

# A paraszolvencia kérdéséről



Készítette:  
Dr. Kincses Gyula

# A paraszolvencia kérdéséről

## I. Elvi megfontolások

A hálapénz kérdés a magyar egészségügy örökzöld témája, mellyel számtalan tanulmány, könyv, bizottság foglalkozott már. Valamennyi szakember egyetért abban, hogy nemcsak az egészségügy belső viszonyait és az orvos-beteg viszonyt megmérgező jelenségről van szó, de a hálapénz jelenség az egyik komoly akadály a egészségügy átalakításának, a szerkezetváltásnak is.

A közelmúltban a Hálapénz.hu honlap kapcsán elindult történések a kérdést ismét az érdeklődés homlokterébe emelték. A kiemelt érdeklődést és a pozitív társadalmi hangulatot kihasználva célszerű újra-értelmezni a kérdést, és egy többlépcsős programot kell meghirdetni hálapénz ügyben.

A kérdés újratárgyalását két dolog indokolja: egyrészt a hálapénz nemcsak egyre általánosabb jelenség, hanem egyre kevesebb köze van a hálához: sok esetben már az ellátás igénybevételének feltételévé vált. Ma már nagyon messze került a hálapénz gyakorlata a Magyar Orvosi Kamara etikai kódexének elveitől: rendszeresen és tömegében előre kérik, a fix tarifák nemcsak a betegek között keringenek, de az orvos is kimondja, és szintén csak a kódex legendáriuma, hogy orvos orvostól nem fogad el. Másrészt azért indokolt ma erről beszélni, mert a felfokozott társadalmi várakozás esélyt ad arra, hogy végre érdemi elmozdulás következzen be ezen a területen is.

A probléma megoldása nem egyszerű, és nem is lehetséges egyetlen eszközzel, hiszen összetett jelenségről van szó, és maga a „hálapénz” – mint fogalom – sem egyértelmű, illetve nem egységes tartalommal használt. Először is fontos tisztázni, hogy a nyelvi nehézség ellenére a „paraszolvencia” a pontosabb kifejezés, hiszen itt és most a gyógyítás kapcsán keletkező (a szó etimológiájával eljárva: a problémákat oldó...) személyi mellékjövedelmekről („paraszolvencia”) van szó, *amelynek csak egy kis része a tényleges hálapénz*. Ezért – jobb magyar szó hiányában – gyűjtőfogalomként a paraszolvenciát használom, és a hálapénz kifejezést csak le-  
szűkített, az eredeti értelemben használom.

Ahhoz, hogy a paraszolvencia ellen valamit tegyünk, először magának a paraszolvenciának a fajtáit és azok jellemzőit kell megismernünk. E rövid áttekintés a paraszolvencia fajtáit és a főbb megoldási irányokat veszi számba.

A rövid távú konkrét teendőkkel külön feljegyzés foglalkozik. E rövid tanulmány természetesen nem tud teljességre törekedni, és ezért az elemzés nem foglalkozik a paraszolvencia társadalmi beágyazottságával, illetve az ebből fakadó konzekvenciákat is csak igen felületesen ismerteti. Ennek ellenére nem szabad elfelejtkeznünk arról, hogy az egészségügy nem lehet etikusabb az általános közmorálnál, és a betegek késztetése nagyban befolyásolja az orvosok „hajlandóságát”.

E rövid tanulmány szintén nem foglalkozik a paraszolvenciának az egészségügyön belüli eloszlásával, a belső hierarchiát fenntartó hatásával, holott ezek a kérdések alapvetők az egészségügyi szerkezet modernizálása szempontjából. Amíg a paraszolvencia zöme a főorvosi kar zsebében koncentrálódik, nincs érdemi esély a jelenlegi széttagolt osztálystruktúra megváltoztatására.

## II. A paraszolvencia fajtái

Bár a paraszolvencia számtalan módon csoportosítható, de alapvetően két nagy csoportra sorolható:

- előny nélkül adott paraszolvencia
- előnyért adott paraszolvencia

### 1 Az előny nélkül adott paraszolvencia

Az előny nélkül adott paraszolvencia három nagy csoportba sorolható. Bár a kategória-határok természetesen összemósódnak, de a mögöttes motivációk, illetve a beteget érintő konzekvenciák markáns különbsége indokolja a megkülönböztetést.

#### 1.1 A hálapénz

A tényleges, valós hálapénz esetében a beteg valamilyen olyan, az orvos személyiségéből fakadó előnyt (kedvességet, mosolyt, odafigyelést, panaszainak empátikus meghallgatást, stb.) kap (tehát nem vásárol!!!), amely soha, semmilyen rendszerben nem tehető taxatívva. Ezért a nem kvantifikálható többletért a beteg utólag kifejezi háláját, ajándékban, vagy ennek praktikus, univerzális formájában: készpénzben. Ez (lenne) a hálapénz.

Ebből fakad, hogy a hálapénz:

- csak utólagos lehet,
- mértéke az orvos által nem szabható meg,
- ellenében maximum nyugta adható, számla nem, mert nincs, és nem is lehet szerződés a dolog mögött.

