

Doctoral School of Interdisciplinary Medicine  
Preventive Medicine Program

# **Informal payments and gifts to nurses in Hungary with special reference to the COVID-19 pandemic**

PhD Thesis

**Máté Julesz JD, PhD**



Supervisor:

Éva M. Kereszty MD, JD, PhD

Department of Forensic Medicine  
Albert Szent-Györgyi Medical School  
University of Szeged

**Szeged, Hungary**

**2022**

## **Publications related to the Thesis**

### **1. Julesz, Máté; Kereszty, Éva Margit**

A magyar egészségügyi szakdolgozóknak adott ajándék és "hálapénz" a 2021. évi jogi fordulat után [Gift and informal payment to Hungarian nurses after the regulation changes in 2021]  
ORVOSI HETILAP 163 : 9 pp. 362-372. , 11 p. (2022)

IF: 0.707

### **2. Julesz, Máté; Kereszty, Éva Margit**

A hálapénzzel kapcsolatos szokások a magyar egészségügyi szakdolgozók körében [The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses]  
ORVOSI HETILAP 162 : 41 pp. 1658-1668. , 11 p. (2021)

IF: 0.707

### **3. Julesz, Máté**

Health equity and health data protection related to telemedicine amid the COVID-19 pandemic  
INFORMÁCIÓS TÁRSADALOM: TÁRSADALOMTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT 22 : 2 pp. 27-38. , 12 p. (2022)

IF: 0.352

### **4. Julesz, Máté**

The legal history of gratitude payments to physicians in Hungary  
JOURNAL ON EUROPEAN HISTORY OF LAW 9 : 1 pp. 149-157. , 9 p. (2018)

### **5. Julesz, Máté**

Orvosi jog működés közben: A hálapénztől a kártérítésig  
Budapest, Magyarország : Medicina Könyvkiadó (2018) , 274 p.

**Impact factor of publications related to the thesis: 1.766**

## **Other publications with impact factor**

### **Julesz, Máté**

A telemedicina és a COVID-19-világjárvány

INFORMÁCIÓS TÁRSADALOM: TÁRSADALOMTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT 20 : 3 pp.

27-38. , 12 p. (2020)

IF: 0.163

### **Kereszty, E M ; Julesz, M**

Medical fitness to drive in the EU with special reference to the age factor

RECHTSMEDIZIN 28 : 4 pp. 288-294. , 7 p. (2018)

IF: 0.603

### **Julesz, Máté**

A HIV/AIDS és a jog Magyarországon [HIV/AIDS and law in Hungary]

ORVOSI HETILAP 157 : 47 pp. 1884-1890. , 7 p. (2016)

IF: 0.349

### **Julesz, Máté**

Aktív eutanázia Kolumbiában és asszisztált öngyilkosság Kaliforniában [Active euthanasia in Colombia and assisted suicide in California]

ORVOSI HETILAP 157 : 5 pp. 174-179. , 6 p. (2016)

IF: 0.349

### **Julesz, Máté**

Aktív eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság? [Active euthanasia, or assisted suicide?]

ORVOSI HETILAP 157 : 40 pp. 1595-1600. , 6 p. (2016)

IF: 0.349

### **Julesz, Máté**

Klónozás és jog Magyarországon [Cloning and law in Hungary]

ORVOSI HETILAP 156 : 11 pp. 434-438. , 5 p. (2015)

IF: 0.291

**Cumulative impact factor: 3.87**

## Table of contents

Publications related to the Thesis	2
Other publications with impact factor	3
Abbreviations	5
1.Introduction	6
1.1.Ethical and economic problems leading to legal ones	6
1.2.The informal patient payments mirrored by numbers	8
1.3.The ethical attitude as a learned attitude	9
1.4.The role of ethics and psychology	9
1.5.The international environment	11
1.6. Gratitude or tipping	13
1.7.The informal patient payment and similar notions	14
1.8.Informal patient payments in post-socialist and other countries	16
1.9.The new regulation of informal patient payment in Hungary	17
2.Aims	19
3.Materials and methods	20
3.1. 1 <sup>st</sup> study	20
3.2. 2 <sup>nd</sup> study	21
3.3. 3 <sup>rd</sup> study	22
4.Results	25
4.1. 1 <sup>st</sup> study	25
4.2. 2 <sup>nd</sup> study	30
4.3. 3 <sup>rd</sup> study	35
5.Discussion	42
6.Conclusions	50
7.New findings	53
8.References	54
8.1. List of legal sources	60
9.Acknowledgements	61

## **Abbreviations**

COVID-19 Coronavirus Disease appeared in 2019

EBRD European Bank for Reconstruction and Development

EU European Union

KSH Központi Statisztikai Hivatal (Hungarian Central Statistical Office)

PTSD Post-traumatic Stress Disorder

SARS Severe Acute Respiratory Syndrome

USA United States of America

## **1.Introduction**

### **1.1.Ethical and economic problems leading to legal ones**

With regard to the new regulation on informal patient payments in Hungary, Velkey et al. believe that "...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..." (Velkey et al., 2022, p. 1670). This statement represents a strong criticism on the recent Hungarian health care policy, however, the article of Velkey et al. is about doctors, not nurses.

In 2020, the Hungarian Medical Chamber issued its eleven points on the problems caused by informal patient payments. In 2015, the Chamber of Hungarian Health Care Professionals issued its resolution concerning informal patient payments. According to the latter resolution, the nurses' economic situation leads to humiliating problems when nurses have to accept informal payments in order to earn their living. The Chamber of Hungarian Health Care Professionals found in 2015 that the legalization of informal payments to nurses seemed to substitute the necessary pay rise. This argument of the nurses still survives.

In most European and North American countries, informal payments in the healthcare sector do not represent a problem. Small gifts are given to nurses to indicate a patient's gratitude, but nothing else is considered acceptable by the public or in codes of ethics. In Hungary, "gratitude money" is one of the most serious problems in the healthcare sector. Rooted in socialist times, it leads to distortions in the structure of care, calling equal access to care into question. Nurses also accept such payments, but in their case we have very little data or analysis of the phenomenon compared to physicians' informal income.

Informal payments and gifts go to nurses all over the world. Nevertheless, the ways and forms of gift-giving and informal payments vary from country to country. We can form groups of countries with similitudes. The post-communist countries form such a group, however, we find differences between post-communist countries. The informal payments and gifts going to nurses in Western European countries show a greatly different aspect. A very important factor is whether informal payment to nurses constitutes a breach of law, such as e.g. a crime, or is it purely an ethical problem. The question arises why the nurses are in the focus of the Thesis. The answer is multifold:

- There is an all-absorbing need to get knowledge of the attitudes of health care workers who are not doctors, however, they care for the patients.

- The nurses' behavior concerning the acceptance of informal payments or illegal gifts from the patients or relatives has been scarcely researched in Hungary and elsewhere.

- The nurses' salaries are far below the doctors' salaries in Hungary. Thus, an important difference might have been induced as concerns the ethical and legal attitude of nurses and doctors when refusing corrupt payments.

- The nurses' gatekeeper role in health care is widely acknowledged and it puts the question of corruptibility into relief.

The informal payments going to health professionals is a burning theme in today's Hungary, however, we can hardly find professional literature concerning the nurses. We have found articles analyzing this topic neither on Web of Science nor on Scopus. The lack of research articles in the field necessitates the disclosure of our data collected in Szeged, one of the most relevant regional medical centers of Hungary. The results may be extrapolated to national level because the health care provided in the University of Szeged plays an important role in the whole Hungarian health care.

The gift-giving and informal payments to nurses are rather an expression of gratitude than corruption. It is hard to differentiate gratitude from corruption in the practice. The legal background decides. If informal payments to nurses are criminalized, we can still believe that the patient merely expressed their gratitude towards the nurse. However, it would be complicated, if not impossible, to prove before court that the illegal informal payment and *ex ante* gift-giving did not constitute a crime. According to Hungarian law, there is no such legal institution as informal gratitude payment. According to Section 138/A of the Hungarian Act on Health and also with regard to Section 290 Paragraph (6) and Section 291 Paragraph (6) of the Hungarian Criminal Code, all informal payments to nurses are taken for illegal and gift-giving *ex ante* or above the legal limit (Ft10,000) is also illegal, regardless of what the patient or nurse tells *sub judice*.

The principle of *nil nocere* and that of *beneficere* are opposed to a legal and ethical gift-giving or informal patient payment. The nurses should anyway do their best to cure the patients. If this gesture is corrupted by money or gift, the basic principles of healthcare might be infringed. The reality is not so clear. The Western examples show that a small sum of money paid to the kitty is not a corrupt act. It is indeed the patient's free will whether to pay to the kitty or not. The nurses do not expect it and the patients do not think they purchase any illegal advantage in that way. In Hungary, a similar informal payment is taken for illegal because we

reminisce that, for several decades during the socialist era and after 1989, patients had to purchase the nurses' attention and work, in addition to the legally paid salary. The history of informal patient payments define the real meaning of the gesture of gratitude. In Hungary, even the lawmakers do not take informal patient payments for legal. The lawmakers believe that it is something punishable under criminal law.

## **1.2. The informal patient payments mirrored by numbers**

The human right to life and health should not be corrupted in any way. The informal payments to nurses in post-communist countries really corrupt the healthcare sector. According to the EBRD – World Bank Life in Transition Survey, made in May, 2007, only 5% of the patients gave informal payments in the Slovenian health care sector. The percentage was 10 in the Czech Republic and 31 in Hungary. (Mihályi, 2009, p. 47.) The significant augmentation of the salaries of all health professionals in these latter countries led to an important decrease in informal patient payments. According to Tambor et al., “The prevalence of informal patient payments has decreased over years in the CEE [Central and Eastern European] region, though they still constitute a barrier to access and a financial burden for households in many countries.” (Tambor et al., 2021, p. 20.)

After Slovenia and the Czech Republic, Hungary also made a huge step to get rid of corruption in healthcare. Certainly, it will take some more time to be able to analyze the long-term consequences of this legislative measure, however, we can already see that nurses, as well as physicians, refuse corrupt money and gift. It is a good sign for those who intend to give a quick view of the fight against corruption in the Hungarian healthcare sector. We can see, or at least hear, news about corrupt nurses and other health professionals (Haiman, 2022). Similar news can be heard in Western European countries too (Julesz, 2018). Of course, there is no magic wand to change the bad old habit of corruption in healthcare. The lawmakers' efforts need more time to put the laws into reality. The above-mentioned structural changes of the healthcare sector go hand in hand with the fight against informal payments and illegal gift-giving. We can see a healthcare sector not tainted by informal patient payments, and it is something that the political and economic changes in 1989 could not achieve. According to Bognár et al., in 1998, the informal patient payments amounted to approximately Ft33 billion. Ft29 billion went to the physicians and the rest to other health professionals, including nurses (Bognár et al., 2000, p. 319). Balázs found the co-payment system a way to eliminate informal patient payments in Hungary (Balázs, 2007, p. 17).



### **1.3. The ethical attitude as a learned attitude**

The social and legal development of Hungary has brought about healthcare providers maintained by churches. In Hungary, the state is separated from the churches and churches have a large autonomy in all meanings of this word. The prohibition of acceptance of informal payments and illegal gifts is also extended to healthcare providers maintained by churches, if the provider treats the patient in state healthcare as well. The Hungarian legislator included this rule into the Hungarian Act on Health [Sec. 138/A Para. (3)]. In Hungary, in the health care facilities maintained by churches, the great majority of nurses are not religious nuns but secular nurses.

The ethical approach is more important than the legal one. The ethical norms are closer to the basic natural laws directing the societies than the legislated rules. The legislators often take example of ethical norms when prescribing rules. In a society with strong ethical and religious grounds the individuals' attitude is usually law-abiding. In fact, it is not the legal rule that orientates the patients, but the patients' collective and individual ethical behavior.

The Hungarian nurses' attitude vis-à-vis the patients is a learned attitude. The nurses learn in nursing schools and also imitate the older and more experienced nurses' attitude. The formation of nurses is largely based on practice. The nurses learn what and how to do or not to do when working at the bedside. The younger generation of nurses follow the practice: when they see senior and more experienced nurses refusing informal payments and accepting only gifts of a small value after care, they do the same thing. Among nurses, the more experienced and better educated ones can influence the beginners. It is a sort of model learning. They teach the freshmen not only healthcare practices but also ethical behavior. It is not just the physician but also the nurse who have to differentiate between good and wrong. The legislation can orientate only those who are susceptible to a correct behavior.

### **1.4. The role of ethics and psychology**

Similarly to the medical doctors since 1994 (Act XXVIII of 1994 on the Hungarian Medical Chamber), the acceptance of informal payments has been forbidden for nurses as well since 2003 (Act LXXXIII of 2003 on the Chamber of Hungarian Health Care Professionals). Between 2003 and 2006, in Hungary, those who intended to work as nurses had to adhere to the Chamber of Hungarian Health Care Professionals. Between 2006 and 2011, the membership

was voluntary. Those, who were members of the Chamber, were ethically supervised by the Chamber's ethical committee. The outsiders were supervised by the ethical committee established by the minister of health care. From April 1<sup>st</sup>, 2011, those who intend to work as nurses have to adhere to the Chamber of Hungarian Health Care Professionals. According to Sec. 1 Para. (2) of the Act XCVII of 2006, in Hungary, there are three chambers in healthcare:

- Hungarian Medical Chamber,
- Hungarian Chamber of Pharmacists and
- Chamber of Hungarian Health Care Professionals.

These chambers established codes of ethics including rules on correct behavior. When a nurse does not observe an ethical rule may be brought before the committee of ethics. This ethical regulation of nurses' professional behavior has been imported from the Western legal culture. In the USA, there had been a code of medical ethics already in force in the 19<sup>th</sup> century (Julesz, 1987). A code of nursing ethics appeared only in the 20<sup>th</sup> century. In communist countries of Eastern Europe, the nursing ethics were not regarded as strictly as the medical ethics, albeit, the Ordinance on Health Professionals (Egészségügyi Dolgozók Rendtartása) included ethical norms relating to both physicians and nurses.

We had to transform the Hungarian healthcare system into a system based on legal safety and patient safety in the 1990s. Many ethical norms were coined in the codes of ethics, however, the informal patient payments were merely mentioned and not elaborated in a sufficient measure. The informal payments were doomed by nursing ethics, however, no effective steps were made against corruption in the daily practice until the regulation changes in 2021. Ethical rules may become legal rules if the legislators so decide. The lawmakers decided to enforce ethical norms via legal rules and it seems to be promising.

Czeglédi and Tandari-Kovács found in 2019: "Within the health care system, nurses face multiple hazards from the aspect of burnout syndrome (emotional exhaustion, depersonalisation, and reduced personal accomplishment) development. Burnout has a negative impact on the health and economic status of individuals. Moreover, burnout diminishes compliance, reduces the quality of care, and it influences the prevalence of medical malpractice and complications." (Czeglédi and Tandari-Kovács, 2019, p. 12) The psychological problems generated by a low-level occupational hygiene may be manifested in unexpected ways. Besides the medical malpractice problems, the cognitive biases and dysfunctional attitudes of the burned out nurses can lead to illegal behavior, such as, e.g., the non-observance of the prohibition to accept informal payment or illegal gift. By and large, the negative psychological consequences of the heavy workload can be counterbalanced by a higher salary and more free time for

recreation. The problem of burnout cannot be solved merely by money, however, a good economic situation can ensure a better quality of life and a law-abiding attitude. The Hungarian nurses' economic situation is not getting better, though their salaries are increasing. The pay rise follows neither the inflation nor the augmentation of the physicians' salaries. More pay rise and further socio-economic measures are needed in the short run. The Hungarian nurses' moral attitude towards patients is better than expected regarding their monetary situation. This imponderable might be measured by means of statistics if we ask the nurses the right questions and draw proper consequences. Measuring an imponderable seems to be irrational. However, this work makes an attempt to demonstrate the morally correct behavior of the Hungarian nurses. In 2022, USA researchers stated that the burnout of health care workers was diminished when patients expressed their gratitude (Converso et al., 2015; Locklear et al., 2022, p. 18).

The empathy and sometimes introjection are palpable among the Hungarian nurses. These fortify the nurses' attitude to refuse undue money from the patients. The fact that *ex ante* gift and informal payment are criminalized might strengthen the law-abiding behavior of the nurses. Now, refusing informal payment is based on more than well-meaningness: it is grounded in criminal law. When the punishment of corrupt nurses is divulged by mass media, the general preventive effect of criminal law is clear-cut. However, the mere possibility to get punished also has a preventive effect. We do not have to wait until the criminal law comes into action. The criminal law relating to informal patient payment orientates the nurses (as well as other health care workers) what to do when illegal money is offered. Nevertheless, it is not enough to know what to do; it would also be important to know how to refuse informal patient payments. The education of nurses is relevant and the sheer knowledge of the criminal liability for corruption does not substitute a preventive psychological education. The communication skills regarding how to refuse informal payments should be taught to nurses with a stronger emphasis.

### **1.5. The international environment**

Informal payments to nurses have been observed in a number of countries. The phenomenon of such payments has traditionally been understood as personal compensation for low salaries and/or an expression of thanks, but nowadays the shortage of healthcare staff also has a major impact on these payments. In countries where tipping nurses represents a small sum of money as one is leaving the medical facility, it expresses true gratitude and differs little from tipping taxi drivers or waiters. Nurses have less autonomy and power to influence treatment

decisions, but in some situations patients are dependent on them. It is important to highlight the fact that most medical professionals assert that they do not wish to work in a sector tainted by informal payments, yet many still accept them (Julesz and Kereszty, 2021).

The patient's dignity is part of the personal rights of the patient (Reaume, 2003; Schachter, 1983). When the patient must make informal payments for health care, the human right to dignity is threatened. The right to life and the right to health are strongly related to the right to dignity. The informal patient payment compromises the right to access to health care.

When gratitude payments express true gratitude and are made out of a feeling of gratitude, it is morally correct for nurses, physicians and other health care staff to accept this sort of payment. However, in countries where gratitude payments are a form of corruption and the life and health of the patient depend on whether the patient can be corrupted to purchase health care, the human right to dignity is also corrupted (Allan and Davidson, 2013; Macklin, 2003; McCrudden, 2008).

The similarities of post-communist countries could be assessed as follows:

- In all those countries, there are remnants of the communist economy that permeate the present development of a market economy;
- This leads to a certain level of poverty;
- The eradication of poverty could be the only way out of informal payments, gratitude payments and other sorts of corruption in the health care system;
- Informal payments are more prevalent in post-Soviet Asian countries than in post-communist European ones;
- These countries should learn from each other when legislating on cleansing the health care sector and when putting legislative measures into practice;
- The merely top-down way of eradicating informal payments in the health care sector does not seem feasible; and, finally,
- There is no clear-cut solution, but the Slovenian example could be followed as a post-communist country where the health care sector is slightly affected by informal payments; however, in larger countries with a larger population, the Slovenian example might fail.

## **1.6. Gratitude or tipping**

In Hungary, according to the Central Statistical Office, a nurse received an average of what amounts to Ft2000 per occasion in gratitude payments in 2014. In Hungarian health care, only 6% of all informal payments are made to nurses. The rest are made to medical and dental practitioners (KSH, 2015).

The vast majority of gratitude payments in Hungary go to physicians in hospitals (50%), while family physicians and specialists receive only 30% of them. Dentists collect 14% of the totality of such payments per year. Nurses find themselves at the end of the list (KSH, 2015).

In the Hungarian public sector, about half of the approximately 81,000 nurses changed jobs between 2002 and 2008. Those who moved on to private health care were experienced, registered nurses (Berki et al., 2014). These nurses' professional capacities cannot be purchased in the public sector; however, patients with a higher income pay for it in private health care.

In public health care, nurses who care for in-patients usually obtain more tips than their colleagues who do paperwork. Gratitude payments are not generally found in private health care because the physicians are well paid by private patients. Nurses employed by private health care providers still tend to receive some tips, being employed by and financially dependent on the doctor (Julesz, 2018).

Gifts are the only form of tips and gratitude payments that are distinct from forms of corruption, for example, when the patient gives the nurse or the physician flowers or handmade products that represent no pecuniary value. A gift of small value to health care staff, a "gift as a courtesy", is also acceptable when it is not more than some coffee, chocolate or other sweets. The notions of tips and gratitude payments (*borravaló* and *hálapénz*, respectively, in Hungarian) are semantically distinguished by the Hungarian Central Statistical Office (KSH, 2015). Usually, tipping is understood to involve a relatively small sum of money offered for a small service, while a gratitude payment is made in exchange for a service of great importance. A gift is given after the care (KSH, 2015). In the USA, it is normal to give some tip to nurses who come to care for patients in their home. It is a true expression of gratitude. The nurses in the USA who receive any form of gratitude are more satisfied and more dedicated to their job than others (Stegen and Wankier, 2018; Day et al., 2020, p. 2309). Also in the USA, Starkey et al. arrived at the conclusion that nurses who received gratitude felt physically better than others (Starkey et al., 2019; Day et al., 2020, p. 2309).

In Hungary, it is often experienced that nurses divide chocolate, coffee etc. among themselves when their shift is over. This greatly resembles the custom of waiters splitting tips at the end of their shift. This custom may be maintained because the 2021 modification of the Hungarian Act on Health of 1997 still gives opportunity for it. It is legal and ethical, so

unquestionably part of the Hungarian health care culture. Riskin et al. are of the following opinion: “when directed at the team, expressions of gratitude often signal to team members that they have collectively made a positive difference in other people’s lives, which, in turn, can bond members to one another and intensify members’ sense of pride in and dedication to the team” (Riskin et al., 2019, p. 6.; Grant, 2007). This statement is valid for Hungarian nurses as well. This psychological approach discloses the real way of thinking of the nurses in Hungary today. The maintained institution of legal gift-giving is beneficial not only for the nurse-patient relationship, but also for the teamwork of nurses.

### **1.7. The informal patient payment and similar notions**

Meskarpour-Amiri et al. (2016) and others point out that informal payments help finance the health care systems of a number of developing countries (Meskarpour-Amiri et al., 2016; Liu and Sun, 2012). For example, in Uganda, according to McPake et al., “Most health workers who have the opportunity to do so, levy informal charges.” (McPake et al., 1999, p. 849.) McPake et al. also argue that “In all facilities, it appeared that if health workers offered better interpersonal treatment at all, it was largely in the cases of patients who made higher levels of informal payment.” (McPake et al., 1999, p. 862.)

Gaitonde et al. (2016) provide the following definition:

“Corruption is the abuse or complicity in abuse, of public or private position, power or authority to benefit oneself, a group, an organisation or others close to oneself; where the benefits may be financial, material or non-material. It is widespread in the health sector and represents a major problem” (Gaitonde et al., 2016, n.p.).

This definition is not restricted to gratitude payments made by patients to doctors; it also includes such forms of corruption as money paid or a service provided by pharmaceutical companies to doctors to encourage them to prescribe a certain medicine instead of a similar one produced by a competitor, for example (Gaitonde et al., 2016).

Schaaf and Topp (2019) note:

“Genuine gift-giving and informal payments that are considered absolutely necessary to keep the facility operating or to deliver a service, such as when providers ask a patient to purchase drugs that are part of the entitlement but absent at site level, can hardly be described as corrupt. There is no private gain in these instances” (Schaaf and Topp, 2019, p. 223).

According to Parsa et al. (2015), “in some Central and Eastern European countries, informal payments are often referred to as ‘gratitude money’” (Parsa et al., 2015, p. 79). The authors mention other denominations of informal payments in this sector that are widely used in the literature: “gratuities, envelope payments, under-the-table payments, under-the-counter payments, [and] unofficial payments” (Parsa et al., 2015, p. 79).

Souliotis et al. (2016) conclude that there is no relevant under-the-table payment in private health care. It is primarily public health care that induces informal payments. This sort of payment is usually requested *ex ante* by physicians and nurses in Greece and elsewhere (Souliotis et al., 2016). Cohen (2012) believes that informal payments in the health care sector are an expression of citizens’ dissatisfaction with government services (Cohen, 2012).

Simkhada et al. (2012) notes that “Informal payments can be voluntary such as gratitude payments, or bribes which patients are ‘expected’ to pay to get decent care or any care at all” (Simkhada et al., 2012, p. 317). A gratitude payment is a sort of informal payment that still has a negative legal and moral connotation in the literature; in Central and Eastern European post-communist countries, the expression more likely occurs as a euphemism for bribery (Simkhada et al., 2012).

A “gratitude payment” is an expression of thanks to physicians and nurses, although it is clear that such payments generally constitute a price paid for better health care (Julesz, 2018). Pitea et al. (2014) have arrived at a similar conclusion (Pitea et al., 2014). A Latin term used in this context in Hungary, *parasolventia* (or *paraszolvencia*), which translates roughly to “ancillary” or “additional solution”, is another synonym for gratitude money and is a euphemism for these kinds of illegal payments. *Parasolventia* was originally an *ex post* payment and once referred to in-kind payments, such as a chicken or a labour-saving device. According to Hungary’s Health Act under socialism, it was literally forbidden and medical facilities were obliged to post a warning on the wall citing the prohibition rule (Act on Health, 1972). It had no effect on patients, and doctors ignored it. On the contrary, there were fees for medical interventions that spread through rumours or chats among patients; sometimes the nurses were asked (Julesz, 2018).

Tipping also represents an after-care payment, similar to other tips, when the patient’s satisfaction is shown to the care-giver (Slot et al., 2017). Paredes-Solis et al. (2011) refer to the tipping of nurses in the Baltic states as “petty corruption”, which, in fact, does not promote the quality of medical care (Paredes-Solis et al., 2011). Tips are usually accepted as legal extra payments for services; however, when tips are paid for an illegal advantage, they are considered as corruption (Slot et al., 2017).

The comprehensive term “informal or irregular” payment is composed of different elements in the healthcare sector. After a review study, Pourtaleb et al. found that the most frequently used terms are: informal payments, gratitude payments, envelope payments, unofficial payments, bribe payments, under-the-table payments, and red package payments (Pourtaleb et al., 2018). Chereches et al. arrived at the conclusion that the different expressions for informal payments in the healthcare sector reflect the various characteristics of local healthcare systems. Chereches et al. found that “informal payment” is the most common term in the international literature; however, it is not the only one in use (Chereches et al., 2013). In Serbia, it may be uncertain to patients and providers whether they are acting corruptly because there is no clear understanding of these payments among the general public (Mejsner and Karlsson, 2017).

### **1.8. Informal patient payments in post-socialist and other countries**

According to a study conducted in 2010 and funded by the European Commission, informal payments for healthcare services were fairly high in Ukraine and Romania, while they were relatively low in Poland and Bulgaria. Hungary and Lithuania fell between these two groups (Stepurko et al., 2015). Chereches et al. concluded that, in Romania, even the Ministry of Health recognized the existence of informal payments in the healthcare sector (Chereches et al., 2011). Ensor and Savelyeva estimated in 1998 that such payments were a huge part of the income in healthcare in the former Soviet Union and in Eastern and Central Europe (Ensor and Savelyeva, 1998). Habibov and Cheung measured a very low level of informal payments in Slovenia and contrasted this with a very high level in the former member states of the Soviet Union (Habibov and Cheung, 2017). Tambor et al. arrived at the conclusion that “in some European countries, the implementation of cost-sharing requires policy actions to reduce other patient payment obligations, including measures to eliminate informal payments” (Tambor et al., 2013, p. 284). Vian et al. found that factors that promote these payments in Albania include the perception that healthcare personnel’s earnings are low, a belief in good health being worth any amount of money, the desire to ensure better service, the fear that treatment will be denied otherwise, and the custom of giving a gift to show gratitude (Vian et al., 2006).

Besides post-socialist countries, we find informal payments in the health care sector of Greece as well. The phenomenon of informal payment to health care workers is not unique in the post-socialist countries, however, we usually understand the latter countries when writing about informal patient payments.



Emil Weil, secretary general of the Hungarian physicians' trade union, made the following observation of the situation in Hungary in 1947: "Health care workers [including physicians and nurses] are infected by tipping, and the low salaries are the reason." (Mohos, 1998, p. 144) After 1957, "gratitude payment" became a widely used term to describe an *ex post* sum of money that was unofficially calculated into physicians' and nurses' incomes. The Act on Health of 1972 prohibited the acceptance of gratitude money; however, the *ex post* version remained unpunished (Mohos, 1998).

We must note that tipping and gratitude payments originated long before the post-war era. Low salaries among medical practitioners and nurses had paved the way for such payments during and before the Second World War. The true value of human health has always been undervalued in Eastern Europe, and salaries have always stood far below the desired level reached in Western Europe and North America. These two coefficients seem to restrain most Eastern European countries from extirpating tips and gratitude payments. Non-legal historical sources from Hungarian archives – such as the speech by the trade union leader quoted above – make it clear for researchers today that tips and gratitude payments in Hungary do not only stem from the communist era (Julesz, 2018). This phenomenon, in slightly different forms, was incorporated into the Hungarian health care system long before the establishment of communist Hungary.

### **1.9. The new regulation of informal patient payment in Hungary**

A nurse who does the office (receptionist) work may influence admission times, thus possibly leading to a negative or positive health outcome for patients. In Western European and North American countries, where nurses have more competencies than in Eastern Europe and in certain other countries, the nurses are the first to meet the patients, at which point they make the appointment with the physician. In these countries, it is normal to give tips to nurses for their logistic services. This influencing power is weaker in countries where nurses are traditionally subject to physicians and have no autonomy in decision-making. This power might be used illegally in favor of the paying patient. It is a kind of corruption, not a legal additional service. When any nursing service depends on informal money, not on professional need, and this service is withdrawn from a non-paying patient, this also represents a sort of corruption, not merely an ethical issue.

From January 1, 2021, the status of health care workers has been basically changed and this conveyed a new legislation on informal patient payment. In Hungary, from January 1, 2021,

giving and accepting informal payments in healthcare constitutes a crime, according to the Hungarian Act on Health and the Hungarian Criminal Code. A gift may be given after care in an amount not to exceed 5% of the Hungarian minimum wage (per month), i.e., Ft10,000 from 2022 (Ft8,370 in 2021). If money is given *ex post* or *ex ante* and if the gift is given before care, the crime of corruption is punishable by imprisonment. If a gift is given after care, but it exceeds the legal limit, it is also considered as corruption.

Not only healthcare workers can commit this crime but also patients. Active corruption on the part of the patient giving an informal payment has rarely been prosecuted up to now. However, passive corruption on the part of the healthcare worker in accepting an informal payment has been investigated in a larger number. Colonel Piroška Váradi declared in an interview in March 2022 that, in the former 15 months, 58 physicians, 38 other healthcare workers and 152 civilians came under investigation by the National Protective Service (Nemzeti Védelmi Szolgálat) in Hungarian health care. Out of these cases, only six ones were closely related to informal patient payments; the rest represented other sorts of criminal activities in health care, such as, e.g., budget fraud, falsification of immunization certificate, etc. (Haiman, 2022.) According to data from the Prosecution Service of Hungary, until November 22th, 2022, approximately 600 covered investigations were implemented by the National Protective Service, though only 25 cases ended up in open criminal procedure.

Gaal et al. believe that among the reasons patients make informal payments are to gain access to priority care and to secure adequate care, as well as lack of information and gratitude, but not official pay, since patients are not generally aware of health workers' salaries (Gaal et al., 2021).

Informal payments are not only a criminal problem. In Hungary, both the Code of Medical Ethics and the Code of Nursing Ethics prohibit gratitude payments. While Hungarian physicians received a large pay rise as compensation for the non-acceptance of informal payments, Hungarian nurses did not. However, criminal liability also applies to them. Since the ban on accepting informal payments is enshrined in the Act on Health, not only criminal liability but also ethical liability and labour law consequences might emerge. The parallel establishment of these liabilities do not violate the principle of *ne bis in idem*, although, if a criminal proceeding is underway, the Chamber of Hungarian Health Care Professionals will suspend the ethics proceeding until the end of the criminal one.

The informal patient payment is given not only to corrupt the health professionals, but also to express the gratitude of the patient for being received in time of the COVID-19 pandemic.

## **2.Aims**

In Hungary, the small salaries of nurses pose a high risk to patient safety and legal certainty as well. Nurses receive a pay rise from time to time, though not in a measure large enough to compensate for the missing informal payments. During the COVID-19 pandemic, nurses have had to work outside their normal workplace if ordered, under extreme pressure and severe working circumstances.

As a result of our literature research, we assert that the informal payments going to nurses have not been researched in Hungary previously, so the aim of our research was to survey the nurses in 2020 and in 2021.

We wanted to have an overview of the informal payment situation among Hungarian nurses before and after the new banning regulation. Concerning the pandemic, we wanted to see the changes of the informal payment habits in this extreme situation. The questions we wanted to answer were as follows:

- Do nurses in care respect the new regulation on non-acceptance of informal payments?
- What are the differences between informal payments in the COVID-19 emergency care unit, the COVID-19 general care unit, and the COVID-19 intensive therapy unit?
- What are the motivations of Hungarian nurses in refusing informal payments?
- What is the nurses' attitude towards informal patient payments and what are the changes of this attitude?

### **3. Materials and methods**

#### **3.1. 1st study**

In the fall of 2020, we questioned 167 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged, Hungary, in order to highlight the motivations, forms, circumstances, and sums of informal payments.

The surveys were first conceived and printed out. They were distributed by the Nursing Directorate of the University of Szeged among the nurses in all university clinics providing in-patient health care services. After three months, we recuperated the surveys and digitalized the answers in Excel table. Then, we evaluated the data and drew the conclusions thereof. We excluded no survey sheet.

We analyzed the results by means of descriptive statistical methods, with special regard to the differences among surgical, internal medical and pediatric fields. We analyzed the results with a view to the new legal regulations.

The survey questions in 2020 were composed of three groups of questions. The first group of questions was related to the motivations of informal patient payments:

- 1.a) given as an expression of gratitude,
- 1.b) given in order to get a better position on the waiting list (so to be cared for before other patients),
- 1.c) given so that a better experienced nurse cares for the patient,
- 1.d) given for privilege (for better food, TV, Internet etc.),
- 1.e) given in order to infringe upon the rules in the interest of the patient (e.g. to receive visitors when otherwise it is not allowed),
- 1.f) given for the exercise of an otherwise legal right (e.g. so that the parents may be with their child all along day and night),
- 1.g) given by the relative of the deceased patient for care for the dying patient.
- 1.h) Did the nurse refuse informal payment?

The second group of questions was related to the forms and sums of informal patient payments:

- 2.a) a written or verbal “Thank you!” happened,
- 2.b) a gift of small value (sweets, flowers etc.) was given,
- 2.c) a gift of higher value (precious painting, jewels etc.) was given,
- 2.d) a small sum of money was given (no more than 5,000 HUF),

2.e) a higher sum of money was given (more than 5,000 HUF),

2.f) the patient offered their social relations (such as giving private lesson to the child of the nurse for free).

2.g) How much informal payment was given per occasion and after one week of in-patience?

