

„Kialakítottuk az eredményes munka feltételeit” Egy éves a jogvédelmi központ

Interjú Dr. Novák Krisztinával, az OBDK főigazgatójával

A betegjogi jogvédelem feladatait ellátó képviselők 1999-től az ÁNTSZ Országos Tisztiorvos Hivatala, ezt követően 2004-től a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány, majd a 2010-es kormányváltást követően a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal egyik főosztályának irányításával működtek. Az alkotmányos alapjogok hatékonyabb érvényesítése és az évi 20-25 ezer panasz hatékony kezelése érdekében létrehozott új központi hivatal, az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) feladatait és működésének kereteit a 214/2012. (VII.30.) Kormányrendelet határozta meg. A Központ egyesíti a betegek, az ellátottak – vagyis pl. az intézményekben gondozott időskorúak – és a gyerekek más és más ágazati törvényekben meghatározott jogainak védelmét. Feladatai, hatásköre és struktúrája is megváltozott a jogelődjéhez képest: a jogvédelmi rendszer működtetése a jogvédelmi képviselők foglalkoztatása, a jogvédelmi képviselők hatósági nyilvántartása, a jogutódlás nélkül megszünt egészségügyi intézményekben kezelt egészségügyi dokumentáció kezelése, az egészségügyi ellátások határon átnyúló igénybevételeit szolgáló nemzeti kapcsolattartó pont kialakítása és működtetése, s végül a fentiekkel kapcsolatos módszertani és képzési feladatok is a Központoz tartoznak.

Az OBDK 2012. november elején jött létre, amelynek vezetésére Dr. Novák Krisztinát kérte fel az emberi erőforrás minisztere. Beszélgetésünkben a Központ egy éves működését tekintjük át főigazgató asszonnyal.

Milyen viszonyokat „örökölt”?

Hivatalba lépésemkor egyáltalán nem beszélhettünk egyéges működési gyakorlatról: a jogvédelmi hálózat óraalapon működött, volt olyan betegjogi képviselő, aki melléállásban havi 2 órát dolgozott, de olyan is, aki 178-at. Volt, aki egy településen, s volt, aki egy teljes kistérségben működött. Volt a jogvédelmi munkatársak között egyéni ügyvéd, ügyvédi munkaközösség, magánszemély, de egyéni- és társas vállalkozás is. Mindez jól mutatja, hogy ennek tisztázásával kellett kezdenünk a munkát, tehát az átszervezés első fontos lépése volt a jogvédelmi képviselők jogviszonyának egységesítése és óraszámok helyett területi alapokra helyezése. Többségük jelenleg már kormánytisztviselő – néhány munkaszerződéssel foglalkoztatott kolléga mellett –, valamennyien teljes munkaidőben. A kormánytisztviselői jogviszony nemcsak a jogvédelmi munka presztízsét növeli, hanem a jogvédő számára is biztonságot nyújt, továbbá egyértelművé teszi a felelősségi viszonyokat is.

A létszámok ennek megfelelően változtak. 2012-ben 92 jogvédő tevékenykedett a fent részletezettek alapján. Ezzel szemben 2013 októberében 65 fő (25 betegjogi, 20 ellátottjogi és 20 gyermekjogi képviselő) teljes munkaidőjű munkatárs látja

el ugyanazt a feladatot, összességében magasabb óraszámokban, így elmondható, hogy a jogvédelemre fordított idő növekedett a racionalizálás eredményeként. A jogvédők korábbi tapasztalataira támaszkodva munkaszervezési szempontból megtartottuk a régiókra történő felosztás rendszerét, mely alapján komplex regionális teamek működtetésével, rugalmasan tudunk alkalmazkodni a helyi igényekhez is.

Nehézséget jelentett az utánpótlás kérdése is, hiszen 2009 és 2012 között mindösszesen 22 fő részesült jogvédelmi képzésben. Ezzel szemben amióta az OBDK létezik, már számos továbbképzést tartottunk: az elmúlt hónapokban 147 fő kapott tanúsítványt a jogszabályban előírt 60 órás jogvédelmi szakmai képzés elvégzéséről, továbbá november végén újabb 40 betegjogi képviselő fejezi be a tanfolyamunkat. Célunk, hogy az OBDK-t, mint jogvédelmi képviselőket képző intézményt akkreditáltassuk.