#### 1.2 Szokásból adott paraszolvencia <sup>1</sup>

Ez a típus azzal analóg, mint amikor az étteremben a normál, problémamentes felszolgálat után szokásból (mert úgy illik, mert tudom, hogy a pincérek bérébe ez bele van kalkulálva, stb.) adunk szokásos mértékű borraivalót. Jogilag ezt is a hálapénz csoportjába lehet/kell sorolnunk, és számla itt sem adható, hiszen többletszolgáltatás, ami a számlán feltüntethető: nincs.<sup>2</sup> A fentiekből következik, hogy kérni, és ezért a mértékét meghatározni sem szabad.

#### 1.3 Hátrány elkerülése miatt adott paraszolvencia

A paraszolvencia egyik legcsúnyább, de a véltnél elterjedtebb formája.<sup>3</sup> Az analógia: ha naponta kénytelen vagyok járni egy étterembe, akkor lehet, hogy nemcsak azért adok borraivalót, mert minden rendben volt, hanem akkor is adok, ha koszos az abrosz, várnom kellett és kellelten a pincér, mert attól félek (joggal, vagy ok nélkül), hogy ha nem adok,

---

<sup>1</sup> A „köz és magán együttélése” című könyvemben a hálapénznek ezt a típusát „áldozatbemutatás” jellegű paraszolvenciaként azonosítottam, mert a dolog a primitív népek áldozatbemutatásához hasonló. A hálapénzhez nem kapcsolódik elvárható, kikényszeríthető ellenszolgáltatás (mint ahogy az áldozati bárány feláldozásához sem), célja a jóindulat felkeltése. Lásd még: „Doktorúr! Ugye tetszik vigyázni?” De a dolog mögött nincs konkrét „fekete” szolgáltatásvásárlás, így érthetően nincs számonkérhetőség, felelősség sem.

<sup>2</sup> Létezik persze olyan étterem is, ahol a borraivaló benne van az árban: „az árak 10% felszolgálati díjat tartalmaznak!”. De ez már nem borraivaló, hanem számla ellenében kötelezően adandó felszolgálati díj. Analógiája: a vizitdíj jellegű co-payment. Érdemes eljátszani a gondolattal: ott, ahol tudom, hogy az árban megfizettem a felszolgálati díjat, már nem nagyon érzek készletet a borraivalóra.

<sup>3</sup>A TÁRKI közelmúltban nyilvánosságra hozott felmérése szerint az összes hálapénz-fizetési eset több mint 80%-ban úgy érezte a beteg, hogy a fizetés elmaradása veszélyezteti ellátását, tehát a probléma nem jelentéktelen. Ez az adat igen megdöbbentő, és cselekvésre készítő, hiszen itt már igazán túlzó eufemizmus lenne a „hálapénz” kifejezést használni.

akkor kinéznek, és legközelebb nemcsak még többet kell várnom, hanem a levesem is hidegebb lesz. Így inkább adok. Sajnos az egészségügyi paraszolvencia esetében is létező motivátor a fenti mechanizmus: sorrakerülök-e?, áthúzzák-e az ágyat?, megmosdatják-e, megitatják-e Anyámat?, stb. Sokasodó, és kínos, kínzó, méltatlan, de reális kérdések...

A dolog ugyan a kriminalitás körébe sorolható, de nagyon nehezen tettenérhető. Magától érthetődő, hogy számla itt sem adható, hiszen többlétszolgáltatás, ami a számlán feltüntethető itt sincs.

## 2 Előny szerzésére irányuló paraszolvencia

### 2.1 Más kárára előnyt szerző paraszolvencia

A paraszolvencia mindenképpen (nemcsak adójogi és etikai szempontból) leginkább üldözendő formája. Lényege: előny vásárlása olyan korlátozott erőforrások esetében, amikor az előny egészségnyereséggel jár, illetve a szolgáltatás elmaradása egészségkárosodást okoz. Tipikusan ilyen esetek: ki kerüljön művese-ellátásra, megvásárolható-e az átültetésre váró vese, a sugárterápiás besorolás, illetve, hogy a nem sürgős MRI vizsgálat pénzért előrehozható-e sürgős, nagyobb egészségi kockázatokkal járó betegek elé? Ezekre a kérdésekre csakis **kategorikus NEM lehet a válsz**, mert ezek a várólisták pénzért sem legálisan, sem paraszolvenciával nem kerülhetők meg. Egyes várólistás esetekben (pl. csípőprotézis) persze át lehet állni egy másik, fizető sorba, amely rövidebb, de a közfinanszírozású szolgáltatók esetében a lista megkerülése nem engedhető meg<sup>4</sup>. Értelemszerű, hogy miután a paraszolvencia itt semmiképpen nem engedhető meg, sem nyugta, sem számla nem kérhető, vagy adható.

