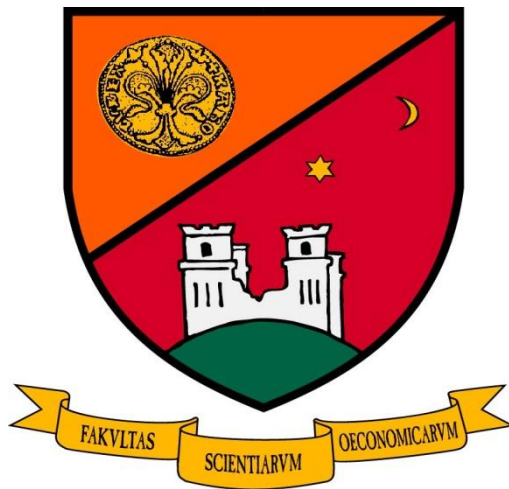


MISKOLCI EGYETEM

Gazdaságtudományi Kar



**Emberi erőforrás gazdálkodás a hazai egészségügyben,
kihívások és lehetőségek**

Dr. Tölgyesi Dávid Béla

2013

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	4
2. Elméleti háttér.....	7
2.1. Fogalmi meghatározások	7
2.2. Az emberi erőforrások menedzsmentjének modellje	10
2.3. Az emberi erőforrás menedzsment funkciói.....	13
2.4. A humán erőforrás helyzete.....	14
3. Az egészségügyi rendszer	19
3.1. Létszámadatok hazánkban	20
3.1.1. Betöltetlen állások száma Magyarországon.....	21
3.1.2. Nemek szerinti megoszlás az egészségügyben	23
3.1.3. Orvosok, fogorvosok (életkori, területi megoszlás) számának alakulása.....	24
3.1.4. Gyógyszerészek.....	25
3.1.5. Ápolók területi megoszlása, létszámadatok	25
3.2. Szükségletek és igények az egészségügyben – SWOT elemzés	27
3.3. A humán erőforrás probléma okai az egészségügyben.....	29
3.3.1. Finanszírozási gondok.....	29
3.3.2. Elvándorlás adatai	30
4. Saját kutatás.....	33
4.1. A kutatás módszere, alapja	33
4.2. A kérdőíves vizsgálat eredményének bemutatása	35
5. Várható tendenciák, lehetőségek.....	46
5.1. Várható tendenciák	46
5.2. Javaslatok az egészségügy humán erőforrás helyzetének javítására	47

5.2.1. Lehetőségek a problémamegoldásra	47
5.2.2. Intézkedések	48
6. Összefoglalás	50
Irodalomjegyzék	52
Idegen nyelvű összefoglaló	55
Ábrák, táblázatok jegyzéke	57
Melléklet	58

1. Bevezetés

Az emberi erőforrás gazdálkodás kiemelt jelentőségű az élet minden területén, így az egészségügyben is. A humán erőforrásnak a megfelelő szintű biztosítása az egészségügy hatékony és gördülékeny működésének egyik alappillére. Ez az a terület, ahol nem lehet munkaerőhiányról beszélni.

A hazai egészségügyben napjainkban folyamatosan változások zajlanak. Így van ez a humán erőforrás területén is. Mint kórházi dolgozó, naponta szembesülök a bizonytalansággal, a munkaerőpiac átalakulásával. Sokszor tapasztalom, hogy számos lehetőség kínálkozik az előrelépésre, de hazánkban sajnos nagyon ritkán. A ranglétrát végigjárva, hosszú éveket kell keményen végigdolgozni, mire elismerik az orvos, vagy más egészségügyi dolgozó munkáját.

Ezeket a szempontokat vizsgálva elemzem a hazai egészségügy humán területét. A vizsgálat során interjúkat készítek. Hazai és nemzetközi adatok felhasználásával idősoros elemzéssel bemutatom az egészségügyben történt változásokat.

A dolgozat előkészítésekor tanulmányoztam a statisztikai hivatal ezen területre vonatkozó adatait, kimutatásait. Az elméleti bevezető után ismertetem a hazai és az uniós állapotokat. Részletesen bemutatom a hazai egészségügy helyzetét, jövőképét. Munkám során többször is találkoztam olyan egészségügyi dolgozókkal, akik pályát módosítottak, vagy éppen a kudarcok, akadályok ellenére maradtak. Ezeket a beszélgetéseket interjú formájában dolgozom fel, hogy még közelebbi képet kapjak a hazai egészségügy humán erőforrásának alakulásáról.

Egyre súlyosbodó probléma hazánkban, hogy nincs elegendő, jól képzett orvos, ápoló az egészségügyi intézményekben. A folyamatos munkaerő csökkenés miatt néhány évvel ezelőtt a WHO kezdeményezésére az egészségügyi dolgozók évtizede lett az elmúlt időszak. Az Egészségügyi Világszervezet egy új egészségügyi emberi

erőforrás szövetséget kíván létrehozni, melynek feladata a nemzeti és nemzetközi erőfeszítések összehangolása lesz, ezen a létfontosságú területen. Minden egyes országnak fejlesztenie kell az egészségügyi szakemberek munkaerő tervezésére, oktatására és foglalkoztatására vonatkozó módszereit, és a válság kezelése érdekében az egészségügyi dolgozók képzését és támogatását szolgáló befektetésre van szükség. Ennek a kezdeményezésnek a hatására több humán erőforrás fejlesztésére vonatkozó stratégiát dolgoztak ki. Az utóbbi években az orvosi és ápolói pálya jelentős értékvesztésen ment keresztül: hazánkban mind az anyagi, mind az erkölcsi megbecsülés elmaradt más szakmák, hivatások elismertségétől. Az orvosi-ápolói pálya iránti érdeklődés az utóbbi években drasztikusan lecsökkent. Az alacsony bérek, az EU munkaidő-szabályai, a több műszakos munkabeosztás, ügyeletek, az erkölcsi megbecsülés hiánya mind odavezet, hogy a kvalifikáltabb dolgozók többsége más területen helyezkedik el, vagy a jobb fizetés reményében Nyugat-Európában, vagy a tengerentúlon vállal munkát.

Hipotéziseim a következők:

- Az egészségügyben az elvándorlás legfőbb oka az alacsony fizetés és a megbecsülés hiánya.
- A korábban megbecsült egészségügyi szakmák megítélése már nem jó, a megbecsülés hiánya sokszor vezet a migrációhoz.
- A folyamatos nehézségek miatt az egészségügyi dolgozók többsége nem választaná újra a jelenlegi szakmáját, többségük teljesen más szférában keresne munkát.
- Az orvosok, ápolók külföldön való munkavállalásának hátterében elsősorban anyagi megfontolások húzódnak meg.
- Többen szeretnének munkát vállalni, azonban az ügyintézés nehézségei, nyelvtudás hiánya miatt ezt nem teszik meg.
- Akik külföldön vállaltak munkát, azok sokkal elégedettebbek, többségük újra ezt a szakmát választaná.

- Az egészségügyi dolgozók többsége úgy gondolja, hogy a problémák tovább erősödnek, sőt még inkább elmélyülnek. Nem látnak kiutat az egészségügy jelenlegi helyzetéből.

Dolgozatomban arra keresem a választ, hogy milyen eszközökkel, módszerekkel lehetne megfékezni a pályaelhagyást, az egészségügyi szakemberek külföldre való migrációját. Azt is vizsgálom, hogy amennyiben nem változik a kedvezőtlen állapot, akkor veszélyezteti-e az egészségügyi ellátórendszer hatékony működését.

2. Elméleti háttér

Az emberi erőforrásnak van a legnagyobb szerepe a szervezetek életében, hiába a szép épület, a jó munkaszervezés, a kiművelt emberfő hiánya vagy kihasználatlansága megpecsételi a szervezetek sorsát. A siker kulcsa „az emberi tényező”. A munkaerő speciális sajátosságai, jellegzetességei miatt nem hasonlítható egyetlen más olyan termelési erőforráshoz sem, mint a pénz, termelési eszköz, energia vagy információ. Az emberi erőforrás önmagában azért is meghatározó szerepet játszik, mert a többi erőforrás hatékony felhasználása, működtetése emberi tényező nélkül lehetetlen. Hiába áll rendelkezésre minden erőforrás, az ember közreműködése nélkül inaktív, életképtelen, azaz a termelés, a szervezetek működtetése nélküle lehetetlen. (Bakacsi, 1996)

2. 1. Fogalmi meghatározások

Az emberi erőforrás menedzsment napjainkban igen gyakran használatos kifejezés. Sokszor azonban nem is tudjuk mit jelet, mit is értünk alatta. A személyzeti/emberi erőforrás menedzsment (angolul: Personnel/Human Resource Management, rövidítve: P/HRM). A szakirodalomban számos meghatározás található, amelyek közül néhányat kiemeltem.

Laki László 2001-ben megjelent munkájában az emberi erőforrás menedzsmentet a következőképpen határozza meg: „Az emberi erőforrás menedzsment (Human Resource Management) a vezetés olyan általános funkciója, amely alapvetően az emberekkel, mint erőforrásokkal foglalkozik.”¹

¹ Laki L.: Vállalatok és vállalkozások igényeinek változásai a munkaerő képzésével-képzettségével kapcsolatban, MTA PTI, Budapest, 2001, 23.o.

Tehát minden olyan tevékenység, amely az emberekkel foglalkozik. Így tekintve például egy pedagógus is emberi erőforrás menedzsmenttel foglalkozik, miközben a tanulókat oktatja.

Chikán Attila (1999) Vállalatgazdaságtan című könyvében a következőket írja:

„az emberi erőforrás a vállalatnál alkalmazott munkavállalóknak a munkavégzéshez szükséges képességeik, szakismeretük és a munkamegosztásban elfoglalt helyük szerint strukturált összessége. A munkaerővel azonos értelemben használjuk.”²

Poór (1995) szerint sokan pusztán csak divathullámnak tekintik, hogy a szakirodalomban a személyzeti vezetés fogalmát az emberi erőforrás menedzsment váltja fel. „Az emberi erőforrás menedzsmentben, a gazdasági dimenzió a meghatározó, a szervezet törekvéseinek és a dolgozók elvárásainak megvalósítását, egymáshoz igazítását célozza meg.”³

Egy másik szerző szerint az emberi erőforrás menedzsment (EEM) a szervezeti célok kialakításának és megvalósításának elősegítésére, valamint a szervezet megfelelő mennyiségű és minőségű munkaerővel való folyamatos ellátására irányul. A végső cél a szervezeti hatékonyság biztosítása, ami a társaságok hosszú távon való fennmaradását és fejlődését, növekedését eredményezi. (Dobák, 1999)

Egy újabb megközelítés szerint „a személyzeti/emberi erőforrás menedzsment olyan, a szervezeten belül teljesített funkció, amely a szervezeti és egyéni célok elérése érdekében biztosítja az alkalmazottak leghatékonyabb alkalmazását”. (Dienesné, 2003)

² Chikán A.: Vállalatgazdaságtan. Aula Kiadó, Budapest. 1999. 254-255. o.

³ Poór J. – Karoliny M. (1999): Áttekintés a személyzeti/emberi erőforrás menedzsmentről. In: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Szerk. Poór J. és Karoliny M., Közgazdasági és Jogi könyvkiadó, Budapest. 26. o.

Egy amerikai definíció szerint „a P/HRM: a személyes és a szervezeti célok egyidejű maximalizálására tervezett programok, funkciók, tevékenységek összessége”.

McKenna és Beech (1998) megfogalmazása szerint „az emberi erőforrás menedzsment (HRM) a személyzeti munka viszonylag új típusú megközelítésének tekinthető, amely az embert tartja a legfontosabb erőforrásnak. Arra az elképzelésre épül, hogy fontos az alkalmazottakkal való megfelelő kommunikáció, fontos bevonni őket a folyamatban lévő dolgokba, illetve fontos a szervezet iránti elkötelezettségük és az azzal való azonosulásuk elősegítése. A fentiek mellett nagy hangsúlyt kap a munkaerő megszervezésének, irányításának és motivációjának stratégiai megközelítése”.⁴

Látható, hogy nagyon nehéz egy olyan definíciót alkotni, amellyel minden szakember egyetért. A számos megfogalmazás közül úgy gondolom, hogy a legáltalánosabb meghatározás a következő:

Emberi erőforrás menedzsment fogalma alatt mindazon tevékenységeket és vezetési módszereket értjük, amelyek egy adott szervezeten belül a munkaerő kiválasztásától, a munkaerő fejlesztésén keresztül a teljesítmény méréséig és a karrier menedzsmentig foglalkozik az emberi erőforrás működésével és annak ésszerű, hatékony felhasználásával annak érdekében, hogy az egyéni- és szervezeti célok megvalósuljanak. (Piros, 2002)

Véleményem szerint a személyzeti/emberi erőforrás menedzsment azon funkciók egymásra kölcsönösen épülő együttese, amelyek az emberi erőforrás hatékony felhasználását segítik elő az egyéni és szervezeti célok egyidejű figyelembevételével.

⁴ McKenna, E. – Beech, N.: Emberi erőforrás menedzsment. Panem Kft., 1998. Budapest. 13-19p.

