

## Miniszterelnökséget vezető miniszternek

Az előzmények: Közismert, hogy igen nagy port vert fel az érintettek körében, amikor – sokak felháborodására – megszületett az 1700/2012 (XII.29.) Kormányhatározat és annak nyomán az egészségügyre vonatkozó szabályozás, amely a gyógyítás-ápolás terén öregségi nyugdíjuk mellett tovább dolgozókat, illetve munkáltatóikat hosszas bürokratikus eljárásra, közérdekből szükséges munkájuk kérvényezésére kényszerítették, nyugdíjukat megvonták, helyette az ún. jövedelempótló támogatás nehézkes rendszerét bevezetve. A rendszerbe kerülés, annak megújítása rendkívül körülményes, bürokratikus, nyugodtan mondjuk ki, munkavállaló ellenes, különösképpen akkor, amikor a folyó év januárjától a nyugdíj melletti munkavállalással kapcsolatosan bevezetésre kerülő pozitív intézkedések híre nagy reményeket keltett érintett kollégáink, munkatársaink körében. Annál nagyobb a felháborodás és az elkeseredés, mivel kiderült, mindez csak az MT. hatálya alá tartozókat illeti meg, a jellemzően közalkalmazottként foglalkoztatott egészségügyi munkavállalókat nem. **Ez immár olyan súlyos diszkrimináció, ami ellen minden törvényes eszközzel fel kell lépni.** (A jogszabály bevezetésekor – annak idején - is minden józan érvet bevetve tiltakoztunk. A rendelkezés életbe lépése folytán azóta több száz munkatársunkat veszítettük el országszerte, súlyosbítva az amúgy is rossz munkaerőhelyzetet.)

A jelen helyzet: 2018 folyamán már több ízben kértük a helyzet mielőbbi orvoslását, az ősz folyamán az ágazatért felelős miniszternek e tárgyban írottakra **az egészségügyért felelős államtitkártól pozitív, támogató választ kaptunk.** Később kiderült, a Kormány a közelmúltban tárgyalta az ügyet, és a szakma határozott kéréseit figyelmen kívül hagyva, a szükségszerűséggel és a betegellátás érdekeivel ellentétes döntést hozott, amikor a jelen helyzetet fenn kívánja tartani azért, hogy ezzel „az egészségügy nyugdíjait a magánellátás felé terelve biztosítson helyet a fiataloknak a közfinanszírozott ellátás területén” – amint az elhangzott a nagy kesedelemmel végre folytatódó tárgyalás során.

**Ki kell mondanunk, a Kormány ezúttal téves paradigmára alapozta döntését! Ezt megváltoztatni elemi, sürgető közérdek!** A Magyar Orvosi Kamara hosszú ideje tisztességes tanácsadó és tárgyaló partner. A jövőben is ekképpen kíván viselkedni, ám épp ennek érdekében kell – rossz döntések esetén – építő kritikával, hiteles szakmai tanácsokkal szolgálni azok megjavítása végett. Eddig ez a módszer működött! **Amennyiben azonban érveit meg sem hallgatják, az asztalról lesöprik, nem tehet egyebet, mint a probléma társadalmasítása útján keresni a megoldást.**

### Érvek és indokok:

- 1.) A Kormány téved, ha azt hiszi, hogy a jelen diszkriminatív rendszer fenntartásával a nyugdíjas egészségügyi dolgozókat a magánellátás felé tudja terelni. A magánegészségügybe éppenséggel a fiatal – sokszor túlzottan is az, kellő tapasztalattal nem bíró – orvosok mennek, a jobb megélhetés reményében. A nyugdíj mellett munkát vállalók jellemzően ott folytatnák/folytatják tevékenységüket, ahová aktív korú munkájuk köti őket, és a hol nagy a szükség rájuk.
- 2.) Magyarország nemcsak Budapest, ahol talán orvosokból néhol akár túlkínálat is látszik, dacára annak, hogy számos kiemelten fontos szakma helyzete már a fővárosban is kritikus (érsebész, sürgősségi szakorvos, patológus, gyermekorvos stb.), a szakdolgozók létszáma pedig ott is elégtelen. **Vidéken viszont számos szakrendelést, sőt rendelőintézetet és nem egy kórházi osztályt kimondottan a nyugdíjasok munkájára alapozva lehet fenntartani,** érdemi magánegészségügy pedig arrafelé, különösen nyugdíjasok iránti igénnyel egyszerűen nem létezik.

