

---

## Miért fizetünk hálapénzt a magyar egészségügyben?

---

(*Hogyan lett védendő nemzeti érték a hálapénzből?*) Magyarországon már évtizedek óta nincs hírértéke annak, hogy az egészségügyi szolgáltatásokért az orvosoknak fizetett hálapénz (vagy paraszolvencia) a fennálló finanszírozási modell súlyos diszfunkcióját jelzi. Úgy tűnik, hogy semmi újat nem lehet mondani abban a széles kommunikációs mezőben, amely a napi publicisztikától a gazdasági, jogi, szociológiai, orvosi etikai szakirodalomig terjed. Időnként egy-egy jogszabályi változás és annak értelmezése, vagy az etikai normákat kivételesen sértő esemény lépi csak át az ingerküszöbünket.

A hálapénz, mint bűnbak akkor jelenik meg, amikor korábban nem észlelt új nehézségek jelentkeznek az ellátásban. A válaszként adott dilettáns magyarázatok károkat nem okoznak, a tudományos elemzők viszont kínosan ügyelnek arra, nehogy véletlenül vezető oknak kiáltsák ki. Ezek régi, rutinos technikák, ugyanis már a szocializmusban is tudtuk, hogy a hálapénz az „erkölcsi és anyagi megbecsülés” problémakörének csupán egyik „összetevője”, újabban pedig csak része a korszerűen megnevezett „humán erőforrás gondok” halmazatának. Ha nem vezető ok a hálapénzes nyomor például az orvosok szakképzettségével és külföldre áramlásával kapcsolatban, úgy nincs abszolút cselekvési kényszer, amely ezt az üzletelést akár a legcsekélyebb mértékben is zavarhatná.

Egy-egy ország egészségügyi szolgáltatásainak finanszírozási módja az úgynevezett mintaértékű nemzetközi modellekben is folyamatosan változott, és jelenleg is változik. A szociális biztosítással és a párhuzamos magánbiztosítási modellel Németországban (az NDK négy évtizedétől eltekintve) viszonylagos állandóság uralkodik 1883 óta. Az Egyesült Királyságban 1948-ban alapvető modellváltás ment végbe, de ezt követően rendszerelvű változás nem történt. Napjainkban éljük meg az USA magánbiztosítási rendszerének európai szemmel nézve igencsak mérsékelt átalakítását, ami ennek ellenére mégis heves vitákat gerjeszt az egészségpolitikában, a szakmai és a laikus közvéleményben.

Kétségtelen igazság – Magyarországon pedig szomorú valóság is –, hogy a történelmi adottságokkal és tapasztalatokkal elemi módon szembenálló finanszírozási rendszert egyetlen egy ország sem választhat magának. Ha mégis megteszi, a rossz modellre egyre rosszabb válaszok érkeznek, ha úgy tetszik, spontán társadalmi-gazdasági korrekciók lépnek életbe. Ezek természetesen a modellhez ragaszkodó egészségpolitikát vádolják és nem a kényszerből keservesen alkalmazkodó szereplőket.

Tudjuk, hogy a magyar paraszolvencia nem egyedülálló jelenség. Máshol is előfordul, de a Kelet-Közép-Európa térségét alaposabban ismerő, akár vezető elemzők is félretolják, mint egyszerű korrupciós jelenséget.<sup>1</sup> Ráadásul, ha a nemzetközi szakirodalom talál egy „politikailag korrekt” definíciót, amilyen például az „*informal payment*”, az egész probléma világszinten is „jól értelmezhető” mezőbe helyeződik.<sup>2</sup> Mi ellentétes irányba indultunk el és nevetséges ideológiát gyártottunk az úgymond hálából fizetett pénzhez, és az utóbbi évtizedekben szinte már védendő értéknek, hungarikumnak tekintjük. Az orvosi borralaló, majd a hálapénz ügyében az 1940-es évek végétől a legutóbbi időkig a politikai indulatok és megalkuvások minden fajtáját és árnyalatát megtapasztalhattunk. A skála a dühödt szélsőbaloldali (kommunista) ellenhadjárattól az 1989-es rendszerváltozás utáni erkölcstelen (piacgazdasági) megalkuvásig terjed. A jogi szabályozás korrupciós ötletei figyelmet sem érdemelnek, a gazdasági szabályozás pedig csak a többszörösen megbukott két alapvető „megoldást” ismétli. Egyfelől a há-

lapénzt újra meg újra „becsatornázni” akarjuk a legális gazdaságba, másfelől görcsösen ragaszkodunk a „fokozatos elhalásához” a közalkalmazotti orvosi fizetések (igencsak szerény) emelése révén.

Mindig fárasztó és időigényes foglalatosság egy-egy bonyolultabb jelenség valódi mélységeit feltárni. Az orvosi hálapénz történelmi örökségünk része, az orvos–beteg kapcsolatban gyakran ősi mechanizmusok is a felszínre törhetnek, amelyeket nem lehet dilettáns módon, aktuális politikai indulattal, vagy magabiztosan felépített modern elméletek mentén kezelni.

*(Első tévedés az, ha nem értjük az orvoslás eredetét)* A fogalmak önmaguktól nem torzulnak és évezredekig megőrizhetik tisztaságukat, ha nem válnak félreértések vagy szándékos félremagyarázások áldozatává. Az orvoslás nem azonos a mai értelemben vett orvos munkájával. Minden olyan tevékenységet magába foglal, amely az emberek egészségi állapotának kedvezőtlenre fordulása (betegség vagy baleset) kapcsán a következményeket igyekszik megszüntetni és az eredeti állapot helyreállítását célozza.

Mellőzve ezúttal a részletesebb okfejtést, az egészség, mint érték a szociális evolúció felgyorsult folyamatainak során, az úgynevezett neolitikus forradalomban (Kr. e. 10–12 ezer év) tudatosult a társadalomban. Károsodása egyes esetekben empirikusan jól értelmezhető módon következett be (pl. vadászbalesetek vagy harci sérülések) és a hétköznapi gyakorlatban kezelhetőnek is bizonyult. Más esetekben a magyarázatok a fizikai valóságból a spirituálisan (szakrálisan) értelmezhető térbe helyeződtek. Következésképpen, ezeket a kóros állapotokat csakis spirituális (szellemi) technikákkal lehetett kezelni. Ebből a kétféle eredetmagyarázatból szükségszerűen következett a gyógyítók két osztályának kialakulása. Az empirikus szakemberek fizikai munkával és kézügyességgel (mesterségbeli tudással) dolgoztak és a mesteremberek táborához tartoztak. A spirituális szakemberek szellemi munkát végeztek, amely kezdettől fogva azonosult a szakralitással, ha úgy tetszik a sámánok, törzsi varázslók, majd a szervezett hitéletben (kultuszok, egyházak) az orvos-papok munkájával.

Az orvoslásnak nem volt külön értékelmélete, ugyanis mindkét változatában kész mintákhoz igazodott. Mesteremberei szinten a fizikai munka világában kialakult értékrendszer fogadta el, amelynek első írásos (pontosabban kőbe vésett) emléke a babiloni Hammurápi (Kr. e. 1728–1686) törvénykönyve.<sup>3</sup> A vonatkozó 215–223. szakaszokban foglalt sebészi beavatkozások leírását (modern áthallással) tévedés „orvosi munka”-ként értelmezni, jóllehet a fordító ezt a megnevezést használja. A jogkövető magatartást előíró záradékból azonban világosan kitűnik, hogy a törvényben sebész-mesteremberről van szó, ugyanis az istenek büntetésésként olyan betegségeket szabadítanak a bűnösökre „amelynek mibenlétét orvos fel nem ismeri, mely kötéssel nem gyógyítható, s mint halálos marás el nem távolítható.” Mellőzve a tarifák pontos összehasonlítását, a sebész-mester kifejezetten jól fizetett szakembernek számított, a szó szerint kőbe vésett díjakat pedig kötelező volt megfizetni. Ugyanannak a beavatkozásnak a díja annak megfelelően változott, hogy a beteg rabszolga vagy szabad ember volt, a társadalmi ranglétra különböző fokain megnevezve.

