

Lantos Gabriella

---

## ERZSIKE NÉNI UTAZZON 30 KILOMÉTERT VAGY TÓTH DOKTOR 1300-AT?

*A finanszírozható és működőképes  
egészségügyi rendszer*

A címben leírt dilemma valóságos és a válasz megkerülhetetlen. Az egészségügy ma egy olyan, a szocializmusból öröklött maradt csődtömeg, amelylyel akkor is kezdeni kell valamit, ha ehhez pillanatnyilag senkinek sincs bátorsága. Ezért a változatlan is válasz a fenti kérdésre, méghozzá az évtizedek óta hallott válasz: Erzsike néni csak ne utazzon sehova, kapja meg helyben az ismert doktortól a megszokott ellátást. Sajnos azonban ez ma már nem lehetséges, mert pont e változatlan miatt Tóth doktor már nem rendel Erzsike néni lakhelyén, sőt már Budapesten sem rendel, hanem Hannoverben dolgozik. És senki más sem akar ott dolgozni, ahol Erzsike néni lakik, mert ott lerobbant a kis kórház, nincs benne műszer, még egy köszönni hajlandó ápolónő sincs, mert ő meg Brightonban van.

Tehát a változatlan valójában maga a változás, a megállíthatatlan erőzió. Ezért mindenképpen megszűnőben van az eddig ismert egészségügy. A kérdés csak az, hogy hagyják-e, hogy az entrópia törvényei végezzék el az átalakítást, vagy kialakul egy rendezőelv, amelynek mentén a modellváltás végbemegy. E tanulmány egy ilyen rendezőelvről szól, amelynek két sarokpontja van. Az egyik, hogy az egészségügy hosszabb távú finanszírozhatósága érdekében szükséges a biztosítási modellhez való visszatérés. A másik, hogy működőképes, ezért területileg koncentrált közellátó rendszert kell kialakítani.

A biztosítási modell alapja a biztosítási alapidj, amelyet a jelenlegi tb-járuulék és szociális hozzájárulási adó helyett minden felnőtt fizet. Ezzel a kockázatközösség részévé válik és jogosulttá az alapsomag igénybevételére. Az alapidj mellett kiegészítő biztosítások is köthetők, amelyek a szabad orvosválasztáson és a magánszolgáltatások igénybevételén kívül még számtalan kényelmi szolgáltatást tartalmazhatnak, a piaci igényeknek megfelelően. Az intuitív modell szerint 2,5 millió ember dönt az alapsomag mellett, 4 millióan kötnek kiegészítő biztosítást és 1,5 millióan kapnak mentességet átmenetileg a díjfizetés alól, mert szegények és vagyontalanok. Ezzel egy időben önálló büntető tényállássá válik mind a hálapénz felkínálása, mind az elfogadása.

A területileg koncentrált ellátórendszer centruma a megyei kórház vagy egyetemi klinika, Budapesten pedig három kórház. Ezek szervezik a megye alacsonyabb progresszivitású szolgáltatóinak a munkáját is: összehangolják a háziorvosi praxisközösségek, a szakrendelők, egynapos sebészei centrumok, ápolási otthonok és a házi ápolási szolgálat működését. A területi koncentráció a kulcsa annak, hogy minden beteg a számára legmegfelelőbb helyen kapja meg a kezelést. És annak is, hogy legyen a 21. századi technológiáknak megfelelő műszer és alkatrész, azokat használni képes orvos, éjszaka is kedves ápolónő és köszönni tudó recepciós. Ez a kulcsa annak is, hogy meg lehessen fizetni az orvosokat és a nővéreket. Ha Erzsike néni a saját kisvárosában Tóth doktort már nem is kapja vissza, de harminc kilométerre, a megyei kórházban ellátja majd a fiatal Horváth doktornő. Akinek már esze ágában sem lesz elmenni messzire, mert jól meg tud élni a fizetéséből és a szakmáját is magas színvonalon űzheti. Végül is az ő nagymamáját is meg kell gyógyítania valakinek, miért ne épp ő legyen az.

#### A KÁDÁRI ÖRÖKSÉG

A magyar egészségügy az állami túlhatalom áldozata. Egyben a legékeesebb bizonyítéka annak, hogy a szocializmusból velünk maradt állami monopólium évtizedeken keresztül fenntartása milyen súlyos következményekkel jár egy szektor működésére és az általa nyújtott szolgáltatás minőségére.

**A VELÜNK ÉLŐ SZOCIALIZMUS** • Százéves épületekben hatvanéves orvosok negyvenéves finanszírozási feltételek közt húszéves technológiával dolgoznak, messze a 21. században más szolgáltató szektorokban elvárt teljesítmény alatt. Ennek legfőbb oka pedig a szinte mindenre kiterjedő állami monopólium. Állami tulajdonú infrastruktúrával, állami finanszírozás mellett, állami szabályozás alatt nyújtanak állami alkalmazottak állami szolgáltatást. Ahogy az a szocializmusban megszokott volt, mindez hiánygazdasághoz vezet, és a hiány természetesen módon termeli ki a korrupciót és ezzel a nagyon alacsony hatékonyságot.

**A CSÓDTÖMEG** • Sokáig mégis úgy tűnt, hogy mindezek ellenére is virulens a magyar egészségügy, hisz negyven éven át képes volt ugyanúgy működni. Viszont a sok apró, önmagában szinte láthatatlan változás mára válságá állt össze. Emiatt egyre több szereplő vonul ki az egészségügyből. A folyamatot a járulékfizetők kezdték meg a kilencvenes években. Ekkor több mint egymillió ember eltűnt a munkaerőpiacról és ezzel a befizetők közül. Ezután még másik egymillió kivonult a szürkegazdaságba, minimális járulékot fizetve. E kétmillió ember befizetésének a hiánya azért számolta fel az

egészségügy fenntartható finanszírozását, mivel a pénzhiányt nem követte a szolgáltatási csomag szűkítése. Az eredmény az ellátás leromlása lett, az addig is létező hálapénz pedig általánosan bevett gyakorlattá vált. Ma már nem is hálapénzről, hanem védelmi pénzről beszélhetünk. A hálapénz egyenlőtlen elosztása miatt az orvosok nagyon megosztottak, így nem tudtak egységes nyomásgyakorlóként fellépni, mivel a legbefolyásosabb orvosoknak nagyon kifizetődő a jelenlegi rendszer. Közös fellépés helyett marad az egyéni kiütkeresés, évek óta egyre több orvos és nővér hagyja el a magyar egészségügyet. Ezért az ellátás még tovább romlott, ami végül a tehetősebb pácienseket arra ösztönzi, hogy elhagyják az állami egészségügyet. Ők inkább veszni hagyják a befizetett tb-járulékaikat és magánszolgáltatót keresnek. Az orvosok, nővérek és a középosztálybeli fiatalabb betegek kivonulása miatt pár év alatt elfogyott az egészségügyből a változáshoz szükséges kritikus tömeg. Utánuk csak egy öreg és reménytelenül lefelé tartó spirálba került csődtömeg marad az egészségügyből a nagyon szegény vagy nagyon beteg embereknek. A csődtömeg persze nemcsak őket érinti, hanem mindenkit. A következmény az emberi tőke elpazarlása.

#### NEMZETKÖZI TESZT NÉLKÜL IS TUDJUK, HOGY ROSSZ AZ EGÉSZSÉGÜGY

Nincs a PISA-teszthez hasonló egységes mérés, amellyel az egészségügyi rendszerek teljesítményét össze lehetne hasonlítani. Van azonban néhány olyan mutató, amelyik kétséget kizáróan igazolja, hogy az egészségügy teljes átalakításra szorul.

Az egyik ilyen mutató a várható élettartam. Ezen belül is a legfontosabb jelzőszám az, hogy mennyi ideig élnek még a most negyvenévesek. Másként feltéve a kérdést: mire számíthat az átlag negyvenéves dolgozó az eddig befizetett 4,2 millió forint tb-járulékáért cserébe? Az eredmények elkeserítőek: Orosz Éva és Kollányi Zsófia kutatásai szerint a férfiak 6,8 évvel, a nők pedig 4,8 évvel élnek kevesebbet, mint Nyugat- vagy Dél-Európában. De még a környező országok polgárainak életidejénél is két évvel kevesebbet (OROSZ–KOLLÁNYI 2016). Azt is mondhatjuk, hogy az elmúlt ötven évben gyakorlatilag nem volt fejlődés, ugyanis a jelenleg negyvenéves férfiak csupán 1,4 évvel élnek tovább, mint a saját nagyapjuk. Ez persze nem csak az egészségügyi rendszer rossz állapota miatt van így, hasonló mértékben közrejátszik ebben az oktatási rendszer (hisz a legalacsonyabb képzettségű nők 11, a férfiak 16,5 évvel élnek kevesebbet, mint a diplomások, és az ő rövid élettartamuk rontja le igazán az országos átlagot). Szintén a gyenge oktatás és az ebből következő prevencióhiány vezet oda, hogy mind a dohányosok, mind az elhízottak száma szinte nálunk a legmagasabb. Ezek olyan rizikótényezők, amelyek önmagukban is sokat rontanak az életkilátá-

sokon. Mindezek miatt a nőkre 20, a férfiakra 14 év betegségben eltöltött év vár rövid életük során. Gyakorlatilag 55 év felett már csak nagyjátóval találni egészséges embert. És ez nem csak nekik baj, mindenki másnak is felesleges pluszköltséget jelent.

