SZAKDOLGOZAT

RÉVÉSZ BARNABÁS MÁRK

2022

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY HUMÁN ERŐFORRÁS BIZTOSÍTÁSÁNAK ANYAGI KÉRDÉSEI

FINANCIAL ISSUES OF HUMAN RESOURCE PROVISION IN THE HUNGARIAN HEALTH SECTOR

Szerző:
Révész Barnabás Márk
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar

Témavezető:
Dr. habil. Buzás Norbert
Tanszékvezető egyetemi docens
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar
Egészség-Gazdaságtani Intézet

2022

Rövidítésjegyzék

BMI-testtömegindex

GDP- Bruttó hazai össztermék (Gross Domestic Product)

HBCS- Homogén betegségcsoportok

KSH- Központi Statisztikai Hivatal

MTA-Magyar Tudományos Akadémia

NCD-Nem fertőző betegségek (Noncommunicable diseases)

WHO-World Health Organization

Tartalomjegyzék

1. Összefoglaló ... 5
2. Bevezetés ... 6
2.1 A bismarcki társadalombiztosítási rendszer ... 6
2.2 Fenntarthatóság ... 7
2.3 Növekvő terhek globálisan ... 8
2.4 Növekvő terhek itthon ... 11
2.4.1 Háziorvosi, alapellátási terhek növekedés ... 11
2.4.2 Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy ... 12
2.4.3 Daganatos betegségek számának növekedése Magyarországon ... 13
2.4.4 Egyéb ischaemiás szívbetegség miatti halálozások ... 14
2.4.5 Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás ... 15
2.4.6 Magyar háztartások Egészségügyi kiadásai ... 15
2.4.7 Covid-19 okozta terhelés ... 16
2.5 Egészségügyi utánpótlás változásai ... 16
2.5.1 Orvosok elvándorlása ... 16
2.5.2 Szakdolgozók elvándorlása ... 18
2.5.3 A Magyar Állam GDP arányos egészségügyi költésének alakulása ... 19
2.6 Bérezés szerepe az egészségügyi személyzet utánpótlásában ... 19
2.6.1 Orvosi bérek ... 19
2.6.2. Szakdolgozói bérek ... 20
3. Célkitűzés, Kérdésfeltevés ... 21
4. Anyagok és módszerek ... 22
5. Eredmények ... 23
5.1 Nemléli megoszlás ... 23
5.2 Szakirány szerinti megoszlás ... 23
5.3 Elégedettség a bérezéssel ... 24
5.4 Egészségügyi szolgálati jogviszony szerepe ... 25
5.5 Külföldi pályakezdés ... 26
5.6 Lehetséges megoldások ... 27
6. Megbeszélés ... 29
7. Következtetés ... 30
8. Irodalomjegyzék ... 32
9. Ábrajegyzék ... 34
10. Táblázatjegyzék ... 34
11. Köszönetnyilvánítás ... 35

1. Összefoglaló

A Magyar Egészségügyi Ellátórendszer terhelése, igénybevétele az elmúlt években egyre fokozódott, és ezen tendencia folytatódására számíthatunk a jövőben is. Ennek oka többek között az egyre több idős, beteg, ellátásra szoruló ember, tehát az elöregedő társadalom Magyarországon, illetve az ismert betegségek számának növekedésével a kezelések száma és költsége is egyre csak gyarapodik.

A terhek növekedése mellett az erőforrások csökkenése is megfigyelhető. Ez leginkább az orvosok elvándorlásában, illetve az egészségügyre fordított bevételek GDP arányos csökkenésében figyelhető meg. Szakdolgozatomban ezen mérleg két oldalának változásait szeretném számba venni, minél több szempont megvizsgálásával.

A friss rezidensekkel végzett személyes interjúm során felmértem, hogy az új szolgálati jogviszony hogyan tudta befolyásolni az orvosok elvándorlását. A frissen végzett orvosok körében tudott-e itthon tartó erőt képezni az új jogviszony bevezetése?

10 rezidenssel készítettem interjút, akik az elmúlt 1-3 évben végeztek. Az interjúalanyok között 4 nő (40%) és 6 férfi (60%) szerepelt.

Az összegyűjtött adatokból egyértelműen látható, hogy az új Egészségügyi Szolgálati Jogviszony során bevezetésre került magasabb rezidensi bérekkel a fiatal orvosok már alapvetően elégedettek, azonban az ügyeleti bérezéssel nem. Ezt hamar tudta kezelni az állam, mivel 2022 januárjában már ennek a rendezése is folyamatban van. A frissen belépett rezidensek közül 7-ből 6 válaszadónál egyértelmű segítséget adott az új jogviszony megléte. Mind a 10 interjú alany (egy kivétellel, akit nem befolyásolt) aláírta a szerződést, és segített döntése meghozatalában az emelt rezidensi bértábla.

2. Bevezetés

2.1 A bismarcki társadalombiztosítási rendszer

Bismarck kancellár nevéhez fűződik az első, állam által egységesen megszervezett szociális ellátórendszer koncepciójának kidolgozása. Az ellátórendszer kialakulásának főbb okai a rohamosan növekvő városi szegénység, valamint a szociáldemokrata mozgalom előtérbe kerülése volt. Bismarck nagy veszélyt látott a szociáldemokrata mozgalmakban, ezért visszaszorításukra reformokat vezetett be. A reformok segítségével azokat a rétegeket célozta meg, akik leginkább ki voltak téve a szocialista szabad szakszervezeteknek, illetve akiknek a megélhetési biztonsága rendkívüli mértékben függött keresőképességüktől, hiszen alapvetően vagyontalanok voltak, megélhetésüket a rendszeres bér biztosította.
A Németországban bevezetett társadalombiztosítási rendszer legfőbb alkotóelemei a következők voltak:

- 1883. betegségi biztosítási törvény,
- 1884. az üzemi baleseti biztosításról szóló törvény,
- 1889. öregségi és rokkantsági biztosítási törvény
- A fenti három törvényt 1911-ben egyesítették és hatályukat a munkásokon kívül kiterjesztették az alkalmazottakra is,
- 1927. munkanélküliség elleni biztosítás.

Az ellátásra akkor volt jogosult egy munkás, majd később az alkalmazott is, ha valamelyik biztosítási ághoz tartozó ok miatt: betegség, baleset, öregség, vagy munkanélküliség miatt nem tud munkát végezni, ezáltal elesik a kereseti lehetőségtől. (1–3)

Többek között hozzánk is ez a rendszer jutott el, és ez adja a mai Magyar egészségügyi rendszer alapját. Hagyományosan a Bismarck rendszerben az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének alapja a munkabérre vetített járulékfizetés. (1)

A magyar egészségügy túlhasználtsága is innen eredeztethető, a járulékok befizetése után korlátlanul elérhető egészségügyi ellátást, tehát túlfogyasztást tett lehetővé, ehhez szoktak hozzá az emberek.

Milyenek ma az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének szokásai? Az emberek a korlátlan, ingyenes szolgáltatáshoz szoktak hozzá, mely ma már egyre nagyobb terhelést ró az ellátórendszerre. Sokkal több ismert betegség van, melyek kezelése drágább, sokszor nehezen hozzáférhető. Mind ezek mellett az egészségügyi rendszer terhelése az idősebb korosztály

részéről változatlan, hiszen ők úgy szocializálódottak, hogy a befizetett járulékok után számukra folyamatos, magas szintű egészségügyi ellátás jár. Az ellátórendszert leginkább a nyugdíjas korcsoport tagjai veszik igénybe, akik mivel járulékfizetési mentességet élveznek, lényegében kétszeres terhelést jelentenek finanszírozási szempontból. A vizitdíj volt az egyetlen próbálkozás ennek a problémának a kezelésére, hiszen a betegeket motiválta vagy érzékennyé tette az ellátásra. A vizitdíj bevezetésének gondolata is hatalmas társadalmi felháborodást váltott ki, mivel szembe ment az eddig megszokott rendszerrel, így bevezetése meghiúsult a 2008-as népszavazás által. Ezen elemek végkifejlete, ahol most tartunk, miszerint az egyik oldalon az igény nő, a másik oldalon egyre kevesebb az ellátó, és az ellátásra fordított anyagi keret.

2.2 Fenntarthatóság

Szakdolgozatomban a fenntarthatóságot venném szemügyre, illetve a fenntarthatóság szerepét és helyzetét a magyar egészségügyben, jelen rendszer fenntarthatóságának kérdését szeretném megvizsgálni.

Mi a fenntarthatóság?

