

Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk

Hatvan év tehetetlenség után, kormányzati kezdeményezésre, úgy tűnik, hogy orvosi hálapénz ügyben valódi választút elé érkeztünk. Paradigmaváltással érne fel a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosításban, ha legálisan is elfogadnánk a betegek egy részének azt az igényét, hogy külön díjazás ellenében, a szolgáltatás minden szintjén személyes bizalmi kapcsolatot érezhessenek annak az orvosnak a magatartásában, aki ellátásukat végzi, szervezi és irányítja.

■ Dr. Balázs Péter

A klasszikus orvostika szempontjából abszurditás volna a beteg érzete mögött szakmai különbséget keresni, a beteg meggyőződése azonban legalább annyira fontos, mint a nemzeti kockázatközösség hangoztatása a társadalombiztosításban. A szocialista egészségügyet túlélő hálapénzrendszer ideológiai tartópillére a keményvonalas baloldali ideológia mechanikus egyenlőség eszménye volt, amely eddig is csak azért állt, mert senki nem mert hozzányúlni. Ha éppen csak hozzáérünk, szinte magától fog ledőlni. Senkinek nem lehet ugyanis kifogása az ellen, hogy legális külön díjazásért, az orvosi szakmai szempontból hangsúlyozottan továbbra is egyenlően kezelt betegek között más természetű különbségek kialakulhassanak.

A spontán természetű és rendkívül rugalmas hálapénzzel szemben az új konstrukció alaposan átgondolt elméleti előkészítést igényel. Gyakorlati próbaüzemre nincs lehetőség. A szürkegazdaságban hat évtizedes rutint szerzett orvosok és betegek csak akkor állnak át az új technikára, ha világos számukra, hogy mi a jogszerű és mi a jogellenes, ha azt, ami jogszerű, szabadon gyakorolhatják, ami jogellenes, azért pedig elkerülhetetlenül büntetést kapnak.

Hálapénz, paraszolvencia, korrupció

Az informálisan megszerezhető orvosi jövedelmekkel kapcsolatban a közbeszéd, az orvosok, a műkedvelő szakértők, az egészségpolitikuskok, de még a tudományos igényű elemzések is meglehetősen önkényes osztályozásokat alkalmaznak. Ennek következtében válik a jelenség, úgymond bonyolult, és nehezen átlátható rendszerré, amely ráadásul szinte nyomtalanul képes alámerülni egyfajta démonizált társadalmi bérgyázódottság közegébe. Az informális technikák megszüntetésére irányuló szándékot eddig kétféle modell igyekezett bizonygatni. Meglehetősen szerény meggyőző erejük szinte garantálta a fennálló viszonyok változatlanágát. Az egyik modell a megoldás első lépcsőjeként olyan magas orvos-közalkalmazotti jövedelmeket célt meg, amelyek eleve telje-

síthetetlenek voltak, a másik modell pedig olyan javaslatokat tartalmazott, amelyek valójában nem a probléma lényegére irányultak, ráadásul fokozatosan bevezetve, hosszú távon fejtegették volna ki a hatásukat.

Az elmúlt 40–50 évben a kemény üldözéstől az alattomos megalkuvásig meglehetősen széles volt az egészségpolitika „hozzaállásának” skálája, de mindkét szélsőség ugyanazt a tehetetlenséget tárta a nyilvánosság elé. Ha jelenleg van olyan kormányzati szándék, amely szakítani akar ezzel a hagyománnyal, azt minden érdekeltnak támogatnia kellene, világos helyzetképpel, konkrét és rövid távon bevezethető, működőképes modell bemutatásával. Ebben különös felelőssége van azoknak a szakértőknek, akik elsősorban az 1989-es rendszer-változás óta nyilvánítottak véleményt az orvosi hálapénzről.

Az egészségügyi borraalót kifejezetten zavaró volna együtt tárgyalni az orvosoknak adott juttatással. Nemcsak az egészségügyi ellátásban, hanem a társadalom számos más területén is elfogadott a borraaló-adás, amely csekély összegű juttatás a mindenkori általános értékrend szerint. Ez a szokásrend az egészségügyben a szak- és kisegítő személyzet körében hoz létre többletjövedelmet. Bármilyen kapcsolatba hozása az orvosi hálapénzzel, szükségtelenül sértené az orvosok önértékét, az ellene indított akció viszont súlyos aránytévésztés volna az egészségügy informális finanszírozásának megítélésében. Célszerű arra gondolni, hogy a jelenlegi helyzethez képest már-már ideális állapot lenne, ha az egészségpolitikának csak a szak- és segéd személyzet borraalójának kérdéseivel kellene foglalkoznia.

Az informális orvosi jövedelmek körüli fogalmak tisztázásában a nyílt korrupció nem igényel különösebb magyarázatot, az orvosi paraszolvencia viszont nem a hálapénz szinonimája. A hálapénzt is magába foglalva, a legalitást kerülő minden bevételre vonatkozik, amennyiben azt az orvos a közfinanszírozásban végzett szolgáltató munkájával (vagy arra utalva) szerzi. Amennyiben a hálapénzt és a nyílt korrupciót a spektrum két szélére helyezzük, a paraszolvencia a kettő közötti zavaros sávot fogja kitölteni. Kétségtelenül korrupct természetű, de ez

nehezen bizonyítható, viszont nem hálapénz, mert mindig valamilyen szolgáltatási elemmel kapcsolatos konkrét kívánságra irányul.

Az orvosok informális bevétele kapcsán a végzett munka szolgáltató természetét azért kell hangsúlyozni, mert egy hatalmas méretű közigazgatási és közgazdasági apparátus irányítja a köztulajdonú és közfinanszírozott egészségügyi ellátás szervezetét, amelyben az egyszerűen nevén nevezhető hivatali és gazdasági korrupció fordulhat elő. Az igazgatásban dolgozó orvosok jellemzően olyan közszolgálatot látnak el, amelyben a munkájuk világosan elkülönül mindenféle egészségügyi szolgáltató tevékenységtől. Különös helyzet áll fenn az ágazati szakigazgatási szempontból nem az egészségügyi, hanem az oktatási minisztériumhoz tartozó felsőoktatásban, ahol egyben kutató-fejlesztő műhelyek is működnek (egyetemi klinikák). Elméletileg a hivatali korrupció ezen a területen is előfordulhat (pl. az oktatásigazgatásban), de a kutatás-fejlesztés miatt elsősorban a gazdasági korrupció felé nyitott a rendszer. Az utóbbi tevékenység kapcsolatot teremt a magángazdasággal, elsősorban a gyógyszeriparban, de az orvosi műszertechnikai és kórháztechnikai ipar területén is. Korrupció szempontjából ez a kapcsolatrendszer sem veszélyesebb, mint az ellátórendszer közösségi beruházásai és anyagbeszerzései.

A korrupció és a paraszolvencia határvonalán a paraszolvencia ott kezdődik, ahol megszerzésének technikáját már nem tudjuk nyíltan és közérthetően jogellenesnek minősíteni. Ezt azért kell nyomatékosan hangsúlyozni, mert a jogi és közgazdasági gondolkodás ezen a ponton válik el az orvosi-szolgáltatói okfejtéstől. A paraszolvencia ugyanis olyan, önmagukban véve legális szolgáltatások informális díjazására vezethető vissza, amelyekről az orvos alternatív, de bármely változatban az ő kizárólagos szakmai hatáskörébe tartozó (diszkrecionális) döntéseket hozhat. Az ilyen egyéni döntések kereslete és kínálata mögött számos motiváció húzódhat meg, de ezek közül a közérdeket csak azok szolgálhatják, amelyek az orvos egyéni érdekelttségével összhangban, gazdaságilag hatékonyak, szakmailag korrektek, és etikailag sem kifogásolhatók. Naivitásnak, a legsúlyosabb esetben pedig adminisztratív dühöngésnek kell tekinteni, ha valaki ezen a területen csakis a szigorú szakmai protokolloktól, ellenőrizhető bizonylatolástól várja a megoldást. Az ilyen emberek soha nem értették, rosszabb esetben soha nem tapasztalták az orvoslás alapvető természetét. A „gyógyítás szabadsága” nem orvosi kiváltság, hanem válaszadási lehetőség (kényszer) olyan nap mint nap megisméltendő súlyos kérdésekre, amelyek a betegségek változó természetéből adódnak. Ezek válaszok a legkevésbé sem rendezhetők matematikai algoritmusokba. Természetesen a gyógyítás szabadsága egy-egy betegre vonatkoztatva nem adhat felmentést arra, hogy bárki is elutasítsa a gyógyító szervezet üzemgazdasági racionalitását, vagy más betegek méltányos érdekeit háttérbe szorítsa.

