

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-3927/2012 számú ügyben**

Előadó: dr. Bácskai Krisztina

Az eljárás megindulása

„A válság vesztesei – a paragrafusok fogságában” projekt keretein belül az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) 18. § (4) bekezdése alapján 2012-ben hivatalból¹ indított, átfogó vizsgálatommal fel kívánom tárni az egészségügyi dolgozók válsággal összefüggésben kialakult élet- és munkakörülményeit.

Hivatalom az egészségügy kérdéseit 2007² óta folyamatosan monitorozza, a 2007-ben indult vizsgálatomat az egészségügyben zajló struktúra-változás, a fekvőbeteg ellátók ágykapacitásának átrendezése, a megszűnő intézmények problematikájának elemzése képezte, majd átfogó vizsgálat keretében tártam fel a pszichiátriai ellátás hazai helyzetét. A vizsgálat³ szerint 2009-ben a Nyugat-Dunántúlon kifejezetten hiányos volt a gyerek pszichiátriai ellátás, egy másik ügyben készült jelentésemben⁴ pedig arra mutattam rá, hogy Magyarországon jelenleg nem áll rendelkezésre kellő számú gyógyszerész, asszisztens illetve szakasszisztens a szükségleteknek megfelelő ellátás biztosítására, továbbá az egészségügyi asszisztens képzés színvonala egyenlenségeket mutat. A 2011-ben útjára indított „Beteg Jogaink – Egészséges Méltóság” elnevezésű projekt keretében hivatalból vizsgálatot folytattam a kórházi ügyelet, valamint ezzel összefüggésben a rezidensek, illetve szakorvos-jelöltek képzése, foglalkoztatása kérdéseiről. E vizsgálat hangsúlyos következtetése, hogy az ellátórendszer fenntartása sok esetben az abban dolgozó szakemberek elkötelezettségén múlik, ezért a betegek jogai, a hatékony és biztonságos szakmai színvonalú ellátás garantálása érdekében szorgalmaztam a rezidensek, szakorvos-jelöltek beavatkozási jogának, szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából irányadó kompetencia-lista kialakítását. Ezen vizsgálati tapasztalatok egyben rámutattak az egészségügyi dolgozók méltatlan munkakörülményeire, jövedelmi helyzetére, valamint arra, hogy az utánpótlás kérdése évek óta égető probléma. A szakember ellátás egyenlőtlenségei pedig még ma is fennállnak. A fenti jelenségek mára együttesen egyfajta ágazati humánerőforrás válságba, krízisbe⁵ torkollottak, melynek az érintettjei, „vesztesei” az egészségügyi dolgozók, és a betegek egyaránt. A mai kor gazdasági és jogi környezetének változásai, a romló gazdasági viszonyok, az egészségügyi ellátórendszer reformjai, valamint a fenti vizsgálati tapasztalatok tehát egyaránt indokoltá és időszerűvé tették az egészségügyi ágazat rendszerszerű problémáinak átfogó jellegű feltárását, tekintettel arra, hogy a korábbi panaszügyek kapcsán felmerült több, alapvető joggal kapcsolatos visszásság gyanúja. Vizsgálatom célja feltárni az egészségügyi dolgozók, szakemberek oktatásának, képzésének, foglalkoztatásának, munkakörülményeinek

¹ Az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (4) bekezdés szerint az alapvető jogok biztososa a hatóságok tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból eljárást folytathat.

² 2007-ben indult – OBH 2464/2007. számú – vizsgálatomat az egészségügyben zajló struktúra-változás, a fekvőbeteg ellátók ágykapacitásának átrendezése, a megszűnő intézmények problematikája, kiemelten az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (a továbbiakban: OPNI) bezárása kapcsán kialakult helyzet alapjogi szempontú vizsgálatának szükségessége indokolta. Hangsúlyozva, hogy az egészségügyi ellátórendszer működésével, és annak átalakításából adódó problémák túlmutatnak egy-egy intézmény bezárásán, felvetik az államot terhelő intézményes ellátási kötelezettség alapjogi szempontú vizsgálatának szükségességét.

³ Lásd az AJB-3536/2009. számú ügyben készült jelentést.

⁴ Lásd az AJB-AJB-36/2012. számú ügyben készült jelentést

⁵ Az ágazati humánerőforrás krízis a szakemberek által definiált nemzetközi és hazai jelenség, amely az ellátórendszer egymással összefüggő hiányosságai által generált súlyos mértékű szakemberhiányt takar, ugyanakkor a fogalmat az egészségügyi ágazat egyes foglalkoztatottjai 2012. évi bérfejlesztésének lehetséges irányairól szóló 1071/2012. (III. 22.) Korm. határozat 1. pontja is tartalmazza.

változását a szűkülő források és a társadalom romló egészségügyi és mentálhigiénés helyzetének „ollójában”. A vizsgálat kitér továbbá az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetére figyelemmel arra, hogy a szakemberek jelzései szerint a hazai humán erőforrás hiány egyik leghangsúlyosabb problémája az egészségügyben dolgozó szakemberek bérezési helyzete.

A vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja alapján tájékoztatást kértem: az egészségügyben dolgozók élet- és munkakörülményei, az orvos- és egészségügyi szakdolgozó hiány, a bérrendezés kapcsán tapasztalt tendenciákról, adatokról; az egészségügyi szakdolgozók munkakörülményeiről, munkaterheiről, az utánpótlás kérdéséről, a migráció hatásainak kezelésével, monitorozásával, az egészségügyi szakdolgozói elvándorlással, pályaelhagyással kapcsolatos számadatokról; a „burn out” jelenség kezelésére irányuló programokról, a pályán maradást elősegítő képzésekről; az egészségügyi hiányszakmák képzéséről, a hiányszakmákhoz kapcsolódó szakképzési programok, kompetencia- és hatáskörbővítő képzésekről.

A fenti konkrét kérdésekkel összefüggésben megkerestem

- az emberi erőforrások miniszterét
- a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökét
- a Magyar Orvosi Kamara elnökét
- a Magyar Rezidens Szövetség elnökét
- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének elnökét
- Magyar Ápolási Egyesület elnökét
- a Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének elnökét
- a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (a továbbiakban: GYEMSZI) főigazgatóját
- az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal elnökét.

Érintett alkotmányos jogok és alapelvek

A testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1)-(2) bekezdés: *„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”*]

Alkalmazott jogszabályok

- 1) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- 2) az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (Eütev.)
- 3) Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI.12.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.);
- 4) Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (XI.14.) EMMI rendelet (a továbbiakban: EMMI rendelet);
- 5) az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezeti kérdéseiről szóló 47/2004. (V.11.) ESZCSM rendelet (a továbbiakban: ESZCSM rendelet);
- 6) az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV.15.) EüM rendelet (a továbbiakban: EüM rendelet);
- 7) Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI.29.) NEFMI rendelet (a továbbiakban: NEFMI rendelet);
- 8) Az egészségügyi ágazat egyes foglalkoztatottjai 2012. évi bérfelállításának lehetséges irányairól szóló 1071/2012. (III. 22.) Korm. határozat;

- 9) A Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI.28.) Korm. határozat;
- 10) Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerben részt vevők támogatásával összefüggő feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1248/2011. (VII.18.) Korm. határozat
- 11) Az egészségpolitika egyes aktuális feladatairól szóló 1149/2013. (III. 22.) Korm. határozat

A megállapított tényállás

1.1 A Magyar Orvosi Kamara elnöke az orvostársadalom helyzetével kapcsolatban a kamara területi szerveinek összesített tájékoztatását is magába foglaló választ adott.

A Kamara rövid időszakot átfogó és nem hivatalos felmérése szerint, összehasonlítva az idej és az elmúlt két esztendő azonos időszakát (első harmadév), megállapítható, hogy az elvándorlás szándéka továbbra is növekvő tendenciát mutat. A kórházakban 2012-ben orvosi területen 15%-os fluktuáció volt. Az elnök információi szerint az országon belüli *migráció* inkább a fiatalokat érinti, de erősödő tendencia a magán egészségügy felé irányuló elvándorlás, ami a jobb munkakörülmények, a kevesebb terhelés, a magasabb reguláris jövedelemszint következménye. Az elnök véleménye szerint csökken a paraszolvencia pályán és országon belül tartó ereje. A távozó orvosok között magasabb a szakorvosok aránya, pótlásuk egyre nehezebb, így vezetői posztokra is nehéz szakembert találni. Az elnök kifejtette, tapasztalatai arra utalnak, hogy a migráció kérdésének kezelésére tett kísérletek – melyek elsősorban a rezidensek Markusovszky – ösztöndíjában, valamint „némi ágazati béremelésben realizálódnak” – nem hozzák meg a kívánt eredményt. A gyenge egészségügyi bérezés miatt nagy az elvándorlás, így a maradókra egyre nagyobb teher hárul, ugyanakkor nagyobb a kiegészítés veszélye, mint más ágazatokban. Ellensúlyozni ezt a folyamatot csak más ágazatokkal versenyképes bérezéssel lehet, ami vonzza az egészségügyi pályára jelentkezőket és meg is tudja tartani őket.

Az elnök információi szerint néhány helyi kezdeményezéstől eltekintve nincsenek az egyébként rohamosan növekvő „*burn out*” jelenség kezelésére irányuló programok, ugyanakkor a hangsúlyt a megelőzésre, vagyis a túlterhelés megszüntetésére, és a stabil egzisztencia megteremtésére kellene helyezni. Álláspontja szerint a „*burn out*” jelenség addig nem számolható fel semmilyen képzéssel, amíg az egészségügyben dolgozó orvosok az alapvető szükségleteiket nem tudják egyetlen fő munkahelyről származó jövedelméből fedezni, csak másod- és harmad állásokból.

Az elnök javasolja a *graduális orvosképzés* gyakorlatiasabbá tételét, a hallgatói létszám növelését. A *szakorvosképzés* terén álláspontja szerint felül kell vizsgálni a képzőhelyek alkalmasságát, és egy olyan rendszer kiépítésére lenne szükség, amelyben a tutorok, mentorok egyénileg is oktatják, segítik a rezidenseket. Korlátozásokra lenne szükség a tekintetben, hogy egy tutor/mentor hány rezidens képzését vállalhatja. A rezidensek számos helyen az orvoshiánnyal küzdő oktató intézmények „rabszolgái”, akik nem kapnak kellő szakmai megbecsülést, a kritikus szakorvos hiány miatt elveszítették jól képzett és tanítani hajlandó mentoraik túlnyomó többségét, megszakadt a mester-tanítvány viszony, ez pedig végső soron a biztonságos betegellátást veszélyezteti. Egyre többen kerülnek idő előtt, illetve kellő képzettség és tapasztalat hiányában vezető orvosi pozíciókba. Ha fennmarad az orvosképzés mindaddig jellemző kíméletlen követelményrendszere, és a szakorvosképzés útjában megmaradnak a jelenlegi már-már abszurd követelmény-akadályok, akkor a világszerte fokozódó orvos kereslet és a hazai orvoslétszám-deficit az összeomlás veszélyét hordozza. A szakorvosképzés ugyanakkor nem kellő mértékben gyakorlat-orientált, nincs meg a szaktudást átadó generáció, a szakorvosjelöltek koncentrációja és egyetemhez kötése szakmai

előrelépésüket nem szolgálja, ugyanakkor vidéken az utánpótlást gátolja. Mindemellett a fiatal orvos generáció, a rezidensek jövedelmi helyzetét hivatott jelentősen javítani az az ösztöndíj rendszer, amely a szakorvossá válásig kíséri és támogatja a szerződéses feltételeket vállalókat.

Az egyes régiókban mutatkozó konkrét orvosi *létszámhiány* kapcsán az elnök rámutatott, hogy információi szerint a keleti és különösen az észak-keleti régióban, pl. az alapellátásban nagyobb a lefedetlenség, mint a Nyugat-Dunántúlon. Ugyanakkor az is elmondható, hogy éppen a Nyugat-Dunántúl alap- és szakellátását végző szakembereket sokkal erősebb és eredményesebb csábítás éri a kelet-ausztriai kórházak részéről, és ezért ott nagyobb mértékű a fluktuáció, mint más régiókban. Az egészségügyi kormányzat által rendszeresen közzétett hiányszakmák listája felöleli a szakképesítések jelentős hányadát. Természetesen a területen dolgozó érintett szakemberek látásmódja sajátos helyzetükből fakadóan kicsit más.⁶ A házi orvosi, házi gyermekorvosi, alapellátó fogorvosi kar mintegy tízezer főre tehető közösségében mára olyan mértékű az elöregedés, illetve a hiány, hogy még a mindennapok feladatait is alig képesek ellátni. Ráadásul a praxisok gazdasági szempontból veszteségesek, azok gazdasági egyensúlyát a vállalkozó orvosok egyéb területen végzett túlmunkával tudják csak biztosítani, és ilyen módon a közfinanszírozott ellátást saját magánbevételeikből támogatni.

