



PROGRESS

könyvek

**KOVÁCSY ZSOMBOR**

**Elfekvő**

*Gyógyítható az egészségügy?*

**PROGRESS**  
**könyvek**

KOVÁCSY ZSOMBOR

## **Elfekvő**

**Gyógyítható az egészségügy?**

Noran Libro  
Budapest, 2020

PROGRESS Könyvek

A kiadvány megjelenését a  
PROGRESS ALAPÍTVÁNY  
támogatta

Kuratórium:  
ÁGH ATTILA elnök  
FLECK ZOLTÁN, KOCSIS ANDRÁS SÁNDOR tagok

Minden jog fentartva  
ISBN 978-963-517-091-3

© Kovácsy Zsombor, 2020  
© Noran Libro Kiadó, 2020

## TARTALOM

<b>ELŐSZÓ</b>	7
<b>ALAPVIZSGÁLAT</b>	9
A magyar egészségbiztosítási modell	9
Élet az „OEP” világán túl	17
Ellátórendszerünk alapstruktúrája	22
<b>PANASZOK ÉS TÜNETEK</b>	26
A beteg az első?	26
Ingatag alap	36
Kettős présben	41
Kapacitások és finanszírozásuk	48
A múlt évezredben ragadt szakmai keretek	57
Várólisták	63
Hálapénz	70
Állami és magán együttélése	77
<b>DIAGNÓZIS</b>	84
<b>KORÁBBAN ELVÉGZETT BEAVATKOZÁSOK</b>	90
<b>TERÁPIÁS JAVASLATOK</b>	100
Kiinduló megfontolások	100
Első reformcél: Ügyfélközpontúság	101
Második reformcél: Kiszámíthatóság	106
Harmadik reformcél: Átláthatóság	111
A reformlépések intézményi háttere	114
<b>EPIKRÍZIS</b>	117
<b>FELHASZNÁLT FORRÁSOK</b>	119

## ELŐSZÓ

Milyen a magyar egészségügy? Az egyszerűnek tűnő kérdésre személyes válaszunkat nagyban befolyásolják saját tapasztalataink, az ismerősöktől vagy a médiából hallottak. Így bizonyára van, aki elégedett a lelkiismeretes háziorvosa által felírt, betegségét gyorsan meggyógyító gyógyszerrel, míg más felháborítónak tartja az ügyeletes belgyógyász modorát vagy azt, hogy az omladozó vakolatú kórház gumikesztyű-adományokat vár karácsonyra.

Hajlamosak vagyunk az észlelt jelenségekből megalapozatlan következtetéseket levonni. Vegyük például azt a szokványos problémát, hogy sokat kell várni a műtetre. Ennek számos oka lehet. Elképzelhető, hogy manipulálják a várólistát, és a később jelentkezőket előresorolják. Az is lehet, hogy nincs semmiféle trükközés, egyszerűen kevés a pénze a kórháznak a műtetre, vagy rosszul osztja be a forrásait, ezért nincs közelebbi időpont. Gyakori ok, hogy orvosból nincs elég, de nem zárhatjuk ki azt sem, hogy annyira népszerű a sebész, hogy messze földről is hozzá zarándokolnak a betegek – és még sorolhatnám a lehetséges okokat, melyek közül a valódiakat csak alapos elemzéssel azonosíthatjuk.

Nem kell különösen szégyenkezni amiatt, ha esetleg előfordult már, hogy az olvasó is zsigerből, felületesen alkotott véleményt az egészségügyről: még a rendszer működéséért felelős szakpolitikusok is gyakran megspórolják a mélyebb problémaelemzést. Így nem csoda, hogy a rendkívül összetett ágazat gondjaira inkább tűzoltásszerű, mintsem rendszerszintű, fenntartható megoldások születnek. Eladósodtak a kórházak? Ha nagy a baj, kisegítjük őket. De hogy miként lehetne megszüntetni a folyamatos forráshiányt, arról jóval kevesebb szó esik. Sok a kórházi fertőzés? Intézze el egy

kommunikációs mágus, hogy ne legyünk hibáztathatók, keressünk olyan adatot, amellyel takarózhatunk, de a legjobb, ha eltitkoljuk a tényeket, ameddig csak lehet.

