figyelmet kapnak az egészségügyi ellátás mindennapjaiban. Az ombudsman, mint jogvédő személy megjelenése az egészségügyi intézményekben egyesekben reményt, másokban viszont félelmet váltott ki. Ma még korai lenne azt állítani, hogy minden a legnagyobb rendben, gördülékenyen működik e téren.

A 2000 júniusától működő rendszertől még nem is várható el, hogy teljesszű, egyértelmű pozitív eredményekről adhasson számot, de a jelen, és jövőkép körvonalai az orvos-beteg kapcsolatokban egyre inkább arra utalnak, hogy az egészségügyi szolgáltatásban résztvevők, a betegek és a betegjogi képviselők koordináltan együttműködve hatékonyan tudnak együtt, eredményesen dolgozni.

Mit is értünk a betegjog alatt? Az új egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. tv.) – a magyar jogalkotás történetében először – külön fejezetben sorolja fel azokat a jogokat, amelyek a beteg egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő állampolgárokat megilletnek. Betegjogok alatt *jogosultságok összességét* kell érteni, amelyek megilletik mindazokat a személyeket, akik az egészségügyi szolgáltatást igénybe veszik. Az egészségügyi törvény a következő betegjogokat nevesíti:

- az egészségügyi ellátáshoz való jog,
- az emberi méltósághoz való jog,
- a kapcsolattartás joga,
- az intézmény elhagyásának joga,
- a tájékoztatáshoz való jog,
- az önrendelkezéshez való jog,
- az ellátás visszautasításának joga,
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga,
- az orvosi titoktartáshoz való jog,
- az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga.

Ezekhez a jogokhoz kapcsolódóan néhány példán keresztül szeretném demonstrálni, mennyire fontos ezen jogok ismerete az orvosnak és a betegnek egyaránt, mert a konfliktusok eredőjét a jogi ismeretek hiánya okozza a legtöbb esetben.

Új szabályként jelent meg a törvényben pl. a kapcsolattartási jog keretében az a jogszabályban rögzített lehetőség, hogy a szülő nő mellett folyamatosan ott lehet az a nagykorú személy, akit a szülő nő megjelölt. Ezen túlmenően a szülést követően, amennyiben a szülő nő egészségi állapota, valamint az újszülött egészségi állapota nem zárja ki, akkor újszülöttjével egy helyiségben helyezhető el.

Az illetékes szülész osztályvezető főorvos felkeresett problémájával, hogy az anya nem kíván együtt lenni gyermekével, mikor erre az új egészségügyi törvény lehetőséget ad, a feltételek mindenben megfelelőek, ennek ellenére nem hajlandó élni törvény adta lehetőségével, mondta felhívordottan. Ilyenkor mi a jogi helyzet? – hangzott el a kérdés.

Teljesen jogos volt az illető osztályvezető főorvos felháborodása a helyzetet illetően. A válasz a konfliktushelyzetre a következő: a szülő nőt korlátozni nem lehet önrendelkezési jogában, azonban egyet kell tennie az illető orvosnak, át kell nyújtani egy „nyilatkozat” felirattal ellátott dokumentumot, amelyben két tanú aláírása mellett nyilatkozik a szülő nő, hogy nem kíván élni az egészségügyi törvény adta jogaival, nyilatkozik arról, hogy orvosa tájékoztatásától, a házirendtől eltérően, saját

akarátának megfelelően kívánja igénybe venni az egészségügyi szolgáltató által nyújtottakat. Amennyiben az írásban tett nyilatkozatot csatolják a szülő nő dokumentációjához, nem lehet jogi procedúra az ügyből a későbbiek folyamán. A válasz egyértelmű, de igen érdekes, ugyanis látható, hogy az orvos minden erőfeszítésével azon van, hogy betartsa, betartassa az egészségügyi törvényben előírtakat.

Hosszú idő után elmondhatjuk, hogy felszállt az a misztikus köd, amely az orvos-beteg-jog jogi képviselői kapcsolatot övezte. Veszprém megye hat kórházi intézményét, annak vezetését, munkatársait a fogékonyság jellemezte, és jellemzi a mai napig is, a kommunikáció kezdetétől fogva segítette az együttgondolkodást, amely meghozta eredményét régióinkban, a peres ügyek száma elhanyagolhatónak értékelhető.

Összefoglalás

A törekvések megvalósítása, valamint annak a kultúrának a kifejlődése, amely ma még úgy gondolom, nem egészen valósult meg társadalmunkban, még igen hosszú időt vesz igénybe ahhoz, hogy a betegek jogai mindenki számára ismertek és betarthatók legyenek, a tudományetikai vonatkozású negatív kérdések száma csökkenjék, a földrajzi elhelyezkedésből adódó mindenki számára elérhetőség, teljes mértékben megvalósuljon.

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága november 19-én elfogadta az Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról című dokumentumot. Az Egyezményt 1997. április 4-én a spanyolországi Oviedóban az alábbi országok írták alá: Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Izland, Olaszország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Macedónia, Norvégia, Portugália, Románia, San Marino, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia és Törökország.

Az Egyezmény, amelynek előkészítési munkálatai 1991-ben kezdődtek, az első olyan kötelező jogérvényű nemzetközi dokumentum, amelynek célja az emberi lények védelme az új orvosi biológiai eljárások tisztátalan alkalmazásával szemben.

Legfőbb célja az emberi személy alapvető jogainak és szabadságjogainak, valamint méltóságának és önazonosságának biztosítása ezen a területen. „Ennek a szövegnek az a rendeltetése, hogy a bioetika területén közös mércévé váljon Európában” mondta az egyezmény elfogadásakor Daniel Tarschys az Európa Tanács főtitkára.