The third group of questions was related to the situation in which the informal patient payment was given:

3.a) during working time,

3.b) after active duty,

3.c) in private healthcare as a second job,

3.d) at home (e.g. flowers or other gifts were sent to the nurse's domicile).

### **3.2. 2nd study**

In May–July 2021, we questioned 246 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged, Hungary, in order to highlight the forms, circumstances, and sums of informal payments and gift giving.

The surveys were first conceived and printed out. They were distributed by the Nursing Directorate of the University of Szeged among the nurses in all university clinics providing in-patient health care services. After two months, we recuperated the surveys and digitalized the answers in Excel table. Then, we evaluated the data and drew the conclusions thereof. We excluded no survey sheet. The questions of the 1<sup>st</sup> study were changed because the new banning regulation had been set in force and an exact legal limit of gift value had been introduced. Moreover, the Hungarian minimum wage (per month) was augmented and concomitantly the legal limit of *ex post* gift-giving also increased. Considering the fact that informal patient payment even after care was criminalized, we could not directly ask the nurses about them accepting informal patient payment. We rather asked them indirectly.

We analyzed the results by means of descriptive statistical methods, with special regard to the differences among surgical, internal medical and pediatric fields. We compared our results to those found in 2020.

The survey questions in 2021 in non-COVID-19 care were as follows:

1. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?
2. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) per occasion?

3. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?
4. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?
5. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) per occasion?
6. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?
7. Did the nurses receive any gifts from a patient or their relative collectively in the first four months of 2021?
8. If so, how much did the gift(s) that the nurses received collectively amount to (in forints)?
9. Did you refuse cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?
10. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?
11. Do you know of any colleagues who received cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?
12. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?
13. How often did you experience a patient or their relative merely saying “Thank you!” for treatment in the first four months of 2021?
14. How often did you experience a patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?
15. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)
  - Because it constitutes a crime.
  - Because it’s not ethical.
  - Because the Act on Health of Hungary forbids it.
  - Because the patient or their relative is vulnerable.
  - Because I don’t need the money.

### **3.3. 3rd study**

In May–July 2021, by means of anonymous, voluntary surveys, we questioned 202 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged, Hungary, in the

COVID-19 care in order to highlight the forms, circumstances, and sums of informal payments and gift giving.

The surveys were first conceived and printed out. They were distributed by the Nursing Directorate of the University of Szeged among the nurses in all university clinics providing in-patient health care services. After two months, we recuperated the surveys and digitalized the answers in Excel table. Then, we evaluated the data and drew the conclusions thereof. We excluded no survey sheet.

We analyzed the results by means of descriptive and also analytical statistical methods, with special regard to the differences among COVID-19 emergency care unit, COVID-19 general care unit, and COVID-19 intensive therapy unit.

We compared the results of 2020 with those of 2021, and published them in two articles. In addition, we compared the answers from COVID-19 care nurses with those working not in the COVID-19 care, both collected in 2021, by means of statistical analysis.

We applied Wilcoxon signed rank test when comparing the answers of nurses working in the COVID-19 care with those working not in the COVID-19 care. As to the question ‘If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason?’, we compared the answers from COVID-19 care with the answers from not COVID-19 care by means of McNemar test for each answer respectively/separately because more than one answer was possibly accepted from the same nurse.

The results of the surveys are summarized in tables.

The survey questions in 2021 in COVID-19 care were as follows:

16. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?
17. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints)?
18. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?
19. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints)?
20. Did the nurses receive any gifts from a COVID-19 patient or their relative collectively in the first four months of 2021?
21. If so, how much did the gift(s) you received collectively amount to (in forints)?
22. Did you refuse cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?

23. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?
24. Do you know of any colleagues who received cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?
25. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?
26. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative merely saying “Thank you!” for treatment in the first four months of 2021?
27. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?
28. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)
- Because it constitutes a crime.
  - Because it’s not ethical.
  - Because the Act on Health of Hungary forbids it.
  - Because the patient or their relative is vulnerable.
  - Because I don’t need the money.

The frequency was counted in the following way:

- 1=never;
- 2=once in a number of months;
- 3=once a month;
- 4=once a week;
- 5=a few times a week.

We asked the same questions from nurses working in not COVID-19 care, too, in order to compare the COVID-19 care with the not COVID-19 care from the aspect of gift-giving and informal payments.

We counted the mean, standard deviation, and variance of the sums noted by the respondents. We asked the respondents to round the sums expressed in Hungarian forints to Ft500. We accepted more than one response to question 28.



## **4.Results**

### **4.1. 1st study**

In the fall of 2020, we questioned 167 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged. Out of 167 respondents, 93 worked in surgical field, 54 in internal medical care, and 18 in pediatric care. Besides gratitude, corruption appeared in all the three fields, however, pediatric care was the least touched by corruption. Gifts of a higher value were rare, however, small gifts were common. The respondents received 10 851 HUF as informal payment from in-patients after one week, while, occasionally, 5326 HUF. The sums – similarly to informal payments to physicians – varied from field to field in healthcare. In the surgical field, the sums surpassed the new legal limit (the legal limit was, from 2021, 8370 HUF; from 2022, 10 000 HUF). (Table 1)

According to our survey conducted in the fall of 2020, nurses working in the surgical/operative field reported up to twice as much informal payment as their colleagues working in the field of internal medicine or children/youth healthcare; on average, those working in the field of internal medicine and pediatrics received two-thirds of the informal payment in the surgical field.

Regarding the entire sample, half of the healthcare professionals stated that they received the informal payment once a month, while one-third stated that they received it once a week as a thank you after the healthcare service, out of sincere gratitude.

According to 40% of all respondents, only annually once happened that the informal payment was given to them so that an experienced nurse performed the intervention. This showed the same proportions in the fields of surgery and internal medicine, but was less common in the case of childcare providers.

According to 32% of the respondents, they got informal payment once a month in order for more frequent change of the bedding than mandatory, or to get better food, greater comfort, special services (e.g. TV, Internet). According to 25% of the respondents, this never occurred in their practice. On the contrary, 20% of them answered that it happened once a week. (Table 2)

**Table 1: The forms and sums of informal payments****Surgical care (n=93)****Table 1.1.**

<b>The forms of informal payment</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>		
a)The patient said or wrote 'Thank you!'	8	12	58	13	1		
b)The patient gave gift of small value (e.g. sweets, flowers, handmade object).	1	0	15	69	7		
c)The patient gave gift of high value (e.g. jewels, painting).	6	23	47	14	2		
d)The patient gave a small sum of money (no more than 5,000 HUF).	2	2	28	51	9		
e)The patient gave a greater sum of money (more than 5,000 HUF).	3	28	47	13	1		
f)The patient offered their social or professional relationships (e.g. extra lessons to the child of the nurse).	57	30	5	0	0		
						<b>Mean</b>	<b>Standard deviation</b>
g)According to your experience, how much money does a patient or relative give – after one week of in-patience (HUF)?						12 390	6 269
According to your experience, how much money does a patient or relative give – per occasion (HUF)?						6 244	3 578

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

**Internal medical care (n=54)****Table 1.2.**

<b>The forms of informal payment</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>		
a)The patient said or wrote 'Thank you!'	3	4	24	14	8		
b)The patient gave gift of small value (e.g. sweets, flowers, handmade object).	0	0	12	39	2		
c)The patient gave gift of high value (e.g. jewels, painting).	6	15	30	2	0		
d)The patient gave a small sum of money (no more than 5,000 HUF).	5	1	14	29	4		
e)The patient gave a greater sum of money (more than 5,000 HUF).	7	14	28	3	1		

f)The patient offered their social or professional relationships (e.g. extra lessons to the child of the nurse).	24	25	4	0	0		
						Mean	Standard deviation
g)According to your experience, how much money does a patient or relative give – after one week of in-patience (HUF)?						8 917	3 389
According to your experience, how much money does a patient or relative give – per occasion (HUF)?						4 146	1 688

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

### Pediatric care (n=18)

**Table 1.3.**

<b>The forms of informal payment</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>		
a)The patient said or wrote 'Thank you!'	0	5	13	0	0		
b)The patient gave gift of small value (e.g. sweets, flowers, handmade object).	2	1	5	10	0		
c)The patient gave gift of high value (e.g. jewels, painting).	11	7	0	0	0		
d)The patient gave a small sum of money (no more than 5,000 HUF).	8	1	7	2	0		
e)The patient gave a greater sum of money (more than 5,000 HUF).	14	4	0	0	0		
f)The patient offered their social or professional relationships (e.g. extra lessons to the child of the nurse).	14	4	0	0	0		
						Mean	Standard deviation
g)According to your experience, how much money does a patient or relative give – after one week of in-patience (HUF)?						7 889	5 011
According to your experience, how much money does a patient or relative give – per occasion (HUF)?						3 778	2 635

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

**Table 2: Reasons of the tipping of nurses****Surgical care (n=93)****Table 2.1.**

<b>Reasons of the tipping of nurses (Motivations)</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>
a)As an expression of true feeling of gratitude after the healthcare has been accomplished.	1	2	51	29	10
b)For getting ahead on the waiting list.	3	29	35	16	10
c)Professional motivation (so that the experienced nurse administer the injection.	12	41	16	17	7
d)For privileges (e.g. for changing the bedding more frequently than regular).	37	19	26	6	5
e)For favouritism (e.g. for permission to receive relatives over the regular reception time).	41	31	13	5	3
f)To obtain an otherwise legal right (e.g. so that parents may stay with their child at pediatrics during day and night).	59	25	4	5	0
g)The relative of the deceased patient gave it for care for the dying patient.	15	7	55	16	0
h)Did you refuse informal payment?	20	9	45	12	7

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

**Internal medical care (n=54)****Table 2.2.**

<b>Reasons of the tipping of nurses (Motivations)</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>
a)As an expression of true feeling of gratitude after the healthcare has been accomplished.	0	0	19	26	9
b)For getting ahead on the waiting list.	0	6	33	11	4
c)Professional motivation (so that the experienced nurse administer the injection.	0	19	23	9	3
d)For privileges (e.g. for changing the bedding more frequently than regular).	0	2	20	27	5
e)For favouritism (e.g. for permission to receive relatives over the regular reception time).	3	11	21	12	7
f)To obtain an otherwise legal right (e.g. so that parents may stay with their child at pediatrics during day and night).	10	15	21	4	4
g)The relative of the deceased patient gave it for care for the dying patient.	4	18	24	7	1
h)Did you refuse informal payment?	11	16	20	5	2

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

**Pediatric care (n=18)**

**Table 2.3.**

<b>Reasons of the tipping of nurses (Motivations)</b>	<b>= 1</b>	<b>= 2</b>	<b>= 3</b>	<b>= 4</b>	<b>= 5</b>
a)As an expression of true feeling of gratitude after the healthcare has been accomplished.	0	3	11	3	1
b)For getting ahead on the waiting list.	6	6	4	2	0
c)Professional motivation (so that the experienced nurse administer the injection.	9	6	2	1	0
d)For privileges (e.g. for changing the bedding more frequently than regular).	5	3	8	2	0
e)For favouritism (e.g. for permission to receive relatives over the regular reception time).	7	4	4	2	1
f)To obtain an otherwise legal right (e.g. so that parents may stay with their child at pediatrics during day and night).	10	3	3	0	2
g)The relative of the deceased patient gave it for care for the dying patient.	11	6	1	0	0
h)Did you refuse informal payment?	2	2	1	3	10

1 = never, 2 = once a year, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

According to just over 6.5% of all respondents, they received informal payment more than once a week in order to deviate from institutional rules for the benefit of the patient (for example, the patient may receive visitors beyond the visiting hours). According to 27.5% of respondents, this happened once a year, while 31% said never.

Almost half of the respondents claimed that they never received informal payment in order to make possible an otherwise legal right of the patient. A quarter of the respondents answered that this, however, happened once a year. Only 3.5% of the respondents experienced it more than once a week. Here, the phenomenon was the most common in the field of internal medicine, while the phenomenon was the rarest in pediatric care.

40% of the respondents used to refuse informal payment once a month. 11% of respondents refused informal payment more than once a week. Approximately 12% of the respondents refused informal payment once a week. One fifth of the responding nurses never refused an informal payment.

57% of the responding nurses reported that it occurred only once a month that gratitude was expressed verbally or in writing in their direction. According to 6.5% of the nurses, it never happened. Only 5% of the nurses reported that they were thanked more than once a week.

71% of the respondents received a gift of smaller value once a week as an expression of gratitude. In all three areas, weekly regularity becomes the most typical frequency.

#### **4.2. 2nd study**

In May–July 2021, we questioned 246 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged. In surgical field, the average refused informal payment amounted to 13,250 HUF, which is higher than the sum measured in 2020. In internal medical care, 13,467 HUF, while in pediatric field, 13,286 HUF were refused, which is also higher than in 2020. Gift giving in 2021 was rarer than before 2021.

Only a few nurses received gifts of greater value in the first four months of 2021. In the surgical field every several months once only three nurses. In the field of internal medicine, four nurses once every several months. In the field of pediatrics, three nurses once every several months. In the first four months of 2021, gifts of smaller value were much more frequent than gifts of greater value, but compared to the fall of 2020, they occurred less often. The gift given to the collective seems to be general. In internal medicine and pediatrics, the answer "never" rarely occurred. In the surgical field, did not reach the 15% rate either. In the first four months of 2021, the nurses collectively received per occasion gifts of higher value in all three examined areas. The value of those gifts exceeded the legally permitted sum. This sum should be divided by two or more and thus the sum *per capita* remains below the 2021 legal limit.

In all three examined area, it happened that the patient gave gift *ex ante*. In internal medical care and pediatric care, 20% of the nurses reported it; while in surgical field, 15%.

It hardly ever occurred that a nurse reported that their colleague received cash from the patient in the first four months of 2021. Those who, however, reported such cases, reported 20,000 HUF in the surgical field; 10,000 HUF in the internal medical care; and 5,000 HUF in pediatric care. This happened once in a month only in internal medical care. Cash was received in all three areas once in several months. (Tables 3.1., 3.2., 3.3.)

**Table 3.1.: Surgical care (n=80)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	Standard deviation
1. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	18	17	31	13	1		
2. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) per occasion?						3 409	1 751
3. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						5 846	3 221
4. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	76	3					
5. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) per occasion?						26 667	12 583
6. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						32 500	3 536
7. Did the nurses receive any gifts from a patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	11	7	37	20	5		
8. If so, how much did the gift(s) that the nurses received collectively amount to (in forints)?						9 603	4 379
9. Did you refuse cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	14	28	30	4			
10. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						13 250	11 781
11. Do you know of any colleagues who received cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	74	6					
12. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?						20 000	
13. How often did you experience a patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	13	3	13	27	24		
14. How often did you experience a patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	65	9	4	1			
15. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							

Because it constitutes a crime.	43						
Because it's not ethical.		43					
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			27				
Because the patient or their relative is vulnerable.				16			
Because I don't need the money.					2		

1 = never, 2 = once in a number of months, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week



**Table 3.2.: Internal medical care (n=99)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	Standard deviation
1. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	13	32	32	21	1		
2. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) per occasion?						2 772	1 554
3. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						5013	3 309
4. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	95	4					
5. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) per occasion?						22 500	14 053
6. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						30 000	12 247
7. Did the nurses receive any gifts from a patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	2	1	46	39	11		
8. If so, how much did the gift(s) that the nurses received collectively amount to (in forints)?						7 882	4 281
9. Did you refuse cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	24	52	18	5			
10. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						13 467	14 638
11. Do you know of any colleagues who received cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	86	11	2				
12. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?						10 000	
13. How often did you experience a patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	3	2	17	42	35		
14. How often did you experience a patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	75	16	4	1			

15. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							
Because it constitutes a crime.	46						
Because it's not ethical.		56					
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			41				
Because the patient or their relative is vulnerable.				23			
Because I don't need the money.					2		

1 = never, 2 = once in a number of months, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

**Table 3.3. Pediatric care (n=66)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	Standard deviation
1. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	8	19	32	5	2		
2. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) per occasion?						2 945	1 592
3. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						5 106	3 564
4. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?	63	3					
5. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) per occasion?						25 000	10 801
6. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints) in case of longer in-patient stay?						38 333	20 207
7. Did the nurses receive any gifts from a patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	4	1	36	22	2		
8. If so, how much did the gift(s) that the nurses received collectively amount to (in forints)?						9 233	4 309
9. Did you refuse cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	17	21	24	3	1		

10. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						13 286	16 479
11. Do you know of any colleagues who received cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?	60	6					
12. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?						5 000	
13. How often did you experience a patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	4	1	11	28	22		
14. How often did you experience a patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	54	12					
15. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							
Because it constitutes a crime.	31						
Because it's not ethical.		32					
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			29				
Because the patient or their relative is vulnerable.				10			
Because I don't need the money.							

1 = never, 2 = once in a number of months, 3 = once a month, 4 = once a week, 5 = a few times a week

### **4.3. 3<sup>rd</sup> study**

According to our survey of 2021, there were 202 nurses working in COVID-19 care: 118 women and 84 men. Sixty-eight of them were involved in the COVID-19 emergency care unit, 76 in the COVID-19 general care unit, and 52 in the COVID-19 intensive therapy unit.

According to our survey of 2021, 196 nurses worked both in COVID-19 care and outside the COVID-19 care. (Tables 4.1., 4.2., 4.3.)

**Table 4.1. Responses from nurses in the COVID-19 emergency care unit (n=68)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	S.D.
16. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	16	10	36	6			
17. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints)?						Ft2,680	978
18. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	68						
19. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints)?						Ft8,000	0
20. Did the nurses receive any gifts from a COVID-19 patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	12	7	35	14			
21. If so, how much did the gift(s) you received collectively amount to (in forints)?						Ft9,167	2,357
22. Did you refuse cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	20	31	16	1			
23. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						Ft5,000	0
24. Do you know of any colleagues who received cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	65	2					
25. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?							
26. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	9	2	8	25	22		
27. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	66		1				
28. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							
Because it constitutes a crime.	35						
Because it's not ethical.		34					
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			21				
Because the patient or their relative is vulnerable.				6			

Because I don't need the money.							
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

1=never; 2=once in a number of months; 3=once a month; 4=once a week; 5=a few times a week

**Table 4.2. Responses from nurses in the COVID-19 general care unit (n=76)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	S.D.
16. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	33	12	22	8	1		
17. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints)?						Ft3,171	1,458
18. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	73	3					
19. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints)?						Ft21,750	18,945
20. Did the nurses receive any gifts from a COVID-19 patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	10	1	25	38	2		
21. If so, how much did the gift(s) you received collectively amount to (in forints)?						Ft7,133	3,452
22. Did you refuse cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	40	17	14	4			
23. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						Ft6,500	7,036
24. Do you know of any colleagues who received cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	70	4	1				
25. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?							
26. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	3	4	16	29	24		
27. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	75						
28. If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							
Because it constitutes a crime.	31						

Because it's not ethical.		53				
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			32			
Because the patient or their relative is vulnerable.				14		
Because I don't need the money.					1	

1=never; 2=once in a number of months; 3=once a month; 4=once a week; 5=a few times a week

**Table 4.3. Responses from nurses in the COVID-19 intensive therapy unit (n=52)**

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Mean	S.D.
16. Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	13	8	22	8	1		
17. If so, how much did the gift(s) of small value amount to (in forints)?						Ft2,632	1,130
18. Did you receive any gifts of relatively high value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	52						
19. If so, how much did the gift(s) of relatively high value amount to (in forints)?							
20. Did the nurses receive any gifts from a COVID-19 patient or their relative collectively in the first four months of 2021?	11	1	22	18			
21. If so, how much did the gift(s) you received collectively amount to (in forints)?						Ft8,158	3,268
22. Did you refuse cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	20	18	14				
23. If so, how much did the cash you refused amount to (in forints)?						Ft10,000	0
24. Do you know of any colleagues who received cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021?	46	5	1				
25. If so, how much did the cash received by the colleague(s) amount to (in forints)?							
26. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative merely saying "Thank you!" for treatment in the first four months of 2021?	7	1	13	14	17		
27. How often did you experience a COVID-19 patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?	52						

28.If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason? (You may choose more than one option.)							
Because it constitutes a crime.	23						
Because it's not ethical.		30					
Because the Act on Health of Hungary forbids it.			28				
Because the patient or their relative is vulnerable.				15			
Because I don't need the money.					1		

1=never; 2=once in a number of months; 3=once a month; 4=once a week; 5=a few times a week

The vast majority of nurses in COVID-19 care had received a gift of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a COVID-19 patient or their relative once a month in the first four months of 2021 in all three areas of COVID-19 care. In the COVID-19 general care unit, gifts of small value amounted to Ft3,171 on average. In the COVID-19 intensive therapy unit, gifts of small value totaled Ft2,632 on average and in the COVID-19 emergency care unit, gifts of small value totaled Ft2,680 on average.

Only a few nurses in COVID-19 general care admitted having received a gift of higher value (e.g., a painting, jewelry, a vehicle, a labor-saving device, etc.) from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021. Gifts of relatively high value amounted to the equivalent of Ft21,750 on average.

The nurses had collectively received gifts from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021 in all three areas of care. The collectively received gifts were valued at Ft9,167 in the COVID-19 emergency care unit, Ft7,133 in the COVID-19 general care unit, and Ft8,158 in the COVID-19 intensive therapy unit.

In the COVID-19 emergency care unit, only one nurse admitted that a COVID-19 patient or their relative had given a gift before treatment in the first four months of 2021, an act which was against the law. No nurses reported the same in the COVID-19 general care unit or COVID-19 intensive therapy unit.

In all three areas, a COVID-19 patient or their relative often merely said "Thank you!" for their treatment in the first four months of 2021. In the COVID-19 intensive therapy unit, most nurses declared that this happened several times a week, although an almost equal number of them answered that this was the case once a week. In the other two areas, most nurses

reported this occurring once a week. However, almost an equal number reported that it took place a few times a week.

Latent informal payments amounted to the highest sum in the COVID-19 intensive therapy unit. Such payments also play a role in both the COVID-19 general care unit and the COVID-19 emergency care unit. Refused informal payments totaled the equivalent of Ft5,000 on average in the COVID-19 emergency care unit, Ft6,500 on average in the COVID-19 general care unit, and Ft10,000 on average in the COVID-19 intensive therapy unit.

In the COVID-19 emergency care unit, two nurses knew of a colleague who had received cash from a COVID-19 patient or their relative in the first four months of 2021. In the COVID-19 general care unit, five nurses reported that a colleague had accepted informal payment, and six nurses in the COVID-19 intensive therapy unit said the same.

Most nurses in the COVID-19 emergency care unit refused informal payments in the first four months of 2021 either because they understood that it constituted a crime or was unethical. Only six nurses from this unit turned down such offers because they said the patients or their relatives were vulnerable, and no one said that they did not need the money. Most nurses in the COVID-19 general care unit refused informal payments because they felt it was not ethical. Many other nurses serving there declined such offers because they saw that it constituted a crime or because the Act on Health of Hungary forbade it. Fourteen respondents reasoned that the patients or their relatives were vulnerable, and one nurse said that they did not need the money. Most nurses working in the COVID-19 intensive therapy unit found informal patient payments unethical. Many nurses serving there turned them down either because they understood that this constituted a crime or because the Act on Health of Hungary forbade it. Fifteen nurses felt that the patients or their relatives were vulnerable, and one nurse responded that they did not need the money (see Tables 4.1., 4.2., 4.3.).

We compared the answers to the very same questions relating to COVID-19 care and not COVID-19 care. Significance arose not in all answers to all questions. We put the stress on questions entailing answers with significant difference between COVID-19 and not COVID-19 care.

The distribution of the answers differed significantly ( $p=0.004$ ) to the question ‘Did you receive any gifts of small value (e.g., candy, coffee, an alcoholic beverage, flowers, a handmade object, etc.) from a patient or their relative in the first four months of 2021?’ In the COVID-19 care, more nurses answered ‘never’ than outside the COVID-19 care; while less COVID-19 nurses answered once a week than nurses working not in the COVID-19 care.



The distribution of the answers differed significantly ( $p < 0.001$ ) to the question ‘Did the nurses receive any gifts from a COVID-19 patient or their relative collectively in the first four months of 2021?’. ‘Never’ occurs more times in COVID-19 care; while more not COVID-19 nurses answered a few times a week.

The distribution of the answers differed significantly ( $p < 0.001$ ) to the question ‘Did you refuse cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?’ The answer ‘never’ occurred in a higher number in COVID-19 care than in not COVID-19 care.

The distribution of the answers differed significantly ( $p = 0.029$ ) to the question ‘Do you know of any colleagues who received cash from a patient or their relative in the first four months of 2021?’ In COVID-19 care, more nurses did not know of any colleague having received cash than in not COVID-19 care.

The distribution of the answers differed significantly ( $p < 0.001$ ) to the question ‘How often did you experience a patient or their relative giving a gift before treatment in the first four months of 2021?’ In COVID-19 care, nurses answered in a larger number that they more rarely received *ex ante* gifts than not in COVID-19 care.

To the question ‘If you refused an informal payment in the first four months of 2021, what was the reason?’, in COVID-19 care, the nurses answered ‘because the patient or their relative is vulnerable’ significantly more rarely than in not COVID-19 care ( $p = 0.029$ ).

No significant differences arose when comparing the answers to the rest of the questions.

## 5. Discussion

Both law and ethics are needed to surmount the ancient problem of corruption in health care. The informal patient payments have been tolerated since the communist regime in Hungary. Now, the time of its eradication has arrived. However, we have to eliminate other forms of health care corruption as well. The investigative authorities should focus on all sorts of corruption in health care.

According to the EBRD – World Bank Life in Transition Survey, the Slovenian and the Czech attempts to make informal patient payments vanish were mostly successful. The data resulting from this survey show it black on white (Mihályi, 2009, p. 47.).

In the marketplace, those who pay the most get the best healthcare service. The free market economy was introduced in Hungary from January 1<sup>st</sup>, 2012, when the old Constitution was substituted by the new Basic Law, not containing the term "social market economy". This process developed into the secession of private healthcare from public healthcare. See the Sections 6:487-6:490 of the Civil Code of Hungary of 2013 on private health insurance! The advances in the healthcare sector are not unique ones. The rule of law of Hungary has been shaped and reshaped by the lawmakers during the over three decades of democracy in Hungary. The healthcare sector and the inherent system problems are important indicators of the level of rule of law and democracy in all countries of the world. Hungary's healthcare sector reflects the changes of the laws relating to the functioning of the human right to life and health.

As to the eleven points of the Hungarian Medical Chamber issued in 2020, in comparison with the conclusions from the article by Velkey et al. (Velkey et al., 2022), those eleven major problems have not been all resolved yet. The seventh point of the Hungarian Medical Chamber made it clear that many physicians did the work of the nurses merely to obtain informal payment instead of the nurses. According to the new regulation, in effect from 2021 in Hungary, the legal opportunity to give a gift of relatively small value after treatment might be a compromise among physicians, nurses, patients, and the state. For example, in France, the institution of *caisse de café* is a legal possibility to give a banknote of €20 or €50 to the nurses. The patient, when leaving the health care facility, may put this banknote into a transparent plastic box, so that anyone can see it.

Horodnic et al. reported that, in 2020, informal patient payments were present in Hungary, among many other Central and Eastern European countries. Horodnic et al. wrote that "The finding is that there are large disparities between countries in the prevalence of informal

payments, and that the practice is more likely to occur where there are poorer formal and informal institutions, namely higher acceptability of corruption, lower trust in authorities, lower perceived transparency in handling the COVID-19 pandemic, difficult access to and poor quality of healthcare services, and higher mortality rates due to the COVID-19 pandemic” (Horodnic et al., 2021, p. 1). The international literature has usually understood "physicians” when writing about informal payments. However, the nursing profession has also been tainted by informal payments. The COVID-19 pandemic brought about a special healthcare and legal situation. Until 2020, *ex post* informal patient payment was legal in Hungary, although, the pandemic rendered it more difficult than before. The opportunities to give informal payment were reduced because of patients not being in state to give anything to the health professionals. The relatives of the patients were also kept away from the healthcare facilities. The COVID-19 pandemic was a sort of booster to leave behind informal patient payments for ever. The ethical need to get rid of informal patient payment was for long neglected in Hungary. During the pandemic, the nurses have suffered physical and psychological decompensation and they have been the biggest losers of the healthcare discrepancies rooted in the legislation. Although, the informal patient payments have decreased, this transfer of physical and psychological burden is still present in the Hungarian healthcare.

We conducted survey among Hungarian nurses in 2020 in non-COVID care, before the change in legislation related to informal patient payments. In 2021, we conducted surveys among Hungarian nurses in COVID-19 care and in non-COVID care as well. The latter two were performed after the new legislation had put a ban on informal patient payments.

In 2020, nurses accepted gifts and informal payments as well. The higher sums were more frequent among nurses working in the surgical field.

In Hungary, nurses usually divide chocolate, coffee, and other gifts among themselves when their shift is over. This strongly resembles the custom of waiters splitting tips at the end of their shift. If we divide the sum of collectively received gifts, it is far below the legal limit.

Our results demonstrated that nurses usually accepted small gifts. In 2021, a gift of small value amounted to Ft3,000 on average. However, high informal payments and gifts of high value were rare. In 2021, a gift of high value amounted to approximately Ft22,000-27,000. In 2021, the refused informal payment was *circa* Ft13,000 on average. (Julesz and Kereszty, 2021; Julesz and Kereszty, 2022)

In 2021, in COVID-19 emergency care unit, a gift of high value amounted to Ft8,000; in COVID-19 general care unit, a gift of high value amounted to Ft21,750 on average, which is far above the legal limit. In COVID-19 intensive therapy unit, we have no data. The cash refused

in COVID-19 care in 2021 amounted to Ft5,000 in emergency care unit; to Ft10,000 in intensive therapy unit; and to Ft6,500 on average in general care unit.

Since 2021, with the criminal sanctioning of informal payments, nurses seem to be afraid to accept illegal money or illegal *ex ante* gifts. This can partly be explained by their sense of ethics and partly by fear of legal consequences (Julesz and Kereszty, 2021; Julesz and Kereszty, 2022).

As compared to our results from a survey among nurses working in not COVID-19 care in the same period of 2021, they received gifts of relatively high value more frequently than their peers who cared for COVID-19 patients, and the value of the gifts was also higher. A similar trend was noted for gifts of small value. Informal payments that were offered but refused were also lower among COVID-19 care nurses (Julesz and Kereszty, 2022).

In time of COVID-19 pandemic, the access to non-COVID-19 health care services was restricted, this leading to gifts of higher value, expressing the gratitude of the patients for having the opportunity to meet a health professional personally.

As compared to our 2020 survey among nurses working outside COVID-19 care, the sums of refused informal payments increased in 2021, a situation which may also be explained by inflation in Hungary (Julesz and Kereszty, 2021).

We demonstrated that gifts of small value rarely went to nurses working in the COVID-19 care. The reason thereof is that COVID-19 patients are not in state to purchase gifts, having been transported from home immediately to the COVID-19 emergency care unit and, from there, either to the general COVID-19 care unit or to the COVID-19 intensive therapy unit. The lack of opportunity to ask a relative to bring gift to the COVID-19 care also limits gift-giving. The danger of contamination makes it forbidden to give any object to the nurses in COVID-19 care. In COVID-19 care, the collectively received gifts are also rarer than in not COVID-19 care. It fortifies the previous statement. In COVID-19 care, nurses answered in a larger number that they more rarely received *ex ante* gifts than not in COVID-19 care. It is also a data underlining that gift-giving was not typical in the COVID-19 care. Albeit, a certain degree of illegal behavior still exists among the nurses.

The nurses in COVID-19 care accepted more informal payments than not in COVID-19 care. The answers to the question why nurses refused informal payments in the first four months of 2021 reflect that nurses were not touched by the vulnerability of the patients and their relatives. That is, informal payments going to nurses working in the COVID-19 care happened more frequently than in not COVID-19 care. Nevertheless, the nurses in COVID-19 care did not intend to divulge that their colleagues also received informal payments. All that means that

the nurses in COVID-19 care accepted money rather than gift. In addition, they did not want to report their fellow nurses to the authorities. Since there is no room for gift-giving in COVID-19 care, the patients offer money instead. There was no controlling of the nurses in COVID-19 care by the covert agents of the National Protective Service of Hungary in the first four months of 2021. Anyway, it would be difficult for the Service to be present in the COVID-19 care. We can rather rely on the data provided by the COVID-19 care nurses. The patients giving informal payments are motivated to compensate the workload of the nurses in COVID-19 care.

Day et al. argued that "Gifts are not inevitably associated with gratitude, and gratitude does not demand a gift, but much gift-giving does go on in health care settings and this raises ethical issues" (Day et al., 2020, p. 2306). Morse arrived at the following result: "As nurses work for the hospital, the act of giving care to the patient creates an imbalance, a feeling of indebtedness in the patient toward the nurse" (Morse, 1991, p. 597). This psychological aspect of gift-giving to nurses is important for Hungary, a country now on the way out of a system of informal patient payments. The patients psychically need to have an opportunity to express their gratitude. That is why a legal possibility to give *ex post* a gift of small value is maintained according to Section 138/A of the Hungarian Act on Health of 1997, in effect from January 1st, 2021. The lawmakers foresaw this need of the patients and left the door open for those who really feel gratitude toward the nurses. In my opinion, the expression of gratitude is both ethically and legally correct only if the patient or their relatives have not even a slight intention or knowledge of corrupting the nurse. When examining a gift-giving case, not only the mere act of gift-giving should be scrutinized, but great attention should be paid to the state of mind of the gift-giver. Corruption cannot be committed negligently or recklessly, so in an involuntary way.

One of the main problems with gift-giving in COVID-19 care is that, from the aspect of virus transmission, it is inappropriate to accept informal payments or gifts. In COVID-19 care, gifts are usually given after treatment and do not exceed the legal limit.

Riskin et al. believe that 'when individuals are thanked by others for a particular action, they often experience stronger feelings of social worth and the need to give back, which, in turn, motivates them to engage in further such actions' (Riskin et al., 2019, p. 6; Grant and Gino, 2010). This kind of motivation exists among Hungarian nurses alike. However, the thankful heart of the patients should not be tainted by money or precious chattels.

According to our results measured in the fall of 2020 in non-COVID-19 care, 57% of the responding nurses reported that they were thanked verbally or in writing only once a month.

According to about 6.5%, they have never been thanked for their work in this way. About 5% of them admitted that they were verbally thanked for their work more than once a week.

