

# A KÖZ- ÉS A MAGÁNSZFÉRA SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

## THE ROLE OF PUBLIC AND PRIVATE SECTOR IN HEALTH CARE

Kincses Gyula  
orvos  
dr@kincsesgyula.hu

### ÖSSZEFOGLALÁS

A magánegészségügyet Magyarországon hagyományosan kiegészítő, választékbővítő szolgáltatásnak tekintették, ami nem befolyásolta az egészségügyi rendszer egészét. Mára ez gyökeresen megváltozott: a 2015-ös adatok szerint már több az engedélyezett szakorvosi órák száma a magánellátásban, mint az OEP/NEAK által finanszírozott óraszám, és már a lakosság is többet költött ilyen szolgáltatásokra, mint az Egészségbiztosítási Alap. További probléma, hogy a kiemelkedően magas magánfinanszírozási arány (a teljes egészségügyi kiadás 33%-a) jelentős része (88%-a, ami a teljes egészségügyi kiadás 29%-a) *out of pocket* jellegű, közvetlen lakossági finanszírozás. A növekvő jelentősége ellenére az egészségügy eme szegmenséről igen kevés és pontatlan információval rendelkezünk. Nem ismerjük sem a valós teljesítményét, sem annak eredményességét. A magánszféra tényerésének hatása ellentmondásos: növeli az egészségesély különbségeket, mert nem a szükségleteket, hanem a fizetőképes keresletet képezi le. Segít Magyarországon tartani az egészségügyi dolgozókat, ugyanakkor a közszféra elől már a külföldi munkavállalásnál nagyobb mértékben vonja el a munkaerőt. A köz- és magánszféra viszonya ma rendezetlen, és az együttműködés általában orvosérdek szerinti szűrkezőnés összekapcsolódást jelent. A két szféra viszonyát rendezni kell, de a merev szétválasztás az egészségügy kettészakadását, az egészségügyi rendszer duplikálódását okozza. Ez komoly társadalmi kockázat, mert nincs két egészségügyre való orvosunk, és egy komplett, mindent megoldó második egészségügy fenntartásához nem elég tömeges és gazdag a magyar elit. Ehelyett transzparens, szinergista együttlést kell létrehozni, ahol a magánforrások a közszféra működését is támogathatják. Alapvető állítás, hogy a két szféra társadalmi igazságosságot nem sértő, a populációs egészségi állapotot nem veszélyeztető együttműködésének feltétele a megfelelő minőségű és hozzáférésű közszoalátások léte.

### ABSTRACT

Traditionally, private health care in Hungary was seen as a complementary, supply broadening service that did not affect the health system as a whole. By now the situation has changed radically: according to the data of 2015 the number of the approved outpatient hours was higher in private care than the number of hours financed by the National Health Insurance Fund and the patients also spent more on private services than the Fund. A further problem is that a significant part (88%) of the extremely high private funding share (33% of total health ex-

penditure) comes from out of pocket (29% of the total health expenditure). Despite its growing importance, we have very little and inaccurate information about this segment of health care. We do not know either its real performance or its effectiveness. The impact of the expansion of private care is contradictory: it increases the inequalities in health and health care because it reflects the solvent demand rather than the needs. It motivates health care professionals to stay in Hungary on one hand, but steals human resources from public sector in a higher extent than leaving to work abroad on the other. The relationship between public and private sector is unsettled and the collaboration between them does not exceed a grey zone connection driven along by the interests of the doctors. The relation between the two spheres must be regulated, but the rigid separation of them could result splitting health care. This is a serious social risk because there are not enough medical doctors for two, parallel health systems, and the Hungarian elite is not massive and rich enough to maintain a complete, all-inclusive second health care system. Instead, a transparent, synergistic co-existence has to be created between the two sectors where private sources can support the public sector. It is a starting point that the co-operation between the two spheres should be laid on quality and accessible public health services not to jeopardize social justice and the health of the population.

**Kulcsszavak:** egészségügy, egészségügyi magánszolgáltatók, egészségügyi közfinanszírozás, egészségügyi magánfinanszírozás, egészségbiztosítás

**Keywords:** health care, private health care providers, public financing of health care, private financing of health care, health insurance

## ELŐZMÉNYEK

A piaci elvű magánellátást (mely kifejezést e dolgozatban a magánfinanszírozású [mf] egészségügyi szolgáltatások rendszerének egyszerűsítéseként használom) a szocializmus örökölt sémái szerint tartósan választékbővítő, „kényelmi” szolgáltatásnak tekintettük. Mára ez gyökeresen megváltozott: a 2015-ös adatok szerint már több az engedélyezett szakorvosi órák száma a magánellátásban, mint az OEP/NEAK<sup>1</sup> által finanszírozott óraszám (URL1), és már a lakosság is többet költött ilyen szolgáltatásokra, mint az Egészségbiztosítási Alap (URL2).

