

# A hálapénz kivezetés hatásának értékelése

2023. december

# Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló .....	4
2. Témakör ismertetése .....	10
2.1. A hálapénz fogalma.....	11
2.2. A hálapénzzel kapcsolatos gyakori attitűdök .....	12
2.3. A hálapénz rendszer és annak hatásai .....	13
2.3.1. Hálapénz rendszer jelensége .....	14
2.3.2. Hálapénzes rendszer negatívumai .....	14
2.3.3. Esetleges pozitív hatások .....	16
2.4. Nemzetközi kitekintés .....	17
3. A magyar hálapénz reform és jogi környezete .....	21
3.1. A hálapénz és a hozzá kötődő magatartások kriminalizálása .....	22
3.2. Elfogadható ajándék mértékének meghatározása .....	24
3.3. Bérintézkedések .....	25
3.4. Esetek felderítésére jogosult szervezet jogosítványainak bővítése .....	26
4. A reformhoz kapcsolódó bűnmegelőzési, felderítési és védelmi tevékenység .....	27
4.1. Bűnmegelőzés és bűnfelderítés .....	27
4.1.1. A megbízhatósági vizsgálat lefolytatása .....	29
4.2. Egészségügyi dolgozók védelme .....	30
4.3. Prevenziós, szemléletformáló tevékenység.....	31
4.4. Az NVSZ tevékenysége számokban .....	32
4.5. A hálapénzzel kapcsolatos valós és intő példák.....	33
4.5.1. Hálapénz elfogadása.....	33
4.5.2. Vesztegetés, vesztegetés elfogadása .....	34
4.5.3. A magán és állami ellátás szétválasztásának hiánya miatti visszaélés.....	34
4.5.4. Megbízhatósági vizsgálatok .....	35
5. Hatásvizsgálat és elemzés .....	36

5.1. Módszertani leírás .....	36
5.1.1. A kutatás végrehajtásának lépései.....	37
5.1.2. Kérdőíves felmérések alapadatai.....	38
5.1.3. Adatelemzések módszertana .....	38
5.1.4. Hipotézisek és mérési módszerek kapcsolata.....	40
5.1.5. Limitációk .....	41
5.2. Kutatási eredmények összefoglalása .....	41
5.2.1. Hipotézis: A reform megszüntette a hálapénz gyakorlatát Magyarországon.....	42
5.2.2. Hipotézis: Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók a reformot követő időszakban ritkábban kérnek vagy fogadnak el pénzt, mint korábban .....	46
5.2.3. Hipotézis: A reform hatására a hálapénz összege csökkent az állami egészségügyi rendszerben.....	54
5.2.4. Hipotézis: A tényleges orvosi fizetések a reform hatására jelentősen megemelkedtek .....	62
5.2.5. Hipotézis: A hálapénz kivezetése és az orvosi bérek növelése hozzájárult az orvosszakma vonzerejének növeléséhez .....	68
5.2.6. Hipotézis: A reform hatására az állami egészségügyi ellátó rendszer minősége javult .....	74
5.2.7. Hipotézis: A reform hatására többen fordulnak a magán egészségügyi ellátás irányába .....	84
6. A reform értékelése, hatások és eredmények .....	91
6.1. A hálapénzre, mint társadalmi jelenségre gyakorolt hatás .....	92
6.2. Az egészségügyi dolgozókra gyakorolt hatás .....	94
6.3. A egészségügyi ellátórendszer működésére gyakorolt hatás .....	96
6.4. Korrupciót lehetővé tevő egyéb tényezők .....	98
7. Javaslatok és ajánlások megfogalmazása .....	99
7.1. Szakmai ajánlások a reformok hatásának fokozását célzó további intézkedésekre .....	99
7.1.1. Pozitív hatások erősítése .....	99

7.1.2. Negatív hatások, jelenségek mérséklése .....	101
7.2. További vizsgálati területekre vonatkozó javaslatok .....	103
8. Jegyzékek .....	109
8.1. Ábrajegyzék .....	109
8.2. Táblázatok jegyzéke .....	111
8.3. A jogi környezetet meghatározó jogszabályok jegyzéke .....	112
9. Melléklet.....	114
9.1. Executive summary .....	114
9.2. Szakmai kérdőív kérdések.....	121
9.3. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozók hálapénzzel kapcsolatos magatartásának változása szakterületi bontásban a válaszadók véleménye szerint .....	123
9.4. Tényleges orvosi fizetések alakulása a reform előtti és utáni időszakokban szakterület szerinti bontásban a válaszadók szerint.....	126
9.5. Illetmények emelkedése 2021-2023.....	128
9.6. A megkérdezett lakosság összetétele .....	129
9.7. Orvosok korcsoport szerinti összetétele a működési nyilvántartásban .....	129
9.8. Szakdolgozók korcsoport szerinti összetétele MESZK tagság szerint.....	130
10. Hivatkozott források.....	131

# 1. Vezetői összefoglaló

*Az "RRF-C8.R1: A hálapénz kivezetése az egészségügy területén" reform intézkedéseinek hatásairól a Magyarország helyreállítási és rezilienciaépítési terve értékelésének jóváhagyásáról szóló Tanácsi végrehajtási határozatban foglaltak szerint független hatástanulmány készítésére köteles. A független tanulmány elkészítésére a Belügyminisztérium a PricewaterhouseCoopers Magyarország Kft-t, mint külső szakértőt bízta meg.*

A hálapénz jelenség elleni több évtizedes sikertelen küzdelmet követően, Magyarország 2021 januárjától új eszközöket alkalmaz a jelenség visszaszorítása érdekében. A hálapénz alkalmazásának erős szankcionálására és ezzel párhuzamosan az egészségügyi szolgálati jogviszony keretein belüli foglalkoztatottak kompenzációjának növelésére összpontosító intézkedéscsomag a tanulmány készítésének időpontjában már több, mint két és fél éve hatályban van.

Az intézkedés az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény elfogadásával valósult meg, és bár a reform alapjának mindenképpen ez tekinthető, a hálapénz büntetethez, illetve az ehhez a rendelkezéshez kapcsolódó egyéb szabályokat más jogszabályok módosításával érte el.

A törvénymódosítás kiterjesztette a vesztegetés és elfogadás tényállásait - a speciális egészségügyi környezetben értelmezett - jogtalan előny ajánlására és elfogadására is. Az intézkedés hatálybalépésével a Kúria korábbi, a hálapénz értelmezésére kialakított álláspontja meghaladottá vált: a pénz (vagy más jogtalan előny) felajánlása, adása és elfogadása is korrupciós bűncselekménnyé vált, azokban az esetekben is, amikor a régi gyakorlat a hála kifejezésképpen megengedő volt e tekintetben.

Az intézkedések hatását vizsgáló tanulmány (a továbbiakban: a Tanulmány) a reformot három főbb témakör köré szervezve vizsgálja: a hálapénzre, mint társadalmi jelenségre; az egészségügyi dolgozókra; és az ellátórendszer működésére gyakorolt hatását elemzi. A tanulmány készítése során fókuszcsoportos vizsgálatokat, személyes lakossági közvélemény-kutatást<sup>A</sup> online orvosi és szakdolgozói kérdőívet<sup>B</sup>, adatelemzési eszközöket, illetve szakértői interjúk kerültek felhasználásra.

---

<sup>A</sup> A Tanács végrehajtási határozata Magyarország helyreállítási és rezilienciaépítési terve értékelésének jóváhagyásáról

<sup>B</sup> Szakdolgozói (n=3523) és orvosi (n=1257) minta esetében a minta korcsoportok szerinti reprezentativitását a korrekciós súlyozás biztosítja

## **I. A hálapénzre, mint társadalmi jelenségre gyakorolt hatás**

A hálapénz gyakorlatának visszaszorulását a felnőtt lakosság közel fele (52%) érzékeli. 2021 januárja óta az állami egészségügyben való jelenléte továbbra is köztudomású. Területi különbségek azonban felfedezhetők: a vármegyeszékhelyeken és a közép-dunántúli régióban magasabb arányban (62% és 66%) érzékelik a hálapénz szerepének csökkenését.

A visszaszorulás fő motivációja a lakossági válaszok alapján a szankciók elkerülése (67%), de emellett a háztartások anyagi helyzetének romlása is szerepet játszik (36%). A lakosság további indoknak látja a hálapénz csökkenése kapcsán, hogy az emberek már nem érzik elvárásnak (35%). Az egészségügyi dolgozók közös meglátása is azt mutatja, hogy a helyzet javult, a válaszadó orvosok 98%-a és szakdolgozók 86%-a egyaránt beszámol a hálapénz visszaszorulásáról.

A hálapénz felajánlásának gyakoriságát az egészségügy dolgozók válaszai alapján vizsgálva kiderül, hogy a páciensek felajánlási gyakorlata nagy mértékben csökkent. Az intézkedéseket megelőző időszakhoz képest az orvosok válaszai alapján 75%-kal, szakdolgozók válaszai alapján 57%-kal csökkent a páciensek általi kezdeményezés mértéke. Az alapellátás és a szülész-nőgyógyászat területén ez a csökkenés 90%-ot is eléri.

A lakosság a hálapénz adásának gyakorlata mögött egy összetett oksági rendszert lát. Legjellemzőbbnek azt feltételezik, hogy a pénzt valamiért cserébe adják (72%), azaz elvárásaik vannak. A hálapénz felajánlásának további indoka a félelem (72%) és a hála (69%). A válaszok alapján megállapítható, hogy a hálapénz felajánlásának főbb okai, és azok prioritás szerinti sorrendje a reform előtti állapothoz képest nem mutat jelentős változást.

Az orvosok és a szakdolgozók is legnagyobb arányban (91% és 92%)<sup>C</sup> azt jelentették ki, hogy munkahelyükön nem fordul elő az, hogy valaki hálapénzt kér. Ez a gyakorlat a reformok előtti állapothoz képest szintén csökkenést mutat, amit a válaszadók ennek visszaigazolását vizsgáló kérdésre adott 60% feletti egyetértését kifejező aránya is igazol.

Az előfordulás gyakorisága mellett szükséges kiemelni az előforduló hálapénzes esetek összegére vonatkozó információkat is. Az orvosok esetében a reformot megelőző<sup>1</sup> összeg inflációval korrigált értékhez képest a háziorvosi vizsgálatok során átadott összegek 82%-os emelkedést mutatnak. A szakorvosi vizsgálatok esetében mintegy háromszoros emelkedés látható. A műtét nélküli kórházi ellátás tekintetében az összegek 128%-os emelkedést mutatnak.

---

<sup>C</sup> Az érvényes válaszok százalékos megoszlását mutatják, és nem szerepel közöttünk a nem tudom megítélni válaszok aránya

A műtét és azt követő kórházi ellátás során adott hálapénz, becsült összegét a korábbi értékkel összevetve akár 500%-os emelkedésről is beszélhetünk. Az összeg emelkedése mögött összetett okok állhatnak. Ennek valószínűsíthető eleme a megemelkedett kockázat ellentételezésének igénye is.

A hálapénz reform szerves része a szabályok követése, betartatása szempontjából lényeges bűnmegelőzési és bűnüldözési tevékenység, amelyet a Nemzeti Védelmi Szolgálat (a továbbiakban: NVSZ) lát el, és ez a tevékenység szükséges eleme a reform sikerességének. Az NVSZ által lefolytatott eljárások száma évről évre nő. Tevékenységük hatására a rendőrség vagy ügyészség elé 177 előkészítő eljárás, 36 titkos információgyűjtés és 8 megbízhatósági vizsgálat eredménye került. Ezekből 22 esetben jutott az ügy vádemelésig és a bíróság eddig 3 ügyben hozott ítéletet. A reform bevezetése óta 21 feljelentést tettek a szigorú értelemben vett hálapénz átadás miatt.

## **II. Az egészségügyi dolgozókra gyakorolt hatás**

A hálapénz reform a korábbi "hálapénzes rendszerben" lévő szereplőkre, így a közfinanszírozott ellátásban résztvevő orvosokra és szakdolgozókra is jól mérhető hatást fejtett ki. A vizsgálat a kiesett jövedelem pótlását, és az egészségügyi szolgálati jogviszonnyal, munkahellyel kapcsolatos elégedettséget is elemezte.

A jelenleg egészségügyi szolgálati jogviszony alá tartozó orvosok esetében végzett kérdőíves felmérés alapján a jövedelem a körükben egyértelműen nőtt. A bérek növekedésével az orvos válaszadók 87%-a elégedett. Ez az elégedettség a Magyar Orvosi Kamara (a továbbiakban: MOK) 2021-es hasonló méréséhez képest még kis mértékben nőtt is, melynek oka valószínűsíthetően a 2021-es első béremelést követő további, átlagosan még további 43%-os alaphéremelés.

Érdemes kitérni arra is, hogy bár a reform nem terjedt ki a szakdolgozói bérek rendezésére, de a válaszadók 81%-a jelezte jövedelme növekedését. Ezzel kapcsolatban megállapítandó, hogy annak mértéke kisebb az orvosok esetében mértéktől, a bérnövekedés közel fele pár tízezer forint mértékű 2021-óta. A szakdolgozók 71%-a nem elégedett béremelésének mértékével. Azokban az esetekben, ahol jövedelmük csökkenését jelezték a szakdolgozók, 18%-ban indokként megjelent a hálapénz kivezetése is. Az egészségügyi szakdolgozók bére 2022. januárjában 21%-al nőtt. A 2022. decemberében kiadott, egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szakdolgozók és egészségügyben dolgozók béremeléséről szóló 1681/2022. (XII. 28.) Korm. határozat alapján az egészségügyi

szakdolgozók és egészségügyben dolgozók bére 2023. július 1-jével további 18 %-kal emelkedett. Ezt 2024. március 1-jével a határozat alapján egy második ütem követi majd. A kitűzött cél alapján az egészségügyi szakdolgozók átlagos alapbére el kell, hogy érje az orvosok átlag alapbérének a 37%-át.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban lévő orvosok háromnegyede a jövőben is szeretné megtartani jogviszonyát, a bizonytalanok és biztosan váltók között a túlterheltség (76%), a bizonytalan szabályozási környezet (70%), a nem megfelelő munkakörülmények jelennek meg legfőbb indokként, de a válaszadók egynegyedének esetében (27%) a motiváció hiánya is felmerül. A motiváció csökkenését az orvosok közel kétharmada (64%) igazolja vissza, de a szakdolgozók kevésbé érzékelik ezt a jelenséget, annak ellenére, hogy a fókuszcsoporthoz és az interjúk ennek ellenkezőjéről tanúskodtak. Szakdolgozók esetében csak a válaszadók kétharmada gondolja biztosan megtartani jogviszonyát. A bizonytalanok és váltani tervezők körében négyötödük a nem elegendő fizetést jelölte meg, de a túlterheltség, stressz is felmerült. A bizonytalanok több mint harmada (34%) már utalt a motiváció hiányára is.

Az egészségügyi dolgozók többsége gondolja úgy, hogy a reform közvetlenül nem járult hozzá a közfinanszírozott ellátórendszer, mint munkahely vonzerejének növekedéséhez. Továbbá az orvosok 46%-a, a szakdolgozók több mint 61%-a becsüli úgy, hogy kevesebben választják majd munkahelyként. Ennek legfőbb oka az orvosok és szakdolgozók esetében is a túlterheltség, míg második helyen az orvosok esetében a kiszámíthatatlan szabályozási környezet, a szakdolgozók esetében a nem elegendő fizetés szerepel.

### **III. Az ellátórendszer működésére gyakorolt hatás**

Az egészségügyi ellátórendszer komplexitása miatt nem lehet direkt hatásokat azonosítani a hálapénz reform és az ellátórendszer működési mechanizmusa között. Az azonban kijelenthető, hogy a hálapénz egyfajta többlet elemként működött a közfinanszírozott ellátórendszerben, amely hatás, ha nem is egyenletesen oszlott meg a rendszer szereplői között, mégis általános elemként volt jelen.

A korábbiakban leírt eredményekből is látható, hogy a hálapénz kétségtelen visszaszorulása a motivációt érdemben befolyásolta. Ennek hatását az ellátórendszer teljesítményében kell keresni, de a vizsgált időszakban a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszert több olyan hatás is érte egyszerre, amely befolyással bírt a teljesítményére:

- (1) COVID hatás, az ellátórendszer teljesítménye a pandémia miatt csökkent, amely nem csak magyar, hanem globális jelenség is

- (2) a korábbi teljesítményfinanszírozás átlag finanszírozásra változott
- (3) finanszírozási mértékek változása, (pl. a 2019-es súlyszám tömeget kisebb esetszámmal tudja most előállítani az intézményrendszer)
- (4) folyamatos kapacitás problémák orvosi és szakdolgozói területen, amely az ellátórendszer teljesítményét közvetlenül befolyásolja.

Az elemzés rávilágít arra, hogy az év első kilenc hónapját figyelembe véve 2023-ban a fekvőbeteg esetszám a 2019-es esetek 92,42%-át éri el. Járóbeteg esetszámokat tekintve ez az arány 91%. A csökkenés a fekvőbeteg esetszámokban szakmánként eltéréseket mutat. A három legnagyobb visszaesés a bőrgyógyászat (66,99%), a plasztika és égéssebészet (76,02%) valamint a neurológia (77,21%) szakmákban figyelhető meg. Az elvégzett főbb befolyásoló tényezők elemzése alapján a fekvőbeteg esetszám változását az intézménytípus, szakma, megye, járóbeteg esetszám változás, aktív ágyszám változás és létszámváltozás változók közül a járóbeteg esetszámok változása és a létszám változása tudja érdemben befolyásolni. Sem a járóbeteg, sem a fekvőbeteg ellátás esetszám csökkenés mértékének oka nem osztható fel az időszak hatásai között, de a felmérés során tett becslés alapján, ebben a hálapénz visszaszorulásának átlagosan 30%-os közrehatása van (az orvosok motivációjának csökkenése miatt), egyes szakmák (pl. műtéti területek) esetében ez akár több is lehet.

A hálapénz kivezetése óta gyakrabban ajánlják fel magánrendelésüket az orvosok, mint ahogy azt korábban tették, ezzel összességében a népesség hét tizede ért egyet és ezt a gyakorlatot a szakdolgozói válaszok többsége is alátámasztja, noha az orvosok véleménye teljesen kiegyenlített a kérdést illetően.

Árnyalja a képet, hogy a lakosság véleménye szerint, a hálapénzzel kapcsolatos új szabályozásnak nem volt drasztikus hatása a magán egészségügyi ellátás igénybevételére nézve. Azok körében, akik igénybe veszik a magán egészségügyi szolgáltatásokat (1000-ból 517 fő) a legtöbben (53%) a rövidebb várakozási időt emelték ki. Egyfajta bizalomvesztés is megfigyelhető: a válaszadók közel egyharmada azt gondolja, hogy sem az ellátás minősége, sem az infrastruktúra szempontjából már nem kap jó színvonalú ellátást az állami egészségügyben, s emiatt inkább a magánszféra szolgáltatásait veszi igénybe, amennyiben teheti.

### **Összefoglaló vélemény**

A hálapénz kivezetését célzó reformcsomag az elérni kívánt célt tekintve eredményes, a hálapénzhez kapcsolódó gyakorlatok visszaszorulása egyértelmű, ha nem is teljeskörű a jelen

tanulmány eredményei alapján. A hálapénz felajánlás vagy kérés gyakorlatában is nagyságrendi a csökkenés. Nem vitatható azonban, hogy a szabályozás és a nagyléptékű orvosi béremelés által teremtett helyzet az ellátórendszer egyes szegmenseiben kidomborították a nem kívánatos jelenségeket, melyek közül a legnagyobb problémát a motiváció változása jelenti. A megemelt orvosi bérek önmagukban nem motiválják a dolgozókat a korábbi gyakorlat szerinti munkamennyiség elvégzésére, a korábban vállalt extra ügyeletek, rendelési idők és beavatkozások száma csökkenhet és a szakdolgozók is könnyebben dönthetnek a közfinanszírozott ellátórendszer vagy a pálya elhagyása mellett. A nagyobb léptékű szakdolgozói béremelés elmaradása pedig önmagában is feszültséget teremtett az ágazatban. Utóbbi probléma nem kedvez a kihívásokkal küzdő ágazati humánerőforrás helyzetnek, amely a teljesítmény csökkenéséhez és ezzel együtt a belső feszültség növekedéséhez is vezethet. Maga a bérrendezés legalább az orvosszakma oldalán érdemben kompenzálta a hálapénz kiesését, de önmagában ez nem javította a szakma vonzerejét. A munkaterhelés és az infrastruktúrával való elégedetlenség továbbra is felülírja a béremelés pozitív hatását az egészségügyi dolgozók beosztásától függetlenül. A szakdolgozók esetében ez az elégedettség nem mérhető, sőt óriási feszültség azonosítható a bérek vonatkozásában az orvosok és ápolók között.

A motiváció változásától és az egyéb, egészségügyi ágazatot ért - korábban felsorolt - hatások miatt kialakult teljesítménycsökkenésből a hálapénz kivezetés közrehatásának mértéke csak becsülhető, de semmiképpen sem elhanyagolható hatás. A magánegészségügy teljesítménynövekedését vélhetően ez is okozhatja, azonban ennek a hatásnak pontos mértéke szintén nem definiálható jelen tanulmány keretei között, sőt, a lakosság válaszai alapján egyelőre nem mutatható ki nagyságrendi átvándorlás sem a két szektor között. Ebben a formában ez hosszútávon akár a várólistákra is hatással lehet. Összességében a folyamatok az ellátórendszerhez való hozzáférés lehetőségét befolyásolhatják elsődlegesen azok körében, akik a magánegészségügyet nem vették igénybe, de a hálapénzzel vásároltak szolgáltatást az állami egészségügyi rendszeren belül.

## **Javaslatok**

A hálapénz jelenség visszaszorulása erőteljes, az eszközök elérték ez irányú céljukat. A nemzetközi joggyakorlatok során feltárt lényeges elemek szinte mindegyike fellelhető Magyarországon is, így teljesen új megközelítés bevezetése nem látszik rövidtávon szükségesnek, azonban a folyamatos ellenőrzés, tájékoztatás és az ezekhez kapcsolódó,

nemzetközi szinten is jelenlévő eszközöknek egyre tudatosabb és hatékonyabb alkalmazása mindenképpen jó lehet.

A pozitív hatások erősítése érdekében az ISO 37001 antikorrupciós szabvány ágazati szintű adaptációjának vizsgálata javasolt, amely szervezeti szinten segítheti a hálapénz elleni küzdelmet; illetve az eddig is alkalmazott kommunikációs és tájékoztatási elemek jelenlétének fokozását, és a hálapénzzel kapcsolatos ismeretek munkahelyi tréningek és a képzésbe épített tematikai elemként való megjelenítését.

A már leírt negatív hatások (pl. motiváció változása, bérfeszültség) mérséklését célozhatja egy több szempont mentén is (pl. progresszivitási szint, tudományos és oktatási tevékenység, szakma szerinti tényezők, betegellátási teljesítmény) differenciált bérezés. A motivációt a bér mellett más eszközök is javíthatják.

A magánellátás kapacitása és teljesítménye növekszik, a páciensek többen vagy többet töltenek a magánegészségügyben, ezért fontos elem lehet a két szektor közti betegutak vizsgálata és egyértelműsítése a páciensek részére. A magánegészségügyi szolgáltatás keretében történő, közfinanszírozott ellátáshoz való hozzáférés megvásárlásának jelensége indukálhatja azt az igényt, hogy ezen tényállások részletes elemzését követően szükség szerint fokozott hatósági ellenőrzésre kerüljön sor.

## 2. Témakör ismertetése

A témakör általános bemutatásának célja, hogy a tanulmány az elemzéshez kontextussal szolgáljon és elősegítse a közös megértést, valamint, hogy összefoglalja azon ismereteket, amik a készítendő felmérés tervezését megalapozzák. Ismertetésre kerülnek a hálapénzzel kapcsolatos fogalmak, alapvető attitűdök, a hálapénz rendszerének lehetséges negatív és pozitív hatásai, amelyre a releváns szakirodalmi források engednek betekintést.

A magyar egészségügyben az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódóan a páciens részéről az egészségügyi dolgozók részére történő fizetés az elmúlt évtizedekben jóval meghaladta a pusztán hála kifejezésként adott kis összeghatárú ajándékot. Az alábbi fejezetek körüljárják a hálapénz fogalmát, a gyakori attitűdöket, motivációkat és a hálapénz jelenlétének általános hatásait.

## 2.1. A hálapénz fogalma

A magyar egészségügyben a hálapénz fogalma az 1950-es évek óta van jelen.<sup>2</sup> A hálapénz nem egy egyértelmű fogalom. Többen, többféleképpen értelmezik és egyértelműen elválík egymástól a korábbi jogi és köznapí értelmezése is. A reform ebben a tekintetben komoly változást hozott, mivel valójában szükségteenné tette a pontos értelmezést, a hála jeleként megjelenő honorárium és a vesztegetésként megjelenő hálapénz szétválasztását. Az alábbiakban néhány példát mutatunk a hálapénz értelmezésére:

- A magyar orvosi etikai kódex szerint a hálapénz *“az orvosnak önként adott juttatás, amely a beteg ember meggyógyítását, életének megmentését, új életek világra segítségét olyan hála kíséri, amelynek kifejezése kényszer nélküli és szabad elhatározáson alapul”*.<sup>3</sup>
- A korábbi Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (a továbbiakban: ESKI) máig elérhető egészségtudományi fogalomtára szerint *“a paraszolvencia, azaz a hálapénz (amit a nemzetközi gyakorlatban “informal payment”-nek (informális fizetésnek) valamint “under-the-table payment”-nek is hívnak) az egészségügyi szolgáltatások kapcsán a beteg, vagy a hozzá kötődő személy által az egészségügyi ellátó (orvos, nővér, stb.) számára fizetett, a hivatalos pénzforgalmat kikerülő, pénzügyi bizonylatolás nélkül zsebből–zsebbe vándorló pénzforgalom gyűjtő kifejezése”*.

Az ESKI definíciója - bár egyben tárgyalja a hálapénz és paraszolvencia fogalmát - tágabban értelmezi a fogalmat, nem redukálja le azt a hála kifejezésének motivációjára, vagy arra, hogy azt önként fizette-e vagy sem.

- A Kúria a következőképp magyarázta a hálapénz fogalmát: *“Hálapénz az a juttatás, amelyet az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően a beteg vagy hozzátartozója hálája, köszönete jelöl a szolgáltatásban közreműködő egészségügyi dolgozónak nyújt.”*<sup>4</sup>

Ebből következően azok az esetek, amikor a beteg nem az ellátást követően utólag, vagy nem önkéntesen ad juttatást, nem tartozik a borraavaló-jellegű hálapénz fogalmába, hanem vesztegetésként értelmezhető. Ez az a jogi fogalommeghatározás, mely mára elveszítette jelentőségét - mivel az új szabályozás szerint a közfinanszírozott ellátáshoz kapcsolódóan az ellátó személyzet részére bármilyen összegű pénz fizetése tiltott tevékenység.

Maga a hálapénz kifejezés egyoldalúan csak a beteg feltételezett motivációjára utal, holott az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fizetést több esetben az ellátói oldal indukálja. Emiatt a szakma és az egészségügyi dolgozók körében is a paraszolvencia szó az elfogadottabb, mely a betegek párhuzamos fizetőképességére utal.<sup>5</sup> A paraszolvencia tehát a “jobb ellátás reményének vagy illúziójának megvásárlása egy, az ellátás minőségét érdemben befolyásolni tudó ponton.”<sup>6</sup>

Bár a köznyelvben a legelterjedtebb fogalomnak a “hálapénz” megnevezés mondható, az ennek körében hivatkozott tevékenységek, illetve az ehhez kapcsolódó motivációk már túlmutatnak a hála kifejezésén. Sok esetben vélt vagy várt előnyszerzés motivációja áll a fizetség mögött, mely adott esetben *már az ellátást megelőzően átadásra kerülhet, akár az egészségügyi dolgozó utalására, kérésére.*

A témakörben készült korábbi felmérések döntő többsége hálapénzként hivatkozta a jelenséget, amiből az következik, hogy bár a “hivatalos” fogalommagyarázatok a fogalmat szűkebben értelmezik, a köznyelvben mégis ez az elterjedt, ismert kifejezés.

Ez a tanulmány ugyanígy használja általánosan a hálapénz fogalmát, de ezt tágan értelmezi. A borraivaló jellegű juttatáson túl az egészségügyi dolgozók részére az ellátáshoz kapcsolódóan adott vagy ígért bármilyen jogtalan előny is beleértendő, annak motivációjától és mértékétől függetlenül.

## 2.2. A hálapénzzel kapcsolatos gyakori attitűdök

A közfinanszírozott egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fizetésnek számos módja, célja és motivációs tényezője lehet. A teljesség igénye nélkül a tanulmány alább ismerteti a fizetett hálapénz vagy paraszolvencia főbb típusait és az azok mögött rejlő főbb motivációs tényezőket.<sup>2,6,7,8</sup>

Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódóan érdek nélkül, tipikusan az ellátást követően utólag fizetett pénznek két alapvető típusa van. Az egyik a köszönetnyilvánításként adott, a másik a szokásból adott hálapénz. Ez utóbbi egy fennmaradt társadalmi norma mentén fizetett borraivaló jellegű pénz, mely korábbi időszakban részben egészségügyi dolgozók alacsonynak vélt jövedelmének kompenzációját is célozta - kifejezetten a szakdolgozók területén. A fő motiváció ekkor nem a hála kifejezése vagy extra szolgáltatás, illetve figyelem megvásárlása.

Az érdekből fizetett paraszolvenciának számos motivációja és célja ismert. Ez a hálapénz az ellátást megelőzően, vagy az ellátást követően is kifizetésre kerülhet.

- A motiváció alapja lehet a megfelelő szolgáltatás hiányától való félelem, amikor a fizetéssel a páciens biztonságérzetét szeretné erősíteni az ellátó jóindulatának és figyelmének “megvásárlásával”. Ezekben az esetekben a páciensnek nincs konkrét elvárása, nincs várt eredmény, a fizetséget inkább önmaga megnyugtatósára adja.
- Bizonyos esetekben a fizetésen keresztül a páciens a személyességet, illetve a bővebb információ nyújtást szeretné megvásárolni, mert úgy érzi, hogy ez alapvetően nem része az ellátási tevékenységnek. Az előzőhöz hasonlóan a motiváció alapja itt is a megfelelő ellátás hiányától való félelem, de ebben az esetben már jobban definiálható a fizetségért elvárt eredmény.
- Előfordul, hogy a páciens valamilyen vélt vagy valós hátrány elkerülése miatt fizet azért, hogy az ne következzen be, vagy másokkal szemben előnyben részesítsék. Ide tartoznak azok az esetek, amikor a páciens valamilyen privilégiumot szeretne megszerezni vagy kivételezésben szeretne részesülni a fizetségért cserébe (például kényelmesebb, komfortosabb körülmények között történő ellátást).
- A fizetés akár konkrét szolgáltatás szabálytalan módon, feketén történő “megvásárlására”, vagy az intézmény, kezelőorvos és az alkalmazott technológia megválasztására is irányulhat.
- Főként az idősebb, tapasztalt orvosok körében fordul elő a zsarolással kikényszerített paraszolvencia, mikor a közfinanszírozott szolgáltatás nyújtását az ellátó orvos valamilyen indíttatásból akár konkrét összeg megfizetéséhez köti.
- Korrupciónak minősülhetnek azok az esetek, melyek a hivatalosan nyilvántartott várólistákon való előrekerülést vagy olyan tevékenységeket céloznak, melyek az intézményi bevétel csökkenését okozzák (pl. intézményi erőforrások magán jellegű hasznosítása).

A hálapénz vagy paraszolvencia jellegét tekintve nem minden esetben készpénz formájában nyilvánul meg, előfordul kisebb-nagyobb értékű ajándékkal történő fizetés vagy a páciens akár társadalmi-szakmai kapcsolatait is felajánlhatja.

### 2.3. A hálapénz rendszer és annak hatásai

A hálapénz rendszer jelensége és annak negatív hatásai régóta ismertek, az elmúlt évtizedekben a szakirodalom különböző aspektusokból - jogi, gazdasági, orvosi etikai, szociológiai -

körüljárta ennek tényezőit, mozgatórugóit és hatásait. Az alábbi fejezetek a rendszer főbb jellemzőinek és hatásainak összefoglalását mutatják be.<sup>6,2</sup>

### 2.3.1. Hálapénz rendszer jelensége

Az egészségügyben a hálapénz rendszer kialakulása a szocializmus idejére tehető, mikor lakossági oldalról informális korrekciók jelentek meg a korlátozott módon hozzáférhető áruk és szolgáltatások megszerzésére. Bár a hozzáférési korlátok ma is érvényesek, a jelenség azonban nem csupán emiatt maradt fenn, a mögöttes érdekek, motivációk és az azzal elérni kívánt célok köre idővel egyre szélesedett.

Bár a lakosság az egészségügyi járulékon keresztül már előzetesen megfizeti ellátásainak díját, melyeket szükségletei szerint indokolt mértékben vehet igénybe, a hálapénz rendszer miatt ezzel ellentmondásos módon az egészségügyi ellátásban esetenként valamilyen indíttatásból mégis “szolgáltatási díjat” fizet, melynek eredményeként kvázi “vásárlóként”, többlet elvárásokkal van jelen a rendszerben. A kifizetett pénz azonban nem feltétlenül jelent a betegnek jobb minőségű ellátást. A beteg laikusként kiszolgáltatott szereplője az ellátási folyamatnak, részletesebb szakmai szempontok figyelembevétele nélkül tudja csak értékelni a kapott szolgáltatást, például a várakozási idő, konzultációval eltöltött idő, fájdalomszint vagy az ellátó személyzet kedvessége, figyelmessége mentén. Legtöbb esetben végeredményben nincs tisztában azzal, hogy “mit kapott” fizetségéért.

A hálapénz rendszer számos negatív hatással jár, az ellátórendszer különböző pontjain káros rendező elvként jelenik meg, akár gazdaságossági, szakmai, etikai vagy egyéb aspektusból nézve, mely súlyos társadalmi károkat okoz, és gátolja a hatékony, transzparens működést. Mivel a hálapénz régóta szerves része az egészségügyi ellátórendszernek, az ellátói és ellátotti oldal széles köre által erkölcsileg hallgatólagosan elfogadott, vagy legalább nem egyértelműen megvetendő. Bár a tisztánlátást nehezíti, hogy rejtett jelenségekről beszélünk, az elmúlt évtizedek vizsgálatai a hálapénz rendszer számos negatív tényezőjét egyértelműen kirajolták. Az alábbi fejezet ezeket a főbb pontokat foglalja össze a teljesség igénye nélkül.

### 2.3.2. Hálapénzes rendszer negatívumai

A hálapénz rendszer a betegek szempontjából **diszkriminatív**, igazságtalan hozzáférést tesz lehetővé. A hálapénz segítségével a lakosság gazdagabb rétege könnyebben, gyorsabban juthat ellátáshoz az állami rendszerben, ami **sérti a méltányosság elvét**.

A páciensek által az egészségügyben fizetett hálapénz **összege egyenlőtlenül oszlik meg az egészségügyi dolgozók között** hierarchia és ellátási terület szerint is. A hálapénz rendszerrel egy "piramisjáték" alakult ki az egészségügyi rendszerben, ahol az ellátási utakra nagyobb befolyással bíró főorvosok kontrollja alatt zajlik a közfinanszírozott egészségügyi ellátás informális szervezése.

Az intézményekben jellemzően a hierarchiában magasabb szinten lévő orvosoknak van hatása az ellátási folyamat menedzselésére és így befolyásolására is, mint például a műtéti kiírások kezelésére, vagy az intézmény egyéb infrastruktúrájának beosztására. Ebből kifolyólag könnyen "saját malmukra hajthatják a vizet" a fizetőképes betegek saját hatáskörben tartásával és számukra jogtalan előnyök biztosításával. Ez a motiváció hozzájárul az ellátórendszer jelenlegi széttagolt intézményi struktúrájának fenntartásához is.

A legnagyobb összegeket jellemzően a kórházi orvosok kapják, és ennek eloszlása is rendkívül egyenetlen, legnagyobb részét (~80%-át) az orvosok nagyon kis hányada (~10-15%-a) veszi kézhez. A fiatalabb, hierarchiában alacsonyabban lévő orvosok a fennálló helyzetet vélhetően a későbbi magasabb szintre jutás reményében viselik el.<sup>9</sup> Egyes orvosok akár havi 10 milliós nagyságrendben is részesülhetnek az ellátáshoz kapcsolódó illegális jövedelem kiegészítésből, melynek jó részét kiteheti az egyébként szabály szerint ingyenesen járó közfinanszírozott ellátásért történő díjszámítás.<sup>6</sup> Az informálisan rendszerbe juttatott pénz eloszlása tehát rendkívül egyenlőtlenül oszlik el az egészségügyi dolgozók között, van, aki az életkora, az ellátott terület vagy szakterülete miatt nem is kap - ritkán, de előfordul arányos elosztás is egyes csapatok esetében. Ez a fajta egyenlőtlenség a szakmán belül is sok feszültséget szül, ezen túl a fiatalok elhelyezkedésére, szakterület választására is befolyással bír.

A hálapénz rendszer gátolja a tudásátadást az idősebb korosztálytól a fiatalabbak felé - kifejezetten a műtéti szakmákban - , mivel hálapénz reményében a legtöbb műtétet idősebb szakorvosok végzik, valamint érdekükben áll bizonyos módszerek tekintetében megkerülhetetlennek lenni, vagy legalább a néhány legjobb közé tartozni. Ezen túlmenően a páciens megtartása érdekében akár olyan feladatokat is nehezen adnak ki a kezükből, melyek szakdolgozói kompetenciával is elvégezhetőek lennének. Ebből kifolyólag a hálapénz rendszer **gátolja az erőforrások és rendelkezésre álló szaktudás hatékony felhasználását és továbbadását.**

Mivel a páciens által érzékelhetően nagyobb volumenű, hosszabb gyógyulási idővel bíró beavatkozások után az orvosok nagyobb fizetséget remélnek, a hálapénz rendszer

**korlátozhatja a korszerű technológiák és eljárások szélesebb körű elterjedését** is. Ez az attitűd negatív hatással van az ellátás minőségére, akár betegbiztonsági kockázatot is jelenthet.

**Betegbiztonsági és minőségi problémákat** vetnek fel azok az esetek is, mikor az orvos hálapénz reményében **túlkezelést, indokolatlan ellátásokat** kezdeményez - akár a beteg kérésének eleget téve. Ebből adódóan visszatartó erővel bír a páciens megfelelő progresszivitási szinten történő kezelésére - legyen az magasabb vagy alacsonyabb. A jelenség jobb esetben csak többletköltséget, rosszabb esetben többletkockázatot is generál.

A hálapénz rendszer a szakmai elvek mellett a **gazdaságossági elveket is felülírja**. A fizetőképes vagy fizetésre hajlandó páciens réteg ellátórendszerben tartásának jelensége végtelen keresletet képes generálni, ami még inkább kimeríti az ágazat amúgy is szűkös erőforrásait.

Az állami ellátórendszer erőforrásainak még méltatlanabb kihasználása, mikor az orvosok **magán betegeiket az állami infrastruktúrában**, állami asszisztenciával és eszközökkel látják el, majd a fizettséget hálapénzként értelmezik.

Bár a hálapénz sosem volt teljesen elfogadott, az egészségügyi dolgozók jó része számolt vele, mint bérüket kiegészítő jövedelemmel. Az azonban **bizonytalanságot szült**, hogy mikor pontosan mennyit tudnak hazavinni. A nagyobb anyagi biztonságra vágyók körében ezért sokan elhagyták a szakmát vagy külföldön vállaltak munkát.

A teljesség érdekében megemlítendő, hogy az ellátórendszerben **jogtalan előny szerzésére** - például a várólistán történő előbbre jutásra - nem fizetség, hanem **kapcsolatok révén is sor kerülhet**.

A hálapénz rendszer sok tekintetben káros működési mechanizmusokat alakít ki és tart fenn az egészségügyi ellátórendszerben, amelyben a fennálló érdekrendszerek hátráltatják a hatékony és transzparens működést, ez utóbbi pedig a rendszer és a körülötte lévő piaci környezet (önkéntes biztosítás, egészségpénztár) fejlődését.<sup>2</sup>

### 2.3.3. Esetleges pozitív hatások

Nem általánosan, de pozitív hatásként aposztrofálható az egészségügyi dolgozók motivációjának fenntartása, a gyorsabb és a beteg által jobbnak érzékelt ellátás nyújtására. Mondhatjuk, hogy a hálapénz valamilyen teljesítmény alapján változó jövedelemkiegészítést jelenthet, ami a jelenlegi finanszírozási rendszernek nem szerves része.

## 2.4. Nemzetközi kitekintés

Ha nem csak Magyarországot vesszük górcső alá, akkor látható, hogy a hálapénz nem magyar sajátosság. Számos ország egészségügye küzd ugyanezzel a problémával, de ennek mértéke, a jelenséggel való foglalkozásra való hajlandóság és a lehetőségek is eltérőek. Egy kutatás szerint<sup>10</sup> a szegényebb országokban a lakosság több mint 80%-a találkozott már a hálapénz problémájával, de a gazdagabb országok egészségügye is mutat diszfunkcionalitást. A gazdagabb országokban olyan típusú hálapénz adással, mint például a posztkommunista államokban, nem találkozhatunk, de a túlszámlázás és más jogellenes gyakorlatok jelen vannak.

A hálapénz a világ számos egészségügyi rendszerében ismert fogalom. Jelenlétét tartják az egyik fő akadályának az egyetemes egészségügyi ellátás elérésének, különösen az alacsony vagy közepes jövedelmű országokban.<sup>11</sup> A pénz vagy ajándék nyújtásának motivációja a legtöbb esetben a megfelelő ellátás, magasabb minőség, jobb bánásmód reménye. Sokan úgy gondolják, hogy ez egyfajta ösztönző is az egészségügyi dolgozók számára. Szintén jelentős motiváció az állami egészségügyi ellátással szembeni bizalmatlanság jelenléte is: ez alapján a félelem és az aggodalom is kiemelkedő szerepet játszik a hálapénzek kifizetésénél (ilyen pl. Románia, Görögország, Szlovákia).<sup>12,13,14</sup>

Tipikus esetek:

- hosszú várólisták miatti korábbi időpont megszerzése (pl. Lengyelország)<sup>13</sup>
- ismertebb, közkedvelt, magasan kvalifikált szakemberhez kerülés (pl. Bulgária, Szlovákia)<sup>13,14</sup>
- hamis igazolások kiállítása (mindenhol jellemző)<sup>13,14,15,16,17,18,19,20</sup>
- gyógyszerhez vagy egyáltalán egészségügyi ellátáshoz jutás (Azerbajdzsán, Pakisztán)<sup>21</sup>

A hálapénz Európán belül Dániában, Finnországban, Írországon, Luxemburgban, Hollandiában, Spanyolországban és Svédországban a legkevésbé elterjedt, de ha előfordul, akkor szinte mindig készpénzként van jelen. Ezek az országok az alacsony előfordulás miatt sem a hálapénz mértékének pontos felmérésére, sem indokainak kutatására nem fordítanak nagy energiát, valamint intézkedés vagy szankció nem létezik ellene, mivel történelmileg nem alakult ki olyan gyakorlat, mely alapján az üldözése szükséges lenne.<sup>22</sup>

Azokban az országokban, ahol alacsonyabb a hálapénz gyakorisága, magasabb az egészségügyi intézményi bizalmi index, mint azokban az országokban, ahol a hálapénz erőteljesebben jelen

van (pl. Románia, Bulgária vagy Litvánia). Tehát az intézményi bizalom és az intézmények közötti aszimmetria közvetlenül összefügg a közegészségügyi szolgáltatásokért való paraszolvencia nyújtásának hajlandóságával.<sup>17</sup>

A nemzetközi példák is rámutatnak a hálapénz szakterületenkénti differenciáltságára. Számos országban döntően a szülészet-nőgyógyászatra koncentrálódik (pl. Szlovákia, Lengyelország, Bulgária).<sup>14,23,24</sup> A sebészetben belül a komplikáltabb vagy életmentő műtétek esetében magas az előfordulása (pl. Bulgária, Görögország, Szlovákia).<sup>13,14,24</sup> Általánosságban az is elmondható, hogy a fekvőbeteg ellátásban a paraszolvencia mértéke nagyobb, mint a járóbeteg ellátásban.<sup>7,25,26</sup>

Nemzetközi tapasztalatok, környezet feltérképezése részeként a kulturális hasonlóság miatt főleg európai országokat vizsgáltunk, azok közül is azokat, ahol a hálapénz nagyobb mértékben van jelen. Rangsornak a Transparency International Global Corruption Barometer (a továbbiakban: GCB) 2021-es adatait használtuk<sup>D</sup>.

Az GCB tanulmány Magyarországot a 4. helyre sorolja. Magyarországhoz (18%) képest súlyosabbnak értékelték a helyzetet Romániában (22%), Bulgáriában (19%) és Litvániában (19%).

