

Dr. Kincses Gyula

## 2015: a változások éve az egészségügyben?

Amit tudunk: *a változások elkerülhetetlenek*. Az utolsó érdemi átalakítás 2006-ban volt, és a gyógyítás technológiája olyan gyorsan fejlődik, a szükségletek olyan mértékben változnak, hogy legalább tízévenként szükség van „hozzaigazításra”, azaz szerkezeti átalakításra, de ez csak akkor hatékony, ha forrásallokációs változás és az érdekeltségi rendszer megváltoztatása is követi. Ebben az írásban megkísérlem számba venni, hogy milyen változások várhatók az idén az egészségügyben, illetve hogy egyáltalán várhatók-e érdemi változások.

**A** 2006-os átalakítás után – többek között a „szociális népszavazás” következtében – az a kormányzati ciklus „nagypolitikai” viharokkal teltté vált, így alkalmatlan volt további változtatásokra, korrekciókra. A második Orbán-kormány (2010–2014) az egészségügyet viszonylag érintetlenül hagyta, az ellátórendszernek sem a szerkezetéhez, sem a működéséhez nem nyúlt hozzá érdemben. A tulajdonosi szerkezet megváltoztatása (államosítás) volt az egyetlen fontos változás, de ez önmagában sem szerkezeti, sem működési változást nem hozott – jelentősége annyi, hogy megteremtette azoknak a lépéseknek a jogi-technikai hátterét, amelyek most, a harmadik Orbán-kormány alatt körvonalazódnak.

A változásokat két csoportba oszthatjuk. Először azokat a változásokat veszem számba, amelyek mögött közvetlen, meghirdetett kormányzati szándék áll, a dolgozat második felében pedig azokat a változásokat elemzem, amelyek nem közvetlen kormányzati szándékból származnak, hanem spontán – önmozgásként vagy nem szándékolt hatásként – „történhetnek”.



### A kormány által kezdeményezett/ígért változások

Markáns változások várhatók tehát 2014 és 2018 között, de ezek elemzése nem egyszerű feladat, mert nincs olyan – a 2010-es Semmelweis-tervhez hasonló – kormányzati dokumentum, amely koherensen leírná a tervezett változtatásokat. Így a következő forrásokból dolgozhatunk: (1) az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia<sup>1</sup> című dokumentum (<http://www.kormany.hu>); (2) a már betér-

jesztett és megszavazott törvények; (3) kormányzati bejelentések, szóvivői tájékoztatók; (4) konferencia-előadásokon elhangzottak, illetve azok sajtóértelmezése; (5) az OEP által kiadott „Módszertani útmutató a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság részére” című útmutató.

Az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia című dokumentum címe félrevezető. Nem ágazati stratégiáról van szó, mert ez a dokumentum alapvetően nem az ellátórendszer fejlesztéséről, szervezeti, finanszírozási változásairól szól, hanem az uniós fejlesztési ciklus globális tervezetének ágazati dokumentuma, a célja tehát az uniós fejlesztések megalapozása. Miután ebben a ciklusban (2014–2020) lényegesen csökken a közösségi ellátórendszer fejlesztésére fordítható összeg, így – érthetően – a dokumentum nem a közellátásra koncentrál, ez a stratégia tehát nem érdemel részletesebb elemzést. Ami ebből az ágazat számára fontos: a dokumentum reális forrásbővülésként csak a piaci, azon belül is a külpiaci bevételekkel számol, vagyis az egészségügy továbbra sem lesz kiemelt prioritás.

Miután a tervezett átalakításoknak nincs hivatalos összegző dokumentumuk, nincs a Semmelweis-tervhez hasonló, publikus, átfogó koncepció leírását tartalmazó és megvitatható dokumentum, így a fő irányokat tekintve a kormányzati bejelentésekre, szóvivői tájékoztatókra, konferenciákon elhangzottakra, illetve azok sajtóértelmezésére hagyatkozhatunk. A bejelentett, sejtethető irányok: (1)

a közösségi (OEP által finanszírozott) ellátás és a magánellátás merev szétválasztása; (2) a háziiorvosi rendszer/alapellátás megerősítése; (3) a kórházi ellátás „racionalizálása”; (4) népegészségügyi programok megerősítése. A részletesebb elemzésnél mentségemül kell felhoznom, hogy nincsenek „bennfentes információim”, csupán a publikus információkból dolgozhatok.

#### A közösségi ellátás és a magánellátás merev szétválasztása

A 2014. év utolsó negyedében a politika erős állítása volt a társadalombiztosítási és a fizetős ellátás merev szétválasztása, a „rendcsinálás” – a „maszekolás” és a hálapénz száműzése. A meghirdetett alapelv az volt, hogy a közfinanszírozáson belül tilos pénzt kérni a betegtől, s aki mást, másként, máskor akar, az menjen a magánellátásba, és fizesse meg. Az eredeti deklaráció ennél tovább ment: a teljes szétválasztás azt jelentette volna, hogy a közellátás nem fogadhat el magánpénzt, a magánszolgáltató nem kaphat közpénzt, azaz nem lehet OEP-finanszírozási szerződése. Ez hamar elült, hiszen vannak olyan szakterületek, ahol a magánszolgáltatók dominálnak: ilyen a teljes háziiorvosi rendszer, de a művesekezések, a képalkotó és a laboratóriumi diagnosztika területén is a magánszolgáltatók dominálnak. A háziorvosok „államosítása”, alkalmazottá tétele a rendszer szétverését, az alapellátás felszámolását jelentené, a többi szakterületen pedig irreális forrásigénye lenne a magánszolgáltatók kiváltásának. Ez le is került a napirendről. Nyitott kérdés eddig az maradt, hogy azok a magánszolgáltatók (magánklinikák), amelyek zömmel magánellátást nyújtanak, de egyes területeken hiánypótló ellátás-

ként rendelkeznek OEP-finanszírozással is, megtarthatják-e a jövőben a közfinanszírozási szerződésüket.

