

A nagy túlélő, avagy a hálapénz múltbeli és jelenlegi megítélése

Jelige: **BONOBO**

Lezárás dátuma: **2014. október 27.**

Tartalomjegyzék

I.	Bevezetés	3
II.	Módszertan	5
III.	A hálapénzről általánosságban	7
	III.1. A hálapénz fogalma, fajtái	7
	III.2. A hálapénz és a korrupció kapcsolata	9
	III.3. A hálapénz büntetőjogi vetülete, jelenlegi jogi megítélése	12
IV.	A hálapénz megítélése a felmérések tükrében	17
	IV.1. Az 1999-es TÁRKI-kutatás főbb eredményei	17
	IV.2. A TÁRKI 2007-es közvélemény-kutatásának eredménye	19
	IV.3. A Szinapszis Kft. 2009-es felmérésének eredménye	19
	IV.4. Baji Petra és Gulácsi László 2010. évi kutatási eredményei	20
	IV.5. Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatásának eredményei	21
	IV.6. Főbb tendenciák, következtetések	22
V.	A hálapénz megítélése a mélyinterjúk tükrében	25
	V.1. A magyar egészségügy és a hálapénz kapcsolata	25
	V.2. A hálapénz elleni küzdelem lehetséges eszközei	28
	V.3. A hálapénz és az orvoselvándorlás közötti összefüggés vizsgálata	34
VI.	Összefoglalás	38
	Irodalomjegyzék	41

*„Egészség és igazság... az ember két legnagyobb kincse,
szabadságfoka, életének meghatározója.”*
(Ádám György)

I. Bevezetés

A hálapénz kifejezés a legtöbb ember számára ismerősen cseng, a jelenséggel személyesen vagy családja, ismerősei elmondása alapján már találkozott. Dolgozatomból is kiderül, hogy a hálapénz régóta része a magyar egészségügy rendszerének. Már több évtizeddel ezelőtt is veszélyként észlelték, Ádám György így ír az 1986-ban kiadott, „Az orvosi hálapénz Magyarországon” című könyvében: „a hálapénz léte ma már az egészségügy egész mechanizmusát fenyegeti”.¹ Megállapítható, hogy a probléma 1986 óta is megoldatlan, ezt bizonyítja többek között a 2014. február 3-án megjelent, az Európai Unió által kiadott „Antikorrupciós Jelentés” is. A hálapénz rendszerét a magyarok által tolerált gyakorlatnak, sőt, a korrupció egy, hazánkban elfogadott formájának nevezik. A jelentés egyértelműen kimondja, az elmúlt tíz évben semmit sem változott a helyzet hazánkban a téma kapcsán.²

A jelenség kiemelt fontosságát jelzik továbbá az alábbi számadatok is, bár le kell szögezni, hogy az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak juttatott hálapénz összegéről csak hozzávetőleges adataink vannak, ezt bizonyítják az eredmények közötti komoly eltérések is. A TÁRKI 1999-es tanulmánya alapján a háziorvosnál, a járóbeteg szakrendelőben és a kórházban a lakosság által fizetett hálapénz összege, egy évre vetítve, középértéken számítva 33,1 milliárd forint.³ A KSH szerint 2002-ben 40,6 milliárd forint, 2005-ben 58,7 milliárd forint mozgott hálapénzként a rendszerben. 2006-ban egy igen magas összeget állapított meg a Medián, a Szonda Ipsos és az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: 100 milliárd forintra becsülték a hálapénzt. Ezzel szemben 2007-ben a Generali Reform Műhely és a Medián mérései szerint ez az összeg nagyságrendileg 28 milliárd forint körül mozgott.⁴ Jól látható, hogy igen eltérőek az eredmények, azonban egyértelmű, hogy jelentős összegekről van szó.

¹Ádám Gy. (1986): Az orvosi hálapénz Magyarországon (Magvető Kiadó, Budapest, 1986) p. 305

²Az Európai Unió korrupciós jelentésének Magyarországra vonatkozó szakasza (2014).
http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/anti-corruption-report/docs/2014_acr_hungary_chapter_en.pdf [2014.10.17.]

³Bognár G. – Gál R. I. – Kornai J. (1999): Hálapénz a magyar egészségügyben (TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok, Budapest, 1999) p.29-30

⁴Béremeléssel, adóval a hálapénz ellen. <http://nol.hu/archivum/archiv-462550-265876> [2014.10.11.]

Feltételezésem, hogy a hálapénz mindig is negatív jelenséggént élt a társadalom körében. Ennek ellenére mégsem sikerült orvosolni a helyzetet és felszámolni a rendszerét a mai napig sem, pedig elutasító megítélése mit sem módosult. Ebből kiindulva dolgozatom célja annak alátámasztása, hogy a hálapénz negatív megítélése és szerepe a magyar egészségügyben az elmúlt tizenöt évben nem változott, ezt a különböző években készült felmérések összehasonlításával támasztom alá. Munkám további részének alapját saját empirikus kutatásom adja, a hálapénz kérdésében releváns szakértőkkel készítettem mélyinterjúkat. Alapfeltevésem, hogy a hálapénz elleni küzdelem hatékony eszközei sorában nem elegendő a sokak által hangoztatott bérrendezés, valamint a jogi körülmények tisztázása, a hálapénz kriminalizálása. További lépésekre, komplex megoldásra van szükség. Nem utolsósorban pedig azt állítom, hogy a hálapénz meghatározó szerepet játszik a napjainkban is intenzíven zajló orvoselvándorlásban.

II. Módszertan

Dolgozatomban két módszert alkalmaztam: egyrészt korábbi kvalitatív és kvantitatív kutatások eredményeinek másodelemzése módszerével ismertetem az öt felmérés eredményét. Másrészt saját empirikus kutatásom során mélyinterjúkat készítettem a hálapénz témája szempontjából releváns szakemberekkel. Az alanyok kiválasztása során az volt az elsődleges célom, hogy egy minél szélesebb kör véleményét ismerhessem meg. Ennek eredményeként tíz interjút készítettem el, ebből kilenc interjú képezi munkám szerves részét.

Beszélgettem a hálapénz felszámolása ellen kampányt indító Magyar Rezidens Szövetség (MRSZ) elnökével, Dénes Tamással, majd a hálapénz és a jog kapcsolata körében Kovácsy Zsomborral, ügyvéddel, egészségügyi szakjoggal. A korrupciós vetület kapcsán Ligeti Miklóssal, a Transparency International jogi igazgatójával interjúztam. Érdekelt a gyakorlat megítélése egy közgazdász szemével is, interjúalanyom Mihályi Péter volt. Ficzer Andrea, az Uzsoki Utcai Kórház igazgatónője egy nemrég bevezetett modellről mesélt, továbbá készítettem interjút egy másik fővárosi intézmény főorvosával is. Interjúalanyaim voltak ugyanakkor egy észak-magyarországi kórház főigazgatója és orvosa, valamint egy észak-magyarországi falu háziorvosa. Foglalkoztatott, hogy mit tapasztalnak a kórházakban működő betegjogi képviselők a hálapénz kapcsán, erről az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) két munkatársától kaptam információt.

Az interjúk kvalitatív, félig strukturált, tematikus mélyinterjúk, szemtől-szemben készültek, személyes találkozások során. A mélyinterjú lényege, hogy a kérdező lazán definiált, általában kötetlen beszélgetést folytat az interjúalannyal, ezt megteheti „puha” vagy „strukturált” módon, attól függően, hogy mennyire tisztázott és konkrét kérdésekre várja a választ.⁵ Babbie megfogalmazásában a kvalitatív interjú olyan interakció a kérdező és a kérdezett között, amelyben a kérdező ugyan tudja előre, hogy megközelítőleg mit szeretne megtudni, a terve viszont sem az egyes kérdések konkrét megfogalmazására, sem a kérdések sorrendjére nem terjed ki. Az interjúkészítő megalapozza a beszélgetés fő irányát, és végigköveti az interjúalany által felvetett konkrét témaköröket, főként az interjúalany beszél. Jellemző továbbá, hogy a bevezető kérdésekre kapott válaszok alapján alakítja az interjúer az újabb kérdéseket.⁶ Az általam készített interjúk a fent leírtak alapján készültek, azzal a

⁵Korinek L. (2006): A kriminológiai kutatási módszerek. in: Gönczöl K. – Kerecsi K. - Korinek L. – Lévay M.: Kriminológia – Szakkriminológia (Complex, Budapest, 2006) p.211

⁶Babbie, E. (2001): Kvalitatív terepkutatások. in: A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. (Balassi Kiadó, Budapest, 2001) p. 336-337

különbséggel, hogy a kérdéseket megírtam előre, felépítettem az interjú menetét. A beszélgetés során ettől természetesen eltértünk, de sokat segített a beszélgetés irányításában.

A félig strukturált tematikus interjú vázlatát én készítettem, négy fő részre épül. Az első részben személyes információkra voltam kíváncsi (az interjúalany végzettsége, munkatapasztalata, az adott szervezetnél betöltött posztja, stb.). A második szakaszban rátértem a magyar egészségügy helyzetére, azon belül is a hálapénz által betöltött funkcióra, az alanyok kifejtették véleményüket a hálapénz intézményéről. Ez a blokk arra is szolgált, hogy a gyakorlat jelenlegi, 2014-es megítéléséről is képet kapjak, szorosan kapcsolódva a dolgozatomban korábban tárgyalt felmérésekből nyert információkhoz. A harmadik rész a hálapénz elleni fellépés hatékony eszközeit tárgyalja, a felszámolás lépéseiről beszélgettünk. A negyedik részben az orvosok elvándorlása volt a téma, a hálapénz és az elvándorlás közötti kapcsolatot igyekeztem feltárni (miben látják az intenzív elvándorlás okát, mit tapasztalnak a környezetükben, stb.).

Összesen tizenegy emberrel készítettem interjút 2014. szeptember 8. és 2014. október 2. között, ez valójában tíz véleményként fog megjelenni, mert az OBDK esetében két személlyel közösen folytattam a beszélgetést, együtt képviselték az OBDK álláspontját. Utóbbi interjú vonatkozásában csak a beszélgetés során kapott statisztikai adatokra hivatkozom dolgozatomban. Az interjúk hossza átlagosan 50-60 perc volt, a legrövidebb félóra, a leghosszabb másfél óra volt. Tíz esetből kilencszer készült hangfelvétel a beszélgetésről. Az interjúalanyaim nemek szerinti megoszlását tekintve négy nő és hét férfi volt.

III. A hálapénzről általánosságban

A II. világháborút követően a lakosság nagy része még évekig nem rendelkezett egészségügyi biztosítással, viszont folyamatosan bővült a biztosítottak köre. Később azonban a megfelelő feltételek biztosítása és a szükséges intézkedések megtétele nélkül kiterjesztették a társadalombiztosítást a társadalom jelentős részére, csakhogy ezzel az egészségügyi dolgozóknak komoly többletmunkája keletkezett. Ezt úgy ellentételezték, hogy 1952-ben, a Magyar Dolgozók Pártja Központi Bizottságának ülésén elfogadták Gerő Ernő indítványát: a gazdaság átmeneti nehézségei miatt lényegében borraavalós szakmává tették az egészségügyet.⁷ Ádám kutatásai szerint, a hálapénz kifejezés 1957-ben, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének (OEDSZ) II. Küldöttgyűlésén született meg, az alábbi állásfoglalás kapcsán: elfogadhat-e egészségügyi dolgozó honoráriumot egyébként díjazott munkáért, ha az valóban a beteg hálájának és megbecsülésének kifejeződése, és azt semmi etikátlan ténykedés meg nem előzte? Az idézett szövegrészben találkozhatunk először a „hála” kifejezéssel. Ezt követően a borraavaló kifejezést a hálapénz kifejezéssel váltották fel. Ugyanekkor felmerült továbbá a kérdés, hogy legális-e a hálapénz rendszere? Ádám itt jelöli meg azt az időpontot, amikor „az orvosi hálapénz de jure kalandos útjára” indult.⁸

III. 1. A hálapénz fogalma, fajtái

A mindennapi életben sokszor halljuk a paraszolvencia kifejezést, mint a hálapénz szinonimáját, a két fogalom azonban egyes szerzők szerint nem ugyanazt takarja. A paraszolvencia magasabb rendű kifejezést takar, míg a hálapénz csupán az előny nélkül adott paraszolvencia egyik alcsoportját képezi. A hálapénz is több árnyalattal bír, ez alapján Pappné Dalmadi Gabriella tanulmányában három alapesetet különböztet meg: az első, amikor az orvos nyíltan vagy egyértelmű, ráutaló magatartással közli a beteggel az általa, a munkájáért elvárt összeget, még az ellátás előtt, ami egyébként térítésmentesen járna a betegnek. A második típus, amikor a közfinanszírozott ellátás során a kezelt olyasmire kéri orvosát, amire az egyébként nem lenne köteles (például a felkért szülés vagy műtét esete). Végül pedig meg

⁷Pappné Dalmadi G. (2012): Korruptió az egészségügyben. XXI. Század – Tudományos Közlemények 28. (2012) p.128

⁸Ádám (1986): p.99-102.

kell említeni azt a helyzetet, aminek köze van a beteg hálájához: a beteg az ellátás után, önként ad juttatást, hálája jeléül.⁹ A szerző mindhárom esetet hálapénznek tekinti.

