2010.

Az egészségügy humán erőforrás stratégiája

Munkapéldány

Vízvári László
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
2010.02.03.

Szerkesztette:

Vízvári László
Gyetvai Györgyi

A 2008-as anyagot készítette:

Vízvári László
Gyetvai Györgyi

A 2006-os anyagot készítette:

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

Lezárva: 2010. február 3-án

Kiadta az Egészségügyi Minisztérium megbízásából
az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Budapest, 2010.

TARTALOMJEGYZÉK

1 Bevezetés ... 6

1.1 Az előzmények ... 6

1.2 Összefoglalás ... 6

2 Jelen helyzet Európában ... 8

2.1 Statisztikai mutatók ... 8
2.1.1 Demográfiai mutatók Európában ... 8
2.1.2 Egészségügyi mutatók ... 9

2.2 Stratégiai célok az EU-ban ... 9
2.2.1 Határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások ... 9
2.2.2 Megelőzés-felvilágosítás ... 9

2.3 Uniós programok ... 10

2.4 Az egészségügyi rendszerek az EU-ban ... 10
2.4.1 Finanszírozás ... 10
2.4.2 Túlmunka, munkabiztonság ... 11

2.5 A humán erőforrás helyzete az EU-ban ... 11
2.5.1 WHO célkitűzései ... 11
2.5.2 Munkaerőhiány az EU-ban ... 12
2.5.3 Munkaerő mobilitás ... 12
2.5.4 Egészségügyi szakemberek képzése és az EU ... 12

3 Jelen helyzet Magyarországon ... 12

3.1 Statisztikai mutatók ... 13
3.1.1 Demográfiai mutatók ... 13
3.1.2 A lakosság egészségi állapota ... 13
3.1.3 Egészségmagatartás, életmód ... 14

3.2 Stratégiai célok ... 14

3.3 Támogató programok ... 14

3.4 Az egészségügyi rendszer ... 17
3.4.1 Az egészségügyi ellátórendszer helyzete ... 17
3.4.2 Finanszírozás ... 21
3.4.3 Minőségirányítás, ellenőrzési rendszer ... 22
3.4.4 Tulajdonosi kör ... 22
3.4.5 Technikai feltételrendszer ... 23

3.5 Humán erőforrás ... 23
3.5.1 SWOT-analízis ... 23
3.5.2 Problémafa ... 24

4 Az egészségügy humánerőforrás helyzete ... 27

4.1 Szükségletek és igények ... 27

4.2 Létszámadatok ... 27
4.2.1 Betöltetlen állások száma ... 28
4.2.2 Nemek szerinti megoszlás ... 28
4.2.3 Orvosok, fogorvosok (életkori, területi megoszlás) ... 28
4.2.4 Gyógyszerészek ... 29
4.2.5 Ápolók (területi megoszlás), fluktuáció ... 29
4.2.6 Szülésznők ... 31
4.2.7 Asszisztensek ... 31
4.2.8 Nem egészségügyi végzettségű dolgozók ... 32

4.3 Az egészségügyi szakemberek felkészültsége ... 32

4.4 Az egészségügyi szakemberek bérezése ... 32

4.5 Az egészségügyi szakemberek leterheltsége ... 34

5 Várható tendenciák ... 34

5.1 Tendenciák az EU országaiban ... 34

5.2 Várható demográfiai változások ... 34

5.3 Életmódváltozások ... 35

5.4 Technikai forradalom ... 36

5.5 A gazdasági válság hatásai ... 36

5.6 Válaszok az egészségügyi humán erőforrás fejlesztés oldaláról ... 37

6 Stratégiai irányok, célfa ... 37

6.1 Az ellátási igény és a szakember ellátottság regionális összehangolása ... 38

6.2 Bérezés és egyéb anyagi juttatások fejlesztése, növelése ... 39

6.2.1 Bérek és jövedelmek ... 39
6.2.2 Hálapénz ... 41

6.3 Az egészségügyi dolgozók motivációjának egyéb lehetőségei ... 42

6.3.1 Béren kívüli juttatások lehetőségei ... 42
6.3.2 Pályaválasztás és toborzás ... 43
6.3.3 Életpálya modell ... 43
6.3.4 A központi gyakornoki szakképzés támogatása ... 44
6.3.5 Munkabiztonság, munkafeltételek ... 44
6.3.6 Kiégés elleni küzdelem ... 44
6.3.7 Egészségügyi szolgáltatások ... 45
6.3.8 Otthonteremtés ... 45
6.3.9 Óvodai elhelyezés ... 45

6.4 A migráció hatásainak kompenzálása és kezelése ... 46

6.5 Munkamegosztás az egészségügyi ellátásban és a szakképzettségnek megfelelő munkavégzés megvalósulása ... 48

6.6 Befektetés az egészségügyi szakemberek képzésébe és továbbképzésébe ... 48

6.6.1 Kompetenciakörök tisztázása ... 49
6.6.2 Képzési rendszerek összehangolása ... 49
6.6.3 A továbbképzési rendszer továbbfejlesztése ... 50
6.6.4 Nem egészségügyi végzettségű szakemberek továbbképzése ... 50
6.6.5 Önkéntesek felkészítése ... 50

7 Stratégiai prioritások ... 51

7.1 Rövid távú feladatok (1-3 év) ... 51

7.1.1 Bérfelzárkóztatási program ... 51
7.1.2 Béren kívüli juttatások támogatása ... 51
7.1.3 Ösztöndíj rendszerek ... 51
7.1.4 Pályaválasztás, PR ... 52
7.1.5 Egészségügyi dolgozók képzéseinek felgyorsítása, képzési rendszerek összehangolása ... 53
7.1.6 Kompetenciakörök tisztázása ... 53
7.1.7 Továbbképzési rendszerek fejlesztése ... 54

7.2 Hosszú távú feladatok (4-10 év) ... 54

7.2.1 Életpálya modell ... 54
7.2.2 Munkabiztonság, munkafeltételek ... 54
7.2.3 Szűrő vizsgálatok ... 54
7.2.4 Kiégés elleni küzdelem ... 55

7.2.5 Otthonteremtés ... 55
7.2.6 Óvodai elhelyezés ... 55
7.2.7 Nem egészségügyi szakemberek továbbképzése ... 56
7.2.8 Önkéntesek felkészítése ... 56

8 Bibliográfia ... 58

9 Mellékletek ... 63

1 Bevezetés

1.1 Az előzmények

A stratégia szerves folytatása a korábbi kutatásoknak, elemzéseknek, így a 2004-ben készített Zöld könyvnek, illetve a 2006-ban elkészült Fehér könyvnek. A 2006-os szakmai anyag véleményezésére és kiegészítésére 28 szakmai szervezetet kértünk fel, melyek közül az alábbi 10 aktívan közreműködött az anyag összeállításában::

- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Ápolási Egyesület
- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége
- Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
- Országos Egészségfejlesztési Intézet
- Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete
- Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakápolók Magyarországi Egyesülete
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
- Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet.

Ezt követően 2008. október 27-én „Az egészségügy humán erőforrás stratégiája" című konszenzus konferencián lehetőség volt a vélemények ütköztetésére, a szakma által képviselt javaslatok alátámasztására.
Mind az írásban beérkezett vélemények, mind a konszenzus konferencián elhangzottak beépítésre kerültek a 2008-as fejlesztési stratégiába. Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet a minisztérium kérésének megfelelően újból frissítette az anyagot.

1.2 Összefoglalás

A humánerőforrás nem önmagában létezik. Túlmutat az egészségügy kérdéskörén. Nem az egészségügy belügye, hanem szinte a kormányzat összes szereplőjét érinti (pl. oktatási tárca, pénzügyi tárca stb). Ahhoz, hogy ütőképes legyen, már a probléma megfogalmazásakor be kell vonni más tárcák képviselőit, és folyamatos közös gondolkodást, koordinációt igényel.

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 utolsó sorban 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- és középtávú feladatokra fókuszáltunk, melyek több ponton is túlmutatnak az egészségügyi ágazat humán erőforrás fejlesztésének kompetenciakörén.

E stratégiai dokumentum készítése során mindig megpróbáltunk konszenzust teremteni az egészségügyi ellátás különböző szereplői között, keresve azt a „legkisebb közös többszöröst", mely mindenki számára elfogadható, s

irányt tud mutatni a kialakult helyzet kezelésére. A 2008-ban írásban beérkezett javaslatok, és a konszenzus konferencia prioritásai alapján az alábbi stratégiai irányokra épül a koncepciónk:

- Juttatások (Bérezés, Béren kívüli juttatások)
- Szakember hiány (Ápolói létszám hiányra képzési válasz, Életpálya modell)
- Képzés (Beiskolázási számok növelésére alkalmas intézkedések, Hiányszakmák „vonzóvá tétele" – ösztöndíj rendszer, Képzési rendszerek összehangolása)
- Monitoring rendszer
- Szabályozás (Kompetencia körök tisztázása, újragondolása, Minimum feltételek meghatározása)

Ezen prioritások megegyeznek az Egészségügyi Minisztérium „Biztonság és Partnerség" című dokumentumban található humán erőforrások tekintetében megoldásra váró feladatokkal. Az Európai Bizottság kérésére felosztásra került az egyes operatív programok között az eredetileg tervezett teljesítménytartalék, így tovább erősödik az emberi erőforrás fejlesztési programok támogatása. Több pénz jut a humánerőforrás-fejlesztésre, ami fedezheti a változások jelentős részét.

A stratégia szerkezetében törekedtünk arra, hogy az EU trendeket a hazai helyzettel párhuzamba állítsuk, és figyelembe vegyük a jövő fejlesztési irányait. Nagy hangsúly fektettünk a problémaelemzésre épülő lehetséges fejleszti irányok felvázolására, és a konkrét intézkedési javaslatok megfogalmazására.

A szerkesztők meggyőződése, hogy a napjainkra kialakult mélyreható és szerteágazó problémák kezelésében csak egy átfogó stratégiai terv vezethet megnyugtató eredményre. 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 színvonalára és a szakképzés rendszerére.

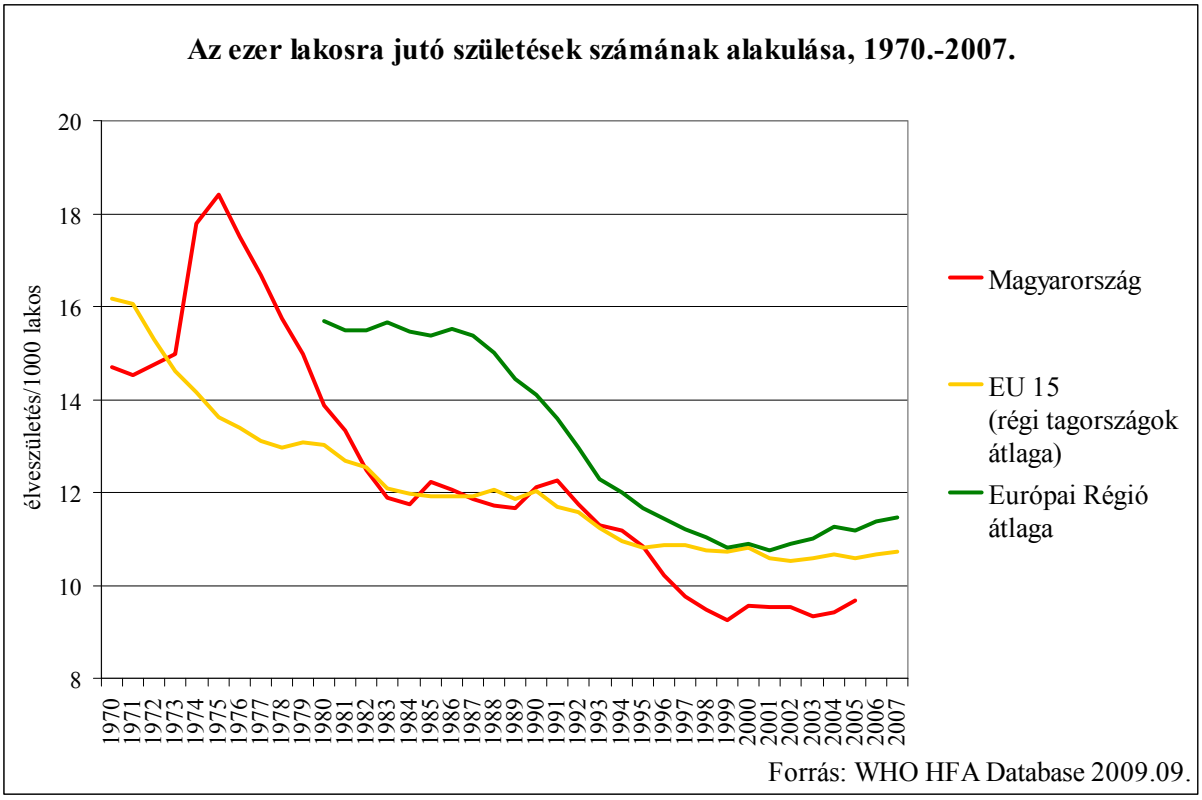
2 Jelen helyzet Európában

2.1 Statisztikai mutatók

A hazai humán erőforrás fejlesztés kérdésköre nem vizsgálható a nemzetközi dimenziók áttekintése nélkül, ezért az alábbiakban röviden taglaljuk az Európában kialakult helyzetet. Tesszük egyrészről azért, mert az egészségügy számos vonzata nem áll a meg a határokon, másrészről azért mert az uniós előírások Magyarországra is vonatkoznak, harmadrész bizonyos kérdések, problémák ott már felszínre kerültek, esetleg megoldást is nyertek.

2.1.1 Demográfiai mutatók Európában

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



1. ábra: Az ezer lakosra jutó születések számának alakulása 1970. és 2007. között

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. Ez utóbbi tendencia az egészségügyben dolgozókra, az ellátó személyzetre is igaz.

2.1.2 Egészségügyi mutatók

Az Európai Unió népegészségügyi stratégiájának egyik fő feladata az európai polgárok egészségi állapotáról és az európai egészségügyi ellátórendszerekről szóló összehasonlító adatok előállítása. Az egészségfigyelési rendszer létrehozásával az EU a polgárok egészségügyi helyzetére vonatkozó információk és ismeretek bővítését kívánja elérni. Kulcsfontosságú ezen a téren az Eurostattal és partnerintézményeivel való szoros együttműködés. A rendszer működése kiegészíti a nemzetközi szervezetek, így az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az OECD hasonló irányú tevékenységeit. Az „egészségben eltöltött életévek" nevű mutató azon évek számát jelzi, amelyek során egy adott személy várhatóan jó egészségnek örvend majd. Ez az adat megbízható mutatóként szolgálhat az egészség termelékenységi/gazdasági faktorként történő számbavételéhez, sokatmondó mérőszáma a lakosság egészségi állapotának, az egészséget meghatározó legfontosabb tényezők hatásának. A végső cél olyan európai uniós egészségügyi információ- és tudásbázis kiépítése, mely az európai szakértők és a nagyközönség számára is hozzáférhető lesz.

2.2 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 általános stabilitási keret kialakítását, amely kedvez a tartós, fenntartható és munkahelyeket teremtő gazdasági növekedésnek." (Luxemburg, 2004)[1]

Az EU egészségügyi stratégiájának a középpontjában az együttműködés és egyeztetés erősítése, az információcsere és a nemzeti döntéshozatal támogatása áll. Az Unió célja olyan átfogó egészségügyi információs rendszer kialakítása, amely Európa-szerte megbízható és naprakész egészségügyi adatokhoz biztosít hozzáférést, s így lehetőséget nyújt a polgárok egészségi állapotát befolyásoló tényezők közös elemzésére. Az EU további célja, hogy fokozza az egészséget fenyegető veszélyekre való reagálás sebességét. Ezért támogatja a járványügyi megfigyelést és a fertőző betegségek ellenőrzésére hivatott rendszereket. A további célok közé tartozik a betegbiztonság, az ellátás minőségének javítása, a határokon átnyúló egészségügyi ellátás fejlesztése, valamint az egészségügyi szakemberek és a betegek mobilitásának elősegítése.

2.2.1 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 figyelembevétele 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 tartalmazzák. A tendencia viszont a szabad beteg- és szolgáltatás áramlás biztosítása, melyet az általános érvényességű Egészségbiztosítási Kártya is támogat. (Dr. Balogh, 2005)

2.2.2 Megelőzés-felvilágosítás

Az EU lakói soha nem éltek olyan hosszú ideig, mint napjainkban. A várható élettartam jelenleg is folyamatosan nő. Jelentős maradt azonban a megelőzhető megbetegedések és a korai halálozások száma. Elsősorban a balesetek, az idegrendszeri zavarok, a rák egyes fajtái, a keringési megbetegedések, a fertőző és légúti betegségek tartoznak ebbe a körbe. Az EU polgárainak egészségi állapotát nagy mértékben meghatározzák az életmód jellegzetességei (táplálkozás, testmozgás, dohányzás), a lakáskörülmények (lakóhely, környezet), a társadalmi-gazdasági, illetve a munkafeltételek. A megelőzés és a felvilágosítás hatékony eszköz más fontos területeken is, így a munkahelyi egészség és biztonság vagy a közlekedésbiztonság terén. Az európai országok

[1] Luxemburgi nyilatkozat a lisszaboni stratégia félidős felülvizsgálatáról. Luxemburg, 2004. november 26.

és nemzetközi szervezetek közötti egyeztetés és együttműködés növeli a megelőzésre irányuló törekvések hatékonyságát. Az EU támogatja az információcserét és a bevált módszereket ismertető útmutatók kidolgozását, mert ezek is hozzájárulnak egy egészségesebb Unió létrehozásához.

2.3 Uniós programok

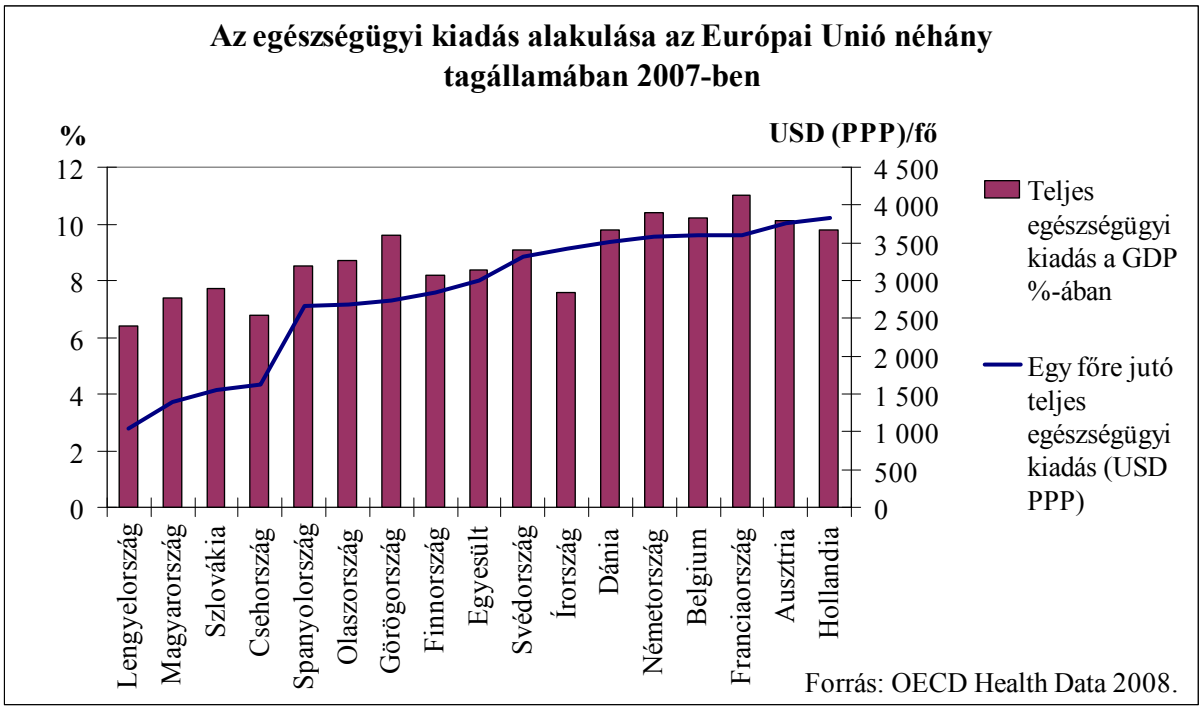
Az Európai Unió kohéziós politikájának alapvető célja a Közösség gazdasági és szociális összetartásának erősítése, a Közösség egészének harmonikus fejlődése, illetve a kevésbé előnyös helyzetű régiók felzárkóztatása. Az Unión belül természetesen sokféle tagoltságot lehet megkülönböztetni, így a társadalmi és gazdasági különbségek mellett, a nyelvi, kulturális, földrajzi, természeti eltérések természetszerűvé tesznek bizonyos különbözőséget. Az EU célja az „egység a sokféleségben" elvvel összhangban nem az adottság-jellegű különbségek eltűntetése, hanem az ezekből adódó hátrányok mérséklése, a kedvezőtlenebb helyzetben lévő régiók versenyképességének – fejlesztési beruházások támogatása útján történő – javítása révén a fennálló jövedelmi különbségek csökkentése, számszerűsíthető gazdasági jellemzők alapján kimutatható tartós elmaradottság csökkentése vagy megszűntetése. Az egészségvédelem és a biztonság, az életkörülmények és a szolgáltatások minőségének javítása, az ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása, valamint a tudatos egészségmegőrzés több uniós program közös célkitűzése. A cél olyan integrált megközelítésmód kialakítása, amely különös figyelmet fordít e programok és az egyéb uniós tevékenységek közötti kapcsolódási pontok létrehozására, lehetővé téve a köztük lévő szinergiák kiaknázását.

2.4 Az egészségügyi rendszerek az EU-ban

Ismert tény, hogy az Európai Unió nem törekszik a tagállamokban működő egészségügyi rendszerek harmonizációjára, a magas színvonalú ellátás szavatolásának felelősségét a tagállamokra bízza. 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 működjék 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)

2.4.1 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 indokoltsággal történik, a rászorulók maradhatnak ellátatlanul, illetve akár a finanszírozási egyensúly is felborulhat. Az egészségügyi rendszerek szereplői meghatározóak abban, hogy a rendelkezésre álló alapokat hogyan használják fel. (Jávor Dr. – Kovács Dr., 2005)



2. ábra: Az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás alakulása az Európai Unió tagállamaiban 2007-ben

2.4.2 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. (Az Európai Parlament és a Tanács 2003. november 4-i 2003/88/EK IRÁNYELVE a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól.) A túlmunka az alapellátásban nem mindenhol kerül elismerésre, illetve nincs finanszírozási forrása, esetleg a csúsztatás, mint ellenszolgáltatás jöhet számításba. Megjegyezzük, hogy Magyarországon a munkáltatók a napi – heti – munkaidő limit vonatkozásában a hazai jogszabályi előírásokat alkalmazzák. Az ügyelet alatti tényleges munkavégzés az, amely a munkaidő-korlátok vonatkozásában figyelembevételre kerül.

2.5 A humán erőforrás helyzete az EU-ban

2.5.1 WHO célkitűzései

Az Egészségügyi Világszervezet 2006. évi programja az egészségügyi dolgozókat helyezte a figyelem középpontjába. Ezen alkalomból kiadásra került a *„Jelentés a Világ Egészségéről 2006 – Az Egészségért dolgozunk”* című tanulmány, amely számos megállapítást, és az elkövetkezendő években (10 év) megvalósítandó célkitűzést fogalmaz meg. Az Egészségügyi Világszervezet egy *új egészségügyi emberi erőforrás szövetséget kíván* létrehozni, 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, és 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 humánerőforrás 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.

2.5.2 Munkaerőhiány az EU-ban

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 létszámhiány közvetlenül rontja minden országban a gyógyítás, az ellátás minőségét. (Dr.Varga, 2004)

2.5.3 Munkaerő mobilitás

Az EU-ban a szabad munkaerő áramlás az amúgy is fennálló egyenetlenségeket tovább „tarkítja". Megfelelő nyelvtudással és elismert szakmai végzettséggel lehetséges, 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).

2.5.4 Egészségügyi szakemberek képzése és az EU

Ahhoz, hogy a humán erőforrás helyzetet áttekintsük, vizsgáljuk 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 orvos képző 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 szülésznők képzése egységesnek mondható (2005/36/EK irányelve a szakmai képesítések elismeréséről), viszont más területeken (pl. a technikai-diagnosztikai területen) a szakemberek képzése alapvetően eltérő. (Vízvári, 2003/1)
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 hiányon, de eltérő lehet az is, hogy kit tekintenek orvosnak vagy kisegítő 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.

