

BOGNÁR GÉZA–GÁL RÓBERT IVÁN–KORNAI JÁNOS

Hálapénz a magyar egészségügyben

A tanulmány szerzői lakossági és orvosi minta kikérdezése alapján arra keresik a választ, hogy a valóságban mennyire elterjedt a hálapénz adása és elfogadása a magyar egészségügyben, miként szóródik az egyes orvosi szakmák között, és mekkora az egyes beavatkozási formák hálapénzára. A kapott eredmények szerint, a hálapénzárak nyilvánossá tételének korlátai ellenére a piac szereplői többé-kevésbé egyöntetűen ítélik meg, mi mennyibe kerül. A szerzők megbecsülik az egy év leforgása alatt kifizetett hálapénz összegét. Ennek alapján arra a következtetésre jutnak, hogy az „átlagorvos” hálapénzből származó bevétele bő másfélszerese hálapénz nélkül vett jövedelmének.*

A gyógyító-megelőző szolgáltatások finanszírozása a magyar egészségügyben egyedülálló konstrukciót mutat. A beruházási és üzemeltetési költségeket gyakorlatilag kizárólag közintézmények állják, a folyó költségeket a társadalombiztosítás, a tőkeköltségeket pedig az önkormányzatok. Emellett egyes területeken, például a fogászatban már régóta jelentős a közvetlen lakossági tehervállalás. Az utóbbi években a gyógyszerellátásban és a fekvőbeteg-ellátáshoz kötődő egyes szolgáltatásokban is megnőtt a fogyasztó (legális) közvetlen részvétele a költségek viselésében. A közvetlen fogyasztói költségviselés azonban távolról sem ennyire új és marginális jelensége a magyar egészségügynek. A bérköltségek egy részét ugyanis már régóta a hálapénz fedezi. Az elmúlt évtizedek folyamán mintegy spontán kialakult ez a különleges konstrukció, amelynek jelenlegi változata nem hatékony és igazságtalan. A jelenlegi rendszer, lévén illegális, nélkülözi a biztosítási elemeket, demoralizáló hatással van a betegek orvosba vetett bizalmára, eltorzítja a közteherviselés megoszlását, és olyan módon szelektál a fizetőképes kereslet mentén, amely sokak számára zavaró.

A hálapénzről szóló kérdőíves adatfelvétel során nem kell feltenni a szokásos „*hallotte Ön ...*” típusú kérdést. A hálapénzről Magyarországon mindenki hallott. Ugyanakkor számos kérdés még a téma szakértői számára is tisztázatlan. E tanulmány a hálapénzzel foglalkozó, 1999 tavaszán végzett Társi-kutatás főbb eredményeit foglalja össze.

* A tanulmány a Társi Társadalompolitikai Tanulmányok sorozat Hálapénz a magyar egészségügyben című 17. számú füzetének rövidített változata. A tanulmány háttéréül szolgáló kutatást A hálapénz és az egészségügyi takarékszámlák című program részeként az APF Szolgáltató és Szervező Kht., illetve Az állam és polgárai II. című, C 420115 UFACR számú program keretében a Közép-Európai Egyetem támogatta. A szerzők köszönetet mondanak Balázs Péternek a tanulmány korábbi változatához fűzött értékes megjegyzéseiért.

A következő oldalakon öt fontosabb kérdéskörre összpontosítunk. Először a hálapénzzel és a benne megtestesülő jövedelemeltagadással kapcsolatos orvosi és lakossági magatartást elemezzük. A második fejezetben a paraszolvencia elterjedtségét vizsgáljuk. Megnézzük, hogy a lakossági és az orvosi szakmán belüli vélekedések szerint az emberek hány százaléka fizet hálapénzt, miként koncentrálnának a kérdéses összegek szakmák szerint, és min múlik, ki mennyit kap belőle. A paraszolvencia vélt elterjedtségét, ahol lehet, összevetjük a lakossági minta által ténylegesen elismert kifizetésekkel.

A harmadik fejezetben megpróbálunk megadni bizonyos hálapénzárazakat. Nemcsak azt vizsgáljuk tehát, hogy hány százalék ad és hány százalék nem ad, hanem azt is, hogy miért mennyit adnak. Hasonlóan az előzőekhez, itt is először arra kértük a megkérdezetteket – ismét orvosokat és a lehetséges pácienseket egyaránt –, hogy tapasztalataik és érzéseik alapján tippeljék meg egy-egy egészségügyi beavatkozás hálapénzárát. A lakossági minta tagjaitól pedig azt is megkérdeztük, ők maguk fizettek-e hálapénzt, és ha igen, mire és mennyit.

Ennek alapján a negyedik fejezetben arra vállalkozunk, hogy a lakosság által elismert hálapénz-kifizetésekben következőkésünk az egy év folyamán a gyógyító-megelőző szolgáltatásokban összesen kifizetett hálapénz mennyiségére.

Végül az utolsó fejezetben megpróbálunk általános leírást adni az áralakulás folyamatáról. A magyar egészségügyi piac ugyanis intézményi felépítését tekintve nagyban különbözik a közgazdaságtan által modellként használt piaci formáktól. Éppen ezért, ha meg akarjuk érteni mi, miért és miért éppen úgy zajlik a kérdéses piacon, előbb az előforduló jelenségek részletes lajstromára van szükség.

Következtetéseink több adatfelvétel eredményeire épülnek. A lakossági adatok zömme a Társi 1999. 2. számú Omnibusz-felvételéből, egy 1392 elemű lakossági mintából származnak. A mintavétel két lépcsőben történt, amelynek során először településmintát, majd az egyes településeken belül véletlen lakossági címlistát gyűjtöttünk. A címlista csak főcímet tartalmazott, pótcímek nélkül, a kiesett címeteket nem pótoltuk. Az ily módon, fogyással nyert mintát három dimenzióban – életkor, iskolai végzettség és nem szerint – az 1995-ös mikrocenzus eloszlásaira súlyoztuk.

A hálapénzzel kapcsolatos lakossági attitűdökről a Társi 1999. 6. számú Omnibusz-felvételében nyertünk adatokat. A mintavétel módszere azonos volt az előzővel.

Az orvostársadalomra vonatkozó megállapításaink egy 1006 fős orvosi mintán alapulnak. A vizsgálatba bevont orvosok között szerepeltek háziorvosok (a minta 34 százaléka), valamint szakrendelésen, illetve kórházban dolgozó szakorvosok (66 százalék). A háziorvosok közé azokat soroltuk, akik háziorvosi rendelőben dolgoznak, függetlenül attól, hogy rendelkeztek-e szakvizsgával. A szakorvosokat a járóbeteg-szakrendelésen vagy a kórházban dolgozók közül kellett kiválasztani, az éppen ügyeletet tartó szakorvost keresve. A szakorvosminta négy szakmára terjedt ki: belgyógyászokra (a teljes minta 28 százaléka), sebészekre (20 százalék), gyermekszakorvosokra (8 százalék) és elme-ideg szakorvosokra (11 százalék). A szakmák azonosítása szintén az illető orvost foglalkoztató osztály alapján történt.

Attitűdök a hálapénzzel és az adózással kapcsolatban

A következő fejezetben bemutatjuk, miként vélekednek az érintettek, orvosok és betegek, a hálapénzről és a hálapénzhez kötődő jövedelemeltagadásról. Az orvosok hálapénzzel és adóztatással kapcsolatos attitűdje az egészségügyi reform sikere szempontjából fontos. A lakossági megítélés alapján pedig képet nyerhetünk a hálapénz intézményesültségének mértékéről.

A hálapénz megítélése

Az adatfelvétel során azonos szövegű kijelentéseket tettünk mind az orvosi, mind a lakossági minta tagjainak, és megkértük őket, hogy négyfokozatú skálán jelezzék, milyen mértékben értenek egyet (teljesen, inkább igen, inkább nem, egyáltalán nem) azokkal. Három kérdéskört elemzünk. Az első általános etikai kérdéseket vizsgál, a második a feketegazdaság területén próbálja elhelyezni a paraszolvencia jelenségét, a harmadik kérdéscsokor pedig a hálapénz adóztatásának problémáját feszegeti.

Az első kérdéskörre adott válaszokat az 1. táblázatban mutatjuk be. A táblázat utolsó oszlopából láthatjuk, hogy igen magas a válaszolók aránya, kérdésenként 95 és 99 százalék között ingadozik, az orvosok esetében és a lakosság körében is alig marad el ettől.

Az első kijelentéssel („A hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi, ezzel extra figyelmet vásárol magának.”) az orvosok közel kétharmada (64 százalék) többé vagy kevésbé egyetért, igaz teljes egyetértését csak minden ötödik orvos fejezte ki, majdnem ugyanennyien pedig (17 százalék) egyáltalán nem igazolták vissza a szóban

1. táblázat

A hálapénz megítélése az orvosok és a lakosság körében

	Teljesen egyetért	Inkább	Inkább nem ért egyet	Egyáltalán	Átlag- érték*	Válaszok száma
<i>A hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi ezzel extra figyelmet vásárol magának</i>						
Orvosok	19,4	44,2	19,5	16,9	2,66	983
Lakosság	26,1	28,4	19,8	25,7	2,54	1476
<i>A hálapénz nem oszti, nem szoroz</i>						
Orvosok	32,0	17,6	23,7	26,7	2,55	950
Lakosság	14,4	17,1	30,0	38,5	2,07	1462
<i>A hálapénz aláássa az orvos–beteg kapcsolathoz nélkülözhetetlen bizalmat</i>						
Orvosok	17,8	17,6	31,9	32,7	2,21	976
Lakosság	15,1	21,7	33,2	30,1	2,22	1387
<i>A hálapénz szükséges rossz</i>						
Orvosok	58,0	22,2	9,8	10,1	3,28	983
Lakosság	52,3	30,1	9,2	8,4	3,26	1470
<i>Amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt</i>						
Orvosok	54,4	27,5	11,0	7,1	3,29	989
Lakosság	39,1	28,4	17,5	15,0	2,92	1432
<i>Erkölcseleg elítélhető az az orvos, aki hálapénzt fogad el</i>						
Orvosok	3,6	7,5	29,4	59,6	1,55	977
Lakosság	16,6	17,7	33,3	32,4	2,19	1448
<i>A hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek</i>						
Orvosok	68,0	21,8	7,1	3,1	3,55	997
Lakosság	30,0	32,4	22,6	15,0	2,77	1444
<i>A hálapénz léte arra utal, hogy a társadalom véleménye szerint az orvosok alulfizetettek</i>						
Orvosok	72,6	17,5	6,7	3,2	3,60	992
Lakosság	41,6	28,1	17,0	13,3	2,98	1404
<i>A hálapénz nem erkölcsi kérdés</i>						
Orvosok	42,2	29,1	18,1	10,7	3,03	963
Lakosság	33,5	29,3	19,4	17,8	2,79	1330

*Átlagérték: a négyfokozatú skálán adott értékek (teljesen egyetért = 4, inkább egyetért = 3, inkább nem ért egyet = 2, egyáltalán nem ért egyet = 1) számtani átlaga.

forgó kijelentést. A válaszokat részletesebben elemezve az is kiderül, hogy az egyet nem értők eloszlása nem, településtípus, szakma, vallásosság, illetve aszerint, hogy volt-e orvos korábban a családban, nem mutat különbséget a teljes orvosminta hasonló ismérvek szerinti eloszlásától. A lakosság körében az egyetértők aránya csak 54 százalék, ez a szűk többség azonban egyenletesebben oszlik meg a teljesen egyetértők (26 százalék) és az inkább egyetértők (28 százalék) között (az orvosok körében a megfelelő arányok: 19 és 44 százalék).

A következő kijelentés („*A hálapénz nem oszt, nem szoroz.*”) osztja meg leginkább az orvosokat. A válaszolók fele (50 százalék) egyetért vagy inkább egyetért ezzel a kijelentéssel, míg másik fele inkább nem, vagy egyáltalán nem ért egyet. A kijelentés nyilvánvalóan kissé provokatív, s ez kategorikus, határozott válaszokat váltott ki, az eloszlást megfigyelve észre kell vennünk, hogy a leggyakoribb válasz a teljes egyetértés (32 százalék), illetve a határozott egyet nem értés volt (27 százalék), tehát a skála szélső értékei. Megfigyelhetjük még, hogy az egyébként nagyon magas válaszadási arány mellett a hálapénz erkölcsi oldalát firtató kérdéskörben erre a kérdésre válaszoltak a legkevesebben. Az eredményeket tovább vizsgálva azt találtuk, hogy a budapestiek és a férfiak azok, akik kevésbé értenek egyet a fentiekkel.

A lakosság véleménye kevésbé bizonyult polarizáltnak, mint az orvosoké. Több mint kétharmad (68 százalék) ugyanis úgy véli, hogy a hálapénz igenis „oszt és szoroz”. A négyfokozatú skálán 4-től az 1-es felé haladva, monoton nő a választ bejelölők aránya. A szélesebb közvélemény még annyira sem egyezik bele a hálapénz elbogatellizálásába, mint a szakmabeliek.