Spirituális (szakrális) orvoslásban a „szakember” nem szuverén szereplő, hanem közvetítő az istenek és a halandók között. Eredményes munkájáért a hálaáldozatot (vagyis a valódi hálapénzt!) az isteneknek kellett leróni. Mértékére objektív mérce nem állt rendelkezésre, hiszen az istenek végtelenségéhez és mindenhatóságához képest a legnagyobb földi érték is eltörpült. Ezért alakult ki a relatív értékkála, vagyis a háláját mindenki a saját földi javaihoz viszonyította. Ennek a módszernek a legszebb és legrészletesebb leírása a zsidó Szentírásban, illetve a keresztény Ószövetségben olvasható, Mózes III. könyvének 12–13. fejezetében.

Hippokratész (kb. Kr. e. 460–375) koráig a kétféle gyakorlat élesen elkülönült egymástól. Az orvoslás atyjának igazi korszakalkotó újítása abban nyilvánult meg, hogy a spirituális orvoslás egy részét kiemelte a szakralitásból, de mivel istenfélő ember volt, magát a szakralitást érintetlenül hagyta. Az epilepsziát ugyan nem tartotta isteni eredetűnek, de az Aszklépiosz kultuszról egyetlen egy rossz szó sem olvasható a *Corpus Hippocraticum*-ban.<sup>4</sup> Hippokratész újítása a materialista orvoslásban hatalmas presztízsnövekedéssel járt, viszont súlyos értékelméleti dilemmát okozott. Az ilyen orvos nem kétkezi mesterember, munkája tehát fizikai alapon nem mérhető, viszont nem gyógyító isten, akinek áldozatot kellene bemutatni. Erre a dilemmára Hippokratész a rugalmas tarifarendszerrel válaszolt, amely az erkölcsi alapon álló önmérsékletre épít, a szélsőségek felé is nyitott lehetőségekkel. A betegek szempontjából pozitív szélsőség a teljes ingyenesség, amely csak később, a kereszténységben jelent meg, de semmi köze nincs az eredeti hippokratészi megoldáshoz. Ez utóbbinak kétségtelenül része az eseti ingyenesség, amelyet az orvos egyszemélyes kereszt-finanszírozásként működtetett a gazdagok és a szegények (nincstelenek) között. A negatív szélső változat a szemérmetlen nyereszkesedés, amelynek már az ókorban sem volt felső határa. Rómában a kor leghíresebb orvosának elismert Pergamoni Galénosz (129–199) vizitdíja 2700 sestertius volt, vagyis több mint százszorosa a névtelen kollégák által elkért szokásos 25 sestertiusnak. Egy alkalommal, amikor az éjszaka folyamán Boethus konzul feleségéhez hívták, 400 aranyat kért, ami 15-szöröse volt a nappali honoráriumának.<sup>5</sup> Ilyen és ehhez hasonló szélsőségek egészen a modern közfinanszírozás megjelenéséig, vagyis a XIX. század végéig fennmaradtak.

*(Második tévedés, ha nem értjük az orvoslást a keresztény kultúrában)* A szakrális-spirituális gyógyítás szorosan összefonódott a kereszténység eredetével. Zsidó hitéleti szemmel nézve a názáreti Jézus egyike volt azoknak a csodarabbiknak, akik abban a korban jelentős számban működtek Palesztinában.<sup>6</sup> A csodák, vagyis az anyagi világ empirikusan nem értelmezhető jelenségei, a természetfeletti erők megnyilvánulásai a földi világban. Jézus a karizmatikus képességeit az esetek döntő többségében gyógy-csodákkal tette bizonyítottá az emberek előtt. A fogadtatás természetesen a mindenkori közönségtől is függött, amint ezt a názáreti zsinagógában szerzett negatív tapasztalatai is igazolták.<sup>7</sup> Annak taglalása, hogy Jézus csodálatos gyógyításai – elsősorban pszicho-neurotikus betegek körében – a medicina mai ismereteinek szintjén valójában természettudományosan magyarázható technikákon alapultak, szorosan nem kapcsolódik a jelen tanulmány gondolatmenetéhez. Közömbös, hogyan látjuk ma az eseményeket, lényegüket a korabeli fogadtatás oldaláról kell megítélnünk.

A kortársak szemében a csodálatos gyógyulás nem számított kivételes jelenségnek. Abban az időben a szakrális gyógy-kultuszok – különösen az Aszklépiosz kultusz a Földközi-tenger keleti medencéjében – jelentős forgalmat bonyolító „nagyüzem”-ként működtek. Központjaikban (az aszklepieionokban) az orvos-papok hivatása a hitéleti gyógyítás volt, Jézus azonban a gyógy-csodákat nem magáért a gyógyításért művelte, hanem küldetésének elfogadtatása, és tanításainak terjesztése érdekében. Az egyik legjobban ismert újszövetségi jelenetben például a béna ember talpra állítása „csupán” szemléltető eszköz a farizeusokkal szembeni érvelésében: „Mit tanakodtok szívetekben? Mi a könnyebb, ezt mondani: megbocsátattak a te bűneid, vagy pedig ezt mondani: kelj fel és járj? Azért pedig, hogy megtudjátok: van hatalma az Emberfiának bűnöket megbocsátani a földön, neked mondom, így szól a bénához, kelj fel, vedd az ágycat, és menj haza.”<sup>8</sup>

Miután Jézus távozott a földi életből, az apostolok még műveltek gyógy-csodákat, de később a kereszténység nem ókori típusú gyógy-kultuszként, hanem Jézus tanításainak szakrális üzenetével hódította meg a Római Birodalmat, majd később az egész világot.

Ennek következtében a keresztény kultúrában professzionális hitéleti gyógyítást végző orvos-papi rend sem szerveződött. Ezen a tényen az sem változtat, hogy a VIII. századtól megjelenő egyéni szentségi gyónást akár a hívek „mentálhigiénés gondozás”-ának is tekinthetjük, nem is említve az exorcizmust (ördögűzést), amely az ókori szakrális gyógy-technikák egyenes folytatása. Másfelől azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a csodálatos gyógyulások igénye a népi vallásosságban orvos-papok nélkül is megeremtetette a maga kultikus helyszíneit (pl. a világhírű Lourdes, vagy Máriapócs hazai vonatkozásban). Sőt, egyes világi orvosok (mint pl. Kozma és Damján) akár a szentek sorába is felemelkedhettek.

A keresztény kultúra vallása, a katolicizmus a milánói ediktum (313) után állami-lag elismert vallás lett a Római Birodalomban, azonban csak Theodosius császár alatt (379–395) 380-tól vált kötelezővé minden alattvaló számára. Ez egyben a hivatásos orvos-papokkal működő szakrális gyógy-kultuszok halálát is jelentette. Következésképpen, a hippokratészi materiális orvoslás szükségszerűen egyeduralgoló helyzetbe került az európai medicinában. Paradox módon a szerzetesrendek vagy akár felszentelt papok is ezt művelték, amíg az 1100–1200-as években egymást követő egyházmegyei, tartományi, majd egyetemes zsinati határozatok ezt végül is megtiltották.

Összegzőként tehát a szó szakmai értelmében nem beszélhetünk önálló keresztény orvoslásról. Jézus tanításai azonban a gyógyítás társadalmi-gazdasági helyzete, az orvosi hivatáseszme, és az orvosi életvezetés alakításában minden mást felülmúló hatást fejtettek ki a keresztény Európában. Hippokratész viszont a szakrális mintára megalkotott, de világi keresztfinanszírozási modelljével járult hozzá a keresztény orvoslás gazdaságfilozófiájához. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy az életvitelszerű, teljesen ingyenes gyógyítás a keresztény jótékonykodás szélsőséges változata, és teljesen idegen Hippokratész eredeti szellemiségétől.

*(Orvosok és mesteremberek a közép- és újkori Európában)* A hippokratészi medicina nem kapott automatikusan tudományos rangot a középkori egyetemi oktatásban. Következésképpen az orvoslás művelői legfeljebb gyakorlott és jól képzett mesteremberek lehettek, mind a kétkézi (manuális), mind a belső-szervi orvoslásban, és a szakmát orvosi iskoláknak nevezett képzőhelyeken tanulták. Ezek közül a leghíresebb Itáliában, a Nápolyi öbölben működő salernói iskola volt, amely a Római Birodalom korából eredeztette jogfolytonosságát. Salerno szellemiségében a kórismézés minden esetben intellektuális (spirituális) tevékenység, gyógykezelésben viszont kétségtelen a különbség a közvetlen kétkézi beavatkozás, és az orvosságokra vagy a természeti környezet hatásaira alapozott közvetett terápia között. Ennek kettősségnek a kirekesztő oktatáspolitikai leképeződése először csak a Nyugatrómai Birodalom örökébe lépő Európában következett be.

