

.....

hála pénz

vita

Előző számunkban Buda Béla és Bondár Éva arra mutatott rá Antal Z. László, Balázs Péter és a Galasi—Kertesi szerzőpáros tanulmánya kapcsán, hogy egyes módszertani kérdések tisztázatlansága és fontos adatok hozzáférhetetlensége miatt következtetések csak fenn tartásokkal fogadhatók el. Bordás István és Csaba Iván itt közölt írásai nemcsak új szempontokat vetnek föl, hanem arra is felhívják a figyelmünket, hogy a hálapénzzel foglalkozó kutatások mindmáig nem tudták megragadni e jelenség lényegét.

BORDÁS ISTVÁN

Piac és feketepiac az egészségügyben

"A paraszolvencia ma az egészségügy egyik legsúlyosabb problémája. Komplex szakmai, politikai, gazdasági, jogi és etikai kérdés" — írja a Népjóléti Minisztérium "Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására" című dokumentuma. Részt vettem a programra érkezett észrevételek feldolgozását végző bizottság munkájában, így alkalmam volt több száz véleményt elolvasni. Majd mindegyik foglalkozott a hálapénzzel is. Nagyon sok kifogás érte a programot, hogy megszüntetésére nem ígért gyors és radikális megoldást.

Mind az észrevételek, mind a hálapénzről folyó széles körű szakmai vita meggyőzött arról, hogy a sokféle szempont (jogi, etikai, történelmi stb.) közül a *közgazdasági* megközelítés adja a legtöbb lehetőséget megértésére, okainak kiderítésére és megszüntetésére.

1. A feketepiac kialakulása

Egészségügyünk már több mint negyven éve a bürokratikus erőforrás-allokáción alapuló irányítási rendszerben működik. A szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmények a rendszer működéséhez szükséges költségfedezetet nem a végzett munka (a nyújtott szolgáltatások) arányában kapják, hanem attól teljesen függetlenül, egy szubjektív költségvetési alku során elért éves előirányzat formájában.

.....

Ez a kínálati oldala az egészségügyi szolgáltatásoknak. Ezzel szemben volt a szolgáltatások teljes körére kiterjedő, mindenkinek egységesen járó, magas színvonalú ingyenes ellátás — mint a keresletet meghatározó elv.

Az nyilvánvaló, hogy az egészségügyi szolgáltatások a nem korlátlanul rendelkezésre álló, tehát szűkös javak közé tartoznak. A fenti rendszerben a kínálat és a kereslet szükségszerűen ellentmondásba kerül egymással, így hiány keletkezik. A hiány esetén a kínálat és a kereslet egyensúlya csak úgy tud létrejönni, ha a névleges áron (esetünkben az ingyenességen felül) valamilyen egyéb ráfordításokkal terhelt teljes ár alakul ki. Az egyéb ráfordítások lehetnek például hosszú várakozási sorok, szolgáltatási minőségromlás, de lehet illegálisan fizetett térítési díj is. Kialakulhat a feketepiac.

Nálunk a feketepiac jött létre. Hogy miért ez és nem valami más, azt már lehet például jogi szempontok szerint kutatni, de valamilyen rossz szükségmegoldásnak ki kellett alakulni. Nem vagyok biztos benne, hogy a lehető legrosszabb rendszer jött létre, annak ellenére, hogy a hálapénz összes kedvezőlen hatását elismerem.

Vegyük sorra, hogy milyen következményei lehetnek a piac tagadásának:

- sorbanállás, hosszú várakozások,
- a minőség, a szakmai színvonal romlása,
- hatósági kényszerintézkedések (a javak bürokratikus adagolása),
- csúszópénzek, feketekereskedelem,

mindezek tetőzésként a bürokratikus beavatkozás végső eszközei:

- szigorú büntetések kilátásba helyezése (ami az árakat biztosan emelné),
- a közvélemény megdolgozása, bűnbakkeresés,
- demonstrációs perek, ítéletek stb.

A jelenség, a felsorolt (valószínű, nem teljes) lehetőségek bekövetkezésének mértéke, egymás közti aránya nagyon érdekes és tanulságos vizsgálódásokra ad lehetőséget. De ez csak az okot követő folyamat tanulmányozása. A probléma megszüntetésének lehetőségeit nem itt kell keresni.

A hálapénz okának keresésekor sokszor úgy tesz fel a kérdést: "Miért van rászorulva, miért fogadja el az orvos?" Ezt is lehet vizsgálni, de a lényeg mégis az, hogy miért adják.

