MUNKAANYAG – SZERKESZTÉS ALATT

Az orvosbárói struktúrák leépítésének lehetőségei a magyar egészségügyben

Magyar Orvosi Kamara – vitairat

Összefoglalás

A Magyar Orvosi Kamara jelen vitairata az orvosbárói struktúrák leépítésének lehetőségeit elemzi, kiindulva abból, hogy a magyar egészségügyből hiányzik a nyugati minták alapvető eleme: az átláthatóság és a független szakmai kontroll. Ezek hiánya torzító hatású, hiszen a döntések gyakran nem szakmai, hanem személyes, gazdasági vagy politikai érdekek mentén születnek. A dokumentum szerint az „orvosbárói rendszer” nem csupán egyéni visszaélések, hanem rendszerszintű anomáliák következménye, melyek az informális hatalom, a pozíció- és tudásmonopólium, valamint a lojalitási hálók révén akadályozzák az egészségügy megújulását.

Az orvosbáró kifejezés olyan befolyásos orvosi szereplőket takar, akik hivatalos hierarchián kívüli, túlterjeszkedő hatalommal bírnak. Bár arányuk az orvostársadalomban kicsi, hatásuk rendszerszintű. A jelenség a szocializmus idején, a hálapénz elterjedésével alakult ki, majd a rendszerváltás után gazdasági és politikai kapcsolathálókkal erősödött meg. A hálapénz fenntartásában érdekelt csoportok sikeresen akadályozták meg annak kriminalizálását egészen 2020-ig, amikor a MOK kezdeményezésére a koronavírus-járvány során a béremelés mellett végül megszüntették a hálapénzt.

A hálapénz kivezetése azonban nem számolta fel a bárói hatalmat. Az érintettek gyorsan alkalmazkodtak: befolyásukat a magánegészségügyi szektorban építették tovább, kihasználva az állami ellátás szűk kapacitásait. Így a két szektor közötti, törvényben elvileg tiltott átjárások újra lehetővé tették a magánbetegek kivételezett kiszolgálását. Sőt, egyes állami intézmények is informális magáncsatornákat alakítottak ki alapítványokon keresztül, így a bárói struktúra a korábbi formáját elvesztve, de beágyazottabban élt tovább.

Az orvosbárói rendszer hatalmának három fő tartópillére a pozíció-, tudás- és eszközmonopólium. A pozíciómonopólium a lojalitási és nepotista kapcsolatokon alapul: az orvosok karrierje, kutatási lehetőségei, műtéti gyakorlata gyakran egy vezető személyes döntésétől függ. A tudásmonopólium a tudás mesterséges koncentrálásával tartja fenn a függést, gátolva az innovációt és a generációváltást. Az eszközmonopólium pedig a drága technológia kisajátítása, illetve az orvosbárók és ipari szereplők közötti kapcsolatok révén működik: a beszerzések és technológiai hozzáférések gyakran személyes érdekekhez kötődnek, nem szakmai kritériumokhoz.

E struktúrák következménye a döntéshozatal torzulása, a lojalitás kultúrájának eluralkodása és az innovációs képesség csökkenése. A fiatal orvosok azt tapasztalják, hogy a szabályok nem mindenkire vonatkoznak, így a konformizmus és nem a teljesítmény válik érvényesülési feltétellé. A rendszer így újratermeli saját hatalmi viszonyait, és akadályozza az egészségügy fejlődését.

A vitairat szerint az orvosbárói struktúrák lebontása nem személyi, hanem szerkezeti kérdés. Cél nem elsősorban az egyes vezetők leváltása, hanem az, hogy a jövőben ne lehessen rendszeren felülállóként, önérdekvezérelten működni. Ehhez vezetői mandátumkorlátokat és rotációt, átlátható, meritokratikus kinevezési rendszert, valamint független értékelési és ellenőrzési mechanizmusokat javaslunk. Fontos elemek a kötelező összeférhetetlenségi nyilatkozatok, a nyilvános teljesítménymutatók, a vagyonnyilatkozatok, és a tudásmegosztás intézményesítése, a köz- és a magánegészségügy viszonyának, kapcsolatának ésszerű és etikus rendezése.