A mai fogalmaink szerint is már *universitas*-nak nevezhető iskolák az elsajátítható tudományos képességek (*facultas*) alapján három alaptudomány – hittudomány, jog és bölcsészet – köré szerveződtek. Alapításuk kapcsán eltérő évszámokra hivatkoznak. Ugyanazon város intézménye akár három minőségben is szerepelhet a krónikákban, annak megfelelően, hogy a történetírók az eredetét kolostori, székesegyházi (végső soron pápai), vagy világi uralkodói alapításra vezetik vissza. Az első alapítási hullám az 1100-as évek elejétől az 1200-as évek közepéig tartott és olyan nevek fémjelzik, mint például Bologna, Ferrara, Padova, Parma, Montpellier, Párizs, és Oxford. Kezdetben jellemzően a fentiekben említett három (vagy kevesebb) fakultással működtek. Negyedik karként a medicina csak később társult ehhez a struktúrához. Bonyolultabb történeti magyarázat helyett fogadjuk el, hogy a keresztény kultúra a hittudományban, a jogban és a filozófiában

is kialakította saját tudományosságát, a medicina azonban csak az eleve gyanús görög-római pogány irodalomra támaszkodhatott. Ez a helyzet akkor változott meg, amikor a kereszténységgel azonos gyökerű iszlám kultúra közvetítésével az arab orvostudomány az ókor közvetlen örökségével ideológiailag immár semlegesen tért vissza Európába.

A leendő orvosoknak a medicinát a többi karral azonos módon, elvont elméleti tudományként oktatták. Gyakorlati képzést nem kaptak, mivel manuális orvoslással az iparos sebészmesterek és specialisták (kőmetszők, sérvmetszők, okulisták, fogászok), a fürdősök, a bábák és a szülészmesterek foglalkoztak. Európában lényegében ők alakították ki az orvoslás értékviszonyait, mert ők adták a tömeges ellátás szakemberállományát. A diplomás orvosok jelenléte kifejezetten ritkaságnak számított. Magyarországon ezek az állapotok a középkortól az 1800-as évek elejéig szinte semmit sem változtak. Az 1720-as első adóösszeírás szerint az egész ország területén összesen 37 tanult orvos működött.<sup>9</sup> Mária Terézia, a Magyar Királyságban a konszolidált abszolutizmus első uralkodója (1740–1780) 1752. október 26-án kiadott rendeletében arra kötelezte a főispánokat, hogy minden vármegye legalább egy hivatali szolgálatban álló orvost alkalmazzon.<sup>10</sup> A recepteket ingyen (*praescriptiones medicas gratis*) kellett kiállítania, az orvosságokat azonban elviselhető áron (*pretio tolerabili*) mindenki köteles volt megfizetni. A patikusok tehát, mint kereskedők, ingyen nem dolgoztak, de ilyen társadalmi elvárás fel sem merült velük szemben. A mesteremberek nem kértek a spirituális hippokratészi medicina értékelméletéből. Tisztességes fizikai munkájuk eredménye a társadalom legegyszerűbb rétegei számára is magától értetődő és szó szerint kézzel fogható volt. Ma úgy mondanánk, közmegegyezés uralkodott abban a tekintetben, hogy az iparos munkájának meg kell fizetni az árát. Amint láttuk, ez már Hammurápi óta alapigazságnak számított az orvoslásban.

A medicina művelőinek fentiekben részletezett alanyi kettősége, és az orvosok törpe minoritása miatt, a gyógyító munka értékelését az 1700-as évek végéig az iparos szemlélet uralta. Szűkebb földrajzi és társadalmi gazdasági térségünkben ennek döntő jelentősége volt az abszolút monarchiák XVIII. századi szabályozási stratégiájában. Természetesen korábban is készültek „országos” vagy „birodalmi” rendeletek, ezeknek azonban vajmi kevés foganatja volt a központból vezérelhető helyi államigazgatási apparátus hiánya következtében. Radikális változás a porosz államreform hatására kezdődött az 1700-as évek elejéről. Általános taglalása nem tartozik a jelen tanulmány témakörébe, a magyar hálápénzes gyakorlat eredete miatt azonban nem kerülhetjük el a témába vágó lényeges részletek megismerését.

(*Protestáns poroszok és az orvosok díjazása*) A szellemi orvoslás több mint ezeréves értékelméleti dilemmájának feloldásában a protestáns (lutheránus) Porosz Királyság egyértelműen a mesteremberi minta mellett döntött. Utólag ezt inkább szerencsés véletlennek tekinthetjük, mintsem két-háromszáz éves bölcs előrelátásnak. Kétségtelen viszont, hogy ez a szemlélet harmonikusan fogadta be a XVIII. század végétől már egyetemi diplomát szerzett sebészeket, akik az egész XIX. és XX. század orvoslását szakmailag és értékelméletileg is a maguk képére formálták. Velük együtt az ugyancsak protestáns erényeken nevelkedett német ipari proletariátus, illetve közép- és felső osztályok határozták meg az úgynevezett bismarcki<sup>11</sup> szociális biztosítás töretlen sikerét és végső soron a mai Németország orvosi hálápénz mentességét.

Poroszország, 1701-től már királyságként, I. Frigyes Vilmos (1713–1740) uralkodása alatt szakmai és igazgatási szempontból az egészségügyben is rendet teremtett. Az 1725. évi Orvoslási Rendtartás<sup>12</sup> (*Medizinaledikt*) orvosokra vonatkozó része magától értetődően sorolja az orvost és az orvosi díjtáblázatot (a taxát) a többi iparúzó foglalkozás közé:

„Annak érdekében, hogy minden orvos, sebészmester és patikus tudja, hogy az általa végzett sokféle munkáért és gondosságért milyen összeget kérhet és fizetethet ki magának, és hogy a betegek se panaszkodhassanak a túlzott megterhelés miatt, megerősítjük a már használatban lévő taxát (ld. 32–33. sz. melléklet). Nevezett taxa azonban nem köti meg az előkelő és vagyonos emberek kezét, hogy megkülönböztetett módon és nagylelkűséggel ismerjék el az orvosok és sebészmesterek szorgosságát, gondoskodását, és hűséges munkáját. Elsősorban azoknak szól, akik – mivelhogy rendezett élethelyzetben vannak, és megélhetésük sem kétséges –, az orvost és a sebészmestert is illendő módon képesek megfizetni (6. §).”

A hivatkozott 32. melléklet az orvosi díjtáblázat, amely 14 számozatlan bekezdést tartalmaz, hatóságilag rögzített összegekkel. Az első vizitért közönséges betegségben 1 tallért, ragályos betegségben, pestis kivételével, 2 tallért kellett fizetni. Minden további vizitért, ha az orvos nem ír fel receptet, 6 garas jár, ragályos betegségben a recept felírással járó vizit 15 garasba kerül.<sup>13</sup> Az összegek nem különösen magasak, de nem is alacsonyok, ha összehasonlítjuk például a húsz tételt tartalmazó sebészi táblázattal (33. sz. melléklet). Nagyméretű, mély, veszélyes nyílt és darabos lábszárcsont törések kezelése a kezdettől a gyógyulásig akár 20 tallérba is kerülhetett. Másfelől a sebészivel szemben rövid orvosi táblázat a jogalkotó bizonytalanságát jelzi, hiszen nem talált szakmai támpontot az elvont szellemi tevékenység taxatív értékelésére. Mértékegységként maradt a vizit, a ragályos és nem ragályos betegség, illetve a receptírás. A fenti 6. § azt hangsúlyozza, hogy „előkelő és vagyonos emberek... megkülönböztetett módon és nagylelkűséggel” (*mit mehrerer Descretion und Freygebigkeit*) ismerhetik el az orvos és a sebészmester munkáját. Szegényekre és nincstelenekekre a taxa utolsó bekezdése vonatkozik: „Szegény emberek esetében, akik létbizonytalanságban élnek és vagyonnal sem rendelkeznek, a lelkiismeretes orvos emlékezzék az őt kötelező keresztényi szeretetre, tehát ezektől az emberektől se vonja meg tanácsát és segítségét”.