Számos meghatározást alapul véve elmondható, hogy az emberi erőforrás célok tartalma – ugyanúgy, mint a szervezeti céloké – szervezetenként változhat, de általában a következőket foglalja magában:

- magas teljesítmény;
- minőségi termék;
- a megfelelő számú, a kívánatos szakértelemmel és gyakorlattal rendelkező alkalmazottak foglalkoztatása;
- kontrollált munkaerőköltség;
- alacsony szintű fluktuáció és hiányzás;
- versenyképes bérszint;
- olyan munkafeltételek, amelyek biztosítják az alkalmazottnak a munkaköri elégedettség és az önértékelés lehetőségét;
- megfelelés a törvényeknek és jogszabályoknak, a munkakörülmények és a munkavállalói jogok biztosításával. (Nemeskéri, 2001)

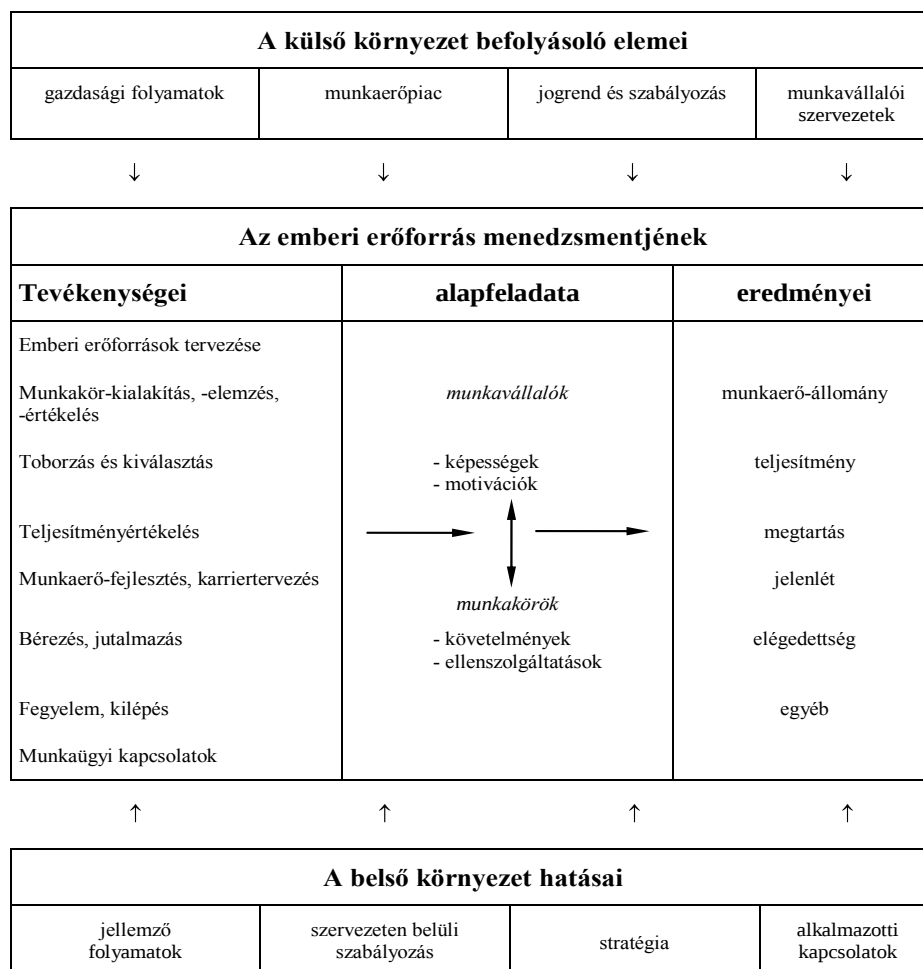
Összességében elmondható, hogy az emberi erőforrás menedzsment arra törekszik, hogy a legjobb eredményt érje el az adott szervezet.

2.2. Az emberi erőforrások menedzsmentjének modellje

A vállalkozás gazdasági (üzleti) érdekeinek hosszú távú megvalósítását szolgálják az emberi tényezőkkel kapcsolatos célok. A legfontosabb cél az, hogy meghatározzuk az „üzleti célokhoz” szükséges képzettség és összetétel munkaerő-igényét. Kiemelten fontos az is, hogy a továbbiakban hatékonyan alkalmazzuk a korábban elfogadott elveket. Úgy is fogalmazhatjuk, hogy minden munkára meg kell találni a megfelelő embert.

Meg kell határozni – figyelemmel az EU normákhoz való közelítésre – a munkaerő mennyiségi, képzettségi fejlesztésével kapcsolatos elképzeléseket és azt is, hogy a munkavállalók hogyan tudnak azonosulni a társaság céljaival. (Koncz, 2010)

Meg kell szűnnie annak a szemléletmódnak, mely első helyen kezeli a technika fejlesztését, de a technikát kezelő embert, a munkaerőt csak a második vagy a sokadik helyre sorolja. Mint az már számos helyen és alkalommal elhangzott „legfőbb érték az ember”, de szemléletmódban és hozzáállásban is el kell jutni oda, hogy ez ne csak egy tartalom nélküli mondat maradjon.



1. ábra: Az emberi erőforrások menedzsmentjének modellje

Forrás: Gyökér, 1999

Az 1. ábrán jól látható a célok elérésének érdekében szükséges folyamatok modellje, amely összefoglalja azokat a legfontosabb tényezőket, tevékenységeket és eredményeket, amelyek az emberi erőforrás menedzsmentben meghatározó szerepet játszanak. Az ábrán megfigyelhető, hogy mely tevékenységeket kell végrehajtani – amelyek érintik az emberi erőforrás menedzsmentet -, amelynek eredménye a siker, az elégedettség lesz.

A munkavállalói szervezetek a munkaadó és a munkavállaló megegyezésében a munkavállaló érdekképviselőjeként vesznek részt. Ezáltal közvetlenül is befolyásolják a szervezetek munkaerő-gazdálkodását. Mivel a munkavállalói szervezetek jogait a munkajogi szabályozásban is érvényesíthetik, ezáltal a munkaerő-gazdálkodást közvetve is jelentős mértékben meghatározzák. A belső környezeti hatások közül jelentős a vállalat méretének a befolyása. Amennyiben a szervezet növekedik, tevékenysége bővül - amelynek természetesen a termékek vagy szolgáltatások kedvező piaci hatása lehet az oka -, úgy a szervezet munkaerő szükséglete növekszik. Ellenkező esetben természetesen a munkaerő-szükséglet csökken. Ez meghatározza azt, hogy munkaerő felvételére vagy elbocsátására van-e szükség. (Gyökér, 1999)

Emberi erőforrás rendszer alatt a vállalatnál alkalmazott munkavállalóknak összességét értjük, mely a munkavégzéshez szükséges képességek, a szakismeret és a munkamegosztásban elfoglalt szerep szempontjai alapján épül fel, "áll össze" egy egységes egésszé. A humánerőforrás legfontosabb sajátossága az, hogy önálló, szabad akarattal rendelkezik, amellyel cselekvéseit, s ennek révén a teljesítményét is, képes szabályozni. E tulajdonság az, amely a vállalatvezetés szempontjából a legmeghatározóbb. A humánerőforrás menedzsment esetében már a stratégia kialakításakor sok speciális szempontot kell figyelembe vennünk, így olyanokat is, amelyek más részstratégiákra kevésbé jellemzőek. Ilyen például, hogy a kitűzött célok emberi cselekedetek sorozatán keresztül valósulnak meg, ami megfelelő szervezést is igényel, hiszen enélkül szinte biztos a kudarck. Fontos szempont az a

fent említett tulajdonság is, hogy az emberi erőforrás képes önmaga teljesítményét szabályozni, hiszen e jellemző kiemeli a humánerőforrás menedzsment feladatait vállalat többi tevékenysége közül. Az emberi erőforrás megfelelő motivációjának kialakítása is a stratégia nagyon fontos részét képezi. (Roóz – Rozgonyi, 2001)

2. 3. Az emberi erőforrás menedzsment funkciói

Az emberi erőforrás gazdálkodás legfontosabb funkcióit Poór (1992) az alábbiakban foglalják össze: emberi erőforrás stratégia, emberi erőforrás tervezés, munkaköri értékelés, munkakörtervezés, ösztönzés menedzsment, teljesítményértékelés, emberi erőforrás fejlesztés, munkaügyi kapcsolatok, személyzeti információs rendszer. Más szerzők az egészség- és munkavédelmet, a karrier menedzsmentet is ide sorolják, míg mások külön kiemelik a motivációból az anyagi ösztönzést, a személyzeti folyamatot. Ennek a feladatsornak minden egyes eleme külön-külön is meghatározó fontosságú, és további részfeladatokra bontható.

A korábbiakban rámutattam arra, hogy milyen fontos termelési tényező az ember, mint különleges erőforrás. A következőkben szeretném bemutatni e tényező funkcióit, melyek a következők:

- Emberi erőforrás tervezés és auditálás
- Munkakörelemzés és tervezés
- Erőforrás-biztosítás, toborzás, kiválasztás, leépítés
- Munkakör-értékelés
- Ösztönzésmenedzsment
- Teljesítményértékelés
- Az emberi erőforrások fejlesztése
- Munkaügyi kapcsolatok rendszere

- Az emberi erőforrás-kezelés információs rendszere
- Kompetencia és érzelmi intelligencia
- Kommunikáció. (Poór, 2003)

A felsorolt funkciók mindegyike kiemelten fontos, de ezek együttesen, egymással összekapcsolódva alkotnak egy egységet. Az egyes funkciókról a későbbi fejezetekben részletesebben lesz szó.

2.4. A humán erőforrás helyzete

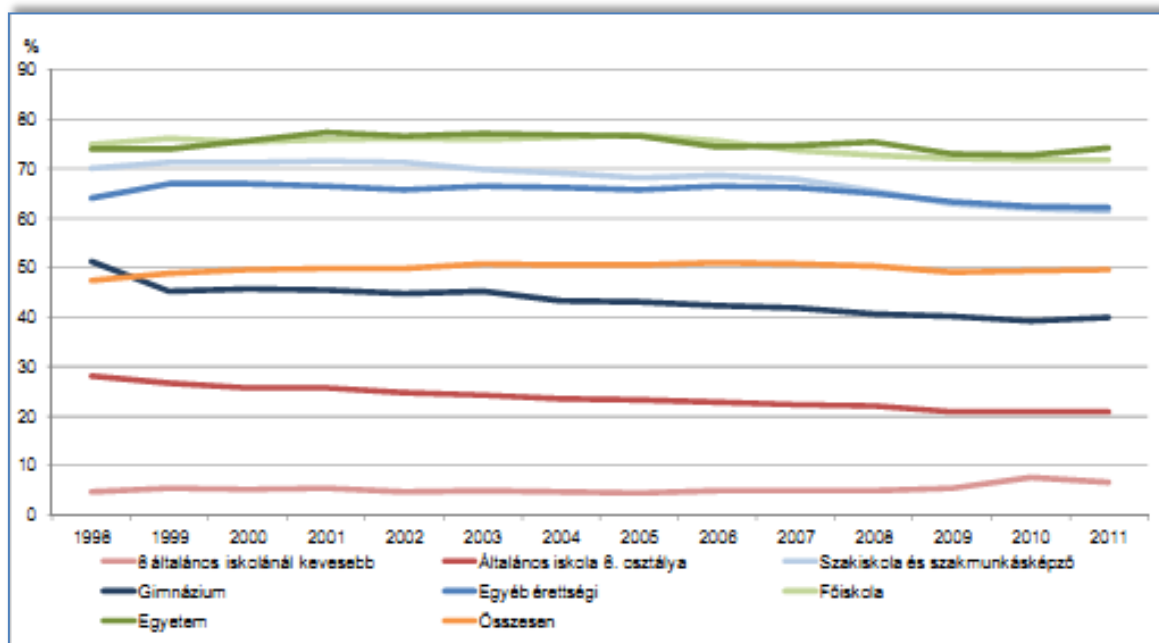
Az emberi erőforrás elméletének vizsgálata után a kérdőíves vizsgálat előtt mindenképpen szeretnék egy általános humán erőforrás helyzetképet bemutatni.

Azt mindenki tudja, hogy napjainkban Magyarország nincs túl jó helyzetben, ami a foglalkoztatást illeti. Nagyon sokan vállalnak munkát külföldön, nagyon magas az elvándorlás aránya.

2.2.1. Az emberi erőforrás helyzete hazánkban

Az elmúlt években Magyarországon a foglalkoztatottak létszáma nem változott jelentősen. Ha létesültek is új munkahelyek, akkor biztosan bezártak korábbiak. 2012. december–2013. februárban 3 millió 817 ezer fő volt a foglalkoztatottak létszáma, 23 ezer fővel több, mint egy évvel korábban. Tavaly december és idén február között a munkanélküliek létszáma 502 ezer fő, a munkanélküliségi ráta 11,6 százalékos volt. A munkanélküliek magas létszáma lényegében megegyezett az egy évvel korábbival, a munkanélküliségi ráta értéke az előző év azonos időszakához képest nem változott, ami azt jelentheti, hogy nőtt a keresőképes lakosság száma.

Összességében ugyan nőtt a lakosság foglalkoztatottsági száma, de részleteiben vizsgálva számos esetben visszaesést tapasztalunk. Az adatokat a 2. ábrán foglaltam össze.



2. ábra: A foglalkoztatási ráta alakulása 1998 – 2011 között

Forrás: KSH, 2012

Jól látható, hogy az elmúlt években az összevont foglalkoztatási ráta 50% körül stagnált. A diplomások helyzete az elmúlt évben javulni látszik, azonban még mindig nem éri el a 73%-t.

