

.....

CSABA IVÁN

A hálapénz közgazdasági értelmezéséhez

A szociálpolitikai intézményekkel foglalkozó kutató számára kevés olyan izgalmas jóléti rendszer létezik, mint amilyen Magyarországon a szocialista korszakban kiépült. Az ún. szocialista vívmányok mintegy kiábrándító mellékhatásként csapdahelyzetek, paradoxonok változatos formáit produkálták. Ezek sorában talán a leghírhedtebb, egyben a legrejtélyesebb a paraszolvencia-szindróma a magyar egészségügyben. A kutató és az állampolgár meghasonlik a hálapénz esetében. Az utóbbi szerepében reméli, hogy ez a jelenség minél hamarabb a múlt részévé válik. Másfelől zavarban van, ha arra gondol, hogy még mennyi mindent nem tudunk e különös tranzakció működéséről.

Ezzel az írással a mikroökonómia elemzési keretére támaszkodva a hálapénz közgazdaságtani természetének megfejtéséhez szeretnék hozzájárulni. Dolgozatomban alternatív elméleti megközelítések bemutatására törekszem, így az itt megfogalmazott főbb állítások feltételes módúak, munkahipotézis jellegűek. Gondolataimat elsősorban Antal Z. László (1991), valamint Galasi Péter és Kertesi Gábor (1991) tanulmányaihoz kapcsolódva fejtem ki, és teszem ezt — e munkák iránti minden elismerésem mellett — nem minden polémia nélkül, különösen az utóbbi tanulmány esetében.¹

.....

E bevezetésben kénytelen vagyok egy rövid kitérőt tenni annak érdekében, hogy ne hogy gyökeret verhessenek azok a véleményem szerint téves nézetek, amit Galasi és Kertesi az optimális egészségügyi rendszerrel kapcsolatban kifejtene. Terjedelmi okokból itt nincs mód a szerzők e kérdéssel kapcsolatos gondolatmenetének a részletes kritikájára. Annyi azonban elmondható, hogy úgy tűnik, Galasiék a retrospektív (a költségeket utólag megtérítő) finanszírozási mód problémáiból vontak le általános következtetéseket, és ráadásul csak a fogyasztói erkölcsi kockázat (moral hazard) lehetőségével foglalkoztak. A szerzőpáros teljességgel figyelmen kívül hagyta az egészségügyi szolgáltatások speciális jellegzetességeit, különösképpen a kínálati oldal domináns szerepét. Így fel sem vetődött bennük, hogy a szolgáltatókat megfelelően ösztönző finanszírozási és szervezeti megoldásokkal is növelhető egy egészségügyi rendszer hatékonysága. Modellszerűen is megmutatható, hogy az önrészesedéshez képest a retrospektív biztosítástól való elmozdulás eredményesebb eszköz az optimális mennyiségű kínálat kialakításában. Sőt, adott körülmények között az önrészesedés bevezetésével már nem is növelhető a rendszer hatékonysága (Ellis és McGuire, 1990; Selden, 1990). Galasiék álláspontjának tarthatatlanságát mi sem illusztrálja jobban, hogy szerintük az amerikai egészségügyi rendszer áll leginkább közel az optimális megoldáshoz. Nem túlzás azt állítani, hogy az OECD országokat alapul véve ennek épp az ellenkezője mondható el: Az amerikai egészségügyi rendszer a világon a legrágább, mégis kiábrándítóak az ország egészségügyi mutatói (Enthoven, 1990).

De most térjünk vissza Magyarországra!

Kínálatélenkítő eszköz vagy elosztási mechanizmus?

A betegek a legnagyobb valószínűséggel azért fizetnek hálapénzt, mert jobb ellátást szeretnének kapni, mint amilyenben (szerintük) fizetés nélkül részesülnének. Ennek jóléti megítélése szempontjából nem közömbös az a kérdés, hogy ilyenkor teremtenek-e új szolgáltatások (Csekő, 1991). Amennyiben a paraszolvencia mennyiségi vagy minőségi értelemben olyan szolgáltatásokkal bővíti a kínálatot, amelyek egyébként nem álltak volna rendelkezésre, akkor — közgazdasági terminológiával élve — Pareto-értelemben vett javulásról beszélhetünk. Azaz, ilyenkor a fizető betegek a hálapénz fizetésével anélkül javítanak egészségügyi ellátásukon, hogy ezzel mások helyzetén rontottak volna. Sőt, elméletben még az sem kizárt, hogy a kedvező hatások részben átszivárognak a nem fizetőkre is "keresztártámogatás" formájában. Ilyen eredményre juthatunk, ha feltesszük, hogy a szolgáltatók és pácienseik jóléte nem független egymástól (Harris, 1979).

A paraszolvencia kínálatra gyakorolt hatásának az azonosítása bonyolult feladat, ha figyelembe vesszük, hogy a fizetés kikényszerítése érdekében a kapacitás- és teljesítmény-visszatartás racionális magatartás lehet. Mindenesetre az nagy bizonyossággal állítható, hogy amennyiben növeli a kínálatot a hálapénz, akkor ez főként az élőlátás-szolgáltatásokra igaz. A betegek által fizetett pénz ugyanis az orvosok és a személyzet egy részének a zsebébe áramlik, így azt általában nem fordítják gyógyszerekre, beavatkozásokra vagy épületekre. Vagyis a kapacitások egy része a betegek fizetőképes keresletére érzéketlen. Mivel a szolgáltatók által végzett munka az esetek egy jelentős részében tárgyi eszközöket is igényel, még kínálatnovekedés esetén is feltételezhető, hogy nem marad érintetlen a

.....

már meglévő anyagi eszközök betegek közötti elosztása. Mindez természetesen nem zárja ki azt, hogy a hálapénz nem lehet befolyással az orvosok által amúgy is elvégzendő munkamennyiség allokációjára is. A következőkben a közfinanszírozásból rendelkezésre álló erőforrások elosztása és a paraszolvencia közötti lehetséges kapcsolatot veszem közelebbről szemügyre.

A hálapénz legalább részben értelmezhető az egészségügyi közkiadások újraelosztási mechanizmusaként. A kínálatélnkítő és az újraelosztási funkciók egymáshoz viszonyított jelentőségének a megítélése egy még megválaszolandó, fontos empirikus kérdés. Ugyanakkor az megállapítható, hogy az utóbbi esetben korrupciós problémával nézünk szembe. Más szavakkal: ilyenkor a paraszolvencia a közpénzek, illetve a közpénzekből vásárolt javak adásvételeként írható le. Tulajdonképpen végbemegy a közfinanszírozású egészségügyi ellátás (részleges) privatizációja. (Ilyenformán a "privát beteg" kategóriájának a megjelenése az állami egészségügyben a hálapénz-rendszer betetőzésének tekinthető.) Ez a privatizáció azonban a sajátos mozzanattal rendelkezik, hogy a fizető betegek olyan árut vesznek meg a szolgáltatóktól, amit már egyszer mások (ti. az adófizetők) megfizettek. Következésképpen a privatizációs bevételekre szert tevő orvosok szempontjából az elosztott javak ingyenesek.² Fontos momentum az is, hogy amikor a hálapénz újraelosztási mechanizmusként működik, akkor a betegek eredeti — alkotmányos vagy biztosítási jogon alapuló — jogcíme szenved csorbát. Így az is megtörténhet, hogy a páciensek lényegében eredeti jogcímeiket vásárolják meg.

