



Szakmai elemzés a magyar egészségügynek az Európai Unióban  
elfoglalt helyéről és szakszervezet által az Unió felé támasztott  
elvárásokról

A Munkástanácsok Országos Szövetsége megbízása alapján  
Készítette a Független Egészségügyi Szakszervezet  
2019

## A magyar egészségügyi és szociális ellátás helyzete az Európai Unióban és mit várunk az Uniótól a magyar humán egészségügyi ellátás terén helyzetének javítása terén

### Az egészségügy helyzete az Unióban és azon belül Magyarországon

#### Demográfia

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 igénybevételét, a szolgáltatás iránti keresletet legnagyobb mértékben a demográfiai folyamatok határozzák meg.

Magyarország becsült lélekszáma 2018. január 1-én 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						
Elveszületés / 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

December 31.

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

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.

A lakosság elöregedése 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.

Az Európai Unió rendszeresen értékeli az Unióban élő emberek helyzetét nagyrészt a tagállamok jelentéseire alapozva. A lakosság egészségi állapota tükrözi azokat az erőfeszítéseket, amit a tagállamok a betegségek megelőzéséért és azt is, amit a beteg emberek gyógyításáért tesznek. Összességében a megelőzés lenne a hatékonyabb eszköz, azonban a nem elkerülhető betegségek gyógyítása szintén fontos eleme egy-egy adott ország egészségügyi állapotának. A legutóbbi 2018-évi országjelentés a magyarok egészségi állapotáról nem túl jó képet fest.

### *Várható életkor és életmód*

Az Európai Unió polgárainak születéskor várható életkora 81 év, addig Magyarországon csaknem 5 évvel rövidebb 76,2 év, bár az elmúlt évtizedben itt is jelentősen javultak az életkilátások, de még mindig sokat kell tenni a további javítás érdekében. Míg a férfiak 72,6, addig a nők mintegy 7 évvel hosszabb várható életre számíthatnak. Különösen nagyok az iskolázottsági szint szerinti különbségek. Minél magasabb az iskolai végzettsége valakinek annál hosszabb várható életre számíthat. Ez összefügg a jobb egészségtudatossággal, életmóddal, de azzal is, hogy az alacsonyabb képzettség alacsonyabb jövedelmeket is eredményezhet, kevesebb jut az egészséges ételekre és az orvosi ellátásra is, de az alacsonyabb iskolázottsági körben inkább elterjedtek az egészséget romboló dohányzás, túlzott italozás.

A rosszabb életkilátások kb. fele írható a lakosság életmódjára, fele a rosszabb színvonalú egészségügyi ellátás rovására.

A dohányzás és alkohol mellett a magyarok között több az elhízott, mint sok más európai országban, túlzott a zsiradékok és a cukor fogyasztás, mozgásszegény az életmód.

Az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelnek a halálozások feléért Magyarországon. Négy felnőttből több mint egy dohányzott napi szinten 2014-ben, ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. A felnőttkori elhízás is a legmagasabbak között van az EU egészéhez viszonyítva: 2017-ben öt felnőttből egy volt elhízott, ez az arány pedig folyamatosan növekedett az elmúlt évtizedben. A várható élettartam 2000 óta tartó növekedéséhez főként a szív- és érrendszeri betegségek, különösen a stroke okozta mortalitás csökkenés vezetett (3. ábra). Mindazonáltal 2016-ban továbbra is a keringési rendszer betegsége volt messze a legmagasabban vezető halálok, és a szív- és érrendszeri betegségekre visszavezethető elhalálozások sokkal gyakoribbak voltak Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Noha az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás az egész EU-ban több mint 40%-kal esett vissza 2000 és 2016 között, ez a csökkenés jóval mérsékeltebb volt Magyarországon, ahol a mortalitás mindössze 12%-kal lett alacsonyabb. Az agyi érkatasztrófiával összefüggő halálozás gyorsabb ütemben csökkent ugyanezen időszakban, de így is lényegesen meghaladja az uniós átlagot. Szembetűnő vonás, hogy Magyarországon volt a legmagasabb a rák okozta mortalitás 2016-ban; a rákkal összefüggő halálozások leggyakoribb okai pedig a tüdőrák, a vastagbélrák, a májdaganat és az emlőrák voltak, ami részben a szűrési és népegészségügyi programokba történő investálás alacsony fokáról tanúskodik/ EU országjelentés 2019/

Komoly gondot okoz nemcsak az alacsonyabb várható életmód, hanem az egészségben várható életmód alacsony szintje is, ami leginkább életmódbeli okokra vezethető vissza.

Az alacsonyabb várható életmódban az egészségügyi ellátás is fontos szerepet játszik. Nem elég kiterjedtek a szűrővizsgálatok, és az ezekkel kapcsolatos felvilágosítás is gyenge, kevesebben mennek el a vizsgálatokra még a lehetségeshez képest is.

## *Az egészségügyi ellátás személyi feltételei Magyarországon*

Egészségügyi tevékenység Magyarországon kizárólag egészségügyi szakképesítés birtokában végezhető. Minden egészségügyi szakképesítés megszerzéséhez kapcsolódó bemeneti, képzési és vizsgakövetelmény jogszabályok által szabályozott, mint ahogy az is, hogy az egészségügyi szakképesítéseket az oklevél vagy bizonyítvány megszerzését – vagy Magyarországon történő honosítását, elismerését – követően egységes nyilvántartásba kell venni.

Ez az egységes és zárt nyilvántartás az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartása, melynek célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása.

A nyilvántartás személy alapú, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozónak függetlenül a szakképesítései számától – alapnyilvántartási típusonként – egy nyilvántartási száma (alap- és működési nyilvántartási szám) és egy továbbképzési ciklusa van.