A meghirdetett programok közül ez a pont (a magánfinanszírozás megtiltása a közszolgáltatóknál) az, amelyből jogszabály született: az ezzel kapcsolatos módosításokat az „Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról” szóló 2014. évi CXI. törvény (a későbbiekben: salátatörvény) tartalmazza. A törvény érdemi, az ellátórendszert érintő változásai két paragrafusban találhatók. Az egyik a 17. §, amely az alábbi egy bekezdést tartalmazza:

Az Ebtv. I. fejezet „Egészségügyi szolgáltatók” alcíme a következő 9/B. §-sal egészül ki: „9/B. § *Finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató a kötelező egészségbiztosítás keretében e törvény alapján az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásért biztosítottól térítési díjat — ide nem értve a 23. § szerinti részleges térítési díjat és a 23/A. § szerinti kiegészítő térítési díjat — nem kérhet.*”

A szöveg látszólag egyértelmű, de csak látszólag, hiszen kétféle értelmezése lehetséges. A magyar nyelv általános szabályainak megfelelően a mondat úgy értelmezendő, hogy biztosítottól (mint személytől) finanszírozási szerződéssel bíró szolgáltatónak tilos OEP szolgáltatási körbe tartozó ellátásért pénzt kérni. Így, ha egy szolgáltató rendelkezik OEP-szerződéssel (akár egyetlen speciális, a területen hiánypótló profillal), akkor a hatályba lépéstől nem kérhet pénzt a nem finanszírozott profilokban nyújtott kezelésekért sem, ha az adott szolgáltatás az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. A szöveg azonban értelmezhető úgy is, hogy a paragrafus csak a szol-

gáltatóhoz biztosítottként forduló betegre vonatkozik, ami annyit jelent, hogy az adott ellátáshoz (az egészségbiztosítás terhére/keretében nyújtott szolgáltatáshoz) kapcsolódóan nem lehet pénzt kérni olyan ellátásokért, amelyek amúgy az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások (pl. egyes műtéti érzéstelenítési formák választása).

Az első értelmezés vág egybe az államtitkári és kormányzati kommunikációban deklarált merev szétválasztással, a második értelmezésnek az a jogalapja, hogy a 17. § az Ebtv-t módosítja, nem az egészségügyi törvényt, tehát csak a társadalombiztosítási jogviszony keretében nyújtott ellátásra vonatkozik, az e jogviszonyon kívüliekre nem. A hivatalos értelmezés elmaradt, nincs végrehajtási rendelet. Az élet „elrendezte”: a részleges OEP-finanszírozással rendelkező piaci szolgáltatók zöme a második értelmezést fogadta el, e szerint működik, és ezért semmilyen retorzió nem érte őket. A közszolgáltatók számára a paragrafus nem jelentett érdemi értelmezési problémát. Az általános vélekedés az, hogy az OEP finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató nem kérhet pénzt a betegtől, de ha külön kft.-be viszi a fizetős részt, az már rendben van, illetve ha külső gazdasági társaság bérlő az OEP által is használt kapacitást, akkor az már lehet „for profit”. A megkötés jogilag annyi, hogy a beteg számára OEP-szerződéssel bíró közszolgáltató nem számlázhat.

A salátatörvény másik releváns része a térítési/kiegészítő díj kérdésével foglalkozik a közfinanszírozásban. A 49. § szerint: *Hatályát veszti az Ebtv. [hosszú felsorolás, amelybe beletartozik:] d) 23. § b), d) és e) pontja, 23/A. § a) pontja.*

Miután nem elvárható ennek a szövegnek a segítség nélküli értéke, a 49. §

változásainak jobb érhetősége kedvéért az eredeti (módosítás előtti) törvényzöveget közlöm, és áthúzással

**A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény (Ebtv.) szövegének változásai az „Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról” szóló 2014. évi CXI. törvény 49. §-ában**

**„23. § A biztosított részleges térítés mellett jogosult:**

- a) 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;
- b) a külön-jogszabály szerinti terhesség gondozás és a szülészeti ellátás kivételével az ellátást végző orvos 19. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;
- c) a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fopótlásra;
- d) a fekvőbeteg-gyógyintézet ellátására, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó külön-jogszabályban megnevezett ellátásokat;
- e) a fekvőbeteg-gyógyintézet ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevételére, ide nem értve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó, külön-jogszabályban megnevezett ellátásokat;
- k) külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

**23/A. § A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult:**

- a) saját kezdeményezésére az ellátás 19. § (1) bekezdésében foglaltaktól többlettköltséget okozó eltérő tartalommal történő igénybevételére;
- b) az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és
- c) amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszerket és az étkezést is.”

