

BONDÁR ÉVA

Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdasági természetéről

Nem véletlen, hogy a nem egészségügyi szakajtóban a rengeteg problémával küzdő egészségügy leggyakrabban a hálapénz témájával jelenik meg. Izgató jelenség a hálapénz: valamennyien részt vettünk kialakításában, mégis a hivatalos felszín alatt, nyilvánosság nélkül hálózta be az intézményrendszer egészét, vált a rendszer meghatározó tényezőjévé, és ma már valamennyien kiszolgáltatottjai vagyunk.

Három figyelemre méltó írás (Antal Z., Balázs, Galasi – Kertesi, 1991) tesz kísérletet arra, hogy társadalmi összefüggésrendszerébe ágyazva írja le a hálapénz jelenségét. Ezáltal ezek az írások túlmutatnak közvetlen témájukon: a hálapénz és az egészségügy viszonyainak fejlettsége, összefüggése ürügyén társadalmi önértékelésünk alapjait érintik.

Ezek az írások eltérő célkitűzéssel születtek, különböző a megközelítésük, fogalomrendszerük, de abban az egy, nagyon leegyszerűsített vonatkozásban, hogy milyen társadalmi viszonyokra, milyen társadalmi fejlettségi szintre értelmezik a hálapénz jelenlétét, akár sorba lehetne rakni őket:

Balázs Péter megítélésében a hálapénz a társadalmi viszonyok fejletlenségével függ össze. Az írásában történeti és szociálpszichológiai hitelességgel bemutatott közeget, amelyben a hálapénzzel találkozunk, döntően a polgári viszonyok kialakulását megelőző állapot jellemzi. ("A struktúrát a hűbéri elv kerítette hatalmába.")

A másik két írásban – Antal Z. László és Galasi Péter – Kertesi Gábor cikkében – egyaránt a felszín alatt feléledő piacról van szó, ami fejlettebb társadalmi viszonyokra s (optimistább módon) a társadalmi-gazdasági viszonyok spontán öngyógyulására utal.

Antal Z. gyakrabban jelzi ennek a piacnak a torz és fejletlen jellegét. Az olvasónak az az érzése, hogy e két cikkben ugyanazokat a kifejezéseket eltérő tartalommal használják.

Antal Z. piacon olyan viszonyokat ért, amelyben minden hivatalos ideológia ellenére a markánsan megfogalmazható egyéni anyagi érdekek motiválják az orvoscsoportok magatartását, illetve jelentős döntések, szabályozások megszületését, konkrét megfogalmazódását vagy elmaradását. Piacról és áruról beszél ott, ahol a kölcsönös előnyök kereséséről van szó, miközben többnyire még pénz is gazdát cserél. A (pénzzel is kapcsolatos) kölcsönös előnyök miatti összefonódás azonban valójában csak a szocializmus deklarált alapelveivel szemben tűnik "piacnak". Abban a szerző sem biztos hogy az áruvilág törvényeinek működését számon lehet-e kérni rajta. Éppen ezért vizsgálja a piaci működés egyik leglényegesebb elemének, a versenynek egy kiemelt (egyáltalán nem reprezentatív) egészségügyi területen empirikusan megragadható elemeit. A Galasi – Kertesi-féle fogalomhasználathoz képest ez egy rend-

A HÁLAPÉNZ

kívül archaikus cserekereskedelem, ami mellett megtalálhatunk feudális vonásokat is.

Galasi—Kertesi a piacon azt a kifejllett, szigorú szabályozórendszert érti, amely megfelelő feltételek (árviszonyok stb.) között a kereslet—kínálat egymáshoz igazodását, társadalmilag elfogadható egyensúlyát kényszeríti ki. Az ő írásuk a skála másik végétét képviseli. Náluk egyértelműen fogalmazódik meg az a feltételezés, hogy a nem piaci intézmények tökéletlenségeinek korrigálására nem kizárt, hogy a társadalom létrehozza a piacot. A hálapénz jelenségében a magyar egészségügyön belül érvényesülő "hivatalos" mechanizmusok spontán piaci ellenjátékát értelmezik, és tesztelik azt a hatékonyság szempontjából. Kápráztató tudományos kelléktárat vonultatnak fel: (ugyan az alkalmazhatóság feltételeit nem tárgyalva) a jóléti gazdaságtan fogalmait, modelljét alkalmazzák értelmezésére, s a jóléti gazdaság Pareto-optimumát kéri számon (sajnos hiába) ezen a szegény, hányatott sorsú magyar egészségügyön. Ezzel teljesen új hálapénzértelmezést csillant meg az írás, amennyiben lehet, hogy nem kell korrupciós balkáni tradícióként szégyellnünk, hanem esetleg a gazdasági fejlődés önkorrekciójának, öngyógyulásának hírnökeként üdvözölhetjük is.¹

A három írás egybehangzóan azt sugallja, hogy kemény realitásként kell számolnunk a hálapénz (eddig nem kellően feltérképezett) hatásaival. Mind a három írás a rendszer fontos elemének tekinti a hálapénzt, "tartóoszlopnak", amelyet nem lehet kibontani az épület alól anélkül, hogy az rá ne omlana a meggondolatlan kezdeményezőre. A három írás egyéb állításai sem feltétlenül mondanak ellent egymásnak, egyszerűen más értelmezési tartományban érvényesek. Csábító kísérlet a három tanulmány mozaikjait összerakva megnézni, hogy mi többet tudtunk meg annak a világnak a törvényszerűségeiről, amely körülvesz bennünket.

Nézzük, meg miként írható le az elméleti közgazdaságtan fogalmaival a magyar egészségügy sajátosságainak ez a történetileg kialakult komplex, sok összetevős jelensége.

Az egészségügy piaci sajátosságai

Az egészségügy általános piaci sajátosságaival kell kezdenünk, mert ezeknek a leírására még olyan körülmények között sem látszik elégségesnek a jóléti gazdaságtan fogalmi apparátusának Galasi Péter és Kertesi Gábor által bemutatott része, illetve Paulynak a cikkben idézett 1971-es modellje, amikor a gazdaság egészét a piac hatja át.

Pauly 1971-es modellje nem olyan átfogó, amelyből a jóléti társadalmak egészségügyének valamennyi lényeges piaci sajátosságát meg lehetne érteni. Azon túl, hogy az állami beavatkozás *mellett* működő egészségügynek (amelynek igen sok, a szerzők által nem említett változata létezik) statikus kereslet—kínálati ármodelljét mutatják be a szerzők. Az első szembetűnő vonás, hogy az egészségügyi szolgáltatás piacának csak a keresleti oldalára koncentrálnak. Arra is egy nagyon sajátos helyzetben, mégpedig abban a pillanatban, amikor a korábban érvényesülő szolgáltatásonkénti piaci árak helyébe egy állami támogatással csökkentett ár belépésének gondolata vetődik fel. A piaci árból az állami támogatással csökkentett részt, az ár és a támogatás különbségét nevezik *önrészesedésnek*. Az önrészesedés alapvető funkciója ebben az esetben differenciált keresleti korlát állítása. Ez a modell ennek és csak ennek a

situációnak az elemzésére használható² (Barer, Evans, Stoddart, 1979). Nem tartalmazza az egészségügyi szolgáltatás piacának azok az – egyébként alapvető – jellemzőit, amelyek az adott szituáció elemzéséhez nem szükségesek.

