

## Független Egészségügyi Szakszervezet

### Szakmai elemzés

#### Az egészségügyi és szociális ágazat fontossága, munkaerőhelyzete, javaslat a bér-és kereseti helyzet javítására 2018-ban

#### Az egészségügy és szociális ágazat helyzete különös tekintettel a munkaerő ellátottságra

Az egészségügyi és szociális ágazat olyan személyi szolgáltatást nyújt, amelyet a különböző életszakaszokban eltérő gyakorisággal, de minden magyar, illetve itt tartózkodó ember igénybe vesz. Ezen ágazat kapacitásainak igénybevétele, a szolgáltatás iránti keresletet legnagyobb mértékben a demográfiai folyamatok határozzák meg.

Magyarország becsült lélekszáma 2018. január elsején 9 millió 778 ezer fő volt.

#### Összefoglaló demográfiai adatok

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Népesség <sup>a</sup>	9 909	9 877	9 856	9 830	9 798	9 778
Eltartottsági ráta <sup>a</sup>	46,2	47	47,9	48,7	49,7	50,3
Öregedési index <sup>a</sup>	118,9	121,5	123,6	126,1	128,5	130,2
Ezer lakosra jutó						
Élveszületés / 1000	9,1	9	9,3	9,3	9,5	9,4
Halálozás / 1000	13	12,8	12,8	13,4	12,9	13,5
Természetes szaporulat / 1000	-3,9	-3,9	-3,5	-4,1	-3,5	-4,1
Teljes termékenységi arányszám	1,34	1,34	1,41	1,44	1,49	1,49

a) December 31.

b) A gyermekkorú (0-14 éves) és az idősebb (65 éves és idősebb) népesség aránya

c) Az időkorú népesség (65 éves és idősebb) a gyerekkorú népesség (0-14 éves) százalékában, december 31.

Forrás: Statisztikai évkönyv 2017.

A magyar lakónépesség előregedő társadalom, az idősebb korosztály magas és folytonosan növekvő arányt képvisel, ami az egészségügyi és szociális ágazatra nézve az igények folyamatos növekedésével jár.

Hazánkban nemtől függetlenül a fővárosban élők számíthatnak a leghosszabb életre, míg Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebb a várható élettartam. Hasonló különbség van a falusi és a fővárosi életkilátások között.

Az élet várható hosszát azonban a lakóhelynél is sokkal erősebben befolyásolja az elért legmagasabb iskolai végzettség. 2013-ban az alapfokú és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők várható élettartamának különbsége Magyarországon átlagosan 8,4 év volt (férfiak esetében 11,9, a nőknél 5,6 év). (Statisztikai Évkönyv, KSH, 2015)

A lakosság előregedése miatt egyre többeket érintenek a tartós, krónikus betegségek, amelyek rendszeres orvosi, ápolási feladatokat jelentenek. 2018 elején az európai átlagot meghaladó, 26,4% volt a 60 évesnél idősebb népesség aránya Magyarországon. Mivel az Eurostat 2016-os adatai szerint mind a férfiak, mind a nők körében kerekén 60 év az egészségben várható életkor Magyarországon, több mint 2,5 millió ember – vagyis a lakosság több mint 26%-a – szorul jó eséllyel rendszeres gyógyításra, gondozásra. 2001-és 2017 között csaknem 500 000-rel nőtt azon lakosok száma, akik a 60 éves vagy afeletti körbe tartoznak. Az elkövetkező évtizedekben e növekvő trend folytatódni fog, ami a szolgáltatások iránti kereslet további bővülését eredményezi.

## Halálokok

A magyarországi népességfogyás részben a magas halálozás következménye, 2017-ben 3,6 %-kal többen (131.674 fő) haltak meg, mint egy évvel korábban. 2015-ben a magyarországi halálozási ráta a negyedik legmagasabb volt az európai unióban. Országos szinten a keringési rendszer megbetegedései, valamint a daganatos megbetegedések a vezető halálokok.

## Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásproblémái

Bár a halandósági számok javulása nagymértékben múlik a lakosság életmódján, egészségtudatosságán, az egészségügyi és szociális ellátórendszer teljesítőképessége is kulcsfontosságú tényező.

Noha az utóbbi időben igen jelentős eszközfejlesztésekre került sor, különösen a vidéki régiókban, még mindig jelentős elmaradások vannak egyes gyógyító eszközök elérhetőségében, még mindig hosszú a várakozási idő, ami részben a kapacitások, hiányosságaira, a munkaerőhiányra, illetőleg a finanszírozás problémáira vezethetők vissza.