A MOK álláspontja szerint a hálapénz megszüntetése csak az első lépés volt egy tiszta egészségügyi rendszer felé. A következő az, hogy a hatalom többé ne informális csatornákon, hanem átlátható, etikus és teljesítményalapú struktúrákban működjön. Csak így építhető olyan egészségügyi rendszer, ahol a vezetői tekintélyt a szakmai tudás, nem a kiszolgáltatottság adja – és ahol a fiatal orvosok már nem bárók, hanem példaképek nyomán akarnak dolgozni.

Háttér

A Nyugat-Európában dolgozó, onnan néha hazatérő kollégáink gyakran hangsúlyozzák, hogy a magyar egészségügyből hiányoznak a nyugati rendszerek fontosabb jellemzői: az átláthatóság és a független, befolyástól mentes kontroll mechanizmusok. Ezek biztosítják, hogy az egészségügyi folyamatokban a szakmai alapú, ne pedig politikai, személyes gazdasági vagy karrier érdekek mentén születő döntések legyenek az elsődlegesek.

Az átlátható egészségügyi rendszer a társadalom számára biztonságot és kiszámíthatóságot teremt. Az erős, független kontrollmechanizmusok működtetése közérdek volna, mert csökkentené az egészségügy torzító erőknek való kitettségét.

Az egyik ilyen torzító erő a magyar egészségügyre jellemző orvosbárói struktúra. Struktúra, azaz nem pusztán személyes anomália, hanem rendszerszintű jelenség, mely az informális hatalom és tudás-, illetve pozíciómonopólium útján akadályozza az orvostársadalom megújulását és a szakmai autonómia érvényesülését.

Kik az „orvosbárók”?

2016-ban egy újságcikkben (https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_elso_resz/) jelent meg először az orvosbáró kifejezés. Ez a társadalmi-történeti metafora egy hatalmi típust takar, azokat a szereplőket, akik az egészségügyi rendszeren belül olyan jelentős anyagi és befolyási erőforrásokat halmoztak fel, mely túlmutat a hivatalos hierarchián és ellenőrizhetetlen, egyéni célú hatást gyakorol a rendszerre. (Rögtön

az elején tisztázni kell, hogy az orvosbáró nem egyenlő az orvosi szakmai elittel, bár személyi átfedések lehetnek.)

Jelenleg becsléssel az orvostársadalom 1-3%-a felel meg ennek a puha definíciónak. Nem homogén csoportról beszélünk, jelentős különbségek lehetnek a "bárók" szakmai és emberi kvalitásait, illetve hatalmát illetően. Azonban hangsúlyozzuk, hogy nem pusztán személyekről, hanem struktúráról van szó, amitől az orvosok ezrei vannak gyengébb-erősebb szakmai függésben.

Fontos, hogy a jelenség az idővel változott és nem egy adott politikai rendszerhez, hanem a magyar egészségügy tartós sajátosságaihoz kötődik. Ebből adódóan ezek a szereplők elsősorban e tartós sajátosságok megtartásában érdekeltek.

A rendszer kialakulását illetően három nagyobb korszakot különböztetünk meg.

A balatoni vitorlások időszaka (1960-1990)

A szocialista rendszerben megszülető - és az általános életszínvonallal növekvő - hálapénz jelensége teremtette meg az orvosbárói jelenség előképét. Ebben az időszakban kezdtek bizonyos szakterületek és orvosok a hálapénz köré szerveződni, azt nem a rendszer melléktermékeként, hanem központi motorjaként használni. Az ország lakosságának gazdasági lehetőségei mellett persze legfeljebb egy balatoni vitorlás, új autó, az éves zakopanei síelés formájában mutatkozott meg az orvostársadalom egészéből kirívó státusz, ami nem feltétlenül tért el más területek vezető beosztású alkalmazottjaitól, vagy a sikeresebb maszekolóktól. Ebben az időben a főorvosok, klinikavezető professzorok kezében koncentrálódott a hatalom, és ez politikai elkötelezettséggel, az állampárthoz való kötődéssel is általában együtt járt. A vezető *főorvos jellemzően* a városi lokális hatalmi pozícióban diszponált státuszok, erőforrások felett. A klinikák egyes professzorai esetén a lojalitási hálók nagyobbak voltak, a szakmai hatalom kiterjedtebb.