Nagyon rossz helyzetben vannak az érettségivel rendelkező aktív korú személyek, az ő esetükben a foglalkoztatási ráta folyamatosan csökken, már 40% körüli értéket mutat.

2.2.2. Európai Unió helyzet bemutatása

Az Európai Unió tagországainak lakossága mintegy 380 millió fő, a munkaképes lakosság 200 millió. A tagországokon kívüli országokból 17-18 millió fő tartózkodik az Unióban ebből 7-8 millió munkaképes.

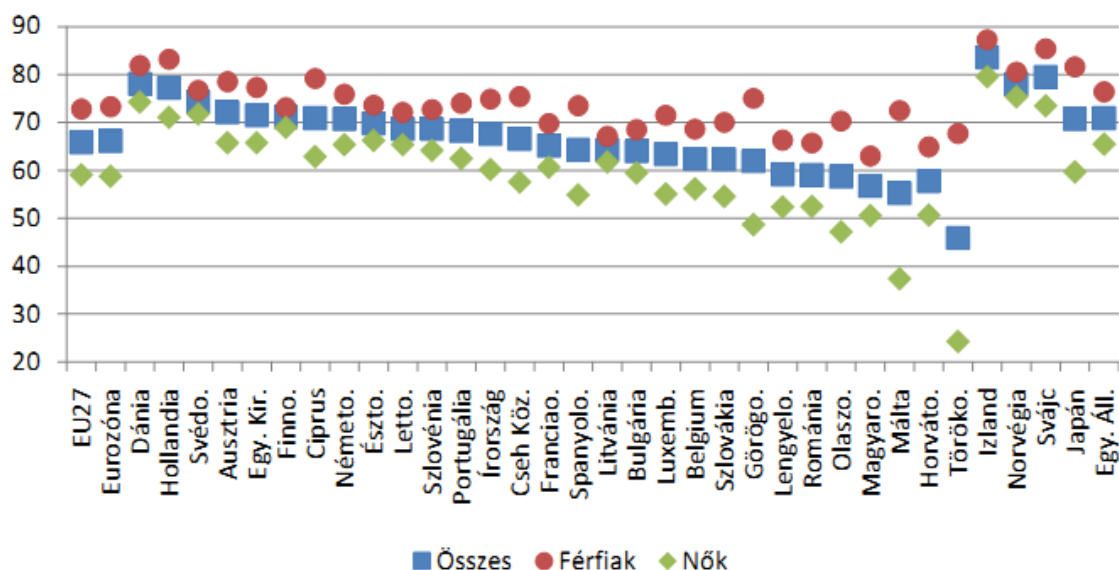
A munkaerő megoszlása és az Unión belüli lehetőségeik:

- bérből és fizetésből élők, szabadon gyakorolhatják foglalkozásukat bármelyik tagállamban,
- köztisztviselők, megpályázhatnak különböző állásokat valamennyi tagországban,
- szabad foglalkozásúak, (érettségi + 3év) diplomával vállalhatnak munkát,
- szakmunkások, mintegy 30 szakágazatban szerzett szakkönyvitvánnyal (kölsönös elismerés alapján) vállalhatnak munkát,
- önfoglalkoztatottak, kereskedők, kisiparosok, a befogadó ország jogi szabályozásának figyelembevételével alapíthatnak céget.

Az úgynevezett négy szabadságjog közül a munkaerő szabad áramlása a közösségen belül 1968-tól megvalósult. Az EGK déli kibővülésekor azonban átmeneti időt adott az újonnan csatlakozó Görögország, Spanyolország és Portugália számára. Igazi áttörést a Schengeni Egyezmény (1995) jelentett, amelynek célja egységes politika kialakítása a személyek szabad mozgására, közrend és közbiztonság védelmére, a drogkereskedelem és az illegális belépések megakadályozására. Az új Schengeni Egyezmény (1990) a közös uniós határokon belüli ellenőrzések teljes megszüntetését célozta és az egymás határain való szabad átjárást biztosította.

A szabad mozgás jogosultságának egyik eleme minden kategória számára egyformán megvalósult, ez a formalitások nélküli határátlépés. Hangsúlyozni kell azonban, hogy az uniós polgárok és a harmadik állambeli polgárok megkülönböztetett kezelése jelenleg is fennáll. A belső határok átjárhatóságával a külső határok ellenőrzését fokozták. A szabad mozgás fogalmát úgy is lehet értelmezni, mint határátlépési kritériumot, vagyis a közösségi munkavállalók milyen feltételek fennállása esetén telepedhetnek le hosszabb időre egy tagállamban. Ezen a szinten már vannak különbségek a különböző kategóriákba tartozó személyekre vonatkozó szabályok között. A közösségi munkavállaló és vállalkozó esetén a szabad mozgás egyben jogot testesít meg a más EU-tagállamban való munkavégzésre, a diákok esetében jogot jelent más tagállamban való tanulásra. Mindezek a jogok a huzamos ott tartózkodás jogát is magukba foglalják.

Korábban említettem, hogy a magyar gazdaság egyik legnagyobb problémája a rendkívül alacsony munkaerőpiaci aktivitás. A magyar foglalkoztatási ráta a második legalacsonyabb az egész EU-ban. 55-56%-os foglalkoztatottsági szinttel csak Máltát előzi meg, jelentősen elmaradva Csehország és Szlovénia 65% feletti szintjétől és az EU átlagot jelentő 66%-tól. A 15–64 éves népesség foglalkoztatási aránya 2003-ig folyamatosan, de mérsékelt ütemben növekedett, majd kisebb visszaesést követően 57 százalék körül stabilizálódott. A válság hatására csökkent, majd 2010 első negyedévére tovább, 54,5 százalékra esett a foglalkoztatás. A 3. ábrán a 2012. évi foglalkoztatási adatok láthatóak.



3. ábra: Foglalkoztatási arány az EU-ban és az EU-n kívül- (15-64 év)

Forrás: Nemzetgazdasági Minisztérium, Foglalkoztatás: az EU sereghajtói vagyunk

Jól látható, hogy még mindig a legjobb a foglalkoztatottak aránya Svájcban és Japánban. Igen alacsony a mutató Törökországban – ahol jelenleg is igen komoly gazdasági válság fenyeget -, Romániában, Lengyelországban és természetesen hazánkban is. A válság kirobbanásakor, 2008 és 2009 első felére között az állásukat legtöbben a szakképzettek közül veszítették el, főként az ország nyugati, északnyugati területein. (Nemzetgazdasági Minisztérium, Foglalkoztatás: az EU sereghajtói vagyunk)

3. Az egészségügyi rendszer

Az egész világon, így Európában is egyre nagyobb problémát jelent, hogy nincs elegendő számú, megfelelően képzett egészségügyi személyzet. Az OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development)⁵ országok a hiány kiküszöbölése érdekében egyre több külföldi orvost és ápolót alkalmaznak. Ez elsősorban az angolszász országokra érvényes, ahol a külföldi orvosok pl. az orvosi munkaerő több mint 20%-át teszik ki, de a skandináv államok is szívesen fogadják a külföldről érkező egészségügyi munkaerőt.

Hazánkban a probléma kettős, egyrészt nálunk is megfigyelhető a szakképzett munkaerő nyugatra áramlása, ráadásul egyre több azoknak az orvosoknak és egyéb egészségügyi végzettségűeknek a száma, akik nem a betegellátásban helyezkednek el, vagy egy idő után elhagyják az egészségügyi szakmát. Ismeretségi körömben sokszor hallok olyan orvosról, egészségügyi dolgozóról, akik nem a közvetlen gyógyítás területén maradtak. Például többen választják a gyógyszeripart, vagy éppen a kereskedelem szféráját. A helyzetet tovább nehezíti, hogy az EU munkaidő-szabályai és az Európa Tanács döntései (pl. az új ügyeleti rendszerrel kapcsolatban) tovább bonyolítják a munkaerő-kihasználást. Hazánkban gondot okoz még a népesség elöregedése, az orvos/nővéri fizetések alacsony volta, valamint a szakma megítélésének, presztízsének romlása is. (Harmat – Czárán, 2009)

Az egészségügyben tapasztalható munkaerő-hiány lehetséges okainak jól körülírható közgazdasági, szociológiai, humánerőforrás gazdálkodási, pszichológiai aspektusai vannak.

Hazánk egészségügyi ellátó rendszer szerkezete nehezen alkalmazkodik:

- a megváltozott szükségletekhez (megbetegedési viszonyok változása),

⁵ Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete

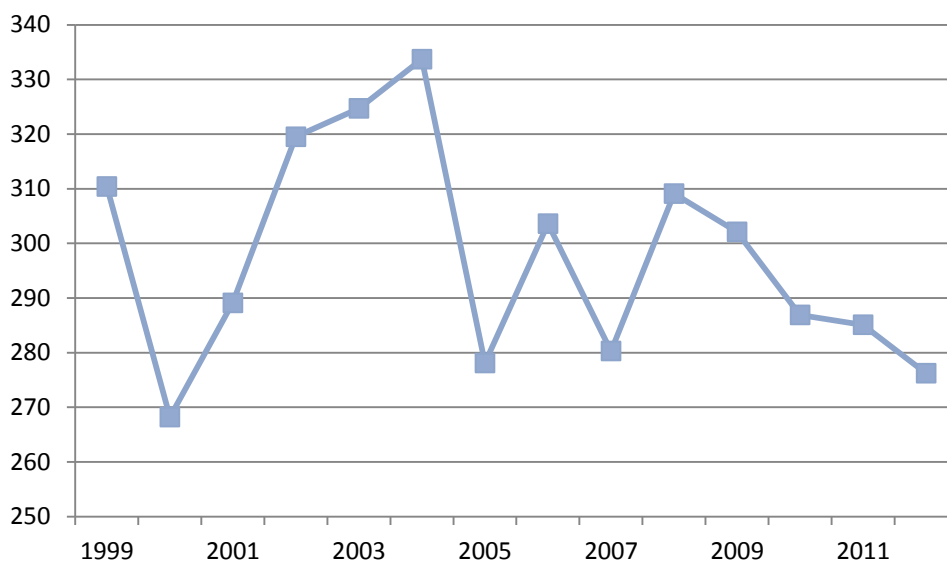
- megváltozott szakmai környezethez (az orvostudomány és az orvostechnika fejlődése kapcsán bekövetkezett változások),
- a területi sajátosságokhoz,
- és a megváltozott lakossági igényekhez. (Szente – Tóth, 2008)

Az 1990-es évek első felében bevezetett teljesítményfinanszírozás ugyan összességében javította az intézmények gazdálkodását és működésük hatékonyságát, de napjainkra már egyre súlyosbodik a helyzet mind a fekvőbeteg-ellátó, mind pedig a járó beteg intézetek működésében.

3.1.Létszámadatok hazánkban

A hazai egészségügyben a dolgozói létszám az utóbbi években jelentősen visszaesett. Míg 2007-ben 175 ezer fő dolgozott, addig 2012. év végére ez az érték már nem érte el a 140 ezer főt. A betöltött orvosi álláshelyek alakulására is ugyanez a tendencia jellemző.

Míg 2007. évben 36. 262 fő volt, addig 2012. évben már csak 32.987 fő. A tendenciát jól szemlélteti a következő ábra, ahol a 100 ezer főre jutó orvosok számának alakulása látható.



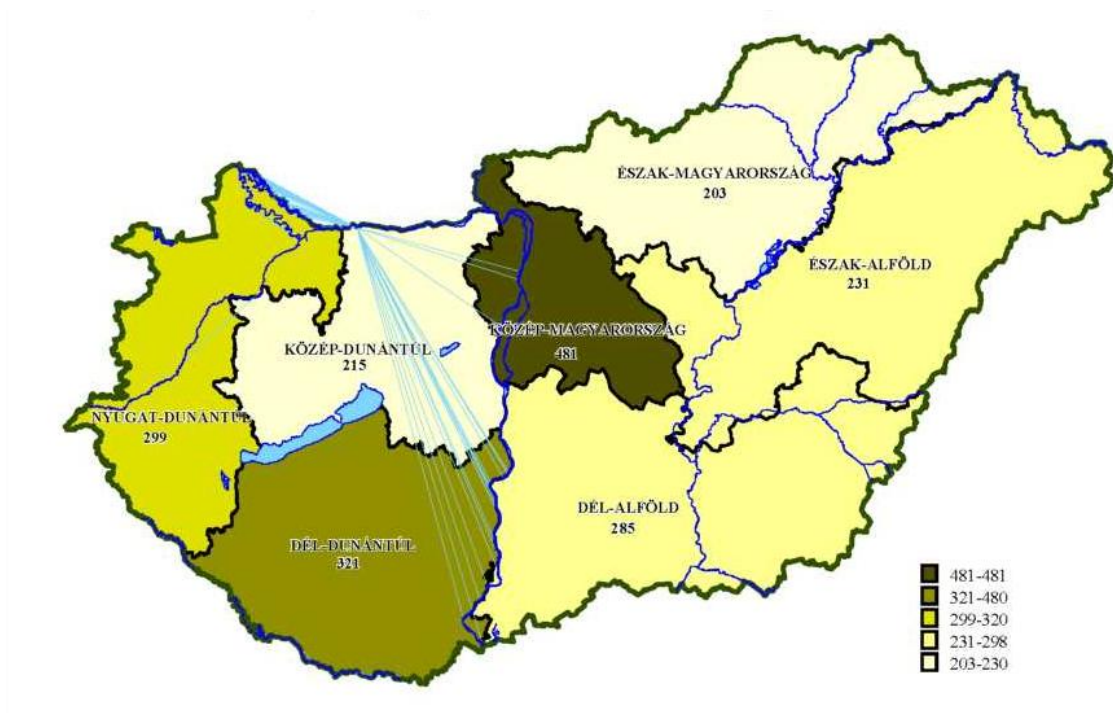
4. ábra: 100 ezer főre jutó orvosok száma

Forrás: KSH, 2013

Jól látható, hogy 2004. évben volt a legmagasabb az 100 ezer főre jutó orvosok száma. A magánpraxisok száma ugyan nőtt az elmúlt években, de ez azzal is magyarázható, hogy több orvos dolgozik a kórházi állása mellett magánrendelőben. A 2012. évben regisztrált magánrendelők száma 3.452 volt, az engedélyt kapott magánpraxisok száma pedig meghaladja a 80.000 darabot.