3 Jelen helyzet Magyarországon

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

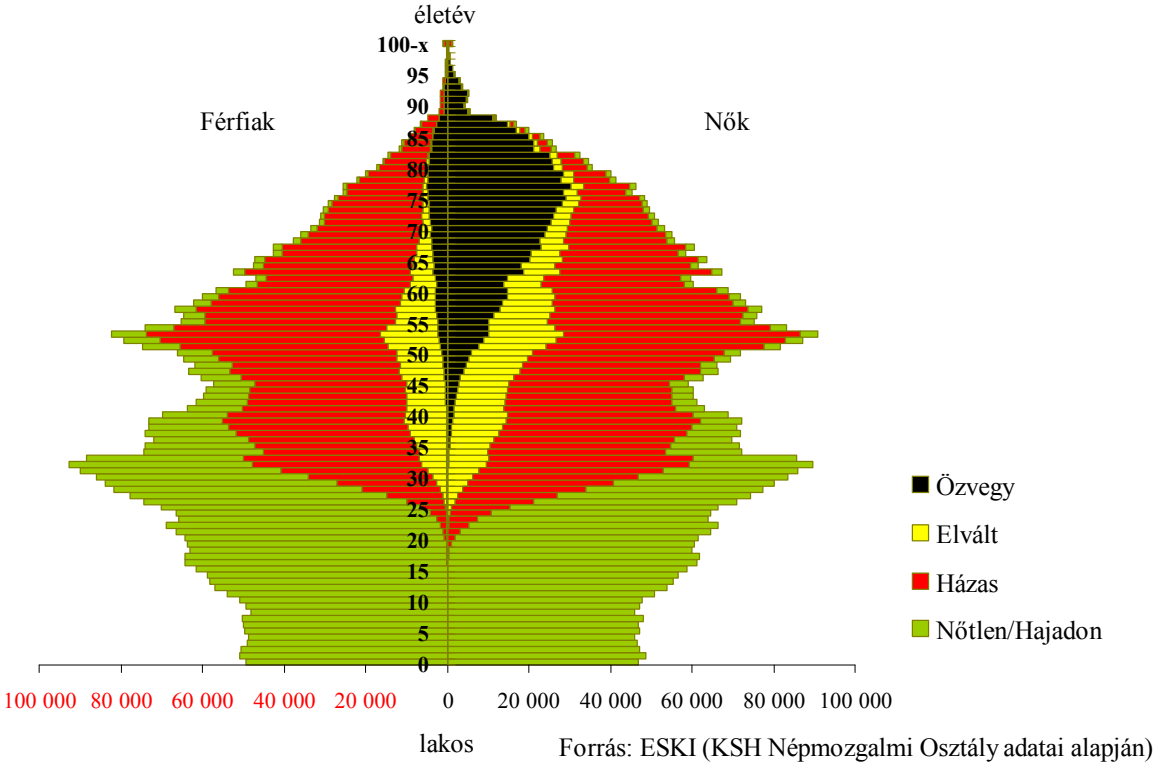
befolyásoló tényezőket, melyek az elkövetkező évtizedekben meghatározzák az egészségügy humán erőforrás igényét.
A Magyarországon jelenleg működő ellátórendszer rövid leíró jellegű összefoglalásával fel kívánjuk hívni a figyelmet a felmerülő létszámigényre és a területi egyenetlenségekre, melyet számos 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.

3.1 Statisztikai mutatók

3.1.1 Demográfiai mutatók

Az ország lakosainak száma 10 030 975 millió fő (2009. január 01., Forrás: KSH Magyar Statisztikai Évkönyv). A népesség a nyolcvanas évek eleje óta folyamatosan csökken, az egyre alacsonyabb születési arány (2004-től emelkedett kissé a 2003-as mélyponthoz képest) és a magas halálozási arány következtében. Magyarország korfája fogyó jellegű, alapja egyre szűkül a születésszám jelentős csökkenése következtében. Az idősebb korosztályhoz tartozók számának és arányának növekedése a népesség elöregedésének folyamatát tükrözi.

A népesség száma nem, életkor és családi állapot szerint, 2008. január 1-jén



3. ábra: Magyarország népesség száma nem, életkor és családi állapot szerint 2008. január 1-jén

3.1.2 A lakosság egészségi állapota

A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói – több évtizede – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében az ország negatív értelemben kiemelkedő helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A születéskor várható átlagos élettartam messze elmarad az Európai Unió tagállamainak mutatóitól. 2008-ban Magyarországon a férfiak várható élettartama 69,79 év, míg a nőké 77,76 év.

Az élveszületések száma 2008-ban ezer lakosra vetítve 9,7 volt. Figyelembe véve azt, hogy a születési ráta 1970-ben 14,70 volt, egyharmados csökkenés tapasztalható. Kedvező fejleménynek tekinthető viszont, hogy 2004-től enyhe emelkedés indult az élveszületések terén. A születések számát illetően az EU-ban is csökkenő tendencia jellemző, az EU 15 átlaga 2007-ben 10,71 volt. (Forrás: WHO HFA DB 2009.09.)
A halálozások száma 2008-ban Magyarországon ezer lakosra vetítve 13,2, míg 1970-ben 11,60 volt. Az Unióban 1970-ben EU 15: 10,83-ról 2006-ra 9,28-ra csökkent. 2007-ben EU 27-re vonatkoztatva ez az adat 9,69. A természetes szaporodás/fogyás tekintetében is ez a tendencia figyelhető meg. Magyarországon 2007-ben ezer lakosra vetítve -3,5 (természetes fogyás) szemben az 1970-es 3,10-es számmal (természetes szaporodás). A mutató az Unió régi tagállamaiban is csökkent: EU 15 1970.: 5,5-ről 2006.:1,55-re, a csökkenés ellenére azonban még mindig pozitív az értéke. Bár az életesélyek a 35 évnél fiatalabb népességben még soha nem voltak olyan jók, mint manapság, 35 és 64 év között azonban a férfiak továbbélési valószínűsége nagymértékben rosszabbodott a legutóbbi három évtizedben. Az idő előtti halálozások száma és aránya igen nagy, az összes meghalt férfi 39,4 %-a és a nők 19,4%-a 65 éven aluli (2007.). (Forrás: ESKI)

3.1.3 Egészségmagatartás, életmód

Magyarországon a legtöbb életév elvesztésével járó halálokok a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztő- és a légző rendszer betegségei, és a külső okok miatti halálozás (balesetek, mérgezések, erőszak). A haláloki struktúrában 2007-ben a leggyakoribb halálokok együttes aránya 92,01%.

- Magyarországon a legfontosabb magatartással összefüggő halálok a dohányzás, melynek következtében 28 ezer ember hal meg évente. A 15 évesnél idősebb férfinépességben napi rendszerességgel dohányzók aránya: 35,8%, a 15 évesnél idősebb női népességben napi rendszerességgel dohányzók aránya: 23,5 % (Forrás: WHO HFA DB 2008.)
- 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 (BMI>=30), mely szoros összefüggésben van a mozgásszegény életmóddal. A 18 év feletti magyar nők 18%-a, míg a férfiak 19,6%-a túlsúlyosnak tekinthető. (Forrás: OECD Health DB 2005.)

Nemcsak a kor, a nem és a lakóhely, hanem az iskolázottság is erősen befolyásolja azt, hogy milyenek a magyar lakosok életkilátásai. Az alacsonyabb iskolai végzettségű emberek rosszabb esélyekkel rendelkeznek, akár több életévet is veszítenek, mint iskolázottabb társaik.

3.2 Stratégiai célok

Ahogy mindenütt a világon, Magyarországon is növekvő gond az egészségügyben a változó szakmai környezethez igazodó szakemberek biztosítása. A Kormány 2008. július 9-i ülésén elfogadta a "Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig" című előterjesztését, amelyről széleskörű társadalmi párbeszédet kezdeményezett. Eszerint a megoldásra váró feladatok fő elemei, a következők voltak:

a) A szakma megbecsültségének, presztízsének helyreállítása,
b) A képzés, szakképzés rendszerének fejlesztése a változó szakmai körülményekhez való jobb és gyorsabb alkalmazkodás elősegítése érdekében,
c) A szakdolgozói szakképesítési rendszer felülvizsgálata,
d) A pályán tartás motiválása,
e) A pályára visszaállás támogatása,
f) A közalkalmazotti jogviszonyon kívüli munkavégzési módok támogatása.

A fent vázolt célokat számos pályázati forrás erősítette, erősíti, mint többek között a TÁMOP 6.2.1-es intézkedés, ami a humánerőforrás monitoring rendszert kialakítását szolgálta, vagy a TÁMOP 6.2.2. pályázat, amely az egészségügyi szakemberek felkészültségének növelését szolgálja.

3.3 Támogató programok

Hazánk 2007. és 2013. között 22,4 milliárd eurós uniós támogatásban részesül, hogy felzárkózhasson a fejlett országokhoz. Ez uniós adófizetők pénze, amely a vidékfejlesztési támogatásokkal együtt közel 8000 milliárd

forint. Az Új Magyarország Fejlesztési Terv egyik legfontosabb célja a foglalkoztatás bővítése és a tartós növekedés feltételeinek megteremtése. Ennek érdekében hat kiemelt területen indít el összehangolt állami és uniós fejlesztéseket: a gazdaságban, a közlekedésben, a társadalom megújulása érdekében, a környezet és az energetika területén, a területfejlesztésben és az államreform feladataival összefüggésben. Ha a kormány támogatja a társadalom megújulását, nőni fog a foglalkoztatottak száma és jelentős mértékben csökken a szegénység. Tovább erősödik az emberi erőforrás fejlesztési programok támogatása. Több pénz jut a humánerőforrás-fejlesztésre (Társadalmi Megújulás OP +32 milliárd forint). Az eredetileg tervezett teljesítménytartalék az Európai Bizottság kérésére felosztásra került az egyes operatív programok között. Ez fedezte a változások jelentős részét.

Az egészségügyi ágazat lehetőségei az Új Magyarország Fejlesztési Tervben is megjelennek. Az ÚMFT fejlesztései alapvetően a szakmapolitikai célok megvalósulását szolgálják, különböző kereteiben az egészségügyi fejlesztésekre az elmúlt időszakban soha nem érzékelt mennyiségű forrás áll rendelkezésre: 2007-2013 között mintegy 452,7 milliárd forint támogatás kerül felhasználásra. Ebből mintegy 347,4 milliárd forint szolgálja a hazai egészségügy fejlesztését az ágazati operatív programokból, mintegy 75 milliárd forint a konvergencia régiók regionális programjainak forrásaiból és 30,3 milliárd forint a Közép–Magyarországi regionális operatív program forrásából. Az ellátórendszert közvetlenül érintő fejlesztések mellett a TIOP és TÁMOP programokon belül számos olyan fejlesztés valósul meg, amelyek az egészséget, az egészségügy fejlesztését célozzák. Például:

- a bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési alapismeretek kidolgozása az oktatás különböző szintjei és különböző korosztályok számára,
- az egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok támogatása,
- a szűrőprogramok országos kommunikációja,
- az egészségügyi humánerőforrás monitoring program,
- a képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára,
- hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés,
- regionális egészségmonitorozási rendszer kiépítése,
- betegazonosítási rendszerek, valamint nemzeti eHealth rendszer használatának előkészítése,
- a közhiteles elektronikus nyilvántartások és az ágazati portál fejlesztése –, amelyek az egészséget, az egészségügy fejlesztését célozzák.

2009-ben elkezdődött, és 2010-ben is folytatódik a TÁMOP programokon belül a „Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés" kiírása két komponens keretében:

1. / a TÁMOP - 6.2.2/A/09/1 kódszámú kiírása „Képzési díj támogatása az intézmények részére", melynek átfogó célja volt az egészségügyi ellátó rendszer átalakításával összefüggésben a megváltozott igényekhez, az egyes területeken megjelenő hiányokhoz való alkalmazkodás, a foglalkoztathatóság szakmai feltételeinek megteremtése, a kompetenciák fejlesztése, a humánerőforrás minőségi szempontból történő optimalizálása. A program célja továbbá az egész életen át tartó tanulás támogatása az egészségügyi ágazatban, a tanulást segítő módszertani környezet kialakítása. Specifikus célja:

- Az egészségügyi rendszer szerkezetátalakításával megváltozott helyi szükségletekhez, illetve a hiányszakmákhoz kapcsolódóan iskolarendszeren kívüli szakmai, szakképzési programok, kompetencia- és hatáskörbővítő képzések (továbbiakban képzések), az egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők számára a munkakör magasabb szintű gyakorlásához szükséges képzések (továbbiakban együttesen képzések) kialakítása. Ezek a programok illeszkednek *a regionális/helyi egészségügyi ellátó és szolgáltató* rendszer változásához, a felhasználók (munkáltatók) igényéhez, az egészségügyi dolgozó személyes életútjának kialakításához, - meghatározott szakképzések esetén- és biztosítják az egyéni tanulás, egyéni tanulási utak lehetőségét
- Egészségügyi dolgozói hatáskörök felülvizsgálatának ösztönzése
- Az új egészségügy szakképesítések bevezetésének módszertani támogatása

2009-ben a támogatásra rendelkezésre álló tervezett keretösszeg: a Közép–magyarországi régióban 600.000.000 Ft, a konvergencia régiókban 2.200.000.000 Ft volt.

2. / a TÁMOP - 6.2.2/B/09/1 kódszámú kiírása „Képzés- és módszertani fejlesztés”, melynek átfogó célja, az egészségügyi ellátó rendszer átalakításával összefüggésben a megváltozott igényekhez, az egyes területeken megjelent hiányokhoz való alkalmazkodás, a foglalkoztathatóság szakmai feltételeinek megteremtése, a kompetenciák fejlesztése, a humánerőforrás minőségi és mennyiségi szempontból történő optimalizálása. A program célja továbbá az egész életen át tartó tanulás támogatása az egészségügyi ágazatban, ezen belül a szakképzéshez való hozzáférés segítése. Specifikus célja az újonnan létrejövő, illetve az átalakítás során megváltozott humánerőforrás kompetenciákat biztosító felső- és középfokú szakképzések, szakirányú továbbképzések, egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők új szakképesítésének megszerzése, kompetencia- és hatáskörbővítő képzések támogatása az egészségügyi intézmények számára. 2009-ben a támogatásra rendelkezésre álló tervezett keretösszeg: 700.000.000 Ft volt.

Szintén a TÁMOP programok keretén belül zajlott a „Foglalkoztatás támogatása az egészségügyi intézmények számára: TÁMOP 6.2.4/A/08/1 , melynek célja az átszervezések és a funkcióváltások, intézményi összevonások következtében kialakuló humán kapacitástöbblet átirányítása azokba az intézményekbe, ahol hiányzó szakorvosi, szakdolgozói kapacitásokat regisztrált az ágazat, vagy ott a hiány rövidesen várható. Ezt a célt elősegítheti egy olyan középtávú, foglalkoztatást támogató program elindítása, amely a felszabaduló kapacitást befogadó intézményeknek nyújt átmeneti bértámogatást a hiányzó vagy az új funkciókhoz illeszkedő orvosi, szakdolgozói kapacitások biztosítása érdekében. A pályázat célja a foglalkoztatás támogatása mellett olyan, a nemzetközi gyakorlatban bevált team formában végzett ellátási szolgáltatások bevezetése, amellyel elérhető a gyógyítás betegközpontúságának erősítése és a gyógyítás hatékonyságának növelése. A támogatásra rendelkezésre álló tervezett keretösszeg: a Közép–magyarországi régióban 760.815.000 Ft, a konvergencia régiókban 2.282.445 000 Ft.

A munkanélküliek foglalkoztatására a Szociális és Munkaügyi Minisztérium az Egészségügyi Minisztérium és a szakmai érdekképviseletek közreműködésével támogatott közmunkaprogramot hirdetett, az önkormányzati, állami, (vagy egyházi) tulajdonban és működtetésben lévő, fekvő betegellátást nyújtó, az egészségügy területén működő intézmények részére, hogy regisztrált álláskeresőkkel bővítsék a foglalkoztatásban résztvevők számát. A pályázók csak azon részlegeikre, osztályaikra, egységeikre vonatkozóan nyújthattak be pályázatot, melyek kizárólag közfinanszírozott ellátást nyújtanak. A pályázat a betanítási időszakot magában foglaló határozott idejű munkalehetőséget, illetve a megfelelő előképzettséggel és alkalmassággal rendelkezők számára szakképzési lehetőséget is kínált. A képzési program, felnőttképzés keretében, akkreditált képző intézmény közreműködésével valósult meg. Valamennyi közmunkásnak részt kellett vennie a foglalkoztatásához szükséges „érzékenyítő” programon, a betanító jellegű alapképzésen, ami után kórházi kisegítőként dolgozhat. A program során az OKJ-ben szereplő ápolási asszisztens képesítés volt megszerezhető és megkezdhető (a gyakorló ápoló) az ápolói képesítés megszerzése. A beérkezett pályázatok értékelése után az ország 20 fekvőbeteg-ellátást végző intézménye 334 fő álláskereső közmunka keretében – 2009. december 31-ig – történő foglalkoztatásához kapott támogatást a Szociális és Munkaügyi Minisztériumtól.

A kórházi ápolói közmunka programot kiegészítő szakképzés támogatására az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány (OFA) – a pályázati felhívás A) komponense keretében – azok képzésének támogatása érdekében hirdet pályázatot, akik részt vesznek a közmunkaprogramban, ápolási asszisztensi vagy gyakorló ápolói képzettséget kívánnak szerezni, képzésüket a fekvőbeteg-ellátó intézmény is javasolja, a képző intézmény a képzésekben való eredményes részvételre alkalmasnak találja őket és a képzést követően is vállalják foglalkoztatásukat. A képzési projektek végrehajtásának szakmai támogatása érdekében is pályázatot hirdet az OFA, a felhívás B) komponense keretében.

A) komponens:

Az OFA a támogatási programmal azt szeretné elérni, hogy a Szociális és Munkaügyi Minisztérium által támogatott fekvőbeteg-ellátó intézményekben közmunka keretében foglalkoztatott állás-keresők ápolási asszisztensi vagy gyakorló ápolói képzettséget szerezzenek, és így tartósan munkához jussanak, s ezen keresztül az intézményekben jelentkező szakdolgozói hiány is mérséklődjék.

A program keretében három féle képzést támogatott az OFA:

1. a közmunka keretében foglalkoztatott, korábban szociális gondozó és ápoló vagy általános ápolói és általános asszisztensi képzettséget szerzett álláskeresők átképzése ápolási asszisztenssé;

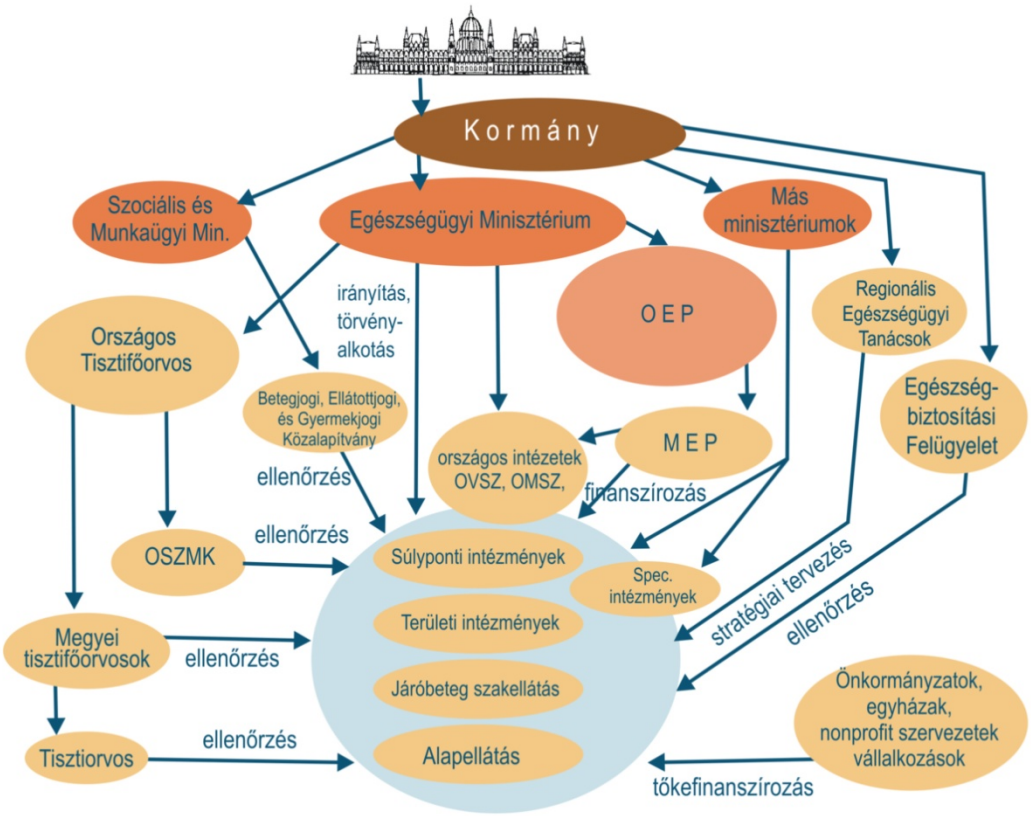
2. a közmunka keretében foglalkoztatott 10. osztályos (vagy az 1998/99-es tanév előtt 8. osztályos) végzettséggel rendelkezők ápolási asszisztenssé képzése;
3. a közmunka keretében foglalkoztatott, érettségivel rendelkező álláskeresők gyakorló ápoló rész-szakképesítés megszerzését szolgáló képzése.

B) komponens:

Olyan szakmai szolgáltatások biztosítását támogatja az OFA, amelyek a képzési projektek eredményes és egységes elvekre, módszerekre épülő végrehajtását, az előkészítés és a végrehajtás során felmerülő problémák megoldását segítik, valamint a tanuláshoz, tanításhoz szükséges esz-közöket és fejlesztéseket biztosítják a képzők és a képzésben résztvevők számára.

3.4 Az egészségügyi rendszer

Az egészségügyi rendszer irányítása, kapcsolatai



4. ábra: A magyarországi egészségügyi rendszer irányítása, kapcsolatai

Az állampolgároknak joguk van a szociális biztonsághoz: öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság, önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátáshoz. Az állam ezt a kötelezettségét a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg. (Forrás: ESKI)

3.4.1 Az egészségügyi ellátórendszer helyzete

Hazánk egészségügyi ellátó rendszer szerkezete nehezen alkalmazkodik:

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

Az 1990-es évek első felében bevezetett teljesítményfinanszírozás ugyan összességében javította az intézmények gazdálkodását és működésük hatékonyságát, de napjainkra már egyre több problémát vet fel a fekvőbeteg-ellátó és a járó beteg intézetek működésében. A beavatkozási kódok idő és pontérték aránya és az elszámolhatóság száma nem mindenhol elégséges.

Az egészségügyi ellátórendszerben mutatkozó feszültségek egyik forrása az ellátórendszer korszerűtlen struktúrája, amely mind szervezési, mind pedig szerkezeti kérdésekben is a hagyományosan rögzült, és elsődlegesen még mindig 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 követhetőek a laikus jogalkalmazó (orvos, ápoló) számára, ami a jogkövető magatartást megnehezíti.
- A magyar egészségügyi ellátórendszerben személyzeti és szervezeti oldalon is rögzült a történelmi hagyományokra épülő poroszos, feudalisztikusan hierarchizált rendszer.

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. Csökkenthető lenne, ha a járóbeteg szakellátást ki lehetne helyezni a kórházakból a területre, a körzetek közelébe. Pl. kisvárosba, ha 30-40 km-es körzetben található fekvőbeteg intézmény, akkor jól tud működni az önálló járóbeteg szakellátás az alapellátással karöltve. Csak a valóban kórházi ellátást igénylő esetek kerülnek be fekvőbeteg intézetbe. Így a korházi orvosok leterheltsége is csökken. 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.

3.4.1.1 Népegészségügy

A népegészségügyi ciklus hatékony működésének feltételei: az intézményi keretek, működéshez működtetéshez szükséges források és a szakképzett humán erőforrás egyidejű megléte. Háttere a Nemzeti Népegészségügyi Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat. Ebben négy fő fejezetben (Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása, Egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése, Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékosság megelőzése, Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében) 19 alprogramban tekinthetőek át a népegészségügyi tevékenységek 10 évre tervezett rendszere. Jelenleg a program a félidejénél

tart. A népegészségügy tárcán belüli intézmény rendszere az ÁNTSZ országos hálózata. A Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság megléte elősegíti, hogy a különböző tárcák részt vegyenek az ágazatközi koordinációban.