Az egészségügy iránti keresletnek is, a szolgáltatás kínálati oldalának is, magának a kereslet – kínálat közötti interakciónak is vannak olyan lényegi sajátosságai bármely egyéb jószág vagy szolgáltatás piacához képest, ami miatt a piac általános törvényszerűségei ezen a terepen egészen sajátosan jelennek meg.

Helyesen teszi Galasi – Kertesi, hogy megemlíti a fordított szelekció problémáját, amely a biztosító és a biztosítást kötő között a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos tudáskülönbségnek, a szakirodalomban *információs aszimmetriának* nevezett jelenségnek a következménye (Galasi – Kertesi, 1991. 276. old. lábj.). Az információs aszimmetria konkrét tartalmát azonban itt egy olyan szituációra leszűkítve vetik fel, amelyben a biztosítás önkéntes, és értelemszerűen az igyekszik életbiztosítást kötni és bebiztosítani magát betegséggel szemben (a biztosítók jobb reményei ellenére), akinek nincs egészen rendben az egészsége. Ezért itt a biztosító kárára történik a fordított szelekció: a (vártnál, átlagosnál) nagyobb kockázatúak biztosítatják magukat.

Az információs aszimmetriát egészen más vonatkozásban panaszozzák fel azoknak az országoknak az egészségpolitikusai, ahol elvileg kötelező biztosítás van és ahol nem az állampolgár kezdeményezésén múlik, hogy biztosítatja-e magát vagy sem, viszont több biztosító versenyezhet egymással, hogy melyik tud olyan biztosítási csomagot összeállítani, amelyik a fizetőképesebb, de kisebb kockázatú lakossági csoportokat fogja hozzá vonzani. Ez egy egészen más irányú fordított szelekciót jelent, egyes biztosítók "lefölözhetik" a biztosítási piacot (Rutten, 1983, Mc Lahan – Maynard, 1982).

Az információs aszimmetria mégsem ezekben a vonatkozásokban játszik főszerepet. A panasszal megjelenő beteg és a diagnózist felállító és terápiát meghatározni tudó orvos tudáskülönbsége a piac vonatkozásában nem akármilyen jelentőségű. Ha az orvos és beteg kapcsolatában a szolgáltató és szolgáltatást vásárló piaci kapcsolatot akarjuk értelmezni, akkor alapvetően e miatt az aszimmetria miatt nem különíthető el a hagyományos módon a keresleti és kínálati oldal.

A keresleti oldal

Már a kereslet értelmezése sem egyszerű dolog ezen a területen, s egyre gyakrabbar lehet találkozni a szakirodalomban (Mooney, 1986; McGuire – Henderson – Mooney, 1988) azzal a magállapítással, hogy félrevezető a hagyományos "kereslet"-fogalmat az egészségügyre alkalmazni. Kétféle értelemben kell számolnunk a bonyodal-makkal.

A kereslet értelmezésének egyik nehézsége a szükséglettel összevetve derül ki. Lehet beteg, aki nem szánta rá magát, hogy orvoshoz fordul; és lehet orvoshoz fordulni betegsége még nem utaló panasszal is. "Objektív szükséglet" (amelynek objektivitása persze nagyon is kérdéses, hiszen a szükségleti szint erősen függ az orvoslás éppen rendelkezésre álló eszközeitől) helyett a fogyasztóban tudatosodott szükségletet szokás a szakirodalomban "szubjektív keresletként" meghatározni, de ez a meghatározás senkit nem nyugtat meg.

A másik nehézség abban rejlik, hogy a betegben csak az tudatosodik "keresletként", hogy betegnek érzi magát, és orvoshoz fordul. Az orvoshoz fordulást követően az

A HÁLAPÉNZ

orvos által fogalmazódik meg az, hogy milyen diagnosztikára és terápiára van egyáltalán szüksége, és az *egészségügyben elvégzett feladatok döntő tömegét az orvos által rendelt tevékenységek teszik ki. A beteg az orvos javaslata után elvileg ugyan dönthet, hogy ezeknek az eljárásoknak aláveti-e magát vagy sem, s mérlegelésében szerepet játszhat, hogy az ő jövedelmi helyzetében megengedheti-e magának a gyógyíttatást vagy nem.*

Mindenesetre egészen más egészségügyi hálózat felel meg egy olyan egészségpolitikának, amely a szükségleteket, s más az olyanak, amely a lakosság keresletét kívánja kielégíteni (Mooney, 1986).

Galasi–Kertesi helyesen utalt a kereslet árrugalmatlanságára, nem árt azonban hangsúlyozni, hogy itt az orvos által közölt információ alapján fog dönteni a beteg: ha az orvos azt mondja, hogy az élete forog kockán, akkor a házat is hajlandó lesz eladni a feje fölül. Amikor Galasi–Kertesi úgy fogalmaz, hogy a komplementer erőforrások egyre emelkedő alternatív költségei folytán "egyre előnytelenebb" (az akár ingyenes) "szolgáltatás fogyasztása", akkor mintha nem lennének egészen tudatában, hogy az emberek nem egészen önkéntesen lesznek betegek, és általában nagyon előnytelennek tartják az egészségügyi szolgáltatások fogyasztását, de – mivel élni akarnak, vagy életben szeretnék látni családtagjaikat – mindaddig növelik ezt a fogyasztást, amíg az orvos azzal biztatja őket, hogy van remény az életre. Ezért ez a kereslet a fogyasztó (a beteg) oldaláról nagyon merev.

Az externális hatásokról és a bizonytalanságról mondottakban is teljesen igazuk van a szerzőknek. Annyi kiegészítésre azonban szükség van, hogy a bizonytalanság nemcsak a betegségek keletkezésében van jelen, hanem a betegség lefolyásában, a betegnek a gyógymódra adott reakcióiban is. A bizonytalanság ez utóbbi típusainak konzekvenciái vannak azokban a döntési szituációkban, amikor az orvos szakmailag nagyjából egyenértékű, de eltérő költségű terápiák között választhat (a drágább választással mindenki úgy érzi, hogy a lehetséges maximumot nyújtotta), s következményei vannak a szolgáltatók közötti versenyhelyzet lehetőségével kapcsolatban is. (Az a tény, hogy a legjobb ellátás mellett is romolhat a beteg állapota, laikusok számára megítélhetetlenné teszi a szakmai teljesítményt.)

Nagyon fontos sajátosság, hogy *ennek a keresletnek nincs telítődési hajlama*: részben azért, mert ha valakinek az aktuális betegségét meggyógyítják, akkor még sok egyéb betegség megszerzésére marad esélye, szemben azzal, hogy ha meghalt volna. Számos betegség nem gyógyítható meg teljesen, de rendszeres ellátással még hosszú élet remélhető mellette. Mindez a beteg oldaláról felvetődő további keresletet jelent. De a kereslet orvos által megfogalmazott részének növekedésével is számolni kell, amennyiben az orvostudomány rohamos fejlődése miatt egyre többféle módszerrel diagnosztizálhatók és gyógyíthatók (kényelmesebben, biztonságosabban, hatékonyabban és sokkal drágábban) a korábban egyszerűen ellátott betegségek. A szakirodalom nem idegenkedik a "kereslet feneketlen jellegéről" beszélni (és ennek egyáltalán nem feltétele az ingyenesség!) (WHO, EURO 52; Mooney, 1986; Karvasduc – Kimberly – Rodwin, 1984). A legszemléletesebben az Egyesült Államoknak a GDP 12 százalékát is elérő egészségügyi kiadásain tapasztalható ez a jelenség, ahol pedig köztudottan drágán hozzáférhető az egészségügy.