- 3.) Az előző pont értelmében tehát **alapvető betegellátási érdek** a nyugdíjas egészségügyi dolgozók korlátozásmentes foglalkoztatásának nemhogy engedélyezése, de egyenesen ösztönzése.
- 4.) A jogszabályban előírt minimum feltételek munkaerő oldalról nem teljesülnek, és csak a szigorú és következetes ellenőrzés teljes hiánya okán nem zártak még be, függesztettek fel működésében számos közfinanszírozott egészségügyi ellátó helyet.
- 5.) Egyes intézményekben és egyes szakterületeken olyan humán erőforrás krízis bontakozott ki, és eszkalálódik napjainkban is, ami a tervezhető jövőben katasztrófahelyzethez vezet (házi orvos, radiológus, aneszteziológus, sürgősségi orvos, elmeorvos, addictológus, patológus, érsebész, szájsebész stb.), amely már a mostani kormányzati ciklusban folyamatos válságintézkedéseket követel! Ne nehezítsék a saját feladataik ellátását rossz, alkalmatlan szabályozással!
- 6.) Köztudott az is, hogy az egészségügyi emigráció miatt idehaza **nincs elég szakember, aki a fiatalokat tanítsa**, tapasztalataival, támogatásával a valódi, gyakorlati tudásba bevezesse. E területen is nélkülözhetetlenek a még munkát vállalni hajlandó nyugdíjasaink.
- 7.) Nem feledhető az sem, hogy a jelenben már nyugdíjas, illetve most nyugalomba vonuló egészségügyi szakemberek nyugdíja – az életükön át tartó méltatlanul alacsony bérezésük miatt – nem elégséges a tisztességes megélhetéshez, sokszor még az önfenntartáshoz sem. Ők tehát sok esetben rákényszerülnek, hogy inuk szakadtáig dolgozzanak tovább saját szerény egzisztenciájuk biztosítása érdekében.
- 8.) **Végezetül, a bevezetőben vázolt diszkrimináció kiteljesítéseként értékelendő az a tény, hogy míg az MT hatálya alá tartozó csak és kizárólag 15% SZJA fizetése kötelezett, addig a KJT hatálya alá tartozó közszolga sokkal nagyobb és összetettebb közteherrel számolhat:**  
„Az 1997. évi LXXX. tv. (Tbj. tv.) 25. § alapján a nyugdíjas közalkalmazott nem részesül abban a kedvezményben, amelyben az Mt. szerinti nyugdíjas alkalmazott igen, vagyis, hogy a 15% személyi jövedelemadón túl, egyéb járulék fizetési kötelezettség nem terheli a bruttó jövedelmét. Ennek hatására az Mt. szerinti nyugdíjas munkavállalók 14%-kal több nettó jövedelmet realizálnak 2019. január 1-től változatlan feltételek mellett, míg a közalkalmazott nyugdíjasok 15% SZJA-n kívül továbbra is fizetnek 10% nyugdíjjárulékot, 4% természetbeni egészségbiztosítási járulékot és a nyugdíj szüneteltetése okán 3% pénzbeli egészségbiztosítási járulékot!”

Fentiek okán kértük, a Kormány tekintse át döntését, és érveink alapján módosítsa azt. **Elvárjuk továbbá, hogy addig, amíg ez diszkriminatív bürokratikus rendszer fennáll, a továbbfoglalkoztatási kérelmeket a Miniszterelnöki Hivatal illetékese haladéktalanul és minden esetben várakozás nélkül bírálja el**, hiszen oda kizárólag az illetékes szaktárca által kontrollált és jóváhagyott igények kerülnek. Megengedhetetlenek és erkölcsstelennek ítéljük, hogy tisztességesen dolgozó szakembereink százával várnak engedélyre és jogos járandóságukra, sokan közülük hosszú hónapokig, nem egyszer akár egy évig is.

Közismert az is, hogy a bevezetőben említett Kormányhatározat már születésekor is tartalmazott generális kivételt:

„a felsőoktatási intézmények oktatói, kutatói vagy tanári munkakörökben foglalkoztatott közalkalmazottjaira nem terjed ki a kormányhatározat személyi hatálya, esetükben egyik tiltó rendelkezés sem alkalmazható.”

A fentiekből látható, hogy a legösszetettebb problémát a nyugdíjas egészségügyi dolgozó közalkalmazottak jelentik, így talán indokoltabb lenne egy olyan jogtechnikai megoldás, mely

az esetüket kivételként fogalmazná meg a hivatkozott jogszabályokban. Ezzel lehetőség nyílna arra, hogy nekik ne kelljen a jogviszonyuk fenntartása mellett nyugdíjukat szüneteltetni, azt továbbra is a nyugdíjfolyósító igazgatóság folyósítaná.

Az egészségügyi ágazat foglalkoztatottjainak kivételként történő megfogalmazása tehermentesítené a Kormányzatot is, mivel nem kellene kormányzati szinten egyedileg megvizsgálni az egészségügyi dolgozók szakmai életútját és a foglalkoztatás indokait a támogató vélemény kialakítása során.

