

# Hálapénz után a magyar egészségügyben

Balázs Péter dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Az *Orvosi Hetilap* alapítója, Markusovszky Lajos halálának 130. évében a Szerkesztőség felkérésére készített tanulmány.

A 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról a Büntető törvénykönyvet módosítva tiltja az egészségügyi szolgáltatásért adott jogtalan előnyt vagy annak ígérését. Másfelől az Egészségügyi törvény kiegészült az ellátás során elfogadható juttatásokra vonatkozó szabályokkal. Az orvosi közélet és a betegek a változásokat a hálapénz eltiltásaként fogadták. A hálapénz lényegében eltűnt, de az utóhatásaitól nehezebb lesz megszabadulni. A viszonyok rendezéséhez először tisztázni kell a szakdolgozók és a háziorvosok kvázihálapénzét, majd a szakorvosi paraszolvenciát (hálapénzt), amely perverz álmagánpraxisból származott a közfinanszírozott köztulajdonú ellátásban. Ez utóbbit csak a kétféle tulajdoni és finanszírozási forma radikális szétválasztásával lehetett megszüntetni. Minden további átalakítás kulcsa a járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátás, amely szakterülettől függően együtt (integrálva), eseti átjárással és külön-külön is művelhető. Szakmai, tulajdoni, pénzügyi és nem utolsósorban politikai alapon, a hálapénz utáni hazai viszonyaink között csak az a szakellátási rendszer lesz életképes, amely szektorsemleges módon az egészségpolitika, az orvosok és a betegek érdekeinek egyaránt megfelel.

Orv Hetil. 2023; 164(14): 523–532.

**Kulcsszavak:** hálapénz megtiltása, járóbeteg-szakrendelések, szakorvosi fizetések, szakorvosi magánpraxisok

## Aftermath of ban on Hungarian medical doctors' informal payment

Since 2020, Hungary's penalty law has banned any undue advantage or its promise for medical services. Parallel, the Health Care Act in force was changed concerning the legally acceptable allowances for medical care. Hungary's medical community and the patients received these changes as ending of the perverse informal payment system parasitizing the public financing. Informal payment disappeared indeed, but it will be hard to get rid of its ruins left behind. For creating transparency, first the health care workers' and general practitioners' quasi informal payment and finally the specialists' so-called parallel net-income (paid by patients' para-solvency) – which was an illegal fee for pretended private practice in the public health care – must be cleared. This pretence was eradicated by clear separation of private and public services. The key issue of any further changes is rearranging the in- and outpatient secondary care run either/or as integrated, separated or partially mixed systems. Determined by ownership, financial and professional environment, the only model will survive in the new era which is based on economic sector neutrality, complies well with the aims of health policy and interests of medical doctors and their patients.

**Keywords:** ban on informal payment, gratitude money, under-the-table payment, outpatient care facilities, specialists' wages, specialists' private practices

Balázs P. [Aftermath of ban on Hungarian medical doctors' informal payment]. Orv Hetil. 2023; 164(14): 523–532.

(Beérkezett: 2022. december 17.; elfogadva: 2023. január 28.)

### Rövidítések

Esztjv. = a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról; ktsz = kisipari termelőszövetkezet; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; OTI = Országos Társadalombiztosító Intézet; SZTK = Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ; ümk = ügyvédi munkaközösség

### Hálapénzes kísértetjárás a tiltás után

Az angol nyelvű nemzetközi irodalom és az Egészségügyi Világszervezet a magyar hálapénz leírására az *informal payment* meghatározást használja. Egy világméretű, rendszerelvű elektronikus irodalomkutatást végző közle-

mény 2019-ben ezzel a két keresőszóval 145 találatot regisztrált a PubMed, 193-at a Scopus és 106-ot a Cochrane Library adatbázisában. Feldolgozásuk végén a szerzők arra az egyáltalán nem meglepő megállapításra jutottak, hogy „nincs egységes megoldás az informális pénzforgalom csökkentésére, a megfelelő stratégia alkalmazása az egészségügyi rendszer típusának és pénzügyi szerkezetének függvénye” [1]. Európára összpontosítva, az egyik, 2021-ben megjelent közlemény az informális pénzforgalom ellen a betegek felvilágosítását és a magán-, illetve közszolgáltatások közötti kapcsolatok rendezését javasolta [2].

A hálapénz mint nyelvi lelemény egyedi és hazai fejlesztésű eufemizmus. Mögöttes tartalma miatt ellenáll minden valóságghú idegen nyelvű fordításnak, ugyanis kizárólag és álságosan csak a beteg (állítólagos) motivációját hangsúlyozza. Az egészségügyön belül mindenki tisztában volt a valósággal, ezért a szakdolgozók és az orvosok mindig is a paraszolvencia (vagy röviden: para) szót használták. Mellesleg ezt például angolra is jól lehetett volna fordítani, mint *patients' parasolvency*, vagyis a betegek párhuzamos fizetőképessége.

Amíg a terminológia nem tisztázódott (az orvosi borraivalól a hálapénzig terjedő skálán), ezt a mellékjöveldelmet az 1950-es években az egészségpolitika szélsőséges ideológiai kirohanásokkal és pártpolitikai fenyegetésekkel támadta [3]. A mindezt túlélő „hálapénzes” valóság tudományos felmérése az 1960-as évek végétől kezdődött, amikor a szociológiának úgynevezett engedélyezték a kérdőíves kutatásokat [4]. Később léptek színre a különböző elméleti (jogi, gazdasági, etikai, szociológiai) „megközelítések”. Az 1980-as évektől a szocialista virágnyelv mellőzésével a nyílt rendszerbírálókat is megjelentek. Egy átfogó szociológiai tanulmány szerint a hálapénzrendszer életben maradását a mindenkorai egészségpolitika „morálisan kétes, államilag hol tiltott, hol eltűrt, hol elnézett, hol felhánytorgatott” magatartása biztosította [5]. Az 1989. évi rendszerváltozás utáni légkörben a bírálókat konkrét megoldási javaslatokat is tartalmaztak a hálapénz felszámolására, de még a 2000-es évek kezdetén is úgy tűnt, hogy az „csak hosszabb folyamatként, az egészségügy komplex átalakításának eredményeként lehetséges, nem pedig önálló intézkedéssel” [6]. Ezek után a legújabb fejleményként, mintegy a komplexitás fölé emelkedve, egy jelentős orvosi fizetés-emeléssel a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról (Eszjtv.) a hálapénzt egyszerűen megtiltotta [7]. Ezért keltett meglepetést a hazai hálapénz-irodalom legújabb terméke, amely a paraszolvencia formalizálására tett javaslatot, egy technikai-politikai eszközökkel megvalósítandó kísérleti projekt keretében [8]. Elméleti igényességének jeleként a tanulmány táblázatát is közölte a paraszolvencia adásának négy típusáról (ismerethiány, hálaajándék, térítési díj, vesztegetés), arra utalva, hogy a kísérleti projektet a térítési díj típusú paraszolvenciára kellene alapozni.

## Romhalmaz a hálapénz után

A hálapénzt megtiltó Eszjtv. nem az alapellátásban, hanem a szakellátásban járt látványos következményekkel. A heves válaszreakciók közös nevezője a szabad orvosválasztás volt, elsősorban a műtétes szakmákban, amelyekben a szakorvosok a megemelt fizetésükhöz képest is igen nagy többletbevételhez jutottak. Ez utóbbira való tekintettel talán túlzott optimizmus volt, hogy az „orvosok jelentősen emelkedő illetménye okafogyottá teszi a betegtől elfogadott külön juttatást” [9]. Külön hangsúlyozandó a leginkább hálapénzes szülészet-nőgyógyászat, mivel Magyarország javítandó népesedési helyzete és a kormányzat népesedéspolitikai intézkedései ezen a területen erősebb társadalmi visszhangot gerjesztettek. Főként az utóbbi tényező miatt elhúzódó kormányzati bizonytalanság keletkezett a törvény végrehajtásának részleteit illetően. Ilyen légkörben, szinte azonnal az Eszjtv. hatálybalépése után jelent meg az egészségügyi közéleti irodalomban egy lapszemlézett forrásból érzelmi húrokra áthangolt írás, amely szinte azonnali működésképtelenséget vizionált a szülészet-nőgyógyászati osztályokon [10]. Másfelől a hálapénzmentő szakirodalom már idézett terméke sem véletlenül hivatkozott a szülészetre „mint az egyik legtipikusabb hálapénzes” szakterületre [8]. A szakorvoslás helyzetének tárgyilagos megítéléséhez azonban először tisztázni kell a szakdolgozók és a háziorvosok betegektől származó juttatásait, bizonyítandó, hogy a hálapénz specifikusan a szakorvosok üzletelése volt, elsősorban a fekvőbeteg-intézetekben.