A rendszer jelenségeinek megértéséhez szükséges legalább alapszinten rátekinteni egészségügyünk struktúrájára és működési mechanizmusaira. Ezután a problématerületeket vesszük sorra, hogy összeálljon a kép: milyen is a magyar egészségügy. A hálapénz, a feladatát be nem töltő alapellátás, a kórházközpontúság és sok más gond nem újkeletű, legfeljebb egyre súlyosabban nyomják rá bélyegüket a mindennapok gyógyító folyamataira, egészségi kilátásainkra. Érdeemes ezért foglalkozni azzal is, hogy miért nem tudták (vagy akarták) eddig gatyába rázni a szektort a mindenkori felelősök.

A könyv utolsó nagyobb fejezeteként a „panaszokból és tünetekből” felállított diagnózis és a múltbeli kudarcos próbálkozások tanulságai alapján vázolom fel a jobb egészségügy kialakításához javasolt továbblépési irányokat.

Vidámabb nem feltétlenül lesz az olvasó a kötet végére, de meggyőződésem, hogy az egészségügy sötét folyosóin való reményvesztett bóklászáshoz képest a terep megvilágítása akkor is előrelépés a kiútkeresés felé, ha a felszín eléréséhez még sok bátorság és erőfeszítés szükséges.

# ALAPVIZSGÁLAT

## *A magyar egészségbiztosítási modell*

Az egészségügyi rendszerek arculatát nagyban meghatározza az, hogy milyen módon szervezik meg a források biztosítását. Ennek következményeit a beteg a saját bőrén is érzi: például úgy, hogy hazaküldik-e a kórházból, ha a további ellátást nem fedezi a biztosítása, választhat-e különböző lehetőségek közül pluszpénzért, vagy egyáltalán elérhető-e a rendszerben hatá-  
sos terápia a betegségére.

A modelleket talán az állami szerepvállalás mértéke szerint lehet a legszemléletesebben sorba rendezni. Így alapváltozatokként megkülönböztethető:

- az *állami egészségügyi szolgálat*, ahol az állami költségvetés adókból finanszírozza és az állam vagy önkormányzatok szervezik az egységes, állampolgári vagy egyéb státusz alapján járó ellátásokat – ilyen az Egyesült Királyság rendszere;
- a *társadalombiztosítás*, ahol jellemzően egységes elvek alapján, kötelezően fizetendő munkáltatói és munkavállalói járulékokból fedezi az állami költségvetéstől többé-kevésbé elkülönült társadalombiztosító a szolgáltatásokat a jogosultak részére – Németország és Ausztria modellje leginkább ide sorolható;
- a *kötelező magánbiztosítás*, ahol az állam a részvételre való kötelezésen túl bizonyos egységes feltételeket (szolgáltatási alapsomag tartalma) is meghatároz, de magán-szereplők kínálják a biztosításokat és finanszírozzák az egészségügyet – Hollandia egészségügye sok szakértő szerint így jellemezhető;



- az *önkéntes magánbiztosítás*, ahol a részvétel az előző modellel ellentétben nem kötelező, és a biztosító szabadsága is nagyobb a feltételek kialakításában, például magasabb díjjal terhelheti a nagyobb egészségi kockázatú egyéneket – az Amerikai Egyesült Államok megoldása közel áll ehhez;
- a *kötelező egészségügyi megtakarítási számla*: itt az állam meghatározott mértékű előtakarékoságot ír elő, az egyéni számla összege használható fel egészségügyi célokra – a típuspélda Szingapúr;
- végül ha nincs semmilyen szervezett forrásteremtési forma, akkor az ellátás díját teljes egészében az igénybevétel alkalmával – az orvos, illetve az intézmény részére – kell közvetlenül kifizetnie a betegnek – mára jellemzően mindenütt működik magánbiztosító, de a szélesebb lakosság számára például Afrika sok országában nincs elérhető biztosítási megoldás. (1)

Hogy a fentiek közül melyik a legjobb megoldás, abban nincs megegyezés, és tudományos bizonyítékok sem állnak rendelkezésre a kérdés eldöntésére. Vannak kiválóan teljesítő, döntően piaci elven működő biztosítási rendszerek (mint a holland) és nagyon jó államiak (például a dán), és fiasco is bőven akad mind a versenyalapú, mind állam által erősen kézben tartott modellekben.