Az egészségügyi ágazat humánerőforrás hiánya közismert, a nyugdíjas egészségügyi dolgozók továbbfoglalkoztatására országos szinten szükség van mindaddig, míg a megfelelő szakmai jogszabályok összehangolása szükséges az egészségügy területén ahhoz, hogy a jogalkalmazókra, közvetetten pedig az érintett egészségügyi dolgozókra, kevesebb adminisztratív teher háruljon.

#### Kérdéseink:

**Fentiek okán szándékozik-e a Kormány alapvetően változtatni a kialakult – immár kifejezetten diszkriminatív - helyzeten?**

**Mikor, és milyen eszközökkel látja ezt lehetségesnek?**

**Amennyiben minden érünk dacára sem látszik legalább olyan fontosnak az egészségügy területén a közvetlen betegellátásban dolgozó, jelenleg mintegy 5000 főre tehető nyugdíjkorú munkavállaló szerepe és sorsa, mint a felsőoktatásban oktató tanároké, mi az akadálya annak, hogy az engedélyezési eljárást legalább lényegesen egyszerűsítsék és felgyorsítsák?**

**Mi az akadálya annak, hogy az érintettek számára szükséges engedélyeket az EMMI felügyelete mellett az ÁEEK saját hatáskörében havi rendszerességgel bírálja el és adja ki?**

## Pénzügyminiszternek

Önök idén tavasszal a versenyképesebb Magyarország érdekében programot tettek közzé. Ebben külön fejezetet szentelnek az egészségügynek. Ebben az alapellátás megerősítését szorgalmazzák költséghatékonysági szempontból, ami egyébként nemzetközi evidencia.

**Miért nem fordítanak akkor elegendő forrást rá?** Ahhoz, hogy akár csak a jelenleg érvényes tábla szerinti szakorvosi béreket egy háziorvos, alapellátó fogorvos képes legyen kigazdálkodni a maga számára, nem beszélve az örvendetes szakdolgozói bérfelzárkóztatás következtében alkalmazottai részéről jogosan elvárt béremelések végrehajtásának szintén eddig nem ellentételezett kiadásáról, az alapellátó kassa sürgős emelése lenne szükséges. Ez jelenleg nem éri el az éves 130Mrd Ft-ot, átlagosan praxisonként és havonta alig 1,6 Millió Ft-ot jelentve, ami előbbieknél nyilvánvalóan csak veszteséges lehet. Fogorvosok tekintetében a helyzet még ennél is lényegesen rosszabb! Ám költségvetési szempontból elenyésző összegből – max. a jelenlegi ráfordítás megduplázásával - rendezhető lenne az egész alapellátás úgy, hogy valóban érdekelt legyen valaki abban gyógyítóként, s ott a tőle elvárt módon definitív ellátást nyújtani.

Ugyanebben a tanulmányban szorgalmazzák azt, hogy az ellátásokat valós költségek szerint kell megfizetni. Ezt a szakma évtizedek óta hiába kéri, tevékenységeinket mindig alul finanszírozzák, ami az adósság újra termelődéséhez vezet.

**Miért gondolják még ma is, hogy európai szintű ellátás nyújtható, amikor nemhogy európai átlagban, de még a V4-ekhez mérten is több százaléknál mértékben kevesebbet juttatnak az egészségügyre GDP arányosan.** Ez jelenleg sem éri el közfinanszírozottan az 5%-ot, míg a V4-ek 6,5 felett, az EU átlag pedig 9% közelében jár.

Helyesen állapítják meg, hogy az egészség megőrzése és helyreállítása kiemelt cél. Köztudott, hogy hazánkban a munkanélküliséget napjainkban számos területen és szakmában egyre kínzóbb munkaerőhiány váltja fel. Versenyképességünk megőrzése szempontjából kulcskérdés az egészségben maradás.

**Miért nem biztosítanak költségvetési prioritást ennek a kiemelten fontos közügynek?**

Rendkívül széleskörű és nagyon eredményes harcot folytatnak lassan egy évtizede a korrupció visszaszorítása végett. Ennek örvendetes eredménye ezer milliárdos nagyságrendű bevételeket eredményez évről évre a költségvetésnek. Manapság a hálapénznek nevezett jelenség jó része valójában tisztázhatatlan körülmények közepette születő paraszolvencia, jelentős mértékben korrupzív elem.