A hazai reformot követő szabályozásban Magyarországhoz leginkább hasonlító ország **Románia**. Romániában 2015 júniusában kriminalizálták a hálapénzt. Ezt a lépést heves viták követték, mind lakossági, mind pedig ellátó oldalról. Több érintett magas beosztású szakembert vettek őrizetbe. A 70%-os béremelés (2018) és egy nagy létszámú utcai tüntetés ellenére a hálapénzre vonatkozó elszámoltathatóság és a felügyeleti mechanizmusok továbbra is meglehetősen gyengék a hálapénz tekintetében, és a felmérések alapján sem észlelhető a kezdeti nagyobb (28%-ról 19%) visszaeséshez képest további javulás.<sup>27</sup>

Antal és Baba a romániai hálapénzadás kapcsán, egy 2017–2018-ban egészségügyi dolgozók körében végzett felmérés eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a válaszadó egészségügyi dolgozók mintegy háromnegyede jelentős – 100%-os vagy annál nagyobb mértékű – béremelés esetén volna hajlandó lemondani a hálapénzről. Ugyanakkor a szerzők

---

<sup>D</sup> A GCB felmérése a 18 évnél idősebb lakosság körében történt. Mintaméreteket tervezése az Eurostat 2016-os NUTS-besorolásán alapult. A válaszokat súlyozták és nemre, korra, foglalkoztatásra és iskolai végzettségre kalibrálták. A feltett kérdések a szükséges szolgáltatás érdekében adott hálapénz, ajándék, szívesség adására vonatkoztak. A rangsor azon alapult, hogy az esetek mekkora százalékában került sor erre. ([https://www.transparency.si/wp-content/uploads/2021/06/gcb\\_eu\\_2021-web.pdf](https://www.transparency.si/wp-content/uploads/2021/06/gcb_eu_2021-web.pdf), 2023.12.14)

rámutattak, hogy a hálapénzadás gyakorlata a kommunizmus idején alakult ki, és ez a gyakorlat immanensen jelen van a mai Romániában is.<sup>7</sup>

**Bulgáriában** a hálapénz elfogadását büntetik. Hasonlóan a korábbi magyar jogértelmezéshez - amíg az ajándék vagy pénz átadása az ellátást követően történik meg, addig a cselekmény nem minősül korrupciónak.<sup>27</sup>

A felmérések adatai alapján a bolgár reformot megelőzően a válaszadók megközelítőleg fele adott ajándékot vagy az ellátást megelőzően pénzt (2005). Ez szám 2021-re 18%-ra csökkent.<sup>16,28</sup>

Érdekes jelenség egyébként a bolgár rendszerben, hogy az ellátásért a helyszínen fizetendő önrész léte miatt a nem megfelelően tájékozott beteg olyan vizsgálatért fizet, amire egyébként akár ingyen jogosult lenne.<sup>29</sup>

**Litvániában** nem kriminalizálták a hálapénzt, viszont számos lépést tettek a visszaszorítása érdekében. A korrupcióellenes program végrehajtása hozzájárult a hálapénz jelenlétének enyhítéséhez:

- nagy figyelmet fordítottak a korrupcióról való tájékoztatásra (az intézményekben kötelező valamilyen módon a páciens tudtára adni, hogy nem áll módjukban elfogadni hálapénzt);
- az ellátó személyzetnek kötelező tréningeken kell részt venniük, (a korrupció a témájával a fókuszban)
- kötelezővé tették az ISO 37001-es vesztegetésről szóló szabványt az intézményeknél (Ez egy olyan nemzetközi szabvány, amely lehetővé teszi különböző szervezetek számára, hogy megakadályozzák, felderítsék és kezeljék a vesztegetést azáltal, hogy elfogadják a vesztegetés elleni nézetet. Ki kell jelölni egy személyt, aki felügyeli a vesztegetés elleni szabályok betartását, a képzést, a kockázatértékelést és a projektek és partnerek átvilágítását, valamint pénzügyi végrehajtását.);
- létrehoztak egy dedikált telefonvonalat és platformot az ilyen ügyek bejelentéséhez és monitorozásához<sup>13</sup>

Magyarországhoz képest a GCB 2021-es adatai alapján jobb a helyzet Horvátország (15%), Görögország (10%), Lengyelország (10%) és Szlovákia (10%) esetében.<sup>30</sup>

**Horvátországban** már az orvospépzésben is figyelnek arra, hogy nagy hangsúlyt fektessenek a korrupció kockázatára. Az első esemény, ami igazán változtatásra kényszerítette az országot,

az egy 2002-ben történt eset volt, amikor 10 orvost buktattak le azzal, hogy a pácienseknek hamis fogyatékossgot diagnosztizáltak, ez félelmet keltett bennük, ennek okán fizettek, azért, hogy jobb ellátást kaphassanak. Az ország 2014-ben kölcsönt vett fel a Világbanktól, egészségügyi reformokhoz, amelyben a prioritást a korrupció és paraszolvencia csökkentése élvezte. A Bank előrehaladási jelentése megállapítja, hogy az ország reformjai kezdenek eredményeket hozni. Egy 2018-as felmérés alapján a válaszadók több, mint 40%-a önként fejezte ki háláját a személyzetnek (ennek túlnyomó többsége 55 év feletti vagy nyugdíjas), 9%-ot kértek meg, hogy előre fizessen és 20% volt az, akinek azt javasolták, hogy inkább a magánpraxisukba utalják, a jobb bánásmód és kezelés érdekében.<sup>13</sup>

**Görögországban** régebben jellemző volt, hogy sokan jártak magánkórházba, de ez mostanra megfizethetlenné vált számukra, így egyre többen választják az állami intézményeket, ezen felül a 2009-es gazdasági válság is nagyban megnövelte a hálapénz mértékét.<sup>24</sup> A hálapénz nem csupán a konkrét ellátáshoz köthető, számottevő mértéke az osztályos ágyakért való harcban összpontosul, amelynek eléréséhez az osztályvezetők, orvosok és még az ápolók is segítik a páciensek hozzáférését. 2008-ban 336 emberből 36% adott már legalább egyszer ajándékot vagy pénzt, 20%-tól kért az orvos, a személyzet 4%-a utasította vissza a felajánlást. A válaszadók negyede úgy gondolja, hogy ez a fizetés olyan, mintha borralalót adnának, a másik negyede pedig úgy gondolja, hogy ez plusz fizetést jelent.<sup>20</sup> Jellemző, hogy az orvosok puhatolózva (nem saját érdekből kell neki vagy bizonytalanságot kelt), nem konkrétan kérik a tiszteletdíjat.<sup>18</sup> Egy másik, 2020-as felmérés viszont alátámasztja, hogy a lakosság nem így vélekedik erről; 91% gondolja azt, hogy ez kizárólag a hatalommal való visszaélés és haszonszerzés céljából történik (ez a szám 2019-ben 81% volt) továbbá az egészségügy a társadalom legkorruptabb szektora és ez az elmúlt 4 évben csak felerősödött.<sup>23</sup>

A súlyos erőforráshiány miatt néhány országban, ahol nem történtek komolyabb beavatkozások ott **civil csoportok** alakultak a helyzet javítása érdekében, például egy webes felület Görögországban, amit egy diáklány készített az esetek összegyűjtésére, így adva publicitást az esetek visszaszorításához.<sup>13,18,31,32</sup>

A korrupció elleni küzdelemben **nem elhanyagolható a média szerepe**. Lengyelországban kifejezetten erősen hatott az egészségügyi dolgozókra bizonyos ügyek napvilágra kerülése, ugyanis elkezdtek félni attól, hogy másokhoz hasonlóan ők is lebukhatnak. Kisebb ügyek a többi országban is voltak, de nem váltak olyan felkapottá, vagy nem hoztak komolyabb változást.<sup>28</sup>

Összességében a reformok meglelte nem minden országban jelent kizárólagos megoldást. Ahogy Bulgáriánál is láthatjuk, vagy az ellátói vagy a beteg oldalának a szabályozása is hozhat számottevő eredményeket. Az egyéb alternatív szigorításokkal, tájékoztatással pedig szintúgy fejlődést lehet elérni, ennek ékes példája Litvánia. Fordulópontot jelenthet akár egy vagy több felkapott korrupciós ügy is (Horvátország, Románia, Lengyelország).

Görögország és Szlovákia egyelőre nem hozott még olyan intézkedéseket, amelyek nagymértékű változást hoznának a paraszolvencia kérdésében. Románia pedig a kivétel, ahol a kriminalizáció és a béremelés ellenére sem történt akkora változás, amekkorát ettől vártunk volna, pedig a vizsgált országok közül csak Lengyelországban és Romániában rendezték jelentősen a béreket a szabályozásokkal párhuzamosan. Mivel Romániában a lakosság túlnyomó részben nem ellenzi a hálapénz jelenlétét, így ők az ellene való küzdelem terén nehezebb helyzetben vannak.

### 3. A magyar hálapénz reform és jogi környezete

A magyar közéletet régóta foglalkoztatja a hálapénz kérdésköre. Az illetékes szervezetek régóta küzdenek azzal, hogy azt valamilyen módon visszaszorítsák, az egészségügyi rendszerre gyakorolt hatását enyhítsék.

Az első, és legfontosabb kérdés annak vizsgálata, hogy pontosan mely intézkedéseket tekintjük a hálapénz kivezetését célzó reformintézkedések részének. Ezen intézkedéseket összességében, valamint hatásaikat lehetőség szerint külön-külön is szükséges lehet megvizsgálni. Az intézkedések célja a hálapénz megszüntetése, és ehhez kapcsolódóan az egészségügyi szolgálati jogviszony keretein belül foglalkoztatott orvosok és rezidensek fizetésének emelése volt: a hálapénz büntethetővé nyilvánításával párhuzamosan az egészségügyi ágazatban béremelést hajtottak végre.

**Az intézkedés az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) elfogadásával valósult meg,** és bár a reform alapjának mindenképpen ez tekinthető, a hálapénz büntethetőségét, illetve az ehhez a rendelkezéshez kapcsolódó egyéb szabályokat más jogszabályok módosításával érte el. Ennek következményeként egyrészt szükségesnek látjuk felsorolni azokat a konkrét változásokat, melyek a reformhoz köthetők, másrészt több jogszabály által meghatározott jogi környezetről kell beszélnünk.

A hálapénzzel kapcsolatos **reformelképzelés a hálapénzhez kötődő magatartások (annak nyújtása és elfogadása) kriminalizálását és a kieső jövedelem pótlását** jelentette. Ezt tekinthetjük a reform szűkebb értelmezésének.

A **hálapénz reform alatt tágabb értelemben azt az intézkedéscsomagot érthetjük**, mely az alábbi elemeket tartalmazza:

- a hálapénz és a hozzá kötődő magatartások kriminalizálása
- elfogadható ajándék mértékének meghatározása
- bérintézkedések
- esetek felderítésére jogosult szervezet jogosítványainak bővítése.

### 3.1. A hálapénz és a hozzá kötődő magatartások kriminalizálása

A hálapénz adása és elfogadása az egészségügyi ágazatban az elmúlt évtizedekben elfogadottá vált. Már a személyi jövedelemadóról szóló törvény 2003-as módosítása<sup>E</sup> is különösen nem adómentes vagyoni értéknek jellemezte, ezzel is legalizálva jelenlétét.

Az 2012-ben hatályba lépett új Munka Törvénykönyve (2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről, a továbbiakban: Mt.) tulajdonképpen a munkáltató előzetes hozzájárulásához kötötte az adóköteles hálapénz elfogadását, azzal, hogy az 52. § (2) bekezdésében így rendelkezett: “A munkavállaló a munkáltató előzetes hozzájárulása nélkül harmadik személytől díjazást a munkaviszonyban végzett tevékenységére tekintettel nem fogadhat el, vagy nem köthet ki.”

A hálapénz büntetőjogi megítélésének története során a legfőbb problémát azonban az jelentette, hogy hogyan lehet elhatárolni a vesztegetés különféle formáitól. Ez azért is jelentett jogértelmezési feladatot, mert a reformot közvetlenül megelőző időszakban az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó vesztegetés (az egészségügyi jellegére utaló bármiféle megkülönböztetés nélkül) már ugyanúgy tiltott volt, mint ahogy a reformot követően. Annyi különbséggel, hogy a hálapénz viszont bizonyos keretek között megengedettnek minősült.

A hálapénz jogi értelmezését a bírói gyakorlat egységesítette egy jogeset alkalmával (EBH 2015. B.27): a Kúria definiálta hálapénzt, és elhatárolta a vesztegetéstől. Ez alapján: “Hálapénz az a juttatás, amelyet az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően a beteg vagy

---

<sup>E</sup> A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 7.2. pontja (Hatályon kívül helyezte a 2020. évi C. törvény (Eszjtv.) 22. §-sa.)

hozzátartozója hálája, köszönete jeléül a szolgáltatásban közreműködő egészségügyi dolgozónak önként nyújt. A hálapénz - amennyiben az nem a kötelességszegés honorálása - nem jogtalan előny, így annak elfogadása vesztegetést nem valósít meg”

A hálapénznek tehát fontos fogalmi eleme volt az önkéntessége (“önkéntes az, amit a beteg kérés nélkül juttat az orvosnak”) és az, hogy időben mindenképpen a szolgáltatás igénybevételét követően kerül rá sor.

Az Eszjtv. hatályba lépésével a Kúria álláspontja egy csapásra túlhaladottá vált: a hálapénzadás és a hálapénz-elfogadás korrupciós bűncselekménynek minősül minden, korábban jogszerűnek elfogadott esetben is. Az új szabályok a vesztegetés tényállásának megvalósulása alól csak szűk körben engednek kivételt: egy meghatározott érték alatti ajándék adását és elfogadását teszi csak lehetővé.

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) módosítása a hálapénz kriminalizálását tartalmazza oly módon, hogy **a vesztegetés és a vesztegetés elfogadása tényállása kiegészítésre kerül az egészségügyről szóló törvény szerinti jogtalan előny adásával és elfogadásával.** A korrupciós bűncselekményekre vonatkozó rész kiegészítésével akár egy évig tartó szabadságvesztéssel is büntethető az, aki hálapénzt ad vagy fogad el. A **vesztegetés** tényállását tartalmazó **Btk. 290. § kiegészítésre került** egy új bekezdéssel: “(6) Aki egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben egészségügyi dolgozónak, egészségügyben dolgozónak vagy ezekre tekintettel másnak az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint jogtalan előnyt ad vagy ígér, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”

A **vesztegetés elfogadásának** tényállását (**Btk. 291. §**) a jogalkotó így egészítette ki: “(6) E § alkalmazásában az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben jogtalan előnynek minősül az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerinti jogtalan előny.”

A **jogtalan előny meghatározására**, vagyis a Btk. szerinti tényállás tartalmi kitöltésére az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) törvényben került sor. A jogszabály új, a Eszjtv. által beiktatott külön fejezetben tárgyalja az egészségügyi tevékenység ellátása során elfogadható juttatásokra vonatkozó elvárt magatartást: “138/A. § (1) Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során a jogszabályban vagy jogszabály alapján meghatározott térítési díjon felül az egészségügyi szolgáltatás nyújtásáért *semmilyen pénzbeli, gazdasági szolgáltatás keretében*

*nyújtott vagy természetbeni ellenszolgáltatást vagy egyéb előnyt nem kérhet, illetve nem fogadhat el.*

(2) Az e törvényben *meghatározott kivétellel* az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során a jogszabályban vagy jogszabály alapján meghatározott térítési díjon felül az egészségügyi *szolgáltatás nyújtása alatt vagy azt követően semmilyen pénzbeli, gazdasági szolgáltatás keretében nyújtott vagy természetbeni ellenszolgáltatást vagy egyéb előnyt nem kérhet, illetve nem fogadhat el.*”

Nagy nóvum, hogy a Btk. kriminalizálja a hálapénzt felajánló beteget is. Innentől kezdve vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő az, aki egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben egészségügyi dolgozónak az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint jogtalan előnyt ad vagy ígér.

Az előzetesen, ellátás közben vagy azt követően nyújtott pénzbeli vagy természetbeni, illetve gazdasági szolgáltatás keretében nyújtott ellenszolgáltatás vagy egyéb előny nem kizárólag az állami, önkormányzati vagy egyházi fenntartású szolgáltatók által foglalkoztatott egészségügyi dolgozóra vagy egészségügyben dolgozóra vonatkoznak. Az ellenszolgáltatás nyújtása, kérése vagy elfogadása akkor is tiltott, ha az magánellátás keretében történik, feltéve ha a páciens az egészségügyi dolgozó állami ellátás keretében is kezeli vagy abban közreműködik: “(3) A nem állami, önkormányzati vagy egyházi fenntartású egészségügyi szolgáltató által foglalkoztatott egészségügyi dolgozóra vagy egészségügyben dolgozóra a (2) bekezdésben meghatározott tilalom akkor vonatkozik, ha az általa ellátott beteget egyúttal az állami ellátás keretében is kezeli, a kezelésének az irányításáért felel vagy a kezelésében közreműködik.”

A törvénymódosítás hatására tehát **a vesztegetés és a vesztegetés elfogadása tényállások kiterjesztése valósult meg a korábban hálapénz körébe tartozó esetekre is.**

### 3.2. Elfogadható ajándék mértékének meghatározása

Az egészségügyi ellátás során vagy azt követően felajánlható, elfogadható mértékű ajándékot szintén az Eszjtv. vezette be az **Eütv. 138/A. §** képében.

“(4) Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a *szolgáltatás nyújtását követően egy alkalommal elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át.*

(5) Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a folyamatos benntartózkodás mellett végzett, *hosszú ideig tartó egészségügyi szolgáltatás nyújtása során kéthavonta egy alkalommal* elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át.

(6) Az ajándék értékének meghatározása során a beszerzési árat vagy saját előállítás esetén a hasonló termék kiskereskedelmi árát kell figyelembe venni.”

Az ajándék elfogadására kizárólag a szolgáltatás nyújtását követően egy alkalommal, vagy hosszú ideig tartó egészségügyi szolgáltatás esetében kéthavonta egy alkalommal van lehetőség, a mindenkori minimálbér összegének 5%-áig, mely 2023-ban 11.600 Ft. Az ajándék csak tárgy lehet, azaz a pénz, gazdasági szolgáltatás vagy más ellenszolgáltatás értéktől függetlenül kizárt és vesztegetésnek minősülhet.

### 3.3. Bérintézkedések

A Kormány a MOK javaslatainak figyelembevételével hajtotta végre az orvosi béremelést. A magyar orvosok munkájának megbecsülésére, és a hálapénz megszüntetésére figyelemmel **többlépcsős béremelés** valósult meg. A már régóta esedékes bérrendezés lehetőséget biztosított a jogalkotó számára arra is, hogy az illetménypótlékok és az illetménykiegészítés egyes típusait kivezesse a rendszerből<sup>33</sup>.

Az intézkedés bevezetésére az Eszjtv-ben került sor, mely mellékletként tartalmazza azt a bértáblát, melyet 2023 végig megvalósuló három lépcsős béremelésnél alkalmazni kell. Úgyszintén az Eszjtv. tartalmazza a kereteket az orvosi béremeléshez, az illetmény számításához és a minősítéshez.

**A béremelés fontos előfeltétele az újonnan bevezetésre kerülő, és részletesen tartalommal feltöltött egészségügyi szolgálati jogviszony vállalása.**

A reformintézkedések közé sorolt béremelés jórészt az új jogviszony törvényben meghatározott új, és emelt tételeket tartalmazó bértáblához kapcsolódik, ez azonban nem érinti az egészségügyben dolgozók teljes körét, illetve más-más bérmegállapítási szabályokat kell alkalmazni az egészségügyi dolgozók két nagy köre: az orvosok és a szakdolgozók esetében.

Az Eszjtv. 2023. január 1-jével bezárólag előre programozottan emelte a béreket, illetve az új jogviszonynak megfelelő terminust használva: az illetményeket. Az illetmény mértéke ez alapján **első sorban szolgálati (gyakorlati) időhöz kötött**.

Ezek a törvény 1. mellékletében előre meghatározott magasabb illetmények **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.. ábra)** nem minden egészségügyi szolgálati jogviszonyban állóra, hanem csak és kizárólag az alábbi munkakörbe foglalkoztatottakra vonatkoznak:

- orvos, szakorvos,
- fogorvos, szakfogorvos,
- gyógyszerész, szakgyógyszerész,
- pszichológus, klinikai szakpszichológus,
- egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők,
- a Kormány rendeletében meghatározott munkakörben foglalkoztatottak

Az utóbbi két pont magyarázataként az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) 2021. február 3. napján kiadott tájékoztatójában<sup>34</sup> részletezte, hogy mely munkakörök tartoznak még ide:

- laboratóriumi vegyész, vegyészmérnök, biológus, mikrobiológus,
- fizikus, kémikus,
- klinikai sugárfizikus, klinikai biokémikus, klinikai mikrobiológus, molekuláris biológiai diagnosztikus,
- gyógypedagógus, logopédus.

### 3.4. Esetek felderítésére jogosult szervezet jogosítványainak bővítése

A vesztegetés körébe sorolt új, hálapénzhez kötődő cselekmények általában ritkán kerülnek napvilágra. Fontos lépés tehát, hogy az ilyen típusú cselekmények megelőzésével és felderítésével állami szinten törődjenek. Ezeket a feladatokat az NVSZ kapta meg.

A reformhoz kapcsolódó bűnmegelőzési, felderítési és védelmi tevékenységet annak összetettsége okán külön, a következő fejezet szemlélteti.

## 4. A reformhoz kapcsolódó bűnmegelőzési, felderítési és védelmi tevékenység

Az egészségügyi területén tapasztalható korrupciós bűncselekmények **felderítése** a korábban a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési feladatait ellátó szervként létrehozott **NVSZ** feladatává vált. Az NVSZ hatásköreinek fokozatos kiterjesztése a 2020-2022. közötti időszakra szóló középtávú Nemzeti Korrupcióellenes Stratégia<sup>35</sup> részét is képezte.

Az NVSZ még 2011. január 1-jén a rendőrség átalakításakor jött létre a Rendvédelmi Szervek Védelmi Szolgálatának (a továbbiakban: RSZVSZ) jogutódjaként, de időközben hatásköre, illetékessége és feladatköre is jelentősen bővült. Jelenleg a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési célú ellenőrzéssel összefüggő feladatait kizárólagos hatáskörrel végzi.

Az NVSZ országos illetékességű, önállóan működő és gazdálkodó költségvetési szerv, melynek vezetőjét a belügyminiszter nevezi ki. Az NVSZ közfeladatot lát el, mely a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvényben (a továbbiakban: Rtv.) meghatározott belső **bűnmegelőzési és bűnfelderítési célú ellenőrzés**. A felderítő tevékenység mellett az NVSZ közreműködik a **korrupcióellenes tevékenységgel összefüggő kormányzati feladatokban**, mely a Korrupciómegelőzési Főosztály feladatát képezi.

### 4.1. Bűnmegelőzés és bűnfelderítés

Az NVSZ a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési feladatokat ellátó szerve kijelöléséről, valamint feladatai ellátásának, a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat részletes szabályainak megállapításáról szóló 293/2010. (XII.22.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Rendelet) 6. § (1) bekezdésében megjelölt bűncselekmények esetén a védett szervek, a védett állomány körében az NVSZ bűnmegelőzési, valamint bűnfelderítési tevékenységet folytathat.

A Kormányzati Személyügyi Döntéstámogató Rendszerről szóló 2020. évi CLXII. törvény 20. §-ában megfogalmazott módosítás alapján 2021. január 1-jei hatállyal módosította a Rtv. megfelelő rendelkezéseit, így a törvénymódosítás hatására az **ún. védett állomány köre bővült az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók személyi állományával**. A védetti kör több lépcsőben változott, növekedett. Az egészségügyi védett állomány száma 2023 novemberében 136.742 fő. Az állomány jelenleg:

- a belügyminiszter által irányított vagy felügyelt állami egészségügyi költségvetési szervek valamennyi foglalkoztatottja és
- az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók (az egészségügyi tevékenység végzésében tanulói jogviszony alapján közreműködő személyek, valamint az egyházi jogi személy fenntartásában vagy tulajdonában álló egészségügyi szolgáltatónál foglalkoztatottak kivételével), valamint a honvédelmi egészségügyi szolgáltató személyi állománya.

A gyakorlatban főként a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (a továbbiakban: NNGYK), az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ), az Országos Vérellátó Szolgálat (a továbbiakban: OVSZ), az OKFŐ) és a fenntartása alatt álló intézmények, valamint az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatók tartoznak a védett körbe.

Az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos feladatokat 2021. január elsejével egy újonnan alakult szervezeti egység, az **Egészségügyi Szolgáltatók Védelmi Főosztály** vette kézbe.

Az NVSZ az általa kezdeményezett nyomozásban, a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) rendelkezései alapján, **felkérésre közreműködhet eljárási cselekmény végrehajtásában, adatszerzésében, valamint rendelkezésére állnak a titkos információgyűjtésnek az Rtv. VII. fejezetében megjelölt eszközei, továbbá a Be. előkészítő eljárás során alkalmazható leplezett eszközei is.**

A hálapénzzel a vesztegetés (Btk. 290. §) és vesztegetés elfogadása (Btk. 291. §) tényállások hozhatók közvetlenül kapcsolatba, de a vizsgálatok jellemzően az utóbbi, a védett állományba tartozó személyek által elkövethető cselekmények felderítésére koncentrálnak.

Az NVSZ nyomozóhatósági jogkörrel nem rendelkezik, nyomozást nem folytat. A bűnfelderítő tevékenységét a nyomozás elrendeléséhez szükséges gyanú megállapításáig vagy kizárásáig végezheti. Ennek megfelelően, ha a feladatai ellátása során:

- bűncselekmény gyanúját észleli, haladéktalanul feljelentést tesz a nyomozás lefolytatására hatáskörrel és illetékességgel rendelkező nyomozó hatóságnál (rendőrség) vagy ügyészségnél, és átadja az általa összegyűjtött adatokat;
- olyan információt szerez meg, amely alapján a Be. alapján meghatározott előkészítő eljárás lefolytatásának lehet helye, a hatáskörébe tartozó bűncselekmény esetén előkészítő eljárást indíthat, illetve a nem a hatáskörébe tartozó bűncselekmény esetén

előkészítő eljárást kezdeményezhet a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező ügyészségnél, nyomozó hatóságnál, illetve a terrorizmust elhárító szervnél, és átadja az általa összegyűjtött adatokat.

Bűnmegelőző tevékenysége körében az NVSZ végzi a védett állomány tagjain az ún. **megbízhatósági vizsgálatot**. A megbízhatósági vizsgálat a korrupció elleni fellépés egyik hatékony eszköze, annak visszaszorítását szolgálja.

A megbízhatósági vizsgálat során a valóságban is előforduló élethelyzetek mesterséges kialakítására kerül sor. Az NVSZ általánosságban azt ellenőrzi, hogy az érintett személy betartja-e a jogszabályban előírt hivatali kötelezettségeit és megfelel-e a jogszerű, befolyásmentes feladatellátás követelményeinek.

A tevékenység célja kizárólag az esetleges bűncselekmények felderítése, így a vizsgálat eredményeként nem lehet fegyelmi vagy szabálysértési eljárást indítani. A megbízhatósági vizsgálat egy **speciális prevenciós eszköz** az NVSZ kelléktárában, mivel a végrehajtást követően az eredményéről az érintettek értesítést kapnak. Emiatt **széles körben válik ismertté az NVSZ felderítő tevékenysége, ami jelentős megelőző hatást vált ki**.

Az NVSZ a felderítési adatokat felhasználva méri fel, hogy mely területek a korrupció szempontjából a legkockázatosabbak. A megbízhatósági vizsgálatok ezekre a területekre **koncentrálódnak**.

A vizsgálatok eddig az egészségügyi szolgáltatások széles körét érintették, mint például krónikus ellátás, pszichiátria, sebészet, nőgyógyászat, diabetológia, fül- orr- gégészet.

Az új élethelyzetek kidolgozása folyamatos, illeszkedik a felderítési tapasztalatok során megismert tendenciákhoz. Például, amikor megnőtt a cukorbetegség számára felírt, testsúlycsökkenést is okozó gyógyszer iránti kereslet, akkor több ilyen vizsgálatot is végeztek.

#### **4.1.1. A megbízhatósági vizsgálat lefolytatása**

Az ilyen fajta megbízhatósági vizsgálat az Európai Unió Tanácsának belgrádi szakdokumentuma alapján a speciális, leplezett nyomozási tevékenységek kategóriái közé sorolható<sup>36</sup>.

A vizsgálat az egészségügyi védett állomány vonatkozásában állami alkalmazottakra terjedhet ki, így elsősorban az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozókat érinti. Ugyanakkor a költségvetési szervek (például: NEAK, NNGYK, OKFŐ, OMSZ, OVSZ) alkalmazottai

esetében is alkalmazható. Ez a vizsgálat nem terjed ki vállalkozókra, magán alkalmazottakra, valamint alapítványi és egyházi alkalmazottakra.

A megbízhatósági vizsgálatot - a szükségesség indokolásával - határozatban az NVSZ vezetője rendeli el. A vizsgálat elrendeléséről az ügyészt tájékoztatni kell. A határozat és a megbízhatósági vizsgálat végrehajtásáról szóló részletes terv alapján az ügyész a megbízhatósági vizsgálat elrendelését két munkanapon belül jóváhagyja, vagy a jóváhagyást megtagadja. A védett állomány érintett tagját a megbízhatósági vizsgálat megindításáról nem kell tájékoztatni.

A megbízhatósági vizsgálat 15 napos időtartama során a végzett tevékenységeket dokumentálni kell. A vizsgálat időtartamát egy alkalommal az NVSZ vezetője további 15 nappal meghosszabbíthatja. Ugyanazon személlyel kapcsolatban naptári évenként legfeljebb 3 alkalommal kerülhet sor ilyen vizsgálat lefolytatására.

Az érintett személyt a megbízhatósági vizsgálat befejezéséről, megszüntetéséről már kell tájékoztatni, melynek tizenöt munkanapon belül kell megtörténnie.

A megbízhatósági vizsgálat során az Rtv.-ben meghatározott módon titkos információgyűjtés folytatható. A titkos információgyűjtés során alkalmazni kívánt eszközt az elrendelő határozatnak és a részletes tervnek tartalmaznia kell.

A megbízhatósági vizsgálat során a Rtv.-ben meghatározott szabályok alapján akkor folytatható titkos információgyűjtés, ha az alkalmazni kívánt bírói engedélyhez nem kötött eszköz a megbízhatósági vizsgálatot elrendelő határozatban és a részletes tervben szerepel, és az elrendelést az ügyészség jóváhagyta. A megbízhatósági vizsgálat során bírói engedélyhez kötött eszköz nem alkalmazható<sup>37</sup>.

Ha a megbízhatósági vizsgálat alapján az NVSZ nem kezdeményez vagy indít büntetőeljárást, akkor a vizsgálattal összefüggésben keletkezett minden adatot – a megbízhatósági vizsgálat elrendeléséről és befejezéséről szóló irat kivételével – a megbízhatósági vizsgálat befejezését követő harminc napon belül törölni kell. A vizsgálat befejezéséről szóló határozatot annak meghozatalát követő 2 év elteltével kell selejtezni.

## 4.2. Egészségügyi dolgozók védelme

Az NVSZ a védelmi funkciója keretében felderíti és megakadályozza a védett szervek és állományának tevékenységét jogellenesen befolyásolni kívánó csoportok működését; védelmet

nyújt a védett állomány tagját érintő fenyegetések, támadások esetén; a védett szervek saját állománya által elkövetett korrupciós, illetve egyéb hivatali bűncselekmények feltárásával biztosítja a védett szervek befolyásmentes működését.

2021 óta az egészségügyi szolgálati jogviszony alá tartozó egészségügyi dolgozók is részesülnek ebben a védelemben, pl. ha az egészségügyi dolgozót zaklatják, őt vagy hozzátartozóit fenyegetik, esetleg fizikai támadás éri<sup>F</sup>.

E tevékenység körében 3 ügygel kapcsolatban volt eddig előkészítő eljárás. Ezek eredményeként 2 ügyhöz kapcsolódóan összesen 3 személy feljelentésére került sor. 30 ügyben folytattak titkos információgyűjtést, melynek eredménye 4 ügyhöz kapcsolódó 22 feljelentett személy volt.

### 4.3. Prevenziós, szemléletformáló tevékenység

Az NVSZ berkein belül 2014 óta létezik a Korrupciómegelőzési Főosztály, melynek célja a társadalmi szemléletformálás a korrupció és hálapénz ellen. A főosztály preventív, szemléletformáló tevékenységet folytat a korrupciós helyzetek kialakulásának megelőzése érdekében.

Az egészségügy védett területét érintően – a korrupciós jellegű bűncselekmények megelőzése céljából – komoly hangsúlyt helyez az NVSZ az integritás erősítésére, amely az alábbi eszközök mentén valósul meg:

- **személyes kapcsolattartás**
- **előadások tartása** (több mint 150 előadás, összesen több mint 10.000 fő részére): a hálapénzt tiltó jogszabályi rendelkezések, a korrupciós kockázatok és a végrehajtott realizálások bemutatása volt orvosok, szakdolgozók, valamint orvostanhallgatók számára. (pl. Semmelweis Egyetem, a győri Széchenyi István Egyetem, Pécsi Tudományegyetem).

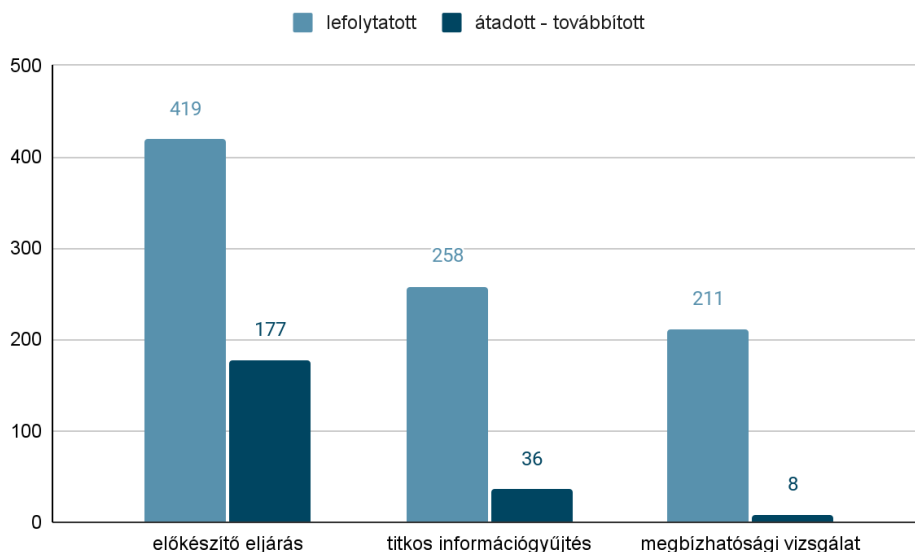
---

<sup>F</sup> (Pl. Védelmi eljárás folyt egy fővárosi kórház főorvosa és asszisztense védelme érdekében, amikor korábbi betegük e-mail üzenetben fenyegette meg őket, mivel elégedetlen volt a kapott kezeléssel. A szükséges intézkedéseket megtették, és folyamatosan monitorozták a fenyegető személy tevékenységét, amíg megállapítást nyert, hogy ténylegesen nem tervez bűncselekményt elkövetni az egészségügyi dolgozókkal szemben.)

- **érdekképviselőkkel való együttműködés:** (Magyar Rezidens Szövetség, Magyar Kórházszövetség, Magyar Orvosi Kamara, Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége, Egészségügyi Tudományos Tanács)
- **korruptiómegelőzési kiadványok terjesztése:** pl. egészségügyi dolgozóknak és betegeknek szóló tájékoztató füzetet „A hála nem pénz!” címmel. A kiadványt külön ütemterv alapján terjesztik az egészségügyi dolgozók és a velük kapcsolatba kerülő állampolgárok részére is. Elektronikusan is elérhető és már néhány orvostudományi egyetem tanulmányi rendszerében is elhelyezésre került. Eddig közel 9.000 db-ot osztottak ki a tájékoztató füzetekből.
- **sajtókampány:** jelentős felderítésünk eredményeként kiadott sajtóközleményeket számos országos és helyi médiatartalom szolgáltató közölte, valamint az NVSZ Facebook oldalán is megjelentek
- **általános szemléletformáló televíziós kampány:** „Vesztegetés kiszorítása az egészségügy területén” elnevezésű projekt keretében 2023. IV. negyedévben. 2 videospot készül, az idősebb, valamint a Z-generáció számára, melynek célja a hálapénz adás társadalmi elfogadottságának visszaszorítása. A filmek 2024. I-II. negyedévben kerülnek sugárzásra.

#### 4.4. Az NVSZ tevékenysége számokban

2021. január 1. és 2023. november 30. között az NVSZ 419 db előkészítő eljárást, 258 db titkos információgyűjtést és 211 db megbízhatósági vizsgálatot folytatott le. (Ezekből 101 előkészítő eljárás és 40 titkos információgyűjtés állampolgári bejelentés alapján; 318 előkészítő eljárás és 218 titkos információgyűjtés pedig hivatalból indult.) A lefolytatott eljárások száma évről évre nő. A 3 éves munka eredményeként a rendőrség vagy ügyészség elé 177 db előkészítő eljárás, 36 db titkos információgyűjtés és 8 db megbízhatósági vizsgálat eredménye jutott el. (1. Ábra)



1. Ábra Az NVSZ vizsgálatai 2021-2023

A reform óta bűncselekmény hiányában 4 ügyez zártak le, vádemelés 22 ügyben történt. Ennek eredményeként egyelőre 3 ügyben született ítélet.

**A 221 átadott ügyből eddig 26 eljárás indult, ebből 22 vádemelés realizálódott, 4 esetben nem találtak bűncselekményt. A bíróság 3 ügyet tárgyalt.**

## 4.5. A hálapénzzel kapcsolatos valós és intő példák

Nemzetközi példák alapján is kimondható, hogy - főleg a nagyobb büntetést is magával hozó - nyilvánosságra kerülő eseteknek mindenképpen repressziós ereje van a társadalomban a hasonló cselekmények elkövetésére. A következőkben néhány ilyen eset rövid bemutatására kerül sor. A példákat az NVSZ szolgáltatta, és legtöbbjük már a sajtóban is megjelent ügy. Ezekben mindenképpen **közös, hogy magas az ügyészek által kért büntetési tétel mértéke.**

### 4.5.1. Hálapénz elfogadása

A hálapénzzel, annak elfogadásával kapcsolatos **esetek bizonyítása alapvetően nehéz, mivel elzárt területen (jellemzően rendelőkben) történnek, és a hálapénz nyújtója és elfogadója is érdekelt a cselekmény eltitkolásában.**

A felderítés és a bizonyítás során a rendelőkben – bírói engedély alapján – rögzített felvételeknek nagy jelentősége van. Számos ügyben kezdeményezett az NVSZ nyomozást hálapénz elfogadása miatt főorvosokkal, orvosokkal szemben.

Jellemző példaként említhető, hogy a [REDACTED] Vármegyei Főügyészség egy [REDACTED] **szakorvossal és asszisztensével** szemben emelt vádat vesztegetés elfogadása gyanúja miatt. Az orvos **4 alkalommal fogadott el hálapénzt (összesen 55.000 Ft-ot) pácienseitől, melyből egy alkalommal az asszisztensnek is juttatott.** Az ügyészség az orvossal szemben 5 év szabadságvesztést, foglalkozástól és közügyektől eltiltást és vagyonelkobzást kért.

2023. nyarán az egyik Vármegyei Rendőr-főkapitányság hajtott végre **tettenérést** az NVSZ közreműködésével, amikor az egyik kórház [REDACTED] **két fő betegétől hálapénzt fogadott el, 50.000 Ft értékben.** Az elfogását követően kutatás került végrehajtásra az orvos szakrendelőjében és irodájában, valamint a lakóhelyén. A **kutatások során** [REDACTED] **került lefoglalásra.** Bizonyítani lehetett, hogy az orvos kb. 2 hét alatt 67 alkalommal fogadott el hálapénzt. Az ügy jelenleg vizsgálati szakban van.

#### 4.5.2. Vesztegetés, vesztegetés elfogadása

Az egészségügyi szolgáltatás előtt, vagy a szolgáltatás nyújtásáért történő pénz kérése és elfogadása egyértelműen vesztegetésnek minősül, az ilyen jellegű cselekmények soha nem voltak legálisak.

Az egyik Vármegyei Főügyészség 2023. augusztus 11-én vádat emelt egy [REDACTED] orvossal szemben, 23 rendbeli vesztegetés elfogadása miatt. A [REDACTED] **5-10-20-50.000 Ft-ot kért az ápoltak kórházi kezeléséért, soron kívüli infúziós kezelésért, vagy az elhunyt boncolásának mellőzéseért.** Az ügyészség **indítványozta**, hogy ha az orvos az előkészítő ülésen lemond a tárgyaláshoz való jogáról, **ítéljék 8 év börtön fokozatban végrehajtandó szabadságvesztésre.**

#### 4.5.3. A magán és állami ellátás szétválasztásának hiánya miatti visszaélés

Az állami és a magánegészségügy elválasztása teljes mértékben nem történt meg, mivel az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyek jelenleg jogszerűen rendelkezhetnek másodállással a magánegészségügyi szektorban is. A törvény szerint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy nem kezelhet az állami ellátásban olyan személyt, akit már a magánellátás keretében ellátott. Az NVSZ felderítési tapasztalatai szerint az orvosok a fenti összeférhetlenségi szabályokat megszegik, azonban ez nem büntetőjogi kategória. Az viszont

igen, hogy az **állami, ingyenes ellátás alapján a magán ellátásban kérnek vagy fogadnak el pénzt. Egyelőre ez a jelenség a szülész-nőgyógyászat területén a legjellemzőbb.**

- Egy [REDACTED] vármegyei kórház szülész-nőgyógyásza a „magánrendelését” a kórházban tartotta. Úgy alakította a privát betegek vizsgálati időpontjait az intézményben, hogy azok a rendelés végére vagy ügyeleti idejére essenek. A vizsgálatok alkalmával átlagosan 10-15.000 Ft összeget kért a betegektől. Összesen 36 esetet sikerült bizonyítani. Az ügyben az ügyészség vádat emelt, első tárgyalás [REDACTED] lesz.
- A [REDACTED] Vármegyei Kórház szülész-nőgyógyásza is hasonlóan járt el, amikor a kórházban térítésmentesen végzett beavatkozásokat követően pácienseit a magánrendelésére hívta kontrollra. A magánrendelésen a kórházi ellátásért pénzt kért és fogadott el. Az ügy jelenleg vizsgálati szakban van. [REDACTED]
- 2023. első negyedében került sor a [REDACTED] Kórházban egy szülész-nőgyógyász orvos elfogására, majd gyanúsítására. A férfi a kórházban végzett szülések után szintén a magánrendelőjében vett át pénzt több betegétől. Az ügyben jelenleg további vesztegetők beazonosítása zajlik, melynek kapcsán újabb gyanúsítások várhatók<sup>37</sup>.

#### 4.5.4. Megbízhatósági vizsgálatok

Az OMSZ munkatársait érintő vizsgálat során az **ellátandó személy őrizetlenül hagyott gépkocsijából az egyik mentőápoló 70.000 forint készpénzt tulajdonított el.** Lopás vétség elkövetése miatt a bíróság **jogerősen 3 év próbára** bocsátotta. Egészségügyi szolgálati jogviszonya megszűnt.

Egy állami kórház szakrendelésén dolgozó pszichiáter főorvos egy magát elítélt személynek kiadó tárgyalótisztnak volt hajlandó segítséget nyújtani az igazságszolgáltatás kijátszásában. Az elítélt személy kérésére **a főorvos arra vállalkozott, hogy a magánrendelésén visszamenőlegesen hoz létre olyan valótlan előzményadatot, amely alapján az elítélt személy el tudja kerülni a végrehajtandó szabadságvesztés büntetést.** A tárgyalótiszt által felajánlott vesztegetési **pénzt azzal fogadta el, hogy azt a tárgyalótiszt a későbbiekben a magánrendelésén adja át.** A pszichiáter szakorvost – harmadfokon – **a Kúria végrehajtásában 4 évre felfüggesztett 2 év szabadságvesztés büntetésre és 600.000 forint**

**pénzbüntetésre ítélte, továbbá 2 évre az orvos foglalkozástól eltiltotta.** Egészségügyi szolgálati jogviszonya megszűnt.

Egy sportorvos a magát versenyzőnek kiadó tárgyalótiszt és a vizsgálaton valójában meg sem jelent, további 7 fő csapattárs részére állított ki **40.000 forintért valótlan tartalmú sportorvosi igazolást.** A feljelentésünk alapján indult büntetőeljárás során a nyomozó hatóság **további korrupciós bűncselekmény elkövetését derítette fel,** így a sportorvossal és az asszisztensével szemben **több száz vesztegetés elfogadása büntett elkövetésének gyanúja miatt emeltek vádat.** Az orvossal szemben az ügyészség **6 év letöltendő szabadságvesztés büntetés kiszabását javasolta.** A bírósági eljárás folyamatban van, az orvos egészségügyi szolgálati jogviszonya megszűnt.

## 5. Hatásvizsgálat és elemzés

A reformintézkedések eredményességét a hálapénz kivezetésével kapcsolatos intézkedések hatásain keresztül méri a tanulmány. A mérés végrehajtásakülönböző aspektusokból történt.

### 5.1. Módszertani leírás

A hatástanulmány készítése során a tanulmány 7 hipotézist állított fel, amelyek vizsgálatát primer és szekunder kutatómódszertani eszközökkel végezték.

Az online kérdőíves adatforrások kiértékelése során a reprezentatív minta eléréséhez az egészségügyi dolgozók esetében a válaszokon korrekciós súlyozást alkalmazták. A gyűjtött adatok feldolgozása során egy és többváltozós elemzéseket, leíró statisztikákat és hipotézisvizsgálatokat végeztek.

Az interjúk során gyűjtött információk feldolgozásakor a válaszok jellemző mintázatait vizsgálták, azonban ezeknek legfőbb hozzáadott értéke, a kérdőíves kutatások eredményeinek részletesebb megvilágítása, a mintázatok megértésének támogatása.

Az hipotézisek és az eredmények validációjára intézményvezetői interjúkat (4 db) és fókuszcsoportos vizsgálatokat tartottak (1 db lakossági fókuszcsoport 8 fő, 1 db orvosi fókuszcsoport 4 fő, 1 db szakdolgozói fókuszcsoport 5 fő).

A reformokat megelőző állapot feltérképezéséhez releváns volt a témában keletkezett mérvadó hazai tanulmányok feldolgozása is. pl. Szinapszis Kft felmérése az orvosok (2010) és a lakosság (2021) körében, Szinapszis Kft és a Magyar Rezidens Szövetség felmérése a lakosság és

orvosok körében (2013, 2017), Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH), Magyar Orvosi Kamara (a továbbiakban: MOK), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (a továbbiakban: MESZK) e témában keletkezett tanulmányai (2014 - 2021), valamint a Századvég 2022 év során készített kutatási jelentése a hálapénz lakossági megítélésével kapcsolatban.

### **5.1.1. A kutatás végrehajtásának lépései**

Primer kvalitatív kutatási eszközök közül anonim fókuszcsoportos vizsgálatokat, illetve személyes, anonim rögzítésű interjúkat végeztek lakossági, szakdolgozó, orvos és intézményvezető résztvevőkkel. Kvantitatív kutatási eszköz az anonim megkérdezéses vizsgálat volt a mintától függően személyes vagy online kérdőívek segítségével.