Annyit leszögezhetünk, hogy az egészségügyben sem a totális állami kontroll, sem a szabadpiac véglete nem célravezető. Ismert jelenség az információs aszimmetria, ami azt jelenti, hogy az orvos sokkal többet tud a betegségről, mint maga a beteg, vagyis ha nem szabályozzuk az orvos ténykedését, pusztán anyagi érdekei alapján bármilyen ellátás szükségességét meg tudja indokolni – a beteg, a biztosító vagy az állam pénzét nyakló nélkül költve. Szintén a piaci viszonyokba való beavatkozásért kiált az a tény, hogy a szegények betegebbek,

vagyis magukra hagyva, pusztán saját – szűkösebb – erőforrásaikból nem tudják előteremteni a gyógyításukhoz szükséges anyagiakat. Nagy számban található még a legszabadabb szerződéses mechanizmusokkal működő egészségügyi rendszerekben (például az Amerikai Egyesült Államokéban) is kifejezetten szigorúan szabályozott elemeket, melyek az emberek egészségét közvetlenül érintő szektor tudományosan megalapozott, biztonságos működését hivatottak garantálni, elég csak a gyógyszerek engedélyezésére vonatkozó aprólékos szabályokra gondolni.

Az állami megoldás végtelenségét alapvetően két ok miatt célszerű enyhíteni: egyrészt a nagyon kis lakosságszámú államok kivételével egyetlen központból nehézkes a teljes rendszer vezérlése (ez az állítás tudományosan nehezen bizonyítható, és szintén nem konszenzusos, de az biztos, hogy sokak tapasztalatai szerint néhány százezer, legfeljebb 1-2 millió ember ellátása szervezhető „egyben” hatékonyan). A másik, ezzel részben összefüggő szempont az érintettek részvételi lehetőségének, a felülről meghozott döntésekkel szembeni ellensúlyoknak, a különböző érdekek artikulálásának biztosítása. Sok helyütt érvényesül a szubszidiaritás úgy, hogy a központi kormányzat csak a kórházi centrumokban történő ellátást szervezi, míg a járóbeteg-ellátás kisebb közösségek – települések, kistérségek, szakmai társulások – feladata. Az is megakadályozhatja az állami irányítás túlburjánzását, ha a központ megversenyezteti a szolgáltatókat a magánszférának teret engedve – és még sorolhatnánk a felvállalt konfliktusokon keresztül, evolutív módon alakuló egészségügy lehetőségét állami rendszerben is megteremtő eszközöket.

És miért fontos mindez a kézenfekvő pénzügyi vonatkozásokon túl? Ha közvetlenül egy vakbélműtét sikerére nem is kell hatással lennie a modell milyenségének, az egészségügyhöz való viszonyulás, az öngondoskodási hajlam, az egészség értéként való felfogása, a biztonságérzet és akár nagyobb ívű

társadalmi jelenségek – mint a szolidaritás – szempontjából lényegesek a feltételek. Megfelelő ellátást kapnak-e a szegények, vagy kirekeszti őket a rendszer? Ösztönzi-e a szektor az egészség megőrzését és fejlesztését, vagy csak a már kialakult betegségeket gyógyítja? Sok hasonló, az emberek mindennapi életét és egészségét befolyásoló kérdés dől el a rendszer definiálásakor.

Szakmai körökben egészségbiztosítási modellválasztásnak is mondják a fentiek szerinti pozicionálást, bár a biztosítás kifejezés eredetileg csak a tényleges (társadalom- vagy magán-) biztosítók szerepvállalásával működő egészségügyre utal. Különösen tetten érhető ez a sajátos nomenklatúra okozta képzavar a hazai egészségbiztosításnak nevezett rendszerben, amely valójában a tisztán állami modellhez igen közel álló egészségügy-szervezést jelent.

