

Orvosok véleménye, helyzete a magánegészségügy terjedése kapcsán

A magán egészségügyi ellátás Magyarországon, II. rész

Dr. Rékassy Balázs, Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértők
Révész Sándor, Soltész Attila, Planslab Kft.

BEVEZETŐ

Az IME 2018. július-augusztusi számában jelent meg a „Vadkapitalizmus virágzása, azaz mit szül a szabályozatlanság az egészségügyben. A magán-egészségügyi ellátás Magyarországon” címmel a jelen írásunk első része [1]. A cikk anyagát az IME XII. Egészséggazdaságtani Konferencián és Továbbképzésen is hallhatták a résztvevők. Az előző részben a magán egészségügyi szolgáltatók fejlődését, a piac változásainak hátterét, mozgatórugóit foglaltuk össze. Jelen, második részben a saját kutatásunk legfontosabb megállapításait mutatjuk be. Online kérdőíves felmérést végeztünk közel 300 orvos körében azzal a céllal, hogy az ő szempontjukból világítsunk rá a hazai magán-, és közegészségügy szabályozatlan viszonyának és rosszul elhelyezett motivációs rendszereinek következményeire. A gyakorló orvosok számára ma is kitölthető online kérdőívünk [2]. A két részes cikksorozatunk zárásaként, a mostani írásunk végén egészségpolitikai szakmai javaslatokat fogalmazunk meg a rendszerszintű kihívások és problémák kezelésére.

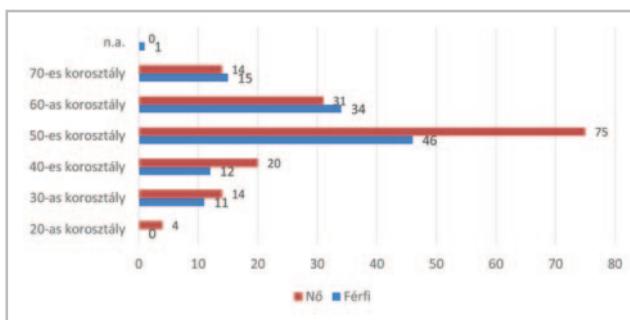
A kérdőívben 20 kérdés mentén az orvosok magán versus közfinanszírozott ellátásban töltött idejük, motivációik, jövedelmi helyzetük felmérésére koncentráltunk. Záró kérdésként kifejtős lehetőséget biztosítottunk arra, hogy a válaszadók fogalmazzanak meg javaslatokat a szabályozatlan helyzet rendezésére. Ezen válaszok közül, jelen cikk végén idézzük a legfontosabbakat.

Egészségpolitikai következtetésünk, hogy a jelen szabályozatlanság és alulfinanszírozottság az orvostársadalom körében tovább rontja a közfinanszírozott ellátás helyzetét, és mára a profitorientált magán-egészségügyi ellátás komoly elszívó hatással rendelkezik a közfinanszírozottal szemben, amely működőképessége és teljesítménye ezáltal még tovább romlik. Megfelelő szabályozottság esetén a magán egészségügyi ellátás hatékonyabb szereplője lehetne a hazai egészségügyi ellátásnak, és hozzájárulhatna az egészségügy végső céljához: a lakosság egészségi állapotának javulásához.

A kutatásunk az orvosok magán-, versus közfinanszírozott ellátásban töltött munkaidejével, elégedettségével, motivációival és jövedelmi helyzetével kapcsolatban ad egy statisztikus, nem reprezentatív látteleletet.

A KÉRDŐÍVRE VÁLASZT ADÓ ORVOSOK STATISZTIKAI JELLEMZŐI

Online kérdőívünket közel 290 véletlenszerűen kiválasztott orvos töltötte ki, amely minta még ebben az esetben sem tekinthető reprezentatívnak. A praktizáló orvosok kb. több, mint 1%-válaszolt a kérdéseinkre, de a válaszadók semmilyen ismert ismérv alapján nem reprezentálják az országos átlagot. A válaszadók között a mára már 20-25 év tapasztalattal rendelkező orvosok felülreprezentáltak, de külön örömmel számunkra, hogy számos fiatal rezidens, illetve fiatal szakorvos is kitöltötte a kérdőívünket.



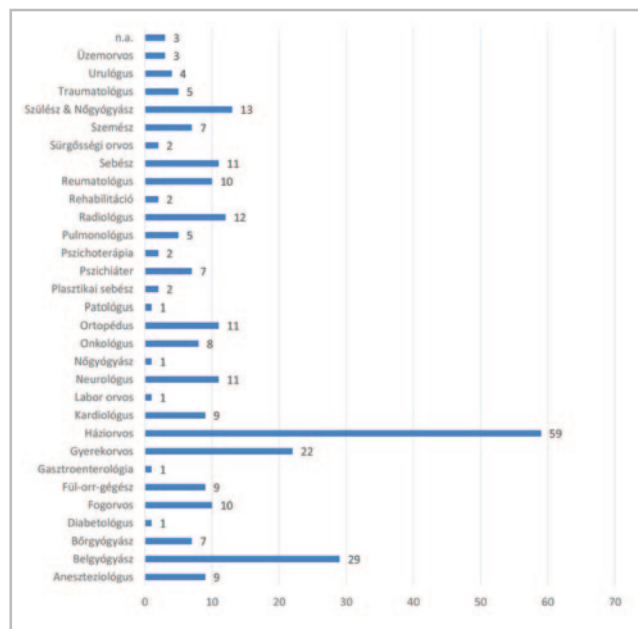
1. ábra
A válaszadók korosztályos megoszlása

A válaszadók kormegoszlásánál visszaköszön a magyar egészségügy 2 nagy problémája: a szellemi tudás nemzetközi versenyképességének köszönhetően egy komplett fiatal, most 30-40 év körüli szakorvos korosztály hagyta itt az országot; illetve a válaszadóink között 10%-ban képviselteti magát a még aktív, praktizáló, de elvileg nyugdíjkorú, 70 év feletti korosztály.

