

AZ EGÉSZSÉGÜGY
HUMÁN ERŐFORRÁS
STRATÉGIÁJA

Szerkesztette:

Dr. Kapócs Gábor
Vízvári László

Készítette:

Prof. Dr. Balázs Péter
Dr. Kereszty Éva
Dr. Kőszegfalvi Edit
Vízvári László
Malbaski Nikoletta

Tanácsadó testület:

Dr. Árokszállásy Éva
Balogh Zoltán
Dr. Kincses Gyula
Dr. Malárik Edit
Dr. Nagy Ferenc
Szitás József
Dr. Szócska Miklós
Tóth Ibolya
Dr. Varga Ferenc
Dr. Varga Piroska

A stratégia elkészítésében közreműködött:

Ari Tamás
Kovács Viktória
Kovács Tünde
Dr. Tóth Károlyné
Tóth Lászlóné

Lezárva: 2006. április 6.

Kiadta az Egészségügyi Minisztérium megbízásából
az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Felelős kiadó:

Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter

Budapest, 2006. április

Köszönetnyilvánítás

Az egészségügyi ellátás elsősorban és egyre inkább team-munka, melyet az egészségügyi ellátás humán erőforrás helyzetéről és az erre reflektáló stratégiáról szóló jelen „fehér könyv” is tanúsít. E stratégiai dokumentum készítése során megpróbáltunk konszenzust teremteni az egészségügyi ellátás különböző szereplői között, keresve azt a „legkisebb közös többszöröst”, mely mindenki számára elfogadható irányt tud mutatni a kialakult helyzet kezelésére.

Az anyag szerkesztői ezúton mondanak köszönetet mindenkinek, szakmapolitikusnak, érdekképviseleti vezetőnek, menedzsernek, oktatónak és kutatónak az értékes és őszinte gondolataikért. Bízunk benne, hogy ötleteik és kritikai észrevételeik visszatükröződnek az elkészült programban.

A kézben tartott mű szerves folytatása a korábbi kutatásoknak, elemzéseknek. Reméljük hatékonyan hozzá tud járulni az egészségügyi ellátásban nélkülözhetetlen szakembergárda helyzetének már rövid távon is érezhető javításához és ezzel az egészségügyi ellátás minőségének emeléséhez.

Tartalom

1. Bevezetés	5
2. A jelen helyzet	6
2.1. SWOT-analízis, problémafa	6
2.2. Magyarországi helyzet	10
2.2.1. Az egészségügyi ellátás helyzete	12
2.2.2. A humán erőforrás helyzete	22
2.3. A WHO célkitűzései	28
2.4. EU-dimenziók	30
2.4.1. Az egészségügyi ellátás helyzete	31
2.4.2. A humán erőforrás helyzete	32
3. Várható tendenciák és kihívások az ellátásban	35
4. Válaszok az egészségügyi humán erőforrás fejlesztés oldaláról (alternatívák)	38
5. Az Egészségügyi Humán Erőforrás Fejlesztés operatív feladatai	40
5.1. Kapcsolódás a fejlesztési prioritásokhoz és programokhoz	40
5.2. Stratégiai irányok	40
5.2.1. Befektetés az egészségügyi szakemberek képzésébe és továbbképzésébe ...	41
5.2.2. Az ellátási igény és a szakember ellátottság regionális összehangolása	48
5.2.3. A migráció hatásainak kompenzálása és kezelése	53
5.2.4. Bérezés és egyéb anyagi juttatások	57
5.2.5. Az egészségügyi dolgozók motivációjának egyéb lehetőségei	63
5.2.6. Munkamegosztás az egészségügyi ellátásban	67
5.3. Stratégiai feladatok	68
6. Partnereink	74
7. Bibliográfia	75
8. Mellékletek	79

1. Bevezetés

Az egészségügy humán erőforrásának megfelelő szintű biztosítása az egészségügyi szolgáltatások minőségének és biztonságának az alapfeltétele. Az utóbbi években – a társadalom és az egészségügy átalakulásával szinkronban – jelentősen megváltoztak az egyes egészségügyi foglalkozásokkal szemben támasztott követelmények. Átalakult a betegségek köre, az ellátás eszközparkja, az egészségügyi foglalkozások struktúrája és nem utolsósorban a betegek egészségügyi ellátással szemben támasztott elvárásai. Egyre inkább teret kapnak az interdiszciplináris együttműködések illetve a határokon átívelő szolgáltatások is.

A humán erőforrás fejlesztése nem mindenkor tudott lépést tartani az egészségügyi ellátórendszer fejlődésével és átalakulásával, és így egyre nagyobb gondok jelentkeznek az ellátás különböző szintjein. Ez a probléma nem csak hazánkban, hanem Európa számos országában is nehézségeket okoz.

A jelen stratégiai dokumentum ezen problémakör áttekintésére és a lehetséges megoldási alternatívák felvázolására vállalkozott. Vezérfonalának kialakításakor figyelembe vettük a hazai és nemzetközi tapasztalatokat, mérlegeltük a lehetséges megoldási alternatívákat, stratégiákat. Az elérendő célok meghatározása során a rövid, közép- és hosszú távú feladatokra fókuszáltunk, melyek több ponton is túlmutatnak az egészségügyi ágazat humán erőforrás fejlesztésének kompetenciakörén.

A probléma felvázolása során elsősorban a dokumentumelemzésekre támaszkodtunk (lásd. 8. fejezet). A stratégia alapvetéseit a 2004 januárjában kiadásra került „zöld könyv” (Dr. Varga, 2004), illetve ennek a MOTESZ által szervezett szakmai vita kapcsán beérkezett vélemények alakították és formálták. Strukturált interjúkat készítettünk több mint egy tucat szakmai szerveződéssel és számos szakértővel (7. fejezet). A dokumentumban a problémák felvázolásán túl meghatározásra kerültek azok a konkrét feladatok és akciók, melyek ütemezett formában – illesztve a II. Nemzeti Fejlesztési Tervhez és az Egészségügyi Fejlesztési Konceptióhoz – megoldásokat jelenthetnek a jelen és a jövő kihívásaira. Ezen fejezetek természetüknél fogva az aktuális társadalmi változások és a szakma fejlődésének figyelembevétele mellett az idő előrehaladtával folyamatos revízióra és illesztésre szorulnak.

A szerkesztők meggyőződése, hogy a napjainkra kialakult mélyreható és szerteágazó problémák kezelésében csak egy átfogó stratégiai terv vezethet megnyugtató eredményre, melynek a rövid és középtávú célkitűzések, intézkedések egyaránt részét képezik. Munkánk egyben a HR-tervezés paradoxonját is jelenti, hiszen a 10-15 év múlva bekövetkező, jövő egészségügyi ellátórendszeréhez kell ma megterveznünk a szakember szükségletet, amely természetesen visszahat majd a jövőbeni egészségügyi szolgáltatásokra, ezek rendszerére és színvonalára.

2. Jelen helyzet

A hazai egészségügy jelen helyzetének vázlatos feltárását és az egészségügyben dolgozókra fókuszáló bemutatását a stratégiai tervezés kiindulópontjaként tekintjük. A változtatás irányának és mértékének meghatározásához szükséges, hogy azonosítsuk azokat a problémákat, illetve az egészségügyi ellátást befolyásoló tényezőket, melyek az elkövetkező évtizedekben meghatározzák az egészségügy humán erőforrás igényét.

Tágabb kitekintésként az Európai Unió demográfiai és egészségügyi mutatóin keresztül röviden bemutatjuk az egészségügyi ellátásra háruló jövőbeni feladatokat és a várható tendenciákat.

A Magyarországon jelenleg működő ellátórendszer rövid leíró jellegű összefoglalásával fel kívánjuk hívni a figyelmet a felmerülő létszámigényre és a területi egyenetlenségekre, melyet számos eltérő jellegzetesség még tovább színesít (pl. tulajdonosi kör, technikai feltételrendszerek).

A hazai humán erőforrás hiány egyik leghangsúlyosabb problémája az egészségügyben dolgozó szakemberek bérezési és jövedelmi helyzete, melyre vonatkozó adatok szintén ebben a fejezetben kaptak helyet.

2.1. SWOT-analízis, problémafa

A problémák (a kialakult helyzet) feltárása és azonosítása műhelymunkák keretében valósult meg, melynek egyik eleme volt az egyes szakmaterületek képviselőivel, illetve döntéshozókkal készült strukturált interjú felvétele. A kiinduló helyzet és a jelen problémák megfogalmazásához felhasználtuk az interjúalanyok által adott válaszokat és a kérdőív részét képező SWOT-analízisek összesítését, az Egészségügyi Minisztérium Humánpolitikai Főosztálya által végzett, valamint az Egészségügyi Minisztérium felkérésére, a Magyar Kórházszövetség által készített felmérések eredményeit. A SWOT-analízis során a válaszadók az alábbiakban fogalmazták meg véleményüket az egészségügy humán erőforrás helyzetével kapcsolatosan. Szerintük a jelenlegi rendszer

erőssége:

- a még meglévő presztízs,
- nagy munkaerő felvevő lehetőség,
- az egészségügyi dolgozók még meglévő elkötelezettsége,
- az egészségügyi dolgozók szakmai tudása,
- a kiépült részterületi specialitások,
- a nemzetközileg is elismert képzési színvonal,
- a változásra való készség,

gyengesége:

- az utánpótlás hiánya,
- az egyes területeken a korfa eltolódása az idősebb korosztály irányába,
- az irracionális érdekérvényesítés,
- a túlzottan hierarchikus rendszer,
- a kialakult bér- és jövedelemhelyzet differenciáltsága,
- a hálapénz,
- a kifelé irányuló migráció,
- a partnerek közötti együttműködés hiánya,
- az ágazat túlpolitizáltsága,

- a nem megfelelően szervezett gazdálkodás,
- a több tulajdonú rendszer összehangolt működésének hibái,
- az önkéntesek számának csekély volta,

lehetőség:

- a szakmai szervezetek egyeztetési igénye,
- a civil szervezetek bevonása,
- szubjektív információkon alapuló döntések megszüntetése,
- strukturális tartalékok felszabadítása,
- a józan, őszinte hangnak a tájékoztatásban való megjelenése,
- az orvosi és szakdolgozói képzés stratégiai átalakítása,
- pályázatok kiterjesztése, forrásteremtés,
- kompetencia körök meghatározása,
- az adatgyűjtés újragondolása,
- racionalizált egészségügyi szerkezet átalakítás,
- a helyi politikai érdekek háttérbe szorítása,
- az NFT II. forrásteremtő lehetősége,
- a technológiai fejlődés kanalizálása,
- a team-munka előtérbe helyezése,
- az önkéntesek bevonása,
- a helyi aktivitás támogatása,

fenyegetettség:

- a lakosság elöregedése miatt az ellátottak számának emelkedése,
- az ellátók számának csökkenése,
- a szakmai elhivatottság csökkenése (kiegés),
- a jogalkotási anomáliákból adódó működési zavarok,
- az egyeztetési lehetőségek elmaradása,
- a befelé irányuló migráció visszaáramlása a szülőföldre,
- a szélsőséges tendenciák érvényesülése,
- az elvándorlás.

A SWOT-analízisre alapozva a szakértői csoport felépítette az egészségügy humán erőforrásának problémafáját, melyet nyolc problémakör köré csoportosított: (1. ábra)

1. Az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzete – *Jövedelem*,
2. Létszám és szakmai korfa az ágazatban – *Differenciált létszámhiány*,
3. Morális és etikai dimenziók – *Értékváltság*,
4. Érdekvényesítés – *Túlzottan tagolt érdekrendszer*,
5. Az egészségügy szenitív szféra – *Az egészségügy valódi közügy*,
6. Korszerűtlen struktúra – *Piacgazdasághoz nem illesztett közsféra*,
7. Képzés – *Szükséglet alapú, gyakorlat orientált szakképzési rendszer hiánya*,
8. Pályán tartás – *Motivációs rendszer hiánya*.

A fenti problémafát érdemes alaposabban elemeznünk:

1. Az egészségügyi dolgozók jövedelemhelyzetének megítélése nem egyszerű, mivel számos alkotóelemből tevődik össze. A társadalmi hierarchiában is alacsonynak mondható bért számos egyéb juttatás polarizálja, mint például a túlmunkadíj, az ügyeleti díj, a pótlék rendszer illetve a természetbeni juttatások, melyet egyes szűk csoportok esetében a tudományos tevékenységgel kapcsolatos juttatások egészítenek ki. A többes jogviszonyokból adódó költségelszámolás lehetősége vagy az alkalmi külföldi munkavállalás tovább színesíti a „kórképet”. Mindezek mellett a jövedelmek reális megítélésének legnagyobb gondja a paraszolvencia (hálapénz, borraavaló) kérdésköre, mely az egészségügyben dolgozók egyes csoportjainak kiegészítő (olykor domináns) jövedelmét képezi. Napjainkra hazánkban ez a belső (ágazaton belüli) illetve a társadalmi feszültségek legnagyobb forrásává vált. További problémát jelent, hogy a hálapénz nem biztosítja az időskor anyagi biztonságát, ezért a nyugdíjas években való további munkavállalást motiválja. A jelenség ma már nem csak hazánkban jelent nagy gondot, Európában a várólisták megjelenése generálja ezen jövedelmi forma elterjedését.
2. Az egészségügyi ellátórendszerben foglalkoztatottak korfája hűen tükrözi a társadalom elöregedő tendenciáját. A folyamatot tovább rontja az utánpótlás elégtelensége, a korai pályaelhagyás illetve a pályára lépés motivációjának hiánya, mely az orvosok és az ápolók vonatkozásában egyaránt érezteti a hatását. Az EU-csatlakozásunk utáni növekvő – bár öszszességében korlátozott mértékű – kifelé irányuló migráció is növeli a deficitet, melyet az egészségügyi dolgozók országon belüli „röghöz kötöttsége” is súlyosbít. Egyre inkább megjelenő tendencia a pályaelhagyás, amely egyes csoportok vonatkozásában (pl. ápolók) igen kifejezett. A fenti folyamatok kapcsán ún. hiányszakmák alakultak ki, mely a nem kimondottan egészségügyi végzettséggel, de az egészségügyben foglalkoztatottak vonatkozásában is egyre jelentősebb.

A gazdasági jellegű szemléletmód és a hagyományos szakmai, etikai értékek között komoly feszültség alakult ki, melyet tovább mélyít az egészségügyi foglalkozások társadalmi megbecsülésének relatív csökkenése, a tevékenységből adódó kiégettség, a szakmai elhivatottság gyengülése és az orvos-beteg viszony megváltozása.

3. Az érdekérvényesítés lehetősége és készsége az ágazat megosztottságát eredményezi, melyeket a lokális lobbik, az irracionális érdekérvényesítések tovább nehezítenek. Megosztottság jellemzi a szakmai érdekképviseleteket, az egészségügyi dolgozók belső viszonyrendszerét is (orvos-ápoló).
4. Tisztában kell lennünk azzal, hogy az egészségügy valódi közügy, melynek változásaira és gondjaira érzékenyen reagál a társadalom, a politika, a gazdaság és a média. Nem alakult ki megfelelő ágazati humánerőforrás politika, a monitoring koordinálatlan és a foglalkoztatási és munkaerő-piaci eszközök nyújtotta lehetőségek nem lettek kellőképpen kihasználva.
5. Az egészségügyi ellátórendszer évtizedeken keresztül mára kialakult ellátási struktúrája számos problémát hordoz. E merev, sokak szerint feudalisztikus, túlzottan hierarchizált struktúra egyes területeken egyáltalán nem teszi lehetővé a valódi team-munka kialakulását, lényegesen nehezíti a szakmai kommunikációt, sőt, időközönként elmosza az egyéni felelősség kérdését is.
6. A kompetencia körök tisztázatlansága számos ütközést eredményez, melyet a tradicionális vezetési és szervezeti kultúránkkal nem vagyunk képesek kompenzálni. A merev, időközön-

ként túlszabályozott, gyakran változó jogi szabályozás nem képes kezelni a változásokkal szemben jelentkező egyéni és intézményi ellenérdekeltségeket. Egy korrekt teljesítményértékelési rendszer sokban hozzájárulna az eltérések kezeléséhez.

7. Kétségtelen tény, hogy az egészségügyi szakképzési rendszerünk színvonala Európa-szerte elismert és eredményeit értéként kell kezelnünk. Mégis vannak olyan elemek, amelyek arra utalnak, hogy nem veszi figyelembe a megjelenő szükségleteket. Az oktatási rendszerünkre jellemző, hogy általában elmélet-centrikus, a képzési szintek nem épülnek egymásra, illetve a szakképzés során megszerezhető kompetenciák nem mindig tisztázottak. A különböző képzési szintek között általában nem alakult ki párbeszéd, és így sok a párhuzamosság. Oktatási eszközparkunk főként hagyományos elemekre épül és csak szórványosan jelennek meg a korszerű módszerek (pl. probléma alapú oktatás, e-learning, szimuláció stb.). Továbbképzési rendszerünk – az elmúlt években tapasztalható fejlődése ellenére – még kevésbé épül a Life Long Learning (LLL) filozófiájára és egyes területei (pl. licence vizsgák) még szabályozatlanok. A képzések támogatási rendszere forráshiányos, szórványos és szétaprózott, rendszerbe foglalása javítaná annak hatékonyságát.
8. Az elmúlt években szűkült, romlott a pályán tartást szolgáló juttatások köre. A szociális juttatások között egyre kevésbé találjuk meg a belső mobilitást támogató orvos- és nővérszállókát, a folyamatos munkarendhez igazodó bölcsődei vagy éppen óvodai elhelyezést. Elvértve találunk a családbarát munkahely szempontjait is figyelembe vevő munkalehetőséget. Ez pedig elengedhetetlenül fontos lenne, hiszen egyes területeken a munkaterhelés aránytalanul nagy, a többi ágazathoz viszonyítottan is. A gondok között kell megemlítenünk a munkaidő irányelvből adódó, még meg nem oldott problémákat is. A kevésbé komfortos munkakörülmények, az egészségkárosító munkahelyek relatívan nagy száma sem kedvez a pályán maradásnak. Az átlátható, tervezhető és kiszámítható, az egészség minden szektorát érintő életpálya-modellek nagyban hozzájárulnának a pálya vonzásához, ezzel a pályaelhagyók számának csökkenéséhez.

A fentiekből is látható, hogy a problémakör igen komplex, teljes körű megoldása újabb források bevonása nélkül nem képzelhető el.

2.2. Magyarországi helyzet

Ahhoz, hogy valódi képet tudjunk kialakítani a megfogalmazódó elvárásokról, célszerű áttekinteni egyrészt a lakosság egészségi állapotát, másrészt az egészségügyi ellátórendszer és az egészségügyben foglalkoztatottak helyzetét.

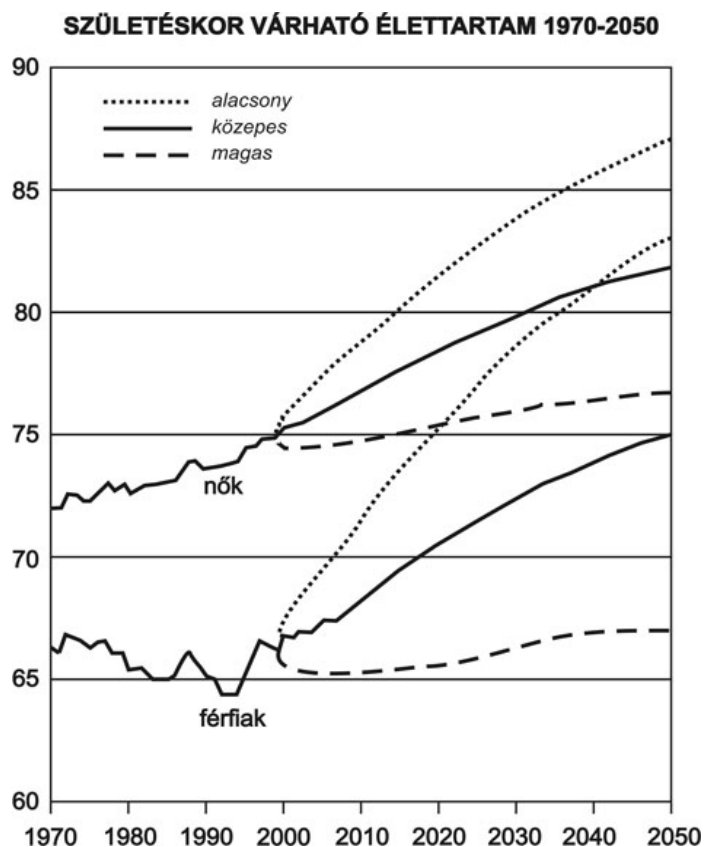
Magyarország népessége 2004-ben 10 127 ezer fő volt, mely közel 25 ezer fővel volt kevesebb, mint az előző évben. Az elmúlt időszakban megfigyelhető folyamatos lakosság-fogyás, a viszonylag alacsony születésszám és az igen rossz halandóság együttes következménye. (EFK¹, 2005)

A lakosság egészségi állapotának megítélésében a népesség életkor szerinti megoszlása jelentős tényező. Magyarországon – mint Európában általában – jellemző a lakosság elöregedése, amely a betegek és a gondozásra szorulóknak számának növekedését vonta maga után. Magyarországon a 65 éven felüliek aránya napjainkra 15,4%-ra emelkedett.

A születéskor várható élettartam 2003-ban a férfiak esetében 68,4 év, míg a nőké 76,8 év volt (2. ábra). Mindkét adat jelentősen elmarad az EU átlagától. (EU ffi.: 75 év nő: 81 év) Ezek az évek nem

¹ Egészségügyi Fejlesztés-politikai Konceptió

csak számukban, hanem az egészségesen eltöltött életek számában is alul maradnak az EU átlagának.



2. ábra

Forrás: Semsei Imre: *Néhány gondolat az öregedési elméletekről Magyar Tudomány 2004/12. 1335. o.*

Bár az elmúlt évtizedekben a csecsemő-halálozás az ötödére csökkent (2003-ban 7,1 ezrelék), még ez az adat is az EU tagországainak ranglistáján hátulról a csak negyedik helyezést jelenti.

Az összehalálozási okok közül első helyen a keringési rendszer betegségei (51%), majd a rosszindulatú daganatos betegségek (25%) vezetnek. Előzőnél csökkenő, míg az utóbbinál emelkedő tendencia figyelhető meg. A százezer főre vetített tüdődaganatos megbetegedések száma Magyarországon jelentősen magasabb, mint az EU más országaiban.

A fenti adatoknál még jóval kedvezőtlenebb az aktív korú (65 év alatti) népesség halandósága. Míg a 70 év előtt elvesztett életekre vonatkozóan a magyar nőknél ez a veszteség több mint kétszer, a férfiaknál már csaknem háromszor nagyobb, mint a legalacsonyabb értékekkel rendelkező OECD országokban.

Az orvoshoz fordulás száma hazánkban igen jelentős, melyek háttérében többségében krónikus betegségek állnak. A gyermek lakosság (0-14 év) főként légzőszervi betegségekkel, míg a középkorú felnőttek sérülésekkel és emésztőrendszeri megbetegedésekkel keresik fel leginkább az orvosukat. 45 év felett átveszi a vezető szerepet a keringési megbetegedés, melyből kiugró értéket mutat a magas vérnyomás, amely a 60 éven felüli lakosság közel 60%-át érinti.

Egészségmagatartás

- Magyarországon a legfontosabb magatartással összefüggő halálok a dohányzás, melynek következtében 28 ezer ember hal meg évente. 2003-ban napi rendszerességgel a férfiak 41%, míg a nők 28%-a dohányzott.
- Az alkohol fogyasztás szervkárosító hatása (májbetegségek) hazánkban nemzetközi viszonylatban is jelentős. A nők 3%-a, míg a férfiak 18%-a fogyaszt egészségkárosító mennyiségű alkoholt.
- A harmadik legsúlyosabb egészségkárosító tényező az elhízás, mely szoros összefüggésben van a mozgásszegény életmóddal. A 18 év feletti magyar nők 29%-a, míg a férfiak 38%-a túlsúlyosnak tekinthető.
- A lakosság egészségi állapotának megítélésénél az életkor mellett jelentős szerepet játszik az iskolai végzettség is. A felsőfokú végzettség gyors expanziója minden bizonnyal jelentős hatást gyakorol majd a lakosság életmódjára, és az egészséggel kapcsolatos hozzáállására is.

Mint a fentiekből is kiderül: a lakosság általános egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban is kifejezetten rossz, mely az egészségügyi ellátórendszer számára komoly kihívást jelent.

2.2.1. Az egészségügyi ellátás helyzete

Ebben a fejezetben a jelenleg működő ellátórendszer kerül röviden bemutatásra. Foglalkozunk az ellátórendszer létszámigényével, az ellátás területi egyenlenségeivel, melyet számos egyéb tény színesít (pl. tulajdonosi kör, technikai feltételrendszer stb.).

A lakosság egészségét befolyásoló tényezők nem jelentéktelen hányada az egészségügyi ágazat hatókörébe tartozik, bár ismert, hogy az Egészségügyi Világszervezet szakértői szerint az egészségügy a lakosság egészségi állapotának csupán kevesebb, mint ötödéért felel. (EFK, 2005)

1. Az egészségügyi ellátórendszer helyzete

Az ágazat a rendszerváltozás időszakában 10 év alatt mintegy 40%-os reálérték-vesztést szenvedett el. (NFT I.) A finanszírozási gondok állandó feszültségeket okoztak az egészségügy különböző területein, és napjainkra nemegyszer már komoly szakmai problémákat is felvetnek.

Az egészségügyi rendszer szerkezete nem alkalmazkodott megfelelően:

- a megváltozott szükségletekhez (megbetegedési viszonyok változása),
- megváltozott szakmai környezethez (az orvostudomány és az orvostechika fejlődése kapcsán bekövetkezett változások),
- a területi sajátosságokhoz,
- és a megváltozott lakossági igényekhez.

A magyar egészségügy több évtizedes problémája, hogy a progresszív betegellátás nem mindenütt valósult meg. A szükségletek és a szolgáltatások közötti dinamikus egyensúly megteremtése a finanszírozási módszerek korszerűsítését is megkívánta.

Az 1990-es évek első felében bevezetett teljesítményfinanszírozás ugyan összességében javította az intézmények gazdálkodását és működésük hatékonyságát, de napjainkra már egyre jobban nehezíti a fekvőbeteg-ellátó intézetek működését.

Ugyanakkor nem változott érdemben a rendszer makroszintű hatékonysága, amely csak a szerkezet átalakításával, az egyes ellátási szintek közötti feladat- és tevékenység-tömeg átrendezéssel javítható.

Az egészségügyi ellátórendszerben mutatkozó feszültségek egyik forrása az ellátórendszer korszerűtlen struktúrája, amely mind szervezési, mind pedig szerkezeti kérdésekben is a hagyományosan rögzült, és elsődlegesen a szocialista egészségügy fejlesztése során létrejött jellemzőket mutatja.

A legfőbb problémák a humánerőforrás tervezés és a tapasztalható létszámgondok szempontjából a következők:

- Nagy regionális eltérések az ellátórendszerben mind személyzeti, mind szerkezeti tekintetben.
- A teljesítményértékelési rendszer hiánya, amely jelenti a minőségügyi rendszerek gyengeségét, az ellenőrzési rendszerek hiányosságait, a szankciós és az ösztönző eszköztár differenciálatlanságát és elégtelenségét.
- A szabályozási rendszer merev és egyidejűleg mutatkoznak benne a túlszabályozott, egymással inkoherens elemek és teljesen szabályozatlan területek. A jogszabályok túlságosan gyakori változásai nehezen követhetők a laikus jogalkalmazó (orvos, ápoló) számára, ami a jogkövető magatartást megnehezíti.
- Az ágazat rendszerében vezető szerepet és relatíve jó jövedelmi státuszt elért személyek saját pozíciójuk minél további megőrzésében érdekeltek, függetlenül a mögöttük álló szakmai eredményességtől. Ezen érdekeltség mentén a változtatásokkal szemben nagy ellenállás tapasztalható. Az önkormányzati törvényben 1990-ben megfogalmazott egészségügyet érintő feladatok és jogosultságok olyan helyzetet alakítottak ki, amelyben az intézményfenntartó önkormányzat számára a helyi egészségpolitika és a fenntartott egészségügyi intézménnyel kapcsolatos ügyek politikai kontextusba kerültek. A változásokkal – kifejezetten a kormányzati egészségpolitikai célkitűzésekkel összhangban álló változásokkal – szemben ellenérdekeltség és ellenállás jelentkezett.
- A magyar egészségügyi ellátórendszerben személyzeti és szervezeti oldalon is rögzült a történelmi hagyományokra épülő porosz, feudalisztikusan hierarchizált rendszer, amelyben az alá- és fölérendeltség és az ennek megfelelő utasításadási és végrehajtási, az egyéni vezetői döntésekre épülő működés dominál, amely háttérbe szorítja a szakmán belüli és interdiszciplináris team-munkát és általában a szakmai kommunikációt. A függelmi viszonyok eredményeképpen a képzettségből és jártasságból eredő kompetenciát a rendszer nem kellően használja ki, illetőleg a kompetencia szerinti feladatok összeütközésbe kerülnek a hierarchikus feladatvégzéssel és az egyéni szakmai felelősség elmosódott. A hagyományos voluntarista szemléletnek megfelelően az egyes szervezeti egységek tekintélyét és a szakmai hierarchiában elképzelt helyét az határozza meg, hogy az adott szervezeti egység vezetője hány aktív fekvőbeteg ágy fölött diszponál, illetve ehhez tartozóan hány beosztott felett gyakorol vezetői hatalmat.
- A fenti okokra vezethető vissza az a fajta egyre erősebb igény, amely a fiatalabb szakember-generáció részéről mutatkozik az e struktúráról való leszakadásra. Részben ez indokolja az egyéb jogviszonyban (pl.: társas vállalkozás, egyéni vállalkozás, megbízási szerződés, szabadfoglalkozású) való munkavégzést, mely a hierarchikus rendszerrel szemben ad nagyobb szabadságot. A fenti okokkal magyarázható a változásokra történő igen lassú reagálás, hiszen a vezető pozícióban lévők hatékonyan tudják saját szervezeti érdekeiket védeni, míg beosztott munkatársai annak a közelébe sem kerülnek, hogy a változások résztvevői vagy meghatározói legyenek.

Jól érzékelhető, hogy a menedzsment változtatási igényei elsősorban gazdaságossági szempontokat vesznek figyelembe, a szakmai vezetők pedig csak olyan változtatásokat támogatnak, amelyek

saját vezetői érdekeikkel nem ellentétesek. Ezzel meglehetősen korlátozottá válik a fejlesztési beruházást igénylő új tevékenységek bevezetése, vagy új belső szervezési elvek mentén történő szervezeti változás (ezt tapasztaljuk a mátrix szerkezetre történő áttérés kapcsán, ahol az önálló független szervezeti egység vezetését váltaná fel az új struktúra, ami a hagyományosan rögzült szerkezetben tevékenykedők ellenállásába ütközik).

A jelen ellátórendszerének hátrányára írható az is, hogy az ellátások minőségében nagy eltérések mutatkoznak. Ahol az egyszemélyes vezető nagy szaktudású, igényes, jó belső minőségügyi rendszert működtető „iskolateremtő egyéniség”, ott a betegellátás és az osztály működése magas színvonalú, a hierarchikus rend ellen kevésbé tiltakoznak. Ahol egyéni érdekeinek rendeli alá a vezető az osztály működését, és nem tekinti személyes ambíciójának a fiatalok és saját utódjának a kinevelését, ott a betegellátásban mutatkozó hibák száma is nagyobb, és a hierarchikus rend egyéb negatív elemei is gyakrabban jelentkeznek.

Mindenhhez társul, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszer infrastruktúrája nem szolgáltatás centrikus, csekély mértékben veszi figyelembe az ellátás körülményeivel szemben mutatkozó emberi jogi, etikai és kényelmi igényeket. Ennek eredőjeként a betegek megítélésében összemosódik az egészségügy szakmai megítélése a komfortosság megítélésével, és ez a keveredés az intézmények ellen indított eljárásokban is megmutatkozik. Az infrastrukturális elmaradottság és a nem szolgáltatási jellegű, nem betegbarát környezet azért is maradhatott fenn, mert a korábban már említett ágy-számban mért osztály nagyság szempontjai állnak előtérben az egyéb szempontokkal szemben. Az ellátórendszer szakmai teljesítménye átlagban jó színvonalúnak mondható. Ez a teljesítmény azonban igen nagy eltéréseket mutat egyes ellátások, illetve az ország egyes területei között, és a hozzáférés tekintetében is nagy differenciák tapasztalhatók. Ma már az alapellátáshoz való hozzáférést is aktív beavatkozással kell garantálni. A tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok állandó orvossal történő betöltése és a struktúra alapellátás irányába történő eltolása önmagában nem elegendő a fekvőbeteg ellátás átalakításának beindításához.

A szakorvosok egy része tud csak alapellátásban elhelyezkedni, ennek ugyanis akadályát jelenti a pénzen vásárolandó működtetési jog, amely a háziorvosi körzetek újonnan való létrehozásának is gátja, és nehezíti az elhelyezkedést a háziorvossá történő átképzés feltételrendszere is. Csökkenthető lenne a fekvőbeteg ellátás felé az alapellátásból történő áramlás intenzitása, ha az alapellátásban működő kistérségi közösségi központokhoz szervezett praxisközösségek és csoportpraxisok a járóbeteg szakellátás egyes funkcióit is átvehetnék, ezáltal az egyes szakellátásokat a lakossághoz közel kerülnének.

A járóbeteg szakellátás igénybevétele az elmúlt 10 évben egy főre vetítve mintegy 30%-kal növekedett a KSH kimutatás a szerint.