Az egészségügyi rendszert tehát nemcsak azért kell gyökeresen átalakítani, mert rosszul költi el a rábízott pénzt, hanem azért is, mert ezzel (az oktatási rendszer mellett) az egyik fő oka az emberi tőke pazarlásának és ezzel az ország folyamatos lecsúszásának. Az átalakítás első lépése a finanszírozás megreformálása kell hogy legyen.

#### AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI FINANSZÍROZÁSI RENDSZERE

Egy közkeletű vélekedés szerint azért rossz az egészségügyi ellátás, mert nagyon keveset költünk az egészségügyre. Lehetne persze sokkal többet is költeni (szinte akármennyit, bár a technológia robbanásszerű fejlődése miatt sosem lesz elég a pénz), de az ellátás nem javulna a többlettel egyenesen arányosan. Ehelyett a jelenleg az egészségügybe befolyó összes forrást (a munkajövedelmet terhelő tb-járulék + szociális adó + költségvetési hozzájárulás + hálapénz + jutalék + számla nélküli jövedelem) kellene egységes rendszerbe terelni. Így a jelenleg elköltött 2800 milliárd forintnyi köz- és magánforrásból is lehetne sokkal jobb ellátás nyújtani.

MENNYI PÉNZ KERÜL AZ EGÉSZSÉGÜGYBE ÉS HONNAN? • Magyarországon régóta a GDP 7%-a jut az egészségügyre, ez a szám OECD-országokban 9%. A kép azonban sokkal borúsabb, ha ennek a pénznek a belső arányait is megvizsgáljuk. Ha a magánköltésekből eredő 2,3%-ot levonjuk, akkor kapjuk meg a valódi egészségügyi közkiadást, a GDP 4,7%-át. Ez fele annak, amennyit a fejlett országokban az egészségügyre költenek – persze hogy rossz az ellátás. Ráadásul ez korábban még Magyarországon sem volt ilyen alacsony, 2003-ban még a GDP 5,7%-a ment közfinanszírozott gyógyításra. Ez a csökkenés szinte egyedülálló az egész EU-ban, másutt inkább növekszik a közfinanszírozás.

A közegészségügy költségeit az Egészségbiztosítási Alap (E-alap) fedezi. Az intézmény költségvetése közel 2000 milliárd forint, amelynek három nagyobb forrása van: az alkalmazottak és vállalkozók által fizetett tb-járulék 700 milliárd forint, a vállalatok által fizetett szociális adó és az egészségügyi hozzájárulás pedig 520 milliárd forint. Ezek már régóta nem fedezik az E-alap 2000 milliárd forint körüli kiadásait, ezért azt adókból kell pótolni: ezek a költségvetési hozzájárulások 570 milliárd forint értékben.

KEVESEN FIZETNEK AZ EGÉSZSÉGÜGYÉRT, DE ŐK SOKAT • Az E-alap legnagyobb tétele a tb-járadékokból folyik be. Az egészségügyi ellátásért a 8 millió felnőttből 4,4 millió fizet valamennyit, 3,6 millió pedig ingyen kapja (a gyerekekkel együtt). A 4,4 millió befizető is több alcsoportra oszlik a befizetett összeg nagysága és jogcíme szerint.

1,7 millió ember legfeljebb a minimális díjat, havi 6–9000 forint körüli összeget fizet: Ők a közmunkások, a minimálbérre bejelentettek és a jövedelemmel nem rendelkezők (akik szolgáltatási járadékot fizetnek). Őket nyugodtan nevezhetjük névleges járadékfizetőknek, hisz az általuk befizetett évi 70-100 000 forint körüli összeg a saját ellátásukat is alig fedezi.

Csak 2,7 millió olyan ember van, aki a minimálbérnél nagyobb összeg után fizet járadékot. Őket nevezhetjük a tényleges járadékfizetői körnek. Tehát a pénztárosok, villanszerelők, tanítók és programozók befizetései tartják el az egészségügyet, amelyet a másik 5,3 millió felnőtt polgártársuk is használ. Ebben a diszkriminatív rendszerben azonban rejlik még egy csavar. Ugyanis a 7%-os járadékot csak az alkalmazottnak kell a teljes bérük után megfizetniük, az őket alkalmazó vállalkozóknak nem. Ők egészségügyi hozzájárulás címén 14%-ot fizetnek 450 000 forintig, ami azt jelenti, hogy havi 37 500 forintnál nem fizetnek többet. Nem véletlenül van szinte minden családban egy mikrovállalkozás.

Természetesen a felnőtt lakosság harmadának járadékai nem fedezik a költségeket, ezért azt még hasonló arányban adókból is pótolni kell. Ennek a forrása a munkáltatók által fizetett szociális hozzájárulási adó, amely 27%-kal növeli meg a bruttó béreket. A szociális adó a nyugdíj és az egészségügy finanszírozására együtt szolgál, az egészségügy kapja ennek az összegnek a 20%-át. De még ez sem elég, ezért az adófizetőknek (akik általában járadékfizetők is egyúttal) még újabb 570 milliárd forintot kell költségvetési hozzájárulás címén beletenniük az E-alapba.

1. TÁBLÁZAT • A legfontosabb csoportok hozzájárulása az egészségügy fenntartásához és az általuk igénybe vehető ellátás terjedelme

	<i>Alkalmazott</i>	<i>Vállalkozó</i>	<i>Nyugdíjas, gyesen lévő</i>	<i>Nincs jövedelem</i>
<i>Nettó jövedelem/hó</i>	<i>Bruttó bér 7% + szoc. adó 20%</i>	<i>Bruttó jövedelem 14%-a 450 000 Ft-ig</i>	<i>0 Ft</i>	<i>7110 Ft</i>
85 000 Ft	14 571 Ft	16 761 Ft	0 Ft	7110 Ft
120 000 Ft	20 572 Ft	23 662 Ft	0 Ft	7110 Ft
170 000 Ft	29 143 Ft	33 521 Ft	0 Ft	7110 Ft
356 000 Ft	61 029 Ft	37 500 Ft	0 Ft	7110 Ft
550 000 Ft	94 286 Ft	37 500 Ft	0 Ft	7110 Ft
Az ellátás terjedelme	teljes körű	teljes körű	teljes körű	teljes körű

*Forrás:* a törvényi rendelkezések alapján saját összesítés

**A BALEKOK ÉS A POTYAUTASOK** • Valójában a tényleges járulékfizetők (azaz 2,7 millió ember) finanszírozzák 3,6 millió ellátását (a névleges befizető 1,7 millióról mondjuk azt nagyvonalúan, hogy épp eltartják magukat). Jelenleg egy eltartottra 0,7 kereső jut az 1975-ös 1/1,7 arányhoz képest! Ez nem fenntartható, de nem is méltányos, sőt még csak nem is igazságos. Ugyanis nem a gazdagok fizetnek a szegények helyett, hanem az alkalmazottak a többiek helyet. És csak az fizet a teljes jövedelme után, aki ezt nem tudja elkerülni: az állami alkalmazottak, valamint a közepes és nagyvállalatok dolgozói. Ők pedig annál becsapottabbnak érzik magukat, minél rosszabb a közellátás, mert nem azt kapják a pénzükért, amit jogosnak gondolnak. Külföldön az általuk befizetett havi 20–50 000 forintért már olyan biztosítást vásárolhatnának maguknak és a családjuknak, amely gyors és korszerű ellátáshoz juttatja őket. Mivel pedig ezt az összeget tb-járulékként már befizették a magyar államnak, nem biztos, hogy marad még szabadon elkölthető jövedelmük, hogy másodjára, magánúton vagy hálapénzért jobb egészségügyet vásároljanak maguknak. Ők a balekok.

A 1,7 millió aktív korú (köztük a mikroállalkozók csaknem egymillió s tömege) legfeljebb a minimális díjat fizetve talán épp kifizeti a saját ellátását. A többi 3,6 millió felnőtt pedig nem fizet az egészségügyért. Ennek az összesen 5,3 millió embernek a számára a jelenlegi ellátási színvonal ár-érték arányos. Ők a potyautasok.

**MAGÁNFORRÁSOK** • Az egészségügybe azonban nemcsak az állami redistribúcióból származó, hanem magánforrások is kerülnek. A fejlett országokban a magánforrások aránya 27%, nálunk 33%, ami a rossz közellátás eredménye (LANTOS 2015). A magánforrások 820 milliárd forintos tételéből a legnagyobb részt, 620 milliárd forintot a háztartások fizetik ki.