A hálapénz alapján két síkon gyakorolhat hatást az egészségügyi szolgáltatások allokációjára: egyrészt mikroszinten, amikor már egy adott szerkezetű kínálat áll rendelkezésre; másrészt makroszinten, amikor az elkölthető egészségügyi költségvetésének szektorok és intézmények közötti felosztása a tét.

Galasi és Kertesi (1991) tanulmánya az előbbi szintet tárgyalja, míg Antal Z. (1991) írásában az utóbbi kérdéskört is érinti.

Az újraelosztási probléma mikroszinten

Az egyszerűség kedvéért tekintsük a problémát a hasonló betegségben szenvedők szempontjából. Ekkor egy olyan (majdnem) univerzális rendszerre, mint amilyen a magyar, viszonyítási alapként elfogadható az a kívánatosnak tekinthető elosztási szabály, miszerint az azonos egészségügyi helyzetben lévő betegeknek a rendelkezésre álló társadalmi forrásokból egyenlő mértékű ellátáshoz kell jutniuk.³ A 3-as jegyzetben említett technikai problémákon túlmenően ez az elv a gyakorlatban számos okból sérülhet. Már csak ezért is fenntartásokkal kell fogadnunk Galasiék statisztikai eredményét a hálapénzfizetés ténye és a beteg elégedettségi foka közötti kapcsolat negatív irányára vonatkozóan. A bürokratikus elosztási rendszert befolyásolhatják a különböző szolgáltatói érdekcsoportok, ami területi és intézmények közötti egyenlőtlenségekhez vezethet (Szalai, 1986). A betegek képessége a szolgáltatás igénybevételére még ingyenesség esetén is eltérő lehet. Az orvosok preferálhatják a szociológiailag hozzájuk közelebb álló pácienseket (Le Grand, 1982). Akinek a rokonai vagy baráti körében orvos is van, nagy valószínűséggel jut jobb ellátáshoz (Antal Z., 1987). A szocializmus körülményei között a gazdasági és a politikai

.....

pozíciók is "egyenlőbb" állami szolgáltatást garantáltak. A paraszolvencia elosztási mechanizmusként működve így csupán egy újabb tényező, ami megkérdőjelezi a közösségi erőforrások fent definiált méltányos elosztási elvét.

A hálapénz allokációs rendszerként való elemzése még azonos helyzetű betegeket feltételezve is összetett probléma, ezért a mikroökonómiai modellezés segítségével egzaktabb következtetésekhez juthatunk. A közgazdaságtani modellek lefordíthatók "ha, akkor" típusú kijelentésekké, így általában egyszerűsítő feltételezésekkel élnek. Ugyanakkor a modellszerű gondolkodás lehetőséget ad a feltételek módosulásának értékelésére is. Galasi és Kertesi a hálapénzről szóló munkájukban (1991) nem mutatják be, hogy az pontosan milyen mechanizmuson keresztül osztja el a rendelkezésre álló javakat, csupán megelőzően publikált modelljeik (1987, 1988) eredményeire hivatkoznak. (Ami már azért is sajnálatos, mert itt a korábbiakhoz képest eltérően definiálják a fogyasztói preferenciákat.)

Amennyiben Galasiék írását a fent említett korrupciós tanulmányaik kiterjesztéseként értelmezzük, akkor történetüknek a "becsületes orvos elcsábítása" címet is adhatjuk. A játék kiindulópontjában az orvos minden beteget a jogosultságának megfelelő ellátásban részesít: mindenki egyenlő mértékű kezelést kap, és a "becsületes" szolgáltató a rendelkezésre álló erőforrásokat teljesen felosztja a páciensei között. A betegek jól definiált keresleti függvényekkel rendelkeznek, hasznosságmaximalizálók és tökéletesen informáltak. A hálapénz ebben a modellben az generálja, hogy vannak olyanok, akik a fennálló zérus ár mellett jogosultságuknál több szolgáltatáshoz szeretnének jutni. Azonban a betegek a több erőforrást igénylő jobb szolgáltatáshoz a kínálat rugalmatlansága miatt csak egymás rovására juthatnak. A betegek nagyobb szelet tortáért folyó versengésének csak az szabályát, hogy senki nem kaphat egy minimális szintű ellátásnál kevesebbet. Ez a garantált minimum a modellben kívülről adott korlátként szerepel. Az orvos itt passzív szerepet játszik: ha fizetnek neki, hagyja magát elcsábítani, és átcsoportosítja az erőforrásokat a betegek között, de nem manipulálja a szabályokat a maga javára, és legfőképpen mindig felosztja az erőforrásokat a páciensek között. Kertesiék további feltevése, hogy a játékban a betegek egyenként lépnek és nincsenek tranzakciós költségek.

A versengés szabályai ezek után a következők: A "rögzített felárás" játékban (Galasi és Kertesi, 1987) csak egy fix összegű hálapénzt lehet fizetni. Ehhez a hálapénzhez attól függően, hogy hány beteg szállt be a versenybe, tartozik egy, az eredeti jogosítványon túli, plusz kezelésmennyiség. Ha mindenki befizeti ezt az összeget, ennek nagysága nullára zsugorodik. A korrupció minden esetben odáig terjed, hogy a nem fizető betegeknek juttatott ellátás végül a garantált minimumra süllyed. A versengés nyugvópontja ott lesz, ahol a nem fizető betegek már nem tudják nettó hasznukat (nettó haszon = a minimálisnál elérhető több kezelés haszna, mínusz a hálapénz összege) növelni a fix összegű hálapénz befizetésével.

A "változó felárás" verseny (Galasi és Kertesi, 1988) logikája megegyezik a rögzített felárással, azzal a különbséggel, hogy a játék újabb fordulóiban lehetőség van a hálapénz összegének növelésére, és ezáltal leértékelődik a korábbi összeggel megszerezhető szolgáltatásmennyiség. Ebben az esetben azonban a betegek preferenciától függően az is megtörténhet, hogy a hálapénz emelkedésével a "patkányverseny" kibontakozása helyett a korrupció iránya megfordul: a betegek egy ponton jobban járhatnak, ha visszalépnek a megemelt összegű hálapénz megfizetésétől. Így a játéknak nincs mindig egyensúlyi pontja, a hálapénz felszámolhatja önmagát. Galasiék maguk is felismerték ezt a lehetőséget (1988:

911). Azonban ezt a balesetet következtetességük feladásával igyekeznek kiküszöbölni. Nem tartják magukat a szolgáltató "becsületességének" a feltételéhez, prekoncepciójuk védelme érdekében náluk hol felosztják teljesen az erőforrásokat a betegek között, hol nem.^{4,5} Megjegyzendő, hogy a korrupciós verseny kibontakozását itt alááshatja az is, ha a betegek nem egyenként, hanem egyszerre teszik meg fizetési ajánlatukat.)