A magyar, hivatalosan társadalombiztosítási modellben az egészségbiztosítót korábban OEP-nek (Országos Egészségbiztosítási Pénztár), ma NEAK-nak (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) nevezzük. Ez nem igazi biztosító, hanem állami intézmény, miniszter irányítása alatt álló úgynevezett központi hivatal. A jogszabályok is „egészségbiztosítási szervként” említik – megjegyzendő, más állami szervek, például a kormányhivatalok is ellátnak egészségbiztosítási feladatokat – mindezek a kifejezések már stílusértékükben is az állami bürokrácia sötét folyosóira engednek következtetni piaci szereplők lendületes jelenléte helyett. Amiért valamennyi létjogosultsága még talán van a biztosító kifejezés használatának, az az, hogy a NEAK nem utasítja az egészségügyi szolgáltatókat, hanem szerződéses jogviszonyban áll velük.

Ezzel az egy momentummal kis túlzással le is zárható a biztosítási karakterre utaló tartalmi elemek számbavétele. A NEAK ügyfelei nem jószántukból kötnek biztosítást: a törvény erejénél fogva kevés kivételtől eltekintve minden Magyarországon tartózkodó biztosítottnak minősül, attól függetlenül, hogy befizeti-e a kötelező díjat. Ebben jelentős változás,

hogy a könyv írásakor elfogadott törvénymódosítás szerint a munkaviszony vagy más biztosítással járó státusz nélkül havi díjra kötelezettek három hónapnyi hátralék (2020-ban 23.130 forint) felhalmozása esetén 2020 közepétől kiesnek a fedezett ellátásból. Az intézkedés a biztosítási jelleget erősíti, ugyanakkor a kezelési költségeket zsebből kifizetni nem tudó betegeknél súlyos egészségi következményekhez is vezethet. Az, hogy kinek mennyit fizet a NEAK, nem a szervezet saját döntése, hanem jogszabályokból következik. Nem honorálhatja a jó ellátási teljesítményt magasabb díjazással, nagyobb szerződéses kvótával. A szolgáltatások ellentételezéseként felhasználható forrását, az úgynevezett Egészségbiztosítási Alapot az Országgyűlés által elfogadott éves állami költségvetés tartalmazza. Állami tisztviselőket foglalkoztat, sőt bizonyos ügyekben, például a gyógyszerek árának támogatásával kapcsolatos döntéseiben tényleges hatóságként működik.

Valójában a kérdésre, hogy miként is fogható meg a magyar egészségügyi modell természete, ennél sokkal bonyolultabb a válasz: olyannyira, hogy maga a rendszer kialakítója, vagyis a törvényhozás sem találta meg, ezért az Alkotmánybíróságnak kellett kimondani a lényegét. Eszerint a magyar egészségbiztosítási rendszer (mint a társadalombiztosítás nyugdíjbiztosítás melletti másik eleme) vegyes, biztosítási és szolidaritási elemeket egyaránt magában foglaló modell. A biztosítási karakter azt jelenti, hogy befizetjük a díjat, amiért cserébe előre meghatározott esetekben szolgáltatásokat kapunk (mint egy „normális” biztosító esetén), míg a szolidaritási összetevő lényege, hogy a beszedett adókat az állam saját belátása szerint osztja el, és szervezi az ellátásunkat.

A vegyes karakter – az Alkotmánybíróság interpretációja szerint – azzal jár, hogy az államnak bizonyos kérétek között módja van időről időre akár szűkíteni az ellátások körét, szigorítani igénybevételük feltételeit, csökkenteni mértéküket, de ez a lehetőség nem parttalan: a módosításoknak

az ország gazdasági teljesítőképességével arányosnak kell lenniük, azok nem lehetnek légből kapottak. Sajnos egzaktabb, pontosabb határai nincsenek az állam mozgásterének, viszont néhány konkrét ügy ad némi fogódzót: kiderült például, hogy a táppénz (ugyanis nemcsak klasszikus egészségügyi szolgáltatások, hanem bizonyos pénzbeli ellátások – mint a táppénz – is az egészségbiztosítás részeként járnak) egyik napról a másikra negyedére csökkentése alkotmányellenes [56/1995. (IX. 15.) AB határozat], ahogy az is megengedhetetlen, ha egyesektől koruknál fogva olyan ellátásokat von meg a rendszer, amelyek esetében nem mondhatjuk azt, hogy a kor erősen összefüggene a beavatkozás várható sikerével – a konkrét ügyben a 60 éven felüli férfiak emberi reprodukcióra irányuló eljárásokban való részvételi lehetőségét kizáró jogszabály-módosításról volt szó. [18/2001. (VI. 1.) AB határozat].

