

.....

Antal Z. László

A hálapénz

kialakulásának szükségszerűsége és nélkülözhetetlen funkciói

A *Replikában* a "hálapénz-vita" több részletben folyt, eltérő megközelítésekben írtak már más fórumokon is e sokat vitatott jelenségről. A vitában részt vevő szerzők saját álláspontjuk kifejtésére helyezték a hangsúlyt, ily módon érzékeltetve véleménykülönbségüket a vitaindító cikkek szerzőivel.

A megjelent cikkek és az egészségügyben azóta bekövetkezett változások megerősítették a vitaindító cikkben megfogalmazott hipotézist, mely szerint az állami egészségügyi ellátás területén már nem az állami szabályozás, hanem a piaci mechanizmusok hatásai az optimálisabbak.

Véleményem szerint a hálapénz szükségszerű kialakulásának és a jelenlegi intézményhálózat integrálásához betöltött fontos szerepének megértése nélkül az egészségügyi intézményhálózat működőképességének fenntartására (esetleg javítására) kidolgozott megoldások eleve kudarcra vannak ítélve.

Mivel a hálapénznek kulcsszerepe van az egészségügyi ellátás további alakulásában, az eddigi információk birtokában megkísérlem szisztematikusan végiggondolni kialakulásának körülményeit és az ellátás működőképességében játszott *előnyös* és *hátrányos* szerepét. A gondolatmenet kifejtésében alapvetően a tervgazdaság és a piacgazdaság elemzésére használt közgazdasági kategóriákat használom, és a gyógyításhoz kapcsolódó racionalitások (szubsztantív¹, gazdasági és politikai) egymáshoz való viszonyának elemzésére is kitérek.

.....

A hálapénz *szükségszerű* megjelenését a hazai egészségügyi ellátásban pedig az Angol Állami Egészségügyi Rendszerrel való összehasonlítás segítségével próbálom meg bemutatni.

A jelenlegi helyzet megértéséhez vissza kell nyúlnunk az egészségügyi ellátás államosításáig és az akkor kialakított szigorú feltételrendszer bemutatásáig, amelyek már ekkor magukban hordozták e hálapénzrendszer kialakulásának lehetőségét.

Magyarországon a fordulat éve után az egészségügyi ellátást is államosították. A korábbi ellátás, amelyet a lakosság, az orvosok és az állam közötti érdekkonfliktusok alakítottak ki, széttagolt és egyenlőtlen volt. Az új, szocialista állam az "ingyenes, egyenlő és magas színvonalú" ellátás elvét hirdette meg. A különböző csoportok érdekeinek érvényesítésére és ütköztetésére lehetőséget adó piaci mechanizmusok helyébe a központi állami irányítás lépett. A szocialista állam ideológiájának szellemében az egészségügyi ellátás területéről is száműzték az áru- és pénzviszonyokat, és helyüket a "tervezés" vette át. Így az állam befolyása az ellátásnak most már nemcsak egy részére (például az OTI-ra) és a közegészségügyre terjedt ki, hanem átfogta csaknem az egészét.² Ez a változás fokozatosan történt. 1950-ben államosították a biztosító intézeteket és a magánintézményeket. 1953-ban került sor az egységes körzeti orvosi hálózat kialakítására, amely után a kialakított körzeti orvosi hálózat keretében az orvosok állami alkalmazottakká váltak.

A jótékony célú szervezetek is állami kézbe kerültek³ vagy megszűntek.

Az egészségügyi ellátás államosítása után az addig szegényrendelésben, rétegspecifikus biztosítóknál és a magánellátás keretében kezelt betegek "egyenlő ellátást" kaptak. A munkavállalók és a munkáltatók helyett pedig az állam finanszírozta az egészségügyi intézményeket. Az eddig biztosító intézeteknél és a magánellátásban dolgozó orvosok havi fix fizetéssel állami alkalmazottak lettek. Az állami egészségügyi ellátást legitimáló elv a szükségletek kielégítésére való hivatkozás volt: elfogadhatatlan, hogy anyagi helyzetük miatt az emberek különböző ellátásban részesüljenek. Azaz, a politikai deklaráció szintjén a gazdasági racionalitás helyett a gyógyítás szubsztantív racionalitására (a szükségletkielégítésre) helyezték a hangsúlyt. Ez a humanisztikus megközelítés sok ember számára tette vonzóvá ezt az elképzelést.

A marxista ideológia nevében száműzött piaci viszonyokkal együtt száműzték azokat az ellátási formákat is, amelyek a társadalmat korábban óvták a piaci hibáktól, a gazdasági racionalitás túlzott érvényesülésétől a gyógyítás területén. A jótékony szervezetek szerepének visszaszorítása mellett a betegek számára választási lehetőséget kínáló népi gyógyászat üldözése, lejáratása is megerősödött.

A kor politikai vezetői felismerték, az egészségügyi ellátás feletti uralom megszerzése jó lehetőséget kínál számukra hatalmuk megerősítésére, hiszen így a betegségek gyógyítására, az élet megmentésének lehetőségére is kiterjesztették befolyásukat.

Az állami ellátás kiterjesztése jelentősen megnövekedett: ekkor még nem jelentette más ellátási formák teljes visszaszorítását, hiszen az ország lakosságának kevesebb mint a fele volt csak jogosult az "ingyenes" és "egyenlő" ellátásra.

Az állami ellátásból kimaradók (többségükben a mezőgazdaságban és a nem "állami szektorban" dolgozók) számára így továbbra is főleg a kuruzslásnak kikiáltott népi gyógyászati módszerek alkalmazása nyújtott esélyt a gyógyulásra, vagy pedig fizető betegként

.....

Az áru- és pénzviszonyok érvényesülésének éppen az a három funkciója, hogy ezekre a kérdésekre választ adjon. A *nyereségérdekeltség* dönti el, hogy milyen legyen az intézményi struktúra, és az orvosok milyen betegségek ellátására szakosodjanak (azaz az erőforrás allokációt). A *verseny* kényszeríti az egyes intézményeket a racionális gazdálkodásra, a hatékonyság növelésére, és végül a *kereslet—kínálat* szabályai döntenek el, hogy kik jutnak hozzá az ellátáshoz.⁶

A piaci mechanizmusok kiiktatása után a nyereségérdekeltség, a verseny és a kereslet—kínálat szabályozó szerepét a *tervezés* vette át a szocialista országokban.