### Informális szakdolgozói bevételek

A szakdolgozók hálapénze („nővéri para”) valójában mindig is csekély összegű juttatás, vagyis borraivaló volt. Ezt egy 2022-ben megjelent tanulmány (szándékától függetlenül) egyértelműen alátámasztotta [11]. Adatai szerint egyhetes kórházi kezelés alatt a szakdolgozók a betegektől/hozzátartozóktól műtéti/operatív területen számtani átlag szerint 12 390 Ft-ot kaptak, belgyógyászati területen 8917 Ft-ot, gyermekgyógyászatban 7889 Ft-ot. Nagyságrendileg az ilyen összegű juttatásokat – nem készpénzben ugyan – az Eszjtv. is megengedi, amennyiben azok nem tiltott előny szerzésére irányulnak, és nem lépik át a mindenkorai minimálbér 5%-ának értékhatárát.

A szakdolgozók között kivételes jelenség volt a szülésznők Eszjtv. előtti hálapénze, ugyanis végzettségük szerint önállóan vezethetik a szülést, a szakma fő tevékenységét, ha az szakorvosi beavatkozást nem igényel [12]. Továbbá magánfinanszírozott magángyakorlatot is folytathatnak, és ennyiben a helyzetük közelebb áll a szakorvosokéhoz, mint az összes többi szakdolgozóéhoz. Következésképpen mint „megkért szülésznők” a közintézményekben az orvosokhoz hasonló színlelt magángyakorlatot folytathattak. Különleges helyzetüket

eseti összegekkel is bemutatta egy 2021-ben megjelent tanulmány, a fővárosban 30 000–50 000 Ft-ot, a Dunántúlon 20 000–40 000 Ft-ot megnevezve [9]. Ennek tekintében a szerzők a fentiekben idézett újabb elemzésükben bővebb magyarázat nélkül csak arra utaltak, hogy szándékosan nem vonták be a szülészeti dolgozókat [11].

Összegezve tehát, a szakdolgozók körében a hálapénz tiltása után elvi változás nem történt, mivel a korábbi „borravalót” változatlanul elfogadhatták. Ugyanakkor a készpénzes juttatás tiltása jelentős veszteséget okozott, mivel az így megszerzett „alkalmanként több ezer vagy havi szinten több tízezer forint hálapénzt” az ajándéktárgyak semmilyen tekintetben nem helyettesítik [9]. Mindez még fokozottabban érvényes a szülésznők kiesett jövedelmére. Következésképpen teljes mértékben jogos a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának az az igénye, hogy a jelentősen megemelt orvosi fizetések után a szakdolgozók is arányos fizetésemelést kapjanak.

### *Hálapénz a háziiorvoslásban?*

A házi orvosok magánvállalkozók, de bevételeik túlnyomó többsége nem magánfinanszírozásból, hanem – területi ellátási kötelezettség alapján – a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK), tehát közpénzből származik. Ugyanakkor vállalkozásuk piaczgazdasági sajátossága a praxisnyitás szabadsága, a szabad orvosválasztás, a praxisjog adásvétele, és ha például foglalkozásegészségügyi szakvizsgálással rendelkeznek, ezen a területen is magángyakorlatot folytathatnak [13]. Megfelelő tárgyi és személyi feltételek mellett szabadon lehet házi orvosi rendelőt nyitni, de csaknem bizonyos, hogy az életképtelen lesz NEAK-szerződés nélkül. A közfinanszírozott betegek szabadon választhatnak házi orvost, de ezt befolyásolhatja a praxisok számának és területének (körzetek) megoszlása és az egy praxisban ellátható lakónépesség emelkedő számának degresszív finanszírozása. Másfelől a foglalkozás-egészségügyi alapellátásban teljes szabadság érvényesül. Kétségtelen, hogy a tér- és szám-beli demográfiai változások miatt feszültségek keletkeztek a helyi önkormányzatok által szabályozott körzeti rendszerben, de ezek államigazgatási megoldással (országos centralizáció) a praxisok területi és lakossági számának átszervezésével viszonylag egyszerűen megoldhatók [14]. A praxisjogi piacon viszont olyan tartós képmutatás uralkodik, amelynek felszámolására még csak kilátás sincs, pedig égető szükség volna a magán- és közérdek nyilvános és őszinte egyeztetésére.

A vagyoni értékű praxisjogot a 2000. évi II. törvény [15] hozta létre. Sajnos az értékének eredete körüli megnyilvánulások már a kezdetektől neveléses mellébeszélésbe fulladtak. Eufemizmusként, a vagyoni érték alapját „az évtizedek alatt kiépített praxis” képezte, amelynek ára például 1998-ban 4 és 20 millió Ft között mozgott [16]. Miután az épített ingatlan és annak telke, továbbá a rendelő felszereltsége (gép-műszer állomány)

jellemzően nem a házi orvos tulajdona, a praxis „kiépítettsége” kitűnő fedőnevet adott a praxisjog körül terebélyesedő közéleti narratívához. Ettől függetlenül mindenki tisztában volt az érték valódi letéteményével (ld. az alábbiakban), de ezt kollektív hallgatással a háttérbe helyezve, élénk vitákat lehetett folytatni az orvosi közéletben [17]. Történt ez annak ellenére, hogy egy 1999-ben készült kérdőíves hálapénzkutatás a valóságot számszerűen és egyértelműen feltárta. A házi orvosi parasztolvencia a betegek és az orvosok szerint is abból keletkezett, hogy az orvosok rendszeresen (például havonta) kijártak a betegek lakására. Ennek leggyakoribb (modális) díjtétele akkor 1000 Ft volt. Az orvosok válaszaiból számított számtani átlag szerint a tarifa 1951 Ft volt, a betegek szerint pedig 1640 Ft [18].

A betegek otthonában való orvosi látogatás tárgyilagos megítéléséhez hatályos jogszabályunkhoz kell fordulni. Ennek értelmében a közfinanszírozott alapellátás körébe tartozik „szükség esetén ... a beteg otthonában történő ellátása” [19]. Ugyanakkor a szükség esetét maga a házi orvos állapítja meg, tehát egyben azt is eldönti, hogy az ellátásnak van vagy nincs NEAK-fedezete. Az utóbbi esetben nincs tiltás arra nézve, hogy magánvállalkozóként magánfinanszírozott ellátást nyújtson a beteg vagy hozzátartozója kérésére. A fizetőképés kereslet területi allokációja sem lehet kétséges, ha ránézünk Budapest és a vármegyék komplex fejlettségi adataira. Egyáltalán nem kelt meglepetést, hogy ebben Budapest és a nyugati, illetve észak-dunántúli vármegyék (rangsorban Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Fejér és Vas) járnak az élen, ugyanakkor a leghátrányosabbak Jász-Nagykun-Szolnok, Békés, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád [20]. Részletesebb (például járási) területi bontásban persze még pontosabb, esetleg a vármegyei szintnek ellentmondó fejlettségi adatok is felszínre kerülhetnének. Amennyiben „az évtizedek alatt kiépített praxisok” értékének területi megoszlása jó egyezést mutatna a fenti területi adatokkal, aligha kétséges, hogy egyes praxisok miért értékesíthetők jó áron, másokra viszont ingyen sincs jelentkező. A praxisok értékét természetesen a felek érzelmi elfogultságai is befolyásolhatják. Nem véletlen, hogy a keresleti-kínálati piacon kialakult viszonyokról a legújabb hirdetések még csak irányarat sem közölnek [21], az ingyenes átadás kivételével [22]. Kivételként (piaci alapon nem értékesíthető praxisok) csak helyesíthető, hogy a praxiskezelő országos állami szerv „ellátásbiztonsági szempontok” alapján beavatkozzon, ha az adott körzet 6 hónapon túl is betöltetlen maradna [14]. Mellesleg az ilyen beavatkozások pontosan és térképszerűen kijelölnék a „nem jövedelmező” praxisokat, és ezeket valamilyen pótlékkal (bármilyen fantáziánévvél) a szabadpiacon forgalomképesé lehetne tenni.