„*A fenntarthatóság egy rendszer hosszútávú fennmaradást biztosító kialakítását jelenti.*

Egy folyamat fenntarthatóságának feltételeit vizsgálva az egyes rendszerekben – azok összetettségének függvényében– az alábbi alapfeltételeket találjuk:

Fizikai, kémiai rendszerekben a folyamat erőforrásokkal való folyamatos elláthatósága. Annak biztosítása, hogy a folyamat végterméke ne károsítsa, blokkolja magát a folyamatot. Biológiai rendszerekben a fentiek kiegészülnek a visszacsatolás (feedback), az önszabályozás képességével, azaz a végtermék szabályozó hatású magára a folyamatra, így normál esetben meggátolja az erőforrás-felélést, a károsító ágensek felhalmozódását, szabályozza az intenzitást.” (4)

„*Humán (társadalmi) rendszerekben a fentiek kiegészülnek a politikai fenntarthatóság/ társadalmi elfogadottság kérdéseivel, azaz a fenntarthatóság fogalmai: Előtérbe kerül az a probléma, hogy a fenntarthatóság érdekében hozott intézkedéseknek milyen a társadalmi elfogadottsága, támogatottsága.*

Ez a hatás sok esetben ellene hat az önszabályozásának, tehát blokkolja az önszabályozást, hiszen az önszabályozás (a fenntarthatóság) sokszor a szerzet jogokról való lemondást követeli.”(4)

Azt hiszem Kincses Gyula szavaiból is ki lehet olvasni, hogy ha az egészségügyben akarunk egy fenntartható rendszert kialakítani, ahhoz sokat kell változtatnunk, illetve áldozatokat kell hoznunk. Valójában az igazán nehéz kérdés, amelyre jelenleg még nem igazán adható meg az egyértelmű válasz, az a szükséges áldozatok pontos meghatározása, mely ellátási terület finanszírozását lehet csökkenteni vagy elvenni, illetve hol lehet komoly károkozás nélkül spórolni az erőforrásokon.
Ezek alapján a két irányvonal, amin el szeretnék indulni a fokozódó terhek és a csökkenő humán erőforrás ellentéte lenne. Szakdolgozatom a fenntartható finanszírozás kérdését szeretné taglalni, illetve retrospektív vizsgálatot folytatni, amelyben az elmúlt évek finanszírozási tendenciáit venném szemügyre.

2.3 Növekvő terhek globálisan

Az ismert és kezelt betegségek száma egyre csak nő, ez is egyre növekvő terhet jelent az egészségügyi ellátóknak. Természetesen ezen változások az egész világon jelen vannak.
A nem fertőző betegségek (NCD-k) a vezető globális halálokok, több halálesetet okoznak, mint az összes többi ok együttvéve, és a legsúlyosabban a világ alacsony és közepes jövedelmű lakosságát sújtják. Ezek a betegségek járványszerű méreteket öltenek, pedig a kockázati tényezők csökkentésével, a korai felismeréssel és az időben történő kezeléssel jelentősen csökkenthető lenne a kialakulásuk és ezáltal milliók életét lehetne megmenteni és mérhetetlen szenvedést elkerülni. A nem fertőző betegségekről szóló globális helyzetjelentés az első világméretű jelentés az ebbe a csoportba tartozó betegségek helyzetéről és a járvány feltérképezésének, a főbb kockázati tényezők csökkentésének és a nem fertőző betegségekben már szenvedők egészségügyi ellátásának megerősítésének módjairól.
A 2008-ban világszerte bekövetkezett 57 millió halálesetből 36 millió, azaz 63% a nem fertőző betegségek, elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a rákos megbetegedések és a krónikus légzőszervi betegségek miatt következett be. A nem fertőző betegségek hatásának növekedésével és a népesség elöregedésével a nem fertőző betegségek okozta éves halálozások száma az előrejelzések szerint világszerte tovább fog emelkedni, és a legnagyobb növekedés várhatóan az alacsony és közepes jövedelmű régiókban lesz tapasztalható.
Míg a közhiedelem azt feltételezi, hogy a nem fertőző betegségek elsősorban a magas jövedelmű népességeket sújtják, a bizonyítékok egészen mást mutatnak. A nem fertőző

betegségek okozta halálesetek közel 80%-a az alacsony és közepes jövedelmű országokban következik be, és a nem fertőző betegségek a leggyakoribb halálozási okok a legtöbb országban, kivéve Afrikában. Még az afrikai országokban is gyorsan növekszik a nem fertőző betegségek száma, és az előrejelzések szerint 2030-ra a leggyakoribb halálozási okok között meghaladják a fertőző, az anyai, a perinatális és a táplálkozási betegségeket. (5)

A halálozási és megbetegedési adatok a nem fertőző betegségek által okozott járvány növekvő és aránytalan hatását mutatják az alacsonyabb erőforrásokkal rendelkező területeken. A szív- és érrendszeri, valamint a cukorbetegség okozta halálesetek több, mint 80%-a, és a krónikus obstruktív tüdőbetegség okozta halálesetek közel 90%-a alacsony és közepes jövedelmű országokban következik be. A rákos halálesetek több, mint kétharmada alacsony és közepes jövedelmű országokban következik be. Az alacsony és közepes jövedelmű országokban a nem fertőző betegségek fiatalabb életkorban is okoznak halálesetet: a nem fertőző betegségek okozta halálesetek 29%-a 60 év alattiak körében következik be, míg a magas jövedelmű országokban ez az arány 13%. A rákos megbetegedések előfordulásának becsült százalékos növekedése 2030-ra 2008-hoz képest nagyobb lesz az alacsony (82%) és az alsó-közepes jövedelmű országokban (70%), mint a felső-közepes (58%) és a magas jövedelmű országokban (40%).
A nem fertőző betegségek nagy százaléka megelőzhető a négy fő viselkedési kockázati tényező - a dohányzás, a mozgásszegény életmód, a káros mértékű alkoholfogyasztás és az egészségtelen táplálkozás - csökkentésével. Ezen kockázati tényezők és más, a háttérben meghúzódó metabolikus/fiziológiai okok többek között a következőképpen befolyásolják a globális nem fertőző betegségek járványának lefolyását. (5,6):

Dohányzás:
Mind az aktív dohányzás, mind a passzív dohányzás következtében évente közel 6 millió ember hal meg. Ez a szám 2020-ra 7,5 millióra fog emelkedni, ami az összes haláleset 10%-át teszi ki. A becslések szerint a dohányzás okozza a tüdőrákos megbetegedések 71%-át, a krónikus légzőszervi betegségek 42%-át és a szív- és érrendszeri betegségek közel 10%-át. A dohányzás előfordulása a férfiak körében a közepesen alacsony jövedelmű országokban a legmagasabb; a teljes lakosságot tekintve a dohányzás előfordulása a felső-közepes jövedelmű országokban a legmagasabb.

Elégtelen fizikai aktivitás: Évente körülbelül 3,2 millió ember hal meg a fizikai inaktivitás miatt. Az elégtelen fizikai aktivitású embereknél 20-30%-kal nagyobb a halálozás kockázata.

A rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek, beleértve a magas vérnyomást, illetve a cukorbetegséget, a mell- és vastagbélrákot, valamint a depresszió kockázatát. Az elégtelen fizikai aktivitás a magas jövedelmű országokban a legmagasabb előfordulású, de néhány közepes jövedelmű országban is nagyon magas szintek figyelhetők meg, különösen a nők körében.

Káros alkoholfogyasztás:

Évente körülbelül 2,3 millióan halnak meg az alkohol káros fogyasztása miatt, ami a világon bekövetkező összes haláleset körülbelül 3,8%-át teszi ki. Ezeknek a halálseteknek több mint a fele nem fertőző betegségek, köztük rákos megbetegedések, szív- és érrendszeri betegségek és májcirrózis miatt következik be. Míg a felnőttek egy főre jutó fogyasztása a magas jövedelmű országokban a legmagasabb, addig a népes felső-közepes jövedelmű országokban közel ugyanilyen magas.

Egészségtelen táplálkozás:

A megfelelő gyümölcs- és zöldségfogyasztás csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek, a gyomorrák és a vastagbélrák kockázatát. A globális népesség nagy része a WHO által a betegségek megelőzésére ajánlottnál jóval több sót fogyaszt. A magas sófogyasztás a magas vérnyomás és a szív- és érrendszeri kockázat fontos meghatározója. A telített zsírok és a transzzsírsavak gyakori fogyasztása összefügg a szívbetegségekkel, ebből is a túlfogyasztás a jellemző. Az egészségtelen táplálkozás gyorsan növekszik az alacsonyabb erőforrásokkal rendelkező területeken. A rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy a zsírbevitel az 1980-as évek óta gyorsan emelkedik az alacsonyabb és közepes jövedelmű országokban.

Emelkedett vérnyomás:

A magasvérnyomás a becslések szerint 7,5 millió halálesetet okoz globálisan, ami az összes halálozás mintegy 12,8%-a. Ez a szív- és érrendszeri betegségek egyik fő kockázati tényezője. Az emelkedett vérnyomás előfordulása minden jövedelmi csoportban hasonló, bár általában a magas jövedelműek körében a legalacsonyabb.

Túlsúly és elhízás:

Évente legalább 2,8 millió ember hal meg a túlsúly vagy elhízás következtében. A szívbetegségek, a stroke és a cukorbetegség kockázata a testtömegindex (BMI) növekedésével folyamatosan nő. A megemelkedett BMI növeli bizonyos rákos megbetegedések kockázatát is.

