

Maurer Szemere

A koronavírus-járvány és Magyarország

Bevezetés

A 2020-as évet a globális felmelegedés nyomasztó árnyékában kezdtük: az ausztrál bozóttüzek és a lángoló brazil esőerdők képei körbejárták a világot. A 24. óráról és civilizációnk küszöbön álló potenciális pusztulásáról tett nyilatkozatoknak is köszönhetően azt gondoltuk, hogy a klímaváltozás hatásainak enyhítésére tett erőfeszítések és az ezzel kapcsolatos viták fogják meghatározni ezt az évet. A történelem azonban ismét rácafolt azokra, akik már a történelem utáni létben élve apokaliptikus világvégét jósoltak. Ahogy azt az élet ismét bebizonyította, az emberiségnek nem feltétlenül saját maga a legnagyobb ellensége, hanem egy olyan, szabad szemmel sem látható apró parazita – egy vírus –, amely a maga rendkívül hatékony adaptációs képességeivel tudta megbénítani az egész világgazdaságot, e cikk megírásának pillanatáig több mint kétmillió ember halálát okozva világszerte.¹

Azokban az időkben, amikor a Marsra utazásról szövünk terveket, és a robotizált jövőt vizionáljuk, a világ kormányai és egészségügyi ellátórendszerei felkészületlenül álltak szemben ezzel a rendkívül egyszerű, ugyanakkor kegyetlenül pusztító mikroorganizmussal. Vajon ki gondolta volna 2019 szilveszterén, hogy a következő év legtöbbit használt kifejezése a „karantén” lesz? Egy olyan szó, amely az 1348-as nagy pestisjárványnak köszönheti a létezését. Érdekes módon a koronavírus-járvány kezelésének sikeressége nem feltétlenül esett egybe az egyes államok gazdasági fejlettségével és GDP-jének nagyságával. Kiderült az is, hogy az egészségügyet nem lehet csupán költség-haszon számításokra, „optimalizált” üzleti-gazdasági modellekre alapozva irányítani. Az egészségügy küldetése az emberek életének és egészségének a megőrzése, ehhez pedig rátermett,

¹ koronavirus.gov.hu

felkészült szakemberekre, fejlett eszközökre és rugalmas, a változó körülményekhez alkalmazkodni képes cselekvőképességre (irányításra) van szükség.

1. Koronavírus-járvány a világban és Európában

Miben más ez a járvány a korábbiaknál?

Az elmúlt évtizedekben számos új vírus indult útnak, amelyek azonban nem okoztak a COVID-19-hez hasonló egészségügyi, gazdasági, társadalmi hatásokat. A zoonózis jelenségének talaján törvényszerűen alakulnak ki új, az emberek körében is fertőzőképes vírusmutációk, így néhány évente szembesülhettünk korábban még ismeretlen kórokozókval (SARS, H1N1, H5N1, MERS). Éppen ezért kezdetben – kellő adat híján – nem volt világos, milyen jelentőségű pandémia kialakulása várható.

A COVID-19-megbetegedést okozó SARS-CoV-2 vírusfertőzés világjárvánnyá szélesedéséhez speciális epidemiológiai jellemzők kombinációja volt szükséges: hosszú lappangási idő (átlagosan 5-6 nap), enyhe tüneteket produkáló vagy tünetmentes betegek magas aránya (a súlyos tüneteket produkálók aránya ~20%), a továbbfertőzést meggyorsító köhögés tünete és a szezonális influenzánál vagy a közönséges koronavírusoknál magasabb halálozási arány (~1-3%).² Egy enyhébb lefolyású megbetegedést okozó vírus nem eredményez ennyi ellátandó beteget és áldozatot, a súlyosabb lefolyásúak azonban rendszerint gyorsabban elhalnak, helyi góccokban okoznak csak járványokat.

Kiemelkedő jelentősége van annak a ténynek, hogy az új típusú koronavírus a légzőszerveket támadja meg, és a középsúlyos-súlyos esetekben hosszan elnyúló légzési nehézséget okoz. A COVID-19-járvány így más vírusokhoz képest jobban megterheli az egészségügyi ellátórendszert és az intenzív ellátást.

A vírusok globális elterjedéséhez a mobilitás felerősödése is szükséges, ami korábban csak speciális történelmi helyzetekben volt jellemző (lásd spanyolnáthajárvány és az első világháború), napjainkban azonban az üzleti kapcsolatok és a nemzetközi turizmus miatt a mindennapok része.

² EMMI 2020.

A COVID–19-járvány gazdasági-társadalmi hatásaiban is eltért a korábbi világjárványoktól. A globális ellátási láncok kialakulása, erősödése miatt a gazdasági kapcsolatok sebezhetőbbek lettek. A korlátozások drasztikusabban érintették a mobilitáshoz kapcsolódó szolgáltatásokat, például a turizmust és a globális kereskedelmet, így a vírus sokkal jobban befolyásolta a lakosság megszokott életmódját, és politikai szempontból is sokkal kiemeltebb kérdéssé vált.

Új helyzetet jelentett az internet-hozzáférés elterjedése. A korábbi járványokhoz képest a lakosság lényegesen több információhoz fér hozzá, sokkal gyorsabban és közelebről szemlélve a járvánnyal kapcsolatos híreket, így másképp éli meg a fertőzéssel kapcsolatos eseményeket. (Érdekes hatás ugyanakkor, hogy a digitális ügyintézés, a távmunka lehetőségének megteremtése miatt a gazdaság egy szegmense jóval könnyebben tudta átvészelni a korlátozásokat, mint amire akár tíz-húsz évvel ezelőtt képes lett volna.)

Mindez a jövőbe is kivetíthető, vagyis az előttünk álló években is várható új vírusmutációk megjelenése,³ amelyek többsége csak helyi szinten okoz majd megbetegedést, időnként azonban új világjárványok is tervezhetők, amelyek a jelenleginél akár nagyobb mértékben is terhelhetik az egészségügyet.

Hogyan érte a járvány a különböző országok egészségügyi ellátórendszerét?

Az egészségügy a betegségek megelőzését, gyógyítását, valamint a betegek kezelését szolgáló intézményesült társadalmi alrendszer. Önmagában nem fedi le teljesen a kívánatos egészségi állapot elérésének fogalmát, hiszen ahhoz szükségesek az alrendszeren túli tényezők (például egyéni felelősség), illetve más társadalmi alrendszerek (oktatás-egészségnevelés, egészségipar-technológia, nemzetközi kapcsolatok) is szerepet játszanak az alakulásában.