Összességében a fentiek alapján súlyos tévedés volna, ha az államigazgatás a vizitdíjakat és azok hatását a praxisjog értékére – végül az egész házi orvosi rendszerre – a régi hálapénzes reflexek alapján kezelné. Amíg nem beszélünk nyíltan ezekről a kérdésekről, és az igazi ér-

dekviszonyokat nem vesszük figyelembe, a házi orvosi rendszer minden átalakítása párhuzamos valóságban fog zajlani. Ez mindenkinek teher, amelytől minél gyorsabban meg kellene szabadulni. A magánszolgáltatásért fizetett vizitdíj jogszerű bevételként kezelendő, természetesen a vonatkozó bizonylatolási és adózási szabályok betartása mellett.

### *Hálapénz utáni ébredés a szakorvoslásban*

Nem kerültek ugyan nyilvánosságra az Eszjtv. szakértői háttéranyagai, de a törvény alapfilozófiája teljes összhangban van az Európára összpontosító, már idézett tanulmány [2] második megállapításával. Pontosabban a megoldás kulcsa „a magán-, illetve közszolgáltatások közötti kapcsolat” minősége. Az Eszjtv. ebben a tekintetben – egyébként nagyon helyesen – a teljes elkülönítés mellett foglalt állást. Az összeférhetetlenség (4. §) fő szabálya egyfelől területi, tehát az egészségügyi szolgáltató székhelyén vagy telephelyén csak akkor végezhető olyan egészségügyi tevékenység, amelyre a jogviszony nem terjed ki, ha erre a kormány által kijelölt szerv, meghatározott szakmában, előzetes engedélyt adott. Másfelől személyi természetű, ugyanis nem nyújtható egészségügyi szolgáltatás ugyanazon személy számára, akinek más jogviszonyban már ugyanazon betegség tekintetében az orvos egészségügyi szolgáltatást nyújtott.

Megjelent egy impresszum nélküli elektronikus kiadvány is, három jogász szerzőségével, az egészségügyi szolgáltatói jogviszonyról. Elektronikus elérhetősége (mok.hu jelzéssel) a Magyar Orvosi Kamara (MOK) szerepére utalhat a tanulmány létrejöttében. A szerzők álláspontja szerint felmentés adható a magán- és a közösségi szféra elhatárolása alól „egyes, kormányrendeletben meghatározott esetkörökben”. Véleményük szerint „ilyen lehet különösen a komplex megközelítést igénylő területeken, például a szülészeti-nőgyógyászati szakterületen nyújtott ellátások köre”. Megjegyzik azonban, hogy „a kivételeket meghatározó kormányrendelet” nem jelent meg a tanulmányuk lezárásáig [23].

A fenti kiadvány, az Eszjtv. 1. §-ának 5. bekezdésére utalva, külön fejezetben foglalkozik a kivételesen igénybe vehető személyes közreműködővel. Nem részletezve a közreműködő, illetve önkéntes segítő szerepét, a személyes közreműködőnek a betegellátáshoz az egészségügyi szolgáltató biztosítja a személyi és tárgyi feltételeket. Ez valójában szabadfoglalkozású munkavégzés a szakorvos részéről, amelyet két évtizeddel ezelőtt már részletesen szabályozott a 2002-ben hatályon kívül helyezett 2001. évi CVII. törvény [24]. Jelenleg a hatályos kormányrendelet [25] 7. §-a szerint adhat a szolgáltató saját dolgozóinak engedélyt további jogviszony létesítésére. Továbbá a 23. § 3. bekezdése szerint ellátási érdekből az országos kórház-főigazgató engedélyezheti a szolgáltató számára a személyes közreműködő igénybevételét. A részletes eljárási szabályokat az Országos Kórházi Főigazgatóság tájékoztatója tartalmazza [26].

A fentiek alapján, a „komplex megközelítés” jegyében, közszolgálati jogviszonnyal nem rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos is köthetne ilyen szerződést, például a várandósgondozási ciklus végén a szülés állami fekvőbeteg-gyógyintézetben való levezetésére. Ez azonban nem a szakorvos egyoldalú szándékától függ, a másik oldalon ugyanis az országos kórház-főigazgató adhat engedélyt „ellátási érdekből” a szerződés megkötésére.

Amennyiben az Eszjtv. szakorvosoknak szóló háttér-üzenetét akarjuk megfejteni, egyértelműnek kell tekintenünk az országos kórház-főigazgató nyilatkozatát, amelyben „óriási eredménynek nevezte”, hogy az esedékes határidő előtt az egészségügyben dolgozók több mint 95%-a aláírta az új jogállási törvénynek megfelelő szerződést [27]. Az „óriási eredmény” nyíltan azt jelenti, hogy az egészségügyi kormányzat kifejezetten kedvőtlennek tartotta volna a járó- és fekvőbeteg-szakorvosok távozását a magánellátásba. Ebből viszont súlyos tévedés arra következtetni, hogy a szakorvosok rendszerben maradása bármilyen formában igazolta volna a járó- és fekvőbeteg-szakellátás jelenlegi szervezeti-működési modelljét.

### **Válaszutak a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban**

Magyarországon 1945 után a hatalmat fokozatosan magához ragadó Magyar Kommunista Párt a nagytőkések államosítása után a kisvállalkozásokat is felszámolta. Az iparban csak a kisipari termelőszövetkezeteket (ktsz) engedélyezték, az ügyvédek ügyvédi munkaközösségbe (ümk) kényszerültek. A szakorvosok (kevés kivétellel) kénytelenek voltak feladni magánrendelőiket, és alkalmazottak lettek a köztulajdonú járóbeteg-szakrendelőkben. Ezek közfinanszírozását az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI), majd 1950-től a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK) végezte. Így keletkezett a közbeszédben az OTI-, majd az SZTK-rendelő elnevezés. Mellőzve a szocialista egészségügy múltjának részletezését, a kórházak telephelyein kívüli önálló járóbeteg-szakrendelések rendszerének bukását orvoshiány miatt egy szakminiszteri utasítás már 1975-ben nyíltan beismerte [28]. A kórházi közbeszédben ezt „integrációs rendelet”-nek nevezték. Valójában az történt, hogy a kórházi szakorvosok vonzó állására (paraszolvenca!) a mérhetetlenül álságos szocialista egészségügy ráterhelte a kötelező (vezénylées!) rendelőintézeti munkavégzést. Így a kórházi orvosok a munkaidő egy részét (akkor 50%-át) kénytelenek voltak a járóbeteg-szakrendelésen töltöni. Ennek súlyos szakmai és az egyes orvoscsoportokon belüli személyi következményeit a jelen tanulmány terjedelmi okok miatt nem tárgyalja.

