

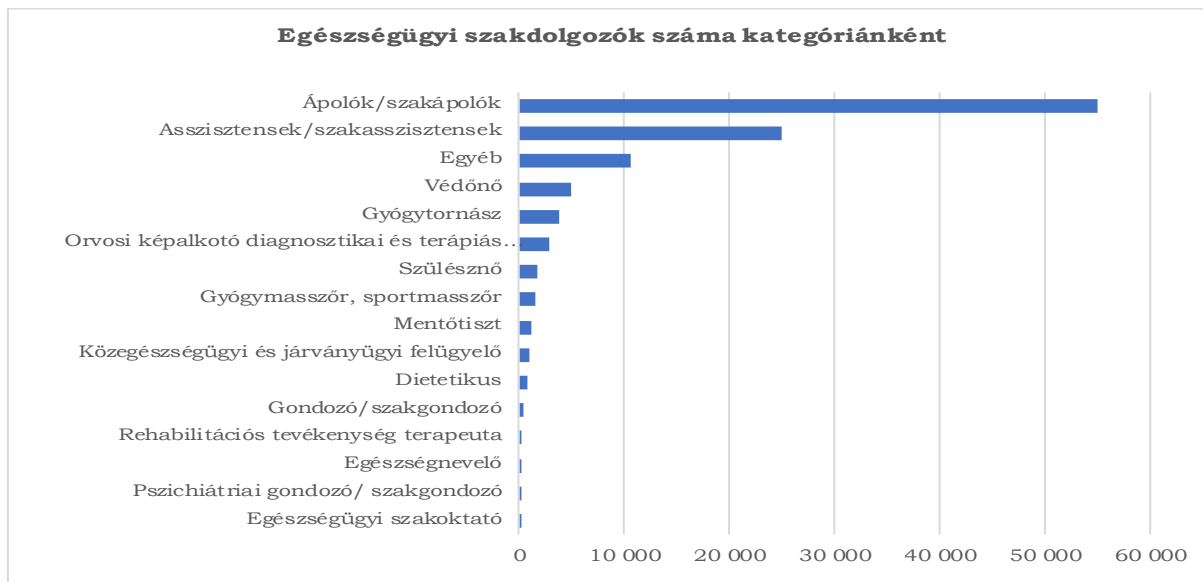


Készítette: KOPINT Konjunktúra Kutatási Alapítvány

Egészségügyi szakdolgozók a statisztika tükrében

1. Az egészségügyi szakdolgozók száma és megoszlása

A legfrissebb elérhető adat szerint 2018-ban Magyarországon az egészségügyi szakdolgozói munkakörben foglalkoztatottak száma összesen 109.495 volt. Ezáltal az ezer lakosra 112 szakdolgozó jutott. Ezen felül a szakdolgozók száma a dolgozó



orvosok számának 2,7-szeresére rúgott.

A szakdolgozói kategória természetesen nagyon sokféle (a KSH egészségügyi évkönyvének osztályozásában 32-féle) tevékenységet foglal magában.¹ Ugyanakkor a több mint 109 ezer szakdolgozó felét a különféle területeken működő, különféle szintű szakképzettséggel rendelkező **ápolók** teszik ki, egy másik 23%-át pedig az

¹ KSH Egészségügyi évkönyv 2018, 10.12. táblázat. Ha külön nem jelöljük, e fejezet ábráinak adatait ebből az évkönyvből vettük.

asszisztensek és szakasszisztensek szintén sokszínű halmaza alkotja.² A harmadik legjelentősebb csoport („egyéb”) valójában nem csoport, hanem teljesen eltérő jellegű tevékenységek (az orvosírnoktól kezdve a boncsegédig) halmaza.



A szakdolgozók száma 174%-kal, ezen belül az ápolóké 38%-kal meghaladja a dolgozó orvosok számát.

Figyelemre méltó, hogy a statisztika szerint a szakdolgozói *állások* száma kisebb, mint a szakdolgozók száma – nem úgy, mint az orvosok esetében. Ez azt sugallja, hogy a szakdolgozók nagyobb része dolgozik részmunkaidőben – anélkül, hogy másutt is szakdolgozói állást vállalna – mint ahány a megélhetés érdekében több állást is elvállal egyszerre. (Megjegyzendő, hogy ez a számbeli viszony nem teljesen általános, a munkakörök kb. egyötödénél a helyzet fordított.)

Az ápolók és asszisztensek kategóriái maguk is igen heterogének: e két kategória együtteséből képzett halmaz mintegy 43%-át teszi ki a nem specializált ápolók és asszisztensek csoportja. (Ideértve az „egyéb asszisztens” munkakörben dolgozókat is.)

Az ápolókon belül 12%-ot tett ki 2018-ban a FEOR 2-es főcsoportba tartozó – vagyis „felsőfokú képzettség önálló alkalmazását igénylő” foglalkozású – ápolók köre. Ez utóbbiak több mint négyötödét a diplomás ápolók, a maradék majdnem egyötödét az intenzív betegellátó szakápolók tették ki.

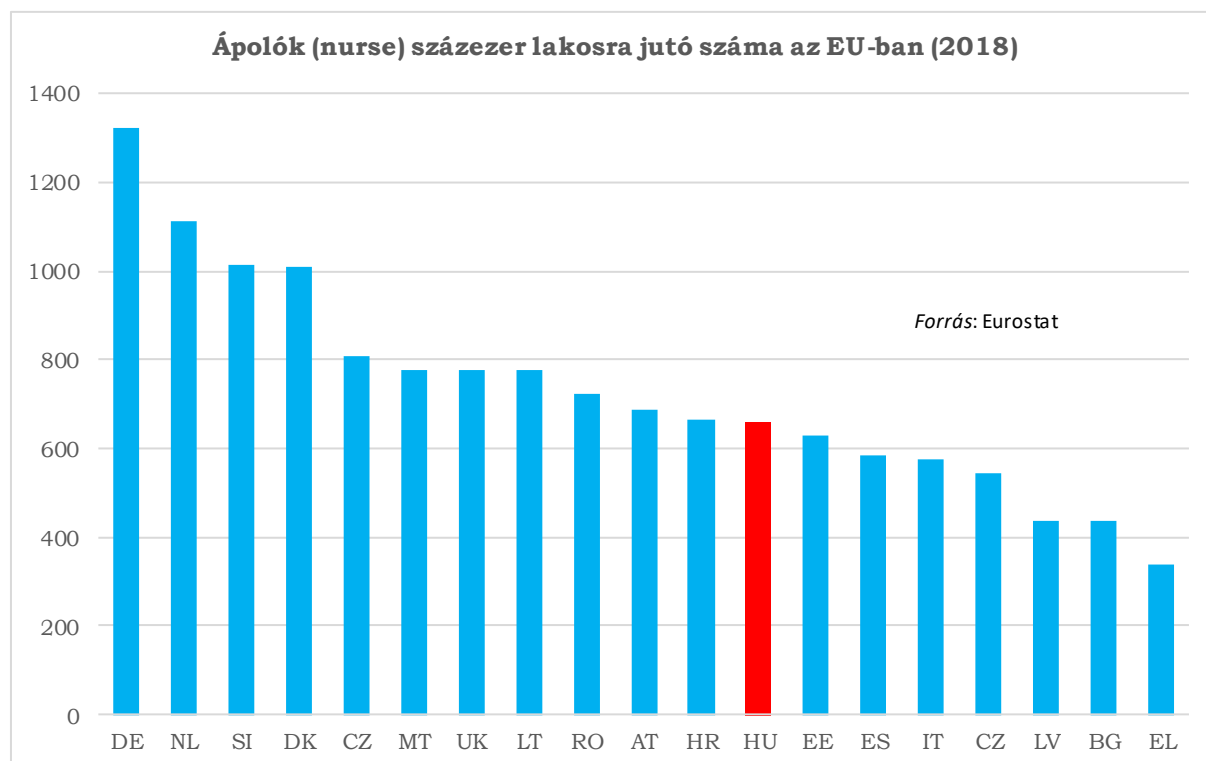
Az egészségügyi szakdolgozók **területi megoszlásáról** a KSH közvetlenül nem közöl adatot, csak a szakdolgozói – betöltött és betöltetlen – állások megoszlásáról. Az utóbbiból csak korlátozottan lehet következtetni az előbbire: mint korábban jeleztük, a szakdolgozói állások száma országos összesítésben kisebb, mint a szakdolgozóként dolgozó természetes személyek száma. Mindazonáltal az elérhető számok segítenek a