Vajon hogyan alakul a betegek jóléte ilyen körülmények között a hálapénz nélküli világhoz képest? Az nyilvánvaló, hogy most nem beszélhetünk Pareto-értelemben vett javulásról. A nem fizető vagy fizetni nem képes egyének vesztesek, hiszen nem jutnak hozzá a nekik járó ellátáshoz. Ugyanakkor a fizető betegek helyzete a kiindulóponthoz képest bizonytalan: ugyan lehet, hogy több, jobb ellátást szereztek, de ennek értékénél nagyobb összeget is fizethettek. Szélsőséges esetben, azonos fogyasztói preferenciákat és fizetőképes keresletet feltételezve, a klasszikus fogolydilemma megoldását kaphatjuk: minden beteg fizet hálapénzt, így mindenki azt szerzi meg, amit egyébként is megkapott volna. Azonban Galasiék állításával szemben modelljükben azt semmi sem zárja ki, hogy a fizető fogyasztók nyerjenek. A szerzőpáros számára nem rokonszenves eredményre jutunk, ha a betegek egy jelentős hányadának a fizetőképes kereslete alacsony, és így a nagyobb fizetőképességű páciensek az ő rovásukra kielégíthetik igényeiket. Áltánosságban azt mondhatjuk, hogy a jövedelmi különbségek növekedésével növekszik annak valószínűsége, hogy fogolydilemma-típusú játék átalakuljon egyszerű kizsorítósdíva.

Galasiék a hálapénzzel megszerezhető előnyöket a túlkereslet alakulásával mérik. Lehetséges, hogy ez egy érdekes kérdés, mindenesetre szokatlan eljárás a jóléti közgazdaságtanban. Az azonban nem hagyható szó nélkül, hogy a túlkeresletet vizsgálva hamis jóléti következtetéseket vonhatunk le. Ez nem csak azért van így, mert két személy közül valakinek lehet nagyobb a jóléte nagyobb túlkereslete ellenére is, hanem azért is, mert nem minden túlkereslet kielégítése kívánatos. Ugyanis (ha eltekintünk az externáliáktól) a társadalmi jólét csökken az olyan fogyasztói kereslet kielégítésével, amiből rugalmas kínálat esetén sem lehetne fedezni az annak megfelelő szolgáltatás költségét. Figyeljük meg, hogy a hálapénzzel történő újraelosztás esetén erre is lehetőség nyílhat, mivel az erőforrások az elosztó (orvos) számára ingyenesek. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy elvileg a Galasi—Kertesi-féle korrupciós játék beindulhat akkor is, amikor a kiindulópontban nyújtott kezelés optimális mennyiségű.

Nézzük meg, mi történik akkor, ha feloldjuk a Galasi—Kertesi-modellben megfogalmazott "becsületes szolgáltató" feltételt! Ekkor az orvosok kihasználják domináns szerepüket és jövedelmük maximalizálásának megfelelően alakítják ki a szabályokat. A betegek a kezdeti állapotban sem jutnak hozzá jogosultságukhoz, csak egy minimális ellátásban részesülnek: a szolgáltatók a hálapénz reményében visszatartják teljesítményüket és a kapacitásokat. Tehát az orvosokat itt nem "elcsábítják", hanem ők maguk kényszerítik ki a fizetést. A szolgáltatók piaci értékesítés céljából elkülönítik (lényegében privatizálják) a rendelkezésre álló erőforrások egy részét, extrém esetben akár az összes általuk nyújtható szolgáltatást. Így nevezhetjük ezt az esetet a piacositott modellvariánsnak. Az Antal Z. (1991) által leírtak a piacivá vált állami egészségügyről jobban illeszkednek ehhez a világhoz, mint Galasiék modelljéhez. Annak eldöntése, hogy a valósághoz vajon melyik interpretáció áll közelebb, még további empirikus vizsgálatokat igényel. Mindenesetre a piacositott modellvariáns esetében egyszerűbb feladat a lehetséges egyensúlyi állapotok meghatározása, és nem kell tartanunk attól, hogy a hálapénz felszámolja önmagát. A

.....

"kompetitív" megoldás annál az árnál alakulna ki, ahol a fizetés nélkül nyújtott minimális ellátást meghaladó aggregált kereslet megegyezik az elosztható szűkös kínálattal. Adott esetben ez az állapot a szolgáltatók számára biztosíthatja az egységes ár mellett elérhető maximális profitot is. Természetesen ebben a modellben a "kompetitív" árnál magasabb díjszabás is kialakulhat, még akkor is, ha az elemzésbe bekapcsoljuk a kórházak közötti verseny lehetőségét.⁶ Az orvosoknak nem kell magukat kötniük az egységes díjszabáshoz sem, így akár az adott kereslet mellett elérhető lehetséges legnagyobb profitra is szert tehetnek. Az egészségügyi ellátás ugyanis egy tipikus példája annak, amikor az ún. árdiszkrimináció zavartalanul megvalósulhat: az orvosok megtehetik, hogy ugyanazt a szolgáltatást az eltérő fizetőképességű pácienseknek különböző összegű hálapénz fejében nyújtják.

Eddig a hálapénz elosztási funkcióját tökéletesen informált fogyasztók feltételezésével tárgyaltuk. Ezt problematikusá teszi már az a tény is, hogy a hálapénzjáték szabályai nem egyértelműek és nem nyilvánosak. Az egyes játékosoknak eltérő elképzelései lehetnek a szabályokkal kapcsolatban. Például a betegek gondolhatják azt, hogy ők az elosztási játékot játsszák; míg az orvosok hihetik azt, hogy a pácienseik egyszerűen csak hálásak. A rosszabbul tájékozott betegek gyakran hátrányos helyzetbe kerülhetnek (Antal Z., 1987), az összefüggés azonban ennél bonyolultabb is lehet. A szereplők várakozásai, tévhitei maguk is hozzájárulhatnak a szabályok formálásához.

Mint ahogy erre a hálapénz-vitához való hozzászólásában Bondár (1992) is rámutatott, az egészségügyi szolgáltatás ráadásul olyan tulajdonságokkal rendelkezik, ami tarthatatlanná teszi a tökéletes informáltság feltevését. Sok szempontból teljesülni látszanak az ún. credencejavak tulajdonságai (Darby és Karni, 1973): A fogyasztók gyakran még a kezelést követően sem lehetnek biztosak a kapott szolgáltatás mennyiségében és minőségében. Ilyen körülmények között a szolgáltatóknak elvileg lehetősége nyílna az elosztandó, értékesíthető erőforrások látszólagos bővítésére. A situációt az is bonyolítja, hogy a tranzakció tárgya sem jól definiált: A páciens lehet abban a hiszemben, hogy "protekción" kezelésben részesült, és ezért boldogan fizet, miközben egy fikarcnyival sem kapott jobb szolgáltatást, mint nem fizető sorstársai.