Az orvosi hivatás egyike azon foglalkozásoknak, ahol kiemelt jelentőséget kap a bizalom. Az ügyvéd, a bankár, az adótanácsadó mellett az orvos tartozik abba a körbe, ahol kénytelenek vagyunk megosztani legbensőbb titkainkat is. A bizalom azonban a titoktartáson túl is lényeges szerepet kap a gyógyításban, hiszen legfontosabb kincsünket bízuk „egy ismeretlenre”. Bizalom hiányában nem merjük elmondani panaszainkat, tüneteinket, s bizalom nélkül nem jöhet létre jó terápiás kapcsolat sem, amelynek hiánya adott esetben a beteg gyógyulását is hátráltatja. Mindezek miatt fontos vizsgálnunk, vajon a hálapénz befolyásolja-e ezt a kapcsolatot, az orvos–beteg közötti bizalmat. Az általunk megkérdezett orvosok majd kétharmada (65 százalék) úgy véli, hogy a hálapénz egyáltalán nem, vagy inkább nem rontja ezt a bizalmi kapcsolatot. A lakosság sem tart jobban a bizalmi viszony megrendülésétől, mint az orvosok. Az előbbi csoport által adott átlagosztályzat (a kijelentéssel való egyetértés mértékének kifejeződése 1-től, a teljes elutasítástól, 4-ig, a teljes egyetértésig) 2,22, az utóbbié 2,21. Bár azt is meg kell jegyezni, hogy mindkét minta körülbelül egyharmada többé-kevésbé egyetértett az idézett kijelentéssel.

Sokszor hallani azt a közhelyet, hogy „*a hálapénz szükséges rossz*”, az alacsony fizetések miatt ez az, ami benntartja az egészségügyben az elhivatott orvosokat. Felmérésünk azt mutatja, a magyar orvosok döntő többsége, több mint 80 százalékuk egyetért ezzel a kijelentéssel. A lakosság szintűgy. Az ő körükben épp ez a kijelentés találkozott a legnagyobb egyetértéssel. A válaszolók fele teljesen, további közel egyharmada inkább igazat adott neki.

Ezt a beletörődő hozzáállást mutatja az is, hogy a lakosság kétharmada nem ítéli meg szigorúan a hálapénzt elfogadó orvosokat, sőt a jelen fizetések mellett jogosnak tartja azt. A lakossági minta 66 százaléka nem gondolja azt, hogy erkölcsileg elítélhető a paraszolvenciát elfogadó orvos. Hasonló arány, 67 százalék kisebb vagy nagyobb mértékben egyetértett azzal, hogy „*amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt*”. Meg kell jegyezni azonban, hogy az orvosok még ennél is sokkal megértőbbnek bizonyultak. A megfelelő arány ugyanis az orvosi mintában 89,

illetve 82 százalék és csupán 7, illetve 4 százalék volt az efféle toleranciát kategorikusan elutasítók aránya.

Ugyanez a távolság a két minta között megtalálható más ítéleteknél is. A lakossági minta 70 százaléka inkább vagy teljesen egyetért azzal, hogy „*a hálapénz léte arra utal, hogy a társadalom véleménye szerint az orvosok alulfizetettek*”. Ez ismét elfogadó vélemény, de távolról sem annyira, mint az orvosi mintában mért 90 százalékos egyetértés (akik közül 73 százalék teljesen egyetért az említett kijelentéssel). Hasonlóképp, a lakossági minta 63 százaléka elfogadja, hogy a hálapénz kérdését vonjuk ki az erkölcs fennhatósága alól. („*A hálapénz nem erkölcsi kérdés.*”) Az orvosok mintájában a megfelelő arány ismét magasabb, 71 százalék. És végül a lakosság egyértelmű többsége, 62 százaléka tartja kényelmetlennek és megalázónak a paraszolvenciát mind az orvos, mind a beteg számára. Az orvosoknál azonban a megfelelő arány a 90 százalékot is eléri (mindössze 3 százaléknyan vannak azok, akik egyáltalán nem értenek ezzel egyet).

Érdeességként érdemes megjegyezni, hogy a hálapénzzel kapcsolatos orvosi attitűdöket vizsgálataink szerint nem befolyásolta a vallásosság, inkább az, hogy az illető orvoscsaládban nőtt-e fel vagy nem.

Az orvosok hálapénzzel kapcsolatos attitűdjét olyan szempontból is vizsgáltuk, hogy mennyire tekintik ezt a jelenséget a feketegazdasághoz tartozónak. (Ezeket a kérdéseket a lakossági minta tagjainak nem tettük fel.) A hálapénz a fekete- (szürke-) gazdaság egyik jelentős tétele. A kérdésre, *mennyire tartja a hasonlatot helytállónak, mely szerint a köztulajdonban lévő műtő, kórházi ágy stb. használatáért elfogadott extrapénz a hiánygazdaság idején megismert feketetaxizáshoz hasonlít*, az orvosok 7 százaléka vélte úgy, hogy a hasonlat teljesen helytálló, 56 százaléka azt mondta, hogy van benne igazság, míg 37 százaléka gondolta úgy, hogy teljesen hamis. Az adatok azt mutatják, hogy az orvosok közel kétharmada maga is a feketegazdaság részének tekinti a hálapénz elfogadását. A több mint egyharmados elutasítottság természetesen nem jelenti azt, hogy ezek az orvosok ne lennének tisztában a hálapénz illegális voltával. Sokukat nyilván sértette az orvos–taxis párhuzam, másrészt a gyógyítás folyamata nem mindig a szabad vagy fölösleges kapacitások kihasználását (felkínálását) jelenti.

A hálapénz megadóztatásának megítélése

A hálapénz adóköteles jövedelem, de a hivatal számára láthatatlan. Sokan vélik úgy, hogy az orvosi hálapénz tekintélyes része, hasonlóan a más szakmákban jelenlévő láthatatlan jövedelmekhez, elkerüli az adózást. Éppen ezért nem mellékes, hogy miként vélekednek a közvetlenül érintettek és a szélesebb közvélemény a kérdésről. Magára az adóbevallásra, illetve az adóhivatalnak bevallott hálapénz mértékére nem kérdeztünk rá – mert az adókerülő tevékenységre vonatkozó kérdéseket az orvosok nagy valószínűséggel nem válaszolták volna meg –, vizsgáltuk azonban a megkérdezett orvosoknak a hálapénz adóztatására vonatkozó attitűdjét. A hálapénz-jövedelem eltagadásával kapcsolatos véleményt firtató kérdéseinket a lakossági mintában szereplőknek is feltettük. Előrebocsátva elmondhatjuk, hogy az általános kép hasonlít ahhoz, amit az előző szakaszban találtunk, amikor magának a hálapénznek a megítélésére kértük a megkérdezetteket. A lakosság ezúttal is mutat bizonyos hajlandóságot a jövedelemeltagadás elfogadására, de távolról sem olyan megértő, mint az orvosok. Az e kérdéskörben feltett három kérdésre adott válaszok megoszlását mutatja a 2. táblázat.

Az első kérdés arra vonatkozott, hogy a hálapénz-jövedelmek eltitkolását hogyan ítéli meg a válaszoló. Mint látható a megkérdezett orvosok közel fele (46 százalék) emberileg

2. táblázat

A hálapénz-jövedelem eltagadásával kapcsolatos orvosi és lakossági vélemények

	Teljesen egyetért	Inkább egyetért	Inkább nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Átlag-érték*	Válaszok száma
<i>A hálapénz-jövedelem eltagadása kínos, megalázó, de emberileg érthető</i>						
Orvosok	45,7	37,9	9,1	7,2	3,22	975
Lakosság	34,2	35,0	19,0	11,7	2,92	1374
<i>Erkölcstelen, hogy az állam, amely nem fizeti meg az orvosokat, a tőlük származó adóbevételekre igényt tart</i>						
Orvosok	67,0	22,9	6,5	3,6	3,53	981
Lakosság	35,1	29,0	22,2	13,6	2,86	1379
<i>Elítélendő, ha egy orvos nem vallja be teljes jövedelmét, még akkor is, ha ennek egy része hálapénz</i>						
Orvosok	6,9	20,9	35,3	36,9	1,98	959
Lakosság	21,8	25,0	28,5	24,7	2,44	1392

*Átlagérték: a négyfokozatú skálán adott értékek (teljesen egyetért = 4, inkább egyetért = 3, inkább nem ért egyet = 2, egyáltalán nem ért egyet = 1) számtani átlaga.

teljesen érthetőnek tartja az adóeltitkolást (a lakossági mintának csak egyharmada, 34 százalék), de összességében 84 százalék inkább elfogadó (a lakosság körében csak 69 százalék), s csak az orvosok egyhatoda (16 százalék) elutasító.

Az orvosok körében nagy egyetértés mutatkozik abban a kérdésben, hogy vajon elítélendő-e az állam azért, hogy ezekre az adóforintokra is igényt tart. Az orvosok kétharmada (67 százalék) teljesen egyetért abban, hogy az állam erkölcstelen, amikor alacsony fizetések mellett megadóztatja a paraszolvenciát, s ez az arány 90 százalékra nő, ha azokat is figyelembe vesszük, akik – ha nem is teljesen, de – inkább egyetértének a fenti kijelentéssel. A teljesen és az inkább egyetértők aránya tehát 3:1. A lakossági mintában viszont a megfelelő arány csak 1,2:1; a kijelentéssel teljesen egyetértők 35, az inkább egyetértők 29 százalékot tesznek ki.

Az állam kárhoztatása a többség által (a két mintában 90, illetve 64 százalék) nem jelenti azt, hogy hasonlóan nagy arány fel is menti az orvosokat. A megkérdezett orvosok bő negyede (28 százalék), a lakosság közel fele (47 százalék) ugyanis az orvost is elítélendőnek tartja, ha nem vallja be teljes, azaz a hálapénzből is származó jövedelmét. Az orvosok között a vallásosak inkább, az ateisták kevésbé ítélik el az adóeltitkolást.

Összességében tehát megállapítható, hogy a lakosság körében adott egy legalább egyharmadot kitevő csoport, amely elutasító az orvosi jövedelemeltagadással szemben. Az orvosok körében az elutasítók aránya szembeötlően alacsonyabb. Az egyéni válaszok konzisztenciájának ellenőrzése – az, hogy az elutasító, illetve elfogadó csoportok mindig ugyanazokból az egyénekből tevődnek-e össze – még további kutatást igényel. Hasonlóan, további analízis szükséges annak feltárására, hogy min múlik, ki elutasító és ki elfogadó a hálapénzzel és a jövedelemeltagadással kapcsolatban.

A hálapénz elterjedtsége

A hálapénzfizetés elterjedtségére többféle módon próbáltunk következtetni. Először is közvetett kérdéseket tettünk fel mind a lakossági mintának, mind az orvosoknak. Vagyis a kérdést úgy fogalmaztuk meg, hogy az mások cselekedeteire vonatkozott, nem a meg-

kérdezetté. Ezek a kérdések részben egyes beavatkozások hálapénzáraira¹ irányultak, („*Ön szerint mennyit szokás fizetni ...?*”), részben pedig egyes orvosi szakmákra („*Ön szerint tíz beteg közül hányan adnak hálapénzt ...?*”). Mindkét kérdéstípust feltettük mindkét mintának. Mivel orvosmintánk több szakmát is tartalmazott, alkalmunk nyílt arra, hogy megnézzük: van-e különbség a saját szakterület és más szakmák esetén szokásos hálapénz-fizetési gyakoriságok között. Végül a lakossági mintától közvetlen adatokat is nyertünk: megkérdeztük, hogy maga a kérdezett fizetett-e hálapénzt. Igyekeztünk a kérdések sorrendjét úgy összeállítani, a kérdezési situációt úgy megkonstruálni, hogy a kapott eredmények minél megbízhatóbbak legyenek. Az orvosoknak azonban közvetlenül és egyenesen nem tettük fel azt a kérdést: ő személy szerint mennyi hálapénzt kapott. Attól tartottunk ugyanis, hogy efféle kérdések kockára tették volna a kérdezéshez elengedhetetlenül szükséges bizalmat.

Várakozásunk szerint a mások cselekedeteire vonatkozó közvetett, valamint a saját cselekvésre vonatkozó közvetlen információ között jelentős különbség van. Ennek két oka is van. Az első, hogy a hálapénz fizetése elvileg tiltott, senki sem beszél róla szívesen. Sőt, egyes esetekben nem csupán a feketegazdaságban kialakult árnyékárakról van szó, hanem a tulajdonképpeni hálapénzen túlmenő hivatali korrupcióról. Nevezetesen olyankor, ha az orvos hivatalos szakértői tevékenységet lát el, kedvezményekhez vagy egyes munkakörök betöltéséhez szükséges igazolásokat állít ki, betegállományba vesz, leszázalékol. Ha valaki ilyen esetben fizet az orvosnak, neki saját magának is jól felfogott érdeke, hogy mélyen hallgasson róla. A másik ok, ami miatt a vélt és a tényleges fizetési gyakoriság eltérhet egymástól, az a magyar társadalom általános szkepszise. Más vizsgálatok eredménye is azt bizonyítja, hogy a magyar lakosság több rosszat tételez fel a közállapotokról, mint amilyenek azok a valóságban.

A hálapénzfizetés elterjedtsége

A következő szakaszban többnyire az „*Ön szerint ...*” típusú kérdésekre adott válaszokat elemezzük először beavatkozásfajták, majd szakmák, illetve ellátási típusok szerint. A mások viselkedésére vonatkozó vélekedéseket egy ponton, az ellátási formák (házi orvos, fekvőbeteg-ellátás és járóbeteg-ellátás) esetében tudjuk összehasonlítani azzal, amit a megkérdezettek a saját magatartásukra vonatkozóan elárultak.

A hálapénzfizetés elterjedtsége a beavatkozás fajtája szerint. A megkérdezetteket felkértük, hogy mondják meg: az egyes orvosi beavatkozási formák, egészségügyi szolgáltatások esetén mennyi hálapénzt szokás adni. Magukra a hálapénzárakra vonatkozóan a következők fejében közlünk részleteket. Ezúttal csupán azok arányát tüntetjük fel, akik úgy nyilatkoztak, hogy adott beavatkozásfajta hálapénzt szokás adni. Eredményeinket a 3. táblázat tartalmazza.