A bárói rendszer kiépülése: 1990-2020

A rendszerváltástól a szakmai hatalmi pozíció egyre erősödő gazdasági erővé alakult át. Kezdetben a szakmai kiválóság és a gazdasági erősödés sok esetben együtt járt, de ez egyre kevésbé volt közvetlen kapcsolat. A "bárságot" meghatározó tényező az alacsony orvosi jövedelmekhez képest a bárók által beszedhető hálapénz lett. Ezek az orvosok nem csak a szakmai környezetük anyagi lehetőségeitől szakadtak el, hanem fokozatosan elkezdték kiépíteni másik, nem orvosi életüket. Ingatlanbefektetések, cégtulajdonok, gazdasági hálók alakultak ki. Beépültek a helyi gazdasági körökbe és politikai mezőbe. Az egészségügyben megjelenő gazdasági beruházásokban ezek a kapcsolati hálók is szerepet kaptak. A gyógyszercégek által szponzorált klinikai gyógyszervizsgálatok szervezése, és az azokhoz kapcsolódó pénzek ezeknek a személyeknek a kezében összpontosultak, anyagilag függővé téve beosztottjaikat.

Ezeknek a vezető orvosoknak elemi érdekévé, a politikának kényelmessé vált a hálapénzes rendszer megtartása, nem is igyekeztek kitörni belőle (érdemes elolvasni a Semmelweis tervet, ahol a hálapénzt problémának, de szinte szükségszerű, megváltoztathatatlan dolognak állítják be). Sőt, egy alkalommal az orvosbárók sikeresen akadályozták meg a hálapénz kriminalizálását. A Legfőbb Ügyészség 2014-ben a Közigazgatási és Igazságügyi

Minisztériumnál jogszabály-módosításra tett javaslatot, „mert a hálapénz elfogadása kapcsán felmerülő passzív gazdasági vesztegetés tényállásának törvényi megfogalmazása nem egyértelmű". Az Igazságügyi Minisztérium eredeti, nyilvános tervezetében szerepelt is a hálapénzt kriminalizáló normaszöveg, de azt a kormányzat a "háttéregyeztetések" után visszavonta és a hálapénz a Btk-ban hivatalosan is a megtűrt, szürke zónába került át.

Ezzel egyre fokozódó ellentét alakult ki a hálapénz rendszer káros hatásait elszenvedő tömegek és az annak fenntartásában érdekeltek szűk csoportja között. 2015-ben megszületett az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport, melyben orvosok ezrei léptek fel nyilvánosan a hálapénz kivezetéséért. Képviselőik 2019-ben az orvosi kamara élére kerülve célként tűzték ki a rendszer megtisztítását.

A MOK 2020 őszén a COVID járvány jelentette sokkot is használva elérte, hogy az orvosi bérek érdemi emelésével a hálapénz végre illegális legyen. A miniszterelnöknél saját elmondása szerint is lobbiztak egyes körök a béremelés és hálapénz kivezetése ellen, ezúttal azonban sikertelenül.

Az orvosbárókat a COVID jelentette bevételkiesés mellett sokként érte a megállapodás, de gyorsan adaptálódtak, átmentették és átalakították a hatalmukat.

Törvényen felül: 2021-

A 2021-ben még valóban jelentősnek számító béremelés egy orvosbáró esetén közel sem fedezte a hálapénz kiesését. Ezek az orvosok ugyanis sokszor nagyobb bevételre tettek szert, mint nyugat-európai kollégáik. Kiutat kerestek, mert egyszerűen túl sokat vesztettek volna anyagi és szociális státuszuk vonatkozásában is a helyzet elfogadásával.

Kezdetben sokan egyszerűen folytatták az illegálissá vált tevékenységet. Amikor hírek jöttek az első őrizetbe vételekről, próbáltak kreatív megoldásokhoz nyúlni. Magánrendelésen kellett odaadni a többszázezres vizsgálati díjat, vagy parkolóban letekert ablakú autók szolgáltak postaládaként a borítékoknak. Mások búvópatakként rejtett szolgáltatásokon, közvetítőkön keresztül szedték be az állami ellátásért a különdíjat.

A hurok azonban egyre szorult, a Belügyminisztérium célul tűzte ki a példastatuálást, a Nemzeti Védelmi Szolgálat a médiában hangosan bemutatva dolgozott.