3.1.1. Betöltetlen állások száma Magyarországon

A Központi Statisztikai Hivatal 2012-ben megjelent adatai alapján megállapítható, hogy az egészségügyben a tervezett állások számának csökkenése tapasztalható.



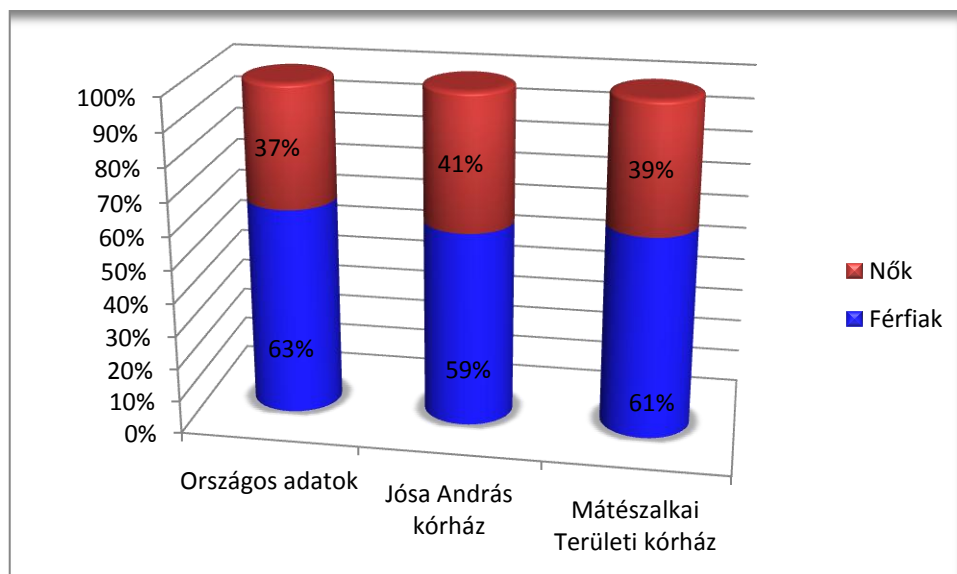
**5. ábra: Betöltetlen állások számának alakulása hazánkban régiókként –
2012. év**

Forrás: KSH, 2013

Általánosságban elmondható, hogy a betöltött állások száma folyamatosan emelkedik, az állások több mint 4,2 %-a még mindig betöltetlen. Ez ágazati szinten átlagosan közel 4 298 állást jelent. Így a tervezett állások száma 102 407, a fő- és időszakos, valamint részfoglalkoztatású szakdolgozókkal betöltött összes állások száma 98 109. A területi különbségek miatt (5. ábra szemlélteti) az ország egyes részein, különösen a fővárosban és Pest megyében a betöltetlen állások száma a fekvőbeteg-gyógyintézetekben nagyobb arányban (5%) jelentkezik. Az egészségügyi ellátásban foglalkoztatott szakdolgozók hiányát támasztja alá az is, ha az állások számát szakfeladat és munkaköri csoportonként vizsgáljuk. Még mindig a legnagyobb hiányt a jól képzett szakdolgozók jelentik. (KSH, 2013)

3.1.2. Nemek szerinti megoszlás az egészségügyben

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



6. ábra: A női és férfi dolgozók aránya az egészségügyben

Forrás: KSH, 2013 és a Józsa András Oktató Kórház adatai

Összehasonlítottam az országos adatokat a munkahelyem adataival (szakdolgozók tekintetben, bele értve az orvosokat is), amelynek eredményét a fenti ábra szemlélteti. Jól látható, hogy az általam kiválasztott kettő intézmény arányai hasonlóak az országos eredményekhez.

3.1.3. Orvosok, fogorvosok (életkori, területi megoszlás) számának alakulása

A dolgozó orvosok száma 1985-től a számítógépes nyilvántartás, 2000-től a Magyar Orvosi Kamara működési nyilvántartásának adata, 2007-től az EEKH vette át a nyilvántartást. A 2006-os év adatai szerint mintegy 37 220 orvos dolgozik Magyarországon. Ez a nyilvántartásban szereplő érték, ebből 35 572 fő a dolgozó orvos. A KSH adatai szerint a dolgozó orvosok száma 2012-ben 32 202 fő.

1. táblázat: A dolgozó orvosok száma korcsoport és nem szerint, 2012

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

Forrás: KSH 2012-es adatai alapján

Az orvosaink jelentős része (közel 20 %) túl van a nyugdíjkorhatáron, egyharmaduk pedig néhány éven belül éri azt el. A háziorvosok között a kilencvenes évek elején ugyanannyian voltak 35 év alattiak, mint a 60 év felettiak, 2000-re már négyszer annyi az idősnek számító háziorvos, mint a fiatal. Ismert az a tény is, hogy az orvosok területi és szakma specifikus megoszlása ezen arányokat negatív irányba befolyásolja és egyes területeken orvos hiánnyal kell számolnunk.

A humánerőforrás krízist az orvosok között súlyosbítja a Magyar Rezidens Szövetség akciója, amely célul tűzte ki, hogy az orvosok átlagbére érje el a nemzetgazdasági átlagbér háromszorosát, azaz a kezdő orvosok esetén a 200 ezer forintot, a szakorvosok esetén pedig a 300 ezer forintot. Az akció eredményessége

érdekében 2012. január 17-ig 2 512 rezidens helyezte letétbe felmondólevelét, amelyek elvileg 2012. december 31-ig kerültek volna „élesítésre”. Ha ez megtörténik, akkor az egészségügyi rendszer összeomlott volna. A „katasztrófa” elkerülése érdekében megkezdődtek az átszervezések, amely következtében ideiglenesen hatályon kívül helyezték ezen felmondásokat.

3.1.4. Gyógyszerészek

Azt tudjuk, hogy jelentős változások történtek a gyógyszertárak szabályozását, gyógyszerek forgalmazását illetően. Ma már számos gyógyszert a patikákon kívül is meg lehet vásárolni (például a drogériákban, benzinkutakon), amely jelentős hatással volt a létszám alakulására. Míg 2005-ben a gyógyszerészek száma 4200 fő körül mozgott, addig 2012. év végére meghaladta az 5 300 főt.

3.1.5. Ápolók területi megoszlása, létszámadatok

Az egészségügyi szakdolgozók száma a KSH 2012-es adatai alapján 80 312 fő, melynek összetétele rendkívül széles, közel 30 önálló, jól körülhatárolható egészségügyi speciális szaktudással jellemezhető munkaköri csoportot tömörít. A szakdolgozók számának alakulásában 2008-tól csökkenő tendencia figyelhető meg. Ezen a területen is jelentkezett az elvándorlás, a más területen történő munkavállalás.

**2. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók száma 2008 és 2012. között
Magyarországon**

Egészségügyi szakdolgozók					
Megnevezés	2008	2009	2010	2011	2012
Összesen	87 553	89 316	85 176	83 934	80 312
Ebből:					
Ápoló	52 055	55 096	52 904	51 864	48 971
Védőnő	5 001	5 366	5 349	5 274	4 580
Szülésznő	1 997	1 952	1 577	1 632	1 603
Gyógytornász	2 103	2 277	2 236	2 513	2 597
Asszisztens	26 397	24 625	23 110	22 651	22 561

Forrás: KSH 2012-es adatai alapján

A szakmák egy része már az 1970-es évek közepe óta főiskolai végzettséghez kötött (gyógytornász, dietetikus, mentőtiszt, közegészségügyi járványügyi felügyelő, védőnő), melyet 1989 óta egyre bővülő paletta jellemez. A főiskolai szintű szakképesítések körét az utóbbi években az egyetemi végzettségű szakemberek is kiegészítik. A szakdolgozói létszám - különösen az ápolói - sem elegendő, egyes becslések szerint 30-40%-os hiány prognosztizálható (HEFOP, 2003). A szakdolgozók egyötöde 51 év feletti, közel van a nyugdíjkorhatárhoz. Az őket követő generáció, a 41-50 éves korosztály (12%) jóval kevesebb, így csak minden második szakdolgozót tud pótolni a pályán. Az egészségügyi ellátás legnépesebb munkaköri csoportját a szakdolgozók képezik, és ezen belül is az ápolók túlsúlya figyelhető meg (több mint 60 ezer fő). A területi megoszlásuk rendkívül aránytalan, amely egyes régiókban komoly ellátási nehézségeket okoz. A

korábban már hivatkozott kórházzövetségi adatokban belső aránytalanságok is megfigyelhetők. Sok fekvőbeteg-ellátó intézményben leginkább a szakápolók hiányoznak, míg az általános ápolókból és asszisztensekből túlkínálat jelentkezik. (Papp, 2006)

3.2. Szükségletek és igények az egészségügyben – SWOT elemzés

A bevezetőben említettem, hogy az egészségügy nagyon nehéz helyzetben van. Számos orvos, ápoló hagyja el a szférát és vállal külföldön munkát. De vajon mi jellemzi az egészségügyet, mint munkalehetőség? SWOT elemzés segítségével bemutatom az erősségeket, a gyengeségeket. Rámutatok a lehetőségekre, de egyúttal kiemelem a veszélyeket is.

Erősség

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

Gyengeség

- az utánpótlás hiánya,
- az egyes területeken a korfa eltolódása az idősebb korosztály irányába,
- az irracionális érdekérvényesítés,
- a túlzottan hierarchikus rendszer,

- a kialakult bér- és jövedelemhelyzet differenciáltsága,
- a hálapénz,
- a kifelé irányuló migráció,
- a partnerek közötti együttműködés hiánya,
- az ágazat túlpolitizáltsága,
- a nem megfelelően szervezett gazdálkodás,
- a több tulajdonú rendszer összehangolt működésének hibái,
- az önkéntesek számának csekély volta,

Lehetőség:

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

Fenyegetettség:

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

3.3. A humánerőforrás probléma okai az egészségügyben**3.3.1. Finanszírozási gondok**

.

Magyarországon az egészségügy alulfinanszírozott. 2009-ben hazánk összes egészségügyi kiadásai mindössze a GDP 7,4% - át tették ki, amely jelentősen elmarad az OECD átlagától, amely 9,5%. A legmagasabb a finanszírozás aránya a következő országokban:

- Egyesült Államok (17,4%),
- Hollandia 2 (12%),
- Franciaország (11,8%) és
- Németország (11,6%).

Ezekben az országokban azonban nem csak az egészségügyre áldozott összeg a magasabb, hanem arány tekintetében is lényegesen többet szánnak Magyarországnál egészségügyi rendszerük fenntartására.

Ez azonban csak az egyik oka a kritikus helyzet kialakulásának. A probléma kialakulásában nagyon fontos szerepet játszik az egészségügyi szektor humánerőforrás – krízise. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon egyrészt az orvos elvándorlásról, másrészt az orvostársadalom előregedéséről kell tartani. Ez azért nagy probléma, mivel a hazai munkaerőpiacról kiesők létszáma lényegesen elmarad az újonnan munkaerőpiacra lépők számától. Jelenleg az 50- 54 év közötti korosztály teszi ki az egészségügyben dolgozók legnépesebb csoportját, amelynek nagy része előreláthatóan 10 -15 éven belül fog nyugdíjba menni. A 2011-es évben összesen 1 200 orvos jelezte a távozási szándékát, azaz ennyi orvos kérelmezte az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivataltól Magyarországon szerzett képesítésüknek külföldi elismeréséhez szükséges hatósági bizonyítvány kiállítását.