A válaszadók szakmájuk szerinti megoszlását a 2. ábra mutatja. Több mint 20%-uk háziorkosként dolgozik, így a későbbi számításoknál figyelembe vettük, hogy sajátos státusuknál fogva szakmájukban a magán ellátásban nem vehetnek részt, és bizonyos arányok kiszámításánál levontuk a háziorkosként dolgozó kollégák létszámát.

AZ ORVOSI STÁTUSZ, ANYAGI MEGBECSÜLÉS VÁLTOZÁSA – SZUBJEKTÍV ÖSSZEFOGLALÓ

A rendszerváltás utáni években az orvostársadalom közalkalmazotti fizetésének növekedése nem tartott lépést a versenyszféra hasonló értelmiségi fizetéseknek, jövedelemviszo-



2. ábra
A válaszadó szakorvosok szakmák szerinti megoszlása

nyainak növekedésével. Sokáig a hierarchikus, porosz orvosi piramis csúcsán álló főorvosgárda uralta és sikeresen nyomta el a rendszert, a maga extra jövedelemszerzését paraszolvenciából biztosítva. (Nem törődve, a fiatalabb generáció továbbképzésével, gyakorlati tapasztalatszerzési, és anyagi megbecsülési lehetőségeivel, azaz pályán maradásával.)

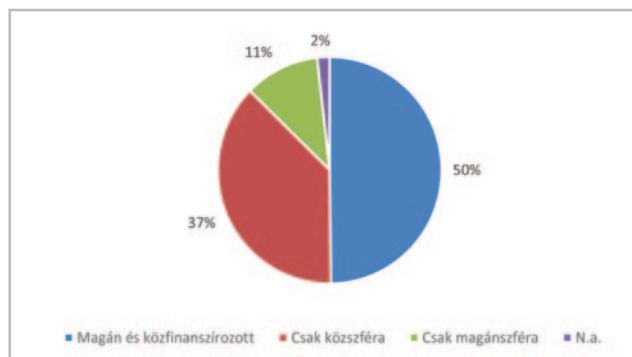
Országunk EU csatlakozása nagyban változtatott ezen a kitérés-hiányos lehetőségen, megteremtve egy fiatalabb generáció számára a diploma egyszerű elfogadtatásának és a külföldi munkavállalásnak a lehetőségét. Szinte egy teljes generáció hagyta itt a hazai egészségügyet, akik nem voltak hajlandók „beállni a sorba”, és tűrni és elviselni ezen porosz frusztrált rendszer anomáliáit.

Ahogy a harmincas éveikben járó orvosok itt hagyták az országot a jobb megbecsülést keresve, megoldást kellett találnia az extra jövedelemszerzésre, jobb munkakörülményekre az idősebb, de nem „orvos bárói” státusban lévő középkorú orvos rétegnek is. A növekvő magán egészségügyi piac főként a megfelelő tapasztalattal, pácienskörrel rendelkező 40-eseknek, 50-eseknek biztosít – egyre növekvő mértékben – extra jövedelemszerzési lehetőséget. Az extra jövedelemszerzési igény ördögi körként hat a magán növekedésére, és a közfinanszírozott ellátás romlására.

AZ ORVOSI FELMÉRÉS ÉSZREVÉTELEI

Ahogy felmérésünkben feltűnt, az összes válaszadó fele dolgozik vegyesen mindkét ellátási formában, 11%-a már csak magánban, és 31%-ban voltak azok, akik csak a közfinanszírozott ellátásban dolgoznak (3. ábra).

Ha levonjuk azon orvosokat, akik szakterületükön nem dolgozhatnak a magán ellátásban, úgy láthatjuk, hogy a



3. ábra
A válaszadó orvosok az ellátó hely finanszírozási formája szerinti megoszlása (házi orvosokkal együtt)

magánban (is) vagy már csak ott dolgozó orvosok aránya, több mint 2/3-a teljes sokaságnak. (Felmérésünkben csak a házi orvosokat tudtuk levonni a számításunkból, hiszen róluk tudjuk, hogy szakmájukban nem dolgozhatnak magánpraxisban.)

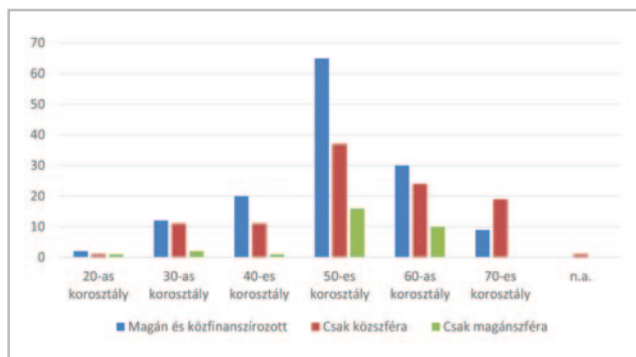
De ha még levonnánk azon szakmák képviselőit, ahol a magán ellátás nem jellemző (intenzív, onkológia, sürgősségi orvostan, traumatológia + a házi orvoslás) úgy nyugodtan kijelenthetjük, hogy azon szakmák képviselői, ahol a magán ellátásra is nyílik lehetőség, ott ma 4 orvosból 3 már a magán ellátásban is vállal szerepet.