Dr. Balázs Péter első lépésként elkülöníti a szak- és segédszemélyzetnek juttatott borraivalót az orvosoknak adott juttatásoktól. A borraivaló-adás, mint csekély összegű juttatás, szerinte elfogadott. Ezt olyan apróbb szolgáltatásokért adják a betegek, amelyek nem módosítják érdemben a közfinanszírozott főszolgáltatást. A paraszolvencia tekintetében Balázs is hangsúlyozza, hogy nem összekeverendő a hálapénzzel. A paraszolvencia „a hálapénzt is magába foglalva, a legalitást kerülő minden bevételre vonatkozik, amennyiben azt az orvos a közfinanszírozásban végzett szolgáltató munkájával (vagy arra utalva) szerzi”.¹⁰ Ennek értelmében a hálapénz, mint „az orvosi élőmunkának a beteg általi differenciált díjazása”,¹¹ nem tekinthető paraszolvenciának, kevesebb annál. A hálapénz négy tételét vázolja a szerző, a tranzakciót a hálapénz és a közfinanszírozás kapcsolatán keresztül vizsgálva: az első esetben a hálapénzt a betegek az orvosok egy részének adják, olyan szolgáltatásért, amelyet egyébként a közfinanszírozás térít, azaz megilleti a beteget. Ilyenkor azonban a szokások uralkodnak, különösen a szülészet és a műtétes szakmák körében: a beteg azt fizeti meg, hogy maga választhat orvost. A következő típus, amikor olyan szolgáltatásról van szó, ami szintén teljes térítést élvez, azonban az orvos szakmai döntése alapján jár a betegnek. Itt lehet megemlíteni azt a tipikus esetet, amikor a háziorvos otthonában keresi fel betegét, még akkor is, ha szakmailag nem feltétlenül indokolt. Harmadszorra az a helyzet áll fenn, amikor a beteg fizetésre kötelezetté válna az orvos, számára kedvezőtlen döntése alapján, de ellenérték fejében ez nem történik meg. Példaként említhető, amikor a kozmetikai sebészeti beavatkozást terápiás célúvá minősíti át az orvos a hálapénzt fizető betegének kedvezve. Az utolsó esetben olyan szolgáltatások pénzzel történő ellentételezéséről van szó, amellyel szemben, a beteg részéről jelentkező igények csak korlátozottan vehetőek figyelembe a rendelkezésre álló erőforrások tekintetében, viszont a rangsorolás során az orvos döntése nagy befolyással bír. Balázs az említett tételek közül az elsőt nevezi ideáltipikus hálapénznek, a többiről megjegyzi, hogy mivel kívülről nem ellenőrizhető folyamatok, jobb, ha ezeket is a hálapénz körébe soroljuk. Mindezek tükrében összegzi, a paraszolvencia „az ideáltipikus hálapénz (tiszteletdíj) levonása után a közfinanszírozásban illegálisan vásárolható

⁹Pappné Dalmadi (2012): p.129-130.

¹⁰Dr. Balázs P. (2007): Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 45. évf. 4. sz. (2007) p.11

¹¹Dr. Balázs P. (2010): A paraszolvencia szerepe, jelentősége, következményei és megoldások a megszüntetésére. in: Dr. Bodrogi J. (2010): A magyar egészségügy (Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010) p.199

szolgáltatások ellentételezése”.¹² Természetesen számos más szerző is élt a csoportosítás és megkülönböztetés lehetőségével, ezek további bemutatása azonban egy külön tanulmányt érne meg.

Dolgozatomban a hálapénz kifejezés használatát preferálom. Hálapénz alatt az utólag, a szolgáltatás után, saját elhatározásból átadott pénzt értem.

III. 2. A hálapénz és a korrupció kapcsolata

A korrupció fogalmát már sokan és sokféleképpen próbálták definiálni. Egységesen elfogadott meghatározással talán azért nem találkozhatunk, mert a korrupció minden országban, minden területen másként jelenik meg. Hankiss Elemér megfogalmazásában a korrupció „olyan aktus, amelynek során a javak társadalmilag rögzített elosztásrendjét egy, az elosztásért felelős személy valaki javára megsérti, s ezért a kedvezményezettől valamilyen ellenszolgáltatást kap vagy legalábbis vár cserébe.”¹³ Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának 1997/24. számú határozata értelmében a korrupció „a közérdekre káros hatással bíró és a pártatlan döntéshozatal befolyásolásának olyan szélsőséges esete, mely aláássa a polgárok demokráciába vetett bizalmát, gyengíti a jogállamiságot, akadályozza és gátolja a gazdasági, társadalmi fejlődést, a stabilitást és a fenntartható fejlődést.”¹⁴ A két definíció abban különbözik jelentősen, hogy az ET definíciója inkább a társadalomra gyakorolt negatív hatást hangsúlyozza, ellentétben Hankiss fogalom meghatározásával, aki jellemzően két személy közötti mozzanatként írja le. A hazánkban 2007-ben létrejött Antikorrupciós Koordinációs Testület által elfogadott definíció az alábbi: „A korrupció privát előnyszerzés céljából tanúsított, előzetesen definiált jogi vagy etikai szabályokba ütköző olyan magatartás, melynek során személy vagy személyek: a rájuk ruházott közhatalommal élnek vissza, avagy a közintézmények működésével kapcsolatos rendellenességeket okoznak, vagy közpénzek felhasználásával kapcsolatosan tanúsítanak olyan magatartást, hogy ezáltal társadalmilag és/vagy jogilag tiltott kedvezmények keletkeznek.”¹⁵ Úgy gondolom, a fenti meghatározások tükrében a hálapénzt (a szolgáltatás után, a beteg által önként adott pénzt) korrupciós gyakorlatnak tekinthetjük: az orvos privát előnyszerzésben részesül, hiszen megkapja a beteg által átadott összeget, miközben tudja, hogy az adott szolgáltatás az OEP által támogatott, a

¹²Ibid. p.201-202

¹³Hankiss E. (1983): Társadalmi csapdák. Diagnózisok. (Magvető Kiadó, Budapest, 1983) p.91

¹⁴Az ET Miniszteri Bizottságának 1997/24. számú határozata: „a korrupció elleni küzdelem 20 irányelve”

¹⁵Antikorrupciós Koordinációs Testület – Korrupció elleni Stratégia, 2008

betegnek hivatalosan nem kellene fizetnie. Továbbá az is megállapítható, hogy visszaél hatalmával, hiszen az orvos-beteg kapcsolatban az orvos az, aki hatalommal bír, a beteg kiszolgáltatott helyzetében az orvosra van utalva. Hankiss nem tekinti kérdésesnek, hogy a hálapénz korrupció-e. Úgy véli, a korrupció minden formájára és árnyalatára megvan a megfelelő magyar kifejezés. Nevezhetjük „borravalónak”, technikai szemléletességgel „kenőpénznek”, óvatosan, de a dolog alattomos voltára utalva „csúszópénznek” vagy az ő meglátásában szelíden „hálapénznek”.¹⁶ Hankiss fontos megállapításokat tesz általánosságban a korrupcióra vonatkozóan, ezek megfeleltethetőek a hálapénz intézményével is. Egyet kiemelve, véleménye szerint a korrupció káros a társadalom azon tagjaira nézve, akik nem vesznek részt az adott korrupt üzletben.¹⁷ Az egészségügyben is elosztható javakról beszélhetünk, legyen az éppen bőrfonal vagy az orvos figyelme és türelme. Ebből kiindulva, ha valakinek ebből több jut hálapénz ellenében, másnak kevesebb marad. Az eredmény az, hogy a megvesztegetett (az orvos) és a megvesztegető (a beteg) is mások kárára nyer. Azok kárára, akik helyzetükből adódóan nem tudnak vagy nem akarnak hálapénzt adni, vesztegetni.¹⁸ Hankiss könyvéből arra a kérdésre is részleges választ kaphatunk, hogy miért maradt fenn egészen napjainkig a hálapénz rendszere. Szerinte a korrupció előbb elmélyíti, majd megszilárdítja a társadalmi egyenlőtlenségeket, másként megfogalmazva konzerváló, a társadalmi struktúrákat megmerevítő hatással is bír.¹⁹ A hálapénz egyfajta szokássá vált, a jobb módúak tudnak adni, a kevésbé jó módúak csak keveset vagy egyáltalán nem. Hankiss úgy gondolja, a kialakult korrupt gyakorlatot nem lehet tünetileg kezelni vagy tűzzel-vassal kiirtani. Előfeltételeit és okait kell felszámolni: elsőként meg kell szüntetni a hiányt, a legfőbb okot.²⁰ Lefordítva, több pénzre lenne szükség az egészségügyben, érteni kell ezalatt a körülmények javítását és a bérrendezést is. Dénes Tamás, többek között a bevezetett Markuszovszky-ösztöndíj kapcsán a mélyinterjú során megfogalmazta a fennálló helyzet lényegét: az egészségügyi kormányzat részéről jó lépéseket tapasztalt az elmúlt években, de a mozgósított erőforrások nagysága nem áll arányban a probléma nagyságával. Hankiss véleménye összekapcsolható Dénes állításával, amikor azt írja, érvényt kell szerezni a teljesítményelvnek, azaz a teljesítmények nyílt és méltányos versenyének. Ennek értelmében a társadalmilag hasznos többletjeljesítményt jutalmazná a társadalom, így az emberek egy idő után ezen az úton, többletjeljesítménnyel próbálnának többletjövedelemhez jutni. Ellenkező

¹⁶Hankiss (1983): p.77-78.

¹⁷Ibid. p.123-125

¹⁸Ibid. p.125-127

¹⁹Ibid. p.128

²⁰Ibid. p.131

esetben, ha az anyagi és erkölcsi jövedelem nem áll összefüggésben a teljesítménnyel, és emellé az adott jövedelem is kevés, akkor az emberek nem lesznek képesek ellenállni a jövedelemszerzés egyéb útjainak,²¹ jelen esetben, a hálapénz elfogadásának.

A hálapénz és a korrupció relációjában hangsúlyozandó Kránitz Mariann megközelítése is. Kránitz megkülönbözteti a korrupció társadalmi jelenségi szintjét az egyedi megvalósulási formáktól, valamint a korrupció társadalmi jelenségét a büntetőjogi jelenségtől. A társadalmi szintű korrupciót olyan társadalmi jelenségnek nevezi, amely minden más társadalmi jelenség általános jellemzőivel rendelkezik, viszont speciális vonással bír: a korrupció a társadalom elosztási viszonyaiban fejt ki korrigáló-torzító-moduláló hatását. Össztársadalmi szinten tekintve a korrupció egy másodlagos jövedelemelosztási rendszert, újraelosztási szisztémát jelent. Egyedi szinten interperszonális kapcsolatról beszélhetünk, az aktív (az előnyt ígérő vagy ténylegesen is nyújtó) és a passzív (az előnyt kérő, követelő vagy ténylegesen elfogadó) fél sajátos viszonyáról, amelyet a passzív fél oldaláról a döntési jogosultság, az aktív fél szemszögéből pedig az általa felajánlott anyagi vagy nem anyagi előny jellemez.²² A hálapénz által teremtett helyzetet véleményem szerint az utóbbi csoportba sorolhatjuk, azonban nem szabad megfeledkezni a gyakorlat által okozott társadalmi feszültségről, ami viszont már közel sem csupán az orvos és a beteg között zajlik. Kettős feszültségről beszélhetünk: egyrészt fennáll a társadalom azon tagjai között, akik tudnak hálapénzt adni, megengedhetik maguknak, hogy hálapénz ellenében előnyhöz jussanak (például megválaszthassák orvosukat), illetve azok között, akik nem akarnak vagy nem tudnak pénzt adni. Másrészről pedig feszültséget eredményez az orvostársadalmon belül is, hiszen nem minden orvos részesül a hálapénzből. Kránitz arra is felhívja a figyelmet, hogy a korrupciót sokszor egyetlen determináns faktor következményének tekintik, nem pedig több tényező egymásra hatásának eredményeként. Úgy véli, hazánkban a korrupciót jellemzően az alacsony bérekkel kapcsolják össze, és annak ellenére, hogy az emberek tisztában vannak egy-egy gyakorlat korrump voltával, mégis elfogadónak mutatkoznak. Magyarozatként sokszor elhangzik: „Hát persze, hogy kikövetelte-elfogadta a vesztegetési pénzt, de mit is tehetett volna mást? Hiszen olyan kevés a fizetése!”²³ A hálapénz esetében ugyanerről van szó, a különböző kutatások eredményei hasonló hozzáállásról tanúskodnak. A szerző azonban két dologra is figyelmeztet: az alulfizetettség önmagában nem indokolja a korrupciót, ehhez további „feltételek” szükségesek, az erkölcsi és anyagi megfontolások együttes eredményéről van szó. Másrészt

²¹Hankiss (1983): p.134-135

²²Kránitz M. (1998): A korrupcióról – csak egy kicsit másként... Valóság. XLI. évf. 5. szám (1998) p.9-10

²³Ibid. p.11

minderre ellenpéldaként hozza a középkori Angliát, ahol azok a tisztviselők voltak a legkorruptabbak, akik a legmagasabb illetményt élvezték.²⁴ Ismét párhuzamot vonva megállapítható, hogy az orvosok korrupttá válásához sem elegendő az alulfizettség ténye, szükségeltetik hozzá két személy döntése: a betegé, hogy pénzt ad és az orvosé, hogy elfogadja azt. Továbbá az egészségügyben is megfigyelhető, hogy a rangban magasabban álló (fizetését tekintve is általában jobb helyzetben lévő), a laikusok hite szerint komolyabb, nehezebb műtéteket végző orvosok részesülnek leginkább a hálapénzből. A beteg ember arra törekszik, hogy minél jobb ellátást kapjon, a szerinte nagyobb tudású, tapasztaltabb orvos kezelje, ezért hajlandó fizetni. Ritkán hallani, hogy a beteg azt kérte, a frissen végzett, kevesebb tapasztalattal rendelkező orvos mûtse meg.

A fentiekből leszűrhető, hogy a hálapénz intézménye korruptnak tekinthető, de ez nem jelenti azt, hogy a büntetőjog szempontjából is kriminalizált jelenség.

III. 3. A hálapénz büntetőjogi vetülete, jelenlegi jogi megítélése

Jelenleg a hálapénz „jogi hátterül” a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.) 52. § (2) és (4) bekezdése, valamint a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (Btk.) 291. § (1) bekezdése tekinthető. A hálapénz elfogadására vonatkozóan az Mt. kimondja, hogy „a munkavállaló a munkáltató előzetes hozzájárulása nélkül harmadik személytől díjazást a munkaviszonyban végzett tevékenységére tekintettel nem fogadhat el, vagy nem köthet ki.”²⁵ A Btk. hivatkozott bekezdése értelmében, „aki gazdálkodó szervezet részére vagy érdekében végzett tevékenységével kapcsolatban jogtalan előnyt kér, avagy a jogtalan előnyt vagy ennek ígéretét elfogadja, illetve a rá tekintettel harmadik személynek adott vagy ígért jogtalan előny kérőjével vagy elfogadójával egyetért, büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”²⁶ A vesztegetés elfogadásának tényállását a Btk. a korrupciós bűncselekmények közé sorolja. Az eddigi, általános vélemény szerint az Mt. értelmében lehetőség van a hálapénz elfogadására: az egészségügyi szolgáltató vezetője külön utasításban rendelkezhet a vezetése alatt álló egészségügyi intézményben dolgozó alkalmazottai által elfogadható külön juttatásról, beleértve a hálapénzt is. Ezen túl, ha vezetői utasítás engedélyezi a hálapénz átvételét, annak jogszerű elfogadásához további feltételeknek

²⁴Ibid. p.11

²⁵A Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.) 52. § (2) bekezdése.