A bérstatisztika szerint a közfoglalkoztatottak nélkül 2014 óta kb. 12 000 fővel nőtt az alkalmazotti létszám az egészségügyi-szociális ágazatban. Ez a növekedés azonban szinte teljes egészében a szociális területet érintette, ráadásul teljesen a magánszektor területére korlátozódott: a költségvetési intézményekben viszont a 2014 év átlagában mérthez képest 2018 első nyolc hónapjában mintegy 7 000 fővel csökkent a létszám. Ugyanebben az időszakban a 60 év feletti – nagyobb részét már gyógyításra szoruló – lakosság lélekszáma csaknem 140 000 fővel nőtt. Az orvosok száma nem csökkent ugyan, de a szolgáltatásra várók növekvő száma miatt jelentősen nőni kellene a létszámnak.

Az Orvosi Kamara adatai szerint hosszabb távon, 2000 és 2016 között nőtt mind a dolgozó orvosok, mind a 10 000 lakosra jutó orvosok száma. Azonban az ellátottság nagy egyenetlenséget mutat.

Mindenesetre a számok elfedik azt a tényt, hogy az orvosok egy része nem teljes munkaidőben dolgozik Magyarországon, vagy nem az állami, hanem a magánszektorban aktív. Továbbá, nagyarányú a nyugdíjas korú orvosok száma, illetve igen nagy számban fognak a közeli jövőben nyugdíjba menni. Ugyancsak nagyok a különbségek az egyes ellátási területeken. Nagyon kevés az orvos a sürgősségi ellátásban, a traumatológián, az érsebészet területén, a pszichiátrián, a radiológusok között, és igen nagy a hiány a háziorvosokból is. Nagyon nagy a területi egyenlőtlenségek is, így például Nógrád megyében minden szakorvosból hiány van, és hasonló a helyzet a fogorvosok vonatkozásában is.

A 165/2015/VI. 30./ kormányrendelet 17. § (2) értelmében minden évben közzétételre kerülnek országosan és megyei bontásban is az adott évre vonatkozó hiányszakmák.

**Ha az elmúlt évek listáival hasonlítjuk össze, azt mondhatjuk, hogy 2016-ban ugyanez a 14 szakterület szerepelt a listán.** Igen jellemző az egészségügyi intézményekben a tartósan betöltetlen állások magas aránya.

Még rosszabb a helyzet a szakdolgozók esetén. Magyarországon mintegy 81 000 egészségügyi szakdolgozó, közülük mintegy 46 500 ápoló dolgozik mintegy 10%-ot tesznek ki a diplomás ápolók. Az aktív ápolók lakosságarányos száma az Eurostat adatai alapján az uniós medián alatt marad. Mivel pedig a magyarok egészségi állapota kedvezőtlenebb az átlagosnál, az optimális létszám is valójában meghaladná a nemzetközi átlagot. A KSH adata szerint a *kórházi* szakdolgozók száma még hosszú

időtávra nézve, 2000-hez képest sem nőtt, hanem csökkent. Az elvándorlás mértékét jelzi, hogy a szakdolgozói kamara nyilvántartása szerint egészségügyi szakképzettséggel rendelkezőknek csak jóval kevesebb, mint a fele dolgozik állami vagy magán egészségügyi intézményben.

Az utánpótlás is problémás, hiszen 2001-ben még 823, 2017-ben már csak alig több mint 300 ápoló szerzett diplomát. De a középfokú szakképzésből is nagyon kevesen kerülnek ki, és 40%-uk azonnal el is hagyja a pályát. A szakdolgozók 20%-a 5 éven belül eléri a nyugdíjazásra jogosító szolgálati időt.

Az ágazatban továbbra is domináns a **költségvetési szféra súlya**. 2017-ben az egészségügyi-szociális szektor összlétszámának kevesebb mint egynegyede volt a magán- vagy nonprofit szférában. Mindazonáltal az utóbbi aránya trendszerűen nő: 2014-ben ez az arány még a 20%-ot sem érte el.