A Magyar Orvosi Kamara Területi Szervezeteinek Tanácsa részletesen elemezte a gyógyítás, és a benne dolgozók helyzetét, kilátásait az ország különböző területein, illetve az egyes szakmákban és munkaterületeken. Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer helyzetét, a betegellátás színvonalát és biztonságát alapvetően az elmúlt évtizedek szinte folyamatos alulfinanszírozottsága határozza meg. 2012-ben és az idei évben is *béremelésre* kerül sor, minek következtében számos területen lényegesen javul a gyógyítók bérpozíciója. A járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó szakorvosok bére ezen intézkedések következtében közel bruttó 110.000 forinttal emelkedik, ami átlagosan 30%-os növekedést jelent. Ugyanakkor a továbbiakban ígért és várt komplett életpálya terv bevezetése, és ekképpen a munkavállalók sorsának kiszámíthatóvá tétele még mindig várat magára. Számos helyen továbbra sem megoldott a szabályos munkaszervezés, a kötelező pihenőidők kiadása. A *munkaterhekkel* kapcsolatos „beszédese” adat, hogy a tavalyi évben orvosi területen ki nem vett szabadság aránya 30% feletti. Ennek oka elsősorban a helyettesítés megoldatlansága, valamint az a tény, hogy az orvosok megfelelő helyettesítés hiányában nem hagyják ellátatlanul a betegeiket. A kórházakban helyettesítési díjat, túlóradíjat kevés kivétellel gyakorlatilag nem fizetnek. Az adminisztrációs terhek folyamatos és sokszor értelmetlenek, feleslegesnek tűnő növekedése a betegellátásra fordítható időt tovább csökkenti. Mindez együttesen folyamatosan növekvő túlterhelést eredményez, ami a munka minőségének rovására mehet, a betegellátás biztonságát veszélyezteti. A fentiek következtében általános jelenség a deprimáltság, az apátia, a kiégettség. A rossz munkakörülmények a jövedelmi differenciák mellett, sőt lassan azokat meghaladva járulnak hozzá az egyes orvosok pályaelhagyási, illetve migrációs szándékához. A jól képzett szakorvosi középgenerációt érő veszteségek, illetve a gyógyító és oktató munkával felhagyó nagytapasztalatú, idősebb orvosok nélkülözése komoly minőségromlással fenyeget az orvos-, és különösen a szakorvosképzés területén. Az oktatói, kutatói utánpótlás egyre nehezebben biztosítható. A nagy tapasztalattal bíró, jól képzett szakorvosok egyre növekvő hiánya az orvos vezetői karban is komoly gondokat okoz. Egy-egy szakterület, kórházi osztály vezetése nagy felelősséget, komoly szakmai gyakorlatot igénylő összetett feladat. Az utóbbi években egyre inkább megfigyelhető, hogy megfelelő jelöltek hiányában, a korábbiakban természetes

⁶ „Magyarország délkeleti területein az átlagosnál is súlyosabb orvoshiány jellemző. A betöltetlen alapellátási praxisokat jelző települések száma Békés megyében 20, és még ennél is feltűnőbb, hogy 21 településen fogorvosi körzet is betöltetlen (16%), napjainkra lényegében valamennyi szakterület hiányszakmává vált.

elvárásaként megfogalmazott kvalitásokkal és szakmai gyakorlati idővel nem rendelkezők kerülnek osztályvezető főorvosi pozícióba, ami szintén hozzájárulhat beosztottaik képzésbeli előmenetelének meggyengüléséhez. Ebből a szempontból is különösen nehéz a helyzet a sürgősségi betegellátó osztályokon, ahol még a speciális jártasságot és látásmódot igénylő szakképesítéssel bíró orvosok léte is ritkaság, azaz a sürgősségi szakorvosok száma még messziről sem közelíti meg az elvárható minimumot. Következésképpen az első lépcsős, sürgősségi betegfogadás területén kényszerűségből szakképzetlen, illetve a területbe egyáltalán nem vágó szakképesítéssel rendelkező orvosok nagy tömege dolgozik.

A kamara elnöke végül felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségügy nemzetstratégiai jelentőségű ágazat, ennek elismerése érdekében döntéshozói paradigmaváltásra van szükség, azaz a gyógyítás alapvetően és elsősorban emberközpontú, nem pedig gazdasági érdekektől vezérelt megközelítést és döntéshozatalt igényel. Az elnök az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Programban⁷ leírtaknak megfelelően az orvosi életpálya bevezetését szorgalmazza.

1.2. A *Magyar Rezidens Szövetség elnökével* 2012. július 24-én folytattam szakmai konzultációt, melynek során az egészségügyi dolgozók élet- és munkakörülményeivel kapcsolatban az alábbiakról tájékoztattam:

A *graduális orvostudomány* tekintetében a szövetség elnöke is megerősítette, hogy az orvostudomány még mindig nem eléggé gyakorlat-centrikus. Az orvostudományban a szükségesnél jóval kisebb mértékű a manuális készségek oktatása, valamint a sürgősségi kórképek ellátására történő felkészítés, de a szervezet által készített felmérés szerint több kiégés elleni felkészítést, kommunikációs készségfejlesztést, alternatív medicináról szóló ismereteket is szeretnének a orvosok. A szövetség felmérése szerint a segítő szakmákra jellemző *kiégési folyamat* már az orvostudomány során átesnek a hallgatók, ennek ellenére a jelenség kezelésére nincs elegendő képzés sem a graduális-, sem a posztgraduális képzés, sem pedig a továbbképzés rendszerében.

A *szakorvos képzés* kapcsán felhívta a figyelmet, hogy az új szabályozásnak köszönhetően a belépés rugalmasabb lett. A rezidens, amennyiben hiányszakmának minősülő szakorvosképzést választ 50%-os bérkiegészítést kap, illetve működik a Markusovszky ösztöndíj pályázati rendszere is. Mindkét támogatási rendszer jelentős segítséget nyújt a fiatal orvosok pályakezdésében, és a Magyarországon tartásukban. A szakképzési rendszer egyik komoly hiányossága ugyanakkor, hogy a mentorokkal/tutorokkal nincsenek élő szerződések, emellett a mentor/tutor kiválasztásának rendszere sem megfelelő, a kevésbé rátermett és kevésbé elhivatott mentorok/tutorok kiszелеktálódásának nem kedvez a jelenlegi rendszer. A szakképzés másik neuralgikus pontja, hogy a mentorokkal/tutorokkal történő kapcsolattartás, konzultációs és egyéb feladatok nem kellően szabályozottak, ennek következtében a kijelölt mentor/tutor feladata nem tisztázott és sokszor nincs is jelen, ennek az a következménye, hogy a szakorvosjelölt a gyakorlatban szaktudását vagy a könyvekből illetve idősebb szakorvos-jelöltre vagy más kollégától kénytelen elsajátítani. A Magyar Rezidens Szövetség által az aneszteziológus rezidensekkel készített felmérésből az is kiderült, hogy a szakorvosjelöltek 60%-a került már kritikus helyzetbe úgy, hogy szakorvos kollégáját nem tudta elérni, vagy az késve érkezett, ez pedig a betegellátás biztonságát súlyosan veszélyezteti.

Az *elégtelen bérezési rendszer* kapcsán az elnök rámutatott, hogy ezzel összefüggésben megkerülhetetlen a hálapénz témaköre. A paraszolvencia kényes és összetett probléma, morálisan romboló hatású, jelentősen rontja az orvos-beteg kapcsolatot, az ellátórendszer hatékony működését, és rontja a szakképzés minőségét is. Az elnök szerint az egészségügy megújításához szükséges a hálapénz-rendszer felszámolása. Ehhez elengedhetetlen a bérrendezés, valamint a hálapénzzel szembeni hatékony és szigorú fellépés.

⁷ lásd.: HEFOP -Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium

A kérdést csakis komplex módon lehet kezelni, a megoldás részét kell, hogy képezze a minőségbiztosítás rendszerének fejlesztése. Mindemellett szükség lenne egyértelmű, átlátható jogi környezetre és finanszírozási viszonyokra, egy átlátható betegtájékoztatási rendszer kiépítésére, valamint szemlélet- és attitűdváltásra. Ugyanakkor szükséges kiépíteni egy hatékony minőségbiztosítási rendszert, amiben világossá válik, hogy a beteg hol, milyen minőségű ellátást kapott, szabályozni kellene, hogy adott orvosnak adott betegre hány munkaórát kellene fordítania, a várólisták hosszát maximálni, a beutalási rendet átláthatóvá kellene tenni.

1.3. Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) elnöke rendelkezésemre bocsátotta az egészségügyi szakképesítés külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványokra vonatkozó adatokat, az adott évben alapnyilvántartásba felvett (azaz egészségügyi szakképesítést szerzett) személyekre, az alapnyilvántartásban szereplő (azaz egészségügyi szakképesítéssel rendelkező) személyek, valamint az érvényes működési nyilvántartással rendelkező egészségügyi dolgozók számára, valamint a külföldi egészségügyi szakképesítések magyarországi elismerésére vonatkozó adatokat.

Az elnök az egészségügyi dolgozók létszámhiánya tekintetében az 'OSAP 1019 – Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása' című jelentést bocsátotta a rendelkezésemre a 2009. és 2010. évek vonatkozásában.⁸

1.4 A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESz) elnöke megküldte számomra a szervezet állásfoglalását a Semmelweis Terv⁹ célkitűzéseivel kapcsolatban, mely szerint az egészségi állapotnak és az egészségügynek olyan alapvető és hosszú távú társadalompolitikai és gazdaságpolitikai összefüggéseket mutató sajátosságai vannak, amelyeket már a döntések előkészítése során figyelembe kellene venni, és a változások hatásait és következményeit is nyomon kell követni. Az orvosok és az egészségügyben dolgozók *anyagi helyzete, bérezése* méltatlan, de nem elsősorban az anyagi okok vezetnek a tömeges kiegészéshez és az elvándorláshoz, hanem a kilátástalanság és a vonzó jövőkép tartós hiánya. A társadalmi megbecsülés és az orvosok önbecsülése egyaránt megrendült. Az elnök szerint a szakmai előrehaladásnak, a felelősségvállalás mértékének arányosan tükröződnie kellene a jövedelmekben, minőségelvűen szükséges rendezni a közalkalmazott orvosok különféle csoportjai, valamint a közalkalmazott és az egyéb vállalkozási formában közreműködő orvosok jövedelmi viszonyait.

Az elnök a *szakemberhiány* kapcsán rámutatott, hogy az orvosgyetemek hallgatóinak lassan már a többsége külföldi, miközben egész országok hagyatkoznak a magyar orvoskarokra orvos-utánpótlásuk kiképzésében, hazánkban egyre nagyobb a szakemberhiány. Az elmúlt 5 évben eltávozott 4518 orvos megközelítően 14 %-os fogyást jelent, mindemellett az elmúlt 5 év¹⁰ mindegyikében legalább annyian távoztak külföldre, ahányan a szakképzésbe szoktak lépni, az utolsó két évben pedig kétszer annyian. Magyarországon 35 000 aktív orvos van, közülük mintegy tízezren 60 év feletti. A felmérések szerint több mint 1800 orvosi állás betöltetlen, miközben számos szakorvos és frissen végzett orvos is külföldre távozott. Az egyre jobban kieleződő emberi erőforrás válság ugyanakkor nem csak anyagi okokra vezethető vissza, hanem a jövőkép hiányára, a bizonytalanságra, a kollégák közötti lojalitás hiányára, a rossz munkahelyi légkörre, az orvosok és egészségügyi dolgozók között feszültséget keltő intézkedésekre, az elégtelen kommunikációra, és a rosszul felfogott szakmai versengésre.

⁸ Az OSAP 1019 – az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása című jelentést az ügy érdemi részében részletesen elemeztem

⁹ Újraélesztett Egészségügy Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére; Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2011. február (szakmai koncepció)

¹⁰ Az utolsó 5 év migrációs adatai fokozatosan növekvő tendenciát mutatnak (az évenként kiadott engedélyek, igazolások alapján): 2007-ben 590 db, 2008-ban 730 db, 2009-ben 887 db, 2010-ben 1111 db, 2011-ben 1200 db

Az egészségügyi szakdolgozói réteg a közszférán belül 19%-al a legnépesebb csoporthoz tartozik, ami több mint százezer főt tesz ki és közel 30 egészségügyi szakdolgozói munkakört jelenít meg. Az egészségügyi szakmacsoport ezáltal egy rendkívül heterogén végzettségű és szakképzettségű társadalmi réteget képez. Heterogenitása ellenére elmondható, hogy bérszínvonala nemcsak az európai átlagtól marad el, hanem a hazai átlagkeresetek rangsorában éppen csak leghagyja a mezőgazdasági szektort és nem éri el a köztudottan alacsony bérezésű oktatási szférát sem. Az egészségügyi szakdolgozók létszáma, nemcsak nemzetközi, hanem hazai szinten is hiányt mutat. A szakképzéssel betöltött ápolói-szakápolói és asszisztensi-szakasszisztensi munkakörök esetében az elmúlt években egyértelmű csökkenés volt megfigyelhető. Az ápolói munkakörök száma 2006 és 2012 között 8%-al, az asszisztensi munkakörök száma 15%-al csökkent. A legtöbb betöltetlen állás az ápolói/szakápolói munkakörben figyelhető meg szinte változatlan intenzitással. A minőségi hiány elsősorban a magasán képzett szakszemélyzet rendelkezésre állásában érhető leginkább tetten. A magasán kvalifikált szakdolgozók foglalkoztatásában a legtöbb közintézmény – a minimum feltételek biztosításán túl – nem érdekelt a megnövekedett bérvonzat miatt.

Az egészségügyi dolgozók munkafeltételei (tárgyi eszközök és a munkavégzés, pihenés infrastrukturális feltételei) elmaradnak a szakmai fejlődése által támasztott kívánalmaktól, különösen azokon a területeken, ahol arra a legnagyobb igény mutatkozna (hosszú idejű ápolás, rehabilitáció). Nem tisztázottak a nem orvos végzettségű egészségügyi szakemberek tevékenységi körei, sokszor a magasabb végzettséget nem veszik figyelembe a munkaköri besorolás, bérezés megállapításánál. Nemzetközi jelenség, hogy a munkahelyi pszichés és fizikai megterheléssel sem a munkáltató, sem az egészségpolitika nem foglalkozik megfelelő hangsúllyal, ami a munka eredményességét alapvetően befolyásolja.

Az ápolói migráció világjelenség, mely a fejlett és a fejlődő országokat egyaránt érinti. A jól képzett munkaerő kivándorlása az utóbbi évtizedekben folyamatosan megfigyelhető hazánkban is, a tapasztalatok szerint hazánkban az Európai Unió csatlakozást követően megélnékült a külföldön egészségügyi szakképesítéssel és szakképzettséggel munkát vállalók száma. Ennek megbízható követésére az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által kiadott hatósági bizonyítványokra vonatkozó adatok adnak lehetőséget. A külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági igazolások alapján látszik, hogy az utóbbi években körülbelül kevesebb, mint félszáz kérelem érkezik rendszeresen, melyek zömét ápolói szakképesítéssel/szakképzettséggel rendelkezők adják be.