A szám önmagában nem magas, azonban ha azt nézzük, hogy az országot elhagyni szándékozó orvosok közül sokan az egyébként is hiányszakmának számító területekről (például aneszteziológia, csecsemő -és gyermekgyógyászat, pszichiátria, radiológia, traumatológia, patológia, orvosi mikrobiológia) kívánnak kivándorolni. Az orvosok elvándorlása mellett egyre komolyabb méreteket kezd ölteni az egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyása is, amely szintén nagyban nehezíti a zökkenőmentes egészségügyi ellátás fenntartását. (Farkas, 2013)

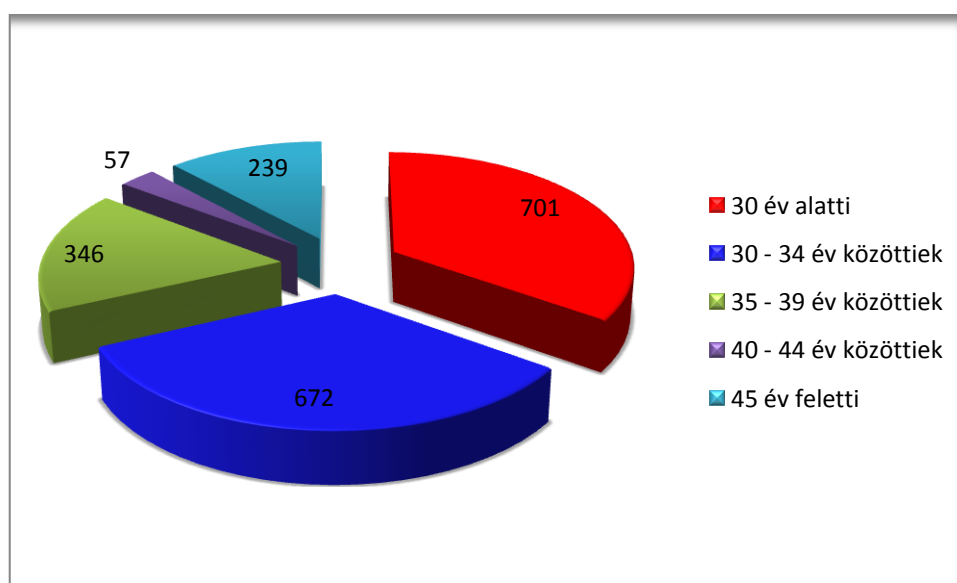
3.3.2. Elvándorlás adatai

Magyarországon 2011-ben összesen 1901 személy kérte az egészségügyi szakképesítésének nemzetközi munkavállaláshoz szükséges igazolását. 2012-ben azonban már 2015 fő tette ugyanezt. Míg 2011-ben 1200 orvos, 219 fogorvos

jelentkezett az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalnál, addig 2012-ben 1278 orvos és 197 fogorvos.

A legkedveltebb célországok között Ausztria, Németország és Anglia szerepel. Ausztria a közelsége miatt a legkeresettebb, míg az utóbbi kettő az egyszerűbb szabályozás miatt lett a „nyertes”.

A külföldi munkavállalás elsősorban a fiatalok között népszerű. Az egészségügyben azonban szélesebb korosztály közül is kikerülnek elvándorlók. 2012-ben a megoszlásukat a következő ábra mutatja be.



7. ábra: 2012. évben Magyarországot elhagyó egészségügyi dolgozók kor szerinti megoszlása

Forrás: Farkas, 2013

Az ábrán is jól látható, hogy a legtöbben a 30 év alatti korcsoportoz tartoznak. Igen magas az aránya a 30 és 34 év közötti korosztálynak is. Elmondható, hogy főleg a fiatal korosztály mutat leginkább hajlandóságot arra, hogy külföldön

próbáljon szerencsét. Kivételt képeznek az ápolók, akik közül nem is a 30 év alattiak, hanem inkább a valamivel idősebbek, vagyis a 35 és 40 év közöttiek (72 fő), illetve a 40 és 44 év közöttiek (52 fő) aránya a magasabb.

Az egészségügy bemutatásánál már rávilágítottam arra, hogy a szférában nagyobb arányban dolgoznak nők, mint férfiak. Ez az arány az elvándorolt dolgozóknál is megmutatkozik. 2012-ben a kérelmet benyújtók közül 1 252 fő volt nő.

4. Saját kutatás

4.1. A kutatás módszere, alapja

A saját kutatás alapja egy kérdőív, amelyet úgy állítottam össze, hogy a hipotézisben megfogalmazott állításaim igazak e vagy sem. A vizsgálat során olyan orvosok, diplomás- és beosztott ápolók, asszisztensek által kitöltött kérdőívek kerülnek feldolgozásra, akik munkájukból, beosztásukból, tapasztalataikból következően véleményükkel egy adott területet megfelelően reprezentálni tudtak.

A felmérés összeállításának szempontjai:

- Életkor: az adatgyűjtés kiterjesztésénél nagyon fontos szempont, hogy a fiatalabb és az idősebb korosztály szempontjait is megismerjük.
- A kérdőívben szereplő kérdések főleg a pályaválasztási motivációval, és a jelenlegi munkájukkal való elégedettséggel kapcsolatosak. Külön kérdésként szerepel a munkahelyi hierarchiában elfoglalt szerep és kapcsolatrendszer.

Például: **„Milyennek ítéli a saját helyzetét, beosztását az egészségügyön belül, vagy a munkahelyén?”**

- A hazánkban dolgozóktól azt kérem, hogy értékeljék a magyar egészségügyet, tegyenek javaslatokat a változtatásokra. Továbbá arra kerestem a választ, hogy a megkérdezettek milyen okokra vezetik vissza a munkaerőhiányt és az elvándorlást. Valamint, hogy milyennek látják a magyar egészségügy jövőjét.

Például: **„Milyen megoldási javaslatok lennének a munkaerőhiány megoldására?”**

- A külföldön dolgozók esetében pedig arra keresem a választ, hogy milyen okok vezettek ahhoz, hogy külföldön vállaljanak munkát. Továbbá milyen tanácsokat tudnának adni a hazai és külföldi tapasztalataik révén, miben látják a változtatás lehetőségeit.

Például: „**Milyen okok vezettek ahhoz, hogy külföldön vállaljon munkát?**”

A vizsgálat módszere:

- kérdőíves véleménygyűjtés (1. melléklet)
- adatfeldolgozás statisztikai módszerrel
- nyitott kérdés tartalmi elemzése

A kérdőív szerkezeti felépítése:

A kérdőív bevezető részében és címében informáltam a kitöltő személyeket arról, hogy mi a célja felmérésemnek. Tájékoztattam őket az anonimitásról, önkéntes kitöltésről és a kitöltés várható időigényéről is. A következő részben a kitöltő személyére vonatkozó kérdéseket tettem fel nemre, korra, iskolai végzettségre és munkakörre vonatkozóan.

A kérdőív szerkezetében a fő rész a munkakörrel kapcsolatos kérdéseket tartalmazza, ahol arra törekedtem, hogy a kérdések rövidek, könnyen érthetők legyenek. Kitérek az egészségügyben eltöltött időre, korábbi munkatapasztalatokra. Arra keresem a választ, hogy miként értékelik helyzetüket a dolgozók, hogyan ítélik meg a képzéseket, illetve milyen véleménnyel vannak az elvándorlásról, külföldi munkavállalásról.

Egyaránt feltettem feleletválasztós, érték skálás és nyitott kérdést is. A nyitott kérdés feldolgozása jóval időigényesebb, de számos többletinformációval szolgál.

A kérdőív, amelyet 1. számú mellékletként csatolok 12 kérdést tartalmaz. Törekedtem a könnyen áttekinthető formára és a gyors válaszadás lehetőségeire.

A vizsgálat során a nyíregyházi, mátészalkai és fehérgyarmati kórház, orvosi rendelő alkalmazottait kértem meg a kitöltésre. A megkeresett személyek döntő hányadát elektronikus csatornán kerestem fel, míg egy kisebb százalékot személyesen látogattam meg. Kapcsolataim révén törekedtem arra, hogy minél szélesebb körben végezhessek kutatást. Olyan személyeket is felkutattam, akik már külföldön találtak munkát, illetve olyanokat is, akik már hazatértek.

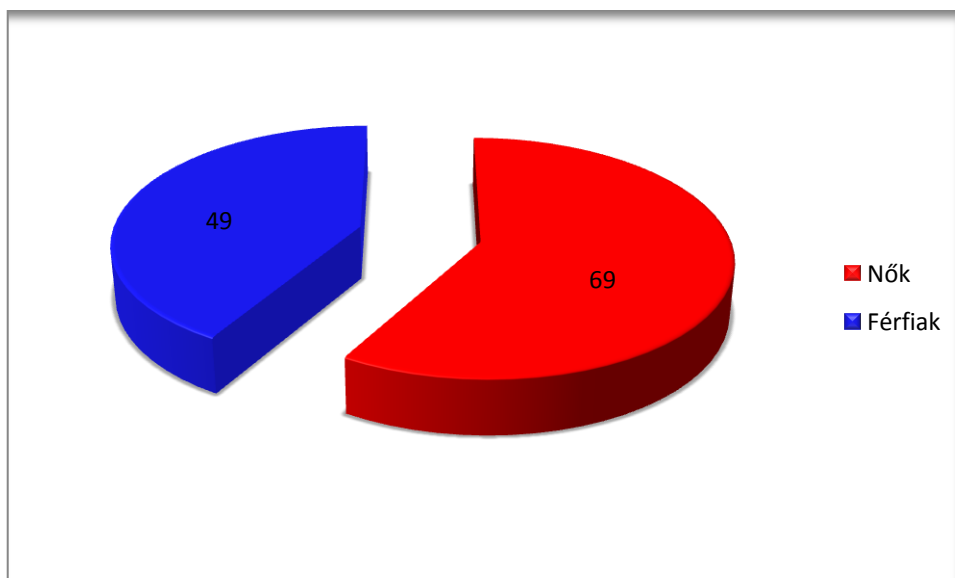
4.2. A kérdőíves vizsgálat eredményének bemutatása

A kutatás során több mint 200 kérdőívet küldtem ki illetve osztottam szét. Ebből 134 kitöltött érkezett vissza, de 118 darab volt az, amelynél minden kérdésre írtak, illetve értékelhető választ adtak.

Nemek aránya

A kérdőív első szerkezeti egységének legelső pontjában a nemek arányára voltam kíváncsi a vizsgálatban résztvevők körében.

Hazánkban az egészségügyben magasabb a nők aránya. Ez abból adódik, hogy az ápolói, asszisztensi munkakör betöltésére általában nők jelentkeznek. Mivel nem csak az orvosok között kutattam, így várható volt a vizsgálatban is a nők magasabb aránya. A lenti diagramon is egyértelműen látható a nők többsége, ami 86%-os, így a férfiak aránya pedig csak 14% lett.



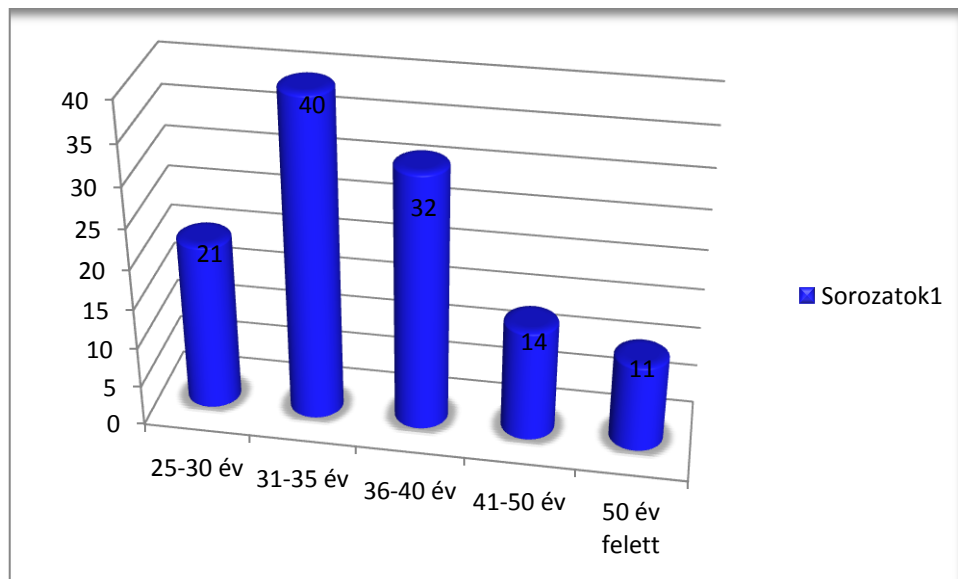
8. ábra: A nemek arányának megoszlása

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

Életkor

Nagyon fontosnak tartottam az életkor vizsgálatánál, hogy minél szélesebb körben vizsgálódjak. A fiatalok sokkal hamarabb „útra” kelnek egy jobb állás reményében. Vajon ez beigazolódik a kutatásom végére?

A megkérdezettek zöme, azaz 40 fő 31 és 35 év közötti. A második nagyobb csoport a 36 és 40 év közöttiek, amit 32-en jelöltek meg a kérdőíven. Nagyon alacsony (11 fő) azoknak a száma, akik 50 év feletti korosztályhoz tartoznak. A későbbiekben erre a korosztályra, mint veszélyeztetett csoportra külön kitérek.