Az alapnyilvántartás teljes rálátást biztosít arra, hogy hány fő és milyen egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik, valamint tájékoztatást nyújt arról is, hogy közülük hányan rendelkeznek külföldön szerzett és Magyarországon egészségügyi szakképesítésként honosított vagy elismert szakképesítéssel. A kimutatott létszámot növelik az első egészségügyi szakképesítést szerzők, illetve csökkentik az elhalálózásra vonatkozó bejegyzések számai.

### *Létszámra vonatkozó adatok*

A 2018-ban összesen 331 352 fő alapnyilvántartásban szereplő közül az aktívak jelentik azt a potenciális személyi kört, akik az egészségügyi ellátórendszerben egészségügyi tevékenységet végző személyként megjelenhetnek.

Tárgyév december 31. napján az alapnyilvántartásban szereplő személyek számát az alábbi táblázat mutatja.

Szakma	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Orvos	48 355	49 609	51 699	52 951	54 334	55 806	55 603	56 540
Fogorvos	7 769	8 101	8 403	8 754	9 126	9 514	9 780	10 148
Gyógyszerész	11 422	11 788	12 047	12 302	12 593	12 956	12 799	13 044

Klinikai végzettségű egészségügyi dolgozó

1 272 1 477 1 587 1 696 1 812 1 818 2 028 2 035

Egészségügyi szakdolgozó

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

199 952 206 960 214 890 223 272 231 968 237 874 243 770 249 585

Forrás: ÁEEK-EFF alapnyilvántartás

Az alapnyilvántartásba 2018-ban felvett személyek száma a megelőző hét év átlagához viszonyítva az orvosok esetében 19,3%-os mértékben, a fogorvosok esetében 26,9%-os mértékben, a gyógyszerészek esetében 13,6 %-os mértékben emelkedett, míg az egészségügyi szakdolgozók esetében 3,6%-os mértékben csökkenés figyelhető meg.

Külön kiemelés igényel az alapnyilvántartásban szereplő ápolók száma, akik csaknem 80 000 fővel szerepelnek a nyilvántartásban, akiknél az alapnyilvántartásba belépők száma, bár az utóbbi 2 évben kissé nőtt, azonban a 2011-ben belépőknek csak a  $\frac{3}{4}$ -ét éri el.

Az alapnyilvántartásban szereplők csak a képzettséggel rendelkezők számát mutatja, azonban csak az érvényes működési ciklussal rendelkező személyeket tekintjük a tényleges egészségügyi dolgozóknak.

Egy működési nyilvántartási ciklus főszabály szerint öt évig tart, az egészségügyi dolgozóknak pedig ezen időszak alatt kell összegyűjteniük a megújításhoz szükséges megfelelő számú elméleti és gyakorlati pontot továbbképzések útján.

2018. december 31. napján érvényes működési nyilvántartási ciklussal rendelkező személyek száma:

#### Szakma

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Orvos	29 462	30 529	31 454	32 801	30 085	31 515	32 543	33 078
Fogorvos	5 226	5 580	5 892	6 206	5 769	6 083	6 589	6 870
Gyógyszerész	6 976	7 193	7 544	7 598	6 962	7 353	7 557	7 842

#### Klinikai végzettségű egészségügyi

dolgozó	803	872	979	998	1 057	1 084	1 191	1 275
---------	-----	-----	-----	-----	-------	-------	-------	-------

#### Egészségügyi

szakdolgozó	93 961	93 997	97 165	97 372	96 249	101 629	106 318	107 784
-------------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------

Forrás: ÁEEK-EFF működési nyilvántartás

Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok és szakdolgozók egymáshoz viszonyított aránya szerint az országos átlagot tekintve egy orvosra 3,27 fő szakdolgozó, míg egy szakdolgozóra átlagosan 0,31 fő orvos jut.

Az alapnyilvántartásban szereplők és a működési nyilvántartással rendelkezők összevetéséből látszik, hogy sokkal szélesebb azoknak a köre, akik egészségügyi szakképesítéssel rendelkeznek, mint ahányan ténylegesen gyakorolják azt.

Különösen nagy ez a különbség a szakdolgozók esetén. Míg a képzett orvosok, fogorvosok csaknem 60%-a a működési nyilvántartásban is szerepel, tehát nagy eséllyel gyakorolja is a szakmát, a szakdolgozók esetén ez az arány csak 43%. Az okok részben a szakdolgozók esetén jellemző korai nyugdíjba vonulás, a nagyobb arányú szakmaelhagyás is az okok közt található.

Nem véletlen, hogy a szakdolgozók hiánya ma már nagyobb veszély, mint az orvosok hiánya, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az alapnyilvántartásba évente belépők száma is alacsony. A betegek létszámához viszonyított ápolónő arány eddig is rossz volt, és az ápolók orvosokhoz viszonyított 1:3 aránya, ami így is alacsony volt, ez várhatóan további romlással fenyeget tekintve, hogy az utóbbi években az alapnyilvántartásba kisebb létszámú ápoló kerül be, mint orvos.

Külön probléma, hogy a dolgozók életkor szerinti megoszlása is komoly aggodalomra adhat okot. Az orvosok 44%-a 55 év feletti, 10 éven belül eléri vagy már elérte a nyugdíjkorhatárt. Hasonló a helyzet a szakdolgozónál azzal a különbséggel, hogy többségük-eltérően az orvosoktól a szakdolgozók korábban mennek el nyugdíjba-többségük él az 40+ nyugdíjba vonulás lehetőségével.

