

# Jó ötlet-e a paraszolvencia kriminalizálása?

## *A szabad orvosválasztás szerepe a jelenség megszüntetésében*

Velkey Zita dr.<sup>1</sup> ■ Mikesy Gergely dr.<sup>1</sup>  
Lorenzovici László dr.<sup>2</sup> ■ Gaál Péter dr.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

<sup>2</sup>Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem, Marosvásárhelyi Kar, Alkalmazott Társadalomtudományok Tanszék, Marosvásárhely

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény a köz- és magánellátás szétválasztásával, az orvosberek jelentős megemelésével és a pénzadás kriminalizálásával igyekszik megszüntetni a paraszolvenciát Magyarországon. Korábbi munkáinkra, a nemzetközi szakirodalom feldolgozására, a releváns jogszabályok, illetve bírói gyakorlat elemzésére, valamint egy, a szülészetre fókuszáló, internetes kutatásra építve azt vizsgáltuk, hogy a választott eszközök valóban alkalmasak-e a cél elérésére, szükséges-e a módosításuk, és ha igen, hogyan. Az elméleti megfontolások és az empirikus bizonyítékok is arra utalnak, hogy a törvény megközelítése hibás, mert a betegek többsége nem az orvosok alacsony fizetése miatt ad pénzt, hanem azért, mert csak így látja biztosítotttnak, hogy megfelelő egészségügyi ellátáshoz jut. Ez a „díjtétel típusú” paraszolvencia nem korrupció, az egészségügyi hiányhelyzetből ered, amellyel a törvény által előírt intézkedések érdemben nem foglalkoznak, inkább súlyosbítják azt. A nemzetközi tapasztalatok szerint e káros jelenség visszaszorításához nem elégségesek a hiányhelyzetet csökkentő hosszú távú intézkedések, ha nem társul melléjük egy azonnali helyettesítő mechanizmus, amely formális keretet teremt a paraszolvenciához kapcsolódó többletszolgáltatás legális megvásárlására. A szabad orvosválasztást annak ellenére tekinti fizetősnek a betegek és orvosok többsége, hogy az szabály szerint térítésmentes. A paraszolvencia ezen keretrendszerben történő formalizálása nem ismeretlen gondolat a magyar egészségpolitikában, a bírói gyakorlatban, de a magán szülészeti ellátásban sem, sőt olyan, kormányzati finanszírozással támogatott szülészeti modellprogram is létezik, amelyben deklarált cél a paraszolvencia kiváltása az orvosválasztás formális díjfizetéshez kötésével. Mindez reális kiindulópont egy kísérleti projekt technikai-politikai megvalósíthatóságához, a részletszabályokat azonban úgy célszerű kialakítani, hogy minden szereplőnek érdekében álljon az új rendszer diszkriminációmentes működtetése, ezért az orvost nem választó páciensek után is szükséges teljesítményarányos bérkiegészítést adni.

Orv Hetil. 2022; 163(42): 1670–1681.

**Kulcsszavak:** paraszolvencia, egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény, szabad orvosválasztás, szülészeti ellátás, magyar egészségügy

## Is the criminalization of informal payment a good idea?

### *The role of the free choice of physician in the elimination of the phenomenon*

In Hungary, the new act on the employment status of health workers aims at the elimination of informal payments by the strict separation of public and private care, by a significant increase of the salary of medical doctors and with the criminalization of giving and accepting informal payments. In this study, which is based on our former research, an analysis of the Hungarian judicial practice and an internet research focused on obstetrics, we examine whether the chosen tools are appropriate to achieve this goal, and if not, how the provisions of law should be modified. Both the theoretical considerations and the empirical evidence suggest that the approach the act took is wrong, because the majority of patients are not paying to compensate the doctors for their low salary. Patients pay because they think that they will not get the necessary care without it. This fee-for-service type informal payment is not corruption and it originates from health system shortages, which is not addressed by the act. On the contrary, the full implementation of the provisions of the act might even increase these shortages, which paradoxically can lead to the amplification of the phenomenon. According to the international experiences, long-term measures aiming at the easing of shortages,

in themselves, are not sufficient to roll back this undesirable phenomenon, if they are not coupled with a short-term quick fix intervention, which creates a formal substitution mechanism allowing patients to buy the services associated with informal payments legally. The free choice of doctor is perceived to be an additional service to be paid for by the majority of patients and doctors, despite that, according to the current regulations, it is part of the public benefit package and should be available free of charge. Hence, informal payments could be formalized in the frame of the free choice of doctor and health care provider by making it a chargeable service. Such an approach is not unfamiliar in the Hungarian health policy, judicial practice, and even private obstetric care. Moreover, there is a government-supported obstetric model program in the public system in Hungary, where an explicit goal is to replace informal payments with formal fees to be paid by the patients for the free choice of the obstetrician who attends the delivery. All of these seem to be realistic starting points to introduce a technically and politically feasible pilot project, but the detailed regulations should be designed so that the involved health workers have no financial interest to discriminate against non-paying patients. To achieve this, we recommend that the attending physicians are also paid a fee even if they care for a patient, who did not choose them and pay them out of pocket, but live in the catchment area of the health service delivery organization, which is obliged to care for the local residents. Obviously, the source of this fee, which is eventually a performance-based component of the income of physicians, in this case, has to be the social health insurance scheme.

**Keywords:** informal payment, act on the employment status of health workers, free choice of doctor, obstetrics care, Hungarian health system

Velkey Z, Mikešy G, Lorenzovici L, Gaál P. [Is the criminalization of informal payment a good idea? The role of the free choice of physician in the elimination of the phenomenon]. *Orv Hetil.* 2022; 163(42): 1670–1681.

(Beérkezett: 2022. március 10.; elfogadva: 2022. július 28.)

## Rövidítések

Btk. = Büntető törvénykönyv; Ebtv. = a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény; Eszjtv. = az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyról szóló törvény; Eütv. = az egészségügyről szóló törvény; kata = kisadózó vállalkozások tételes adója; MOK = Magyar Orvosi Kamara; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár (jelenleg NEAK)

A paraszolvenca jelensége Magyarországon az államszocialista rendszer erőszakos kiépítésével párhuzamosan vált az egészségügy meghatározó jelentőségű részévé, de a rendszerváltás utáni egészségpolitika sem tudott mind ez ideig mit kezdeni vele annak ellenére, hogy több kormányzat is próbálkozott a visszaszorításával [1, 2]. A legutolsó ebben a sorban a 2020. évi C. törvény, amely az orvosok bérének jelentős megemelésével, valamint a pénzadás betiltásával és kriminalizálásával igyekszik megszüntetni ezt a komoly indulatokat kavarázó közvetlen, zsebből fizetett lakossági hozzájárulási formát [3]. A törvény elfogadásának körülményei – a Magyar Orvosi Kamarával (MOK) való hirtelen megállapodás és a néhány napos parlamenti átfutás, illetve döntéshozatal – nem tették lehetővé, hogy széles körű társadalmi vita bontakozzon ki a tervezett intézkedések alkalmasságáról, pedig a téma magyar és nemzetközi szakirodalmában számos megfontolandó tapasztalatról számol be [4]. A paraszolvenca, amelyet a köznyelvben pontatlanul hálapénznek is neveznek, egy olyan összetett jelenség, amely nemcsak a magyar egészségügy és még csak nem is a volt szocialista országok kizárólagos sajátossága, hanem valamilyen formában mindenütt fellelhető [5–12]. Azokban az első-

sorban alacsony, illetve közepes jövedelmű országokban, ahol mértéke számottevő, és a téma az egészségpolitika napirendjén van, a legjobb esetben is szükséges rosszként tekintenek rá, ugyanakkor megszüntetésére nincs egyértelmű sikertörténetként idézhető példa, félresiklott próbálkozásokkal viszont annál többel találkozhattunk [2, 7].

A jelenség megértéséhez és egy sikerrel kecsegtető megoldás megtalálásához elengedhetetlen a paraszolvenca pontos meghatározása és a tranzakció mögött meghúzódó okok feltárása. Bár a nemzetközi szakirodalomban nem található általánosan elfogadott definíció, kiindulási pontként a saját meghatározásunkat vesszük alapul, amely egyre elfogadottabb a témával foglalkozó kutatók körében [13]. Eszerint a paraszolvenca (angolul *informal payment*) „az ellátásra való jogosultság keretében meghatározottakon felüli olyan közvetlen lakossági hozzájárulás, amelyet a beteg vagy a nevében eljárók pénzben vagy természetben adnak az egészségügyi ellátóknak olyan szolgáltatásokért, amelyekre amúgy a beteg jogosult volna” [5 (276. o.)]. Ez a definíció rögtön fel is veti a kérdést, hogy a betegek és hozzátartozóik miért fizetnek saját zsebből olyan ellátásért, amelyet enélkül is igénybe vehetnének. E szándék megértése a kulcsa a jelenség eliminálását célzó hatásos terápia megtalálásának, és ez adja ennek a tanulmánynak az elemzési keretét is. Azt vesszük górcső alá, hogy a paraszolvenca kriminalizálása és az orvosok bérének jelentős megemelése valóban alkalmas egészségpolitikai eszköz-e a jelenség megszüntetésére, és ha nem, akkor hogyan lenne célszerű ehhez a kérdéshez hozzájárulni. Megoldási javaslatunk pedig a szabad orvosválasztást helyezi a középpontba.