A magánellátás terjedése szükségszerűnek mondható. A 20. században általánossá vált a szolidaritás elvű egyetemes hozzáférésű ellátás (URL3) (universal health coverage) igénye, de a század végére már nyilvánvalóvá vált, hogy a demográfiai struktúra változását, a tartós kezelést igénylő krónikus, nemfertőző megbetegedések arányának növekedését az orvostudomány, a technológiák fejlődését és az igények növekedését a közfinanszírozás nem képes teljes körűen követni.

<sup>1</sup> OEP – Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2017. január 1. óta NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő néven működik.

Az 1990-es rendszerváltozás rehabilitálta a magánszférát, de az egészségügyben ez a piac csak lassan éledt, és a társadalmi polarizáció növekedésével, az igények differenciálódásával, a közösségi ellátás hozzáféréseinek romlásával párhuzamosan az utóbbi évtizedben gyorsult fel a fejlődése.

### A MAGÁNFINANSZÍROZÁSÚ PIAC JELLEMZŐI

Bár a magánegészségügy már az egészségügyi rendszer érdemi szereplője, *erről a szegmensről a jelentőségéhez képest igen keveset tudunk, publikációk is csak az utóbbi időben születtek* (Rékassy et al., 2018). Nem ismert a szféra tevékenységspektruma, tevékenységtömege, gazdasági súlya, és sem a hatóságok, sem a lakosság előtt nem ismert az ellátások minősége (eredményességi mutatók, fertőzések száma, peres ügyek száma stb.). Az ellátás igénybevétele *ad hoc* jellegű, a betegek véletlenszerűen tájékozódnak az ellátások minőségéről, hozzáférésről, nincs egy egységes felület, ahol ellenőrzött információk alapján lehet szakterületekre szűkítve szolgáltatót keresni. Az elérhető közinformációk is hiányosak, bizonytalanságokkal terhelték. A lakossági költségekről KSH-adatok érhetőek el (URL4), de egyrészt a valós értékelést nehezítő összevonások vannak az egyes sorokban (például a fogászat mint járóbeteg-ellátás), másrészt a hálapénz mértéke komoly bizonytalansági tényező. Ugyanígy funkcionálisan össze nem illő kiadások halmaza az „Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek” kategória. Célszerűbb lenne elkülönítetten kezelni a karitatív forrásokat és a „szervezett magánfinanszírozás” (egészségpénztárak és magánegészségbiztosítások) kategóriáját. A magyar statisztika nem ismeri az *out of pocket* finanszírozás (közvetlen lakossági térítés) fogalmát. Szektorsemleges kapacitásadatként egyedül az ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) működési engedélyek érhetőek el. A fenti bizonytalanságok ellenére a statisztikai táblák idősorai az azonos metodikák és azonos hibák miatt mégis informatívak.

### A KÍNÁLATI OLDAL

A kezdeteket alapvetően a kis lakásrendelők dominálták, melyek személyességet, rászánt időt adtak a betegnek, de ezek „hálapénz-realizáló” funkciója is tagadhatatlan. Korán megjelentek azok a magán szolgáltatók, amelyek vegyesen nyújtottak köz- és magánfinanszírozású szolgáltatást. A fejlődés során a lakásrendelők visszaszorultak, a többszakmás rendelőintézetek fejlődésnek indultak. A kezdeteket az orvosi tulajdon és orvosi irányítás jellemezte, de mára nagyobb magán szolgáltatók tulajdonosi körében megjelentek a nagybefektetők és üzemszerű

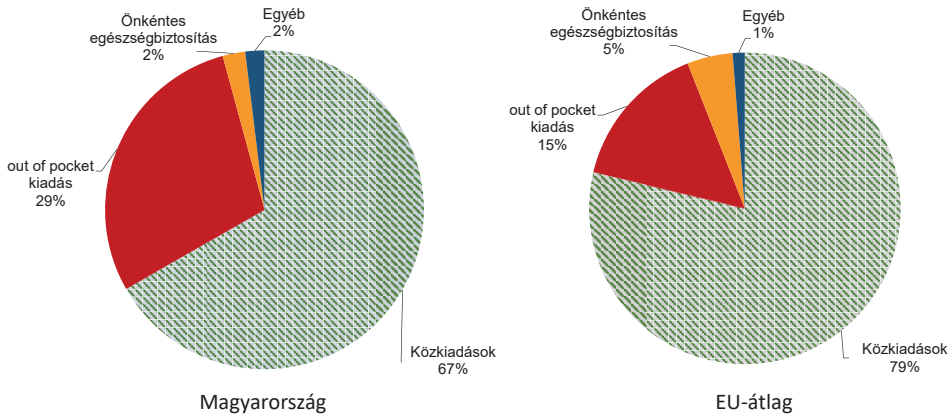
működésüvé válnak, elkülönült menedzsmenttel. A fejlődés következő szakasza a hálózatosodás volt, ami alapvetően a foglalkozás-egészségügyi hálózatok talaján indult. A minőségi, üzemszerű ellátás először a fogászat területén vált tömegessé az egészségturizmus miatt, illetve a vegyes (köz- és magán)finanszírozású diagnosztikai szolgáltatók indultak korán fejlődésnek. A magánellátás alapvetően a járóbeteg-szakellátás területén indult fejlődésnek, a fekvőbeteg-ellátás szerepe sokáig marginális volt. A fejlődés itt alapvetően a szülészet központú intézményekben indult, illetve a speciális szakkórházak (például: izületsebészet, szemészet) voltak életképesek. Ma már több sokprofilú, magas kompetenciájú fekvőbeteg-ellátó intézmény működik.

