



Ikt.szám: 1850-3/2024

Dr. Takács Péter

egészségügyért felelős államtitkár úr részére

Belügyminisztérium

Tisztelt Államtitkár Úr!

Köszönöm részletes válaszát (Iktatószám: BM/30766-1/2024) a munkaszervezési szabályokat és bérkorrekciót indítványozó MOK - MOSZ javaslatra.

A MOK több ponton egyetért a levelében foglaltakkal, ugyanakkor vannak területek, ahol az álláspontok inkább távolodni látszanak. Kérem engedje meg, hogy ez utóbbiakat illetően kifejtsem a MOK álláspontjának szakmai hátterét.

Munkaszervezési szabályok, jogszabályi környezet

A Kamara egyetért azzal, hogy a munkaszervezési szabályok egységesítésére és egyértelművé tételére szükség van, hiszen - ahogy Ön is írja - az egészségügyi szolgáltatók rendkívül heterogén módon alakították ki a jogalkalmazási gyakorlatukat és sok esetben a munkavállaló érdekeivel ellentétes jogértelmezést követnek.

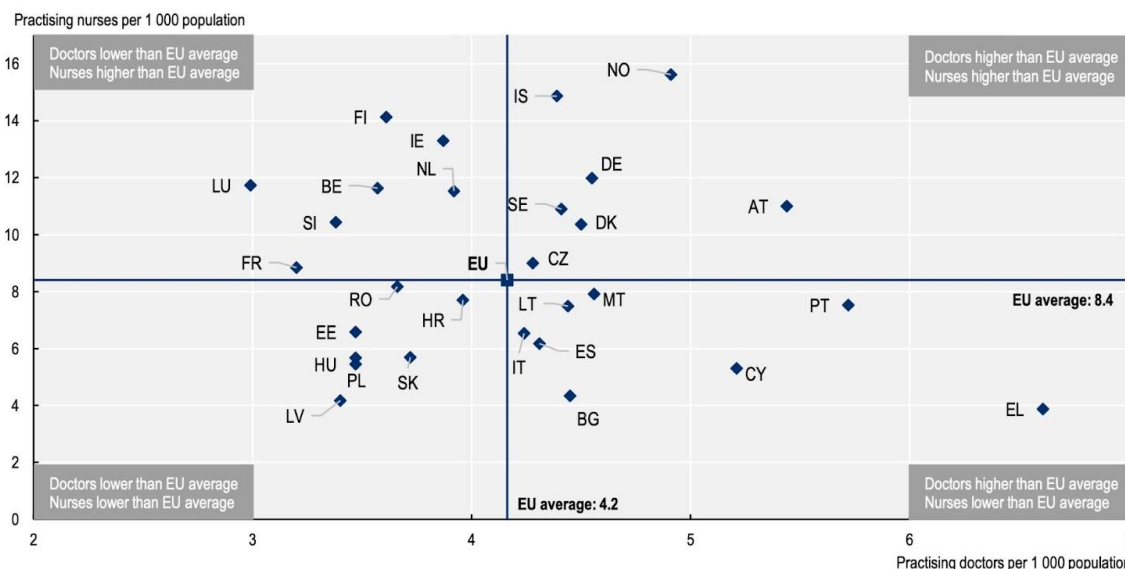
Az egységes törvény megteremtésére vonatkozó javaslatunk azt a célt szolgálja, hogy elkerülhető legyen az alternatív jogértelmezés gyakorlata. Jelenleg például a munka törvénykönyve és az egészségügyi törvény több helyen párhuzamosan értelmezhető, de eltérő tartalmú szabályait a munkáltatók sokszor saját értelmezésük (és rövidtávú érdekeik) szerint alkalmazzák. Ezek, együtt a jogszabályokban rendre alkalmazott megfoghatatlan fogalmazásokkal, úgymint "a munkavállalónak aránytalan sérelmet ne okozzon" vezetnek oda például, hogy áthelyezni az orvost a központi kórház egyik emeletéről a másikra ugyanazzal a szabályra mutatóval lehet, mint 50 kilométerrel arrébb, egyik napról a másikra, határozatlan időtartamra, tekintet nélkül az orvos életkörülményeire (konkrét példát 2023 júniusában az ágazati vezetői egyeztetésen ismertettem). A Kamara véleménye szerint a pihenőidőt és az ügyeleti terhelést érintő szabályoknak tükröznie kell a munkaterhelés és felelősség olyan mértékű együttjárását, ami az orvosi létet jellemzi. Megfelelően kompenzálni szükséges a munkakörülményekkel (pl. kiszámíthatóság, munkabiztonság, egészségvédelem) és bér vonatkozásában is. Az általunk augusztusban megismert kormányzati javaslat ezzel ellentétes irányba mutat, az orvosokat kiszolgáltatottá teszi, az egészségük védelmét szolgáló pihenőidőt csökkenti, a kötelező ügyeleti terhek fokozását teszi lehetővé, a családi-magánélet védelmének egyetlen eszközét, az önként vállalt többletmunka szerepét, pedig háttérbe szorítja. Nem tér ki ugyanakkor a szabályozás évtizedes problémáira, államigazgatási mulasztásokra, hiába jelezte ezeket már minden szereplő számtalan fórumon. Az ügyelet és műszakátadások során felhalmozódó kifizetetlen munkaórákkal egy orvos, aki havonta 4-szer ügyel, minden évben 3 munkanapot tölt fizetetlen munkával. A műszakos beosztásban dolgozóknál ez minden munkanap esetén fél óra kifizetetlen munkát jelent! Szintén a teljes ágazatra jellemző, rendszerszintű jogellenes

működés, hogy nem jelentik le az orvosok önként vállalt többletmunkáját. 2012 óta a munkáltató kötelessége ennek az időnek a lejelentése a nyugdíjbiztosító felé, hogy az növelje a nyugdíjszerző időt. Mivel ez nem történik meg, több ezer orvoskollégát károsított meg a munkáltató - és így közvetve az állam - az elmúlt 13 évben. Felmérésünk szerint nem csupán ez általános, de az önként vállalt többletmunka végzéséhez szükséges szerződések hiánya is elterjedten fordul elő. Nagymintás felmérésünk szerint 3030, havonta kettőnél többet ügyelő kolléga közül 20.8%-nak nincs önként vállalt többletmunka szerződése. Kiterjedt, az orvosokat megkárosító törvénytelen helyzetről beszélünk tehát. Kérjük, hogy az állam e mulasztásokat korrigálja és adjon javaslatot arra, hogyan fogja kompenzálni a 2012 óta fennálló mulasztás károsultjait.