A change is demonstrated by our research conducted in May-July 2021. In all three areas under examination, a large number of nurses involved in COVID-19 care reported that they had merely received a spoken “Thank you!” for the treatment. This factor is very important because saying “Thank you!” costs nothing. However, this positive feedback from a patient or their relative fortifies nurses psychologically and encourages them to continue doing their best for other patients as well. The case is similar when patients and would-be patients applaud the nurses, the entrepreneurs offer food and beverage to nurses and other health professionals. All this demonstrates that the social capital is a real value helping societies defeat a pandemic. The recognition of the nurses’ work is not only a question of money. The cooperation of the patients with the health professionals is a must in the time of COVID-19 pandemic too. This social capital strengthened during the waves of COVID-19 pandemic and should be maintained after the SARS-CoV-2 vanishes or becomes less dangerous to the people. This social value could be one of the main profits of this pandemic.

In all three areas under examination, the nurses asserted that they refused informal payments. This means that the patients still attempted to corrupt the nurses and were thus committing the active form of corruption. These refusals suggest that a latent form of informal payments is still present among nurses in Hungary. The new regulation is still too fresh. More time is needed to ascertain whether informal payments can be eradicated by means of criminal law. Some criminal proceedings have been initiated against nurses, while patients that offer informal payments have not yet been convicted in Hungary under the new regulation, which has been in effect from January 1, 2021. The sums of refused informal payments are not relevant from a Western European perspective. However, they are high compared to the average monthly salary of a Hungarian patient or nurse. The pay rise of the nurses is not comparable to that of the physicians. In addition, patients that offer informal payments are or have been exposed to the vicissitudes of the COVID-19 pandemic, so they form a vulnerable group within the larger group of patients.

The argument of a patient’s vulnerability rarely emerged among the reasons why Hungarian nurses refused informal patient payments in COVID-19 care. Their illegality is the main motivation. Certainly, nurses still need this money. However, they are deterred by legal sanctions. Further, empathy towards vulnerable COVID-19 patients is not a frequent reason for them to refuse such payments in COVID-19 care. Among the five possible answers, solely the vulnerability of the patients showed significant difference between nurses working in the

COVID-19 care and those working not in the COVID-19 care. It is possible that the burnout of the nurses working in COVID-19 care resulted in PTSD and thus led to significantly less nurses refusing informal patient payments in COVID-19 care on grounds of the patient's or relative's vulnerability than in not COVID-19 care.

Preventing corruption in health care can be understood from two aspects: medical and legal. A combination of medical and legal notions of prevention should be applied:

1) Primary medico-legal prevention involves eliminating the danger of corruption to stop the formation of a medical culture marked by gratitude payments and other unofficial corrupt moneys going to health care workers. This may happen via legislation as well as through directives issued by the head of a medical facility to regulate the acceptance of gratitude payments at the local level.

2) Secondary medico-legal prevention entails recognizing cases of corruption in health care and bringing those cases to the head of the medical facility and, if necessary, to the Committee of Ethics, or, as a last resort, to court. A sanction applied would prevent the nurse concerned from repeating the corrupt act (specific prevention) and other nurses from imitating it (general prevention).

Since the problem of gratitude payments is a mixed one, it must be approached by uniting ideas from medical prevention with those of legal prevention. These combined notions would best serve to eliminate the emerging and growing problem of such payments in the health care sector. The emphasis is on primary medico-legal prevention, since it aims to halt the development of a corrupt health care culture. However, it is also important to recognize and punish corruption so that the punishment deters other health care workers from committing similar unlawful acts. The accent is not on punishment, but on preventing a generation of cases in which some sort of punishment is unavoidable. Punishing a medical worker is a sign of the malfunctioning of the local health care culture. It is detrimental not only to the worker concerned, but also to the good reputation of the health care sector. It is a warning sign to patients not to trust in their treating doctors and nurses. Thus, patients feel encouraged to purchase the attention of nurses. When this phenomenon becomes widespread, it snowballs.

The many kinds of corruption combined with a variety of medico-legal cultures result in a large number of kinds of health care corruption. In addition, some unofficial payments do not constitute a crime; however, giving a gift to a nurse, for example, still raises ethical considerations. Differentiating a criminal act from an immoral act is of great relevance because the person today does not consider the breach of ethical norms as a serious unlawful act. In the history of humanity, people used to equate immorality and crime. This changed in everyday

people's minds. Today, when we assert that a certain problem is of a moral sort, it is also meant that the problem should not be handled rigorously. This sort of indulgence is an acceptable step forward; however, it should not be understood as permission to behave immorally. This latter problem is at the heart of the petty corruption in the health care sector.

It would be an advisable way to carve into the minds of both patients and medical workers that being punished for immorality is as disadvantageous as being brought to criminal court. A change in people's mindset could help eradicate even the thought of corrupt payments from the local health care culture. Besides the education of health professionals, the patients should also be taught, for example through TV and Internet advertisements, why not to offer informal payments.

In my opinion, the criminalization of informal payments to nurses is the last resort of the lawmakers. If we can surmount corruption by ethical measures, such as bringing the case before the Ethical Committee of the Chamber of Hungarian Health Care Professionals, it would be the ideal solution of the case. In Hungary, we could see that declaring informal payments to nurses unethical was not sufficient to eradicate this phenomenon. The Hungarian lawmakers had to make a step forward and find a more serious way of legal sanctioning of the informal payments and *ex ante* gift-givings.

"In addition to the informal payments, in Bulgaria, Hungary and Ukraine, respondents also report that they brought goods for their last hospitalization at the medical staff's request" (Stepurko et al., 2017, p. 454). This statement is based on data collected in 2010-2011. The phenomenon hardly survived in COVID-19 care because COVID-19 patients could bring only a limited amount of goods, if any. In general COVID-19 care, the patients could bring some goods with them, though, it usually did not last until the end of their hospitalization. In intensive COVID-19 care, patients had no opportunity to bring any goods with them. The families of the COVID-19 patients were not allowed to get in physical contact with the patients. The family members could not informally pay to the nurses and other health professionals. Before the augmentation of the healthcare salaries, it meant a loss of revenue for the physicians. The nurses suffered this loss of informal revenue after 2021 as well, although, they got extra money from the state budget, the right to travel free of charge by public transport and 10 days of extra paid leave per year.

The COVID-19 pandemic brought deep social problems to the surface. One of these problems was the low pay in health care. Those who saved the lives of COVID-19 patients could not remain without a proper remuneration. The physicians' salaries were greatly augmented, however, the nurses' salaries were not increased in a similar measure. Nevertheless,



the ethical behavior could help nurses surmount the financial difficulties. Day et al. are of the following opinion: "Medical professionals are urged to ask themselves questions about the motivations of patients in giving gifts, necessitating a degree of interpretation that cannot be encoded in policies" (Day et al., 2020, p. 2307). Similar questions should arise in Hungarian nurses too before accepting any gifts. The grateful heart of the patient should not be disputed at first sight, however, when a nurse has more than a doubt that the patient gives a gift with an illegal purpose, the nurse ought to refuse this gift, even if it falls within the new Hungarian legal limits. The moral cleanliness of the nurses precedes a merely legal approach to gift-giving. The moral cleanliness of the Hungarian nurses is a precious value that characterizes a whole country's health care ethics.

Regarding the advantages of the changes brought about by the COVID-19 pandemic, it is noticeable that telemedicine came forth in health care (Julesz, 2020; Julesz 2022). The telemedicine does not give opportunity to the patients to give and to the nurses to accept informal payments or gifts. This consequence of the pandemic will hopefully be maintained after the pandemic too.

The experiences of the latest months show that the new regulation changed the tools of corruption in health care and the physicians almost always cooperate with or involve the nurses when asking informal payment from the patients.

The limitations of our research are that only inpatient ward nurses participated in the research, not other professionals (e.g. physiotherapists, laboratory assistants, X-ray assistants).

## 6. Conclusions

From 2021, accepting and offering informal payments in Hungarian healthcare has been outlawed and punishable pursuant to the Hungarian Criminal Code. Only gifts of small value may be legally accepted after care.

Even if the nurses know what they are permitted to accept and what they are not, not all laic patients know about the prohibition by law. However, the principle of “ignorance of law excuses no one” still applies to them.

Our results suggest that Hungarian nurses by and large follow the new regulations and thus respect the patients’ right to human dignity. Most nurses know about the legal ban on informal patient payments, since they answered that they refused cash because it constituted a crime and/or because the Act on Health forbids it. The ethical argument to refuse informal patient payments is also relevant among the nurses.

Among others, this thesis displays the attitude of Hungarian nurses involved in COVID-19 healthcare toward accepting or refusing informal patient payments and gifts. As compared to our results of 2020 in non-COVID care, the sum of offered but refused cash augmented in 2021 in non-COVID care. The cash offered by the patients and refused by the nurses was typical in COVID-19 care. The term “refused cash” might allude to latent informal patient payments.

According to our results, the gift-giving is still present after the regulation changes of 2021, however, it is rarer in COVID-19 care than in non-COVID care. The ethically acceptable small gifts are more typical than gifts of high value.

The accent on verbally thanking the nurses for their work has been fortified during the years of COVID-19 pandemic, as shown by our results. It furnishes the nurses with a psychological comfort feeling which has a huge impact on their working morale. Nevertheless, the argument of a patient’s vulnerability rarely emerged among the reasons why Hungarian nurses refused informal patient payments in COVID-19 care. The latter phenomenon is alarming. Their illegality is the main motivation.

Slovenia and the Czech Republic made great advances in eradicating corrupt payments in health care. Many other post-communist countries also tried to stand up against corruption in health care, however, with less success. The examples of Slovenia and the Czech Republic cannot be directly imitated in Hungary. The informal patient payments and excessive or *ex ante* gifts have been concomitant with the Hungarian social and legal culture for long.

Many of the post-communist countries have tried to stand up against corruption in health care, though, with little success. The new Hungarian legislation on informal patient payments is one of the greatest legislative attempts and it is too early to draw final consequences from an introductory period.

The eradication of corrupt payments in healthcare might lead to patients going to private healthcare instead of public healthcare. The waiting list in private healthcare have become longer than before the elimination of gratitude payments. In Hungary, most patients are entitled to social security, although, many of them opt for private healthcare where they may pay legally for an otherwise free of charge healthcare service. A great number of nurses went to the private healthcare because of the higher salaries. It is not necessarily a negative outcome. It might mean the restructuring of the healthcare sector. In the near future, the accent might be put on the private healthcare. According to Sec. 138/A Para. (3) of the Hungarian Act on Health, informal payments and excessive gift-givings are forbidden not only in the public, but also in the private healthcare. The fees of a private clinic are set up according to the rules of a free market economy, so the patients do not really feel motivated to give more money than necessary.

The technical development in health care has put the telemedicine in relief during the COVID-19 pandemic. The technical development, mainly the telemedicine, is also a factor that excludes illegal practices, such as, e.g., the offering and acceptance of informal payments or gifts. The COVID-19 pandemic *per se* reduced the opportunity to give and accept informal patient payments and gifts. The pandemic brought about other sorts of corruption; such as, e.g., falsification of immunization certificates for bribes.

A significant pay rise for nurses is needed in the health care system. Even if everyone seems to know the prohibition of informal payments and *ex ante* gift-givings, though in a diminished measure, this phenomenon is still present among nurses. In nursing education, the communication skills should, *inter alia*, more focus on how to refuse informal patient payments in a polite way. The patients should not be hurt by the refusal, *a fortiori*, it is the nurses' task to make the patients understand that *ex ante* gifts and informal payments have no room in the Hungarian health care system. The nurses have to apply the laws relating to them, so it is important that they learn and refresh both their professional and legal knowledges. At first sight, this task of the nurses is too hard and is opposed to their low educational level. In Hungary, the nurses are accustomed to receive coffee and candies, this tradition originating from the communist health care system before the 1990s.

The informal payments and gifts going to nurses in Hungary have not been in depth similarly analyzed previously to our research. Our results give a view of the new tendencies

detectable in the acceptance of informal payments. This phenomenon is to be further researched.

## 7. New findings

1. According to our results, almost all nurses are in knowledge of the new regulation related to informal patient payments in Hungary.
2. The informal patient payment has not wholly vanished from the Hungarian health care system despite the legislative measures in effect from January 1<sup>st</sup>, 2021. In a latent form, it seems to survive in a certain measure, as shown by the refused informal patient payments.
3. The Hungarian nurses' attitude regarding informal patient payments is largely based on the standards of ethical conduct. Many Hungarian nurses respect the criminal as well as the ethical prohibition of informal payments.
4. The legally allowed form of gift-giving is still present among nurses, though, not in a corrupt way.
5. The legally acceptable *ex post* gifts not exceeding Ft10,000 represent a compromise in order to leave room for patients to express their true gratitude.
6. The psychological factor exerts an important effect on the nurses' professional behavior, as reflected by the role of "Thank you!".
7. It is worrisome that the argument of the patient's vulnerability rarely emerged among the reasons why Hungarian nurses refused informal patient payments in COVID-19 care.
8. While, by and large, the answers of nurses working in surgical care, internal medical care and pediatric care show heterogeneity both in the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> studies, the answers of nurses in COVID-19 care are rather homogeneous.

## 8. References

Allan, A. and Davidson, G. R., “Respect for the dignity of people: What does this principle mean in practice?” 2013, *Australian Psychologist*, 48(5), pp. 345–352. DOI:10.1111/ap.12012

Balázs, P., “Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk,” 2007, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 45(4), pp. 11-19.

Berki, E., Czethoffer, É. and Szabó, E.: “Nurses and other health care professionals.” In: Fazekas, K. and Neumann, L. (Eds.): *The Hungarian Labour Market 2014* (pp. 201–202). Budapest: Center for Economic and Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences & National Employment Non-Profit Public Company Ltd., 2014.

Bognár, G., Gál, R. I. and Kornai, J., “Hálapénz a magyar egészségügyben,” 2000, *Közgazdasági Szemle*, 47(4), pp. 293-320.

Chereches, R.M., Ungureanu, M., Rus, I. and Baba C., “Informal payments in the health care system – research, media and policy,” 2011, *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, no. 32E, pp. 5–14.

Chereches, R.M., Ungureanu, M.I., Sandu, P. and Rus, I.A., “Defining informal payments in healthcare: a systematic review,” 2013, *Health Policy*, 110(2–3), pp. 105–114. DOI:10.1016/j.healthpol.2013.01.010

Cohen, N., “Informal payments for health care – the phenomenon and its context,” 2012, *Health Economics, Policy and Law*, 7(3), pp. 285–308. DOI:10.1017/S1744133111000089

Converso, D., Loera, B., Viotti, S. and Martini, M., “Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout,” 2015, *Frontiers in Psychology*, 6, Article Number: 470. DOI:10.3389/fpsyg.2015.00470

Czeglédi, E. and Tandari-Kovács, M., “Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses,” 2019, *Orvosi Hetilap*, 160(1), pp. 12-19. DOI:10.1556/650.2019.30856

Day, G., Robert G. and Rafferty, A. M., “Gratitude in Health Care: A Meta-narrative Review,” 2020, *Qualitative Health Research*, 30(14), pp. 2303-2315. DOI:10.1177/1049732320951145

Ensor, T. and Savelyeva, L., “Informal payments for health care in the former Soviet Union,” 1998, *Health Policy and Planning*, 13(1), pp. 41–49. DOI:10.1093/heapol/13.1.41

Gaal, P., Velkey, Z., Szerencses, V. and Webb, E., “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?” 2021, *Health Policy*, 125(7), pp. 833–840. DOI:10.1016/j.healthpol.2021.04.014

Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O. and Rada, G., “Interventions to reduce corruption in the health care sector,” 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, Article No. CD008856, n.p. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub2> (Accessed on 15 Aug. 2019.)

Grant, A. M., “Relational job design and the motivation to make a prosocial difference,” 2007, *Academy of Management Review*, 32(2), pp. 393-417.

Grant, A. M. and Gino, F., “A little thanks goes a long way: explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior,” 2010, *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(6), pp. 946-955. DOI:10.1037/a0017935

Habibov, N. and Cheung, A., “Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates,” 2017, *Social Science & Medicine*, 178, pp. 28–37. DOI:10.1016/j.socscimed.2017.02.003

Haiman, É. (2022). <https://novekedes.hu/interju/korrupciomegelozesi-vezeto-tobb-tucategzessegugyi-dolgozo-ellen-tettek-mar-feljelentest> (Accessed on 11 May 2022.)

Horodnic, A. V., Williams, C. C., Druga, R. I. and Incaltarau, C., “Informal Payments by Patients in Central and Eastern Europe during the COVID-19 Pandemic: An Institutional Perspective,” 2021, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), Article Number: 10914. DOI:10.3390/ijerph182010914

Julesz, J., “Ethics in medicine: notes,” Publisher: Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, 1987.

Julesz, M., “Health equity and health data protection related to telemedicine amid the COVID-19 pandemic,” 2022, *Információs Társadalom*, 22(2), pp. 27-38. DOI: 10.22503/inftars.XXII.2022.2.2

Julesz, M., “Telemedicine and COVID-19 pandemic,” 2020, *Információs Társadalom*, 20(3), pp. 27-38. DOI:10.22503/inftars.XX.2020.3.2

Julesz, M., “The legal history of gratitude payments to physicians in Hungary,” 2018, *Journal on European History of Law*, 9(1), pp. 149–157.

Julesz, M. and Kereszty, É. M., “The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses,” 2021, *Orvosi Hetilap*, 162(41), pp. 1858–1668. DOI:10.1556/650.2021.32232

Julesz, M. and Kereszty, É. M., “Gift and informal payment to Hungarian nurses after the regulation changes in 2021,” 2022, *Orvosi Hetilap*, 163(9), pp. 362-372. DOI:10.1556/650.2022.32416

KSH (2015). “Borraaló és hálapénz” [“Tips and gratitude money”]. *Statisztikai Tükör*, 16. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf> (Accessed on 10 Oct. 2018.)

Liu, T. and Sun, M., “Informal payments in developing countries’ public health sectors,” 2012, *Pacific Economic Review*, 17(4), pp. 514–524. DOI:10.1111/j.1468-0106.2012.00597.x



Locklear, L. R., Sheridan, S. and Kong, D. T., “Appreciating social science research on gratitude: An integrative review for organizational scholarship on gratitude in the workplace,” 2022, *Journal of Organizational Behavior*, DOI:10.1002/job.2624

Macklin, R., “Dignity is a useless concept – It means no more than respect for persons or their autonomy,” 2003, *British Medical Journal*, 327(7429), pp. 1419–1420. DOI:10.1136/bmj.327.7429.1419

McCrudden, C., “Human dignity and judicial interpretation of human rights,” 2008, *European Journal of International Law*, 19(4), pp. 655–724. DOI:10.1093/ejil/chn043

McPake, B., Asiimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L., Streefland, P. and Turinde, A., “Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care,” 1999, *Social Science & Medicine*, 49(7), pp. 849-865. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00144-6

Mejsner, S. B. and Karlsson, L. E., “Informal payments and health system governance in Serbia,” 2017, *Sage Open*, 7(3), pp. 1–13. DOI:10.1177/2158244017728322

Meskarpour-Amiri, M., Assari-Arani, A., Sadeghi, H. and Agheli-Kohnehsahri, L., “Socioeconomic factors affecting informal payments in the health sector,” 2016, *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, (47E), pp. 116–128.

Mihályi, P., “Hálapénz: Magyarország az élvonalban,” 2009, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47(1), pp. 47-48.

Mohos, M.: “Az orvos iránti hála kifejezésének néhány írott és tárgyi emléke a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár gyűjteményeiben – Paraszolvencia egykor és ma” [“Expressions of thanks to physicians: Gratitude payments then and now”]. In: Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége Tudomány- és Technikatörténeti Bizottsága (Ed.): *Studies into the history of science, technology and medicine* (pp. 141–144). Budapest, 1998.

Morse, J. M., “The structure and function of gift giving in the patient-nurse relationship,” 1991, *Western Journal of Nursing Research*, 13(5), 597–615. DOI:10.1177/019394599101300503

Paredes-Solis, S., Andersson, N., Ledogar, R. J. and Cockroft, A., “Use of social audits to examine unofficial payments in government health services,” 2011, *BMC Health Services Research*, 11(Supp. 2), n.p. DOI:10.1186/1472-6963-11-S2-S12

Parsa, M., Aramesh, K., Nedjat, S., Kandi, M. J. and Larijani, B., “Informal payments for health care in Iran: Results of a qualitative study,” 2015, *Iranian Journal of Public Health*, 44(1), pp. 79–88.

Pitea, M., Cojocaru, D. and Oprea, L., “Ethical aspects of informal payments in the healthcare system,” 2014, *Revista Romana de Bioetica*, 12(4), pp. 163–174.

Pourtaleb, A., Jafari, M., Seyedin, H. and Akhavan, B.A., “A pervasive review study on informal patient payments,” 2018, *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 7(11), pp. 57–65.

Reaume, D. G., “Discrimination and dignity,” 2003, *Louisiana Law Review*, 63(3), pp. 645–695.

Riskin, A., Bamberger, P., Erez, A., Riskin-Guez, K., Riskin, Y., Sela, R., Foulk, T., Cooper, B., Ziv, A., Pessach-Gelblum, L. and Bamberger, E., “Expressions of Gratitude and Medical Team Performance,” *Pediatrics*, 2019, 143(4), e20182043. DOI:10.1542/peds.2018-2043

Schaaf, M. and Topp, S. M., “A critical interpretative synthesis of informal payments in maternal health care,” 2019, *Health Policy and Planning*, 34(3), pp. 216–229. DOI:10.1093/heapol/czz003

Schachter, O., “Human dignity as a normative concept,” 1983, *American Journal of International Law*, 77(4), pp. 848–854. DOI:10.2307/2202536

Simkhada, P., van Teijlingen, E., Sharma, G., Simkhada, B. and Townend, J., “User costs and informal payments for care in the largest maternity hospital in Kathmandu, Nepal,” 2012, *Health Science Journal*, 6(2), pp. 317–334.

Slot, B., de Swart, L., Weistra, K., Oortwijn, W., van Wanrooij, N. and Raets, T. (2017). “Updated study on corruption in the healthcare sector,” 68. European Commission [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928\\_study\\_on\\_healthcare\\_corruption\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928_study_on_healthcare_corruption_en.pdf) (Accessed on 5 Feb. 2019.)

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L., “Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: Old habits die last...” 2016, *European Journal of Health Economics*, 17(2), pp. 159–170. DOI:10.1007/s10198-015-0666-0

Starkey, A. R., Mohr, C. D., Cadiz, D. M. and Sinclair, R. R., “Gratitude reception and physical health: Examining the mediating role of satisfaction with patient care in a sample of acute care nurses,” 2019, *Journal of Positive Psychology*, 14(6), pp. 779-788. DOI:10.1080/17439760.2019.1579353

Stegen, A. and Wankier, J., “Generating Gratitude in the Workplace to Improve Faculty Job Satisfaction,” 2018, *Journal of Nursing Education*, 57(6), pp. 375-378. DOI:10.3928/01484834-20180522-10

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Gaál, P. and Groot W., “Patterns of informal patient payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: a comparison across countries, years and type of services,” 2017, *Health Policy and Planning*, 32, pp. 453-466. DOI: 10.1093/heapol/czw147

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I. and Groot W., “To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers’ perception,” 2015, *Health Expectations*, 18(6), pp. 2978–2993. DOI:10.1111/hex.12281

Tambor, M., Klich, J. and Domagala, A., “Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage?” 2021, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article Number 1382. DOI:10.3390/ijerph18041382

Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada C. and Groot W., “The formal-informal patient payment mix in six European countries: Governance, economics, culture or all of these?” 2013, *Health Policy*, 113(3), pp. 284–295. DOI:10.1016/j.healthpol.2013.09.011

Velkey, Z., Mikešy, G., Lorenzovici, L. and Gaál, P., “Jó ötlet-e a paraszolvencia kriminalizálása? A szabad orvosválasztás szerepe a jelenség megszüntetésében,” 2022, *Orvosi Hetilap*, 163(42), pp. 1670-1681. DOI:10.1556/650.2022.32528

Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z. and Hall R., “Informal payments in government health facilities in Albania,” 2006, *Social Science and Medicine*, 62(4), pp. 877–887. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.07.005

### **8.1. List of legal sources**

Act No. II of 1972 on Health

Act No. CLIV of 1997 on Health

Act No. C of 2012 on the Criminal Code

Act No. V of 2013 on the Civil Code

Act No. LXXXIII of 2003 on the Chamber of Hungarian Health Care Professionals

Act XCVII of 2006 on the Professional Chambers in Healthcare

Act XXVIII of 1994 on the Hungarian Medical Chamber

## **9.Acknowledgements**

I express my thanks to Dr. Éva Kereszty who was the tutor of my thesis.

I am grateful to Dr. Roland Weiczner for the opportunity to defend my thesis as a researcher of the Department of Forensic Medicine of the University of Szeged.

I say thanks to Szilvia Vér at the Nursing Directorate of the University of Szeged for the help to distribute the survey sheets among the nurses.

My thanks go to Dr. Ferenc Rárosi for his biostatistical help.

I say thanks to my family and colleagues.

I am also grateful to all my Professors who helped me during my career.

\*\*\*

# A hálapénzzel kapcsolatos szokások a magyar egészségügyi szakdolgozók körében

Julesz Máté dr. ■ Kereszty Éva Margit dr.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged

**Bevezetés:** Magyarországon 2021. január 1-jétől a hálapénz minden formájának adása és elfogadása bűncselekmény, kivéve a legföljebb a minimálbér 5%-át (8370 forintot) elérő ajándékot. Míg a tilalmat az orvosok esetében jelentős béremelés kompenzálja, addig a szakdolgozók korábban is kevésbé vizsgált hálapénzjuttatásának helyzetére és megváltozására vonatkozóan alig vannak adatok.

**Célkitűzés:** A szakdolgozói hálapénz 2020 végi kiinduló helyzetének feltárása és az új jogszabályi előírások becsülhető hatásainak vizsgálata a szakdolgozók által nyújtott információ alapján.

**Módszer:** 2020 ősztől 167 egészségügyi szakdolgozó kérdőíves felmérése történt meg a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjában a hálapénzadás motivációinak, formáinak és körülményeinek, valamint összegének megismerése érdekében. Az eredményeket elsősorban leíró statisztikai formában elemeztük, különös tekintettel a műtéti, a belgyógyászati és a gyermekgyógyászati szakterületek között mutatkozó különbségekre; és összevetettük az új törvény hatására várható változásokkal.

**Eredmények:** A 167 válaszadóból 93-an műtéti/operatív területen, 54-en belgyógyászati jellegű területen, 18-an pedig a gyermek/ifjúsági ellátásban dolgoznak. Mindegyik szakterületen megjelent a hála mellett a korrupciós célú juttatás, de ezzel és a hálapénzjelenséggel legkevésbé a gyermekgyógyászati terület volt érintett. A nagyobb értékű ajándék ritka, de a kisebb értékű rendszeresen alkalmazott juttatás. Egy hét benntartózkodás esetén a válaszadók átlagosan 10 851 forintot (36 USD) kaptak hálapénzként, míg egy-egy alkalommal 5326 forintot (18 USD). Az összegek – hasonlóan az orvosi hálapénzhez – jelentős eltérést mutattak az egyes területek között, a műtéti szakmákban pedig meghaladták az új törvényi korlátot. A magánellátásban kapott hálapénz kisebb arányú, a munkahelyen kívüli átadott juttatás pedig kifejezetten ritka.

**Következtetés:** A korrupciós célú hálapénz az egészségügyi szakdolgozói szférában ugyan jelen van, de nem jellemző. A szakdolgozóknak juttatott hálapénz büntetőjogi szankcionálását nem kompenzálja az orvosokéhoz hasonló béremelés. A pénzbeli juttatás ajándéktárgy formájában történő juttatása minden területen jelent veszteséget, a műtéti területen az értékben kifejezett veszteség is jelentősebb lehet. A büntetőeljárás fenyegetettség nem elegendő a magyarországi hálapénzrendszer megszüntetéséhez, további társadalompolitikai intézkedések szükségesek az egészségügyi dolgozók és a betegek attitűdjének megváltoztatásához.

Orv Hetil. 2021; 162(41): 1658–1668.

**Kulcsszavak:** hálapénz, egészségügyi szakdolgozók, ajándéktárgy, korrupció, Magyarország

## The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses

**Introduction:** In Hungary, since January 1st, 2021, the giving and acceptance of all forms of informal payments constitute a crime, except for gifts of a value of no more than 5% of the minimal monthly salary. While in the case of physicians, a pay rise compensates the loss of revenue, we hardly have data on the nurses' attitude in relation to the acceptance of informal payments.

**Objective:** We intend to uncover the situation of informal payments at the end of 2020 and to examine the effects of the new legal regulation, based on information from nurses.

**Method:** In the fall of 2020, we questioned 167 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged, Hungary, in order to highlight the motivations, forms, circumstances, and sums of informal payments. We analyzed the results by means of descriptive statistical methods, with special regard to the differences among surgical, internal medical and pediatric fields. We analyzed the results with a view to the new legal regulations.

**Results:** Out of 167 respondents, 93 work in operative field, 54 in internal medical care, and 18 in pediatric care. Besides gratitude, corruption appeared in all the three fields, however, pediatric care was the least touched by corrup-

tion. Gifts of a higher value are rare, however, small gifts are common. The respondents received 10 851 HUF (i.e., 36 USD) as informal payment from in-patients after one week, while, occasionally, 5326 HUF (i.e., 18 USD). The sums – similarly to informal payments to physicians – vary from field to field in healthcare. In the surgical field, the sums surpassed the new legal limit. Informal payments are given in private healthcare more rarely than in public healthcare. Informal payments given outside the workplace hardly ever occur.

*Conclusion:* The informal payment with the goal of corruption is present in the sphere of nurses, however, it is not typical. The criminal sanctioning of informal payments to nurses is not compensated by a pay rise similar to that of physicians. The fact that informal payments are substituted by gifts results in loss of revenue in all fields of healthcare, however, this loss is the most salient in the surgical field. The criminal sanctioning is not sufficient to eliminate informal payments in Hungary; further socio-political measures are to be taken with the goal to change the attitude of healthcare workers and patients.

**Keywords:** informal payment, nurses, gift, corruption, Hungary

Julesz M, Kereszty ÉM. [The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses]. *Orv Hetil.* 2021; 162(41): 1658–1668.

(Beérkezett: 2021. február 26.; elfogadva: 2021. április 10.)

### Rövidítések

Btk. = Büntető törvénykönyv; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; Eszjt. = az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény; Eütv. = az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; SZTE SZAKK = Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Magyarországon az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (Eszjt.) hatálybalépésével a Kúria korábbi álláspontja már nem lesz alkalmazható. A hálapénzadás és a hálapénz-elfogadás korrupciós bűncselekménynek minősül minden, eddig jogszerűnek elfogadott esetben is. A Büntető törvénykönyv (Btk.) 290. § (6) bek. értelmében 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. Az aktív vesztegetővé váló beteg és a passzív vesztegetésért felelős orvos közti informális kapcsolat eddigi szokásai megváltoznak.

A Kúria említett határozata (Bhar.III.6/2015.) egy büntetőügyben kifejtette: „Hálapénz az a juttatás, amelyet az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően a beteg vagy hozzátartozója hálája, köszönete jeléül a szolgáltatásban közreműködő egészségügyi dolgozónak nyújt. Ebből viszont egyértelműen következik, hogy az előre adott előny nem hálapénz, és az sem, amelyet a beteg nem saját elhatározásából, nem önként szolgáltat. A kért és ennek eredményeként kapott juttatás tehát nem sorolható a hálapénz kategóriájába. Kérés alatt értendő pedig minden olyan magatartás – így a célozgatás, a szokásokra történő figyelemfelhívás stb. is –, amely az önkéntességet, s ennek folytán a juttatás hálapénz jellegét kizárja.”

Az új törvény a Btk.-ban foglalt fenyegettség alól csak szűk körben ad felmentést, bizonyos esetekben a kis értékű ajándék adását és elfogadását lehetővé teszi. Míg a közszolgáltató egészségügyben dolgozó orvosok jelentősen emelkedő illetménye okafogyottá teszi a betegről elfogadott külön juttatást, addig a szakdolgozók esetében a jövedelmi pozíciók változatlanul hagyása mellett érvényesül az új tilalom. A törvény egészét illetően érvényesül, hogy az egészségügyi szakdolgozók esetén a kötelezettségek/szigorítások nőnek, míg az ellentételezés nem.

Az egészségügyi törvény (Eütv.) újonnan beillesztett 138/A §-a értelmében az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a szolgáltatás nyújtását követően egy alkalommal elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át (egyszeri, befejezett ellátás). Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a folyamatos benntartózkodás mellett végzett, hosszú ideig tartó egészségügyi szolgáltatás nyújtása során kéthavonta egy alkalommal elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át (krónikus ellátás). Ez az összeg 2021-ben 8370 Ft-ot jelent.

A hálapénz-szakirodalom a magyarországi helyzet vizsgálatakor általában az orvosok, az egyes orvosi szakterületek pozícióját vizsgálja, illetve a jelenség makrogazdasági összefüggéseit elemzi. A szakdolgozókra vonatkozó kutatások és elemzések alig találhatók. Vizsgálatunknak nem volt tárgya a korábban született tanulmányok elemzése, kizárólag egy eddig nem vagy kevésbé vizsgált terület feltárására fókuszáltunk. A jelen munkában a „nővérhálapénz” hazai és nemzetközi – elsősorban posztkommunista országokban megfigyelhető – helyzetét, jogi megítélését vizsgáljuk.

2014-ben a KSH adatai szerint a legnagyobb összeget a kórházi orvosok kapták (4,1 milliárd forint), utána következtek a házi- és szakorvosok (2,5 milliárd), a fogorvosok (1,1 milliárd), végül az ápolók, orvosi asszisztensek, műtősök (508 millió). Az alkalmankénti legkisebb összeg az ápolóknak, orvosi asszisztenseknek, műtősöknek jutott: átlagosan 2000 forint volt, ami az összes hálapénztömegben belül enyhén növekvő arányt mutatott 2010-et követően (5,8%-ról 6,1%-ra) [1].

A szülészeti tevékenység sajátos helyet foglal el a hálapénz világában. Az elmúlt években elterjedt a fogadott/választott szülésznő (szülészeti szakdolgozó) közreműködése a választott orvos mellett. Blogok és közéleti interjúk alapján az érintett betegek beszámolóit szerint a fővárosban 30 000–50 000 Ft, a Dunántúlon 20 000–40 000 Ft a fogadott szülésznői „tarifa”.

*Antal és Baba* a romániai hálapénzadás kapcsán, egy 2017–2018-ban egészségügyi dolgozók körében végzett felmérés eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a válaszadó egészségügyi dolgozók mintegy háromnegyede jelentős – 100%-os vagy annál nagyobb mértékű – béremelés esetén volna hajlandó lemondani a hálapénzről. Ugyanakkor a szerzők rámutattak, hogy a hálapénzadás gyakorlata a kommunizmus idején alakult ki, és ez a gyakorlat immánensen jelen van a mai Romániában is [2].