### 2.2 Más egészségi állapotát nem károsító paraszolvencia

Ebbe a csoportba olyan erőforrás-korlátos ellátások, szolgáltatások tartoznak, amelyek

- nem befolyásolják érdemben a betegek egészségi állapotát (pl.: hotelszolgáltatások),
- bár a szolgáltatás általában képes pozitívan befolyásolni az egészségi állapotot, de a konkrét esetben nem befolyásolja érdemben az adott beteg egészségi állapotát (pl.: altatásban végzett felnőttkori mandulaműtét, roborálók, vagy főorvos választása rutin sérvműtét esetében),
- vagy az adott ellátás az egészségi állapotot ugyan pozitívan befolyásolja, de az equity és a költséghatékonyság szempontjai miatt közpénzből senkinek nem biztosítható a magas költség, vagy rossz költség-hatékonyság miatt. (Azonos hatású, de méregdrága külföldi gyógyszerek, eltérő anyagok felhasználása, stb.)

Ezeket az ellátásokat, szolgáltatásokat legálisan megvásárolhatóvá kell tenni. Ha ezeket a szolgáltatásokat legálisan (ráadásul adókedvezményrel támogatott előtakarékosságból) meg lehet vásárolni, akkor nem fogják feketén, fogyasztóvédelem nélkül megvásárolni.

Az ebbe a körbe tartozó főbb csoportok jellemzői:

#### 2.2.1 Hotelszolgáltatás

Bár ez a legálisan megvásárolható szolgáltatások ma is létező – érdemben inkább csak vegetáló – csoportja, ma még inkább a paraszolvencia tárgykörében tárgyalandó. A kiegészítő finanszírozás első és automatikus reflexe a színes tv + fürdőszoba, de az ötletek tozulása itt megáll, így nem is nagyon működik ez a piac. Érdemes végig-gondolni, hogy miért.

---

<sup>4</sup> Ez a megoldás nem sérti az esélyegyenlőséget, mert azáltal, hogy az „ingyenes” sorból valaki átáll egy rövidebb, fizető sorba, az ingyenes sorban levő beteg nem hátrányt szenved, hanem előrébb kerül.

Elsődleges ok az lehet, hogy miután ez a piac még fejletlen, az *intézményi management az osztályvezetők kompetenciájában hagyja az ilyen erőforrások feletti diszpozíciós jogot*. Nekik nem érdekük, hogy ezek a kapacitások legálisan elkülönültek legyenek, és a betegek – illetve a biztosítók – legálisan vásárolják meg ezeket a szolgáltatásokat. Ez már intézményi bevétel lenne, míg az ezekből a kapacitásoktól kiszedhető paraszolvencia tisztán magánjövedelem. A gond csak az, hogy nem a főorvos investált, hanem a kórház, illetve a tulajdonos...

Ez a szolgáltatás természetesen legálisan, számla ellenében fizetőssé tehető, illetve ma is az. A helyi management felelőssége, hogy ezekkel az eszközökkel éljen is.

### **2.2.2 *Eltérő szakmai tartalom vásárlása***

A gyógyítás eltérő technológiái több esetben ugyanolyan eredményesek, de a beteg számára eltérő megterhelést jelentenek, illetve egészen kis (és nem is kellően bizonyított) hatásosság-különbség mellett jelentős többletköltségeket okoznak. Ilyen, pl. az altatásban végzett felnőttkori mandulaműtét. Az életévnyereség tekintetében ez semmivel sem jobb, mint a helyi érzéstelenítésben végzett műtét, de pszichésen kevésbé megterhelő, és főleg sokkal drágább. Ez a szolgáltatás természetesen legálisan, számla ellenében fizetőssé tehető, de a szakmai szabályok, az ellátási csomag pontosítását igényli. A jogi lehetőség adott: az úgynevezett „vizsgálati terápiás rend”-ek alkalmasak az egyes ellátások társadalombiztosítás terhére nyújtandó tartalmának részletes meghatározására.

### **2.2.3 *Humán szolgáltatás vásárlása (szakmailag nem indokolt orvosválasztás)***

A betegek jelentős része ma a kezelőorvos megválasztásáért fizet. A szolgáltatás természetesen legálisan, számla ellenében fizetőssé tehető, de az ellátási szabályok, az ellátási csomag pontosítását igényli, és ennek számos, egyéb kapcsolódó feltétel is van. Lényeges annak tisztázása, hogy a betegek orvosválasztásának két nagy csoportja van. az egyik esetben előre, tudatosan választ a beteg valamilyen (vélt vagy valós) információ alapján orvost, míg a betegek jelentős része már az intézményben „fogad” orvost, a vélt hátrányok elkerülése végett.

## **3 Egy más felosztás**

A paraszolvencia természetesen egy másik dimenzió mentén is felosztható, és a beteg szempontjából talán ez a meghatározóbb.

A „vízválasztó” csoportok:

- a betegtől kapott (adófizetéssel legalizálható),
- az orvos által kért (kriminalizált) paraszolvencia.

### **3.1 *A betegtől kapott paraszolvencia***

A tényleges hálapénz csak ebbe a csoportba tartozik. Elvben ezzel a csoporttal a társadalmi veszélyesség szempontjából nincs gond, de tudnunk kell, hogy milyen vékony a határ, és mekkora az a szürke zóna, amely a „kért” és a „kapott” között húzódik a „ráutaló magatartás” és a hátránytól való félelem miatt.