Magyarországon mintegy 81 000 egészségügyi szakdolgozó, közülük mintegy 46 500 ápoló dolgozik Magyar Szakdolgozói Kamara adatai szerint, ebből mintegy 10%-ot tesznek ki a diplomás ápolók. Az aktív ápolók lakosságárányos száma az Eurostat adatai alapján az Uniós medián alatt marad. Mivel pedig a magyarok egészségi állapota kedvezőtlenebb az átlagosnál, az optimális létszám is valószínűleg 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 utánpótlás megoldatlannak tűnik jelenleg. Ezért a fiatalok, vagy a felnőtt szakképzetlen munkavállalók számára kell jobban bemutatni a szakmák értékeit, de javítani kell a pálya vonzerejét is különböző intézkedésekkel.



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.

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 őrájuk hárulnak 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 bérszintkülönbségek miatt a legfejlettebb EU-tagállamok könnyebben pótolják a hiányt munkaerőimport révén.

Ezzel szemben az alacsonyabb béreket nyújtó országokban a hiányt jobb híján a meglevő dolgozók többletmunkája útján próbálják orvosolni, ami munkabiztonsági kockázatokat és fokozott pszicho-szociális terhelést eredményez.

A Független Egészségügyi Szakszervezetnek a pályázatot megalapozó 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.

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 inaktívak 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.

*10 000 lakosra jutó egészségügyi dolgozók száma 2018. évben megyénként*

### **Megye Népeesség**

	<b>Népeesség</b>	<b>Orvosok száma összesen</b>	<b>10000 lakosra jutó orvosok száma</b>
Bács-Kiskun	505602	1316	26,03
Baranya	363721	1768	48,61
Békés	338025	834	24,67
Borsod-A-Z	648216	1554	23,97
Budapest	1749734	9685	55,35
Csongrád	400238	2136	53,37
Fejér	416691	996	23,90
Győr-Moson-Sopron	461518	1210	26,22

Hajdú-Bihar	530464	2570	48,45
Heves	295792	699	23,63
Jász-Nagykun-Szolnok	371271	740	19,93
Komárom-Esztergom	297454	674	22,66
Nógrád	190937	348	18,23
Pest	1261864	3228	25,58
Somogy	303802	803	26,43
Szabolcs-Szatmár-Bereg	558361	1295	23,19
Tolna	219317	467	21,29
Vas	253305	730	28,82
Veszprém	341425	861	25,22
Zala	270634	771	28,49

Az orvosok létszáma igen nagy eltérést mutat megyénként és igen szoros az összefüggés a képzés helye és az orvosok száma között. Azokban a megyékben, ahol van orvosképzés, sokkal nagyobb az orvosok száma és 10 000 lakosra jutó száma.

#### *Az egészségügyben dolgozók uniós összehasonlításban*

Az orvosok és ápolók száma Magyarországon elmarad az uniós átlagtól. Az uniós átlaghoz képest Magyarországon kevesebb az orvos (1 000 lakosra 3,3 a 3,6-hoz viszonyítva) és kevesebb az ápoló (6,5 a 8,5-höz viszonyítva).

A munkaerőhiányt súlyosbítja az egészségügyi munkaerő előregedése és sok orvos (különösen szakorvosok) kivándorlása, amely az ország 2004-es uniós csatlakozását követően felgyorsult. 2010 és 2016 között csaknem 5 500 orvos hagyta el az országot, hogy egy másik uniós országban vagy harmadik országban dolgozzon (OECD, 2019). Az ápolók kivándorlása is jelentős volt az elmúlt években. A magyar kormány erre válaszul megemelte az egészségügyi szakemberek bérét, ideértve a mentőtisztek példátlan, 19,4%-os béremelését 2018. májusában.

Ennek eredményeként az egészségügyi szakemberek kiáramlása lelassult az elmúlt években, noha aktuális átlagbérük még mindig alacsony a legtöbb uniós országhoz képest, de alacsony a többi ágazathoz képest, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a keresetek igen kedvezőtlen munkafeltételekhez és igen jelentős túlmunkához kötődnek. Az egészségügyi dolgozók többsége, különösen a fekvő beteg ellátó intézményekben, igen sok többlet munkát végez, átlagosan 30-80%-kal többet dolgozik a törvényes munkaidőnél vagy a saját intézményénél rendkívüli munkában és ügyeletben vagy második, harmadik állást vállal másik állami vagy magán szolgáltatónál.

Az egészségügyi munkaerő hiánya komoly probléma Magyarországon, nemcsak az orvosok lakossághoz viszonyított aránya alacsonyabb, mint az uniós átlag, hanem az egészségügyi munkaerő még egyenlőtlenül is oszlik meg az országon belül. A Közép-Magyarországon az egy főre jutó orvosok száma majdnem a kétszerese az Észak-Magyarországiéinak, miközben az egyes régiókon belül is a munkaerőhiány a vidéki térségekre összpontosul. Nógrád megyében gyakorlatilag minden szakorvosból hiány van, és általában is jellemző számos szakterületen az állások betöltésének nehézsége. Traumatológia, intenzív ellátás, onkológia, belgyógyászat. A hiány csökkentése érdekében és a nagyszámú idősebb korú munkavállaló várható pótlási igénye miatt érzékelhető nagyságú rezidens ösztöndíjakat vezettek be a frissen végzett orvosok itthon tartása, illetve a hiányszakmák csökkentése érdekében, azonban, hogy a végzetek meg is maradjanak ezeken a területeken nagyobb differenciálásra is szükség lehet annak arányában, ahogyan egyik vagy másik szakterület nagyobb erőfeszítéseket igényel. Gondot okoz, hogy az egészségügyben igen magas a női foglalkoztatás aránya. A nemek ilyen egyensúlytalansága még csak fokozza a munkaerőgondokat. Míg az orvosoknál a területi különbségek igen jelentősek, a szakdolgozók esetén területenként kiegyensúlyozottabb a helyzet, nincs olyan nagy különbség.

