

TÁRKI
TÁRSADALOMPOLITIKAI
TANULMÁNYOK

17.

Bognár Géza– Gál Róbert Iván–
Kornai János:

HÁLAPÉNZ A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN



A TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok:

- fontos közpolitikai témákat tűz napirendre
- tényszerű, kiegyensúlyozott elemzéseket bocsát közre
- hidat kíván teremteni az akadémiai szféra, a döntéshozói kör, a kormányzati szektor és a versenyszféra között
- érdekes és hiánypótló szeretne lenni

A sorozat a TÁRKI kutatásaira támaszkodik, számai havi rendszerességgel jelennek meg.

A sorozatot szerkeszti: Tóth István György

A TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok az Institute für die Wissenschaften vom Menschen (IWM) SOCO program támogatásával készül, mely programot az Osztrák Szövetségi Kormány Alapja a Közép- és Kelet-Európai Együttműködésért, valamint a Ford Alapítvány finanszírozza.

TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 17.

Budapest, 1999

ISSN 1418-0839

ISBN 963 7869 23 9

Felelős kiadó: Kolosi Tamás elnök-igazgató

Olvasószerkesztő: Nagy Ildikó

Tördelő: Pallagi Ilona

© TÁRKI, 1999

Bognár Géza– Gál Róbert Iván–
Kornai János:

HÁLAPÉNZ A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN

Budapest, 1999. november

Bognár Géza orvos, közgazdász, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.

Gál Róbert Iván a TÁRKI kutatója, a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológiai és Szociálpolitikai Tanszékének részmunkaidős docense.

Kornai János a Collegium Budapest és a Harvard Egyetem (USA) közgazdász professzora.

A szerzők a tanulmánnyal kapcsolatos bármilyen megjegyzést, kiegészítést szívesen fogadnak: bog6856@helka.iif.hu, gal@tarki.hu, janos.kornai@colbud.hu

Tartalomjegyzék

Bevezetés	5
1. Attitűdök a hálapénzzel és az adózással kapcsolatban	7
1.1. A hálapénz megítélése	7
1.2. A hálapénz megadóztatásának megítélése	10
2. A hálapénz elterjedtsége	11
2.1. A hálapénz-fizetés elterjedtsége	12
2.1.1. <i>A hálapénz-fizetés elterjedtsége a beavatkozás fajtája szerint</i>	12
2.1.2. <i>A hálapénz-fizetés elterjedtsége szakmák, illetve ellátási típusok szerint</i>	13
2.2. A hálapénz elfogadás elterjedtsége	18
2.3. A hálapénz koncentrációja	18
2.4. Mitől függ a hálapénz összege az orvosok szerint?	19
2.5. Min múlik, hogy valaki ad-e hálapénzt?	21
3. Hálapénz-árak	24
4. Mekkora a hálapénz összege a magyar egészségügyben	28
4.1. Makrobeclés lakossági adatokból	28
4.2. A hálapénz és a hivatalos kereset aránya	31
4.3. Összehasonlítás más számításokkal	32
5. A hálapénz az egészségügyi szolgáltatások piacán	33
5.1. A hálapénz kikényszeríthetősége	34
5.2. Az árak kialakulása: piacszerkezet	35
5.2.1. <i>Áralakulási mechanizmusok</i>	36
5.2.2. <i>A betegek versenye az orvosokért</i>	37
5.2.3. <i>Az orvosok versenye a betegekért</i>	39
6. Összefoglalás	39
Abstract	41

Bevezetés¹

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 gyógyszereellátásban 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 finanszírozza. Az elmúlt évtizedek folyamán mintegy spontán kialakult ez a különleges konstrukció, amelynek jelenlegi változata nem hatékony és igazságtalan. A jelenlegi szisztéma, 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 irritáló.

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

A következő oldalakon öt fontosabb kérdéskörre koncentrálnak. Először a hálapénzzel és a benne megtestesülő jövedelem-eltagadással kapcsolatos orvosi és lakossági attitűdöket 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 koncentrálnak a kérdéses összegek szakmák szerint, min múlik, ki mennyit kap belőle, és min múlik, valaki ad-e vagy sem. A paraszolvencia vélt elterjedtségét, ahol lehet összevetjük a lakossági minta által ténylegesen elismert kifizetésekkel.

A harmadik fejezetben megpróbálunk megadni bizonyos hálapénz-árakat. 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 hálapénz-árát. 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 kifizetésekből következtessünk az egy év folyamán a gyógyító-megelőző szolgáltatásokban összesen kifizetett hálapénz mennyiségére.

¹ Az alábbi tanulmány háttérül szolgáló kutatást „A hálapénz és az egészségügyi takarékszamlák” c. program részeként az ÁPF Szolgáltató és Szervező Kht., illetve „Az állam és polgárai II.” c. program (projektszám: C 420115 UFACR) keretében a Közép-Európai Egyetem támogatta. A szerzők köszönetet mondanak dr. Balázs Péternek a tanulmány korábbi változatához fűzött értékes megjegyzéséért.

Végül az ötödik fejezetben megpróbálunk általános leírást adni az áralakulás folyamatáról. A magyar egészségügyi piac ugyanis intézményi felépítését tekintve nagyon 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 leírására van szükség.

Következtetéseink több adatfelvétel eredményeire épülnek. A lakossági adatok zömmel a TÁRKI 1999/2-es 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 címeket nem pótoltuk. Az ily módon, fagyással nyert mintát három dimenzióban, életkor, iskolai végzettség és nem szerint az 1995-ös mikrocenzus eloszlásaira súlyoztuk fel. A súlymátrix és a minta nyers eloszlásai megtalálhatók a tanulmányt kísérő dokumentumkötetben.

A hálapénzzel kapcsolatos lakossági attitűdökről az 1999/6-os TÁRKI-Omnibuszból nyertünk adatokat. A mintavétel módszere azonos volt az előzővel.

Az orvostársadalomra vonatkozó megállapításaink egy 1006 fős orvosi mintán alakulnak. A megkérdezendő orvosok között szerepeltek házi orvosok (a minta 34%-a), valamint szakrendelésen, illetve kórházban dolgozó szakorvosok (66%). A házi orvosok közé azokat soroltuk, akik házi orvosi 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 szakorvos-minta öt szakmára terjedt ki: belgyógyászokra (a teljes minta 28%-a), sebészekre (20%), gyermek-szakorvosokra (8%) és elme-ideg szakorvosokra (11%). A szakmák beazonosítása szintén az illető orvost foglalkoztató osztály alapján történt.

1. Attitűdök a hálapénzzel és az adózással kapcsolatban

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

1.1. 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, morális kérdéseket vizsgál, a második a feketegazdaság területén próbálja elhelyezni a paraszolvencia jelenségét, a harmadik kérdéscsoport 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 ezzel úgy érzi, extra figyelmet vásárol magának.*”) az orvosok közel kétharmada (64%) többé vagy kevésbé egyetért, igaz teljes egyetértését csak minden ötödik orvos fejezte ki, majdnem ugyanennyien pedig (17%) egyáltalán nem igazolták vissza a szóban 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 orvos-minta 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%) és az inkább egyetértők (28%) között (az orvosok körében a megfelelő arányok: 19 és 44%).

A következő kijelentés („*A hálapénz nem oszt, nem szoroz.*”) osztja meg leginkább az orvosokat. A válaszolók fele (50%) 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%), illetve a határozott egyet nem értés volt (27%), 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.

1. táblázat
A hálapénz megítélése az orvosok és a lakosság körében

	Telje- sen egyetért	Inkább	Inkább nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Átlagér- ték	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 oszt, 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>Erkölcseileg 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 alulfizettek.</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.

A lakosság véleménye kevésbé bizonyult polarizáltnak, mint az orvosoké. Több mint kétharmad (68%) 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 bizzuk „egy ismeretlenre”. Bizalom hiányában nem merjük elmondani panaszainkat, tüneteinket, s bizalom nélkül nem jöhet létre jó terápiás kapcsolat sem, melynek hiánya adott esetben a beteg gyógyulását is hátráltatja. Mindezek miatt fontos vizsgálunk, vajon a hálapénz befolyásolja-e ezt a kapcsolatot, az orvos-beteg közötti bizalmat. Az általunk megkérdezett orvosok majd kétharmada (65%) úgy véli, hogy a hálapénz egyáltalán nem, vagy inkább nem rontja ezt a bizalmi kapcsolatot. A lakosság sem tart jobban a bizalmi viszony megrendüléséről, 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, „*A hálapénz léte arra utal, hogy a társadalom véleménye szerint az orvosok alulfizettek*”. Ez ismét elfogadó vélemény, de távolról sem annyira, mint az orvosi mintában mért 90 százalékos egyetértés (akik közül 73% 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 orvos-mintában 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).