Kik lehetnek betegjogi képviselők?

Mindhárom szakterületen jogszabály írja elő a szakirányú felsőfokú végzettséget, szakmai tapasztalatot. A betegek jogával elsősorban egészségügyi dolgozók, orvosok, gyógyszerészek, illetve jogászok foglalkoznak.

Kiemelt feladatunk a jogvédelem presztízsének visszaállítása, a jogvédők munkájukba vetett hitének erősítése. Ehhez egyebek mellett a jogvédői munka szakmai minimumfeltételeit fogalmaztuk meg, ami ekkora szakterületek esetében nem volt kis feladat, hiszen akár a beteg-, akár az idősellátás területén, akár a gyerekjogok területén számos intézménytípust kell ellenőrizni, szűrni, az onnan esetlegesen érkező panaszokat megvizsgálni. A jogvédelmi munka színvonalának javítása érdekében megalkottuk mindhárom terület jogvédelmi stratégiáját, melynek részeként egységes eljárási szabályokat és eljárásrendeket, protokollokat is készítettünk, az azokhoz kapcsolódó fogalomtárral, mely az egységes értelmezést segíti.

Ezeken túl még számtalan egyenként apró, de összességében nagyon jelentős ügyet kellett intéznünk az elmúlt időszakban: a regionális irodák infrastruktúrájának kialakításától a munkatársak arcképes igazolványainak elkészítéséig, az új, akadálymentes, vakbarát, több nyelvű honlap létrehozásától a központi panasziroda kialakításáig.

Kiket hívtak munkatársnak az új hivatalba?

Általában nagy bizalommal vagyunk a pályakezdők iránt, így több fiatal is van a munkatársaink között. Motiváltak, kreatívak, öröm velük dolgozni. Bízunk benne, hogy belőlük sikerül egy új jogvédő generációt kinevelni.

Az OBDK-nak módszertani feladatot is adott a kormányrendelet...

Nem elméleti tanulmányokról van szó, hanem egyszerű gyakorlatról. A betegjogok területén a hosszú évek tapasztalata alapján jogvédőink országos szinten átlátják az intézmények működését, így például ha a Nyírségben tudomást szerzünk egy példaértékű esetről, akkor azt mi precedensként ismertetni

tudjuk a pécsi kollégákkal és rajtuk keresztül az ottani intézményekkel is. Ahhoz, hogy ez működhessen, alapjaiban meg kellett változtatni a jogképviseleti rendszert. Minden régióknak – ez általában három megyét jelent – van egy-egy koordinátora, akik napi kapcsolatban állnak egymással. Ezen túl a központunk is nyújt ágazati szakreferensek által, szakmai orvosi, jogi segítséget az ügyek gyors megoldásához. Dinamikusan igyekszünk működni, nem várjuk ki a jogszabályban biztosított 30 napos határidőt, nem várakoztatjuk a beteget a panaszával.

Van a jogvédelmi képviselőknek szankcionálási lehetősége?

A jogképviseleti rendszer nem szankcionálásra, hanem az állampolgárok tájékoztatására és panaszaink kezelésére jött létre. Konfliktusok esetén szerepük leginkább mediátor jellegű. A jogszabály adta lehetőségeken túl, ha szükségét látják a kollégáink, felhívják a figyelmet, illetve javaslatot tesznek a jogorvoslati lehetőségekre is. Konceptcionális kérdésnek tartjuk, hogy akkor hatékony a panaszkezelés, ha a tettek mögött az okokat is feltárjuk, és ezeket világosan megfogalmazzuk mindkét fél számára. Nagyon sok esetben nem nagy dolgokról, inkább figyelmetlenségről, rossz beidegződésről van szó, hiszen a betegjogi alapokkal mindenki tisztában van. Ha felhívjuk a figyelmet ezekre az „apróságokra”, gyakran kapjuk azt a választ, hogy „ó, tényleg” és azonnal változtatnak a panaszolt gyakorlaton. A könnyen megoldható problémák kezelése érdekében állapodtunk meg a Kórházzövetséggel arról, hogy alkalmanként meglátogatjuk az intézményeket és részt veszünk az orvosi értekezleteken, ahol rövid, 15-20 perces tájékoztatást adunk a rendszeresen jelentkező betegjogi panaszokról és a helyben felmerült kérdésekkel kapcsolatban is igyekszünk gyakorlati válaszokat adni. Számtalan konfliktust lehet így megelőzni.