A túlsúlyosság előfordulása a felső-közepes jövedelmű országokban a legmagasabb, de néhány alsó-közepes jövedelmű országból is nagyon magas értékekről számolnak be. A WHO európai régiójában, a kelet-mediterrán régióban és az amerikai kontinens régiójában a nők több mint 50%-a túlsúlyos. A csecsemők és kisgyermekek körében a felső-közepes jövedelmű népességben a legmagasabb a túlsúly előfordulása, míg a túlsúly leggyorsabban az alsó-közepes jövedelműek körében emelkedik.

Emelkedett koleszterinszint:
Növeli a szívbetegségek és a stroke kockázatát. Az emelkedett koleszterinszint a magas jövedelmű országokban a legmagasabb.

Rákkal összefüggő fertőzések:
Évente legalább 2 millió rákos eset, a globális rákkal összefüggő terhek 18%-a néhány specifikus krónikus fertőzésnek tulajdonítható, és ez a hányad az alacsony jövedelmű országokban lényegesen nagyobb. A fő fertőző ágensek a humán papilloma vírus, a hepatitis B vírus, a hepatitis C vírus és a Helicobacter pylori. Ezek a fertőzések védőoltásokkal és az átvitel elkerülését célzó intézkedésekkel nagyrészt megelőzhetők, illetve kezelhetők. Például a hepatitis C vírus terjedését a magas jövedelmű népesség körében nagyrészt sikerült megállítani, de számos alacsony forrású országban nem.

Ezen adatok is rávilágítanak a probléma nagyságára és folyamatos növekedésére. A Magyarországi változások a globális trendekkel is egy vonalba esnek, azonban nem csak számunkra fokozódnak a terhek. A gazdagabb európai országok a fokozódó terheket több orvos alkalmazásával próbálják megoldani, emiatt fokozódik egy orvos, egészségügyi személyzet elvándorlás keletről nyugati irányba.

2.4 Növekvő terhek itthon

2.4.1 Háziorvosi, alapellátási terhek növekedés

Elsőként az egy háziorvosra jutó átlagos terhelés időbeli változását szerettem volna megvizsgálni, melyhez a KSH adatait használtam.(7)
Egy háziorvosra, házi gyermek-orvosra jutó lakos száma:

1. ábra-Egy háziorvosra jutó lakosok száma (7)

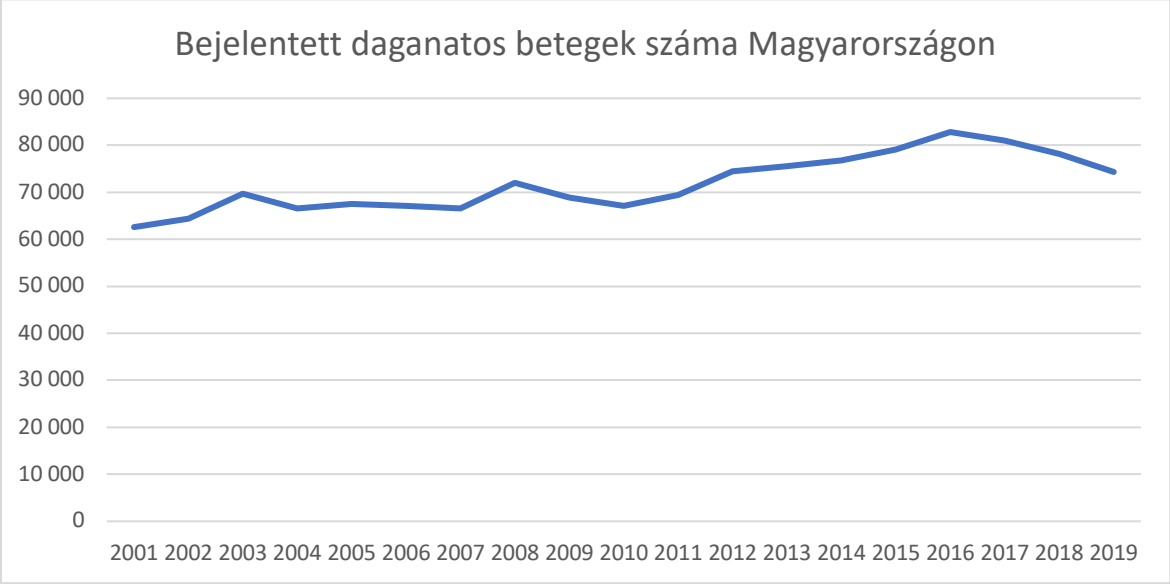
A felsorolt adatok alapján jól látható, hogy a háziorvosok terhelése folyamatosan növekedett az elmúlt években. Átlagosan 109 fővel többet kell ellátnia egy háziorvosnak 2019-ben mint 2000-ben. Ezzel párhuzamosan a kórházi ágyak számának változását is megfigyeltem a KSH adatai alapján. (7)

2.4.2 Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy (7):

2. ábra-Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy

Sajnos ezalatt a húsz év alatt a népesség csökkenése sem tudta javítani az arányokat, a kórházi ágyak megszűnése még a lakosság számára vetítve is látható csökkenés mutat. Átlagosan a tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma 81.8-ról 69.4-re csökkent 2000 és 2019 között.

2.4.3 Daganatos betegségek számának növekedése Magyarországon



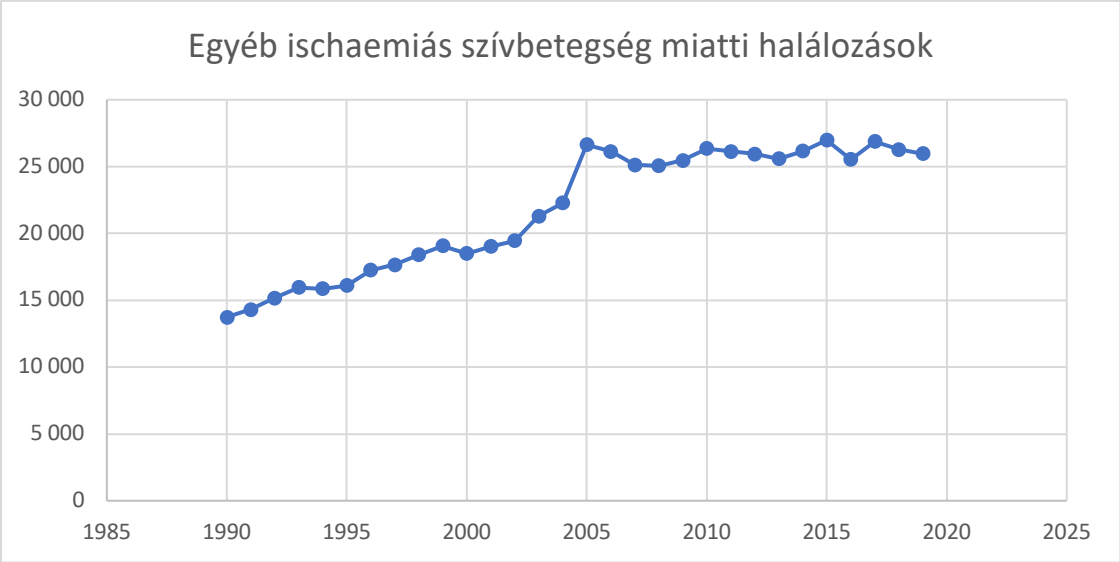
3. ábra-Bejelentett daganatos betegek száma Magyarországon (8)

A daganatos betegek száma 2001 és 2019 között szintén alapvetően egy emelkedő tendenciát mutatott. Az ilyen betegek ellátása különösen erőforrás igényes, emiatt az ebben látható növekedésre kifejezett figyelmet kell fordítanunk. (8)