Szekunder elemzést alapvetően az ellátórendszer teljesítményének/kapacitásának, minőségének vizsgálata során alkalmaztak. Irodalomkutatást, mint eszközt az alapvető fogalmi kör, jogi környezet, nemzetközi gyakorlatok és a reform hatálybalépését megelőző állapot megismerése során alkalmaztak.

- Irodalomkutatás segítségével feltárták a reform előtti hálapénz fogalmi rendszer és a jelenséggel kapcsolatos helyzetképet és a jogszabályi környezet változásait.
- Ugyancsak irodalomkutatás segítségével azonosították a hálapénzzel kapcsolatos jó gyakorlatokat.
- Lakossági fókuszcsoportos beszélgetést folytattak a lakosság hálapénzzel kapcsolatos tapasztalatainak, percepcióinak és attitűdjének fogalmi meghatározásához.
- Ezt követően történt meg a lakosság közvélemény kutatás kérdés listájának összeállítása, majd zajlott le maga a személyes közvélemény kutatás 1000 fős, a magyar lakosságra reprezentatív mintán.
- Az orvosi és szakdolgozói kérdések összeállítása szakértői interjúk segítségével történt meg, majd indult el az online terjesztésű kérdőív az egészségügyi szakdolgozók és az orvosok és fogorvosok körében. A kérdőívek terjesztésével a MOK és a MESZK segítette a kutatást. Az online felmérés 2023. novemberében zajlott.
- Mind a lakossági, mind az egészségügyi dolgozók körében végzett felmérések kiértékelését adattisztítás és statisztikai kiértékelési folyamat követte.

- Az egészségügyi dolgozók válaszainak kiértékelését fókuszcsoportos vizsgálatok keretében is pontosították (orvos és szakdolgozói fókuszcsoportok).
- Az ellátórendszer működésének változását szekunder adatelemzési eszközök segítségével végezték. A kért adatokat a Belügyminisztérium közreműködésével a NEAK, NNGYK, OKFŐ és az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ (a továbbiakban: ESZFK) bocsátotta rendelkezésre.
- Az ellátórendszer működésének változásait intézményvezetői interjúkon keresztül értelmezték vidéki és fővárosi egészségügyi szolgáltatók vezetőinek segítségével.

### 5.1.2. Kérdőíves felmérések alapadatai

Lakossági minta (n=1000) során alkalmazott megoszlási értékek (%) a teljes lakosság körében: A lakossági felmérés személyes formában, 2023 október-novemberben zajlott, amelynek lebonyolítását a ZRI ZÁVECH RESEARCH Piac- és Társadalomkutató Intézet végezte.

A megkérdezett lakosság életkor, nemi hovatartozás, iskolázottság és településtípus szerint az ország felnőtt népességét reprezentálják. A válaszadó lakosság nyolc tizede fordult meg – valamilyen gyakorisággal – az elmúlt három év során állami egészségügyi intézményben, míg a válaszadók hat tizede közvetlen ismerősét kíserte – egy vagy több alkalommal – orvoshoz ezen időszak alatt. **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.)**

A megkérdezett szakdolgozók és orvosok válaszai a kor szerinti megoszlás szerint súlyozottan reprezentálják az működési nyilvántartás szerinti orvos populációt (23. Táblázat Orvosok korcsoport szerinti összetétele a működési nyilvántartásban

) és a MESZK 130.140 fős tagságát (24. Táblázat Szakdolgozók korcsoport szerinti összetétele MESZK tagság szerint

).

Orvos minta (n=1257) során alkalmazott megoszlási értékek a működési nyilvántartás szerinti megoszlási értékeket mutatják: Az online felmérés 2023. novemberében zajlott, a kérdőívek terjesztésében a Magyar Orvosi Kamara működött közre.

Szakdolgozó minta (n=3523) során alkalmazott megoszlási értékek a MESZK 130.140 fős tagságát jellemzik: Az online felmérés 2023. novemberében zajlott, a kérdőívek terjesztésében a MESZK működött közre.

### 5.1.3. Adatelemzések módszertana

Ellátórendszer teljesítményének és kapacitásainak elemzésébe bevont adatkörök:

1. Az egészségügyi ellátórendszer teljesítménye havi bontásban. Fekvőbeteg ellátás esetén intézmény, szakma, Homogén betegcsoportok (a továbbiakban: HBCS) és a felvétel típusa dimenziók mentén kaptunk elszámlolt súlyszám és osztályos esetszám adatokat, járóbeteg ellátásból pedig intézmény és szakma dimenziók mentén esetszám és pontszám adatokat kaptunk 1-es és 4-es térítési kategóriában.
2. Országos várólista adatok. Az egyes várólistákra havonta felvett és azokról ellátott esetek száma állt az elemzés rendelkezésére, intézményi bontásban.
3. Fekvő és járóbeteg ellátás kapacitás adatai 2019-ben és 2023-ban: ágyszám és óraszám adatok.
4. Fekvő és járóbeteg Teljesítményvolumen korlát (a továbbiakban: TVK) a 2019-es és a 2023-as finanszírozási évben.
5. Szakorvosi létszám (alkalmazott + személyes közreműködők) FTE (Full-time equivalent) korrekcióval, 2019-re éves átlagos statisztikai létszám, 2023-ban az első félév alapján számított statisztikai létszám, intézményi és szakmák szerint bontásban.
6. Magánszolgáltatók engedélyezett kapacitásai (ágyszám, heti rendelési óraszám), 2019-től, féléves felbontású idősor, szervezeti egység kódokra és szakmákra lebontva.
7. Magánszolgáltatók forgalmi adatai az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) feltöltés alapján. Esetszám fekvő és járóbeteg ellátásban, egyedi orvosszám havi bontásban, felírt receptek száma, szervezeti egység kódonként és havi bontásban.
8. Várólista adatok elemzése során: vizsgált időszak: minden év első 8 hónapja, így volt biztosítható az évek összehasonlíthatósága, ugyanis 2023-ban augusztusig álltak rendelkezésre az adatok.
9. Magánszolgáltatók kapacitás adatai: 2019 és 2023 közötti, nem közfinanszírozott működési engedélyekhez kapcsolódó kapacitás adatok.

Az adatokat az alábbi forrásokból származtak:

- 1-4, 8: NEAK
- 5: OKFŐ

- 7: ESZFK
- 6, 9: NNGYK

A szükséges adatokat a megfelelő adattranszformációk után (unpivot, összefűzések, jogutódlás kezelése stb.) a táblakapcsolatok kialakításával egy adatmodellbe töltötték be, mely az elemzés alapjaként szolgált.

#### 5.1.4. Hipotézisek és mérési módszerek kapcsolata

Kutatási kérdés	Kapcsolódó hipotézis	Mérési módszerek
1. Milyen mértékben és hogyan változott a reform után a <b>hálapénz összege</b> (szakterületenként)	1. hipotézis: A reform hatására a hálapénz összege csökkent lakossági szinten az állami egészségügyi rendszerben.	Lakossági kérdőíves kutatás (+fókuszcsoporthoz) Online kérdőíves felmérés az orvosok és egészségügyi szakdolgozók körében (+fókuszcsoporthoz)
2. Milyen mértékben és hogyan változott a reform után az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló <b>személyzet hálapénzzel kapcsolatos magatartása</b> (szakterületenként)?	2. hipotézis: Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók a reformot követő időszakban ritkábban kérnek vagy fogadnak el pénzt, mint korábban.	Lakossági kérdőíves felmérés(+fókuszcsoporthoz) Online kérdőíves felmérés az orvosok és szakdolgozók körében (+fókuszcsoporthoz) Szakértői interjúk
3. A reform sikeresen megszüntette-e a <b>hálapénz gyakorlatát</b> Magyarországon?	3. hipotézis: A reform megszüntette a hálapénz gyakorlatát Magyarországon.	Lakossági kérdőíves kutatás (+fókuszcsoporthoz) Online kérdőíves felmérés az orvosok és szakdolgozók körében (+fókuszcsoporthoz) Szakértői interjúk Rendelkezésre álló adatok elemzése (NVSZ által feltárt ügyek összegzése)
4. Hogyan alakultak a tényleges <b>orvosi fizetések a reform előtti és utáni időszakokban</b> (szakterületenként)?	4. hipotézis: A tényleges orvosi fizetések a reform hatására jelentősen megemelkedtek.	Online kérdőíves felmérés az orvosok körében Rendelkezésre álló adatok elemzése (bértáblák, ösztöndíjak, stb.)
5. A reform milyen mértékben járult hozzá az <b>orvossalma vonzerejének növeléséhez</b> és az orvosok Magyarországon tartásához?	5. hipotézis: A hálapénz kivezetése és az orvosi bérek növelése hozzájárult az orvossalma vonzerejének növeléséhez.	Online kérdőíves felmérés az orvosok körében (+fókuszcsoporthoz) Rendelkezésre álló adatok elemzése (orvos egyetemre jelentkezők, FTE-ben kifejezett szakorvosi létszámadatok, stb.) Szakértői interjúk
6. Milyen hatással volt a reform az <b>állami egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre</b> ?	6. hipotézis: A reform hatására az állami egészségügyi ellátó rendszer minősége javult.	Lakossági kérdőíves felmérés (+fókuszcsoporthoz) Rendelkezésre álló adatok elemzése (teljesítmény és erőforrások) Szakértői interjúk

Kutatási kérdés	Kapcsolódó hipotézis	Mérési módszerek
7. Hogyan és milyen irányba változott a <b>magánegészségügy jelentősége</b> a reform bevezetése után?	7. hipotézis: A reform hatására többen fordulnak a magán egészségügyi ellátás irányába.	Lakossági kérdőíves kutatás (+fókuszcsoporthoz) Rendelkezésre álló adatok elemzése (esetszámok és magán ellátásban dolgozó orvosok száma)

1. Táblázat Hipotézisek és mérési módszerek kapcsolata

### 5.1.5. Limitációk

- Kriminalizációs hatás: a hálapénz kriminalizálása miatt a lakossági és egészségügyi dolgozó kérdőíves felmérések során alacsonyabb válaszadási hajlandóság a hálapénzzel kapcsolatos saját tevékenységüket illetően, a válaszadások szakterületenkénti bontása pedig az alacsonyabb mintaszámok miatt korlátozottan elemezhető, ezért pl. a szakmacsoportok számának absztrakciójával éltek a lakossági közvélemény-kutatás során.
- Látencia jelensége: előfordulhat, hogy a válaszadók a következményektől tartva nem minden esetben a valóságnak megfelelő válaszokat adták.
- Percepció problémája: a kérdőíves felmérés során a kérdésekre adott válaszok nem a valóságot mutatják (Itt nem csak a látencia befolyásol, hanem maga az érzékelés is megbízhatatlan, és azt követően a retrospektív válaszok is. Emellett az attitűd kérdések szükségszerűen szubjektívek, pl.: annak megítélése, hogy mi sok, mi kevés.)
- Komplex okozati rendszer korlátai: az ellátórendszerre gyakorolt hálapénz reform hatás vizsgálati lehetősége korlátozott, mert az ellátórendszert a vizsgált időszakban több olyan hatás is érte, amely jelenségek hatása nem szétválasztható. Ezen hatások alatt értjük:
  - COVID-19 hatás, az ellátórendszer teljesítménye a pandémia miatt csökkent, amely nem csak magyar, hanem globális jelenség;
  - finanszírozással kapcsolatos változások, amely az intézményi teljesítményre gyakorol hatást;
  - bázis finanszírozás az egészségügyi szolgáltatók esetében 2023 tavaszáig, amely szintén befolyásolhatja az ellátás volumenét;
  - folyamatos kapacitás problémák orvosi és szakdolgozói területen, amely az ellátórendszer teljesítményét közvetlenül befolyásolja.

## 5.2. Kutatási eredmények összefoglalása

A reform hatásait a műszaki leírásban megfogalmazott kérdések alapján kialakított hipotézisek mentén elemezték (1. Táblázat). A tanulmány akövetkezőkben az elfogadott hét hipotézishez kapcsolódó, az előző fejezetben tárgyalt mérési módszerekkel előállított információk célirányos elemzés eredményeit ismerteti.

Az orvosok és szakdolgozók között végzett kérdőíves felmérés kérdései a Szakmai kérdőív kérdések című fejezetben találhatók. A tanulmányban a kérdésekeaz ottani számozás alapján kerülnek hivatkozásra.

### 5.2.1. Hipotézis: A reform megszüntette a hálapénz gyakorlatát

#### Magyarországon

A lakosság a konkrét, erre vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján teljes mértékben megosztott annak megítélésében, hogy a hálapénz jelenleg is szerves része-e az ellátórendszernek, vagy sem (2. Ábra).

A hálapénz jelenleg is szerves része az egészségügyi ellátó rendszernek.



2. Ábra Lakosság véleményének megoszlása a hálapénz megszűnéséről

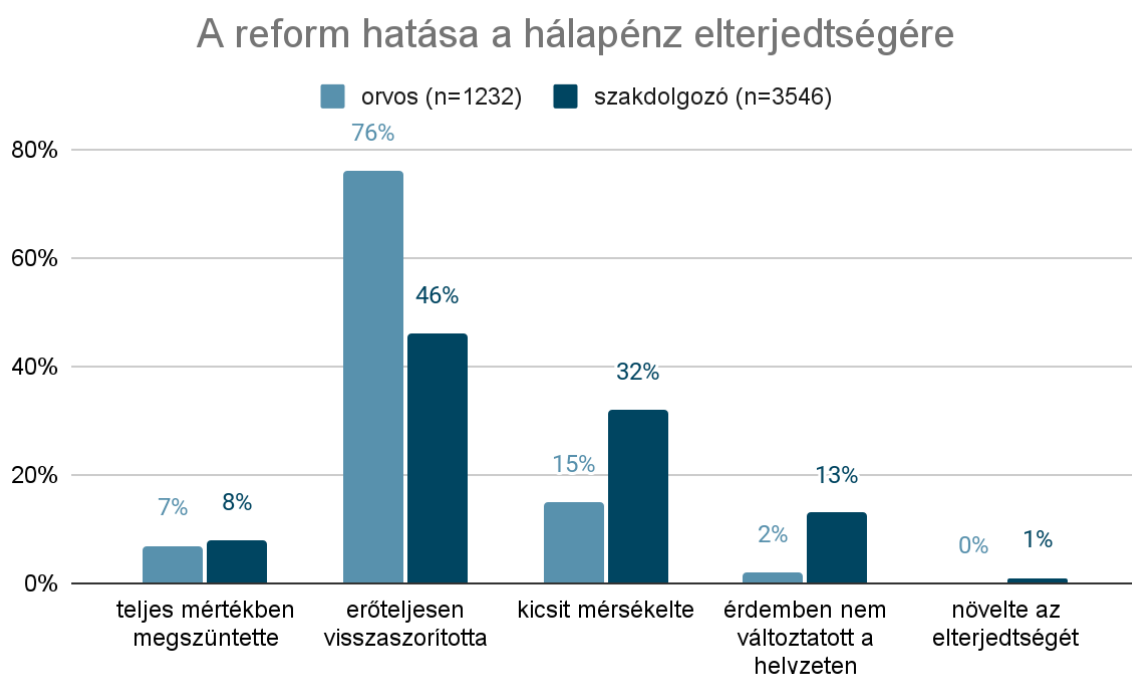
A megkérdezettek bő fele teljes mértékben (14%) vagy inkább (39%) egyetért azzal, hogy a hálapénz az ellátórendszernek jelenleg is szerves része. A lakosság 30%-a inkább nem, további 17%-a egyáltalán nem osztja ezt az álláspontot. Ezzel szemben az egyértelműbb megállapítást nyert, hogy a lakosság meglátása alapján maga a gyakorlat ugyan nem tűnt el teljesen, de a felnőtt népesség bő fele (52%) úgy gondolja, hogy 2021 óta a hálapénz jelenléte az állami egészségügyben visszaszorult. Egyharmadnyian úgy vélik, hogy nem változtak a hálapénzzel kapcsolatos szokások a szabályozás hatására, míg minden hetedik megkérdezett nem tudott érdemi választ adni a kérdésre. A visszaszorulás elsődleges mozgatórugója a lakosság szerint a szankciók elkerülésének szándéka (67%), de a sokak által választott okok között szerepel az is, hogy a lakosság már nem rendelkezik megfelelő anyagi erőforrással (36%). Harmadik kiemelendő indoknak tartják, hogy az emberek már nem érzik

**elvárás** (35%) - ami a reform hatásának vizsgálata szempontjából mindenképpen lényeges mozzanatként értékelendő.

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések alapján a lakosság oldaláról érzékelhető a hálapénz visszaszorulása, de alternatív megoldások is felmerültek:

*“Ma már ezt büntetik. Előtte viszont nekem elmondták, hogy mennyit kell fizetni, mindig az asszisztens. Ma már szóba sem jön és szerintem ebből a szempontból sokat tisztult a rendszer.”*  
*“Teljesen bevett, díszdoboz kicsit kivágva.”*  
*“...jó kapcsolatokra van szükség.”*

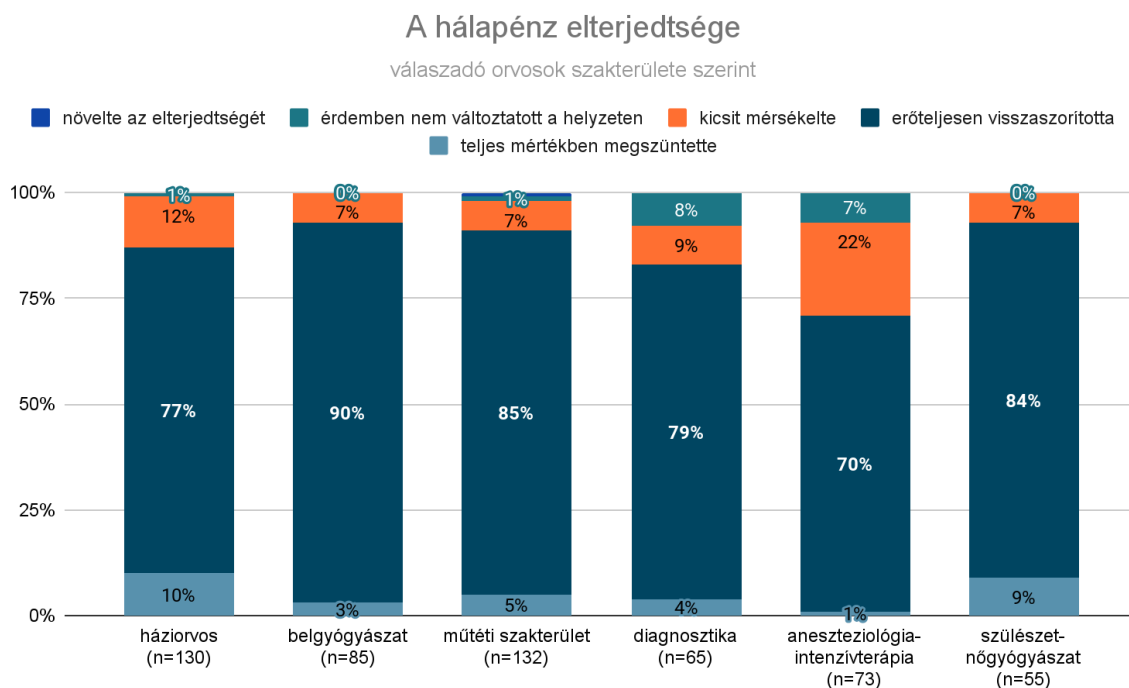
Az egészségügyi **szakma meglátása** egybeesik a lakossággal abban, hogy **a változás egyértelműen pozitív irányba mutat** (3. Ábra). A kérdésre (OK38, SZK36) válaszoló orvosok 98%-a szerint a változás pozitív, ugyanez a szakdolgozók esetében 86%.



3. Ábra A reform hatása a hálapénz elterjedtségére

Fontos megjegyezni, hogy az orvosok és szakdolgozók ennek mértékét máshogy látják. **Az orvosok inkább érzékelik úgy, hogy a hálapénz visszaszorítása nagymértékű**, ezzel szemben a szakdolgozók hasonló érzése alulmarad. A **szakdolgozók esetében** - bár ők is határozottan a visszaszorulását jelezték - az orvosokkal összehasonlítva kétszer akkora arányt képvisel az alacsonyabb mérséklődés jelzése, és határozottabban megjelenik az a vélemény (13%), hogy a reform érdemben nem változtatott a helyzeten (3. Ábra).

Érdekes megvizsgálni azt is, hogy a válaszadók szakterületi bontása szerint hogyan változik a gyakoriság (4. Ábra).



4. Ábra A hálapénz elterjedése- válaszadó orvosok szakterülete szerint

**Az orvosok által adott válaszokat a válaszadók szakterülete szerint elemezve az látható, hogy a műtéti szakterület, belgyógyászat és a szülészeti-nőgyógyászat területe vezet az erőteljes visszaszorulás mértékében, míg a visszaszorulás mértéke aneszteziológia-intenzív terápia területén alacsonyabb. Fontos megjegyezni, hogy a visszaszorulás mértékét az is befolyásolja, hogy a korábbi időszakban az adott szakterületen mennyire volt jellemző hálapénz fizetése.**

Az orvosoknak tartott fókuszcsoportos beszélgetésben, illetve a kérdőívben adott szabadszöveges visszajelzéseikben is utaltak hálapénz különböző szakmák szerinti egyenlőtlen eloszlására, valamint arra is, hogy az előfordulás visszaszorulásának gyakorisága sem ugyanolyan mértékű a szakmák között. Megosztásra kerültek a hálapénz átadására vonatkozó alternatív megoldások is. Ezen túl felmerültek olyan szempontok, amik a hálapénz gyakorlatának megszűnését cáfolják, illetve annak egyes oki tényezőire utalnak.

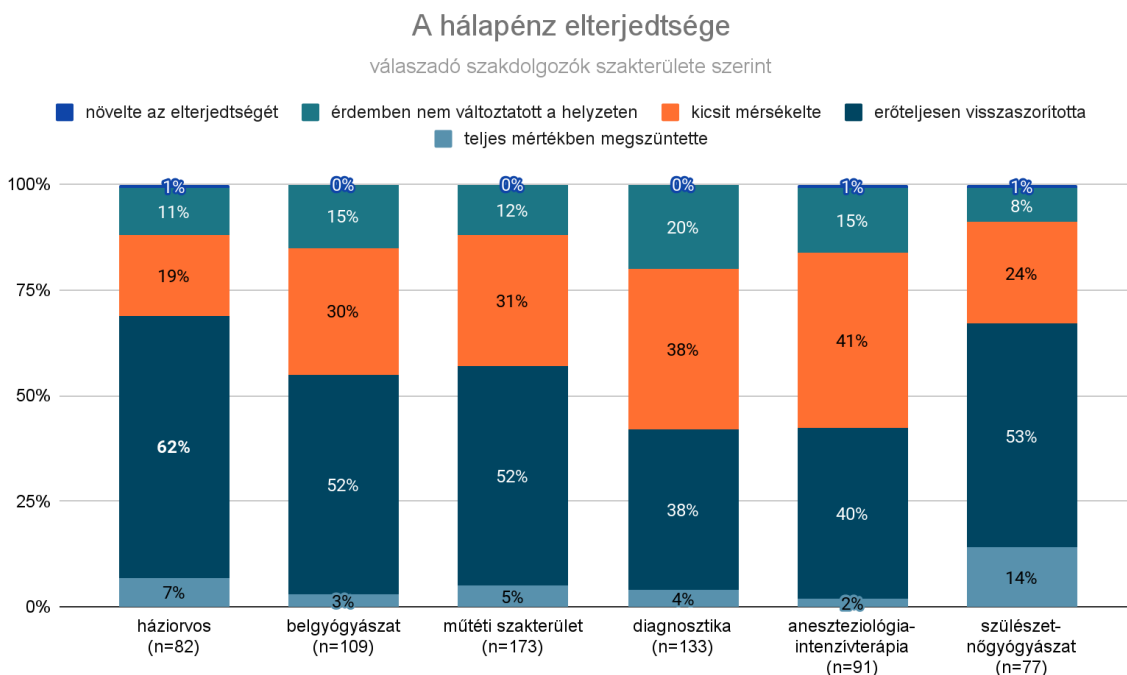
A szakterületi bontást néhány szöveges megjegyzés is illusztrálja a szakmai kérdőívekből:

*“A paraszolvencia egyenletlenül oszlik meg, ezt ne felejtjük el.”*

*“Voltak olyan szakmák, amik nem „parások” (nem jellemző a paraszolvencia nyújtása), aneszteziológus, radiológus stb. Ez hatalmas olló volt. például egy nőgyógyász és egy radiológus között.”*

*“Nagyon szakmaspecifikus a kérdés. Diagnosztikai (saját) területen soha nem volt igazán jellemző a hálapénz, radiológián a betegek max. 5%-a hoz kis értékű ajándékot (csokit), labor diagnosztikánál még kevesebb. Manuális szakmák inkább érintettek, de arra pontosabb rálátásom nincs.”*

*“Azt látom több kórházban, hogy pl. a szülészeten megszűnt a választott orvos rendszere, de pl. a krónikus ellátásban továbbra is jelen van a hálapénz.”*



5. Ábra A hálapénz elterjedése- válaszadó szakdolgozók szakterülete szerint

A szakdolgozók esetében a szakterületi bontás szerint a mérték hasonló az orvos válaszadók körében mérthez, annyi különbséggel, hogy a diagnosztika és az aneszteziológia-intenzív terápia területén dolgozók szerint a reform kisebb érzékelhető változást hozott a hálapénz visszaszorítására (5. Ábra). Nagyobb változás azon területeken fordulhatott elő, ahol “a hálapénzzel való fertőzöttség” a reform előtt magasabb volt.

Azok a szakdolgozók, akik mérsékelt választ adtak (a reform a hálapénz jelenlétét kicsit mérsékelte vagy érdemben nem változtatott a helyzeten) jellemzően 40 és 60 év közöttiek; az ország keleti részében vagy Budapesten dolgoznak; ápoló/szakápoló, egészségügyi szakasszisztens beosztásban vannak; diagnosztika, sürgősségi ellátás, műtéti szakterületen, esetleg aneszteziológián vagy belgyógyászaton dolgoznak.

Általánosságban a válaszadók saját munkahelyüket - más egészségügyi intézményekkel összehasonlítva - **kevésbé tartják érintettnek a hálapénzzel való érintettség szempontjából**. Munkahelyüket érintettebbnek tartják a Budapesten, Pest vármegyében vagy Észak-Alföldön műtéti szakterületen, szülészeti-nőgyógyászatban, aneszteziológián és intenzív terápián vagy sürgősségi ellátásban dolgozók.

A szakdolgozók a kérdőívben adott szabadszöveges válaszaikban is megfogalmazták a hálapénz szakdolgozók körében történő visszaszorulását, valamint azt is, hogy az orvosok körében még mindig a gyakorlat része:

*“Az orvosok titokban elfogadják, nekünk már lassan egy csokit sem adnak”*

*“Saját tapasztalatom, hogy műtétes osztályon ugyanúgy elveszik a pénz”*

A szakdolgozóknak tartott fókuszcsoportos beszélgetés során többen megfogalmazták a hálapénz kivezetését célzó reformmal való egyetértésüket, valamint felmerült az alapítványi számlára történő fizetési lehetőség is, mint legális mód:

*“Szerintem jó irányba ment, a kriminalizáció egy muszáj dolog volt kicsit.”*

*“Jó, hogy megszüntették, a magyaroknak jót tett a kriminalizálás, így is megtalálják a kiskaput. Itt a keresleti oldalt úgysem lehet megszüntetni, a kínálati oldalt lehet. Itt van elrontva egy kicsit, hogy nem lehet legálisan adni. Minden kórháznak lett rögtön alapítványa...”*

A hálapénz nem szűnt meg az egészségügyben, de visszaszorulása egyértelműen kimutatható. A korábban erősebben érintett szakmák esetében a visszaesés erőteljesebb. Érdekes tény, hogy a szakdolgozók jellemzően kevésbé érzékelik a pozitív változást.

### 5.2.2. Hipotézis: Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók a reformot követő időszakban ritkábban kérnek vagy fogadnak el pénzt, mint korábban

A hipotézis vizsgálatához először meg kell ismerni a lakosság jogtudatának helyzetét, mivel ez a viselkedést nagyban befolyásolja.

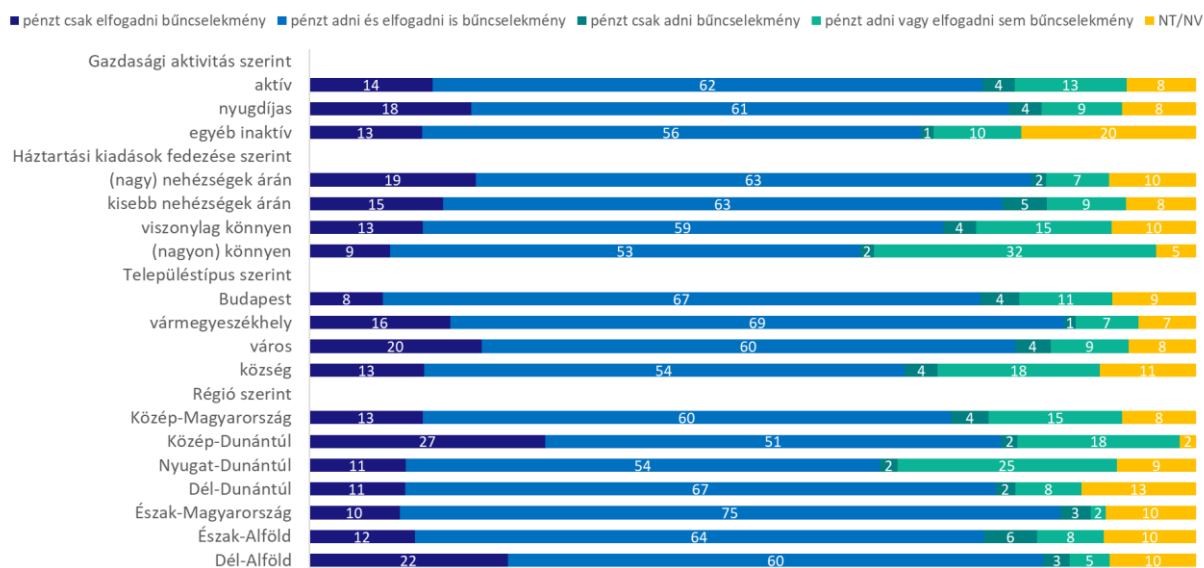
A reformot megelőzően (2018) készült kutatás rámutat, hogy az állampolgárok számára korábban is gondot jelentett annak megállapítása, hogy pontosan mely esetekben számít korrupciós bűncselekménynek a paraszolvencia, és mikor elfogadható, mint a hála kifejezése. 2018-ban a lakosság kétharmada gondolta úgy, hogy a hálapénz előzetes elfogadása nem bűncselekmény, annak ellenére, hogy a törvény már büntette az előny előzetes elfogadását. A lakosságnak csupán egynegyede volt teljesen tisztában a hálapénz büntetőjogi szabályozásával<sup>G</sup>.

A hálapénz reform ezt a bizonytalanságot leegyszerűsítette azzal, hogy nem tesz különbséget, és egyaránt büntet minden formát. A felmérés eredményei alapján az látszik, hogy hatályos szabályozás lényegével a lakosság többsége tisztában van, ám az nem állítható, hogy teljeskörű

<sup>G</sup> Az állampolgárok nagyon nehezen követték a jogszabályi változásokat, nem volt világos, hogy milyen esetekben tekinti a paraszolvenciát korrupciós bűncselekménynek a büntetőjog, és mikor kifejezetten a hála jelképének. Sajó András 1976–77-ben többek között a hálapénz büntetőjogi szabályozásával kapcsolatos ismeretre vonatkozó kutatást végzett, mely témakörben Hollán Miklós és Venczel Timea 2018-ban folytatott vizsgálatot. 1977-ben a megkérdezettek kétharmada volt tisztában az akkor hatályos szabályozással, mely szerint a hálapénz előzetes elfogadása nem bűncselekmény, míg 2018-ban ugyanennyien voltak, akik így gondolkodtak, annak ellenére, hogy a törvény már büntette az előny előzetes elfogadását. 2018-ban a lakosság csupán egynegyede volt teljesen tisztában a hálapénz büntetőjogi szabályozásával. Forrás: Hollán Miklós-Venczel Timea: A hálapénz büntetendősége a jogtudatban (Készült az NKFIH K 125378 számú „Büntetőjogunk szabályozási újdonságai – a jogtudatban” című 2017-2020 közötti projekt keretében az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetében.) <http://real.mtak.hu/102807/3/h%C3%A1lap%C3%A9nz%20lead%207.pdf>, 2023.12.14

ismeretekkel rendelkeznek a témában. **A megkérdezettek 61%-a van tisztában azzal, hogy hálapénzt adni és elfogadni is egyaránt büntetendő.**

Lakóhely szerint vizsgálva a válaszokat (6. Ábra) az látható, hogy **a nagyobb városokban (a fővárosban és a vármegyeszékhelyeken) az átlagosnál többen ismerik helyesen a szabályozást (67-69%), a kisebb városok felé haladva azonban ez az arány csökken (60%), a községekben pedig már csak kevéssel haladja meg a válaszadók felét (54%).**

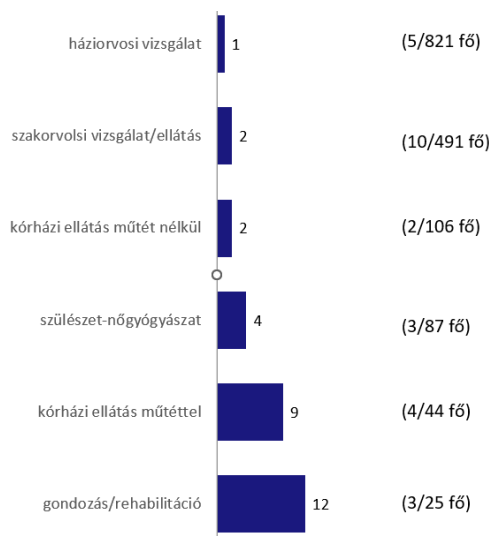


6. Ábra A válaszadók ismerete a reformról, területi bontásban

A kapott eredmények **emellett** arra is utalnak, hogy **minél jobb anyagi körülmények között él valaki, annál kevésbé járatos ebben a kérdésben:** míg a jövedelmükből nehezen megélők 17%-a, addig a könnyen megélők 37%-a egyáltalán nincs tisztába a kérdés jelenlegi szabályozásával. Érdemes árnyalni a képet azzal, a válaszadók **47%-a tudja úgy, hogy adható ajándék**, ezen belül azonban mindössze **15% az, aki helyesen tudja az ajándékozás mértékének törvény által megengedett határát.**

Ahálapénz gyakorlata nem tűnt el teljesen a rendszerből. Bár nagyon kis arányban, de a lakosság körében is voltak, akik úgy nyilatkoztak, hogy egyes orvosi ellátás esetén pénzt ajánlottak az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak. **A lakosság körében a hálapénz felajánlására és összegére vonatkozó kérdésre adott válaszok az alacsony esetszám miatt statisztikai módszerekkel nem elemezhetők mélyebben (7. Ábra).**

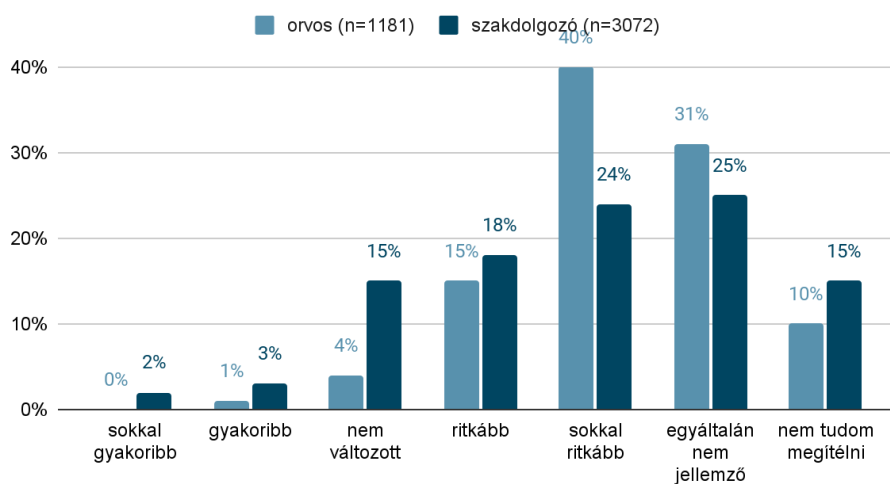
Ehhez az ellátáshoz kapcsolódóan Ön vagy családtagja felajánlott-e pénzt az egészségügyi dolgozónak?  
(a válaszok %-os aránya az adott ellátást igénybe vevők körében)



7. Ábra Egészségügyi dolgozónak nyújtott hálapénz, szakterületi bontásban

A szakma meglátása alapján (OK46, SZK44) a betegek a reformot követően pénzt egyáltalán nem, vagy - összehasonlítva a reformot megelőző időszakkal - ritkábban ajánlanak fel (8. Ábra); bár ez az orvosok válaszaiban (86%) határozottabban tükröződik ez. A szakdolgozók körében ugyanez a vélemény jelenik meg, de nagyobb arányban van jelen annak jelzése, hogy a helyzet nem változott (15%).

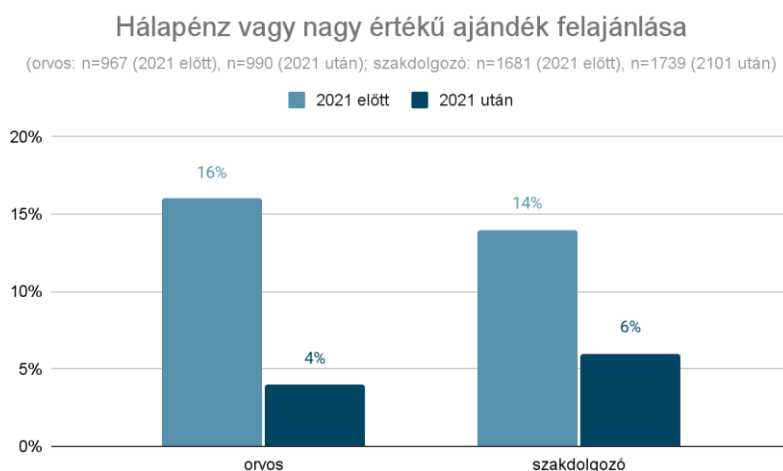
#### Páciensek reformot követő hálapénz felajánlási gyakorlata



8. Ábra Páciensek reformot követő hálapénz felajánlási gyakorlata

Az orvosok és a szakdolgozók körében konkrét kérdés volt a pénz és a megengedettnél nagyobb mértékű ajándék felajánlásának aránya (OK15-16, SZK15-16) a reform előtti és azt követő időszak vonatkozásában. A **hálapénz felajánlással nem találkozók aránya a reform után**

nőtt mindkét csoportnál, az orvosok véleménye szerint 75%-kal, a szakdolgozók szerint 57%-kal esett vissza a felajánló páciensek száma átlagosan (9. Ábra).



9. Ábra Hálapénz vagy nagy értékű ajándék felajánlása

Az egyes szakterületeken dolgozók véleményére figyelemmel, a szülészeti-nőgyógyászati területén dolgozó orvosok szerint a hálapénzt felajánló páciensek számának visszaesése 90% feletti, műtéti szakterületen dolgozó orvosok 87%-os, ugyanezen a területen dolgozó szakdolgozók 59%-os visszaesést jeleztek. A háziorvosok a hálapénz felajánlások 70%-os visszaesését jelezték válaszaikban.

A lakossági fókuszcsoportos beszélgetésen elhangzottakból jól érződik az általános kiszolgáltatottság érzése, ami a reformmal egyidejűleg nem tűnt el és a hálapénz adásának motivációja lehet. Néhány példa ennek szemléltetésére:

“...hónapokat kell várni egy-egy időpontra.”  
 “Akkor is kell várni ha bementem és csak én vagyok ott, és nem csak pár percet. Van egy ilyen erkölcsi alapú várás is.”  
 “...azt mondták, hogy éppen nincs szívinfarktusom, keressek egy ágyat a folyosón, fekédjek le, és 13-14 óra múlva majd valaki rám néz.”  
 “Az információ átadás az egy nem létező dolog.”  
 “...Vannak közintézmények, ahova mehet az ember, de nincs elég orvos ezért mégsem tudnak menni.”  
 “Ha valaki kisgyermeket akar kórházban szülni akkor nincs meg a lehetősége arra, hogy orvost válasszon...”  
 “...az ellátás előtt fizetett még pénzt hogy hátha akkor jobban ellátják. Tehát az ok a remény és a félelem.”  
 “Amikor hallottam, azt soha nem sajnálatból adták, hanem váltásdíjként, hogy időt, figyelmet kapjanak.”

A lakosság hálapénz felajánlási gyakoriságának csökkenése a szakdolgozói fókuszcsoporton megosztott visszajelzések és a kérdőívben adott szabadszöveges válaszok is visszaigazolták, ezen túl felmerült a hálapénz elutasításának beteg viselkedéséből eredő nehézsége is:

“A betegek ritkábban adnak”  
 “A nővérek már nem kapnak a betegtől”  
 “10-ből 7-en azt mondták, hogy tessék itt egy 1000-es igyál egy kávét...Ez a 10-ből 7 mára 10-ből 1. Olyan szinten szűnt meg, hogy nagyon. Sokkal kevesebben fogadják el, ez annak köszönhető, hogy látjuk, hogy milyen ellenőrzések vannak.”

*Nem fogja az ember 2000 Ft-ért kockáztatni ezt.” (mentős)*

*“Az idősebb korosztály sértőnek érzi amikor visszautasítom a "felajánlásukat". Azt feltételezik, hogy nem fogják ugyanazt a szolgáltatást kapni. Volt olyan paciens, aki sírógörcsöt kapott: volt, aki annyira felidegesítette magát, hogy produkált egy 200-as tensiót. Nem igazán tudom, hogy kellene jól kezelni ezeket az eseteket”*

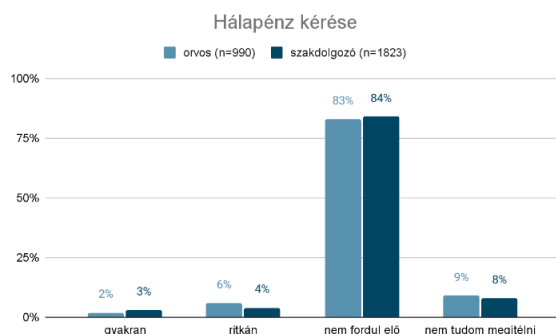
Az orvosok fókuszcsoporton, valamint kérdőívben keresztül érkezett visszajelzései a hálapénz felajánlás gyakoriságának csökkenése mellett az adás és elfogadás mindkét fél számára kellemetlen szituációjának feloldására, valamint az orvosok és szakdolgozók közötti egyenlőtlen megoszlására is utaltak:

*“Korábban sem fogadtam el soha, de így nem kell egymást kényelmetlen helyzetbe hoznunk a felajánlás és visszautasítás kapcsán. Nem mondom, hogy soha nem látok próbálkozást, de jelentősen ritkult.”*

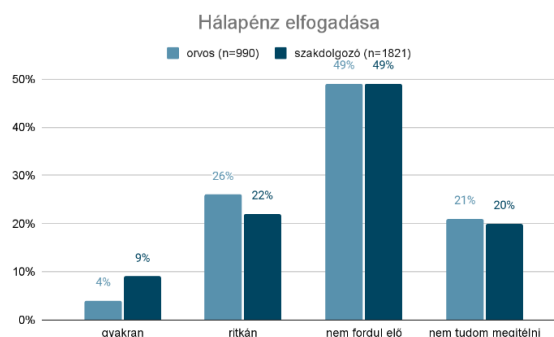
*“A földi személyzetet nem fizeted, de a pilótát igen, így a repülő nem fog elindulni.”*

#### 5.2.2.1. Hálapénz kérés és elfogadás gyakorlata

A hálapénz kérésére és elfogadására vonatkozó gyakorlat kérdésben (OK12, SZK12, OK13, SZK13) a szakma álláspontja egyértelműen az, hogy **hálapénz kérése nem jellemző** (10. Ábra). Az orvosok (83%) és szakdolgozók (84%) is ebben hasonlóan nyilatkoztak. Kisebb, de **hasonló arányban jelezték, hogy az elfogadás sem jellemző** (orvosok és szakdolgozók esetében is 49%). A kérdést a válaszadók 20%-a nem tudta megítélni (11. Ábra).



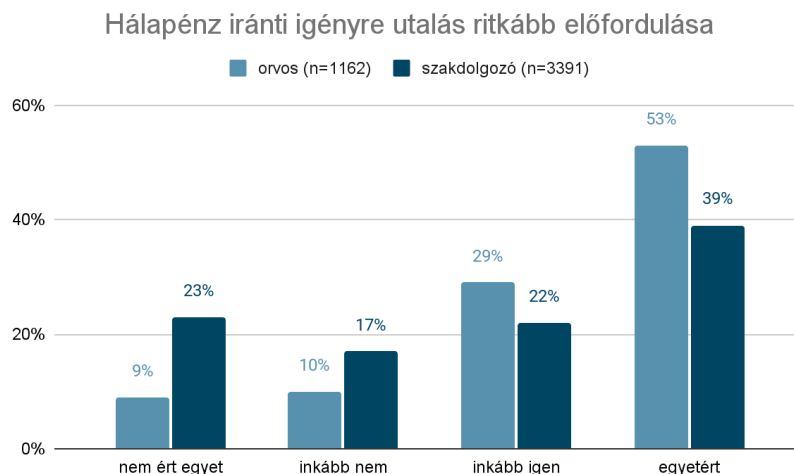
10. Ábra Hálapénz kérése



11. Ábra Hálapénz elfogadása

A hálapénz kérésének kérdését az arra való utalás szempontjából is vizsgálták(OK41, SZK39). **Az orvosok 81%-a és a szakdolgozók 61%-a inkább egyetértett azzal, hogy a hálapénz iránti igény jelzése ritkábban fordul elő az általa látott közegben.**

Ebben a kérdésben érdekes képet mutat a kijelentéssel határozottan egyet nem értők tábora. Míg ez az orvosoknak csak közel a tizede, a szakdolgozók esetében jelentősebb, 23%-os aránnyal találkoztunk (12. Ábra).