A rendszer általános tisztázottságával, átláthatóságával, a betegek attitűdváltásával ez csökkenni fog.

### **3.2 *Elvárt, az orvos által kért paraszolvencia***

A magyar egészségügy újabb történelmének nem ritka jelensége az, hogy az orvos nemcsak hogy elfogadja a beteg által valamiért adni kívánt paraszolvenciát, de általa meghatározott tarifával előre kéri is.

A cselekmény mindenképpen jogellenes, de társadalmi veszélyessége tekintetében két jól elkülöníthető formája van:

- *A beteg valamely (vélt) előnytől esik el, ha nem fizet* (nem operálja meg a professzor, nem kerül a „tisztaszobába”, nem az általa választott időpontban lesz a műtét, stb.), de az ellátást megkapja.
- *A beteg a hálapénz elmaradása esetén* nemcsak az általa megszerezni kívánt előnytől esik el, de a számára ingyenesen járó *OEP finanszírozott ellátásból sem jut hozzá.* („Megnézem mit tudok tenni a Kedves Mamáért, hátha lesz ágyunk, ha...”, ezt a műtétet csak én végzem, nekem viszont ennyi a tarifám...”, stb.)

Ez a magaratás mindenképpen tűrhetetlen, ellene a jog eszközeivel is mindenképpen küzdeni kell. Lényeges szempont, hogy ezt nemcsak a betegek érdekében, de a tisztességes többség érdekében is...

### III. Célkitűzések

A paraszolvencia, mint láttuk, igen eltérő jelenségeket, motivációkat, mechanizmusokat takar, és ezeknek a jelenségeknek eltérő a társadalmi veszélyessége is.

A tényleges hálapénz ellen nem érdemes küzdeni, mert a direkt eszközök (béremelés vagy szigor) hatástalanok, és konszolidált körülmények között (társadalmilag elfogadott bérezés és számon kérhető, standardizált minőségű ellátások, tisztázott finanszírozási viszonyok, megerősödött másodlagos biztosítási piac) a hálapénz mértéke a figyelmesség kifejezésének szintjére esik, és valóban a hála kívánatos, gazdasági jelentőség nélküli velejárója lesz.

A szokásból adott – tévesen hálapénznek hívott – paraszolvenciát célszerű kiszorítani a rendszerből, és itt is a fenti eszközök (társadalmilag elfogadott bérezés és számon kérhető, standardizált minőségű ellátások, tisztázott finanszírozási viszonyok, megerősödött másodlagos biztosítási piac) jelentik a megoldást.

Igen nagy problémát jelent a vélt hátrány elkerüléséért adott paraszolvencia, és ez az a kategória, amely legkevésbé tetten-érhető, bizonyítható. Visszaszorítása komoly célkitűzés, de csak **az általános körülmények javulásától, számon kérhető viszonyoktól, a szolgáltatói verseny kialakulásától** várható eredmény.

A más kárára előnyt szerző paraszolvencia ellen **a törvény szigorával kell fellépni, mind az adó, mind az elfogadó oldaláról.**

A más egészségi állapotát nem károsító paraszolvenciát **legális piac kialakításával kell felszámolni**, de addig is kriminális cselekménynek kell azt tekinteni, ha a beteg azért nem kapja meg a számára járó ellátást, mert nem akar illegálisan, paraszolvenciáért kiegészítő szolgáltatást vásárolni.

### IV. Lehetséges javítási technikák

Mint láttuk, a paraszolvencia jelensége mind megjelenési formáját, mind az okokat tekintve igen nagy változatosságot mutat, ezért a paraszolvencia megszüntetése (csökkentése) is csak különböző eszközökkel, illetve sokszor ezek együttes alkalmazásával lehet eredményes.

A paraszolvencia elleni küzdelemnek vannak közhelyszerű, és vannak nem eléggé „kibeszélt”, de oki terápiát nyújtó eszközei. Célszerű ezeket az eszközöket számbavenni és röviden elemezni.

## 1 béremelés

Ez az első reflex, és kis túlzással a „szakma” (pontosabban a MOK) egyetlen – és sajnos kizárólagos – válasza a problémára. Alaptételként kimondható, hogy a béremelés, *a szakma presztízsének megfelelő bérezés a társadalmi béke, a méltányosság oldaláról politikai szinten elengedhetetlen feltétele a paraszolvencia megszüntetésének*, de **a kérdés önmagában béremeléssel nem rendezhető**.