Ami a lakossági vélekedésekből első ránézésre kiderül, az az, hogy az emberek tapasztalatai szerint hálapénzt tömegesen két dologra fizetnek: ha az orvos kimegy a beteg lakására, és ott látja el (éjszakai riasztáskor; ha a gyerekorvos vagy a házi orvos havi rendszerességgel kijár, és ellenőrzi páciensét; vagy ha kötelező védőoltásért nem kell bemenni a rendelőbe), illetve ha bármilyen műtétre kerül a sor (ide sorolva a szüléseket is). Ez, egyebek mellett, azzal a fonák következménnyel jár, hogy ha a jövőben valami-

¹ A beteg a hálapénzt úgy tekinti, mint az orvos által adott különleges figyelem vagy szívesség árát. A különféle szolgáltatásokhoz kapcsolódó hálapénzek arányai relatív áraknak minősülnek. A továbbiakban ebben az értelemben használjuk a „hálapénzár” kifejezést.

lyen okból kevesebb műtétet végeznének, illetve ha az orvosi váróteremben javulnának a körülmények (nem kellene sort állni, lennének érkezési sorszámok vagy megbeszélt időpontra lehetne menni), és ezért csökkenne a betegek ösztönzöttsége arra, hogy házhoz hívják az orvost, akkor mindez várhatóan csökkentené az orvosok jövedelmét.

A rutinjellegű műveletek esetén – legyenek azok műszerigényesek (röntgenfelvétel, sugárterápiás kezelés), vagy nem (vérnyomásmérés, injekció beadása, nőgyógyászati rutinvizsgálat) – viszont a többség, de legalábbis a minta fele szerint nem szokás pénzt adni. Igaz, egyes e csoportba tartozó beavatkozások (például a sugárterápiás kezelés, a gyógytorna-foglalkozás vagy a nőgyógyászati rutinvizsgálatok) esetén a vélemények láthatóan megoszlanak. Ezt a következő fejezetben fogjuk részletesebben megvizsgálni, amikor nem csupán a pozitív forintösszeget bemondók arányát nézzük, hanem az összegek nagyságát is.

Annak kiderítésére, hogy speciális műszeres vizsgálat elvégzéséhez, amelyhez esetleg sorba kell állni (CT, MRI stb.), kell-e hálapénzt fizetni, a lakossági minta kis mérete miatt nem vállalkozhattunk. Túl sok lett volna a „nem tudom” válaszok aránya, lévén az efféle eljárások a lakosság többsége számára ismeretlenek. A felsoroltak közül is egy kifejezetten műszerigényes beavatkozás, a sugárterápiás kezelés esetében kaptuk a legkisebb esetszámot. További adatvesztés már a következtetések megbízhatóságát veszélyeztette volna.

3. táblázat

A hálapénzfizetés gyakorisága egyes beavatkozásfajtáknál a lakossági vélekedések szerint (Azok aránya, akik az „*Őn szerint a következő egészségügyi szolgáltatások esetén mennyi hálapénzt szokás adni ...?*” kérdésre nullánál nagyobb értéket neveztek meg, százalék)

	Százalék
...röntgenvizsgálat esetén	8
...ha az orvos vérnyomást mér	12
...ha injekciót adnak	31
...sugárterápiás kezelésért	35
...gyógytornásznak egy foglalkozásért	48
...nőgyógyászati rutinvizsgálatért a szakrendelőben	49
...gyógymasszázsért	51
...gyermekorvosnak, ha házhoz jön és kötelező védőoltást ad	51
...a beteghez rendszeresen kijáró gyermekorvosnak, háziorvosnak	75
...mandulaműtét esetén	77
...ha éjszaka kijön az ügyeletes orvos	86
...vakbél- vagy epeműtét esetén a műtétet végző orvosnak	87
...nőgyógyásznak szülés esetén	92
...szívműtét esetén a műtétet vezető orvosnak	92

Magyarázat: Például az első sorban szereplő 8-as érték azt jelenti, hogy a megkérdezettek 92 százaléka szerint röntgenvizsgálat esetén semennyit sem szokás adni, és csak 8 százalék az, akik szerint valamennyit igen. Az arányokat a „nem tudom” válaszok nélkül számítottuk.

Az imént ismertetett vizsgálat tulajdonképpen nem más, mint a hálapénzárrakkal kapcsolatos kérdéssor feldolgozása egy speciális szemszögből. Figyelmen kívül hagytuk magukat a vélt hálapénzárrakat, és csak a nullánál nagyobb forintösszeget bemondók arányára koncentráltunk. A részletes, a hálapénzárrak átlagára is kiterjedő elemzést szintén a következő fejezetben fogjuk elvégezni.

A hálapénzfizetés elterjedtsége szakmák, illetve ellátási típusok szerint. A hálapénzfizetés orvosi szakterületek (például sebészet, szülészet stb.), illetve ellátási típusok (alap-

ellátás, járóbeteg-szakrendelés, fekvőbeteg-ellátás) szerinti megoszlására ismét többféle adatforrásunk van. Egyrészt ismerjük a lakossági vélekedéseket, másrészt a felmérésben részt vevő orvosokat is megkértük, hogy becsüljék meg, a betegek mekkora aránya ad hálapénzt a különböző szakterületek képviselőinek. Végül a lakossági mintába került személyek tényleges hálapénz-fizetési gyakoriságáról is van adatunk. Így van olyan pont, ahol négyféle adatot tudunk összehasonlítani: 1. tudjuk, hogy a lakosság szerint a háziorvosok betegei milyen gyakorisággal adnak hálapénzt, 2. azt is tudjuk, hogy az orvosminta tagjai szerint mekkora ez a gyakoriság, 3. ezen belül az is megállapítható, hogy kifejezetten a háziorvosok megítélése szerint tíz páciensből hány fizet a háziorvosnak, 4. és végül arra is van adatunk, hogy a háziorvosnál ténylegesen megfordult személyek hány százaléka mondta azt valóban, hogy adott.

Először az orvosmintától kapott eredményeket mutatjuk be. A 4. táblázat adatai jól mutatják, hogy a felmérésben szereplő orvosok miként becslik a betegek hálapénzadási szokásait. Úgy tűnik, az orvosok szerint a nőgyógyászat a leginkább hálapénzes szakma, hiszen becslésük szerint a betegek 85 százaléka (tíz beteg közül átlagosan 8,5) fizet paraszolvenciát – a kórházban – a nőgyógyásznak. Szintén nagy szám olvasható a sebészekről szóló sorban is, akik a becslések alapján átlagosan betegeik 73 százalékától számíthatnak hálapénzre. Közepesen jól fizető szakmának tartják a belgyógyászatot és a szemészetet 54–54 százalékos eredménnyel. A felsorolt kórházi szakmák közül, úgy tűnik, a pszichiátriában tartják legkevésbé elterjedtnak a hálapénzt. Meglepő, sőt akár megdöbbentőnek is tarthatjuk, hogy az orvosok véleménye szerint a kisegítő személyzet ugyanolyan gyakran részesül paraszolvenciában, mint a pszichiáterek.

Figyelembe kell azonban venni két tényezőt. Az egyik, hogy bár a pszichiáterek lehet, hogy hasonló arányban kapnak a betegektől paraszolvenciát, mint az ápoló személyzet, de az orvosok nyilván lényegesen magasabb összeget kapnak, a nővérek általában jóval

4. táblázat

„Ön szerint tíz beteg közül hányan adnak hálapénzt a...?” – kezdetű kérdésre adott válaszok átlagai az orvosok és a lakosság körében

	Orvosok szerint	Lakosság szerint	Tízből hány mondta, hogy fizetett hálapénzt?*	
			legutóbb	elmúlt 13 hónapban
...háziornosnak	4,2	5,5	1,4	2,6
...házi-gyermekorvosnak	4,6	6,5	n. a.	n. a.
...járóbeteg-szakrendelésen	1,7	3,7	1,0	1,5
...szülésznek (kórházi)	8,5	9,2	n. a.	n. a.
...belgyógyásznak (kórházi)	5,4	8,0	n. a.	n. a.
...sebésznek (kórházi)**	7,3	8,5	n. a.	n. a.
...szemésznek (kórházi)**	5,4	8,5	n. a.	n. a.
...pszichiáternek (kórházi)	3,6	7,0	n. a.	n. a.
...gyermekorvosnak (kórházi)	n. a.	8,6	n. a.	n. a.
...egészségügyi kisegítő személyzetnek (kórházi)	3,6	n. a.	n. a.	n. a.
...fekvőbeteg-ellátásban	n. a.	n. a.	5,1	5,9

*A táblázat utolsó két oszlopa nem a fejlécben megjelölt kérdésre adott válaszként adódott, hanem a lakossági kérdőív más kérdései alapján. A viszonyítás alapja ezekben az esetekben a kérdéses ellátási típusban megjelentek száma.

**A lakossági kérdőívben a sebész és a szemész kategória összevontan szerepelt.

alacsonyabbat, amit sok esetben egymás közt meg is osztanak. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, hogy a pszichiátriai betegek jelentős része krónikus beteg, szociálisan ellehetetlenült, deklasszáldott, esetleg minimális nyugdíjból élő személy, aki nem tud adni oly gyakran, illetve oly mértékben, mint a más betegségben szenvedők.

A járóbeteg-ellátásban (szakrendelőben) részesülnek az orvosok a legkisebb mértékben a hálapénzből. Ennek számos oka van. A szakrendelők túlterheltek, egy betegre rövid idő jut, nem olyan szoros az orvos–beteg kapcsolat, mint akár a kórházban, akár a házi orvosnál. A szakrendelőben történt vizsgálat sokszor csak egy kórházi kezelés közbülső állomását jelenti. Fentiek magyarázatát adhatják annak is, hogy a szintén túlterhelt, nagy betegforgalommal dolgozó házi orvosok esetén miért becsülik magasabbra a hálapénz arányát.

Fontos következtetésekre ad lehetőséget, ha megnézzük: van-e különbség a hálapénzfizetési szokásokra vonatkozó becslésekben aszerint, hogy azt melyik orvosi szakma képviselői becsülik, melyik szakmára vonatkozóan. Feltevésünk, hogy minden orvos a saját közelebbi szakmájáról rendelkezik részletesebb ismeretekkel, igaz viszont, hogy épp itt várható fokozott elrejtési szándék is. Ezért az a várakozásunk, hogy az egyes szakmák képviselői a saját területükön alacsonyabb becsléseket adnak meg, mint a többi szakma esetében. Az 5. táblázat tartalmazza az ezzel kapcsolatos eredményeket.

5. táblázat

A hálapénzhez jutás gyakoriságának szakmacsoportok szerinti becslése az orvosok által („Ön szerint tíz beteg közül hányan adnak hálapénzt a ...?”)

	Házi- orvosok	Gyermekek- orvosok	Bel- gyógyászok	Sebészek	Pszichiáterek	Összesen
	becslése					
...házi orvosnak	2,1	4,2	5,6	5,9	5,4	4,2
...házi-gyermekorvosnak	2,7	2,8	5,9	6,1	5,9	4,6
...belgyógyásznak	5,5	5,9	4,6	6,2	6,3	5,4
...sebésznek	7,6	7,6	7,7	6,0	8,1	7,3
...pszichiáternek	3,2	3,6	4,0	4,0	3,4	3,6

Megállapítható, hogy várakozásaink igazolódtak. Az egyes orvoscsoportok minden esetben lényegesen ritkább hálapénzfizetést becsülték a saját szakmájukban, mint ahogy azt mások becsülték róluk. A teljes minta szerint, amely tartalmazza a házi orvosokat is, 10 betegből átlagosan 4,2 fizet paraszolvenciát a házi orvosnak, azaz több mint 40 százalék, a közvetlenül érintettek azonban csak 20 százalék körüli taksálják ezt az arányt. A becslésből adódó hibahatárt is figyelembe véve, elmondhatjuk, minden szakma esetében igaz: az adott szakterület képviselői teszik a legalacsonyabbra vagy legalábbis holtversenyben a legalacsonyabbra saját betegek hálapénz-fizetési gyakoriságát. Ez, annak ellenére, hogy nem saját betegeikre, hanem csak szakmájuk betegeire vonatkozóan kérdeztük az orvosokat, arra utal, hogy mindenki gyakoribbnak tartja a paraszolvenciát, mint amennyit az érintettek maguk elismernek.

Ezeket az eredményeket érdemes összevetni a lakossági kérdőív hasonló kérdéseire adott válaszokkal, amelyek a 4. táblázatban láthatók.

Az első fontosabb eredmény, hogy a lakosság minden szakma, illetve ellátási típus esetében gyakoribbnak gondolja a hálapénzfizetést, mint az orvosok. Tíz beteg közül előbbiek szerint átlag 5,5, az utóbbiak szerint csak 4,2 százalék fizet a házi orvosnak. A házi gyermekorvos esetében a vonatkozó értékek 6,5, illetve 4,6, a kórházi belgyógyá-

szoknál 8, illetve 5,4, a pszichiátereknél pedig 7, illetve 3,6. A lakossági feltételezések szerint a kórházba került emberek nagyon magas hányada ad hálapénzt a kezelőorvosnak. Ezen belül is kimagaslik a szülészet. A megkérdezett és érvényes választ adó személyek 70 százaléka szerint tízből tíz páciens ad hálapénzt a szülészeten. A pszichiátria az egyetlen olyan terület, ahol a válaszolók bizonytalanok voltak, egyedül itt magas a „nem tudom” válaszok aránya. A lakosság a kórházi orvosok betegeinek hálapénz-fizetési gyakoriságában alig különbözteti meg az egyes szakmákat. Az orvosok ennél lényegesen határozottabb különbségeket látnak az egyes kórházi orvosi szakterületek között.

