
A hálapénzről – még mindig nem utoljára

Dr. Kincses Gyula
ESKI

2007. április – július

Tartalomjegyzék

I.	A paraszolvencia rendszer szerepe a magyar társadalomban és egészségügyben ...	3
1.	A paraszolvencia-rendszer fő problémái:	3
2.	A hálapénz pozitív hatásai.....	5
II.	A paraszolvencia alakulása az utóbbi években.....	6
III.	A paraszolvencia típusai.....	8
IV.	A paraszolvencia okai	9
1.	Okok – a mélyben.....	9
2.	Okok – amiért adjuk.....	10
3.	A hálapénz és a bérezés összefüggése.....	10
V.	Megoldási lehetőségek	12
1.	Peremfeltételek.....	12
2.	Nyíltság, átlátható szakmai szabályok.....	13
3.	Az egyén választásához kötött szolgáltatások legális megvásárolhatósága	13
4.	A jövedelem-vesztés kompenzálása	14
5.	A legális szolgáltatói verseny erősítése.....	15
6.	A kiskassa-rendszer legalizálása.....	16
7.	Az intézményi management megerősítése, az intézményi átalakulás elősegítése	18
8.	A beteg-attitűd megváltoztatása	18
VI.	Feladatok	20
VII.	Összegzés	21

I. A paraszolvencia rendszer szerepe a magyar társadalomban és egészségügyben

A hálapénz kérdés a magyar egészségügy örökzöld témája, mellyel számtalan tanulmány, könyv, bizottság foglalkozott már. Megítélésénél tudni kell: társadalmi jelenség, amely *nem függetleníthető a társadalmi beágyazottságától, a társadalmi közállapotoktól*. Egyrészt, amíg az országban más területen is dívik a fekete munka, a vesztegetés és a baksis (mert ezek együtt jelentik a paraszolvencia közgazdasági tartalmát), addig reménytelen kizárólag az egészségügyben teljes rendet csinálni, másrészt, a paraszolvencia-rendszer rendelkezik bizonyos társadalmi elfogadottsággal. Az alacsony orvosi bérek tudatában eltűrjük, és miután előnyök adómentes megvásárlását teszi lehetővé, egyfajta kollektív szerencsejátékként, fenntartjuk a rendszert a holt-terhek elviselése mellett. Mindenesetre elgondolkodtató, hogy a lakosság sokkal kisebb terhekre sokkal élesebben reagál, a paraszolvencia-rendszert – a ritásoktól eltekintve – inkább szükséges rossznak tekintik.

Az ágazati hatásokat tekintve 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 akadálya az egészségügy átalakításának, a szerkezetváltásnak is. A hálapénz esetében **célszerű a „paraszolvencia-rendszer” kifejezés használata**, mert a jelenség messze túlnő az orvos-beteg kapcsolat informális többlet-elismerésén, a hála kifejezésén. Azért is indokolt ez a megkülönböztetés, mert mint alább látni fogjuk, a betegek által informálisan fizetett díjnak csak egyik a esete az, amikor a beteg utólag, hálaája tárgyiasulásaként ellentételezi az egészségügyi dolgozó elvárhatónál nagyobb figyelmét, jobb munkáját stb. A hálapénz kifejezést célszerű lenne kizárólag erre az esetre alkalmazni, mert eléggé eufemisztikus dolog, amikor pl. a hátrány elkerüléséért való kényszerű fizetést, vagy a feketén történő előnyvásárlást is hálapénznek nevezik.

1. A paraszolvencia-rendszer fő problémái:

- ▶ A legális, a jogalkotáson és egyéb szabályozókon keresztül érkező **egészségpolitikai szándékokat felülíró erős rendszerről van szó**, mely
 - ▶ *megnehezíti a szerkezetváltást*, mert az orvos-elitét a széttagolt, „az én házam az én váram” elvű ellátórendszer konzerválásában teszi érdekeltté (lásd később: a paraszolvencia zöme egy szűk, párnázott ajtóval rendelkező orvos-elit zsebében koncentrálódik);
 - ▶ *felülírja a finanszírozási szabályzók üzeneteit* (többlet-teljesítményre, túlkezelésre, túlápolásra, a célszerű betegutak megkerülésére ösztönzi az ellátókat);
 - ▶ *nem teszi lehetővé az ellátórendszer szintjeinek profil és feladat-tisztulását* (progresszivitási szint, illetve ápolási, szociális feladatok szétválasztása) – a paraszolvencia az egyik alapvető oka annak, hogy aktív osztályokon szociális célú ápolás folyik;
 - ▶ a hálapénz érdekében az intézmények elesnek jogos saját bevételeiktől;
 - ▶ a betegeket is a „könnyebb ellenállás” irányába viszi: *az illegális szolgáltatás- és előnyvásárlás vásárlói nyomást jelent, amely konzerválja a rendszert*.

▶ **Igazságtalanná teszi a rendszert**

- ▶ A paraszolvencia olyan co-payment, amely nem ismer semmilyen szociális vagy rászorultsági felmentést, kötelező kivételt, és – miután de jure nincs, vagy nincs nyoma – a szociális rendszereken keresztül nem kompenzálható.
- ▶ A jobb jövedelműek tudnak előnyt vásárolni a maguk számára, azaz csökkenti az igazságosságot, a társadalmi kohéziót.
- ▶ Az, aki megteheti, nemritkán más kárára vásárol előnyt, ezáltal nemcsak az igazságosság elve sérül, de az esélyegyenlőség is.

▶ **Növeli a betegek kiszolgáltatottságát**

- ▶ A hálapénzhez nem tartozik semmilyen szerződés, nincs mögötte fogyasztóvédelem,
 - ezért az így vásárolt szolgáltatás nem definiált (eleve nem tudja a beteg, hogy mit is vett a pénzéért),
 - miután az elvárt szolgáltatás tartalma nem definiált, elvben sem számonkérhető,
 - miután fekete, szerződés nélküli munkáról van szó, természetes, hogy nem is számonkérhető, nem perelhető stb.

▶ **Az ellátás minőségének kockáztatása**

- ▶ Rendjénvaló-e, hogy ma azért halnak meg emberek, mert nem elég szegények? A kérdés meglepő, de a hálapénz egyik nagykockázatú hatása az, hogy a „jól szolgáló” beteget az orvosok egy része – öntudatlanul, jószándékból – nem, vagy csak későn küldi tovább az adequat ellátású központokba.
- ▶ Miután a hálapénz-szerzés befolyásolja az orvosi tevékenységet, sok esetben a hálapénz miatt/annak reményében az orvos eltér a protokolltól vagy a megszokott rutintól, és ez kockázati elem az ellátás minőségében, hatékonyságában.

▶ **Intézményi gazdálkodás**

- ▶ A paraszolvencia-vezérelt főorvosi érdekkör ellenérdekelt minden intézményi racionalizálásban, osztály-összevonásban, valós mátrix kialakításban stb.
- ▶ A jelen gyakorlat egyik legsúlyosabb anomáliája, hogy az orvosok a közinvestíció hasznát gyűjtik magánzsebbe: az intézményi fejlesztések feletti diszpozíció után kasszíroznak, illetve közfinanszírozású asszisztenciával, anyaggal illegális magánrendelést végeznek, hálapénznek tekintve a bevételt. Mindez intézményi kiadás, magánbevétel mellett.