*Zandian és szerzőtársai* 2019-ben arra a következtetésre jutottak, hogy nincs univerzális megoldás a hálapénz problémájára. A konkrét államban működő egészségügyi finanszírozási formától függ, hogy milyen megoldás lehet helyben hatékony. Ilyen megoldás lehet például a hálapénz informálisból formálissá tétele vagy az egészségügyben dolgozók állam általi anyagi támogatása is [3]. *Horodnic és szerzőtársai* 2018-ban a szomszédos Romániában folyó egészségügyi hálapénzadás gyakorlatát elemezve arra a következtetésre jutottak, hogy hálapénzt adni megszokott jelenség, bár a korrupcióra egyébként hajlamosabb betegek, valamint a vidéken élők nagyobb arányban adnak hálapénzt vagy nagy értékű ajándékot az egészségügyi szolgáltatásért, mint a többi páciens [4].

*Arsenijevic és mtsai* 2015-ben a Szerbiában folyó hálapénzadás gyakorlatára hívták fel a figyelmet. A válaszadóknak csak 5,7%-a számolt be arról, hogy illegálisan hálapénzt adott az egészségügyi ellátásával összefüggésben. Sokkal többen vallották azt, hogy törvényesen fizettek: például hospitalizációjuk alkalmával az egészségügyi vagy higiéniai termékekért [5]. *Radin* 2013-ban a Horvátországban folyó egészségügyi hálapénzadási gyakorlat visszásságaira mutatott rá. A szerző kiemelte, hogy az egészségügyben tapasztalható korrupció az ország kommunista múltjából származó örökség. A korrupció erodálja az egészségügyi szektor hatékonyságát, és többletköltségeket okoz [6].

A hálapénzadás posztkommunista jellegét húzták alá litvániai szerzők, amikor arról számoltak be, hogy a volt szovjet tagköztársaságban, Litvániában teljesen termé-

zetesnek tűnő gyakorlat, hogy a betegek hálapénzt (valójában vesztegetési pénzt) fizetnek azért, hogy idejében sorra kerüljenek az orvosnál, valamint hogy jobb minőségű ellátásban részesüljenek. A litvániai szerzők eredményei arra engednek következtetni, hogy a litvániai lakosság valójában nem is szeretné legalíssá tenni a hálapénzadást. Litvániában ugyan van állam által finanszírozott egészségügyi ellátórendszer, de az egészségügyben dolgozók alacsony bérezése itt is szükségessé teszi a hálapénzadást [7].

A hálapénzt Magyarországon az alacsony egészségügyi bérek kompenzálására vagy kiváltságok elérése céljából adják, és a betegek is érzik ennek korrupciós jellegét [8]. A kiváltságok eléréséhez kulcsszereplő lehet az egészségügyi szakdolgozó, aki például előbbre adhat időpontot a páciensnek, vagy például valamely komfortemelő szolgáltatást nyújthat. Az orvosnak adott hálapénz nagyobb összegű, mint az egészségügyi szakdolgozónak adott hálapénz, de sokszor az utóbbival lehet ténylegesen elérni valamely privilégiumot. Éppen ezért az egészségügyi szakdolgozókat is érzékenyen érinti a hálapénz- és ajándékrendszer átalakítása.

Két svédországi kutató, *Holmberg és Rothstein*, arra a következtetésre jutott, hogy míg a szegényebb országokban a lakosság több mint 80%-a találkozott már a hálapénz problémájával, a gazdagabb országok egészségügye is mutat diszfunkcionalitást. A gazdagabb országokban olyan típusú hálapénzadást, mint például a posztkommunista államokban, nem látunk, de a túlszámolás és más jogellenes gyakorlatok a tehetősebb országok egészségügyére is rányomják a bélyegüket [9].

*Williams és Horodnic* 2018-ban arra a posztkommunista országokbeli jelenségre hívták fel a figyelmet, hogy a hálapénz mint informális jelenség a jog által szabályozott intézmények diszfunkcionális működéséből ered. A közép- és kelet-európai országokban a hálapénz erre az aszimmetrikus működésre vezethető vissza [10].

*Balázs Péter* 2019-ben az *Orvosi Hetilap*ban így fogalmazott: „Minden közfinanszírozási modellünket külföldről másoltuk, majd következetesen figyelmen kívül hagytuk, hogy az eredeti rendszereket nem lehet tetszés szerint manipulálni. Következésképpen elköveztük a közös bűnt, hogy gátlástalanul alacsony szinten számoltunk az orvosi munkadíjakkal, és ellenségesen viselkedtünk a magánfinanszírozással szemben” [11].

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe kimondja: „Az egészségügyi szakdolgozó hálapénzt nem kérhet, és nem tanúsíthat olyan ráutaló magatartást, amely hálapénz iránti igényt fejez ki. Az etikai normák különösen súlyos megsértésének minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó bármilyen anyagi vagy nem anyagi eredetű juttatást kér, vagy erre utaló magatartást tanúsít a sürgősségi betegellátás során, haldokló beteg ellátása során, egészségügyi dolgozó ellátása során, és minden olyan esetben, amikor az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozott. Az egészségügyi szakdolgozók egymástól nem fogadhatnak el hálapénzt.”



## Módszer

2020 őszén, a COVID-19-járvány második hullámának idején [12] az SZTE SZAKK egészségügyi szakdolgozóit kérdeztük meg a hálapénzzel kapcsolatos, közelmúltbeli (az elmúlt öt évben tapasztalt) szokásaikról egy kérdőív segítségével. A kitöltés idején még nem fogadta el az Országgyűlés az Eszjt.-t, ennek a hálapénzt érintő rendelkezéseiről tervek, információk sem voltak ismertek. A kitöltés anonim és teljes mértékben önkéntes volt. A szakdolgozók a műtéti/operatív, a belgyógyászati vagy a gyermek/ifjúsági területen dolgoznak, szándékosan nem vontunk be szülészeti dolgozókat.

A kérdések a hálapénzadás motivációját, formáját és az átadási helyzetet vizsgálták, mindegyik kérdéscsoportnál a válaszadónak gyakorisági besorolást kellett kiválasztani. Az egy ellátási esemény alkalmával adott hálapénzösszeget, illetve az egy hét bennfekvést/ápolást követően adott összeget a válaszadók ezres kerekítéssel, szabad válasszként adták meg.

A válaszokat összességében és a szakterületi csoportosításnak megfelelően dolgoztuk fel, a hálapénzösszegek tekintetében átlag-, szórás- és varianciaszámítást végeztünk.

Tekintettel a mintaszámra, az eredményeket elsődlegesen a válaszadók számával jellemeztük, a tipikus magatartások meghatározásával, a százalékos arányokat elsődlegesen a trendek demonstrálására mutatjuk be. Az eredményeket táblázatba foglaltuk, illetve grafikus ábrázolást alkalmaztunk.

A kérdőív három fő részre tagozódott:

(1) A hálapénzadás okai (motivációk).

(2) A hálapénz formái (a beteg vagy hozzátartozója a háláját hogyan fejezte ki?).

(3) A hálapénzt milyen helyzetben adták?

(1) A hálapénzadás okai (motivációk):

*a)* Köszönetnyilvánításként. (Az egészségügyi szolgáltatás befejezése után, őszinte hálából adták?)

*b)* A soronkívüliség elérése céljából. (Azért adták, hogy előbb jussanak egészségügyi szolgáltatáshoz; hogy hamarabb vagy soron kívül kerüljenek ellátásra, előbbre kerüljenek a várólistán?)

*c)* A szakértelem elismeréseként. (Azért adták, hogy tapasztalt egészségügyi szakdolgozó végezze a beavatkozást?)

*d)* Privilegium szerzése. (Azért adták, hogy [a kötelezőnél] gyakrabban cseréljék az ágyneműt, vagy jobb étel, nagyobb komfort, külön szolgáltatások [például tv, internet] elérése érdekében adták?)

*e)* Kivételezés. (Azért adták, hogy a beteg javára az intézményi szabályoktól eltérjenek? Például a látogatási időn túl is fogadhasanak látogatót?)

*f)* Valamely, jog szerint egyébként is járó jogosultság tényleges elérése érdekében. (Azért adták, hogy a gyakorlatban nem érvényesülő előírások szerint kapják a szolgáltatást, például egész nap a Gyermekklinikán lévő

gyermekükkel lehessenek, tudjanak a kezelőorvossal beszélni, stb.?)

*g)* A beteg elhunytá után a hozzátartozó adta, amiért nem neki kellett a haldoklás/halál időszakában gondoskodnia a betegről. (Azért adta a hozzátartozó, hogy önön lelkiismeretét megnyugtassa, vagy a halottkezelés/temetkezés költségeinek velejárójaként tekintette?)

*b)* Utasított-e vissza hálapénzt?

(2) A hálapénz formái (a beteg vagy hozzátartozója a háláját hogyan fejezte ki?):

*a)* Szóban vagy írásban megköszönte.

*b)* Kiseb értékű tárgyi ajándékot adott (például édes-ség, virág, házi készítésű szóttes, csemegekosár stb.).

*c)* Nagyobb értékű tárgyi ajándékot adott (például utazási utalvány, nemesfém ékszer, értékes műtárgy stb.).

*d)* Kiseb összegű készpénzt (nem több mint 5 ezer forintot) adott.

*e)* Nagyobb összegű készpénzt (több mint 5 ezer forintot) adott.

*f)* Felajánlotta a társadalmi-szakmai kapcsolatait (például tanárként korrepetálást).

*g)* Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/hozzátartozó (egy hét benntartózkodás esetén, illetve egy-egy alkalommal)?

(3) A hálapénzt milyen helyzetben adták?

*a)* Munkaidőben.

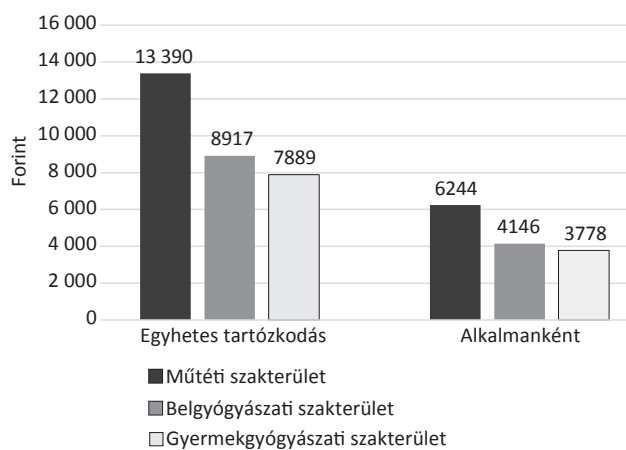
*b)* Ügyeleti időben.

*c)* Másodállásban a magánegészségügyben (például magánklinikán).

*d)* Otthonában, magánéletében felkeresve vagy ide küldve (például virágcsokrot, ajándékkosarat).

A gyakoriság minden kérdés esetében 1-től 5 fokig terjed:

- soha (1),
- évente egyszer (2),
- havonta egyszer (3),
- hetente egyszer (4),
- gyakrabban, mint hetente egyszer (5).



1. ábra | Az átlagos hálapénz megoszlása az egyes szakterülettípusok szerint

## 1. táblázat | A hálapénzadás motivációi

Műtéti/operatív munkahely (n = 93)

## 1.M táblázat

A hálapénzadás okai (motivációk)	= 1	= 2	= 3	= 4	= 5
a) Köszönetnyilvánításként	1	2	51	29	10
b) Soronkívüliség elérése céljából	3	29	35	16	10
c) A szakértelem elismeréseként (Azért adták, hogy tapasztalt egészségügyi szakdolgozó végezze a beavatkozást?)	12	41	16	17	7
d) Privilégium szerzése	37	19	26	6	5
e) Kivételezés	41	31	13	5	3
f) Valamely, jog szerint egyébként is járó jogosultság tényleges elérése érdekében	59	25	4	5	0
g) A beteg elhunytá után a hozzátartozó adta, amiért nem neki kellett a haldoklás/halál időszakában gondoskodnia a betegről	15	7	55	16	0
h) Utasított-e vissza hálapénzt?	20	9	45	12	7

Belgyógyászati jellegű munkahely (n = 54)

## 1.B táblázat

a) Köszönetnyilvánításként	0	0	19	26	9
b) Soronkívüliség elérése céljából	0	6	33	11	4
c) A szakértelem elismeréseként (Azért adták, hogy tapasztalt egészségügyi szakdolgozó végezze a beavatkozást?)	0	19	23	9	3
d) Privilégium szerzése	0	2	20	27	5
e) Kivételezés	3	11	21	12	7
f) Valamely, jog szerint egyébként is járó jogosultság tényleges elérése érdekében	10	15	21	4	4
g) A beteg elhunytá után a hozzátartozó adta, amiért nem neki kellett a haldoklás/halál időszakában gondoskodnia a betegről	4	18	24	7	1
h) Utasított-e vissza hálapénzt?	11	16	20	5	2

Gyermek/ifjúsági ellátás (n = 18)

## 1.GY táblázat

a) Köszönetnyilvánításként	0	3	11	3	1
b) Soronkívüliség elérése céljából	6	6	4	2	0
c) A szakértelem elismeréseként (Azért adták, hogy tapasztalt egészségügyi szakdolgozó végezze a beavatkozást?)	9	6	2	1	0
d) Privilégium szerzése	5	3	8	2	0
e) Kivételezés	7	4	4	2	1
f) Valamely, jog szerint egyébként is járó jogosultság tényleges elérése érdekében	10	3	3	0	2
g) A beteg elhunytá után a hozzátartozó adta, amiért nem neki kellett a haldoklás/halál időszakában gondoskodnia a betegről	11	6	1	0	0
h) Utasított-e vissza hálapénzt?	2	2	1	3	10

1 = soha

2 = évente egyszer

3 = havonta egyszer

4 = hetente egyszer

5 = gyakrabban, mint hetente egyszer

## Eredmények

167 kérdőívet kaptunk vissza a válaszadóktól. Néhány megválaszolatlanul maradt kérdés előfordult a kérdőívekben, de összességében véve jól értékelhető, teljeskörűen kitöltött adatlapokat kaptunk. A beérkezett válaszokból nem került kizárásra kérdőív.

56 férfi és 109 női válaszadót azonosítottunk, szakmacsoportos megoszlásukat az 1. ábrán mutatjuk be. Az

1–2. táblázat szakmacsoport szerinti bontásban tartalmazza a beérkezett válaszokat.

A teljes mintára vonatkozóan az egészségügyi szakdolgozók fele állította, hogy havonta egyszer, míg egyharmada vallotta, hogy hetente egyszer kapta a hálapénzt köszönetnyilvánításként, az egészségügyi szolgáltatás befejezése után, őszinte hálából.

A válaszadók 43%-a vélte úgy, hogy havonta egyszer fordult elő, hogy soronkívüliség elérése céljából, azért

2. táblázat | A hálapénz formái és összege

Műtéti/operatív munkahely (n = 93)

2.M táblázat

A hálapénz formái	= 1	= 2	= 3	= 4	= 5			
a) Köszönet szóban vagy írásban	8	12	58	13	1			
b) Kisebb értékű tárgyi ajándék (például édesség, virág, házi készítésű szöttes, csemegekosár stb.)	1	0	15	69	7			
c) Nagyobb értékű tárgyi ajándék (például utazási utalvány, nemesfém ékszer, értékes műtárgy stb.)	6	23	47	14	2			
d) Kisebb összegű készpénz (nem több mint 5 ezer forint)	2	2	28	51	9			
e) Nagyobb összegű készpénz (több mint 5 ezer forint)	3	28	47	13	1			
f) Társadalmi-szakmai kapcsolat felajánlása (például tanárként korrepetálás)	57	30	5	0	0			
						Átlag	Szórás	Variancia
g) Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy hét benntartózkodás esetén (HUF)?						12 390	6 269	39 302 620
Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy-egy alkalommal (HUF)?						6 244	3 578	12 803 975

Belgyógyászati jellegű munkahely (n = 54)

2.B táblázat

A hálapénz formái	= 1	= 2	= 3	= 4	= 5			
a) Köszönet szóban vagy írásban	3	4	24	14	8			
b) Kisebb értékű tárgyi ajándék (például édesség, virág, házi készítésű szöttes, csemegekosár stb.)	0	0	12	39	2			
c) Nagyobb értékű tárgyi ajándék (például utazási utalvány, nemesfém ékszer, értékes műtárgy stb.)	6	15	30	2	0			
d) Kisebb összegű készpénz (nem több mint 5 ezer forint)	5	1	14	29	4			
e) Nagyobb összegű készpénz (több mint 5 ezer forint)	7	14	28	3	1			
f) Társadalmi-szakmai kapcsolat felajánlása (például tanárként korrepetálás)	24	25	4	0	0			
						Átlag	Szórás	Variancia
g) Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy hét benntartózkodás esetén (HUF)?						8 917	3 389	11 482 270
Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy-egy alkalommal (HUF)?						4 146	1 688	2 850 621

Gyermek/ifjúsági ellátás (n = 18)

2.GY táblázat

A hálapénz formái	= 1	= 2	= 3	= 4	= 5			
a) Köszönet szóban vagy írásban	0	5	13	0	0			
b) Kisebb értékű tárgyi ajándék (például édesség, virág, házi készítésű szöttes, csemegekosár stb.)	2	1	5	10	0			
c) Nagyobb értékű tárgyi ajándék (például utazási utalvány, nemesfém ékszer, értékes műtárgy stb.)	11	7	0	0	0			
d) Kisebb összegű készpénz (nem több mint 5 ezer forint)	8	1	7	2	0			
e) Nagyobb összegű készpénz (több mint 5 ezer forint)	14	4	0	0	0			
f) Társadalmi-szakmai kapcsolat felajánlása (például tanárként korrepetálás)	14	4	0	0	0			
						Átlag	Szórás	Variancia
g) Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy hét benntartózkodás esetén (HUF)?						7 889	5 011	25 111 111
Tapasztalatai szerint mekkora összeget/értéket juttat a beteg/ hozzátartozó – egy-egy alkalommal (HUF)?						3 778	2 635	6 944 444

1 = soha; 2 = évente egyszer; 3 = havonta egyszer; 4 = hetente egyszer, 5 = gyakrabban, mint hetente egyszer

adták a hálapénzt, hogy előbb jussanak egészségügyi szolgáltatáshoz; hogy hamarabb vagy soron kívül kerüljenek ellátásra, előbbre kerüljenek a várólistán. A válaszadók 8%-a vallotta, hogy hetente többször is kapott ilyen célból hálapénzt.

Az összes válaszadó 40%-a szerint mindössze évente egyszer fordult elő, hogy azért adták nekik a hálapénzt, hogy tapasztalt egészségügyi szakdolgozó végezze a beavatkozást. Ez a műtéti és belgyógyászati területen azonos arányokat mutatott, a gyermekellátók esetében kevésbé gyakori volt.

A válaszadók 32%-a szerint havonta egyszer fordult elő, hogy azért kaptak hálapénzt, hogy (a kötelezőnél) gyakrabban cseréljék az ágyneműt, vagy jobb étel, nagyobb komfort, külön szolgáltatások (például tv, internet) elérése érdekében. A válaszadók 25%-a szerint ilyen soha nem fordult elő a gyakorlatukban. Ellenben 20%-uk szerint hetente egyszer előfordult.

Az összes válaszadó alig több mint 6,5%-a szerint hetente több mint egyszer azért kaptak hálapénzt, hogy a beteg javára az intézményi szabályoktól eltérjenek (például a látogatási időn túl is fogadassanak látogatót). A válaszadók 27,5%-a szerint ilyesmi évente egyszer fordult elő, míg 31%-uk szerint soha. A privilégium megszerzése és a kivételezés a műtéti szakmáknál a válaszadók mintegy 40%-ának esetében, a gyermekgyógyászati területen mintegy 30%-uk szerint soha nem volt a hálapénz adásának célja, míg a belgyógyászatban 5,5% szerint nem fordult elő kivételezésért, de privilégium megszerzése érdekében mindegyik belgyógyászati területen dolgozó válaszadó tapasztalt már ilyet.

A válaszadó egészségügyi szakdolgozók csaknem fele állította, hogy soha nem kapott hálapénzt azért, hogy valamely, jog szerint egyébként is járó jogosultságot ténylegesen elérhetővé tegyen. A válaszadók egynevede szerint csak évente egyszer fordult elő ilyesmi. A válaszadók mindössze 3,5%-a tapasztalta, hogy hetente több mint egyszer kapott ilyen célból hálapénzt. Itt a belgyógyászati területen volt a leggyakoribb, míg a gyermekellátásban a legritkább a jelenség.

A válaszadók mintegy fele szerint havonta egyszer fordult elő, hogy a hálapénzt a beteg elhunytá után a hozzátartozó azért adta, amiért nem neki kellett a haldoklás/halál időszakában gondoskodnia a betegről. Azért adta a hozzátartozó, hogy önnön lelkiismeretét megnyugtassa vagy a halottkezelés/temetkezés költségeinek velejárójának tekintette. Hetente egyszer ilyesmi az egészségügyi szakdolgozók 13%-a szerint történt. Mintegy 18%-uk szerint sohasem kaptak ilyen célból hálapénzt. A gyermekgyógyászatban kifejezetten ritka ez a motiváció, a másik két területen azonban – leginkább havi gyakorisággal – előfordul.

A válaszadók 40%-a havonta egyszer szokott hálapénzt visszautasítani. A válaszadók 11%-a hetente több mint egyszer utasít vissza hálapénzt. A válaszadók mintegy 12%-a hetente egyszer utasít vissza hálapénzt. Ugyanak-

kor a válaszadó egészségügyi dolgozók egyötöde sohasem utasított vissza hálapénzt (1. táblázat).

A válaszadó egészségügyi szakdolgozók 57%-a arról számolt be, hogy mindössze havonta egyszer fordult elő, hogy a hálát szóbeli vagy írásbeli köszönettel fejezték ki irányukban. Mintegy 6,5%-uk szerint soha nem fordult elő, hogy így köszönték volna meg a munkájukat. Mintegy 5%-uk vallotta azt, hogy hetente több mint egyszer köszönték meg verbálisan a munkájukat.

A válaszadók 71%-a kap hetente egyszer kisebb értékű tárgyi ajándékot a hála kifejezésekként. Mindhárom területen a heti rendszeresség a legtipikusabb gyakoriság. 46%-uk kap havonta egyszer nagyobb értékű tárgyi ajándékot, feleannyian pedig évente részesülnek ilyenben. A gyermekgyógyászati területen azonban a nagy értékű ajándék kifejezetten ritka, évente legfeljebb egyszer részesül ilyenben a válaszadók 38%-a. Hetente többször kisebb értékű tárgyi ajándékot 5%-uk kap (gyermekellátók egyáltalán nem), míg nagyobb értékűt hetente többször kizárólag a sebészeti területen dolgozók jeleztek.

Kisebbségű készpénzt (nem több mint 5 ezer forintot) a válaszadó egészségügyi szakdolgozók mintegy fele kap hetente egyszer. Hetente többször 7,7%-uk kap.

Nagyobb összegű készpénzt (több mint 5 ezer forintot) havonta egyszer a válaszadók 45,5%-a szokott kapni. 14%-uk azt vallotta, hogy sohasem kapott ekkora összegű készpénzt. A gyermekgyógyászatban a kisebb összegű készpénz is inkább havi gyakoriságú, a nagyobb összeg kifejezetten ritkaság, még éves szinten is csak a válaszadók egyötöde tapasztalta. A sebészeti területen ugyanakkor a válaszadók fele havi szinten, több mint negyede évente, hetede (14%) heti szinten részesült ebben. A belgyógyászat mutatói a havi és az éves gyakoriságot tekintve a műtéti szakmákhoz hasonlóak, de a gyakoribb előfordulás jelentősen alacsonyabb arányú.

A válaszadók 58%-a szerint a páciens sohasem ajánlotta fel társadalmi-szakmai kapcsolatait. A válaszadók 35%-a tapasztalta, hogy évente egyszer történt velük ilyen. A válaszadók egyike sem adott számot arról, hogy hetente egyszer vagy hetente többször történt volna vele ilyesmi. A legkisebb arányt itt is a gyermekgyógyászat képviseli, a legnagyobb arányban a belgyógyászatban fordult elő.

Egy hét benntartózkodás esetén a válaszadók átlagosan 10 851 forintot kaptak hálapénzként (a szórás 5606 forint), míg egy-egy alkalommal 5326 forintot (a szórás 3159 forint). A szakterületi megoszlás mindkét formában azonos tendenciát mutat (1. ábra). Az egyhetes benntartózkodást követően adott összegek mutatnak jelentős szórást a műtéti és a gyermekgyógyászati területen (2. táblázat).

A válaszadók a leggyakrabban a munkahelyen, szokásos munkaidőben kapnak hálapénzt, de a sebészeti és a belgyógyászati szakmák esetében az ügyeleti időben rendszeresen fordul elő a hálapénz adása. Összességében a válaszadók 66%-a számolt be arról, hogy hetente egyszer munkaidőben kapott hálapénzt, ügyeleti időben a

válaszadók 30%-a kapott hetente egyszer. 27,5%-uk ügyeleti időben sohasem kapott hálapénzt.

A válaszadók (másodállásban) a magánegészségügyben ritkán, évente egyszer kapnak hálapénzt, a sebészeti területen fordul elő elvétve havi gyakoriság.

Az egészségügyi szakdolgozók otthonukban, magánéletükben felkeresve vagy ide küldve igen ritkán (a válaszadók 22%-a), évente egyszer kaptak hálapénzt, ajándéktárgyat. A gyermekgyógyászatban ez mindösszesen egy esetben fordult elő.

## Megbeszélés

Williams és mtsai szerint a kelet-közép-európai poszt-kommunista országok közül Magyarországon, Lettországon, Litvániában, Szlovákiában, Bulgáriában és Romániában a legjelentősebb a hálapénzadás az egészségügyben. Míg a nők inkább adnak hálapénzt, mint a férfiak, az álláskereső, valamint azok, akik korábban rendszerint kifizették a számláikat, kisebb arányban adnak hálapénzt [13].

A magyarországi helyzetet jellemzi, hogy az elmúlt években több gyakorlati lépés is történt az orvosi hálapénz megszüntetéséért. A rezidensek számára bevezetett Markusovszky-ösztöndíjprogram szerződési feltétellel tette a hálapénz el nem fogadását, de ennek ellenőrzése nem történt meg. Ezzel párhuzamosan több orvosi civil szervezet (például a Magyar Rezidens Szövetség), majd a Magyar Orvosi Kamara is célul tűzte ki a hálapénz megszüntetését. Az ezzel kapcsolatos orvosiattitűd-vizsgálatok is a hálapénzjelenség elutasításának növekedését mutatják, különösen a fiatalabb orvosgenerációk körében [14]. Minden esetben az érzékelhető, hogy a jelentős béremelést mint alapfeltételt kapcsolták össze a hálapénz megszüntetésével. A 2021. január 1-jén hatályba lépett Eszjt. szabályozása a szakdolgozók számára ezt a feltételt nem teremtette meg, a szakdolgozók évekre szétterített béremelési programja pedig az egészségügyi szakdolgozók számára a társadalmi pozíciójavulást nem alapozta meg, így a hálapénz tilalma számukra akár jövendőmi pozícióvesztéssel is járhat.

Felmérésünk kérdései alapján elemezhetővé vált maga a hálapénz mint az új szabályok szerinti korrupciós jelenség, illetve a hálapénz formái, típusai, melyek közül legálisan csak kis értékű ajándéktárgy adható 2021. januártól.

Az egészségügyi dolgozóknak informálisan adott pénzek osztályozásunk szerint a nemzetközi szakirodalom alapján:

### 1) Hálapénz

A köszönet kifejezése, önkéntes, de az egészségügyi dolgozók általában elvárják [15].

### 2) Nem hivatalos pénzfizetés (unofficial payment)

Nem hivatalos hozzájárulás az egészségügyi költségekhez, valamint többletszolgáltatásért adott pénz. Illegális,

de az egészségügyi rendszer működéséhez hozzátartozik, így nem büntetik [16].

### 3) Hongbao

Kínában megszokott pénzfizetés (piros borítékban) az egészségügyi dolgozó szívességéért. Legális, így nem büntetik [17].

### 4) Ajándék

Az egészségügyi dolgozó által nem elvárt, a hála őszinte kifejezésének számító ajándék. Jogszerű és erkölcsös, így nem büntetendő [18].

### 5) Asztal alatt (pult alatt) fizetés (under-the-table payment)

Pénz átadása, amelyet nem tüntetnek fel az adóbevallásban. Ha felderítik, akkor büntetik [19].

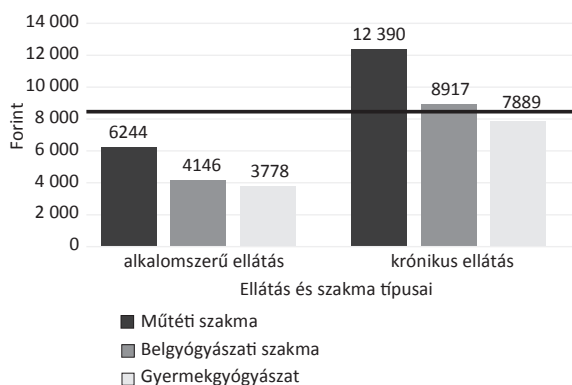
### 6) Vesztegetési pénz

Kötelességszegésért vagy befolyásolási céllal nyújtott vagy ígért jogtalan előny. Bűncselekménynek minősül [20].

Ezen hat kategóriából jogi szempontból a vesztegetési pénz és az ajándék érvényesül Magyarországon a leggyakrabban, és a kifizetések a beteg és az orvos együttműködésével sok esetben a Kúria által korábban legálisan elismert, utólagosan fizetett hálapénz formájában zajlanak. 2021. január 1-je óta azon informális fizetés, amely nem minősül 8370 forintot meg nem haladó értékű ajándéktárgynak, vesztegetési pénznek minősül. Az azt adó páciens vagy hozzátartozója aktív vesztegetésért, az azt elfogadó egészségügyi dolgozó passzív vesztegetésért felel. Szakosított nyomozó szerv (Nemzeti Védelmi Szolgálat, Korrupcióellenes Főosztály) felderítési feladatává tették a bűncselekmények feltárását, amely szerv – a sajtónak adott tájékoztatás szerint – kizárólag az elfogadó orvosokkal szemben fog eljárni.

A hálapénz korábban ismert jogfogalma ezzel megszűnik. Annak adójogi vonzata is kivezetésre került a jogszabályokból, azaz a 2020-as adóévben kell utoljára az erre nevesítetten feltüntetett sorba beírni a hálapénz-bevételt. Nem egyértelmű, hogy kell-e adót fizetni az ajándék után, mert az ajándék elfogadása egyébként adóköteles.

A szakdolgozók körében a hálapénz ugyanúgy átszövi az ellátórendszert, mint az orvosok körében, bár az egy ellátóra jutó összeg nyilván jelentősen kisebb. Felmérésünk szerint az alkalmanként adott ápolói hálapénz az elmúlt 7 év alatt a KSH által mért értékhez [1] képest 1,5–6-szorosára növekedett. Az összecszerűség vizsgálatakor nehezíti az ápolóhelyzet megítélését, hogy míg az orvos személyesen kapja a hálapénzt, addig az ápolóknál az osztályos ápolói közösség tagjai közötti felosztásról is gyakran beszámolnak, azaz az egy főre jutó hálapénz nehezebben kalkulálható. Nyilvánvaló, hogy a választott/fogadott szülész nő esetében ez a csoporttal történő



2. ábra

Az átlagos hálapénzmérték az Eütv. által engedélyezett 8370 Ft-os mértékhez viszonyítva

Eütv. = az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

megosztás nem merül fel. Az új jogszabály az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozóra bontottan nevesíti a minimálbér 5%-át értékhatárként, tehát akkor egy 7 fős osztályosnővér-csapattal működő osztályon 58 590 Ft értékű közös ajándék adható.

Az ajándékértéket a válaszok szerinti értékekkel összevetve a befejezett alkalmankénti hálapénzösszeg eddig sem érte el a szakdolgozók körében az új szabályozás szerint megengedett összeget, az egyheti benntartózkodáshoz kapcsolódó összeg azonban a sebészeti szakmákban mintegy 30%-kal volt magasabb, és a belgyógyászati szakmákban is valamivel magasabb volt. Az utóbbi két esetben tehát a kéthavonta elfogadható érték csökkenti az eddigi gyakorlat szerinti forintban kapott összeget is (2. ábra).

Az egészségügy diszfunkcionalitását vizsgáló nemzetközi elemzések arra engednek következtetni, hogy Magyarországon a hálapénzadás kivezetésével nem biztos, hogy teljesen kitisztul az egészségügy. Lehet, hogy más praktikák gyökeresednek meg, amelyek másképpen, de szintén kompromittálják az etikus és jogszerű egészségügyi gyakorlatot. Ez is azt húzza alá, hogy a büntetőjog *ultima ratio* jellegét figyelmen kívül hagyó, napi rendszerességű büntetőjogi szankcionálás nem biztos, hogy meghozza a várt eredményt. Pusztán büntetőjogi eszközökkel társadalmi-gazdasági folyamatokat, társadalmi attitűdöket nem lehet irányítani. Egyéb eszközök, különösen a betegek magatartását befolyásoló egészségügyi politikai beavatkozások eddig nem kerültek szabályozásra vagy bemutatásra, a jelen tervek szerint a büntetőjogi eszközöket viszont az ő esetükben nem alkalmazzák. (Az ezzel kapcsolatos büntetőjogi és eljárásjogi aggályok meghaladják a jelen munka kereteit.)

Az általunk végzett felmérés során a műtési/operatív területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók akár kétszer annyi hálapénzről is beszámoltak, mint a belgyógyászati vagy gyermek/ifjúsági területen dolgozó kollégáik; átlagosan a bel- és gyermekgyógyászati területen dolgozók a műtési terület hálapénzének kétharmadát

kapták (1. ábra). Ez jól mutatja, hogy a műtési beavatkozások kapcsán a páciensek erősebben kiszolgáltatva érzik magukat, akár az egészségüket érintően, akár az ellátás körülményeit illetően, és felismerik, hogy az ápolók fizikai terhelése itt a legerőteljesebb. Ez a jelenség leképezi az orvosi hálapénznél észlelt tendenciát, mely szerint a műtési szakterületek orvosai magasabb hálapénzösszegekkel számolhatnak. Éppen ezért az új tilalmak a műtési területen fejtik ki hatásukat a legérzékenyebben.

A hálnak a kezelést követő, köszönet jellegű kifejezése a gyermekellátók esetében volt inkább jellemző, a belgyógyászati és műtési területeken az egyéb, eddig is illegális motiváció lényegében ugyanolyan gyakran fordult elő. A 2021-től hatályos jogalkotási fordulat értelmében ajándéktárgy átadása csak a kezelést követően, azaz köszönetnyilvánításként lehetséges, pénzt egyáltalán nem törvényes adni. Felmérésünk alapján ez a szabály a gyermekgyógyászatban jelenti a legkisebb változást, hiszen itt volt jellemző a köszönet, és itt voltak a legalacsonyabbak a pénzösszegek.