A beteg és orvos közötti információs aszimmetriát az még jobban súlyosbítja, hogy a betegek kevesebbet tudnak egészségi állapotukról, mint kezelőorvosuk. Sajátos módon ilyenkor a hálapénz elfogadása önmagában szolgáltatássá válhat. Ugyanis az elfogadás ténye azt jelezheti, hogy nem reménytelen a beteg helyzete. (Így lehet megfizetni a reményt!) Végül ahhoz az alapvető problémához lyukadunk ki, hogy az egészségügyi szolgáltatások esetén általában csak igen korlátozott értelemben beszélhetünk önálló fogyasztói keresletről. A közgazdaságtan konvencionális keresletkoncepciója itt értelmezhetetlenné válhat. A betegeknek nem mindig áll módjukban optimalizálni: a bizonytalanság, a félelem, a fájdalom körülményei között durva általánosítás lenne racionális fogyasztót feltételezni. Ilyen körülmények között a szolgáltatónak lehetősége van a keresletet befolyásolni. Erre a kérdésre a későbbiekben még visszatérünk.

A fentiekből is következik, hogy az egészségügyi ellátásban nem elhanyagolható a tranzakciós költségek problémája. A hagyományos szerződéses piaci tranzakciók számos okból kudarcot szenvedhetnek ezen a területen (McGuire et al. 1988:10. fejt.). Ezúttal csak a hálapénz és a tranzakciós költségek kapcsolatát érintem. A speciális gondot itt az okozza, hogy a hálapénzen keresztül megvalósított tranzakció jogilag nem védhető és meglehető-

.....

sen tökéletlenül definiált implicit egyezményen nyugszik, ha egyáltalán létezik bármilyen egyezmény a beteg és orvosa között. Éppen ezért nem közömbös a hálapénz fizetésének időpontja. Ha, beteg a kezelést megelőzően fizet, védtelenné válik a nem teljesítéssel szemben, ugyanakkor a nyújtott szolgáltatás tükrében utólag az orvos is keveselheti ezt az összeget. A kezelés végén történő fizetés esetén az orvos bevétele válik bizonytalanná. Ahhoz, hogy ilyenkor a hálapénz hatást tudjon gyakorolni az erőforrások elosztására, a betegeknek hihető jeleket kell adniuk fizetési szándékukról, míg az orvosoknak ki kell szűrniük a fizető pácienseket. Jelenleg nem rendelkezünk kielégítő ismeretekkel az aktuális fizetési szokásokról.

A hálapénz esetében a tranzakciós költségeket az is növeli, hogy az egészségügyi ellátásban általában sem alkalmas a szokványos adásvételnél használatos nyelvezet (Arrow, 1963), de itt ráadásul egy jogilag bizonytalan megítélésű tranzakcióról van szó. Ma még az nem kellően ismert, hogy a hálapénzzel kapcsolatban beszélhetünk-e az árakról, az árajánlat vagy az árverés valamilyen formájáról, és ezek hiánya esetén hogyan alakulnak ki a fizetett összegek. Mindenesetre az árak körüli csend vagy némajáték komoly gondokat okozhat mind a Galasi—Kertesi-féle modell, mind a piacositott modellvariáns működőképessége szempontjából.

A hálapénz újraelosztási hatásának mikroökonómiai modellezése még korántsem tekinthető megoldott feladatnak. Többet kell tudnunk ahhoz a valós játékszabályokról, korlátokról és egyéni motivációkról, hogy a mikroökonómiai elemzés magyarázóereje növekedjen. Ugyanakkor kellene a modellek ahhoz, hogy jó empirikus kérdéseket tehesünk fel. Az sem kizárt, hogy a helyzettől és a szereplőktől, de leginkább a domináns helyzetben lévő orvosok attitűdjétől függően különböző modellvariánsok bizonyulhatnak az igazsághoz közelebb állónak (Balázs, 1991). Mindenekelőtt az újraelosztási hatás mértékéről kell megbízható információt szereznünk.

A hálapénz és a makroszintű erőforrás- allokáció

A jelek arra mutatnak, hogy az egyes betegségek eltérően fizetnek. Mikroszinten közvetlenül lehetőség nyílhat arra, hogy a jövedelmezőbb betegségfajták elszívják az erőforrásokat a kevesebb bevétellel kevesebbet kezelendő betegségek kezelése elől. Antal Z. (1991) hipotézise szerint ez a hatás még makroszinten is érvényesülhet. Szerinte az egészségügyi költségvetés eredeti allokációját is befolyásolhatják jövedelmezőségi szempontok, mivel a paraszolvenciából jól kereső orvoscsoportok erős bürokratikus pozícióval rendelkeznek.

Függetlenül Antal Z. hipotézisének igazságtartalmától, érvelhetne valaki úgy, hogy az előnyös lehet, ha, jövedelmezőség is hatást gyakorol a fejlesztések területének meghatározására. A nagyobb jövedelmezőség ugyanis nagyobb keresletet és így kevésbé kielégített igényeket jelez. Eszerint a gondolatmenet szerint — és ez jól illeszkedik Galasiék megközelítéséhez — a hálapénz egyfajta negatív visszacsatolásként értelmezhető. Ez a nézet tartalmaz ugyan igazságot, de inkább csak féligazságot. Sajnos, a betegségcsoportok közötti elosztási feladat normatív kritériumai sokkal nehezebben és bizonytalanabban

.....

fogalmazhatók meg az azonos betegségben szenvedők esetéhez képest. Ugyanakkor az valószínűsíthető, hogy a betegek fizetőképes kereslete alapján történő erőforrás-allokáció legalább olyan mértékben vezethet kielégítetlen szükségletekhez, mint ahogy egy tiszta bürokratikus tervezési rendszer a betegek egyes csoportjait és az ellátásukkal foglalkozó intézményeket mellőzheti. Példának okáért a krónikus betegek, akiknek fizetőképes kereslete betegségük következtében igen alacsony, a hálapénz bevétel alapján történő kínálat-meghatározás esetén ellátatlanok maradnának. A szükséglet kategóriája nyilvánvalóan homályosabb, mint a piaci kereslet. Azok számára, akiknek az ízlését zavarja a szükséglet fogalma, a probléma lefordítható a Rawls-féle (Rawls, 1972) kollektív döntési problémára. Az állítás ezek után úgy hangzik, hogy az egészségügyi biztosításban részt vevő egyének — akik a saját egészségi állapotukon kívül mindenről tökéletesen informáltak — más szerkezetű kínálatot preferálnának ex ante, mint amilyen a fizetőképes keresletükből következne a megbetegedésük után.