Ahogy említettük, a COVID–19-járvány különösen nagy mértékben vette igénybe az egészségügyi ellátórendszert: a betegek – a korábban ismert vírusokhoz képest – nagyobb számban és hosszabb ideig szorulnak kórházi ellátásra, részben intenzív terápiára.

³ Callaway 2020.

Magyarország – és kisebb-nagyobb eltérésekkel minden hasonló történelmi adottságokkal rendelkező, illetve hasonló fejlettségű térségbeli ország – egészségügyre fordított lakosságszám-arányos kiadásai elmaradnak a nyugat-európai gazdaságokétól. Az egészségügyi ellátás kapacitásában ennek ellenére nincs alapvető eltérés. Az orvosok számát tekintve Magyarország átlag körüli, a kórházi ágyak tekintetében pedig jóval átlag feletti mutatókkal rendelkezik. Kelet-Közép-Európa tehát kisebb költséggel tartja fent egészségügyi kapacitásait, a „drága egészségügy” pedig nem jelent feltétlenül az alapvető mutatókban is megjelenő többletkapacitást.

Látni kell azt is, hogy a nyugat-európai országok is eltérő stratégiát valósítottak meg. Németország és Ausztria például nagy költséggel nagyobb kapacitást tart fenn, Spanyolország és Olaszország az Eurostat adatai szerint közepes költség mellett alacsony kapacitásokkal rendelkezik, sőt Belgium esetében mind a kórházi ágyak, mind pedig az orvosok száma – négyszeres költség mellett is – elmarad a hazai mutatóktól. Európában a szolidaritási elven működő társadalombiztosítás ellenére – az optimalizálás jegyében – több országban is a kapacitások leépítésébe kezdtek az elmúlt néhány évtizedben. 2006 és 2017 között Spanyolországban 10, Olaszországban 20, Svédországban közel 25 százalékkal csökkent a kórházi helyek száma.⁴ A rendszer a járvány első heteiben, az első terhelés hatására kudarcot vallott (lásd az 1. táblázatot).

1. táblázat: A COVID-19-járvány alapvető mutatói néhány európai ország esetében⁵

	Elhunytak száma összesen	Elhunytak száma 100 ezer lakosra	Esetszám 1 millió főre	Kórházi ágyak száma 100 ezer lakosra	Orvosok száma 100 ezer lakosra
Magyarország	10 853	1125	35 695	701,29	338,6
Németország	43 203	515	23 324	800,23	429,7
Ausztria	6819	755	42 488	727,16	520,6
Belgium	20 122	1732	57 264	562,24	309,6
Spanyolország	52 683	1127	45 702	297,15	397,6
Svédország	9804	968	50 548	213,79	415,4
Olaszország	79 819	1321	38 125	314,05	398,9
Nagy-Britannia	83 203	1222	46 477	249,54	281,7

⁴ Eurostat Database: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>

⁵ <https://worldometers.info/coronavirus>, halálózási adatok: 2021. január 12.

Az európai államok többségét annak következtében is felkészületlenül érte a pandémia, hogy az egészségipar jelentős részben az Európai Unión kívüli, elsősorban kínai beszállítókat igényelt, így az ellátási láncok akadózása következtében nehézséget jelentett a legalapvetőbb felszerelések beszerzése is. Az egészségügyi védőfelszerelések, fertőtlenítőszer hiánya megmutatta, hogy az európai gazdaságnak a globális szállítási láncok akadózása esetén is képesnek kell lennie a kritikus termékek és szolgáltatások biztosítására.

Járványkezelési stratégiák

A járvány valamennyi európai országot súlyosan érintette, ám időbeli lefutásában két jól azonosítható típus fedezhető fel.

Az államok egy részében (döntően Nyugat- és Délnyugat-Európában) az első, tavaszi hullám is rendkívül magas esetszámokat és magas halálozási rátát eredményezett, ehhez képest a második hullám nem mutatott nagyságrendileg magasabb esetszámokat, a halálozási arány pedig jellemzően némileg javult.

Az államok másik csoportját (döntően Közép-Európában) a gyors és határozott – ugyanakkor a mobilitást és a gazdasági kapcsolatokat is erősen korlátozó – intézkedéssorozat eredményeként a járvány első hulláma alig érintette, ám a második, őszi hullámot már a vírus gyors terjedése jellemezte.

A járvány két hulláma között ugyanakkor alapvető különbség mutatkozott az egészségügyi ellátórendszer teljesítményében, így a pandémia kétféle ütemben történő lezajlása közé nem tehető egyenlőségjel.

Az első hullám könnyen elérte az idősebb korosztályt, ennek hatása pedig jellemzően a felkészületlen egészségügyi ellátórendszerekre csapott le. Egyes régiókban telítődtek a kapacitások, az egészségügyi ellátás akadózott vagy időszakosan csődöt mondott, mindez jelentős halálozási többletet okozott az érintett országokban. Ezekben az országokban a halálozási többlet csúcsát a tavaszi hónapok (elsősorban a 14–15. hét) jelentették.

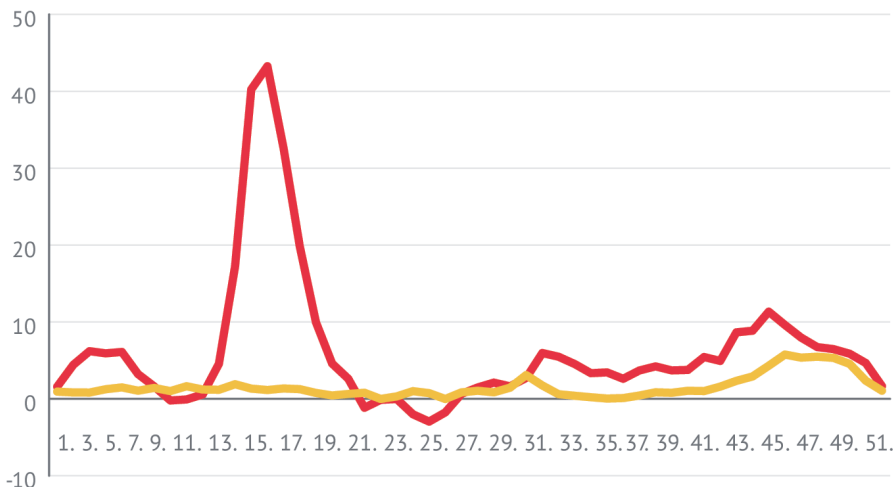
Ahol az első hullám hatásait megfelelő intézkedésekkel minimalizálták, mint például Magyarországon, ott a tavaszi hónapokban nem jelentkezett kiugró halálozási többlet a korábbi évekhez képest, hanem az őszi második hullám jelentette a csúcsot. A számokat összevetve azonban azt látjuk, hogy ez a csúcs alacsonyabb volt, mint az első csoport esetében a tavaszi többlethalálozás.