A tumorellenes gyógyszerek árazása több tényezőt is magában foglal. A legfontosabb tényező az, hogy a gyógyszergyártók mit gondolnak, a piac mit visel el és mi a legjövedelmezőbb. A szabadpiaci erőknek minimális hatása volt a daganatterápiás gyógyszerek árképzésére. A daganatterápiás gyógyszerek iránt nagyobb a kereslet és a fizetési hajlandóság a betegség halálos volta, a megbetegedések száma és a közvéleménynek a betegségtől való félelme miatt. Az alacsonyabb költségek egyik fő akadálya az Egyesült Államokban az a történelmi jelentőségű jogszabály volt, amely megakadályozta, hogy a Medicare a gyógyszerárakról tárgyaljon (Medicare Modernization Act of 2003). Az újabb jogszabályok azonban a jövőben megváltoztathatják ezt, ha sikerül a gyógyszergyártók és a lakosság ellenállását leküzdeni. Mivel a legtöbb rákgyógyszer először az Egyesült Államokban kerül forgalomba, a kezdeti

listaárak magasak és elérhetetlen mércét állítanak az árképzés számára világszerte. A gyártási költségek a teljes gyógyszerárnak továbbra is csekély részét képezik. A becslések szerint például a generikus kismolekula-gátlók gyártási költségei az Egyesült Államokban a listaár 0,2-2,9%-át teszik ki. A gyógyszergyártók a magas gyógyszerárakhoz vezető fő tényezőként a kutatás és fejlesztés költségeit említik. Számos gyógyszergyártó azonban kevesebbet költ kutatásra és fejlesztésre, mint amennyit más területekre, például marketingre, vagy mint amennyi profitot termel. A daganatellenes gyógyszerek értékesítéséből származó bevétel továbbra is meghaladja a kutatási és fejlesztési költségeket. Bár azt várnánk, hogy az onkológiai gyógyszerek árai a piacra lépést követően idővel csökkennek, paradox módon egyes daganatellenes szerek ára tovább emelkedett. Az Egyesült Államokban 24 szabadalmaztatott injekciós rákellenes szerről készült tanulmány kimutatta, hogy az árak a piacra kerülést követő években 25%-kal (14% és +96% között) emelkedtek. Az értékelési keretrendszerek létrehozása ellenére több tanulmány is megerősíti, hogy a rákgyógyszerek ára nem korrelál az értékkel, vagy a klinikai haszonnal. A betegek számára kisebb értéket képviselő gyógyszerek ára gyakran magasabb, mint a nagyobb értéket képviselő gyógyszereké. Egy nemrégiben készült tanulmány arról számolt be, hogy bár Franciaországban az új rákgyógyszerek ára 2004 és 2017 között több mint 50%-kal emelkedett, e szerek nettó klinikai haszna nem nőtt. Ezen megfigyelések miatt felhívás hangzott el arra vonatkozóan, hogy nagyobb hangsúlyt kell fektetni az értékalapú árképzésre, értékkeretek alkalmazásával. (9)

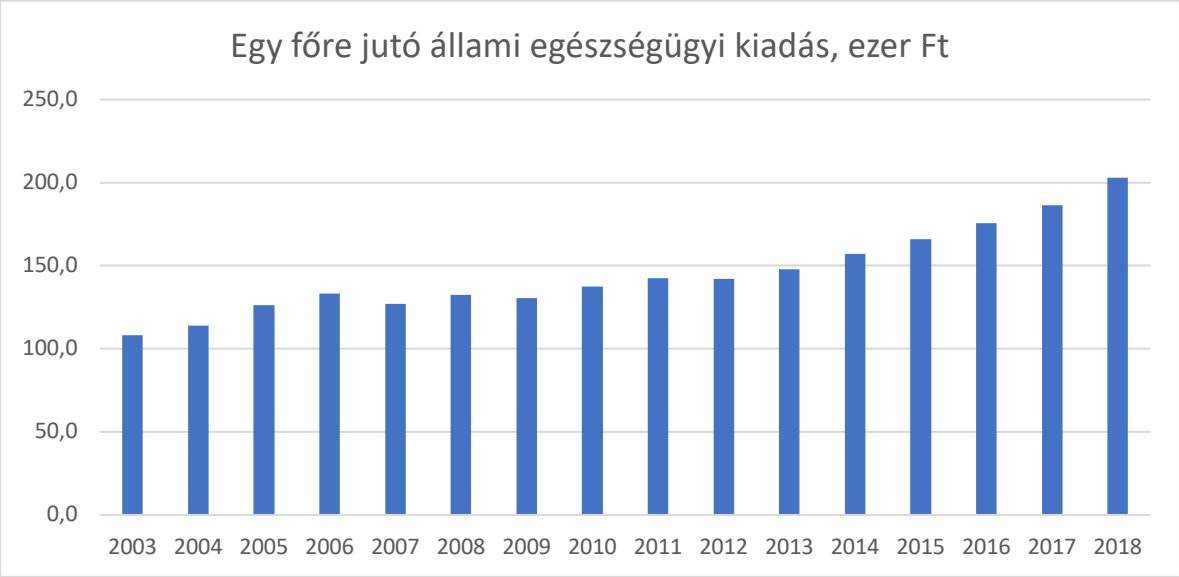
2.4.4 Egyéb ischaemiás szívbetegség miatti halálozások



4. ábra-Egyéb ischaemiás szívbetegség miatti halálozások (10)

Az ischaemiás szívbetegségek a legnagyobb számban előforduló betegségek, amelyek ellátása szintén költséges, ezeknek a száma 1990 és 2019 között emelkedésben volt, azonban az elmúlt pár évben stagnálás figyelhető meg. Sajnos az egyre fokozódó gyógyszerköltségek miatt a betegszám stagnálása is növekvő kiadásokat jelent ezen a területen is. (10)

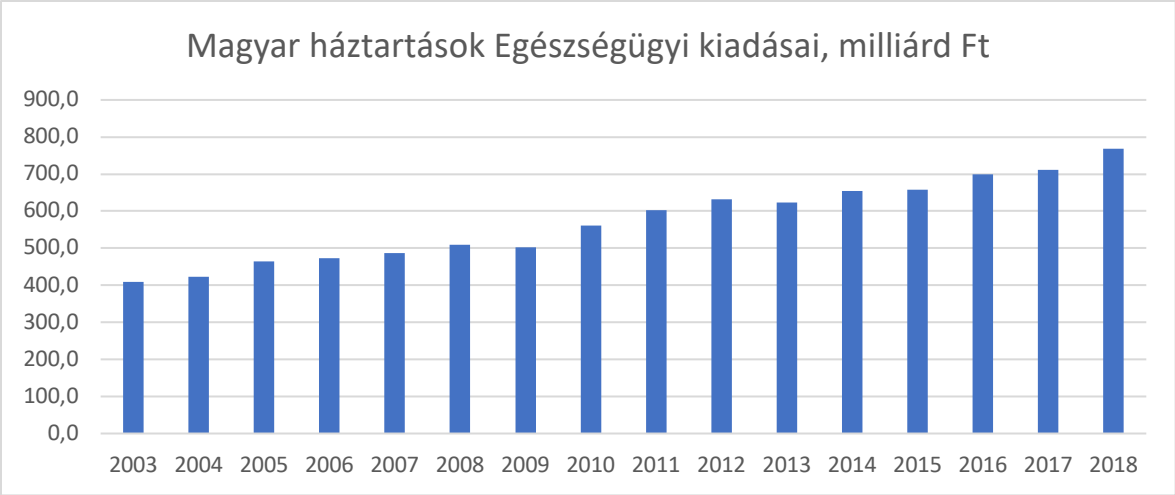
2.4.5 Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás



5. ábra-Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás, ezer Ft (11)

Látható, hogy az egy főre jutó egészségügyi kiadások is folyamatosan növekednek Magyarországon, amely a globális trendekkel egybeesik. A kiadások növekedése is a fokozódó terheket erősíti. (11)

2.4.6 Magyar háztartások Egészségügyi kiadásai



6. ábra-Magyar háztartások Egészségügyi kiadásai, milliárd Ft (12)

A Magyar Háztartások Egészségügyi kiadásai 2003 és 2018 között 409,4 milliárd Ft-ról 768,7 milliárd Ft-ra növekedtek. (12)

2.4.7 Covid-19 okozta terhelés

Ezeken felül a 2020-as évben megjelenő Covid19 vírus járvány terhelte le minden tűréshatárán túl az egészségügyet. Ebben a válsághelyzetben a gyors alkalmazkodás és a digitalizáció gyorsított bevezetése segített az ellátás folytonosságának fenntartásában, de sok elektív műtét így is elmaradt a férőhely és szakember hiány miatt, mivel a kórházi ágyakat a vírusfertőzött betegek foglalták el, az orvosoknak pedig ezen betegek ellátásával kellett foglalkozniuk. Ebben a sosem látott vészhelyzetben a kormány átcsoportosításokkal és minden elérhető erőforrással próbálta megfékezni a járvány terjedését, valamint biztosítani a fertőzöttek ellátását. (13,14)

