

OTDK-dolgozat

2017

A hálapénz adás motivációi

Motivation behind giving gratuity in healthcare

Témavezető

Dr. Kazár Klára

adjunktus

Szegedi Tudományegyetem

Gazdaságtudományi Kar

Készítette

Tar Tímea

Szegedi Tudományegyetem

Gazdaságtudományi Kar

Kézirat lezárása: 2016. október 24.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	1
2. Szolgáltatások és jellemzői	2
2.1. Fogalom meghatározás	2
2.2. Csoportosítási lehetőségek	3
2.3. HIPI elv	5
2.4. Szolgáltatások folyamatának leírása	7
3. Egészségügyi szolgáltatások rendszerezése	8
3.1. Egészség és egészségügy szerepe	8
3.2. Egészségügyi szolgáltatások definíciója, osztályozása nemzetközileg	10
3.3. Csoportosítás	11
3.4. Egészségügyi rendszer finanszírozása	12
4. Hálapénz	15
4.1. Hálapénz komplexitásának bemutatása	15
4.2. Történeti áttekintés	19
4.3. A magyar hálapénz összevetése külföldi országok informális kifizetéseivel	21
4.4. Fogalom megértése az eddigiek alapján	25
4.4.1. Az orvosi ellátás alapelvei	25
4.4.2. Hálapénz fajtái, csoportosítása	26
4.4.3. A hálapénz megítélése és érintettjei	27
4.5. Motiváló tényezők	29
4.5.1. Hálapénz és társadalmi háttér	30
4.5.2. A hálapénz pozitív vonzata	31
4.5.3. A bizalom hiányában adott hálapénz	33
4.5.4. A páciens kapcsolata a betegségével	39
4.5.5. Minőség az egészségügyben	40
5. Primer kutatás	44
5.1. Kvalitatív kutatás	44
5.1.1. Interjúalanyok bemutatása	44
5.1.2. A kvalitatív kutatás eredményeinek bemutatása a szolgáltatók oldaláról	45
5.1.3. A kvalitatív kutatás bemutatása a páciens oldaláról	49
5.2. Kvantitatív kutatás	51
5.2.1. Módszertan ismertetése	52
5.2.2. Kérdőívben megjelenő fogalmak mérése	52
5.2.3. Minta jellemzése, leírása	55
5.2.4. Hipotézisek ismertetése és eredmények	56

6.Összegzés.....	72
Irodalomjegyzék	75

Táblázatok és ábrák jegyzéke

1. ábra Igénybevétel folyamata	7
2. ábra Hálapénzes szituáció érintettjei és résztvevői	28
3. ábra A hálapénz adást motiváló tényezők	43
4. ábra Hálapénzes szakterületek	45
5. ábra A legmagasabb befejezett iskolai végzettség és az ellátás után hálapénzt adók kapcsolata	58
6. ábra Orvossal szembeni attitűdök és a kezelés végén hálapénz adás kapcsolata	64
7. ábra: Aki nem elégedett a magyar egészségüggyel, szokott utólag hálapénzt adni?	65
8. ábra Klaszteranalízis során létrejött csoportok bizalmi és kockázati attitűd mentén	68
9. ábra: A bizalmi és kockázati attitűd kapcsolata az ellátás utáni hálapénzzel	69
10. ábra: Ellátások, melyekért adnának hálapénzt	70
1. táblázat Paraszolvencia fajtái előnyszerzési célok alapján	27
2. táblázat Kompetencia és bizalom mátrixa	37
3. táblázat Bizalom és kockázat hierarchikus klaszterelemzés	67

1. Bevezetés

Dolgozatom témájaként egy olyan aktuális témát választottam, amiről eddig kevesen írtak vagy végeztek kutatást, így feladatomban éreztem, hogy kutassam, milyen céllal és motivációval adnak a betegek, családtagjaik vagy az egészségügyi ellátások igénybe vevői hálapénzt. A jelenség nem új keletű, legalább 50 éve beszélhetünk a létezéséről, azóta is begyepesedve része életünknek. A jelenség mindenre kiterjed, aki élete során kórházba kényszerül menni, lehet ez súlyos baleset, szülés vagy megfázás. Hatással lehet a hálapénz adási kultúra egyaránt arra, aki amúgy is adna, és arra is, aki nem adna.

Voltak eddig is kísérletek megszüntetésére, de ez a probléma nemcsak Magyarországon tűnt fel, hanem volt szocialista országokban is. Kérdés az, hogy meg lehet-e állítani? Miért adnak egyáltalán hálapénzt? Központi kérdése a dolgozatomnak, hogy milyen motivációból és indíttatásból adnak az emberek hálapénzt.

Kérdésem megválaszolására először szekunder kutatást végzek, ahol megismerkedem a szolgáltatások alapvető jellemzőivel, ezt követően leszűkítem vizsgálódási körömet az egészségügyi szolgáltatások szintjére, majd értékelve a sajátosságokat és a speciális problémákat jutok el a hálapénz témaköréhez. Komplex jelenségről van szó, így több oldalról is megközelítem a témát. Az olvasottak alapján készítem el a primer kutatásom, mely során mélyinterjút és kérdőíves megkérdezést végzek.

A kvalitatív kutatás keretében úgy gondolom, kötelességem megvizsgálni az orvos és nővér szemszögét is. Bár dolgozatom során nem célom állást foglalni a betegek és az orvosok mellett sem, de a probléma feltárása érdekében szükséges körül járni, hogy a hálapénz szituációban érintettek miképp élik meg ezt a folyamatot. Mindkét fél számára problémás, kínos lehet ez a szituáció, nem ítélezhetünk egyik fél felett sem.

A paraszolvencia létezéséről mindenki tud, mégsem beszélnek róla szívesen az emberek. Kellemetlennek éreztem a témát emiatt, ezért anonim kérdőívek segítségével bírom válaszadásra az embereket, hogy gondolataikról nyíltan, őszintén nyilatkozzanak kiletük felfedése nélkül. Az interjú során kapott válaszok alapján és a kiértékelt kérdőívek során minden este választ kaphatunk.

Dolgozatom során nem foglalkozok állást, nem szeretnék ítélezni a jelenség résztvevői felett, a jelenség megértése és bemutatása a célom.

2. Szolgáltatások és jellemzői

A szolgáltatások ismertetése, definiálása és főbb jellemzőinek bemutatása elengedhetetlen lépés a témaköröm kutatásához, mert a hálapénz létezésének és problémáinak okai ebből erednek. A szolgáltatások természetéből fakad a nem fizikai természet, a tárolhatatlanság, a változékonyság, és az emberi tényező hatása az eredményre és minőségre. Ezek mind meghatározzák az egészségügyi ellátások megítélését, páciensek elégedettségét és hálapénz adási szokásait, így az egészségügyi beavatkozásokat, mint speciális szolgáltatásokat is elemzem a későbbiekben.

2.1. Fogalom meghatározás

Amikor definiálni szeretnénk egy jelenséget, érdemes több szempont szerint is megvizsgálni az eltérő nézetek miatt. Papp (2003) szolgáltatásokra vonatkozó definiálását találtam a legrészletesebbnek, így általánosan ezzel szeretném bevezetni a definíciót. „A *szolgáltatás* olyan tevékenységek eredménye, amelyek lehetővé teszik valamely személy, illetőleg tárgya vagy ismeret- esetleg folyamat- állapotának fenntartását (helyreállítását), továbbítását, tárolását, továbbá kiegészítését, fejlesztését, átalakítását anélkül, hogy annak alapvető jellege megváltozna” (Papp 2003, 17. o.) .Szerinte a szolgáltatás célja az, hogy „közvetlenül elégíti ki a társadalom tagjainak személyes vagy társadalom egészének közös igényeit, továbbá a termelés szükségleteit ”(Papp 2003, 17. o.) .Ez a meghatározás részben igaz akkor is, ha nem szolgáltatásértékesítésről beszélünk, hanem termékértékesítésről, mert ebben az esetben is közvetve vagy közvetlenül szükséglet kielégítés történik. Amikor betegek vagyunk, orvoshoz fordulunk, és ez olyan speciális szükséglet, ami ellen nem tudunk tenni. Ha megbetegszünk, korlátozottak leszünk az élet minden területén, és ez akadályoz minket a további szükségleteink kielégítésében is.

Kotler és Keller (2012) már teljesen másként fogalmazza meg, a hangsúlyt arra helyezik, hogy kettő vagy több ember között jön létre a tranzakció: „Olyan tevékenység vagy teljesítmény, amelyet az egyik fél nyújt a másiknak, amely alapján véve nem tárgyasult és nem eredményez tulajdonjogot semmi fölött” (Kotler–Keller 2012, 410.o.) . Újdonságként jelenik meg a fogalomban, hogy tulajdonjog nem jön létre, ezzel utalva arra, hogy a szolgáltatások többnyire nem megfogható szükségletkielégítő tevékenységek, ami a HIPI elv egyik alkotóeleme. Veres (2009) megközelítése szerint: „A szolgáltatások piaca nem a vevő személye, hanem az áru jellege alapján tekinthető önálló piactípusnak, hiszen a vevő szerepkörben bármely vevőtípus megjelenhet” (Veres 2009, 23. o.) .Azaz nem az számít, hogy

ki kinek nyújtja, hanem az, hogy milyen jellegű szolgáltatást tudnak értékesíteni. A szolgáltatás jellegéből kiindulóan csoportosíthatjuk az értékesítendő árukat összevetve azzal, hogy a szolgáltatások milyen arányban vesznek részt az előállítás és értékesítése során (Kotler–Keller 2012). Azt mondhatjuk, hogy az orvosi ellátás tiszta szolgáltatásnak minősül, mert konkrét termékértékesítés nem történik, csak állapotbeli változás a páciensben.

Különbséget kell tennünk továbbá aszerint is, hogy a szolgáltatás kik között és milyen keretek között valósul meg. „A szolgáltatások a piaci folyamatok tárgyai lehetnek, és ezen folyamatokban áruként szerepelnek. Nem minősülnek árunak a háztartásokban nyújtott szolgáltatások, melyek a háztartás tagjainak az igényét elégítik ki, szintén nem minősülnek szolgáltatásoknak a gazdálkodó belső, saját használatára létrehozott szolgáltatásai” (Simon 2010, 61. o.). Elég nehéz lenne megállapítani, mi minősülne háztartáson belül szolgáltatásnyújtásnak és annak milyen értéke lenne. A szolgáltatások viszont nem mindig a piac függvényében alakulnak, mert vannak olyan területek, jelen esetben az közegészségügyi szolgáltatások, amelyeket piacra bízva nem érvényesülnének az alapelvek és nem juthatna mindenki egyenlően hozzá az ellátásokhoz. Ezért egyes esetekben érdemes inkább az államra bízni a korlátozó és irányító szerepet.

Láttuk, hogy a szolgáltatásokat több oldalról is meg lehet közelíteni a fogalmak alapján, de több probléma is felmerül azzal kapcsolatban, hogy melyik fogalom fedeti le legpontosabban a szolgáltatások témakörét. Érdemes a továbbiakban csoportosítani, ahol az egészségügyi szolgáltatásokat célszerű besorolni.

2.2 Csoportosítási lehetőségek

Megkülönböztethetünk piaci és nem piaci szolgáltatásokat, ahol a piaci tevékenységek és a piacon való jelenlét befolyásolja a működési célokat. Vannak olyan szolgáltatások, ahol nem a piac a meghatározó, hanem az állam van hatással a tevékenységre, mert egyes esetekben a piaci mechanizmusokra bízva nem biztosítanak a társadalom érdekeit. Nem piaci szolgáltatások között az egészségügy mellett megjelenik az oktatás, a közigazgatás és a szociális szolgáltatások is, melyek a fogyasztási jellemzőket tekintve a „fogyasztók személyes használatára értékesítenek” (Papp 2003, 16. o.). Nem szabad összekevernünk a nem-piaci szolgáltatások és nonprofit szolgáltatások fogalmát, mert a piaci szolgáltatások keretében történő igények kielégítése során megjelenhetnek nonprofit szolgáltatások (Papp 2003). Európában inkább nem piaci elveken működő ellátásokról beszélhetünk, de lehetőség nyílik magánbiztosítás kötésére és orvosi magánpraxis működtetésére.

Orosz (2003) az egészségügyi szolgáltatásokat egyértelműen nem-piaci tevékenységek közé sorolja, míg Veres (2009) és Égető (2002) a non business kategóriába sorolja, addig

Simon (2010) szerint vannak olyan szolgáltatások melyek vegyesen lehetnek profit és nonprofit jellegűek is, a lényeg, hogy elkülönítsük a profitorientáltakat, a magánvállalkozásokat és a praxisokat. A közszolgáltatások alapelve az, hogy mindenkit érintenek kivétel nélkül, egyénileg veszik igénybe a páciensek, de a hatásuk és jólétük módosulása az egész társadalomra kihat. A szolgáltatások felhasználása a teljes élethez nélkülözhetetlenek, és csak speciális ellátókon keresztül vehetők igénybe és olyanok számára kedvező, akik jövedelmükből kiindulóan nem tudnák egyénileg finanszírozni (Heidrich-Somogyi 2003). Általában a közszolgáltatások állami támogatásúak és monopolhelyzetben vannak, így nehezen akadnak versenytársak. Azért lényeges részleteznünk, hogy vannak olyan szolgáltatások melyek piaci, míg mások nem piaci elven működnek, mert ezzel két másképp működő szektort hoznak létre az egészségügyben, és ha a kettő nem tud egymás mellett működni kooperációban, akkor hamar versenytársakká válhatnak, amelyet elég nehéz realizálni két különböző elven működő szolgáltató között.

A szolgáltatások tartalma meghatározza azt is, hogy milyen szerepet töltenek be az életünkben, a társadalmi, gazdasági termelési folyamatban (Papp 2003, Veres 2009). Az általunk vizsgált szolgáltatáscsoport egészségügyi és népegészségügyi ellátásokat tartalmaz, melyek célja a regenerálás, azaz „korábban létrehozott használati értékek, minőségek visszaállítását, leromlott állapotok helyreállítását teszi lehetővé” (Papp 2003, 27. o).

Az igénybevevő másik fél felé nyitását a szolgáltatásegység elérhetőségével vethetjük össze. Három opció van, a beteg dönthet úgy, hogy elmegy a kórházba vagy az orvos megteheti, hogy havonta egyszer kétszer meglátogatja páciensét otthonában, de az is előfordulhat, hogy egyikük sem mozdul ki, hanem elektronikus úton vagy levélben ad tanácsot a szakember (Veres 2009). Számunkra az első két szituáció érdekes, mert a személyes kommunikáció teszi lehetővé az orvos-beteg kapcsolatának kialakulását és a hálapénz rendszer közel 50 éves fennállását.

Az egészségügyi szolgáltatásokon belül az orvosi ellátásokra jellemző, hogy az orvos a szaktudását felhasználva emberekre irányuló, személyre szabott ellátást biztosít, és mivel sok múlik az emberi teljesítőképességen, így az azonos minőséget nem tudják fenntartani, nem lehet standardizálni (Holzmüller- Scharitzer 1999, Kotler–Keller 2012, Veres 2009).

Annak érdekében, hogy a szolgáltatásokat valamilyen közös dimenzióba hozzuk, elsődlegesen a közös jellemzőiket kell sorra vennünk, miben tér el egy tárgyiasult terméktől, melyben a HIPI elv lesz segítségünkre. Azért lényeges számunkra jelen esetben a HIPI elv, mert ezek azok a tényezők, melyek az egészségügyben kritikus és kockázatos tényezőket jelentenek. Olyan különböző benyomásokat keltenek a páciensekben, melyek módosíthatják a

viselkedésüket és megítélésüket. Ha a szervezet igazán törődik a betegekkel, akkor megpróbálja kezelni a következő tényezőket.

2.3 HIPI elv

A HIPI egy olyan angol kezdőbetűkből álló betűszó, ahol a változékonyság (heterogeneity), nem fizikai természet (intangibility), nem tárolható jelleg (perishability) és elválaszthatatlanság (inseparability) adja az elv négy pillérét (Veres 2009, Papp 2003, Kotler–Keller 2012). Azért tartom ezeknek a tényezőknek a részletezését, mert az egészségügyben kiemelt fontossággal bírnak.

A *heterogenitás*, azaz változékonyság arra utal, hogy emberek nyújtják a szolgáltatást embereknek, emiatt a teljesítmény, illetve a tapasztalt szolgáltatás eltérhet térben és időben is. Egy szolgáltatás annál kockázatosabb, minél nagyobb részben van jelen a személy a folyamatban. Ebben az esetben kockázat abból fakad, hogy nem kézzel fogható eredmény keletkezik (Józsa és szerzőtársai 2005). A problémán lehet enyhíteni, de mindig tökéletes emberi munka nem lesz, ingadozik a teljesítmény. Hiába próbál tökéletesen teljesíteni a szolgáltató, ha az igénybe vevő is ember, mert az ő szubjektív véleménye bizonytalanná teszi a szolgáltatás tényleges megítélését, az igénybevevő is befolyásolhatja az eredményt és felelős lehet érte (Papp 2003, Veres 2009). Tekintettel arra, hogy nem mindig ugyanabban az ellátásban részesül a beteg, fél a kockázattól, szeretné azt leküzdeni vagy bekövetkezését megelőzni, így kerül elő a lezárt boríték.

Heterogenitás következménye, hogy az emberi munka nem olyan pontos, mint a robotmunka, fontos a szolgáltatás kiszámíthatósága, amit a frontszemélyzet, jelen esetben a nővérek felkészültsége és talpraesettsége befolyásolhat. Mivel a szolgáltatások több kockázati tényezővel bírnak, így az igénybe vevők igénylik a személyes törődést, a személyzet és szolgáltató munkáját (Veres 2009). Az orvos és a beteg közötti kapcsolat fogja eldönteni, hogy a beteg mikor és mennyi összeget fog adni egy beavatkozás során és hatással lesz a minőség megítélésére is a kapcsolat.

Nem fizikai természet, másképp, ahogy Papp (2003) és Veres (2009) is fogalmaz, megfoghatatlanság. Abból adódóan, hogy nem kézzel fogható az eredmény, a korábbi tapasztalatok a mérvadóak. Ha nincs korábbi tapasztalatunk, akkor ki kell próbálnunk a szolgáltatást, különben nem tudjuk, hogy mire számíthatunk. Amikor tanácstalanok vagyunk, akkor az ismerősök és a rokonok véleménye is hatással lehet döntésünkre (Józsa és szerzőtársai 2005). A megfoghatatlanság a legnagyobb probléma az egészségügyben: emiatt kell megnyugtató tájékoztatást adni a páciensek részére vagy a kezelés eredményét és menetét felvázolni és a lehetséges kimeneteket felfesteni, hogy tudják, mire számítsanak. A

kockázat, hogy semmi biztosat nem tud mondani az orvos, bizonytalanná teszi a beteget. Az intézmény feladata, hogy élménykomponenseket építsen be, amik módosítják a megítélést, és amiből következtetést lehet levonni (Holzmüller- Scharitzer 1999).

A nem tárgyasultság következménye, hogy jelentős szerepe van a szájreklámnak, mert mások a tapasztalataikat megosztják, és ezzel jelentős mértékben hatnak a leendőbeli fogyasztóra. A szájreklám általában mindig az első fogyasztás előtt meghatározó (Veres 2009). Ha meghoztuk a döntést, és megkaptuk a beutalót is a háziorvostól, a kórházba vagy magánrendelőbe érve felmérhetjük a terepet, bizonyítékot keresve az ellátás minőségére. Ekkor játszik fontos szerepet a tárgyi környezet, a váróteremben elhelyezett tájékoztatók, beszámolóok megnyugtathatják a beteget, élményben lesz része és csökkenthető a bizalmatlanságuk is.

Nem tárolható jelleg szintén egy olyan tulajdonság, ami miatt a szolgáltatás eltér egy egyszerű fizikai terméktől. Szolgáltatások esetén a tárolhatatlanság azt jelenti, hogy ha egy adott pillanatban nem használjuk ki a szolgáltatást, akkor az elvész (Józsa és szerzőtársai 2005). A problémát az okozza, hogy a kereslet kiegyensúlyozatlan, nem lehet kiszámítani előre, csupán a szezonális hatások érzékelhetőek. Ez kétoldali problémát okozhat, mind a fogyasztó, mind a szolgáltató oldaláról. Ha a szolgáltatónak nincs vevője, akkor maradnak ki nem használt kapacitásai, elvesztegeti idejét, ellenkező esetben a fogyasztó igénybevételi lehetősége is múlandó, ki nem használása vissza nem térülő alkalmat jelent, és nem lehet arra hivatkozni, hogy majd későbbiekben kerül felhasználásra (Papp 2003, Veres 2009). Ha megbetegszünk, akkor nincs választásunk, muszáj orvoshoz menni, különben további várakozás hatására még súlyosabb betegség támadhatja meg a szervezetünket.

A nem tárolhatóság következménye, hogy holt időszakban nincsenek kihasználva a kapacitások, mint például az éjszakai ügyelet esetén, amikor ritkán fordulnak elő betegek, csúcsidőben pedig nem fedik le a keresletet, például influenza esetén túl sok a beteg, de nincs elég orvos (Veres 2009). Így a kockázat itt abban rejlik, hogy a fogyasztó egy másik szolgáltatóhoz fordul, például magánorvoshoz, hogy elkerülje a hosszú várakozást vagy fizet azért, hogy előrébb kerüljön a sorban, másokat ezzel hátrányba hozva.

Elválaszthatatlanság azt jelenti, hogy az előállítási folyamat és az igénybevétel jellemzően egyszerre történik. Az igénybevevő aktív részese a folyamatnak, mint ahogy a szolgáltató is, az ügylet létrejötte az ügyféltől függ (Kotler–Keller 2012; Józsa és szerzőtársai 2005). A fogyasztó, a vevő és a hasznot élvező személye eltérhet. Az orvos- beteg kapcsolatnál ez egy lényeges szempont lesz, mert nem mindegy, hogy ki fizet a szolgáltatásért és milyen keretek között.

Az elválaszthatatlanság előnye, hogy a páciens mielőtt orvoshoz megy, utána tud olvasni, hogy a panaszai milyen betegségre utalnak, vagy egy-egy eljárás milyen következményekkel jár. Az *elválaszthatatlanság következménye* és egyben hátránya, hogy termék előállításakor lehetőség van a teljesítmény ellenőrzésére minőségfelméréssel, addig ez a szolgáltatások esetén nem valósulhat meg, mert egy időben zajlik a szolgáltatásnyújtás folyamata és az eredmény keletkezése, így nincs lehetőség utólagos korrekcióra. Emellett nincs konkrét fizikai termék, amit hazavihetne, csupán az élmény és a tapasztalat, melynek megszerzése kevésbé kellemes élménynek tűnik. Kiemelten a bizalmi alapú szolgáltatások esetében okoz ez problémát (Veres 2009).

2.4 Szolgáltatások folyamatának leírása

21. századi szolgáltatásoknak két alappillére, hogy nemcsak emberközpontúak, hanem a tudás intenzitása is fontos szerepet játszik. Ezek jelentkezhetnek külön-külön is, de vannak olyan ágazatok, ahol egyszerre jelenik meg. Az egészségügyi szolgáltatásokat is ide sorolhatjuk, mert az első az emberek egészsége, de ahhoz, hogy megvalósuljon, szükség van szakemberre, aki rendelkezik a szükséges tudással (Papp 2003).

Szolgáltatás igénybevétele előtt a fogyasztó információt gyűjt a problémák megoldási lehetőségeiről. Legalább egyszer meg kell vásárolnunk a szolgáltatást, hogy legyen tapasztalatunk és későbbiekben viszonyítási pontunk (Józsa és szerzőtársai 2005). Mivel a fogyasztó bizonytalan, és elsődlegesen minél kisebb kockázat mellett szeretné a problémáját megoldani. Érdeklődik afelől, hogy egy adott ellátásnál mekkora hálapénzt szoktak adni, annak reményében, hogy ha legalább akkora összeget ad, akkor ő is jó ellátásban fog részesülni. Veres (2009) Hilke modellje bemutatja az igénybevétel folyamatának lépéseit.

1. ábra Igénybevétel folyamata



Forrás: saját készítés Hilke modellje alapján (Veres 2009,41-42.o.)

A modell 3 szakaszból áll, ahol az első szakasz azt vizsgálja fel, hogy a szolgáltató milyen attitűdökkel, képességekkel, készségekkel rendelkezik, mennyire felkészült az adott feladat

ellátására. A második szakasz az elsőre épül, ekkor találkozunk ugyanis a kereslet a kínálattal (Veres 2009). A művelet részese az ügyfél, aki a problémájával jelentkezik és szeretne rá megoldást találni. Egyes szolgáltatások esetén az ügyfél fizikai tartalmat visz az ügyletbe, ez lehet a beteg teste vagy szerve, ha orvoshoz megy. Ekkor az orvosnak első lépésben mérlegelnie kell, hogy a „hozott anyaggal” tud-e dolgozni, mert ha egyáltalán nem lehet rajta módosítani, és mégis elvállalja a beteget, utóbb nem hivatkozhat a gyenge minőségű inputra (Papp 2003). A 3. szakaszban kritikus pontként jelenik meg a hozott anyag, ami független a szolgáltatótól, bizonytalan tényező, amire előre nem tud felkészülni. Az, hogy milyen lesz a folyamat kimenetele, függ az igénybevevő együttműködési hajlandóságától is (Veres 2009).

Az ügyfélre hatnak a helyszínen levő további ügyfelek is, akik párhuzamosan szintén egy-egy tranzakció részesei (Józsa és szerzőtársai 2005). Az utolsó szakaszban véget ér a szolgáltatás, az igénybevevő elhagyja az üzletet, értékeli a tapasztaltakat (Veres 2009).

A következő fejezetben az egészségügyi ellátásokat mutatom be, mert az eddig felvázolt alaproblémákon túl a szektorra jellemző speciális esetekre és szempontokra is fontos hangsúlyt fektetni.

3. Egészségügyi szolgáltatások rendszerezése

Az egészségügyi rendszer nemcsak az egészségügyi szolgáltatásokból épül fel, hanem ezzel kapcsolatban további két tényezőt említ meg Orosz (2003), melyeket szintén a rendszer alkotóelemeinek tart: az egészség és az életminőség. A 21. század technikájának gyors fejlődése lehetővé teszi az eddig gyógyíthatatlan betegségek gyógyítását, melyekre korábban nem volt lehetőség. Ezáltal az orvostudomány is folyamatos fejlődésben van, az egészségügyi szolgáltatások szerte ágazóbbak. Ennek ellenére a folyamatos stressz és a felgyorsult világ miatt kevesebb idő jut saját magunkra.

3.1. Egészség és egészségügy szerepe

A WHO 1946-os megközelítése szerint az egészséget két oldalról lehet megközelíteni, aszerint hogy az egészség megléte vagy a betegség hiánya kap főszerepet, amely a „félíg üres-félíg tele pohár” elvén működik. A következő fogalom ezt a kettőt szépen összefoglalja: „Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékoság hiánya” (Simon 2010, 18. o.). Ekkor még nem tértek ki arra, hogy az egészségre hatással van a gazdaság, a társadalmi és a kulturális tényezők. A probléma abból adódik, hogy tökéletesen egészséges állapot szinte lehetetlen, emiatt senki sem számít egészségesnek. Véleményem szerint az egészség inkább egy relatív fogalom, nem annyira definíciószerű. Emiatt a WHO 1984-ben módosította a fogalom meghatározását, megjelenik az

egyéntől független külső környezet, mint befolyásoló tényező: „Az egészség fogalma annak a mértéke, hogy az egyén vagy a csoport mennyire képes egyrészt törekvéseinek realizálásra és szükségletei kielégítésére, másrészt pedig a környezet megváltozására, vagy az azzal való megbirkózásra. Az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekinthetjük, nem pedig célpontjának” (Simon 2010, 19. o.). Az eddig leírtak alapján láthatjuk, hogy sok tényező lehet hatással az egészségre, de Orosz (2003) további tényezőket is talált: egyrészt befolyásolják a környezeti hatások, tehát hogy egészségesen étkezik-e, rendszeresen mozog-e, milyenek a lakáskörülmények. Az egyén csak a saját egészségére tud hatni és döntést hozni, azt befolyásolni tudja a fogyasztásával és beruházásaira vonatkozó döntéseivel. Az egészség beruházás nemcsak azt jelenti, hogy ha betegek vagyunk, akkor igénybe vesszük az egészségügyi rendszer adta ellátásokat, hanem más módon is teszünk az egészségünkért (Lippai 2010). Az életmódra hatással van az egyén képzettsége, jövedelme, vagyona és a munkahelye is, mivel ezek függvényében dönthet arról, hogy melyik szolgáltatásokat tudja megengedni magának, kivehet-e betegszabadságot vagy képes-e időben a betegséget megelőzni (Lippai 2010). Végül egészségügyi szolgáltatások nélkül sem maradhatna fenn az egészség (Orosz 2003). Az ellátás mennyiségére és minőségére viszont kevésbé tud hatni az egyén, mert ezek a tényezők inkább a gazdaság fejlettségétől függenek (Lippai 2010).