jelzem a módosításokat, illetve törvényeket (lásd a keretes betétet, balra). A korrektség kedvéért el kell mondani, hogy a lehúzott szövegrészek ugyan régóta hatályban voltak, de a valóságban nem működtek. Egyrészt, mert a hozzárendelt finanszírozási szabályok abnormálisak voltak: a betegtől az ellátások OEP-finanszírozási értékének 30%-a (max. 100 000 Ft) kérhető a fenti rendelkezés alapján, de ugyanennyivel csökkent az OEP által folyósított díj is, ez tehát nem jelentett többletbevételt. A kezelőorvos (aki miatt a beteg fizet) eleve nem kaphatott egy fillért sem ebből (nem volt miből, hiszen nem volt többletbevétel), de jó eséllyel csökkent a hálapénze, mert a beteg egyszer már fizetett. Így sem az intézménynek, sem az orvosnak nem volt érdeke, hogy a törvényt betartsák. Nem is tartotta be senki. Ráadásul az általánosan alacsonyan tartott teljesítményvolumen-korlát további ellenérdekeltséget teremtett.

A problémát a megszavazott törvény nem úgy kívánja orvosolni, hogy élet-szerűvé, működővé teszi a szabályozást, hanem ehelyett betiltja azt, hogy a kórházak az eljárásrendtől való eltérés, az eltérő szakmai tartalom igénye vagy orvosválasztás miatt pénzt kérhessenek a betegtől. A megszavazott törvény szerint tehát:

- OEP-finanszírozással rendelkező intézmény nem nyújthat pénzért magyar biztosítottnak olyan ellátást, ami része a TB-csomagnak;

- OEP-pel szerződött szolgáltatónál nem lehet a továbbiakban pénzt kérni (részleges térítést sem): az ellátást végző orvos megválasztásáért, beutaló nélküli és a beutalási rendtől eltérő igénybevételért, saját kezdeményezésére az ellátás eltérő szakmai tartalommal való igénybevételért, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás

céljából történő elhelyezésért és ápolásért, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

Bevételi forrásként maradnak a „tisztaszoba”, a fogászat és a külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozások, melyek piaca általában nem bővül keresztény kurzusok alatt.

Valójában az eddigi gyakorlathoz képest ez nem nagy érvágás a kórházaknak, mert eddig sem nagyon éltek ezekkel a törvény adta lehetőségekkel, de láttuk, hogy ma az egészségügyi kiadások 38%-a magánkiadás, tehát célszerű lenne nem kizárni ezt a forrást, jobb lenne szabályozott módon kanalizálni. Az viszont nem jogértelmezés kérdése, hanem a megszavazott normaszöveg indokolásából átmásolt szöveg, hogy „a fekvőbeteg-szakellátások igénybevétele során a jövőben nem lehet eltérni a beutalóban foglaltaktól, és nem lehet beutaló nélkül igénybe venni a fekvőbeteg-szakellátást. A módosítás azt is eredményezi továbbá, hogy az intézményen belüli orvosválasztásért a szolgáltató nem kérhet részleges térítési díjat, illetve a biztosított kérésére nem lehet eltérni a szakmai protokolltól és a finanszírozási eljárási rendekben foglaltaktól kiegészítő térítési díj ellenében”. Tehát: vagy abba a kórházba megyünk, ahova a beutalónk szól, vagy mehetünk a teljesen fizetős magánellátásba. Ugyanez a helyzet akkor is, ha a finanszírozási protokolltól eltérő tartalmú, minőségű ellátást szeretnénk igénybe venni: vagy elfogadjuk azt, ami az Ebtv., illetve a protokoll szerint ingyen jár, vagy mehetünk a magánellátásba, ahol nemcsak a különbséget, de a teljes ellátást ki kell fizetni, ráadásul piaci áron. Tehát: ha a könnyített gipsz nem része az OEP-protokollnak, akkor innentől nem lehet kifizetni kizárólag a könnyű gip-



szet, illetve az árkülönbözetet, hanem vagy el kell fogadni a hagyományos, finanszírozott ellátást, vagy el kell menni a magánellátásba, ahol a teljes ellátást ki kell fizetni.

A normaszöveg tehát súlyos változásokat tartalmaz, de ezeket egyáltalán nem kommunikálják, és nem is igazán tartják be. Nem véletlen, hogy nem készült végrehajtási rendelet sem. A megszavazott salátatörvény átmeneti jellege (fél éves hatálya) is azt sugallja, hogy egy politikai ígéret „kipipálása” volt a cél, s közben készül az „igazi” reform, így 2015 első felében nem akarnak igazi változást.

Nem eléggé ismert változás (kerete) a „Magyarország 2015. évi központi költségvetésének megalapozásáról” szóló 2014. évi XCIX. Törvény. A törvény szerint:

18. § Az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény 10. §-a a következő (4a) és (4b) bekezdéssel egészül ki: (4a) A gazdasági szervezet feladatait, ha a költségvetési szerv éves átlagos statisztikai állományi létszáma a 100 főt nem éri el, az irányító szerv, az államháztartás önkormányzati alrendszerében az önkormányzati hivatal vagy – az irányító szerv döntése alapján – az irányító szerv irányítása alá tartozó más költségvetési szerv látja el. E rendelkezést nem kell alkalmazni az irányító szervre, az önkormányzati hivatalra, az alaptevékenységként költségvetési szerv gazdálkodási feladatainak ellátására létrehozott költségvetési szervre és az olyan költségvetési szervre, amely törvény, kormányrendelet alapján vagy az állam nemzetközi kötelezettségére tekintettel gazdasági szervezettel rendelkezik. (4b) Az irányító szerv döntése alapján a (4a) bekezdést a 100 fő éves átlagos statisztikai állományi létszámot elérő költségvetési szervre is alkalmazni kell.