Ennek érvei a következők:

- más az ok, így más a terápia is. A beteg paraszolvenciaként a legtöbb esetben nem hálapénzt ad, hanem hiány pótlását (pl.: emberséges bánásmód), vagy előnyt (jobb hotel-körülmények, az általa jobbnak ítélt orvos megválasztása, stb.) vagy kényelmet (általa megválasztott időpont) vásárol. Ezek a „vásárlások” jogilag ma a szürke, vagy fekete gazdaságba tartoznak. Általános az a tapasztalat, hogy a szürke vagy fekete gazdaság a tisztviselők megfizetésével nem szüntethető meg (lásd a banki hitelbírálókat a '90-es évek első felében), csak akkor, ha vagy a hiány szűnik meg (lásd a Trabant-kiutalások kenőpénzét), vagy a folyamatok tisztázottsága, átláthatósága miatt az ügyintézőnek nincs ráhatása az ügy kimenetelére. Ezek a tényezők (a hiány, a szabályozatlanság, az előny vásárlására törekvő lakossági attitűd) a meghatározók a paraszolvencia fenntartásában, és *ezek a tényezők függetlenek az orvosi bérezéstől*. Tehát a paraszolvencia alapvető kiváltó oka nem az alacsony bérezés, így a problémát a béremelés **önmagában** nem oldhatja meg.
- Az egyes szakmák, egyes intézmények jövedelmi viszonyai és paraszolvencia-termelő képessége között nincs ismert összefüggés. Nem igaz, hogy azokon a helyeken nincs paraszolvencia, ahol magasabb a bér.
- A paraszolvencia a szakma azon rétegeiben a legjelentősebb, amelynél a rászorultság a legkisebb, és a leginkább kikövetelt, az elvárt paraszolvenciáról szóló történetek is a szakma legjobban kereső rétegéről keringenek.
- Az 50%-os béremelés semmilyen hatással nem volt a hálapénzre.

Hibás a MOK azon kiindulása, hogy a Kormány – ha már nem tudja (béremeléssel) a paraszolvenciát megakadályozni –, akkor legalább legalizálni akarja. Az egészségügyi kormányzat célja nem a hálapénz megadóztatása, vagy törvényesítése, hanem a paraszolvenciarendszer kiváltása legális szolgáltatás-vásárlással. Tehát valóban az a megoldás, hogy a feketepiacot legális piaccal kell visszaszorítani, de ez nem a béremelés alternatívája, nem „vagy-vagy” típusú kérdés. A béremelés önmagában ezt nem oldja meg, mert ez nem helyettesíti a legális piac kialakítását.

Ugyanakkor lényeges tisztázni azt, hogy a szaktárca nem a béremelést ellenzi, csupán a hálapénz vitában közgazdasági érvek és tapasztalás alapján azt állítja, hogy a paraszolvencia megoldásának a béremelés nem az adekvát eszköze, és *a két problémát külön, egymástól függetlenül kell kezelni*. Tehát a szaktárca csak azt az álláspontot utasítja el elvből, hogy a paraszolvencia kérdés bérkérdés.

## 2 Szigor

Szintén feltétlen reflex, de a korrupció (és a paraszolvencia jelentős rész ide tartozik) ellen CSAK szigorral még sehol nem értek el tartós eredményt. Történeti példák bizonyítják, hogy legtöbbször az elvárt megoldás (béremelés + szigor) együttesen sem hoz érdemi eredményt, mert ha a paraszolvencia adásának beteg-oldali okait nem szüntetjük meg, akkor nem reális elvárás az, hogy a szakma majd ellenáll a betegoldali nyomásnak.

A szigor esélytelenségét bizonyítja a MOK magatartása is. A MOK elnöksége tisztában van azzal, hogy tagságának jelentős része nap-mint nap megsérti a MOK etikai kódexet, ennek ellenére – eszköztelensége tudatában – tétlen marad és a bérkövetelés mögé bújva legalizálja az etikai kötelezettség elmulasztását.

Miután a hagyományosan agyoncitált technikáktól nem várhatunk eredményt, célszerű újabb, reálisabb eszközök után nézni.

### 3 Nyíltság, átlátható szakmai szabályok

Az egészségügy finanszírozásának bonyolult szabályai nem könnyen átláthatók, és a betegek valóban nem feltétlenül vannak tisztában a lehetőségeikkel, jogaikkal.

Ehhez egyrészt egyszerűbb, átláthatóbb szakmai és eljárási szabályok kellene, másrészt elengedhetetlen a megkezdett betegtájékoztatási rendszer (Doktorinfo) kialakítása.

Szintén lényeges a költségtudatosság kialakítása: a betegeknek meg kell kapniuk a tájékoztatást arról, hogy mibe került az ellátásuk.

Lényeges szempont, hogy a szakmai szabályok tisztázása, a protokoll szerinti igénybevétel és ellátás, a minőségbiztosítás csökkenti az ellátás befolyásolhatóságát, ezzel a paraszolvencia létjogosultságát.<sup>5</sup>

A szabályok az eljárásrendek és az ellenőrzés megerősítésének van még egy sürgető oka. Az erőforrások szűkössége egyre elterjedtebbé teszi a sorolás intézményét az egészségügyben, és az ellen, hogy a későbbiekben bizonyosan terjedő várólisták ne legyenek a fekete piac újabb gerjesztői, csak a megfelelő és nyílt szakmai szabályok, eljárásrendek adhatnak garanciát.

### 4 Az egyén választásához kötött szolgáltatások legális megvásárolhatósága

Ebbe a csoportba természetesen kizárólag olyan előnyök, szolgáltatások tartozhatnak, amelyek más kárát nem okozzák, azaz nem befolyásolják más beteg gyógyítását.