**A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI BÜDZSÉ KIADÁSAI** • A 2000 milliárd forintos E-alap kiadásainak fele gyógyításra jut, ez kb. 1000 milliárd forint. 400 milliárd forint megy gyógyszerre és gyógyászati segédeszközre. Van még egy 570 milliárd forintos tétel is, ez a pénzügyi ellátások forrása. Ez utóbbiból azonban mindössze 80 milliárd forint a betegségekhez kapcsolódó táppénz, 480 milliárd forintot szociális kiadásokra költenek: terhességi-gyermekágyi segélyre, gyedre, valamint rokkantsági és rehabilitációs ellátásokra.

A 820 milliárd forintnyi magánforrás belső arányai a következők: 400 milliárd forint jut szolgáltatások vásárlására, 420 milliárd forint gyógyszerre, gyógyászati segédeszközökre.

A 400 milliárd forintos magánegészségügyi piac legnagyobb vásárlói a háztartások: 300 milliárd forintért járnak magánorvoshoz, 70 milliárd forintot költenek hálapénzre, 150 milliárd forintot hagynak számla nélkül ki-

sebb lakásrendelőknél és 80 milliárd forintot számla ellenében a nagyobb magánklinikákon.

2800 milliárd forint a teljes egészségügyi költség, a GDP 8%-a. Ez elegendő ahhoz, hogy a jelenleginél lényegesen jobb egészségügyi ellátást lehessen belőle biztosítani. Ehhez azonban teljesen új finanszírozási és szolgáltatási modellre van szükség: ezt a pénzt másként kell beszélni és másként kell elkölteni is.

#### AZ ELLÁTÓRENDSZER JELENLEGI SZERKEZETE ÉS KITERJEDTSÉGE

Az orvosok és a politikusok szerint a betegek érdeke a szinte minden erőforrást lekötő kiterjedt kórházi kapacitás fenntartása. Ez azonban egyáltalán nincs így. Ez az állami finanszírozást magáncélokra felhasználó orvosi elit érdeke. Ahhoz, hogy a definitív ellátás szakmai minősége javuljon és még finanszírozható is legyen, az ellátórendszert teljesen át kell alakítani.

A MAGYAR KÖZELLÁTÁS STRUKTÚRÁJA • Az E-alap gyógyító ellátásokra költött 760 milliárd forintjának fele kórházi ellátásra megy, negyede járóbeteg-ellátásra és csak hetede a házi orvosokra (tizede pedig nem is egészségügyi kiadásra, hanem szociális munkára). Ez a költési struktúra egy nagyon régi és nagyon korszerűtlen egészségügy lenyomata. Ugyanerre jutunk, ha nem a finanszírozás, hanem az infrastruktúra felől közelítünk ehhez a kérdéshez.

A PÉNZNYELŐ KÓRHÁZAK • Ezer lakosra 7,1 kórházi ágy jut, miközben az uniós átlag 5,2. Ez azt jelenti, hogy 40%-kal több kórházi ágy van, mint amennyire szükség lenne (a legjobb egészségügyi ellátást biztosító Hollandiában ez a szám 4,7). A 70 000 kórházi ágyból 42 000 aktív ellátást nyújt, a többi krónikus vagy rehabilitációs osztályon található (KSH-ADATOK).

Miért baj az, hogy sok a kórházi ágy? Azért, mert ez a legdrágább ellátás, tehát ugyanannyi pénzből kevesebb beteget lehet meggyógyítani kórházban, mint szakrendelőknél. Nálunk sokkal gazdagabb és sokkal jobb egészségügyi rendszerű országokban kevesebb a kórházi ágy, mert a pénzt nem épületek felszerelésére és fenntartására költik, hanem az egészségügyi személyzet bérére. Mégis hosszabb ideig egészségesek és tovább is élnek. A sok kórházi ágy tehát nem javítja, hanem éppen rontja az egészségügyi ellátás minőségét.

Am még a kórházi ágyak mennyiségénél is indokolatlanabb a kórházak nagy száma. A 70 000 ágy Magyarország 93 000 km<sup>2</sup>-es területén 160 kórházban található, tehát egy átlagos kórház 430 ággyal működik.





Az egészséggazdasági szakemberek szerint a korszerű egészségügyi ellátáshoz egymillió lakosra kell egy kórház, természetesen a legkorszerűbb

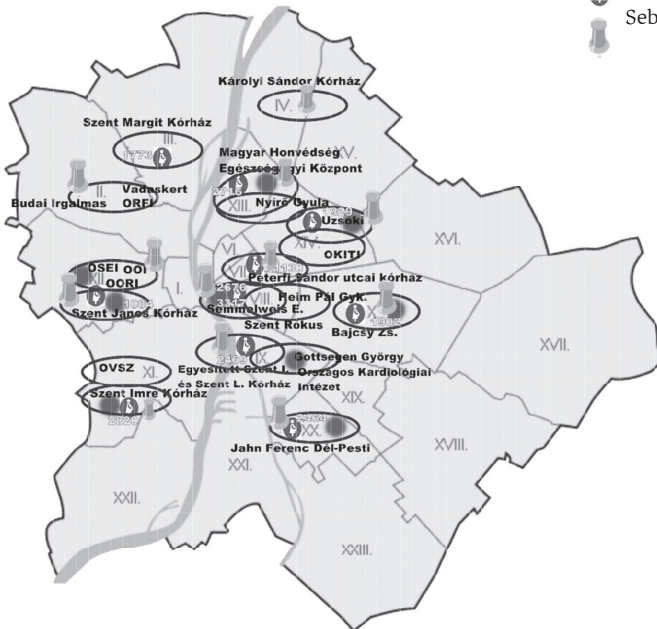




1. ÁBRA • Kórházak Magyarországon, 2015

Forrás: Róbert Károly Magánkórház

-  Születésszám
-  Súlyponti kórház
-  Szülészet kórház
-  Sebészet



2. ÁBRA • Kórházak Budapesten, 2015

Forrás: Róbert Károly Magánkórház



technológiai infrastruktúrával felszerelve. Ezek szerint Magyarországon összesen tíz, egyenként ötezer ágyas kórházra lenne szükség. A legkorszerűbb betegellátás iránya a világban a tizedannyi kórház, amelyek viszont tízszer nagyobbak és felszereltebbek.

**A KÓRHÁZ DEFINÍCIÓJA** • A magyar kórházdefiníció megrekedt a 20. század elején, amikor kórháznak nevezték azt a helyet, ahol száz beteget le tudtak fektetni 12 ágyas kórtermekben, néhány ápolónő és orvos felügyeletével. Meg volt egy műtő, a kisebb érzéstelenítéses műtétek elvégzésére.

Magyarországon még jelenleg is kórháznak hívják azt az intézményt, ahol legalább 80 aktív ágy található. A 160 kórházból 90 ilyen van, a maradék 70 helyen még ennél is kevesebb beteget gyógyítanak.

Egy másik definíció szerint az tekinthető városi kórháznak, amelyben a négy alapszakma – belgyógyászat, sebészet, szülészet és gyermekosztály – megtalálható. A 160 kórházból mindössze 62-ben működik szülészet, tehát a maradék száz intézményt már ennek alapján sem lehetne kórháznak tekinteni. Ebből a 62 szülészetből 24-ben évente hétszáz gyereknél kevesebb születik, azaz naponta még kettő sem. Ezeket betegbiztonsági szempontból sem volna szabad fenntartani, hisz az itt dolgozó személyzetnek nincs elég szakmai tapasztalata a komplikációk ellátására. Marad tehát kb. 35 igazi kórházként funkcionáló és akként fejlesztésre érdemes intézmény. Ezek közül korábban 22 súlyponti kórház volt, tehát akut esetek és szövődmények ellátására is alkalmas napi 24 órában. A többiben igazi beteget nem is volna szabad kezelni, mert nincsenek meg hozzá a tárgyi vagy személyi feltételek vagy a biztonságos betegellátást garantáló betegszám. Leszögezhetjük tehát, hogy a 21. századi értelemben is kórháznak tekinthető intézményből legfeljebb 22-35 lehet Magyarországon. A többi 130 intézmény kapujára ugyan az van kiírva, hogy kórház, de azok semmilyen definíció alapján nem azok.

**HÚSZÉVES TECHNOLÓGIAI LEMARADÁS A KÓRHÁZI ELLÁTÁSBAN** • A 42 000 aktív ágy kihasználtsága 70%-os, és ez is folyamatosan csökken, pedig egy beteg még ma is átlagosan 5,2 napot tölt kórházban, ha egyszer odakerül. Márpedig gyakran odakerül, mert nálunk az is kórházban köt ki, akinek arra semmi szüksége. A fejlett világban egy sor műtétet – komolyakat is, a műtéti típusok 80%-át – ún.egynapos sebészeti ellátás keretében végeznek el, gyakran endoszkópos technikával (RADIOLOGIA). Ilyenkor a beteg legkésőbb 24 óra múlva hazamehet, de gyakran még aznap elbocsátják (ESKI 2007). Az Egyesült Államokban a műtétek 64%-át, Angliában, Skandináviában 50%-át, nálunk pedig mindössze 8%-át végzik így.