A kínálati oldal

A piacsabályozó tevékenységnek egyik alapfeltétele, hogy a keresleti és kínálati oldal képviselői egyaránt szabadon követhessék saját érdekeiket. Az egészségügy kínálati oldalát képviselő orvos viselkedésével kapcsolatban – más területekkel ellentétben – éppen az az alapvető társadalmi elvárás, hogy ne a saját, hanem betege érdekét kövesse. (Mindazonáltal a különböző országok gyakorlata igen széles skálán írható le aszerint, hogy mennyire fogad el nyílt üzleti attitűdöt az orvostól.)

A piac működésének másik alapfeltétele lenne továbbá a szolgáltatók (orvosok) között szabadon alakuló versenyhelyzet. Ez az egészségügyben több okból korlátozott. Korlátozott azért is, mert az orvosi etika tiltja, hogy az orvosok reklámozzák magukat, illetve alkalmazott eljárásaikat. De a szakmában az azon belüli szakterületekre való belépés – más szakmákhoz képest igen szigorú – természetes korlátai (életkorhoz kötött több év egyetem, több év gyakorlat, vizsgák sikeres teljesítése) miatt nem érvényesül a pályára bekerülés (mint versenyfeltétel) szabad lehetősége. Az orvosszakma ennek megfelelő zártságának, monopolisztikus jellegének érzékelhető felhajtó hatását lehet kimutatni nemzetközi áttekintésben az orvosok által élvezett magas jövedelemszintben (Arrow, 1963).

Az orvos – beteg viszonyban lejátszódó "kereslet – kínálat" interakció sajátosságai

Számos szerző értelmezi az orvos – beteg viszonyt ügynöki kapcsolatként, de ez az értelmezés sem válaszolja meg azt a kérdést, hogy ki miként és milyen közgazdasági szerepet játszik ebben az interakcióban (Mooney, 1986).

A piaci kapcsolat felemáságára épül néhány, sokak által tesztelt, bizonyítani vagy elvetni próbált hipotetikus megállapítás az egészségügy piacának természetéről. Ezek között egészen kitüntetetten fontos szerepe van a kínálat által generált kereslet-alapítételének, amelynek az egyik gyakran hivatkozott megfogalmazása (a megfogalmazójáról Roemer-törvény néven vonult be a szakmai köztudatba: minden létrehozott egészségügyi kapacitás (ágy stb.) kihasznált kapacitás lesz, talál maga számára beteget (Roemer, 1961; Evans, 1974; Fuchs 1978; Mooney, 1986). E tétel körül számos félreértés adódik azzal kapcsolatban, hogy ez az állítás milyen összefüggésben van az orvosoktól elvárt attitűddel, azt mondja-e, hogy az orvosok esetleg olyasmit is hajlandóak megtenni a kínálati oldal érdekeit képviselve, ami netán a beteg kárára van. Noha ilyesmit feltáró irodalommal is találkoztam (Rachlis, Kushner, 1989), de ez független ettől az elméleti tételtől. Ez ugyanis nem marasztalja el az orvosokat, hanem a szituációban benne rejlő lappangó konfliktusról szól, amely a konkrét beteg többféle szempontból mérlegelt érdeke, az összes (ajtó előtt várakozó) beteg érdeke és az orvos, illetve az egészségügyi intézmény érdeke között feszül. (A konfliktus élessége természetesen függ az orvosok, illetve intézmények különböző díjazási, térítési rendszereitől, amelyek tompítják vagy éppen élezik, esetleg csak elrejtik a konfliktust.) Egyáltalán nem pejoratív az orvosok személyét illetően, a döntéseik sémájával kapcsolatban Gavin Mooney megfogalmazása (Mooney, 1986), amely szerint ez a keresletgenerálás akkor is megvalósul, amikor a betegnek pusztán az egészségi állapotát véve figyelembe, olyan vizsgálatokat és gyógymódokat választanak a szakmailag hasonló vagy egyenrangú megoldások közül (ha annak a feltételei a kínálati oldalon

A HÁLAPÉNZ

rendelkezésre állnak), amilyeneket a beteg maga nem választana, ha költségkihatásait magának kellene életkörülményeinek egyéb elemeivel összevetve mérlegelni és vállalni. Az interakció említett piaci sajátossága szempontjából zárójelben hagyható, hogy e tétel milyen értelmezése, és milyen egyéb feltételek esetén gyűjthetők empirikus evidenciák az igazolására³ (Pauly, 1980; Evans, 1974).

Az információs aszimmetriával jellemzett orvos – beteg interakcióból jól látható a beteg kiszolgáltatottsága. Ezért rendkívül fontos a beteg bizalma az orvos iránt, s a kiszolgáltatott helyzet *enyhítése* miatt fogalmazódik meg az orvosválasztás szabadságának társadalmi igénye. (A helyzetből fakadó kiszolgáltatottságot azonban az sem szünteti meg.)

Milyen az optimális egészségügy?

Az egészségügy piaci sajátosságait elemző munkák végkövetkeztetése többnyire az, hogy az egészségügyben a piac tökéletlenül szabályozza a kereslet és kínálat találkozását, s ezért nem hagyható magára. (Galasi – Kertesi is idézi Arrowtól, hogy ahol a piaci nem képes valaminek a megoldására, ott a piaci hatások ellensúlyozására meg szoktak teremni azok az intézmények, amelyek képesek rá.) Nem véletlen hogy az 1970-es évek vége óta a közgazdasági vizsgálatok hangsúlya a költségfékentartási eszközökön van, amelyek meglehetősen radikális beavatkozást jelentenek a piac működésébe. A kép teljességéhez hozzátartozik az is, hogy azokban a fejlett ipari országokban, amelyekben háttérbe szorították a piaci mechanizmusokat ezen a területen (Nagy-Britannia, a skandináv országok), viszonylag rövid idő alatt kiderült, hogy a piac részben nem hagyja kiszorítani magát, hogy a teljes kikapcsolása kifejezetten káros, s szükség van a piac számos elemének visszaengedésére (szabályozott verseny Angliában stb.)

A fentiek miatt elég ritka a szakirodalomban az egészségügynek a piaci kritériumok jelenléte szerinti minősítése. Az egészségügyet szokás (az áttételes kapcsolat ellenére) a lakosság egészségi állapotával, a lakosság hozzáférhetőségével, költséghatékony-ságával jellemezni. Utóbbira létezik egy nagyon szellemes mérőeszköz: az életminőséggel korrigált várható élettartam mutatójára, a QALY-ra jutó egészségügyi kiadás (Maynard), ami azt mutatja meg, hogy melyik ország egészségügyében mekkora költséggel érték el a az életminőséggel korrigált várható élettartam egységnyi növekedését. E dimenziók egyike alapján sem szokták az USA egészségügyét ideálisnak találni. Számos bizonyítékkal van viszont alátámasztva az az állítás, hogy a piaci mechanizmusok szabadjára engedése a legköltségesebb ellátási szint felé nyomja az ellátást, s az intézményhálózat szerkezetét (Rodwin, 1984; Barer – Evans – Stoddard, 1979; McLahlan – Maynard, 1982).