Orvoshiány, orvosok terhelése

Államtitkár úr határozottan cáfolja, hogy Magyarországon orvoshiány van, azzal a statisztikai adattal alátámasztva, hogy 40 évvel ezelőthöz képest 1 millióval kevesebben vagyunk, az orvosok száma pedig nő, mivel 1986-ban 30000, idén 42000 fő volt. A mi hétköznapi tapasztalatunk valóságán túl az általunk ismert statisztikai adatok is ellentmondanak ennek, hiszen a Magyarország által az eurostat felé jelentett adatok 33000 *aktív* orvost (https://doi.org/10.2908/HLTH_RS_PHYS) jelölnek meg. **Az orvosok abszolút számát illetően kb. 6-8000 orvos hiányzik ahhoz, hogy az európai átlagot elérjük.**

Figure 1.5. The number of doctors and nurses per population varies by more than two-fold and three-fold, respectively, across EU countries



Notes: The EU average is unweighted. The data on nurses include all categories of nurses (not only those meeting the EU Directive on the Recognition of Professional Qualifications). In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors. In the Slovak Republic, data refer to professionally active doctors, resulting in a slight over-estimation. In Portugal and the Slovak Republic, data refer to professionally active nurses, resulting in a slight over-estimation. In Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospital. The data for Luxembourg refer to 2017 (latest year available).

Source: OECD Health Statistics 2024 (data refer to 2022 or the nearest year).

StatLink  <https://stat.link/4nat8z>

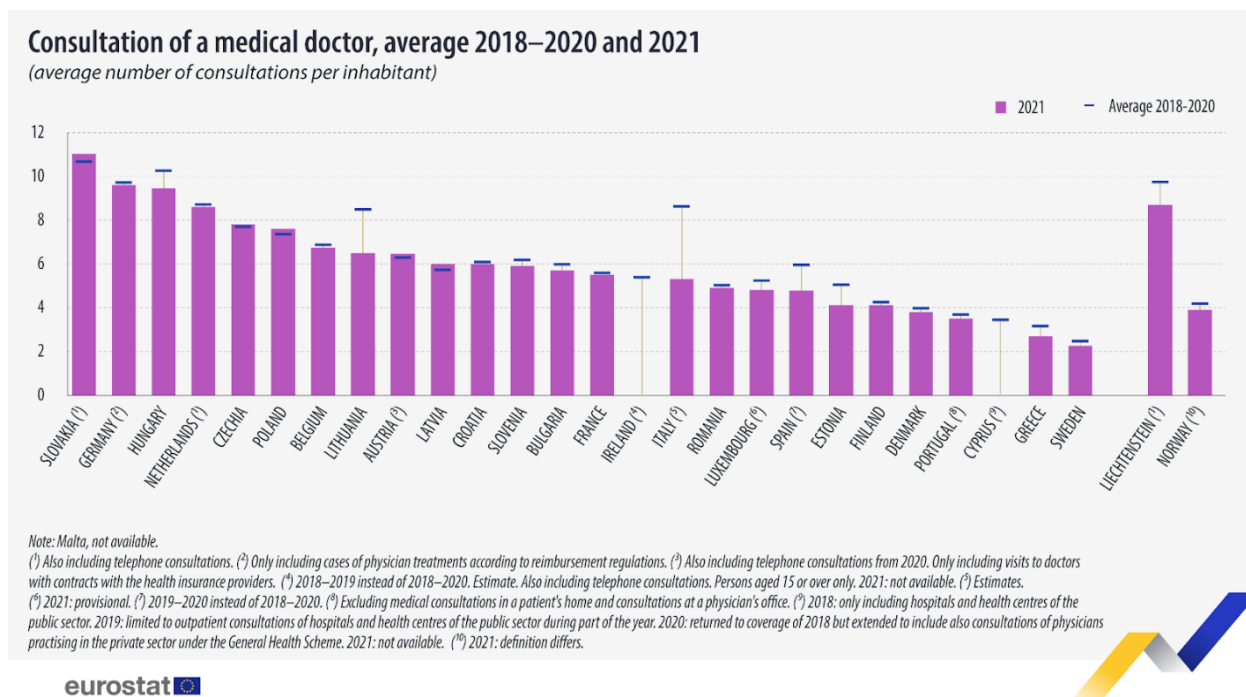
Emellett azonban még relatív hiány is van, hiszen nem mindegy milyen szerkezetű az egészségügy, hogyan oszlanak meg a feladatok. Magyarországon a háziorvosok alacsony száma (közel fele az EU átlagnak), az alapellátás költségvetési okból korlátozott, szakmailag nem indokolhatóan korlátozott diagnosztikus és terápiás lehetőségei, a nem-orvosi feladatkörök átruházási problémája a szakellátás terhelését növelik, emiatt hazánkban sokkal több orvosra van szükség, mint egy erősebb alapellátással működő országban.

Harmadrészt, véleményünk szerint 40 évvel ezelőtti adatokkal hasonlítani össze a 2025-ös helyzetet nem célszerű, mert a technológiai fejlődéssel, a specializáció fokozódásával, illetve az európai

lakosság elöregedésével sokkal-sokkal több orvosra van szükség, így az orvosok száma egész Európában folyamatosan nő (https://doi.org/10.2908/HLTH_RS_PRS2).

A képzés bemeneti számai szerencsére javuló tendenciát mutatnak, de sajnos nálunk még mindig az egyik legrosszabb a korfa, a 65 év felett is dolgozó kollégák aránya csak Olaszországban magasabb, ahol a várható élettartam az EU legjobbjai között van, a legrosszabbak között szereplő magyar adattal szemben.