3.4.1.2 Alapellátás

A ténylegesen betöltött alapellátó körzetek száma:

- felnőtt és vegyes háziorvosi praxis: 5207 db,
- gyermekorvosi körzet: 1581 db,
- fogorvosi körzet (gyermek + felnőtt): 2819 db,
- az alapellátásban betöltött védőnői állások száma:4911 (Magyar Statisztikai Évkönyv, 2007.7.7.)

Forrás: OEP Statisztikai Zsebkönyvkönyv

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. A szolgáltatások egységes, egymásra épülő, kétpólusú rendszerében elsődleges szerepe az alapellátásnak van. 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.

3.4.1.3 Járóbeteg-szakellátás

A szakellátás jelenlegi struktúrája döntően közalkalmazotti foglalkoztatásra és köztulajdonú kórház-rendelőintézeti bázisra alapozott. A magyar egészségügyi ellátórendszerben jelentős a kórház centrikusság, 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.

3.4.1.4 Fekvőbeteg szakellátás

A Magyar Kórházszövetség szerint a kórházi ágyak legalább 10-30%-án szociális indokú ellátás történik. A betegek további 15-20%-a ellátható lenne a járóbeteg-ellátásban. 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.

3.4.1.5 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 rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiánya, illetve egyenlőtlenségei kedvezőtlenül befolyásolják az életminőséget. A szolgáltatások mennyiségének és minőségének javítása érdekében, feltétlenül szükséges az orvosi és más rehabilitációs szakemberek képzésének mennyiségi és minőségi fejlesztése. 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 az elmúlt évek fejlesztései ellenére alacsonyak. A krónikus, rehabilitációs, ápolási ágyak száma: 27153 db, ezek aránya az összes ágyszámhoz (71541) képest: 37,95 % (Forrás: EüM)

3.4.1.6 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 rendszer fejlesztésének célja a jóval költségesebb kórházi ellátás kiváltása. Otthoni szakápolási tevékenység a kezelőorvos elrendelése alapján történik.

3.4.1.7 Praehospitalis ellátás

Az egészségügyi törvény szerint a mentés biztonságos, egységes és összehangolt működéséhez szükséges feltételrendszer biztosítása és megszervezése állami feladat. A mentést az ország egész területére kiterjedően az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) valamint – a működési engedélyben meghatározottak szerint – más, mentésre feljogosított szervezetek (pl. koraszülött mentők) látják el. Az OMSZ feladata a mentésen kívül többek között az oxiológiai (sürgősségi orvosi szakellátás) képzés, az elsősegélynyújtás országos felügyelete, elemi csapások, tömegszerencsétlenségek egészségügyi felszámolásában való részvétel. A mentés a sürgősség igénye szerint lehet azonnali, 2 órán belüli, mentési készenlétet igénylő őrzött szállítás esetén 2 órán túli. Az Európai Unió normája szerint a tagországok mentőszolgálatainak képesnek kell lennie 15 percen belül országuk bármely pontját elérni. Ez Magyarországon jelenleg 78%-ban teljesül. Idén került kiírásra A TIOP 2.3.4 programokon belül a Mentésirányítási rendszer fejlesztése, melyben a támogatásra rendelkezésre álló keretösszeg 3, 5 milliárd Ft.
A mentésirányítási rendszerek fejlesztése kulcstényező a beteg életesélyeinek növelése és a maradandó károsodások megelőzése érdekében, illetve az OMSZ szolgáltatások minőségének javítása és uniós normáknak való megfelelés érdekében. Alapvető cél:

- a prehospitalis sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének biztosítása az ország egész területén;
- az ország területének legalább 90%-aban a 15 perces elérési idő biztosítása,
- az OMSZ költséghatékony működésének biztosítása,
- a helytől és időtől független, egységesen magas szakmai színvonalú szolgáltatások biztosítása,
- az OMSZ informatikai rendszerének fejlesztéssel történő felkészítése a mentés szakmai színvonalát, valamint hatékonyságát növelő mentésirányítási és vállalatirányítási rendszer megvalósítására.

3.4.1.8 Gyógyszerellátás

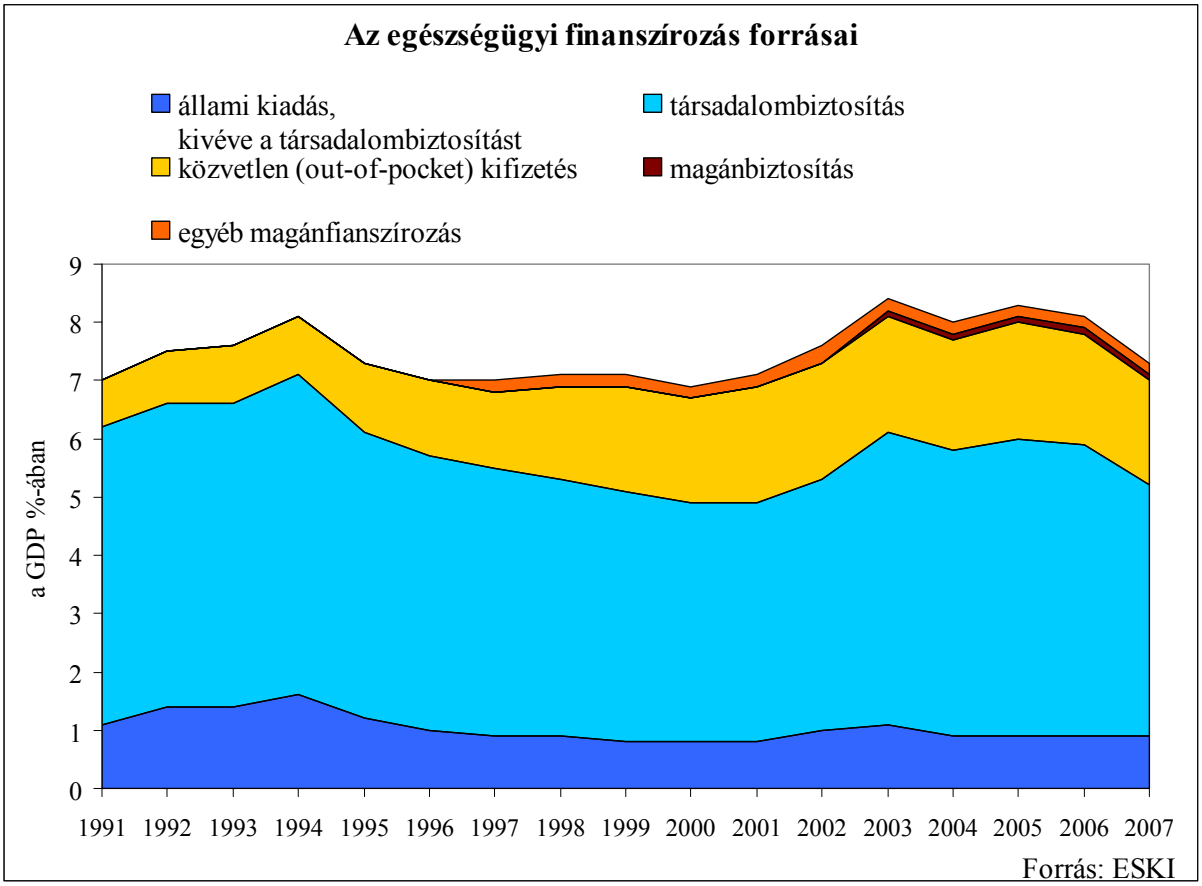
A gyógyszertárak privatizálása nem érintette a lakosság gyógyszer ellátottságát, mivel az egy gyógyszertárra jutó lakosságszám érdemleges változást nem mutat. A magyar egészségügy egyik speciális problémaköre a gyógyszerfogyasztás. A korábbi időszakokban Magyarországon a jelentős gyógyszertámogatás mellett 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) A gyógyszerellátásban az egészségügyi tevékenység mellett a kiskereskedelmi tevékenység is megjelenik, nem jelenti azt, hogy a gyógyszertárnak, mint egészségügyi szolgáltatóknak, ne kellene rendelkezniük mindazokkal a minőségi paraméterekkel, mint az egészségügyi ellátás bármely más területén.

3.4.1.9 Vérellátás

Magyarországon a vérellátás állami feladat, melyet a szakminiszter irányítása alatt álló Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) lát el. A szervezet 6 regionális- és 20 területi intézményből áll, melyekhez 28 kórházi transzfúziós osztály kapcsolódik. Az OVSZ az ország egész területén biztosítja a vérellátás megtervezését és megszervezését, az egészségügyi intézmények vérrel és vérkészítményekkel való ellátását. Ezen kívül vannak országos intézeti feladatai (módszertani levelek, szakmai standardok, protokollok kialakítása stb.), valamint a nemzeti vérkészítmények felügyeletével és gazdálkodásával kapcsolatos feladatai, preparatív transzfúziológiai feladatai (véradásszervezés, donortoborzás stb.), klinikai transzfúziológiai- és minőségbiztosítási feladatai is.

3.4.2 Finanszírozás

Az összes egészségügyi kiadás részesedése a GDP-ből: 7,4 % (2007). Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon döntő hányadban közforrásból, kisebb részben magánforrásból történik. A közfinanszírozás aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 2007-ben 70,6% volt.



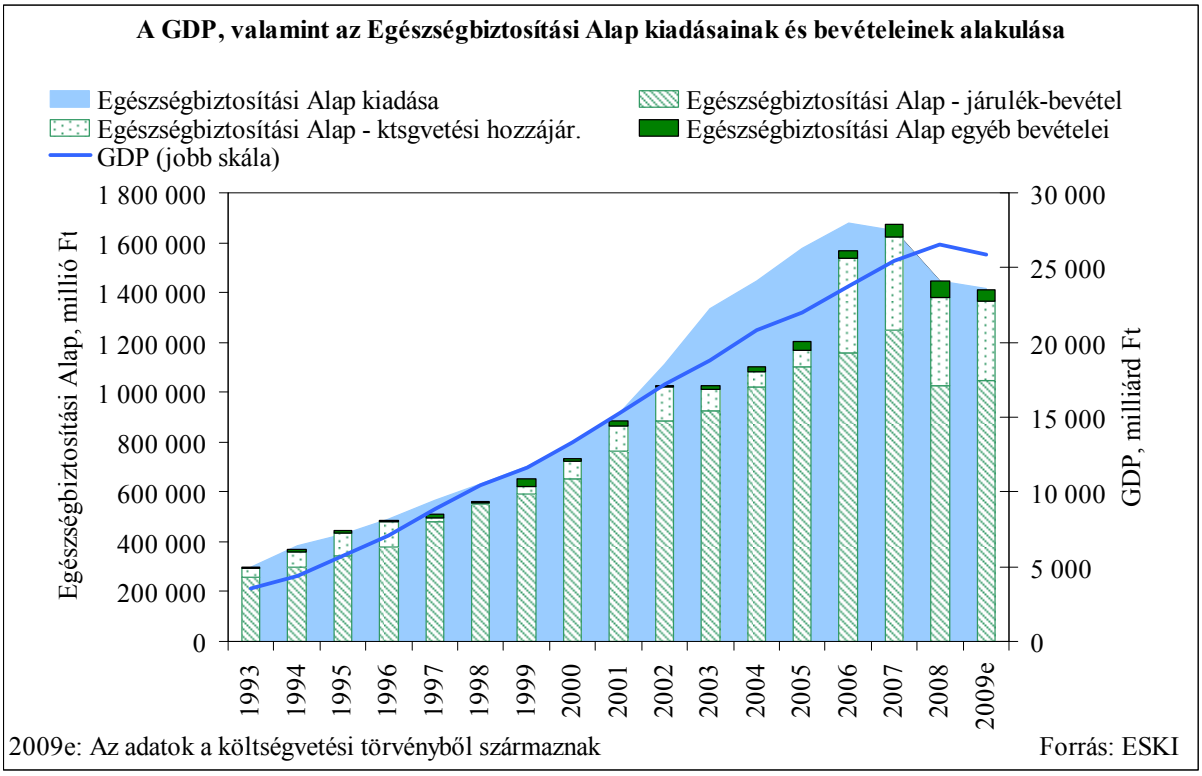
5. ábra: A magyarországi egészségügyi finanszírozás forrásai

A munkáltató által fizetendő társadalombiztosítási járulék mértéke minden jövedelem után, 2010. január 1-jétől 27 %, amely a következők szerint oszlik meg:

- 24 % a nyugdíjbiztosítási járulék,
- 3 % az egészségbiztosítási-és munkaerőpiaci járulék, amelyből
    - 1,5 % a természetbeni egészségbiztosítási járulék,
    - 0,5 % a pénzbeli egészségbiztosítási járulék,
    - 1 % pedig a munkaerő-piaci járulék

A biztosított (dolgozó) által fizetendő egészségbiztosítási járulék 7,5 %, ebből 4 % természetbeni (pl: kórházi ellátás), 2 % a pénzbeli (pl.: táppénz), 1,5 % a munkaerő piaci járulék.

2007-től azok a belföldi személyek, akik nem rendelkeznek biztosítással, és egészségügyi szolgáltatásra más jogcímen sem jogosultak, csak egészségügyi szolgáltatási járulék megfizetése esetén szerezhetnek jogosultságot az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. 2008. január 1-től az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összege 4350 forint (napi összege 145 forint). A törvény szerint szociálisan rászorultak, megváltozott munkaképességűek meghatározott feltételek mellett járulékfizetés nélkül is jogosultak az egészségügyi szolgáltatásra. (Forrás: ESKI)



6. ábra: A GDP, valamint az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak és bevételeinek alakulása

A központi költségvetés egészségügyi kiadásai nem csupán az E. Alap felé irányulnak, a kormány tartja fenn a tulajdonában lévő egészségügyi intézményeket (klinikák, országos intézetek, Országos Mentőszolgálat, Országos Vérellátó Szolgálat, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat stb.). Az egészségügyi közfinanszírozás további szereplői az önkormányzatok, melyek egészségügyi ellátási felelősségüknek döntően egészségügyi intézményeik tulajdonosaiként tesznek eleget.

3.4.3 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. A jó minőségbiztosítás kórház- és szakmaorientált kell, hogy legyen, hiszen a tanúsítások legtöbbje szolgáltató specifikus (pl. ISO). Jelenleg a rendszer „igazságtalansága", hogy a tanúsított kórházak semmilyen előnyt nem élveznek a többiekkel szemben, hiszen egy zárt és leszabályozott rendszerben dolgozni nehezebb és drágább is. 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. Az ellátórendszer szakmai ellenőrzését fokozni szükséges. Fontos, 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 megkezdődött, de ez az a terület, aminek elméleti és gyakorlati humán-erőforrás kapacitását relatíve nagy arányban kell fejleszteni.

3.4.4 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. Az eltérő tulajdonosi formák az OEP finanszírozás szempontjából ma nem kerülnek megkülönböztetésre, ugyanakkor a fejlesztési és beruházási forrásokhoz (címzett 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. A sokrétű tulajdonosi szerkezet alapvetően akadálya az intézményi szektor hatékonyság alapú átrendezésének, a kapacitások csökkentésének, a struktúra átalakításának, a központi egészségpolitikai programok megvalósításának. (EFK, 2005)

3.4.5 Technikai feltételrendszer

Az eszköz-műszerállomány az elmúlt 10 évben jelentősen elöregedett minden ellátási szinten, a beszerzett új műszerek aránya csökkent. Még az egyetemeken és az országos intézményekben is az eszközöknek alig több mint 20%-a tekinthető elfogadhatóan korszerűnek. Régiónként, 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 megszaporodott műhibaperek számát. 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 egyenlőtlenséget 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)

3.5 Humán erőforrás

3.5.1 SWOT-analízis

A problémák 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 (2006.), 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 humánerőforrás helyzetével kapcsolatosan. Szerintük a jelenlegi rendszer:

erőssége:

- 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 EU finanszírozású programok forrásteremtő lehetősége,
- a technológiai fejlődés kanalizálása,
- a team-munka előtérbe helyezése,
- az önkéntesek bevonása,
- a helyi aktivitás támogatása,

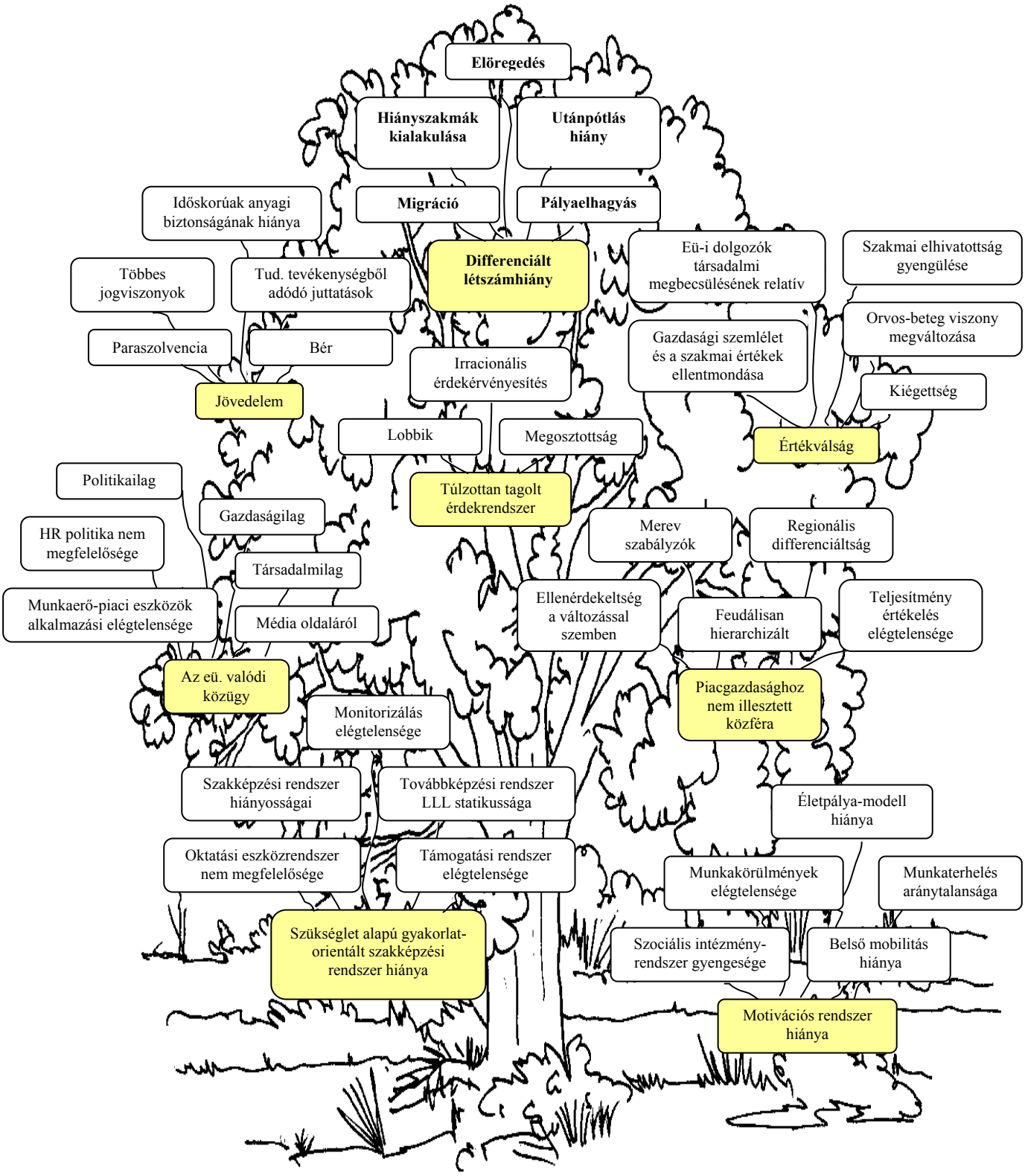
fenyegetettség:

- a lakosság elöregedése miatt az ellátottak számának emelkedése,
- az ellátók számának csökkenése,
- a szakmai elhivatottság csökkenése (kiégés),
- a jogalkotási anomáliákból adódó működési zavarok,
- az egyeztetési lehetőségek elmaradása,
- a befelé irányuló migráció visszaáramlása a szülőföldre,
- a szélsőséges tendenciák érvényesülése,
- az elvándorlás,
- a képzési idő és a majdani jövedelem aránytalansága

3.5.2 Problémafa

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

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



7. ábra: Az egészségügy humán erőforrásának problémafája

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, borravaló) 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.

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. A kifelé irányuló migráció is növeli a deficitet. 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.
3. 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.
4. Az érdekérvényesítés lehetősége és készsége az ágazat megosztottságát eredményezi, melyeket a lokális lobbik, az irracionális érdekérvényesítések tovább nehezítenek.
5. 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 kellőképen kihasználva.
6. 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 elmossa az egyéni felelősség kérdését is. A kompetencia körök tisztázatlansága számos ütközést eredményez, melyet a tradicionális vezetési és szervezeti kultúránkkal nem vagyunk képesek kompenzálni. A merev, időközönként 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 értékként 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. A munkaügyi központok képzési támogatása sem követi a területi igényeket. Olyan mértékű és létszámú képzéseket támogat, amelyekre a környezetben nincs felvevőpiac. Azért végeznek el egyes tanfolyamokat, hogy támogatást kapjanak, de már előre tudvalevő, hogy nem tud majd elhelyezkedni a nyert szakmával.
8. Az elmúlt években szűkült, romlott a pályán tartást szolgáló juttatások köre. A szociális juttatások között egyre kevésbe találjuk meg a belső mobilitást támogató orvos- és nővérszállókat, a folyamatos munkarendhez igazodó bölcsődei vagy éppen óvodai elhelyezést. Elvétve 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 csak részben megoldott 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.

4 Az egészségügy humánerőforrás helyzete

4.1 Szükségletek és igények

Az ágazati és kormányzati humánerőforrás-politika az elmúlt évtizedekben viszonylag lassú, kései reagálást mutatott a társadalmi-gazdasági változásokra. Ennek megfelelően szükséges kialakítani annak rendszerét, hogy 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. 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. Fel kell tárni 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.

4.2 Létszámadatok

A statisztikák adják a helyzetelemzések alapját, melyek megítélése az egészségügy vetületében nem is olyan egyszerű dolog. 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. Jelenleg az egészségügyi ágazat nem rendelkezik egy egységes adatszolgáltatáson alapuló, rendszerezett adatokat és információkat tartalmazó adattárházzal. A humánerő tervezése egy tudatos, adatokkal alátámasztott rendszerben kell, hogy történjen. TÁMOP most induló „Egységes Egészségügyi humánerőforrás monitoring rendszer" projekt gazdája az EEKH. A projekt átfogó célja: egy egységes ágazati HR monitoring rendszer és adattárház kialakítása, amely a kormányzati és/vagy ágazati szintű döntés előkészítések megalapozását és döntéstámogatását, illetve ágazati HR stratégia kialakítását támogatja. Ennek következtében, 2009. január 1-től az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 114§-a helyébe az 'Egységes ágazati humán erőforrás monitoring rendszer'-re vonatkozó szabályozás lép. Ez a folyamat még meg valósítás alatt áll.

A magyar egészségügyben 2007-ban 175 160 fő dolgozott. A betöltött orvosi állások száma 36 262, a betöltött szakdolgozói állások száma 98 109 volt. A 100 ezer főre jutó orvosok száma 2007-ben Magyarországon 278,02, kevesebb, mint az EU régi tagországaiban, több mint az újakban (EU15 tagországok átlaga 2006-ban: 337,82 EU12 tagországok átlaga 253,23). A 100 ezer főre jutó szakdolgozók száma 2007-ben 903,85, kedvezőbb, mint az EU tagországaiban (2006-ban EU 15: 804,79).

4.2.1 Betöltetlen állások száma

A Központi Statisztikai Hivatal 2008-ban megjelent adatai alapján megállapítható, hogy a tervezett állások számának csökkenése tapasztalható az egészségügyi ágazatban a vizsgált időszakban. Noha a betöltött állások számának folyamatos emelkedése érzékelhető, az állások több mint 4,2 %-a még mindig betöltetlen. Ez ágazati szinten átlagosan közel 4298 állást jelent. Így a tervezett állások száma 102 407, a fő- és időszakos, valamint részfoglalkoztatású szakdolgozókkal betöltött összes állások száma 98 109. 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. A betöltött állások számát a 2. számú melléklet tartalmazza.