További érdekes megfigyelésünk, hogy mely korosztály mely ellátási formában dolgozik leginkább. A teljes sokaságra nézve az alábbi megállapításokat tettük:

- A rezidens korosztály értelemszerűen közfinanszírozott kórházakban igyekszik megszerezni a szakvizsgálóhoz szükséges tudását. Annak érdekében, hogy megéljen, minden második orvos valahol extra munkát vállal a magán ellátásban is.
- A 40-es, jellemzően 10-20 év tudással rendelkezők között a legnagyobb azok aránya, akik „rohagnak” a különböző munkahelyeik között. 2/3-duk, (68%-uk) magánban is, és állami munkahelyen is dolgozik.
- Az 50-es korosztálynál ugyanez, tehát mindkét ellátási formában, (sőt akár több helyen is) dolgozók aránya 58%, de náluk ugrik meg azon orvosok aránya, akik döntöttek már, és teljes egészében otthagyták a közfinanszírozott egészségügyet, és csak magán ellátásban dolgoznak (16%) lásd 4. ábra.

Az 4. ábrán látszik, hogy a 60-as korosztály több mint fele mindkét ellátási formában igyekszik megkeresni a szükséges jövedelmét, de 15%-uk már döntött, és nem járul hozzá a közfinanszírozott ellátás szellemi tőkájének gyarapításához.

A magánfinanszírozott ellátás minden fejlett országban színesíti a képet, és kiegészítő szolgáltatásként ellátást nyújt a differenciálódó társadalmi igényekre. Az orvosi interjúk kifejtés részében világosan megfogalmazódott a válaszadók részéről, hogy a magán ellátásnak nem feladata a társadalmi hozzáférési és ellátási esélyegyenlőség biztosítása, a lakos-



4. ábra
A válaszadó orvosok az ellátó hely finanszírozási formája szerinti megoszlása korosztály szerint

ság egészségi állapotának komplex javítása, egységes és hozzáférhető ellátási struktúra biztosítása. A for-profit magán-ellátás jellegénél és érdekeltségi viszonyainál fogva különösen esetcentrikus, anyagi érdekeltsége és tovább küldési lehetőségeinek limitációja kapcsán nem képes valós komplex kivizsgálásra, betegségek komplex gyógyítására, sokkal inkább alkalmas a relatíve fiatal egészséges korosztály konzultatív szakorvosi ellátására vagy apróbb tervezhető megfizethető műtétek kivitelezésére.

A magánellátás megfelelő szabályozók mentén, segítheti és támogatja a közfinanszírozott ellátást, és hozzájárulhat a rendszer hatékony működéséhez, hiszen hatékonyságában, szervezettségében, költség-hatékonyságában, és minőségében sok esetben példát tud mutatni.

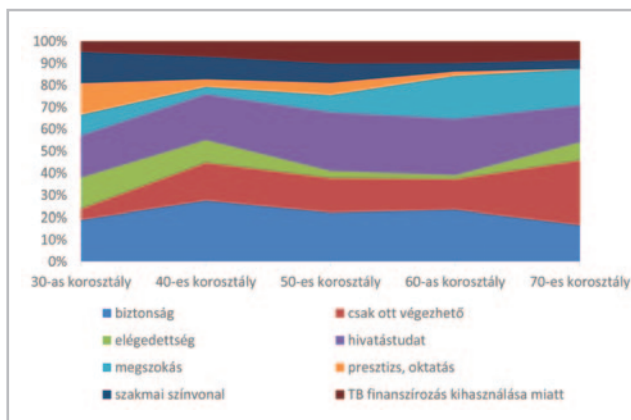
A magánellátást választó orvosok a jobb anyagi lehetőségek miatt választják a magánellátásban való munkát. Ma még többségük mindkét rendszerben dolgozik, de nő azok száma és aránya, akik már csak a magánellátásban dolgoznak. Ez tovább növeli a közfinanszírozott egészségügy amúgy is meglévő HR problémáit.

MIÉRT DOLGOZNAK A SZAKORVOSOK A KÖZFINANSZÍROZOTT ELLÁTÁSBAN?

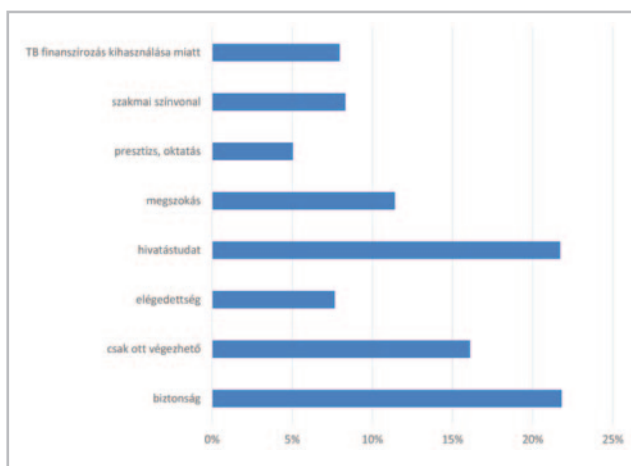
Az 5. és 6. ábrák mutatják be, milyen válaszokat kaptunk a szakorvosoktól, miért dolgoznak a közfinanszírozott ellátásban.

