

.....

Balázs Péter

Objektíven a hálapénzről

A magyar egészségügy hálapénz-szindrómájának elemzését sajnálatos módon terhelik a pontatlan fogalmak és az önmagukat igazoló prekonceptiók — az úgynevezett eltérő megközelítések. Különösen a nyolcvanas évek második felétől megjelent közleményekben szembevetőd a szakmailag elfogult, szűkített látásmód térhódítása. A differenciáltabb társadalomtudományi elemzés természetesen óriási előrelépés az ötvenes—hatvanas évekhez viszonyítva. Akkor a jelenségről megfogalmazódó gondolatokat csak ideologikus-moralizáló hangvételben lehetett előadni. A tudományos" kereteket az igényesebb publicisztika szolgáltatta.

A felbomló szocializmus hagyatékeként, a hatalom és az orvostársadalom alkudozása nyomán a paraszolvencia visszavonhatatlanul beépült az egészségügy működésének költségrendszerébe. A közel öt évtizedes erőpróba során csiszolódott fogalmi apparátus, illetve az egészségügyi törvénykezésben lecsapódó kodifikációs nyelvezet azt a látszatot kelti, hogy használatuk a valóság leírását és nem annak megkettőzését szolgálja. Orvosok és bennfentes műkedvelők mellett jogászok, szociológusok és közgazdászok is nekiláttak, hogy tudományos igényvel szóljanak hozzá az izgalmas polémiához.

Valójában a kezdetektől sajnálatos kettősség állandósult a jelenség társadalmi feldolgozásában. A paraszolvencia legsikeresebb haszonélvezői átfogó empirikus ismeretanyaggal rendelkeznek a rendszer egészének működéséről, és kifinomult érzékkel követik szűkebb részterületük minden rezdülését. Tudásukat ugyanakkor nem tudják, vagy nem akarják teoretikus rendszerbe foglalni, de átadni sem, az érdeklődő kutatóknak. A tudományosan

.....

felkészült külső elemzők ezzel szemben úgy vélik, hogy egy nagy vonalakban ismert valóságból indulnak ki. Ilyen ismeretekre alapozva következtetéseikben "megközelítés" címén első sorban saját szakmájuk tehetetlenségi nyomatéka irányítja őket. Természetesen az okok és okozatok közé szorított hétköznapi valóság sem marad feltáratlan. Ide kérdőíveket szerkesztő szociológusok igyekeznek behatolni, a hallgatók hasznélvezők számára néha mosolyt fakasztó eredményességgel. Az egyre terebélyesedő szakértői irodalom képviselői az elmondottak miatt törvényszerűen nem értik a hálapénzes forgatóg felszín alatti mélyebb rétegeinek nehezen verbalizálható, de mégsem megfejthetetlen üzenetét. Valós, de végtelenül leegyszerűsített következtetést von le mindenki — például a bibliai adógaras hasonlatából, ha a történetében csak azt látja, hogy a farizeusok mint minden hájjal megkent adószakértők szorongatják Jézus t, aki egy monetáris szellemességgel vágja ki magát szinte reménytelen helyzetéből.¹

Hálapénz és/vagy paraszolvencia?

Az orvosi hálapénz a magyar társadalom egészségügyre fordított javai egy részének szokásjogilag intézményesült, rendeltetését tekintve diszfunkcionális újraelosztása. Forrását a társadalombiztosítási (továbbiakban TB) járulék befizetésén (levonásán) túl a lakosság más módon nem mobilizálható pénzeszközei képezik. A paraszolvencia többet mond egyszerű szinonimánál: ami a beteg kezében hálapénz, az az orvos zsebében már paraszolvenciaként jelentkezik. Az orvosi szakzsargonban kizárólagosan használt görög—latin eredetű összetétel ugyanis szó szerinti azt fejezi ki, hogy ez a pénz egy párhuzamos csatornában folyva lényegében kiegészíti az orvosok hazai arányokhoz képest is igen alacsony hivatalos jövedelmét. Magyarországon az orvosi élmunka hagyományosan nem tartozik a TB részleges térítési kötelezettséggel terhelt egészségügyi szolgáltatásai közé. A működési költségek (running cost) TB-fedezete az orvos munkadíját a deklarációk szintjén maradéktalanul tartalmazza. Összehasonlító egészségügyi gazdaságtani és a későbbiekben részletezendő gazdaságtörténeti elemzés alapján a lakosság hálapénzes hozzájárulása az orvosi élmunkát az aktuális szolgáltatásnál fizetett kiegészítő díjtételként (co-payment) honorálja. A paraszolvencia adása és elfogadása nem az egészségügy legálisan szabályozott pénzügyi rendszerében zajlik. Nem minden szolgáltatási esemény kapcsán fizetik, és nem minden szolgáltató kapja. Egyenetlen az időbeli és érték szerinti megosztása. Co-payment tulajdonsága csak a statisztikai átlagok szintjén érvényesül. A konkrét szolgáltatási interakcióban inkább a TB-rendszereket megelőző szabad egyezkedési elvet sugalmazza. Erre utal azon tulajdonsága is, hogy az újabb keletű szakmai munkamegosztás alapján működő, tisztán diagnosztikus orvosi élmunkával szemben a beteggel közvetlenül foglalkozó terápiás (jellegű) orvosi tevékenységet honorálja.

A hálapénz-forgalom olyan mozzanatokból áll össze, amelyek külön-külön jól leírhatók az elemző gazdaságtan fogalomkészletének felhasználásával. A szokásrend egésze azonban nem követi az általános szolgáltatói szféra — ha úgy tetszik — kenő- és csúszópénzzel vagy borraivalóval megtöltött gazdasági racionalitását. Válogatás nélkül alka mazza ugyanis azokat a társadalomlélektani technikákat, amelyek szolgáltatási többlet nélkül is optimálisan készítetik a lakosságot a megtakarítások egészségügyi célú felhasználására. A

.....
késztetés sajátossága, hogy annak kialakításában a tulajdonos, a fenntartó, a szolgáltatás finanszírozója és a szolgáltatók is közösen részt vállalnak. Ezek a technikák az 1989-es rendszerváltozás előtt és aztán is ellentétben álltak és állnak a meghirdetett társadalmi alapértékekkel. A jelenség tárgyszerű elemzése, az oknyomozáson túl tetszőlegesen megtoldható őszinte vagy képmutató apológiával, mellébeszéléssel vagy kemény bírálattal. Gazdasági súlyát a lakossági pótlólagos források volumenének nagyságrendje, illetve a mindenkori működési költségekhez viszonyított aránya határozza meg. Jelképes részese-
dés esetén a hálapénz ökonómiaja olyan komoly stúdium lenne, mintha a gyakori női nevek napján a vágott virág kereskedelmi forgalmát elemeznék.