*Ma a piac koncentrációja és intenzív mozgása a jellemző.* A piac bővülését és koncentrációját, intenzíven mozgását jelzik a felvásárlások, és az, hogy az utóbbi időkben is új, tökeerős szereplők léptek be erre a piacra. A szolgáltatási spektrumra már nemcsak a szűrés+beszélgetés+egyszerűbb ambuláns kissebészet a jellemző, hanem súlyos és magas technológiaigényű megbetegedések kezelése is megjelent a magánintézményekben. Már magán traumatológiai ügyelet, és magán onkológiai ellátás is létezik Magyarországon. A MEDICOVER jelenléte a piaci részesedés és országos lefedettség mellett két dolog miatt is jelentős. Egyrészt nemzetközi lánc tagja, ami szervezeti-szervezési kultúrát, tudást hozott, a *MEDICOVER egyszerre szolgáltató és biztosító.* A nagy szolgáltatók az önmegkülönböztetés és érdekvédelem céljából 2017-ben létrehozták a vezető szolgáltatókat tömörítő PRIMUS egyesületet. Az eddigi intenzív mennyiségi növekedés várhatóan a minőségi, szervezeti fejlődés, a szolgáltatások komplexitása felé tolik el, de a fizetőképes kereslet és a szakszemélyzet korlátossága kérdésessé teszi az új beruházási hullám fenntarthatóságát.

## A FINANSZÍROZÓI OLDAL

Előljáróban célszerű egyértelműsíteni a magánfinanszírozás definícióját. Egészségügyi magánfinanszírozás az, amit a lakosság vagy munkáltatójuk *jogszabályi kötelezettség nélkül* közvetlenül vagy választott harmadik fizetőn keresztül költ egészségügyi ellátásra, minősített termékekre (gyógyszerek, orvostechnikai eszközök). A magánfinanszírozás két fő területe: a kockázatkezelés (egészségpénztár, magánbiztosítás) és az eseti térítés jellegű (out of pocket, a továbbiakban: O. o. P.). Komoly szociális és egészségkockázatot a kockázatkezelés nélküli O. o. P.-finanszírozás okoz.

Magyarországon 2015-ben EU-viszonylatban igen magas (33%) volt az egészségügyi magánkiadások aránya (URL5), szemben az uniós 21%-os átlaggal. Csak Görögországban, Máltán, Lettországon, Bulgáriában és Cipruson volt magasabb ez az arány.



1. ábra. Az egészségügyi kiadások összetétele teherviselők szerint, 2015-ös adatok alapján

*Forrás:* The Country Health Profiles are prepared by the OECD and the European Observatory on Health

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarorszag-egeszsegugyi-oroszagprofil-2017\\_9789264285231-hu](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarorszag-egeszsegugyi-oroszagprofil-2017_9789264285231-hu)

A magas magánfinanszírozási arány veszélyét tovább növeli, hogy ezen belül igen magas a kockázatkezelés nélküli közvetlen lakossági fizetés, az O. o. P.-kiadás. Ez Magyarországon 29%, szemben az EU 15%-os átlagával. A KSH STAT 2.4.1-es 2018. júniusi táblája szerint a lakosság 2015-ben 714,4 milliárd Ft-ot költött közvetlenül egészségügyre. Ennek 50,49%-át gyógyító ellátásokra, és 44,68%-át gyógyszerre. Hozzáadva az egészségpénztárak és a magánbiztosítások ilyen jellegű költségét, akkor 2015-ben kb. 785 milliárdot költöttünk gyógyulásra, ebből közel 400 milliárd Ft-ot gyógyító ellátásokra. Minden tapasztalás, nem hivatalos adat azt mutatja, hogy 2015 után ez a növekedés felgyorsult. Szakértői becslések ezt már 1000 milliárd Ft-ra taksálják (Lantos, 2018).