**Meddig kívánja a tárca az adótörvény által legalizáltan támogatni a paraszolvenciát ahelyett, hogy az egészségügy valós költségein történő ellentételezésével, tisztességes bérezésével egyidejűleg korrupzív elemként tekintve rá, üldözendőnek nyilvánítja azt?**

**Véleménye szerint mi a helyes bérarány orvos és szakdolgozó viszonylatában?** Jelenleg ugyanis az a helyzet, hogy a deklarált szakdolgozói bérfelzárkóztatás következtében másfél év múlva egy középkorú, magasan képzett szakdolgozó minimális alapbére bruttó 690ezer Ft lesz, míg a jelenleg hatályos bértábla szerint egy több szakvizsgás nyugdíj előtt álló szakorvos bruttó 570ezer Ft. és orvosi béremelésről egyelőre még tárgyalás sincsen, a jövő évi költségvetés erre egyetlen fillért sem irányoz elő!

## Emberi Erőforrások Miniszterének

Kérdéseink:

1. Milyen arányt tartanak helyesnek, elérendő célnak orvos és szakdolgozó bére között? (A jelen helyzetet tekintve két év múlva egy jól képzett középkorú szakdolgozó tábla szerinti alapbére lényegesen magasabb lesz – 690ezer Ft, amint azt át. asszony minap nyilatkozta -, mint a jelenleg nyugdíjba vonuló szakorvos bére – 570ezer(!) bruttó. Nem előbbit sokalljuk, utóbbit tartjuk szégyenletesnek)
2. Miért futott zátonyra a tavaszi, aláírás előtti bérmegállapodás?
3. Jogosnak tartják-e bérkövetelésünk mértékét – minimálisan 900ezer bruttó kezdő szakorvosi bér és ennek megfelelő, előmenetellel és gyakorlati idővel korrigált bértábla a nyugdíjig?
4. Egyetértenek-e az említett minimális szakorvosi bérszint alapellátásban is nélkülözhetetlen biztosításával?
5. Miért nem rendezik – még a jelenlegi bérszintnek megfelelő mértékre sem – a több mint 10 éve változatlan alapellátási ügyeleti kasszát?
6. Miért nem lép fel a tárca határozottan a kötelező iparkamarai regisztrációs díj **évenkénti** sarca ellen?
7. Miért nem lép a tárca határozottan az alapellátást elsődlegesen sújtó iparűzési adó kötelezettség teljes eltörlése érdekében?
8. Miért hagyják, hogy egy élet munkája végeztével házi orvosainkat jogi úton kismizmihessék alanyi jogon kapott, vagy – immár sokezer esetben – vásárolt praxisából csak azért, mert nem módosítják az ezt lehetővé tevő jogszabály szabta 2x6 hónapos időtartamot?
9. Mit kívánnak tenni a paraszolvencia mielőbbi teljes megszüntetéséért, amely szakorvosképzésünk legnagyobb akadályja?
10. Egyetértenek-e azzal a kamarai állásponttal, hogy a paraszolvencia csak határozott intézkedéssel – kellő társadalmi előkészítés után, de – egy meghatározott időponttól tehető tiltottá, az elhúzódó folyamatnak sohasem lenne vége?
11. Miért hagyják, hogy nyugdíjas korú orvosaink, szakdolgozóink végeláthatatlan és értelmetlen bürokratikus procedúra kitettjeiként juthassanak nélkülözhetetlen tevékenységük engedélyéhez, ráadásul kétszer annyi közterhet fizetve, mint hasonszórú sorstársaik a munka világa más területén?
12. Mi célt szolgál az egyre nagyobb számban képzett, képzése során aránytalanul és kiemelten támogatott MSC végzettségű szakdolgozó, akiket a jelen bérstruktúrában nem tudnak piacképesen elhelyezni, miközben a valóban szakszerű ápolást végzők számában óriási hiány mutatkozik? Az MSC-s szakápoló nem orvos! Vagy orvosok helyett velük akarnak gyógyíttatni?
13. Meddig tűrik az egyes ellátó helyek minimumfeltételeinek – főként munkaerő területén nyilvánvaló – hiányát? Miért tűrik azt, hogy ezzel kapcsolatban – a nyilvánvaló ellenőrzés teljes hiányát hosszú ideje élvezve – a munkaadók rendre a valóságot nem tükröző adatokat szolgáltatnak, egy-egy orvost két-három munkahelyen is feltüntetik egy és ugyanazon időben, a munka- és pihenőidőket nem tartják be, az önként vállalt túlmunka nyilvántartását szabálytalanul vagy egyáltalán nem tartják nyilván a munkavállaló kárára?
14. **Összegezve és végül, de nem utoljára: mikor válik végre orvosaink számára is kiszámíthatóvá a jövő? Fiataljaink pálya- és ország elhagyása, az alapellátás kiürülése éppen és főként annak köszönhető, hogy nincs biztonságot nyújtó, garantált egzisztenciát biztosító jövőképük.**