A protestáns német megoldás szerint tehát az orvos egy tisztességes iparos, munkájának az ára pontosan meghatározható, az országosan egységes tarifát pedig a mélyszegénységben élők kivételével mindenki köteles megfizetni. Ezt az alapelvet, a kereslet és kínálat történelmi egyensúlya mentén, az orvosok és a betegek is elfogadták. Vagyonos beteg szabad elhatározásból többet is adhatott, sőt illendő is volt, hogy adjon. Az akkor még nem létező szociális védőháló helyett a jogalkotó erre a többletbevételre alapozta a klasszikus hippokratészi keresztfinanszírozás törvényi garanciáját.

(*A katolikus Habsburg-birodalom alternatívája*) A Habsburg-birodalmi gondolkodás csak a mesteremberek részére fogadta el az egységes és kötelező tarifák rendszerét. Egyetemi diplomás orvosok esetében a bécsi adminisztráció következetesen kitarított a szellemi munkavégzés kvázi-szakrális értelmezése mellett. Ennek következtében senki sem tudta, hogy az orvosnak milyen díjat kellene fizetni. A betegben ez bizonytalanságot keltett, sőt bátortalaná tette, az orvos pedig lényegében teljes szabadságot élvezett a keresztényi önzetlenségtől a korlátlan és szemérmetlen harácsolásig. A Magyar Királyság lutheránus és kálvinista orvosai következetesen, de sikertelenül harcoltak a katolikus Habsburg szemlélet ellen. Pontosán ismerték a porosz és általában a protestáns gyakorlatot, hiszen diplomájukat a felekezeti ellentétek miatt nem az örökös tartományokban, hanem Európa vezető német, vagy németalföldi egyetemlein szerezték.

A Habsburg abszolutizmus első átfogó birodalmi rendelete az 1753. évi Prágai Rendtartás volt.<sup>14</sup> Ebben nyoma sincs orvosi díjtáblázatnak, a fizetség a beteg és az orvos szabad egyezkedésének tárgyát képezi, tehát az orvosok

*„a szokványostól eltérő orvosi díjat se követeljenek, hanem elégedjenek meg a szokásos fizetéssel, a szegényeket pedig, akiket ugyanolyan tanáccsal és segítséggel kell ellátniuk, mint a gazdagokat, azonos érzülettel kezeljék, és a körülményeknek megfelelően eljárásuk a keresztényi szeretetet kövesse.” (19. §).*

Nyilvánvaló tehát a jogalkotó akarata, hogy tételesen ne rögzítse az orvos fizetését. Így a Rendtartás az orvosi etikát tette meg értékmérőnek, valójában a szakrális magasságokba emelt elvárások alapján. Ez azonban további gondokat okozott, amelyek megoldására gazdaságon kívüli eszközöket kellett igénybe venni. Ha az orvos elveszítené önmérsékletét, és

*„bűnösen erőltetett módon sok pénzt és szokatlan orvosi díjat követelne, emlékeztetni kell őt hivatali esküjére, és nem csak a követelésétől kell eltanácsolni, hanem az esetet azonnal fel kell tárni az elöljáróság előtt...” (21. §).*

Előttünk áll tehát a súlyos etikai vétség esete, az orvosok államigazgatási vagy büntetőjogi felelősségre vonásával.

A Prágai Rendtartás által intézményesített megoldás abszurd változata a tengerészeti egészségügyi rendelkezéseket egyesítő, 1755-ben kiadott úgynevezett Trieszti Szabályzat.<sup>15</sup> Nem a véletlen műve, hogy egyik rendelkezése kifejezetten ismerősnek tűnik a mai olvasó számára.

*„Mind a közegészségi orvos, mind helyettese, betegség esetén térítésmentesen kötelesek gyógyítani a Közegészségügyi Bizottság tagjait, továbbá a közegészségügyi hivatalnokokat és az őrszemélyzetet is. Nem tilos azonban olyan díjazást elfogadniuk, amelyet a betegség alatt vagy utána, a betegek önként és nagylelkűségből ajánlanak fel számukra” (16. fejezet, 8. bekezdés).*

A köztisztviselői állásban alkalmazott és fizetést élvező hatósági orvos a hivatalos javadalmazásáért köteles köztisztviselő társait és a közszolgálatban álló katonai őrszemélyzetet is ellátni. A jogalkotó azonban ebben a helyzetben is megengedi, hogy az orvos a hivatali kötelezettsége teljesítésével párhuzamosan ugyanazért a tevékenységéért a hivatali társaitól „a betegség alatt vagy utána” külön pénzt (paraszolvenciát!) fogadjon el, „önként és nagylelkűségből” (*freywillig und aus blosser Generosität*) fakadó adományozás alapján.

Amikor a Magyar Királyságban is ismertté vált a Prágai Rendtartás, a korabeli Európa vezető egyetemlein végzett hazai orvosok és az államigazgatásban járatos szakemberek is pontosan értették a benne foglalt üzeneteket. Ennek tanúsága a Helytartótanács Egészségügyi Bizottsága 1755. augusztus 19-i ülésének jegyzőkönyve,<sup>16</sup> amely egy önálló tervezetet tartalmaz az egészségügy szabályozására (*Planum Regulationis in Re Sanitatis*). Orvosi jövedelmek tekintetében a jegyzőkönyv szerint az erkölcsi önszabályozás nem feltétlenül áll összhangban a közérdekkel. Különösen egyes külföldi orvosok, miután „jelentősebb tőkét és vagyont harárcsoltak össze, minden holmijukat fölpackolják, és kimenekítik az országból – következésképpen újra megkárosítják a társadalmat”. Megoldásként az Egészségügyi Bizottság a Porosz Ediktummal azonos szabályozást javasolt. Visszautalt a hazai gyakorlatban 1745. június 15-től hatályos úgynevezett Torkos-taxára, amely a sebész mesterek díjszabását és a patikaszerke árait tartalmazta.<sup>17</sup>

„minthogy az előbbieken felvezetett patikai taxa című munkában az említett foglalkozási utasítások között a mértéktelen munkadíj követelések megelőzésére tételes sebészeti díjszabás is elrendeltetett, a jelen Bizottság úgy vélekedett, hogy az elkérhető díjakról és fizetségekről az orvosok részére is teljesen azonos módon meghatározott normát és szabályozást ír elő...”.

Mivel ez nyílt szembefordulás volt a birodalmi adminisztráció felfogásával, másfelől orvosi díjak tekintetében országosan összehasonlítható, majd piaci átlagárként számszerűsíthető adatok sem álltak rendelkezésre, „a Bizottság abban állapodott meg, hogy az

egyszerűség kedvéért, a számos előre várható nehézség miatt ezzel jelenleg nem kíván foglalkozni”. A szövegezés ismerősen hangzik: nem volt időszerű a kérdés!

Pontosan a „számos előre várható nehézség” közepette született meg 1770-ben a *Generale Normativum in Re Sanitatis*, amely uralkodói rendeletként először szabályozta átfogóan a magyar egészségügy valamennyi területét.<sup>18</sup> Az orvosi fizetséget illetően nem változtatott a korábbi birodalmi értelmezésen, tehát az orvosok önmérsékletére hagyatkozva csupán erkölcsi figyelmeztetést tartalmazott:

„az elért sikert jutalmazandó, más szóval szokatlanul magas kezelési díjról sem kezdeményezhet egyezkedést az orvos, aki jobban teszi, ha megelégszik a magyarországi és a hozzá társult királyságokban szokásos fizetéssel” (I. rész, I. cím, VII. §).<sup>19</sup>

Végeredményben 1770 után sem tudta senki, hogy az orvos milyen díjat kérhet, és a beteg milyen összeget köteles fizetni. Ezért a búcsúzó XVIII. században a magyar jogalkotás még egy utolsó elszánt kísérletet tett az áldatlan állapotok megváltoztatására. Országgyűlési bizottsági szinten 1793-ban jóváhagyva készült egy törvénytervezet, amely az 1770-es uralkodói rendeletnél magasabb szinten lett volna hivatva az általános szabályozásra.<sup>20</sup>

„Mivel az orvoshiány, és az ennek következtében divó szabados díjszabás elsősorban a szegényebb sorban élő embereket gyakran visszatartotta az orvoshoz fordulástól – különösen, ha azok külfoniaiak voltak – és mivel az orvosi segítség kérésének halogtatása és elodázása miatt ilyen esetben a betegség egyre súlyosbodott és gyakran gyógyíthatatlanná vált, a félelmek kiküszöbölése és az orvoshoz fordulás előmozdítása érdekében, az orvosoknak fizetendő díjak az alábbiak szerint állapítatnak meg.” (I. rész, II. fej. 1. §, B-rész, 14. bek.)<sup>21</sup>

A tervezetben ezután az 1725. évi porosz ediktum hazai viszonyokhoz igazított díjtételei következnek. Feltűnő az is, hogy a díjtételek szabályozásának 7. pontjában a munkadíjak latin megfelelője a *merces laboris*, ami értékemléletileg kifejezetten a fizikai valorizációt hangsúlyozza.