Ugyanakkor a szakdolgozók körében sokkal nagyobb azok aránya, akiknek meg van ugyan az egészségügyi képzettsége, de nem gyakorolja a szakmát nagy valószínűséggel a munkakörülmények és az alacsony keresetek miatt. Összevetve a folyamatos műszakrenddel a nagyobb kockázatokkal a női foglalkoztatás ilyen magas aránya komoly nehézséget okoz a munkaerőutánpótlás biztosításában is. Ezt tükrözi a tartósan betöltetlen háziiorvosi praxisok száma is, amelyek a szegényebb megyékben koncentrálnak.

Különösen nehéz a vidéki praxisok betöltése, mivel a fiatal orvosok nagyobb része azokon a településeken maradna, ahol az egyetemet elvégezte.

Éppen ezért a Magyar Falu Program részeként új szolgálati lakásokat építenek vagy újítanak fel a házi orvosok számára az olyan kistelepüléseken, ahol az álláshely már jó ideje betöltetlen. A projekt célja, hogy a praxisokat vonzóbbá tegye a fiatal szakemberek számára.

Az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének áttekintését nehezíti a hálapénz rendszere, amely az orvosok szűk körét magas jövedelmekhez juttatja, míg a szélesebb és főként fiatalabb orvosok elutasítják a jövedelemszerzésnek ezt a módját, legális úton szeretnének több jövedelemhez jutni.

Komoly személyi feszültségek is jellemzőek az egészségügyi intézményeknél.

Az egészségügy Magyarországon igen erős tekintélyuralmi rendszeren alapul, amely meg lehet valamikor a betegek ellátása érdekében jött létre, de ma már inkább akadályát képezi a hatékony gyógyításnak. Az erős alá-fölé rendeltségi viszonyok ugyanis nehezítik az integráltabb megközelítésű gyógyítást, a több szereplős és több szakirányt integráló gyógyító teamek kialakítását, a különböző szinten felkészült szakemberek közti ésszerű munkamegosztás kialakítását is. A szakorvosképzés eredményeként nagyon speciális tudású szakembergárda van Magyarországon, de sok szakorvos tudása nem tud megfelelően érvényesülni.

Az orvosok megoszlása régióként is egyenlőtlen, ami további gátat jelent az ellátás igénybevételekor, különösen azon lakosok számára, akik már így is hátrányos helyzetűek és a szegényebb vidéki térségekben élnek. Magyarországon a szakemberek száma a lakosság arányában kevesebb, mint legtöbb európai országban. Mind emellett szervezeti, strukturális problémák is jelentősek.

Arányaiban túl magas a kórházi ellátás aránya a háziorvosi vagy szakrendelői ellátáshoz képest, a műszerezettség, az anyagihiány is jelentős. A fekvőbetegellátás, bár volt kapacitásszűkítés e téren, még most is arányaiban a legnagyobb erőforrás felhasználója az egészségügyi ellátásnak uniós összehasonlításban is.

Ennek részben a lakosság alacsonyabb tájékozottsága is az oka, amely többre tartja a helyben történő gyógyítást a magas színvonalú gyógyításnál. Magas a kórházi fertőzések aránya, fejletlen az infrastruktúra főként a fővárosban, ahol csak igen szűk körben lehetett uniós forrásokat felhasználni. Szétagolt az ellátórendszer és a szűk erőforrások sincsenek elég hatékonyan felhasználva. Hosszúak a várakozási idők a szűk kapacitások és a szervezetlenség, valamint az integráció hiánya miatt. Pozitív az elektronikus egészségügyi tér bevezetése és folyamatos kiterjesztése, mely integráltabb gyógyítást és az erőforrások hatékonyabb felhasználását teszi lehetővé. Mind emellett a magyar egészségügy az uniós források egyik legnagyobb haszonélvezője volt az elmúlt években.

#### *Az egészségügyi rendszer finanszírozása*

A magyar kormány az elmúlt években növelte ugyan az egészségügyi kiadásokat, de a nemzeti jövedelem elmúlt években tapasztalható növekedése nagyobb ütemet tett volna lehetővé, az elmaradások ledolgozása pedig szükségessé. A GDP arányos egészségügyi felhasználás aránya nem nőtt, sőt alacsonyabb mint 2015-ben volt. Mivel közben a bérekben való igen jelentős lemaradás csökkentése is megtörtént, így számos területen az eszközök, anyagok elmaradtak a szükségéstől, és a kórházi finanszírozási rendszer rendszerhibái miatt főként a nagyobb, a lakosság tömegeit ellátó intézmények tetemes adósságokat halmoznak fel évről évre. A kielégítetlen egészségügyi szükséglet nem számottevő, de a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás nagy anyagi megterhelést jelent. Viszonylag csekély a magyar lakosságból azok aránya, akik orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletéről számolnak be. A lakosságnak mindössze 1,0%-a mondta, hogy nem tudtak ellátást igénybe venni 2017-ben a várólisták, a költségek és az ellátástól való távolság miatt. Ráadásul a jövedelemcsoportok közötti eltérések is viszonylag mérsékeltek.

Ugyanez a felmérés ugyanakkor azt mutatta, hogy több a kielégítetlen szükséglet a kevésbé jól biztosított szolgáltatások, például a fogorvosi ellátás terén.

A zsebből fizetett nagy összegű közvetlen lakossági hozzájárulás is komoly problémát okoz Magyarországon.