² Ehelyütt az „általános ápoló és asszisztens” kategóriájába tartozókat, valamint a mentőápolókat is az ápolók közé soroljuk.

szakdolgozói területen mutató munkaerőhiány regionális eloszlásának megítélésében. Erre rövidesen visszatérünk.

Nemzetközi összevetésre bizonyos fokig lehetőséget kínálnak az Eurostat-adatbázis egészségügyre vonatkozó adatai. Összesített statisztika a szakdolgozókról nem áll rendelkezésre, mivel az Eurostat osztályozása különbözik a KSH-étól. A szakdolgozók jelentős része – így a magasan képzett ápolók, gyógytornászok, szülésznők stb. – a „egészségügyi szakember” (health professional) rovatba sorolódik, az orvosokkal egyetemben, miközben az alacsonyabb szintű ápolók, a laboratóriumi asszisztensek, diagnosztikai és terápiás berendezések kezelői a „egészségügyi kapcsolódó szakember” (health associate professional) kategóriába kerülnek. Vagyis a szakdolgozók összességét illetően nincsenek, viszont egyes kiemelt területekre vonatkozóan rendelkezésre állnak adatok.

Továbbá, az ápolók két kategóriája (a FEOR szerinti második, illetőleg a harmadik főcsoportba tartozó ápolók) közti határ némileg képlékeny – Franciaországban például nemrég hajtottak végre egy nagyarányú átsorolást, aminek következtében az „ápolási szakemberek” száma lecsökkent, a „kísérő ápolási szakembereké” pedig felduzzadt.³⁾ Így az alábbiakban csak azt az adatsort ábrázoljuk, amely az ápolók mindkét nagy csoportját tartalmazza.

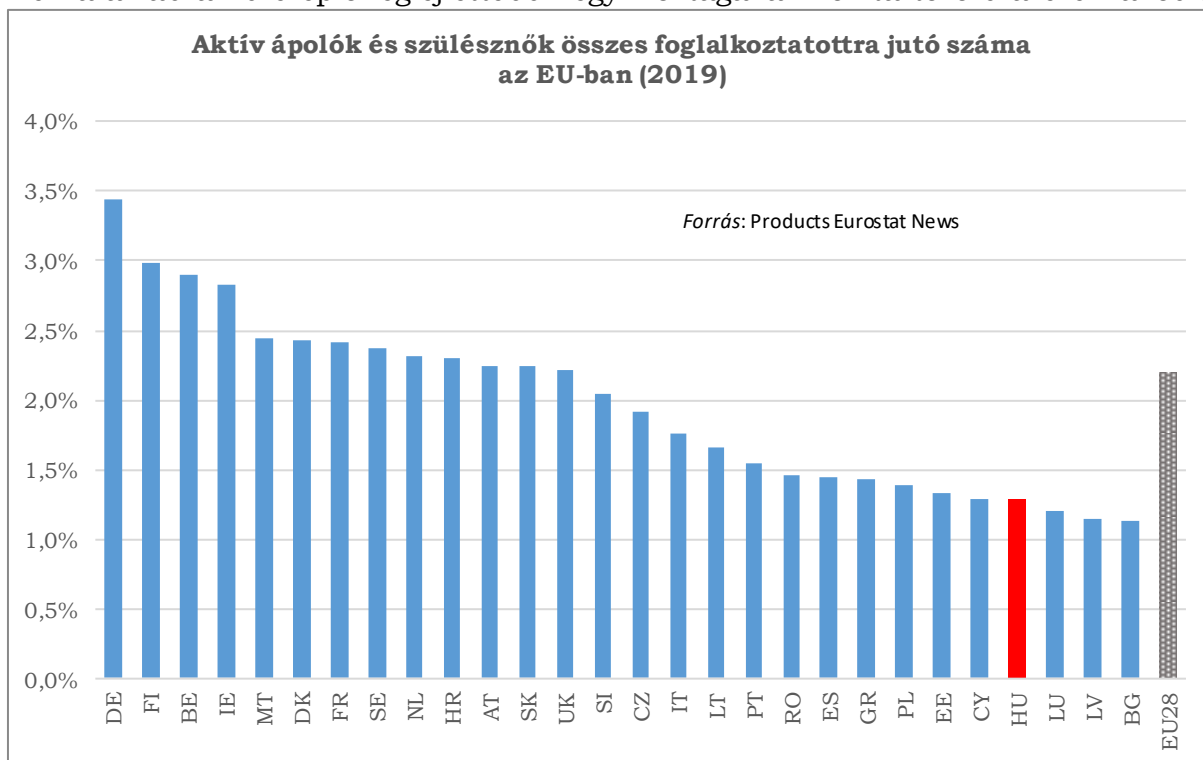


Nemzetközi összevetéshez természetesen a lakosságarányos létszám használható. Az Eurostat a tagállamok mintegy kétharmadára vonatkozóan közöl adatot. Ahogy a fenti ábrán látható, Magyarország az ápolók lakosságarányos száma *alacsonyabb*, mint az uniós tagállamok többségében, bár a hátrány nem kiugró: még a középmezőnyhöz tartozunk. A magyarnál kedvezőtlenebb számot három kelet-közép-európai, illetőleg négy dél-európai tagállam produkált. Az élmezőny jobbára a legfejlettebb tagállamok közül került ki, habár Szlovénia is Csehország is előkelő

³ Eurostat (2019a)

helyezést ér el. Kissé meglepő módon Ausztriában az ápolók lakosságarányos száma alig magasabb a magyarországinál, és elmarad a román mutatószámától.

De ha az ábrán szereplő legfejlettebb négy EU-tagállamhoz tartozó százezer lakosra



jutó értékeket együttesen tekintjük, akkor érthetővé válik, hogy miért mondta 2018-ban a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke, hogy a *legfejlettebb országok átlagához képest* nálunk 25-26 ezer ápoló hiányzik a rendszerből.⁴ Mint látni fogjuk, ez sokszorosa annak, amit a hivatalos adatok szerint az intézmények hiányként érzékelnek – bár ez utóbbi sem elhanyagolható.