Antal Z. azt állítja, hogy a hálapénz által vezérelt makroszintű erőforrás-allokáció a piaci mechanizmusok dominanciára jutásaként értékelhető. Vegyük azonban észre, hogy a bürokratikus elosztás manipulálásával más eredményre juthatunk, mint egy piaci rendszerben! Tekintsük ennek illusztrálására a következő példát: B kórház igazgatója jó kapcsolatokkal rendelkezik a megyei TB igazgatóságnál, így el tudta érni, hogy az általa irányított kórház a legjobban felszerelt intézmény legyen a megyében. A relatív előny pénzt hoz a konyhára. Azonos fogyasztói preferenciák esetén a profitmaximalizáló hálapénz — amit elkérhetnek egy páciensről azért, hogy felvételt nyerjen a jobb B kórházba — megegyezik azzal az összeggel, ami mellett a betegek közömböseké válnak a B kórházba való kerülés és a többi, gyengén felszerelt megyei kórházban való gyógykezelés között. A "tökéletes" piaci verseny ebben a szituációban a felszereltségi különbségek csökkenése irányába hatna. A mi esetünkben azonban ennek éppen az ellenkezője várható. Ha B kórház igazgatója jól ápolja kapcsolatait, akkor további fejlesztéseket eszközölhet ki és még jobban kamatoztathatja relatív előnyét. A fenti példa felhívja a figyelmet arra is, hogy a logikai sorrend fordított is lehet az Antal Z. által feltételezethez képest. Nemcsak a hálapénz lehetősége mozgathatja a bürokratikus erőforrás-allokációt, hanem a bürokráciára gyakorolt nagyobb befolyásból is következhet a hálapénzbevétele.

Az a kérdés azonban eddig megválaszolatlan maradt, hogy a hálapénzes szektorokban dolgozó szolgáltatóknak mennyire áll érdekében szakterületük fejlesztése. A bővülő kínálat ugyanis csökkentheti a hálapénzből befolyó jövedelmeket. A Galasi—Kertesi-féle modellben ez a hatás közvetlenül érvényesülhet. A piacosított modellvariáns esetében az erőforrások bővülésével egyrészt növekszik az eladható szolgáltatások mennyisége, de ezzel együtt csökkenhet a keresletet a kínálattal összhangba hozó ár is. A megoldás kulcsát adhatja, ha feltételezzük, hogy az orvosok képesek a keresletet a bővülő kínálathoz igazítani. Ezt a lehetőséget is megvizsgáljuk a következő részben.

Az orvosok ösztönzése és a hálapénz

Mivel az orvosok jövedelmének egy jelentős hányada a paraszolvinciából származik, a hálapénz felveti az orvosok kívánatos kompenzációjának a kérdését is. Az orvosok java-

„
„ alkalmazásának három alapvető módja ismeretes: a fix bér, a fejpénz és a díjszabás szerinti fizetés (fee-for-service). Egészen a legutóbbi időkig a hivatalos javadalmozás a magyar egészségügyben a bér volt, míg a hálapénz leginkább a munkadíjhoz hasonlítható (Antal Z., 1991).

A bérezés előnye, hogy a keresleti ingadozásoktól független stabil jövedelmet biztosít, és az egészségügyi kiadások kontrollját is könnyebbé teszi. Ezen kívül ez a fizetési mód lehetőséget adhat az orvosi munka minőségi elemeinek a honorálására is (Newhouse, 1992). A bérezéssel szemben leggyakrabban elhangzó érv, hogy az nem ösztönöz kellőképpen a munkavégzésre: az orvos jövedelmét, legalábbis rövid távon, nem befolyásolja az elvégzett munka mennyisége. Ráadásul az orvosokat nem lehet olyan módon ellenőrizni, mint a futószalag mellett dolgozó munkásokat. Az eredmény így bérezés esetén alacsony szintű és rugalmatlan munkakínálat, és az ellenőrzési rendszer változatlanul hagyása mellett azt héremeléssel nem is lehet növelni.

Ez a gondolatmenet azonban figyelmen kívül hagyja, hogy a javadalmozáson kívül más motivációval is rendelkezhetnek az orvosok. Az orvosi hivatástudat egy ilyen fontos belső mozgatórugó lehet. Ez úgy is interpretálható, hogy az orvos nem közömbös páciense jólétét illetően. (Lásd pl. Ellis és McGuire, 1986.) Valószínűsíthető, hogy a hivatástudat ereje és az orvosi fizetés között pozitív összefüggés létezik. Ebből viszont az következik, hogy (legalábbis egy bizonyos szintig) a bér emelésével növelhető az orvosok által végzett munka mennyisége és minősége, és ez közvetlenül negatív hatást gyakorolhat a hálapénz mértékére. A mikroökonómia nyelvén erre az eredményre jutunk, ha feltételezzük, hogy a beteg jólétének az orvos hasznosságára gyakorolt hatása a jövedelem függvényében növekvő. Meg kell azonban jegyezni, hogy sikamlós területre érkezik az, aki a morált akarja modellezni. Amikor az orvosi etika magatartást befolyásoló funkciójáról beszélünk, figyelembe kell venni, hogy ebből a szempontból nagy eltérések lehetnek a szakma egyes képviselői között. A statikus gondolkodás is félrevezető lehet: lehetséges, hogy a paraszto-vencia elburjánzása végtelen rombolást vitt ezen a területen végbe.

A hivatástudat szerepének bevonásával a korábban elemzett korrupciós probléma belső konfliktusként is leírható. Ebből kiindulva a Galasiék által külső korlátként feltüntetett garantált minimumot — vagyis azt a kezelésmennyiséget, amit a nem fizető betegnek is meg kell kapnia — endogén változóvá tehetjük. Ezt nevezhetjük annak az ellátási szintnek, aminél rosszabbat adott feltételek mellett morális és szakmai meggyőződése miatt senki- nek sem hajlandó nyújtani az orvos. Az orvosi bér nagysága befolyásolhatja ezt a korlátot. A fent definiált hasznosságfüggvény estében megmutatható, hogy a bérszínvonal emelése- sével a korrupciós újraelosztás csökkenhet: adott összegű hálapénz mellett az orvos kevesebb szolgáltatást piacósítana, illetve lenne hajlandó átcsoportosítani a betegek között.

Az orvosi fizetés egy további összefüggésen keresztül is kapcsolatban állhat a hálapénz- zel. Tegyük fel, hogy a hálapénz révén megvalósuló korrupció jogi szankcionálása nem elhanyagolható mértékű. (Jelenleg nem ez a helyzet.) Ekkor kockázatkörülső magatartást feltételezve a bér felemelhető egy olyan szintre, amikor az orvosok már előnyben részesítik a biztos fizetést, mint az adott összegű hálapénzzel megszerezhető magasabb, de a "lebukás" veszélyét is magában hordó jövedelmet.

Az orvosi bér és a hálapénz közötti kapcsolatot vizsgálva tehát összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy Galasiékkal (1991) szemben nem söpörhetjük le az asztalról azt a nézetet, miszerint az alacsony bérek hozzájárulhatnak a hálapénzrendszer kibontakozásá-

.....
hoz.⁸ Mint azt láhattuk, ennek az egyébként általánosan elterjedt vélekedésnek az igazságtartalma attól függ, hogy milyen motivációk határozzák meg az orvosok viselkedését.