▶ **Igazságtalan az egészségügyön belül – piramisjáték az orvosok számára**

- ▶ Az egészségügyben a feudális struktúra fennmaradásának egyik oka a hálapénz: a főorvos nagyon hatékonyan tudja kontrollálni a beosztottak által megkereshető hálapénz mennyiségét, ezáltal kézben tudja tartani a beosztottakat (műtéti kiírás, magánbeteg kezelésének lehetősége, ki adja át a zárójelentést stb.).
- ▶ Az egészségügy piramisjátékként működik: a kórházi hálapénz 80%-a az orvosok 10–15%-nak a zsebében koncentrálódik, és a csúcsra való feljutás reménye miatt tűrik el az orvosok az előzetes hosszú megaláztatást, kizsákmányolást, vezetői önkénynt.

- ▶ **A hálapénz a kiegészítő biztosítások terjedésének legfőbb korlátja.** A paraszolvencia „abszolút nettó”, azaz az adó és a kapó között tekintve a nettó értékarány 1:1. Ehhez képest minden más finanszírozási konstrukció még az adókedvezmények mellett is 1:0,3–0,5, attól függően, hogy a finanszírozó és a szolgáltató milyen „részesedést” számol fel a szervezésért, a feltételek biztosításáért stb. Tehát, amíg feléért, harmadáért meg lehet venni valamit „feketén”, addig nem fogják az emberek tömegesen a szervezett magánfinanszírozást választani. (A kiegészítő biztosítások terjedésének másik nagy akadálya, hogy a szolgáltatási piacon legalísan megvásárolható termék nincs...)
- ▶ **A hálapénz általában meghatározza az egészségügy szürkegazdaság jellegét** A hálapénz jelentős része fekete vásárlásként realizálódik: adómentes jövedelemként jelenik meg, azaz egy jelentős szolgáltatás/jövedelem-tömeg megkerüli a köztelherviselés rendszerét.

2. A hálapénz pozitív hatásai

Bár a hálapénz-rendszer hatásai alapvetően negatívak, természetesen ennek is vannak (legalább egyes szereplők tekintetében) pozitív hatásai, hiszen ha a rendszer mindenkinek csak rossz lenne, akkor nem maradna fent. Főbb előnyök:

- ▶ **Közvetlenül, személyesre zárja az orvos-beteg kapcsolatot,** kiküszöböli/csökkenti azt a mentális – érzelmi deficitet, amit a harmadik fizető szükségszerű belépése okoz.
- ▶ **A beteg számára az önfelmentés** eszköze („én mindent megtettem anyámért...”), ugyanakkor a hálapénz az alsóbb jövedelem-osztályok számára a felsőbb rétegekhez való felzárkózás érzetét kelti („nekem is van fogadott orvosom...”).
- ▶ Miután „abszolút nettó”, azaz nem terheli sem közteher, sem tranzakciós vagy egyéb rárakódó adminisztrációs költség, **a beteg számára a legolcsóbb megoldás,** a kapó számára pedig ugyanez jövedelem-maximalizálást jelent.
- ▶ A mai rendszerben **ez az egyetlen eszköz, ami közvetlen érdekeltséget jelent az ellátók számára a személyes szolgáltatásban, minőségi versenyben,** ez az egyetlen, amiért „megéri” népszerű, ismert orvosnak lenni.
- ▶ A hálapénz motivációt jelent sok olyan esetben a munkavégzésre, ami munkajogilag nem lenne kikényszeríthető, így emiatt – esetenként – javul az ellátás rendelkezésre-állásának biztonsága.
- ▶ A hálapénz időnként szinergista **hajtóerőként működik az intézményi fejlesztéseknél,** és a „sztárorvosok” időnként *intézményi támogatássá, fejlesztési lobbyvá konvertálják a várható hálapénzüket.* (Vékonyabb boríték helyett vastagabb támogatást kérnek, természetesen – főszabályként – nem a beteg saját nettó jövedelme terhére.)
- ▶ **A hálapénz** részben esetleges, és nem csak az adóhatóság előtt láthatatlan, ezért a hálapénz **nagyfokú személyes szabadságot nyújt** (ami legalizálás esetén csökken).

Mint a fentiekből látható, **a paraszolvencia-rendszer igen összetett és komplex módon bénítja az egészségügy fejlődését, az átlátható viszonyok kialakulását, és végső soron úgy a betegek, mint az orvosok zöme rosszul jár** ezzel. A legnagyobb teher azonban az a társadalmi kár, amit a modernizációs folyamatok ellensúlyaként kifejt.

II.A paraszolvencia alakulása az utóbbi években

Érdeemes megvizsgálni, hogy a hálapénz-tömeg, illetve annak eloszlása hogyan alakult az elmúlt években.

A feladat nem egyszerű, mert a különböző kutatások igen eltérő eredményeket hoznak, és ezek ellentmondásban vannak a „józan” számításokkal, politikai deklarációkkal. Izigalmas szociológusi-politológusi feladat lehet az eltérések okának elemzése.

Az elemzéseket nehezíti, hogy az idő rövidsége miatt még nem kaphatunk korrekt választ arra, hogy a 2007 első félévében bevezetett reform-intézkedések hogyan hatottak a hálapénzre.

A hálapénz nagyságrendjére vonatkozó kutatások évek óta tág határok között mozgó értékeket becsülnék: 30 md-tól 80–100 md Ft-ig.

Kornai és társai TÁRKI kutatásai már 1999-ban 33 md Ft-ot jeleztek, ez nagyságrendben és tendenciában megfelel a KSH Nemzeti Számlák becslésének.

A KSH Nemzeti Egészségügyi Számlák kutatása az ellátásban résztvevők számából kiindulva, a hálapénz adás gyakoriságára és nagyságrendjére vonatkozó kutatásokat felhasználva készíti el becslését. Ez a becslés valószínűleg a legtöbb kutatást és a legtöbb szempontot integrál. E szerint 2002-ben 40,6 md, 2005-ben 58,7 md Ft volt a magyar lakosság által kifizetett hálapénz nagyságrendje.

Az ESKI 2006-ban a Szonda Ipsos-szal készítettett felmérésében szereplő gyakoriságok és nagyságrendek alapján, egy ugyanabban az időben az Egészségügyi Minisztérium megrendelésére készített Medián felmérés eredményeit is felhasználva, az orvos-beteg találkozások tényadataira számítva 100 md Ft-os összeget becsült.

Változó lakossági mintán történő megkérdezésekre alapozva több egyéni kutatás ennél kisebb nagyságrendeket eredményezett.

- ▶ Az OLEF 2003-as kutatása 28,7 md Ft-ot említ.
- ▶ A Generali Reform Műhely Mediánnal készítettett kutatása 2007-ben 28 md Ft-ra teszi a hálapénz mértékét.