A rehabilitációs ellátás ambulánsan nyújtható formái fejlesztésre szorulnak. Fejlődés történt az egyes kúraszerű ellátásokban és a házi szakápolási rendszer működésében. Ez utóbbi területen érzékelhető, hogy a házi szakápolást rendszeres rehabilitációs szolgáltatásokkal kívánják bővíteni, de a hospice ellátások nyújtása iránti igény is növekszik. E területen relatíve nagy felvevőképessége lenne az ágazatnak a nem kizárólag betegágy melletti ápolási feladatokra képzett szakemberek vonatkozásában (pl. gyógytornászok, fizioterápiás szakemberek), ami ugyancsak csökkenthetné a fekvőbeteg ellátó intézmények terhelését.

A szűkös kapacitás miatt csak részben megoldott az aktív szakorvosi ellátást követő hosszabb távú betegelhelyezés (pl.: krónikus ellátás, rehabilitáció, otthoni szakápolás). A betegek sokszor megrekednek egy-egy szakellátási szinten, ahol az ellátásukhoz szükséges feltételrendszer nem megfelelő (a személyzet vagy alul- vagy éppen túlképzett).

Népegészségügy

A népegészségügy tárcán belüli intézményrendszere az ÁNTSZ országos hálózata. A Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság megléte elősegíti, hogy a különböző tárcák részt vegyenek az ágazatközi feladatokban. A népegészségügy egyes elemei jól működnek, sőt példaértékűek (közegészségügyi ellenőrzések, védőoltások rendszere stb.), tágabb értelemben vannak viszont hiányosságok: az egészségtudatosság terjedésére kevés motiváló eszköz működik, az iskolai hatékony egészségfejlesztés intézményesített megvalósítása még várat magára, a munkahelyi egészségvédelem és egészségfejlesztés általában fejlesztésre szorul, a települési egészségfejlesztés csak igen lassan terjed, az egészséghatások figyelembevétele még nem jellemző a különböző szintű döntések meghozatala során, a betegségmegelőzés, az egészségügyön belül a prevenció tevékenység kiterjesztésére van szükség.

Szemléletváltást kíván ez a terület ahhoz, hogy az egészség mint érték bekerüljön a köztudatba, az egészséges életmód elemei előtérbe kerüljenek. Az iskoláskorúak oktatásának, valamint a felső- és felnőttoktatásnak jelentős szerepe kell, hogy legyen az egészségtudatosság terjedésében, (EFK, 2005).

Alapellátás

A ténylegesen betöltött alapellátó körzetek száma:

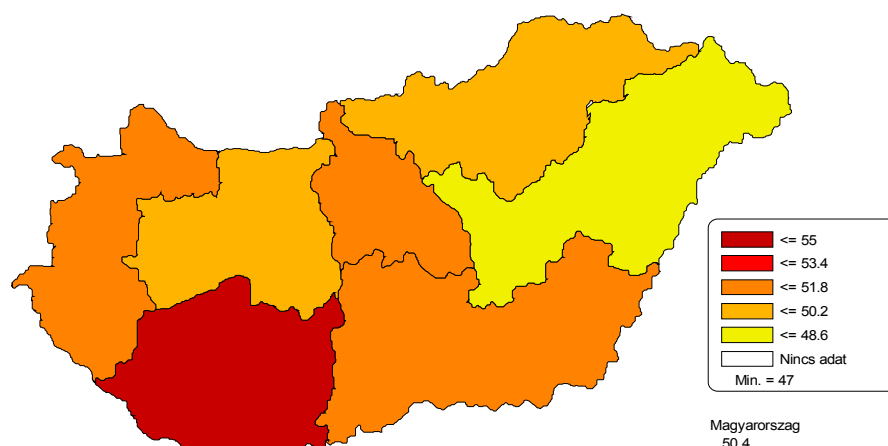
- felnőtt és vegyes háziorvosi praxis: 5046,
- gyermekorvosi körzet: 1577,
- fogorvosi körzet (gyermek + felnőtt): 2764,
- védőnői körzetek: 4058 (OTH 2005).

A körzetek számát saját illetékességi területükön a települési önkormányzatok határozzák meg. A háziorvosi rendszerben az egy orvosra jutó népesség száma – adott szűkebb földrajzi területen – a szabad orvosválasztás hatásától is függ. Így az önkormányzatok és a népesség döntésének befolyásolására a fejkvóta alapú költségterítés degresszív határának növelését lehet felhasználni. Ez azonban csak eszköz lehet a cél elérésében, vagyis abban, hogy az alapellátó orvos a mennyiségi terhek csökkenésével több idővel rendelkezék az egyes személyek ellátására, és/vagy újabb feladatokat legyen képes teljesíteni.

Külön megfontolást igényel az orvos-beteg találkozások számának értékelése a tervezésben. A nyugat-európai viszonyokhoz képest kb. kétszeres a hazai arány. (Dr. Balázs, 2005/1)

A szolgáltatások egységes, egymásra épülő, kétpólusú rendszerében elsődleges szerepe az alapellátásnak van. A meglévő háziorvosi hálózat működésével érvényesül a területi ellátási kötelezettség, hozzáférés. (3. ábra)

A jogszabályi előírásoknak jelenleg többségében megfelel a praxisban dolgozó ápolók száma és képzettsége, azonban a prevenció előtérbe kerülése és a megnövekedett adminisztráció szükségessé teszi az adminisztrációt végző asszisztensek újbóli (1992 előtti állapot) alkalmazását, mivel a szakképzett ápolók jelenleg szinte csak az adminisztrációval képesek foglalkozni és háttérbe szorul a képzettségüknek megfelelő betegellátási tevékenység.



3. ábra

Az alapellátás regionális megoszlása 100 ezer lakosra vetítve

Forrás: KSH 2005

Hazánkban az egy orvosra jutó lakosok száma csökkenő tendenciát mutat, de még mindig magasabb az EU átlagánál.

Az alapellátásból a szakellátásba történő továbbküldések számának alapján megállapítható, hogy az alapellátás nem tölti be megfelelően a „kapuőri” szerepet, ennek további erősítésére van szükség. A „kapuőri” szerep a fogorvosi ellátásban megvalósul, ennek ellenére a lakosság fogazata mégis rossz, elhanyagolt állapotú, ami nem megfelelő egészségtudatos magatartásra utal.

Járóbeteg-szakellátás

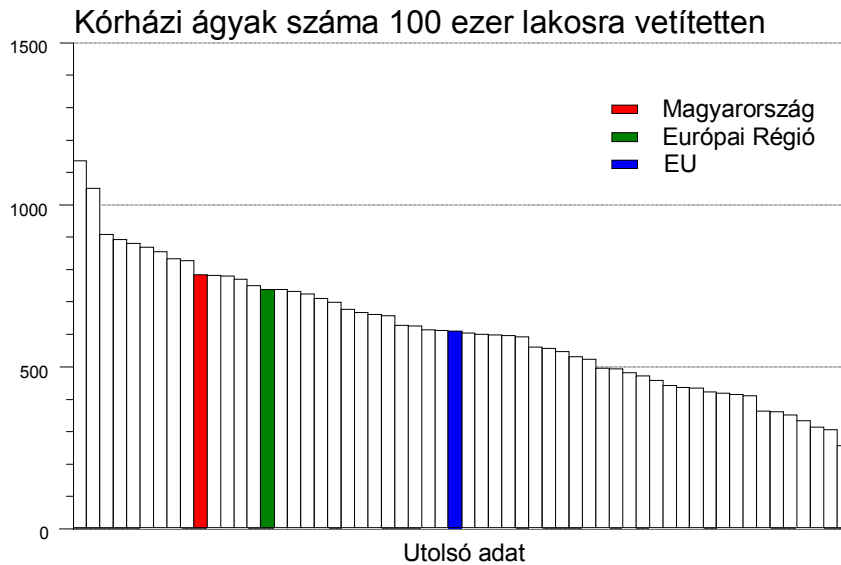
A szakellátás jelenlegi struktúrája döntően közalkalmazotti foglalkoztatásra és köztulajdonú kórház-rendelőintézeti bázisra alapozott.

A magyar egészségügyi ellátórendszerben jelentős a struktúra kórházcentrikussága volta, ennek megfelelően a járóbeteg-szakellátásban ellátott betegek száma illetve aránya jelentősen alatta marad az elvárhatónak. A betegek mintegy 5-20%-a járóbeteg-ellátásban ellátható lenne, ha finanszírozási szempontból az intézménynek ez megérné.

A járóbeteg-szakellátás alapvetően alacsonyabb költségigényű, mint a fekvőbeteg-szakellátás, amely elsősorban a hotelköltségek hiányára vezethető vissza. A járóbeteg-szakellátás sokkal rugalmasabb ellátást tesz lehetővé, közelebb vihető a lakossági szükségletekhez.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelése érdekében biztosítani szükséges a drága, ugyanakkor nem vagy nem megfelelően kihasznált kórházi struktúra átalakítását. Az átalakítás nem jelentheti kizárólagosan a kórházi ágyak csökkentését.

Az egészségügyi struktúra-átalakításnak a fentiekkel párhuzamosan kell megtörténnie. A fekvőbeteg szakellátó rendszernek a járóbeteg-szakellátás irányába kell eltolódnia. További eleme a hatékonyság növelésének a meglévő struktúrában található párhuzamosságok megszüntetése.



4. ábra
 Forrás: HFA-DB,2004

Fekvőbeteg szakellátás

A Magyar Kórhákszövetség szerint a kórházi ágyak legalább 10-30%-án szociális indokú ellátás történik. A betegek további 15-20%-a ellátható lenne a járóbeteg-ellátásban. Forrás hiányában a folyamatos ráfordítás, állagmegóvás elmaradásával nőnek a műszakilag indokoltá váló felújítási, rekonstrukciós igények. Annak ellenére, hogy címzett támogatások révén a 2001-2005 közötti időszakban 66,11 mrd Ft értékben valósultak és valósulnak meg infrastrukturális beruházások, további fejlesztések szükségesek. Az épületek jellemzően pavilonrendszerűek, több mint harmaduk 1945 előtt épült, közel felük pedig az 1950-1985 közötti években. Az épületek átlagéletkora ennek megfelelően 66 év. Az elavult épületek nem biztosítják a gazdaságos üzemeltetést, kevésbé felelnek meg a korszerű kórházépítés szabályainak, és az új technológiák befogadására csak részben alkalmasak.

Krónikus betegek ellátása

Más országokhoz hasonlóan Magyarországon is növekszik a krónikus ellátásra és rehabilitációra szoruló lakosság száma. A szolgáltatások elérhetősége mind területi megoszlás, mind szakterületek szerint egyenetlen. A rehabilitáció az akut történést gyakran nem kellő időben követi. A rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiánya, illetve egyenlőtlenségei kedvezőtlenül befolyásolják az életminőséget.

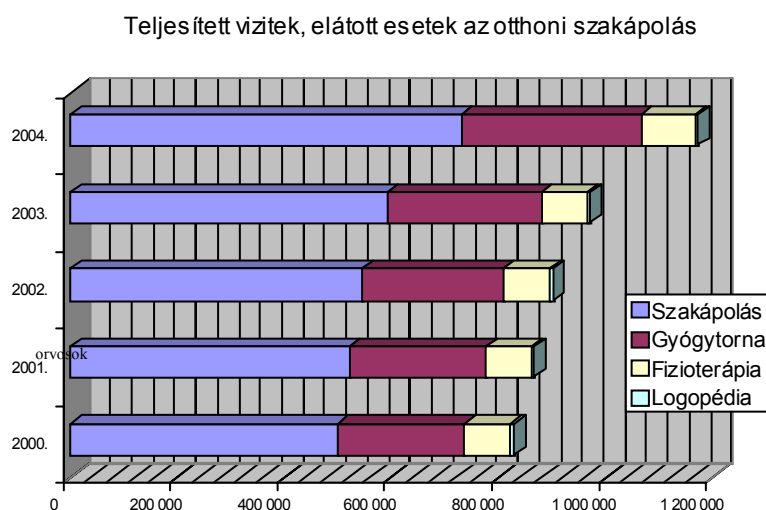
Az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó munkatársak rehabilitációs ismeretei hiányosak. Ennek oka az alapképzésekben a rehabilitációs ismeretek oktatásának elégtelen volta, illetve bizonyos rehabilitációs szakterületeken a képzettek alacsony száma. A szolgáltatások mennyiségének és minőségének javítása érdekében, feltétlenül szükséges az orvosi és más rehabilitációs szakemberek képzésének mennyiségi és minőségi fejlesztése.

Az ellátórendszer személyi feltételei sok esetben nem felelnek meg a jogszabályban előírt minimum követelményeknek. Ez az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatai alapján különösen a belgyógyászati rehabilitációs osztályokra jellemző. A meglévő szakemberek sok helyen izoláltan, különböző szolgáltatóknál dolgoznak, így a helyettesítés nem megoldott, valódi team-munka nem alakul ki. A probléma megoldásában a képzések fejlesztése és az emberi erőforrások koncentrálása segíthet.

Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek struktúrái nem illeszkednek a valós szükségletekhez, az integrált rendszerek hiányoznak. Az egészségügy területén a krónikus betegellátás, a rehabilitáció és az ápolás kapacitásai alacsonyok (a teljes ágyszám <25%-a).

Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás – amely a beteg otthonában illetve tartózkodási helyén orvosi rendelésre végzett szakápolói tevékenység – rendszerszerű működését az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az 1996. évtől finanszírozza. A kialakított otthoni szakápolási szolgáltatások rendszere az 1999. évtől a területi lefedettség szempontjából a lakosság 98%-a számára elérhető. A rendszer fejlesztésének célja a jóval költségesebb kórházi ellátás kiváltása. Az otthoni szakápolás külön jogszabály szerint kórházi ápolást kiváltó, vagy kórházi ápolást lerövidítő szakellátási forma, amely a beteg otthonában szakképzett ápoló által ellátott feladatokat foglalja magában. Otthoni szakápolási tevékenység a kezelőorvos elrendelése alapján történik. Egy főállású szakápoló egy nap legfeljebb 5, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén napi 4 vizitet teljesíthet, a részmunkaidőben foglalkoztatottak időarányosan kevesebbet.



5. ábra
Forrás: KSH, 2005

A 2005. évben 321 szolgálat működött az országban, többnyire társas vagy magánvállalkozási formában. Az ellátott esetek száma 66 348, a vizitek száma 1 143 216, átlag ápolási nap 17,23, egy vizit átlag költsége 2592,54 Ft, egy beteg átlag ápolási költsége 44 671,01 Ft. (Forrás: OEP, 2006.)

Praehospitalis ellátás

Az Országos Mentőszolgálat gépjármű állományának jelentős fejlesztésére az 1993-1994-es években került sor, az azóta eltelt években az alacsony arányú cserepótlás miatt a gépjárműpark műszaki állapota a 2000-es évek elejére nagymértékben leromlott, ezért 2003-ban nagyarányú gépkocsi csereprogram beindítására került sor. Az érvényes keretszerződések alapján eddig 370 db új mentőgépkocsi beszerzésére és forgalomba helyezésére került sor. Ahhoz, hogy a fejlesztés üteme ne lassuljon, a továbbiakban évi 250 db új mentőgépkocsi beszerzésére van szükség. Így 2010-re elérhetjük azt a célt, hogy ne legyen 6 évesnél öregebb, illetve 300 000 km-nél többet futott mentőgépkocsi.

A mentőállomás-hálózat korszerűsítéseként 2003-tól 51 mentőállomás felújítására került sor, több mint 500 millió Ft összértékben. Még több mint 100 mentőállomás szorul kisebb-nagyobb mértékű felújításra. 2003 óta 11 új mentőállomás átadására került sor, a következő hónapokban még további 16 új mentőállomás átadása valósul meg. A 15 percen belüli kiérkezési idő biztosításához a fentiek kívül további 30 településen van szükség új mentőállomás megépítésére.

Rövidesen befejeződik a hívásfogadó központok korszerűsítése, felújítása. Országos átlagban 78%-ban biztosítható a mentők 15 percen belüli kiérkezésének teljesítése. A 156 eset- és rohamkocsi megfelelő szakmai szintű ellátását 138 mentőorvos (ebből 84 oxyológus szakorvos) és 495 mentőtiszt biztosítja. A jelenleg futó 830 mentőautón 2 986 mentőápoló (melyek közül 1 700 rendelkezik mentőápolói képesítéssel) és 2 580 mentőgépkocsi-vezető teljesít szolgálatot. A továbbiakban még több mint 30 településen lenne szükség esetkocsi fejlesztésekre, melyek személyi fejlesztését a három főiskolán évente végző közel 100 új mentőtiszt biztosíthatja.

Hospice ellátás

A hospice (Palliatív) ellátás olyan egészségügyi ellátási forma, melyben a gyógyíthatatlan – elsősorban terminális állapotban lévő, daganatos megbetegedésben szenvedő végső stádiumba került – betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a betegek életminőségének javítása, a családtagok, gyászolók támogatása történik multidiszciplináris ellátó csoport segítségével.

Hospice ellátás formái:

- *Palliatív mobil csoport (mobil-team),*
- *Otthoni hospice gondozás,*
- *Hospice-palliatív terápiás osztály.*

A hospice ellátás team-munkát igényel, amelyben háziorvos, onkológus, szakképzett nővér, fizioterapeuta, pszichológus, lelkipásztor, szociális munkás és önkéntesek dolgoznak az igényeknek megfelelő összetételben.

A hospice a gyógyíthatatlan – elsősorban a rákbetegség végstádiumában levő – betegek teljes körű ellátását jelenti, amely magában foglalja a fájdalomcsillapítást, a tünetek kezelését, a pszichés, szociális és spirituális problémák megoldását. Célja a lehető legjobb életminőség elérése a beteg és családja számára. Sajátossága, hogy speciálisan képzett, interdiszciplináris csoport végzi az ellátást.

Jelenleg 11 hospice bentfekvő részleg működik 143 ágygal, 29 hospice házigondozási csoport, 2 nappali szanatórium, ezen kívül 6 ápolási otthonban illetve szociális otthonban folyik hospice jellegű ápolás 46 ágyon, és 4 hospice mobil-team (kórházi támogató csoport) végez hospice tevékenységet. Összesen 52 szervezet 189 ágygal nyújt szolgáltatást (ebből az OEP modellprogramban részt vesz 29 szervezet: 8 bentfekvő részleg és 21 házi ellátó csoport).

(Forrás: NRP, OEP, 2006.)

Gyógyszer ellátás

A gyógyszerárak privatizálása nem érintette a lakosság gyógyszer ellátottságát, mivel az egy gyógyszertárra jutó lakosságszám érdemleges változást nem mutat. A magyar egészségügy egyik speciális problémaköre a gyógyszerfogyasztás. A korábbi időszakokban Magyarországon a jelentős gyógyszerátogatás mellett a fogyasztás magas szintet ért el. A támogatás fokozatos csökkentésével sem sikerült a túlzott fogyasztást visszaszorítani, sőt a beváltott vények száma az egész ország területén átlagosan 6-8%-kal nőtt. A gyógyszerrendelési, kiadási, fogyasztási hatások vizsgálata

a mai napig nem megoldott. A magyar egészségügy finanszírozásában, nemzetközi összehasonlításban kiemelten magas a gyógyszerköltségek aránya. (Dr. Balázs, 2005/1)

2. Tulajdonosi kör

Az intézmények és szolgáltatások tulajdonosa a felelős a megfelelő ellátás biztosításáért, és érdekelt a szolgáltató pénzügyi egyensúlyának biztosításában. A kórházak és járóbeteg szakrendelő intézetek túlnyomó többsége a helyi önkormányzatok tulajdonában van, további tulajdonos az állam, az egyház és nonprofit szervezetek, illetve gazdasági társaságok és egyéni vállalkozások.

A magán nonprofit kórházak száma 28 (ez a kórházak 15,6%-a), de ágyszámuk az összesnek csak a töredéke (2,6%). Az eltérő tulajdonosi formák az OEP finanszírozás szempontjából ma nem kerülnek megkülönböztetésre, ugyanakkor a fejlesztési és beruházási forrásokhoz (címezett és céltámogatások) való hozzájutásban már jelentős különbségek fedezhetők fel a közösségi tulajdon előnyére. A tulajdonviszonyok sokfélesége a nagyobb városokban vagy a szakellátó intézményekben bővelkedő megyékben, országrészekben problémát okoz.

A különböző tulajdonú intézmények között a koordináció és a kooperáció is általában nehezebben valósul meg, valamint a sokrétű tulajdonosi szerkezet alapvetően akadályozza az intézményi szektor hatékonyság alapú átrendezésének, a kapacitások csökkentésének, a struktúra átalakításának, a központi egészségpolitikai programok megvalósításának. (EFK, 2005)

3. Technikai feltételrendszer

Az eszköz-műszerállomány az elmúlt 10 évben jelentősen elöregedett minden ellátási szinten, a beszerzett új műszerek aránya csökkent (2003-ban 5,2%, 2004-ben 3,1%). Míg 2001-ben a nagy értékű műszerek, eszközök átlagos életkora 9 év volt, 2004-ben már 10,2, és 68%-uk 0-ra írt. (ORKI, 2005)². Még az egyetemeken és az országos intézményekben is az eszközöknek alig több mint 20%-a tekinthető elfogadhatóan korszerűnek. Régióként, intézményenként, sőt intézményen belül is rendkívül egyenlőtlen az eszközellátottság. A használatban lévő korszerűtlen eszközök mind az ellátás biztonságát, mind a személyzetet veszélyeztetik. Az esetlegesen fellépő diagnosztikai hibák, a beavatkozások szövődményei többletköltséget generálnak a szolgáltatást végzők számára. Ez növelheti az amúgy is megszorított műhibaperek számát.

Az ORKI épületkataszter adatai alapján a kórházi épületek, szakorvosi rendelők műszaki állapotának jellemzői a részleges, szakaszos rekonstrukció következtében továbbra is kedvezőtlenek. Az épületek jellemzően pavilon-rendszerűek, több mint harmaduk 1945 előtt épült, közel felük pedig az 1950-1985 közötti években, amelyek nem biztosítják a gazdaságos üzemeltetést és kevés felel meg a korszerű kórházépítés szabályainak. (EFK, 2005)

A gép-műszer állomány országos szinten elavult, a műszerek 32%-a 20 évvel ezelőtti beszerzés, cseréjük tetemes forrást igényel. Az utóbbi években tapasztalható némi javulás. Az állomány országos megoszlása egyenlőtlenességet mutat, de a szolgáltatók tárgyi eszközeinek adatszolgáltatása nem terjed ki arra, hogy az adott szolgáltató gép-műszer kapacitása megfelel-e az adott ellátási területen élők demográfiai és morbiditási sajátosságainak, illetve a regionális feladatok elvégzésének biztosítására. (Dr. Balázs, 2005/2)

² 2004. december 31-én üzemben lévő, és az ORKI-nak jelentett 100 ezer Ft értékhatár feletti gép-műszer eszközállományról

4. Minőségirányítás, ellenőrzési rendszer

A minőségbiztosítás alapvető feladata, hogy segítse és megalapozza a hatékonyabb és eredményesebb munkavégzést. Különösen igaz ez az egészségügyre, ahol a folyamatban megjelenik az ember, mint az ellátás egyik alapeleme. A kórházakban szinte mindenhol működik valamilyen minőségügyi rendszer. Ma már nem ritkaság Kórházi Ellátási Standardokra (KES), a Járóbeteg Ellátási Standardokra (JES), Háziorvosi Ellátási Standardokra (HES), vagy éppen a Védőnői Ellátási Standardokra (VES) épülő minőségbiztosítási rendszer. A jó minőségbiztosítás kórház- és szakmaorientált kell hogy legyen, hiszen a tanúsítások legtöbbször szolgáltató specifikus (pl. ISO). Jelenleg a rendszer „igazságtalansága”, hogy a tanúsított kórházak semmilyen előnyt nem élveznek a többiekkel szemben, hiszen egy zárt és le szabályozott rendszerben dolgozni nehezebb és drágább is.

A minőségügyi rendszer kialakítása, fejlesztése során három szereplőre szükséges alapozni, hiszen a szereplőktől függően más és más kerül az egészségügyben működő minőségirányítással kapcsolatos elvárások középpontjába.

Az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár dolgozza ki és jelenteti meg azokat a minőségi mutatókat, amelyek hosszabb távon alkalmassá válnak arra, hogy ezek alapján egységesen lehessen minősíteni intézményeket. A rendszer szakmai standardokon alapuló felülvizsgálata még nem teljesen releváns a nemzetközi gyakorlattal, jelenleg nem az indikátorok alkalmazására épül.

Hiányzik az a kapacitás, amely felkutatná és monitorozná azokat a hibaforrásokat és az ellátás során bekövetkező elkerülhető hibákat, amelyek veszélyeztet(het)ik az ellátás és a szolgáltatást igénybevevők biztonságát. (EFK, 2005).

Az ellátórendszer szakmai ellenőrzését fokozni szükséges. A szakmai felügyelet az elmúlt 12 évben elsősorban mechanikus, statikus ellenőrzéseket végzett, inkább „leltározási” funkciókat látott el. A rendszer szakmai külső minőségellenőrzésre, klinika auditálására nem volt alkalmas. A 2005-ös átalakítás biztosítja a lehetőséget ahhoz, hogy funkcionális ellenőrzések történjenek. Az ezeket megalapozó bizonyítékokon alapuló szakmai irányító rendszer hiányos és az alkalmazás során is észlelhetők a korábban már bemutatott egyedi vezetői ellenállások jelei.

Az egészségbiztosítás ellenőrző funkciója kettős szerepet tölt be. Feladata nemcsak a szolgáltatók ellenőrzése a finanszírozási szerződés maradéktalan betartatása érdekében, hanem ugyanilyen hangsúllyal kell ellenőrizniük a biztosított oldalt is az indokolatlanul, jogosulatlanul igénybevett egészségbiztosítási szolgáltatások tekintetében.

Az ellátórendszerben alkalmazható szankciós eszköztár szegényes; a szakmai tevékenységtől való eltiltás, illetve a szakma gyakorlásának korlátozása csak extrém esetekben és jogerős bírósági elmarasztaláshoz kötődően történik meg. Az egyéb szankcióknak gyakorlati súlya lényegében nincsen. Felül kell vizsgálni, hogy milyen ösztönző rendszerrel lehet az ellátás színvonalát befolyásolni, illetve a továbbképzésre kötelezéstől az önálló tevékenység korlátozásáig milyen eszközök állnak rendelkezésre a hatékony szakmai szankciók rendszerében.

Bár az egészségügyi törvény 1997-ben előírta a belső minőségügyi rendszerek működtetését, ezt máig nem mondhatjuk teljes körűnek, ugyanígy nem egységes a külső minőségtanúsítási rendszerek alkalmazása sem. A következő évek feladata, hogy a rendszer teljes körűvé váljon, és az egyes minőségbiztosítási, minőségellenőrzési és tanúsítási rendszerek ne párhuzamosan, hanem harmonizáltan működjenek egy-egy intézményben. Az ehhez szükséges szakemberek képzése megkez-

dődött, de ez az a terület, aminek elméleti és gyakorlati humán-erőforrás kapacitását relatíve nagy arányban kell fejleszteni.

2.2.2. Humán erőforrás helyzete

A fejezetben bemutatásra kerül az egészségügyben dolgozó szakemberek jelenlegi helyzete, bére-ése illetve jövedelme.

Humánerőforrás-politika összehangolása a szükségletekkel és igényekkel

Az ágazati és kormányzati humánerőforrás-politika az elmúlt évtizedekben viszonylag lassú, kései reagálást mutatott a társadalmi-gazdasági változásokra. A gyermekszám csökkenése csak jó 20 éves késéssel eredményezte a gyermek-egészségügyi ellátórendszer szerkezeti és tartalmi felülvizsgálatát, az új ellátási formák és technológiák fejlett országokban történő tömeges elterjedése hazánkban csak spontán, szórványos követésre talált.

Mindezeknek megfelelően szükséges kialakítani annak rendszerét, hogy az egyéb adatgyűjtések, elsősorban a demográfiai trendek változása alapján becslésre kerüljenek az ellátási szükségletek változásai és az egészségtudományok fejlődéséből adódó ellátórendszerbeli fejlődés trendjei. Ezekre alapozva proaktívan kell az ágazati humánerőforrás gazdálkodást tervezni, illetve elindítani a szükséges képzéseket és szervezési intézkedéseket. Ez a megoldás tervezhetőbbé teszi nem csak az ellátás strukturális átalakítását, hanem a szükségtelenné váló elavuló eljárások és technológiák alkalmazásának fokozatos megszüntetését is.

Az ágazati humánerőforrás politikában nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nagyobb egészségügyi intézmények térségükben a legnagyobb munkáltatók, ezért az önkormányzatokkal, a regionális fejlesztési tanácsokkal és a regionális egészségügyi tanácsokkal együttműködve kell elkészíteni azokat a térségi és regionális elemzéseket, amelyek az egészségügyben foglalkoztatott munkaerő sorsát érintik az ágazatban bekövetkező fejlesztés vagy struktúra-módosítás eredményeképpen. Helyi aktív foglalkoztatáspolitikai eszközökkel kell segíteni, hogy az ágazati struktúra racionalizálása a helyi viszonyok között ne keletkeztessen vállalhatatlan társadalompolitikai-politikai feszültségeket.

A mai gyakorlatban az aktív foglalkoztatási és munkaerő-piaci eszközök elsősorban a gazdasági szférában kerülnek alkalmazásra. Számos területen az egészségügy érdeke, hogy bekapcsolódjon ezen programokba és ezzel segítse a helyi célok megvalósítását, illetve az ágazaton belül a létszámfeszültségeket csökkentse.

Az ágazat jellemzően nagy többségében nők munkavégzésére épül (ápolói kar). Ezért szükséges lenne a női foglalkoztatásra fókuszáló programok elterjesztése (lásd később). Fel kell tárnunk azokat a szükségleteket, amelyek az egészségügyi intézményekben nem egészségügyi szakképesítésű személyek számára jelentenek teljes vagy részmunkaidős munkalehetőséget. Meg kell fontolni, hogy milyen államilag támogatott program indítható annak érdekében, hogy az egészségügyben megváltozott munkaképességű személyek kerüljenek foglalkoztatásra (természetesen a betegellátás biztonságának sérülése nélkül, az állapotuknak megfelelő időkeretben és munkakörben).

Felülvizsgálatra szorul az ágazati ösztönző rendszer és megbecsülési rendszer, amely jelenlegi rendszerében a kiemelkedő szakmai-tudományos teljesítmény elismerésére megfelel. Azonban az ágazati folyamatos munkavégzés, az ágazathoz való hűség valamint a tudományos teljesítmény formájában nem elismert, de munkateljesítményként kiemelkedőnek tekinthető eredmények megbecsülése elégtelen. Ezek revíziójával mind az egészségügyi szakképesítésűek, mind az egészség-

ügyben dolgozó más képesítésű személyek foglalkoztatása a jelenleginél stabilabb lehetne, és az ágazati fluktuáció is csökkenhet.

Tekintettel arra, hogy az ágazatban az E. alapba kerülő források növekedése a jövőben nem lesz olyan ütemű, hogy ezeket a programokat saját erőből lehessen megvalósítani, ezért az ágazat számára meg kell nyitni a foglalkoztatási tárca rendszerében hozzáférhető központi támogatás rendszert.

1. Létszámadatok

Az egészségügy humán erőforrás helyzetét egyetlen mondatban így tudnánk leginkább jellemezni: az egészségügy humán erőforrás gondokkal küzd, az ellátás minden szintjén mind az orvosok, mind a szakdolgozók „rendkívüli teljesítményprérés alatt vannak”, az utolsó tartalékaikat is mozgósították már. (Fodorné és Dr. Zagyai, 2004)

De vizsgáljuk meg a helyzetet részletesebben is!

Az adatbázisok és az adatszolgáltatás nehézségei

A statisztikák adják a helyzetelemzések alapját, melyek megítélése az egészségügy vetületében nem is olyan egyszerű dolog. Az alábbi fejezetben a Központi Statisztikai Hivatal (KSH), az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (ESKI), a Magyar Orvosi Kamara (MOK), a Magyar Kórházszövetség (MKSZ), a szakdolgozók vonatkozásában pedig az Egészségügyi Szakdolgozók Országos Nyilvántartásának adataira támaszkodtunk. Az adatok összevetése kapcsán számos eltérést véltünk felfedezni, melyet az adatgyűjtés sokszínűségével és összehangolatlanságával tudtunk magyarázni. Az adatok – heterogenitásuk miatt – csak a trendek érzékeltetésére adnak lehetőséget.

Betöltetlen állások száma és megoszlása

A Központi Statisztikai Hivatal 2005-ben megjelent adatai alapján megállapítható, hogy a tervezett állások számának csökkenése tapasztalható az egészségügyi ágazatban a vizsgált időszakban (2000-2003 között). Noha a betöltött állások számának folyamatos emelkedése érzékelhető, az állások több mint 3%-a még mindig betöltetlen. Ez ágazati szinten átlagosan közel 3100 állást jelent. Így a tervezett állások száma 101 686, a fő- és időszakos, valamint részfoglalkoztatású szakdolgozókkal betöltött összes állások száma 177 082. A területi különbségek miatt az ország egyes részein, különösen a fővárosban és Pest megyében a betöltetlen állások száma a fekvőbeteg-gyógyintézetekben nagyobb arányban (5%) jelentkezik.

Az egészségügyi ellátásban foglalkoztatott szakdolgozók hiányát támasztja alá az is, ha az állások számát szakfeladat és munkaköri csoportonként vizsgáljuk. Még mindig a legnagyobb hiányt a jól képzett szakdolgozók jelentik, akik elsősorban az aktív fekvőbeteg-ellátás területén dolgoznak. Itt közel 1500 állás betöltetlen. (Forrás: KSH, 2005.)