Galasi – Kertesi cikkében sajnos komoly csúsztatások történnek, amikor a bemutatott Pauly-modell olyan elméletté lép elő, ami mintha általánosan mondaná meg az optimális egészségügy kritériumait, holott a korábbiakból az tűnt volna ki, hogy a keresleti oldal támogatásának optimális eloszlását vette célba. Ha Galasi – Kertesi úgy határozza meg az egyik optimumkritériumot, hogy az állami költségvetésből az egészségügyre fordított kiadásoknak az externális hatásokat kell tükrözniük, a második esetben az optimális (önkéntes és kötelező) biztosítási rendszerről esik szó, a harmadik kritérium szerint pedig a szolgáltatás termelését profitorientált vagy szigorú költséggazdálkodást folytató szervezetekben kell végezni, akkor az a fejlett tőkés országok egészségügye jelentős részének gyakorlatától igen távol áll. Nem tudok

szabadulni attól a gondolattól, hogy a szerzőpár a Pauly-modell működésének feltételeit fogta fel általánosíthatónak az egészségügy optimális működésének kritériumaira. Ez nagy tévedés. Talán azért az amerikai rendszer áll legközelebb ezeknek a kritériumoknak a teljesüléséhez (ha ugyan ezek operacionalizálhatók és megállapítható, hogy az amerikai közel áll), mert Pauly az amerikai probléma megoldásához állította fel a modellt, s ezért az amerikai egészségügyi rendszernek az alapvonásait fogalmazta meg ideális formában.

A magyar egészségügy speciális vonásai

A magyar egészségügy nem organikusan jött létre, a korábbi, többé-kevésbé organikusan kibontakozott rendszert — ahogy Balázs Péter is rámutat — és az "orvosok—betegek interakcióinak emberi léptékét a központból kisugárzó paternalista gondoskodás váltotta fel". Ebben a rendszerben (mint a gazdaság egészében) a pénz egyéb funkcióit elveszítve, egyszerű elosztási eszközzé degradálódott, az egészségügyi rendszeren belül árak meg sem jelentek stb. Ez a rendszer deklaráltan volt teljesen idegen a piacgazdaságtól, az eltérés elemeire (árak hiánya stb.) nem érdemes egyenként rácsodálkoznunk.

A magyar egészségügyi rendszer ebből fakadó jellegzetessége éppen az, hogy a Pauly-modellben is elkülönülő piaci szerepek (a keresleti oldal preferenciáinak megfogalmazása, a keresleti oldal által állított pénzügyi korlát megfogalmazása, a kínálati oldal fenntartása, működtetése, tulajdonosi érdekeinek megfogalmazása) mind az "állami" feladatvállaláson belül jelentek meg és artikulálódtak, és egyáltalán nem volt nyilvános terepe az ellentétes érdekek felszínre kerülésének. Ha az egészségügyben a keresleti és kínálati oldal közötti összefonódás általában is elmos szerepeket és nyílt érdekartikulációs lehetőségeket, akkor a magyar egészségügyben az állam már említett sokoldalú feladatvállalása miatt még összemosódottabbak a viszonyok.

Ha általában rendkívül fontosnak mondjuk az orvos—beteg kapcsolatban a beteg bizalmát az orvos iránt, akkor a magyar egészségügyről beszélve nemcsak az orvosválasztás hiányát kell kiemelnünk specifikumként.

Balázs Pétertől tudjuk, hogy a keresleti oldalon társadalomlélektanilag hihetetlenül sokszínű tömeg van jelen. Az ősi, animisztikus képzetek, a feudális típusú gondolkodás, az ipari társadalom technicizált szolgáltatásfilozófiája azoka a gondolkodási minták, amelyek a lakosság orvosokkal, egészségüggyel kapcsolatos magatartássá alakítják. A társadalom egészségüggyel kapcsolatos attitűdje, elvárásai azonban más szempontokból is hasonlóan összetett képet mutatnak.

Még sajtósaabb az értékek Balázs Péter által említett összevisszasága a kínálati oldalon. Más országokban is lényeges különbségek térképezhetők fel különböző orvoscsoportok attitűdjében, értékeiben, viselkedésében, de ezek nyíltan felvállalt s ennek megfelelően adekvát alkalmazkodást megengedő jelenségek. Balázs szerint a magyar orvostársadalom attitűdjeiben jelen van "a kora középkori szerzetesek konfeszionális elhivatottsága, a parnevü burzsoák visszataszító harácsolása, a valódi polgári értékek követőinek románytelen magányossága", miközben "az orvosok többsége határozott értékrend nélkül sodródik az árral, mert morális útravalóként négy évtizeden át csak a «szocialista egészségügy alapvető érdekeivel való azonosulás»-t kapta".

A HÁLAPÉNZ

Nem általánosítható viszont az a hivatalos elvárásokban is megjelenő kettősség, amelynek a szorításában voltak az elmúlt évtizedekben a magyar orvosok (az hazai sajátosság): egyfelől igyekezniük kell mindent megtenni a beteg gyógyulása érdekében, másfelől a betegszerep könnyű felvállalásával kapcsolatos sajátos hazai érdekek (Bondár, 1989) kivédése (mondjuk az úgynevezett táppénzes fegyvelem erősítése, a túlzott gyógyszerfogyasztás visszaszorítása stb.) is határozottan megfogalmazott hivatalos elvárás volt. Ebből fakadóan fontos, hogy az orvos is bízzék a betegben. Az orvos és a lakosság jelentős része közötti szociokulturális eltérések minden országban jelen lévő problémájára nálunk ráakodik még egy bizalmi tétel is. (Komolyan kell-e venni minden "beteg" minden panaszát, vagy észre kell-e venni némelyikben a "táppénzcsalót"?)

Galasi – Kertesi helyesen hangsúlyozza az ingyenesség mint keresletnövelő tényező jelentőségét. Én túlmennék az ő megállapításaikon, amennyiben hajlamos vagyok bizonyos értelemben végtelennek tekinteni az ingyenesség mellett az egészségügy keresletét. Nem mintha nem fogadnám el Ádám György érvét, hogy "éppeszű ember nem vizsgálhatja meg magát «végtelenszer», csak azért, mert «ingyen van»" (Ádám, 1986). Ádámnak ebben igaza van. Mint már tárgyaltuk, az egészségügyi kereslet igen kis részben alapul a "fogyasztó" (a beteg) döntésén, csak annyiban, hogy orvoshoz fordul. A kereslet teljes egészében végül is az orvosi döntés eredménye. Az orvos azonban másként fog dönteni, más további vizsgálatokat és kúrát fog javasolni, ha biztosan tudja, hogy nem a betegre hárul a javasolt terápia anyagi terhe és biztosra veheti annak megtérítését.