„az ily módon rögzített munkadíjak ellenében minden orvos, ha hívják, minden megjegyzés, és magasabb díj követelése nélkül, a betegnél, személyválogatás mellőzésével, és hatósági figyelmeztetés büntetésének terhe mellett, megjelenni köteles, föltéve, ha súlyos okok miatt, írásban magát korábban ki nem mentette”.

Tudjuk, hogy a történelem viharos változásainak következtében az egészségügy szabályozása helyett a XIX. század első kétharmadában mindig súlyosabb kérdések szerepeltek a törvényhozás napirendjén. Amikor az 1800-as évek második felétől hazánkban is a manuális orvoslás értékefilozófiája vált uralkodóvá, mindenki tudta, hogy az orvost meg kell fizetni, de nem volt olyan történelmi ár-centrum, amely közmegegyezésen alapult volna.

(*Elérkeztünk az értékzavar legmélyebb pontjára*) A *Generale Normativum*-hoz képest csaknem 100 éves késéssel született a kiegészítést követően az 1876. évi XIV. törvénycikk, a magyar egészségügy első átfogó törvénye.<sup>22</sup> Az orvosi díjakra vonatkozó része a Habsburg szabályozás elhaló visszhangja az akkor még liberális egészségügyi piacgazdaságban.

„A magánorvoslás díjazása kölcsönös megegyezéstől függ, hol ilyen létre nem jött, peres esetekben szakértők meghallgatásával a bíróság határozza meg a díjat, melynek legkisebb mértéke az egész országra kihatólag, azonban tekintettel a városok és községek különböző viszonyaira, fokozatosan a belügyminiszter által állapítatják meg”. (48. §)



Elsődlegesen tehát az orvosi díj szabad egyezkedés tárgya, amelybe az állam normatív módon nem óhajt beavatkozni. Amennyiben a díjazás miatt keletkezett vitában a szolgáltatás bármelyik szereplője (az orvos vagy a beteg) polgári peres eljárást kezdeményezne, a díjat az illetékes bíróság határozza meg. A bírói ítélezési gyakorlatot pedig az államigazgatás majd valamikor a jövőben kidolgozandó és területileg differenciált normatív díjtáblázzal fogja támogatni.

Ennek a lebegtetett és totális magánpiaci állapotnak az „ipari és gyári alkalmazottak betegség esetén való segélyezéséről” szóló 1891. évi XIV. törvénycikk vetett véget, amely a német szociális biztosítási modellt igyekezett adaptálni. Magyarországon ez nyitotta meg a közfinanszírozott ellátásról szóló jogszabályok hosszú sorát, amelyek közös jellemzője volt, hogy a német modellel ellentétben teljesen önkényesen határozták meg az orvosi munka díjazását. Történelmileg kialakult tarifák helyett az állam számításba vette (és veszi ma is) az elvégzendő munka volumenét, az erre fordítható pénzforrásokat, majd ezek hányadosaként, akár irreálisan alacsony szinten állapítja meg a fizetséget.

Az Osztrák–Magyar Monarchia összeomlása, majd az azt követő totális rendezetlenség után Magyarország igyekezett az eredeti bismarcki mintához igazodni. Ezt a törekvést csak évekkel később, a gazdasági konszolidáció után, „a betegségi és baleseti kötelező biztosításról” szóló 1927. évi XXI. törvénycikkben sikerült valóra váltani. Az eredeti bismarcki szellemiségnek az is stratégiai eleme volt, hogy a közfinanszírozás ugyan a szabadpiaci árnál nyomottabb színvonalon számítja a díjakat, viszont a szerződött orvosoknak biztonságos forgalmat és bevételt garantál a kockázatosabb magánpiac helyett. Másfelől az orvos munkájának „olcsó” igénybevételére a társadalomnak csak azok a rétegei jogosultak, amelyek nem volnának képesek megfizetni a magángazdasági díjakat, mivel nem töke-, hanem munkajövedelemből élnek, és ez utóbbit belül is az alacsonyabb kategóriába tartoznak.

Az 1927. évi XXI. törvénycikk szerint a szociális biztosítás kedvezményeiben csak azok részesülhetnek, akiknek a fizetése nem haladja meg az évi 3600 vagy havi 300 pengőt. Felette a gazdagabb rétegek csak a szabadpiacon találkozhattak az orvossal, függetlenül attól, hogy magánbiztosítási fedezetük volt, vagy zsebből fizettek. Figyelemre méltó ennek kapcsán a fenti törvénycikk miniszteri indokolása, amely mai jövedelempolitikai és értékelméleti dilemmáinknak is pontos foglalatát adja:

„Általában a biztosítási kötelezettség kiterjesztésénél bizonyos óvatosságra int az orvosok anyagi helyzete, amelynek megértő méltánylása ugyancsak mellőzhetetlen kötelessége a törvényhozónak. A betegségi kötelező biztosítás keretében elhelyezett osztályok ugyanis kiesnek az orvosi kar magángyakorlatából és ezen az oldalon a biztosítás csökkentheti az orvosi kar szabad gyakorlatában elérhető keresetét és megélhetését, ha olyanokat is felölel, akik biztosítás hiányában az orvosoknak fizető magánbetegei volnának. Kétségtelen ugyanis, hogy az orvos az egyes beteggel szemben magasabb díjszabást érvényesíthet, mint oly intézménnyel szemben, amely nagyobb elfoglaltsági kört nyújt ugyan, de ezt csak mérsékelttel álányösszegben díjazhatja. Figyelemmel arra, hogy az orvosi kar megélhetésének lehető biztosítása ugyancsak szociálpolitikai követelmény, mert hiszen közhasznú és nélkülözhetetlen munkát kifejtő társadalmi osztályról van szó, amely magasabb rendű kiképzésének és nagyjelentőségű szolgálatainak ellenértéke fejében megfelelő díjazást jogosan követelhet, vigyáznunk kell arra, hogy az egyik részen üdvös intézkedések a jogos határok között maradjanak, nehogy túlzásba átsapva, a másik részen kárt okozzanak. Bizonyos szociális igazságosság érvényesül tehát akkor, amidőn az orvosok a biztosítottak mérsékeltbben díjazott gyógykezelésért a vagyonosabb néprétegektől kiadósabban élvezett munkadíjban kapják meg működésük megérdemelt ellenértékét.”

Ezt az utóbbi mechanizmust a közfinanszírozott ellátáson kívüli magánpiac – jóllehet rohamosan csökkenő hatékonysággal – még életben tartotta, egészen az 1940-es évek végén bekövetkezett kommunista hatalomátvételig. Szocialista társadalombiztosítás címén ekkor született a bismarcki biztosítási struktúra abszurd változata. Az iparban és a kereskedelemben, illetve a szolgáltatásokban megszűntek a tőkejövedelmek, majd a mezőgazdaság „szocialista átszervezése” után a parasztság is csak munkajövedelemhez juthatott, tehát az egyébként alacsony bérszínvonal mellett mindenki jogosulttá vált a társadalombiztosításra. A magántulajdon üldözése miatt megszűnt a magánorvoslás is, a fogászati ellátás részleges kivételével. A magasabb presztízsű magánellátás mintakészletét azonban nem sikerült törölni az emberek emlékezetéből, és már az 1940-es évek végén megjelent a paraszolvencia a köztulajdonban dolgozó orvos és a teljes körű közfinanszírozási fedezettel rendelkező beteg között. Ezzel az orvoslás díjazásához fűződő évszázados értékzavar elérte a legalsó szintet, ahonnan mélyebbre már nem lehet süllyedni, de kiemelkedni sem lehet a helyzet teljes újragondolása nélkül. Valójában azt történt, hogy a társadalom kényszerhelyzetben ugyan, és ráadásul torz módon, de mégis újratermelte a köz- és a magánszférát, amelyben a magánbeteg helyére a hálapénzes beteg lépett. Eltűnt a klasszikus magánpraxis is, helyette az orvos a köztulajdonban rendezte be a „magánrendelőjét”.