## Módszerek

Elemzésünk a paraszolvenciával foglalkozó szakirodalom áttekintésére, saját korábbi kutatásainkra és az ennek alapján kialakított egészségügyi közgazdaságtani keretrendszerre épül. Ezt egészíti ki a releváns jogszabályok rendelkezéseinek bemutatása dokumentumelemzéssel, valamint egy internetes kutatás a szülészeti ellátás témakörében.

A hálápénz jogi megítélésének bemutatásakor a jogszabályi hierarchiát követve elsőként a Büntető törvénykönyv (Btk.) releváns szakaszait vettük alapul, majd elemeztük a hálápénzzel foglalkozó fontosabb bírói ítéleteket, valamint ezek jogi kommentárjait. A szabad orvosválasztás jogszabályi kereteinek vizsgálata során ugyanezt a logikát követve Magyarország Alaptörvényéből indultunk ki. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) és más releváns törvényi rendelkezések feldolgozását a témakörhöz tartozó kormányrendeletek, miniszteri rendeletek, valamint a bírói gyakorlat elemzése követte. Ez utóbbi értelemszerűen az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (Eszjtv.) előtti időszakra vonatkozik, hiszen a törvény bevezetése óta nem telt el olyan hosszú idő, hogy lezárt ügyekről lehessen beszámolni. A jogszabályi kutatások forrását a Wolters Kluwer Hungary Kft. jogtárának internetes felülete adta, amely lehetőséget adott a kapcsolódó kommentárok elemzésére is [14]. A hivatkozott jogszabályi helyek forrásaként azoknak a Magyar Közlönyben történt kihirdetési adatait adtuk meg.

Az orvos megválasztásának többletszolgáltatásként való értelmezhetőségét a magánfinanszírozott magánorvosi ellátás vizsgálatával igyekeztük feltárni. Tájékoztató jellegű internetes kutatást végeztünk, amelynek célja annak meghatározása volt, hogy a profitorientált magánegészségügyi szolgáltatók a szülészorvos beteg általi megválasztását mennyiben tekintik egyáltalán többletszolgáltatásnak, ehhez milyen díjszabás társul, és ez hogyan viszonyul a szüléskor fizetett paraszolvencia mértékéhez. A szolgáltatókat a „magánkórház szüléset” keresőszavakkal azonosítottuk a google.com keresőoldalon, a paraszolvencia összegére vonatkozóan pedig a keresőablakba a „mennyibe kerül egy szülés” kifejezést írtuk. Mindkét keresést 2020 novemberében végeztük, így ezen adataink még az Eszjtv. előtti időszakot tükrözik. Vizsgálódásunk ugyanakkor nem terjedt ki külön az egészségügyi szakdolgozók választására és a szakdolgozói paraszolvenciára, amely a szülésznők esetében létező és ismert szolgáltatás.

## A 2020. évi C. törvény

A 2020 októberében gyorsított eljárásban elfogadott Eszjtv. egyik célja a hálápénz megszüntetése [3]. Az Eszjtv. ebben a tekintetben három fontos rendelkezést tartalmaz: (1) az egészségügyi szolgálati jogviszony létrehozása, az ezzel járó összeférhetetlenségi szabályokkal

és más jogviszonyból eredő kötelezettségekkel; (2) nagyarányú béremelés az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozó orvosok részére; (3) a hálápénz büntetőjogi minősítése.

Az Eszjtv. az 1. §-ával létrehozta az egészségügyi szolgálati jogviszonyt, és ezt tulajdonképpen kizárólagossá teszi a köztulajdonban lévő szolgáltatók által nyújtott közfinanszírozott ellátásban (a továbbiakban az egyszerűség kedvéért közfinanszírozottként fogunk erre a körre hivatkozni), amennyiben állami és önkormányzati tulajdonban álló egészségügyi intézményben csak ilyen jogviszony keretében lehet egészségügyi tevékenységet végezni. A törvény tehát egységesíti a közfinanszírozott egészségügyben dolgozók szerződési viszonyát, korlátozza, illetve külön engedélyhez köti a munkavégzésre irányuló különféle egyéb jogviszonyok létesítésének lehetőségét, a vállalkozó orvosok intézményét, a megbízásos munkaviszonyokat. A 4. § ezen túl lefekteti az „egy dolgozó–egy munkahely” alapvetet, és meghatározza, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszonyban működő orvos másodállást csak az arra kijelölt kormányzati szerv engedélyével vállalhat.

Másodsorban, a MOK 2020. januári javaslatát alapul véve, 2023-ra olyan egységesített bértáblát vezet be, amely összesen 120%-kal megemeli az orvosok fizetését. A bértábla az Eszjtv. 8. §-a, illetve 1. sz. melléklete alapján alapvetően a munkában eltöltött évek számához, a szakvizsgálathoz, valamint vezetői feladatokhoz illeszkedik. Egy ilyen mértékű emelés a MOK szerint fel tudja venni a versenyt mind a külföldi, mind a magánszektor elszívóhatásával, valamint nem szorul kiegészítésre hálápénzből [15]. Ennek ellenére a MOK későbbi – a törvény elfogadása után, annak fogadtatásáról készült – felmérése alapján a hálápénzzel leginkább „fertőzött” szakterületeken ez a hatás mégsem egyértelmű [16]. A Központi Statisztikai Hivatal 2020. évi bértábla-kimutatása szerint az elmúlt négy évben a humánegészségügyi szektor jövedelmei radikális emelkedésnek indultak a növekvő munkaerőhiány következtében kialakult bérspirálnak köszönhetően [17]. Ugyanakkor nehéz pontosan megállapítani azt, hogy egy orvos mennyit vitt haza az átalakítás előtt, hiszen erről hivatalos és hiteles összefoglaló adatbázis nem létezett. Csak a hivatalos munkabér tekintetében is nagy különbségek mutatkoznak a szakterületek között aszerint, hogy mennyire hiányszakmáról van szó, emellett pedig a különböző foglalkoztatási jogviszonyok, másod-, harmadállások keretében végzett többletmunkának, ügyleteknek köszönhetően az alaplombabér akár a többszörösére volt duzzasztható egyéb bevételekkel [18], a legális munkaidőkeretek betartását pedig nem ellenőrizték. Azt tehát biztosan nem lehet kijelenteni, hogy paraszolvencia, illetve mellékállások nélkül a jövedelme tekintetében minden orvos jól jár az új szabályozással. Ez pedig arra utal, hogy az orvosi oldalon sem szűnt meg teljesen a pénz elfogadásának gazdasági mozgatórugója.

Harmadszor, a törvény 20. §-a a paraszolvenca adását és elfogadását büntethetővé teszi a hatályos Btk. módosításával: „(6) Aki egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben egészségügyi dolgozónak, egészségügyben dolgozónak vagy ezekre tekintettel másnak az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint jogtalan előnyt ad vagy ígér, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.” Ez alól kivételt az egy alkalommal (krónikus ellátás esetén kéthavonta) adott kis értékű ajándék képez, amelynek értéke nem haladhatja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át [3 – 21. § (4–5)]. Ez 2020-ban 8050 forint volt, 2022-ben pedig 10 000 forint.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy az Eszjtv. abból a feltételezésből indul ki, hogy a paraszolvenca oka az egészségügyi dolgozók alacsony bérezése, amely egyszeri, jelentős mértékű fizetésemeléssel orvosolható. Ennek bekövetkezése után a pénz adása és elfogadása már korrupciónak tekintendő, amely a büntetőjog és bűnüldözés eszközeivel szüntethető meg, de a hála kis értékű ajándék formájában történő kifejezése nem tartozik ebbe a körbe. Bár nyilvánvalóan nehezen lenne védhető az az ebből a gondolatmenetből következő álláspont, hogy a korrupció felett szemet lehet hunyni, ha a megvesztegetett személy hivatalos fizetése indokolatlanul alacsony, az igazán lényeges kérdés a törvény által meghatározott intézkedéscsomag sikere szempontjából az, hogy a paraszolvenciás ügyletek döntő többsége valóban vesztegetés-e, tehát ténylegesen jogtalan előnyszerzésre irányul-e. Az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők motivációinak tisztázásához a téma hazai és nemzetközi szakirodalmát hívtuk segítségül.

## A hálapénz a betegek szemszögéből: a pénzadás okai és a megoldás lehetőségei

Míg kétségtelenül nehezen vitatható, hogy a paraszolvenca elfogadását az egészségügyi dolgozók által méltánytalanul alacsonynak ítélt bérezés indokolja, addig a beteg oldaláról a kép korántsem ennyire egyértelmű.

Egyrészt az orvosok alacsony hivatalos fizetése bizonyosan nem meghatározó szempont, hiszen a betegeknek, illetve hozzátartozóiknak sok esetben fogalmuk sincs arról, hogy a pénzzel megcélzott egészségügyi dolgozó valójában mennyit keres, vagy legalábbis azt kellene tapasztalnunk, hogy a látszólag legjobban keresőknek a betegek nem adnának pénzt, miközben az empirikus tapasztalatok pont arra utalnak, hogy a legmagasabb pozícióban lévő orvosok kapják a legtöbb paraszolvenciát [19]. Másrészt a pénzadás mögött meghúzódó okok sokrétűek, tehát nem szűkíthetők le egyetlen fő okra, ezek közül pedig a vesztegetés csak az egyik lehetőség. Az 1. táblázatban saját megközelítésünket mutatjuk be [6, 20], amely szerint a paraszolvenca négy, egymástól lényegesen különböző kiváltó okra vezethető vissza [6, 21, 22]. A táblázatból az is jól látható, hogy a motivációk pontos meghatározása elengedhetetlen ahhoz, hogy megfelelő eszközzel lépünk fel a jelenség ellen, hiszen az eltérő kiváltó okok más-más területeken történő beavatkozásokkal szüntethetők meg.