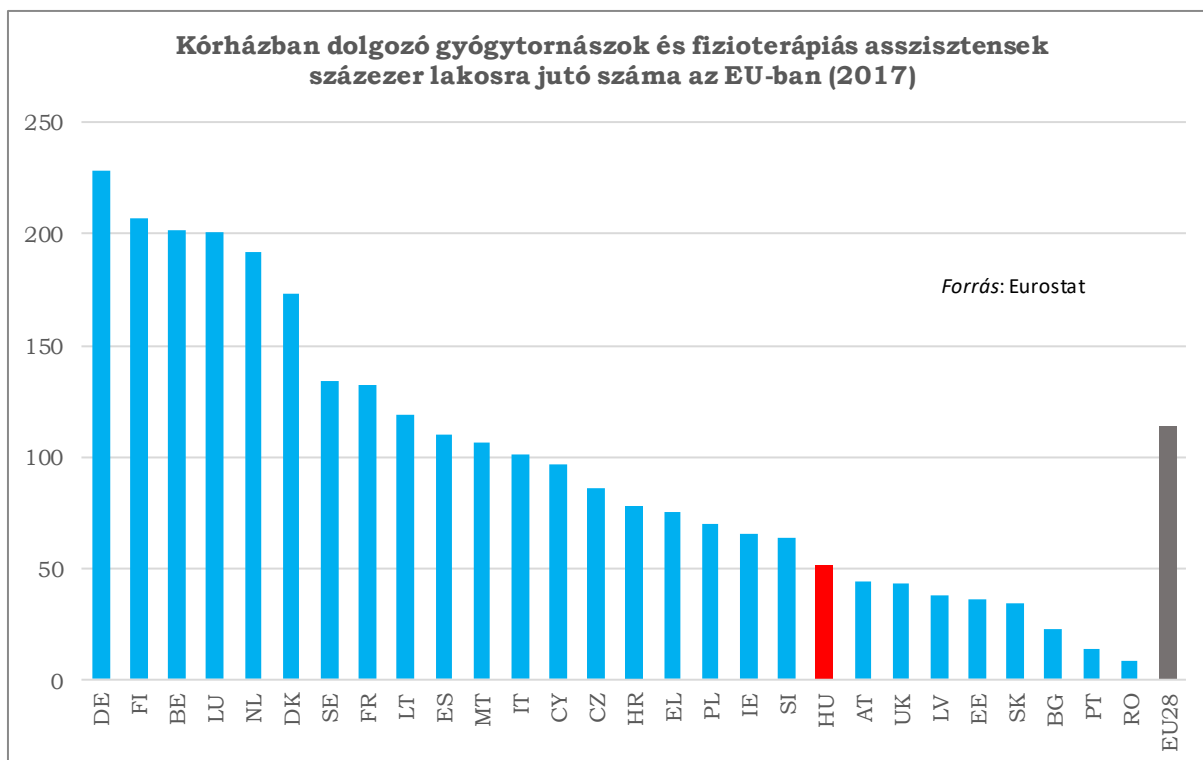
A szülésznők lakosságarányos számát tekintve Magyarország elmaradása jelentősebb, de ebben szerepe lehet a szülésznők és a szülésorvosok egyes országokban eltérő relatív súlya a szülések levezetését illetően.

Az ápolók és szülésznők *együttes* számát illetően az Eurostat egy idei májusi különkiadványban⁵ közöl eltérő típusú adatot, méghozzá a 2019-es évre. (Az adatbázisban még nincsenek 2019-es számok.) E kiadványban a *szakmailag aktív* (diplomás és nem diplomás) ápolók és szülésznők számát veti egyben az adott ország összes foglalkoztatotti létszámával. Az ápolókra és szülésznőkre vonatkozó létszámadatok különböznek az előbb használt adatoktól nem csak az eltérő vonatkozási év miatt, hanem azért is, mert nem a praktizálók, hanem a szakmailag aktívak létszámát közli. Ez utóbbi a praktizálókon felül magában foglalja azokat az ápolókat és szülésznőket is, akik ugyan betegekkel közvetlenül nem foglalkoznak, de mégis olyan tevékenységet folytatnak, amelyhez az egészségügyi képzettségük elengedhetetlen.

Ennek az adatsornak az alapján Magyarország ápolókkal való ellátottsága kedvezőtlenebben tűnik, mint az Eurostat-adatbázis 2018-as adatai alapján – itt Magyarország kimondottan sereghajtónak tűnik az uniós mezőnyben. A különbség

⁴ Fülöp (2018)

⁵ Eurostat (2020)



oka nem teljesen világos – bizonyos mértékig szerepet játszik a szülésznők bevonása az adatsorba (külön az ápolókra és külön a szülésznőkre még nincs külön adat), de alighanem szerepe van Magyarországnak az utóbbi néhány évben kialakult, EU-átlagnál magasabb foglalkoztatotti rátájának is. Valószínű, hogy legalább az országok egy részével szemben (Spanyolország, Olaszország, Görögország) azért (is) mutatkozik a magyar ápolói-szülésznői létszám kedvezőbbnek lakosságarányosan és kedvezőtlenebbnek foglalkoztatottságarányosan, mert a magyar foglalkoztatási ráta 2019-ben magasabb volt, mint a szóban forgó országokban.

Az ápolókon és a szülésznőkön túl az Eurostat adatbázisa még a kórházban dolgozó gyógytornászokra és fizioterápiás asszisztensekre vonatkozóan közöl összevont adatot, a 2017-es (egyes országok esetében a 2016-os) évre.⁶ Magyarország átlagtól való elmaradása itt is számottevő – a visegrádi országok közül is kettő megelőzi – de megjegyzendő, hogy itt az óriási szórás azt sugallja, hogy az eltérő számok mögött definíciós, illetve intézményrendszerbeli különbségek is az átlagosnál nagyobb mértékben magyarázhatják az eltéréseket.

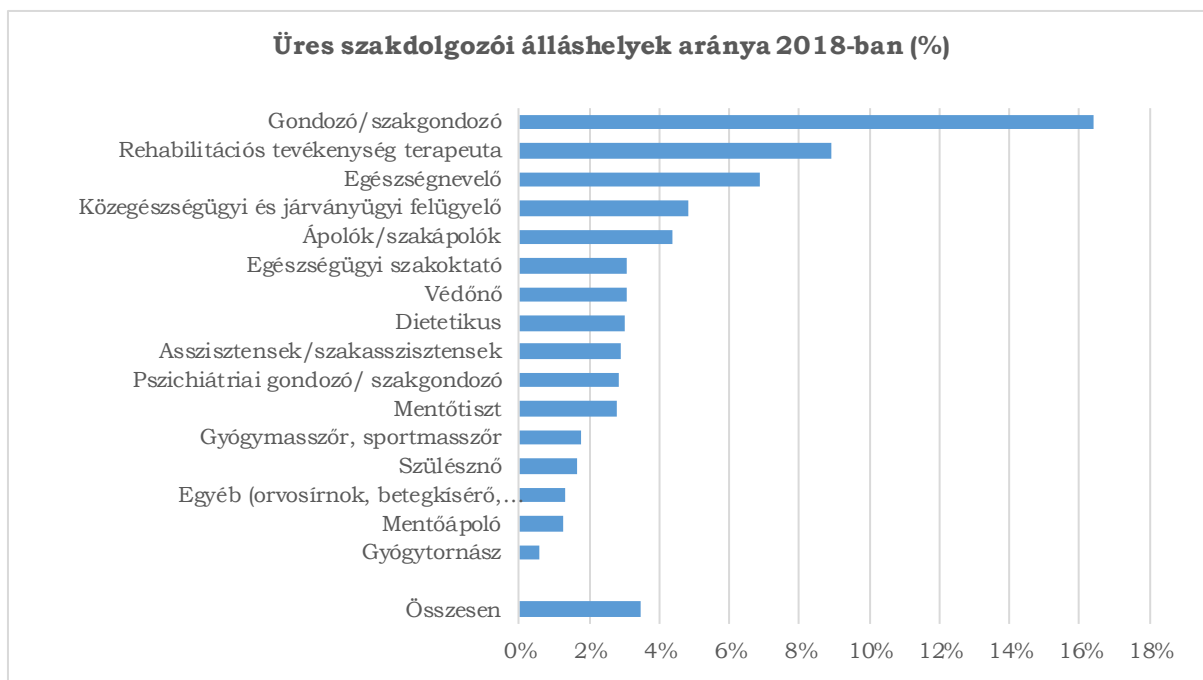
Az eddigieket összefoglalva: a hézagos nemzetközi létszámadatok alapján úgy tűnik, hogy habár Magyarországon a gyakorló szakdolgozók száma lakosságarányosan elmarad az uniós átlagtól, az elmaradás vélhetően nem drámai. Természetesen a bevett lakosságarányos mutató sem mond el mindent – ha például egy országban a beteg, ellátásra szoruló lakosok aránya az összlakosságban magasabb, mint másutt, akkor az egészségügyben dolgozók kínálata a szükségletekhez képest elégtelen lehet akkor is, ha ezt a lakosságarányos mutató nem jelzi látványosan.