Az egészségügyi ellátórendszer felkészítésével tehát önmagában nem lehetett elkerülni a járványt, de a működő rendszer a második hullámban már jóval eredményesebben (alacsonyabb halálozási többlettel) kezelte a pandémiát. A legfontosabbnak tekintett mutatót tekintve így eredményesebbnek bizonyult az a stratégia, amely az első hullám alatt – akár átmeneti súlyos áldozatok árán is – időt nyert a felkészülésre, így a második hullám már nem követelt annyi emberéletet. A KSH jelentése szerint Magyarországon 2020. január–november időszakban összesen 3,3 százalékkal emelkedett a halálozások száma az előző év azonos időszakához képest.⁶

Halálozási többlet két tipikus járványgörbe esetén, 2020 (heti bontásban)⁷

1. ábra

● Spanyolország ● Magyarország



Forrás: Euromomo.eu

⁶ KSH 2020.

⁷ A halálozási többlet kifejező standardizált statisztikai mutató (Z-score). Forrás: Euromomo.eu, <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>. Az EuroMOMO projekt – számos európai ország részvételével – 2015 óta gyűjti a halálozási többlettel kapcsolatos adatokat.

2. táblázat: A halálzási többlet legmagasabb heti értéke néhány európai országban/tartományban

	Halálzási többlet (Z-érték) legmagasabb heti értéke	Csúcsérték elérésének hete
Magyarország	5,76	46.
Németország (Berlin)	4,42	46.
Ausztria	12,91	50.
Belgium	24,21	15.
Spanyolország	43,26	14.
Svédország	12,93	15.
Olaszország	16,86	14.
Nagy-Britannia (Anglia)	35,59	15.

Forrás: Euromomo.eu, 2020

A járványkezelés jó és rossz példái

A járvány, elsősorban annak tavaszi hulláma, nagy költségvetéssel gazdálkodó országokat ért felkészületlenül, míg szerényebb lehetőségekkel rendelkező államok hatékonyan vették fel a harcot a vírussal. Természetesen egyetlen állam sem tudta kivonni magát a globális járvány hatásai alól, és kisebb-nagyobb időeltolódással mindenhol jelentkezett egy intenzív felfutó szakasz. Abban azonban már jelentős különbségek mutatkoztak meg, hogy az egészségügyi ellátórendszer (sőt tágabban az államigazgatás egésze) milyen hatékonyan vette fel a harcot a vírussal, és sikerült-e elhárítani az ellátórendszer túlterhelődését jelentő kritikus szint elérését.

Melyek voltak a fő faktorok a sikeres járványkezelésben?

A pandémia rávilágított, hogy a magas egészségügyi ráfordítás, a jó eszközállomány önmagában nem arányos az egészségügy hatékonyságával, a megelőzés, a szervezethez, az állampolgárok tudatossága, a társadalmi együttműködés, a szaktudás pedig nem mérhető euróban vagy a GDP százalékában. Az ellátórendszerek gyengeségei elsősorban a pandémia első szakaszában, a tavaszi hónapokban ütköztek ki.

Egyedül Németországról és Ausztriáról mondható el, hogy a magasan finanszírozott egészségügy eredményesen vette fel a harcot a vírussal. Belgiumban, Svédországban és Nagy-Britanniában ezzel szemben a jól finanszírozott egészségügy is a rendszerszer működésének kudarcát ered-

ményezte, Olaszországban és Spanyolországban pedig hasonlóan rossz eredmények valósultak meg közepesen finanszírozott rendszerekben. Közép-Európában és azon belül Magyarországon ezzel szemben egy alacsonyabb költséggel működő egészségügy is sikerrel állt helyt a járvány első hullámában, köszönhetően a jól működő védelmi stratégiának, majd a súlyosabb második hullámban átlag körüli mutatókat produkált.

A megfelelő járványkezelés fő faktorai

A védelmi stratégia azon államokban nevezhető sikeresnek az első hullám tapasztalatai alapján, ahol

- az ellátórendszer megfelelő kapacitásokkal rendelkezett, és
- a kormányzat gyorsan és hatékonyan reagált az új kihívásokra.

Ezek a feltételek igazak a vizsgált államok közül Németországra, Ausztriára és Magyarországra, ahol az ellátórendszer kritikus szintje alatt sikerült tartani az esetszámot a járvány első hulláma során, az egészségügy pedig esetlegesen magasabb betegszám kezelésére, ápolására is felkészült.

A járványkezelés kudarcához vezető faktorok

Ezzel szemben az ellátórendszer gyors túlterhelődését eredményezte a pandémia azokban az országokban, ahol

- az alapképességek a korábbi évtizedek egészségpolitikájának eredményeként alacsonyak voltak, és
- a kormányzás nem volt kellően hatékony sem a kritikus terheltségi szint elérésének késleltetésében (Belgium, Olaszország, Spanyolország), sem ezen kritikus szint magasabbra helyezésében (Svédország, Nagy-Britannia).

Ezen államokban a kórházi rendszer túlterhelése tovább súlyosbította az egyébként is súlyos halálozási mutatókat, és a járvány csúcspontján több beteg az elégtelen ellátás (intenzívférőhelyek, lélegeztetőgépek hiánya) miatt vesztette életét.

A sikeres fellépéshez tehát két kiemelten fontos tényező azonosítható: egyrészt a rendszer alapfelkészültsége, kapacitása, másrészt a kormányzati fellépés hatékonysága. Ez utóbbi önmagában is több tényezőre bontható.

A biztonságos kórházi ágyszámot fenntartó államokban (Németország, Ausztria, Magyarország) az egészségügy összesített költségvetésétől függetlenül biztosítani tudták, hogy minden súlyos, kórházi kezelésre szoruló beteg megfelelő ellátásban részesüljön. Ahol azonban – akár a kiemelkedően drága egészségügy ellenére sem – rendelkeztek megfelelő kapacitásokkal (elsősorban Svédország és Nagy-Britannia), a megugró fertőzésszám gyorsan az egészségügyi ellátórendszer túlterhelődéséhez vezetett.