4.2.2 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)

4.2.3 Orvosok, fogorvosok (életkori, területi megoszlás)

A dolgozó orvosok száma 1985-től a számítógépes nyilvántartás, 2000-től a Magyar Orvosi Kamara működési nyilvántartásának adata, 2007-től az EEKH vette át a nyilvántartást. A 2006-os év adatai szerint mintegy 37 220 orvos dolgozik Magyarországon. Nyilvántartásban 37220 orvos szerepel, ebből 35572 dolgozó orvos. A KSH adatai szerint a dolgozó orvosok száma 2008-ban: 36 088 fő.

A dolgozó orvosok száma korcsoport, nem és szakképesítés szerint, 2007										
Korcsoport (év)										Összesen
–30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56–60	61–65	66–70	71–	
Férfi										
2 607	**1 795**	**1 802**	**1 864**	**2 035**	**1 689**	**1 649**	**1 203**	**332**	**41**	**15 017**
Nő										
3 666	**1 862**	**2 081**	**2 231**	**2 633**	**2 073**	**1 568**	**823**	**226**	**22**	**17 185**
Férfi, nő együtt										
6 273	**3 657**	**3 883**	**4 095**	**4 668**	**3 762**	**3 217**	**2 026**	**558**	**63**	**32 202**

8. ábra: A dolgozó orvosok életkori megoszlása Magyarországon a KSH 2007-es adatai alapján

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 felettiek, 2000-re már négyszer annyi az idősnek számító háziorvos, mint a fiatal. Ismert az a tény is, hogy az orvosok területi és szakma specifikus megoszlása ezen arányokat negatív irányba befolyásolja és egyes területeken orvos hiánnyal kell számolnunk.

9. ábra: A százezer lakosra jutó dolgozó orvosok számának regionális alakulása 2007-ben Magyarországon

4.2.4 Gyógyszerészek

A Magyar Gyógyszerészi Kamara az alábbi észrevételeket és javaslatokat fogalmazza meg:

- Az ágazat létszámigényének meghatározásához ismernünk kell a gyógyszerészek és gyógyszertári asszisztensek kórfáját, és még árnyaltabb adatok kinyerésével feltérképezni a területi egyenlőtlenségeket
- A kompetencia körök az elmúlt években jelentősen megváltoztak, és egyelőre csak részben tisztázottak, így ennek definiálása feltétlen szükséges.
- A gyógyszerész szakképzésben bekövetkeztetett változások (finanszírozás, keretszámok) miatt, a szakmai szervezetek között egységes álláspont a szakképzési rendszer megmentése.
- WHO célkitűzések kapcsán a gyógyszerészi gondozási programok, WHO-EuroPharm fórum protokollok magyarországi adoptálása és megvalósítása.
- a jövőkép kapcsán: a gyógyszerészek szakmai függetlenségének és minőség biztosításának egyik eszköze a gyógyszerészek tulajdonhoz jutásának biztosítása.

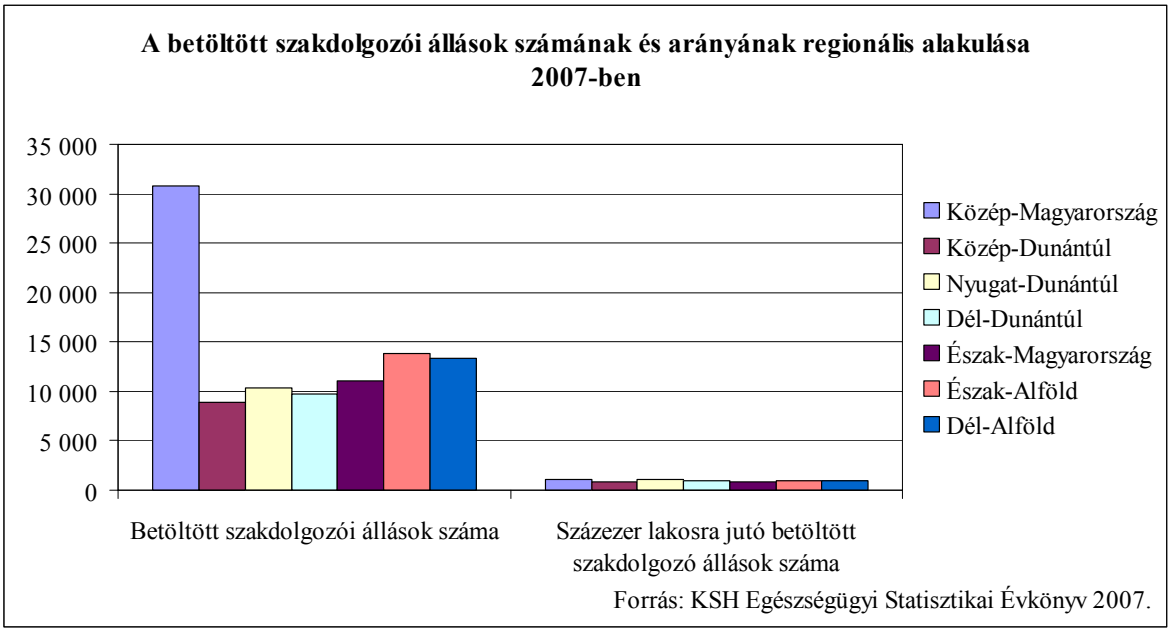
4.2.5 Ápolók (területi megoszlás), fluktuáció

Az egészségügyi szakdolgozók száma a KSH 2008-as adatai alapján 97 100 fő, melynek összetétele rendkívül heterogén, közel 30 önálló, jól körülhatárolható egészségügyi speciális szaktudással jellemezhető munkaköri csoportot tömörít. 2006-tól csökkenő tendencia figyelhető meg.

Egészségügyi szakdolgozók				
Megnevezés	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Összesen	**101 326**	**103 168**	**98 079**	**97 100**
Ebből:				
Ápoló	52 055	55 096	52 904	51 864
Védőnő	5 001	5 366	5 349	5 274
Szülésznő	1 997	1 952	1 577	1 632
Gyógytornász	2 103	2 277	2 236	2 513
Asszisztens	26 397	24 625	23 110	22 651

10. ábra: Az egészségügyi szakdolgozók száma 2005 és 2008. között Magyarországon (Forrás: KSH)

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)[2]. A szakdolgozók egyötöde 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 kórházszövetségi adatokban belső aránytalanságok is megfigyelhetők. Sok fekvőbeteg-ellátó intézményben leginkább a szakápolók hiányoznak, míg az általános ápolókból és asszisztensekből túlkínálat jelentkezik.

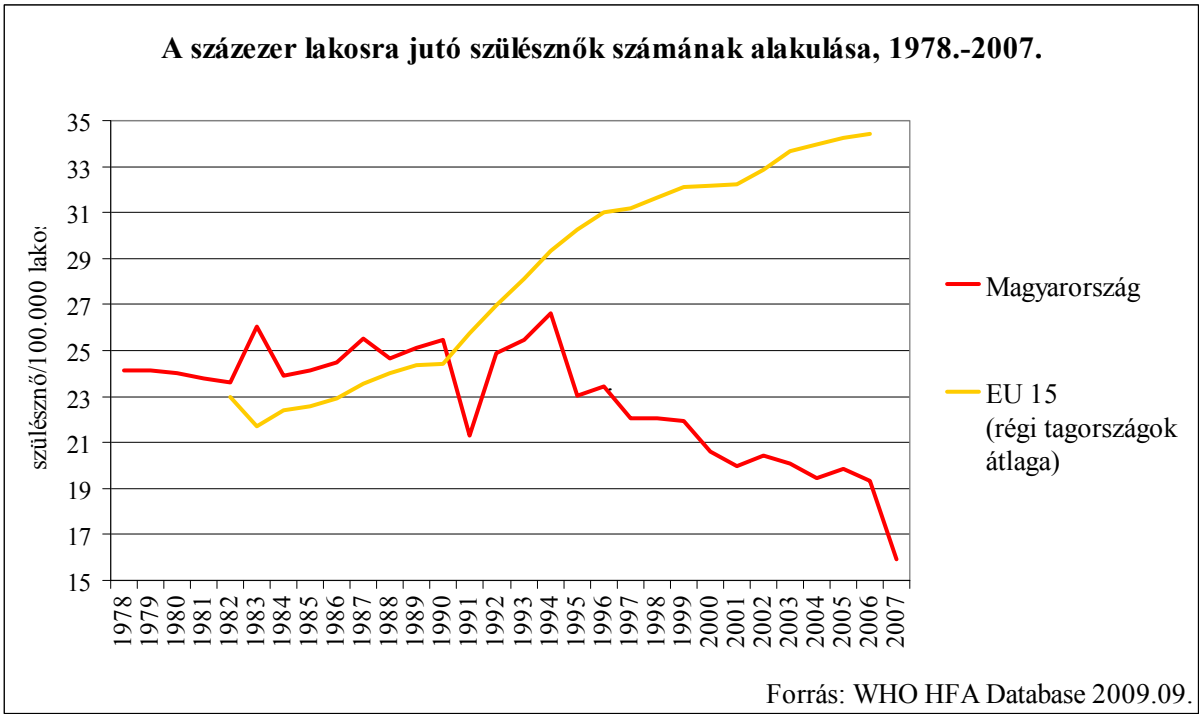


11. ábra: A betöltött szakdolgozói állások számának és arányának regionális megoszlása 2007-ben Magyarországon

[2] Humánerőforrás-fejlesztés Operatív Program. 2004-2006. (2003)

4.2.6 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. Zagyi, 2004)



12. ábra: A százezer lakosra jutó szülésznők számának alakulása 1978. és 2007. között Magyarországon

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. (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.

4.2.7 Asszisztensek

Az asszisztensek foglalkoztatása kapacitásokat szabadíthat fel, egyrészről amennyiben az orvosokat/gyógyszerészeket tehermentesíti a nem orvosi feladatok végzése alól (pl. ápolási tevékenységek, gyógyszerkiadó asszisztens), másrészről 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).

4.2.8 Nem egészségügyi végzettségű dolgozók

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 elmozdulás. 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.

4.3 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) 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.

4.4 Az egészségügyi szakemberek bérezése

A foglalkozásonkénti alapbérek alakulását 1999 és 2008. között a 3. sz. melléklet tartalmazza.

Ismert, hogy az egészségügyi dolgozók bérszínvonala a gazdaság más ágazataihoz képest alacsony, mára az a korábbi bérfejlesztések szinte elvesztették a hatásukat. 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 bérjövedelme szempontjából nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy e körben az átlagkeresetek egy jelentős túlmunkavégzés tartalmat is magukba foglalnak, hiszen a túlmunka, az ügyelet, a készenléti feladatellátás is megjelenik az átlagkereset vonatkozásában. 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 nehezíti, hogy 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 béréről, juttatásairól nem rendelkezünk pontos információkkal. (Tájékoztató, 2005)[3]. Ezzel szemben a munka jogviszonyban álló egészségügyi dolgozók bérhelyzetéről pontosan tájékoztat az ESKI bér- és létszám statisztikai feldolgozása.

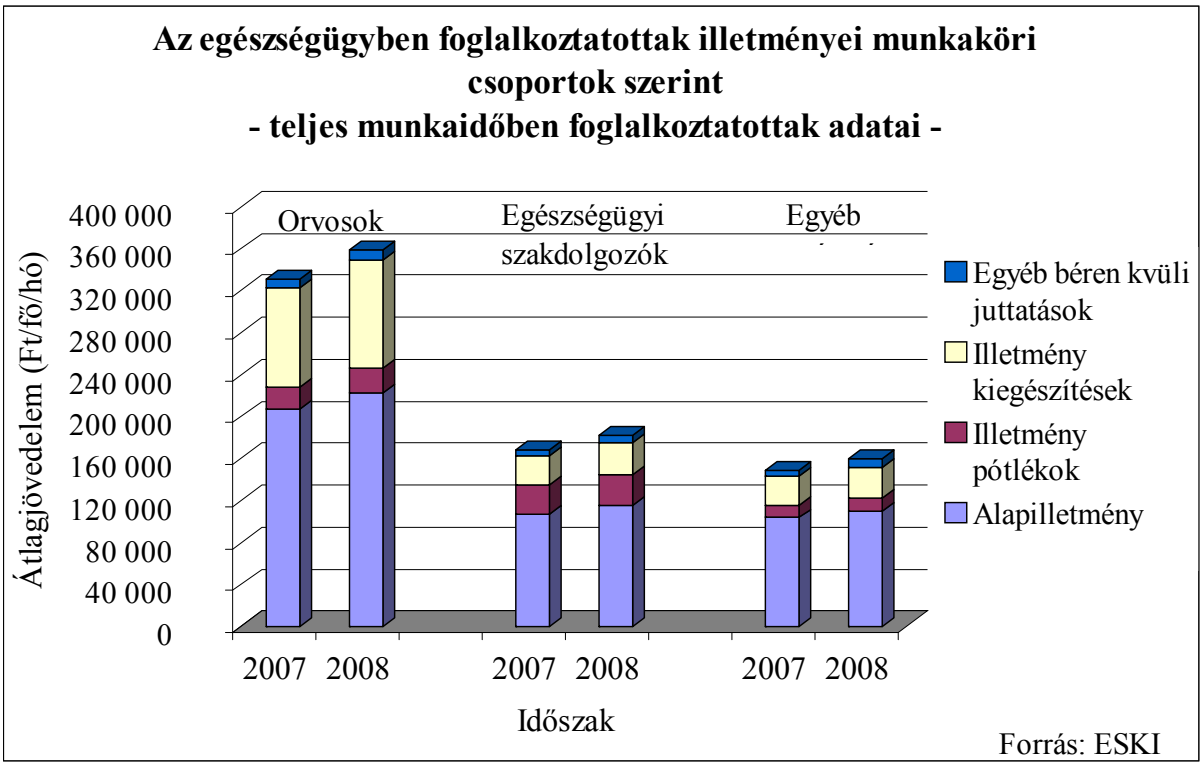
[3] Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére a humán erőforrás fejlesztéséről, az egészségügy létszámhelyzetéről és a bérezésről. 2005.

A teljes munkaidőben foglalkoztatottak illetmény és létszám adatai munkaköri csoportok szerint (2007, 2008)

Év	Jövedelem				Jövedelem összesen	Átlaglétszám
	Kereset			Egyéb béren kvüli juttatások		
	Alapilletmény	Illetmény pótlékok	Illetmény kiegészítések			
	Ft/fő/hó	Ft/fő/hó	Ft/fő/hó	Ft/fő/hó	Ft/fő/hó	fő
			Orvosok			
2007	206 636	21 736	93 609	9 112	331 093	16 728
2008	222 652	23 618	102 377	10 155	358 802	15 740
			Egészségügyi szakdolgozók			
2007	106 341	28 856	27 062	6 092	168 351	60 866
2008	114 940	29 473	30 128	7 570	182 111	57 814
			Egyéb egészségügyi dolgozók			
2007	103 285	11 883	27 564	5 738	148 471	45 940
2008	110 054	12 341	29 367	7 451	159 212	42 153

Forrás: ESKI, OSAP 1626 Bér- és létszámstatisztikai feldolgozás

13. ábra: A teljes munkaidőben foglalkoztatottak illetmény és létszám adatai munkaköri csoportok szerint



14. ábra: Az egészségügyben foglalkoztatottak (teljes munkaidőben) illetményei munkaköri csoportok szerint

4.5 Az egészségügyi szakemberek 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*8 = 416 + 52*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.

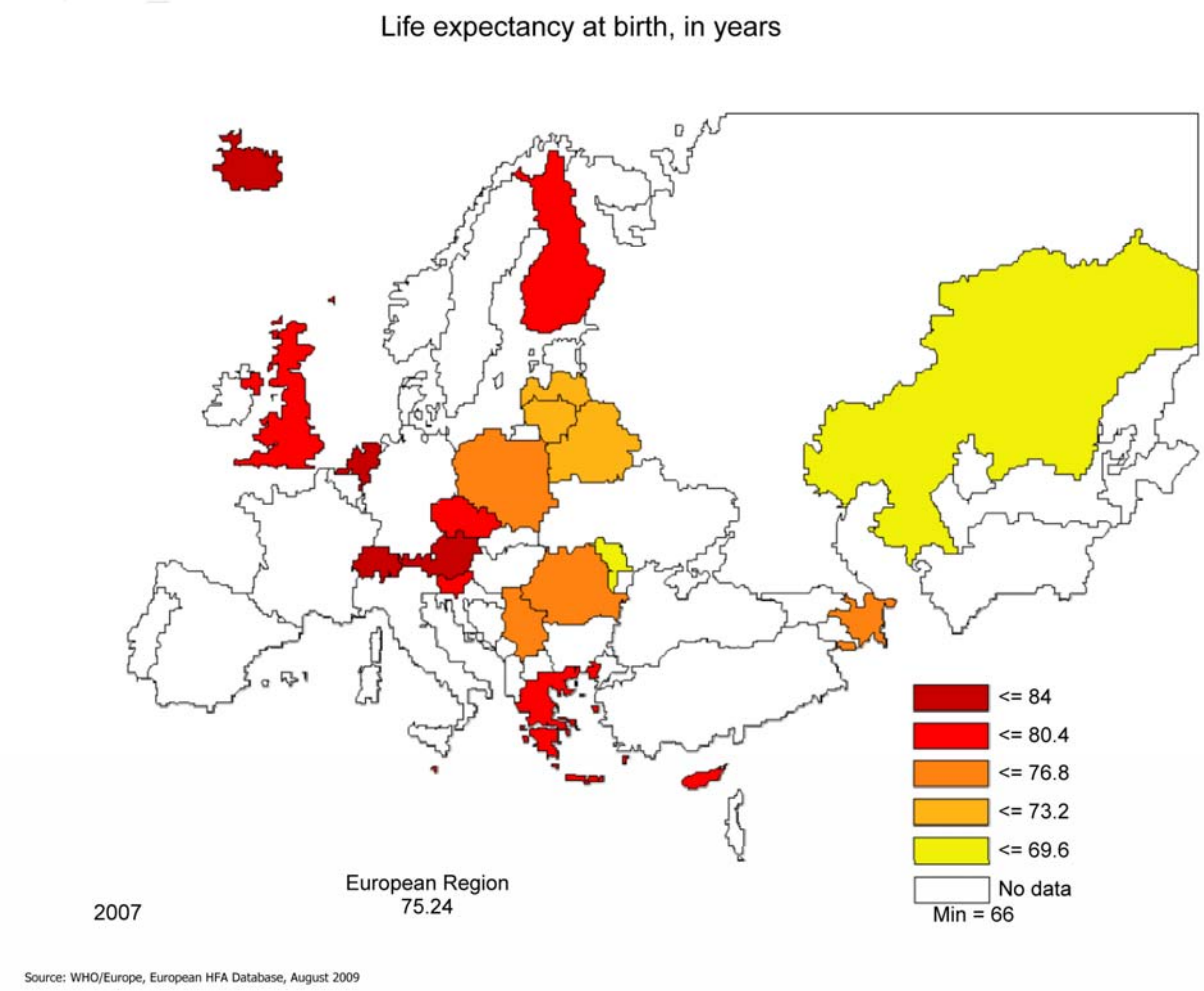
5 Várható tendenciák

5.1 Tendenciák az EU országaiban

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. 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)

5.2 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 szakemberszükségleteket. 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 2006-ban 2,34 évvel, a nőké 0,82 évvel volt rövidebb, mint az országos átlag. Halandóságuk pedig 15,1, illetve közel 5,2 %-kal haladta meg az országos adatokat. A csecsemőhalandóság ezeken a településeken másfélszerese volt az országos átlagnak. (KSH, 2007.) 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 igénnyel 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.



15. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam Európában 2007-ben (Forrás: WHO HFA 2009.08.)

5.3 Életmódváltozások

A magyar lakosság átlagolt egészségi állapota a nemzetközi összehasonlításokban Európán belül az utolsó harmadba esik, rosszabb, mint az EU-s átlag. Az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági-szociális-kulturális tényezők javulása az átlagolt egészségi állapot értékének javulásához vezet. A társadalmi-gazdasági-egészség mutatók átlagos javulása elfedi azt a tendenciát, hogy a lemaradók-leszakadók helyzete nem változott, vagy romlott, így a különbségek növekedtek. Ez a tendencia csak úgy válik megfordíthatóvá, ha az infrastrukturális és humán erőforrás fejlesztések arányosak, lokális szinten is életszerűek, a szolgáltatások elérésénél érvényesül az esélyegyenlőség elve. A célcsoport szempontjából hatékony a színtér (lakóhely, munkahely, iskola, stb.) alapú egészség fejlesztés, ahol a társadalom intézményeinek szolgáltatásai a felhasználók igényeihez igazodnak. (Az oktatási intézményekben már kötelező az intézmény egészség fejlesztési tervét is elkészíteni.) Életmód változások preventív eleme, a rizikó viselkedések elkerülése, a színtereken nyújtott pozitív mintával támogathatók hatékonyan. Az életmód változások operatív eleme az egészségügyi alap- és szakellátás, a népegészségügyi ciklus és az egészségfejlesztési tevékenységek összehangolt működésének feltétele.
A jövő célja, hogy az egészség, mint cél, érték és erőforrás jelenjék meg a közgondolkozásban és a különböző szakmapolitikákban.

5.4 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. 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. 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.

5.5 A gazdasági válság hatásai

A jelenlegi gazdasági helyzetben teljes mértékben indokolt, hogy a kormány a stabilitás megteremtésére törekszik. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a kormányoknak, bármennyire is nagy a kísértés, nem szabadna az egészségügyi költségvetés megnyirbálásával reagálni a gazdasági világválságra. A gazdaság helyreállítását célzó lépések nem korlátozódhatnak kizárólag a kereskedelem és az üzleti élet újraélesztésére. Tapasztalatból tudjuk, hogy a korábbi gazdasági krízisek is az egészségügyi kiadások csökkentését vonták maguk után. A WHO nyilatkozata szerint, létfontosságú, hogy a kormányok "ne tegyék takaréklángra" az egészségügyet, hiszen a nehéz időkben egy egészséges társadalom segítheti helyreállítani a gazdaságot: "az egészség a gazdaság termelékenységének és fellendülésének legfontosabb alappillére." Magyarországon a pénzügyi válság hatásai elérték az egészségügyet.
A gazdasági válság veszélyezteti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A szakértők óvnak a radikális szűkítésektől az egészségügyi- és szociális költségvetéseknél.

A világszerte ható gazdasági válság nagy kihívások elé állítja az európai egészségügyi rendszereket. Jóllehet a kihatások részleteiben még nem beláthatók. Hiányoznak a megbízható és összehasonlítható egészségügyi adatok is, amelyekre felépülhetne egy egészségpolitikai válságmenedzsment. Az Európai Egészségügyi Fórumon (EGF) Bad Hofgasteinben mégis világossá vált, hogy az emberek egészségügyi ellátása Európában a világszerte való gazdasági hanyatlás révén többszörösen fenyegetett. A viszonylag szilárd finanszírozási alapú egészségügyi rendszereknek, mint a német, a szakértők véleménye szerint a legjobb esélyei vannak, hogy a válságon túl nagy csökkentések nélkül úrrá legyenek. Az országok csökkenő gazdasági teljesítménye és az emelkedő munkanélküliségi számok képezik a legnagyobb veszélyt az egészségügyi rendszerek működőképességére. A betegpénztárak csökkenő bevételei csak egy a lehetséges következményekből. Az egészségpolitika, a gazdaság, a tudomány, az orvostudomány és az igazgatás Bad Hofgasteinban képviselt szakértői óvtak attól, hogy a válság a fertőzőbetegségek emelkedéséhez is vezethet és a szociálisan gyengéket különösen erősen fogja érinteni. A korábbi válságokból tudjuk, hogy a szignifikáns gazdasági visszaesések egy magasabb öngyilkossági arányhoz vezethetnek és a szívinfarktusok emelkedéséhez, - közölte David Struckler az oxfordi egyetemről. Becslés szerint csupán egy százaléka annak az összegnek, ami a pénzügyi rendszer megmentésére rendelkezésre áll, az egészségügyi- és szociális intézkedésekbe invesztálásra lenne szükséges ahhoz, hogy az emelkedett halálozási arányokat csökkentsék. A válság keményen érinti a gazdaságilag gyenge

országokat, bizonyítják az Európai Betegfórum körkérdései. Így pl. Lettországban az öngyilkossági arány az a válságot követő hónapokban 15%-kal emelkedett. A pszichés megbetegedések száma az 1,5-szörösére növekedett. Ezenkívül a egy reprezentatív vizsgálat során megkérdezettek 21%-a vallotta, hogy lemondtak egy orvoshoz fordulásról. Romániában a nemzeti sclerosis-multiplex programok eszközeit 2009-re 6 millió euróval csökkentették.