2.5 Egészségügyi utánpótlás változásai

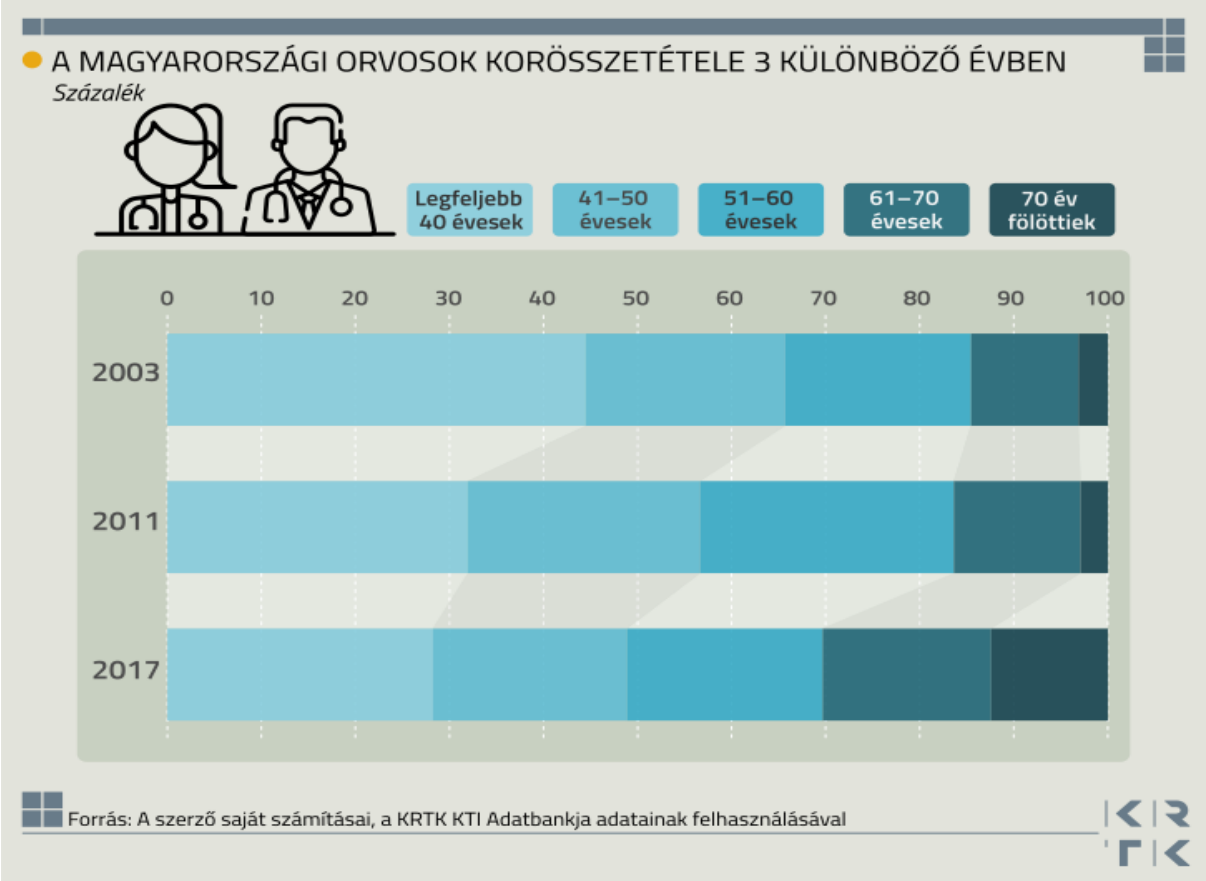
2.5.1 Orvosok elvándorlása

A magyar orvosok számának csökkenése az orvosok elvándorlásával is magyarázható részben, ezt a kérdést taglalnám a továbbiakban. Az orvosok külföldre áramlása komoly hosszútávú veszélyt jelent az egészségügyi ellátás integritására.

Az orvosok külföldre áramlásának mérése a legtöbb országban nehézségekbe ütközik, mivel ezen változások követése nem kiforrott, nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok, nehezen követhető az orvosok mozgása. A migráció változását, a kiáramlás alakulását rendszerint a

külföldi munkavállaláshoz kiadott diplomaigazolások és elismerések számával mérik, mivel általában ez az egyetlen rendelkezésre álló adat. (15,16)
Két különálló, de azonos időtartamú kutatás eredményeit szeretném számba venni. A közel 13 ezer orvos adatait vizsgáló kutatás szerint az orvosok mintegy 6 százaléka hagyta el az országot 2009 januárja és 2017 decembere között - derül ki Varga Júlia kutató, tudományos tanácsadó által jegyzett Az orvosok elvándorlása 2009-2017 között című publikációból, amely a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (volt MTA) Közgazdaság-tudományi Intézett Munkaerőpiaci Tükör 2019 című kiadványában jelent meg. (17)

Két külön időszakot vizsgáltak, amelyeknek eredményeit külön, majd egyben is értékelném. Az első kutatás eredményei alapján, 2003 január és 2011 december között az orvosok 12 százaléka költözött külföldre, míg a második kutatás szerint, 2009 januárja és 2017 decembere között 6 százalékuk**.** Ez a 6 százalékos csökkenés komoly esésnek tűnhet, azonban az adatok pontosabb vizsgálására is szükség van a teljes kép megértéséhez. (17)
Látható, hogy a maximum 40 éves és a 41-50 éves orvosok is hasonló arányban költöztek külföldre a két felmérés 9 éves periódusának végére, sőt a 40 évesnél fiatalabb orvosok közül kicsit többen is mentek el 2009 és 2017 között, mint 2003 és 2011 között, tehát a mért időszakban a fiatal orvosok elvándorlásban még egy romló tendencia is megfigyelhető.
2003 és 2017 között a 71 évesnél idősebb orvosok aránya 3 százalékról 12 százalékra nőtt, a 61-70 éveseké 11 százalékról 18 százalékra, miközben a fiatal orvosok aránya óriási mértékben csökkent. 2003-ban a legfeljebb 40 éves orvosok aránya 45 százalék volt, 2017-ben már csak 28 százalék. Alapvetően megállapítható az eredményekből, hogy a fiatal orvosok száma csökkent arányaiban, viszont a 70 év feletti orvosok aránya nőt. (15,16)



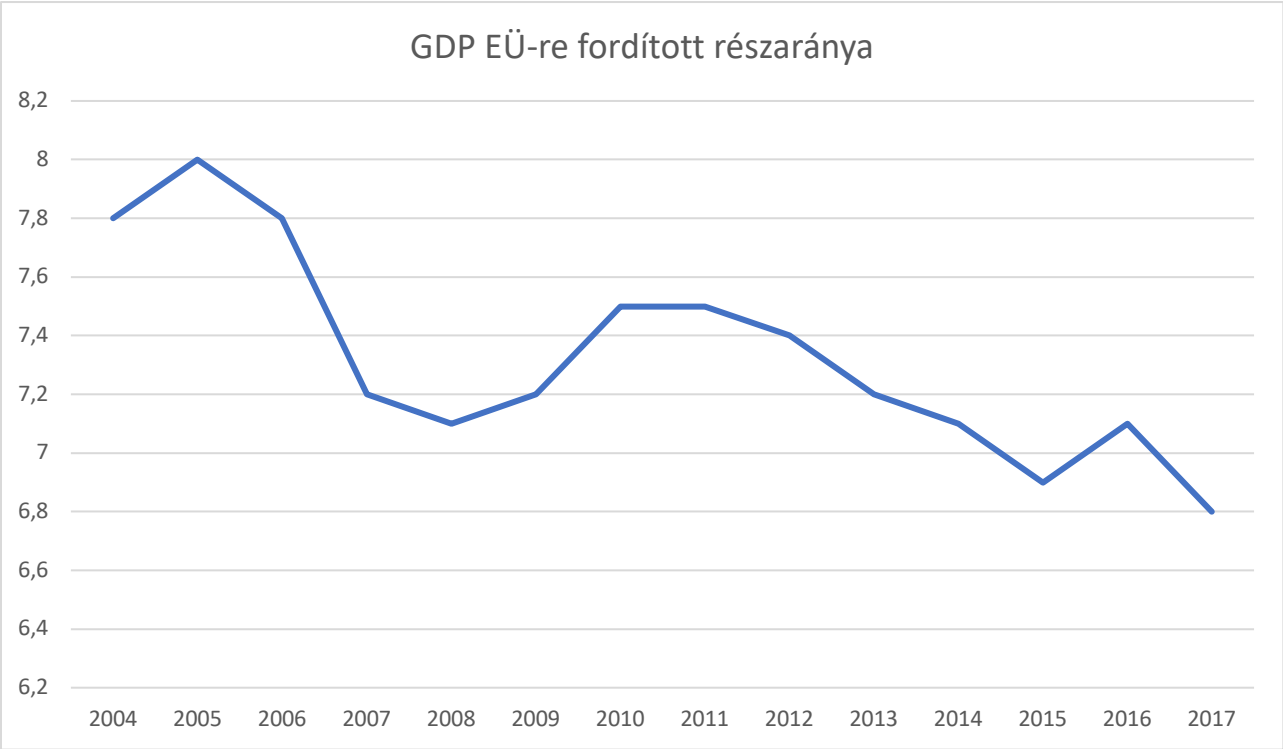
7. ábra-A magyarországi orvosok korösszetétele három különböző évben, Varga Júlia, KRTK 2021 (15)

A munkaképes korban lévő orvosok majdnem ugyanakkora gyakorisággal vállalnak külföldön munkát, mint korábban, vagyis a hazai karrier nem tudott vonzóbbá válni számukra. Az orvoshiányt tovább fogja növelni az idősebb orvosok számának növekedése, mivel ők hamarosan nyugdíjba fognak vonulni. Természetesen ezen kutatások eredményeiben a frissen bevezetett szolgálati jogviszony és az ezzel bevezetett magasabb bérek hatása még nem jelenik meg, mivel az a vizsgált időszakon kívül esik. Ezzel kapcsolatban a későbbiekben, a saját interjúim során nyert adatok alapján szeretnék következtetést levonni. (15–17)