A közfinanszírozásban (is) dolgozók értelemszerűen a biztonságot, hivatástudatot emelték ki első helyen. Kiemelendő, hogy a válaszadók 8%-a (illetve azon korosztályokban, ahol a legmagasabb a magán ellátásban is dolgozók aránya, ott 10%-uk), első helyen bevallotta, hogy már csak azért dolgozik a közfinanszírozott ellátásban, hogy kihasználja a TB finanszírozású rendszer nyújtotta előnyöket. Azaz, így oldható meg számára, hogy tovább tudja küldeni a betegét vizsgálatokra, társ-konzíliumokra, és esetleg műtéti kapacitást saját célra is ki tudja használni, lásd még a 6. ábrán.

Első helyen holtversenyben a válaszadók között a hivatástudat, és a személyes biztonság, kiszámíthatóság, fix munkahely (mindkét esetben 22%-kal) végzett. A válaszadó



5. ábra
A „Miért dolgozik a közszférában” kérdésre adott válaszok, a válaszadók korosztálya szerint



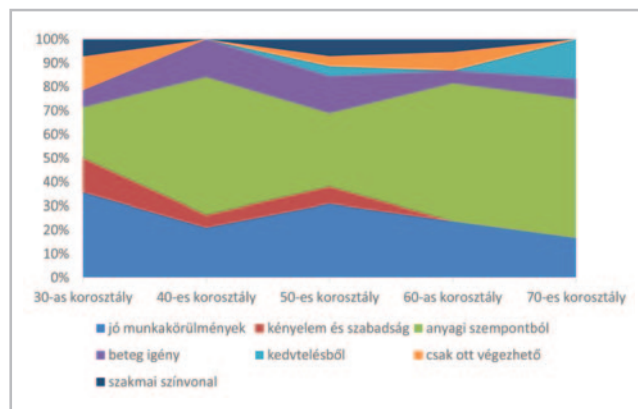
6. ábra
A „Miért dolgozik a közszférában” kérdésre adott válaszok, átlagosan, korosztálytól függetlenül

szakorvosok számára még mindig fontos a közfinanszírozott munkahely megítélése szempontjából, hogy bizonyos beavatkozások csak ott végezhetőek, ott működik igazi kollektív csapatmunka, és egyértelműen látszik, hogy egy-egy szakmában, egy-egy karizmatikus, jó vezető, és ügyes menedzser esetén – amelyhez szerencsés, profitábilis finanszírozás társul – az orvosok számára fontos a szakmai presztízs, és elégedettséget jelent számukra még mindig egy közfinanszírozott munkahelyen dolgozni.

Miért dolgoznak ma az orvosok a magánfinanszírozott ellátásban?

Megkérdeztük az orvosokat, hogy miért dolgoznak magán ellátórendszerben (is). A válaszadók több helyen említették, hogy a magán ellátás számára mennyivel egyszerűbb, hiszen nem kell olyan problémákkal foglalkoznia, mint „WC ülőke beszerzés,” „nővérek bérezése” stb., lásd a 7. ábrát.

Első helyen természetesen a magasabb jövedelem áll. A magánellátás nagyobb anyagi megbecsülése a döntő szempont (első hely 70 főnél a 157 erre a kérdésre válaszadóból, azaz 45%) ezt említette első helyen, amely érthető, hiszen



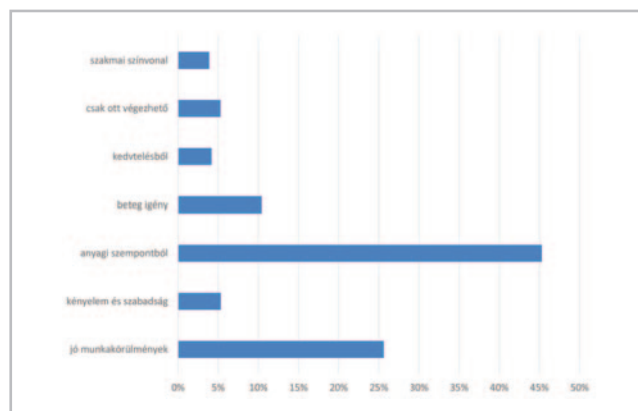
7. ábra
A „Miért dolgozik a magánfinanszírozott ellátásban” kérdésre adott válaszok, a válaszadók korosztályos megoszlásában

kevesebb idő alatt, sok esetben jobb munkakörülmények mellett, többet tud megkeresni az adott orvos. (Az időarányos átlagunk, egységnyi rendelési időre jutóan 33%-kal magasabb jövedelmet számított.)

A fizetésen felül igen nagy azok aránya, akik olyanokat említettek, mint

- betegek igénylik, hogy a magánellátásban dolgozzanak (értelemszerűen a beteg a magánellátásban tud időt venni az orvostól, tehát elvárhatja, hogy odafigyeljen rá)
- megjelent, hogy a magánellátásban már bizonyos területeken, és (nagyobb tőkeerővel, jobb szervezethez tartozó) szolgáltatóknál jobb szakmai színvonalat tud biztosítani,
- a magánellátásban nem kell vesződni menedzsment problémákkal,
- nem kerül a paraszolvencia miatt megalázó helyzetbe.