Az egynapos műtétek után kisebb a kórházi fertőzésveszély, a beteg gyorsabban gyógyul, hamarabb visszamehet dolgozni, és mindez még sok-

kal olcsóbb is. A magyar kórházak mégsem ezt választják. Felvágják a beteg hasát, amitől tényleg beteg lesz, és nem hat óráig, hanem hat napig kell ápolni. Nem lennének képesek a magyar orvosok is elvégezni ezeket a korszerű műtéteket? Sokan igen, külföldön így is tesznek. Itthon viszont nem, mert akkor a kórház tönkremegy. A tb ugyanis akkor fizet sokat a beteg után, ha komoly műtétet végeztek rajta, esetleg még a szövődményét is ellátták. A magyar kórházak kódoló adminisztrátorokat alkalmaznak arra a feladatra, hogy az egyszerű eseteket papíron bonyolultabbnak tüntessék fel, hogy aztán több pénzt kapjanak érte.

A műtétek technikája és finanszírozása érdemben nem változott az elmúlt húsz évben. Ennek az állapotnak a fenntartása a kórházigazgatók és az osztályvezető főorvosok azon játszmájának a része, amelyet a mindenkori egészségügyi kormányzattal folytatnak. Az egészségügyi kormányzat pedig asszisztál ehhez; a legtöbb, amit megtesz, hogy nem emeli a költségek növekedésének megfelelően az egységnyi ellátás díját. Néhány éve még teljesítményvolumen-korlátot is bevezettek, hogy a kórházak ne végezhesenek annyi műtétet, amennyit szeretnének. Így aztán a kórházak eladósdotak. Ám nem kényszerültek valódi változtatásra, mert egyik konszolidáció követte a másikat, a rendszeres állami mentőakcióknak köszönhetően tehát az orvoselit megőrizheti a kiterjedt kórházi rendszert.

A technológiai lemaradás másik oka az, hogy a műtőkapacitásokat saját hűbirtokukként kezelik, a presztízs fenntartása miatt más orvos sem végezhet bonyolultabb vagy korszerűbb műtétet, mint az osztályvezető. Ez látszólag puha szempont, a feudális orvosi hierarchiában mégis komoly szerepe van.

Emellett persze létezik egy kőkemény finansiális szempont is. Ugyanis a hálapénz mértéke a vágott seb nagyságával és az elhúzódó gyógyulási idővel arányos. Ha az endoszkópos beavatkozás után maradt heg fél centis és a beteg másnap hazamehet, miért fizetne bárki 150–300 000 forint hálapénzt? Így tehát marad a korszerűtlen műtéti technika, az újítások lassan és nehezen szivárognak be (meg persze az eszközök és az anyagok is drágák hozzá), és a korszerű eljárásokat alkalmazók megmaradnak szigetszerű képződmenyként. A tömeges betegellátás pedig az osztályvezetők tudásának és ambíciójának a szintjén marad. Amelyik orvos ennél jobbat tud vagy akar, az elmegy külföldre. A számlát pedig a tb állja, egyrészt a rengeteg felesleges kórház és ágy fenntartásával, másrészt az elmaradott technológiájú ellátás pluszköltségének és a táppénznek a kifizetésével.

Míndezek alapján világos, hogy az ellátórendszert teljesen át kell alakítani, még hozzá a 21. században elérhető technológiának megfelelően. Azaz a legtöbb beteget meg kell tudni gyógyítani a járóbeteg-ellátásban, a műtétek nagy részét egynapos sebészeti eljárásokkal kell elvégezni, és csak a nagyon súlyos eseteket kell pár napig kórházban tartani. A nem gyógyít-

ható, de ápolásra szoruló, elsősorban idős embereket pedig a szociális ágazatnak kell ellátnia. Ha ez ilyen nyilvánvaló, akkor miért nem ez történik? Azért, mert az egészségügyben kulcspozíciót betöltő orvoselit nem érdekelt benne. Ők ugyanis a hálapénzben érdekeltek.

#### AZ ORVOSI JÖVEDELMEK ÉS A HÁLAPÉNZ

Az egészségügyet ismerők szerint a hálapénz tilalma szétverné az egészségügyet, mert ez a kenőpénz olajozza az egész rendszert. Ennek azonban pont az ellenkezője igaz: amíg a hálapénz nincs kriminalizálva, addig semmilyen egyéb ponton sem lehet érdemi változást elérni. Ez a hétköznapi korrupció az oka annak, hogy az egészségügyi rendszer torz érdekek foglya. A hálapénz kriminalizálása az alapja a finanszírozható és működőképes egészségügyi rendszer kialakításának.

ORVOSI BÉREK ÉS HIERARCHIA – A VALÓSÁGBAN • Harmincezer praktizáló orvos dolgozik jelenleg Magyarországon. Sok ez vagy kevés? A fejlett országokkal összehasonlítva pont elég, hisz másutt ezer lakosra 3,3 orvos jut, nálunk pedig 3,2, míg Lengyelországban csupán 2,2 (OECD-ADATOK 1).

Mindez annak ellenére így van, hogy az elmúlt tíz évben kb. tízezer, főleg fiatalabb orvos hagyta el Magyarországot. Jelenleg kétezer orvosi állás betöltetlen, az orvosok átlagéletkora pedig egyre növekszik. Tehát korábban, a koraszülött jóléti államban a fejlett országokénál több és főleg több fiatal orvos volt Magyarországon. Ez a korábbi többlet fogyott el mára. Mert a feketén szerzett jövedelem nélkül a fizetésük valóban nagyon alacsony.

Az orvosi jövedelmeknek négy nagyobb forrásuk van. Két szegmense adózott jövedelem: az alkalmazotti fizetés (nettó 300 000 forint), valamint a magánklinikákon kapott óradíj vagy jutalék (kb. nettó 100 000 forint). A másik két tétel fekete jövedelem: a hálapénz (kb. 220 000 forint) és a saját magánrendelés bevétele (kb. 450 000 forint). Ezek alapján egy átlagos magyar orvos havi nettó egymillió forint körüli bevételre tesz szert, nagyobb részben köztehermentesen. Ez az átlag, ami alaposan elfedi az egyes csoportok közt meglévő óriási különbségeket. Nézzük meg a legfontosabb jövedelemforrásokat részletesebben!

ORVOSI JÖVEDELMEK A KÖZELLÁTÁSBAN • A kezdő orvosok közalkalmazotti bére az utóbbi időkhöz a magyar átlagbér környékén volt, és több évtizedes gyakorlat után emelkedett a kétszeresére. A rezidensek korábban annyit kerestek, mint a nővérek, ezért komplett egyetemi évfolyamok hagyták el az országot. A Magyar Rezidens Szövetség által kiharcolt 100 000 forintos ösztöndíjuknak köszönhetően elindult egy béremelési hullám, amelynek kö-

vetkeztében egy 35 éves szakorvos bére nettó 250 000 forint, az 50 évesé 350 000 lett. Ez nagyjából 1400-2000 forintos órabért jelent.

Ennyi pénzért már Budapesten sem találni orvost, nemhogy vidéken. Annak érdekében, hogy az orvos érdemi jövedelemhez jusson, különféle másodlagos orvospiacok alakultak ki az állami ellátásban is. A legkézenfekvőbb az, ha az orvos a saját kórházában, munkaidő után az ügyeleti ellátást vagy a sürgősségi osztály munkáját már nem közalkalmazottként látja el, hanem egy cégnek dolgozik, a piacnak megfelelő bruttó 7000 forintos órabérért. Vidéki kis kórházban hallani 8-10 000 forintos ügyeleti órabérről is vagy 60 000 forintos napidíjról.

**A VÁLLALKOZÓ ORVOS** • A másik legális pénzkereseti forrás a magánrendelés. A magánrendelők skálája igen széles. A nagy és teljes körű ellátást nyújtó magánklinikákon és diagnosztikai központokban az orvosok órabérért vagy jutalékért dolgoznak. Az ilyen intézmények éves bevétele 80 milliárd forint körül alakul, ebből a szerződéssel dolgozó orvosok 30-60% körül részesednek. Egy óra alatt 6-20 000 forintot tudnak számlára megkeresni. A tápláléklánc alján a kis lakásrendelők állnak, rendszerint az orvos által birtokolt vagy bérelt lakásban, bejáratott betegkörrel. Bár az árak alacsonyabbak, mint a nagyoknál, de általában számlát sem adnak. A saját magánrendelőkben az orvosok összesen 150 milliárd forintnyi jövedelemre tesznek szert, a bevétel 90-100%-a nettó kereset. E két típus között helyezkednek el a néhány orvossal működő vállalkozások, amelyek, ha kéri a páciens, tudnak számlát adni.

**A HÁLAPÉNZ MINT VÉDELMI PÉNZ** • A következő fontos jövedelemforrás a hálapénz. Nincs olyan kórházigazgató, aki megtiltotta volna a hálapénz elfogadását a kórházában. Így a hálapénz is legitim jövedelemnek számít, még akkor is, ha nem adózik utána szinte senki. A hálapénz természetesen nem a háláról szól, mert az egy csokor virág a tanító néninek a pedagógusnapon. A hálapénz a hétköznapi korrupció, a hiánygazdaság terméke: a jobb ellátás reményének vagy illúziójának megvásárlása egy adott, az ellátás minőségét érdemben befolyásolni vélt ponton. Emiatt nem is különbözik a tarifától, az ellátást megelőzően előre elkért díjazástól. Mindkettő megvesztegetés, tehát pénzért jogosulatlan előnyhöz jutás.