2.5.2 Szakdolgozók elvándorlása

A kutatásban megkérdezettek 28,4%-nak vannak külföldi munkavállalással kapcsolatos gondolatai. A külföldi munkavállalás mellett szóló legfontosabb okokként a jobb fizetést és az anyagi biztonságot nevezték meg a megkérdezettek. Tehát alapvetően a szakdolgozókat legerősebben a külföldi pálya felé elmozdító erő az anyagi kompenzáció, az itthon tartásuk érdekében is ezen kéne változtatnia az államnak mindenekelőtt. (18)

2.5.3 A Magyar Állam GDP arányos egészségügyi költésének alakulása



8. ábra-GDP EÜ-re fordított részaránya (19)

Az egészséggel kapcsolatos kiadások a GDP százalékában: Az adatok alapján a GDP arányos egészségügyre fordított költés 2004 és 2017 között alapvetően egy csökkenő tendenciát mutatott, 7,8%-ról egészen 6,8%-ra csökkent, ami egy teljes százalék csökkenést jelent a GDP arányos költésben. A csökkent anyagi erőforrás is az orvos, egészségügyi személyzet kiégését, elvándorlását erősítheti.(19)

2.6 Bérezés szerepe az egészségügyi személyzet utánpótlásában

2.6.1 Orvosi bérek

A hosszú évek óta rendezetlen egészségügyi bérek, illetve a bérekben látható szakiránytól, vagy esetleg földrajzi elhelyezkedéstől függő igen nagy eltérések az elégedettséget csökkentették. Ennek is nagy szerepe volt az orvos és egészségügyi személyzet elvándorlásban, illetve pályaelhagyásban. A szolgálati jogviszonnyal bevezetett egységes bértábla erre próbált megoldást kínálni. A témában fiatal orvosokkal készített személyes interjúkkal szeretnék erről

pontosabb képet kapni, a bérezés szerepét megvizsgálni, illetve az új szolgálati jogviszony eredményességét felmérni. (20)

2.6.2. Szakdolgozói bérek

Az itthoni egészségügyi szakdolgozói bérek rendezésének kérdése már régóta igen égető, ennek kapcsán készültek felmérések. A Magyarországon dolgozó ápolók leginkább a fizetésükkel elégedetlenek, emellett többek között a kollégák magatartásával, a kórházak felszereltségével és munkakörülményekkel is felmerültek bőven problémák. A kutatásban az ápolók a külföldi munkavállalás legnyomósabb okaként a magasabb fizetést, illetve a jobb munkakörülményeket említették. Az ápoló hallgatók közül 65,7% volt elégedetlen a várható anyagi és erkölcsi megbecsüléssel az itthoni munkakezdés kapcsán. (18)

3. Célkitűzés, Kérdésfeltevés

Saját személyes interjúk formájában megvalósuló kutatásom során 10 rezidens orvost kérdeztem pályakezdésükről, illetve a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól az ő életükben.

Mivel a frissen életbe lépett szolgálati jogviszony humán erőforrásra gyakorolt hatásairól még nincs KSH által publikált adat, ezért ebben a kérdésben a személyes interjúkból szerzett információkat szeretném elemezni.

Kérdéseim alapvetően a szakirányválasztás és a külföldi pályakezdés köré csoportosultak első körben, illetve a szolgálati jogviszonyról, ennek bevezetéséről, előnyeiről és hátrányairól kérdeztem a frissen végzett orvosokat.

Arra voltam kíváncsi az elmúlt évek egyértelmű trendjein tudott-e érdemben változtatni az új rendszer, a fiatal orvosok körében eredményes volt-e, illetve segített-e nekik az új rendszer.

Az általam végzett személyes interjúk adatai az alábbiakban kerülnek feltüntetésre.

4. Anyagok és módszerek

Szakdolgozatom célpontjában a friss rezidensek elégedettségének felmérése állt azzal kapcsolatban, hogy milyen tapasztalataik vannak az új egészségügyi szolgálati jogviszonnyal, az alapbérrel és az ügyeleti bérezéssel. A vizsgálat részét képezte továbbá az is, hogy az új jogviszony szerepet játszott-e a szakirány szerinti döntésükben, gondolkodtak-e külföldi pályakezdésen.

A vizsgálat során 10 frissen (1-3 éve végzett) rezidenssel készítettem interjút, melyek során minden résztvevővel ugyan arról a hét kérdésről beszélgettünk. A kérdések fő központjában a különböző szakirányok megválasztásának oka, az új szolgálati jogviszony hatásai, valamint a bérezésükkel kapcsolatos elégedettségük, a rendszer javítására tett ötleteik, lehetséges megoldások álltak.

Az interjúk online formában, szóban történtek a vírushelyzetre való tekintettel. A hét fő interjú kérdés az alábbi táblázatban látható.

	Interjú kérdések
1.	Mióta tudtad, hogy milyen szakirányt fogsz választani?
2.	Miért választottad azt a szakirányt, amiben dolgozol?
3.	Felmerült-e benned a külföldi pályakezdés?
4.	Az új szolgálati jogviszony befolyásolta-e a döntésedet? A magasabb fizetés segített-e a döntésedben?
5.	Elégedett vagy a jelenlegi fizetési rendszerrel? Ha nem, akkor melyik részével nem?
6.	Szerinted milyen alapjai lehetnének egy fair fizetési rendszernek? Min változtatnál és hogyan, ha tehetnéd?
7.	Teljesítményarányos bérezés? HBCS-pontok alapján történő elszámolás? Szakirányok eltérő bérezése, mint megoldás elfogadható-e?

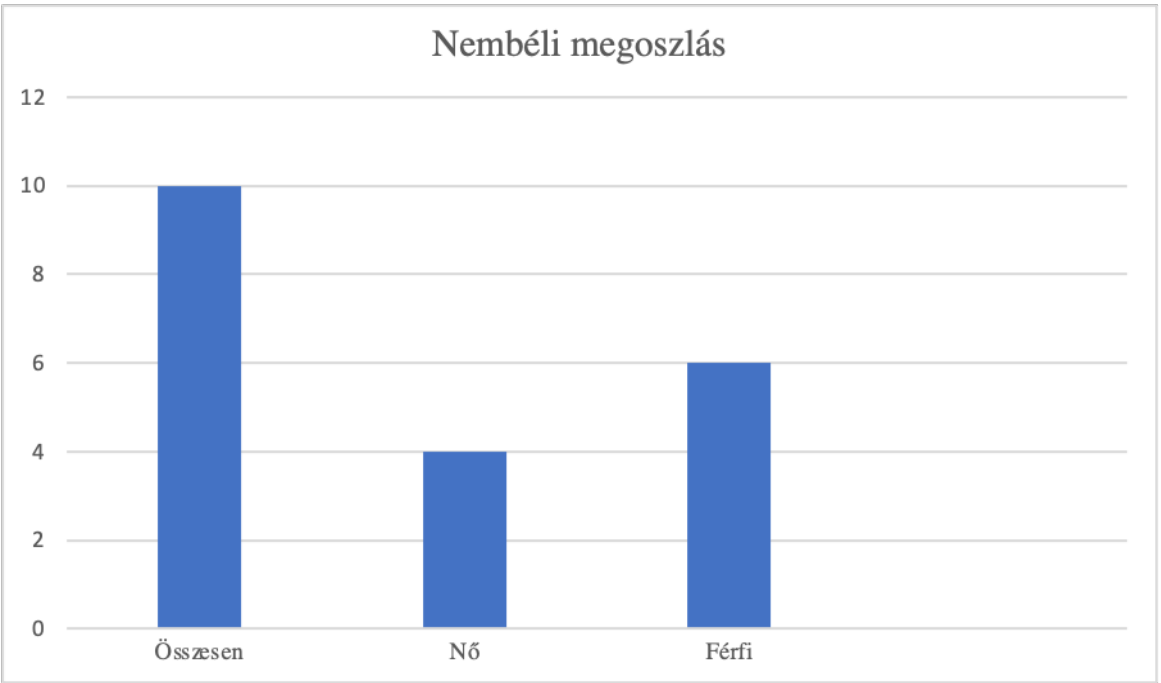
1. táblázat-Interjú kérdések

5. Eredmények

5.1 Nembéli megoszlás

Az adott kérdésekre tett részletes válaszok az alábbi táblázatokban olvashatóak.

Az interjún 10 rezidens vett részt, akik az elmúlt 1-3 évben végeztek az egyetemen. Az interjúalanyok között 4 nő (40%) és 6 férfi (60%) szerepelt. A nemek eloszlása a következő táblázatban látható.