Az orvos diszkrecionális szakmai döntései köré csoportosuló paraszolvens technikákkal szemben azért elnéző a magyar társadalom, mert pontosan tudja, hogy ameddig a közhatalom az orvosi szolgáltatás évezredes gazdasági szabályait folyamatosan megerősokolja, a paraszolvencia nem helyettesíthető más, jogszerű módszerekkel. A szocializmus negyven évét illetően a prekonceptiók nem szorulnak külön magyarázatra, 1989 után azonban ezt a mentségünket is elveszítettük. Az egészségügy piacának azon a részén, ahol az említett évez-

redes (alábbiakban részletezendő) szabályok szabadon érvényesülnek, jelesül a magánfinanszírozott ellátásban, meg sem jelenik a paraszolvencia, a hálapénz, pedig mint fantáziánév minden további nélkül mellőzhető, az orvos ugyanis eleve személyes szolgáltatást nyújt, és nyíltan közölheti a munkadíját a beteggel.

Egy-egy orvos vagyoni helyzetét, jövedelmeit és életvitelét természetesen helytelen volna kizárólag az általa megszerzhető hálapénzre, paraszolvenciára, netán korrupcióra visszavezetni, hiszen nem tudhatjuk, hogy milyen további, példának okáért legális források állnak a rendelkezésére. Mai körülményeink között, önmagában véve az sem kelthet különösebb megütközést, hogy az orvosi karon belül meglehetősen nagy vagyoni és jövedelmi különbségek jöttek létre. Ezeket a különbségeket ugyanis a társadalom más, szabadfoglalkozású értelmiségi köreiben (ügyvédek, úgynevezett médiaértelmiség, tervező mérnökök stb.) teljesen természetesnek tekintjük. Rosszindulatú gyanúsítás tehát az orvosok egyes vagyontárgyainak háttérében eleve illegális technikákkal szerzett jövedelmekre gondolni. Természetesen általános felmentést sem adhatunk azoknak az orvosoknak, akik a paraszolvencia határát átlépve, tételesen is egyértelmű korrupcióval jutottak illegális bevételekhez.

Mit rendelhet a beteg az orvostól?

A rövid válasz az, hogy semmit, a hosszú válasz kissé bonyolultabb. Az orvoslás a szakmai presztízs és önbecsülés okán soha sem volt olyan terület, ahol a beteg szakmai szolgáltatásokat rendelhetett volna, legfeljebb dönthetett az orvos által felkínált lehetőségek között, amennyiben azok egymással felcserélhetők vagy helyettesíthetők voltak. Mai körülményeink között, amennyiben a közfinanszírozott beteg alternatív döntése megtakarítást jelentene, pénzügyi akadályok nem merülhetnek fel, ellenkező esetben viszont megfontolás tárgyát képezheti, hogy a többletterhet a betegnek kell(ene) viselnie. Ezt egyébként megfelelő szakmai protokollok birtokában általános kötelezettséggé is lehetne tenni, feltéve, hogy konkrét esetben orvosilag nem ellenjavallt az olcsóbb megoldás választása.

Történelmileg, és a szó hagyományos értelmében vett orvos–beteg kapcsolatnál maradván, a beteg ember, aki valamilyen szolgáltatásra szorult, személy szerint választott egy orvost, akinek megbízást adott a teendő elvégzésére. A tájékozott beteg (vagy hozzátartozója/képviselője) nagy vonalakban előre tudta, hogy mi történik az ellátás során, részletes orvosi szakmai ismeretekre pedig egyébként sem volt szüksége. Azt is tudta azonban, hogy a sorsa nagy valószínűséggel, a mai terminológiánk szerint, nem egy előre pontosan szabályozott minőségbiztosítási algoritmus szerint fog alakulni. A fentiekben említett diszkrecionális orvosi döntések következtében kezelésnek számos kimenete, továbbá a bemenet és kimenet között számos változat fordulhatott elő. Mindig is természetes törekvés volt tehát a beteg részéről, hogy a lehetséges változatok közül az optimálisat kívánta biztosítani önmaga számára.

Az orvos és a beteg kapcsolata, bármennyire is sajátos jelenség, jogilag olyan szerződés, amely meghatározott ellenszolgáltatásért végzendő szolgáltatás teljesítésére köttetik, és elsősorban nem vállalkozási, hanem megbízási természetű. Amennyiben az orvos köz- vagy magánalkalmazott, a beteg

természetesen nem az orvossal, hanem annak munkáltatójával szerződik. Egyik alakzatra sem jellemző az írásos forma, amely különben sem abszolút feltétele a jogviszony keletkezésének.

Vállalkozási szerződés alapján a Polgári Törvénykönyv szerint a vállalkozó valamely dolog tervezésére, elkészítésére, feldolgozására, átalakítására, üzembe helyezésére, megjavítására, vagy munkával elérhető más eredmény létrehozására, a megrendelő pedig a szolgáltatás átvételére és díj fizetésére köteles. Ebből a meghatározásból azt kell hangsúlyozni, hogy a vállalkozó eredménykötelmet vállal, tehát amennyiben nem mutatja fel a szerződésben kikötött eredményt, nem teljesítette a kötelezettségét, következésképpen nem jogosult a díjazásra. Nyilvánvaló, hogy a beteg gyógykezelésének eredményére nem köthető ilyen szerződés, hiszen a folyamatnak állandó és természetes eleme az a vis major, amely a vállalkozási szerződéssel kapcsolatban is előfordulhat, de csak kivételként érvényesíthető az esetleges jogvitákban. Azokban az esetekben, amelyek nem egy-egy beteg sorsának alakulásáról szólnak, az egészségügyi szolgáltatások területén is lehet vállalkozási szerződést kötni, például általában a kórisme felállításához szükséges vizsgálatokra (adott időszak alatt teljesítendő képalkotó vizsgálat, laboratóriumi vizsgálat stb.). Minden más tevékenységre azonban csak a megbízási szerződés áll rendelkezésre.

Megbízás abban az esetben jön létre, ha valaki nem személyesen intézi az ügyeit, hanem valaki másra bizza. Ilyen esetben a megbízott köteles a megbízó utasításait követni, és az ő érdekének megfelelően a rábízott ügyet ellátni. Általában a megbízott személyesen jár el, de közreműködőt is igénybe vehet, ha ehhez a megbízó hozzájárult, vagy ha azt a megbízás természete igényli. Minden újabb személy igénybevételeért magától értetődően a megbízott tartozik felelősséggel. A megbízás teljesítéséhez jogszabály szerződéskötést is előírhat, sőt annak alakszerűségét is meghatározhatja. Eredetileg a megbízás tiszteletbeli tevékenység volt, ami ma is lehetséges, ha a megbízott az ügy ellátását ingyenesen vállalja. Ha a felek díjat kötöttek ki, az a megbízott fáradozását honorálja, és nem egy előre meghatározott eredmény elérését. Másodlagosan azonban, ha valamilyen eredmény keletkezett, amelyre mérsíklő hatással volt a megbízott magatartása, a megbízó a díjat csökkentheti, sőt a kifizetését megtagadhatja, ha bizonyítja, hogy ezért a megbízott tartozik felelősséggel.