A legális piac kialakulásához – mint mindenütt – két dologra van szükség. Fizetőképes keresletre, és megvásárolható termékre (szolgáltatásra).

A fizetőképes kereslet megteremtése érdekében a Kormány nagyot lépett előre az Egészség számla bevezetésével, de meg kell teremteni a legálisan megvásárolható szolgáltatások piacát.

Ez az a terület, amelyen sürgősen rendet kellene tenni, és erre most megvan egyfajta társadalmi nyitottság.

A számla nélkül (tehát illegálisan) vásárolt többlétszolgáltatás semmiképpen sem jogszerű, hiszen

- vagy más tulajdonában levő erőforrást (kórházi tulajdonú emelt szintű hotel-részleg, stb.) árul saját zsebre valaki, és így nemcsak illegális jövedelemre tesz szert, de jogtalan előnyt is élvez,
- vagy saját munkáját adja el illegális körülmények között (azaz az éjjel bemenő szülész munkajogilag nem hálapénzt kap, hanem fekete munkát végez).

Be kell látni, és a társadalommal el kell fogadtatni, hogy *tartalommal kell megtölteni azt az alapvető kijelentést, hogy a társadalombiztosítás csak a szükségletek kielégítésére tehet ígéretet, az igények kielégítésére nem.* Vagyis: el kell fogadni, hogy vannak a közfinanszírozás terhére nem finanszírozható, mások egészségét nem veszélyeztető előnyök, amelyek megvásárlását legálissá kell tenni.

Ehhez a demagógiától, rossz reflexeinktől, kliséinktől lefosztott tiszta beszédre van szükség. Mert ezek az igények ma is kielégül(het)nek, hiszen egyrészt ilyen előnyvásárlásokat fed a paraszolvencia jelentős része, másrészt a Telki kórházban (a szót nem konkrét intézményként, hanem gyűjtőfogalomként használva) mindez ma is megvásárolható. De igen magas áron, és igen kevesek számára. Ráadásul ez a legálisan elköltött pénz a közszolgáltatások elől elvész, és egy második ellátórendszer alakít ki. Az, amitől a reformok kapcsán legjobban félünk, az egészségügy kettészakadása itt van a szemünk előtt, és beavatkozás nélkül valóban megtörténik: a gazdagabbak számára egy másik, fizető ellátórendszer fog kialakulni, és ennek szolgáltatásai valóban minden értelemben zárva lesznek a szegények elől.

Ezért mind a paraszolvenciamentes egészségügy kialakítása szempontjából, mind a közfinanszírozású egészségügy – és így az egészségügyi rendszer igazságossága – szempontjából

---

<sup>5</sup> Weltner J. ezzel magyarázza, hogy miért nem adunk borralalót a franchise gyorséttermekben. A technológia rögzített, és tudjuk, hogy nem lehet a borralalóval befolyásolni a minőséget, az adag nagyságát, a kiszolgálást, azaz nem tudunk előnyt vásárolni, és nem fenyeget a kockázat, hogy hátrány ér, ha nem adunk. Akkor meg minek?

tisztább helyzet kimondani azt, hogy egyes, a beteg választásából fakadó többlétszolgáltatást nem lehet a járulékokból fizetni. Ezért az ellátást magát (pl.: a szülés levezetését, az ehhez kapcsolódó vizsgálatokat, kórházi ellátást) a társadalombiztosításnak kell fizetnie, de ha ez vagy a kórház részéről jelent különleges erőforrás igénybevételét (papás-mamás együttszülés, stb.), vagy orvosi többletmunkát igényel (az adott időben oda be nem osztott orvos közreműködése), akkor ezt ki kell fizetnie. Ez a rendszer felfogható egy co-payment rendszernek, de ez sem pontos: a beteg térítésmentesen megkapja a járulékáért azt, ami a társadalombiztosítás szabályai szerint neki jár, és csak az általa kívánt többletet fizeti meg. Nagyon fontos: a klasszikus co-paymenttel ellentétben itt a beteg akkor is megkapja a neki járó, társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatásokat, ha nem fizet kiegészítő díjat.

A fentiek alapján legálisan megvásárolhatóvá kell tenni a hotelszolgáltatás mellett az orvosválasztás egyes eseteit is.

Ennek ma megvan az esélye, mert:

- a napjainkban folyó társadalmi vita bizonyítja, hogy mind a lakosság, mind az orvos-társadalom jobban szeretne egy tisztázott viszonyokon alapuló rendszert,
- a bevezetett Egészség számla lehetőséget ad arra, hogy a legális vásárlás olcsóbb legyen a betegnek, mint az illegális.

A konstrukció működőképessége érdekében meg kell vizsgálni azon lehetőségeket, amelyek az így keletkezett orvosi jövedelmek közterheit (adó jogilag nem egyedi konstrukcióban) egy olyan, társadalmilag is elfogadható szintre csökkentik, amely mellett az orvosoknak is érdeke a legalizálás, a számlaadás.