Kiemelkedett a magánellátás jobb szervezethez tartozó, jobb munkakörülményeket első helyen említők száma (41 fő a 157-ből). Viszont voltak olyan válaszadóink is, akik a magánellátásról negatívan nyilatkoztak, azon szolgáltatási forma fávágó jellegét, csapatmunka hiányát, unalmasságát, szakmai visszalépés jellegét, illetve vizsgálatok igénylésének, elszámolhatóságának hiányát hangsúlyozva.



8. ábra
A „Miért dolgozik a magánfinanszírozott ellátásban” kérdésre adott válaszok, átlagosan, korosztálytól függetlenül

Tény, hogy Magyarországon a magán egészségügyi ellátás ad-hoc jellegű, szakmailag nem felügyelt és nem irányított. Az adott szolgáltató vezetésére van bízva a minőség biztosítás. A köz- és a magánfinanszírozású rendszer nem kapcsolódik össze, egymást nem igazán segíti, hanem legtöbb esetben a magán ellátás az egyén, a páciens döntésére, az eladó marketingjére hagyatkozik. Mindez redundanciát, hatékonyságvesztést okoz.

Miért dolgoznak magánellátásban?

Az elmúlt hetekben szakorvosok részéről jelentkező csoportos anyagi követelések, illetve a régóta fennálló krónikus háziiorvos hiány is bizonyították, az olyan szakmákat is elérte az „engedtelenség” amely nem végezhető magán ellátási formában még kiegészítő formában sem, (alapellátás, sürgősségi ellátás, traumatológia, intenzív ellátás). E szakmákban a magánfinanszírozott ellátás indirekt jövedelemjavítása hiányában a közsféra béreit kell emelni. A problémák először e szakmákban fognak jelentkezni, hiszen az itt dolgozó orvosoknak nincs vagy igen limitált a lehetősége, hogy jövedelemkiegészítésként magán ellátásban vagy bárhol máshol is dolgozzanak. A válaszadó orvosaink 36%-a dolgozik csak közfinanszírozott ellátási formában, és döntően a fenti szakmák egyikében.

Megkérdeztük az orvosokat, hogy amennyiben jövedelemigényüket tudnák csak a közfinanszírozott ellátásból biztosítani, úgy dolgoznának-e csak ott. A válaszokat nagyban meghatározta a közfinanszírozott ellátás rosszabb szervezethez tartozó, leterhelő volta, de az orvosok több mint 2/3-a nem dolgozna magán ellátásban, ha jövedelmét tudná a közfinanszírozott ellátásból biztosítani (1. táblázat).

	nem	Igen
20-as korosztály	75%	25%
30-as korosztály	64%	36%
40-es korosztály	53%	47%
50-es korosztály	64%	36%
60-as korosztály	63%	38%
70-es korosztály	75%	25%

1. táblázat
Az „Amennyiben jövedelmét biztosítaná a közsféra, dolgozna-e magánellátásban” kérdésre adott válaszok

Volt olyan válaszadó kolléga, aki 50 év feletti szakorvosként az állami szakrendelője mellett, 5 további helyen vállalt szerződéses formában munkát, annak érdekében, hogy jövedelmét biztosítani tudja.

Kutatásunkban megkérdeztük az orvosokat, hogy hetente mennyi időt dolgoznak, az egyik illetve a másik ellátási formában. Alapvető megfigyelésünk, hogy a bevallások szerint az orvosok az átlagos munkavállaló munkaidőjénél jóval többet töltenek munkával, mivel a mindkét ellátási formában dolgozó orvosok heti teljes munkaidő átlaga, (ügyeleti időt nem számítva) 45 óra. Ugyanez az átlag a csak államban dolgozók esetén, (szintén ügyeleti időt nem számítva) 41 óra, illetve a csak magán ellátásban dolgozók körében (kisebb elem szám) 31 óra.

A valós időt valamivel csökkentheti, hogy több válaszadó adott meg a közellátásban 40 órányi munkaidőt, amely valószínűsíthető, hogy a hivatalos munkaidő, de nem feltétlenül korrelál a tényekkel. (Korábban „lelépnek” más munkahelyekre.) Ezzel szemben az ügyeletek további munkaidőt jelentenek, amely a krónikus orvoshiány következtében igen nagy leterhelés, minden embernek, és egészségromlás nélkül nehezen végezhető. Kimondhatjuk, hogy az orvosok döntő hányada nem azért választja a magán ellátási formában való munkavállalást, mert számára oly előnyös több munkahelyen, heti átlag 45 órát, plusz ügyeleten felül dolgozni, hanem ez jelentős többletbevételt jelent számára.

Orvosok jövedelmi elvárásai

Mára az orvosok megtanulták, hogy több helyről kell „összeszedniük a havi betevőjüket”. Arra a kérdésre ugyanis, hogy Mekkora nettó havi jövedelem lenne egy orvos számára az Ön pozíciójában kielégítő? – a vágyak meglepően földközeliak, az átlag nettó 950 ezer Ft. Ehhez persze vegyük hozzá a tanulással eltöltött 10-12 évet, majd a szakma gyakorlásának egy-két, esetleg három évtizedét, illetve azt a komoly szellemi erőfeszítést, koncentrációt, amit a gyógyítás jelent.