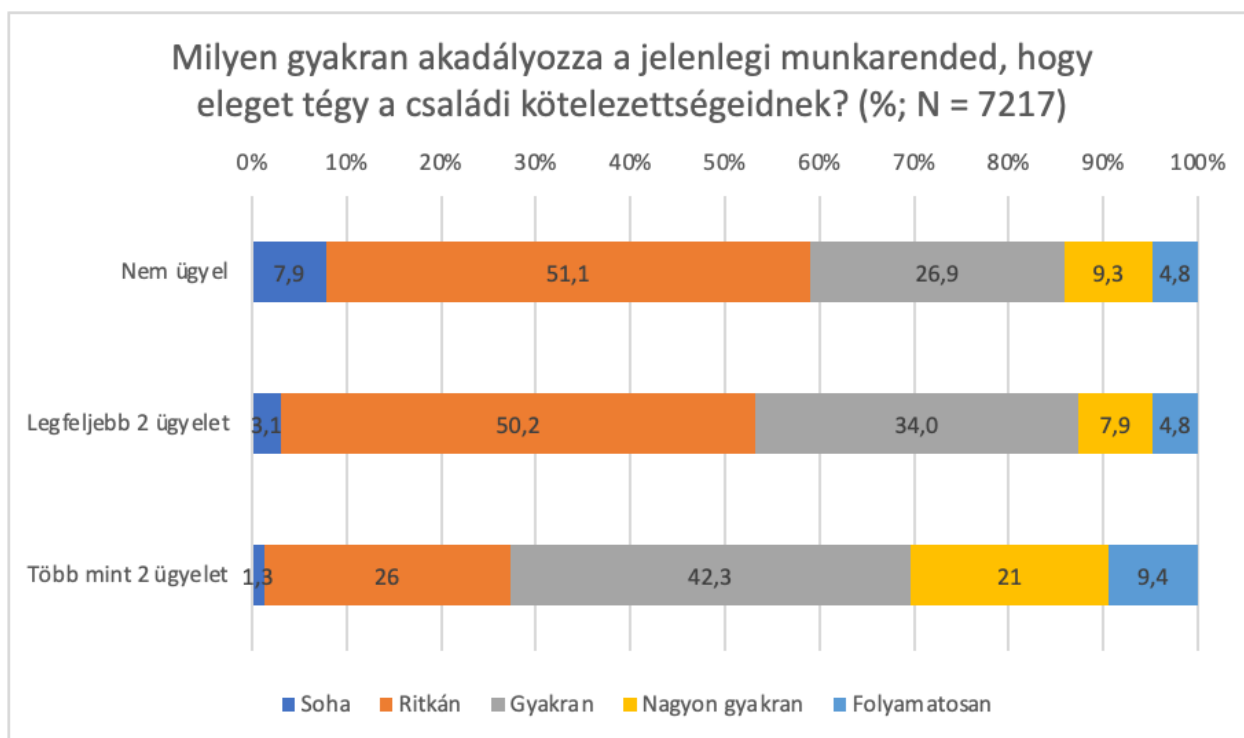
Az orvosokat nem csak képezni, megtartani is kell. A munkaterhelés az egyik olyan tényező, ami közvetlenül befolyásolja az orvos közérzetét és a betegellátás minőségét. Államtitkár úr úgy fogalmaz, hogy *“a túlterheltség, így általános megfogalmazásban nem értelmezhető sem az orvosi, sem pedig más szakmára. Biztosan van számos példa az orvoskollégák körében a túlterhelésre, de ezt ettől függetlenül, általánosan, mindenkire kiterjedően, egészen biztosan nem lehet kijelenteni.”*. A MOK a rendelkezésére álló betegágy melletti tapasztalatok és a magyar állam által jelentett statisztikai adatok alapján is azt az álláspontot képviseli, hogy a magyar orvosok túlterheltek, ezt támasztja alá az orvos beteg találkozások száma, mely az egyik legmagasabb az EU-ban.



Emellett a fenti statisztikai ábra nem tartalmazza azt, hogy milyen alacsony Magyarországon az orvosokat támogató személyzet száma, ezáltal mennyi adminisztratív, szervezési munka hárul a kollégákra.

Különösen igaz ez a szakrendelőkben dolgozó orvosokra, akik jellemzően magasabb átlagéletkorú tagjai az orvostársadalomnak. Kifejezetten a monoton, nagymértékű munkaterhelés miatt részesültek munkaidő kedvezményben, tehát nem kényelmi, hanem szakmai okból. A kormányzat azonban a közvetlen betegellátással töltendő munkaidejüket ezt figyelmen kívül hagyva emelte meg (holott a napi kétszer 8 óra rendelés teljesítéséhez az infrastrukturális feltételek sem adóttak mindenhol).

Orvosnak lenni sehol nem könnyű, de engedje meg, hogy a fentiek alapján kijelentsük, a magyar orvosok az európai kollégáikhoz mérten jelentős teher alatt dolgoznak. Ennek a családi-magánéletet érintő következmények pedig jelentősek:



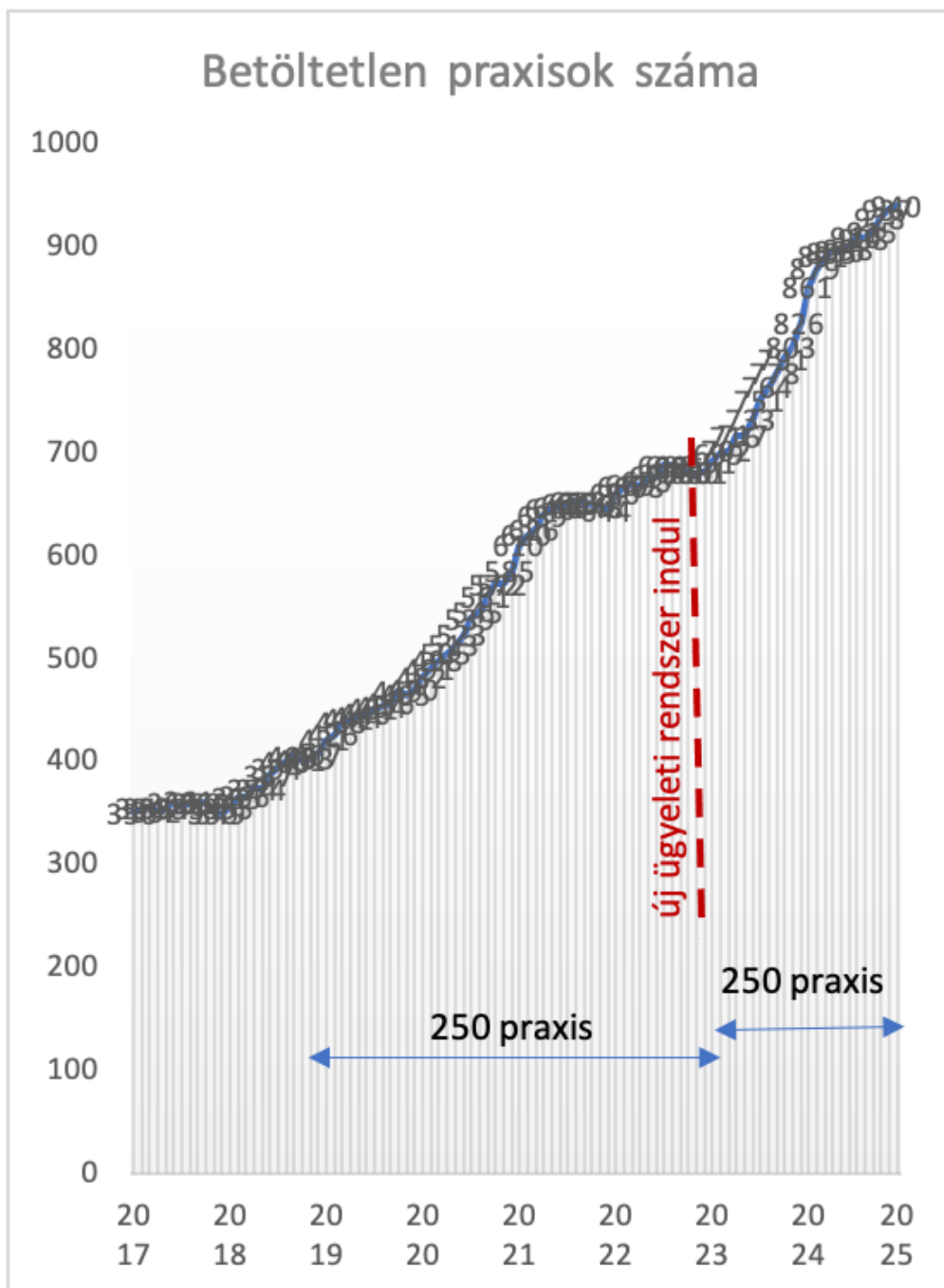
A terheléshez való irányítói hozzáállást egészen extrém módon illusztrálja, hogy arra jelzésünkre, miszerint nem váltják le munkaidejük végén az orvosokat az új ügyeleti rendszerben az OMSZ kapacitás problémái miatt, a következő választ kaptuk:

“Az egészségügy speciális ágazat - az egészségügyi dolgozókkal szembeni elvárások is különlegesek - mint amilyen az egészségügyi szolgálattal járó közismert áldozatvállalás is.”

Háziorvosi ügyeletek

Államtitkár úr kitér a MOK alapellátási ügyelettel kapcsolatos álláspontjára, “hangulatkeltésnek” tartva azt. Mi a kérdést változatlanul szakmai, ellátásszervezési problémának tekintjük: egy részkérdés (az ügyeleti rendszer szétdarabolt, heterogén szerkezete és minősége) megoldásáért egy sokkal fontosabbat áldozott be az Államtitkárság: az eleve nehéz helyzetben lévő alapellátás fő feladatát, a lakosság ellátását, a kapuőri feladatot.

A szakma jelzését sajnos nem vették komolyan, most pedig gyorsuló ütemben ürülnek ki a praxisok, és ebben a most életbe lépő budapesti felmondások még nincsenek is benne. A statisztika világos: az eltelt két évben annyi orvos hagyta ott a praxist, mint az ügyeleti rendszer átalakítását megelőző 4 év alatt összesen.



Sokszor elhangzott érvként az önök és az OMSZ részéről, hogy “aki nappal dolgozik, az este is tud”. Ez nem így van, nem így működik az emberi szervezet. Aki hivatása részeként ügyelt, az pontosan tudja, hogy már 40 éves kor felett nehezebben teljesítjük ezeket a feladatokat. A fáradt orvos többet hibázik, egy 60 év feletti ember pedig jellemzően érez fáradtságot egy normál munkanap végén. A kórházi osztályokról, ahol az ügyelet szerves része a mindennapjainknak, ezért is van ebben az életszakaszban (40 éves kor) egy mozgás a járóbeteg szakellátás felé.

Szakmai szempont az is, hogy egy adott szakterület működési sajátossága illik-e az elméletben kigondolt feladathoz. A háziorvoslás sajátja a kifejezett autonómia, a kórházi léthez képest kiszámítható feladatmenedzsment, hiszen az orvos nem egy nagyobb munkahely gépezetének sokaktól függő eleme. Több felelősség és több szabadság jár kéz a kézben. Az ügyeleti rendszerrel egymásnak eresztették az egészségügy legautonómbb (háziorvoslás) és leghierarchikusabb (mentőszolgálat) területét, amiben kódolva vannak a konfliktusok. Ez nem jó hatással van a háziorvosi karra, a pálya melletti kitartásra és a pályaválasztásra sem.

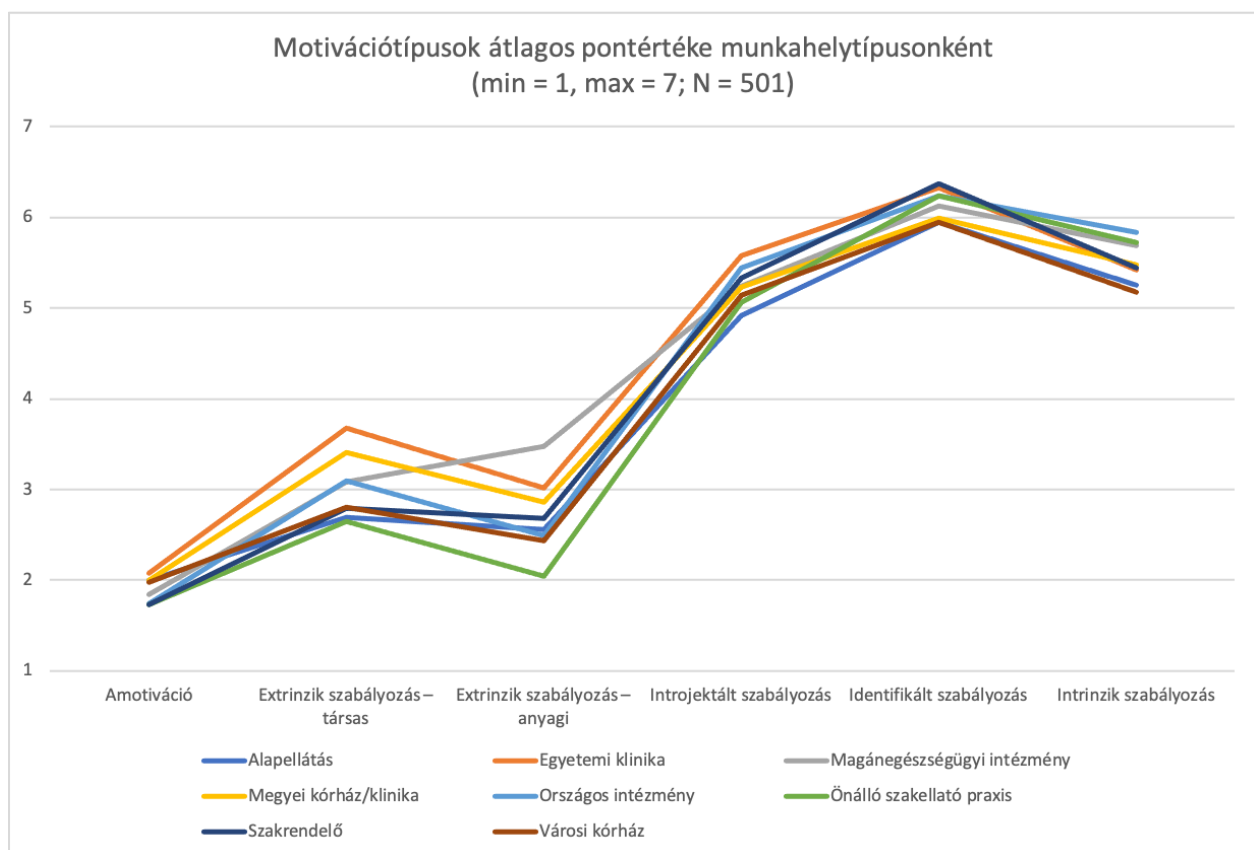
Ebből a helyzetből nehéz kinavigálni. Az ügyeleti ellátás egészének átgondolása, a valós szükség elemzése mellett elengedhetetlennek látjuk, hogy az ügyeleti bérek korrekciójával a “piacról” legyen beszerezhető elég orvos. Elfogadhatatlan, hogy terhes nőket, idős, beteg embereket kényszerítenek bele ügyeleti feladatba azzal, hogy ha nem tudja vállalni az ügyelést, oldja meg a saját helyettesítését, ahogy tudja.