12. Ábra Hálapénz iránti igényre utalás ritkább előfordulása

A hálapénz kérésére és elfogadására kapott válaszok esetében megállapítható, hogy azok, akik a **hálapénz kérésre** vonatkozóan úgy feleltek, hogy az a saját munkahelyükön előfordul (OK12, SZK12), orvosként jellemzően műtéti szakterületen (132 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 9,6%), aneszteziológián (74 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 16,3%), szülészeti-nőgyógyászaton (55 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 23,5%), vagy fogászaton (72 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 12,8%); szakdolgozóként pedig műtéti szakterületen (182 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 11,2%), aneszteziológián (97 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 10,2%), fogászaton (54 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 16,8%), háziorvosi szolgálatnál (90 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 13,4%), vagy szülészeti-nőgyógyászaton (77 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 14,4%) dolgoznak.

A hálapénz kérésének gyakori előfordulását az orvosok körében legnagyobb arányban a diagnosztika (68 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 4,6%) vagy szülészeti-nőgyógyászat (55 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 13,1%) területén dolgozók jelezték. A hálapénz kérésének gyakori előfordulását a szakdolgozók körében legnagyobb arányban az aneszteziológia (97 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 4,8%), fogászaton (54 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 5,7%), háziorvosi szolgálat (90 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 5,3%), műtéti szakterület (182 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 6,4%) vagy szülészeti-nőgyógyászat (77 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 5,9%) területén dolgozók jelezték.

A szakterületi bontás szerinti mintaszám sok szakterület terület esetében alacsony. Az elemzésben az 50 elemszám alatti válaszadással rendelkező szakterületek nem kerültek

feltüntetésre, így a válaszadások szakterületenkénti bontásban történő összehasonlítási lehetősége limitált. A részletes adatokat a *“Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyzet hálapénzzel kapcsolatos magatartásának változása szakterületi bontásban a válaszadók véleménye szerint”* című melléklet tartalmazza.

A **hálapénz elfogadására** (OK13, SZK13) gyakori vagy ritka választ adók legnagyobb arányban orvosként műtéti szakterületen (132 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 45,4%), aneszteziológián (74 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 51,1%), , szülészeti-nőgyógyászat (55 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 37,2%); szakdolgozóként pedig műtéti szakterületen (182 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 36,6%), rehabilitáción (158 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 46,9%), szülészeti-nőgyógyászat (31,8%), aneszteziológián (97 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 38,8%), diagnosztikai területen (139 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 29,2%), pszichiátrián (54 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 29,6%), pulmonológián, kardiológián (78 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 31,3%), műtéti szakterületen vagy sürgősségin dolgoznak (178 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 47,3%).

A hálapénz elfogadásának gyakori előfordulását az orvosok körében legnagyobb arányban az aneszteziológia (74 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 12,5%), szülészeti-nőgyógyászat (55 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 11,7%) területén dolgozók jelezték.

A hálapénz elfogadásának gyakori előfordulását a szakdolgozók körében legnagyobb arányban a rehabilitáció (158 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 9%) és sürgősségi ellátás (178 szakterületen dolgozó válaszadó alapján 9,7%) területén dolgozók jelezték.

A szakterületi bontás szerinti mintaszám sok szakterület terület esetében alacsony. Az elemzésben az 50 elemszám alatti válaszadással rendelkező szakterületek nem kerültek feltüntetésre, így a válaszadások szakterületenkénti bontásban történő összehasonlítási lehetősége limitált. A részletes adatokat a *“Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyzet hálapénzzel kapcsolatos magatartásának változása szakterületi bontásban a válaszadók véleménye szerint”* című melléklet tartalmazza.

Ez nem jelenti az adott szakterületek nagyobb érintettségét, csak azt, hogy ezeken a területeken dolgozók közül kerülnek ki többségükben azok, akik a hálapénz kéréséről vagy elfogadásáról nagyobb arányban számolnak be.

A lakossági fókuszcsoporthoz beszélgetésen elhangzottakból az vehető ki, hogy a felajánlott összegek elfogadására hajlandóság mérséklődött a reform utáni időszakban:

*“Korábban, amikor a mamám járt kemóra, nem kérték soha, de mindig adott egy 5 ezrest borítékban. Addig mindig elvették, de utána már nem. Nekem a kéztörésnél flottul ment minden, elégedett voltam és akartam adni, el tudtam volna juttatni privátban, a kórházon kívül, de úgy sem fogadták el.”*

*“Az orvos kérte, hogy beszéljem le apósomat erről, mert még bajba is sodorhatja. Egyébként az ismerősöm (az orvos) azt is mondta, hogy nem akarja megbántani de ő már az ajándékot is visszautasítja.”*

*“Régebben volt olyan, hogy mondták, hogy ez ennyibe fog kerülni. Már elvileg nincs olyan, hogy államiban kell fizetni magán ellátásért.”*

Ezzel szemben a szakdolgozók által a kérdőívben jelzett megjegyzések között, valamint a szakdolgozók körében tartott fókuszcsoporthoz az elfogadás és de a kérés problémája is megjelent, mint a rendszerben továbbra is fennálló probléma - de az elfogadási hajlandóság visszaszorulására történő utalás is megjelenik, főként a fiatalokra utalva:

*“Szégyen, hogy a kismamáktól megyei kórházban (és gondolom más helyen is) mennyi pénzt kérnek az orvosok. 250-300.000 Ft egy szülés, és megoldják... ugyan úgy mint eddig. Semmi sem változott ezzel kapcsolatban. Van, aki kerek perec kijelenti mennyit kér, van aki celíre írja, megmutatja majd eltépi, hogy még csak bizonyíték se legyen róla.”*

*“Sok az idős visszajáró beteg, akik ezt megszokták. Vannak orvosok, akik továbbra is elfogadják, és mossák kezeiket, hogy ők nem tudnak mit tenni, hát 20 éve visszajár a néni, erőszakosan odaadta, mégis mit tehetne? Van olyan orvos, aki megkapta a borítékját, odaszaladt hozzám és mondta, hogy tüntessem el, tudni sem akarta, hogy mennyi van benne.”*

*“A fiatal orvostársadalom már úgy jön ki az egyetemről, hogy nem fogadnak el, nem is nagyon tudnak vele mit kezdeni, nem értik.”*

*“Én is észrevettem, hogy a fiatalok zavarba jöttek.”*

*“Amíg nem hal ki a generáció, akik megszokták, addig nem fog kihalni, van olyan, akitől nem lehet nem elfogadni, erőszakosan dugja a zsebedbe. Visszaszorítani lehet, de ezekkel nem lehet mit kezdeni.”*

*“A sebészetben gyakorlatilag semmi nem változott, félig meddig igen. Nehezen viselték az orvosok a COVID-ot, azt, hogy a műtő áll, nem tudnak operálni, így nincs paraszolvencia.”*

Az orvosok körében tartott fókuszcsoporthoz megosztott visszajelzések és a kérdőívben tett szabadszöveges megjegyzések alapján a hálapénz gyakorlata a korábbiakhoz hasonlóan jelen van, emellett utaltak a gyakorlat átalakulására és a szakdolgozók hálapénz leosztásával kapcsolatos igényére is:

*“Hiába volt a reform, véleményem szerint még mindig sok a hálapénzt kérő orvos, és így vagy úgy, de kitalálják a módját, hogyan kaphatják meg azt.”*

*“Gyakorlatilag nem változott csak nem olyan formában van már jelen, mint ezelőtt.”*

*“Nagyon nagy a bérfeszültség, ezért a szakdolgozó is azt mondja, hogy ha nem osztanak nekem is, akkor én meg nem maradok bent tovább. Honnan gondold, hogy a kezéd alá dolgozok, ha nem adsz?”*

A hálapénz kérése mára már nem jellemző az egészségügyben. A már szintén elvétve előforduló felajánlás elfogadása még kis mértékben jelen lehet bizonyos szakmákban, de mindkét viszonyban határozott csökkenésről számoltak be a válaszadók.

### 5.2.3. Hipotézis: A reform hatására a hálapénz összege csökkent az állami egészségügyi rendszerben

#### 5.2.3.1. Hálapénz összege a lakosság válaszai alapján

A lakossági felmérés hálapénz összegére vonatkozó kérdéseit az alacsony mintaszámok miatt csak tájékoztató jelleggel közli a tanulmány, következtetések levonására ebből kifolyólag korlátozottan alkalmasak. A válaszok alacsony száma azonban önmagában jelezheti a jelenség alacsony gyakoriságát.

**Szakorvosi ellátásban** minimális, **1-2%** körül mozog azok aránya, akik pénz felajánlását említették. Elsősorban orvosok részére, **5-30 ezer** forint értékben.

**Műtét nélküli kórházi tartózkodás** esetén szintén rendkívül csekély (**1-2%-nyi**) esetben merül fel hálapénz adása. Itt az **orvosok esetén 20-50 ezer** forintról, amelyet azonban az orvosok **nem fogadtak el, ápoló esetén 10 ezer** forintról (amit az említett ápoló **elfogadott**).

**Szülészeti vagy nőgyógyászati** ellátásban az előzőekhez képest elterjedtebb (**4-10%**) a pénz felajánlása, valamint az összegek is nagyobbak **50-200 ezer** forint között mozgott, s az **orvosok nagy többsége el is fogadta**. Megjelenik az **orvos általi kérés is**.

**Szülésznők** is gyakran kapnak felajánlást **15-50 ezer** forint közötti összegben (de 100 ezer forintos összeget is említettek). **Egy-egy ápoló vagy gyógytornász esetében is előfordul a pénz felajánlása.**

A **műtéttel járó kórházi tartózkodás** szintén nagyobb arányban (**9-11%**) hívja elő a pénz felajánlását. Az **orvosnak 15-150 ezer**, az **ápolóknak 3-20 ezer** forint közötti összeget, az érintettek egy része **elfogadta**.

A **gondozás és rehabilitáció** területén **ritkább** a pénz felajánlása, itt az **orvos** mellett **asszisztens és gyógytornász** is szóba kerül. **Három fő számolt be** ilyen jellegű tapasztalatról, az **orvosnak általában 20 ezer**, a **gyógytornásznak 5 ezer** forintot ajánlottak fel. **Ez esetben sem fogadta el mindenki a felajánlott összeget.** (2. Táblázat)

A lakossági fókuszcsoporton megfogalmazódott a kockázat összeg növelő hatása is:

*“Én azt mondanám, hogy drágább, mert kevésért nem kockáztatok.”*

	Felajánlás felmerülése	Felajánlott összeg mértéke (Ft)	Elfogadási hajlandóság	Felajánlás motivációja
Háziorvosi ellátás	1 %	5.000-30.000	Az orvosok <b>nagyobb része</b> elfogadta.	Elsősorban a <b>hála</b> , valamint a <b>megszokás</b> .
Szakorvosi ellátás	1-2 % 5-6 orvos mellett 1 ápolónak felajánlanak	Orvosok: 5.000-30.000  Ápolók: 5.000	Az orvos <b>fele-fele</b> arányban fogadták vagy utasították el.	Orvos esetében elsősorban a <b>megszokás</b> , emellett jelenik meg a <b>hála</b> , s kisebb részben az <b>együttérzés</b> és a <b>félelem</b> , illetve hogy a <b>páciens elvár valamit</b> cserébe.  Ápolók esetében elsősorban <b>hálából</b> , valamint hogy <b>jobban bánjanak velük</b> az ellátás során.
Műtét nélküli kórházi tartózkodás	1-2 %	Orvosok: 20.000-50.000  Ápolók: 10.000	Az orvosok <b>nem</b> fogadták el.  Az említett ápoló <b>elfogadta</b> .	Orvos esetében itt is a <b>megszokás</b> és a <b>hála</b> jelent meg indoklásként.  Ápolók esetében <b>megszokás</b> és a <b>jobb ellátás</b> reménye.
Szülészeti vagy nőgyógyászati ellátás	4-10 % 2-3 orvos mellett 1 szülésznőnek is felajánlanak	Orvosok: 50.000-200.000  Szülésznők: 15.000-50.000	Orvosok <b>nagy többsége</b> el is fogadta.	Orvosok esetében a <b>megszokás</b> , a <b>hála</b> , a <b>jobb ellátás</b> reménye mellett megjelenik az orvos általi <b>kérés</b> is.  Szülésznők esetében elsősorban a <b>hála</b> motivál, de megjelenik a „ <b>valamiért cserébe</b> ” elve is.
Műtéttel járó kórházi tartózkodás	9-11 %	Orvosok: 15.000-150.000  Ápolók: 3.000-20.000	Érintettek <b>egy része</b> elfogadta.	A motiváció elsősorban <b>hála</b> , de megjelenik a <b>megszokás</b> , a <b>félelem</b> , valamint a <b>jobb ellátás</b> reménye.
Gondozás és rehabilitáció területén	nincs adat	Orvosok: 20.000  Gyógytornász: 5000	Nem fogadta el <b>mindenki</b> .	Orvos és ápoló esetén a <b>hála</b> mellett a <b>jobb ellátás</b> reménye.  Gyógytornász esetén a <b>hála</b> .

2. Táblázat Hálapénz összege és aránya szakterületi bontásban<sup>H</sup>

<sup>H</sup> Az összegek részletes szakterületi bontása az alacsony elemszám miatt nem lehetséges.

### 5.2.3.2. Hálapénz összege az orvosok válaszai alapján

Az orvosok által kapott hálapénzek átlagos összegét orvosok válaszai alapján különböző területenként mérték (OK17-OK22), illetve az egyes becsléseket teljes mintaszámon és relevancia szerint a válaszadók - szakterület szerinti - szűkebb körében is vizsgálták. **A kérdések minden esetben a jelenlegi közfinanszírozott ellátás során adott hálapénz összegére vonatkoztak.**

**Háziorvosi ellátáshoz kapcsolódóan** az orvosnak, 192 válaszadó orvos becslése alapján, átlagosan 7.391 forintot szoktak fizetni - azok a páciensek, akik ezt megteszik -, ennek medián értéke 5.000 forint. Amennyiben csak a háziorvosi szakterületen dolgozó orvosok körét vizsgáljuk (mellyel a válaszadók köre 22 főre csökken), a medián alacsonyabb, 2.000 forint.

**Szakorvosi vizsgálat / ellátás esetén** az orvosnak 247 válaszadó orvos becslése alapján az átadott összeg átlagosan 15.905 forint, melynek medián értéke 10.000 forint. A becsléseket a válaszadók szakterületi bontása szerint vizsgálva a mediánok 5.000 és 20.000 forint között mozognak. A szakterületi bontásból adódó alacsony mintaszám miatt nem vonható le következtetés a szélső értéket képviselő csoportokról.

A szülészeti-nőgyógyászati területén **szülés esetén** 301 orvos adott becslést, ezek szerint a szülész-nőgyógyász szakorvosnak átlagosan 121.805 forintot szokás fizetni, melynek medián értéke 100.000 forint. A szülészeti-nőgyógyászati területén dolgozókat vizsgálva ennél magasabb, 150.000 forintos medián értéket kapunk - (ami 10 válaszadó becslése alapján csak tájékoztató jellegű információként értelmezhető, holott a teljes mintában 55 szülészeti-nőgyógyászati területén dolgozó szakorvos volt).

**Műtét nélküli kórházi ellátás esetén** az orvosnak 221 orvos becslése alapján az átadott összeg átlagosan 30.866 forint, melynek medián értéke 20.000 forintra esik. A becsléseket a válaszadók szakterületi bontása szerint vizsgálva a mediánok 10.000 és 50.000 forint között mozognak. A szakterületi bontásból adódó alacsony mintaszám miatt nem vonható le következtetés a szélső értéket képviselő csoportokról.

**Műtét és azt követő kórházi ellátás esetén** az orvosnak 268 orvos válaszadása alapján az átadott összeg átlagosan 81.034 forint, melynek medián értéke 60.000 forint. A becsléseket a válaszadók szakterületi bontása szerint vizsgálva a mediánok szélesebb tartományban, 30.000 és 200.000 forint között mozognak. A szakterületi bontásból adódó alacsony mintaszám miatt nem vonható le következtetés a szélső értéket képviselő csoportokról.

**Gondozás, illetve rehabilitáció során** az orvosnak 239 válaszadó becslései alapján az átadott összeg átlagosan 38.976 forint, a medián érték pedig 30.000 forintra esik. A mediánokat szakterületi bontás szerint vizsgálva 6.000 és 50.000 forint közötti értékeket kapunk, egyetlen válaszadó adott meg 100.000 forintos értéket.

A különböző területeken alkalmanként az orvosok részére adott pénzösszegek becsült alakulását az alábbi táblázat (3. Táblázat) foglalja össze. A táblázatban feltüntetett átlagok (Á) és mediánok (M) teljes mintaszámon értelmezendők - ez alól kivételt képeznek a szakterületi bontásban vizsgált medián értékek.

Háziorvosi ellátás	Szakorvosi vizsgálat / ellátás	Műtét nélküli kórházi ellátás	Műtét és azt követő kórházi ellátás	Szüléset-nőgyógyászat (szülés)	Gondozás/ rehabilitáció
Á: 7.391 Ft	Á:15.905 Ft	Á: 30.866 Ft	Á: 81.034 Ft	Á:121.805 Ft	Á: 38.976 Ft
M: 5.000 Ft	M: 10.000 Ft	M: 20.000 Ft	M: 60.000 Ft	M:100.000 Ft	M: 30.000 Ft
N=192	N=247	N=221	N=268	N=301	N=239
Szakterületenkénti bontásban vizsgált mediánok tartománya <sup>1</sup>					
1.000-50.000 Ft	5.000-20.000 Ft	10.000-50.000 Ft	30.000-200.000 Ft	80.000 - 200.000 Ft	6.000-100.000 Ft

3. Táblázat A különböző területeken alkalmanként az orvosok részére adott pénzösszegek becsült alakulása

A különböző területeket egymással összevetve látható, hogy a műtét és azt követő kórházi ellátás, valamint a szülés területén kapják az orvosok a legnagyobb összegeket.

### 5.2.3.3. Hálapénz összege a szakdolgozók körében

A szakdolgozók által kapott hálapénzek átlagos összegét szakdolgozók válaszai alapján különböző területenként mértük (SZK17-SZK22, SZK53-SZK54), illetve az egyes becsléseket teljes mintaszámon és relevancia szerint a válaszadók - szakterület szerinti - szűkebb körében is vizsgáltuk. A kérdések minden esetben a jelenlegi közfinanszírozott ellátás során adott hálapénz összegére vonatkoztak.

**Háziorvosi ellátáshoz kapcsolódóan** az asszisztensnek átadott összeget 499 válaszadó átlagosan 6.536 forintra becsülte, a becslések medián értéke pedig 3000 forint.

<sup>1</sup> Az egyes szakterületeket csoportosították és az egyes szakterületcsoportok mediánjai határozzák meg a mediántartományokat

**Szakorvosi vizsgálat / ellátás során** az asszisztens részére átadott összeget 485 válaszadó átlagosan 8.338 forintra becsülte, melynek medián értéke 5.000 forint volt.

**Műtét nélküli kórházi ellátás során** a szakdolgozók (pl. ápolók) részére átadott pénzösszegeket 527 válaszadó átlagosan 6.817 forintra becsülte, a teljes sokaságot tekintve a medián 3000 forintra esett. Amennyiben a válaszadók körét az ápolók/szakápolók körére szűkítjük (így 188 fős elemszámot kapva), az átlagos becslés 5.600 forintra, a medián pedig 2.000 forintra csökken. Az intenzív betegellátó szakápolókra szűkítve a válaszadók körét (így 8 fős elemszámot kapva) viszont valamivel nagyobbak a becsült összegek, átlagosan 8.755 forint, a medián pedig szintén 2.000 forint.

**Műtét és azt követő kórházi ellátás során** szakdolgozónak (pl. ápolónak vagy beteghordónak) 564 válaszadó becslése alapján átlagosan 7.722 forintot adnak, ennek medián értéke 5.000 forint. Amennyiben a válaszadók körét az ápolók/szakápolók körére szűkítjük (így 197 fős elemszámot kapva), az átlagos becslés 5.955 forintra csökken, a medián pedig szintén 5.000 forint. Az intenzív betegellátó szakápolókra szűkítve a válaszadók körét (így 6 fős elemszámot kapva, így csak tájékoztató jellegű információként értelmezhető) viszont jóval nagyobb a összegek is megjelennek, átlagosan 17.583 forint, a medián viszont 3.000 forintra csökken.

**Szülészeti-nőgyógyászati osztályon szüléshez kapcsolódóan az ápolónak** átadott összeget 597 válaszadó átlagosan 36.472 forintra becsülte, ez a becslés valamivel kevesebb azok körében, akik ténylegesen a területen dolgoznak, itt 20 fő becslése alapján 30.250 forint az átlagos érték. A medián mind a teljes minta, mint a szülészeti-nőgyógyászat területén dolgozó válaszadókra szűkítve 10.000 forint. A **szülésznők** ugyanígy szüléshez kapcsolódóan 649 válaszadó becslései alapján átlagosan 46.857-et kapnak, melynek medián értéke 45.000 forint. Amennyiben csak a szülészeti-nőgyógyászat területén dolgozók válaszait vizsgáljuk (mely esetén a mintaszám 21 így csak tájékoztató jelleggel értelmezhető), az átlag 54.216 forintra, a medián pedig 50.000 forintra emelkedik.

**Gondozás, illetve rehabilitáció során** a szakdolgozónak (pl. Gyógytornásznak vagy fizioterapeutának) 568 válaszadó becslése szerint átlagosan 8.281 forintot adnak azok, akik pluszban fizetnek, melynek medián értéke 10.000 forint.

**Mentés vagy betegszállítás során** a szakdolgozó részére (pl. mentőápoló, mentőtiszt, sofőr) 569 válaszadó becslése alapján 4.527 forint az átadott összegek átlaga, melynek medián értéke 2.000 forint. Amennyiben csak a mentőápolók köre kerül vizsgálatra (mely a mintaszámban 32 főt tesz ki, mely miatt csak tájékoztató jellegű az információt) ez a szám valamivel alacsonyabb,

az átlag 3.250 forintra esik, de a medián 2.000 forint marad. Mentőápolók körét vizsgálva (akik a mintaszámban 28 főt tesznek ki) az átlag 5.378 forintra emelkedik, a medián pedig marad 2000 forint.

A különböző területeken alkalmanként a szakdolgozók részére adott pénzösszegek becsült alakulását a 4. Táblázat foglalja össze. A táblázatban feltüntetett átlagok (Á) és mediánok (M) teljes mintaszámon értelmezendők - ez alól kivételt képeznek a szakterületi bontásban vizsgált medián értékek.

Háziorvosi ellátás	Szakorvosi vizsgálat / ellátás	Műtét nélküli kórházi ellátás	Műtét és azt követő kórházi ellátás	Szülészeti-nőgyógyászat (szülés)		Gondozás / rehabilitáció	Mentés / betegszállítás
Asszisztens	Asszisztens	Szakdolgozó (pl. ápoló)	Szakdolgozó (pl. ápoló, beteghordó)	Ápoló	Szülésznő	Szakdolgozó	Szakdolgozó (pl. mentőápoló, mentőtiszt, sofőr)
Á: 6.536 Ft	Á: 8.338 Ft	Á: 6.817 Ft	Á: 7.722 Ft	Á: 36.472 Ft	Á: 46.857 Ft	Á: 8.281 Ft	Á: 4.527 Ft
M: 3.000 Ft	M: 5.000 Ft	M: 3.000 Ft	M: 5.000 Ft	M: 10.000 Ft	M: 45.000 Ft	M: 10.000 Ft	M: 2.000 Ft
N=499	N=485	N=527	N=564	N=597	N=649	N=568	N=569
Szakterületenkénti bontásban vizsgált mediánok tartománya							
1.000-5.000 Ft	1.000-5.000 Ft	1.000-5.000 Ft	1.000-10.000 Ft	1.000 - 100.000 Ft	10.000-100.000 Ft	2.000-10.000 Ft	1.000-8.000 Ft

4. Táblázat A különböző területeken alkalmanként a szakdolgozók részére adott pénzösszegek becsült alakulása

A különböző területeket egymással összevetve az látható, hogy a szakdolgozók esetében jellemzően a szüléshez kapcsolódóan átadott pénzösszegek a legnagyobbak, ami a szülésznők tekintetében magasabb, mint amit az ugyanazon ellátási területen dolgozó ápolók kapnak. Ezen túl a mért területek közül a szakdolgozók esetében a gondozás és rehabilitáció, valamint a műtét és azt követő kórházi ellátás esetében jellemzőek a magasabb összegek.

A szakdolgozók körében tartott fókuszcsoporthoz is említésre került, hogy a szakdolgozók részére átadott hálapénzek összege jóval alacsonyabb az orvosokénál, melynek okaként azt hivatkozták, hogy az orvos nagyobb befolyással bír az ellátásra, betegútra, esetleges előnyök megszerezhetőségére:

*“Legalább egy nagyságrenddel nagyobb az orvosé, mint a szakdolgozóé, de inkább többel. Az, hogy sokat kell várni, az orvosfüggő, nem szakdolgozó függő. A szakdolgozó része sokkal kisebb hatással van a működésre.”*

#### 5.2.3.4. Eredmények összevetése korábbi felmérésekkel

A KSH által 2014-ben végzett Háztartási Költségvetési és Életkörülmény Adatfelvételhez (a továbbiakban: HKÉF) egy kiegészítő adatfelvétel kapcsolódott, mely a lakosság borraivaló- és hálapénz-adási szokásait mérte fel<sup>1</sup>. Összesen 1591 háztartás válaszolt a három hónapig tartó adatgyűjtésre. A hipotézis vizsgálatához a bázis adatokat ennek eredményei alapozzák meg. A KSH felmérés eredményei alapján az egy-egy alkalommal átadott átlagos pénzösszegek:

- házi- és szakorvosok esetén: 3000 forint
- kórházban dolgozó orvosok esetén: 10.000 forint feletti összeg
- ápolók, orvosi asszisztensek, műtősök esetén: 2.000 forint

A jelen kutatás eredményeivel való összevetést minden esetben inflációval korrigált számmal végezték, a 2014-es értékeket 35%-os kumulatív inflációval korrigálták, így az értékek az alábbiak:

- házi- és szakorvosok esetén: 4.050 forint
- kórházban dolgozó orvosok esetén: 13.500 forint feletti összeg
- ápolók, orvosi asszisztensek, műtősök esetén: 2.700 forint

Mivel a hálapénz adás jellegénél fogva készpénzben zajlik, ezért a forgalomban lévő bankjegy címletek legalább olyan fontosak lehetnek, mint az infláció. Ezt mutatják a medián értékek, illetve a konkrét hálapénz összegre adott válaszok. Például egy betegszállítónak az 1000 Ft kevés az 5000 Ft sok, a több címlet körülményes.

Orvosok esetében a 2014-es, inflációval korrigált 4.050 forintos átlagos értékhez képest a **házi-orvosi vizsgálatok során átadott összegek 82,5%-os emelkedést** mutatnak a jelenlegi 7.391 forintos átlagos értékkel számítva, **szakorvosi vizsgálatok esetében pedig 292,7%-os emelkedést** látható a jelenlegi becslések szerinti 15.905 forintos átlagos értékkel számítva.

A **műtét nélküli kórházi ellátás tekintetében** a korábbi, 13.500 forintos - inflációval korrigált - értékhez képest a jelenleg adott átlagos összegek a 30.866 forintos átlagos értékkel számítva **128,6%-os emelkedést** jelentenek. A korábbi érték a **műtét és azt követő kórházi ellátás** becsült értékének összevetése alapján az emelkedés **500,3%-os**. Ez vélhetően alacsonyabb lenne, ha az összehasonlításhoz rendelkezésre állna kifejezetten a műtéti ellátáshoz kapcsolódó

kórházi ellátására vonatkozó bázisadatt. Az viszont kimondható, hogy az emelkedés mértéke nagyon jelentős, többszöröse a korábbinak. Bár az arány mértéke nem ismert, de vélhetően a korábbi, 2014-es felmérés bázisadata a műtétes kórházi ellátások értékeit is magában foglalja, ebből kifolyólag pedig az is feltételezhető, hogy a műtét nélküli ellátások esetében a fent jelzettnél akár magasabb növekedési arány is fennállhat - mivel az átlagos értéket a műtéthez kapcsolódó kórházi ellátási esetek becslései megnövelhették.

Mivel a szakdolgozók esetében nem áll rendelkezésre semmilyen bontás a bázisértékek tekintetében - melybe az ápolók, orvosi asszisztensek és mütős kollégák is beleértendők -, az összehasonlításban a különböző területek átlagos összege az alap. Ebbe nem kerültek bele a szülészeti-nőgyógyászati területén jelzett összegek, mert azok jóval magasabbak más terület értékeinél, illetve azért sem, mert a kategória - a háziorvosi ellátás kivételével - nem szakterületet specifikus. Ezen felül nem került bele az átlagolt értékbe a mentés és betegszállítás kategóriában becsült összeg, mivel az leginkább a mentőápolók, mentőtisztek, sofőrök részére átadott összegeket tartalmazza, amit a bázis érték nem említ. Ezzel a módszertannal minden területre vonatkozóan általánosan 7.539 forint az átlagérték, amellyel az összehasonlítást végezték.

A 2014-es, inflációval korrigált 2.700 forintos átlagos értékhez képest a jelen felmérés eredményei alapján a fenti módszertannal becsült 7.539 forintos érték 179,2%-os növekedést jelent. Bár az összehasonlítás pontosságát limitálja, hogy a vizsgáltak köre nem egyezik, az kimondható, hogy az átadott hálapénzek összege a szakdolgozók körében is megemelkedett.

Az átadott összegek nagysága jelentősen emelkedett, melyben a kriminalizációs kockázat is szerepet kaphat. Ugyanakkor összlakossági szinten vélhetően a rendszerben megforduló hálapénzek összege csökkent, mert a bár az egy alkalommal átadott összegek növekedtek, az előfordulási gyakoriság nagyon jelentős mértékben csökkent. Nem áll rendelkezésre megbízható bázisérték, így biztos következtetés nem vonható le a csökkenés tekintetében, a különböző módszerek szerint becsült értékek szórása óriási, 20-100 milliárd forint között mozog<sup>2</sup>. A KSH legutóbbi, 2018-as évre vonatkozó becslése szerint a háztartások által kifizetett hálapénz becsült összege 36,7 milliárd forint volt<sup>38</sup> - ez 32%-os kumulatív inflációval korrigálva ma 48,4 milliárd forintot jelentene. Egy 2020-as, szülészeti területén készült becslés szerint - mely a lakosság által jelentett, nagy mintaszámmal rendelkező adatokon alapszik - éves szinten nagyságrendileg 7 milliárd forint hálapénz került kifizetésre csak ezen a területen<sup>39</sup> - ez 24%-os kumulatív inflációval korrigálva ma 8,68 milliárd forintot jelentene.

Az egy betegellátáshoz kapcsolódó hálapénz összegek emelkedtek, ennek az infláció, kriminalizáció és egyéb hatások miatt logikus is. Azonban a társadalmi szinten létező hálapénz kiadások összege, a visszaszorult esetszámok miatt vélhetően így is csökkent.

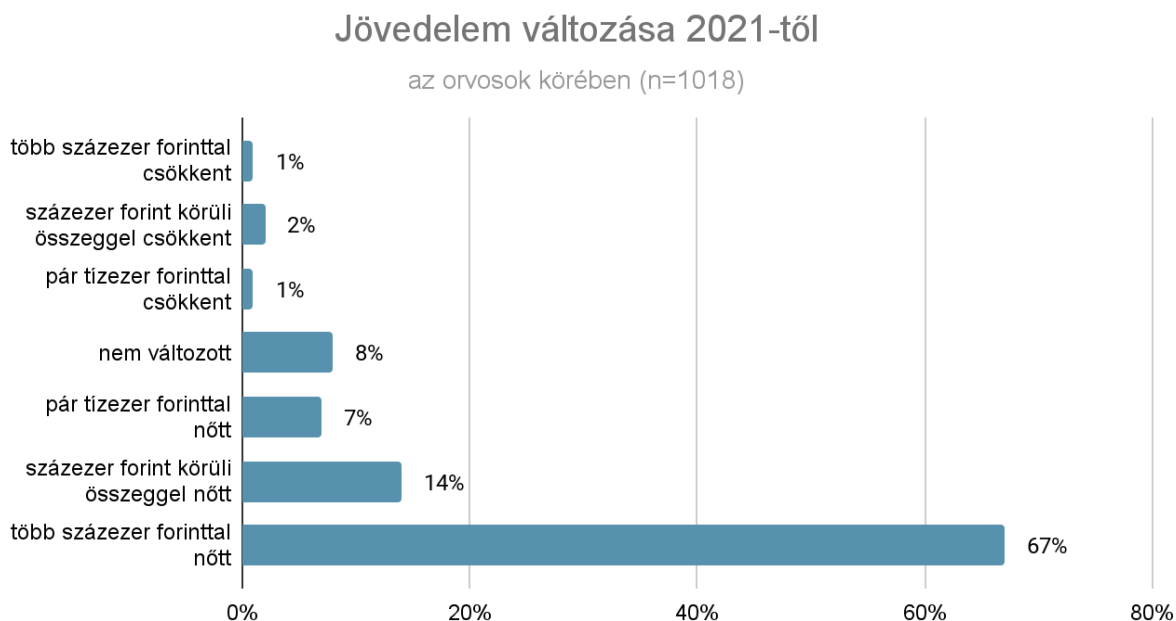
#### 5.2.4. Hipotézis: A tényleges orvosi fizetések a reform hatására jelentősen megemelkedtek

2021 elejétől a bértábla szerinti kezdő orvosi alaphér havi bruttó 481.468 Ft-ra emelkedett, amely szintén két lépcsőben, 2023. január 1-től 687.837 Ft-ra emelkedett. A legmagasabb fizetési kategóriában lévő orvosok bruttó havi alaphére 2013-tól, 41 év gyakorlati idő után eléri a 2.380.057 Ft-ot. A KSH 2023 szeptemberi adatai szerint a rendszeres bruttó átlagkereset - mely nem tartalmazza a prémiumot, jutalmat vagy egyhavi külön juttatást - 537.000 forintra becsülhető, a bruttó mediánkereset pedig 450.000 forint<sup>J</sup>. Az átlagkeresettel összevetve a kezdő orvosok alaphére 28,1%-kal magasabb, a legmagasabb fizetési kategóriába eső orvosoké pedig 343,2%-kal magasabb. **Az összlakossági mediánkeresethez viszonyítva a kezdő orvosok alaphére 52,9%-kal magasabb, a legmagasabb fizetési kategóriába eső orvosoké pedig 428,9%-kal magasabb.**

A jelenleg egészségügyi szolgálati jogviszony alá tartozó orvos **válaszadók<sup>K</sup> 88%-a nyilatkozott úgy, hogy közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme nőtt (OK23) (13. Ábra).**

<sup>J</sup> KSH: A bruttó átlagkereset 557 900 forint volt 2023 szeptemberében, 14,1%-kal magasabb, mint egy évvel korábban, 2023 (https://www.ksh.hu/gyorstajekoztatok/ker/ker2309.html, 2023.12.14)

<sup>K</sup> A válaszadókat arra kértük, hogy jövedelmükbe értsenek bele minden állami ellátás keretein belül kapott plusz juttatást az alaphéren felül, mint ügyeleti díj, szakma szerinti pótlék, ösztöndíj vagy a kapott hálapénzek összege, valamint, hogy ezt azonos teljesítmény (vállalt munkaórák és ügyeletek száma) mellett értelmezve adják meg.



13. Ábra Jövedelem változása 2021-től - az orvosok körében

**A többség (67%) több százezer forintos növekedésről nyilatkozott.** Az ekkora mértékű növekedés a 30 év alatti korcsoportban volt arányaiban a legalacsonyabb és az 59 év felettiben a legmagasabb. A szakterületi bontás szerinti mintaszám a legtöbb szakterület esetében alacsony, így a válaszadások szakterületenkénti bontásban történő összehasonlítási lehetősége nem lehetséges. A részletes adatokat a *“Tényleges orvosi fizetések alakulása a reform előtti és utáni időszakokban szakterület szerinti bontásban a válaszadók szerint”* című melléklet tartalmazza.

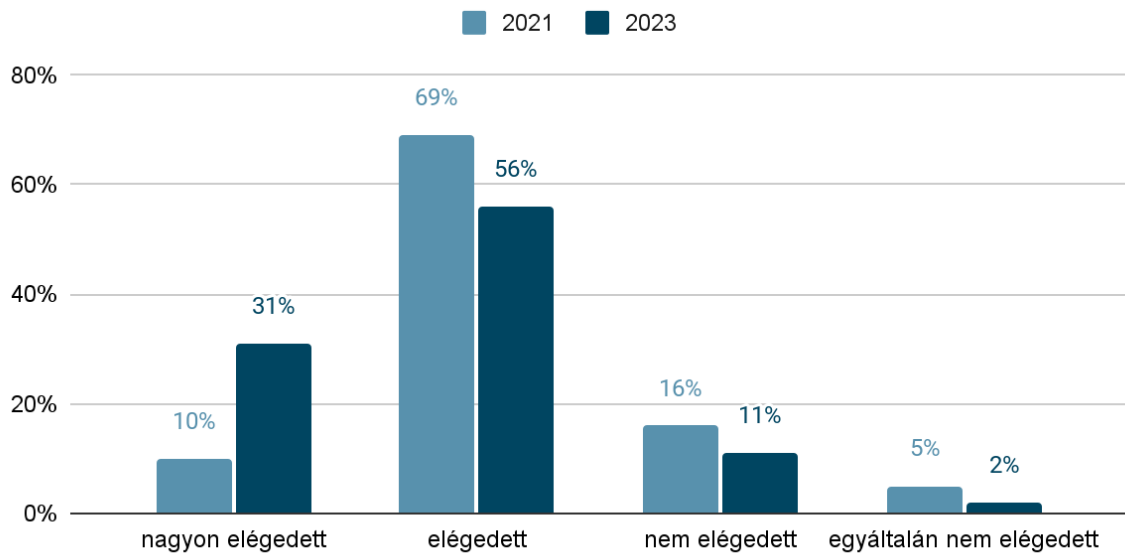
A növekedés okaként (OK24) elsöprő többségük (96%) **a bértábla szerinti alaphér emelkedését** jelölte, de több, mint negyedük (28%) az ügyeleti díjának növekedését is jelölte.

Az orvosok kis hányada (4%) válaszolta azt, hogy csökkent a jövedelme valamilyen mértékben 2021. januárja óta (OK25). Ők többségben a **hálapénz elvételét (62%)**, az ügyeleti díjak csökkenését (18%) és a szakmai szerinti pótlék csökkenését (15%) jelezték ennek okának.

Az orvosok **a béremelésüket többségben (87%) pozitívan értékelik, azzal elégedettek** (OK28). Az eredményt a MOK 2021-es felmérésében szereplő értékekkel került összehasonlításra.<sup>40</sup> Ez alapján az elégedettek aránya azóta tovább nőtt.

## Béremeléssel való elégedettség

az orvosok körében (2023:esetében n=826)



14. Ábra Béremeléssel való elégedettség

Akik 2021-ben úgy nyilatkoztak, hogy romlott vagy sokat romlott az anyagi helyzetük, ezt leginkább a hálapénz (42%) és a másodállás (32%) megszűnésével, illetve az ügyeleti díjak csökkenésével (26%) magyarázták. A MOK felmérése alapján akkor gyenge, de szignifikáns ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,001$ ) pozitív korreláció volt mérhető az egészségügyben eltöltött idő és a béremeléssel való elégedettség között: a régebb óta a pályán lévő kollégák jellemzően elégedettebbek az új fizetésekkel, mint akik kevesebb ideje dolgoznak. Jelen felmérés során az elégedettség és szolgálati idő között nem volt statisztikai összefüggés. (14. Ábra)

A tényleges orvosi fizetések szakterületenkénti alakulásával kapcsolatban részletes és pontos adatok nem álltak rendelkezésre, így ezek bemutatását a primer kutatás keretein belül térképezték fel. Ennek során a bérek változására és annak mértékére (nagy, jelentős, kis) alakulására vonatkozó összehasonlító kérdésre adott válaszok és a válaszadó által megadott munkavégzési szakterület összevetése adta a következtetés alapját.

Az orvosi bérek alakulásával kapcsolatban a jogszabály alapján megállapított bérfejlesztés, alaphéremelés összességében a pozitív irányba tereli a tényleges orvosi fizetések alakulását minden szakterületen, egységesen, de természetesen – főleg a szakmák sajátosságaiból fakadóan – lehetnek eltérések, mivel a tényleges fizetésbe minden, az alaphéremelésen kívüli juttatás, vagy annak hiánya is beleszámít. A kérdésre adott válaszok alapján a növekedés vagy csökkenés pontos okát nem, csak annak nagyságrendi mértékét lehet megállapítani (19. Ábra).

A válaszok (OK23) azt mutatják, hogy az orvosok jövedelmének emelkedése - egy-két példától eltekintve - szakterülettől függetlenül valósult meg.

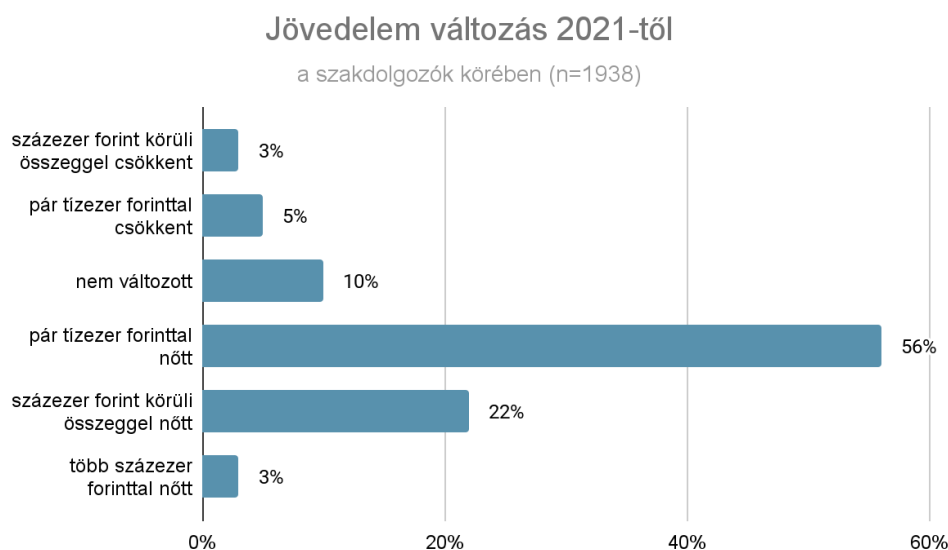
A válaszadók által jelölt szakterületek mindegyikében a legnagyobb arányban jelezték a jövedelem nagy mértékű (több százezer forint mértékű) emelkedését.

Kivétel ezek közül a neonatológia és az üzemorvosi terület, ahol az emelkedést inkább százezer forint körüli összegként jellemezték; illetve szót érdemel a transfuziológia, amely terület esetében a jelentős és a nagy mértékű növekedés hasonló arányban valósult meg.

Akik a jövedelmükkel kapcsolatban úgy nyilatkoztak, hogy az nem változott, első sorban a diagnosztika (21,85%), a szülészeti-nőgyógyászat (17,08%), a kardiológia (12,77%), pulmonológia (10,44%) területén dolgoznak. A jövedelem nagy mértékű csökkenését bőrgyógyászat (7,67%), fogászat (7,46%), belgyógyászat (3,81%), műtéti szakterülete (1,48%) és szülészeti-nőgyógyászat (1,35%) területen dolgozók jelezték.

A bérek helyzetét nem csak az orvosok, hanem a szakdolgozók körében is vizsgálta atanulmány. A szakdolgozók bérének emelése nem tartozott a reform csomaghoz, azonban a hálapénz őket is érintette, és ahogy a többi hipotézis kapcsán látható, továbbra is érinti, sőt akár - jóval alacsonyabb bérük mellett – érintettebbek is lehetnek e tekintetben, mint az orvosok.

**A szakdolgozók körében 2019 - 2022. között négy alkalommal volt béremelés. A reformot követő utolsó ütemben 2022. január 1-jével egy 30% mértékű béremelésre került sor. A béremelés alapját minden esetben a 2018. évi illetménybázis jelentette.** A parlament 2023. december 15-én fogadta el azt a törvénytervezetet, amely alapján 2024. március 1-től sávós bérrendszer kerül bevezetésre az egészségügyi szakdolgozók tekintetében. A sávós fizetési rendszer kialakításával a minimálisan és maximálisan fizetendő és fizethető bér is meghatározásra került. Az adott kategóriába besorolt szakdolgozó béréről a kórház saját hatáskörben dönthet a megadott sávon belül. A különböző jogcímenek adott illetményen felül járó juttatások beépülnek az alapbérbe, kizárólag a „mozgóbér elemek” – ügyeleti díj, készenléti díj, műszakpótlék, rendkívüli munkavégzés bérpótléka– tekintetében kerülne megtartásra a helyettesítési és kirendelési díjakkal kiegészítve<sup>41</sup>. A cél az, hogy 2024. március 1-jével a szakdolgozói átlag alapbér az orvosi átlag alapbér 37 százalékára emelkedjen.



15. Ábra Jövedelem változás 2021-től - a szakdolgozók körében

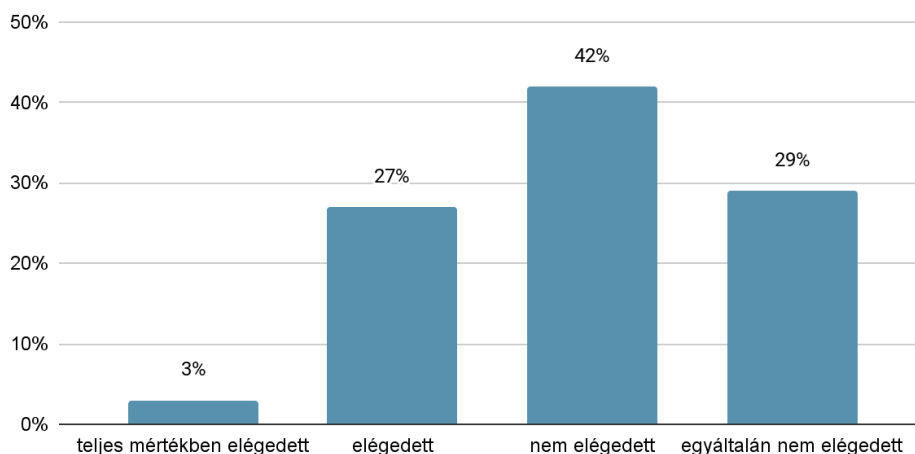
**A szakdolgozók körében végzett felmérés (SZK23) alapján a válaszadók - szinte teljesen megegyezően az orvosokéval - 81%-a nyilatkozott úgy, hogy a jövedelme nőtt.** Azonban esetükben a többség jövedelme csak kis mértékben (pár tízezer forinttal) nőtt.