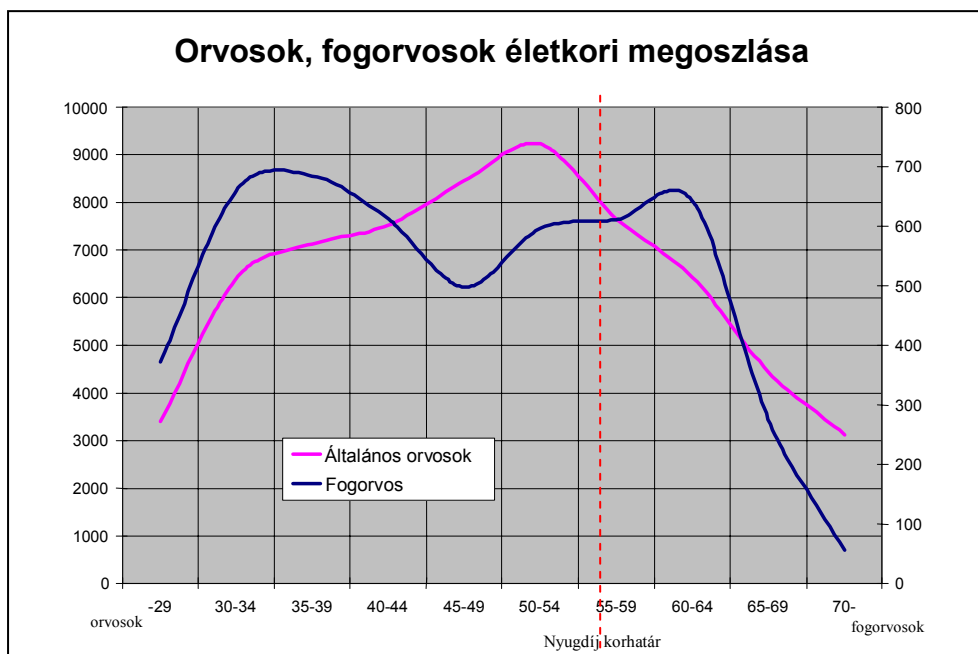
Nemek szerinti megoszlás

Az egészségügyre jellemző a nők magas foglalkoztatási aránya (kb. 63%). A szakdolgozók esetében ez az érték 70%-nál is több, míg az orvosok esetében „csak” kb. 51,4%. A gazdasági-műszaki-ügyviteli területen is hasonló adatokat találunk. (Kajtor, 2003)

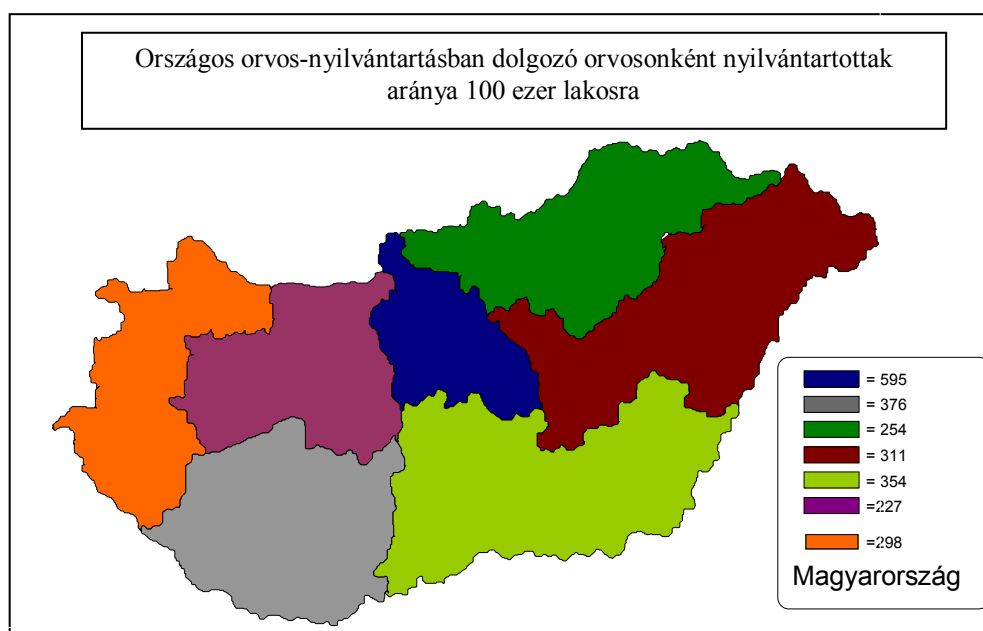
Orvosok (területi megoszlás, korfa, hiányszakmák)

A 2004-es év adatai szerint mintegy 38 887 orvos dolgozik Magyarországon, ami 334 orvost jelent 100 000 lakosra vetítetten, melyből 320 a gyakorló orvosok száma. Ez az adat európai viszonylatban nem tűnik rossznak, hisz az EU átlagértéke 278, míg az OECD átlaga 290. Viszont korántsem olyan

szép ez a helyzet, ha a lakosság egészségügyi állapotához viszonyítjuk, illetve megvizsgáljuk a praktizáló orvosok átlagéletkorát. (6. ábra) Az orvosaink jelentős része túl van a nyugdíjkorhatáron, egyharmaduk pedig néhány éven belül éri azt el. (1. számú melléklet) A háziorvosok között a kilencvenes évek elején ugyanannyian voltak 35 év alattiak, mint a 60 év felettiak, 2000-re már négyszer annyi az idősnek számító háziorvos, mint a fiatal. Ismert az a tény is, hogy az orvosok területi és szakmaspecifikus megoszlása ezen arányokat negatív irányba befolyásolja és egyes területeken orvoshiánnyal kell számolnunk.



6. ábra
Orvosok életkori megoszlása
Forrás: MOK 2005



7. ábra
Orvosok területi megoszlása 100 ezer lakosra vetítetten.
Forrás: KSH 2005

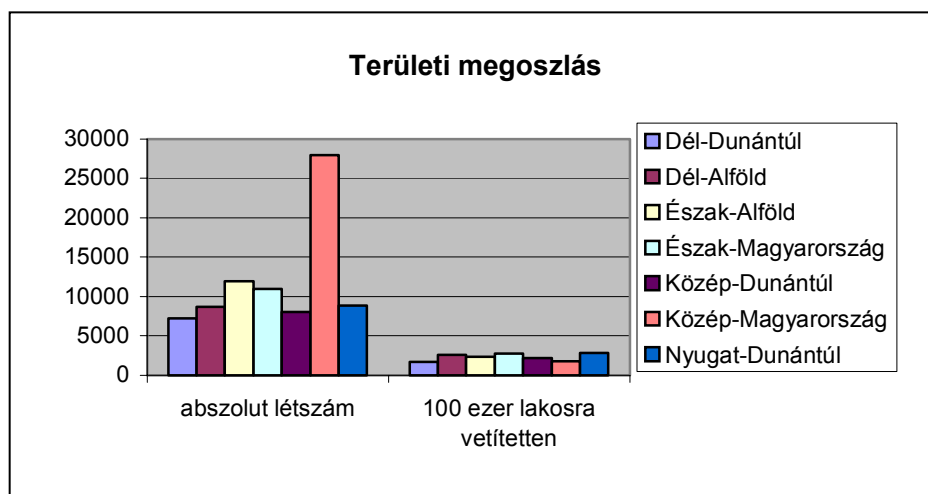
A Kórházzövetség 2006. év eleji felmérése alapján egyes szakmaterületek között különböző mértékben polarizálódik a hiány. A legnagyobb deficit a belgyógyász, az aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvosoknál, illetve a radiológus, pszichiáter és neurológus szakembereknél jelentkezik. Érdekes (vagy éppen nem véletlen) párhuzam, hogy a felmérés alapján a legtöbb közreműködői jogviszony az aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvosoknál figyelhető meg.

Ápolók (területi megoszlás), fluktuáció

Az egészségügyi szakdolgozók száma 98 800 fő (KSH, 2005), melynek összetétele rendkívül heterogén, közel 30 önálló, jól körülhatárolható egészségügyi speciális szaktudással jellemezhető munkakört tömörít. A szakmák egy része már az 1970-es évek közepe óta főiskolai végzettséghez kötött (gyógytornász, dietetikus, mentőtiszt, közegészségügyi járványügyi felügyelő, védőnő), melyet 1989 óta egyre bővülő paletta jellemez. A főiskolai szintű szakképesítések körét az utóbbi években az egyetemi végzettségű szakemberek is kiegészítik.

A szakdolgozói létszám – különösen az ápolói – sem elegendő, egyes becslések szerint 30-40%-os hiány prognosztizálható (HEFOP, 2003)³. A szakdolgozók együtöde 51 év feletti, közel van a nyugdíjkorhatárhoz. Az őket követő generáció, a 41-50 éves korosztály (12%) jóval kevesebb, így csak minden második szakdolgozót tud pótolni a pályán.

Az egészségügyi ellátás legnépesebb munkaköri csoportját a szakdolgozók képezik, és ezen belül is az ápolók túlsúlya figyelhető meg (több mint 60 ezer fő). A területi megoszlásuk rendkívül aránytalan, amely egyes régiókban komoly ellátási nehézségeket okoz. A korábban már hivatkozott kórházzövetségi adatokban belső aránytalanságok is megfigyelhetők. Sok fekvőbeteg-ellátó intézményben leginkább a szakápolók hiányoznak, míg az általános ápolókból és asszisztensekből túlkínálat jelentkezik.

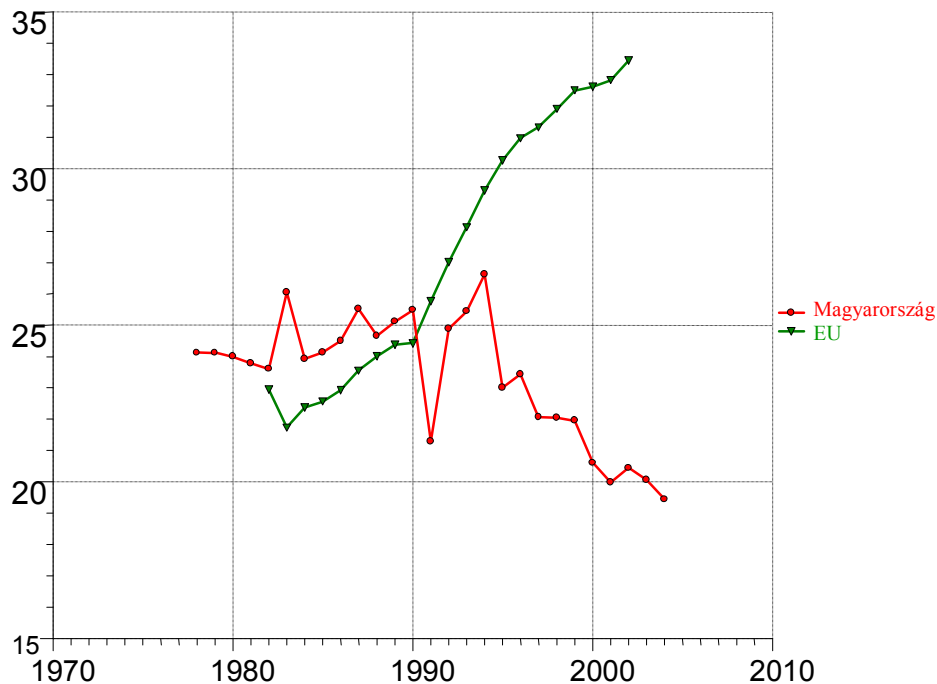


8. ábra
Ápolók területi megoszlása 100 ezer lakosra vetítetten.
Forrás: ONY, 2005

Szülésznők

A szülésznők száma 1970 és 1995 között 27%-kal nőtt, mely 25 év viszonylatában átlagosan évente 1%-os növekedésnek felel meg. 1995 és 2000 között azonban létszámukban – a hullámzásokat figyelembe véve – átlagosan évente 3,2%-os csökkenés figyelhető meg, amely intenzitását és a változás rövid időtartamát tekintve drasztikusnak minősíthető. (Fodorné és Dr. Zagyai, 2004)

³Humán erőforrás-fejlesztés Operatív Program. 2004-2006. (2003)



9. ábra
 Szülésznők száma 100 000 lakosra vetítetten
 (Magyarország és EU országok 2004. május 1. előtt)
 Forrás: HFA DB, 2004

A szülések túlnyomó többsége intézeti keretek között orvosi felügyelet mellett zajlik, amely a szülésznői szerep megváltozásához vezetett. Ez jelentősen eltér a fejlett európai országok gyakorlatától, ahol is normál szülések levezetése, a terhes-gondozás a szülésznők feladatköre. Magyarországon azonban ennek az ellenkezője figyelhető meg. Ennek egyik oka a szülész-nőgyógyász orvosok informális érdekeltsége (paraszolvenca), mely a folyamatokat szükségszerűen ebbe az irányba terelte (bár ezért maguk az orvosok a legkevésbé sem hibáztathatók). (Dr. Balázs, 2005/1)

Megjegyezzük, hogy a szülésznőképzés évek óta magas szinten, felsőfokú szakképzés keretében zajlik, mely kompetenciát ad az élettani szülés levezetésére, de a gyakorlatban ezzel a lehetőséggel a fent említett okok miatt nem élhetnek szakembereink.

Védőnők

2005-re 4900 főre csökkent számuk, ami a folyamatosan fogyatkozó gyermeklétszám miatt ugyan nem jelentene gondot, de a betöltetlen állások aránya jelenleg is 12%. (OTH 2005. októberi adatok) A védőnői szakma 1975-től főiskolai végzettséghez kötött, 2005 óta az egyetemi szint megszerzése is lehetséges. A védőnői ellátási standardokat 2005-ben megjelentette az Egészségügyi Minisztérium, azonban az ellátások tanúsítása még nem indult meg.

Asszisztensek

Az asszisztensi munkakörben dolgozók esetében a változás nem egyértelmű. Összességében 1970 és 1995 között állományuk 113%-kal nőtt, amely átlagosan évente 3,2%-os egyenletes emelkedést jelent. 1995 és 2000 között azonban jelentős változások következtek be ezen a területen is. 1995-ről

1996-ra csaknem 2500 fővel kevesebb asszisztent tartottunk számon, ami 6,7%-os csökkenésnek felel meg. Az 1996 és 2000 közötti újabb növekedés az átképzésnek tulajdonítható.

Az asszisztensek foglalkoztatása kapacitásokat szabadíthat fel, egyrészt amennyiben az orvosokat/gyógyszerészeket tehermentesíti a nem orvosi feladatok végzése alól (pl. ápolási tevékenységek, gyógyszerkiadó asszisztens), másrészt az ápolók és asszisztensek közötti munkamegosztást és a gazdaságos ellátás megvalósulását eredményezheti (pl. az alapellátásban nem a közösségi ápoló végzi az adminisztrációt, hanem orvosírnok/adminisztrátor/egészségügyi operátor, és az ápoló képzettségének megfelelő munkát láthat el).

Nem egészségügyi végzettségű dolgozók

Az egyetemet végzett, az egészségügy területén dolgozó nem egészségügyi alapvégzettségű szakemberek számára ez év őszétől jogszabályi szinten biztosított a szakmai előmenetel és elismertség lehetősége. Így az orvosi klinikai laboratóriumokban és mikrobiológiai laboratóriumokban dolgozók szakirányú szakképesítést szerezhetnek. Ezzel remény van a klinikai analitika területén jelentkező szakorvosi hiány enyhítésére. Megjegyzendő, hogy a képzés során teljes szakorvosi kompetencia nyilvánvalóan nem szerezhető meg.

A gazdasági területen dolgozó szakemberek (gazdasági-műszaki-üzemviteli dolgozók) közel tízezres tábora is magán viseli az „öszülő társadalom jegyeit”.

Sajnos a szakirodalomban helyzetüket, továbbképzési lehetőségeiket feltáró elemzésekkel alig találkozhatunk, pedig munkájuk az ellátás elengedhetetlen része. Örömteli tény, hogy az elmúlt évben ezen a területen megfigyelhető némi pozitív irányú mozgás. Elkezdődött az egészségügyben a gazdasági területen foglalkoztatottak tárcán belüli továbbképzési rendszerének kidolgozása és bevezetése. Az egészségügyi szakdolgozók állásainak számát munkakörönként, típusonként, valamint az egészségügyi szakdolgozók betöltött állásainak számát a munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők számához viszonyítva a 2. sz. melléklet tartalmazza.

Az egészségügyi szakemberek felkészültsége

Az egészségtudományok területén Magyarország magasan képzett szakembergárdával rendelkezik. A magasan kvalifikált szakembergárda és az egyes kiemelt egészségügyi intézmények felszereltsége lehetővé teszi, hogy a gyógyszerek, biotechnológiai készítmények, orvosi műszerek, diagnosztikai berendezések és új egészségügyi technológiák klinikai vizsgálataira világszerte elköltött forrásokból számottevő részt vonzzunk az országba. A nemzetközi vizsgálatokban való részvétel egyes területeken enyhíti a magyar egészségügy alulfinanszírozottságát, növeli a szakmailag ambiciózus szakemberek publikációs lehetőségeit, és csökkenti a legális javadalmazást kereső orvosok külföldre vándorlási potenciálját, segíti a magyar betegek hozzáférését a legkorszerűbb technológiákhoz. (EFK, 2005)

Bár a szakemberek képzéséről, továbbképzéséről külön fejezetben szólnunk, tudnunk kell, hogy az EU-ban az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, ápolók és szülésznők végzettségét elfogadják, részben a képzési kritériumok EU-konformitása, részben a szakemberek alkalmazásának pozitív tapasztalatai miatt.

3. Az egészségügyi szakemberek bérezése

Nemzetgazdasági bruttó átlag kereseteket tekintve megfigyelhető, hogy az egészségügyi–szociális ellátásban dolgozók átlag keresete a 2001. évi 16. helyről 2003-ra a 10. helyre lépett előre. A foglalkozásonkénti alapberek alakulását 1999 és 2004 között a 3. sz. melléklet tartalmazza.

Ismert, hogy az egészségügyi dolgozók bérszínvonala a gazdaság más ágazataihoz képest alacsony, mára az 50%-os bérfeljesztés – az átmeneti emelkedéshez képest – szinte elvesztette hatását. Ennek egyik nyilvánvaló oka, hogy forráshiány miatt a munkáltatók a dolgozók számára a munkáltatói döntés alapján (garantáltan felüli illetmény) meghatározott illetményalapot használják fel a központilag előírt, megemelt garantált illetmény megadására. Az egészségügyi dolgozók bérjöveldelme szempontjából nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy e körben az átlagkeresetek egy jelentős túlmunkavégzés tartalmát is magukba foglalnak, hiszen a túlmunka, az ügyelet, a készenléti feladatellátás is megjelenik az átlagkereset vonatkozásában. Ezen túl meg kell említenünk, hogy már ezer forint béremelés is minden egészségügyi dolgozónak (kb. 170 000 fő) a munkáltatói járulékokkal együtt hozzávetőlegesen 3,5 milliárd forrást igényel évente. Minden további béremelés jelentős költségvetési többletkiadással jár, annak ellenére, hogy a közalkalmazottak biztos adófizetők, és a béremelés egy része, mint tb. járulék és személyi jövedelemadó visszaáramlik az államháztartásba.

A bérhelyzetre vonatkozó adatok értékelését két szempont nehezíti:

- Az egészségügyi és szociális ágazat adatai évek óta együtt szerepelnek a statisztikában, függetlenül attól, hogy az adott kormányzati ciklusban egy vagy két tárca irányítása alá tartoznak. Még a közös irányítás esetén is célszerű lenne a két ágazatot szétválasztani, mert a rendszerek mozgása, törvényszerűségei nagyon eltérőek lehetnek.
- Növekszik azoknak az orvosoknak a száma – főleg az általános orvosok körében – akik nem közalkalmazotti, hanem vállalkozási jogviszonyban látják el feladatukat. Jövedelmi viszonyaikról és az általuk alkalmazott szakdolgozók bérééről, juttatásairól nem rendelkezünk pontos információkkal. (Tájékoztató, 2005)⁴

Az egészségügy egyes területein jelentős különbségek alakultak ki a bérek és a jövedelmek között a paraszolvencia jelensége miatt. Ennek következtében az orvosi jövedelmek polarizálódtak a különböző területeken, mely belső feszültségeket eredményezett.

4. Az egészségügyi dolgozók leterheltsége

Az egészségügyi dolgozók a rendkívüli munkavégzés vonatkozásában az átlagos munkavállalóhoz képest lényegesen leterheltebb munkavállalói réteg. Már a munkáltató is évi 416 óra rendkívüli munkát rendelhet el az egészségügyi dolgozók számára és ezen túlmenően az ágazatban először alkalmazott önkéntes többletmunka jogintézményével már évi 1040 óra túlmunka ($52 \cdot 8 = 416 + 52 \cdot 12 = 624$) látható el a törvényes munkaidőn felül.

Ezen túlmenően jól ismerjük, hogy az egészségügyi ágazatban az adott szakmában megjelenő hiány miatt a főálláson kívül sok másodállás – mellékállás – magánvállalkozás – közreműködői szerződésben való részvétel áll fenn, és ez tovább növeli az egészségügyi dolgozók leterheltségét, amelynek eredményeképpen mind az egészségügyi dolgozók joga a pihenéshez, mind pedig a beteg joga a pihent orvoshoz veszélyeztetésre kerül.

2.3. A WHO célkitűzései

Az Egészségügyi Világszervezet 2006. évi programja az egészségügyi dolgozókat helyezi a figyelem középpontjába. Ezen alkalomból kiadásra került a „*Jelentés a Világ Egészségéről 2006 – Az Egész-*

⁴ Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére a humán erőforrás fejlesztéséről, az egészségügy létszámhelyzetéről és a bérezésről. 2005.

ségért dolgozunk” című tanulmány, amely számos megállapítást, és az elkövetkezendő években (10 év) megvalósítandó célkitűzést fogalmaz meg.

Világszerte legalább 1,3 milliárd ember nélkülözi a legalapvetőbb egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférést, gyakran azért, mert nincs elegendő egészségügyi dolgozó. A hiány világméretű, de a legnagyobb teher azokon az országokon van, melyeket a szegénység és a betegség a legjobban sújt és ahol az egészségügyi dolgozókra a legnagyobb szükség lenne. A szaharai Afrika országai-ban a legsúlyosabb a hiány, melyekben a világ lakosságának 11%-a él, a világ betegség-terhének 24%-át viselik, és itt a világ egészségügyi dolgozóinak mindössze 3%-a él.

A fertőző betegségek, valamint a terhesség és szülés alatti komplikációk évente mintegy 10 millió ember halálát okozzák. Az egészségügyi dolgozók jobb elérhetősége számos ilyen halált megelőzhetne. Egyértelmű tények igazolják, hogy az egészségügyi dolgozók lakosságszámhoz viszonyított arányának növekedésével együttesen növekszik a csecsemők, gyermekek és anyák életben maradási esélye.

Több mint négymillió orvosra, nővérré, szülésznőre, menedzserre és népegészségügyi szakemberre lenne sürgősen szükség ahhoz, hogy az elmaradásokat megszüntessük az egészségügyileg legelmaradottabb 57 országban, amelyből 36 a szaharai Afrikában van.

A helyzet Európában sem sokkal jobb. Becslések szerint az Egyesült Királyságban 2008-ban 35 000 nővér fog hiányozni. Finnország nemzeti egészségügyi ellátórendszerében 2010-re 112 000 nővérrel lesz kevesebb a szükségesnél.

A dolgozók átlagéletkora növekszik. Komoly gondot okoz, hogy az egészségügyi rendszerek nem voltak sikeresek a fiatal ápolók pályára vonzásában és megtartásában, így például Dániában, Izlandon, Norvégiában, Svédországban és Franciaországban a nővérek átlagos életkora 41-45 év.

Az Egészségügyi Világszervezet egy *új egészségügyi emberi erőforrás szövetség* létrehozását tervezi, melynek feladata a nemzeti és nemzetközi erőfeszítések összehangolása lesz ezen a létfontosságú területen.

Minden egyes országnak fejlesztenie kell az egészségügyi szakemberek munkaerő tervezésére, oktatására és foglalkoztatására vonatkozó módszereit, s a válság kezelése érdekében az egészségügyi dolgozók képzését és támogatását szolgáló befektetésre van szükség.

A Jelentés a Világ Egészségéről ajánlása szerint annak érdekében, hogy javítsunk a jelen helyzeten *„a megfelelő készségekkel rendelkező, megfelelő dolgozót a megfelelő helyre tegyük, hogy megfelelő tevékenységet végezzen”* –, *gondolat értelmében* az országoknak olyan terveket kell készíteniük, amelyek magukban foglalják az alábbiakat:

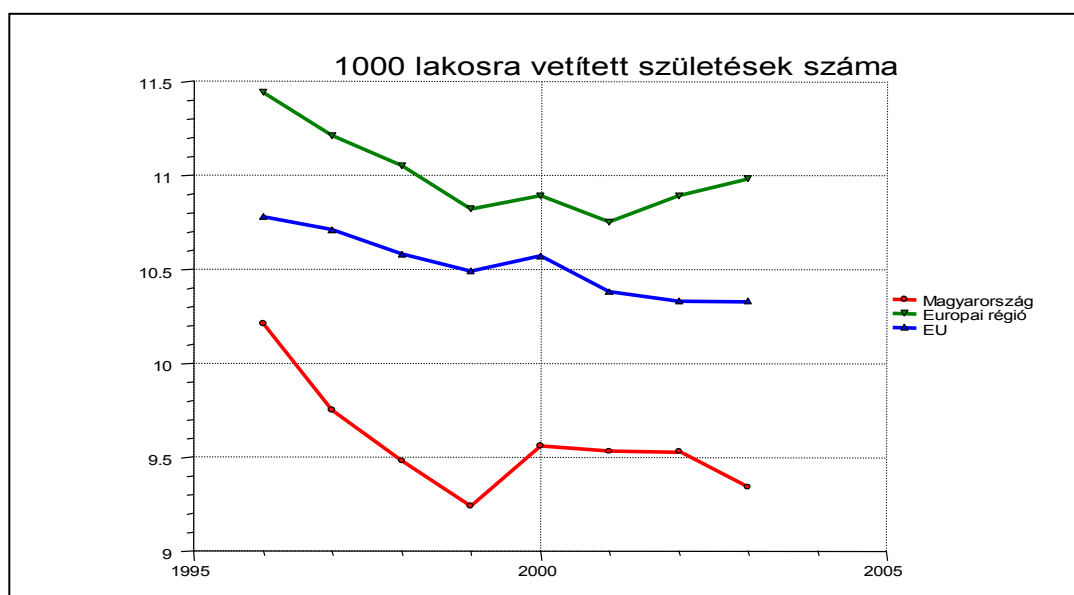
- a munkaerő hatékonysága érdekében: jobb munkakörülményeket kell teremteni az egészségügyi dolgozók számára,
- fel kell mérni a jövő várható tendenciáit és fel kell készülni a kihívásokra egy jól előkészített humán erőforrás fejlesztési tervvel, és a jövő egészségügyi szakembereinek képzésével,
- Programokat kell kialakítani a munkaerő tervezésére, a vezetés és menedzsment fejlesztésére, a minőség javításának elősegítésére, melyek a hatékonyság érdekében szabványosítás, akkreditáció és engedélyezési eljárási rendszereket hoznak létre.

2.4. EU-dimenziók

A hazai humán erőforrás fejlesztés kérdésköre nem vizsgálható a nemzetközi dimenziók áttekintése nélkül, ezért az alábbiakban röviden taglaljuk az Európában kialakult helyzetet. Tesszük egyrészt azért, mert az uniós előírások már Magyarországra is vonatkoznak, másrészt bizonyos kérdések, problémák ott már felszínre kerültek, esetleg megoldást is nyertek.

Demográfiai mutatók Európában

Az egészségügyi ellátórendszer terhei közvetlen összefüggésben állnak a népesség korösszetételével. Közismert tény, hogy az európai népesség „előregedőben van”, ami egyre nagyobb terhet jelent az egészségügynek csakúgy, mint a gazdaságnak. (Faragó, 2005)



11. ábra

Forrás: HFA 2005

A társadalom előregedésének dinamikáját mutatja, hogy az EU tagországaiban a 60 év feletti korosztályok aránya az utóbbi kb. 40 évben 16%-ról 21%-ra emelkedett, előjelzések szerint 2050-re ez az arány eléri a 37%-ot. Megjegyezzük, hogy az „eltartottak” számát növeli még, hogy az ún. aktív korúak között is számolnunk kell az inaktivitási rátával, melyet a 2004-ben csatlakozott országok esetében a gazdasági-politikai rendszer átalakulásával, a gazdasági nehézségekkel, illetve a relatíve alacsonyabb nyugdíjkorhatárral magyarázhatunk.

A korösszetétel változásának két közismert oka van: a születések számának relatív csökkenése és a várható élettartam növekedése. Így csökken az aktív korúak száma, ezen belül pedig a fiatalabb korosztályoké. (11. ábra) Ez utóbbi tendencia az egészségügyben dolgozókra, az ellátó személyzetre is igaz – ezzel a későbbiekben még foglalkozunk.

Stratégiai célok az EU-ban

Az Európai Unió általánosan megfogalmazott célja, hogy a világ legversenyképesebb és legdinamikusabb tudásalapú gazdaságává váljék. Ehhez szükség van mindhárom összetevő: a gazdasági oldal, a társadalmi háttér és a környezet fejlesztésére. „A jobb makrogazdasági koordináció és a politikák összehangolásának európai szintű optimalizálása (policy-mix) lehetővé teszi olyan általa-

nos stabilitási keret kialakítását, amely kedvez a tartós, fenntartható és munkahelyeket teremtő gazdasági növekedésnek.” (Luxemburg, 2004)⁵

A 2000-ben elfogadott lisszaboni stratégia 2005-ös félidei felülvizsgálata eredményeként az általános célkitűzések hangsúlyai módosultak és ún. integrált iránymutatások kerültek megfogalmazásra. Kiemelt cél, hogy a tagállamok versenyképessége javuljon és bővüljön a foglalkoztatás. Ennek érdekében előtérbe kerülnek a különböző szektorok modernizációjára, fenntarthatóságának biztosítására vonatkozó ajánlások, többek között (és nem utolsó sorban) a fenntartható nyugdíj- és egészségügyi ellátó rendszerek kialakítása. Az Integrált Iránymutatások további lényeges elemei a foglalkoztatáspolitikára, a szociális ellátó rendszerek reformjára, a bérpolitikára, az alkalmazkodóképességre, az egész életen át tartó tanulásra és a hatékonyabb oktatási és képzési rendszerek kialakítására vonatkozó kérdéseket is érintik.

Az Európai Unió tagállamai egészségügyi rendszerei számára a Maastrichti Szerződés (melyet a későbbiekben az Amszterdami Szerződés megerősített) stratégiai jelentőséggel bír. Ez a szerződés a népegészségügyi felelősségre, a prevencióra és a kutatásra, az egészségügyi informatikára és képzésre, valamint bizonyos egészségvédelmi szabályokra vonatkozik. (Jávor Dr. – Kovács Dr., 2005)

2.4.1. Az egészségügyi ellátás helyzete

Egészségügyi rendszerek az EU-ban

Az EU-ban működő legjellemzőbb egészségügyi ellátási rendszerek rövid összehasonlítása azt a célt szolgálja, hogy érzékeltesük a hasonlóságokat, a különbözőségeket és az eltéréseket, hiszen ezeknek humán erőforrás vonzatuk is van.

Ismert tény, hogy az Európai Unió nem törekszik a tagállamokban működő egészségügyi rendszerek harmonizációjára, a magas színvonalú ellátás szavatolásának felelősségét a tagállamokra bízta. Az EU egészségügyi rendszerei napjainkban a centralizáció és a specializáció irányába mozdultak el, bár ezt az egyes országokban az alapellátás erőssége nagyban befolyásolja. Jellemzőjük ugyanakkor a betegközpontúság, melyet részben az intézményen kívüli ellátás előtérbe helyezésével valósítanak meg: itt valójában a minőségi ellátás olyan új, gazdaságos formájáról van szó, melynek során a beteg ellátása a saját környezetében, de szigorú szakmai felügyelettel folyik.