A hálapénz olyan régóta és olyan széles körben elterjedt, hogy a rendszerben lévők erkölcsi érzékét nagyon ritkán sérti. Becslések szerint egy év alatt 70 milliárd forint adózatlan jövedelem kerül így az orvosok zsebébe, persze rendkívül egyenetlen elosztásban. A háttérben dolgozó aneszteziológus, traumatológus, radiológus, patológus semmit nem kap. Nem véletlenül ők teszik ki a külföldre távozók nagy részét. Ám mivel nélkülözhetetlenek egy kórházban, ezért gyakran nem közalkalmazottként, hanem vállalkozó-

ként alkalmazták őket, így a kórházigazgatót nem köti a bértábla. Annyit fizet, amennyiért talál orvost. Bérkiegészítésükhöz hozzájárul még az a kis kassza, amelybe a hálapénzes orvosok tesznek pénzt azoknak a kollégáknak (nemcsak orvosoknak, hanem a műtőszemélyzet többi tagjának is), akiknek a munkájára szükségük van ahhoz, hogy maguk is pénzt tudjanak keresni.

**AZ ORVOSBÁRÓK** • A hálapénz-hierarchia tetején az intézetvezetők, osztályvezetők és a sztárorvosok állnak, akik úgy rendelkeznek a kórházi műtőkapacitások fölött, mintha az a sajátjuk lenne. Holott a társadalombiztosítás fizeti az eszközöket, az anyagot, az ápolónőt, de még a takarítónőt is. Marketingre sem kell költeniük, hisz teli van betegekkel a kórház. A magas és adózatlan jövedelem biztos, kockázat nincs. Ezt fejeli meg még a beszállítóktól kapott kenőpénz.

Az orvosbárók közé pár ezer orvos tartozik, az általuk megkeresett hálapénz havonta 1–8 millió forint között mozog, ami évi 12–100 millió forintos nettó jövedelmet jelent fejenként. A Pareto-elv valószínűleg itt is érvényes: az orvosbárók (azaz az orvosok 20%-a) vihetik haza az összes hálapénz 80%-át, kb. 50 milliárd forintot. A többi orvos osztozik a maradékon, nekik fejenként és évente egy-két millió forint jut. Persze ez nagyon változó, hisz akad, aki tényleg nem fogad el hálapénzt. Van, aki nem is kap, mert nagyon fiatal vagy nagyon szegény környéken dolgozik. És vannak, akik az átlagnál többet vagy kevesebbet kapnak.

**A HÚBÉRESEK ÉS SZAKADÁRO** • Az összesen harmincezer orvos tehát mintha nem is ugyanabba a társadalmi csoportba tartozna. Az orvosbárók két-háromszor többet keresnek, mint nyugat-európai kollégáik (ott az átlagfizetés évi nettó 25 millió forint körül van). A többség, a hűbéresek, nagyon sok munkával ennek kb. a felét-harmadát keresik meg. A fiatal szakorvosok, az elszegényedett vidéken dolgozók és a becsületes szentek a hierarchia alján állva ennek a tizedét kapják. Az orvosok jövedelmét nem a szaktudásuk, hanem a különféle rangsorokban elfoglalt helyük határozza meg. Nem csoda, hogy a fiatalok közül egyre többen már be sem szállnak ebbe a kihalásos alapon működő rendszerbe, külföldre mennek vagy pályaelhagyó lesz belőlük.

Az orvosok száma ugyanis nem csak a külföldre távozók miatt csökken. Varga Júlia kutatása szerint az elmúlt tíz évben éppen annyi orvos változtatott pályát, mint ahányan elmentek külföldre (VARGA 2015). Ez pedig nagyon sok ember, az orvosi végzettségűek egyharmada. Ők, a szakadárok, köszönik, nem kérnek abból a rendszerből, amelyben havi 250–300 órán át három-négy helyen kell ahhoz dolgozni, hogy annyit keressen valaki, mint amennyit egy jó programozó, egy középkeletű ügyvéd vagy egy kisebb

cég ügyvezetője megkeres. Így folyamatosan nagy a magyar egészségügyi rendszert elhagyók száma. De orvosból még így is van annyi, amennyire a tisztességes ellátáshoz szükség lenne. Akkor miért tűnik úgy, hogy nincsenek elegenden?

**A NŐVÉRHIÁNY** • Az egyik ok az, hogy nem orvosból van kevés, hanem szakdolgozóból, így az ő munkájukat is az orvosoknak kell ellátniuk. Nem marad idejük gyógyítani. Az ápolónők, asszisztensek, műtősnők, műtősfüűk, adminisztrátorok hiánya komolyan veszélyezteti az orvosok munkáját (OECD-ADATOK 2). Míg a fejlett országokban a foglalkoztatottak 10%-a dolgozik az egészségügyben vagy a szociális szférában, nálunk 6%. A jó ellátáshoz tehát csaknem kétszer annyi nővérre lenne szükség, mint amennyi jelenleg dolgozik. Hivatalosan is négyezer ápolónő hiányzik a kórházakból. Emiatt az orvosok ahelyett, hogy diagnosztizálnának, terápiát határoznának meg és műtenének, az ápolók munkáját is ellátják – gépelnek, szerveznek és infúziót kötnek be. Gyakran azért állnak fel, mert nincs, aki a kezük alá dolgozna, és nem látják biztonságosnak a betegellátást, holott a felelősség az övék.

Miért alakult ki nővérhiány? Mert az ő bérezésük még az orvosokénál is nyomorúságosabb. Szó szerint. A többség nettó 110–150 000 forintot keres, alig többet, mint más helyen egy takarítónő. A szakma csúcsán lévő műtősnők, endoszkópos asszisztensek, diplomás ápolók sok éves gyakorlattal 200 000 forintot keresnek. Ez a magyar átlagbér. Az ő körükben az elvándorlás még az orvosokénál is nagyobb. A fiatalok minimális nyelvtudással külföldre mennek, ahol 2500 euró, az ottani átlagbér a fizetésük. Eből gond nélkül alapíthatnak családot, utazgathatnak vagy vehetnek autót. Magyarországon a nővérek erről nem is álmodnak, ők a szabadnapjukon takarítani vagy öreget ápolni járnak, így keresve meg a magyar átlagbért. A középkorúak pályaelhagyók lesznek, mert eladóként vagy villamosvezetőként éjszakázás nélkül is jobban keresnek. A maradókra ezért sokkal több munka vár, emiatt az elvándorlás egyre gyorsul, már csak az idősek vagy az igazán elhivatottak maradnak a pályán.

**A MEGKERÜLHETETLEN BÉREMELÉS** • A szakemberhiány orvoslásának legfontosabb eszköze a valódi béremelés. Ehhez rendelkezésre állnak a források, csak azt az egészségügyben elterjedt feketegazdaság miatt egy szűk csoport, az orvoselit fölözi le. Ahhoz, hogy ez megváltozzon, kriminalizálni kell a hálapénzt, a hétköznapi korrupció legelterjedtebb formáját. Bár a hálapénz az orvosi fekete jövedelmeknek csak a kisebbik részét teszi ki, az osztársadalmi költsége, mint a korrupcióé általában, tízszeres. Tehát a 70 milliárd forintnyi hálapénz megszerzése érdekében legalább 700 milliárd forint közpénzt térítenek el attól, hogy optimálisan lehessen felhasználni

(ez a közfinanszírozott egészségügy forrásainak kétharmada, hisz az E-alap költségvetése 1000 milliárd forint).

A szakemberek bérét hosszabb távon a tőlünk 1000 kilométerre elérhető bérek kétharmadáig kell emelni ahhoz, hogy Magyarországon lehessen tartani a személyzetet. Ez kezdő orvosok esetén nettó 500 000 forint körüli fizetést jelent, ami 10-15 éves gyakorlatot követően egymillió forint fölé emelkedik (emlékeztetőül: az összes fekete jövedelemmel együtt ma ennyit keres egy átlagos orvos). Nyilván ez csak több lépcsőben hajtható végre. Az első lépés ehhez az, hogy a közfinanszírozásban dolgozó orvosoknak el kell dönteniük, dolgoznak-e magánellátásban. Ha igen, megszűnik a közalkalmazotti jogviszonyuk és a továbbiakban vállalkozóként vethetnek részt a közellátásban. Így közülük a ma is jelentős patientúrával rendelkezők a magánszférát fogják választani. A közalkalmazottként tovább dolgozók bérét pedig azonnal meg kell emelni a V4-országok átlagára, amihez így a források rendelkezésre is állnak. Ezen kívül a szabad orvosválasztásért legalisan kell díjat kérni, ezzel tovább emelni az orvosok bérét. A hálapénz kriminalizálásához az orvostársadalmon belül könnyű szövetségeseket találni, hisz a fekete jövedelem aránytalan eloszlása miatt a kifehéritéssel sokkal többen járnának jól, mint rosszul.