²⁶A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (Btk.) 291. § (1) bekezdése.

is meg kell, hogy feleljen az érintett alkalmazott. A beteg csak utólag, saját elhatározásából és a gyógyító tevékenységével összefüggésben adhatja. Ellenkező helyzetben, amennyiben a vezetői utasítás nem rendelkezik a hálapénz, mint külön juttatás elfogadhatóságának kérdéséről, vagy annak elfogadását egyértelműen kijelentve, nem teszi lehetővé, akkor a hálapénz minden formája – tekintettel egyaránt az adására és a kérésére is – jogellenesnek minősül. Az egészségügyi dolgozókra továbbá az alábbi szabályok vonatkoznak: nem fogadhatnak el hálapénzt az egészségügyi szolgáltatást megelőzően, nem köthetnek ki hálapénzt az ellátásért, az általánoshoz képest nem részesíthetik más, kedvezőbb vagy soron kívüli ellátásban a beteget pénz ellenében, végül a beteg nem kerülhet előnyösebb helyzetbe a várólistás vagy előjegyzéses egészségügyi szolgáltatások tekintetében.²⁷ A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe egyértelmű iránymutatást ad a hálapénzre vonatkozóan. E szerint „a hálapénz, hálaszolgáltatás az a bármilyen előny és juttatás, amit a beteg vagy hozzátartozója az ellátást követően, utólag, kérés nélkül az orvosnak ad, amennyiben az még közvetve sem befolyásolja az ellátás minőségét. A hála kifejezése csak szabad elhatározáson alapulhat.”²⁸ Előírás továbbá, hogy „az orvosnak olyan magatartást kell tanúsítania, amely mind a beteget, mind a hozzátartozóját arról győzi meg, hogy az orvosilag szükséges ellátás minősége független minden egyéb juttatástól.”²⁹ Leszűrhető, hogy az utólagos, a beteg által önként adott pénz elfogadását az Etikai Kódex nem tiltja. Az előre kért, elvárt, felajánlott, elfogadott vagy kikényszerített előnyt viszont súlyos etikai vétségnek nevezi.³⁰

Az előbb vázoltak azonban más megvilágításba kerültek, amikor Dr. Gellér Balázs József egyetemi tanár, ügyvéd, a hálapénz jogi megítélésével kapcsolatban alkotott véleménye újra a figyelem középpontjába helyezte a hálapénzt. Az ügyvéd úr a Med. Et Jur. szervezésében megvalósult, 2013. november 13-án tartott, 'Felértékelődött felelősség' című konferencián elhangzott előadásában bemutatta és végigvezette a hálapénz történetét a magyar büntetőjogban, levonva a következtetést, miszerint az új Btk. 291. § (1) bekezdése újra kriminalizálta bármilyen (előre kért vagy utólag adott) hálapénz elfogadását. Gellér kimondta,

²⁷Tájékoztató a hálapénzről, http://www.obdk.hu/UserFiles/halapenz_tajekoztatox.pdf [2014.10.18.]

²⁸A MOK Etikai Kódexe. http://www.mok.hu/docview.aspx?r_id=3334303133&web_id=&mode=1 [2014.10.18.]

²⁹Ibid.

³⁰Ibid.

hogy az általános vélekedéssel szemben, a kórházigazgató sem adhat felmentést, a hálapénz elfogadása minden körülmények között büntetendő, vesztegetésnek minősül.³¹

Az alábbiakban ismertetem Gellér következtetését a vesztegetésre vonatkozó rendelkezések változására vonatkozóan, „A hálapénz rövid története a magyar büntetőjogban” című munkája alapján. Az 1978. évi IV. törvény (rég. Btk.) 251. § (1) bekezdése a következőket tartalmazta: „Állami szervnek, gazdálkodó szervezetnek, társadalmi szervezetnek vagy egyesületnek az a dolgozója, illetőleg tagja, aki működésével kapcsolatban előnyt kér, vagy a kötelességének megszegéséért előnyt vagy ennek ígéretét elfogadja, illetve az előny kérőjével vagy elfogadójával egyetért, vétséget követ el, és egy évig terjedő szabadságvesztéssel, javító-nevelő munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.” Ezzel a törvény kinyilvánította, hogy a kötelesség teljesítésért történő előny elfogadását nem kívánta pönalizálni. A tényállást a 2001. évi CXXI. törvény 38. §-a módosította, a módosítás 2002. április 1-jén lépett hatályba. A módosítással a jogalkotó az alapesetből kivette, hogy az előny, vagy az előny ígéretének elfogadása a kötelesség megszegéséért történik. 2002. április 1-től a Btk. 251. § (1) bekezdése értelmében: „A költségvetési szervnek, gazdálkodó szervezetnek vagy a társadalmi szervezetnek az a dolgozója, illetőleg tagja, aki a működésével kapcsolatban jogtalan előnyt kér, vagy az ilyen előnyt, illetve annak ígéretét elfogadja, vagy a jogtalan előny kérőjével vagy elfogadójával egyetért, vétséget követ el, és két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.” Megfigyelhető, hogy a törvény a vesztegetési tényállásokba, az előny jelzőjeként felveszi a „jogtalan” megjelölést. A jogtalan jelzővel akarták a vesztegetést megalapozó előnyt megkülönböztetni a társadalmi együttélésben szokásos ajándékoktól, gesztusoktól (pl. virágcsokor, bonbon), melyek átadása, illetve elfogadása a vesztegetés tényállását nem meríti ki. A működésével kapcsolatban tényállási elem értelmezése is lényeges, a jogirodalom és a bírói gyakorlat szerint az előny kérése történhet például egy folyamatban lévő konkrét ügy intézése kapcsán vagy egy jövőbeni konkrét ügy kapcsán. Mindezek tekintetében Gellér megállapítja, hogy a Btk. így büntetni rendelte azt is, ha utólag, de a működéssel kapcsolatban történt az előny elfogadása. Ennek értelmében a hálapénz utólagos elfogadása is bűncselekménynek minősült. Ezt követően viszont a 2003. évi II. törvény (a módosítás 2003. március 1-jén lépett hatályba) visszaállította a 2001. évi CXXI. törvény hatályba lépése előtti állapotot. A Btk. 251. § (1) bekezdése tehát ismét úgy rendelkezett, hogy „A költségvetési szervnek, gazdálkodó szervezetnek vagy a

³¹Dr. Gellér B. J. (2013): A hálapénz rövid története a magyar büntetőjogban. www.gelleresbaranyos.hu. (Budapest, 2013. november 26.)
http://www.shp.hu/hpc/userfiles/geller/halapenz_cikk_honlapra_2013_11_26.pdf [2014.10.12.]

társadalmi szervezetnek az a dolgozója, illetőleg tagja, aki a működésével kapcsolatban jogtalan előnyt kér, vagy a köteletségének megszegéséért az ilyen előnyt, illetve annak ígéretét elfogadja, vagy a jogtalan előny kérőjével vagy elfogadójával egyetért, vétséget követ el, és két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.” E szerint a Btk. újra dekriminalizálta a kötelezettség teljesítése utáni jogtalan előny elfogadását. Érdekesség, hogy a 2003. évi II. törvényhez fűzött miniszteri indoklás szerint csak szövegszerkesztési hibáról van szó: a Btk. 251. §-ának (1) bekezdéséből kimaradt a „köteletségének megszegéséért” szövegrész, a törvény csupán ezt a technikai hibát javítja ki. Gellér is leszögezi, nyilvánvalóan nem szövegszerkesztési hibáról, hanem tudatos büntetőpolitikai döntésről volt szó. A 2013. július 1-jén hatályba lépett 2012. évi C. törvény (új Btk.) részben módosította a korrupciós bűncselekmények struktúráját. Külön tényállásokban és név alatt szabályozza a vesztegetést (aktív vesztegetés) és a vesztegetés elfogadását (passzív vesztegetés). A 291. § (1) bekezdése vesztegetés elfogadása cím alatt tartalmilag a korábbi passzív gazdasági vesztegetést (251. § (1) bekezdés) szabályozza. Ennek értelmében, ahogyan korábban már idéztem: „Aki gazdálkodó szervezet részére vagy érdekében végzett tevékenységével kapcsolatban jogtalan előnyt kér, avagy a jogtalan előnyt vagy ennek ígéretét elfogadja, illetve a rá tekintettel harmadik személynek adott vagy ígért jogtalan előny kérőjével vagy elfogadójával egyetért, büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”. A 291. § (1) bekezdése tehát visszatér a 2001. évi CXXI. törvénnyel kialakított szöveghez, azzal az eltéréssel, hogy a működésével kapcsolatban szövegrész helyett a tevékenységével kapcsolatban a tényállási elem, ezeket viszont tekinthetjük szinonimáknak. Ami azonban lényegi eltérés a régi Btk. 251. § (1) bekezdésének 2003. március 1-től 2013. június 30-ig hatályos definíciójához képest, az az, hogy az új Btk. is, ahogy a régi Btk. 2002. április 1. és 2003. február 28. között hatályos szabályozása, kihagyja a kötelezettség megszegéséért fordulatot. Utóbbi megállapítás alapján viszont Gellér kijelenti, hogy 2013. július 1-től a hálapénz elfogadása bűncselekmény, hiszen a hálapénz utólag, de a tevékenységével kapcsolatban adott előnynek minősül. Mindezek után tér rá az ügyvéd úr az Mt. fent idézett rendelkezésére, melyből azt a következtetést vonta le a közvélemény, hogy a munkáltató előzetes engedélyével legalizálható a hálapénz. Egyébként az Mt. indoklása nevesíti is a hálapénzt. Mindezzel az a probléma, hogy az Mt. ezen szabályának kodifikálásakor a régi Btk. azon szabályozása volt hatályos, hogy az előzetesen nem kért, utólag elfogadott hálapénz nem büntetendő. 2013. július 1. óta viszont megváltozott a helyzet, a fent levezetettek szerint a hálapénz minden formája bűncselekményt valósít meg. Gellér ehhez kapcsolódóan két kérdést vizsgált: az előny jogtalanságát és a jogszabály engedélyét. Előbbi vonatkozásában kiemelte, hogy az előny

jogtalanságának nevesítése csupán azt szolgálta, hogy a kisebb, társadalmilag kisebb ajándékok dekriminalizálása megtörténjen, ellenkező esetben a jogtalanság is a munkáltató engedélyétől függne. A jogszabályi engedély problémája magyarázatot ad arra, miért nem tekinti Gellér elfogadhatónak azt az érvelést, hogy az Mt. alapján a munkáltató hozzájárulhat a hálapénz elfogadásához. Az új Btk. 15. § g) pontja és a 24. § büntethetőséget kizáró okként nevesíti a jogszabály engedélyét. A jogszabályi engedélynek mindig kifejezettnek és konkrétan kell lennie. Az ügyvéd úr viszont azt állítja, hogy az Mt. 52. § (2) bekezdése nem vonható a jogszabályi engedély körébe. Látni kell, ha az Mt. idézett szabálya jogszabályi engedélyként lenne értelmezhető, akkor a munkáltató lényegében bármilyen vesztegetési cselekmény alól felmentést adhatna. Végso soron Gellér megállapítja, hogy a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény értelmében a munkáltatói utasításnak nincs jogszabályi jellege, ezért a törvényi szabályozást semmiképpen sem írhatja felül, tehát megdől az az értelmezés, miszerint a munkáltató engedélyezheti a hálapénz utólagos elfogadását és kimondja, az új Btk. 291. § (1) bekezdése újra kriminalizálta bármilyen hálapénz elfogadását.³²

Ezen megállapítással azonban fény derült arra, hogy a Btk. a hálapénz kapcsán nem fogalmaz világosan, megingatva ezáltal a jogbiztonságot. 2014 áprilisában az MRSZ dr. Polt Péter legfőbb ügyészhez fordult jogi képviselőjén, Gellér ügyvéd úron keresztül, azzal a kérdéssel, hogy: „orvosok által előre nem kért, utólag elfogadott előny (hálapénz) kimeríti-e az ügyészség szakmai álláspontja szerint a vesztegetés elfogadása tényállását.”³³ A Legfőbb Ügyészség a beadvány vizsgálata után, 2014 májusában jogszabály-módosítást kezdeményezett a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztériumnál, mert a hálapénz elfogadásával kapcsolatban felmerülő passzív gazdasági vesztegetés tényállásának törvényi megfogalmazása nem egyértelmű. Az ügyészség álláspontja szerint a jelenlegi tényállás a felelősség kérdésében egymással ellentétes értelmezésnek ad teret, ezáltal sérti a jogbiztonság követelményét.³⁴

Véleményem szerint az így kialakult bizonytalan helyzet jelzésértékű, vitathatatlan, hogy a hálapénz témájával foglalkozni kell, mert az élet számos területét határozottan érinti, súlyos jogi kérdéseket felvetve.

³²Ibid.

³³Az MRSZ állásfoglalás kérése. www.gelleresbaranyos.hu.
http://www.shp.hu/hpc/userfiles/geller/magyar_rezidens_szovetseg_allasfoglalas_kerese_2014_04_01..pdf
[2014.10.12.]

³⁴Sajtóközlemény – a Legfőbb Ügyész válaszával. <http://rezidens.hu/index.php/2-hirek/287-sajtokoezlemenya-legfobb-uegyesz-valaszaval> [2014.10.13.]

IV. A hálapénz megítélése a felmérések tükrében

A hálapénz megítélésének tényleges megismerésére szolgálnak a különböző, az esetek többségében kérdőíves felmérések. Dolgozatomban öt kutatás eredményét ismertetem, majd ezek összehasonlításával igyekszem alátámasztani feltevésemet, miszerint a hálapénz megítélése az elmúlt tizenöt évben változatlanul negatív.

Fontos megjegyezni az összehasonlítás nehézségét. A bemutatott kutatások nem „egységesek”, tehát más minta alapján készültek: más emberekkel, más összetételben, azonban úgy vélem, hogy az orvosi hálapénzről alkotott vélemények változásáról így is reális képet kaphatunk. Elsőként egy 1999-ben és egy 2007-ben készült TÁRKI kutatás eredményeit mutatom be. A Szinapszis Kft. 2009-ben és 2013-ban végzett kutatást a témában, a Magyar Rezidens Szövetséggel együttműködve meghatározó eredményeket mutattak ki. Baji Petra és Gulácsi László is beszámolnak cikkükben egy 2010-es kérdőíves felmérésről, erre is kitérek. Az említett munkák más-más években készültek, ennek tudatában megkísérlem felrajzolni a hálapénzről alkotott kép alakulását.