A hivatal honlapján (www.obdk.hu) olvasható bekezdésében hangsúlyosan szól arról, hogy a lehető legtöbb intézménnyel, szervezettel, egyházzal szeretne munkakapcsolatot kialakítani. Meddig sikerült már eljutni a kapcsolatfelvételben?

A GYEMSZI-vel és az ÁNTSZ-szel való napi kapcsolattartásunkat, az intézményeink közötti információáramlást jogszabály írja elő. Nagyon fontos, hogy szinte az összes felsőoktatási intézménnyel kapcsolatba léptünk, a jogi karok, az orvosi egyetemek klinikáin is jelen vagyunk, előadásokat tartunk, tájékoztatunk, gyakorlatra fogadunk diákokat. Esettanulmányokat elemzünk a képző intézményekkel közösen, amelyek rendkívül tanulságosak a jogvédőinknek is, hiszen életszerű, gyakorlati

helyzeteken keresztül mutathatják be a jogvédelmi munka mindennapjait, sikereit.

Kapcsolatba léptünk az egyházakkal is – különös tekintettel az időskorú ellátottakra –, keresve a hatékonyabb feladatellátás közös elemeit, így például a foglalkoztatott és foglalkoztatható önkéntes jogvédők csatlakozását.

Munkakapcsolatban állunk az Alapvető Jogok Biztosának Hivatalával, az Egyenlő Bánásmód Hatósággal és más jogvédő szervezetekkel, így például a TASZ-szal, sűrűn nyújtunk egymásnak gyakorlati segítséget napi ügyek megoldásában is.

Mi a jelentősége a Miskolci Egyetemmel kötött együttműködési megállapodásnak?

Elsősorban a jogtudatos szemléletmód általános elterjedését reméljük attól, hogy az egyetem jogi karán ettől az évtől 30 fő hallgató a jogvédelemről is tanulhat. Az oktatás kialakításában és folyamatában is aktívan részt veszünk: a tematikát az egyetemmel közösen állítottuk össze, és előadók is biztosítottunk a képzéshez.

Eddig főleg az egészségüggyel kapcsolatos feladatokról, a betegjogi képviseletről beszéltünk, hiszen az interjú elsősorban egészségügyben dolgozók kezébe kerül majd. Ám az OBDK három, egymástól különböző jogterületen működik...

Valóban. Az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselet is azonosan hangsúlyos feladatunk. Mindhárom területen közép- és hosszú távú stratégiát dolgoztunk ki, protokollokat készítettünk, etikai kódexet alkottunk. Részt veszünk a területeket érintő jogalkotási folyamatokban, és célunk az, hogy mindhárom területen hiteles, független szereplői legyünk az ellátórendszereknek.

Költségvetésükön kívül más forrásokra is támaszkodhatnak?

Megalakulásunkkor az NRSZH-tól átvettük a korábban (2008-ban) elnyert TÁMOP 5.5.7-08/1 "Betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselői hálózat és jogvédő munka fejlesztése" című kiemelt uniós projektet. Ezzel is segítjük az egyes régiók folyamatos együttműködését, a szakmai teamek kialakítását, a jogvédői munka további fejlesztését és megerősítését.

Hogy érzi, hol tartanak, meddig jutottak 10 hónap alatt?