Az orvosok fizetése mellett természetesen emelni kell a szakdolgozók bérét, legalább a V4-országok átlagának szintjére. Azt követően pedig a kezdő orvosi bér feléig. A legalább ekkora béremelés elmaradása esetén az orvosok és nővérek elvándorlása megállíthatatlan, hiszen az övük a legpiacképesebb szakma a világon. Az öregedő nyugati társadalmaknak egyre több orvosra van és még inkább lesz szükségük. Ezért úgy szervezik meg az egészségügyüket, hogy jól megfizethessék őket. Ezt az elszívó hatást Magyarország nem tudja a határainál megállítani, így nem teheti meg, hogy nem vesz róla tudomást. Át kell tehát alakítani a finanszírozási rendszert, hogy az ország meg tudja tartani az orvosait és a nővéreit.

#### A FENNTARTHATÓ ÉS MÉLTÁNYOS FINANSZÍROZÁSI RENDSZER ELEMELI

Ma számtalan forrásból táplálkozik az egészségügyre fordított összeg, mégsem elegendő. Elég pénz csak akkor lesz, ha a jelenlegi köz- és magánfinanszírozási elemeket egy közös biztosítási rendszerbe terelik. Akkor ugyanis a jelenlegi fekete jövedelmek kifehéritve azonnal megjelenéne az egészségügy büdzséjében. Biztosítási jogviszony alapján kellene az egészségügyet finanszírozni, amelynek egyik eleme a minden felnőtt állampolgár által fizetett alapdíj. Ezzel válnak a kockázatközösség tagjává és az alapcsomag igénybevételére jogosulttá. A szabad orvosválasztás és egyéb kiegészítő szolgáltatások, így a magán szolgáltatások igénybevételére is kiegészítő biztosításokat kell kötni.



Mi a különbség a járulékból és az adókból finanszírozott egészségügyi modell között? A biztosítási típusú bismarcki rendszer lényege az, hogy a kockázatközösség tagjává csak az válik, aki a jövedelme után járulékot fizet. Az adóból finanszírozott állami egészségügyi rendszer (ilyen a második világháború után Angliában jött először létre) lényege az, hogy minden állampolgár, függetlenül az adófizetés tényétől, jogosult az egészségügyi ellátásra.

1975, AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGY KEZDETE • Magyarországon a korábbi biztosítási alapú rendszer az 1975-ös társadalombiztosítási törvény bevezetésével vált államilag finanszírozottá. Ekkortól állampolgári jog az egészségügyi ellátás. Bár az egészségügyre befizetett forrásokat továbbra is járuléknak nevezték/nevezik, ezek már nem valódi járulékok, sokkal inkább adók. Ugyanis nem kapcsolódik össze a befizetés a szolgáltatásra való jogosultsággal. Az is hozzájut a szolgáltatáshoz, aki nem fizet semmit, *ad absurdum* egész életében sem.

1975-ben az egészségügy költségét az akkori ötmillió foglalkoztatottra terhelték úgy, hogy a dolgozók helyett a vállalatok fizették a járulékokat. Ez 1989 után csak annyiban módosult, hogy a vállalatok mellett a munkavállalóknak is fizetniük kellett. Más csoportoknak azonban továbbra sem. Az 1975-ös törvény még abból indult ki, hogy ötmillió felnőtt viselte a másik hárommillió felnőtt eltartásának a költségeit (meg persze a gyerekekét is, de ez természetes). Azaz egy felnőtt eltartottra 1,7 kereső jutott. Ez a rendszer addig volt működőképes, amíg sokkal több volt a befizető, mint az ellátott. Mára azonban alapvetően megváltozott a helyzet, mivel sokkal kevesebb a valódi befizető, mint azok, akik hozzájutnak az ellátáshoz.

MI A KÜLÖNBSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉS A NYUGDÍJRENDSZER FINANSZÍROZÁSA KÖZT? • Az államivá vált egészségügy és a biztosítási alapon megmaradt nyugdíjrendszer lényegét tekintve pont eltérő pályán mozog. Ugyanis a nyugdíjrendszerben továbbra is az válik a kockázatközösség tagjává, aki befizeteti a járulékot. Ahhoz, hogy valaki jogosult legyen a nyugdíjra, húsz éven át kell fizetnie a nyugdíjjárulékot. És aki többet fizetett aktív korában, az több nyugdíjat is fog kapni. Később. Ugyanis van még egy másik, az egészségügytől eltérő korlátozó feltétel is. Addig, amíg valaki fizeti a járulékot, nem jogosult az ellátásra. A kockázatközösség tagjai aktív korukban egy elméleti számlán gyűjtik a pénzt, majd nyugdíjas korukban ebből kapnak ellátást. Az állami egészségügyben nincsenek meg ezek az arányosságok. Mindenki kap ellátást, akár fizet járulékot, akár nem. És nem majd egyszer később, hanem azonnal. Így persze kevesen fizetnek és ők is inkább keveset.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER IS TÉRJEN VISSZA A BIZTOSÍTÁSI ALAPRA • Az egészségügy finanszírozhatóságának és a szolgáltatási színvonal javításának a kulcsa a biztosítási alapú egészségügyi rendszerhez való visszatérés. Tehát a járulékfizetés és a szolgáltatás igénybevétele közti szoros kapcsolatot vissza kell állítani. Sok nyugat-európai országban, ahol az egészségügyi rendszerek általában lényegesen jobb állapotban vannak, mint keleten, jóval szélesebb a befizetői kör: minden felnőtt fizet egészségbiztosítási járulékot (SZIGETI 2009).

Ahhoz, hogy az 1975-ös kiindulópont, azaz az 1,7 befizetőre jutó egy eltartott arány helyreálljon, hatmillió embernek kell tényleges befizetővé válnia. Azaz még további 3,2 millió embernek. Ez csak akkor teljesülhet, ha minden olyan felnőtt belép a kockázatközösségbe, akinek ez nem veszélyezteti a megélhetését. Ennek a módja a biztosítási alapú egészségügyi finanszírozási rendszerhez való visszatérés, a nyugdíjrendszer mintájára. Ez azt jelenti, hogy megszűnne mind a jelenlegi tb-járulék, mind pedig a szociális adónak az a része, amely az E-alapba kerül. Ez minden munkavállaló számára azonnali és érdemi nettó béremelést jelentene.

Az új biztosítási jogviszony alapja az egyösszegű alapdíj, amelyet minden felnőtt állampolgár a nettó jövedelméből fizet be. Ezzel válik a kockázatközösség tagjává és jogosulttá az alapszolgáltatási csomag igénybevételeire. Ez a rendszer a nyugdíjrendszer mintájára azért méltányos, mert ugyanazért az alapcsomagért mindenki ugyanazt az alapdíjat fizeti. A szabad orvosválasztás és egyéb kiegészítő szolgáltatások, illetve a magánszolgáltatások igénybevételeire pedig kiegészítő biztosításokat lehet kötni, természetesen a különböző szolgáltatási csomagokra különböző áron. Ezzel egy olyan rendszer jön létre, amelyben akár még nőhet is az egészségügyi ellátásra költhető teljes (köz- és magán-) egészségügyi büdzsé.

Mekkora befizetésekre van ehhez szükség? Emlékeztetőül: a 2000 milliárd forintos E-alap kiadásaiban van egy 570 milliárd forintos tétel, amely pénzügyi ellátásokra megy. Ez utóbbiból azonban mindössze 80 milliárd forint a betegségekhez kapcsolódó táppénz. Az E-alap pénzügyi kifizetéseinek nagy részét, 480 milliárd forintot szociális kiadásokra költenek: terhességi-gyermekágyi segélyre, gyedre, rokkantsági és rehabilitációs ellátásokra. Ezeket a tételeket ki kell venni az egészségügyi büdzséből, így a közfinanszírozott egészségügyi ellátás valódi költsége 1500 milliárd forint. Emellett 820 milliárd forint magánforrás is bekerül az egészségügybe. Ez összesen tehát 2300 milliárd forint. Egy új biztosítási rendszerben ekkora forrást kell a biztosítottaknak befizetniük ahhoz, hogy az egészségügyre jelenleg költött összeg változatlan maradjon.

AZ ALAPDÍJ ÉS AZ ALAPCSOMAG • A biztosítás akkor kellően ösztönző, ha az alapdíj korrekt alapellátást biztosít minden betegség esetén. A legfontosabb lépés ennek érdekében azt meghatározni, hogy az alapsomagban egy járóulékfizetőnek mennyi időn belül hány szakorvosi vizsgálat és milyen diagnosztika jár, mennyi időn belül milyen műtét, milyen technikával, mennyi ideig tartó és milyen hotelszolgáltatás mellett, milyen utógondozási feltételekkel. Ez azért is múlhatatlanul szükséges, mert ma teljesen esetleges, hogy mit kap a beteg, akár ugyanakkora tb-járulék fizetése mellett is. Akinek szerencséje (vagy pénze) van, korszerű eljárással megműtik és 2-3 ágyas, fürdőszobás szobában, elfogadható körülmények közt gyógyul meg két hét alatt úgy, hogy még a gyógyszereket is a kórház adja. Ha pedig sem pénze, sem szerencséje nincs, akkor éveket vár egy műtetre, majd egy százéves, soha fel nem újított kórházban, 8 ágyas kórteremből próbál kijutni a folyosó végi mosdóba, ahol nincs ülőke és vécépapír, maga veszi a kötszert, az ápolónő pedig a gumikesztyűt (FÁBIÁN 2016). Az alapsomag meghatározása esetén a legerényebb egészségügyi ellátás minősége is ellenőrizhető és számon kérhető.