A piaci mechanizmusok helyettesítése

Az állami egészségügyben is a "tervgazdaság" helyettesíti az áru- és pénzviszonyokat. A tervgazdaság (és a szocialista elvek) szellemében ezekre a kérdésekre a következő válaszok születtek:

- az egészségügyi intézményhálózatot a betegségstruktúrához kell igazítani (a *szükségletek* határozzák meg a fejlesztés arányát, és *nem a nyereség*);
- a kidolgozott *mutatószámok* ösztönzik az intézményeket a hatékony gazdálkodásra, *nem a verseny*;
- az ellátáshoz *mindenki* hozzáfér, *nemcsak az, aki meg tudja fizetni*.

Társadalmi feltételek

A modell eredményes működésének természetesen voltak *modellen kívüli feltételei* is. Mindenekelőtt az, hogy a modell szabályait a lakosság és az orvosok *elfogadják*, vagy ha nem fogadják el, akkor is *betarissák*, szigorú ellenőrzés vagy kényszer hatására.

A *lakosság* részéről mindez azt jelentette:

- ne akarjanak letérni a kijelölt útról,
- fogadják el, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek ellenére mindenki egyenlő ellátásban részesül (ne törekedjenek privilégiumok megszerzésére saját maguk vagy családtagjaik számukra),
- ne éljenek vissza az ingyenes szolgáltatások kínálta lehetőségekkel,
- higgyék el, hogy valóban ingyenes, színvonalas ellátást kapnak, és ne fizessenek a jobb ellátás reményében (s lehetőleg hálájukat se pénzben fejezzék ki),
- fogadják el, hogy az egészségügyi ellátás keretében eddig gyakorolt kontrollszerepük megszűnt.
- higgyék el, hogy az orvosok kizárólag szakmai szempontok alapján döntenek el, hogy ki jut hozzá a szükséges lehetőségekhez.

Az *orvosokkal* szembeni elvárások pedig a következők voltak:

- fogadják el, hogy teljesítményüktől függetlenül havi fix fizetést kapnak,
- fogadják el, hogy oda menjenek dolgozni, ahová küldik őket,
- fogadják el, hogy ők is állami alkalmazottak lesznek,

Az ösztönzés kudarca

Az egészségügyi intézmények hatékony működésére alakított mutatók és az orvosok teljesítménytől független fizetése szintén nem bizonyultak hatékony módszerek. A verseny funkcióit nem töltötték be a bevezetett és folyamatosan korrigált mutatók. Az egészségügyi ellátásban is megfigyelhető ugyanaz a jelenség, mint bármely más területen: a központilag meghatározott mutatók alkalmat adnak a visszaélésekre és nem töltik be a funkciójukat. Mindezt jól érzékelteti például az egészségügyi intézmények tevékenységének értékelésénél és a költségvetési források elosztásánál évtizedeken keresztül alapul vett ágykihasználási százalék. Ez a mutató a finanszírozásban döntő — a kórházak éves költségvetését meghatározó — szerepet töltött be, ami egyértelműen torzító hatással volt a betegellátásra. A kórházi osztályokra akkor is felvettek betegeket, ha műszer vagy kellő gyógyszer hiányában nem tudták őket ellátni. Ezzel magyarázható például, hogy egyes sebészeti osztályokon 8—10 napot várnak a betegek a műtőre, és az is, hogy az átlagos ápolási idő hosszabb Magyarországon, mint a nyugat-európai országok kórházaiban. A verseny hatásának kiiktatása és helyettesítése alkalmatlan mutatószámokkal azt eredményezte, hogy az egészségügyi erőforrások hatékony felhasználását semmilyen mechanizmus nem biztosította. Ennek egyik gyakran emlegetett következménye, hogy a hiány és a pazarlás egyszerre létezik az egészségügyön (sőt egy-egy kórházon) belül.

Az egyenlő ellátás elvének kudarca

Az egészségügyi szolgáltatások még a leggazdagabb országokban sem képesek minden szükségletet kielégíteni. Ezért ki kell alakítani olyan mechanizmusokat, amelyek segítségével el lehet dönteni, hogy a korlátozottan rendelkezésre álló lehetőségeket (műtétek, ágyak, gyógyszerek stb.) kinek/kiknek a gyógyulására használják fel.

Angliában várakozási listát alkalmaztak a szűkös férőhelyek igazságos szétosztására. Minden kórházban minden egyes műtéthez csak akkor juthattak hozzá a betegek, ha — sürgős eseteket kivéve — "kivárták a sorukat". Ez néha fél év, de egyes műtétek esetén akár két-három év is lehetett.

Magyarországon nem dolgoztak ki olyan szabályokat, amelyek a szűkös erőforrások elosztásának igazságos megoldását szolgálhatták volna. A betegek kórházi felvételét, illetve műtetre kerülését az orvosok döntötték el. Így óhatatlanul kialakultak az orvosok szubjektív döntését befolyásoló mechanizmusok. Ez olyan fontos (eddig kellően nem vizsgált) eleme a piaci mechanizmusok megjelenésének (a hálapénzrendszer kialakulásának), amely *egymagában* is elegendő lett volna létrejöttükhöz.

A kereslet—kínálat szabályai helyett alkalmazott egyenlő ellátás elve a gyakorlatban (Angliában és Magyarországon egyaránt) kivitelezhetetlennek bizonyult. Számos empirikus vizsgálat eredménye tanúskodik arról, hogy az egészségügyi ellátás területén szinte minden mérhető dimenzió mentén (foglalkozás, iskolai végzettség, lakóhely, a betegség jellege, életkor stb.) jelentősek az egyenlőtlenségek.

.....

A piac helyettesítésére kidolgozott módszerek ezek szerint alkalmatlanok voltak az egészségügyi intézményrendszer irányítására, így *szükségképpen* megjelentek azok a mechanizmusok, melyek a rendszer működőképességét ilyen körülmények között is biztosították: a rejtett piaci mechanizmusok.

A piaci mechanizmusok újbóli megjelenése

A tervezés elvi és módszertani hiányosságai együttesen azt eredményezték, hogy az állami szabályozás folyamatosan háttérbe szorult, *teret engedve* a piaci viszonyok térhódításának.

A piaci viszonyok egyre erőteljesebb érvényesülésében a "kudarok mellett" további tényezők is közrejátszottak.

Angliában az állami egészségügyi ellátás mellett mindvégig megmaradt a magánellátás lehetősége minden szinten, és aki megengedhette magának, legális körülmények között magánorvoshoz és magánkórházba is mehetett.

Magyarországon erre szigorú feltételek között csak a járóbetegellátás területén nyílt lehetőség. Ezért, ha valaki magasabb színvonalú kórházi ellátáshoz akart jutni, csak az állami keretek között érthette ezt el. (Ha külön fizetett érte.)

Angliában a fiatal orvosoknak komoly megterhelésük ellenére meglehetősen alacsony a keresete. Ennek elviselését megkönnyíti, hogy "van perspektívájuk". Egy szakorvos fizetése már igazodik a nemzetközi standardokhoz.