A kormányzati válasz lépések eredményességén belül az egyik fő tényező a döntéshozatal gyorsasága, cselekvőképessége. Olyan államokban vészelték át legkisebb áldozatokkal a COVID–19 első hullámát (a vizsgált országok közül Magyarországon és Ausztriában), ahol már a járvány megjelenése előtt döntöttek bizonyos védelmi intézkedésekről, majd az intézkedések szigorúságát kifejező index az első eset megjelenését követő két-három héten belül átlépte az 50 pontos értéket (3. táblázat). A felkészülés ezzel szemben ott volt a legkevésbé eredményes, ahol a kormányok vagy késve hozták meg az első járványellenes lépéseket, vagy a kezdeti bizonytalan válaszokat követően a romló mutatók ellenére sem hoztak kellően határozott intézkedéseket.

3. táblázat: Kormányzati lépések intenzitása és időzítése néhány európai országban a járvány első hullámában (Oxford COVID–19 Government Response Index⁸)

	Indexszám az első eset előtt 10 nappal	Indexszám az első azonosított eset napján	Indexszám az első haláleset napján	Az első esettől eltelt napok száma az index 50 pontos értékének átlépéséig	Index maximális értéke
Magyarország	7,00	17,00	57,00	12	76,85
Németország	0,00	14,10	33,01	52	74,36
Ausztria	2,56	14,10	39,74	20	85,26
Belgium	0,00	7,96	33,33	40	78,21
Spanyolország	7,69	25,64	21,79	43	81,41
Svédország	0,00	10,26	27,56	125	50,64
Olaszország	0,00	23,72	58,65	24	85,26
Nagy-Britannia	0,00	6,41	17,95	60	80,77

⁸ School of Government, University of Oxford: The Oxford COVID–19 Government Response Tracker: - <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>

A járvány dinamikája arra utal, hogy több tényező is szerepet játszott abban, ha a kormányzati munka nem bizonyult hatékonynak, és a fertőzésszám elérte az ellátórendszer kritikus szintjét. A járvány elleni védekezés komplex feladat, amelyben a szervezési feladatoknak, a döntéshozatali mechanizmusnak és az emberi tényezőknek is szerepe van.

Az olasz kormány például európai összehasonlításban átlagos ütemben hozta meg védelmi döntéseit; nem írható kizárólag a késlekedés számlájára az elhunytak és a fertőzöttek magas száma. Mérsékelt volt ugyanakkor a lakosság szabálykövetése, ami összefüggésbe hozható a központi kormányzat iránti – részben hagyományos, részben az aktuálpolitikai fejleményekre reagáló – bizalmatlansággal. Mindez a vírus gyorsabb terjedését és az ellátórendszer lassabb felkészülését eredményezte, mint ami az intézkedések ütemezésével és szigorúságával magyarázható lenne.

A járványkezelés jó és rossz példáit szemlélve nem nehéz észrevenni a kormányzati intézkedések hatékonyságának és a politikai stabilitásnak az összefüggését.

Belgiumban a járvány kitörésekor Sophie Wilmes vezetésével kisebbségi ügyvivő kormány volt hivatalban, majd a járványra való tekintettel március 16-án átmeneti, liberális vezetésű többpárti válságkormány alakult.

Spanyolországban 2020 januárjában egyetlen fős szavazattöbbséggel alakulhatott meg a (baloldali–szélsőbaloldali) koalíciós kormány.

Olaszországban egy kormányválságot követően 2019 szeptemberében alakult új baloldali kormány az Öt Csillag Mozgalom és a Demokrata Párt koalíciójában.

Nagy-Britanniában a Brexitet követően az ország és az Európai Unió között kötendő kereskedelmi megállapodás okoz bizonytalanságot.

Svédországban ugyanakkor stabil volt a baloldali, szociáldemokrata–zöld koalíció, és tudatos politika döntés eredményezte a kormányzati válságlépések elmaradását.

Stabil, egyaránt konzervatív vezetésű kormány volt ellenben Németországban (CDU–SPD-nagykoalíció), Ausztriában (ÖVP–Zöldek), illetve a Fidesz–KDNP pártszövetség kétharmados parlamenti többséggel rendelkező kormánya Magyarországon.

Európa sokszínűsége a járványkezelés szempontjából ugyanakkor hatalmas előnyököt rejtett. A globális összevetésben hasonló kulturális adottságokkal rendelkező államok hasonló időszakban jelentkező járványok esetén más-más járványkezelési módszereket tudtak megvalósítani, ezáltal tesztelni. Egységes uniós védelmi protokoll esetén sosem érvénye-

sülhetett volna Európa valódi ereje: az egyes nemzetállami megoldások megvalósítása, kipróbálása, a különböző modellek egészséges versenye és a jó gyakorlatok továbbadása/átvétele.

2. A pandémia hazánkban

Az egészségügy szerepével kapcsolatos legalapvetőbb politikai kérdés, hogy döntően központi állami felelősség-e a mindenki számára hozzáférhető egészségügy fenntartása, vagy piaci alapokra helyezhető szolgáltatásként – az állam szempontjából pedig költségként – kell kezelni.

Az utóbbi, alapvetően baloldali-liberális pártok által támogatott álláspont 2002 és 2010 között például az aktív kórházi ágyszámok jelentős csökkentését eredményezte (2002 és 2009 között 80 360-ról 71 600-ra), ugyanakkor a 2007-ben elfogadott, az egészségbiztosítást jelentős részben magánkézbe adó törvényt végül 2008-ban, még bevezetése előtt visszavonták. 2010 óta a konzervatív kormány irányításának időszakában a magánegészségügyi szolgáltatók is fejlődnek, ez ugyanakkor a szolidaritáson nyugvó egységes finanszírozás és ellátás fennmaradása mellett történik. Az egészségügyben – azon belül elsősorban a kórházak egy részének gazdálkodásában – továbbra is fellépnek visszatérő pénzügyi problémák, ám ezek nem veszélyeztették az ellátás biztonságát.

Különböző orvosi berendezések számának változása 2010 és 2018 között az Eurostat adatai⁹ alapján:

- CT +25% (73–92 db)
- MRI +60% (30–48 db)
- Angiográfiás berendezés +51% (37–56 db, 2002–2016)

A koronavírus-járvány első hulláma 2020. január végén érte el Európát, előbb szórványosan, majd februártól tömeges megbetegedéseket okozva. Magyarországon az első fertőzötteket március 5-én azonosították, majd néhány hetes felfutási időszakot követően, áprilisban laposodott a járványgörbe. Május elejétől már az első hullám lecsengő szakasza következett, miközben Nyugat-Európában még számos országban csúcspontok döntöttek az esetszámok.