Az elnök szerint, valós adatokon nyugvó és a reális szükségletekhez igazodó humán erőforrás tervezés szükséges az egészségügyi dolgozói utánpótlás biztosítása tekintetében ahhoz, hogy az ország gazdasági fejlettségét és az Unió színvonalát tükröző egészségügyi ellátórendszerrel lehessen számolni a jövőben. Az eszköz ellátottság javításán túl a meglévő szakemberhiány mérséklése, megszüntetése érdekében a pályán lévők megtartására kell hangsúlyt fektetni, munkahelyi ösztönző rendszerek bevezetésével, amely nem csupán direkt anyagi juttatást, hanem olyan munkahelyi támogató rendszert jelentene, amely figyelembe veszi a dolgozói igényeket is (rugalmas munkaidő, egészségmegőrző-, fejlesztő légkör, munkahelyi tanácsadás, teljesítményértékelés).

1.5 A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) főigazgatója a szakemberhiány kapcsán tájékoztatott, hogy a megyei önkormányzati intézmények közül a választ adó intézmények országosan 218 betöltetlen egészségügyi szakdolgozói állást jeleztek.¹¹ A beérkezett adatokból megállapítható, hogy a

¹¹ A szakmaterületek szerinti megoszlásban: ápolói szakmaterület (122 fő); egészségügyi asszisztensi szakmaterület (23 fő); képződi diagnosztikai szakmaterület (12 fő); műtéti szakmaterület (47 fő); laboratóriumi diagnosztikai szakmaterület (14 fő) Ápolói szakmaterület: A legtöbb betöltetlen állásra felnőtt aneszteziológiai és intenzív szakápoló (42), a sürgősségi szakápoló (24) és onkológiai szakápoló (16) végzettséggel várnak szakdolgozókat. Az ápolói szakmaterületen Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (33), Pest megyében (25),

megvizsgált intézményeknél összességében a legtöbb betöltetlen állás a szakápolói (122) és a műtéti (43) szakmaterületeken van. Megyéenként jelentős eltérés tapasztalható az üres egészségügyi szakdolgozói státuszok tekintetében. A legtöbb betöltetlen státusz Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (43), Pest megyében (32,2) és Tolna megyében (28), a legkevesebb Hajdú-Bihar megyében (1), Bács- Kiskun megyében (3) és Békés megyében (3) található. A Fővárosi Önkormányzat által finanszírozott intézmények 141 egészségügyi betöltetlen szakdolgozói állást jeleztek ápolói, egészségügyi asszisztensi, képződiagnosztikai, és műtéti valamint laboratóriumi szakmaterületen.¹² A beérkezett adatokból megállapítható, hogy a vizsgált intézményeknél összességében itt is a legtöbb betöltetlen állás a szakápolói, a műtéti szakmaterületen van. Szakképzettség szerinti megoszlást vizsgálva a legnagyobb munkaerőhiányt a felnőtt aneszteziológiai és intenzív szakápoló, pszichiátriai szakápoló, műtéti szakasszisztens és sürgősségi szakápoló OKJ szakképesítést igénylő munkakörökben jeleztek. A települési önkormányzatok fenntartásában működő egészségügyi szolgáltatók körében készített felmérés adataiból kimutatható, hogy a vizsgált intézményeknél a 160,55 betöltetlen állásból a legtöbb szintén a szakápolói, a műtéti szakmaterületen van. Területi megoszlás szerint a legtöbb üres státusz a dél-alföldi régióban, a nyugat-középmagyarországi régióban és a nyugat-dunántúli régióban található. Országos viszonylatban, a városi kórházak tekintetében az észak-alföldi és az észak-magyarországi régióban a legjobb a munkaerő ellátottság, mivel a megkérdezett intézmények e területek tekintetében nem jeleztek munkaerőhiányt.¹³

1.6. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elnöke válaszában előadta, hogy az egészségügyi szakdolgozók *munka- és életkörülményei* 2007-2011 között rendkívül negatívan változtak, a gazdasági világválság igen jelentős mértékben érintette az egészségügyi szakdolgozókat. A szakdolgozók jelentős része csak többletmunkával, több álláshelyen történő munkavállalással tudta és tudja fenntartani önmagát és családját. Azok, akik ezt kevésbé, vagy egyáltalán nem tudták felvállalni, egyre inkább csak a hitelek felvételével tudták életszínvonalukat biztosítani.

A 2012. évben lezajlott struktúraváltás több esetben azt eredményezte, hogy a szakdolgozóknak lakóhelyükön kívüli településen, vagy a főváros tekintetében lakóhelyüktől eltérő kerületben sikerült állást kapniuk, melynek következtében utazási költségeik nőttek, a vidékről felköltöző dolgozók lakás és növérszálló híján albérletbe kényszerültek. Az egészségügyi szolgáltatók adósságállománya növekedett, így egyre kevesebb intézet tud béren kívüli juttatást, vagy éppen albérleti hozzájárulást fizetni. A nehéz anyagi helyzet miatt az

Veszprém megyében (16) és Komárom-Esztergom megyében (14) mutatkozik a legnagyobb hiány. Egészségügyi asszisztensi szakmaterület: A legtöbb betöltetlen állásra fizioterápiás szakasszisztens (8), valamint kardiológiai és angiológiai szakasszisztens (7) végzettséggel várnak szakdolgozókat. Az egészségügyi asszisztensi szakmaterületen Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (8), Pest megyében (6) mutatkozik a legnagyobb hiány. Képződiagnosztikai szakmaterület: A legtöbb betöltetlen állásra intervenciósszakasszisztens (4), valamint sugárterápiás szakasszisztens (4) végzettséggel várnak szakdolgozókat. A képződiagnosztikai szakmaterületen Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (4) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (4) mutatkozik a legnagyobb hiány. Műtéti szakmaterület: A legtöbb betöltetlen állásra műtéti szakasszisztens (43) végzettséggel várnak szakdolgozókat. A műtéti szakmaterületen Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (12), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (10), és Győr-Moson-Sopron megyében (9) mutatkozik a legnagyobb hiány. Laboratóriumi diagnosztikai szakmaterület: A legtöbb betöltetlen állásra hematológiai, transzfúziológiai szakasszisztens (10) végzettséggel várnak szakdolgozókat. A laboratóriumi diagnosztikai szakmaterületen Tolna megyében mutatkozik a legnagyobb hiány (10).

¹² A Fővárosi Önkormányzat által fenntartott kórházak közül a legtöbb betöltetlen státusz a Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházaiban van, a Fővárosi Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórházaiban, valamint a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézetben található.

¹³A fenti adatok a felmérés időpontjában, 2011. november és 2012 júliusában rögzített állapotot tükrözik. Az időközben megkezdett struktúraváltás, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESZCSM rendelet 2012. évi módosítása valamint a szakdolgozók pályaelhagyása nagymértékben befolyásolhatja a fenti számadatokat.

intézetek nem rendelnek el túlmunkát, hanem az egy főre eső munkaterhet növelik, azaz még kevesebb ápoló látja el a betegeket (műszakonként), mint eddig.

A külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági igazolványok száma 2007-től 2012-ig¹⁴ folyamatosan emelkedett. A fentiek alapján egyértelműen jelentős emelkedést tapasztalunk az egészségügyi szakdolgozók migrációjával kapcsolatosan. Több mint négyszeresére emelkedett 2007-hez viszonyítva azoknak a száma, akik külföldön kívánnak szakképesítésükkel elhelyezkedni. Egy városi kórház szakdolgozói létszáma 400-500 fő közötti, ebből látható, hogy évente egy városi kórház állományával azonos számú szakképzett ápoló, műtősnő hagyja el az országot. A külföldről érkezők száma 2007 és 2012 között közel azonos. Számuk elenyésző.¹⁵

A kórházak, az egészségügyi intézmények, vagy azok fenntartóinak pénzügyi helyzetét tekintve, a szolgáltatások, a termékek árainak európai szintűvé válásával egyetlen egy területen tudtak az intézmények már rövidtávon is pénzüsszegeket megtakarítani: az alkalmazottak számának átgondolásával, csökkentésével, valamint a bértömegek növekedésének lassításával, csökkentésével, vagy az alacsonyabb képzettségű (ezáltal alacsonyabb bértömeg igényű) szakemberek alkalmazásával. Az egészségügyi szakdolgozók tekintetében a *burn-out jelenség* kezelésére a továbbképzés rendszerében, hazai és nemzetközi konferenciákon, szakmai napokon való részvétellel, a kamara helyi és országos szervezete által szervezett szakmai napokon, rendezvényeken van lehetőség.

Az egészségügyi *hiányszakmák* képzésében jelentős elmozdulás történt 2012-ben. TÁMOP pályázatok keretén belül több száz szakdolgozó részesült ún. ráépített szakképzésben. Az ország régióiban a legnagyobb mértékű szakdolgozói létszámihiány a fővárosban és a Nyugat-Dunántúl megyéiben érződik. Utóbbiban Ausztria és Németország elszívó hatása érvényesül. Az Észak- és Kelet-Magyarország régióiban megjelent „a szakképzett ápolók munkanélkülisége”.

Az elnök álláspontja szerint a *bérek* emelésén kívül egyértelműen szükség van egészségügyi ágazati életpályamodellekre, amely a munkába lépéstől a nyugdíjas korig kiszámítható, biztos egzisztenciát, társadalmilag megbecsült életpályát biztosít a szakdolgozóknak. 2002-2011-ig az egészségügyben nem történt béremelés. 2011 őszén egyösszegű háromhavi munkahelyi pótlékot kaptak a közvetlen betegellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók. 2012 tavaszán kezdődtek el a bértárgyalások, melynek következtében új szakdolgozói bértábla került kialakításra, amely elsősorban a munkában töltött éveket vette figyelembe. Ennek a béremelésnek a vesztesei a diplomás szakdolgozók voltak, hiszen ők minimális (2-5 ezer forint) emelésben részesültek. Sajnálatos módon a béremelés nem szektor semlegesen történt, így több tízezer egészségügyi szakdolgozó

14

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	454	719	803	1009	1106	887
fogorvos	77	136	150	186	196	215
gyógyszerész	19	48	35	43	41	46
klinikai végzettségű	1	0	3	2	1	2
szakdolgozó	101	191	499	393	421	474

15

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Orvos	116	57	43	36	49	47
fogorvos	17	10	18	22	19	22
gyógyszerész	3	8	8	7	4	4
klinikai végzettségű	0	1	0	0	0	0
szakdolgozó	54	52	47	54	54	52

egyáltalán nem részesült béremelésben. Az elnök álláspontja szerint a 2012. évben hátrányos elbírálásban részesült diplomás szakdolgozók helyzete lehet a 2013. évi bértárgyalások alapja annak érdekében, hogy bérezésük rendezett lehessen. A szakmai köztestület véleménye alapján a béremelésnek ki kell terjednie az alapellátásban résztvevő egészségügyi tevékenységet végző szakdolgozók körére is.

1.7. A Magyar Ápolási Egyesület (MÁE) elnöke a bérezés kérdésköre kapcsán rámutatott, hogy 2012 júliusától 2012. január 1-ig visszamenőleg, mintegy évi 30 milliárd Ft értékben személyi jellegű juttatás került a rendszerbe. Ebből 15 milliárd Ft a szakdolgozók, 15 milliárd az orvosok részére került elosztásra. Bevezetésre került a szakdolgozói bértábla.

A két intézkedés átmeneti, rövid javulást hozott, ugyanakkor nem szektor semlegesen valósultak meg, így sok, nem közalkalmazott ápoló kimaradt a juttatásokból függetlenül attól, hogy a szolgáltatás, amelyet nyújtanak, állami finanszírozásból támogatott. A rendelkezésre álló összeg az elnök álláspontja szerint nem ágazati béremelésként, hanem címzetten orvosok és egészségügyi szakdolgozók között fele-fele arányban, nem létszámarányosan került elosztásra. Ezzel a lépéssel az egészségügyi szakdolgozók bérpozíciója az orvosokéhoz képest romlott. Azzal, hogy életbe lépett a szakdolgozói bértábla, megszűnt a transzparencia, az orvosokra más, kedvezőbb szabályok vonatkoznak, ez pedig veszélyezteti az ágazati békét.

A szakdolgozói bértábla a pályakezdekők esetében az előző közalkalmazotti bértáblához képes nem tartalmaz emelkedést, továbbá a diplomás szakdolgozók béremelkedésének mértéke az egyéb diplomás béremelkedés mértékéhez viszonyítva maximum 30%, az orvosokhoz viszonyítva pedig csupán 17%. A bérrendezés nem alapilletményként, hanem illetménykiegészítésként lett megállapítva, ami az életpályamodell kiszámíthatóságának alapkövetelményével teljes mértékben ellentétes. Összességében elmondható, hogy az intézkedések ellenére az ápolók egy részének bérhelyzete javult ugyan, de az ágazati átlaghoz képest jelentős, mintegy 40-50% elmaradás észlelhető, a szakdolgozók életszínvonala az infláció, különösen az energia, közlekedés és élelmiszer árak drasztikus emelkedése miatt romlott. Sokan napi megélhetési problémákkal és a megszerzett javak elvesztésének terhével küzdenek, a pihenésre fordított idő csökken, közvetve veszélyeztetve ezzel az egészségügyi ellátás biztonságát. Rekreációra, üdülésre szinte nincs lehetőség.

A *munkakörülmények* tekintetében egyes uniós pályázati források ugyan létrehoztak új struktúrákat, de ettől eltekintve az ágazatra jellemző, hogy az ellátás vagy az elmúlt században épült kubatúrában, vagy amortizálódott közegben zajlik. A pályázatok költségvetésének alátervezése és az építőiparban jellemző infláció ill. technológia fejlődés magas költsége miatt rendre kimaradtak az ápolási eszközpark modernizálását szolgáló beszerzések. A munkakörnyezet biztonságát tovább rontja az elégtelen finanszírozás. Az egészségügyi kormányzat a szakmai minimumfeltételeket jogszabályba foglalta, ám az ápolói és orvosi létszám minimum feltételekben meghatározott mértéke a feladat ellátásához meglehetősen szűkös, a rendelkezésre álló humán erőforrás számát így is meghaladja. Kompetenciahiányból adódóan ellátási problémák adódhatnak, nem tisztázott az egyes képesítések birtokában végezhető beavatkozások listája. Leginkább vitatott kérdések az orvosi és ápolói kompetencia határterületei, illetve a helyi szokásokból adódó jogbizonytalanság. Az aránytalanul nagy és tartalmában szükségtelen dokumentációs kötelezettségek a tényleges betegellátástól vonják el az egyébként is túlterhelt ápolókat, az elavult eszközpark miatt a munka hatékonysága csökken, miközben a balesetek bekövetkezésének kockázata növekszik. Az egyéni védőeszközök folyamatos biztosításának hiánya mindennapi, a pénzügyi források hiánya, a megfelelő mennyiségű és minőségű védőruha hiánya miatt az ápolók jelentős része használtruha-üzletekből szerzi be védőruháját, mosását sok esetben otthon oldja meg, vállalva ezzel a fertőző források transzponálásának kockázatát. A rekreáció lehetőségének hiánya miatt a fizikai és pszichés leterhelés helyrehozhatatlan mentális és fizikai egészségkárosodást okozhat.