Magyarországon az orvosok fizetése közismerten alacsony, és még reményük sincs arra, hogy az életkoruk növekedésével ez jelentősen emelkedjen. Ezt az alacsony fizetést kiegészíti a hálapénz, de a nyugdíj és a táppénz megállapításánál csak az alacsony állami fizetésüket veszik számításba.

Az eddig elmondottak alapján megállapítható, hogy az államosított egészségügyi ellátás Magyarországon nem működhetett sikeresen: szigorú feltételekhez való kötöttsége, a hatékonyságot csökkentő szabályozás és a szabályok társadalmi elfogadottságának hiánya miatt eleve kudarcra volt ítélve.

Ilyen körülmények között mind a lakosság, mind az orvosok megpróbálták enyhíteni a rájuk erőltetett szabályok szigorúságán. (Az egészségügy erőszakos államosítása kényszerű érdekszövetséget teremtett az orvosok és a lakosság között.) A párt és az állam egy ideig hatalmi eszközökkel működtetni tudta a rendszert, amely azonban szükségképpen egyre inkább teret engedett az áru- és pénzvviszonyok rejtett érvényesülésének. A modell irracionális elemei *kikényszerítették* a piaci viszonyok megjelenését az állami egészségügyi ellátásban, ami a szolgáltatások piacán a hálapénz formájában jelentkezett. Az ideológiai béklyók pedig lehetetlenné tették a modelltól való elmozdulást, a rendszer immanens hibáinak korrekcióját. A politikai vezetésnek így nem volt más választása, mint hogy szemet hunyjon az ellátás működőképességét biztosító hálapénzrendszer felett, és hogy kihasználja a számára benne rejlő előnyöket.

Az állami és a magánellátás összefonódása az állami egészségügyi rendszerben

Az állami egészségügyi ellátás keretében a magánellátás és állami ellátás egyszerre, egymás mellett működik.

Az állami és a magánellátás összefonódásának, az egyes elemek megkülönböztethetetlen összekapcsolódásának számos hátrányos következménye van.

Angliában is megvolt — de szabályozott keretek között — ez a kettősség. Az állami kórházak ágyainak öt százalékát úgynevezett fizető-ágyként működtették. Az állami és a magánellátás elválasztását pontosan szabályozták, és a két ellátási forma még akkor is, amikor egy kórházon belül működött, jól érzékelhető módon elkülönült egymástól. Az elkülönülést deklaráló szabályok és az egymástól megkülönböztetett (állami, illetve magán-) kórtermek ellenére a két ellátási forma ott is gyakran összefonódott és visszaélésekre adott alkalmat. Az állami kórházakban meglévő kettősség az állami források magánellátásra történő felhasználását eredményezte. Ezért is szorgalmazták a magánellátás magánkórházakba történő átirányítását.

Véleményem szerint a két ellátási forma megkülönböztethetetlen összefonódása okozta a legtöbb zavart és feszültséget az állami egészségügyi ellátásban. Főleg azért, mert így a piaci mechanizmusok *rejtett* érvényesülésére, ellenőrizhetetlen, szabályozatlan és társadalmi kontroll nélküli működésére adott módot, és a fogyasztóknak (betegeknek) semmilyen lehetőséget nem biztosított a piaci kockázatok csökkentésére.

Ennél kedvezőbb feltételek a magánellátás számára sosem voltak Magyarországon:

- állami tulajdonú, az állami költségvetés által finanszírozott egészségügyi intézményekben működhetett,
- az intézmények infrastruktúráját és a gyógyszereket ingyen használhatta,
- az állami alkalmazottak munkaerejét is igénybe vehette,
- az orvosok a szolgáltatásokért kapott hálapénzt adómentesen, *tiszta nyereségként* könyvelhették el.

Ennek a kivételesen előnyös helyzetnek a fenntartása érdekében az orvosok (azok, akik hálapénzt kaptak) igyekeztek mindezt rejtve is tartani. "Vigyázni kell arra is, nehogy a »parátlanok«, tehát a kis jövedelmű orvosok megszerveződjenek és fellépjenek. Ezért van mindenki az ellen, hogy ez a jövedelem nyíltá tétessék. Ezért »paralizál« sok orvost a »para«: amiről nem beszélünk, az nincs. Ezért is tartják védőpajzsként maguk elé a szocialista tabukat, az érinthetetlen elvet: »az ingyenességből pedig nem lehet engedni«, hiszen ha nyíltá válna, ami tényleg megtörténik, és árat szabnának annak, aminek így is ára van, annak következményeit senki nem vállalja: egyik oldalon a beteget tényleg be kellene biztosítani az orvosi költségek miatt, a másik oldalon az eddig adózatlan jövedelem nyílt kontroll alá kerülne" (Losonczi, 1987:180).

A továbbiakban az állami egészségügyi ellátáson belül egyszerre működő két ellátási forma közötti kapcsolatokra koncentrálna az egész intézményrendszer állami—piaci dimenzióban való elmozdulását vizsgálom.

.....

Az állami és a piaci szabályozás szerint működő egészségügyi ellátás elemzésünkben *egyazon dimenzió* ellentétes végpontjait jelentik. A dimenzió e két végpontja azonban csak teoretikus elemzésekben létezik. A *valóságban* az egyes rendszerek különböző módon kombinálják az állami, illetve a piaci szabályozás elemeit. Minden országban időről időre megfigyelhetők az egyik, illetve a másik irányban történő elmozdulások. A további elemzés során ezért az "állami", illetve "piaci" egészségügyet a szakirodalomban megszokott dichotóm változó helyett *folytonos változóként* kezeltem.

A dimenzió elemzését különösen sok nehézség akadályozza. A szakirodalomban kevés támpont található arra nézve, hogy az egyes intézményrendszerek mikor és milyen mértékben tekinthetők "állami", illetve "piaci" szabályozottságúaknak. Nincsenek meg azok a szempontok, amelyek segítségével egy-egy intézményrendszerrel meg tudnánk állapítani, hogy ebben a dimenzióban hol helyezkedik el.

Az állami, illetve a piaci irányítás előnyeiről vagy hátrányairól vitázó felek abban egyetértenek, hogy "tisztá modell" sehol sem létezik, de az nem derül ki, hogy ezen "nem tiszta" modellekről milyen szempontok alapján állapíthatjuk meg, hogy a fenti dimenzió melyik végpontjához állnak közelebb.

Még több nehézséggel találjuk szemben magunkat, ha azt próbáljuk megállapítani, hogy a vizsgált intézményrendszer mikor éri el azt a *határt*, amikor a korábban domináns állami ellátás helyett a magánellátás lesz a meghatározó szerep. Ez azért jelent problémát, mert éppen azt a hipotézist szeretném alátámasztani, hogy *Magyarországon az állami ellátáson belül* az elmúlt évtizedekben fokozatosan kialakult *magánellátás vált dominánssá*.