Először az 1989. évi rendszerváltozás nyitott lehetőséget a járóbeteg-szakrendelés szélsőbaloldali modelljének lebontására. Magyarországgal ellentétben például az egyesített Németország radikális megoldást választott, miután a hagyományos szakorvoslás számára értelmez-

hetetlen volt a Német Demokratikus Köztársaság szovjet típusú rendelőintézeti hálózata. Ezért 1990 után a szakrendelőket, mivel „nem illeszkedtek a kapitalista modellhez, öt éves türelmi idő után kivezették a rendszerből”. Újabb létrejöttek ugyan társulások egyes szakorvosi rendelőik között, részben üzemgazdasági, részben szakmai megfontolások alapján, de ezeknek semmi közük nincs az egykori kommunista kényszermegoldáshoz [29].

Magyarországon a szocialista egészségügyi rendszer átalakításának eszmei menetrendjével a szakmai és a szélesebb közvélemény először 1991. augusztus 19-én találkozhatott [30]. Az ekkor megjelent Cselekvési Program a házi orvoslást egyértelműen a magánpraxisokra alapozta, és a szakorvoslásban is számításba vette a magánpraxisok visszatérését. Ezek jövőjével viszont a program csak érintőlegesen foglalkozott, és változatlanul hagyta a szocializmusból örökölt SZTK-rendelőket.

Rendszerszintű fordulat ezen a területen az utóbbi három évtizedben sem történt. Ennek ellenére mégis visszatért a szakorvosi magánellátás, különösen a szülészeti-nőgyógyászatban, de jelentős közhatalmi „ellenszéllel” szemben. A közfinanszírozás kevés kivétellel (nagyon helyesen) teljes fedezetet nyújtott és nyújt is a szakorvosi ellátásokra. Másfelől a NEAK nem szerződik a szakorvosi magánrendelőkkel, és ebben áttörő változásra egyelőre a hazai privátszféra tulajdonosai sem számíthatnak [12]. Ezzel szemben a fogorvosi ellátásban maga az állam kényszerítette ki a magánkeresletet és a jelentős magánfinanszírozott szegmens kialakulását [31]. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy a fenti kétféle rossz megoldás helyett nem lehetne egy mindenki számára kedvezőbb alternatívát találni.

Az Eszjtv. közvetlen utóhatása miatt azért kell figyelmet fordítani a járóbeteg-magánrendelésekre, mert csaknem bizonyos, hogy a megtiltott hálapénz elsősorban ezen a területen fog utat keresni magának. A nagyságrendeket illetően egy széles körű elemzés már 2007-ben arra hivatkozott, hogy a hálapénz összege „30 milliárdtól 80–100 milliárd Ft-ig” terjedhet [6]. Az egyik legújabb becslés, 2012 és 2014 közötti forrásokra utalva, nagyon óvatosan csak annyit állít, hogy a magyar lakosság évente milliárdokat fordít hálapénzre [32]. Ha ennek a keresletnek a jogszerű megjelenését magánalapon nem akarjuk akadályozni (okunk és lehetőségünk sincs erre), az egészségpolitikát mentesíteni kell az SZTK-rendszerhez való görcsös ragaszkodástól.

Szabad piacgazdaságban a tehetősebb fogyasztók (betegek) a pénzüket szakorvosi magánellátásra is költhetik, és nem kényszeríthetők a közfinanszírozott ellátásba. A magánellátás elleni politikai támadások „szegény- és gazdagellátás” címén csak hangulatkeltésre alkalmasak, de nem a viszonyok társadalmilag igazságos rendezésére. Az ilyen víziók gyártói megszólalás előtt jobban tennék, ha tanulmányoznák a „bismarcki” munkás-betegbiztosítás eredeti modelljének ma is érvényes társadalmi üzenetét. Az 1883-ban bevezetett német biztosítás a bérből és

fizetésből élőket védte, és azok között is a szerényebb jövedelemmel rendelkezőket [33]. Akiknek nagyobb jövedelmük volt, azok (szociális „büntetesként”) csak a piaci magánorvoslás költséges díjait megfizetve vehették igénybe a szolgáltatásokat. Valójában tehát a „bismarcki” rendszer – a társadalmi igazságosság jegyében – szociális betegbiztosítás volt a szó eredeti értelmében, és az is maradt mind a mai napig. A magyar „társadalom”-biztosítás szómágiájának eredete csaknem 100 évre vezethető vissza. Törvényi szinten az Országos Munkásbiztosító Intézet átnevezésével az 1928. évi törvénycikk 101. §-ának 1. bekezdése használta először az OTI megnevezést [34]. Ennek államosításával 1950-ben a kommunista hatalom vezette be új névként az SZTK-t, amely úgymond a kapitalista kizsákmányolás felszámolásával az egész magyar társadalmat volt hivatva biztosítani. A tőkés piacgazdaság visszatérésevel (1989) a tőkejövedelemből élő „gazdagok” is újra megjelentek, csak a „bismarcki” biztosítás eredeti modellje és szellemisége nem tért vissza. Az utóbbi három évtizedben a „gazdagok” egyre gazdagabbak lettek, de részesülhettek a szociális egészségbiztosítás előnyeiből (ha igénybe vették). Ezen túl pedig aprópénzért vásárolhatták meg a hálapénzes szakorvosok szolgáltatásait a járó- és fekvőbeteg-ellátásban. Ugyanakkor ez a hálapénzes minta jelentős terhelést okozott a társadalom kisebb jövedelemmel rendelkező részében. Alapjában véve hazai gondjainkat nem a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás okozza, az ugyanis más országban, például Ausztriában jól működik, de a magánkereslet és -kínálat szociális megbélyegzése és kirekesztése nélkül.

Ideális esetben a köztulajdonú és a magánszektor csak a komfortszolgáltatások színvonalában tér el egymástól. A műszaki tartalom a beruházási politika függvénye, de a fejlett világban egyetlen állami egészségügynek sem lehet célja, hogy orvosműszer- vagy kórháztechnikában látványosan lemaradjon a magánszektorhoz képest. Az utóbbi idealizálása okozhatja, hogy „a szegényebb családok is összeszedik a pénzt a drágább beavatkozásokra, amelyekhez az állami kórházakban nem vagy nem az elképzelt módon jutnak hozzá, akár teljes megtakarításukat is hajlandók elkölteni egy-egy műtétre, különösen egy szülésre, ha arra valamelyik családtagnak szüksége van” [12]. Személyi oldalról vizsgálva a jelenséget, az orvosokra nézve etikailag a leg súlyosabb gyanúsítás volna, hogy egy sebész például az appendectomiát kisebb vagy nagyobb gondossággal végezné az intézmény tulajdonformájától függően.

A jövőre nézve a hálapénz nélküli szülészeti-nőgyógyászati járóbeteg-magánellátást inkább mintáértékűnek, mintsem megtúrt kivételnek kellene tekinteni. Sőt a NEAK magánrendelőkkel is szerződhetne, ami a gyengélkedő SZTK-rendelőik erőltetése helyett működőképes rendszert eredményezne. A jelenlegi köztulajdonú (többnyire elavult) épített ingatlan- és gép-műszer állományt görcsösen védelmező állam helyett a szakorvosok szabadon dönthetnének a működés leggazdaságosabb

formáiról. Kétségtelenül gondot okozna a szakorvosi magánvállalkozások elterjedésével, hogy egészségügyi katasztrófahelyzetekben a jelenlegi 95%-os arány helyett csökkenne a közvetlenül vezényelhető létszám, de erre is lehet stratégiai megoldásokat találni.

Egyes szakmákban rutinszerű az átjárás a járó- és fekvőbeteg-ellátás között, tehát a megkezdett kivizsgálásokat és kezeléseket a szakorvos fekvőbeteg-intézetben is folytathatja. Mellesleg erről szólt a már idézett 1975. évi szakminiszteri utasítás is [28], csak éppen ellentétes irányban, vagyis a kórházi szakorvosok teljesítették a rendelőintézeti feladatokat is. Nem minden járóbeteg-kezelés folytatható azonban a szakorvos személyéhez kötve (aki esetleg nem is ragaszkodik ehhez) a fekvőbeteg-ellátásban. Másfelől a kórházakban számos fekvőbeteg érkezik osztályok közötti áthelyezésből, tehát intézeti kezelésből. Egyes szakmákon belül hagyományosan külön ambuláns és külön kórházi/klinikai területek is kialakultak. Azért volna kívánatos a vállalkozói magánpraxisok elterjedése (közfinanszírozási szerződéssel), mert ebben az esetben a gyakorlat dönthetne az elméleti modellek helyett. A vállalkozó szakorvos és a kórház hozna döntést arról, hogy az előbbi, szellemi szabadfoglalkozásuként, fekvőbeteg-intézeti munkát is végezzen. Tipikus példa a szülészet, ahol viszont intézetben belül a szabad orvosválasztás – egy ismert parafrázissal élve – komolyabb dolog annál, mintsem hogy azt a betegekre lehetne bízni.