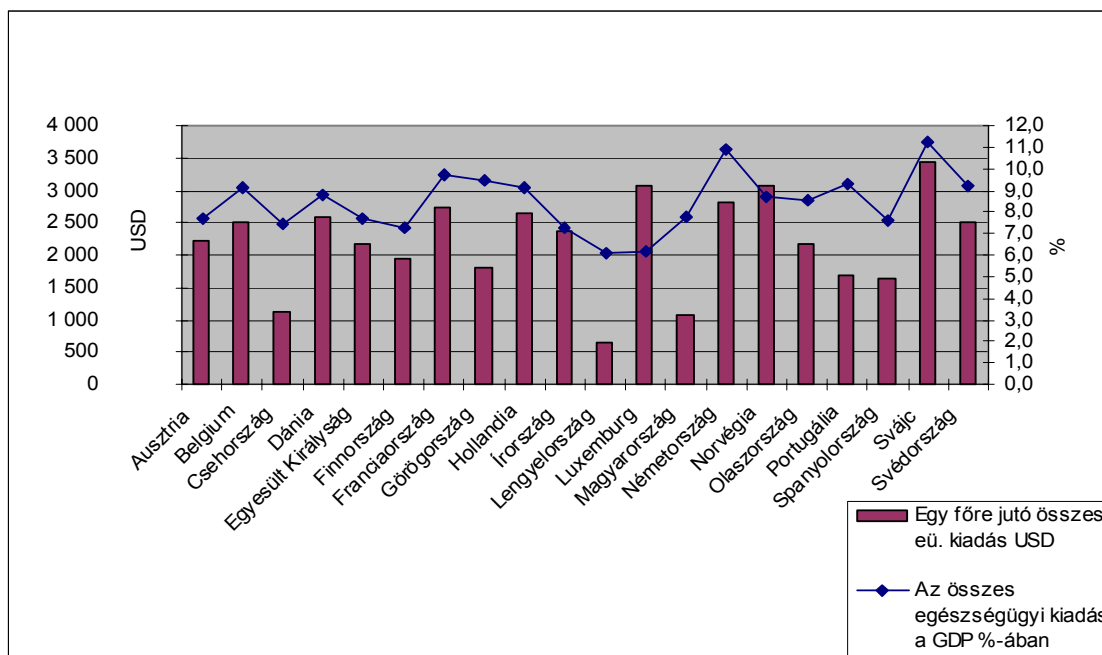
A rendszer lényeges elemeként szólnunk kell az egészségügyi technológia értékeléséről (HTA: Health Technology Assessment), mely – bármilyen rendszerben is működik az ellátás – egyre több országban nyújt segítséget az egészségügyi beavatkozások közötti választáshoz. A technológiaértékelés tágabb értelmezésben a juttatások és azok költségének összevetése (vagyis a pénz értéke az egészségügyben), ami elvezet minket a finanszírozás kérdésköréhez. (Jávor Dr. – Kovács Dr., 2005)

Finanszírozás

Európában különböző finanszírozási rendszerek működnek, de minden tagországnak gondot okoz a korosodó lakosság, és az ezzel párhuzamosan jelentkező megbetegedések gyakorisága. Amennyiben az egyes technológiák alkalmazása nem megfelelő mértékben, nem kellő szakmai indoklottsággal történik, a rászorulókat maradhatnak ellátatlanul, illetve akár a finanszírozási egyensúly is fel-

⁵Luxemburgi nyilatkozat a lisszaboni stratégia féldős felülvizsgálatáról. Luxemburg, 2004. november 26.

borulhat. Az egészségügyi rendszerek szereplői meghatározóak abban, hogy a rendelkezésre álló alapokat hogyan használják fel. (Jávor Dr. – Kovács Dr., 2005)



12. ábra
Az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás az EU országokban.
Forrás: HFA 2004

Az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások Európán belül országonként eltérőek és „natúr” összehasonlításuk számos csapdát rejt magában. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk a források felhasználásának módját, az ellátás személyi és tárgyi feltételeit, infrastruktúráját, valamint az egyes országok lakosságának igény szintjét. Ezzel együtt a többszörös különbségek elgondolkoztatóak.

Határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások

Az Európai Unión belül az egyes országok határainak elmosódása lehetőséget teremt a határokon átnyúló egészségügyi ellátórendszerek együttműködésére. Ezek a kooperációk a területi elvek figyelembevételével mellett számos előnyt jelentenek az esetleges lokális ellátási deficitek felszámolásában. Természetesen ehhez a formához kétoldalú megállapodások szükségesek, melyek a szakmai kérdések mellett a finanszírozási oldal egyértelmű megfogalmazását is kell, hogy tartalmazza. A tendencia viszont a szabad beteg- és szolgáltatás áramlás biztosítása, melyet az általános érvényességű Egészségbiztosítási Kártya is támogat. (Dr. Balogh, 2005)

2.4.2. A humán erőforrás helyzete

Munkaerőhiány az EU tagországaiban

Az egészségügy Európa-szerte munkaerőgondokkal küzd. Az egészségügyi dolgozók mennyiségi és minőségi hiánya ma már szinte minden országban súlyos probléma. A fejlett országokban a hiány a megnövekedett igények miatt lép fel, míg a kevésbé fejlettek esetében már alapszinten is hiány tapasztalható. Bármilyen fejlett is a technika az egyes országokban, a személyes gondoskodás nem

oldható meg gépekkel; a létszámihiány közvetlenül rontja minden országban a gyógyítás, az ellátás minőségét. (Dr.Varga, 2004)

Munkaerő mobilitás az EU-n belül

Az EU-ban a szabad munkaerő áramlás az amúgy is fennálló egyenlenségeket tovább „tarkítja”. Megfelelő nyelvtudással és elismert szakmai végzettséggel nincs annak akadálya, hogy az egészségügyi szakemberek olyan országot válasszanak (átmeneti időre vagy véglegesen), ahol biztos egzisztenciát tudnak teremteni, ahol jobbak a megélhetési feltételek, jobbak a munkakörülmények és kedvezőbbek a jövedelmek.

Európán belül a munkaerő mobilitását nemcsak a kölcsönösen elismert szakmai végzettségek segítik elő (az alap iskolai végzettséggel együtt járó legalább egy „világnyelv” csaknem anyanyelvi szintű elsajátítása mellett), hanem az a lehetőség is, hogy a szakmai oktatás egyes gyakorlati elemeit külföldön lehet (vagy kell) megszerezni (EuroPass).

Egészségügyi szakemberek képzése és az EU

Ahhoz, hogy a humán erőforrás helyzetet áttekintsük, nézzük meg röviden az egészségügyi szakemberek képzésének és foglalkoztatásának kereteit!

Az orvosképzésre vonatkozóan ismert, hogy az EU törekszik arra, hogy az átjárhatóság érdekében az európai felsőoktatást egységesítse, bár tekintettel van az egyes országok specialitásaira, hagyományaira és az egyetemek autonómiájára (Bolognai folyamat). A legtöbb országban a felvétel az orvosképzésre korlátozott, miután mindenütt az egyik legdrágább képzés az orvosképzés, és ezért a felvételi keretszámokat gondos tervezéssel, a várható szakemberszükségletnek megfelelően állapítják meg. A képzés – összhangban a vonatkozó közösségi szabályozással – minden országban egységesen 6 év. A felvételre jelentkezők számával és előzetes tudásszintjével túlnyomó többségében nincs gond, mivel általában az orvosképző helyek válogathatnak a jelentkezők között. A szakorvosképzésben országonként nagyobb eltérések vannak, melyet nemzetközi szervezetek ajánlásokkal próbálnak egységesíteni. (Dr. Csernus, 2005)

A kórházi ellátás a tagállamok többségében közszolgáltatás, s ennek megfelelően a kórházban dolgozó szakemberek fizetett közalkalmazottak. Foglalkoztatásukra vonatkoznak az EU munkaidő szervezésre vonatkozó irányelvei és bérezésük az EU régebbi tagországaiban hasonló szinten mozog.

Az unión belül az ápolók és a szülész-nők képzése egységesnek mondható, viszont más területek (pl. a technikai-diagnosztikai területen) a szakemberek képzése alapvetően eltérő. (Vízvári, 2003/1)

Az egészségügyi személyzet tekintetében tapasztalható egyensúlyzavarok vissza-visszatérő témái a nemzetközi sajtónak. A legnagyobb figyelmet a fejlődő és a hazánkhoz hasonló gazdasági fejlettségű országokban kapnak, hiszen a hiány vagy az egyenlőtlenség az ellátás minőségét és hatékonyságát is veszélyeztetheti, és gátja a mindenütt szándékolt egészségügyi reformnak. Nem véletlen, hogy szinte minden nemzetközi szervezet – így elsősorban az Egészségügyi Világszervezet és az OECD – kiemelt programokban foglalkozik a kérdéskörrel.

A hiány persze relatív fogalom: amit az egyik országban súlyos hiányként élnek meg, attól a másik országban boldogok lennének. Ráadásul nem minden országban ugyanazt értik hiánynak, de eltérő lehet az is, hogy kit tekintenek orvosnak vagy kiségitő személyzetnek.

Joggal tehetjük fel a kérdést: mihez képest van hiány? Vegyük példának az orvosokat! Bár az orvosok száma Európa-szerte folyamatosan nő, a növekvő szükségletek, az ennél is gyorsabban növekvő igények és a szakma specializálódása miatt az igény sokkal nagyobb. Ráadásul emelkedik a szakmából elvándorlók száma is. Az orvosképzés azonban igen drága, ezért a legtöbb országban inkább tűrnek némi hiányt, minthogy többet fordítsanak olyan munkaerő kiképzésére, akit esetleg el is veszítenek.

Túlmunka, munkabiztonság

Az Európai Unióhoz történő csatlakozásunk alapvető követelménye és következménye, hogy a közösségi jogszabályoknak, ezek részeként az Európai Unió Tanácsa és a Parlament által megalkotott irányelveknek, illetve az Európai Bíróság azokat értelmező döntéseinek meg kell felelnünk, a hazai jogszabályokat azokkal összhangba kell hoznunk.

Ebbe a körbe tartoznak a munkaidő szervezésre vonatkozó kérdések is. A Tanács és a Parlament 93/104/EK a munkaidő szervezésére vonatkozó irányelvének való megfelelés, mely a munkavállalók egészségének és biztonságának védelmére született, a Simap és Jaeger ügyekben hozott Európai Bírósági döntések következményeként a jelenlegi hazai gyakorlattól eltérő értelmezést nyert. Az Európai Bíróság jogértelmezése szerint a munkavégzésre képes állapotban történő rendelkezésre állás (ügyelet) teljes egészében munkaidőnek minősül. Az ügyeleti idő ily módon történő értelmezésének, valamint a 93/10/EK irányelv munkaidő szervezésre vonatkozó rendelkezéseinek történő megfelelés a jelen egészségügyi ügyeleti struktúrában, és a jelen humánerőforrás mellett csak jelentős áldozatok illetve változtatások mellett képzelhetők el.

A megoldás egy rövid és egy hosszú távú stratégiában keresendő. Rövidtávon a munkaszervezés lehetőségeinek kiaknázása és a szabályzók változtatása jelenthet megoldást, míg hosszú távon csakis a sürgősségi/ügyeleti ellátási rendszer átalakításában találhatjuk meg a kiutat. Ezzel a problémakörrel a későbbiekben még foglalkozunk.

A túlmunka az alapellátásban szinte sehol sem kerül elismerésre, illetve nincs finanszírozási forrása, esetleg a csúsztatás, mint ellenszolgáltatás jöhet számításba. Mind a közösségi ápolók, mind a védők nehezen tudják megoldani (de gondot jelent a gyógyszerértári, fogászati, foglalkozás-egészségügyi, ügyeleti, iskola-egészségügyi ellátásban dolgozók körében is) a rendes szabadság, betegállomány, esetleg a továbbtanulás, -képzés idején a helyettesítést munkájuk minőségének romlása nélkül. Többnyire ezeken a területeken az ún. belső helyettesítés a gyakorlat, amikor a saját munkaidejében két feladatkört, illetve két vagy több személy munkáját látja el a szakdolgozó.

Megjegyezzük, hogy Magyarországon a munkáltatók a napi – heti – munkaidő limit vonatkozásában a hazai jogszabályi előírásokat alkalmazzák, és az ügyelet alatti tényleges munkavégzés az, amely a munkaidő-korlátok vonatkozásában figyelembevételre kerül. Ahhoz, hogy megfeleljünk az EU előírásainak, rövidtávon az egyik lehetőség a rugalmas munkaidő beosztás. Észereint, ha a munka jellege megengedi, akkor a jelenlegi minden napra azonos mértékű munkaidő (napi 8 óra) melletti feladatellátást felválthatja egy rugalmasabb munkaidő-beosztás. A rugalmas napi munkaidő-beosztás elősegíti a napi pihenőidő kiadására vonatkozó szabályok betartását, hiszen, ha nem merev módon kerül meghatározásra a napi munkakezdés és munka befejezési időpont, akkor nem szenved sérelmet a napi pihenőidő kiadására vonatkozó szabályozás. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a közösségi előírásoknak való tényleges megfelelés források biztosítását teszi szükségessé.

A munkaidő szervezésre vonatkozó irányelv módosítása folyamatban van, azonban ez egy hosszadalmas – a Bizottság javaslatai alapján, a Tanács és a Parlament együttdöntési eljárása keretében folyó – közösségi döntéshozatali folyamat.

3. Várható tendenciák és kihívások az ellátásban

Ebben a fejezetben az elkövetkező évtizedek hazai egészségügyi ellátását érintő néhány témával foglalkozunk, mely rövidebb és hosszabb távon egyaránt meghatározza a humán erőforrás fejlesztésének feladatait.

2002 szeptemberében megjelent az Európai Unió új egészségstratégiája, melyben háromféle akció-típus szerepel:

- egészséginformáció (a lakosság egészségi állapota, az egészséget meghatározó tényezők indikátorai, egészségügyi rendszerek, elemzések),
- gyors reagálás (riasztórendszerek, epidemiológiai vizsgálatok, fertőző betegségek, más veszélyek),
- egészséget meghatározó faktorok (életmód, szociális-gazdasági tényezők, genetika, környezet). (Jávor Dr. – Kovács Dr. 2005)

Várható demográfiai változások

A tendenciák felvázolásakor a hosszú távú előrejelzésekre támaszkodtunk, melyben a becsült népességi, mortalitási és morbiditási adatok kaptak helyet. Ezek a trendek előrevetítik az ellátórendszer feladatait és a várható szakemberszükségeket.

Magyarországon a férfiak várható élettartama az 1970-es évek elejétől kétféle, míg a nőké valamivel több mint négy évvel emelkedett, ezzel párhuzamosan az EU-15 polgáraié több mint hét évvel nőtt. Tehát a lemaradásunk eredményeink ellenére tovább nőtt! A 2003-ban Magyarországon született csecsemők nemcsak az EU-15 tagországokban születetteknél számíthatnak rövidebb életre – a fiúk nyolc, a lányok öt évvel –, hanem a velünk egy időben csatlakozó új tagállamok polgárainak is kedvezőbb a várható élettartama (mindkét nem esetében közel másfél évvel). A születéskor várható élettartam nemzetközi összehasonlítását a 13. számú ábra mutatja.

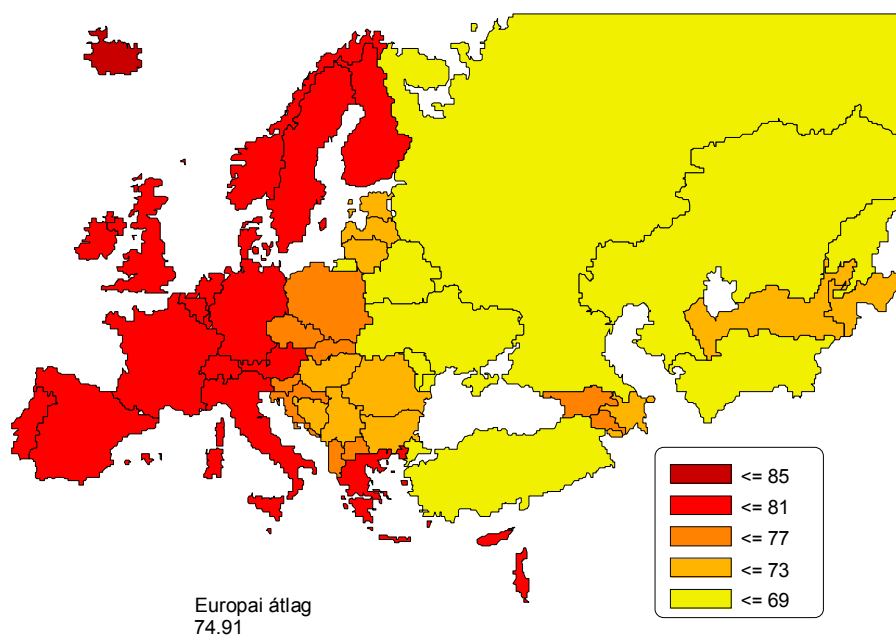
Életesélyeinket befolyásolja, hogy milyen településtípuson, illetve az országnak mely részén élünk. A legveszélyeztetettebbek azok, akik az ezer léleknél kevesebbet számláló aprófalvakban élnek. Az itt élő férfiak várható élettartama 2003-ban 2,7 évvel, a nőké 1,3 évvel volt rövidebb, mint az országos átlag. Halandóságuk pedig 16, illetve közel 7%-kal haladta meg az országos adatokat. A csecsemőhalandóság ezeken a településeken közel duplája volt az országos átlagnak. (KSH, 2005)

A következő 15 év alatt az ország népessége tovább fogy. A munkaképes korúak aránya a jelenleginél kb. 6%-kal lesz kevesebb, ugyanakkor a 64 évesnél idősebbek aránya 2001-hez képest mintegy 5%-kal nő. (EFK, 2005)

Az elöregedő lakosság fokozott igénytel jelentkezik az ellátó rendszerben, a rossz eltartó – eltartott arány pedig emeli az aktív keresők bérére rakódó terheket, így csökkenhet a gazdaság versenyképessége is. Várható viszont, hogy a 65 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya egynegyedével, a nőké kb. 7%-kal csökken.

Ezek a változások az ellátási kapacitások bővítését és a szakszemélyzet létszámának emelését kívánják meg.

Születéskor várható élettartam Európában



13. ábra
Születéskor várható élettartam Európában.
Forrás: HFA, DB, 2004

Életmódváltozások

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban is rendkívül rossz. A hasonló fejlettségű országok között is utolsó helyen állunk a morbiditási és mortalitási jellemzőinkkel, a születéskor várható élettartam az EU tagországai között az utolsó. A jelenlegi helyzet csak lassan fog változni, a rossz szokásokon, a káros szenvedélyeken és főként az életkörülményeken nehéz ütés-szerűen változtatni. A rossz egészségi állapotért elsősorban a magyar lakosság életmódja a felelős: a tradicionális táplálkozási szokások, a mozgásszegény életmód, a dohányzás, az alkohol, az egyre növekvő drogfogyasztás és a stresszel terhelt életkörülmények.

A jövő célja, hogy az egészség mint érték jelenjék meg a gondolkodásban, hogy ne csak akkor foglalkozzon a lakosság az egészségével, ha megbetegszik és ellátásra szorul. Amellett, hogy az egészségmegőrzés túlmutat az egészségügy keretein, a humán erőforrás fejlesztés fókuszába az egészséggondozást kell helyeznünk. (OGY, 2003)⁶ Az egészséggondozásban az iskolák szerepének is nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk, hiszen az egészségre nevelés akkor lehet igazán eredményes, ha már gyermekkorban elkezdjük.

Technikai forradalom

Az egészségügyben – csakúgy, mint a gazdaság számos területén – a technikai fejlődés nem áll meg, és nemcsak a diagnosztika és a terápia eszközei fognak tovább bővülni, hanem a dokumentációs–adminisztrációs háttér is átalakul. Ez a fejlődés magával hozza az ellátó személyzet fejlesztésének kényszerét is, mely mind mennyiségi, mind minőségi növekedést fog jelenteni.

⁶ 46/2003. OGY határozat az Egészség Évtizedének Nemzeti programjáról

A számítógépes technika megjelenése a betegek és betegségek nyilvántartásánál fontos szerepet játszik, hiszen nem csak a nyilvántartó rendszerek kezelését könnyíti meg, hanem segíti a gyorsabb, hatékonyabb feldolgozást, ezáltal a következtetések és tervezések hosszabb távon is lehetségessé válnak. Az informatikai fejlődés új szakmákat is generál, melyek informatikai tudást igényelnek, és ezekhez a megfelelő képzések válnak szükségessé.

A technika fejlődésének másik velejárója a gyógyítás és orvoslás területén jelentkezik. Egyre gyakrabban találkozunk olyan eszközökkel, mint pl. a CT és a PET, melyek a hagyományos gépeket, – mint pl. a röntgen – felváltják. Új eljárások jelennek meg, mint pl. az őssejt kutatás, a génterápiás eljárások vagy az új onkológiai és sugárterápiás eszközök, melyek új technikai jellegű tudást várnak el az egészségügyi szakemberektől.

Ahhoz, hogy ezeknek a kihívásoknak megfeleljünk, fontos, hogy a leendő munkaerőt felkészítsük a változásokra, és kijelöljük tevékenységének kompetenciahatárait. Mivel az újkor eszközei egyre költségesebbek, várható az eszközpark centralizációja, amely maga után vonja a szakembergárda területi átrendeződését is.

A fejlődés eredményeként megjelennek bizonyos automatikus, döntést támogató rendszerek, melyek kiegészítik a humán komponenst. A telemedicina is itt kopogtat a kapunknál.

Várhatóan informatikai rendszereken keresztül elérhetők lesznek a(z):

- adatbázisok, újságok, irányelvek, weboldalak,
- új ellátási és diagnosztikai formák,
- döntéstámogató rendszerek, intelligens kórtörténetek,
- a bizonyítékokon alapuló ellátás dokumentumai,
- statisztikák és adminisztratív adatok.

Azonban az egészségügy és az internet viszonyrendszerében a veszélyeket is látni kell. Nagyon fontos a tartalomszolgáltatás korrektsége, szabályozottsága, mivel sajnos számolni kell az inkorrekt, kiegyensúlyozatlan, manipulatív informálással is. Előfordulhatnak kereskedelmi motívumok, rejtett érdekek. Erőfeszítéseket kell tenni – lehetőleg önszabályozó módon – az etikus tájékoztatás érdekében.

4. Válaszok az egészségügyi humán erőforrás fejlesztés oldaláról (alternatívák)

Tendenciák az EU tagországaiban

Az egészségügyi személyzetben tapasztalható hiány az EU tagországokra egyaránt jellemző, bár más és más mértékben. Az újonnan csatlakozott országokban általában a humán erőforrás hiány olyan mértékű, hogy veszélyezteti az ellátás minőségét és hatékonyságát, sok esetben magát az ellátást is. Maga a hiány lehet ugyan különböző mértékű az igényekhez képest, de minden országban megoldást kíván.

Mint azt az előző fejezetekben láttuk, Európában az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek száma folyamatosan nő. Viszont a növekvő szükségletek, és az ennél is gyorsabban növekvő igények, illetve a specializálódási tendenciák még több szakembert igényelnek. Általános jelenség az orvosok és más egészségügyi szakképesítéssel bíró személyek másik tagállamban történő munkavállalása. Ennek mértéke a nemrég csatlakozott országokban, így nálunk is több mint amit a rendszer a megszokott eszközökkel kompenzálni tud. A helyzetet tovább rontja a betegellátásból elvándorlók száma, sőt a végzett szakemberek egy része el sem helyezkedik az egészségügyben. Ez régebben a szakdolgozókra, főként az ápolói területre volt jellemző, újabban viszont az orvosok vonatkozásában is megfigyelhetjük ezen tendenciákat. (Dr. Varga, 2004)

A létszámigény tervezhetősége

A kapacitásigény tervezhető és tervezik is a felsőfokú képzésekben. A felvételi irányszámokat évente a kormány határozza meg. A szakdolgozók esetében az utánpótlás biztosítására ilyen tervezési rendszer nem működik.

A szakdolgozók vonatkozásában az elmúlt években rendszerré vált támogatások (pl. társadalmi ösztöndíj, szakápolói képzés támogatása) pozitív hatást gyakorolnak a létszámhelyzetre, de ezek csak a pályán tartást segíthetik elő. (Dr. Balázs, 2005/1)

A tanulmányaikat be nem fejezők és a betegellátásban el sem helyezkedők nem a szakma, hanem az oktatás veszteségei – mondjuk, de ezzel együtt a képzési költségek egészben vagy részben veszteségként jelennek meg.

A veszteség oldalon számolnunk kell főként az időskori nyugállományba vonulással, az aktív korban bekövetkezett halálozással, a pályaelhagyással és újabban a külföldi munkavállalással is. Az első két összetevő statisztikai eszközökkel „kézben tartható”, követhető, a külföldi munkavállalás viszont nem. Ez utóbbi ellentételezéseként viszont a szakemberek környező országokból történő bevándorlása jelenik meg, melynek mértéke és minősége igen heterogén.

Tehát kimondható, hogy több egészségügyi dolgozóra van szükség. De honnan? Európa egyes országaiban a hiány pótlását az egészségügyi szakemberek „importjával” próbálják kompenzálni. A fejedelmek cégek egyre-másra jelennek meg az EU-n belüli és kívüli országokban, kedvező – a hazainál nagyságrendekkel nagyobb – bérezést, jobb munkakörülményeket kínálva. Ezen ajánlatokkal mi nem tudunk versenyezni, ezért meg kell becsülni azokat a migrációs szándékokat, melynek célországa hazánk, etikus keretek között támogatni kell a magyarországi munkavállalás lehetőségét. Ezen túlmenően, a humán erőforrás biztosítása érdekében aktív képzési és migrációs stratégiát kell kidolgoznunk. Viszont tudatában kell lennünk annak, hogy a képzési keretszámok növelése csak hosszabb távon, míg a migrációs politikáé viszont azonnal érzékelhető.

Másik stratégiai irányként kell kezelnünk az egészségügyi ellátásban dolgozó nem egészségügyi végzettségű szakemberek mennyiségi és minőségi növelését, illetve az ágazaton belüli munkamegosztás újragondolását. Az elmúlt években már érezhető az ezen irányú tendencia előretörése, s ezek a nem orvos végzettségű magasan kvalifikált szakemberek egyre inkább megjelennek az ellátás különböző területein. Kompetenciájukat szabályozott keretek között bővíteni szükséges.

A „véglegesnek” mondható megoldást a fentiek mellett csakis az egészségügyi ellátórendszer átstrukturálása, centralizálása jelenheti, mely a jelenlegi gazdasági és politikai környezetben a legnehezebb feladat. Hosszú távon ezen változást nem kerülhetjük el.

5. Az egészségügyi humánerőforrás fejlesztés operatív feladatai

Az egészségügyi humán erőforrás fejlesztés operatív feladatai a problémafa alapján elkészült célfa mentén határozhatók meg. A célfa tartalmazza a stratégiai terv egyes elemeit, amelyek operacionalizálása szükséges ahhoz, hogy sikeres legyen a megvalósítás.

Az operatív feladatok meghatározása során a stratégiai tervezés alapelemeit vettük figyelembe, melyek a jövőképre és a rövid illetve a hosszú távú feladatokra fókuszálnak. A fejezetben meghatározásra kerülnek a változtatás irányai, indikátorai, a fejlesztés prioritásai és azok a szervezetek, melyek az operatív programban közreműködnek.

A felvázolt problémák és a megoldásukra kínálkozó stratégiák több kapcsolódási pontot is mutatnak, ez jelzi a problémakör bonyolultságát és szövevényes összefüggésrendszerét.

5. 1. Kapcsolódás a fejlesztési prioritásokhoz és egyéb ágazati programokhoz

A humán erőforrás stratégiája csakis az egészségügyi ellátás fejlesztését meghatározó többi koncepcióval együtt értelmezhető. Egymásra hatásuk, szinergizmusuk vitathatatlan, mivel a jelen programnak kell biztosítania a humán háttért a többi programokban felvázolt célok eléréséhez.

Álljon itt egy példa a fenti állítás igazolására: Az „Egészség Évtizede Program” egyik prioritása az elmaradott régiókban a korszerű térségi járóbeteg diagnosztikai és szűrőközpontok kialakítása. A program keretében beinduló szűrések szakemberigényét biztosítani kell, mivel ezen feltétel hiánya vagy elégtelensége a célok megvalósulását veszélyezteti. Ez nem is olyan könnyű feladat, mivel optimális keretek között is az új szakemberek munkába állítása hosszú éveket vesz igénybe. A humán erőforrás fejlesztésnek minden programban az első lépésnek kell lennie, különben fáziskéséssel kell számolnunk. (Esetleg nem lesz ki üzemeltesse az újonnan beszerzett diagnosztikai eszközöket!)

Ezen gondolatsor mentén, az operatív feladatok meghatározásakor figyelembe kell venni az alábbiakat:

- Európa terv,
- Egészségügyi és Fejlesztéspolitikai Koncepció, EüM,
- Humánerőforrás Fejlesztés Operatív Program 2004-2006,
- Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program 2005. november,
- Az ápolás és szülésznőség fejlesztésének stratégiai irányai (Egészségügyi Világszervezet),
- Nemzeti Rákellenes Program 2006. február,
- A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja 2006. március,
- Az orvosi humánerőforrás fejlesztés lehetséges irányai 2007-13 között

című dokumentumok iránymutatásait.

5.2. Stratégiai irányok

A humán erőforrás fejlesztés stratégiáján belül hat prioritást fogalmaztunk meg, melyek összhangban vannak a WHO készülő, „az egészségügyi dolgozók évtizede” című programjával.

Ezek a következők:

1. befektetés az egészségügyi szakemberek képzésébe és továbbképzésébe,
2. az ellátási igény és a szakember ellátottság regionális összehangolása,
3. a migráció hatásainak kompenzálása és kezelése,
4. bérezés és egyéb anyagi juttatások fejlesztése, növelése,
5. az egészségügyi dolgozók motivációjának egyéb lehetőségei,
6. munkamegosztás az egészségügyi ellátásban és a szakképzettségnek megfelelő munkavégzés megvalósulása.

A fenti irányok részben vagy teljes mértékben képesek kezelni a kialakult helyzetet, egyfajta „menüt” kínálva a problémák kezelésére. A „menüből” választás a szakmapolitika feladata, melyet ezen dokumentumhoz kapcsolódó intézkedési tervben kívánunk ismertetni.

5.2.1. Befektetés az egészségügyi szakemberek képzésébe és továbbképzésébe

Ahhoz, hogy az egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek munkájukat megfelelő szinten, a társadalom és adott gazdasági közeg elvárásainak eleget téve tudják végezni, folyamatosan fejleszteni kell szakmai tudásukat, készségeiket és személyiségüket. Ennek a fejlesztési-fejlődési folyamatnak a klasszikus eszköze a képzés.

A képzésnek a szakmai igényeket kell kielégítenie, az egészségügy fejlődésének elvárásait figyelembe véve. Vagyis fel kell „rajzolni” a jövőképet. Ez komoly kihívást jelent, a képzési szerkezet és tartalom vonatkozásában egyaránt. E kettőségre figyelemmel egyértelművé válik, hogy alapvetően az egészségügynek olyan képzésre van szüksége, amely tudásközpontú, átfogó és interdiszciplináris. (EFK, 2005)

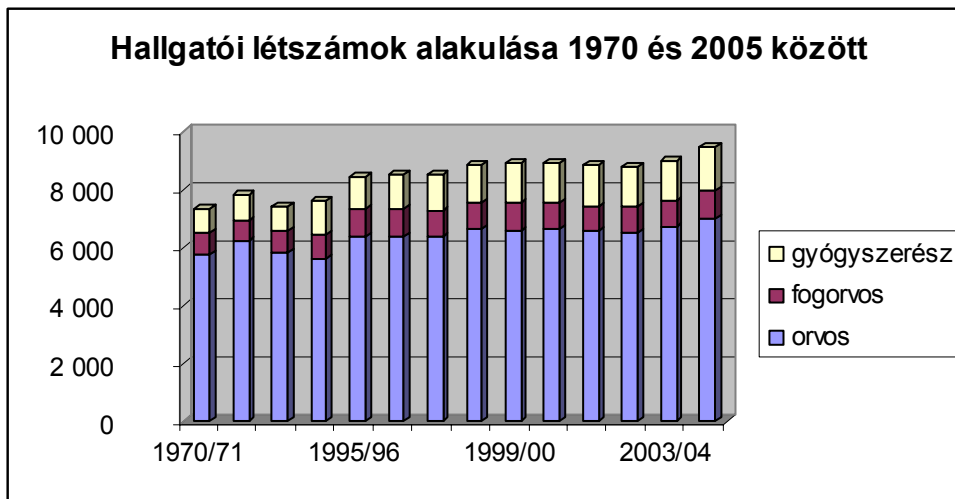
A képzés sajátos ellentmondása, hogy részben meg kell előznie a gyakorlatot, részben pedig a gyakorlat eredményeit kell beépítenie a tartalomba. Ugyanakkor ma elsődleges szempont a turbulensen változó munkaerő-piaci igényeknek megfelelni tudó képzettség, amellyel a munkavállaló „meg tud élni” a munkaerő-piacon.

Az egészségügyön belüli humánerőforrás fejlesztés célja olyan szakemberek képzése, akik képesek az ellátandó emberekről (egészséges és beteg egyaránt) holisztikusan gondolkodni, és önmagukat is ilyen értelemben fejleszteni.