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

Az orvosok hálapénzzel kapcsolatos attitűdjét olyan szempontból is vizsgáltuk, hogy mennyire tekintik ezt a jelenséget a fekete gazdasághoz tartozónak. (Ezeket a kérdéseket a lakossági mintának 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 extra pénz a hiánygazdaság idején megismert fekete taxizáshoz 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 fekete gazdaság 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 fölös kapacitások kihasználását (felkínálását) jelenti.

1.2. 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. Épp 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 választották volna meg – vizsgáltuk azonban a megkérdezett orvosoknak a hálapénz adóztatására vonatkozó attitűdjét. A hálapénz-jövedelem eltagadásával kapcsolatos vélemény-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.

2. táblázat

A hálapénz-jövedelem eltagadásával kapcsolatos orvosi és lakossági vélemények

	Teljesen egyet ért	Inkább egyet ért	Inkább nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Átlagérték	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.

Az első kérdés arra vonatkozott, hogy a hálapénz-jövedelmek eltitkolását hogyan ítéli meg a válaszoló. Mint látható a megkérdezett orvosok közel fele (46%) emberileg teljesen érthetőnek tartja az adóeltitkolást (a lakossági mintának csak egyharmada, 34%), de összességében 84 százalék inkább elfogadó (a lakosság körében csak 69%), s csak az orvosok egyhatoda (16%) 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%) teljesen egyetért abban, hogy az állam erkölcstelen, mikor 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%) nem jelenti azt, hogy hasonlóan nagy arány fel is menti az orvosokat. A megkérdezett orvosok bő fele (28%), a lakosság közel fele (47%) 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.

2. A hálapénz elterjedtsége

A hálapénz-fizetés 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 megkérdezettére. Ezek a kérdések részben egyes beavatkozások hálapénz-áraitra 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 orvos-mintánk több szakmát is lefedett, 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 szituációt úgy megkonstruálni, hogy a kapott eredmények minél megbízhatóbbak legyenek. Az orvosoknak azonban nem tettük fel, közvetlenül és egyenesen, azt a kérdést: ő személy szerint mennyi hálapénzt kapott. Attól tartottunk ugyanis, hogy efféle kérdések kockára tették volna a kérdezéshez elengedhetlenül szükséges bizalmat.

Várakozásunk szerint a mások cselekedeteire vonatkozó közvetett, és 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 árnyék-árakról 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. Erre a kérdésre a 3. fejezetben még visszatérünk: bemutatjuk, hogy például a leszázalékolások korrupciós árát minden más beavatkozás fajtánál nagyságrenddel nagyobb bizonytalanság övezi. 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.

2.1. A hálapénz-fizetés elterjedtsége

Az alábbi szakaszban többnyire az „*Ön szerint ...*” típusú kérdésekre adott válaszokat elemezzük először beavatkozás fajták, 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.

2.1.1. A hálapénz-fizetés 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 hálapénz-árakra vonatkozóan a 3. fejezetben közlünk részleteket. Ezúttal csupán azok arányát tüntetjük fel, akik úgy nyilatkoztak, hogy adott beavatkozás fajtára 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 valamilyen okból kevesebb műtétet végeznének, illetve ha az orvosi váróteremben javulnának a körülmények, nem kellene sort állni, lennének érkezési sorszámok vagy megbeszélte időpontra lehetne menni, és ezért csökkenne a betegek ösztönzöttsége arra, hogy házhoz hívják az orvost, akkor mindez várhatóan csökkentené az orvosok jövedelmét.

A rutinjellegű műveleteknél, 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 3. fejezetben fogjuk részletesebben megvizsgálni, amikor nem csupán a pozitív forintösszeget bemondok arányát nézzük, hanem az összegek nagyságát is.

Annak kiderítésére, hogy speciális műszeres vizsgálat elvégzéséhez, amelyhez esetleg sort 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 hálapénz-fizetés gyakorisága egyes beavatkozás fajtáknál a lakossági vélekedések szerint – azok aránya akik az „Ön szerint a következő egészségügyi szolgáltatások esetén mennyi hálapénzt szokás adni ...?” kérdésre nullánál nagyobb értéket neveztek meg, %

	%
...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, háziornosnak.	75
...mandulaműtét esetén.	77
...ha éjszaka kijön az ügyeletes orvos.	86
...vakbél- vagy epeműtétnél 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 hálapénz-árakkal kapcsolatos kérdéssor feldolgozása egy speciális szemszögből. Figyelmen kívül hagytuk magukat a vélt hálapénz-árakat és csak a nullánál nagyobb forintösszeget bemondók arányára koncentráltunk. A részletes, a hálapénz-árak átlagára és egyéb középértékeire is kiterjedő elemzést a 3. fejezetben fogjuk elvégezni.

2.1.2. A hálapénz-fizetés elterjedtsége szakmák, illetve ellátási típusok szerint

A hálapénz-fizetés orvosi szakterületek, (pl. sebészet, szülészet stb.), illetve ellátási típusok (alapellátás, járóbeteg szakrendelés, fekvőbeteg-ellátás) szerinti megoszlására ismét többféle adatforrásunk van. Egyrészt ismerjük a lakossági vélekedéseket, másrészt a felmérésben részt vevő orvosokat is megkértük, hogy becsüeljék 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 háziornosok betegek milyen gyakorisággal adnak hálapénzt, (2) azt is tudjuk, hogy az orvos-minta tagjai szerint mekkora ez a gyakoriság, (3) ezen belül az is megállapítható, hogy kifejezetten a háziornosok megítélése szerint tíz páciensből hány fizet a háziornosnak, (4) és végül arra is van adatunk, hogy a háziornosnál ténylegesen megfordult személyek hány százaléka mondta azt valóban, hogy adott.

Először az orvos-mintától kapott eredményeket mutatjuk be. A 4. táblázat baloldali panelének adatai jól mutatják, hogy a felmérésben szereplő orvosok miként becslik a betegek hálapénz-adási 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. Figyelemre méltó, hogy a medián értéke 9, míg a móduszé 10, azaz a megkérdezett

orvosok által adott leggyakoribb válasz szerint gyakorlatilag minden beteg ad pénzt a kórházi nőgyógyásznak². Szintén nagy szám olvasható a sebészekről szóló sorban is, akik a becslések alapján átlagosan betegek 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 elterjedtnek a hálapénzt. Meglepő, sőt akár megdöbbentőnek is tarthatjuk, hogy az orvosok véleménye szerint a kisegítő személyzet gyakrabban részesül paraszolvenciában, mint a pszichiáterek. Ezt nem csak az azonos átlag (3,6) mutatja; fontosabb, hogy a pszichiáterek esetén a módusz 2, míg a kórházi kisegítő személyzet esetén 5.

4. táblázat

Ön szerint tíz beteg közül hányan adnak hálapénzt a ... – kezdetű kérdésre adott válaszok statisztikai mutatói az orvosok és a lakosság körében

	Orvosok szerint			Lakosság szerint			Tízből hány mondta, hogy fizetett hálapénzt?*	
	Átlag	Medián	Módusz	Átlag	Medián	Módusz	Legutóbb	Elmúlt 13 hónapban
...házi orvosnak	4,2	4	1	5,5	5	5	1,4	2,6
...házi gyermekorvosnak	4,6	5	5	6,5	7	10	-	-
...járóbeteg szakrendelésén	1,7	1	1	3,7	4	5	1,0	1,5
...szülésznek (kórházi)	8,5	9	10	9,2	10	10	-	-
...belgyógyásznak (kórházi)	5,4	5	5	8,0	8	10	-	-
...sebésznek (kórházi)**	7,3	8	8	8,5	10	10	-	-
...szemésznek (kórházi)**	5,4	5	5	8,5	10	10	-	-
...pszichiáternek (kórházi)	3,6	3	2	7,0	10	10	-	-
...gyerekorvosnak (kórházi)	-	-	-	8,6	10	10	-	-
...egészségügyi kisegítő személyzetnek (kórházi)	3,6	3	5	-	-	-	-	-
...fekvőbeteg ellátásban	-	-	-	-	-	-	5,1	5,9

-: Nincs adat.

*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.

² Medián: a vizsgált szempont, ezúttal a hálapénz-fizetésének vélt gyakorisága alapján nagyság szerint sorrendbe állított minta tagjai közül a sor közepén lévő mintataghoz tartozó érték; módusz, az eloszlás legnagyobb gyakorisággal előforduló értéke.