⁹ Eurostat Database: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/table?lang=en>

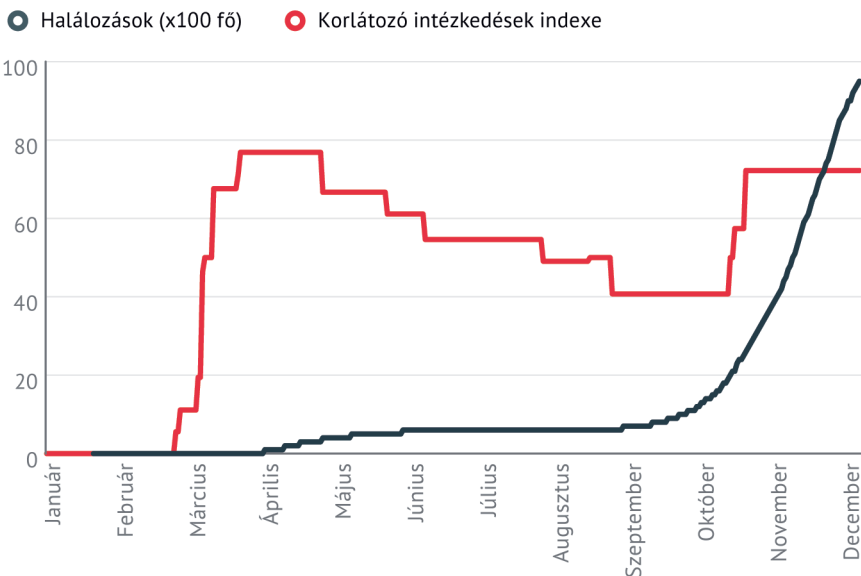
Magyarország védelmi stratégiájának lényege az volt, hogy a járvány első fázisában akár súlyosabb áldozatok, a gazdaság és a társadalom egészét érintő korlátozások árán is minél előbb fel kell készíteni az el-látórendszert a pandémiára. Ezt pedig olyan mértékben, hogy minden körülmények között, akár a tervezettnél nagyobb betegszám esetén is biztosítani tudja a megfelelő ellátást.

A járványkezelés olyan komplex, a kormányzat egészét, a rendelkezés-re álló eszközök és erőforrások teljes körű felhasználását igénylő feladat, amit Magyarországon eredményesen sikerült megvalósítani.

A. Kormányzati cselekvőképesség

Az első járványügyi intézkedések a vírus Európában való megjelenésével egy időben, az első hazai fertőzéses eset előtt több mint egy hónappal történtek, az operatív törzs már 2020. január 31-én kész akciótervet fogadott

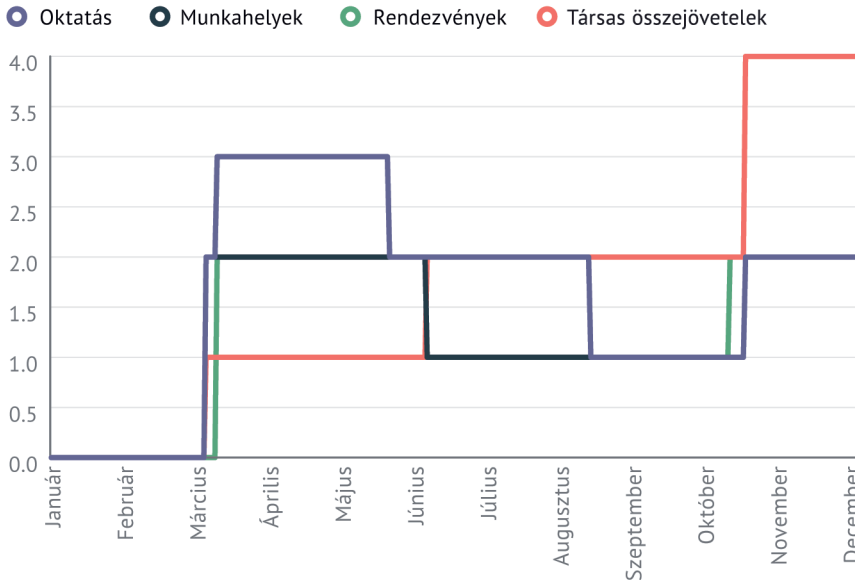
Járványügyi mutatók és a járványellenes korlátozó intézkedések intenzitásának indexe, 2020 2. ábra



Forrás: The Oxford COVID-19 Government Response Tracker

Járványügyi mutatók és a járványellenes korlátozó intézkedések intenzitásának indexe, 2020

3. ábra



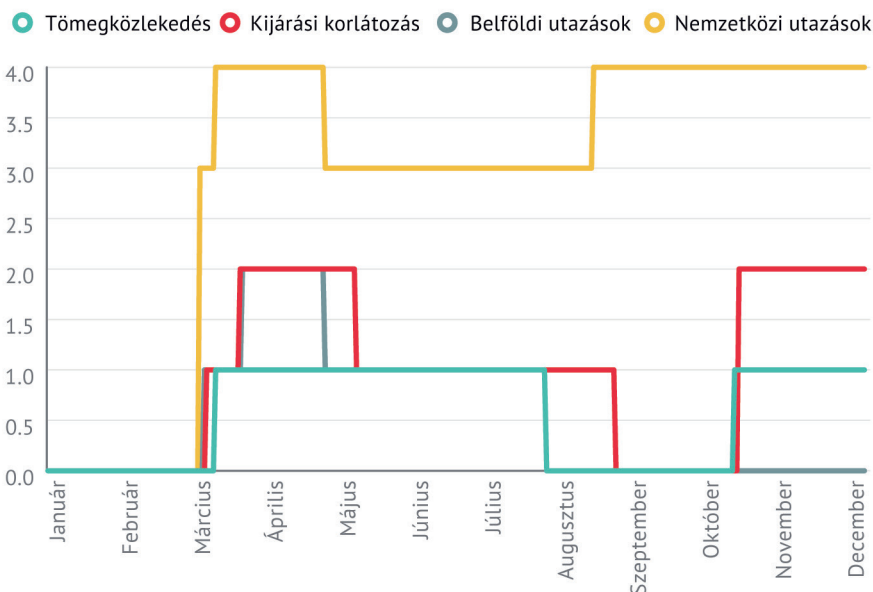
Forrás: The Oxford COVID-19 Government Response Tracker

el. Az egészség megóvását szolgáló válaszlépések többsége még alacsony betegszám mellett történt, és március végére minden intézkedési területen (lásd az alábbi diagramokat) elérték „szigorúságuk” maximumát.