Az egészségügyi-szociális ágazat létszámának 44%-át kitevő szociális szegmensében a munkaerőhiány legalább olyan súlyos, mint az egészségügyi szegmensben, hasonló okokból kifolyólag. Az itt foglalkoztatott munkaerő alakulását illetően különösen fontos, hogy a közfoglalkoztatottaktól szűrt adatokat vegyük alapul, mivel **az alapadatok a közfoglalkoztatottakat is magukban foglalják, márpedig a közfoglalkoztatottak döntő hányadát a szociális ágazatban tartja számon a statisztika**.

Igen magas, és az elmúlt 15 évben tovább emelkedett az ágazatban a női foglalkoztatás aránya. Ez részben azért problematikus, mert számos egészségügyi és szociális munkakör egészségügyi kockázatokkal jár, ezekben a fiatal nők a terhesség időszakában nem vehetnek részt. Továbbá, a (túl-)munka és a magánélet összeegyeztetése a nők számára nehezebb, mivel az otthoni feladatok tipikusan órájuk hátrálnak nagyobb részben. Az ebből fakadó feszültségek gyakran vezetnek pályaelhagyáshoz. A nők arányának növekedése, illetve a férfiak csökkenő létszáma az ágazat presztízsvesztésének is jele: jellemzően kevesebb férfi választja azokat a foglalkozásokat, ahol a kedvezőtlenebb munkabeosztás és a magas képzettségi igény ellenére is alacsonyabbak a bérek.

Európa szerte jellemző a munkaerőhiány az egészségügyi ellátás és a szociális gondozás területén, a szakterület megterhelő volta és az ehhez képest alacsony fizetések miatt. Ugyanakkor az országok közti bérszint-különbségek miatt a legfejlettebb EU-tagállamok könnyebben pótolják a hiányt munkaerőimport révén. Ezzel szemben az alacsonyabb béreket nyújtó országokban a hiányt jobb híján a meglévő dolgozók többletmunkája útján próbálják orvosolni, ami munkabiztonsági kockázatokat és fokozott pszicho-szociális terhelést eredményez.

A Független Egészségügyi Szakszervezetnek a 2018. évi felmérése szerint a hiányszakmákban dolgozók többsége jelentősen túlterhelt, a dolgozók 2/3-a 40 óránál többet dolgozik egy héten, 30% munkaideje az 50 órát is meghaladja. Gyakori, hogy az egészségügyi és szociális dolgozók másod- vagy harmadik állást is vállalnak a jövedelemszerzés érdekében. Ennek a jogi szabályozás sem szab szigorú korlátot: az éves megengedett túlmunka 416 óra, de önkéntes többletmunkára való szerződéssel a heti 60 ügyelettel együtt a heti 72 órát is elérheti az egészségügyi dolgozók munkaideje. Az ebből fakadó többletterhelés felnagyítja az ágazatban amúgy is jelen levő biológiai, kémiai, pszichológiai stb. kockázatokat.

Az egyre nagyobb túlterhelés sokakat még inkább ösztönöz a szakma elhagyására vagy a külföldre távozásra. Mindebből viszont az is adódik, hogy a hiányzó munkaerő biztosításának túlmunkával történő megoldása a hiányszakmák esetén *hosszú távon nem járható út*. A szükséges munkaerő biztosítására az egyedüli tartós megoldás az új felvételek, új munkaerő bevonása lenne, ösztönzőbb bérezési és munkafeltételeken keresztül. Feltehető, hogy megfelelő intézkedésekkel a pályaelhagyók vagy inaktív

egy részét is ösztönözni lehetne az ágazatba való visszatérésre. Ugyanakkor azok száma, akik egészségügyi szakképzettséggel rendelkeznek a szakdolgozói kamara nyilvántartása szerint 243 000 fő, de csak 106 000 fő akik a működési nyilvántartásban is szerepelnek, tehát állami vagy magán egészségügyi intézményben munkát vállalnak. Megfelelő intézkedések mellett feltehetően az inaktívak közül lennének akik visszajönnének az ágazatba dolgozni.