Az orvosi kezelésre kötött szerződés a megbízási típusba tartozik, mivel az elérhető eredmény esetileg pontosan nem meghatározható. Vállalkozási szerződést azért nem lehet kötni, mert az alkalmazott orvostudomány sajátosságai ezt nem teszik lehetővé (nincsenek tervezésre és előzetes kötelezettség vállalására alkalmas egyértelmű és azonosan ismétlődő ok-okozati kapcsolatok a kórfolyamatokban). Ha valaki panasszal fordul az orvoshoz, az orvos nem azt vállalja, hogy meggyógyítja, hanem megbízást fogad el arra nézve, hogy minden tőle telhetőt megtesz a gyógyítás érdekében. Az orvosnak adott megbízás a jogügylet természete alapján nem tartalmazhatja részletesen a megbízott teendőit és magatartását, általában azonban megköveteli a gondosságot a megbízó ügyeinek vitelében. Fizikailag az orvos teendői az ellátás szervezésére, irányítására, és a lényegi elemként szereplő szakmai tevékenységek elvégzésére irányulnak. Szellemileg a gondosság azt jelenti, hogy döntési helyzetekben mindig a beteg sorsának legkedvezőbb alakulását szolgáló változatot

veszi figyelembe. Ezen az intellektuális teljesítményen túl a társadalom mindig elítélte azt az orvost, aki nyíltan vagy burkoltan valamilyen tisztességtelen üzleti technikát alkalmazott, vagy a közpénzeket magáncélra fordította.

A fentiek alapján az a beteg, aki nem vesz részt az informális finanszírozásban, és felvételre kerül egy kórházban, ott nem valamelyik osztállyal vagy valamelyik alkalmazott orvossal köt szerződést, hanem az intézménnyel. Ezt sem írásban teszi, hanem ráutaló magatartással, meg különböző nyilatkozatok kitöltésével. Ezután betegsége természetének megfelelő diagnosztikus és terápiás szolgáltatásban részesül, majd a kezelés végeztével szerencsés esetben a felvételéhez képest kedvezőbb állapotban távozik. A szakmai protokoll egy olyan folyamatnak az algoritmizált formája, amelynek összes lehetséges esetét egy háromdimenziós hálóként kell elképzelnünk. Az orvosok pontosan tudják, hogy a total quality management az egészségügyben soha nem fog olyan eredményt felmutatni, mint például a gépkocsigyártásban. A mechanikus szabályozottság híveinek nagy bánatára, a háromdimenziós hálónak akár mindegyik csomópontja diszkrecionális orvosi döntésektől függő, kettő vagy többszörös elágazást is képviselhet. Ha a kezdeti és a végpont között a csomópontokat kizárólag az üzemgazdasági racionalitás és a maximális költség-takarékosság szempontjai szerint kötnénk össze, akkor csakis az orvosi gondolkodástól távol álló intézményi menedzsment szempontjai érvényesülnének. Tétélezzük fel, hogy a közfinanszírozott ellátásban dolgozó orvos a paraszolvenciát nem fizető betegek esetében meghozza az intézményi menedzsment által diktált döntéseket, de csak azért, hogy az így elért megtakarítás révén egy-egy „hálás” betegeknek kedvezőbb ellátást és jobb gyógyulási esélyt nyújthasson. Az ilyen veszélyes csapdahelyzetet azonban a menedzsmentnek mindenképpen el kell kerülnie, ugyanis a paraszolvencia ilyen módon még a rideg közfinanszírozás humanizálásának eszközeként is felléphetne.

Amint az a fentiekből egyértelműen levezethető, a beteg semmilyen konkrét orvosi szolgáltatást nem rendelhet, más vonatkozásban azonban de facto megrendelői pozícióból intézkedhet. Ennek közismert és teljesen egyértelmű példája az emelt szintű kórházi hotel-szolgáltatás. Más esetekben a megrendelő szintén nem páciens, a vállalkozó pedig nem orvos a szó hagyományos értelmében, bár a fogalmak tehetetlenségi nyomatéka nem egy esetben gondokat okozhat. Kétségtelen, hogy az egész tranzakció kiléphet az orvoslás paradigmájából egy más típusú szolgáltatási területre, amelyben nem a megbízatás, hanem a vállalkozási jelleg áll előtérben. Ilyen terület például az esztétikai sebészet és az esztétikai fogászat, vagy a születendő gyermek nemének megválasztása. Bizonyos esetekben az orvosi és az iparos munka választóvonalát a terminológia is segít meghatározni, például a bőrgyógyászat és a kozmetológia határán. Más esetekben a kulcsot az utóbbi 100 vagy 50 év medikalizációja adja a kezünkbe. A szülészet ezt megelőzően „iparos” foglalkozás volt, amelyben a bábák nem lépték át az „orvosivá” vált esetek határát. A totális medikalizáció és hospitalizáció után, ma a különböző alternatív intézeti technikák és az otthoni szülés választási lehetőségei ismét felélesztették a szakma ősi iparos tradícióit. A jelenlegi folyamatok dinamikáját tekintve, a szülésorvos, ha ragaszkodik a „sima” szülések levezetéséhez, ráadásul olyan módon, ahogyan az a beteg megrendelte, ugyanolyan „mesterember” lesz, mint az esztétikai sebész, vagy az esztétikai fogászat művelője.

Az orvos tiszteletdíja

Terjedelmi okok miatt a jelen keretekben nem részletezhető, orvostörténeti szempontból azonban bizonyított tény, hogy a modern államigazgatás kezdetén Európában kétféle orvosi honorárium-rendszer alakult ki. A porosz-német jogrend az 1725-ben megalkotott átfogó szabályozásban is tovább folytatta azt a hagyományt, amely az egészségügyben szolgáltató mesteremberekhez hasonlóan (sebész-mester, fürdő-s, patikus, bába stb.) az orvosok részére is szolgáltatási típusonként meghatározott díjtáblázatot állapított meg. Ennek átvételét a hazai államigazgatásban is dolgozó, porosz és más német protestáns egyetemeken tanult és ott szocializálódott magyar orvosok többször is megkísérelték, de a bevezetést a Habsburg törvénykezés következetesen visszautasította. A német hagyományban tehát az orvos jogszabályilag soha nem dolgozott „ingyen”, a Habsburg-birodalom jogrendje azonban díjtáblázatok hiányában ezt a kérdést nyitva hagyta. A német proletár 1883-ban, a bismarcki szociális biztosítás bevezetésekor pontosan tudta, hogy az orvos ezután sem fog ingyen dolgozni, ő viszont megteheti azt, amire addig nem volt képes, vagyis a betegpénztáron keresztül fizetett az ellátásért. Ezzel szemben 1891 után a magyar proletár számára a korábbi jótékonyágból végzett „ingyenes” ellátás vált rendszeresen elérhetővé. Sajnálatos tény, de a magyar társadalomban a közfinanszírozásba fokozatosan bevont tömegek történelmileg soha nem tapasztalhatták, hogy ők de facto fizetnek az ellátásért, amikor orvoshoz fordulnak. Ezt az érzetet ráadásul az úgynevezett „szegényrendelések” továbbra is látványosan demonstrálták.