*(Miért nincs hálapénz a modell-értékű rendszerekben?)* Európa nyugati felében két nemzetközileg mintaértékű egészségügyi szolgáltató rendszer alakult ki, az egyik Németországban, a másik az Egyesült Királyságban. Valójában az utóbbi ország rendszere is a német szociális biztosításra vezethető vissza, és az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában döntő fordulat csak 1948-ban következett be.

Németország 1883-tól, vagyis a bismarcki szociális betegbiztosítás hatályba lépésétől tartja fenn magán és közfinanszírozott ellátását. Ez a szocializmust is túlélő hazai dogmatika szerint azt jelenti, hogy az ország „ketté van szakítva” szegény és gazdag ellátásra. A vonatkozó német jogszabály pontosan rögzíti a „kettészakítást”, vagyis a kötelezettek körét.<sup>23</sup> Szociális biztosításra azok kötelezettek, akiknek éves/havi jövedelme nem éri el a német törvényhozás által minden évben meghatározott jövedelmi határt. Bérből és fizetésből élők esetében ez a határ 2013-ra vonatkoztatva 4.350,00 €/hónap. Kötelező biztosításban kiegészítő biztosítás is köthető egyes többlétszolgáltatásokra (pl. elhelyezés 2-ágyas kórházi szobákban, orvosválasztás a kórházban, vagy fogorvosi kezelés). Ezeket a kötelező biztosítást kezelő szervezet vagy külön üzleti biztosító is kínálhatja.

A német rendszert illetően magyar szempontból azt kell kiemelni, hogy a történelmi hagyományok miatt az orvos munkájának díja teljesen tetszőlegesen nem határozható meg. Nincs szinte az ingyenességig leszorított díjazás, tehát az orvost valamilyen méltányos áron mindenképpen meg kell fizetni. Szociális biztosításban a szolgáltatások fogyasztói (tehát a betegek) tudják, hogy fizetségük nyomottabb szinten, de értékarányosan került megállapításra. A magánpiacon ezzel szemben a klasszikus kereslet-kínálati viszonyok érvényesülnek. Mindezek következtében a rendszernek nincs szüksége informális ellensúlyokra, tehát hálapénz nélkül is egészen jól működött az utóbbi 130 évben.

Kezdetben (1911-től) az Egyesült Királyság is a német rendszert vette át, de a szociális betegbiztosításban a fedezet nem terjedt ki az eltartott családtagokra. A többi között ez is oka volt annak, hogy a közfinanszírozásban 1948. július 5-től átváltottak a National Health Service (NHS) rendszerére. Annak ellenére, hogy az utóbbi több mint 60 évben számos módosítás történt, pénzügyileg a lényeg változatlan maradt: a szolgáltatások fedezetét adóbevételek adják. Az ellátás állampolgári jogon jár (részletkérdés, hogy külön NHS szervezet működik Angliában és Walesben, Skóciában, illetve Észak-Írországban). Az adózásra tör-

tént áttérés alapvető fordulat volt, ugyanis a társadalombiztosítással ellentétben az általános jövedelemadóhoz nem társulnak címzett jogosultságok. Aki tehát jövedelemarányosan befizette az adóját, hozzájárult a társadalom általános újraelosztási alapjához, de az egészségügyben sem szerzett címzett jogosultságot a természetbeni szolgáltatásokra. Párhuzamosan a magánszolgáltatásban bárki bármikor igénybe veheti az orvosi ellátást, akár közvetlenül zsebből fizetve, akár üzleti biztosítással. Ennek kapcsán azonban az NHS ügyel arra, hogy a határok ne mosódjanak el a két rendszer között.<sup>24</sup> Különösen lényeges szempont ez a fekvőbeteg-ellátásban, ha az NHS egy magánszolgáltatóval szerződik, vagyis kapacitást vásárol az ellátás nyújtására. Ilyen esetben, térben és időben is kötelező jól érzékelhetően elválasztani egymástól a köz- és magánfinanszírozást. Ennek következtében a közfinanszírozott beteg saját tetszése szerint nem bonthatja meg az NHS szolgáltatási csomagját. Például, szürkehályog (katarakta) műtét esetén a beavatkozás során az NHS a standard unifocalis lencse beültetését fizeti, amely helyett a beteg csak ebben a tekintetben nem válthat át magán alapra, vagyis multifocalis lencsét nem rendelhet). A világos és tiszta szabályoknak köszönhetően az Egyesült Királyság rendszere is egészen jól működik a magyar hálapézenzes gyakorlathoz hasonló ségédlet nélkül.

*(Szembenézés az egészségpolitikánk mai nyomorúságával)* Az 1989-es rendszerváltozás lehetőséget adott volna a korrektt köz- és magánfinanszírozás, a köz- és magántulajdonú egészségügyi szolgáltatások kialakítására. Ezzel ellentétben az egészségügy stratégiai tervezése elmerült egy hamis „bismarcki” nosztalgiában, a „mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás” (TB) nemzeti kockázatközösségének dogmatikus értelmezésével együtt. A „gazdagok” emlegetésével pedig lényegében visszanyúlt a XIX. századvégi szélsőbaloldali demagógia eszköztárához. Végeredményében a „gazdagok” büntetésből kapták a posztoszocialista tb-t, hogy nagyobb összegű járulékaikkal növeljék az egészségbiztosítási alap bevételeit. A „gazdagok” differenciálatlan fogalma azonban már az 1990-es évek első felében értelmetlenné vált, ahogyan egyre nyilvánvalóbb lett a tőke- és munkajövedelmek kettősségének visszatérése a gazdaságba. Ezért egyre erőszakosabb megoldások születtek a „járulékalap bővítésére”.

Tisztességes megoldásként akár a fentiekben vázolt NHS-rendszerre is áttérhettünk volna, ennek az „állami” jelzője azonban mindenkit az éppen meghaladott szocialista egészségügyre emlékeztetett volna. Első lépésként tehát a tőkejövedelmekből képeztünk kvázi-járulékot, és mindig újabb nyelvi leleményekre kényszerültünk, mert ragaszkodtunk a járulékalapú fedezethez. Húsz évet előre ugorva az időben, ezen a területen is észlelhetők változások. A munkáltató ma már ténylegesen is adó módjára fizeti a korábbi járulékot, ezzel szemben munkavállalói oldalon a „gazdagokat” még mindig „nem engedjük ki a rendszerből.” Ennek következtében a minimálbérből élők szolidárisak a milliárdosokkal, akiknek nagyvonalúan biztosítják, hogy hihetetlenül nyomott, közfinanszírozott áron jussanak hozzá az „ingyenes” orvosi munkához. A gazdagok természetesen a szabadpiaci árakhoz képest nevetséges összegű hálapépenzzel egészítik ki az orvos jövedelmét, hiszen az áralku alapja nulla forint, vagyis az ellátás ingyenessége.

Az 1989-es rendszerváltozás azért okoz mind a mai napig fennálló feszültséget, mert elvileg megszabadított bennünket a megalkuvások kényszerű vállalásától. A hálapépenzt mégis azért vállaljuk, mert az „előnyei” megérik a kockázatmentességet a rövidtávú szemlélettel gondolkodó egészségpolitikában. A hosszú távú stratégiai tervezés politikai terheit viszont 1989 óta senki nem merte vállalni. A semmittevés természetesen több száz oldalas dokumentumokkal leplezhető a „health policy” angol nyelvű konzerv szövege-

inek magyarra fordításával. Kialakult tehát egy olyan állóháború, amelyben a politikai szereplők ébersége arra irányul, hogy az ellenfelet – akár egyetlen egy rossz mondat miatt is – mikor lehet fejbe vágni a féktelen szociáldemagógia bunkósbotjával.