Szerepek és szereplők

.....

A hálapénz típusú kiegészítő jövedelemszerzés évtizedek óta sikerrel elegyíti a kényszerhelyzetet a fogyasztó és a szolgáltató spontán vagy diszkrétan előmozdított szereptévesztésével. Az adás és elfogadás kétszereplős jelenetben zajlik. A fogyasztó (beteg) minden alkalommal nyakába veszi azt a terhet, amelytől a bismarcki típusú "Sozialversicherung"² egyszer már megszabadította. Az orvos viszont kvázi-magánpraxis formájában kényszeredetten, vagy cinikusan "üzletel" egy olyan szerepkörben, amelyből nincs módja kilépni sem egy valódi magángyakorlat, sem egy rendezett (köz)alkalmazotti státus irányába.

Nincs olyan társadalom, amelyben az egészségügyi szolgáltatások korlátlanul állnának rendelkezésre. A lakosság a korlátokat az egyes országokban rétegenként és regionálisan is igen eltérő mértékben tapasztalhatja.³ A hiány, mint ezen állapot tükröződése a szolgáltatások forgalmában, rendkívül összetett jelenség, és a közgazdasági logika szerint központi helyet foglal el a hálapénz keletkezésében.⁴ Kiragadhatjuk úgy az okok és okozatok háromdimenziós hálózatából, hogy monokauzális párhuzamosan álljon a hálapénzzel, de még ekkor is tág lehetőségek adódnak a keresleti s kínálati oldal állapotának magyarázatára. Az orvos, egyénileg vagy testületileg, szuverén módon adagolhatja munkateljesítményét. Hasonló szabadságfokkal rendelkezik a kifejezetten anyagigényes szolgáltatások kedvezményezettjeinek kiválogatásában. Fogyasztói oldalon a paternalisztikus struktúrák a hatalom által meghatározott szükségleteket tekintik általános rendező elvnek. Az USA egészségügyi rendszerének kialakításában nyomon követhető extrém liberális felfogás a (fizetőképes) keresletre hagyatkozott. A szükségleti alapelv a közegészségügyi járványügyi logikát erőlteti rá az individuális szférára tegyük hozzá nem alaptalanul — az úgynevezett népbetegségek esetében. A fogyasztói szuverenitás természetesen válogat saját "szükségleti" között, ami hiányok és túlzott kapacitások jelentkezéséhez fog vezetni. Mai körülmények között az úgynevezett harmadik világ nagyon szegény társadalmainak egészségügyi politikáját szomorú kényszerhelyzetnek kell tekinteni és nem liberális keresletszabályozásnak. A valódi liberális felfogás méltányolja az egyén szabadságát, de csakis az individuális betegségek kezeltetésében. Jóhiszeműen akkor jár el, ha a potenciális kereslethez a fizetőképeséget is biztosítja.

Ökonómiai szempontból általános az egyetértés abban, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak más természete van a közönséges áruforgalomhoz képest.⁵ Orvos és beteg között

.....

*

Szocialista hagyományokkal rendelkező, de újabban aktiválódott jelenség a tulajdonos-fenntartónak a paraszolvenciára szemet vető elképzelése: "valahogy el kellene érni, hogy a többlet szolgáltatásra igényt tartó beteg az egészségügyet és ne az orvost finanszírozza".⁹ A gondolatban ott kísért az a közgazdasági elképzelés, amely többletszolgáltatást keres a paraszolvencia háttérében, másrészt az így lecsapódó pótlólagos pénzeszközöket legszívesebben ántalná a legális szféra irányába.¹⁰ A kérdés elméleti jellegű, bár nem lenne érdektelen annak tisztázása, hogy az így becsatornázott összegek milyen irányba folynának. Egyfajta állami betyár romantika a pénzt bizonyára visszaadná az orvosoknak, de szakmák és érdemek szerinti igazságosabb elosztásban. Nagyobb veszélyekkel járna a pénz egy részének elvonása, folyó költségek dologi hányadának fedezetére, nem is beszélve a tulajdonos feladatai közé tartozó beruházásokról és pótlásokról.

A beteg természetesen a jövőben is az orvost finanszírozza, bár a járulékos pénzeszközök forgalmában sem minden tranzakció minősül hálapénz-adásnak, illetve -elfogadásnak. A hálapénz forgalma kizárólagosan a TB által finanszírozott egészségügyben zajlik. A lényeg a finanszírozás módja; a tulajdonforma másodlagos a szolgáltatás háttérében. A körzeti orvosi privatizáció bizonyította, hogy magánorvos is lehet a paraszolvencia haszonélvezője, ugyanis a TB-vel kötött közvetlen szerződés sem módosította nagyságrendileg korábbi jövedelmi pozícióját.