A halálesetekhez kapcsolódó hálapénzadási hajlam a belgyógyászatban volt a leginkább jelen, feltehetően a hosszabb haldoklás, krónikus- vagy hospice-ellátás indokolta.

Nagyobb problémát jelent a jövedelmekbe informálisan belekalkulált hálapénzbevétel. Egy eddig alkalmanként több ezer vagy havi szinten több tízezer forint hálapénzt legálisan elfogadó egészségügyi szakdolgozó a betegektől kapott ajándéktárgyból (vágott virág, csokoládé, kéziszóttos stb.) nem tudja kompenzálni a kieső bevételét, ami az egészségügyi szakdolgozók családjának anyagi helyzetét is megnehezíti. Ráadásul a belgyógyászati és műtési területeken a kivételezés és a privilégium megszerzése is fontos helyet kapott a betegek motivációjában. Tehát a beteg számára elmaradó „többletszolgáltatás” a betegelégedettséget csökkentheti, míg a hálapénz elmaradása a szakdolgozói elégedetlenség forrásává válhat.

A szakdolgozók által is felismert korrupció a legkevésbé a műtési területeken volt jelen; az elmúlt évek néhány szabálya állhat a háttérben, például a nyilvános várólistarendszer a műtési osztályos felvételek, az időpont-egyeztetések tekintetében transzparensbb rendszer kialakulását eredményezte. Az időtényező (hamarabb elvégzett beavatkozás) érdekében adott juttatást illetően a válaszok szerint hasonló következtetésre jutunk: a műtési területeken havonta vagy ennél gyakrabban adtak hálapénzt a válaszadók kétharmada szerint, míg a belgyógyászati területen a válaszadók mintegy 90%-a, a gyermekgyógyászatban egyhatoda (16%) számolt be erről.

A hálapénz helyettesítő vagy kiegészítő formája lehet a társadalmi-szakmai kapcsolatok felajánlása, protekció ajánlása. Az egészen egyszerű segítségtől a büntető jogszabályokban is megjelenő befolyással üzérkedésig ez a szívességfelajánlás sokféle lehet. Ez kifejezetten ritkán fordul elő. Nem zárható ki, hogy az új szabályozás ennek

a nem tárgyiasuló hálapénzformának a megerősödését eredményezi.

Össességében tehát a tényleges korrupciós célú vagy annak nagyobb veszélyét magában rejtő céllal és módon adott hálapénz az egészségügyi szakdolgozói szférában ugyan jelen van, de nem jellemző.

A hálapénz visszautasítása tekintetében kapott válaszok alapján a válaszolók mintegy 10–15%-a soha nem utasított el hálapénzt, a visszautasítás gyakorisága szerint a gyermekgyógyászatban ez kifejezetten gyakori, a műtéti szakmákban is általános, míg a belgyógyászati szakterületeken kifejezetten ritkább.

A hálapénz tárgyi ajándék formájában is jelen van a magyar egészségügyben, akár nagyobb értékben is. Jellemzően a gyakoribb és nagyobb értékek a sebészeti területen jelennek meg. Az új szabályozás ezt a létező jelenséget erősíti meg, különösen az akutellátók javára, akik ellátási esetenként részesülhetnek benne, míg a hosszú távú ellátásnál kéthavi gyakorisággal fogadható el juttatás. Ezzel egyébként a szakdolgozói hálapénzkülönbségek – kis változással – konzerválódnak.

A magánellátásban a hálapénzjelenség jelen van, de nem olyan gyakorisággal, mint a közszolgáltató egészségügyben. A betegek és hozzátartozóik döntően a szakdolgozók munkavégzésének helyén és idejében adják a hálapénzt vagy ajándékot. Ezeket a magától értetődő megállapításokat mint kiindulási helyzetet kell rögzítenünk, mert az új törvényi szabályozás következtében nem kizárt, hogy a betegek (és/vagy az ellátók) a hálapénzjelenséget megpróbálják kivinni, kiterelni a közszolgáltató intézményből, és az egészségügyi dolgozó egyéb tevékenysége során vagy otthonában, mintegy magánéleti kapcsolaton (barátság) alapuló ajándék vagy más jogcímen adott juttatás formájában továbbra is fenntartani.

## Következtetés

A hálapénz a 2021-től hatályos jogalkotási fordulat előtt is jelen volt a magyarországi egészségügyi szakdolgozók körében, és várhatóan a jogalkotási fordulat után is jelen lesz. Felmérésünk adatai szerint a szakdolgozói hálapénz sok tekintetben azonos jellemzőket mutat az orvosi hálapénz jelenségével. Esetünkben a legkevésbé korrumpált és legkevésbé érintett terület a gyermekellátás volt, míg az egyéb területeken még a magánellátásban is jelen van. A jövőben a hangsúly várhatóan inkább az ajándék-tárgyak felé fog eltolódní, de a dolgozói csoportok közötti eloszlás aránytalanságai fennmaradnak. Az eddigi pénzben jelentős fizetéskiegészítést elérők számára az összegszerű korlát és a pénz tilalma is veszteséget jelent, mert a válaszok szerint a törvényi limit fölött vannak a hálapénzjuttatásaik. Mindazonáltal nem lehetetlen, hogy valamiféle pénzbeli juttatás is fennmarad az egészségügyi szakdolgozók körében, amelynek tényleges átadása kiheleződhet a munkahelyen és munkaidőn kívülre. A kisebb értékű ajándéktárgyak adását a jogalkotó továbbra

is lehetővé teszi. A hála meg nem engedett mértékű és formájú kifejezését nem könnyű jogalkotási aktsussal eliminálni. Az eddigi kommunikáció csak az orvosok ellenőrzését és felelősségre vonását vetítette előre, a szakdolgozókra vonatkozó szándékok nem ismertek.

Megállapítható, hogy a hálapénz „betiltásához” vezető jogszabály előkészítése során az orvosokat érintő adatok, elemzések rendelkezésre álltak, de átfogó, szakdolgozói elemzést nem ismerünk. A büntető törvénykönyvi tiltás ugyanakkor minden egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló dolgozóra és az ellátott betegekre és hozzátartozóikra egyaránt vonatkozik. Szükséges lenne egy olyan társadalompolitikai komplex program és kommunikációjának kidolgozása, amely segíti a hálapénz magyarországi felszámolását, és képes a társadalmi, valamint egészségügy-szakmai attitűd megváltoztatására.

*Anyagi támogatás:* A kézirat megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* J. M.: A kérdőíves kutatás eredményeinek kiértékelése és a cikk megírása. K. É. M.: A kutatás szakmai felügyelete és a cikk megírása. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a Szegedi Tudományegyetem Ápolási Igazgatóságának a válaszadók eléréséhez nyújtott segítségét.

## Irodalom

- [1] Hungarian Central Statistical Office. Tip and informal payment. [Borravaló és hálapénz.] Központi Statisztikai Hivatal. Statisztikai Tükör 2015/16. Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf> [accessed: February 25, 2021]. [Hungarian]
- [2] Antal O, Baba C. Informal payments in Romania: the medical personnel point of view. A preliminary study. In: Hința CM, Moldovan BA, Radu BV, et al. (eds.) Transylvanian International Conference in Public Administration. Cluj-Napoca, Romania, 2–4. November 2017. Accent, Cluj-Napoca, 2018; pp. 33–44.
- [3] Zandian H, Esfandiari A, Sakha MA, et al. Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review. East Mediterr Health J. 2019; 25: 914–922.
- [4] Horodnic AV, Mazilu S, Oprea L. Drivers behind widespread informal payments in the Romanian public health care system: From tolerance to corruption to socio-economic and spatial patterns. Int J Health Plann Manage. 2018; 33: e597–e611.
- [5] Arsenijevic J, Pavlova M, Groot W. Out-of-pocket payments for health care in Serbia. Health Policy 2015; 119: 1366–1374.
- [6] Radin, D. Does corruption undermine trust in health care? Results from public opinion polls in Croatia. Soc Sci Med. 2013; 98: 46–53.
- [7] Riklikiene O, Jarasiunaite G, Starkiene L. Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania. Scand J Public Health 2014; 42: 488–496.

- [8] Baji P, Gulácsi L. The situation is unchanged – The results of a representative questionnaire survey about the customs and opinions of the Hungarian population concerning informal payments. [A helyzet változatlan – Egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről.] *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2012; 50(4): 30–36. [Hungarian]
- [9] Holmberg S, Rothstein B. Dying of corruption. *Health Econ Policy Law* 2011; 6: 529–547.
- [10] Williams CC, Horodnic AV. Explaining informal payments for health services in Central and Eastern Europe: an institutional asymmetry perspective. *Post-Communist Economies* 2018; 30: 440–458.
- [11] 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]
- [12] Julesz M. Telemedicine and COVID–19 pandemic. [A telemedicina és a COVID–19-világjárvány.] *Információs Társadalom* 2020; 20(3): 27–38. [Hungarian]
- [13] Williams CC, Horodnic IA, Horodnic AV. Who is making informal payments for public healthcare in East-Central Europe? An evaluation of socio-economic and spatial variations. *East J Eur Studies* 2016; 7: 49–61.
- [14] Torzsa P, Csatlós D, Eőry A, et al. Opinions of Hungarian family physicians and residents on vocation and informal payment. [Hivatással és hálapénzzel kapcsolatos vélekedések a magyarországi családorvosok és családorvos rezidensek körében.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1438–1444. [Hungarian]
- [15] Julesz M. The legal history of gratitude payments to physicians in Hungary. *J Eur History Law* 2018; 9(1): 149–157.
- [16] Simkhada P, van Teijlingen E, Sharma G, et al. User costs and informal payments for care in the largest maternity hospital in Kathmandu, Nepal. *Health Sci J.* 2012; 6: 317–334.
- [17] Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 237–246.
- [18] Chan CSC, Yao ZL. A market of distrust: toward a cultural sociology of unofficial exchanges between patients and doctors in China. *Theor Soc.* 2018; 47: 737–772.
- [19] Schaaf M, Topp SM. A critical interpretative synthesis of informal payments in maternal health care. *Health Policy Plan.* 2019; 34: 216–229.
- [20] Pourtaleb A, Jafari M, Seyedin H, et al. A pervasive review study on informal patient payments. *Int J Med Res Health Sci.* 2018; 7: 57–65.

(Julesz Máté dr.,  
Szeged, Kossuth L. sgt. 40., 6724  
e-mail: julesz.mate@med.u-szeged.hu)

*„Duplex fit bonitas simul accessit celeritas.”*  
(Kétszeres a jószág, ha gyorsasággal párosul.)



# A magyar egészségügyi szakdolgozóknak adott ajándék és „hálapénz” a 2021. évi jogi fordulat után

Julesz Máté dr. ■ Kereszty Éva Margit dr.

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged

*Bevezetés:* A magyar egészségügyi szakdolgozók hálapénzes szokásairól 2020-ban végzett kutatást követően 2021-ben, a megváltozott jogszabályi környezetben is végeztünk felmérést, hogy kimutassuk az egészségügyi szakdolgozók jogkövető, etikus és empatikus hozzáállását.

*Célkitűzés:* A 2021. május–júliusban végzett kérdőíves felmérés alapján kimutatni az ajándékozás módjait, összegét és egyéb szokásait az egészségügyi szakdolgozók körében, különös tekintettel arra, hogy ez a juttatás és elfogadás korrupciós bűncselekménynek minősül.

*Módszer:* 2021. május–júliusban 246 egészségügyi szakdolgozó kérdőíves felmérése történt meg a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjában a készpénzadás és ajándékozás formáinak és körülményeinek, valamint összegének megismerése érdekében. Az eredményeket elsősorban leíró statisztikai formában elemeztük, különös tekintettel a műtéti, a belgyógyászati és a gyermekgyógyászati szakterületek között mutatkozó különbségekre. Mindezt összevetettük a 2020-ban készült felmérésünk eredményeivel.

*Eredmények:* A műtéti területen a visszautasított paraszolvenca átlagosan 13 250 Ft (cca. 38 euró) volt, amely magasabb összeg, mint a 2020-ban mért, akkor még legálisan elfogadott hálapénz. Hasonlóképpen jóval nagyobb összegeket utasítottak vissza a belgyógyászati és a gyermekgyógyászati területen működő egészségügyi szakdolgozók 2021-ben, a megváltozott jogi szabályozás mellett, mint amennyit 2020-ban még törvényesen elfogadtak: belgyógyászati területen 13 467 Ft-ot (cca. 38 eurót), míg gyermekgyógyászati területen 13 286 Ft-ot (cca. 38 eurót) utasítottak vissza. Az ajándéktárgy átadása a kérdőívek adatai szerint 2021-re ritkábbá vált, mint a korábbi jogszabályi környezetben mért adatok szerint volt.

*Következtetés:* Az egészségügyi szakdolgozók körében a készpénz visszautasítása és jobbára a kisebb értékű ajándéktárgyakra a kezelést követő elfogadása jellemző a 2021-től megváltozott magyarországi jogszabályi környezetben. *Orv Hetil.* 2022; 163(9): 362–372.

**Kulcsszavak:** hálapénz, egészségügyi szakdolgozók, ajándéktárgy, korrupció, Magyarország

## Gift and informal payment to Hungarian nurses after the regulation changes in 2021

*Introduction:* After our research in 2020 on informal payments to nurses, we made a research in 2021, in a new legal environment, in order to demonstrate nurses' legal, ethical and empathetic behaviour.

*Objective:* We intended to highlight the manners, sums and other circumstances of gift given to nurses, based on a survey conducted in May–July 2021, with a special regard to the fact that informal payment now constitutes a crime of corruption.

*Method:* In May–July 2021, we questioned 246 nurses in the Albert Szent-Györgyi Health Center of the University of Szeged, Hungary, in order to highlight the forms, circumstances, and sums of informal payments and gift giving. We analyzed the results by means of descriptive statistical methods, with special regard to the differences among surgical, internal medical and pediatric fields. We compared our results to those found in 2020.

*Results:* In surgical field, the average refused informal payment amounted to 13 250 forints (cc. 38 euros), which is higher than the sum measured in 2020. In internal medical care, 13 467 forints (cc. 38 euros), while in pediatric field, 13 286 forints (cc. 38 euros) were refused, which is also higher than in 2020. Gift giving in 2021 is rarer than before 2021.

*Conclusion:* In the new legal environment in effect from 2021 in Hungary, the nurses tend to refuse informal payments and rather accept small gifts after treatment.

**Keywords:** informal payment, nurses, gift, corruption, Hungary

Julesz M, Kereszty ÉM. [Gift and informal payment to Hungarian nurses after the regulation changes in 2021]. *Orv Hetil.* 2022; 163(9): 362–372.

(Beérkezett: 2021. október 5.; elfogadva: 2021. november 27.)

### Rövidítések

Btk. = Büntető törvénykönyv; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; Eütv. = az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény; MESZK = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; NVSZ = Nemzeti Védelmi Szolgálat; Ptk. = Polgári törvénykönyv; SARS-CoV-2 = (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) súlyos akut légúti tünetegyüttest okozó koronavírus-2; VIP = (very important person) nagyon fontos személy

Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 138/A §-a értelmében 2021. január 1-jétől az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a szolgáltatás nyújtását követően egy alkalommal elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át (egyszeri, befejezett ellátás). Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó a folyamatos benntartózkodás mellett végzett, hosszú ideig tartó egészségügyi szolgáltatás nyújtása során kéthavonta egy alkalommal elfogadhat a beteg vagy rá tekintettel más által ajándékként adott olyan tárgyat, amelynek értéke nem haladja meg a mindenkori minimálbér havi összegének 5%-át (krónikus ellátás). Ez az összeg 2021-ben 8370 Ft.

2021. január 1-jétől a Büntető törvénykönyv (Btk.) 290. §-ának (6) bekezdése értelmében, aki egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben egészségügyi dolgozónak, egészségügyben dolgozónak vagy ezekre tekintettel másnak az Eütv.-ben meghatározottak szerint jogtalan előnyt ad vagy ígér, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A Btk. 291. §-a értelmében a hálapénzt elfogadó egészségügyi dolgozó és egészségügyben dolgozó is korrupciós bűncselekményt valósít meg. Ezen ügyek felderítésével a Nemzeti Védelmi Szolgálatot „bízta meg” a jogalkotó, amely szervezetnek joga van fedett eszközöket is használni. Az NVSZ a vesztegetést elfogadó orvosok mellett az egészségügyi szakdolgozók tesztelését is végzi. Tevékenységüket 2021. március 1-jével kezdték meg, a sajtóhírek szerint a bevont munkatársak célzott felkészítést kaptak. A sajtó több esetben is beszámolt tevékenységükről, esetenként arról, hogy az érintettnek vélt személy ellen lezárták az eljárást, mivel igazolódott, hogy nem követte el a cselekményt.

Nem szabad megfeledkezni arról, hogy a valótlán orvosi igazolások, orvosi bizonyítványok, alkalmassági vé-

lemények, szociális ellátások érdekében kiadott leletek – amennyiben pénzért vagy más juttatás ellenében adták ki – eddig is vesztegetésnek (és/vagy okirat-hamisításnak) számítottnak, a Btk.-ba ütköző cselekmények voltak.

Az ellátási díjként, illetve VIP-ellátásért adott felárként értelmezhető pénzjuttatást egyes szerzők a szocialista berendezkedésben gyökerező jelenségnek tartják, mások a gazdaságilag fejletlenebb országok jellemzőjeként mutatják be.

*Habibov* 2016-ban arra a következtetésre jutott 12 volt szovjet tagköztársasággal kapcsolatban, hogy minél jelentősebb a korrupció az egészségügyben, annál kevésbé elégedettek a páciensek az egészségügyi szolgáltatással. Ugyanakkor a szerző Magyarországot – mely nem volt tagállama a Szovjetunióknak – a gazdaságilag jobban álló posztkommunista országok közé sorolta [1].

A Magyarországgal szomszédos Romániában elterjedt és megszokott jelenség, hogy a betegek ajándécsomaggal ülnek a kórházi váróteremben. Ugyanakkor a készpénz mint hálapénz átadását titkolni igyekeznek [2]. Oroszországban olyan vélemény is felmerült, hogy az egészségügyi dolgozónak adott összeget nem korrupciónak kellene tekinteni, hanem az orvos-beteg kapcsolat etikus és helyes formájának [2].

Egy friss felmérés eredményei szerint a régióknhoz tartozó Lengyelországban és Szlovákiában az egészségügyi szakdolgozónak tanulók körében kevesebben vélik úgy, hogy a betegjogokat betartják, mint az Európai Unió nyugati tagállamában, Spanyolországban [3]. A betegjogok tiszteletben tartása szoros korrelációt mutat az informális juttatás elleni hajlandósággal. A hagyományos etikai normákban gyökerező betegjogok körébe tartozik, hogy az egészségügyi dolgozó ne várja el és ne is fogadja el a korrupciós pénz felajánlását.

*Vogler és mtsai* 2015-ben Magyarországot, Bulgáriát, Lettországot, Romániát és Lengyelországot emelték ki a közép-európai országok közül aszerint, hogy itt a leghangosabb a jelenség [4]. *Deliversky* 2016-ban arról számolt be, hogy Bulgáriában lényegében csak hálapénz fejében lehet megfelelő színvonalú egészségügyi szolgáltatáshoz jutni. Bulgáriában ritkán, de megfigyelhető, hogy az ajándékot valóban a hála kifejezésékként juttatják az egészségügyi dolgozónak, vesztegetési szándék nélkül. Ez utóbbi a szerző szerint szakmai-etikai szempontból elfogadható [5].

*Giannouchos és mtsai* 2021-ben arról adtak hírt, hogy Görögországban továbbra is él a hálapénzadás szokása, és ezen valószínűleg az sem segíthet, ha az egészségügyi szolgáltatásokat fix díjszabáshoz kötik [6]. A görög példa mutatja, hogy a kelet-európai posztkommunista álla-

mokon kívül is van az Európai Unióban olyan délkelet-európai tagállam, amelyben a paraszolvencia rendszere ma is működik, jóllehet például Görögország nem számít posztkommunista államnak. *Tumlinson és mtsai* 2019-ben publikált közleményükben kiemelték, hogy az alacsony és a közepes jövedelmű országokban az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók is hajlamosak pénzt kérni a betegektől. Különösen a vidéki egészségügyi ellátásban tapasztaltak ilyesmit, mert ott a szokásosnál is kisebb a külső kontroll [7].

*Kollár János* egy igen fontos problémára hívta fel a figyelmet 2016-ban: „A magyarországi orvos-szakdolgozó kommunikáció hatékonyságára erősen rányomja bélyegét a munkahelyi bizonytalanságból eredő félelem, az eltérő mértékű hálapénzzel terhelt finanszírozási nehézségek sora, valamint a kiegészítés” [8]. *Boros és mtsai* szerint: „Magyarországi nők körében végzett kvalitatív felmérés szerint ... a szülő nőknél az orvosválasztás és a hálapénzadás fő motivációja a biztonságérzet, a megfelelő ellátás iránti igény, valamint az, hogy a fogadott orvos jelen legyen a szülésnél” [9]. Magyarországon a hálapénzadás története régire nyúlik vissza. Jelenleg ennek a kommunista rendszerben megszokott hagyományait igyekszünk megszüntetni [10].

*Gaal és mtsai* 2021-ben – az új szabályozást elemezve – rámutatnak, hogy Magyarországon a közelmúltban a rendszer megszüntetésére tett törekvések nem a rendszerhibákat próbálják kijavítani, hanem a beteget és az orvost büntetik. Továbbá nincsenek tekintettel a betegek hálapénzadási motivációira. A szerzők szerint így a juttatás az eddiginél is kevésbé detektálható formában fog tovább élni [11]. *Balogh és Gellér* így fogalmaznak: „Egy 2018-ban kiadott jelentés szerint 35 európai ország közül Magyarország a második helyen áll – csak Albánia előzi meg – a tekintetben, hogy mennyire gyakran fizetnek a betegek ’zsebbe’ az orvosoknak, és a pénz fizetésének jelensége különösen meghatározó a szülészeti ellátásban” [12]. A Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Intézetének munkatársai 2021-ben a következőről számoltak be: „Mivel a munkaidőn túli szülészeti készenlétért és munkavégzésért (’személyi szülészeti ellátás’) utólagosan adott juttatás nem került megkülönböztetésre a hálapénz egyéb formáitól, a debreceni Szülészeti Klinika orvosai önkéntes, de egyhangú döntéssel megszüntették a munkaidőn túli felkért, személyhez kötődő szülésvezetést” [13]. *Rubashkin és mtsai* 2021-ben megjelent, de az új szabályozást megelőző felmérésre épülő cikkükben hangsúlyozták, hogy Magyarországon azok a betegek, akik „szolváltak” a szülészeten, jobb ellátást kaptak, mint azok, akik nem adtak. A pénzt adó nők jobb fájdalomcsillapítást kaptak, nagyobb számban részesültek császármetszésben, nagyobb tisztelettel beszéltek velük, stb. [14].

A műtéti szakmákban korábban is nagyobb összegű hálapénz volt jelen, mint a belgyógyászati vagy gyermekgyógyászati területeken [15]. *Mejsner és Karlsson* Szerbia

kapcsán is arról számolt be, hogy a műtéti területeken rendkívül gyakori ez a juttatás. Egyik okaként kiemelik a szerbiai egészségügyi dolgozók alacsony fizetését, ugyanakkor előfordul a valóban a hála kifejezéséért adott összeg, de nem igazán gyakran [16]. Kutatásaink szerint is kevés alkalommal fordult elő Magyarországon, hogy pusztán köszönetnyilvánításként adták a hálapénzt 2021 előtt [15].

Speciális helyzetben vannak az ápolók. Sokan úgy vélik, hogy az ápolók csak kisebb összeget és főleg kisebb ajándékot – jellemzően kávé, tea, csokoládé – kapnak, és nincs ráhatásuk az ellátásra, azaz az elítélendő, korrupciós összegek tekintetében érdektelenek. Nyilván meg sem közelíti a szakdolgozóknak juttatott összeg a szülészeti vagy műtéti területeken közszájon forgó pénzjuttatást, de a beteg szempontjából ez is megterhelő lehet. Az egy beteggel foglalkozó szakdolgozók számára tekintettel összességében nagyobb értéket is elérhet az informális juttatás. A 2020 második felében végzett felmérésünk adatai, valamint a releváns hazai adatok azonban arra utalnak, hogy az összegek is dinamikusan növekedtek az elmúlt években, és a korrupciós cél is megjelent [15]. Az új szabályozás miatt indult büntetőeljárások esetében a sajtóbeszámolók többnyire az orvos és az asszisztens vagy ápoló együttes korrupciós cselekményére utalnak. Nem mondható tehát, hogy a szakdolgozók körében ne jelenne meg a gesztusértékűn túlmutató juttatás, illetve nem állítható, hogy a szakdolgozói juttatások ne lennének etikailag is kifogásolhatók.

## Módszer

2021. május-júliusban, a COVID-19-világjárvány harmadik hulláma alatt [17] a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjának 246 egészségügyi szakdolgozóját kérdeztük meg kérdőív segítségével a 2021-től új jogszabályi környezetben tanúsított, az év és az új szabályozás bevezetésének első 4 hónapjára vonatkozó informális juttatási gyakorlatokról és tapasztalataikról. A kérdések alkalmasak a 2020 őszén szintén ebben a személyi körben végzett kérdőíves kutatásunk eredményeivel történő összehasonlításra. A kitöltés anonim és teljes mértékben önkéntes volt. A szakdolgozók a műtéti/operatív, a belgyógyászati vagy a gyermek/ifjúsági területen dolgoznak. A jelen felmérés az általános osztályos tapasztalatokat, azaz nem a speciális COVID-19-ellátást nyújtókat érintette.

A válaszokat összességében és a szakterületi csoportosításnak megfelelően dolgoztuk fel, a készpénz- és ajándékösszegek tekintetében átlag-, szórás- és varianciaszámítást végeztünk.

Tekintettel a mintaszámra, az eredményeket elsődlegesen a válaszadók számával jellemeztük, a tipikus magatartások meghatározásával, a százalékos arányokat elsődlegesen a trendek demonstrálására mutatjuk be. Az eredményeket táblázatba foglaltuk.

A kérdőív a következőket tartalmazta:

1) Kapott-e kisebb értékű ajándéktárgyat (például édességet, kávét, italt, virágot, házi készítésű tárgyat stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?

2) Becslése szerint alkalmanként a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?

3) Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?

4) Kapott-e nagyobb értékű ajándéktárgyat (például festményt, ékszert, járművet, háztartási gépet stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?

5) Becslése szerint alkalmanként a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?

6) Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?

7) Kapott-e 2021 első négy hónapjában a betegellátásban részt vevő osztályos nővérek csoportja kollektíven ajándéktárgyat betegtől vagy hozzátartozójától?

8) Becslése szerint a kollektíven kapott ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?

9) Utasított-e vissza készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?

10) A visszautasított készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?

11) Tudomása szerint kapott-e kollégája, ismerőse készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?

12) Az ismerőse, kollégája által kapott készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?

13) Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte?

14) Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátás megkezdése előtt adott ajándéktárgyat?

A fentiek megválaszolásához gyakoriságot lehetett választani. A gyakoriság 1-től 5 fokig terjed: 1 = soha, 2 = többhavonta egyszer, 3 = havonta egyszer, 4 = hetente egyszer, 5 = hetente többször.

15) Miért utasította vissza a hálapénzt 2021 első négy hónapjában? (Több választ is bekarikázhat!)

a) Azért, mert bűncselekménynek minősül az elfogadása.

b) Azért, mert erkölcstelen az elfogadása.

c) Azért, mert az egészségügyi törvényünk értelmében tilos elfogadni.

d) Azért, mert a beteg vagy hozzátartozója kiszolgáltatott helyzetben van.

e) Azért, mert nincs szükségem erre a pénzre.

A konkrét pénzüsségeket a válaszadók magyar forintban, ötszázra kerekítve írták be. A kérdőíveket papíralapon, kézzel töltötték ki, az adatokat Excel-táblázatban

összegeztük. A 15. kérdésre több választ is elfogadtunk, ezért például voltak, akik az ötből akár négyet is bejelöltek.

Az ajándék értékének meghatározásakor kisebb értékű ajándékon értettük például az édességet, kávét, italt, virágot, házi készítésű tárgyat stb. Nagyobb értékű ajándékon értjük például a festményt, ékszert, járművet, háztartási gépet stb.

A válaszadó egészségügyi szakdolgozók nemét is megkérdeztük, tekintettel arra, hogy a vizsgált munkaterületeken nemek szerinti eltérések adódhatnak.

## Eredmények

246 kérdőívet kaptunk vissza. Néhány megválaszolatlanul maradt kérdés előfordult a kérdőívekben, de zömében teljeskörűen kitöltött adatlapokat kaptunk. A beérkezett válaszokból nem került kizárásra kérdőív.

100 férfi és 144 női válaszadót azonosítottunk. Közülük műtéti területen 80-an, belgyógyászati területen 99-en, gyermekgyógyászati területen 66-an dolgoznak.

A 15. kérdésre több választ is elfogadtunk, ezért például voltak, akik az ötből akár négyet is bejelöltek.

Felmérésünk részletes eredményeit az *1., 2. és 3. táblázatban* összesítettük.

Nagyobb értékű ajándéktárgyat 2021 első négy hónapjában kevesen kaptak: műtéti területen többhavonta egyszer mindössze hárman; belgyógyászati területen többhavonta egyszer négyen; gyermekgyógyászati területen többhavonta egyszer hárman.

2021 első négy hónapjában a kisebb értékű ajándékozás jóval gyakoribb volt, mint a nagyobb értékű ajándékozás, de 2020 őszéhez képest kevesebb alkalommal fordult elő.

Ugyanakkor a válaszadók több mint háromnegyede részesült valamilyen ajándéktárgyban, bár elenyésző a heti több alkalommal megajándékozottak száma.

A kollektívának juttatott ajándék általánosnak mondható; belgyógyászati és gyermekgyógyászati területen alig fordult elő a „soha” válasz, de a sebészeti területen sem érte el a 15%-os arányt. 2021 első négy hónapjában az osztályos nővérek csoportja kollektíven alkalmanként mindhárom vizsgált területen átlagosan nagyobb értékű ajándékot kapott, mint az törvényileg megengedett lett volna. Itt azonban legalább kettővel vagy többel kell osztani a kollektíven kapott ajándék értékét, ami a törvényileg megengedett összeghatárt meg nem haladó értéket eredményez. A „kávékassza” (*Kaffeeasse, caisse de café*) Nyugaton elterjedt az egészségügyben, és főleg az egészségügyi szakdolgozók javára fizetnek be a távozó, elégedett páciensek. A Magyarországon elterjedt, az osztályos nővéreknek nyújtott kollektív ajándék lényegében a nyugati „kávékasszába” helyezett pénznek felel meg. Erkölcsileg annál is inkább támogatandó, mert a beteg így nem kivételezhet a szubjektív véleménye szerint vele jobban bánó egészségügyi szakdolgozókkal. Az individualizált készpénzátadás helyett egy Nyugaton is meg-

1. táblázat | A műtéti területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók ajándék- és hálapénz-elfogadási szokásai

Műtéti/operatív jellegű (n = 80)

	=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Átlag	Szórás	Variancia
1. Kapott-e kisebb értékű ajándéktárgyat (például édességet, kávét, italt, virágot, házi készítésű tárgyat stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	18	17	31	13	1			
2. Becslése szerint alkalmanként a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						3 409	1 751	3 065 657
3. Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						5 846	3 221	10 377 828
4. Kapott-e nagyobb értékű ajándéktárgyat (például festményt, ékszert, járművet, háztartási gépet stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	76	3						
5. Becslése szerint alkalmanként a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						26 667	12 583	158 333 333
6. Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						32 500	3 536	12 500 000
7. Kapott-e 2021 első négy hónapjában a betegellátásban részt vevő osztályos nővérek csoportja kollektíven ajándéktárgyat betegtől vagy hozzátartozójától?	11	7	37	20	5			
8. Becslése szerint a kollektíven kapott ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						9 603	4 379	19 178 699
9. Utasított-e vissza készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	14	28	30	4				
10. A visszautasított készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						13 250	11 781	138 785 714
11. Tudomása szerint kapott-e kollégája, ismerőse készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	74	6						
12. Az ismerőse, kollégája által kapott készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						20 000		
13. Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte?	13	3	13	27	24			
14. Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátás megkezdése előtt adott ajándéktárgyat?	65	9	4	1				
15. Miért utasította vissza a hálapénzt 2021 első négy hónapjában? (Több választ is bekarikázhat!)								
Mert bűncselekménynek minősül az elfogadása.	43							
Mert erkölcstelen az elfogadása.		43						
Mert az egészségügyi törvényünk értelmében tilos elfogadni.			27					
Mert a beteg vagy hozzátartozója kiszolgáltatott helyzetben van.				16				
Mert nincs szükségem erre a pénzre.					2			

1 = soha; 2 = többhavonta egyszer; 3 = havonta egyszer; 4 = hetente egyszer; 5 = hetente többször

szokott, erkölcsileg és jogilag is korrekt ajándékozás történik.

Mindhárom vizsgált egészségügyi szakdolgozó területen előfordult, hogy a beteg az ellátás megkezdése előtt adott ajándékot. Összesen a válaszolók mintegy 20%-ának esetében történt ilyen a belgyógyászati és gyermekgyógyászati területen, kb. 15%-ban a sebészeti területen. Műtéti és belgyógyászati területen egyaránt egy egészségügyi szakdolgozó nyilatkozta, hogy hetente egyszer, négyen nyilatkozták, hogy havonta egyszer kaptak előre ajándékot. Műtéti területen 9 egészségügyi

szakdolgozó vallotta, hogy a beteg többhavonta egyszer, míg belgyógyászati területen 16 egészségügyi szakdolgozó vallotta, hogy a beteg többhavonta egyszer előre adta az ajándékot. Gyermekgyógyászati területen 12 egészségügyi szakdolgozóval történt, hogy előre kaptak az ajándékot.