Az elmúlt egy évben kialakítottuk azokat a feltételeket, amelyek között megvalósíthatjuk közép- és hosszú távú stratégiai céljainkat. Emellett az őszi egészségügyi „saláta-törvény” előkészítése során is teszünk jogszabály-módosítási javaslatokat, amelyek konkrét pontokon, jogszabályi szinten segítenék jobban működtetni a jogvédelmi rendszert.

NÉVJEGY



Dr. Novák Krisztina a Szegedi Tudományegyetemen 2005-ben jogi, majd négy évvel később közgazdász diplomát szerzett. A jogi diploma átvételét követően 2006–2008 között Dr. Molnár Ágnes országgyűlési képviselő (Fidesz) személyi asszisztense volt, 2009-ben pedig a Népjóléti Kabinet egészségügyi munkacsoportjának vezető munkatársaként folytatta pályáját. 2010–

2011 között a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának politikai főtanácsadója és Egészségpolitikai Programkoordinációs Osztályának vezetője volt. 2011 óta a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) Főigazgatói Koordinációs Főosztályának vezetőjeként dolgozott, elsősorban az államtitkári kabinet és a GYEMSZI hatáskörébe tartozó feladatok koordinálásával foglalkozott. A megyei fenntartású intézmények átadás-átvétele során a dél-alföldi térség megbízott vezetője volt.

Alapjogi visszásságok: Az alapvető jogok biztosának jelentése az egészségügyi dolgozók helyzetéről

Szabó Máté, a mandátumát idén kitöltött ombudsman, egyik utolsó vizsgálatában fel kívánta tárni az egészségügyi dolgozóknak a válsággal összefüggésben kialakult élet- és munkakörülményeit. A vizsgálat az Alaptörvényből indult ki: A testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1)-(2) bekezdés: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését (a Kormány) a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”]

Korábban a „Beteg Jogaink – Egészséges Méltóság” elnevezésű projekt keretében már vizsgálatot folytatott a kórházi ügyeletről, valamint ezzel összefüggésben a rezidensek, illetve szakorvosjelöltek képzésének, foglalkoztatásának kérdéseiről. E vizsgálat következtetése az volt, hogy az ellátórendszer fenntartása sok esetben az abban dolgozó szakemberek elkötelezettségén múlik, ezért a betegek jogai, a hatékony és biztonságos szakmai színvonalú ellátás garantálása érdekében szorgalmazta a rezidensek, szakorvosjelöltek beavatkozási jogának, szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából irányadó kompetencialista kialakítását. Ezen vizsgálati tapasztalatok egyben rámutattak az egészségügyi dolgozók méltatlan munkakörülményeire, jövedelmi helyzetére, valamint arra, hogy az utánpótlás kérdése évek óta égető probléma. A szakemberellátás egyenlőtlenségei pedig még ma is fennállnak. A fenti jelenségek mára együttesen egyfajta ágazati humánerőforrás-válságba, krízisbe torkollottak, melynek egyaránt érintettjei, „vesztesei” az egészségügyi dolgozók és a betegek.

„A fenti jelenségek mára együttesen egyfajta ágazati humánerőforrás válságba, krízisbe torkollottak, melynek az érintettjei, „vesztesei” az egészségügyi dolgozók, és a betegek egyaránt. A mai kor gazdasági és jogi környezetének változásai, a romló gazdasági viszonyok, az egészségügyi ellátórendszer reformjai, valamint a fenti vizsgálati tapasztalatok tehát egyaránt indokoltá és időszerűvé tették az egészségügyi ágazat rendszerszerű problémáinak átfogó jellegű feltárását, tekintettel arra, hogy a korábbi panaszügyek kapcsán felmerült több, alapvető joggal kapcsolatos visszásság gyanúja.” – olvasható az ombudsman jelentésében.