A MOK Etikai Kódexe, amelyet utoljára 2018-ban, tehát még az Eszjtv. megalkotása előtt módosítottak, a hálaajándék típusú paraszolvenciát különbözteti meg az „előre elvárt, kért, kikényszerített, felajánlott vagy elfogadott” előnytől, illetve juttatástól, amelyet illegálisnak és súlyosan kirívó etikai vétségnek tart [23]. Bár ez utóbbi kategóriát az Etikai Kódex nem nevezi meg, itt egyértelműen a vesztegetés típusú paraszolvenciáról van szó, amelyet a hálapénzzel szemben nem tart tolerálhatónak. A Kódex szerint a hálapénz mögött az egészségügyi rendszer működési zavara áll: legfontosabb okaként az orvosok „megalázóan alacsony fizetését” nevezi meg, és olyan nemkívánatos jelenséggé azonosítja, amely megalázó, feszültséget generál az orvosok között, valamint veszélyezteti a függetlenségüket [23]. Emellett az orvosok erkölcsi kötelességként írja le a hálapénz elleni küzdelmet.

Az etikai szabályozásból kirajzolódó MOK-álláspont számos tekintetben jól rímél azokra az alapvetésekre, amelyekre az Eszjtv. is épül, ennek megfelelően azonban pontosan ugyanazokkal a belső ellentmondásokkal ter-

1. táblázat | A paraszolvenca fajtái a beteg szemszögéből [6, 20]

A paraszolvenca fajtája	Motiváció	Kiváltó ok	A beavatkozás helye
Ismerethiányból eredő	Azt gondolja, hogy térítési díjat kell fizetni, pedig az nincs előírva	Tájékozatlanság az egészségügyi ellátási jogosultságról	Egészségügyi rendszer (kormányzás, irányítás)
Hálaajándék	Köszönet a gyógyulásért	Szociokulturális	Oktatási rendszer
Térítési díj (illetmény, honorárium)	A megfelelő ellátás érdekében*	Gazdasági (hiány)	Egészségügyi rendszer (finanszírozás és ellátás)
Vesztegetés	Kiemelt ellátás érdekében	Jogi-etikai (etikátlan és illegális magatartás az orvosok és a betegek részéről)	Igazságszolgáltatási rendszer

Forrás: Gaál, 2018, 1. táblázat, p. 9. [6]

\*A szolgáltatáscsomag meghatározásával kapcsolatos problémák és a megfelelő ellátási szintre vonatkozó jogosultság részletesebb kifejtését lásd: Gaál, McKee, 2004 [20], illetve Gaál, 2018 [6]



helt, mint maga a törvény. A paraszolvencia jelenségének értelmezését két kategóriára szűkíti le, a hálaajándéokra és a vesztegetésre, és ugyanaz a tranzakció pusztán azáltal eshet más megítélés alá, hogy az orvosok tisztességes mértékű hivatalos fizetést kapnak-e, vagy sem. A törvényi keretrendszer alapvető hiányossága, hogy a vesztegetés kategóriáját szélesíti ki indokolatlanul, amennyiben olyan tranzakciókat is korruptnak bélyegez, amelyek nem jogtalan előnyyszerzésre irányulnak, a MOK etikai szabályozása pedig a hálaajándék kategóriájának határait terjeszti ki olyan tranzakciókra, amelyek nem illeszthetők be a hála szimbolikus kifejezését célzó ajándékdadás társadalmilag meghatározott keretei közé. Ez utóbbi szempontból a törvény által megszabott keretrendszer sokkal racionálisabb abban a tekintetben, hogy a tolerálhatónak tartott hálaajándék kategóriáját a kis értékű ajándéokra szűkíti le, hiszen nagy értékű pénzadomány esetén nem életszerű azt feltételezni, hogy az orvos magatartását egy ilyen juttatás semmilyen formában nem befolyásolja. Az etikai szabályozás ugyanakkor abban a tekintetben észszerűbb, hogy a korrupciónak tekinthető pénzadási esetek körét jóval szűkebben határozza meg, mint ami az Eszjtv. rendelkezéseiből következik. Mindez arra utal, hogy a paraszolvenciának van egy olyan fontos típusa, amely nem tekinthető sem a törvény által az általános társadalmi szokásokkal összhangban meghatározott hálaajándéknak, sem pedig a MOK által többé-kevésbé jól körülírt vesztegetésnek. Ez tulajdonképpen az *1. táblázat*ban bemutatott, a megfelelő ellátás érdekében fizetett, térítési díj típusú paraszolvencia, amelyet a páciensek vagy hozzátartozók nem hálából adnak, hanem kényszerből, azért mert az egészségügyi rendszer nem nyújtja azt az ellátást, amelyet ígér, s amelyre az igénybe vevő jogosult lenne (az ellátást nyújtó orvosnak pedig nem ad tisztességes, a teljesítményével és az elvégzett munka értékével arányos fizetést). A térítési díj típusú paraszolvencia tehát sem nem hálapénz, sem nem korrupció, hanem az egészségügy szereplőinek alkalmazkodási mechanizmusa a rendszer működési zavarát okozó hiányhelyzethez [20]. Fontos megemlíteni, hogy ez a köztes kategória implicit módon megjelenik a MOK Etikai Kódexében is annak ellenére, hogy maga a szabályozás összemosza azt a valóban hálából adott ajándékkal. Miért lenne ugyanis az egészségügyi rendszer működési zavarából eredő, nemkívánatos, egyenesen megalázó, feszültséget generáló, az orvosok függetlenségét veszélyeztető egy, a beteg által hálából adott kis értékű ajándék? Ezzel szemben mindez joggal elmondható azokra az esetekre, amelyekben az orvos hivatalos jövedelme szempontjából egyáltalán nem elhanyagolható nagyságú összegek mozognak annak érdekében, hogy az ellátást igénybe vevők biztosítva érezzék ahhoz az ellátáshoz való hozzájutást, amelyre egyébként jogosultak lennének. A törvény viszont nem vesz tudomást erről a kategóriáról, ezért úgy próbálja megszüntetni a paraszolvenciát, hogy a vesztegetés mellett kriminalizálja a díjtétel típusú tranzakciókat is, pedig azok háttérben koránt-

sem a betegek „bűnözői hajlama” és a jogtalan előny-szerzés igénye, hanem az egészségügyi rendszer finanszírozási hiányosságokra visszavezethető teljesítménydeficitje áll. Bármilyen jogszabályi tiltás mint intézkedés sikeres megvalósításának kulcsa, hogy a szabályozás alanyai többségétől elvárható legyen az együttműködés külső kényszer alkalmazása nélkül is, mert amennyiben a társadalom többségének érdekével masszívan ellentétes dolgokat várunk el, úgy azt a többség nem fogja jogosnak elismerni, és e nélkül a legitimáció nélkül a rendelkezés áthágása olyan gyakori lesz, hogy azzal a bűnüldözési kapacitások nem tudnak megbirkózni [24, 25]. A paraszolvencia kriminalizációja tehát akkor lehetne sikeres intézkedés, ha olyan helyzetet teremtenénk, amelyben a rendszer szereplőinek többsége a rendszer paraszolvencia nélküli működtetésében lenne érdekelt, ez pedig a hiányhelyzet felszámolása nélkül nehezen képzelhető el [4, 6]. Bár az Eszjtv.-nek a foglalkoztatási helyzet tisztázására irányuló törekvése nem helyteleníthető, a többes foglalkoztatás korlátozása (az engedélyek későbbi visszavonása, illetve megtagadása) aligha fogja csökkenteni ezt a hiányhelyzetet, sőt inkább fokozza azt, így a paraszolvencia ezen intézkedések következtében történő megszűnése erősen kérdéses.

A jelenség eredményes kezelése szempontjából természetesen nemcsak a paraszolvencia kellően árnyalt konceptualizálása fontos, hanem a mértékére, illetve az egyes típusainak előfordulási gyakoriságára vonatkozó empirikus adatok is. Egy korábbi, az elérhető felmérések adatait összegző és módszertani hiányosságait korrigáló becslésünk alapján a paraszolvencia a teljes egészségügyi kiadás 1,5–4,5%-át tehetné ki az ezredfordulón Magyarországon [26]. Ez nem tűnik nagy összegnek ugyan, de bizonyosan jóval több, mint amennyi kis értékű, szimbolikus ajándékokból származna, és ha figyelembe vesszük azt, hogy a paraszolvencia nem egyenletesen oszlik meg a különböző szakterületek, illetve ellátási helyek között, akkor a becslés alsó határát képviselő összeg az akkori hivatalos nettó orvosi bérek legalább kétharmadát tette ki [26]. A hálaajándék aránya az összes paraszolvenciás eseményen belül ugyanakkor a pénzadás indokainak vizsgálata alapján sem tekinthető számottevőnek. Az empirikus adatok ugyanis arra utalnak, hogy a hálaajándék típusú paraszolvencia előfordulási gyakorisága jóval kisebb, mint ami a kérdőíves felmérésekből következne [19].