Továbbá: szükséges azt is tisztázni, hogy a hálapénz nem borralaló. A borralaló eredete nem a hiány. Talán a nálunk nagy hagyományokkal rendelkező "dzsenti attitűdre" lehet visszavezetni: "Majd megmutatom, hogy ki vagyok én", "Ne gondolják rólam, hogy kicsinyes vagyok." A hálapénzt nem ilyen szándékkal adják.

Az árkorlátozás hatására kialakuló teljes ár a szolgáltatást nyújtó szervezet szempontjából elvesztett holtteher-költséget (dead weight cost) jelent a vásárlóknak. Ez például teljesen nyilvánvaló a várakozási sorok esetén. A hálapénz is ilyen holtteher-költségként indult, de az alacsony fizetések miatti tudomásulvétele, a jogi szempontból feszegetett "legalizálása" az egészségügyi rendszer elismert bevételevé tette. Ezzel hozzájárul az egészségügyi rendszer működéséhez (például azzal, hogy nem csökken az orvoslétszám, sőt továbbra is anyagilag az egyik legvonzóbb pálya).

Az egészségügyben kialakult hiányról azonban még néhány szót kell szólni. Magyarországon ma nincs hiány sem orvosokban, sem kórházi ágyakban (inkább túlkínálat van). Valami másban van hiány: a lakosság igényének megfelelő ellátásban, az ellátás minőségében vetett bizalomban. Tehát nem mennyiségi, hanem minőségi hiányról van szó, amit adott esetben mesterségesen is lehet fokozni.

.....

A paraszolvencia okát a közgazdasági törvények alapján lehet megtalálni. Mondhatjuk, hogy a hálapénz oka az igazi piac hiánya. A feketepiac (a hálapénzrendszer) az igazi piac kényszer szülte és nagyon rossz helyettesítője. Korrigálja (rosszul) a piac tagadása miatt keletkezett problémákat.

A hálapénz szakirodalmában (és a mostani vitában is) a közgazdasági megközelítést elfogadók okként a piac hiányának egy-két jellemzőjét (ingyenesség, a kínálat elégtelensége, a szabad orvos- és kórházválasztás hiánya) jelölték meg. Mondhatnánk azt is, hogy ebben egyetértés van. Mégis helyesebb, ha nem külön-külön az egyes jellegzetes ismérveket nevezzük ki oknak, hanem összefoglalóan, a *piac hiányát*. Így nem esünk abba a hibába, hogy csak a keresleti oldalt érintő problémákkal foglalkozunk, hanem észrevesszük a legfontosabb részeket is. Azt, hogy az egészségügyi szolgáltatások ingyenessége nemcsak a keresletre, hanem a kínálatra is jellemző.

A kórházak hivatalos bevétele független a végzett munkától. Így a többletmunkára semmiféle érdek nem készíti az intézeteket (és az ott dolgozókat). Ezért a hiányzó kínálat valójában mesterségesen alakult ki, és így a *hálapénz kilátása* az egyetlen motiváló hatás a kínálat növelésére.

2. Piac az egészségügyben

A hálapénz okára tett megállapítás alapján kézenfekvőnek tűnik a válasz: Engedjük a legális piacot kialakulni (úgy, ahogy máshol is kialakult), és ezzel minden gondunk megszűnik. Sajnos nem ennyire egyszerű a helyzet. Az egészségügyben spontán módon alakuló legális piac sem az igazi. Elég erre bizonyítékul felhozni, hogy a világon sehol sem működik harmonikus, egyensúlyi állapotot létrehozó, az erőforrásokat optimálisan allokáló piac. Azért nem, mert az egészségügyi szolgáltatások természete más törvényszerűségeket követ, mint a közönséges áruké. Ezt Bondár Éva cikkében részletesen leírja. A magam részéről abban a mondatban foglalom össze mindezt, hogy nem a vevő a domináns, mint az igazi piacon.