Véleményem szerint az egészségbe beletartozik a testi-lelki egyensúly is, mert hiába makkegészséges valaki, ha pszichés problémái vannak. Ha ez egyén egészséges, fogyasztani fog, szerves része lesz a gazdaságnak és képes lesz szolgáltatások megszerzésére. Ha az ember beteg és korlátozott cselekedeteiben, akkor megtakarítóbbá válik, és nem fog annyit fogyasztani vagy nem lesz képes munkába menni. Hiába rendelkezik magas jövedelemmel, betegség hatására megváltoznak fogyasztási szokásai is, ezáltal életminősége is. Az utóbbira befolyással van az adott ország egészségügyi rendszerének felépítése és finanszírozása is, mert biztonságban érzi magát a fogyasztó, hogy baj esetén is hozzájuthat az ellátáshoz. Ha pedig a családban betegszik meg valaki súlyosan, vagy nem rendelkezik egészségbiztosítással, az is kihat az egész családra (Orosz 2003). Ebből arra következtethetünk, hogy az államnak igenis érdeke, hogy az egészségügy megfelelően működjön és ellátásaihoz hozzáférhessenek a polgárok, különben a gazdaság nem pörög, nem lesz kereslet a piacon a kínálathoz.

Az egyének eltérnek egymástól attól függően, hogy a megbetegedés előtt vagy után cselekednek. Van, aki inkább a jelenben fizet azért, hogy a későbbiekben ne legyen beteg, amit mondhatunk jövőbeli befektetésnek, melyben várhatóan haszon realizálható a jövőben,

illetve más családoknál eltér ez a beruházási hajlandóság, és csak utólag vállalják a költségeket, mikor a betegség már bekövetkezett (Lippai 2010).

3.2. Egészségügyi szolgáltatások definíciója, osztályozása nemzetközileg

A WHO definíciója ragadja meg leginkább a fogalmat, mely szerint az egészségügyi szolgáltatások azok, melyek „tartalmazzák mindazokat a tevékenységeket, melyek elsődleges célja támogatni, helyreállítani és megőrizni az egészséget, és tartalmazza a pácienseket és családjukat, az egészségügyben dolgozókat és gondviselőket a szervezeteken belül és a közösségekben, valamint az egészségpolitikai környezetet, amelyben az egészséggel kapcsolatos tevékenységek történnek” (Simon 2010, 17.-18. o.) Ez a fogalom nemcsak a tevékenységeket öleli fel, hanem megnevezi a szolgáltatásban résztvevő személyeket is.

„Az egészségügyi rendszerbe azon tevékenységek (szolgáltatások és termékek) tartoznak, amelyeket intézmények vagy egyének egészségügyi tudás és technológia alkalmazásával nyújtanak, és a következő célok elérését szolgálják:

- egészség megőrzése, a betegség megelőzése,
- a betegségek gyógyítása, a korai halálozás csökkentése,
- a krónikus betegségben szenvedők ápolása,
- az egészségkárosodással, fogyatékkal élők ápolása.
- közegészségügyi tevékenységek és adminisztrációjuk,
- az egészségügy és egészségbiztosítás adminisztrációja” (Papp 2003, 191-192. o.).

OECD egészségügyi számlák nemzetközi osztályozása (ICHA) szerint vezette fel Orosz (2003) ezt a besorolást, mely nemzetközileg is megállja a helyét.

Az egészségügyi szolgáltatások résztvevői: az orvosok, egészségügyi dolgozók, továbbá a gyógyszerek és gépek és berendezések, anyagok, struktúrák. Ez az alap kiindulópont, de a tényezők közé sorolja Orosz (2003) a beteg testét és idejét is, mint folyamatba bevitt inputot, mivel azzal, hogy igénybe veszi az egészségügy által nyújtott szolgáltatásokat, fájdalmat érez, és ez az egészségügyi szolgáltatások költségeit terheli. Az, hogy az egyén milyen fájdalmat érez és milyen intenzív a fájdalom, egyénenként eltérő lehet, és képletekkel leírva sem lehet megadni, mert az egy szubjektív érzés. A betegnek viszont a beavatkozások során tisztában kell lennie azzal a következménnyel, hogy járulékos veszteségként fájdalmat fog érezni, ezért elengedhetetlen a bizalom, érdemes az orvosának a panaszait pontosan elmondani, hogy az orvos személyre szabottan segítse a páciensét a gyógyulásban.

Az ellátások különböző területeket érinthetnek, így csoportosítani érdemes a sokféle szolgáltatást, ami közre játszik a gyógyításban.

3.3. Csoportosítás

Csoportosítani lehet az egészségügyi ellátásokat jellegük szerint, amire az ICHA szerinti osztályozás a legalkalmasabb:

1. „Gyógyító szolgáltatások
2. Rehabilitációs célú szolgáltatások
3. Hosszú idejű ápolási szolgáltatások
4. Kiegészítő szolgáltatások
5. Egészségügyi termékek szolgáltatása a járóbeteg ellátásban
6. Prevenció és népegészségügyi ellátás
7. Egészségügyi adminisztráció” (Orosz 2003, 192. o.).

Megfigyelhetjük, hogy gyógyuláshoz nemcsak az orvosok és ápolók járulnak hozzá, hanem vannak olyan tényezők, melyek a komfortot is biztosítják, mint a közétkeztetés, a közüzemi ellátások, a szobák felszereltsége és száma. Az adminisztráció pedig a jövőbeli kezelések megkönnyítését segíti elő.

Kategorizálhatjuk továbbá őket hatékonyság és gazdaságosság szerint is, négy területet különböztethetünk meg:

- Egyrészt vannak olyan ellátások, melyek a leggazdaságosabbak és hatékonyabbak az igény kielégítést tekintve, ezek általában olyan szakterületek, melyek keresettek az év minden napján.
- Van olyan, ahol a megelőzést részesítik előnyben, vagyis úgy próbálnak gazdaságosak lenni, hogy nem várják meg, hogy a betegség elfajuljon, hanem ha időben kezelik, kevesebb költséggel jár.
- Olyan szolgáltatások, amelyek ha nagyobb összhang mellett folynának, gazdaságosabban teljesítenének. Ez abból adódik, hogy hierarchikusan épül fel az ellátórendszer.
- Gazdaságos eljárást jelent az is, ha a szervezet elég rugalmas arra, hogy a súlypontját megváltoztassa (Mikola 1998). Például eddig elvonókúrákat szerveznek, de olcsóbban járnának el, ha felvilágosításokat, tájékoztatókat adnának.

Ha ezekkel a célokkal mindenki tisztában van és betartja a szervezet, akkor szintén tud az állam és a szervezet is a költségeken spórolni, és esetleg ezek az összegek az orvosok jövedelmébe, vagy a megfelelő felszereltséghez járulnának hozzá, mely akár a minőség javulásával is járna.

Az egészségügyi szolgáltatásokat egyszerűbben is csoportosíthatjuk, három alapterületbe sorolhatjuk, függetlenül attól, hogy milyen szakorvosi ellátást kap: alapellátásba, járóbeteg

ellátásba, fekvőbeteg ellátásba (Égető 2012). Ezek az egészségügyi ellátások piramisszerűen épülnek egymásra, ezt a szabályrendszert nevezi a szakirodalom progresszív ellátásnak. A hierarchia legalsó szintjén a lakosság közeli ellátások, mint például a háziorvosi ellátás, gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, ügyeleti ellátás, védőnői ellátás és iskolaegészségügyi ellátás, összefoglalóan az alapellátások. Ez az első pont, ahol a páciens orvossal találkozik, kommunikál, és ahol megvizsgálásra kerül. Az igénybevétel a lakos szabad döntésén múlik. Innen tovább utalhatja a beteget a megfelelő szakorvoshoz a beazonosított betegségnek megfelelően, így kerül a páciens járóbeteg- vagy fekvőbeteg- ellátáshoz (Karner 2011).

3.4. Egészségügyi rendszer finanszírozása

A magyar egészségügyi rendszer finanszírozására Boncz (2011) szerint inkább a bismarcki típus jellemző, mely a szolidaritásra épül. Alapja a társadalombiztosítás, mely a következő szabály szerint jön létre: „Magyarországon a biztosítási kötelezettség általában valamilyen munkavégzésre irányuló, jövedelemszerző jogviszony alapján jön létre, de a lehető legszélesebb körű közteherviselés érdekében járulékfizetési kötelezettség terheli a nem munkavégzésre irányuló jogviszonyban állókat is, akik azonban az egészségbiztosítás ellátásai közül csak a természetbeni ellátásokra szereznek jogosultságot” (Simon 2010, 23. o.). Azért van szükség erre a jogviszonyra, mert ez teszi lehetővé, hogy minél többen ellátásban részesülhessenek.

A rendszer alapelve a szolidaritás, mely két síkban is érvényesül, egyrészt a gazdagok és szegények között, másrészt a fiatalok és az idősök között. További alapelv a méltányosság, melynek lényege, hogy a jövedelem arányában kell a társadalombiztosítási járulékot fizetni, tehát aki többet keres, az nagyobb arányban fizet. (Széll 2010, Boncz 2011, Mikola 1998). Ez viszont nem jelenti azt, hogy ilyen arányban részesülhetnek a szolgáltatásokból is. Az ellátás a szükséglettől függ. Magyarországon nem a költség-visszatérítéses rendszer működik, azaz nem kell a páciensnek rögtön fizetnie az ellátás után, majd a számlát a biztosítónak benyújtani, hanem a biztosító közvetlenül az orvosnak fizet. A természetbeni ellátások rendszerében maximum az alapszolgáltatáson felüli összegekért kell közvetlenül az orvosnak fizetni (Boncz 2011). Feltételezésem szerint ahhoz vagyunk szokva, hogy semmit nem kap az ember ingyen, így furcsának tűnhet a szituáció, mikor az ember orvoshoz megy, alapszolgáltatást vesz igénybe, és közvetlen fizetés nélkül kell távoznia. Annak ellenére, hogy a páciens fizet a biztosítónak, nem biztos, hogy tudatában van annak, hogy az majd fedezi a juttatást, ezért keletkezhet az a kényszer, hogy fizetés nélkül nem távozik a beteg, és előkerült a borítékolt hála.

Mint ahogy említettem, az orvos finanszírozása nem közvetlenül történik, így közbelép a harmadik fél, a finanszírozó. Háromtípusú lehet a finanszírozás: egyrészt a költségvetésből, mely a központi és helyi adókból fizeti az egyes egészségügyi szolgáltatásokat, másrészt a társadalombiztosítás, aminek alapja nonprofit és lényegében a munkáltató és a munkavállaló megosztottan fizet, harmadrészt pedig létezik magánbiztosítás, melyet az egyén vagy a munkáltató önkéntesen megköt, és a felmért kockázat után kell fizetni díjakat. Az utóbbi két biztosítás között az a különbség, hogy a társadalombiztosítás a méltányosság elvén működik, míg magánbiztosítást a szegényebbek nem engedhetik meg maguknak, ott a biztosítási elv érvényesül (Orosz 2003). Az állami finanszírozó szerv az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár). Biztosítás során a legfőbb célunk az, hogy elkerüljük vagy csökkentjük a kockázatot és ezzel nagyobb biztonságérzet keletkezik bennünk. Azért éri meg magánbiztosítást kötni, mert a beavatkozások közben sokféle kockázat merülhet fel, melyet a társadalombiztosítás nem biztos, hogy lefed.

Magyarországon dominánsabb az állam szerepe a piaci szereppel ellentétben, ezért az orvosi ellátást egyértelműen a költségvetési szektorba érdemes sorolni. A szereplők tevékenységükkel minden ember igényét kielégítik, nem profitszerzés a céljuk, az állam korlátozottan szólhat bele a működésbe (Simon 2010, Kovács- Csapi 2009). Vannak olyan szolgáltatások, melyek nem tartoznak bele az alapsomagba, fizetnie kell érte a páciensnek. Ezek a díjak az ország gazdasági helyzetétől is függnék (Simon 2010).

Magyarországon az orvosok havi szinten kapják a fizetésüket, nem terheli őket pénzügyi kockázat, azaz pénzügyileg nem érdekeltek, hogy a vizitek számát növeljék vagy csökkentésük. Ennek a fizetési módnak előnyei között sorolhatjuk fel a megelőzésre való odafigyelést, tehát az orvos nem ellenérdekel az erőforrások felhasználásában. Viszont annak hatására, hogy csak havonta történik bérezés, a munka pontatlan és felületes lehet, alacsony elkötelezettség mellett elfogadják a hálapénzt, nagyobb valószínűséggel mennek bele korrupciós ügyletekbe. Az orvosok magatartását nagymértékben befolyásolhatja, hogy ugyanolyan foglalkoztatásban levők, illetve más foglalkoztatási csoporthoz képest mekkora átlagjövedelemmel rendelkeznek (Orosz 2013). Az orvosok közalkalmazotti bérezésben részesülnek, ami okozhat feszültségeket (Simon 2010). Ha a bérek aránytalanul alacsonyak, akkor az orvosok és nővérek tömeges külföldi elvándorlásához és munkavállalásához vezethet (Széll 2010). Eltérhet az orvosok bérezése attól függően, ki milyen hierarchiaszinten áll. Az alapellátás finanszírozása fejkvóta alapján működik, mely módosulhat pótlékokkal. A szakellátásban dolgozó orvosok más rendszer szerint kapják a fizetésüket. Aki járóbeteg-ellátásban dolgozik, az pontozó módszer szerint részesül, míg a fekvőbeteg-ellátásban

homogén betegcsoport (HBCS) finanszírozást alkalmaznak, ennek összege függ a betegágyak számától, az ápolási napoktól és az osztály jellegétől is (Mikola 1998, Boncz 2011, Baráth 2014).

Összegezve az eddigi gondolatokat: Az egyén egészsége családja, barátai, rokonai, társadalom és állam számára is fontos, ezért ez a szolgáltatástípus mindig a figyelem központjában lesz, mindennapi életünk részesévé válhat. Láttuk, hogy a környezet merőben befolyásolja a beteg állapotát, a kérdés az, hogy ez a környezet hogyan fog hatni a hálaadási szokásra. Vannak olyan orvosi ellátások, melyek nem minden naposak, nem olyan gyakran vesszük igénybe, mint a háziorvosi ellátást. A bérezés mindenesetre csekélynek minősül az orvostársadalomban, ez lehet-e a kiváltó oka a több évtizedes múlttal rendelkező szokásnak, és kérdés az is, hogy az orvos hogyan tekint a betegtől kapott pénzre. Néhol nem áttekinthető a köz- és magán-szféra elkülönülése, hálapénzt viszont inkább a közellátás során adnak, mert magánellátás esetében konkrét díjak vannak megszabva, amit a páciens közvetlenül fizet.

4. Hálapénz

Miután észleltük a szolgáltatásokban és az egészségügyi ellátásoknál felmerülő problémákat, ezekre építve tovább boncolgatom és keresem az okokat a hálapénz létezésére. Először szeretném definiálni a fogalmat, majd történeti és külföldi kitekintés után csoportosítom a paraszolvencia fajtáit. Sorra veszem, kik érintettek a folyamatban és kit érint ez hátrányosan vagy kedvezően. Különböző tényezők mentén vizsgálom a borítékolt összegeket, komponensek közé sorolva a társadalmi demográfiai háttérrel, a hálaadási indítékokat, a bizonytalanságból és bizalmatlanságból adódó szituációkat, a páciens betegséghez kötődő viszonyát és a minőség megítélését.

4.1. Hálapénz komplexitásának bemutatása

A hálapénz egy olyan jelenség, amely összetett, s egy definíció sem fedi le teljesen létét, nem tudhatjuk előre az indítékokat, hogy ki adja a hálapénzt, kinek adja, mikor adja, pénzt vagy inkább ajándékot ad, mit ér el vele a jövőre nézve, és ez egy másik alkalommal ugyanígy fog-e alakulni. Ezeket a dimenziókat elemzem a továbbiakban.

Hálapénznek nevezi a szakirodalom azt a díjazást, amit a páciens vagy családja nyújt át az orvosnak vagy ápolóknak az ellátásért cserébe. Azzal nincs is probléma, ha a beteg vagy a családja hálás azért, hogy meggyógyították. Nézeteltérést okoz viszont az, ha más indíttatásból adják a pénzt egy olyan szolgáltatásért, amiért amúgy is fizetnek a biztosításon keresztül, még ha nem is közvetlenül. Az indíték kérdéses helyzete miatt gyűjtőnéven paraszolvenciának is nevezhetjük, amibe beletartozik a hálapénz. Angolul irregular paymentsnek vagy informal paymentsnek is nevezik, ahol a hangsúlyt a fizetés szabálytalanságára helyezik (Mihályi 2009). A hálapénz jelenség leginkább a keleti, kelet-és közép-európai országokban bukkan fel, ahol egykor a szocializmus vetette el magjait. A rendszerváltás ellenére ma is létező jelenségről van szó. Mindenki tud róla, mégis mindenki tagadja, vagy nem szívesen beszél róla, mert egyértelműen nem legális, emiatt az orvos is tagadja, hogy elfogadott-e ilyen élete során (Balázs 2000). A kutatásom elején ezzel a ténnyel tisztában voltam, hogy nehéz olyan orvost találni, aki őszintén és nyíltan beszélne erről.

Először a probléma gyökerét célozom felkutatni, így meg kell vizsgálnom, mi lehet az oka az elterjedésnek, mi válthatta ki és ezzel milyen más problémákat is okoz az ellátás folyamatában.

A legkézenfekvőbb kérdés, hogy az orvosok bérezése válthatta-e ki a hálapénzt. Amikor az egészségügyi szolgáltatásokat vizsgáltam, észleltem, hogy az orvosok nem megfelelő jövedelmet kapnak kézhez, tudásukhoz és felkészültségükhöz képest alacsonyabban, így valószínűleg a kiegészítő jutalom mindenkinek jól jön. Sajnos a gondolat ott bukik el, hogy

ezt az ajándékba kapott pénzt általában nem a legalacsonyabb bérrel rendelkező orvosok, rezidensek, ápolók kapják, akiknek igazán szükségük lenne rá, hanem az idősebb, tapasztaltabb orvosok (Bordás 2000). Ez további problémákat jelent az ellátásban, az orvosok között is feszültségeket okoz. A borítékolt hála legsötétebb bugyra a fekvőbeteg-ellátás, mert itt többen is részesei a folyamatnak, mint a nővérek és altató orvosok, mégsem kap belőle mindenki (Balázs 2000).

Ha nem a bérezést okoljuk, akkor gondolhatunk arra, hogy a 21. századi gondolkodás és individualizmus idézte elő. Nem mondhatjuk azt, hogy az orvosok sokkal önzőbbek lennének, mint más szakmában dolgozók. Nincs szó erkölcsi züllésről vagy mohóságról, az orvos is csak ember, ki ne örülne plusz jövedelemnek (Bordás 2000).

Viszont ha erről mindenki tud, akkor hiányolhatjuk az ellenőrzést vagy felelősségre vonást. Ebben az esetben garantáltan nagy büntetést kellene kiszabni. Szolgáltatás természetéből adódóan és a hálapénz adminisztrációjának hiányában visszamenőlegesen nem is lehetne követni (Bordás 2000). Elterjedésének további gyökere lehet az, hogy a páciensek úgy érzik, ingyen veszik igénybe az ellátást, miközben társadalombiztosításon keresztül járulnak hozzá. Mégis kényszert éreznek arra, hogy megszokásból, de fizessenek valamit, pedig a közbiztonság és az oktatás is ingyenesen áll rendelkezésükre (Bordás 2000). Míg más tisztában van ezzel, csupán extra igényeit szeretné kielégíteni, reménykedik benne, hogy egy kis juttatás miatt teljesítik kívánságait. Erre nem áll rendelkezésre olyan legális rendszer, amiben ezeket elérhetnék. Igaz, hogy a közkórházak a szolidaritás és méltányosság elvére építenek, azaz mindenki részesüljön egyenlő bánásmódban, de aki ad hálapénzt, az adhatja olyan célból is, hogy jobb ellátást kapjon. Ebben az esetben viszont jobb lenne egy legális rendszer, mert a pénzt így is eljuttatják.

Megváltozott az orvos és a beteg kapcsolata, mert a korábbiaktól eltérő szintre helyeződött a kapcsolatuk, ami lehet a 21. század és rendszerváltás eredménye, azaz a piacgazdaság megjelenése egy volt szocialista országban. A 20. század elején nagyobb tekintéllyel rendelkező orvos és betegek között paternalista kapcsolat alakult ki, azaz a beteg követte az orvosa tanácsait és a döntést is az orvos hozta meg. Jelen esetben az orvos és betegek egy szintre kerültek, közösen hoznak meg döntéseket, orvostól függően van, ahol a betegnek nagyobb döntési teret hagynak. Emiatt többet kell foglalkoznia a kórháznak a marketinggel, az orvosnak pedig azzal, hogy szájreklám során pozitívan minősítsék őt. Az egészségügyi ellátásokat inkább szolgáltatás oldalról közelíthetjük meg, azaz áruként tekintenek egy-egy ellátásra, az orvos inkább hivatalnok orvos szerepet vesz fel, piaci szereplővé degradálva (Gaál és szerzőtársai 2012). A piaci viszonyok térnyerése ellenére az

alapelv nem változott, mindenki olyan arányban részesül ellátásban, mint amekkora szüksége van rá, nem pedig attól függően, hogy anyagilag mennyire tudja megengedni magának. Igazságos elosztást jelent az, ha mindenki a vagyoni helyzetéhez igazodva járul hozzá a rendszer finanszírozásához, melynek előnye az, hogy aki szegény az ne maradjon egészségügyi ellátás nélkül (Gaál és szerzőtársai 2012).

A szolgáltatásoknál már ismertettem a fizikai környezet fontosságát, ha az a célunk, hogy a betegünk felmérje az ellátás minőségét, először a kórházi berendezéseket, eszközöket és egyenruhákat fogja megfigyelni, és ennek függvényében fogja honorálni extra jutatással munkájukat. Két kimenetele lehet, van olyan intézmény, ahol nem is fáradoznak azzal, hogy szebb legyen, céljuk ezzel az, hogy a beteg érzékelje a hiányt az egészségügyben. A tárgyi környezet felmérése során arra következtetésre jut a beteg, hogy neki kell megszámni az ellátó intézményt és hálapénzzel próbálja elérni. Másrészt pedig a beteg biztosítani akarja magának, hogy rendelkezésre álljanak a gépek, eszközök az ő javulása érdekében (Bondár 2000). Ha a beteg viszont nagyon szépen berendezett, jól felszerelt rendelőbe lép be, módosíthatja a fizetendő összeg nagyságát, illetve a boríték átnyújtása után csökkenhet büntudata, látva, hogy milyen a színvonal.

Végezetül kiváltó ok lehet az, hogy az orvostól kivételes figyelmet vár el közkórházi ellátás során, az után, hogy magánrendelés során többet fizetett. Abban reménykedik, hogy a várólistán így előrébb kerülhet, vagy kényelmesebb hotelellátást kaphat. Sajnálatos, hogy a beteg emiatt szeretné megvásárolni az orvos figyelmét (Kornai 1998). Így a borítékok leginkább a figyelmet igénylő, bizalmas területeken kerülnek elő, mint a nőgyógyászati magánrendelések vagy előnyhöz szeretne jutni, például a várólistákon szeretne előrébb kerülni (Balázs 2013).

Ezek a problémás szálak összefutnak, mindegyik okoz egy kis zavart a rendszerben. Azt a következtetést vonhatjuk le, hogy ha a betegek plusz pénzt dugnak az orvos zsebébe, akkor jobb, minőségi ellátást várnak. Azoktól az orvosoktól is, akik nem kapnak magas bérezést és nem fogadnak el hálapénzt, attól függetlenül megkövetelik a magas színvonalat és többletteljesítményre kényszerítik a hálapénzes orvosok (Balázs 2000). Emiatt versengés indul meg a szakmán belül, legtöbben beleesnek a hálapénz csapdájába, amivel kockáztathatják a tekintélyüket a társadalom szemében.

A hálapénz az eddigi ismeretek alapján hasonlítható a borraivalóhoz, mivel az hasonlóan működik, hasonló indítékai lehetnek, csak legális keretek között és csekélyebb összegekben. Az ingyenes kórházi ellátásért kapott hálapénz Magyarországon jellemző leginkább, míg a borraivaló szerte a világban saját kultúrájának örvend (Kornai 1998). Borraivaló fizetése

eredetileg a társadalmi hierarchiában való elhelyezkedés jelölésére szolgált, jelezve, hogy a borraivalót adónak szolgáltak és nem fordítva, manapság is presztízsértékű (Balázs 2000, Bordás 2000, Széll 2010). Az orvost mindig a tudása és etikus viselkedése miatt becsülték meg, így nem akar a beteg borraivalót adni, mert az csekély összegű. A hálapénzt a borraivalóval szemben már az elején is odaadhatják, tehát nemcsak azt fejezheti ki, ha valaki elégedett volt az igénybe vett szolgáltatással. Egyesek szerint sértő lenne borraivalónak nevezni, mert nem mindig azért adják, mint amit eredetileg is szolgált (Balázs 2000, Központi Statisztikai Hivatal 2015). Viszont ha a hálapénz alsó határa alatti összeget adnak, azt már inkább borraivalós tételnek tekinthetjük (Balázs 2000). A hálapénznek és a borraivalónak sincs köbe vésett alsó és felső határa. A paraszolvenciát azért mondhatjuk tehát gyűjtőfogalomnak, mert a hálapénzen kívül a borraivalót is odasorolhatjuk, mely kiegészítő forrásként jelenik meg a dolgozók számára. Ez lassan más európai országban is megjelenik a várólisták kialakulása miatt (Balázs 2013).

A borraivalóval ellentétben a hálapénz nemcsak magánintézményekben, hanem állami intézményekben is megjelenik, ami etikai problémákat okoz. Gyakran fordul elő az a szituáció, hogy az orvos végez a közintézményben a munkájával, majd ugyanebben az épületben várja magánbetegeit, mivel saját rendelőt nem képes fenntartani. Ellátás során használt eszközökért, gépekért, berendezésekért, maga az épületért és gyógyszerekért viszont nem fizet bérleti díjat az államnak az orvos, aki magánellátás keretei között használta fel az erőforrásokat, ami a közellátásnak okoz problémát vagy hiányt (Kornai 1998, Széll 2010). Emellett ha magánellátásban történik a kezelés, akkor a kötelezően fizetendő összeg felett kapott összeget az orvosnak nem érdeke bevallani és befizetnie adóelkerülés miatt, így nem kerül számla kiállításra (Kornai 1998, Széll 2010). Attól függően, hogy köz- vagy magánrendelésről van szó, a harmadik fél, vagyis a biztosító megjelenése módosít a fizetési szokásokon, ami köszönhető annak, hogy a szolgáltatás térítése időben és térben is eltérő lehet. Ha közvetlen rendezés van magánrendelés során, akkor a szolgáltató az árba a költségeken kívül a hasznot is rászámolja, így ez a tranzakció nem minősül hálapénzesnek (Balázs 2000). Ha van harmadik fél, akkor az orvos nem tulajdonos vagy vállalkozó, hanem szerződötetett alkalmazott, aki az árakat nem határozhatja meg, viszont a biztosító sem avatkozik bele az orvos beteg kapcsolatba, mert utólag fizeti az orvos bérét, így itt előkerülhetnek csúszópénzek (Balázs 2000).

Mivel az utóbbi évtizedek óta nem történt változás megakadályozására, így etikai problémát is okoz, mert adómentes és vannak olyan szakterületek vagy közreműködők, akik nem részesednek belőle. Akik viszont kapnak, azokat motiválja a munkában (Széll 2010). A

hálapénzes üzlet továbbra is a közfinanszírozású ellátásokra nyomja rá bélyegét, létezése rossz hatással van a tisztességes magánvállalkozások működésére és a kapcsolatokra is (Kornai 1998, Balázs 2013). A kérdés az, hogy lehetne a hálapénzt legális eszközre cserélni (Balázs 2013). Elvi síkon mindig elfogadták a hálapénzt, a különbséget a korszakok kifogásaiban kell keresni (Balázs 2000). A következőkben áttekintem a hálapénz létrejöttének állomásait és a hozzá kapcsolódó indokokat.

4.2. Történeti áttekintés

Magyarországon az 1950- es években jelent meg a hálapénz, mert ekkor az egészségügyi dolgozók bére megváltozott, jövedelmükbe belekalkulálták a betegektől kapott összeget, míg mások szerint még korábbi múltra tekint vissza a gyógyítók és medikusok ajándékozása (Fenyvesi és szerzőtársai 2011, Balázs 2011). Nem új keletű a hálapénz, már az ókorban is hálálkodtak (Balázs 2000). A klasszikus hippokratészi elvből kiindulva, akik szegények, életük kilátástalan és örökös a bizonytalanság, azoknak is segít az orvos (Balázs 2011). A kereszténységben és a legtöbb vallásban a gyógyítók kiemelt szerepet játszottak, hálaáldozat bemutatása hozzátartozott a vallásgyakorlásához, emellett a szegények és elesettek támogatása is a feladataik közé tartozott (Balázs 2011).