Noha kevés magyar említette, hogy anyagi okból nem vett igénybe egészségügyi ellátást, a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás sokak számára okoz pénzügyi nehézséget. A közvetlen lakossági hozzájárulások az egészségügyi kiadások több mint negyedét (27%) tették ki Magyarországon, amely az egyik legnagyobb hányad az EU-ban, és majdnem a duplája az uniós átlagnak./EU elemzés/. A magyar háztartások közel 12%-ának kellett katasztrofális egészségügyi kiadásokkal szembesülnie 2015-ben, amely az egyik legmagasabb arány azon uniós országok körében, amelyek tekintetében rendelkezésre állnak adatok. A közvetlen lakossági hozzájárulás legnagyobb mértékben a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozókat sújtotta. A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás az uniós átlag majdnem kétszeresét teszi ki.

A magyar egészségügyi rendszer volt az egészségügynek szentelt uniós alapok legnagyobb kedvezményezettje. Magyarország tekintélyes támogatást kapott egészségügyi rendszerének korszerűsítésére az EU strukturális és beruházási (ESB-) alapjaiból. A 2014–2020 közötti időszakban Magyarország 483 millió EUR támogatást kap, amely az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése (253 millió EUR), az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása (215 millió EUR) és az e-egészségügyi fejlesztések (15 millió EUR) között oszlik meg.

Magyarország a korábbi, 2007 és 2013 közötti időszakban is részesült az ESB-alapok finanszírozásából (1 336 millió EUR), amikor az ország volt az ESB-alapok legnagyobb kedvezményezettje. Összességében az ESB-alapok az összes egészségügyi kiadás 2,4%-át fedezik Magyarországon (Európai Bizottság, 2016).

A magyar kormány a 2014-2020-ig tartó stratégiájában megfogalmazta azokat a célokat, amelyeket 2020-ig, 2022-ig tervezett elérni a lakosság egészségi állapotának elérésében, melyek a következők:

Ösztönözzük az egészség fejlesztésében, az egészséges életmód választásában és ha szükséges, a gyógyításában, valamint a gyógyulásában a felelős és együttműködő állampolgári részvételt.

- Biztosítjuk az egészséggel kapcsolatos széles körű ismeretek és készségek elsajátítását.
- Célkitűzésünk a betegek időben és megfelelő helyen történő minőségi ellátása.
- A jövőkép eléréséhez megfogalmaztuk a következő időszak általános ágazati célkitűzéseit, melyek tükrözik az ágazat hatékonyságának növekedését:
- a születéskor várható, egészségben eltöltött életevek növelése 2 évvel 2020-ra (EU átlag elérése 2022-re),
- a születéskor várható élettartamot nők esetében 78,3 évről 80 évre és férfiak esetében 70,3 évről 72 évre emeljük,
- 10%-kal csökkentjük a standardizált halálozási arány (per 100 000 lakos) mértékét,
- a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékét növeljük,
- elősegítjük az egészségtudatos magatartást, ösztönözzük az egyéni felelősségvállalást,
- a területi egészség-egyenlőtlenségeket, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkentjük.

A stratégiában megfogalmazódtak azok a konkrét célok és megoldások is, melyek az általános célkitűzések elérését szolgálják, akár a prioritások akár a finanszírozás növelése terén teendők. Sajnos ezek a célok a valóságban csak lassan valósulnak meg.

Mivel az ország az Európai Unió része, ezért az egészségügy terén is tapasztalhatók az ebből adódó pozitív és negatív következmények.



Kedvezőnek mondható, hogy a korszerű orvosi eljárások, eszközök, és gyógyszerek a hazai gyógyításban is megjelennek, bár az erőforrások relatív szűkössége miatt az indokoltnál kisebb arányban kerülnek alkalmazásra. Az egészségügy nemzeti hatáskörbe utalt, azonban a munkaerő igen intenzív nemzetközi mozgása miatt a munkaerőáramlás a szűkösebb anyagi feltételekkel rendelkező országokból jelentős mértékben áramlik a gazdagabb országok felé.

Az elmúlt 7 évben 5 500 orvos ment külföldre dolgozni és bár a kivándorlás üteme csökkent, még mindig folytatódik különösen a fiatal és középkorú orvosok körében, ami súlyos veszteség. Magyarországra való beáramlás ebben a körben kicsi, az utánpótlás szempontjából elsősorban a saját képzésünkre támaszkodhatunk.

Az elvándorlás nem tipikusan magyar jelenség, hiszen az egészségügyi szakemberek a világ minden táján szűkében vannak, amely a következő tényezőkre vezethető vissza: A jövedelmekben meglévő különbségek, a munkaidő hossza, a munkakörülmények.

Az amerikai orvosok jövedelme a legmagasabb a világon, de nagyon sokba kerül a képzésük is.

A Medscape 7 ország: USA, UK, Franciaország, Németország, Spanyolország, Mexikó, Brazília orvosainak jövedelmét, kiadásait, képzési költségeit hasonlította össze.

Az összehasonlításból az derül ki, hogy az Egyesült Államokban dolgozók kétszer annyit keresnek, mint a rangsorban utánuk következő német orvosok és 14-szeres annyit, mint a legrosszabban fizetett mexikóiak.

Az International Physician Compensation Report 2019 kiadványban a vizsgált országok orvosainak éves jövedelme (fizetések és bónuszok, adózás előtt) USD-re átszámítva: USA 313.000, Németország 163.000, UK 138.000, Franciaország. 108.000, Spanyolország. 63.000, Brazília 58.000, Mexikó 22.000.

Viszont a hivatás elsajátításának költségei is lényegesen eltérőek: az USA-ban évi 35.000, az UK-ban 11.000, Franciaországban 800, Németországban 600 dollár, míg Mexikóban és Brazíliában nem kell tandíjat fizetni. Ezek az összegek persze csak a tanulmányokra vonatkoznak, nem tartalmazzák a lakhatás, megélhetés költségeit, pl. Mexikóban egy lakás bérleti díja negyedannyi, mint az USA-ban.

Az USA-ban az orvosképzés időtartama 8 év, plusz 3-7 év a rezidencia.