A piaci viselkedés és a keresleti oldal vizsgálatánál szükséges figyelembe venni, hogy az egészségügyi szolgáltatások nem egyformán kezelhető csoportokra oszthatók.

a) Az igazi betegségek, amelyek súlyos problémát, sokszor tragédiát jelentenek. Általában ezt tekintik a klasszikus esetnek. Ezzel példálózunk, amikor az egészségügyi szolgáltatásokról általában beszélünk. Ehhez a csoporthoz egy nagyon rugalmatlan keresleti függvény tartozik. Ez a csoport az, amelyikre nem jellemző a túlfogyasztás. A kereslet majdnem objektív módon adott.

b) Az az igény, amelynek kereslete hasonló a normális áruk keresletéhez. Jelentős mértékű az ár rugalmassága. Az ingyenesség (az alacsony ár) nagyban növeli a keresletet. Ilyenek például:

- a gyógyszerek jelentős része (például a nyugtatók, altatók),
- a beteg állapottal járó elonyok keresése (táppénz, rokkanttá nyilvánítás, szanatórium),
- a kórházak szociális célú igénybevétele,
- az orvost feleslegesen felkereső betegek (hipochonderek).

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy általában azok a szolgáltatások, amelyeknek túlzott alkalmazása ellen évtizedek óta eredménytelen kampányok folynak.

c) Az orvosok által mesterségesen gerjesztett igények (ha ehhez valamilyen anyagi vagy egyéb érdekük fűződik).

Az eddigiekből már látszik, hogy az egészségügyet a piaci törvények alapján vizsgálni nagyon nehéz, és könnyen tévútra is juthatunk, ha a klasszikus piaci körülményeket feltételezzük. És az is érthetővé válik, hogy miért nincsen sehol sem klasszikus szabályok szerint működő egészségügyi piac.

3. Milyen legyen az egészségügyi piac?

Spontán módon nem tud kialakulni a kereslet és kínálat közti optimális egyensúlyt létrehozó piac az elmondott "zavaró" hatások miatt. Ezért külső beavatkozással kell a körülményeket úgy alakítani, hogy az a leginkább hasonlítson a klasszikus piachoz. Ez nem a piac működésébe való megszokott állami beavatkozást jelenti, melynek végső eredménye általában még nagyobb zavar szokott lenni, mint ami miatt a beavatkozás történt. Ez a piacot zavaró tényezők kiküszöbölését, de legalábbis hatásuk csökkentését jelenti.

a) A "végtelen kereslet" gerjesztése nemcsak az ingyenes állami egészségügyre mondható el, hanem minden olyan esetben, amikor általános társadalombiztosítási rendszer létezik. Közgazdasági evidencia, hogy a biztosítás növeli a keresletet (abban az esetben, ha azt egyáltalán lehet növelni). Ezért a biztosítási rendszerek olyan területeken tudnak eredményesen működni, ahol nagyon alacsony a kereslet árrugalmassága. Viszonylag ritkán lesznek öngyilkosok az emberek az életbiztosítási díjért, vagy süllyesztek el hajójukat, gyűjtják fel házukat. Ezért az eredményes egészségbiztosításnak ingyenesen vagy nagyon alacsony díjért azokon a területeken kell szolgáltatásokat nyújtania, ahol alacsony a kereslet árrugalmassága, és a normális áruként viselkedő szolgáltatásoknál az igénybevevők számára jelentős térítési díjakat kell előírnia.

b) A mesterségesen keltett igényeket korlátozni kell. Ez a feladat ma világszerte az egészségügyi gazdaságtan központi kérdése. Megoldást a célszerűen kialakított finanszírozási rendszerek tudnak adni.

A spontánul alakuló egészségügyi piacra a *fee-for-service* finanszírozás jellemző. Azonban ez a rendszer adja a legnagyobb lehetőséget a kereslet korlát nélküli növelésére, hiszen a beteg (vevő) helyett az orvos (eladó) választ (diktál).

A *fee-for-service* finanszírozás csak abban az esetben fogadható el, ha a vevő van domináns helyzetben, ha ő dönti el, milyen és mennyi szolgáltatást vesz igénybe. Ez a helyzet akkor léphet fel, ha megszűnik a beteg—orvos közti információs aszimmetria. Erre az egészségügyi szakellátás igénybevételénél van lehetőség, amikor a háziorvos a beteggel együtt dönt az igénybevételről. Ha a háziorvos beutalója kell minden (járó- és fekvőbeteg) szakellátási szolgáltatáshoz (mint a gyógyszerhez a recept), és a *kórházba* került betegnél az ellátást egyben tekintik szolgáltatásnak, és nem az ellenőrizhetetlen elemi szolgáltatások képezik az elszámolás alapját (*DRGs* rendszer).

5. Néhány megjegyzés az eddigi vitához

a) *Galsai Péter—Kertesi Gábor* cikke jelentős kísérlet az egészségügyi piac (és a fekete piac) közgazdasági elméleti vizsgálatára. Érdemük elvitathatatlan. Ennek ellenére számos helyen vitatható megállapításokat tesznek.