A számítások módszertana nem mindig ismert, így az eltérések okáról nem tudunk nyilatkozni. A szokásos hálapénz fizetés átlagos összege több kutatásban is egybecseng. E szerint a házi orvosoknak alkalmanként adott hálapénz kb. 4–6000 Ft, szakrendelésen dolgozó orvosnak 6–9000 Ft, a kórházi orvosnak 16 000 Ft. Ebből a házi orvosi adatok jelentenek némi meglepetést, mert a kutatások eredményei szerint nem igazolódik az a közhely, ami szerint a kórházi ritka forint helyett a sűrű fillér a meghatározó az alapellátásban.

Ami a kutatások eredményében különbözik, az a hálapénzt fizetők aránya és (nem minden kutatásban figyelembe véve) a hálapénzt fizetők éves fizetési gyakorisága. A kutatások eredményét nagymértékben befolyásolja a kérdésfeltevés milyensége, az alkalmazott minta, a módszerek.

A hálapénzről – még mindig nem utoljára

Az alábbi táblázatban azt foglaltuk össze, hogy az egyes kutatások eredményei alapján az ellátórendszer egyes szintjein milyen a hálapénz-adás gyakorisága.

	Háziorvosnak	Szakorvosnak	Kórházi orvosnak	Nővérnek, szakdolgozónak
Medián 2006	Válaszadók 15%-a	Válaszadók 15%-a	Válaszadók 61%-a	Válaszadók 33%-a
Szonda Ipsos 2006	Válaszadók 15%-a évente 2,1-szer	Válaszadók 15%-a évente 1,8-szor	Válaszadók 23%-a évente egyszer	Válaszadók 14%-a évente 1,8-szor
Medián 2007	Válaszadók 8%-a	14%	Válaszadók 50%-a	

Egy, a vizitdíj bevezetése utáni tapasztalatokról készített felmérés a hálapénz csökkenéséről tudósít. Háziorvosnál az adott vizitdíj nagysága a felére esett vissza (Medián 2007, azok körében, akik a vizitdíj bevezetése előtt és utána is adtak hálapénzt). Ezek a felmérések azonban várhatóan legalább egy féléves időszak tapasztalatainak értékelése után hozhatnak valódi eredményt.

Összességében megállapítható, hogy a hálapénz egy nehezen kutatható terület, de a kutatások többsége szerint jelentősége nem csökkent az utóbbi években. Felvetődik annak a lehetősége, hogy az össz-tömeg viszonylagos változatlansága mellett az utóbbi években kevesebben, némileg magasabb összegeket fizetnek az egészségügyben.

III. A paraszolvencia típusai

A paraszolvencia rendszer visszaszorításához tisztázni kell magát a fogalmat, a paraszolvencia lényegét, típusait. Maga a szó valójában történetileg nem is létezik (a Google-ben paraszolvencia-ként –„eredeti írásmódként”, keresve is csak magyar nyelvű találatok vannak!), tehát ez a görög-latin szóösszetétel, ami leginkább „mellék-járandóság”-ként fordítható, csupán az orvosi szakzsargonban, illetve a magyar közéleti nyelvben ismert.

Ez a „mellék-jövedelem” értelemszerűen nem egységes. Az alábbi fő csoportokra bontható:

▶ **Érdek nélkül adott pénz**

- ▶ Hálából adott ajándék vagy ajándék-helyettesítő: a tényleges hálapénz. Ez csak utólag adható.
- ▶ Szokásból adott pénz: a szokásokat elismerő, az alacsony jövedelmeket társadalmilag bekalkuláló szokás. Az éttermek rutin 10% borraavalójához hasonló: minden átlagosan zajlott, ezért én is kifizetem az átlagos, szokásos „bérkiégészítést”. Sem háláról, sem vásárolt/kapott extraszolgáltatásról nincs szó.

▶ **Érdekből adott pénz**

- ▶ Konkrét tárgyiasulás nélküli, a jóindulat felkeltését célzó „áldozatbemutatás” jellegű paraszolvencia.
- ▶ Hátrány elkerüléséért adott pénz. Felmérések igazolják, hogy a betegek egy része „védelmi pénz” jelleggel fizet, azaz nem konkrét előnyt vár, hanem (*vélt vagy valós*) hátrányt kíván kiküszöbölni.
- ▶ ellátásszervezés/időpont-egyeztetés (beteg-út management megvásárlása),
- ▶ Vesztegetésnek nem minősíthető szolgáltatás-vásárlás illegális módon (számla nélküli vásárlás, ahol nem a szolgáltatás nyújtása kriminális, „csupán” a számla-nélküliség):
- ▶ technológia megválasztása (mikroinvazív beavatkozás, szakmailag nem indokolt érzéstelenítés, alternatív szülés-vezetés stb.),
- ▶ szakmailag nem indokolt intézményválasztás legalizálása (mandulaműtét klinika).

▶ **Korrupció az orvos által az intézmény kárára:**

- ▶ intézményi erőforrások feletti magán-diszpozíció: VIP szoba, újszülöttemel való együttes elhelyezés stb.,
- ▶ nagyobb erőforrás-igényű technika igénybevehetősége – nem szakmai indok alapú hozzáférés eladás (alternatív szülésvezetés, speciális eszközök stb.),
- ▶ munkaidőben, állami asszisztenciával és anyaggal történő magánrendelés.

▶ **Anyagi előny szerzése vesztegetéssel:**

- ▶ hamis igazolások kiállításai,
- ▶ hamis (orvos-szakmailag nem megfelelően indokolt) utalványozás: táppénz, recept, gyógyászati segédeszköz, kórházi/szanatóriumi beutaló.

▶ **Illegális co-payment – a társadalombiztosítási ellátások igénybevehetőségének hálapénzhez kötése**

- ▶ A paraszolvencia egyértelműen kriminalizált formája az, amikor a beteg csak akkor jut hozzá a közfinanszírozott ellátáshoz, ha az e felett diszponáló orvosnak fizet (csak paraszolvencia ellenében végzik el a szükséges ellátást, ennek fejében kerülhet fel a várólistára stb.).

IV. A paraszolvencia okai

1. Okok – a mélyben

A legtöbb szakértő a hálapénzt a szocialista egészségügy – pontosabban a szocializmus – kreatúrájának tartja. Joggal merül fel a kérdés, hogy **akkor miért nem múlt ki a szocializmussal együtt a hálapénz-rendszer is?**

A válasz kétszintű. A közgazdasági megközelítés szerint az egészségügy *szürkegazdaság jellege akkor a legalacsonyabb, ha egy szolgáltatási piacon a beteg mint vásárló, az ellátó mint eladó áll egymással szemben.* Ez az eset – mely ideál-tipikusnak sem tekinthető – természetesen nem lehet a korszerű társadalmak egészségügyi szolgáltatási rendszerének meghatározója. *A társadalmi igazságosság és hozzáférési biztonság jogos igénye (a harmadik fizető – társadalombiztosítás vagy állami szolgálat – belépése) a piac tekintetében szükségszerűen beavatkozásokat, kényszermegoldásokat szül,* és ez szükségszerűen gyengíti az orvos-beteg kapcsolat direkt – így korrupciómentes – jellegét. A harmadik fizető belépése

- ▶ egyrészt elszemélyteleníti az orvos-beteg kapcsolatot,
- ▶ másrészt a harmadik fizető (az ellátás-szervező) által a hatékonyság, igazságosság érdekében alkalmazott eszközök – mint kapacitás-korlátozások, kényszersorolások, kötelező beteg-út meghatározás stb. –, mind *erősítik az illegális fizetési esélyeket,* hiszen a szolgáltatásvásárló és az igénybevevő érdeke nem esik egybe, ezért a betegnek érdeke az, hogy az orvost a döntési pontokon a saját igénye szerint befolyásolja. *(korrupciós nyomás az ellátórendszer részéről)*

Mindezt erősíti, hogy az ellátó, pedig nem piaci, hanem hatósági áron dolgozik, ráadásul személyében általában olyan alkalmazottként, akinek a jövedelme nem függ a tevékenységétől, népszerűségétől.