### A SZERVEZETT MAGÁNFINANSZÍROZÁS HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Az egészségpénztárak indulásakor egy prevencióközpontú, szolidaritáshányadot (kockázatközösség) tartalmazó szervezet volt a célképzet, és a törvényben benne volt az „elismert pénztár” (kvázi több-biztosítós társadalombiztosítás) lehetősége is. A pénztárak közel tízéves vegetálás után az egyéni számlás rendszerre való áttéréssel indultak fejlődésnek, melyek így MSA- (medical savings account) jellegű rendszernek tekinthetők. A felhasználásban az utóbbi évekig a termékvásárlás volt a domináns. Ez így *egészségnyereség nélküli adóoptimalizációs pro rich konstrukció*: „hogyan veheti a stabil munkajövedelmű középosztály olcsóbban a gyógy-

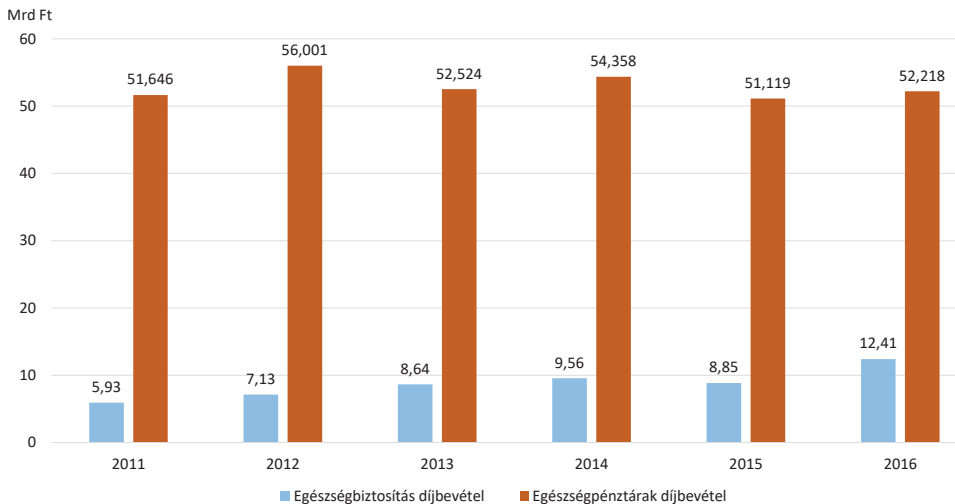
szert, a szemüveget, mint a nyugdíjas”. Az utóbbi években az SZJA-változások miatt a pénztárakat egymillió körüli taglétszámmal és 60 milliárd körüli vagyonnal stagnálás jellemezte szolid vagyonfelélés mellett (URL6). Annak ellenére, hogy a jogszabályok támogatják a befizetések tartós lekötését, *az egészségpénztárakra az átfolyó finanszírozás jellemző, a hosszabb távú előtakarékoság nem*. 2018-ban a cafeteria szabályok változása negatívan érintette a munkáltatói támogatást, de miután új szolgáltatási formák jelentek meg (lakáshitel-törlesztés, iskolakezdési támogatás stb.) a lakossági befizetések növekednek, így a változást a pénztárak várhatóan túlélik, de még kérdőjelesebb az egészségnyereség mértéke.

A mai tendenciák: *nő az egyéni befizetések aránya, az egészségügyi területen belül nő a szolgáltatásfinanszírozás aránya, szolid lépések történnek a „szolgáltató pénztár” irányába*, de a pénztárak zöme még nem lát el érdemi ellátásszervező vagy tudatos vásárlássegítő szerepet. Új és fontos elem az átjárhatóság az egészségpénztárak és a magán egészségbiztosítás között: *az egészségpénztári befizetésből már magán egészségbiztosítás is vásárolható*. Emellett valódi MSA irányába mozdul a rendszer: *több pénztár a nagy kiadásokra olcsó „katasztrófa” biztosítást is kínál, mely adott esetben a pénztári alapsomag része*.

A magán egészségbiztosítási piac 2013-ig Csipkerózsika-álmot aludt. Ennek okai összetettek. Magyarországon az öngondoskodásnak nem volt örökölt kultúrája, a szocializmus szocializációja miatt a jóléti rendszerek tekintetében totálisan államfüggők voltunk, és zömmel maradtunk. Nem kedvezett a piacnak, hogy 2013-ig nem volt kormányzati pénzügyi ösztönzés, viszont a magánnyugdíjpénztárak államosítása kapcsán a kormány démomizálta a biztosítókat, mondván, hogy „eltözsdezték az emberek pénzét”. Másrészt az utóbbi időkig nem volt országos lefedettségű, egyenszilárdságú magánszolgáltatói hálózat, amit egy biztosító reális hozzáférési eséllyel tudott kiejánlani. A piacot sokáig visszavetette a hálapénz mindent felülíró, konkuráló hatása. A növekedést hátráltatta, hogy elmaradt a kötelező egészségbiztosítás ellátási csomagjának szűkítő pontosítása, ami a kiegészítő biztosítások létének alapja. Ezért *Magyarországon a magánbiztosítások nem kiegészítő, hanem párhuzamos, duplikáló biztosításként fejlődtek*. A biztosított a külön biztosításáért zömmel olyan szolgáltatást kap, ami a kötelező egészségbiztosítás terhére is járna. Így kétszer fizet ugyanazért a szolgáltatásért.