## Szabad orvosválasztás az orvosok oldaláról

A szabad orvosválasztás mint érték megközelítése általában a betegek oldaláról történik, az emberi jogok, a hatályos jogszabályok vagy az orvos-beteg kapcsolat érzelmi (bizalmi) oldalának hangsúlyozásával. Zavartalanul működik a magánfinanszírozott praxisokban, a közfinanszírozott alapellátásban, sőt a járóbeteg-szakellátásban is. Az utóbbi esetében – sürgősségi ellátástól eltekintve – a betegek az orvosok munkaidő-beosztásának ismeretében dönthettek. Az Eszjtv. szerinti fekvőbeteg-ellátásban azonban célszerű ezt a jogot nem a beteg, hanem a munkáltató és az orvos oldaláról megvizsgálni.

Fekvőbeteg-intézeti munkarendben az orvosok csapatomunkát végeznek, amelyben a betegek orvosválasztása nemkívánatos mennyiségi és minőségi különbségeket idéz(het) elő. Korábban a választott orvosok intézték a kezeléseknél a betegek számára látványos részét, ugyanakkor „gondoskodtak” arról, hogy a háttér munkákat a hierarchia alsóbb szintjeit képviselő kollégáik elvégezzék. A végeredmény mennyiségileg és minőségileg is egyenlőtlen munkahelyi terhelés lett, ami valójában a munkáltatónak és a munkavállalónak sem állhat érdekében. Sőt ez a rendszer a szakorvosképzés folyamatában az ismeretek és készségek megszerzésének dinamikáját sem szolgálja. A szakorvosjelöltek hátrányba kerülnek az idősebb orvosokkal szemben, akik különösen a manuális szakmákban egyes beavatkozások végzését is monopolizál-

hatják. Egy ilyen modell végzetesen megszilárdult változata akkor alakulna ki, ha a munkáltató „az orvost nem választó pácienseket” kezelőknek a „térítési díj típusú paraszolvencia” helyett „teljesítményarányos bérkiegészítést” adna [8]. Ehhez képest még az egykori „kiskaszszarendszer” is becsületesebb volt, amelyben a pénzügyi terheket nem a magyar állam, hanem a jól kereső orvosok viselték.

A közfinanszírozott szakorvosi szolgáltatás lényegének megértéséhez azt kell leszögezni, hogy az nem versenypálya, tehát nem tekintheti példaképének az egykori kommunista munkaversenyt, de a tőkés piaci versengést sem. Közszolgálatban a teljesítmény meghatározott mennyiségű és minőségű munka elvégzését jelenti, amelyet „minden vagy semmi” alapon kell elvárni. A fizetésért nem kell több munkát végezni, következésképpen nincs szükség pozitív ösztönzésre. Amennyiben viszont az orvos nem végzi el a feladatait, a felelősségre vonás eddigi eszköztárát nem kell semmilyen innovatív negatív ösztönzéssel bővíteni.

Korábban a hálapénzes közegben – egy szükségszerű utasítási láncolat alá- és fölrendelt tagjai között – világosan kiderült a „versengő” közalkalmazottak rendszerének abszurditása. Újabban a hálapénz kivezetésével kétségtelen, hogy eltűnt a jövedelmi rendszernek egy olyan eleme, amely teljesítményre ösztönözte az orvosokat az állami egészségügyben [12]. Más kérdés, hogy ilyen teljesítményösztönzésre senkinek nincs szüksége. Országos szinten semmilyen közérdek nem fűződik ahhoz, hogy az intézmények egymással versenyezzenek, és közöttük akár szélsőséges különbségek jöjjenek létre. Az időarányos költségvetési finanszírozás, de a teljesítményvolumen-korlát is ezt a célt szolgálja. Továbbá intézményben belül sincs szükség arra, hogy az igazgató versenyeztesse az egyes szakmákat. Ezek után érthetetlen, hogy egy-egy betegellátó osztály orvosai közül miért kellene egyeseket plusz 40%-kal ösztönözni [14]. Ne kísérletezzünk oda nem illő „piaci elemekkel” a köztulajdonú közfinanszírozott ellátásban. Ha az államigazgatásnak a rendszer egészében hiányérzete volna a versengést illetően, akkor legalább ne akadályozza a szakorvosi magánellátás kialakulását.

## Alapelvek az orvosok fizetésében

A magánygyakorlatban az orvosi díjak történelmileg örökölt értékrend és a mindenkori keresleti-kínálati viszonyok szerint alakulnak. Ezekből adódik össze az időszakos (például egyéves) bevétel, majd a költségek levonása után a jövedelem. Ez több ezer éves modell, kockázati elemekkel, amelynek alapját az képezte, hogy az orvosi munka gazdaságtani szempontból szolgáltatás, nem anyagi természetű, és eredménykötelem sem terheli (*medicus curat, natura sanat*). Ugyanakkor az orvoslás mint a klasszikus hivatások (papok, jogászok, orvosok, pedagógusok) egyike – a többitől alapjaiban eltérően – esetenként megterhelő fizikai munkavégzést is igényel.

Értékfilozófiáját tekintve viszont azonos a többi hivatással, ugyanis az egészség axiológiai érték, tehát nem használható a munka eredményének közvetlen gazdasági értékmérésére.

A fenti nehézségeket a magánellátás árképzése pragmatikusan kezelte, és történelmileg egyes társadalmakban az orvosi/sebészi tarifák államigazgatási védelmet is élvezhettek. A gondok a 19. században akkor jelentkeztek, amikor az orvosokat az állam tömegesen közszolgálatba állította. Mellőzve a történelmi részleteket, végeredményként az orvosi fizetéseket illetően világszerte kétféle stratégiai irány alakult ki. Az egyik az orvos belső személyi értékeit tekinti alapnak, a másik a társadalmi-gazdasági környezet külső értékítéletére támaszkodik. Belső érték lehet a többi között az elméleti tudás szintje, a manuális és menedzsmentkézségek, a végzett munka természetéhez való alkalmazkodás, a szakmában töltött idő mint a tapasztalatok halmozódásának indikátora és az orvos magatartásának etikai minősége. A külső érték-mérés empirikus-pragmatikus megfontolásból, a történelmileg kialakult szabadpiaci árakból és a társadalmi haszonelvűségből indul ki, bizonyos analógiákat és méltányossági szempontokat is figyelembe véve [35].

Az empirikus-pragmatikus megközelítés tipikusan az Amerikai Egyesült Államokban (USA) érvényesül, és szakmák szerinti erőssorrendben határozza meg az alkalmazott orvosok fizetését. 2022-ben például a fizetések számtani átlaga 183 429 USD/év volt. A legnagyobb fizetést az ortopéd és a szemész szakorvosok kapták (482 000 USD/év), utánuk a plasztikai sebészek (471 000 USD/év), a kardiológusok (430 000 USD/év), a radiológusok (419 000 USD/év) és az urológusok (408 000 USD/év) következtek. A hazai szakmákkal is összevethetően a ranglista alján (187 000 USD/év) az allergológus szakorvosok találhatók [36].