A másik ok, ami miatt nem csökkent, hanem nőtt a paraszolvencia rendszer jelentősége **az elmúlt 20 évben: az egészségügy folyamatai nem követték a társadalom alapfolyamatait,** ebben a szegmensben maradt fenn leginkább a szocialista rendszer szemlélete. Általános igény lett a szolgáltatások személyességének, differenciáltságának, minőségjavulásának elvárása, és ez az egészségügyben nem, vagy csak lemaradással következett be. Az ellátás személyessége nem javult, nem vált „ügyfélbarátabbá” a rendszer, a paternalizmust legfejebb a közöny és gépiesség, de nem a beteg-barát attitűd és környezet váltotta fel. És a több cikluson átívelő ezirányában tett deklarációk ellenére a mai napig senki nem tud egy orvossal szerződést kötni arra, hogy az őt személyes ellátásban részesíti (ő operálja), és nem lehet számlát kérni arról, hogy valaki altatásban szeretné azt a műtétet, ami nem feltétlenül indokolt. És ha az intézmény valamiről ma már tud is számlát adni (pl.: beutaló nélküli intézmény-választás díja, kezelőorvos megválasztása) ez a pénz elvben sem jut el a kezelőorvosig, tehát marad a borítékrendszer. *(korrupciós nyomás az ellátórendszer részéről)*

Az igény-növekedés mellett az ellátási csomag meghatározatlanságából fakadó szürkezőnák szélessége az, ami tág teret nyit a manipulációkra.

Mindezek eredőjeként **egyre tágabbá nyílik az olló a közfinanszírozott intézmények egyen-szolgáltatásai és a lakossági igények között,** és ezen **szakadék az áthidalásának egyetlen eszköze ma boríték.**

2. Okok – amiért adjuk

A paraszolvencia okai a fentiekből következnek. Egyrészt valóban létezik olyan eset, amikor a beteg ténylegesen a háláját kívánja kifejezni, és nem tagadható az a motiváció sem, hogy a hálapénz egy jelentős része a társadalmilag elfogadott „illik adni” típusú borralaló, vagy éppenséggel informális co-payment, amikor sem háláról, sem ellenszolgáltatásról nincs szó.

A paraszolvencia-rendszer okai a fentiek alapján az alábbiakban foglalhatók össze:

- ▶ **Minőségi vagy mennyiségi hiány az egészségügyben**, ami ezen hiányok illegális megvásárlását eredményezi (**előny vásárlás**):
 - ▶ személyesség: személyes ellátás és bánásmód, a kezelőorvos megválasztása,
 - ▶ a beteg számára kedvezően menedzselt (szervezett) ellátás megszervezése,
 - ▶ minőségi, vagy annak vélt szolgáltatások, szakemberek megvásárlása,
 - ▶ ápolási hiányok megvásárlása,
 - ▶ igényes hotelszolgáltatási hiányok megvásárlása,
 - ▶ kontingált ellátások, kapacitás-hiányok megvásárlása (várólisták, illetve „jobb” intézményekbe kerülés).
- ▶ Beidegzett klisék a közgondolkodásban:
 - ▶ „illik adni”, illetve „más is ad” típusú alapállás,
 - ▶ hátrány elkerülése („rosszul bánnak velem, ha nem adok”),
 - ▶ a hálapénz-rendszer elfogadása az alacsony bérezés mellett (a borralaló és a szerviz-díj fogalmának összemosódása, az alacsony bérezés miatt az informális bérkiegészítés szükségességének elfogadása).
- ▶ A betegek hálája
Bár az írás központi gondolata, hogy Magyarországon alapvetően nem hálapénz van, hanem illegális szolgáltatás-vásárlásként „paraszolvencia” – „nem szabad a fürdővízzel kiönteni a gyereket”: az egészség igenis egy speciális és (hiánya esetén...) számunkra igen értékes „jószág”, ezért ennek helyreállítása, a fájdalomunktól, korlátozásainktól való megszabadítás igen komoly érzelmeket, hálát tud gerjeszteni. Ha ez utólag nyilvánul meg, akkor ennek semmilyen korrupciós jellege nincs. Kriminálizáltsága csupán az esetleges adó-eltitkolás esetén van.

3. A hálapénz és a bérezés összefüggése

A hálapénz okai között a leggyakrabban emlegetett érv az alacsony egészségügyi bérek kérdése. Ez egy olyan lényegi kérdés, amivel érdemes külön pontként is foglalkozni.

A paraszolvencia rendszer és az alacsony bérszínvonal közötti összefüggés vitathatatlan. De az összefüggés csak olyan értelemben véve igaz, hogy az **alacsony bérek a társadalom szemében legitimizálják a hálapénzt, és az orvostársadalom számára is ez ad lehetőséget az erkölcsi önfelmentésre.**

Ugyanakkor *ebből az állításból semmilyen módon nem következik az a rutinszerűen ismételt állítás, hogy a hálapénz megszüntetésének legfontosabb, legeredményesebb eszköze a bérrendezés.*

Elméleti és gyakorlati megfontolások azt támasztják alá, hogy nincs oksági összefüggés a bérhelyzet és a hálapénz között, valamint, hogy **a paraszolvencia-kérdés** (önmagában vagy elsődlegesen) **bérrendezéssel nem oldható meg**. Ennek érvei a következők:

- ▶ Más az ok, és ezt az okot a bérrendezés nem szünteti meg. A beteg a legtöbb esetben nem hálapénzt ad, hanem hiány pótlását, előnyt vagy kényelmet vásárol. Ezek a „vásárlások” jogilag ma a szürke-, vagy feketegazdaságba tartoznak. Általános az a tapasztalat, hogy a szürke-, vagy feketegazdaság a tisztviselők megfizetésével nem szüntethető meg (lásd a banki hitelbírálatokat a '90-es évek első felében). Ez csak akkor szüntethető meg, ha
 - ▶ vagy a hiány szűnik meg (lásd a Trabant-kiutalások kenőpénzét: ki ad ma 20% felért azért, hogy fél éven belül hozzájusson egy új autóhoz),
 - ▶ vagy olyan szabályozott, átlátható és számonkérhető rendszerek jönnek létre, amelyben a folyamatok tisztázottsága, átláthatósága miatt az ügyintézőnek nincs ráhatása az ügy kimenetelére, így a befolyásolás (vesztegetés) is értelmetlen (lásd még: adunk-e borraivalót a McDonalds-ban, és ha nem, miért nem).
- ▶ 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, és fordítva.
- ▶ A Medgyesy-kormány 50%-os béremelése semmilyen hatással nem volt a hálapénzre, ugyanakkor az első információk azt mutatják, hogy az ennél kevesebb bevétel-növekedést jelentő alapellátási vizitdíj érezhető hálapénz-csökkenést hozott. Tehát a béremelés nem, viszont az átlátható, nyugta szerinti fizetés befolyásolja a hálapénz nagyságát.
- ▶ Ugyanez igaz a személyekre is: 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.
- ▶ A paraszolvencia-rendszer okai között nem szabad figyelmen kívül hagyni a társadalom általános morális, mentális állapotát, problémakezelő mechanizmusait. Magyarországon az emberek zöme még az egyéni, „kiskapus”, a hivatalos utakat és közterheket megkerülő megoldásra szocializált, és nincs hagyománya a közösségi/legális/drágább, de biztonságosabb megoldások kultúrájának.