⁶ Eurostat (2 019b)

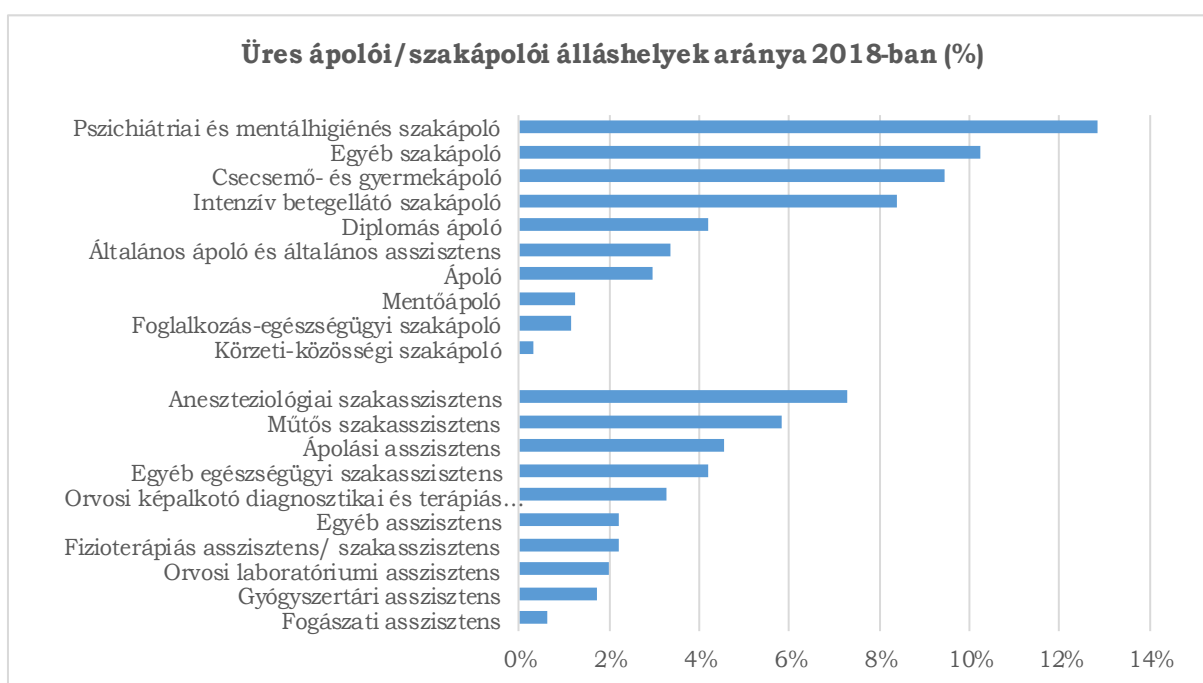
2. Szakdolgozók száma a munkaerő-szükséglethez viszonyítva, munkaerőhiány

A **munkaerőhiányt** illetően két mutatószámot fogunk megvizsgálni. Az egyik a legközkeletűbb mutatószám, a betöltetlen állások száma. A másik az adott munkakörre előírt szakképesítéssel nem rendelkező szakdolgozók aránya.

A betöltetlen álláshelyeket illetően mindenekelőtt megjegyzendő, hogy általában véve jelenleg – 2020 első negyedévi adat alapján – az egészségügyi-szociális ágazatban a legmagasabb – 4%-os – a betöltetlen állások aránya. 2018-ban ez az arány 3,8% volt. Az egészségügyi szakdolgozók esetében az összesített arány (az egészségügyi statisztikai évkönyv szerint) ugyanebben az évben valamivel alacsonyabb, 3,5%-os volt, ami azt sugallja, hogy a szakdolgozói létszámhiány komoly, de az orvoshiány – legalábbis 2018-ban még – ennél is komolyabb volt. (Az orvosok esetében a betöltetlen álláshelyek aránya 4% volt.) Ám a betöltetlen álláshelyek aránya szakdolgozói kategóriánként jelentősen eltér.



A szakdolgozók körében az adatok szerint egyedül a gyógytornászoknál kisebb a betöltetlen állások aránya 1%-nál, vagyis 2018-as állapot szerint minden más területen legalábbis említésre méltó a munkaerőhiány. Ha az ápolói, illetőleg az asszisztensi állásokat összevontan kezeljük, akkor a 15 különböző szakdolgozói terület közül 4 esetében 2% alatti az üres álláshelyek aránya, további 6 esetében nagyjából 3%-os – ez utóbbiak közé tartoznak az asszisztensek/szakasszisztensek, a mentőtisztek, vagy a védőnők is. Végül, meghaladja a szakdolgozói átlagot az üres álláshelyek aránya a fennmaradó 5 területen: míg az ápolói/szakápolói területen a ráta csak kevéssel haladja meg a 4%-ot, addig két területen – rehabilitációs terapeuta, illetőleg gondozó/szakgondozó – a munkaerőhiány egészen drasztikusnak mutatkozik. A 2020-as év fejleményeit tekintve érdemes megjegyezni, hogy a közegészségügyi és járványügyi felügyelői álláshelyeknek is közel 5%-a volt betöltetlen 2018-ban.