Figyelembe kell azonban venni két tényezőt. Az egyik, hogy bár a pszichiáterek lehet, hogy hasonló arányban kapnak a betegetől paraszolvenciát, mint az ápoló személyzet, de az orvosok nyilván lényegesen magasabb összeget kapnak, a nővérek általában jóval 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, deklasszálódott, esetleg minimális nyugdíjból élő személy, aki nem tud adni oly gyakran, illetve oly mértékben, mint a más betegségeben 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, s sokszor a szakrendelőben történt vizsgálat csak egy kórházi kezelés közbülső állomását jelenti. Fentiek magyarázatát adhatják annak is, hogy a szintén nagy leterheltséggel, nagy betegforgalommal dolgozó házi orvosok esetén miért becslik magasabbra a hálapénz arányát. Figyelemre méltó, hogy a házi orvosok és a házi gyermekorvosok egymáshoz nagyon közeli átlaga, egymástól lényegesen eltérő módusz és medián értékek mellett alakult ki.

Fontos következtetésekre ad lehetőséget, ha megnézzük, van-e különbség a hálapénz-fizetési szokásokra vonatkozó becslésekben aszerint, hogy melyik orvosi szakma képviselői becslik, 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 ...”)

Kapja \ becsli	Házi-orvos	Gyermekorvos	Belgyógyász	Sebész	Pszichiáter	Összesen
...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 orvos-csoportok minden esetben lényegesen ritkább hálapénz-fizetést 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 negyven százalék, a közvetlenül érintettek azonban csak 20 százalék körülire taksálják ezt az arányt. A becslésből adódó hibahatárt is figyelembe véve elmondhatjuk, minden szakma esetében igaz, hogy az adott szakterület képviselői teszik a legalacsonyabbra vagy legalább is 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, melyek a 4. táblázat középső panelében láthatók.

Az első fontosabb eredmény, hogy a lakosság minden szakma, illetve ellátási típus esetében gyakoribbnak gondolja a hálapénz-fizetést, 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 belgyógyásznál 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 kimagasló a szülészet. A megkérdezett, és érvényes választ adó személyek 70 százaléka szerint tízből tíz páciens ad hálapénzt a szülészetnek. 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: a módusz minden esetben a lehetséges maximális érték, 10, és a medián sem kisebb 8-nál. 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 hálapénz-fizetéssel. Míg az orvos-felvételben a tényleges hálapénz-fizetés helyett a hálapénz-fizetési szokásokra vonatkozó becslés állt, addig a lakossági minta tagjait megkérdeztük, adott ellátási forma igénybe vétele esetén fizettek-e paraszolvenciát, és ha igen, mennyit. Az eredményeket a 4. táblázat jobb oldali panelében tüntettük fel.

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 házi orvosnak, a válaszok átlaga 5,5. Ezzel szemben a minta házi orvosnál 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 hálapénz-fizetés 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 szakmánkénti 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 tétéleznek fel, a házi orvosokra 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 kis mértékben haladja meg a lakosság által bevallott gyakoriságot.

A két kérdőív elemzéséből, illetve összevetéséből tehát megállapítható: mind a lakosság, mind az orvosok gyakoribbnak tekintik a hálapénz-fizetést, 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 hálapénz-fizetésre 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/kezelőorvosának?”*, 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 hálapénz-fizetések 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 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 hálapénz-fizetését. 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 előnyszerzési törekvéseket. E szerint a magyarázat szerint tehát a bevallott és a feltételezett hálapénz-fizetési gyakoriság között azért van különbség, mert a feltételezések túlzottak.

2.2. 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 módusz (táblázatban fel nem tüntetett) értéke minden esetben 100 százalék, a nőgyógyászok esetében a medián értéke is 100 százalék, de minden más esetben is 90 vagy 95 százalék. 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 választát 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?”)*

Elfogad \ becsli	Háziorvos	Belgyógyász	Sebész	Gyermekeorvos	Pszichiáter	Összesen
Háziorvos	80,4	89,2	88,3	82,0	82,9	84,7
Szülésznőgyógyász	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 gyermekorvos	77,6	82,4	85,1	71,5	78,0	80,1
Pszichiáter	76,4	79,0	84,8	74,0	75,2	78,5

*Csak az orvos-mintában szereplőknek feltett kérdés.

2.3. 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.

A 7. táblázatban feltüntetett középértékek hasonlósága alapján azt gondoljuk, hogy az orvosok kb. 10–14 százaléka kap aránytalanul sokat a hálapénzből, kb. 27–30 százalék közepesen sokat, kétötöd keveset, s egyötöd semmit.

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

	Átlag	Medián	Módusz	Válaszok száma
Igen sokat	13,9	10	10	915
Közepesen sokat	27,6	30	30	909
Keveset	40,0	40	40	910
Semmit	20,4	20	10	914

*Csak az orvos-mintában szereplőknek feltett kérdés.

2.4. 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 következő táblázat erre a kérdésre próbál választ adni. A 8. táblázat az összes megkérdezett orvos válaszait összegzi, s ez alapján azt mondhatjuk, hogy a hálapénz összege leginkább a szakterülettől, a beosztástól és az orvos hírnevétől függ. Említést érdemel, hogy ezen 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 háziorvosnál 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*

Mitől / ki szerint	Háziorvos	Gyermekorvos	Belgyógyász	Sebész	Pszichiáter	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 orvos-mintában 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 betegtől, 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 ilyen esetek is gyakran képezik mérlegelés tárgyát. A harmadik lehetséges magatartás azé, aki soha nem fogad el hálapénzt. S végül egy lehetséges negyedik típus, aki mindent elfogad, de soha nem követel senkitől semmit. Kérdőívünkben az első három viselkedéstípusra, annak gyakoriságára kérdeztünk rá, arra kérve az orvosokat, hogy becsüljék meg, kollégáik milyen arányban tartoznak az egyes csoportokhoz. Az ezekre a kérdésekre adott válaszokat összegeztük a 9. táblázatban.

9. táblázat
Magatartás típusok a hálapénzzel kapcsolatban –
 „Az orvosok hány százaléka az, aki ...?!”*

	Átlag	Medián	Módusz	Válaszok száma
Csak pénzért teszi meg, ami a kötelessége.	9,1	5	5	889
Mérlegel, hogy elfogadja-e a hálapénzt.	53,1	50	50	930
Sohasem fogad el hálapénzt.	6,5	5	5	909

*Csak az orvos-mintában 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 5–10 százalék közöttire 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 előzőektől. 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.

2.5. Min múlik, hogy valaki ad-e hálapénzt?

Az alábbi szakaszban arra keressük a választ, hogy egy meghatározott jellemzőkkel bíró egyén fizet-e hálapénzt vagy nem. Mivel függő változónk dichotóm, a regressziós elemzés ún. logisztikus változatát fogjuk elvégezni. A logisztikus regresszió a klasszikus regresszió modelljéből származik. Ez utóbbi nem más, mint a legjobb sejtés a függő változó értékére nézve, a független változók értékeinek ismeretében. Minthogy a logisztikus regresszió esetén a függő változó dichotóm, a legjobb sejtés a bekövetkezés valószínűségére (pontosabban a bekövetkezés esélyére, vagyis a bekövetkezés és a be nem következés valószínűségeinek hányadosára, még pontosabban e hányados logaritmusára, az úgynevezett logittra) vonatkozik.

Kilenc magyarázó változót fogunk használni, a település típusát, az életkort, a megkérdezett nemét, elégedettségét az egészségügyi szolgáltatásokkal, egy főre eső háztartási jövedelemét, legmagasabb iskolai végzettségét, azt, hogy az egészségügyben dolgozik-e vagy ő, vagy valamelyik rokona, milyen az egészségi állapota, és hogy mennyit tesz egészsége megóvása érdekében. A számításba bevont változók főbb jellemzőit a 10. táblázatban tüntettük fel.

10. táblázat
Min múlik, hogy valaki ad-e hálapénzt?
(a modellépítés során használt magyarázó változók)

Változónév rövidítve	Megnevezés	Lehetséges értékek	Relatív gyakoriság (%)	Középérték	Válaszolók száma
TELTIP	Település típusa	1 – község 2 – város 3 – megyeszékhely 4 – Budapest	42,7 24,6 16,7 16,0		1392
KOR	Életkor			47	1391
MBNEME	Nem	- 1 – nő* 1 – férfi	53,2 46,8		1392
ELEGED	Elégedettség	1 – egyáltalán nem 5 – teljes mértékben		4,26	1259
EGYFORE	Egy főre eső háztartás jövedelem			23.200	1265
OSZTALY	Iskolában töltött évek száma			10,2	1391
EUKAPCS	Dolgozott-e az egészségügyben	-1 – igen 1 – nem	28,2 71,8		1392
MB48	Egészségi állapot	1 – jó 2 – változó 3 – nem kielégítő 4 – inkább rossz	26,3 37,8 19,2 16,8		1391
MB50	Mennyit tesz egészségéért?	1 – nagyon keveset 5 – nagyon sokat		3,0	1385

* A program által használt kódolás.