Az orvosok motivációja, teljesítménye

Államtitkár úr úgy fogalmaz, hogy *“Rendkívül sajnálatos tény, hogy a 2021-2023 közötti, történelminek mondható orvosi béremelés motivátlansághoz vezetett a kollegák körében”*. Itt kénytelenek vagyunk erősebben fogalmazni. Államtitkár úr, ez nem tény, hanem vélemény. Ön két jelenséget (béremelés, motivációcsökkenés) azok közötti bármilyen ok-okozati összefüggést magyarázó mechanizmus nélkül kapcsol össze. Már hipotézis szintjén, logikailag sem alátámasztott az állítás, hiszen az orvosok kb. 10 százalékának jelentette korábban a hálapénz a bevétele érdemi részét, elsősorban a műtétes szakmákban. Miért romlana a motivációja a magasabb bértől annak, akinek eddig sem ez határozta meg a munkamorálját? Miért nő a várólista azokban a szakmákban is, ahol nincs közvetlen orvos-beteg találkozás (radiológia, patológia), azaz a hálapénz nem játszott szerepet a korábbi munkamennyiségben?

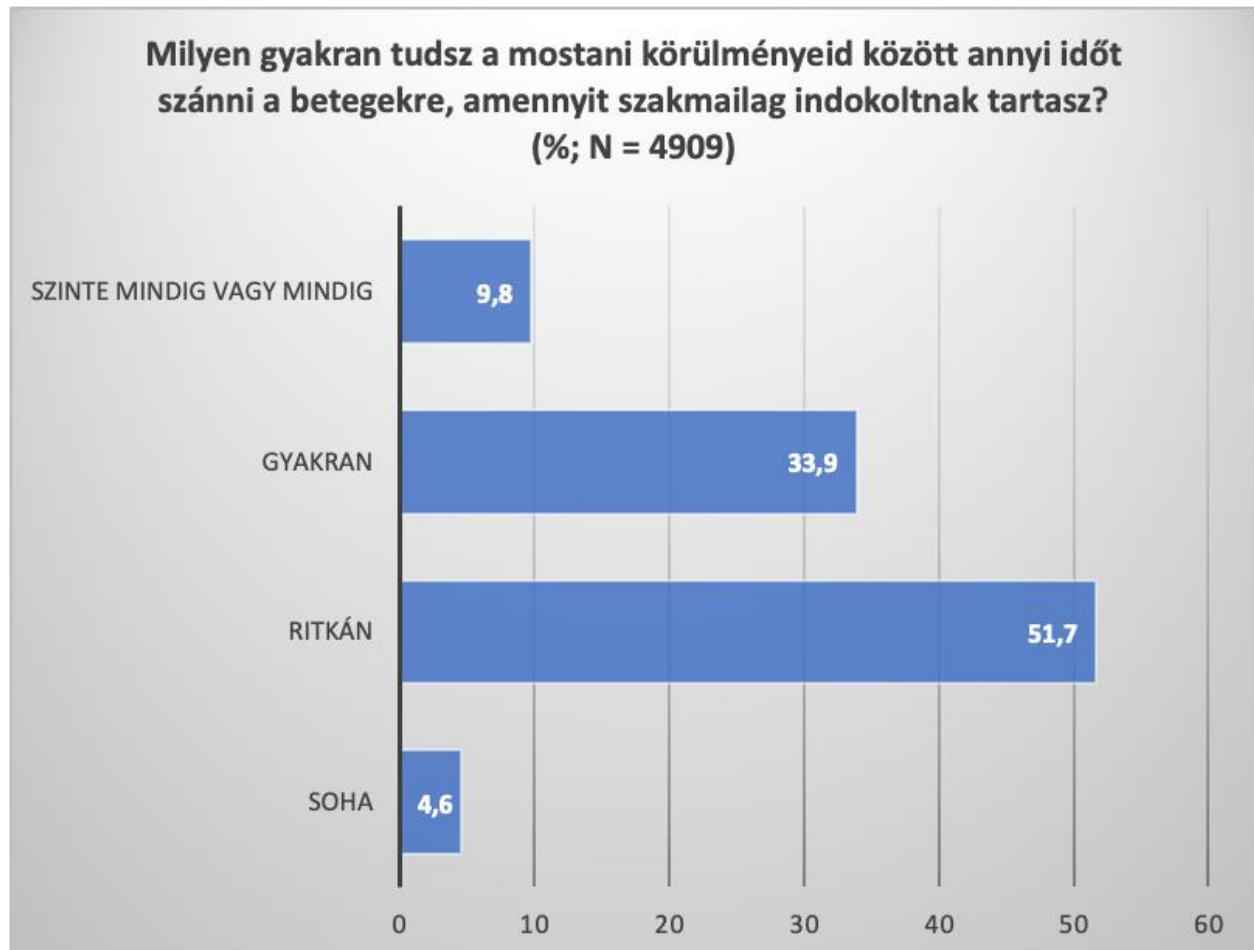
Az orvosok fő motivációja a béremelés előtt sem a pénz volt.