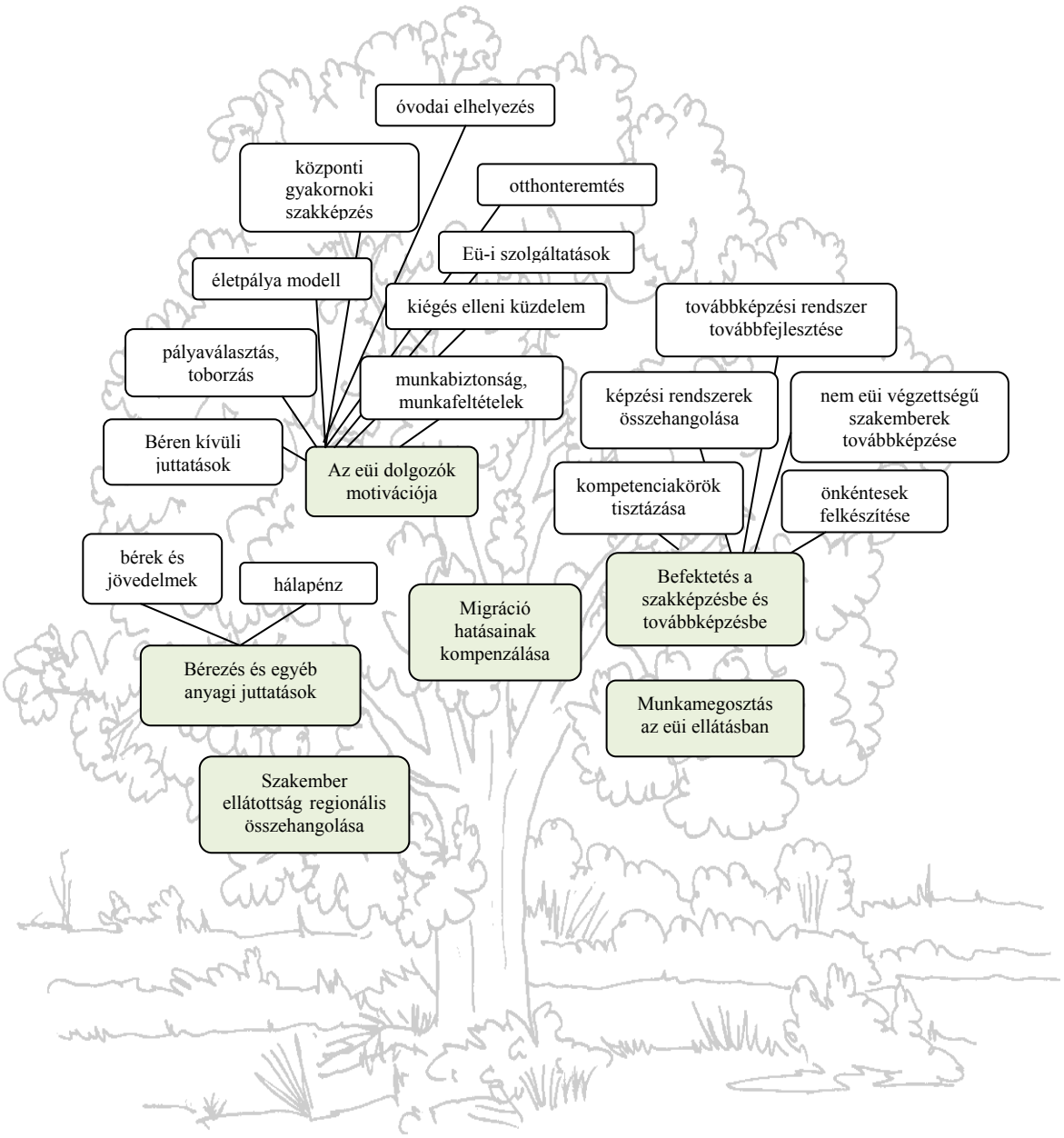
A cél, hogy célzott munkapiaci programokkal a gazdaságot gyors fellendülésre vezessék, és fokozottan invesztáljanak az egészségügyi prevencióba. A prevenció azonban nem korlátozódhat az egészségügyi programokra. „A munkapiaci intézkedéseknek pl. a pszichés megbetegedésekre tekintettel, messze erősebb pozitív hatásai vannak, mint bármely klasszikus egészségügyi programnak" (Struckler).

5.6 Válaszok az egészségügyi humán erőforrás fejlesztés oldaláról

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 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 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 egyre csökkenő, kisszámú bevándorlása jelenik meg, melynek mértéke és minősége igen heterogén. Európa egyes országaiban a hiány pótlását az egészségügyi szakemberek „importjával" próbálják kompenzálni. 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 és megvalósítását. 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. (Licence képzések)

6 Stratégiai irányok, célfa

A humán erőforrás fejlesztés stratégiáján belül hat fő fejlesztési irányt fogalmaztunk meg, melyek összhangba van a WHO, „Az egészségügyi dolgozók évtizede" című programjával. A fejlesztési irányokat célfába rendeztünk, amely alapját képezi a rövid és középtávú fejlesztési prioritásoknak (lásd. 7. fejezet).



16. ábra: A stratégiai irányok célfában megjelenítve

A fenti irányok részben vagy teljes mértékben képesek kezelni a kialakult helyzetet, egyfajta „menüt" kínál a problémák kezelésére. A „menüből" választás a szakmapolitika feladata, melyet ezen stratégia 7 fejezetében – Stratégiai prioritások - kívánunk ismertetni.

6.1 Az ellátási igény és a szakember ellátottság regionális összehangolása

Az egészségügyben dolgozók létszámának elégtelensége nem magyar specialitás, a világon szinte minden ország hasonló gondokkal küzd. Az egyes régiók szakember ellátottsága igen heterogén, melyet az ellátási igények (morbiditási, mortalitási adatok) tovább árnyalnak.
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.).

Az Európai Uniós fejlesztések pályázataiban (TÁMOP) az egészségügyi rendszer szerkezetátalakításával megváltozott helyi szükségletekhez, illetve a hiányszakmákhoz kapcsolódóan iskolarendszeren kívüli szakmai, szakképzési programok, kompetencia- és hatáskörbővítő képzések (továbbiakban képzések), az egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők számára a munkakör magasabb szintű gyakorlásához szükséges képzések (továbbiakban együttesen képzések) kialakítása a cél. A kiírás hiányszakmának jelöli meg a rehabilitáció, onkológia, geriátria, sürgősségi ellátás, patológia és pszichiátria területét mind szakorvosi, mind szakdolgozói területen.
De mindemellett felsorakozott jó néhány más szakterület is. A fenti hiányszakmának tekintett szakterületek mellett, az ország egyes régióiban eltérő szerkezetű létszámhiány mutatkozik. A kisvárosi kórházak megfelelő szakorvos létszámának biztosítása még azokon a területeken is nehézséget jelenthet, ahol a százezer főre eső orvos-létszám jónak tekinthető. A nagyobb városokban az ápolói hiány jelentős, olykor a működő képesség határait súrolja.
A regionális különbségek kezelésére, helyi képzési programok indítása, a minimum követelmények szükségletekre reagáló szenzitív meghatározása és a határokon belüli migráció elősegítése jelenthet megoldást.

6.2 Bérezés és egyéb anyagi juttatások fejlesztése, növelése

A szakirodalom a jelenlegi szakemberigény egyik legsarkalatosabb, de nem kizárólagos problémájaként az elégtelen bérezési rendszert nevezi meg. Ez komplex probléma, melyet a jelenlegi világgazdasági helyzetben több dimenzióban is vizsgálni kell.

6.2.1 Bérek és jövedelmek

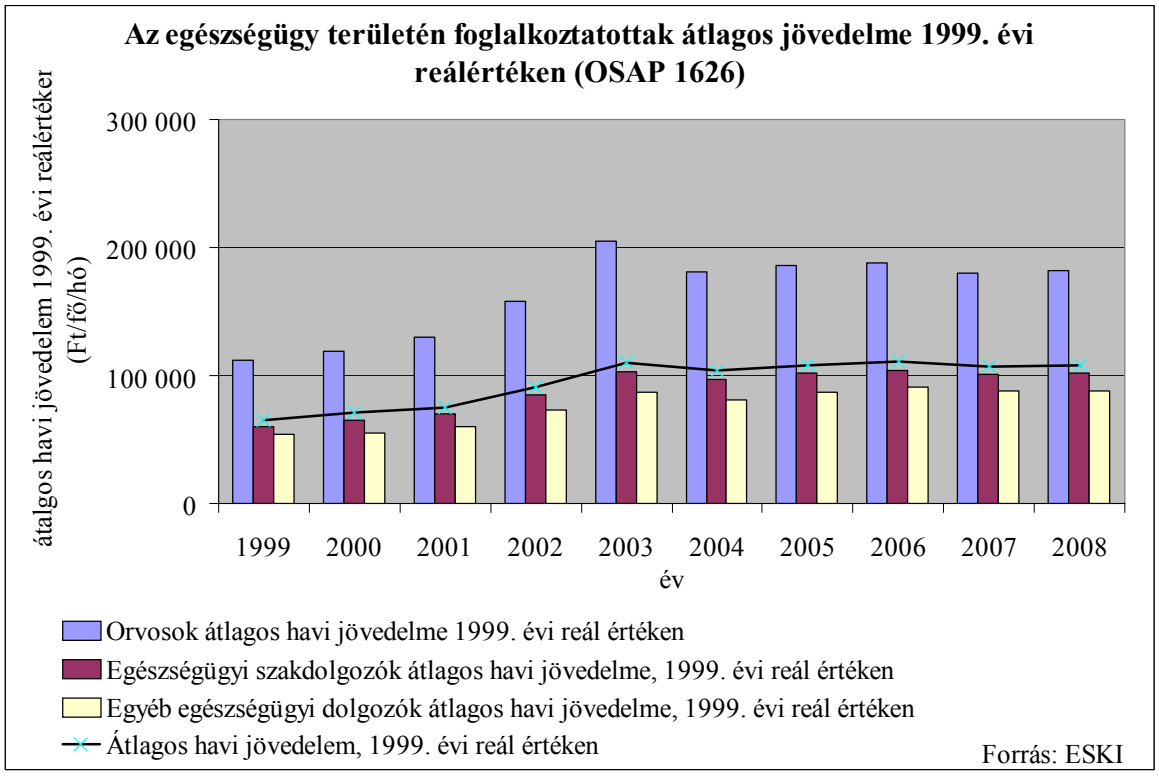
Az International Labour Organization (továbbiakban ILO) országonként évről-évre rendszeresen közzéteszi az egyes nemzetgazdasági ágazatokra, illetve az egész nemzetgazdaságra jellemző átlagjövedelmeket. Az ILO meghatározása szerint a jövedelem kategória bruttó (adók, munkavállalói járulékok, stb. levonása 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 járulékrendszer, egészségügyi foglalkoztatási struktúra), természetesen bonyolultabbá válik az összehasonlítás, és óvatosságra int a következtetések levonása tekintetében.
A bérek kérdését azonban természetesen egyetlen kormány sem tudja függetlenné tenni a ráfordítható forrásoktól, elsősorban a gazdaság jövedelemtermelő képességétől.

Ország	Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás, USD	Az összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában	Az államháztartás egészségügyi kiadása az összes egészségügyi kiadás %-ában
Ausztria	3 606	10,1	76,2
Belgium	3 488	10,4	..
Csehország	1 490	6,8	87,9
Dánia	3 349	9,5	..
Egyesült Királyság	2 760	8,4	87,3
Finnország	2 668	8,2	76,0
Franciaország	3 449	11,1	79,7
Görögország	2 483	9,1	61,6
Hollandia	3 391	9,3	..
Írország	3 082	7,5	78,3
Izland	3 340	9,1	82,0
Lengyelország	910	6,2	69,9
Luxemburg	4 303	7,3	90,9
Magyarország	**1 504**	**8,3**	**70,9**
Németország	3 371	10,6	76,9
Norvégia	4 520	8,7	83,6
Olaszország	2 614	9,0	77,2
Portugália	2 120	10,2	70,6
Spanyolország	2 458	8,4	71,2
Svájc	4 311	11,3	60,3
Svédország	3 202	9,2	81,7

17. ábra: Az egészségügyi kiadások a KSH adatai alapján 2006-ban

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.

Az ESKI bér- és létszám statisztikai feldolgozása szerint 2008-ban a munkajogviszonyban álló egészségügyi dolgozók havi bruttó átlag jövedelme 189 294 Ft/fő.
Az ESKI kidolgozott a bérfelzárkóztatásra egy számítási elvet (számolótáblát), melyben figyelembe veszi a konvergencia programban felvázolt GDP (4 %) és inflációnövekedés (2,5 %) mértékét. A modellben a célérték a jelenlegi nominális és GDP arányos ágazati jövedelem (Ft/fő/hó) 2020-ra 5,54-t kíván elérni. (ld. 6. számú melléklet) A prognosztizált adatokból egyértelműen kiderül, hogy a célértékként meghatározott fejlesztés évről évre több ezer milliárd Ft többletforrást igényel. Ez a jelenlegi gazdasági helyzetben nem kivitelezhető! Sajnos az elmúlt évben a 13. havi juttatás megvonásából adódóan jövedelem csökkenést és nem jövedelememelkedést eredményezett!



18. ábra: Az egészségügyi dolgozók átlagos alapilletménye 1999-2008. között

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.
Nem halogatható tovább az egészségügyi ágazatban dolgozó szakemberek bérének a rendezése a GDP-hez igazodó, mindenki által átlátható és tervezhető felzárkóztató program keretében. Az alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresetét a nemzetgazdaságban a 4. számú melléklet tartalmazza, az egészségügy területén foglalkoztatottak átlagos havi jövedelmét pedig az 5. számú melléklet.

6.2.2 Hálapénz

A hálapénz a magyar egészségügyi rendszer egyik legjelentősebb és legmakacsabb problémája. A hálapénz nagyságrendjére vonatkozó kutatások évek óta tág határok között mozgó értékeket becsülnek: 30 Mrd-tól 80-100 Mrd Ft-ig terjedően. A KSH Nemzeti Egészségügyi Számlák kutatása az ellátásban résztvevők számából (statisztikai adatok alapján) kiindulva, a hálapénz adás gyakoriságára és nagyságrendjére vonatkozó kutatásokat felhasználva készíti el becslését. Ez a becslés valószínűleg a legtöbb kutatást és a legtöbb szempontot integrálja. E szerint 2005-ben 58,7 Mrd Ft volt a magyar lakosság által kifizetett hálapénz nagyságrendje.

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 elsősorban 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.

6.3 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.

6.3.1 Béren kívüli juttatások lehetőségei

Egyre szélesebb körben elterjedt, és kedvelt juttatási forma.

2010. januárjától három csoportba kerültek a korábban adómentes béren kívüli juttatások: adómentes, kedvezményes adózású, valamint normál adózású juttatások. A legelső csoportba mindössze két elem tartozik.

Az adómentes juttatásokat semmilyen adó vagy járulék nem terheli. A csoportba két béren kívüli juttatás, az otthoni internet előfizetés támogatása, valamint a kockázati életbiztosítás díja került. Az otthoni internet támogatása keretében a munkáltató a munkavállaló, vagy a vele egy háztartásban élő házastárs nevére szóló internet előfizetés díját térítheti meg. Külön adómentességi korlátja nincs, tehát bármekkora összegű havi internet előfizetés elszámolható.

A kockázati életbiztosítás díját támogató juttatás felső korlát nélkül adómentesen igényelhető. Lehet egyéni vagy csoportos kockázati életbiztosítás is, fontos viszont, hogy a szerződésben a szerződő (díjfizető) a munkáltató, a biztosított a munkavállaló, a káresemény bekövetkezésekor a kedvezményezettek pedig a munkavállaló által megadott magánszemély vagy magánszemélyek.

A kedvezményes adózású elemek közé tartozik a legtöbb juttatás, ezeket 25 százalékos adó terheli. 2010-től az üdülési csekk kedvezményes adózással a havi minimálbér összegéig (2010-től 73.500 forintig) adható évente, igényelheti a munkavállaló és igényelhető a munkavállaló közeli hozzátartozója számára is.

Meleg étkezés támogatására 2009-ben havi 12.000 forintot lehetett adni adómentesen, 2010-től viszont kedvezményes adózással már 18.000 forint adható. Utazási támogatásra havi, vagy éves bérlet összegének megfelelő juttatás adható 2010-től.

Kedvezményes adózású elem az iskolakezdési támogatás is, amely a minimálbér 30 százalékának megfelelő összegig adható. Iskolakezdési támogatást az adott szeptemberben általános- vagy középiskolába járó gyermek

után kaphatnak a gyermek nevelői. Iskolakezdési támogatásban azok a nevelők részesülhetnek, akik a szóban forgó iskolás gyermek után családi pótlékra jogosultak. 2010-től a munkáltató által fizetett havi önkéntes nyugdíjpénztári támogatás munkavállalónként, havonta a mindenkori minimálbér 50 százalékának megfelelő összegéig adható kedvezményes adózású juttatásként. Önkéntes egészségpénztárra ennél kevesebb, csupán a minimálbér 30 százalékának megfelelő támogatás adható.

Az iskolarendszerű képzés költségeinek térítése a minimálbér két és félszeresét teheti ki évente és akkor számít kedvezményes adózásúnak, ha a magánszemély a képzésen a munkáltató elrendelése alapján vesz részt, és ez a munkakör betöltéséhez szükséges ismeret megszerzését, vagy a munkavállaló számára szükséges, a munkáltató tevékenységével összefüggő szakmai ismeretek megszerzését szolgálja.

A normál adózású csoportba január elsejével a hidegétkeztetési utalvány, az ajándékutalvány, valamint a kultúra utalvány tartozik, mindhárom béren kívüli juttatás után 54 százalékos adót kell fizetni, személyi jövedelemadó, valamint egyéb járulékok jogcímén.

Sajnos 2010-ben jelentősen csökkenhet a béren kívüli juttatás, ugyanis az eddig kedvelt adómentes juttatási formák egy része csökkentett adókulccsal, míg gyakorlatilag a fennmaradó kisebb rész a természetbeni juttatásokra vonatkozó adókulccsal adózik. Az SZJA törvény 70-71 §-ai nevesítik azokat a béren kívüli juttatásokat, melyek után a juttatót 25 %-os mértékű adó terheli.

6.3.2 Pályaválasztás és toborzás

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 ellátórendszerről 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 dogozók utánpótlása biztosítva legyen, már egész korán pozitív benyomások kell, hogy érjék a fiatalokat. A pályaválasztás segítése érdekében már az általános és középiskolákban fontos lenne a hivatás megismertetése, az érdeklődők megnyerése, hogy az egészségügyi pályát válasszák, akár patronáló egészségügyi dolgozók kijelölésével is.

6.3.3 Életpálya modell

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

A MOK javaslata, hogy jogszabályi garancia legyen az egészségügyben dolgozók bérének az uniós szinthez való fokozatos közelítésére. A jelenlegi helyzetet figyelembevétele csak is egy dinamikus, az ország teherbíró képességét figyelembevevő felzárkóztató program képzelhető el. (lásd korábban ESKI modell) Ezen túl a képzési és továbbképzési rendszer által biztosított karrier utak felvázolása szükséges.

Feltételen meg kell oldani (főként 2010 után) a nyugdíjba vonult szakemberek átmeneti foglalkoztatást. Ellenkező esetben mind az egészségügyi rendszerből kivonódó szakemberhiány okozta deficit, mind a nyugdíjba vonult szakemberek megélhetési gondjai nehéz helyzetet teremthetnek.

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

6.3.4 A központi gyakornoki szakképzés támogatása

Megjelent a 122/2009. (VI.12.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről. Ez alapján az állam a rezidens és a központi gyakornok szakképzésének képzési költségéhez a szakképzés normatív képzési költségével járul hozzá, amely a törzsképzés ideje alatt a 10. § (2) bekezdése szerint meghatározott képzési normatívát és a képzést irányító és végző személyek (mentor és tutor) díjazását, valamint a szakgyakorlati idő alatt a képzési normatíva összegét foglalja magába. A rendelet rendelkezéseit első alkalommal a 2010-ben kezdődő szakképzésekre kell alkalmazni.
Az ösztöndíj rendszer egyes elemeit a hiányszakmák területén – a regionális igények figyelembevétele mellett – a szakdolgozói területekre is ki kell terjeszteni.

6.3.5 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 betegek 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 bérszínvonal 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.

6.3.6 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 visszáságaiból. 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 kamatozatni tudják, szükség lenne a „burn out" jelenség megfelelő kezelésére, melynek számos formáját ismerjük és alkalmazzuk.
Támogatni kell azokat a programokat, melyek a „burn out" jelenség kezelésére irányulnak, pl. esetmegbeszélő csoportokat, önismereti, önérvényesítő technikákat fejlesztő csoportokat, kommunikációs tréningeket.

6.3.7 Egészségügyi szolgáltatások

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)[4].

Az egészségügyi dolgozók számára a szűrővizsgálatokon túl, az emeltszintű szolgáltatásokat, a soron kívüli szolgáltatásokat is biztosítani kell, hasonlóan az egyéb közszférában (pl. rendőrség, közlekedés) alkalmazott juttatásokhoz.

6.3.8 Otthonteremtés

Jelenleg az egészségügyben dolgozók bérhelyzete nem nyújt kellő hátteret ahhoz, hogy belátható idő alatt megteremtsék maguknak, családjuknak a megfelelő otthon feltételeit. A mai banki feltételek mellett elmondható, hogy az egészségügyi alkalmazottak egy része relatíve 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 komoly gondokat jelentene.

6.3.9 Óvodai elhelyezés

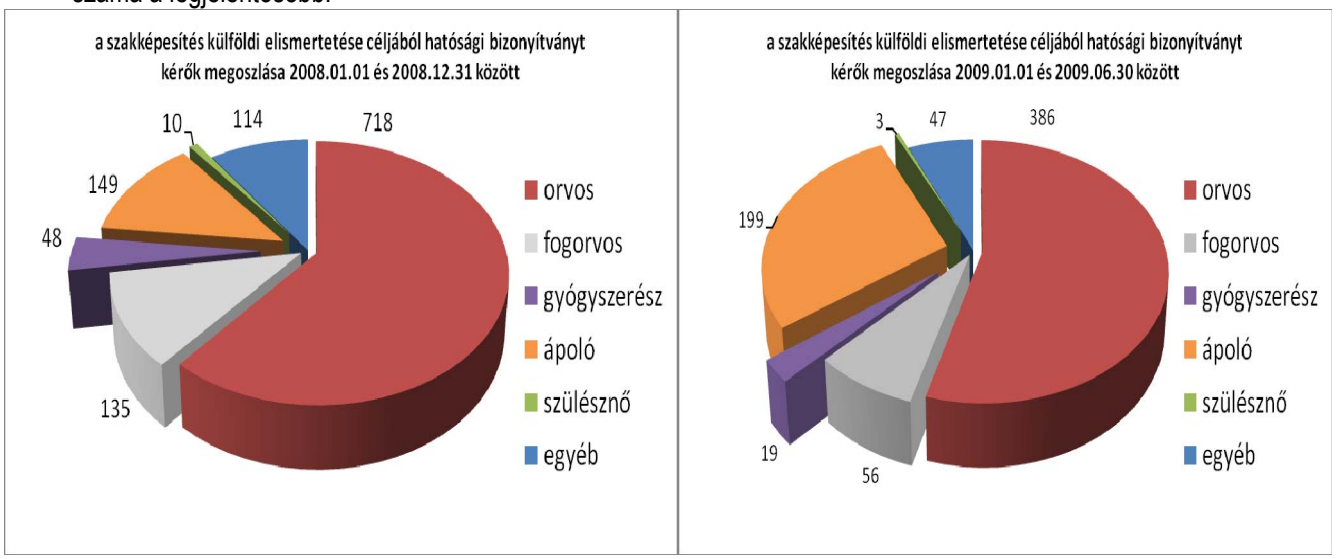
Magyarországon sorra zártak be a bölcsődék és óvodák. Pedig elsősorban a gyerekes anyák gondjait csökkentené, ha a munkahelyükhöz közelebb és hosszabban tartana nyitva a bölcsőde, óvoda. (Dr. Varga, 2004) Nagyobb intézményekben el lehetne azon gondolkodni, hogy a munkahelyi óvoda intézménye újra bevezetésre kerüljön. Fontos lépések és intézkedések lehetnek ezek, mivel a legtöbb egészségügyi intézményben dolgozó nő válláról komoly terhet vennénk le.