Az UK-ban 5-6 év a képzés, ami a szakorvos képzés időtartamától függően akár 12 évig is eltarthat. Legrövidebb a képzési idő Mexikóban, mindössze 4-5 év, plusz 2 év internship és gyakorlat. A legtöbb európai országban az orvosképzés 6 évig tart az egyetemeken, amihez néhány év speciális szakorvosi képzés társul.

A háziiorvosi ellátásban (PC, primarycare, vagy GP, generalpractice) a férfi orvosok jövedelme nagyjából mindenütt egyformán magasabb, mint az orvosnőké: az USA-ban 25%-kal, az UK-ban 26%-kal, Németországban 20%-kal, Franciaországban 21%-kal, Brazíliában 29%-kal, Mexikóban 23%-kal haladja meg a háziiorvoslásban dolgozó orvosnők jövedelmét. A nemi különbségek a szakorvosok esetében még jelentősebbek: az Egyesült Államokban a férfi szakorvosok 372.000, a nők 280.000, az Egyesült Királyságban 149.000 vs 108.000, Németországban 172.000 vs 117.000 dollárt keresnek évente.

Ez azt jelenti, hogy a férfi szakorvosok Németországban 47%-kal, Franciaországban 42%-kal, az UK-ban 38%-kal, az USA-ban 33%-kal, Brazíliában 32%-kal, Mexikóban 24%-kal, végül Spanyolországban 19%-kal többet keresnek, mint a szakorvosi végzettségű nő kollégáik.

Érdekes adat az is, hogy hetente hány órát töltenek betegeikkel a háziiorvosok az egyes országokban. Legtöbb időt Franciaországban vannak betegeikkel: a férfi orvosok: 45 órát, az orvosnők: 43 órát hetente. Ezt követi az USA: férfiaknál 40 óra/hét, orvosnőknél 36 óra/hét. Legkevesebb a betegeikkel töltött háziiorvosi idő az Egyesült Királyságban a férfi háziiorvosok: 33 órát, az orvosnők: 30 órát fordítanak egy hét során betegeik gyógyítására.

A kiugró franciaországi adatok oka, részben az, hogy alig van házi orvos, így egy orvosra több beteg jut. Idén sok francia kórházban a sürgősségi osztályok orvosai és nővérei azért protestálnak, hogy csökkentsék az ágyak számát, mert ellátási nehézségeik vannak.

Tehát jellemző jó néhány országban a túlterhelés, de a magyar orvosok ennél jóval többet dolgoznak a fejlettebb országokhoz képest alacsonyabb jövedelmekért.

A betegek ellátása mellett a papírmunka is elég sok: Németországban az orvosok 59%-a, az UK-ban 57%-a, az USA-ban 56%-a, Franciaországban 52%-a, Spanyolországban 50%-a, Brazíliában 44%-a, Mexikóban 42%-a tölt el heti 10-24 órát az adminisztrációval. A magyar orvosok is sokat panaszkodnak a túlzott adminisztrációra.

A felmérésben arra is rákérdeztek, mennyire elégedettek az orvosok saját jövedelmükkel. Az USA-ban a férfiak 53%-a, az orvosnők 56%-a elégedett a jövedelmével, Németországban ezek az arányok 45% és 44%, az UK-ban 33% és 41%, Franciaországban 26% és 26%, Brazíliában 35% és 40%, Mexikóban 26% és 26%, végül Spanyolországban 16% és 13%. Ebben nincs semmi különös, hiszen a legmagasabb jövedelműek vannak leginkább megelégedve, míg a legkevesebbet keresők a legkevésbé.

Természetesen minden országban vannak különbségek a házi orvosok és a szakorvosok megelégedettségének mértékében.

Munkakörülményeikkel már sokkal elégedettebbek a megkérdezett orvosok. Nagyon elégedett, illetve elégedett Németországban az orvosok 93%, az USA-ban 91%-a, Mexikóban 89%-a, az UK-ban 84%-a, Brazíliában 80%-a, Spanyolországban 73%-a, végül Franciaországban az orvosok mindössze 71%-a. Sajnos a magyar orvosokról nem mondható el, hogy elégedettek volnának a munkakörülményeikkel.

Az USA orvosainak 14%-a, az UK orvosainak 8%-a tartja hivatása legnagyobb kihívásának a hosszú munkaidőt, míg a francia, spanyol, brazil és mexikói orvosok 25-36%-a tartja a sok munkát nagy próbatételnek. A szabályok betartása Németországban és Franciaországban jelent nehézséget, míg Brazíliában és Mexikóban kevesebb gondot okoz. Az orvosok többsége (az USA-ban és Németországban 77%, az Egyesült Királyságban 61%) újra az orvosi pályát választaná. A magyar orvosok többsége tartja a túl sok munkát nagy próbatételnek.

Források:

1. Frellick M. US physicians highest paid globally, but spend most for training. Medscape Medical News. September 18, 2019.

A magyar egészségügyi dolgozók béréről, keresetéről eléggé eltérő információk látnak napvilágot. Az állami ellátó rendszerben dolgozók alapbérét a bértáblák határozzák meg, melyek alkalmazása kötelező. Ezek a képzettséget és a munkában töltött veszik alapul, azonban az igen magas többletmunkára, a keresetek egy részét a többletmunkáért kapott pótlékok teszik ki. A KSH adatai szerint az egészségügyi dolgozók átlagkeresete az utóbbi években már magasabb lett, így csaknem eléri a költségvetésben dolgozók átlagos kereseteit. Azonban, ha figyelembe vesszük, hogy az egészségügyben minden szféránál magasabb törvény szerint is lehetséges túlórák aránya, akkor elmondható, hogy a legális 1 órára keresetek az egyik legalacsonyabbak a nemzetgazdaságban. Különösen igaz ez a szakdolgozókra vonatkozóan, akik a hálapénzből is alig részesülnek. Nem véletlen, hogy ez a kör az, ahol a képzettek és a ténylegesen az ágazatban dolgozók száma között ilyen jelentős a különbség.