Történelmileg az orvosi honorárium alapját képező munka egyszemélyi természetű volt, ritka kivételként azonban előfordulhatott, hogy egy-egy beteg kezelése több orvos szakmai tanácskozását (consilium) igényelte. Az ilyen ad hoc találkozásokhoz képest a XIX. század végén és a XX. század elején, a modern kórházüzem kialakulása következtében folyamatosan együtt dolgozó, és szükség esetén kollektív döntéseket hozó orvosi munkaszervezet jött létre. Ez Magyarországon is párhuzamosan zajlott az egészségügyi szolgáltatások új típusú közfinanszírozásának széles körű kiterjesztésével. A magángazdaságban egyedül dolgozó orvos, ha szerződést kötött a biztosítási elven működő közfinanszírozással, a többi költségeinek megtérítése mellett természetesen munkadíjat is kapott, de nem közvetlenül a betegtől, hanem a biztosítópénztártól. Magán- vagy közalkalmazottként dolgozó orvosok viszont fizetést kaptak a munkáltatójuktól. Ennek az alapját is munkadíj képezte, amely kétféle forrásból származhatott. Magánbetegek fizették be az intézmény pénztárába, vagy a közfinanszírozást kezelő pénzügyi intézet átutalásával érkezett. Magántulajdonos által fenntartott intézmény alkalmazottai jellemzően nem üzemelhettek a tulajdonos háta mögött a betegekkel, közintézményekben a viszonyok azonban másként alakultak. Amennyiben a közalkalmazott teljesítette a munkahelyi feladatait, térben és időben elkülönítve, magánorvosként is rendelhetett a magángazdaságban. Ezeket az áttekinthető viszonyokat zavarta meg az a gyakorlat, amely megengedte, hogy a magánellátás a közintézményekbe is beszivároghasson. Ez nem véletlenül az egyetemi klinikákon alakult ki, ahol vegyesen kezelték a köz- és a magánfinanszírozott betegeket. A vagyonos betegek a szakmai (csúcs)színvonal miatt jelentkeztek, a többi beteg fogadása pedig szükségsze-

rően adódott az egyetem oktatási szükségleteiből és közintézményi természetéből. Az egyetemi klinikák szakmai színvonala később örvendetesen kisugárzott az egész országra, elsősorban a klinikákról kinevezett közkórházi osztályvezető főorvosok révén. Kevésbé szerencsés módon, az új főorvosok a klinikák „nagytanári allűrjeit” is magukkal vitték a munkahelyükre. Első lépcsőként a közintézmény tulajdonosa (fenntartója) a magánbetegek által fizetendő munkadíjakat nem központosította, hanem a szakmai utasítások hierarchiájára épülő belső munkaszervezeti egységeknek adta át elosztásra (kiskassza-rendszer). Második lépcsőben a köztulajdonos lazított a saját maga által előállított merev hierarchián, és gyakorlatilag minden orvosoknak lehetővé tette, hogy magánrendelést folytasson az intézmény infrastruktúrájában. Ha ezután a közties állomásokat kihagyjuk, amelyek a tisztánlátás helyett inkább csak zavarják a képet, átugorhatunk a megvalósult szocializmus mindenkire nézve térítésmentes („ingyenes”) ellátásába. A magánbetegek teljesen eltűntek, a helyüket azonban azok foglalták el, akik hálapénzzel fizettek. Ez az állapot az 1989-es rendszerváltozás után is töretlenül folytatódott. A kiskassza-rendszerbe 1949 után már döntően hálapénzek kerültek, a szocializmusban pedig az egyre individuálisabbá váló hálapénz-rendszer jószerevével magát a kiskasszát is kiirtotta. Szomorúan kellene tudomásul vennünk, ha a magyar gyógyfeudalizmus fenntartásában múlhatatlan érdemeket szerzett kiskassza-rendszer újabban nosztalgikus alternatívaként mégis felmerülne a hálapénz legalizálásában.

A hálapénz valódi természete

A hallgatólagosan intézményesült hálapénz-adás jelentőségét az adja, hogy a paraszolvens forgalomból ez az egyetlen olyan elem, amely minden aggodalom nélkül legális piaci áruvá alakítható, következőképpen kiegészítő magánjelleggel befogadható a közfinanszírozásba. A befogadással együtt azonban a „hálapénz” elnevezéstől is megszabadulhatunk, mint a szocializmus álságos terminológiai hagyatékától. A hálapénz leleményes neve az 1960-as évek elején robbant be a köztudatba. Kellemes hangzásával újraélesztette a baloldali diktatúra által burzsoá csökevénynek minősített orvosi honoráriumot (tiszteletdíjat), és egyben az orvosokra nézve megalázó borralaló kifejezés használatát is kiszorította.

Első megközelítésben a hálapénzes piac a megvásárolható szolgáltatások szakmai természete alapján nagyon színes kereslet és kínálat képét mutatja. Itt nehezen értelmezhető az alábbiakban részletesen bemutatott kínálati oldal hiánya, a keresleti oldal (teljes) hiánya viszont minden olyan közfinanszírozott rendszerre jellemző, amely hálapénz nélkül tartja fenn a működését. Nem szerencsések tehát azok az elméletek, amelyek részletes elemzés helyett a hálapénzt elvegyítik a paraszolvencia teljes tömegében, majd erre hivatkozva a hálapénzért is a hiánygazdaságot teszik felelőssé. A megoldás különben azért tetszetős, mert a paraszolvencia jelenség mögött a hiánygazdaság valamilyen eleme csaknem mindig kimutatható, és a beteg által könnyen értelmezhető nyomatékot adhat az orvos egy-egy döntésének.

A szocializmusban, a közfinanszírozott magyar egészségügy sajátos ideológiai viszonyai között, az orvostika a hálapénz igazolására az egész tranzakciót a piac szintje fölé emelte. Ezt a mutatványt már csak megszokásból végezzük,

és önmagunkat becsapva lebegtetjük a levegőben a hála ideáltipikussá nemesített megnyilvánulását. Következésképpen, a modell elvileg ma is úgy működik, hogy a beteg nem kér semmit, és az orvos sem ígér semmit, végül azonban valami úton-módon mégis felszínre tör „a beteg ember meggyógyítását, életének megmentését, új életek világra segítését kísérő hála” (1), amely monetáris konverzió után csapódik le az orvos zsebében. Teljesen nyilvánvaló, hogy a folyamatnak ez a leírása közgazdaságilag értelmetlen, ezt azonban mindenki tudja, ugyanis a magyarázat nem racionális indítékból született, hanem éppen a tényektől való elrugaszkodás szándékával. Csak-hogy ma már nincs szocialista egészségügy, helyette szociális piacgazdaság van, amelyben végre meg kellene találnunk a „hálát” forgalmazó piac gazdasági szabályait, ugyanis ezekben van elrejtve a hálapénz legális átalakításának egyetlen reális lehetősége.

Hippokratész (i.e. 460–375) óta minden tisztességes orvos tudja, hogy tilos a szakmai munka minőségét függővé tenni a beteg társadalmi rangjától vagy fizetőképességétől. Másfelől, Hippokratész azt is mondta, hogy ugyanazért a szakmai munkáért az orvos különböző honoráriumot kérhet, ami az orvosok számának szaporodásával és rétegződésével úgy alakult, hogy különböző orvosoknak ugyanazért a munkáért különböző volt a tarifája. Ez itt és most, ráadásul „hivatalosan”, Magyarországon is érvényesül, csak-hogy nem a közfinanszírozott, hanem a magánellátásban. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Statútumában az Etikai Kódex 138. szakasza már 1998-ban leszögezte, hogy „a vállalkozás keretében, illetve magángyakorlatot folytató orvos joga, hogy munkája díját maga határozza meg...”. Ezzel a jogosultsággal azonban, ha az orvos a közfinanszírozással szerződik, legyen akár köz- vagy magánalkalmazott, továbbá egyéni vállalkozó, vagy társas vállalkozás tagja, egyértelműen nem rendelkezhet. Itt ugyanis az egészségügyi szolgáltató az előzetesen megkötött szerződésben arra vállal kötelezettséget, hogy a betegek ellátását a közfinanszírozás pénzalapját kezelő szerv (jelenleg az OEP) által adott pénzügyi keretek között teljesíti. Maga a közfinanszírozó azonban bármikor változtathat a kereteken, hiszen a szolgáltatásokhoz kiegészítő fizetést (co-payment) rendelhet el az alap- vagy szakellátás egyes formáinak igénybevétele kapcsán.