A pénzmozgással járó tranzakciók döntő többsége tehát – a nyilvánvaló korrupciós esetek mellett – olyan diszfunkcionális honorárium (az *1. táblázat* térítési díjnak nevezett kategóriája), amely a betegek és az egészségügyi dolgozók alkalmazkodásának eszköze ahhoz a hiányhelyzethez, amelyet a rendszerszinten megígért szolgáltatáscsomag nyújtásához szükséges finanszírozás elégtelensége hoz létre [20]. Alapját a hivatalosan deklarált jogosultságok újraértelmezésére irányuló hallgatólagos megállapodás adja, amelynek keretében a beteg olyan szolgáltatásokért is fizet, amelyek ingyenesen jár-

nának, az orvos pedig anélkül is számíthat erre a bevételre, hogy explicit módon kikövetelné, kikényszerítené azt [20].

Kézenfekvőnek tűnik tehát, hogy a paraszolvencia megszüntetésében kulcsszerepet kell hogy játsszon a bizalomhiányból eredő vélt, illetve a valós hiányhelyzet felszámolása a jogosultságok reális meghatározásával és az így meghatározott szolgáltatások jó minőségben való nyújtásával, az ehhez szükséges infrastrukturális feltételek, ellátási és munkakörülmények javításával, stabil és kiszámítható finanszírozási háttér megteremtésével, valamint a megcsappant társadalmi tőke újraépítésével (különös tekintettel a bizalmi orvos-beteg kapcsolat feltételeinek kialakítására), egy jól átgondolt rendszerátalakítási program keretében [6]. A nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy azokban az országokban sikerült érdemi eredményeket elérni a paraszolvencia visszaszorításában, ahol az egészségügy működési zavaraként értelmezték a jelenséget, és ezen a területen keresték a beavatkozás lehetőségét, nem pedig az orvosok és egészségügyi dolgozók korruptként való megbélyegzésével, bünbakkereséssel és észszerűtlen szabályok kikényszerítésével próbálták meg visszaszorítani azt [2, 27]. Görögország kiváló példája annak, hogy a bérelemelés, valamint a paraszolvencia kriminalizációja és üldözése még a legkirívóbb korrupciós esetek felszámolására sem bizonyult alkalmas eszköznek [6], de ebben a tekintetben kudarcot vallott a 2002-es közalkalmazotti bérelemelés Magyarországon, illetve a 2018-as román intézkedés is [2, 12, 28, 29].

Az újabb tudományos bizonyítékok ugyanakkor arra utalnak, hogy a hosszabb távon megvalósítható komplex reformtervek, bár elengedhetetlenek egy paraszolvencia-mentes egészségügy kialakításához, nem képesek önmagukban tartós eredményeket produkálni [30]. A paraszolvencia felszámolásához egyaránt szükség van a tranzakciót kiváltó és azt helyettesítő mechanizmusra, amely úgy teremt legális és legitim kereteket a pénzadásra, hogy az nem intézményesíti a paraszolvencia-hozzáférésre gyakorolt negatív hatásait [6]. Bár első ránézésre nem tűnik egyszerűnek nevesíthető, konkrét szolgáltatásra lefordítani azt az igényt, hogy a beteg megkapja a rendszer által ígért szükséges, jó minőségű és hozzáférhető ellátást, saját kutatási adataink azt mutatják, hogy az igénybe vevők ezt többségében a kezelőorvos megválasztásával látják biztosítottnak [19]. A magyar egészségügyben a betegek és az orvosok között kialakult hallgatólagos konszenzus olyan többletszolgáltatásként tekint a szabad orvosválasztásra, amelyért a betegek, illetve a hozzátartozók többsége attól függetlenül is hajlandó fizetni, hogy a közfinanszírozott szolgáltatáscsomag részeként ingyen is jár-e ez vagy sem, a megválasztott orvos pedig akkor is számíthat erre a „honoráriumra”, ha ezt nem kéri, nem várja el [2, 6, 20]. A hivatalosan deklarált szolgáltatáscsomag e hallgatólagos konszenzuson alapuló redukciója teremti meg a lehetőséget a paraszolvencia formális, legális keretek közé terelésére. Ennek

megfelelően a következőkben a szabad orvosválasztás témakörét a paraszolvencia formalizálhatóságának kontextusában járjuk körül. Fontos azonban azt is megjegyezni, hogy a paraszolvencia bizonyos esetekben konkrét szolgáltatáshoz (például a háziorvos a beteg otthonában nyújt ellátást, vagy a kórházban az átlagosnál jobb elhelyezést kap a beteg), illetve az ellátás orvosszakmai tartalmához (például drágább gyógyszer, jobb minőségű protézis, kényelmi beavatkozások) kapcsolódik. Ezeknek az eseteknek a megoldását a közfinanszírozott szolgáltatáscsomag pontosabb meghatározásában látjuk, és ezért ebben a tanulmányban részletesen nem térünk ki rá. A szabad orvosválasztás témaköre ugyanezen logikába illeszkedik azzal a különbséggel, hogy nem konkrét ellátási elemekre, szolgáltatási tételekre irányul, hanem általános elvárás húzódik meg mögötte, és jóval összetettebb is, amennyiben ellátási típusonként is eltérő megközelítést igényel. Elemzésünk, illetve megállapításaink ennek megfelelően a szakellátásra és azon belül is elsősorban a fekvőbeteg-ellátásra vonatkoznak. Meglátásunk szerint a háziorvosi alapellátás például az előbbi kategóriába tartozik, ahol a szolgáltatáscsomag tételes pontosításával lenne kezelhető a paraszolvencia.

## A szabad orvosválasztás jogi megítélése

A szabad orvosválasztáshoz való jogot az Eütv. 8. szakasza deklarálja, a közfinanszírozott egészségügyi ellátás rendszerében pedig a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) [31 – 19. § (3)], [32 – 49. §, c, d] és annak végrehajtási rendelete határozza meg a jog gyakorlásainak kereteit [33 – 11/A §], [34 – 9. §]. A szabad orvosválasztásért térítési díj nem kérhető, így az elvben a közfinanszírozott szolgáltatáscsomag részét képezi még akkor is, ha ennek gyakorlását még 2006-ban, az akkori egészségügyi reform keretében megállapított rendelkezések alapján írásban dokumentálni kellene, valamint az egészségügyi intézmények kötelesek lennének erről szóló tájékoztatót is kihelyezni [34 – 9. §]. A járóbeteg-szakellátásban rendelt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök kivételével a társadalmi egészségbiztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi ellátások körét a jogszabályok negatív listaként határozzák meg [35]: ez azokat az ellátásokat sorolja fel tételesen, amelyek nem finanszírozottak [31 – 18. § (6)], vagy amelyek esetében a betegnek önrészt kell fizetnie [31 – 23. §]. A jogosultsággal rendelkezők minden más szolgáltatást közvetlen, zsebből fizetett lakossági hozzájárulás fizetése nélkül, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott szolgáltatások erejéig igénybe vehetnek [31 – 6. §, 18. § (5)].

Bár érvelésünk szerint az ellátást igénybe vevők nagyobb része a szabad orvos- és intézményválasztást az aktuális jogi, szabályozási helyzettől függetlenül és az orvostársadalommal hallgatólagos megegyezésben a társadalmi egészségbiztosítás által nem finanszírozott,

„extra” szolgáltatásként értelmezi, amelyet jobb híján informális úton, paraszolvenciával fizet meg a beteg a választott orvosa számára, az orvosválasztás minden körülmények közötti ingyenessége a jelenlegi jogi keretek között sem egyértelmű. Az egészségügyi törvény rendelkezései szerint ugyanis a szabad választás joga „az egészségügyi szolgáltató működési rendjének megfelelően gyakorolható” [36 – 8. § (2)], és ebbe nyilvánvalóan nem tartozik bele például az, hogy ügyeleti időben a nem ügyeleti orvos bejőjön szülést levezetni. Ugyanezt az értelmezést erősíti meg a Fővárosi Ítéltábla egy 2015. évi másodfokú, szülészeti paraszolvenciával kapcsolatos ítéletében [37 – 50.]: „az egészségbiztosítási pénztár által finanszírozott ellátáson felüli, extra szolgáltatás esetén józan ésszel nem várható el, hogy az orvos ezt anyagi vagy azzal egyenértékű egyéb, például tárgyajándék ellenszolgáltatása nélkül megtegye”. Szülészorvosok érvelése szerint ugyanez kellene hogy vonatkozzon ugyanakkor a nem ügyeleti időszakban levezetett szülésekre is, mivel minden osztály működési rendje meghatározza azt, hogy egy adott napon kik vannak osztályos munkára beosztva, és kik szülőszobára, és amennyiben egy osztályos munkára beosztott orvosnak kell szülést levezetnie, az az ő esetében az osztályos munkától vonja el az időt, amelyet a munkaidő meghosszabbításával kell pótolnia, hiszen a ráosztott osztályos munkát nem végzi el helyette senki, amíg a szülőszobán van [19]. Érdekes módon a Kúria a Fővárosi Ítéltáblával szemben a kért paraszolvenciát mindezen esetekben is jogtalanak tekinti, bár ez az álláspont több szempontból vitatott [37]. Romániában egyébként a felelősség egyértelművé tétele érdekében megtiltották, hogy nem ügyeleti orvos ügyeleti időben szülést vezessen, ami viszont a programozott szülések számának növekedéséhez vezetett.