Az Egyesült Királyság National Health Service rendszerében a szakorvosi fizetéseket a szakmai tapasztalat szintje határozza meg a gyakorlatban eltöltött évek száma alapján. Ennek középső sávja 2–5 év, a kezdőkhöz képest átlagban 32%-kal több fizetéssel, míg a sáv fölött a fizetés átlagban 36%-kal nagyobb [37]. Németországban az alkalmazotti fizetést a munkahelyi beosztás (segédorvos, szakorvos, részlegvezető és osztályvezető főorvos) és ezen belül a szakmában eltöltött idő befolyásolja. Alaphelyzetben a beosztás szerint több mint kétszeres (2,34) a különbség a segédorvos és az osztályvezető főorvos között. Magánpraxisban a radiológusok jövedelme a legmagasabb (850 000 EUR/év), és a nőgyógyászoknál (217 000 EUR/év) kevesebbet csak a neurológusok és a pszichiáterek (180 000 EUR/év) keresnek [38].

## Orvosi fizetések Magyarországon a hálapénz kivezetése után

Magyarországon az Eszjtv. új fizetési rendszere történelmi tehertételként és célként is magán viseli a hálapénz-rendszer hagyatékát. Tehertétel a hét évtized alatt rögzült

hálapénzes szakorvosi rangsor és a versengő közalkalmazottak „szabad orvosválasztás”-ból örökül hagyott kísértetjárása. A fizetések célmodelljében a szakmák közötti „fűnyíró elv” viszont továbbra is fenntartja a hiányszakmák újratermelődésének veszélyét. Tekintettel a fentiekben említett nemzetközi példákra, az Eszjtv. és az alacsonyabb szintű jogszabályok nyomán a szakorvosi fizetések rendszerében hibrid megoldás jött létre. Egyfelől az orvos belső értékei képezik az alapfizetést, másfelől erre egy elviekben nem tisztázott tapasztalati-gyakorlati kiegészítés fog ráakodni. Járulékos szempontként az sem hagyható figyelmen kívül, hogy Magyarország nem függetlenítheti magát (különösen az Európai Unión belül) a nemzeti piacok orvosi fizetéseitől, ami pozitív és negatív ösztönzőként is működhet a szakorvosok nemzetközi migrációjában.

### Belső értékek szerinti megoldás

Főszabályként az Eszjtv. 8. §-ának 8. bekezdése az egészségügyi szolgálati jogviszonyban eltöltött időt határozza meg az orvosi fizetések alapjaként. Összegeként 2023. január 1-jei hatállyal 0–2 év között az alapfizetés 687 837 Ft, a 41. évtől kezdődően pedig 2 380 057 Ft. Munkaköri beosztásként a hatályos kormányrendelet hét fokozatot nevez meg: 1) orvosvezető, orvosigazgató, 2) vezető főorvos (osztály, részleg, rendelő), 3) orvos, 4) szakorvos, 5) alorvos, 6) adjunktus, 7) főorvos [39]. Ezeknek azonban nincs közvetlen befolyásuk a fizetésekre. Változtatásukra 60%-os (–20%, illetve +40%) sávban a munkáltató által évenként legalább egyszer elvégzett minősítés alapján kerülhet sor. Tekintettel ennek szubjektív elemeire, az egységesség és tárgyilagosság érdekében a vonatkozó kormányrendelet [25] 3. számú melléklete az orvossal szemben támasztott követelmények címén tételiesen 34 értékelési kategóriát rögzített. Ezek a „munkakör ellátása szempontjából szükséges szakmai ismeretek”-kel kezdődnek, és olyan részletekkel is foglalkoznak, mint a műhibaperek és kártérítési ügyek, illetve a reoperációk száma. Továbbá, engedve a munkahelyi vezetők kreativitásának, még „egyéb lényeges körülmények” is értékelhetők. A „reoperációk száma” egyértelműen kakkuktojás a tételek között, ugyanis név szerint egyedül utal a manuális szakmákra.

Az orvosi fizetések vezetői minősítés alapján történő differenciálása alapvető tévedés, és szükségtelenül terheli az orvoskollektívák belső személyi viszonyait. Szolgálati munkaszervezetben kölcsönös támogatásra van szükség, nem pedig a minősítések által generált versengésre. A színvonal tekintetében a már említett „minden vagy semmi” elvet kellene érvényesíteni. Tehát egy adott, de természetesen fejlesztendő színvonal felett, viszont alatta sincs szükség a „teljesítményekre”. Munkaerő-gazdálkodási szempontból nem a plusz-mínusz 40–20% adná az Eszjtv. igazi értékét, hanem az, ha a normatív követelményeket nem teljesítő orvos büntetésből a kockázatos szabadpiacon találna magát. A túlteljesítőknél is azt lehetne

tanácsolni, hogy ott kamatoztassák képességeiket. Ehhez természetesen működőképes hazai szabadpiacra volna szükség. Ráadásul különösen a mínusz 20% azt sugallja, hogy egy ilyen negatív ösztönzés csak óvatos figyelmeztetés volna, és nem sarkallná az orvost azonnali külföldi munkavállalásra. Ezzel szemben a plusz 40% azt üzeni, hogy a többletjövedelemért nem kell kilépni az állami egészségügyből, mert az a magánellátás kockázata nélkül ott is megkereshető. Úgy tűnik, hogy ennek ára, amelyet a munkahelyi kollektívák feszültségeivel kell megfizetni, kevésbé játszik szerepet a jelenlegi tervezésben.

### *Gyakorlati-tapasztalati szakorvosi rangsorolás*

A szakmák közötti különbségeket mellőző hazai fizetési rendszert már az 1950-es évek elején erőteljes támadás érte az akkor még orvosi borraivalónak nevezett informális fizetség részéről. Ez ellen a szélsőbaloldali retorika kíméletlen támadást indított, a gyakorlatban azonban védekezésre kényszerült. Aligha kétséges, hogy a röntgen-, tbc-, elme- és kórboncnok orvosok az alapfizetésükön túl miért részesültek 200 Ft-os pótlékban [3]. Ez akkor a kórházi főorvosok esetében az átlag-alapfizetés (sávszélesség: 1800–2200 Ft) 10%-ának felelt meg. A gyakorlatban tehát a hálapénzes juttatások kialakították az egyes szakmák jövedelmezőségi sorrendjét, amelynek semmi köze nem volt a történelmileg kialakult értékrendhez. Kevésbé ismeretes, hogy az USA-hoz hasonló empirikus viszonyítási alap Magyarországon is létezett a magángazdaságban. Sőt az utolsó tételes díjtáblázatot még az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. sz. törvényerejű rendelethez kiadott 8/1959. (XII. 31.) egészségügyi miniszeri rendelet 79. §-ához csatolt melléklet is tartalmazta [40]. Sajnos a szocialista egészségügy további három évtizedében, majd a rendszerváltozás utáni újabb három évtizedben ezt a tájékozási alapot végérvényesen elvesztettük. Ilyen előzmények után az Eszjtv. csak a szakdolgozók esetében nevezett meg illetménypótlékot (19. § 16. bek.), majd a vonatkozó kormányrendelet [41] az érintett szakmákat tételesen is kijelölte. A legnagyobb pótlékot (a pótlékalap 150%-a) az aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályon, a traumatológiai osztályon és a műtőkben dolgozó szakasszisztensek kapták. A középmezőnyhöz (a pótlékalap 120%-a) tartoztak a radiológiai és laboratóriumi asszisztensek, valamint a boncmesterek. Jól érzékelhető a szakmák alapján, hogy a rangsort a végzett munka súlyozott szellemi és fizikai igénybevételének mértékére alapozták.