A megkérdezettek között a szülész nőgyógyászok után ortopédusok, onkológusok igénye áll az élen 1,5 és 1,2 Millió körüli összeggel. További érdekes megfigyelésünk volt, hogy a nők fizetési igénye alacsonyabb, illetve a válaszadók között az idősebb korosztály szintén alacsonyabb jövedelmi igényrel rendelkezik, ezért a nem és kor szerinti eltéréseket külön megvizsgáltuk (2. táblázat):

	Nők	Férfiak
20-as korosztály	-197 500	
30-as korosztály	-194 062	233 125
40-es korosztály	-10 566	208 155
50-es korosztály	13 428	124 477
60-as korosztály	-149 925	33 909
70-es korosztály	-255 189	-68 833
Átlag	-132 303	106 166

2. táblázat

Jövedelmi elvárások eltérése az összes válaszadó átlagától (947.000 Ft)

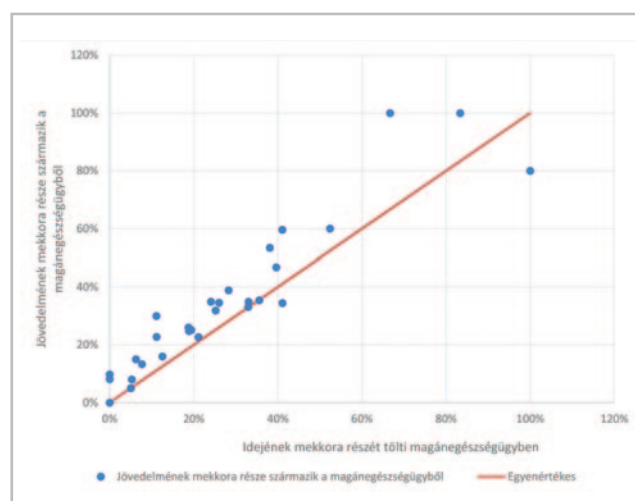
Ez a kifejtős részben szintén visszaköszön: az idősebb orvosgeneráció tagjai között sokkal több a hivatástudattal, elhivatottsággal rendelkező személy, aki a gyógyítást kvázi hitvallásnak, missziós küldetésnek tartja. Ezzel szemben a fiatalabb (döntően X) generáció – értelemszerűen – racionális, és úgy érzi, hogy a tudását valós piaci alapon kívánja értékesíteni.

Érdekességek akadtak a válaszok között. Van olyan 1983-as születésű ortopéd kolléga, aki 3 millió forintos nettó jövedelmet tart elfogadhatónak az ő státusában. (Valószínű külföldi munkatapasztalattal rendelkezik.) Több olyan, 30-40 éves tapasztalattal rendelkező doktor(nő) is válaszolt a kérdéseinkre, aki 400-500 ezer forintos nettó jövedelemmel már elégedett lenne.

Figyelembe véve azt a tényt, hogy egy nemzetközi OECD statisztika szerint míg itthon az orvosi fizetések az átlagbér 1,6-szorosát teszik ki, úgy a fejlett országokban a gyógyítás

kínálta szellemi és manuális munkát igencsak megbecsülik, az átlagkeresetnél 5-6-szor jobban. [4] Előrevetítve megoldási javaslatainkat, kijelenthetjük, hogy nem oldható meg a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer fenntarthatóságának biztosítása, az orvosi és egyéb egészségügyi dolgozói fizetések további emelése nélkül.

Érdemes felfigyelni a házi orvosokra, akik 877 ezer forint havi nettó jövedelmet tartanak kielégítőnek, ennyit azonban képtelenség kigazdálkodni a jelenlegi finanszírozásukból. További megállapításunk, hogy az átlag szerint a magán ellátásban ugyanannyi időráfordítás mellett az orvosok 50%-kal többet keresnek. Megfigyelhető az a csoport, aki heti fél napot tölt csak magán ellátás keretében; ők a jövedelmük kb. 30%-át onnan keresik meg. Van egy másik csoport, aki már a munkaidejének 1/3-át a magán ellátásban tölti és közellátásban megtermelt jövedelmét még egyszer megkeresi. És természetesen vannak olyanok is, akik vagy csak az egyikben, vagy csak a másikban dolgoznak.



9. ábra

A magánegészségügy jövedelem/időráfordítás aránya

ÖSSZEFOGLALÁS – JAVASLATOK

Számunkra a kutatásban bemutatott kérdőív elkészítése, kitöltése és elemzése azért volt fontos, mert a makroszintű történéseket megmutatja az orvosok szempontjából. Nem azzal foglalkoztunk, hogy miért hagyják itt az orvosok Magyarországot, és akik elmentek, hogyan érzik külföldön magukat. Ezt a kérdőívet az ország egészségügyi rendszerének egyik legfontosabb pillérének, az itthon tevékenykedő orvostársadalomnak az 1%-a töltötte ki. Bizonyára még pontosabb eredményeket kapnánk újabb és újabb kitöltések mellett, de van néhány olyan következtetés, amely már ekkora kitöltő számnál is ugyanabba az irányba mutat. Ezen megkérdezett orvosok átlag nettó 900 ezer forint feletti nettó jövedelmet szeretnének havonta. A közszféra ezt nem tudja biztosítani. Egy jelentős részük ezért már úgy döntött, hogy rész, vagy teljes állást vállal a magánszférában. A többségnek ez egzisztenciális döntés. A mintába került orvosok túlnyomó része viszont így vagy úgy ott maradt a közszférában.