Egyes források viszont arról tanúskodnak, hogy 260 éve áll fenn a hálaadás ilyen formája, mert a Medizinaledikt 1725-ben szabályozta az egészségügyi szolgáltatásokat. Díjakat határoztak meg annak érdekében, hogy a beteg számára is megfizethető legyen az ellátás és az orvos, „sebészmeister” is tudja, hogy mennyi összeget kérhet el munkájáért, melyet akkor taxának neveztek. Arról is szólt a rendelet, hogy aki tehetősebb, az nyugodtan elismerheti gyógyítója munkáját, illendő módon megfizetheti (Balázs 2011). 1725-ben biztos, hogy nem volt még állami közfinanszírozás, de a szegények és rászorulóknak az ellátását az állam fizette az orvosoknak. Az 1753-as rendeletben díjtáblázat már nem volt, de ott is azon volt a hangsúly, hogy a szegényeket ugyanolyan ellátással, tanáccsal és segítséggel kell ellátni, mint a tehetősebbeket (Balázs 2011). Egy idő után elkülönítették az orvosi foglalkozást a többitől és nem munkadíjat kapott, hanem tiszteletdíjat, ami alapköve a mai paraszolvenciának. A másik alapköve pedig a köz és magánfinanszírozás létrejötte (Balázs 2011).

A szocializmusban sem értékelődött le az orvosi munka, viszont érzékelhető volt a hiány. Alacsony bérek mellett a hálapénzes kiegészítés jövedelmezőnek bizonyult. A hiány ma is szerepet játszik a borítékolt hála létezésében (Balázs 2000). A szocializmusban a körzeti orvosok előnyös helyzetbe kerültek, mert területileg és személyileg is védettek voltak a versenytársaktól, és a betegekkel is sikerült személyes, bizalmas kapcsolatot kiépíteni (Balázs 2000). A paraszolvencia, ami egyesek szerint a Kádár-korszakban jött létre, nem megoldás az

egészségügyi dolgozók finanszírozására, mert nem oldódik meg a probléma, és nem részesül belőle mindenki (Balázs 2011). Ami hatásosnak bizonyult az évek során, az a Bokros csomag egyik elme volt, mert a fogorvosi ellátásban eltűnt a borítékolt hála. Ennek oka, hogy szűkítették a fogászati ellátásokat az alapsomagon belül, amit még a társadalombiztosítás fedezett. Ezzel, hogy pontosan meghatározták a csomag tartalmát, világossá vált a páciensek részére, mi az, ami még térítésmentes, és nem igényel pluszjuttatásokat az orvosok felé (Balázs 2013). Nem meglepő, hogy akik alacsony életszínvonalat engedhettek meg maguknak, nem tudták a fogorvosi ellátásokat kifizetni.

A hálapénzrendszer évek óta fennállásának oka lehet az, hogy az emberek nem háborodnak fel tömegesen, elfogadottá és szokássá vált az évtizedek folyamán; erkölcsi szabályok nincsenek megfogalmazva, de negatív hatásai az orvosi etikára vannak (Balázs 2000). A paraszolvencia magyarországi 50-60 éves fennállásának okait keresve Tóth (2000) szerint nagyon sok orvost nevel ki az állam. Összetételt tekintve jobb minőségű lett az oktatás, emellett megváltozott a lakosság egészségét finanszírozó rendszer. Változott továbbá az orvos beteg kapcsolat is, mert észlelhető a bizalom hiánya és a profitorientáltság. A hálapénzt elfogadó területek jellegzetesen a körzeti ellátások és a fekvőbeteg-ellátások, azon belül a manuális tevékenységet végző területek. Leginkább a házi orvos az, aki közel áll a lakossághoz, egyénekhez, mert ez az ellátási hierarchiaszint első foka, ahol a márkahűség is megmutatkozik, mivel ritkán vált az ember házi orvost, ha többé-kevésbé, de elégedett a munkájával (Józsa és szerzőtársai 2005). Jobban ismerve betegét a házi orvos tudja, hogy melyik orvoshoz kell továbbirányítania. A szocializmus időszakában eleinte ajándékokkal halmozták el, utána felváltotta a borítékolt pénz, melyet nem a szolgáltatásaiért kapott, hanem a rangjáért, főleg falun nagy tekintélynek bizonyult az orvosi szakma (Tóth 2000). Miután a beteg észleli a problémájának kiváltó okát, szeretne meggyógyulni (Hárdi 1995). A Kádár-korszakban voltak olyanok, akik nem voltak biztosítottak, azoknak fizetniük kellett az orvosi ellátásért, az viszont nem mindenki számára volt tiszta, hogy kinek kell, és kinek nem kell fizetnie (Tóth 2000). Az, hogy a biztosítást kiterjesztették a lakosságra, gyakrabban találkozott az orvos a betegével (Tóth 2000).

A XIX. és XX. században az orvosra felnéztek tudása és személyisége miatt, addig a jelenben háttérbe kerülnek a technológia fejlődése miatt (Széll 2010). Ezt a tudományágot egyértelműen a fejlődő műszeripar és gyógyszeripar uralja. Kérdés, hogy a jövőben hogyan mondhatnának hálát a betegek és jelenthetné-e a fejlődés a hálapénz megszűnését, amikor a gépeknek és számítógépeknek nincs érzésük vagy morális magatartásuk, nem képesek etikus döntéseket meghozni (Széll 2010, Orosz 2003).

A hálapénz a polgári tiszteletdíj helyett jelent meg, amivel a gyógyító tudását és munkáját szerették volna meghálálni, mivel az orvos készpénzes fizetése elterjedt volt. Korábban alapellátás során az orvos személyesen is felkereshette betegét háznál, mely előnyös volt a betegeknek, aki ezután személyes ajánlással került be egy-egy szakrendelésre, míg az orvos kapcsolati és pénztökével is gazdagodott (Balázs 2000). Mivel jelenleg is szerepet játszik a hiány, korlátozottan állnak rendelkezésre eszközök, hosszúak a várólisták, orvosok külföldre mennek, tehát orvos és ápolóhiány lép fel (Balázs 2000).

Amióta az Európai Unióhoz csatlakoztunk, az orvosok kivándorlási lehetősége megnövekedett, amivel sokan éltek is, így csökkent a számuk, csak a hálapénz miatt nem fognak itthon maradni. (Balázs 2011). Aki viszont itthon marad, azok nagy része elfogadja, mert megaláznak érzik, hogy a több éves tanulásukat és munkájukból fakadó sok áldozatot nem tükrözik a bérek (Kornai 1998, Balázs 2013). A hálapénz gyakran aránytalanul oszlik meg az egészségügyben dolgozók között, általában a vezető sebész kap borítékot, de a röntgenológus, az altatóorvos, a laboratórium személyzete pluszbevétel nélkül marad (Kornai 1998). Ez az egyetlen olyan ágazat, ahol nem mondhatják meg, hogy adott összeg mellett milyen szolgáltatást hajlandó nyújtani az orvos a közszolgáltatások terén. Hierarchiarendszer létezése miatt időbe telik, míg magasabb pozícióba kerül egy kezdő orvos, és ténylegesen hálapénzhez jut (Bondár 2000). Az, hogy ki mennyit kap, függ a pozíciótól, a szakterülettől, az eszközöktől és szubjektív tényezőktől is. Emiatt feszültség keletkezik az orvosok között, nem működik az újraelosztás (Balázs 2000).

4.3 A magyar hálapénz összevetése külföldi országok informális kifizetéseivel

Nemcsak időben érdemes kitekintenünk, hanem térben is vizsgálni a hasonlóságokat más országokban megjelenő borítékolt összegekről.

A hálapénz elnevezése egy magyar sajátosság, mert a külföldi szakirodalomban az egészségügyben lévő informális fizetéseket más szavakkal illetik meg. Míg Magyarországon a szót pozitív jelzővel illetik, addig a többi országban a helytelenségre és a szabálytalanságára helyezik a hangsúlyt. Elnevezésében tekinthető tehát csak magyar eredetűnek, egyébként a pluszjuttatás a poszt-szociális országok mindegyikében jelen van. Ebben a fejezetben az utóbbi évekből származó felmérések alapján betekintést nyerhet az olvasó afrikai országok, Bulgária, Csehország, Horvátország, Kína, Lengyelország, Románia, Ukrajna hálapénzrendszerébe. Lényegében ezekben az országokban fellelhető volt, vagy még ma is fennáll a szocializmus és a kommunizmus, ami magyarázat lehet arra, hogy miért pont ezekben az országokban jelent meg, és nyugaton például nem. Ragaszkodva külföldi szakirodalmakhoz, ebben a fejezetben én is az informális kifizetést fogom használni.

Afrikában a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségeket vizsgálták az informális kifizetések szintjén 33 afrikai országban. Ami viszont különleges és egyedi ezekben az országokban, hogy az orvos Robin Hoodként jelenik meg, ami azzal jár, hogy a társadalmi egyenlőtlenségeket kihasználva a szegényeken szeretne segíteni a gazdagok hátrányára. Ezekben az országokban is állandó a hiány, gyógyszereket és orvosokat tekintve is, hosszú várakozási idők vannak, és a regionális különbségek is számottevők. Az egészségügyi korrupció kialakulásának okát az alacsony és rendszertelen díjazásban, az információs aszimmetriában keresték, amit vesztegetéssel és kenőpénzzel próbálnak kompenzálni. Ezeket tehát nem hálából adják a betegek, hanem azért hogy ne kelljen sorban állni, és magas színvonalú ellátáshoz jussanak. Magyarországon azért nem vetődik fel a Robin Hood szerep vizsgálata, mert Afrikában alapkérdés és probléma, hogy a szegények hozzá tudnak-e férni ellátásokhoz. Így az orvos árdiszkriminációt alkalmazva jobban terheli a gazdagokat, mint a szegényeket ugyanazért az ellátásért. A gazdagabb ugyanakkor megteheti azt, amit a szegény nem: ha nem elégedett az állami ellátással, fordulhat magánszektorhoz, ami Magyarországon is érvényesül. Afrikában jelentősen megmutatkoznak emellett a regionális különbségek, és emiatt keletkező ellátási egyenlőtlenségek, ami befolyásolja a szegények és a gazdagok megvesztegetési szándékát. Vidéki területeken előfordulhat, hogy az orvosnak kevesebb betege van, de azokkal személyesebb kapcsolatot tud kialakítani, mert ismeri őket, kevésbé fogadja el az informális kifizetéseket. Ezekből arra következtethetünk, hogy az informális kifizetések fő hajtóereje a hiány kiküszöbölése, és a regionális-, társadalmi- és gazdasági egyenlőtlenségeket feloldják (Kankeu-Ventelou 2016).

Bulgáriában lévő informális kifizetés és a magyar hálapénz között nagyobb párhuzamot lehet vonni. Kialakulásának okait tekintve Bulgáriában is hasonló problémás tényezőkre akadtak a kutatók: finanszírozási hiányt, a készpénzes kifizetéseket (out of pocket) és a politikai rendszert teszi felelőssé, hogy kialakulhatott az informális fizetés. Bulgáriában nagyon gyakoriak a kifizetések, de az ajándékforma is. Leggyakrabban adakozást eredményező ellátások: bonyolult műtétek, szülés, életveszélyes eljárások, elit kórházban vagy intézményben, vagy ha az orvos ismert. A legtöbben ajándékot a kezelés végén adnak, míg készpénzes fizetés inkább a kezelés előtt vagy alatt jelenik meg (Balbanova- McKee 2002).

Az informális kifizetések viszont lehetnek hamis ösztönzők, melyek csökkentik a reform iránti motiváltságot az állam részéről. Összefügg a korrupcióval, lehet állami nyereség is, mert így kevesebbet kell kifizetni az orvosoknak. Van olyan orvos, aki szándékosan teljesít alul, vagy kérheti arra, hogy fizessen a beteg. Ha utólagos a kifizetés vagy ajándékozás, az legitimnek tekinthető, hálát fejezhetnek ki vele. Magyarországon ugyanez az elv figyelhető

meg (Balbanova- McKee 2002). A tanulmány alapján több nő fizet hálapénzt, mely tükrözi, hogy a nők szülészeti ellátást vesznek igénybe, nemcsak a saját egészségükért felelősek, hanem egy másik életért is. Szinte minden esetben van készpénzes kifizetés vagy ajándékozás, ha szülésről vagy sebészeti beavatkozásról van szó (Balbanova- McKee 2002).

A kapcsolatot meghatározza a fizetés módja, azaz készpénzadás vagy ajándékozás, és a kifizetés időzítése is. Megvesztegetés vagy hála? Sok esetben a kezelés előtti pénzkifizetés nem zárja ki a sikeres műtét utáni ajándékozást sem. Ha ellátás előtt adják, az olyan mintha garancia lenne, ha ellátás végén, akkor az minősülhet hálának. Az orvosok sem tartják etikusnak a hálapénzt, megalázónak érzik, emellett kínos számukra a körülmény, csökkentik az orvos önbecsülését. Egyértelmű, hogy a probléma az egészségügyi rendszerben gyökerezik, és ez nemcsak Magyarországra igaz, hanem Bulgáriában is (Balbanova- McKee 2002).

A Kínáról szóló tanulmány azt vallja, hogy az informális kifizetéseknek az oka az lehet, hogy a formális árak nem tesznek különbséget a páciensek igényei között. Mivel minden beteg esete speciális, nehéz lenne futószalag szerűen ellátni. A betegek összehasonlítását a heterogenitás nehezíti. Ezek a kifizetések viszont társadalmi problémákat okoznak Kínában is, ahol a hálapénzt az orvosi ellátásért gyakran „red packets”-ben, azaz piros csomagban adják. A kínai kormány ezeket a kenőpénzeket reformokkal kezeli, és a bevezetett reform szerint, ha kiderül, hogy az orvos elfogadott ilyen jellegű összeget, akkor felfüggeszti az engedélyét az Egészségügyi Minisztérium. Az orvosok aggódnak a hírnevük miatt, viszont ha egyszer elutasítják a hálapénzt, a jövőben búcsút mondhatnak neki. A beteg Kínában is információt gyűjt, vagy a saját, személyes tapasztalatai befolyásolják, vagy a barátok és internetes blogok segítenek kiválasztani, melyik orvoshoz forduljon. Ezek az információk befolyásolják az orvos hírnevét. A hivatalosan kifizetett jövedelem Kínában is alacsonyabb, nem tükrözi az orvos szaktudását és képességét, ezért a betegek inkább többet fizetnének ki zsebből, csak hogy a kezelést egy rátermettebb orvostól kaphassák. Ha túlságosan homogének a betegek, akkor hajlandóak ugyanakkora összeget kifizetni, így nem kerülnek előrébb, kidobott pénzzé válik az általuk adott pénz. Ekkor a verseny szinte nem is érvényesül, maximum az árakat nyomja fel. Aki bírja finanszírozni, az versenyben marad, aki nem, az egy kevésbé jó orvoshoz kerülhet a hierarchiaszinten. A betegek viszont nem kapják vissza a hálapénzüket abban az esetben, ha mégsem jobb orvoshoz kerülnek, ezt a modellt „all pay auctionnak” nevezik (Liu- Sun 2012).

A hat országról szóló tanulmány szerint Romániában és Ukrajnában jelentősek az informális kifizetések, míg Lengyelországban és Bulgáriában egyre kevésbé. Mind a hat

országban (Bulgária, Lengyelország, Litvánia, Románia, Magyarország, Ukrajna) úgy nyilatkoztak a betegek az informális kifizetésekről, hogy ha nem adnák oda távozás előtt az orvosnak, mint borraivaló, akkor kényelmetlenül éreznék magukat. A szocializmusból piacgazdaságba való átmenet sem szüntette meg ezekben az országokban az informális fizetések létezését, mert cél volt a jólét elérése, miután az állam nem biztosította tovább a szociális boldogulást. Az informális kifizetések lényege az volt, hogy hozzáférést biztosítson bizonyos árukhoz vagy szolgáltatásokhoz. Azért ezt a hat országot vetették össze, mert hasonló folyamatok zajlottak le és a tapasztalt egészségügyi problémákban is találtak azonosságokat, azaz korlátozottan tudnak hozzájutni a betegek az ellátásokhoz. Mégis eltérnek egymástól ezek az országok a fejlettségüket, gazdasági és társadalmi fejlődésüket tekintve. Érdekes az országok egészségügyi fogyasztását megfigyelni, mert az alapján megállapíthatjuk az ott élő emberek egészségtudatosságát és az orvoshoz járás gyakorisági szokásait (Stepurko és szerzőtársai 2014).

Ukrajnában az informális kifizetések komplexebb témakört jelentenek, mint egy egyszerű megvesztegetés. A hálapénz tökéletes modell arra, hogy bemutassuk az elmosódott határokat az ajándék és a megvesztegetés között. Az ajándék személyes és elidegeníthetetlen, amit elkezdtek pénzesíteni. Kérdés, hogy mennyire mondható ez korrupciónak, mert a pénz gazdasági kapcsolatot létesít, és okozhat függőséget is mindkét fél részéről (Polese 2014).

Tovább bonyolítja a megvesztegetés kifejezést az, ha valaki a kifizetést vagy az ajándékot hálából adja, mert azt viszonzás követ. Attól függően, hogy egy adott kultúrában hogyan szerepel a pénz és az ajándékozás szimbolikusan, úgy hat az emberi és társadalmi kapcsolatokra. Bizonyos ügyletek szimbolikus jelentősége a hosszú távú kapcsolatok kiépítése. A pénz értéke kultúránként eltérő, így a társadalmi jelentőségét is figyelembe kell venni. A poszt szocialista országokban ilyen szerepet töltött be a csokoládé és a konyak, mely egy alternatív módja az ajándékozásnak és pénzadásnak, mivel így alternatív módon kínálnak pénzt, melyet vagy elfogyasztott, vagy tovább ajándékozott a gyógyító. Különösen a kilencvenes években értékelték nagyra, fontos ajándékként tartották számon. Egy tendencia szerint, csökkeni fognak az informális kifizetések, amint az ország elér egy kellő mértékű gazdasági és igazgatási hatékonyságot (Polese 2014).

Ebben az országban is jelentős szerepet kap az állam, meghatározó a szerepe a résztvevő személyek életében (Polese 2014). Az afrikai tanulmányhoz hasonlóan itt is kiderül, hogy a területi egyenlőtlenségek jelentősek, mert nehezen tudnak hozzáférni állami forrásokhoz az egészségügyi ellátók. Előfordul emiatt, hogy a betegnek orvosra van szüksége, de az orvost nem lehet elérni, mert például városba költözött, vagy túl sokan laknak a városban és nem

férnek hozzá az orvosokhoz. Ukrajnában a kórházak nem mindig vannak jól felszerelve, de lenne igény extra szolgáltatásokra is, amiért fizetnének is (Polese 2014).

4.4 Fogalom megértése az eddigiek alapján

Az eddig elhangzottak alapján láthatjuk, hogy a probléma gyökerének feltárása nem is olyan egyszerű, mert nem egyértelműen megmondható, mi a felelős a kialakulásáért. A hálapénzt a paraszolvencia részeként tekinthetjük, melyet eltérő szándékkal adhatnak a páciensek az ellátás előtt vagy után is. Azt a következtetést vontam le, hogy aki előre szokott hálapénzt adni, valószínűleg valamilyen előnyben szeretne részesülni, míg aki utólag, az köszönetet szeretne mondani. Időben a szándék változik, de a jelenség mai napig gondot okoz az egészségügyben és megítélésében. Térben kitekintve is láthatjuk, hogy ez máshol is problémát jelent, nemcsak Magyarországon. Egy dolog viszont nem változott: az orvosi ellátás során követendő alapelvek.

4.4.1 Az orvosi ellátás alapelvei

A szolidaritás és méltányosság elve az, hogy nemcsak a szegényeket és elesetteket kell segíteni, hanem a szolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítani kell (Égető 2002). Alapelv, hogy szakmai tartalom ne a beteg pénztárcájától függjön, hanem a betegség típusától, így minden embert gondos figyelemmel kell ellátni (Balázs 2013). Emiatt a szolidaritásra épülő, nonprofit társadalombiztosítási rendszer emberközpontú és igazságos, mindenki képességei szerint fizeti be a részét, ezután minden rászoruló, legyen gazdag vagy szegény, gyermek vagy idős, szükségleteihez illeszkedő ellátásban részesül (Égető 2002, Széll 2010). Ez az egészségügyi rendszer hatékonyabbnak bizonyul a magánfinanszírozásra épülő rendszerhez képest (Balázs 2013). A szolidaritási elv az európai egészségügyi rendszerek alapköve is, mert az ellátás, a biztosítás, a hozzájárulás mértékének kialakítása nem kockázati alapon történik, hanem jövedelemarányos járulék fizetésével (Karner 2010). Ha egyenlőtlenségek vannak az ellátási rendszerben, akkor meg fog mutatkozni a népesség egészségi állapotán és a fogyasztásán is.

A szolidaritás mellett lényeges az esélyegyenlőség a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben. Eltérő tényezők akadályozhatják az ellátáshoz való hozzáférést, mint az idő, a tér, kulturális és kommunikációs nehézségek, pénzügyi akadályok. Ezen akadályok legyőzését próbálja a rendszer előtérbe helyezni. Viszont ez nem mindig kedvező, mert lehet, hogy ez a minőség romlásával jár (Papp 2003). Az orvos az, akinek a beteg érdekeit kell előtérbe helyeznie, maga után vonja, hogy ügyelnie kell a minőségre és a megfelelő tájékoztatásra is (Gaál 2009). Az együttérzés, empátia az, ami megteremti a kapcsolatot orvos és páciense

között, mely az utóbbi években veszélybe került egyes orvosok kiégése, közömbössége és cinikus magatartása miatt (Széll 2010).

Ha az orvos együttérzést tanúsít, jobban megismeri betegét, felmérve gazdasági helyzetét abba a hibába eshet, hogy megkímélve betegét a hatalmas összegektől vagy fájdalmaktól, nem a legdrágább terápiákat ajánlja fel, pedig a gyógyításhoz lehet, az lenne célszerű. Erről viszont a hippokratészi eskü nem ítélik, csak arról, hogy a beteg érdekeit kell figyelembe venni (Gaál 2009, Balázs 2013). Ma már ezekben a döntésekben nemcsak az orvosnak van beleszólási joga (Gaál 2009). Ha az orvost etikus magatartásáért tiszteljük, akkor ellentétbe kerül azzal, hogy olyantól fogad el hálát, aki nehezen tudja összekapargatni (Balázs 2000). További etikai értékeket boncolhatunk, ha arra gondolunk, hogy a hálából kapott pénzből hányan részesülnek, mindenki, aki részt vett a folyamatban, vagy egy orvos, aki a műtétet levezette, ekkor kevésbé beszélhetünk méltányosságról (Kolozsi 2000). De ez nem az orvosok hibája, hanem az egészségügyi rendszeré, illetve nehéz kezelni a korrupciót is, így nem mondhatjuk azt, hogy csak az egészségügy romlott (Bordás 2000).

A fogalmak és alapelvek ismertetését követően csoportosíthatjuk a hálapénzt, amiből később megkaphatjuk, hogy milyen motivációkat eredményezhetnek.

4.4.2. Hálapénz fajtái, csoportosítása

A fogalmat több szemszögből is megközelíthetjük, nézhetjük úgy is, hogy a medikusnak hálásak a betegek a figyelmességéért és empatikusságáért, így köszönetet mondanak az ellátás után, amely önkéntes, és a beteg maga határozza meg az értékét, mely lehet pénz vagy ajándék is. Ekkor értékelhetik a páciensek az ellátás utáni gyógyulást, mint élményt (Fenyvesi és szerzőtársai 2011). Míg mások korrupciós csalásnak tartják.

Csoportosíthatunk aszerint, hogy ki és mikor kezdeményezi a boríték átnyújtását. Korrupciós esetnek minősül az, ha az orvos előre elkér egy általa meghatározott összeget, mivel ez a tranzakció hathat a minőségre. Ha viszont a beteg saját elhatározásból dönt úgy, hogy meg szeretné hálálni orvosának munkáját, akkor nem tekinthető korrupciós bűnnek. Ennek ellenére sem elfogadható, mivel a tény, hogy az orvos vagy ápoló elfogadta, és utána nem adózott, büntettnek minősül (Fenyvesi és szerzőtársai 2011).

1. táblázat Paraszolvencia fajtái előnyserzési célok alapján

Megítélés az egyén szemszögéből	Előny nélkül adott	Előny érdekében adott
Pozitív	Hálaérzet miatt adott pénz	-
Semleges	Szokásból adott	Más egészségi állapotát nem károsító
Negatív	Hátrány elkerülése miatt	Más kárára szerzett

Forrás: saját szerkesztés Fenyvesi és szerzőtársai (2011) alapján

Adhatnak megszokásból is hálapénzt, ami hasonlíthat a borralóhoz, mert nem kéri a dolgozó, de az igénybevevő elégedett volt a problémamentes ellátással. Valószínűleg akik a hátrány elkerülése miatt adják, azok több törődésben szeretnének részesülni a fekvőbeteg ellátásban. Aki más kárára szeretne előnyhöz jutni, az azért fizet, hogy ha valamilyen erőforrásban hiányt szenved a kórház, akkor az illetőt lássák el először, ezzel viszont csökkenti a többi beteg lehetőségét. Ha nincs hiány, akkor a többiek nem károsodnak (Fenyvesi és szerzőtársai 2011). Aki előnyhöz szeretne jutni, valószínűleg az ellátás előtt nyújtja át az orvosnak, mert utólag a minőségen és a bánásmódon nem tud változtatni. Aki nem előnyserzési célból adakozik, feltételezhetően utólag nyújtja.

Csoportosíthatunk aszerint is, ki a kezdeményező. Ha a beteg adja a borítékolt pénzt, akkor hálapénznek minősítik. A nehézséget az orvos ráutaló magatartása nehezítheti, azaz mennyire készíti a beteget arra, hogy fizessen, még ha ki sem mondja. Ha pedig az orvos várja el, akkor a társadalom megveti. Ekkor az orvos előre közölheti az elvárt összeget. Jobb esetben a beteg elesik az ingyenes ellátás lehetőségétől, de megkapja az ellátást, rosszabb esetben, ha nem fizet a beteg hálapénzt, még az ingyenes ellátáshoz sem engedheti hozzáférni (Fenyvesi és szerzőtársai 2011).

4.4.3. A hálapénz megítélése és érintettjei

Arra következtetésre jutottam, hogy ez egy régóta gyűrűző probléma, amit eddig egy rendszer sem tudott megoldani. Véleményem szerint egy adott problémát érdemes mindig több szemszögből is megvizsgálni.

2. ábra Hálapénzes szituáció érintettjei és résztvevői



Forrás: Saját szerkesztés Orosz (2003), Simon (2010), Baráth (2014) nyomán

A hálapénzt adó beteg azzal, hogy juttatást vagy ajándékot ad az orvosának vagy az őt ellátó személyzetnek, úgy érezheti, hogy ezzel bebiztosította magát, a megfelelő ellátásban reménykedik, és abban, hogy nem kell kivárnia a sorát, hanem időben sorra kerülhet. Vannak, akik alacsony jövedelmük ellenére is próbálják összekuporgatni a maradék kis összeget, hogy biztosítsák a minőséget, ami viszont más életterületük színvonalának hátrányára mehet. A beteg annak ellenére, hogy fél, reménykedik benne, hogy a kockázatérzetét csökkentheti egy kis ajándékkal. Míg mások hálásak a gyógyítójuknak, és ezzel a cselekedettel jobban érezhetik magukat, elégtételt tettek. A betegben így pozitív és negatív érzések is kavarnak, amit a rendszer bonyolultsága is megzavar, így véleményem szerint nem tudja egyértelműen magában sem eldönteni, hogy miért is adott hálapénzt. Lehet, hogy testileg meggyógyul, de nem tudja eldönteni, hogy ez az orvos jó szándékán és etikus viselkedésén múlt, vagy azon, hogy egy nagyobb összeget csúszttak a zsebébe. Így a frusztráció ahhoz vezet, hogy legközelebb, mikor orvoshoz megy, a kockázatérzete nem múlik, és hajlamosabb lesz nagyobb összeget adni egy rutinkezelésért is. Összegezve a betegben pozitív és negatív érzések is megjelennek, de nem lehet egyértelműen állást foglalni, hogy melyik van nagyobb latban (Orosz 2003, Simon 2010, Baráth 2014).

Az orvos szemszögét tekintve ugyanilyen kettősséget észlelhetünk. Egyrészt érezheti azt, hogy megbecsülik végre munkáját, és kiegészítheti csekély jövedelmét, megérte sokat tanulni.

Viszont lehet pont emiatt lesz csalódott, hogy az orvostársadalom etikátlan viselkedése hatására az ő megítélése is negatív irányba tart. Megalázkodónak érezheti, hogy szegényebb családtól fogadjon el pénzt. Ha el is utasítja, a beteg ugyanazt a minőséget várja el, mint amelyet egy hálapénzt elfogadó orvos nyújtana. Ennek hatására patt helyzetbe kerül, benne van az, hogy jól jönne egy kis kiegészítő jövedelem, de az is, hogy ha orvostársai elfogadják, ő miért ne tehetné. Ha nem fogadná el a hálapénzt, és az alacsony bére mellett kellene túlórákért hajtania, szívesebben választja a külföldi munkavállalást. Van, aki olyan régóta fogad el hálapénzt, hogy szinte sértőnek érzi, ha valaki nem ajánl fel a kezelés előtt vagy után. Emiatt sértődöttnek érezheti magát, és megbosszulva a betegen az ellátás minőségének romlásához vezethet.

A hálapénz adásban nagy szerepet játszik a család és a rokonok, mert ők érzékelik leginkább, ha a beteg családtag kiesik a munkából, ami jövedelem kieséssel is jár. Ha a családnak úgy kell összekuporgatni a pénzt, az a többi családtag életminőségét is rontja amellet, hogy állandó az idegeskedés a beteg családtag gyógyulása miatt. A család és a rokonok azok, akik meghatározzák a hálapénz kultúrát véleményem szerint, mert mielőtt a beteg úgy döntene, hogy jutalmazza orvosát, informálódik a családtagok között, hogy mekkora összeget illik adni, így az ismerősök is szóba jöhetnek, befolyásoló szereppel bírnak. Ez hatással van arra is, hogy a beteg mikor adja oda.