*

Forrás-oldalon abszolút feltétel a finanszírozás kettőzött jellege, tehát hálapénz kizárólag olyan szolgáltatás igénybevételénél jelentkezhet, amelyre a TB-járulék befizetésével a beteg egyszer már jogosultságot szerzett. Ilyen interakció létre sem jöhet, ha a beteg nem biztosított, vagy olyan szolgáltatást vesz igénybe, amelyért teljes térítést kell fizetnie. Magánbeteg — magánorvos viszonylatban a számla kiegyenlítésénél értelmetlen hálapénzt keresni. Ettől függetlenül természetesen nem tilos például az esztétikailag tökéletes fogpótlással megelégedve egy reprezentatív virágcsokrot átadni a doktornőnek. Ez azonban — kissé bizalmaskodó módon — valóban az öröm és a hála jele, hiszen egy legális üzleti kapcsolatban a felek tételesen elszámolták a szolgáltatás fogorvos által megszabott teljes árát. Funkcionális magánbetegként az a biztosított viselkedik, aki szabad elhatározásából nem azt a szolgáltatói kört választja, amelyben érvényes lenne a biztosítása. Amikor a beteg fizet, a háttérben egy láthatatlan tranzakció is zajlik. Ezt kialakult terminológia hiányában *paradox hálapénznek* nevezhetjük, amelyet a beteg "fizet" a biztosító intézetnek azáltal, hogy saját ellátására nem vesz ki pénzt annak kasszájából.

A paraszolvencia gazdasági súlya

Átfogó elemzés igénye nélkül is megállapítható, hogy az informális orvosi keresetszabályozási adó lakossági hozzájárulás abszolút tömege és relatív súlya is megszokszorozódott az utóbbi négy évtizedben. A tendenciát lényegesen az 1989-es politikai—gazdasági

.....
rendszerváltozás sem módosította.¹¹ Az ötvenes évek elején tíz forint "illetéktelen" jövedelem szemet szűrő összegnek számított a körorvosi gyakorlatban. Akkorez a körzeti orvos középértéken számított fizetésének alig több mint 1 százalékát jelentette. Azonos kategóriában a mai nettó fizetésekből hasonló arányban számítható 200—400 forintos összeg aligha tekinthető feltűnést keltő paraszolvenciának. Kórházi fekvőbeteg-osztály vezető főorvosa részéről 1951-ben egy 300 forintos "ágyarulás" súlyos következményeket vonhatott maga után. Ez az összeg középértéken számított fizetésének 15 százalékát jelentette. A mai kórházi körülmények között egy 5000 forint körüli összeg már egyáltalán nem számít sem feltűnő, sem kockázatos paraszolvenciának.¹²

*

A pénzforgalom bruttó tömegére vonatkozó első adat a hálapénz történetében indirekt módon jelenik meg. Az Egészségügyi Minisztérium és az ágazati szakszervezet (OEDSZ) 1952-ben közösen kérte az MDP Politikai Bizottságát az orvosok fizetésének felmelésére. Ennek éves költségvetési vonzata kb. 48 millió forint lett volna.¹³ A sikertelenül végződött kísérlet után az orvosi közvélemény a mindenkori "fizetésrendezés" kapcsán értesült arról, hogy az aktuális egészségügyi kormányzat éppen mit gondol a paraszolvencia bruttó forgalmáról. Ezek a fizetésemelések rendre csalódást okoztak az érintetteknek, ami arra utalt, hogy a vezetés — rutinszerű ideológiai képmutatással — egyre jobban eltávolodott a hétköznapi valóságtól.

A direkt értékbecslés, konkrét számadattal először 1983-ban jelent meg a szélesebb nyilvánosság előtt.¹⁴ A középértéken számolt 3 milliárd forint az 1981-es költségvetés egészségügyi kiadásainak (19,7 milliárd) kb. 15 százalékát jelentette. Az összeg 1986 táján már 4—5 milliárd között mozog¹⁵, és az első "hivatalos"-nak tekinthető állásfoglalások is megjelennek.¹⁶ A következő években a fel- és lefelé kerekítések sajátos rituáléja alakult ki, amelynek során az összeg felemelkedett a jelenleg komolyan senki által sem vitatott 11—12 milliárdos szintre.¹⁷ Mivel a TB-költségvetés egészségügyi háttértele 1992-ben 45 milliárd forint volt, a lakossági hozzájárulás az orvosi jövedelmekhez kb. 20 százalékra tehető. Ezt a részesedést szimbólikusnak aligha tekinthetjük.

A Népjóléti Minisztériumnak a jelenlegi kormányzati periódusban érvényesülő irányítása ambivalensen áll hozzá a paraszolvencia kérdéséhez. Az alapidokumentumnak tekinthető 1991-es Cselekvési Program úgy fogalmaz, hogy "ha a paraszolvenciát legális jövedelemmé tudnánk változtatni akkor a mai rendelkezések szerint háromszorosát kellene bruttó bérként és TB-járuulékként az egészségügynek megkapni. Erre nincs esély".¹⁸ A gondolat folytatását a Minisztérium 1992 szeptemberében publikálta. A fogalmazás az 1991-es rezignáltsághoz képest jelentős aktivitást tükröz. A kormányzat új egészségpolitikájának alapelvei között szerepel: "az egészségügyi dolgozók bérhelyzetének megoldása, munkájuk értékén való elismerése, ezzel a paraszolvencia megszüntetése".¹⁹

Hasonló átfogó anyag 1993-ban eddig még nem jelent meg. Különböző kompetens állásfoglalásokból arra lehet következtetni, hogy "felelős ember a paraszolvencia megszüntetését nem ígérheti".²⁰ Másrészt "az egészségügybe beáramló »fekete« pénzekre továbbra is szükség van, egészen addig, amíg bármiféle optimális ösztönző rendszerrel nem lehet kiváltani e pénzeket".²¹

*

A hálapénz gazdasági kiváltásának nem feltétlenül egyenértékes, de szándékaiban őszinte módja, hogy "legalább a magyar bérrányokban érje el az egészségügyi dolgozók bérszínvonalát a fejlett országok bérrányát".²² A közalkalmazotti törvény 1994. január 1.-től hatályos fizetési táblázata alapján²³ azt már csak találgatni lehet, hogy ez a kormányzati szándék hogyan fog viszonyulni a hálapénz relatív súlyához az egészségügy informális költségvetésében. A pénzügyi nyomás elméleti enyhítésére lenne hivatott az az általánosnak tűnő vélekedés, mely szerint a paraszolvacnia fokozatosan "elsorvad", részben lakosság, főleg a nyugdíjasok fizetőképességének csökkenése, részben a tehetősebb rétegek kivonulása miatt.²⁴ A tehetősebb rétegek melleleg a kiegészítő biztosítások és az önszegélyező pénztárak irányába vonulnának. Az elképzelt érdekkövetésnek kívánatos, de nehezen feltételezhető alapját csak egy radikális gazdasági környezetváltozás garantálhatná. Az említett intézmények ennek hiányában képtelenek versenyezni járulékos költségektől nem terhelt, zsebbe csúsztatott borítékok mindent elsöprő konkurenciájával.