Orvosokra vonatkoztatva a szakmák szerinti „leterheltségi szempontú besorolás” (magas-közepes-alacsony) először 2021-ben jelent meg, de nem az alapfizetések, hanem a kiegészítő ügyeleti díjak megállapításához [42]. Magas fokozatba került például az aneszteziológia és intenzív terápia, a traumatológia és a szülészet-nőgyógyászat, közepesbe a kardiológia és az orvosi laboratóriumi diagnosztika, végül alacsonyba a bőrgyógyászat és a patológia. Ehhez párosítva az intézmény/osztály leter-

heltségi fokozata is megjelent, az ügyeleti forgalmat, a forgalom intenzitását és a szakmai szempontokat is figyelembe véve. Emelkedő szintű leterheltségi fokozat szerint 15, 30 vagy 45%-kal magasabb kiegészítő ügyeleti díj állapítható meg. Illetménykiegészítés címén szakterületi támogatás nyújtható, de ebben az esetben a „leterheltségi szempont” jóval összetettebb formában (az intézmény betegforgalma, progresszivitási szintje, intézményi besorolás, szakterület, munkakör) jelenik meg. A kiegészítés a személyi alapilletmény 15%-áig terjedhet.

A különbségek mértéke, a szakmák szerinti eltérő munkateljesítmények elismerésén túl, a humán erőforrás hosszú távú tervezésében is jelentős szerepet játszhat. Egyes szakmák az orvos általános életvitelére is döntő befolyást gyakorolnak, a nagyon eltérő fizikai és szellemi igénybevételből adódó különbségek miatt. Ezekre is tekintettel kell lenni a hálapénz utáni világban a szakorvosjelöltek szakmaválasztási motivációit illetően.

### **Egészségpolitikai következtetések és zárógondolatok**

Csak helyeselni lehet, hogy az Eszjtv. éles határvonalat húzott a közfinanszírozott szolgáltatások és a szakorvosi magánpraxisok között. Tartani lehetett ugyan a szakorvosok magánpraxisba vonulásától, de a szolgálati jogviszonyban maradó több mint 95%-os aránya ezt a félelmet eloszlatta. Egyébként a 95%-os eredményt különösebb jóstehetség nélkül is előre lehetett látni, a NEAK ugyanis (nagyon helyesen) csaknem valamennyi szakorvosi ellátás igénybevételéhez térítésmentességet biztosít. Következésképpen ez hatásos visszatartó erő a betegek számára a jelentős összegekért elérhető magánellátással szemben annak ellenére, hogy egyes beavatkozásokra hosszú a várakozási idő a közfinanszírozott ellátásban. Szélsőséges példaként térdprotézisműtetre a NEAK-várólista a Nyugat-dunántúli régióban 460 napot jelöl meg, szaruhártyaműtetre pedig minden térségben 416 napot [43]. Arra viszont számítani kell, hogy a kitiltott hálapénz a szabadpiaci járóbeteg-magánpraxisokban keres utat magának. Legális formában azonban a vásárlóereje csökkenni fog, mivel a betegeknek fokozott terhet jelent, hogy a szolgáltatás tőke- és folyóköltégeit is szükségszerűen meg kell téríteniük.

Az egészségpolitika a köztulajdonú közfinanszírozott rendszeren kívül csak közvetett módon szabályozhatja a szolgáltatások világát, ugyanakkor közvetlen hatáskörében sokat árthat a hálapénz utáni viszonyok alakításában. Célszerű elfogadni, hogy a lakosságnak lesz pénze magánellátásra, kiegészítő vagy magánbiztosítás keretei között, és az embereket nem lehet a régi és többszörösen diszfunkcionális „SZTK-rendszer” korlátai közé szorítani. Magyarországon vállalkozói szabadság van, tehát bármely szakmában eddig is lehetett és ezután is lehet szakrendelést nyitni, megfelelő személyi és tárgyi feltételek mellett. Ebben a folyamatban a NEAK-nak úgy kellene kapacitásokat vásárolnia a magánellátásban – természet-



sen valós piaci értéken –, hogy azok kiváltsák az életképtelen köztulajdonú szakrendeléseket. Járulékos haszonként – elméleti modellek helyett – a szakorvosi magánrendelések a gyakorlatban dönthetnék el az egyes szakmák munkamegosztását a járó- és/vagy fekvőbeteg-ellátás között. Végül, „szegényekről és gazdagokról” szóló szociáldemagógiától mentesen csak az a rendszer fog zavartalanul működni, amelyik az állami egészségpolitika, az orvosok és a betegek érdekeinek egyaránt megfelel.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

## Irodalom

- [1] Zandian H, Esfandiari A, Sakha MA, et al. Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review. *East Mediterr. Health J.* 2019; 25: 914–922.
- [2] Horodnic AV. Trends in informal payments by patients in Europe: a public health policy approach. *Front Public Health* 2021 9: 780337.
- [3] Ádám Gy. Medical doctors' informal payment in Hungary. [Az orvosi hálapénz Magyarországon.] *Magvető Kiadó, Budapest, 1986; pp. 62–148.* [Hungarian]
- [4] Petó I. About financial and ethical incentives for MD lecturers in our university – experiences gained by questionnaires. [Egyetemünk orvosoktatói anyagi és erkölcsi ösztönzésének helyzetéről – Egy felmérés tapasztalatai a DOTE-n.] *Népegészségügy* 1972; 53(4): 241–244. [Hungarian]
- [5] Losonczy Á. Anatomy of vulnerability in the health care. [A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben.] *Magvető Kiadó, Budapest, 1986; p. 131.* [Hungarian]
- [6] Kincses Gy. About the informal payment – not at least yet. [A hálapénzről – még mindig nem utoljára.] *Egészségügyi Gazd Szle.* 2007; 45(4): 2–10. [Hungarian]
- [7] Hungarian Parliament. Act C. 2020 on the civil service in the health care. [Magyar Országgyűlés. 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.] *Magy Közl.* 2020; 224: 7036–7050. [Hungarian]
- [8] Velkey Z, Mikesy G, Lorenzocivi L, et al. Is the criminalization of informal payment a good idea? The role of the free choice of physician in the elimination of the phenomenon. [Jó ötlet-e a paraszolvencia kriminalizálása? A szabad orvosválasztás szerepe a jelenség megszüntetésében.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1670–1681. [Hungarian]
- [9] Julesz M, Kereszty ÉM. The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses. [A hálapénzzel kapcsolatos szokások a magyar egészségügyi szakdolgozók körében.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1658–1668. [Hungarian]
- [10] Webdoctor, review, 09. 01. 2021. Impossible position for pregnant women created by the new health legislation. [Weborvos, lapszemle, 2021. 01. 09. Lehetetlen helyzetbe hozta a kismamákat az új egészségügyi törvény.] Available from: <https://weborvos.hu/lapszemle/lehetetlen-helyzetbe-hozta-a-kismamakat-az-uj-egeszsegugyi-torveny-264451> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [11] Julesz M, Kereszty ÉM. Gift and informal payment to Hungarian nurses after the regulation changes in 2021. [A magyar egészségügyi szakdolgozóknak adott ajándék és „hálapénz” a 2021. évi jogi fordulat után.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 362–372. [Hungarian]
- [12] Hupucz P. Development of obstetrical care in our country in the first decades of the 20th century. [A szülészeti ellátás helyzete hazánkban a XXI. század első évtizedeiben.] *Nőgyógy Szül Továbbk Szle.* 2022; 24: 164–170. [Hungarian]
- [13] Ministry of Social Welfare. Direction 27/1955 (VII. 25.) about occupational health services. [Népjóléti Minisztérium. 27/1955 (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99500027.nm> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [14] Hungarian Parliament. Act LXXIII. 2022 on the amendment of specific health care acts [Magyar Országgyűlés. 2022. évi LXXIII. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról.] *Magy Közl.* 2022; 211: 9434–9442. [Hungarian]
- [15] Hungarian Parliament. Act II. 2000 on the self-employed medical practice. [Magyar Országgyűlés. 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről.] Available from: <https://njt.hu/jogszabaly/2000-2-00-00> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [16] Kovács E. Practice privatisation on the agenda. [Napirenden a rendelőprivatizáció.] *Magy Egészségpiac* 1998; 1(5): 170–171. [Hungarian]
- [17] Balázs P. Property right of medical practice and informal payment in the primary care. [Praxisjog és paraszolvencia a házi- orvoslásban.] *Eü Menedzsment* 2001; 3(2): 92–94. [Hungarian]
- [18] Bognár G, Gál RI, Kornai J. Informal payment in the Hungarian health care – a population based research report. [Hálapénz a magyar egészségügyben – kutatási jelentés a lakossági felvétel alapján.] *Társadalompolitikai tanulmányok* 17. TÁRKI, Budapest, 1999 (május). [Hungarian]
- [19] Hungarian Parliament. Act CXXIII. 2015. on the primary health care. [Magyar Országgyűlés. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [20] Kocziszky Gy, Szendi D. Comparative analysis of trends of economic development in Hungarian counties. [A magyar megyék gazdasági fejlődési pályáinak összehasonlító vizsgálata.] *Pénzügyi Szle. különszám, 2021; 2: 7–30.* [Hungarian]
- [21] Hungarian Medical Chamber, homepage: advertisements, practice ads. [Magyar Orvosi Kamara elektronikus honlapja: hirdetések, praxishirdetések.] Available from: <https://mok.hu/praxishirdetes> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [22] National Directorate General for Hospitals, Directorate of Primary Health Care Development: advertisement of GP practices. [Országos Kórházi Főigazgatóság, Alapellátásfejlesztési Igazgatóság: praxishirdetések.] Available from: <https://alappellatas.okfo.gov.hu/listings/> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [23] Ferencz J, Sebestyén LD, Szabó ISz. Service legislation in the health care – 2021. [Az egészségügyi szolgálati jogviszony – 2021.] Available from: <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Az%20eg%20C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20szolg%C3%A1lati%20jogviszony.pdf> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [24] Hungarian Parliament. Act 2001. CVII. on providing services in the public health care and divers forms of physicians' services. [Magyar Országgyűlés. 2001. évi CVII. tv. az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.] Available from: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0100107.TV> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [25] Hungarian Government. Edict 528/2020 (XI. 28.) issuing the enforcement of act C. 2020 on the civil service in the health care. [528/2020 (XI. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgálati

- jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról.] *Magy Közl.* 2020; 263: 8650–8661. [Hungarian]
- [26] National Directorate General for Hospitals. Information letter OKFÓ HR/1128-1/2021 on the premission of further labour law contracts of public servicemen and contracted in-person providers in public service. [Országos Kórházi Főigazgatóság. OKFÓ HR/1128-1/2021: Tájékoztató a további jogviszony és személyes közreműködő engedélyezéséhez.] Available from: <https://okfo.gov.hu/egeszsegugyi-szolgaltati-jogviszony> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [27] National Directorate General for Hospitals. Health care servicemen contracted up to 95% according to the new conditions. Press release, March 02, 2021. [Országos Kórházi Főigazgatóság. Az egészségügyi dolgozók több mint 95%-a aláírta az új szerződését. Sajtótájékoztató, 2021. 03. 02.] Available from: <https://okfo.gov.hu/web/guest/-/az-egeszsegugyi-dolgozok-tobb-mint-95-szazaleka-alairta-az-uj-szerzodeset> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [28] Ministry of Health Affairs. Direction 19/1975. (Eü. k. 12.) on the development of structure and function of preventive health care institutions. [Egészségügyi Minisztérium. 19/1975. (Eü. K. 12.) utasítás a gyógyító-megelőző intézményrendszer szervezetének és működésének továbbfejlesztéséről.] Hatályos egészségügyi jogszabályok gyűjteménye 1974–1989. Pallas Lap- és Könyvkiadó Vállalat, Budapest, 1989. I. köt. 682–685. [Hungarian]
- [29] Hyde R. Controversy accompanies polyclinic revival in Germany. *Lancet* 2006; 368(9537): 721–722.
- [30] Ministry of Social Welfare. Action program of reform in our health care system. [Népjóléti Minisztérium. Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására.] *Lege Artis Med.* Melléklet, 1991. augusztus 28. [Hungarian]
- [31] Balázs P. Economic features of rewarding physicians – changing for fair incomes in Hungary. [Az orvosi munka gazdasági értéke – objektíven az orvosi jövedelmekről.] *Lege Artis Med.* 2020; 30: 537–547. [Hungarian]
- [32] Nyerges É, Ferencz J. Medical doctors' informal payment – labour law concerns. [Az orvosi hálapénz munkajogi megítélése. 2020. 10. 13.] Available from: [https://munkajogportal.hu/szukse-g-torveny-t-bont-gondolatok-a-paraszolvencia-jogi-es-etikai-megiteleserol/#\\_ftn1](https://munkajogportal.hu/szukse-g-torveny-t-bont-gondolatok-a-paraszolvencia-jogi-es-etikai-megiteleserol/#_ftn1) [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [33] German Legislation: Act 1496 about workers' sickness insurance. [Deutscher Reichstag: Gesetz (Nr 1496), betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter.] *Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1883; 9: 73–104.* [German]
- [34] Hungarian Parliament. Act XL 1928 on the mandatory insurance for old age, invalidity, widowhood and orphanage. [Magyar Országgyűlés. 1928. évi XL. törvénycikk az öregség, rokkantság, özvegyesség és árvaság esetére szóló kötelező biztosításról.] *Corpus Juris Hungarici – CD-ROM változat – Budapest, KJK-Kerszöv, 2000. január 1.* [Hungarian]
- [35] Gunderman RB, Hubbard MA: The wages of healing: ethical issues in the compensation of physicians. *Med Sci Monit.* 2005; 11: SR5–SR10.
- [36] LeapScholar: Average Salary of a Medical Professional in the US. Available from: [https://leapscholar.com/blog/doctor-salary-in-us/#Average\\_Salary\\_of\\_a\\_Medical\\_Professional\\_in\\_the\\_US](https://leapscholar.com/blog/doctor-salary-in-us/#Average_Salary_of_a_Medical_Professional_in_the_US) [accessed: 2022 Dec 15.]
- [37] Salaryexplorer: Doctor / Physician average salaries in United Kingdom 2023. Available from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=228&loctype=1&job=13&jobtype=2> [accessed: 2022 Dec 15.]
- [38] Pobuda L. Physicians' salaries – How much do medical doctors earn? [Arzt Gehalt – Wie viel verdienen Ärzte?] Available from: <https://approbatio.de/arzt-gehalt/> [accessed: 2022 Dec 15]. [German]
- [39] Hungarian Government. Edict 256/2013. (VII. 5.) on the particular directions of increasing the allowances or wages and concerning benefits of specific health care servicemen and non-health-care servicemen providers. [Magyar Országgyűlés. 256/2013 (VII. 5.) Korm. rendelet egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300256.kor> [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]
- [40] Ministry of Health. Medical doctors' regulation: Act 8. 1959 on the medical doctors' regulations with by-laws of its enforcement. [Orvosi Rendtartás: az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet és a végrehajtására vonatkozó jogszabályok/Az Egészségügyi Minisztérium hivatalos összeállítása.] *Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest, 1966. pp. 76–81.* [Hungarian]
- [41] Hungarian Government. Edict 529/2020. (XI. 28.): Amendment of particular government edicts concerning the enforcement of Act C. 2020. [529/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet egyes kormányrendeleteknek az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásához kapcsolódó módosításáról.] *Magy Közl.* 2020; 263: 8661–8673. [Hungarian]
- [42] National Directorate General for Hospitals. Direction 1/2021 (XII. 29.) on the awards and managerial allowances of servants in state run health care providers. [Az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII. 29.) OKFÓ utasítása az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetményén felüli díjairól és vezetői juttatásairól.] *Hiv Ért.* 2021; 65: 6029–6035. [Hungarian]
- [43] XX. National Institute of Health Insurance Fund Management. Waiting lists v. 6.20: itemized availability of waiting listst. [Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. Várólisták v. 6.20: várólisták teteles lekérdezése.] Available from: [https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista\\_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/](https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/) [accessed: 2022 Dec 15]. [Hungarian]

(Balázs Péter dr.,  
Budapest, Nagyváradi tér 4., 1089  
e-mail: balazs-peter@windowslive.com)