A gyors reagálás politikai feltételeit az ún. felhatalmazási törvény (hivatalos nevén A koronavírus elleni védekezésről szóló 2020. évi XII. törvény) teremtette meg, amelyben a parlament lehetővé tette, hogy a járványellenes küzdelem szempontjából fontos döntéseket a kormány a veszélyhelyzet végéig rendeleti úton valósítsa meg. A veszélyhelyzet elmúlásával, június 18-án a törvény hatályát veszítette. A szükséges – és különböző módon Európa számos országában bevezetett – törvényt az ellenzéki pártok ellenében szavazta meg a parlamenti többség, azaz szükséges előfeltétele volt a kormánypárti többség és a kormánypárt belső stabilitása.

A kormányzati cselekvőképesség a közvetlen védekezési intézkedéseken túl az élet több területének gyors átszervezésében is megnyilvánult. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának kontrollja mellett a szakmai szervezetek új ellátási protokoll

Járványügyi mutatók és a járványellenes korlátozó intézkedések intenzitásának indexe, 2020 4. ábra



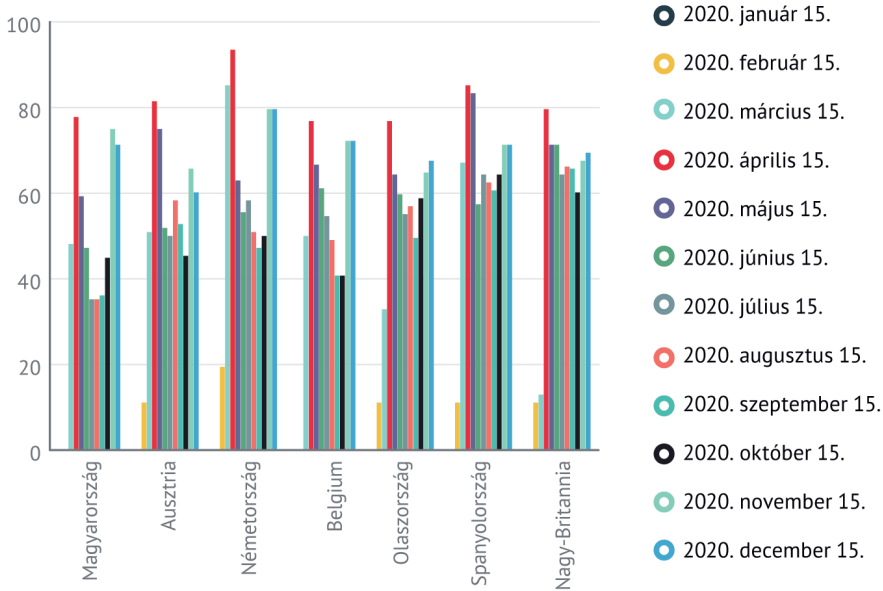
Forrás: The Oxford COVID-19 Government Response Tracker¹⁰

lokot dolgoztak ki, amelyek biztosították a koronavírus-fertőzött és nem fertőzött betegek elkülönítését, a sürgősségi, nem halasztható beavatkozások elvégzését és az egészségügyi dolgozók egészségének védelmét.

A telemedicina-rendelet (157/2020 [IV. 29.] kormányrendelet) lehetővé tette, hogy a személyes orvosi beavatkozást nem igénylő esetekben a jogszabályok által biztosított és elismert keretek között valósulhasson meg az ellátást végző orvosok és pácienseik konzultációja. Ezek a szervezési és jogalkotási lépések hasonlóan fontosak voltak az egészségügy működőképességének fenntartásához, mint a korlátozó intézkedések vagy a kapacitások biztosítását célzó lépések.

¹⁰ School of Government, University of Oxford: The Oxford COVID-19 Government Response Tracker: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>

Magyarországi kormányzati intézkedések intenzitása európai összehasonlításban, 2020 5. ábra



Forrás: Oxford Coronavirus Government Response Tracker

A két hullám közötti időszakban érvényes kormányzati intézkedések európai összehasonlításban közepes mértékben voltak korlátozó jellegűek, sőt a nyári hónapokban – a korábbi intézkedések eredményeként – biztonságosan lehetett jelentős mértékben enyhíteni a szabályozáson. A gazdaság helyreállításának érdekében az általános korlátozások ebben az időszakban nem voltak szigorúak, ugyanakkor a készütség fenntartásával a kialakuló gócpontok gyorsan azonosíthatóak voltak, és készen álltak a helyi szinten alkalmazható intézkedésekre vonatkozó operatív tervek (például digitális oktatásra való visszatérés lehetősége intézményi szinten, látogatási tilalmak szociális és egészségügyi intézményekben stb.).

A pandémia második hullámának megérkezésével a tavaszi hullámot megközelítő, ám azt nem elérő korlátozások léptek életbe, amelyek összhangban voltak más európai országoknak a járvány hasonló szakaszában hozott jellemző intézkedéseivel (lásd 5. ábra).

Összefoglalóan: Magyarországon a járványügyi intézkedések mindkét hullámban átlagos mértékben korlátozták a lakosság mindennapos életvitelét és az ország működését, ám a megfelelő időzítésnek köszönhetően a nyári hónapokban lehetőség nyílt az Európában jellemzőnél nagyobb mértékű lazításra.

B. Megfelelő kapacitások biztosítása

A kormányzati döntések világosan megfogalmazott célja az volt, hogy minél előbb felkészítsék az egészségügyi ellátórendszert a speciális, korábban még nem tapasztalt kihívásokra. Ennek része a korai túlterhelődés megakadályozása és az ellátási és védekezési kapacitások mielőbbi megnövelése arra a szintre, amely minden körülmények között képes garantálni azt, hogy egyetlen hazai beteg se haljon meg az ellátás elégtelensége miatt. Egy megfelelő kapacitásokkal rendelkező egészségügy nagyobb hullámot is kezelni tud, míg egy túloptimalizált, csak a biztosan várható igényekre fókuszáló egészségügy már egy közepes hullám esetén is összeomlik (mint például az Olaszországban és Nagy-Britanniában is látható volt).