*(Szabályozott és spontán változások)* Egyetlen egy területen, nevezetesen a fogorvoslásban, a rendszerváltozás után radikálisan kiirtottuk a hálapénz intézményét. Mégsem dicsekszünk vele, inkább szemérmesen takargatjuk. Sikertörténet is lehetne, de sajnós a fogorvosi hálapénzre 1995-ben mértünk halálos csapást az úgynevezett Bokros-csomagot bevezető kormányhatározat<sup>25</sup> után kiadott ágazati miniszteri rendeletben.<sup>26</sup> A szolgáltatási csomag drasztikus szűkítése miatt 18–62 éves kor között (egyes kivételektől eltekintve) a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás csak a „sürgősségi ellátásra, fogsebészeti ellátásra, fogkő-eltávolításra és az ínyelváltozások kezelésére” biztosítja a térítésmentességet.<sup>27</sup> A fogászatban tehát megtörtént az, aminek az érintése is abszolút tabu-téma az orvoslás minden más területén. A szolgáltatási „csomag” pontos meghatározásának (valójában drasztikus szűkítésének) az árát azonban a magánpiacon súlyosan meg kell fizetni. Mindenki számára nyilvánvaló, hogy a fogorvos nem elvont szellemi (spirituális) munkát végző szakember és munkájának eredménye fizikailag is pontosan érzékelhető. Következésképpen minden pontosan illeszkedik a mesteremberi orvoslás évezredes mintakészletéhez, és a betegek is ennek megfelelően reagálnak.

A fenti, legálisan megalapozott helyzettől eltérően a házi orvoslásban is kialakult a magánpiac, olyan területen, ahol a szolgáltatás és annak vásárlása elvileg nem ütközik semmilyen szabályozásba. Nincs joghézag, sem szürke zóna, ugyanis a közfinanszírozási fedezet szerint, amennyiben a beteg állapota ezt szükségessé teszi, az orvos az otthonában fogja felkeresni, ellenkező esetben a betegnek a rendelőben kell megjelennie.<sup>28</sup> Miután a házi orvos nem közalkalmazott, hanem egyéni vállalkozó vagy gazdasági társaság tagja, ebben a minőségében semmi nem akadályozza (nincs exkluzív tb-szerződése), hogy a beteg kérésére akkor is „házhoz menjen”, ha ezt egyébként a közfinanszírozás nem téríti. Erre a magánszolgáltatásra országsszerte differenciált díjtételek alakultak ki. Önmagában a tranzakció teljesen legális, a pénzforgalom könyvelése és a jövedelem adóhatósági megítélése azonban közvetlenül nem kapcsolódik a jelen gondolatmenethez.

Magyarországon ma semmilyen rendelkezés nem tiltja járóbeteg szakorvosi magánrendelés, vagy akár magánkórház nyitását. Ez az üzleti szegmens egyébként teljesen szokványosan működik olyan ellátásokban (pl. esztétikai sebészet), amelyekre nincs tb-fedezet, de van fizetőképes kereslet. Közfinanszírozási fedezettel rendelkező ellátásokban viszont a szabadpiacon működő magánszolgáltatót igénybe vevő beteg kétszer fizet a szolgáltatásért. Egyszer kénytelen a tb-ben hagyni az őt megillető fedezetet, másodszor kifizeti a szolgáltató tarifáját. Mérsékelt díjak esetében ez elviselhető, ha a fogyasztók (betegek) a köztulajdonú közfinanszírozott ellátáshoz képest érzésük szerint, vagy ténylegesen is többlétszolgáltatást kapnak. Tipikus esetben például egyes diagnosztikus vizsgálatokban megszabadulnak a hosszú várakozástól (várólisták). Mai viszonyaink szerint azonban a százezer forintos nagyságrendben már nincs számottevő kereslet, ezért reménytelen a magángazdaságban fekvőbeteg-ellátással kísérletezni. Fordítva ez azt jelenti, hogy az orvosok maradnak a köztulajdonban kialakított hálapénzes magánpraxisukban.

*(Milyen nagy teher a történelmi örökség?)* Gyorsított megoldással a betegeket és az orvosokat sem lehet ideológiailag átnevelni. Ezzel a módszerrel egyszer már megbuktunk az 1950-es évek első felében. Történelmi örökségünk felszínesebb és mélyebb hatásainak a lenyomata mindenkinek a gondolkodásában megtalálható. Ezt a bevezető fejezetek

igyekeztek hitelt érdemlően bizonyítani, elsősorban az értékelméleti alapigazságok bemutatásával. A hálapénz egy modern társadalomban regresszív értékfilozófiát képvisel, és nagyon atavisztikus megoldás a jövedelmek rendezésére. Jelenléte miatt elsődlegesen az elvont szellemi munkát végző orvosok károsodnak. Figyelemre méltó azonban, hogy a szakralitás felé „áthallásos” szellemi munkában (konkrétan a pszichoterápiás magánpraxisban) ezek a hatások a legkevésbé sem érvényesülnek. Kétkezi (manuális) orvoslásban (elsősorban a szülészetben) viszont a betegek oldaláról nézve kiválóan működik a szakma ősi iparos-mesteremberi megítélése.

Sajátos történelmi hátterünk miatt társadalmi egyetértés alakult ki abban, hogy az orvosok jövedelme alacsony, de valójában senki sem tudja, hogy ma Magyarországon esetenként vagy idő-átlagban egy orvost hogyan kellene megfizetni. Következésképpen a mindenkit megillető, magas színvonalú, közfinanszírozott ellátásban az orvosoknak mindig annyi pénz jutott, és jut ma is, amennyi a kasszában marad az összes többi, keményebb költségelem levonása után. Ha semmi nem marad, mint például a fogászatban, akkor a betegeket ki kell küldeni a magánpiacra, ahol természetesen a magyar fizetőképesség kereslet határozza meg a díjakat. Ennek következtében a díjazás nem éri el a gazdaságilag fejlettebb európai országok szintjét. Mellesleg ez előnyökkel is jár, ugyanis ez a Magyarországra irányuló „fogászati turizmus” mozgató ereje, és egyben a fogorvosi migráció objektív szabályozó tényezője. A szabadpiaci magánszféra jövedelmi viszonyai természetesen a magánalkalmazott fogorvosok fizetését is befolyásolják. Aki ezek után elégedetlen a hazai piacon elérhető jövedelemmel, vagy magánszolgáltatóként nincs reális esélye belépni a piacra, az pontosan mérlegelheti, hogy milyen jövedelmi különbséget mellett milyen terheket és kockázatokat vállal, ha más országban akar érvényesülni.

A fogorvosláshoz hasonló szabadpiaci értékmérés nincs az általános orvosi diplomákra alapozott szakorvosi területeken. Tegyük hozzá, „fogászati módra” nem is várható a kialakulása, ugyanis tömeges méretben nem lehet szakmai szolgáltatásokat kizárni a közfinanszírozásból. Minden biztosítottnak jár gyakorlatilag minden ellátás, akkor is, ha aktuálisan nem elérhető. Ez utóbbira az angol NHS már az 1950-es években felfedezte a megoldást a várólisták felállításával. A német rendszerben is mindenkinek jár minden ellátás, de nem mindenkinek azonos áron. Magánbiztosított ellátásban nem a tőkeköltségek és a fogyóeszközök, hanem a magasabb orvosi díjak miatt magasabb a szolgáltatás ára. Az orvos ugyanazt a szakmai munkát végezi a szociális biztosításban, mint a magánbiztosításban, de az utóbbi területen szabadpiaci viszonyok mellett.

Magyarország az orvosi munka értékmérésére az 1989-es rendszerváltozás után a közalkalmazotti hagyományokhoz nyúlt vissza. Ez történelmileg is álságos és hazug megoldás volt, de korábban nem járt anyagi hátránnyal, legfeljebb az orvosok önértetét sértette. Semmi nem tiltotta ugyanis egészen 1936-ig,<sup>29</sup> hogy a hivatali állás mellett jövedelmező magánpraxist is folytassanak. A rendszerváltozás nosztalgikus értékmérésére a betegek és az orvosok is a hálapénz-rendszer zavartalan fenntartásával válaszoltak. Természetesen dicséretes a mindenkori kormányzat törekvése a közalkalmazotti fizetések emelésére, de a közelmúltban az 50%-os (2002-ben) emelésnek sem volt érdemi hatása a hálapénz forgalomra. A legújabb 10-20%-os emelések sikertelensége is pontosan ezt jelzi. Nem a százalékos kulcsokkal van baj, hanem a vetítési alappal, vagyis a méltánytalanul alacsony fizetésekkel. Ez tartja életben a paraszolvenciát, ugyanis ha a betegek elemi ellenérzéssel viseltetnének a közszférában legálisan sokat kereső orvosokkal szemben, nem éreznének indíttatást a jövedelmek kiegészítésére. Visszatérve az orvosi fizetésemelésekre, az egészségpolitika mindenkori irányítói csak elismerést érdemelnek, de teljesen felesleges arról álmodozni, hogy a jelenlegi nagyságrendekben bármilyen kölcsönhatást gyakorolhatnának a paraszolvenciára.