A 4. és az 5. táblázat alapján az is megállapítható, hogy az egyes orvosi szakmák önbevallása alapján felállítható rangsor (sebész–belgyógyász–pszichiáter) korrelál a lakossági kérdőívek feldolgozása alapján kapott szülész–sebész–belgyógyász–gyermekorvos–pszichiáter rangsorral.

A lakossági felvétel alapján a vélekedések még közvetlenebbül összevethetők a ténylegesen elismert hálapénzfizetéssel. Míg az orvosfelvételben a tényleges hálapénzfizetés helyett a hálapénz-fizetési szokásokra vonatkozó becslés állt, addig a lakossági minta tagjait megkérdeztük, adott ellátási forma igénybevétele esetén fizettek-e paraszolvenciát, és ha igen, mennyit (4. táblázat).

Az első tanulság, hogy a lakosság minden ponton gyakoribbnak gondolta a paraszolvenciát, mint amennyit ténylegesen elismert. Arra a kérdésre, hogy a megkérdezett szerint 10 beteg közül hányan adnak hálapénzt a háziorvosnak, a válaszok átlaga 5,5. Ezzel szemben a minta háziorvosnál járt részében csak 10-ből 1,4 mondta azt, hogy adott hálapénzt a legutóbbi alkalommal, illetve 10-ből 2,6 a vizsgált 13 hónap során. Meg kell jegyezni, hogy a hálapénzfizetés elismerése a felejtési hatás és az elhallgatási szándék miatt valószínűleg valamelyest alábecsli a tényleges gyakoriságot. Hasonló különbség észlelhető a járóbeteg-szakrendelések esetében is. A vélt fizetések átlaga 3,7, az elismerteké 1 (a legutóbbi alkalommal), illetve 1,5 (az elmúlt bő évben). Végül az észlelt eltérés megjelenik a kórházi kezelésnél is: a szakmankénti vélt fizetési arányok (10-ből 9,2, 8, 8,5, illetve 7) valamennyi esetben magasabbak annál az 5,1, illetve 5,9-es értéknél, amelyet átlagosan 10 kórházba került beteg elismert.

Hasonló jelenség az orvosok esetében leginkább az alapellátást illetően figyelhető meg. Bár az orvosok minden ponton kisebb fizetési gyakoriságot tételeznek fel, a háziorvosokra vonatkozó vélekedéseik (10 betegből 4,2) még így is meghaladják a lakosság által bevallott gyakoriságot (10-ből 1,4, illetve 2,6). A járóbeteg-ellátásban és a kórházakban azonban az orvosok által vélt gyakoriság már csak kismértékben haladja meg a lakosság által bevallott gyakoriságot.

A két kérdőív elemzéséből, illetve összevetéséből tehát megállapítható: mind a lakosság, mind az orvosok gyakoribbnak tekintik a hálapénzfizetést, mint amilyen gyakoriságot a lakosság elismer, bár az orvosok által vélt gyakoriság kevésbé tér el a lakossági bevallásoktól, mint a lakossági vélekedések. Ehhez pedig hozzátehetjük, hogy az egyes orvosi szakmák ön-becslésén alapuló hálapénz-fizetési arányok még közelebb kerülnek a lakossági bevallásokhoz. A háziorvosok által, saját szakmájukra becsült 2,1-es átlagérték már nagyon hasonló eredményt mutat, mint a lakosság által elismert 1,4, illetve 2,6.

A lakossági vélekedések és az elismert cselekedetek között tapasztalt különbség elvileg módszertani okokra is visszavezethető. Az előbbire vonatkozó kérdésünk így hangzott: „Ön szerint tíz beteg közül hányan adnak hálapénzt háziorvosuknak/kezelőorvosuknak?” A kérdést tehát elég általánosan fogalmaztuk meg. Ezzel szemben a tényleges hálapénzfizetésre vonatkozó kérdés kifejezetten a legutolsó találkozásra, ha pedig egy kezelésen belül a beteg többször járt orvosnál, akkor az egész kezelésre vonatkozott („Adott-e hálapénzt a háziorvosának/kezelő orvosának?”, illetve a járóbeteg-szakrendelés esetében: „Mennyi hálapénzt adott az orvosnak, aki kezelte?”; az utóbbi esetben a nullától

eltérő számokat újrakódolva alakítottuk át a választ dichotómmá). Elképzelhető, hogy a beteg a legutóbbi kezelés alkalmával nem adott hálapénzt, máskor viszont szokott adni. Az ebből fakadó torzító hatást azzal próbáltuk meg kiszűrni, hogy ellenőriztük a harmadik kérdésünkre adott válasszal. Ez a kérdés így hangzott: „Összesen, mindent egybevéve, mennyi hálapénzt adott/adtak a háziorvosnak 1998. január elsejétől mostanáig (azaz idén február elejéig)?” (Ebben az esetben ugyancsak újrakódolással dichotomizáltuk a választ.) Ez a kérdés már lényegesen általánosabb megfogalmazású, a rá adott válaszok mégsem térnek el számottevően az elismert hálapénzfizetések másik mutatójától, tehát attól, amikor csak a legutolsó kezelésre kérdeztünk (lásd a 4. táblázat utolsó két oszlopát). Bár az értékek magasabbak, közelebb kerültek a vélt arányokhoz. Ott, ahol érzékelhetően emelkedtek – vagyis a háziorvosnak, illetve a járóbeteg-rendelésen fizetett összegek esetében – az elismert arány még mindig kevesebb, mint a fele a vélt aránynak. A fekvőbeteg-ellátásban forgó hálapénzek esetében pedig a „legutóbbi kezelés” és az „elmúlt év” között nincs érdemi különbség. Ez az ellenőrzési módszer ugyan nem zárja ki tökéletesen a felejtési hatást, de valószínűtlen, hogy ez utóbbi önmagában ilyen mértékű különbséget okozzon. A vélekedések tehát nem csupán a mérés módszere miatt különböznek a ténylegesen elismert szokásoktól.

Mint korábban már említettük, két, egymást kiegészítő magyarázatunk van a lakossági vélekedések és a lakosság által elismert kifizetések közötti különbségre. Az első a hálapénz feketegazdaság-természete, illetve az, hogy sokan a hálapénz eredeti értelmén túlmenően kifejezetten korrupciós tételeket is ide sorolnak, amiről viszont mindenki inkább hallgat. A hálapénz fizetője úgy érzi, hogy privilégiumokat vásárol, vagy legalábbis elhárítja annak veszélyét, hogy hátrányos helyzetbe kerüljön. Ez oda vezethet, hogy kevesebben vallják be a hálapénzfizetését. Más szóval, ez a magyarázat arra épül, hogy a bevallott hálapénz-fizetési gyakoriság elmarad a ténylegestől.

A másik lehetséges ok az érintettek általános szkepszise a közállapotokra vonatkozóan. Miközben a tapasztalatok szerint Magyarországon a szerződések többségét betartják, illetve ha nem, azok többnyire kikényszeríthetőek, a közvélemény sokkal rosszabbnak érzi a helyzetet. Ugyanez igaz a közbiztonság és az infláció érzékelésére, és valószínűleg a közélet számos más területére is. Valami hasonlóra utal a hálapénz esetében talált eredmény is: kevesebben adnak hálapénzt, vagy legalábbis kevesebben vallják be, másokról azonban minden további nélkül feltételezik az efféle tiltott és inkorrekt előnyserzési törekvéseket. E szerint a magyarázat szerint tehát a bevallott és a feltételezett hálapénz-fizetési gyakoriság között azért van különbség, mert a feltételezések túlzottak.

A hálapénz elfogadás elterjedtsége

A hálapénz elterjedtségét nemcsak a betegek hálapénz-fizetési szokásaival, hanem az orvosok elfogadási hajlandóságával is megbecsülhetjük. A 6. táblázat utolsó oszlopa azt mutatja, hogy az orvosok véleménye szerint az egyes szakterületeken dolgozó kollégák milyen aránya fogadja el a hálapénzt. Úgy tűnik, az orvostársadalom túlnyomó többsége elfogadja a paraszolvenciát. Jól jelzi ezt, hogy a táblázatban egyetlen érték sincs 70 százalék alatt. A kapott értékek ismét a már megismert nőgyógyász–sebész–belgyógyász–pszichiáter sorrendet mutatják.

A 6. táblázatban szakterületenkénti csoportosításban is bemutatjuk az egyes orvos csoportok hálapénz-elfogadási hajlandóságát. A fentiekben leírtakat azzal egészíthetjük ki, hogy az egyes szakmákhoz tartozó orvosok saját szakmájukra vonatkozó válaszát, önbevallását hitelesebbnek feltételezve, úgy tűnik, hogy a gyermekorvosok és a pszichiáterek azok, akik ritkábban fogadják el a hálapénzt.

6. táblázat

A hálapénz elfogadása szakterületek szerint
(„Ön szerint az orvosok hány százaléka fogad el hálapénzt?”)*

	Házi- orvosok	Bel- gyógyászok	Sebészek	Gyermek- orvosok	Pszichiáterek	Összesen
	szerint					
Háziorvosok	80,4	89,2	88,3	82,0	82,9	84,7
Szülész-nőgyógyászok	93,8	95,9	94,2	94,3	93,0	94,4
Belgyógyászok	83,6	82,5	87,8	81,6	80,9	83,7
Sebészek	89,8	91,7	89,0	88,2	89,1	89,9
Kórházi gyermekorvosok	77,6	82,4	85,1	71,5	78,0	80,1
Pszichiáterek	76,4	79,0	84,8	74,0	75,2	78,5

*Csak az orvosmintában szereplőknek feltett kérdés.

A hálapénz koncentrációja

A hálapénzzel kapcsolatos viták során gyakran merül fel az a kérdés, hogy a betegek által fizetett paraszolvencia hogyan oszlik el az orvosok között. Vajon mekkora az orvostársadalom azon csoportja, amely aránytalanul nagy mértékben részesül, s mekkora az a csoport, amely nem kap soha egy fillért sem? A nagyon sokat keresők arányának felmérése nem hiábavaló kérdés, hiszen egy esetleges egészségügyi reform nyomán egy részük jövedelme rövidebb-hosszabb ideig csökkenhet és ezért sokuk ellenezné a reformot.

7. táblázat

„Ön szerint az orvosok hány százaléka kap a hálapénzből... ?”*

	Átlag	Válaszok száma
... igen sokat	13,9	915
... közepesen sokat	27,6	909
... keveset	40,0	910
... semmit	20,4	914

*Csak az orvosmintában szereplőknek feltett kérdés.

Mitől függ a hálapénz összege az orvosok szerint?

A paraszolvenciával kapcsolatos kutatásaink egyik sarkalatos kérdésköre, hogy az orvosok szerint mitől függ a hálapénz összege. A 8. táblázat erre a kérdésre próbál választ adni. A táblázat az összes megkérdezett orvos válaszait összegzi, s ezek alapján azt mondhatjuk, hogy a hálapénz összege leginkább a szakterülettől, a beosztástól és az orvos hírnevétől függ. Említést érdemel, hogy e faktorok után a negyedik helyre a rámenősséget rangsorolták, s az is figyelemre méltó, hogy a vélemények szerint a teljesítmény és a pályán eltöltött idő (tapasztalat) befolyásolja legkevésbé a hálapénz összegét. Közepesen fontos tényezőnek ítélték a hálapénz mennyisége szempontjából a szűk kapacitások feletti rendelkezést.

A szakmánkénti bontás ismét érdekes adalékkal szolgál korábbi következtetéseinkhez. Minden egyes csoport számára a legfontosabb ismérv a szakterület, a sebészeknél

két másik tényezővel együtt. Kiemelten meghatározónak tartják a szakterületet a pszichiáterek (náluk a legkevesebb a hálapénz), s legkevésbé fontos a rámenősség (egy krónikus elmebeteggel szemben hiába rámenős, ha annak úgyszincs miből adnia). A teljesítmény relatíve fontos a belgyógyászoknál és a háziorvosoknál, s az sem lehet véletlen, hogy a háziorvosoknál a legkevésbé fontos a beosztás, hiszen általában egyedül, saját rendelőjükben dolgoznak. Érdekes, hogy a rámenősség a gyermekorvosoknál a legfontosabb tényező.

8. táblázat

A hálapénz mennyiségét befolyásoló tényezők szakmák szerint
„Ön szerint mitől függ, hogy egy orvos több hálapénzt kap vagy kevesebbet?”
 (az említések relatív gyakorisága)*

	Házi- orvosok	Gyermek- orvosok	Bel- gyógyászok	Sebészek	Pszichiá- terek	Összesen (n = 989)
Szakterülettől	85,3	87,6	89,1	82,9	91,6	86,8
Beosztástól	66,1	72,6	79,3	84,9	80,4	75,6
Hírnevétől	68,3	70,0	77,2	84,4	67,3	74,0
Milyen régóta van a pályán	19,8	24,7	28,7	27,1	14,9	23,6
Dönthet-e beutalásról stb.	41,6	53,4	50,0	42,2	44,9	45,3
Rámenősségtől	53,3	60,3	50,4	55,3	49,5	53,0
Teljesítménytől	35,3	28,8	36,9	33,2	32,7	34,6
Egyéb válaszok	3,3	2,7	2,5	4,5	0,0	2,9

*Csak az orvosmintában szereplőknek feltett kérdés.