---

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

6.4 A migráció hatásainak kompenzálása és kezelése

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



19. ábra: A szakképesítés külföldi elismertetése céljából hatósági bizonyítványt kérők megoszlása 2008.01.01. és 2008.12.31. között, valamint 2008.01.01. és 2008.12.31. között (Forrás: EEKH)

Jelentős emelkedést mutat az ápolók elvándorlása. 2009-ben már június 30-án 30 %-kal több volt a szakképesítés külföldi elismertetése céljából hatósági bizonyítványt kérő ápolók száma, mint 2008-ban egész évben.

2007-ben az elvándorló egészségügyi dolgozók legfőbb célországa az Egyesült Királyság volt, ezt követte Németország, Svédország, Írország, Ausztria, Franciaország, illetve Norvégia. A külföldi munkavállalás okaiként az országot elhagyók a jobb kereseti lehetőségeket, a külföldi fizetésből származó megtakarítási lehetőségeket, a jobb munka- és életkörülményeket, a magasabb életminőséget, a kedvezőbb szakmai fejlődési lehetőségeket, a gyakorló orvosi munka nem megfelelő hazai feltételeit, valamint a szakma külföldön való jobb társadalmi megbecsülését jelölték meg. A magyar egészségügyi dolgozók külföldi munkavállalása nem egyedülálló jelenség Európában, jelentős számban dolgoznak külföldön lengyel orvosok, de jellemző a külföldi munkavállalás más közép-kelet-európai országokra, sőt tapasztalható akár Németország esetében is.

A migráció nem egyirányú folyamat: 2007-ben összesen 213 engedélyt adtak ki a külföldi egészségügyi dolgozók számára, ezek közül a legtöbbet román állampolgársággal rendelkező személyek számára. Szám szerint őket követik az ukrán és a szlovák állampolgárok. A szakmai megoszlást tekintve 2007-ben a legtöbb engedélyt orvosoknak adtak ki (123), ezt követi az ápolóknak (30), ill. fogorvosoknak (19) kiadott engedélyek száma.

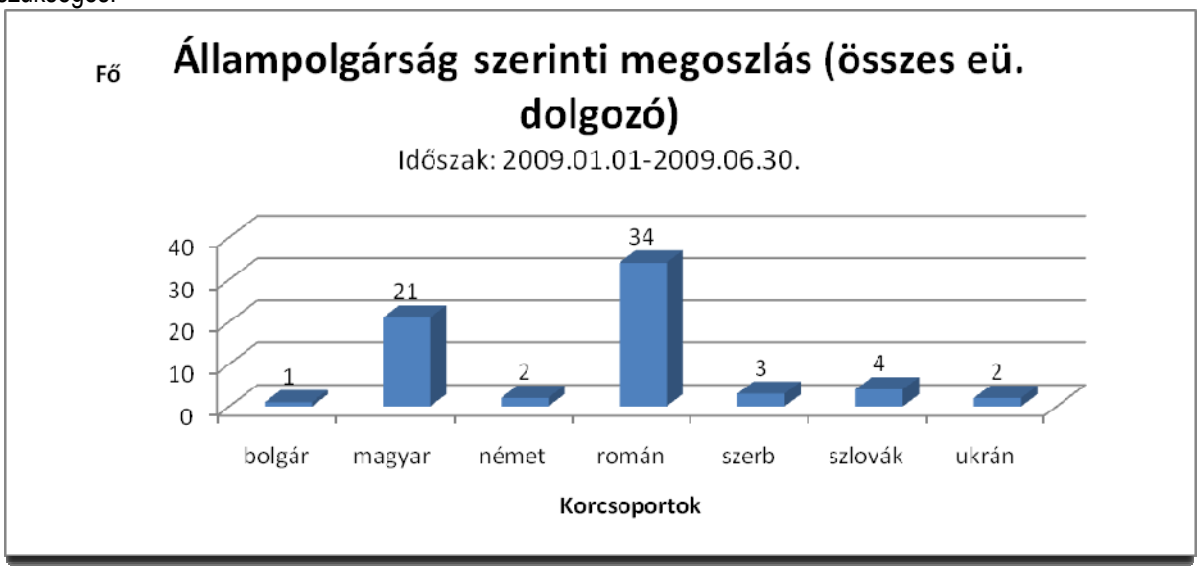
Társadalmilag nyílt rendszerekben a nemzetközi vándormozgalom (migráció) mozgásai is jelentős mértékben befolyásolják az egyensúlyi állapot kialakulását. Ilyen körülmények között részben a felsőoktatási migrációra, részben a már végzettséggel rendelkező orvosok vándorlására kell tekintettel lenni. A 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 rendelkező személyt sem lehet úgy kezelni, mintha feltétlen kötelessége lenne a szakma gyakorlása.

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 vándorlás tekintetében figyelembe kell még venni, hogy az Európai Unióhoz 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.
Az alábbi migrációs típusokat külön kell kezelni, mert a tervezésben egymástól lényegesen eltérő megoldásokat igényelnek:

Belföldi migráció:
Az alapellátásban (háziorvos, 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 pacientúra 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) érkezett. 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 alapelvként kell kezelni. Ezzel szemben a szülőföldjüket mindenképen elhagyó (magas migrációs attitűddel rendelkező) magyar ajkú szakemberek magyarországi munkavállalását támogatni szükséges.



20. ábra:Állampolgárság szeinti megoszlás az EEKH által elismert egészségügyi szakképesítések, szakképzettségekett illetően 2009.01.01-06.30. között

Kivándorlás:
Célszerű lenne ezt a fogalmat fenntartani a fentiekben „megélhetési"-nek nevezett migrációra. Tekintettel arra, hogy a nem egészségügyi szakmák vonatkozásban szorgalmazzuk a munkaerő unión 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 munkaórák számát.

A migráció kezelésére kínálkozó lehetőségek:

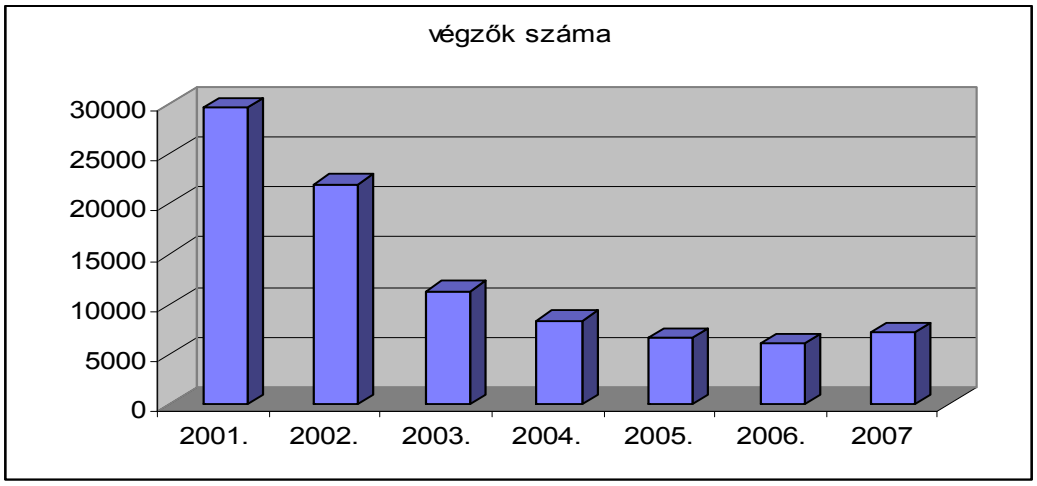
- Folyamatos monitorozás szükséges, a ki- és az elvándorlás mértékét, az emigrációt, ezek hatását folyamatosan figyelemmel kell kísérni ahhoz, hogy felkészülhessünk a várható tendenciákra.
- A bevándorlás és toborzás eszközeinek etikus használata: el is várhatjuk a mai nyugat-európai országoktól, de 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.
- Mind az orvosi, mind a szakdolgozói képzésben résztvevők számát növelni szükséges: még akkor is, ha tudjuk, hogy sokan elmennek.

6.5 Munkamegosztás az egészségügyi ellátásban és a szakképzettségnek megfelelő munkavégzés megvalósulása

Másik stratégiai irányként kell kezelnünk az egészségügyi ellátásban dolgozó nem egészségügyi végzettségű szakemberek mennyiségi és minőségi növelését, illetve az ágazaton belüli munkamegosztás újragondolását és megvalósítását. 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.

6.6 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.
Az elmúlt években minden területen intenzív fejlesztések indultak meg. A középfokon - több éves előkészítési munkálatok után - nemrégiben kiadásra a kerültek a szakmai és vizsgáztatási követelmények, megjelentek ez első központi oktatási programok, elkészültek a felnőtt képzési programok. 2008 szeptemberében elindultak az első új típusú moduláris, kompetencia alapú képzések.
A felsőoktatás területén a fejlesztések korábban indultak, így az első Bolognai folyamatnak megfelelő hallgatók a jövő évben végeznek. Az első ciklus után áttekintésre kerülnek az elért eredmények, beépítésre kerülnek a képzés során felhalmozódott tapasztalatok. Sajnos a statisztikák tanulsága alapján egyre csökken a szakképzésbe jelentkező száma, egyes területeken a természetes fogyást sem pótolják. Ezen negatív trendek komoly ellátási gondokat vetítenek előre, melyek kezeléséhez – véleményünk szerint - elengedhetetlen az állami beavatkozás. Az Alapnyilvántartásba felvett egészségügyi szakdolgozók száma 2008.01.01-2008.12.31 között: 7844 fő (Forrás: ETI)



21. ábra: Az egészségügyi szakképzésben végzettek száma 2001. és 2007. között (Forrás: Egészségügyi Szakdolgozók Alapnyilvántartása)

6.6.1 Kompetenciakörök tisztázása

Az egészségügyi ellátórendszer zavartalan működése, több képzési szintű szakember összehangolt munkálkodását feltételezi. Elengedhetetlen, hogy ezen szakemberek működésének határait tisztázzuk, meghatározzuk a kompetenciakörüket. A jelenleg nehezen áttekinthető helyzet egyaránt nehezíti a munkáltatók (pl. munkaköri leírások megfogalmazása) és a képzők (pl. oktatási tartalmak meghatározása) helyzetét. A probléma megoldására, létre kell hozni – a lehető legnagyobb konszenzus mellett – az egészségügyi munkaköri csoportokhoz kötött kompetencia listákat, ill. leírásokat. Erre 2010 év elején történetek kísérletek.
Mind a szakképzési, mind a felnőttképzési törvény lehetőséget teremt a korábba szerezett ismeretek beszámítására, amely Life Long Learning elvét hivatott szolgálni. A cél érdekében létre kell hozni az un. kompetencia központok regionális hálózatát, melyek jogosultságok kapnának a kompetenciaszintek mérésére, képzési elemek (modulok) alóli felmentésre ill. beszámítások végrehajtására.
Az egészségügyi ellátás specializálódása, speciális ismereteket igényelnek. A speciális ismeretek ma a szakképzés keretében un. ráépített képzések keretében szerezhetők meg. Ezek viszonylag hosszú időtartamúak és a bevezetésük éveket vesz igénybe. A munkaerő-piac ill. a munkáltatók oldaláról, több ízben megfogalmazódott az igény, hogy egy rövid idejű, új kompetenciákat adó képzési forma jöjjön létre, amelyet a szakképzési rendszer befogad és az élethosszig tartó képzés rendszerébe ill. a továbbképzési rendszerbe is beilleszthető. Létre kell hozni a licence vizsgák rendszerét, amely olyan egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy által, rövid idejű képzéssel megszerezhető, kompetenciát igazoló tanúsítvány, amely speciális - a megszerzett szakképzettség alapján nem végezhető - szakmai tevékenység ellátására ad felhatalmazást.
A TÁMOP 6.2.2. B pályázat C komponense: „A hatásköri listák elkészítése” ezen terület fejlesztését célozta meg.

6.6.2 Képzési rendszerek összehangolása

A hazai szakképzési rendszerek jelenleg nem átjárhatók! Nem ismerődik el a középiskolában megszerzett tudás a szakképzésben és a szakképzésben szerzett kompetenciák a felsőoktatásban. Nem ritka, hogy egy egészségügyi szakközépiskolában végzett diák hét év alatt jut el a BSc szintre! Ez a képzési idő jelentős megnyúlását eredményezi.
A szakképzés és a felsőoktatás területén számos párhuzamosság és átfedés figyelhető meg. Hasonló vagy épen megegyező kompetenciájú szakemberek képződnek egyazon szakmaterületre (pl. labor diagnosztika, képalkotó eljárások) a szakképzésben és a felsőoktatásban.

A képzési rendszerek elsődleges feladata az ellátórendszer szükségleteinek a biztosítása. A mai hazai egészségügyi szakképzés (középiskolai képzés, szakképzés, felsőfokú szakképzés) oktatási tartalmainak összehangolása és szintezése nem valósult meg, ezért egyaránt előfordulnak diszkrepanciák és átfedések.

Szakközépiskolai képzések orientációs és szakmai alapozó oktatási tartalmait összhangba kell hozni a szakképzési tartalmakkal, mely számos előnyt jelentene a rendszer működése szempontjából. Rövidülhetne a képzési idő, beszámíthatóvá válnának a középiskolában oktatott tartalmak, egyszerűbbé válna a tananyag ellátás (pl. tankönyvek) ill. oktatók felkészítése. A jelenlegi moduláris szakképzési szerkezet kínálja az összehangolás lehetőségét. Az alapozó modulok „lecsúsztatása" egyrészről orientálná a középiskolai diákokat az egészségügyi pályára, másrészt, minimálisan fél évvel csökkenthetné a szakképzés idejét részben visszaadva a szakközépiskolás szakképzési funkcióit.

A felsőoktatás (felsőszintű) az emeltszintű képzései között számos átfedés fedezhető fel, amely nem indokolt. Összehangolásuk, a párhuzamosságok megszüntetése elengedhetetlen. A szakmai képzésben eltöltött esteleges három vagy négy év, nem jelent értéket a felsőoktatásban. A BSc képzésben továbbtanuló diákoknak ugyanannyi időt kell eltölteni a felsőoktatásban, mint a „sima" gimnáziumból jövő tanulóknak. A beszámíthatóság lehetőségét meg kell teremteni.
Erre kitűnő lehetőséget jelentene az szakképzési kreditrendszer (ECVET) bevezetése. Fel kell gyorsítani az Európai Képesítési Keretrendszerhez való csatlakozásról és az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról szóló 2069/2008. (VI.6) kormány határozat végrehajtását.

6.6.3 A 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. 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 korábban javasolt licence vizsgák bevezetése.

6.6.4 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 napjaink feladat. A helyi próbálkozások esetlegesek és kevés szakembert érintenek (pl. az egészségügyben dolgozó gazdasági szakemberek ez irányú továbbképzésének szervezése megkezdődött).

6.6.5 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 ezen formája.)

7 Stratégiai prioritások

Az alábbi fejezetben a lehetséges stratégiai irányokhoz rövid és hosszú távú feladatokat rendeltünk, melyek egyben prioritásokat is jelentenek az előttünk álló feladatok megvalósításához. A források megjelölése a jelen gazdasági helyzetre vonatkozik.

7.1 Rövid távú feladatok (1-3 év)

7.1.1 Bérfelzárkóztatási program

1.	feladat:	Bérfelzárkóztatási program tervezetének elkészítése. GDP alakulásához javasolt a bérfelzárkóztatási program hozzárendelése, mely átlátható és kiszámítható felzárkóztatást jelent az egészségügyi dolgozók számára.
	felelősök:	ESKI, EÜM, ÖM, szakmai szervezetek, kamarák, PM, IRM, NFGM
	indikátor:	A szakmai szervezetek által közösen meghatározott.
	célérték:	Az Eu 2020-as átlagos bérszintjének elérése 2020-ra Magyarországon is. Évente rendszeres 5 %-os emelés (irányszám).
	forrás:	lásd 6. számú melléklet
	érintettek köre:	Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.1.2 Béren kívüli juttatások támogatása

1.	feladat:	Ki kell dolgozni a béren kívüli juttatások támogatási rendszerének tervezetét a munkáltatók és az állam közös támogatásában.
	felelősök:	EÜM, PM, ÖM, SZMM, IRM, OM, NFGM, kamarák
	célérték:	A béren kívüli juttatások ezen formája minden egészségügyi intézményben érje el a nettó bér 1/12 részét.
	indikátor:	Megjelenő béren kívüli juttatások elemeinek száma.
	forrás:	120.000 Ft X 135.000 fő=16.200.000. e Ft / év
	érintettek köre:	Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.1.3 Ösztöndíj rendszerek

1.	feladat:	Ösztöndíj támogatási rendszerek kidolgozása, majd bevezetése az egészségügyi képzések minden szintjére.
	felelősök:	EÜM, ESKI, EEKH, PM, IRM, ÖM, OM, NFGM, kamarák, szakmai szervezetek
	célérték:	Az egészségügy hiányterületein minden képzésben résztvevő kapjon a minimál bérrel összhangba lévő támogatást (minimál bér 50 %-a)
	indikátor:	Hiányszakmákban megjelenő szakemberek száma.
	forrás:	35.750 Ft X 6.000 fő 12 hó= 2.574.000. e Ft / év
	érintettek köre:	A hiányterületeknek megfelelő képzésben részt vevő hallgatók. A KSH 2007-es adatai alapján a betöltetlen orvosi és egészségügyi szakdolgozók száma felfelé kerekítve 6.000 fő.

7.1.4 Pályaválasztás, PR

1. feladat: Médiakampány az egészségügyi pályák bemutatására, népszerűsítésére. A pályaválasztás időszakában egy hónapos médiakampány.
   felelősök: EÜM, ÖM, PM, OM, SZMM, felsőoktatási intézmények, szakképző intézmények, kamarák
   célérték: Médiakampány elemeinek a száma.
   indikátor: Nézettségi, olvasottsági indexek.
   forrás: 150 M Ft
   érintettek köre: Végzős középiskolai diákok.

2. feladat: Egészségügyi intézményekben nyílt napok szervezése az egészségügyi munka népszerűsítésére.
   felelősök: EÜM, ÖM, OM, PM, SZMM, felsőoktatási intézmények, szakképző intézmények, kamarák
   célérték Minden egészségügyi intézményben szerveződjön évente kétszer egy nyílt nap.
   indikátor: A nyílt napokon évente résztvevők száma.
   forrás: 10 M Ft / év
   érintettek köre: Végzős középiskolai diákok.

3. feladat: Állásbörzék az egészségügyi szakképző intézmények és a felsőoktatási intézmények bevonásával.
   felelősök: OM, EÜM, ÖM, PM, SZMM, felsőoktatási intézmények, szakképző intézmények
   célérték: Minden év februárjában kerüljön megrendezésre, melyen legalább 2000 fő vegyen részt.
   indikátor: A rendezvényeken résztvevők száma.
   forrás: 15 M Ft / év
   érintettek köre: Végzős középiskolai diákok.

4. feladat: A regionális szakember igény folyamatos monitorizálása, a HR monitoring rendszer kialakítása. (folyamatban)
   felelősök: EEKH
   célérték Az egészségügyi szakemberek nyilvántartása 2010 re legyen működőképes és lekérdezhető minden érdekelt számára.
   indikátor: A nyilvántartott adatok száma.
   forrás: TÁMOP 6.2.1. (500 M Ft)
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

5. feladat: Stratégiai terv elkészítése a más ágazatokban felszabaduló munkaerő integrálására az egészségügy ellátás rendszerébe, a munkaerő központok támogatási forrásainak a felhasználásával.
   felelősök: EÜM, munkaügyi központok, IRM, ÖM, SZMM, NFGM, OM, PM
   célérték: Az egészségügyi pályát választók körében évi 400 fő támogatása.
   indikátor: A támogatásban részesülő egészségügyi szakemberek száma.
   forrás: 1 milliárd Ft
   érintettek köre: Évente kb. 300 fő.

7.1.5 Egészségügyi dolgozók képzéseinek felgyorsítása, képzési rendszerek összehangolása

1. feladat: A közoktatás és szakképzés követelményeinek és tananyagtartalmának összehangolása, az érettségi vizsga elismerése modulvizsgaként.
   felelősök: EÜM, OM, kamarák
   célérték: A képzési idő csökkentése átlagosan fél évvel.
   indikátor: A szakközépiskolákból 15%-kal többen tanuljanak tovább az egészségügyi szakképzésben.
   forrás: Pluszforrást, nem igényel
   érintettek köre: Az összes eüi alap szakképzésben, humán szakközépiskolában lévő hallgatók.

2. feladat: Nagyobb óraszám biztosítása a szakmai alapozó és szakmai orientációs tantárgyak tanítására a humán szakközépiskolai képzés óratervében.
   felelősök: EÜM, OM, kamarák
   célérték A képzési idő csökkentése, korszerű szakképzési rendszer kialakítása.
   indikátor: A beszámítható órák száma elérje minimálisan az egy félév óraszámát.
   forrás: Pluszforrást, nem igényel.
   érintettek köre: A humán szakközépiskolában lévő hallgatók.

3. feladat: A szakképzésben megszerzett tudás elismerése és beszámítása a felsőoktatásba, átjárhatóságok kialakítása, párhuzamosságok megszüntetése.
   felelősök: EÜM, OM, kamarák
   célérték: A képzési idő csökkentése, korszerű szakképzési rendszer kialakítása.
   indikátor: A szakképzésből a felsőoktatásba beszámítással átlépő szakemberek száma.
   forrás: Pluszforrást, nem igényel
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek

7.1.6 Kompetenciakörök tisztázása

1. feladat: A szükséges végzettségek meghatározása a különböző munkakörökhöz.
   felelősök: EÜM, kamarák, szakmai szervezetek
   célérték: Munkakörök, munkaköri leírások és szakképesítések összhangja.
   indikátor: 2010-re az egészségügyi szolgáltatók 30%-a eléri a kívánt szintet.
   forrás: tanulmány készítése 50 M Ft (TÁMOP 6.2.2.B)
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

2. feladat: Kompetencia központok regionális hálózatának létrehozása.
   felelősök: EÜM, PM, ETI, kamarák, szakmai szervezetek
   célérték Korábban szerzett ismeretek beszámítása az új szakképesítések 10%-ban.
   indikátor: Kompetencia központok szolgáltatásait igénybevevők száma.
   forrás: 200.000 Ft X 10 X 12 hó = 24 M Ft / év
   érintettek köre: Összes eüi. szakdolgozó KSH, 2008-as adatai alapján: 97.100 fő

7.1.7 Továbbképzési rendszerek fejlesztése

1. feladat: Továbbképzési rendszer fejlesztési terve.
   felelősök: EÜM, ESZTT, ETI, kamarák
   célérték: Továbbképzések minden egészségügyi dolgozó számára elérhetővé váljon támogatási rendszerének fejlesztése.
   indikátor: Támogatott továbbképzésben résztvevők száma.
   forrás: 160 M Ft/év
   érintettek köre: Összes eüi. szakdolgozó KSH, 2008-as adatai alapján: 97.100 fő

7.2 Hosszú távú feladatok (4-10 év)

7.2.1 Életpálya modell

1. feladat: Az életpálya-modellek kialakítása és beépítése a támogató rendszerekbe.
   felelősök: EÜM, MOK, MESZK, MGYK (kamarák), PM, ÖM, NFGM
   célérték: Az egészségügyi szakmák presztisének helyreállítása, jövőkép kialakítása.
   indikátor: Életpálya modellek száma, és bevezetésének száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.2.2 Munkabiztonság, munkafeltételek

1. feladat: Túlmunka meghatározása, betartása, egységes szemlélet kialakítása. A biztonságos munkavégzésének támogatása pályázati keretek között, és körülményeinek megvalósítására vonatkozó feltételek kidolgozása (tárgyi, anyagi és szellemi).
   felelősök: EÜM, ÖM, PM, SZMM, NFGM, kamarák, szakmai szervetek
   célérték: A munkahelyi egészség és biztonság feltételeinek megteremtése minden egészségügyi intézményben.
   indikátor: A programban résztvevő intézmények száma.
   érintettek köre: Az összes eüi. Intézmény.