2013-ban alapvető változásokat indított el egy SZJA-szabályváltozás, mely kimondta, hogy a minimálbér 30 százalékát meg nem haladó összegig a munkáltató által kötött egészségbiztosítás járulék- és adómentesen adható. Innentől gyorsuló fejlődés következett ezen a piacon, amelyről szintén keveset tudunk. A statisztika itt is késéssel követte az élet változásait, kezdetben nem lehetett pontosan elkülöníteni az élet- és egészségbiztosítások megoszlását, illetve az egészségbiztosítások körébe tartoztak a baleset- és utazási és egészségbiztosítások is. Szintén nehezíti a piac nagyságának megítélését, hogy a statisztikák

nem biztosítottakat tartanak számon, hanem „szerződésállományt”, azaz adott esetben egy nagyvállalat több ezer dolgozója egyetlen szerződésként szerepel a statisztikában. A piac növekszik: a MABISZ- (Magyar Biztosítók Szövetsége) beszámolóik szerint 2011 és 2016 között a díjbevétel megduplázódott, ma 15 milliárdra becsülhető. A szolgáltatási piac fejlődését jelezheti, hogy míg 2011-ben 27,6% volt a kárhányad ezen a területen, addig 2016-ben már 50,5%. 2018 tavaszán megszűnt a munkáltató által vásárolt biztosítások adó- és járulékkedvezménye. Ez várhatóan átmenetileg fékezi a növekedést, de a piac az igénynövekedés miatt bizakodó (URL7).



**2. ábra.** Az egészségbiztosítások és az egészségpénztárak díjbevétele

Forrás: <https://www.mnb.hu/felugyelet/idosorok>

*Részösszegzésként: a szervezett magánfinanszírozás Magyarországon még fejletlen, és nem nyújt megfelelő védelmet, és azt sem a sérülékeny csoportok számára. A tendenciákat jól mutatja a 2. ábra. Még az egészségpénztárak dominálnak, de érdemi fejlődés nélkül, a magán-egészségbiztosítások díjbevételei még alacsonyak, de a növekedés kifejezett.*

## A MAGÁNFINANSZÍROZÁS HATÁSA

A magánfinanszírozás hatásairól nem lehet sommás, egyszerűsített ítéletet mondani. Egyrészt alapvető fontosságú, WHO-állásfoglalásokkal is megerősített tény, hogy *a populációs szintű egészségi állapot javítása, az igazságosság*

*a hozzáférésben, valamint a makroszintű költségkontroll a közfinanszírozású rendszerekben biztosítható jobb eséllyel és a gazdaság által kitermelhető költséggel. Az egészségügyi ellátás költségei egyes megbetegedésekben oly mértékben növekednek, hogy egy Magyarország méretű országban csak a nemzeti kockázatközösségben, szolidaritás elvű rendszerekben garantálható az általános, diszkriminációmentes hozzáférés. Az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző kasszájának szűk egyharmadát (32%) a biztosítottak 1%-ra költötték (URL8), és huszonegy beteg évi költsége volt 100 millió Ft feletti. Magánfinanszírozással ez nem kezelhető.*

*Másrészt, a nagyobb társadalmi elégedettséget, a „kliensorientált” attitűdöt a betegbarát, piacokonform egészségügyi rendszerek támogatják<sup>2</sup> jobban, és ezek a rendszerek alkalmasabbak az egészségtudatosság, egészségfelelősség, a beteg-együttműködés ösztönzésére. A magánfinanszírozás nem kizárólag káros: megfelelő arányban és területen alkalmazva költségérzékennyé tesz, értéket ad az ellátásnak, prevencióra ösztönöz, és az ellátó-ellátott viszonyt korrekt szolgáltatási-partneri irányba alakítja.*

#### TÁRSADALMI IGAZSÁGOSSÁG – SZOCIÁLIS BIZTONSÁG

A társadalmi igazságosság, a szociális biztonság szempontjából a magánfinanszírozás arányának ilyen mértékű növekedése (kiemelten a magas out of pocket arány) és a szolgáltatástömegnek a magánellátás felé elmozdulása kiemelt kockázatot jelent, és *veszélyezteti a populációs szintű egészségi állapot javulását. Az elmúlt évtized „tétlen reformjának” az a veszélye, hogy a magyar egészségügy a gyakori betegségek tekintetében „amerikanizálódik”, kettészakad: a közösségi egészségügy egyre rosszabb hozzáférésűvé válik, a tehetősebbek pedig egyre inkább a magánegészségügyet veszik igénybe, így kialakul egy második, párhuzamos egészségügyi és finanszírozási rendszer. Egy ekkora országban és ilyen jövedelmi szint mellett ez komoly társadalmi kockázat, mert nincs két egészségügyre való orvosunk, és egy komplett, mindent megoldó második egészségügy fenntartásához nem elég tömeges és gazdag a magyar elit. Ráadásul a két szféra szürkezónás összjátéka rontja a rendszerszintű hatékonyságot. A régióban – a tömeges „rutinellátások” tekintetében – ennek a párhuzamos, „kétébességes” egészségügyi rendszernek a kialakulása a tendencia, ez a modell/irány jellemző Lengyelországra, Romániára, Bulgáriára is.*