Az említett döntések óta fontos változások történtek: az új Alaptörvény a régi Alkotmánnyal ellentétben nem említi a társadalombiztosítást mint az egészségügy szervezési módját, az állam pedig a korábbiaknál is erőteljesebben vezérli az ágazatot. Így a már eredetileg is inkább csak mutatóban megvolt biztosítási karakter folyamatos eljelentéktelenedését, a teljes egészében az állami rendszer szélsőséges irányába való eltolódását érzékelhetjük, ráadásul – ahogy a későbbiekben részletesen látni fogjuk – a modell természetéből fakadóan túlburjánzásra hajlamos központi döntéshozatal eleve gyér ellensúlyainak további leépülése mellett.

A befizetett összegek, tekintettel a jelentős nemfizető biztosított létszámra is (a gyerekek, a nyugdíjasok is ide tartoznak), nem fedezik a kiadásokat, így egyrészt az állam kipótolja a bevételeket, másrészt az Egészségbiztosítási Alapot eleve hiánnyal tervezik. Ha elfogy az éves pénzmennyiség, akkor nem történhet meg, hogy november 20-án lehúzza a rolót a kórház, hanem az államnak törvényben rögzített kötelessége megfelnie a forrásokat a folyamatos működőképesség érdekében.

Lényeges kérdés, hogy mire terjed ki az egészségbiztosítás. Leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy minden szükséges ellátás jár, amit a szabályok betartásával nyújtanak. Nemcsak szakmai, de finanszírozási előírások is meghatározzák, hogy az egyes gyógyszereket, gyógyító eljárásokat milyen tünetek esetén, milyen vizsgálati eredmények birtokában lehet alkalmazni.

Az új, drága gyógyszerekre általában nagyon sokat kell várni, amíg támogatással elérhetővé válnak, de olyan értelemben a rendszer teljes körű, hogy lényegében nincs olyan betegség vagy orvosi szakterület, amely ne lenne része a fedezett ellátások körének, vagyis az úgynevezett biztosítási csomagnak. Az már más – hasonlóan fontos – kérdés, hogy a valóságban milyen hosszú várakozási idővel, mennyire egységes színvonalon érhető el (és elérhető-e egyáltalán) a biztosítottak számára a különböző ellátások. Például gyakran szerencse kérdése, hogy a szürkehályog-műtét idején a kórházban (az adott célra egyaránt alkalmas termékek közül) éppen mennyire korszerű műlencse áll rendelkezésre.

Tételes katalógus helyett negatív listát találhatunk az egészségbiztosítási törvényben (1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól; Ebtv.) arról, hogy mi az, amit nem fedez a társadalombiztosítás. Ilyen például az extrém sportok közben elszenvedett baleset miatti kezelés – az illetet vagy zsebből, vagy külön kiegészítő magánbiztosítás terhére lehet kifizetni.

Az állami egészségbiztosító közvetlenül a szolgáltatónak fizet, így a beteg az ellátáskor nem érzékeli a pénzmozgást, a szakzsargon szerint az igénybevétel térítésmentes. Nekünk ez természetes, de vannak országok, ahol az utólagos biztosítói térítés a jellemző – akárcsak utasbiztosítás esetén, amikor külföldön fizetünk az orvosi ellátásért, aztán a számla összegét később téríti meg a biztosító. Azért sem fizet (hivatalosan) a magyar beteg az államilag finanszírozott orvosnál, mert általában nincs önrész, vagyis az egészségbiztosító a teljes kezelési