Műtéti területen 2021 első négy hónapjában átlagosan 13 250 Ft felkínált összeget utasítottak vissza az egészségügyi szakdolgozók; belgyógyászati területen 13 467 Ft-ot; gyermekgyógyászati területen 13 286 Ft-ot. A felkínált és visszautasított készpénz összege a há-

2. táblázat | A belgyógyászati területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók ajándék- és hálapénz-elfogadási szokásai

Belgyógyászati jellegű (n = 99)

		=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Átlag	Szórás	Variancia
1.	Kapott-e kisebb értékű ajándéktárgyat (például édességet, kávét, italt, virágot, házi készítésű tárgyat stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	13	32	32	21	1			
2.	Becslése szerint alkalmanként a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						2 772	1 554	2 415 368
3.	Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						5 013	3 309	10 952 523
4.	Kapott-e nagyobb értékű ajándéktárgyat (például festményt, ékszer, járművet, háztartási gépet stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	95	4						
5.	Becslése szerint alkalmanként a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						22 500	14 053	197 500 000
6.	Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						30 000	12 247	150 000 000
7.	Kapott-e 2021 első négy hónapjában a betegellátásban részt vevő osztályos nővérek csoportja kollektíven ajándéktárgyat betegtől vagy hozzátartozójától?	2	1	46	39	11			
8.	Becslése szerint a kollektíven kapott ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						7 882	4 281	18 322 814
9.	Utastott-e vissza készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	24	52	18	5				
10.	A visszautasított készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						13 467	14 638	214 266 667
11.	Tudomása szerint kapott-e kollégája, ismerőse készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	86	11	2					
12.	Az ismerőse, kollégája által kapott készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						10 000		
13.	Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte?	3	2	17	42	35			
14.	Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátás megkezdése előtt adott ajándéktárgyat?	75	16	4	1				
15.	Miért utastotta vissza a hálapénzt 2021 első négy hónapjában? (Több választ is bekarikázhat!)								
	Mert büncselekménynek minősül az elfogadása.	46							
	Mert erkölcstelen az elfogadása.		56						
	Mert az egészségügyi törvényünk értelmében tilos elfogadni.			41					
	Mert a beteg vagy hozzátartozója kiszolgáltató helyzetben van.				23				
	Mert nincs szükségem erre a pénzre.					2			

1 = soha; 2 = többhavonta egyszer; 3 = havonta egyszer; 4 = hetente egyszer; 5 = hetente többször

rom fő egészségügyi szakdolgozói területen közel megegyezett. Ha ezt összevetjük a 2020 őszi mérési eredményeinkkel, akkor azt látjuk, hogy akkor még műtési területen egy hét benttartózkodás esetén átlagosan 12 390 Ft-ot kaptak az egészségügyi szakdolgozók; belgyógyászati területen 8917 Ft-ot; gyermekgyógyászati területen 7889 Ft-ot. A betegek által felkínált összeg mindhárom területen nőtt a 2021-től hatályos jogszabályi környezetben.

A hálapénzt visszautasító egészségügyi szakdolgozók közül a műtési területen tevékenykedők ugyanannyian

érveltek a büntetőjogi fenyegetettséggel, mint erkölcsi okkal. A belgyógyászati területen dolgozó egészségügyi szakdolgozók közül a legtöbben az erkölcsi okot jelölték meg a juttatás visszautasításának okaként, de sokan indokolták a visszautasítást a büntetőjogi fenyegetettséggel és azzal, hogy az Eütv. tilalmazza. Gyermekgyógyászati területen a legtöbb egészségügyi szakdolgozó erkölcsi okból utasítja vissza a hálapénzt, de a büntetőjogi szankció és az Eütv. szakmai-etikai szabálya is a gyakori érvek között szerepel. Műtési és belgyógyászati területen mindössze egyaránt 2-2 egészségügyi szakdolgozó utasította

3. táblázat | A gyermekgyógyászati területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók ajándék- és hálapénz-elfogadási szokásai

Gyermek/ifjúsági jellegű (n = 66)

		=1=	=2=	=3=	=4=	=5=	Átlag	Szórás	Variancia
1.	Kapott-e kisebb értékű ajándéktárgyat (például édességet, kávét, italt, virágot, házi készítésű tárgyat stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	8	19	32	5	2			
2.	Becslése szerint alkalmanként a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						2 945	1 592	2 534 007
3.	Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a kisebb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						5 106	3 564	12 699 378
4.	Kapott-e nagyobb értékű ajándéktárgyat (például festményt, ékszer, járművet, háztartási gépet stb.) betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	63	3						
5.	Becslése szerint alkalmanként a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						25 000	10 801	116 666 667
6.	Becslése szerint hosszabb bennfekvés esetén a nagyobb értékű ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						38 333	20 207	408 333 333
7.	Kapott-e 2021 első négy hónapjában a betegellátásban részt vevő osztályos nővérek csoportja kollektíven ajándéktárgyat betegtől vagy hozzátartozójától?	4	1	36	22	2			
8.	Becslése szerint a kollektíven kapott ajándéktárgy értéke ötszázra kerekítve hány forint volt?						9 233	4 309	18 563 277
9.	Utasított-e vissza készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	17	21	24	3	1			
10.	A visszautasított készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						13 286	16 479	271 571 429
11.	Tudomása szerint kapott-e kollégája, ismerőse készpénzt betegtől vagy hozzátartozójától 2021 első négy hónapjában?	60	6						
12.	Az ismerőse, kollégája által kapott készpénz ötszázra kerekítve hány forint volt?						5 000		
13.	Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte?	4	1	11	28	22			
14.	Milyen gyakran fordult elő 2021 első négy hónapjában, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátás megkezdése előtt adott ajándéktárgyat?	54	12						
15.	Miért utasította vissza a hálapénzt 2021 első négy hónapjában? (Több választ is bekarikázhat!)								
	Mert bűncselekménynek minősül az elfogadása.	31							
	Mert erkölcstelen az elfogadása.		32						
	Mert az egészségügyi törvényünk értelmében tilos elfogadni.			29					
	Mert a beteg vagy hozzátartozója kiszolgáltattott helyzetben van.				10				
	Mert nincs szükségem erre a pénzre.								

1 = soha; 2 = többhavonta egyszer; 3 = havonta egyszer; 4 = hetente egyszer; 5 = hetente többször

vissza a felajánlott összeget azért, mert nincs szüksége erre a pénzre. Gyermekgyógyászati területen pedig senki sem jelölte be ezt a választ. Csak a belgyógyászati területen működő egészségügyi szakdolgozók körében számottevő az informális juttatás visszautasítása azzal az indokkal, hogy a beteg vagy hozzátartozója kiszolgáltattott helyzetben van.

Alig fordult elő, hogy az egészségügyi szakdolgozók közül valaki azt vallotta volna, hogy egy kollégája kapott

a betegtől készpénzt 2021 első négy hónapjában. Akik mégis azt írták, hogy tudnak ilyesmiről, műtéti területen 20 ezer, belgyógyászati területen 10 ezer, gyermekgyógyászati területen pedig 5 ezer Ft átadásáról és elfogadásáról számoltak be. Havonta egy alkalommal csak belgyógyászati területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók tapasztalták kollégájuk törvénysértő magatartását. Többhavonta egyszer mindhárom területről adtak hírt készpénz elfogadásáról.

## Megbeszélés

A hálapénz jelentése a magyar jogi nyelvben a korrupció elkövetési tárgya, míg a megengedett összeghatáron belül történő *ex post* ajándékozás az „ajándék” szó eredeti denotatív jelentésartalmához nyúlik vissza. Az ajándékozás a Magyarországot körülvevő poszt-szocialista államokban a korrupciós jellegű juttatáshoz hasonló jelentéssel él tovább. A jogalkotó szándéka szerint Magyarországon az ajándékozás az egészségügyben visszanyeri az önként és erkölcsösen nyújtott jelentését. Az, hogy mindez a gyakorlatban miként alakul, hosszabb távon dől el; az első hónapoknak a szakdolgozók körében tapasztalható hatásait mértük fel tanulmányunkban.

A többletjuttatás visszautasítására adott válaszokból az derül ki, hogy a felmérésben részt vevők értesültek az új szabályozásról, tisztában vannak a büntetőjogi fenyegettség megváltozásával. Ugyanakkor beszámolnak arról, hogy tudomásuk van a készpénzátadás előfordulásáról is, mégpedig – a gyermekgyógyászati területet kivéve – a megengedett ajándékozási értékhatárt meghaladó mértékben.

Magyarországon tiltásra került a hálapénz pénzben nyújtott bármely formája. Az ajándék *ex ante* átadása közepes súlyú kriminális cselekmény: tilos. Felmérésünk szerint ilyen jellegű bűncselekmény a válaszolók 15–20%-a szerint történt legalább egyszer. Ez a magas kriminalitási arány arra utal, hogy a korrupció jelenleg is erősen jelen van az ellátásban. Nem zárhatjuk ki, hogy a felmérés idején még nehezen hozzáférhető nem COVID-ellátások elérhetősége érdekében igyekeztek a betegek ehhez a hozzáférési esélynöveléshez nyúlni. A kezelést követően nyújtott, 2021-ben a 8370 Ft-ot (a 2022-től 200 ezerre emelt minimálbér esetén a 10 ezer Ft-ot) meg nem haladó értékű ajándékozás nem valósít meg bűncselekményt; etikai megítélése azonban újragondolást igényel.

Továbbra is hatályosak a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) etikai kódexének II. 21–23. pontjai, melyek szerint:

- II. 21. Az egészségügyi szakdolgozó hálapénzt nem kérhet, és nem tanúsíthat olyan ráutaló magatartást, amely hálapénz iránti igényt fejez ki.
- II. 22. Az etikai normák különösen súlyos megsértésének minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó bármilyen anyagi vagy nem anyagi eredetű juttatást kér, vagy erre utaló magatartást tanúsít a sürgősségi beteg-ellátás során, haldokló beteg ellátása során, egészségügyi dolgozó ellátása során és minden olyan esetben, amikor az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozott.
- II. 23. Az egészségügyi szakdolgozók egymástól nem fogadhatnak el hálapénzt.

A MESZK etikai kódexének II. 18. pontja értelmében: „Azzal a személlyel, akinek egészségügyi ellátásában részt vesz, az egészségügyi szakdolgozó vagy közeli

hozzátartozója nem köthet ... ajándékozási szerződést.” Míg a pénzösszeg tiltására, illetve visszaszorítására tett etikai normatív kijelentések továbbra is tarthatók, addig a II. 18. pontba foglalt ajándékozási tilalom korábban is szigorúbb volt, mint az új szabályok. 2020-as és ideai felmérésünk alapján az etikai kódexbe foglaltak alig kerültek követésre, és a formális értékeléssel szemben a jelen jogi megoldás a gyakorlatban szigorítást jelentett. Felmerül az etikai szabályok módosításának szükségessége is, mert a törvényi „engedély” mellett az ennél szigorúbb követelmények érvényesítésére nincs reális esély; a Ptk. a tárgy átadását szóbeli ajándékozási szerződésként ismeri el. Nem került rendezésre az adó- és illetékkötelezettség, de a törvényben megengedett mérték nem éri el a 150 000 Ft-ot, ezért ajándékozási illetékfizetési kötelezettség nem merül fel.

*Habibov és Cheung* 2017-ben aláhúzta, hogy a poszt-kommunista országok közül Szlovéniában tapasztalható a legkevésbé a hálapénzjelenség, de ott sem ismeretlen. Magyarországon sokkal jelentősebb volt ez az egészségügyben, mint az akkor már magasabb bérekkel működő cseh egészségügyben [18]. A szlovéniai egészségügyben végrehajtott béremelés jelentősen visszaszorította a jelenséget, de nem eliminálta teljesen. A szakdolgozók körében az évekre széthúzott és idén záródó hazai béremelés nem volt olyan látványos, mint az orvosok béremelése. Várhatóan Magyarországon is fennmarad a hálapénz, csökkent és latens formában; az ajándékozási szokások esetlegesen új jellemzői még nem alakultak ki.

A felmérés szerint a nagy értékű ajándékozás a 2020 őszen mért juttatási értékekkel összevetve lényegesen csökkent. Ez a szankcionálás bevezetésével korrelál.

*Schaaf és Topp* 2019-ben kiemelték, hogy Magyarországon az ajándékozás a beteg lelkiállapotát hozza helyre azzal, hogy az egészségügyi dolgozó és a beteg közti kapcsolatban megszünteti a páciensnek a betegség miatt érzett függőségi helyzetét [19]. Az egészségügyi szakdolgozó az, aki a legtöbb időt tölti személyesen a beteggel, ezért az ő jóindulatának megnyerése rövid távon a legfontosabb, hosszú idejű ellátásnál pedig a legelemibb betegérdek. Korábban az orvosok kapták a több nagyobb összegű hálapénzt, de azzal, hogy az ajándékozási rendszer szurrogálja a korábbi rendszert, az egészségügyi szakdolgozók összességében véve arányaiban több ajándékot kellene, hogy kapjanak, mint az orvosok. A gyakorlatban látszik, hogy nőtt az egészségügyi szakdolgozóknak adott ajándékok értéke, de még nem látszik, hogy a leginkább érintett orvosi szakma – és főleg a műtéti terület – miként reagál a hálapénz-elfogadás és hálapénzadás kriminalizációjára. A Markusovszky-ösztöndíj és a rezidensek etikai alapú mozgalmára már évekkor elelőtt elkezdte megalapozni a paraszolvenciarendszer felszámolását, és *Torzsai és mtsai* felmérése a házi-orvos-rezidensek körében egyértelműen igazolta a fiatalok hálapénzt elutasító attitűdjének erősödését [20]. Az egészségügyi szakdolgozók ebből a szempontból egyszerűbben helyzetben vannak. Ők eddig is csak nagyon kis



szeletet, az összes juttatás 6%-át kapták a hálapénztortából [21], ezért könnyebben szoríthatók jogkövető magatartásra.

Magyarországon a hálapénz elfogadása párhuzamos jogági felelősséget keletkeztethet. Etikai eljárás, munkajogi fegyelmi eljárás és büntetőeljárás is lefolytatható. A párhuzamos felelősségre vonás nem sérti a *ne bis in idem* elvét. Jelenlegi jogszabályaink szerint a hangsúly az etikai felelősségről a büntetőjogi felelősségre tevődött át, de a büntetőjogi felelősségre vonás egyelőre kevésszer fordult elő, erre idő sem lett volna. Kevés alkalommal, de tettek már feljelentést orvos és egészségügyi szakdolgozó ellen is, az eddigi sajtóbeszámolók azonban főleg a korábban is korrupciónak minősülő ügyeket érintették (SARS-CoV-2 elleni védőoltási igazolás hamis kiállítás). A juttatást elfogadó, „bilincsből elvitt orvosok” sajtóhírként történő megjelenítése pedig nyilván a generális prevenció, a példa statuálásának eszköze. A büntetőjogi felelősségre vonás lehetősége az első fokozat a prevenció skálán. Ez sokszor már önmagában is elegendő ahhoz, hogy az egészségügyi szakdolgozók visszautasítsák a nekik felkínált pénzüsszeget. Ezt alátámasztotta felmérésünk eredménye is. Műtési és gyermekgyógyászati területen a legtöbben havonta egyszer, míg belgyógyászati területen többhavonta egyszer utasítottak vissza készpénzt 2021 első négy hónapjában.

A múlt évben mért adatok szerint a műtési területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók közül a legtöbben azt vallották, hogy havonta egyszer, míg ezen a területen idén már a legtöbben azt állították, hogy hetente egyszer fordult elő, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte. Belgyógyászati területen tavaly még a legtöbb egészségügyi szakdolgozó azt írta, hogy havonta egyszer, idén már a legtöbben azt jelölték be, hogy hetente többször is előfordult, hogy mindössze köszönetet kaptak. Gyermekgyógyászati területen tavaly még a legtöbben azt vallották, hogy havonta egyszer, míg idén már azt, hogy hetente egyszer kaptak pusztán szóbeli vagy írásbeli köszönetet.

Műtési, belgyógyászati és gyermekgyógyászati területen is gyakran fordult elő, hogy a beteg vagy hozzátartozója az ellátást mindössze szóban vagy írásban megköszönte. A 2021 első négy hónapjában, az új jogszabályi környezetben még gyakrabban fordult elő, mint a 2020 őszi mért adatok szerint. Tehát a hála nem pénzbeli és nem is ajándéktárgy formájában történő kifejezése nem idegen a magyar egészségügyi kultúrától. A sokszor emlegetett klisék mellett fontos felhívni a figyelmet arra, hogy mind a betegek, mind pedig az egészségügyi szakdolgozók szempontjából természetesnek tekinthető, ha a köszönetnyilvánítás gesztusa nem materializálódik pénzben kifejezhető értékben. Erre számos külföldi és sok belföldi kutatás nem tér ki, pedig a köszönet a betegnek nem kerül semmibe, míg az egészségügyi szakdolgozó betegekkel szembeni attitűdjét pozitívan befolyásolja, és jól elhatárolja az egészségügyi szolgáltatást az egyéb,

személytelen vagy nem a bizalmi elven működő szolgáltatásoktól.

Kisebbségi értékű tárgyi ajándékot műtési területen a legtöbb egészségügyi szakdolgozó tavaly hetente egyszer kapott. Idén a legtöbben havonta egyszer kaptak ilyesmit. A kisebb értékű ajándéktárgy értéke idén alkalmanként átlagosan 3409 Ft, hosszabb bennfekvés esetén 5846 Ft volt. Belgyógyászati területen tavaly a legtöbben hetente egyszer, míg idén havonta egyszer és többhavonta egyszer kaptak kisebb értékű ajándékot. E területen idén alkalmanként átlagosan 2772 Ft, míg hosszabb bennfekvés esetén 5013 Ft volt az ajándék értéke. Gyermekgyógyászati területen tavaly hetente egyszer, idén havonta egyszer kapott a legtöbb válaszadó egészségügyi szakdolgozó kisebb értékű ajándéktárgyat. Ezen a területen idén alkalmanként átlagosan 2945 Ft, míg hosszabb bennfekvés esetén 5106 Ft volt a kisebb ajándéktárgy értéke.

Műtési területen a legtöbb egészségügyi szakdolgozó tavaly azt jelölte be, hogy havonta egyszer kapott nagyobb értékű ajándéktárgyat, míg idén azt, hogy soha. Idén, akik mégis kaptak, átlagosan 26 667 Ft értékben kaptak alkalmanként nagyobb értékű ajándékot, míg hosszabb bennfekvés esetén átlagosan 32 500 Ft értékben. Belgyógyászati területen a legtöbben tavaly havonta egyszer, míg idén soha nem kaptak ilyesmit. Idén, akik mégis kaptak, átlagosan 22 500 Ft értékben kaptak alkalmanként nagyobb értékű ajándékot, míg hosszabb bennfekvés esetén átlagosan 30 000 Ft értékben. Gyermekgyógyászati területen tavaly és idén is a legtöbben soha nem kaptak nagyobb értékű ajándéktárgyat. Idén, akik mégis kaptak, átlagosan 25 000 Ft értékben kaptak alkalmanként nagyobb értékű ajándékot, míg hosszabb bennfekvés esetén átlagosan 38 333 Ft értékben.

A betegattitűdök változása is szükséges lenne a változás kiteljesedéséhez, a hálapénzadási hajlandóság nem szűnt meg az új szabályozás hatására. Erre utal, hogy mind a műtési, mind a belgyógyászati, mind pedig a gyermekgyógyászati területen tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók utasítottak vissza pénzüsszegeket a 2021. évi jogi fordulat után is. Olykor egészen magas összeget. Például gyermekgyógyászati területen előfordult, hogy az egészségügyi szakdolgozó 2021 első négy hónapjában 50 000 Ft-ot utasított vissza. Belgyógyászati területen pedig hosszabb bennfekvés esetén 30 000 Ft értékű ajándéktárgy elfogadásáról is számolt be egészségügyi szakdolgozó, ami jóval meghaladja a megengedett értékhatárt. Tehát a betegek egy része továbbra is természetesnek tartja az informális juttatást, és a büntetőjogi fenyegetettséget felülírja a páciensek egészségféltése. Kutatásaink szerint a 2021. évi jogi fordulat után is nagyobb összegű ajándékozás tapasztalható a műtési területen. *Baji és Gulácsi* 2012-es kutatási eredményei szerint a magyar lakosság elfogadó a hálapénzzel kapcsolatban, bár egyértelműen nem a pénz, hanem az ajándék jelenti a hála kifejezését. A válaszadók kevesebb mint fele (48%) rendelkezett negatív attitűddel, több mint fele kö-

zömbös, vagy pozitívan ítélte meg a hálapénzt. Az ajánlékok megítélését tekintve a válaszadók közel egyenlő arányban oszlanak meg a 'pozitív', a 'közömbös' és a 'negatív' kategóriák között. A jelenség „kiirtásával” a válaszadók több mint fele egyetértett [22].

*Balázs Péter* 2014-ben így fogalmazott: „Az 1989-es rendszerváltozás azért okoz mind a mai napig fennálló feszültséget, mert elvileg megszabadított bennünket a megalkuvások kényszerű vállalásától. A hálapénzt mégis azért vállaljuk, mert az 'előnyei' megérik a kockázatmentességet a rövid távú szemlélettel gondolkodó egészségpolitikában” [23]. A 2021. évi jogi fordulat már hosszabb távon tervez.

## Következtetés

A hálapénzrendszer leépítése a magyar egészségügyben hosszabb időt fog igénybe venni.

Az egészségügyi szakdolgozók körében a pénz visszatartása és jobbra a kisebb értékű ajándéktárgyaknak a kezelést követő elfogadása jellemző az új jogszabályi környezetben. A latens összeg a 2021. januári fordulat után növekedett a 2020 őszi mérthez képest. A 2021-ben mért adatok szerint a legtöbb egészségügyi szakdolgozó az erkölcsi ok mellett a büntetőjogi következményektől tartva utasítja vissza, azaz a jogszabályváltozást az érintett egészségügyi szakdolgozók ismerik, és hatására megváltozott a korábbi készpénz- és ajándékelfogadási gyakorlatuk. Felmérésünk az egészségügyi szakdolgozókra vonatkozik, akik a hálapénznek arányaiban a legkisebb haszonélvezői voltak, ezért ebből a felmérésből az orvosi szokásokra és attitűdökre vonatkozóan nem lehet következtetést levonni.

Az NVSZ nyilvánosságra hozott ügyei alapján korábban is korrupciónak minősülő ügyeket tártak fel számos esetben, azaz a jogszabályváltozástól független területen erősödött az egészségügy antikorrupciós felügyelete, de megindult a valódi paraszolvenciaügyek feltárása is. Szakdolgozókra vonatkozóan csak az előző kategóriába tartozó esetekről hallottunk.

Az előzetes, az ellátás megkezdése előtti juttatás magas aránya – bár kis összegű ajándék kategóriájába soroltan – továbbra is jelentős korrupciós kockázatot, illetve a korrupció tényleges jelenlétét mutatja.

A régiókhöz tartozó országokkal foglalkozó friss szakirodalmi közlemények és az általunk végzett empirikus kutatás eredményeinek összevetése alapján Magyarország a szlovéniai példa megvalósítása felé indult el. A hálapénz-mentesítés ott sem valósult meg hiánytalanul, de a magyarországi reform előtt Szlovéniában sikerült először jelentős áttörést elérni az egészségügyi korrupció eliminálása terén.

*Baji és Gulácsi* adatai az idősebbeket mutatják elfogadóbannak a jelenséget illetően [22]. Ez magában hordozza a fokozatos megszűnés esélyét, amennyiben az orvosok és a betegek között is „fel nő egy olyan generáció”, amely már eleve hálapénzellenes, és nem kívánja fenntar-

tani a korábbi gyakorlatot. Bár a válaszadók száma alapján nem vonhatunk le ilyen következtetést, bízunk benne, hogy a 2020-as és a 2021-es felmérés során a gyermekgyógyászatban észlelt helyzet már a hozzáállás változását jelzi. E terület (fiatal szülők mint a juttatás forrása) volt a legkevésbé érintett a korrupciós mértékű hálapénzzel/ajándékkal.

*Anyagi támogatás:* A kézirat megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* J. M.: A kérdőíves kutatás eredményeinek értékelése és a cikk megírása. K. É. M.: A kutatás szakmai felügyelete és a cikk megírása. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönjük az Szegedi Tudományegyetem Ápolási Igazgatóságának a válaszadók eléréséhez nyújtott segítségét.

## Irodalom

- [1] Habibov N. Effect of corruption on healthcare satisfaction in post-Soviet nations: a cross-country instrumental variable analysis of twelve countries. *Soc Sci Med.* 2016; 152: 119–124.
- [2] Listrovaya L. What does a „thank you” cost? Informal exchange and the case of „Brift” in contemporary Russia. *Qual Sociol.* 2021; 44: 479–505.
- [3] Kupcewicz E, Grochans E, Kadučakova H, et al. Personalized healthcare: the importance of patients' rights in clinical practice from the perspective of nursing students in Poland, Spain and Slovakia – a cross-sectional study. *J Pers Med.* 2021; 11: 191.
- [4] Vogler S, Österle A, Mayer S. Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries. *Int J Equity Health* 2015; 14: 124.
- [5] Deliversky J. How does corruption affects healthcare sector in Bulgaria. *J IMAB* 2016; 22: 1088–1090.
- [6] Giannouchos TV, Ukert B, Vozikis A, et al. Informal out-of-pocket payments experience and individuals' willingness-to-pay for healthcare services in Greece. *Health Policy* 2021; 125: 693–700.
- [7] Tumlinson K, Jaff D, Stilwell B, et al. Reforming medical education admission and training in low- and middle-income countries: who gets admitted and why it matters. *Hum Resour Health* 2019; 17: 91.
- [8] Kollár J. Communication within the health care team: doctors and nurses. [Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 659–663. [Hungarian]
- [9] Boros J, Kopcsó K, Verosza Zs. Characteristics of the Hungarian pregnancy care system: background inequalities in the preferences for private and public care. [A magyarországi várandósgondozási rendszer sajátosságai: a magán- és állami ellátások igénybevétele mögött húzóóó egyenlőtlenségek.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1402–1412. [Hungarian]
- [10] Julesz M. The legal history of gratitude payments to physicians in Hungary. *J Eur History Law* 2018; 9(1): 149–157.
- [11] 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.
- [12] Balogh L, Gellér J. Negative discrimination of Roma women during pregnancy care. [Roma nők hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátás során.] *Fundamentum* 2019; 23(1–2): 204–223. [Hungarian]
- [13] Deli T, Lampé R, Juhász AG, et al. How the cesarean delivery rate decreased at the Department of Obstetrics and Gynecology, University of Debrecen during the COVID–19 pandemic? [Hogyan csökkent a császármetszések aránya a debreceni Szülészeti Klinikán a koronavírus-pandémia alatt?] *Orv Hetil.* 2021; 162: 811–823. [Hungarian]
- [14] Rubashkin N, Baji P, Szebik I, et al. Examining obstetric interventions and respectful maternity care in Hungary: do informal payments for continuity of care link to quality? *Birth* 2021; 48: 309–318.
- [15] Julesz M, Kereszty ÉM. The customs of acceptance of informal payments among Hungarian nurses. [A hálapénzzel kapcsolatos szokások a magyar egészségügyi szakdolgozók körében.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1658–1668. [Hungarian]
- [16] Mejsner SB, Karlsson LE. Informal payments and health system governance in Serbia: a pilot study. *Sage Open* 2017; 7: 2158244017728322.
- [17] Julesz M. Telemedicine and COVID–19 pandemic. [A telemedicina és a COVID–19-világjárvány.] *Inf Társadalom* 2020; 20(3): 27–38. [Hungarian]
- [18] Habibov N, Cheung A. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. *Soc Sci Med.* 2017; 178: 28–37.
- [19] Schaaf M, Topp SM. A critical interpretive synthesis of informal payments in maternal health care. *Health Policy Plan.* 2019; 34: 216–229.
- [20] Torzsa P, Csatlós D, Eőry A, et al. Opinions of Hungarian family physicians and residents on vocation and informal payment. [Hivatással és hálapénzzel kapcsolatos vélekedések a magyarországi családorvosok és családorvos rezidensek körében.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1438–1444. [Hungarian]
- [21] Hungarian Central Statistical Office. Tip and informal payment. [Borralal és hálapénz.] *Központi Statisztikai Hivatal, Statisztikai Tükör* 2015/16. Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf> [accessed: Feb 25, 2021]. [Hungarian]
- [22] Baji P, Gulácsi L. The situation is unchanged – The results of a representative questionnaire survey about the customs and opinions of the Hungarian population concerning informal payments. [A helyzet változatlan – Egy reprezentatív kérdőív felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről.] *Eü Gazd Szle.* 2012; 50(4): 30–36. [Hungarian]
- [23] Balázs P. Why do we give informal payments in Hungarian healthcare? [Miért fizetünk hálapénzt a magyar egészségügyben?] *Valóság* 2014; 57(2): 1–15. [Hungarian]

(Julesz Máté dr.,  
 Szeged, Kossuth L. sgt. 38., 6724  
 e-mail: julesz.mate@med.u-szeged.hu)

„*Ab alio exspectes alteri quod feceris.*”  
 (Mástól ne várj egyebet, csak mit magad tettél vele.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)

## Health equity and health data protection related to telemedicine amid the COVID-19 pandemic

The correlation between health equity and health data protection in the area of telemedicine has been put into relief during the COVID-19 pandemic. Indeed, the right to health data protection is not only a personal right but also a human right. Health equity cannot be maintained without an adequately functioning system of health data protection in telemedicine, yet, in many countries, health equity remains a mere dream. The United States and the European Union are the flagships of both health equity and health data protection, with HIPAA (in the US) and the GDPR (in the EU); however, some gaps do exist, as demonstrated by the practice of telemedicine during the COVID-19 pandemic. While US and EU regulations on telemedicine do provide legal certainty, fighting the COVID-19 pandemic has created a new legal climate, with new priorities superseding health data protection, which had been paramount beforehand.

**Keywords:** *telemedicine, health equity, health data protection, COVID-19 pandemic, human rights, personal rights.*

### Author Information

Máté Julesz, University of Szeged, Department of Forensic Medicine  
<https://orcid.org/0000-0003-0148-1857>

### How to cite this article:

Máté Julesz. "Health equity and health data protection related to telemedicine amid the COVID-19 pandemic".

*Információs Társadalom* XXII, no. 2 (2022): 27–38.

== <https://dx.doi.org/10.22503/infvars.XXII.2022.2.2> ==

*All materials  
published in this journal are licenced  
as CC-by-nc-nd 4.0*

---

## 1. Introduction

Health equity and health data protection are strongly correlated in the area of telemedicine. The quality of health equity in telemedicine is largely affected by the observation of data protection rules and principles. There is no legal certainty without ethics, and ethics are reflected in the law in effect. Ethical norms orientate not only lawmakers but also legal practitioners.

Health equity can be made a reality not only if a legal foundation is established but also if there is wide acceptance of the laws in society. Health equity should be guaranteed for all – the poor as well as the better-off. If there is a social discrepancy, health equity cannot be maintained. Health equity presupposes data protection being respected by all. When certain social actors erode data protection for their own purposes, other groups of people will suffer abuse of their rights. Where rights tied to health data are abused because of deficiencies in telemedicine, health inequity comes about.

The ethical ‘good’ is not necessarily identical to the notion of ‘lawfulness’. A derogation from the basic international principles of health data protection may be justified either by laws related to the COVID-19 pandemic or by social ethics. It is not only health equity that requires social coherence. The law on health data protection also demands it. Strictly abiding by the laws is not always ethical: *summum jus = summa injuria*. However, when the social actors are inclined to obey the laws and to respect the health data protection regulations, there is a great chance to create a society with immanent health equity.

It is important to protect all patients’ health data; no one is entitled to a higher level of protection by law than others. A right to health data protection is a personal right enjoyed by a living patient that vanishes after death. According to Hungarian court practice, if a patient has initiated a civil lawsuit for infringement of their right to health data protection, their heirs may continue the legal procedure after the patient’s death. This suggests that health equity presupposes a state of law where health data protection is guaranteed by the telemedicine system and also by the judiciary as a last resort.

## 2. Health equity and telemedicine in light of the COVID-19 pandemic

Authors from the United States have underlined the following problem: ‘economically disadvantaged Americans have the greatest need to take advantage of telemedicine to minimise unneeded contact for medical care as they are already in high-risk groups on a number of other fronts. Regarding work, they are more likely to work in essential public services’ (Khilnani, Schulz and Robinson 2020, 399). This sort of problem arises in every country in the world, and it is one of the main sources of health inequity amid the COVID-19 pandemic.

Recent research conducted in Canada has demonstrated that western rural Canadians prefer in-person medical consultations to telemedicine. This is the case even though most western rural Canadians enjoy access to telemedicine (Rush et al. 2021, 10).

A similar problem arises in other countries as well, including Hungary. Most rural Hungarians today, as before the pandemic, will take a coach to meet their physician personally rather than enjoying the advantages of telemedicine. In countries where telemedicine is not accessible to all, the hardship is even greater. The Canadian phenomenon is observed in various societies and cultures.

There is a certain level of intrinsic inequality in the information positions of the physicians and patients. The patients find themselves in a vulnerable situation when disclosing their health data. The physicians' responsibility for data protection is not merely of a legal but also of an ethical character. The physician's duty to protect other people, who are in contact with the contagious patient, may overwrite the patient's right to health data protection.

Recently, US authors have emphasised the importance of health equity in connection with telemedicine during the COVID-19 pandemic. Access to broadband Internet, the ability to pay for telemedicine and many other factors have been determining health equity during the pandemic (Ortega et al. 2020a, 369). Other US authors have argued that '[t]he COVID-19 pandemic has exposed the magnitude of US health inequities – which the World Health Organization defines as “avoidable, unfair, or remediable differences” in health' (Berkowitz, Cene and Chatterjee 2020). Lynch has observed that '[t]he COVID-19 pandemic has revealed starkly and publicly the close interconnections between social and economic equality, health equity, and population health' (Lynch 2020, 983).

In China, from July 2018, the government has introduced regulations on telemedicine (Iong 2020, 595) and it is now free of charge. In the US, Medicare reimburses the costs of healthcare provided through telemedicine (Ortega et al. 2020a, 369). Other countries, such as the UK, Germany, Canada, India and Hungary, also promote it in light of the COVID-19 pandemic. Hopefully, these developments will be upheld after the current situation.

In relation to the COVID-19 pandemic, authors from all over the world have pointed to the 'loss of health insurance, jobs and homes, which increases risk for mental and physical morbidity and all-cause mortality' (Shadmi et al. 2020, 2). All that harms health equity in various ways in the countries under examination. For example, in this study, the co-authors from Brazil state that rich white people have imported SARS-CoV-2 from abroad and then infected less well-off Black workers in Brazil (Shadmi et al. 2020, 3). The Chinese co-author is satisfied with the health measures taken by the Chinese government. The US co-author stresses the problem of uninsured homeless people and that of the prison population of 2.3 million because the prison healthcare system is 'understaffed and ill-equipped' (Shadmi et al. 2020, 10), and the co-author from Colombia focusses on the relevance of 'telemedicine for higher-risk groups, with the aim of reducing their unnecessary contact with the health system' (Shadmi et al. 2020, 13).

In Hungary, health equity is by and large ensured by the state. All the relevant human rights documents are in effect in the country. Nevertheless, there are ethnic minorities (e.g. the Roma), jobless people, underpaid employees, retirees with a small income and other social groups who have never enjoyed full health equity during the recent history of Hungary. Telemedicine is not accessible to these people

---

or at least not fully accessible. The lack of access to broadband Internet is one of the disadvantaging factors. In Hungary, an unusual number of healthcare services are free; however, it is in private healthcare that a truly standard level of care is provided. After healthcare professionals' salaries were raised in 2021, they had to decide whether to work exclusively in the public or in the private healthcare sector because it was not permitted to work in both. Those who have chosen the public healthcare sector earn a considerable salary, while Hungarian patients who use private healthcare are those that can well afford it. Most socially vulnerable patients turn to public healthcare providers, thus enlarging the gap between the level of healthcare for the rich and that for the less well-off.