Azokban az egészségügyi rendszerekben, amelyek ideologikus alapon nem üldözték az orvosi magángazdaságot, a közfinanszírozást elvi alapon és törvényszerűen soha sem fertőzték a magyar hálapénz-rendszerhez hasonló jelenségek. Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service), vagy Németország ellátó rendszere egyszer sem tűzte ki célul a magánellátás és a magánfinanszírozás felszámolását. Sőt, részletesebb bemutatás nélkül is közzismert, hogy a német rendszerű társadalombiztosítás betegbiztosítási ága egyáltalán nem fedi le a teljes társadalmat. Soha nem is törekedett erre, eltekintve a volt NDK négy évtizedétől. Az egészségügyi szolgáltatásokat adó pénzügyi finanszírozó angol rendszer kezdettől fogva (1948-tól) tudomásul vette, hogy magánpiac és magángazdaság is létezik, sőt aki az állami szektor helyett ezt vette igénybe, még adókedvezményben is részesülhetett. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy a fenti két mintaértékű rendszert adaptáló országokban ne fordulnának elő az informális finanszírozás körébe tartozó jelenségek. Ezek azonban nem az alapmodellt, hanem az alkalmazó országot minősítik. Magyarországon is erre a sorsra jutott, sőt némi ironi-

ával azt is megállapíthatjuk, hogy hazai „munkásosztályunk” a szocialista egészségügyet egy pillanatra sem ajándékozta meg azzal a fegyelmezett magatartással, amelyet az elnyomott és kizsákmányolt proletariátus adott a burzsoá Németországnak.

Lehet vitatni, hogy a hálapénz rejtély megoldásához a kulcsot a közfinanszírozás mellett párhuzamosan működő magánfinanszírozott gazdaság adná a kezünkbe, azonban a külföldi rendszerek mellett ezt hazai példák is igazolják. A fogorvoslásban számos beavatkozásnak nincs OEP-fedezete, de hálapénzes forgalom sincs a betegek és az orvosok között. A fogorvos közli a szolgáltatás árát, a beteg pedig nem érzi úgy, hogy hálából ennél még többet kellene fizetnie. Mindenki személyes tapasztalatán túlmenően, egyetlen hálapénz tanulmány sem vetette fel a magánfinanszírozott fogorvoslásban a hálából fakadó spontán adakozás lehetőségét, és ezt a szociológiai felmérések sem igazolták. Ez az ellátási minta azonban két okból sem alkalmazható szélesebb körben a hálapénz-mentesség elérésére. Egyfelől a politikai spektrum jobb- és baloldalán sincs politikai szándék arra, hogy a biztosítottak egy részét átengedjék a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosításból a magángazdaságba. Másfelől, ha a közfinanszírozásból zárnánk ki további ellátásokat, az tömeges méretekben elviselhetetlen terhet jelentene a betegek számára. Ezen túl az ilyen megoldást a közfinanszírozott mintaértékű modellek sem igazolják. A német társadalombiztosítás mellett soha sem úgy működött a magánszféra, hogy a közfinanszírozásból kizárt szolgáltatásokra vadászott volna. Sőt, Németország egész története folyamán azt az alapvető képviselte, és ma is ezt teszi, hogy szakmai szempontból első és másodosztályú ellátás ne jöhessen létre a magánfinanszírozott betegek előnyére és a közfinanszírozottak hátrányára. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy egyes ellátások tekintetében abszolút tilalom volna bármilyen változtatásra. Közzismert hazai példát jelentenek ebben a vonatkozásban az esztétikai célú sebészeti beavatkozások. Sőt, az sem ütközött társadalmi ellenállásba, hogy az extrém sportok kapcsán keletkezett egészségkárosodások kezeléséhez szükséges szolgáltatásokért ne a teljes kockázatközösség tartozék teherviselési kötelezettséggel.

Miután a hálapénz-mentesség Magyarországon is hétköznapi gyakorlat a magángazdaságban, és ha szakmai tartalomban sincs különbség a köz- és a magánszféra között, akkor a megoldást a személyre szóló kölcsönös és bizalmi orvos–beteg kapcsolatban kell keresnünk. Visszatérve Hippokratészhez és a MOK Etikai Kódexéhez, megismételjük, hogy a magángazdaságban dolgozó orvos munkájának díját maga határozza meg. A közfinanszírozott ellátást végző orvos nem rendelkezik ezzel a szabadsággal, bizonyos esetekben mégis pénzt kap „hálás” betegétől. Extrém esetben természetesen azt sem zárhatjuk ki, hogy a beteg csak úgy általában nyilvánította ki a háláját, és a borítékot jobb híján dugta az orvos zsebébe. Tisztességes orvos az így kapott pénzt azonban továbbítja valamilyen vallási közösségnek, jótékony célú alapítványnak, netán az őt foglalkoztató közintézménynek. Ezzel az elméleti példával ellentétben mind a beteg, mind az orvos pontosan tudja, hogy a fizetés személyes bizalmon alapuló szolgáltatásért történt, valójában tehát a közfinanszírozott ellátás ideáltipikus hálapénze ennek a kapcsolatnak a pénzbeli ellenértéke. Erre szükségtelen külön fantázianevet kitalálni, ugyanis minden aggodalom nélkül nevezhetjük

tiszteletdíjnak. Közfinanszírozott ellátásban az így meghatározott tiszteletdíj az orvos élmunka-díjtételének a kiegészítő része. Legalizálásához azt a technikát kell kidolgozni, amely a kiegészítő díjon kívül minden paraszolvens üzletkötést kizár a beteg és az orvos között.

Paraszolvens technikák és a korrupció

A beteg akkor elégedett előzetesen megkért orvosával, ha úgy érzi, hogy ellátásának körülményei, amelyekről megfelelő tájékoztatást kapott, a kedvező vagy éppen a legkedvezőbb menetrend szerint alakulnak. Ezt azért lényeges hangsúlyozni, mert a beteg a magánfinanszírozásban sem tételesen megnevezett szakmai szolgáltatási elemeket vásárol (végeképp nem rendel!), hanem egy ellátási eseménysorozatot, amelyben előzetes biztosítékot kap arra, hogy az aktuális orvosi döntések mindig és optimálisan az ő javát fogják szolgálni. Súlyos tévedés volna azt gondolni, hogy a beteg az orvost szakmailag bármire is utasíthatná. Az egyes ellátási menetrendeket tételesen lehetetlen összefoglalni. Ezek minden szolgáltató egységben annak szakmai tartalmától és az ellátást szervező-irányító-végző orvos személyétől is függhetnek. A tiszteletdíj fogalmának tisztázása után a paraszolvencia kiválóan alkalmas a tiszteletdíj és a korrupció közötti szürke sávban vásárolható szolgáltatások ellenértékének megnevezésére. Kétségtelen, hogy a spektrum két vége felé haladva a paraszolvens és hálapénzes, másfelől a paraszolvens és korrupt technikák egyre nehezebben határolhatók el egymástól. Ennek ellenére meg kell húznunk a határvonalakat, nem elméleti, hanem gyakorlati példákon bemutatva, hogy elkerüljük a szürkegazdaság újratermelődését.