Más felmérések pl. az ÁEEK által közzétett adatok kedvezőbb képet festenek az itt dolgozók jövedelmeiről, azonban ezeket a számokat a KSH hivatalos statisztikái nem támasztják alá. Az ágazatban tapasztalható nagyfokú elégedetlenség azt támasztja alá, hogy a keresetek nincsenek arányban az ágazatban végzett munkához kapcsolódó hosszú képzési idővel, az emberi életekért vállalt felelősséggel, a nagy munkaterheléssel és az ágazatban tapasztalható még mindig jelentős biológiai fizikai, kémiai kockázatokkal és a pszichés terheléssel.

## *A Független Egészségügyi Szakszervezet elvárásai az Európai Unióval szemben*

2019. május 26-án lezajlottak európai parlamenti választások, melynek nyomán magyar képviselők is megválasztásra kerültek. Szerne Európában szintén megválasztották a képviselőket, akik hamarosan megkezdik a munkájukat. A pártok programokkal készülnek erre, ismertetik mit fognak képviselni megválasztásuk esetén az újja alakuló Európa Parlamentben. Szeretnénk, ha ezekben a programokban megjelenne, hogy az egészségügyi ellátások terén elmaradottabb országok, mint pl. Magyarország lakosainak életkilátásai is felzárkózzanak a fejlettebb európai régiók lakosainak várható életkorához. Fontos lenne uniós szinten is összefogni a tagállamoknak az ágazatot különösen sújtó munkaerőhiány csökkentésére, és a képzett egészségügyi munkaerő eláramlásának megelőzésére.

Jelenleg az átlaghoz képest 6 év, a legfejlettebb uniós országhoz képest 10 év a lemaradásunk a várható életkor tekintetében. Másrészt a munkaerőhiány az ágazatban nemcsak magyar jelenség, hiszen a szolgáltatás iránti kereslet a lakosság öregedésével összefüggésben nő, az egészségügyben a szociális ágazatban dolgozni erőt próbáló, sok lemondást igénylő nagy felelősséggel járó munka, amit jobban meg kell fizetni. Az európai politikák között ez nemzeti hatáskörbe tartozik, de ez nem gátolja a fejlettebb országokat abban, hogy ne csak a saját képzéssel teremtsék meg a szükséges utánpótlást, hanem elcsábítsák a kevesebb, fejletlenebb, alacsonyabb bérszintű társországok képzett munkavállalóit, ami nem éppen szolidáris hozzáállás. Szeretnénk, ha az egészségügyi és szociális ágazatban dolgozók európai összefogásával változtatni tudnánk a helyzeten, és javítanánk az életkilátások terén is a felzárkózást.

Ehhez összefoglaltuk a szerintünk szükséges javaslatokat, melyet megküldenénk a megválasztott parlamenti képviselőknek és az unióban dolgozó egészségügyi szakszervezeteknek is, hogy támogassák a törekvéseinket. Javaslatainkat eljuttatjuk a magyar Kormányhoz is, hiszen leginkább ezen az úton lehet remélni eredményeket a tárgyalások során.

Mivel a magyar munkavállalók vándorlásának fő iránya elsősorban az európai országok, és mi a közösség tagjai vagyunk elsősorban az unióval való együttműködés útján várhatjuk, hogy a magyar egészségügyi helyzet javuljon.

Ennek érdekében fogalmaztuk meg elvárásainkat az unióval való együttműködés terén.

*Szakszervezeti elvárások az Európai Unióval szemben az egészségügyi foglalkoztatás javítása érdekében*

Az Európai Unió források az eddigieknél jelentősebb részét a jövőben a fejlett és fejletlenebb országok, így a magyar egészségügy erőforrásainak fejlesztésére kell fordítani-eszközök, anyagok, a munkavállalók képzése, és bérének kiegyenlítése, megelőzés, felvilágosítás -, hogy a halálozási arányszámaink ne legyenek rosszabbak más európai országokénál.

Közös erőfeszítéseket kell tenni az orvosi kutatások, gyógyszerkutatás terén, hogy minél több kór megelőzhető vagy gyógyítható legyen.

Biztosítani kell, hogy az egészségügy és a szociális ellátásban a fejlesztési eszközöket a gazdaságilag fejlettebb központi régió egészségügyi és szociális ágazatának fejlesztésére is fel lehessen használni. A budapesti egészségügyi intézményekben nemcsak budapesti, hanem más megyékből érkezők is várnak gyógyulásra, miközben a fővárosi intézmények felszereltsége, infrastruktúrája éppen az uniós források felhasználásának korlátai miatt sok intézményben kritikán aluli. Mivel az ellátórendszer nem területi, regionális vagy megyei finanszírozású - nem függ a központi régióban keletkező erőforrásoktól, semmi nem indokolja, hogy ne részesüljön az unió forrásaiból. –

Természetesen továbbra is a hazai források felhasználásában is prioritást kell élvezzen az egészségügy és a szociális gondozás. A Magyarországon élő más EU országok polgárai is jellemzően a főváros intézményeiben gyógyíttatják magukat. Az ő részükről is elvárás a magas színvonalú egészségügyi ellátás.

Minden európai ország az ellátandó lakónépesség arányában biztosítsa az egészségügyi szakemberek ingyenes képzését, hazai vagy uniós országbeli fiatalok és felnőttek számára.