Az egészségügyi képzési rendszer átalakítása, amely a kilencvenes években kezdődött, először kiüresítette az ápolóképző szakközépiskolákat, majd a jelentkezők hiányára való hivatkozással mára gyakorlatilag kritikusan alacsonyra csökkentette a képzőhelyek számát. Az érettségire épülő ápolóképzés – bár kétség kívül megfelelt az Európai Unió által támasztott követelményeknek – az elnök álláspontja szerint az ország egészségügyi szakdolgozói munkaerő igényének kielégítésére alkalmatlanná vált. Az egészségügyi kormányzat a jól bevált és jól képzett szakembereket biztosító képzési formaváltás iránti igényt figyelembe véve „visszavitte” az ápolóképzés kezdetét a szakközépiskolába, továbbá a képzés minőségbiztosításának érdekében ápoló csak iskolarendszerben képezhető. Ez olyan lépés, amely alkalmasnak mutatkozik az utánpótlás hiányának kezelésére, bár önmagában nem elegendő és még az ösztöndíjrendszer sem helyettesítheti a hivatást gyakorlók méltó és elégséges bérezését. Az egészségügyi szakdolgozók szakmai továbbképzése terén az eddigiekhez képest emelkedett a továbbképzési időszakban kötelezően megszerzendő pontok száma, illetve új elemként bekerült a szakmacsoportos továbbképzés kategória. A továbbképzési ciklusban egy alkalommal a kötelező szakmacsoportos továbbképzés költsége támogatott. Az elnök a szakközépiskolai képzés visszaállítása esetén szükségesnek tartja az intézményrendszer leépítéséből adódó tárgyi és humán erőforrás hiányosságok pótlását. A továbbképzési jogszabály változása miatt a kötelező szakmacsoportos továbbképzést csak meghatározott helyeken lehet teljesíteni, ami utazási költséggel és kieső munkaidővel jár. Problémásnak tartja az ápolásszakmai ellenőrzések tartalmának értelmezését, a fejlesztések személyes preferenciáktól való befolyásoltságát, egységes szakmapolitikai fejlesztési terv hiányát.

1.8 *A Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének (MÁIE) elnöke* válaszában rámutatott, hogy az egészségügyben dolgozók *életkörülményei* fokozatosan romlanak elsősorban a bérek vásárlóértékének csökkenése, a forint nagyarányú gyengülése okán. A szakdolgozói leterheltség nagy, a folyamatos betegellátást csak jelentős túlórával lehet biztosítani. A túlórák kifizetése nagyon sok esetben nem havi szinten valósul meg, ill. a munkáltató szabadidő megváltással rendezi az ápolók túlóráit, ami tovább nehezíti a megélhetési gondokat. Az állandó túlterheltség, feszültség a betegellátás biztonságát is veszélyezteti, és ez az egészségügyi dolgozó egészségkárosodásához is vezet.

Az egészségügyben dolgozók *munkakörülményeit* tekintve az európai uniós források lehetőséget teremtettek nagyszabású infrastrukturális beruházások keretében az épületek és műszerek korszerűsítésére, ennek köszönhetően javultak a munkakörülmények, azonban nagyon sok kórházban még mindig nincs megfelelő számú szociális helyiség, nincsenek kulturált öltözők az ápolószemélyzet számára. A beruházások során ugyan lehetőség nyílt a szakmai munkát segítő, fizikai megterhelést csökkentő eszközök beszerzésére, azonban problémaként jelentkezik, hogy a fenntartási költségek folyamatosan növekednek, ez pedig finanszírozási oldalról nincs beépítve a rendszerbe. Így felmerül a kérdés, hogy az üzemeltetés költségét fizeti-e ki az intézet, vagy a feladat ellátásához szükséges munkaerő bérét.

Az egészségügyi szakdolgozói hiány földrajzi területenként, de szakmánként is változó képet mutat. Abszolút hiány jellemző Közép-Magyarország, ill. Dunántúl egészségügyi intézményeire, azaz a rendelkezésre álló álláshelyeket nem lehet megfelelő végzettségű szakemberrel betölteni. Relatív szakdolgozói hiány szinte valamennyi egészségügyi intézményre jellemző, hiszen az álláshelyek ugyan betöltöttek, de a feladat ellátáshoz nagyobb számú munkaerőre lenne szükség. A szakdolgozói hiánynak a képzési rendszer évekre visszanyúló reformja is az egyik oka. Az iskolarendszer átalakítása azt az eredményt hozta, hogy elenyésző volt a végzős ápolók száma, sőt előfordult olyan év is, hogy a kórházaknak nem volt lehetőségük végzős ápolót munkakezdőként foglalkoztatni. Mindemellett lehetőséget kaptak olyan gazdasági társaságok és képző intézetek is

egészségügyi szakképesítést adó képzések szervezésére, ahol a képzés rendkívül alacsony szinten folyt, így csekély szakmai tudással kerültek ki a hallgatók. A helyzetet nehezíti, hogy az évtizedeken keresztül magas színvonalú képzést nyújtó egészségügyi szakközépiskolákban az ápolóképzést ellehetetlenítették, ennek a visszaállítása azonban elkezdődött.

1.9. Az emberi erőforrások minisztere válaszában kifejtette, hogy a tárca kiemelten fontosnak tartja, prioritásként kezeli az egészségügyi ágazati humánerőforrás, az orvosok és más egészségügyi dolgozók helyzetét. Az egészségügyi ágazat által meghirdetett és a Kormány által támogatott Semmelweis Terv is külön fejezetet szentel az egészségügyi humánerőforrás kérdésének. A jelenlegi orvosi és szakdolgozói hiány kezelése érdekében az egészségügyi ágazat egy olyan fejlesztő folyamatot indított el elsősorban a migrációval leginkább érintett csoportra fókuszálva, amelynek eredményeként elérhető, hogy a minőségi egészségügyi szolgáltatás nyújtásához megfelelő szakembergárda álljon rendelkezésre.

A Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat (a továbbiakban: Korm. határozat) alapján az Emberi Erőforrások Minisztériuma (a továbbiakban: EMMI) Egészségügyi Államtitkársága irányításával számos kríziskezelő intézkedés megtételére került sor.

I. A rezidensek helyzetének javítását célzó, megtett kormányzati intézkedések

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet (Kr.) 2010. július 30-ával hatályba lépett módosítása eltörölte a rezidensek által leginkább sérelmezett „röghöz kötést”, azaz felmentette a szakorvosjelölteket az alól a kötelezettség alól, hogy a szakképzés befejezése után 4 évig elsősorban a szakképzés alatti munkáltatójuknál, vagy legalább Magyarországon, államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál bel helyezkedjenek el.

A hiányszakmára tekintettel járó állami támogatás először a képzésüket 2010-ben megkezdők számára került folyósításra, összege a diplomás minimálbér 50%-a (64.750 Ft), a miniszter által megállapított hiányszakmában elhelyezkedő, valamennyi a jogszabályi feltételeknek megfelelő igénylő részesült benne.

Sor került a szakorvos képzés rendszerének egyszerűsítésére, a 2011. május 1-jétől hatályos szabályok a szakorvos képzés korábbi kötött rendszerét számos tekintetben feloldották. Ezen módosítások mind az egészségügyi szolgáltatók, mind a szakorvos jelöltek mind pedig az egészségügyi felsőoktatási intézmények részére átláthatóbbá tették a szakképzés folyamatát. Ennek a legfontosabb elemei: a szakorvos képzésbe történő belépés folyamatossá tétele (korábban évente egy alkalommal volt erre lehetőség), a képzés ideje alatt a szakváltás illetve az egészségügyi szolgáltató váltás lehetőségének biztosítása, a szakorvos jelöltek részére a képzés dologi költségeinek megtérítésére irányuló támogatás (összege nettó 100.000 Ft/év.)

Elindult az ösztöndíj rendszerű Rezidens Támogatási Program (Markusovszky Lajos Ösztöndíj, Than Károly Ösztöndíj). Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerben részt vevők támogatásával összefüggő feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1248/2011. (VII. 18.) Korm. határozat adott felhatalmazást a szakorvos jelöltek részére ún. Rezidens Támogatási Program¹⁶ létrehozására. A Program első lépéseként 2011. augusztus 20-i beadási határidővel került meghirdetésre a szakorvos jelöltek részére a Markusovszky Lajos Ösztöndíj (illetve 20 fő szakgyógyszerész részére a Than Károly ösztöndíj) pályázati felhívása, amely a későbbiekben 2011. december 1-ig meghosszabbításra került. Az Ösztöndíj Program keretében a szakorvos, illetve szakgyógyszerész jelöltnak vállalnia kell, hogy a szakképesítése megszerzése után legalább annyi ideig, ameddig részére az ösztöndíj folyósításra került Magyarországon fog dolgozni, a társadalombiztosítás által

¹⁶ A Rezidens Támogatási Program eredményeként a Markusovszky Ösztöndíj keretében 597 nyertes pályázó, a Than Károly Ösztöndíj keretében pedig 16 nyertes pályázat került kihirdetésre.

finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, főállásban (vagy arányosan meghosszabbított részmunkaidőben) szakorvosi/szakgyógyszerészi tevékenységet végezni, illetve az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggésben paraszolvenciát semmilyen formában nem fogad el. Ennek fejében havi nettó 100.000 Ft ösztöndíjra jogosult a szakképzési ideje alatt.

A miniszter álláspontja szerint, a megtett intézkedések hatásának is köszönhetően megállt a korábbi negatív tendencia.¹⁷ A rendelkezésre álló keretszám biztosítja, hogy valamennyi olyan első szakképesítést megkezdő szakorvos jelölt, akinek az igénye megfelel a jogszabályi feltételeknek, államilag támogatott képzésben vehessen részt.

II. Az egészségügyi dolgozók bérhelyzetével kapcsolatos intézkedések

A miniszter hangsúlyozta, hogy az egészségügyi ágazat vezetése elkötelezett az egészségügyi dolgozók bérhelyzetének rendezése mellett, minden pluszforrást az ágazatban dolgozók fizetésére, anyagi támogatására kíván fordítani.

A munkahelyi pótlékra jogosultak kereset-kiegészítésére 2011. évben a népegészségügyi termékadóból származó jövedelem terhére került sor az egészségügyi szolgáltatóknál a fokozottabb kockázattal, nagyobb munkaterheléssel járó munkakörökben dolgozók – jogszabályban meghatározottak szerinti – munkahelyi pótlékához kötődően az illetménypótlék (munkahelyi pótlék) közel három havi összegének megfelelő juttatás kifizetésére. Az 5,6 milliárd Ft állami támogatásból egyszeri kereset-kiegészítést kapott 2011 decemberében a külön jogszabály alapján 36%, 120% vagy 150%-os mértékű munkahelyi pótlékra jogosult munkakörben dolgozó 68 100 egészségügyi dolgozó. Ezen pótlékokat elsősorban azok a szakdolgozók kapták, akik döntően ápolói, szakasszisztensi munkakörökben dolgoznak.

Egészségügyi ágazati bérfejlesztés keretében az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2012. évi LXXIX. törvénnyel 2012. július 1-jével megindulhattak az ágazati bérfejlesztés első lépései is. Az ágazati bérhelyzet pontos felmérése és a szakmai egyeztetés 2012. január elején kezdődött meg, majd ennek folytatásaként az összes érintett szakmai szervezet bevonásával került kialakításra 30,55 Mrd Ft-os állami forrás felosztására vonatkozó azon javaslat, amelyet a Kormány az egészségügyi ágazat egyes foglalkoztatottjai 2012. évi bérfejlesztésének lehetséges irányairól szóló 1071/2012. (III. 22.) Korm. határozattal együtt fogadott el.

A bérfejlesztés a betegellátásban dolgozó mintegy 17.000 orvost, 71.500 egészségügyi szakdolgozót, továbbá kb. 1450 egyéb felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatársat (klinikai szakpszichológus, biológus, fizikus stb.) érint. Összesen közel 90.000 szakember részesül a béremelésből. Az orvosok és szakdolgozók részére külön-külön 15 Mrd Ft-ot osztottak fel eltérő elvek alapján annak érdekében, hogy a rendelkezésre álló forrás a lehető legoptimálisabban tudjon hasznosulni.

Az ágazati béremelés ezen első körében az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók 2012. évi illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételeinek részletes szabályairól szóló 138/2012. (VI. 29.) Korm. rendeletben felsorolt érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező, kizárólag állami, önkormányzati, egyházi vagy felsőoktatási intézményi tulajdonban, illetve fenntartásban álló, fekvő- vagy járóbeteg szakellátást, valamint a Kormány által rendeletben meghatározott egyéb egészségügyi ellátást (mentés, betegszállítás, vérellátás), szolgáltatást nyújtó, egészségügyi szolgáltatóknál (ide nem értve a személyes gondoskodást nyújtó szociális

¹⁷ A rezidensek röghöz kötését célzó intézkedések eredményeként - a korábbi 90-95%-os arányhoz képest - a szakorvos képzésbe 2010. évben mindössze a végzettek 62%-a, 421 fő lépett be. Ezzel szemben 2012-ben már 633 fő - a végzett orvosok 88 %-a - belépett a szakorvosi képzési rendszerbe, 2012. évben a képzésbe bejelentkezési adatok alapján szintén kb. 650 fő belépővel lehet számolni.

intézményeket), meghatározott munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozókat érinti.