A szolgáltatást végző orvosok szakértőként történő működésével részletesen foglalkozik a hatályos egészségügyi törvény XV. fejezete, amelynek 233. §-a szerint „szakértői tevékenység... az egészségügyi szakismeretet igénylő tények vagy egyéb körülmények megállapítása, megítélése útján szakvélemény adása”. A hivatkozott szakasz 2. pontja szerint „az igazságügyi orvos szakértői tevékenységre, valamint az igazságügyi orvos szakértők működésére külön jogszabályok vonatkoznak”. Hétköznapi munkája során az orvos számos esetben ad szakvéleményt (keresőképtelenség megállapítása, láttelel, különböző igazolások stb.), de ez nem része a terápiás-diagnosztikus-prevenációs tevékenységének. Elképzelhető, hogy a beteg megkísérli a vélemény kialakításának „hálapénzes” befolyásolását, ezt az esetet azonban nem a hálapénz etikája, hanem a büntetőjog oldaláról kell megítélni.

Kissé bonyolultabb a helyzet a közintézmények menedzsmentjének korrupt magatartása kapcsán, különösen abban az esetben, ha nem lehet éles határvonalat húzni a konkrét egészségügyi szolgáltatást végző személyek és a szervező-irányító funkciókat ellátó vezetők között. Az utóbbiak közvetlen üzleti kapcsolatban állnak a szolgáltató munka végzéséhez szükséges termékeket előállító és/vagy forgalmazó gazdasági társaságokkal. Rendelkezzenek akár orvosi diplomával is, legalitáson kívüli gazdasági-pénzügyi tranzakcióikat a korrupció szabályai szerint kell elbírálni. A menedzsment és a szolgáltató orvosok közötti, intézetben belüli korrupció sajátos esete a magasabb komfortfokozatot jelentő ellátás értékesítésének átengedése az utóbbiak részére. Valójában véve ez egy hallgatóságos jövedelemkiegészítés, amely akkor működőképes, ha a menedzsment nem ellenőrzi az ilyen ágyakon fekvő

beteg jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére. Ez az eset egyébként mutatis mutandis minden olyan tranzakcióra érvényes, amelyben a köz- vagy magánalkalmazott orvos a tulajdonos által rendelkezésére bocsátott épített ingatlan-állományt, gép-műszer állományt, vagy beosztott munkatársai élmunkáját „értékesíti” a betegek számára (illegális magánrendelések).

Amennyiben a felső szintű menedzsment orvos tagjai terápia/diagnosztikus szolgáltatásokat is végeznek a saját intézetükben, a nyilvánvaló menedzsment korrupció az alábbiakban részletezendő szponzorálásnak álcázható. Ez nehezebben követhető jelenség a menedzsment-korrupcióhoz képest, jóllehet megtévesztő módon egy-egy „hálás” betegről is érkezik, ha az netán szponzorálási kapacitással rendelkezne. Jellemzően a gyógyszeripar, a kórháztechnikai cikkek, a gyógyászati segédeszközök gyártói, az orvosi műszertechnikai ipar, illetve ezek termékeit forgalmazó kereskedelmi vállalkozások részéről érkezik az ilyen támogatás az egészségügybe. Önmagában helytelen volna kifogásolni magát a jelenséget, hiszen mindenféle korrupciótól mentesen végül is a közfinanszírozott ellátás javát szolgálja. Gyanússá válhat azonban, ha egy-egy orvos személyére szabottan érkezik, különösen akkor, ha az illető orvos másodfoglalkozásként szakértői tevékenységet folytat az egészségügyi termékeket előállító iparban, valamint eseti, illetve tartósabb megbízásokat lát el. Nem készpénzként jelenik meg, hanem különböző támogatásokban (műszerek telepítése, gyógyszerek adományozása, tudományos kongresszusi részvételek támogatása stb.). A szponzorálás visszasságai élő problémát jelentenek az egészségügyben, azonban ezeknek a gondoknak a rendezése nem áll szoros kapcsolatban az orvosi tiszteletdíj legalizálásával.

A várólisták őse a fekvőbeteg-intézetek szűk kapacitásai miatt keletkezett a szocializmus első évtizedeiben. A várólista virtuális volt, de valóságos volt az „ágyárulás”, amely a köznyelvi fogalommal ellentétben nem az ágyak árusítását jelentette. Valójában az történt, hogy a birtokon belüli orvos rövidített vagy teljesen mellőzött várakozási idő révén, paraszolvencia ellenében, gyógyintézeti elhelyezést biztosított a „hálás” betegeknek. Ez a régi minta ma is ugyanazon az elven működik, ha bármilyen tárgyi feltételben szűk keresztmetszet keletkezik. Valójában nem a feltételek értékesítése, hanem külön juttatás ellenében a hozzáférés sorrendjének megváltoztatása, vagyis a virtuális vagy tényleges várólisták manipulációja történik. Az ágyárulás, mint minden későbbi várólista-manipuláció előfutára, az abszolút ágyhiány megszűnése miatt ma már nem jellemző, ezért a hiányjelenség átvonult az ellátási típus szerinti szakmai várólisták területére. Hatályos rendeletünk (2) a várólista kialakításához főszabályként az ellátásra való jelentkezés időbeli sorrendjét jelöli meg, de orvosi szakmai indokok alapján az ettől való eltérést is lehetővé teszi. Az ellátási típusok megjelölését a későbbiekben kialakítandó, ugyancsak szakminiszteri rendeletben rögzített, várólista-protokollok körébe utalja. Ez a rendelet sem oldja meg azonban a várakozás alapvető problémáját. Várakozás még a sürgősségi ellátásban is létezik (I. triage), majd a sürgősség után az előjegyzés következik, és a várólisták ennek sajátos eseteiként jelennek meg. Nyitott kérdés (amire a hivatkozott jogszabály sem ad választ), hogy a várólisták milyen mértékben veszik át az előjegyzések szerepkörét. Amennyiben a listák nem terjednének ki a várakozást igénylő szolgáltatások teljes körére, az előjegyzések az egyes orvosok zsebében maradnának, jóllehet erő-

sen szűkített nyilvánosságuk is hatékony védelmet jelentene a paraszolvencia ellen. Adatvédelmi szempontból még agyálynak sem tekinthető, és az esetleges korrupciós változtatásokkal szemben elegendő biztosítékot adhatna, ha egy-egy intézeten belül minden orvos láthatná és ellenőrizhetné a különböző szolgáltatásokra váró betegek előjegyzéseit. Ha a legszélesebb kiterjesztésben értelmezzük a hatályos várólista-rendeletet, az adatok közzétételére vonatkozó szabályozás szerint (3) az integrált beteginformációs rendszerben az intézmények kifejleszthetnek olyan várólista-kezelő modult, amely megfelel a hatályos biztonsági követelményeknek, és az összes előjegyzést is tartalmazza. Ennek jelentőségét aligha lehet túlbecsülni, mivel az előjegyzés manipulációja a legtipikusabb esete a kimutathatatlan korrupciónak, vagyis a paraszolvencia szürke sávjában zajló üzleteknek.

Legalizált tiszteletdíj és paraszolvencia

A paraszolvencia és a korrupció kérdésköre után, a paraszolvencia és a hálapénz helyett bevezethető tiszteletdíj határát keresve az kell eldöntenünk, hogy a beteg hogyan viszonyulhat az orvos diszkrecionális szakmai döntéseihez. Teljesen értelmetlen volna tagadni, hogy a közfinanszírozott betegek ma kiegészítő munkadíjat fizetnek az orvosoknak. Ha azonban a jelenlegi informális finanszírozást átalakítjuk, a kiegészítő munkadíjhoz többé semmilyen korrupcióra gyanús üzlet nem tapadhat.

Viszonylag egyszerű a kiegészítő munkadíjat az orvos–beteg találkozásból levezetni, azonban nem téveszthetjük szem elől, hogy a tranzakció a szabad piacgazdaságban zajlik, tehát idegen mindenféle hatósági díjszabástól. Következésképpen fogalmilag is érthetetlen a vizitdíjjal vagy a kórházi napidíjjal (co-payment) fennálló kölcsönös kapcsolat feltételezése, hacsak nem arra gondolunk, hogy a betegnek nincs pénze mindkettő megfizetésére. Ez azonban csupán a szegénység jele és nem az elvi kapcsolat bizonyítéka. A beteg tehát, amikor kiegészítő munkadíjat fizet, kilép közfinanszírozott szerepköréből, az orvos pedig magánfélként fogadja el, amennyiben ezt szolgáltatóként a gazdasági minősége lehetővé teszi számára. Ez az eset közvetlenül modellezhető az alapellátásban, a szakellátásban kissé bonyolultabb, és különösen nehéz a fekvőbeteg-szakellátásban.