A hazai aktív kórházi ágyszám kapacitás Európán belül a magasabbak között van. Ez tette lehetővé, hogy a miniszteri rendelet értelmében a fekvőbeteg-intézmények férőhelyeinek 60 százalékát a koronavírus-betegek számára szabadíthatták fel. Magyarország így felkészült az esetszám váratlan megugrására is, ugyanakkor az egyéb ellátásra szorulóknak fenntartott 40 százalék még mindig magasabb ágyszám-kapacitást jelentett lakosságszám-arányosan, mint több „túloptimalizált” európai állam (Svédország, Nagy-Britannia) teljes kórházi férőhelymennyisége! A kormány új mobil járványkórház létrehozásáról is döntött, az intézmény Kiskunhalason rekordidő alatt készült el április 21-én.

Lélegeztetőgépek: a kormányzati gondolkodás abból indult ki, hogy az életmentő berendezések nem a feltétlenül szükségesek, hanem a legrosszabb forgatókönyv esetén is szükséges kapacitásokat biztosítsák az emberéletek megóvása érdekében. Mivel a klinikai tapasztalatok szerint a fertőzöttek átlagosan mintegy 5 százaléka szorul lélegeztetésre, a járvány hirtelen berobbanása esetén ez akár több mint tízezer beteg is jelenthet. A biztonságos ellátás érdekében Magyarország március és augusztus között különböző forrásokból több mint 15 ezer berendezést szerzett be, az első szállítmány már március végén megérkezett hazánkba.

Védőfelszerelések: a szükséges védőfelszerelések (maszkok, védőruházat) biztosítása részben a nemzetközi gazdasági kapcsolatokon keresztül történt – és már márciusban többmillió szállítmány érkezett Magyarországra területére –, részben pedig a hazai gyártás elősegítésével.

Fertőtlenítőszer: úgy kórházi, mint lakossági fertőtlenítőszerekből globális hiány alakult ki. A helyzetre Magyarország a gyártási kapacitások gyors átalakításával válaszolt: a jelentős részben magyar állami tulajdonban lévő MOL-csoport almásfüzitői gyára néhány hét alatt át tudott állni fertőtlenítőszer-gyártásra, ami a lakosságot és jelentős lakossági szolgáltatásokat végző cégeket (például Volánbusz) is el tudott látni.

Szakembergárda: a miniszterelnöki tanácsadó testületben elismert szakemberek segítségével zajlik az információgyűjtés, az adatok értelmezése és kiértékelése, a védekezési stratégia meghatározása. Március közepén kormányzati támogatással felállt a Koronavírus-kutató Akciócsoport dr. Jakab Ferenc vezetésével, továbbá gyógyszeripari és felsőoktatási konzorcium alakult a hazai gyógyszerfejlesztés felgyorsítása érdekében.

A magyar járványügyi hatóságokat a koronavírus-tesztek alacsony száma miatt érte – elsősorban politikai, nem szakmai – kritika. Az adatok azonban azt mutatják, hogy az elvégzett PCR tesztek száma nem függött össze azzal, hogy milyen súlyosan érintette a járvány az adott országot. Mivel a lakosság átfertőzöttsége az év utolsó hónapjaiig igen alacsony volt, egy általános tesztelés közel 99,5 százalékban egészséges embereket tesztelt volna,¹¹ ezáltal feleslegesen kötötte volna le az erőforrásokat. Az alábbi táblázatban látható számok inkább arra utalnak, hogy a tesztek száma ott volt magas, ahol a magas esetszámok miatt volt szükség fokozott tesztelésre, de például Nagy-Britannia háromszor intenzívebb tesztelés mellett is rosszabb mutatókat ért el, mint Magyarország.

A tüneteken, rizikófaktorokon, továbbá a célzott kontaktuskutatáson alapuló tesztelés hasonló eredménnyel képes a járvány lassítására, megállítására, márpedig a tesztelési szabályokkal szemben a kontaktuskutatásra már a járvány megérkezése előtt felkészültek a hazai hatóságok.

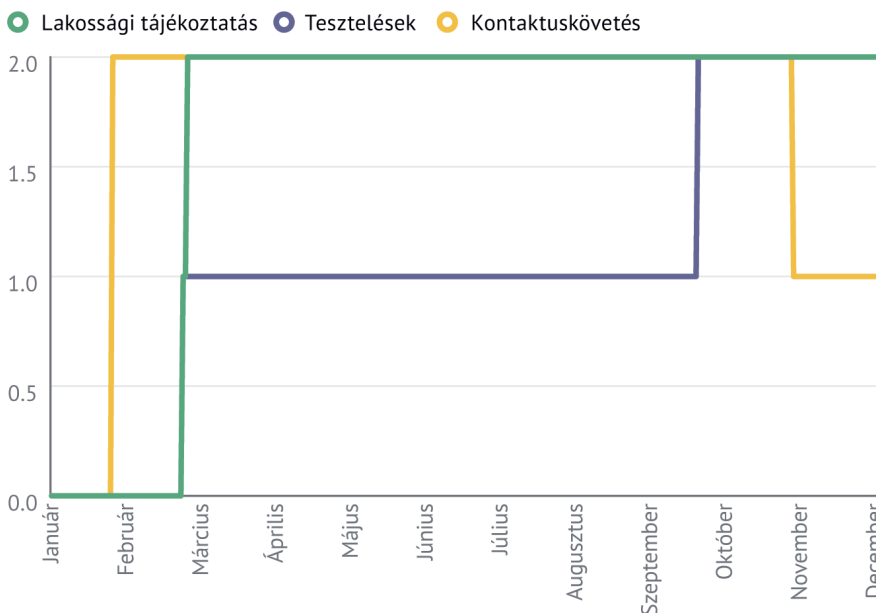
¹¹ H-UNCOVER: 56 ezer főre becsülhető az új koronavírus-fertőzésen átesettek száma Magyarországon az országos szűrés végéig: <https://semmelweis.hu/mediasarok/2020/07/01/h-uncover-56-ezer-fore-becsulhető-az-új-koronavirus-fertőzésen-atesettek-száma-magyarországon-az-országos-szűrés-vegeig/>

4. táblázat: A COVID-19-járvány alapvető mutatói néhány európai ország esetében, 2021 elején¹²

	Tesztek száma 1 millió lakosra	Esetszám 1 millió lakosra	Elhunytak 1 millió lakosra
Magyarország	300 506	36 036	1147
Németország	433 143	23 878	542
Ausztria	440 655	43 088	766
Belgium	639 376	57 696	1743
Spanyolország	615 318	47 300	1135
Svédország	465 564	51 660	1015
Olaszország	471 098	38 671	1338
Nagy-Britannia	907 475	47 890	1263

Magyarországi kormányzati intézkedések intenzitásának időbeli alakulása – szervezési tényezők

6. ábra



Forrás: The Oxford COVID-19 Government Response Tracker

¹² <https://worldometers.info/coronavirus>, 2021. januári állapot.