10%-uk első helyen említi, hogy azért dolgozik a közellátásban csak, hogy a TB finanszírozás kikapuit kihasználja. Olyanok is vannak, akik már nem akarnak váltani, de meghatározó az a réteg, amely hivatástudatból, szakmája szereztebből ott van még a közintézményben, és szeretne is ott maradni. A kérdőívünk statikus képet ad, nem tudjuk bemutatni ezen egyének hogyan élnek meg a helyzetüket időben, de az tény, hogy a magán-, és közegészségügy szimbiózisának hiánya az orvosokat súlyos dilemmák elé állítja.

A dinamikus növekvő magánfinanszírozású egészségügyi piac ma már az egészségügyi ellátórendszer érdemi szereplője [5]. Elmondhatjuk, hogy a válaszadó praktizáló orvosok 2/3-a magán ellátásban is dolgozik, a magán ellátás fontos jövedelemkiegészítő számukra. A magán szerepe sokszor a plusz jövedelemszerzésen túlmutat, nyugodtabb munkakörülményekre nyílik itt lehetőség.

Az orvosok nagyon igénylik a 2 rendszer viszonyának rendezését, amely véleményüket szívesen meg is osztották velünk. A 2 rendszer viszonyának rendezésével, a magán hasznos kiegészítője, minőségi húzóereje, választék bővítő formája lehet a közellátásnak. Míg negatív forgatókönyv esetén a rendszer szabályozatlansága és a magán egészségügyi vállalkozások tulajdonosainak érdekeltsége folytán a magán egészségügy várhatóan még tovább fog nőni, amely könnyen a közfinanszírozott rendszer összeomlásához vezethet.

A kétrészes tanulmányunk főbb egészségpolitikai megállapításai:

A további szabályozatlan növekedés erőforrásokat (pénzeszköz és munkaerő) von el a közellátás elől, amely komoly társadalmi és populációs szintű egészségkockázatot hordoz. Fokozza a jövedelem szerinti egészség-egyenlőtlenségeket, de a kettészakadás a gazdagabbak számára is kockázat, mert a magánegészségügy nem lehet képes országos lefedettséggel a komolyabb egészségi problémák megoldására.

A magán terjedésének gátja a magán egészségbiztosítás hiánya. Ez a közvetlen eseti díjfizetési jelleg (out of pocket payment) a szociális biztonságot is csökkenti, és túl nagy terhet tud róni egy-egy egyénre, családra. A közvetlen beteg által történő díjfizetés tovább növeli az ellátás szürkegazdasági jellegét, illetve a közfinanszírozott rendszer kihasználását, a közellátásban is dolgozó orvos és magánbetege által.

Ugyanakkor megfelelő szabályozási környezettel a magánfinanszírozású egészségügyi piac tehermentesítheti a közszolgáltatásokat, illetve hatékony partnerségben javítaná az egészségügy ellátás globális minőségét, hatékonyságát.

Ehhez az alábbiakra lenne szükség [6]:

- A magán-egészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi rendszer integráns szereplőjének kell tekinteni, és a

NEAK finanszírozási jelentések kivételével azonos ellenőrzési, szakmai szabályozási, beszámolási rend alá kell vonni. (Mihamarabb teljes körűvé és kötelezővé kell tenni az EESZT használatát.)

- Annak érdekében, hogy a magánfinanszírozású szolgáltatásokat ne kényszerből válasszák a betegek, garantálni kell a közszolgáltatások reális időn belüli standardizált minőségű hozzáférését. Ehhez többlet forrásokat kell a közellátási rendszerbe juttatni, (hogy ott maradjon az orvos dolgozni, „megérje neki is és az intézetének is”, ellátni a betegeket).
- Meg kell teremteni a két szféra szinergiájára épülő együttműködést. Ennek keretben
 - törekedni kell arra, hogy a magánforrások minél nagyobb hányada a közellátásban is elkölthető legyen, erősítve annak finanszírozási pozícióját, munkaerő megtartó képességét.
 - A közszolgáltatók piaci bevételeinek növelése érdekében pontosítani kell az ellátási csomagot, és meg kell teremteni a legális „hozzávásárlás” lehetőségét. (Ez az alapja a kiegészítő biztosítások terjedésének is.)
 - A legális piaci többletszolgáltatás (várólista rövidítés) érdekében központilag meghatározott szerződött volumenek kellene, hogy a közszolgáltató a belső tevékenység-allokációval ne tudja a hiány növelésével a magánellátási ága felé terelni a betegeket.
 - A beutalási szabályok változtatásával meg kell teremteni a két szférát integráló betegút-management lehetőségét.
- Meg kell vizsgálni a magánszolgáltatói számlák részleges elszámolásának lehetőségét a közfinanszírozásban. Erre két lehetőség is van. Az egyik, hogy a gyűjtött magán-egészségügyi számlák egy hányada bizonyos értékhatárig leírható az SZJA alpból. A másik, hogy a beteg saját döntéseként erre akkreditált és NEAK-kal is szerződött magánszolgáltatókhoz fordulhat, akik piaci áron kezelik őket, és a beteg éves felsőkorlát mellett a benyújtott számlák után a kezelés közfinanszírozási árának 70-80%-át a NEAK-tól utólag visszaigényelheti. Mindkét megoldás részlegesen közfinanszírozottá teszi a piaci magánszolgáltatók zömét, ami megteremti a pénzügyi és szakmai, minőségbiztosítási ellenőrzés alapjait, és jogosultságát.
- Támogatni kell a szervezett magánfinanszírozás (egészségpénztárak, magán egészségbiztosítások) terjedését, egységesíteni kell a szféra adókedvezményeit.
- Meg kell erősíteni a magánfinanszírozású egészségügyi piacon a fogyasztóvédelmet, szakmai ellenőrzést, minőségbiztosítást, és meg kell teremteni a szféra transzparenciáját, a betegek választási lehetőségének információs megalapozását.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Rékassy B, Kincses Gy, Révész S, Soltész A: Vadkapitalizmus virágzása A magán egészségügyi ellátás Magyarországon, IME XVII évf., 6. szám, 2018. júl-aug