**A növekedés okaként (SZK51) 95%-ban az alaphér emelkedését jelölik. A csökkenés (SZK52) hátterében főként a szakmaszerinti bérpótlék csökkenése (40%) áll, a hálapénz kriminalizálása (18%) és az ügyeleti díj csökkenése (8%) mellett (15. Ábra). Az erre vonatkozó kérdésre (SZK25) adott válaszok alapján a szakdolgozók többsége (71%) nem elégedett a béremelésének mértékével<sup>L</sup> (16. Ábra).**

<sup>L</sup> A szakmaszerinti bérpótlék valamint az ügyeleti díj tekintetében a jogszabályon felüli mértéktől eltérő magasabb összeget a munkáltató megállapíthat, majd a magasabb összeget csökkentheti a jogszabályi szintig.

## Béremeléssel való elégedettség

a szakdolgozók körében (n=1580)



16. Ábra Béremeléssel való elégedettség - a szakdolgozók körében

A szakdolgozók körében tartott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések alapján erősen érzékelhető a bérekkel kapcsolatos elégedetlenség, amit tovább fokoz a munkaórák maximalizálásából és hálapénz elmaradásából adódó jövedelemkiesés.

*“Azt tapasztalom, hogy az orvosok annak ellenére, hogy négyszer annyi fizetést kapnak, mint az asszisztensek, inkább elfogadják a hálapénzt mint egy asszisztens. Nagyon rossz ez a hatalmas bérfeszültség, főleg, hogy rendelőben az orvos levegőt se tud venni asszisztens nélkül.”*

*“Több ápoló és jobb fizetés kell.”*

*“Kivezették a szabadfoglalkozást, most a vállalkozókat és a maximalizálható óraszámokat is. Ez mind olyan, ami az egészségügyi dolgozóknak veszélyezteti a fennmaradását. Volt olyan, akinek 4 másik állást kellett vállalnia, hogy megéljen, legalább 300 órát dolgozott, ez jellemző sok egészségügyi dolgozóra egyébként. Az orvosok már nagyobb mellénnyel mondanak le egy-egy feladatról vagy plusz munkáról.”*

*“30-an vagyunk az állomáson, 3 olyan embert tudok, aki nem csinál valami más mellett a főállása mellett. Nem lehet megélni a fizetésből. Nyilván az időbeosztás miatt könnyebben tud mozogni az ember. Vagánynak tűnt, hogy 24 óra alatt letudok 3 munkanapot.”*

*“Az alaphérememen felül van egyéb juttatás és vezetői pótlék, de nekem is kevesebb lett a jövedelem, csak szerencsémre teljes kórházvezetőség váltás volt, akkor lett más az államtitkár, január elején jött vele az ápolási igazgató, én pedig jó kapcsolatban voltam vele, és így el lehetett elintézni, hogy újra megkapjam a pótlékot. Mi lett azzal, akinek nincs ilyen kapcsolata?”*

Az orvosok körében a fókuszcsoporthoz tartozó, illetve a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzésekben is megfogalmazódott a béremeléssel kapcsolatos elégedettség, de az is, hogy emellett a reformmal együttjáró más hatások miatt, a helyzet bizonyos tekintetben rosszabb, illetve a fizetések infláció miatti szintentartását is hiányolták.

*“Emellett nagyon örülök a bérrendezésnek, sokkal élhetőbbé vált ezzel az orvosi pálya.”*

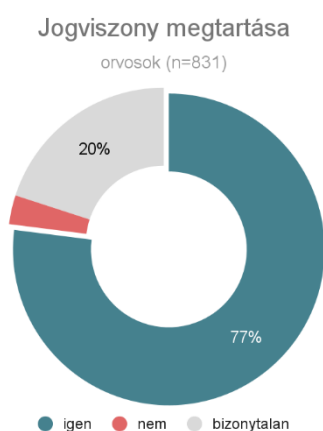
*“A jövedelem sokkal jobb, de minden más sokkal rosszabb, mint pár éve.”*

*“A hálapénz kivezetését nehéz függetleníteni az amellel egyidőben bevezetett többi reformtól, valamint hosszú távon, a magas infláció mellett az akkori emelés mértéke értékét veszti, ha nem követik valamennyire béremeléssel.”*

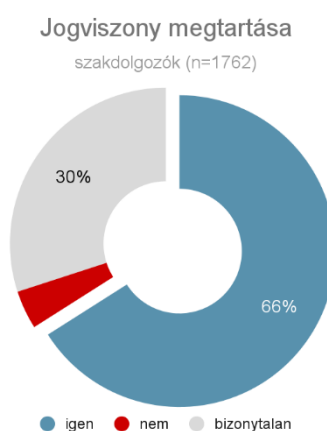
*“Nagy változásokat okozott, pozitívakat és negatívakat is. Az egyik legnagyobb hiba, hogy hirtelen ötlet volt, a COVID okozta pánik miatti béremelés. Most az egyszer rájöttek, hogy szükségük van az orvosokra.”*

### 5.2.5. Hipotézis: A hálapénz kivezetése és az orvosi bérek növelése hozzájárult az orvosszakma vonzerejének növeléséhez

Az orvosszakma vonzereje két értelemben is vizsgálható. Egyrészt a szakma megtartó képessége szempontjából, azaz, hogy mennyire képes a benne dolgozókat megfogni és motiválni arra, hogy továbbra is benne dolgozzanak. Más értelemben arra lehetünk kíváncsiak, hogy mennyire vonzó a piacon, mit tud ajánlani más hivatásokkal szemben. A közegészségügyben az orvosszakma megtartó erejének vizsgálatához az **egészségügyi szolgálati jogviszony megtartásának szándékát** vizsgálta a tanulmány (OK32). A válaszok alapján az **orvosok több, mint háromnegyede (77%)** megtartani tervezi azt (17. Ábra).



17. Ábra Jogviszony megtartása - orvosok

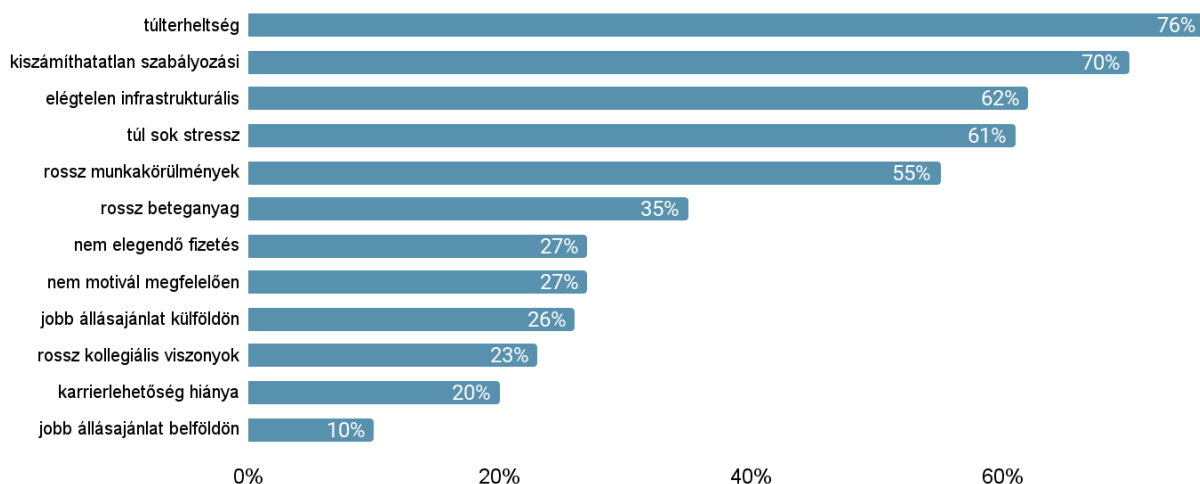


18. Ábra Jogviszony megtartása - szakdolgozók

Érdekes kérdés lehet, hogy azok, **akik nem kívánják megtartani egészségügyi szolgálati jogviszonyukat**, illetve bizonytalanok a válaszukban, azok ennek okaként mit hivatkoznak. (OK33) (18. Ábra)

## Elégedetlenség okai

orvosok körében (n=955)



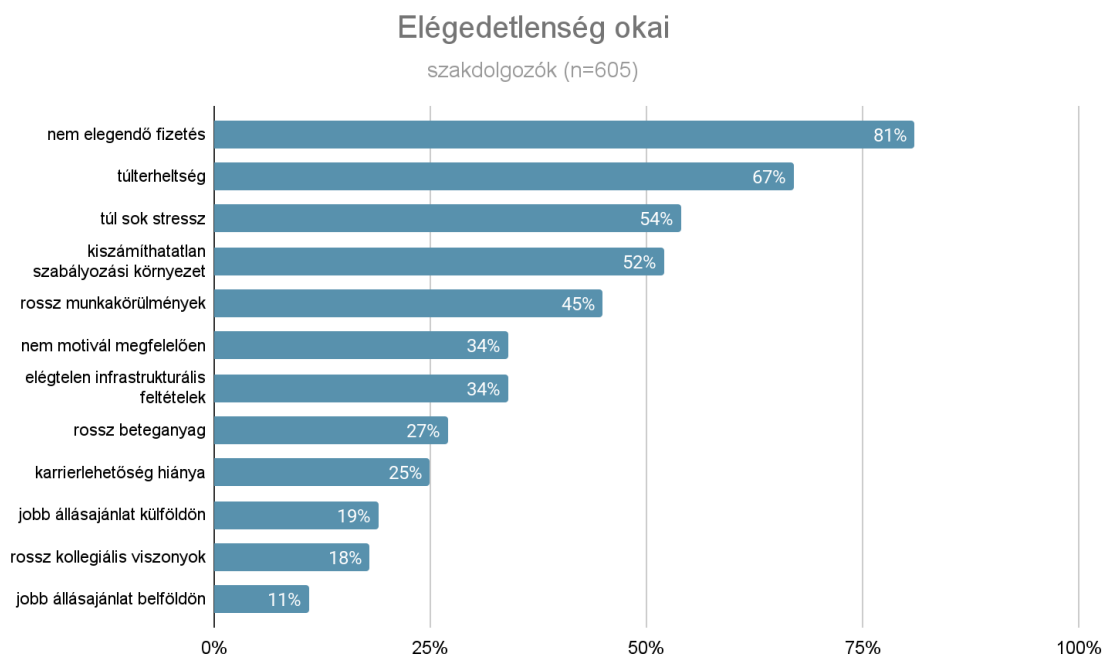
19. Ábra Elégedetlenség okai - orvosok körében

E tekintetben kiemelendő - és majd a későbbi kérdések vizsgálatával összefüggésben lényeges - hogy a fizetés csak az orvosok bő negyedénél jelentkezik okként. Inkább a **túlterheltség, a szabályozási környezet, az infrastruktúra, a stressz, a munkakörülmények** jelentenek problémát (19. Ábra).

A **szakdolgozók** saját jogviszonyukhoz való viszonyulása (SZK30), az **orvosokkal való összehasonlításban** azt mutatja, hogy a **bizonytalanok aránya jóval magasabb (30%)** és emellett ugyan **többségben**, de érezhetően kisebb arányban is válaszolták, hogy jogviszonyukat **megtartani tervezik (66%)**. (18. Ábra)

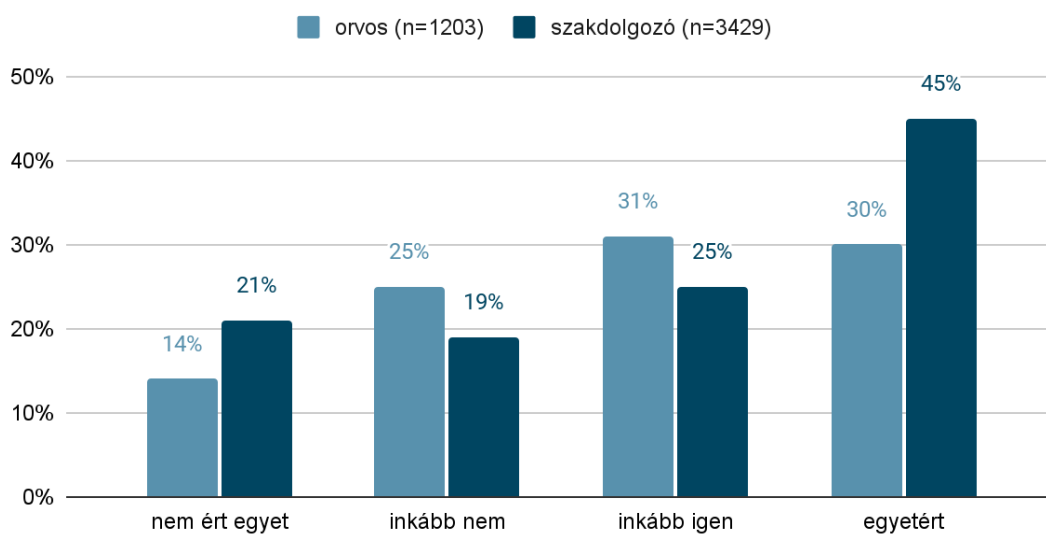
A szakdolgozók körében a szolgálati jogviszony tervezett **feladásának főbb okai** (SZK31) az orvosok által jelöltekkel megegyezők, azonban esetükben a **fizetés az első helyen áll** (20. Ábra).

Külön vizsgálti pont volt a hálapénz kriminalizálásának az egészségügyi dolgozók elvándorlásra gyakorolt hatása (OK45, SZK43). Mind az orvosok (61%), mind a szakdolgozók (70%) többsége valamilyen mértékben egyetért azzal, hogy a hálapénz kivezetése erősíti az elvándorlás jelenségét (21. Ábra), a szakdolgozók körében valamivel nagyobb arányban, ami a jövedelemmel való elégedetlenség nagyobb mértékéből következhet. (20. Ábra)



20. Ábra Elégedetlenség okai - szakdolgozók

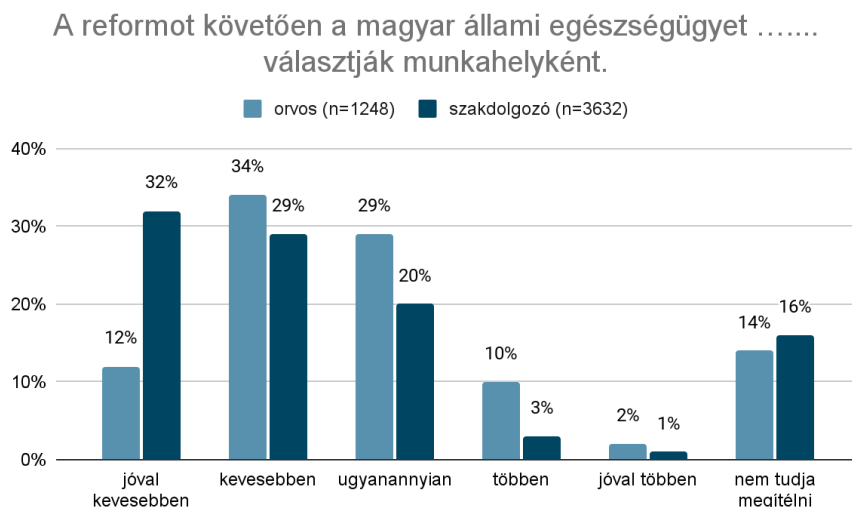
A hálapénz kriminalizálása miatt kieső jövedelem jelentős elvándorlást okoz a közfinanszírozott állami egészségügyi ellátó rendszerből



21. Ábra A hálapénz kriminalizálása miatt kieső jövedelem jelentős elvándorlást okoz a közfinanszírozott állami egészségügyi ellátó rendszerből

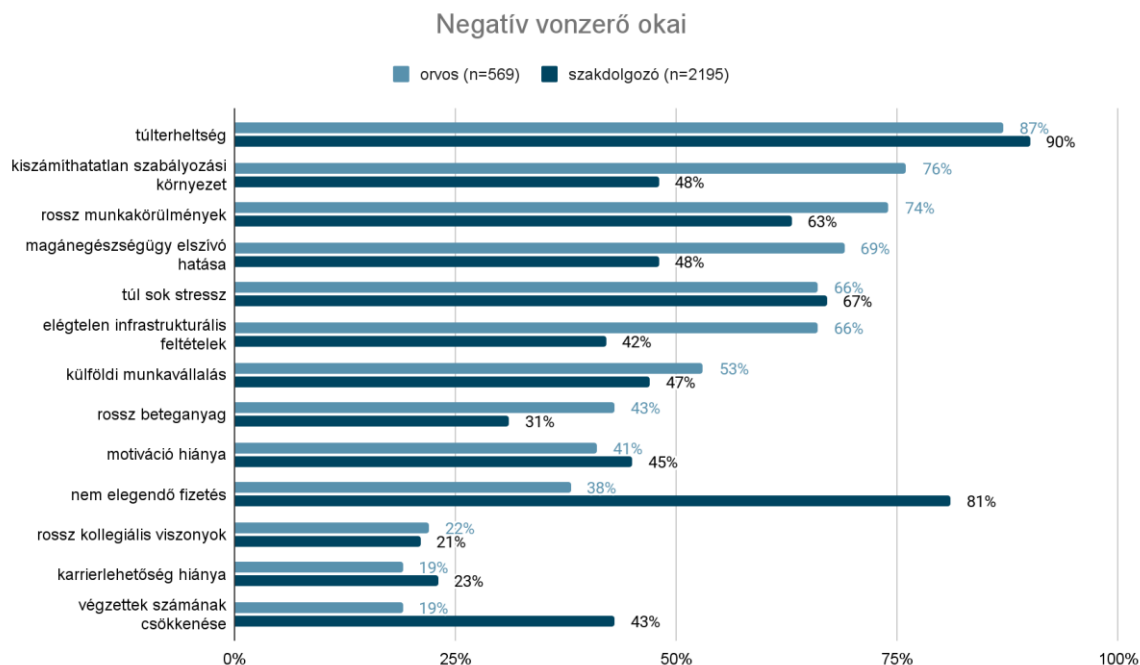
A szakma vonzerejével kapcsolatos másik aspektus vizsgálatára is külön kérdés vonatkozott (OK49, SZK47), melynek célja az volt, hogy az egészségügyi dolgozók hogyan látják a szakma vonzerejét a mai Magyarországon. A válaszok alapján egyértelműen az a kép rajzolódik ki, hogy az egészségügyi dolgozók megítélése szerint inkább kevesebben (és a szakdolgozók

válaszában ez többségben is van) vagy ugyanannyian választják az állami egészségügyet munkahelyként (22. Ábra).



22. Ábra A reformot követően a magyar állami egészségügyet .... választják munkahelyként

Fontos részletesebben vizsgálni, hogy mely okok miatt gondolkodnak így az egészségügyi dolgozók, mivel ezek az egészségügy egyes problémáira is rávilágíthatnak (OK50,51; SZK48,49). (22. Ábra)



23. Ábra Negatív vonzerő okai

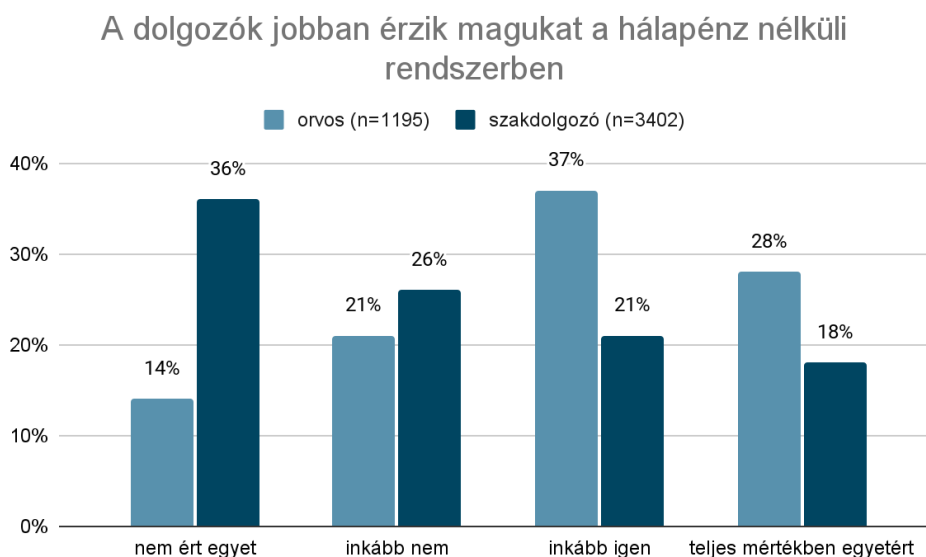
Ahogy azt a többi kérdés vonatkozásában már korábban is látszott, a két csoport jelentős eltéréseket mutat. Az eredményre tekintve látható, hogy a dolgozók a szakma vonzerejére adott válaszok esetében nem rugaszkodnak el saját személyes tapasztalataiktól. Így az orvosok a

túlterheltséget, rossz munkakörülményeket, stresszt tartják akadállyal, míg a szakdolgozók érzékenyebben a fizetésre.

Kiemelendő a szakdolgozók esetében a karrierlehetőség hiányának jelzése, szinte kivétel nélkül, illetve ők is a túlterheltségben és **második helyen az alacsony fizetésben** látják a szakma vonzerejének gátját.

Következő lépésben érdemes vizsgálat alá vonni az egészségügyi dolgozók munkahelyükkel kapcsolatos érzéseit.

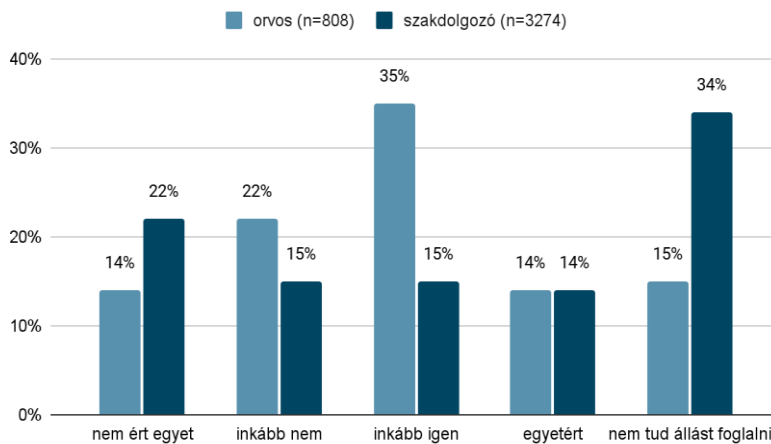
Az orvosok úgy látják, hogy kollégáik jobban érzik magukat a hálapénz nélküli rendszerben, mint a szakdolgozók (OK44, SZK42). Ennek oka első sorban - ahogy a preferenciákat korábban láttuk - a jövedelmi különbségekben lehet. Mind az orvosok, mint pedig a szakdolgozók visszajelzése is ezt mutatta (24. Ábra).



24. Ábra A dolgozók jobban érzik magukat a hálapénz nélküli rendszerben

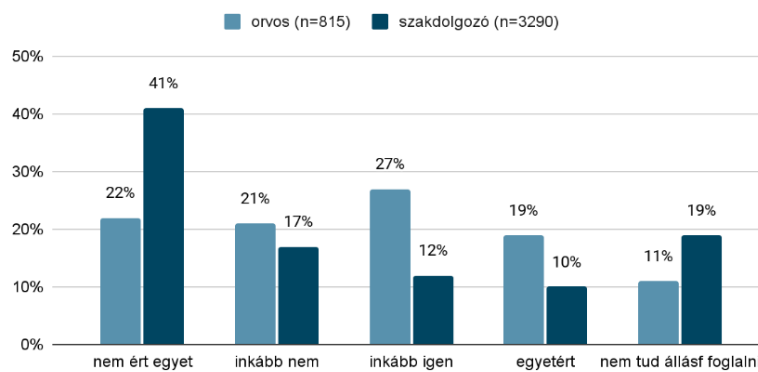
Ha az egyén saját érzéseit nézzük (OK29, SZK26), akkor kevésbé meggyőző képet látunk (25. Ábra, 26. Ábra). Az orvosok alig fele érzi magát jól a munkahelyén, a szakdolgozók pedig inkább nem érzik jól magukat (esetükben a nem állásfoglalók aránya nagyon magas).

### A reform hatására jobban érzem magam a munkahelyemen



25. Ábra A reform hatására jobban érzem magam a munkahelyemen

### A reform hatására jobban megbecsülve érzem magam a szakmámban, munkahelyemen



26. Ábra A reform hatására jobban megbecsülve érzem magam a szakmámban, munkahelyemen

Ez az eredmény inkább arra utalhat, hogy a munkahellyel kapcsolatos rossz érzések nem közvetlenül a hálapénz kivezetése miatt, hanem más okok miatt alakulnak ki.

A szakdolgozók körében tartott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések alapján is érzékelhető a jövedelemmel kapcsolatos elégedetlenség, megemlítték, hogy adott esetben a reform a jövedelem csökkenését is eredményezte. Emellett szó esett az egészségügyi szolgálati jogviszonyhoz kapcsolódó új szerződések aláírásának méltatlannak vélt körülményeiről is.

“Az egészségügyben az elmúlt években nagymértékben csökkent a szakdolgozók megbecsültsége. Romlott a munkahelyi hangulat, bérfeszültség alakult ki orvosok és ápolók között.”  
 “A vezetés sem volt vele tisztában, a munkaiügy sem, azt ismertük, amit a médiából szívárogtattak.”  
 “Az egyik legrosszabb az illetmények elvétele, a kivezérlés, és az egyik pillanatról a másikra történő változás volt.”  
 “A szakdolgozó méltatlannak érzi, hogy nem kapott béremelést, hiszen ő dolgozik a keze alá. Miért nem becsülnék meg engem?”

Az orvosok körében tartott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések alapján érzékelhető az orvosok elégedettsége az alapbér megemelésével, de emellett a jogviszonnyal járó egyéb kötıtségeket negatívan élik meg. A fizetésekkel kapcsolatban többen sérelmezték a bérezés pusztán életkorhoz történő kötését.

*“A hálapénz kivezetésének és a bérek emelésének jótékony hatását, az állami szektor vonzerejét bőven ellensúlyozza negatív hatásként az egészségügyi szolgálati jogviszonyhoz kapcsolt érdeksérelmek (pl. vezénylés) és az egészségügy nem béremelésre fordított finanszírozásának csökkenése, a hatalmas ápolóhiány, valamint az orvosellenes kormányzati kampány.”*

*“Teljesen hibás a fizetést csak az életkorhoz kötni, így nincs motiváció a magasabb szintű ellátás, képzés és a többletmunkára.”*

A tényleges orvosi fizetések emelkedése igazolható, ez a reform egyenes következménye. Orvosok részéről az elégedettség egyöntetű a bérek vonatkozásában, a szakdolgozói bérek esetében viszont még nem rendezett a helyzet, ami feszültséget okoz

### 5.2.6. Hipotézis: A reform hatására az állami egészségügyi ellátó rendszer minősége javult

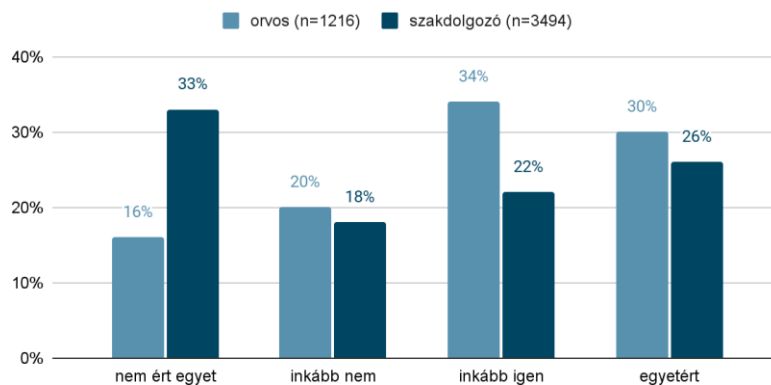
A lakosság 70%-a teljes mértékben (32%) vagy inkább (38%) egyetért azzal, hogy **jobban érzi magát betegként egy hálapénz nélküli rendszerben.**

**Viszont azzal, miszerint 2021 óta javult volna az állami egészségügyi ellátás színvonala, a válaszadók többsége inkább (30%) vagy egyáltalán (36%) nem ért egyet.**

A saját vélemények kifejtések kapcsán **legtöbben az egykori hálapénz „kötelező” jellegét kifogásolták csak,** a „valódi hála” kifejezésével nem volt problémájuk, ezt megengednék továbbra is (26 válasz). **Többen a hálapénz teljes intézményének megszüntetését üdvözölték** (16 válasz), míg **mások úgy vélték, hogy egy működőképes rendszert biztosított** (8 válasz), ahol a kevésbé tehetősek is megfelelő ellátáshoz tudtak jutni, ami a szabálmódosítás óta nem feltétlenül érvényes (11 válasz).

**A hálapénz kivezetéséből következő motiváció csökkenéssel (OK42, SZK40) a válaszok alapján az orvosok többsége (64%) egyetértett** (27. Ábra). A szakdolgozók körében a válaszok e tekintetben kiegyenlítetnek látszanak. Érdekes még megfigyelni az orvosok és szakdolgozók közötti majdnem 20%-os különbséget a szakdolgozók javára azok esetében, akik egyáltalán nem értenek egyet ezzel a hatással.

### A hálapénz kivezetésével csökkent az egészségügyi dolgozók motivációja

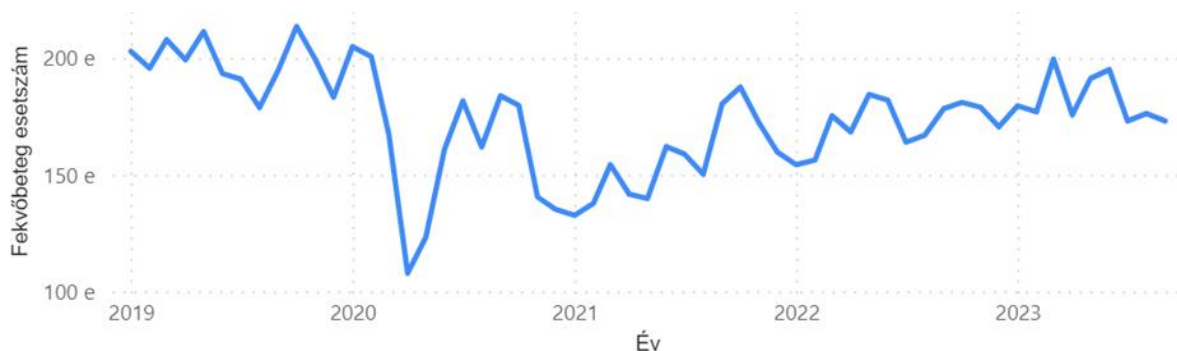


27. Ábra A hálapénz kivezetésével csökkent az egészségügyi dolgozók motivációja

Néhány illusztráció az egészségügyi dolgozók véleményeiből:

“Sokkal nagyobb az orvos-ápoló közötti bérfeszültség, ami hatással van a betegellátás minőségére.”  
 “A dolgozók magánszférába való kivándorlása miatt sokkal nehezebb megfelelő időben minőségi állami ellátáshoz jutni.”  
 “A magyar közellátás minősége nem javult a hálapénz kivezetése óta. Sőt, sokkal rosszabb lett, a dolgozók és a betegek szerint is. Úgy tűnik, nincs is szándék a valódi javításra...”

#### 5.2.6.1. Az ellátórendszer teljesítményének vizsgálata



28. Ábra Fekvőbeteg esetszámok alakulása 2019 januártól 2023 szeptemberig, havi bontásban.

A COVID-19 járvány miatt elektív betegellátás leállítása miatt **jelentősen visszaesetek az esetszámok 2020. áprilisában**, innentől azonban a szezonális figyelembevételével egy növekvő trend figyelhető meg, a **2019-es szintet azonban nem érte újra el**. Az év első kilenc hónapját figyelembe véve **2023-ban a fekvőbeteg esetszám a 2019-es esetek 92,42%-át éri el** (1.640.644 és 1.775.253). A **járóbeteg esetszámokat tekintve ez az arány 91%** (43.562.770 és 47.873.276) (28. Ábra).

Megnevezés	Fekvőbeteg esetszám változás	Aktív ágyszám változás	Létszámváltozás
Aneszteziológiai és intenzív betegellátás	88,55%	103,82%	108,00%
Arc-, állcsont- szájsebészet	97,16%	106,58%	166,00%
Belgyógyászat	89,07%	97,91%	111,00%
Bőrgyógyászat	66,99%	85,85%	112,00%
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	89,63%	93,81%	108,00%
Fül-orr-gégegyógyászat	84,90%	94,51%	106,00%
Gyerme- és ifjúságpszichiátria	118,91%	112,34%	92,00%
Infektológia	89,71%	108,94%	114,00%
Kardiológia	94,09%	96,53%	127,00%
Klinikai onkológia	109,23%	93,01%	124,00%
Neurológia	77,21%	91,82%	117,00%
Ortopédia-traumatológia	85,63%	98,49%	119,00%
Plasztikai és égéssebészet	76,02%	92,36%	154,00%
Pszichiátria	81,43%	94,20%	101,00%
Reumatológia	80,15%	99,64%	108,00%
Sebészet	86,84%	99,27%	101,00%
Sürgősségi betegellátás	107,54%	106,41%	115,00%
Szemészet	98,67%	94,84%	113,00%
Szülészeti-nőgyógyászat	92,65%	94,46%	108,00%
Tüdőgyógyászat (pulmonológia)	96,72%	95,80%	107,00%
Urológia	86,06%	101,11%	109,00%

5. Táblázat Fekvőbeteg esetszám, aktív ágyszám és létszám változás 2019 és 2023 között. A havi szinten rendelkezésre álló fekvőbeteg esetszám esetén mindkét évben az év első kilenc hónapjának adatai alapján.

A csökkenés a fekvőbeteg esetszámokban szakmánként eltéréseket mutat (5. Táblázat). Az alábbi területeken nem csökkent a forgalom: fogászati ellátás (124,3%), gyermek- és ifjúságpszichiátria (118,91%), betegápolás (110,53%), klinikai onkológia (109,23%) és sürgősségi betegellátás (107,54%). **A három legnagyobb visszaesés a bőrgyógyászat (66,99%), plasztika és égéssebészet (76,02%) és neurológia (77,21%) szakmákban figyelhető meg.**

Megnevezés	Sürgős	Tervezett
Aneszteziológiai és intenzív betegellátás	88,06%	89,90%
Arc-, állcsont- szájsebészet	91,28%	97,86%
Belgyógyászat	95,03%	82,31%
Betegápolás		110,53%
Bőrgyógyászat	117,00%	56,21%
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	88,85%	90,93%
Fogászati ellátás		124,39%
Fül-orr-gégegyógyászat	92,62%	83,21%
Gyermekek- és ifjúságpszichiátria	234,73%	99,08%
Infektológia	90,69%	84,06%
Kardiológia	95,49%	92,95%
Klinikai onkológia	94,31%	109,51%
Neurológia	97,80%	58,07%
Ortopédia-traumatológia	95,28%	79,65%
Plasztikai és égéssebészet	81,02%	75,12%
Pszichiátria	94,46%	65,13%
Reumatológia	223,06%	75,31%
Sebészet	91,58%	84,98%
Szemészet	178,57%	96,80%
Szülészeti-nőgyógyászat	93,83%	91,24%
Sürgősségi betegellátás	108,43%	95,45%
Tüdőgyógyászat (pulmonológia)	96,21%	97,03%
Urológia	89,41%	85,38%

6. Táblázat Esetszám változások szakmánként és betegfelvétel típusaként 2019 és 2023 első kilenc hónapja alapján

A felvétel típusát is figyelembe véve kiemelkedő pozitív változás figyelhető meg (6. Táblázat) a sürgős gyermek- és ifjúságpszichiátria (234,73%), sürgős reumatológia (223,06%) és a sürgős szemészet (178,57%) esetén. **Tervezett felvétel esetén a legnagyobb visszaesések a bőrgyógyászat (56,21%), a neurológia (58,07%) és a pszichiátria (65,13%) szakmákban látható.** Az összes területet figyelembe véve a sürgős esetszám a 2019-es 95,76%-át éri el, a tervezett esetszám a 2019-es 90,17%-át (az év első kilenc hónapját figyelembe véve).

Vármegye	Fekvőbeteg esetszám változás
Bács-Kiskun	0,8765
Baranya	0,9498
Békés	0,8906
Borsod-Abaúj-Zemplén	0,8585

Vármegye	Fekvőbeteg esetszám változás
Budapest	0,9826
Csongrád-Csanád	0,9389
Fejér	0,9239
Győr-Moson-Sopron	0,8921
Hajdú-Bihar	0,9226
Heves	0,9613
Jász-Nagykun-Szolnok	0,8392
Komárom-Esztergom	0,8968
Nógrád	0,8794
Pest	0,8125
Somogy	0,9024
Szabolcs-Szatmár-Bereg	0,8567
Tolna	0,8393
Vas	0,9464
Veszprém	0,959
Zala	0,9539

7. Táblázat Fekvőbeteg esetszám változás megyénkénti bontásban 2019 és 2023 között,

Vármegyenkénti bontást tekintve 2019-hez képest mindenhol visszaesett a forgalom (7. Táblázat). Legjelentősebb mértékben Pest (81,25%), Jász-Nagykun-Szolnok (83,92%) és Tolna (83,92%) vármegyékben, legkevésbé Budapesten (98,26%), Heves (96,13%) és Veszprém (95,9%) vármegyékben csökkent az esetszám.

Típus	Fekvőbeteg esetszám változás
Egyéb	0,8547
Egyetem	1,0277
Megyei kórház	0,9174
Országos intézet	0,9594

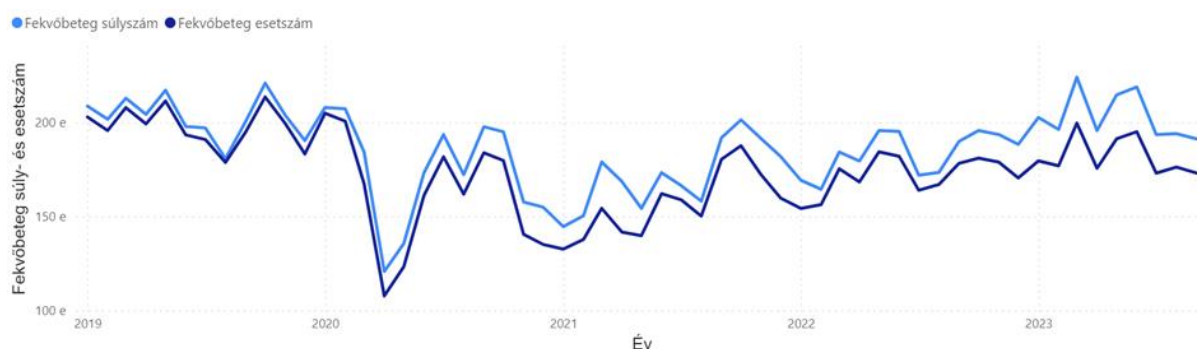
8. Táblázat Fekvőbeteg esetszám változás intézménytípusonként 2019 és 2023 között, az év első kilenc hónapját figyelembe véve.

Intézmények típusa szerint (országos intézet, megyei kórház, egyetem, egyéb) szintén különbség figyelhető meg a visszaesés mértékében, mely rendre 95,94%, 91,74%, 102,77%, 85,47%, azaz míg az egyetemi intézményekben nőtt a forgalom, a többi típusban csökkent (8. Táblázat).

Az összes aktív ágyszám 2019-ben 41 447 db volt, 2023-ban 40 183, azaz 96,95%-ra csökkent. A gyermek- és ifjúságpszichológia, infektológia, arc-, állcsont- szájsebészet, sürgősségi

betegellátás, aneszteziológiai és intenzív betegellátás és urológia szakmákban nőtt az ágyszám (rendre 112,34%, 108,94%, 106,58%, 106,41%, 103,82% és 101,11%), legjelentősebb visszaesés a bőrgyógyászat (85,88%), a neurológia (91,82%) és a plasztikai és égéssebészet (92,36%) területén figyelhető meg. A forgalom is ebben a három szakmában csökkent legjelentősebben, de a kapacitások csökkenése kisebb mértékű (vö. 66,99% és 85,88%, 77,21 és 91,28%, 76,09% és 92,36% a forgalom és az ágyszám visszaesésének mértéke a bőrgyógyászat, neurológia és plasztika és égéssebészet területeken)

**Teljes munkaidő egyenértéken számítva a szakorvosi létszám 2023-ra a 2019-es átlagos statisztikai létszám 111%-ra nőtt (14 885, 06 és 13 297,89). Egyetlen szakterületen csökkent a létszám, gyermek- és ifjúságpszichológia területén 92%-os visszaesés figyelhető meg** (míg az aktív ágyszám és a fekvőbeteg esetszám itt nőtt százalékosan a legnagyobb mértékben). A legnagyobb növekedés arc-, állcsont- szájssebészet (166%), plasztika és égéssebészet (154%) és kardiológia (127%) szakmákban tapasztalható (6. táblázat).



29. Ábra Fekvőbeteg esetszámok és elszámolt súlyszámok alakulása 2019 januártól 2023 szeptemberig havi bontásban.

**Az esetszámok csökkenésének ellenére az elszámolt súlyszám nem csökkent 2023-ban 2019-hez képest** (1 831 246,34 és 1 821 124,72 a vizsgált évek első kilenc hónapja alapján). 2019-ben az átlagos súlyszám 1,03 volt, 2023-ban ez 1,12-re nőtt, míg a 2019 szeptember végéig 1 775 253, 2023 szeptember végéig csak 1 640 644 esetet jelentettek a vizsgált években. (Az esetszám és súlyszám eltérését szemlélteti a 9. táblázat) **Ennek lehetséges magyarázata**, hogy a 2023. január havi teljesítmények elszámolásától kezdve megváltozott számos homogén betegségcsoport **súlyszáma, döntő többségben növekedett** (ld. 81/2022. (XII.30.) BM rendelet) (29. Ábra).

Az elvégzett „főbb befolyásolók” elemzés alapján a **fekvőbeteg esetszám változását** az intézménytípus, szakma, megye, járóbeteg esetszámváltozás, aktív ágyszám változás és

létszámváltozás változók közül a **járóbeteg esetszámok változása és a létszám változása tudja érdemben befolyásolni.**

A korrelációs és regressziós elemzés elvégzése előtt 84 intézmény-szakma pár adata került eltávolításra az adatok közül, a fekvőbeteg esetszám változásra vonatkozóan IQR kritérium alapján. A járó esetszámok, ágyszám és létszám, illetve ezek változásaival minden esetben elmondható, hogy gyenge, pozitív irányú kapcsolat van (9. Táblázat).

Változók	Korreláció
Fekvőbeteg esetszám változás; járóbeteg esetszám változás	0,1435
Fekvőbeteg esetszám változás; ágyszám változás	0,0922
Fekvőbeteg esetszám változás; létszám változás	0,1178
Fekvőbeteg esetszám változás; járóbeteg esetszám (2019)	0,0474
Fekvőbeteg esetszám változás; járóbeteg esetszám (2023)	0,086
Fekvőbeteg esetszám változás; létszám (2019)	0,0633
Fekvőbeteg esetszám változás; létszám (2023)	0,095
Fekvőbeteg esetszám változás; ágyszám (2019)	0,0213
Fekvőbeteg esetszám változás; ágyszám (2023)	0,0396

9. Táblázat A korrelációs és regressziós elemzés

A regressziós elemzés során két modell alakítottak ki.. Az **első esetben** a fekvőbeteg esetszám változást a szakmával, intézménnyel, intézmény típussal, megyével és az abszolút eset és kapacitásszámokkal támasztották alá (járó esetszám, létszám és átszám 2019-ben és 2023-ban). Stepwise modellszelekciós módszert használva a végső modellben a szakma, 2019-es járó esetszám, 2023-as járó esetszám, 2019-es ágyszám és a 2023-as ágyszám változók maradtak. A modell szignifikáns (F-statisztika (26, 823): 4,2, p-érték: 0), magyarázóereje 11,71%, vagyis **a modell a fekvőbeteg esetszám változás varianciájának 11,71%-át magyarázza.**

A második modellben az abszolút esetszámok és kapacitások helyett azok változásai szerepeltek a modellben. Stepwise modellszelekciós eljárás után a végső modellben a szakma, a járó esetszámváltozás, ágyszám változás és kapacitásváltozás szerepelnek. A modell szignifikáns (F-statisztika (25, 824): 4,582, p-érték: 0), magyarázóereje 0,1221, vagyis **ez a modell a fekvőbeteg esetszám változás varianciájának 12,21%-át magyarázza.** A változók közül a klinikai onkológia (együttható: 0.172, p-érték: 0.000391), szemészet (együttható: 0.136, p-érték: 0.000547) és járóbeteg esetszám változás (együttható: 0,132, p-érték: 0) szignifikáns, vagyis **a járóbeteg esetszám változás egy százalékpontnyi növekedése átlagosan, várhatóan 0,132 százalékpontnyi növekedéssel jár a fekvőbeteg esetszám változásban**

**minden más változó változatlansága mellett.** A megye és az intézmény típusa egyik végső modellben sem szerepelt.

Mindkét modell azt igazolta, hogy a fekvőbetegellátás teljesítménye és a járóbetegellátás teljesítményének csökkenése között kapcsolat van. A hálapénz reform szempontjából ez **a szakértői interjúkon és fókuszcsoportos vizsgálatokban megjelent feltételezést igazolta**, hogy a **járóbetegellátás teljesítményének csökkenése fékezi a fekvőbeteg ellást** is. A járóbetegellátás csökkenésének kvalitatív magyarázata az extra ambuláns rendelések elmaradása, a lejelentett rendelési idők ki nem töltése is lehet, amely a hálapénz reform egyenes következményeként került azonosításra az eredményeket értékelő vizsgálati módszerek során.