Mindebből következik, hogy a paraszolvencia-rendszer béremeléssel nem szüntethető meg. Nem az alacsony bér az elsődleges ok, így a terápia sem adequat. Ugyanakkor a döntéshozóknak azzal is tisztában kell lenniük, hogy *a paraszolvencia-rendszer más eszközökkel való megszüntetése nem esélyes egy kísérő bérrendezés nélkül*. Egyrészt, mert a hálapénz-tömeg kivonása a rendszerből valóban megélhetési problémák sorozatát okozná, és tovább fokozná az amúgy is jelentős pályaelhagyást, másrészt ez a feltétele a közgondolkodás átalakulásának is: ez teremti meg a hálapénz illegitimmé válásának alapját.

Szükség van tehát egy átfogó, középtávú, konszenzussal elfogadott bérrendezési programra, melynek elmei:

- ▶ reális bérfelzárkóztatási program,
- ▶ az egyéni teljesítményeket jobban elismerő jövedelem-szerkezet kialakítása.

V. Megoldási lehetőségek

1. Peremfeltételek

A hálapénz visszaszorításáért hozott intézkedés-csomag megalkotásánál pár tényvel, determinációval mindenképpen számolni kell.

- ▶ Önmagában a hálapénz ellen hozott intézkedés-sorozat – mint önálló cselekvéssor – nem lehet eredményes, ennek feltétele:
 - ▶ globális reform az egészségügyben, amely új szereplőket, új mechanizmusokat hoz a rendszerbe, és megváltoztatja az érdekeltségi viszonyokat,
 - ▶ globális kormányzati fellépés a szürkegazdaság ellen.
- ▶ A gazdasági peremfeltételek, a lakossági terhek korlátozása és az egészségügy működőképességének megőrzése érdekében olyan megoldás jöhet szóba, ami
 - ▶ összességében **nem növeli érdemben** (csupán átalakítja, számonkérhetővé és kompenzálhatóvá teszi) **a betegek terheit,**
 - ▶ **nem csökkenti érdemben az orvosi jövedelmeket,**
 - ▶ **nem veszélyezteti a konvergencia program megvalósulását,** azaz nem rak a költségvetésre erőn-felüli terhet.

A fentiekből következik, hogy **a hagyományos eszközökkel, a meglévő rendszer korrekciójával nem lehet eredményt elérni.** Radikális lépésekre, új gondolatokra, megközelítésekre van szükség.

A fentiekből szintén következik, hogy – miután zárt költségvetési korlátok mellett a másik két szereplő csak egymás rovására tudja az érdekeit érvényesíteni – **mindhárom szféra** – a betegek, az ellátórendszer és az állam – **érdek-sérelmét minimalizáló kompromisszumra van szükség.**

A betegek terhei egy tisztított rendszerben kismértékben növekednek, de ezt részben kompenzálhatja a legális vásárláshoz köthető adókedvezmény (egészségpénztárak) és a számonkérhetőség, a fogyasztóvédelem.

Az egészségügyi ágazat számára azt lehet ígérni, hogy összességében a hivatásrend nem jár érdemben rosszul, illetve a kifizetés jövedelemvesztést a „nyugodt álom”, a feketegazdaság fenyegetéseitől való megszabadulás kompenzálja.

Mindez nem lehetséges bizonyos **állami szerepvállalás** nélkül, ami a tehermérsékléshez és a jövedelem-vesztés csökkentéséhez szükséges adókedvezményt jelent, de ezt nagyrészt kompenzálja az a többletbevétel, ami az egész egészségügyi szolgáltatás-rendszer kifizetéséből fakadó költségvetési többletbevétel.

Miután összetett, és mély társadalmi beágyazottságú jelenségről van szó, az egylépcsős, radikális megoldás illuzórikus.

A hálapénz **megszüntetésére** – a történelmi, illetve más ágazati példákból látjuk –, hogy **nem alkalmas a közhelyszerűen emlegetett: „megfizetni és onnantól vasszigor”** jellegű **megoldás.** A hálapénzt csak – a tényleges – kialakulási okainak megszüntetésével lehet fokozatosan felszámolni, és ez komplex eszközrendszert igényel.

Ennek fő elemei:

- ▶ Átlátható, számonkérhető viszonyok teremtése az egészségügyben.
- ▶ A hiányok felszámolása, illetve a csak illegálisan megvásárolható szolgáltatások legálisan megvásárolhatóvá tétele.
- ▶ Verseny a köz-és magán-szolgáltatási rendszer között.
- ▶ A jövedelemvesztés kompenzálása.
- ▶ Át kell alakítani a közgondolkodást, segíteni kell az értéktudatos fogyasztói magatartás kialakítását az egészségügyben is.

A fenti célok szolgálatában álló eszközökről bővebben.

2. Nyíltság, átlátható szakmai szabályok

Az egészségügy finanszírozásának bonyolult szabályai nem könnyen átláthatóak 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 (Dr.Info) kialakítása, fejlesztése. Szintén lényeges a költségtudatosság kialakítása: a betegeknek meg kell kapniuk a tájékoztatást arról, hogy mibe került az ellátásuk, hogy az ő járulékukból mennyit fizettek a szolgáltatóknak. Ez a folyamat a „betegszámla” intézményével és az ügyfélkapun keresztüli tájékozódás lehetőségével elkezdődött.

Lényeges szempont, hogy a szakmai szabályok tisztázása, a protokoll szerinti igénybevétel és ellátás, a minőségbiztosítás csökkenti az ellátás befolyásolhatóságát, ezzel a paraszolvencia létjogosultságát.¹

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 feketepiac újabb gerjesztői, csak a megfelelő és nyílt szakmai szabályok, eljárásrendek adhatnak garanciát.

3. Az egyén választásához kötött szolgáltatások legális megvásárolhatósága

A legális piac kialakulásához – mint mindenütt – két dologra van szükség: fizetőképes keresletre, és megvásárolható termékre (szolgáltatásra). A fizetőképes kereslet – lásd paraszolvencia – megvan, de meg kell teremteni a legálisan megvásárolható szolgáltatások piacát.

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

A számla nélkül (tehát illegálisan) vásárolt többletszolgáltatás 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).

¹ 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?

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.