A település típusát azért vontuk be az elemzésbe, mert az egészségügyi szolgáltatást, különösen a háziorvos esetében, de többé-kevésbé a járó- és fekvőbeteg szakellátásban is lokális piacokon végzik. Ez jelentősen befolyásolja az orvosok között folytatott versenyt: hiába van az országban sok háziorvos, ha az adott községben csak egy van, a legközelebbi pedig tizenöt kilométerre található. Várható tehát, hogy a helyi egészségügyi piac mérete befolyásolja a hálapénz adási szokásokat. Négy településtípust különböztettünk meg: községeket, kisvárosokat, megyeszékhelyeket és a fővárost.

Ami az életkort illeti, várakozásunk szerint a hálapénz-fizetésének gyakorisága emelkedik a korrál, mivel középkorúak és idősebbek esetében gyakoribbak a komplikáltabb, hálapénz-igényesebb orvosi beavatkozások.

A nem az egyik legfontosabb szociológiai változó, ezért mindenképpen szerepeltetjük a modellben. Arra számítunk azonban, hogy nem befolyásolja a hálapénz adási szokásokat.

Az elégedettséget egytől ötig futó, az iskolai osztályzási rendszerhez hasonló skálán mértük. Mindenkitől arra az ellátási típusra vonatkozóan kérdeztük a véleményét, amellyel közelebbi kapcsolatba került. Ha valaki többféle egészségügyi intézményben is megfordult a vizsgált időszakban, például járt a háziorvosnál is és kórházban is feküdt, akkor mindegyikre külön kérdeztünk, a kapott válaszokat pedig átlagoltuk. Korábbi felvételeinkkel egybehangzóan az elégedettségi mutató igen magas értéket kapott, 4,3-et. Ez a többször és többek által regisztrált magas elégedettségi mutató éles kontrasztban van az egészségügyre vonatkozó rengeteg panasszal. Arra számítunk, hogy minél elégedettebb valaki, annál nagyobb valószínűséggel ad hálapénzt. Azt is elképzelhetőnek tartjuk, hogy az általánosan jellemző magas értékek és a csekély szórás miatt nem lesz kimutatható kapcsolat.

Az ötödik változó az egy főre jutó háztartási jövedelem. A jövedelemadat nagyban függ attól, miként kérdezzük rá. A TÁRKI évente egyszer végez részletekbe menő, negyven lehetséges jövedelemtípust felsoroló jövedelem-felvételt. A rendszeres Omnibusz-felvételek alkalmával, amilyenre ez a vizsgálat is épült, csak egyszerűbb kikérdezésre van mód („*Mindent egybevetve, mennyi az Önök háztartásának nettó havi összjövedelme?*”). Következésképp az ebből származó adatok elsősorban háttérváltozóként használhatók, maguk az értékek azonban általában lefelé torzítanak. Még egy módszertani megjegyzés: Azokat, akik nem kívántak a kérdésre válaszolni, vagy nem tudták megmondani az összeget, megkértük, hogy adott jövedelemsávokban helyezték el háztartásukat. Annak érdekében, hogy a regressziós modellben minél nagyobb esetszámmal dolgozhassunk, az így nyert információt is felhasználtuk jövedelembecslésre.

A jövedelem, várakozásaink szerint nem befolyásolja közvetlenül a hálapénz-adás tényét. Természetesen az összegét igen. Valószínű, hogy a magasabb jövedelműek többet adnak. Jelen tesztünk azonban csupán arra irányul, hogy megtudjuk, min múlik, valaki ad-e vagy sem.

Az iskolai végzettséget ordinális skálán kérdeztük (nem járt iskolába, kevesebb, mint nyolc általánosa van, 8 általánost végzett, szakmunkásképzője van, középiskolában érettségizett, főiskolai, illetve egyetemi diplomája van). Ezt a skálát transzformáltuk arányskálává azáltal, hogy az egyes fokozatokhoz rendeltük az iskolában eltöltött évek számát (az előbbi sorrend alapján: 0, 6, 8, 11, 12, 15,5, 16,5; a kevesebb, mint nyolc általánost a korábbi tapasztalatok alapján közelítettük 6-tal).

Az egészségügyben dolgozóktól (vagy azoktól, akik az elmúlt öt évben dolgoztak az egészségügyben, illetve akiknek közeli rokonai dolgoznak vagy dolgoztak ott az elmúlt öt évben) azt várjuk, hogy ritkábban fizetnek hálapénzt, mint mások. A tanulmány későbbi szakaszában visszatérünk a hálapénz és a személyes kapcsolatok, a protekció közötti átváltás arányaira. A lakosság az utóbbit értékesebbnek tartja. Ennek alapján logikus az a várakozás, hogy akiknek jó személyes kapcsolathálójuk van, többször tudják a hálapénz-fizetést kiváltani.

Az egészségi állapot megítélését az egyénre bíztuk. Nemzetközi panelvizsgálatok tapasztalata, hogy a szubjektív megítélés pontosabb a tünetek feltárására irányuló bármiféle kikérdezésnél (és például pontosabban jelzi előre a panelben előforduló haláleseteket). Négyfokozatú skálát használtunk. Várakozásunk az, hogy minél rosszabb valakinek az egészségi állapota, annál nagyobb a valószínűsége, hogy ad hálapénzt.

Végül utolsó változónk az egészségtudatosság mérésére szolgál. A minta tagjait megkérdeztük, hogy mennyit tesznek egészségük megóvása érdekében, mennyit mozognak, pihennek, hogyan táplálkoznak, mennyire vigyáznak egészségükre. A válaszokat ötfokozatú ordinális skálán adtuk meg. Arra számítottunk, hogy azok akik jobban vigyáznak magukra hajlamosabbak arra is, hogy ha rákerül a sor, külön fizessenek is az orvosnak.

A logisztikus regressziós modell felépítésének azt a módszerét alkalmaztuk, amely lépésről-lépésre, előre megszabott paraméterek alapján maga dönti el, hogy mely változókat és milyen sorrendben vesz be a modellbe (forward LR módszer). A számítás a 11. táblázatban bemutatott modellt eredményezte. A táblázat minden változóra három értéket mutat be. Minden esetben megadjuk a logisztikus regressziós koefficiens (B), vagyis a bekövetkezési esély logaritmusára (a logitra) gyakorolt parciális hatást (ha ez szignifikáns, akkor a kérdéses változó értékének változása az előjeltől függően növeli vagy csökkenti a függő változó bekövetkezési valószínűségét), a koefficiensből képzett, nagy mintában χ^2 -eloszlást követő Wald-statisztikát, valamint az ehhez tartozó szignifikancia-szintet.

11. táblázat
Min múlik, hogy valaki ad-e hálapénzt? –
a számítás során jóváhagyott modell

	B	Wald-teszt értéke	Szignifikancia-szint
TELTIP		19,81	0,0002
TELTIP (1)	0,20	4,79	0,0287
TELTIP (2)	-0,18	2,62	0,1058
TELTIP (3)	-0,41	9,91	0,0016
MBNEME	-0,11	3,14	0,0763
ELEGED	-0,18	5,29	0,0214
MB48	0,15	6,09	0,0136
Konstans	0,02	0,002	0,9667

Az első általános következtetés, hogy a rendelkezésünkre álló szokványos szociológiai jellemzőkkel csak igen rosszul lehet magyarázni a hálapénz-fizetést. A változók ezen halmaza nem alkalmas arra, hogy a hálapénz-fizetés esélyeit megbecsüljük. Arra azonban alkalmas lehet, hogy leírjuk az egyes szempontok parciális hatásait. Amely hatások láthatóan gyengék. A kilenc változó közül csak négy akadt, amely egyáltalán szignifikáns kapcsolatban volt a hálapénz-fizetéssel, ráadásul ezek értel-

mezése sem mindig egyszerű. A viszonylag legegységesebb kapcsolatot a településtípus esetén kaptuk. Emlékeztet, hogy a településtípust a lokális piac méreteként értelmeztük. A piac mérete településtípusról településtípusra nő. A betegek mozgásszabadsága azonban nem feltétlenül nő ugyanígy. Ennek magyarázatául az egészségügyi piac információs sajátosságai szolgálnak. Új belépők megjelenése a piacon általában élezi a versenyt, leszorítja az árakat és javítja a minőséget. Olyankor azonban, amikor a vevők információs költségei nagyon magasak, például olyan nehezen minősíthető termékek esetében, mint a háziorvosi ellátás, az új szolgáltatók megjelenése az információs költségeket aránytalanul megnöveli. A kínálat bővüléséből származó előnyt a járulékos információs költségek bizonyos mérethatár felett elnyomják. A több egy ponton túl kevesebb. Erre a jelenségre először Satterthwaith figyelt fel³. Magyarországon ugyanezt mutatta ki Csaba és Gál a háziorvosi szolgáltatások piacán, a szabad orvosválasztás lehetőségének bevezetésekor⁴. A tanulmány szerint a tb-kártyák bevezetésével 1992-ben sokan új háziorvost választottak. Az első várakozással szemben azonban az eddigi orvos helyett nem ott választottak a legnagyobb valószínűséggel újat, ahol a legnagyobb volt a választék, vagyis ahol a legtöbb orvos közül lehetett választani. Ellenkezőleg, az eloszlás görbéje U-alakú volt: a községekben és a fővárosban az átlagosnál ritkább, a kisvárosokban és a megyeszékhelyeken az átlagosnál gyakoribb volt az orvosválasztás. Ugyanezt az U-alakot ezúttal is megkapjuk: a községekben és Budapesten gyakrabban fizetnek hálapénzt (az ellátást igénybe vevők 42, illetve 45 százaléka), a kisvárosokban és a megyeszékhelyeken viszont ritkábban (32, illetve 28%). Vagyis ahol a kínálat szűkössége vagy a súlyos információs költségek gyengítik a kínálati versenyt, ott gyakoribb a hálapénz-fizetés.