Ennek a hipotézisnek az alátámasztása számos módszertani nehézségbe ütközött, hiszen a lakosság egészségi állapotát mérő mutatók hiánya nemcsak az erőforrás szükségletek szerinti elosztását, hanem a megfogalmazott hipotézisnek az alátámasztását is megnehezíti.

Adatok hiányában az "állami—piaci" dimenzióban való elmozdulásra az államosítás után bevezetett, az orvosokra és a lakosságra is vonatkozó, szigorú feltétel folyamatos meggyengüléséből következethetünk. Az orvosok szabad elhelyezkedésének engedélyezése és a betegek szabad orvosválasztási lehetőségeinek megjelenése jelzik azokat a változásokat, amelyekből az állami szabályok gyengülésére következethetünk. (A szakrendelők egy részében nem kellett beutaló, és a kórházak járóbetegellátásán is megjelentek a betegek beutaló nélkül. A szabad orvosválasztás meglétére következethetünk abból is, hogy a kórházi felvételek 40—45 százalékára sürgősséggel került sor, ami a szigorú beutalási rendszer kikerülésének egyik lehetősége volt.)

Ezeknek és még más hasonló irányú változásoknak a szisztematikus elemzése valószínűleg megerősítené a megfogalmazott hipotézist, de a hipotézis alátámasztásának más módját választottam.

Nem az állami szabályozás gyengülésével, hanem a piaci szabályozás három funkciójának, a nyereségérdekeltség megjelenésének *az erőforrás-allokációban*, a *verseny* és a *kereslet—kínálat* szabályozó szerepének újbóli érvényesülésével kívánom a vizsgált dimenzióban való elmozdulást bemutatni.

Az erőforrás-allokáció

Megfelelő adatok hiányában megállapíthatatlan, hogy az "állami ellátásra", az erőforrások elosztására a "szükségletkielégítés" vagy pedig a "nyereségérdekeltség" gyakorolt-e nagyobb hatást. Ezért olyan területet választottam ki a kérdés megválaszolására, ahol — más forrásokból származó adatok segítségével — közvetkezettül tudunk a "szükségletekre".

A nyereségérdekeltség hatása az erőforrás-allokációra

Az elemzett adatok tanúsága szerint azok a szakterületek fejlődtek az átlagnál gyorsabban, ahol a hálapénznek jelentős szerepe volt (van). Ezt támasztja alá az is, hogy az átlagosnál lassabban fejlődnek viszont azok a szakterületek, ahol a hálapénz szerepe minimális. Meg sem közelítik a szülészeti-nőgyógyászati területen tapasztalható növekedési ütemet az idősek, a daganatos és más krónikus betegek ellátására szakosodott osztályok, miközben ezeken a területeken az ellátandó lakosok száma az elmúlt évtizedekben gyors ütemben növekedett (Antal, 1991).

Az erőforrások elosztását jelentősen befolyásoló *alkufolyamatokra* utal az 1988-ban kiadott "reformprogram" is. "A szűkösen rendelkezésre álló anyagi javak ágazati felhasználása ugyanakkor nem hatékony, sok esetben pazarló. Már a hozzáférésben, az elosztásnál nagy az alku szerepe" (Dr. Forgács András és mtsai, 1988.3).

Losonczi Ágnes arról ír, miként térítik el ezek az alkufolyamatok az állami egészségügyi ellátást a szükségletkielégítéstől: "A kórházak, rendelők felszereltsége, de a kórházon belül az egyes osztályok felszereltsége nem aszerint, vagy nemcsak aszerint különbözik, hogy országos intézet-e, vagy mi a funkciója, hanem hogy az egészségre fordított szűkös keretek — különösen a devizakeretek — elosztása során az illető osztály vagy kórház milyen helyezést ér el, vagy milyen előnyöket tudott kivívni magának. Ezért nem a progresszív betegellátás lépcsőjén halad, hanem ezt keresztezi az orvos személyes vagy társadalmi viszonyaiból származó »helyi értéke«, az elosztó hatalomhoz való közelsége vagy távolsága" (Losonczi, 1987:192).

Az "alkumechanizmusok" finom technikáiról pedig így ír Buda Béla: "A vezető orvosok igen mélyen hatoltak be a rendszer minden szerkezeti elemébe. Egyetlen más foglalkozási ág sem adott annyi bizalmi embert, vadásztársat, maffiabarátot, mint az orvosi foglalkozás. Éppen a nagy »mellékkeresők« jártak az élen a párthűségben... Többségük sebész, nőgyógyász, urológus volt, akik védettséget élveztek, hiszen mindjárt ellenséggé válhatott az, aki rájuk egy rossz szót mert volna szólni. A professzorok, kórházigazgatók pedig sokszorosan kipróbált pártemberek. (Néhány közülük magas pártkörök bizalmas barátjaként nem volt párttag. Ilyen is kellett, kivált a hatvanas évektől, amikor már el kellett hitetni, hogy a pártonkívüli is ember, hogy a szaktudást megbecsülik.) Közülük még a puritánabbak is

.....
hamar rászoktak, hogy sokat kereshetnek különösebb erőfeszítés nélkül, és ennek számukra nincs veszélye" (Buda, 1992:82).

A verseny hatása

A szülészet területén (ahol jelentős "túlkínálat" alakult ki) megfigyelhető a szülészek és a szülészeti-nőgyógyászati osztályok *egymás közötti versenye* is. A verseny erőteljes hatásaira következtethetünk abból, hogy a szakmai vezetők határozott és kemény állásfoglalása és a minisztérium ellenkezése ellenére Magyarországon megindultak az alternatív szülészeti programok.⁷ A születések számának folyamatos csökkenése az osztályokat arra ösztönözte, hogy szolgáltatásaikkal (együtt-szülés, rooming-in, ülve-szülés stb.) igyekezzenek a születések számát az osztályukon növelni.

Az érszűkületes betegek ellátásának vizsgálatából is az derült ki, hogy éles verseny alakult ki a betegek ellátására specializálódott érsebészek, belgyógyászok és radiológusok között (Antal, 1986—1987).

Az orvosok között ellentéteket generáló hálapénzről így ír Losonczi Ágnes: "Így, ha csökken a pénz áramlása, nő a verseny az orvosok között, azok között, akik a »piacból élnek«, akiknek a gyógyítás is piaci érdek, s akiknek hatalmi eszközeik vannak arra, hogy a szűkülő piacból kipréseljék megszokott járandóságukat, a betegek és a többi orvos rovására is. Ez az amúgy is kevésbé létező szolidaritást a parával rendelkező orvosok között még jobban szétzilálja, mivel itt a piaci »farkastörvények« is érvényesülnek" (Losonczi, 1987:184).