Magyarországon 35 ezer aktív orvos dolgozik, több mint 1800 orvosi állás betöltetlen. Az orvosok átlagéletkora 50,5 év, azaz a szakma rendkívüli módon előregedett. Az elmúlt öt évben az itthon dolgozó orvosok száma 14 százalékkal

csökkent, különösen súlyos a szakorvoshiány. 2007-hez képest a négyszeresére nőtt az országot elhagyni kívánó szakdolgozók száma, évente annyi szakképzett ápoló, műtősnő keres állást külföldön, amennyire egy-egy város kórházában volna itthon szükség.

A jelen vizsgálat célja volt feltárni az egészségügyi dolgozók, szakemberek oktatásának, képzésének, foglalkoztatásának, munkakörülményeinek változását a szűkülő források és a társadalom romló egészségügyi és mentálhigiénés helyzetének „ollójában”. Az ombudsman a vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az egészségügyben érintett valamennyi kormányzati szervtől, a szakmai köztestületektől és más, egészségügyben érintett szakmai szervezettől kért és kapott tájékoztatást.

A Magyar Orvosi Kamara tájékoztatása szerint a kivándorlás szándéka továbbra is növekvő tendenciát mutat. A kórházakban 2012-ben orvosi területen 15 százalékos volt a fluktuáció. Az országon belüli migráció, azaz a pályaelhagyás, illetve a magánegészségügy felé irányuló elvándorlás is gyakori. Csökken a paraszolvencia pályán és országon belül tartó ereje. A közfinanszírozott egészségügyben dolgozó orvosok az alapvető szükségleteiket nem tudják egyetlen főállásból származó jövedelemből fedezni, másod- és harmadállásokból kell kiegészíteniük. A távozó orvosok között magas a jól képzett szakorvosok aránya, pótlásuk egyre nehezebb, így vezetői posztokra is nehéz szakembert találni. A rezidensek számos helyen az orvoshiánnyal küzdő oktatóintézmények „rabszolgái”, nem kapnak kellő szakmai megbecsülést, a kritikus szakorvoshiány miatt elveszítették jól képzett és tanítani hajlandó mentorai túlnyomó többségét, megszűnt a mester-tanítvány viszony, ez pedig végső soron a biztonságos betegellátást veszélyezteti.

A MOK elnöke kifejtette, hogy a migráció kérdésének kezelésére tett kísérletek – melyek elsősorban a rezidensek Markusovszky-ösztöndijában, valamint „némi ágazati béremelésben realizálódnak” – nem hozzák meg a kívánt eredményt. Az elvándorlás következtében a maradókra egyre nagyobb teher hárul, sokkal nagyobb a kiegészítés veszélye, mint más ágazatokban. Ellensúlyozni ezt a folyamatot csak más ágazatokkal versenyképes bérezéssel lehet, ami vonzza az egészségügyi pályára jelentkezőket, és meg is tudja tartani őket.

Az egyes régiókban mutatkozó konkrét orvosi létszámihiány kapcsán az elnök rámutatott, hogy az alapellátás terén a keleti és különösen az északkeleti régióban nagyobb a lefedetlen praxisok száma, mint a Nyugat-Dunántúlon. Ugyanakkor az is elmondható, hogy éppen a Nyugat-Dunántúl alap- és szakellátását végző szakembereket sokkal erősebb és eredményesebb csábítás éri a kelet-ausztriai

kórházak részéről, és ezért ott nagyobb mértékű a fluktuáció, mint más régiókban. Az egészségügyi kormányzat által rendszeresen közzétett hiányszakmák listája felöleli a szakképesítések jelentős hányadát. A háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátó fogorvosi kar mintegy 10 ezer főre tehető közösségében mára olyan mértékű az elöregedés, illetve a hiány, hogy még a mindennapok feladatait is alig képesek ellátni. Ráadásul a praxisok veszteségek, vállalkozó orvosok a gazdasági egyensúlyt az egyéb területen végzett túlmunkával tudják csak biztosítani, és ilyen módon a közfinanszírozott ellátást saját magánbevételeikből támogatják.