"Szocialista" bérpolitika és annak öröksége

A hálapénzes tranzakció történeti háttérének teljes meg nem értéséről tanúskodik minden olyan elképzelés, amely szolgáltatási többletet tételez fel a deklaráltan térítésmentes TB ellátáshoz viszonyítva. A hálapénz, születésének pillanatától kezdve, valójában egy informális térítési kötelezettség megnyilvánulása, hiszen az egészségügy működésének legális finanszírozása eleve nem fedezi az adott szolgáltatás ráfordítási igényét. A fedezeti hiány tagadható, vagy igen tág határok között lehet vitálni, mert a legpuhább költségelemet — az orvosi munkadíjat involválja.

Jelen tanulmánynak nem célja, hogy más helyen²⁵ részletesen kifejtett gondolatmenet ismétlésével értékelméleti elemzést adjon a piac és az orvoslás többézer éves kapcsolatáról. Újdonságnak számít, hogy az orvosi hivatástudat és a javadalmazás összefüggése közgazdasági értelmezési mezőben is megjelent a paraszolvacnia-vitában.²⁶ Ennek kapcsán igen lényeges kiemelni, hogy a hivatástudat az orvoslás nem piaci ágának öröksége. Ilyen értelemben védetlen a piaci törvényekkel szemben, de egyben kiszolgáltatottja is a protektív hatalomnak. Az orvosi munkaerő hivatástudatot harsogó kizsákmányolása az egyik legvisszataszítóbb jelensége volt a kommunista egészségügyi politikának.

A 19. században létrejött nagyméretű egészségügyi ellátó rendszerekben a foglalkoztatás minősége alapján az orvosi fizetések a köztisztviselői—közalkalmazotti mintához igazodtak. Magyarországon ez az elv több-kevesebb ellentmondással a második világháborút követő kommunista hatalomátvételig volt érvényben. Az orvosi fizetéseket a negyvenes évek második felében bekövetkezett szélsőbalos politikai fordulat kapcsán igen alacsony szinten állapították meg. Az ortodox szocializmus bér- és keresetszabályozási politikája semmi kétséget nem hagy arra nézve, hogy az ilyen típusú társadalom teljesen függetleníti magát a közgazdasági bérelméletek minden racionalitásától.²⁷ A fizikai munka megdicső-

.....

ül, mint az igazi értékteremtés vélt alapja, jeles képviselőjével, a rendszert legitimáló nagyüzemi munkássággal együtt. Mellette természetesen az adminisztratív fenntartó és termelésirányító állami apparátus is kiemelt gondoskodást érdemel. A frissen berendezkedett proletárdiktatúra különösen kíméletlen repressziót alkalmazott az előző rendszer magas presztízsű szellemi foglalkozási elitjével szemben. A legtöbb foglalkozásnál (vezető államapparátusi tisztviselők, bírák, ügyészek, ügyvédek, katonatisztek, termelésirányító műszaki és agrárértelmiség stb.) kellő politikai előkészítés után még a "munkásosztály és a vele szövetséges parasztság" támogatását is sikerült megszerezni a fizikai megsemmisítésig is kiterjedő írtóhadjárathoz. Az orvoslás azonban különleges helyet foglalt el a társadalom szemében magasan álló hivatások között. Művelőinek etnikai összetételét sem tekinthetjük elhanyagolhatónak,²⁸ de a zsidóüldözések sötét időszakától eltekintve a magyar orvosértelmiség soha sem függött az előbb említett foglalkozások mértékében a mindenkori államhatalomtól. Az orvosok, mint a "régi értelmiség" tagjai, természetesen nem maradhattak ki a repressziókból, bár büntetésként csak a legenyhébb fokozatot, az abszurd módon alacsony fizetéseket kapták. A két háború között Magyarországon a diplomások a szakmunkásbérek három-négyszeresét keresték, míg 1953-ban a körzeti orvos a munkások átlagkereseténél csak 37 százalékkal kapott többet, a tisztiorvos pedig 38-cal.²⁹ Az utóbbi évtizedben a piacgazdaság elvén működő, és nemcsak az iparilag legfejlettebb európai államokban, az orvosok átlagos jövedelme három-négyszeresen haladta meg az ugyancsak átlagos munkajövedelmet.³⁰

*

A magyar társadalom végül is több mint négy évtizede folyamatosan kiegészíti a közalkalmazott orvosok igen alacsony fizetését. Ez az össznépi valorizáció spontán és informálisan zajlik, a nem szabályozott és a nyilvánosságtól elzárt rendszerek minden hátrányával együtt. Nem kérhetjük számon rajta mindazt, mit joggal elvárhatnánk egy következetes és piacgazdasági kategóriákban gondolkodó jövedelempolitikától. Az orvosi élmunka hálapénzcs honorálásában az a természetes, hogy a bruttó szolgáltatási tömegnek a díjazás csak "en masse" képes megfelelni. Illúzió elvárni olyan fogyasztótól az értékek helyes arányosítását, aki sokszor még szorultabb helyzetben van, mint a király a bosworthi csatamezőn. Shakespeare III. *Richardjában*.³¹ Másrésztől az orvos hiába végez az adott beteg ellátásában nélkülözhetetlen munkát, ha a kialakult szakmai szokásrend vagy a szakmán belüli hierarchia miatt a beteg nem(csak) őt honorálja.