IV.1. Az 1999-es TÁRKI-kutatás főbb eredményei

Bognár Géza, Gál Róbert Iván és Kornai János 1999-ben „A hálapénz a magyar egészségügyben” címmel kiadtak egy tanulmányt, melyben egy, a hálapénzzel foglalkozó TÁRKI-kutatás eredményeit foglalták össze. A kutatás lakossági adatai egy 1392 elemű lakossági mintán, míg az orvostársadalomra vonatkozó információk egy 1006 fős orvosi mintán alapulnak. A megkérdezett orvosok összetételét tekintve, 34% háziorkosként, 66% szakorkosként dolgozott. A szakorkosok között voltak belgyógyászok (a teljes minta 28%-a), sebészek (20%), gyermek-szakorkosok (8%) és elme-ideg szakorkosok (11%).³⁵

A hálapénz megítélése körében azt vizsgálva, hogy a hálapénz intézménye rombolja-e az orvos-beteg bizalmi viszonyt, a megkérdezett orvosok 65%-a nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem, vagy inkább nem rontja a kapcsolatot. A lakosság véleménye is hasonlóan alakult. Számomra a legmeglepőbb eredmény az alábbi kijelentés kapcsán született: „a hálapénz szükséges rossz”. Ezalatt azt kell érteni, hogy az orvosok csupán a hálapénz miatt maradnak a hazai egészségügy területén, hiszen fizetésük igen alacsony. Az orvosok 80%-a értett egyet ezzel az állítással, a lakosság körében is ugyanilyen mértékű egyetértéssel

³⁵Bognár – Gál – Kornai (1999): p.5-6.

találkozunk. Ebből szinte egyértelműen következik az alábbi eredmény is: a lakosság 67%-a egyetért azzal, hogy „amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt”, sőt, 66% úgy véli, hogy erkölcsileg nem ítéltethető el a hálapénzt elfogadó orvos. Utóbbi két kérdés kapcsán az orvosok válaszai 80% felett voltak, tehát ők még megértőbbek „magukkal szemben”, mint a lakosság.³⁶ Véleményem szerint részben a lakosság hozzáállása az, ami elfogadottá teszi a hálapénz intézményét. Hiszen éppen azok az emberek, akiknek a zsebéből kivándorol a pénz sokszor olyan szolgáltatások ellenében, amiért nem kellene fizetniük, egyetértenek a rendszerrel és jogosnak érzik annak elfogadását. A kutatás rámutat a hálapénz adás egy lehetséges okára: a válaszok alapján az orvosok alacsony fizetésével magyarázható a széleskörű tolerancia.

Személyesen is egyetérttek azzal a kijelentéssel, hogy „a hálapénz kényelmetlen és megalázó, mind az orvosnak, mind a betegnek”. A lakosság 62%-a, míg az orvosok 90%-a is hasonlóan vélekedik.³⁷

A lakossági felmérésből kiderült, hogy a betegek általában két esetben adnak informális juttatást az őket ellátó orvosnak: első körben akkor, amikor az orvos kimegy a beteg lakására és ott látja el, második esetben pedig különböző műtétek esetében, ideértve a szüléseket is. Ezzel ellentétben a rutinjellegű szolgáltatásoknál, mint például röntgenfelvétel készítése, injekció beadása vagy vérnyomásmérés, általában nem szokás fizetni. Az orvosi szakterületeket tekintve, az orvosok megítélése szerint a nőgyógyászat a leginkább hálapénzes szakma, de jelentős még a sebészet, a belgyógyászat és a szemészet is. Az ellátási típusok területén a járóbeteg-ellátás az, ahol a legkevésbé részesülnek hálapénzben az orvosok.³⁸

Felmerült a kérdés, miszerint a betegek előre vagy utólag fizetik-e a hálapénzt. A lakosság válaszait tekintve mind az alapellátásban, mind a járóbeteg szakrendelésen, mind pedig a kórházban 80% vagy afeletti azoknak az aránya, akik a szolgáltatás nyújtása után adják a hálapénzt. Ehhez kapcsolódóan megkérdezték a lakosságot, hogy érezték-e úgy az ellátásuk során, hogy az orvos vagy a nővér, esetleg az asszisztens elvárja a pénzt. A válaszadók több mint egyharmada érezte így,³⁹ úgy gondolom, ez nagyon magas arány.

³⁶Ibid. p.8-9

³⁷Ibid. p.9

³⁸Ibid. p.12-15

³⁹Ibid. p.34-35

IV.2. A TÁRKI 2007-es közvélemény-kutatásának eredményei

A felmérésben ezer 18 év feletti magyar állampolgár vett részt, az adatok nem, kor, iskolai végzettség és lakóhely szerint reprezentálják a magyar, felnőtt lakosságot.⁴⁰

A 2007-es kutatás során az alábbi eredmények születtek: míg a háziornak a lakosság negyede ad hálapénzt, és több mint fele (55%) gondolja, hogy a többiek adnak, addig a megkérdezettek szerint a kórházakban fizetett hálapénz elterjedt ugyan, de úgy érzik, visszaszorulóban van. Különösen gyakori és alig csökken viszont a hálapénz juttatás a szülészek és a sebészek részére. A gyermekorvos és a belgyógyász szakmák esetében a betegek közel háromnegyede ad hálapénzt.⁴¹

A megkérdezettek 37%-a helyesli, ha az orvos elfogadja betegeitől a felajánlott hálapénzt. Az emberek 40%-a szerint a hálapénz nem tekinthető megvesztegetésnek, 30%-a szerint viszont a hálapénz korrupciónak minősül, bármikor is adják azt. A válaszadók 27%-a pedig úgy véli, hogy csak az előre adott hálapénz minősül korrupciónak.⁴²

IV.3. A Szinapszis Kft. 2009-es felmérésének eredménye

A Szinapszis Kft. 2009 őszén felmérést készített arra vonatkozóan, hogyan ítélik meg a hazai orvosok a hálapénz problémáját. A kutatás módszerét tekintve online, önkitöltős kérdőíves felmérésről van szó. Nem tekinthető reprezentatívnak, viszont a minta mérete lehetővé teszi, hogy az eredményeket megfelelően értékelni lehessen. A kérdőívet 541 orvos töltötte ki, 26% háziornosi, 74% pedig szakorvosi minőségében.⁴³ Ebből a felmérésből tehát az orvosok véleményét ismerhetjük meg.

A kutatás is hangsúlyozza, hogy a hálapénz intézményének megszüntetése érdekében eddig konkrét, érdemi lépések nem történtek, majd rávilágít arra, hogy ez a korrupciós gyakorlat nem csupán a társadalombiztosítást rendszeresen fizető állampolgár, hanem az orvos számára is hátrányos. A válaszadó orvosok 57%-a alacsony fizetése miatt nélkülözhetetlennek tartja a hálapénzt, mindemellett 43% megalázónak, kényelmetlennek tartja, sőt, 17%

⁴⁰Társadalmi Klíma Riport. <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html> [2014.10.20.]

⁴¹Ibid.

⁴²Ibid.

⁴³A Szinapszis Kft. 2009-es kutatása. http://www.szinapszis.hu/uploads/Szinapszis_-_Orvosaink_a_halapenzrol_20100816.pdf [2014.10.19.]

egyáltalán nem ért egyet vele. Minden tizedik orvos végső soron megoldhatatlannak, kiiktathatlannak tartja a hálapénzt, mivel úgy véli, hogy annak ellenére, hogy az informális juttatás az egészségügyi rendszer hibája, egyben annak összetartója is, így szerves alkotóelemnek minősül. Az orvosoknak csupán 10%-a véli úgy, hogy a hálapénz gátolja az egészségügyi rendszer működését, torzítja a róluk alkotott véleményt, valamint magát az orvos-beteg kapcsolatot.⁴⁴

A hálapénz elfogadási hajlamot is vizsgálták, ennek az alábbi eredményeit ismerteti a Szinapszis Kft.. A válaszadók csupán 10%-a nyilatkozott úgy, hogy soha nem fogadja el a hálapénzt, 81% viszont elfogadja, de nem minden esetben. A már említett mérlegelés következik be, itt az orvosok 70%-a a beteg szociális helyzetére van tekintettel, míg 30% a betegség jellegére.⁴⁵

A felmérésben az orvosok a hálapénz adás csökkenéséről számolnak be: az elmúlt két évben, tehát 2007 és 2009 között csökkent a hálapénz összege és a pénzt adó betegek aránya is.⁴⁶

IV.4. Baji Petra és Gulácsi László 2010. évi kutatási eredményei

Baji Petra és Gulácsi László kutatása egy, az Európai Bizottság által finanszírozott program keretében valósulhatott meg. 2010-ben hat közép-kelet-európai országban, köztük hazánkban is, kérdőíves felmérés zajlott. Ennek során a kérdezőbiztosok Magyarországon 1376 embert kerestek fel otthonukban, 76%-os válaszadási arány mellett az eredmény egy 1037 fős reprezentatív lakossági minta lett.⁴⁷

Baji és Gulácsi megállapítják, hogy a hálapénz továbbra is igen elterjedt hazánkban. A betegek egyötöde fizet az orvosi viziteken és közel fele a kórházi ellátás során. Kimondják azt is, ahogyan ezt már korábbi vizsgálatok is leszögezték, hogy a magyar társadalom elfogadó a hálapénzzel szemben: a válaszadók több mint fele közömbös vagy pozitívan ítéli meg a hálapénz gyakorlatát. Azok, akik jártak orvosnál az elmúlt egy évben, 21% fizetett hálapénzt

⁴⁴Ibid.

⁴⁵Ibid.

⁴⁶Ibid.

⁴⁷Baji P., Gulácsi L. (2012): A helyzet változatlan: Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 50. évf. 4. sz. (2012), p.30-31

az orvosi ellátás során. Megmutatkozik, hogy a kórházi ellátásban „népszerűbb” a hálapénz, a betegek 44%-a fizetett.⁴⁸

Meglepő eredmény, hogy amellet, hogy a válaszadók többsége közömbös vagy pozitív attitűddel rendelkezik a hálapénzzel kapcsolatban, mégis, a legtöbben (84%) egyetértettek (vagy teljes mértékben vagy részben) abban, hogy a hálapénz rendszerét, valamint az ajándékozást ki kellene irtani az egészségügyből. Sőt, a válaszadók 80%-a azzal is egyetértett, hogy az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak fizetett hálapénz hasonlít a korrupcióhoz. 70% állította, hogy a kisebb-nagyobb összegeket valóban hálájuk jeléül adják és 61% azon az állásponton volt, hogy a hálapénz szükséges és elkerülhetetlen az egészségügy alulfinanszírozottságára tekintettel.⁴⁹

IV.5. Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatásának eredményei

A 2013. évi orvosi és lakossági felmérések online kérdőíves módszerrel készültek, országos kiterjedésű, véletlenszerű megkérdezéssel. A válaszadók önkéntesen és anonim módon vettek részt a felmérésben. Az orvosi kutatás esetében 1319 értékelhető kérdőívet küldtek vissza, voltak köztük alapellátásban dolgozó háziorvosok (a kitöltők 30%-a) és szakellátásban dolgozó orvosok (70%). Az orvosi minta összetételét tekintve reprezentatívnak tekinthető az orvosi szakok szerint súlyozva, az életkor és földrajzi elosztás szerint viszont vegyes összetételről beszélhetünk. A lakossági kutatás 761 válaszadó kérdőívén alapul, köztük az országos átlaghoz viszonyítva némileg magasabb az idősök aránya.⁵⁰

A hálapénz intézményének elfogadottságát tekintve az orvosok 19%-a úgy nyilatkozott, hogy teljes mértékben elutasítja azt, míg 70% elvben nem ért vele egyet, viszont kénytelen elfogadni azt a hazai egészségügyi helyzet miatt (itt elsősorban az alacsony javadalmazásukra kell gondolni). A hálapénzről mind az orvosok, mind a lakosság úgy vélekedik, hogy az megalázó a beteg számára. Abban, hogy az orvos számára is megalázó-e, már nem volt ekkora az egyetértés: csupán a lakosság 44%-a gondolja így, a szakma szerint viszont ez nem kérdés, 87% megalázónak érzi. Nagy különbség mutatkozott arra vonatkozóan is, hogy a hálapénz kiszolgáltatottá és kiszámíthatatlanná teszi-e egy orvos életét. A szakmabeliek 82%-a gondolja így, mivel bevételük egy része változó mértékű, így nem biztosított számukra a

⁴⁸Ibid.

⁴⁹Ibid. p.33

⁵⁰Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.19.]

biztos, jól tervezhető megélhetés. A lakosság viszont éppen ellenkezőleg látja: szerintük az orvosoknak nem áll érdekükben felszámolni a hálapénz rendszert, mert az fix jövedelemforrást biztosít számukra. A korrupció témakörét is érintette a felmérés, a szakma 83%-a és a lakosság 87%-a gondolta úgy, hogy a hálapénz gyakorlata a korrupció melegágya lehet.⁵¹

Az orvosok vonatkozásában megállapítja a felmérés, hogy tízből kilenc orvos elutasítja a hálapénz rendszerét és 80% úgy véli, hogy az orvosok kivándorlásának részbeni okozója a hálapénz által teremtett bizonytalan orvoslét. 78% szerint az informális juttatás a minőségi szakképzésnek gátja, sőt közel ugyanennyien azon a véleményen vannak, hogy a hálapénz akadályozza az anyagi, tárgyi és személyi erőforrások hatékony felhasználását azáltal, hogy keveredik a magán és az állami ellátás.⁵²

Már a 2009-es Szinapszis felmérés is arról számolt be, hogy a hálapénzt adók aránya és a hálapénz összege is csökkenő tendenciát mutat. Ehhez képest nem következett be változás: a most bemutatott Szinapszis felmérés is a mérséklődés felé mutat. A válaszadó orvosok 68%-a szerint a hálapénzt adó betegek aránya, 47% szerint pedig az egy beteg által adott összeg csökkent az elmúlt két évben (2013-hoz viszonyítva).⁵³

IV.6. Főbb tendenciák, következtetések

A bemutatott öt felmérés alapján, annak ellenére, hogy más minta alapján készültek, fontos következtetések vonhatóak le a hálapénz megítélésére vonatkozóan.