Az állam látszólag hátrányos helyzetbe kerül a hálapénz miatt, mert korrupciónak minősül és nem adóznak a hálapénzből. A valóságban viszont jól járnak vele, mert alacsony béreket kell kifizetni az orvosoknak, mert a hiány következtében nem képes többet adni, és kihasználja azt is, hogy a betegek hajlandóak többet fizetni, amivel a hiányt ki tudják tölteni. Ha viszont az orvosok ezzel nem elégednek meg, külföldre mennek, emiatt munkaerőhiány alakul ki, és az állam további hiányt szenved.

Aki viszont egyértelműen rosszul jár, az az egészségügyben szereplő személyzet, aki hozzájárul a beteg ellátáshoz, kezeléséhez, de a hálapénzből kimaradnak. Legyen ápolónő vagy aneszteziológus, velük nem feltétlen osztoznak a főorvosok vagy sebészek. Ilyen szinten sem etikus a hálapénz fennállása (Orosz 2003, Simon 2010, Baráth 2014).

4.5. Motiváló tényezők

Elérkezve kutatásom központi kérdéséhez, miszerint milyen motivációból, indokból adnak hálapénzt vagy ajándékot az emberek, az eddig olvasottak alapján több befolyásoló tényezőt is felfedeztem, mint a társadalmi háttér, a hála, a bizalmatlanság, az orvossal való kapcsolat és az észlelt minőség. A kulcspon, hogy ezek miképp hatnak a hálapénz átadásának időzítésére, inkább ellátás előtt vagy ellátás után jelennek meg ezek a motivációk.

4.5.1. Hálapénz és társadalmi háttér

A hálapénz kimutatja a társadalmi különbségeket (Bondár 2000). Egészségügyi szolgáltatásoktól elrugaszkodva, árut vagy szolgáltatást vásárolva lehet érezni a társadalmi különbségeket (Vitrai 2013). Ez az egyenlőtlenség az egészségügyben is megmutatkozik, amikor a jelentkező szükségleten, egészség megromlásán felül olyan hátrányban vagy előnyben részesül valaki, amit az állapota nem befolyásol (Vitrai 2013).

Azért gondolom, hogy a társadalmi háttér befolyásolja az adás folyamatát, mert mindenki más családból származik, eltérő értékekkel, szokásokkal és tapasztalatokkal, melyek befolyásolják döntésében. Függhet nemtől, kortól, iskolázottságtól, anyagi háttértől, lakhelytől az, hogy mikor fordul orvoshoz, és mely ellátásokért fizet hálapénzt.

A szakirodalom szerint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét befolyásolja a nem, mert sokkal elfogadottabb, ha a nő beteg és elmegy orvoshoz, mint a férfi. A munka mellett háztartást vezet és gyermekeket is nevel, így a nőknek tudatosabban kell figyelniük az egészségükre (Kornai 1998). Emiatt gondolhatjuk azt, hogy a nők gyakrabban járnak orvoshoz és szűrésekre, mint a férfiak (Vitrai 2013). A nők gyakori orvoshoz járási szokását magyarázhatjuk azzal is, hogy a terhesség alatt folyamatos felülvizsgálatokra kell járni. Előregedő társadalomban élünk, ahol az idősök gyakrabban fordulnak orvoshoz, így az egészségügy ügyfélkörének nagy részét ők alkotják (Égető 2002). A problémát az adja, hogy minél idősebbek leszünk, annál több betegség alakul ki, és a szervezet regeneráló képességének romlása miatt nehezebben gyógyulunk meg. A Grossmann modell szerint az iskolázottság növeli az egészséggel kapcsolatos tudást, az egészség iránti kereslet nő. Az ellátás iránti kereslet és a munkabér között kapcsolat van (Evetovits- Gaál 2005). Alacsony iskolázottsággal rendelkező páciensek többször mennek el orvoshoz, de gyakrabban fordul elő, hogy hiányos ismereteik miatt későn fedezik fel a betegséget, így rosszabb stádiumban találkozik orvosával (Kornai 1998, Vitrai 2013). Ezzel ellentétben a fogorvosi ellátásokat ritkábban veszik igénybe, mert a biztosító által fedezett alapellátások nem bizonyulnak elégnek (Vitrai 2013).

Az egyén egészségi állapotára hatással van a környezete, mennyire szennyezett a víz vagy a levegő, milyen lakhatási körülmények vannak; az életmódja, azaz hogyan táplálkozik, mozog-e, vannak-e káros szokásai az egészségére nézve. Az életmódot befolyásolja az egyén képzettsége, jövedelme, vagyona és a munkahelye. Gondolhatnánk, hogy az egyén kevésbé tud hatással lenni az egészségügyi ellátás mennyiségére és minőségére, mert ezek a tényezők alapvetően a gazdaság fejlettségétől függenek, de ha előkerül egy kis csúszópénz az asztal alatt, módosulhat az állítás tartalma (Lippai 2010).

Társadalmi-gazdasági helyzet hatással van az orvoshoz járás szokásokra. Minél rosszabb helyzetben van valaki, annál több egészségügyi problémával küzd, kelleni fog neki az ellátás, de nem biztos, hogy igénybe is fogja venni a szolgáltatás a pénzügyi vonzata miatt, hozzáférés korlátozódik (Vitrai 2013).

Egészségügy kettészakadását idézi elő a magánrendszer létrejötte, mert ez az ellátórendszer a gazdagabbaknak kedvez (Balázs 2013). Kettészakadás alatt érthetjük a szolgáltatások szakmai és komfort tényezőit, mert az ellátás során a szakmai elemek mellett különböző kényelmi szolgáltatásban is részesíthetjük. A kettészakadás valós áldozatai a szegények lennének, akik nem tudnák megfizetni a magánellátást (Balázs 2013). Ezért beszélhetünk katasztrofális egészségügyi kiadásról, ami a háztartás létfenntartáson felüli, szabad önrendelkezéssel bíró jövedelmének 40%-át eléri vagy meghaladja a kiadás (Gaál és szerzőtársai 2012). Az alacsony jövedelemmel rendelkező családok egy bizonyos hányada lehet azért nem részesül katasztrofális egészségügyi kiadásban, mert nem akarnak igénybevételei díjat fizetni, és csak nagyon súlyos esetekben döntenek úgy, hogy orvoshoz fordulnak. Az egészségügyi szolgáltatások bevételeit épp ezért próbálják közösségi forrásteremtési módszerekkel megteremteni. De Magyarországon a magánforrásokból származó bevételek is nagy hányadban jelennek meg (Gaál és szerzőtársai 2012). Alacsonyabb jövedelem gátolhatja az ellátások igénybevételeének gyakoriságát vagy túl későn érzékelik betegségük súlyosságát (Vitrai 2013). Tehetősebbek több napot töltenek kórházban fekvőbeteg. ellátás során, mint aki kevésbé engedheti meg magának. (Vitrai 2013).

Ezekből arra következtethetünk, hogy egyes családok beruházási-hajlandósága eltér a többitől, ami abból adódik, hogy más időpreferenciával rendelkező személyek vannak. Vannak, akik előnyben részesítik az egészségük a jövőben is megmaradjon a jelenbeli fogyasztás terhére is akár (Lippai 2010).

4.5.2 A hálapénz pozitív vonzata

Ebben a fejezetben a pozitív töltetű indítékot, a hálából adott pénz szerepét fogom bemutatni. Ha valaki a cselekedetével jobb helyzetbe hoz minket, azzal szemben hálát érzünk, és egyesek ezt szeretnék ki is mutatni, aminek eszköze lehet az ajándékozás. A jócselekedetet az egészségügyben viszont pénzzel is szokás viszonzni.

A paraszolvencia eltérő egy kicsit a hálapénz kifejezéstől, mivel a hálapénzben benne van a hála, annak ellenére, hogy nem mindig hálából adják, illetve konkrét pozitív vagy negatív érzést vált ki az emberekből (Kolozsi 2000). Ezért most azt a szándékot fogom vizsgálni, amikor valaki hálás a gyógyulásáért. Hála során az ember lekötelezettnek érzi magát és köszönetet szeretne mondani annak, aki elősegítette egészsége helyreállítását és gyógyulását.

De ez gyakran nem merül ki abban, hogy szóban elhangzik egy „köszönöm”, hanem a hálaadáshoz hálaáldozat is tartozik (Balázs 2000). Ebben az esetben a hálapénz a hálát érző személy pénzbeli juttatása az orvosnak.

Spinoza definíciójában a szeretet érzetét jeleníti meg, mert ehhez az érzéshez társítja a jótévő szándékát, és ezzel a személlyel szemben szintén szeretetből kiindulva szeretne jót tenni az ember (Balázs 2000). Ezt a pénzt nem előre fizetik és nem is az orvos szabja meg összegét vagy kötelezőségét, lehet akár ajándék vagy pénz is, hálaáldozatot mutat be a beteg (Horváth és szerzőtársai 2010). Bár ha az ajándék nem monetáris jellegű tárgyi juttatás, akkor valószínűleg különleges kapcsolat áll fenn a beteg és orvosa között, így nem is tekintik hálapénznek, érdemes külön kezelni (Balázs 2000). Viszont a hála előfeltétele, hogy személyes kapcsolat jöjjön létre orvos és betege között. A hála érzete az orvos munkájának társadalmi elismertségével is kapcsolatban áll (Horváth és szerzőtársai 2010). Négy dolog befolyásolhatja a hála kifejezését, egyrészt a biztosító jelenléte, hogy a páciens által mennyire elfogadott az az összeg, amit az orvosa kap, ennek függvényében milyen jellegű juttatást tulajdonít a gyógyítójának, ami továbbá függ attól is, hogy milyen munkát végzett és milyen a társadalmi megítélése az egészségügynek és az orvos beteg kapcsolatnak (Balázs 2000). A hála határa függhet a szolgáltatás típusától és a körülvevő társadalmi környezettől (Balázs 2000). A paraszolvencia az orvos védekező eszköze az elvárásokkal szemben és az állami szabályokkal szemben. Az, hogy mennyi hálában részesülnek, befolyásolja későbbi magatartásukat, attitűdöket. Ha nagyfokú az emberi tényező az ellátásban, az növeli a bizonytalanságot, cserébe kapott pénz befolyásoló tényezőként jelenik meg az orvos oldaláról. Nem mindig arról van szó, hogy az orvos jobban teljesít több pénz hatására, hanem arról, hogy abban az esetben, ha pénzt kap, akkor nő a hajlandóság keresni az ilyen helyzeteket, mikor pénzhez juthat (Bondár 2000).

Az indítéktól eltekintve mégsem tekintjük elfogadhatónak létezését, mivel a harmadik fél közvetlenül az orvosnak a hivatalos összegén kívüli összeget nyújtja. Olyan közegben zajlik a hálaadás, amibe állami eszközökkel képtelenség beleavatkozni. A legszerencsétlenebbül még is az orvos jár, akinek az alacsony jövedelem mellett jól esik egy kis juttatás, melyet korrupcióval és borraavalós megaláztatással illetnek (Balázs 2011). Az ember, függetlenül munkakörétől, szereti, ha munkáját megbecsülik, és jól esik a hála is, így szívesebben dolgozik és lehet jobban is teljesít (Bondár 2000).

Idén már 260 éve, hogy létezik hálapénz, de az utóbbi fél évszázadban változott meg gazdasági és erkölcsi üzenete, azaz változott az adás motivációja, a rendszerre nézve károsnak nevezhetjük ezt a változást (Balázs 2011). 1960-as években az orvos iránti tisztelet és hála

jelképe volt, 1980-as évekre kétszeresére, volt hogy ötszörösére emelkedett az adott érték a 60-as évekhez képest. Minél magasabb szintű ellátásban részesült a beteg, annál gyakoribbá vált a hálálkodásnak ez a formája.

2000-es években visszaszorulóban volt a hála és a szokás, inkább egy kényszernek érezték a hála direkt vagy indirekt kifejezését. A konfliktus jelenleg abból adódik, hogy a beteg hiába maximális hálát érez orvosa iránt, a pénztárcája nem mindig engedi, hogy ezt ki is mutassa (Balázs 2000). Ekkor két eset fordulhat elő:

Az egyik esetben a beteg jelzi orvosának, hogy lehetőségei korlátozottak, de ennek ellenére valamit szeretne adni a szolgáltatásért. Ekkor az orvos úgy érzi, nagyobb presztízsből van betegéhez képest, így vagy visszaadja a pénzt vagy átirányítja az orvosi hierarchiaszint legalsó szintjén álló orvoshoz (Balázs 2000). A másik esetben a beteg nem jelzi az orvosnak, hogy az elvárt határösszeget nem tudja megfizetni, erről az orvos nem tud, így mikor kezébe kerül a boríték, és nem azt az összeget találja, mint amit elvárt, így változtathat magatartásán (Balázs 2000). Ennek az lesz a hatása, hogy az orvos nagyobb figyelmet szán arra, aki hálapénzt ad. Nem szabad elítélni, mert egy nap alatt sok beteg megfordul nála, és képtelenség ugyanakkora figyelemmel kísérni minden betegét. Emellett szívesebben vállal olyan munkát, ahol megjelenik a hálapénz, mert szeretne ő is megélni. Általánosítani viszont nem szabad, ez nem jellemző minden orvosra.

A továbbiakban megvizsgálom, hogy milyen indítékai lehetnek még az adakozásnak, mert valaki nemcsak hálából ad pénzt, hanem azért, mert a bizonytalanságát szeretné csökkenteni, valamilyen hátrányos megkülönböztetéstől szeretne megszabadulni (Bondár 2000). A hálapénz olyan torzításokat okozott, mely nevét meghazudtolva nem hálából adnak, hanem a bizonytalanság csökkentése érdekében is. A bizalmatlanság okait és jellemzőit szándékozom a következőkben feltárni.

4.5.3 A bizalom hiányában adott hálapénz

Az egészségügy negatív megítélése, korábbi tapasztalatok vagy az orvos személye ellen keletkezett kételyek előidézhetnek bizonytalanságot. Az ellátások szolgáltatás jellegéből adódóan érzékelhető a HIPPI elv, ami alap kockázatterzetet idéz elő a betegben, de az aszimmetrikus informáltság hatására nem tudja előre, hogy mi lesz a kimenetele az ellátásnak. Azt, hogy a bizalom hiánya miért okoz gondot, ebben a fejezetben fogom tárgyalni.

Változott az egészségügy, bővültek az egyének ismeretei az egészség megőrzését tekintve és az egészség anyagi jegyeinek megjelenítése, az emberi értékrend megváltozott, emberi kapcsolatok bizonytalanná, folyamatosan üressé válnak. Ezek miatt a bizalom elvesztése általánossá vált (Tóth 2000). A bizalom azt jelenti, hogy a körülöttünk levő világot jó

szándékúnak tekintjük, tehát abban bízunk, hogy a másik fél velünk szemben olyan magatartást tanúsít, ami nem okoz fájdalmat és nem használja ki, hogy függünk a másiktól (Fiske 2006). Ha előre nem tudjuk, hogy a döntésünknek milyen kimenetele lesz, azt bizonytalanságnak nevezzük. Az ebből adódó kockázatot korábbi események bekövetkezési valószínűségével értékelhetjük. A bizonytalanságot viszont lehet kezelni, azaz vagy vállaljuk a kockázatot, vagy reménykedünk benne, hogy az idő múlásával több információ áll majd rendelkezésünkre, illetve mi is gyűjthetünk információt (Mezey 2009). Bizalom, bizalmatlanság és csalás - mind a három jelenség esetén meghatározó tényező az információ és a bizonytalanság, mert ha nem állnak rendelkezésre tökéletes információk, akkor a bizalom meginog, illetve ha egy tevékenységnek nem biztos a kimenete, akkor uralkodik el (Hámori 1998).

Kockázatokat tekintve két típust különböztetünk meg: egyrészt a megbetegedést, ami ritkán fordul elő, nem lehet előre jelezni, így az ellátások iránti kereslet ingadozóvá válik, tehát ezeknek a költsége bizonytalanságot idéz elő (Nagy-Dózsa 2005, Evetovits-Gaál 2005). Az egyén nem előre kiszámíthatóan jelentkezik, hanem eseti jelleggel, ha valamilyen problémája akad. Ez a betegnek is rossz, mert ha súlyos betegség éri, akkor nincs lehetősége mérlegelni, hogy megéri-e orvoshoz fordulni vagy nem, szükségszerűen orvoshoz kell mennie, amely növeli a feszültséget a betegben (Bordás 2000). Másrészt nem biztos a teljes gyógyulás, azaz a hatékonyság. A medicina tudomány folyamatosan fejlődik, emiatt sok korábbi betegséget lehet kezelni, de biztosra semmi sem mondható. Bizonytalanság kiterjed a felépülés anyagi vonzatára is, meddig kell táppénzen lenni, milyen jellegű beavatkozások vannak még hátra (Nagy-Dózsa 2005). Valószínűség számítással lehet a korábbi esetek alapján becslést mondani, de az, hogy milyen ellátásra lesz szükség és az mennyibe fog kerülni, megjósolhatatlan (Evetovits- Gaál 2005). Ezeket a kockázatokat másképp érzlelik az emberek, van, aki vállalja a kockázatot, míg más elkerüli. Aki vállalja a kockázatot, úgy méri fel jelenlegi helyzetét, hogy annál csak jobb lehet a jövőbeni állapot. Aki elkerüli, az inkább a jövőbe vetett bizonytalanságára épít (Nagy-Dózsa 2005). Ezt a bizonytalanságot megszüntetni nem lehet, mert akkor mindenki pontosan tudná, hogy mire számíton és mi lesz a beavatkozás végeredménye. Azért, hogy a betegnek ne kelljen mérlegelnie, hogy elmenjen orvoshoz vagy sem, ezt az anyagi kockázatot a biztosító veszi át, emiatt hozták létre a társadalombiztosítást (Bordás 2000, Evetovits- Gaál 2005). Azért éri meg magánbiztosítást is kötni, mert aki kockázatosnak érzi a beavatkozás, annak a kockázaterzete csökken, nem kell aggódnia a jövőbeli ellátások pénzügyi finanszírozása miatt (Nagy-Dózsa 2005).

A bizalom sérülékennyé teszi az embert, mert az emberek inkább jót feltételeznek a történekekről és más emberekről, képesek kedvező irányú torzképet alkotni, mert lehet, hogy nincs információjuk a lehetséges kimenetelekről (Fiske 2006). Viszont ha az emberek nem feltételeznének jót, akkor nem lenne bizalom, nem is lehetne gyógyítani és nem hinnének a betegek a gyógyulásban (Széll 2010). Ezért fontos, hogy a közintézményekben dolgozók ne legyenek előítéletesek és a beteg érdekeit vegyék figyelembe, betartsák a jogszabályokat, néhol az állam korlátozza a döntési jogkört is, emiatt megbízhatóságot, kiszámíthatóságot és felelősségteljes viselkedést produkálnak (Jenei 2005). A társadalom bizalmát megrendítheti az időszerűség és pontosság is, mert nem szeretnek várakozni, és ha időponttal rendelkeznek, akkor elvárják, hogy tartsák magukat ahhoz a dolgozók. Ez okozza a várólisták kialakulását is (Jenei 2005). Az ember szívesebben fizet azért, hogy előrébb kerüljön a listán, azaz előnyösebb helyzetbe kerüljön akár más kárára is. A bizalom növeléséhez a rendszer bonyolultságának csökkentése és egymáshoz kapcsolódó egyedi tevékenységek létrejötte oldhatná meg a helyzetet (Hámori 1998).

A hálapénzt a bizalomvesztéssel hozzák kapcsolatba, mert a betegek bizonytalanok azzal kapcsolatban, hogy valóban azt a színvonalat kapják, mint mások. Azért, hogy legalább olyan jó ellátásban részesüljenek, inkább hálapénzt fizetnek (Balázs 2013).

Bizonytalanságot okozhat a panasz felmerülésekor, hogy igénybe kell-e vennie a páciensnek orvosi ellátást, amely fakadhat a korábbi betegségek során szerzett tapasztalataiból, felismeri-e, hogy szükséges orvoshoz menni, rendelkezik-e szükséges anyagi feltételekkel, hogy finanszírozza az útiköltséget, engedi-e a munkája, vagy vannak-e időbeli korlátok (Vitrai 2013). Ha úgy dönt, orvoshoz fordul, előfordulhat, hogy fizikailag nehéz megközelíteni, a betegnek nincs lehetősége odautazni, vagy épp nem ér rá abban az időpontban, tart a várakozási időtől (Vitrai 2013). További nehézséget jelent, hogy a páciens szeretné megválasztani, melyik orvoshoz kerüljön, viszont ezt a szabad orvosválasztást gátolja. A házi orvos dönti el, hogy milyen jellegű betegséget milyen szakorvosnak kell kezelnie, így ez is csökkenti a bizalmi szintet, ha az adott szakterületen nincs olyan orvos, akit ismer (Balázs 2000). Ezek a leggyakrabban előforduló kockázati tényezők, amelyek a döntéseket módosítják. A kórház és az orvos feladata, hogy megkönnyítse a beteg dolgát, és kialakítson bizalmi, személyes viszonyt a betegével. A következő táblázat alapján látjuk, hogy a beteget további kockázat éri, ha az orvos csak feltétellel működik együtt.

2. táblázat Kompetencia és bizalom mátrixa

○	BETEG
---	-------

	Van bizalom	Nincs bizalom
Feltétel nélkül gyógyít, mindent megtesz a gyógyulásért	A beteg nem ad hálapénzt, az orvos nem is várja el.	A beteg hálapénzt ad, de az orvos nem várja el.
Feltétellel gyógyít, nem tesz meg mindent a gyógyulásért.	A beteg kényszer hatására fizet hálapénzt, mert az orvos elvárja.	A beteg előre vagy utólag fizet, az orvos is elvárja.

Forrás: saját szerkesztés Tóth (2000) nyomán

4 kapcsolattípus írható le:

1. Az orvos mindent megtesz, és a beteg is bízik az orvosában, ez a legszerencsésebb helyzet, teljes az összhang, képesek mindkét oldalról együttműködni, így a gyógyulás sikeresebb és gyorsabb lehet. Ebben az esetben az orvos nem feltétlen vár hálapénzt. Itt jellemzően kölcsönös a tisztelet és a bizalom, minimálisan van kiszolgáltatva a beteg, képesek együttműködni. Ha a beteg mégis meghálálná az orvos szolgálatát, akkor az a személyének szólna (Tóth 2000).
2. Az orvos mindent megtesz, de a beteg kételkedik és bizalmatlan, ekkor az orvos nem vár hálapénzt, a beteg viszont többre számít, teljes körű szolgáltatást vár el, ezért a borítékolt hálapénz előkerül. Mivel az orvos mindent megtesz, így többet nem tud nyújtani pénz hatására, amiért a beteg csalódik, és másik orvoshoz megy. Ebben az esetben a beteg csak a saját akaratát akarja érvényesíteni, türelmetlen, és ő akar irányítani, mivel bizalmatlan, így ezt akarja ellensúlyozni az ajándékkal, nem pedig az orvosnak akar hálálkodni. Ez a betegtípus gyakran vált orvost (Tóth 2000).
3. Az orvos nem tesz meg mindent a gyógyulásért, feltétellel gyógyít, de a beteg bízik benne. Ebben az esetben az orvos számít a pénzre, mert csak akkor nyújt többet, a beteg viszont bízik abban, hogy az orvos jól fog teljesíteni, így későbbiekben kényszer hatására fizet, vagy orvost vált. A beteg a kényszer hatására másként ítéli meg orvosát, bizalmatlanság hatására a beteg vagy fizet, vagy orvost vált. Egyértelműen az orvos a domináns, csak feltétellel teljesít megfelelően (Tóth 2000).
4. Az orvos ebben a kapcsolattípusban szintén feltétellel gyógyít, de a beteg itt bizalmatlan. Az orvos az anyagi rendezés után teljesít jobban, a beteg ezt hamar észleli, ezért vagy előre, vagy utólag, de fizet. Ebben az esetben a piaci elvek

érvényesülnek, az orvos elvárja a hálapénzt, a beteg pedig természetesnek tartja, hogy fizet a szolgáltatásért (Tóth 2000).

Ezeknél a kapcsolattípusoknál nem vesszük számításba a betegség jellegét, az intézmény típusát vagy a beteg társadalmi szintjét. Tehát az orvos beteg kapcsolatban nemcsak a bizalmi szint különbözőségeit figyelhetjük meg, hanem azt, hogy könnyen kialakulhatnak piaci viszonyok (Tóth 2000). Az egészségügyi piacon nem az egészséget tekintjük árunak, hanem a szolgáltatást, amit az ellátók nyújtanak. Ebben az esetben nem a beteg választja meg a szolgáltatás típusát, vagyis hogy milyen beavatkozásra van szüksége, arról az orvos dönt, viszont ő megteheti, hogy több szolgáltatást kínál fel, mint amire valóban szükség lenne. Ebből adódik az aszimmetrikus információ, amely azt jelenti, hogy az orvos többet tud a betegségről, mint a beteg (Bordás 2000). Ennek ellenére nem mondhatjuk azt, hogy piaci alapra helyezhető az egészségügy, mert előfordul, hogy az alkalmazott eljárás nem idézi elő a beteg gyógyulását. Haszontalan eszközöket és szolgáltatásokat nem lehet eladni, de ebben az ágazatban annyira nehéz megítélni egy-egy beavatkozás eredményét és hatásosságát, hogy nem lehet előre megjósolni, mi lesz az eredmény. Tehát bizonytalanságot nemcsak a beteg oldalán fedezhetünk fel, és nemcsak az információs aszimmetria ad torzképet, hanem az orvos sem teljesen biztos a kimenetelben. Fontos a szakmai megalapozottság és a jó kommunikáció a beteggel, hogy az egyenrangú félnek érezze magát és későbbiekben jól tudja megítélni a minőséget (Evetovits- Gaál 2005). Mert ha a minőséget jónak ítéli meg, akkor lehet, hogy jobban fogja honorálni az orvos munkáját.

Az információs egyenlőtlen helyzet viszont kezd kiegyenlítődni, mert a korábbi paternalisztikus helyzetből, amikor az orvos hozza meg a döntést, kevés a beteg beleszólása, egy másik szintre kerül az orvos beteg kapcsolat, együttműködnek, mivel csak együttesen, minden információ birtokában tudnak eredményesen eljárni, a beteg elmondja a panaszát. Minél magasabb iskolázottsággal rendelkezik valaki, annál jobban tudja jogait, és hogy mit érvényesíthet, hogy a kívánságai teljesüljenek. Eredményes működést lehetővé teszi, ha az orvos hiteles és megbízható, kompetenciáit és képességeit tekintve a beteg rendelkezésére áll (Tóth 2000).

Ha az orvos pontosan meghatározza a diagnózist, betegséget és hogy azt hogyan lehet javítani, azzal lehet csökkenteni a páciens kockázatérzetét. Ha a beteg megérti betegségét, azzal nő a hajlandósága az együttműködésre. Emellett az orvos személyisége is meghatározza a beteg hozzáállását (Hárdi 1995). Ezekből arra következtethetünk, hogy úgy kell a szervezetnek fellépnie, hogy lássák, a társadalom számára hasznos. Bizalom megszerzése a cél, melyet megfelelő kommunikációval lehet elérni. Mivel korlátozott a reklámozási

lehetőség az egészségügy területén, így a közönségkapcsolat a megoldás. Ilyen intézkedés lehet a sajtóban való nyilatkozás, szponzorálások, támogatások, közösségi programok rendezése és tájékoztatók szervezése. Az imázs kialakításához hozzájárul az ellátó személyzet munkája is (Holzmüller- Scharitzer 1999).

Fontos a beteg nézőpontja, mivel ez szolgáltatás és a beteg különleges helyzete is sajátosságokat rejt, problémát idézhetnek elő (Holzmüller- Scharitzer 1999). A beteget közvetlenül éri a szolgáltatás, így a kórház kommunikációs aktivitása, a régi betegek és már meggyőzött véleményalkotók szava lesz a meghatározó a kockázatteret csökkentésében. Mivel a szolgáltatás közvetlenül valósul meg, így nagy figyelemmel kíséri mindent a páciens, azonnal képet és véleményt alkot. Információ és szaktudás hiányában hátrányban érezheti magát a páciens, a minőséget élményei alapján fogja megítélni. Ebből következik az, hogy az orvos és ápolók feladata a beteg felkészítése arra, ami rá vár, elő kell készíteniük a terepet (Holzmüller- Scharitzer 1999). Mert aki bizalommal teli, az könnyebben működik együtt (Fiske 2006).

4.5.4 A páciens kapcsolata a betegségével

Már eddig is láttuk, hogy milyen fontos szerepe van az orvosnak a gyógyulásban, és az orvos iránt érzett hála, illetve bizalom és bizonytalanság milyen kapcsolatokat hoz létre orvos és betege között. Az ellátás kezdeményezője viszont a páciens, aki személyiségétől függően eltérően kezeli és dolgozza fel betegségét és azzal járó mellékhatásokat.