Várakozásainknak megfelelően az is bebizonyosodott, hogy minél rosszabb valakinek az egészségi állapota, annál valószínűbb, hogy fizet az ellátásért. A modellbe került további változók esetében már nehezebb ilyen meggyőző kapcsolatot találni. Nem világos, hogy a nők miért fizetnek gyakrabban, mint a férfiak. Az pedig végképp ellentmond minden várakozásunknak, hogy, bár a megkérdezettek általában igen elégedettek az egészségügyi ellátással, a viszonylag elégedetlenebbek szignifikánsan nagyobb valószínűséggel fizetnek hálapénzt.

Fontos eredmény, hogy a jövedelem nem befolyásolja a paraszolvencia valószínűségét. A kevésbé jómódúak is ugyanolyan valószínűséggel adnak, legfeljebb kisebb összegeket. Ennél meglepőbb az az eredmény, hogy az egészségügyben dolgozók nem fizetnek ritkábban, mint azok, akik nem tartoznak ebbe a körbe. Az elemzés semmiféle statisztikailag érzékelhető kapcsolatot nem talált.

3. Hálapénz-árak

A következő fejezetben megpróbáljuk megbecsülni egyes egészségügyi beavatkozások hálapénz-árát. 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. Igyekezünk minél szélesebb skáláról gyűjteni a beavatkozási formákat, egyrészt olyanokat,

³ Satterthwaith: Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers; *Bell Journal of Economics*, 1979 (10): 483–502).

⁴ Csaba és Gál: A bőség zavara: tökéletlen információ és verseny a háziorvosi szolgáltatások piacán; *Közgazdasági Szemle*, 1997, 44 (7–8), 673–86.

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. Az eredmények az esetek számottevő részében erősen ferde eloszlásúak, mivel a válaszolók nagy része, esetleg többsége szerint a kérdéses beavatkozást egyáltalán nem szokás hálapénzzel honorálni; erről, a lakossági vélekedések kapcsán az előző fejezetben már volt szó. Más esetekben, a hálapénz-árak kialakulásának folyamatában jelenlévő bizonytalanságok miatt, amelyekre a 5. fejezetben még kitérünk, néhány, a többtől nagyban különböző adat jelentősen eltorzítja az átlagot és megnöveli a szórást. Épp ezért a központi tendencia mérésére többféle eszközt is alkalmazunk, nem csupán az átlagot. Rendre feltüntetjük a mediánt, valamint a móduszt is. Eredményeinket a 12. táblázatban mutatjuk be. A táblázat baloldali részében az orvos-mintától, jobboldali panelében a lakossági mintától kapott eredményeket szerepeltetjük.

Először a lakossági eredményeket vizsgáljuk meg. Mivel a beavatkozás-lista általános, a lakossági minta pedig az egész felnőtt népességet lefedi, a 12. táblázat jobboldali részében nagy a tájékozatlanságból fakadó statisztikai „zaj”. (Olyan ez, mintha a közlekedésben érvényesülő árakról szóló kutatásban nagymamáktól is megkérdeznék a sportkocsik vagy a mountain bike-ok árát, a multimilliomosoktól pedig a MÁV nagycsaládos kedvezményeit.) Valószínű, hogy a leszázalékolás körülményeivel a fiatalok, a gyerekorvosnak fizetett hálapénz mértékével pedig a nyugdíjasok nincsenek teljesen tisztában. Épp ezért pontosabb kép csak részminták vizsgálatával vagy célzott mintavétellel lenne nyerhető.

A hálapénz-árakra vonatkozó eredmények finomítják az előző fejezetben nyert képet. A panel középső oszlopában közölt medián értékek jól tükrözik a vélt hálapénz-fizetés arányát: ha a medián nulla, akkor a megkérdezettek többsége szerint a kérdéses beavatkozásra nem szokás hálapénzt fizetni. A mediánok és az átlagok által kijelölt sorrendek helyenként különböznek. Például a többség úgy véli, hogy a sugárterápiás kezelésre, a rutin nőgyógyászati vizsgálatokra vagy a leszázalékolásra nem kell fizetni semmit, míg a kötelező védőoltás otthoni beadása a medián vélekedés szerint 500, az éjszakai kiszállás pedig 1000 forintba kerül. Ezzel szemben az átlagértékek alapján az elsőként említett két beavatkozás drágább, mint az otthoni oltás, és ugyanolyan drága, mint az éjszakai riasztás.

Az orvosoktól kapott adatok alapján ugyancsak egy sor érdekes következtetésre juthatunk (12. táblázat baloldali része). Azok a tevékenységek, melyek esetén a medián értéke 0 (röntgenvizsgálat, injekció, vérnyomásmérés, sugárterápiás kezelés) nagy valószínűséggel azok a beavatkozások, melyekért az orvosok szerint a betegek nem adnak hálapénzt. Kétséges még, hogy a gyógytornászok kapnak-e és mennyit egy-egy foglalkozásért. 500 és 2000 forint közötti összeget sejtene az orvosok a rutin nőgyógyászati vizsgálatért, éjszakai ügyelet alatt az otthoni ellátásért, védőoltás otthoni beadásáért, gyógymasszázsért. 5000–10000 forint közötti tarifával tartják számon az olyan rutin műtéteket, mint a mandulaműtét, vakbél-, epeműtét. A két legdrágább beavatkozás a felsoroltak közül a szülés 15000–20000 forintos, illetve a szívűtét 50000 forint körüli vélt összeggel.

12. táblázat
 „Hány forint hálapénzt ad általában egy beteg ...?” – kérdésre adott válaszok statisztikai mutatói az orvosok és a lakosság körében (Ft)

	Orvosok szerint			Lakosság szerint		
	Átlag*	Medián	Módusz	Átlag*	Medián	Módusz
...ha éjszaka kijön az ügyeletes orvos	763	500	500	857	1000	1000
...nőgyógyászati rutinvizsgálatért (szakrendelőben)	1231	1000	1000	860	0	0
...ha az orvos vérnyomást mér	90	0	0	64	0	0
...nőgyógyásznak szülés esetén	19340	15000	10000	10982	10000	10000
...ha injekciót adnak (rendelőben)	146	0	0	206	0	0
...gyógytornásznak egy foglalkozásért	400	200	0	461	0	0
...sugárterápiás kezelésért	1064	0	0	840	0	0
...ha betegállományba kiírják (de nem beteg)	2063	1000	0	n.a.	n.a.	n.a.
...vakbél- vagy epeműtétnél műtő orvosnak	8879	7500	5000	6001	5000	5000
...gyermek-, illetve házi-orvosnak, aki rendszeresen kijár havonta	1951	1000	1000	1640	1000	1000
...gyermekorvosnak, ha házhoz jön és kötelező védőoltást ad	730	500	1000	606	500	0
...gyógymasszázsért	682	500	500	530	100	0
...mandulaműtét esetén	5301	5000	5000	3561	3000	5000
...szívműtét esetén a műtétet végző orvosnak	48750	50000	50000	28967	20000	10000
...leszázalékolás esetén, annak ellenére, hogy munkaképes	32086	15000	0	n.a.	n.a.	n.a.
...röntgenvizsgálat esetén	72	0	0	134	0	0

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

Az átlag, a medián és a módusz értéke között a legnagyobb távolságot azokban az esetekben találjuk, ahol az orvosnak kifizetett összeg nem pusztán az erőforrás-allokációt torzító hálapénz, hanem kifejezetten korrupciós eszköz, vagyis ott, ahol az orvos hatósági szakértői feladatokat lát el. Ilyen például a leszázalékolás, annak ellenére, hogy a páciens munkaképes. Az átlagárat tekintve a leszázalékolás bizonyult a második legdrágább orvosi eljárásnak, még a szülést is megelőzve, a leggyakrabban említett érték azonban a nulla forint volt. Hasonló eltérés figyelhető meg a táppénzcsalás (egészséges páciens betegállományba vétele) orvosi közreműködésének hálapénz-áránál is. A középértékek ilyen mértékű távolsága az árinformáció eloszlásának nagyfokú egyenetlenségére, illetve a kérdést övező homályra és bizalmatlanságra utal.