9. ábra-Nembéli megoszlás

5.2 Szakirány szerinti megoszlás

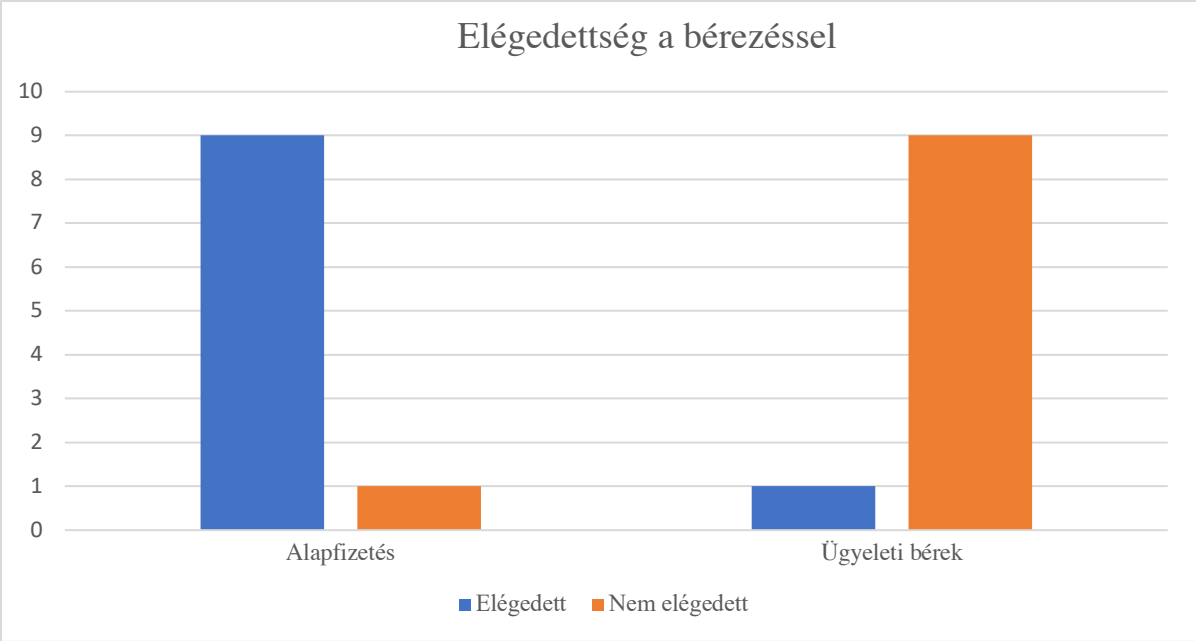
Szakirány szerinti megoszlás vegyesen alakult, a válaszokból az is kiderült, hogy az interjúk során résztvevők 60%-a az utolsó, szigorló év folyamán döntötte el, hogy milyen szakirány felé menne tovább. 20% már az egyetem elején tudta, hogy melyik irány érdekli. Szintén 20% adta azt a választ, hogy a negyedéves gyakorlatok alatt körvonalazódott bennük, hogy melyik az a szakirány, amivel később foglalkozni szeretnének. Az irányok megválasztásában főként a különböző gyakorlatokon átélt élmények, tapasztalatok segítettek. Páran beszámoltak arról, hogy már az egyetem előtt, vagy első évtől kezdve tudták, hogy mivel szeretnének később foglalkozni, így tudatosan az adott iránynak megfelelően alakították a különböző gyakorlati

helyeiket, gyakorlati idejüket. A válaszadók közül csupán egy jegyezte meg, hogy családi tradíció is szerepet játszott a döntésében. A rezidensek által választott szakirányok az alábbi táblázatban olvashatóak összefoglalva.

10. ábra-Szakirány szerinti megoszlás

5.3 Elégedettség a bérezéssel

Bérezésükkel kapcsolatos elégedettségükről beszélgetve kiderült, hogy 10-ből 9 rezidens alapvetően elégedett az alapfizetésével. Az egyik megkérdezett rezidens elmondta: *"Teljesen elégedett vagyok az új bérezéssel, nem változtatnék, örülök a hálapénz kivezetésének, így is kellemetlen az ajándékcsomagok visszautasítása."* Az ügyeleti bérezést vitatva azonban ellentétes eredmény látható, csupán egy fő jelezte, hogy elégedett, nem változtatna semmit a rendszeren. Az ügyeleti bérek kérdéséről egy másik rezidens véleménye ez volt: *„Az ügyeleti bérek rendezése elengedhetetlen lenne, miért ügyeljek, ha kevesebbet keresek vele?"*



11. ábra-Elégedettség a bérezéssel

5.4 Egészségügyi szolgálati jogviszony szerepe

A következő témakör az új szolgálati jogviszony kérdésköre volt. Három olyan rezidens vett részt a kutatásban, akiknél a kezdés idejében még nem volt meg a jelenlegi jogviszony. A velük való beszélgetés során kiderült, hogy azóta egyértelműen aláírták a feltételeket, alapfizetésük majdnem 2,5-szeresére nőtt. Van közöttük olyan, aki az előírt munkaidőn kívül egyéni vállalkozóként dolgozik. Elmondásaik alapján a szerződés után már egy egész korrekt alapbérrel rendelkeztek, azonban vannak részek a szerződésben, amelyek javításra, korrekcióra szorulnak. A frissen belépett rezidensek közül 7-ből 6 válaszadónál egyértelmű segítséget adott az új jogviszony megléte. Egy résztvevő jelezte, hogy a döntésében nem játszott szerepet az új jogviszony, ha nem lett volna, vagy más szerződés van érvényben akkor is így döntött volna. Az egyik megkérdezett elmondása szerint:” Igen, *segített a magasabb fizetés a döntésem meghozásában, azonban a külföldi pályakezdés irányába tolt a kirendelés és a felmondási tilalom bevezetése.”*

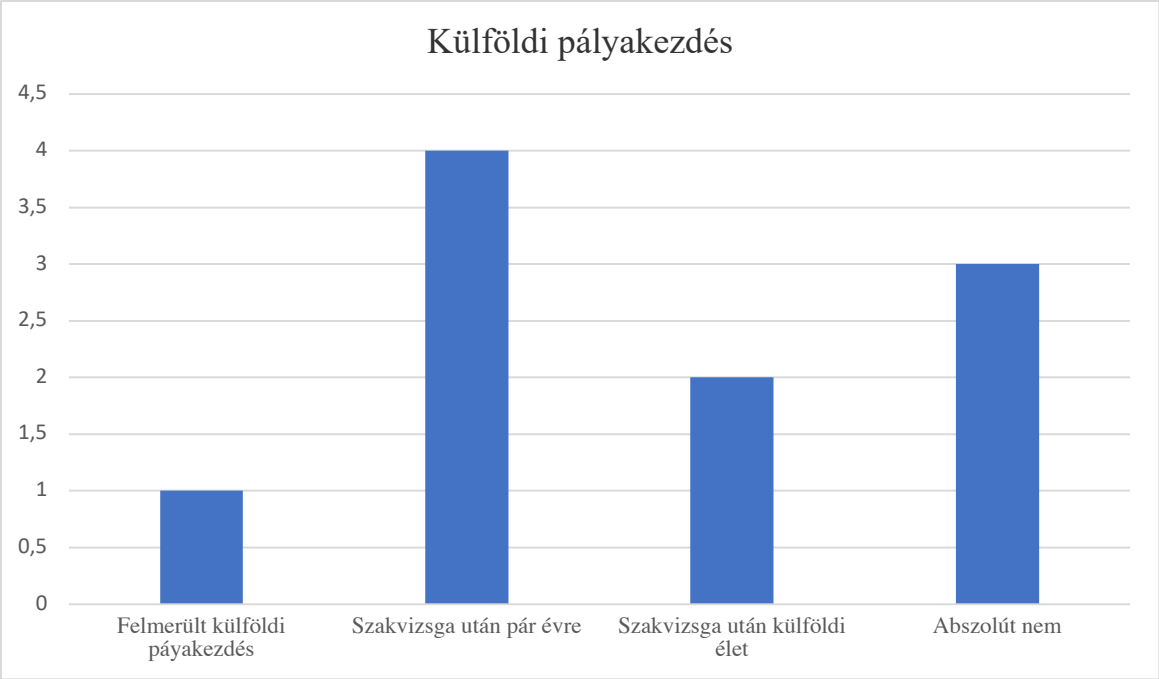
12. ábra-Egészségügyi szolgálati jogviszony döntés béli szerepe

5.5 Külföldi pályakezdés

Külföldi pályakezdés témaköre szintén vegyesen alakult. Egy résztvevő jelezte, hogy amennyiben lesz rá lehetősége, már a rezidens éveit is örömmel töltené külföldön. A többség, 40% azt a választ adta, hogy a szakvizsga letétele után szívesen eltöltene pár évet külföldön, azonban hosszútávon Magyarországon képzeli el az életét. Indoklásként a legtöbben a kalandvágyat, nyelvtanulási lehetőséget, tapasztalatszerzést, valamint a látókör szélesítését adták meg. Egy interjúalany szerint a külföldi pályakezdés előnyei: *„Kiszámíthatóbb szakképzés, jobb tervezhetőség, jobb fizetés, szervezettebb rezidensképzés, idegen nyelvtanulás.”*

Az interjúalanyok 20% tervezi úgy, hogy szakorvosként külföldön szeretne élni és dolgozni. 30% jelezte azt, hogy nem tervez külföldi pályakezdést vagy karriert. Életüket Magyarországon képzelik el, itt szeretnének hosszútávon élni és dolgozni. A válaszok összefoglalva az alábbi táblázatban tekinthetőek meg.