A díjszabás alapján történő fizetési mód a bérnél sokkal közvetlenebbül ösztönöz a teljesítményre, különösen mennyiségi szempontból. A paraszolvenciát a díjfizetéssel összehasonlítva annak a lehetősége sem zárható ki, hogy a hálapénz előnyösebb ösztönzési forma az orvosi munka minőségi elemeit tekintve. Az orvos tevékenységének egy részét csak a beteg tudja megfigyelni. Csak a beteg tudja megmondani, hogy orvosa mennyire emberséges, mennyire figyelmes a panaszait illetően, mint ahogy csak a beteg éli meg a fájdalmait. Ha a dolog úgy áll, hogy a hálapénz összegét alapvetően a páciens orvosával való elégedettsége határozza meg, akkor az betegközpontúbbá teheti az orvosok magatartását. Ebben az esetben nem eufemizmus paraszolvenciáról beszélni. Az orvos erőfőlénye és a kínálat korlátozottsága nem teszi meggyőzővé ezt az interpretációt. A rendelkezésre álló információk a szkepszisre adnak okot. (H. Sas, 1991:97)

Ráadásul a beteg nem tudja minden elemét megítélni az orvos teljesítményének. Az orvos és a beteg közötti információs aszimmetriából következik, hogy az orvos a páciensénél jobban tudhatja, hogy annak milyen kezelésre van szüksége. A problémát az okozza, hogy a fizetési formától függően az orvosnak anyagi érdekében állhat a beteg keresletét manipulálni. E tevékenységét leginkább morális elkötelezettsége korlátozhatja. A szakirodalomban széleskörűen elfogadott álláspont, hogy a díjfizetési rendszer keresletet indukálhat (supplier induced demand). (Lásd pl. Evans, 1974; Cromwell és Mitchell 1986, Phelps, 1986; McGuire és Pauly, 1992.) Ez ahhoz vezetett, hogy a beteg olyan mennyiségű kezelésben részesül, ami már nem javít egészségi állapotán, sőt még ronthat is azon. A korábban említett lehetőségek közül bármelyik értelmezést is fogadjuk el a paraszolvenciával kapcsolatban, a hálapénz mindegyik esetben generálhat a díjfizetési rendszerhez hasonló érdekeltséget. Néhány jel arra mutat, hogy a fizető pácienseken indokolatlan orvosi beavatkozásokat — például egyes diagnosztikai teszteket, egyszerűbb műtéteket — is elvégeznek (Antal Z., 1991). A hálapénz-éhség késleltetheti vagy meg is akadályozhatja a betegeket abban, hogy a megfelelő intézménybe kerülhessenek, hiszen a "tejelő" páciensek továbbítása veszteséget jelent (Antal Z., 1987). Így ugyan eltérő okból, de a Galasiékéhoz hasonló következtetésre juthatunk: abszurd módon a fizető betegek akár rosszabbul is járhatnak, mint a nem fizetők. Az összkínálat rugalmatlansága esetén előállhat a legrosszabb helyzet: míg egyes betegek túlzott mértékű kezelésben részesülnek, addig mások nem kapják meg az adekvát ellátást sem.

A hálapénz jövője

1993. július 1-től a magyar egészségügyi rendszer legalábbis részlegesen áttér az ún. teljesítményfinanszírozásra. A családi orvosok jövedelmét a kártyapénz fogja meghatározni, a szakrendelők az egyes beavatkozások ára alapján kapják bevételeik egy részét, míg a kórházak esetében a DRGs-rendszer váltja fel a korábbi intézményfinanszírozást. Vajon milyen hatást fognak gyakorolni ezek a változások a hálapénz-rendszerre?

Az új finanszírozási rendszer közvetlenül nem változtat a rendelkezésre álló erőforrások mennyiségén, ugyanakkor explicitté teszi az egyes betegek jogosultságát. Ez a sajátosság

.....
természetesen továbbra sem zárja ki, hogy az egyes betegek után fizetett pénzt az orvosok újraosszák pácienseik között. Erre nemcsak korrupciós okokból kerülhet sor, hanem az árrendszer tökéletlensége és a kezelési költségek véletlenszerű ingadozása miatt is. A korrupciós újraosztást azonban korlátozhatja az a tény, hogy az új mechanizmusban a beteget követi a pénz. Ebből viszont az következik, hogy az intézmények közötti verseny erősödésével a teljesítményfinanszírozás visszaszoríthatja a hálapénzt. Tökéletes verseny esetén a paraszolvencia elvileg csak kínálatbővítő funkciójában maradhatna fenn, ugyanis ilyenkor a betegek nem lennének kényszeríthetőek arra, hogy a jogosultságuknál alacsonyabb szintű szolgáltatást elfogadjanak.¹⁰

Hosszabb távon a beteget követő fizetési rendszerben esély van arra, hogy a kínálat belső szerkezete jobban igazodjon a szükségletekhez. Ennek a hálapénzre gyakorolt hatása azonban nem egyértelmű, hiszen a betegségek gyakorisága nem feltétlenül esik egybe a fizetőképes kereslettel. Ráadásul a fenti tételt megkérdőjelezi az, hogy a szolgáltatók manipulálhatják az esetek számát, és bürokratikus befolyásukon keresztül magukat az árakat is.

Amennyiben az új finanszírozási rendszer a pénzügyi ösztönzők erősödésével is párosul, és a jelenlegi elképzelések erre utalnak, úgy az a hálapénz mértékét növelheti. Ha ugyanis a szolgáltatók az árbevételük és az aktuális kezelési költség közötti különbözetet tetszés szerint felhasználhatják, akkor a kiadások minimalizálásában lesznek érdekelték, akár a beteg kárára is. Más szavakkal: közvetlen lehetőség nyílna az egészségügyi kiadások profitá konvertálására. Monopolhelyzet esetén a betegek ezt az érdekeltséget csak úgy ellensúlyozhatják, hogy a kezelésük javításával okozott jövedelemvesztésüket megtérítik a szolgáltatóknak. Természetesen ennek a szituációnak a valószínűsége elsősorban attól függ, hogy az orvosok mennyire lesznek érdekelték a jovedelmezőség növelésében.

A teljesítményfinanszírozás várható következményei a hálapénz alakulására tehát nem egyértelműek. A hálapénz teljes kiiktatása a finanszírozási forma reformjával nem érhető el, hiszen az önmagában nem változtat azon a tényen, hogy a jelenlegi kínálat fenntartásához szükséges pénzügyi források részben a lakosságtól származnak. (Ez nem feltétlenül egyezik meg a hálapénz teljes összegével, hiszen a korrupciós bevételek elmaradása nem rontana a szolgáltatás átlagos színvonalán.)

A magánbiztosítás terjedése enyhítheti a keresleti feszültségeket. Azonban ha a magánbiztosítás a fennálló ellátó intézményekre támaszkodva fejlődik ki, ez csak a hálapénzrendszeren keresztül megvalósuló kizorítósi új köntösbe való öltöztetését jelentené. A hálapénz a kínálati oldalon is intézményesülhet. Ezzel számolhatunk, ha a társadalombiztosítási pénzek szabadon bevonhatóvá válnának a magánkezelés költségeinek fedezésére, és a magánintézmények ilyenkor korlátozás nélkül állapíthatnák meg a betegek által fizetendő felárat. A magánpénzek és a közpénzek összeházasításának ez a lehetősége a magyar egészségügyi rendszer végzetes szegregációját eredményezheti. (Az oktatásban egy hasonló folyamat tanui lehetünk.)