Az alapsomag meghatározása után meg kell állapítani az alapdíj mértékét. A garantált bérminimum után 2017-ben 11 270 Ft tb-járulékot kell befizetni. Ezt tekinthetjük az alapdíj összegének. A nyolcmillió felnőtt alapdíja 1082 milliárd forint, ez a jelenlegi E-alap 70%-a. Ez az összeg elegendő a jelenlegi teljes közellátási csomagnál szűkebb, de korrekt alapsomag finanszírozásához. A kiegészítő biztosításoknak 1218 milliárd forint befizetését kell fedezniük. Jelenleg 2,7 millió ember fizet a minimálbérnél nagyobb összeg után tb-járulékot és egymillió körül van a mikrovállalkozók száma. Ha ők mind kötnek kiegészítő biztosítást és ugyanazt a csomagot választják, akkor ezért havi 27 000 forintot fizetnének (a 11 270 forintos alapdíjjal együtt havi 38 000 forintot költenének egészségügyre). Ez azonban nyilván nem lesz így, hanem egy részük ennél lényegesen kevesebbet, más részük többet fizetne.

Egy csoportot érdemes még külön megemlíteni, ha nemcsak méltányos, de igazságos rendszert is akarunk létrehozni: azokat, akiknek sem a jövedelmi, sem a vagyoni helyzetük nem teszi lehetővé, hogy kifizessék a 11 270 forintos alapdíjat. A modell szerint hatmillió befizetővel állna helyre az 1975-ös járóulékfizető-eltartott arány. Tehát kétmillió szegény ember helyett kell a költségvetésnek adókból finanszíroznia az alapdíjat. Ez némileg még felette is van annak a 1,5 millió felnőtt embernek, akiket Tóth István György meghatározását követve (a lakosság 18%-a) a jövedelmi szegény csoportba sorolhatunk.

Az egészségbiztosítás fizetésére kötelezett nyolcmillió felnőtt tehát intuitív módon három nagyobb csoportra bontható: az alapdíjat befizetők 2-2,5 milliós táborára, a kiegészítő biztosítást kötők négymillió csoportjára

és az alaplíj fizetése alól mentesített 1,5-2 millió emberre. Ez a finanszírozási rendszer ösztönző, méltányos és igazságos. És ráadásul még hosszabb távon is fenntartható, hiszen ha nőne a középérétegek aránya, nőhetne a kiegészítő biztosítást kötők száma. Így pedig az egészségügyre fordítható büdzsé is. A fenntartható finanszírozási rendszer bevezetése a feltétele a működőképes ellátórendszer kialakításának.

#### A MŰKÖDŐKÉPES ELLÁTÓRENDSZER

A működőképes közfinanszírozott ellátórendszer koncentrált: a szolgáltatók területi centrumokba szerveződnek, ahol a személyzet, a technológia és a források is rendelkezésre állnak. Ennek a központja a megyei kórház. Ez szervezi a betegutakat és a betegszállítást az alacsonyabb progresszivitású ellátóhelyek (szakrendelők, egynapos sebészeti központok, háziiorvosi szolgálat, ápolási otthon, házi ápolási szolgálat) és a kórház között.

RENGETEG HELYEN FOGLALKOZNAK GYÓGYÍTÁSSAL, A BETEG MÉGSEM GYÓGYUL • A mai közfinanszírozott ellátórendszernek számtalan problémája van. A legfontosabb az, hogy rendkívül szétagolt. Magyarország területén 160 kórház van. Egy magyar kórház hatóterülete nagyjából akkora, mint egy járás. Ennyi helyen kellene 24 órán keresztül működtetni a legkorszerűbb diagnosztikai eszközöket, jól képzett embereket tisztességesen megfizetni és beszerezni a legmodernebb technológiát, hogy a gyógyulás a legbiztonságosabb legyen. Ez természetesen nincs így, sok kórháznak nevezett hely csupán elmaradott ispotály. A betegek gyógyulási esélyei alacsonyak, de erről senki sem tud, mert statisztikák nincsenek. Ha mégis kérnek adatokat, akkor beírnak valamit, úgysem ellenőrzi senki. Hisz szankcionálni sem tudják, mert elvinni onnan már semmit nem lehet. Legfeljebb bezárni, de az meg politikailag vállalhatatlan.

A szétagoltságból következő további baj az, hogy a progresszivitási szintben egymás alatt és fölött lévő szolgáltatóknak nincs egymással kapcsolatuk, és gyakran azt sem tudják, mire képes a másik. A finanszírozás nem díjazza a definitív gyógyítást, így aki csak teheti, megszabadul a problémás betegtől. Az alsó szintek a felettük lévőkhöz utalják a kicsit is bonyolultabb eseteket. A háziorvos kis panasszal már a szakrendelőbe küldi a beteget, de előtte még kér egy csomó diagnosztikát: labort, ultrahangot, röntgent. Természetesen nem látja, hogy egy másik kivizsgálás miatt egy hónapja már ezeket egy másik helyen megcsinálták a betegnek, csak ki kellene keresni a leleteket a központi nyilvántartó rendszerből. Ha lenne ilyen... De nincs, így megcsinálják az újabb kivizsgálásokat. A szakrendelőben az orvos csak kéthetente egyszer dolgozik, a többi napon a környék kórházában van, így a kivizsgálásra in-

kább oda fekteti be a beteget, ne utazzon szegény annyit, meg persze a kórházban magasabb lesz a hálapénz is. Ott azonban kiderül, hogy talán lehetne még egy CT-t is csináltatni, akkor még pontosabb lehetne a diagnózis. Igaz, eddig még senki sem kopogtatta meg a beteg mellkasát és nézte meg a nyelvét, hátha ilyen régimódi eljárásokkal is információhoz lehetne jutni. Így a beteg végül az egyetemi klinikákra kerül, ahol a rezidens látja el. És csodálkozik azon, miért is van itt ez a beteg, akít egy szakrendelőben is kezelni lehetne. Ha rendszeresen lenne ott hozzáértő orvos vagy megfelelő diagnosztika. De persze nincs, mert ennyi helyen egyszerűen nem is lehet.

Épp ezért a széttagolt ellátórendszer technikai-technológiai színvonala legalább húszéves elmaradásban van. És nemcsak az alsóbb progresszivitási szinteken, hanem gyakran a megyei kórházakban is. Sőt az átláthatatlan és széttagolt struktúra miatt néha épp a kisebb kórházakban korszerűbb a műtő, mivel a helyi politikai vagy orvosi vezetőknek megvolt a megfelelő kapcsolatuk. A feudális elosztási rendszertől függetlenül a legtöbb kórházban és szakrendelőben nincsenek olyan korszerű berendezések, amelyekkel a gyógyulás a leggyorsabban és a legkisebb beavatkozással járna. Ha esetleg mégis kapnak egyszer valamit, később már nem érkezik hozzá alkatrész, reagens vagy egyszer használatos kézi műszer. Így aztán betolják a sarokba a korszerű gépet, mivel az a fiatal kolléga, aki megtanulta használni, már úgymint rég elment.

A beteg a kaotikusan működő egészségügyi rendszerben teljesen elvezett, hónapokig is eltart, amíg megfelelő szakemberhez kerül. Ez kisebb betegségnél is lassítja és drágítja a gyógyulást, komolyabb baj esetén pedig tragikus. Nem véletlen, hogy a kezelhető halálozás mutatója 250%-kal magasabb, mint a koncentrált egészségügyi rendszerekben. Ebben az áttekinthetetlenül széttagolt rendszerben sokan halnak meg olyanok, akiket egy korszerű kórházban meg lehetne gyógyítani. Ez tarthatatlan, ezért teljesen át kell alakítani az ellátórendszer szerkezetét.

A TERÜLETI CENTRUM A MEGYEI KÓRHÁZ • Olyan területi centrumokat kell létrehozni, amelyen belül a gyakori betegségekre kialakítják a betegutakat. Akár a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló BNO-kódokig lebontva azt, hogy egy betegséget hol, milyen szakemberekkel és milyen eszközökkel fognak meggyógyítani. A létrejövő centrumok központjai a megyei kórházak lehetnek, az egyetemi klinikákkal rendelkező térségekben pedig ezek. Budapesten három centrumot érdemes létrehozni. A központi kórházak/klinikák menedzsmentje a felelős azért, hogy a lakosság ellátása minden progresszivitási szinten megfelelő legyen, de ne történjen magasabb szinten, mint ahol az szakmailag indokolt. Érdeklétté kell tenni minden szereplőt abban, hogy ez minél költségkímélőbb módon történjen és a felesleges ellátóhelyek megszűnjenek. A centrumok garantálják azt, hogy

az állami szolgáltatóknál az alap- és kiegészítő biztosítással rendelkezők megkapják a biztosításuknak megfelelő ellátást.