Mielőtt egyből a betegséget vizsgálnánk, a betegség előtti személyiséget is tanulmányozni kell, mivel egy érettebb, idősebb ember másképp reagál, mint egy gyerek, aki erősebb énképpel rendelkezik, mint egy bizonytalan, befolyásolható egyén másképp kezeli a betegségét. Az ágyhoz kötöttséghez nehezebben alkalmazkodik egy aktívabb, örök mozgó személyiség (Hárdi 1995).

Élménytani szempontból mindenkinek mást jelent a betegsége, a személyes ismeretek, olvasottság, műveltségi és társadalmi elemek befolyásolják a betegséghez való hozzáállást. A betegség feldolgozásában segít az orvosi tájékoztató, és az olvasottság, hogy a beteg felkészülhessen, mi vár rá. Például ha valamilyen szépsézetit hatást károsító beavatkozás szükséges, akkor a beteg, aki sokat ad a külsőjére jobban meggondolja, nagyobbban érzi a kockázatot (Hárdi 1995). A fogyasztónak gyakran nincs elegendő információja arról, hogy a szolgáltatásoknak milyen minőségűnek és értékűnek kell lennie. Ennek oka, hogy a beavatkozások sokfélék és speciálisak lehetnek, illetve a beteg közvetlenül nem fizet az orvosnak a biztosítási rendszer miatt (Lepp-Gazdag 2005). Ezt kihasználva lehet, hogy magasabb árakat szabnak meg és alacsonyabb minőséget nyújtanak. Meg kell különböztetnünk a tudást és az információt, mivel ha az orvos teljes körű információt nyújt, nem biztos, hogy a beteg megérti azt és tudássá tudja formálni. Egyes esetben jobb is, ha az orvos nem is részletezi annyira, mert a beteget is felzaklathatja vele, tehát mérlegelnie kell az orvosnak, hogy mi az, amit a beteg még fel tud dolgozni, illetve mi az, amivel jobb nem terhelni a beteget (Lepp-Gazdag 2005).

Mindenki eltérően érzékeli ugyanazt a betegséget, másképp is reagál rá, más érzelmeket vált ki belőlük (Hárdi 1995). Van, aki felnagyítja a problémát, és rögtön szalad az orvoshoz, míg más igyekszik eltitkolni, elbagatellizálni a fájdalmat, akár elrejtteni saját maga elől is. Az orvos játszik itt jelentős szerepet, aki viselkedésével és tájékoztatásával hatással lehet a betegre. (Hárdi 1995)

A betegséget érezhetjük fenyegetésnek és veszélynek is, figyelmeztet minket, hogy valami nincs rendben, de jelenthet előnyt is. A beteg a következményektől és a kockázatoktól tart, melyeket az adott pillanati magatartásából megérteni nem lehet, sokan a korábbi élményeikből és emlékeikből, tapasztalataikból merítenek. Ha a beteg végre megszabadul a

fájdalmaitól, megtanulja értékelni az életét, vagy mentesülhet feladatok, felelősség alól. Ebből kifolyólag félelem és szorongás övezi körül a betegeket, még a gyógyulást követően is, tartanak az újra bekövetkezés veszélyétől (Hárdi 1995). Azért fontos a beteg érzete, kapcsolata a betegségéhez, mert ennek függvényében járul hozzá a minél hamarabbi gyógyulásához. Ha az orvossal együttműködő, akkor hamarabb jutnak konszenzusra, mint az, aki ellenáll (Hárdi 1995). Viszont vannak egészséges emberek is, akik a betegségből származó előnyökhöz szeretnének jutni, és képesek azért fizetni az orvosnak, ami nagyon etikátlan.

Aki viszont beteg, az személyiségét tekintve másképp kezeli és küzd meg a betegséggel.

1. Küzdő magatartású: beteg szembenéz a bajával, mindent megtesz, hogy meggyógyuljon,
2. Magát megadó beteg: passzív, támogatásra szorul,
3. Kerülő: mindent megtesz, hogy ne kelljen orvoshoz menni (Hárdi 1995).

A különböző tulajdonságokból adódóan és a betegségre való reagálási típusokat tekintve eltérően ítélik meg az orvost és a munkáját. Van, aki többnek látja, mint egyszerű gyógyítás, szinte természetfelettinek ítélik meg, melyet úgy gondolnak, hogy muszáj pluszban honorálniuk, ami összefüggésben lehet a vallásossággal is (Balázs 2000). Zavart kelt a betegek között, hogy a tarifák nincsenek egyértelműen meghatározva, így az összeget tekintve nem tudják megítélni, mi számít reálisnak (Kornai 1998). Ennek a vége az, hogy annyira túllicitálják egymást a betegek, hogy a tarifák az egekbe szöknek, és a betegben sem marad kellemes érzés (Kornai 1998).

A szolgáltatás megítélésben nagyobb szerepet játszik a jövőben az orvos és az ápolók kommunikációs képessége, mint korábban, mert ezzel képesek imázs kialakítására, a betegek aggodalmának csökkentésére és a minőség megítélésének alakítására (Holzmüller- Scharitzer 1999).

4.5.5 Minőség az egészségügyben

Mivel a szolgáltatás tapasztalati termék, ezért elengedhetetlen, hogy szolgáltatásnyújtás közben megítéljük a tartalmát és minőségét (Józsa és szerzőtársai 2005). Mivel az orvosi ellátás tapasztalattól függetlenül, bizalmi alapon alakul ki, így nagyon nehéz értékelni. Az információs aszimmetria és a szakmai tudás hiánya miatt nehezen lehet felmérni a szolgáltatás színvonalát (Józsa és társai 2005).

A minőség definiálása az egészségügyi ellátások során abban rejlik, hogy a legfőbb cél a beteg egészségének helyreállítása, de előtte a páciens felméri, hogy milyen előnyök és hátrányok várhatóak a beavatkozás során (Kincsesné 2013). Ezekből kifolyólag előre nem

lehet megmondani, hogy milyen kimenetelű lesz a beavatkozás. Ahány ember, annyi értékítélet, mivel lehet, hogy az orvos másképp ítéli meg a szolgáltatás minőségét, mint a beteg, vagy a családtagok, vagy egy másik orvos (Kincsesné 2013).

A minőséget a WHO (2006) hat dimenzió mentén értékeli:

1. Hatásosság: Az igények kielégítése mellett, mely tudományosan elfogadott és egyértelmű javulást okoz mindenki számára.
2. Hatékonyság: Az ellátás során minden erőforrást felhasznál a beteg gyógyulása érdekében, de mégsem pazarolja el azokat.
3. Elérhetőség: Időben és térben is elérhető ellátások, melyek a megfelelő képességű szakemberekben és erőforrásokban sem szenvednek hiányt.
4. Páciens-központúság: Figyelembe veszi a páciens kompetenciáját és közösségének kultúráját.
5. Egyenlőség: Előítéletek nélkül, mindenkit ugyanolyan ellátásban részesít.
6. Biztonságosság: Az orvos arra törekszik, hogy a betegek minél kisebb fájdalmat és kockázatot szenvedjen (Kincsesné 2013).

A szolgáltatások piacán nagyon nehéz értelmezni a minőséget, és nem is egyszerű egyenletessé tenni, mivel emberi tényezők alakítják ki (Józsa és szerzőtársai 2005).

Ahhoz, hogy a minőséget meg tudjuk ítélni, 3 információforrás áll rendelkezésre:

1. Struktúra, ami az ellátás felépítésére és környezetére utal, kiegészítve a fizikai környezettel, az emberi erőforrásokkal és a szervezeti kultúrával.
2. Folyamat, ami az ellátás folyamatára irányul, amiben részt vesz a beteg és az ellátó személyzet.
3. Kimenet, azaz milyen hatást gyakorol a betegre és a társadalomra, emellett bővül a páciens tudása, magatartása megváltozik és az elégedettség is hozzájárul a minőség megítéléséhez (Kincsesné 2013).

Minőségről benyomást kelt a résztvevő orvosok munkája és a beavatkozás előtti tájékoztatás teljes körűsége, a kezelés környezete (milyen állapotban vannak a kórtermek, szobák), az elhelyezés, azaz a kórház modernsége, a színek, formák, a közvetlen környezete, az igazságosság, a készségek, betegek költségterhe igazságosnak bizonyul-e (Holzmüller-Scharitzer 1999, Gaál és szerzőtársai 2012).

Az utóbbi időben a betegek ellátásának színvonala nem változott pozitív irányba, várakozó listák jöttek létre, a munkaerő külföldre vándorol, emiatt romlik a megítélés az egészségügynek (Széll 2010). Pozitív változás az egészségügyi technológia fejlődése, de ezzel nemcsak a jobb betegellátást segítették elő, hanem az orvos személyisége is háttérbe került,

uralkodóvá vált a technika, ami miatt a költségek is megnövekedtek. Felszínre került az igazságosságnak megkérdőjelezése és az etikai megkérdőjelezése a hálapénznek (Széll 2010). Az egyenlő orvosi ellátás hozzáférhetősége az, ami nem egyes orvosoknak okoz gondot, hanem az egész rendszernek. A hozzáférést gátolja az idő és a tér is, ahol a térbeli korlátokat a tömegközlekedés már megsemmisíti, az időbeli korlátra pedig megoldásként a várólistákat alkották meg. Az utóbbi hosszúsága jelzi, hogy a rendelkezésre álló források szűkösek és ebből keletkeznek feszültségek (Balázs 2013).

Minőségre hatással lehet az ellátás eredménye, vagyis mennyire sikerült megvalósítani és helyreállítani a beteg egészségét. Ezt az időszerűség, a hozzáférhetőség, a folytonosság és a biztonságosság befolyásolja. Az időszerűség azt jelenti, hogy elvárjuk, hogy annyiba teljen az ellátás, mint amennyibe egy beavatkozás általában szokott. A hozzáférés, az ellátás közben felhasznált eszközök és elemek igénybevételét teszi lehetővé szükséglet szerint (Michalicza és szerzőtársai 2012).

Amikor létrejött a fekvőbeteg ellátás, azaz a betegnek be kellett feküdnie a kórházba megfigyelés miatt, akkor nem akarta a páciens, hogy az otthonihoz képest rosszabb körülmények fogadják. Míg közellátások szintjén a hotel- szolgálat biztosította a higiénés környezetet, addig a magánellátás során magasabb komfortú szobákat alakítottak ki, törvényesen a magán kórházak és gyógyintézetek maguk szabják a díjakat. A hotelszolgáltatás csökkenti a beteg félelmét, mivel a sok kórházi ellátás közé beviszi a hétköznapi rutinszerű elemeit (Holzmüller- Scharitzer 1999, Balázs 2013).

Szekunder kutatásom összegzésként megfogalmazható, hogy milyen okai lehetnek a paraszolvencia létezésének. Vannak, akik azért adják utólag, mert hálásak és szeretnék az orvos munkáját megköszöni, valaki pedig azért adja előre, hogy biztosítsa az ellátás minőségét, csökkentse saját bizalmatlanságát és kockázatérzetét, és van, aki egyszerűen jobb kapcsolatot szeretne kialakítani orvosával, hogy későbbi ellátás során is előnyt élvezhessen. A betegek másképp érzékelik a fájdalmat, így relatív nehéz megítélni, hogy mekkora az általuk elfogadottnak vélt reális összeg. Az orvosok pedig két tűz közé kerülve küzdenek a megélhetésért és a lelkiismeretük helyben maradásáért. Primer adatgyűjtésem azt kutatom, hogy az általam megkérdezettek körében hogyan érvényesülnek a szekunder kutatásom során feltárt adatok. A 3. ábra szemlélteti, milyen tényezőkre építettem dolgozatom primer kutatását, és melyek voltak az általam figyelembe vett tényezők.

3. ábra Hálapénz adást motiváló tényezők



Forrás: saját szerkesztés (2016)

A hálán és az elégedettségen kívül befolyásolhatja a hálapénz adást a demográfiai tényezők, az orvossal való kapcsolata a betegnek, az ellátás során megítélt minőség, a beteg betegségének és helyzetének súlyossága, az ellátás során létrejött bizalom vagy annak hiánya. Primer kutatásomban ezeket a tényezőket vizsgálom.

5. Primer kutatás

Szekunder kutatásom során úgy észleltem, hogy vannak tényezők, amelyek hatással vannak az emberek hálapénz adási szokásaira, mint a társadalmi helyzet, az adakozási szokások, a bizalmi tényezők, az orvossal kialakított kapcsolat és a minőség észlelése és megítélése. Ezek mentén azt vizsgálom, hogy a megkérdezettek körében is ezek alakítják-e az emberek megítélését. Primer kutatásomat mélyinterjúkkal kezdtem, annak érdekében, hogy a témát jobban megértsem és a motivációs tényezők összefüggéseit a szakirodalmon túl mélyebben feltárjam. Azért választottam a mélyinterjút, mert ez a téma mindenki számára tabu, nem szívesen beszélnek róla az emberek, mert tudják, hogy nem cselekszenek helyesen, ennek ellenére vannak olyanok, akik szívesen kifejezik véleményüket.

5.1. Kvalitatív kutatás

Kvalitatív kutatásom eszközüül a mélyinterjút választottam, mert a témám igényelte az intimitást és a téma diszkrét kezelését, a kérdések megfogalmazása és feltétele sok figyelmet igényelt, hogy senki érdekeit ne sértsék a kérdések. Azért, hogy mindenki szemszögébe beleláthassak, egy nővérrel, három orvossal, egy beteggel és egy állapotos nővel készítettem interjút.

Először az orvos szemszögébe nyertem betekintést, mert ő az, akit ez a helyzet közvetlenül ér, és akit illet a hálapénz. Ezután egy nővérrel készítettem interjút, aki több részletre is felhívta a figyelmemet. Majd egy nem régiben műtött beteggel beszélgettem, akinek a beavatkozása veszélyesnek mondható volt. Végezetül pedig az orvosok és a nővér által is a leginkább hálapénzes területnek számító szülészetet megcélözva egy állapotos nővel sikerült interjút készíteni.

5.1.1. Interjúalanyok bemutatása

Mind a három orvos az aneszteziológia osztályon dolgozik, fő feladatuk az „altatás, az intenzív osztályon lévő betegek ellátása és altató orvosi teendők ellátása”(37 éves doktorúr, 44 éves doktornő, 28 éves doktorúr). A 37 éves férfi 2004 óta, tehát 12 éve, a 44 éves nő 1996 óta, azaz 20 éve és a 28 éves férfi 1 éve dolgozik orvosként. A számukra feltett kérdések az 1. mellékletben találhatóak. Az aneszteziológusok alapvetően nem részesülnek hálapénzben, így megítélésük a hálapénzről eltérhet egy olyan orvoséval szemben, aki hálapénzes szakmában dolgozik.

A nővér 53 évesen szintén az „intenzív osztályon dolgozik szakápolóként, feladata a betegek ellátása, vérvétel, higiénés ellátás, gyógyszerek adagolása, kötözés, beteg mozgatása,

tehetetlen betegek segítése”(53 éves nővér). 33 éve dolgozik nővérként. A nővérhez intézett kérdéseim a 2. mellékletben található.

A vizsgált betegnek 2016. júliusában volt egy térdprotézis műtete, amire egy visszer műtét miatt volt szükség. 63 éves nő, aki korábban tanárként dolgozott, de egy éve nyugdíjba vonult. Az ő esete azért különleges, mert 3 évvel ezelőtt volt már ilyen műtétje, így volt viszonyítási pontja. Mivel az utóbbi műtét során komplikáció lépett fel, így megtapasztalhatta, hogy a szolgáltatások mennyire kiszámíthatatlanok, és azt, hogy attól hogy egyszer ugyanaz az orvos sikeresen végrehajtotta a műtétet, nem biztos, hogy ugyanúgy sikerül egy másik alkalommal is. A beteghez kapcsolódó kérdéseim a 3. mellékletben találhatóak.

Az állapotos kismama 28 éves, aki már a 6. hónapjában van, és nagyon várja csöppségét. Mivel első gyermekét várja, így ez a szituáció még új neki, gyakran kell orvoshoz kontrollra járnia. Családja és barátai tanácsaira hallgat leginkább, de nagyon sok baba-mama fórumon is rajta van, hogy informálódjon. A kismamához intézett kérdéseim a 4. mellékletben találhatóak. Abból kiindulóan, hogy a kismama az első babáját várja, még nincsenek korábbi tapasztalatai a szülészetén lévő hálapénzekről, így csak rokonoktól és ismerősöktől kaphat információt.

5.1.2. A kvalitatív kutatás eredményeinek bemutatása a szolgáltatók oldaláról

Első lépésben arra voltam kíváncsi, hogy melyek azok a *szakterületek*, ahol leginkább előkerülnek a borítékok. Erre az orvosoktól és a nővérektől kaptam választ.

4. ábra Hálapénzes szakterületek



Forrás: szerkesztés a nővér (53) és az orvosok (57, 44, 28) elmondottai alapján

Egyöntetűen a sebészet és a szülészet került megemlítésre, emellett a 37 éves doktorúr és a 28 éves doktorúr is a belgyógyászatot említette meg. Ebben az az érdekes, hogy az egy éve dolgozó doktor is ezeket említette, pedig kevesebb tapasztalata van, mint a 37 éves doktornak. A 28 éves doktor úgy látta, hogy emellett még a műtétek során is előkerül egy kis dugipénz, mint a balesetin vagy az idegsebészetben. A 44 éves doktornő is a „sebészetet és a nőgyógyászati betegek érzéstelenítését” említette meg, mint hálapénzes területet. A nővért meg is kértem arra, hogy tegye sorrendbe ezeket a szakterületeket. Az első helyek megegyeztek az orvosok által említett területekkel (ábra).

Meglepő, hogy a szülészet került az első helyre, aminek véleményem szerint az oka, hogy a többivel ellentétben, ha állapotos az ember, jobb esetben fel van rá készülve, tervezi a családalapítást. A nővér (53) is azt nyilatkozta, hogy a terhesség az, amikor nem betegség miatt megy az ember orvoshoz, hanem egy másik életért felelősek a szülők és az egész család is. Amikor családot terveznek, valószínűleg számolnak az ellátás során felmerülő összegekkel. Ezzel a kiszolgáltatott helyzettel az orvosok, szülészek vissza is élnek (53 éves nővér). Arra a következtetésre jutottam, hogy a súlyosabb beavatkozások és a gyermekvárás az a terület, amikor a beteg vagy páciens és a családjuk inkább adnak hálapénzt. Érdekes lehet egy olyan szemszögből is megközelíteni, hogy azok az orvosok, akik alapvetően szoktak hálapénzt kapni szakterületükből kifolyólag, hogyan rangsorolnák a hálapénzes területeket.

Következő lépésben arról érdeklődtem, milyen *érzésekkel érkeznek* a kórházba jövő betegek, páciensek. A nővér azt nyilatkozta, hogy különbséget észlel a különböző korú betegek felfogásán is. A fiatalok egészségesek és boldogok, a szülés nem egy szomorú esemény, fel vannak készülve, várják a kisdéd születését és elő vannak készítve a borítékok is. Az idősebbek leginkább a belgyógyászatot fordulnak meg a vizsgált kórház falai között, sok a krónikus beteg, így ott a harc azért megy, hogy minél tovább bent lehessen az idős beteg, jó kezek között és állandó felügyelet mellett. Ennek az lehet az oka, hogy az idős emberre otthon nem tudnak felügyelni, otthonba beadni lehet, hogy költséges lenne, ezért a kórházi ellátást választják, mert szakszerűen ellátják a beteget és figyelnek is rá, ételt is kap.

A *situáció* is meghatározza, hogy mennyi pénz kerül a borítékba a nővér állítása szerint. A nővér az intenzíven dolgozik, és az odaérkező betegek általában valamilyen súlyos baleset vagy betegség miatt kerülnek oda, általában tehetetlenül. Ekkor a családtagok annyira megijednek, hogy képesek nagyobb összegeket is odaadni az orvosnak vagy nővérnek, csak azért, hogy a családtagjuk épségben kikerüljön az intenzív osztályról. A páciensek helyzete hatással van a viselkedésükre, azaz ha egy kisgyerek kerül kórházba, akkor a gyerek folyamatosan kérdez, érdeklődik, hogy mi történik vele, fél, de benne van az izgalom, hogy

megismerjen valami újat. A szülő aggódik a gyermekéért ebben a helyzetben, így mindent megtenne érte. Ha fiatal páciens kerül be a kórházba, akkor tudatánál van, mindent szeretne tudni. Az idős emberek teszik ki a legnagyobb részét a pácienseknek, ők azok, akik nagyon félnek és kiszolgáltatottnak érzik magukat, nyugtalanok és zavartak, nehezen alkalmazkodnak, mert hozzá vannak szokva az otthoni kényelemhez. Azt tapasztalta a nővér, hogy a bekerült betegek személyisége és magatartása is változik az idő elteltével.

Arra a kérdésre, hogy szoktak-e pénz helyett *ajándékot* kapni, és melyiket értékeli jobban, a 37 éves doktorúr azt nyilatkozta, hogy „hálapénzt általában az ellátás előtt, ajándékot az ellátás után szoktak többnyire adni”. 44 éves doktornő szerint az ajándék sokkal személyesebb, mint a pénz „és ha személyes ajándékot kap a kórházból távozó betegtől, akkor azt udvariatlanság lenne elutasítani”. A doktornő úgy érzi, hogy nem bűn ajándékot elfogadni, mert a virágról vagy az ajándéktárgyról sokszor a beteg jut eszébe, és örömmel tölti el, hogy hozzájárulhatott a gyógyulásához. Leggyakrabban előforduló ajándékok, amiket kaptak az orvosok a pénzen kívül ajándékcsomag, bonbon, ital, könyvutalvány, kozmetikai cikkek, színházjegy, kávéscsészekészlet, festmények, élelmiszerek (hús, kolbász, sajt). A nővér kávé, gyümölcsöket és süteményeket szokott kapni a bonbon és az ital, könyvutalvány mellett. Az aneszteziológusok körében ezek az ajándékok jellemzőek, de az ajándékok és a pénz aránya eltérhet egy hálapénzes szakterületen.

Önbevallás alapján rákérdeztem, hogy nyilatkoznának-e arról, hogy mennyi volt az eddig *legnagyobb felajánlott összeg*. Abban az esetben, ha pénzt adtak inkább a betegek, akkor a legfiatalabb orvos kapta eddig a legkisebb felajánlott összeget, azaz 20 ezer forintot. A 44 éves doktornő 30 ezer forintról számolt be, míg a 37 éves doktorúrnak 50 ezer forintot ajánlottak fel. A nővér elmondása alapján ezreseket és kétezreseket szoktak felajánlani, de jobban örülnek az ajándékoknak, mert fel szokták egymást közt osztani. A nővér elmondása alapján mindig elutasítja, ha adni akarnak neki valamit, de ha valaki erőszakkal nyomja a kezébe, annak nem tud nemet mondani, mert tudja, hogy a beteg hálaérzetének ezzel jót tesz. Egyébként nem szereti, ha valaki azért ad pénzt, hogy más ellátásban részesüljön, általában nem is módosít a magatartásán, de ha ajándékkal látják el, akkor arra nehezen tud nemet mondani, így úgy érzi, köteles tenni valamit a betegért. Meglepőek az interjú eredményei, amelyek alapján kiderült, hogy nagyobb szerepet tulajdonítanak az ajándékoknak, mint a pénznek. Szakterületektől függően ezek az összegek eltérhetnek.

Az orvosokat kérdeztem továbbá arról is, hogy *hogyan itéli meg* a hálapénz adási szituációt. A 44 éves doktornő és a 37 éves doktorúr is azt nyilatkozta, hogy nem vagy soha nem fogadtak el hálapénzt, mert azt gondolják, hogy aki előre adja a páciensek közül, az

valószínűleg valamilyen előnyhöz szeretne vele jutni. Ha pedig utólag ajánlják fel az orvosoknak, akkor meg azt feltételezik, hogy a beteg elégedett volt és hálás, de bennük van a kétely, hogy reménykednek a betegek benne, hogy a jövőben is jó ellátásban részesülnek. A 28 éves doktort volt a válaszadóim közül az egyetlen, akinél előfordult, hogy már az ellátás előtt elfogadta a pénzt, pedig tisztában volt vele, hogy valószínűleg azért kap, mert a beteg külön ellátásban szeretne részesülni. Miután elfogadta a pénzt vagy az ajándékot, kínosan érezte magát, de jól esett neki, hogy meg akarják hálálni a munkáját. A 44 éves orvos „paraszolencia nélkül is boldognak és elégedettnek érzi magát”. A 37 éves orvos megalázónak tartja a hálapénzes szituációkat. Arra a következtetésre jutottam, hogy ez a szituáció megalázó az aneszteziológusok számára, és ha más módja lenne a hálálkodásnak, véleményem szerint szívesebben fogadnák.

Abból fakadóan, hogy az interjú alanyaim többsége már több, mint 10 éve dolgoznak a szakmában, megkérdeztem tőlük, hogy a pályafutásuk során tapasztaltak-e *változást*. Akik régóta dolgoznak az intenzíven, úgy érzik, hogy nem változtak az adakozási tendenciák, ezzel szemben a 28 éves orvos, aki 1 éve van munkában, növekedést érez. Valószínűleg azért, mert egyre több feladathoz és ellátáshoz jut hozzá, és a kezdetekhez tud viszonyítani. A nővér véleménye szerint egyre növekednek, a betegek túllicitálják egymást, leginkább a terhes nők vannak veszélybe, akik a váróteremben tiszta fejjel beszélgetnek és megosztják egymással a tapasztalatokat, és ma már képesek 100-150 ezer forintot is elkérni egy szülésért.

A nővért is megkérdeztem, ő külső szemmel *hogyan látja az orvosokat*. Azt mondta, hogy emberre válogatja. Van, aki szemrebbenés nélkül elfogadja és természetesnek veszi, mert kevesli a fizetését, míg van, aki elvből elutasítja, így őket leginkább ajándékokkal szokták ellátni. A rendszer bonyolultságára és követhetlenségére utalnak azok az esetek, amikor a páciens és családja teljesen kiszolgáltatott, és nem tudja, hogy a hálapénz tényleg a megfelelő személyhez kerül-e. Szülészeti osztályon ezt a szülésznők érzékelik leginkább, mert ők azok, akik a kismama mellett felügyelnek és készen állnak minden pillanatban, mégis az orvos kapja a tetemes összeget. A nővér azt is mesélte, hogy a betegek annyira meg vannak zavarodva, hogy gyakran fordul elő, hogy a nővért összekeverik az orvossal, és vele is előfordult, hogy egy borítékban 50 ezer forintot kapott, de ráeszmélt a félreértésre, és visszaadta a betegnek. Illetve az intenzíven sok súlyos eset van, egyszer egy vadászbalesetben megsérült férfi fia ajánlott fel nagyobb összeget apja gyógyulása érdekében, de tudták, hogy a férfinak nem sok esélye van a felépülésre, illetve mindenki megijedt a baleset hatására, így elvből sem fogadták el az összeget. A másik véglet, amikor megtörténik az ellátás és a

páciens úgy méri fel, hogy amit adott pénz, nem éri meg az elvégzett feladatot, így visszakérte az összeget, nagyon megalázó volt a nővér számára, így emiatt sem fogad el hálapénzt.

5.1.3. A kvalitatív kutatás bemutatása a páciens oldaláról

Azért, hogy lássam a *páciensek szemszögét* is, egy nem rég műtött beteg és egy állapotos nő volt interjúpartnerem. A beteg hölgy ehhez a komoly műtéthez egy olyan orvost választott, akit több mint 20 éve ismer, nem járnak össze, de az orvos anyukájával még ma is tartja a kapcsolatot, illetve 3 évvel ezelőtt ez az orvos sikeresen hajtotta végre ezt a műtétet, így akkor a személyes kapcsolatból kiindulva egy személyes ajándékkal lepte meg orvosát, egy pár márkás dobverővel. Mivel tudta a beteg, hogy mire számítsen a beavatkozás során az előzetes tájékoztató miatt, így kevésbé félt a beavatkozástól. Magától a kiszolgáltató helyzettől a korábbi rossz tapasztalatok miatt viszont rettegett, leginkább a gerincérestelenítő következményeitől. Idén, 2016 júliusában műtötték, és elmondása alapján a műtétének voltak rossz előjelei, mert nem sikerült éresteleníteni rendesen. A műtét során, ami 2 órás volt, végig ébren volt és követte az eseményeket. Rossz volt számára, hogy érezte a szagokat és tudatánál volt végig. Az orvos nagyon segítőkész volt a műtét után, de csak később tudta meg a páciens, hogy a műtét során orvosi műhiba történt, rossz protézisdarabot ültettek be, és így az orvos is kellemetlenül érezte magát, hogy pont egy ismerőssel történik ez meg.

A beteg elmondása szerint az orvosok és a nővérek már a műtét vége fele rájöttek erre, de nem akarták megijeszteni a beteget, így nem hozták szóba. Ez az előnye az információs aszimmetriának. Miután az orvos utánajárt, hogy ennek milyen következményei lehetnek, közölte a tényeket a beteggel. A 63 éves beteg rögtön felvette a kapcsolatot egy jogi képviselővel, ennek ellenére nagyon rosszul érezte magát, mert tudta, hogy az orvos nem szándékosan hibázott, és nem is tud rá olyan mértékben haragudni, mert csak ismeri 20 éve. Felvitték a papírokat Budapestre is, mert már most érzékelhető következményei vannak a rossz protézisnek, de az orvosok szerint 1 évig nem lehet megnyitni a sebet. A kórházi ellátással az intenzíven nagyon elégedett volt, de mikor más szakosztályra helyezték át, kevésbé tetszettek neki a körülmények. Azért, hogy maradhasson az új épületben, ami sokkal modernebb felszerelésű volt, pénzt adott a felelős orvosnak, hogy elintézzék ottmaradását. Ezek szerint van lehetőség arra, hogy pénzért minőséget vegyünk. Legutóbbi műtete során felmerült, hogy ad utólag hálapénzt, de az orvos már akkor tudta, hogy baj van, és így nem fogadta el.