A betegforgalom esetleges természetes csökkenése nem számszerűsíthető, mert a járóbetegrendelés várakozási idő tényezői nem mérhetőek általános módszertannal, azonban a lakosság körében megjelent várakozási idő növekedés igazolja ezt.

#### **5.2.6.2. Várólisták vizsgálata**

Vizsgált időszak: minden év első 8 hónapja, így tudjuk biztosítani az évek összehasonlíthatóságát, ugyanis 2023-ban augusztusig áll rendelkezésünkre adat. A vizsgálat során alkalmazott fogalmak:

- Felvett eset: a vizsgált időszakban várólistára felvett esetek száma
- Ellátott eset: a vizsgált időszakban várólistáról ellátott esetek száma
- Felvételi arány: a vizsgált időszakban várólistát vezető intézményeknél szakmánként kiszámoljuk a várólistára felvett esetek számának és az adott szakma járóbeteg esetszámának hányadosát. Ez megmutatja, hogy a járóbeteg esetek hány százalékából lesz egy új várólista felvétel. Ezeket az értékeket ezután a felvételi esetek számával súlyozottan átlagoljuk, így kapjuk meg az összesített felvételi arányt.

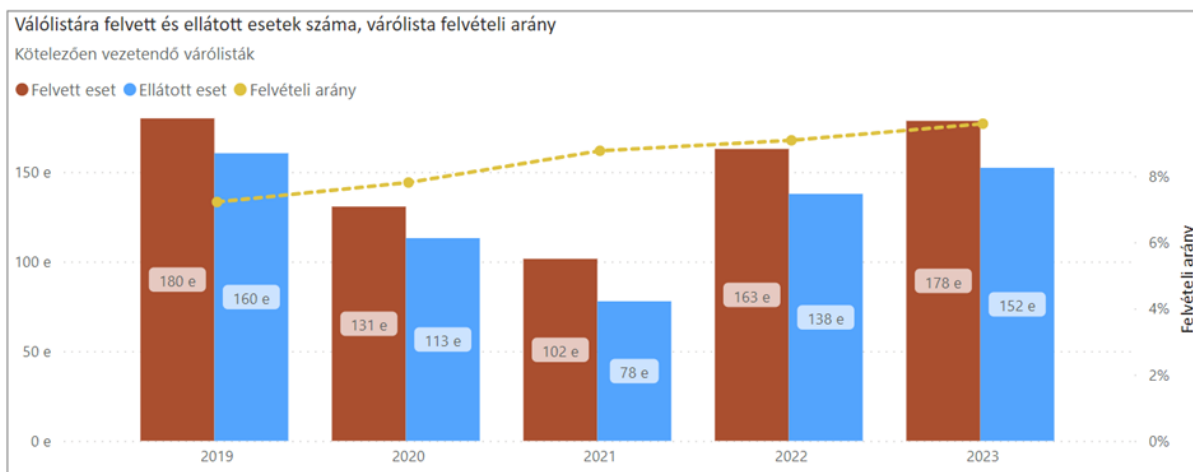
#### **Kötelező várólisták**

Főbb megállapítások: a **várólistára felvett esetek száma elérte a 2019-es bázis év teljesítményét**, az **ellátott esetek száma azonban csökken**. Szakmánként elemezve látható, hogy a sebészet (igazából gerincsebészet, mert csak egy kötelező várólistát tudtunk ide sorolni), nőgyógyászat és az urológia szakmákban csökkent az új várólista esetek száma, az ortopédia és kardiológia szakmákban növekedést láthatunk. A **felvételi ráta összességében**

**emelkedett**, ez teszi lehetővé, hogy kevesebb járóbeteg esetszám mellett az új várólista esetek száma el tudta érni a 2019-es szintet (30. Ábra).

Év Megnevezés	2019 Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány	2023 Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány
☐ Fül-orr-gégégyógyászat	18 770	15 107	53	2	5,45%	18 280	13 486	48	2	7,81%
☐ Kardiológia	48 200	45 261	22	2	11,37%	51 328	47 051	21	2	13,72%
☐ Ortopédia-traumatológia	24 606	18 541	40	4	4,71%	25 456	17 517	39	4	11,28%
☐ Sebészet	2 706	2 366	18	1	0,81%	1 795	1 552	15	1	0,66%
☐ Szemészet	64 992	61 259	70	1	7,70%	64 323	57 632	70	1	8,51%
☐ Szülészeti-nőgyógyászat	12 510	10 773	80	1	1,25%	10 039	8 713	74	1	1,18%
☐ Urológia	6 086	5 249	48	2	2,23%	5 041	4 353	44	2	2,98%
<b>Összesen</b>	<b>177 870</b>	<b>158 556</b>	<b>103</b>	<b>13</b>	<b>7,30%</b>	<b>176 262</b>	<b>150 304</b>	<b>99</b>	<b>13</b>	<b>9,70%</b>

30. Ábra Kötelező várólistára felvett és ellátott esetszámok 2019-ben és 2023-ban



31. Ábra Kötelező várólistára felvett és ellátott esetek száma, várólista felvételi arány

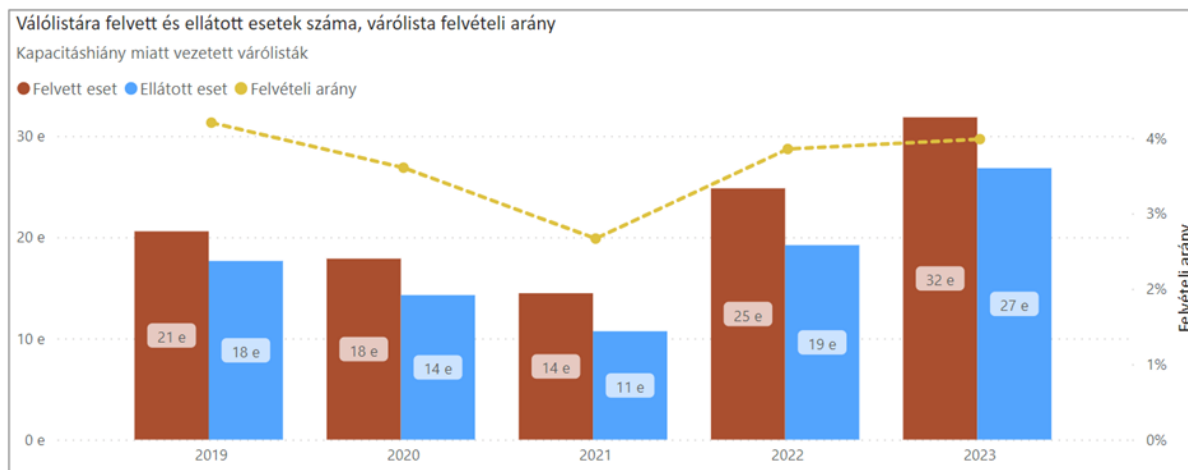
A pandémia alatt kiesett, ellátatlan esetek pótlása biztosan hatással volt 2022-es és 2023-as kötelező várólista esetszám növekedés, egyéb hatásoktól való elhatárolás direkt módon nem lehetséges (31. Ábra).

## Nem kötelező várólisták

A kapacitáshiány miatt vezetett várólisták<sup>M</sup>, mind az azokat vezető intézmények száma megnőtt, ennek köszönhetően a változatlan felvételi ráta mellett is lényeges több új felvétel történt, mint 2019-ben. Ez az **ellátásokra, műtétekre való hosszabb várakozási időt mutatja** (32. Ábra).

Év	2019					2023				
Megnevezés	Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány	Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány
<input type="checkbox"/> Fül-orr-gégegyógyászat	177	150	1	1	0,55%	495	414	5	2	0,58%
<input type="checkbox"/> Kardiológia	2 827	2 190	4	2	2,93%	4 721	4 028	6	3	2,87%
<input type="checkbox"/> Ortopédia-traumatológia	894	717	4	2	0,75%	3 059	2 651	12	4	1,39%
<input type="checkbox"/> Sebészet	16 537	14 453	32	6	4,68%	20 028	16 621	36	8	5,12%
<input type="checkbox"/> Szülészeti-nőgyógyászat	50	44	1	1	0,20%	2 276	2 025	7	3	2,62%
Összesen	20 485	17 554	36	12	4,22%	30 579	25 739	44	20	4,14%

32. Ábra Kapacitáshiány miatt vezetett várólistára felvett és ellátott esetszámok 2019-ben és 2023-ban



33. Ábra Kapacitáshiány miatt vezetett várólistára felvett és ellátott esetek száma, várólista felvételi arány

Az orvosok körében tartott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések alapján egybehangzóan megfogalmazódott a motiváció és teljesítmény csökkenés általános jelensége, mely a minőség és teljesítmény mérésének hiányából fakad, valamint abból, hogy a bértábla sem tartalmaz ilyen irányú korrekciót (33. Ábra).

“Lássunk be, hogy a minőségellenőrzés azt nézi meg, hogy van-e kézfertőtlenítő és a lázlap alá van-e írva. Ezen kívül nincs valós minőségellenőrzés. Addig minek amíg TEK (Területi Ellátási Kötelezettség) van a kórháznak meg TVK (Teljesítmény Volumes Korlát)? Minek hasonlítunk össze egymással?”

“Az összetartó elemet (rossz) kivették, ez pedig nem más volt, mint a motiváció. Erre még egy lapát az átlag finanszírozás bevezetése.”

“Ugyanannyi pénzt kapok, akkor is, ha kevesebbet operálok, és akkor is, ha nem dolgozom, szervezeti szinten is jól jársz.”

“Mindenki jól jár csak a beteg nem és bent marad a TVK is.”

<sup>M</sup> 44 kórháznál látni ilyen típusú várólistát, szemben a 2019-es 36-os számmal. Míg 2019-ben 12 különféle nem kötelező várólistát vezettek az intézmények, ez a szám 2023-ban 20.

A szakdolgozók körében tartott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések alapján az orvosok körében is jelzett motiváció és teljesítmény csökkenés kerül visszaigazolásra. Ezen túl felmerült a korábbi rendszer “túlhajtottnak” minősített állapota, melyet a hálapénz adott esetben katalizált.

*“Csökkent a motiváció.”*

*“Pont az a tapasztalatom, beteg oldalról is, hogy a sebészeti/ műtéti osztályok kényelmesen, langyosan 3-kor azt mondják, hogy „most hazamegyek.” Eddig pörgés volt, mostanra az ellátottak száma lefeleződött (10-15-ről, 5-6-ra). Most már ráérősebbek.”*

*“Sokkal hatékonyabb a rendszer, ha van paraszolvencia.”*

*“Befolyásolja a költségeket, hogy van-e paraszolvencia vagy nincs. A laborban is érzékelhető volt, az orvos megnyugtatta a beteget, azzal, hogy elrendeli a labort közvetlenül a műtét előtt, pedig nem minden esetben szükséges ilyen kevéssel előtte.”*

*“A hálapénz kivezetése érdektelenné teszi az orvosokat a minőségi és mennyiségi ellátásban, pl. irrálisan limitálják a szakrendelésen fogadható betegek számát.”*

A reform hatására az állami egészségügyi ellátó rendszer minősége nem javult. Ez leginkább az egészségügyi ellátórendszer teljesítmény csökkenésének köszönhető, amelyre a hálapénz kivezetésének is hatása van a dolgozói motiváció csökkenése miatt.

### 5.2.7. Hipotézis: A reform hatására többen fordulnak a magán egészségügyi ellátás irányába

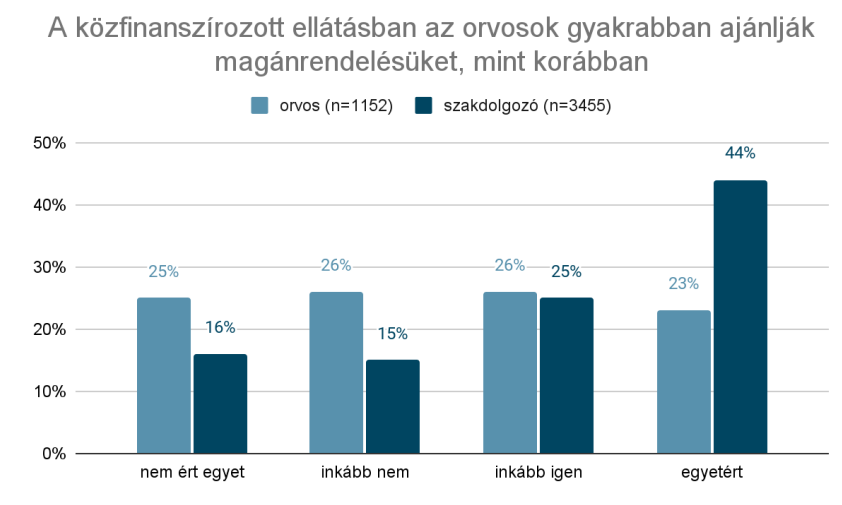
A lakosság többségi véleménye (62%) szerint a hálapénz kivezetése óta **gyakrabban ajánlják fel magánrendelésüket az orvosok** (34. Ábra), mint ahogy azt korábban tették (ezzel összességében a népesség héttizede ért egyet), illetve a válaszadók 22%-a nyilatkozott úgy, hogy a magán egészségügyi ellátás választásának oka, hogy kezelőorvosa a magánrendelésére irányította.

A szakmai kérdőívek (OK40, OSZ38) elemzése alapján az a következtetés vonható le, hogy a magánrendelés felajánlásával kapcsolatos érdemleges változás az orvosok szemszögéből nem történt. A szakdolgozók inkább a lakosság nézetét osztják e kérdésben.

Azok körében, akik igénybe veszik a magán egészségügyi szolgáltatásokat (1000-ból 517 fő) a legtöbben, 53%-nyian a **rövidebb várakozási időt** emelték ki. (7%-nyian nyilatkoztak úgy, hogy gyakrabban mennek magán egészségügyi szolgáltatókhoz, mint a reformot megelőzően, 8%-nyian viszont ritkábban.)

A lakosság válaszai alapján egyfajta **bizalomvesztés** is megfigyelhető: a válaszadók közel egyharmada azt gondolja, hogy sem az ellátás minősége, sem az infrastruktúra szempontjából

már nem kap jó színvonalú ellátást az állami egészségügyben, s emiatt inkább a magánszféra szolgáltatásait veszi igénybe.



34. Ábra A közfinanszírozott ellátásban az orvosok gyakrabban ajánlják fel a magánrendelésüket, mint korábban

A felmérés alapján magánegészségügy igénybevétel tényezője az is, hogy a kezelőorvos ezt javasolja.

**Lakossági felmérés:** A hálapénzzel kapcsolatos új szabályozásnak nem volt drasztikus hatása a magán egészségügyi ellátás igénybevételére nézve. A megkérdezettek közel fele, állítása szerint sem korábban, sem 2021 óta nem vesz igénybe magán egészségügyi ellátást. 37%-nyian ugyanolyan mértékben veszik igénybe a magán egészségügyi szféra szolgáltatásait, mint korábban. Emellett 7%-nyian nyilatkoztak úgy, hogy gyakrabban mennek magán egészségügyi szolgáltatókhoz, mint a reformot megelőzően, 8%-nyian viszont ritkábban.

A lakosság körében tartott fókuszcsoportos beszélgetésen több érintett részéről egyértelműen megjelent a magánellátás felé történő elmozdulás:

“Ami inkább felváltotta ezt az az, hogy inkább azt javasolja az orvos, hogy látogassuk meg a magánrendelését.”  
 “Általánosságban azt tapasztalom egy váróban, hogy mindenki próbál valakit leszólítani, fejetlenség van, orvosok rohagnak ide-oda. Amíg tudom finanszírozni, addig biztos a magánt választom.”  
 “A hozzáférhetőség az más kérdés, sürgősségin kívül az MR egyáltalán nem elérhető, ha a sérüléseimmel erre vártam volna, akkor sose jutottam volna el, 4- 5 hónapot kell várni, így magánba mentem.”

A szakdolgozók körében tartott fókuszcsoportos beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések a magán és állami ellátás keresztezésének és a beteg magánegészségügyi ellátásba történő átirányításának továbbra is fennálló eseteire is utaltak:

“A hálapénz kivezetése csak az ápolóknak, beteghordóknak, gépkocsivezetőknek volt nagy érvágás. Az orvosok a magánrendeléseik révén nem esnek el bevételtől, a betegeket pedig általában közfinanszírozott kórházban műtik, látják el.”  
 “Kontroll a magánrendelőben történik, akkor fizet a beteg. Ez a gyakorlat”  
 “Valójában csak átkonvertálódott, a magán rendelőkben kéri el a betegtől az árát. Van, hogy a főigazgatónak van klinikája, oda küldik a betegeket.”

*“Inkább kimennek a magánba, és ezeken a csatornákon szedik össze.”*

Az orvosok körében tartott fókuszcsoportos beszélgetés és a kérdőívben adott szabadszöveges megjegyzések visszaigazolták a lakossági fókuszcsoport érzékelését az állami ellátás elérhetőségéről és a betegek magán ellátásba terelődéséről. Említésre került az a szempont is, hogy a magán ellátásban a beteg a korábban állami egészségügyben hálapénzként kifizetett összeg többszöröséért tud ellátást igénybe venni, alacsonyabb kompetencia feltételek mellett.

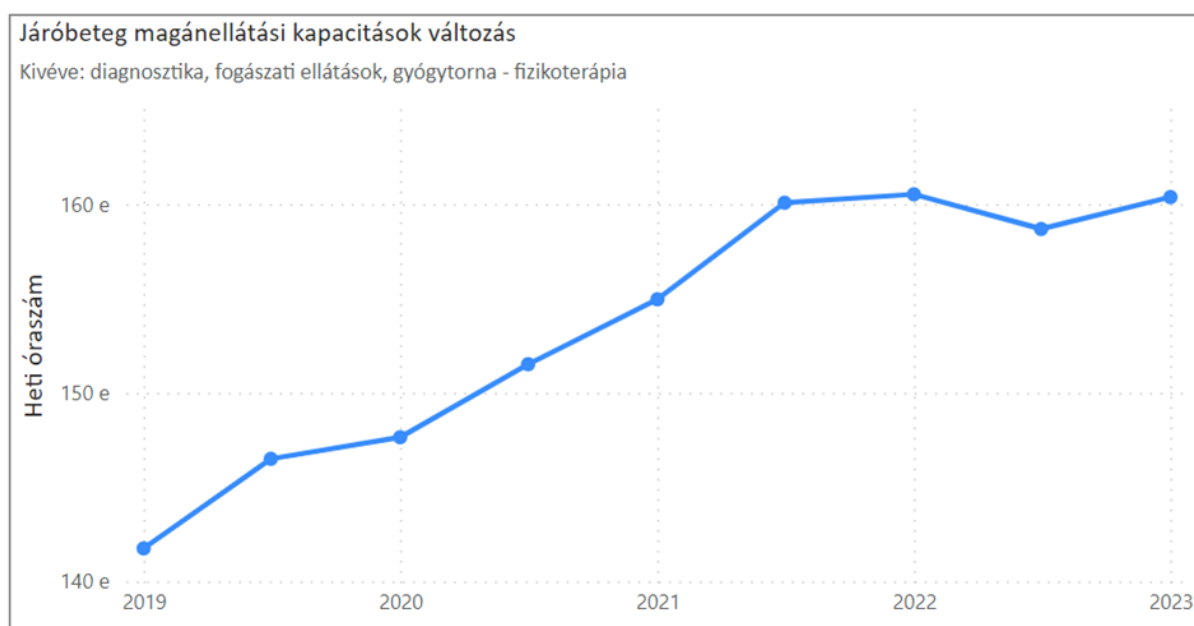
*“A közfinanszírozott ellátás egyre elérhetetlenebb a betegek számára, az ellátás egyértelműen erőteljesen a magánellátás felé tolódik. A magánellátás sokkal többbe kerül a betegeknek, mint korábban a hálapénz. A magánegészségügy szolgáltatói pedig a menedzser típusú, eü. végzettséggel nem rendelkező vezetése pedig teljesen piaci alapon, profitorientáltan működik.”*

*“Kifizeted a paraszolvencia 10-szeresét magán egészségügyben, és fogalmad nincs, hogy amit kapsz, nem tudod, hogy az szakmailag milyen. Akkor is benne lehet az, hogy téged el kell vinni további kezelésekre egy kórházba. A magán ellátóknak erre nincsenek meg a kompetencia feltételei pl. egy intenzív ellátásnak. (szövődmény vagy ilyesmi miatt). Megéled azt, hogy cseberből vederbe jutsz. A cseberben baromi sokat fizettél, a vedret meg szírod.”*

*“Magánegészségügy nem lesz megoldás. Olyan magánegészségügy, ami az egészségügy problémáit oldja meg, olyan nincs.”*

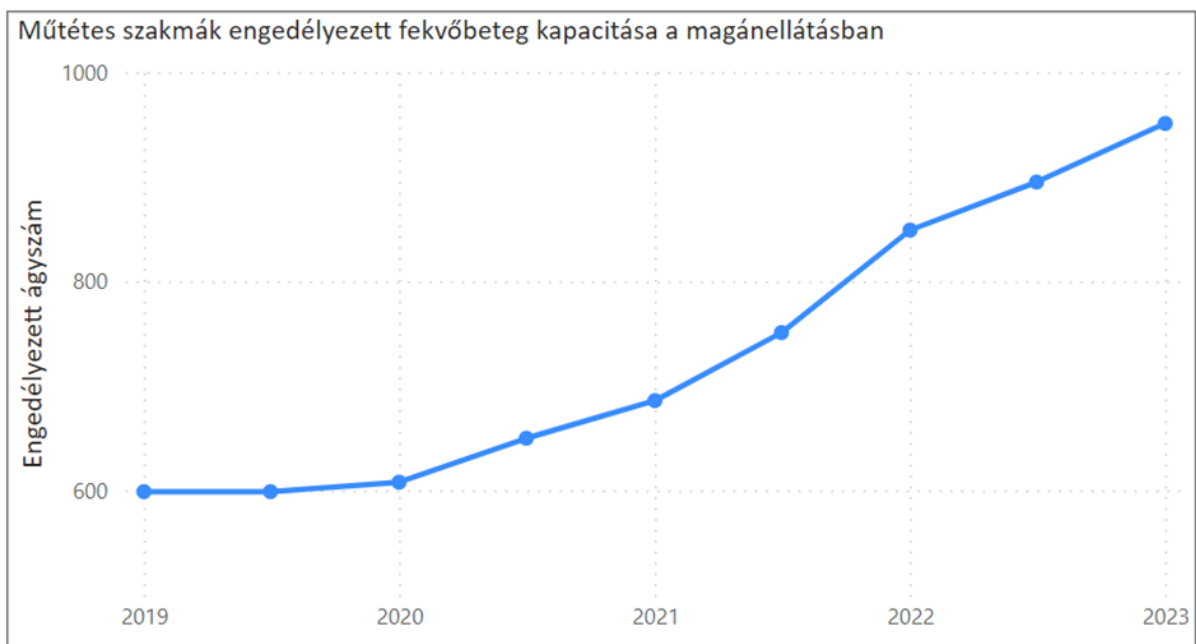
*“A kivezetés a magánegészségügyet erősíti, ki lett tolvá a beteg a magánegészségügybe.”*

#### 5.2.7.1. Magánegészségügyi szolgáltatói kapacitások változása



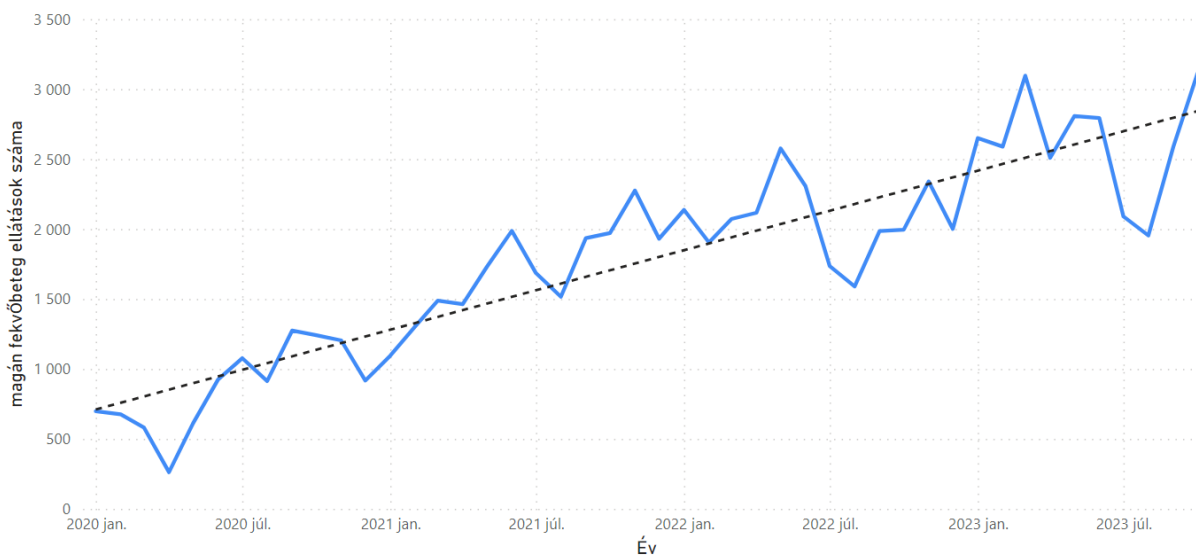
35. Ábra Járóbeteg magánellátási kapacitások változása 2019-2023

A magánszolgáltatók járóbetegellátó kapacitásai 2021 közepe óta egyfajta stabil kapacitáshelyzetet mutatnak a működési engedélyekben lévő adatok alapján. Ez azt jelenti, hogy a reform, jelen esetben ideértve az Eszjtv. egyéb rendelkezéseit is, közvetlenül nem hajtotta tovább a magán kapacitások növekedését. Egész pontosan 2021-es és 2023-as években a magánszolgáltatók engedélyezett járóbeteg heti óraszámait összehasonlítva összesen 4%-os növekedés azonosítható (35. Ábra).



36. Ábra Műtétes szakmák engedélyezett fekvőbeteg kapacitása a magánellátásban

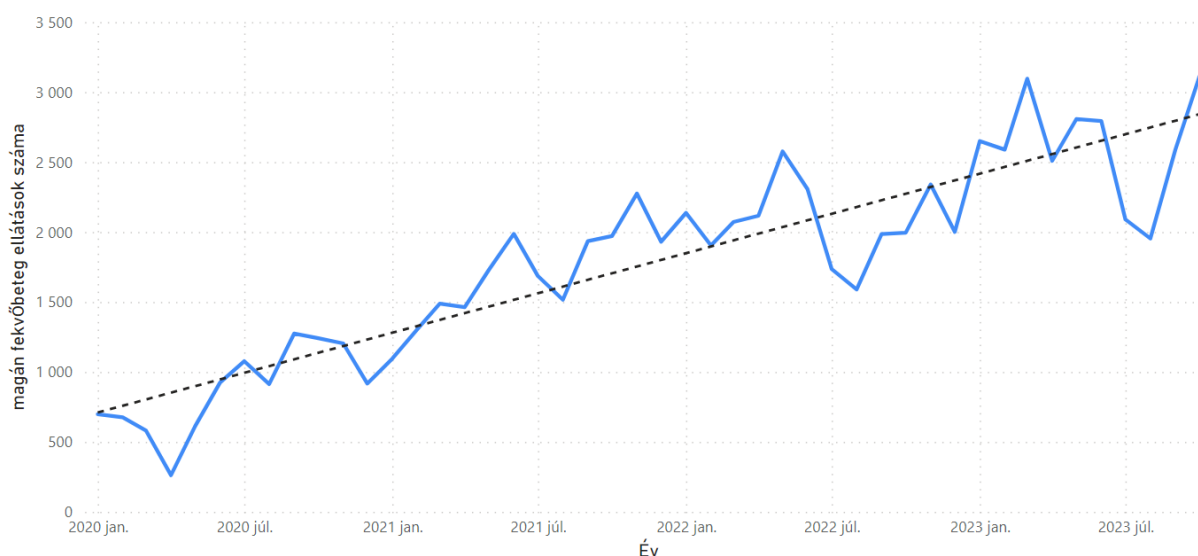
Fekvőbeteg-ellátás esetében az látszik, hogy az engedélyezett ágyszám növekedése továbbra is jellemző. 2021 és 2023 között ez 39%-os növekedést jelentett, bár a bázisérték sem volt magas. Kiugró növekedés, nem meglepő módon a szüléset-nőgyógyászati ágyak esetében látható, itt az időszak alatt 100%-os a kapacitásbővülés látható (36. Ábra).



37. Ábra Jelentett fekvőbeteg esetszámainak alakulása 2020 január és 2023 szeptember között.

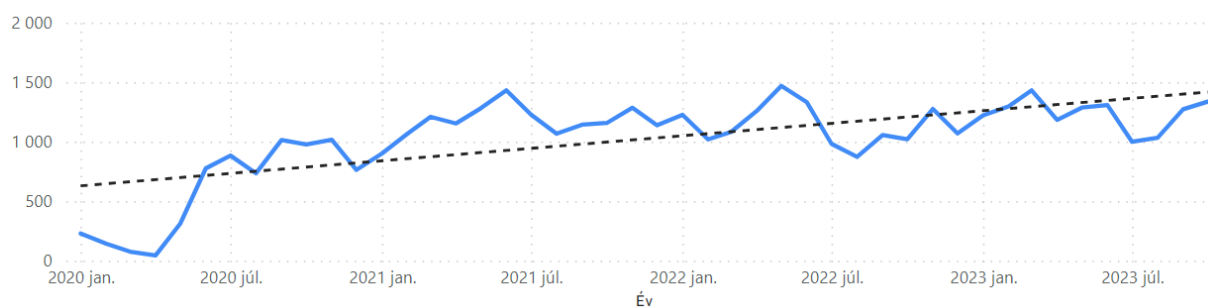
Magánellátás tekintetében az intézmények jelentett havi fekvő és járóbeteg adatainak elemzése is megtörtént 2020. január és 2023. október között. A forgalmi adatok EESZT adatok alapján

állnak rendelkezésre, így a mátrixosztályok miatt szakmai bontás nem áll rendelkezésre, mivel az ilyen esetekben a forgalmi adatok adott időszakban ugyanazon osztálykódon ismétlődően jelentek meg minden egyes az osztályhoz kapcsolt szakma eseténben. A Semmelweis Egyetem adatait elemezve megállapításra került, hogy a legnagyobb forgalom klinikai onkológián található, ami alapján feltételezhető, hogy az egyetem a klinikai gyógyszervizsgálatokat magán fekvőbeteg ellátásként jelenti le, így ez az intézményt kikerült az elemzésből. A Dél-Budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház magán fekvőbeteg esetei egy 20 ágyas sebészeti mátrix osztályról származnak, viszont a jelentett esetszámok a kórház teljes fekvőbeteg forgalmának 30%-át teszik ki. Ennek az ellentmondásnak a feloldására nincs lehetőség, ezért az elemzésben ennek az intézménynek a forgalma sem szerepel. A két intézmény elhagyása a bemutatott trendekben nem okoznak változást. Továbbá a szövet- és sejtbőlógiai tevékenységet is végző szervezeti egységek sem szerepelnek. Az összes jelentett fekvő forgalmi adat alakulása a fenti (37. Ábra, 38. Ábra) látható.



38. Ábra Jelentett fekvőbeteg esetszámok alakulása magánellátásban 2020. január és 2023. szeptember között

A teljes időszak alatt az öt legnagyobb fekvő forgalmat jelentő intézmény fekvő forgalmi adatait a 10. Táblázat tartalmazza, minden év első kilenc hónapját figyelembe véve. A teljes időszak alatt ez az öt intézmény jelentette a fekvő forgalom 57,6%-át (az esetszámok alakulásáért (39. Ábra).

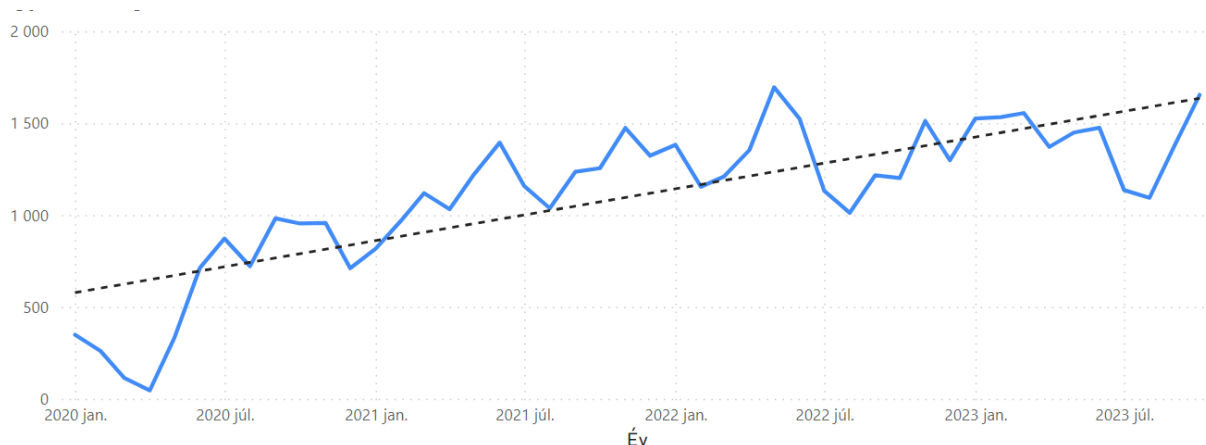


39. Ábra Az öt legnagyobb forgalmat jelentő intézmény fekvőbeteg esetszámainak alakulása 2020 január és 2023 szeptember között.

Intézmény	2020	2021	2022	2023
DA VINCI Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (Pécs)	456	1647	1804	1721
Duna Medical Center Korlátolt Felelősségű Társaság (Budapest)	708	1364	1911	2559
Emineo Egyészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (Budapest)	801	1358	1408	1106
MATERNITY Magánklinika Korlátolt Felelősségű Társaság (Budapest)	510	2235	2348	2276
TritonLife Magánkórházak Zártkörűen Működő Részvénytársaság (Budapest)	1738	3876	2823	3369

10. Táblázat Az öt legnagyobb fekvőbeteg forgalmat jelentő magánintézmény forglama 2020 és 2023 között, az évek első kilenc hónapjait figyelembe véve .

A teljes időszak 46 jelentési időszakból áll. Azokat az intézmények kerültek bele a vizsgálatba, amelyek legalább 44 alkalommal jelentettek. Ezzel vélhetően sikerült kiszűrni a jelentő adatszolgáltatók növekedéséből származó forgalomnövekedést. Az összes, végig jelentő szolgáltató fekvő forgalmi adataiban is növekvő trend látható (40. Ábra). Az összes adatszolgáltató által jelentett esetszámot - a vizsgált évek első kilenc hónapjában - a 10. Táblázat tartalmazza. A végig jelentők körében is jelentős fekvő forgalomnövekedés figyelhető meg (2020-ban 4390, 2023-ban 12 521 db fekvő ellátást jelentettek az év első kilenc hónapjában).



40. Ábra Végig jelentő magánintézmények fekvőbetegforgalmi adatai 2020 január és 2023 szeptember között

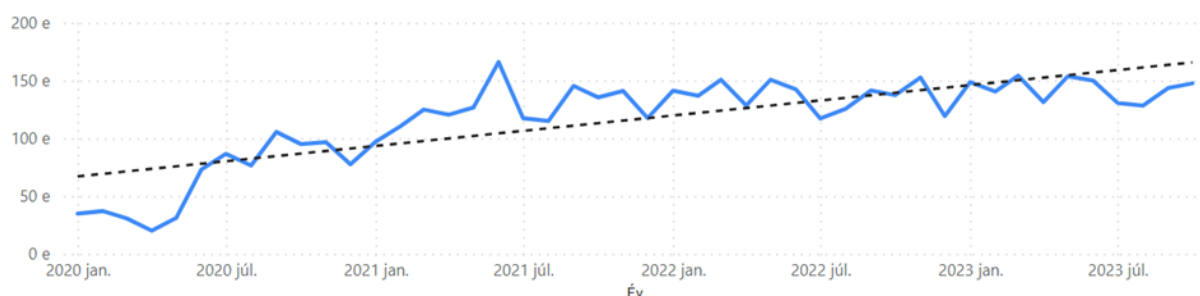
Végig jelentett	2020	2021	2022	2023
HAMIS <sup>N</sup>	2 625	4 219	6 743	10 555
IGAZ <sup>O</sup>	4 390	9 984	11 679	12 521

11. Táblázat Összes jelentett fekvő forgalmi adat 2020 és 2023 között, az év első kilenc hónapját figyelembe véve. (január-szeptember)

A magán járóbeteg ellátásban is növekvő trend figyelhető meg a végig jelentő intézmények körében. A járóbeteg esetszámokat a 12. Táblázat Jelentett járóbeteg forgalom a magánellátásban,

az évek január-szeptember közti időszakát figyelembe véve.

tartalmazza, évenként a január-szeptember időszakokat figyelembe véve. Látható, hogy a végig jelentő intézmények esetén jelentős növekedés van 2020 és 2023 között (vö. 495 281 és 1 280 186 eset).



41. Ábra Végig jelentő intézmények járóbetegellátási forgalma 2020 január és 2023 szeptember között.

Végig jelentett	2020	2021	2022	2023
-----------------	------	------	------	------

<sup>N</sup> Vizsált időszakban az összes jelentő szolgáltató forgalmi adatait jelenti

<sup>O</sup> Vizsgált időszakban végig jelentő szolgáltatók fekvő forgalmi adatait jelenti

HAMIS <sup>N</sup>	1 012 786	3 250 672	3 831 135	4 059 078
IGAZ <sup>O</sup>	495 281	1 123 106	1 233 733	1 280 186

12. Táblázat Jelentett járóbeteg forgalom a magánellátásban, az évek január-szeptember közti időszakát figyelembe véve.

Fekvő és járóbeteg forgalom az állami ellátásban, műtétes szakmákban:

	2019	2023	Különbség
Fekvő P-s HBCS esetszám	543 044	493 374	-49 670
Járó esetszám	9 921 689	8 588 075	-1 333 614

13. Táblázat Járó és műtétes fekvő esetszámok, csak urológia, szülészeti-nőgyógyászat, szemészet, sebészet, ortopédia, fül-orr-gége szakmában

Teljes járóbeteg forgalom az állami ellátásban:

	2019	2023	Különbség
Járóbeteg esetszám	47 873 276	43 562 770	-4 310 506

14. Táblázat Teljes járóbeteg forgalom az állami ellátásban

Az adatok elemzése igazolja, hogy a magánszektor jelentős esetszámnövekedést mutat 2019 és 2023 között. A járó ellátás esetében ez a növekedés 2021-ben, fekvő vonatkozásában 2023-ban jelent meg. Fekvő esetében a kapacitások bővülése is magyarázza ezt a jelenséget, járó ellátás esetében viszont az állami ellátórendszer hozzáféréseinek csökkenése állhat a háttérben. Ennek lehetséges okait a hatások elemzés fejezetben vizsgáljuk (13. Táblázat, 14. Táblázat).

Igazolható, hogy a reform óta a magánegészségügy kapacitása nőtt, de ennek vélhetően normál piaci működéssel kapcsolatos okai vannak. A magánegészségügy teljesítménye is nőtt, egyre több ellátási terhet vesz át a közfinanszírozott ellátástól, azonban a hálapénz direkt hatása nem igazolható egyértelműen, de közrehatása vélelmezhető.

## 6. A reform értékelése, hatások és eredmények

A reform értékelését, hatásainak vizsgálatát három terület köré szervezve végezzük. A **hálapénzre, mint társadalmi jelenségre** gyakorolt hatás, a hálapénz mértékét, összegét; az **egészségügyi dolgozókra** gyakorolt hatás keretében a bérekkel, a munkakörnyezettel való elégedettséget; az **ellátórendszer működésére** gyakorolt hatás tekintetében a hatékonyságra, ellátás színvonalára gyakorolt hatást vizsgáljuk.

## 6.1. A hálapénzre, mint társadalmi jelenségre gyakorolt hatás

A lakosság teljes mértékben megosztott annak megítélésében, hogy a hálapénz jelenleg is szerves része-e az ellátórendszernek, vagy sem. A lakosság meglátása alapján maga a gyakorlat nem tűnt el teljesen, de a felnőtt népesség bő fele (52%) úgy gondolja, hogy 2021 óta a hálapénz jelenléte az állami egészségügyben visszaszorult (15. Táblázat).

Visszaszorult a hálapénz a reformot követően?		
Populáció	Igen válaszok aránya	Erőteljesen visszaszorult válaszok aránya
Lakosság (n=1000)	52%	nem differenciált
Orvos (n=1232)	96%	86%
Szakdolgozó (n=3546)	85,76%	54,1%

15. Táblázat Visszaszorult a hálapénz a reformot követően?

A kérdés a lakosság körében is percepció alapú, amelyet pl. a hálapénzzel kapcsolatos gyanúsítások, tettenérések hírei is befolyásolhatnak, illetve a reform óta eltelt idő sem kellően hosszú a 2021-es helyzet éles elkülönítésétől. A képet nagyban árnyalja, hogy a tudás alapú kérdés kapcsán konkrét tapasztalat saját, közeli hozzátartozó esetében alig mérhető mértékű volt, ami mindenképp utal a jelenség elfordulásának alacsony értékére.

A kriminalizáció és ahhoz kapcsolódó bűnmegelőzési, valamint bűnüldözési tevékenység hatása is érződik, amelyet a lakosság a visszaszorulás okaként első helyen hoz. Ugyancsak visszajelzik ezt azon példák is, amelyek egy-egy megbízhatósági vizsgálat után az adott régió egészségügyi szolgáltatóinak körében tapasztalható a kvalitatív beszámolók alapján. Például egy intézményben megtörtént megbízhatósági vizsgálatot követően az intézményben talált bankjegy miatt is bejelentést tettek az ott dolgozók, nehogy a hálapénz gyanúja felmerüljön.

Fontos változás a jogtudat mértékének változása is. A lakosság a korábbi hálapénzzel kapcsolatos szabályozási környezet tartalmával sokkal kevésbé volt tisztában, mint a jelenlegi, fogalmilag teljesen tiszta, általánosan tiltó helyzettel. Ennek oka a kommunikáció eredményességében van. A jogszabályban engedélyezett ajándék mértékével kapcsolatos ismeretek terén vannak hiányosságok, de összességében a pozitív változáshoz ez az elem is nagyban hozzájárult, mivel a lakosság a jogszabályi szankcióktól való félelmet jelölte meg első helyen a visszaszorulás okaként.

Ami a rendszerben továbbra is létező hálapénz gyakoriságának változását illeti, a lakossági oldalon történő felajánlás mértéke az egészségügyi dolgozók véleménye szerint 100 ellátási eset vonatkozásában jelentősen (átlagosan 58-75%-kal) visszaesett. Egyes szakmákban ez az arány magasabb. Így pl. háziorvoslás vagy a szülészet-nőgyógyászat területén 90%-ot is eléri vagy meghaladja a felajánlás gyakoriságának visszaesése.

A hálapénz kérése esetében is visszaszorulás mérhető, az orvosok és a szakdolgozók többsége is ritkább hálapénz kérést érzékel környezetében. A változást visszaigazolta a lakosság is, mivel a visszaszorulás harmadik leggyakoribb okaként azt jelölték meg, hogy már nem érződik az elvárás. Ami kiemelendő, hogy a változás mértékében a szakdolgozók véleménye árnyaltabb, a válaszadók majd 23%-a szerint nem történt elmozdulás a kérés gyakoriságát illetően. Ezen válaszadók 71%-a (n=236) ápoló/szakápoló és egészségügyi szakasszisztens beosztásból került ki.

Összességében a hálapénz felajánlása, elfogadása és kérése is visszaszorulást mutat, habár a mértékben van eltolódás az érintetti kör véleményei alapján. A szakmacsoportokon belül a korábban hálapénzes szakmaként jellemzett területeken a visszaszorulás mértéke is jól mérhető.

A még hálapénzzel érintett ellátási események során elkerülő pénzösszegekben növekedés mérhető, ami egyáltalán nem meglepő, tekintve az inflációs hatást, a kriminalizálás kockázatnövelő hatását, amelyet a felek vélhetően be is áraznak. Az összeg nagyságát valószínűleg a magánegészségügyi konzultációs díjak és beavatkozások árazása is befolyásolja.

Az összegek mindent egybevetve a korábbi ismert és hozzáférhető kutatási eredmények ismeretében az inflációval korrigált értékekhez képest is 300%-900% mértékkel nőttek, egyes beavatkozások esetében milliós kiugró értékekkel.

A hálapénz rendszer teljes összegét nagyon nehéz becsülni, ahogy annak mértékében 2021 előtti becslések is nagyságrendi eltéréseket mutattak. A becslés szerint a rendszerben megforduló hálapénz összege reálértéken erőteljesen csökkent, mert az esetek gyakorisága akkora nagyságrendben mérséklődött, amelyet az eseti összegek növekedése sem tud kiegyenlíteni.

Kapcsolódó kérdés, hogy léteznek-e alternatív csatornák akár a hála, akár a vesztegetésre szánt összeg kifizetésére. A kérdéskör vizsgálata során az alapítványi befizetések, illetve a magánegészségügyi szolgáltatáson keresztül történő pénzmozgás merült fel több ízben. Az alapítványi befizetések gyakoriságának növekedését mind az orvos, mind a szakdolgozó válaszadók nagy többsége elvetette. Ezzel szemben az NVSZ tevékenységének elemzése során

új elkövetési módként jelent meg, gyakoriságára számadat nem áll rendelkezésre. Az interjúkon elhangzottak ennek a módszernek a létezését megerősítették.

## 6.2. Az egészségügyi dolgozókra gyakorolt hatás

A reform a hálapénz kriminalizálása mellett az orvosi bérek emelését alkalmazta fő eszközként a jelenség visszaszorítása érdekében.

A vizsgált orvos populáció egyértelműen kifejezte elégedettségét (87%) a bérek növekedésével kapcsolatban. A bérnövekedés mértéke jellemzően több 100 ezer Ft volt. Az elégedettség körükben 2021 óta is nőtt, vélhetően a további bérnövekedés miatt, így a jövedelempótlás többségében megvalósulhatott, legalábbis kisebbségben vannak, akik esetében nem.