költséget állja. Vannak ez alól kivételek: például bizonyos emelt szintű szolgáltatásokért úgynevezett kiegészítő térítési díjat kérnek; ez ápolási osztályokon napi összegként alapesetben is fizetendő. A legfontosabb kivétel viszont a járóbetegok gyógyszerár-támogatása: itt az a szinte egyeduralkodó teherviselési modell, hogy a beteg is fizet valamekkora térítési díjat. Érdekes, jelen kötet keretein túlmutató kérdés, hogy miközben ezt a jelentős lakossági terhet jelentő gyógyszerár-térítési rendszert különösebben nem sérelmezik az emberek, vajon miért vághatta ki a biztosítékot az ehhez képest összességében is jelentéktelen, alkalmanként 300 forint összegű, szintén önrészként értékelhető vizitdíj a 2006–2007. évi reformkísérelt során.

A magyar állami rendszer alig alkalmazza a bonus-malus lehetőségeket, pedig világszerte nagyon jók a tapasztalatok, különösen a pozitív irányú eltérítés, az egészségtudatos magatartás honorálása eredményes. A lehetőség adott, ezzel együtt szinte csak a szakmai és még inkább szociológiai vitákat kiváltott, a drágább inzulinkészítmények teljes támogatását jó laborértékekhez kötő szabály hozható fel példaként. Ennek kiindulópontja, hogy a cukorbetegéknél fontos az állapotuk hosszú távú karbantartása érdekében, hogy úgy táplálkozzanak, éljék életüket, hogy vércukorszintjük minél stabilabban alakuljon. Van olyan laborvizsgálati lehetőség, amely megmutatja, hogy ez mennyire volt sikeres az elmúlt hetekben-hónapokban. Ha az eredmény rossz, a gyógyszer-támogatás csökken. (Részben filozófiai kérdés, hogy számonkérhetjük-e a beteg-től a megfelelő életvitelt, és az is felmerül, hogy akinek ez nem sikerül, könnyen lehet, hogy nem hanyagsága miatt, hanem az egészséges életmódhoz szükséges anyagiak hiányából fakadóan nem teljesíti az elvárást.) Egy másik, a hazai jogi szabályozásban létező, ráadásul pozitív irányú különbségtétel, hogy a nem kötelező szűrővizsgálaton való részvétel a törvény szerint előnyt jelent az egyéb ellátásokra való előjegyzésnél – de

ennek részletes szabályozása, gyakorlati elterjesztése egyelőre nem történt meg. Ugyanakkor még annak sincs érdemi következménye, ha valaki önhibájából nem jelenik meg a rögzített műtét napján.

Meggyőződésem, hogy az állami egészségbiztosítási rendszer „ingyenes” (vagyis az ellátás alkalmával térítésmentes) ellátmány jellegű szolgáltatásai, valamint az egészségért vállalt saját felelősség mint szempont szinte teljes hiánya az igénybevétel feltételeiben rendkívül rombolóan hatnak az egészség értéként való felfogásában. Ehhez hozzáadódik a megfelelő egészségnevelés hiánya, így sokan kívárlják, amíg önsorsrontó életmódjuk következtében az állami rendszerre rászorulnak, hogy aztán a közösségre hárítsák a gyógyítás költségeinek fedezetét. Ahogy a szelektív hulladékgyűjtés terén sok előrelépés látható a mindennapokban, az egészséges életmód, a betegségek megelőzése és felismerése tekintetében is lehetne sokkal jobban érzékenyíteni a társadalmat. Ebben mások mellett az egészségbiztosítási–egészségügyi rendszernek is erőteljesebb szerepet kellene szánni.

### *Élet az „OEP” világán túl*

Az egészségbiztosítás állami modellje Magyarországon szinte egyeduralkodó. Valódi, teljes értékű alternatívája már csak azért is nehezen képzelhető el, mert a kötelező társadalombiztosítás elvéből fakadóan hiába keresnénk gyógyulásunkat más, mondjuk magánbiztosítói szervezésű rendszerben, továbbra is részt kellene vennünk az államiban, befizetési kötelezettségünkkel együtt.

Ebben a helyzetben két terepen vetheti meg a lábát a magánegészségügy: az állami forrásokból egyáltalán nem nyújtott és az igényekhez képest alacsonyabb színvonalon, rosszabb hozzáféréssel nyújtott ellátásokban.