Telemedicine has been vital during the COVID-19 pandemic; however, health illiteracy and digital illiteracy mean that it is rather available to better-off and younger social groups (Julesz 2020, 29; Pikó and Kiss 2019, 108). Health inequity arises from this phenomenon, and it is not the only factor at play. In Hungary, it is mostly baby boomers who suffer from digital illiteracy. Those of advanced age hardly ever use the Internet. Their main means of telecommunication with their doctor is the telephone, though this is often insufficient for telemedicine. Spanish authors have concluded that '[i]f face-to-face care cannot be offered, telehealth interventions should be guaranteed, whenever possible facilitating contact by video call rather than by telephone' (Sanchez-Guarnido et al. 2021, 9). This assertion was made in connection with occupational therapy for mental health; however, it applies to a variety of areas of medicine, except for such interventions as surgery or other cases of physical intervention. Gyórfy et al. point out that quite a few patients conceal or exaggerate symptoms. This can be better recognised through a video connection than via telephone (Gyórfy et al. 2020, 989). Balogh et al. argue that telemedicine has become common in primary healthcare during the COVID-19 pandemic and that its advantages should be maintained after the pandemic but that the length of consultations via telephone ought to be reasonably limited (Balogh, Diós and Papp 2020, 1431).

In the US, authors have argued that 'those groups most vulnerable during the COVID-19 pandemic – older adults and those with pre-existing conditions – are also two groups that have historically been more likely to suffer from digital inequalities' (Khilnani, Schulz and Robinson 2020, 398). Other authors from the US have arrived at the result that during a major increase of telemedicine visits in March and April 2020 in the US, it was mainly patients aged 20 to 44 years who used telemedicine, particularly for urgent care (Mann et al. 2020, 1132). The COVID-19 pandemic makes telemedicine necessary to guarantee equal access to healthcare for all. However, health equity for the elderly and the poor exists on the whole in the law but not in reality. Those who cannot purchase the required technology cannot enjoy the advantages of telemedicine. They have to appear in person and expose themselves to potential infection. The waiting lists are long, and telemedicine can only cut them short for those experienced in the digital world. The tendency detected in the US applies in Hungary as well, though the living standards and the quality of the healthcare provided are not comparable.

According to Ortega et al., '[l]inguistic barriers are a recognized source of health inequities for ethnic minority communities whose health communication needs

cannot be adequately met in the majority language' (Ortega et al. 2020b, 1530). In Hungary, this sort of problem did not arise during the COVID-19 pandemic because ethnic minorities in Hungary generally (also) speak Hungarian. Nevertheless, these communities are legally permitted to use their first language in healthcare. However, in practice, they do not. In telemedicine, members of these groups intending to use their first language would certainly meet difficulties due to the lack of health professionals who speak minority languages.

In many countries, health inequity is produced by the scarcity of medical practitioners in the face of a growing population, among other factors. This sort of health inequity can be surmounted by training residents via telemedicine platforms, among other solutions. This is a great opportunity to teach them how to perform medical interventions and observe social distancing at the same time. For example, in Peru, ophthalmology residents have successfully been taught how to do cataract surgery via Cybersight, Orbis International's telemedicine platform (Geary et al. 2021, 8). Although the authors give an account of a success story, I believe that in-person resident-patient contact needs to be ensured to train future medical practitioners even during the COVID-19 pandemic. In the case of undergraduate medical students, e-education may be a way out because of the huge number of students concerned. In Hungary, medical students who enjoyed online education during the worst times of the COVID-19 pandemic have since had the opportunity to make up the leeway and take practical classes in the summer.

### 3. Telemedicine and health data protection

Telemedicine has gained in importance due to COVID-19. The pandemic prompted lawmakers to regulate the legal and professional ethical framework for telehealth. In Hungary, a large number of legal norms have been put in place to keep telemedicine within the borders of the state of law. The protection of sensitive health data and the special legal features of the doctor-patient relationship make it important to meticulously regulate the functioning of telemedicine. The regulations follow the inter- and supranational legal norms in effect in Hungary.

As stipulated by section 52 of the Preamble of the General Data Protection Regulation of the European Union (GDPR): 'Derogating from the prohibition on processing special categories of personal data should be allowed when provided for in European Union or Member State law', especially for the purposes of 'prevention or control of communicable diseases and other serious threats to health'. This regulation offers a certain level of freedom to Member States, such as Hungary, to place public health before personal health data protection, on condition that it is necessary and proportional to prevent the spread of COVID-19. Becker et al. argue that '[i]n a pandemic, such regulations can derogate from data subjects' rights and provide a legal basis for processing beyond the existing legal framework' (Becker et al. 2020, 5).

The right to health data protection is a human right. According to Article 6 of the Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data of the Council of Europe: 'personal data concerning health [inter alia]



---

... may not be processed automatically unless domestic law provides appropriate safeguards'. Article 8 of the Charter of Fundamental Rights of the European Union declares: 'Everyone has the right to the protection of personal data concerning him or her. Such data must be processed fairly for specified purposes and on the basis of the consent of the person concerned or some other legitimate basis laid down by law.'

Telemedicine provides an ample source of health data. There is a fine line between a legally permitted derogation from data protection and a violation of law. In Hungary, health services provided through telemedicine should be properly documented in the Electronic Health Cooperation Service Space. This requirement is a *sine qua non* of health data protection. An illegal breach of the patient's right to health data protection may lead to both civil and criminal liabilities. The patient may seek damages and bring the case before a criminal court, although the establishment of criminal liability rarely occurs in Hungarian judicial practice. According to section 219 of the Hungarian Criminal Code: 'Any person who, in violation of the statutory provisions governing the protection and processing of personal data in Hungary or in the European Union, for profit or causing serious disadvantage: a) is engaged in the unauthorized and inappropriate processing of personal data or b) fails to take measures to ensure the security of data is guilty of a misdemeanour punishable by imprisonment not exceeding one year. ... Any misuse of personal data shall be punishable by imprisonment not exceeding two years if committed in connection with special data.'

Leite et al. are of the following opinion: 'Public administrations around the world, such as Australia, the USA and the UK, are investing in telemedicine to manage COVID-19, with the specific aim to reduce the volume of patients interacting with emergency departments' (Leite, Hodgkinson and Gruber 2020, 484). The same authors underline the importance of data privacy and protection (Leite, Hodgkinson and Gruber 2020, 483). The Hungarian Act on Health Data Protection is in harmony with the GDPR (EU). The constitutional 'state of danger' in effect in Hungary narrows patients' right to health data protection with regard to COVID-19, though this is proportional and necessary in the time of a pandemic. In Hungary, there are limitations to how the health data obtained from the Electronic Health Cooperation Service Space can be used. Unnecessary and disproportional use of health data is strictly forbidden. The constitutional 'state of danger' is not an excuse for the Hungarian state to abuse patients' health data, and this is so in other countries as well.

Abeler et al. believe that '[w]eakening data protection might be preferable to the far-reaching restrictions of personal freedom and to the economic costs of the current lockdown' (Abeler et al. 2020, 1). The authors consider that a contact tracing system would be useful to warn a person who has been in contact with an infected person to self-quarantine. The authors find it secure because 'the necessary data could be processed in a way that would effectively preclude the central server from identifying users' (Abeler et al. 2020, 2). Bradford et al. argue that 'exposure tracing and notification is a proportionate response to the coronavirus public health threat that justifies some intrusion on the privacy rights of individuals' (Bradford, Aboy and Liddell 2020, 21). In my view, data collection does not run counter to the GDPR

(EU) if it happens with the intention of containing the COVID-19 pandemic. In the European Union, the national regulations on data protection may differ from each other on the condition that they do not violate the common basic EU principles of data protection.

Those basic EU principles of data protection are as follows: the health data must be processed lawfully and transparently; there is no room for data processing without a specific purpose; and only health data necessary for this specific purpose should be processed. Further, the health data should be protected against unlawful, unauthorised and unnecessary data processing. The Hungarian app has been criticised in relation to the aspect of data protection, mainly by party politicians; however, I believe that the basic principles of data protection have not been infringed in practice. Detailing the technological conditions of telemedicine is not a goal of this article.

In the US, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) regulates the processing of information related to healthcare. While the US Department of Health and Human Services (HHS) Office for Civil Rights and healthcare providers found public video call platforms insecure for telehealth before the outbreak of the COVID-19 pandemic, the COVID-19 era has changed that office's opinion, and, as a consequence, healthcare providers have also changed their position. Skype, Zoom, GoToMeeting and many other platforms may now be used (Pool, Akhlaghpour and Fatehi 2021, 74). However, in terms of health data protection, some other public video platforms are still considered to be insecure and are not authorised by the Office for Civil Rights as a telehealth platform (Pool, Akhlaghpour and Fatehi 2021, 75). Bassan is of the opinion that '[h]ealth information accumulated in time of pandemic is highly valuable for those who profit based on it: health providers, health and medical device vendors, health insurance companies, health devices manufacturers, pharmaceutical companies, telecommunication and technology companies whose products may be used to provide telehealth, and advertisers' (Bassan 2020, 7). Bassan points out that 'privacy policies' and 'terms of conduct' set up by companies not covered by HIPAA but still providing platforms for telehealth do not guarantee health data protection (Bassan 2020, 7). In the US, management of electronic protected health information is regulated by HIPAA. Other US authors have concluded that '[w]ith the transition to a postpandemic phase, the key transformation of telehealth systems is to shift from crisis mode (where the use of stopgap or unproven technologies has been permitted) to sustainable, secure systems that properly preserve data security and patient privacy' (Wosik et al. 2020, 961).

Bhardwaj has pointed to the following problem: 'In the telemedicine framework, a standout among the most significant issues is the exchange of electronic patient information (EPI) between patient and a doctor that are remotely connected. A minute change to EPI may result in a wrong diagnosis for the patient' (Bhardwaj 2021, 2915). This is why new methods need to be developed.

From the perspective of scientific researchers, US authors have reasoned that 'we can imagine a unifying multinational COVID-19 electronic health record waiting for global researchers to apply their methodological and domain expertise' (Cosgriff, Ebner and Celi 2020, e224). Another US author has argued: 'HHS should encour-

---

age health researchers to use the increased data provided by telehealth services to train AI [artificial intelligence] software that can further improve not only the telehealth services, but also other clinical care, healthcare operations, and research' (Hoffman 2020, 15; see also Héder 2020). In my opinion, health data protection, as a general rule, outweighs scientific aims; however, if those data could help contain the COVID-19 pandemic, a proper anonymisation would counterbalance derogation from general data protection rules. Section 4 paragraph 2(d) of the Hungarian Act on Health Data Protection allows data processing for scientific purposes. Section 4 paragraph 4 makes it legal only if justifiably necessary for the purposes of scientific research. Nevertheless, health data processing is always legal when the patient concerned or the patient's legal representative gives informed consent. In light of the COVID-19 pandemic, the last point is an exception, since masses of patients are concerned, and a great many of them are not in a state to exercise their right to self-determination.

The COVID-19 era has brought significant changes to the social, economic and scientific functioning of all countries. Nevertheless, the political functioning has not changed radically. In Hungary, data protection had become a battleground between civil society and government long before the outbreak of the COVID-19 pandemic. The pandemic put health data protection into relief, and it further increased the debate between civil society and government. In the list of the deceased due to COVID-19 published online by the government, it has been possible to link certain data to a specific person, though the rule of law has been observed. In some of those cases, concurrent information retrieved from tabloids have aided in this recognition.

#### **4. Pros and cons of telemedicine**

Telemedicine is largely based on legal and ethical cooperation between healthcare providers and patients. Telemedicine has not only primary advantages (e.g. social distancing) but also secondary ones (e.g. avoidance of informal payments). When I take into account the advantages of telemedicine, I arrive at the conclusion that, for various reasons, the secondary advantages prevail over the primary ones.

The primary advantages are that:

- the doctor–patient relationship does not always necessitate physical contact between doctor and patient;
- the cost of healthcare provided through telemedicine is usually lower because there are no additional expenditures, such as the cost of travel, meals and accommodation;
- telemedicine can reach rural areas that have previously fallen outside the scope of healthcare; and
- telemedicine makes it possible for physicians who are on sick leave because of COVID-19 to continue working from home.

There are also certain secondary advantages, namely that:

- telemedicine forwards new technologies and promotes digital literacy;
- digital nomads can enjoy a higher level of occupational health;

- the Internet of Things is an unavoidable step on the path of human digital evolution;
- the distance between doctor and patient mostly excludes informal patient payments, which are illegal in Hungary;
- patients will spend more money on necessary and useful healthcare devices than on purchasing legal gifts for physicians;
- patients become educated in healthcare to a certain degree, for example learning how to take blood pressure and how to measure oxygen saturation;
- both patients and doctors save precious time by curtailing futile chatting, although the doctor does still need to talk to the patient in order to establish the diagnosis and, in terms of health psychology, it is also important to inform and comfort the patient;
- the general health culture of society will be improved because of patients' increased personal involvement in caring for themselves; and
- timeworn medical practices will be more or less replaced by millennial physicians' digital response to current problems.

Besides the pros, however, cons also emerge, such as that:

- patients may be objectified;
- digital connections may replace interpersonal relationships;
- doctors' altruism and empathy towards patients may be diminished;
- only well experienced physicians will be able to offer medical advice via telemedicine, with fresh doctors needing to wait and learn despite having little opportunity to gain physical experience; and
- a generation gap between older and younger physicians might hinder the efficacy of healthcare provision.

## 5. Conclusion

Western-type health equity and health data protection are fairly new phenomena in Hungary. Both were imported from the European and American legal cultures. A Western type of health data protection was incorporated into the Hungarian legal system in the second half of the 1990s. Health equity is still under development in Hungary. The right to health data protection is a personal right of the patient, which may be overwritten by the healthcare provider's duty to protect others. Health equity and health data protection have been going hand in hand in the field of telemedicine during the COVID-19 pandemic. The digital illiteracy of the elderly might hinder the use of telemedicine, which is of high importance and not only during the pandemic. Regardless of party politics, the steps made by the Hungarian lawmakers during the COVID-19 pandemic have promoted the use of telemedicine, ameliorated the level of health equity and, meanwhile, protected the citizens' health data.

---

## References

- Abeler, Johannes, Matthias Bäcker, Ulf Buermeyer, and Hannah Ziellessen. 'COVID-19 contact tracing and data protection can go together.' *JMIR Mhealth and Uhealth* 8, no. 4 (2020): Article Number e19359.  
<https://doi.org/10.2196/19359>
- Balogh, Sándor, Erzsébet Diós, and Renáta Papp. 'Beneficial effects of the COVID-19 pandemic on general practitioners: Remote consultation and telemedicine are opportunities for rationalization.' *Orvosi Hetilap* 161, no. 34 (2020): 1431.  
<https://doi.org/10.1556/650.2020.34M>
- Bassan, Sharon. 'Data privacy considerations for telehealth consumers amid COVID-19.' *Journal of Law and the Biosciences* 7, no. 1 (2020): Article Number Isaa075.  
<https://doi.org/10.1093/jlb/Isaa075>
- Becker, Regina, Adrian Thorogood, Johan Ordish, and Michael J. S. Beauvais. 'COVID-19 research: Navigating the European General Data Protection Regulation.' *Journal of Medical Internet Research* 22, no. 8 (2020): Article Number e19799.  
<https://doi.org/10.2196/19799>
- Berkowitz, Seth A., Crystal Wiley Cene, and Avik Chatterjee. 'Covid-19 and health equity – Time to think big.' *New England Journal of Medicine* 383, no. 12 (2020): Article Number e76.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2021209>
- Bhardwaj, Rupali. 'An improved reversible and secure patient data hiding algorithm for telemedicine applications.' *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing* 12, no. 2 (2021): 2915–2929.  
<https://doi.org/10.1007/s12652-020-02449-2>
- Bradford, Laura, Mateo Aboy, and Kathleen Liddell. 'COVID-19 contact tracing apps: A stress test for privacy, the GDPR, and data protection regimes.' *Journal of Law and the Biosciences* 7, no. 1 (2020): Article Number Isaa034.  
<https://doi.org/10.1093/jlb/Isaa034>
- Cosgriff, Christopher V., Daniel K. Ebner, and Leo Anthony Celi. 'Data sharing in the era of COVID-19.' *Lancet Digital Health* 2, no. 5 (2020): e224.  
[https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30082-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30082-0)
- Geary, Amelia, Qing Wen, Rosa Adriansén, Nathan Congdon, R. Janani, Danny Haddad, Clare Szalay Timbo, and Yousuf M. Khalifa. 'The impact of distance cataract surgical wet laboratory training on cataract surgical competency of ophthalmology residents.' *BMC Medical Education* 21, no. 1 (2021): Article Number 219.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02659-y>
- Gyórfy, Zsuzsa, Sándor Békási, Noémi Szathmári-Mészáros, and Orsolya Németh. 'Possibilities of telemedicine regarding the COVID-19 pandemic in light of the international and Hungarian experiences and recommendations.' *Orvosi Hetilap* 161, no. 24 (2020): 983–992.  
<https://doi.org/10.1556/650.2020.31873>
- Héder, Mihály. 'A criticism of AI ethics guidelines.' *Információs Társadalom* 20, no. 4 (2020): 57–73.  
<https://dx.doi.org/10.22503/inftars.XX.2020.4.5>
- Hoffman, David A. 'Increasing access to care: Telehealth during COVID-19.' *Journal of Law and the Biosciences* 7, no. 1 (2020): Article Number Isaa043.  
<https://doi.org/10.1093/jlb/Isaa043>

- Long, Man Teng. 'Telemedicine in China: An enlightenment from COVID-19.' *Medicine and Law* 39, no. 4 (2020): 595–602.
- Julesz, Máté. 'Telemedicine and COVID-19 pandemic.' *Információs Társadalom* 20, no. 3 (2020): 27–38.  
<https://dx.doi.org/10.22503/inftars.XX.2020.3.2>
- Khilnani, Aneka, Jeremy Schulz, and Laura Robinson. 'The COVID-19 pandemic: New concerns and connections between eHealth and digital inequalities.' *Journal of Information Communication & Ethics in Society* 18, no. 3 (2020): 393–403.  
<https://doi.org/10.1108/JICES-04-2020-0052>
- Leite, Higor, Ian R. Hodgkinson, and Thorsten Gruber. 'New development: "Healing at a distance"—telemedicine and COVID-19.' *Public Money & Management* 40, no. 6 (2020): 483–485.  
<https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1748855>
- Lynch, Julia. 'Health equity, social policy, and promoting recovery from COVID-19.' *Journal of Health Politics, Policy and Law* 45, no. 6 (2020): 983–995.  
<https://doi.org/10.1215/03616878-8641518>
- Mann, Devin M., Ji Chen, Rumi Chunara, Paul A. Testa, and Oded Nov. 'COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field.' *Journal of the American Medical Informatics Association* 27, no. 7 (2020): 1132–1135.  
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>
- Ortega, Gezzzer, Jorge A. Rodriguez, Lydia R. Maurer, Emily E. Witt, Numa Perez, Amanda Reich, and David W. Bates. 'Telemedicine, COVID-19, and disparities: Policy implications.' *Health Policy and Technology* 9, no. 3 (2020a): 368–371.  
<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.001>
- Ortega, Pilar, Glenn Martinez, and Lisa Diamond. 'Language and health equity during COVID-19: Lessons and opportunities.' *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved* 31, no. 4 (2020b): 1530–1535.  
<https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0114>
- Pikó, Bettina, and Hedvig Kiss. 'Several characteristics of smartphone and the social network use based on an online survey among young people.' *Információs Társadalom* 19, no. 1 (2019): 108–122.  
<https://dx.doi.org/10.22503/inftars.XIX.2019.1.5>
- Pool, Javad, Saeed Akhlaghpour, and Farhad Fatehi. 'Health data privacy in the COVID-19 pandemic context: Discourses on HIPAA.' *Studies in Health Technology and Informatics* 279 (2021): 70–77.  
<https://dx.doi.org/10.3233/SHTI210091>
- Rush, Kathy L., Cherrisse Seaton, Eric Li, Nelly D. Oelke, and Barbara Pesut. 'Rural use of health service and telemedicine during COVID-19: The role of access and eHealth literacy.' *Health Informatics Journal* 27, no. 2 (2021): Article Number 14604582211020064.  
<https://dx.doi.org/10.1177/14604582211020064>
- Sanchez-Guarnido, Antonio José, Esther Domínguez-Macías, José Antonio Garrido-Cervera, Roberto González-Casares, Silvia Marí-Boned, Águeda Represa-Martínez, and Carlos Herruzo. 'Occupational therapy in mental health via telehealth during the COVID-19 pandemic.' *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 13 (2021): Article Number 7138.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18137138>

---

Shadmi, Efrat, Yingyao Chen, Inês Dourado, Inbal Faran-Perach, John Furler, Peter Hangoma, Piya Hanvoravongchai, Claudia Obando, Varduhi Petrosyan, Krishna D. Rao, Ana Lorena Ruano, Leiyu Shi, Luis Eugenio de Souza, Sivan Spitzer-Shohat, Elizabeth Sturgiss, Rapeepong Suphanchaimat, Manuela Villar Uribe, and Sara Willems. 'Health equity and COVID-19: Global perspectives.' *International Journal for Equity in Health* 19, no. 1 (2020): Article Number 104.

<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>

Wosik, Jedrek, Marat Fudim, Blake Cameron, Ziad F. Gellad, Alex Cho, Donna Phinney, Simon Curtis, Matthew Roman, Eric G. Poon, Jeffrey Ferranti, Jason N. Katz, and James Tcheng. 'Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care.' *Journal of the American Medical Informatics Association* 27, no. 6 (2020): 957–962.

<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa067>

VOL. 9 / 2018

NO. 1

# JOURNAL ON EUROPEAN HISTORY OF LAW



**ETS**  
SCIENCE CENTRE

  
The European Society for  
History of Law



## The Legal History of Gratitude Payments to Physicians in Hungary

Máté Julesz\*

### Abstract

*In Hungary, Act XIV of 1891 on Medical Care for Industrial and Factory Employees made it compulsory for most blue-collar workers to be members of welfare funds (betegsegélyező pénztár). In Hungary, Act I of 1936 on Medical Activity, Sec. 39(1), stipulated that physicians were entitled to a fee when practising medicine privately. In the 1970s and even for decades before and after, gratuities were paid in advance as an illegal but socially legitimate form of bribery. During the history of gratuities in Hungary, it has always been a crucial question whether to pay the gratuity to the physician in advance or only after treatment. The Code of Medical Ethics of the American Medical Association of 1847 was taken into consideration during the codification of the Hungarian Act on Health of 1972. This Code of Medical Ethics forbids physicians from accepting any payment from other physicians for medical services. However, in other cases, the Code permits the acceptance of payments for medical services as a remuneration for self-employed persons. According to the Corpus Hippocraticum, the physician is only allowed to accept money for medical services after treatment and the physician is not allowed to force the patient to pay. Gratuities for physicians in Hungary seem to be inherent to the low earnings among physicians, and the situation is similar for nurse practitioners.*

**Keywords:** *gratitude payments; healthcare; Hungary; corruption; communist and postcommunist countries; putative complicity; transition from communism to free market economy.*

### 1. The immanence of gratuities in the Hungarian healthcare system

We know that medical operations in ancient Egypt were performed by a properly educated slave held by the physician and that the true role of the physician was to direct his slave and provide medical advice for the patient. The physical part of the work was done by the physician's slave, and the gratuity money was paid to the physician. In ancient Rome as well as in ancient Greek societies, medical care was considered as magic rather than as work done by a human. We know that Saint Luke the Evangelist was a physician and Jesus Christ's healing of the sick is also an integral part of the birth of Christianity. The power to heal was granted by God, and people regarded these healing events as miracles. In ancient times, physicians were not remunerated as they are today. They received offerings, they were revered, but they were not tipped for their treatment. There was no need to bias physicians because physicians did what they could do, and, ultimately, it was God who decided to save the patient's life or not. It was much more about religious belief than about science. Gratuity payments like those of today were unknown to patients in ancient times, though this was not the case in the Middle Ages. Physicians employed by European and Asian kings and queens had to prove their capacity to cure the members of the royal families. Mediaeval physicians gained surgical experience on the battlefield, e.g., Paracelsus in the early 16<sup>th</sup> century. In the Middle Ages, absent a healthcare system,

physicians were employed by noble families, who did not mind paying a great deal of money for their family physicians' medical services. Those services were rather homeopathic, though the doctrine of homeopathy was only created by Samuel Hahnemann in 1796. In the 19<sup>th</sup> century, the science of medicine rapidly evolved and physicians were able to treat their patients with more successful outcomes than before. Religious belief was substituted in large part by a scientific approach, and highly skilled physicians were held in esteem by those who were able to pay for their services. There was no need for informal payments, since the best medical practitioners became rich legally, and some of them obtained a title of nobility. This was true not only in Hungary, but all over Europe. Baron Sándor Korányi (1866–1944), a Hungarian specialist in internal medicine, is a case in point like so many other physicians who were successful in their profession. Physicians tended to transfer their professional skills to their offspring, thus creating medical dynasties, and a similar tendency is still palpable. In the 19<sup>th</sup> century, all remunerations paid to physicians were legal and formal. The physician might have received a piece of art or some other gift in addition to the fee. When the patient was satisfied with the job done, they (or their husband or father) freely expressed their gratitude by offering more than previously promised. That was a true expression of gratefulness, and it was neither solicited by the physician nor taxed by the state. Today, physicians are legally obliged to pay tax on gratuity money or gifts, which is difficult for the tax authority to check, thus leaving room for

\* Máté Julesz, PhD, research fellow, Institute for Forensic Medicine, University of Szeged, Hungary.

illegal accumulations of wealth among obstetricians, surgeons and similarly respected medical professionals, while physicians practising in low-paid areas of medicine live very modestly. There was a difference in means of livelihood between highly remunerated physicians and low-paid physicians in the 19<sup>th</sup> century as well as in the first half of the 20<sup>th</sup> century, though this difference did not originate from informal payments. The reason was that physicians treating poor people earned less than their colleagues who provided care for wealthy families.

In Hungary, Act XIV of 1891 on Medical Care for Industrial and Factory Employees made it compulsory for most blue-collar workers to be members of welfare funds (*betegsegélyező pénztár*), which offered 'free' medical care, pharmaceuticals, medical aids (such as glasses, crutches etc.), financial support for the sick and for women during and after pregnancy. 'Free' meant that the healthcare contribution was paid by the employer. The employer covered one third of the contribution and was authorised to cover the remaining two thirds through deductions from the employee's pay. In Western Europe, similar regulations came into force. Hungary followed the example of Western European industrial countries. Given that it was only physicians who could not find a better paid job that worked for the welfare funds, blue-collar workers started to pay them gratuities. The original aim of the legislator who made membership in welfare funds compulsory for blue-collar workers was to ease the difficult financial and healthcare situation of the less well-off, but the low-paid physicians associated with the welfare funds began to accept gratuities from the blue-collar workers for a higher level of healthcare service. At the beginning, it was not a prosperous career for a young physician to treat blue-collar workers for the small fee offered by the welfare funds; however, later, similar jobs were seen as appropriate for medical trainees, who, after gaining experience, became valuable physicians and found better-paid jobs. Those trainees earned their living by accepting money both from the welfare funds and from their blue-collar patients. If no money was offered, a gratuity could take the form of the services of a craftsman, e.g., a bricklayer or a repairman or a gratuity might be a precious gift.

In Hungary, gratuities for physicians are immanent in the healthcare system developed in the late 19<sup>th</sup> century and in the 20<sup>th</sup> century. Before that time, informal gratuity payments had no significance, since payments to Hungarian medical practitioners were settled before treatment. In the second half of the 19<sup>th</sup> century, the medical career was also open to children of the poor. It was a means of upward mobility for those with talent. This phenomenon was a forerunner of what we have seen in Hungarian society as of the early 1950s. The situation was not the same, though many similarities could be noted. For instance, while the legal profession was not open to the poor in the 19<sup>th</sup> century, a medical career was already open to them.

In Hungary, Act I of 1936 on Medical Activity, Sec. 39(1), stipulated that physicians were entitled to a fee when practis-

ing medicine privately. Sec. 39(2) stipulated that the National Chamber of Physicians shall decide on the maximal fee. Sec. 39(4) stipulated that the physician had the right to treat the patient for free or for a lower fee. I believe that these legal norms led to the birth of gratuities for physicians, since patients normally paid a gratuity to the physician who treated them for free. Physicians usually started their career as unpaid trainees, and, after some years, they arrived at the level of paid trainee and unpaid assistant. Physicians either had a contract for service or an employment contract.<sup>1</sup> Those with a contract for service either earned a fee or only a gratuity payment. Those with an employment contract earned a fixed salary. Family physicians were contracted by the head of the family, and they earned a salary according to their contract. In 1870, an insurance company was established to cover the costs of medical care for workers. Act XXI of 1927 made it compulsory for workers to be insured in case of sickness or accident. Although created between the two world wars, social security only gained more attention after the Second World War. By 1959, 72% of the Hungarian population were part of the social security system.<sup>2</sup> Thus, the healthcare service lost its private character and gradually became a public service.

As Kornai observed in 2000, 'The rather pompous expression *paraszolvencia*, now a synonym for gratitude money current among Hungarian doctors, dates back to the period before the Second World War. However, *paraszolvencia* at that time had a different meaning from the one it acquired later. Senior doctors would put an appreciable proportion of the rather high fees they received from private practice into what was known as a petty-cash fund. This they distributed from time to time among the subordinate doctors and assistants working for them. It was a redistribution of fees from the private provision of healthcare. It differed from the gratitude money of the socialist and postsocialist periods in having no connection with free provision funded out of the public purse.'<sup>3</sup> The changes in the meaning of expressions may reveal important information on the legal history of the evolution of gratuity payments in Hungary. What was originally an ethical and legal form of quasi-equalisation of revenue among highly esteemed physicians and among beginners later changed connotative meaning and became a sort of euphemism in the language of corruption. In Hungary, the social contract between the communist state and the people concealed social norms that became unwritten legal norms. One of those norms was the right of medical practitioners to gratuities and the obligation of patients to pay for otherwise free medical services. In Hungary, this social contract was terminated in 1989; however, the new social contract reached by state and society also included the natural right of physicians to gratuities and the natural obligation of patients to pay them. In Hungary, this social contract, in effect during the transitional period after 1989, should be terminated and a new social contract, based on Western types of ethics, ought

<sup>1</sup> See also SZALMA, J., A munkaszerződés magán- és közjogi sajátosságai, különös tekintettel az európai és magyar jogfejlődésre. In: *Publicationes Universitatis Miskolciensis Series Juridica et Politica*, Vol. 21, No. 2, 2003, pp. 735–776.

<sup>2</sup> ÁDÁM, Gy., Az orvosi hálapénz kifejlődésének jogi előzményei. In: *Jogtudományi Közöny*, Vol. 39, No. 10, 1984, pp. 547–556.

<sup>3</sup> KORNAI, J., Hidden in an envelope: Gratitude payments to medical doctors in Hungary. In: DAHRENDORF, R. et al. (ed.): *The paradoxes of unintended consequences*. CEU Press, Budapest, 2000, p. 199.

to be reached. This need is urgent; however, there seems to be no hope for a new social contract implying a higher level of ethics and a full secession from the postcommunist legal and ethical legacy.

In 1974, an article appeared in the weekly *Képes Újság* estimating that the gratuity for a birth was Ft500 (one seventh of the average monthly salary by that time, approximately €1.70 today).<sup>4</sup> In that period, gratuities for physicians were a customary right that, although illegal, no court or authority disputed. Neither physicians nor patients were sued for accepting or giving gratuities for medical services. This customary right of physicians to gratuities left the patient in the dilemma of whether to tip the medical doctor and the nurse practitioner or to risk malpractice that would later possibly never come to light. In the 1970 s and even decades before and since, gratuities were paid in advance as an illegal but socially legitimate bribe. During the history of gratuities in Hungary, it has always been a crucial question whether to pay them to the physician in advance or only after treatment. One can easily see that paying in advance has been in the best interests of the patient. Some physicians have expected a gratuity in advance, and those patients who have tended to pay gratuities have mostly been in favour of paying before treatment.

In 1986, Losonczi estimated that the total sum of gratuity money paid to physicians in Hungary *per annum* was Ft4 billion (i.e. approximately \$ 85 million by that time).<sup>5</sup> As Galasi and Kertesi asserted in their article in the *Közgazdasági Szemle (Hungarian Review of Economics)* in 1991, gratuity payments to physicians in Hungary increased by 250% from 1972 to 1986.<sup>6</sup> As Balázs reported in the journal *Lege Artis Medicinae* in 2013, the total sum of gratuity money paid for healthcare services in Hungary was, by that time, approximately Ft50–100 billion *per annum* (i.e. \$192–384 million).<sup>7</sup> In Hungary today, approximately Ft100,000 (\$384) is paid as gratuity money for an average surgery. A renowned surgeon or obstetrician may earn millions of forints (thousands of dollars) per month in informal gratuity payments. This has been a latent form of financing in the healthcare sector in Hungary. Latent financing is also palpable when it is not the patient who pays the gratuity to the physician, but pharmaceutical companies that finance conference tourism for medical practitioners (a legal practice according to the Hungarian Act on Pharmaceutical Products). Many such companies support physicians who prescribe their patients their products. It is mainly medical practitioners who treat patients that enjoy this kind of gratuity payment. Those physicians who are not in a position to prescribe medicine to patients (e.g. those working in laboratories) do not receive similar payments, so physicians who are not in personal and direct contact with patients have a lower living standard than their colleagues.

The 1847 Code of Medical Ethics of the American Medical Association was taken into consideration during the codifica-

tion of the Hungarian Act on Health of 1972. This Code of Medical Ethics forbids physicians from accepting any payment from other physicians for providing care. However, in other cases, the Code permits acceptance of payments for medical services as a remuneration for self-employed persons. This ethical norm has guided prosecutors since the 1970 s. Accepting gratuities was based on the ethical deliberation of the physicians, and they normally did not accept gratuity money from their colleagues. The reception of this ancient American ethical norm in Hungarian medical practice in the 1970 s seemed to be unique, considering that all this was happening during the cold war. Some global ethical norms can survive for centuries when those ethical norms are based on *jus naturale*. The ethical and legal contemplations behind the acceptance of gratuity money for healthcare services are still based on *jus naturale* rather than on *jus positivum*. I believe that, as long as gratuity money persists in the healthcare sector in Hungary, it is an equitable way to judge its acceptance according to *jus naturale*.