A hálapénz az összes egészségügyi kiadásoknak csak töredékét teszi ki (különböző becslések 10—20 milliárd forint közötti hálapénzzel számoltak az 1980-as évek végén). Ennek ellenére a hálapénz eloszlásának óriási (véleményem szerint ma már domináns) hatása van az *összes egészségügyi erőforrás elosztására*. Részben azért, mert ha a hálapénz nagyságát az orvosok nettó jövedelméhez viszonyítjuk, és csak azoknak az orvosoknak a fizetését vesszük számításba, akik részesülnek a hálapénzből, akkor könnyen belátható, hogy az ő fizetésük eltörpül a megszerezhető (nettó jövedelemként, a profithoz hasonlítható) jövedelemhez képest. Így ők igen keményen küzdenek azért, hogy tiszta jövedelmüket növeljék (vagy szinten tartásuk).

Azok az orvosok pedig, akik olyan területeken dolgoznak, ahol kevés a hálapénz vagy egyáltalán nincs, nem érdekeltek abban, hogy az a terület fejlődjön, hiszen egy esetleges ágyszámbővítés csak a munkájukat növelné, de jövedelmüket nem. (Ennek a mechanizmusnak a hatására utal az eddig említett példákon kívül a hiányszakmák léte és az is, hogy néhány lakótelepen, ahol a lakosok jövedelme alacsony, nem sikerült betölteni a körzeti orvosi állásokat.) Mindebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az összes egészségügyi erőforrás elosztására nemcsak a magas hálapénzes szakmáknak van nagy hatása, hanem az alacsony vagy minimális jövedelmű, illetve egyáltalán nem jövedelmező szakterületeknek is, mivel azok nem is vesznek részt az erőforrások elosztásáért folyó harcban, így ezek a területek eleve lassan vagy egyáltalán nem fejlődnek.

.....

Miután elvileg igazoltam a piaci mechanizmusok szükségszerű megjelenését, és empirikus adatokkal is bemutattam a hálapénz-erőforrások allokációra gyakorolt hatását, nézzük meg hogyan, milyen körülmények között érvényesülnek a kereslet—kínálat törvényei.

A kereslet—kínálat érvényesülése

Miután láttuk, az erőforrás-allokációra nem a szükségletkielégítésnek, hanem a nyereség-érdekeltségnek, az intézetek hatékony (sok beteget ellátó) működésére pedig nem a minisztérium által kidolgozott mutatószámoknak, hanem a versenynek van nagyobb befolyása, akár fölöslegesnek is tűnhet annak bizonyítása, hogy az állami egészségügyi ellátásban az egyenlő ellátás elve helyett fokozatosan a kereslet—kínálat szabályai érvényesülnek. Erre azért térek ki mégis, mert ebből láthatjuk igazán, hogy milyen hatással volt a betegek ellátására a "magánellátás" térnyerése.

Az ötvenes és a hatvanas években még születtek olyan intézkedések, amelyek a lakosság egészségügyi ellátásában az esélyegyenlőtlenségek csökkentését eredményezték. Ilyen volt például a szakrendelőhálózat kialakítása és a kórházépítési program is. "...különösen nagy jelentősége volt az MSZMP Politikai Bizottsága 1958. évi határozatának. A határozat részletesen elemezte az egészségügy helyzetét és előírta az egészségügy fejlesztésének a gyorsítását. Meghatározta az orvosok, egészségügyi dolgozók magatartásának, kötelességeinek legfőbb elvét is. Ennek alapján az egészségügyi miniszter 1959-ben kiadta az első orvosi rendtartást, amely a szocialista egészségpolitika elveinek megfelelően szabályozta az orvosok jogait, kötelességeit.

A határozat kellő lendületet adott az egészségügyi fejlesztési tervek végrehajtásának. A rosszul ellátott területeken (»fehér foltokon«) megindult a kórházak telepítése (Fehérgyarmat, Dunafüvös, Salgótarján, Berettyóújfalú, Hatvan, Orosháza, Siófok, Kazincbarcika, Dombóvár, Vác, Cegléd stb.).

Ekkor indult meg a megyei kórházak mint magas szintű, sokprofilú ellátást nyújtó bázisok rekonstrukciója, kibővítése is (Miskolc, Zalaegerszeg, Nyíregyháza, Szekszárd stb.)" (Zalányi, 1985:143).

A hálapénz szerepének növekedése után azonban az ellátás esélyegyenlőtlenségei nem csökkentek, hanem nőttek. A hetvenes évek változásait elemezve Szalai Júlia erről a kérdéstről ezt írja: "Az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségei tehát minden metszetben, az intézmények, a települések, a hozzáférhető szolgáltatások minden vonatkozásában nagyok, és — láthatóan — növekednek. A progresszív betegellátás esélyei pedig e körülmények között, a hiány és a tagoltság jelenlegi mértéke mellett igen kicsik (és várhatóan csökkennek)" (Szalai, 1986:175).

Az állami egészségügyi ellátásban meglévő egyenlőtlenségeket vizsgálva Szalai Júlia arra a következtetésre jutott, hogy a lakosság egy része az ellátásból is kiszorul. "A szakadékok tehát akkorák, hogy az »egyenlőtlenség« terminusának használata valójában pontatlan. Inkább a kirekesztettség vagy a hozzáférés dichotómiájáról, semmint fokozatilag különböző esélyekről kellene beszélnünk" (Szalai, 1986:150).⁸

Az ingyenes ellátásra jogosult lakosok előtt is világos volt, hogy a deklarált elvek a gyakorlatban nem működnek. Az 1992-ben készített lakossági attitűdvizsgálat⁹ eredmé-

nyei szerint a megkérdezettek 82,3 százaléka értett egyet azzal a kijelentéssel, hogy "aki fizet, jobb ellátásban részesül".

A gyógyulást kereső betegek azonban az állami keretek között működő piaci mechanizmusok szabályainak labirintusában nehezen igazodtak ki. A szabályozatlan piac kiszolgáltatottabb helyzetbe hozta a betegeket, mint ha deklaráltan piaci elveken működne az egészségügyi ellátás. Ez a bizonytalanság megnehezítette a betegek dolgát abban, hogy rátaláljanak az őket kezelni tudó orvosokra, és kiderítsék, kinek, mikor és mennyit kell fizetniük.