C. Társadalmi együttműködés

Egy bizalomhiányos társadalmi közegben fennáll az esélye, hogy a kormányzati intézkedések papíron maradnak, nincs kapacitás az intézkedések megfelelő betartására, így azok végül eredménytelennek bizonyulnak. Az eredményes védekezéshez kooperáció szükséges

- a kormányzat,
- a védekezésben kulcsszerepet betöltő intézmények és
- a lakosság között.

Magyarország ebből a szempontból is kedvező helyzetből indult, ugyanis a kormányzat tevékenysége széles körű társadalmi támogatottsággal bír, amit a kétharmados parlamenti többséget biztosító választások, az azóta eltelt időben pedig a közvélemény-kutatások is alátámasztanak.

A politikai vezetés ennek ellenére is kiemelten kezelte a társadalmi együttműködést, és számos akcióval erősítette azt.

Lakossági tájékoztató kampány: március elején nagy volumenű információs kampány indult mind a megelőzéssel kapcsolatos egyéni védekezési lehetőségekről, mind az országos korlátozó szabályokról, illetve azok céljáról. A tájékoztatás kiegészült az operatív törzs napi szintű tájékoztatóival, továbbá a miniszterelnök személyes nyilatkozataival, videóüzeneteivel.

Az egészségügyi dolgozók egyszeri, 500 ezer forintos jutalma a többlet-teher és az egészségügyi többletkockázat kompenzálása mellett a társadalmi megbecsülés tényét hivatott kifejezni.

Nemzeti konzultáció: levélben és elektronikusan is kitölthető véleménynyilvánítási lehetőség a védekezés és a válaszlépések irányairól.

A fenti tényezők eredményeképpen kiemelkedő összefogás valósult meg Magyarországon. A kormányzati tájékoztatás sikerességét jól jelzi, hogy 2020. április közepén a magyarok 94 százaléka hallott arról, hogy a megelőző hetekben bevezetett rendkívüli intézkedések arra irányultak, hogy az egészségügy fel tudjon készülni a tömeges megbetegedések kezelésére, és csupán az 5 százaléuk nem ismerte az említett lépések megtételének okát. A Századvég Alapítvány 2020. áprilisi kutatása szerint a lakosság 79 százaléka elégedett a magyar egészségügy járványhelyzetben nyújtott tevékenységével, és mindössze 16 százaléka elégedetlen. Ennél is többen, 84 százaléknyan támogatták az ellátáshoz szükséges eszközök számának további növelését, ugyanakkor a védekezés májustól kezdődő második szakaszának és a gazdaság újraindításának támogatottsága is 76 százalékos volt.

A kormányzat és az egészségügyben dolgozók cselekvőképességébe és kompetenciájába vetett bizalom elengedhetetlen volt ahhoz, hogy a lakosság fegyelmezetten és együttműködően viszonyult a korlátozó intézkedésekhez, ezáltal a védekezés első szakaszában a kontaktusszám országosan 60 százalékkal csökkent, sőt egyes településeken átmenetileg akár 90 százalékos csökkenés is mérhető volt.

3. Hazai és nemzetközi tanulságok, kitekintés

A koronavírus-járvány elsősorban arra tanította az emberiséget, hogy a jövő tartogathat váratlan fejleményeket, nemegyszer csapásokat. Ennek ellenére stratégia és tervek nélkül sem vagyunk képesek a céljaink felé haladni, de az idejétmúlt tervekhez sem ragaszkodhatunk egy változó környezetben. A hosszú távú célok eléréséhez meg kell tanulni rövid távon alkalmazkodni a változó körülményekhez, új stratégiát alkotni és hatékonyan, gyorsan megvalósítani azt, közben nem szem elől tévesztve a céljainkat.

A COVID-járvány első hullámára adott magyar válasz eredményesnek bizonyult, hiszen a tavaszi hónapokban egy váratlan helyzetben bizonyította eredményességét, ősszel pedig – az első hullámban tapasztalt kiugróan rossz mutatókhoz képest – mérsékelt veszteségekkel sikerült megőrizni az ország és a gazdaság működőképességét. A hazai stratégia tavasszal sikeresen elkerülte vészhelyzetet, az egészségügyi ellátórendszer összeomlását, majd a második, súlyosabb hullám heteiben magasabb betegszám esetén sem érte el a kritikus szintet az egészségügy terheltsége. Mindez lehetővé tette, hogy a korán meghozott átmeneti áldozatok (fogyasztás és termelés visszaesése, munkanélküliség növekedése) ne állandósuljanak, és az ország (néhány speciális ágazat kivételével) vissza tudjon térni munkájához, megszokott életéhez.

Mindeközben hosszabb távú sikert a vírus elleni küzdelemben jelenlegi ismeretink szerint csak az új vakcinák kifejlesztésétől és hozzáférhetővé válásától, illetve az egyre hatékonyabbá váló gyógyszeres terápiáktól remélhetünk. A magyar gazdaságfejlesztés éppen ezért kezelte mindig is kiemelten a hazai gyógyszerfejlesztést és -gyártást, majd a kormány a járvány kitörését követően célzottan is támogatta a gyógyszeripari kutatásokat és innovációt. Minden reményünk megvan tehát arra, hogy Magyarország szerepet tud vállalni a járvány hosszú távú leküzdésében is. 2021-ben ugyanis az oltóanyagok megjelenésével új szakasz kezdődött a járvány elleni küzdelemben: a stratégia célja már nem csupán az áldozatok minimalizálása, hanem a negatív hatások mielőbbi teljes leküzdése lesz.

Irodalom

Callaway, Ellen: 2020: *The coronavirus is mutating — does it matter?*
<https://www.nature.com/articles/d41586-020-02544-6>

EMMI 2020: *A 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta fertőzések (COVID-19) megelőzésének és terápiájának kézikönyve.*
Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma.

KSH 2020: *KSH-jelentés.* <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/nep/nep2011.html>