A korrekt gazdasági elemzések egyébként szükségszerűen elvezetnek ahhoz az előre is tudható nyilvánvaló igazsághoz, hogy az újraelosztás "mikroszinten" diszfunkcionális, és a "makroszintű erőforrás-allokációban" is azonos a helyzet.³²

Tiszteletdíj — borraivaló — hálapénz

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetének (MOSZSZ) II. kongresszusán, 1947-ben Weil Emil főtitkár az orvosok gazdasági helyzetét elemezve arról beszélt, hogy "az egészségügyi alkalmazottak között a borraivaló-rendszer virágzik". Az okot is megnevezte:

.....
"az orvosok fizetése olyan alacsony, hogy rendes megélhetési nívót nem biztosít".³³ Weil Emil pályája a "kapitalista" egészségügyben indult, tehát abszurd lenne feltételezni, hogy nem voltak világos képzetei a borralaló és az orvosi (tisztelet)díj közötti alapvető különbségről. A borralaló kifejezést egy merőben új jelenség megnevezésére alkalmazta. A terminológiai találékonyság révén mintegy a "nép ajkán" megszülető "hálapénz" még egy évtizedet váratott magára. A témakörhöz kapcsolódó folklór másik jeles terméke az "ingyenesség", csak 25 év múlva került kodifikációs használatba, az 1972. évi II.tv. kapcsán.

Az 1959. évi 8. tvr. (Orvosi Rendtartás) preambulumban a következő megállapítás szerepel: "Az orvosok zöme egyetért a szocialista egészségügynek avval az alapvető elvével, hogy a dolgozókat magas színvonalú, díjtalan egészségügyi ellátás illeti meg." A törvényalkotó még "tudja", hogy az orvosi munkát mindenképpen díjazni kell, azonban ezt a díjat a biztosított betegnek nem kell(ene) két részletben leróni, egyszer TB-járulékból és másodsorban hálapénz formájában. Az 1972. évi II. tv. miniszteri indokolásában "az állampolgárok a gyógyító—megelőző ellátás keretében az orvosi szolgálatra, továbbá a szükséges orvosi gyógykezelésre (ideértve a kórházi gyógykezelést is), valamint a szülészeti ellátásra és a mentőszállításra ingyen jogosultak... az egészségügyi ellátást kiegészítő egyes juttatásokért (például gyógyszer, gyógyászati segédeszköz) a fennálló térítés továbbra is kötelező".³⁴ Az állampolgári jogcímről a biztosítási elvre visszatérve, a legújabb rendeletek³⁵ részletesen szabályozzák a biztosított által csak teljes térítési díj, illetve részleges térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások körét. Látható tehát, hogy a magyar egészségügyben soha nem volt idegen azoknak a szolgáltatásoknak a jelenléte, amelyekre a költségvetés, illetve a TB nem 100 százalékos támogatást nyújtott. Az utóbbi ötven év gyakorlatában azonban neuralgikus pont volt és maradt az orvosi élmunka elszámolása.

*

A negyvenes évek végének magyar társadalmában a többi között az orvos — beteg viszonyban is teljes zűrzavar uralkodott. Az előző rendszerből jogfolytonosan tovább működő TB még messzemenően nem fedte le az egész társadalmat. Így 1949-ben a biztosítottak csak a lakosság 41 százalékát jelentették. A betegek ellátását végző orvosok viszont a 139/1950. MT. sz. rendelet értelmében állami alkalmazottak voltak. Minden fekvőbeteg-intézet állami tulajdonba került. A járóbeteg ellátásban de jure soha meg nem szüntetett magánrendelést kiméletlen nyomás alá helyezték.

Az orvos—beteg kapcsolatban több évezreden át kialakult munkadíj elszámolási gyakorlatot a "fee for service" típusú rendszerek a mai napig fenntartották. Ez a magánorvos számára közvetlenül jelenik meg a nem biztosított beteg által történő fizetésnél, vagy a biztosítónak benyújtott számla kiegyenlítésénél. Az általánydíjas változat eltér a "fee for service" elvétől. Ilyen esetben a magánorvos az ellátott biztosított betegek után normatív (többnyire valamilyen módon korrigált) fejkvóta alapú elszámolásban részesül a biztosítóval kötött szerződés alapján.³⁶ Az alkalmazott orvos elszakad saját tevékenysége díjazásának közvetlen rendszerétől. A tulajdonos fizetést folyósít, függetlenül attól, hogy saját elszámolása a biztosítóval vagy a beteggel normatív vagy teljesítmény alapon történik. Ez természetesen nem zárja ki annak lehetőségét, hogy szimulatív jelleggel különböző "ösz-

.....

tönzöket" csatoljanak az alkalmazott fizetéséhez. A megoldás, pénzügyi—technikai szempontból csak a valóság megkettőzésének szintjén hasonlít a gazdasági értelemben is közvetlen orvos — beteg találkozáshoz. A paraszolvencia keletkezésében pontosan egy ilyen megkettőzött kapcsolatnak volt kizárólagos relevanciája. A díjtalanság tünete teljesen világos volt 1947-ben. Egyes betegek kötelesek voltak díjat fizetni az orvosi munkáért, a betegek másik csoportjánál ezt a díjat a biztosítási rendszer, a deklarációk szintjén 100 százalékban átvállalta. Az átvállalt szolgáltatást "éhbérért" dolgozó orvosok végezték. Ezt a tényt az orvos, a beteg és a hatalom is pontosan ismerte.

A hatalom a fizetéseket csak a bérfeszültségek tírhetetlen fokozódásakor "rendezte". A párt- és állami vezetés természetesen pontosan tudta, hogy az orvosok a betegektől "borravaló"-t kapnak. Ez tükröződik például a 40/1950 MT. sz. rendelet azon részében, amely havi 200 forintot juttat a röntgen-, a tbc.- és az elmeosztályok orvosainak és a kórboncnokoknak.

A beteg, a díjtalanságot harsogó propaganda mellett, nem érzett különösebb kényszert arra, hogy nagyságrendileg az egykori honoráriumokhoz közelítő összegeket dugdosson az orvos zsebébe. A diktatorikus módszerekkel megfélemlített orvos viszont nem utasította el a szakma méltóságát megszegyenítő 10—20 forintokat. De facto tehát ráterhelődött egy részleges térítési díj az orvosi szolgáltatásokra. Ezt a díjat csak azok az orvosok kapták, akik közvetlen kapcsolatban voltak a beteggel, és döntésük annak sorsát alapvetően befolyásolta. A többi orvos munkáját a tulajdonos(állam) rablógazdálkodásos módszerekkel hasznosította.