A betegek nagyfokú bizonytalanságára mutatott rá az a vizsgálat, amely az érszűkületes betegek ellátását tanulmányozta: "A jelenlegi ellátási feltételek között a beteg reménykedhet a gyógyulásban, ha a hivatalos úton indul el, hiszen nem kizárt, hogy ezen is eljut a megfelelő helyre, de ezzel elég nagy kockázatot vállal.

A vizsgálat során azt tapasztaltuk, hogy az a beteg jár jól, aki:

- nem hisz abban, hogy a hivatalos úton színvonalas ellátáshoz jut, s külön utakat keres. Leghatásosabb, ha ehhez egészségügyi dolgozó családtagja segítségét kéri;
- fenntartással fogadja az orvosoktól kapott információkat; megpróbál tájékozódni a betegségéről (amit nem árt, ha a beteg felismer) és a gyógyítási lehetőségekről, így csökkentheti nyomasztó kiszolgáltatottságát;
- nem hisz abban, hogy az egészségügyi ellátás ingyenes, s ha meg akar gyógyulni, akkor fizet.

A betegek többsége saját keserű tapasztalatai alapján tanulja meg a »közlekedési szabályokat«, s próbál ezek alapján előbbre jutni; azok a betegek azonban, akik a deklarált szabályoktól eltérő, ténylegesen működő mechanizmusokat nem ismerik fel, vagy ezeket nem tudják kihasználni a saját javukra (se ismerősük, se pénzük), reménytelen helyzetbe kerülnek" (Antal, 1986—87).

Ilyen körülmények között külön erőfeszítést igényel annak kiderítése, hogy a szolgáltatásnak mi az ára, és kit, milyen formában illik megfizetni. A fizetési módok igen széles skálája intézményesült az elmúlt évtizedekben. A leggyakrabban a borítékba helyezett pénz, de "...az ajándék is lehet pénzekvivalens. Komoly értéket képviselhet az ital, cigaretta, élelmiszer, de sok olyan orvostól tudunk, aki például műalkotásokat gyűjt és kap a betegeitől. Néhányan még büszkék is rá, hogy pénzt egyáltalán nem fogadnak el. Nagyon komoly »hálapénz-értéke« lehet a páciens vagy családtagjai által nyújtott szolgáltatásoknak. Ha ez tényleges munka, a dolog még akár korrekt is lehet, ám legtöbbször a szolgáltatás valamilyen helyzeti előnyből származik (hiánycikk vagy egyéb, nehezen beszerezhető dolgok előteremtése, bizonyos ügyek elintézésének megkönnyítése stb). (...) A legsötétebb »hálapénz« a politikai ellenszolgáltatás volt. Például az orvos védelme a hálapénzzel kapcsolatos adminisztratív »szövegményekkel« szemben; támogatás a kinevezésekben, utazásokban, különféle fontos ügyekben. Sok politikai vezető azért sem konfrontálódott az egészségügy bajaival, mert az orvosok körüludvarolták, őt magát és/vagy hozzátartozóit tényleg a »legmagasabbrendű és ingyenes« ellátásban részesítették. Egészen természetesen fakadt azután a szívükből a hála érzése, és védték azt a szocialista típusú, áldott orvost. Egyengették a karrierjét, juttattak neki az olcsó parcellázásokból telket, bevették a vadásztársaságba... Mindez végül is az orvos imázsát erősíti; elijeszti a riválisokat attól, hogy különböző szabálytalanságokat szóvá tegyenek; befolyásosnak

.....
tünteti fel, hiszen mégiscsak ő szerezte a drága műszert, az olcsó felújítási lehetőséget, a nagy adományt. Hálapénz pedig mindez a javából. Sokkal nagyobb érték, mint amekkora egy-cgy borítékba belefér" (Buda, 1992:85).

Az összefonódás következményei

Az állami ellátáson belül kialakult kettősségnek — az eddig említettekén kívül — több, az egészségügyi ellátás egészét és a lakosság egészségi állapotát is befolyásoló következménye volt és van. Ezek a jelenségek is azt a következtetést erősítik, hogy az állami egészségügyi ellátáson belül a piaci mechanizmusok szerepe vált dominánssá. Olyan változások következtek be a hazai egészségügyi ellátásban, amelyek nem az angol állami egészségügyi rendszerre, hanem sokkal inkább az Egyesült Államok piaci elveit alkalmazó egészségügyi rendszerre jellemzőek.

1. Az orvostársadalom szakmai autonómiája rendkívüli módon megerősödött, az ellátottak közösségeinek pedig nem alakultak ki (nem alakulhattak ki) ezt az autonómiáját korlátok közé szorító saját autonóm szervezetei. A magánellátás "fokozatos térnyerésével" az állami kontroll is folyamatosan gyengült, és paradox módon az állami egészségügyi ellátásba az állami beavatkozási kísérletek a hetvenes évek óta folyamatosan kudarcot vallottak.¹⁰ Minimális lakossági és állami kontroll mellett az állami egészségügy alakulására az orvostársadalomnak volt a legnagyobb hatása. A szubsztantív racionalitás ilyen mérvű háttérbe szorulásának nem számszerűsíthető, de feltételezhető szerepe van abban, hogy Magyarországon (és a többi volt szocialista országban) az 1960-as évek közepe óta csökken a születéskor várható átlagos élettartam.

2. A társadalmi kontroll meggyengülésével magyarázható a kórházi orvosok és ágyak számának folyamatos *növekedése*, miközben a fejlett országokban a kórházi orvosok és ágyak számának folyamatos csökkenése tapasztalható az elmúlt húsz évben. A "puha költségvetési korlátok" között az orvosoknak sikerült elérniük, hogy az elmúlt harminc évben a számukra legnagyobb presztízt jelentő, de a lehető *legdrágább* intézmények (kórházak, klinikák) fejlődtek a legnagyobb ütemben.

1965 és 1990 között a kórházi orvosok száma *128 százalékkal növekedett*. Ugyanez idő alatt a kórházból elbocsátott betegek száma pedig sokkal kisebb arányban, mindössze 42 százalékkal emelkedett.¹¹

3. Az állami és piaci mechanizmusok rejtett összefonódása és a gyógyítás gyenge társadalmi beágyazottsága együttesen azt eredményezte, hogy erőteljesen érvényesült a *növekedési kényszer*. Az elmúlt harminc évben minden kormányzati törekvés ellenére az állami egészségügyi ellátásnak a lehető legdrágább szférája, a kórházi ellátás fejlődött a leggyorsabb ütemben. A kórházi ágyak növekedésében pedig — a kormányzati elképzelésekben mindig megfogalmazott krónikus ágyszámnövekedéssel szemben — sohasem sikerült a kívánt aránymódosulásokat elérni.

Ezt a fejlődést az eddig elmondottak alapján azzal magyarázhatjuk, hogy az állami egészségügyi ellátás keretében működő gyógyítás piacán a kórházi szolgáltatások a legjobban értékesíthető "árúk".