Az 1999-es TÁRKI kutatás adatai alapján egyértelműen lehet következtetni a hálapénz elfogadottságára, számos erre vonatkozó kérdéssel találkozhattunk a felmérésben. Összességében kijelenthető, hogy e szerint a vizsgálat szerint 1999-ben nagymértékű volt a hálapénzzel szembeni tolerancia. Az orvosok és a lakosság döntő többségének (65%) nyilatkozata, miszerint a hálapénz egyáltalán nem vagy nem rontja a kapcsolatot az orvos és a beteg között, arról árulkodik, hogy szerintük ez az intézmény nem káros a társadalomra. Még nagyobb arányban (80%) gondolják úgy, hogy a hálapénz szükséges rossz és az orvosok kénytelenek elfogadni a pénzt. A toleranciáról legszembetűnőbben tanúskodik, hogy a

⁵¹Ibid.

⁵²Ibid.

⁵³Ibid.

lakosság jelentős része (66% és 67%) nyilatkozott úgy, hogy az orvosok joggal fogadják el a pénzt és ezért erkölcsileg nem ítélték el. Árnyalja a nagyfokú elfogadottságot, hogy a lakosság és az orvosok is úgy érzik, a hálapénz megalázó mindkét félnek.⁵⁴

A lakosság véleményéből nyert 2007-es eredmények teljesen más képet mutatnak, egyfajta átalakulás figyelhető meg a megítélésben. Csökkenni látszik a tolerancia, erre következtethetünk abból, hogy a megkérdezett lakosság kisebb része, 37%-a helyesli, ha az orvos elfogadja a pénzt. Természetesen nem alacsony ez az arány, de ha a korábbi felmérés eredményeihez viszonyítjuk, mérséklődést tapasztalhatunk. Ebben a kutatásban már előtérbe került a hálapénz és a korrupció kapcsolata is, megállapítható, hogy a megkérdezettek határozott véleménye van a kérdéssel: 40% nyilatkozott úgy, hogy a hálapénz nem minősül megvesztegetésnek, 30% szerint korrupció, mindegy, hogy előre vagy utólag adják, míg 27% úgy véli, csak az előre adott hálapénz korrupció. Ebből leszűrhető, hogy a vélemények erőteljesen megoszlanak a korrupciót illetően, de lényegében a megkérdezettek 57%-a minősíti valamilyen szinten korrupciónak.⁵⁵ Ez számomra azt jelenti, hogy ekkor, 2007-ben kezd az emberekben kialakulni egy jóval realitásosabb kép a hálapénzről, megjelenik a gondolat, hogy nem helyes, sőt, korrupciónak tekinthető a hálapénz elfogadása.

A 2009-es felmérésből az orvosok véleményét ismerhetjük meg, ez alapján viszont ismét nagyobb toleranciát tapasztalhatunk körükben, ugyanis 57% nyilatkozott úgy, hogy a betegől kapott pénz nélkülözhetetlen, és csupán a megkérdezett orvosok 10%-a szerint torzítja a hálapénz az orvos és beteg közötti kapcsolatot, valamint töredékük (17%) az, aki egyáltalán nem ért egyet az intézménnyel. Árnyalja a képet, hogy 43% megalázónak és kényelmetlennek ítélte meg a kialakult rendszert.⁵⁶ A 2007-es lakossági felméréshez képest az látható, hogy az orvosok körében elfogadottabb a hálapénz intézménye.

2010-ben a lakosság körében végzett kutatás készítői azt állapították meg, hogy a magyar társadalom elfogadó a hálapénzzel szemben, mivel a válaszadók több mint fele közömbös vagy pozitívan ítéli meg az elterjedt gyakorlatot. Ezzel szemben még nagyobb részük (84%) egyetértett abban, hogy a hálapénz rendszerét ki kell irtani az egészségügyből, továbbá 80% a korrupcióhoz hasonlította a gyakorlatot. Úgy gondolom, hogy a magas százalékok mellett a korábban említett közömbösség és a pozitív hozzáállás összefüggésbe hozható, magyarázható

⁵⁴Bognár G. – Gál R. I. – Kornai J. (1999): Hálapénz a magyar egészségügyben (TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok, Budapest, 1999) [2014.10.20.]

⁵⁵Társadalmi Klíma Riport. <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html> [2014.10.20.]

⁵⁶A Szinapszis Kft. 2009-es kutatása. http://www.szinapszis.hu/uploads/Szinapszis_-_Orvosaink_a_halapenzrol_20100816.pdf [2014.10.19.]

azzal a véleménnyel, miszerint a hálapénz szükséges és elkerülhetetlen mindaddig, amíg az egészségügy alulfinanszírozott (61%).⁵⁷

A Szinapszis Kft. 2013-as felmérése alapján egyértelmű képet kapunk mind az orvosok, mind a lakosság hálapénzhez való viszonyáról: nagy arányban és több kérdés kapcsán is negatívan ítélik meg a gyakorlatot. Megaláznak érzik a beteg részéről, valamint az orvos részéről (bár a lakosság csak 44%-ban gondolja így) is, továbbá a korrupció melegágyaként tekintenek rá. Három további kijelentéssel is magas százalékban (78-80%) egyetértettek, ezek már a hálapénz negatív következményeire, hatásaira mutatnak rá: amellet, hogy tízből kilenc orvos elutasította a gyakorlatot, a megkérdezettek azon a véleményen voltak, hogy az orvosok kivándorlásának részbeni okozója a bizonytalan orvoslét, a hálapénz gátja a minőségi szakképzésnek és akadályozza az anyagi, tárgyi és személyi erőforrások hatékony felhasználását.⁵⁸

Alapfeltevésem, miszerint a hálapénz negatív megítélése az elmúlt tizenöt évben mindvégig jelen volt, nem igazolódott be a felmérések összehasonlítása alapján. Véleményem szerint a hálapénz megítélésében egy folyamatot figyelhetünk meg. Eleinte (1999) nagyfokú elfogadottsággal találkozhattunk, ez alapján nem állítható, hogy elutasítóan ítélték meg a gyakorlatot. 2007-ben viszont már megindult egy másfajta hozzáállás, eltérő, de határozott vélemények fogalmazódtak meg a hálapénz korrupt voltát illetően. 2009-ben az orvosok toleránsnak mutatkoztak, 2010-ben pedig a lakosságról mondható el ugyanez, ekkor viszont már nagy arányban nyilatkoztak úgy, hogy korrupciónak kell tekinteni a hálapénzt és meg kell szüntetni a kialakult rendszert. A 2013-as felmérésben a hálapénz és a korrupció már egyértelműen összekapcsolódik a lakosság és az orvosok „szemében”, illetve további káros, negatív következményeket is nevesítenek. Hipotézisemhez kapcsolódva egy törésvonal figyelhető meg: annak ellenére, hogy a hálapénz elfogadottnak mutatkozik (elsősorban az alulfinanszírozottságra tekintettel), mind a lakosság, mind az orvosok részéről, kialakult egyfajta tudatosság arra vonatkozóan, milyen hatásai vannak a hálapénznek és mennyiben legális adni és elfogadni azt, elkezdtek korrupt gyakorlatnak megítélni és a felszámolást is támogatnák.

⁵⁷Baji P., Gulácsi L. (2012): A helyzet változatlan: Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 50. évf. 4. sz. (2012)

⁵⁸Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.19.]

V. A hálapénz mélyinterjúk tükrében

Ahogy a módszertani részben ismertettem, dolgozatom alapját azok a mélyinterjúk adják, amelyeket különböző, a hálapénz problémáját más-más (pl. jogi, közgazdasági, egészségügyi, korrupciós) szemszögből megközelítő személyekkel készítettem. Az interjúk eredményét három pontban fogom ismertetni. Elsőként az interjúalanyaimnak a magyar egészségügy és a hálapénz kapcsolatáról alkotott véleményét mutatom be, majd igyekszem alátámasztani feltevésem, miszerint a hálapénz elleni hatékony eszközök sorában nem elegendő a bérrendezés és a kriminalizálás. A harmadik részben a hálapénz és az orvoselvándorlás esetleges összefüggéseit boncolgattam interjúalanyaimmal, kötődve hipotézisemhez, mely alapján feltételezem a hálapénz meghatározó szerepét az orvosok napjainkban zajló aktív elvándorlásában.

V.1. A magyar egészségügy és a hálapénz kapcsolata

A magyar egészségügy jelenlegi helyzetére vonatkozóan összességében elmondható, hogy nem nyilatkoztak pozitívan az alanyaim, voltak egybehangzó vélemények és többször hangsúlyoztak olyan pontokat is, amik addig elkerülték a figyelmemet vagy addig egyikük sem említette. Kovácsy Zsombor legfőbb nehézségként az orvosok és szakdolgozók hiányát, a betöltetlen házi orvosi pozíciók problémáját és a túlhajszoltságot emelte ki. Vele egyetértésben Dénes Tamás is a hatalmas méretet öltött orvoshiányt és az alulfizetettséget nyomatékosította. A vidéki kórház főigazgatója a hálapénz hátterében a mindenkori hiánygazdaságot látja, ennek részeként hivatkozott a humánerőforrás hiányára, azaz a megfelelő minőségű szakemberek hiányára. E mellett tárgyi/eszközhányt és működési forráshiányt is megnevezett. Ezzel a véleménnyel összhangban a vidéki kórházban dolgozó fiatal orvos is az alapvető eszköz- és pénzhiányt emelte ki, konkrét eseteket hozva. Elmondása szerint többször előfordult például, hogy nem volt elegendő bőrfonal az osztályon, márpedig ilyen és ehhez hasonló problémák jelentősen megnehezítik egy kórház működését. Kovácsy egy nagyon fontos hiányra mutatott rá: hazánk nem rendelkezik az egészségügyre vonatkozó megfelelő minőségi mutatókkal.

Rátérve a hálapénzre, többen nyilatkoztak úgy, hogy a hálapénz az, ami egyben tartja a mai magyar egészségügyet, e nélkül nem működne. Ebben Kovácsy, Ficzer Andrea és a vidéki kórház igazgatója, valamint a megkérdezett háziorvos is egyetértettek. Kovácsy

hangsúlyozta a hálapénz káros voltát, továbbá azt a félelmet, hogy ha megszűnne a hálapénz, még több orvos hagyná el az országot, ez pedig akár az egészségügy összeomlásához is vezethet. Ficzeré úgy véli, a hálapénz rendszere kényelmes mindenkinek, mivel fenntartja az egészségügyet, természetesen ezt nem lehet globálisan érteni, hiszen vannak jól működő részei is az egészségügynek. A vidéki kórház igazgatója is a hálapénz rendszerműködtető szerepére hívta fel a figyelmet, rendszerhibaként jellemezte, bár hangsúlyozta, hogy az orvosoknak nem érinti jelentős részét a borítékban átadott pénz, továbbá kiemelte, hogy véleménye szerint vidéken, különösen Észak-Magyarországon egyáltalán nem beszélhetünk komoly pénzmozgásról. A házi orvos elmondta, hogy az alapellátásban nem jellemző, hogy a hálapénz tartaná fenn a rendszert, viszont a kórházi viszonyok tekintetében ő is azon a véleményen van, hogy hálapénz nélkül nem lenne működőképes. Ezt saját tapasztalatai alapján állapította meg, mivel korábban dolgozott két vidéki kórházban is, bepillantást nyert a sebészet, az aneszteziológia, valamint a belgyógyászat működésébe. Mindezekkel ellentétben, Mihályi Péter, közgazdász úgy látja, nincs relevanciája annak a kijelentésnek, hogy a hálapénz tartja össze a magyar egészségügyet. Rossz dolognak tartja, ha egy intézménynek, jelen esetben a hálapénznek társadalomstabilizáló szerepet tulajdonítanak. Dénes szerint a hálapénz két tényező okán része továbbra is a magyar egészségügynek: egyrészt azért, mert a betegek bizalmatlanok az ellátás milyensége és gyorsasága kérdését illetően, másrészt a hálapénz az az eszköz, amivel lehetőségük van egyes kezeléseket, szolgáltatásokat megvásárolni.⁵⁹ Érdekelt az OBDK-hoz kapcsolódó betegjogi képviselők álláspontja is. Az OBDK két munkatársával találkoztam, a beszélgetésünkből a statisztikai adatokat emelném ki röviden. 2013-ban a központhoz összesen 9959 megkeresés érkezett, ezek nagy része az ellátás minőségét érintette. Hálapénzzel kapcsolatban mindössze 39 esetben tettek panaszt. 2014. első félévében közel 6000 megkeresést regisztráltak, ebből csupán 8 olyan volt, ami a hálapénzzel függött össze. Az adatokból jól látható, hogy a hálapénz gyakorlata miatt nem jellemző, hogy betegjogi képviselőhöz fordulnának a betegek.

Az a kérdés, hogy vajon miért adnak a betegek hálapénzt az orvosnak vagy az egészségügyi dolgozónak, megosztónak bizonyult. Dénes a félelem bérének nevezte a hálapénzt, amit kényszerből adnak az emberek. Nem háláról van szó, hanem szolgáltatásvásárlásról, az orvosok részéről pedig akár megélhetési bűnözésként is tekinthetünk rá. Ligeti Miklós a kiszolgáltatottságot és a kulturális attitűdöt említette a

⁵⁹Jobbágyi Zs.: Van igény a szabad orvosválasztásra.
http://magyarhirlap.hu/cikk/984/Van_igeny_a_szabad_orvosvalasztasra [2014.10.25.]

hálapénz háttérében rejlő okként. A hálapénznek van egyfajta távolság csökkentő szerepe, ugyanis véleménye szerint a hálapénz funkciója, hogy csökkentse az uralkodó (orvos) és az alávetett (beteg) közti távolságot. A betegek pénzzel igyekeznek kompenzálni kiszolgáltatott helyzetüket. Mihályi a hálapénz korrupciós voltára figyelmeztetett, hangsúlyozva, negatív intézményről van szó. Szocialista hagyományról beszélünk és magyar specialitásként is emlegethetjük. Ezt azzal indokolta, hogy igaz ugyan, hogy más volt szocialista országokban is jelen van a hálapénz, de azokban az országokban más területek is erősen „fertőzöttek” korrupcióval, ilyen például a felsőoktatás vagy a bíróságok. Utóbbi területek Mihályi szerint nálunk tisztán működnek, ezért speciális, hogy nálunk csak az egészségügyet hatja át erőteljesebben. Kiemelte továbbá a hálapénz két fontos jellemzőjét is: nem kötelező és nem általános. Ez annyit tesz, dönthet úgy a beteg, hogy nem ad pénzt és nem is jellemző az egészségügy minden területére. A fővárosban tevékenykedő főorvos is erre hívta fel a figyelmet: nem szabad azt gondolni, hogy minden beteg ad pénzt, sőt, volt már példa arra is, hogy orvosként ő adott pénzt a betegének, hogy haza tudjon utazni. Azt is kiemelte, hogy egyáltalán nem egységes a hálapénz rendszere, ugyanis vannak olyan területek, ahol nem jellemző a borítékba rejtett pénz. Ide kell sorolni többek között az altatóorvosokat vagy a röntgeneseket. Ez a tény természetesen nincs összefüggésben munkájuk súlyával és komolyságával, egyszerűen azzal magyarázható, hogy a betegek vagy nem találkoznak az adott orvossal vagy nem olyan intenzíven, mint a kezelőorvosukkal. Ficzere a tényleges hálát is megnevezte okként, illetve a szorongást, mint tényezőt. Szerinte a betegek biztonságérzetük megteremtése, magasabb szintre emelése érdekében fizetnek az orvosnak. A vidéki kórházban dolgozó orvos a hálapénz kettősségéről beszélt: motiváció, mert őszinte bevallása szerint volt már olyan eset, hogy bízott abban, hogy aznap kap hálapénzt, elviselhetőbbé teszi a mindennapokat. A másik oldalról viszont igenis megalázó gyakorlatnak tartja. A házi orvos szerint sokan köszönetképpen adják a pénzt, általában 300-500 forintot receptírásért, vagy ha ki kell mennie házhoz, 1000-2000 forintot adnak. Falun az sem ritka, hogy nem pénzzel fejezik ki a hálát, hanem egyéb dolgokkal, például tojással vagy csokoládéval.