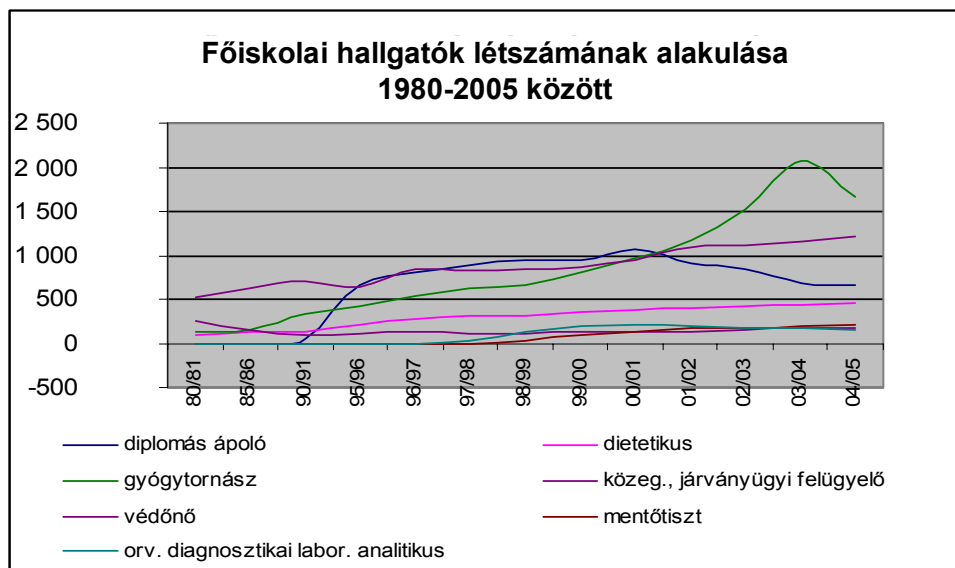
A képzésnek, mint humánerőforrás fejlesztő módszernek az egészségügy keretében több dimenzióját kell megvizsgálnunk. Vertikálisan és horizontálisan is számos problémát fedezhetünk fel, melyek egymással kölcsönhatásban vannak.

a) Felsőoktatás

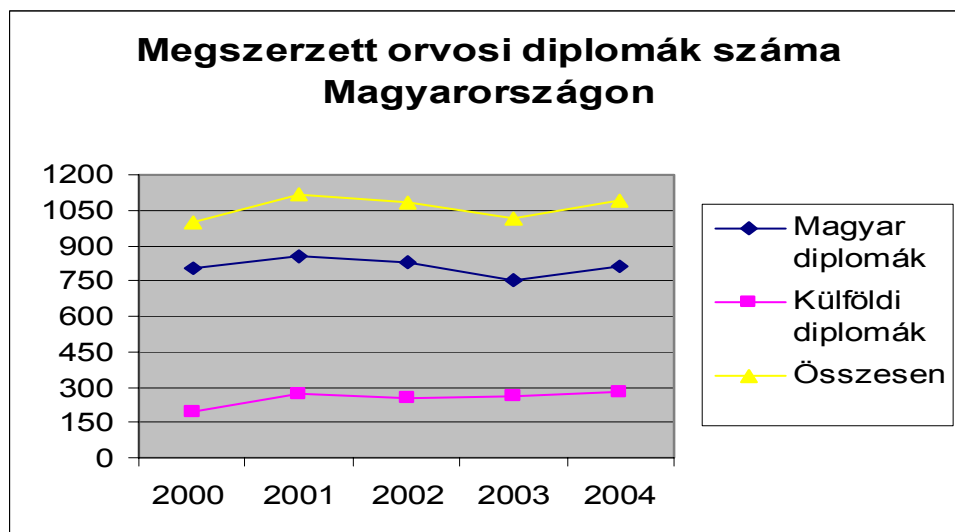
Ma Magyarországon az egészségügyi dolgozók felsőfokú képzése az egyetemi, főiskolai keretekben valósul meg. A keretszámok az elmúlt években túlnyomó többségben folyamatosan növekedtek (14, 15, 16. ábra), de összességében nincsenek arányban a társadalom elvárásaival.



14. ábra
Forrás: KSH, 2005



15. ábra
Forrás: KSH, 2005



16. ábra
Forrás: ÉIő, 2005

Az orvosi hivatás az adott kortól és társadalomtól függetlenül mindig magas presztízzsel rendelkezett. Ez volt az a vonzerő, amely biztosította, hogy a nagyszámú jelentkező közül csak az orvosi hivatásra legalkalmasabbakat válasszák ki. Napjainkban az orvosok megítélése szerint anyagi helyzetük, erkölcsi megbecsülésük nem megfelelő. A rendszerváltást követően néhány foglalkozási ág, például a közgazdászok, jogászok és az üzleti élet szereplőinek anyagi helyzete – az orvosokéval ellentétben – jelentősen javult, ami az orvosi hivatás iránti érdeklődést és a szakma vonzerejét átmenetileg csökkentette.

Általános orvosi oklevéllel jelenleg 81-féle szakképesítés szerezhető, melyek közül 39 az alap, illetve 52 az úgynevezett ráépíthető szakképesítések száma. Fogorvosok ötféle szakképesítést szerezhetnek.

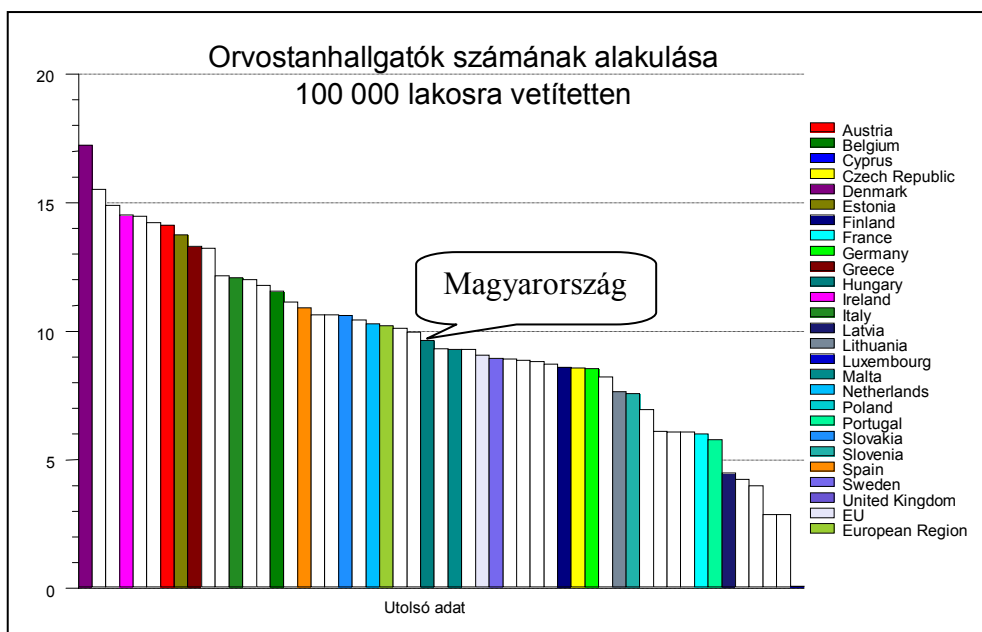
A jelenlegi ellátórendszerben számos okra visszavehető orvoshiány figyelhető meg, ezért egyre több a betöltetlen orvosi állások száma.

A hiány kialakulásának okai különösen:

- az orvostudomány keretszámainak a rendszerváltást követő években történő csökkentése,
- pályaelhagyás (pl.: „orvoslátogató” vagy más, nem is egészségügyi pálya választása),
- tartós külföldi munkavállalás,
- közalkalmazotti bértábla okozta feszültség.

A fentiek mellett a lakosság rossz egészségügyi állapota is indokolja az orvostudomány keretszámának fokozatos növelését. (Az EU-ban a 100 000 lakosra vetített magyar orvos létszám a középmezőnyben helyezkedik el. – 17. ábra.) A költségtérítéses képzés iránti csekély érdeklődés miatt elsősorban az államilag finanszírozott hallgatói létszám emelése jön szóba. Az erre vonatkozó – hosszú távú eredményeket biztosító – lépések megtételére sor került. 2004-től az államilag finanszírozott hallgatói létszámkeret fokozatosan emelkedett. Az orvostanhallgatói létszám a 2004. évi 740 fős keretszámról 2005/2006-ra 900-ra nőtt, míg a 2006/2007. évre felvehető hallgatói létszámnak az oktatási tárcával és az egyetemekkel egyeztetve további 66 fővel történő emelésére kerülhet sor. Így összességében 226 fővel emelkedik 3 év alatt a hallgatói létszám.

Természetesen ennek érzékelhető hatása – a szakorvosi képzés idejét is figyelembe véve – legkorábban 9-10 év múlva jelentkezik.



17. ábra
Forrás: HFA, 2005

A tervezésnél középtávon teljesen új szakmák megjelenésével nem kell számolni, azonban adott szakterületeken a telemedicina fejlődésével csökkenthető a szakorvosi létszám iránti igény.

Jelenleg a felsőoktatás keretében oktatott szakmák egy részének nincs EU megfelelője (védőnő, mentőtiszt), és egy másik részének számos átfedése figyelhető meg a középfokú szakképzés egyes szakjaival (pl. ápoló, orvos diagnosztikus laboratóriumi analitikus). Mindezek mellett ezen egyre erősödő csoport fejlesztése lehet az egyik megoldási komponense az orvoshiánynak.

Bolognai folyamat

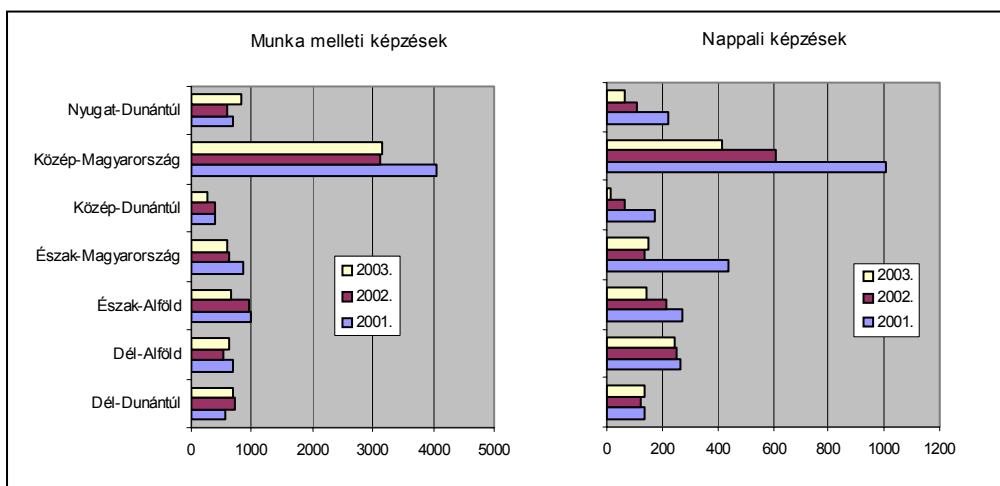
A felsőoktatásról szóló 1993. évi törvény módosításával megnyílt a törvényi lehetőség a felsőoktatási alapképzési szakok átalakítására, a bolognai folyamatnak megfelelően. Az orvostudományi képzési ágban osztatlan szakok (360-300 kredit), illetve az egészségtudományi ágon – az alapkoncepciótól eltérő – négy éves (240 kredit) alapszakok jöttek létre. Ezek a változások vélhetően könnyebbé teszik a munkaerő-piacra való belépést és alkalmazkodást a felsőoktatásban tanulók számára.

A BsC fokozatok 2006. évi indítása mellett a master szakok is meghatározásra kerülnek. Így 2006-tól a korábban végzett, főiskolai végzettségű egészségügyi szakdolgozók is szerezhethetnek master fokozatot. Természetesen a munkakörök, kompetenciák, vezetői hatáskörök gondos áttekintésére van szükség annak érdekében, hogy a frissen végzett szakemberek képzettségüknek, szaktudásuknak megfelelő felelősséggel és hatáskörökkel láthassák el feladatukat.

b) Szakképzés

Az egészségügyi szakképzési rendszerben jelenleg 69, az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő szakképesítés területén folyik képzés. A szakképzést folytató közoktatási intézmények száma 59.

A tanulói létszám átlagosan –, az elmúlt három évet vizsgálva, mind a munkamelletti, mind a nappali tagozatokon egyaránt – csökkenő tendenciát mutat. Az elmúlt három évben munka melletti képzésben 17,48%-kal, míg a nappali képzésben 53%-kal csökkent a tanulói létszám. (18. ábra)



18. ábra
2001-2003. év képzési adatai munka melletti és nappali tagozaton
Forrás: OSAP⁷

⁷ Országos Statisztikai Adatszolgáltatási Program

A szakképzési rendszer 1993. évi átalakítása következtében egyre inkább dominánssá vált a munkaerő-piaci igényre alapozott szakképzés. Mindezek ellenére a képzési struktúránk a tradíciókra épülő, elaprózott, számos specialitást és szubspecialitást tartalmaz. Ezen megállapítást a képzési statisztikai adatok is alátámasztják (OSAP). A 69 szakképesítés közül 29-ben – az elmúlt négy évben (2001-2004) – a végzetek száma 100 fő alatt maradt, illetve 20 szakképesítés esetében mindössze 1 alkalommal indult képzés.

A gond nem csak a képzési rendszer felaprózottságából, hanem a képzésben résztvevők számából is adódik. Míg tíz évvel ezelőtt évente tízezren felül szereztek egészségügyi szakképesítést, 2001-ben 8584, 2002-ben 5990, 2003-ban 6890, míg 2004-ben 8385 fő végzett ezen a szakmaterületen. A létszám csökkenése jelentős, képzőhelyek bezárásához vezetett. A 2003-tól megfigyelhető emelkedés látszólagos, mivel az egészségügyi szakképesítést szerzők jelentős száma nem az egészségügyi ellátásban vállal munkát (pl. gyógymasszőr – wellness).

Az egészségügyi szakdolgozói szakképesítések közül az ápolói és szülésznői tartozik az EU szektorális szakképesítései közé. Ezek a képzések az európai irányelveknek megfelelően folynak, és ezt kiegészítve évek óta felzárkóztató programokat hirdetünk a korábban végzett (nem EU-irányelveknek megfelelő végzettséggel rendelkező) szakemberek számára.

A szakképzési rendszerben az egyes képző intézetek által indított szakok esetlegesek, a jelentkezők számától függnek. Az egészségügyi szakok negatív társadalmi presztízse meghatározó a pályaválasztásban. Az alapképzések esetében a hagyományos pályaelképzelések jellemzőek, amelyek gyakran nincsenek összhangban a valós lehetőségekkel és a tényleges munkaerő-piaci igényekkel. A pályaeorientáció esetleges, a családi hagyományokból táplálkozik a tanulók pályaválasztása (pl.: ápoló képzés).

A szakképzési rendszer problémáinak kialakulásában szerepet játszanak a képző intézmények is, ugyanis sok esetben a „létükért” küzdve igyekeznek megtartani diákjaikat, azon az áron is, hogy oktatóik egy részének végzettsége nem az oktatási intézmény profiljának megfelelő. A tantestületek általában csak néhány fajta szakképzésre „szakosodtak” az iskolai rendszerű képzésekben. A speciális szakok oktatása még a külső előadókkal sem biztosítható minden esetben optimálisan.

A tárgyi feltételek biztosítása is gondot okoz, mivel a korábban működő egészségügyi szakiskolai és a szakközépiskolai képzésekhez felszerelt iskolák bázisán folynak az érettségire épülő képzések. A fejlesztési lehetőségek korlátozott volta nem teszi lehetővé az állandó szakváltásokhoz igazodó eszközpark kialakítását.

Az egészségügyi szakképző intézetek között nem alakult ki a munkamegosztás, vagyis nem „osztottak meg” a szakokon. Sok a kis létszámú párhuzamos képzés egyes régiókban.

Mint az a Kórházzövetség 2006. évi felméréséből is kiderült, a fekvőbeteg ellátó intézmények leginkább szakképzett, speciális szakmai ismeretekkel rendelkező munkatársakat szeretnének foglalkoztatni az ellátásban. Ez a szakképzés iskolarendszeren kívüli felnőttképzési ágának az erősítését igényli.

OKJ korszerűsítése

A szakképzési rendszer jelenlegi fejlesztési folyamatában teljes mértékben átalakul az OKJ szerkezete. Megjelennek az ún. alap-szakképesítések, a rész-szakképesítések, az elágazások és a ráépülések az egészségügyi szakok vonatkozásában is.

A fejlesztési folyamat további szakasza a képzési tartalmak és követelmények korszerűsítése.

A moduláris szerkezetű képzés szükséges a felsőoktatásban és a szakképzésben is. A moduláris átalakítás javíthatja a jelenlegi helyzetet, mivel a modulok tartalmi országosan összehangolt fejlesztési folyamat alapján egységesen készülnek el. Így lehetségessé válik a hozott tudás elemeinek beszámítása, elismerése és ezáltal az új képzési formába történő továbblépés esetén a képzési idő csökkentése. Ez a rendszer valódi átjárhatóságot biztosít a szakmacsoportokon belül és a szakmacsoportok között is.

c) A szakképzési rendszerek összehangolása

Az egészségügyi szakemberek képzése jelenleg összehangolatlan, széttagolt formában valósul meg, ez a képzési tartalmak átfedését, kompetenciáik tisztázatlanságát eredményezi. Nem alakult ki párbeszéd a felsőoktatás és a szakképzés között, de ugyanez mondható el a szakoktatás és a közoktatás (szakközépiskolai képzés) viszonylatában is.

A szakképzés és a közoktatás keretében folyó szakmai orientációs és szakmai alapozó (szakközépiskola) tantárgyak tartalma nincs összhangban a szakképzésben oktatott tananyaggal, ezért azok beszámítására (a képzési idő csökkentésére) ma alig adódik lehetőség.

d) Kompetenciák meghatározása

Az orvosok és egyéb diplomások, továbbá az egészségügyi szakdolgozók között a kompetencia határok gyakran nem egyértelműek.

A jelenlegi szakképzésben az egészségügyi szakok évek óta visszatérő problémája a képzés által megszerzhető kompetenciák konkrét meghatározásának hiánya.

A jelenleg is érvényben lévő szakmai és vizsgakövetelmények tartalmazzák ugyan az elsajátítandó ismeretek és tevékenységek halmazát többé-kevésbé pontos megfogalmazásban. Ezek a leírások azonban nem egységesek a követelményszintek megfogalmazásában, így értelmezési zavarokra adnak okot.

A követelményrendszerek nagy része korszerűsítésre szorul a mai szakmai elvárásoknak megfelelő tudás és készségek biztosítása érdekében. A követelményrendszerek nem kompetencia alapú képzésekhez készültek, így nem tartalmazzák az elvárt szakmai kulcs- és funkcionális kompetenciákat.

Elsősorban a fejlettebb nyugat-európai országokban jellemző tendencia, hogy egyes nálunk csak orvos által végezhető tevékenységeket ápolók, magasan képzett asszisztensek végeznek.

e) A képzések módszertani kérdésköre

A képzések tartalmi elemei mellett egyre nagyobb hangsúly helyeződik a módszertani elemekre, melyek mind elméleti, mind gyakorlati oldalról fejlesztésre szorulnak.

Az Amszterdami Szerződés egyértelműen kifejezi az EU elkötelezettségét, mely szerint a legmagasabb szintű tudást szükséges biztosítani az oktatás széleskörű elérhetőségével és a tudás folyamatos megújításával. (Szabó, 2004)

A tudásszerzés egyik lehetséges formája a nyitott szakképzési formák elterjesztése. Ennek lényege, hogy a képzésben résztvevők számára időben és térben jelentős megkötöttségek nélkül az elsajátítandó tananyagot, valamint az elsajátításra vonatkozó útmutatást és a megszerzett tudás ellenőrzését különböző információhordozók (nyomtatott anyagok, audio- és videokazetták, számítógép, stb.) segítségével közvetítik (távoktatás). E képzés során lehetőség van a tananyagok hagyományos papíralapú változatán túl informatikai hálózaton keresztül történő elérésére is (e-learning).

Erre egyre több sikeres és kevésbé sikeres példát (kísérletet) tudunk mondani az egészségügyi képzés területén, de ma még korántsem kielégítő ez a kínálat. A programok fejlesztése komoly technikai tudást és eszközparkot igényel, ezért távoktatási központok kialakítására van szükség.

A felsőoktatásban és a középfokú szakképzésben az egészségügyi szakok az előírt követelmények szerint gyakorlatorientáltak. Az emberen gyakorlás céljából történő beavatkozások végzésének lehetősége etikai és egészségügyi szempontok miatt korlátozott, ezért bizonyos gyakorlati követelmények elsajátításához megfelelő technikai megoldások és szimulátorok szükségesek (pl.: terápiás és diagnosztikus beavatkozások video-bemutatása, ápolási baba, reanimációs fantomok, kar-, medence-, felsőlégúti szimulátorok stb.).

f) Továbbképzési rendszer továbbfejlesztése

Az élethosszig tartó tanulás (Llife Long Learning) elvének érvényesítése és érvényesülése ma már az egészségügyben nem lehetőség, hanem kötelezettség. Ezt támogatják a továbbképzési rendszerek. Napjainkban letisztult továbbképzési rendszer működik Magyarországon, melynek folyamatos fejlesztése alapvető fontosságú.

Licence vizsgák

A szakma gyakorlásához szükséges egyre újabb és újabb ismeretek és készségek elsajátítása a formális, a nonformális és az informális tanulási utakon egyaránt lehetséges. Sok esetben viszont csak egy vagy néhány új kompetencia elsajátítására lenne igény, amelyre a mai képzési és továbbképzési, illetve vizsgáztatási rendszer nem ad még lehetőséget. Erre a problémára megoldás lehet a közösségi jog által is szorgalmazott licence vizsgák bevezetése.

Nem egészségügyi végzettségű szakemberek továbbképzése

Az egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező szakemberek szakirányú szakképesítésére már találunk példákat (klinikai szakpszichológusok, klinikai biokémikusok és klinikai mikrobiológusok), ugyanakkor továbbképzési rendszerük kialakítása is szükséges.

Az egészségügyi szakdolgozók és nem egészségügyi szakemberek körében a szakmai sajátosságok, specialitások, és összefüggések megismertetésével kell hozzájárulni a kölcsönösen hatékony munkavégzéshez. Az egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkezők munkájának megkönnyítését szolgáló egészségügyi alapismereteket nyújtó továbbképzések szervezett kerete nem alakult ki. A helyi próbálkozások esetlegesek és kevés szakembert érintenek (pl. az egészségügyben dolgozó gazdasági szakemberek ez irányú továbbképzésének szervezése megkezdődött).

Önkéntesek felkészítése

A közérdekű önkéntes tevékenységről szóló 2005. évi LXXXVIII. törvény szabályozza az egészségügyben az önkéntesek foglalkoztatását.

Az egészségügyben tapasztalható ápoló hiányt hivatott enyhíteni az önkéntes segítők bevonása a betegek ápolásába és lelki támogatásába. Az önkéntes segítői rendszer kiépítése a 2000-es évek legelején megindult néhány kórházban, de sajnálatos módon csak átmeneti eredményeket hozott, ugyanis a kórházaknak nincsenek anyagi forrásaik az újabb önkéntesek toborzására és kiképzésére. (Megjegyzendő, hogy a kulturális hagyományainkból is hiányzik a segítségnyújtásnak ez a formája.)

g) A képzési, továbbképzési támogatási rendszerek összehangolása

A képzési és továbbképzési rendszer támogatásának hagyományai vannak az egészségügyi szakképzésben, bár csökkenő forrásai egyre kevésbé tudják kielégíteni az elvárt megjelenő igényeket.

- Az Egészségügyi Minisztérium évek óta folyamatos jelleggel pályázatot hirdet az ápolók munkahelyi társadalmi ösztöndíjának támogatására. Az ápolói szakképesítést nappali képzésben megszerzők munkahelyi – társadalmi ösztöndíjjal történő támogatására kiírt pályázat célja az ápolói pálya vonzóbbá tétele és a nappali képzésben résztvevő tanulók anyagai támogatása.
- Ápolói alapképesítésre épülő szakosító képzések támogatása évi rendszerességgel a szakápolói szakmacsoportot érinti, mely csökkenti az egészségügyben továbbtanulni szándékozó ápolók terheit, elősegíti a pályán maradást.
- A tárca a szakasszisztensek képzését a vizsga költségeinek részleges vagy teljes átvállalásával, illetve a szakmai vizsgát megelőző ún. klinikai demonstrációs egységek támogatásával segíti.
- A szakdolgozók továbbképzésének támogatása pályázati keretek között valósul meg. Eredményképpen több ezer közép- és felsőfokú végzettségű szakember kap támogatást továbbképzési kötelezettsége teljesítéséhez.

A támogatások másik csoportja a szakmai programokhoz kötődik (pl. az onkológiai program), melyek egyaránt érintik az orvosokat, szakápolókat illetve szakasszisztenseket.

A támogatási rendszerek elősegítik a képzésekben résztvevők számának növekedését és így a szakmai tudás fejlesztését is hatékonyan támogatják. A támogatási rendszerek kiterjesztésére, összehangolására és bővítésére van szükség más egészségügyi és nem egészségügyi szakmaterületeket bevonva .

5.2.2. Az ellátási igény és a szakember ellátottság regionális összehangolása, hiányszakmák

Regionalitás

Az Európai Unió az egységes regionális politika érvényesítése céljából ún. NUTS-régiókra osztotta fel az EU tagországait. A NUTS-rendszer egy háromszintű hierarchikus rendszerezés, mely minden országot feloszt NUTS 1 régiókra, minden NUTS 1 régiót feloszt NUTS 2 régiókra, amiket tovább oszt NUTS 3 régiókra. A NUTS-osztályozás előírja azt is, hogy a különböző NUTS-régiók milyen minimális és maximális lakosságszámmal rendelkezzenek.

Így a nagy történelmi múlttal rendelkező országok szerepét átveszik az egyre több joggal és lehetőséggel rendelkező régiók. Európai Unió ajánlás szerint egy régió körülbelül kétmillió embert foglal magában.

A régió fogalma: „Egyedi sajátosságokat felmutató, valamilyen közös jellemzőket magában foglaló s ezek alapján földrajzilag elhatárolható területi egység.” (Bajor - Dr. Pözse, 2001.)

Ennek megfelelően a NUTS 2 Magyarországon hét tervezési és statisztikai régiót különít el:

- Dél-Alföld: Bács-Kiskun-, Békés-, Csongrád megye (DA)

- Dél-Dunántúl: Baranya-, Somogy-, Tolna megye (DD)
- Észak-Alföld: Hajdú-Bihar-, Jász-Nagykun-Szolnok-, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (ÉA)
- Észak-Magyarország: Borsod-Abaúj-Zemplén-, Heves-, Nógrád megye (ÉM)
- Közép-Dunántúl: Fejér-, Komárom-Esztergom-, Veszprém megye (KD)
- Közép-Magyarország: Budapest és Pest megye (KM)
- Nyugat-Dunántúl: Győr-Moson-Sopron-, Zala-, Vas megye (NYD)

Az alábbiakban a fenti felosztás szerint kerül áttekintésre az egészségügyi humán erőforrás helyzete.

Az egészségügyben jelentkező regionális ellátási igény és a rendelkezésre álló szakember kapacitás nem mindenkor van összhangban. Az egészségügyi ellátás egyenetlensége országsszerte problémát jelent. (19-20. ábra)

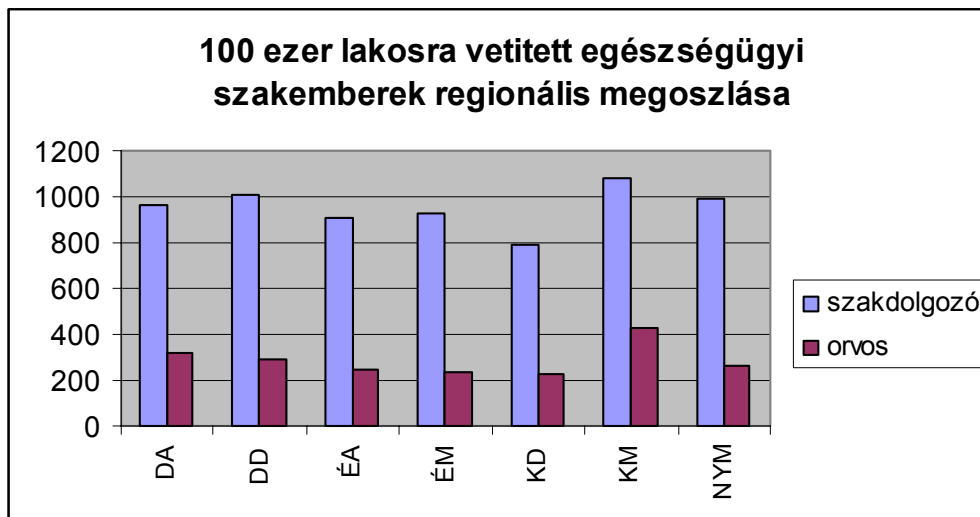
Az alábbi adatok alapján százezer lakosra vetítve a szakdolgozói szám 953 fő, míg az orvosok esetében 334 fő. Az alapelv az, hogy a régiók mindegyike rendelkezzen olyan egészségügyi ellátórendszerrel és szakemberekkel, amely kielégíti (közel hasonló mértékben) a lakosság ellátási igényeit.

Terület (régió)	Népesség 2005.I.1.	szakdolgozói állások száma (betöltött) 2004	orvosi állások száma (betöltött) 2004
Dél-Alföld	1 354 938	13 029	4 295,4
Dél-Dunántúl	977 465	9 871	2 800,9
Észak-Alföld	1 541 818	13 970	3 836,6
Észak-Magyarország	1 271 111	11 815	2 998,8
Közép-Dunántúl	1 110 897	8 804	2 493,0
Közép-Magyarország	2 840 972	30 811	12 110,8
Nyugat-Dunántúl	1 000 348	9 888	2 607,6
Mindösszesen:	10 097 549	98 188,00	31 143,10

19. ábra

Az ellátandó lakosság és az ellátó személyzet néhány kiemelt adata

Forrás: KSH, 2005



20. ábra

Az egészségügyben dolgozó 100 ezer lakosra vetített szakdolgozói és orvos létszámok

Forrás: KSH

Dél-Alföld

A régiót három megye: Bács-Kiskun, Békés és Csongrád alkotja. A régió területe az országban a legnagyobb. A régió egyetemi hagyományainak, nemzetközi jelentőségű biológiai és agrárkutató bázisainak köszönhetően az ország egyik meghatározó kutatás-fejlesztési centruma. Dél-Alföld gazdag gyógy- és termásvíz készletekben, ami lehetőséget biztosít a gyógyturizmus fejlesztésére. (MMN, 2003)⁸

Az ellátandó lakosság 1 354 938 fő, ebből 278 828 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 4 295 orvos és 13 029 egészségügyi szakdolgozó vesz részt. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 57%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 43%-a. A régió százezer lakosra vetített arányszámai mind a szakdolgozók (101%), mind az orvosok (111%) vonatkozásában pozitív irányba tér el az országos átlagtól.

Dél-Dunántúl

A régiót Somogy, Tolna és Baranya megye alkotja. A Dél-Dunántúl a kevésbé fejlett régiók közé sorolható. Ennek oka elsősorban a régió nagy részének rossz megközelíthetősége, valamint a déli határ menti perifériás fekvése. A régió jelentős, országos szinten is kiemelkedő K+F kapacitással rendelkezik, ez azonban főleg a pécsi egyetemi központra korlátozódik. Népsűrűsége 70 fő/km², ami az országban a legalacsonyabb. A régió tehát kis létszámú és gyéren lakott. (NFT, 2002)

Az ellátandó lakosság 977 465 fő, ebből 200 378 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 2 800 orvos és 9 871 egészségügyi szakdolgozó vesz részt. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 61%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 44 -a. A Dél-Alföldhöz hasonlóan a százezer lakosra vetített arányszámok mind a szakdolgozók (106%), mind az orvosok (101%) számában pozitív eltéréseket mutatnak. A szakdolgozók vonatkozásában az ország legjobban ellátott régiója.

⁸ Az egészségügy szakdolgozói humán erőforrása. Munkamonográfia, 2003.

Észak-Alföld

A régiót Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye alkotja. A régió népességének közel fele társadalmi-gazdasági szempontból stagnáló vagy lemaradó térségben él, ahol a munkaerő-piaci és jövedelmi helyzet az átlagosnál rosszabb.

Debrecen, Nyíregyháza jelentős felsőoktatási hagyományokkal rendelkezik, ami megfelelő alapot jelent a tudásbázis fejlesztéséhez. A régió határai az EU csatlakozást követően néhány év múlva „schengeni határrá” válnak. (NFT, 2002)

Az ellátandó lakosság 1 541 818 fő, ebből 360 081 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 3 836 orvos és 13 970 egészségügyi szakdolgozó vett részt. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 53%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 36%-a. Sajnos mind az orvosok (85%), mind a szakdolgozók (95%) vonatkozásában a százezer lakosra vetített szakember ellátottság alul marad az országos átlagnak.

Észak-Magyarország

A régiót Nógrád, Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megye alkotja. A rendszerváltozás előtt a régió gazdaságát elsősorban a nehézipar és a bányászat határozta meg. A kilencvenes évek elején az ipari termelés visszaesése miatt a térség egésze depressziós jellegűvé vált, s azóta országosan itt a legmagasabb a munkanélküliség. Napjainkban a térség egyik vonzerejét a gyógyvizek jelentik.

Az észak-magyarországi régió belső elérhetősége a hegyvidék által nehezített közlekedés miatt kedvezőtlen. A régió kistérségeinek fele stagnáló vagy elmaradott terület. Az északi határ menti aprófalvas térség az ország legszegényebb területe, melyet jelentős elvándorlás sújt. (NFT, 2002)

Az ellátandó lakosság 1 271 111 fő, ebből 281 585 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 2 999 orvos és 11 815 egészségügyi szakdolgozó dolgozik. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 58%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 37%-a. Szakember ellátottsága az országos átlag alatt marad, a szakdolgozók tekintetében ez az arány 97,5%, míg az orvosok vetületében 82,6%.

Közép-Dunántúl

A régiót Veszprém, Fejér és Komárom-Esztergom megye alkotja. 1994-2000 között a leggyorsabb ütemű fejlődést felmutató régió. A felsőoktatási kapacitások szűkösek.

A régió közlekedés-földrajzi helyzete rendkívül kedvező, Budapestről és Nyugat-Európa felől egyaránt jól megközelíthető. A régió belső tagoltságát tekintve heterogén. (NFT, 2002)

Az ellátandó lakosság 1 110 897 fő, ebből 231 319 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 2 493 orvos és 8 804 egészségügyi szakdolgozó tevékenykedik. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 55%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 38%-a. A régió szakember ellátottsága a legrosszabb hazánkban. Százezer lakosra jutó szakdolgozói létszám 17%-kal, míg az orvosi ellátottság 21,5%-kal alulmarad az országos átlagnak.

Közép-Magyarország

A főváros és Pest megye alkotja. Magyarország legdinamikusabb, a fővárost is magába foglaló régiójának fejlődését alapvetően a népesség és a termelési erőforrások nagyfokú koncentrációja, az ország többi térségénél lényegesen fejlettebb infrastruktúrája alapozza meg.