A dokumentum jelentős számú olyan alapelvet és szabályt tartalmaz, amelyet az aláíró államoknak el kell fogadniuk és be kell építeniük saját törvényeikbe. Ugyanakkor az Egyezmény nem fosztja meg őket attól a lehetőségtől, hogy a benne foglaltaknál fokozottabb védelmet biztosítsanak a biológia és az orvostudomány alkalmazása kapcsán. Ezek az elvek az egyént, a közösséget és az emberi faj egészét érintik.

A mi egészségünk a mi sikerünk

Nem szabad elfeledkezni arról, hogy 2004-től – az Európai Unió polgáiraiként – törvényeink az EU jelenlegi tagállamainak jogszabályaival harmonizálni fognak. Mít jelent ez az ország lakosainak, a gazdaságunknak, és miképpen fogja a jólétünket befolyásolni? Gazdaságunk növekedésének ütemét sok tényező határozza meg, de Magyarország és a régi EU-tagok között az az egyik igen lényeges különbség, hogy az Unió polgárai több évvel tovább élnek, mint a magyarok, eközben pedig kevesebbet betegeskednek. Az EU lakosai ugyanazoktól a betegségektől szenvednek, mint mi, így náluk is a szívbetegségek és a rák a vezető halálok, csak hogy közülük 1000 lakosra vetítve évente lényegesen kevesebben halnak meg, mint nálunk.

Úgy tűnik, hogy ez a tendencia nem fog javulni, körülbelül húsz évvel ezelőtt a várható életkor Magyarországon nagyjából négy esztendővel volt rövidebb, mint az akkori EU-átlag. Ma a különbség hét év, a szakadék pedig tovább szélesedik, még azután is, hogy egy évtizeddel ezelőtt visszanyertük nemzeti önrendelkezésünket. Hogy lehetséges ez? Az egyik olyan dolog, amit az Európai Unió tagállamai biztosan másképp csinálnak, mint mi, hogy sokkal nagyobb összegeket fektetnek állampolgáraik egészségébe. Valószínűleg az is megfontolandó a számunkra, hogy az EU-országok polgárai és betegszervezetei jobban törődnek az egészségükkel. Természetesen átlagban az EU tagországai sokkal nagyobb egészségügyre fordítható anyagi erőforrással rendelkeznek, mint mi.

Vajon Németország, Hollandia, az Egyesült Királyság azért fektetnek többet az állampolgáraik egészségébe, mert gazdagabbak nálunk, vagy esetleg azért lettek gazdagabbak, mert többet költenek a lakosság egészségére? Melyik a tyúk, és melyik a tojás?

Vajon egy Magyarországhoz hasonló államnak először meg kell várnia, amíg a gazdasága kifejlődik, hogy aztán többet költhessen az egészségügyre, vagy pedig pontosan fordítva van: az egészségbe történő beruházások alapvető mértékben fognak hozzájárulni az ország gazdasági sikeréhez? Számos olyan nemzetközi intézmény, mint a Világbank, az Egészségügyi Világszervezet és más szervezetek által készített tanulmány azt mutatja, hogy egyértelmű összefüggés van a betegségek legyőzése és a gazdasági jólét között. A nemzetközi tanulmányokból az derül ki, hogy a jelenlegi információs alapú társadalomban a gazdasági növekedés előmozdításához az adja a legnagyobb lökést, ha az emberi tőkébe fektetnek be – az oktatásba és egészségügybe – és csak kisebb rész származik a fizikai tőkébe (így a gyárakba, utakba, épületekbe és természeti erőforrásokba, pl. az olaj- vagy gázlelőhelyekbe) történő beruházásokból.

Mivel nekünk nincsenek jelentős természeti erőforrásaink, gazdasági sikerünk nagymértékben saját magunkon múlik, a saját népünkön, saját képességeinken és agykapacitásunkon – valamint a saját egészségünkön. Az egészségesebb emberek tovább élnek, produktívabbak, és így több bevételt is termelnek.

A termelékenyebb munkaerőt alkalmazó vállalkozások nyereségesebbek, ennél fogva több adót is fizetnek. A több adó pedig több erőforrást generál, amit aztán be lehet fektetni az egészségügybe, ami tovább javítja az emberek egészségét. Így egy „angyali körrel” van dolgunk, ami az Európai Unió országainak fejlődését is elősegítette, mind a hosszabb és egészségesebb élet elérésében, mind pedig a gazdasági sikerek területén.

Az Európai Unió minden tagországának el kellett valahol kezdenie, és még mindig érezhetőek a különbségek. Ám mindegyikük hozzáfogott ahhoz, hogy összes erőforrásának egy folyamatosan növekvő részét tegye félre az egészségügy számára. Ez az egészség számára nyújtott egyre növekvő prioritás együtt járt a folyamatosan növekvő gazdasági erővel, és megerősíti azt a vélekedést, hogy minél többet fektetünk az egészségügybe, annál nagyobb lesz a gazdasági növekedés.

Számszerűleg: az 1970-es években az EU-tagállamok bruttó nemzeti termékük átlagosan 4%-át költötték egészségügyre. Ma az erre fordított kiadások aránya elérte a 8,5%-ot, Németországban pedig már 10% körül jár.

Mi ezzel szemben maradtunk a 4–5%-os értéknél, ráadásul sokkal kisebb bázison. Vajon ha teljes erőforrásainknak egy nagyobb hányadát fordítanánk saját lakosságunk egészségének és képzettségének javítására, nem gyorsulna-e fel a magyar gazdaság növekedése is? Van-e okunk arra, hogy saját egészségünket ne vegyük ugyanolyan komolyan, mint jövőendőbeli európai uniós tagtársaink, s hogy ne erőforrásainknak ugyanakkora hányadát költjük egészségünk javítására, mint ők?