Mindez azt jelenti (vagy azt alapozza meg), hogy a kis, önálló rendelőkintézetek megszűnnek (önállónak lenni) és integrálódniuk kell a közeli kórházhoz. Mindez a költségvetési szervekről szól, nem érinti a magán- vagy nonprofit szervezeteket.

#### **Az egészségügyi rendszer átalakulása**

Az egészségügy átalakításáról közepes információkkal rendelkezünk. Nincs leírt program, nincs joganyag, de vannak a nyilatkozatok és az OEP módszertani útmutató. A következő csomópontok sejlének.

**Népegészségügy.** Úgy tűnik, a II. és III. Orbán-kormány ebben pozitív elmozdulást hozott és várhatóan hoz is az előző ciklusokhoz képest. Az Új Széchenyi Terv keretein belül a Társadalmi Megújulás Operatív Programja (TÁMOP-6.1.1./12/1 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása”) lehetőséget adott egészségügyi fejlesztésekre, így a kistérségi egészségfejlesztési irodák kialakítására is. Az irodák feladata a csatlakozott települések lakosságának egészségfejlesztése. Módszerei között szerepelnek állapotfelmérések, szűrővizsgálatok, tanácsadások is, de a fő hangsúly az életmód-változtató programok, a mikroközösségek szervezésén van. Kistérségenként egy-egy EFI fog működni, 58 nyertes pályázó kezdte meg működését az ország különböző területein. Az EFI munkatársaként vagy külső tanácsadóként dolgozhat orvos, pszichológus, mentálhigiénikus, védőnő, népegészségügyi felügyelő, népegészségügyi ellenőr, egészségfejlesztési szakirányú végzettséggel rendelkező szakember, diplomás ápoló, OKJ-s ápoló, dietetikus, rekreációs szakember, sportoktató, gyógytornász.

A központok létrehozása mellett a másik fontos változás, hogy az iro-

dák egy része nem önálló (izolált) rendszerként működik, hanem egészségügyi intézményhez integrálva, így a szűrés és a kiszűrt betegek kezelése jó eséllyel összehangolható. Ez a típusú változás bizonyosan hosszú távon is ennek a korszaknak az egyik legfontosabb változása lesz.

**Igazgatás.** Az igazgatási vonalon deklarált változás a GYEMSZI szétesése, pontosabban feladatcsoportonkénti szétszedése volt. Az AEEK honlapján olvasható főigazgatói bevezetés szerint 2015. március 1-jétől Állami Egészségügyi Ellátó Központra változott a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet elnevezése. Ez így pontatlan, hiszen nem az egész GYEMSZI alakult át: az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetéről szóló 28/2015. (II. 25.) Korm. rendelet értelmében „2015. március 1-jétől az újonnan felállításra került Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) látja el a gyógyszerészeti államigazgatási feladatokat, valamint egyes feladatok tekintetében egészségügyi államigazgatási szervként is kijelölésre került. Az OGYÉI a GYEMSZI Gyógyszerészeti Intézet Főigazgató-sága, Eszközminősítő és Kórháztechnikai Igazgatósága, Technológiaértékelő Főosztálya által ellátott feladatok tekintetében a GYEMSZI, az ÁNTSZ meghatározott feladatai tekintetében az ÁNTSZ, valamint az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) jogutódja.”

Nem hivatalos változás, hogy erősödik az OEP szerepe: már nemcsak finanszírozó, de kapacitásmeghatározó is. (Lásd még: a kapacitás-átrendezéshez az OEP adta ki a kézikönyvet, az irányelveket és a keretszámokat, és nem az államtitkárság háttérintézménye, a GYEMSZI.)

### 1. ábra. A háziorvosok kormegoszlása Magyarországon

Forrás: Országos Alapellátási Intézet

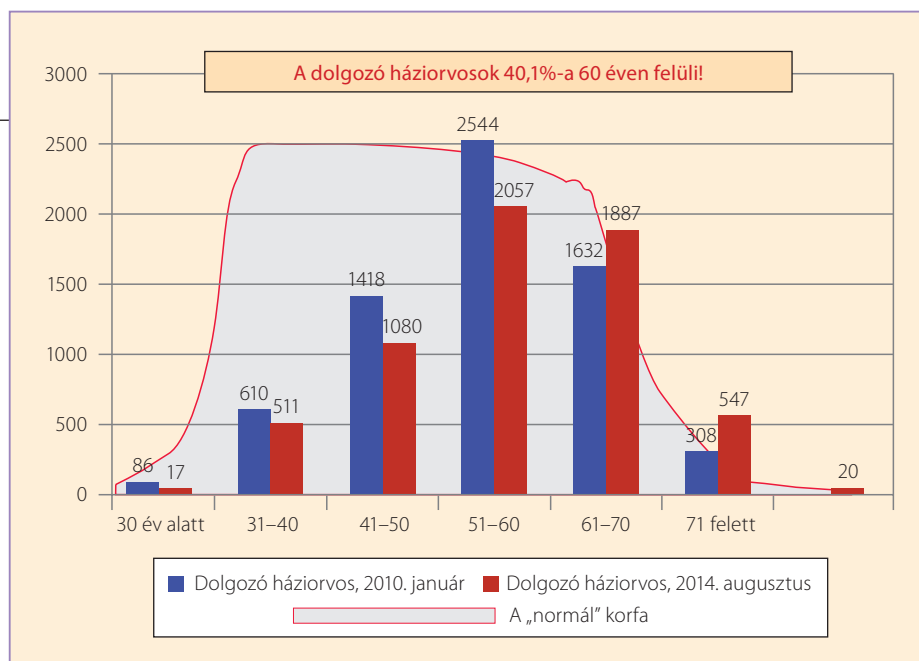
**Ellátórendszer.** Az előző 4 éves ciklus tétlensége vagy elfedett kis változtatásai után a III. Orbán-kormány radikális változtatásokat ígér az ellátórendszerben. Két típusú szerkezeti-szervezeti változást hirdettek meg: az egyik az alapellátás „megmentése”, a másik a kórházi szféra átalakítása. Az alapellátás átalakításáról valójában még keveset tudunk. Államtitkári nyilatkozatokban hallhattuk, hogy egyedül ez a szféra számíthat többletforrásra, és ez az egyetlen kiemelt prioritás. Szükség is lesz rá, hiszen az alapellátás oly mértékben előregedett (1. ábra), hogy radikális változás nélkül a rendszer belátható időtávon összeomlik.