Budapest az ország centralizált közlekedési rendszerének központja. A régió belüli az 1,8 millió lakosú főváros és agglomerációs gyűrűje határozottan elkülönül a régió északi és keleti-délkeleti szélén fekvő felzárkózó kistérségektől.

A régió területe az országban a legkisebb, lakosainak száma a legmagasabb, így ebből adódóan a népsűrűség az országban itt a legmagasabb. (NFT, 2002.)

Az ellátandó lakosság 2 840 972 fő, ebből 530 282 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 12 111 orvos és 30 811 egészségügyi szakdolgozót foglalkoztatnak. Az intézményhálózatban a megoszlásuk eltérő, míg a szakdolgozók 57%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, addig az orvosoknak csak 41%-a. A szakember ellátottsága ennek a régiónak a legjobb az országban. A szakdolgozók (100 ezer lakosra vetítetten) 13%-kal, míg az orvosok 49%-kal többen vannak, mint az országos átlag.

Nyugat-Dunántúl

A régiót Zala, Vas és Győr-Moson-Sopron megye alkotja. Az Európai Unióval határos régió nyugati határ menti fekvésének, kulturális kapcsolatainak és a nagy értékű külföldi tőkebeáramlásnak köszönhetően az egyik legsikeresebben alkalmazkodó térsége az országnak. Itt a legalacsonyabb a munkanélküliségi ráta – habár jelentős helyi különbségek tapasztalhatók. A jövedelmi viszonyok is kedvezőbbek az átlagosnál. A gazdasági fejlettség ellenére a tudományos és felsőoktatási kapacitások szűkösek. (NFT, 2002.)

Az ellátandó lakosság 1 000 348 fő, ebből 197 650 fő gyermek. Az egészségügyi ellátásban 2 607 orvos és 9 888 egészségügyi szakdolgozó vett részt. A fekvőbeteg-intézményhálózatban a szakdolgozók 57%-a míg az orvosoknak csak 39%-a dolgozik. Ezen országrészben a szakdolgozói létszám (103,7%) felette, míg az orvosi (91,2%) alatta van az országos átlagnak.

A fenti adatokból kiderül, hogy mind az orvosok, mind a szakdolgozók vonatkozásában a szakember ellátottság nagy szórást mutat (szakdolgozók esetében $s = 9,61$, míg az orvosok esetében $s = 24,3$). A százezer lakosra vetített szélső értékek szakdolgozóknál 792 és 1 084 fő között (37%-os különbség), míg az orvosoknál 224,4 és 426,3 fő között (90%-os különbség) ingadoznak.

Az egyes régiók lakosságának egészségügyi mutatói jelentős eltéréseket mutatnak. Az ország legelmaradottabb régiói (Észak-Alföld, Észak-Magyarország, Dél-Dunántúl), a népesség egészségi állapota szempontjából is kedvezőtlenebb képet mutatnak, mint a fejlettebb régiók. A fent említett három régióban a születéskor várható élettartam mindkét nem esetében 0,6-1,2 évvel elmarad az országos átlagtól. A korai halálozások tekintetében a szív és keringési halálozás kétszerese, a rosszindulatú daganatos halálozás háromszorosa az EU átlagnak. Az említett régiók az egészségügyi ellátórendszer tekintetében is hátrányos helyzetben vannak. Ez elsősorban a szolgáltatásokhoz – térben és időben – történő hozzáférésre, a rendelkezésre álló diagnosztikai és gyógyászati segéd-eszközök korszerűségére, színvonalára, az épületek műszaki állapotára, valamint a szakorvosi ellátás iránti igényekhez viszonyított kapacitásra vonatkozik. A regionális különbségeket tovább súlyosbítja, hogy ezekben a régiókban a legalacsonyabb az egy foglalkoztatott egy munkanapjára vetített GDP termelés. A három régió közül Észak-Magyarország halmozottan hátrányos helyzetű, mindez a kistérségi kórházak túlsúlyának, illetve az egyetemek hiányának tulajdonítható.

A fentiek szélsőséges ellátási különbségeket eredményeznek.

Hiányszakmák

A regionális morbiditási, mortalitási és szakember ellátottsági különbségeket tovább fokozza a hiányszakmák problémaköre. Az egészségügyben dolgozók létszámának elégtelensége nem magyar specialitás, a világon szinte minden ország hasonló gondokkal küzd.

Magyarország humán erőforrás helyzete leginkább közép- és hosszútávon vetít előre munkaerőhiányt. A létszámhiány oka szerteágazó, megoszlása egyenetlen, a fővárosban és az egyetemi városokban valamelyest kisebb arányú, mint a magas munkanélküliséggel küzdő településeken. Az

orvosi létszámok statisztikai vizsgálatát nehezíti, hogy az adatgyűjtés eltérő szempontok szerint történik (pl. dolgozó orvosok száma, diplomák száma stb.).

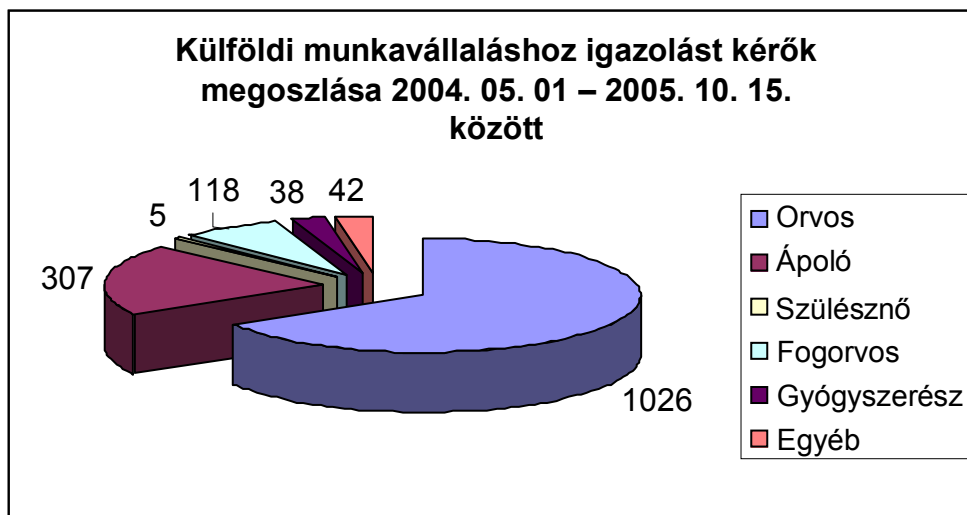
A MOTESZ Képzési Bizottsága az orvosi szakmák közül az alábbiakat javasolta hiányszakmaként kezelni: aneszteziológia és intenzív terápia, geriátria, igazságügyi orvostan, infektológia, megelőző orvostan és népegésztan, orvosi laboratóriumi diagnosztika, orvosi mikrobiológia, patológia, pszichiátria, sugárterápia, transfúziológia, traumatológia. De mindemellett felsorakozott jónéhány más szakterület is. A fenti hiányszakmának tekintett szakterületek mellett, az ország egyes régióiban eltérő szerkezetű létszámihiány mutatkozik. A kisvárosi kórházak megfelelő szakorvos létszámának biztosítása még azokon a területeken is nehézséget jelenthet, ahol a százezer főre eső orvoslétszám jónak tekinthető.

A Magyar Kórházzövetség felmérésének statisztikai adatait a 2. számú melléklet tartalmazza. Az Országos Területfejlesztési Konceptió (OTK) 2020-ig tartó legfontosabb célja a kiegyensúlyozott területi fejlődés. Az EFK központi gondolata és a fejlesztések legfontosabb célja a regionális egészségügyi rendszer megteremtése.

A szükséges intézkedések – a szakorvosképzés időtartamát is figyelembe véve – 6-10 év múlva hoznak érzékelhető eredményeket, ezért a hiányszakmák felszámolása érdekében olyan programokat is indítani kell, amelyek rövid távon járnak eredménnyel.

5.2.3. A migráció hatásainak kompenzálása és kezelése

Az EU-csatlakozásunkat követően a kifelé irányuló migrációban az egészségügyi dolgozók közül az orvosok száma a legjelentősebb.



21. ábra

(2005. október 25-i állapot)

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

Társadalmilag nyílt rendszerekben a nemzetközi vándormozgalom (migráció) mozgásai is jelentős mértékben befolyásolják az egyensúlyi állapot kialakulását. Ilyen körülmények között részben a felsőoktatási migrációra, részben a már végzettséggel rendelkező orvosok vándorlására kell tekintettel lenni. A felsőoktatásból diplomával távozó, de orvosi tevékenységet el nem kezdő személyeket nem lehet a működő orvosi kar veszteségének tekinteni. Ez tulajdonképpen a felsőoktatási veszteség szélső esete, ugyanis demokratikus körülmények között egyetlen orvosi diplomával ren-

delkező személyt sem lehet úgy kezelni, mintha feltétlen kötelessége lenne a szakma gyakorlása. A nyílt rendszerek bemeneti oldalán tehát az alábbi csoportokat kell figyelembe venni – feltéve, hogy az érintettek a megfelelő engedély birtokában legalább átmenetileg orvosi munkakörben dolgoztak:

- az adott ország egyeteméről diplomával kibocsátott orvosok,
- külföldön tanulmányokat folytatott hazai hallgatók visszatérése diplomával,
- külföldön diplomát szerzett külhoni állampolgárok bevándorlása,
- külföldre távozott honi állampolgárok visszavándorlása.

A rendszer kimeneti oldalán az alábbiak befolyásolják az egyenleget:

- nyugállományba vonulók,
- működésüket megszakítva a pályát tartósan vagy véglegesen elhagyók (országban maradók és külföldre távozók),
- aktív orvosként elhalálozottak,
- működésüket saját elhatározásból átmenetileg szüneteltetőik,
- foglalkozásuktól átmenetileg vagy végleg eltiltottak.

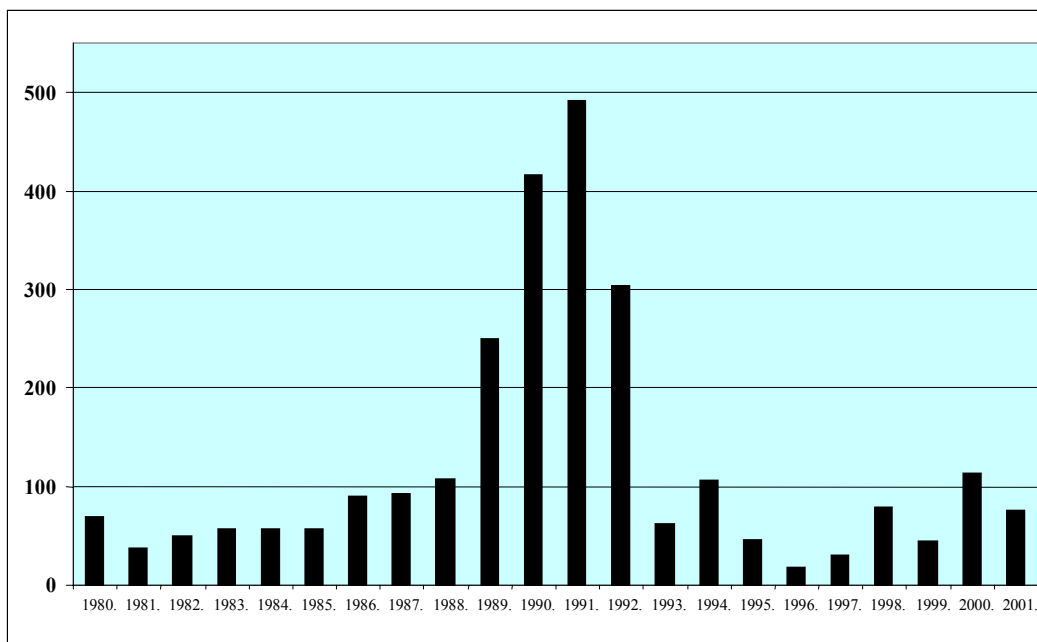
A fenti két csoportosítás alapján nyilvánvaló, hogy nyílt rendszerekben a migráció jelentősen befolyásolhatja az orvos létszám alakulását. A vándorlás befolyásolása csak aktív migrációs politikával lehetséges. Ez lényegében a bevándorlással kapcsolatos magatartásra irányul (a kivándorlás adminisztratív szabályozása fejlett, demokratikus országokban az alapvető emberi jogok sérelmével jár). A bevándorlási politikában rövidtávon is látványos változások érhetők el, ha migrációs nyomás nehezedik az országra. Ellenkező esetben a bevándorlás serkentése különböző járulékos hátrányokkal jár.

A vándorlás tekintetében figyelembe kell még venni, hogy az Európai Unióhoz 2004 májusában csatlakozott országokban a nemzetközi migráció klasszikus értelmezését és gyakorlatát a továbbiakban csak az Unión kívüli országokkal szemben lehet alkalmazni. A tagállamok közötti munkaerő vándorlás tulajdonképpen az EU belső migrációjának minősül.

Magyarország és a nyílt nemzetközi migráció

Kétségtelen, hogy az 1989-es rendszerváltozás körüli migrációs mozgásokat senki nem láthatta előre, következésképpen erre semmilyen tervezéssel nem lehetett felkészülni. Ugyanez azonban a legkevésbé sem állítható 2004-ről, az EU-csatlakozás évéről.

Az 1989-es rendszerváltozás körül egy spontán bevándorlási nyomással szemben tanúsított megengedő államigazgatási magatartás „mentette meg” az országot az egyensúly felborulásától. Közvetlen számadatunk nincs az 1980-as évek végének és az 1990-es évek elejének migrációs veszteségeiről. Nem kétséges azonban, hogy számos orvos hagyta el az országot. Ha csak az úgynevezett „disszidens” veszteséget vesszük figyelembe, semmi okunk nincs feltételezni az emigrációs hajlandóság csökkenését. A távozókról pontos nyilvántartásunk nincs, ezzel szemben a bevándorlás pontosan rögzítésre került az országos nyilvántartásban (22. ábra).



22. ábra

Bevándorlás a Kárpát-medencéből a nyilvántartásba vétel éve alapján 1980-2001. között

Az alábbi migrációs típusokat külön kell kezelni, mert a tervezésben egymástól lényegesen eltérő megoldásokat igényelnek:

1. belföldi migráció
 - alapellátásban
 - járóbeteg szakellátásban
 - fekvőbeteg szakellátásban

2. bevándorlás (nemzetközi migráció)
 - Kárpát-medencéből (elsősorban Románia és Ukrajna)
 - EU-országokból (és Európai Gazdasági Térség)
 - unión kívüli, távoli országokból

3. kivándorlás (EU-országok és unión kívüli távoli országok külön kezelendők)
 - egzisztenciális (megélhetési migráció)
 - tartós (3 hónapot meghaladó) migrációs távollét
 - ingázó migráció (napi, heti, havi rendszerességgel)
 - szakmai tudományos célú távollét

Belföldi migráció:

Az alapellátásban (házi orvos, fogorvos) a hagyományok és a jelenlegi gyakorlat alapján nem célszerű, hogy az ellátók gyakran váltsák a szolgálati helyüket. Ettől elkülönítve kezelendő a mobilitás, amely a nehezen betölthető körzetek problémájával függ össze, pontosabban azok vonzásának hiányával.

Mindkét típusú ellátásban – bár a szerkezet átalakítás miatt szükséges lenne – az érintettek migrációs hajlandóságát jelentősen csökkenti a hálapénzes érdekeltség és a páciens helyhez kötő hatása. Ennek kezelése ideológiai kérdés is egyben, míg a többi gond (költözési támogatás, lakásállomány, ingatlanpiaci mobilitás) elsősorban gyakorlati jellegű.

Bevándorlás:

A statisztikai adatok szerint a bevándorló orvosok abszolút többsége a Kárpát-medencéből, elsősorban Romániából és Ukrajnából (Kárpátalja) érkezik. Ez a határon túli magyar kisebbség számára veszteséget jelent. Tekintettel arra a politikai konszenzusra, amely szerint általában nem kívánjuk ösztönözni a szomszédos országok magyar kisebbségeinek anyaországba történő áttelepülését, a hazai migrációs politikában ezt az orvosok esetében is alapelveként kell kezelni. Ezzel szemben a szülőföldjüket mindenképpen elhagyó (magas migrációs attitűddel rendelkező) magyar ajkú szakemberek magyarországi munkavállalását támogatni szükséges.

Kivándorlás:

Célszerű lenne ezt a fogalmat fenntartani a fentiekben „megélhetési”-nek nevezett migrációra. Tekintettel arra, hogy a nem egészségügyi szakmák vonatkozásban szorgalmazzuk a munkaerő uniós belüli szabad áramlásának teljes megvalósítását, az egészségügyet nem tekinthetjük kivételnek. Másfelől a migránsok visszatérése szakmai nyereséget jelenhet az országnak (ha más vonatkozásban nem is, legalább a nyelvismeret terén).

Külön fel kell hívni a figyelmet az úgynevezett ingázó nemzetközi migrációra, amelynek a lehetőségét természetesen nem lehet megvonni a külföldön keresett szakemberektől, azonban a hazai ellátás érdekeit kell szem előtt tartani. Ennek érdekében ki kell alakítani egy olyan adatbázist, amelynek alapján mérhető a munkaidő terhelés. Mivel a külföldi munkavállalás büntető jelleggel senkinek nem tiltható meg, túlzott külföldi igénybevétel esetén csökkenteni kell a hazai rendszerben teljesíthető munkórák számát.

Migráció kezelésére kínálgó lehetőségek

Mind az orvosi, mind a szakdolgozói képzésben résztvevők számát növelni szükséges: (még akkor is, ha tudjuk, hogy sokan elmennek). Ennek határt szab a lakosság nagysága és egészségi állapota miatti tényleges szükséglet. Magyarország lakosságának azonban tudottan nagyon rossz az egészségi állapota, így relatíve sok egészségügyi dolgozóra van szüksége, főként, míg a megelőzésre fordított erőfeszítések nem hozzák meg gyümölcseit.

A bevándorlás és toborzás eszközeinek etikus használata: el is várhatjuk a mai nyugat-európai országoktól, de magunknak is foglalkoznunk kell ennek kérdéseivel. Mivel nagyobb számú munkavállalóra elsősorban a határos országokból számíthatunk, tekintettel kell lennünk arra, hogy az ottani, egyébként is nehéz helyzetben levő egészségügyet mi se lehetetlenítsük el.

A visszatérés lehetőségeinek megteremtése a külföldön munkát vállaló dolgozók számára: megfontolandó többek között a fizetés nélküli szabadságra vonatkozó szabályozás felülvizsgálata. Ma legkésőbb három év után megszűnik a külföldön dolgozó munkatársak itthoni állása. Az a tény, hogy van hová hazajönnie, ez biztos lehetőség számos külföldön dolgozó kollégánknak. Ugyanakkor a helyettesítés megoldása gondot jelenthet.

Monitorozás: a ki- és elvándorlás mértékét és az emigrációt, ezek hatását folyamatosan figyelemmel kell kísérni ahhoz, hogy felkészülhessünk a várható tendenciákra. A csatlakozás következményei ma még nehezen becsülhetők. Az eddigi, uniós belüli mozgások nem tekinthetők az új országok szempontjából modellnek, mivel a bér és egyéb szempontok okozta „nyomóerő” sokkal nagyobb a most csatlakozó országokban, mint a tagállamokon belül.

Pályázati ösztöndíjrendszer a rezidensképzésben.

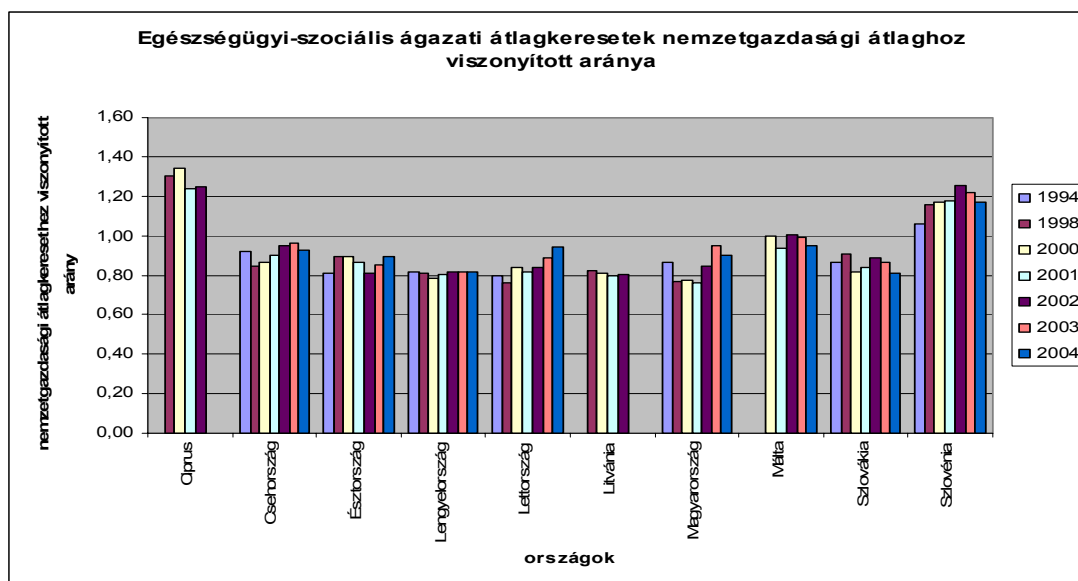
5.2.4. Bérezés és egyéb anyagi juttatások

Az International Labour Organization (továbbiakban ILO) országonként évről-évre rendszeresen közzéteszi az egyes nemzetgazdasági ágazatokra, illetve az egész nemzetgazdaságra jellemző átlagjövedelmeket.

Az ILO meghatározása szerint a jövedelem kategória bruttó (adók, munkavállalói járulékok, stb. levonása előtti) jövedelmet takar, magában foglalja a bért, fizetett szabadságot, jutalmakat, és a munkáltató által a munkavállalónak juttatott lakhatási és családtámogatásokat. Tekintettel arra, hogy az egyes országok rendszerei eltérőek (bérrendszer, adó- és járulérendszer, egészségügyi foglalkoztatási struktúra), természetesen bonyolultabbá válik az összehasonlítás, és óvatosságra int a következtetések levonása tekintetében.

Az 23. sz. ábra alapján jól látszik, hogy a vizsgált 10 ország közül 1994-ben az egészségügyi és szociális ágazati átlagjövedelmek nemzetgazdasági átlaghoz viszonyított aránya tekintetében Magyarország az 5. helyen állt Ciprus, Szlovénia, Málta és Csehország után. Szembetűnő azonban a változás, hogy 1998-ra az utolsó előtti helyre csúsztunk vissza, sőt 2001-ben abszolút utolsók voltunk.

A fentiek tekintetében 2002-től jól látható fejlődés indult el hogy, – többek között – az egészségügyi szektorban is megvalósított átlagosan 50%-os béremelésnek köszönhetően, amelynek egész éves hatására 2003-ra elértük újból az 1994-es „rangsorbeli” (azaz az 5.) helyet. 2004-ben a 6. helyen álltunk ebben a vonatkozásban.

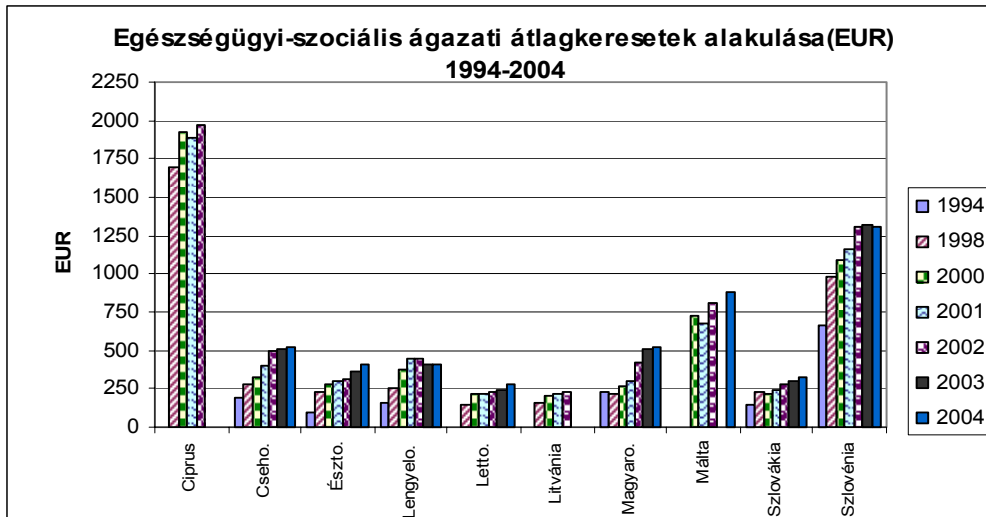


23. ábra

Az egészségügyi-szociális ágazati átlagjövedelmek nemzetgazdasági átlaghoz viszonyított aránya az újonnan csatlakozott 10 EU tagországban

Forrás: ILO, Yearly Data

Az alábbi ábra (24. sz.) alapján elmondható, hogy az ILO-nál közzétett adatok szerint 2004-ben a magyarországi – euróban kifejezett – egészségügyi-szociális ágazati átlagjövedelmek szinte megegyeztek a cseh átlagjövedelmekkel, és csak Ciprustól, Máltától és Szlovéniától van lemaradásunk.



24. ábra

Egészségügyi-szociális ágazati átlagkeresetek az újonnan csatlakozott 10 EU tagországban

Forrás: ILO, Yearly Data

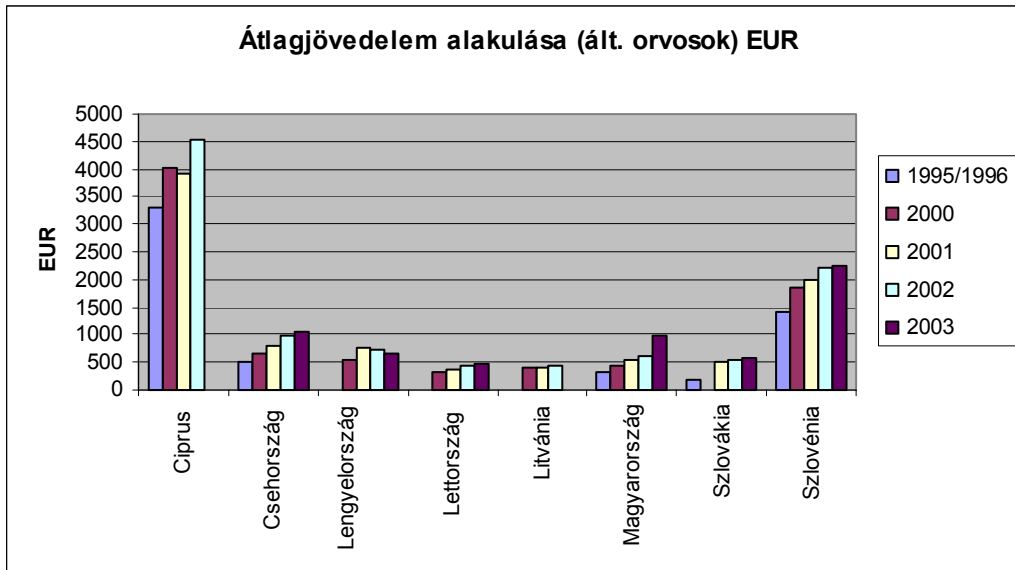
Reuters által közölt havi átlagárfolyamok éves átlagán számítva

A jelenlegi kormány –, ismervé az egészségügyben dolgozók egyre nehezebb helyzetét és szerepüket a lakosság életminőségének biztosításában –, első intézkedései között 50%-os béremelést szavazott meg az egészségügyben dolgozók számára. Az intézkedés végrehajtásának eredményeként ismét kialakult az indokolt különbség az orvos és ápoló, a felsőfokú végzettségű és szakképzetlen egészségügyi dolgozó között, ami a kilencvenes évek végére eltűnt. A bérek kérdésén azonban természetesen egyetlen kormány sem tudja függetlenné tenni a ráfordítható forrásoktól, elsősorban a gazdaság jövedelemtermelő képességétől.

Az ILO adatait tanulmányozva megállapítható, hogy az ágazati jövedelmi adatokhoz nagyon hasonló képet kapunk. A ciprusi, szlovén, cseh (és feltételezhetően a máltai) orvosok többet keresnek a magyar orvosoknál. A cseh átlagjövedelem mintegy 60 euróval haladja meg a magyarét (a cseh jövedelmek 94%-án áll a magyar). A szlovák orvosi jövedelmek a magyar orvosi jövedelmek 60%-án állnak, a lengyel orvosi jövedelmek pedig a magyar 68%-án (25. sz. ábra).

Senki sem gondolhatja komolyan, hogy a magyar nemzeti össztermékből francia béreket lehet biztosítani bármely foglalkoztatási csoport számára. Célszerű tehát azt az összehasonlítást megtenni, hogy a gazdaság teljesítőképességéhez képest hogyan alakulnak a bérek. Az összehasonlítást a szakembereknek természetesen meg kell tenniük a szakdolgozói és gazdasági területen is.

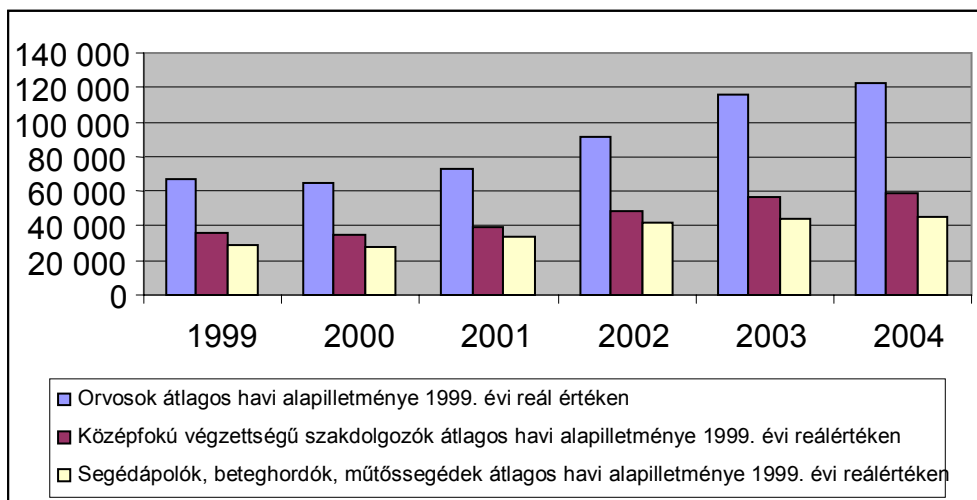
Az sem mindegy, hogy egy adott társadalmon belül milyen az anyagi elismertsége egy szakterületnek. Nyugat-Európában az orvosi szakma a legjobban fizetett szakmák közé tartozik, és az ápolók fizetése is az erős középmezőnyt foglalja el. Nálunk az 50%-os átlagos béremelés előtt 20 nyilvántartott nemzetgazdasági ágazat közül éveken át csak a halászat biztosított alacsonyabb jövedelmeket.



25. ábra

Általános orvosok átlagjövedelmeinek alakulása az egyes újonnan csatlakozott EU tagországokban
 Forrás: ILO, Yearly Data

Az ESKI adatai alapján az egészségügyi területen dolgozók átlagkeresete 153.320 Ft/fő. A Kórházszövetség felmérése alapján a kórházi ellátásban dolgozók átlagkeresete 168.850 Ft/hó.



26. ábra

Egészségügyi dolgozók átlagos alapilletménye 1999-2004 között
 Forrás: ESKI, 2005

Bár pontos, lezárt adatok még nem állnak rendelkezésünkre, a KSH statisztikái alapján néhány szempont azonban tisztázható:

- a 2002. évi béremelés hatására a területről az elvándorlás megállt,
- az egészségügyben és szociális ellátásban dolgozók bére már meghaladja ugyan a mezőgazdaságban és a halászatban foglalkoztatottakét vagy a feldolgozóiparét, de még mindig nem éri el az ipari keresetek átlagát, annak ellenére, hogy az egészségügy több magasan képzett dolgozót foglalkoztat,
- az egészségügyi bérek még ma sem érik el a sokat emlegetett oktatási béreket.

A közeli jövőben a mozgásteret több tényező befolyásolja. Az államháztartás deficitjének mértéke limitált, a közterhek pedig nem növelhetők. A kormánynak a fenntartható növekedés elvét kell szem előtt tartania. Ugyanakkor a fenntartható növekedést fenntartható gazdasági növekedésként értelmezni szűklátókörű szemlélet lenne: a képzett és egészséges lakosság nélkül a gazdaság fejlődése is megtorpan. Gondoljunk bele: mennyivel nagyobb lenne a gazdaság teljesítőképessége, ha nem lenne több, mint félmillió honfitársunk rokkantnyugdíjas! A lakosság jelenlegi egészségi állapota gátja a megfelelő szintű gazdasági fejlődésnek és nemzetközi versenyképességünknek egyaránt.

Mindezek mellett nem halogatható az egészségügyi ágazatban dolgozó szakemberek bérének a rendezése egy mindenki által átlátható és tervezhető felzárkóztató program keretében.

Alkalmazási formák eltérései

Hazánkban a bérkérdés megítélését a különböző alkalmazási formák nyújtotta lehetőségek is befolyásolják. Az alkalmazotti jogviszony mellett az alábbi három alkalmazási formát találhatjuk az egészségügyi tevékenység ellátása során:

Szabadfoglalkozású jogviszony

A jogviszony létesítésére 2004. május 1-től van lehetőség, melynek keretében akár főállású ügyeleti feladatellátásra is lehet szabadfoglalkozású jogviszonyt létesíteni. Ezzel a jogviszonnal az alkalmazotti jogviszony is felváltható, melynek keretében meghatározzák az ügyeleti feladatban történő részvételt. A jogviszony speciális mivoltából adódóan a Polgári Törvénykönyv és a Jogállási törvény rendelkezéseit kell alkalmazni. Ezen jogviszonyban a felek megállapodása dönti el az egészségügyi tevékenység mértékét (a napi, heti korlát szabályainak keretei között), a díjazását, így valószínű, hogy csak megfelelő díjazás mellett alkalmazható ez a jogintézmény a sürgősségi ellátásban való részvételre.