.....

Ez a növekedési kényszer a magánellátás belső logikájából következik, az állami ellátás esetén pedig a "szocialista és kapitalista országok közötti versenyhelyzet" volt a növekedési kényszer legfontosabb motivációja. Ez tükröződött az úgynevezett számmániában is: folyamatosan a szocialista egészségügy fölényét kívánták bizonyítani a volt szocialista országok vezetői.

Ez az erőteljesen érvényesülő politikai racionalitás eredményezte azt, hogy azokon a területeken fejlődött látványosan a szocialista országok egészségügyi ellátása, amelyek a nemzetközi összehasonlítások alapjául szolgáltak: az orvosok száma, a kórházi ágyak száma stb. E törekvés közben a gyógyításnak mind a gazdasági, mind a szubsztantív racionalitása háttérbe szorult.

4. Az állami—piaci dimenzióban történt jelentős elmozdulásra utal az is, hogy az állami egészségügyi ellátás elvesztette azt az előnyét, amelyet az angol állami egészségi rendszer védelmében szoktak felemlíteni, hogy tudniillik képes az egészségügyi költségrobbanás megfékezésére. A hazai állami ellátás még ezt a funkcióját sem tudta betölteni: az egészségügyi kiadások emelkedésének üteme Magyarországon meghaladta az ország gazdasági fejlődésének megfelelő szintet. Az OECD országok adataival összehasonlítva az országok adataiból felrajzolt trend alapján Magyarország többet költ az egészségügyi ellátásra, mint a nála fejlettebb nyugat-európai országok trendjéből következne (Bondár, 1993).

5. E növekedési kényszer s a folyamatosan növekvő orvoslétszám következménye az is, hogy az orvosok folyamatosan túlgátolták az egészségügyi ellátás kompetenciahatárait. Ma már egyre szélesebb azoknak a "betegségeknek" a köre, amelyek "orvosi ellátást" igényelnek (kimerültség, kövérétség, megfázás, alkoholizmus, menstruáció előtti szindróma stb.), pedig ezek korábban nem tartoztak az orvosi ellátás keretében ellátandó "betegségek" közé. Az orvosi ellátás, az egészségügyi ellátás kompetenciahatárának bővülését elősegítette az is, hogy az állami egészségügyi ellátás kialakulásakor szisztematikusan háttérbe szorították a gyógyításban addig aktív szerepet játszó többi ellátási forma szerepét.

Az 1980-as évek végére Angliában és Magyarországon is nyilvánvalóvá vált, hogy a politikai racionalitás érdekében tovább már nem szorítható háttérbe az egészségügyi ellátás gazdasági racionalitása. Mind a két országban közel azonos időben fogalmazták meg azokat a programokat, amelyek szakítanak az állami ellátás alapeszményével (a szükségletek szerinti ellátással), és a gazdasági racionalitás megvalósítására alkalmas változásokat vezettek be. Angliában ezt a változást "a belső piac" megteremtése jelzi, Magyarországon pedig a "teljesítményfinanszírozás" az, amely a gazdasági racionalitás jegyében a szükségletkielégítés helyére került.

6. A rejtett összefonódás következménye az állami egészségügyi ellátás "privatizálása" is. Az állami és a magánellátás ilyen szoros összefonódása lehetőséget teremtett arra, hogy az állami erőforrásokból származó ellátás magánellátási szférává váljon. Manchin Róbert és Szelényi Iván 1986-ban publikált tanulmányukban részletesen elemzik a lakásrendszer példáján azt a folyamatot, hogy miként válnak a redisztributív privilégiumok áruvá a szocializmus keretei között. Amit a következő idézetben a káder-elitről olvashatunk, mutatis mutandis vonatkozik az egészségügyön belül az "orvos-elitre" is: "A piaci lehetőségekhez való kapcsolata alapján megosztott maga a káder-elit is: jelentős részük (részletesebb empirikus kutatásokra lenne szükség annak megítéléséhez, hogy valójában milyen

.....

nagy is ez a hányad) párhuzamosan élvezi a hivatalnokrendi és a piaci privilégiumokat. Önkritikát kell gyakorolnunk, s be kell vallanunk, hogy korábbi munkánkban alábecsültük a káder-elit megújulóképességét, hisz az elmúlt évtized során igen sokuk bebizonyította, hogy az általunk elképzelnél sokkalta rugalmasabb. Ezek az emberek nem engedték, hogy a piac fokozatosan elvegye tőlük korábbi kiváltságaikat. Megtanulták azt, hogyan kell felhasználniuk a piacot, azt is mondhatnánk, hogy oly mértékben járultak hozzá a piaci reformokhoz, amilyen mértékben ők maguk megtanulták az abból származó jövedelmek megszerzését. Ismét a lakásrendszer példáján mutatjuk be a »redisztributív privilégiumok ilyenén áruvá válását«, de úgy véljük, hogy ezt a logikát más szférákra is lehet alkalmazni" (Manchin—Szelényi, 1986:176).

7. Jogi zűrzavar. Az állami egészségügyön belül megjelenő hálapénz hosszú évtizedeken keresztül tabutémának számított. A hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején azonban ez a jelenség annyira nyilvánvalóvá vált, hogy létezését már nem lehetett tovább titkolni, tagadni. Elodázhatatlannak bizonyult ennek a jelenségnek a "kezelése". Ennek a lehetetlen feladatnak a megoldásáról, az ezzel kapcsolatos jogi abszurdításokról Ádám György két könyve is írt (Ádám, 1986; 1989). A hálapénz jogász szemmel teljesen abszurd megadóztatása (azaz az állami szférán belül működő magánellátás legalizálása) az új értelmezési keretben tökéletesen racionális eljárásként tekinthető.

8. Kétszintű egészségügyi ellátás. Végeredményként az állami egészségügyön belül lezajlott változásokat úgy interpretálhatjuk, hogy a kialakult rendszer képtelen volt a gyógyítás makroszintű integrálására, és szükségszerűen adta át a helyét újra a piaci mechanizmusoknak. Az "állami ellátáson" belül az "állami ellátás" sem szorult teljesen vissza, így jelenleg egyszerre működik e két ellátási forma — azonos jogi és eltérő praktikus működési szabályozásokkal. Így az egészségügy államosításának paradox következménye nem a magánellátás visszaszorítása, hanem soha nem látott mértékű térnyerése lett Magyarországon.

Jegyzetek

.....

1. Szubsztantív racionalitás alatt ebben az esetben azt értem, ha a gyógyító tevékenységre alapvető emberi szükségletkielégítés (betegségek, panaszok megelőzése, a megromlott egészségi állapot helyreállítása) miatt kerül sor.