A bérfejlesztésre jogosultak körének meghatározásánál a jelenlegi pénzügyi lehetőségek között első körben azoknak a dolgozóknak a helyzetén javított a tárca, akik kizárólag állami, önkormányzati, egyházi vagy felsőoktatási intézményi fenntartású intézményben közvetlenül részt vesznek a betegellátásban, illetve a migráció szempontjából fokozottan érintettek.

A bérfejlesztéssel növelt első fizetésüket az egészségügyi dolgozók 2012. augusztus első napjaiban kaphatták kézhez, ezzel egyidejűleg visszamenőlegesen is egy összegben megkapták a január-június hónapra jutó bérfejlesztés összegét.

A tárca azonban a kezdetektől azt tervezi, hogy a béremelést a rendelkezésre álló lehetőségek, anyagi források figyelembe vételével a jövőben valamennyi egészségügyi dolgozóra és egészségügyben dolgozóra kiterjeszti. A béremelés első intézkedési köréből az alapellátásban dolgozók nem részesültek. Őket célozta azonban az egészségügyi alapellátás finanszírozásának 14%-kal történő megemelésére irányuló 2012. évben bevezetett kormányzati intézkedés. Az alapellátási finanszírozás emelésének hatása az egyes alapellátási csoportok tekintetében eltérő. A *háziiorvosi praxisok* esetében az úgynevezett „kártyapénz” emelkedik. A „kártyapénz” esetében alkalmazott 1 pontra jutó forintérték jelenleg 160-165 Ft/pont között mozog. A díjazás 14%-kal történő emelésével az 1 pontra jutó forintérték megközelíti a 185-186 forintot, így egy praxis átlagosan havi 70-80 ezer forint többletbevételben részesül. A *védőnői ellátásban* a gondozotti létszám alapján számított pontérték szerinti díjazás emelkedik. Az 1 pontra jutó forintérték jelenleg 273-274 Ft/pont között mozog. Ezen díjazás 14%-kal történő emelésével az 1 pontra jutó forintérték megközelíti a 312 forintot, így egy védőnői szolgálat díjazása átlagosan havi 25 ezer forinttal emelkedik. A *fogászati ellátásban* a fix összegű díjazás (alapidíj) emelkedik. Az alapellátást nyújtó fogászati szolgálatok díjazása havonta átlagosan közel 30 ezer forinttal emelkedik.

A pályakezdő háziorvosok praxisvásárlásának támogatása érdekében a szakorvos képzésre rendelkezésre álló forrásból a 2011. évben fennmaradó összegből 300.000.000 Ft forrás terhére – a tárcával való megállapodás alapján – az Országos Alapellátási Intézet vállalta, hogy pályázatot ír ki pályakezdő háziorvosok részére 2012. I. félévében. Ezen pályázatra jelentkező háziorvosok a praxisvásárláshoz, valamint a praxis működtetéséhez szükséges eszközök beszerzéséhez igényelhetek anyagi támogatást, amelynek fejében vállalniuk kellett, hogy a támogatás mértékével arányos ideig Magyarországon, az adott praxisban végeznek háziiorvosi tevékenységet.

Az egészségügyi ágazat humán erőforrás-fejlesztését uniós forrásokból – 15,6 Mrd Ft összegben – is támogatja a tárca,¹⁸ mely pályázatok hozzájárulnak az egészségügy területén a foglalkoztatás elősegítéséhez, a képzésben történő részvétel megkönnyítéséhez, a képzésben részt vevők ösztöndíjjal való motiválásához, ezáltal az egészségügyi dolgozók képzettségi szintjének javításához, valamint az ellátás színvonalának növekedéséhez.

III. Az egészségügyi dolgozókat érintő, képzésüket és továbbképzésüket elősegítő intézkedések

Ilyen intézkedés a kapott válasz értelmében az orvosok, egészségügyi dolgozók továbbképzésére vonatkozó szabályozás módosítása, melynek köszönhetően az orvosok és szakdolgozók egy kötelező elméleti továbbképzésének költsége államilag támogatottá válik.¹⁹

¹⁸ TÁMOP 6.2.2/A.- Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében; TAMOP 6.2.4/A. Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára; TÁMOP 6.2.2.; ráépített szakdolgozói képzésben történő részvétel támogatása és motivációs ösztöndíj folyósítása a képzésben részt vevők számára az intézményi szinten hiányszakmaként jelentkező szakmákban

¹⁹ 2012. januártól lépett hatályba az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet, valamint az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet.

A külföldi munkavégzés, külföldön teljesített továbbképzési kötelezettség elismerésre került, ezzel elősegítendő a hazatérő orvosok visszakapcsolódását az egészségügyi ellátás rendszerébe, az adminisztrációs terhek csökkentése céljából felállításra került a szakdolgozói továbbképzések elektronikus nyilvántartás-rendszere (ún. SZAFTEX rendszer).

Az új szakképzési törvény²⁰ – a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény rendelkezéseire figyelemmel – a foglalkoztathatóság növelése érdekében átláthatóbbá teszi a szakképzés irányítását, a szakképzési rendszer költségkímélőbb működését, jelentősen átalakítja a képzési szerkezetet, amely magában foglalja a szakközépiskolai intézményrendszer megújítását, az Országos Képzési Jegyzék (a továbbiakban: OKJ) valamint a szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek módosítását. Az új szakképzési törvény célja, hogy a szakközépiskolai képzésben részt vevő fiatal a munkaerőpiacon használható végzettséggel lépjen ki az iskolarendszerből akkor is, ha a szakmai érettségit követően nem tanul érettségihez kötött szakmát. Ezért a szakmai érettséginek meghatározott munkakörök betöltésére kell feljogosítania.²¹

2012. szeptember 1-jén hatályba lépett az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről szóló 150/2012. (VII. 6.) Korm. rendelet. Az új OKJ alapján kerülnek átdolgozásra – figyelembe véve a szakképzési és munkaerőpiaci igényeket és elvárásokat – az egyes szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményei. Jelenleg az új szakmai és vizsgakövetelmények egyeztetése a szakmai kollégium, a szakmai kamara és az érintett szakmai szervezetek bevonásával – folyamatban van.

A miniszter felhívta a figyelmet, hogy az ágazat célja a betegek megfelelő szakmai színvonalú, a beteg- és gyógyszerbiztonságot szolgáló folyamatos ellátás biztosítása, ezért az új OKJ, valamint az egyes szakképesítések szakmai és vizsgáztatási követelményeinek átdolgozása, megújítása során ezeket a szempontokat is figyelembe vette a tárca, ahogy azon kritikákat is, amelyek a jelenlegi felnőttképzési rendszerben megtalálható anomáliákra mutattak rá, legyenek ezek akár a gyakorlati képzések minőségét, akár az elméleti képzés minimalizálását érintő problémák.

Az intézményi hálózat átalakítása következtében, az egészségügyi szakképzést a szakdolgozói réteg utánpótlását megalapozó egészségügyi szakközépiskolai rendszer, illetve e feladatot többletként felvállaló egyházi közoktatási intézmények biztosítják. Újra lesznek olyan fiatalok, akik 18 éves korukra egészségügyi szaktárgyi érettségit tehetnek, majd ezután, döntésüknek megfelelően munkába állhatnak, vagy államilag finanszírozott formában továbbtanulhatnak az iskolarendszerű szakképzés intézményeiben vagy a felnőtt képző intézményekben.

A szakképzési hozzájárulás rendszerében jelentős változás, hogy a képző intézményeknek lehetősége nyílik arra, hogy tanulószerveződésekkel segítsék a tehetséges és szakmaszerető fiatalokat, előre tervezetten biztosítsák az utánpótlást, az ágazati képzések számára meghatározott keretösszegeből garantálják a gyakorlati szakoktatók, gyakorlatvezetők, mentorok jelenlétét, pótolják a tárgyi eszközöket.

Az ápolói szakképesítés – az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzékbe történő felvétel és törlés eljárási rendjéről szóló 1/2006. (II. 17.) OM rendelet módosításáról szóló 16/2009. (VIII. 14.) SZMM rendelet 3. számú mellékletében foglaltakkal egyezően szakmai szempontból mindenképpen hiányszakmának tekinthető.

A hazai egészségügyi rendszerből kb. 4200 szakdolgozó hiányzik. Ez országosan a 2010. évi KSH adatok alapján azt jelenti, hogy a fekvőbeteg gyógyintézetekben 4,1 % az üres

²⁰ A szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII törvény

²¹ A szakközépiskola 9-12. szakképző évfolyamán – az egységes kerettanterv szerinti közismereti képzés mellett – az ágazathoz tartozó, érettségihez kötött szakképesítések közös elemeinek tartalmát magában foglaló szakmai elméleti és gyakorlati oktatás folyik, a szakközépiskola utolsó évfolyama képzési idejének és tartalmának beszámítása mellett.

szakdolgozói állások száma. A Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat Integrált Rendszerében nyilvántartott üres ápolói, diplomás ápolói álláshelyek száma és a rendszerben szereplő álláskereső ápolók száma jelentős eltérést mutat, ezért a statisztikai adatok eltérése miatt a tárca egyeztetést kezdeményezett a Nemzetgazdasági Minisztérium, és a Nemzeti Munkaügyi Hivatal részvételével. A 2012. április 24-én megtartott egyeztetésen elfogadott ütemtervben meghatározott feladatok alapján folyamatban van az egészségügyi rendszerben dolgozó, illetve a rendszerből hiányzó szakdolgozók létszámára vonatkozó kimutatás elkészítése.

A miniszter álláspontja szerint mindezekből jól látszik, hogy a tárca folyamatosan kiemelten kezeli az egészségügyi humán erőforrás kérdését. A minisztérium a rendelkezésére álló keretek között a lehető legtöbbet igyekszik megtenni azért, hogy az egészségügyi dolgozók anyagi helyzetét valamilyen módon kedvezőbb irányba befolyásolja, ugyanis ez az a tényező, amely a külföldre irányuló szakember-elvándorlásra a leginkább hatással van.

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet 10. § (1) és (2) bekezdése rendelkezik a szakorvos képzési hiányszakmák meghatározásáról.²² A 2012. évre meghirdetett hiányszakmák valamennyi megyében a következők: aneszteziológia és intenzív terápia; csecsemő és gyermekgyógyászat; gyermekfogászat; gyermek- és ifjúságpszichiátria; igazságügyi orvostan; infektológia; megelőző orvostan és népegészségtan; neurológia; nukleáris medicina; orvosi laboratóriumi diagnosztika; orvosi mikrobiológia; ortopédia-traumatológia; oxológia és sürgősségi orvostan; patológia; pszichiátria; radiológia, sugárterápia; transzfiziológia; tüdőgyógyászat.

A szakorvos és szakgyógyszerész képzés kurrikulumaival kapcsolatos alapvető szabályokat, a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről szóló 66/1999. (XII. 25.) EÜM rendelet tartalmazta. A képzési követelmények meghatározása óta azonban több mint 10 év telt el, ezért figyelemmel a tudományos és technikai fejlődésre, és a képzés teljesítésével összefüggésben fellépő gyakorlati igényekre (pl. részmunkaidőben történő képzés teljesítése) a szakképzés rendszere (alap- és ráépített szakképesítések) és a teljes képzési kurrikulum felülvizsgálatra, 2012. szeptember 15-én hatályba lépett az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, mely egy sor változást hozott. Egyes szakképesítések a korábbi ráépített szakképesítésből a szakterület fejlődésének és a gyakorlati igényeknek az eredményeként alap szakképesítéssé nőttek ki magukat.²³ Az alap szakképesítések tekintetében kötelezően 6 hónap sürgősségi betegellátási program került bevezetésre a törzsképzés idejébe. Emellett meghatározták a törzsképzési tanfolyamok tartalmát, amely valamennyi képzésnél egységes, 1 hónapos időtartamot tesz ki. A szakképesítések nagyobb köre is elvégezhető részmunkaidős teljesítés mellett. Erről az egyetemek döntenek egyéni kérelem alapján. Így a GYES, GYED mellett is teljesíthető a képzési program, ennek hiánya eddig sok esetben pályaelhagyáshoz is vezetett. A

²² „10.§ (1) Az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképzési Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság)

a) a pályakövetési rendszer tapasztalatai,

b) a munkaerő-piaci előrejelzések,

c) a diplomás munkanélküliség helyzetének értékelése és

d) a megelőző évben benyújtott jelölti jelentkezések száma és szakmánkénti megoszlása alapján minden év október 30-áig javaslatot tesz a miniszternek az egyes megyék vonatkozásában azoknak a szakképesítéseknek a körére, amely szakképesítések hiányszakmának való minősítése indokolt, emellett a következő évre vonatkozóan a rezidensek egyetemi régiókra lebontott keretszámaival (a továbbiakban: rezidensi keretszám), és az egyes felsőoktatási intézmények vonatkozásában az általuk költségterítéssel felvehető jelöltek keretszámára. Az egyes felsőoktatási intézmények régiójába tartozó megyék felsorolását az 1. melléklet tartalmazza.

(2) A miniszter minden év december 1 5-éig közzéteszi az (1) bekezdésben meghatározott, a következő évre vonatkozó keretszámokat és megyénként a hiányszakmák körét.”

²³ érsebészet, klinikai genetika, klinikai onkológia, mellkas sebészet, neológia, plasztikai és égési sebészet.

minisztérium, valamint az egyetemek honlapján közzétették a képzések során teljesítendő központilag meghatározott vizsgálati és beavatkozási listákat. Több szakképesítés esetén változott a képzési idő, módosultak a képzési kurrikulumok, illetve az egyes gyakorlatok.

A szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. EMMI rendelet teremtette meg a feltételeit a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok ún. licenc képzési és vizsgarendszere kialakításának. A rendelet egy új képzési rendszert vezetett be, amely az alapképzés által biztosított, megszerezhető kompetenciákon túl, egyes speciális tevékenységek ellátásához teremt meg a feltételeket. Nem nyújt új szakképesítést, az alapképzés kiegészítését szolgálja, azonban szükséges, hasznos többek között az orvostudomány fejlődése következtében bevezetésre kerülő új eljárások, eszközök alkalmazásához szükséges ismeretek elsajátításához is. A licenc képzés bevezetése azért is fontos, mert ezen új eljárások, tevékenységek elsajátítása nem igényel olyan időtartamot, amely egy önálló szakképzés létesítését indokolná. Az ilyen típusú, licenc vizsga, keretében elsajátított ismeretanyag biztosítja az új folyamatokhoz igazodó ismeretek szabályozott formában történő megszerzését.