A cél egy olyan konstrukció kialakítása, amelyben a főbb szereplők (orvos – beteg – állam – intézmény) egyike sem jár érdemben rosszabbul, illetve egyesek jobban járnak, míg mások anyagi terhei olyan mértékben növekednek csak, amely még tolerálható, és a tisztázott viszonyok által kompenzált.

## **5 Az intézményi management megerősítése, az intézményi átalakulás elősegítése**

A tapasztalások azt mutatják, hogy azokban az intézményekben, intézményrészekben, ahol erősebb a tulajdonosi érdekltség, illetve magán-tulajdonban működnek, alacsonyabb a paraszolvencia szerepe. Ez bizonyos ellátási típusoknál magyarázható a szakma jellegével, illetve hagyományosan hálapénz nélküli tradícióival (labor, rtg, patológia), de igaz ez olyan területre is, ahol egyébként minden más körülmény arra predisponál, hogy ne csak elfogadják, de kérik is a paraszolvenciát: pl.: művese.

Azt is látni kell, hogy bár ezeken a területeken a magánszolgáltatók által fizetett átlagjövedelem valóban meghaladja az egészségügy átlagos bérszínvonalát, ez a bér korántsem olyan magas, mint amire a MOK hivatkozik, hogy szükséges lenne a hálapénz megszüntetésére. Hasonló állítható a magánfinanszírozású szolgáltatókról is: a magánklinikákon ismeretlen a paraszolvencia, pedig az alkalmazott orvosok bére ott is alacsonyabb, mint a MOK által deklarált küszöb.

Ennek oka elsődlegesen az, hogy a tulajdonos/management érdekeit súlyosan sérti az intézményi célokat hátráltató, a management eredményeit rontó „maszekolás”, valamint tisztában vannak a hálapénz-nélküliség marketing értékével, amely megintcsak visszaigazolja a társadalmi igényt a tiszta, egyértelmű, átlátható szerződéses viszonyok iránt.

Az okok között sejthető, hogy a magánintézmények munkájára nagyobb arányban jellemző az akkreditált, protokollszerű működés, a zárt, ellenőrizhető, reprodukálható gyógyítási technológia, ami szintén a hálapénz ellen hat.

Tehát az intézményi átalakítás támogatása, a privatizáció segítése nemcsak az egészségügyi szerkezet átalakítása, a tőkehiány pótlása miatt érdeke az egészségügyi kormányzatnak, de ez a folyamat egyúttal támogatja a hálapénz visszaszorítását is.

## 6 A betegek-attitűd megváltoztatása

A legkevésbé kitárgyalt, de talán legfontosabb szempont. Ahhoz, hogy a hálapénz érdemben csökkenjen, meg kell változnia a betegek attitűdjének is. Leegyszerűsítve: „**Amíg van aki adja, mindig lesz, aki elfogadja**”. Bár ma már valós helyzet, hogy az orvos nemcsak várja, hanem kéri a parát, mégis a beteg adja, és ez tartja fenn ezzel a rendszert. Társadalmi jelenség, és ezért megszüntetni is csak a társadalom, a betegek tudják. Ha nekik már nem jó ez így, és tömegesen nyilvánítják ki tetteikben is, hogy változtatni akarnak ezen, akkor várható tényleges változás. A Kormány, a szakmapolitika csak segíteni tud ebben, feltételeket tud megteremteni, de amíg a betegek nem akarnak ezen változtatni (pontosabban: amíg nem hiszek el, hogy érdemes és lehet ezen változtatni), addig áttörés nem várható.

Ehhez a közgondolkodás átfogó változása szükséges:

- A betegeknek el kell fogadniuk, hogy nemcsak az egészségük rongálása, de néha a helyreállítása is pénzbe kerül. Vagyis nincs ingyenes ellátás, csak térítés-mentes, azaz valakinek mindenért fizetnie kell. (És ez a fizető jellemző esetben a járulékfizetők és az állam, és sokkal többet fizet helyettük, mint ezt gondolnánk.)
- A betegeknek az egészségügyben is fel kell ismerniük azt, hogy nagyobb biztonságot jelent a számla szerinti legális szolgáltatásvásárlás, mert ahhoz fogyasztóvédelem, „garancia”, számonkérhetőség, (vagy legalábbis elvárhatóság) kapcsolódik.
- A betegekben csökkenteni kell a kiszolgáltatottság érzést, és el kell érni, hogy abban az esetben ha úgy érzik, követelik tőlük a hálapénzt, és ennek hiányában nem kapják meg a nekik járó ellátást, forduljanak a betegjogi képviselői rendszerhez. Ebben meg kell találni a közalapítvány markáns szerepét.
- El kell hitetni, hogy lehet, érdemes másként, vannak alternatívák, létezik szolgáltatói verseny az egészségügyben is.

Meg kell erősödnie a költségtudatosságnak a társadalombiztosítási ellátások tekintetében is. A társadalombiztosítás nem rajtunk kívül zajló dolog: a mi pénzünkből nekünk fizetnek ellátásokat belőle. A betegeknek szembesülnie kell azzal, hogy mennyibe kerül az ellátásuk, hogy ennek árát a társadalombiztosítás a szolgáltatónak megfizette. Ennek alkalmas eszköze a meghirdetett „betegszámla” rendszer, ahol a beteg az a zárójelentéssel, az ambuláns lappal együtt megkapja azt is, hogy mennyit fizet ezután a szolgáltatónak az egészségbiztosítás.