A 12. táblázat lakossági és orvosi paneljének 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

megbízhatóak, másrészt pedig azt, hogy orvosok és betegek nagyjából egyformának érzékelik az egészségügyi feketegazdaság arányait, még akkor is, ha az áralkulást számos bizonytalanság kíséri (erre a 5.2.1. alfejezetben még visszatérünk). Másodszor pedig, azt tapasztaltuk, hogy három beavatkozás fajtát (az éjszakai kiszállást, az injekció beadását és egy gyógytorna foglalkozást) leszámítva a betegek rendre alábecslik a beavatkozásokra adandó összegeket az orvosok által bemondott összegekhez képest.

A hálapénz-árakra vonatkozó elemzésünket azzal zárjuk, hogy bemutatjuk, az orvosok szerint az egyes beavatkozásokat miként kéne beárzni, 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. A 12. és a 13. táblázat összehasonlításából 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. Ezen beavatkozások esetében nincs lényeges különbség a két táblázat adatai között, így a szívműtét honoráriuma 50 ezerről 65 ezerre, a szülésé 20 ezerről 22 ezerre nőne, ha a „kínálati” árat adnák meg. Vannak olyan tevékenységek, melyek ára a kínálati oldalon várt ár realizálódása esetén a mostaninak duplájára emelkedne (rutinműtétek), s végül vannak olyan tevékenységek, melyeknél az emelkedés ennél is nagyobb lenne (pl. röntgenvizsgálat).

13. táblázat

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

	Átlag	Medián	Módusz	Jelenlegi becsült hála- pénz-árak
Ha éjszaka kijön az ügyeletes orvos	2930	2000	2000	763
Nőgyógyászati rutinvizsgálatért (szakrend.)	2643	2000	2000	1231
Ha az orvos vérnyomást mér	540	400	0	90
Nőgyógyásznak szülés esetén	22757	15000	10000	19340
Ha injekciót adnak (rendelőben)	625	500	0	146
Gyógytornásznak egy foglalkozásért	2182	1000	1000	400
Egy sugárterápiás kezelésért	3447	1500	0	1064
Ha betegállományba kiírják (de nem beteg)	457	0	0	2063
Vakbél- vagy epeműtétnél műtő orvosnak	17001	10000	10000	8879
Gyermek- házi orvosnak, aki rend- szeresen kijár havonta	7853	4000	5000	1951
Gyermekorvosnak ha házhoz jön és kötelező védőoltást ad	1890	1000	0	730
Egy gyögmasszázsért	1484	1000	1000	682
Egy mandulaműtét esetén	9775	6000	5000	5301
Szívűműtét esetén a műtétet végző orvosnak	64596	50000	50000	48750
Röntgenvizsgálat esetén	2099	1000	0	72

4. Mekkora a hálapénz összege a magyar egészségügyben

Az alábbiakban 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 kalkuláció-sorozatot, amely a végső számszerű eredményekhez elvezettek.

4.1. 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 lakosoknak. A makrobeclés alapjául szolgáló összesítő kérdéseket fel sem tettük az orvosoknak, mert attól tartottunk, hogy elutasítólag reagálnának. Egyébként más kérdések kapcsán ismételt 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 irányába 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 részlet-kiadásokra vonatkozó kérdések előzik meg. Ezek mintegy felrészítik a memóriát, s utána a megkérdezett már pontosabb összegező adathoz jut el. Sok közvélemény-kutatás, 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”-re vonatkozóan kérdeztük az interjú-alanyokat, hanem külön-külön kérdésblokkot tettünk fel a háziorvosnál, a járóbeteg-ellátásban és a kórházban szerzett tapasztalatokról. Egy-egy ilyen kérdés-sor keretében érdeklődtünk pl. a különböző szolgáltatások „hálapénz-áráról”, s csak ezután, s több más konkrét kérdést követően, egy-egy kérdés-sorozat végére érve külön-külön kérdeztük e háromféle ellátás összegező adatait. (A kérdőív megtalálható a kutatásról szóló dokumentum-kötetben, ami rendelkezésre áll a TÁRKI könyvtárban.) Mindez a memória-felrészítő eljárás javítja az összegező adat pontosságát, de még nem garantálja a válasz abszolút pontosságát. A KSH fogyasztás-statisztikai lakossági felvételéből és a kereskedelemből, illetve a vám- vagy adóstatistikából származó adatok közötti eltérés igen jelentős szokott lenni, egyes cikkek-nél eléri az 50 százalékot is. Ebből az következik, hogy a kikérdezésből nyert adatok (még memória-felrészítő kikérdezési technikánk 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 számbavett eloszlástól. Azt, 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 szívűtétet, kockázatos lenne ilyen kis mintából becsülni. Mivel jelentésünk korábbi fejezeteiből kiderült, mennyire koncentrált a hálapénz-fizetés szakmák, illetve beavatkozási formák szerint, ezért a minta kis mérete számottevő bizonytalanságot okoz. Viszont – ellentétben a fentebb említett első problémával – itt 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 14. táblázat mutatja be. Vegyük a házi orvosra vonatkozó első sort. Az 1392 fős mintából 1348 fő adott értékelhető választ a házi orvosnál fizetett hálapénzre vonatkozó kérdésre. Ezek, saját bevallásuk szerint, összesen 1.593.216 Ft-ot fizettek 13 hónap alatt hálapénzre. Ez a lakosság egészére vetítve 9,343 milliárd Ft hálapénz-kiadás, 13 hónapra. Tizenkét hónapra kalkulálva: 8,624 milliárd Ft. Vagy ha pontbecslés helyett „től-ig” sávot (95%-os konfidencia intervallumot) akarunk megadni, akkor azt mondhatjuk: a magyar lakosság által a házi orvosoknak kifizetett hálapénz összesen 6,8 és 10,5 milliárd Ft közé esett.

14. táblázat
A hálapénz-makrobecslés levezetése

	Minta-nagyság (fő)	Érvényes esetek száma (fő)	A minta által kifizetett hálapénz (13 hónap; Ft)	Lakosság által kifizetett hálapénz: pontbecslés és 95%-os konfidencia intervallum (13 hónap; milliárd Ft)	Lakosság által kifizetett hálapénz: pontbecslés és 95%-os konfidencia intervallum (12 hónap; milliárd Ft)
Házi orvosnál	1392	1348	1.593.216	9,343 7,317–11,368	8,624 6,754–10,494
Járóbeteg szakrendelésen	1392	1366	1.062.112	3,280–9,013 20,383	3,027–8,320 18,815
Kórházban	1392	1349	3.478.545	15,435–25,327 35,872	14,248–23,379 33,112
Összesen	1392	-	6.133.873	26,032–45,708	24,030–42,192

Ugyanezen gondolatmenet szerint jutottunk el a járóbeteg szakrendelőben és a kórházban fizetett hálapénz-összegezekhez is⁵. Ezt a három összeget összeadva, a táblázat utolsó sorában leolvashatók a makrobecslés. A végeredmény: e háromféle

⁵ 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.

ellátás keretei között kifizetett összeg 24,0 és 42,2 milliárd Ft közé esik; ennek középértéke 33,1 milliárd Ft.

Ehhez hozzá kellene adni a mentőknek, valamint az állami rendelőintézetekben működő fogorvosoknak adott hálapénzt, hogy eljussunk a teljes makroaggregátum átfogó becsléséhez⁶. Erre nincs alkalmas háttér-adatunk, ezért ettől a két orvos-csoporttól 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 az egész hálapénz-összegnek kb. 10–13%-a⁷. Eszerint a 33,1 milliárd Ft-ból az orvosoknál marad körülbelül 29 milliárd Ft. Ez tehát becslésünk középértéke, a háziorvosi, járóbeteg és kórházi szolgálatra összesítve.

Hangsúlyozzuk, hogy ez az érték közterhektől mentes, tehát elsősorban a nettó bérekkal 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.

⁶ A mentőorvosok száma mindössze 200 körül van; a nekik adott hálapénz elenyésző a makroaggregátumon belül. Ami a fogorvosokat illeti, a lakosság számottevő része magán fogorvoshoz jár. Azok, akik kitarának az állami fogorvosi rendelésnél, eleve kevésbé hajlandók (vagy kevésbé képesek) saját zsebükből fizetni, különösen azóta, hogy számos szolgáltatásért *co-paymentet* kell fizetni. 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.