A hálapénzzel kapcsolatban többféle magatartást is tanúsíthat az orvos. Vannak olyanok, akik csak hálapénzért hajlandók gyógyítani, azaz megmondják előre, hogy bizonyos beavatkozásoknak, terápiáknak, kórházi befekvésnek mennyi az ára, s az összeget sok esetben meg is kapják (el is kérik). Egy másik lehetséges magatartásforma a mérlegelés. Több okból is mérlegelhet az orvos, hogy elfogadja-e a hálapénzt. Gyógyíthatatlan betegről vagy ha az orvos úgy érzi, nem tudott segíteni, gyakran nem fogadnak el paraszolvenciát. Gyakran adnak olyan betegek, hozzátartozók, akik sok esetben láthatóan maguk is inkább anyagi segítségre szorulnának; az orvosok ilyen esetekben is gyakran mérlegelnek. A harmadik lehetséges magatartás azoké, akik sohasem fogadnak el hálapénzt. S végül egy lehetséges negyedik típusba tartoznak azok, akik mindent elfogadnak, de sohasem követelnek senkitől semmit. Kérdőívünkben az első három viselkedéstípusra, annak gyakoriságára kérdeztünk rá, arra kérve az orvosokat, hogy becsülik meg, kollégáik milyen arányban tartoznak az egyes csoportokhoz. Az ezekre a kérdésekre adott válaszokat összegeztük a 9. táblázatban.

9. táblázat

Magatartástípusok a hálapénzzel kapcsolatban
*„Az orvosok hány százaléka az, aki ...?”**

	Átlag	Válaszok száma
... csak pénzért teszi meg, ami a kötelessége	9,1	889
... mérlegel, hogy elfogadja-e a hálapénzt	53,1	930
... sohasem fogad el hálapénzt	6,5	909

*Csak az orvosmintában szereplőknek feltett kérdés.

A „nem kér, de ha adják, mindig elfogadja” válaszlehetőségre nem kérdeztünk rá. Ez az oka, hogy az egyes oszlopok összege nem adja ki a 100 százalékot.

Úgy tűnik, az orvosok 10 százalék körülire becsülik azon kollégáik arányát, akik megkövetelik a paraszolvenciát. Az orvosok több mint fele tartozik azok közé, akik mérlegelnek, hogy mikor fogadjanak és mikor ne fogadjanak el hálapénzt. A harmadik kérdés, egy korábban feltett kérdésünk (hány százalék fogad el paraszolvenciát; lásd a 6. táblázatot) inverz, ellenőrző kérdésének is felfogható. A válaszok ezúttal némiképp eltérnek az előzőktől. Míg ezúttal csupán 6-7 százalék volt azok aránya, akik sohasem fogadnak el hálapénzt, a korábbi kérdésre vonatkozóan azt találtuk, hogy 86-87 százalék fogad el, tehát 13-14 százalék nem.

Hálapénzárak

Ebben a fejezetben egyes egészségügyi beavatkozások hálapénzárát próbáljuk megbecsülni. Az előző fejezetből már ismert módon megadtunk egy sor különféle beavatkozási formát, és megkértük mind a lakossági, mind az orvosi minta tagjait, hogy tudomásuk szerint melyikre mennyi hálapénzt szokás fizetni. Igyekeztünk minél szélesebb skáláról gyűjteni a beavatkozási formákat, egyrészt olyanokat, amelyeket jellemzően a beteg lakásán, másokat a háziorvosi rendelőben, megint másokat járóbeteg-ellátáson vagy épp ellenkezőleg, kórházban hajtanak végre. Egyes beavatkozási formákról feltételeztük, hogy sokat fizetnek értük, másokról, hogy keveset. Eredményeinket a 10. táblázatban mutatjuk be.

10. táblázat

„Hány forint hálapénzt ad általában egy beteg ...?”

kérdésre adott válaszok átlagai* az orvosok és a lakosság körében (forint)

	Lakosság szerint	Orvosok szerint	Orvosok által kívánatosnak tartott árak**
... ha éjszaka kijön az ügyeletes orvos	857	763	2 930
... nőgyógyászati rutinvizsgálatért (szakrendelőben)	860	1 231	2 643
... ha az orvos vérnyomást mér	64	90	540
... nőgyógyásznak szülés esetén	10 982	19 340	22 757
... ha injekciót adnak (rendelőben)	206	146	625
... gyógytornásznak egy foglalkozásért	461	400	2 182
... sugárterápiás kezelésért	840	1 064	3 447
... ha betegállományba kiírják (de nem beteg)	n. a.	2 063	457
... vakbél- vagy epeműtét esetén műtő orvosnak	6 001	8 879	17 001
... gyermek-, illetve háziorvosnak, aki rendszeresen, havonta kijár	1 640	1 951	7 853
... gyermekorvosnak, ha házhoz jön és kötelező védőoltást ad	606	730	1 890
... gyógymasszázsért	530	682	1 484
... mandulaműtét esetén	3 561	5 301	9 775
... szív műtét esetén a műtétet végző orvosnak	28 967	48 750	64 596
... leszálalékolás esetén, annak ellenére, hogy munkaképes	n. a.	32 086	n. a.
... röntgenvizsgálat esetén	134	72	2 099

*Az átlagba a nulla értékek („általában nem fizetnek semmit”) is beleszámítanak.

**Az orvosok által kívánatosnak tartott árak, ha a biztosító beavatkozásunként fizetné a honoráriumot.

A lakosság és az orvosok által vélt átlagárak összehasonlításából két fontos következtetés adódik. Először is, a két minta gyakorlatilag ugyanazt az ársorrendet állapította meg az egyes beavatkozások között. Ez egyrészt azt jelzi, hogy az adatok megbízhatók, másrészt pedig azt, hogy orvosok és betegek nagyjából egyformának érzékelik az egészségügyi feketegazdaság árarányait, még akkor is, ha az áralakulást számos bizonytalanság kíséri (erre az utolsó fejezetben még visszatérünk). Másodszor pedig, azt tapasztaltuk, hogy három beavatkozásfajtát (az éjszakai kiszállást, az injekció beadását és egy gyógytorna-foglalkozást) leszámítva, a betegek rendre alábecsülik a beavatkozásokra adandó összegeket az orvosok által bemondott összegekhez képest.

A 10. táblázat jobb oldali oszlopa azt mutatja, hogy az orvosok szerint az egyes beavatkozásokhoz milyen árat kellene rendelni, ha létezne olyan biztosítás, amely a hálapénzt oly módon váltja ki, hogy a betegek befizetései helyett a biztosító téríti a kiegészítő orvosi munkadíjakat közvetlenül az orvosnak. Láthatjuk, hogy az orvosok szerint vannak olyan tevékenységek, mint a szívműtét vagy a szülés levezetése, amelyekért már ma is annyit fizet a beteg, amennyire a szolgáltató számít. E beavatkozások esetében nincs lényeges különbség a két oszlop értékei között, így a szívműtét honoráriumma 50 ezerről 65 ezerre, a szülésé 20 ezerről 22 ezerre nőne, ha a „kínálati” árat adnák meg. Vannak olyan tevékenységek, amelyek ára a kínálati oldalon várt ár realizálódása esetén a mostaninak duplájára emelkedne (rutinműtétek), s végül vannak olyan tevékenységek, amelyek esetében az emelkedés ennél is nagyobb lenne (például röntgenvizsgálat).

Mekkora a hálapénz összege a magyar egészségügyben?

A következőkben kísérletet teszünk arra, hogy makroszintű becslést adjunk a hálapénz összegére, majd pedig kiszámítsuk a hálapénz és a hivatalos kereset arányát. Tisztában vagyunk azzal, hogy kényes, társadalmilag érzékeny problémához szólunk hozzá. Számításainkban kétségkívül van bizonytalanság. Kötelességünknek érezzük, hogy nyíltan feltárjuk a bizonytalanságokat; reprodukáljuk azt a gondolatmenetet és kalkulációsorozatot, amely a végső számszerű eredményekhez elvezetett.

Makrobeclés lakossági adatokból

A becslést a lakossági kikérdezés adataira alapozzuk. Ennek az eljárásnak az az előnye, hogy az összegyűjtött információ az érintettek által elismert hálapénz-kifizetésre épül.

Vizsgálatunk számos kérdését párhuzamosan tettük fel az orvosoknak és a lakosságoknak. A makrobeclés alapjául szolgáló összesítő kérdéseket fel sem tettük az orvosoknak, mert attól tartottunk, hogy elutasítón reagálnának. Egyébként más kérdések kapcsán ismételten kiderült, hogy a lakosságtól kapott becslés a hálapénz különböző tételeire alacsonyabb, mint az orvosoké. Az a körülmény tehát, hogy a makrobeclés információs háttere a lakossági és nem az orvosi kikérdezés, inkább a túl alacsony, nem pedig a túl magas becslés irányában hat.

Rátérve most már a lakossági felmérésre, két probléma merült fel. Az egyik: általános tapasztalat, hogy a kérdezővel őszintén kooperálni akaró válaszadó is gyakran téved. Tapasztalatok szerint az ilyesfajta összesítő kérdésre: „Összesen mennyi hálapénzt adott kórházi kezelésért 1998. január 1-jétől mostanáig?”, a tévedés lefelé torzít; a valóságosnál kisebb összeget jelentenek be. Ez a hiba azzal csökkenthető, ha az összegző kérdést a részletkiadásokra vonatkozó kérdések előzik meg. Ezek mintegy felfrissítik a memóriát, s utána a megkérdezett már pontosabb összegező adathoz jut el. Sok közvélemény-kuta-

tás, kikérdezésen alapuló felmérés költségmegtakarítás miatt nem vállalkozik erre a hosszadalmas kérdéssorozatra. Mi azonban, többek között a végső adat pontosítása kedvéért, vállalkoztunk a részletező kérdéssorra. Nem egyenesen a „hálapénz összesen” adatára kérdeztük az interjúalanyokat, hanem külön-külön kérdésblokkot tettünk fel a háziorvosnál, a járóbeteg-ellátásban és a kórházban szerzett tapasztalatokról. Egy-egy ilyen kérdésor keretében érdeklődtünk például a különböző szolgáltatások „hálapénzáráról”, s csak ezután, s több más konkrét kérdést követően, egy-egy kérdéssorozat végére érve kérdeztük külön-külön e háromféle ellátás összegező adatait.² Mindez a memóriafelfrissítő eljárás javítja az összegező adat pontosságát, de még nem garantálja a válasz abszolút pontosságát. A KSH fogyasztásstatisztikai lakossági felvételéből és a kereskedelemből, illetve a vám- vagy adóstatisztikából származó adatok közötti eltérés igen jelentős szokott lenni, egyes cikkek esetében eléri az 50 százalékot is. Ebből az következik, hogy a kikérdezésből nyert adatok (még a memóriafelfrissítő kikérdezési módszerek ellenére is) valószínűleg alábecsülik a keresett értéket.

A másik lehetséges probléma a minta nagyságával és reprezentativitásával függ össze. A felnőtt lakosságot három dimenzióban (életkor, iskolai végzettség és nem vonatkozásában) reprezentáló minta ugyanis nem feltétlenül reprezentatív az orvosi beavatkozások szempontjából. A hálapénz-igényesség szempontjából eltérő beavatkozások tényleges eloszlása eltérhet a mi mintánkban számba vett eloszlástól. Az, hogy a lakosság mekkora hányada feküdt kórházban a vizsgált időszakban, eléggé megbízhatóan becsülhető a mintánk alapján. Azt azonban, hogy a lakosság egészét tekintve hány emberen végeztek szívműtétet, kockázatos lenne ilyen kis mintából becsülni. Mivel jelentésünk korábbi fejezeteiből kiderült, mennyire koncentrált a hálapénzfizetés szakmák, illetve beavatkozási formák szerint, ezért a minta kis mérete számottevő bizonytalanságot okoz. Itt azonban – ellentétben a fentebb említett első problémával – nincsen világos előjele a torzításnak; nem tudhatjuk, hogy szisztematikusan felfelé vagy lefelé torzít-e a becslés. Ha egyáltalán sejthetünk ebben a tekintetben valamit, akkor ez a következő: talán az emberek jobban emlékeznek a nagy tételekre, mint a kisebbekre; a kisebbek elfelejtési valószínűsége nagyobb. Ez ismét ahhoz a következtetéshez vezetne, hogy a probléma inkább alábecslési, mintsem túlbecslési hiba formájában jelentkezhet.

A makrobecslés levezetését a 11. táblázat mutatja be. Vegyük a háziorvosra vonatkozó első sort! Az 1392 fős mintából 1348 fő adott értékelhető választ a háziorvosnál fizetett hálapénzre vonatkozó kérdésre. Ők, saját bevallásuk szerint, összesen 1 593 216 forintot fizettek 13 hónap alatt hálapénzre. Ez a lakosság egészére vetítve 9,343 milliárd forint hálapénzkiadás 13 hónapra. Tizenkét hónapra kalkulálva: 8,624 milliárd forint. Vagy ha pontbecslés helyett „től-ig” sávot (95 százalékos konfidencia-intervallumot) akarunk megadni, akkor azt mondhatjuk: a magyar lakosság által a háziorvosoknak kifizetett hálapénz összege összesen 6,8 és 10,5 milliárd forint között mozgott.

Ugyanezen gondolatmenet szerint jutottunk el a járóbeteg-szakrendelőben és a kórházban fizetett hálapénz-összegezekhez is.³ Ezt a három összeget összeadva, a táblázat utolsó sorában leolvasható a makrobecslés. A végeredmény: e háromféle ellátás keretei között kifizetett összeg 24,0 és 42,2 milliárd forint közötti érték; ennek középértéke 33,1 milliárd forint. Ehhez hozzá kellene adni a mentőorvosoknak, valamint az állami rende-

² A kérdőív megtalálható a kutatásról szóló dokumentumkötetben, ami rendelkezésre áll a Tárki könyvtárában.

³ A fenti gondolatmenettel kapcsolatban még egy további aggály merült fel. Vajon nem értette-e félre a megkérdezett kérdésünket? Esetleg nem arra felelt, hogy ő mit adott ki hálapénzként saját egészségügyi ellátása ellentételeként, hanem a kérdést esetleg a család, a háztartás egészére vonatkoztatta. A gondos ellenőrzés azt igazolja, hogy ez a félreértés vagy egyáltalán nem fordult elő, vagy csak elenyészően kivételes esetekben.