Összefoglalóan két csoportba sorolhatók a kifogások:

Az egyik: sok esetben a kiinduló feltételeket — amelyekből levezetik következtetéseiket — nagyvonalúan állapították meg. Nem felelnek meg az egészségügyben található valós helyzetnek.

A másik: a levont végső következtetések nem minden esetben az amúgy korrekt szakmai levezetés eredményei, hanem inkább szubjektív vélemények.

Nézzünk néhány példát:

— A Pareto-optimum keresésénél kétséges az a feltételezés, hogy az ár rugalmas kereslet társadalmi szintű fokozása oly mértékben javítja egyesek jólétét, hogy ezért hajlandók saját fogyasztásukról bizonyos mértékig lemondani.

A tárgyunkban tapasztalható társadalmi szolidaritás (és ez valóban fokozza a közösség jólétét) a tragédiák elkerülésének, az elesettség csökkentésének a szándékát fejezi ki. Ezért a szolgáltatások iránti kereslet fokozásának csak azokra az eseteire értelmezhető, amelyek a rugalmatlan kereslet kategóriájába tartoznak (a súlyos betegségekre).

— A rugalmas keresletet feltételező következtetések rugalmatlan kereslet esetén nem biztos, hogy érvényesek.

— Egészségügyünkre nem jellemző általánosságban a növekvő sorbanállás, szemben néhány nyugati országgal.

— Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszere sokkal messzebb esik az optimális működéstől, mint sok más országé (szocialisztikusabb rendszer például a kanadai).

— A társadalombiztosítás helyett az önkéntes biztosítás, mint optimumkritérium, semmiféle bemutatott levezetésből nem következik. Ez egy általános szubjektív vélemény, amely egyrészt a társadalombiztosítási rendszerünk hibáiból (amelyek sok esetben olyan súlyosak, hogy a "szét kell robbantani" indulat talán még érthető is), másrészt a kiegészítő üzleti biztosítás hiányából táplálkozik. Ezt a hiányt nem a társadalombiztosítási rendszer léte, legfeljebb működési zavarai okozzák.

— Az a vélemény, hogy az optimumhoz vezető egyik út a jövedelemtől függő társadalombiztosítási díjak bevezetése (sőt, még egyéni kockázatszámítással is tetézve), a gyakorlatban megvalósíthatatlan és céltalan módszer lenne. Viszont a szolgáltatásfajták ár rugalmassága szerinti *co-payment* bevezetése szükségszerű lépés.

A lakossági önrészesedést nem kell mindig mereven értelmezni. Sokszor bizonyos szolgáltatások vonzerejének a csökkentésével is lehet drágítani az igénybevételt.

— Nem a biztosítási rendszer lényegéből fakad, hogy a szolgáltatók nem kapnak térítést munkájuk után. Ez kimondottan a rossz finanszírozási rendszer hibája, az önkényes, bürokratikus, szubjektív erőforrás-allokációé. Nem a keresleti, hanem a kínálati oldal zavara.

— A cikkben előfordul egy nagyon gyakori hiba: az üzleti biztosítási és a társadalombiztosítási rendszer összekeverése. Annyira gyakran előforduló hiba, hogy szólni kell róla.

A társadalombiztosítás az évszázados hagyományokra visszatekintő szolidaritási törekvésekből ered. A selmecbányai bányászok céhládájába tett aranyaknál — a balesetet szenvedetteket (vagy sok esetben csak a hátramaradt családot) segítettő — nem számoltak egyedi kockázatot, és nem függött a kockázattól sem a befizetés, sem a kifizetés mértéke.

Az üzleti biztosítás az Edward Lloyd Kávéházában kötött fogadásokból ered, amikor arra fogadtak, hogy visszatérnek-e a hajók Indiából vagy sem. Ez tiszta üzleti vállalkozás. A kockázattal kereskednek, adják-veszik. Itt az egyedi eseteknek, egyéneknek a kockázata döntő szerepet játszik.

Az egészségügyi ellátás a társadalom fejlődésével párhuzamosan a társadalombiztosítás irányában fejlődik, természetesen meghagyva az üzleti biztosításnak is a maga szerepét.

A szolidaritás nagyon mélyről fakadó nemes érzés. Megrendítő gyerekkori élmény volt számomra, mikor az őszi vándorútra készülő golyák nem akarták elhagyni törött szárnyú társukat.