Az alapellátás orvosa jellemzően egyéni vállalkozó, vagy gazdasági társaság tulajdonostársa. Ebben a minőségében a betegtől eddig sem volt tiltott külön juttatást elfogadnia, amennyiben az nem sértette a területéhez tartozó többi beteg ellátását. Ha a beteg bármilyen közfinanszírozott szolgáltatás során végzett munkájáért külön díjat akar fizetni, azt számla ellenében bármikor átveheti. Tévedés volna ezt az orvos bármilyen címzett szolgáltatásához kötni, vagy valamilyen fantáziánéven megnevezni. Ez valójában durva beavatkozás lenne a piaci forgalomba, amelyben a beteg maga dönti el, hogy az orvos milyen munkáját és milyen összeggel kívánja honorálni. A beteg azonban a legkritikább esetben pénzügyi szakember, sőt jogász, orvos és bioetikus egy személyben, tehát nem képes eldönteni, hogy kérése esetleg olyan szolgáltatásra irányulna, amely az orvosra vonatkozó valamelyik szabályozásba ütközne. Ennek eldöntése az orvos felelőssége. A háziorvosnál bejelentkezett fizetőképes betegek körében ezek a tranzakciók azonban nem eseti módon zajlanak, hanem tulajdonképpen leképezik a közfinanszírozás fejkvó-

ta-technikáját. A betegek (családok) az orvosnak havidíjat fizetnek a rutinszerű ellátásért. Ha a megszokott menetrenden túlmenően valamilyen rendkívüli szolgáltatást is igénybe kell venni, az esetfinanszírozás analógiájára fizetnek kiegészítő munkadíjat. Külön sajátossága a háziorvosi praxisnak, hogy abban a fizetőképes betegek pénze az orvos közvetítésével szolidáris keresztfinanszírozássá alakul azok javára, akik csak a közfinanszírozott munkadíjat képesek „fizetni” az ellátásért.

A 2006-ban megkezdett reform a közfinanszírozott szakellátásban is lehetővé tette az orvos személy szerinti megválasztását. Ezt helytelen volna a korábban bevezetett alapellátási orvosválasztáshoz hasonlítani, amelyben a választás mindenféle járulékos pénzügyi teher nélkül történt. Ennek keretében a biztosítottak jellemzően nem „betegként” keresték fel az orvost, amikor „leadták a kártyájukat”, tehát a szó klasszikus értelmében nem orvos–beteg találkozás történt. Amikor valóban megbetegszenek, vagy gyermekük lesz beteg, akkor derül ki, hogy saját személyüket vagy gyermeküket illetően fizetnek-e hálapénzt a háziorvosnak, illetve házi gyermekorvosnak. Ezen a ponton azonban már nincs különbség az alap- és a szakellátás között, ugyanis mindkettőben egyaránt érvényesül az a jelenség, amelyet epizóduszerű orvos–beteg találkozásnak nevezünk. Járóbeteg-szakellátásban, ha az orvos egyéni vállalkozó vagy gazdasági társaság tulajdonostársa, a kiegészítő munkadíj fizetése elvileg nem különbözik az alapellátástól, annak azonban elsősorban esetfinanszírozott formájához köthető. A háziorvossal szemben ezen a piacon több szolgáltató közül is lehet választani, azonban a település méretétől függően a választás nem feltétlenül biztosított. A szabad piac szabályainak érvényesülését az sem befolyásolja, ha az orvos közalkalmazotti munkaszervezetben dolgozik, hiszen az egyes orvosok szakmailag párhuzamos járóbeteg-szakrendeléseik között a kapcsolatok nem hierarchikus természetűek. Következésképpen a rendelések és a befolyt különdíjak is jól elkülöníthetők, semmilyen újraosztást nem igényelnek, ha nem generáltak többlet élmunkát a személyzet részéről. Magánalkalmazottak esetében a tulajdonos általában tiltja az egyes orvosok által külön beszedhető munkadíjakat, és ennek a közalkalmazotti fizetésnél magasabb juttatással ad nyomatékot.

Fekvőbeteg-ellátásban különösen az egyetemi klinikák esetében bonyolult a helyzet. A többi intézményben ezeknek a nehézségeknek nem kellene feltétlenül megjelennie, azonban sajnos a klinikai mintakészlet a többi ellátóhelyre is jellemző. Az előző fejezetben már említett kórházüzemi fejlődés következtében a beteg itt nem egy-egy orvossal, hanem szakmai hierarchia szerint felépített orvoskollektívával kerül szembe. Ebben azok a diszkrecionális döntések, amelyek a beteg sorsát alakítják, végső soron az adott szervezeti egység szakmai vezetőjétől függenek. Mellesleg ezt a főorvosi, professzori nagyvizitek látványosan is megjelenítik a beteg előtt. A döntések abszolút centralizálása azonban technikailag sem kivitelezhető (nem is kívánatos az első számú vezető szempontjából), ezért közvetlenül a hierarchia csúcsa alatt álló orvosok relatív döntési szabadságot élvezhetnek. Ez a szabadság liberálisabb vezetés esetén tovább szélesíthető, és a rutinszerű eljárásokban valamennyi önálló szakorvosi tevékenységre jogosított beosztottra is kiterjedhet. Ettől függetlenül, a hierarchizált és kollektív munkát végző szervezetben nem lehet egy-egy orvos személyéhez kötni a beteg által külön díjazott szolgáltatást, tehát a díjakat mindenképpen közös alapba kell helyezni. Az alap kezelését azonban a legke-

vésbé sem lehet arra bízni, aki a piramis csúcsán helyezkedik el, hiszen saját maga, vagy preferált beosztottjai érdekében az elosztást egyoldalúan befolyásolhatja. Ezt a feladatot a munkáltató vagy annak képviselője láthatja el, ami nem jelenthet nehézséget, hiszen az orvosok számlaképesek nem lévén, a beteg pénzét csakis az intézet pénztára (vagy valamilyen alapítványa) veheti át.

A modell alapjaiban változik, ha a fekvőbeteg-intézmények orvosai a klasszikus klinikai szakmákban is a szabadfoglalkozású státuszt választják, ami egyéni fellépést tesz számukra lehetővé. Szervezési okokból azonban meghatározott számú (köz)alkalmazott foglalkoztatását a jövőben sem lehet elkerülni a munkafolyamatok zavartalanágának biztosítása érdekében.

Kiegészítő magánfinanszírozás és a nemzeti kockázatközösség

A hálapénz egész rendszerének elvi tisztázása után felmerülhet a kérdés, hogy milyen ideológiai és gyakorlati kockázatok rejlenek a rendszer átalakításában. Kétségtelen, hogy az egyenlőség ortodox baloldali ideológiáját mindenképpen fel kell adni, ami politikailag sem egyszerű, hiszen mai viszonyaink között a mechanikus egyenlőség nemzeti kockázatközösség címén a teljes politikai spektrumot jellemzi. Az egyenlőség képviselői azonnal rémképeket festenek a kockázatközösség felbomlásáról, ha bármilyen újabb és közvetlen fizetési forma jelenik meg a közfinanszírozott ellátásban. Önmagában véve végzetes tévedés volna magát a szándékot hibáztatni, hogy tudniillik egyetlen rászoruló ember se maradjon közfinanszírozási fedezet nélkül, ez azonban nem adhat felmentést az egészségpolitikának a hálapénz-rendszer további fenntartásához.