[2] <https://goo.gl/forms/P0keLLfp1Cbn6a0k1>

[3] Drájkó Zs: Materia Medica. Magyar Narancs 2018 http://magyarnarancs.hu/materia_medica/nem-csak-az-ala-

cseny-fizetéseket-miatt-mennek-el-a-fiatal-orvosok-113488

- [4] Boncz I előadása: Önkormányzati Egészségügyi Napok 2018 augusztus 30 Budapest, Forrás: OECD, 2011, statisztika
 [5] Kincses Gy: Az elmúlt nyolc év az egészségügyben II. – Az

egészségügy társadalmi rendszere, <http://www.asztalfiok.hu/2018/03/az-elmult-nyolc-ev-az-egeszsegugyben-ii.html>

- [6] Kincses Gy: A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben, Magyar Tudomány, megjelenés alatt

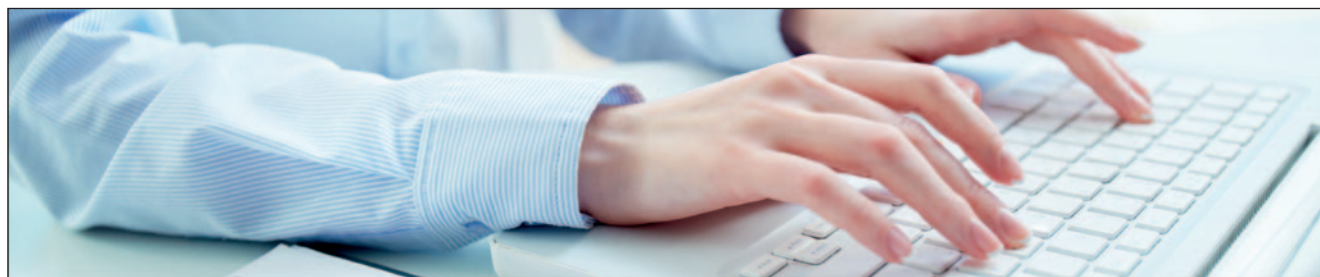
A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Rékassy Balázs a Ssemelweis Orvostudományi Egyetemen Általános Orvosi Karán végzett 1992-ben, majd 1994-ben M.Sc. diplomát szerzett a London School of Hygiene and Tropical Medicine, valamint a London School of Economics and Political Science Public Health and Policy szakán. 1997 – 1999 között a londoni Egyetem Health Services Research Unit PhD hallgatója volt. 2008-2009 között az ELTE Társadalomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles vertikumát öleli fel, több mint 10 évig dolgozott gyógyszeripari felsővezetőként. Egészségbiztosítás, egészségügyi menedzsment területén részt vett az Irányított Betegellátási

Modell kísérlet hazai kidolgozásában, megalapításában, az ING NN Biztosító Vitalitás kiegészítő magán- és állami eü.-i szolgáltatás és kiegészítő egészségbiztosítás megteremtésében, a Millennium Medicina Önkéntes Egészségpénztár alapításában. Jelenleg is több hazai és egy román vezető életbiztosító tanácsadója. Korábban számos egészségügyi szolgáltatónál is dolgozott: MÁV Kórház; Misszió Egészségház, Veresegyház, RMC, illetve közigazgatási tapasztalattal is rendelkezik, mint az Egészségügyi Minisztérium Kabinet Iroda miniszteri tanácsadója, illetve a Világbank Népegészségügyi Programjában program supervisor. Személyes szakmai érdeklődése: intézmény-, cég-, humánmenedzsment; magán- és közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások együttélése; egészségügyi reform stratégia, kiegészítő biztosítások szerepe; magánegészségügyi ellátás, prevenció, öngondoskodás jelentősége.

Dr. Kincses Gyula, Révész Sándor, és Soltész Attila bemutatása lapunk VII. évfolyamának 6. számában olvasható



**Megbízható megoldások
több mint ötven intézményben**

KVIK Kórházi Vezetői Információs és Kontrolling rendszer modulok



KON Osztályos gazdálkodási kontrolling rendszer



OEP Finanszírozás és teljesítmény elemző rendszer



MUT Vezetői mutatószám rendszer



ERF Esetszintű kontrolling rendszer