2. Szűk keretek között engedélyezték a magánpraxis folytatását, és két kórháznak (MÁV, MIOK) sikerült megőriznie az önállóságát.

3. Ezen a területen is volt néhány kivétel: továbbra is egyházi kezelésben maradt néhány időseket és betegeket ellátó intézet.

4. A politikai igazolások során az orvosok 10 százalékát "nem igazolták" (Kovács, 1985:81).

5. Ezt a modellt a Szovjetunióban dolgozták ki, és szovjet tanácsosok támogatásával valósították meg Magyarországon.

6. Ezek a vizsgált dimenzió piaci végpontját jellemző "elméleti modell" következményei, amelyek a valóságban soha nem is érvényesülnek.

7. Erre a többi kórháznál nagyobb autonómiával rendelkező — nem a Népjóléti Minisztérium felügyelete elé tartozó — MÁV-kórházban nyílt először lehetőség.
8. Ugyanazt fogalmazza meg más szavakkal a már idézett "reformprogram" is: "Az élettan rövidülése nem elsősorban a megbetegedettek ellátásának hiányosságai, hanem a (...) közmorál egészségügyet is érintő romlása kapcsán kialakult hozzáférés-beszűküléssel (...) magyarázható" (Forgács és mtsai, 3. old.) E feltétel mellett több más szempont is szerepel az idézett anyagban.
9. Az 1200 fős országos reprezentatív vizsgálatot a MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központjában folyó "lakossági attitűd"-vizsgálat keretében végeztem el 1992 áprilisában. Az adatfelvételt a Medián Kft. végezte.
10. Hiába próbálkozott a minisztérium a számítógépes program elterjesztésével, ez a kórházak ellenállásába ütközött, és emiatt több évet késett. Az utolsó minisztériumi program az egészségmegőrzés társadalmi programja volt, amely szintén az orvosok ellenállása miatt nem valósulhatott meg. De hasonló kudarc várt az ún. krónikus ágyak arányának emelésére tett minisztériumi, pénzügyminisztériumi, kormányzati törekvésekre is.
11. A számításokat a minisztérium által kiadott *Évkönyvek* adatainak felhasználásával végeztem.

Irodalom

- Ádám György: (1986) *Az orvosi hálapénz Magyarországon*, Bp. Magvető.
- Ádám György: (1989) *Adózás után*, Bp. Magvető.
- Antal Z. László: (1987) "Az angol egészségügyi ellátásról egyoldalú megközelítésben". (Kézirat.)
- Antal Z. László: (1986—1987) "Beteg utak", *Medvetánc*.
- Antal Z. László: (1991) "A piaci mechanizmus szerepe az állami egészségügyben", In: *Terhesség — szülés — születés, II.*, Bp. MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Balázs Péter: (1991) "Hálapénz-paradigma: Szubjektívan az egészségügyi rendszerváltásról". *Valóság*, 4.
- Balázs Péter: (1992) "A gyógyítás erkölce és a hatalom logikája", *Valóság*, 8.
- Balázs Péter: (1993) "Piac vagy hivatástudat a gyógyításban?", *Valóság*, 4.
- Balogh József — Dr. Zajkós Gábor: (1980) "A hosszú ápolási idejű osztályok, intézetek működésének gazdasági-pénzügyi vonatkozásai", *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3.
- Bondár Éva: (1987/a) "Az egészségügyi szolgáltatások térítésének külföldi tapasztalatai", *Pénzügyi Szemle*, 1.
- Bondár Éva: (1992) "Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdasági természetéről", *Replika*, 1—2.
- Critical Guide to Health Service Resource Allocation in London*. 1985. London: The Greater London Council, London, 1985.
- Csaba Iván: (1991) "A jóléti állam privatizációja Nagy-Britanniában", *Esély*, 3.
- Csaba Iván: (1993) "A hálapénz közgazdasági értelmezése", *Replika*, 1.
- Czenky Klára: (1988) "Szülés, szülésselőkészítő alternatívák", In: *Terhesség — szülés — születés, I.* Bp. MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Csiz adia Tibor: (1989) "A gazdasági hatékonyság értelmezésének néhány kérdése az egyesített egészségügyi intézményekben", *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2.
- Dr. Forgács András — Dr. Jávor András — Dr. Nagy Júlianna — Dr. Serfőző Mária — Dr. Weltner János: (1988) *Elgondolások az egészségügy reformjáról*, Bp. Szociális- és Egészségügyi Minisztérium.
- Friedman, Milton: (1991) "A szabad választás", In: Mosolygó Zsuzsa (szerk.) *A piac kudarca — az állam kudarca*. Bp. Aula.
- Galasi Péter — Kertész Gábor: (1981) "A hálapénz aktuális problémái Magyarországon", *Közgazdasági Szemle*, 3.
- Ham, Chris: (1991) *The New National Health Service Organization and Management*, Oxford: Radcliffe Medical.
- Ham, Christopher: (1982) *Health Policy in Britain*, London: Macmillan Education LTD.
- Harris, Ralph — Arthur, Seldon: (1979) *Over-Ruled on Welfare*, London: The Institute of Economic Affairs.

-
- Heclo, M. — Wildavsky: (1974) *The Private Government of Public Money*. London: Macmillan.
- Klein, Rudolf: (1983) *The Politics of the National Health Service*. London and New York: Longman.
- Kovács M. Mária: (1985) "Aesculapins militans", *Valóság*, 8.
- Losonczy Ágnes: (1987) *A kiszolgáltatottság anatómiája — az egészségügyben*. Bp. Magvető.
- Manchin Róbert — Szelényi Iván: (1986) "Szociálpolitika az államszocializmusban. Piac, redistribúció és társadalmi egyenlőtlenségek a kelet-európai szocialista társadalomban". *Medvetánc*.
- Maynard, Alan: (1987) "The private health care sector in Britain." In *The Public/Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change*. The Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Pauly, Mark V.: (1986) "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy" *Journal of Economic Literature*. Vol. 24, 2, 629—675.
- Petschnig Mária Zita: (1983) "Az orvosi hálapénzről — nem etikai alapon" *Valóság*, 11.
- Stigler, J. George: (1989) *Piac és állami szabályozás*. Bp. KJK.
- Szalai Júlia: (1986) *Az egészségügy betegségei*. Bp. KJK.
- Szántó Zsuzsa: (1992) "Az alternatív gyógyászat helyzete Európában". *Lege Artis Medicinae*, 5.
- Dr. Zalányi Sámuel: (1985) "Fejezetek az orvostudomány és az egészségügy történetéből". In *Társadalomorvostan*. Egyetemi Jegyzet. Bp. SOTE.