2012-ben és az idei évben is béremelésre kerül sor, minek következtében számos területen lényegesen javul a gyógyítók bérpozíciója. A járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok bére közel bruttó 110 000 forinttal emelkedik, ami átlagosan 30 százalékos növekedés. Ugyanakkor a továbbiakban ígért és várt komplett életpályaterv bevezetése, és ekképpen a munkavállalók sorsának kiszámíthatóvá tétele, még mindig várat magára. Számos helyen továbbra sem megoldott a szabályos munkaszervezés, a kötelező pihenőidők kiadása. A munkaterhekkel kapcsolatos „beszédese” adat, hogy a tavalyi évben orvosi területen ki nem vett szabadság aránya 30 százalék feletti. A kórházakban helyettesítési díjat, túlóradíjat kevés kivétellel gyakorlatilag nem fizetnek. Az adminisztrációs terhek folyamatos és sokszor értelmetlennek, feleslegesnek tűnő növekedése tovább csökkenti a betegellátásra fordítható időt. Mindez együttesen folyamatosan növekvő túlterhelést eredményez, ami a betegellátás biztonságát veszélyezteti. A fentiek következtében általános jelenség a deprimáltság, az apátia, a kiégettség. A rossz munkakörülmények a jövedelmi differenciák mellett, sőt lassan azokat meghaladó mértékben járulnak hozzá az egyes orvosok pályaelhagyási, illetve migrációs szándékához.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a bérek méltatlan módon nem tükrözik az egészségügyi munkavégzés társadalmi hasznosságát. Sok esetben nincsenek arányban az elvégzett munkával, a dolgozókra háruló felelősséggel, rontják az egészségügyi dolgozók ön- és társadalmi megbecsülését, erősítik az amúgy is kritikus mértékű szakemberhiányt. Megkezdődött ugyan egy bérrendezés, de az több lépésben, nem feltétlenül az egészségügyi dolgozók beosztásához, aktuális személyi alapbéréhez igazodóan valósul meg, ami szakemberek egyöntetű jelzései szerint negatív irányba befolyásolta az ágazat békéjét, erős bérfeszültséghez vezetett, és nem teszi vonzóvá az egészségügyi pályát a fiatalok előtt.

A kamara elnöke végül felhívta az ombudsman figyelmét arra, hogy az egészségügy nemzetstratégiai jelentőségű ágazat, ennek elismerése érdekében döntéshozói paradigmaváltásra van szükség, azaz a gyógyítás alapvetően és elsősorban emberközpontú, nem pedig gazdasági érdekektől vezérelt megközelítést és döntéshozatalt igényel.

A Magyar Rezendensszövetség elnöke az elégtelen bérezési rendszer kapcsán rámutatott, hogy megkerülhetetlen a

hálapénz témaköre. A paraszolvenca kényes és összetett probléma, morálisan romboló hatású, jelentősen rontja az orvos-beteg kapcsolatot, az ellátórendszer hatékony működését, és rontja a szakképzés minőségét is. Az elnök szerint az egészségügy megújításához elengedhetetlen a hálapénzrendszer felszámolása.

A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ) elnöke szerint a társadalmi megbecsülés és az orvosok önbecsülése egyaránt megrendült. Az elnök szerint a szakmai előrehaladásnak, a felelősségvállalás mértékének arányosan tükröződnie kellene a jövedelmekben, minőségelvűen szükséges rendezni a közalkalmazott orvosok különféle csoportjait, valamint a közalkalmazott és az egyéb vállalkozási formában közreműködő orvosok jövedelmi viszonyait.

Az egyre jobban kiéleződő emberi erőforrás válság ugyanakkor nemcsak anyagi okokra vezethető vissza, hanem a jövőkép hiányára, a bizonytalanságra, a kollégák közötti lojalitás hiányára, a rossz munkahelyi légkörre, az orvosok és egészségügyi dolgozók között feszültséget keltő intézkedésekre, az elégtelen kommunikációra és a rosszul felfogott szakmai versengésre.