A menekülőutat végül az jelentette, hogy alapvető változás következett be a magyar egészségügyi rendszer működésében. A koronavírus járvány következtében az állami rendszer kapacitásait a COVID ellátás kötötte le. Ez a magánellátás robbanásszerű megerősödését hozta el, a lakosság csak ott férhetett hozzá számos ellátáshoz. Sorra nyíltak a magánklinikák, milliárdos beruházások zajlottak, néhány év alatt 40%-os növekedés történt a szektorban, évi 1000 milliárd forintos üzlet alakult ki. Megjelentek olyan komplex szolgáltatások, ahol a komolyabb műtéteknek is helye lett.

A magánszektor az orvosbárók eszköze lett, annak ellenére, hogy a törvény a két szektort el akarta választani egymástól. Olyan helyzet alakult azonban ki, ahol a hatalmukat átmentők szó szerint törvényen felül állnak. Az orvosok többsége számára az egészségügyi szolgálati jogviszony törvény szigorú korlátokat szab: nem csak a magánegészségügyi szerepvállalásra, de más, nem egészségügyi munka is engedélyhez kötött. Az orvosbárók vezető pozíciójukat

és kapcsolati tőkéjüket használva azonban ezeket a szabályokat fellazították, a magán és állami szektor között saját csatornákat hoznak létre magánbetegeiknek. Ebben a helyzetben az állami várólista növekedése egyenesen üzletfelhajtó erőként szolgálja őket. Hangsúlyozni kell, hogy a magán-állami egészségügy rendezetlen helyzete nem az orvostársadalom érdeke, csak a zavarosban halászóké.

Kis késéssel kialakult egy új forma is. Egyes állami kórházak, egyetemi klinikai központok is elkezdtek alapítványokon, belsős cégeken keresztül hivatalosan leválasztott, a valóságban azonban az állami ellátáson alapuló magáncsatornákat kialakítani.

Míg a 2021 előtti időszakban az orvosbáró a hatalmát, tudását az közfinanszírozott rendszerem belül akarta pénzre váltani, az új szakaszban a magánegészségügyben. Ezért ma a személyes erőforrásait megosztja a köz- és magánellátás között, ami a közösségi egészségügy gyengülését okozza. Teljesen nem adja fel állami szerepét, mert ahhoz, hogy jól keressen a magánegészségügyben és megmaradjon a kapcsolati háló, kell a cím, a pozíció, a betegutak és az orvoskollégák feletti kontroll.

E működési modellekkel az elmúlt öt évben az orvosbárók megőrizték és megszilárdították pozíció-, tudás- és eszközmonopóliumukat. Ezek a monopóliumok nemcsak a betegek közti esélyegyenlőséget, hanem a szakmai utánpótlást is torzították.

Pozíciómonopólium

Az orvosbárói struktúra egyik tartópillére, hogy nemcsak pénzügyi, hanem kapcsolati és lojalitási hálókon keresztül személyes függésrendszert építettek ki.
A fiatalabb kollégák karrierje, kutatási lehetősége, ügyeleti beosztása, műtéti gyakorlata gyakran egy személy kegyétől függ. Az előléptetések, pályázatok elérhetősége, kutatási együttműködések ezen emberek kezében sokszor nem meritokratikus, hanem lojalitási, illetve nepotista alapon szerveződnek. Aki be tud illeszkedni a kliensi láncba, és elfogadja a helyzetet, az anyagilag és szakmailag is nyerhet rajta. Az eszjtv-ben egy teljes szubjektív értékelési rendszer van a kezükben, amiben tetszésük szerint pontozhatják a beosztottjuk kooperációra való hajlandóságát. A törvény szerint ez bércsökkentést is eredményezhet.

A nepotizmus, azaz rokoni és baráti viszonyok gyakran meghatározták az erőforrásokhoz való hozzáférést is (pl. műtőidő, betegek kiválasztott csoportja, technológia, pályázatok, gyógyszervizsgálatok). Az egészségügyi szolgálati jogviszony deklaráltan tiltja, hogy hozzátartozók alá-fölérendeltségi viszonyban legyenek egymással, ezek mégis gyakoriak maradtak. Van olyan kiemelt kórházi osztály, ami szinte családi cégként az egészségügyi irányítás közvetlen tekintete előtt működik, és ezt az illegális működési rendet még reklámozzák is. Ahogy írtuk, a bárók gyakran politikailag beágyazottak, és láthatóan a törvényen felül állnak.