Az interjúalanyaim a fentieken túl több fontos dologra is felhívták a figyelmemet, ezeket röviden összegzem. A vidéki, kisvárosi kórház főigazgatója, tekintve, hogy több fővárosi és nagyvárosi kórház helyzetét is jól ismeri, azt hangsúlyozta, hogy a fővárosi, nagyvárosi agglomerációban teljesen más problémaszervezettel találkozhatunk, mint vidéken vagy a kisebb városok kórházaiban, ez pedig részben nem mással, mint a hálapénzzel magyarázható, annak összegével elsősorban. A fővárosi kórházban dolgozó főorvos fontos problémát emelt

ki a hálapénzzel összefüggésben. Pénz adása jellemző azokban az esetekben, amikor az orvos sok telefonhíváson és kérésen keresztül elintézi a betegnek például a korábbi hasi ultrahangi időpontot. Ez azonban életmentő segítség, mivel egy rákos beteg esetében a közbenjárás nélkül kapott, négy hónappal későbbi előjegyzés tarthatatlan. A hálapénz mögött sokszor tehát nagyon is valós és súlyos problémák húzódnak meg, a főorvos szerint erről nem szabad megfeledkezni. A vidéki kórházban dolgozó orvos 2010 nyarán végzett általános orvoscént, felhívta a figyelmemet arra, hogy az egyetem hat éve alatt egyszer sem esett szó a „paráról”, orvosi etika órán sem, a hálapénz tabutéma. Ez talán azzal is magyarázható, hogy az oktatók is orvosok, nem pedig az egészségügyet kívülről szemlélő személyek. Azon az állásponton van, hogy a megalázó gyakorlat visszaszorításában nagy szerepe van az oktatásnak, a tudatosításnak, a frissen végzett orvosoknak tisztában kellene lenniük a hálapénz mibenlétével és következményeivel. A vidéki kisvárosban eddig eltöltött két és félévnyi tapasztalata alapján további „érdekességként” megjegyezte azt is, hogy az orvosi szakma „túlmisztifikált” a laikus emberek körében. Véleménye szerint részben ez is hozzájárul a hálapénz intézményének fennmaradásában.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a magyar egészségügy és a hálapénz témája megosztó a szakemberek körében, viszont összességében negatív véleményt formáltak meg, más-más kritikus pontokat kiemelve.

V.2. A hálapénz elleni küzdelem lehetséges eszközei

A mélyinterjú további kérdései a hálapénz elleni hatékony fellépésre, ennek eszközeire vonatkoztak. Számos ötlet elhangzott, ezek között komoly átfedéssel találkoztam, de akadt teljesen eltérő vélemény is.

Elsőként azt tisztáztam az interjúalanyaimmal, hogy egyáltalán felszámolható-e a hálapénz rendszere. Ebben teljes egyetértés volt, viszont Ligeti álláspontját ki kell emelni. A hálapénz korrupt voltát hangsúlyozta: a hatalommal bíró (az orvos) a hatalmát személyi gazdagodásra használja fel, azaz ráruházott hatalmával visszaél. Ezt tovább vezetve kijelenthető, hogy a korrupció, jelen esetben a hálapénz társadalmi jelenség, viszont társadalmi, korrupciós jelenségeket nem lehet felszámolni, hanem jó és következetes intézkedésekkel jelentős előrelépéseket lehet elérni.

A hálapénz elleni küzdelem első lépéseként a bérrendezést, az egészségügyben dolgozók fizetésének emelését szokták említeni, ezzel talán már mindannyian találkoztunk. Hipotézisem, hogy a rendszer sikeres megváltoztatásához nem elegendő a bérek rendezése, sőt, állítom, hogy a jogi körülmények rendezése sem oldja meg a fennálló problémát, összetettebb megoldásra van szükség. 2013-ban az orvosok 90%-a tartotta szükséges lépésnek a bérek emelését, ezzel a lakosság 57%-a is egyetértett (tehát a lakosság körében ez a megoldási javaslat jóval „népszerűtlenebbnek” bizonyult).⁶⁰ E szerint a bérrendezés nagy százalékban támogatott lépés, ehhez képest érdemes vizsgálni az általam megkérdezett szakemberek véleményét. A fizetések emelését egy kivétellel mindenki szorgalmazta. Kovácsy szerint a bérek rendezése szükséges, de nem elégséges megoldása a kérdésnek. Elsőként a társadalom részéről is meg kell, hogy jelenjen az igény a tiszta rendszerre, majd a bérek kapcsán a cél a korrekt megélhetés biztosítása lehetne. Mivel az orvosok közül nem mindenki és nem egyenlő arányban részesül a hálapénzből, közelíteni kell egymáshoz az orvosok keresetét. Az MRSZ elnöke nettó 275.000 forintban jelöli meg a kezdő orvosi minimumbért. A bérrendezés a kulcs ahhoz, hogy az egészségügyben dolgozók nemet mondjanak a hálapénzre és talán kellő motiváció teremthető a hazai munkavállalásra. Természetesen ezek a lehetséges összegek továbbra is jóval alacsonyabbak, mint külföldön. Ligeti és Ficzer is csak egy komplex megoldás részeként tekintenek a bérrendezésre, de tény, hogy nem megkerülhető, Ficzer a fizetések emelése kapcsán háromszoros szorzót említett. A vidéki kórház igazgatója úgy véli, nagy hiba a hálapénz kérdését önmagában csupán fizetési problémának felfogni. A megoldás része, a hiánygazdaság felszámolása során nem elhanyagolható a működési forráshiány körében, de emellett más intézkedésekre is szükség van. A megkérdezett orvosok egyetértettek abban, hogy első lépésként mindenképpen a bérek kell rendezni, minden más csak ezután következhet. Mihályi mindezekkel ellentétben közhelynek nevezte azt a felfogást, miszerint az orvosok nincsenek megfizetve. Az orvosi bérek szinte észrevétlenül, de nőttek az elmúlt években, a 2014 augusztusában az Élet és Irodalomban megjelent cikkében meg is határozza a pontos összeget: a kórházakban és szakrendelőkben dolgozó, teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok egy főre jutó havi bruttó átlagkeresete – pótlékokkal, kiegészítésekkel együtt – 2013. II. negyedévében 549.347 forint volt. Ez az összeg véleménye szerint egyáltalán nem kevés.⁶¹ A többi vélemény alapján viszont mégis azt kell megállapítani, hogy a bérrendezés szükséges eszköz a hálapénz elleni küzdelemben.

⁶⁰A Szinapszis Kft. és az MRSZ 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.19.]

⁶¹Mihályi P. (2014): Mi lesz a hálapénzzel? Élet és Irodalom LVIII. évf. 31. szám

Úgy gondolom, hogy a jogbiztonság helyreállítása és a hálapénz utólagos elfogadásának kriminalizálása is része kell, hogy legyen az intézkedéseknek. A bűncselekményként való deklaráció kérdése megosztotta az interjúalanyaimat. Ligeti a hálapénz és a büntetőjog viszonyában három dolgot hangsúlyoz: elsőként azt, hogy annyival nem lehet elintézni a dolgot, hogy vesztegetésnek minősítik a hálapénz rendszerét, mivel a kiszolgáltatott élethelyzetet fel kell oldani. Kiemelte a másik problémás pontot is: a betegől kapott pénz adó- és járulékmentes, felmerül tehát a költségvetési csalás gyanúja. Végül pedig a módszerre tett javaslatot, a pozitív értelemben vett jogpropagandát, a konzekvens jogalkalmazást és végrehajtást preferálja, ennek lehet hatása a normakövetésre. Az államnak egyértelműen tudatnia kell a társadalommal, hogy a továbbiakban nem lesz toleráns az adott cselekménnyel. Szükség van egy türelmi időre, azután lehet szó büntetésről és bírságotól. Mihályi szerint a hálapénz bűncselekményként való deklarálása kulcsfontosságú. Úgy látja, erre most itt a tökéletes alkalom, hiszen Gellér értelmezését tekintve, már most is büntetendő. Viszont addig, amíg például az Etikai Kódex vagy a kórház vezetése is azt sugallja, hogy el lehet fogadni a hálapénzt, az orvosok el is fogják fogadni. Első lépésként a mértékadó testületnek, a kormánynak kell állást foglalnia a kérdésben, szerinte mindez csak elhatározás kérdése. Az Élet és Irodalom hasábjain azonban éppen azt fejtette ki, hogy minderre ma nem lát esélyt, kétféle, hogy a harmadik Orbán-kormány egyáltalán prioritásnak tekintené az egészségügyet.⁶² A vidéki kórház igazgatója is lényeges lépésnek tekinti a jogi szabályozás rendezését. Igazgatóként az Mt. rendelkezése szerint engedélyezte kórházában a hálapénz elfogadását, érdeklődtem természetesen, hogy mégis miért? Annak ellenére, hogy etikailag elítéli a hálapénzt és nyitott az azt felszámoló minden kezdeményezésre, dolgozói védelmében nem tiltotta meg az utólag, önként adott pénz elfogadását. A fővárosi főorvos is hasonló véleményen van: ha az igazgató megtiltaná a hálapénz elfogadását, tömegesen távoznának az orvosok a kórházból, súlyosbítva a jelenlegi elvándorlási helyzetet. Véleménye szerint semmiképpen sem szabad elsőként büntetni a hálapénz elfogadását, az csak a rendezés része lehet. Ficzer is osztotta ezt a véleményt, Kovácsy pedig arra figyelmeztetett, ha most kriminalizálnák a hálapénz rendszerét, minden egyéb intézkedés nélkül, az veszélybe sodorná az egészségügy fennmaradását. Az ügyvéd úr tehát óvatosabban kezelné a hálapénz büntetőjogi vonatkozását.

Nem elhanyagolható az MRSZ és a Szinapszis Kft. által 2013-ban készített, korábban már részben bemutatott felmérés ide vonatkozó eredménye sem. Ez alapján a megkérdezett

⁶²Ibid.

orvosok 77%-a és a lakosság 81%-a támogatná a hálapénz büntethetőségét tisztességes, a szakma által is elfogadható orvosi bérek mellett.⁶³

Az interjúk során felmerült megoldási javaslatként a kiegészítő vagy többszintű biztosítás lehetősége is. Ennek több variációja is lehetséges, az „alapmodell” értelmében a beteg a társadalombiztosítási járulék ellenében alapszintű ellátást vehetne igénybe, az emelt szintű ellátásért pedig meghatározott összeget kellene fizetnie, ezek különböző kiegészítő csomagok lennének. A Szinapszis Kft. 2009-ben végzett felmérése szerint a megkérdezett orvosok 47%-a lát lehetőséget a többszintű biztosítási rendszer bevezetésében.⁶⁴ 2013-ban az orvosok 36, a megkérdezett állampolgárok 21%-a értékelte megoldásként az alapsomagtól eltérő, extra kórházi szolgáltatások megvásárlását.⁶⁵ Ficzere többek között ezt is megoldásként említette, ahogyan Ligeti és Kovácsy is ebben látott további lehetőséget: legitim módon lehetne többletet vásárolni. Erre példaként hozható, ha valaki nem a számára kijelölt kórházban akarja kezeltetni magát, akkor fizetnie kell. Korábban Mihályi is azt javasolta, hogy mindenki rendelkezzen magánbiztosítással, kidolgozta az SZDSZ 2006-os több-biztosítás javaslatát. „Ennek az a lényege, hogy államilag erőteljesen szabályozott környezetben az egymással versengő magánbiztosítók eltérő áron, eltérő csomagokat kínálnak. A beteg választási szabadsága annak arányában nő, amennyivel többet hajlandó fizetni az átlagtól eltérő ellátásért. Mindenki köteles valamilyen csomagot választani önmaga vagy más (például az állam) által fizetett biztosítási díjért, és senki nem utasítható vissza. [...] Ilyen rendszerben elégséges, ha a kormányzat meghatározza, hogy mi az a minimumcsomag, amit minden biztosító megad.”⁶⁶ A biztosítási rendszer reformja szintén nem önmagában, egyedüli megoldásként vetődött fel az általam megkérdezettek körében, hanem komplex intézkedéscsomag részeként.

A biztosítási rendszerhez szorosan kapcsolódva az MRSZ által javasolt saját orvosválasztás lehetősége is egy lehet a hálapénz elleni hatékony eszközök sorában. Ez azt jelentené, hogy a jelenlegi illegális, hálapénzért vásárolt szolgáltatásokat egy legális, szabályozott orvosválasztási rendszeren keresztül lehetne megszerezni.⁶⁷ Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as felmérése fontos adatot mutat ennek kapcsán: a megkérdezett

⁶³ Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.18.]

⁶⁴ A Szinapszis Kft. 2009-es kutatása. http://www.szinapszis.hu/uploads/Szinapszis_-_Orvosaink_a_halapenzrol_20100816.pdf [2014.10.19.]

⁶⁵ A Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.18.]