A tervezett átalakításról annyit tudunk, hogy prevenció központú, emelt kompetenciájú rendszer kialakítása a cél. Ez csak team jellegű munkában képzelhető el. Az átalakításban vélhetően felhasználják a „Svájci Hozzájárulás: alapellátás reform modellkísérlet” projekt eredményeit. A modellkísérlet fő paraméterei:

- 24 praxisban modellkísérlet, elmaradott területeken; prevenció központú, folyamatos, követett ellátás; praxisközösség – egy praxisban 6 orvos, 6 nővér; új szakmai területek belépése (gyógytornász, dietetikus stb. bekapcsolása); életmód-tanácsadás, egészségterv stb.; civil segítők bekapcsolása, motiválása.

Nincs információ arról, hogy a kompetenciakiterjesztés csak „oldalirányú” (diplomás nővérek), vagy bizonyos szakorvosi kompetenciák is bekerülnek az alapellátásba.

A szakellátás átalakításáról is csak félinformációkkal rendelkezünk. Az



átalakítás fő irányai teljes mértékben támogatandók. Intézménycentralizáció indul a progresszivitás erősítése érdekében: megyénként egy vezető kórházhoz integrálják a többi, illetve a fővárosban öt vezető kórház lesz, a szakmailag igényesebb ellátások csak a vezető intézményekben nyújthatók. Csökken az aktív ágyak száma, nő a krónikus/rehabilitációs ágyak száma. A kis intézmények a későbbiekben nem lehetnek önállóak.

Ugyanakkor nem tudni, hogyan érvényesül a regionalitás, a progresszivitás magasabb szintje; hogy változik-e a finanszírozás, és lesznek-e területi kasszák, milyen elvvel és korrekcióval. Kérdéses, hogy formálisan megmarad-e a teljesítményfinanszírozás, vagy átalakul feladatfinanszírozásnak nevezett bázisfinanszírozássá. Az is bizonytalan, hogy mi lesz a szakrendelők, kistérségi járóbetegközpontok sorsa. Vajon megmarad-e (szigorú számunkérésrel) a beutalási rend legutóbbi törvényi szabályozása?

A tiszta szakmai elveket a politika ismét felülírja (ahogy az az eddigi cik-

lusokban, pl. 2007-ben Lovasberényben történt): politikai és nem szakmai döntésként épül Budapesten új csúcskórház, és a tapolcai kórházat is megmenti az időközi választás. Ráadásul a kormány kétharmados parlamenti többségének elvesztése felveti a politikai szándékok megvalósításának elbizonytalanítását, azaz féltő, hogy a politika konfliktuskerülőbb, azaz cselekvésképtelenebb lesz.

Erre utal az is, hogy e közlemény lezárásakor (2015. április 3.) már az új struktúrának kellene működnie, de még nincs megegyezés, sem a megegyezést pótló szakpolitikai döntés. Pedig a döntés a munkában csak a startpisztoly eldördülése, ez után jön a szakmai aprómunka, az ellátási területek, a betegutak kialakítása, a finanszírozás hozzárendelése stb.

Szintén késik az adósságrendezés: az államtitkár közlése szerint az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) koordinációjában megkezdődik a kórházak konszolidációja. A folyamat első lépéseként az ÁEEK megkezdi a tárgyalásokat a kórházi beszállítókkal