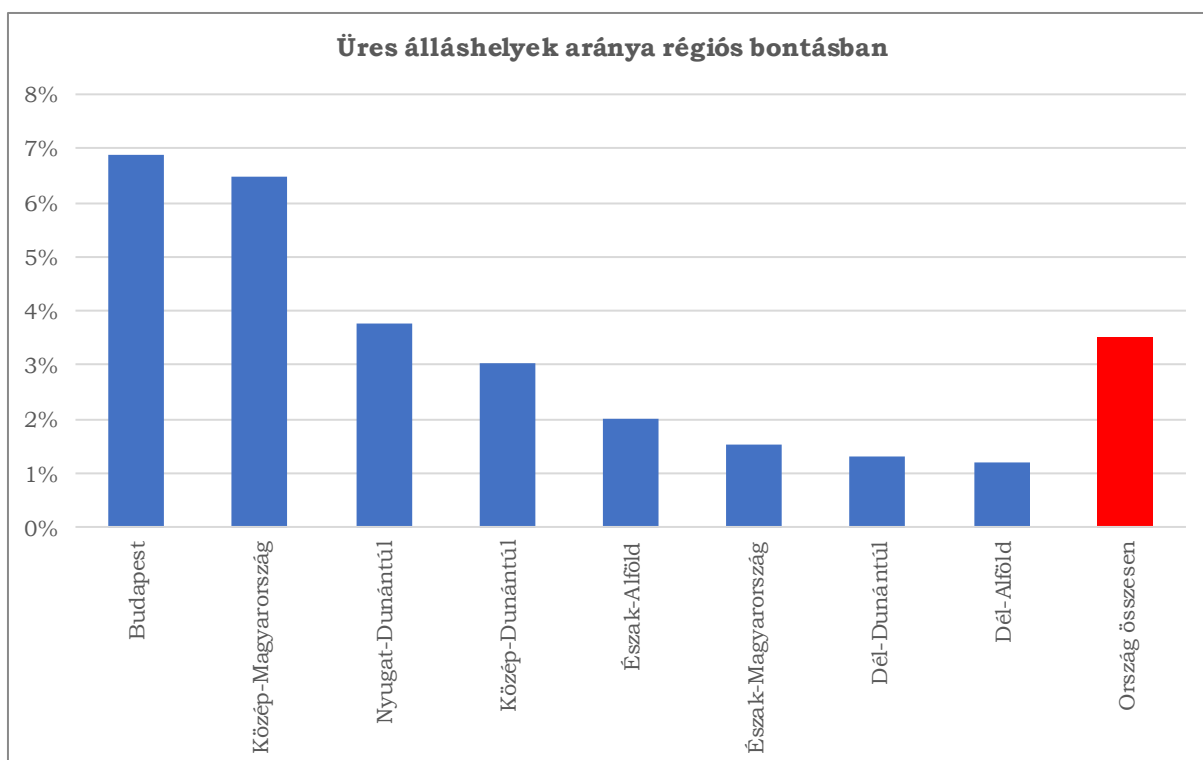
Az **ápolói és asszisztensi** területet jobban megnézve kitűnik, hogy ötféle asszisztensi munkakörnél a betöltetlen álláshelyek aránya 2% alatt maradt, vagy legalábbis nem ment érdemben 2% fölé, addig négy munkakörnél az arány meghaladja a 4%-ot, és ezen belül két területen – műtős szakasszisztens, aneszteziológiai szakasszisztens – megközelíti a 6%-ot, illetőleg meghaladja a 7%-ot is.

Az ápolók esetében a szórás még nagyobb, de összességében a tíz szakterület közül 7-ben számottevő volt a betöltetlen álláshelyek aránya 2018-ban a KSH szerint, és ezen belül 4 ápolói területen az arány a 8%-ot is meghaladta. Ez utóbbiak közé tartoznak a csecsemő- és gyermekápolók, valamint az intenzív terápiás szakápolók is, de a legdrasztikusabb hiány a pszichiátriai szakápolók esetében mutatkozik.

Az üres álláshelyek *területi megoszlását* illetően a szakdolgozók összességére vonatkozóan szolgáltat adatokat a KSH.

Az általános foglalkoztatási helyzettel összhangban a betöltetlen szakdolgozói állások viszonylatában is Budapest, illetőleg Közép-Magyarország vezet, az átlagot jócskán meghaladó rátával. Ezenfelül csak Nyugat-Dunántúl átlagos üresedési rátája magasabb valamivel az országos átlagnál, miközben a közép-dunántúli átlagos ráta némileg elmarad az átlagtól.

Lényeges viszont, hogy az említett két átlaghoz közelítő arányt produkáló régió *belül* a megyei arányok erősen divergálnak. Nyugat-Dunántúl esetében Vas megye a budapesti szintet is magasan meghaladó, 8,7%-os arányt produkált, miközben Győr-Moson-Sopron megyében alulról közelített az országos átlaghoz, Zala megyében pedig az 1%-ot sem érte el. Hasonlóan szélsőséges volt a helyzet Közép-Dunántúlon is: Komárom-Esztergom megyében a betöltetlen álláshelyek aránya 7,6%-os arányszáma mellett a másik két megyében (Veszprém, Fejér) az arányok az 1-1,5%-os tartomány-



ba estek. Vagyis e két régió *belül* a jelek szerint csak egy-egy megye küzdött igazán komoly munkaerő-hiánnyal.

A fennmaradó három régióban az átlagos üresedési ráta az 1-2%-os sávba esett, az ezekhez tartozó megyék közül pedig csak Szabolcs-Szatmár-Beregben (3%) és Tolnában (2,7%) haladta meg az arány a 2%-ot.

Megjegyzendő, hogy a KSH betöltetlen álláshelyekre vonatkozó hivatalos adatainál **magasabb számokkal is lehet találkozni a híradásokban**. Így például 2019-ben az Állami Egészségügyi Ellátóközpont főigazgató-helyettese kijelentette⁷, hogy 2018-ban 3800 középfokú végzettségű kórházi ápolói állás volt betöltetlen, miközben a KSH hivatalos adata szerint *mindenfajta* ápolói állásból (beleértve a mentőápoló pozíciókat is) 2336 volt betöltetlen.

Az is megjegyzendő, hogy az intézmények által jelentett üres álláshelyek száma nem okvetlenül azonos az optimális létszámtól való eltéréssel. Az intézmény által betölteni kívánt állások száma az intézmény pénzügyi helyzetétől, valamint attól is függ, hogy hány állás betöltésére van egyáltalán reálisan bármiféle esély. Ha például egy kórház kényszerűségből – akár pénzhiány, akár nővérhiány miatt – a korábbinál több ágyat helyez el a kórtermekben, ezzel csökken a működtetéshez szükséges ápolói létszám⁸, következésképpen a betöltetlen ápolói állások száma is. Ebből azonban nem következik, hogy a gyógyítás és betegellátás szempontjai alapján nem a korábbi ágyszám – tehát a korábbi állapot fenntartásához szükséges ápolói létszám – volt az optimálisabb.

A szakdolgozói területeken meglévő munkaerőhiányt illetően további támpontot adhat egy másik mutatószám, az **elvárt szakképzettséggel nem rendelkezők**



aránya a foglalkoztatottak körében, bár az idevágó számok értelmezésénél óvatosság

⁷ Menedzser Fórum (2019)

⁸ Fülöp (2018)

szükséges. Összességében **közel 14%-os** volt az elvárt képesítéssel nem rendelkező szakápolók aránya 2018-ban, ami jócskán meghaladja a betöltetlen álláshelyek arányát. Ez első megközelítésben azt sugallja, hogy nemcsak hogy számos állást nem sikerül betölteni, de még sokkal több állás lenne betöltetlen – és több egészségügyi funkció lenne ellátatlan – ha a munkáltatók ragaszkodnának a szakképesítés meglétéhez. Feltehető ugyanakkor, hogy a szakképesítéssel nem rendelkezők magas aránya nem minden területen jelent ténylegesen válságközeleli helyzetet.

Az adatok szerint az ún. egyéb szakdolgozók nagyon vegyes csoportjánál a legrosszabb a helyzet: a dolgozók több mint egynegyedénél hiányzik a megfelelő képesítés. Ugyanakkor a betöltetlen álláshelyekre vonatkozó adat viszonylag enyhe munkaerőhiányt sugall ennél a munkakörcsoportnál. Ebből adódik a következtetés, hogy nem azért magas az elvárt képzettséggel nem rendelkezők aránya, mert a helyzet annyira kétségbeesett, hanem inkább mert az ide tartozó területekre – vagy legalábbis azok egy részére – az intézmények különösebb vívódás nélkül felvesznek eltérő képesítésű jelentkezőket, mert a gyakorlatban az elvárt képesítés megléte nem minden területen egyforma mértékben létfontosságú.

Egészen más a helyzet a gondozók/szakgondozók, illetőleg a rehabilitációs terapeuták esetében: itt az elvárt képesítés nagyon széles körű hiánya kiugró üresedési rátával párosul. Itt tehát ténylegesen olyan szintű a munkaerőhiány, hogy e területek működőképességének fenntartásához a képesítés szempontjából problematikus munkavállalókat is kénytelenek felvenni. Ezért például a rehabilitációs terapeuták esetében a képesítéshez való ragaszkodás esetén a betöltetlen álláshelyek eleve magas aránya akár közel duplájára is nőhetne.