### Az orvosválasztás formális és informális díjának becslése

Az orvosválasztásért adott paraszolvencia nagyságát nehéz megbecsülni. Az empirikus adatok azt mutatják, hogy nagymértékben függ a szakterülettől, a választott orvos pozíciójától és szakmai reputációjától, az ellátóintézmény típusától, illetve földrajzi elhelyezkedésétől is [26].

A szülészet – mint az egyik legtipikusabb hálapénzes szakterület – esetében kíváncsiak voltunk arra, hogy honnan szerezhető a paraszolvenciával kapcsolatos információ. A google.com keresőmotor által a „mennyibe kerül egy szülés” kifejezésre feldobott első tíz találatból négy esetben találtunk explicit elvet, amely a szüléskor az orvosnak fizetendő hálapénzt a várandósság alatt igénybe vett magánrendelés egyszeri díjának tízszeresében határozza meg [38–41]. A további találatok között fellelhető volt egy magánkórház hirdetése, egy több mint tíz éve született cikk, amelyet elavultnak tekintettünk, valamint több olyan írás, amely egyszerűen megnevezte a szerző által a szüléskor fizetett összeget. Abban az esetben,

amelynél a cikk szerzői a magánrendelési költségeket is megjelölték, a szüléskor fizetett összeg illeszkedett az általános alapelvbe, azzal a kiegészítéssel, hogy császármetszésért például mindig illet fizetni, csakúgy mint az esetleges komplikációval bíró szülések után, s ezek „díja” némileg magasabb volt, mint a sima lefolyású hüvelyi szülésé [39, 42].

Orvosválasztással kapcsolatos, tételesen meghatározott, releváns összeget ugyanakkor több magánszolgáltató oldalán is találtunk. Itt a „magánkórház szülészeti” keresőszavakat alkalmazzuk. Az első talált intézmény a TritonLife Róbert Magánkórház volt [43], ahol a várandósok több szolgáltatási csomagból választhattak. Témánk szempontjából az arany csomagjuk, illetve a platina csomagjuk volt releváns. Az arany csomag megvásárlása esetén a szülést egy fix Róbert kórházas csapat vezette le 495 000 forintért. Ezzel szemben a platina pro csomagjuk már választható orvost és szülésznőt is kínált 695 000 forintért. Elmondható tehát, hogy az orvos, valamint a szülésznő megválasztása és rendelkezésre állása náluk 200 000 forintba kerül, piaci, tehát profitot is magában foglaló körülmények között [43]. A Maternity Magánklinika esetén a választott orvos díja nélküli szülés 680 000 forintért volt elérhető, míg a klinika csapatából választható orvossal kiegészült csomag már 830 000 forintba került. Itt tehát 150 000 forintban volt számszerűsíthető az orvos megválasztásának és rendelkezésre állásának díja [44]. A Rózsakert Medical Center Clinics esetében az árlista már rögtön el is igazított. A választott orvos díja külsős intézményben 224 000 forintba került [45].

Összefoglalva megállapítható, hogy az orvosválasztás külön, extra szolgáltatásként történő meghatározása nemcsak a közfinanszírozott, hanem a magánellátásban is ismert, amelyhez konkrét díjtétel társul. Ez nagyságrendileg megfelel az állami ellátásban becsülhető paraszolvencia mértékének. A megfigyelhető összhang ugyanakkor egyáltalán nem meglepő, hiszen a szülészetre mindig jellemző volt a magán- és az állami ellátás keveredése. Csakúgy, mint a paraszolvencia esetében, itt is kérdés, hogy ezt a helyzetet mennyiben lehet, illetve érdemes tiltással és kényszerítő eszközökkel felszámolni.

### Orvos-, illetve intézményválasztásért fizetett önrész a közfinanszírozott ellátásban

A magyar egészségügyben a szabad intézmény-, valamint orvosválasztás nem mindig volt ingyenes a társadalmi egészségbiztosítás rendszerében sem. A kötelező betegtől való eltérés díjkötelessége a 2006-tól 2010-ig tartó kormányzati ciklusban lett kiemelt egészségügyi-finanszírozási reformintézkedés, a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetése mellett [46, 47].

A bevezetett jogszabály-módosítás szerint a szabad orvosválasztásra a biztosított a szakellátásban csak részle-



ges térítés mellett volt jogosult, a díj mértékét pedig annak az összegnek a 30%-ában határozta meg, amelyet az adott ellátásért az egészségbiztosító térített. Az így fizetendő összegnek pedig egy abszolút felső korlátja is volt [34 – 8., 9. §], [48 – 8. §, 11. § (1), 13. §]. A jogszabály ugyanakkor leszögezte, hogy noha a térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik, a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás díjjal fedezett részét, azaz az adott betegre vonatkozó teljes bevétele nem növekedett, hanem ugyanaz maradt [48 – 19. § (1)].

A paraszolvenca megszüntetése szempontjából ennek az egészségpolitikai intézkedésnek az iránya nem helyteleníthető, de a jó irány olyan részletszabályozással párosult, amely a gyakorlatban a tranzakció egyik szereplőjét sem tette érdekeltté annak működtetésében, így nem csoda, hogy megvalósítása kudarcot vallott [2]. Ha megvalósul, az egész rendszer egyetlen hasznélvezője a Pénzügyminisztérium lett volna, hiszen a kormányzat lényegében arra akarta felhasználni a paraszolvenca formalizálását, hogy ezzel csökkentse az egészségügyi kiadások mértékét.

## Következtetések és javaslatok

Az Eszjtv. a köz- és magánellátás szétválasztásával, a pénzadás kriminalizálásával és az orvosi bérek jelentős megemelésével kívánja eliminálni a paraszolvenciát az egészségügyből. Bár a béremelés mint intézkedés semmiképpen nem helyteleníthető a paraszolvenca elleni küzdelemben – hiszen csökkentti a hajtóerejét annak, hogy az ellátók elfogadják a felkínált pénzt –, nemzetközi és korábbi hazai tapasztalatok is azt mutatják, hogy a béremelés önmagában nem alkalmas eszköz a jelenség megszüntetésére, mivel nem kezeli annak betegoldali kiváltó okát. A pénzadásnak és a pénz elfogadásának bűncselekménnyé minősítése nem vesz tudomást arról, hogy a betegek többsége nem jogtalan előnyhöz akar jutni, hanem csak azt szeretné biztosítani látni, hogy megfelelő minőségben hozzájut ahhoz a szükséges ellátáshoz, amelyre egyébként is jogosult lenne. A tudományos kutatási eredmények azt támasztják alá, hogy Magyarországon a paraszolvenca legnagyobb része nem vesztegetés, de nem is hálaajándék, hanem egyfajta informális honorárium (igénybevételi, térítési díj), amely a rendszer teljesítménydeficitjeként manifesztálódó hiányhelyzetre vezethető vissza, és jellemzően az intézmény-, illetve orvosválasztás aktusához kötődik. Az Eszjtv. által előírt intézkedések sajnálatos módon nem foglalkoznak ennek a hiányhelyzetnek a kezelésével, sőt a többes munkavégzés lehetőségeinek korlátozása vagy esetleg jövőbeli tiltása vélhetően még súlyosbítani is fogja azt.

Nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a paraszolvenca visszaszorításában olyan program lehet sikeres, amely a közfinanszírozás elégtelenségéből eredő hiányhelyzetet a jogosultságok tisztázásával, a szolgáltatás-

csomag reális meghatározásával, a hatékonysági tartalékok feltárásával és az így megspórolható összegek egészségügyi ellátórendszerbe történő visszaforgatásával igyekszik kezelni. Ezek a hosszabb távon megvalósítható átalakítások ugyanakkor nem képesek tartós eredményeket produkálni, ha nem társul melléjük egy, a paraszolvenciás tranzakciót rövid távon kiváltó mechanizmus, amely formális és transzparens keretet teremt a paraszolvenciához kapcsolódó többlétszolgáltatások legális megvásárlására; ezek közül ebben a tanulmányban a szabad intézmény-, illetve orvosválasztást vizsgáltuk.

Bár a kezelőorvos szabad megválasztásának joga a jelenlegi jogszabályi keretek között a közfinanszírozott ellátórendszerben térítésmentesen lenne gyakorolható, a betegek és az orvostársadalom többsége között olyan hallgatolagos megállapodás jött létre, amely ennek ellenére fizetős többlétszolgáltatásként értelmezi azt, és amely jobb híján paraszolvenca formájában valósul meg. A paraszolvenciát ezzel összhangban úgy lehetne formalizálni, hogy a szabad orvosválasztáshoz előre megszabott térítési díjat rendelünk. Ez a megoldás egyáltalán nem ismeretlen a magyar egészségpolitikában, hiszen a 2006-tól 2010-ig tartó kormányzati időszak egyik kiemelt reformintézkedése volt a részleges térítési díjak körének bővítése, ezen belül is a szabad orvos- és intézményválasztás fizetőssé tétele, de kutatásaink azt mutatják, hogy nem meglepő módon a magán szülészeti ellátásban is ismert és beárazott szolgáltatásról van szó, valamint a bírói gyakorlatban is megjelenik.