<sup>2</sup> A Európai Egészségügyi Fogyasztói Index listáit évek óta Hollandia vezeti (URL9).



## RENDSZERSZINTŰ HATÉKONYSÁG

A növekvő *magánellátás* (mint rendszer) *hatékonyságával kapcsolatban komoly kételyek merülnek fel* (Basu et al., 2012). *A magánellátás még nem állt össze rendszerré: elszigetelt ellátási események zömmel független halmazaként működik, ami rontja a hatékonyságot.* Miután az ellátás igénybevétele releváns információk nélkül legtöbbször maga a beteg kezdeményezi, nem garantált az igénybevételek indokoltsága, adekvanciája. Magánházi orvosi rendelés jogilag sem engedélyezhető, így nincs, aki ezt a betegirányító–ellátásszervező–leletösszegző funkciót ellátná. A köz- és magánellátás között ma létező kapcsolat zömmel informális, féllegális, és inkább hálapénz-bevétele optimalizáló, mint szakmai alapú. Információhiány miatt a magánszférán belül is inkább a személyes kapcsolatok, céghálók dominálják az együttműködést, mint a szakmailag megalapozott betegutak. A két rendszer hivatalos szeparáltsága elsősorban a diagnosztika területén komoly redundanciát okoz. A magánszférában bár csökkenő, de még magas a szürkegazdaság aránya, illetve a magánellátást igénybe vevő betegek indokolatlan és igazságtalan előnyöket élvezhetnek a közellátásban.

Az üzemszerű működésű magáncégek a *magánellátás keretén belül* már megszervezik az ellátást, és ott a szürkegazdaság szerepe is érdemben csökkent. (A PRIMUS egyesület küzd az elektronikus pénztárgép bevezetéséért, URL10.) Az ellátásszervezésben esély a „harmadik fizető” szerepének erősödése (üzleti biztosítók, korszerűbb pénztárok), melyek nemcsak pénzügyi szolgáltatásokat nyújtanak a tagoknak, hanem ellátásszervezést, minőségbiztosítást és információt is. 2019-től a magánszolgáltatók egy körének is kötelező lesz használni az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Teret (EESZT), ami javíthatja a rendszerszintű hatékonyságot, csökkenti a magánszféra szürkegazdaság jellegét. A várakozásokat hűti, hogy az AEEK illetékesének közlése szerint 2019-ben ez a szolgáltatóknak csak szűk körét érinti.

## AZ ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS – HR-ELLÁTOTTSÁG

Ellátáshoz való hozzáférés tekintetében sem lehet egyértelmű megállapítást tenni. Miután *a hozzáférés legsebezhetőbb pontja ma a humánerőforrás-ellátottság*, így a két téma együtt tárgyalható. *A terjedő magánellátás egyszerre okozója és kezelője a közellátásban jelentkező ellátási/hozzáférési hiánynak*, hiszen a magánellátás tehermentesíti a közellátást, de egyúttal fokozza a HR-hiányt, ami rontja a közellátás teljesítőképességét. A magyar egészségügy HR-ellátottsága kritikus, és a növekvő *magánszféra ma már a külföldi munkavállalásnál nagyobb felvevő piac, érezhetően szívja el a közellátás elől a munkaerőt.* Az is tény, hogy *a magánszféra legalább Magyarországon tartja a munkaerőt*, akár főállásban, akár

mellékállásban biztosítva a szükséges jövedelmet, és a jobb szakmai-kulturális környezet miatt a professzionális működésű magánszolgáltatók rendelkeznek visszacsábító erővel. Nem hivatalos adat, de a visszatelepülők zömmel az éledő minőségi magánpiac miatt jönnek haza, mert ott találják meg a kint megszokott szervezeti-szakmai-bérezési viszonyokat. Tényként kell megállapítanunk, hogy a közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás esetenként túrhetetlenül hosszú betegfogadási listáihoz képest szakmailag értelmezhető időn belül nyújt ellátást a magánszféra, ami nemcsak versenyképességi, hanem a gyógyulási esélyt érintő kérdés is. A növekvő magánszolgáltatás-tömeg bár a munkaerő-elvonás miatt rontja a közellátás hozzáférhetőségét, összességében javítja a hozzáférést, de *a hozzáférés a társadalmi igazságosságot sértve, az egyenlőtlenséget növelve javul*, és a szolgáltatástömeg földrajzi-területi eloszlása is egyenetlen, mert *nem a szükségletet, hanem a fizetőképes keresletet képezi le*.