Mielőtt tehát perverz módon intézményesül a paraszolvencia, társadalmilag ellenőrzött módon kell azt intézményesíteni. Mivel az adóbevételek növelésére nincs mód, ez nem valósulhat meg másképp, mint a betegek által fizetendő hozzájárulás egységes rendszerének a bevezetésével. (Ez a lépés nagy körültekintést igényel, mert könnyen kerülhetnek a betegek a hálapénz és a díjszabás kettős szorításába.)

.....

A hálapénz jövőjéről tehát nem mondhatunk bizonyosat, de az biztos, hogy a hálapénz titkát megfejtteni szándékozó kutatónak nincs vesztegetni való ideje.

Jegyzetek

1. Írásomban nem foglalkozom a hálapénz és az önrészesedés közötti hasonlóság problémájával, aminek Galasiék meglehetősen nagy teret szenteltek. A tanulmány korábbi bírálói (Csekő, 1991, Bondár, 1992) véleményem szerint helyesen rámutattak arra, hogy ez a kérdés miért nem tekinthető teljesen adekvátnak.

2. Elvileg elképzelhető olyan eset is, amikor a beteg az orvosnak csak az általa kifejtett plusz erőfeszítését fizeti meg, és ezen keresztül ingyenesen jut hozzá a költségvetésből finanszírozott szolgáltatáshoz. A tranzakció tárgya azonban ilyenkor is a teljes szolgáltatás.

3. Közelebről szemügyre véve még ez az elv sem egyértelmű. Például, ha egy bizonyos kezelésfajta egy minimális összeg alatt nem végezhető el, de az összes kezelésre fordítható keret limitált, akkor előfordulhat, hogy mindenkire egyenlő összeget fordítva, senki sem juthat hozzá az adott ellátáshoz. Hasonlóan, mivel a technikai fejlesztés egyenletlen, egy adott időpontban nem mindig juthat hozzá mindenki a legkorszerűbb gyógymódhoz. A kérdés ilyenkor az, hogy milyen adagolási szabály tekinthető méltányosnak. A hálapénz ilyenkor egy lehetséges szelekciós megoldás.

4. Arra a problémára, hogy a Galasi—Kertesi-féle modellben az eladó hol becsületes, hol nem, más vonatkozásban Csekő Imre is rámutatott (Csekő, 1991).

5. Figyeljük meg, hogy Galasiék olyan szabályokat definiáltak, ahol a betegek lényegében két lehetőség közül választhatnak: vagy megfizetik a mindenkor érvényes hálapénzt, és megkapják az éppen ezért kapható szolgáltatást vagy nem, és ekkor a minimummal kell beémiük. Különböző fogyasztói preferenciák és eltérő fizetőképes kereslet esetén ez túl merev konstrukciónak tűnhet, különösen akkor, ha — mint Galasiék — folytonosan változtatható mennyiségű szolgáltatást tétetelezzünk fel. Így nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a becsületes szolgáltató posztulátumának megtartása mellett alternatív játékszabályok is megfogalmazhatók, amikor a betegek kettőnél több jószágkombinációhoz juthatnak. Ilyen alternatív szabály lehet az, ha a felár nem egy adott szolgáltatáskötegre, hanem a szolgáltatás egységére vonatkozik. A betegek ezen az áron különböző vásárlási igényt jelenthetnek be, míg az orvosok először mindig a legtöbbet igénylőket elégítik ki. Az ár emelkedésével azonban a korrupció itt is alássa magát. Ez elkerülhető, ha a betegek közötti versengés szabályait úgy módosítjuk, hogy az árítót kezdettől fogva kiterjed a garantált minimum feletti szolgáltatásmennyiségre, de zérus árnál a páciensek továbbra is egyenlő mennyiséget kapnak. Ilyenkor kellő mértékű fizetőképes kereslet esetén az egyensúlyi ár/hálapénz ott alakul ki, ahol a garantált minimum feletti aggregált kereslet megegyezik az újra elosztható szolgáltatásmennyiség kínálatával.

6. Itt fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a hálapénz vonatkozásában a klasszikus árverseny nem jó analógia. Egyrészt a tipikus árakkal ellentétben az egyes intézményekben fizetendő paraszolvencia nem publikus. Másrészt a fogyasztókat nem követi a pénz, a kórházak költségvetése a betegek választásától függetlenül adott. (Ehhez hasznos elemzési keretet adhat a Stackelberg-féle oligopólium pro lémája kapacitáskorlát mellett [Tirole, 1989].)

7. Galasiékknak (1991) abban az észrevételükben igazat kell adni, hogy a jogi szankció lehetősége felverheti a hálapénz összegét. A büntetés növelésével azonban az orvosok korrumpálásához szükséges pénz olyan magasra is emelkedhet, amit — ha a kereslet nem teljesen rugalmatlan — már a betegek tudnának vagy látnának érdemesnek megfizetni.

8. A szerzőpáros figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy a korrupcióhoz nemcsak kielégítetlen kereslet és rugalmatlan kínálat szükséges, hanem a korrumpálhatóság is.

9. Ezzel egy újabb alternatívával gazdagodott a hálapénz-rendszer értelmezési lehetőségeinek a halmaza. Ha a hálapénz a beteg elégedettségi fokának a függvénye, akkor az orvos azt nem kikényszeríti, hanem kicsalogatja. A paraszolvenciának ebben az esetben is lehet allokációs hatása autól függően, hogy az orvos melyik beteg kielégítését tartja kifizetődőbbnek.

10. Természetesen az egészségügyi szolgáltatások esetén a versenynek számos inherens korlátja létezik. A tőkéletes verseny esetét így csak viszonyítási pontnak tekinthetjük. Megjegyzendő az is, hogy a verseny növelése az aszimmetrikus információ problémája miatt nem is mindig kívánatos.