A lehetséges többlet-szolgáltatások három csoportba sorolhatók:

- ▶ **Klasszikus kényelmi (hotel jelegű) szolgáltatások:** ellátás körülményei, hotel, kommunikáció, étkezés, személyes ápolás (indokon felül) stb. Ebben a csoportban a többlet-szolgáltatás nem egészségügyi jellegű.
- ▶ **A biztosítási protokollban szereplő technológiáktól való eltérés.** Ebben a csoportban a szolgáltatás egészségügyi jellegű.
- ▶ **Eljárás-rendi korlátok átlépése:**
 - ▶ a kezelőorvos megválasztása,
 - ▶ beutalási rendtől való eltérés.

Ezért mind a paraszolvenciamentes egészségügy kialakítása szempontjából, mind a közfinanszírozású egészségügy – és így az egészségügyi rendszer igazságossága – szempontjából tisztább helyzet kimondani azt, hogy egyes, a beteg választásából fakadó többletszolgáltatást 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 a kórház részéről különleges erőforrás-igénybevételt (papás-mamás együttműködés, vízben-szülés stb.) jelent, vagy orvosi többletmunkát igényel (az adott időben oda be nem osztott orvos közreműködése), akkor ezt a betegnek ki kell fizetnie. Ez a rendszer felfogható egy co-payment rendszernek, de ez a megfogalmazás sem pontos: a beteg külön térítés nélkül (vizitdíj vagy általános napi térítési díj) megkapja a járulékáért azt, ami a társadalombiztosítás szabályai szerint neki jár, és az általa kívánt többletet megfizeti. 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 2007-ben életbelépő szabályok lehetővé tették a kezelőorvos megválasztását 30% különdíj fejében, de az OEP egyúttal ugyanennyivel csökkentte a szolgáltató finanszírozását, így a szolgáltató számára az ügylet nullszaldós, és nem teremt forrást arra, hogy a választott orvost honorálja a beteg befizetéséből. Így hivatalosan az orvos ingyen nyújt többlet-szolgáltatást, így érthető, hogy az aktus hálapénzzel zárul (vagy rosszabb esetben: indul...).

4. A jövedelem-vesztés kompenzálása

Amennyire igaz az az állítás, hogy a paraszolvencia béremeléssel nem oldható meg, ugyanígy igaz az, hogy a paraszolvencia kiiktatásából származó jövedelemvesztés valamilyen kompenzálása nélkül a rendszer nem marad működőképes, illetve olyan feszültségek, ellátási hiányok keletkezhetnek, amelyek nagyobb károkat okozhatnak, mint maga a paraszolvencia.

Lényeges, hogy a jövedelem-vesztés kompenzálásának csak egyik lehetséges eszköze a béremelés. Az elmúlt 15 év tapasztalataiból látni kell, hogy egy teljesítmény-arányos forrás-elosztási rendszerben a személyes béremelés garanciája a vegyes munkavállalási kategóriák mellett gyakorlatilag végrehajthatatlan, illetve több feszültséget okoz, mint hasznot. Ezért a béremelés lehetőségét megadó bevétel-növekedést célszerű csak ígérni (de ez

elkerülhetetlen!), és meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy a ma hálapénzként jelentkező egyéni motiváció, teljesítményarányos többletbevétel legálisan jelentkezzen.

Ennek feltételei:

- ▶ A legálisan megvásárolható szolgáltatások körének bővítése, illetve olyan intézkedések bevezetése, amelyek kötelezően a legális irányba terelik a szolgáltatás-vásárlást (a 30%-os szabály „élővé” tétele a beutalási és műtéti elosztási szabályok változtatásával, mint pl.: a súlyponti kórházban szenior orvos csak a beteg választása alapján végezhet rutinműtétet).
- ▶ A ma meglevő intézményi ellenérdekeltség megszüntetése. (Ha a beteg választ és kifizeti a 30%-ot, az OEP ezt visszavonja, így nincs meg az érdekeltségi rendszer fedezete. Ezt meg kell változtatni.)
- ▶ Az adószabályokat úgy kell megváltoztatni, hogy – az adórendszer egyéb szabályaihoz illeszthetően – minimalizálják a jövedelem-kifehéritésből származó veszteséget. (Pl.: egészségügyi dolgozó új vállalkozásként egy ideig várakozási idő nélkül beléphetnek az EVA körbe).
- ▶ A keresleti oldal és a kiegészítő biztosítások élénkítése érdekében egységesíteni kell a nonprofit és forprofit önkéntes kiegészítő biztosítások adókedvezményét, illetve meg kell fontolni az egyéni egészségügyi előtakarékossági számla bevezetését².
- ▶ A munkajogi szabályok és munkavállalási szabályok olyan változtatása, ami lehetővé teszi a kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások, és az ahhoz kapcsolt egyéni vállalkozóként nyújtott többletszolgáltatások elszámolását.

5. A legális szolgáltatói verseny erősítése

Alapállítás, hogy a **feketepiacot csak legális piaccal lehet megszüntetni**. Az egészségügyben a legális szolgáltatásvásárlás (igény-kielégítés) nemcsak a közfinanszírozási rendszer keretein belül lehetséges. A másik **lehetséges eszköz a közfinanszírozású és magánfinanszírozású intézményrendszer versenyének a megteremtése**.

A külön megfogalmazott javaslat lényege – lásd az alábbiakban hivatkozott könyvem – hogy **a biztosítottak az ellátást az ellátásukra kötelezett szolgáltatóknál vehetik igénybe az általános, társadalombiztosítási szabályoknak megfelelően. Ha nem az erre a célra lekötött kapacitásokat választja a beteg (pl.: „telki kórház”), akkor a beteg kifizeti a szolgáltatás piaci árát, és a biztosító a betegnek társadalombiztosítási ár adott részét (pl.: 70%) utólag visszatéríti**. Így a szolgáltatási piacon új, minőségi és a jelenlegi árnál kedvezőbb szolgáltatások jelennek meg. Mindez ösztönzően hat a kiegészítő biztosításokra is.

Az egészségügy szürkegazdaság jellegének elterjedt és tipikus formája az, amikor a **kórházi/klinikai orvosok** a kórházi körülmények között, munkaidőben a **kórházi erőforrásokra alapozva** (infrastruktúra, személyzet, fogyóanyag) illegális, vagy fél-legális **magánrendelést végeznek**. Illegális akkor, ha a beteg hivatalosan nem is jár a kórházban, vagy legalábbis nem a rendelés céljából, és fél-legális, amikor a kórház megpróbálja ezt technikailag az ambuláns rendelései közé beilleszteni, és ebben az esetben kettős finanszírozás van: a beteg fizet az orvosnak, a biztosító a kórháznak.

² Kincses Gy.: A köz és a magán új együttélése az egészségügyben, 2002

Ezt a helyzetet csak **az intézményi magánrendelések legalizálásával** lehet felszámolni. El kell különíteni az ellátási kötelezettséggel rendelkező „köz”rendelést (ahol a vizitdíjon, vagy az esetleges „kiskassza” befizetésén kívül a betegtől tilos pénzt elfogadni, valamint ezeken a rendeléseken csak az oda munkarend szerint beosztott orvosok fogadhatnak beteget), és meg kell engedni a kórházon belüli magánrendelést. A kórházi magánrendelés

- ▶ csak az előre meghirdetett időben,
- ▶ kiírt tarifa és számla mellett,
- ▶ az ellátási kötelezettség nélküli szolgáltatók biztosítói térítési díja mellett

működik.