Összegezve arra a következtetésre jutottam, hogy a személyes kapcsolat nem biztos, hogy jobb minőséget feltételez az ellátást során. A kezdeti kockázatterzetet és félelmet viszont jelentősen csökkenti, ha az orvost ismerjük. A műtét során az orvosok és nővérek figyelembe

vették a beteg kiszolgáltatott helyzetét, és mert nem szerették volna feleslegesen megijeszteni a beteget, műtét közben burkoltan beszéltek meg egymás között a felmerült problémát. Azért, hogy a személyes kapcsolat hatását vizsgáljuk az ellátás megítélésére, mélyebb kutatást, és több mélyinterjút igényelne.

Hálapénzt vagy ajándékot nemcsak az adhat, aki beteg, hanem az is, aki más célból veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mint például a babavárás. A betegséggel ellentétben, ebben az esetben, mint ahogy a nővér is nyilatkozta, fel vannak készülve jobb esetben a családalapításra, így már a kezdetektől úgy kalkulálnak, hogy a baba egészsége érdekében minden forrást mozgósítanak. A 6. hónapban lévő anyukának 3-4 hetente kellett az elmúlt időszakban járnia, de ahogy közeledik a 9. hónap, annál gyakoribbak az orvossal való találkozások. „Mivel első babáját várja, így segítségére az egyik családtagja, a nővére volt, aki korábban szült már ugyanannál az orvosnál. Miután az ismerősei tanácsait is meghallgatta, személyesen is találkozni szeretett volna az orvossal”. Annyira elégedett volt a kismama az első találkozás alkalmával, hogy később őt választotta.

Az elmúlt 6 hónapban az orvos mindig elég időt szánt a kezelésre, megfelelően megvizsgálta és figyelemmel kísérte őt. Ha voltak kérdései, mindig fel merte tenni őket a kismama, hiszen először vár babát, így még nem tudja, mire számíthat. Mivel minden kérdésre készségesen válaszol az orvos, így mindig nyugodt szívvel távozik a kismama a rendelőből. Az első 3 hónapban voltak rosszullétei, hányingere és szédült, amikor gyakrabban látogatta orvosát, de nagy öröme később elmúltak ezek a rosszullétek. Jelenleg úgy érzi az állapotos mama, hogy kisebb fájdalmak és veseproblémája ellenére jól van. A kismamánál is tapasztalható, hogy mindenki másképp éli meg a rosszulléteket és a fájdalmat. Mivel még nincs tapasztalata, és korábbi hálapénzadási helyzeteire nem építhet, így az ismerősök, családtagok véleménye a mérvadó. Azért tér el a korábbi orvoslátogatási helyzettől az állapotosság, mert eddig csak akkor fordult orvoshoz, ha beteg volt, most viszont egy másik embernek ad életet, így a helyzet megítélése is eltér.

Nagy *jelentőséget* tulajdonít a szülésznőnek, amit szintén ők választottak ki férjével. A szülésznővel fog a legtöbbet találkozni, így gondos figyelemmel választották ki. A nővér állítása, miszerint „az állapotos nő és családja tudatosan készülnek a gyermek megérkezésére”, bebizonyult az állapotos anyukánál is, mert azt nyilatkozta, hogy „az első a baba és az egészsége, és az, hogyha hazatér, akkor minden készen várja őt, meglegyen minden, amire csak szükségük lehet, a pelenkától, krémektől a kisruhákön át az utolsó kis cumiig minden”.

A terhesség előtt nem szívesen járt az anyuka kórházba, „nyomasztónak érezte, de most tisztában van azzal, hogy azért kell mennie, hogy megtudja minden rendben van-e a terhesség alatt, így kevésbé érzi ugyanazt az érzést”, véleménye szerint inkább átalakult, és amiatt aggódik, hogy a babával minden rendben van-e. Emiatt érzi magát leginkább kiszolgáltatottnak, mert tudja, hogy egy másik életért vállalt felelősséget. Őszintén vallott arról is, hogy az orvos, akihez fordul, 50 ezer forintot szokott elfogadni a szülés után. Ennek ellenére ő az „ellátás után is fizet, mert magánrendelésre jár”. Ebből kifolyólag nem minősül hálapénznek az ellátás után adott összeg. Ebből arra következtetésre jutottam, hogy a gyermekáldás egy olyan szituáció, ami mindenki számára fontos a családban, ezért előre felkészülnek rá, mert a mama és babája egészsége minden pénzt megér.

Összességében arra a következtetésre jutottam az elmondottak alapján, hogy a válaszadó orvosaim megalázkodnak érzik a hálapénz létezését, többségben ellenzik, de a létezését egyértelműen a rendszer infrastruktúrájára fogták. Ha valamit mégis elfogadnának, akkor az inkább ajándék lenne, mint pénz, mert azt személyesebbnek éreznék. A nővér volt az az érintett, aki mindkét oldalt reálisan látta, nyilatkozott a betegek kiszolgáltatott helyzetéről, mert a nővér az a frontszemélyzet a szolgáltatásokat tekintve, aki közvetlenül találkozik a beteggel a beavatkozás előtt is. Másfelől látja, hogy az osztályán dolgozó orvosok több műszakot is vállalnak, hogy jobban keressenek, de vannak olyan orvosok, akik ennek ellenére is elfogadják a hálapénzt. Másik oldalról pedig ott áll a beteg és az állapotos kismama a családjával, és mindenki a legjobbat szeretné családtagjának, hozzátartozójának. Az interjú során kiderült, hogy az orvossal kialakított személyes kapcsolat nem garancia arra, hogy a minőség is jobb lesz. Az is kiderült számomra, hogy a kismama és családja mennyire törekszik arra, hogy a baba egészségesen lássa meg a napvilágot, mert számukra ő a legfontosabb.

További kutatásom során fényt derítetek arra, hogy miért adnak az emberek hálapénzt és eközben miket tapasztalnak az ellátás során, milyen élményekben részesülnek, és milyen attitűdök jelennek meg, lehet-e azonosítani betegcsoportokat.

5.2 Kvantitatív kutatás

A primer kutatásom központi kérdése az volt, hogy az emberek milyen motivációval, céllal adnak hálapénzt vagy ajándékot az egészségügyi ellátásának igénybevételekor. Szekunder kutatásom során 5 komponenst azonosítottam, ami hatással lehet a paraszolvencia nyújtására, mint a szoció- demográfiai adatok, az ellátással elégedett páciensek, akik köszönetet szeretnének mondani, a bizalmi és kockázati tényezők, az orvos meggyőző kommunikációja és magatartása és az egészségügyi ellátás minőségének megítélése.

A felhasznált módszertan ismertetését követően bemutatom a hipotéziseimet, amire a kérdőíves kutatásomat építettem. A hipotézisek vizsgálatát követően összegzem kutatási eredményeimet, melyek azok a hipotézisek, amelyeket elfogadtam, és melyek azok, melyeket el kellett vetnem.

5.2.1. Módszertan ismertetése

Ebben a fejezetben bemutatom az általam használt eljárásokat, elemzési lépéseket, kérdőívem megszerkesztésének alapjául szolgáló irodalmakat, és bemutatásra kerül a kérdőívet kitöltő 420 fős minta is.

Kvantitatív kutatásom során olyan, interneten is kitölthető kérdőívet állítottam össze (5. melléklet), mely teljesen anonim volt, a kérdőíveket önállóan töltötték ki. Célom volt, hogy minél több korosztályt érhessek el, nemcsak fiatalokat, hanem aktív dolgozó, nyugdíjas és állapotos kismamákat is. Mintavételi eljárás során a tanult módszerek alkalmazásához nem állt rendelkezésemre elég erőforrás, így a mintám nem reprezentatív, nem lehet általánosítani az alapsokaságra (Sajtos- Mitev 2007). Az elméleti statisztika előírja, hogy mekkora elemszámmal kell rendelkeznie a mintának, de ez a valóságban nem mindig teljesül, ezért megkérdőjeleződött, hogy a szignifikancia szinteket, a p értéket, a tesztek, az előfeltételeket a kutatók miképp értelmezhetik (Kovács 2016). Tekintettel a mintám nem reprezentatív jellegére, statisztikai tesztek nem alkalmazok, következtetésem a mintára lesznek érvényesek.

Kutatásom során leíró statisztikát, főkomponens analízist, klaszteranalízist, továbbá átlagokat, szórásokat és megoszlásokat vizsgáltam.

5.2.2. A hipotézisek ismertetése és a kérdőívben megjelenő fogalmak mérése

A hipotézisek ismertetése

1. hipotézis: A demográfiai helyzet befolyásolja az egyéneket abban, hogy mikor adjanak, illetve adjanak-e egyáltalán hálapénzt vagy ajándékot az ellátásért.

A szakirodalomból megtudtam azt, hogy a nők, az iskolázottak, nagyobb jövedelemmel rendelkezők inkább törekednek arra, hogy orvoshoz forduljanak, a kérdés az, hogy ez együtt jár-e azzal, hogy hálapénzt is nagyobb valószínűséggel adnak.

2. hipotézis: Az orvosi ellátás során tapasztalt attitűdök és az ellátás végén érzett attitűdök hatnak arra, hogy utólag ad-e hálapénzt a páciens.

Az interjúk alapján megtudjuk, hogy az egészségügyben dolgozók mit éreznek egy ilyen szituáció esetében és miképp ítélik meg a beteg motivációját, de fordított esetben, a betegek milyenek látják az orvosukat, és mely tulajdonságok azok, amik miatt felnéznek az orvosra?

Továbbra is a paternalisztikus orvos modell érvényesül, vagy jobban szeretik a páciensek, ha beleszólhatnak az őket érintő döntésekbe.

3. hipotézis: Aki elégedett az egészségügyi intézménnyel, az szokott adni hálapénzt.

Ha valaki elégedett az intézménnyel, akkor maga után vonja azt, hogy hálapénzt adjon vagy sem. Ha az egészségüggyel nem elégedett, attól függetlenül is ad-e hálapénzt a páciens.

4. hipotézisem: Aki bizalmatlan, az nem ad hálapénzt.

Abból kifolyólag, hogy valaki nem bíz meg az orvosban, adni fog-e hálapénzt. Növelheti-e a bizalmat pénzzel vagy ajándékkal. Biztosan felkelti az a beteg a figyelmet, aki ad valamit, de ez együtt jár a bizalom kialakulásával is, vagy nem változtat a helyzeten.

5. hipotézis: Az, aki hálás, az ellátás után ad ajándékot vagy pénzt az orvosnak vagy nővérnek.

Amikor a motiváló tényezőket kutattam fel szakirodalmi kutatásom során, akkor azokat, akik előny szerzése nélkül, utólag adnak hálapénzt, az feltehetően köszönetet szeretne mondani gyógyítójának. A kérdés még is az, hogy mennyire fér össze a hálapénz elnevezés a valódi hálával.

6. hipotézis: Minél súlyosabb a betegség, annál valószínűbb, hogy adnak borítékolt hálát.

A kiszolgáltatott helyzetből adódóan, illetve abból, hogy mindenki a túlélésre törekszik, milyen állapotig kell eljutnia az embernek, hogy valóban adjon hálapénzt.

A kérdőívet kitöltő személy első blokkban arra vonatkozóan kapott kérdéseket, hogy milyen az egészségügyi állapota, mennyire figyel rá, és melyik típusba tartozik, inkább megelőzi a betegség kialakulását, küzdő magatartású, vagy kórházat kerülő típus, aki csak akkor megy kórházba, ha már nagyon beteg, illetve olyan passzív beteg, aki támogatásra szorul, azaz magát megadó beteg (Hárdi 1995). Ehhez kapcsolódó kérdések voltak „*Mit jelent Ön számára az egészség?*” erre alapozva tettem fel a következő kérdést „*Megítélése szerint egészségesen él?*”, „*Véleménye szerint Ön mennyit tehet azért, hogy egészséges maradjon?*”, „*Milyen az Ön egészsége általában?*”, „*Az elmúlt legalább 1 évben korlátozta-e Önt valamilyen egészségi probléma a mindennapi tevékenységek elvégzésében, és ha igen, milyen mértékben?*”, „*Megítélése szerint milyen erős a fájdalomtűrő képessége?*”, „*Melyik lenne az az eset, amikor először fordulna orvoshoz, és kivenne szabadságot vagy hiányozna az iskolából?*”, „*A következő állításokról döntse el, mennyire jellemzőek Önre?*”, „*Gyógyulása érdekében mennyire tartja fontosnak az alábbi lépéseket?*”. Az utóbbi két kérdést Kincsesné (2013) kutatására alapoztam.

Ezt követően arra kerestem a választ, hogy a betegek milyen erényeket tartanak fontosnak egy jó orvos esetén és milyen korábbi tapasztalataik vannak orvossal való

találkozásuk során. Az orvosi ellátás során tapasztalt minőségről Kincsesné (2013) végzett teljes körű kutatást, így a kérdések feltétele során az általa alkalmazott kérdések szolgáltak alapul. Paraszolvencia adás motivációját kutattam, ezért a minőségre csak érintőlegesen tértem ki. Ehhez kapcsolódóan 4 és 5 fokú skálákat kellett kitölteniük a válaszadóknak, „Értékelje, hogy egy jó orvos esetén mennyire fontosak az alábbi tényezők?“, „Értékelje, hogy mit tapasztalt egy Ön számára emlékezetes orvos –beteg találkozáskor!“, „Általában milyen érzéssel jön el az orvostól? Értékelje aszerint, hogy mennyire gyakran érzi őket!”

A következő blokkban a válaszadókat arra kértem, hogy értékeljék „*mennyire itéllik kockázatosnak a felsorolt tényezőket egészségügyi ellátás igénybevételekor?*”. Miután erre választ adtak, megkértem őket, hogy értékeljék, mi lenne az a tényező, amitől csökkenne. Kincsesné (2013) kutatásán kívül a nővérrel készített interjúm alapján állítottam össze a kockázatosnak vélt tényezőket, mert a nővér az első, aki találkozik a pácienssel, és felméri a helyzetet, beszélget vele és észleli, hogy milyen érzések kavarnak a páciensben és családjában.

Ezt követő részben az egészségügyi intézmény és azzal való elégedettségre kérdeztem rá, vizsgálva azt, hogy melyek azok a tényezők, amin a kórházzal való elégedettség múlik (Kincsesné 2010). A felsorolt tényezőket 4 fokú skálán kellett a válaszadóknak értékelniük aszerint, hogy mennyire fontos számukra az adott tényező.

A hálapénz kifejezésből kiindulva a hála fogalmát, és mint indíttatást is vizsgáltam szakirodalom feldolgozása során, de kíváncsi voltam, hogy a válaszadók hogyan értelmezik a hálát. Én a hálát úgy definiáltam, hogy jelenbeli és jövőbeli ellenszolgáltatás nélkül nyújtott ajándék vagy kifejezési mód, köszönetnyilvánítás (Hámori 1998). Emellett arra is kíváncsi voltam kutatásom során, hogy a hálapénzből eredendően pénzen kívül más ajándékot is adnak-e a válaszadók, ha igen, akkor mit és milyen szándékból, inkább az ellátás előtt vagy ellátás után. Az interjúk során kiderült számomra, hogy ez egy sokkal személyesebb gesztus és lehetőség, hogy a hálát kifejezhessék, és a megkérdezett orvosok is jobban örülnek az ajándéknak, mert kellemes érzések fogják el.

Amikor a hálapénzzel kapcsolatos konkrét kérdések felmerültek a kérdőívben, akkor szükségesnek tartottam megkülönböztetni, hogy időben mikor kerül átadásra a hálapénz vagy ajándék, ellátás előtt vagy után, mert későbbi kapcsolatvizsgálat során a motivációkat Fenyvesi és szerzőtársai (2011) és Tóth (2000) modelljei szerint fennálló esetek szerint vizsgálom. Végül feltettem azt a kérdést, hogy „*Kérem, értékelje, mely ellátásért adna hálapénzt!*”, ehhez különböző válaszlehetőségeket soroltam fel, mert úgy gondoltam, hogy számszerű adatokat nem szívesen osztanának meg az emberek egy ilyen megosztó témát

tekintve. A válaszlehetőségek között szerepelt „Háziorvosi ellátás”, „Fogorvosi ellátás”, „Szűrővizsgálat”, „Rutinvizsgálat”, „Ha gyermekem születik”, „Ha súlyos balesetet szenvednék”, „Ha valamelyik családtagom szenvedne balesetet”, „Komoly műtétet hajtanának végre rajtam”. A felkínált lehetőségek között szerepelnek az interjú során elhangzott, gyakori hálapénzes területnek számító ellátások, és rutin, hétköznapi beavatkozások is. A teljes kérdőív a mellékletben található meg.

5.2.3. Minta jellemzése, leírása

A 420 fős minta 82,6 százaléka, azaz 347 fő nő, míg a maradék 17,4 százalék, azaz 73 fő férfi (6. melléklet 1. táblázat alapján). Életkort tekintve 18-29 év közötti a válaszadók 62,6 százaléka, azaz 263 fő, 30-39 év közötti a válaszadók 12,4 százaléka, 40-49 év közötti a válaszadók 13,3 százaléka, 50-59 év közötti a válaszadók 8,8 százaléka, és 60 év feletti a válaszadók 2,9 százaléka, azaz 12 fő (6. melléklet 2. táblázat alapján). Ezek a számok azt mutatják, hogy a válaszadóim közül interneten keresztül leginkább a 18-29 év közöttieket sikerült elérnem. A jelenlegi állapotukat tekintve viszont azt mondhatjuk, hogy a válaszadók 48,8 százaléka, azaz 205 fő aktív dolgozó, 41 százaléka tanuló, 4 százaléka GYES-en, GYED-en lévő, 15 fő nyugdíjas, 5 fő háztartásbeli (6. melléklet 3. táblázat alapján). Tekintettel arra, hogy a fiatalok, tanulók, interneten keresztül könnyebben elérhetőek, számukra is kitölthetővé tettem a tesztet, olyan állításokat fogalmaztam meg, ami esetleg ha rájuk nem is, de családon belül jellemző, mert valószínűleg ugyanezeket az értékeket, szokásokat később elsajátíthatja az is, aki még korábban nem adott. A válaszadók 46 százaléka városban él, 27,1 százaléka megyeszékhelyen, 17,4 százaléka faluban vagy községben lakik, míg Budapesten 40 kitöltő lakik (6. melléklet 4. táblázat alapján). Meghatározható lehet az egyén egészségügyi intézményi megítélésére az, hogy hol lakik, lehet, hogy nem ugyanolyan szintű ellátásban részesül az, aki vidéken lakik, mint az, aki megyeszékhelyen, vagy a fővárosban. Illetve az orvossal való kapcsolat is eltérő lehet. A kitöltőim 58,8 százaléka felsőfokú végzettséggel, míg 40,2 százaléka középfokú végzettséggel rendelkezik, míg 4 fő rendelkezik 8 általános iskolai végzettséggel (6. melléklet 5. táblázat alapján).

A kitöltők körében az egy háztartásban egy főre eső nettó jövedelem 56,2 százaléka 110 ezer Ft vagy annál kevesebb, 36 százaléka 110 ezer és 200 ezer Ft közé esik, míg a kitöltők 7,9 százalékánál az egy főre eső nettó jövedelem 200 ezer Ft fölé esik (6. melléklet 6. táblázat alapján).

A következő fejezetben hipotézisekhez kapcsolódó eredményeimet mutatom be.

5.2.4. Hipotézisek ismertetése és eredmények

1. *hipotézis: A demográfiai adatok befolyásolják az egyéneket abban, hogy mikor adjanak, illetve adjanak-e egyáltalán hálapénzt vagy ajándékot az ellátásért.*

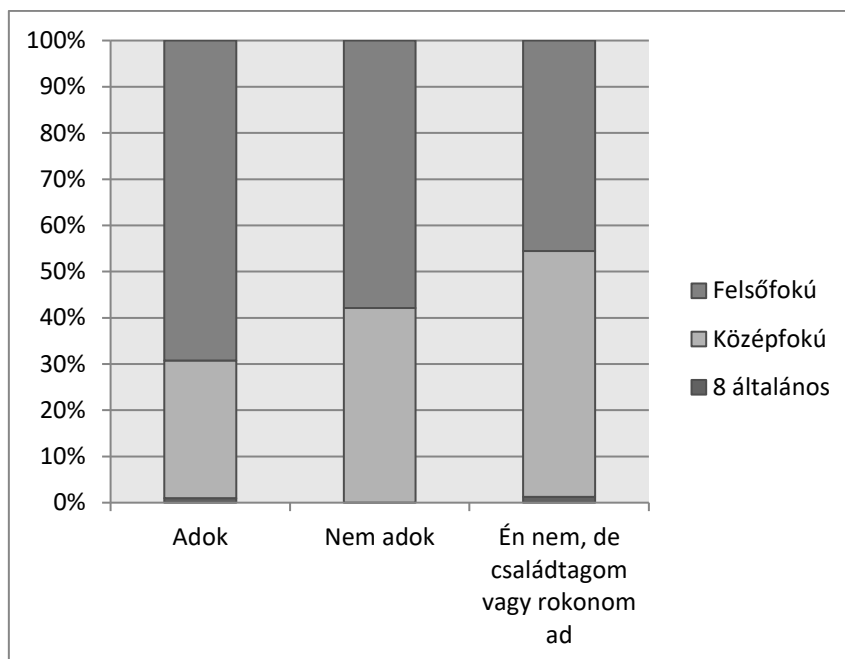
A férfiak körében azt állapítottam meg, hogy a válaszadó 73 férfi 69,9 százaléka nem szokott az ellátás előtt borítékolt pénzt vagy ajándékot az orvosnak adni, míg 11 százaléka azt válaszolta, hogy igen, szokott adni, a maradék 19,2 százaléka arra hivatkozott, hogy ha ő maga nem is, de családtagja vagy rokona adott már kezelés előtt (6. melléklet 7. táblázat alapján). A nők körében megfigyelhető, hogy azok, akik nem adnak az ellátás előtt hálapénzt, 62,5 százaléket képviselnek, akik adnak, azok 14,1 százaléket, a maradék 23,3 százalék pedig arra hivatkozott, hogy családtagja vagy rokona adott már. Ha az ellátás utáni állapotokat vizsgáljuk, azt mondhatjuk, hogy a férfiak körében 37 százalék szokott adni az ellátás után, 16,4 százalék nem szokott adni, 46,6 százalék pedig arra hivatkozott, hogy rokona vagy családtagja szokott adni. A nők körében 51,3 százalék, azaz 178 fő vallotta be, hogy utólag szokott hálapénzt adni, 13 százalék nem szokott adni, és a maradék 35,7 százalék, azaz 124 fő még nem adott, de családtagja vagy rokona igen (6. melléklet 8. táblázat alapján). Ha össze szeretnénk hasonlítani az adatokat, azt kapjuk, hogy azok a férfiak, akik előtte nem szoktak adni, 4,25-ször többen vannak, mint azok, akik utólag nem szoktak adni. *Azok a nők, akik viszont utólag szoktak adni, 3,63-szor többen vannak, mint azok a nők, akik az ellátás előtt nem szoktak adni, így azt mondhatjuk, hogy aki hálapénzt ad, feltehetőleg nő.*

A 18-29 évesek körében arra a kérdésre, hogy szokott-e előre hálapénzt vagy ajándékot adni, 64,4 százalék válaszolt nemmel, 25,5 százalék pedig azt vallotta, hogy ha ő nem is, de családtagja vagy rokona adott már hálapénzt. A 30-39 év közöttieket és a 40-49 év közöttieket összevontam, így azt kaptam, hogy 63,9 százalékuk nem ad ellátás előtt hálapénzt. 18,5 százalékuk ad ellátás előtt, 81,5 százalékuk pedig utána, azaz 4,4-szer többen adnak előtte, mint ellátás után. Az 50 év felettiek száma 49 fő volt, akiket valószínűleg papír alapú kérdőív segítségével jobban el lehetett volna érni, mert az egészség az idő előrehaladásával egyre csak romlik, így gyakrabban betegednek meg az emberek. Az 50 év felettiek 59,2 százaléka nem adna az ellátása előtt, 83,7 százalékuk ellátás után viszont adna (6. melléklet 9. táblázat és 10. táblázat alapján). A számadatokból arra a következtetésre jutottam, hogy minél fiatalabb a válaszadó, annál valószínűbb, hogy a család és a rokonok adtak már előre vagy utólag hálapénzt. *Azok körében, akik azt nyilatkozták, hogy családtagjuk, vagy rokonuk adott már 2,09 szer többen mondták azt, hogy utólag adtak, mint ellátás előtt. Ebből arra következtethetünk, hogy a jövőben ez a generáció a családból tanultakat fogja továbbvinni. A számadatok alapján azt mondhatom, hogy aki hálapénzt ad, feltehetőleg 30- 49 év közötti.*

A mintában szereplő budapesti lakosok 80 százaléka, a faluban vagy községben élők 58,9 százaléka, a megyeszékhelyen élők 64 százaléka, a városban élők 62 százaléka nem szokott adni ellátás előtt borítékolt pénzt vagy ajándékot (6. melléklet 11. táblázat alapján). Viszont az ellátás végén a budapesti lakosok 52,5 százaléka, a faluban vagy községben élők 49,3 százaléka, megyeszékhelyen élők 34,2 százaléka, városban élők 56,5 százaléka szokott adni valamit az ellátás után (6. melléklet 12. táblázat alapján). A számadatokból arra következtetésre jutottam, hogy a városban élők nagyobb valószínűséggel adnak valamit az ellátás után, mint előtte, ami ugyanúgy érvényesül azokra is, akik falun vagy községben laknak. *Akik viszont városban laknak, nagyobb arányban (52,8 százalék) adnak ajándékot, mint azok, akik megyeszékhelyen (20,2 százalék), vagy Budapesten élnek (10,1 százalék)*(6. melléklet 13. táblázat alapján). *Ez viszont összefüggésben lehet a borraivalós szokással, mert akik általában borraivalót szoktak adni, azok 45,9 százaléka városban lakik, 28,1 százaléka megyeszékhelyen, 16,6 százaléka falun vagy községben, 9,4 százaléka Budapesten* (6. melléklet 14. táblázat). *A szakirodalomban olvasott állítás, miszerint falun, vidéken nagyobb arányban szoktak ajándékot adni, jelen esetben nem teljesült, mert nagyobb azoknak a válaszadóknak a száma, akik városban élnek, így csak a mintára vonatkoztathatók. A városban élőket tekintve viszont azt állapíthatjuk meg, hogy többen nyilatkozták azt, hogy szoktak borraivalót adni, mint azt, hogy ajándékot vagy hálapénzt adnának függetlenül attól, hogy ellátás előtt vagy után nyújtják. A számadatok arról tanúskodnak, hogy azok a válaszadók, akik hálapénzt szoktak adni, inkább városban laknak.*

Hálapénzt az ellátást megelőzően nem adók körében 59,3 százaléka felsőfokú végzettségű, amely 19,4 százalékponttal magasabb, mint a középfokú végzettségűek aránya (6. melléklet 15. táblázat alapján). A hálapénzt utólag adók körében a felsőfokú végzettségűek aránya 69,3 százalék, azaz 142 fő, mely 39,5 százalékponttal több, mint a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya (6. melléklet 16. táblázat alapján). *Ebből arra következtethetünk, hogy a felsőfokú végzettségűek inkább az ellátás után adnak hálapénzt, mint az ellátás előtt, és a középfokú végzettséggel rendelkezőkhez képest tudatosan figyelnek arra, hogy mikor adjanak hálapénzt. Azt a következtetést vontam le, hogy azok a válaszadók, akik városban élnek, inkább adnak hálapénzt.*

5.ábra A legmagasabb befejezett iskolai végzettség és az ellátás után hálapénzt adók kapcsolata



Forrás: saját szerkesztés (2016)

A tanulók körében beigazolódott feltételezésem, miszerint ők nem találkoznak gyakran a hálapénz intézményével, de családtagjuk vagy rokonuk a családon belül adott már hálapénzt. A tanulókon belül 36 százalékponttal magasabb azok száma, akiknek családja az ellátás után adott hálapénzt, mint azok száma, akik előtte. Az aktív dolgozók körében az ellátás előtt 3 és félszer annyian inkább nem adnak az ellátás előtt semmit, mint azok, akik erre a kérdésre igennel válaszoltak. Az ellátás végén viszont 6,14-szer annyian adtak már hálapénzt az aktív dolgozók körében utólag, mint azok, akik nem adtak. A háztartásbelieken kívül elmondhatjuk a mintában szereplő összes aktív dolgozóra, GYES-en, GYED-en levőre, nyugdíjasra és tanulóra, hogy szívesebben ad hálapénzt ellátás után, mint előtte (6. melléklet 17. táblázat és 18. táblázat alapján). A háztartásbeliek nem hogy előre, de utólag se szeretnek hálapénzt adni. Összességében arra jutottam, hogy utólag jobban szeretnek adni hálapénzt a válaszadók, legyenek bármilyen beosztásúak, mégis inkább aktív dolgozók azok, akik hálapénzt adnak. A tanulókra nagy hatással van a családjuk vagy rokonsági körük, ami összeegyeztethető a 18-29 éves kor közöttiekre vonatkozó megállapításommal.