A hálapénz valódi ökonómiája

A hálapénz ma már az orvosi jövedelem kormányzati szinten is elismert kiegészítése. Biztosítási elvre épülő egészségügyi ellátó rendszerünkben a lakosságtól csak valamilyen járulék formájában lehetne beszélni. A járuléktömeg egy részéért a betegek semmilyen címzett szolgáltatást nem kapnának, de elveszítenék az össznépi "borítékforgalom" kétes biztonságát.

A szolgáltatási többlet nélküli hálapénz, bármilyen furcsának is tűnik a megállapítás, egy átfogó társadalmi egyetértéssel kialakult szokásrend terméke, amely elsősorban néprajzi kategóriákkal elemezhető, és nem a keresleti — kínálati viszonyok dinamikájával. Kétség-telenül meghökkentő modern korunkban egy népszokásra emlékeztető jelenségre hivatkozni, a "kötelező" co-payment forgalma azonban sokkal jobban hasonlít például a menyasszonytánchoz, mint a szolgáltatási piacok szabályozásához. A gazdasági racionalitás különben nem idegen a népszokások azon fajtájától, amelyek közé tipológiai alapon a habituális "hálapénzelés" is besorolható.

A részletesen kimunkált "ajándék"elmélet szándékosan úgy tesz, mintha az orvosi munkának volna egy olyan része, "amit megfizetni nem lehet", és ezt a betegek nem "adózásjellegű" anyagi előny juttatásával, utólagosan honorálnák.³⁷ Az elmélet nagyvonalúan és hamis analógiával merít a szakrális medicina hála- és fogadalmi adományainak tradíciójából.

.....

A hatalom nem kíván közvetlenül beavatkozni az orvosi életmunka éssznépi honorálásába. Nem tilt, de nem is nyújt segítséget az erőltetett "szolgáltatás"-hoz. Azok a moralizáló ráolvasások, melyek az etikus magatartást körvonalazzák, csak orientáló jellegűek, és óvják az orvosokat attól, hogy a szolgáltatás dologi feltételeit egyes betegek előnyére látványosan átszervezzék. Ez a hálapénz azt a célt szolgálná, hogy a betegek megkárosításának látszatát is elkerülve teljesítményarányossá tegye az orvos kiegészítő javadalmasítását. A habituális hálapénz-forgalom határai ott húzódnak, ahol a szolgáltatás saját életmunkával történik, mellőzve a dologi feltételek szelektív alkalmazását. A hálapénz-vitákban becsületesnek nevezett orvos ezt az ideáltipikus magatartást követné. A mai viszonyok között kétséges, hogy ezzel realizálni tudna egy olyan összjóvedelmet, amely "legalább a magyar bérarányokban" munkájának társadalmi értékével arányos bevételt jelenthetne. Az önfeláldozás jogát természetesen egyetlen orvostól sem lehet megtagadni, de kényszerrel sem lehet alkalmazni a tömeges önkizsákmányolásra.³⁸ A "becsületesen" megszereshető hálapénzt igen tág összeghatárok között és statisztikai valószínűséggel adják. A vagyonosabb rétegek "keresztmogatás" formájában hozzájárulnak a szerényebb jóvedelműek ellátásához, vagy olyan esetekhez, ahol az orvos nyilvánvalóan semmilyen pénzre nem számíthat, viszont legális jóvedelmében ez a munkája sincs megfizetve. A hálapénz eseti értéke jól elkülöníthetően meghaladja az egyszerű borralaló nagyságát, ugyanakkor a legnagyobb paraszolvenca is nevetséges összeg azokhoz a csúszó- és kenőpénzekhez viszonyítva, amelyek a nemzetgazdaság más ágaiban 100 millió forintos tőkeallokációk útjának egyengetését célozzák.

A hálapénz habituális részét csak kizárás alapon különíthetjük el a büntetőjogi és az utalványozási típusú paraszolvenciától. Ezek háttérében jól definiálható többlétszolgáltatásokat forgalmaznak. Az ilyen szolgáltatásokat részben büntetőjogilag kellene szankcionálni, részben pedig legális feltételrendszerbe foglalni.

A büntetőjog (határ)területéről azok a bevételek származnak, amelyek háttérében az orvos gyógyító—megelőző munkájához közvetlenül kapcsolódó szakértői tevékenységek állnak. A forenzikus ténykedés manipulációja (például orvosi láttelel kiállításakor) egyértelmű megvesztegetésnek számít. Ezzel az orvos és a beteg is tisztában van, és csakis ilyen minősítéssel fordulhat elő a gyakorlatban. A munkaalkalmasság, a keresőképeség s a rokkantság megállapítása részrehajló módon akkor is megvesztegetésnek számít, ha sokkal nehezebb bizonyítani büntetőjogi kritériumok alapján. Jelentős "nyomatékot" lehet adni például a gépjárművezetői alkalmasság kedvező elbírálásához, vagy egy fiktív táppénzes betegállományhoz, nem is beszélve a "rokkantosítás"-ról. A szakmai álcázás kifinomult technikái az esetleges támadások kivédését a folyamatba előzetesen bealkalkulálják.

Nagy értékű eszközökkel és anyagokkal végzett gyógyítás területén az orvosi utalványozási jogkörrel való visszaélés a kvázi-hálapénz legellentmondásosabb területe. Ha nincs paraszolvens kereslet, a szolgáltatást akkor sem lehet szüneteltetni. Ilyenkor jutnak a fiatal kollégák is "jelentősebb" feladatokhoz. Azok az orvosvezetők, akik rendelkeznek más orvosok életmunkájának felhasználásával, ilyenkor TB-tarifás munkatöbblettől tudnak megszabadulni. Más esetben ugyanezt az életmunkát saját hálapénzükből akadálytalanul realizálhatják. A kölcsönösség a hierarchia szomszédos fokain kiegyenlítődséhez vezethet, a nagyobb távolság azonban már jelentős jóvedelem differenciálódást eredményez. Ez

.....
különbön egybeesik a tulajdonos és a finanszírozó elképzelésével, de mivel más forrásra nem tud támaszkodni, a manipulációt hallgatólagosan támogatja.