Irodalom

- Antal Z. L.** (1991): "Piaci mechanizmusok szerepe az állami egészségügyben (A szülészet példáján)". in: Hanák K. (szerk.) *Terhesség — Szülés — Születés II.* MTA Szociológiai Kutatóintézet, Budapest, 114—130.
- Antal Z. L.** (1987): "Betegutak". *Medvetánc*, 1986. 4. sz., 1987. 1. sz.: 101—123.
- Balázs P.** (1991): "Hálapénz-paradigma: szubjektívan (?) az egészségügyi rendszerváltásról", *Valóság*, 4. sz.
- Bondár É.** (1992): "Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdaságtani természetéről", *Replika*, 1—2:65—80.
- Cromwell, J. — Mitchell, J. B.** (1986): "Physician induced demand for surgery", *Journal of Health Economics*, 5:293-313.
- Csekő I.** (1991): "Korrupció és hatékonyság — Megjegyzések Galasi Péter és Kertesi Gábor dolgozataihoz", *Közgazdasági Szemle*, XXXVIII/6:616—643.
- Darby, M. — Karni, E.** (1973): "Free competition and optimal amount of fraud", *Journal of Law and Economics*, 16:67—88.
- Ellis, R. P. — McGuire, T. G.** (1990): "Optimal payment systems for health services". *Journal of Health Economics*, 9:375—396.
- Ellis, R. P. — McGuire, T. G.** (1986): "Provider behaviour under prospective reimbursement — Cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, 5:129—151.
- Enthoven, A. C.** (1990): "What can Europeans learn from Americans?" in: *Health Care Systems in Transition*, OECD Social Policy Studies No. 7., Paris.
- Evans, R.** (1974): "Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications", in: M. Perlman, (ed.), *The Economics of Health Care and Medical Care*, Wiley, New York.
- Galasi P. — Kertesi G.** (1987): "A korrupció terjedése", *Közgazdasági Szemle*, XXXIV/9: 1053—1074.
- Galasi P. — Kertesi G.** (1988): "Patkányverseny a korrupciós piacon", *Közgazdasági Szemle*, XXXV/7—8:900—920.
- Galasi P. — Kertesi G.** (1991): "A hálapénz ökonómiaja", *Közgazdasági Szemle*, XXXVI.11/3:258—286.
- H. Sas J.** (1991): "A terhesség ideje (Kutatás a Pest megyei agglomerációban)", in: Hanák K. (szerk.), *Terhesség — Szülés — Születés II.*, MTA Szociológiai Kutatóintézet, Budapest, 46—114.
- Harris, J. E.** (1979): "Pricing rules for hospitals", *The Bell Journal of Economics*, 10:224—243.
- Le Grand, J.** (1982): *The Strategy of Equality*, Allen and Unwin, London.
- McGuire, A. — Henderson, J. — Mooney, G.** (1988): *The Economics of Health Care.*, Routledge and Kegan Paul, London.
- McGuire, T. — Pauly, G. — Pauly, M. V.** (1992): "Physician response to fee changes with multiple payers", *Journal of Health Economics*, 10:385—410.
- Newhouse, J. P.** (1992): *The basis of health care providers*, Working paper, Harvard University.
- Phelps, E.** (1986): "Induced demand — Can we ever know its extent?", *Journal of Health Economics*, 5:355—365.
- Rawls, J.** (1972): *A Theory of Justice*, Clarendon Press, Oxford.
- Selden, T. M.** (1990): "A model of capitation", *Journal of Health Economics*, 9: 397—409.
- Szatnai J.** (1986): *Az egészségügy betegségei*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Tirole, J.** (1989): "The Theory of Industrial Organisation", *The MIT Press*, Cambridge, p. 212—218.

A KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL NÉPSZÁMLÁLÁS KIADVÁNYAI

MEGJELENT:

- **1990. évi népszámlálás. Összefoglaló adatok.**
A kötetben a teljeskörű adatfelvétel országos adatai kerülnek közlésre összehasonlítási lehetőséget nyújtva a korábbi népszámlálások adataival. Ára: 650 Ft
- **1990. évi népszámlálás. Budapesti és megyei adatok (20 kötet).**
Budapest és minden megye önálló kötetben került feldolgozásra. Köteten belül megyeszékhely, városok, községek, lakotthelyek részletezéssel található a lakosság kor, nem iskolai végzettség, foglalkoztatás, lakás adatai. Ára /terjedelemtől függően/: 550 Ft és 1 350 Ft között.
- **1990. évi népszámlálás. Budapest kerületeinek adatait tartalmazó 22 füzet.**
A Budapest adatai c. kötet kiegészítéseként egy-egy kerületre vonatkozóan számos kombinatív táblát tartalmaz a demográfia, iskolázottság, gazdasági aktivitás (foglalkoztatottság, munkanélküliség) ágazati és foglalkozási összetétel, a háztartások és családok struktúrája, valamint a lakásviszonyok témakörében. Ára /füzetenként/: 235 Ft
- **1990. évi népszámlálás. Dunaújváros, Hódmezővásárhely, Nagykanizsa, Sopron adatait tartalmazó 4 füzet.**
A megyei adatokat tartalmazó kötet kiegészítéseként külön jelentek meg a megye időközben megyei jogúvá nyilvánított második városának a megyeszékhellyel azonos kombinatív táblázatai. Ára /füzetenként/: 222 Ft
- **1990. évi népszámlálás. A belterületek és a külterületi lakotthelyek főbb adatai.**
A kötetben a városok, községek, ezen belül a bel- és a külterületi lakotthelyek nevei, állandó- és lakónépessége, valamint a lakásoknak a száma került közlésre. Ára: 730 Ft
- **1990. évi népszámlálás. Az 1850-1990. évi népszámlálások megyénkénti adatai és megyehatáros térképei mágneslemezen.**
A népszámlálási adatközlések során most első ízben jelentkezett a KSH ezzel az új megoldással. A hagyományos népszámlálási kötetek mellett mágneslemezen nyújtjuk át 15 népszámlálás válogatott adatait. Ára / 2 db mágneslemezzel/: 880 Ft
- **1990. évi népszámlálás. Teljes adatbázis CD-ROM-on, angol-magyar nyelven.**
A lemezen a teljes makro- és mikroszintű adatok és a lekérdező szoftver található.
Megjelenik: 1993. I. negyedévtől Ára: 15 800 Ft + ÁFA
- **A Magyar Köztársaság Helynévkönyve. 1992.**
A kötet a közigazgatási területi egységek hivatalos megnevezését, területi beosztását, a KSH által kibocsátott - ötjegyű - településazonosító törzsszámát, területnagyságát, lakónépességének, lakóegységeinek számát, az 1990. január 1. óta bekövetkezett közigazgatási változásokat, valamint a körjegyzőségek felsorolását tartalmazza. Ára: 320 Ft

ELŐKÉSZÜLETBEN:

- **1990. évi Népszámlálás. Demográfiai adatok, - Foglalkozási adatok,- Háztartások adatai,- Lakások adatai.**
A felsorolt kötetek 1993. évben folyamatosan jelennek meg. Ár: terjedelemtől függően 700 - 1 200 Ft

A kiadványokban levő adatokon kívül felmerült igényeket, a Népszámlálás akár táblázatos formában, akár mágneses adathordozón (floppy lemez) megrendelésre előállítja.

Felvilágosítás a 181-37-44 -es telefonon.

A kiadványok és a mágneses adathordozók megrendelhetők postai szállításra
levélben: KSH Népszámlálás 1518 Bp. Pf. 136 telefaxon: 181-37-40 - es számon

A kiadványok a megjelenést követően megvásárolhatók:
KSH Népszámlálás 1111 Budapest, Budafoki út 59. Telefon: 161-36-40

Életút Kutatás

Amint az itt közölt írások érzékeltetik, Karl Ulrich Mayer életpályakutatásai és Martin Kohli életrajzkutatásai nagymértékben eltérő felfogást képviselnek. Mayer érdeklődése azért összpontosult az életpályák tanulmányozására, mert álláspontja szerint így jobban megérthetjük a dinamikus egészként kezelt osztálystruktúrák keletkezését. Kohli ezzel szemben nem az osztályviszony és az osztálytudat vizsgálatát állítja elemzése középpontjába, hanem a társadalmi integráció alternatív formájának tekintett életrajzok kulturálisan közvetítő sémáit. Egyes elemzők véleménye szerint a kétféle megközelítésről folytatott viták egyfajta zsákutcába torkolltak.