Lényeges annak tisztázása, hogy a fenti alternatívák nem egymást kizáró, vagy konkuráló lehetőségek, hatásuk inkább szinergista, azaz az eszközök együttes alkalmazására van szükség.

## V. Összegzés

A paraszolvencia komplex társadalmi jelenség, és megoldása is csak a társadalom evolúciós folyamatai kapcsán lehetséges. Az 50 éves problémát szigorral, utasítással vagy béremeléssel megszüntetni nem lehet, ehhez a betegek szokásainak, attitűdjének kell megváltoznia, illetve az egészségügy folyamatait, finanszírozási rendszerét kell átláthatóbbá, ellenőrizhetőbbé, életközeli tenni. Ezért a hálapénz megszüntetésében a Kormány csak segíteni, de deus ex machina módjára beavatkozni, felülről megoldást hozni nem. Ezért fő célja:

- a feltételek megteremtése,
- a lakossági szokások, elvárások megváltoztatása

Az elindult társadalmi vita esélyt ad arra, hogy a kérdésben előrelépés történjen. A hálapénz.hu honlap kapcsán megmutatkozott, hogy van fogadókészség a társadalomban, a betegekben arra, hogy rendet tegyünk, és szabályozott helyzetet alakítsunk ki. A lakossági megnyilvánulásból kiderült, hogy ma már nagyobb a vágy az ellátás biztonsága és a tisztázott viszonyok iránt, a biztonság és a tiszta viszonyok ma már konkuráló értékei a látszat-ingyenességnek. A bevezetett Egésszég számla a 30%-os adókedvezményével megteremtette annak a lehetőségét, hogy e beteg számára nemcsak biztonságosabb, de olcsóbb is, ha hivatalosan fizet és számlát kap, tehát megvan a pénzügyi motiváció a legális viszonyok felé.

Rövidtávon célként kell kitűzni, hogy a hálapénz valóban csak a hála utólagos megnyilvánulása legyen. Ezért szigorúan fel kell lépni a kikényszerített hálapénz ellen, illetve ha a beteg nem jut hozzá a neki járó ellátáshoz, ha nem fizet az orvosnak.

Azokon a területeken, ahol hálapénz ürügyén a beteg feketén vásárol többletszolgáltatást, célként kell megjelölni azt, hogy legálisan lehessen hozzájutni azokhoz az előnyökhöz, amelyek nem szükségletből, hanem erre rakódó igényekből fakadnak, és amelyek nem károsítják más egészségét. Mindennek a kereteit úgy célszerű meghatározni, hogy a fizetőképes betegek pénze ne egy második, tisztán forprofit ellátórendszert erősítsen, hanem a közintézményekben lehessen ezt legálisan „elkölteni”.

Fontos azt kimondani és tisztán látni, hogy a szaktárca nem legalizálni akarja a hálapénz-rendszert, hanem megváltoztatni, kiváltani. Tehát nem az a cél, hogy maradjon a hálapénz rendszer, csak adózzanak utána, hanem a hálapénz okainak a megszüntetése a cél, és ebben az elsődleges a hiány megszüntetése – akkor is ha a hiány „csak” a jó szó, az emberség –, illetve a betegek jogos, de a közfinanszírozás terhére nem biztosítható igényeinek a legális kielégítése.

Az ehhez szükséges tevékenységek fő csoportjai:

### 1, A betegek szokásainak, gondolkodásának átalakítása

Ezért:

- Bevezetésre kerül a betegszámla: a betegek megtudják, hogy milyen szolgáltatásokat kaptak, és ez mibe került a társadalombiztosításnak.
- Kiegészül a „DoktorInfo” rendszert, hogy a betegek megfelelő információt kapjanak az egészségükkel kapcsolatban és az ellátórendszerrel kapcsolatban.

### 2, Megerősödik a beteg-jogi rendszer

- Bevezetésre kerül a zöld szám, a miniszteri telefonos fogadóóra, a betegjogi képviselők látogatása, stb.
- A betegjogok védelme intézményesül a beteg és ellátottjogi közalapítvány munkájával.
- Megteremtődik a betegelégedettség érdekeltsége a szolgáltatói oldalon: bevezetjük az Év Kórháza, minőségdíj rendszerét.

3, Fokozatosan kialakul annak a lehetősége, hogy a beteg legálisan, számla ellenében, számonkérhetően, „garanciával” vásárolja meg azokat a szolgáltatásokat, amelyeket ma illegálisan vesz meg.

- Ehhez meg kell határozni azokat a szolgáltatásokat, amelyek legálisan megvásárolhatók, és a betegnek nem más kárára biztosítanak előnyt (pl.: a szülést levezető orvos megválasztása)
- A PM-el közösen keresni kell azokat a megoldásokat, amely a tiszta viszonyokhoz méltányos közteherviselést társít.

Budapest, 2004. január