Az ingyenesség megítélésem szerint két irányban távolítja el a keresleti korlátokat. Egyfelől az új orvostechnika befogadása, terjesztése esetében. Az ingyenesség kikapcsolja azt a mechanizmust, amely az adott populáció általános jövedelmi helyzete és az újolag bevezetett technika költségkihatásai közötti egyensúlyt tarthatná fenn. Ezzel nem azt akarom mondani, hogy a magyar egészségügy általában túlságosan gyorsnak bizonyult volna a fejlett országok új orvostechnikájának átvételében. Hanem részben azt, hogy egyfelől az igények megfogalmazódása nem számol a lakosság életfeltételeinek egyéb elemeivel. Másfelől pedig azt, hogy számos esetben kerül úgy bevezetésre valamilyen csúcstechnika eleme, hogy az meglehetősen kiáltó ellentétben van az egészségügy egyéb részein tapasztalható színvonallal. Megdöbbentő példaként említhető a fenti aránytalanságokra a szegedi traumatológusok közleménye (Nacsai, Sándor, Süveges, 1991), akik a combnyaktörést szenvedett idős betegeiket igen korszerű és drága műtéttel stabilizálva, illetve protézist beültetve mozgásképesen engedték haza, abban a tudatban, hogy sikerült az intézeti körülmények között is korábban halálhoz vezető közvetlen következményektől megmenteni őket. Noha távozáskor biztosítottak látszott a betegek otthoni ellátása, a műtétet követő tizenhat hetes kontrollra 40 százalékuknak, a hat hónaposra 60 százalékuknak, az egyévesre 88 százalékuknak nem állt már többé módjában visszamenni – nagy valószínűséggel az otthoni gondoskodás, ápolás hiányosságai következtében.

A másik eltávolított korlát az egészséges élet feltételei (amelyeket mindenképpen kezelhetünk a betegségek prevenciójaként) és a betegségek kezelésének felvállalása között húzódna, ha a betegellátás nem lenne ingyenes. Ezt a problémát az életszínvonal romlása hozza elő. Számos példát lehetne említeni mindennapjainkból arra, hogy az egészséges életmód (többek között anyagi) feltételeinek hiánya miatt túlságosan könnyen csúszik át betegségként kezelt esetre valamilyen probléma (nyugtatók

szedése, kikapcsolódást helyettesítő gyógyfürdő, csak ápolásra és élelemre szorulóknak hosszasan kórházban tartása stb.).

A kereslet és a szükséglet közötti fogalmi elhatárolás és a kettő közötti választás az egészségpolitika alapjaként fejlett országokban is inkább csak teoretikus kérdés, a gyakorlatban mindkettőnek az elemei jelen vannak. A korábbi hazai egészségpolitika felvállalta a kettő közötti választást, s a magyar rendszer deklarálta a lakosság szükségleteit vette célba, aminek önmagában más egészségügyi hálózat felel meg: nyilvánvalóan nem elégít ki számos keresleti elemet, helyette viszont deklarálta többet vállal, elsősorban a prevenció, a betegségek felkutatása, a betegek megfelelő pályán történő továbbküldése stb. terén.

Ebben a rendszerben nem is volt szükség árakra a kereslet és a kínálat összeegyeztetéséhez, hiszen nem a kereslethez kívánta az egészségpolitika a kínálatot alakítani. Az árak teljes hiányának az összes elméleti és technikai következményével számolnunk kell: lehetetlenné tette az erőforrásokkal kapcsolatos döntések tudatosítását, kikapcsolta az ár nyereségtartalmon keresztül megvalósuló visszajelzést a kínálati oldal egyes elemeinek társadalmi elismeréséről stb.

A Galasi – Kertesi által bemutatott kritériumokat látva valószínűleg sokan már azonnal arra a következtetésre jutottak volna, hogy ez a modell vagy "elmélet" nem a magyar viszonyoknak a leírására alkalmas. Nem meglepő, hogy Galasi – Kertesi sem találta a magyar egészségügyet olyannak, amely a fenti optimumkritériumokat kielégítené. Írásuk lényege valahol ott kereshető, hogy a teljesen eltérő feltételi rendszer tudatában, az önrészesedés – hálapénz analógia kipróbálására alkalmazták mégis ezt a modellt a magyar viszonyok értelmezésére.

A hálapénz valószínűsíthető közgazdasági szerepe

Mindhárom cikkben megfogalmazódik, hogy a hálapénz kialakulásának okai és a hálapénz által betöltött funkció között különbséget kell tennünk. Nem vitatom Balázs Péter megállapítását, hogy a fejlett polgári társadalmakban az egészségügyi szolgáltatások alanyainak ideáltipikus magatartása olyan több évszázados szocializáció eredménye, amely nálunk egy kicsit másként zajlott le. Noha azt hiszem, hogy egyetlen társadalomban sem írható le egységesként az egész társadalom egészségüggyel kapcsolatos magatartása (Barer – Evans – Stoddart, 1979; Evans – Stoddart, 1986).

Egyetértek Balázs Péterrel abban, hogy a hálapénzadás – elfogadás kétszereplős jelenetének háttérében szociokulturális motivációk hihetetlen gazdagsága rejtőzik, hogy "a konkrét hálapénznek sok típusa van forgalomban", és hogy a magyar populáció végleteinek az orvosi tevékenység megítélésében társadalomlélektanilag hihetetlenül sokszínű tömege van jelen az ősi, animisztikus képzetből táplálkozótól a "poszt-kádári időszak frissen gründolt egzisztenciáig, amelyek nemcsak a szolgáltatást, hanem magát a doktort is megvásárolják".

Nehéz megítélni, hogy a hálapénz által betöltött közgazdasági funkció szempontjából valóban zárójelben hagyható-e, hogy milyen motívumok miatt adja a lakosság és fogadja el az orvos, itt most mégis ezzel a leegyszerűsítéssel fogunk élni.

Ha a hálapénzátadás mozzanatát elemeire bontjuk, s az orvos – beteg kapcsolat közgazdasági természetéről mondottakat a keményblokkos kávévásárlás (Galasi – Kertesi 1987) példájára fordítjuk le, akkor könnyen beláthatjuk, hogy miben más ez a helyzet.

A HÁLAPÉNZ

Itt a "keményblokk" nem olyan egyértelmű kérést tartalmaz, mint a kávé esetében: két összetevőből áll. A kérés egyik része az, hogy "legyen szíves megállapítani, hogy mennyire erős kávétól javul a legjobban a közérzetem", a másik rész az, hogy "legyen szíves akkor olyan kávét adni". Többféle válasz lehet adekvát a kérésre, attól kezdve, hogy "önnek a legjobb a legminimálisabb kávé bő vízzel", addig, hogy az "átlagos kávémenyiség többszöröse napjában többször", ami értelemszerűen eltérő mennyiséget használ fel a rendelkezésre álló kávéból.

A "kávé" (az erőforrások összessége) persze itt is korlátozottan áll rendelkezésre, *de nem a kávéfőző szintjén*. Ha minden keményblokkos kuncsaftnak a többszörös adag indokolt, akkor a "kávéfőző" a központi kávékeretből nagyobb mennyiséget utalványoztat a saját klienseinek.

A többletforrások egy részének megszerzése a "kávéfőző" utalványozásától függően automatikusan történik (például a gyógyszerfelírással egy olyan gyógyszerárkiegészítési keretből utalványoz az orvos, amely még az egészségügy teljes költségvetésén is kívül jelenik meg, a táppénzbevétel hasonlóan, a rendelt vizsgálatok a kórház vagy szakrendelő teljes működési költségében jelennek meg, a központi alapok némelyikének a mobilizálása az esetek többségében nemcsak hogy nem ütközött ellenállásba, de szinte rejtetten történt). A hazai rendszer sajátossága, hogy mind ez ideig ki sem lehetett mutatni az összköltségek alakulásánál, hogy melyik orvos "utalványozása" alapján, melyik beteg számára mobilizálódtak az erőforrások egyes elemei.