Az egészségügyi szakdolgozói réteg a közzszférán belül 19 százalékaival a legnépesebb csoporthoz tartozik, több mint százezer főt tesz ki, és közel 30 egészségügyi szakdolgozói munkakört jelenít meg. Az egészségügyi szakcsoport heterogenitása ellenére elmondható, hogy bérszínvonalára nemcsak az európai átlagtól marad el, hanem a hazai átlagkeresetek rangsorában éppen csak lemarad a mezőgazdasági szektortól, és nem éri el a köztudottan alacsony bérezésű oktatási szférát sem.

A szakképzéssel betöltött ápolói-szakápolói és asszisztens-szakasszisztens munkakörök esetében az elmúlt években egyértelmű számbeli csökkenés volt megfigyelhető. A legtöbb betöltetlen állás az ápolói/szakápolói munkakörben van. Nem tisztázták a nem orvos végzettségű egészségügyi szakemberek tevékenységi köreit. A munkaköri besorolás, bérezés megállapításánál sokszor nem veszik figyelembe a magasabb végzettséget. Az elnök szerint valós adatokon nyugvó és a reális szükségletekhez igazodó humán erőforrás-tervezés szükséges az egészségügyi dolgozói utánpótlás biztosításához, ahhoz, hogy az ország gazdasági fejlettségét és az unió színvonalát tükröző egészségügyi ellátórendszerrel lehessen számolni a jövőben.

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) főigazgatója a szakemberhiány kapcsán arról tájékoztató, hogy összességében a legtöbb betöltetlen állás a szakápolói (122) és a műtési (43) szakmaterületeken van. Megyéenként jelentős eltérések tapasztalhatók az üres egészségügyi szakdolgozói státuszok tekintetében. A legtöbb betöltetlen állás Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (43), Pest megyében (32) és Tolna megyében (28), a legkevesebb Hajdú-Bihar megyében (1), Bács-Kiskun megyében (3) és Békés megyében (3) található. A fővárosban 141 betöltetlen szakdolgozói állást jeleztek ápolói, egészségügyi asszisztens, képző-

diagnosztikai, műtéti, valamint laboratóriumi szakmaterületen.

A Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének (MÁIE) elnöke rámutatott, hogy az európai uniós források lehetőséget teremtettek nagyszabású infrastrukturális beruházásokra, az épületeket és a műszerparkot korszerűsítik, ennek köszönhetően javultak a munkakörülmények, azonban nagyon sok kórházban még mindig nincs megfelelő számú szociális helyiség, nincsenek kulturált öltözők az ápolószemélyzet számára.

Az emberi erőforrások miniszterének tájékoztatója tartalmazza a bérek emelése és a szakképzés rendszerének megújítása érdekében tett kormányzati lépéseket.

Az ombudsman, összegezve az ágazat szereplőinek véleményét, állásfoglalásait – egyebek mellett – megállapította, hogy a hazai humánerőforrás-stratégia nem megfelelő, a társadalmi-gazdasági változásokra nem reagál kellő időben. A megkeresett szervek válaszaiból és a rendelkezésére bocsátott adatokból megállapította, hogy az ágazat bérhelyzete rendkívül differenciált. A bérek nagysága az egészségügyi munkavégzés társadalmi hasznosságát, értékét tekintve méltatlan, sok esetben nincs arányban az elvégzett munka mértékével, a dolgozókra háruló felelősséggel, rontja az egészségügyi dolgozók saját és társadalmi megbecsülését, az amúgy is kritikus mértékű szakemberhiányt erősíti. A szakemberek egyöntetű jelzései szerint a bérendezés, tekintettel arra, hogy nem átfogóan, a teljes ágazatot érintően valósult meg, negatív irányba befolyásolta az ágazat békéjét, erős bérfeszültséget eredményezett, tovább mélyítette az egészségügyi dolgozók viszonyrendszerét jellemző belső megosztottságot. Bár a bér- és illetményemelésről a munkáltató (az állam) a saját teherbíró képességének megfelelően szabadon hozhat döntést, a méltánytalan jövedelmi helyzetben lévő egészségügyi dolgozók a fenti okokból jelentős érdeksérelemként élik meg a több lépcsőben megvalósuló bérendezést. E folyamat, közvetve ugyan, de hatással lehet az egészségügyi ellátás minőségére, ezáltal a testi és lelki egészséghez való joggal összefüggő állami kötelezettség teljesítésére.