Az észszerű kórházi struktúra tehát 22 kórház körül épülhet fel Magyarországon. Ennek az alapintézményei már létre is jöttek a megyeszékhelyeken, ugyanis uniós forrásból az utóbbi években valóban komoly fejlesztések történtek a megyei kórházakban: sürgősségi, intenzív és onkológiai osztályok létesültek vagy lettek sokkal korszerűbbek. A felújított kórházak már most alkalmasak sok és súlyos beteg ellátására. Ezeknek minden szakmában heti hétszer 24 órában kell ellátást nyújtaniuk akut és szövődményes betegek ellátásában is. Itt mindig megállhat a mentő, akármilyen baleset is történt a megyében. Ezért ezeket a legkorszerűbb diagnosztikával (CT-vel, MRI-vel), eszközökkel és technológiákkal (endoszkópos tornyok, lézerkés stb.) kell felszerelni. Az itt dolgozó orvosoknak csak a valóban súlyos betegekkel kell foglalkozniuk, ide nem valók az olyan kisebb beavatkozások, mint a szürkehályog-műtét, egészségügyi küret vagy visszérműtét. Ezeket az egynapos sebészeti központokban kell elvégezni, nem a centrumkórházakban. A nagy kórházakat jól kihasználni csak a kis kórházak bezárását követően lehet, mivel csak akkor lesz elég beteg, elég orvos meg nővér és elegendő korszerű eszköz is, ha nem aprózódnak el sokfelé.

JÁRÁSI KÖZPONTOKBAN SZAKRENDELŐT ÉS ÁPOLÁSI OTTHONT KELL ÜZEMELTETNI • A centrumkórház betegszervező funkciója akkor tud eredményes lenni, ha az alatta elhelyezkedő progresszivitási szintek munkáját észszerűen összehangolja. Ezért a megyei kórház menedzsmentje felelős a házi-orvosoktól kezdve az ápolási otthonokkal bezárólag a szakmai működésért és azért, hogy minden szinten optimális mértékben és költséghatékonyan álljanak rendelkezésre a szakemberek és az eszközök.

A csoportpraxisba tömörült házi-orvosok definitív gyógyítását kell finanszírozni, hogy ne csak receptfelírást végezzenek. A praxisban még további diplomás szakemberek, védőnők, gyógytornászok, ápolók, betegszervező egészségügyi menedzserek munkájára is szükség van. A tömeges, az életet nem veszélyeztető betegségeket a járási központokban napi 12 órában működő szakrendelőkben kell kivizsgálni és lehetőleg meggyógyítani. Ezeket kiváló diagnosztikával és egynapos műtővel kell felszerelni. Közvetlenül mellette pedig ott kell lennie a szociális rendszerbe tartozó ápolási otthonnak, ahol a kórházba nem való, de otthon sem gondozható idősök vagy sérültek egész napos ellátást kapnak. Kizárólag az igazán beteg embereknek kell a drága centrumkórházakba kerülniük. Az ehhez szükséges gördülékeny betegszállítás finanszírozása még mindig lényegesen olcsóbb lenne, mint a jelenlegi 160 kórházat fenntartani.

Persze a kisebb települések sem maradhatnak ellátás nélkül, ezért a jelenlegi kis kórházakban kell kialakítani a szakrendelőket és az egynapos

sebészeti centrumokat. Szerencsére ez sok helyen ma is így van. És ugyan-ezek lehetnek alkalmasak arra is, hogy ápolási otthonként működjenek tovább, csak ezentúl nem az egészségügyi, hanem a szociális ágazatban. A jelenleg ezekben dolgozó orvosokra és műtőszemélyzetre óriási szükség van a megyei kórházakban. Az ápolószemélyzet pedig tovább végezheti helyben a munkáját, csak nem a kórház, hanem az ápolási otthon munkatársaként, az ápolási igazgató felügyelete mellett. Aki nemcsak az ápolási otthonnak, hanem a járás minden településen kiépített otthonápolási szolgálatnak a vezetője is. Itt a szakképzett nővérek mellett segédápolók is dolgozhatnak nagy számban, akik pár hónapos képzést követően sok, jelenleg kórházban ápoló betegről gondoskodhatnak, a saját otthonukban.

A működőképes ellátórendszer kulcsszereplői tehát a megyei vagy budapesti centrumkórházak, különösen pedig az ott dolgozó menedzsment. Olyan sok humán, fizikai és pénzügyi szempontot kell döntéseik során figyelembe venniük és összehangolniuk, hogy az az egészségügyin kívül másféle tudást és vezetői képességeket is igényel. Ezért ezeket közgazdász, mérnök és IT szakembereknek kell vezetniük az orvos igazgató és az ápolási igazgató társaságában.

Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása nem állami monopólium, hanem szektorsemleges; más egészségügyi szolgáltatók is működhetnek, ha megfelelnek a minimumfeltételeknek. Állami feladat a szabályozás kialakítása és a közszolgáltatások megrendelése, míg a finanszírozás a biztosítók (az alapdíjat beszedő állami és a kiegészítő biztosítási díjakat beszedő magán-biztosítók) feladata, ők kötnek szerződést az egészségügyi szolgáltatókkal akár az alapcsomag, akár a kiegészítő szolgáltatások nyújtására. Az egészségügyi szolgáltatók minőségbiztosítása a finanszírozó biztosítók feladata. Ennek élesen el kell válnia az állami megrendelői szereptől annak érdekében, hogy a szolgáltatás minőségét garantálni lehessen. Az egészségügy dolgozóinak ki kell szabadulniuk a kádárizmus fogságából és modern, az ügyfelei-páciensei érdekében tevékenykedő szolgáltatóipari szereplőkké kell válniuk.

#### A KÖZLEGLŐK TRAGÉDIÁJA

A korlátozott javakhoz való korlátlan hozzáférés közgazdasági nonszensz, sehol a világon nem működik. A közgazdaságtanban ezt nevezik a közlegetők tragédiájának. Ez a tantörténet arról szól, hogy a mohó gazdák több marhát engednek rá a legelőre, mint amennyit az el tud tartani. Emiatt először elsatnyul a fű, majd tönkre is megy, és végül mindenki marhája éhen döglök. Ez történik most a magyar egészségügyben. A szemünk láttára satnyul a fű, elmennek a nővérek és az orvosok, már a gumikesztyű is hiány-



zik. A biztos véget csak a közjavakhoz való hozzáférés szabályozásával lehet elkerülni. Ezért kell a ma egészségügyre költött 2800 milliárd forintot másképpen beszédni és másképpen is elosztani. Ez a „másképpen” elkerülhetetlen.

#### HIVATKOZOTT SZAKIRODALOM

- ESKI 2007 *Egynapos sebészet. Nemzetközi kitekintés*, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, 2007, *eski.hu* = [goo.gl/mizEme](http://goo.gl/mizEme)
- FÁBIÁN 2016 FÁBIÁN Tamás: Tilos a gumikesztyű a SOTE bőrklinikáján, *Index*, 2016. április 7., *index.hu* = [goo.gl/R1fKXV](http://goo.gl/R1fKXV)
- KSH-ADATOK *Kórházi ágyak száma*, KSH, *ksh.hu* = [goo.gl/PSxH4f](http://goo.gl/PSxH4f)
- LANTOS 2015 LANTOS Csaba: *Állami és magánfinanszírozás az egészségügyben*, 2015, *mabiszkonferencia.hu* = [goo.gl/z7xy47](http://goo.gl/z7xy47)
- OECD-ADATOK 1. Orvoslétszám az OECD adatai alapján, 2016, *napicsart.blog.hu* = [goo.gl/qDuto7](http://goo.gl/qDuto7)
- OECD-ADATOK 2. *Egészségügyi dolgozók létszáma az OECD adatai alapján*, 2016, *napicsart.blog.hu* = [goo.gl/MvNx2E](http://goo.gl/MvNx2E)
- OROSZ-KOLLÁNYI 2016 OROSZ Éva - KOLLÁNYI Zsófia: „Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban” in KOLOSI Tamás - TÓTH István György (szerk.): *Társadalmi riport 2016*, Budapest, TÁRKI, 2016, 332, *tarki.hu* = [goo.gl/VJQtS8](http://goo.gl/VJQtS8)
- RADIOLOGIA *Nincs még helyén az egynapos sebészet*, *radiologia.hu* = [goo.gl/r0B5O8](http://goo.gl/r0B5O8)
- SZIGETI 2009 SZIGETI Szabolcs: Az egészségbiztosítási járulékpolitika és forrásteremtés nemzetközi összehasonlításban, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2009/2., 18–22, *weborvos.hu* = [goo.gl/6XIDjK](http://goo.gl/6XIDjK)
- VARGA 2015 VARGA Júlia: Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003–2011, *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*, 2015/6., *econ.core.hu* = [goo.gl/Va2bpi](http://goo.gl/Va2bpi)