A többletforrások másik (a fejlesztéseket érintő) részének megszerzése aktív közreműködést igényel az orvostól (például létezik egy új műszer, amivel az adott betegség biztosabban, biztonságosabban kimutatható, s annak beszerzéséhez szükséges hercehurca végigcsinálására erősebben motiválják az orvost a "hálás" betegek). Ez az erőforrásmobilizálás nem egyedi, hanem statisztikailag értelmezhető hálapénzadással függ össze. Amire sok betegnek van borítékkal nyomatékosítva szüksége, arra érdemes többletenergiát fordítani: valamit megszerezni, amivel természetesen elvileg (számos esetben gyakorlatilag is) az a beteg is ellátható, akinek nem áll módjában a háláját borítékkal kifejezni. Ezért nem osztom Galasi – Kertesi következtetését, hogy a hálapénzadók ellátásának színvonala is lecsúsz az átlagszintre: erős sejtésem, hogy aki olyan betegségben betegszik meg, amelyben mások hálapénzt szoktak fizetni, hálapénz nélkül is jobb eséllyel kap megfelelő ellátást, mert jobban megvannak hozzá a feltételek, mint az a hálapénzt adó beteg, aki olyan betegséget fogott ki, amelyben szenvedők többsége nem szokott hálapénzt adni.

Azért nem értelmezhetjük a hálapénzt a Pauly-modell értelmében vett önrészesedésként, mert *a kínálati oldal korlátja nem a hálapénzt kapó, további szolgáltatást utalványozó orvos szintjén jelenik meg*. Ez az a mozzanat, amivel a hálapénz nemcsak keresletet korlátozó, hanem *a kínálati oldalt mobilizáló tényezővé válik*. Az önrészesedés esetében egy adott meghatározott (piacon kialakult) árral van dolgunk, amelynek egy része az önrészesedés, a keresleti oldal átstrukturálása céljával a fogyasztóra hárítva. A hálapénz esetében csak akkor lenne meggyőző az a feltételezés, hogy a keresleti oldal spontán kezdeményezésű korlátozásáról van szó, ha a kínálati oldal korlátozottsága a hálapénzt kapó szintjén jelenne meg. Mindazonáltal nem zárható ki az, hogy a hálapénzadás szokása számos beteget visszatart attól, hogy minél korábban orvoshoz forduljon, de ez a hatás nem elsősorban az önrészesedés, hanem az ár sajátja. (Itt eltekintünk attól a kérdéstől, hogy vajon az összegnek van visszatartó szerepe, vagy a zavaros helyzetnek.)

De ne vessük el a gondolatnak azt a részét, hogy a hálapénz (valamilyen módon) a kereslet és kínálat (valamilyen) összehangolásában játszik szerepet!

Azzal a ténnyel, hogy a keresleti és kínálati oldalt egyaránt mozgásra készíti a hálapénz, sokkal inkább valamilyen árfunkciót juttathat az eszünkbe. A Galasi – Kertesi-féle megközelítésből inkább úgy léphetnénk tovább, hogy ha (elméleti modellben sok mindent tehetünk) a hivatalos egészségügyi kiadások egy adott tevékenységre vagy betegellátásra jutó hányadát fogjuk fel az adott szolgáltatás piaci kontroll nélkül meghatározott állami áráként. Ha ez az "ár" nem bizonyulna elégségesnek a "piacon" ahhoz, hogy a szolgáltató számára érdemes legyen az adott szolgáltatást nyújtani, akkor ennek a piaci reakciója az áremelkedés. Ha a lakosságnak mégis fontos ez a szolgáltatás, akkor hajlandó ehhez árkiegészítést adni, hogy mégis nyújtsa valaki.

Vegyük észre, hogy ez az árkiegészítés nem azonos az adott árból áthárított önrészesedéssel: ez nem a kereslet igazodását szolgálja, hanem az *árét*. Nem világos, hogy ha a kereslet és kínálat elszakad egymástól, akkor Galasi – Kertesi miért a keresletet korlátozó spontán mechanizmusban gondolkodik, s miért nem vetődik fel az a triviális ötlet, hogy a spontán piaci mechanizmus a lefojtott árat is felemelheti egy olyan szintre, amely legalábbis az adott *fizetőképesség* mellett összehangolja a keresletet és kínálatot. (Ez az egyensúly természetesen nem lesz azonos azzal a társadalmi optimummal, amely miatt a fizetőképesség korlátjának a kiiktatása szokott történni a biztosítási és állami egészségügyben.)

Ebben az értelmezésben a hálapénz a (nem legálisan engedett) piaci ár eleme. Nem mondhatjuk azt, hogy az állami ár és a piaci ár teljes különbözete, hiszen a dologi és (a hálapénzből kimaradó) egyéb személyi költségek kiegészítését nem végzi el, így csak részleges költségtérítést tartalmaz. Jószerivel az "ár" nyereséghányadának tekinthetjük, mert mivel a szolgáltatással kapcsolatos döntések meghozójának a (magnán)zsebébe vándorol, alapot nyújt annak a döntésnek a meghozásához, hogy milyen mértékben éri meg az adott szolgáltatást tovább végezni, bővíteni.

Ha a hálapénz az "állami ár" és a "piaci ár" teljes különbözetét jelentené, akkor értelmé lenne a piac hatékonysága szempontjából azt tesztelni, hogy az egészségügy relatíve alulfinanszírozott pontjain nagyobb-e a hálapénz összege és az adás gyakorisága, mint máshol. Ha azonban a hálapénz olyan sajátos "felár", ami inkább csak nyereséghányad, a felvetődő költségekre nem ad(hat) fedezetet, akkor belátható, hogy ez irreális elvárás lenne.

Viszont ebből fakad az a sajátossága, hogy akkor és ott is erősen motivál a szolgáltatás nyújtására, ahol annak az egyéb tárgyi, személyi feltételeinek a színvonala meglehetősen hiányos. A hálapénz "kiváltásának" lehetőségeit érintő szakmai beszélgetésekben előbb-utóbb ki szokott derülni, hogy ha ugyanezt az összeget nem ennyire "teljesítményhez kötötte", a fizetésükben kapnák meg az érintettek, akkor válna nyilvánvalóvá, hogy mennyire a hálapénz tartja működésben a rendszert: ugyanis abban a pillanatban úgy képviselné megfelelően a beteg érdekét az orvos, hogy megtagadná az adott higiéniás, tárgyi, technikai, személyi feltételek mellett számos olyan beavatkozás elvégzését, amely elvégzésére az adott körülmények között a hálapénzre utaltsága viszi rá.⁴

A keményblokkos kávéhasonlathoz képest a másik különbség az *igénybevételt kikényszerítő helyzetek differenciáltságával* függ össze. A kávéval szemben nem egyszerűen szabad elhatározás kérdése, hogy mennyiben alkalmazkodik valaki a hálapénzadás gyakorlatához s netán szokásos összegéhez.