Egy harmadik típusú esetet képviselnek a közegészségügyi és járványügyi felügyelők:



itt a betöltetlen álláshelyek meglehetősen magas aránya a megfelelő képesítéssel nem rendelkezők alacsony arányával párosul. Nyilvánvalóan itt egy olyan fajta pozícióról

van szó, amelyet még komoly emberhiány esetén is csak nagyon vonakodva töltenek fel nem megfelelő képesítésű személyekkel.

Az asszisztensi munkakörök többségénél, az ápolói munkakörök felénél haladja meg a 10%-ot az előírt képesítéssel nem rendelkezők aránya. Egészében véve az ápolók esetében az arány valamivel alacsonyabb az országos átlagnál (13,7%), az asszisztensek esetében magasabb. Ami az utóbbiakat illeti, elsősorban a fogászati asszisztenseknél lehetséges, hogy a megfelelő képesítéssel nem rendelkezők közel egyharmados aránya nem annyira a súlyos munkaerőhiányból adódik (hiszen a betöltetlen állások száma alacsony), hanem abból adódik, hogy a gyakorlatban az elvárt feladatok nagy részét a pontos képesítés hiányában is kielégítően el lehet látni. Az ápolási asszisztensek és az egyéb egészségügyi szakasszisztensek esetében viszont az elvárt képesítéssel nem rendelkezők magas aránya aránylag magas üresedési rátával párosul, úgyhogy itt feltehetően valóban komoly létszámhiány miatt kényszerülnek a foglalkoztatók kényszerhelyettesítéshez folyamodni az asszisztensi munkakört illetően, máskülönben az üresedések aránya többszörösére nőhetne.

3. Az egészségügyi szakdolgozók keresete

A KSH 2018-as évkönyv kereseti adatainak foglalkozás szerinti bontása kevésbé részletes, mint a létszámadatoké, miután – szemben az utóbbival – pontosan követi a Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere (FEOR) négyjegyű bontású kategóriáit. Ennek megfelelően az ápolókat csupán két csoportra bontja – felsőfokú végzettségű, illetve középfokú végzettségű ápolókra – másrészt az asszisztenseket sem teljesen a korábban látott módon csoportosítja, továbbá egy sor szakdolgozói munkakör (pl. rehabilitációs terapeuta, gondozó/szakgondozó, járványügyi felügyelő) nem szerepel a kereseti statisztikában. Egy területet viszont – szülésznő – a kereseti adatok bemutatásakor a KSH szétbont két csoportra (felsőfokú és középfokú végzettségű), amit a létszámadatoknál nem tett meg.

Ezenfelül a KSH összesített béradatot sem ad az egészségügyi szakdolgozók csoportjára. Az általunk számított súlyozott átlagokat (szakdolgozók összesen, FEOR 2-es és 3-as főcsoportba tartozó szakdolgozók) érdemes csupán orientáló jellegűnek tekinteni, mivel a kereseti és létszámstatisztika között fennálló osztályozásbeli eltérések miatt a számításhoz használt súlyok egyes esetekben csak hozzávetőlegesek.

Végül megjegyzendő, hogy míg az osztályozásban követtük a KSH-évkönyvet, addig a számokat nem onnan, hanem az NFSZ által közölt egyéni bérek és kereseti statisztikákat⁹ vesszük alapul. Ennek az az egyszerű oka, hogy a KSH-évkönyv – szemben a szakdolgozói létszámmal – a kereseteket illetően csak 2016. évi számokat közöl, szemben az NFSZ-szel.

2018-ban a szakdolgozók általunk becsült **átlagos havi bruttó keresete 316 ezer** volt. Ez a szint a 2018. évi nemzetgazdasági szintű havi átlagkeresettől közel 22.000 forinttal – több, mint 6%-kal – elmarad.¹⁰

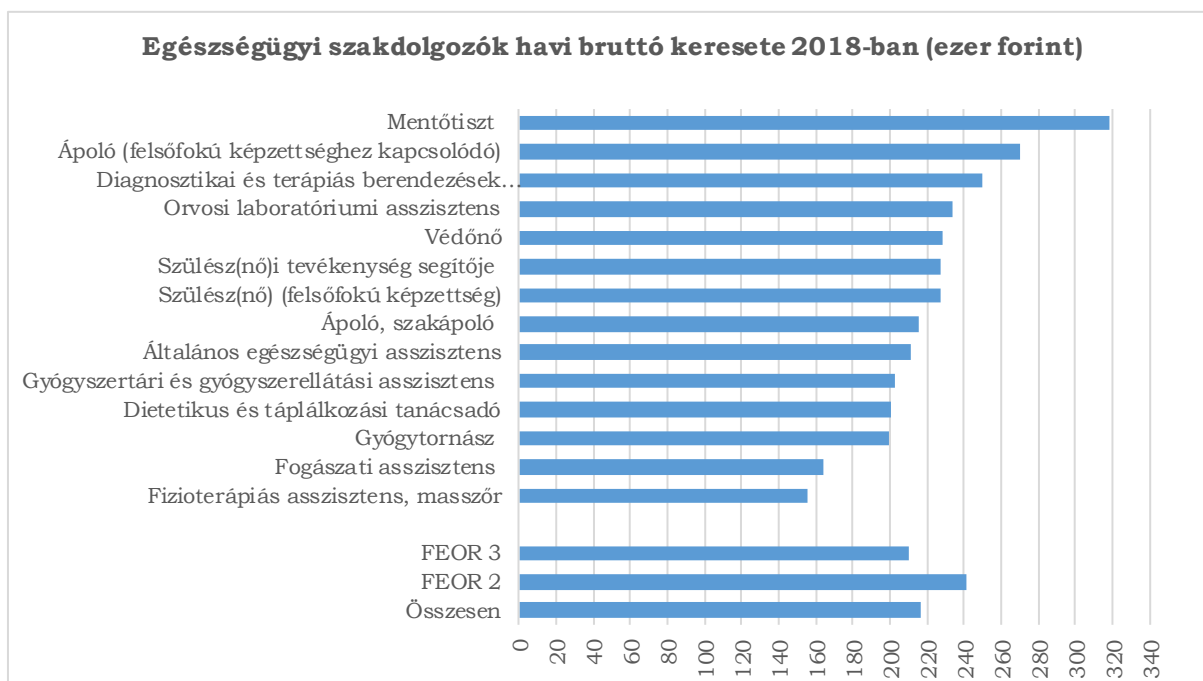
⁹ https://nfsz.munka.hu/tart/stat_egyeni_berek

¹⁰ A nemzetgazdasági átlagot is az egyéni bérek és keresetek statisztikájából vettük – ez a KSH intézményi statisztikája szerinti 2018-as bruttó átlagkeresetet közel 8.000 forinttal meghaladja.

Ezen belül a FEOR 2-be tartozó (felsőfokú képzettség önálló alkalmazását igénylő foglalkozásúak) szakdolgozók átlagos keresete mintegy 349 ezerre, a FEOR 3-ba tartozóké (jobbára középfokú végzettség szakdolgozók) mintegy 308 ezerre rúgott, vagyis a magasabb foglalkozási kategóriába soroltak átlagos bérelőnye ugyan nem jelentéktelen, de nem is drámai, és az átlagkereseteknek a foglalkozások közötti szórása jóval nagyobb annál, amit a foglalkozási főcsoporthoz kapcsolódó bérelőny önmagában indokoltta tenne.