⁶⁶ Mihályi P. (2014): Mi lesz a hálapénzzel? Élet és Irodalom LVIII. évf. 31. szám

⁶⁷ Jobbágyi Zs.: Van igény a szabad orvosválasztásra. http://magyarhirlap.hu/cikk/984/Van_igeny_a_szabad_orvosvalasztasra [2014.10.25.]

lakosság (761 fő) 63%-a nyilatkozott úgy, hogy azért is ad hálapénzt, hogy így megválaszthassa orvosát,⁶⁸ azaz egy komoly hálapénz-adási tényezővel állunk szemben. Ezt kívánja Dénes legálissá tenni a saját orvosválasztás rendszerével. Kovácsy is támogatja az orvosválasztást: amelyik orvost többen választanák, jutalékot kapna, ezáltal versenyhelyzet alakulna ki az egészségügyben. Ez Kovácsy szerint nagyon hiányzik a jelenlegi rendszerből. Megjegyzésként, ahhoz, hogy a laikus állampolgár orvost választhasson magának, szükség van minőségi mutatókra is, amelyek alapján összehasonlíthatóak mind az orvosok, mind az intézmények. Kovácsy ezt – ahogyan korábban már kifejtettem – erősen támogatja.

Mint a hálapénz elleni egyik lehetséges eszközt, bemutatom a Ficzer Andrea kórházigazgató által az Uzsoki Utcai Kórházban 2013 októberében bevezetett önként vállalt magánfinanszírozású ellátást. A rendszer megszületését több tényező segítette: adott volt egy szép, új épület, jó környezet, szakmailag erős orvoscsoport, mindemellett a kórház rendelkezett felesleges kapacitással, ezt használta ki. A fizetős szolgáltatásokat 80-85%-ban külföldiek, elsősorban arabok és románok vették igénybe, de felmerült az önként vállalt magánfinanszírozású ellátás ötlete, amit szerettek volna a magyar betegekre is kiterjeszteni. A rendszer működik, olyannyira, hogy ma már több a magyar a „VIP-osztályon” (60%), mint a külföldi. Az ellátás kiterjesztése úgy valósult meg, hogy a fizetős részleget külön stábbal, izoláltan, az OEP által finanszírozott betegektől elkülönülten valósították meg. Ez nem csupán fizikailag értendő, hanem a rendszer alapját is ez képezi: a magyar beteg közli, hogy az adott ellátás esetében nem veszi igénybe az OEP-finanszírozást, így nem keverednek az OEP és a magánellátások. Külön stáb alatt azt kell érteni, hogy például az a nővér, aki a fizetős részlegen dolgozik, az csak ott dolgozik. Orvosok esetében van, aki csak ott dolgozik, de olyan is akad, aki a közfinanszírozott részen tevékenykedik, viszont magánpraxis helyett a fizetős részen vállal további munkát. Transzparens rendszerről van szó, tiszta bevétel eredményez, a betegek számára különféle csomagok érhetőek el, ezek személyre szabhatóak. Az újonnan bevezetett rendszer bevételéből a részlegen dolgozók mind részesülnek, az orvostól kezdve egészen a takarítónőig. Az igazgatónő elmondása szerint magasabb összegekről beszélhetünk, mint a magánszektorban, a dolgozók elégedettek, ami az általános hazai egészségügy vonatkozásában fontos tény. Többek között a rendszer egyik legnagyobb előnye, hogy a bevétel körülbelül 20%-át vissza tudják forgatni, ez viszont már a közfinanszírozott ellátásnak, azaz OEP betegeknél is kedvez, mivel a visszaforgatott összegből több fejlesztést, javítást is meg lehet valósítani a kórházban, legyen az wifi

⁶⁸Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.25.]

biztosítása vagy a szobák kifestése. További előnye az ellátásnak az időbeliség, hiszen a beteg hamarabb juthat a kívánt szolgáltatáshoz. Túlnyomóan protézisbeültetéseket, ortopédiai beavatkozásokat, szülést és kardiológiai ellátást bonyolítanak le, de népszerűek a különböző szűrőprogramok és a sürgősségi ellátás is. Lényeges, hogy ebben a rendszerben megjelenik a minőségi garancia is, ami Ficzer szerint még a magánszektorban sem jellemző ilyen szinten. A főigazgató vagy a szakma számon kérheti a minőséget, ez mindenképpen jó. Talán az sem meglepő, hogy a „VIP-osztályon” egyáltalán nincs jelen a hálapénz és a részleg dolgozói nem kívánnak külföldön munkát vállalni. Ficzer tehát azt hangsúlyozza, hogy a magán és állami ellátás igenis keverhető, jó értelemben, látható, náluk is működik. Engem különösen az érdekelt, hogy országos szinten az önként vállalt magánfinanszírozású ellátás mennyiben jelentene megoldást, mind a hálapénz ellen, mind pedig az egészségügy helyzetének javításában. Az igazgató is őszintén elmondta, hogy ez a rendszer egyáltalán nem vezethető be minden kórházban, mivel komoly feltételei vannak. Ahogyan korábban írtam, szükség van rendbe hozott épületre, megfelelő felszereltségre és szakembergárdára. Ennek ellenére az kivitelezhető, hogy megnézik minden kórházban, hogy az adott intézmény miben erős. Ha például a kardiológia erősebb, akkor azon a részen kell a szerződéses, fizetős rendszert létrehozni. Dénes is azt emelte ki az Uzsoki példáját említve, hogy jó úton indultak el, mert elkezdték kitisztítani a rendszert, a hálapénz elleni küzdelem pedig másként nem is képzelhető el. Természetesen a bemutatott ellátási rendszert sok kritika éri, ezek közül az általam is megkérdezett Mihályi véleményét hozva példaként. A közgazdász szerint az Uzsoki esetében arról van szó, hogy a gazdagok jobb ellátást kapnak, nekik jobb ellátás jár. Ezzel semmiképpen sem ért egyet, a Titanic esetével ábrázolta a helyzetet: a Titanicról is elsőként az első osztályú utasokat kezdték el menteni.⁶⁹ Nem szabad megengedni, hogy az egészségügyben is kialakuljanak különböző, első, másod- és harmadosztályok, szegények és gazdagok csoportja. Hangsúlyozta, hogy ha az Uzsoki példája elterjedne, azt eredményezné, hogy az állami, közfinanszírozott egészségügyből kivonná a jó orvosokat, hiszen a magasabb fizetésért mindenki ezt a rendszert kezdené el preferálni. Továbbá azt sem tartja helytállónak, hogy az állami és a fizetős rendszer tökéletesen elválasztható a modellben, szerinte ugyanis mindez csak torzítja az állami rendszert. Mihályi szerint az „Uzsoki-modell” csak addig tud működni, amíg kivételt képez, országos szinten nem elképzelhető, már csak azért sem, mert túlságosan drága, hazai betegek jellemzően nem tudják megfizetni.⁷⁰ Ficzer tisztában van a fenti aggályokkal, azonban úgy véli, nincsen szó arról, hogy a bevezetett rendszer

⁶⁹Mihályi P. (2007): Éljen a Titanic-modell? <http://nol.hu/archivum/archiv-438599-247077> [2014.10.18.]

⁷⁰Mihályi P. (2014): Mi lesz a hálapénzzel? Élet és Irodalom LVIII. évf. 31. szám

megteremtené a szegények és gazdagok közötti különbségtételt, mivel az, hogy valaki szegény vagy gazdag, nem az egészségügytől függ, továbbá azt is kiemelte, ha valakinek magasabb szintű szolgáltatásra van szüksége és megengedheti magának, akkor legyen rá lehetősége. Ehhez hozzáfűzte, hogy az államnak is jobb, ha a beteg állami intézményben költi el a pénzt, nem pedig a magánszektorban. Dénes is úgy véli, hogy jelenleg a „pult alatti szegények és gazdagok egészségügye” működik, hiszen az emberek fizetnek, csak éppen illegálisan, hálapénz formájában. Az, hogy ki mennyi pénzt rejt a borítékba, függ attól, mennyire „szegény vagy gazdag”. Ezért ha igaz az, hogy az állami rendszerben nem kell fizetnie a betegnek, akkor a hálapénz rendszere sem létjogosult.⁷¹

A hálapénz elleni küzdelem kapcsán felmerül a kérdés: érdekükben áll-e egyáltalán az orvosoknak a hálapénz megszüntetése? Hiszen vannak olyan területek, ahol jelentős bevétel származik a gyakorlatból, ha ez megszűnik, még béremeléssel sem lehetne ugyanazt a szintet biztosítani az adott terület orvosainak. Az MRSZ is vizsgálta ezt a problémát a Szinapszissal közösen készített felmérésében. Az eredmény aggodalomra ad okot: az orvosok 82%-a maximálisan vagy részben egyetértett azzal az állítással, hogy a hálapénz rendszere kiszolgáltatottá és bizonytalanná teszi az orvosok életét azáltal, hogy nem jelent fix bevételt, mivel változó mértékű. Ezzel szemben a lakosság 85%-a azon a véleményen van, hogy az orvosoknak nem érdeke a fennálló rendszer megszüntetése.⁷² Kovácsy és Ligeti arra a kérdésemre, hogy vajon miért nem sikerült eddig visszaszorítani a hálapénz gyakorlatát, egyértelműen az ellenérdekeltséget említették. Az orvosoknak az a rétege, amelyik profitál ebből a rendszerből, kedvezményezettje annak, nem fogja sürgetni a változást. Úgy gondolom, nem véletlen, hogy éppen a rezidensek azok, akik felemelték szavukat a hálapénz ellen: ők az a réteg, akik kevésbé részesülnek a beteg pénzből, érzékelik a hatalmas, hálapénz által generált különbségeket.

V.3. A hálapénz és az orvoselvándorlás közötti összefüggés vizsgálata

Harmadik hipotézisem, hogy a napjainkban intenzív orvoselvándorlás egyik központi oka a hálapénz rendszerének fennállása. Erre vonatkozóan vázolom az interjúalanyok véleményét, hozzáfűzve két fontos kutatás eredményét.

⁷¹Lippai R.: Vagy felforgatjuk a rendszert, vagy ránk rohad az egész. Nagyinterjú Dénes Tamással. <http://mno.hu/belfold/vagy-felforgatjuk-a-rendszert-vagy-rank-rohad-az-egesz-1254934?oldal=1> [2014.10.26.]

⁷²Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164> [2014.10.26.]

Elsőként azt igyekeztem tisztázni, hogy az általam megkérdezett szakemberek mit gondolnak, egyáltalán van-e köze a hálapénznek az elvándorláshoz. Kovácsy, Dénes, Mihályi és Ficzer is egyetértettek az állítással, szerintük a hálapénz intézménye az egyik fő ok, amiért sok egészségügyi dolgozó dönt a külföldi munkavállalás mellett. Velük ellentétben Ligeti, valamint a fővárosi főorvos és a vidéki kórházban dolgozó orvos másként vélekednek, szerintük a két jelenség nem áll szoros kapcsolatban egymással. Kovácsy arról beszélt, hogy azoknak, akik elhagyják az országot, megvan az igénye egy tiszta rendszerre, tiszta viszonyokra, ez itthon nem biztosított. A jobb megélhetés lehetősége mellett a hazai viszonyok milyensége, a hálapénz által előidézett megalázó szituációk azok, amik távozásra készítetik az orvosokat. Dénes is lát összefüggést a két dolog között, ezért is sürgeti a megfelelő mértékű bérrendezést, ami talán elegendő motivációként szolgál az elvándorlásra gondolkodóknak. Ficzer arra tért ki, hogy annak következtében, hogy jelenleg részben a hálapénz tartja össze az egészségügyet, annak egyéb kompenzáció és megoldások nélküli eltörlésével, az egészségügy talán be is borulna. Ebben az esetben viszont még többen hagynák el az országot. Ebből számomra egy új meglátás szűrhető le: annak, aki jelenleg is itthon dolgozik, a hálapénz egyfajta motiváció, megtartó erő, ha már megfelelő szintű fizetést nem kap.

Azt elemezve, hogy mi áll az elvándorlás hátterében a hálapénz mellett, a vidéki kórházban tevékenykedő fiatal orvos egészen egyszerű választ adott: a kalandvágy és a kihívás. Az orvosi egyetemről diplomával kilépve sokan szeretnék magukat kipróbálni külföldön. A magyar nyelv mellett beszélnek még egy-két idegen nyelvet, így nyelvi akadály nincs a külföldi munkavállalásnak. Az általam megkérdezett orvos 2011-ben végzett az egyetemen, ezért élénk emlékei és friss információi vannak egyetemi csoporttársairól. Elmondása szerint a 13 fős egyetemi csoportjából 11 fő dolgozik jelenleg is külföldön, ez jelentős arány. Ő úgy gondolja, a hálapénz nem játszott szerepet döntésükben, az önálló helytállás gondolata mellett sokkal inkább a jobb megélhetés lehetősége és a külföldi (például németországi) kórházak jobb felszereltsége vonzotta csoporttársait. A fővárosban dolgozó főorvos arról számolt be, hogy intézményében is nagyfokú az orvoselvándorlás. Két területet emelt ki: az urológiáról hat orvos ment el, közülük négyen külföldre, az idegsebészetet pedig hatan hagyták ott, ebből öten külföldi munka miatt. Ami a helyzetet nehezíti, hogy ők megközelítőleg egy időben távoztak a kórházból. A főorvos szerint a távozás legfőbb oka általánosságban annak megelégedése, hogy az alacsony fizetések mellett mellékállásokat, többletvállalásokat kénytelenek vállalni egzisztenciájuk megteremtése és fenntartása

érdekében, külföldön viszont erre nincsenek rászorulva. Interjúalanyaim egyetértettek a jobb megélhetés, magasabb fizetés reménye, mint ok megjelölésében.

Az elvándorlás feltartóztatása is érdekelt, Dénes egyértelműen a bérrendezésben látja a megoldást, míg Ficzer és a fővárosi főorvos másra is felhívták a figyelmet. Nem csak anyagi jellegű megoldásra van szükség, hanem a kórházi körülményeken is javítani kellene. A jobb, kedvezőbb feltételek biztosítása megtartó erőként hat a fiatal, pályakezdő orvosok esetében. Mihályi véleménye eltérő, szerinte bérrendezéssel nem orvosolható a probléma, a közgazdász a tandíjrendszer módosításában látja a megoldást. Tarthatatlannak ítéli, hogy a magyar állam kiképzzi az orvosokat, ők pedig az egyetem elvégzése után külföldön kamatoztatják a tudásukat.