A 2010-től kezdődő kormányzati időszakban végül eltörölték ezt a részleges térítési díjat, pedig koncepcionálisan sokkal inkább illeszkedik ahhoz, ami a jelenséggel kapcsolatos hazai és nemzetközi tudományos bizonyítékokból, tapasztalatokból következik, mint az Eszjtv. paraszolvenciát vesztegetésként értelmező megközelítésmódja. Kétségtelenül igaz ugyanakkor, hogy abban a formában, ahogy bevezették, a részleges térítési díj eleve kudarcra volt ítélve, mert az intézkedés végrehajtásában a fiskális döntéshozók kivételével a rendszer egyik fontos szereplője sem volt érdekelt: sem az egészségügyi intézmény, sem az orvos, sem a beteg, de még csak a szolgáltatásvásárló OEP (jelenleg NEAK) sem. Annak érdekében, hogy esély legyen a paraszolvenca kivezetésére, ebből a szabad orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díjból lenne célszerű kiindulni, de számos tekintetben módosítani kellene az implementáció részletszabályait.

A legfontosabb a beteg és az orvos érdekeltségének megteremtése abban, hogy a korábban paraszolvenciaként adott és elfogadott pénz előre meghatározott, formális térítési díjként cseréljen gazdát. A beteg érdekeltsége úgy teremthető meg, hogy a térítési díj valódi többletbevételeként jelenik meg a szolgáltatói oldalon, nem pedig a NEAK-finanszírozást váltja ki, és legnagyobb része a kezelőorvosnak jut, nem pedig az egészségügyi szolgáltató intézmény kasszája nyeli azt el. Ugyanakkor kezdetben célszerű a NEAK-finanszírozás



30%-ánál kisebb díjtételeket meghatározni, hogy a korábban paraszolvenciát adó betegek, illetve hozzátartozók többsége anyagilag képes legyen az új rendszerben is megválasztani orvosát. Ez utóbbi egészségpénztári, illetve kiegészítő egészségbiztosítási konstrukciókkal is támogatható.

Az orvosok szempontjából a finanszírozási ösztönző elsősorban azzal teremthető meg, ha az ellátott betegekhez személy szerint, közvetlenül kötődik a befizetett térítési díjakból származó többletjövedelem, de a paraszolvencia az informális jellege miatt nettó bevételt jelent az orvosnak, így kezdetben a megszerzett többletjövedelmet nem célszerű magas adóterherrel sújtani, hogy ne érje meg a beteg által az orvosnak szánt pénzt továbbra is a szürkezónában csúsztatni. Erre például kiválóan alkalmas lehet egy speciális, kata típusú adózási forma bevezetése az egészségügyben.

Végezetül kiemelt jelentősége van annak, hogy egy ilyen új rendszerben ne legyen finanszírozási ösztönző arra, hogy az egészségügyi ellátók megkülönböztetett figyelmet fordítsanak az orvost választó betegeknek a nem fizető betegekkel szemben. Ez úgy érhető el, hogy a kezelőorvos az orvost nem választó betegek után is kap a hivatalos térítési díj nagyságával összhangban lévő fizetésekiegészítést. Ennek forrása értelemszerűen közpénz kell hogy legyen, amely az Egészségbiztosítási Alapban jelenik meg, és a NEAK fizeti ki.

Ebben a módosított felállásban végső soron az orvosok munkajövedelme két komponensből tevődne össze a közfinanszírozott ellátásban. A hivatalos, havi fix fizetés olyan teljesítményfüggő komponenssel egészül ki, amelyet az orvos az ellátott betegek után kap meg. Romániában a háziorvosi ellátás finanszírozása már most is hasonló elvek mentén történik, amennyiben a fejkvóta mellett a teljesítményarányos térítési díjakból származó bevétel a praxisok költségvetésének akár felét is kiteheti. Az Eszjtv. béremeléssel kapcsolatos rendelkezéseivel éppen az a baj, hogy a béremelésre szánt összegeket teljes egészében a havi fix fizetés megemelésére használja fel, amely köztudottan nem ösztönöz több és jobb ellátás nyújtására. A paraszolvencia tiltása és üldözése (ha és amennyiben sikeres) pedig nemcsak a teljesítmény növelésére irányuló finanszírozási ösztönzőt szünteti meg, hanem kiveszi a közfinanszírozott egészségügyi rendszerből a betegek által ennek keretében adott többletforrást is. Ez különösen kedvezőtlen egy olyan ágazatban, amely már hosszú ideje küszködik finanszírozási gondokkal és a szakképzett munkaerő hiányával. Igaz ugyanakkor, hogy a teljesítményarányos díjazás nemcsak az indokolt, hanem bizonyos esetekben az indokolatlan ellátások igénybevételét is növelheti. Bár ez a nemkívánatos ösztönző más egészségpolitikai eszközökkel kezelhető, a kombinált bérezés önmagában is elég rugalmas rendszer ahhoz, hogy a teljesítmények esetleges elszaladása esetén a teljesítményarányos komponens finomhangolásával tompítsa annak teljesítménypörgető hatását.

A görög helyzet a nyilvánvaló különbségek ellenére is több tekintetben hasonló a magyarhoz, és egy, az Egészségügyi Világszervezet felkérésére végzett nemzetközi szakértői munka keretében lényegében ugyanezekre az alapokra épülő javaslatot tettünk a paraszolvencia kezelésére [6]. A kidolgozott program megvalósíthatóságát ott elsősorban politikai megfontolások akadályozták, amennyiben az erősen baloldali kötődésű kormány nem merte vállalni a pénzadás részleges térítési díj formájában történő legalizálásának ódiumát.

Magyarországon ugyanúgy felvetődnek a javaslat technikai és politikai megvalósíthatóságának kérdései. Technikai szempontból a teljesítményarányos díjazás költségvetési fedezetének megteremtése a legnehezebb, de a közfinanszírozott rendszerben az orvosválasztás feltételeinek megteremtése bonyolult szervezési kérdés is, amelyre a részletszabályok kidolgozásakor fokozottan figyelni kell. A közkiadások növelésében ugyanakkor a kormány már egyértelműen elköteleződött, hiszen az Eszjtv. soha nem látott mértékű orvosi béremelést irányzott elő. Politikai szempontból a helyzet komplikáltabb, hiszen a vizitdíjról szóló, 2008. évi népszavazással a jelenlegi kormány lényegében a maga számára tabusította az igénybevételi díj témakörét. Ennek megtörésére a szülészeti szakterület kínál remek alkalmat, ahol egyébként is a legnagyobb zavart, fölzúdulást, illetve elégedetlenséget okozta mind a páciensek, mind a szakorvosok körében az Eszjtv. implementációjának megkezdése [49, 50]. Az Egészséges Budapest Program keretében elindított Keresztény Anyasági Központ tervei között szerepel, hogy transzparens kereteket teremtenek az egészségügyi személyzet térítési díj ellenében történő megválasztásához [51–54]. Ez – megfelelő módosításokkal – kiindulópontja lehetne egy olyan országos pilot-programnak, amely a szülészeti területén vezetné be a javasolt változtatásokat, és gyűjtene a megvalósítással kapcsolatos tapasztalatokat. Ehhez ráadásul nem lenne szükséges a jelenlegi térítésmentesség általános megszüntetése sem, csak annak pontosítása, hiszen a jogszabályi keretek – a bírósági ítéleteket is figyelembe véve – már most is értelmezhetők úgy, hogy a szülészorvos munkaidőtől független rendelkezésre állása nem része a közfinanszírozott ellátási csomagnak. Bár a tanulmányban felvázolt megoldást ebben a formájában tudomásunk szerint még egyetlen országban sem próbálták ki, egy ilyen szakterületi pilot megvalósításának szakmai és politikai kockázata csekély.

A jelenlegi szabályok változtatás nélküli megőrzése ezzel szemben semmi jóval nem kecsegtet. A döntéshozóknak észre kellene venniük, hogy még abban az esetben is, ha bűnüldözési eszközökkel sikerülne a közellátásból száműzni a paraszolvenciát, a béremelés önmagában nem fogja növelni az állami rendszerben nyújtott ellátás mennyiségét, nem fogja javítani annak minőségét, illetve hozzáférhetőségét, ezért fennáll a veszélye annak, hogy azok a betegek, akik korábban paraszolvenciával kívánták megvásárolni a megfelelő ellátást, a magánellátást veszik

majd tömegesen igénybe. Ez a tendencia, azaz a magánellátás összes ellátáson belüli részarányának fokozatos növekedése már korábban is megfigyelhető volt, és az elmondottak alapján az prognosztizálható, hogy az Eszjtv. ezt a folyamatot csak tovább fogja erősíteni. Romániában a magánszektor ezen térnyerése jóval korábban indult, kiterjedtebb, és előrébb is tart. Ha pedig a fizetőképes réteg tömegesen elhagyja az állami egészségügyet, fennáll a veszélye annak, hogy az egészségügyi rendszer kettéválik egy gazdagok által igénybe vett, gazdag magánellátásra, valamint egy szegényeknek jutó, szegény állami ellátásra, ahogy azt egyes latin-amerikai országok példája is mutatja [55].