⁷ A hálapénz-fizetésre vonatkozóan mindhárom ellátási formában részletes 9–12 kérdésből álló kérdésblokkokat kérdeztünk végig, mielőtt az összes hálapénz-fizetésre vonatkozó kérdéseinket feltettük volna. E blokkokat a megkérdezettre és még egy családtagjára vonatkozóan kérdeztük végig. Ez az eljárás növelte az esetszámot, de torzította 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.

A1. táblázat
Az egyes ellátási formákban ténylegesen fizetett átlagos hálapénz-összegek – pénz és nem pénzbeli ajándék együtt, Ft

	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 ajándékok értékének beszámítása a megkérdezett becslése szerint forintban történt. Az összegek a legutolsó betegsége vonatkoznak; ha ennek során orvos és beteg többször találkozott, ezeket együtt vettük figyelembe.

4.2. 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 több-lépéses számítással kell becsülnünk.

Létszám. A 15. 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 makrobeclésénél alapul vett orvosi körrel) nem tartalmazza a mentőszolgálatban, az állami fogorvosi ellátásban dolgozókat, akik, mint fentebb 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 az iskolaegészségügyi 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 számításra kívül hagyjuk.

15. táblázat

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

	1997	1998
Háziiorvos és gyermek háziiorvos	6.846	6.780
Járóbeteg-szakorvosi ellátásban dolgozó orvos	5.971*	n.a.
Kórházi orvos	12.677	12.185
Összesen	25.494	–

*Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv, 1998., 180., 181., és 183. o. A *-gal megjelölt adat forrása: KSH Statisztikai Évkönyv, 1997, 173. o.*

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

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

Egy főre jutó bruttó hivatalos jövedelem. A GYÓGYINFOK adatai szerint⁸ az egy főre jutó havi bruttó jövedelem az általános orvosoknál 83.999 forint (létszámuk 4342), a szakorvosoknál 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.

⁸ Lásd Magyar Orvos, 1999. szeptember, 2. o. A GYÓGYINFOK táblázata nem tartalmazza a vállalkozó háziiorvosok adatait.

A hálapénz/bruttó jövedelem hányados. Ha mind a hálapénzre, mind a bruttó jövedelmekre vonatkozóan a becslések középértékeit vesszük, praktikusán 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 jövedelemadókat. Tulajdonképpen ezt 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%), nyugdíjbiztosítási járulék (7%), munkavállalói járulék (1,5%). A személyi jövedelemadó átlagos kulcsa az 1,135–1,335 millió Ft-os évi jövedelem, azaz az átlagos orvosi bruttó jövedelem körüli 200 ezer forintos jövedelemsáv szintjén 26,6 százalék⁹. 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 per 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 a jelentésünk 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 hálapénzösszege. 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.

4.3. Összehasonlítás más számításokkal

1. A KSH 1997-es háztartásstatisztikájában szerepelt a tételek között a hálapénzkiadás.¹⁰ Ennek alapján 1997-ben a teljes hálapénzkiadás országosan 5,8 milliárd forint volt.¹¹ Ebből azonban az orvosokra csak 2,8 milliárd forint jutott (lásd uo.), a többi más borrhálós és hálapénzes szakmák képviselői között oszlott meg. Ez a jelenlegi számításban kapott makro-összeg 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 fázadságos vezetésére.

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

⁹ APEH mikroadatok alapján.

¹⁰ Központi Statisztikai Hivatal: Családi Költségvetés, 1997, Adattár, 36–37. old.

¹¹ Keszthelyiné Rédei Mária, Lakatos Judit és Szabó Zsuzsanna: A rejtett gazdaság kiterjedése 1997-ben; megjelent: *Statisztikai Szemle*, 1999. december, 928. old.

2. A szakajtóban és a napisajtóban is becsléseket adott közre dr. Balázs Péter orvos, aki jelenleg az Egészségügyi Minisztérium megbízásából a hálapénzzel foglalkozó bizottság vezetője¹². Dr. Balázs Péter becslése, amennyire ez az említett cikk alapján rekonstruálható, a következő gondolatmeneten alapul. A szerző elfogadta Kovács Lajosnak, a Magyar Orvosi Kamara Zala megyei elnökének egy becslését¹³. Eszerint 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.) Dr. 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 makro nagyságával.

3. Mihályi Péter az egészségügyi reformról írott is foglalkozik a kérdéssel; köszönettel tartozunk azért, hogy becsléséről tájékoztatott¹⁴. Mivel más adat nem állt rendelkezésére, becslését a következő gondolatmenetre építette. Tényadatok vannak arra vonatkozólag, hogy a három szolgálatban (házi orvos, járóbeteg szakrendelés és kórház) mennyi beteg fordul meg. Szakértőkkel konzultálva becslés készült arra, hogy a három szolgálatra vonatkozóan a betegek hány százaléka ad hálapénzt, s egy-egy hálapénz-fizetésnek 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 makrobebecslésünkhöz, saját vizsgálatunkkal összehasonlítva azonban úgy tűnik, hogy Mihályinál túl alacsonyok a gyakoriságokra vonatkozó becslések, viszont túl magasak az egyedi hálapénz-összegek 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 makrobebecslésünk háttérben alapos felmérés áll; mikroszámokból építkezve jutunk el a makrobebecsléshez. A reprezentatív felmérés kérdéseit nem egy általános kikérdezés melléktemájaként 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.

5. A hálapénz az egészségügyi szolgáltatások piacán

Az alábbi fejezetben néhány, a hálapénz közgazdaságtanával kapcsolatos kérdésben elért eredményünket ismertetjük. Több esetben sejtéseinkig 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 allokációs és elosztási hatásait, illetve a jóléti közgazda-

¹² „A rejtőzködő magánfinanszírozás és az egészségügy legális költségterítése”, *Népegészségügy*, 1997, február, 17–21. old.

¹³ *Magyar Orvos*, 1996. március, 15–19. old.

¹⁴ Mihályi Péter: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*, Budapest: Springer, 1999

ságtan 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.

5.1. 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 teremthető, amelyben úgy érezheti, ha nem fizet, a jövőben hátrányba kerül. Ez az ún. 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.

16. táblázat

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

	Előre	Utólag	Rendsze- resen	N.t., egyéb	Összesen**
Alapellátás (n=330)	7	85	5	4	100
Járóbeteg szakrendelés n=136)	13	80	3	5	100
Kórház (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, 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 16. 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 fizet¹⁵.

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 17. 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 elvárták tőlük. Nem tudjuk továbbá, hogy vannak-e olyanok, és ha igen, hányan, akik éreztek valamiféle nyomást, ennek ellenére nem fizettek hálapénzt, vagy akik nem éreztek semmi efféle pressziót, és nem is fizettek. A fenti adatokból tehát semmiképpen nem szabad azt a nyers következtetést levonni, hogy ilyen vagy olyan praktikákkal az orvosok ilyen magas százaléka kierölteti betegéből a hálapénzt. A kapott eredmény legalább annyira árulkodik a kialakult rossz közérzetről, mint a hálapénz kieröltetésének 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.

17. 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”.

5.2. Az árak kialakulása: piacszerkezet

A fenti gondolatmenet, vagyis a tranzakciós megközelítés, természetesen csak az egyik lehetséges megközelítése a problémának. Az alábbi szakaszban a hálapénz-árak kialakulásának mechanizmusával foglalkozunk. Megvizsgáljuk, hogy vannak-e általánosan elfogadott hálapénz-árak. 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 árnyékpia-

¹⁵ Talán nem naivitás azt hinni: a betegek egy része azért (vagy azért is) ad hálapénzt, mert – érdek nélkül – valóban hálóját akarja kifejezni. Ez is szerepet játszhat abban, hogy akkor fizet, amikor már megkapta a szolgáltatást, van miért hálásnak lennie, nem pedig előrefizetéssel, jövődó figyelmességet kíván megvásárolni.

con, 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 oldalt nézve pedig: van-e árverseny az orvosok között a jól fizető betegekért?

5.2.1. 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 hálapénz fizetők körülbelül egyharmada tudta előre, mennyit kell fizetnie, a többiek nem, és vagy találmra adtak, vagy megpróbáltak információt szerezni az árakkal kapcsolatban (lásd a 18. táblázatot).

18. 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 19. táblázatot).