11. táblázat
A hálapénz-makrobeclsés levezetése

	Érvényes esetek száma (fő)	A minta által kifizetett hálapénz (13 hónap; forint)	Lakosság által kifizetett hálapénz: pontbecslés és 95 százalékos konfidencia- intervallum (13 hónap; milliárd forint)	Lakosság által kifizetett hálapénz: pontbecslés és 95 százalékos konfidencia- intervallum (12 hónap; milliárd forint)
Háziorvosnál	1348	1 593 216	9,343 7,317–11,368	8,624 6,754–10,494
Járóbeteg- szakrendelésen	1366	1 062 112	6,146 3,280–9,013	5,673 3,027–8,320
Kórházban	1349	3 478 545	20,383 15,435–25,327	18,815 14,248–23,379
Összesen	–	6 133 873	35 872 26,032–45,708	33,112 24,030–42,192

A minta nagysága: 1392 fő.

lőintézetekben működő fogorvosoknak adott hálapénzt, hogy eljussunk a teljes makroaggregátum átfogó becsléséhez.⁴ Erre nincs alkalmas háttéradatunk, ezért ettől a két orvoscsoporttól eltekintünk.

Az itt feldolgozott kérdések nem választották szét az orvosoknak adott hálapénzt az ápolónőknek és az egészségügyi személyzet más tagjainak adott hálapénztől. Más kérdésekre adott válaszokból következtethető, hogy ez az utóbbi tétel a hálapénz teljes összegének körülbelül 10–13 százaléka.⁵ E szerint a 33,1 milliárd forintból az orvosoknál marad

⁴ A mentőorvosok száma mindössze 200 körül van; a nekik adott hálapénz elenyésző a makroaggregátumon belül. Ami a fogorvosokat illeti, a lakosság számottevő része magánfogorvoshoz jár. Azok, akik kirtartanak az állami fogorvosi rendelésnél, eleve kevésbé hajlandók (vagy kevésbé képesek) saját zsebükből fizetni, különösen azóta, hogy számos szolgáltatás költségeinek egy részét meg kell téríteni (*co-payment*). Végeredményben a fogorvosi szakma aránylag kevésbé részesül a szó szoros értelmében vett hálapénzből. Lehetséges, hogy e két kategória hozzáadása 2-3 százalékkal növelné a hálapénz makroszintű becslését; nem hisszük, hogy ennél nagyobb korrekciót indokolna.

⁵ A hálapénzfizetésre vonatkozóan mindhárom ellátási formában részletes, 9-12 kérdésből álló kérdésblokkokat kérdeztünk végig, mielőtt az összes hálapénz-fizetésre vonatkozó kérdésünket feltettük volna. E blokkokat nem csupán a megkérdezettre, hanem még egy családtagjára vonatkozóan is végigkérdeztük. Ez az eljárás növelte az esetszámot, de torzította a mintát. Így bizonyos következtetések levonására (például összegek megállapítására) nem alkalmas, másra viszont (például belső arányokra) annál inkább. Az alábbi táblázatban jól látszik, hogy a hálapénz zöme az orvosok kezébe kerül. Az orvos/kisegítő személyzet arány durván a 8-as érték körül szóródik.

Az egyes ellátási formákban ténylegesen fizetett átlagos hálapénzösszegek
pénz és nem pénzbeli ajándék együtt (forint)

	Kezelőorvos	Egyéb orvos	Kisegítő személyzet	Orvos/kisegítő személyzet
Alapellátás	218	–	29	7,5
Járóbeteg-ellátás	477	–	54	8,8
Fekvőbeteg-ellátás	4731	1391	756	8,1

Ezek az adatok közelítőek. A családtagok bevonásával megnövelt minta reprezentativitása sérült. Az ajánlékok értékének beszámítása a megkérdezett becslése szerint forintban történt. Az összegek a legutolsó betegségre vonatkoznak; ha ennek során orvos és beteg többször találkozott, ezeket együtt vettük figyelembe.

körülbelül 29 milliárd forint. Ez tehát becslésünk középértéke, a háziorvosi, járóbeteg- és kórházi szolgálatra összesítve.

Hangsúlyozzuk, hogy ez az érték közterhektől mentes, tehát elsősorban a nettó bérekel kell összehasonlítani. 1996-ban még volt mód a hálapénzből származó jövedelem bevallására és ennek alapján személyi jövedelemadó fizetésére (a társadalombiztosítási járulék megfizetése amely, figyelembe véve a munkáltató által fizetett részt, lényegesen nagyobb tétel még így is elmaradt). 1997-től azonban ez a sor már nem szerepel a jövedelembevalló íven.

A hálapénz és a hivatalos kereset aránya

A számítás célja: egy hányados képzése, amelynek számlálójában a hálapénz összege, nevezőjében a hivatalos nettó kereset szerepel.

Sajnos, nincs kész adat arról, hogy mennyi a fenti három szolgálatban (háziiorvosi szolgálatban, a járóbeteg-rendelésben és a kórházakban) praktizáló magyar orvosok összes hivatalos keresete. Ezért ezt a számot is többlépéses számítással kell becsülnünk.

Létszám. A 12. táblázat közli a rendelkezésünkre álló adatokat és azok forrásait. Mivel 1998-ra a létszám csökkenést mutat, elfogadhatónak tűnik, hogy 25 000-es létszámmal számoljunk. Ez nem a teljes orvostársadalom. A 25 000-es szám (összhangban a hálapénz makrobecsléséhez alapul vett orvosi körrel) nem tartalmazza a mentőszolgálatban, az állami fogorvosi ellátásban dolgozókat, akik – mint már említettük – potenciálisan kaphatnának hálapénzt, de a nekik jutó hálapénz összege makroszinten csekély. Továbbá nem tartalmazza ez a létszám azokat az orvosokat, akik a közegészségügyi és járványügyi szolgálatban, a foglalkozás- és iskola-egészségügyi ellátásban, az egyetemi és főiskolai oktatásban, az orvostudományi kutatásban, a szociális ellátásban, a közigazgatásban és más területeken dolgoznak. Mivel ez utóbbi csoportok nem kapnak hálapénzt, indokolt, hogy ezek keresetét itt számításon kívül hagyjuk.

12. táblázat

Az orvosi állások száma a háziorvosi ellátásban, a járóbeteg-szakrendeléseken és a kórházakban

	1997	1998
Háziorvos és gyermek háziorvos	6 846	6 780
Járóbeteg-szakorvosi ellátásban dolgozó orvos	5 971*	n. a.
Kórházi orvos	12 677	12 185
Összesen	25 494	–

Megjegyzés: Az első sorra vonatkozóan, összehasonlító adatként megemlítjük: a Magyar Orvosi Kamara 1999 szeptemberében 4870 háziorvost és 1371 házi gyermekorvost tartott nyilván, a kettő összege 6241.

Forrás: KSH [1999] 180., 181., és 183. o. A csillaggal megjelölt adat forrása: KSH [1998] 173. o.

Mindenesetre olyan hányadost képezünk, amelyben mind a számláló (összes hálapénz), mind a nevező (összes hivatalos kereset) azonos körre vonatkozik: a háziorvosi, a szakrendelési és a kórházi szolgálatban dolgozó orvosok összességére.

Egy főre jutó bruttó hivatalos jövedelem. A Gyógyinfok adatai szerint⁶ az egy főre jutó havi bruttó jövedelem az általános orvosoknál 83 999 forint (létszámuk 4342), a szakor-

⁶ Lásd Magyar Orvos, 1999. szeptember, 2. o. A Gyógyinfok táblázata nem tartalmazza a vállalkozó háziorvosok adatait.

vosoknál 98 163 (létszámuk 9400), vezető állásban lévőké pedig 116 147 forint (létszám: 9670). Tehát 12 hónapra számítva az általunk vizsgált orvoscsoport évi bruttó jövedelme 28,9 milliárd forint, egy főre átlagosan 1,235 millió forint.

A hálapénz/bruttó jövedelem hányados. Ha mind a hálapénzre, mind a bruttó jövedelmekre vonatkozóan a becslések középértékeit vesszük, majdnem azonos számokat (29 milliárd, illetve 28,9 milliárd forintot) kapunk. Más szóval, a hálapénz gyakorlatilag azonos nagyságú, mint a hivatalos bruttó jövedelem.

Az egy főre jutó nettó jövedelem. A bruttó jövedelemből le kell vonni azokat a tételeket, amelyeket a munkavállalónak kötelezően kell fizetnie: a társadalombiztosítási járulékokat és a személyi jövedelemadót. Tulajdonképpen az így kapott összeget kell szembeállítani a hálapénzzel, amely nyilvánvalóan adót elkerülő nettó jövedelem. A bruttó jövedelmet 100 százaléknak tekintve, a levonások a következők voltak 1998-ban: egészségbiztosítási járulék (3 százalék), nyugdíjbiztosítási járulék (7 százalék), munkavállalói járulék (1,5 százalék). A személyi jövedelemadó átlagos kulcsa az 1,135–1,335 millió forintos évi jövedelem, azaz az átlagos orvosi bruttó jövedelem körüli 200 ezer forintos jövedelemsáv szintjén 26,6 százalék.⁷ Ennek megfelelően az általunk figyelembe vett orvosi kör hivatalos nettó jövedelme a bruttó jövedelem 61,9 százaléka, azaz egy főre számítva évi 765 ezer forint, az orvostársadalom vizsgált részére nézve pedig évi 17,9 milliárd forint. A fenti aggregált számokból kiindulva ez azt jelenti: a hálapénz a számításba vett orvosi kör nettó jövedelmének 161 százaléka (28,9 milliárd/17,9 milliárd.)

Összefoglalva: a hálapénz – óvatos, inkább lefelé torzító becslés szerint – a hivatalos nettó jövedelemnek több mint másfélszerese. A hálapénz révén a nettó átlagjövedelem több mint két és félszeresére nő. Ehhez azonban hozzá kell tenni, hogy – amint ez tanulmányunk eddigi részéből is kiderült – míg a hivatalos jövedelem aránylag kevésbé szóródik, a hálapénz eloszlása igen egyenlőtlen. Erősen függ attól, hogy az orvosnak mi a szakmája, mi a beosztása; de még az azonos beosztású és szakmájú orvosok között is számos további tényező hatására erősen szóródik a hálapénz összege. Ezért nem ritka, hogy az orvos semmit sem keres hivatalos jövedelmén felül. Viszont az eloszlás másik végén az sem ritka, hogy az orvos hivatalos fizetésének öt-tízszeresét is megkeresi. A legtöbben persze valahol e két véglet között helyezkednek el.

Összehasonlítás más számításokkal

1. A KSH 1997-es háztartás-statisztikájában szerepelt a tételek között a hálapénz-kiadás (KSH [1997] 36–37. o.). Ennek alapján 1997-ben a teljes hálapénzkiadás országosan 5,8 milliárd forint volt (*Keszthelyiné és szerzőtársai* [1999] 928. o.). Ebből azonban az orvosokra csak 2,8 milliárd forint jutott (lásd *uo.*), a többi más borralalós és hálapénzes szakmák képviselői között oszlott meg. Ez a jelenlegi számításban kapott makroösszeg egytizede. Mi magyarázhatja a rendkívül nagy eltérést? Csak sejtéseink vannak.

Az egészségügyi kiadások szempontjából esetleg torzított a KSH-minta: aki maga súlyosan és/vagy gyakran beteg, vagy akinek családtagjával ez a helyzet, az feltehetően nem vállalkozik a háztartási napló fáradságos vezetésére.

Jelentős magyarázó tényező a kikérdezés módja. A KSH háztartás-statisztika azonnal az összegre kérdez rá; a mostani kikérdezés viszont, amint azt fentebb hangsúlyoztuk, memóriafelfrissítő részletkérdésekkel segítette elő a megkérdezett személy pontosabb visszaemlékezését.

2. A szakajtóban és a napisajtóban becsléseket adott közre Balázs Péter orvos, aki

⁷ APEH-mikroadatok alapján.

jelenleg az Egészségügyi Minisztérium megbízásából a hálapénzzel foglalkozó bizottság vezetője (Balázs [1997]). Ez a becslés, amennyire ez az említett cikk alapján rekonstruálható, a következő gondolatmeneten alapul. A szerző elfogadta Kovács Lajosnak, a Magyar Orvosi Kamara Zala megyei elnökének egy becslését.⁸ E szerint a magyar orvosok fizetését három-ötszörösére kellene emelni ahhoz, hogy a hálapénzt a magasabb hivatalos kereset kiváltsa. (Kovács Lajos nem közölte írásában, hogy ezt a szorzószámot mire alapozza.) Balázs Péter Kovács becslésének középértékét, az 1997. évi kereset négyszeresét minősíti a „hálapénzt kiváltó” hipotetikus keresetnek. A fenti gondolatmenet alapján Balázs feltételezi, hogy e hipotetikus kereset és a tényleges kereset közötti különbség egyenlő a hálapénz makronagyságával.

3. Mihályi Péter az egészségügyi reformról írott könyvében is foglalkozik a kérdéssel; köszönettel tartozunk azért, hogy becsléséről tájékoztatott (Mihályi [1999]). Mivel más adat nem állt rendelkezésére, becslését a következő gondolatmenetre építette. Tényadatok vannak arra, hogy a három szolgálatban (házi orvos, járóbeteg-szakrendelés és kórház) mennyi beteg fordul meg. Szakértőkkel konzultálva, becslés készült arra, hogy a három szolgálatban a betegek hány százaléka ad hálapénzt, s egy-egy hálapénzfizetésnek mi az átlagos összege. A három szorzat összegzéséből adódó makroszintű összeg, amelyhez a szerző ily módon eljutott, 1998-ra 33 milliárd forint. Ez közel van a mi makrobeclsésünkhöz, saját vizsgálatunkkal összehasonlítva azonban úgy tűnik, hogy Mihályinál túl alacsonyak a gyakoriságokra vonatkozó becslések, viszont túl magasak az egyedi hálapénzösszegek becslései.