A nem szakmai szolgáltatások orvosi utalványozása a jogi és a TB-szabályozás aktív támogatását igényli. Klasszikus és egyben örökzöld téma a kórházi hotelszolgálat különböző minőségi szintjeinek kiutalása. A mai jogi helyzet teljesen világos, az egyes szintek rendeletileg rögzített valóságot jelentenek a biztosítási fedezettel nem rendelkező betegek számára.³⁹ A biztosított beteget, ezzel szemben egyaránt jogosult például a 10 ezer forint/nap térítési díjjal elszámolt 1 ágyas szobára, és a 4 ágy feletti tömegkórteremre. Az a társadalom, amely természetesen tudomásul veszi az I. és II. osztály tényét a MÁV-nál, tudomásul venné a biztosítási co-paymentet is a magasabb kórházi komfortfokozat kiutalásánál. Jelenleg azonban egy farizeus színjátékot láthatunk: a beteg a co-paymentet a diszpozíciós jogkörrel rendelkező orvos zsebébe csúsztatja. Ez az orvos természetesen lelkes híve annak, hogy kiülsőségeiben ne szakítsuk szét a társadalmat gazdag és a szegény betegek ellátására. "Szociális" igazságérzetet hirdetve közben rutinosan kollaborál a hatalommal. A közös érdek az orvosok fizetési osztályainak olyan "széthúzását" szolgálja, amely meghaladja az ideáltipikus hálapénz differenciálási képességét, de fedezetére a TB-nek és a tulajdonosnak is üres a pénztárcája.

Összefoglalás — futurologia helyett

A paraszolvencia létrejöttének előfeltétele és fennmaradásának záloga a legálisan elérhető orvosi jövedelem igen alacsony szintje egy olyan társadalomban, amelyben a hatalom a jövedelemszabályozásban ambivalens magatartást tanúsít saját szabályainak betartása és megkerülése között. Az eldöntendő kérdések képmutató "lebetegése" még ennek a választásnak a terhétől is megszabadítja.

A második tényező az orvosok érdekkövetésének az a módja, amely partnere a hatalomnak minden informális alkufolyamatban, és válogatás nélkül elfogad minden lehetőséget anyagi helyzetének javítására. A jól fizetett kiszolgáltatottságot az orvosi hierarchia önköltséges belső elnyomással hálálja meg a mindenkori ágazati vezetésnek.

A harmadik garanciális feltétel a lakosság fizetőképessége és hajlandósága, hogy mintegy a hatalom háta mögött az orvossal kollaborálva saját megtakarításaiból egy másodlagos egészségügyi finanszírozást hozzon létre, az orvossal kölcsönösen kialakított játékszabályok alkalmazásával.

Jegyzetek

1. A bibliai *Újszövetség* vonatkozó részei: (Máté 22. 15—22, Márk 12. 13—17, Lukács 20. 20—26).
2. Minden etimologizálás nélkül: a magyar társadalombiztosítás, mint kifejezés nem azt hangsúlyozza, hogy egy "szociális" indíttatású személyi biztosításról van szó, hanem azt, hogy a biztosítás hatóköre lefedi az egész társadalmat.