7.2.3 Szűrő vizsgálatok

1. feladat: A foglalkozási körből adódóan egyénre szabott komplex szűrővizsgálatok végzése az egészségügyben dolgozók számára.
   felelősök: EÜM, OEFI, ÁNTSZ, kamarák, szakmai szervezetek
   célérték: Magas szintű egészségügyi ellátás biztosítása ingyenesen az egészségügyi dolgozók részére kétévente.
   indikátor: A szűrésen résztvevő egészségügyben dolgozó szakemberek száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.2.4 Kiégés elleni küzdelem

1. feladat: A „burn out” megelőzésére szolgáló programokat be kell építeni a továbbképzések rendszerébe, valamint biztosítani kell a rendszeres szupervízió lehetőségét. A különösen veszélyeztetett területen dolgozókat a megelőző programokba kell bevonni, szupervíziós lehetőségeket számukra biztosítani.
   felelősök: EÜM, ESZTT
   célérték: A továbbképzési támogatások 5%-szolgája a fenti célt.
   indikátor: A programban résztvevő szakdolgozók száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

2. feladat: Ki kell dolgozni az egészségügyi dolgozók rekreációjának, sportolási lehetőségeinek, kedvezményes üdülési rendszerének támogatására szolgáló programot.
   felelősök: EÜM, ÖM, PM
   célérték Biztosítani kell az egészségügyi dolgozók rekreációjának, sportolási és üdülési lehetőségeit (ld. béren kívüli juttatások támogatásával).
   indikátor: A programban résztvevő szakdolgozók száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.2.5 Otthonteremtés

1. feladat: „Nővér és orvos szálló” rendszerének felélesztése.
   felelősök: EÜM, ÖM, SZMM, NFGM, PM
   célérték: Regionálisan a hiányterületeinek megfelelő számú férőhely biztosítása.
   indikátor: A programban résztvevők száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

2. feladat: Az egészségügyi dolgozók otthonteremtési, lakhatási programjának kialakítása kedvező hitelek biztosításával.
   felelősök: EÜM, PM, ÖM, SZMM, NFGM, kamarák
   célérték Az egészségügyi szakemberek számára is elérhető hitelkonstrukciós lehetőségek száma.
   indikátor: A programban résztvevők száma.
   érintettek köre: Egészségügyben dolgozó szakemberek (összes orvos+ összes eüi. szakdolgozó) KSH, 2008-as adatai alapján felfelé kerekítve: 135.000 fő

7.2.6 Óvodai elhelyezés

1. feladat: A nagyobb (területi kórházak, súlyponti kórházak) közelében lévő önkormányzati óvodák nyújtott nyitva tartásának bevezetése.
   felelősök: EÜM, ÖM, SZMM, NFGM, PM
   célérték: Az egészségügyi dolgozók számára a munkaidőhöz alkalmazkodó, családbarát bölcsödei, óvodai, iskolai háttér biztosítása.
   indikátor: Nyújtott nyitva tartással működő gyermekintézmények száma.
   érintettek köre: Területi, súlyponti kórházak (55 db) X 200.000 Ft (198. 964 Ft bruttó

átlagkereset Ft/fő/hó alkalmazásban állókra KSH 2008-as adatai alapján) X 12 hó

2. feladat: Az egészségügyi dolgozók számára családbarát, rugalmas foglalkoztatási formák bevezetése, stratégiai tervezet elkészítése.
felelősök: EÜM, ÖM, SZMM, NFGM, PM, IRM
célérték Rugalmas foglalkoztatási formák támogatása.
indikátor: Rugalmas foglalkoztatási formában foglalkoztatottak száma.
érintettek köre: Gyed-en, Gyes-en lévő egészségügyiben dolgozó szakemberek.

7.2.7 Nem egészségügyi szakemberek továbbképzése

1. feladat: Ki kell alakítani a nem egészségügyi végzettségű szakemberek továbbképzési rendszerét.
felelősök: EÜM, ESZTT, kamarák, szakmai szervezetek
célérték: A nem egészségügyi végzettségű szakemberek 20% vegyen részt 2010-ben továbbképzésen.
indikátor: A továbbképzésben megjelenő szakemberek száma.
érintettek köre: Az egészségügyben dolgozó nem egészségügyi végzettségű szakemberek.

7.2.8 Önkéntesek felkészítése

1. feladat: Önkéntesek képzésének és továbbképzésének kidolgozása.
felelősök: EÜM, ESZTT, szakmai szervezetek, kamarák, beteg szervezetek, civil szervezetek
célérték: Önkéntesek felkészítése, integrálása a rendszerbe, érdekelté tétele.
indikátor: Önkéntesek száma.
érintettek köre: Önkéntesek.

A stratégiák elkészítésében közreműködtek:

A 2006-os „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

A 2008-as aktualizálásban az alábbi szervezetek, intézmények működtek közre:

- Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakápolók Magyarországi Egyesülete
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
- Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet
- Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
- Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
- Magyar Ápolási Egyesület
- Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Gyógyszerész Kamara
- Magyar Kórházszövetség
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége
- Országos Egészségfejlesztési Intézet

A 2009-2010-es aktualizálásban az alábbi szervezetek, intézmények működtek közre:

- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
- Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
- Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

8 Bibliográfia

1. Bakacsi Gyula et al.: Stratégiai emberi erőforrás menedzsment. Bp., 2004, KJK-Kerszöv. 357 p.

2. Benedek István: A professzionális intézményvezetés alapjai. Bp., 1997, Raabe. 206 p.

3. Berde Csaba-Hajós László: Emberi Erőforrás Gazdálkodás. Bp., 2008, Szaktudás K. 164 p.

4. Bergenhenegouwen, Eric Mooijman -Tillema, H. H.: Stratégiai képzés a szervezetekben. A holland bestseller magyar nyelven. Bp., 1995, AESMAT Hungary. 276 p.

5. Borgulya Istvánné [et al]: Emberi erőforrás menedzsment kézikönyve. 4. átd., bőv. kiad. Bp., 2004, KJK-Kerszöv. 574 p.

6. Bratton, John-Gold, Jeffrey: Human resource management: theory and practice. 3. ed. N.York, 2003, Palgrave Macmillan. XXVI, 540 p.

7. Cascio, Wayne F.: Managing human resources. Productivity, quality of work life, profits. 6. ed. Boston, Mass. [etc.], 2003, McGraw-Hill/Irwin. XXXI, 703 p.

8. DeSimone, Randy L-Werner, Jon M.-Harris, David M..: Human resource development. 3. ed. Mason [Ohio], [2003], cop. 2002. XXIII, 712 p.

9. A dictionary of human resource management. [Compiled by] Edmund Heery, Mike Noon. Oxford, New York, 2001, Oxford Univ. Press. XXVII, 449 p.

10. Dobák Miklós [et al.]: Szervezeti munkák és vezetés. Bp., 2000, cop. 1996., KJK-Kerszöv. 252, [263] p.

11. Elbert, Norbert F. [et al.]: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv 2001. Bp., 2001, KJK-Kerszöv. 578 p.

12. Az emberi erőforrás mint pedagógiai probléma. Tanulmánykötet. Szerk. Koltai Dénes, Vida Szabolcs. Pécs, 2004, PTE TTKFEEFI. 202 p.

13. Gyökér Irén: Humán erőforrás menedzsment. Bp., 1999, Műszaki K. 188 p.

14. HR a 21. században. Szerk. Marc Effron, Robert Gandossy [et al.]. Bp., 2004, HVG K. 372 p.

15. Humán erőforrások gazdaságtana. Szerk. Tóthné Sikora Gizella. Miskolc, 2000, Bíbor K. 332 p.

16. Human resources for health: overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Cambridge, Mass., 2004, Harvard Univ. Pr. X, 206 p.

17. Humánerők, 2000. Iránytű a szervezetek fejlesztéséhez. [közrem. Szatmáriné Balogh Mária]. Bp., 2000, Golinda, Humanexpo Szervező I. 56 p.

18. Ivanovic, A.-Collin, P. H.: Dictionary of human resources and personnel management. 3. ed. London, 2003, Bloomsbury. [6], 281, [16] p.

19. Jávor István-Rozgonyi Tamás: Hatalom, konfliktus, kultúra. Bp., 2005, KJK-Kerszöv. 434 p.

20. Juhász Péter: Az emberi erőforrás értékelési kérdései. Bp., 2003, BKÁE Vállalatgazdaságtan Tanszék. 35 p.

21. Karoliny Mártonné Csetneki Zsuzsanna: Az emberi erőforrások menedzselése. Pécs, 1997, Janus Pannoius Tudományegyetem Felnőttképzési és Emberi Erőforrás Fejlesztési Intézet. 249 p.

22. Kiss Pál: Humán erőforrás menedzsment. 1-2. köt. Gödöllő, Emberi erőforrások Fejlesztése Alapítvány, 1994. 2 db

23. Krisztián Béla: Válogatott tanulmányok és bibliográfia. Pécs, 2004, PTE FEEFI. 204 p.

24. Lakatos Gyula: Az emberi tőke: az önismeret gazdaságtana. Bp., 2005, Balassi. 315 p.

25. Mathis, Robert L.-Jackson, John H.: Human resource management. 11. ed. Mason [Ohio], 2005, Thomson South-Western. XXV, 606 p.

26. McKenna, Eugene-Beach, Nic: Emberi erőforrás menedzsment. Bp., 1998, Panem. 254 p.

27. Medvetzky Antal: Az élethosszig tartó tanulás. Pécs, 2002, Baranya Megyei Munkaügyi Központ. 15 p.

28. Moralitás-motiváció-karriertervezés-konfliktuskezelés. Humánpolitikai szimpózium. Összeáll., szerk. Gajdos Jenő. Bp., 1999, Mont Humán Menedzser Iroda. 93 p.

29. Nemeskéri Gyula-Fruttus István Levente: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana. Bp., Ergofit, 2001. 327 p.

30. Pálinkás Jenő - Vámosi Zoltán: Emberi erőforrás menedzsment. Nyitott rendszerű képzés –távoktatás - oktatási segédlet. Felsőoktatási tankönyv. Bp., 2000, LSI Oktatóközpont, MAK Alapítvány. 348 p.

31. Peodesy. Human resource management system. Reference manual. Bradford, 1994, Unibit. Szabadlapos kiadv.

32. Poór József [et al.]: Nemzetközi emberi erőforrás menedzsment. Bp., 1996, Közgazd. És Jogi K. 182 p.

33. Roóz József-Rozgonyi Tamás: Humán erőforrás menedzsment. Jegyzet. Bp., 2001, BGF Pénzügyi és Számviteli Főiskolai Kar. 248 p.

34. Rozgonyi Tamás: Fejezetek a humán erőforrás menedzsment témaköreiből. Jegyzet. Bp., 2000, Budapesti Gazdasági Főiskola. 183 p.

35. Személyzeti/emberi erőforrás menedzsnent kézikönyv. Főszerk. Poór J., Karoliny M. Bp., 2002, KJK-Kerszöv. 579 p.

36. Torrington, Derek-Hall, Laura: Personnel Management. 3. ed. London, 1995, Prentice Hall. XVII, 702 p.

37. Tóthné Sikora Gizella: Humán erőforrások gazdaságtana. Miskolc, 2000, Bíbor K. 332 p.

38. Varga Júlia: Oktatás-gazdaságtan. Bp., 1998, Közgazd. Szemle Alapítvány. 162 p.

39. Zámbóné Andrásy Zsuzsanna: Emberi erőforrás-gazdálkodás helye és szerepe egy városi kórház életében. [Disszert.]. [H.É.Ny.n.]. 56 p.

Folyóiratcikkek:

1. Ajtonyi Zsuzsanna – Kincses Gyula: A humánerőforrás-gondok okai és a megoldási lehetőségek. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2006. 2. sz. 5-9. p.

2. Ari Tamás - Kovács Viktória - Kovács Tünde: Az egészségügyi szakképzés humán erőforrásainak helyzetelemzése. Tanulmányrészlet. ETInfo. 2007. 7-8. sz. 18-19. sz.

3. Bódis Lajos: Emberi erőforrás-gazdálkodás: módszerek, problémák, törekvések. Munkaügyi Szemle. 2000. 4. sz. 24–27. p.; 5. sz. 24–29. p.

4. Boros Mária: A HRM szerepe az ápolási és az egészségügyi menedzsmentben. ETInfo. 1999. 2. évf. 6. sz. 6. p.

5. Csetneki Julianna: Ápolók kritikus helyzetben. Ápolásügy. 2008. 1. sz. 3-4. p.

6. Csiszárik-Kocsir Ágnes-Fodor Mónika [et al.]: A kompetenciák mérése az emberi erőforrás-menedzsmentben. Humánpolitikai Szemle. 2009. 7-8. sz.132-140. p.

7. Fodros István: Humán erőforrás-menedzsment a Szent Imre Kórházban. Diplomata. 2006. 7-8. sz. 32-34. p.

8. Gaál Csaba: Felszámolható- e az orvos- és nővérhiány? Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2005. 3. évf. 1. sz. 13-16. p.

9. Garami Erika: A humán erőforrás területi különbségei. Az emberi fejlődés indexének hazai alkalmazhatósága. Területi statisztika. 2009. (12. (49.). évf.), 3. sz., 280. p.

10. Gazdag Gábor: Fenyegető humánerőforrás-krízis a pszichiátriai ellátásban. IME. 2008. 4. sz. 23-29. p.

11. Gyöngy Istvánné: Az emberi erőforrás fejlesztés módszerei. ETInfo. 2002. 5. évf. 12. sz. 16. p.

12. Harmat György - Czárán Erzsébet: Az európai egészségügyi humán erőforrás helyzeteKórház. 2009. 3. sz. , 78-82. p.

13. Hiányszakmák az egészségügyben. ETInfo. 2008. 6. sz. 12. p.

14. Humán erőforrás - menedzsment átalakítása stratégiai partnerré. Humánpolitikai szemle. 2008. (19. évf.), 11. sz., 82-86. p.

15. Kajtor Erzsébet: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. 41. évf. 5. sz. 49. p.

16. Kazai Anita: Itt a következő boom! Medical Tribune. 2008. 19. sz. 1., 10-11. p.

17. Kincses Gyula: A fenntartható fejlődés és az egészségügy. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2005. 43. évf. 3. sz. 5-7. p.

18. Kompetencia alapú fejlesztés, képzés közösségi igénye. Társadalom és Gazdaság. Vol. 28. 203-223. p.

19. Kránitz Katalin: A humán erőforrás biztosítása és a minőség az ellátásban. ETInfo. 2004. 7. évf. 11. sz. 10-13. p.

20. Krisztián Bála: A HR egyik meghatározója a felnőttképzés. Humánpolitikai Szemle. 2009. 6. sz. 49-54. p.

21. Krisztián Béla: Felnőttképzés a tudásalapú hálózatosodásban. Humánpolitikai Szemle. 2009. 4. sz. 58-63. p.

22. Orosz Mihály – Sághy Tamás: Az intézményi menedzsment lehetőségeinek bővülése a változó gazdasági és egészségpolitikai körülmények között. IME. 2007. 3. sz. 20-24. p.

23. Papp László: Egészségügyi humánerőforrás menedzsment az uniós csatlakozás, valamint a hatályos munkaidő korlátok tükrében. IME. 2006. 5. sz. 33-37. p.

24. Strasszné Bánki Cecília: Az ETI fejlesztési irányelvei. 1 rész: Egészségügyi szakdolgozók munkaerő-piaci helyzete. ETInfo. 2008. 3. sz. 3. p.

25. Strasszné Bánki Cecília: Beszámoló az I. Egészségügyi Emberi Erőforrás Fórumról. ETInfo. 2008. 7-8. sz. 11. p.

26. Szabó Bakos Zoltánné: A humánpolitikai tevékenység megnövekedett szerepe az egészségügyi intézetekben. ETInfo. 2000. 3. évf. 12. sz.. 3. p.

27. Szente Zsuzsa – Tóth Andrea: Egészségügyi karrier a XXI. Században? Karriertervezés, személyzetfejlesztés egy egészségügyi intézményben. Nővér. 2008. 3. sz. 15-23. p.

28. Szy Ildikó – Sinka Miklósné: A humán erőforrás gazdálkodás és az ellátás minősége. ETInfo. 2004. 7. évf. 11. sz. 7-10. p.

29. Veszélyben a betegellátás biztonsága? Létszámhiány az egészségügyben. Összeáll. Zsuponyó Diana. ETInfo. 2008. 6. sz. 1-3. p.

30. Vízvári László: Az egészségügy humán erőforrásai. ETInfo. 2006. 7. sz. 1. p.

31. Zöldi Péter: Központi kérdés. Hatékony humán erőforrás-gazdálkodás. Kórház. 2008. (15. évf.), 12. sz. , 62-63. p

Internetes hírforrások:

1. Borbély Tibor: Szabályozott felnőttképzés- ez már tanuló társadalom? (2004. 2. 21.). HRportal. FigyelőNet. www.hrportal.hu

2. Erdályi Ildikó: Humán erőforrás-fejlesztés: program van, tervezet nincs. Weborvos.hu – Online egészségügyi Magazin. www.weborvos.hu

3. HR fejlesztési terv az egészségügyi munkaerőhiányra. HR Portal. www.hrportal.hu

4. Humánerőforrás-fejlesztésre 191 milliárd forint 2007-ig. HRportal. www.hrportal.hu

5. http://www.aerzteblatt.de, 2009, 10, 28.

6. http://hvg.hu/print/20091029_menedzserszures_munka_munkaado.aspx

7. Kazai Anita: A helyzet válságmenedzselést igényel. Erőtlen a magyar egészségügyi humánerőforrás. (2008. 06. 11.) Medical Tribune Online. www.medicalonline.hu

8. Kempf Zita: Központi programok a felnőttoktatásért. (2004. 12. 11.). HRportal. FigyelőNet. www.hrportal.hu.

9. Lóránth Ida: Külföldre vágyódó medikusok – körkép. (2007. 10. 08.) Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége. www.motesz.hu

10. Papp Renáta: Humán erőforrás az egészségügyben. (2007. 06. 09.) Weborvos.hu – Online egészségügyi Magazin. www.weborvos.hu

11. Szakmai képesítések kölcsönös elismerése. HumánInfo hírlevél. [Verlag Dashöfer]. www.ugyvezeto.hu

9 Mellékletek

A dolgozó orvosok száma korcsoport, nem és terület szerint, 2007 1. számú melléklet

Területi egység	Korcsoport (év)										Összesen
	–30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56–60	61–65	66–70	71–	
Budapest	2 839	1 376	1 285	1 269	1 537	1 313	1 245	867	246	29	12 006
Pest	136	174	221	284	324	265	218	151	43	5	1 821
Közép-Magyarország	**2 975**	**1 550**	**1 506**	**1 553**	**1 861**	**1 578**	**1 463**	**1 018**	**289**	**34**	**13 827**
Fejér	103	98	108	119	123	107	97	43	9	1	808
Komárom-Esztergom	107	51	89	126	134	78	71	43	11	1	711
Veszprém	97	70	107	138	155	128	94	66	5	5	865
Közép-Dunántúl	**307**	**219**	**304**	**383**	**412**	**313**	**262**	**152**	**25**	**7**	**2 384**
Győr-Moson-Sopron	192	196	191	232	209	166	129	73	15	2	1 405
Vas	67	68	122	110	105	110	94	47	17	–	740
Zala	90	94	125	135	149	114	79	37	13	4	840
Nyugat-Dunántúl	**349**	**358**	**438**	**477**	**463**	**390**	**302**	**157**	**45**	**6**	**2 985**
Baranya	575	227	208	172	221	181	120	70	28	1	1 803
Somogy	59	87	113	111	133	107	95	57	14	1	777
Tolna	51	45	69	90	90	70	66	40	8	–	529
Dél-Dunántúl	**685**	**359**	**390**	**373**	**444**	**358**	**281**	**167**	**50**	**2**	**3 109**
Borsod-Abaúj-Zemplén	182	159	178	227	237	198	133	93	31	2	1 440
Heves	47	80	87	102	132	108	74	46	12	1	689
Nógrád	37	43	45	60	74	58	53	35	4	1	410
Észak-Magyarország	**266**	**282**	**310**	**389**	**443**	**364**	**260**	**174**	**47**	**4**	**2 539**
Hajdú-Bihar	563	223	226	186	177	130	85	56	14	1	1 661
Jász-Nagykun-Szolnok	86	82	96	123	153	99	106	48	13	1	807
Szabolcs-Szatmár-Bereg	100	135	155	155	180	137	116	64	20	1	1 063
Észak-Alföld	**749**	**440**	**477**	**464**	**510**	**366**	**307**	**168**	**47**	**3**	**3 531**
Bács-Kiskun	145	143	142	178	211	147	143	74	17	2	1 202
Békés	116	67	90	77	78	50	45	23	9	1	556
Csongrád	681	239	226	201	246	196	154	93	29	4	2 069
Dél-Alföld	**942**	**449**	**458**	**456**	**535**	**393**	**342**	**190**	**55**	**7**	**3 827**
Ország összesen	**6 273**	**3 657**	**3 883**	**4 095**	**4 668**	**3 762**	**3 217**	**2 026**	**558**	**63**	**32 202**

Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2007.

Az egészségügyi szakdolgozók betöltött állásainak száma viszonyítva a munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők számához 2. számú melléklet

Szakdolgozói munkakörök	Betöltött állások száma								Munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők száma és aránya															
	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2000.		2001.		2002.		2003.		2004.		2005.		2006.		2007.	
Diplomás ápoló	1 616	1 891	2 235	2 446	2 864	3 289	3 689	3 683	1 616	100,0%	1 896	100,3%	2 261	101,2%	2 469	101,0%	2 888	100,8%	3 376	102,7%	3 838	104,0%	3 878	105,3%
Intenzív betegellátó szakápoló	1 934	1 864	1 948	1 941	1 945	1 895	1 850	1 714	1 849	95,6%	1 838	98,6%	1 959	100,5%	1 921	99,0%	1 930	99,3%	1 911	100,9%	1 865	100,8%	1 753	102,3%
Pszichiátriai és mentálhigiénés szakápoló	1 856	1 752	1 630	1 563	1 560	1 389	1 453	1 450	1 748	94,2%	1 639	93,6%	1 519	93,2%	1 474	94,3%	1 489	95,5%	1 391	100,1%	1 466	100,9%	1 480	102,1%
Körzeti-közösségi szakápoló	5 113	4 576	4 825	5 601	5 007	5 095	5 154	4 556	5 008	97,9%	4 564	99,7%	4 888	101,3%	5 712	102,0%	5 094	101,7%	5 273	103,5%	5 390	104,6%	5 028	110,4%
Foglalkozás egészségügyi szakápoló	415	445	463	368	338	718	772	851	414	99,8%	489	109,9%	524	113,1%	419	113,7%	386	114,3%	889	123,8%	1 050	136,0%	1 148	134,9%
Egyéb szakápoló	9 967	10 547	10 380	10 262	10 367	10 158	9 283	8 496	9 756	97,9%	10 456	99,1%	10 400	100,2%	10 308	100,4%	10 325	99,6%	10 041	98,9%	9 597	103,4%	8 849	104,2%
Ápoló	6 809	7 117	8 351	8 041	8 721	9 517	11 363	10 572	6 437	94,5%	7 008	98,5%	8 335	99,8%	8 132	101,1%	8 720	100,0%	9 686	101,8%	11 543	101,6%	10 997	104,0%
Csecsemő- és gyermekápoló	4 347	4 194	4 315	3 628	4 061	4 197	4 174	3 621	4 163	95,8%	4 054	96,7%	4 290	99,4%	3 628	100,0%	4 086	100,6%	4 257	101,4%	4 261	102,1%	3 664	101,2%
Általános ápoló és általános asszisztens	14 549	14 625	13 522	14 341	13 242	12 744	11 817	13 057	14 007	96,3%	14 502	99,2%	13 589	100,5%	14 458	100,8%	13 339	100,7%	12 925	101,4%	12 086	102,3%	13 630	104,4%
Ápolási asszisztens	2 238	2 284	2 336	2 460	2 593	2 535	2 371	2 179	1 220	54,5%	1 334	58,4%	1 264	54,1%	1 494	60,7%	1 588	61,3%	1 841	72,6%	1 740	73,4%	2 072	95,1%
Szülésznő	2 113	2 041	2 067	2 043	1 998	1 997	1 952	1 577	2 076	98,3%	1 980	97,0%	2 069	100,1%	2 052	100,4%	1 985	99,3%	1 997	100,0%	1 963	100,6%	1 594	101,1%
Mentőtiszt	453	430	490	480	503	638	634	683	516	114,0%	569	132,5%	653	133,2%	602	125,5%	574	114,1%	666	104,4%	786	123,9%	813	119,0%
Mentőápoló	3 116	3 014	3 133	3 146	2 998	3 055	3 168	2 724	2 113	67,8%	2 779	92,2%	2 865	91,4%	2 857	90,8%	2 553	85,1%	2 368	77,5%	2 296	72,5%	2 943	108,0%
Ápolói munkakörök	***54 524***	***54 779***	***55 695***	***56 319***	***56 196***	***57 225***	***57 682***	***55 164***	***50 923***	***93,4%***	***53 108***	***96,9%***	***54 616***	***98,1%***	***55 526***	***98,6%***	***54 957***	***97,8%***	***56 621***	***98,9%***	***57 881***	***100,3%***	***57 849***	***104,9%***
Fogászati asszisztens	2 958	3 039	3 152	3 125	3 097	3 984	4 270	4 415	2 844	96,1%	2 975	97,9%	3 168	100,5%	3 194	102,2%	3 174	102,5%	4 392	110,2%	4 803	112,5%	4 963	112,4%
Röntgen asszisztens	3 366	3 570	3 392	3 482	3 425	3 374	3 469	3 239	3 219	95,6%	3 485	97,6%	3 308	97,5%	3 366	96,7%	3 355	98,0%	3 388	100,4%	3 427	98,8%	3 327	102,7%
Laboratóriumi asszisztens	4 827	4 773	4 811	4 830	4 501	4 125	4 003	3 393	4 689	97,1%	4 693	98,3%	4 760	98,9%	4 794	99,3%	4 469	99,3%	4 133	100,2%	3 983	99,5%	3 432	101,2%
Gyógyszertári asszisztens	791	809	767	783	792	771	932	819	768	97,1%	803	99,3%	775	101,0%	788	100,6%	795	100,3%	781	101,3%	944	101,2%	843	103,0%
Egyéb asszisztens	4 413	4 498	4 566	4 282	3 997	4 625	4 602	4 982	4 212	95,4%	4 406	98,0%	4 398	96,3%	4 143	96,7%	4 014	100,4%	4 706	101,8%	4 765	103,5%	5 201	104,4%
Aneszteziológiai szakasszisztens	1 279	1 302	1 343	1 290	1 310	1 283	1 256	1 139	1 236	96,7%	1 287	98,8%	1 316	98,0%	1 281	99,3%	1 289	98,4%	1 273	99,3%	1 272	101,2%	1 176	103,2%
Műtős szakasszisztens	2 234	2 254	2 290	2 236	2 256	2 218	2 182	1 957	2 161	96,7%	2 208	98,0%	2 265	98,9%	2 211	98,9%	2 242	99,4%	2 208	99,6%	2 190	100,4%	1 988	101,6%
Gondozó/szakgondozó	513	547	500	531	531	564	581	839	500	97,5%	542	99,1%	467	93,3%	507	95,5%	518	97,6%	570	101,0%	584	694,4%	844	100,6%
Egyéb egészségügyi szakasszisztens	3 064	3 031	2 992	2 856	3 329	3 483	3 911	3 166	2 714	88,6%	3 046	100,5%	3 008	100,6%	2 871	100,5%	3 317	99,6%	3 578	102,7%	4 034	664,8%	3 355	106,0%
Asszisztensi munkakörök	***23 445***	***23 824***	***23 812***	***23 415***	***23 239***	***24 427***	***25 206***	***23 949***	***22 343***	***95,3%***	***23 445***	***98,4%***	***23 465***	***98,5%***	***23 155***	***98,9%***	***23 173***	***99,7%***	***25 029***	***102,5%***	***26 002***	***103,2%***	***25 129***	***104,9%***
Dietetikus	653	647	642	673	685	669	614	509	615	94,2%	629	97,3%	633	98,6%	644	95,7%	681	99,5%	685	102,4%	649	105,7%	549	108,0%
Egészségnevelő	129	133	160	138	171	171	190	167	121	93,5%	132	99,3%	166	103,8%	144	104,3%	160	93,3%	183	107,1%	203	106,9%	179	107,3%
Egészségügyi szakoktató	171	171	166	153	184	205	224	131	172	100,8%	174	101,8%	166	100,0%	153	100,0%	186	101,3%	210	102,6%	228	102,0%	138	105,3%