Tudásmonopólium

Az orvosbárók a pozícióból adódóan személyes tudásmonopóliumot alakítottak ki: speciális know-how, műtéti technika, vagy diagnosztikai rutin csak náluk volt megtanulható, ők döntöttek arról, kit engednek „tanulni a műtőasztal mellé”; A szakmai karrierlépcsők (pl. publikációs lehetőségek, tudományos pozíciók, tudományos fokozat támogatása) gyakran

ezen informális hatalom köré rendeződtek. Ez a működés tudásmegosztás helyett valójában tudáskoncentrációt eredményez, ami a rendszer innovációs képességét is csökkenti.

Eszközmonopólium

Nem ritkán saját eszközparkjuk van a kivételezett helyzetben lévőknek, illetve a bárók és az ipari szereplők között is kapcsolat épült ki. A cégek függenek attól, hogy az orvosvezető melyik cégtől rendeli meg a terápiás vagy diagnosztikai eszközöket, reagenseket. Túlárazott közbeszerzési eljárásokon keresztül zajlik a megrendelések jó része. A technológiai hozzáférés — pl. modern műszerek, diagnosztikai és orvostechnikai eszközök — a vezető személyes érdekéhez kötődik. Ha egy orvos modern terápiás eszközhöz hozzá akar férni, ma nem a szakmai képességek, valamilyen objektív szempontrendszer, hanem sokszor a kegy dönt, így a beosztott lekötelezetté válik.

Hogyan gátolják az orvosbárók az egészségügy fejlődését?

A döntéshozatal szűk keresztmetszete

Az egészségügyi irányítás és a szakmapolitikai döntések nem strukturált, minőségbiztosítási elveken, széles szakmai diskurzuson, hanem személyes csatornákon működnek. Ez a legfelsőbb szintekig ér. A minisztériumba ma nem érkezik strukturált szakmai visszajelzés egy-egy szakterület kérdéseiben, csak a kiválasztottak döntenek, sokszor szakemberek ezreinek véleményét mellőzve. Egy-egy befolyásos vezető képes megakasztani vagy átnyomni reformokat, kórházi átszervezéseket, vagy akár beszerzési döntéseket.

A lojalitás kultúrája

Sok fiatal orvos nem formális szabályokhoz, hanem személyes hierarchiához igazodik — mert a karrier, a publikáció, a műtőidő még mindig „valakihez tartozik”. Az érdem alapú (meritokratikus) előmenetel gyengül, a teljesítmény helyett a lojalitás, a személyes kapcsolatok és a „helyzethez való alkalmazkodás” válik karrierfeltétellé. Ez lassítja a generációváltást, gyengíti a szakmai autonómiát, és fenntartja az elit zártságát.

A törvényen felül álló orvosbárókat nézve egy fiatal ma azzal szembesül, hogy míg nála az arcát mesterséges intelligencia használatával rögzítve akarják ellenőrizni, hogy hol tartózkodik, a kivételezett vezető közben nem tartja be a törvényeket. Ebből azt tanulja meg, hogy a törvények megkerülhetőek, szelektívek, a lojalitás a valódi vezérlőelv.

Az intézményi kultúra emiatt torzul, a visszajelzési hajlandóság gyenge, a vezetői felelősségvállalás formális. Az a kolléga, aki megpróbál szabályokat betartva működni, a vezető szabályszegését felvetni, bajkeverő címkét kap, aki bomlasztja a közösséget.

A szakmai innováció lassulása

Az orvosbárók egy része rendelkezik olyan tudással, mely kivételezett pozícióját megalapozza, vagy az elmúlt évtizedekben megalapozta. Döntési, irányítási pozícióban már a status quo fenntartásában lesz érdekelt, a személyétől független innováció veszélyt jelent pozíciójának fenntartására. Emiatt új eljárások, szemléletek nehezen jutnak el a gyakorlatba.

Összefoglalva

A mai orvosbáró már nem a hálapénzes főorvos, hanem a betegutakat, hálózatokat, eszközöket, tudást és kapcsolatokat uraló tőkeerős piaci szereplő. Hatalma a struktúrákban, nem a borítékban él, és nem csak a beteg, hanem a rendszer függ tőle.

Ahogy a magyar rendszerváltás idején is át tudta menteni a gazdasági elit a hatalmát, úgy ez a hálapénz rendszer váltásával is a szemünk előtt történik. Határvonalnál vagyunk, hogy sikerül-e a világos szabályok és transzparencia segítségével tiszta rendszert alkotnunk.