A spektrum egyik oldalán a közel havi 500 ezer forintos átlagkeresetű mentőtisztek találhatók, míg a fogászati asszisztensek és a fizioterápiás asszisztensek ennek az összegnek jóval kevesebb mint a felét keresik meg havonta. A mentőtiszteken kívül a diplomás ápolók keresetei kiugróak az egészségügyi szakdolgozók között. A nemzetgazdasági átlagbérnél (közel 238 ezer forint) négy foglalkozás kínált magasabb átlagbért – az említett két éllovas foglalkozáson felül a diplomás szülésznők és a diagnosztikai és terápiás berendezések kezelői – és e négy foglalkozás közül három a FEOR 2-es főcsoportba tartozik. Másfelől viszont a három másik FEOR 2-be tartozó foglalkozás (védőnő, dietetikus, gyógytornász) átlagkeresetét tekintve a szakdolgozói foglalkozások alacsonyabb keresetű feléhez tartozik.

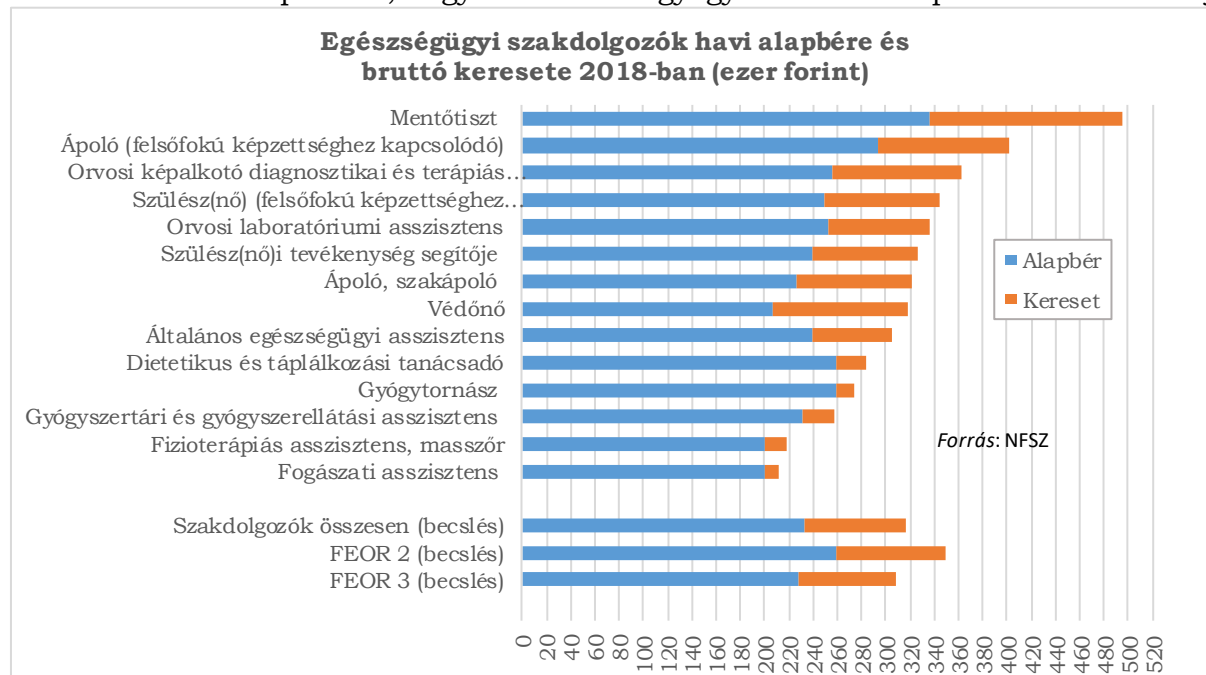
Ehhez az is hozzátartozik, hogy jelentős a szóródás a foglalkozások között abból a szempontból is, hogy milyen arányban járul hozzá a teljes keresetnek az *alaphéren felüli rész*. Míg nemzetgazdasági szinten az összkereset 17%-kal haladja meg az



alaphért, addig az egészségügyi szakdolgozók esetében ez az arány 35%. Csakhogy vannak foglalkozások, ahol az alaphéren felüli rész (gyógytornász, dietetikus), más területeken viszont – védőnők, mentőtisztek – a teljes kereset nagyjából másfélszerese az alaphérnek, és a szakdolgozói állomány több mint felét kitevő (nem diplomás)

ápolók és szakápolók esetében is az alapbéren felüli rész a kereset több mint 40%-ára rúg.

Ennek tudható be például, hogy miközben a gyógytornászok alapbére nem alacsony



a többi diplomás szakdolgozói foglalkozásokhoz viszonyítva, addig a teljes kereset terén már a gyógytornászok helyzete meglehetősen kedvezőtlen: a gyógytornászok ugyanis alig részesülnek az alapbéren felül kapott kiegészítő kereseti elemekből. Ennek a foglalkozásnak a mindennapjaihoz az adatok szerint nem tartozik hozzá a túlmunkadíj, éjszakai pótlék, ügyeleti pótlék és hasonló. Ugyanakkor szerves része a mentőtisztek, felsőfokú és középfokú képzettségű ápolók, és a védőnők javadalmazása is a pótlékoknak köszönhetően tartozik a szakdolgozói középmezőnybe, és nem a sereghajtók közé.