A válaszadók közül a legtöbb esetben (236) az egy főre eső nettó jövedelem 110.001 Ft alá esik. Az összegből kifolyólag 64 százalékuk nem ad előre hálapénzt, 22,5 százalékuk meg arra hivatkozott, hogy ha még is, akkor azt családtagjuk nyújtja (6. melléklet 19. táblázat

alapján). 86,5 százalékuk viszont adna utólag valamit, legyen az saját döntése vagy családja, vagy rokonsága döntése. Ahol az egy főre eső nettó jövedelem 200.000 Ft felé esik, 60,6 százalékuk előre nem adna, de 78,8 százalékuk utólag adna, saját vagy családja döntéséből (6. melléklet 20. táblázat alapján). *Ebből arra a következtetésre jutottam, hogy attól függetlenül, hogy valakinél az egy főre eső nettó jövedelem 110.001 Ft alá esik, magasabb arányban ad utólag hálapénzt, mint az, akinél az egy főre eső nettó jövedelem 200.000 felé esik.*

Összegzésképp elmondhatom, hogy a minta alapján a nők magasabb arányban adnak hálapénzt, amely magyarázható azzal, amit szakirodalmak feldolgozása során és az interjú során tapasztaltam, azaz ők azok, akik inkább elmennek orvoshoz, mert nőként felmerik vállalni a fájdalmat, illetve ha családalapítás mellett döntenek, akkor figyelniük kell önmagukra. Életkorból adódó sajátosság, hogy minél fiatalabb a válaszadó, annál valószínűbb, hogy a család és a rokonok adtak már előre vagy utólag hálapénzt, de 30-49 év között vagy családalapítást terveznek, vagy idősebb rokonról kell gondoskodniuk. Legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a felsőfokú végzettségűek inkább az ellátás után adnak hálapénzt, mint az ellátás előtt, és a középfokú végzettséggel rendelkezőkhöz képest tudatosan figyelnek arra, hogy mikor adjanak hálapénzt. A háztartásbelieken kívül elmondhatjuk a mintában szereplő összes aktív dolgozóra, GYES-en, GYED-en levőre, nyugdíjasra és tanulóra, hogy szívesebben ad hálapénzt utólag. Attól függetlenül, hogy valakinél az egy főre eső nettó jövedelem 110.001 Ft alá esik, magasabb arányban ad utólag hálapénzt, mint az, akinél az egy főre eső nettó jövedelem 200.000 felé esik. Az első hipotézisemet így elfogadhatom, azaz a társadalmi helyzet befolyásolja az egyéneket abban, hogy mikor adjanak, illetve adjanak-e egyáltalán hálapénzt vagy ajándékot az ellátásért.

2. hipotézis: Az orvosi ellátás során tapasztalt attitűdök és az ellátás végén érzett attitűdök hatnak arra, hogy utólag ad-e hálapénzt a páciens.

Annak érdekében, hogy a továbbiakban megvizsgálhassam, milyen a válaszadók kapcsolata az orvosukkal, milyennek ítélik meg az egészségügyi ellátások, kórházak minőségét, milyen érzésekkel távoznak az orvostól, és mi az, ami bizalmatlanná teheti a válaszadókat. Kérdőívemben validált skálát alkalmaztam az attitűdök mérésére, így főkomponens analízist használtam, mert ha sok változót kell elemeznünk és értelmeznünk, így ez a módszer csökkenti a kiinduló változók számát a könnyebb elemzés érdekében (Sajtos – Mitev 2007). Elkészítése során az összes attitűdhez kötődő 5 és a 4 fokú skálás válaszokat. 5 fokú skálás kérdésnek minősült: „Értékelje, hogy mit tapasztalt egy Ön számára emlékezetes orvos –beteg találkozáskor!”, „Általában milyen érzéssel jön el az orvostól?”

Értékelje aszerint, hogy mennyire gyakran érzi őket!”, „*A következő állításokról döntse el, mennyire jellemzőek Önre! Előfordult már, hogy..*”. 4 fokú skálás kérdésnek minősült „*Értékelje, hogy egy jó orvos esetén mennyire fontosak az alábbi tényezők?*”, „*Gyógyulása érdekében mennyire tartja fontosnak az alábbi lépéseket?*”, „*Értékelje, hogy mitől csökkenne a kockázatérzete orvosi ellátás során?*”, „*Ön mennyire ítéli kockázatosnak az alábbi tényezőket egészségügyi ellátás igénybevételekor?*”, „*Ön szerint mennyire fontosak az alábbi jellemzők egy jó egészségügyi intézmény értékelése során?*” (6. melléklet 21. táblázat alapján).

A kommunalitás figyelembe vétele mellett dönthetjük el egy adott változóról, hogy érdemes-e az elemzésben szerepeltetnünk főkomponensek létrehozása során, így a 0,4 feletti kommunalitási értékkel rendelkező változókat a modellben hagytam. Sajtos– Mitev (2007) ezt a határt 0,5 értéknél húzta meg, de azt a két változót, ahol egy kicsivel 0,5 alá esett a kommunalitási érték, ott az eljárás során besorolt komponensekbe tartalmilag illeszkedtek a változók. Azokat a változókat, melyek kommunalitása 0,4-hez közeli volt, illetve alá estek, mellőztem a kutatásom további részében. A komponensszám eldöntéséhez segítségül a varianciahányad-kritérium volt segítségemre, melynek lényege, hogy minimum 60%-ot kell megőriznie az új változóknak az együttes információtartalmat tekintve, mert azzal, hogy változókat vonunk össze, információkat is veszünk (Sajtos- Mitev 2007). A főkomponens analízis során ez a kritérium már 14 komponens esetén teljesült, de a magasabb arányú információtartalom megőrzése érdekében 17 komponenssel dolgoztam végül (6. melléklet 22. táblázat). Annak érdekében, hogy a változók egyértelműen csak egy komponenshez legyenek hozzárendelve, elkerülve az átfedéseket és az egymás közötti kapcsolatok keresését, rotálást alkalmaztam, így a rotált komponens mátrixom alapján neveztem el a komponenseket (6. melléklet 23. táblázat).

Az első komponens a megbízható orvost értékelő tulajdonságot jeleníti meg. A válaszadóim értékelik, ha figyelmet és válaszokat kapnak kérdéseikre, igénylik a megfelelő vizsgálatokat, és szeretnek tanácsokat kapni az orvostól. Értékelik, ha az orvos empatikus, és megbízhatnak benne, így megnyugodva távozhatnak a rendelőből. Az első komponens a változók mentén így *a megbízhatóság értékelésének* neveztem el.

A második komponens az orvosra vonatkozó elvárásokat jeleníti meg, azaz minél magasabb a korrelációs együttható, annál fontosabb, hogy az orvos rendelkezzen az adott tulajdonsággal. Ehhez a komponenshez olyan változók lettek hozzásorolva, melyek egy beteggel együtt érző, emberközpontú orvost jelenítenek meg. Így ez a komponens az *emberközpontúság tiszteletét* képviseli.

A harmadik komponensem szintén az orvosra vonatkozó elvárásokat jeleníti meg, melyhez olyan változók lettek hozzásorolva, amelyek a fontosságot tekintve az orvos szaktudását, felelősségteljes, megbízható hozzáállását értékelik, azaz az információs aszimmetria miatt nagyra értékelik az orvos tudását, így ezt a komponenst *szakmai tudás fontosságának* neveztem el.

A negyedik komponensem azokra a változókra vonatkozik, amelyek a gyógyszerek pontos bevételét, és a tanácsok betartását jelentik, emiatt a betegség megjelenése előtt orvoshoz fordul, orvosban megbízó és a gyógyulásért mindent elkövető, így ezt a komponenst *orvost követő attitűdnek* nevezzük.

Az ötödik komponens az orvostól való távozáskor érzett tulajdonságokra vonatkozik, mint az öröm, a felszabadultság, a teljes nyugalom és a hála, melyek alapján ezt a komponenst *a távozáskor érzett örömnék* neveztem el.

A hatodik komponens megállapítása előtt szükséges volt az értékek átírása, mert fordított skálát alkalmaztam a kérdőív összeállításánál. Miután átkódoltam, hogy mennyire jellemző a válaszadókra, hogy orvoshoz mennek félnek, aggódnak és teli vannak kérdésekkel, új változók keletkeztek, ahol ritkán érez a válaszadó aggodalmat, félelmet, ha orvoshoz fordul, vagy ritkán maradnak megválaszolatlan kérdései az ellátást során. Ezért ezt a komponenst *vizsgálat előtti bátorság* komponensnek neveztem el.

A hetedik komponensem arra irányul, hogy melyek azok a tényezők, melyeket kockázatosnak ítélik meg, ha egészségügyi ellátást vesznek igénybe, jelentse ez azt, hogy táppénzre kell menniük, vagy sokat kell várakozni, sokat kell fizetni az ellátásért vagy messzire kell utazni az igénybevétel érdekében, így ezt a komponenst a *mindennapokból való kieséstől való félelemként* neveztem el.

A nyolcadik komponensben megjelenik az a tulajdonság, amit fontosnak tart a válaszadó a gyógyulása érdekében. Azok a válaszadók, akik inkább utánanéznének betegségüknek, több orvost felkeresnek, interneten néznek utána betegségüknek, egészségesebb életmódra is váltanak egészségük érdekében és akár alternatív gyógymódot is kipróbálnak, kevésbé bíznak meg az orvosban, így ezt a komponenst a *bizalmatlanságnak* neveztem el.

A kilencedik komponensem az egészségügyi intézményre vonatkozó elvárásokat jeleníti meg, melyhez olyan változók lettek hozzásorolva, amelyek a fontosságot tekintve értékelik, ha kellemes környezetben van, könnyen el lehet igazodni benne, modern és nem kell sokat várakozni, így ezt a komponenst a *modern kórházi környezetet értékelése* komponensnek neveztem el.

A tizedik komponens azt a tulajdonságot jeleníti meg, mely az ellátás után érzett bátorságra utal, azaz ritkán érez félelmet vagy aggodalmat, és az ellátás során minden kérdésükre választ kap, így ezt a tulajdonságot *a vizsgálat után érzett bátorságnak* neveztem el.

A tizenegyedik komponens azokra jellemző, akik az orvost a hírneve miatt tartják nagyra, más betegek véleményét is meghallgatják és szeretnek interneten is tájékozódni, ekkor fontos a szájreklám szerepe, hogy az orvos törekedjen arra, hogy minden betegével jól bánjon, így ezt a tulajdonságot *hírnév fontosságának* neveztem el.

A tizenkettedik komponens jellemzően azokhoz a változókhöz kapcsolódik, akik bíznak a nővérekben és az orvosban, olyan orvoshoz szeretnek menni, ahol korábban már voltak, ismerik őt, értéklik, ha az orvos megfelelően és érthetően kommunikál a páciensekkel és teljes körű vizsgálatot végez. Ez a komponens a személyes kapcsolatokat értékeli, mert csak akkor tudnak megnyílni, és őszinték lenni az orvosukhoz, így ezt a komponenst *bizalomnak* neveztem el.

A tizenharmadik komponens azokat a változókat tartalmazza, akik szeretnek már a betegség megjelenése, súlyosbodása előtt orvoshoz menni, a szakirodalom ezt a tulajdonságot *betegséget megelőzésnek* nevezi.

A tizennegyedik komponens azt jeleníti meg, hogy az igénybe vevőknek mennyire fontos, hogy beleszólhassanak az őket érintő döntésekbe és választ kaphassanak minden kérdésükre, ami alátámasztja azt, hogy a paternalisztikus orvost felváltja a XXI. században az az orvos modell, mely a beteget is hagyja érvényesülni saját magával kapcsolatos döntésekben, ekkor ezt az attitűdöt *együttműködést értékelésnek* nevezhetjük.

A tizenötödik komponens azokat a változókat tartalmazza, amelyek figyelembe veszik a család véleményét, és adnak a rokonok tanácsaira is, emellett figyelnek egészségükre és vitaminokat szednek. Ezt az attitűdöt *házi praktikákat alkalmazó* tulajdonságnak neveztem el.

A tizenhatodik komponens megjeleníti, hogy melyek azok a tényezők, melyeket kockázatosnak ítélnék meg, ha egészségügyi ellátást vesznek igénybe, azaz mennyire félnek attól, hogy erős fájdalmakat kell kibírniuk a gyógyulás érdekében, vagy nem biztosak abban, hogy az ellátás végén meggyógyulnak, ami kiszolgáltatottá teszi a pácienszt, így ezt a tulajdonságot *fájdalomtól való félelemnek* neveztem el.

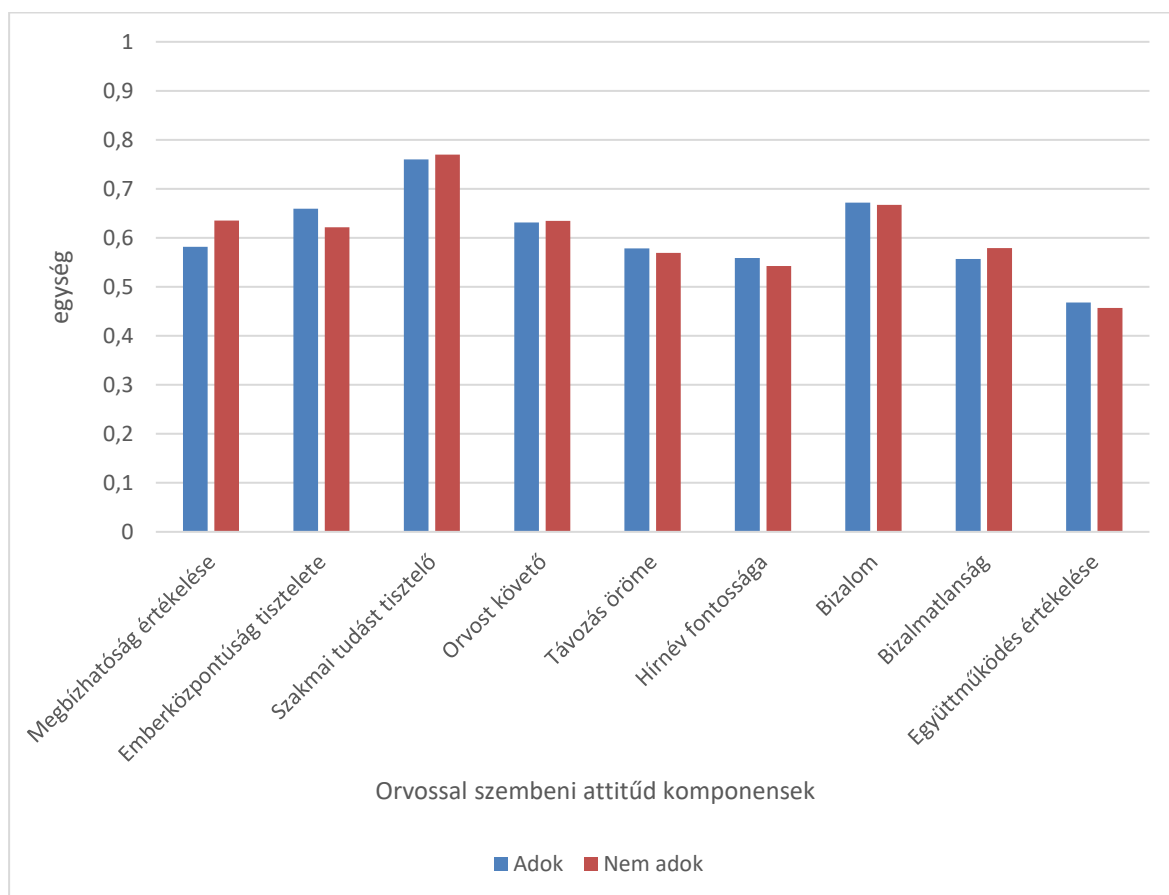
A tizenhetedik komponensem arra jellemző, akinek fontos a biztonság, így biztosítást köt, családtagjai jelenléte megnyugtatja és a legmodernebb gyógyszereket veszi be gyógyulása érdekében, így ezt a tulajdonságot *biztonságra törekvő attitűdnek* neveztem el.

Annak érdekében, hogy a komponenseket jobban tudjam értelmezni, egy olyan transzformációt vittem véghez, mely során az $(x-x_{\min})/(x_{\max}-x_{\min})$ képletet alkalmaztam, hogy az értékek [0; 1] intervallumba esnek és így össze lehet hasonlítani őket (Petres - Tóth 2004).

Ezt követően a második hipotézisemet is vizsgálhatom, azaz az *orvosi ellátás során tapasztalt attitűdök és az ellátás végén érzett attitűdök hatnak arra, hogy utólag ad-e hálapénzt a páciens.*

Második hipotézisem során a főkomponens analízisem során megállapított komponensek közül az orvossal kapcsolatos attitűdöket használtam fel, mint a *megbízhatóság értékelése, az emberközpontúság tisztelete, szakmai tudás értékelése, az orvost követő attitűd, távozás öröme, hírnév fontossága, bizalom attitűd, bizalmatlan attitűd, és az együttműködést értékelő attitűd.* Azért nem alkalmaztam a többi komponenset, mert az orvossal szemben érzett attitűdöket csak ezek képviselik (6.ábra). Azok, akik az ellátás után adnak hálapénzt vagy ajándékot, ott az összes válaszadóhoz viszonyítva legmagasabb a szakmai tudás tisztelete, azaz felnéznek az orvosra. Ez információs aszimmetriából adódó előnyt jelenthet az orvos számára. A szakmai tudás tisztelését követően a bizalom a legmagasabb, majd harmadikként az emberközpontúság értékelése az összes válaszadóhoz viszonyítva. Arra következtetek ebből, hogy a szakmai tudáson kívül értékelik, ha problémáikat őszintén megoszthatják az orvossal, és megbízhatnak benne, figyelmet kapnak orvosuktól (6. melléklet 24. táblázat alapján). De ha szeretnénk összehasonlítani azokkal, akik nem szoktak az ellátást követően hálapénzt adni, akkor arra az eredményre jutunk, hogy számottevő eltérés nincs az értékek között. Akik értékelik a megbízhatóságot, ha az orvos szakmai tudása megfelelő, követik a tanácsait, vagy bizalmatlanok az orvossal szemben, akkor kevésbé adnak hálapénzt, mint azok, akik szoktak hálapénzt adni.

6.ábra Orvossal szembeni attitűdök és a kezelés végén hálapénz adás kapcsolata



Forrás: saját szerkesztés (2016)

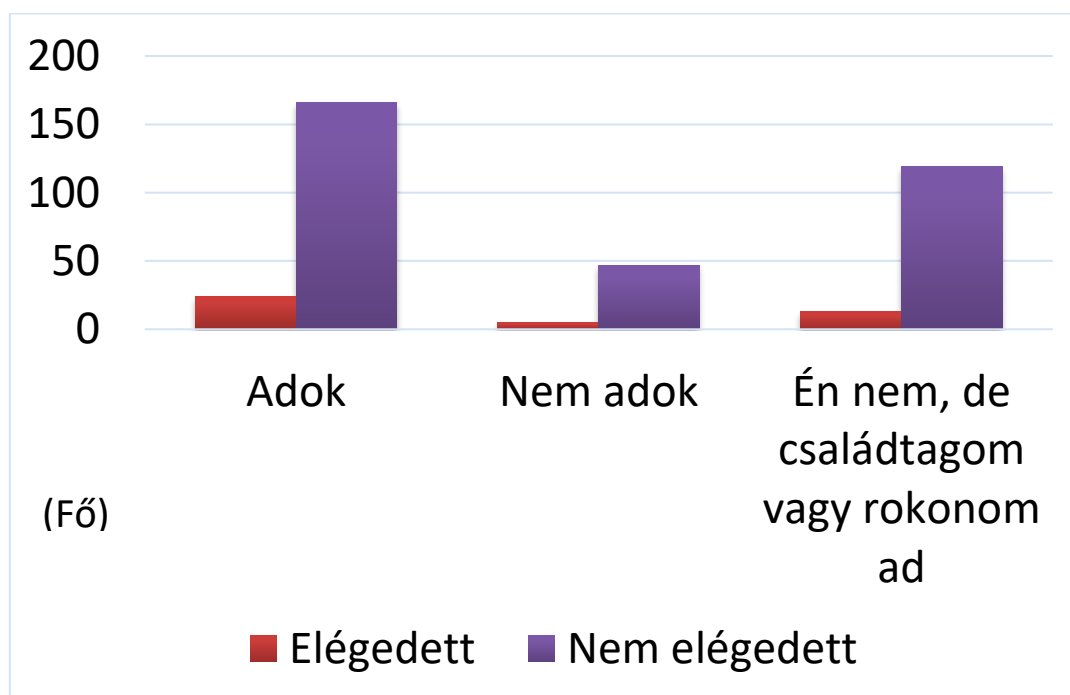
A második hipotézisemet a főkomponens analízis során kapott eredmények alapján elvetem, mert nem mutatkozik lényeges eltérés a hálapénzt adók és a hálapénzt nem adók között az orvossal szemben érzett attitűdöket tekintve. Viszont ha külön vizsgáljuk azokat, akik szoktak hálapénzt adni, azok inkább azért adnak, mert tisztelik az orvost a szakmai tudása miatt, nagyra értékelik a bizalmat és az orvos emberközpontú viselkedését. Valószínűleg azok, akik inkább nem adnának, nem kapták meg az ellátás során az elvárt attitűdöket az orvosuktól. Mivel egyértelmű eltérés nem mutatkozik meg, így vegyesek az érzések a betegekben, nehezebben hozhatnak meg hálapénzzel kapcsolatos döntést, ha erre támaszkodnak. Az orvosok is eltérőek lehetnek, így nem lehet a szituációt egyértelműen standardizálni.

3. hipotézisem: *Aki elégedett az egészségügyi intézménnyel, az szokott adni hálapénzt.*

Aki elégedett az intézmény minőségével, felszereltségével, és magával a magyar egészségüggyel, az elégedettségét kifejezheti az ellátást követően (6. melléklet 25. táblázat). Az eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy kevesen vannak megelégedve az

egészségüggyel, így inkább elégedetlenek. A hálapénzt adók körében többen vannak azok, akik inkább elégedetlenek. Ebben az esetben inkább magánorvoshoz fordulnak a válaszadók, illetve a családtagok és rokonok is, ha a kórház minőségével nincsenek megelégedve (7. ábra).

7.ábra: Aki nem elégedett a magyar egészségüggyel, szokott utólag hálapénzt adni?



Forrás: saját szerkesztés (2016)

Akik nincsenek megelégedve az egészségüggyel, valószínűleg azért adnak hálapénzt a szakirodalmi kutatásom alapján, mert szeretnének legközelebb jobb ellátásban részesülni, vagy tapasztalva a rossz körülményeket változtatni rajta. Az orvossal ettől függetlenül lehet, hogy elégedettek voltak, így ez is magyarázhatja a kiugró értéket. Viszont sokan, akik adtak már hálapénzt az ellátást követően, inkább magánorvoshoz fordulnának, amely alátámasztja azt, hogy igénylik a rendezett környezetet, és azt, hogy az orvos rájuk figyelnek. Ez az a réteg, aki úgyis fizet hálapénzt, akkor már nem számít neki, hogy milyen szinten kell pénzt kiadnia, köz- vagy magánellátás során, így mérlegel, hogy melyikből származik több előnye (6. melléklet 26. és 27. táblázat).

A harmadik hipotézisem elbukott, mert a vizsgálat során az derült ki, hogy van, aki nem azért ad, mert elégedett volt, hanem pont hogy megfelelő ellátást szeretne kapni rendezett környezetben, és a rendszerben lévő hiányokat szeretné kiküszöbölni.

4. hipotézisem: Aki bizalmatlan, az nem ad hálapénzt.

A főkomponens analízis során kapott 17 komponensből 6 komponenst választottam ki, amelyik a bizalomhoz és a félelemhez kapcsolódott, hogy továbbiakban a komponensekre építve hierarchikus klaszterezéshez alkalmazzak, kiderítve azt, hogy a kockázatteret és a bizalom hogyan hat a hálapénz adásra. Azért van a klaszterezésre szükség, mert „nem a változókat, hanem a megfigyelési egységek számát kívánom csökkenteni (Sajtos-Mitev 2007, 284.o.)”. Az elemzésem során a leggyakrabban alkalmazott, összevonáson alapuló klaszterelemzést alkalmaztam, a Ward-féle eljárást, melynek lényege, hogy a klaszterátlagoktól való négyzetes euklidészi távolságot minimalizálja (Sajtos-Mitev 2007). Klaszterelemzésemben az ellátás előtt és után érzett bátorságot, a mindennapokból való kieséstől, és a fájdalomtól való félelmet, a bizalmatlanság és a bizalom attitűdöket vontam be. A klaszterszám kiválasztására a könyökkritériumot alkalmaztam, azaz a koefficiensek ábrázolását követően, megnéztem, hogy melyik az a pont, ahol nagyobb törést lehet észlelni (Sajtos-Mitev 2007). Ahol törést tapasztaltam, annak határán állapítottam meg a klaszterszámot, ami ez esetben 3 és 4 közé esett.

Miután mindkét klaszterezést végrehajtottam, a felhasználási feltételeket ellenőriztem, azaz azt, hogy a klasztereken belül lévő szórások kisebbek legyenek, mint a főkomponensenként meghatározott szórások. A háromklaszteres megoldást választottam, mert ebben az esetben a szórások kevesebb esetben lépték át a határt, mint négyklaszteres megoldás során.

3. táblázat Bizalom és kockázat hierarchikus klaszterelemzés

Ward Módszer		Ellátás előtti bátorság	Mindennapokból való kieséstől félelem	Bizalmatlan	Ellátás utáni bátorság	Bizalom	Fájdalomtól tartó
1	Átlag	0,39	0,57	0,56	0,23	0,53	0,47
	Elemszám	64	64	64	64	64	64
	Szórás	0,15	0,15	0,12	0,09	0,13	0,18
2	Átlag	0,35	0,47	0,53	0,36	0,72	0,43
	Elemszám	176	176	176	176	176	176
	Szórás	0,12	0,17	0,17	0,12	0,13	0,17
3	Átlag	0,42	0,70	0,60	0,44	0,67	0,52
	Elemszám	81	81	81	81	81	81
	Szórás	0,25	0,12	0,19	0,12	0,15	0,16
Összesen	Átlag	0,37	0,55	0,56	0,35	0,67	0,46
	Elemszám	321	321	321	321	321	321
	Szórás	0,17	0,18	0,17	0,13	0,15	0,17

Forrás: Saját szerkesztés (2016)

A táblázat alapján 3 klasztert különíthetünk el. A táblázatban szereplő átlagok megmutatják, mennyire jellemző az adott attitűd a válaszadókra, minél jobban közelít az 1-hez, annál inkább teljesül.

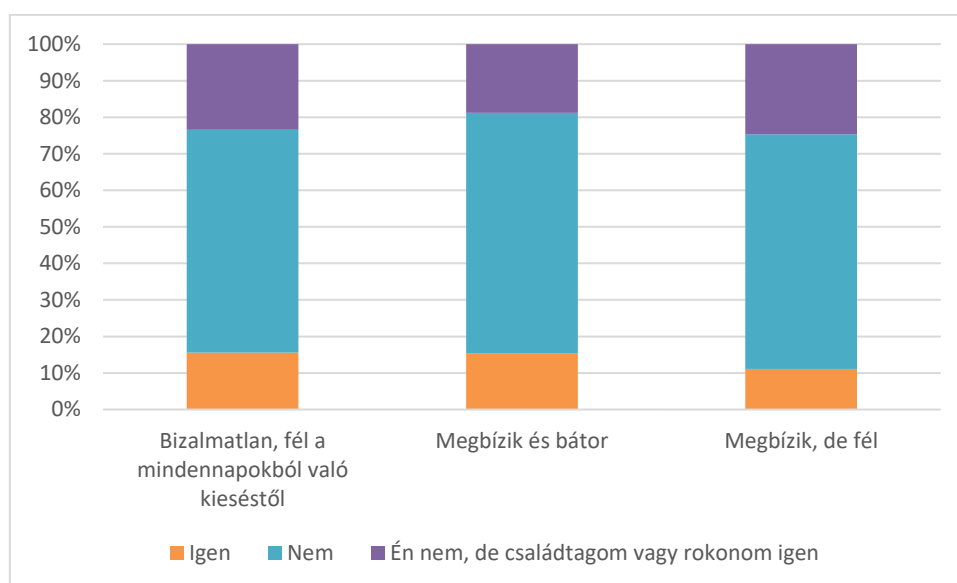
1. klaszterbe sorolhatjuk azokat a válaszadókat, akik ellátás után jobban félnek, mint ellátás előtt, bizalmatlanok, a fájdalom ézettől kevésbé félnek, mint attól, hogy a mindennapokból kiesnek, vagyis szabadságot kell kivenniük, esetleg táppénzre kell menniük, ami egyeztethető azzal, hogy az ellátás után megjelenő következményektől félnek. Emiatt ezt a klasztert *bizalmatlan és a mindennapokból való kieséstől való félő*nek neveztem el, ahová a válaszadók közül 64 embert sorolhatunk.
2. klaszterbe sorolhatjuk azokat a válaszadókat, akik az orvosban megbíznak, és az ellátás előtt és az ellátás során nem érznek félelmet, így ezt a klasztert *az orvosban megbízó, bátor* klaszternek neveztem el. Ide sorolható a válaszadók 55 százaléka, azaz 176 ember.