9. ábra: A kor szerinti alakulás

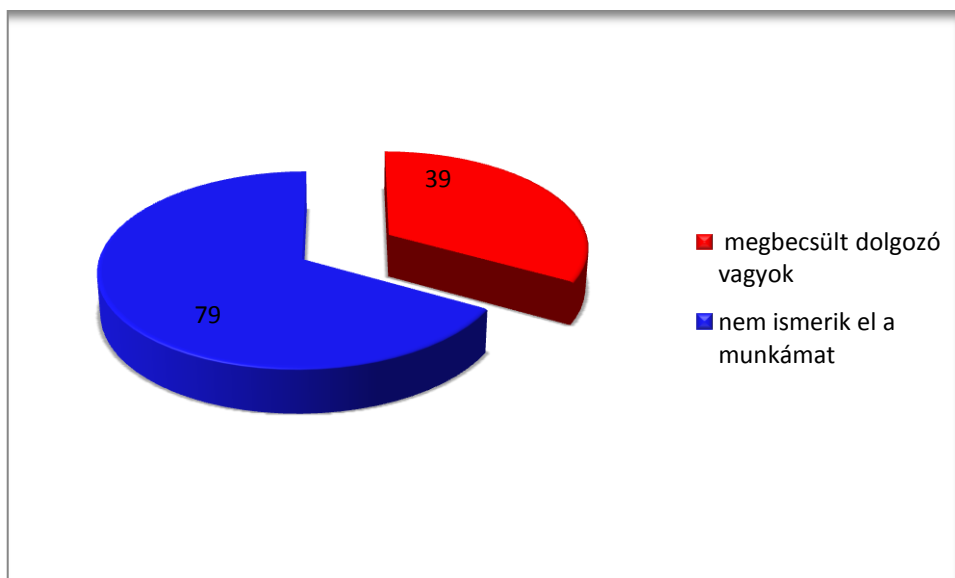
Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

Megítélés vizsgálata

A munkahelyváltáshoz gyakran vezethet az a tényező, hogy a dolgozókat nem becsülik meg a munkahelyükön. Az egészségügyben sajnos ez többszörösen igaz. A munkakörök nagy részében a kiszolgáltatottság, a felelősség óriási terhet jelent a munkavállalóra, míg az elismerés ezzel szemben nem mindig történik meg.

Ennél a kérdésnél a válaszadást leszűkítettem, választási lehetőséget jelöltem meg.

Az eredményeket a következő táblázat foglalja össze.



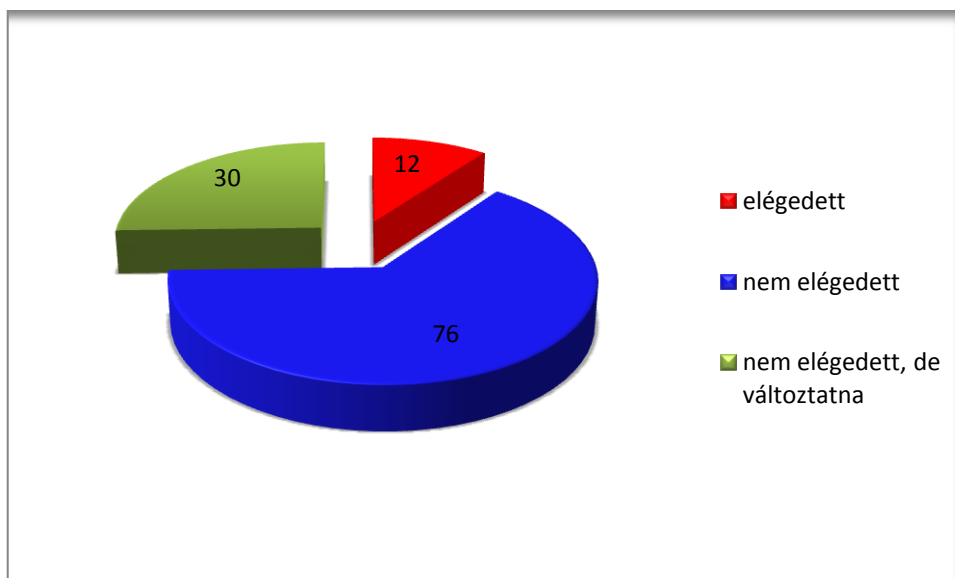
10. ábra: A munkakör megítélése – a dolgozó véleménye alapján

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

A hipotézisem beigazolódni látszik. A megkérdezett egészségügyi dolgozók közül 79 fő úgy gondolja, hogy nem ismerik el a munkáját a munkahelyén. Ez idővel a munkába vetett hitet is visszaveszi, csökken a lelkesedés, így nő azoknak a száma, akik elhagyják ezt a szektort.

Elégedettség vizsgálata

Ahhoz, hogy valaki kitartóan tudja végezni a munkáját nagyon fontos az elégedettség érzése. Sajnos nemzeti adottságunk az elégedetlenség. Azt feltételezem, hogy míg korábban szívesen dolgoztak az egészségügyben, kihívást jelentett az emberek, ma már ez nem így van. A kapott válaszokat a következő diagram mutatja be.



11. ábra: Elégedettség vizsgálata

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

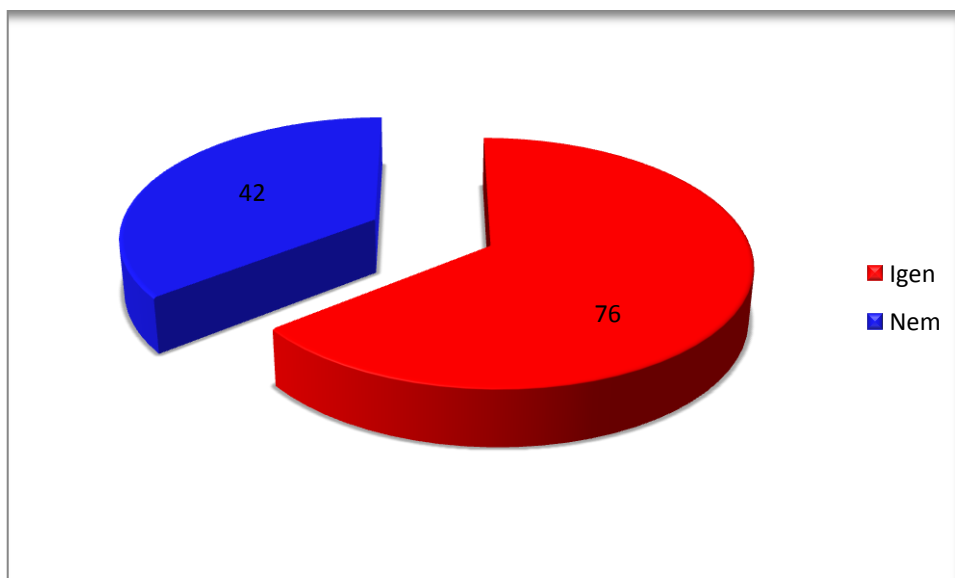
Jól látható, hogy a megkérdezettek legnagyobb arányban nem elégedettek a munkájukkal, munkakörülményeikkel. Sajnos hasonlóan magas azoknak az aránya, akik nem is szeretnék változtatni a jelenlegi helyzeten.

Azon személyek, akik mégis változtatnának, 7 személy a munkahelyváltást nevezte meg lehetőségként, míg 3 személy a munkakör módosítását, míg 1-1 személy személyes okokat, illetve a munkához való hozzáállást válaszolta.

Hivatásválasztás

Azt jól tudjuk, hogy az egészségügyben dolgozók elhivatottak munkájukat tekintve. Erre a pályára csak olyan személyek mennek, akiknek főként a gyógyítás, a másokon való segítség a hitvallásuk. Hipotézisem az, hogy aki ezt a szakmát választotta az sajnos csalódik. Amennyiben újra kezdhetné a pályát, nem ezt a területet választaná.

A kapott válaszokat a 7. ábrán foglaltam össze.



12. ábra: Hivatásválasztás

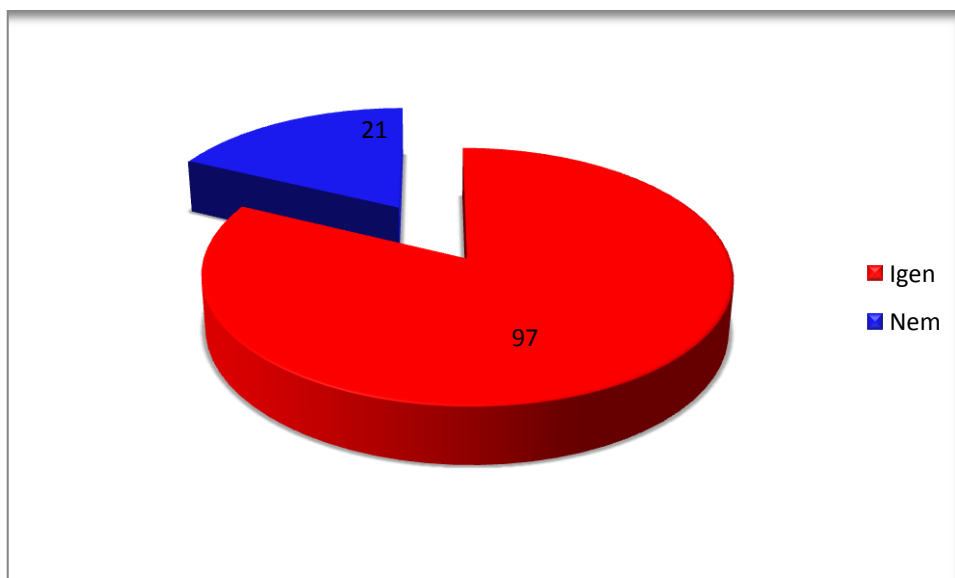
Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

A hipotézisem ezen a téren megdőlni látszik. A vizsgálatban részt vevők 64 százaléka ismét ezen a területen helyezkedne el.

Indokok között nagy számban szerepel a szakma szeretete, idősebb korban a megbecsülés. Természetesen számos ellenérvet is felsoroltak. Ilyen volt az élethosszig való tanulás szükségessége, a lelki megterhelés (halálesetek, gyógyíthatatlan betegségek, egészségügyben uralkodó állapotok).

Külföldi munkavállalás

Napjainkban egyre többen vállalnak munkát külföldön. Az elmúlt években ez a folyamat az egészségügy területén is felerősödött. Tudjuk, hogy más országokban az egészségügyi ellátórendszer „jobb állapotban” van. Aki nyugaton vállal munkát, azok jobban keresnek, gyorsabban tudnak előrelépni. A hazai dolgozók jól képzettek, így könnyen találnak külföldön munkát. Úgy gondolom, hogy ezeket a tényezőket ismerve, egyre többen vállalnának más országban munkát.



13. ábra: A külföldi munkavállalás lehetősége

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

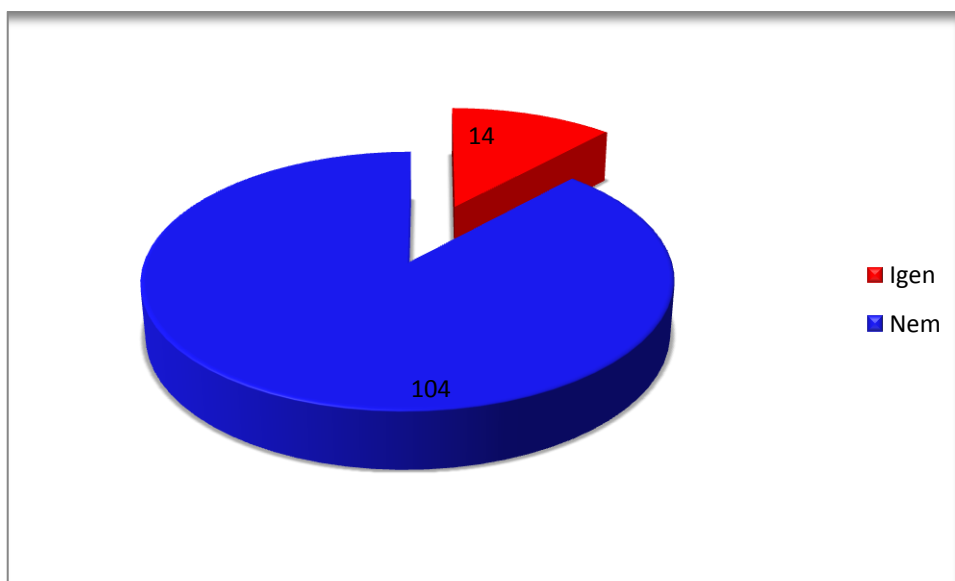
Nagyon szembetűnő az eredmény. A válaszadók közül 97 fő (82 százalék) válaszolta azt, hogy szívesen vállalna külföldön munkát.

Munkaerőhiány okai

Mivel többen válaszoltak a külföldi munkavállalásra, azt is kutattam, hogy mi lehet az oka az elvándorlásnak. Ebben az esetben nyitott kérdést tettem fel.

A számos válasz közül a legtöbben a pénzhiányt, az alacsony bérszínvonalat, a megbecsülés hiányát jelölték meg.

Korábban említettem, hogy a külföldi munkavállalást részletesebben is kutatom. Olyan személyeknél folytattam részletesebben a vizsgálatot, akik már dolgoztak hazánkon kívül is.



14. ábra: A külföldön munkát vállalt megkérdezettek száma

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

A válaszadók közül 14 fő volt akik már korábban dolgoztak külföldön, ezen belül 3 orvos, 8 ápolónő és 3 asszisztens. Mindannyian az alacsony béreket valamint a hazai egészségügy helyzetét jelölték meg az elvándorlás okaiként.

Érdekes, hogy míg 97 fő jelölte meg a külföldi munkavállalás lehetőségét, addig a tényleges megvalósításig csak 14 személy jutott. A hipotézisem az, hogy sokan az ügyintézés nehézsége, a rendszer nem ismerete és a nyelvismeret hiánya miatt nem vállalkoztak külföldi munkára.