**2. ábra.** Az egészségügyi közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül

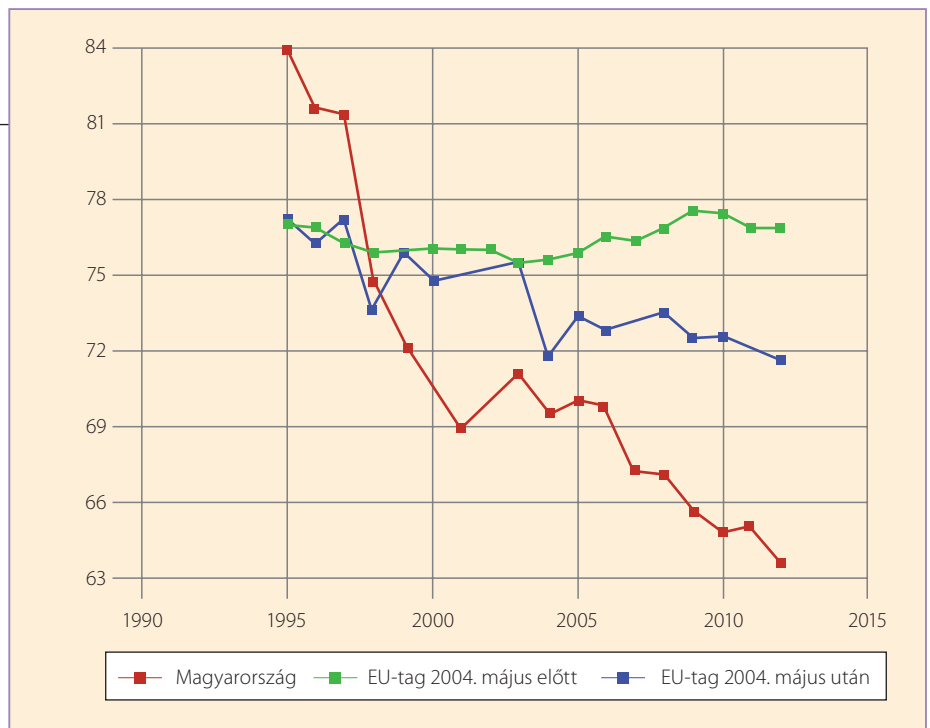
Forrás: WHO, Health for All adatbázis

és egyeztetet a feljük fennálló kórházi tartozásállományról. A közleményben szó volt arról is, hogy „a kiegyensúlyozott gazdálkodás elősegítése és összehangolása érdekében” megyei és fővárosi egészségügyi gazdasági bizottságokat alapítanak, és az országos gyógyintézeteknek is lesz egészségügyi gazdasági bizottsága. Emellett létrehozzák a megyei és fővárosi egészségügyi irányító bizottságokat, valamint az országos gyógyintézetek egészségügyi irányító bizottságát.

Az elbizonytalanodást jelzi az is, hogy a ciklus a hálapénz radikális felszámolásának ígéretével indult, s alig egy év alatt eljutottunk a legalizációjág.

### A nem deklarált változások

A fentiek a deklarált kormányzati változások. Ugyanakkor számtalan nem deklarált – sőt, vélhetően nem is szán-



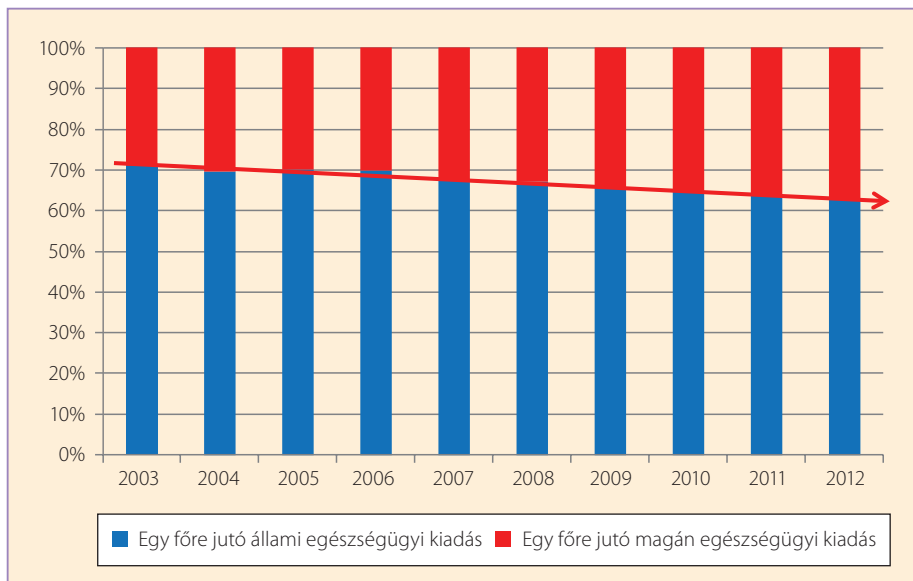
dékolt – változás is kitapintható. Ezek egy része nemcsak hogy nem kormányzati szándék, hanem ellentétes azzal (lásd: egészségügyi munkaerő-élvándorlás).

Ezek közül kiemelendő a magánfinanszírozás szerepének erősödése, az egészségügy kettészakadása és a humán erőforrás kérdése.

### A magánfinanszírozás szerepének erősödése

A magánfinanszírozás szerepe Magyarországon igen komoly súlyú, és az EU átlagát bőven meghaladó arányú. A 2. ábra mutatja, hogy a magánfinanszírozás szerepe Magyarországon nemzetközi összehasonlításban igen magas, és nemcsak a régi EU-tagállamokhoz képest, hanem az új tagállamokhoz képest is, vagyis az állam egyre inkább kivonul az egészségügy finanszírozásából.