A vizsgálat megállapításai

1. A hatáskör tekintetben

Az alapvető jogok biztosának feladat- és hatáskörét, valamint ennek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg.

Az Ajbt. 18. § (4) bekezdése értelmében az alapvető jogok biztosa a hatóságok tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból eljárást folytathat. A hivatalból indított eljárás természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálására vagy egy alapvető jog érvényesülésének átfogó vizsgálatára irányulhat.

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdése szerint a biztos vizsgálatának tárgya valamely hatóság tevékenysége vagy mulasztása lehet. Hatóságnak minősül többek között a közigazgatási szerv. A központi államigazgatási szervekről, valamint a Kormány tagjai és az államtitkárok jogállásáról szóló 2010. évi XLIII. törvény 1. § (1) bekezdés d. pontja alapján a minisztérium központi államigazgatási szerv, így tevékenységének vizsgálata az Ajbt. 18. § (1) a) pontja alapján ombudsmani hatáskörbe tartozik.

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdés l) pontja és a 18. § (2) bekezdésének e) pontja alapján az alapvető jogok biztosa által vizsgálható hatóságnak, ezen belül közszolgáltatást végző szervnek minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdésének b) pontja szerint egészségügyi közszolgáltatás: a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás. A fentiek alapján a korábbi ombudsmani gyakorlattal összhangban *közszolgáltatást végző szervek körébe tartoznak az egészségügyi intézmények*, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Obtv. hatásköri szabályai értelmében – *egyértelműen kiterjed*.

A vizsgálati keretekkel kapcsolatban rögzíthető továbbá, hogy az ombudsman számára egy adott jogi szabályozás alapjogi aspektusú vizsgálatára, valamint jogszabályi hiányosságával, tartalmi hibáival összefüggő intézkedések megfogalmazására a törvény lehetőséget teremt. *A preventív alapjogvédelemre is hangsúlyt helyező ombudsmani gyakorlat* alapján a biztos mandátuma keretei között marad akkor, amikor az alapjogi aspektusú vizsgálathoz nélkülözhetetlen módon, hivatalbóli eljárás keretében, éppen a konkrét alapjogsérelmek és ezen alapuló panaszok megelőzése érdekében áttekinti a releváns jogi szabályozás egyes elemeit, feltérképezi és jelzi a jogalkotó szervek vagy az

Alkotmánybíróság irányába a normaszöveggel kapcsolatban felmerülő alkotmányossági aggályokat.

2. Az alkotmányos alapjogok és alapelvek tekintetében

Az alapvető jogok biztosa egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggésrendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosa következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi tesztek.

Az Alaptörvény vonatkozó rendelkezéseinek szövege nagyrészt megegyezik az Alkotmányban foglaltakkal, legalábbis az alkotmányos követelmények és alapjogok tekintetében nem tartalmaz olyan rendelkezést, amely ellentétes volna a korábbi Alkotmány szövegével. Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy „az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”. A Testület továbbá a 13/2013. (VI. 17.) AB határozatban rámutatott: „Az Alaptörvény negyedik módosítása következtében (...) az Alkotmánybíróságnak ezen összevetés eredményeképpen az Alaptörvény hatálybalépése előtt meghozott határozataiban foglalt érvek felhasználását kellő részletességgel indokolni kell. A korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek figyelmen kívül hagyása ugyanakkor az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén is lehetségessé vált, a szabályozás változása a felvetett alkotmányjogi probléma újraértékelését hordozhatja.

Az Alkotmánybíróság az újabb ügyekben vizsgálendő alkotmányjogi kérdések kapcsán felhasználhatja a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket és alkotmányossági összefüggéseket, ha az Alaptörvény adott szakaszának az Alkotmánnyal fennálló tartalmi egyezése, az Alaptörvény egészét illető kontextuális egyezősége, az Alaptörvény értelmezési szabályainak figyelembevétele és a konkrét ügy alapján a megállapítások alkalmazhatóságának nincs akadálya, és szükségesnek mutatkozik azoknak a meghozandó döntése indoklásába történő beillesztése.

Az Alkotmánybíróság – a fenti feltételek vizsgálata mellett – a hatályát veszített alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket.”

Ezzel összhangban elvi megállapításaim megfogalmazása, az egyes alapjogok, alkotmányos elvek értelmezése során kiindulópontként tekintek az Alkotmánybíróság által mind az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően, mind pedig az azt követően meghozott határozataiban, azok indoklásában kifejtett megállapításokra, következtetésekre.

1. Az Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdése alapján mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, e jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő. Az Alaptörvény XX cikk (1) bekezdése tehát kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, a (2) bekezdés pedig azt részletezi, hogy e jog érvényesülését Magyarország többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével is elősegíti.

Az Alkotmánybíróság több korábbi, álláspontom szerint az Alaptörvény értelmezése során továbbra is relevánsnak tekinthető határozatában bontotta ki a (legmagasabb szintű) testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát.²⁴ Eszerint a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez.²⁵ Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy „[...] az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége [...] annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.”

Az alkotmánybírósági gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismervekkkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.” Az Alkotmánybíróság olvasatában „az ilyen szélső eseteken túl azonban az Alkotmányban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmányban foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.”²⁶

Az *egészségvédelmi kötelezettség*, mint az életvédelmi kötelezettségből levezetett, „közvetett” intézményvédelmi kötelezettség határozottan az *államcél minőség* felé mutat. Kiemelendő emellett, hogy a sürgősségi mentés és ellátás intézményét az egészséghez való jog biztosítása, az állam életvédelmi kötelezettsége hívta életre, ma már egyértelműen elmondható az, hogy az állampolgárnak alanyi jellegű joga van arra, hogy – amennyiben veszélybe kerül – hatékony és gyors segítségben részesüljön.

Az ombudsmani jogvédelem eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Értelemszerűen nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszasság pusztán egy intézmény megszüntetése, átalakítása, összevonása, feladatátadása más intézménynek, vagy a rendelkezésre álló ágyak számának csökkentése miatt: egy ilyen szemlélet parttalanra és esetlegessé tenné az országgyűlési biztos által biztosított jogvédelmet. Más a helyzet, ha az egészségügyi intézményrendszeren belül, meghatározott helyeken, megyékben vagy régiókban bizonyos speciális szakellátások megszűnnek, érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot elviselhetetlenül hosszú időn keresztül „stabilizálódik”.

Az ügy érdemében

Mindenekelőtt azt vizsgáltam, hogy az érintett aktorok megítélése szerint

²⁴ Az egészséghez való joggal kapcsolatos gyakorlatot összegzi a 109/2008. (IX. 26.) AB határozat.

²⁵ Vö. 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260, 270., 37/2000. (X. 31.) AB határozat, ABH 2000, 293, 297.

²⁶ Az Alkotmánybíróság szerint az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás sokféleképpen szervezhető meg. Az Alkotmányból eredően senkinek sincs alanyi joga egy meghatározott szervezési módra. Másrészt nincs alkotmányos ismérv arra, hogy a rendszer önmagában mennyiben alkalmas a biztosításon alapuló betegellátáshoz való jogosultságok teljesítését garantálni. Ezért a rendszer alkotmányellenessége csak olyan szélső esetben állapítható meg, ha egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére.

tapasztalható-e humánerőforrás krízis az egészségügyi szektorban, továbbá a szakember-állomány körülményei veszélyeztetik-e a biztonságos betegellátást, rontják-e az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést és a betegjogok érvényesülését. Előljáróban fontosnak tartom megjegyezni, hogy az egészségügyben tapasztalható szakemberhiány okait tekintve rendkívül szerteágazó, több tényezőre visszavezethető jelenség, mely elválaszthatatlanul szoros összefüggést mutat az egészségügyi dolgozók képzésével, bér- és jövedelemhelyzetével, munkafeltételeivel, társadalmi megbecsülésével, ezért a fentiek vizsgálata álláspontom szerint csakis egységes, szintetizáló, rendszerszintű szemlélettel lehetséges.

1. A vizsgálat háttérének megértéséhez utalni kell az *EU egészségügyi stratégiájára*,²⁷ melynek középpontjában olyan átfogó egészségügyi információs rendszer kialakítása áll, amely az Unióban megbízható és naprakész egészségügyi adatokhoz biztosít hozzáférést, s így lehetőséget nyújt a polgárok egészségi állapotát befolyásoló tényezők közös elemzésére. Az *Egészségügyi Világszervezet*²⁸ egy új egészségügyi emberi erőforrás szövetséget kíván létrehozni, melynek feladata a nemzeti és nemzetközi erőfeszítések összehangolása. 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 ajánlása szerint olyan tervet kell készítenie az országoknak, amelyek lehetővé teszik a jobb munkakörülmények megteremtését, fel kell mérni a jövő várható tendenciáit és fel kell készülni a kihívásokra egy jól előkészített humánerőforrás fejlesztési tervvel, a jövő egészségügyi szakembereinek képzésével programokat kell kialakítani a munkaerő tervezésére, a minőség javításának elősegítésére.

2. Az *Eütv. 141. § (2) bekezdése határozza meg az egészségügyi ellátás területén az államot terhelő kötelezettségeket*. Ilyen kötelezettség többek között az, hogy az állam biztosítsa az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működésének általános (szervezési, intézményi, oktatási, kutatási) feltételeit.

Az *Eütv.* meghatározza az állam felelősségét a lakosság egészségi állapotáért, egyben az állam kötelezően ellátandó feladataként azt is meghatározza, hogy az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint a lehetséges mértékű helyreállítása. Az állam kötelezettségét képezi különösen az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása, az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítása és fejlesztése, ideértve az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését is.

Az *Eütv.*²⁹ eligazítást ad a tekintetben is, hogy kik minősülnek *egészségügyi dolgozónak*. A törvény szerint egészségügyi dolgozó az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy. A vizsgálat szempontjából fontos hangsúlyozni, hogy ettől élesen el kell különíteni az *egészségügyben dolgozók* körét, akik nem egészségügyi dolgozók, de az egészségügyi szolgáltatóval a szolgáltató működőképességének, illetve az egészségügyi szolgáltatások üzemeltetésének biztosítása céljából munkavégzésre irányuló jogviszonyt létesítenek.³⁰

3. A hazai egészségügyi humán erőforrás krízis

²⁷ WHO, „Jelentés a Világ Egészségéről 2006 - Az egészségért dolgozunk”

²⁸ WHO „Jelentés a Világ Egészségéről 2006 – Az egészségért dolgozunk”

²⁹ Eütv. 3.§ d. pont

³⁰ Lásd az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény szerintem! 1997. évi CLIV. törvény

A humán erőforrások felmérése, és az ahhoz kapcsolódó stratégia kidolgozása az alábbiak szerinti kormányzati feladat. A Korm. határozat³¹ 1.11. pontja alapján, a *Kormány elrendeli az egészségügyi dolgozók humánerőforrás helyzetének – különös tekintettel az egészségügyi dolgozók normatív, teljesítmény- és speciális elemeken alapuló jövedelmezésére, a munkakörülményekre, a képzési és az életkörülményekre – áttekintését, és a vizsgálat eredményeképpen koncepció kidolgozását az egészségügyi dolgozók egységes életpályacsoportjaira vonatkozó humánerőforrás stratégiák megalapozására, a költségvetési források figyelembevételével.* Az egészségpolitika egyes aktuális feladatairól szóló 1149/2013. (III. 22.) Korm. határozat 2. pontja szerint *a Kormány felhívja az emberi erőforrások miniszterét, hogy az egészségügyi ágazat humán-erőforrás szükségletével összefüggésben szakterületenként mérje fel az emberi erőforrásigényt, valamint az ehhez kapcsolódó képzési kapacitást, továbbá készítsen nemzetközi összehasonlítást az ágazat humánerőforrás helyzetéről, a lakosság egészségi állapotáról, és ezekről a Kormányt jelentésben tájékoztassa.*³²

A megkeresett szervek válaszaiból kirajzolódik, hogy álláspontjuk szerint a hazai humán erőforrás stratégia nem megfelelő, a társadalmi-gazdasági változásokra nem reagál kellő időben. Itt tartom szükségesnek kiemelni a MOTESZ elnökének állásfoglalását a Semmelweis Terv célkitűzéseivel kapcsolatban, mely szerint az egészségi állapotnak és az egészségügynek olyan alapvető és hosszú távú társadalompolitikai és gazdaságpolitikai összefüggéseket mutató sajátosságai vannak, amelyeket már a döntések előkészítése során figyelembe kellene venni, és a változások itt jelentkező hatásait és következményeit is nyomon kell követni.

A hazai humán erőforrás helyzetének feltárását lehetővé tevő rendelkezésekre bocsátott adatok, statisztikai táblák³³ összevetése számos eltérést eredményezett, tekintve, hogy az adatgyűjtések eltérő szempontok szerint történtek. Az adatok nehezen összehasonlíthatóak, illetve más-más szempontból hiányosak. Nem állt rendelkezésemre egy átfogó, azonos szempontú, az adatok összehasonlító elemzését lehetővé tevő egységes adatbázis.

Az emberi erőforrások minisztere arra hívta fel a figyelmet, hogy a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat Integrált Rendszerében nyilvántartott üres ápolói, diplomás ápolói álláshelyek száma és a rendszerben szereplő álláskereső ápolók száma jelentős eltérést mutat. Ennek okán a tárca egyeztetést kezdeményezett a Nemzetgazdasági Minisztérium, és a Nemzeti Munkaügyi Hivatal részvételével. A 2012. április 24-én megtartott egyeztetésen elfogadott ütemtervben meghatározott feladatok alapján folyamatban van az egészségügyi rendszerben dolgozó, illetve a rendszerből hiányzó szakdolgozók létszámára vonatkozó kimutatás elkészítése.