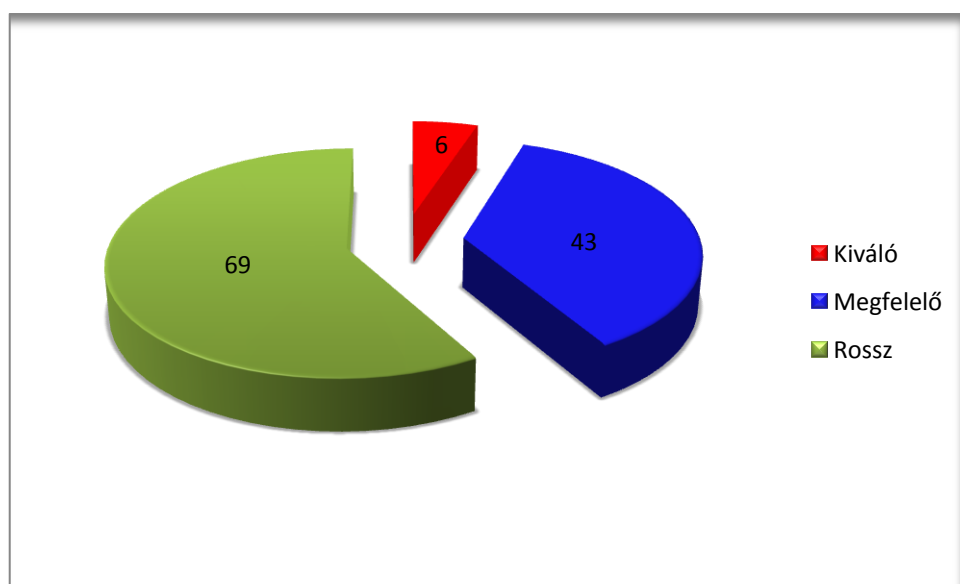
Ezt vizsgálva a megkérdezettek mindegyike a szükséges papírok beszerzésének nehézségéről számolt be. Azt azonban mindannyian megjegyezték, hogy a beilleszkedés könnyen ment, a munkájukat segítették. Nyelvismeret hiányáról senki nem számolt be. Úgy gondolom ennek hátterében az áll, hogy akik már munkát keresnek külföldön, azok felkészülten vágnak neki az útnak.

Megkérdeztem azokat a személyeket újra, akik külföldön dolgoztak, hogy ha újra kezdenék életüket, akkor ismét ezt a hivatást választanák. Hipotézisem az, hogy akik külföldön dolgoznak jobban elégedettek munkájukkal, így szívesebben választanák újra ezt a hivatást. A feltevésem beigazolódni látszik. A megkérdezettek mindegyike igennel válaszolt.

Végül azt is vizsgáltam, hogy milyen tulajdonságait, jellemzőit emelné ki a másik ország egészségügyének. Mindenképpen a pénzügyi helyzetet vártam a főbb válaszok között. Így is lett. A válaszadók mindegyike megjegyezte, hogy abban az országban, ahol dolgozik, dolgozott jobb az egészségügy helyzete, sokkal jobb az eszközellátottság, a felszerelések állapotáról nem is beszélve.

Egészségügy megítélése

Tovább folytattam az elemzést. Erre a kérdésre már ismét mindenkitől vártam a válaszokat. Úgy gondolom, hogy az egészségügy rossz megítélése hozzájárul ahhoz, hogy egyre többen elhagyják a szférát. A kapott eredményeket a következő ábra szemlélteti.



15. ábra: Egészségügy megítélése

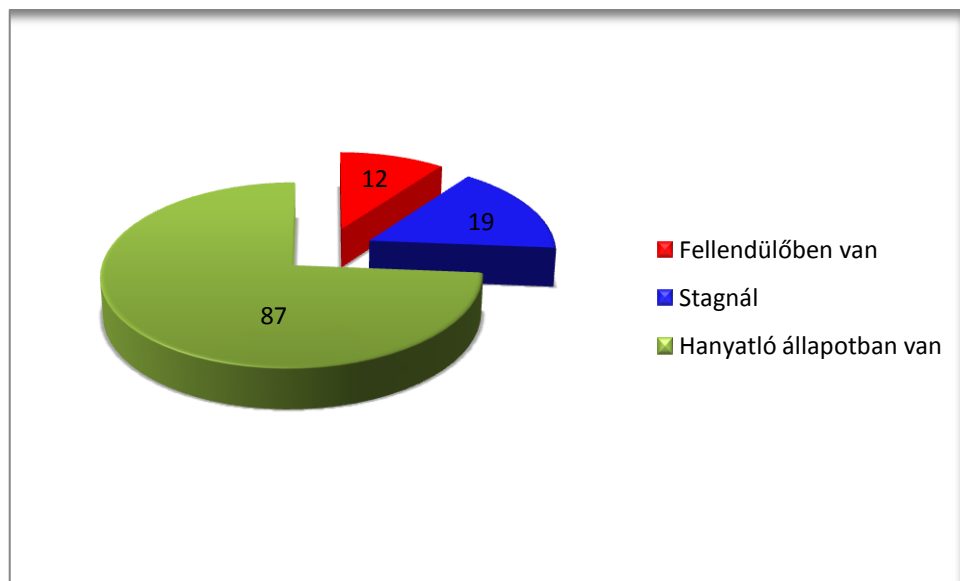
Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

Az eredmények magukért beszélnek. Az egészségügyben dolgozók nagy többsége is úgy véli, hogy nagyon rossz a hazai egészségügy helyzete.

Vajon ez hogyan változik a jövőben?

Jövőkép

Abban az esetben, ha sikerül „fellendíteni” a hazai egészségügyet, úgy a munkahelyek biztossá válnának, nem lenne elvándorlás, külföldi munkavállalás. Ehhez azonban az kell, hogy az emberek elhiggyék azt, van még remény a gyógyításban.



16. ábra: Jövőkép megítélése

Forrás: Kérdőív adatai alapján, saját szerkesztés

Jól látható, hogy a válaszadók közül 87 fő hanyatló állapotúnak ítéli meg a hazai egészségügy állapotát. Ez az eredmény visszakapcsolható a korábban kapott

eredményekhez, azaz mivel nem bíznak a fellendülésben, nem is akarnak részt venni az egészségügyi munkában.

5. Várható tendenciák, lehetőségek

A dolgozatomban végzett kutatás is alátámasztja, nagyon rossz helyzetben van a hazai egészségügy, ami a munkaerő ellátottságot illeti. Számos intézkedésre lenne szükség annak érdekében, hogy a problémákat valamennyire orvosolni lehessen. Az állam, az Unió is számos intézkedési tervet hozott az elkövetkező időszakra.

5.1. Várható tendenciák

Tendenciák az EU országokban

Az egészségügyi személyzetben tapasztalható hiány az EU tagországokra egyaránt jellemző, bár más és más mértékben. Az újonnan csatlakozott országokban általában a humán erőforrás hiány olyan mértékű, hogy veszélyezteti az ellátás minőségét és hatékonyságát, sok esetben magát az ellátást is. Maga a hiány lehet ugyan különböző mértékű az igényekhez képest, de minden országban megoldást kíván. Európában az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek száma folyamatosan nő. Viszont a növekvő szükségletek, és az ennél is gyorsabban növekvő igények, illetve a specializálódási tendenciák még több szakembert igényelnek. Általános jelenség az orvosok és más egészségügyi szakképesítéssel bíró személyek másik tagállamban történő munkavállalása. Ennek mértéke a nemrég csatlakozott országokban, így nálunk is több, mint amit a rendszer a megszokott eszközökkel kompenzálni tud. A helyzetet tovább rontja a betegellátásból elvándorlók száma, sőt a végzett szakemberek egy része el sem helyezkedik az egészségügyben. Ez régebben a szakdolgozókra, főként az ápolói területre volt jellemző, újabban viszont az orvosok vonatkozásában is megfigyelhetjük ezen tendenciákat. (Dr. Varga, 2004)

Várható demográfiai változások

A tendenciák felvázolásakor a hosszú távú előrejelzésekre támaszkodtunk, melyben a becsült népességi, mortalitási és morbiditási adatok kaptak helyet. Ezek a trendek előrevetítik az ellátórendszer feladatait és a várható szakemberszükségleteket. Életesélyeinket befolyásolja, hogy milyen településtípuson, illetve az országnak mely részén élünk. A legveszélyeztetettebbek azok, akik az ezer léleknél kevesebbet számláló aprófalvakban élnek. Az itt élő férfiak várható élettartama 2006-ban 2,34 évvel, a nőké 0,82 évvel volt rövidebb, mint az országos átlag. Halandóságuk pedig 15,1, illetve közel 5,2 %-kal haladta meg az országos adatokat. A csecsemőhalandóság ezeken a településeken másfélszerese volt az országos átlagnak. (KSH, 2007.)

A következő 15 év alatt az ország népessége tovább fogy. A munkaképes korúak aránya a jelenleginél kb. 6%-kal lesz kevesebb, ugyanakkor a 64 évesnél idősebbek aránya 2001-hez képest mintegy 5%-kal nő. (EFK, 2005) Az előregedő lakosság fokozott igénnyel jelentkezik az ellátó rendszerben, a rossz eltartó - eltartott arány pedig emeli az aktív keresők bérére rakódó terheket, így csökkenhet a gazdaság versenyképessége is. Várható viszont, hogy a 65 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya egynegyedével, a nőké kb. 7%-kal csökken. Ezek a változások az ellátási kapacitások bővítését és a szakszemélyzet létszámának emelését kívánják meg.

5.2. Javaslatok az egészségügy humánerőforrás helyzetének javítására

5.2.1. Lehetőségek a problémamegoldásra

Korábban említettem az orvosok kezdeményezését, amely a béremelésről szól. Úgy gondolom, hogy mindenképpen a bérek és pótlékok növelésében van az egészségügyi dolgozók a szférában való tartásának az egyik lehetősége. Nagyon

fontos lenne a képzési struktúra átdolgozása. Olyan szakmákra kellene helyezni a hangsúlyt, amelyekben hiány van.

Az elvándorlás visszaszorítása érdekében célszerű lenne az egészségügyi dolgozók megbecsülésének erősítése. Olyan marketing eszközöket kellene alkalmazni, amellyel elősegítenék a megbecsülését az orvosoknak, ápolóknak.

Több, az országot elhagyó orvos, ápolónő azért nem jön vissza, mert nagyon bonyolult az újbóli munkába állás adminisztrációs ügyeinek intézése. Ha ezeket a folyamatokat átszerveznék, akkor többen átgondolnák az ismételt magyarországi munkavégzést.

2012. évben már történtek a problémával kapcsolatban intézkedések. Ösztöndíjprogram keretében 480 millió Forintot osztottak szét rezidensek és gyógyszerészek között. A nyertesek vállalják, hogy havi 100 000 Ft fejében a képzés végeztével 10 évig hazánkban fognak dolgozni.

5.2.2. Intézkedések

Rezidens képzés átalakítása

Hazánkban a jelenlegi rendszer egyformán támogatja a hiányszakmák és a túlnépesedett szakmák szakorvosjelöltjeit is. A módosítás azért is szükséges, mert a központilag finanszírozott két éves törzsképzési időszak letelte után nagyszámú jelölt nem tud a választott szakmájában elhelyezkedni, és addigi tanulmányaikat más szakmában nem, vagy csak részben tudják hasznosítani.

A javasolt új rendszer

A módosítási javaslat szerint az állásokat a kórházak az állás betöltésekor fennálló valós igényük alapján hirdetik meg, tehát az egészségügyi ellátórendszer adott

időben mutatkozó tényleges szükségleteinek megfelelő összetételben kerül sor a szakmák közötti létszamarányok megállapítására.

A változtatás alapelvei:

- a) a szakképzési rendszer térítésmentességének megtartása az államilag finanszírozott általános orvosképzésben részesült, első szakvizsgájukat szerző jelöltek számára,
- b) a támogatott rendszerben elhelyezkedni nem kívánók/nem tudók számára a képzésbe térítéses formában történő becsatlakozás lehetőségének biztosítása,
- c) a jelöltek munkáltatóval való kapcsolatának az erősítése, melynek eredményeként a jelenlegi egyetem-centrikus törzsképzési gyakorlat nagyobb részét a továbbiakban a munkáltatójuknál teljesítik a jelöltek,

A humánerőforrás fejlesztése uniós források bevonásával

A gazdasági élet területén elterjedt a támogatások igénybe vétele. Ezt kell erősíteni az egészségügyben is. A Társadalmi Megújulás Operatív Program egészségügyi szerkezetátalakítást támogató humánerőforrás- és szolgáltatásfejlesztést támogató intézkedései erre a területre vonatkoznak. Ezen a programon belül lehetőség van a az ágazat munkaerőmegtartó-képességének növelése, valamint az egészségügyi szerkezetátalakítás humán erőforrás feltételeinek biztosítására. A képzési és foglalkoztatási programok célja többek között a foglalkoztathatóság javítása, a dolgozók munkaerő-piaci beilleszkedésének elősegítése és az egészségügyi dolgozók ágazatban tartása.

2007-2013 között ágazati képzési, képzés- és módszertani fejlesztési programokra a 2007-2008. évi akcióterv részét képező pénzügyi kitekintése szerint mintegy 52,2 millió euro állt rendelkezésre. 2011-2012. évben ez az összeg elérte a 60 millió eurót.