Jelenlegi viszonyaink között a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítási alapú, közfinanszírozott egészségügyi ellátás rendszerét nem lehet megváltoztatni, arra azonban mindenképpen választ kell adni, hogy az orvosi élmunkát kiegészítő jelleggel megfizető hálapénz-forgalmat hogyan akarjuk párhuzamosan megtéríteni, vagy akár a jelenlegi rendszerbe integrálni. Teljesen felesleges a harciasan hangzó megszüntetését vagy a felszámolást célul kitűzni, ugyanis a hálapénz-rendszer az abszolút kemény baloldali diktatúrában is bizonyította az életképességét. Mivel a hálapénzes kereslet nem vonható be a közfinanszírozásba, mindenképpen békét kell kötni vele, azt azonban a piaci magatartás formálása szempontjából feltétlenül tudatosítani kell, hogy alapértékű munkadíjat minden közfinanszírozott beteg fizet az orvosnak. Célszerű volna ennek az összegszerű megjelenítése is, amit a háziorvosok, mint egyéni vállalkozók egyértelműen megtehetnek. Kiszámítható, hogy a közfinanszírozásból az ellátási területükön adott időegység alatt átlagosan hány forint saját munkadíj jut egy biztosítottra, és közöttük ténylegesen hány alkalommal kellett ellátást végezni. Járóbeteg-szakrendelésen tételesen hatalmas munka volna minden esetfinanszírozott tevékenység orvosi munkadíját kiszámítani, azonban a bemutatás céljait mindenképpen jól szolgálná egy-egy gyakori „nagyobb” eset, például egy csuklótörés kezelési munkadíjának a kiszámítása. Fekvőbeteg-ellátásban nem túlzottan szerencsés az egyes homogén betegségi csoportok adott százalékát (ráadásul abszolút felsőhatárral) és tételesen nem is orvosi munkadíjként megjelölni, de mindenképpen értékes

kezdeményezés a konkrét összegek meghatározására. Fordítva érdekesebb volna a számítás, vagyis annak a meghatározása, hogy az összes többi költségelem leszámítása után milyen összeg maradna orvosi díjazásra az egyes homogén betegségi csoportok forintértékéből. Lehetséges, hogy az ellátás különböző területein számított összegek nevétségesen alacsonynak bizonyulnának, ez azonban az őszinte szembenézés megkezdésére is kiváló alkalmat szolgáltatna.

Miután minden beteg értesülne arról, hogy a közfinanszírozásban mennyi pénzt ad az orvosnak, realisabb kép alakulhatna ki a hálapénzes munkadíjak világáról, ha azok a szürke zónából kilépve, nyilvánosan is megjelenhetnének. Ez a folyamat a többi között arra is rávilágíthatna, hogy az orvosok egyénenként és átlagban milyen jövedelmeket realizálnak más szabadfoglalkozású szakmákhoz hasonlóan. A hálapénzből átalakult kiegészítő munkadíj, mivel nem közfinanszírozás, pénzügyi-technikai szempontból is csak a magángazdaságban kezelhető. Ennek egyik lehetséges formája a biztosítás, amelynek ajánlatai a biztosítási piacon is megjelenhetnek. Ezzel azonban nem kell semmiféle elméleti modellben foglalkozni. A kiegészítő tiszteletdíj rendszeréből a biztosítási piac majd „beárazza”, hogy milyen tranzakciókból milyen kiegészítő biztosítási csomag forgalmazható. A társadalombiztosítási és a magánbiztosítási technikák egy szervezetbe történő telepítésével (több-biztosító, vegyes tulajdonú rendszer) a hálapénz forgalmat a kötelező biztosítás kiegészítő területére lehet terelni.

A magántőke megjelenése a társadalombiztosításban azonban olyan technikáknak is teret adhat, amelyek nem látványosan ugyan, de egyre táguló hajszalrepedésekkel mégis szétroncsolhatják a nemzeti kockázatközösséget. Erre a veszélyre mindenképpen fel kell hívni a társadalom figyelmét. Pénzügyileg egyes lehetséges megoldások a jogszabályi környezet szerencsétlen változtatásával még ösztönzést is adhatnak a folyamatoknak. A különböző magántechnikák közül legenyhébb változatként elképzelhető, hogy a közfinanszírozott beteg előlegezzen a pénztárnak, tehát az ellátása után járó közfinanszírozási összeget közvetlenül kifizesse a szolgáltatónak, majd számla ellenében a pénztár azt részére visszatérítse. Ebben az esetben akkor is „hálapénzessé” válik, ha csak a „hivatalos” költségtérítést fizeti, ugyanis a szolgáltató máris előnyös helyzetbe került, mivel nem kényszerül több hónapig várni a bevételeire. Külön magyarázat nélkül is belátható, hogy az ilyen betegek igencsak kedveltek lennének az ellátók körében.

Keményebb változatban a közfinanszírozás pénzét kezelő intézet költségtakarékossági okból kedvezményt adhatna azoknak a betegeknek, akik egy-egy alkalommal átlépnének a magánellátásba. Magyarországon ma kétszer fizeti meg az ellátását mindenki, aki olyan szolgáltatót vesz igénybe, amelyiknek nincs közfinanszírozási szerződése. Egyfelől nem kapja meg a járulécai fejében az őt jogosan megillető fedezetet, másfelől a saját jövedelméből (vagyonából) fizeti meg a közfinanszírozási szerződéssel nem rendelkező szolgáltatónak az ellátás árát. Mellesleg csekély vigasz számára, hogy ebben az esetben külön hálapénzt már nem kell fizetnie. Jóllehet, ez a megoldás ma ritkaságnak számít, némi biztosítási engedménnyel az esetek száma jelentősen szaporítható. Például az ilyen „kilépő” (opting out) betegek, aki nyilván nem a szegényebb rétegekből kerül ki, azt ígérheti a biztosító, hogy az ellátásához rendelt közfinanszírozott költségtérítést egy részét magá-

val viheti a magángazdaságba. A kivihető százalékos arány pontosítása részletkérdés, azonban egy gazdaságilag racionális sávban hatalmas ösztönzést jelenthet a tehetősebb betegeknek. Motivációként elegendő csak annyit említeni, hogy ez a technika némi pénzügyi veszteség árán, például alkalmat adhat minden várólista megkerülésére.

Egyszer még a hálapénzt is visszasírhatjuk?

A hálapénz legális jövedelemmé történő alakítása mindenképpen felszabadítja a magyar egészségügyet egy olyan lidérces nyomás alól, amely több mint fél évszázada terhelte az orvosokat, a betegeket és általában az egész társadalmat. A zsebből zsebbe fizetés hármasként kialakult bomlasztó hatása azonban még a mai méreteiben sem feltétlenül a legnagyobb csapás ahhoz viszonyítva, amely már a közeli jövőben is lesújthat a közfinanszírozásra. Az informális pénzforgalom átalakításának ürügyén ugyanis olyan változtatások is megjelenhetnek, amelyek különben jelentős társadalmi ellenszélbe

ütköznének. Ha a jelenlegi felgyorsított reformfolyamatokban a magánfinanszírozás terén sem a nemzetközileg mintaeértékű modelleket követjük, hanem eredeti magyar megoldásokat fogunk bevezetni, elképzelhető hogy a nem távoli jövőben még a hálapénzt is visszasírhatjuk, a jelenlegi rendszer minden diszfunkciójával együtt.

Hivatkozások

1. *Magyar Orvosi Kamara, Orvostikai Statútum, Etikai Kódex. 1998. I. fejezet, 64.*
2. 45/2006. (XII. 27.) EüM-rendelet, a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről.
3. 46/2006. (XII. 27.) EüM-rendelet a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályairól.

Intézetigazgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Népegészségtani Intézet