Ezzel az összehasonlítások végéhez értünk. Sajnos, nem tudunk utalni további, részletes, számszerű vizsgálatokkal kellően megalapozott számításokra, amelyekkel összevethetnénk saját eredményeinket. A korábbi becslésekkel összehasonlítva, úgy érezzük: saját becslésünk lényeges módszertani előrelépést jelent. Az általunk alkalmazott megközelítés iránti bizalmunkat az erősíti, hogy makrobeclsésünk háttérben alapos felmérés áll; mikroszámokból építkezve jutunk el a makrobeclséshez. A reprezentatív felmérés kérdéseit nem egy általános kikérdezés melléktémájaként tettük fel, hanem olyan vizsgálat keretében, amely kifejezetten a hálapénz nagyságát és problémáit kívánta felderíteni. A kérdések sorozatával segítettük felfrissíteni a megkérdezett személy memóriáját. Elővigyázatosságunk, s általában a felmérés gondossága ellenére készek vagyunk nagyfokú óvatossággal tekinteni saját összefoglaló eredményeinkre. Reméljük, sor kerül majd újabb, még inkább megalapozott kutatásokra, amelyek a becslések megbízhatóságát tovább javíthatják.

A hálapénz az egészségügyi szolgáltatások piacán

Ebben a fejezetben néhány, a hálapénz közgazdaságtanával kapcsolatos kérdésben elért eredményünket ismertetjük. Több esetben sejtésekig jutottunk, sőt van, ahol további kutatásra vonatkozó kérdéseket tudtunk csak megfogalmazni. Számos, a hálapénzzel kapcsolatban releváns problémával egyáltalán nem foglalkozunk, így nem vizsgáljuk a hálapénz elosztási hatásait, illetve a jóléti közgazdaságtan által alkalmazott kulcskategóriákra, a fogyasztói és a termelői többletre gyakorolt hatásokat. Egyes pontokon azonban, elsősorban az áralakulás mechanizmusát illetően olyan eredményeink vannak, amelyek megítélésünk szerint hozzájárulhatnak a hálapénz közgazdaságtanának pontosabb elméletéhez, és ezáltal gyakorlati javaslatok alapjául is szolgálhatnak.

⁸ Magyar Orvos, 1996. március, 15–19. o.

A hálapénz kikényszeríthetősége

A címben szereplő kikényszeríthetőség nem a zsarolás vagy az erőszak szinonimája. Itt pusztán egy általánosan bevett terminusról van szó, amelyet a tranzakciók közgazdaságtanában arra használnak, hogy tisztázzák, mi teszi lehetővé racionális aktorok között a szerződéskötést. Az ésszerű feltételezés szerint ugyanis az érintettek nem szerződnek egymással, hacsak nincsenek olyan eszközeik, amelyekkel a szerződésnek érvényt tudnak szerezni. Ilyen eszközök lehetnek a megbízható jogi háttér, tehát a bíróság mint a vitás kérdések tisztázásának terepe, a felek jó hírnévre való törekvése vagy zálogok cseréje.

A hálapénzzel kísért egészségügyi szolgáltatás azonban több szempontból is különleges tranzakció. Az egészségügyi ellátásért az orvos legális javadalmazást kap, a betegnek pedig – a jelenlegi szisztémában – nincs joga befolyásolni az elosztási rendszert. Egészségügyi ellátást hálapénz fejében végezni, illetve az ellátásért hálapénzt adni nem legális ügylet, ezért a másik fél teljesítésének kikényszerítése jogi úton nem lehetséges. Ha a beteg azért ad hálapénzt, hogy több vagy jobb minőségű szolgáltatást kapjon, és mégsem jut hozzá, nem fordulhat bírósághoz. Hasonlóképpen, az orvos sem tiltakozhat semmilyen fórumon arra hivatkozva, hogy ellátott valakit, és az nem akar fizetni. Természetesen arra sincs mód, hogy akár az orvos, akár a beteg zálogot tegyen le, amely elvész, ha valamelyik fél nem teljesít.

A beteg így egyetlen kényszerítő erővel találkozhat: olyan helyzet alakul ki, amelyben úgy érezheti, ha nem fizet, a jövőben hátrányba kerül. Ez az úgynevezett reputációs hatás magától értetődő olyan szolgáltatások esetén, amelyek gyakran ismétlődnek vagy legalábbis ismétlődhetnek, indoklásra szorul viszont olyankor, amikor egyszeri beavatkozásról van szó. Valószínűleg azonban ilyen esetekben is a jövő bizonytalansága játszik szerepet: bár a vakbelét csak egyszer vehetik ki az embernek, előfordulhat, hogy valamilyen más probléma kapcsán beteg és orvosa újra találkozhatnak. A beteg azt is elképzelhetőnek tarthatja, hogy közvetlen kezelőorvosa beszél róla feletteseivel, kollégáival. Megnyugtatóbb lehet számára, ha nem csak a mostani kezelőorvosában, hanem annak környezetében is kedvező kép alakul ki róla, mintha személyéről rosszat mondanának, márpedig ezt is befolyásolhatja a hálapénz.

Azt, hogy a hálapénz fizetésének indítéka a jövőbeli bizonytalanság lehet, az is megerősíti, hogy a beteg nem előre, hanem utólag fizeti a hálapénzt – akkor, amikor már meg is próbálhatná megtakarítani. A 13. táblázat tanúsága szerint ugyanis tíz beteg közül nyolc utólag fizet, sőt, ha leszámítjuk azokat, akik rendszeresen fizetnek hálapénzt, azokat, akik nem tudták megmondani (például azért, mert nem ők fizettek, hanem valaki más a családból) és azokat, akik egyéb választ adtak, akkor tízből kilenc az, aki utólag fizet.⁹

Ezzel vág egybe az a megfigyelés is, hogy a betegek meglehetősen nagy hányada arról számolt be, úgy érezte, a kezelőszemélyzet elvárja tőle a hálapénz megfizetését (lásd a 14. táblázatot). A válaszolók több mint egyharmada állította ezt. Hozzá kell tenni, hogy ezek az arányok azon a csoporton belül értendők, akik adtak hálapénzt. Elképzelhető tehát valamiféle racionalizáció: akik adtak, azt mondják, azért tették ezt, mert várták tőlük. Nem tudjuk továbbá, hogy vannak-e olyanok, és ha igen, hányan, akik éreztek valamiféle nyomást, ennek ellenére nem fizettek hálapénzt, vagy akik sem éreztek semmi efféle pressziót, és nem is fizettek. Ezekből az adatokból tehát semmiképpen sem szabad

⁹ Talán nem naivitás azt hinni: a betegek egy része azért (vagy azért is) ad hálapénzt, mert – érdek nélkül – valóban háláját akarja kifejezni. Ez is szerepet játszhat abban, hogy akkor fizet, amikor már megkapta a szolgáltatást, van miért hálásnak lennie, nem pedig előrefizetéssel, jövőendő figyelmességet kíván megvásárolni.

13. táblázat

Előre vagy utólag fizetik-e a hálapénzt?
(az egyes ellátási típusok szerint, a hálapénzt fizetők százalékában)*

	Előre	Utólag	Rendsze- resen	Nem tudja, egyéb	Összesen**
Alapellátásban (n = 330)	7	85	5	4	100
Járóbeteg-szakrendelésen (n = 136)	13	80	3	5	100
Kórházban (n = 276)	11	81	3	6	100

* Csak a lakossági mintának feltett kérdés alapján.

**Az egyes sorok összege kerekítési hiba miatt eltérhet a 100 százaléktól.

azt a nyers következtetést levonni, hogy ilyen vagy olyan praktikákkal az orvosok ilyen magas százaléka kierőlteti betegéből a hálapénzt. A kapott eredmény legalább annyira árulkodik a kialakult rossz közérzetről, mint a hálapénz kierőltetésének tényleges méreteiről. Mindezek figyelembevételével is, az igennel válaszolók aránya magas. A betegek számottevő része, több mint egyharmada úgy érzi, ha nem fizet, esetleg hátrány érheti emiatt. A dolog jelentőségét különösen megnöveli, hogy a hálapénz elfogadása az orvos számára nem csupán előnyt, hanem komoly hátrányt is jelent, mivel így kénytelen elfogadni a hagyományos, és mindkét fél számára előnyös orvos–beteg kapcsolat megváltozását.

14. táblázat

„Volt-e olyan érzése, hogy az orvos vagy a nővér/asszisztens elvárja a hálapénzt?”
(az egyes ellátási típusok szerint, a hálapénzt fizetők százalékában)*

	Igen**	Nem	Nem tudja	Összesen
Alapellátásban (n = 330)	37	61	2	100
Járóbeteg-szakrendelésen (n = 137)	38	56	6	100
Kórházban (n = 238)	38	57	5	100

* Csak a lakossági mintának feltett kérdés.

**Kétféle igen válasz lehetséges: „igen”, illetve „van, aki igen, van aki nem”.

Az árak kialakulása – piacszerkezet

A fenti gondolatmenet, vagyis a tranzakciós megközelítés, természetesen csak az egyik lehetséges megközelítése a problémának. A következő szakaszban a hálapénzárok kialakulásának mechanizmusával foglalkozunk. Megvizsgáljuk, hogy vannak-e általánosan elfogadott hálapénzárok. Mely területeken csekély, és hol nagy az árak szóródása? Honnan tudják a betegek, hogy kinek mennyit kell fizetni? Milyen más valuták (például a kapcsolati tőke) játszanak szerepet az egészségügyi árnyékpiacon, és milyenek az átváltási arányok, ha vannak ilyenek egyáltalán? Van-e árverseny a betegek között különféle előnyök megszerzésére, egyáltalán jelent-e előnyt a hálapénz megfizetése? A másik oldal nézve pedig: van-e árverseny az orvosok között a jól fizető betegekért?

Áralakulási mechanizmusok. Az árak kialakítása speciális kérdéseket vet fel egy olyan piacon, ahol a termék, ez esetben az egészségügyi szolgáltatás feketepiaci cseréje meglehetősen általános, az árinformációk nyilvánosságra hozatalára azonban nincs mód. A

kórházak vagy rendelők folyosóján nem lehet ártáblákat elhelyezni, hogy ilyen és ilyen beavatkozásért ennyi és ennyi hálapénzt kell fizetni. Először tehát azt próbáljuk tisztázni, hogy honnan tudja a beteg, mennyit kell adnia. A kikérdezés során éppen ezért feltettünk ezzel kapcsolatos kérdéseket is. Megállapítható volt, hogy a hálapénzt fizetők körülbelül egyharmada tudta előre, mennyit kell fizetnie, a többiek nem, és vagy találmra adtak, vagy megpróbáltak információt szerezni az árakkal kapcsolatban (lásd a 15. táblázatot).

15. táblázat

„Volt-e előzetes információja arról, hogy mennyit kell fizetnie?”
(az egyes ellátási típusok szerint, a hálapénzt fizetők százalékában)*

	Igen	Nem	Összesen
Alapellátásban ($n = 313$)	26	74	100
Járóbeteg-szakrendelésen ($n = 128$)	40	60	100
Kórházban ($n = 261$)	34	66	100
Összesen ($n = 702$)	33	67	100

* Csak a lakossági mintában szereplőknek feltett kérdés. Megoszlások a „nem tudom” válaszok nélkül.

Az árinformáció hiányosságára utal az érintettek által kifizetett hálapénz viszonylagos nagyságára vonatkozó kérdésből nyert válaszok megoszlása is. Azoknak ugyanis, akik mintánkban fizettek hálapénzt, feltettük a kérdést: vajon szerintük mások többet vagy kevesebbet, netán ugyanannyit fizetnek, mint ők. A kapott eredmények az eddigi képet erősítik meg: jelentős a bizonytalanság azt illetően, hogy tulajdonképpen mások mit is fizetnek (lásd a 16. táblázatot).

16. táblázat

„Ön szerint mások többet, kevesebbet vagy ugyanannyit szoktak adni, mint Ön?”
(az egyes ellátási típusok szerint, a hálapénzt fizetők százalékában)*

	Többet	Kevesebbet	Ugyanannyit	Nem tudja	Összesen
Alapellátásban ($n = 330$)	25	4	26	45	100
Kórházban ($n = 274$)	36	6	23	35	100
Járóbeteg-szakrendelésen ($n = 136$)	23	2	26	49	100
Összesen ($n = 740$)	29	4	25	42	100

* Csak a lakossági mintában szereplőknek feltett kérdés.

A 16. táblázatból látható, hogy az emberek általában nem tudják: az, amit ők adtak, hogyan viszonyul a mások által fizetett hálapénzhez. A hálapénzt fizetők mintegy negyven százaléka „nem tudommal” válaszolt az ezt firtató kérdésre. Nagyjából egyező arányban a megkérdezettek negyede-negyede úgy gondolja, hogy a többiek többet vagy ugyanannyit adtak; azok aránya, akik szerint mások kevesebbet fizetnek, elenyésző volt. Ez a megfigyelés már nem csupán az árinformáció körüli bizonytalanságra utal, hanem további következtetésekre ad módot. Az a helyzet, amikor a válaszolók többsége szerint gyakorlatilag senki sem fizet kevesebbet, mint ők maguk, kétféle lehetséges környezetben valósulhat meg. Vagy arról van szó, hogy nem akarnak többet fizetni, mint mások, vagy arról, hogy nem tudnak. Ha nem akarnak, abból az következik, hogy az érintettek nem előnyszerzésre, hanem inkább esetleges hátrányok

elhárítására használják a hálapénzt. Nem azért adják, hogy magukra vonják a kezelő-személyzet kitüntetett figyelmét, hanem épp ellenkezőleg: nehogy azzal lógjanak ki a sorból, hogy ők azok, akik nem adtak. A másik esetben viszont, amikor azért nem adnak többet, mert nem tudnak, a hálapénzfizetés könnyen frusztrációhoz vezet: mivel a betegek nem tudják megítélni, valóban olyan kezelésben részesültek-e, amilyenben kellett, hajlamosak azt gondolni, hogy az kap nagyobb figyelmet, aki többet fizet.