A bárság ezért nem múlt idő, hanem a hatalom szerkezetének következménye, mely újratermeli önmagát. Amíg az előmenetel, a tudásmegosztás és a döntéshozatal nem válik transzparenssé és teljesítményalapúvá, az orvosbárók helyett mindig új orvosbárók fognak születni.

Javasolt intézkedési csomag — mit tehet a kamara és a szabályozó?

Az orvosbárói hatalom lebontásához politikai akaratra, rendszerszintű átalakításokra, a szakmai kamarák, a kormányzat, az adóhatóság és a civil társadalom együttműködésére van szükség. Szabályokkal kell lehetővé tenni, hogy felhalmozott szakmai tudásukat az orvosbárók átadják - ezt akár külön díjazni is lehet - de szigorúan kell eljárni azokkal szemben, akik a szabályokat nem hajlandóak betartani.

A kulcs viszont az, hogy az orvosbáróságot ne csak személyi, hanem szerkezeti jelenségként kezeljük. A cél nem az egyes személyek leváltása, hanem annak biztosítása, hogy ne lehessen báróként működni.

Vezetői rotáció és mandátumkorlát

- Vezetői pozíciók (osztályvezető, tanszékvezető, centrumelnök) időkorlátos mandátumhoz kötése (pl. 2×4 év).
- Az újra pályázás feltétele legyen független szakmai és etikai értékelés.
- Központi kamarai adatbázis a vezetői mandátumokról és rotációs ciklusokról.

Meritokratikus kinevezési és előmeneteli rendszer

- Átlátható kinevezési és előléptetési kritériumok.
- A vezetői, tanszékvezetői, szakmai bizottsági pozíciók objektív pályázati kritériumokhoz kötése. Jelenleg ez sok helyen formális, nem valós versennyel vagy egyenesen a törvények figyelmen kívül hagyásával történik.
- Egységes, nyilvános értékelési kritériumok: tudományos teljesítmény, oktatási aktivitás, betegellátási mutatók, etikai előélet. Nem feltétlenül a legnagyobb tudású, szakmájában leginkább kompetens orvosból lesz a legjobb vezető. A szakmai (pl. operatőri vagy diagnosztai), az oktatói és a vezetői készségek egymástól sok mindenben különböznek. Ezért a vezetői teljesítményt külön monitorozni kell.
- Összeférhetetlenségi nyilatkozat kötelező minden vezetői jelölt számára (rokoni, gazdasági, szakmai kapcsolatok feltüntetésével).

- A Kamara - mint független testület - véleményező, önszabályozó és közérdekvédelmi szerepét megszüntették. Ezt helyre kell állítani.

Tudásmonopóliumok felszámolása

- Vezetők számára kötelező dokumentáltan mentorként tanítani
- Fiatal szakorvosok bevonása a szakmai kollégiumokba és irányelv-alkotásba.
- Nyitott tudásrendszer: minden akkreditált képzés, műtéti eljárás és protokoll legyen hozzáférhető országos platformon.

Transzparens adat- és döntéshozatal

- Nyilvános intézményi teljesítménymutatók (pl. műtéti esetszámok, várólisták, orvosi teljesítményindikátorok, betegpanaszok)
- Nyilvános vezetői juttatások
- Felsőbb vezetők esetében nyilvános vagyonnyilatkozat (pl. Romániában is gyakorlat)
- Független audit a beszerzések, pályázati forráselosztások és magán–állami együttműködések terén.
- Transzparens kutatási és eszközhasználati döntések: ki, milyen feltételekkel fér hozzá intézményi eszközökhöz
- Kötelező összeférhetetlenségi kérdőív szerződések és pályázatok esetén.

Összegzés – a rendszer a kulcs, nem a személy

A hálapénz kivezetése történelmi jelentőségű lépés volt, de nem zárta le a hatalmi torzulások korszakát. A bárói struktúrák ma nem borítékokban, hanem pozíciókban, kisajátított tudásban, kapcsolatokban élnek tovább. Ezeket politikai akarattal, a rotáció, átláthatóság, etika és meritokrácia elveinek bevezetésével, a fiatal orvosok szakmai autonómiájának védelmével lehet felszámolni. Ha olyan rendszert alakítunk ki, ahol nem a függő viszonyok hatják át a működést, és mindenki a saját képességeinek és tudásának megfelelő szerepben dolgozhat, akkor a magyar orvostársadalom jelentős belső erőforrásokat tud felszabadítani.