3. "Ausztriában 8—10 hetet kell várni egy olyan epeműtetre, amelyet Budapesten — a rendelkezésre álló fölös kapacitásoknak köszönhetően — egy napon belül megcsinálnak." "Szepesi András, az Agrárszövetség képviselője az egészség-biztosítási önkormányzatban". In: *Lege artis medicinae* (LAM) Melléklet, Június, 10. o.
4. Petschnig Mária Zita emlékeztető cikkében, amely már címében is szakít az addigi ideológikus—moralizáló hangvétellel, először veti fel a "mesterségesen keltett" hiányt a hálapénz okaként (Az orvosi hálapénzről — nem etikai alapon". *Valóság*, 1983. 11. sz. 47.—55. o.) A napjainkig eltelt tíz év során a paraszolvenciát elemző közgazdászok ezt a gondolatot különböző tematikus variációkban, de mindig vezérmotívumként alkalmazták.
5. Ezt Bondár Éva kimerítően taglalja a "Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdasági természetéről" című munkájában. *Replika*, 3. évf. 1.—2. sz. 65—79. o.
6. Bordás István: "Piac és fekete piac az egészségügyben". *Replika*, 1993. 9.—10. sz. 88. o.
7. A Galasi Péter — Kertesi Gábor szerzőpáros alighanem legnagyobb tévedése, hogy az alacsony orvosi keresetekre való hivatkozásokat (lásd az idézett tanulmányban) nagyvonalúan tévesnek nevezik a hálapénz okainak sorában. "A hálapénz ökonomiája". *Közgazdasági Szemle*, XXXVIII. évf. 3. sz. 263.—264. o.
8. Buda Béla: "A hálapénz-szindróma. A magyar egészségügy különleges tünete nyomában". *Replika*. 3. évf. 1.—2. sz., 82. o.
9. Szepesi András (idézet helye ugyanott, mint a 3. jegyzetben).
10. Ez a szándék nagyon határozott hangnemben jelent meg Kuti Éva hozzászólásában a Petschnig-vita kapcsán: "az egészségügy szempontjából a hálapénz kidobott pénznek számít, a lakosság ilyen formában hozott anyagi áldozatai semmit sem javítanak az egészségügyi ellátás egészének színvonalán, az egészségügyi intézmények helyzetén... (A különszobáért fizetett összegekből em épülnek kórházi különszobák, legfeljebb főorvosi nyaralók; a csípőműtétekért fizetett 1000 márkából nem platinát importálnak az újabb műtétekhez, hanem luxusholmikat az orvosok számára.)". *Valóság*, 1984. 3. sz. 113. o.
11. Egy nemzetközi munkacsoport 1991-es tanulmánya alapján: "A hálapénz elvárt és meggyökeresedett gyakorlat, és az ellátók jövedelmét növeli. Mértéke ismeretlen, de úgy vélik, hogy jelentős: a Világbank jelentése becslésszerűen 12 milliárd forintra tette 1989-ben. Comission of the European Community ACE project (Implementation of theory and practice of modern market-orientated and mixed health economics and management. The different type of health sevice/policy for helping the changes in Hungary. In: *LAM. Melléklet* 1992. aug. 3. o.
12. A 40/1950. MT. sz. rendelet szerint a "városi-községi és körorvos fizetése havi 700—900 Ft, a kórházi osztályvezető főorvos fizetése 1800—2200 Ft volt. A 10 forintos, illetve 300 forintos esetet Ádám György idézi, in: *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. Magvető Kiadó, Bp. 1986. 89. o.
13. Ádám György az eseményekkel kapcsolatban megbízható szóbeli közlésre támaszkodik a 12. jegyzetben idézett művében (92. o).
14. Petschnig Mária Zita: "Az orvosi hálapénzről — nem etikai alapon". *Valóság*, 1983. 11. sz. 47—55. o.
15. Losonczi Ágnes 4 milliárdot nevez meg. In: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Magvető Kiadó, Bp. 1986. 123. o.
16. A Kossuth Rádió 1986. március 15-i "168 óra" adásában Mester Ákos szerkesztő kérdésében 4,5—5 milliárd forint szerepel. A kérdezett Hutás Imre, akkori egészségügyi minisztériumi államtitkár határozottan nem foglal állást, csak annyit mond, hogy "az összeg nem látszik hitelesnek". A beszélgetést idézi Ádám György: *Adóztatás után*. Magvető Kiadó, Bp. 1989. 45. o.
17. Pulay Gyula, a Népjóléti Minisztérium helyettes államtitkára egy kerekasztal-beszélgetésen úgy nyilatkozott, hogy "becslések szerint a hálapénz nagysága az egészségügy bérkölségeinek 25 százalékára tehető". "Egészségügyi reform és/vagy válságkezelés?" *Figyelő*, 1993. ápr. 22. sz. 22. o.
18. "Cselekvési Program Egészségügyi Rendszerünk Megújítására". Népjóléti Minisztérium. Budapest, 1991. augusztus 21. In: *LAM Melléklet* 1991. aug. 28. 11. o.
19. "Egészségpolitikai Irányelvek — a Cselekvési Program aktuális feladatai". Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Rendszerváltozást Koordináló Bizottság 1992. szeptember In: *LAM Melléklet* 1992. szept. 4. o.
20. Kincses Gyula országgyűlési képviselő, a Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Rendszerváltozást Koordináló Bizottságának elnöke. A kijelentés az MSZP Eü. Tagozata által rendezett fórumon hangzott el 1993. ápr. 3-án. Közli a *LAM* 1993. áprilisi melléklete, 21. o.
21. Mikola István a Magyar Kórházszövetség elnöke, aki 1991-ben a minisztérium nevében a "Cselekvési Program"-ot jegyezte. Idézet helye a *Figyelő* kerekasztal-beszélgetésében (17. jegyzet).
22. Idézet helye, mint a 19. jegyzetben.
23. 1992. évi XXXIII. tr. 89. 1. bek.

24. Kincses Gyula. Idézet helye, mint a 20. jegyzetben.
25. Balázs Péter: "Piac vagy hivatástudat a gyógyításban?" *Valóság*, 1993. 4. 51—62. o.
26. Csaba Iván: "A hálapénz közgazdasági értelmezéséhez". *Replika*, 1993. ápr. 9—10. sz. 103. o.
27. Héthy Lajos: "Az állam és a bér". *Valóság*, 1988. 8.sz. 33—46. o.
28. Buda Béla, lásd mint a 8. jegyzetben: 82—83. o.
29. Németh József: "Értelmiség és társadalmi haladás". MSZMP BB. tanfolyam 1987—88. 20. illetve 33. o.
30. A Gyetvai László—Szabó Irén szerzőpáros kivételként említi az olasz viszonyokat, kétszeres szorzószámmal. Igen valószínű, hogy a közalkalmazott magyar orvosok, természetesen a hálapénzes rablólovagoktól eltekintve, ezzel is elégedettek lennének. In: *Az egészségügy anyagi érdekvizonyai*. Kossuth Kiadó, Bp. 1988. 26. o.
31. Az idézet eredetiben így hangzik: "A horse, a horse, my kingdom for a horse" In: *The complete works of William Shakespeare*. London, Oxford University Press. 1962.
32. Csaba Iván: "A hálapénz közgazdasági értelmezéséhez". *Replika*, 1993. 9—10. sz. 95—107. o.
33. Weil Emilre Ádám György hivatkozik a 12. jegyzetben idézett művében (76. oldal).
34. Miniszteri indoklás az egészségügyről szóló (és 1972 II. tv. számon becikkelyezett) törvényjavaslathoz. Harmadik rész. A gyógyító—megelőző ellátás. I. fejezet. A gyógyító megelőző ellátás alapelvei, 23—25.. 25. 106 és 107/1992. (VI. 26.) Korm. rendelet.
36. A rendszerváltás után a magyar háziorvosi privatizációban ezt a megoldást alkalmazták.
37. Dr.Szabó Ferenc: Orvosetikai kérdésekről. *Etikai, fegyelmi ügyek, határozatok*. Medicina Könyvkiadó, Bp. 1973. 61—68. o.
38. Ennek az érzelmi—hangulati körnek típusos megnyilvánulása, hogy a "nemzet napszámossai" után allegóriába rendeződtek a "XX. század rabszolgái". Megdöbbentő és hiteles olvasmány egy majdnem háromszáz oldalas könyv erről az életéről. Dézsi Csaba András: *A XX. század rabszolgái. Riportok orvosokkal, orvosokról*. Gordiusz Lap- és Könyvkiadó, Győr, 1991.
39. A 106/1992. (VI. 26.) Korm. rendelet 7. számú melléklete a 89/1990. (V. 1.) MT rendelethez.