Ha a motivációvesztés okait keressük, érdemes validált eszközökkel megmérni, hogy az orvosokat milyen tényezők motiválják. Mi ezt az orvosok körében véletlenszerűen kiválasztott mintán megtettük és eredményeinket tavaly júniusban önökkel is ismertettük.



Nemzetközi felmérésekben jól dokumentált, hogy az orvosi pályát sehol nem a meggazdagodást szem előtt tartva választják a fiatalok. A magyar felmérést bemutató ábrán is az látszik, hogy az orvosoknál a munkájuk során nem a pénz vagy más anyagi motiváció az elsődleges, hanem az, hogy a hivatásukban mennyire tudnak kiteljesedni. Az anyagi megbecsültség ahhoz elengedhetetlen, hogy az orvos a munkájára tudjon koncentrálni, olyan egzisztenciával bírjon, ami élethosszig tartó elkötelezettségét biztosítja, de a legfőbb motiváció a hivatás maga. Egy gyakorló orvosnak a

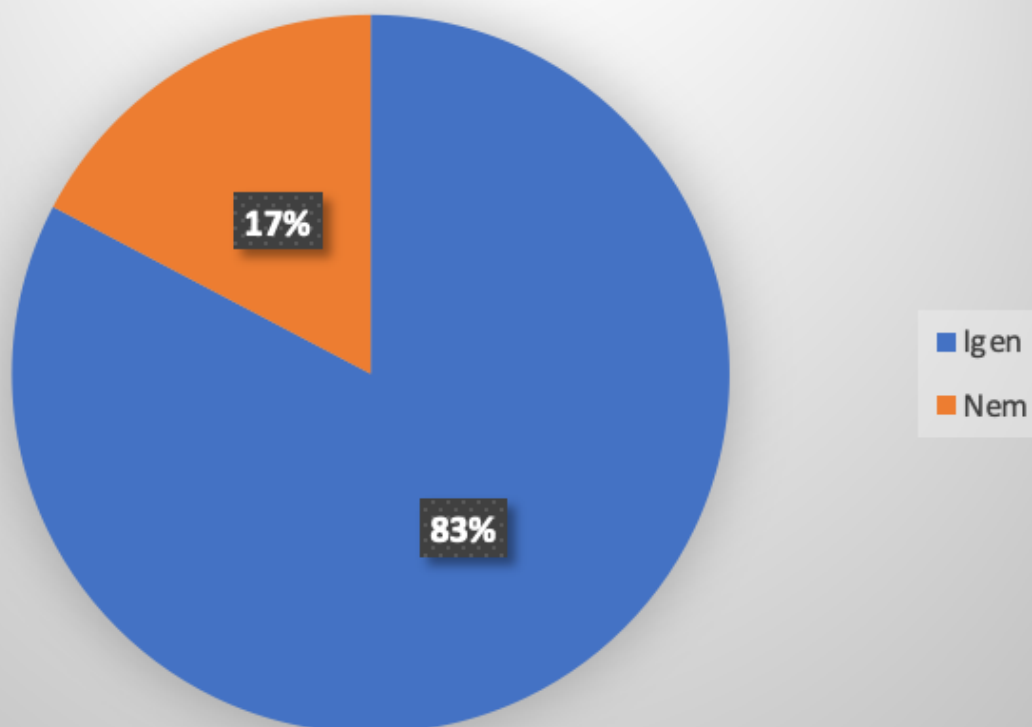
legnagyobb örömet és jutalmat az jelenti, ha a hivatásában sikeres. Ezt pedig az egyéni képességeken túl a munkakörülmények, a rendszer egészének működése determinálja. És pont erről van ma szó Magyarországon: a hivatás gyakorlása olyan nehezített a mindennapokban, olyan küzdelmessé vált jó minőségű ellátást nyújtani, hogy az nagyon rombolja az orvosok motivációját. A korábban már említett túlterheltség itt is szerepet játszik, ahogy azt a MOK nagy elemszámú felmérése mutatta egy évvel ezelőtt:



Ezek az összefüggések, bár az Államtíkárság ismeri őket, hiszen a MOK ezeket az anyagokat megküldi, sajnos soha nem jelennek meg a kommunikációban. Ennek szintén jelentős hatása van az orvosok közérzetére és ebből adódóan motivációjára.

Államtíkárság úr levele is példa arra, hogy egyedi példák általánosítva jelennek meg a döntéshozatal során, a kommunikációban dominálnak az orvosellenes példák, a rendőrség a korrupciós cselekményeket nem egyszerűen ismerteti, hanem munkahelyről, fehér köpenyben, megbilincselve vezeti el az orvosokat a média jelenlétében, vagy felvételeket készítve és azt a médiában demonstrálva. Az eredmény nem maradt el, az egészségügy problémáit sikeresen tolták az orvosokra, a médiában egyre gyakoribbak az orvosokat támadó megszólalások, amit kollégáink érzékelnek és sérelmeznek is:

Érzékelsz-e orvosellenes hangulatkeletést a hazai médiában?
(%; N = 4907)



Sajnálattal vettük észre, hogy a MOK javaslatát, miszerint az európai példának megfelelően az egészségügyi hivatást kormányzati kampánnyal lenne szükséges népszerűsíteni, nem tartották támogatandónak. Pedig úgy tűnik, van ilyen típusú imázsépítésre fogékonyság a kormányban: a S.E.R.E.G. sorozat 15.2 milliárd forint, a honvédség toborzókampánya minimum 2.2 milliárd forint állami támogatásban részesült.

Orvosbérek

“Megdöbbenéssel olvasom Elnök Úr levelének azon sorait, amelyek az orvosi bérhelyzet elértéktelenedésével kapcsolatosak” - fogalmaz Államtitkár úr. Tekintettel arra, hogy egy éve folytatjuk az egyeztetéseket az elmaradt bérkorrekcióról bármi érdemi elmozdulás nélkül, csak a tények leírására szorítkozunk: az orvosok béreinek értéktartása elmaradt.