19. táblázat
„Őn 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 fenti táblázatból látható, hogy az emberek általában nem tudják, az amit ők adtak hogy viszonyul a mások által fizetett hálapénzhez. A hálapénzt fizetők mintegy negyven százaléka „nem tudom”-mal válaszol egy ezt firtató kérdésre. Nagyjából egyező

arányban, a megkérdezettek negyede-negyede úgy gondolja, hogy a többiek többet vagy ugyanannyit adnak; azok aránya, akik szerint mások kevesebbet fizetnek, elenyésző. 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 nem 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 kezelőszemélyzet kitértett figyelmét, hanem épp ellenkezőleg, hogy ne hogy azzal lógjanak ki a sorból, hogy ők azok, akik nem adtak. A másik esetben viszont, amikor azért nem adnak többet, mert nem tudnak, a hálapénz-fizetés 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 árárányok érzékelése viszonylag egységes a keresleti és a kínálati oldal szereplői körében. A lakossági kikérdezés továbbá alkalmas arra, 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.

20. táblázat
„Ön szerint mivel lehet többet elérni: hálapénzzel vagy protekcióval?”
– válaszok a lakossági minta százalékában

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

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

Az általános megítélés szerint, miként a 20. 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 tábora is jóval nagyobb volt, akik szerint a kétféle fizetőeszköz egyformán hatékony. Mondjuk így: öt válaszolóból négy szerint a pénz nem értékesebb, mint a protekció.

5.2.2. A betegek versenye az orvosokért

A hálapénz-árak kialakulását nagyban befolyásolja, hogy e sajátos piacon a vevő választása erősen korlátozott. Bár a beutalási rendszer és általában a betegmozgató 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 21. táblázatot).

21. táblázat
Miként kerül a beteg orvosához?
*(ellátási típusok szerint, a kérdéses ellátási típust igénybe vevők százalékában)**

	Kórház (n=247)	Járóbeteg szak- rendelés (n=535)	Összesen (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 korábról, 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
Összesen**	100	100	100

* Csak a lakossági mintában szereplőknek feltett kérdés alapján.

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

Az összehasonlításból a szabadon választható házi orvosokat kivettük. A 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 árakat¹⁶.

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 szakrendeléseken 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 kapcsolatot is gyakoribb a kórházban, mint a szakrendelőben (23% 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 épp fordított a helyzet: a hálapénz-fizetés 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 eső 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.

¹⁶ 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 hálapénz-árakat. Azt is meg kell jegyezni, hogy az alapellátásban 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.

5.2.3. Az orvosok versenye a betegekért

Arra a kérdésre, hogy vajon az orvosok között tapasztalható-e valamilyen verseny azokért a betegekért, akiktől 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 tudom”-mal. 60 százalék szerint a hálapénz-fizetés előnyt, jobb ellátást jelent, és mindössze 28 százalék mondja azt, hogy nem.

6. Összefoglalás

A fenti tanulmányban négy fő célt tűztünk magunk elé. Először is fel akartuk térképezni, és össze akartuk hasonlítani a hálapénzzel kapcsolatos lakossági és orvosi attitűdöket. Másodsor, pontosabb képet kívántunk nyerni a hálapénz-fizetés 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 menti); 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 hálapénz-fizetés 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 házi orvosnak, az orvos-minta szerint csak 4, a házi orvosok szerint csak 2. Ezzel szemben mintánknak abból a részéből, amely ténylegesen megfordult a házi orvosnál a vizsgált periódusban, a legutóbbi kezelés alkalmával, bevallása szerint 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 hálapénz-fizetést, mint amennyit egyéni kiadásai között elismer belőle. Az orvos-minta 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 hálapénz-fizetők arányát, mint azok, akik a kérdéses szakmában dolgoznak. Megjegyezzük, hogy az elismert hálapénz-fizetés nem feltétlenül azonos a tényleges hálapénz-fizetéssel. Megítélésünk szerint az előbbi – a felejtési hatás és az eltitkolási szándék miatt – valamelyest alábecsüli az utóbbit.

A tapasztalat szerint a falusiak és a budapestiek gyakrabban adnak hálapénzt, mint a kisvárosokban és a megyeszékhelyeken élők. Általában azonban az, hogy ki ad hálapénzt és ki nem, nem nagyon magyarázható a szokásosan használt „kemény” szociológiai változókkal (jövedelem, iskolai végzettség, életkor).

Tizennégy konkrétan felsorolt beavatkozás hálapénz-átlagárának 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 maradékot az egészségügyi személyzet többi tagja kapta. 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, más-hol 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.

Abstract

Over the last decades the Hungarian health care system developed a unique construction of financing. While operational costs are covered by social security and investments by local communities, a significant part of the wages of staff is collected directly, pocket-to-pocket from patients. This slice of the health budget is not covered by insurance, involves tax-avoidance and is illegal but largely tolerated by the authorities.

In this study we tried to measure the extent of this shadow market. We also mapped prices operating in this moonlighting and the attitudes of doctors and the public toward such a system.

In our experience this form of illegal payment called *hálapénz* (gratitude money) is wide spread in Hungary. Yet, there is a significant discrepancy between the frequency assumed by doctors and their patients and the frequency admitted. According to our sample of the public, 5-6 patients out of 10 give gratitude money to the GP. According to the doctor-sample only 4, and the GP-subsample just 2. However, from that section of the public which visited a GP in 1998, a mere 14 per cent admitted to having paid gratitude money on the last occasion and 26 per cent over the whole year. The public thought gratitude money donations were more frequent than admitted in case of higher level care as well. In these cases, the estimations given by the doctor sample were closer to what was admitted by the public. However, it applies to all particular professions in the health care system that its representatives make lower estimations on the frequency of gratitude money in their own specialties than doctors offering estimations for other fields.

The shadow prices of 14 listed health care events ranging from an x-ray to a heart operation formed practically the same order in the two samples. It makes clear that the relative prices are more or less clear for the actors despite rapid inflation. Dispersion is significant, though. Against our expectations, doctors guessed higher prices than the public.

The total amount paid in 1998 as gratitude money is estimated to fall within the 95 per cent confidence interval of between 24 billion and 42 billion forints (between 112 million and 196 million US dollars at the 1998 average rate), with 33 billion (154 million US dollars) being the most likely value. Doctors received 29 billion forints (135 million US dollars) out of this amount, while the rest went to other members of staff. In our estimation this raises the net income of doctors by more than 150 per cent of their official net income on the average giving a total of more than 250 per cent of the official net income.

Gratitude money is distributed unevenly between particular professions in health care. In some areas hardly anybody pays, and where payments are made these are only marginal amounts. In some fields however, most patients pay significant amounts. Most of the gratitude money is paid for two instances: if the doctor goes to the patient's home or in the case of an operation. Gratitude money is not the only currency in the health care shadow economy. About three-quarters of the public-sample consider gratitude money no more of a value than good connections (dividends on network capital).

A TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok eddig megjelent számai

1. Michael F. Förster–Tóth István György: Szegénység és egyenlőtlenségek Magyarországon és a többi visegrádi országban (1997. november)
2. Tóth István János: Az adófizetők jövedelemszerkezete és adótehermegoszlása 1996-ban (1997. december)
3. Gál Róbert Iván: Az önkéntes nyugdíjpénztárak piaca (1998. január)
4. Medgyesi Márton–Róbert Péter: A munka-attitűdök időbeli változása 1989-1997 között (1998. február)
5. Szivós Péter–Tóth István György: A jóléti támogatások és a szegénység Magyarországon, 1992-1997 (1998. március)
6. Mészáros József–Szakadát István: Parlamenti képviselői helyek megoszlásának becslése közvéleménykutatási adatok alapján (1998. április)
7. Sik Endre–Tóth István János: A rejtett gazdaság néhány eleme a mai Magyarországon (1998. május)
8. Róbert Péter–Nagy Ildikó: Újraelosztó állam vagy öngondoskodó polgár? (1998. június)
9. Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor: Kórkörkép: látens és diagnosztizált betegségek (1998. július)
10. Szivós Péter–Rudas Tamás–Tóth István György: TÁRSZIM97 mikro-szimulációs modell az adók és támogatások hatásvizsgálatára (1998. augusztus)
11. Sik Endre: Külföldiek Magyarországon és a velük kapcsolatos nézetek a helyi önkormányzatokban (1999. május)
12. Tóth Olga: Erőszak a családban (1999. június)
13. Medgyesi Márton–Sági Matild–Szivós Péter: A harmadik kor: az idősek jövedelmi helyzete és lakáskörülményei
14. Nagy Ildikó: Családok pénzkezelési szokásai a kilencvenes években
15. Jan Rutkowski: Kereseti mobilitás a kilencvenes évek Magyarországon (adatok a Magyar Háztartás Panelből) (megjelenés alatt)
16. Michael F. Förster–Tóth István György: Családi támogatások és gyermekszegénység a kilencvenes években Csehországban, Magyarországon és Lengyelországban (megjelenés alatt)