Közreműködői szerződés

Az ügyeleti (fekvőbeteg) ellátás területén a vállalkozási formában megvalósuló közreműködői szerződés keretében történő ügyeleti-készenléti feladatellátás magas aránya jellemző.

A kedvezőbb pénzügyi konstrukciónak tulajdonítható, hogy az orvosok szélesebb köre kapcsolódik be az ügyeleti-készenléti szolgálati formába közreműködői szerződés keretében.

Alapellátási vállalkozás

Az alapellátás területén a házi felnőtt és gyermekorvosok tekintetében központi és összevont ügyeleti szolgálat kerülhet megszervezésre. Mindez lehetővé teszi a háziorvosok ügyeleti leterhelésének csökkentését.

A kistérségi társulások az alapellátási ügyelet szervezésében jelentős szerepet kaphatnak, mivel a társulásban résztvevő önkormányzatok ügyeletre fordított pénzügyi lehetőségek koncentráálásával biztosítják az ügyeleti szolgálatot.

Manapság nagy számban elterjedt a vállalkozás keretében történő feladat ellátás, így az alkalmazotti jogviszony már nem kizárólagos. A vállalkozási jogviszony elsősorban az ügyeleti feladat illetve a járóbeteg szakrendelési ellátás során jelenik meg.

A főállású alkalmazotti jogviszony mellett ma az ügyeletek egyharmada vállalkozás keretében kerül ellátásra. Ahol a megfelelő szakember az adott intézményben nem áll rendelkezésre, ott általában külső szakember vállalkozási jogviszony keretében vállalja a járóbeteg szakrendelés ellátását.

Az ügyeleti ellátásra egyre több egyéni vállalkozóval történik szerződéskötés. Szűkebb az a terület, ahol komplett feladat kerül közreműködő bevonásával ellátásra.

Az előzőekben említett vállalkozások kedvezőbb jövedelmi helyzetet eredményeznek az érintettek számára, így egyre több orvos kapcsolódik be az ügyeleti ellátásba. A fekvőbeteg-ellátás bizonyos speciális területein belül az ügyeleti ellátás mellett még megjelenik az úgynevezett „főfoglalkozású” vállalkozási forma.

A szabadfoglalkozású jogviszony az alkalmazotti jogviszony mellett is folytatható, de az alkalmazotti jogviszony önállóan is kiváltható ezzel a jogviszonnyal. Általában ott is megjelenik ez az alkalmazási forma (a főállás megtartása mellett), ahol a közreműködői feladat-ellátás nem engedélyezett.

Az alkalmazási formák elterjedésével egyre nehezebb képet kapni arról, hogy az alkalmazottak milyen időtartamú munkaidő keretben látják el az egészségügyi tevékenységet. Az alkalmazotti jogviszony mellett vállalkozói (vagy egyéb) jogviszony keretében történik az egyes feladatok ellátása (gyakran ugyanazok a „közreműködők”, mint a napközbeni alkalmazotti jogviszonyban állók). Így lényegesen több az egy napon, egy héten ellátott egészségügyi tevékenység mértéke, mint a munkaidő. Annak ellenére, hogy törvényi szabályozás van a munkaidő-korlátra vonatkozóan, a ténylegesen eltöltött munkaidő ellenőrzésére nincs lehetőség. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a klaszter magánorvosi tevékenységben eltöltött egészségügyi tevékenység ideje nem számít bele a napi, heti egészségügyi tevékenységre vonatkozó korlátba.

Kétségtelenül előnyösnek tekinthetjük a különböző alkalmazási formák tárát, lehetőségeit, mert mindez biztosíthatja a folyamatos betegellátást, ugyanakkor átláthatatlanná teszi az egész rendszert. Nehezen megítélhető, hogy az egészségügyi dolgozók milyen jogviszonyokban végzik munkájukat, mindez napi, heti szinten ténylegesen milyen terhelést jelent számukra. Hiszen a nagymértékű terhelés veszélyezteti az egészségügyi dolgozók pihenéséhez való jogát, valamint a beteg jogát a pihent orvoshoz.

Célszerű lenne egy olyan rendszert kialakítani, melyből egyértelműen megállapítható, hogy az egészségügyben dolgozó mennyi időt tölt el a különböző jogviszonyokban végzett egészségügyi tevékenységgel.

Hálapénz kérdés kezelése

Egészségpolitikai szempontból a szolgáltatások közfinanszírozásának területén a magyar egészségügy egyik legbonyolultabb problémája az úgynevezett hálapénz-kérdés. Történelmileg és aktuálisan is igen összetett jelenség. Több mint fél évszázados múltból öröklött juttatási forma, amely az erkölcsileg és jogilag elfogadható területektől a büntetőjogi kategóriákkal leírható illegális területekig húzódhat.

Szociológiai szempontból alapvető kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatások mindenkor közfinanszírozási modelljei milyen mértékben képesek összhangba kerülni azokkal a történelmi és lélektani mintákkal, amelyek az adott népesség körében hagyományozódnak az egészségügyi dolgozók díjazását illetően. Magyarország eddig két közfinanszírozási modellel kísérletezett:

A német szociális kényszerbiztosítás átvétele 1891-ben történt, a szovjet biztosítási modellt a szélsőbaloldali diktatúra vezette be 1948-49-ben. Úgymond a „tőkés kizsákmányolás” felszámolásával megszűntek a tőkejöveldmek, az iparban és a szolgáltatásokban csak a bérből és fizetésből élők maradtak. Közfinanszírozott ellátásukat az államosított társadalombiztosítás (TB) garantálta. A magántulajdonos paraszti kistermelők helyzetének ideológikus megoldását az 1960-as évek elejére befejezett kényszer-kollektivizálás hozta magával, majd 1975-től az állampolgári jogú ellátás bevezetése a TB egészségbiztosítási ágát teljesen formálissá tette. Az orvosok a teljes államosítás

miatt valamennyien közalkalmazottak lettek, igen alacsony fizetéssel, amelyet már nem állt módjukban kiegészíteni a magánpraxis bevételeiből. Az ideologikusan tiltott magánpraxis illegálisan újratermelődött a köztulajdonban. Segítette a folyamatot az ellátásban kialakult hiányhelyzet, és egyes betegek közvetlen készpénzes fizetési hajlandósága, amely megindította a hálapénzrendszer kialakulását.

Az 1989-es rendszerváltozás utáni egészségpolitika a biztosítási alapra történő visszatérésre hivatkozva a szocializmus TB-modelljének „piac-konform” átalakításával kísérletezett. Jóllehet újra megjelentek a magas tőkejövedelmek, mindenki TB-jogosult maradt, de a tőkejövedelmeket a TB „százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás” címén ténylegesen nem járulékkal, hanem jövedelemadóval terhelte. Változást jelentett a szocializmus időszakával (1949-1989) szemben, hogy bizonyos ellátási formák kizárásra kerültek a TB-ből (jellemzően fogorvosi körben). Másfelől bevezetésre kerültek egyes komfort szolgáltatások (jellemzően a fekvőbeteg-ellátásban), amelyek külön térítési kötelezettséggel járnak. Helyreállt a magángyakorlat szabadsága, és a működtetés lényegében teljes körűen magánvállalkozásba került az alapellátásban. Megjelent a magánosításnak ez a típusa a szakellátásban is, de a fekvőbeteg szakellátás gyakorlatilag közintézményekben, közalkalmazott dolgozókkal folytatódott. A hálapénz-rendszer fennmaradása a rendszerváltozás utáni másfél évtizedben azt bizonyítja, hogy a vegyes modell ezt a problémát nem tudta kezelni.

Két fő juttatási formát különböztethetünk meg: a borravalót és a hálapénzt.

A borravaló

A mindenkori társadalmi értékarányoknak megfelelő csekély értékű készpénzjuttatás, amelyet önálló intézkedési jogkörrel nem rendelkező, általában nem orvos végzettségűeknek adnak az általa végzett egészségügyi szolgáltatásért.

Világszerte elterjedt jelenség, pénzbeli juttatás, elvileg nem különbözik a többi szolgáltatási területtől.

A hálapénz

Az orvosi hálapénz az orvos és a beteg közvetett vagy közvetlen kapcsolatában a beteg vagy hozzátartozója által adott, jellemzően pénzbeli juttatás. A hálapénz a közalkalmazott orvosok hallgatólagosan megtűrt jövedelemkiegészítése.

Lényeges kérdés, hogy jelzésértékűnek tekintjük-e a magyar társadalomban kialakult hálapénz gyakorlatát. Abban az esetben, ha az orvosok jelenlegi legális jövedelmét méltányosnak kell tekinteni, akkor szigorúan fel kell lépni a paraszolvencia ellen. Viszont amennyiben az orvosok jövedelme alacsonynak bizonyul, akkor lépéseket kell tenni a jövedelmek és a végzett munka megfelelő arányosítására. Különbséget kell tennünk tehát abban, hogy ez a múltban kialakult rendszer első-sorban egy társadalmi kompenzáció az orvosok irányába, vagy vélt, esetleg valós előnyök kiváltása anyagi eszközökkel.

Kétféle pénzügyi modell alkalmazása lehetséges, mint megoldás:

- **Szubsztitúciós megoldás:** ebben a megoldási lehetőségben a közfinanszírozás a hálapénztől függetlenül forrást teremt a jövedelmek rendezésére, és ettől várja a hálapénz megszűnését.
- **Konverziós megoldás:** ebben az esetben a közfinanszírozás valamilyen módon a rendezésbe bevonja a jelenlegi hálapénzes forgalmat és azt a rendezéshez szükséges

mértékben kiegészíti a közösségi forrásokkal, ezáltal meggátolja a hálapénz újraképződését.

A hálapénz történetében a szubsztitúciós megoldások sikertelennek bizonyultak, míg a konverziós megoldás megvalósításához egyelőre elméleti modellek sem készültek.

A hálapénz kezelésének másik lehetséges módja az egészségügyi ellátórendszer átalakításában rejlik. Az egészségügyi dolgozók bérezése és társadalmi ranglétrán elfoglalt helye közötti különbség – Paul Simon közgazdász szerint – mindig a kompenzációs mechanizmus kialakulását vonja maga után.

5.2.5. Az egészségügyi dolgozók motivációjának egyéb lehetőségei

Az ösztönzés témakörében sok komponens jöhet szóba, nem csak a meglévő munkaerő-állomány leghatékonyabb foglalkoztatása tartozik ebbe a fogalomba, hanem a munkaerő megszerzése, megtartása és fejlesztése is. Az ösztönzési rendszer kialakításakor fontos lépés a célirányos ösztönzés megvalósítása. Jól kell ismerni a célokat ahhoz, hogy ezeket el is érjük.

A költségvetési szervezetek egyik sajátos tulajdonsága, hogy működése erős korlátok között szabályozott, bonyolult bürokratikus rendszerre épül, illetve hierarchikus kapcsolatok szövik át, melyek jelentősen nehezítik a hosszú távú tervezést. Az egészségügyben dolgozó közalkalmazottak bérezésének alsó határát a közalkalmazotti bértábla megszabja, ennél magasabb bért – forráshiány miatt – a munkaadó általában nem tud biztosítani.

Az alábbiakban az egészségügyben működő, illetve alkalmazható ösztönzési módszereket mutatunk be – az ágazat jellegzetes problémáin keresztül –, melyek az egészségügyben dolgozók sajátos helyzetén hivatottak segíteni.

Pályaválasztás, a média szerepe

Az évek során egyre inkább elfogadott tényként kezeljük, hogy a pályaválasztás az egész életet befolyásolja. Az egészségügyi pályát választók nagy része (a megfelelő anyagi megbecsülés hiányában is) elhivatottságot érez a betegek és a gyógyítás iránt.

Az elmúlt 15 évben a gazdasági és társadalmi körülmények változása nehéz helyzetbe hozta az egészségügyi ágazatot. Ma a képzett egészségügyi dolgozók jelentős hányada nem dolgozik az egészségügyben, ezért javítani kell a pályán maradás feltételeit, és mind a fiatalokat, mind a pályát elhagyókat meg kell nyerni, illetve meg kell győzni arról, hogy a gyógyító munka felé forduljanak. Meg kell nyernünk – az egészségügyben dolgozóknak és lakosoknak egyaránt – a médiát, hogy valós adatokat, pontos tényeket ismertessen, így kerülve el a megalapozatlan hangulatkeltést (Dr. Varga, 2004). Az egészségügyi ellátórendszerrel és szereplőiről alkotott kép javítását a média jelentősen elősegítheti. Fontos lenne, hogy ne csak a negatívumok és tragédiák kerüljenek bemutatásra, hanem a sikerek és eredmények is.

Az egészségügyi szakmák vonzóvá tételéhez ma azonban már nem elég a bérkérdés rendezése. Ahhoz hogy az egészségügyi dolgozók utánpótlása biztosítva legyen, már egész korán pozitív benyomások kell, hogy érjék a fiatalokat.

Életpálya modellek tervezése

Az Európai Unió lisszaboni csúcserkeztetén a tagállamok az alábbi célt tűzték ki: „az évtized végére az Európai Uniónak a világ legversenyképesebb és legdinamikusabb tudás alapú társadalmává kell válnia, amely fenntartható gazdasági növekedésre képes a több és jobb minőségű munkahely teremtése, illetve az erősebb társadalmi kohézió által.”

Az egészségügyi dolgozókat érintő fő problémák, mint a bérhelyzet, a rendezetlen munkakörülmények, korszerűtlen eszközök, a nem megfelelő infrastruktúra, a rossz munkaszervezés és a munkaidő-problémák (túlóra/ügyelet) rendezése nélkül – különösen a mai munkaerőpiac diktálta versenyben – minőségi betegellátás hosszú távon nem végezhető.

A MOK javaslata, hogy jogszabályi garancia legyen az egészségügyben dolgozók bérének az uniós szinthez való fokozatos közelítésére. A jelenlegi helyzethez viszonyítva – becslésük szerint – ehhez több mint tízszeres fizetésemelésre lenne szükség, amely megvalósíthatóságának esélye, lehetősége korlátokhoz kötött.

A gondokat és problémákat csupán a nem megfelelő bérekre nem lehet leegyszerűsíteni (EFK, 2005). A jövőképeknek egy kiszámítható szakmai előmenetelt kell biztosítani már a pályakezdő dolgozó számára is.

A vonzó életpálya-modell segíti a pályán maradást, a belső-mobilitási készséget illetve a határon túli migráció minimalizálását. (Dobozi, 2005)

Pályázati ösztöndíj-rendszer kialakítása

A szakorvosképzésben a jelenleg hatályos rendeletek szerint a az első két évben a jelöltek fizetését, egyéb juttatásait az állam a központi költségvetésből finanszírozza. A hátralevő képzési időben (három-négy éves időszakban) ösztöndíj-rendszer segítségével kiegészítő támogatást lehetne nyújtani, különösen a hiányszakmák területén. Ez nagy segítséget jelentene mind a munkavállalók, mind a munkáltatók számára. A támogatás kedvezményezettjei kötelezettséget vállalnának arra nézve, hogy a támogatási idővel megegyező idő-intervallumban szakorvosként a magyar egészségügyi ellátórendszerben a szakmaterületének megfelelően vállalnak munkát.

Munkabiztonság, munkafeltételek

A munkáltató köteles – a vonatkozó szabályok megtartásával – az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeit biztosítani.

Az egészségügyben dolgozók munkafeltételei és körülményei több szempontból is elmaradnak attól, ami a biztonságos, egészséges és magas szakmai színvonalú ellátáshoz szükségesek. Ide tartozik a munka- és ügyeleti idő kérdése, az eszközök, berendezések elavultsága és hiánya, a megfelelő személyzeti, szociális helyiségek (pihenő, öltöző, konyha) hiánya, illetve nem kielégítő állapota.

Növeli a munkavállalók terhét az informatikai rendszerek fejletlensége, illetve hiánya is (betegfelvétel, kartonozó). Az épületek felújítása, a műszerezettség szervezett javítása elsősorban ugyan a etegek érdekeit szolgálják, de egyúttal a dolgozók elégedettségét is javítják. A szakma jogos elvárása, hogy a kor követelményeinek megfelelő módszerekkel, megfelelő szakmai színvonalon dolgozhassanak. Az anyagi kompenzáció azonban nem mindig elég. A radiológián dolgozók munkahelyi pótlékot kapnak, de ettől a sugárzás még veszélyes az egészségükre. Szükséges lenne a megfelelő munkavédelmi oktatás, modern és biztonságos eszközök, illetve megfelelő védőfelszerelések használata.

Nem elhanyagolható probléma az egészségügyi dolgozóknál a munkából és a munkán kívüli életből adódó stressz. A munkahelyi és otthoni fizikai, lelki igénybevétel hozzájárul a krónikus és pszichikai betegségek kialakulásához és állandósulásához. Mindezt súlyosbítja az egészségügyi bér-színvonal kevésbé versenyképes volta. Ezek az egészségügyi dolgozókat érő negatív hatások a betegellátás folyamatában is érzékelhetőek, ezáltal az ellátás minőségét is károsan befolyásolják. A munkahelyi stressz-faktor csökkentésének egyik lehetséges módja még a team-munka, ezzel szemben jelenleg inkább az alá- és fölérendeltségi viszonyok érvényesülnek. Meg kell teremteni a biztonságos és komfortos munkavégzés feltételeit.

Kiégés elleni küzdelem

Általánosan elfogadott tény, hogy az egészségügyben a gyógyítás területén dolgozók munkájuk jellegéből adódóan különböző stresszhelyzeteknek vannak kitéve. Ezek a helyzetek igen sokrétűek. A stressz egyrészt adódik a nem megfelelő munkakörülményekből, túlterheltségből, a munkahelyi környezet hatásaiból, a beteg-orvos, illetve beteg-ápoló közti sajátos viszonyból, és a kommunikáció visszaságaiból. A „burn out” jelenségnek vagy foglalkozási deformációnak tehát jelentősége van közösségi és egyéni szinten egyaránt. Jó példa erre, hogy az egészségügyben dolgozók alacsony bérük miatt több esetben másodállásban dolgoznak, és a fokozott igénybevétel hamarabb vezet a kiégéshez.

Ahhoz, hogy a gyógyításban résztvevők ne vigyék haza „munkájukat” és professzionalitásukat, empatikus készségeiket maximálisan kamatoztatni tudják, szükség lenne a „burn out” jelenség megfelelő kezelésére, melynek számos formáját ismerjük és alkalmazzuk.

Mivel sokszor csak akkor tudatosul bennünk, hogy felőröltünk, amikor a változtatás már nem lehetséges, ezért egymásra is figyelniük kell. Előrelátónak kell lennie a menedzsmentnek és a vezetésnek is, és a kiégés elleni ösztönző, motiváló és „egészség megőrző” intézkedéseket időben meg kell tenniük.

Szűrővizsgálatok és emeltszintű kórházi kezelés biztosítása

A béren kívüli juttatások és ösztönzési módszerek között számos, az egészségügy területén könnyen alkalmazható, a versenyszférában már bevált lehetőség áll rendelkezésünkre.

A foglalkozási körből adódóan egyénre szabott komplex szűrővizsgálat, az emelt szintű szakellátások, és az egészséget megőrző szolgáltatási formák juttatásával elkötelezettséget és törődést lehetne éreztetni az egészségügy területén dolgozókkal (Brandmüller és tsai, 2004)⁹.

Egészségpénztári támogatás nyújtása, önkéntes nyugdíjpénztári hozzájárulás biztosítása

Viszonylag új alkalmazási forma a juttatások terén az egészségpénztári hozzájárulás. Ma Magyarországon az egészségpénztárak a törvény adta lehetőségeik határai között széles spektrumon kínálják tagjaiknak az egészségmegőrzés, egészségvédelem, szűrés, gyógyüdülés, gyógyszertámogatás, fogászati szakellátás, táppénz-kiegészítés stb. szolgáltatásokat. (Brandmüller és tsai, 2004.)

Az 1993. évi XCVI. törvény az önkéntes kiegészítő pénztárakról 2004. január 1-én módosult. Ennek értelmében a tagdíj szolidáris kasszába történő elkülönítését eltörölték, így a tagdíjból levont kötelező működési költség és likviditási tartalék után fennmaradó összeg az egyéni tag számlájára ke-

⁹ Brandmüller Teodóra, dr. Füzesi Zsuzsanna, dr. Kricsfalvi Péter, Herczeg Dóra: Új lehetőségek a humánpolitika és egészségügyi szolgáltatások területén. Nővér, 2004.

rül. Az egészségpénztárak népszerűségét emellett az is fokozta, hogy az egészségpénztárba befizetett összeg az összevont adóalap adóját is csökkenti. Adómentessége miatt ma sokan választják támogatási formaként az önkéntes nyugdíjpénztári hozzájárulást.

Ruhapénz, üdülési támogatás biztosítása

A béren kívüli anyagi jellegű juttatások megfelelő javadalmazást jelenthetnek a munkavállalóknak.

A juttatási rendszer felállításakor a menedzsment számára fontos szempont, hogy a juttatásokhoz adókedvezmények, illetve adómentesség is társuljon. Ilyen egyéb juttatások: üdülési támogatás biztosítása, étkezési hozzájárulás, kedvezményes étkeztetés, hozzájárulás a tanfolyami költségekhez. A legtöbb munkahely igényes munkatársainak kulturált megjelenésére. Ennek megfelelő támogatási formája a ruhapénz.

Rugalmas nyugdíj lehetősége

„Az Országgyűlés a közsférában töltött életpálya elismerésének és méltó lezárásának lehetővé tétele, valamint a feladatalapú közigazgatás megteremtéséhez való rugalmas alkalmazkodás biztosítása érdekében, továbbá a közsférán kívül a munka világából történő fokozatos távozás lehetőségének biztosítására” hozta meg a 2005. évi LXXII. törvény a prémium évekről. Ebbe a programba 2005. január 1-től 2006. december 31-ig lehet belépni.

Az otthonteremtés támogatási rendszerének kialakítása, hűségjutalom

Jelenleg az egészségügyben dolgozók bérhelyzete nem nyújt kellő háttérrel ahhoz, hogy belátható idő alatt megteremtsék maguknak, családjuknak a megfelelő otthon feltételeit. A mai banki feltételek mellett elmondható, hogy az egészségügyi alkalmazottak egy része hitelképtelen. A Magyar Orvosi Kamara javaslata a probléma megoldására lakásépítési támogatás nyújtása az egészségügyi dolgozóknak, mely elősegítené a belső migrációt is. (Dobozi, 2005)

Többször felmerült már az egészségügyben a hűségjutalom bevezetése, mely 30 év szolgálati idő után járna az egészségügyi dolgozó számára. Ez olyan fontos szociális és anyagi juttatás, amely az egészségügyben dolgozó életpályáját méltóképpen honorálná. Jelenleg azonban forráshiány miatt a hűségjutalom bevezetése terv szintjén maradt.

Óvodai, bölcsődei elhelyezés biztosítása

Magyarországon sorra zártak be a bölcsődék és óvodák. Pedig elsősorban a gyerekes anyák gondjait csökkentené, ha a munkahelyükhöz közelebb és hosszabban tartana nyitva a bölcsőde, óvoda. (Dr. Varga, 2004) Nagyobb intézményekben el lehetne azon gondolkodni, hogy a munkahelyi óvoda intézménye újra bevezetésre kerüljön. Fontos lépések és intézkedések lehetnek ezek, mivel a legtöbb egészségügyi intézményben dolgozó nő válláról komoly terhet vennénk le. Elgondolkodtató, hogy a leinzi (Ausztria) „fekete angyal” eset után, nem a média által is gerjesztett hisztéria és boszorkányüldözés kezdődött az ápolókkal szemben, hanem Bécsben és környékén sorra nyíltak meg az éjszakai óvodák és bölcsődék. Emellett számos más szociális jellegű intézkedéssel csökkentették az ápolók testi-lelki terheit.

Felelősségbiztosítási alap

A felelősségbiztosítás kérdése körül egyre inkább súlyosabb problémák körvonalazódnak. A biztosítótársaságok csak megemelt díjak befizetése mellett kötnek biztosítást az egészségügyi intézmé-

nyekkel. Az emeléseket a megnövekedett műhibaperek számával indokolják. (Dr. Harmat, 2005) A felelősség megállapításánál kiegészülnek a felelősségi szabályokkal, a polgári jogban alkalmazott kimentő felelősségi rendszerrel. Ez oda vezetett, hogy a műhibaperek nagy részét a betegek és hozzátartozóik nyerik meg. Ez a körülmény növeli az egészségügyi dolgozók veszélyérzetét, és nem kedvez sem a pályaválasztásnak, sem a pályán maradásnak.

A helyzet kezeléséhez elengedhetetlen a felelősségbiztosítás kérdésének minél előbbi rendezése. A műhibaperek elkerülésében fontos szerepe lehet a mediációnak (egészségügyi közvetítői eljárás) illetve mediátoroknak, akik a peren kívüli megegyezést a két fél között elősegíthetik. Fontos a megfelelő és pontos tájékoztatás, kárigényrögzítés és a kárigények feldolgozása, kiértékelése.

A támogatási rendszerek bevezetését a gazdaság teherbíró képességének figyelembevétele mellett fokozatosan lehet megvalósítani.

Média és PR támogatás biztosítása

Az egészségügyi ágazat a társadalompolitika középpontjában áll, tekintettel arra, hogy az államháztartási rendszerben elfoglalt szerepe kiemelkedői. Ennek megfelelően a média számára a közéleti társadalompolitikai szerepek között előkelő helyet foglal el. Mivel minden egyes ember kapcsolatba kerül az egészségügyi ellátórendszerrel, az a téves benyomás keletkezik, hogy mély ismeretekkel rendelkeznek az ágazatról. A média megjelenítésében az ügyek egyoldalúvá válnak: az adatvédelem, orvosi titoktartás, szakmai etika, betegekkel szembeni tapintat az orvosok kezét megköti, mind az információk átadása és továbbítása, mind pedig az esettel kapcsolatos véleménynyilvánítás tekintetében, míg a – sokszor a tényszerű alapokat vagy ismereteket nélkülöző – laikus és sajtó véleménynyilvánítás semmiféle korlátba nem ütközik. Ennek kompenzálására két megoldás kínálkozik:

- a média irányában a jelenleginél sokkal erőteljesebb információszolgáltatás, átláthatóság biztosítása, fölösleges titkolózás felszámolása (a konkrét ellátási esetekben viszont a jelenleginél is szigorúbb titoktartási és adatvédelmi politika mellett),
- a laikusok irányában a konfliktuskezelő, permegelőző eljárások megelőzése és az egészségkultúrára vonatkozó ismeretek fejlesztése, és ezen ismeretekhez történő hozzáférés javítása.

5.2.6. Munkamegosztás az egészségügyi ellátásban

Nemzetközi viszonylatban egyre inkább jellemző az egyes szakmák kompetenciáiban bekövetkező változás. Ennek eredményeképpen, megfelelő továbbképzések, felkészítések után az orvosi feladatok egy részét a szakdolgozók átvehetik.

Néhány példa a lehetőségekre :

- Nagy Britanniában ápolókat, fizioterapeutákat és műtősasszisztenseket képeznek tovább egyszerűbb sebészeti beavatkozások végzésére. Sikeresen letett vizsga után orvosi tanulmányok nélkül is a bizonyos beavatkozásokat (sérvműtét, sterilizációk és artroszkópiák stb.) jövőben önállóan végezhetnek. Az intézkedésekkel a várakozási idő csökkentését célozzák.
- Németországban vannak olyan kezdeményezések, melyek szerint a preventív feladatokat fokozottan integrálják az ápolásba. Így Hamburgban az ápolók egészségfejlesztési továbbképzése hat hónapig tart, elméleti és gyakorlati részeket tartalmaz, interdiszciplináris, or-

vosból, fizioterapeutából, táplálkozási szakemberből és szociálpedagógusból álló tanácsadó team végzi.

- Az adminisztrációs munka megkönnyítése érdekében lehetővé teszik a praxisokban tevékenykedő orvos asszisztensek számára az átképzést ún. klinikai asszisztenssé. A képzés indításának célja az orvosok adminisztratív illetve dokumentációs terheinek csökkentése.
- Az egészségügyi szakemberek szerepének megváltozását tükrözi, hogy pl. Franciaországban előreláthatólag a jövőben a szemorvosok egy részének szerepét átveszik az optikusok.

Hazánkban a kompetencia kérdéskörének kezelése még nem kap súlyának megfelelő helyet az egészségügyi dolgozók humánerőforrás-fejlesztésében, mely nagyban nehezíti az egészségügyi ágazaton belüli munkamegosztást.

Át kell tekinteni az ellátási rendszer különböző szintjeit és meg kell határozni azokat a területeket, ahol nem orvos végzettségű szakdolgozók (felsőfokú végzettséggel) feladatokat vehetnek át az orvosi kartól. Ez természetesen együtt kell hogy járjon az egészségügy szerkezetátalakításával.

5.3. Stratégiai célok

A dokumentum záró fejezetében azokat a stratégiai célokhoz kapcsolódó rövid-, közép- és hosszú távú operatív feladatokat gyűjtöttük össze, melyek hozzájárulnak az egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberek helyzetének javításához.

A program 15 célkitűzést és 43 feladatot tartalmaz.