A 2020-as megállapodásunk óta a KSH adatai alapján 2021-ben 5,1 %, 2022-ben 14,5 %, 2023-ban 17,6 % 2024-ben 3,7 % infláció volt. A kitűzött célt (az osztrák bértábla 60%-a) nem értük el, attól egyre inkább leszakadunk.

Egy beszédes tény: Ma Magyarország azért nem tud harmadik országbeli pályakezdő orvost fogadni, mert az EU-s szabályozás nem engedi olyan alacsony bér kifizetését, mint amit a magyar bértábla megállapít.

Az ágazati kommunikációban hangoztatott összeg nem bér, legfeljebb az orvosok sok óra túlmunkával, több állással elérhető bruttó jövedelme lehet. Ez a típusú, félrevezető, a hétköznapi tapasztalatoknak ellentmondó kommunikáció csak tovább mélyíti a szakadékot a tárca és az általa irányított ágazat dolgozói között. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a MOK által 2019-ben beterjesztett és 2020-ban a Miniszterelnök által elfogadott bértábla nem tartalmazta a teljesítményalapú elemeket. A MOK már a béremelést megelőzően kérte, hogy a Kormány teremtsen meg az objektív indikátorok alkalmazásának lehetőségét, ehhez részletes anyagot dolgozott ki:

<https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Bedolgozas/A%20MOK%20javaslata%20az%20eg%3%A9szs%3%A9g%3%BCgyi%20szolg%3%A1lat%3%B3k%20min%5%91s%3%A9gi%20indik%3%A1torrendszer%3%A9nek%20kialak%3ADt%3%A1s%3%A1ra.pdf>

Ez nem történt meg, a MOK többször jelezte, hogy szükség van rá (pl.:

<https://mok.hu/public/media/source/Az%20eg%3%A9szs%3%A9g%3%BCgyi%20meg%3BAj%3ADt%3%A1sa.pdf>).

Legutóbb már konkrét javaslatokat tettünk:

https://mok.hu/public/media/source/eg%3%A9szs%3%A9g%3%BCgyi%20szolg%3%A1lat%3%A1sok%20min%5%91s%3%A9gbiztos%3ADt%3%A1sa_FINAL_dig_sgnd.pdf

Hangsúlyozni kell, hogy a jogszabályok teljesítmény alapú jutalmazásra jelenleg is alkalmat adnak! Feltételezzük, hogy a források hiánya és a teljesítményértékelési szempontok kidolgozásának elmaradása miatt nem alkalmazzák azt.

A Kamara a szakszervezettel közösen megfogalmazottak szerint már ebben az évben az értéktartás biztosítását, inflációkövető bérezést és középtávon az osztrák bérek 60%-nak elérését tartja indokoltnak.

Az orvosi szakma függetlensége

“Az új kormányzat partnernek kívánja tekinteni a kamarákat, szerepük újragondolása és megerősítésük az egészségügy valamennyi szereplője számára kívánatos.” - Nemzeti Együttműködés Programja, 2010

A Magyar Orvosi Kamara ennek a célkitűzésnek megfelelően a kormányzat szakmai partnereként jár el. Ugyanakkor a partneri viszonyra való törekvés a kormányzati intézkedésekben nem érződik.

A jogalkotás során a társadalmi egyeztetés szerepe kiemelten fontos. Sajnos a jogalkalmazókat képviselő szakmai szervezetek véleményét csak az esetek töredékében veszi figyelembe a jogalkotó, a szakmai szervezetek egyhangú véleménye ellenére sem. A legutóbbi példa, hogy a szakma teljes körű tiltakozása ellenére ezentúl tutor lehet olyan személy, aki *az adott szakterületen szakirányú szakképesítéssel vagy felsőfokú végzettséggel nem rendelkezik*, illetve nincs megfelelő idejű gyakorlata. Ezen túlmenően az egy tutor által felügyelhető jelöltek száma 5-re emelkedik. Arra a jelzésünkre, hogy ez a képzések színvonalának csökkenéséhez vezethet, választ, indokolást nem kaptunk, a tervezet változatlan formában jogszabályként kihirdetésre került.

A hivatásrend tagjainak nyilvántartása szintén hagyományosan kamarai feladat, más hazai kamarák esetében és nemzetközi szinten is jól működik a rendszer. Ennek helyreállítására tett javaslatunkra - a kormányinfón elhangzottak ellenére is - elutasító választ kaptunk. Az OKFŐ-höz intézett kérésünkre a feladat felelőse nem tudta megmondani, hány orvos dolgozik az állami és magánellátásban Magyarországon, miközben minden ehhez szükséges adat hozzá fut be. Sőt, *külön belügyi engedélyhez kötötte, hogy egy köztestület alapvető információkat elemezhesen szakmai célból!* Úgy véljük, **legkésőbb a pandémia idején fel kellett volna ismernie az államnak, hogy nem tudja ellátni ezt a feladatot megfelelően és bevonnia abba a szakmai köztestületet.**

Államtitkár úr évi 40 szakmai irányelv készítésének tervét említi. 61 szakmai kollégiumi tagozattal számolva ez azt jelenti, hogy az átlag a tagozatonkénti évi 1-et sem éri el. Súlyos problémákat okoz, hogy nincs az irányelvek kidolgozásának megfelelő rendszere. A Kúria tavaly ítéletben mondta ki, hogy az állam felelős egy gyermek haláláért, mert a szakmai és munkakörülmények nem voltak adottak ahhoz, hogy megmentjük őt. Ennek a szakmai körülménynek része az is, hogy a gyermek halálának közvetlen okára, a gyermekkori szepszis ellátására sincs érvényes irányelv. (<https://mok.hu/hirek/mokhirek/lehet-e-egy-ket-es-fel-eves-kisfiu-halalanak-politikai-es-tarsadalmi-kovetkezmenye>)

A kormányzati törekvéseket sem segíti, a gyakorlatban már most adódnak problémák, hogy úgy zajlik az országban az ellátás centralizációjának folyamata, hogy kiterjedten hiányoznak a helyi ajánlások harmonizációját biztosító irányelvek.