A 3. ábrán jól látszik, hogy a közfinanszírozás szerepe folyamatosan csökken, illetve a magánfinanszírozásé nő. Ehhez hozzá kell tenni azt, hogy a közfinanszírozás nagyságát viszonylag pontosan tudjuk, de a magánfinanszírozás mértéke bizonyta-



**3. ábra.** Az egy főre jutó egészségügyi kiadás Magyarországon 2012-ben

Forrás: KSH STADAT 2.5.1.

lan, pontosabban ez utóbbi legalább ennyi, de lehet, hogy több, hiszen egyes jelentős tételek (pl. a hálapénz vagy a kisebb magánszolgáltatók nem mindig számlával elszámolt bevételei) nem mérhetők, illetve nehezen becsülhetők. Így – figyelembe véve az eddigi trendeket és a mérési hiba arányát – nem lehetetlen, hogy ma már példátlanul alacsony, 60% alatti a közfinanszírozás aránya Magyarországon. Ezt a feltételezést erősítette meg az Union Biztosító kutatása is, ami a várakozásnál is durvább tehernövekedést mutat. A 25–55 éves aktív korosztály körében végzett 3800 fős felmérés szerint a magánklinikákhoz, magánorvosokhoz forduló aránya a 2012-es 36%-ról 46%-ra növekedett (4.a ábra), és a magán-szférához forduló páciensek 2014-ben összesen 74 milliárd Ft-ot fizettek a magánegészségügyi szolgáltatóknak. A hálapénzzel és a magánellátással együtt az orvoshoz forduló 2014-ben átlagosan évi 45 000 Ft-ot fizettek, míg a 2012-es felmérésben ez még csak 33 000 Ft volt (4.b ábra). A fentiek alapján megállapítható, hogy durván nő a magán-szféra igénybevétele, illetve az ott elköltött pénz mennyisége. (Miután a kutatás nem reprezentatív mintán készült, a kiadások arányának változására nem lehet numerikus megállapítást tenni.)

A lakosság terhe tehát erőteljesen és az EU-átlagot érdemben meghaladóan nő, és a közforrások kivonása tartóssá teszi ezt a tendenciát. Ráadásul a 2015 januárjától érvényes szabályozás jó eséllyel – ellentétben a kormányzati szándékkal – nem csökkenti a hálapénz szerepét, mert ha csökken a legálisan megvásárolható szolgáltatások, előnyök, kivételek száma, akkor azt illegálisan fogják megvásárolni.

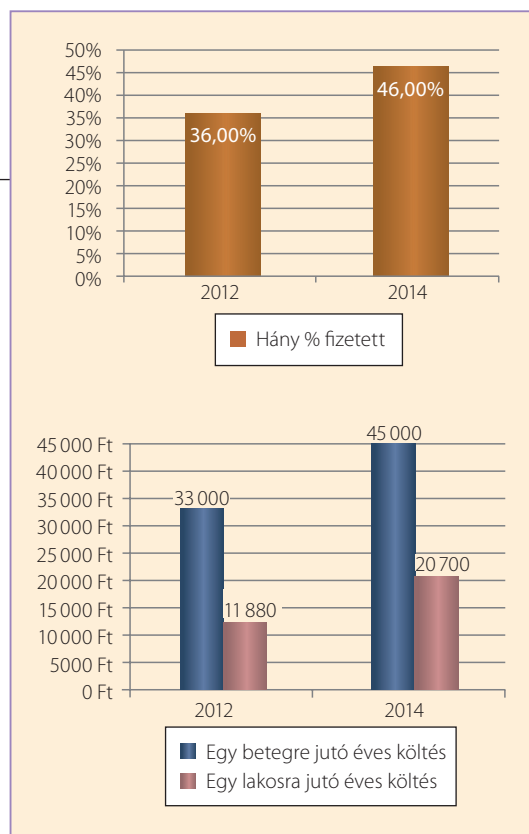
**4. ábra.** Az Union Biztosító kutatásának főbb számai: a fizető betegek arányának növekedése (a) és az egy betegre jutó éves költség növekedése (b)

Forrás: Union Biztosító

#### Az egészségügy kettészakadása

Szintén nem kormányzati szándék, de érdemi kockázat. Elméleti megközelítésben a kormányzati új modell az igazságos és etikus, de ennek feltétele egy jól működő, „megfinanszírozott” közösségi egészségügy. Erre sajnos egyre kevesebb az esély, így be kell látni, hogy sajnos Magyarországon várhatóan nem működhet jól az a modell, amelyben a közösségi egészségügy kizárólag közpénzből mindenkit ellát megfelelő színvonalon és ingyen, és aki valamiért mást vagy másként akar, az megy a magán-szférába. Ez itt és most nem realitás. Egyrészt azért nem, mert a fent leírt okok miatt a közösségi egészségügy csak a közforrásokra támaszkodva szükség-szerűen és determináltan forráshiányos – és ezért nem lehet képes technológia-követően mindenki számára azonos hozzáférés biztosítására –, így a működőképesség megőrzése érdekében szükség van a magánforrások rendszerszerű használatára, becsatornázására is. Másrészt ez a modell Magyarországon megvalósíthatatlan, mert nincs két egészségügyre való orvosunk, és a „második” egészségügy fenntartásához még nem elég nagy létszámú és nem elég gazdag a magyar elit.

Ez a modell a magyar realitások mellett egy egyszerre igazságtalan és fenntarthatatlan állapothoz vezethet: fennmarad egy ingyenes, de egyre rosszabb minőségű, egyre rosszabb hozzáférhetősgű, orvoshiányos közös-



ségi egészségügy, és megerősödik egyre drága, de a komolyabb betegségeket nem megfelelően kezelő magánegészségügy.