A biztosítói díj a szolgáltatóé (ebből tudja megteremteni az asszisztencia érdekeltségi rendszerét), a betegtől számla ellenében kapott díj a rendelést folytató orvosé.

A munkaidőben történő legális „maszekolás” azért nem „bűn”, mert az orvos ebben az időben a munkahelye számára is bevételt termel.

Az alapellátásban a verseny szempontjából lényeges kérdés a területi ellátási kötelezettség **(TEK) nélküli házi orvosok kérdése**. Ma ez a forma alapvetően nyugdíj-kiegészítési formaként működik, amikor a praxist átadó házi orvos egy szűkebb betegkört megtart magának, és csökkentett OEP finanszírozásból és hálapénzből egészíti ki jövedelmét.

A jövőben az alapellátásban **új, választékbővítő, versenyélénkítő szereplőnek kell tekinteni a TEK nélküli házi orvost**, aki természetesen a jövőben sem kap a kártyapénz mellé területi pótlékot, ugyanakkor **a betegeit** (általában előre meghatározott tarifa szerinti) **fix havi díjért veheti listára**. (Ezt a díjat fizetheti a beteg, vagy a kiegészítő biztosítása.) Így **ez a szegmens kifehéredik** (a *praxis működését nem a hálapénz, hanem a meghatározott díj, a beteg által önként vállalt co-payment biztosítja*), másrészt a lényegesen alacsonyabb betegszám mellett nagyobb eséllyel realizálódnak az alapellátás eredeti céljai, az egészség-management és a beteg-út szervezés.

A fenti eszközök együttes hatásaként:

- ▶ valós szolgáltatói verseny indul meg, nő a beteg választási lehetősége;
- ▶ kibővül/elérhetőbbé válik a legális szolgáltatás-vásárlási piac, ezzel csökken a hálapénz-tömeg;
- ▶ jelentősen nő a számlaadási fegyelem a magánszolgáltatói körben, hiszen a beteg a számla alapján jelentős visszatérítést kap;
- ▶ a magas önrész-arány és a megelőlegezési kötelezettség miatt nem kell érdemi keresletbővülésre számítani a közfinanszírozás területén, az esetleges kiskassza bővülést viszont kompenzálja a csökkentett tarifa miatti megtakarítás;
- ▶ csökken a külföldön igénybevett szolgáltatások költségterítési kötelezettsége.

6. A kiskassza-rendszer legalizálása

Bár az alap-cél elérésében – a hálapénz kiváltása legális szolgáltatás-vásárlással – a fent részletezett elemek érdemi áttörést hozhatnak, azt is látni kell, hogy **a fenti technikák nem oldják meg a hálapénz-rendszer összes problémáját**. Nem alkalmazhatók azokban az esetekben, ahol a beteg nem konkrét szolgáltatást vásárol, hanem „általában” ad pénzt szokásból, hálából vagy egyéb okból, amelynek skálája a lelkiismeret megnyugtatótól a vélt hátrány elkerüléséig terjed. Másrészt **a hálapénz legális szolgáltatás-vásárlássá alakítása nem, vagy csak kismértékben orvosolja a hálapénz belső elosztási igazságtalanságait**.

Ezért szükség van arra, hogy olyan mechanizmust is keressünk, amely alkalmas arra, hogy a nem tárgyasult hálapénz esetében is:

- ▶ a legális jövedelemkörbe, pénzforgalomba vonja be a hálapénznek ezt a fajtáját,
- ▶ (legalább részben) korigálja a hálapénz torz belső-elosztási viszonyait.

Erre leginkább egy, a magyar egészségügy történetében helyenként még ma is élő technika, a „**kiskassza**” rendszer újraélesztése *lehet* alkalmas. A megoldás lényege: az intézmény, a szervezeti egység dolgozói, **az összes, a betegektől kapott jövedelmüket egy „kiskasszába” teszik, és ebből a pénzből egy fix belső elosztási rend szerint minden, a betegellátásban részt vevő dolgozó részesül.**

Közgazdaságilag ez a megoldás a borraavaló szervízdíjjá alakításához tehető hasonlónak. A szervízdíj lényege: a be nem vallott, nyom nélküli borraavaló számlával fizetett – így a legális pénzforgalomba bevont – szervízdíjjá alakul, amit igen kedvező adófeltételek mellett csak a dolgozók (nem csak a pincérek) személyi juttatására kell felhasználni. Ezt az elvet lehet az egészségügyben is alkalmazni: a nyomon követhetően beérkező pénzt – a kiskassza hagyományoknak megfelelően – egy belső-elosztási rendszerben a betegellátásban résztvevők között kell szétosztani, és itt is meg kell keresni azokat az adózási technikákat, hogy a kifizetésben minden fél érdekelt legyen.

Meg kell keresni annak a lehetőségét, hogy

- ▶ a beteg befizetése bizonylatolva legyen,
- ▶ a közteher-elvonás olyan mérvű legyen, ami egyrészt „megéri a nyugodt álmot”, másrészt a lakosság szemében is hihetővé teszi azt, hogy az egészségügynek, és nem az államnak róttá le háláját,
- ▶ a beteg anyagilag is érdekelt legyen a legális adományozásban,
- ▶ az ezzel kapcsolatos többlet-adminisztráció minimalizálva legyen.

Az adminisztrációjában: a beteg *vagy egy számlaszámra utal, vagy a vizitdíjjal azonos módon és helyen tudja a legális hálapénzt befizetni.* Az is lehetővé tehető, hogy a beteg nevesítve is tud befizetni, amit a belső elosztásban figyelembe kell venni.

Ez a megoldás rendelkezik a kiskassza összes erényével:

- ▶ **igazságosabbá teszi a rendszert**, mert a belső elosztás miatt a jelenleginél sokkal egyenletesebben oszlik el a hálapénz, azok is kapnak belőle, akik ma nem (radiológus, műtősnő, labor-asszisztens stb.),
- ▶ egyenletesebbé, **kiszámíthatóbbá teszi az egészségügyi dolgozók többletbevételét**,
- ▶ nem ösztönzi a főorvost arra, hogy minden beteget „lenyúljon”, ezért hagyja a fiatalabbakat operálni, tanulni.

Ez a megoldás **akkor válhat társadalmilag is elfogadottabbá, ha a vizitdíj-bevétel is a kiskasszába kerülhetne**, és ugyanezen elvek szerint kizárólag a dolgozók jövedelemkiegészítésére lenne felhasználva.

7. Az intézményi management megerősítése, az intézményi átalakulás elősegítése

A tapasztalások azt mutatják, hogy azokban az intézményekben, intézményrészekben, ahol erősebb a tulajdonosi érdekltség, illetve magántulajdonban 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 nemcsak elfogadják, de kérik is a paraszolvenciát: pl.: művese. Bár ezeken a területeken a magánszolgáltatók által fizetett átlagjövedelem valóban némileg meghaladja az egészségügy átlagos bérszínvonalát, ez a bér korántsem olyan magas, mint amire a MOK hivatkozik, tehát nem ez a hálapénz oka. Hasonló állítás igaz a magánfinanszírozású szolgáltatókra 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 „maszokolás”**, valamint tisztában vannak a hálapénz-nélküliség marketing értékével, amely ismételten visszaigazolja a társadalmi igényt a tiszta, egyértelmű, átlátható szerződéses viszonyok iránt.