Az ETT által működtetett etikai rendszer nem a hivatásrendé, az a Belügyminisztérium intézménye, mely nem független. Ez a rendszer nem teszi lehetővé, hogy etikai vétség miatt a foglalkozásától orvost eltiltsanak. Az orvosi kamara szigorú volt, saját megyei vezetőjét is kizárta a kamarából, amikor az a koronavírus járvány alatt az oltásokkal kapcsolatban terjesztett megalapozatlan nézeteket. Mi fejleszteni kívántuk az etikai rendszer átláthatóságát, évente közzétük 2012 óta az esetszámokat és született ítéleteket. Most nem nyilvános még az az adat sem, mennyi ügyet tárgyalt az ETT. Az ETT elnöke azt vallja, hogy a szakmát és az etikát külön kell választani. Szeretnénk leszögezni, hogy ez a gyógyító orvoslás gyakorlásával nem összeegyeztethető nézet. Minden beteget ellátó szakember számára evidens, az orvosi hivatás gyakorlásának etikáját megalapozó nemzetközi normákból (pl. az Orvosi Világszövetség Etikai Kódexe) de magából a hippokratészi esküből is az következik, hogy szakma és etika elválaszthatatlan.

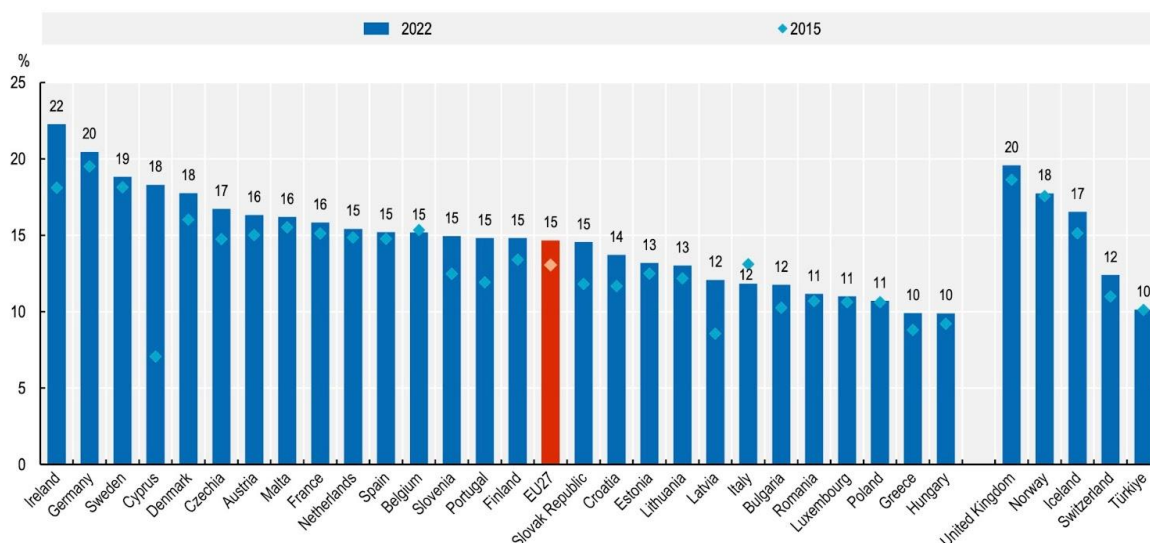
Az orvosi etikai rendszer jelen formájában súlytalanná vált, nem védi az orvosi hivatást, ezáltal a társadalmat sem szolgálja megfelelően. **A kamara ezért a szabályozás korrekcióját várja el a jogalkotótól: szüntessék meg az orvosok etikai önrendelkezési jogának diszkriminatív korlátozását!**

A politikai alapon szakmai kérdésbe avatkozó döntésnek máris súlyos következményei vannak. Az orvosi etikai önrendelkezés kormányzati szervhez történő átvétele és az ETT új etikai kódexének hiányosságai táptalajt biztosítanak az utóbbi évek legnagyobb - államot is érintő - közegészségügyi problémájának, az oltásellenesség és prevenció programok elleni mozgalmak drámai térnyerésének. Ennek nyomán megerősödtek a kötelező gyermekkori védőoltás, a szűrések ellen fellépő összeesküvés elmélet hívó orvos- és ügyvédcsoporthoz, akik sorra perlik az állami oltási feladatot ellátó házi gyermekorvosokat, fellépnek a méhnyak- és emlőrák szűrés ellen. Ezek típusosan olyan állami feladatok, amelyek fejlesztésére lenne szükség ahhoz, hogy elmozduljunk az elkerülhető halálozások listájának utolsó helyéről. Az egészségügyre gyakorolt káros hatás mellett ez a tendencia a kormányzati intézkedéseket, kötelezéseket is megkérdőjelezi, annak minden lehetséges hosszú távú hatásával. E szervezet szimpatizánsai már nyíltan, életveszélyesen fenyegetnek orvosokat. A kért közigazgatási segítséget eddig hiába vártuk. A legbeszédesebb azonban talán az, hogy a szervezet nyílt levélben fejezte ki nagyrabecsülését a Belügyminisztérium felé az Orvosi Kamara ellen tett lépéseikért.

Összefoglalva

Az orvostársadalom és az egészségügyi irányítás között kialakuló távolság nem választható el attól a tényről, hogy egész Európában a magyar kormány fordítja a rendelkezésére álló forrásból a legkevesebbet az egészségügyre.

Figure 5.6. Health expenditure from public sources as a share of total government expenditure, 2015 and 2022 (or nearest year)



Note: For those countries without information on sources of revenues, data from financing schemes are used. The EU average is unweighted.
Source: OECD Health Statistics 2024; OECD National Accounts Database; Eurostat (hlth_sha11_hf).

StatLink  <https://stat.link/59nx42>

Ez az elsődleges oka az egészségügy romlásának, és az egészségügyi politika szűk mozgástere is ebből adódik. Ennek a ténynek az elismerése és oki terápiája nélkül nem várható érdemi javulás az állampolgárok egészségének védelmében.

A MOK februártól társadalmi kampányt indít, a fő okot, a társadalom egészségügyet érintő tudatosságának javítását célozva. Ahogy szervezetünk szakmai munkája, úgy a kampányunk is pártpolitikától független. Kérem, hogy a kormányzat tartsa tiszteletben az orvosok önrendelkezéséhez való jogát, a kamara függetlenségét és ne vigye pártpolitikai mezőre a kommunikációt, mert azzal elsősorban az egészségügynek, a betegeknek tesz rosszat.

A Kamara az emberi és szakmai kapcsolatokat mind levelezésben, mind a sajtóban korrekt szinten kívánja megtartani, a politikai közbeszéd színvonalát nem tartjuk követendőnek.

Budapest, 2025. január 27.

Tisztelettel,

A Magyar Orvosi Kamara Országos Elnöksége nevében,
Dr. Álmos Péter Zoltán