3. klaszterbe sorolhatjuk azokat a válaszadókat, akik megbíznak az orvosban, de ellátás előtt és után is félelmet éreznek, mert tartanak attól, hogy erős fájdalmaik lesznek és a mindennapokból kiesnek, ezért ebbe a klaszterbe azok tartoznak, akik alapvetően *bíznak az orvosban, de félelmet* éreznek. Ebbe a klaszterbe 81 fő sorolható.

Ezt követően pedig megvizsgáltam, hogy azok, akik az ellátás előtt, vagy ellátás után szándékoznak adni valamit az orvosnak, melyik klaszternél jön ki leginkább.

Azok, akik kevésbé bíznak meg az orvosban, és félnek a mindennapokból való kieséstől, 60,9 százalékuk nem szokott az ellátás előtt hálapénzt adni, míg az ellátást követően 54,7 százalékuk szokott hálapénzt adni. Míg azok, akik bíznak az orvosban, de bátrak, azoknak 65,9 százaléka szintén azt nyilatkozta, hogy nem szokott hálapénzt adni az ellátás előtt, míg 51,7 százalékuk utólag szokott adni. Azok, akik megbíznak az orvosban, de félnek, azok sem szoktak előre hálapénzt adni, de utólag 51,9 százalékuk szokott (6. melléklet 28. és 29. táblázat).

8.ábra: A bizalmi és kockázati attitűd kapcsolata az ellátás utáni hálapénzzel



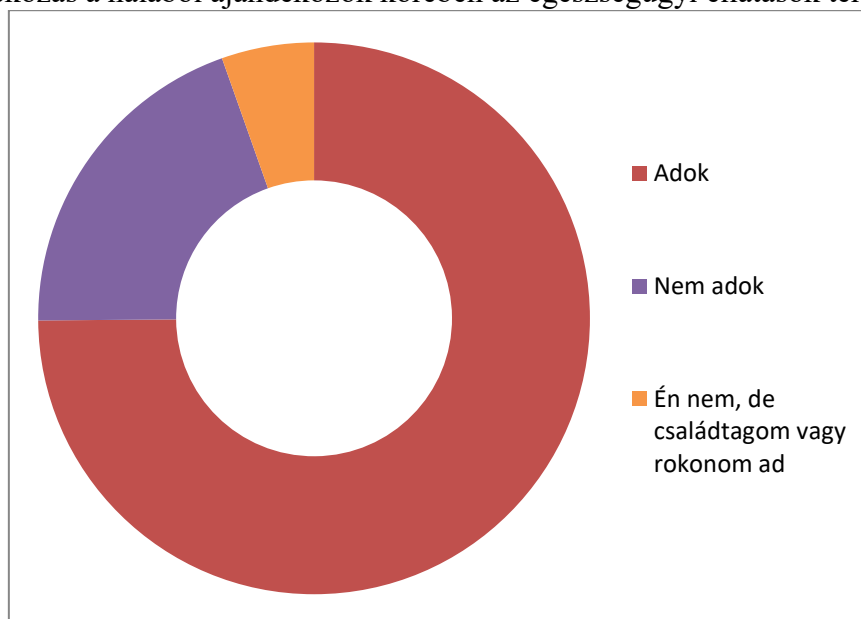
Forrás: saját szerkesztés (2016)

A 4. hipotézisemet részben elfogadom, mert az aki bizalmatlan, az nem feltétlen ad hálapénzt az ellátást megelőzően. Részben pedig elvetem, mert nem mutatkozik meg jelentős eltérés abban, hogyha valaki bizalmatlan meg megbíz az orvosban, és abban sem, hogyha valaki fél vagy bátor az ellátás előtt, így ez nem erős motiváció a válaszadók körében. Az interjúk során az interjúalanyok válaszait nem támasztják alá az adatok, de úgy vélem, hogy amikor az ember abba a helyzetbe kerül, akkor másként ítéli meg ezt a situációt.

5.hipotézis: Az, aki hálás, az ellátás után ad ajándékot vagy pénzt az orvosnak vagy nővérnek.

A hála alatt azt értettem, hogy azok az emberek hálásak, akik köszönetet szeretnének mondani azért, amit korábban más tett értük. A hálapénzt az ellátás után odaadók 95,6 százaléka adott már ajándékot vagy pénzt hálából, ami alátámasztja azt a feltételezésemet, hogy a hála inkább az ellátást követően jelenik meg. Azoknak a 46,2 százaléka, akik nem szoktak az ellátás előtt hálapénzt adni, adott már hálapénzt hálából vagy ajándékból, ami indokolható azzal, hogy valószínűleg rossz élményben részesültek, emiatt inkább nem adnak (6. melléklet 30. táblázat és 31. táblázat alapján). Azok, akik hálából ajándékoztak, 74,9 százalékuk ajándékot is adni szokott az orvosnak vagy nővérnek (9. ábra). Az ajándékot mind a szakirodalmak, mind az interjú alanyok személyesebbnek találják, mint a pénzt. A kérdőív kitöltése során lehetőséget adtam arra, hogy a válaszadók maguktól jelöljék meg, mit adtak már ajándékba, és sok helyen a pénz is megjelent, mint ajándék, amely felveti a kérdést, hogy az embereknek milyen a viszonyuk a pénzzel, családon belül is inkább pénzt adnak-e egymásnak, a pénz értékét egy másik dimenzióba helyezve ezzel. Egyes szakirodalmak elvetik azt, hogy a hálapénzt borraivalóként kezeljük, így nem viszonyítható a borraivalós szituációhoz. Ezzel szemben nemcsak hálából adhatja az illető, hanem azért is, hogy a jövőben valamilyen előnyhöz jusson (6. melléklet 32. táblázat és 33. táblázat alapján). Ebben az esetben viszont a hála lehet kétoldalú, amit a szakirodalmi feldolgozás során is tapasztaltam.

9. ábra Ajándékozás a hálából ajándékozók körében az egészségügyi ellátások területén



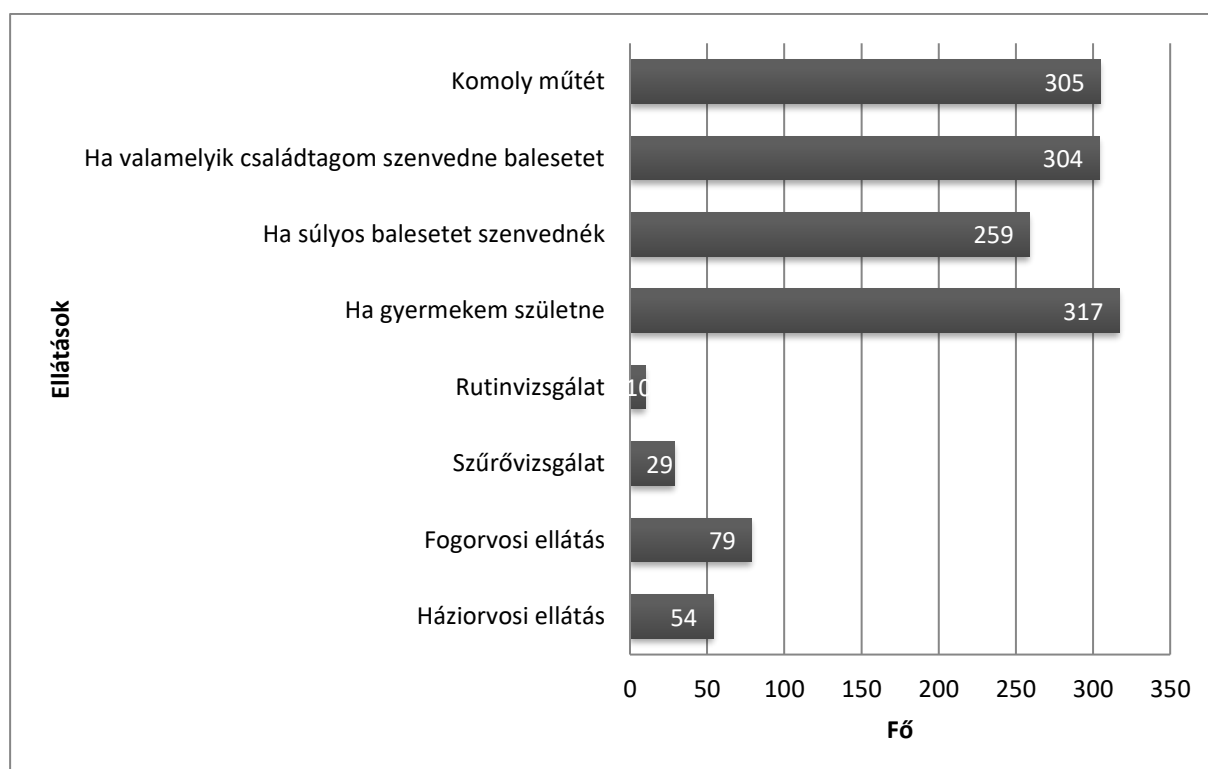
Forrás: saját szerkesztés (2016)

Össességében elmondhatom, hogy gyakoribb az, hogy az ellátás után adnak ajándékot vagy pénzt az emberek hálából, mert ezzel szeretnék köszönetet nyilvánítani, és esetlegesen a jövőben előnyhöz is jutni, így ezt a hipotézisemet elfogadhatom.

6.hipotézis: Minél súlyosabb a betegség, annál valószínűbb, hogy adnak borítékolt hálát.

A mintában szereplő válaszadókat az utolsó kérdések között arra kértem, hogy mérlegeljék, melyek lennének azok az ellátások, melyekért adnának hálapénzt. Úgy értékeltem, hogy ezt a kérdést könnyebb lesz, ha eldöntendő kérdésként teszem fel, mert a felsorolt ellátási lehetőségek fokozatosan súlyosbodnak, és nem lehet tudni, ha odakerül az ember, akkor milyen döntést kell hozni az adott szituációban, így én nem kutattam számszerű összegeket. A következő diagram (10. ábra) viszont bemutatja, hogy mik azok az ellátások, melyekért hajlandóak lennének az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők paraszolvenciát adni.

10.ábra: Ellátások, melyekért adnának hálapénzt



Forrás: saját szerkesztés (2016)

A 10.ábra alapján elmondhatjuk, hogy annak ellenére mennyi baj érheti az embert, a legnagyobb öröm mégis az, ha gyermek érkezik a családba, és ez az a szituáció, amikor a hálapénz vagy ajándék leggyakrabban előkerülne a válaszadók körében, amit az interjú során kérdezett orvosok és nővér is alátámasztott. Az diagramot vizsgálva, ahogy súlyosbodik az ellátás, nagyobb valószínűséggel adnának borítékolt hálát a válaszadók.

A hipotézisem részben teljesült, mert van benne igazság, hogy a betegség súlyosbodásával növekszik a hálapénz adási hajlandóság, ennek ellenére az állapotosság egy állapot, ami nem jelent betegséget, hanem egy olyan esemény, amelyre a boldog szülők és családtagok fel vannak készülve.

Összegezve a kvantitatív kutatásban elértéket azt mondhatom, hogy a 6 hipotézisből az első, az ötödik teljesült, egyezett a szakirodalomban olvasottakkal és az interjú során kapott válaszokkal. A második és harmadik hipotézisem elbukott, de a negyedik és hatodik részben teljesítette az általam feltételezett, várt eredményeket. A társadalmi helyzet, a nem, a lakhely, az életkor, a jelenlegi állapot, az iskolázottság és az egy főre jutó nettó jövedelem hatással van a hálapénz adási szituációra. Az orvosi ellátás során sok attitűddel, eltérő orvosi magatartással találkozhatunk, a hálapénzt adó válaszadók viszont az orvost továbbra is szaktudása miatt becsülik, értékelik, ha emberközpontú és megbízható, a válaszadók viszont vegyes érzelmekkel távoznak az orvostól, mert van egy elvárásuk, ami ha teljesül, akkor adnak hálapénzt, ha nem, akkor nem szívesen adnak. A magyar egészségüggyel a válaszadóim nagyrésze nincs megelégedve, ezzel szemben mégis adnának hálapénzt, amely köszönhető annak, hogy a hiányt akarják pótolni, vagy magával az orvossal azért elégedettek voltak, és azért adnak. A kutatás során az is kiderült a válaszadókról, hogy attól függetlenül, hogy valaki bízik az orvosban vagy nem, fél az ellátástól vagy nem, nem szívesen adna hálapénzt az ellátást megelőzően. A válaszadóim szívesebben adnak az ellátást követően hálapénzt, ami viszont összeköthető a hálaérzettel, mert aki értékeli az orvosi munkát, és utólag szeretné meghálálni, akár személyesebb ajándékkal is. Ezen kívül azt is megtudtam, hogy minél súlyosabb a betegség, annál valószínűbb, hogy a válaszadó hálapénzt fog adni, függetlenül az időzítéstől, de az interjút alátámasztva első helyen a szüléset és gyermekvárás során adott hálapénz áll. A legnagyobb motiváció a hála a válaszadókat tekintve, így a hálapénz elnevezés továbbra is megállja a helyét.

6. Összegzés

Kutatásom során arra kerestem a választ, hogy a pácienseknek, betegeknek és nem betegeknek, családtagoknak és az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevőknek milyen motivációi vannak hálapénz adás során.

A második fejezetem során megvizsgáltam a szolgáltatások alapvető tulajdonságait, annak érdekében, hogy a szolgáltatások mi voltjából értelmezni tudjam az ezen a szinten keletkező problémákat. Alapvetően a HIPI elvet, azaz a heterogenitást, a nem fizikai környezetet, a nem tárolható jelleget és az elválaszthatatlanságot vonatkoztattam az egészségügyi szolgáltatásokra, ami átvezetett a harmadik fejezetemhez.

A harmadik fejezetem során az egészségügyi szolgáltatásokat mutattam be, mely során betekintést nyerhet az olvasó az egészségügyi rendszer felépítésébe, az ellátások csoportosításába, hogyan épülnek fel hierarchikusan. Szükségesnek éreztem az orvosok és egészségügyi dolgozók bérezési rendszerét is bemutatni, mert a hálapénz tulajdonképp jövedelemkiegészítő funkcióval bír. Ezt követően a köz- és magánellátás határainak elmosódásából fakadó problémákra hívtam fel a figyelmet, ami a hálapénz adás lépését eredezetheti.

A negyedik fejezetemben definiálásra került a hálapénz, ami megtévesztő lehet, mert kutatásom során kijelenthetem, hogy nemcsak a hála az, ami motiválja az embereket. Létezése több, mint 50 évre datálható, koronként viszont mindig már jelentéstartalommal bírt. Csoportosítás során fényderült arra, hogy szükséges megkülönböztetnünk az eltérő időben megjelenő hálapénzt, mert más üzenettel bírnak. Adhatják az ellátás előtt is, ami jelentheti azt, hogy valaki fél, bizonytalan és szeretné, ha az orvos az ellátás során ugyanolyan vagy jobb minőségben lássa el, mint bármely más beteget, célja lehet, hogy a várólistán előre kerüljön, vagy előnyösebb helyzetbe kerüljön, amivel más lehet, hogy hátrányos helyzetbe kerül. De lehet utólag is, ami a nyilatkozott orvosok alapján inkább elfogadható, mert ennek az üzenete lehet köszönetnyilvánítás, hála, de lehet, hogy a páciens célja az, hogy a jövőben is hasonló ellátásban részesüljön. Szekunder kutatásom során ezekre a tényezőkre helyeztem a hangsúlyt az előbbi gondolatmenetből kiindulva: félelem, bizonytalanság és kockázat; orvos kapcsolata a beteggel, egészségügyi intézmény minőségének megítélése; köszönetnyilvánítás és hála; és vizsgálatomat kiegészítettem a társadalmi háttérrel, ami nem feltétlen motiváló tényező, de befolyással bír az adás folyamatára.

Ötödik fejezetem a primer kutatást fedte le, mely során mélyinterjúkat készítettem, és kérdőíveket töltöttem ki online. Mélyinterjú során levont következtetésként azt lehet elmondani, hogy az orvosok is megaláznak érzik a hálapénzt és az ajándékozást a páciens és

családja részéről, véleményük szerint az előre adók előnyhöz szeretnének jutni, ami alátámasztja a szakirodalomban olvasottakat, illetve aki utólag ad, az köszönetet szeretne mondani, így nehezen tudnak nemet mondani, ha az illető inkább ajándékot ad, mint hálapénzt. Vannak viszont, akik ezzel előnyhöz szeretnének jutni további ellátás során. A nővér is azt tapasztalta, hogy az odaérkező betegek többsége fél, aggódik, ha pedig eszméletlen állapotban kerül be, akkor viszont a családtagok is aggódnak helyette. Mindenki részére nehéz a döntés meghozása, hogy adjon vagy sem. Továbbá levonható az a következtetés a további interjúk alapján, hogy attól függetlenül, hogy van személyes kapcsolatunk az orvossal nincs biztosítva az ellátás maximális minősége, előfordulhatnak hibák, mert az orvosok is emberek, és a szolgáltatások HIPI elvére alapozva akadhatnak minőségbeli különbségek az emberi munka végett. A leginkább hálapénzes területnek minősülő szülészeti az, amely leginkább profitál a kiszolgáltatott helyzetből, melyet úgy érzem a jövőben érdemes lenne további kutatások során vizsgálni.

Kérdőíves kutatásom során egy 420 fős minta adatait elemeztem ki. Arra a megállapításra jutottam, hogy a fiatalok jövőbeli hálapénzes szokásait befolyásolhatja a családtagok és rokonok adási szokásai, az emberek inkább utólag szeretnek hálapénzt adni, de előfordul, hogy kénytelenek előre átnyújtani az összeget. Főkomponens elemzésem során azonosítottam orvos magatartására vonatkozó attitűdöket, melyeknél továbbra is az a tendencia, hogy az orvosra szaktudása miatt néznek fel leginkább, de fontos az, hogy mellette empátikus, megbízható tudjon maradni, de ha nem tapasztalja ezeket az attitűdöket az ellátás során, akkor nem szívesen adnak hálapénzt az ellátást megelőzően. A válaszadók közül sokan nem elégedettek a magyar egészségüggyel, így biztosan kijelenthetjük, hogy nem azért adnak az ellátás után, mert a minőséggel elégedettek lettek volna. Klaszteranalízis során három csoportot azonosítottam a félelem, bizalom és kockázatérzékelés dimenziójában, mely során arra a megállapításra jutottam, függetlenül attól, hogy félnek vagy megbíznak az orvosban, nem szeretnek az ellátást megelőzően hálapénzt adni. Azok, akik hálából szoktak ajándékozni, valóban az ellátást követően veszik elő a borítékokat, de az ajándékozás is felmerül opcióként. Végül megállapítható a mintára vonatkozóan, hogy minél súlyosabb ellátást kell igénybe vennünk, annál valószínűbb, hogy hálapénzt fognak adni. Ennek ellenére a szülészeti és nőgyógyászati az a terület, mely legvalószínűbb, hogy hálapénzben részesül.

Marketingvonzatát tekintve az orvosi ellátások igénybe vétele a legtöbb esetben valamilyen szükséglet felmerüléséből adódik, így kereslet generálásra nincs szükség. Viszont azzal, ha a tárgyi környezetet modernebbé tennék, a beteg bizalmát marketing kommunikációs eszközökkel biztosítanák, és folyamatos tájékoztatást nyújtanának, javíthatna a problémán.

Fontos szerepe van az orvosnak és az ellátó személyzetnek, akiben ha a betegek megbíznak, akkor egyrészt a többi betegnek is ajánlani fogják az orvost, másrészt pedig lehet, hogy a következő alkalommal időben orvoshoz fordul, még mielőtt a betegsége kialakulna. Ha a beteg háláját szeretné kimutatni, akkor lehetőséget kellene biztosítani legális keretek között, amelyet vagy az orvosok fizetésének emelésére fordítanak, mivel a pénz a legális keret nélkül is fennáll és eljut az orvoshoz, ebben az esetben viszont megvalósítható lenne, hogy egyenlően részesedjenek, és ne alakuljanak ki hálapénzes osztályok a kórházon belül. Mivel a hálapénz szituáció komplikált, csak marketingeszközökkel nem lehetne módosítani rajta. A kórház marketingjének mégis azt kellene sugallania, hogy az ember jó kezek között van, teljesülnek az alapelvek.

Dolgozatom témájának újszerűsége abban rejlik, hogy konkrét kutatás még nem volt arra vonatkozóan, hogy milyen motivációi lehetnek a hálapénz adásnak, illetve abban, hogy mindkét szemszöget megvizsgáltam kutatásom során. Egészségügyi dolgozók vallottak őszintén arról, hogy őket hogyan érinti ez a téma, míg az igénybe vevők véleményét is meghallgattam.

Ez egy kiindulópont lehet azok számára, akik a jövőben ennek a jelenségnek a következményeit szeretnék kutatni, számszerű adatokat felvenni, vagy hálapénzes területeket vizsgálni. A hálapénz konkrét összegére irányuló kérdések során lehet, hogy akadályokba ütközhetünk a téma kényessége miatt. A legnagyobb korlátot mégis az jelenti, hogy míg egyesek egyet értenek hálapénz létezésével, addig mások nem, és van, aki a témát támadásnak veszi. Lényegében ez egy olyan korrupciós ügylet, amiben testesül öröm, hála, köszönet, bánat, düh és minősítés, a kérdés az, hogy a többség mit lát benne. A jövőben folytatni szeretném ezt a kutatást, de a témakört leszűkítve, csak a leginkább hálapénzes területnek minősülő szülészet és nőgyógyászat területén.

Egyértelmű megoldást a hálapénz helyzetére a dolgozat nem szándékozott adni. Meglátásom szerint nem ítéltető el sem az orvos, aki életet ment nap, mint nap, és mindezt alacsony bérért teszi az alapelvekhez igazodva, sem az ellátást igénybe vevőjét, aki csak arra törekszik, hogy meggyógyulhasson és élhesse az életét gondtalanul tovább. Az eredmények a téma mélyebb megértését, megismerését szolgálták.

Irodalomjegyzék

- Balázs P. (2000): Hálapénz az orvosi etikában. In: Jelentés az orvosi hálapénzről: *Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 33-80. o.
- Balázs P. (2011): Az orvosi hálapénz nem csodaszer a válság ellen. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1, 43- 48.
- Balázs P. (2013): Semmelweis-terv és hálapénz-gazdaság a magyar egészségügyben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2, 1- 5. o.
- Balabanova, D. – McKee, M. (2002): Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62, 243.-273. o.
- Baráth L.(2014): *Egészségügyi gazdaságtan*. JATE Press, Szeged.
- Boncz I. (2009): *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Szerkesztette: Medicina Könyvkiadó Zrt., TÁMOP 4.1.2-08/1/A-2009-0061 pályázat.
- Bondár É. (2000): A hálapénz közgazdasági funkciói. In: Jelentés az orvosi hálapénzről: *Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 111-124. o.
- Bordás I. (2000): Az orvosi hálapénzről közgazdasági szemmel. In: Jelentés az orvosi hálapénzről: *Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest: 125- 154. o.
- Everovits T. – Gaál P. (2005): A költséghatékonyság értelmezése az egészségügybe: egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyerig. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 91-114. o.
- Égető E.(2002): Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása. In Hetesi E.(szerk.): *A közszolgáltatások marketingje és menedzsmentje*, JATEPress, Szeged, 243-250. o.
- Fenyvesi É – Anduska B. –Szeleccki P. (2011): Egészségügy- Paraszolvencia. *Gazdaság és Szociális Demokrácia XXI: Század-Tudományos Közlemények*, 25, 115-134. o.
- Fiske, S. (2006): *Társas Alapmótvumok*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Gaál Cs. (2009): Gazdaságosság és orvosi etika. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4, 26-30.o.

- Gaál P. – Evetovits T. – Lindeisz F. –Szigeti Sz. (2012): A forrásteremtés igazságosságának vizsgálata a betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak segítségével. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 2-12. o.
- Hálapénz Bizottság (2000): *Jelentés az orvosi hálapénzről*. bizottság elnöke: Dr. Balázs P., Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest.
- Hámori B. (1998): *Érzelemgazdaságtan: a közgazdasági elemzés kiterjesztése*. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Hárdi I.(1995): *Pszichológia a betegágynál. Orvos, nővér, beteg*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Heidrich B. – Somogyi A. (2003): A szolgáltatás – vezetés értékalapú modellje a „közmenedzsmentben”. *Marketing & Menedzsment*, 5, 14-25. o.
- Holzmüller, H. – Scharitzer, D. (1999): Az egészségügyi intézmények marketingje. In Heimerl-Wagner P.- Köck C.(szerk.): *Az egészségügyi intézmények menedzsmentje*. Perfekt Kiadó, Budapest.
- Horváth F. – Péntes M. – Balázs P. (2010): Hálapénzzel kapcsolatos nézetek negyedik évfolyamos orvostanhallgatók körében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 12-15. o.
- Jenei Gy. (2005): Közzolgálati közgazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan, európai uniós követelmények. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 45-69. o.
- Józsa L. – Piskóti I. – Rekettye G. – Veres A. (2005): *Döntésorientált marketing*, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest.
- Kankeu, H. T. – Ventelou, B. (2016): Socioeconomic inequalities in informal payments for health care: An assessment of the ‘Robin Hood’ hypothesis. *Social Science & Medicine*, 151, 173-186.o.
- Karner C. (2010): Kórházak múltja, jelene Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 35-37.o.
- Kincsesné Vajda B. (2013): *Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben. Doktori disszertáció*. Szeged, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Közgazdaságtani Doktori Iskola.
- Kolozsi B. (2000): A paraszolvenciajelenség intézményes kezelésének egyes társadalmi kérdései. In: *Jelentés az orvosi hálapénzről: Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 92-110. o.

- Kornai J. (1998): *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Kotler, P – Keller, K. (2012): *Marketingmenedzsment*, Akadémia Kiadó, Budapest.
- Kovács N.- Csapi V. (2009): Az egészségügyi szolgáltatások optimalizációja a köz- és magánszféra szempontjából. In Hetesi E.- Majó Z.- Lukovics M. (szerk.): *A szolgáltatások világa*. JATEPress, Szeged, 288-301.o.
- Kovács P.(2016): Beszámoló az MTA Statisztikai és Jövőkutatási Tudományos Bizottsága Statisztikai Tudományos Albizottságának 2016. június 16-ai üléséről. *Statisztikai Szemle*. 2016/7.
- Központi Statisztikai Hivatal(2015/16): Statisztikai Tükör, Borravaló és hálapénz.
- Lepp-Gazdag A.(2005): Mit, mikor mennyiért?- Információs problémák az egészségügyben. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó. Budapest:135-160. o.
- Lippai L. (2010): Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések elemzése a lehetőséglelmélet tükrében. In Hámori B.- Vajda B.- Tóth L.- Derecskei A.- Prónay Sz. (szerk.): *Érzelmek és indulatok a gazdaságban*, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar Közgazdaságtani Doktori Iskola, Gazdaságpszichológia Kutatóműhely.
- Liu, T. – Sun M. (2012): Informal payments in developing countries'public health sectors. *Pacific Economic Review*, 17, 514.-524. o.
- Mezey Gy. (2009):*Döntés és kockázat*. Szent István Egyetemi Kiadó, Budapest.
- Mihalicza P. - Belicza É. - Elek P.- Harangozó J. - Adamovich K. - Szádóczky E.(2012): Az egészségügyi reformok hatása az ellátás eredményességére, megfelelőségére, időszerűségére és a hozzáférésre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 13-20.o.
- Mihályi P. (2009): Hálapénz: Magyarország az élvonalban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1, 47-48. o.
- Mikola I. (1998): A köz és magán viszonya az egészségügyi rendszerben. In Glatz Ferenc (szerk.): *Egészségügy és piacgazdaság*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 13-22.o.
- Nagy B. – Dózsa Cs. (2005): Az egészségbiztosítás. In: szerk.: Gulácsi L: *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Orosz É. (2003): Egészségügyi szolgáltatások. In Papp I. (szerk.): *Szolgáltatások a harmadik évezredben*. Aula Kiadó, Budapest.
- Papp I.(2003): *Szolgáltatások a harmadik évezredben*. Aula Kiadó, Budapest

- Petres, T. – Tóth, L. [2004]: *Statisztika*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Polese, A. (2014): Informal Payments in Ukrainian Hospitals: On the Boundary between Informal Payments, Gifts, and Bribes. *Anthropological Forum*, vol 24, no 4, 381.-395.o.
- Sajtos L.-Mitev A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémia Kiadó, Budapest.
- Sinkó E. (2014): Az egészségügyi rendszer működése az elmúlt négy évben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2-3, 2-4.o.
- Stepurko, T. – Pavlova, M. – Gryga I. – Groot, W. (2014): To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers' perceptions, *Health Expectations*, 18, 2978-2993. o.
- Szél K. (2010): A jövő orvoslásának nélkülözhetetlen kötőanyaga az etika. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 41- 48.o.
- Tóth I. (2000): Az orvosi hálapénz szociológiai vonatkozásai. In: Jelentés az orvosi hálapénzről: *Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 81-91. o.
- Veres Z. (2009): *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Akadémia Kiadó, Budapest.
- Vitrai J. (2013): Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF 2009 adatai alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5-6, 43-45. o.
- Vokó Z. (2014): Népegészségügy. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2-3, 5-7. o.