A HÁLAPÉNZ

Ha az előforduló betegségek differenciáltságából indulunk ki (s ennek a leírására sajnos ismét teljesen inadekvát Galasi – Kertesi könnyű és súlyos megbetegedés szerinti megkülönböztetése), akkor észre kell vennünk, hogy vannak olyan típusú súlyos betegségek, amelyek a (természetesen nem egyszerűen megszerezhető) diagnózis után rövid idő alatt elvégezhető orvosi beavatkozásokkal gyakorlatilag meggyógyíthatók. A gyerekkorban végzett szívbillentyűcsere vagy az ágyhoz kötött időskorút talpraállító csípőprotézis beültetés igen látványos és tartós javulást hoz, s ennek megfelelően nagy megkönnyebbülése a családnak, amely ezért őszintén (is) hálás.

Vannak olyan típusú súlyos betegségek, amelyek rendszeres, folyamatos orvosi ellátás nélkül halálos kimenetelűek lennének, azzal viszont viszonylag hosszú ideig el lehet élni. A családra gyakorolt hatás (s így a hálapénzadás lehetősége) szempontjából még ezen a csoporton belül is célszerű további megkülönböztetést tenni. Egyes betegségek (cukorbetegség stb.) mellett – nagy járulékos költségekkel ugyan (diétára, rendszeres gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre stb.) – a beteg aktív keresőtevékenységének lehetősége megtartható, így nem borítja fel teljesen a család anyagi egyensúlyát, s ezeknél a betegségeknel a család és a beteg általános jövedelmi helyzete határozza meg azt, hogy milyen minőségű egészségügyi ellátást (nemcsak hálapénzre gondolva, hanem külföldről beszerzett eszközökre is) és életminőséget tudnak elérni. Más betegségek folyamatosan olyan anyagi terhet rónak a családra a megnehezített életmód miatt (fogyatékos vagy asztmás gyermekek, krónikus vesebetegek stb.), amelyek mellett nagyon beszűkül a család lehetősége a "hálára".

Egyes esetekben akkor hálás a beteg, ha gyors és radikális beavatkozásokban részesül, más esetekben akkor hálás a család, ha a kórház tartósan átvállalja a betegápolás, elhelyezés gondjait.

E csoportosítások mentén bizonyára igen lényeges különbségek vannak az adott hálapénz vonatkozásában, s ezeken a (vagy hasonlóan képzett) csoportokon belül lenne célszerű valamit tudnunk a hálapénzadás társadalmi differenciáltságáról. A Galasi – Kertesi által hivatkozott KSH-forrásból (KSH, 1988) néhány kiemelt betegség alapján nekem úgy tűnt, hogy a kevésbé tanult rétegek relative többet fizetnek, s ez utal a hálapénzre arra a szerepére is, amit a (társadalmi különbségekkel megterhelt) kommunikációs problémák csökkentésében játszik.

Vannak orvosi szakmák vagy egészségügyi intézmények, amelyek szintjén kiegyenlítődnek az ebből fakadó "ösztönző" hatások, vannak, amelyeknél nem – az utóbbi esetben ennek a nyomai valószínűleg észrevehetőek az intézményhálózat adott része vagy az intézményen belüli szakmai munkamegosztás aránytalanságaiban –, de ez itt már az a terep, amelynek a feltárására Antal Z. László szánt már néhány évet és tanulmányt.

Ha a társadalmi helyzettől eltekintve betegségek szerint szisztémásan eltérő lehetőség adódik a hálapénz fizetésére, akkor itt különböző "árakra" lehet ezek esetében felmenni. A "hatékony piaci" kereslet – kínálat igazodására csak akkor számíthatnánk, ha összefüggés lenne a relatíve alulfinanszírozott egészségügyön belüli helyek, hiányhelyek és a különböző betegségekben szenvedő különböző betegcsoportok hálapénzfizetési készsége (lehetősége) között. Antal Z. László tanulmánya azonban a fenti tényezők közötti "negatív" kapcsolatról győz meg: ahol jó esélyek vannak a magas hálapénz (arány és összeg) megszerzésére, ott a feladathoz képest bőségesen van orvos, s ha nehezen is, de megindul valami olyan versenyfőle is, amely a betegek elégedettségének a megnyerésére (is) irányul. A domináns tendenciának azonban a hálapénzt "kikényszerítő" teljesítményvisszatartás tűnik (ami miatt minden szülés

előtt álló nő menekül attól a helyzettől, hogy területi, értsd nemfizető páciens legyen). A fenti piaci elemzés fogalmaival ez azt jelenti, hogy az "állami ár" szintjén egyetlen szolgáltatónak sem "éri meg" a szolgáltatást nyújtani, viszont a hálapénz felárával ez a terület már relatíve sok szolgáltatót vonz.

A magyar egészségügyi hálózat belső szerkezetéből ítélve (Antal Z. is hivatkozik erre), első ránézésre ugyanazok az erők jelentek meg a kínálati oldal alakításában, amelyek Nyugaton a kedvezőbb helyzetű társadalmi csoportok "kifinomultabb" betegségeinek az ellátását végző szakmák és intézmények felé tolták a struktúrát. Ezt azonban nagyon nehéz bizonyítható formában megfogalmazni.

Mindenesetre, ha a fejlett ipari országokban az egészségügy szintjén a piac (tökéletlenségeinek) hatásaként az ellátásnak a szakmai hierarchia magasabb (specializáltabb és drágább) szintjei felé tolása, a gazdagok igényeinek a jobb elismerése jelenik meg, akkor a magyar ellátási szerkezet hasonló vonásai alapján erősen töprenghetünk, hogy a nálunk működő mechanizmusoknak is van-e valami közük a piachoz, vagy ez a hasonló hatás másnak tudható be — e kérdés tudományos megválaszolása nem kis munka.

Ha a deklaráltan a szükségleteket megcélzó egészségügyi struktúrában a (legalábbis a hálapénzzel jelzett) keresleti viszonyokhoz igazodás hatása legálisan jelenik meg az egészségügy belső arányaiban, akkor teljesen ésszerű Antal Z. megállapítása a hálapénzes szakmák és a központi szabályozás, a politikai szint közötti érdekkapcsolatról. E kapcsolat természetét piacnak minősíteni nem több (noha pauzibilis elemeket is tartalmazó) bizonyításra szoruló hipotézisnél. E kapcsolat feltárása alapján lenne csak eldönthető, hogy mennyire "hűbéri" vagy mennyire "piaci" a jellege. Nagyon sok, Antal Z. Lászlóéhoz hasonló empirikus tanulmányra lenne szükségünk más egészségügyön belüli területekről annak a feltárásához, hogy a hálapénzadási szokásoknak mi a szerepük abban, hogy az ott dolgozók a betegek érdekeinek felvállalását hirdelve vettek részt az erőforrásokért folyó, szakmák közötti harcokban.

Mit tudunk megválaszolni és mit nem?

A három tanulmány összevetése alapján, azt hiszem, a legtöbbet a kérdésfelvetések pontosításában léptünk előre.

Az egészségügy területén a világon mindenhol tökéletlenül működő piac miatt nagyon nehéz megválaszolni azt, hogy az a tökéletlen "szabályozás", amit a hálapénz végez, mennyire piaci módon "szabályozta" az egészségügyben a kereslet—kínálat összehangolódását.