Szakdolgozók esetében a válaszadók 82%-a jelezte jövedelme növekedését, de annak mértéke elmarad az orvosokétól. A 2021 óta tapasztalható bérnövekedés kapcsán a válaszadó szakdolgozók fele csak kismértékű (pár tízezer forintos) kereset növekedésről számolt be. Azokban az esetekben, ahol a szakdolgozók jövedelem csökkenést jeleztek, indokként közel egyötödüknél megjelent a hálapénz kivezetése is. A szakdolgozói béremelés orvosokéhoz hasonló mértékű elmaradása a hálapénz kivezetésével sokkal nagyobb arányban hatott negatívan a szakdolgozókra, mint az orvosokra. A reform előtt időkből a szakdolgozók természetesen nem egyenszilárdan és nem teljeskörűen, de részesültek a hálapénzből. Egyes esetekben közvetlenül kapták, egyes esetekben intézményi vagy szervezeti szinten osztották szét azt.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban lévő orvosok háromnegyede a jövőben is szeretné megtartani jogviszonyát, a bizonytalanok és biztosan váltók között a túlterheltség, a bizonytalan szabályozási környezet, a munkakörülmények jelennek meg legfőbb indokként, de a válaszadók egynegyedének esetében a motiváció hiánya is felmerül. A motiváció csökkenését az orvosok közel kétharmada igazolja vissza, de a szakdolgozók többsége közvetlenül nem érzékeli ezt a jelenséget.

Szakdolgozók esetében már csak a válaszadók kétharmada gondolja biztosan megtartani jogviszonyát. A bizonytalanok és váltani tervezők körében a válaszadók négyötöde a nem elegendő fizetést jelölte meg, de a túlterheltség, stressz indokok mellett a bizonytalanok több mint fele a motiváció hiányát itt már megjelölte.

Az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos túlterheltség, stressz és az infrastruktúra állapota rendre megjelenik a felmérés során, mint befolyásoló tényező.

A szakmai megbecsülés kapcsán egészen szembetűnő a különbség. Az orvosok többsége megbecsülve érzi magát a szakmájában, a szakdolgozók 72%-a viszont elutasító ebben a kérdésben. Ismerve, hogy az egészségügy ellátás csapatmunka, szakdolgozó és orvos egymásra épülő közös tevékenysége, ahol a felek között nem szabad, hogy egyenlőtlenség érzése merüljön fel a szakmai megbecsülést illetően. A kérdőíves felmérés statisztikai próba (SZK25 és SZK28) alapján a szakdolgozók esetében a bérrel való elégedetlenség összefüggésben van a megbecsültség érzésének hiányával.

A fent leírt helyzetet jól illusztrálja néhány, a felmérés során rögzített, a kérdőív nyílt kérdésének válaszaként rögzített és szó szerint idézett vélemény is:

*“A szakdolgozók megbecsülése társadalmi szinten, ideértve az orvostársadalmat is, elkeserítő. A béremelések a 2018-s alapbértől számolhatnak, ami elfogadhatatlan. A szakdolgozók- legalábbis az intenzív osztályunkon- nem fogadnak el hálapénzt, annak ellenére sem, hogy sértően kevés a bérük. A covid alatti orvosi béremelések jelentősen növelték a szakdolgozók és orvosok közötti szakadékokat.”*  
*“Az orvosi bérek nagyfokú emelése mellett a szakdolgozók bére még az inflációt sem követi, ez konfliktusokat és demotiváltságot eredményez.”*  
*“Szerencsére az orvosok bére többszörös lett, nekik ez sem elég, a szakdolgozók dolgoznak helyettük. Súlyos morális problémát okozott az extrém béremelésük, korántsem a team munka az amit díjaznak, csak elvárják. Amíg szakdolgozói szintén nem lesz EU-s bér, addig nem fognak jönni dolgozók.”*  
*“Óriási a bérkülönbség orvos és asszisztens között. Szakrendelésen dolgozom, fontos az együttműködés, az orvos fizetése 6x-a az enyémnek. Ezt túlzásnak érzem.”*

szempont	Többségi vélemény	
	orvos	szakdolgozó
béremeléssel elégedett	igen	nem
megbecsülve érzi magát	igen	nem
motiváció csökkenés tapasztalható	igen	kiegyenlített
szolgálati jogviszonyának megtartását tervezi	77%	66%
szolgálati jogviszonyát megtartását illetően bizonytalan	20%	30%
szolgálati jogviszonyát megtartását nem tervezi	3%	4%
jobban érzi magát hálapénz nélkül rendszerben	igen	nem
munkahelyi közérzet	nem javult	nem javult
közfinanszírozott ellátórendszer vonzereje nőtt a reform miatt	nem nőtt	nem nőtt

16. Táblázat Az egészségügyi dolgozók véleménye a reform és a munkahelyük vonzerejének kapcsolatáról

Az egészségügyi dolgozók többsége egyetért abban, hogy a reform közvetlenül nem járult hozzá a közfinanszírozott ellátórendszer, mint munkahely vonzerejének növekedéséhez, sőt az orvosok 45%-a, a szakdolgozók több mint 60%-a becsüli úgy, hogy kevesebben választják majd munkahelyként. Ennek legfőbb okának az orvosok és szakdolgozók esetében is a túlterheltség, míg második helyen az orvosok esetében a kiszámíthatatlan szabályozási környezet, szakdolgozók esetében a nem elegendő fizetés szerepel (16. Táblázat).

Az intézkedések az egészségügyi dolgozók közt tehát rendkívül megosztóak. Ennek fő oka, hogy a szakdolgozók béremelésének mértéke az orvosokéhoz viszonyítottan lényegesen alacsonyabb. Esetükben, ha nem is a hálapénz közvetlen értéke (mivel nem is részesültek akkora mértékben), de az áttételes hatása mindenképp tovább rontotta hangulatukat. Emiatt a szakdolgozók könnyebben dönthetnek a jogviszonyuk megszüntetése, akár a pályaelhagyás mellett. Ennek nagyon fontos jövőbeni hatása lehet az, hogy - változatlan feltételek mellett - a szakdolgozói kapacitás csökkenhet, amely egyes szakterületeken komoly teljesítmény problémákhoz vezethet a közfinanszírozott ellátásban.

Az orvosok esetében a motiváció csökkenése az a hatás, amelyre mindenképp figyelni kell, mert az ellátórendszer teljesítményének csökkenéséhez vezethet.

### 6.3. A egészségügyi ellátórendszer működésére gyakorolt hatás

A vizsgálat igazolta, hogy a közfinanszírozot ellátórendszer teljesítménye több tényező együttes hatásának eredőjeként visszaesett a 2019-es bázisévhez képest 2023 azonos hónapjaival összehasonlítva. Az év első kilenc hónapjait figyelembe véve 2023-ban a fekvőbeteg esetszám a 2019-es esetek 92,42%-át éri el. Járóbeteg esetszámokat tekintve ez az arány 91%. Egyes szakmák esetében ennél nagyobb eltérés is tapasztalható, például a bőrgyógyászat fekvőbeteg esetszáma kb. 66%-ra, járóbeteg esetszám 85%-ra esett vissza.

A nem kötelező várólisták esetében is kimutatható, hogy hosszabb a várakozási idő.

Az intézményvezetői interjúk az egyes konkrét esetszám csökkenés, mérhető várakozási idő növekedés esetében az alábbi okokat jelölték meg:

- Szakdolgozói kapacitás hiánya (elsősorban műtéti területen),
- Szakterületenként eltérő mértékű motivációváltozás,
- Súlyosabb esetek jelennek meg a rendszerben,
- Beavatkozást végző szakorvos átmeneti hiánya,

- Progresszivitási szint miatti súlyosabb esetek ellátása
- Szervezeti átalakítás,
- Finanszírozás változása, amely gyakorlatilag egy belső restrikciónak felel meg. Ugyanazt a súlyszám volument kisebb esetszámmal lehet elérni.

A felsorolt hatások alapján- a már említett pandémia miatti teljesítmény visszaeséssel kiegészítve-, egyértelműen látható, hogy az ok-hatás rendszer rendkívül komplex. A pandémia hatása globális jelenség, nemzetközi becslések szerint sem tértek még vissza az ellátórendszerek a korábbi teljesítményhez, de ennek mértéke nem általánosítható.

A teljesítmény csökkenése (járó és fekvő esetszámok esetében is kimutatható) a közfinanszírozott ellátáshoz való hozzáférést időszakosan nehezítheti.

A kötelező várólisták elemzésénél, két várólista esetében láttunk felvételi arány csökkenést: nőgyógyászati műtétek nem malignus folyamatokban és gerincsérv műtétek. Mindkét szakterület hálapénzzel jelentősen érintett volt és van lehetőség a műtétek magánegészségügyi szolgáltatóknál történő elvégzésére. Feltűnő, hogy a nőgyógyászati területen az egyetemi klinikákon csökkent a legnagyobb mértékben a felvételi arány (42. Ábra).

Év Megnevezés	2019 Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány	2023 Felvett eset	Ellátott eset	Kórházak száma	Várólisták száma	Felvételi arány
<input checked="" type="checkbox"/> Szülészet-nőgyógyászat	12 199	10 508	81	1	1,18%	9 875	8 547	76	1	1,17%
Egyéb	3 556	3 109	57	1	1,01%	2 986	2 597	52	1	1,03%
Egyetem	3 525	2 899	4	1	1,41%	2 139	1 850	4	1	1,06%
Megyei kórház	5 118	4 500	20	1	1,15%	4 750	4 100	20	1	1,31%
<b>Összesen</b>	<b>12 199</b>	<b>10 508</b>	<b>81</b>	<b>1</b>	<b>1,18%</b>	<b>9 875</b>	<b>8 547</b>	<b>76</b>	<b>1</b>	<b>1,17%</b>

42. Ábra Egyetemi kórházak esetszám csökkenés, szülészet-nőgyógyászat

Az egyetemi városokban mindenhol vannak magán fekvő intézmények, ezek pedig előszeretettel alkalmazzák a szakma vezetőit.

A magánegészségügy esetében összességében annyi állapítható meg, hogy a magánszolgáltatók járóbeteg ellátó kapacitásainak szignifikáns növekedése 2021 előtt kezdődött, míg a fekvőbeteg ellátás esetében ez 2021-ben indult el. Nem látszik összefüggés a reformokkal, természetes piaci fejlődés folyamatként értelmezhető. Az esetszámok tekintetében a fekvő esetek 2023-ban mutatnak jelentős emelkedést, míg a járó ezt már 2021-ben produkálta a magánszektorban. Valószínűsíthetően a fent felsorolt okok mindegyike hatással van erre a növekedésre. Összességében az feltételezhető, hogy a magánegészségügy a kieső közfinanszírozott esetszámokból egyre nagyobb mértékben részesül, de ez a kiesés és a magánegészségügy

irányába történő betegátáramlás nem egyenlíti ki egymást. Ebből biztonsággal csak az a következtetés vonható le, hogy a teljes egészségügyi ellátó rendszer összteljesítménye csökkent. Ennek magyarázata három fő scenárió mentén képzelhető el:

- A társadalom ellátási szükséglete csökkent,
- Az ellátórendszerben felesleges teljesítmény volt jelen, amelyet a hálapénz tartott fenn,
- A teljesítmény a közel változatlan igények ellenére is csökkent.

A lakossági felmérés és a várólista elemzés eredményéből is látszik, hogy az első és második scenárió nem igazolható. A harmadik scenárió esete vélelmezhető, amely önmagában mutatja a hozzáférés csökkenését.

## 6.4. Korrupciót lehetővé tevő egyéb tényezők

Az állami és a magánegészségügyi szolgáltatások vonatkozásában új tendenciaként értékelhető az a jelenség, hogy a mindkét szektorban dolgozó orvosok **az állami egészségügyben nyújtott szolgáltatás „ellenértékét”, a magánrendeléseiken** kapják meg akár úgy, hogy előírják a betegeknek a magánrendelésen történő megjelenést<sup>P</sup>.

Ez a jelenség komoly etikai kérdéseket is felvet abban az esetben, ha a beteg kiszolgáltatottságának kihasználásával történik, mivel egyébként a magánrendelés felajánlása - ismereteink szerint - nem ütközik jelenleg semmilyen konkrét előírásba.

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzáférés nehezítettsége okán egyre **gyakoribbá válhatnak a soronkívüliség céljából történő vesztegetési cselekmények**, különös tekintettel azokra az ellátásokra (kezelések, beavatkozások, diagnosztikai eljárások), amelyekhez kizárólag várólistákra történő feliratkozással lehet hozzájutni<sup>P</sup>.

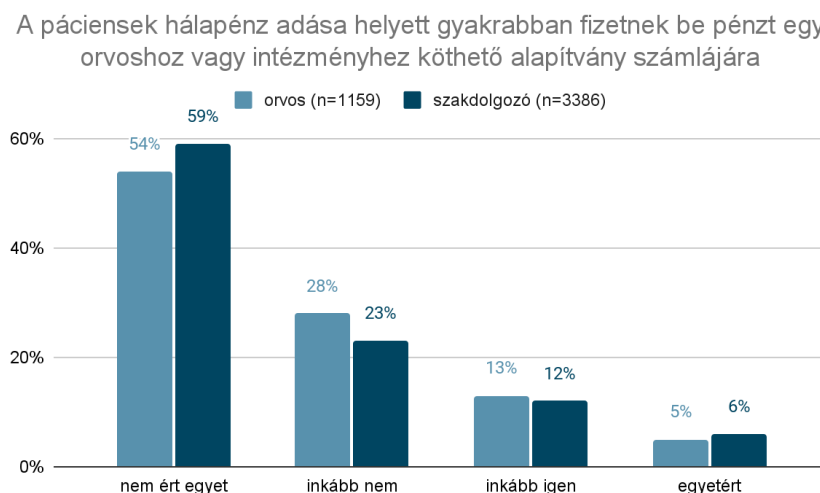
Ezt a következtetéseink is alátámasztják. A hálapénz kivezetésének egyik mellékhatása az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nehezítettsége. Ez a várólistákban, és általában a szakellátásokra vonatkozó hosszú várakozási időben nyilvánul meg. Az a szándék, hogy a páciens ezt kikerülje mindenképpen vélelmezhető indíték.

Új elkövetési mód, amely során **a vesztegetési összegeket alapítványokba kérik befizetni** az egészségügyi dolgozók. Ezeket az alapítványokat nem az állami egészségügyi intézmények

---

<sup>P</sup> A információt az NVSZ szolgáltatta.

hozzák létre és működtetik, hanem egészségügyi dolgozók – jellemzően orvosok – és azok célja az oda befizetett összegek „tisztára” mosása, a hálapénz és egyéb kötelezettségsszegéses korrupciós cselekmények elfedése<sup>P</sup> (43. Ábra).



43. Ábra A páciensek a hálapénz adása helyett gyakrabban fizetnek be pénzt egy orvoshoz vagy intézményhez köthető alapítvány számlájára

Erre a tevékenységre vonatkozó kérdésünkre (OK39, SZK37) kapott válaszok alapján a szakma azzal, hogy az ilyen megoldások a reform következményeként gyakoribbá váltak, határozottan nem ért egyet. (Ismereteink szerint ez a gyakorlat korábban is létezett, így ennek tovább terjedésére kerestünk választ a kérdőívben. Bár önmagában az alapítványok működtetése önmagában még nem jelenti bűncselekmény gyanúját, csak abban az esetben, ha a korrupciós tevékenység elfedésére használják őket.)

## 7. Javaslatok és ajánlások megfogalmazása

### 7.1. Szakmai ajánlások a reformok hatásának fokozását célzó további intézkedésekre

#### 7.1.1. Pozitív hatások erősítése

A hatástanulmány megállapítása szerint a hálapénz jelenség visszaszorulása erőteljes, az eszközök elérték ezirányú céljukat. A nemzetközi joggyakorlatok során feltárt lényeges elemek szinte mindegyike fellelhető Magyarországon is, így teljesen új megközelítés bevezetése nem látszik rövidtávon szükségesnek, azonban a folyamatos ellenőrzést, tájékoztatást és az ezekhez

kapcsolódó, nemzetközi szinten is jelenlévő eszközöknek egyre tudatosabb és hatékonyabb alkalmazását mindenképpen jónak tartjuk:

#### 7.1.1.1. ISO 37001 Antikorrupciós irányítási rendszer

A hazai gyakorlatban, kifejezetten az egészségügyben, az ISO 37001 Anti-bribery management systems szabvány használata nem elterjedt. Az ISO 37001 szabvány az antikorrupciós irányítási rendszerek nemzetközi szabványa. Ennek célja az, hogy segítse a szervezeteket a vesztegetés és korrupció elleni küzdelemben. A szabvány létrehozása és alkalmazása hozzájárul a tisztességes és integritást támogató üzleti gyakorlatok kialakításához.

A szabvány követelményeket és iránymutatásokat határoz meg a vesztegetéssel kapcsolatos kockázatok hatékony kezeléséhez:

- egyértelmű vesztegetés-ellenes politikát,
- vesztegetési kockázatok felülbírálata, kockázatértékelési tervet,
- intézkedések a vesztegetés megelőzése és kezelése érdekében, beleértve belső ellenőrzéseket és eljárásokat,
- szisztematikus képzés,
- dokumentációval és nyilvántartások a tevékenységgel kapcsolatban.

Javasoljuk a szabvány megközelítésének ágazati szintű adaptációjának vizsgálatát, amely a megkezdett tevékenység tervszerűen szervezeti szinten segítheti a hálapénz elleni küzdelmet.

#### 7.1.1.2. Kommunikáció és tájékoztatás

Bár az egészségügyi ágazat az NVSZ-szel karöltve a lakosság és egészségügyi dolgozói tájékoztatási tevékenységet is végzi, javasolt ennek volumenét növelni. Bár a tájékozottság helyzete egyetlen vizsgált populációból sem rossz, de a közfinanszírozott ellátórendszer jelenlegi működése akár a jelenség visszatéréséhez is vezethet, ezért a jogtudat mélyítése és fenntartása továbbra is cél kell legyen.

Ennek eszköze az eddig is használt kommunikációs anyagok nagyobb számban történő terjesztése és az NVSZ eredményeinek rendszeres publikációja mellett, egészségügyi oldalon időszakos, kötelező munkahelyi tréningek és az képzésbe épített tematika elemként is javasolt megvalósítani.

### 7.1.2. Negatív hatások, jelenségek mérséklése

A hálapénz jelenség visszaszorítása során alkalmazott eszközök felerősítettek vagy felszínre hoztak olyan jelenségeket vagy hatásokat, melyek az ellátórendszer szereplőit negatívan érintik.

Hálapénz reformhoz is kapcsolódó negatív hatások, jellemzők:

- Szakdolgozók alacsonyabb bérszínvonala miatt a szakdolgozók egy része a hálapénz kivezetését negatív hatásként éli meg,
- Szakdolgozók egyszerre jelenlévő bérrel és munkakörülményekkel kapcsolatos elégedetlensége tovább fokozza a közfinanszírozott ellátás amúgy is nehéz humánerőforrás helyzetét,
- Motivációcsökkenés az ellátórendszerben dolgozók részéről, amely teljesítmény csökkenéséhez, ezzel együtt a közfinanszírozott ellátáshoz való hozzáférést nehezítheti,
- A lakosság részéről nem mérhető a tömeges magánegészségügyi ellátórendszerbe történő vándorlás, ennek oka a fizetőképesség hiányában keresendő,
- Egyes esetekben a közfinanszírozott és magán egészségügyi ellátás közti határok összemosódása, mint régi új jelenség.

#### 7.1.2.1. Motiváció és teljesítmény

A motiváció csökkenése, ha nem is egyenlő mértékben, de a kutatás során mindkét vizsgált szakdolgozói populációban megjelent (orvosok esetében hangsúlyosabban).

Szakdolgozók esetében a megjelölt alacsonyabb alapbér emelése az elvárás. Az eredmények azt mutatják, ez nagy feszültséget okoz az ellátórendszeren belül. Szakdolgozók esetében a hálapénz, mint kieső jövedelem is mérhető hatása a reformnak. Emellett a szakdolgozók véleményében megjelenik a karrierlehetőség hiánya is, amely a közfinanszírozott ellátórendszerben a megtartás eszköze is lehet (természetesen a bérrendezést követően).

Az orvosok esetében a béremelés megtörténte egyfajta kényelmes helyzetet teremtett, a hálapénzből eddig nem részesültek a korábbinál sokkal kedvezőbb helyzetbe kerültek, az abból korábban részesültek pedig hátrányosabb körülmények között találták magukat, de a közfinanszírozott ellátásban nyújtott teljesítményükre vélhetően negatív hatással volt. A bér és a leadott teljesítmény között nincs kapcsolat. Ennek a fentebb leírtak szerint hatása van az egészségügyi szolgáltatók teljesítményére is.

A motiváció növelése érdekében több szempont mentén differenciált bérezés vizsgálata javasolt, amely mindkét populációban is figyelembe veszi többek között a:

- progresszivitási szint,
- szakma szerinti tényezők,
- betegellátási teljesítmény (figyelemmel a korlátokra és túlzott teljesítményre sarkalásra),
- tudományos tevékenység,
- oktatási tevékenység,
- szakmai előmenetel, vezetői feladatok, stb. különbözőségét.

Logikus lenne a kezdő fizetések nagyobb ütemű emelése, miközben a pályájuk csúcsán lévő orvosok esetében az oktatásba, rezidens képzésben résztvevők esetén pedig jövedelmük teljesítményalapú emelése lenne szükséges. Ez segítené az állami ellátórendszerben a generációváltás megvalósulását, és elősegítené a kezdő orvosok itthontartását, illetve, hogy a hálapénz rendszerben szocializált idősebb orvosok képviselte működési modell még jobban visszaszoruljon.

A motivációt a bér mellett más eszközök is javíthatják. Ide tartozhat például:

- folyamatos szakmai fejlődési lehetőség biztosítása (pl. munkáltató által biztosított képzések, külföldi ösztöndíjak, tanulmányutak, tudásimport elősegítése)
- hasznos, új ismeretek vagy megoldások gyakorlati alkalmazásának lehetősége (pl. legújabb módszerek, eszközök kipróbálása, alkalmazása)
- munkakörülmények javítása.

#### 7.1.2.2. Magánegészségügy és közfinanszírozott ellátás kapcsolata

Az a feltételezés, hogy a lakosság a korábbi hálapénz összeget költi el a magánegészségügyben a felmérés alapján nem igazolható. Az viszont igen, hogy a magánellátás kapacitása és teljesítménye növekszik, a páciensek többen vagy többet töltenek a magánegészségügyben, ezért fontos a két szektor közti egyértelmű betegutak vizsgálata és egyértelműsítése a páciensek részére.

Ennek indoka az elemzés több pontján is felmerült jelenség, amely szerint magánegészségügyi szolgáltatás keretében történik meg a közfinanszírozott ellátáshoz történő hozzáférés megvásárlása. Ennek több iránya is lehet, vagy a kezelőorvos irányítja páciensét

magánrendelésre vagy magánrendelésről irányítják a beteget akár soron kívül a közfinanszírozott ellátásba.

Javasolt ezen tényállások elemzése és szükség szerint fokozott hatósági ellenőrzése is.

#### 7.1.2.3. Szabályozási környezet

A hálapénz elleni intézkedések az Eszjtv-ben találhatók, mely jogszabály egyúttal - és a béremelést ehhez kötve - átalakította az érintett egészségügyi dolgozók munkavégzéshez kapcsolódó jogviszonyának egyes, sokszor lényeges elemeit is. Így a hálapénz elleni küzdelem részeként bevezetett intézkedések egyszerre jelentek meg a teljes állami egészségügy alapvető jogviszonyait átíró olyan szabályokkal. A bevezetett reform így nem mint hálapénz reform vonult be a köztudatba, hanem inkább az egészségügyi dolgozók munkajogviszonyát megváltoztató intézkedéscsomag, amely egyúttal a hálapénz elleni küzdelem fontos állomása is volt.

## 7.2. További vizsgálati területekre vonatkozó javaslatok

Mivel jelen tanulmány a hatások és azok irányát hivatott vizsgálni, az azonosított negatív hatások esetében további vizsgálat irányokat javasolunk a pontosabb, mélyebb helyzet azonosítása érdekében.

### **Célzott, részletes, hosszútávú vizsgálat a hálapénz adási szokásokról**

A tanulmány készítése során végzett vizsgálat, további kiterjesztése, széleskörű, hosszú idejű adatgyűjtés alkalmazása.

A egészségügyi ellátást követő lakossági hálapénz adás gyakoriságának vizsgálata javasolt nagy mintaszámon (szakmánkkénti differenciáltan, több hónapos mintagyűjtés segítségével, anonim, önkéntes módon). Várt eredmény: még jelenlévő hálapénz jelenség lakosság oldali statisztikája, amely alkalmas a célzott tréningek és ellenőrzési tevékenység meghatározásához.

### **Teljesítménycsökkenésre gyakorolt hatás vizsgálata**

Az elemzések kimutatták, hogy van korreláció a járóbeteg és fekvőbeteg esetszámok változása között. Mivel a korreláció maga ok-okozati kérdésekre nem ad választ, csak feltételezni tudjuk, hogy elsődleges ok a járóbeteg ellátás teljesítményének csökkenése, és ez okozza a fekvőbeteg esetszám csökkenését is. Ebben közvetett módon szerepet játszhat a hálapénz eltörlése is, ugyanis korábban az orvosok érdekeltek voltak minél több beteget ellátni az ambulanciákon,

hiszen innen tudtak betegeket utalni magukhoz a fekvőbeteg ellátásba. A betegutak és időbeliségek, és egyéni járó teljesítmények részletes elemzése pontosabb képet adhat a változások háttéréről.

Egészségügyi ellátórendszerben alkalmazandó teljesítmény alapú differenciált bérrendszerek nemzetközi jó gyakorlatának vizsgálata orvos, szakdolgozó körben.

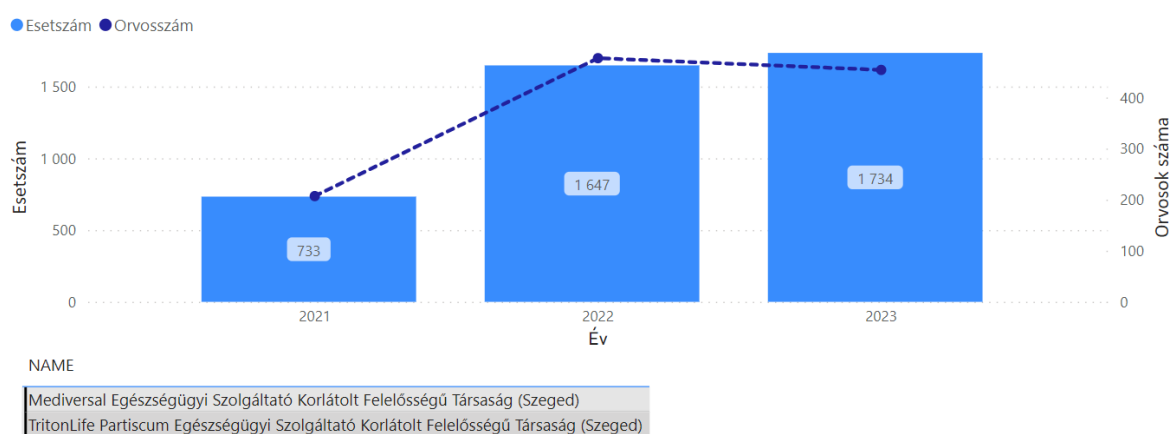
Javasolt a szakdolgozói karrierutak lehetőségeinek vizsgálata populációs igényfelmérésen és nemzetközi jó gyakorlatokon keresztül annak érdekében, hogy a bérrel kapcsolatos elégedetlenség mellett megjelenő előmeneteli rendszer hiány lehetséges megoldásai is ismertek legyenek és pontos intézkedések meghatározása révén segítsék a motiváció növekedését.

### HR kapacitások változására gyakorolt hatás

A tanulmány nem vizsgálta a szakdolgozói és orvosi kapacitások pontos alakulását a reformot követően. Javasolt a HR kapacitások monitorozása során mért negatív trendváltozás esetén figyelemmel lenni a hálapénz jelenség alakulására.

### Magán és közfinanszírozott teljesítményátadás-átvétel vizsgálata

Megfelelő adatok hiányában a tanulmány nem tudott részletes vizsgálatot végezni a közfinanszírozott és magánegészségügyi ellátás közti esetszám átadás kapcsán. A vizsgálat azt tudta volna igazolni vagy cáfolni, hogy a közfinanszírozott ellátásban nem részesült páciensszám milyen arányban jelenik meg a magánszolgáltatók betegforgalmában.



44. Ábra Szegedi magánellátó egészségügyi szolgáltatók fekvőbeteg forgalma az orvos kapacitások változásával

Jelen tanulmány kereteit meghaladja a közfinanszírozott- és magán ellátások térbeli egymás ráhatásának vizsgálata. (Fenti szegedi 44. Ábra egy kis ízelítő ebből, az egyetemről a műtétes szakmákban "hiányzik" 2500 beteg az első 9 hónapból, ezek egy jelentős része a

magánellátásba került). Részletesebben lehetne elemezni, hogy a fekvőbeteg magánkapacitások bővülésével honnan vándorolnak át orvosok ezekbe a központokba, és ez milyen forgalomcsökkenést okoz az orvos közfinanszírozott teljesítményében.

A vizsgálathoz betegcsoport szintű idősoros esetszámok szükségesek a magánszolgáltatói betegforgalomról, amely nem volt a tanulmány készítésekor elérhető.

Bár nem alátámasztható teljes mélységében az összefüggés a várólisták során tapasztalt jelenség és a hálapénz reform között, további elemzés elősegíti a várólistáktémakörének értékelését.

## Szakedolgozói és orvosi bérek arányainak vizsgálata

A vizsgálat alapján a szakdolgozói bérekkel kapcsolatos elégedetlenség azonosított. A szakdolgozói bérek emelése esetében mindenképp javasoljuk az orvosi és szakdolgozói bérek szakma szerinti differenciált arányának elemzését.

A béremelés mértékének megállapítása során az alábbi vizsgálati irányokat javasoljuk figyelembe venni:

- Szakmai tapasztalat: A szakmai tapasztalat jelentős szerepet játszik az alapbér meghatározásában. Általában a tapasztaltabb szakemberek magasabb bért kaphatnak.
- Képzés és kvalifikációk: A megszerzett különböző kvalifikációk és képzések szintje is hatással van az alapbérré. Azok, akik rendelkeznek speciális vagy magasabb szintű képesítésekkel, általában magasabb fizetést kaphatnak.
- Szakmai bérstuktúra: A szakma általános bérstruktúrája és az egyes pozíciókra jellemző bérszintek is befolyásolják az emeléseket.
- Infláció és életszínvonal: Az életszínvonal és az infláció is szerepet játszik a bérek alakulásában. Az egészségügyi dolgozók béreit idővel felülvizsgálhatják az életszínvonal változása vagy az infláció miatt.
- Piaci versenyképesség: Az adott területen és a munkáltatói piacon kínált bérszintek is befolyásolhatják az emeléseket. Különös tekintettel a hiányszakmákra, ahol a magánegészségügyi munkaerőpiac elszívó hatása érvényesül (pl. műtéti szakmák közreműködői).
- Teljesítmény: A munkáltatói politikák és a teljesítményértékelés is szerepet játszhat az emelésekben. A jó teljesítményt nyújtó dolgozók gyakran részesülhetnek bónuszokban vagy béremelésekben.
- Munkakörülmények és kockázatok: A speciális munkakörülmények, például az éjszakai műszakok, kockázatok vagy egyéb nehézségek is befolyásolhatják az emeléseket.

Az emelések meghatározása általában komplex folyamat, és a fent említett tényezők együttesen járulnak hozzá az alapbér alakulásához az egészségügyi szektorban.

A szakdolgozói bérek esetében fontos támpont az orvosi bérekhez való arány meghatározása, amely vizsgálata fenti alapvető szempontok mentén mindenképp szükséges. Az OECD országok által jelentett orvosi és szakdolgozói átlagbérek jó alapot teremthetnek ennek az arálynak a megállapítására (17. Táblázat táblázat OECD országok által jelentett orvosi és

szakdolgozói átlagbérek viszonya 2014-2022 (az kórházi ápolói bérek a szakorvosi bérekhez viszonyítva) - példa).

Az alábbi táblázat nem tekinthető a téma mélyreható vizsgálati eredményének, csupán illusztrálja az elérhető adatok alapján a kórházban dolgozó ápolók és a szakorvosok heterogén csoportjainak adott országbeli átlagjövedelmének arányát. Nem alkalmas messzemenő következtetések levonására, mert nem veszik figyelembe az egészségügyi dolgozók munkaerőpiacon mérhető átlagbérekkel kapcsolatos viszonyokat.

(Módszertan: Felhasznált adatok: OECD<sup>Q</sup>, hospital nurses and medical specialists- salaired, income per avarage wage. Átlagfizetések arányosítása, % érték megadja, hogy az adott ország kórházi ápolóinak átlagfizetése mekkora arányát teszi ki az adott ország szakorvosai bérének).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Belgium	54%	56%	57%	58%	61%	60%	62%	62%	NA
Csehország	47%	45%	46%	49%	50%	54%	57%	58%	NA
Dánia	42%	42%	42%	42%	42%	42%	45%	43%	NA
Észtország	45%	47%	47%	46%	46%	47%	47%	50%	50%
Finnország	37%	36%	35%	35%	35%	35%	34%	34%	NA
Franciaország	43%	43%	42%	42%	42%	43%	43%	NA	NA
Görögország	53%	49%	NA	NA	NA	52%	57%	55%	NA
Magyarország	42%	42%	41%	41%	41%	41%	48%	29%	NA
Izland	44%	41%	41%	43%	45%	47%	47%	46%	NA
Írország	31%	31%	32%	31%	30%	30%	33%	32%	33%
Olaszország	43%	40%	40%	40%	42%	42%	36%	37%	42%
Hollandia	36%	35%	36%	36%	36%	36%	37%	37%	NA
Norvégia	61%	55%	56%	55%	56%	56%	55%	55%	55%
Lengyelország	68%	NA	78%	NA	85%	NA	95%	NA	NA
Portugália	43%	43%	41%	40%	41%	43%	45%	45%	46%
Szlovákia	42%	42%	43%	43%	44%	47%	48%	50%	NA
Szlovénia	54%	55%	56%	54%	52%	55%	59%	61%	NA
Spanyolország	54%	55%	55%	54%	50%	50%	50%	51%	50%
Svédország	43%	44%	44%	44%	44%	45%	46%	45%	46%

17. Táblázat táblázat OECD országok által jelentett orvosi és szakdolgozói átlagbérek viszonya 2014-2022 (az kórházi ápolói bérek a szakorvosi bérekhez viszonyítva) - példa

A további elemzések során azonosítani kell azokat a Magyarországgal összehasonlítható országokat, amelyek esetében a viszonyítás elvégezhető. Ezen országok esetében többek között az alábbi szempontokat javasoljuk figyelembe venni:

- egészségügyi rendszer felépítése,
- egészségügyi ellátás finanszírozási formája,
- adott ország gazdasági fejlettsége, fejlődése,

- egészségügyi ellátórendszer erőforrás jellemzői,
- munkavállalók elégedettsége,
- ellátórendszer leterheltségi viszonyai,
- ellátórendszer teljesítményének értékelése,
- munkaerőpiacon tapasztalható bérek alakulása,
- ellátáshoz való hozzáférés,
- lakosság egészségi állapota,
- ellátórendszer fejlődésének útja stb.

## 8. Jegyzékek

### 8.1. Ábrajegyzék

1. Ábra Az NVSZ vizsgálatai 2021-2023 .....	33
2. Ábra Lakosság véleményének megoszlása a hálapénz megszűnéséről.....	42
3. Ábra A reform hatása a hálapénz elterjedtségére .....	43
4. Ábra A hálapénz elterjedése- válaszadó orvosok szakterülete szerint .....	44
5. Ábra A hálapénz elterjedése- válaszadó szakdolgozók szakterülete szerint.....	45
6. Ábra A válaszadók ismerete a reformról, területi bontásban .....	47
7. Ábra Egészségügyi dolgozónak nyújtott hálapénz, szakterületi bontásban .....	48
8. Ábra Páciensek reformot követő hálapénz felajánlási gyakorlata .....	48
9. Ábra Hálapénz vagy nagy értékű ajándék felajánlása.....	49
10. Ábra Hálapénz kérése.....	50
11. Ábra Hálapénz elfogadása.....	50
12. Ábra Hálapénz iránti igényre utalás ritkább előfordulása .....	51
13. Ábra Jövedelem változása 2021-től - az orvosok körében.....	63
14. Ábra Béremeléssel való elégedettség .....	64
15. Ábra Jövedelem változás 2021-től - a szakdolgozók körében .....	66
16. Ábra Béremeléssel való elégedettség - a szakdolgozók körében .....	67
17. Ábra Jogviszony megtartása - orvosok .....	68
18. Ábra Jogviszony megtartása - szakdolgozók .....	68
19. Ábra Elégedetlenség okai - orvosok körében.....	69
20. Ábra Elégedetlenség okai - szakdolgozók .....	70
21. Ábra A hálapénz kriminalizálása miatt kieső jövedelem jelentős elvándorlást okoz a közfinanszírozott állami egészségügyi ellátó rendszerből .....	70
22. Ábra A reformot követően a magyar állami egészségügyet .... választják munkahelyként .....	71
23. Ábra Negatív vonzerő okai .....	71
24. Ábra A dolgozók jobban érzik magukat a hálapénz nélküli rendszerben .....	72
25. Ábra A reform hatására jobban érzem magam a munkahelyemen .....	73
26. Ábra A reform hatására jobban megbecsülve érzem magam a szakmámban, munkahelyemen .....	73

27. Ábra A hálapénz kivezetésével csökkent az egészségügyi dolgozók motivációja .....	75
28. Ábra Fekvőbeteg esetszámok alakulása 2019 januártól 2023 szeptemberig, havi bontásban. .....	75
29. Ábra Fekvőbeteg esetszámok és elszámolt súlyszámok alakulása 2019 januártól 2023 szeptemberig havi bontásban. ....	79
30. Ábra Kötelező várólistára felvett és ellátott esetszámok 2019-ben és 2023-ban.....	82
31. Ábra Kötelező várólistára felvett és ellátott esetek száma, várólista felvételi arány .....	82
32. Ábra Kapacitáshiány miatt vezetett várólistára felvett és ellátott esetszámok 2019-ben és 2023-ban.....	83
33. Ábra Kapacitáshiány miatt vezetett várólistára felvett és ellátott esetek száma, várólista felvételi arány.....	83
34. Ábra A közfinanszírozott ellátásban az orvosok gyakrabban ajánlják fel a magánrendelésüket, mint korábban.....	85
35. Ábra Járóbeteg magánellátási kapacitások változása 2019-2023 .....	86
36. Ábra Műtétes szakmák engedélyezett fekvőbeteg kapacitása a magánellátásban .....	87
37. Ábra Jelentett fekvőbeteg esetszámainak alakulása 2020 január és 2023 szeptember között. .....	87
38. Ábra Jelentett fekvőbeteg esetszámok alakulása magánellátásban 2020. január és 2023. szeptember között.....	88
39. Ábra Az öt legnagyobb forgalmat jelentő intézmény fekvőbeteg esetszámainak alakulása 2020 január és 2023 szeptember között. ....	89
40. Ábra Végig jelentő magánintézmények fekvőbetegforgalmi adatai 2020 január és 2023 szeptember között.....	90
41. Ábra Végig jelentő intézmények járóbetegellátási forgalma 2020 január és 2023 szeptember között.....	90
42. Ábra Egyetemi kórházak esetszám csökkenés, szülészeti-nőgyógyászat .....	97
43. Ábra A páciensek a hálapénz adása helyett gyakrabban fizetnek be pénzt egy orvoshoz vagy intézményhez köthető alapítvány számlájára .....	99
44. Ábra Szegedi magánellátó egészségügyi szolgáltatók fekvőbeteg forgalma az orvos kapacitások változásával .....	104
45. Ábra Illetmények emelkedése 2021-2023.....	128
46. Ábra A megkérdezett lakosság összetétele .....	129

## 8.2. Táblázatok jegyzéke

1. Táblázat Hipotézisek és mérési módszerek kapcsolata.....	40
2. Táblázat Hálapénz összege és aránya szakterületi bontásban.....	55
3. Táblázat A különböző területeken alkalmanként az orvosok részére adott pénzösszegek becsült alakulása.....	57
4. Táblázat A különböző területeken alkalmanként a szakdolgozók részére adott pénzösszegek becsült alakulása.....	59
5. Táblázat Fekvőbeteg esetszám, aktív ágyszám és létszám változás 2019 és 2023 között. A havi szinten rendelkezésre álló fekvőbeteg esetszám esetén mindkét évben az év első kilenc hónapjának adatai alapján. ....	76
6. Táblázat Esetszám változások szakmánként és betegfelvétel típusaként 2019 és 2023 első kilenc hónapja alapján.....	77
7. Táblázat Fekvőbeteg esetszám változás megyénkénti bontásban 2019 és 2023 között,.....	78
8. Táblázat Fekvőbeteg esetszám változás intézménytípusonként 2019 és 2023 között, az év első kilenc hónapját figyelembe véve. ....	78
9. Táblázat A korrelációs és regressziós elemzés .....	80
10. Táblázat Az öt legnagyobb fekvőbeteg forgalmat jelentő magánintézmény forglama 2020 és 2023 között, az évek első kilenc hónapjait figyelembe véve .....	89
11. Táblázat Összes jelentett fekvő forgalmi adat 2020 és 2023 között, az év első kilenc hónapját figyelembe véve.(január-szeptember) .....	90
12. Táblázat Jelentett járóbeteg forgalom a magánellátásban, az évek január-szeptember közti időszakát figyelembe véve. ....	91
13. Táblázat Járó és műtétes fekvő esetszámok, csak urológia, szülészet-nőgyógyászat, szemészet, sebészet, ortopédia, fül-orr gége szakmában .....	91
14. Táblázat Teljes járóbeteg forgalom az állami ellátásban .....	91
15. Táblázat Visszaszorult a hálapénz a reformot követően? .....	92
16. Táblázat Az egészségügyi dolgozók véleménye a reform és a munkahelyük vonzerejének kapcsolatáról.....	95
18. Táblázat . táblázat Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan? - orvosok .....	123
19. Táblázat Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan? - szakdolgozók.....	124

20. Táblázat Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadnak pénzt a páciens-től az ellátáshoz kapcsolódóan? - orvosok.....	125
21. Táblázat Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadnak pénzt a páciens-től az ellátáshoz kapcsolódóan? - szakdolgozók.....	126
22. Táblázat Hogyan változott közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme 2021 januárja óta? .....	127
23. Táblázat Orvosok korcsoport szerinti összetétele a működési nyilvántartásban .....	130
24. Táblázat Szakdolgozók korcsoport szerinti összetétele MESZK tagság szerint.....	130

### 8.3. A jogi környezetet meghatározó jogszabályok jegyzéke

- 2022. évi IV. törvény az egyes törvényeknek a Magyarország minisztériumainak felsorolásáról szóló 2022. évi II. törvényhez kapcsolódó módosításáról
- 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
- 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
- 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről
- 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
- 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről
- 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról
- 194/2022. (V. 27.) Korm. rendelet a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat szabályairól, valamint a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési feladatokat ellátó szerve kijelöléséről, valamint feladatai ellátásának, a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat részletes szabályainak megállapításáról szóló 293/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet módosításáról
- 530/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók jogviszonyával kapcsolatos egyes kérdésekről
- 529/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet egyes kormányrendeleteknek az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásához kapcsolódó módosításáról
- 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról

- 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételeének részletes szabályairól
- 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról
- 293/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet a rendőrség belső bűnmegelőzési és bünfelderítési feladatokat ellátó szerve kijelöléséről, valamint feladatai ellátásának, a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat részletes szabályainak megállapításáról
- 1681/2022. (XII. 28.) Korm. határozat az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szakdolgozók és egészségügyben dolgozók béremeléséről
- 3/2021. OKFŐ utasítás az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy ügyeleti díjáról és a személyes közreműködőket megillető díjazásról (3/2021. OKFŐ utasítás)

## 9. Melléklet

### 9.1. Executive summary

*Hungary is required to carry out an independent impact assessment on the effects of the measures of the reform "RRF-C8. R1: Health Care Reform: Eradication of Informal Payment", by the Council Implementing Decision on Recovery and Resilience Building Plan of Hungary. The Ministry of Interior has appointed PricewaterhouseCoppers Hungary Kft as an external expert.*

After decades of unsuccessful efforts to combat the phenomenon of informal payment, Hungary has implemented new tools to curb the practice as of January 2021. A comprehensive set of measures, emphasizing stringent sanctions against the acceptance of informal payment, while at the same time there was an increase in the remuneration of individuals employed within the framework of the employment status of healthcare workers act. The measures have been in effect for over two and a half years as of the current study.

The measure was implemented by the adoption of Act C of 2020 on the Employment Status of Health Workers, and although it is certainly the basis of the reform, the criminalisation of informal payment and other rules related to this provision were achieved by amending other legislation.

The amendment also broadened the scope of offenses related to bribery and the acceptance of bribes to include the provision and acceptance of unlawful advantages within a specialized healthcare context. With the implementation of this measure, the previous stance of the Curia (Supreme Court) regarding the interpretation of informal payment was superseded: the act of offering, giving, and accepting money (or any other undue advantage) is now considered a corruption offense, even in situations where the previous practice allowed it as a form of gratitude.

The study assesses the effects of the measures (hereinafter referred to as the Study) and investigates the reform across three major themes: the impact on informal payment as a social phenomenon; its impact on healthcare workers; and its implications for the functioning of the healthcare system. The methodology employed in the study encompasses focus group,

representative population survey<sup>R</sup>, online medical and allied health professionals survey study<sup>S</sup>, data analysis tools, and expert interviews.

## **I. Impact on informal payment as a social phenomenon**

Nearly half (52%) of the adult population perceives a decline in the practice of informal payment. Since January 2021, its prevalence in public healthcare is common knowledge. Nevertheless, regional disparities can be detected: a higher proportion of people (62% and 66%) observes a decrease in the role of informal payment in the County seats and in the Central Transdanubian region.