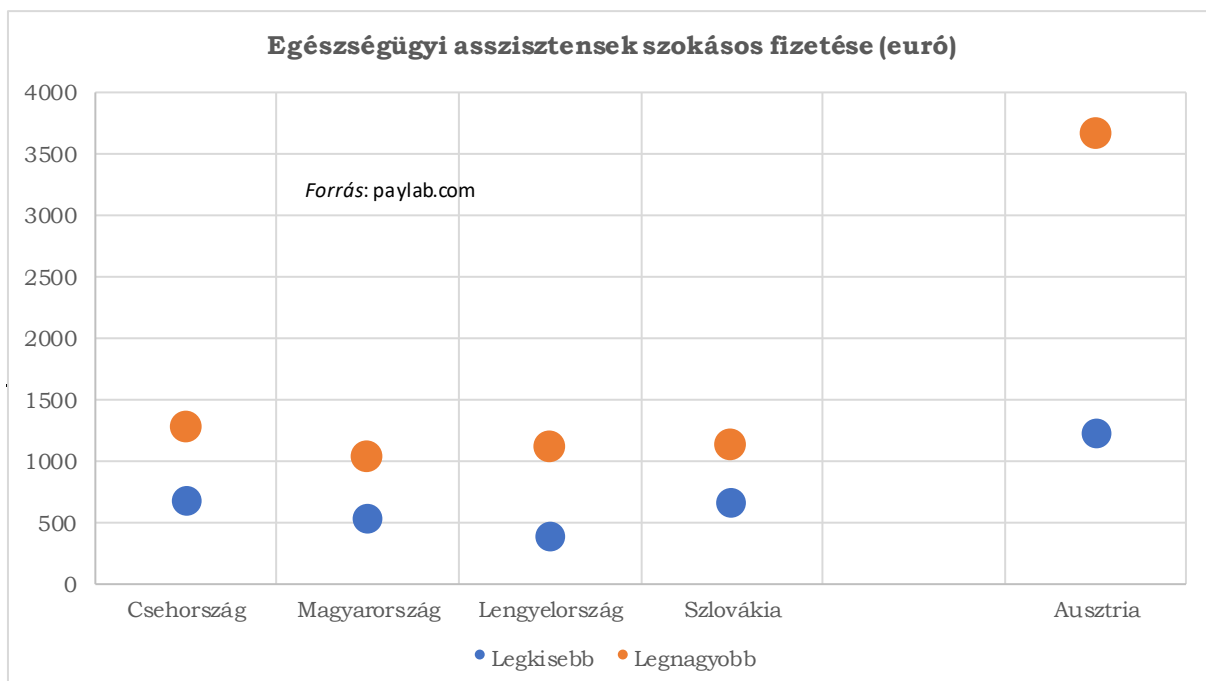
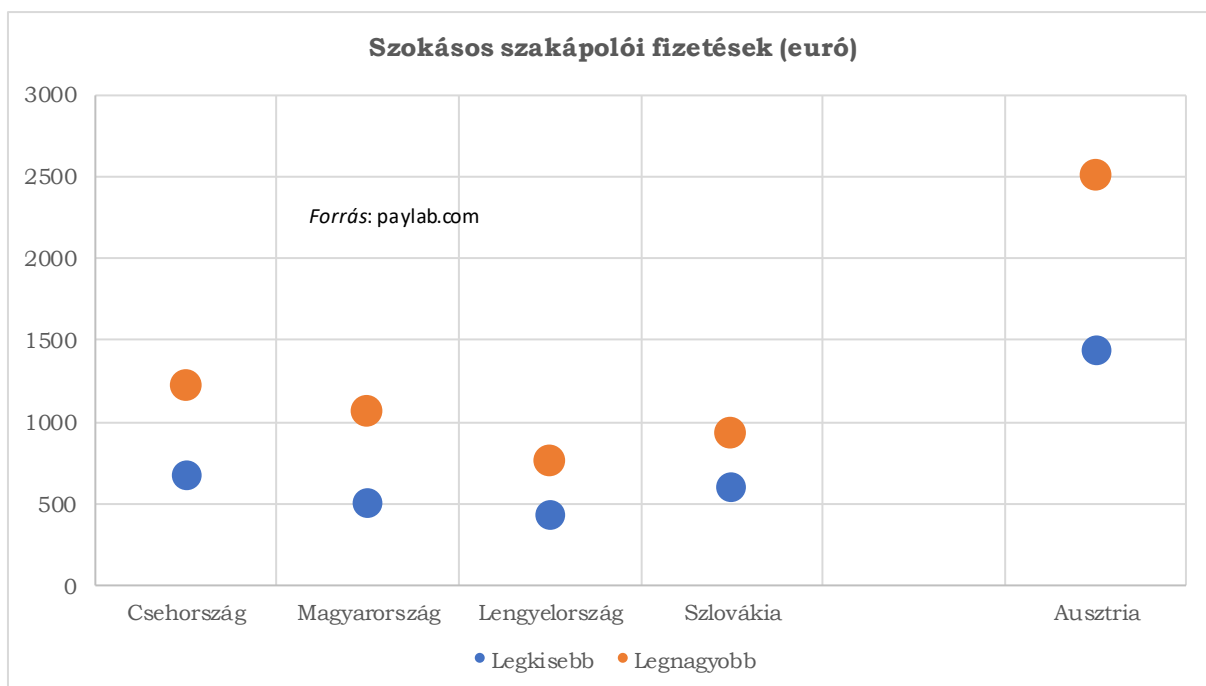
E tény ugyanakkor azt is jelenti, hogy számos egészségügyi szakdolgozói foglalkozás művelői csak a **normál munkavégzésen felüli jelentős többletmunka révén jutnak a nemzetgazdasági átlaghoz közelítő, vagy esetenként azt meghaladó javadalmazáshoz. Az alapbér átlagszintje többnyire alacsony: a mentőtisztek és a diplomás ápolók kivételével mindenütt alacsonyabb az országos átlagnál.**

Vagyis miközben a teljes kereseti átlagértékek a szakdolgozói foglalkozások számottevő részénél nem tűnnek különösebben kedvezőtlennek – vagyis nem magyarázzák a munkaerőhiányt, elvándorlást és pályaelhagyást – addig az adatokban tükröződő, a megélhetéshez szükséges többletmunka és/vagy kedvezőtlen munkarend már érthetőbbé teszi ezeket a problémákat.

Ha a kereseteket nemzetközi összevetésben vesszük szemügyre, akkor az eredmény attól függ, hogy mi a viszonyítási alap. Az Eurostat nem közöl ilyen összehasonlításra alkalmas kereseti adatot, így forrás gyanánt a paylab.com (és magyarországi testvéroldala, a fizetesekek.hu) számaira hagyatkozunk. Ez a honlap az egyes foglalkozásoknál **szokásos** legkisebb és legnagyobb keresetről közöl számokat – vagyis egyes előforduló, de atipikusan kiugró adatokat nem vesz figyelembe.

A szakdolgozói foglalkozások közül távolról sem a teljességre törekedve, hanem illusztrációképpen – kettőt, a szakápolókat (a paylab szóhasználatában: medical orderly) és az egészségügyi asszisztenseket (health care assistant) mutatjuk az alábbi két ábrán. Ezek alapján, ha a magyar kereseteket a visegrádi országokéhoz hasonlítjuk, akkor a helyzet nem különösebben rossz – a szakápolók esetében a magyar keresetek szintje erős közepes, az asszisztensek esetében egyszerűen csak közepes. Ám nem meglepő módon a legközelebbi felvevő munkapiachoz, Ausztriához viszonyítva a bérszint teljesen versenyképtelen mindkét foglalkozási csoport esetében.

Hogy a magyarországi szakdolgozók *munkaterhelése* hogyan viszonyul a másik három visegrádi országbeli kollegáikéhoz, arról nincs közvetlen adat, de az Eurostat 2016-os felmérése szerint¹¹ általában véve az egészségügyi szektorban alkalmazottak éves óraszámuk valamelyest (5-6%-kal) alacsonyabb volt Szlovákiában és Lengyelországban, míg csak egészen minimálisan volt nagyobb, mint Csehországban és Ausztriában. (Csak négy tagállamban magasabb a munkaterhelés a magyarországinál.) E két utóbbi országban viszont a szakdolgozói fizetések kedvezőbbek, mint Magyarországon (természetesen nem egyforma mértékben) ahogy azt az alábbi két ábra is illusztrálja.



Tehát a szakdolgozói keresetek szintje önmagukban nézve némileg kedvezőtlen – összességében elmarad az átlagtól – de nem kiugróan rossz – az elmaradás nem drasztikus, és egyes konkrét szakdolgozói foglalkozások esetében meghaladja a nemzetgazdasági átlagot. Ám a statisztikai adatokban is tükröződik az alapbérén felüli kereseti elemek nagy súlya számos foglalkozás esetében, ami a túldolgoztatás jelenlétére utal. Nemzetközi összevetésben a magyar keresetek nagyjából hozzák a régiós átlagot, de nem kizárt, hogy ehhez nagyobb munkaterhelés párosul. Különösen Nyugat-Európával egybevetve a magyar szakdolgozói munkaerőpiac így nem mutatkozik különösebben vonzóan a munkavállalók számára.

Hivatkozások

Eurostat (2019a): Statistics Explained: Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals&oldid=460927#Healthcare_personnel

Eurostat (2019b): Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists&stable=0

Eurostat (2020): Number of nurses and midwives on the rise. Products Eurostat News, 12/05/2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200512-1>

Fülöp Zsófia (2018): Többet ugyanannyiért. Magyar Narancs, 2019.05.10. <https://m.magynarancs.hu/belpol/tobbet-ugyanannyiert-111116?pageId=74>

Menedzser Fórum (2019): Akkora a munkaerőhiány az egészségügyben, hogy egyre több kórház fordul bérnövérekhez. 2019. április 15. <https://mfor.hu/cikkek/makro/akkora-a-munkaerohiany-az-egeszsegugyben-hogy-egyre-tobb-korhaz-fordul-bernoverekhez.html>