A száraz adatokat tekintve, az elvándorló orvosok számára az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által kiadott hatósági bizonyítványok és a bizonyítványt igénylők számából lehet következtetni. A hatósági bizonyítvány kiadása teszi lehetővé a külföldi munkavállalást.⁷³ Az alábbi táblázatban^{74 75} megfigyelhető az országot elhagyók számának alakulása az elmúlt 10 évben:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014/I.félév
Orvos	<u>906</u>	<u>883</u>	<u>721</u>	<u>695</u>	<u>803</u>	<u>887</u>	<u>1111</u>	<u>1200</u>	<u>1108</u>	<u>955</u>	<u>428</u>
Fogorvos	137	78	120	114	142	158	202	219	255	263	86
Gyógyszerész	32	33	36	29	59	37	48	44	65	77	32
Ápoló	137	285	136	160	179	419	301	314	518	536	246
Szülész	4	4	4	6	12	7	6	8	13	19	11
Egyéb	24	91	131	160	162	106	109	116	102	100	75
Összesen	<u>1240</u>	<u>1380</u>	<u>1148</u>	<u>1119</u>	<u>1357</u>	<u>1614</u>	<u>1777</u>	<u>1901</u>	<u>2061</u>	<u>1950</u>	<u>878</u>

Érdekes, hogy 2011 után csökkent a külföldön munkavállaló orvosok száma, ezt én elsősorban a 2011-ben bevezetett Markusovszky-ösztöndíj következményeként értékelem, több rezidenst is motivált a havi 100.000 forint támogatás. Ami viszont kiugró, az az ápolók számának alakulása: 2013-ban közel négyszer annyian kívánták elhagyni hazánkat, mint 2004-ben. Ez talán azzal magyarázható, hogy a táblázat többi „szereplője” közül az ő havi

⁷³ Az EKEH honlapja. http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=52 [2014.10.27.]

⁷⁴ Az EKEH honlapja. Statisztikai archívum.

http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=109&Itemid=1 [2014.10.27.]

⁷⁵ Megjegyzés: 2004 és 2008 között a kiadott *igazolások számát* tartalmazza a táblázat, egy személy több igazolást is kérelmezhet. Ennek értelmében a tényleges elvándorlók száma alacsonyabb lehet. A 2009 és 2014 közötti adatok viszont azoknak a *személyeknek a számát* mutatja meg, akik hatósági bizonyítványt (ez váltotta fel az igazolást 2009-től) kérelmeztek külföldi munkavállalás céljából.

bérük a legalacsonyabb. A hálapénz kapcsán végül különösen figyelemfelkeltő, hogy nagyon kevés szülész kíván külföldön elhelyezkedni. Véleményem szerint azért, mert hazánkban bizonyítottan a szülészek rétege az, amelyik legnagyobb részben részesül a borítékban átadott összegekből.

VI. Összefoglalás

Dolgozatom logikai menetét tekintve, elsőként a jelentősebb felmérések eredményeiből igyekeztem a hálapénz megítélésére vonatkozó következtetéseket levonni, hipotézisem igazolásának igényével. E szerint a társadalomban egy állandó, negatív kép alakult ki a jelenségről. A kutatások nem támasztották alá teljes mértékben a feltevésemet, mivel az orvosok és a lakosság toleránsnak mutatkoztak a gyakorlattal szemben, jellemzően az alulfinanszírozottságra, illetve a nem megfelelő ellátástól való félelemre hivatkozva. Paradox módon, azzal viszont az évek múlásával egyre inkább egyetértettek, hogy a hálapénz korrupció és felismerték, hogy mielőbb rendezni kell a helyzetet. A korrupt intézményként való megjelenés természetesen a felmérésekben feltett kérdéseknek is „köszönhető”, nem jelenthető ki 100%-os bizonyossággal, hogy korábban mindenki legálisnak érezte. Kránitzot idézve, egy-egy korrupciós jelenség mögött nem szabad csupán egy azt okozó tényezőt látni, továbbá az alulfinanszírozottság még nem lehet ok a korrupcióra.⁷⁶ Utóbbi megállapítással egyetértek, nagy hiba leegyszerűsíteni a hálapénz problémáját. A hazai fizetések más területeken is elmaradnak a külföldi bérektől, így a hazánkban dolgozó emberek nagy százaléka hivatkozhatna alacsony fizetésére, miközben korrupció árán jutna „egy kis havi kiegészítéshez”. Véleményem szerint a kialakult ellentmondásos helyzet az, ami működteti a hálapénz gépezetét: az emberek hiába vannak tudatában a gyakorlat korrupt voltának, mégis borítékot adnak a jobb minőségű ellátás reményében. Ma az illegális hálapénz intézménye sokszor a kisebbik rossz: ha nincs pénz, kevesebb eséllyel kap a beteg pl. korábbi hasi ultrahang időpontot, ami akár életmentő is lehet.

Az interjúalanyaim véleményét összesítve, körükben nem volt kérdés a gyakorlat elítélése: a hálapénz ellen küzdeni kell, ennek elsődleges eszköze pedig a bérrendezés. Többen úgy vélik, a zsebbe bújtatott borítéknak rendszerműködtető szerepe van, ebből következik, hogy az egyik napról a másikra való kriminalizálása, egyéb intézkedések nélkül súlyos következményekhez vezetne. Meggyőződésem, hogy az a jelentős összeg, ami a hálapénzzel eltűnne a rendszerből, valamilyen mértékben, legális módon vissza kell, hogy kerüljön az egészségügybe. Hipotézisem a mélyinterjúk tekintetében beigazolódott, a bérrendezésen és a kriminalizáláson túl további lépéseket is sürgősnek jelöltek meg a szakemberek. Megoldási javaslatból több is akadt, ezek nem zárják ki egymást. Személyes véleményem, hogy a jogbiztonság megteremtése megkerülhetetlen, a hálapénz utólagos adása és elfogadása is

⁷⁶Kránitz (1998): p.11.

büntetendő, másrészt Gellér világos levezetése is egyértelművé teszi, jelenleg is bűncselekmény a hálapénz. Szükségesnek tartom továbbá a bérrendezést is. Hazánk jelenlegi gazdasági helyzetéhez mérten, minél jelentősebb mértékű, annál jobb, annál nagyobb motiváció az egészségügyben dolgozóknak és visszatartó erő az országot elhagyni szándékozóknak. Ha a béremelés nem is működne egy lépésben, javaslok egy bérrendezési tervezet elkészítését, ami jól láthatóvá tenné és biztosítaná a fizetések folyamatos emelését. A tervezetet azonban komoly egyeztetéseknek kell megelőznie, mert a cél az, hogy az orvosok fizetése közelítsen egymáshoz és a külföldi bérek felé is elmozduljon. Mindezekon túl, interjúalanyaim közül is többen látnak megoldást a kiegészítő biztosításban is, ezt én is hasonlóan érzem. Beemelve Dénes saját orvosválasztási javaslatát, a biztosítás reformjával összeköthető, ha az alapsomagon túli, extra szolgáltatásként tekintünk a saját orvos megválasztására. A hálapénz kiváltása a rendszerből egyértelmű ezáltal, mivel a hálapénz egyik tipikus esete, amikor a beteg boríték útján él az orvosválasztás lehetőségével, ennek meg kell teremteni a legális útját.

Az orvoselváándorlás és a hálapénz kapcsolata tekintetében az interjúalanyaim is megosztottak voltak, azonban a vélemények ismeretében úgy gondolom, feltevésem részben igazolódott. Az elváándorlás okaként nem lehet közvetlenül a hálapénz intézményét megjelölni, közvetett tényezőként viszont meghúzódik a háttérben. A jobb megélhetés és a magasabb fizetés reménye nem választható el mereven a hálapénz kérdésétől. Más megfogalmazásban, a kiszámítható élet, az anyagi biztonság és a tiszta rendszer az, ami miatt sokan a külföldi munkavállalás mellett döntenek. Véleményem szerint mindennek megteremtését hazánkban részben éppen a hálapénz intézménye akadályozza meg. Az egészségügyben dolgozók „hálapénzzel érintett” rétege nem rendelkezik fix, kiszámítható havi jövedelemmel, ez bizonytalanná teszi létüket, emiatt könnyebben választják a külföldi tiszta rendszert. Az a réteg pedig, aki nem részesül hálapénzből, a boríték okozta egyenlőtlen hazai esélyek és a magasabb fizetés miatt inkább elhagyja Magyarországot.

A témát nem szabad csupán az orvosok oldaláról megközelíteni. Úgy gondolom, a hálapénz rendszere beágyazódott a társadalomba, szokássá vált pénzt adni az orvosnak. Ezt a tényt viszont nem kell kőbe vésettnek tekinteni, mivel egyértelmű szabályokkal és azok deklarálásával a lakosságból is hamar kiveszne a borítékadás hagyománya. Ehhez azonban szükség van annak megteremtésére, hogy a betegben se maradjon aggodalom a felől, hogy hálapénz nélkül a továbbiakban nem fog ugyanabban, az addig illegálisan megvásárolt szolgáltatásban részesülni. Ki kell alakítani azt az egészségügyi környezetet, ahol a beteg,

állapotához képest is komfortosan érezheti magát, minimálisra csökkentve a kiszolgáltatottság érzését. Itt újra visszakanyarodom a béremelés megkerülhetetlenségéhez, mivel az orvosok és egészségügyi dolgozók számára ez nem csupán anyagi jelentőséggel bír, hanem az erkölcsi megbecsülésükkel is kapcsolatba hozható. Az orvosi lét anyagi biztosítása és támogatása jó befektetés, megtérül, mivel egy tiszta és átlátható rendszerben az orvosok figyelme is maximálisan a betegekre koncentrálódik, nem lebeg a fejük felett a másod- és harmadállások terhe.

Úgy gondolom, a hálapénz elleni küzdelem három legfontosabb pontja a felismerés, az elhatározás és a transzparencia iránti igény. Fel kell ismerni, hogy a hálapénz gátja az egészségügy fejlődésének és szükséges a határozott döntés és elköteleződés a rendszer megváltoztatása irányában. Az elhatározásra mind a hálapénzből nagy arányban részesülő orvosok, mind a politikusok részéről szükség van, együttműködve a megoldásban jogászokkal és közgazdászokkal. Az átlátható, tiszta rendszer igénye nélkül pedig elképzelhetetlen a probléma megoldása.

Irodalomjegyzék

Jogszabályok

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (Btk.)

A Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.)

Az ET Miniszteri Bizottságának 1997/24. sz. határozata: „a korrupció elleni küzdelem 20 irányelve”

Könyvek

Ádám Gy. (1986): Az orvosi hálapénz Magyarországon (Magvető Kiadó, Budapest, 1986)

Babbie, E. (2001): Kvalitatív terepkutatások. in: A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. (Balassi Kiadó, Budapest, 2001)

Dr. Balázs P. (2010): A paraszolvencia szerepe, jelentősége, következményei és megoldások a megszüntetésére. in: Dr. Bodrogi J. (2010): A magyar egészségügy (Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010)

Hankiss E. (1983): Társadalmi csapdák. Diagnózisok. (Magvető Kiadó, Budapest, 1983)

Korinek L. (2006): A kriminológiai kutatási módszerek. in: Gönczöl K. – Kerecsi K. - Korinek L. – Lévay M.: Kriminológia – Szakkriminológia (Complex, Budapest, 2006)

Tanulmányok és folyóiratcikkek

Antikorrupciós Koordinációs Testület – Korrupció Elleni Stratégia, 2008

Baji P., Gulácsi L. (2012): A helyzet változatlan: Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 50. évf. 4. sz. (2012) p. 30-36.

Dr. Balázs P. (2007): Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 45. évf. 4. sz. (2007) p. 11-19.

Bognár G. – Gál R. I. – Kornai J. (1999): Hálapénz a magyar egészségügyben (TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok, Budapest, 1999)

Dr. Gellér B. J. (2013): A hálapénz rövid története a magyar büntetőjogban.

www.gelleresbaranyos.hu (Budapest, 2013. november 26.)

http://www.shp.hu/hpc/userfiles/geller/halapenz_cikk_honlapra_2013_11_26.pdf

[2014.10.12.]

Kránitz M. (1998): A korrupcióról – csak egy kicsit másként... Valóság. XLI. évf. 5. szám (1998)

Mihályi P. (2014): Mi lesz a hálapénzzel? Élet és Irodalom LVIII. évf. 31. szám

Pappné Dalmadi G. (2012): Korrupció az egészségügyben. XXI. Század – Tudományos Közlemények 28. (2012)

Internetes források

Béremeléssel, adóval a hálapénz ellen. <http://nol.hu/archivum/archiv-462550-265876>

[2014.10.11.]

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal honlapja.

http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=52

[2014.10.27.]

Az Európai Unió korrupciós jelentésének Magyarországra vonatkozó szakasza (2014)

http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/anti-corruption-report/docs/2014_acr_hungary_chapter_en.pdf

[2014.10.17.]

Jobbágyi Zs.: Van igény a szabad orvosválasztásra.

http://magyarhirlap.hu/cikk/984/Van_igeny_a_szabad_orvosvalasztasra [2014.10.25.]

Lippai R.: Vagy felforgatjuk a rendszert, vagy ránk rohad az egész. Nagyinterjú Dénes Tamással. <http://mno.hu/belfold/vagy-felforgatjuk-a-rendszert-vagy-rank-rohad-az-egesz-1254934?oldal=1> [2014.10.26.]

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Kódexe
http://www.mok.hu/docview.aspx?r_id=3334303133&web_id=&mode=1 [2014.10.20.]

A Magyar Rezidens Szövetség weboldala. <http://rezidens.hu/> [2014.10.27.]

Mihályi P. (2007): Éljen a Titanic-modell? <http://nol.hu/archivum/archiv-438599-247077>
[2014.10.18.]

Az MRSZ és a Szinapszis Kft. 2013-as kutatása. <http://www.szinapszis.hu/hirek/164>
[2014.10.19.]

Az MRSZ állásfoglalás kérése. www.gelleresbaranyos.hu.
http://www.shp.hu/hpc/userfiles/geller/magyar_rezidens_szovetseg_allasfoglalas_kerese_2014_04_01..pdf [2014.10.12.]

Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ: Tájékoztató a hálapénzről. http://www.obdk.hu/UserFiles/halapenz_tajekoztatox.pdf [2014.10.20.]

Sajtóközlemény – a Legfőbb Ügyész válaszával. <http://rezidens.hu/index.php/2-hirek/287-sajtokoezlemen-y-a-legfobb-uegyesz-valaszaval> [2014.10.13.]

A Szinapszis Kft. 2009-es kutatása. http://www.szinapszis.hu/uploads/Szinapszis_-_Orvosaink_a_halapenzrol_20100816.pdf [2014.10.19.]

Társadalmi Klíma Riport. <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html>
[2014.10.20.]

Újdonsággal bővül az Uzsoki-modell.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/ujdonsaggal_bovul_az_uzsoki_modell
[2014.10.24.]