A megkeresett szervek válaszaiból az is kitűnik, hogy a hazai egészségügyi humánerőforrás helyzet feltérképezését nehezíti, hogy ugyan a legtöbb adat statisztikailag mérhető, azonban a külföldi munkavállalás mértéke statisztikai eszközökkel nehezen megfogható. Az elvándorló orvosok, szakorvosok számának meghatározását ugyanis nagymértékben nehezíti, hogy az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által az adott évben kiadott egészségügyi szakképesítés külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványok számaiból csak becsülhető a migráció mértéke. Ezen adatok ugyanis nem egyeznek meg azok számával, akik ténylegesen itt hagyják a magyar

³¹ A Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI.28.) Korm. határozat

³² *Felelős:* emberi erőforrások minisztere
Határidő: 2013. április 15.

³³ KSH; GYEMSZI, EEKH adatai

ellátórendszert, hiszen az adatokból csak a szándék olvasható ki. Ugyanakkor a szakember utánpótlás, erőforrás krízis kezelése szempontjából elengedhetetlen lenne egy a migráció tényleges mértékét mutató felmérés.

A fentiek alapján tehát kétséges, hogy az egészségügyi ágazatban működik-e olyan szakmailag és technikailag is egységes adatszolgáltatáson alapuló statisztikai rendszer, amely támogatva a humán erőforrás stratégia kialakítását, egybefogná a különböző rendszereket. Kétséges továbbá ezen adatok hatékony felhasználhatósága a rendszer fejlesztése során az ellátás szervezésében, a kapacitások tervezésében. Ugyanakkor a szakemberek álláspontja szerint az ágazati humán erőforrás gazdálkodást proaktív módon évekre, évtizedekre előre szükséges tervezni, hiszen a jelenben kell felmérni a jövő várható tendenciáit, megtervezni az évekkel később bekövetkező, jövőben fellépő szakemberszükségletet. A fentiek hiányában nehezen tervezhető az ellátórendszer strukturális átalakítása, az ellátórendszer feladatainak mennyisége, a várható szakemberszükséglet nehezen prognosztizálható. Mindezek a tények alapvető jogokkal összefüggő visszásságot önmagukban ugyan nem keletkeztetnek, de jelentősen nehezítik az Alaptörvény XX. cikkén is alapuló, az egészségügyi rendszert érintő állami feladatok magas szintű ellátását.

Ágazati bér- és jövedelmi viszonyok³⁴ kapcsán az emberi erőforrások minisztere arról tájékoztatót, hogy 2012. július 1-jével megindultak az ágazati bérfelállítás első lépései is. Az ágazati bérhelyzet pontos felmérése és szakmai egyeztetés eredményeként 30,55 Mrd Ft-os állami forrás felosztására került sor, az egészségügyi ágazat egyes foglalkoztatottjai 2012. évi bérfelállításának lehetséges irányairól szóló 1071/2012. (III. 22.) Korm. határozat alapján. A bérfelállítást kapcsán ugyanis a Kormány egyetért azzal, hogy az egészségügyi emberi erőforrásokkal kapcsolatos válsághelyzet megoldása érdekében a Széll Kálmán Tervnek a gyógyszerkassza és a táppénz területén tervezett megtakarítás céljaitól független, azokat nem érintő forrásokat az egészségügy hiányterületeire, különösképpen az egészségügyi dolgozók jövedelmének növelésére kell visszaforgatni.³⁵ Az egészségügyben dolgozók, a civilek és a szakma szerint is az ágazat egyik legsúlyosabb problémája a hálapénzrendszer. A „Nemzeti Együttműködés Programja – 2010” célkitűzése ezért ennek fokozatos felszámolása, mely a program szerint is csak a kiváltó okok megszüntetésével képzelhető el, ezért célul tűzi ki a szellemi szabadfoglalkozású státusz megteremtését, a szakellátásban a szakdolgozói kompetenciák kiterjesztését. Elismeri, hogy az orvosainknak és szakdolgozóinknak megfelelő társadalmi és anyagi megbecsülésre van szükségük, ennek érdekében méltó munkakörülményeket, méltó bérezést kell számukra biztosítani.

A fentiekben részletezett ágazati bérfelállítás a betegellátásban dolgozó mintegy 17.000 orvost, 71.500 egészségügyi szakdolgozót, továbbá kb. 1450 egyéb felsőfokú végzettséggel rendelkezőt (klinikai szakpszichológus, biológus, fizikus stb.) érint. Összesen közel 90.000 szakember részesül a béremelésből. Az orvosok és szakdolgozók részére külön-külön 15 Mrd forintot osztottak fel, eltérő elvek alapján.

A tényleges jövedelmi szinteket tekintve, a GYEMSZI főigazgatója által rendelkezésemre bocsátott adatok³⁶ alapján – az egészségügyi dolgozók 2011 évi nettó keresetét (120 513) összehasonlítva a nemzetgazdasági nettó keresetekkel (141 127) – megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók nettó keresete messze elmarad a nemzetgazdasági nettó keresetektől, amennyiben a nettó keresetváltozást vizsgáljuk 2010/2011 évre vetítve, az egészségügyben ez az adat 99,2, a nemzetgazdaságban 106,4.

A Magyar Ápolási Egyesület elnöke felhívta a figyelmet, hogy a diplomás szakdolgozók béremelkedésének mértéke az egyéb diplomás béremelkedés mértékéhez

³⁴ GYEMSZI évközi minta bér- és létszámstatisztika 2012. I. negyedév

³⁵ a Korm. határozat³⁵ 1.2. pontja szerint

³⁶ Forrás: OSAP 1626 Adatgyűjtés a Nemzeti Erőforrás Minisztérium munkaügyi és bérnyilvántartási rendszeréhez

viszonyítva maximum 30%, az orvosokhoz viszonyítva pedig csupán 17%. A bérrendezés nem alapilletményként, hanem illetménykiegészítésként lett megállapítva, ami az életpályamodell kiszámíthatóságának alapkövetelményével teljes mértékben ellentétes. Összességében elmondható, hogy az intézkedések ellenére az ápolók egy részének bérhelyzete javult ugyan, de az ágazati átlaghoz képest jelentős, mintegy 40-50% elmaradás észlelhető, a szakdolgozók életszínvonala az infláció, különösen az energia, közlekedés és élelmiszer árak drasztikus emelkedése miatt romlott.

A megkeresett szervek válaszaiból és a rendelkezésemre bocsátott adatokból összességében megállapítható, hogy az ágazat bérhelyzete rendkívül differenciált. Az egészségügyi munkavégzés társadalmi hasznosságát, értékét tekintve pedig méltatlan, hogy az sok esetben nincs arányban az elvégzett munka mértékével, a dolgozókra háruló felelősséggel, rontja az egészségügyi dolgozók saját és társadalmi megbecsülését, az amúgy is kritikus mértékű szakemberhiányt erősíti. Különösen méltánytalannak minősül azokban a helyzetekben, amikor a túlmunka ellentételezése elmarad. A szakemberek egyöntetű jelzései szerint a bérrendezés tekintettel arra, hogy az nem átfogóan, a teljes ágazatot érintően valósult meg, negatív irányba befolyásolta az ágazat békéjét, erős bérfeszültséget keletkeztetett, amely az egészségügyi dolgozók viszonyrendszerét jellemző belső megosztottságot tovább mélyítette. Mivel a bérrendezés több lépcsőben, nem feltétlenül az egészségügyi dolgozók beosztásához, aktuális személyi alapbéréhez igazodóan valósul meg, az azonos helyzetben lévő, ágazaton belül azonos munkát végző munkavállalók között különbségtételt eredményezett. *A fentiek miatt az ágazati béremelést a különböző jogviszonyban, munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók jelenleg kiszámíthatatlannak, esetlegesnek érzékelik, így nem a humánerőforrás stratégia keretébe illeszthető életpályamodell irányába hat, nem teszi vonzóvá az egészségügyi pályát a fiatalok előtt. Bár a bér- és illetményemelésről a munkáltató, (állam) a saját teherbíró képességének megfelelően szabadon hozat döntést, a méltánytalan jövedelmi helyzetben lévő egészségügyi dolgozók a fenti okokból jelentős érdeksérelemként élik meg a több lépcsőben megvalósuló bérrendezést.³⁷ E folyamat, közvetve ugyan, de hatással lehet az egészségügyi ellátás minőségére, ezáltal a testi és lelki egészséghez való joggal összefüggő állami kötelezettség teljesedésére.*

Itt tartom szükségesnek felhívni a figyelmet arra, hogy az egészségügyi dolgozók bér- és jövedelemszintjének megítélését jelentős mértékben torzítja a *hálapénzrendszer*, amely a rendszerben egyfajta torz ösztönzőként funkcionál, a meghatározott munkakörben dolgozó egészségügyi szakember jövedelmét mintegy „kiegészíti”, ám azt megfoghatatlan mértékben teszi. A szakemberek egyöntetűen egyetértenek abban, hogy a hálapénzrendszer morálisan romboló hatású, a betegek bizalomvesztését eredményezi, jelentősen rontva az orvos-beteg kapcsolatot, az ellátórendszer hatékony működését, a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek közti feszültséget növeli azzal, hogy egyes szakterületeken prioritást meghatározó tényezővé vált. Ez pedig csak tovább gerjeszti azt a folyamatot, hogy az ellátórendszer nem feltétlenül a szükségletekhez igazodóan alakul. A szakemberek abban is egyetértenek, hogy a hálapénzrendszer felszámolására, mivel az több tényező együtthatásaként alakult ki, csakis komplex módon kerülhet sor. A megoldás részét kell, hogy képezze a minőségbiztosítás rendszerének fejlesztése, elengedhetetlen az állami garanciával megvalósuló bérrendezés, az egyértelmű, átlátható finanszírozási viszonyok és jogi környezet. A hálapénz rendszer felszámolása ugyanakkor szemlélet- és attitűdváltás kérdése is, amely az ágazat hiányosságainak felszámolásával párhuzamosan hosszú távon tud végbemenni.

Az egészségügyi dolgozók munkafeltételeit vizsgálva a megkeresett szervek válaszaiból egységesen lesűrhető, hogy az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételei sok esetben

³⁷ Az ágazati bérrendezés jogi környezetét, az amögött meghúzódó jogalkotói megfontolásokat egyéni panaszbeadványok alapján átfogó vizsgálat keretében tárom fel.

hiányosak. A megkeresett szervek válaszaiból egységesen kitűnik, hogy – noha több fejlesztés és beruházás is történt az országban – számos ellátónál az eszköz-állomány az elmúlt 10 évben jelentősen elöregedett. Több intézményben hiányoznak a megfelelő személyzeti és szociális helyiségek, mely előidézi az erős fizikai, és lelki igénybevételt, s ezzel erősíti a kiegészítés érzetét. Mindezek pedig nem felelnek meg az Eütv-ben meghatározott tárgyi feltételekre vonatkozó rendelkezéseknek,³⁸ az egészségügyi ellátás elvárható minőségét pedig egyértelműen rontják, így a betegek/páciensek testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülését közvetve veszélyeztetik.

Az orvoscépzés, szakdolgozói képzést tekintve az egészségügyi dolgozók körében tapasztalható kiegészítő folyamat, a „burn out” jelenség³⁹ – képzés keretében megvalósuló – kezelésének kiemelkedő jelentősége van, mivel a jelenség nyilvánvalóan összefügg az elégtelen munkahelyi környezettel, a személyi és tárgyi feltételek hiányával, a méltatlan jövedelmi helyzettel, a dolgozók leterheltségével, mely végső soron az egészségügyi ellátás minőségét negatívan befolyásolja, a betegek/páciensek testi és lelki egészséghez való jogát pedig közvetve ugyancsak veszélyezteti. Fontos, hangsúlyozni, hogy az MRSZ felmérése szerint a segítő szakmákra jellemző kiegészítő folyamaton már az orvoscépzés során átesnek a hallgatók. A megkeresett szervek válaszaiból pedig leszűrhető, hogy a kiegészítő folyamat kezelésére az ágazatban dolgozók részéről erős igény mutatkozik, ezzel szemben elenyésző a jelenség hatékony kezelését megvalósító programok, képzések száma a graduális-, a posztgraduális képzés, és a továbbképzés rendszerében. A MOTESZ elnöke ugyanakkor arra mutatott rá, hogy nemzetközi jelenség az, hogy a munkahelyi pszichés és fizikai megterheléssel sem a munkáltató, sem az egészségpolitika nem foglalkozik megfelelő hangsúllyal, ami a munka eredményességét alapvetően befolyásolja.

Az ágazati humán erőforráshiány tekintetében a „Nemzeti Együttműködés Programja – 2010” középpontba helyezi az emberi erőforrás kérdését a magyar orvosok, nővérek pályaelhagyása, külföldre vándorlása kapcsán, és célul tűzi ki, hogy a külföldre távozó orvosaink és szakdolgozóink hazatérjenek, a külföldre készülők pedig hazánkban maradjanak. A program szerint a széles körű egyeztetéseken alapuló életpályamoddal kidolgozása elengedhetetlen. *Az egészségügyi oktatást új alapokra kell helyezni, és biztosítani kell a szükségletekhez igazodó képzést.*

Az EEKH által kapott adatokat kielemezve megállapítható, hogy az orvosok elmúlt 5 évi migrációs adatai fokozatosan növekvő tendenciát mutatnak. A MOTESZ által rendelkezésemre bocsátott adatok elemzése során kitűnik, hogy az elmúlt 5 évben eltávozott 4518 orvos megközelítően 14%-os fogyást jelent, mindemellett az elmúlt 5 év⁴⁰ mindegyikében legalább annyian távoztak külföldre, ahányan a szakképzésbe szoktak lépni, az utolsó két évben pedig kétszer annyian. Magyarországon 35.000 aktív orvos van, közülük mintegy tízezeren 60 év fölöttiek, ugyanakkor több mint 1800 orvos állás betöltetlen. Az orvosok átlagéletkora⁴¹ 50,52 év, melyből megállapítható, hogy a szakma rendkívüli módon elöregedett. A mortalitásra vonatkozó kutatások szerint a középkorú orvosok halálozása felülmúlja más értelmiségi foglalkozásokat, külön kiemelve az orvosnők magas mortalitását 52-55 éves kor között.⁴² A morbiditásra vonatkozó vizsgálatok pedig felhívják a figyelmet a

³⁸ 109. § Az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak.