The primary motivation behind the observed decline, as indicated by public responses, is to avoid sanctions (67%), while the deteriorating financial circumstances of households also contribute to this trend (36%). Another reason cited by the public for the reduction in informal payment is the perception that it is no longer expected (35%). Notably, there is a positive shift in the common perception among health professionals, with 98% of doctors and 86% of other healthcare professionals reporting a decrease in the prevalence of informal payments.

The responses of healthcare workers indicate a substantial decrease in the practice of patients offering informal payments. In comparison to the period preceding the implementation of the measures, the rate of patient acceptance has dropped by 75%, as reported by doctors, and by 57%, as reported by allied health professionals. Particularly in primary care and obstetrics and gynecology, the decrease reaches as high as 90%.

People perceive a complex causal system behind the practice of informal payment. Most commonly, they believe that the money is offered in exchange for something (72%), indicating specific expectations. Other motivations for offering informal payment include fear (72%) and gratitude (69%). The responses indicate that the primary reasons and rank by significance for giving informal payment have not changed significantly compared to the pre-reform situation.

Both doctors and allied health professionals reported comparable rates (91% and 92%, respectively) informal payment not being asked for at their workplace. This reflects a decline compared to the situation before the reforms, as evidenced by the proportion of respondents who agreed with this question is exceeded 60%.

---

<sup>R</sup> Council Implementing Decision on approving the assessment of Recovery and Resilience Building Plan of Hungary

<sup>S</sup> In the case of the allied health professionals (n=3523) and medical doctor (n=1257) sample, the representativeness of the samples by age groups are ensured by the correction weighting

In addition to its frequency, it is also necessary to emphasize information regarding the amount of informal payments. In the case of doctors, the amounts exchanged during general practitioners' examinations have witnessed an increase of 82.5% compared to the pre-reform inflation-adjusted figures<sup>1</sup>. For specialist examinations, there is a notable surge of about three-fold increase. In the context of hospital care without surgery, an increase of 128.6% has been calculated. When comparing the previous value with the estimated value for surgery and subsequent hospitalization, we observe a remarkable escalation of up to 500%. There may be a complex causal system behind the increase in the amount. In addition to calculable information, a likely element is the need to compensate for increased risk.

Crime prevention and law enforcement activities, conducted by the National Protective Service (referred to as the NPS), are essential for ensuring compliance and enforcement, and they are integral components of the informal payment reform, and this undertaking constitutes a crucial element for the success of the reform. The number of procedures undertaken by the NPS is steadily increasing each year. As a result of their efforts, 177 preparatory procedures, 36 secret information gathering procedures, and 8 reliability investigations have been brought to the attention of the police or the prosecution. Among these, 22 have undergone prosecution, and 3 have resulted in convictions by the courts. Since the introduction of the reform, 21 reports have been filed for the transfer of informal payment in the strict sense.

## **II. Impact on healthcare workers**

The informal payment reform has had a measurable impact on the actors in the former 'informal payment system', including doctors and allied health professionals involved in public-funded care. The study also looked at satisfaction with the replacement of lost income and with their job in general within the framework of the Employment Status of Health Workers.

The survey of doctors currently in the employment status of health workers indicates a clear increase in income among them. Furthermore, 87% of respondents expressed satisfaction with the wage hike. This satisfaction has increased even slightly compared to a similar survey conducted by the Hungarian Medical Chamber in 2021, very likely attributable to the additional 43% average increase in the basic wage following the initial wage increase in 2021.

It is worth pointing out that although the reform did not cover the regulation of the salaries of allied health workers, 81% of respondents reported an increase in their income. However, it is important to acknowledge that the rate of increase is lower than that for doctors, with almost

half of the salary increases being a few tens of thousands of forints since 2021. 71% of the healthcare professionals are not satisfied with the level of the wage increase. In 18% of cases where allied health professional staff reported a decrease in their income, the phasing out of informal payment was cited as the reason. Salaries for allied health workers increased by 21% in January 2022. Based on the Government Decision 1681/2022 (XII. 28.) on the salary increase for allied health workers and health care workers subject to the health sector promotion rules issued in December 2022, the salaries of health care professionals and health care workers were increased by a further 18% as of 1 July 2023. This will be followed by a second increase on 1 March 2024, in accordance with the decision. The target is for the average basic salary of health professionals to reach 37% of the average basic salary of doctors.

Three-quarters of doctors in the framework of the employment status of health workers would like to keep their current status in the future. Among those who are uncertain and contemplating a change, reasons such as overwork, uncertain regulatory environment (70%), and inadequate working conditions are predominant. Lack of motivation is also cited by a quarter of respondents (27%). A decline in motivation is acknowledged by nearly two-thirds of doctors (64%), although the allied health professionals do not directly perceive this phenomenon, despite indications from focus groups and interviews suggesting otherwise. In the case of professional staff, only two-thirds of respondents are certain they will keep their current status. Among those who are undecided or considering a change, four-fifths mentioned insufficient pay, with overwork and stress also being notable factors. More than a third (34%) of the undecided respondents also pointed to a lack of motivation.

The majority of health workers think that the reform has not directly contributed to making publicly funded care more attractive as a place of work. Furthermore 46% of doctors and more than 61% of other healthcare professionals estimating that fewer will choose it as a place to work. The main reason for this is work overload for both doctors and other healthcare professionals, followed by an unpredictable regulatory environment for doctors and insufficient pay for allied health professionals.

### **III. Implications for the functioning of the healthcare system**

Due to the complexity of the healthcare system, it is not possible to attribute direct effects between the informal payment reform and the functioning of the healthcare system. It can, however, be argued that it acted as a more element in the publicly funded care system, an effect

which, although not evenly distributed among the actors in the system, was nevertheless present as a general element.

As can be seen from the results described above, the undoubted decline in informal payment has influenced motivation substantially. Its impact should be sought in the full performance of the care system, but in the period under study the public funded health care system was affected by several factors simultaneously, which influenced its full performance:

- (1) COVID effect, the performance of the healthcare system decreased due to the pandemic, which is not only a Hungarian but a global phenomenon
- (2) the former performance-based financing changed to average financing, thus the accounting system of specialized care changed
- (3) changes in financing measures, (e.g. the 2019 weighting volume can now be produced with a smaller number of cases in the institutional system)
- (4) continuing capacity problems in the medical and allied health professional field, which directly affects the performance of the care system.

The analysis shows that, considering the first nine months of the year, the inpatient caseload in 2023 reaches 92.42% of the 2019 caseload (1 640 644 and 1 775 253). In terms of outpatient caseloads, the rate is 91% (43 562 770 and 47 873 276). The decrease in inpatient caseloads varies by specialty. The three largest decreases are in dermatology (66.99%), plastic and burns surgery (76.02%) and also neurology (77.21%). Based on the main influencer factors analysis carried out, the variables that can significantly influence the change in inpatient case numbers are the change in outpatient case numbers and the change in staffing levels, among the variables of type of institution, specialty, county, change in outpatient case numbers, change in active hospital bed numbers and staffing level. The reason for the decrease in the number of cases in both outpatient and inpatient care cannot be attributed to the effects of the period, but according to the estimates made during the study, the decline in informal payment has an average of 30% contribution to this (due to the decrease in doctors' motivation), in some professions (e.g., surgical fields), may even increase.

Since the phasing out of the informal payment, doctors are more likely to recommend private practice than they used to, with seven-tenths of the population agreeing overall. This is also and

this is supported by the majority of responses from allied healthcare workers, although doctors' views on the issue are completely balanced.

The perception is clouded by the public's belief that the new regulations on informal payment have not significantly affected the utilization of private healthcare. Among those who use private health services (517 out of 1000), the shorter waiting times were the most cited (53%). A loss of trust may also be observed: nearly a third of respondents think that they no longer receive good quality in terms of either care or infrastructure in the public health system and therefore prefer to use private services when they can.

### **Summary opinion**

The reform package aimed at phasing out informal payment is successful in terms of the objective pursued, and the reduction in pay-related practices is consistent, if not complete, based on the results of this study. The reduction in the practice of offering or requesting informal payment is also substantial. However, it cannot be denied that the situation created by the regulation and the large-scale increase in doctors' salaries has highlighted undesirable phenomena in certain segments of the system of healthcare provision, the most serious of which is the change of motivation. Increased medical salaries alone do not motivate staff to perform the workload they used to do, extra on-call work, office hours and interventions previously undertaken may be decreased and allied health professionals may find it easier to decide to leave the public funded care system or to leave the profession. Also, the failure to raise allied health professional salary on a larger scale has itself created tension in the sector. The latter problem does not favour for challenging human resources situation in the sector, which may also lead to a decline in performance and thus to an increase in internal tensions. The salary adjustment itself has at least compensated the medical profession for the loss of income, but it has not in itself improved the attractiveness of the profession. The workload and dissatisfaction with the infrastructure continue to override this positive effect of salary increase, regardless of the status of the health workers. For allied health professional staff, this satisfaction is not measurable, and in fact a huge tension can be identified between doctors and nurses in terms of salaries.

In the decline in performance resulting from the change of motivation and other effects on healthcare sectors listed above, the phasing out of informal payment can only be estimated, but in any case it is not a negligible effect. The increase in the performance of the private health

care sector is probably a result of this, however the exact extent of this effect cannot be defined within the scope of this study, and the responses of the population do not yet show any evidence of a shift in the magnitude of the effect between the two sectors. In this form, it could even affect waiting lists in the long term.. Overall, the processes are leading to influence to access to care primarily for those for whom private healthcare have not been used but who have purchased service within the public health system.

## **Recommendations**

The reduction in the phenomenon of informal payment strong, and the instruments have achieved their objective. Almost all of the essential elements identified in international good practice can be found in Hungary, so the introduction of a completely new approach does not seem necessary in the short term, but we believe that continuous monitoring, information and the increasingly conscious and effective use of the related tools that are also present at international level could be recommended.

To reinforce the positive effects, it is proposed to examine the adaptation of the ISO 37001 anti-corruption standard at sectoral level, which could help to fight against informal payment at organisational level; and to increase the presence of communication and information elements already in place, and to include informal payment awareness as a thematic element in workplace training and in education.

The negative effects already described (e.g. change of motivation, pay tension) can be mitigated by differentiating pay according to several criteria (e.g. progressivity level, scientific and educational activity, professional factors, patient care performance). Other instruments besides salaries can also improve motivation.

As the capacity and performance of private healthcare increases and patients spend more or more time in private care, an important element may be to examine and clarify clear patient pathways between the two sectors for patients. The phenomenon of purchasing access to publicly funded care in the context of private healthcare may trigger the need for increased regulatory scrutiny, where necessary, following a detailed analysis of these facts.

## 9.2. Szakmai kérdőív kérdések

OK #	Kérdés	SZK #	Kérdés
1	Mi az Ön születési neve?	1	Mi az Ön születési neve?
2	Melyik évben született?	2	Melyik évben született?
3	2021 januárja óta dolgozott közfinanszírozott ellátásban?	3	2021 januárja óta dolgozott közfinanszírozott ellátásban?
4	2021. január 1. óta összesen hány hónapot dolgozott közfinanszírozott ellátásban?	4	2021. január 1. óta összesen hány hónapot dolgozott közfinanszírozott ellátásban?
5	Jelenleg is dolgozik közfinanszírozott ellátásban?	5	Jelenleg is dolgozik közfinanszírozott ellátásban?
6	Hány óra a közfinanszírozott ellátásban töltött átlagos heti munkaideje?	6	Hány óra a közfinanszírozott ellátásban töltött átlagos heti munkaideje?
7	Jelenleg milyen típusú egészségügyi intézményben dolgozik közfinanszírozott ellátás keretében?	7	Jelenleg milyen típusú egészségügyi intézményben dolgozik közfinanszírozott ellátás keretében?
8	Ez az intézmény melyik vármegyében található?	8	Ez az intézmény melyik vármegyében található?
9	Ez az intézmény milyen típusú településen található?	9	Ez az intézmény milyen típusú településen található?
10	Ebben az intézményben milyen szakterületen dolgozik?	10	Ebben az intézményben milyen szakterületen dolgozik?
11	Ebben az intézményben milyen beosztásban dolgozik?	11	Ebben az intézményben milyen beosztásban dolgozik?
12	Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan?	12	Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan?
13	Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadnak pénzt a páciensről az ellátáshoz kapcsolódóan?	13	Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadnak pénzt a páciensről az ellátáshoz kapcsolódóan?
14	Hogyan értékelné munkahelyét a hálapénzzel való érintettség szempontjából?	14	Hogyan értékelné munkahelyét a hálapénzzel való érintettség szempontjából?
15	2021 óta 100 páciense közül hány jelezte Önnek, hogy adna pénzt, vagy a megengedettnél nagyobb értékű ajándékot, illetve tette is ezt meg?	15	2021. januárja óta 100 páciense közül hány jelezte Önnek, hogy adna pénzt, vagy a megengedettnél nagyobb értékű ajándékot, illetve tette is ezt meg?
16	Ez az arány a hálapénz reformot (2021. január elsejét) megelőzően mekkora volt?	16	Ez az arány a hálapénz reformot (2021. január elsejét) megelőzően mekkora volt?
17	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni az állami ellátásban szülés esetén?	17	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak a szülészet / nőgyógyászati osztály ápolója részére fizetni az állami ellátásban szüléshez kapcsolódóan?
18	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni háziorvosi vizsgálat esetén?	18	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak fizetni az asszisztens részére háziorvosi ellátás során (ide értve pl. igazolások kiállítását is)?
19	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni szakorvosi vizsgálat/ellátás esetén?	19	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak fizetni az asszisztens részére szakorvosi vizsgálat/ellátás során?
20	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni műtét nélküli kórházi ellátás esetén?	20	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az egészségügyi szakdolgozó részére (pl. ápoló) fizetni műtét nélküli kórházi ellátás során?
21	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni műtét és azt követő kórházi ellátás esetén?	21	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget illik az egészségügyi szakdolgozó (pl. ápoló, beteghordó) részére műtét és azt követő kórházi ellátás során?
22	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az orvosnak fizetni gondozás/rehabilitáció esetén?	22	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak fizetni az egészségügyi szakdolgozó (pl. gyógytornász, fizioterapeuta) részére gondozás/rehabilitáció során?
23	Hogyan változott közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme 2021 januárja óta?	23	Hogyan változott közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme 2021 januárja óta?
24	[ha növekedett a jövedelem, akkor...] Mi ennek az oka?	24	Ön jelenleg az egészségügyi szolgálati jogviszony törvény hatálya alá tartozik?
25	[ha csökkent a jövedelem, akkor...] Mi ennek az oka?	25	Mennyire elégedett a béremelésével?
26	Ön jelenleg az egészségügyi szolgálati jogviszony törvény hatálya alá tartozik?	26	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A reformot követően jobban érzem magam a munkahelyemen.]
27	Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján hány év gyakorlati idővel rendelkezik?	27	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A magasabb alapfizetés motiválón hat a munkavégzésemre.]
28	Mennyire elégedett az alapbére emelésével?	28	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A reformot követően jobban megbecsülve

			érezem magam a szakmában, munkahelyemen.]
29	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A reform hatására jobban érzem magam a munkahelyemen.]	29	Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján hány év gyakorlati idővel rendelkezik?
30	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A magasabb alapfizetés motiválóan hat a munkavégzésemre.]	30	Továbbra is tervezi megtartani egészségügyi szolgálati jogviszonyát?
31	Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? [A reform hatására jobban megbecsülve érzem magam a szakmában, munkahelyemen.]	31	Mi ennek az oka?
32	Továbbra is tervezi megtartani egészségügyi szolgálati jogviszonyát?	32	2021. óta dolgozott magánegészségügyi ellátásban?
33	[ha nem kívánja megtartani, vagy bizonytalan, akkor] Mi ennek az oka?	33	2021. januárja óta összesen hány hónapot dolgozott magán-egészségügyi ellátásban?
34	2021 januárja óta dolgozott magánegészségügyi ellátásban?	34	Jelenleg is dolgozik magán-egészségügyi ellátásban?
35	2021 óta összesen hány hónapot dolgozott magánegészségügyi ellátásban?	35	Átlagosan heti hány órát dolgozik magán-egészségügyi ellátásban?
36	Jelenleg is dolgozik magánegészségügyi ellátásban?	36	Ön szerint a reform hogyan hatott a hálapénz elterjedtségére az állami egészségügyben?
37	Átlagosan heti hány órát dolgozik magánegészségügyi ellátásban?	37	A reform következtében a páciensek a közfinanszírozott ellátásukhoz kapcsolódóan hálapénz adása helyett gyakrabban fizetnek be pénzt egy orvoshoz vagy intézményhez köthető alapítvány számlájára.
38	Ön szerint a reform hogyan hatott a hálapénz elterjedtségére az állami egészségügyben?	38	A közfinanszírozott ellátásban az orvosok gyakrabban ajánlják magánrendelésüket, mint korábban.
39	A reform következtében a páciensek a közfinanszírozott ellátásukhoz kapcsolódóan hálapénz adása helyett gyakrabban fizetnek be pénzt az orvoshoz vagy intézményhez köthető alapítvány számlájára.	39	Ritkábban fordul elő, hogy egészségügyi dolgozó hálapénz iránti igényére utal az ellátás során.
40	A közfinanszírozott ellátásban az orvosok gyakrabban ajánlják magánrendelésüket, mint korábban.	40	A hálapénz kivezetésével csökkent az egészségügyi dolgozók motivációja.
41	Ritkábban fordul elő, hogy az orvos hálapénz iránti igényére utal az ellátás során.	41	A reform következtében a rezidensképzésben több lehetőség van műtéti tapasztalatot szerezni.
42	A hálapénz kivezetésével csökkent az egészségügyi dolgozók motivációja.	42	A dolgozók jobban érzik magukat a hálapénz nélküli rendszerben.
43	A reform következtében a rezidensképzésben több lehetőség van műtéti tapasztalatot szerezni.	43	A hálapénz kriminalizálása miatt kieső jövedelem jelentős elvándorlást okoz a közfinanszírozott állami egészségügyi ellátó rendszerből.
44	A dolgozók jobban érzik magukat a hálapénz nélküli rendszerben.	44	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [pénz]
45	A hálapénz kriminalizálása miatt kieső jövedelem jelentős elvándorlást okoz a közfinanszírozott állami egészségügyi ellátó rendszerből.	45	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [elfogadhatónál nagyobb értékű ajándék]
46	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [pénz]	46	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [elfogadható értékű ajándék]
47	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [elfogadhatónál nagyobb értékű ajándék]	47	Egészítse ki a mondatot! A reformot követően a magyar állami egészségügyet ..... választják munkahelyként.
48	Tapasztalatai szerint, hogyan változott a betegek pénz és ajándék felajánlási gyakorlata a reform előtti időszakhoz képest? [elfogadható értékű ajándék]	48	[ha kevesebben választják az egészségügyet] Ön szerint mi ennek az oka?
49	Egészítse ki a mondatot! A reformot követően a magyar állami egészségügyet ..... választják munkahelyként.	49	[ha többen választják az egészségügyet] Mi lehet ennek az oka?
50	[ha kevesebben választják az egészségügyet] Ön szerint mi ennek az oka?	50	Van bármilyen további észrevétele, javaslata, véleménye a témában, amit még megosztana?
51	[ha többen választják az egészségügyet] Mi lehet ennek az oka?	51	[ha növekedett a jövedelem, akkor...] Mi ennek az oka?
52	Van bármilyen további észrevétele, javaslata, véleménye a témában, amit még megosztana?	52	[ha csökkent a jövedelem, akkor...] Mi ennek az oka?
		53	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak a szülésznő részére fizetni az állami ellátásban szülés esetén?
		54	Tudomása szerint jelenleg átlagosan mekkora összeget szoktak az egészségügyi szakdolgozó (pl. mentőápoló, mentőtiszt, sofőr) részére fizetni betegszállítás / mentés során?

### 9.3. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozók hálapénzzel kapcsolatos magatartásának változása szakterületi bontásban a válaszadók véleménye szerint

Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan? (OK12, SZK12)

Orvosi minta paraméterei		Orvosok válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
nem került megadásra	14	5,30	0,00	88,36	6,34
anestheziológia és intenzívterápia	74	0,00	16,34	63,93	19,73
angiológia	3	0,00	0,00	100,00	0,00
belgyógyászat	86	1,25	4,50	86,53	7,72
bőrgyógyászat	13	0,00	0,00	92,97	7,03
diagnosztika	68	4,56	1,10	81,95	12,38
egyéb	15	0,00	26,30	73,70	0,00
fogászat	72	1,06	11,72	81,70	5,52
fül-orr-gégészet	17	0,00	23,51	71,09	5,40
gasztroenterológia	14	0,00	0,00	88,08	11,92
geriátria	2	0,00	0,00	69,96	30,04
gyermekgyógyászat	78	2,00	5,94	90,99	1,08
házi orvos	131	0,59	1,97	96,17	1,28
hematológia	3	0,00	0,00	73,07	26,93
infektológia	10	0,00	0,00	91,93	8,07
kardiológia	46	1,95	9,06	80,12	8,86
műtéti szakterület	132	0,57	9,01	75,67	14,75
nefrológia	5	0,00	0,00	100,00	0,00
neonatalógia	2	0,00	0,00	100,00	0,00
neurológia	34	0,00	4,56	84,89	10,55
onkológia és sugárterápia	11	0,00	0,00	100,00	0,00
pszichiátria	40	1,86	1,86	81,09	15,19
pulmonológia	16	0,00	5,72	82,33	11,96
rehabilitáció	19	0,00	0,00	100,00	0,00
reumatológia	21	0,00	4,32	83,33	12,35
sürgősségi ellátás	36	0,00	4,60	92,41	2,99
szemészet	21	0,00	0,00	89,01	10,99
szülészet-nőgyógyászat	55	13,10	10,42	67,79	8,70
transzfuziológia	3	0,00	0,00	73,55	26,45
igazgatás	1	0,00	0,00	100,00	0,00
üzem orvos	1	0,00	0,00	100,00	0,00

18. Táblázat . táblázat Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan? - orvosok

Szakdolgozói minta paraméterei		Szakdolgozók válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
nem került megadásra	181	3,92	3,25	84,07	8,75
adminisztráció	2	0,00	0,00	100,00	0,00
aneszteziológia és intenzívterápia	97	4,77	5,41	79,42	10,40
angiológia	2	0,00	0,00	100,00	0,00
belgyógyászat	112	1,19	2,80	82,22	13,79
bőrgyógyászat	12	0,00	11,01	83,03	5,96
diagnosztika	139	0,52	2,15	87,20	10,13
egyéb	135	2,13	3,58	87,10	7,19
fogászat	54	5,71	11,09	81,68	1,53
fül-orr-gégészet	24	0,00	4,24	75,79	19,97
gasztroenterológia	20	5,57	0,00	94,43	0,00
gyermekgyógyászat	1	0,00	0,00	100,00	0,00
házi orvos	90	5,27	8,17	81,82	4,74
hematológia	15	0,00	0,00	87,56	12,44
kardiológia	80	3,30	3,88	83,56	9,27
műtéti szakterület	182	6,42	4,79	73,07	15,72
nefrologia	11	0,00	0,00	89,91	10,09
neurológia	45	0,00	5,25	85,10	9,66
onkológia és sugárterápia	38	7,18	2,99	82,53	7,30
pszichiátria	54	0,00	5,89	86,69	7,42
pulmonológia	42	2,30	8,76	87,23	1,71
rehabilitáció	158	3,39	3,64	85,28	7,68
reumatológia	35	0,00	5,31	94,69	0,00
sürgősségi ellátás	178	1,15	1,70	92,16	5,00
szemészet	29	0,00	6,31	87,06	6,63
szülészeti-nőgyógyászat	77	5,94	8,47	76,69	8,90
védőnő	60	1,74	0,00	92,93	5,33
fizioterápia	1	0,00	0,00	100,00	0,00
geriátria	1	0,00	0,00	100,00	0,00
Immunológia	1	0,00	0,00	100,00	0,00
transzfúziológia	1	0,00	0,00	100,00	0,00

19. Táblázat Véleménye szerint az Ön - korábban jelölt - munkahelyén előfordul, hogy a dolgozók pénzt kérnek az ellátáshoz kapcsolódóan? - szakdolgozók

Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadnak pénzt a páciens-től az ellátáshoz kapcsolódóan? (OK13, SZK13)

Orvosi minta paraméterei		Orvosok válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
nem került megadásra	14	5,30	29,44	34,47	30,79
aneszteziológia és intenzívterápia	74	12,46	38,67	22,24	26,63
angiológia	3	0,00	36,07	63,93	0,00
belgyógyászat	86	1,05	25,17	50,20	23,58
bőrgyógyászat	13	0,00	12,18	60,07	27,75
diagnosztika	68	7,99	6,29	56,05	29,66
egyéb	15	5,84	51,50	42,66	0,00
fogászat	72	1,06	24,56	65,89	8,49
fül-orr-gégészet	17	0,00	34,52	28,47	37,01
gasztroenterológia	14	0,00	57,65	17,37	24,98

Orvosi minta paraméterei		Orvosok válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
geriátria	2	0,00	0,00	36,35	63,65
gyermekgyógyászat	78	2,00	20,96	57,31	19,73
házi orvos	131	2,02	18,56	75,05	4,37
hematológia	3	0,00	0,00	50,55	49,45
infektológia	10	16,36	21,58	19,10	42,95
kardiológia	46	1,95	32,11	46,92	19,01
műtéti szakterület	132	2,63	42,77	33,55	21,05
nefrológia	5	0,00	40,66	59,34	0,00
neonatalógia	2	0,00	0,00	100,00	0,00
neurológia	34	0,00	16,38	55,34	28,28
onkológia és sugárterápia	11	0,00	31,70	44,97	23,33
pszichiátria	40	2,46	27,10	44,71	25,73
pulmonológia	16	0,00	21,99	50,54	27,47
rehabilitáció	19	0,00	18,29	56,70	25,02
reumatológia	21	0,00	25,65	41,37	32,98
sürgősségi ellátás	36	15,91	16,40	45,80	21,90
szemészet	21	7,42	4,28	52,80	35,51
szülészeti-nőgyógyászat	55	11,74	25,41	37,74	25,11
transzfuziológia	3	0,00	0,00	73,55	26,45
igazgatás	1	0,00	100,00	0,00	0,00
üzem orvos	1	0,00	0,00	100,00	0,00

20. Táblázat Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadják pénzt a páciensről az ellátáshoz kapcsolódóan? - orvosok

Szakdolgozói minta paraméterei		Szakdolgozók válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
nem került megadásra	181	8,05	20,96	53,96	17,04
adminisztráció	2	0,00	0,00	100,00	0,00
anestheziológia és intenzívterápia	97	15,99	22,77	35,09	26,15
angiológia	2	0,00	43,92	0,00	56,08
belgyógyászat	112	11,65	10,73	56,05	21,57
bőrgyógyászat	12	8,58	11,01	68,49	11,92
diagnosztika	139	4,95	24,25	48,33	22,47
egyéb	135	6,22	17,41	58,69	17,68
fogászat	54	3,79	15,10	75,19	5,91
fül-orr-gégészet	24	4,24	14,53	56,64	24,59
gasztroenterológia	20	0,00	30,88	49,32	19,80
gyermekgyógyászat	1	0,00	0,00	100,00	0,00
házi orvos	90	3,99	20,56	61,25	14,20
hematológia	15	11,04	0,00	50,45	38,52
kardiológia	78	5,67	25,60	47,98	20,74
műtéti szakterület	182	14,15	22,41	35,30	28,13
nefrológia	11	6,52	0,00	82,35	11,13
neurológia	45	5,83	19,01	45,97	29,19
onkológia és sugárterápia	38	19,81	9,95	53,21	17,03
pszichiátria	54	8,88	20,67	52,99	17,46
pulmonológia	42	10,72	19,97	46,96	22,35
rehabilitáció	158	9,01	37,89	32,22	20,89
reumatológia	35	5,03	32,45	27,45	35,08

Szakdolgozói minta paraméterei		Szakdolgozók válaszainak megoszlása (%)			
Szakterület	N (fő)	igen, gyakran	igen, ritkán	nem	nem tudom megítélni
sürgősségi ellátás	178	9,72	37,63	35,69	16,97
szemészet	29	2,81	26,22	52,64	18,33
szülészeti-nőgyógyászat	77	16,86	14,96	49,86	18,33
védőnő	60	1,74	2,86	82,38	13,03
fizioterápia	1	0,00	0,00	0,00	100,00
geriátria	1	0,00	0,00	100,00	0,00
Immunológia	1	0,00	0,00	0,00	100,00
transzfuziológia	1	0,00	0,00	100,00	0,00

21. Táblázat Véleménye szerint ebben az intézményben előfordul, hogy a dolgozók elfogadják pénzt a páciensről az ellátáshoz kapcsolódóan? - szakdolgozók

## 9.4. Tényleges orvosi fizetések alakulása a reform előtti és utáni időszakokban szakterület szerinti bontásban a válaszadók szerint

Hogyan változott közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme 2021 januárja óta? (OK23)

Orvosi minta paraméterei		Orvosok válaszainak megoszlása (%)						
Szakterület	N (fő)	nagy mértékben csökkent (több százezer forinttal vagy többel)	jelentős mértékben csökkent (százezer forint körüli összeggel)	kis mértékben csökkent (pár tízezer forinttal)	nem változott	kis mértékben nőtt (pár tízezer forinttal)	jelentős mértékben nőtt (százezer forint körüli összeggel)	nagy mértékben nőtt (több százezer forinttal vagy többel)
nem került megadásra	57	5,71	1,36	1,74	13,12	1,47	14,55	62,04
anestheziológia és intenzívterápia	74	0,00	1,22	1,04	3,56	10,61	12,97	70,60
angiológia	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
belgyógyászat	86	3,81	0,00	0,00	7,21	5,85	11,90	71,23
bőrgyógyászat	13	7,67	0,00	0,00	7,03	0,00	12,18	73,12
diagnosztika	67	0,00	0,00	0,00	21,85	16,73	10,82	50,61
egyéb	15	0,00	0,00	0,00	22,96	15,00	15,00	47,03
fogászat	67	7,46	1,24	0,00	8,54	16,26	10,68	55,82
fül-orr-gégészeti	15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,32	92,68
gasztroenterológia	14	0,00	6,49	5,43	0,00	0,00	13,48	74,59
geriátria	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,60	66,40
gyermekgyógyászat	77	0,00	2,54	0,00	1,08	6,20	10,12	80,06
házi orvos	130	0,00	0,00	0,57	5,92	4,41	15,68	73,42
hematológia	3	0,00	0,00	0,00	0,00	27,25	22,52	50,23
infektológia	10	0,00	10,29	0,00	0,00	0,00	10,29	79,41
kardiológia	46	0,00	0,00	0,00	12,77	1,82	5,34	80,06
műtéti szakterület	130	1,48	3,81	0,83	7,18	5,13	9,25	72,33
nefrologia	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,33	79,67
neonatalógia	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00
neurológia	34	0,00	2,17	0,00	2,45	0,00	22,51	72,87
onkológia és sugárterápia	11	0,00	0,00	0,00	8,26	8,26	16,70	66,79
pszichiátria	39	0,00	2,16	0,00	6,54	0,00	12,99	78,31

Orvosi minta paraméterei		Orvosok válaszainak megoszlása (%)						
Szakterület	N (fő)	nagy mértékben csökkent (több százezer forinttal vagy többel)	jelentős mértékben csökkent (százezer forint közötti összeggel)	kis mértékben csökkent (pár tízezer forinttal)	nem változott	kis mértékben nőtt (pár tízezer forinttal)	jelentős mértékben nőtt (százezer forint közötti összeggel)	nagy mértékben nőtt (több százezer forinttal vagy többel)
pulmonológia	16	0,00	0,00	0,00	10,44	5,29	19,40	64,87
rehabilitáció	19	0,00	0,00	0,00	4,04	9,56	14,21	72,18
reumatológia	21	0,00	4,27	0,00	4,27	0,00	17,96	73,50
sürgősségi ellátás	34	0,00	0,00	0,00	6,83	0,00	14,93	78,24
szemészet	21	0,00	7,89	8,94	4,28	0,00	32,25	46,64
szülészeti-nőgyógyászat	55	1,35	4,37	1,39	17,08	11,71	16,63	47,46
transzfuziológia	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	47,11	52,89
igazgatás	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
üzemorvos	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00

22. Táblázat Hogyan változott közfinanszírozott ellátásból szerzett jövedelme 2021 januárja óta?

## 9.5. Illetmények emelkedése 2021-2023

**2021. január 1 - 2021. december 31.**

	A)	B)
1.	Gyakorlati idő	Összeg
2.	0-2 év	481 486 Ft
3.	3-5 év	613 134 Ft
4.	6-10 év	861 848 Ft
5.	11-15 év	979 473 Ft
6.	16-20 év	1 044 175 Ft
7.	21-25 év	1 158 957 Ft
8.	26-30 év	1 256 300 Ft
9.	31-35 év	1 307 997 Ft
10.	36-40 év	1 417 967 Ft
11.	41- év	1 666 040 Ft

**2022. január 1 - 2022. december 31.**

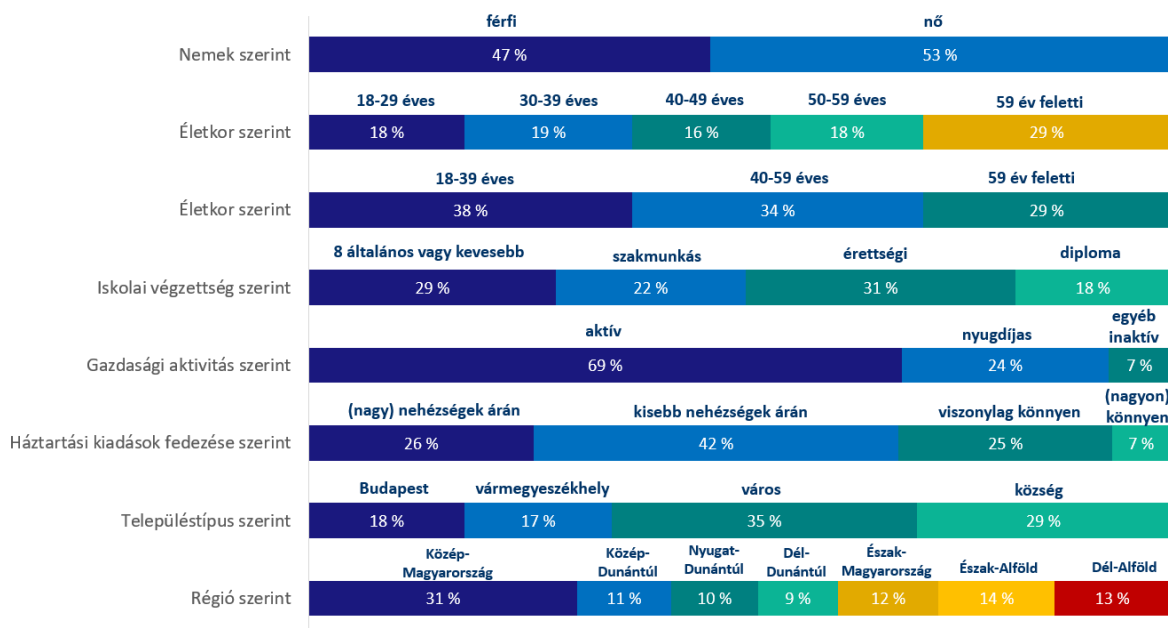
	A)	B)
1.	Gyakorlati idő	Összeg
2.	0-2 év	619 053 Ft
3.	3-5 év	788 315 Ft
4.	6-10 év	1 108 091 Ft
5.	11-15 év	1 259 322 Ft
6.	16-20 év	1 342 511 Ft
7.	21-25 év	1 490 087 Ft
8.	26-30 év	1 615 243 Ft
9.	31-35 év	1 681 710 Ft
10.	36-40 év	1 823 100 Ft
11.	41- év	2 142 051 Ft

**2023. január 1 -**

	A)	B)
1.	Gyakorlati idő	Összeg
2.	0-2 év	687 837 Ft
3.	3-5 év	875 906 Ft
4.	6-10 év	1 231 212 Ft
5.	11-15 év	1 399 247 Ft
6.	16-20 év	1 491 679 Ft
7.	21-25 év	1 655 653 Ft
8.	26-30 év	1 794 715 Ft
9.	31-35 év	1 868 567 Ft
10.	36-40 év	2 025 667 Ft
11.	41- év	2 380 057 Ft

*45. Ábra Illetmények emelkedése 2021-2023*

## 9.6. A megkérdezett lakosság összetétele



46. Ábra A megkérdezett lakosság összetétele

## 9.7. Orvosok korcsoport szerinti összetétele a működési nyilvántartásban

Korcsoport (év)	Megoszlás (működési nyilvántartás szerint)
0 - 24	0,353%
25 - 29	12,065%
30 - 34	11,691%
35 - 39	8,293%
40 - 44	8,612%
45 - 49	8,234%
50 - 54	9,015%
55 - 59	9,892%
60 - 64	11,157%
65 - 69	10,185%

Korcsoport (év)	Megoszlás (működési nyilvántartás szerint)
70 fölött	10,504%

23. Táblázat Orvosok korcsoport szerinti összetétele a működési nyilvántartásban

## 9.8. Szakdolgozók korcsoport szerinti összetétele MESZK tagság szerint

Korcsoport (év)	Megoszlás (MESZK tagság szerint)
25 alatt	3,389%
26 - 30	9,073%
31 - 35	8,622%
36 - 40	7,766%
41 - 45	11,725%
46 - 50	17,795%
51 -55	16,014%
56 - 60	11,838%
61 - 65	6,197%
66 - 70	3,804%
71 - 75	1,528%
76 - 80	0,705%
81 fölött	1,541%

24. Táblázat Szakdolgozók korcsoport szerinti összetétele MESZK tagság szerint

## 10. Hivatkozott források

---

- <sup>1</sup> KSH (2015). Statisztikai tükör 2015/16. Lekérve  
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf>
- <sup>2</sup> MOK (2020). A hálapénz problémája és megoldási lehetősége. Lekérve  
<https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/A%20MOK%20a%20h%C3%A1lap%C3%A9nz%C5%91l.pdf>
- <sup>3</sup> MOK. (2012). A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe. 64-65. §.
- <sup>4</sup> Kúria. (2015). Tájékoztató a Bhar.III.6/2015. számú büntetőügyben hozott, az orvosi hálapénzhez kapcsolódó elvi jelentőségű döntésről.
- <sup>5</sup> Dr. Balázs Péter. (2023). Hálapénz után a magyar egészségügyben. *Orvosi hetilap*, 164. évfolyam, 14. szám
- <sup>6</sup> Kárály Lilla. Mennyire fáj a paraszolvencia a magyar lakosságnak, avagy mit jelent a hálapénz a magyar egészségügyben?. *JURA*, 2016/2, 94-111.
- <sup>7</sup> Dr Julesz Máté, Dr Kereszty Éva Margit. (2021). A hálapénzzel kapcsolatos szokások a magyar egészségügyi szakdolgozók körében.
- <sup>8</sup> Századvég. (2022). A hálapénz lakossági megítélése ( kutatási jelentés). 2. szakasz.
- <sup>9</sup> Dr Kincses (2007). A hálapénzről- még mindig nem utoljára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*.
- <sup>10</sup> Holmberg S, Rothstein B. (2011). Dying of corruption. *Health Econ Policy Law*, 2011; 6: 529–547.
- <sup>11</sup> Nazim Habibov, Alex Cheunghttps. (2017). Revisiting informal payments in 29 transitional countries. *The scale and socio-economic correlates*.
- <sup>12</sup> Răzvan-Ionuț DRUGĂ. (2022). Explaining informal payments in the Romanian public health care system.
- <sup>13</sup> European Comission. (2017). Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector. *Final report*.
- <sup>14</sup> Angelika Szalayová, Roman Mužik. (2014) Analysis of informal payments in the health sector in Slovakia.

- 
- <sup>15</sup> Răzvan-Ionuț DRUGĂ: Explaining informal payments in the Romanian public health care system, 2022
- <sup>16</sup> Nicolas Bouckaert, Charline Maertens de Noordhout, Carine Van de Voorde. (2023). Can people afford to pay for health care?. WHO.
- <sup>17</sup> Adrian V. Horodnic, Colin C. Williams, Claudia Ioana Ciobanu, Daniela Druguș. (2022). Informal payments by patients, institutional trust and institutional asymmetry.
- <sup>18</sup> Matthaios Tsimitakis. (2015). Tradition of ‘fakelaki’ still going strong at Greek hospitals. Lekérve <https://www.ekathimerini.com/society/197969/tradition-of-fakelaki-still-going-strong-at-greek-hospitals/>
- <sup>19</sup> Olga Riklikiene, Gabija Jarasiunait, Liudvika Starkiene. (2014). Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania.
- <sup>20</sup> NWFP Health Reform Unit and Heartfile. (2007). Pakistan’s health sector: does corruption lurk?.
- <sup>21</sup> Oxfam GB Programme Evaluation. (2008). Evaluation of the Community Based Primary Health Care Programme in Azerbaijan.
- <sup>22</sup> Răzvan M. Cherecheș, Marius I. Ungureanu, Petru Sandu, Ioana A. (2013). Rus:Defining informal payments in healthcare. *Systematic review*.
- <sup>23</sup> Dina Balabanova, Martin McKee. (2022). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria.
- <sup>24</sup> Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Wim Groot. (2015). Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine.
- <sup>25</sup> WHO. (2022) Out-of-pocket payments for health care in Romania undermine progress towards universal health coverage.
- <sup>26</sup> Elka Atanasova, Milena Pavlova, Emanuela Moutafova, Bernd Rechel, Wim Groot. (2014). Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments.
- <sup>27</sup> Ed Holt. (2016). Slovak bribery case sparks wider debate in Eastern Europe.
- <sup>28</sup> Hamed Zandian, Atefeh Esfandiari, Minoo Alipouri Sakhaand, Amirhossein Takian. (2019). Strategies to reduce informal payments in health systems:a systematic review.
- <sup>29</sup> European Comission. (2016) Bulgaria Health Care & Long-Term Care Systems.

---

<sup>30</sup> Global Corruption Barometer European Union. (2021). Citizens' Views And Experiences Of Corruption.

<sup>31</sup> Ilaria Mosca, Constantin Radu, Ștefan Strilciuc, Marius-Ionuț Ungureanu. (2023). A five-year (2017–2021) time series evaluation of patient-reported informal healthcare payments in Romania.

<sup>32</sup> Emily H. Glynn. (2022). Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach.

<sup>33</sup> Fülöp, Riskóné Pálóczi, S. Horváth, Takács, Töll-Salánki, Udvardi. (2021). Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény rövid magyarázata. Nemzeti Közszerzői Egyetem, Budapest.

<sup>34</sup> OKFŐ. (2021) Tájékoztató a jogviszony átalakulásáról és az egészségügyi szolgálati munkaszerződés tervezett tartalmáról. Lekérve <https://okfo.gov.hu/Hirek/tajekoztato-a-jogviszony-atalakulasarol-es-az-egeszsegugyi-szolgalati-munkaszerzodes-tervezett-tartalmarol>

<sup>35</sup> Magyarország Kormánya. A 2020-2022. közötti időszakra szóló középtávú Nemzeti Korrupcióellenes Stratégia Lekérve <https://korrupciomegelozes.kormany.hu/download/f/ff/92000/STRAT%C3%89GIA%20k%C3%B6zz%C3%A9tett.pdf>

<sup>36</sup> Nyeste Péter. (2020). A belső bűnmegelőzési és büntelődési feladatokat ellátó szerv- Nemzeti Védelmi Szolgálat. In: Közbiztonság. Fenntartható biztonság és társadalmi környezettanulmányok (3), 785-799. Ludovika Egyetemi Kiadó Nonprofit Kft., Budapest.

<sup>37</sup> [REDACTED]

<sup>38</sup> KSH. (2019). Egészségügyi helyzetkép.

<sup>39</sup> K BLOG. (2020). A szülések 68 százalékánál fizetnek hálapénzt. Lekérve <https://k.blog.hu/2020/12/16/igyszultem-elemzes>

<sup>40</sup> Portfolio. (2021). Mit gondolnak az új rendszerről az orvosok? Friss kutatás érkezett. Lekérve <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20210810/mit-gondolnak-az-uj-rendszerrol-az-orvosok-friss-kutatas-erkezett-495982>

---

<sup>41</sup> MESZK. Egészségügyi szakdolgozói béremelés 2024. március 1. (tervezet). Lekérve [https://meszk.hu/wp-content/uploads/sites/7/2023/09/Belugyminiszterium\\_Egeszsegugyi-szakdolgozoi-beremeles-2024.pdf](https://meszk.hu/wp-content/uploads/sites/7/2023/09/Belugyminiszterium_Egeszsegugyi-szakdolgozoi-beremeles-2024.pdf)

<sup>43</sup> Szinapszis Kft. (2017). Végleg eltűnhet a hálapénz az orvosok körében (felmérés). Lekérve <https://szinapszis.hu/hu/hirek/vegleg-eltnhet-a-halapenz>

<sup>44</sup> Szinapszis Kft. (2013). Azonnali beavatkozást sürget a hálapénz problémájának megoldása az orvosok körében (felmérés). Lekérve <https://szinapszis.hu/hu/hirek/azonnali-beavatkozast-surget-a-halapenz-problemajanak-megoldasa>

<sup>45</sup> Szinapszis Kft., Magyar Rezidens Szövetség. (2014). Elkezdődhet az érdemi, szakmai vita a hálapénzmentes egészségügy mikéntjéről a lakosság körében (felmérés). Lekérve <https://szinapszis.hu/hu/hirek/magyar-rezidens-szovetseg-elkezdodhet-az-erdemi-szakmai-vita-a-halapenzmentes-egeszsegugy-mikentjerol>

<sup>46</sup> SzázadvéG. (2022). A hálapénz lakossági megítélése – 2. szakasz, 4 db fókuszcsoporthoz 6 fővel (kutatási jelentés).

<sup>47</sup> SzázadvéG. (2022). A hálapénz megítélése, 10 db interjú, strukturált szakértői interjú egyenként 60 perces időtartamban (kutatási jelentés).

<sup>48</sup> SzázadvéG. (2022). A hálapénz lakossági megítélése – reprezentatív mintán alapuló közvélemény-kutatás, 1000 fős, 15 perces körkérdésben (kutatási jelentés).

<sup>49</sup> MOK. (2021). Magyar orvosok új helyzetben (felmérés). Lekérve <https://mok.hu/orvosoklapja/aktualis/magyar-orvosok-uj-helyzetben>