Vannak olyan szerzők, akik a különböző nyugat-európai rendszermodellek lemásolásában látják a paraszolvencia megszüntetésének kulcsát, azon az alapon, hogy az adott országokban – például Németországban vagy Angliában – ismeretlen jelenségről van szó [56]. Ez a megközelítés azonban több szempontból sem állja meg a helyét. Egyrészt a hagyományos rendszerkategóriák az egészségügyi rendszerek egyes korábbi, csak adott időperiódusra vonatkozó fejlődési állomásai voltak, amelyek a megváltozott körülmények között elvesztették relevanciájukat, és eredeti formájukban még a névadó országokban sem léteznek már. A tipizáló-kategorizáló közelítés tehát elavult, és akadályozza a komplex problémák megoldásához szükséges társadalmi innovációt az egészségügyben [57, 58]. Másrészt a másolás azért sem jó ötlet, mert az egészségügyi rendszerek működési környezete, társadalmi beágyazottsága számos szempontból eltérő a különböző országokban, Magyarországon, de Németországban és Angliában is. Nem hagyható figyelmen kívül például az a tény, hogy Magyarországon a paraszolvencia évtizedek alatt kulturálisan rögzült magatartásmintává vált, ezért nem életszerű azt feltételezni, hogy ugyanannak a szabályrendszernek az implementációjára ugyanúgy fognak reagálni a magyarok, mint a németek vagy az angolok [20]. Harmadrészt egyes szerzők szerint a paraszolvencia ezekben az országokban is létező jelenség, csak az egészségügy-kutatás még nem tárta fel ezt a területet [11]. Negyedrészt az a változtatás, amelyet a szerző meghatározó jelentőségűnek tart, nevezetesen a kórházi hotelszolgáltatással kapcsolatos eltérő igények kielégítése, már régóta szabályozott kérdés Magyarországon is [35]. Az emelt szintű elhelyezés megvásárlására legális lehetőség van, de ez mégsem gyakorolt érdemi hatást a paraszolvencia elterjedtségére. Ezen a területen sokkal inkább az a hiányosság, hogy nincs egységesen meghatározva, mi számít alapszintű komfortfokozatnak, amelyhez képest az emelt szintű hotelszolgáltatást definiálni lehetne. Fontos leszögezni tehát: nem azt vitatjuk, hogy világosabb, egyértelműbb, átláthatóbb szabályozásra van szükség az ellátási jogosultságokra és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének módjára vonatkozóan. Mindössze amellet érvelünk, hogy a jogszabályi keretek felülvizsgálata, a tiltás és a paraszolvencia kriminalizációja a béremeléssel együtt nem lesz elég a paraszolvencia

megszüntetéséhez akkor sem, ha szóról szóra lemásoljuk a német vagy az angol egészségügy szabályrendszerét.

Bemutatott javaslatunk, meggyőződésünk szerint, jóval kedvezőbb eredménnyel kecsegtet, mint az Eszjtv. rendelkezéseinek eredeti formájukban történő végigvitele, ugyanakkor a paraszolvencia nem minden formájára ad megoldást. Elemzésünk elsősorban a jelenség legnagyobb részét adó, a bizalmi orvosválasztáshoz kötődő kórházi paraszolvenciával foglalkozott, és nem tért ki például a sürgősségi ellátásra, a korábban említett háziorvosi alapellátásra, valamint a szakdolgozóknak, illetve a kisegítő személyzetnek (például beteghordók) adott informális juttatásokra. Ezek a területek más megközelítést igényelnek, és ennek kifejtése külön tanulmányt igényel. Emellett fontos hangsúlyozni, hogy a vesztegetés típusú paraszolvencia is létező jelenség, amely nem fog automatikusan megszűnni attól, hogy a térítési díj típusú paraszolvenciát legális keretek közé tereljük. A tényleges korrupciós esetek kezelésére adekvát módszer a tiltás, illetve annak büntetőjogi eszközökkel történő kikényszerítése, az Eszjtv. rendelkezéseinek megfelelően.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* V. Z. készítette el a cikk koncepcióját G. P. útmutatásai alapján. A kutatási munkát V. Z., M. G., L. L. és G. P. végezte. A cikk első vázlatát V. Z. készítette. A cikk további változatait V. Z., M. G. és L. L. közreműködésével G. P. készítette és véglegesítette. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasa és jóváhagyta.

*Érdekltségi nyilatkozat:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Ádám G. The history of medical gratitude payment in Hungary I–II. [Az orvosi hálapénz története Magyarországon I–II.] *Mozgó Világ* 1985; 11: 49–69. [Hungarian]
- [2] Gaál P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M. (eds.) *Implementing health financing reform: lessons from countries in transitions*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2010; pp. 327–361.
- [3] Hungarian Parliament. Act C of 2020 on the employment status of health workers. [Országgyűlés 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.] *Magy Közl.* 2020; 224. szám: 7036–7050. [Hungarian]
- [4] Gaál P, Velkey Z, Szerencsés V, et al. The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other? *Health Policy* 2021; 125: 833–840.
- [5] Gaál P, Belli P, McKee M, et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions and dilemmas. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31: 251–293.

- [6] Gaál P. Addressing informal payments in the Greek health system. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018; pp. i–vi., 1–32. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/377789/informal-payments-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/377789/informal-payments-eng.pdf) [accessed: 30/09/2021].
- [7] Ensor T, Witter S. Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy. *Health Policy* 2001; 57: 1–13.
- [8] Killingsworth JR, Hossain N, Hedrick-Wong Y, et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy Plan.* 1999; 14: 152–163.
- [9] Lewis M. Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy explanations. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, et al. (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Buckingham, PA, 2002; pp. 184–205.
- [10] McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Soc Sci Med.* 1999; 49: 849–865.
- [11] Mossialos E, Dixon A, Figueras J, et al. Policy brief. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2002.
- [12] Boffey D. One in five people in parts of EU pay bribes for health-care, survey finds. *Guardian* (International edition), Brussels, 2021 (e-pub date: 15 Jun 2021). Available from: <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/15/one-in-five-people-in-parts-of-eu-pay-bribes-for-healthcare-survey-finds> [accessed: 30/09/2021].
- [13] Cherecheș RM, Ungureanu MI, Sandu P, et al. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health Policy* 2013; 110: 105–114.
- [14] Updated collection of regulations. [Hatályos jogszabályok gyűjteménye.] Available from: <https://net.jogtar.hu/> Wolters Kluwer Hungary Kft., Budapest, 2020. [Hungarian]
- [15] Nagy M. A proposal of the Hungarian Medical Chamber for the remuneration of doctors working in publicly funded health care. [A Magyar Orvosi Kamara javaslata a közfinanszírozott ellátásban dolgozó orvosok javadalmazására – 2020. január 13.] Available from: <https://mok.hu/hirek/mokhirek/a-magyar-orvosi-kamara-javaslata-a-kozfinszirozott-ellatasban-dolgozo-orvosok-javadalmazasara> [accessed: 11/05/2020]. [Hungarian]
- [16] Hungarian Medical Chamber. Presidency. The medical profession hang together and does not accept the bypassing of the profession. [Az orvostársadalom összetart és nem fogadja el a szakma megkerülését. Magyar Orvosi Kamara Elnökség – 2020. október 28.] Available from: <https://mok.hu/hirek/mokhirek/az-orvostarsadalom-osszetart-es-nem-fogadja-el-a-szakma-megkeruleset> [accessed: 23/05/2022]. [Hungarian]
- [17] Hungarian Central Statistical Office. The monthly gross wages of workers in full-time employment according to sectors of the national economy. [A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete nemzetgazdasági áganként.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2020. Available from: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/mun/hu/mun0150.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0150.html) [accessed: 30/09/2021]. [Hungarian]
- [18] Ministry of National Resources. State Secretariat for Healthcare. Semmelweis Plan. [Újraélesztett egészségügy. Gyógyulók Magyarországa. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére – Szakmai koncepció.] Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2011; pp. 1–133. [Hungarian]
- [19] Gaál P. Gratitude-payment? Gratitude coerced. [Hála-pénz? Hála-kényszer.] *Eü Gazd Szle.* 2004; 42(Suppl): 22–33. [Hungarian]
- [20] Gaál P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of ‘INXIT’. *Int J Health Plann Manag.* 2004; 19: 163–178.
- [21] Gaál P, McKee M. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Soc Sci Med.* 2005; 60: 1445–1457.
- [22] Gaál P. Gift, fee or bribe? Informal payment in Hungary. In: Kotlik J, Rodriguez D. (eds.) *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, Transparency International, Malta, 2006; pp. 71–73.
- [23] Hungarian Medical Chamber. The Code of Ethics of the Hungarian Medical Chamber (consolidated with amendments). [A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe (módosításokkal egységes szerkezetben).] Magyar Orvosi Kamara, 2018; pp. 15–16. Available from: [https://mok.hu/public/media/source/etikai-kodex/EtikaiKodex\\_2018\\_11\\_24.pdf](https://mok.hu/public/media/source/etikai-kodex/EtikaiKodex_2018_11_24.pdf) [accessed: 30/09/2021]. [Hungarian]
- [24] Regulatory Management and Reform Group of the Public Management Committee. Reducing the risk of policy failure: challenges for regulatory compliance. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000; pp. 1–91. Available from: <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/46466287.pdf> [accessed: 30/09/2021].
- [25] Scholz JT. Voluntary compliance and regulatory enforcement. *Law Policy* 1984; 6: 385–404.
- [26] Gaál P, Evetovits T, McKee M. Informal payments for health care: evidence from Hungary. *Health Policy* 2006; 77: 86–102.
- [27] Savedoff WD. Pay for honesty? Lessons on wages and corruption from public hospitals. In: Vian T, Savedoff WD, Mathisen H. (eds.) *Anticorruption in the health sector: strategies for transparency and accountability*. Kumarian Press, Sterling, VA, 2010; pp. 69–76.
- [28] Ilie V. Why do we pay the doctor? [De ce dăm șpagă la doctor?] Inclusive Media Association, 2019. Available from: <https://inclusiv.ro/de-ce-dam-spag-a-la-doctor/> [accessed: 30/09/2021]. [Romanian]
- [29] Lorenzovici L, Székely A, Nyulas B, et al. Controlling in Romanian hospitals: revenues, costs and contribution after salary increase. *IME* 2020; 19: 17–22.
- [30] Jakab M, Akkazieva B, Kutzin J. Can reductions in informal payments be sustained? Evidence from Kyrgyzstan, 2001–2013. In: *Health Financing Policy Papers*. World Health Organization Regional Office for Europe, Barcelona, 2016; pp. 1–45. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2016/can-reductions-in-informal-payments-be-sustained-evidence-from-kyrgyzstan,-20012013-2016> [accessed: 30/09/2021].
- [31] Hungarian Parliament. Act LXXXIII of 1997 on the benefits of the social health insurance system. [O1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.] *Magy Közl.* 1997; 1997: 5056–5074. [Hungarian]
- [32] Hungarian Parliament. Act CXI of 2014 on the amendment of certain health care and social health insurance related acts. [2014. évi CXI. törvény egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról.] *Magy Közl.* 2014; 186. szám: 26136–26167. [Hungarian]
- [33] Hungarian Government. Decree No. 217/1997. (XII. 1.) on the implementation of act LXXXIII on the benefits of the social health insurance system. [217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról.] *Magy Közl.* 1997; 1997: 7647–7662. [Hungarian]
- [34] Hungarian Government. Decree No. 319/2006. (XII. 23.) on the amendment of government decree No. 217/1997. (XII. 1.) on the implementation of act LXXXIII on the benefits of the social health insurance system. [319/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosításáról.] *Magy Közl.* 2006; 161. szám: 13275–13279. [Hungarian]