A társadalombiztosítást az üzleti biztosításra érvényes szabályok szerint vizsgálni nem szerencsés. Hár közös jellemzők is találhatóak (például a közös kockázat számítása, a bevétel és kiadás egyensúlyára való törekvés). Közös mindegyiküknél, hogy normál javak fogyasztására nem érdemes biztosítási intézményt létrehozni, mert ekkor nem kockázatumegosztásról, hanem többletfogyasztásra való ösztönzésről van szó.

b) *Antal Z. László* azt ígéri cikke elején, hogy nem minősíti az állami (bürokratikus) és a piaci szabályozást. De ahogy leírja működésüket, egyben — helyesen — minősít is.

Cikke ugyancsak alapvető munka. Leírása, megállapításai korrektek. Ő már bizonyos mértékig a kínálati oldallal is foglalkozik. Felhívja a figyelmet a hálapénz-erőforrás allokációs hatására is. Természetes, hogy a hálapénzes szakmák vonzzák az orvosokat, és ezzel a fejlesztési pénzek osztogatásának befolyásolása is együtt jár.

Megállapítja azt is, hogy a piac hiánya kedvezőtlen következményekkel jár a fogyasztókra, az egészségügyre rászoruló lakosságra, de kedvez a hálapénzes szakterületen dolgozóknak. Igaza van, de ez a kedvező helyzet nagyon kétes, átmeneti állapot. Nem hiszem, hogy hosszabb távon bárki is kedvezőbb helyzetbe kerülne. Lehet-e jó valakinek az egészségügy válsága, a megrekedt fejlődés?

Alapvető tételével kapcsolatosan azonban kénytelen vagyok ellentmondani. Azt írja, hogy a hálapénz miatt már nem beszélhetünk egyértelműen állami szabályozásról. Véleményem szerint csakis erről beszélhetünk, mert a fekete piac a piacot tiltó bürokratikus szabályozás szükségszerű következménye. Egészségügyi hasonlaltal élve: a betegségnek egy súlyos tünete. A nálunk elért mértéke pedig a betegség végső állomását megelőző, utolsó stádiumát jelzi.

c) *Bondár Éva* imponáló szakirodalmi tájékozottsággal nagyon jó összefoglalást adott az egészségügyi piac jellemzőiről. Hangsúlyozza, hogy a hálapénznek a kínálat alakításában betöltött szerepe nem hanyagolható el a keresletet befolyásoló hatással szemben. Ezzel igazolja, hogy a hálapénz valamilyen formában része az árnak, szabályozó szerepet lát el. De milyen ez a szabályozás?

d) *Balázs Péter* és *Buda Béla* cikkeikben főleg a hálapénz etikai, morális vonásaival, az emberi viselkedésformákhoz kapcsolható jellegzetességeivel foglalkoznak. Érdekes dol-

gokat tárnak fel. A közgazdasági megközelítés szempontjából fontos, hogy mindketten megállapítják, a hálapénz valamilyen mértékben a volt, úgynevezett szocialista országokra jellemző. Fő okként ennek a rendszernek a közmorált rontó hatását említik.

A piacgazdaságot tagadó országokat sorolhatjuk a szocialista országok közé. Tehát ez a megfigyelés is igazolja azt a feltevést, hogy a piac hiányában kell az okot keresni. Sőt a közállapotok általános romlása is ugyanerre az okra vezethető vissza. Tehát nem ok—okozati kapcsolatról, hanem közös eredetről van szó.

Irodalom

"Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására", *Orvosi Hetilap* (melléklet), 1991, 30. szám, 132. oldal.

"Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására" című dokumentumhoz érkezett észrevételek összegzése" *Orvosi Hetilap* (melléklet), 1991, 52. szám, 132. oldal.

Antal Z. L.: "A piaci mechanizmusok szerepe az állami egészségügyben", MTA Szociológiai Kutató Intézet, 1991.

Balázs P.: "Hálapénz-paradigma: szubjektíven (?) az egészségügy rendszerváltásáról", *Valóság*, 1991, 4. szám, 34. oldal.

Bondár É.: "Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdasági természetéről", *Replika*, 1992, 1—2. szám, 65—79. oldal.

Bordás I.: "Az egészségügyi ellátás új rendszere", *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1990, 5—6. szám, 28. oldal.

Buda B.: "A hálapénz-szindróma", *Replika*, 1992, 1—2. szám, 80—87. oldal.

Galsai P. — Kertesi G.: "A hálapénz ökonómiaja", *Közgazdasági Szemle*, 1991, 3. szám, 38. oldal.