Az ombudsman felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségügyi dolgozók bér- és jövedelemszintjének megítélését jelentős mértékben torzítja a hálapénzrendszer, amely a rendszerben egyfajta torz ösztönzőként funkcionál, a meghatározott munkakörben dolgozó egészségügyi szakember jövedelmét mintegy „kiegészíti”, ám ezt megfoghatatlan mértékben teszi. A szakemberek körében teljes az egyetértés abban, hogy a hálapénzrendszer morálisan romboló hatású, a betegek bizalomvesztését eredményezi, jelentősen rontva az orvos-beteg kapcsolatot, az ellátórendszer hatékony működését, továbbá növeli a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek közti feszültséget azzal, hogy egyes szakterületeken prioritást meghatározó

tényezővé vált. Ez pedig csak tovább gerjeszti azt a folyamatot, hogy az ellátórendszer nem feltétlenül a szükségletekhez igazodóan alakul. A szakemberek abban is egyetértenek, hogy a hálapénzrendszer felszámolására, mivel az több tényező együtthatásaként alakult ki, csakis komplex módon kerülhet sor. A megoldás részét kell, hogy képezze a minőségbiztosítás rendszerének fejlesztése, elengedhetetlen az állami garanciával megvalósuló bérendezés, az egyértelmű, átlátható finanszírozási viszonyok és jogi környezet. A hálapénzrendszer felszámolása ugyanakkor szemlélet- és attitűdváltás kérdése is, amely az ágazat hiányosságainak felszámolásával párhuzamosan hosszú távon tud végbemenni.

Összegezve a jelentés megállapítja, hogy a megkeresett szervek válaszaival egyöntetűen arra mutatnak rá, hogy az ágazati humánerőforrás-krisz elhárításának első lépései, az azonnali válságintézkedések többnyire megtörténtek, ugyanakkor a hosszú távra is kiható intézkedések részét képező, az egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek előmeneteli rendszerének megvalósítására irányuló, valós és összehasonlítható adatokon nyugvó humánerőforrás-stratégia és migrációs stratégia tényleges működtetésére még nem került sor. „Mindezekre tekintettel megállapítom, hogy a jelentésben rögzített, több okra is visszavezethető egészségügyi humánerőforrás krízis, az azzal szoros összefüggésben álló elégtelen munkafeltételekkel, az alacsony bér- és jövedelmi viszonyokkal, a kiegészi folyamat kezelésének képzésben megmutatkozó hiányosságaival – bár az egyes problémák önmagukban nem minősülnek alapjogi szempontból visszásnak, – összességükben olyan mértékben befolyásolják az ellátás színvonalát, hogy a betegek egészséghez fűződő és az egészségügyi ellátáshoz való, az Alaptörvény XX. cikkéből következő alapvető jogával, illetve az ehhez kapcsolódó állami kötelezettséggel összefüggő visszásságot idéznek elő.”

A feltárt visszásságok megszüntetése érdekében Szabó Máté ombudsman felkérte az emberi erőforrások miniszterét, hogy az érintett szakmai szervezetek bevonása mellett kezdeményezze egy olyan kiszámítható, perspektívát jelentő egészségügyi életpályamodell kialakítását, amely magába foglalja az egészségügyi munkavégzés társadalmi hasznosságával arányos, stabil, versenyképes bérezést, a biztonságos, magas szakmai színvonalú ellátáshoz szükséges munkafeltételeket, a kiegészi folyamat kezelésére alkalmas képzések beépítését az orvos- és egészségügyi szakemberképzés, illetve továbbképzés rendszerébe.

Felkérte továbbá a minisztert, hogy az országosan ki- egyenlített és folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátás érdekében dolgozza ki a jelenleg tapasztalható egészségügyi humánerőforrás-krízis megszüntetésének stratégiai lépéseit, az egészségügyi szakember-utánpótlás programját.