Értékelve a kialakult helyzetet a következő javaslatokat fogalmaztuk meg a dolgozók bérhelyzetének javítására:

Javaslataink 2018-ban:

1. A Független Egészségügyi Szakszervezet szükségesnek tartja hogy jelentős béremelés valósuljon meg ,melyhez bértábla javaslatokat készített a – dolgozókra vonatkozóan, amely a szakdolgozók esetén szakmai gyakorlattól, képzettségi szinttől függő 35 -60 % 60 000-100 000Ft közötti béremelés biztosít. /1. melléklet/Javasolja ,hogy 2019-ben január 1-től és 2020. január 1-től további legalább 15 %-os béremelésben részesüljön minden egészségügyi dolgozó a 2018. évben megemelt bérének alapul vételével. /Ebbe beleértendő a minimálbér, illetve a szakmai bérminimum miatti emelés./
2. A szakdolgozói bértábla hatálya kerüljön kiterjesztésre minden közfinanszírozott egészségügyi dolgozóra **függetlenül attól, hogy közalkalmazotti vagy munkaviszony keretében látja el a feladatát, és hogy a gyógyító feladat ellátására egészségügyi vagy szociális intézményben kerül sor.** /Szakorvosok, illetve mindazon felsőfokú végzettségű szakember kivételével, akikre jelenleg önálló bértábla vonatkozik./
3. A szakorvosokra és az egyéb diplomás szakemberekre vonatkozó bértáblák hatálya minden, az egészségügyben munkaviszonyban, vagy közalkalmazotti viszonyban levő, közfinanszírozott egészségügyi dolgozóra terjedjen ki /pl. iskolaorvosok, iskolai fogorvosok, iskolapszichológusok, stb./.
4. Az egészségügyben dolgozók /gazdasági, műszaki területen munkavállalók és közalkalmazottak/ a mellékelt 2. tábla szerinti béremelésben részesüljenek.
5. A bértáblákban foglaltak felett 5 %-os dolgozói bértömeggel arányos béremelési keret biztosítását javasoljuk a munkáltatók számára, amely az adott munkáltatónál tagsággal rendelkező szakszervezetek bevonásával kerüljön kiosztásra a kiemelkedő munkát végző, az átlagosnál nagyobb terheket viselő, illetve a több szakirányú végzettséggel rendelkező dolgozók között.
6. A keret felosztásánál mind az egészségügyi, mind az egészségügyben dolgozókat figyelembe kell venni.
7. Kérjük a 356/2008./XII.31. Kormányrendelet módosítását, úgy hogy a rendelet 16 §. felsorolt hosszú ideje változatlan pótlékok/ diagnosztikai, sürgősségi , asszisztensi, traumatológiai, intenzív terápiás, infektológiai, pszichiátriai, rezidensi vagy ápolási illetménypótlék 100 %-os mértékben /2-szeresére/ nőjenek a rendeletben jelenleg megfogalmazott mértékekhez képest.
- .
8. Kérjük az egyes pótlékok hatókörének kiterjesztését is a rendelkezésben foglalt csoportokon kívüli egyes csoportokra is, így a sürgősségi pótlék kiterjesztése a sürgősségi betegellátásban dolgozó orvosokra, szakdolgozókra, az infektológiai pótlék kiterjesztése a beteghordókra, és a fertőtlenítésben dolgozókra, a higiénikusokra.
9. A dolgozók számára munkaruhát és annak tisztítását biztosítsák a munkaadók.
10. A követelést megfogalmazó szakszervezetek bevonása a dolgozók élet- és munkakörülményeit befolyásoló intézkedések, jogszabályok kidolgozásába.
11. A korrekciós intézkedések hatásának fenntartása úgy, hogy az egészségügyi és az egészségügyben dolgozók minden évben a 2020. évet követően legalább a szakmai minimálbér növekedésének ütemében kapjanak béremelést a jogszabályban garantált módon.

12. A javasolt emelések alpbéremelések legyenek, melyekkel arányosan nőjenek az alpbér mértékéhez igazított pótlékok, túlórapótlék, ügyeleti pótlékok, műszakpótlékok, vezetői pótlékok, a több szakképesítéshez kapcsolódó pótlékok. A speciális munkafeltételekhez kapcsolódó, 356/2008./XII.31. a rendelet 16 §.-ban felsorolt pótlékok, a 7. pontban rögzített megemelés után biztosítani kell, hogy azok a béremelések ütemében folyamatosan nőjenek, ne veszítsék el súlyukat a keresetekben.
13. A béremeléseknek valós többlet jövedelmet kell jelenteniük, nem járhatnak együtt az eddig más címen nyújtott kereseti elemek - munkáltatói döntésen alapuló kereset kiegészítés, vezetői pótlék vagy helyettesítési díj - bérkompenzáció elvonásával vagy csökkentésével.
14. Az orvosok és más felsőfokú végzettségű dolgozók bérezési tábláját az új bértáblához kell igazítani.

Budapest, 2018, szeptember

Dr Soós Adriaanna