#### A humánerőforrás kérdése

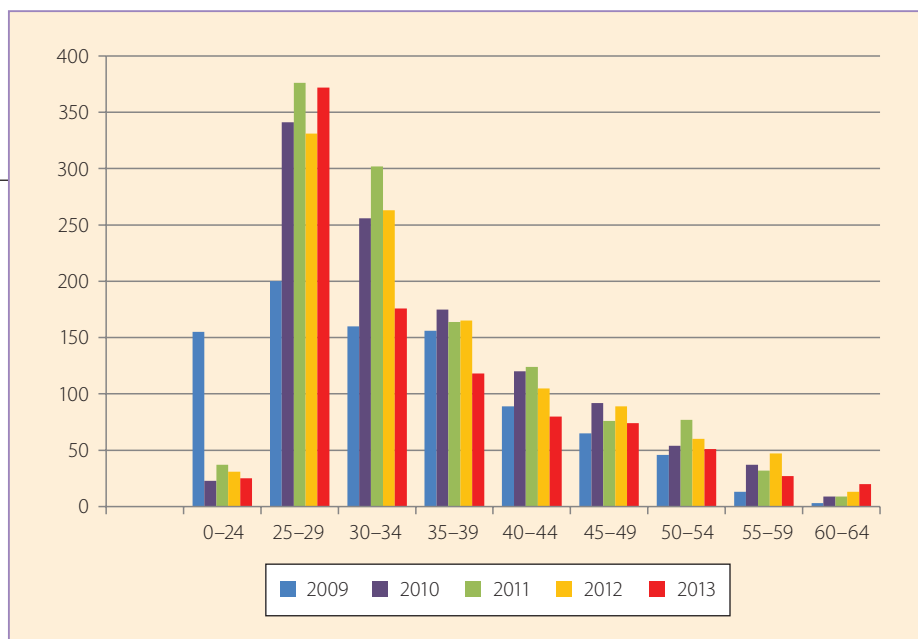
A magyar egészségügy humánerőforrás-helyzete folyamatosan romlik. Az 5. ábra mutatja, hogy az elmúlt évek intézkedései ellenére a képzés nagyságrendjében hagyják el az országot az orvosaink, elsősorban a fiatalok. Aktív migrációpolitika, tudatos munkaerőimport hiányában a migrációs egyenlegünk igen negatív (1. táblázat), azaz egyre kevesebben kérik diplomájuk honosítását. Ráadásul az elmúlt időszak szomorú tapasztalata, hogy a honosítást sok esetben a továbbállás érdekében, és nem a tartós magyarországi munkavállalás érdekében kérik.

Az egészségügy szakember-ellátottságának stabilizálása érdekében egyetlen bejelentés történt: a kor-

**5. ábra.** A külföldi munkavállaláshoz igazolást készítő orvosok számának alakulása életkori bontásban 2009-től 2013-ig

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

mányzat szándéka szerint bérpótlékban (nem béremelésben) részesül az a szakorvos, aki aláírja, hogy a pótlék folyósítása alatt nem fogad el hálapénzt és nem vállal Magyarországon munkát. A javaslat szakmai fogadtatása mérsékelt támogatást mutat. A humánerőforrás-helyzet értékeléséhez azt is figyelembe kell venni, hogy minden szerkezetátalakítás szükségszerűen „lemorzsolódással”, azaz a közszolgáltatók számára veszteséggel jár, mert az orvosok nem feltétlenül követik a kapacitások – amúgy szükségszerű – átalakítását. Mindez aktívabb humánerőforrás-megtartó programokat igényelne.



## Összegzés

Az egészségügy időről időre átalakításra szorul. Miután az előző kormányzati ciklus az egészségügyi ellátórendszerben viszonylag kevés

változást hozott, valamint a parlamenti ciklusok első harmada alkalmas igazán az érdemi változásokra, érthető, hogy a most folyó változásokat nagy szakmai várakozás övezi. A kormányzati szándék és elszántság megvan, elindultak érdemi változások, de egységes leírás, meghirdetett program hiányában csak feltételezéseiteink vannak róluk.

A változások eddigi törvényi megalapozása sem irányadó, mert fél éves hatályú, átmeneti törvényről van szó.

Érdemi és fontos lépés a megelőzés és a prevenció támogatása, az egészségügyi ellátórendszerrel való összekapcsolása, az alapellátás megerősítése, valamint a szakellátás koncentrációja. A közfinanszírozott ellátórendszer egyre látványosabb diszfunkciói miatt megvan a lakossági igény az újabb átalakításokra, a kérdés az, hogy marad-e megfelelő számú egészségügyi dolgozó mindennek a végrehajtásához.

**1. táblázat.** A migrációs egyenleg fő számai Magyarországon 2004 és 2011 között. A táblázat jól mutatja, hogy a migrációs egyenleg tartósan negatív

Év	Hazai orvosoknak kiadott hatósági bizonyítványok (db)	Elismert (honorificált) orvosi diplomák (db)	Kiadott általános orvosi oklevelek (db)	Szakképesítésre jelentkezők (fő)*
2004	504	N. a.	1124	
2005	604	N. a.	1151	
2006	520	40	1069	
2007	590	106	1005	
2008	730	64	960	
2009	791	49	923	
2010*	1107	41	1040	195
2011*	1197	49	1148	318
2012*	1104			340
2013*	943			403

Forrás: <http://www.matud.iif.hu/2013/03/08.htm> (letöltve 2015. február 23-án) A csillagozott adatok nem innen, hanem az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivaltól származnak.

Levelezési cím: kincses.gyula@t-email.hu