A magán-management számára elképzelhetetlen az, hogy saját beruházásának megtérülése magánzsebekben realizálódjon. 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 kormánynak, de ez a folyamat egyúttal támogatja a hálapénz visszaszorítását is.**

8. A beteg-attitűd megváltoztatása

Az attitűd-kérdés legkevésbé kitérítve, 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 paraszolvenciát, mégis a beteg adja, és ezzel tartja fenn a rendszert. **Társadalmi jelenség, és ezért megszüntetni is csak a társadalom, a betegek tudják.**

Ehhez a közgondolkodás átfogó változása szükséges:

- ▶ A betegeknek el kell fogadniuk, hogy **nemcsak az egészségük rongálása, de a helyreállítása is pénzbe kerül.** Vagyis nincs ingyenes ellátás, csak térítésmentes, azaz valakinek mindenért fizetnie kell. (Ez a fizető jellemző esetben a járulékfizetők és az állam, és sokkal többet fizet helyettük, mint azt gondolnánk.)
- ▶ A betegeknek az egészségügyben is fel kell ismerniük azt, hogy **nagyobb biztonságot jelent a számla szerinti legális szolgáltatásvásárlás,** mert ahhoz fogyasztóvédelem, „garancia”, számon kérhetőség (vagy legalábbis elvárhatóság) kapcsolódik.
- ▶ A betegekben **csökkenteni kell a kiszolgáltatottság érzését.** Ugyanakkor el kell érni azt, 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 bevezetett „betegszámla” rendszer, ahol a beteg a zárójelentéssel, az ambuláns lappal együtt megkapja azt is, hogy mennyit fizet ezután a szolgáltatónak az egészségbiztosítás.

VI. Feladatok

A fentiekből következik, hogy a paraszolvencia rendszer felszámolása kiemelt prioritása, célja a reformnak, de nem igényel (nem igényelhet) önálló cselekvési teret, programot. A paraszolvencia rendszer elleni harc egyetlen érdemi eszköze a megkezdett reform-folyamatok konzekvens végigvitele, beleértve a biztosítási reformot is.

A paraszolvencia rendszer megszüntetése szempontjából kiemelkedő fontosságú reformterületek

- ▶ **Az egészségbiztosítás reformja**, olyan biztosítói magatartás kialakítása, amelyik konzekvensen érvényesíti az átláthatóság, a számonkérhetőség értékeit.
- ▶ **A legálisan megvásárolható szolgáltatások tömegének, spektrumának növelése.**
- ▶ **A hálapénz visszaszorulását kompenzáló bérszínvonal-növekedés megteremtése** (béremelés, adó és munkajogi szabályok megváltoztatása).
- ▶ **Az intézmények működési formájának, tulajdonosának megváltoztatása** a valós tulajdonosi magatartás kialakításáért.
- ▶ **A kiegészítő biztosítási rendszer fejlesztése**, a paraszolvencia-biztosítás jellegű konstrukciókat szolgáltatásvásárlássá alakítja.
- ▶ **A magánszolgáltatási rendszer bevonása a szolgáltatói rendszerbe, ezzel a legálisan megvásárolható szolgáltatási piac élénkítése.**

VII. 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, „életközelibbé” tenni. Ezért a hálapénz megszüntetésében a Kormány csak segíteni tud, de deus ex machina módjára beavatkozni, felülről megoldást hozni nem.

Miután **a paraszolvencia rendszer oka alapvetően a hiánygazdaságból fakadó szürke/feketegazdaság**, a felszámolás fő eszközei is ezek ellen irányulnak, mert **a feketepiacot nem lehet felszámolni sem ellenőrzéssel, sem büntetéssel, sem béremeléssel, csak legális szabad piaccal.**

A paraszolvencia rendszer felszámolása ezért csak hosszabb folyamatként, az egészségügy komplex átalakításának eredményeként lehetséges, nem pedig önálló intézkedéssel.

Felhasznált irodalom:

Balázs Péter: Hálapénz-paradigma: szubjektivan (?) az egészségügy rendszerváltásáról
In: Valóság, 1991. 34. évf. 4. sz.

Balázs Péter: Alapvető érdekeink az orvosi hálapénz stratégiai kezelésében.
In: Lege artis medicinae, 1996. 6. évf. 11. sz.

Balázs Péter: Orvosi hálapénz és társadalombiztosítás: pénzügyi összefüggések és történelmi ellentmondások
In: Valóság, 1998. 41. évf. 4. sz.

Tóth-Daru Péter: A hálapénz - korrupció?: pillanatfelvétel a válságban lévő egészségügyből
In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998. 36. évf. 3. sz.

Jelentés az orvosi hálapénzről: helyzetelemzés és következtetések / Hálapénz Bizottság
In: Budapest, Springer Orvosi K., 2000.

Bognár Géza, Gál Róbert Iván, Kornai János: Hálapénz a magyar egészségügyben
Tárki Társadalompolitikai Tanulmányok (17.) Budapest, Tárki, 1999.
In: Közgazdasági Szemle, 2000. 47. évf. ápr.,

Balázs Péter: Hálapénz és szabadfoglalkozású orvoslás: nemzetközi kitekintéssel
In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002. 40. évf. 2. sz.

Széll Kálmán: Az osztályvezető főorvos feudális státusza és a hálapénz
In: Kórház, 2001. 8. évf. 9. sz.

Kovács Zsuzsa: Hálapénz: orvosi praktikák
Budapest, Budapest-Print, [2003].

A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben
Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft, Budapest 2002. ISBN: 963 202 156 8

Balázs Péter: Hálapénz: megalkuvó önámítás a magyar egészségügyben.
In: Egészségügyi gazdasági Szemle. - ISSN 0013-2276. - 2004. 42. évf. 2. sz.,
p. 5-13.

Bugovics Elemér: Az adományról: hálapénz vagy paraszolvencia.
In: Egészségügyi gazdasági szemle. - ISSN 0013-2276. - 2004. 42. évf. ksz. (máj.),
p. 44-51.

Gaál Péter: Hála-pénz?: hála-kényszer.

In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. - ISSN 0013-2276. - 2004. 42. évf. ksz. (máj.), p. 22-33.

Kismarton Judit, Kelényi Zoltán: Az orvosi hálapénz.

In: Családorvosi Fórum. - ISSN 1585-8529. - 2004. 2. sz., p. 103-106.

Mihályi Péter: A hálapénzről: talán utoljára.

In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. - ISSN 0013-2276. - 2004. 42. évf. ksz. (máj.), p. 5-21.

Nagy Miklós: Hálátlan mutatvány: mire szolgál és mit helyettesít a magyar egészségügyben a hálapénz?

In: Egészségügyi Menedzsment. - ISSN 1585-0854. - 2004. 6. évf. 1. sz., p. 86-90.

Szijjártó László: A hálapénznek meg kell szűnnie!

In: Lege artis medicinae. - ISSN 0688-4811. - 2004. 14. évf. 8/9. sz., p. 638-639.