6. Összefoglalás

Az utóbbi években az orvosi és ápolói pálya jelentős értékvesztésen ment keresztül: hazánkban mind az anyagi, mind az erkölcsi megbecsülés elmaradt más szakmák, hivatások elismertségétől. Hazánkban nagyon nehéz helyzetben van az egészségügy. A sajtó, a média is folyamatosan az orvosok, egészségügyi dolgozók elvándorlásáról szól. Vajon mi áll ezeknek a háttérében? Vajon milyen megoldási lehetőségek lehetnek? Vajon ezeket hogyan látják maguk a szereplők?

Ezekre a kérdésekre kerestem a választ a munkám során. A bevezető után röviden ismertettem az emberi erőforrással kapcsolatos fogalmakat, elméleteket. Bemutattam a hazai foglalkoztatás helyzetét. Részletesen ismertettem az egészségügy humánerőforrás ellátottságát. Az elmúlt évek adataiból készített diagramokkal bemutattam a változásokat, a legfőbb tendenciákat. A téma részletes kifejtésére kérdőívet dolgoztam ki, amely a bevezetőben felvázolt hipotézisekre épültek. A feldolgozott kérdőívek adatait elemeztem, összefüggéseket vizsgáltam.

A kérdőívben feltett kérdések segítségével arra a megállapításra jutottam, hogy akik az egészségügyből elvándorolnak, azok mindegyike az alacsony bérek és a megbecsülés hiánya miatt váltottak pályát. Sajnos a többségük nem választaná újra a gyógyítás mesterségét. Nagyon sokan vannak olyanok, akik gondolkoznak a külföldi munkavállalással, de az ismeretlentől való félelem, valamint a szükséges okmányok beszerzésének nehézsége visszatartja őket. Tovább erősíti az elvándorlási hajlamot az a tény, hogy 2011. május 01-től Németország és Nagy Britannia is feloldotta a Magyarországgal szemben korábban fenntartott munkaerőpiaci korlátozásait az egészségügyben. Az egészségügyi dolgozók többsége úgy gondolja, hogy a problémák tovább erősödnek, sőt még inkább elmélyülnek. Nem látnak kiutat az egészségügy jelenlegi helyzetéből.

Az egészségügyben az elmúlt évtizedekben a munkával kapcsolatban alapvető változást hozott, hogy az emberek egészségüggyel kapcsolatos elvárásai is fokozódtak. Rohanó világunkban már mindenki azonnal és gyorsan akar mindent, a legmagasabb színvonalon és hatékonysággal. Nagyon sok területen az egészségügyi intézmények a piacihoz hasonló versenyhelyzetbe kényszerültek, amihez máig nem tudnak tökéletesen alkalmazkodni. Az alkalmazkodási folyamathoz azonban elengedhetetlen a szervezeti kultúra átalakítása, az alkalmazottak gondolkodásának, értékrendjének, viselkedésének a megváltoztatása.

Az egészségügyi humán erőforrás elemzéséből kiderült, hogy nem csak az alacsony bérezési rendszer a probléma forrása. Sajnos az egész egészségügyi rendszer problémával küzd. Alacsony létszám, gyakran elhasznált felszerelések, amelyben nem könnyű hatékonyan dolgozni. A dolgozók elvándorlásának megakadályozáshoz tehát nem csak a béreket kell emelni, hanem az egész szektor átalakítására szükség van.

Irodalomjegyzék

Könyvek, folyóiratok:

1. Bakacsi Gyula et al.: Stratégiai emberi erőforrás menedzsment. Bp., 2004, KJK-Kerszöv. 357 p.
2. Berde Csaba-Hajós László: Emberi Erőforrás Gazdálkodás. Bp., 2008, Szaktudás K. 164 p.
3. Chikán Attila.: Vállalatgazdaságtan. Aula Kiadó, Budapest. 1999. 254. o.
4. Dienesné Kovács Erzsébet: Humán erőforrás menedzsment, vezetés és pszichológia. Debrecen, 2003. 22.o.
5. Dobák Mihály: Szervezeti formák és vezetés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 1999. 140-144 p.
6. Dr. Koncz Katalin: A munkaerőpiac nemek szerinti szegregációjának jelensége és mérése. 2010. Statisztikai Szemle 10-11., p. 1082-1105..
7. Gaál Csaba: Felszámolható- e az orvos- és nővérhiány? Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2005. 3. évf.sz. 13-16. p.
8. Gyökér Irén: Humán erőforrás menedzsment. Bp., 1999, Műszaki K. 188 p.
9. Harmat György - Czárán Erzsébet: Az európai egészségügyi humán erőforrás helyzete, Kórház. 2009. 3. sz. , 78-82. p.
10. Humán erőforrások gazdaságtana. Szerk. Tóthné Sikora Gizella. Miskolc, 2000, Bíbor K. 332 p.
11. Kajtor Erzsébet: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. 41. évf. 5. sz. 49. p.
12. Laki László: Vállalatok és vállalkozások igényeinek változásai a munkaerő képzésével-képzettségével kapcsolatban, MTA PTI, Budapest, 2001, 23.o.

13. McKenna, E. – Beech, N.: Emberi erőforrás menedzsment. Panem Kft., 1998. Budapest. 13-19p.
14. Nemeskéri Gyula - Fruttus I.L.: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana, Ergofit Kft., 2001
15. Papp László: Egészségügyi humánerőforrás menedzsment az uniós csatlakozás, valamint a hatályos munkaidő korlátok tükrében. IME. 2006. 5. sz. 33-37. p.
16. Piros Márta: A humánerőforrás-fejlesztés lehetőségeinek vizsgálata a mezőgazdaságban.
17. Poór József – Karoliny Mártonné: Áttekintés a személyzeti/emberi erőforrás menedzsmentről. In: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Szerk. Poór J. és Karoliny M., Közgazdasági és Jogi könyvkiadó, 1999. Budapest. 26. o.
18. Poór József [et al.]: Nemzetközi emberi erőforrás menedzsment. Bp., 1996, Közgazd. És Jogi K. 182 p.
19. Roóz József-Rozgonyi Tamás: Humán erőforrás menedzsment. Jegyzet. Bp., 2001, BGF Pénzügyi és Számviteli Főiskolai Kar. 248 p.
20. Sente Zsuzsa - Tóth Andrea: Egészségügyi karrier a XXI. Században? Karriertervezés, személyzetfejlesztés egy egészségügyi intézményben. Nővér. 2008. 3. sz. 15-23. p.
21. Vízvári László: Az egészségügy humán erőforrásai. ETInfo. 2006. 7. sz. 1. p.

Internetes anyagok

22. Ph.D. értekezés, Debrecen. 2-14. p.
http://miau.gau.hu/avir/intranet/debrecen_hallgatoi/tananyagok/jegyzet/06-Emberi_eroforras_gazdalkodas.pdf

23. Farkas Réka: A magyarországi orvoselvándorlás.
http://www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf
24. HR fejlesztési terv az egészségügyi munkaerőhiányra. HR Portal.
www.hrportal.hu
25. Humánerőforrás-fejlesztésre 191 milliárd forint 2007-ig. HRportal.
www.hrportal.hu
26. Nemzetgazdasági Minisztérium, Foglalkoztatás: az EU sereghajtói vagyunk
-
<http://www.kormany.hu/download/d/ad/10000/Foglalkoztat%C3%A1s%20-%20EU%20sereghajt%C3%B3i%20vagyunk.pdf>

Idegen nyelvű összefoglaló

In recent years the medical and nursing field has undergone a significant loss in value: in our country both in the material and moral recognition of the loss of other professions.

Our country is in a difficult situation of health care. The press, the media is constantly speaks about the migration of physicians and health care workers. I wonder what can be in the background? I wonder what possible solutions could be there? How do the characters see this situation?

These are the questions I wanted to answer in my work. Through the asked questions in the questionnaire, I got the statement that people who migrate to the health claim is, they all changed course because of the lack of wages and appreciation. Unfortunately, the majority of them would not choose the master of healing again. There are a lot of people who think of moving abroad, but fear of the unknown and the difficulty of obtaining the necessary documents to keep them. The majority of health workers think that the problems are further enhanced and even more deeper. They do not see a way out of the current health care situation.

The recent decades brought a basic change in health care and the people's expectations also intensified. In our fast-paced world, everyone wants everything right away and quickly with the highest level and efficiency.

In many areas the healthcare institutions have been forced to competitive positions similar to the market field to which they still haven't been able to adjust to. However, it is necessary to transform the culture of the organization and change the employees' thinking, values and behaviour.

The health human resource analysis revealed that not only the low wage system is the source of the problem. Unfortunately, the entire health care system is struggling with problems. Low numbers, frequently used equipment, which is not easy to work efficiently with. In order to prevent a brain drain of professionals it is not only wages which should be increased , but the entire industry needs to be changed.

Each country needs to develop methods for health professionals workforce planning, education and employment and to invest in the training of health workers and support you need in order to manage the crisis . This initiative is the result of several human resource development strategy that has been developed.

Ábrák, táblázatok jegyzéke

1. ábra: Az emberi erőforrások menedzsmentjének modellje	11
2. ábra: A foglalkoztatási ráta alakulása 1998 – 2011 között.....	15
3. ábra: Foglalkoztatási arány az EU-ban és az EU-n kívül- (15-64 év).....	18
4. ábra: 100 ezer főre jutó orvosok száma.....	21
5. ábra: Betöltetlen állások számának alakulása hazánkban régiónként – 2012. év	22
6. ábra: A női és férfi dolgozók aránya az egészségügyben.....	23
7. ábra: 2012. évben Magyarországot elhagyó egészségügyi dolgozók kor szerinti megoszlása.....	31
8. ábra: A nemek arányának megoszlása.....	36
9. ábra: A kor szerinti alakulás	37
10. ábra: A munkakör megítélése – a dolgozó véleménye alapján	38
11. ábra: Elégedettség vizsgálata.....	39
12. ábra: Hivatásválasztás	40
13. ábra: A külföldi munkavállalás lehetősége	41
14. ábra: A külföldön munkát vállalt megkérdezettek száma	42
15. ábra: Egészségügy megítélése	43
16. ábra: Jövőkép megítélése.....	44
1. táblázat: A dolgozó orvosok száma korcsoport, nem és szakképesítés szerint, 2012	24
2. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók száma 2005 és 2008. között Magyarországon	26

Melléklet

1. melléklet

Kérdőív

Emberi erőforrás gazdálkodás a hazai egészségügyben szakdolgozat készítéséhez

Kedves Megkérdezett! A Miskolci egyetem végzős hallgatója vagyok és képzésem szakdolgozatához összeállítottam egy kérdőívet, amely a haza egészségügy helyzetéről, a munkavállalásról valamint az elvándorlásról szól. A kitöltés önkéntes, anonim és kb. 10 percet vesz igénybe. Köszönöm az együttműködést!

Személyes kérdések:

Nem:

NŐ	FÉRFI
----	-------

Kor:

20-25 év	26-30 év	31-35 év	36-40 év	41-50 év	50 felett
----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Iskolai végzettség:

érettségi /szakvizsga	főiskola	egyetem	doktori képzés
-----------------------	----------	---------	----------------

1. Milyennek ítéli a saját helyzetét, beosztását az egészségügyön belül, vagy a munkahelyén?

[] megbecsült dolgozó vagyok [] nem ismerik el a munkámat

2. Elégedett-e jelenlegi munkájával, beosztásával? Miben változtatna?

[] igen, elégedett vagyok [] nem vagyok elégedett [] nem vagyok elégedett, de változtatnék:.....

3. Milyennek ítéli meg munkahelyén az orvos-szakdolgozói viszonyt?

[] kiváló [] megfelelő [] rossz

4. Ha újrakezdhetné, ugyanezt a hivatást választaná? Miért?

☐ igen

☐ nem

Indok:

5. Ha lehetősége lenne rá, vállalna-e szakmájában külföldön munkát?

☐ igen

☐ nem

6. Ön szerint milyen okai lehetnek a munkaerőhiánynak, az elvándorlásnak a magyar egészségügyben?

Okok:

7. Dolgozott e már külföldön?

☐ igen

☐ nem

Ha nem, akkor kérem folytassa a válaszadást a 8. kérdéssel.

1. Milyen okok vezettek ahhoz, hogy külföldön vállaljon munkát?.....

.....

2. Okozott-e nehézséget a munkavállaláshoz szükséges okmányok beszerzése, a külföldi munkakeresés, vagy a beilleszkedés?.....

.....

3. Elégedett-e jelenlegi munkájával, beosztásával? Miben változtatna?.....

5. Milyennek ítéli meg munkahelyén az orvos-szakdolgozói viszonyt?.....

6. Ha újrakezdhetné, ugyanezt a hivatást választaná?.....

.....

7. Összehasonlítva a magyar- és annak az országnak az egészségügyét, amelyben jelenleg dolgozik, milyen szempontokat jelölne meg egyik, vagy a másik javára?

.....

.....

8. Milyen megoldási javaslatok lennének a munkaerőhiány megoldására?

Javaslatok:

9. Ön szerint milyen az egészségügy megítélése az átlagemberek szerint?

☐ kiváló

☐ megfelelő

☐ rossz

10. Milyennek látja a magyar egészségügy jövőjét?

☐ fellendülőben van

☐ stagnál

☐ hanyatló állapotban van