## 2. Gratuities in communist Hungary and Romania

The situation of gratuity payments to physicians in communist and postcommunist Hungary has been similar to that in Romania. During the Ceausescu era, cigarettes, coffee and wine were frequently offered to physicians as informal gifts in return for proper medical care. Western cigarettes and alcoholic beverages were equal to money. In Hungary, it was a custom to give fine wine or other alcoholic drinks in return for adequate medical care. In Romania, under Ceausescu, physicians were partly financed by the state, partly by patients. This meant that at least half of the physicians' salary originated from illegal sources. Unfortunately, this negative phenomenon is still present in the Romanian healthcare system, just like in Hungary. Nowadays, patients mostly give money to physicians because products of Western origin have lost their former value. As Chereches *et al.* observed in the *Transylvanian Review of Administrative Sciences* in 2011, 'The existence of informal payments in Central and Eastern European countries relates to the characteristics of the health systems in the communist period. For this category of countries, including Romania, the norm was a Semashko model of healthcare delivery. Access to healthcare services was free and all types of services were provided formally. However, due to financial shortages, hospitals and other healthcare facilities confronted the impossibility of providing quality services to the patients, in terms of time and patient satisfaction. In order to overcome this problem, patients found methods to shortcut the inadvertencies. The methods included paying money, giving gifts or approaching friends or relatives who happen to know people working in the healthcare system. By accessing these mechanisms, people gained access to higher quality services, skipped waiting lists, acquired extra/better drugs or benefited from better conditions during hos-

<sup>4</sup> GERENCSE, J., *A borraló, a hálapénz és a csúszópénz helyzetének vizsgálata a szállítás- és hírközlésben*. UTORG Munkagazdasági Főosztálya, Budapest, September 1976, Annex 3, p. 2.

<sup>5</sup> LOSONCZI, Á., *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Magvető, Budapest, 1986, p. 179.

<sup>6</sup> GALASI, P., and KERTESI, G., *A hálapénz ökonómiája*. In: *Közgazdasági Szemle*, Vol. 38, No. 3, 1991, pp. 260–288.

<sup>7</sup> BALÁZS, P., *Orvosi hálapénz: mi a megalkuvásunk titka?* In: *Lege Artis Medicinae*, Vol. 23, No. 2, 2013, pp. 144–149.

pitalisation.’<sup>8</sup> As Stan pointed out in the *Journal of the Royal Anthropological Institute* in 2012, ‘The increasing prominence of predation in healthcare informal exchanges is directly related to the neoliberal transformation of Romanian society. Indeed, predation is bred by the increasing competition, inequality, and insecurity on which this transformation is predicated. This is also perceived by many Romanians, who do not embrace the official view of predation as a feature of state bureaucracies. For them, the private sector is often an equally likely site of predatory practices. Many money-short Romanians experience the increased costs incurred by private consultations and tests as predation, while also resenting the use of free public services by wealthy private patients.’<sup>9</sup>

In Hungary, as György Ádám reported in the *Journal of Medicine and Philosophy* in 1989, ‘Although granting and accepting gratuities are forbidden by law, the wages of doctors have been fixed since 1954, for so long that accepting gratuities has come to be considered part of the wages.’<sup>10</sup> In his article, Ádám expressed his hope that ‘by transforming the provision of medical care, the giving and accepting of gratuities for doctors could be terminated, not only in law but also in the economy’.<sup>11</sup> Unfortunately, at the beginning of the 21<sup>st</sup> century, gratuities paid to physicians still seem unavoidable. This customary law is so rooted in the fabric of everyday healthcare provision in Hungary that there seems to be no hope in reducing it. According to judgment No. Bhar.III.6/2015/20 issued by the Supreme Court of Hungary in 2015, it is legal for physicians to accept gratuities *ex post*. The court declared that physicians informing the patient *ex ante* on how much gratuity is common are not committing any crime. This judgment reflects the legal presence of gratuities for physicians in the Hungarian healthcare system. Of course, physicians accepting gratuities *ex ante* are committing the crime of corruption. Information supplied *ex ante* to the patient about the sum of the gratuity expected by the physician constitutes putative complicity in corruption, meaning that the physician is therefore not held criminally liable. The same rules apply to gratuities accepted by nurse practitioners. According to Section II.15 of the Code of Ethics issued by the Medical Chamber of Hungary, physicians are not allowed to promote gratuity payments in any way, so physicians who are putatively complicit can be brought before the Medical Chamber. A similar problem arises in Greece. Greek researchers published an article in 2016 in the *European Journal of Health Economics* asserting that, according to the results of a survey, gratuities were paid to physicians in 32.4% of public hospital admissions. The authors report that informal gratuity payments are often made upon request prior to provision of services to facilitate access to care

and to reduce waiting time, and, at a much lower percentage, *ex post* and out of a true feeling of gratitude.<sup>12</sup> According to the *Corpus Hippocraticum*, the physician is only allowed to accept money for his medical services after treatment and the physician is not allowed to force the patient to pay. The honour of the medical profession is more valuable than money.<sup>13</sup>

The history of gratuities for physicians in Hungary seems to be rooted in the low earnings of the physicians, and the situation is similar for nurse practitioners. It is not feasible to eradicate gratuities from the Hungarian healthcare system, and the Supreme Court of Hungary accepts this phenomenon when decriminalising the less dangerous way of accepting gratuities. At an earlier stage of the history of gratuities for physicians in Hungary, the criminal justice system and law enforcement did not deal with this form of corruption. In Hungary, the evolution of the rule of law after 1989 made it necessary to establish a legal framework for the practice of giving gratuities. The previously well-functioning *tacitus consensus* accepted by the criminal justice system and law enforcement was no longer sufficient for Hungary as it joined the Western and Central European legal culture. Since according to the Criminal Code of Hungary *stricto sensu*, all physicians and nurse practitioners accepting gratuities are to be brought before a criminal court and sentenced, the judicial system had to intervene and eliminate an impending economic disaster for society and healthcare in particular.

In Hungary today, when physicians and nurse practitioners are brought before a criminal court for having required gratuity money in advance, they generally receive probation and a fine as sanctions. Physicians and nurse practitioners convicted of corruption rarely serve a prison sentence. This is also current judicial practice in other EU member states; however, the preventive effect of those court decisions is low. The barristers for medical workers convicted of corruption usually expect a light punishment for defendants, so it is an easy and quite profitable task for the barristers to provide a defence. When gratuity money is solicited in advance and physicians and other medical workers form a network of corruption, punishments should be more serious than otherwise.

### 3. The Roma, refugees and the gratuity

As Puporka and Zádori reported in 1999, with physicians’ gratuities having become integrated into Hungary’s healthcare system, relatively poor Roma cannot access the level of care they need for recovery.<sup>14</sup> The problem of the Roma and gratuities has always been present in tandem with the majority nation’s gratuity problem. Those who are not in a position to give gratuities to physicians and nurse practitioners may find that

<sup>8</sup> CHERECHES, R. et al., Informal payments in the health care system – research, media and policy. In: *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, No. 32E, 2011, p. 7.

<sup>9</sup> STAN, S., Neither commodities nor gifts: post-socialist informal exchanges in the Romanian healthcare system. In: *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 18, No. 1, 2012, pp. 65–82.

<sup>10</sup> ÁDÁM, Gy., Gratuity for doctors and medical ethics. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 14, No. 3, 1989, pp. 315–322.

<sup>11</sup> ÁDÁM, Gy., Gratuity for doctors and medical ethics. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 14, No. 3, 1989, pp. 315–322.

<sup>12</sup> SOULIOTIS, K. et al., Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... In: *European Journal of Health Economics*, Vol. 17, No. 2, 2016, pp. 159–170.

<sup>13</sup> JONES, W. H. S. (ed.), *Collected Works by Hippocrates*. Harvard University Press, Cambridge, USA, 1868.

<sup>14</sup> PUPORKA, L., and ZÁDORI, Zs., *The health status of Romas in Hungary*. World Bank Regional Office Hungary, NGO Studies No. 2, Budapest, 1999, p. 58.

the healthcare system does not function in their favour. This is unacceptable, and both legislation and the judicature tend to cancel or, at least, marginalise a similar gap in distributive justice. A similar outcome is expected for immigrating foreigners. Those who leave their homeland for a better future are usually less well-off. They cannot afford to purchase the best healthcare services. Their only refuge is to receive good treatment covered by social security. This appears to be utopian, so immigrating foreigners find themselves in a healthcare situation comparable to that of the Roma. The only difference is that the Roma are accustomed to this discrepancy, while refugees arrive in Hungary with great expectations.

The main difficulty arising from the customary culture of gratuities in the Hungarian healthcare system is that their existence causes an incongruence in Hungarian society. That is why legislators and legal practitioners make efforts to sustain only a slight incongruence. The absolute negation of gratuities would result in latent criminality, so it is better to make it legal for the better-off part of society to prompt their treating physicians to provide a higher standard of service. The duty of care necessitates an average level of healthcare provision. Purchasing a higher level is not against the law. This is the case in Hungarian medical law, as well as according to the Bolam test and the Bolitho test in English-Welsh medical law.

An interesting Turkish experience with Syrian refugee patients was described in a fresh article published in the *International Nursing Review*: 'We determined that the refugees who participated in the study experienced difficulties in communicating, meeting their personal needs and correctly following treatment instructions. They also had certain expectations from the hospital administration and nurses, and they felt gratitude for both nurses and the nation of Turkey.'<sup>15</sup> In 2008, a Spanish and an American researcher published an article on the health of immigrants in European countries in the *International Migration Review* with the following results: 'In Austria, Belgium, Denmark, France, Germany, Greece, Italy, the Netherlands, Spain, Sweden and Switzerland, migrants generally have worse health than the native population. In these countries, there is a little evidence of the healthy migrant at ages of 50 years and over. In general, it appears that growing numbers of immigrants portend more health problems in the population in the subsequent years.'<sup>16</sup>

#### 4. Gratuity payments during the rule of the Hungarian communist party

Nowadays, more and more papers are appearing in Hungary that analyse the situation of gratuity payments. For example, in 2017, an article published in *Orvosi Hetilap* (Hungarian Medical

Weekly) concluded that more than 50% of Hungarian family medicine trainees do not approve of accepting gratuity money.<sup>17</sup> Articles with a similar outcome have also been published in other Eastern European countries, though, with regard to the number of physicians heading west because of low pay, gratuity money is still a phenomenon in the Hungarian healthcare culture. Poland, the Baltic states, member states of the former Yugoslavia, as well as Romania and Bulgaria also have to face the postcommunist phenomenon of gratuity payments in the healthcare sector. The culture of tipping treating physicians has been kept alive in those countries after the fall of communism. Slovenia is an exception because Slovenian physicians' salaries were raised high enough to eliminate illegal tipping of physicians.<sup>18</sup>

The postcommunist survival of informal payments in the healthcare sector hampers development from a communist state to a free market economy in most former communist countries. As Habibov and Cheung noted in *Social Science and Medicine* in 2017, 'The countries of the former Soviet Union, especially those in the Caucasus and Central Asia, exhibit the highest scale of informal payments, followed by Southern Europe and then Eastern Europe. (...) Living in the countries of the former Soviet Union and in Mongolia is associated with the highest likelihood of informal payments, and this is followed by the countries of Southern Europe. In contrast, living in the countries of Eastern Europe is associated with the lowest likelihood of informal payments.'<sup>19</sup> It is good to see that Hungary is among those postcommunist countries which are less contaminated by gratuity payments in the healthcare sector than others; however, this also means that Hungary is not an exception to the postcommunist practice of gratuity payments. The corruption institutionalised during the Stalinist period and during the period after Stalin and before the fall of communism left behind the insurmountable customary law of gratuity payments and a legal system that made it practicable.

An analysis of communist countries before and around the time of the Soviet breakup in 1991 reflects how gratuity payments in the healthcare sector during the rule of the Soviet empire influenced the professional behaviour of physicians. A survey was conducted in 1991 in Estonia with the participation of one thousand physicians (20% of all practising Estonian physicians below the age of 65). It turned out that it was common practice for physicians to accept gifts, tips or preferential access to scarce consumer goods from their patients.<sup>20</sup> As Praspaliauskiene noted in the *Medical Anthropology Quarterly* on gratuity payments in communist Lithuania, 'In the mid-1970s, at the height of mature socialism, when it seemed that the rule of the USSR would last forever, Adomas was a teenager sitting

<sup>15</sup> SEVINC, S. et al., Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. In: *International Nursing Review*, Vol. 63, No. 3, 2016, pp. 406–414.

<sup>16</sup> SOLE-AURO, A., and CRIMMINS, E. M., Health of immigrants in European countries. In: *International Migration Review*, Vol. 42, No. 4, 2008, pp. 861–876.

<sup>17</sup> GYÓRFFY, Zs. et al., What do family medicine trainees think about gratitude payment? In: *Orvosi Hetilap*, Vol. 158, No. 26, 2017, pp. 1028–1035.

<sup>18</sup> *Study on Corruption in the Healthcare Sector*, Committee of the European Union, HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, 2013, p. 303.

<sup>19</sup> HABIBOV, N., and CHEUNG, A., Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 178, 2017, pp. 28–37.

<sup>20</sup> BARR, D. A., The ethics of Soviet malpractice: Behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia. In: *Journal of Medical Ethics*, Vol. 22, No. 1, 1996, pp. 33–40.

with his mother on a bus route that went from the town of Balbieriskis to Vilnius. There were three older men on the same bus and they were cursing greedy doctors and saying loudly that it was almost impossible to get good care without money.<sup>21</sup>

While the Soviet army was posted in Eastern and Central European countries, Soviet soldiers and their families gained access to the local healthcare system. It was common for them to offer Russian caviar and other scarce consumer goods as an informal payment to treating physicians. Those Soviet soldiers were not in a position to pay, though officers with good informal relationships gained access to consumer goods that an average Soviet citizen could not purchase. Family members of former Soviet officers sometimes returned to Hungary in the 1990s to visit their former treating physicians because they did not trust in the Russian healthcare system and also because, after decades of a doctor–patient relationship in Hungary, they paid for Hungarian healthcare rather than start to build a doctor–patient relationship in Russia. Another reason was that the professional level of the Hungarian healthcare system was higher than that in Russia. In this postcommunist interval in the 1990s, family members of former Soviet officers formally paid the Hungarian state for healthcare and informally paid gratuity money to treating physicians. Since all this cost a great deal, this postcommunist phenomenon gradually disappeared.

A Russian researcher published an article in 2016 on the present practice of gratuity payments for healthcare services in Russia many years after the collapse of the Soviet Union. Zasimova found that, despite the constitutional right of every citizen to free medical care, informal gratuity payments still persist.<sup>22</sup>

Nowadays, in Hungary, it is common for nationals of neighbouring countries living just across the border to be treated by Hungarian physicians. These people can afford to pay for Hungarian healthcare services, as well as for prescribed drugs. They pay a great deal officially, and they also make informal payments to physicians, thus purchasing confidence in the treating physician and purchasing informal advantages, such as a prompt appointment with the physician. During the Soviet era, it was mainly Hungarians living in neighbouring countries who used to see physicians in Hungary. By that time, they mostly paid those physicians informally.

As Ensor reported in *Social Science and Medicine* in 2004, ‘While 91% report paying for public care in Armenia, the proportion is only 60% in the Slovak Republic and 22% in Albania. The variation cannot entirely be explained by the level of aver-

age income alone. Poland is one of the wealthier countries in the group yet more than 78% report paying for healthcare.’<sup>23</sup> According to a survey conducted in Bulgaria in 1994, 42.9% of respondents paid for healthcare services that were officially free. The average gratuity payment for an operation was 83% of the mean monthly income.<sup>24</sup> In Central Asian postcommunist countries, e.g., Kyrgyzstan, Kazakhstan and Tajikistan, informal payments for officially free healthcare services can also be detected.<sup>25</sup> As Belli *et al.* noted in *Health Policy* in 2004, ‘Informal out-of-pocket payments were most probably existing during the Soviet times, but with the economic and fiscal collapse of the early 1990s they became much more prevalent. (...) Moreover, it is estimated that almost half of the total revenue from out-of-pocket payments is informally paid. (...) Georgia is not an exception in the region. (...) For instance, private spending is estimated to be equal to 82% of total health expenditure in Azerbaijan, 80% in Moldova and 60% in the Kyrgyz Republic.’<sup>26</sup> As Fan argued in the *Kennedy Institute of Ethics Journal* in 2007, in China ‘there has been a loss of the Confucian appreciation of the proper role of financial reward for good healthcare’. Fan also asserted that in China, ‘misguided governmental policies have distorted the behaviour of physicians and hospitals’. According to Fan, ‘the distorting policies include (1) setting very low salaries for physicians, (2) providing bonuses to physicians and profits to hospitals from the excessive prescription of drugs and the use of more expensive drugs and unnecessary expensive diagnostic procedures, and (3) prohibiting payments by patients to physicians for higher quality care’.<sup>27</sup> As Chen pointed out in the *Journal of Medicine and Philosophy* in 2007, ‘In contemporary China, physicians tend to require more diagnostic work-ups and prescribe more expensive medications than are clearly medically indicated. These practices have been interpreted as defensive medicine in response to a rising threat of potential medical malpractice lawsuits.’ Chen argues that ‘these practice patterns are due as well, if not primarily, to the corruption of medical decision-making by physicians being motivated to earn supplementary income, given the constraints of an ill-structured governmental policy by the over-use of expensive diagnostic and therapeutic interventions’.<sup>28</sup> As Gaal *et al.* reported in the *Journal of Health Politics, Policy and Law* in 2006 on informal payments for healthcare in low- and middle-income countries, ‘Emerging evidence suggests that the phenomenon is both diverse, including many variants from cash payments to in-kind contributions and from gift giving to informal charging, and widespread, reported from countries in at least three con-

<sup>21</sup> PRASPALLIAUSKIENE, R., Enveloped lives: Practicing Health and Care in Lithuania. In: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 30, No. 4, 2016, pp. 582–598.

<sup>22</sup> ZASIMOVA, L., The use of medical care and out-of-pocket payments in Russia. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 44, No. 5, 2016, pp. 440–445.

<sup>23</sup> ENSOR, T., Informal payments for health care in transition economies. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 58, No. 2, 2004, pp. 237–246.

<sup>24</sup> DELCHEVA, E. *et al.*, Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria. In: *Health Policy*, Vol. 42, No. 2, 1997, pp. 89–100.

<sup>25</sup> FALKINGHAM, J., Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: Evidence from Tajikistan. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 58, No. 2, 2004, pp. 247–258.

<sup>26</sup> BELLI, P. *et al.*, Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. In: *Health Policy*, Vol. 70, No. 1, 2004, pp. 109–123.

<sup>27</sup> FAN, R., Corrupt practices in Chinese medical care: The root in public policies and a call for Confucian-market approach. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 17, No. 2, 2007, pp. 111–131.

<sup>28</sup> CHEN, X.-Y., Defensive medicine or economically motivated corruption? A Confucian reflection on physician care in China today. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 32, No. 6, 2007, pp. 635–648.

tinents.’<sup>29</sup> It is clear that gratuity payments for otherwise free healthcare services are not only a problem in Hungary. They are rooted in the fabric of everyday life in countries where ethical and legal standards have been distanced from each other for decades. Gratuity payments seemed to be harmless, and the phenomenon was by and large acknowledged in Western and Eastern Europe before the cold war. In Western Europe, gratuity payments became outdated in the second half of the 20<sup>th</sup> century. If they ever occur in Western-type democracies, we can only see grateful patients offering a bunch of flowers, but nothing more. In Eastern Europe, the gift for physicians lost its true meaning and physicians and lawyers in particular label the money in corruption as a gift to conceal institutionalised corruption. The Confucian way of solving the problem of gratuity payments in China brings up a kind of *jus naturale* to surmount the problem that cannot be tackled with *jus positivum*. This is also a legal philosophy to be followed by other countries with gratuity problems. If it is not the Confucian philosophy, then any other operable means of changing the way of thinking of the local people could provide a solution in the long run. In Hungary, the role of the churches faded during the existence of the atheist communist state. After the transitional period from 1989 to 2010, it is high time for the churches of Hungary to persuade believers to say no to gratuity payments for medical and other publicly financed services. It was clear that after the communist party took power in Hungary, religious belief, as an *extra legem* approach to corruption, disappeared. In 1946, after Soviet soldiers were murdered in Budapest, civil society, including religious associations, was banned in Hungary. Corruption continued to flourish and gratuity paid to physicians was no longer an ethical problem, but a source of livelihood that formed part of the doctor–patient relationship. The respiritualisation of Hungarian society only came about after 1989, and the long period of atheism eroded the morals of both patients and physicians. The atheism adopted by the Hungarian communist state effected certain changes to social behaviour in Hungary. Gratuity payments to physicians were considered as natural in the healthcare system when the legislation and the legal practice to be followed were designed by the leaders of communist Hungary. This was, of course, a legacy from before communism in Hungary; however, no steps were made to stop this practice. The communist state remained mostly reticent about gratuities and thus made it possible in doctor–patient relationships for healthcare services of high quality to be bought with informal payments. Instead of noble families having sufficient wealth to purchase healthcare services of high quality, the newly rich communist leaders and their families paid gratuities to the best educated and experienced physicians or used their political capital to offer well-paid and highly sought after jobs to favoured physicians. The roles were changed; however, the inequalities were maintained. Some dynasties of physicians survived the transition from kingdom to people’s republic, while others vanished.

There was an important axiological change in the physicians’ attitude to their profession: obtaining political positions became a priority and, thus, many good medical practitioners, though not all, became lost to patients. This can also be considered as a legacy from the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries, though this tendency was reinforced in Hungary after the Second World War. Physicians who opted for a political career no longer had an interest in sustaining the customary institution of gratuity payments, although physicians who treated patients still did. Between 1949 and 1989, a fee schedule was established for gratuity payments according to the academic rank of the medical practitioners. An associate professor received higher gratuities than an assistant professor. Physicians therefore started to have an interest in obtaining academic degrees not only for the scientific reputation, but also to receive higher gratuities from their patients. When no more university jobs could be offered to the increasing number of physicians, honorary academic titles, such as honorary associate professor and honorary professor, were accorded to physicians to keep up with the growing need for academic titles which augmented the sum of informally offered gratuities. This customary right of physicians with an academic rank survived after the end of the cold war, and it is still present in Hungary and in many other postcommunist countries.

Corruption exists in medicine in Western European democracies, though with a meaning different from that of gratuity payments in postcommunist countries. Corruption in Western European countries and in the USA means biasing medical decision-makers when deciding on an organ transplantation or on whether or not to permit a physician-assisted suicide, biasing medical experts into issuing a false expert opinion to make insurance companies pay, etc. A similar sort of corruption in medicine also exists in postcommunist countries; however, this kind of corruption is differentiated from gratuity payments on the level of criminal justice. A Western type of medical corruption is considered a serious crime, while the Eastern type of informal gratuity payments remains latent for the most part.

According to a study conducted in 2010 and funded by the European Commission, informal payments for healthcare services were fairly high in Ukraine and Romania, while they were relatively low in Poland and Bulgaria. Hungary and Lithuania fell between these two groups.<sup>30</sup> An article published in *Health Policy* suggests that ‘in 2001, the overall magnitude of informal payments lay between 16.2 and 50.9 billion HUF (i.e. 64.8 million euros – 203.6 million euros), which amounted to 1.5–4.6% of total health expenditures in Hungary’. The authors of the article underline that ‘as informal payments are unequally distributed among health workers, with the bulk of the money going to physicians, with some not taking any informal payments, family doctors and some specialists may have earned between 60 and 236% of their net official income from this source in 2001’.<sup>31</sup> As Szende and Culyer reported in *Health Policy* in 2006, ‘Our results show that individuals with low income pay proportionally more for public healthcare

<sup>29</sup> GAAL, P. et al., Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 2, 2006, pp. 251–293.

<sup>30</sup> STEPURKO, T. et al., To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers’ perception. In: *Health Expectations*, Vol. 18, No. 6, 2015, pp. 2978–2993.

<sup>31</sup> GAAL, P. et al., Informal payment for healthcare: Evidence from Hungary. In: *Health Policy*, Vol. 77, No. 7, 2006, pp. 86–102.

services through the informal payments system in Hungary than the relatively rich.<sup>32</sup> I believe that this is an interesting phenomenon. Less well-off people are normally more exposed to vicissitudes than those who are better off. This socio-economic rule results in a social injustice which might never disappear. It cannot be extirpated through legislation or court rulings.

Between 1949 and 1989, gratuity payments were criticised by Hungarian communist political leaders from time to time; however, this was not an important topic for the communist party. No steps were taken by communist lawmakers to cope with the problem of gratuity payments. Leaders of the communist party found gratuity payments coherent with the policy of remuneration for physicians. If the state had to pay less and patients were involved in remunerating physicians, it was cheaper for the state. Gratuity payments thus did not run counter to the objectives of the Hungarian communist state. For many first-generation Hungarian physicians, gratuities were highly attractive. An informal fee schedule was circulated among patients on how much gratuity money to pay for this or that healthcare service. People from families of peasants and factory workers enjoyed an advantage at entrance exams in medical schools. (See the 1963 cult film *Oldás és kötés* (Cantata) by director Miklós Jancsó.)

In 1959, Hungarian communist leaders publicly declared that 'the corruption, the vending of beds to patients and the blackmailing of patients' should be terminated once and for all.<sup>33</sup> This was just a slogan that was never turned into reality. However, the fact that the problem of illegal gratuity payments had come to the attention of Hungary's communist leaders reflects the fact that the anomie represented by illegal gratuity payments had led to a normless situation in the field. This notwithstanding, this anomie was not truly dangerous for the functioning of the Hungarian communist state. Criminal procedures were not or were only rarely initiated against physicians accepting gratuity payments. Physicians who were not satisfied with the salary offered by the state and with the gratuity payments made by patients could freely leave Hungary and settle in the West. The one problem was that emigrating physicians could not later return to Hungary because emigration constituted a crime according to the Hungarian communist Criminal Code. In 1952, a series of criminal procedures was launched against physicians in the Soviet Union on political grounds, not because of corruption. After the Hungarian Revolution of 1956, some physicians treating revolutionaries had to face criminal justice, though not for corruption.

## 5. Before and after 1989

After 1989, criticisms of gratuity payments grew in importance, but mainly on the level of social debate. Criminalising or

decriminalising the acceptance of gratuity payments is of greater relevance today than in the 1970s and 1980s.<sup>34</sup> The true solution might be the total decriminalisation of the phenomenon. A well-functioning free market economy could automatically solve this problem. Private healthcare services may substitute public healthcare in Hungary today.<sup>35</sup> An American or English type of healthcare system does not suffer from distributive injustice. With the development of the private healthcare sector, the Hungarian economy can rid itself step by step of the post-communist skeleton in the closet that is gratuity payments to physicians.

Reformist Hungarian economists already published articles on gratuity payments in the early 1980s, using a special economic approach.<sup>36</sup> The economic approach to the topic may provide solutions other than legal ones. Reaching the Pareto-optimum is in the interest of patients, physicians and social security alike. The aim of medical economists is to find this Pareto-optimum hidden in the correlation of state, society and economy. Since 1989, the theory of collaborative advantage has gained in importance and the economic way of solving the problem of gratuity payments may be based on this theory. In Hungary in the 1980s, the theory of collaborative advantage did not function. In Hungary, the theory of competitive advantage emerged on the legal and economic levels in the late 1980s and survived until the mid-1990s.

Since 1989, the birth of a multi-party system has resulted in the appearance of a variety of political ideas on corruption, including gratuity payments to physicians. Many of those political ideas have been designed to win votes, and those ideas could never be implemented. Small political parties often come up with ideas on corruption that they will never have to put into practice. Blaming gratuity payments on the communist era is a political slogan also used by political parties of various sizes, and this is partly right.

It is interesting to see the results of admissions data collected from applicants to Croatian medical schools from 1979 to 2006. As Puljak *et al.* reported, 'We showed that final-year medical students profess significantly lower interest in science and that they are less interested in altruistic aspects of medicine. Instead, great number of them would reconsider choosing medical studies again because of the corruption in medicine (...)'<sup>37</sup> As Miller and Brody observed in the *Journal of Medicine and Philosophy* in 2001, 'A basic question of medical ethics is whether the norms governing medical practice should be understood as the application of principles and rules of the common morality to medicine or whether some of these norms are internal or proper to medicine.'<sup>38</sup> I believe in the existence of special medical ethics that are neither stricter

<sup>32</sup> SZENDE, A., and CULYER, A. J., The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary. In: *Health Policy*, Vol. 75, No. 3, 2006, pp. 262–271.

<sup>33</sup> ADÁM, Gy., Az orvosi hálapénz kifejlődésének jogi előzményei. In: *Jogtudományi Közöny*, Vol. 39, No. 10, 1984, pp. 547–556.

<sup>34</sup> See also SZALMA, J., Entwicklungstendenzen bei der Abgrenzung der zivilrechtlichen von der strafrechtlichen Haftung. In: *Journal on European History of Law*, Vol. 3, No. 1, 2012, pp. 32–43. See also SZÚCS, M., Iniuria – criminaliter vel civiliter agere. In: *Jogelméleti Szemle*, Vol. 8, No. 4, 2007.

<sup>35</sup> See also KERESZTY, É., Legislative reform of the Hungarian health care. In: *Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eötvös Nominatae: Sectio Iuridica*, Vol. 49, 2008, pp. 215–258.

<sup>36</sup> PETSCHNIG, M., Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. In: *Valóság*, Vol. 26, No. 11, 1983, pp. 47–55.

<sup>37</sup> PULJAK, L. *et al.*, Demographics and motives of medical school applicants in Croatia. In: *Medical Teacher*, Vol. 29, No. 8, 2007, pp. E227–E234.

<sup>38</sup> MILLER, F. G., and BRODY, H., The internal morality of medicine: An evolutionary perspective. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 26, No. 6, 2001, pp. 581–599.



than the common morality nor more permissive. The *differentia specifica* is the professional aspect of medical ethics. Medical ethics derive from the practice of the medical profession, while the common morality originates from people living together in a community over time. A physician may overrule certain norms of the common morality if it is necessary to maintain the respect of the medical profession and if the concerned act of the physician abides by respect for human life, human health and physical integrity. From the point of view of medical ethics, a gratuity may be correct under certain circumstances. If a physician asks for a gratuity for saving the life or the health of the patient, this runs counter to medical ethics. If the physician accepts a gratuity *ex post*, it might run counter to the common morality, though it should not be disapproved by medical ethics. The medical profession has long been considered as some kind of magic. The medical profession, shrouded in mystery, has made people afraid of disadvantages that could possibly stem from a lack of knowledge of the rules of the medical profession. Since lay patients are not capable of checking what physicians do to them, the greater the mystery, the greater the gratuity. This is instinctive rather than conscious, and it brings up another reason why patients give a gratuity to treating physicians, despite the fact that they do not consciously desire to maintain the practice of giving gratuities in the healthcare system. In a certain way, medical ethics have long stood above the common morality, though only according to the principle of *virtus specialis derogat virtuti generali*.

Since the 1950s, this principle has taken certain medical ethical norms which would not be tolerated by other professionals and made them exceptionally applicable in everyday situations. This notwithstanding, we have seen other ethical norms leading to abuse in the practice of other professions. For instance, in Hungary, since the construction of the communist state and society, repairmen have normally required payment in advance, a practice which has been in harmony with the dispositive rule in the Hungarian Civil Code of 1959 (and it is still in harmony with Section 6:238 of the Civil Code of 2013); however, this is only in the case of a free agreement between the contracting parties and not when the repairman forces the customer to pay in advance. In Hungary today, it is common for some physicians and dentists in private medical care to issue invoices for the payment of a lower sum of money than was in fact paid. In a society where any form of corruption is common, other forms of corruption exist in parallel. That is why corruption is easy to grow accustomed to, but difficult to eradicate.

As Vari noted in the *Revue d'Études Comparatives Est-Ouest*, 'From 1965 to 1978, the mortality rate of adults of work age rose in all Central and Eastern European countries. The exposure to risk factors (alcohol, tobacco), the most frequently advanced explanation, throws responsibility onto individuals and their habits. This explanation meets up with the contradictory evidence of an avoidable mortality linked to the healthcare system. By definition, cases of avoidable mortality have an institutional dimension that reaches beyond personal behaviour. According to WHO data, the level of such mortality is higher in Hungary than elsewhere. (...) Since the 1980s, medical progress has led

to a sharp drop in this cause [heart-related illness] of mortality. This positive effect has occurred in Hungary too, but to a lesser degree and at a later date because the operation of the health system limited the diffusion of innovations. The conjecture is made that this slow diffusion can be blamed on the under-the-counter medicine, which Hungarians call the gratitude money. Owing to corruption and a lack of motivation among healthcare providers, patients hold off before visiting a doctor, whence the belated care. All this inexorably limits the Hungarian patients' chances for survival, and as much can be said about the other countries in Central and Eastern Europe.'<sup>39</sup> This criticism of the practice of gratitude payments to physicians in Hungary highlights an opinion that is widespread in Western Europe. A number of years have elapsed since the end of the cold war; however, such semi-legal practices as gratitude payments to physicians divide Western and Eastern Europe.

While we can find the word 'gratitude' in numerous articles by Western European, North American and Japanese health researchers, we can also see that the word denotes some positive feeling on the part of the patient towards the treating physician. In the postcommunist part of the world and also in a great many developing African countries, authors always mean corruption when they use the word 'gratitude'. It is not the word that sustains corruption in the healthcare system of those countries, though the gap between the two meanings of 'gratitude' is salient. One can assert that this anomaly is hidden in historical communist clichés, but what about those poor African countries where there has never been communist rule in the second half of the 20<sup>th</sup> century? Certainly, in Hungary and in other former communist countries, it was not directly the communist ideology that brought about the phenomenon of gratitude payments to physicians. The direct cause was the poor economic conditions in communist countries. Normally, we can find economic numbers behind political ideas. This economic reality provides a true explanation of why and how gratitude lost its original value in the healthcare systems in poor countries and how political systems could corrupt local healthcare with the institutionalisation of under-the-counter payments in a number of branches of the public sector.

Some form of the gratitude payment has been well-known since an early age of medical history, and medical ethicists have not abandoned their efforts against unethical payments that undermine the reputation of the medical profession. This fight might never be surrendered by that profession, though there will always be under-the-counter payments until all medical practitioners stop accepting them. The conclusion is that good economic conditions and properly functioning medical ethics can synergistically put an end to corrupt practices. Corruption may have different faces:

- When a whole society makes gratitude payments to a large number of physicians, this sort of corruption is recognised as a customary right.
- When corruption is perpetrated by a small number of people, this kind of corruption is considered highly dangerous for society and, thus, it is to be tried and punished *sub iudice*.

<sup>39</sup> VARI, S., A significant public health trend: Mortality in Hungary since 1970. In: *Revue d'Études Comparatives Est-Ouest*, Vol. 34, No. 1, 2003, pp. 123–165.