Szakdolgozói munkakörök	Betöltött állások száma								Munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők száma és aránya															
	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2000.		2001.		2002.		2003.		2004.		2005.		2006.		2007.	
Gyógytornász	1 407	1 449	1 549	1 617	1 767	2 103	2 277	2 236	1 368	97,2%	1 446	99,8%	1 574	101,6%	1 664	102,9%	1 821	103,1%	2 314	110,1%	2 583	113,4%	2 620	117,2%
Közegészségügyi és járványügyi felügyelő	1 222	1 183	1 280	1 319	1 276	1 222	1 225	1 016	1 214	99,3%	1 156	97,7%	1 291	100,9%	1 326	100,5%	1 287	100,8%	1 242	101,6%	1 247	101,8%	1 023	100,7%
Védőnő	5 005	5 010	5 055	5 105	5 029	5 001	5 366	5 349	4 978	99,5%	5 051	100,8%	5 104	101,0%	5 156	101,0%	5 075	100,9%	5 058	101,1%	5 431	101,2%	5 502	102,9%
Egyéb szakirányú felsőfokú végzettségű munkakörök	***8 588***	***8 592***	***8 852***	***9 005***	***9 112***	***9 369***	***9 896***	***9 407***	***8 468***	***98,6%***	***8 588***	***100,0%***	***8 934***	***100,9%***	***9 087***	***100,9%***	***9 210***	***101,1%***	***9 692***	***103,4%***	***10 341***	***104,5%***	***10 011***	***106,4%***
Gyógy-, sport-, fürdős masszőr	608	621	696	726	768	1 277	1 300	1 447	586	96,5%	612	98,5%	696	100,0%	719	99,1%	770	100,3%	1 316	103,1%	1 387	106,7%	1 586	109,6%
Egyéb (orvosirnok, beteghordó, boncmester/boncsegéd, műtőssegéd, stb.)	8 646	8 479	8 745	9 119	8 874	9 028	9 084	8 112	5 778	66,8%	5 529	65,2%	5 962	68,2%	6 816	74,7%	6 581	74,2%	7 322	81,1%	7 722	85,0%	7 916	97,6%
Egyéb	***9 254***	***9 100***	***9 441***	***9 844***	***9 642***	***10 305***	***10 383***	***9 559***	***6 364***	***68,8%***	***6 141***	***67,5%***	***6 658***	***70,5%***	***7 535***	***76,5%***	***7 351***	***76,2%***	***8 638***	***83,8%***	***9 109***	***87,7%***	***9 502***	***99,4%***
Összesen	**95 810**	**96 294**	**97 801**	**98 583**	**98 188**	**101 326**	**103 168**	**98 079**	**88 098**	**92,0%**	**91 282**	**94,8%**	**93 673**	**95,8%**	**95 303**	**96,7%**	**94 691**	**96,4%**	**99 980**	**98,7%**	**103 333**	**100,2%**	**102 491**	**104,5%**

Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000-2007. 10.5. alapján

Foglalkozásonkénti alapbér adatok az egészségügyben, 1999-2006. 3. számú melléklet

FEOR-kód	Foglalkozás	Személyi alapbér																	
		átlaga, Ft/hó									relatív szórása, %								
		1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.
2211	Általános orvos	61 749	67 448	77 156	86 777	138 341	142 693	154 361	154 753	171 583	48,7	78,0	44,4	57,3	28,2	37,0	33,6	32,6	43,5
2212	Szakorvos	76 777	88 158	102 819	116 844	195 758	198 692	212 008	240 779	243 939	40,8	54,8	50,0	48,1	33,3	32,6	31,1	42,6	40,4
2213	Fogorvos	64 438	68 605	84 840	102 362	172 018	170 057	173 091	176 916	174 542	24,5	31,2	32,1	60,8	37,8	40,5	45,1	37,6	36,6
2214	Fogszakorvos	72 172	75 187	81 664	105 366	173 276	196 573	173 736	208 660	270 373	26,5	42,0	31,7	39,4	23,3	28,3	61,8	58,2	83,1
2215	Gyógyszerész	120 630	146 063	139 269	137 142	169 534	192 181	210 843	210 279	261 740	58,4	52,9	77,4	50,7	58,8	52,7	45,6	51,7	59,2
2221	Közegészségügyi felügyelő	92 620	100 233	104 962	175 762	177 701	201 807	214 939	218 752	212 223	18,8	23,2	21,3	22,1	18,8	23,3	25,7	18,8	18,5
2223	Dietetikus	50 391	59 035	64 380	73 443	126 389	126 605	131 545	143 143	155 220	22,3	28,7	18,0	24,3	18,8	22,3	17,8	21,4	39,4
2224	Gyógytornász	49 179	51 968	61 763	71 590	125 118	122 384	129 868	135 559	141 568	22,0	20,8	20,4	22,1	17,6	17,4	18,3	19,7	22,9
2225	Védőnő	54 471	58 618	69 147	80 798	134 109	136 205	143 269	154 771	153 545	25,5	23,4	19,9	34,5	16,4	19,3	18,6	19,3	18,8
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	245 884	266 396	294 898	90,3	104,8	96,9	74,8	66,3	70,3	58,7	64,5	69,7
2230	Diplomás ápolónő, ápoló	57 080	57 757	63 664	75 033	114 854	121 754	142 537	153 741	159 048	43,5	39,4	30,5	44,9	24,9	29,1	36,5	40,9	43,5
3211	Általános ápolónő, ápoló	34 427	37 525	46 700	54 363	80 825	82 050	87 450	94 393	97 716	22,4	22,2	18,3	17,6	18,6	18,9	19,1	18,8	23,0
3212	Szakápoló	37 432	40 662	49 022	58 082	86 895	87 495	94 232	103 133	106 559	23,0	24,3	20,6	111,5	21,1	20,7	23,2	23,9	29,3
3221	Gondozó	36 341	39 459	48 098	55 615	80 407	81 467	87 987	94 677	95 212	21,2	19,8	16,2	17,1	18,5	18,9	18,3	18,0	20,0
3222	Szakgondozó	38 778	44 663	52 472	60 261	90 385	90 116	96 981	107 517	104 003	20,6	31,9	18,5	21,2	24,4	22,4	20,0	31,4	23,7
3231	Általános asszisztens	38 837	42 579	52 688	60 823	85 567	88 365	95 402	102 042	112 616	24,5	24,3	29,5	30,4	23,3	25,9	28,0	31,4	41,4
3232	Szakasszisztens (orvosi)	41 456	45 503	53 922	61 752	91 407	94 814	100 668	109 060	113 595	26,0	29,0	23,9	25,2	21,8	25,3	23,6	24,6	30,4
3233	Fogászati asszisztens	36 443	38 702	47 917	56 279	79 302	80 635	85 110	94 707	112 369	19,0	21,9	15,4	14,5	17,6	24,1	19,7	23,1	41,4
3234	Gyógyszertári asszisztens	48 672	50 909	57 280	78 119	89 872	98 964	105 115	111 838	126 600	42,6	32,2	23,9	37,3	28,0	36,1	43,9	40,6	35,3
3235	Gyógyszerellátási szakasszisztens	61 058	78 044	89 316	92 115	105 902	116 278	128 122	124 850	135 691	47,4	72,5	64,5	32,6	31,9	36,3	35,2	30,0	24,7
3239	Egyéb asszisztensek	40 352	44 936	54 889	66 934	94 587	93 327	105 527	114 367	118 836	43,6	58,7	48,1	58,1	52,0	39,0	41,1	43,7	44,7
3241	Közegészségügyi-járványügyi ellenőr	59 523	84 692	73 267	100 197	119 655	142 826	167 193	153 302	163 901	40,5	62,6	30,9	46,1	44,7	37,6	32,7	39,8	37,6
3242	Szülésznő	37 285	40 703	50 448	57 510	87 842	89 191	96 110	102 057	106 845	20,5	25,0	26,7	25,1	19,8	19,2	17,8	17,9	24,2
3244	Diétásnővér	51 531	52 107	63 375	66 984	108 571	113 421	125 389	129 378	126 968	34,8	32,1	31,3	24,5	27,3	28,5	25,1	25,5	27,1
3248	Fogtechnikus	30 971	35 823	47 457	52 650	79 862	60 089	71 473	86 094	103 758	52,8	49,2	49,1	22,6	59,2	23,4	37,3	29,2	32,8

Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000-2006. A 2002. évi adatok nem tartalmazzák az 50%-os közalkalmazotti béremelést

Az alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete a nemzetgazdaságban

4. számú melléklet

Sorsz.	Kód	Gazdasági ág	2001.			2002.			2003.			2004.			2005.			2006.			2007.			2008.		
			bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában	bruttó kereset (Ft)	sorrend a kereset nagyság a szerint	a nemzet-gazdaság %-ában
1.	A, B	Mezőgazdaság, vad-, erdő-, halgazdálkodás	72 116	19.	69,6	84 251	20.	68,8	89 273	20.	65,1	97 014	20.	66,7	102 801	20.	64,9	111 961	20.	65,3	122 089	20.	66,0	133 628	20.	67,2
2.		Ebből: erdőgazdálkodás	86 472	15.	83,5	99 975	17.	81,6	111 105	17.	81,0	115 966	17.	79,7	125 344	17.	79,2	137 491	17.	80,2	136 685	17.	73,9	150 909	17.	75,8
3.	C–E	Ipar	104 186	8.	100,6	117 325	10.	95,8	128 254	13.	93,5	141 089	11.	97,0	151 242	11.	95,5	164 380	11.	95,9	178 169	11.	96,3	189 795	11.	95,4
4.	C	Ebből: bányászat	126 796	4.	122,4	138 540	4.	113,1	149 076	6.	108,7	162 145	4.	111,4	168 794	7.	106,6	194 948	4.	113,8	200 921	5.	108,6	229 675	4.	115,4
5.	D	Ebből: feldolgozóipar	101 119	11.	97,6	113 817	12.	92,9	124 087	15.	90,4	136 534	14.	93,8	146 227	14.	92,3	158 953	13.	92,8	173 066	14.	93,5	184 196	14.	92,6
6.	E	Ebből: villamosener-gia-, gáz-, gőz-, vízellátás	135 682	2.	131,0	155 468	3.	126,9	174 189	3.	127,0	192 430	2.	132,2	208 433	2.	131,6	226 893	2.	132,4	245 470	3.	132,7	265 713	3.	133,5
7.	F	Építőipar	79 719	17.	77,0	86 209	19.	70,4	93 797	19.	68,4	99 991	19.	68,7	106 574	19.	67,3	117 633	19.	68,7	135 984	18.	73,5	145 629	18.	73,2
8.	G	Kereskedelem, javítás	90 596	14.	87,5	106 411	15.	86,9	115 566	16.	84,2	122 299	16.	84,0	130 700	16.	82,5	145 246	16.	84,8	158 092	16.	85,4	171 692	15.	86,3
9.	H	Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	68 120	20.	65,8	81 167	21.	66,3	87 118	21.	63,5	90 072	21.	61,9	95 777	21.	60,5	102 890	21.	60,0	112 033	21.	60,6	122 322	21.	61,5
10.	I	Szállítás, raktározás, posta, távközlés	114 447	6.	110,5	130 621	7.	106,6	142 646	8.	104,0	157 749	7.	108,4	169 954	6.	107,3	183 983	7.	107,4	194 810	6.	105,3	207 990	7.	104,5
11.	J	Pénzügyi közvetítés	215 970	1.	208,6	240 881	1.	196,7	273 776	1.	199,6	324 297	1.	222,9	350 837	1.	221,6	403 861	1.	235,7	390 508	1.	211,1	433 259	1.	217,8
12.	K	Ingatlanügyletek, gazdasági szolgáltatás	121 821	5.	117,6	133 867	6.	109,3	145 054	7.	105,7	154 365	8.	106,1	161 904	8.	102,2	172 109	8.	100,4	191 806	8.	103,7	216 481	6.	108,8
13.	L	Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás	131 724	3.	127,2	167 846	2.	137,0	180 837	2.	131,8	184 304	3.	126,7	207 322	3.	130,9	222 973	3.	130,1	253 298	2.	136,9	267 459	2.	134,4
14.	M	Oktatás	97 647	12.	94,3	128 665	8.	105,0	162 380	4.	118,4	159 805	6.	109,8	181 447	5.	114,6	191 133	6.	111,5	193 208	7.	104,4	203 475	8.	102,3
15.	N	Egészségügyi, szociális ellátás	78 850	18.	76,1	103 142	16.	84,2	129 956	11.	94,7	130 425	15.	89,6	144 022	15.	91,0	151 822	15.	88,6	159 847	15.	86,4	169 863	16.	85,4
16.	851	Ebből: humán-egészségügyi ellátás	84 779	16.	81,9	110 677	14.	90,4	139 750	9.	101,9	141 216	10.	97,0	155 223	10.	98,0	164 561	10.	96,0	174 715	13.	94,4	185 702	13.	93,3
17.	853	Ebből: szociális ellátás	65 489	21.	63,2	86 933	18.	71,0	109 783	18.	80,0	109 640	18.	75,3	122 782	18.	77,5	128 506	18.	75,0	135 234	19.	73,1	145 105	19.	72,9
18.	O	Egyéb közösségi, személyi szolgáltatás	91 679	13.	88,5	111 386	13.	90,9	129 240	12.	94,2	137 674	13.	94,6	148 020	13.	93,5	156 185	14.	91,1	181 181	10.	97,9	187 372	12.	94,2
19.	**A–O**	**Nemzetgazdaság összesen**	**103 553**	**9.**	**100,0**	**122 482**	**9.**	**100,0**	**137 193**	**10.**	**100,0**	**145 520**	**9.**	**100,0**	**158 343**	**9.**	**100,0**	**171 351**	**9.**	**100,0**	**185 017**	**9.**	**100,0**	**198 964**	**9.**	**100,0**
20.		Ebből: versenyszféra	102 833	10.	99,3	116 599	11.	95,2	127 032	14.	92,6	138 925	12.	95,5	148 554	12.	93,8	162 531	12.	94,9	177 413	12.	95,9	192 361	10.	96,7
21.		Ebből: költségvetés	105 944	7.	102,3	136 884	5.	111,8	160 843	5.	117,2	161 548	5.	111,0	182 185	4.	115,1	193 949	5.	113,2	206 225	4.	111,5	219 044	5.	110,1

Forrás: KSH honlap, www.ksh.hu

Az egészségügy területén foglalkoztatottak átlagos havi bruttó keresete, teljes munkaidőben foglalkoztatottak 5. számú melléklet

	2004	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2005	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2006	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2007	% a nemzetgazdasági átlaghoz	2008	% a nemzetgazdasági átlaghoz
Nemzetgazdasági átlag kereset	145 520	100,0	158 343	100,0	171 351	100,0	185 004	100,0	198 964	100,0
Orvosok átlagos havi keresete	273 110	187,7	286 639	181,0	307 187	179,3	321 981	174,0	348 647	175,2
Egészségügyi szakdolgozók átlagos havi keresete	136 371	93,7	147 178	92,9	155 458	90,7	162 259	87,7	174 541	87,7
Egyéb egészségügyi foglalkoztatottak átlagos keresete	115 748	79,5	128 147	80,9	135 509	79,1	142 732	77,2	151 762	76,3
Egészségügy, átlagos havi kereset	148 036	101,7	159 409	100,7	169 249	98,8	176 626	95,5	189 927	95,5

Forrás: ESKI – OSAP 1626, a nemzetgazdasági átlag forrása a KSH

"1A" MODELL: az EÜ dolgozók pótlólagos differenciált bérszínvonal-növekedésének bértömegre és államháztartásra gyakorolt bruttó és nettó hatása 2020-ig

MODELL INPUT (Nemzetgazdasági trendet MEGHALADÓ egészségügyi ágazati bérnövekedés)	
Orvosok és gyógyszerészek	**33,13%**
Egészségügyi szakdolgozók	**33,13%**
Egyéb ágazati dolgozók	**0,00%**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
NOMINÁLIS ÉS GDP-ARÁNYOS ÁTLAGOS ÁGAZATI JÖVEDELMEK (FT/FŐ/HÓ)											
Orvos	368 073	464 934	617 392	818 647	1 082 888	1 417 151	1 835 666	2 354 554	2 991 902	3 767 815	4 704 444
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*1,62*	*2,09*	*2,68*	*3,39*	*4,25*	*5,27*	*6,46*	*7,85*	*9,45*	*11,27*	*13,33*
Gyógyszerész	297 220	375 436	498 547	661 061	874 437	1 144 355	1 482 307	1 901 312	2 415 973	3 042 525	3 798 857
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*1,31*	*1,69*	*2,16*	*2,74*	*3,43*	*4,25*	*5,22*	*6,34*	*7,63*	*9,10*	*10,76*
Diplomás egészségügyi dolgozó	224 276	283 299	376 199	498 835	659 853	863 541	1 118 571	1 434 767	1 823 152	2 295 978	2 866 744
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*0,99*	*1,27*	*1,63*	*2,07*	*2,59*	*3,21*	*3,94*	*4,78*	*5,76*	*6,87*	*8,12*
Nem diplomás egészségügyi dolgozó	168 274	212 559	282 262	374 275	495 087	647 913	839 261	1 076 503	1 367 907	1 722 667	2 150 912
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*0,74*	*0,96*	*1,22*	*1,55*	*1,94*	*2,41*	*2,95*	*3,59*	*4,32*	*5,15*	*6,09*
Egyéb diplomás dolgozó	358 377	350 910	364 202	381 146	402 395	424 829	448 513	473 517	499 916	527 786	557 210
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*	*1,58*
Egyéb nem diplomás dolgozó	132 429	129 670	134 582	140 843	148 695	156 985	165 737	174 976	184 731	195 030	205 903
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*	*0,58*
Átlag	**210 340**	**252 023**	**317 937**	**401 246**	**506 240**	**633 204**	**785 489**	**966 735**	**1 180 868**	**1 432 097**	**1 724 901**
Éves jövedelem/egy főre jutó GDP	*0,93*	*1,13*	*1,38*	*1,66*	*1,99*	*2,35*	*2,76*	*3,22*	*3,73*	*4,28*	*4,89*
ÉVES BRUTTÓ BÉRTÖMEG (E FT)											
Orvos	222 494 927	281 046 282	373 205 027	494 861 014	654 591 169	856 648 489	1 109 634 810	1 423 295 543	1 808 563 815	2 277 592 179	2 843 771 571
Gyógyszerész	3 507 494	4 430 519	5 883 345	7 801 175	10 319 222	13 504 529	17 492 701	22 437 367	28 510 881	35 904 821	44 830 286
Diplomás egészségügyi dolgozó	58 284 949	73 623 724	97 766 699	129 637 340	171 482 685	224 417 080	290 694 165	372 867 207	473 800 669	596 678 524	745 009 220
Nem diplomás egészségügyi dolgozó	232 285 052	293 415 211	389 633 056	516 648 240	683 415 960	894 377 264	1 158 513 656	1 486 000 763	1 888 254 434	2 377 963 861	2 969 111 388
Egyéb diplomás dolgozó	16 008 867	15 675 322	16 269 056	17 025 974	17 975 172	18 977 288	20 035 272	21 152 239	22 331 476	23 576 456	24 890 843

PÓTLÓLAGOS BÉRKIÁRAMLÁS OKOZTA BRUTTÓ ÉS NETTÓ TÖBBLETFORRÁS-IGÉNY (E FT)

Éves ágazati, bruttó többletforrás-igény	**146 706 102**	**189 257 051**	**242 146 283**	**306 807 428**	**384 408 972**	**476 504 156**	**584 634 853**	**710 297 420**	**854 908 100**	**1 019 769 307**	**1 206 038 010**
Kummulált bruttó többletforrás-igény (Folyó áron)	**146 706 102**	**335 963 153**	**578 109 436**	**884 916 863**	**1 269 325 835**	**1 745 829 991**	**2 330 464 844**	**3 040 762 264**	**3 895 670 365**	**4 915 439 672**	**6 121 477 682**
Kummulált bruttó többletforrás-igény (2008-as reálértékben, inflációval korrigálva)	**134 859 379**	**302 481 547**	**507 800 858**	**758 336 533**	**1 061 228 150**	**1 424 012 253**	**1 854 515 497**	**2 360 731 052**	**2 950 681 826**	**3 632 274 695**	**4 413 150 313**
Éves ágazati, nettó többletforrás-igény (SZJA és járulék nélkül)			**69 944 959**	**90 231 943**	**115 447 902**	**146 276 347**	**183 274 375**	**227 182 525**	**278 735 914**	**338 647 957**	**407 593 878**
Kummulált nettó többletforrás-igény (Folyó áron)	**69 944 959**	**160 176 903**	**275 624 805**	**421 901 152**	**605 175 527**	**832 358 052**	**1 111 093 965**	**1 449 741 923**	**1 857 335 801**	**2 343 530 427**	**2 918 532 236**
Kummulált nettó többletforrás-igény (2008-as reálértékben, inflációval korrigálva)	**64 296 807**	**144 213 903**	**242 103 837**	**361 551 542**	**505 960 949**	**678 925 251**	**884 175 954**	**1 125 523 957**	**1 406 794 333**	**1 731 756 839**	**2 104 054 302**