(*Reális lehetőségek*) Tértől és időtől független tökéletes finanszírozási rendszer sehol sem létezik az egészségügyi szolgáltatásban. Minden ország olykor keserves történelmi tapasztalatok árán jut el a többé-kevésbé jól működő megoldásokhoz. Bizonyára nem fogunk nemzetközileg is mintáértékű új modellt kitalálni, azonban senki sem akadályoz meg bennünket abban, hogy őszintén szembenézzünk a problémákkal. Mivel a magyar hálapénzforgalmat alapvetően egy súlyos rendszerhiba okozza, eltávolítása nélkül egyetlen tüneti kezelési mód sem lehet eredményes. Varázsütésre bevezethető ideális modell nem létezik, csak olyan reális megoldás, amelyben az elvek és a gyakorlat a lehető legalacsonyabb szinten ütköznek egymással.

A fogorvosi megoldás mintáértékű, de az egyéni felelősség korlátlan kiterjesztésével szakmailag és szociálisan is csak kivételes példaként vállalható. Mindenki személyesen felelős a fogsoráért, mert korlátlan lehetősége volt a károk elkerülésére, ráadásul, ha ezt nem tette, a közösségtől még feddésben is részesülhet (tetszetek volna fogat mosni). Ezt a megoldást egy vakbélgyulladásra természetesen nem lehet alkalmazni, de dohányosokra és alkoholistákra sem, egy ellentmondásosabb példa kedvéért. Ettől függetlenül a magyar társadalom nem kerülheti el a történelmi adósság törlesztését, vagyis az orvosi munka szabadpiaci „beárazását.”

Nem kell semmilyen magyar modellt kitalálni. Elegendő, ha visszatérünk oda, ahonnan egyszer már 1927-ben elindultunk. Magyarországon azonban az eredeti bismarcki koncepciónak csak jelzés értékű megemlézése is egyenlő az egészségpolitikai öngyilkossággal, „a nemzeti kockázatközösség megbontása” miatt. Ezt a logikát azonban megfordíthatjuk, és egy szabályozott magánbiztosításban lehetőséget adhatunk a jelenlegi hálapénzes vásárlóknak, hogy ne egy kvázi-piacon találkozzanak a közalkalmazotti létben megnyomorított orvosokkal.

Végezetül, nem kell félni az orvosoktól, hiszen ők Hippokratész óta tudják, hogy a szegényeket és gazdagokat szakmailag nem lehet kétféleképpen gyógyítani. Kivételesen ebben a tekintetben az egészségpolitika is az orvosok mellé állhatna, és elhithetné a társadalommal, hogy a „gazdagok” nem kapnak szakmailag jobb ellátást, csupán az orvosnak fizetnek többet ugyanazért a munkáért. A közfinanszírozás szolgáltatási csomagjának összetétele nem az orvosok szakmai gondja. Ez a csomag lényegesen nem lehet szerényebb a magánfinanszírozáshoz viszonyítva, de ettől nem kell tartanunk, feltéve, hogy évtizedek óta nem hazudtunk saját magunknak a forrásokkal összhangban lévő, mindenki számára hozzáférhető, magas színvonalú ellátásról.

## JEGYZETEK ÉS IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- 1 Sitek M.: The New Institutional Approach to Health Care Reform: Lessons from Reform Experiences in Central Europe. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2010, vol. 35, No. 4, DOI 10.1215/03616878-2010-017
- 2 Lewis M. – Who is paying for health care in Europe and Central Asia? – Human Development Sector Unit Europe and Central Asia, The World Bank. Washington D.C. September 2000. ISBN 0-8213-4806-X
- 3 Dávid A.: Hammurábi törvénykönyve. Budapest, ELTE, 1963 (sokszorosított egyetemi jegyzet).
- 4 Hippocrates – kétnyelvű, ógörög angol kiadás – Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London. England, 1992.
- 5 Duin N., Sutcliffe J.: Az orvoslás története az ősidőktől 2020-ig. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1993, 22. oldal.
- 6 Vermes G.: A zsidó Jézus. Osiris Kiadó, Budapest, 1998, 105. o.
- 7 Magyarországi Egyházak Ökumenikus Tanácsának Öszövetségi és Újszövetségi Bibliafordító Szakbizottsága: Biblia, Budapest, Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, 1977. Újszövetség (a továbbiakban Újszövetség) Lk 4, 24.

- 8 Újszövetség: Lk 5, 18–26.
- 9 Székely Sándor. – Az orvostudomány története. – Budapest: Medicina Kiadó, 1960, 132. o.
- 10 Linzbauer X. F.: Codex Saniterio-medicinalis Hungariae. – Buda, 1852–61, II. kötet, 279–281. o. (továbbiakban Linzbauer X. F. a kötet és oldalszám feltüntetésével).
- 11 Az elnevezés Otto von Bismarck-Schönhausen (1815–1889) német birodalmi kancellárra utal, akinek a hivatali ideje alatt (1871–1890) 1883-ban fogadta el a Birodalmi Gyűlés a szociális betegbiztosítás első rendeletét.
- 12 Porosz királyi, és Brandenburgi választófejedelmi, általános és átdolgozott Orvoslási Rendtartás, Ó királyi Felsege legkegyesebb parancsára kiadva a Collegium Medicum által, Berlin, 1725. (További hivatkozásokban: Porosz Ediktum 1725)
- 13 Poroszországban a tallér, mint Európa számos országában 1 uncia aranyhoz megfelelő, 31,86 gramm súlyú színezüst értéknek megfelelően vert ezüstpénz volt. Az egyes pénzverdéktől függően súlya 30 gramm körül ingadozott, színezüst tartalma azonban az ötvözési eljárások miatt ennél is kevesebb lehetett. Poroszországban 1 tallér 24 garasnak felelt meg.
- 14 John, Johann Dionis – Medizinalordnung für das Königreich Böhmen, Prag 1753. júl. 24. – Lexikon der k.k. Medizinalgeeseze (sic!) Prága, 1790. II. kötet 245–316. o.
- 15 Linzbauer X. F.: I. kötet, 683–716. o.
- 16 Linzbauer X. F.: II. kötet, 303–307. o.
- 17 Linzbauer X. F.: II. kötet, 214–219. o.
- 18 Linzbauer X. F.: II. kötet, 535–574. o.
- 19 Balázs, P. – Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete – Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest–Piliscsaba, 2007.
- 20 Linzbauer X. F.: III. kötet, 612–639. o.
- 21 Publikálatlan kézirat, a szerző saját fordításában.
- 22 Corpus Juris Hungarici (CD-ROM változat). KJK-Kerszöv, Budapest, 2000. január 1. (a továbbiakban a történelmi jogszabályok 1949-ig ebben a forrásanyagban találhatóak).
- 23 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) II. fejezet, I. cím, 5.§. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_5.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_5.html) (Megtekintve: 2013. július 3.)
- 24 West Midlands Strategic Commissioning Group: Defining the boundaries between NHS and private healthcare. [http://www.wmsc.nhs.uk/uploaded\\_media/WM13%20policy%20-%20Defining%20the%20boundaries%20between%20NHS%20and%20private%20care.pdf](http://www.wmsc.nhs.uk/uploaded_media/WM13%20policy%20-%20Defining%20the%20boundaries%20between%20NHS%20and%20private%20care.pdf) (Megtekintve 2013. július 3.)
- 25 1023/1995 (III. 22.) Kormányhatározat a gazdasági stabilitást szolgáló 1995. évi kiigazító intézkedésekről.
- 26 21/1995 (VI. 17.) NM rendelet a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető fogorvosi ellátásokról.
- 27 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, Fogászati ellátás 12. §. 1) bekezdés, b) pont.
- 28 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, Háziorvosi ellátás, 11. §, 1) bekezdés, b) pont.
- 29 1936. évi IX. törvénycikk a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról, 4. § 4) bekezdés.