1. Célkitűzés: **A szükségleteknek megfelelő mennyiségű és minőségű orvosi alap és szakorvos képzés biztosítása**

- 1.1. **Feladat:** Az orvos szakmák összetételnek folyamatos monitorizálása
Intervallum: 2006-tól folyamatosan
Felelős(ök): EüM, FMM
Indikátor: Munkaerő-piaci statisztikai adatok alakulása
- 1.2. **Feladat:** Az orvos képzéskeretszámainak fokozatos emelése
Intervallum: 2006-tól folyamatosan
Felelős(ök): OM, EüM
Célérték: EU átlag
Indikátor: 100.000 lakosra vetített orvos létszám
- 1.3. **Feladat:** Szakorvos képzés támogatása a rezidensi pályázati ösztöndíjrendszer bevezetésével
Intervallum: 2009-ig
Felelős(ök): EüM
Indikátor: Ösztöndíjasok száma a hiány szakterületeken

2. Célkitűzés: **A középfokú egészségügyi szakképzés hatékonyságának növelése**

- 2.1. **Feladat:** A munkaerő-piaci tendenciák folyamatos vizsgálata országos és regionális szinten
Intervallum: 2006-tól folyamatosan
Felelős(ök): EüM, ESZTB, ETI
Célérték: 3 éves felülvizsgálat
Indikátor: Munkaerő-piaci igény

- 2.2. **Feladat:** Középtávú terv készítése
Intervallum: 2006-2007
Felelős(ök): EüM, ESZTB, ETI
- 2.3. **Feladat:** Szakok megosztása, a képző intézmények között, regionális szinten
Intervallum: 2007-2008 tanévtől
Felelős(ök): Szakképzések országos eloszlása
- 3. Célkitűzés:** **Az egészségügyi dolgozóknak szakképzettségüknek és szaktudásuknak megfelelő munkakörökben történő foglalkoztatása**
- 3.1. **Feladat:** Szakképesítésekhez tartozó kompetenciák meghatározása
Intervallum: 2006-2007
Felelős(ök): MOK, GYOK, MESZK felkérése mellett EüM,
Indikátor: A kompetencia listák és a szakképesítések aránya
- 3.2. **Feladat:** Szükséges végzettségek meghatározása a különböző munkakörökhöz
Intervallum: 2007
Felelős(ök): EüM, szakmai kollégiumok, szakmai szervezetek
- 3.3. **Feladat:** A minimumkövetelmények újragondolása
Intervallum: 2007
Felelős(ök): EüM
- 4. Célkitűzés:** **Korszerű szerkezetű és tartalmú szakképzés fejlesztése**
- 4.1. **Feladat:** A képzési tartalmak moduláris átszervezése a felsőoktatásban és a szakképzésben egyaránt
Intervallum: 2006-2007
Felelős(ök): EüM, OM
- 4.2. **Feladat:** A modulok követelményrendszerének harmonizációja a középfokú és felsőfokú képzési szinteken
Intervallum: 2006-2008
Felelős(ök): EüM, OM
Indikátor: Közös modulok száma
- 4.3. **Feladat:** Egységes kreditrendszer bevezetése a teljesítmény értékelésére a középfokú és felsőfokú képzési szinteken
Intervallum: 2007-2008
Felelős(ök): OM
- 4.4. **Feladat:** A szakképzésben megszerzett tudás elismerése és beszámítása a felsőoktatásban (BsC)
Intervallum: 2008-2009
Felelős(ök): OM
Indikátor: Legalább 60 kredit beszámítása a felsőfokú képzésekben
- 5. Célkitűzés:** **A közoktatással összehangolt szakképzési rendszer kialakítása, a képzési idők csökkentése**
- 5.1. **Feladat:** A közoktatás és a szakképzés követelményeinek és tananyagtartalmának összehangolása
Intervallum: 2006-2007
Felelős(ök): OM, EüM
- 5.2. **Feladat:** Nagyobb óraszám biztosítása a szakmai alapozó és szakmai orientációs tantárgyak tanítására a humán szakközépiskolai képzés óratervében

Intervallum: 2007-2008
Felelős(ök): OM, EüM
Célérték: A szakmai alapozásra fordítható időkeret emelése 20%-kal

6. Célkitűzés: Az orvosi és a szakdolgozói továbbképzési rendszer fejlesztése

- 6.1 Feladat: Licenz vizsgák rendszerének az kidolgozása és bevezetése
Intervallum: 2006-2007
Felelős(ök): EüM, ESZTT
Indikátor: Licenz engedéllyel rendelkezők száma
- 6.2 Feladat: Továbbképzések támogatási rendszerének fejlesztése
Intervallum: 2006-2008
Felelős(ök): EüM, ESZTT, MOTESZ
Célérték: Évi 400 millió Ft pályázati összeg biztosítása, mely minden évben az infláció mértékével növelni szükséges
Indikátor: Támogatott továbbképzésben résztvevők száma
- 6.3 Feladat: Továbbképzési költségek leírása az adóalapból
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): PM
Célérték: Továbbképzési költség 30%-a évente, maximum 100 ezer Ft
- 6.4 Feladat: Re-integrációs továbbképzési elemek beépítése a támogatások rendszerébe
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): EüM
Célérték: Elkülönített alap létrehozása az egészségügyben ismételten munkát vállaló szakemberek támogatására
Indikátor: A programban résztvevők száma

7. Célkitűzés: A nem egészségügyi végzettségű szakemberek és önkéntesek integrálása az egészségügyi szakképzésekbe, továbbképzésbe

- 7.1 Feladat: A betegellátás területeinek feltérképezése a nem orvosi felsőfokú végzettségű szakemberek alkalmazására
Intervallum: 2007
Felelős(ök): EüM, szakmai kollégiumok: MOK, MESZK, MGYOK, ESZTT
Indikátor: A szakemberek száma
- 7.2 Feladat: Gazdasági szakemberek egészségügyi-gazdasági továbbképzési rendszerének kidolgozása és bevezetése
Intervallum: 2007-2008
Felelős(ök): EüM, EGVE, ETI
Indikátor: Továbbképzések száma
- 7.3 Feladat: Önkéntesek képzésének és továbbképzésének kidolgozása
Intervallum: 2007-2008
Felelős(ök): ESZTT

8. Célkitűzés: Regionális különbségek csökkentése

- 8.1 Feladat: A regionális szakember igény folyamatos monitorizálása
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): Regionális Egészségügyi Tanácsok
- 8.2 Feladat: A belső migrációt elősegítő intézkedési csomagok kialakítása
Intervallum: 2007

Felelős(ök): EüM, Regionális Egészségügyi Tanácsok
Célérték: A területi különbségek ne haladják meg a 20%-ot
Indikátor: A belső migrálók száma

9. Célkitűzés: Pályaválasztási motivációs rendszer kialakítása

- 9.1 Feladat: Állásbörzék működtetése szervezett úton
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): OM, EüM, felsőoktatási intézmények, szakképző intézmények
Célérték: Minden év februárjában kerüljön megrendezésre
Indikátor: A rendezvényeken résztvevők száma
- 9.2 Feladat: Egészségügyi intézményi nyílt napok szervezése
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): EüM, egészségügyi szolgáltatók
Célérték: Minden egészségügyi intézményben szerveződjön évente egy nyílt nap
Indikátor: A nyílt napokon évente résztvevők száma
- 9.3 Feladat: Médiakampány szervezése az egészségügyi pálya bemutatására
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): EüM
Célérték: A beiskolázást megelőző időszakban országos méretekben
Indikátor: Nézettségi, olvasottsági indexek

10. Célkitűzés: Életpálya modellek kialakítása

- 10.1 Feladat: Orvosi és szakdolgozói életpálya-modellek kialakítása és beépítése a támogató rendszerekbe
Intervallum: 2007-2008
Felelős(ök): EüM, MOK, MESZK, MGYOK
Indikátor: Életpálya modellek száma

11. Célkitűzés: A munkavégzés körülményeinek és feltételeinek javítása

- 11.1 Feladat: Rugalmas foglalkoztatási formák támogatása
Intervallum: 2007 folyamatosan
Felelős(ök): FMM, EüM
Indikátor: Rugalmas foglalkoztatási formában foglalkoztatottak száma
- 11.2 Feladat: Pályázat keretében komfort-program indítása a munkavégzés körülményeinek és feltételeinek javítására
Intervallum: 2008-2013
Felelős(ök): EüM
Indikátor: Komfort-programban résztvevő intézmények száma

12. Célkitűzés: Az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának megóvása

- 12.1 Feladat: A „burn out” megelőzésére szolgáló programokat be kell építeni a továbbképzések rendszerébe
Intervallum: 2007-től folyamatosan
Felelős(ök): EüM, ESZTT
Célérték: A különösen veszélyeztetett területen dolgozók 50%-a vegyen részt a megelőző programokban

- 12.2 **Feladat:** A foglalkozási körből adódóan egyénre szabott komplex szűrővizsgálatok végzése az egészségügyben dolgozók számára
Intervallum: 2008-tól folyamatosan
Felelős(ök): EüM
Célérték: A szakdolgozók 80%-a vegyen részt a szűrésen
Indikátor: A szűrésen résztvevő szakdolgozók száma
- 12.3 **Feladat:** Ki kell dolgozni az egészségügyi dolgozók rekreációjának és sportolási lehetőségeinek támogatására szolgáló programot
Intervallum: 2008
Felelős(ök): EüM
Célérték: Régióként 1-1 program
Indikátor: A programban résztvevő szakdolgozók száma
- 12.4 **Feladat:** Ki kell dolgozni az egészségügyi dolgozók kedvezményes üdülési csekk támogatásának rendszerét
Intervallum: 2007
Felelős(ök): EüM, FMM
Célérték: Az egészségügyi dolgozók 70%-a vegye igénybe a szolgáltatást
Indikátor: A programban résztvevő szakdolgozók száma

13. Célkitűzés: Az egészségügyi dolgozók támogatásának fejlesztése

- 13.1 **Feladat:** Létre kell hozni az egészségügyi dolgozók egészségpénztárát
Intervallum: 2010
Felelős(ök): EüM
Célérték: 60%-a legyen tag
Indikátor: A belépő egészségügyi dolgozók száma
- 13.2 **Feladat:** Létre kell hozni az egészségügyi dolgozók felelősségbiztosítási rendszerét
Intervallum: 2008-tól
Felelős(ök): EüM
Célérték: A felelősségbiztosítást kösse meg a dolgozók 40%-a
Indikátor: A megítélt kárösszeg és a biztosítás által lefedett kárösszeg aránya
- 13.3 **Feladat:** Ki kell dolgozni és be kell vezetni az egészségügyi dolgozók korkedvezményes nyugdíjazási programját
Intervallum: 2009-től
Felelős(ök): EüM, PM, FMM
- 13.4 **Feladat:** Ki kell alakítani az egészségügyi dolgozók otthonteremtési, lakhatási programját,
Intervallum: 2008-2015
Felelős(ök): PM
Indikátor: A programban résztvevők száma
- 13.5 **Feladat:** A hűségjutalom fokozatos bevezetése
Intervallum: 2007-2011
Felelős(ök): PM, EüM
- 13.6 **Feladat:** Ki kell dolgozni az egészségügyi munkavállalók családtámogatási programját (pl. óvodai, bölcsődei férőhelyek a munkaidejükhöz alkalmazkodó nyitvatartási renddel)
Intervallum: 2008-tól
Felelős(ök): BM

14. Célkitűzés: Az egészségügyi dolgozók jövedelmi viszonyainak a rendezése

14.1 **Feladat:** Felzárkóztatás első lépésben a hazai átlag, majd az EU-tagállami átlagkeresetekhez

Intervallum: 2007-2015 ig

Felelős(ök): EüM, PM, FMM

Célérték: Nemzetgazdasági bruttó átlagkeresetek listáján ötödik helyre való előrelépés (első ütem)
Az EU átlagkeresetek 2/3-ának elérése 2013-ra

Indikátor: Nemzetgazdasági bruttó átlag keresetek ranglistáján való elhelyezkedés

14.2 **Feladat:** Ki kell alakítani a túlmunka és az ügyelet kérdéskörének a rendezésére szolgáló jogszabályi környezetet

Intervallum: 2006-2007

Felelős(ök): EüM, FMM, IM

6. Partnereink

A „Fehér könyv” összeállításában az alábbi szervezetek, intézmények működtek közre:

- Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
- Belügyminisztérium
- Egészségügyben és Szociális Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete
- Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
- Egészségügyi Minisztérium
- Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
- Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács
- Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
- Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium
- Közigazgatási és Engedélyezési Hivatal
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Gyógyszerész Kamara
- Magyar Kórházszövetség
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége
- Nemzeti Egészségügyi Tanács
- Oktatási Minisztérium
- Országos Alapellátási Intézet
- Pénzügyminisztérium
- Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
- Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzser Képző Központ

8. Bibliográfia

Hivatkozások

1. A fekvőbeteg gyógyintézetek egészségügyi szakdolgozói állásainak száma megyék és régiók szerint. EÜM 2005/1.
2. A működési nyilvántartásban szereplő orvosok száma, MOK, 2005.
3. Az egészségügy szakdolgozói humán erőforrása, munkamonográfia, MMN, 2003.
4. Az egészségügyi szakképző intézetek felmérése. ETI, 2005.
5. Bajor Tamás – Dr. Pörzse Katalin: Az Európai gyakorlathoz illeszkedő munkaerőpiaci készségigény felmérés a magyar oktatás-képzés fejlesztése szolgálatában. Kutatás. Szent István Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Vezetéstudományi Tanszék, 2001.
6. Balázs Péter, Dr.: Az orvosi humán erőforrás-fejlesztés lehetséges irányai 2007–2013 között. 2005/1.
7. Balázs Péter, Dr.: Az orvoslétszám tervezhetőségének problémái. In: IME 2005/2.
8. Balogh Tamás, Dr.: Határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások a Maas-Rajna Eurégióban. 2005.
9. Bérstatisztika. Évkönyv. ESKI, 2005/1.
10. Brandmüller Teodóra, Dr. – Füzesi Zsuzsanna, Dr. – Kricsfalvi Péter – Herczeg Dóra: Új lehetőségek a humánpolitikai és egészségügyi szolgáltatások területén. In: Egészségügyi Menedzsment, 2004.
11. Csernus Valér, Dr.: Orvosi diplomák, továbbképzések megítélése az Európai Unióban. EU-Tanulmányok III. 2005.
12. Dobozi Pálma: A 22. lépés csapdái. In: Medical Tribune /Háttér 2005.
13. Egészségügyi Fejlesztés-politikai Konceptió 2005.
14. Egészségügyi Statisztikai évkönyv 2004. KSH, 2005.
15. Egészségügyi szakágazat bér és létszámstatisztika. ESKI, 2005/2.
16. Élő Anita: Orvosok exportja. 2005. OM honlap
17. Faragó Miklós: Demográfiai problémák és nyugdíjreform az uniós és a csatlakozó országokban. EU-Tanulmányok III. 2005.
18. Fodorné Zagyi Orsolya – Zagyi Bertalan, Dr.: Helyzetkép az egészségügy humán erőforrás-ellátottságáról, különös tekintettel az oktatásra. In: Egészségügyi gazdasági szemle, 2004.
19. Foglalkozásonkénti alaphér adatok az egészségügyben 1999-2004. EÜM 2005/2.
20. Harmat György, Dr.: OECD útmutató a biztosítási kárigények rendezéséről. 2005.
21. Humán erőforrás-fejlesztés Operatív Program. 2004-2006. 2003, FMM, OM, ESZCSM
22. Jávor András, Dr. – Kovács Lajos, Dr.: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió tagállamaiban. A bővítés hatása a magyar egészségügyre. EU-Tanulmányok I. 2005.
23. Kajtor Erzsébet: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003.
24. Luxemburgi nyilatkozat a lisszaboni stratégia félidejének felülvizsgálatáról, Luxemburg, 2004.
25. Nemzeti Fejlesztési Terv Egészségügyi helyzetelemzés, ESZCSM 2002.
26. Nemzeti Rákellenes Program. Vitairat. 2005.
27. Népegészségügyi jelentés szakértői változat. Egészségügyi ellátórendszeri fejezet. OEK, 2004.

28. OGY határozat az Egészség Évtizedének Nemzeti programjáról OGY (2003): 46/2003.
29. OSAP 2001-2004.
30. Szabó István: A nyitott szakképzés lehetőségei Magyarországon. In: ETInfo, 2004.
31. Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére a humán erőforrás fejlesztéséről, az egészségügy létszámhelyzetéről és a bérezésről. 2005.
32. Varga Piroska, Dr.: Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben. 2004.
33. Vízvári László (szerk.): Az egészségügy szakdolgozói humán erőforrása munkamonográfia. ETI, 2003/1.
34. Vízvári László: Az egészségügyi szakképzés helyzete. 2005/2.

További szakirodalom

1. 2005. évi LXXXVIII. törvény a közérdekű önkéntes tevékenységről
2. 2005. évi LXXII. törvény a prémiumévek programról
3. 96/2005. (XII. 25.) OGY határozat az országos Fejlesztéspolitikai Programról
4. Ari Lajos, Dr.: Néhány gondolat az egészségügy humán erőforrás helyzetéről. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2005.
5. Az orvosi hiányszakmákról. MOTESZ Képzési és Tudományos Bizottsága, 2003.
6. Balázs Péter, Dr.: Hazai és külföldi orvosok területi elhelyezkedése az alapellátásban. In: Medicus Universalis, 2005/5.
7. Balázs Péter, Dr.: Migrációs hatások leképeződése a magyar orvostársadalomban. In: IME, 2005/3.
8. Balázs Péter, Dr.: Migrációs hatások lenyomata a magyar fogorvos társadalomban. 2005/4.
9. Balázs Péter, Dr.: Orvosi jövedelmek Magyarországon, avagy tárgyaljuk újra a census-kérdést. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003/6.
10. Bankó Zoltán, Dr.: A rugalmas foglalkoztatási formák elterjesztésének lehetőségei. 2005.
11. Baukó M., – Belicza É., Dr. – Fodor M., Dr. [et al.]: Humán erőforrás-hiány az egészségügyben – rövid vagy hosszú távú probléma? In: Egészségügyi Menedzsment, 2003.
12. Európa terv: A Nemzet fejlesztésének programja 2004.
13. Gaál Csaba, Dr.: Felszámolható-e az orvos- és nővérhiány? In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2005/1.
14. Gábor András: A családpolitika és a kirekesztődés elleni politika a tagországokban és a csatlakozó országokban – összehasonlító elemzés 2005.
15. Helyzetjelentés és fejlesztési javaslat a nem orvosi tevékenységhez kötött természetgyógyászati tevékenységekről: ETI, 2003.
16. Jelentés a világ egészségéről 2006. Az egészségért dolgozunk. WHO, 2006.
17. Kovácsné Tóth Ágnes – Feith Helga Judit, Dr. – Balázs Péter, Dr.: A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. In: Nővér, 2004.
18. Kőszegfalvi Edit, Dr.: Párhuzamos illetve többféle jogviszony az egészségügyi tevékenység ellátása során. 2005.
19. Kullmann Lajos, Prof. Dr.: Humán erőforrás gondok az egészségügyben. 2005.
20. Lakatos Gabriella: Célok és eszközök (NFTII.) kivonat

21. Pálfi Ferencné: Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? A kiégés veszélyei ápolók körében. In: Nővér 2005/16.
22. Piczil Márta – Pikó Bettina, Dr: Quo Vadis, nővéri hivatás?! Egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei Szegeden. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002.
23. Róbert Péter: Az élethosszig tartó tanulás magyarországi intézményrendszere és az uniós országok tapasztalatai. EU-Tanulmányok III. 2005.
24. Simon Kis Gábor, Dr. (2004): Mit ér az egészségügy, ha magyar? In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2004.
25. Speziale, H. J. – Jacobson, L.: Trends in registered nurse education programs 1998-2008., Nursing Education Perspectives. 2005.
26. Statisztika az egészségügyi szakemberek migrációjáról: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, 2005.
27. Tachin Tamás, Dr.: A fluktuáció vizsgálata az egészségügyi szakdolgozók körében. Tanulmány – kutatási jelentés 2004-2005.
28. Vízvári László: „Népvándorlás” a XXI. században az egészségügyi dolgozók körében. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003/3.
29. WHO: European health for all database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, 2005.
30. World Federation for Medical Education University of Copenhagen Faculty of Health Sciences: Statement on the Bologna Process and Medical Education, 2005.
31. www.gkm.gov.hu: A lisszaboni stratégia felülvizsgálata, Budapest, 2005. július
32. www.ufh.gov.hu/doc/doku/IFM_tanulmanyok/

Megye	Összesen	-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-
Bács-Kiskun	1272	43	105	140	155	193	201	167	144	71	53
Baranya	1941	160	267	251	225	216	250	233	165	109	65
Békés	860	41	90	86	117	125	124	94	87	62	34
Borsod-Abaúj-Zemplén	1637	24	125	169	199	247	253	231	178	123	88
Budapest	10811	696	1185	1202	1106	1253	1458	1202	1139	811	759
Csongrád	1936	179	250	229	234	227	271	189	165	112	80
Fejér	961	25	87	120	125	145	144	107	92	68	48
Győr-Moson-Sopron	1171	39	80	136	149	195	168	156	110	102	36
Hajdú-Bihar	2341	294	371	338	283	257	264	219	141	102	72
Heves	757	12	64	91	93	112	121	112	75	56	21
Jász-Nagykun-Szolnok	810	22	57	65	97	127	150	111	100	52	29
Komárom-Esztergom	699	18	53	55	105	123	126	69	72	52	26
Nógrád	391	5	24	37	42	56	78	56	49	34	10
Pest	1879	25	125	193	220	278	310	275	214	156	83
Somogy	814	23	64	91	104	106	128	106	96	61	35
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1093	14	70	127	152	168	180	146	125	75	36
Tolna	536	13	42	45	72	84	81	77	65	40	17
Vas	689	25	50	57	108	111	98	102	68	51	19
Veszprém	892	22	59	89	1106	145	137	122	97	68	37
Zala	797	25	68	83	116	119	140	107	74	31	34

Forrás: MOK 2005. évi adat

Az egészségügyi szakdolgozók betöltött állásainak száma viszonyítva a munkakörré előírt szakképesítéssel rendelkezők számához

Szakdolgozói munkakörök	Betöltött állások száma					Munkakörré előírt szakképesítéssel rendelkezők száma és aránya a betöltött állásokhoz									
	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
Diplomás ápoló	1 616	1 891	2 235	2 446	2 864	1 616	100,0%	1 896	100,3%	2 261	101,2%	2 469	101,0%	2 888	100,8%
Intenzív betegellátó szakápoló	1 934	1 864	1 948	1 941	1 945	1 849	95,6%	1 838	98,6%	1 959	100,5%	1 921	99,0%	1 930	99,3%
Pszichiátriai és mentálhigiénés szakápoló	1 856	1 752	1 630	1 563	1 560	1 748	94,2%	1 639	93,6%	1 519	93,2%	1 474	94,3%	1 489	95,5%
Körzeti-közösségi szakápoló	5 113	4 576	4 825	5 601	5 007	5 008	97,9%	4 564	99,7%	4 888	101,3%	5 712	102,0%	5 094	101,7%
Foglalkozás-egészségügyi szakápoló	415	445	463	368	338	414	99,8%	489	109,9%	524	113,1%	419	113,7%	386	114,3%
Egyéb szakápoló	9 967	10 547	10 380	10 262	10 367	9 756	97,9%	10 456	99,1%	10 400	100,2%	10 308	100,4%	10 325	99,6%
Ápoló	6 809	7 117	8 351	8 041	8 721	6 437	94,5%	7 008	98,5%	8 335	99,8%	8 132	101,1%	8 720	100,0%
Csecsemő- és gyermekápoló	4 347	4 194	4 315	3 628	4 061	4 163	95,8%	4 054	96,7%	4 290	99,4%	3 628	100,0%	4 086	100,6%
Általános ápoló és általános asszisztens	14 549	14 625	13 522	14 341	13 242	14 007	96,3%	14 502	99,2%	13 589	100,5%	14 458	100,8%	13 339	100,7%
Ápolási asszisztens	2 238	2 284	2 336	2 460	2 593	1 220	54,5%	1 334	58,4%	1 264	54,1%	1 494	60,7%	1 588	61,3%
Szülésznő	2 113	2 041	2 067	2 043	1 998	2 076	98,3%	1 980	97,0%	2 069	100,1%	2 052	100,4%	1 985	99,3%
Mentőtiszt	453	430	490	480	503	516	114,0%	569	132,5%	653	133,2%	602	125,5%	574	114,1%
Mentőápoló	3 116	3 014	3 133	3 146	2 998	2 113	67,8%	2 779	92,2%	2 865	91,4%	2 857	90,8%	2 553	85,1%
ápolói munkakörök	54 524	54 779	55 695	56 319	56 196	46 218	84,8%	47 780	87,2%	49 029	88,0%	50 015	88,8%	49 845	88,7%
Fogászati asszisztens	2 958	3 039	3 152	3 125	3 097	2 844	96,1%	2 975	97,9%	3 168	100,5%	3 194	102,2%	3 174	102,5%
Röntgen asszisztens	3 366	3 570	3 392	3 482	3 425	3 219	95,6%	3 485	97,6%	3 308	97,5%	3 366	96,7%	3 355	98,0%
Laboratóriumi asszisztens	4 827	4 773	4 811	4 830	4 501	4 689	97,1%	4 693	98,3%	4 760	98,9%	4 794	99,3%	4 469	99,3%
Gyógyszertári asszisztens	791	809	767	783	792	768	97,1%	803	99,3%	775	101,0%	788	100,6%	795	100,3%
Egyéb asszisztens	4 413	4 498	4 566	4 282	3 997	4 212	95,4%	4 406	98,0%	4 398	96,3%	4 143	96,7%	4 014	100,4%
Aneszteziológiai szakasszisztens	1 279	1 302	1 343	1 290	1 310	1 236	96,7%	1 287	98,8%	1 316	98,0%	1 281	99,3%	1 289	98,4%
Műtős szakasszisztens	2 234	2 254	2 290	2 236	2 256	2 161	96,7%	2 208	98,0%	2 265	98,9%	2 211	98,9%	2 242	99,4%
Gondozó/szakgondozó	513	547	500	531	531	500	97,5%	542	99,1%	467	93,3%	507	95,5%	518	97,6%
Egyéb egészségügyi szakasszisztens	3 064	3 031	2 992	2 856	3 329	2 714	88,6%	3 046	100,5%	3 008	100,6%	2 871	100,5%	3 317	99,6%

Az egészségügyi szakdolgozók betöltött állásainak száma viszonyítva a munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők számához

Szakdolgozói munkakörök	Betöltött állások száma					Munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők száma és aránya a betöltött állásokhoz									
	23 445	23 824	23 812	23 415	23 239	22 343	95,3%	23 445	98,4%	23 465	98,5%	23 155	98,9%	23 173	99,7%
asszisztensi munkakörök															
Dietetikus	653	647	642	673	685	615	94,2%	629	97,3%	633	98,6%	644	95,7%	681	99,5%
Egészségnevelő	129	133	160	138	171	121	93,5%	132	99,3%	166	103,8%	144	104,3%	160	93,3%
Egészségügyi szakoktató	171	171	166	153	184	172	100,8%	174	101,8%	166	100,0%	153	100,0%	186	101,3%
Gyógytornász	1 407	1 449	1 549	1 617	1 767	1 368	97,2%	1 446	99,8%	1 574	101,6%	1 664	102,9%	1 821	103,1%
Közegészségügyi és járványügyi felügyelő	1 222	1 183	1 280	1 319	1 276	1 214	99,3%	1 156	97,7%	1 291	100,9%	1 326	100,5%	1 287	100,8%
Védőnő	5 005	5 010	5 055	5 105	5 029	4 978	99,5%	5 051	100,8%	5 104	101,0%	5 156	101,0%	5 075	100,9%
egyéb szakirányú felsőfokú végzettségű munkakörök	8 588	8 592	8 852	9 005	9 112	8 468	98,6%	8 588	100,0%	8 934	100,9%	9 087	100,9%	9 210	101,1%
Gyógy-, sport-, fürdőmasszőr	608	621	696	726	768	586	96,5%	612	98,5%	696	100,0%	719	99,1%	770	100,3%
Egyéb (orvosírnok, beteghordó, boncmester/boncsegéd, mütössegéd, stb.)	8 646	8 479	8 745	9 119	8 874	5 778	66,8%	5 529	65,2%	5 962	68,2%	6 816	74,7%	6 581	74,2%
egyéb	9 254	9 100	9 441	9 844	9 642	6 364	68,8%	6 141	67,5%	6 658	70,5%	7 535	76,5%	7 351	76,2%
Összesen	95 810	96 294	97 800	98 583	98 189	88 038	91,9%	91 282	94,8%	93 673	95,8%	95 303	96,7%	97 579	99,4%

Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2000-2003, 2004. évi előzetes

Készítette: EüM. Egészségpolitikai Főosztály, 2005. október

3. sz. melléklet

FEOR-kód	Foglalkozás	Személyi alaplábér											
		átlaga, Ft/hó						relatív szórása, %					
		1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
2211	Általános orvos	61 749	67 448	77 156	86 777	138 341	142 693	48,7	78,0	44,4	57,3	28,2	37,0
2212	Szakorvos	76 777	88 158	102 819	116 844	195 758	198 692	40,8	54,8	50,0	48,1	33,3	32,6
2213	Fogorvos	64 438	68 605	84 840	102 362	172 018	170 057	24,5	31,2	32,1	60,8	37,8	40,5
2214	Fogszakorvos	72 172	75 187	81 664	105 366	173 276	196 573	26,5	42,0	31,7	39,4	23,3	28,3
2215	Gyógyszerész	120 630	146 063	139 269	137 142	169 534	192 181	58,4	52,9	77,4	50,7	58,8	52,7
2221	Közegészségügyi felügyelő	92 620	100 233	104 962	175 762	177 701	201 807	18,8	23,2	21,3	22,1	18,8	23,3
2223	Dietetikus	50 391	59 035	64 380	73 443	126 389	126 605	22,3	28,7	18,0	24,3	18,8	22,3
2224	Gyógytornász	49 179	51 968	61 763	71 590	125 118	122 384	22,0	20,8	20,4	22,1	17,6	17,4
2225	Védőnő	54 471	58 618	69 147	80 798	134 109	136 205	25,5	23,4	19,9	34,5	16,4	19,3
2226	Mentőtiszt	67 009	72 855	–	85 389	144 342	144 924	26,9	27,4		27,4	20,4	19,9
2229	Egyéb humán egészségügyi foglalkozás	94 850	99 544	118 141	198 859	205 984	200 578	90,3	104,8	96,9	74,8	66,3	70,3
2230	Diplomás ápolónő, ápoló	57 080	57 757	63 664	75 033	114 854	121 754	43,5	39,4	30,5	44,9	24,9	29,1
3211	Általános ápolónő, ápoló	34 427	37 525	46 700	54 363	80 825	82 050	22,4	22,2	18,3	17,6	18,6	18,9
3212	Szakápoló	37 432	40 662	49 022	58 082	86 895	87 495	23,0	24,3	20,6	111,5	21,1	20,7
3221	Gondozó	36 341	39 459	48 098	55 615	80 407	81 467	21,2	19,8	16,2	17,1	18,5	18,9
3222	Szakkondozó	38 778	44 663	52 472	60 261	90 385	90 116	20,6	31,9	18,5	21,2	24,4	22,4
3231	Általános asszisztens	38 837	42 579	52 688	60 823	85 567	88 365	24,5	24,3	29,5	30,4	23,3	25,9
3232	Szakasszisztens (orvosi)	41 456	45 503	53 922	61 752	91 407	94 814	26,0	29,0	23,9	25,2	21,8	25,3
3233	Fogászati asszisztens	36 443	38 702	47 917	56 279	79 302	80 635	19,0	21,9	15,4	14,5	17,6	24,1
3234	Gyógyszerértési asszisztens	48 672	50 909	57 280	78 119	89 872	98 964	42,6	32,2	23,9	37,3	28,0	36,1
3235	Gyógyszerellátási szakasszisztens	61 058	78 044	89 316	92 115	105 902	116 278	47,4	72,5	64,5	32,6	31,9	36,3
3239	Egyéb asszisztensek	40 352	44 936	54 889	66 934	94 587	93 327	43,6	58,7	48,1	58,1	52,0	39,0

FEOR-kód	Foglalkozás	Személyi alapbér											
		átlaga, Ft/hó						relatív szórása, %					
		1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
3241	Közegészségügyi-járványügyi ellenőr	59 523	84 692	73 267	100 197	119 655	142 826	40,5	62,6	30,9	46,1	44,7	37,6
3242	Szülésznő	37 285	40 703	50 448	57 510	87 842	89 191	20,5	25,0	26,7	25,1	19,8	19,2
3244	Diétásnővér	51 531	52 107	63 375	66 984	108 571	113 421	34,8	32,1	31,3	24,5	27,3	28,5
3248	Fogtechnikus	30 971	35 823	47 457	52 650	79 862	60 089	52,8	49,2	49,1	22,6	59,2	23,4

Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000-2003, 2004. évi előzetes
A 2002. évi adatok nem tartalmazzák az 50%-os közalkalmazotti béremelést

Készítette: EÜM. Egészségpolitikai Főosztály, 2005. október

Nemzetgazdasági bruttó átlagkeresetek

sorsz.	Ágazat	Bruttó átlagkereset, Ft														
		2001			2002			2003			2004			2005. jan.-júl.		
		bruttó kereset	sorrend a kereset nagysága szerint	a nemzetgazdaság %-ában	bruttó kereset	sorrend a kereset nagysága szerint	a nemzetgazdaság %-ában	bruttó kereset	sorrend a kereset nagysága szerint	a nemzetgazdaság %-ában	bruttó kereset	sorrend a kereset nagysága szerint	a nemzetgazdaság %-ában	bruttó kereset	sorrend a kereset nagysága szerint	a nemzetgazdaság %-ában
1	Mezőgazdaság, vad-, erdő-, halgazdálkodás	72 116	17.	69,6	84 251	17.	68,8	89 273	17.	65,1	97 014	17.	66,7	98 260	17.	62,9
2	Ebből erdőgazdálkodás	86 472	14.	83,5	99 975	15.	81,6	111 105	15.	81,0	115 966	15.	79,7	115 287	15.	73,8
3	Ipar	104 186	8.	100,6	117 325	10.	95,8	128 254	12.	93,5	141 089	10.	97,0	146 527	11.	93,8
4	ebből bányászat	126 796	4.	122,4	138 540	4.	113,1	149 076	6.	108,7	162 145	4.	111,4	155 765	9.	99,8
5	ebből villamosenergia-, gáz-, gőz-, vízellátás	135 682	2.	131,0	155 468	3.	126,9	174 189	3.	127,0	192 430	2.	132,2	196 801	3.	126,0
6	Építőipar	79 719	15.	77,0	86 209	16.	70,4	93 797	16.	68,4	99 991	16.	68,7	102 187	16.	65,4
7	Kereskedelem, javítás	90 596	13.	87,5	106 411	13.	86,9	115 566	14.	84,2	122 299	14.	84,0	128 157	14.	82,1
8	Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	68 120	18.	65,8	81 167	18.	66,3	87 118	18.	63,5	90 072	18.	61,9	95 897	18.	61,4
9	Szállítás, raktározás, posta, távközlés	114 447	6.	110,5	130 621	7.	106,6	142 646	8.	104,0	157 749	7.	108,4	164 132	6.	105,1
10	Pénzügyi közvetítés	215 970	1.	208,6	240 881	1.	196,7	273 776	1.	199,6	324 297	1.	222,9	343 073	1.	219,7
11	Ingyanügyletek, gazdasági szolgáltatás	121 821	5.	117,6	133 867	6.	109,3	145 054	7.	105,7	154 365	8.	106,1	156 595	7.	100,3
12	Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás	131 724	3.	127,2	167 846	2.	137,0	180 837	2.	131,8	184 304	3.	126,7	210 200	2.	134,6
13	Oktatás	97 647	11.	94,3	128 665	8.	105,0	162 380	4.	118,4	159 805	6.	109,8	185 164	5.	118,6
14	Egészségügyi, szociális ellátás	78 850	16.	76,1	103 142	14.	84,2	129 956	10.	94,7	130 425	13.	89,6	146 660	10.	93,9
15	Egyéb közösségi, személyi szolgáltatás	91 679	12.	88,5	111 386	12.	90,9	129 240	11.	94,2	137 674	12.	94,6	145 181	12.	93,0
16	Nemzetgazdaság összesen	103 553	9.	100,0	122 482	9.	100,0	137 193	9.	100,0	145 520	9.	100,0	156 150	8.	100,0
17	ebből versenyszféra	102 833	10.	99,3	116 599	11.	95,2	127 032	13.	92,6	138 925	11.	95,5	144 085	13.	92,3
18	ebből költségvetés	105 944	7.	102,3	136 884	5.	111,8	160 843	5.	117,2	161 548	5.	111,0	185 295	4.	118,7

Egészségügyi ágazat bér- és létszám-statisztika (OSAP 1626), átlagos havi kereset

	2001	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2002	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2003	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2004	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2005. II.n.év, reprezentatív minta	% a nemzetgazdasági átlaghoz
Orvosok átlagos havi jövedelme	153 141	147,9	193347	157,9	265 352	193,4	249730	171,6	255 089	163,4
Egészségügyi szakdolgozók átlagos havi jövedelme	81 476	78,7	103468	84,5	131 819	96,1	133057	91,4	130 300	83,4
Egyéb egészségügyi foglalkoztatottak átlagos jövedelme	69 976	67,6	88 172	72,0	111 768	81,5	110440	75,9	103 005	66,0
Egészségügy, átlagos havi jövedelem	87 270	84,3	110228	90,0	142 588	103,9	142076	97,6	137 337	88,0

Színmagyarázat:

- a legalacsonyabb kereset
- a legmagasabb kereset
- az egészségügyi és szociális ágazat átlagos havi bruttó kereseti adatai
- a nemzetgazdaság átlagos bruttó kereseti adatai

A fenti táblázat adatai KSH adatok