³⁹ A kiegészítő szindróma a segítő szakmákra jellemző a krónikus érzelmi megterhelések, stressz hatások nyomán fellépő fizikai, mentális, emocionális kimerülés, mely a reménytelenség és az inkompetencia érzésével jár, és melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” /Freudenberger 1974/

⁴⁰ Az utolsó 5 év migrációs adatai fokozatosan növekvő tendenciát mutatnak (az évenként kiadott engedélyek, igazolások alapján: 2007-ben 590, 2008-ban 730, 2009-ben 887, 2010-ben 1111, 2011-ben 1200

⁴¹ EEKH adatai

⁴² KSH 2003

krónikus betegségek magas elterjedtségére.⁴³

A 2012. évre meghirdetett szakorvosi hiányszakmákra vonatkozó adatokat nézve a legtöbb hiányszakmának minősül.⁴⁴A különösen súlyos mértékű *szakorvoshiány* kapcsán fontos rámutatni, hogy a MOK elnöke felhívta a figyelmet, hogy a szakorvos hiány miatt elveszítették a rezidensek jól képzett és tanítani hajlandó mentoraik túlnyomó többségét, megszakadt a mester-tanítvány viszony, egyre többen kerülnek idő előtt, illetve kellő képzettség és tapasztalat hiányában orvos vezetői pozícióba, *mely végső soron a biztonságos betegellátást veszélyezteti.*

A hiányszakmákra vonatkozó adatok tükrében fontos felhívni a figyelmet arra a jelenségre is, hogy a jelenlegi egészségügyi humán erőforrás krízis keretei között az Eütv-ben meghatározott⁴⁵ személyi feltételrendszerre vonatkozó törvényi feltételek sem érvényesülhetnek maradéktalanul, hiszen a drasztikus mértékű szakember hiány következtében a csak felügyelet mellett végezhető egészségügyi tevékenységek sok esetben a gyakorlatban ellátatlanok maradnának, amennyiben a törvénynek megfelelően minden esetben felügyelet mellett végezné azt el az arra feljogosított személy.

A MESZK egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó adatai alapján a külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági igazolványok kiadása 2007-től 2012-ig folyamatosan emelkedik.⁴⁶ Amennyiben csak a hatósági igazolvány kiadását igénylő orvosok számát nézzük, *a 2007-es év adataihoz képest 2012-ben kétszer annyian kamatoztatják tudásukat hazánkon kívül, mint 2007-ben. Az összes szakdolgozó létszámot tekintve pedig több mint négyszeresére emelkedett 2007-hez viszonyítva az a létszám, akik külföldön kívánnak szakképesítéssel elhelyezkedni.* Figyelemre méltó a MESZK elnökének tájékoztatása is, miszerint egy városi kórház szakdolgozói létszáma 400-500 fő közötti, így a fenti adatok tükrében szemléletesen érzékeltethető, hogy *évente egy városi kórházat ellátó szakképzett ápoló, műtősnő hagyja el az országot.*

A szakdolgozók átlagéletkorát tekintve megállapítható, hogy az 43,77 év volt 2012-ben. *A rendelkezésemre álló adatok pedig arra engednek következtetni, hogy a betöltött állások száma a működéshez szükséges állásokhoz képest valamennyi szakdolgozó esetében messze elmarad.*⁴⁷ A GYEMSZI főigazgatója által rendelkezésemre bocsátott adatokból a létszámhiány *szakmaterületenkénti eloszlását* vizsgálva (2011/2012. évi adatai) megállapítható, hogy a megyei önkormányzati intézményekben a legnagyobb hiány a

⁴³Tettinger 2006; Hegedűs 2006; Rurik 2008

⁴⁴ Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet 10. § (1) és (2) bekezdése szerint az összes megyében hiányszakmának minősül: aneszteziológia és intenzív terápia; csecsemő és gyermekgyógyászat; gyermekfogászat; gyermek- és ifjúságpszichiátria; igazságügyi orvostan; infektológia; megelőző orvostan és népegészségtan; neurológia; nukleáris medicina; orvosi laboratóriumi diagnosztika; orvosi mikrobiológia; ortopédia-traumatológia; oxológia és sürgősségi orvostan; patológia; pszichiátria; radiológia, sugárterápia; transzfiziológia; tüdőgyógyászat

⁴⁵109. § Az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak. 110. § (1) Egészségügyi tevékenység - folytatásának formájától és módjától függetlenül - e törvény és külön törvény rendelkezéseire figyelemmel önállóan vagy felügyelet mellett végezhető.

⁴⁶

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	454	719	803	1009	1106	887
fogorvos	77	136	150	186	196	215
gyógyszerész	19	48	35	43	41	46
klinikai végzettségű	1	0	3	2	1	2
szakdolgozó	101	191	499	393	421	474

⁴⁷ 2010-ben országos szinten az összes szakdolgozói állást beleértve a működéshez szükséges állások száma 178 973,38, ehhez képest a betöltött állások száma 171 773,80, azaz 7199,58 szakdolgozói hiány mutatkozik a rendszerben. (Egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása - OSAP1019)

szakápolói és műtéti szakmaterületeken mutatkozik, a legtöbb betöltetlen egészségügyi szakdolgozói státusz Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, valamint Pest megyében található. A Fővárosi fenntartású intézmények esetén a legnagyobb hiány szintén az ápolói és műtéti szakmaterületen mutatkozik, ugyanígy a települési önkormányzatok fenntartásában működő egészségügyi intézmények körében, valamint ugyanez a helyzet országos szinten is. Mindemellett az EEKH által kiadott hatósági bizonyítványokra vonatkozó adatai rámutatnak arra is, hogy az utóbbi években érkezett körülbelül közel félszáz kérelem zömét ápolói szakképesítéssel/szakképzettséggel rendelkezők adják be.

Összességében tehát megállapítható, hogy a létszámhiány okai rendkívül szerteágazóak, a szakemberek megoszlása az ország területén dokumentálhatóan egyenetlen, a hiány eltérő szerkezetű és egyes helyeken olyan mértékű, hogy ellátási zavarokat okoz, veszélyeztetve az egészségügyi ellátórendszer biztonságos fenntarthatóságát. A jelentős mértékű szakemberhiány ugyancsak nem teszi lehetővé, hogy ugyanazon betegség esetében ugyanolyan színvonalú ellátást kapjanak a betegek az ország különböző területein. A fenti adatokból az elmúlt öt évre vetítve egyértelműen jelentős emelkedés tapasztalható az orvosok és egészségügyi szakdolgozók migrációs szándékait tekintve is, ez a tény ugyancsak tovább mélyíti a súlyos szakemberhiányt. Nem vitatott ugyanakkor, hogy számos előrelépés történt a szakemberhiány enyhítése érdekében, mindemellett a migrációs és a létszámhiányra vonatkozó adatok tükrében kétséges, hogy a jelenlegi egészségügyi humánerőforrás helyzet megfelel-e az Alaptörvényben rögzített mindenkit megillető testi és lelki egészséghez való jog, illetve az állam objektív intézményvédelmi kötelezettsége elveinek.

Mindezekre tekintettel megállapítom, hogy a jelentésben rögzített, több okra is visszavezethető egészségügyi humánerőforrás krízis, az azzal szoros összefüggésben álló elégtelen munkafeltétekkel, az alacsony bér- és jövedelmi viszonyokkal, a kiegészítő folyamat kezelésének képzésben megmutató hiányosságai – bár az egyes problémák önmagukban nem minősülnek alapjogi szempontból visszásnak – összességükben olyan mértékben befolyásolják az ellátás színvonalát, hogy a betegek egészséghez fűződő és az egészségügyi ellátáshoz való, az Alaptörvény XX. cikkéből következő alapvető jogával, illetve az ehhez kapcsolódó állami kötelezettséggel összefüggő visszasságot idéznek elő.

5. Összegzés

A megkeresett szervek válaszai egyöntetűen arra mutatnak rá, hogy az ágazati humánerőforrás krízis elhárításának első lépései, az azonnali válságintézkedések többnyire ugyan megtörténtek, ugyanakkor a hosszú távra is kiható intézkedések részét képező, az egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek előmeneteli rendszerének megvalósítására, egy valós és összehasonlítható adatokon nyugvó humán erőforrás, migrációs stratégia tényleges működtetésére még nem került sor.

Az adatok arra mutatnak rá, hogy az aktív orvostársadalom előregedik, a relatív mértékű egészségügyi szakemberhiány csaknem minden egészségügyi intézményben kimutatható, a folyamatot pedig tovább rontja az utánpótlás elégtelensége, a korai pályaelhagyás illetve a pályára lépés motivációjának hiánya. Mindezen negatív folyamatok kedvezőtlen hatásait a migráció tovább mélyíti. A legtöbb szakorvosi illetve az ápolói, műtéti szakmaterületen drasztikus szakember hiány alakult ki. A szakemberek pedig arra hívják fel a figyelmet, hogy a gazdasági jellegű szemléletmód és a hagyományos szakmai, etikai értékek között kialakult feszültség, a gyengülő társadalmi szolidaritás tovább csökkenti az egészségügyi foglalkozások társadalmi megbecsülésének szintjét, a fenti folyamatok, valamint a hiányos személyi és tárgyi feltételek pedig fokozzák a kiégettség érzését. Az ellátórendszer fenti egymásra ható problémái, összefüggései arra mutatnak rá, hogy az egészségügyi dolgozók körében tapasztalható előregedés, a hiányszakmák kialakulása, az utánpótlás hiánya, a migráció és a pályaelhagyás kérdése, a társadalmi megbecsülés

gyengülése, a kiégettség fokozódása, az elégtelen bér- és jövedelmi helyzet, a képzési rendszer hiányosságai egymással oly mértékben összefüggő problémakört alkotnak, hogy az egészségügyben tapasztalható humán erőforrás krízis kezelése csakis egy új paradigma átfogó, komplex technikájával lehetséges. Álláspontom szerint ennek megvalósítása az emberi élet minőségét javító, a stratégiai jelentőségű ágazat hiányosságainak, az egészségügyi dolgozók helyzetének valós adatokon nyugvó feltérképezésével, valamint a forrásteremtés, a finanszírozás, a képzés, az emberi erőforrás hiány komplex kezelésével képzelhető csak el.

Addig azonban, amíg az állam a humán erőforrás krízis hosszútávú komplex kezelése érdekében a szükséges intézkedéseket elmulasztja, és nem tesz maradéktalanul eleget intézményvédelmi kötelezettségének, az ellátórendszer működőképességét és fenntarthatóságát közvetlenül, az állampolgárok testi és lelki egészséghez való jogát pedig közvetve veszélyezteti.

Intézkedéseim

A feltárt visszasságok jövőbeni bekövetkezése lehetőségének megszüntetése érdekében, az Ajbt. 32. § (1) bekezdése alapján *felkérem* az emberi erőforrások miniszterét, hogy az érintett szakmai szervezetek bevonása mellett

- 1) kezdeményezze egy olyan kiszámítható, perspektívát jelentő egészségügyi *életpálya modell kialakítását*, amely magába foglalja az egészségügyi munkavégzés társadalmi hasznosságával arányos stabil, versenyképes bérezést, a biztonságos, magas szakmai színvonalú ellátáshoz szükséges munkafeltételeket, a kiegészi folyamat kezelésére alkalmas képzések beépítését az orvos- és egészségügyi szakemberképzés illetve továbbképzés rendszerébe;
- 2) az országosan kiegyenlített és folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátás érdekében dolgozza ki a jelenleg tapasztalható egészségügyi *humán erőforrás krízis megszüntetésének stratégiai lépéseit*, az egészségügyi szakember utánpótlás programját.

Budapest, 2013. szeptember

Prof. Dr. Szabó Máté sk.

I. számú melléklet

Átlagéletkor - érv. műk. nyilv. (év)	1. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	48,77	49,31	50,17	49,59	49,94	50,52
fogorvos	46,56	46,93	47,40	46,67	46,69	47,40
gyógyszerész	46,49	46,88	47,01	45,54	46,01	46,79
klinikai végzettségű	48,53	48,26	48,51	48,01	46,48	46,78
szakdolgozó	41,69	42,20	42,25	42,74	43,06	43,77

Eihalózás - érv. műk. nyilv (fő)	2. táblázat				
	2007	2008	2009	2010	2011
orvos	111	122	134	67	102
fogorvos	14	13	16	6	16
gyógyszerész	21	16	27	11	18
klinikai végzettségű	1	3	2	3	1
szakdolgozó	101	111	124	94	96

Alapnyilvántartásba felvettek száma (fő)	3. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	1007	986	922	1062	1157	1272
fogorvos	197	189	221	251	281	333
gyógyszerész	247	194	278	280	281	361
klinikai végzettségű	80	92	83	128	86	92
szakdolgozó	7995	7906	7621	6646	7725	5412

Alapnyilvántartásban szereplők száma (fő)	4. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	46624	47227	47763	48468	49209	49638
fogorvos	6881	7039	7232	7445	7690	7862
gyógyszerész	10666	10781	10966	11169	11361	11709
klinikai végzettségű	899	986	1065	1190	1274	1364
szakdolgozó	172699	180252	186791	192736	199946	205296

Érvényes működési nyilvántartással (fő)	5. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	32962	33309	33131	28749	29428	30228
fogorvos	5392	5531	5629	5044	5229	5351
gyógyszerész	7001	7179	7488	6636	6962	7052
klinikai végzettségű	651	717	823	826	806	846
szakdolgozó	81471	88317	83993	89766	94726	93424

Hatósági bizonyítvány (fő)	6. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	454	719	803	1009	1106	887
fogorvos	77	136	150	186	196	215
gyógyszerész	19	48	35	43	41	46
klinikai végzettségű	1	0	3	2	1	2
szakdolgozó	101	191	499	393	421	474

Elismerés (fő)	7. táblázat					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
orvos	116	57	43	36	49	47
fogorvos	17	10	18	22	19	22
gyógyszerész	3	8	8	7	4	4
klinikai végzettségű	0	1	0	0	0	0
szakdolgozó	54	52	47	54	54	52

A fenti adatok az adott év december 31-én, illetve 2012. esetében a szeptember 30-án fennálló állapotot mutatják.