Mindebből ugyanakkor az is következik, hogy annak a nem egészen megalapozott feltételezésnek az elvetése, hogy a hálapénz önrészesedésként hatékonyan strukturálja át a keresletet, még nem mondja azt, hogy a hálapénz értelmezhetetlen lenne piaci kategóriaként. S végképp nem veti el azt a kiinduló hipotézist, hogy lehet szerepe a rendszer valamilyen fajta önkorrekciójában, ugyanakkor annak a tudományos igényű feltárásához még rengeteg empirikus megalapozásra van szükség.

Balázs Péter és Antal Z. László tanulmányából számos új adalékot kaptunk a hálapénz természetének megismeréséhez, s Galasi Péter—Kertesi Gábor írása, ha látványos apparátusuk nem bizonyult is alkalmasnak a magyar helyzet leírására, a kérdéscsfcvctcs szintjén sokat segített a jelenség módszeres végiggondolásában.

Jegyzetek

1. Írásom befejezése után került a kezembe Csekő Imre vitája a szerzőpárral a *Közgazdasági Szemle*ben. Megdöbbenve olvastam, hogy a szerzők a hálapénzt mint korrupciós eszközt kezelik. Újraolvastam a "A hálapénz ökonómiájá"-t, megerősödött korábbi benyomásom: a korrupció kifejezés használatától meglehetősen óvakodtak ebben az írásban. Szó szerint idézem publikációjuk 279. oldaláról azt az állításukat, amelyre értelmezésem épült: "Ez a kérdésfelvetés — habár épp *ellenütes* előjellel — Arrow (1963) klasszikus kérdésfelvetésére rímel: «Én azt a nézetet képviselem, hogy amennyiben a piac valamilyen oknál fogva nem képes optimális állapotot biztosítani, akkor a társadalom — legalábbis bizonyos mértékig — felismeri ezt, és ennek nyomán nem piaci jellegű intézmények jönnek létre abból a célból, hogy áthidalják ezt a szakadékot. A folyamat nem feltétlenül tudatos" (947. oldal). Esetünkben fordított a helyzet: itt a kötelező és a felmerülő kiadásokra teljes körű fedezetet nyújtó biztosításon, valamint az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézmények államosításán alapuló bürokrátikus rendszer az, amely nem képes optimális állapotot biztosítani. Az adott körülmények között pedig a társadalom — "felismervén ezt" — spontán (piaci jellegű) intézményekkel — a hálapénzzel — igyekszik ezt áthidalni."
2. Egészen más hatásai mutathatók ki a korábbi térítésmentes hozzáférhetőség után bevezetett önrészesedésnek. Barer—Evans—Stoddart a Kanadában alkalmazott önrészesedésnek igen kedvezőtlen társadalmi szelekcióját mutatja ki.
3. Az empirikus igazolhatóság nagyon erősen függ az értelmezéstől. Csak az érdekesség kedvéért is érdemes megemlíteni, hogy a Galasi—Kertesi-cikkben egyoldalúnak látszó szerző, Pauly 1980-es könyvében (Pauly, 1980) a kínálati oldal alapvetően az orvosi döntések, "viselkedési szokásait" modellezi. Ő azok közé tartozik, akik nem látják igazolhatónak ezt a tételt.
4. Simon-Kis Gábor nevét illik megemlíteni ebben az összefüggésben, aki e véleményét nagyobb nyilvánosság előtt is vállalja, s több előadásában sort is kerített kifejtésére.

Irodalom

- Ádám György: *Az orvosi hálapénz Magyarországon*, Magvető Kiadó, 1986.
- Antal Z. László: "Piaci mechanizmusok szerepe az állami egészségügyben" (A szülészet példáján), in: *Terhesség — szülés — születés II.* (szerk. Hanák Katalin) MTA Szociológiai Kutató Intézet, Bp. 1991.
- Arrow, K. J.: "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 1963. dec.
- Balázs Péter: "Hálapénz-paradigma: szubjektív (?) az egészségügyi rendszerváltásról", *Valóság*, 1991. 4. sz.
- Barer, M. L. — Evans, R. G. — Stoddart, G. L.: *Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion*, 1979.
- Bondár Éva: "A medikalizáció csapdájában", *Tervgazdasági Fórum*, 1989. 3. sz.
- Evans, R. G.: "Supplier induced demand; some empirical evidence and implications", in: *The Economics of Health and Medical Care*, (ed.: Perlman) London, MacMillan, 1974.
- Evans, R. G.: *Strained mercy: The economics of Canadian Health Care*, Butterworths, 1984.
- Evans, R. G. — G. L. Stoddart: *Medicare at maturity*, Banff Centre, 1986.
- Fuchs, V.: *Who shall live? — Health, Economics and Social Choice*, Basic Books, New York, 1974.
- Fuchs, V.: "The supply of surgeons and the demand for operations", *Journal of Human Resources*, 1978, suppl.
- Gaag, van der — Perlman: *Health, Economics, Health Economics*, North-Holland Publishing Company, 1981.
- Galasi Péter — Kertesi Gábor: "A korrupció terjedése", *Közgazdasági Szemle*, 1987. 9. sz.
- Galasi Péter — Kertesi Gábor: "Patkányverseny a korrupciós piacon", *Közgazdasági Szemle*, 1988. 7—8. sz.
- Galasi Péter — Kertesi Gábor: "A hálapénz ökonómiája", *Közgazdasági Szemle*, 1991. 3. sz.
- Kervasdue, J. — Kimberly — Rodwin, V.: *The End of an Illusion*, University of California Press, 1984.
- KSH: *Vélemények az egészségügyről, az egészségügyi intézmények igénybevételéről*, Budapest, 1988.

- Nacsai István – Sándor László – Süveges Gábor: "Miért halálos betegség még ma is a combnyaktörés?", *Népegészségügy*, 1991. 2–3. sz.
- McGuire, A. – John Henderson, J. – Mooney, G.: *The economics of health care*, Routledge–Kegan Paul, London, 1988.
- McLahlan, G. – Maynard, A (ed.): *The Public/Private Mix for Health: The Relevance and effects of Change*, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.
- Mooney, G. H: *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books Ltd., 1986.
- Pauly, M. V.: "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy", *Journal of Economic Literature*, 1986. jun.
- Pauly, M. V. : *Doctors and their workshop – economic models of physician Behavior*, University of Chicago Press, 1980.
- Poullier, Jean Pierre – Sandier, Simone: *OECD health data*, 1991.
- Rachlis, M. – Kushner, C.: *Second opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it*, Collins, Toronto, 1989.
- Raffel, M. W. (ed.): *Comparative Health Systems*, Pennsylvania State University Press, 1984.
- Roemer, M. J. : "Bed supply and utilization: a natural experiment", *Journal of the American Hospital Association*, 1961.
- Rutten, F. H.: *Health care policy today: making way for the libertarians: Effective Health Care*, Elsevier, 1983.
- Rutten, F. H. – Werff, van der, A. in: *The Public/Private Mix for Health: The Relevance and effects of Change* (ed. McLahlan-Maynard), The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.
- WHO EURO: *Reports and Studies 52: Economic research into health service growth*, Copenhagen, 1981.
- WHO EURO: *Reports and Studies 55: Control of health care costs in social security systems*, Copenhagen, 1981.