Az áralakulással kapcsolatos problémák tehát összefoglalhatók abban, hogy a betegek nagy része, még azok közül is, akik úgy döntenek, fizetnek hálapénzt, nem tudja pontosan, valójában mennyit kell fizetni. Még akkor sem, ha az árarányok érzékelése viszonylag egységes a keresleti és a kínálati oldal szereplői körében. A lakossági kikérdezés arra is alkalmas, hogy egy további komplikációt is számba vegyünk. Nevezetesen: a pénzen kívül nyilvánvalóan a kapcsolati tőke is szerepet játszik az egészségügyi árnyékgazdaságban. Ennek számszerűsítése végképp lehetetlen feladatnak látszik. Azt azonban fel tudtuk mérni, hogy a lakossági minta tagjainak szubjektív megítélése szerint mi ér többet, a pénz vagy a protekció (17. táblázat).

Az általános megítélés szerint, miként a 17. táblázat mutatja, sokkal többen vannak, akik úgy vélik, hogy a személyes kapcsolat többet ér a pénznél, mint akik fordítva látják. A válaszolók között körülbelül kétszer annyian voltak, akik az előbbit többre tartották az utóbbinál. Sőt még azok táborá is jóval nagyobb volt, akik szerint a kétféle fizetőeszköz egyformán hatékony. Mondjuk így: öt válaszolóból négy szerint a pénz nem értékesebb, mint a protekció.

17. táblázat

„Ön szerint mivel lehet többet elérni: hálapénzzel vagy protekcióval?”
(válaszok a lakossági minta százalékában)

	Százalék
Hálapénzzel	19
Protekcióval	41
Egyformán	35
Egyikkel sem	5
Összesen	100

A „nem tudom” válaszok nélkül; $n = 1287$.

A betegek versenye az orvosokért. A hálapénzáruk kialakulását nagyban befolyásolja, hogy e sajátos piacon a vevő választása erősen korlátozott. Bár a beutalási rendszer és általában a betegmozgatás adminisztratív rendszere lazult az utóbbi években, már csak az eligazodáshoz szükséges információ hiányában is, a betegek nagy része nem saját választása alapján kerül az orvoshoz (lásd erről a 18. táblázatot).

Az összehasonlításból a szabadon választható háziorvosokat kivettük. A 18. táblázatból kiderül, hogy a magasabb szintű ellátási formák esetében a betegek mintegy háromnegyede az adminisztratív betegirányítás keretein belül kerül orvosához. Ez erősen korlátoz mindenféle orvosok közötti árversenyt, felszórólva ezáltal az árakat.¹⁰

¹⁰ A félreértések elkerülése végett megjegyezzük, hogy az áralakulásra vonatkozó fenti gondolatmenet nem jelent állásfoglalást az említett adminisztratív kötöttségek megszüntetése mellett. Számos érv szól az efféle korlátozások fenntartása mellett is. Pusztán azt rögzítjük, hogy amennyiben az egészségügyi rendszerben elterjedt a hálapénz, és a betegek nem választhatnak szabadon az egyes intézmények vagy orvosok között, akkor az valószínűleg emeli a hálapénzárszintet. Azt is meg kell jegyezni, hogy az alapellátásban

18. táblázat

Miként kerül a beteg orvosához?

(ellátási típusok szerint, a kérdéses ellátási típust igénybe vevők százalékában)*

	Kórház (n = 247)	Járóbeteg- szakrendelés (n = 535)	Járóbeteg- szakrendelés (n = 782)
<i>Adminisztratív úton</i>	59	80	73
– hozzá osztották be, ő volt szolgálatban	53	69	64
– az orvos nevére szóló beutalóval	6	11	9
<i>Korábbi orvos–beteg kapcsolat révén</i>	23	12	15
– ismerte korábbról, mint orvost			
<i>Kapcsolati tőke révén</i>	14	5	8
– az orvos személyes ismerőse	3	2	2
– ismerős közbenjárására	11	3	6
<i>Egyéb módon</i>	3	3	3
<i>Összesen**</i>	100	100	100

* Csak a lakossági mintában szereplőknek feltett kérdés alapján.

**Az egyes oszlopok összege kerekítési hiba miatt eltérhet a 100 százaléktól.

A fekvőbeteg-ellátás és a járóbeteg-szakrendelések között szembeötlő különbségek adódnak. A kórházakban gyakoribb az alternatív utak bejárása, különösképpen a kapcsolati tőke mobilizálása révén. A kórházi betegek 14, a járóbeteg-szakrendelésen ellátottak mindössze 5 százaléka került orvosához valamilyen személyes ismeretség révén, amiről a fentiekben már megállapítottuk, hogy a megkérdezettek szerint értékesebb, mint a hálapénz. A korábbi orvos–beteg kapcsolat is gyakoribb a kórházban, mint a szakrendelőben (23 százalék a 12-vel szemben). Látható, hogy a kórházak mindennapos gyakorlata jobban eltér a hivatalos működési rendtől, mint a szakrendelőké. Ebből az következne, hogy a kötöttebb pályán magasabbak és gyakoribbak a hálapénzek. Valójában azonban éppen fordított a helyzet: a hálapénzfizetés gyakoribb a kórházban, és átlagos összege is magasabb. Az ellentmondásnak két lehetséges okát találtuk. Vagy arról van szó, hogy a kórházban nagyobbak a tétek, az orvoson több múlik, tehát a fajlagos egészségügyi kockázatra jutó hálapénz nem nagyobb, sőt esetleg kisebb is, mint a szakrendelésen. Vagy pedig arról, hogy a hálapénz egy része, a kapcsolati tőkével együtt épp arra fordítódik, hogy a viszonyokat képlékenyebbé tegye.

Az orvosok versenye a betegekért. Arra a kérdésre, hogy vajon az orvosok között tapasztalható-e valamilyen verseny azokért a betegekért, akikről nagyobb hálapénz várható, illetve ha nem, akkor milyen mechanizmus révén osztják el egymás között az orvosok a hálapénzt és a betegeket, jelenleg nem tudunk válaszolni. Annyit viszont tudunk, hogy a betegek szerint az orvosok különbséget tesznek beteg és beteg között annak alapján, hogy kitől mennyi hálapénz várható. A betegek többsége szerint a hálapénz egyértelmű előnyt jelent. Ez a vélemény határozottnak mondható. Csak viszonylag kevesen, a megkérdezettek 12 százaléka válaszol „nem tudommal”. 60 százalék szerint a hálapénzfizetés előnyt, jobb ellátást jelent, és mindössze 28 százalék mondja azt, hogy nem.

*

bevezetett szabad orvosválasztás közvetve a magasabb ellátási szinteken is növeli a beteg szabadságfokát. Nem azért, hogy a házi orvos oda küldi a beteget, ahova az akarja, hanem azért, hogy a beteg más házi orvoshoz fordulhat, ha nem bízik saját házi orvosának „betegmozgatási” gyakorlatában.

Tanulmányunkban négy fő célt tűztünk magunk elé. Először is fel akartuk térképezni, és össze akartuk hasonlítani a hálapénzzel kapcsolatos lakossági és orvosi attitűdöket. Másodszor, pontosabb képet kívántunk nyerni a hálapénzfizetés tényleges elterjedtségéről és szóródásáról az egyes orvosi szakmák között. Ezzel kapcsolatos volt harmadik kitűzött célunk, hogy világosabban láthassuk, mi mennyibe kerül az egészségügyi szolgáltatások árnyékgazdaságában. Végezetül pedig arra vonatkozóan is becslést készítettünk, hogy egy év leforgása alatt mekkora összeg vándorol zsebből-zsebbe a magyar egészségügyben.

Ami az attitűdöket illeti, eredményeink a legtömörebben talán így foglalhatók össze: az orvostársadalom, éppúgy mint a lakosság, nem szereti és elítéli a hálapénzt, de megtanult együtt élni vele. Mindkét csoportban 80 százalék azok aránya, akik teljesen vagy inkább elfogadják ezt a leírást: a hálapénz szükséges rossz. Ez azonban nem jelenti egyben azt is, hogy a kérdés megítélésében semlegesek lennének. Az orvosok 90, a lakosság több mint 60 százaléka teljesen vagy inkább egyetért azzal, hogy a hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek. A lakosság közel 70 százaléka inkább vagy teljesen elutasítja azt a paraszolvenciát bagatellizáló kijelentést, hogy „a hálapénz nem oszt, nem szoroz” (igaz, az orvosok körében az elutasítás csak 50 százalékos). Ez utóbbi különbség a lakosság és az orvostársadalom ítéletének szigora között egyébként általában jellemző. Bár a lakossági megítélés megoszlásai általában hasonlítanak az orvosok véleményének megoszlására, a lakosság kevésbé menti fel az orvosokat (de azért többé-kevésbé felmenti); kevésbé hajlamos az államra hárítani a felelősséget (de azért többé-kevésbé hajlamos); és kisebb mértékben elfogadó a hálapénzben megtestesülő adóelkerülés kérdésében (ez ügyben a lakossági vélemények erősen megoszlanak).

Tapasztalataink szerint a hálapénzfizetés igen elterjedt a magyar egészségügyben. Ugyanakkor jelentős különbség tapasztalható a feltételezett és az egyéni kiadások között elismert hálapénz-fizetési gyakoriság között. A lakossági minta véleménye szerint 10 páciens közül 5–6 ad hálapénzt a háziornosnak, az orvosminta szerint csak 4, a háziorvosok szerint csak 2. Ezzel szemben mintánknak abból a részéből, amely ténylegesen megfordult a háziornosnál a vizsgált periódusban, bevallása szerint, a legutóbbi kezelés alkalmával csak 14 százalék adott hálapénzt (azaz 10 közül 1-2), bő egy év leforgása alatt pedig 26 százalék (tehát 10 közül 2-3). A lakosság a járóbeteg-szakrendelés és a kórházi ellátás esetében is számottevően gyakoribbnak véli a hálapénzfizetést, mint amennyit egyéni kiadásai között elismer belőle. Az orvosminta által vélt fizetési gyakoriság ezeken a területeken közelebb áll a lakosság által elismerthez. Ennek ellenére szinte minden szakma esetében igaz, hogy más szakterület képviselői magasabbra taksálják a hálapénzt fizetők arányát, mint azok, akik a kérdéses szakmában dolgoznak. Megjegyezzük, hogy az elismert hálapénzfizetés nem feltétlenül azonos a tényleges hálapénzfizetéssel. Megítélésünk szerint az előbbi – a felejtési hatás és az eltitkolási szándék miatt – valamelyest alábecsüli az utóbbit.

Tizenhat konkrétan felsorolt beavatkozás hálapénzátlagárának nagyságrendje gyakorlatilag egybeesik a két mintában. Ez arra utal, hogy az érintettek számára többé-kevésbé egyértelműek az árarányok az árnyékgazdaság eme szeletében, miközben az egyes beavatkozások ára körül nagy a szóródás. Ugyanakkor, várakozásunkkal ellentétben, az esetek nagy részében az orvosok mondják a magasabb árakat, nem a lakosság.

Összességében egy év (nevezetesen az 1998-as év) leforgása alatt 95 százalékos valószínűséggel 24 és 42 milliárd forint közötti összeget fizetett a lakosság hálapénz gyanánt. A legvalószínűbb érték 33 milliárd forint. Ebből 29 milliárd forintot kaptak az orvosok, a maradék az egészségügyi személyzet többi tagjának jutott. Becslésünk szerint a szóban forgó összeg bő másfélszerese az orvosok hálapénz nélküli nettó jövedelmének.

A hálapénz megoszlása egyenetlen az egyes orvosi szakterületek között. Vannak olyan

szakterületek, ahol ritkán és csak kis összegben szokás hálapénzt adni, máshol szinte mindenki fizet, mégpedig jelentős összegeket. A hálapénz nagy részét az esetek kétféle csoportjában szokás fizetni: ha az orvos kimegy a beteg lakására (akár rendszeresen, akár rendkívüli alkalommal), illetve ha műtétre kerül a sor. Nem véletlen, hogy a hálapénz legnagyobb részét a fekvőbeteg-ellátásban fizetik.

A hálapénz nem az egyetlen fizetőeszköz az egészségügyi árnyékgazdaságban. A lakossági minta körülbelül háromnegyede szerint a hálapénz nem ér többet, mint a protekció: vagy a protekcióval lehet többet elérni, vagy a kétféle eszköz egyformán hatékony.

Hivatkozások

- BALÁZS PÉTER [1997]: A rejtőzködő magánfinanszírozás és az egészségügy legális költségterítése. Népegészségügy, február, 17–21. o.
- KESZTHELYINÉ RÉDEI MÁRIA–LAKATOS JUDIT–SZABÓ ZSUZSANNA [1999]: A rejtett gazdaság kiterjedése 1997-ben. Statisztikai Szemle, december.
- KSH [1997]: Családi Költségvetés, 1997. Központi Statisztikai Hivatal, Adattár.
- KSH [1998]: Statisztikai évkönyv, 1997. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH [1999]: Statisztikai évkönyv, 1998. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- MIHÁLYI PÉTER [1999]: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Springer, Budapest.