### INNOVÁCIÓ – ELLÁTÁSI-SZERVEZETI KULTÚRA

*Ezen a területen egyértelműen pozitív a kép. A magánellátás gyorsabban reagál a technológiai fejlődésre, a piaci és a betegigényekre, jobban integrálja az IKT általános tendenciáit, ezért innovációt és „kliensorientált” ellátási kultúrát hoz a rendszerbe. Miután ma Magyarországon az ellátók jelentős része mindkét szférában dolgozik, a magánellátásban tanult ellátáskultúra, más jellegű orvos-beteg viszony visszahathat a közellátásra, és javíthatja annak betegorientáltságát, segítheti a partneri viszony kialakításában. A magánbiztosítók által (majdan) kifejlesztett ellátásszervezési, ellenőrzési, értékelési, csomagmenedzselési technikák diffundálhatnak a közszférába, ezzel javíthatják annak hatékonyságát, minőségét, betegorientáltságát.*

### JAVASLATOK

1. A magánegészségügy már nem kiegészítő, választékbővítő jellegű, ezért a *magánegészségügyet az ellátórendszer integráns, azonos jogú és kötelességű szereplőjének kell tekinteni*. A helyes megközelítés szerint egy egészségügy van, és ennek van két, szinergista szegmense. *Egységes szakmai szabályozásra, ellenőrzésre, szakmai felügyeletre, beszámolási rendre, átláthatóságra és közösen használt információs rendszerre van szükség.*
2. *Az uniós átlaghoz közelítve kell meghatározni a köz- és magánfinanszírozás kívánatos arányát*. Alapvető cél, hogy Magyarországon a *közkiadások növelésével a magánfinanszírozás aránya 25% alá csökkenjen, és ezen belül 15% alá csökkenjen a közvetlen (O. o. P.) magánkiadások aránya.*

3. A magánszféra szerepének növekedése elkerülhetetlen, de ez csak akkor nem hordoz komoly társadalmi kockázatot, ha nem kényszerből választott alternatíva, és a magánfinanszírozás mögött is van kockázatkezelés. Ennek érdekében (is) növelni kell az egészségpénztárak és magán-egészségbiztosítások szerepét, és törekedni kell arra, hogy a jelenlegi duplikáló magánbiztosítások nagyobb arányban váljanak kiegészítő biztosítássá.
4. Annak érdekében, hogy a magánfinanszírozású szolgáltatásokat ne kényszerből válasszák a betegek, *garantálni kell a közszolgáltatások reális időn belüli, standardizált minőségű hozzáférését.*
5. *A közösségi és magánegészségügy szembeállítása, merev izolálása helyett a két szektor szabályozott, szinergista együttműködését kell megoldani.* A növekvő magánfinanszírozás ma nem jelent forrásbővítést a közösségi ellátások számára, viszont munkaerő-elszívó hatású, és a jelenlegi orvosérdekű összekapcsolás növeli a korrupciót, valamint rontja a rendszerszintű hatékonyságot. *Ezért alapvető társadalmi cél, hogy a növekvő magánforrások a közösségi egészségügyet is támogathassák, azok működését, fenntarthatóságát is javítsák.* Meg kell teremteni a köz- és magánszolgáltatások szabályozott együttélését, melynek néhány lehetősége:
  - a) *Az ellátási csomag pontosítása és önkéntes kiegészítő díj kérése.* Ez teszi lehetővé, hogy a beteg a közösségi egészségügyben is legálisan költhessen, ezzel csökkenti a hálapénz, a feketegazdaság szerepét, és ez alapozza meg a kiegészítő biztosítások szervezését. Lehetséges területei: az igénybevételi rendtől való eltérés, beleértve a kezelőorvos megválasztását is, a finanszírozási protokolltól (ellátási csomagtól) eltérő technológia (eljárás vagy anyag) alkalmazása és a kényelmi szolgáltatások vásárlása.
  - b) *Az együttműködésen belüli szervezeti elkülönülés és tisztázott viszonyok érdekében támogatni kell a partnerkórházi és a partnerorvosi rendszer kialakítását.* A partnerkórház olyan önálló, nem közfinanszírozott magánkórház, amely az „anyakórház” telephelyén vagy közvetlen közelében működik, és szolgáltatásokat vásárol az anyakórháztól, másodállási lehetőséget nyújt annak dolgozóinak.
  - c) *A magánszolgáltatói számlák részleges elszámolásának lehetősége közfinanszírozásban.* Lehetőségei: A gyűjtött magán-egészségügyi számlák egy hányada bizonyos értékhatárig legyen leírható az SZJA-alapból. A másik lehetőség, hogy a beteg saját döntéseként erre akkreditált magánszolgáltatókhoz fordulhat, akik piaci áron kezelik, és a beteg éves felsőkorlát mellett a benyújtott számlák után a kezelés közfinanszírozási árának 70%-át a NE-AK-tól utólag visszaigényelheti.