Ma az orvosok képzése a legdrágább képzési forma. Egy orvos kiképzése mintegy 16 millió Ft-ba, mintegy 50000Eur-ba kerül és a magyar diákok többsége számára ingyenes. Mint az előző elemzésből látható több olyan európai ország van-melyek közül több a magyar munkavállalók célországa- ahol nem ingyenes a képzés. Pl. Németország, Uk. Ha egy kiképzett orvos elhagyja az országot, a magyar emberek hiába fordították arra pénzüket, hogy biztosítsák a gyógyításukhoz a jövőbeni munkaerőt, nem fog teljesülni az elvárásuk. Mivel a munkaerő szabad áramlása alapjog, így annak jelentős korlátozása nem lenne célszerű, azonban nem szolidáris az, ha egyes országok mások pénzén kiképzett szakemberekhez akarnak jutni ellentételezés nélkül. Másrészt a gyógyításban fontos szerepe van a nyelvi kommunikációnak is, így fontos érdeke lehet minden országnak az is, hogy saját anyanyelvű gyógyítókat alkalmazzanak.

Mivel a képzés igen drága így el kell érni, hogy a hallgatók számára ne pénzügyi korlátok határolják be a képzéshez jutás lehetőségét, de a fejlett országok se abban lássák a megoldást, hogy elszípkázzák a szegény országok költségvetéséből kiképzett szakembereket. És akkor még csak az anyagi oldaláról beszéltünk, és nem vettük figyelembe az időtényezőt, hiszen egy szakorvos kiképzése csaknem 10 év, amit még pénzügyi ellentételezés esetén is nehéz lenne pótolni.

Kétoldalú megállapodások alapján azok az országok, amelyek haszonélvezői a munkaerő elvándorlásnak, térítsék meg azon orvosok, egészségügyi szakemberek, szociális gondozók képzésének, - beleértve a gyakorlatszerző képzés költségeit is - azoknak az országoknak, ahonnan az érintett munkavállalókat alkalmazzák /fair migration/az alkalmazott munkavállalók számának megfelelően. Az így megkapott forrásokat az egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozók javadalmazására, illetve képzésére lehessen csak fordítani.

Be kell vezetni az egészségügyi és szociális dolgozók európai minimálbérét, és életpálya modelljét, előmeneteli rendszerét a főbb munkaköri csoportokra, orvosok, ápolónők, asszisztensek, egyéb egészségügyi dolgozók. Ezzel csökkenthető volna az anyagi okokból történő munkaerő elvándorlás. Ez az ápolók szintjén legalább 1500, a szakorvosok szintjén legalább 2500 euro legyen nettó összegben heti 40 órás munkaidő esetén.

Az unión kívüli országokba történő elvándorlás esetén szankciókat kellene alkalmazni pl. tandíjvisszatérítés, amennyiben közpénzből valósult meg a képzés. Jó példa erre a rezidensek ösztöndíja, amelyik fejében vállalni kell a hazai munkavégzést.

Az európai munkaidő normatívát felül kell vizsgálni és korlátozni kell az egészségügyi dolgozók jelenleg megengedett túlmunkájának mértékét, ami a betegekre nézve is kockázatokkal jár.

A heti 40 órás munkahéten túl ne lehessen munkát végezni a betegeket ellátó munkakörökben, egyes különösen megterhelő foglalkozások esetén a heti 30 órás munkahét legyen az irányadó: intenzív ellátás, traumatológia, pszichiátria, ionizáló sugárzásnak kitett területek. A rövidebb munkaidő nagyobb vonzást fog gyakorolni azokra- a főként szakdolgozókra-, akik nagyrészt az igen magas munkaterhelés miatt hagyták el a pályát.

Szakképzési Szolidaritási Alapot kell létrehozni és ebből is támogatni kell az egészségügyi területen munkát vállalók képzését, továbbképzését és a pályaaorientációs munkát.

Meg kell állapodni az egészségügyi finanszírozás GDP arányos, illetve 1 főre jutó minimális mértékére, amelyet minden uniós országgal be kell tartatni. Mivel a lakosság mindenhol öregszik, így szerte Európában nő az igény az egészségügyi szolgáltatások iránt, ezért minden országban növelni kell az egészségügyben dolgozók számát, a diagnosztikai eszközöket és a gyógyszerkiadásokat is.



Ennek másik oka, hogy az egészségügyi szolgáltatások időigényesebbek is lettek és ez is növeli az igényt a nagyobb létszámra.

Növelni kell a szociális partnerek szerepét az ágazati bérek, foglalkoztatás befolyásolása, valamint az uniós pénzforrásokelosztása terén. A jelenlegi mechanizmusok nem biztosítják a partnerséget, sem a foglalkoztatás, bérezés, képzés, és az erőforrások elosztása terén sem.

Az unió különítsen el és nemzeti uniós szinten továbbra is biztosítson forrásokat arra, hogy a szociális partnerek a közszolgáltatások terén is megfelelő anyagi háttérrel rendelkezzenek a szakértelem biztosítására, hogy megfelelő kapacitást tudjanak biztosítani a szociális párbeszédre, a munkavállalói érdekek érvényesítésére. Különösen fontos ez a közszolgáltatások terén, ahol a kormányzati intézményfenntartás túlsúlyos, a munkavállalók pozíciója, a verseny gyenge, így az érdekek érvényesítését, a szakszervezetek működését gyakran erőfölényből korlátozzák, a szakszervezeti tagságot is rossz szemmel nézik, olykor büntetik. Így a szakszervezetek tagdíjából nem tudnak elégséges forrásokat allokálni az erős szakszervezeti érdekképviselő eszközeinek működtetésére.

Az eddigi szabályoktól eltérően legyen lehetséges az uniós forrásokat működtetésre, a bérek kiegészítésére is fordítani.

Budapest, 2019. december 16.

Dr. Soós Adrianna  
Független Egészségügyi Szakszervezet