- [35] Gaál P. Benefits and entitlements in the Hungarian health care system. *Eur J Health Econ.* 2005; 6(Suppl 1): 37–45.
- [36] Hungarian Parliament. Act CLIV of 1997 on health. [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.] *Magy Közl.* 1997; 119: 9503–9558. [Hungarian]
- [37] Ott I. The ruling of the High Court in the case of informal payment. [A Kúria ítélete hálapénz ügyben.] *Jogesetek Magyarazata* 2015; 6: 49–52. [Hungarian]
- [38] babasmamas.hu. How much does a delivery cost? [Mennyibe kerül egy szülés? 2018.] Available from: <https://www.babasmamas.hu/cikk/mennyibe-kerul-egy-szules> [accessed: 16/11/2020]. [Hungarian]
- [39] babaszoba.hu. How much does a free delivery cost? [Mennyibe kerül az ingyenes szülés? 2016.] Available from: <https://www.babaszoba.hu/articles/terhesseg/Mennyibe-kerul-az-ingyenes-szules?aid=20160712163516> [accessed: 16/11/2020]. [Hungarian]
- [40] Ripost. Informal payment has just gotten rough: a delivery costs as much as 180 thousand in state hospitals. [Bedurvult a hálapénz: már 180 ezer egy szülés az állami kórházakban!] *Ripost.* hu, 2020. január 17. Available from: <https://ripost.hu/politik/insider/bedurvult-a-halapenz-mar-180-ezer-egy-szules-az-allami-korhazakban-2246159/> [accessed: 11/16/2020]. [Hungarian]
- [41] Séllei L. How much does a delivery cost? – Confessions of Hungarian mothers on the dirty wherewithals [Mennyibe kerül egy szülés? – Magyar anyukák vallottak a piszkos anyagiakról.] *Vous pont ti*, 2016. január 21. Available from: <http://www.vous.hu/hir/20160121-szules-penz-osszeg> [accessed: 11/16/2020]. [Hungarian]
- [42] Lippai R. Do not bullshit: free delivery costs houndreds of thousands in Hungary. [Ne kamuzzunk: súlyos százezrekbe kerül Magyarországon az ingyenes szülés. *novekedes.hu*, 2018 (e-pub date: 2018. október 23.). Available from: <https://novekedes.hu/elemzesek/ne-kamuzzunk-sulyos-szazezrekbe-kerul-magyarorszag-on-az-ingyenes-szules> [accessed: 16/11/2020]. [Hungarian]
- [43] TritonLife Róbert Private Clinics. Delivery packages. [Szülési csomagok, 2020.] Available from: <https://tritonlife.hu/kie-melt/szulesicsomagok> [accessed: 01/31/2020]. [Hungarian]
- [44] Maternity Private Clinics. Delivery packages. [Szülési csomagok, 2020.] Available from: <https://maternity.hu/araink/#szules> [accessed: 01/31/2020]. [Hungarian]
- [45] Rózsakert Medical Center Clinics. Delivery packages. [Szülési csomagok, 2020.] Available from: <https://docplayer.hu/200.836546-Rozsakert-medical-center-arlista-rozsakert-medical-center-price-list-februar-1-tol-from-1st-february-2020.html> [accessed: 01/31/2020]. [Hungarian]
- [46] Gaál P, Szigeti S, Csere M, et al. Hungary: health system review. *Health Syst Transit.* 2011; 13: 1–266.
- [47] Gaál P, Szigeti S, Pantelli D, et al. Major challenges ahead for Hungarian healthcare. *Br Med J.* 2011; 343: d7657.
- [48] Hungarian Parliament. Act CXV of 2006 on the amendment of certain health care related acts in connection with the health care reform. [2006. évi CXV. törvény egyes, az egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításáról.] *Magy Közl.* 2006; 2006: 12394–12406. [Hungarian]
- [49] Papp E. We ask for the free choice of midwife and doctor in obstetrics! [Szabad szülész nő- és orvosválasztást kérünk a szülészetben!] *peticiok.com*, 2021 (e-pub date: 06/01/2021, closed: 08/09/2021). Available from: [https://www.peticiok.com/szabad\\_orvosvalasztast\\_kerunka\\_szuleszetben](https://www.peticiok.com/szabad_orvosvalasztast_kerunka_szuleszetben) [accessed: 23/05/2022]. [Hungarian]
- [50] Medical Online. Ministry of Human Resources: The right of the free choice of physician is not allowed to be constrained. [EMMI: Nem lehet korlátozni a szabad orvosválasztás jogát! 2021. január 11.] Available from: [http://medicalonline.hu/cikk/emmi\\_nem\\_lehet\\_korlatozni\\_a\\_szabad\\_orvosvalasztas\\_jogat](http://medicalonline.hu/cikk/emmi_nem_lehet_korlatozni_a_szabad_orvosvalasztas_jogat) [accessed: 05/21/2022]. [Hungarian]
- [51] Hungarian Government Resolution No. 1059/2017. (II. 7.) on the joint developments of the Bethesda Children's Hospital of the Hungarian Reformed Church and the Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God and on the provision of the necessary financial resources. [1059/2017. (II. 7.) Korm. határozat a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza és a Budai Irgalmasrendi Kórház közös fejlesztéseiről, valamint az ehhez szükséges források biztosításáról.] *Magy Közl.* 2017; 17. szám: 342–345. [Hungarian]
- [52] Sándor J. I have always been a corporative leader. [Mindig is korporatív típusú vezető voltam.] *Kórház* 2017; 24: 28–30. [Hungarian]
- [53] Trautwein É. A new life is born. [Új élet születik.] *Új Ember*, 2019. 01. 06. (e-pub date: 06/01/2019). Available from: <https://ujember.hu/élet-születik/> [accessed: 30/09/2021]. [Hungarian]
- [54] Velkey G. New development plans – Bethesda Children's Hospital, 2017. [Új fejlesztési terveink – Bethesda Gyermekkórház, 2017.] Available from: <https://www.bethesda.hu/rolunk/hireink/uj-fejlesztési-terveink> [accessed: 11/17/2020]. [Hungarian]
- [55] Jakab M, Holló I. The experiences of the health insurance financing reform in Chile. [A chilei egészségbiztosítási reform tapasztalatai.] *Egészségpiac* 1998; 1: 118–119. [Hungarian]
- [56] Balázs P. The historic master key to get rid of medical doctors' informal payment. [Az orvosi hálapénz megoldásának történelmi kulcsa.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 50–56. [Hungarian]
- [57] Gaál P. Health, health care and health systems in the 21st century. [Egészség, egészségügy és egészségügyi rendszerek a 21. században.] In: Györfly Z, Szántó Z. (eds.) *Medical sociology – eBook.* [Orvosi szociológia – e-tankönyv.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2019; pp. 129–153. [Hungarian]
- [58] Szigeti S, Evetovits T, Kutzin J, et al. Tax-funded social health insurance: an analysis of revenue sources, Hungary. *Bull World Health Organ.* 2019; 97: 335–348.

(Gaál Péter dr.,  
Budapest, Kútvolgyi út 2., 1125  
e-mail: [gaal.peter@emk.semmelweis.hu](mailto:gaal.peter@emk.semmelweis.hu))