A fentiek elnagyolt, vitaindító felvetések, melyek kifejtése terjedelmi okok miatt itt nem lehetséges.

6. *Meg kell teremteni a magánellátásoknak a betegek számára is értelmezhető transzparenciáját.* Jogszabályban kell rögzíteni a magánszolgáltatók publikálható minőségi és eredményességi mutatóit. Ennek egyik lehetősége a magánszolgáltatók honlapjain a közös minimális adattartalom és szerkezet meghatározása. A lehetséges kötelező tartalmi elemek: a minőségi és eredményességi indikátorok, az árak és a nyújtott szolgáltatások.

## ÖSSZEKÖZÍTŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

A magánegészségügy már az ellátórendszer érdemi szereplője, mely a szabályozatlanság és integrációs hiányok miatt rossz társadalmi hatásfokkal működik. A magánfinanszírozás aránya Magyarországon már átlépte a kívánatos határt. Ezért a közfinanszírozás növelésével helyre kell állítani a magánfinanszírozás egészséges, 25% alatti arányát, és a két szféra szabályozott együttélésével javítani kell a magánforrások felhasználásának egyéni és társadalmi hatékonyságát. *A magánegészségügyet az egészségügy érdemi szereplőjének kell tekinteni,* mely ennek megfelelő figyelmet, szabályozást érdemel. Ha a szellemet már nem lehet visszagyömöszölni a palackba, akkor szabályozottan kell használni. Alapvető állítás, hogy a magánegészségügy fejlődése akkor nem jelent komoly kockázatot, ha nem a közösségi egészségügy alternatívája, konkurense, hanem szinergista szereplője, és a két szféra társadalmi igazságosságot nem sértő, a populációs egészségi állapotot nem veszélyeztető együttműködésének feltétele a megfelelő minőségű és hozzáférésű közszolgáltatások léte.

## IRODALOM

- Basu, S. – Andrews, J. – Kishore, S. et al. (2012): Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS Medicine*, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001244, <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001244>
- Lantos G. (2018): A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2018*. Budapest: TÁRKI, 286–308. <https://www.tarki.hu/tarsadalmi-riport>
- Rékassy B. – Kincses Gy. – Révész S. et al. (2018): Vadkapitalizmus virágzása, azaz mit szül a szabályozatlanság az egészségügyben, I. rész. *IME (Interdiszciplináris Magyar Egészségügy)*, 17, 6, 8–15. [https://www.imeonline.hu/article.php?article=2018.\\_XVII./6/vadkapitalizmus\\_viragzasa\\_azaz\\_mit\\_szul\\_a\\_szabalyozatlansag\\_az\\_egeszsegugyben\\_i\\_resz](https://www.imeonline.hu/article.php?article=2018._XVII./6/vadkapitalizmus_viragzasa_azaz_mit_szul_a_szabalyozatlansag_az_egeszsegugyben_i_resz)
- URL1: *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013–15*. <https://mertek.aek.hu/documents/68031/186704/10.Strukt%C3%BAra-egyben.pdf/fccc9ab2-6e21-2098-1469-abaad109dac9>

- URL2: KSH STADAT 2.4.1. *Egészségügyi kiadások alakulása (2003–)*. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html) (Letöltve: 2018. június)
- URL3: WHO: *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/)
- URL4: KSH STADAT 2.4.1. oldalán 2018 júniusában olvasható (azóta megváltozott) adatok szerint
- URL5: *State of Health in the EU. Magyarország – Egészségügyi országprofil 2017*. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_hu\\_hungary.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf)
- URL6: Magyar Nemzeti Bank, Felügyelet. <https://www.mnb.hu/felugyelet/idosorok/iv-penztarak>
- URL7: Gilyén Á. (2018): *Gyorsan nő az igény az egészségbiztosításra*. Biztosítási Szemle. [http://www.biztositasiszemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/gyorsan\\_no\\_az\\_igeny\\_az\\_egeszsegbiztositasra.8019.html](http://www.biztositasiszemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/gyorsan_no_az_igeny_az_egeszsegbiztositasra.8019.html)
- URL8: *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013–15*. 438. <https://mertek.aec.hu/documents/68031/186704/10.Strukt%C3%BAra-egyben.pdf/fccc9ab2-6e21-2098-1469-abaad109dac9>
- URL9: <https://healthpowerhouse.com/>
- URL10: <http://primusegyesulet.hu/hu/hirek#a-szurke-szazmilliard-arnyalata>