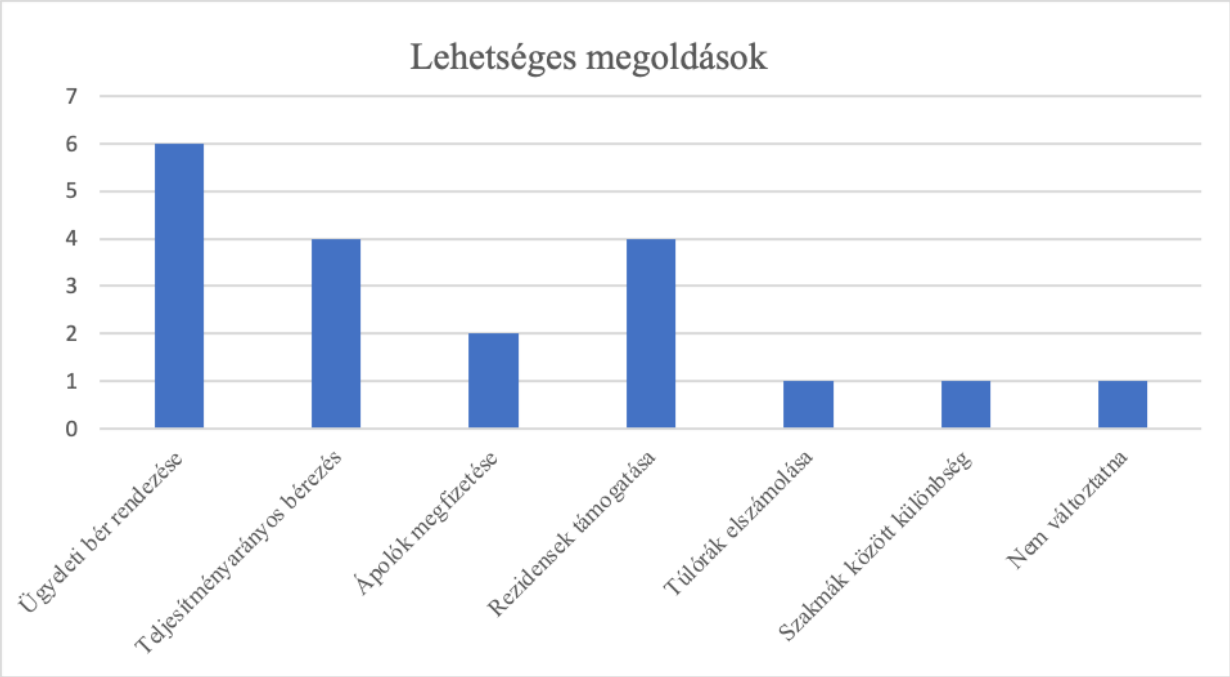
A szolgálati jogviszony magasabb bérezése, illetve az itthoni körülmények javulása eredményesen itthon maradásra bírja a pályakezdőket, amely alapvetően sikernek könyvelhető el.



13. ábra-Külföldi pályakezdés

5.6 Lehetséges megoldások

Az utolsó kérdésként arról beszélgettünk, hogy milyen lehetséges ötleteik vannak a problémák megoldására, javítására. Erre minden résztvevő több lehetséges ötlettel szolgált. A legtöbben az ügyeleti bérek rendezését jelezték, emellett több rezidens egyetértett a teljesítményarányos bérezéssel. Többen fókuszba helyezték, hogy nagyon fontos lenne a rezidensek nagyobb fokú támogatása, amivel csökkenthető lenne az orvosok külföldre való elvándorlása. Több rezidens orvosban felmerült az, hogy az orvosok mellett az ápolók bérezését is rendezni kellene. Páran említették még lehetséges megoldásként, hogy szakirányok között valamilyen szintű különbséget kellene tenni, az egyik interjúalany javaslata: *„Szakmaspecifikus bérezés lenne igazságosabb, motiválóbb a szakirányválasztásban.”* Ez gyakorlatilag a szolgálati jogviszony előtti rendszerben így volt, valamint a túlórák elszámolása is egy lehetőség lenne a bérezés korrekciójára. Egy fő jelezte azt, hogy elégedett az új szolgálati jogviszony részleteivel és nem változtatna semmin.



14. ábra-Lehetséges megoldások

6. Megbeszélés

Saját személyes interjúk formájában megvalósuló kutatásom során 10 rezidens orvost kérdeztem meg pályakezdésükről, illetve a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól az ő életükben.

Mivel a frissen életbe lépett szolgálati jogviszony humán erőforrásra gyakorolt hatásairól még nincs KSH által publikált adat, ezért ebben a kérdésben a személyes interjúkból szerzett információkat szeretném elemezni.

Alapvetően megfigyelhető volt, hogy a fiatal orvosok pár évet kalandvágyból, illetve tanulási, fejlődési céllal szívesen eltöltenének külföldön, de a megkérdezettek nagy része Magyarországon képzeli el hosszútávon az életét és nem akar véglegesen külföldre költözni.

Az összegyűjtött adatokból egyértelműen látható, hogy az új szolgálati jogviszony során bevezetésre került magasabb rezidensi bérekkel a fiatal orvosok már alapvetően elégedettek, azonban az ügyeleti bérezéssel nem. Ezt az igényt, korán felismerte és hamar kezelni is tudta az állam mivel 2022 januárjában már ennek a rendezése is folyamatban van.

Alábbiakban látható a 2022-es egészségügyi bértábla:(21)

Az orvos, szakorvos, fogorvos, szakfogorvos, gyógyszerész, szakgyógyszerész, továbbá a Kormány rendeletében meghatározott munkakörben foglalkoztatott, egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetmény,- illetve bértáblája (Ft/hó, bruttó)

2022.január 1.- 2022. december 31.

	A)	B)
1.	Gyakorlati idő	Összeg
2.	0-2 év	619 053 Ft
3.	3-5 év	788 315 Ft
4.	6-10 év	1 108 091 Ft
5.	11-15 év	1 259 322 Ft
6.	16-20 év	1 342 511 Ft
7.	21-25 év	1 490 087 Ft
8.	26-30 év	1 615 243 Ft
9.	31-35 év	1 681 710 Ft
10.	36-40 év	1 823 100 Ft
11.	41- év	2 142 051 Ft

2. táblázat-Béremelés 2022 január (21)

A friss ügyeleti bértábla dolgozatom elkészítésekor még bevezetés alatt áll, emiatt erre nem térek ki.

7. Következtetés

A Magyar Egészségügyi Ellátórendszer terhelése, igénybevétele az elmúlt években egyre fokozódott, és ez a tendencia a jövőben is csak folytatódni tűnik. Ennek oka többek között az egyre több idős, beteg, ellátásra szoruló ember, tehát az elöregedő társadalom Magyarországon, illetve az ismert betegségek számának növekedésével a kezelések száma és költsége is egyre csak gyarapodik.

A terhek növekedése mellett az erőforrások csökkenése is megfigyelhető. Ez leginkább az orvosok elvándorlásában, illetve az egészségügyre fordított bevételek GDP arányos csökkenésében figyelhető meg.

A szakdolgozók a külföldi munkavállalás mellett szóló legfontosabb okokként a jobb fizetést és az anyagi biztonságot nevezték meg, a jobb eszközök és a magasabb erkölcsi megbecsültség mellett. Tehát alapvetően a szakdolgozókat legerősebben a külföldi pálya felé elmozdító erő az anyagi kompenzáció mértéke, az itthon tartásuk érdekében is ezen kéne változtatnia az államnak mindenekelőtt.

A friss rezidensekkel végzett személyes interjúm során felmértem, hogy az új szolgálati jogviszony hogyan tudta befolyásolni az orvosok elvándorlását. A frissen végzett orvosok körében tudott-e itthon tartó erőt képezni az új jogviszony bevezetése.

A válaszok alapján változatos eredményeket kaptam, 10-ből 9 rezidens elégedett az alapfizetésével, egy rezidens elmondta: *"Teljesen elégedett vagyok az új bérezéssel, nem változtatnék, örülök a hálapénz kivezetésének, így is kellemetlen az ajándékcsomagok visszautasítása."* Azonban az ügyeleti bérekkel fordított az arány, az interjúból kiderült: *„Az ügyeleti bérek rendezése elengedhetetlen lenne, miért ügyeljek, ha kevesebbet keresek vele?"*, ezek rendezésére a kormány hamar reagált, és már dolgozatom elkészítése alatt folyamatban van. A frissen belépett rezidensek közül 7-ből 6 válaszadónál egyértelmű segítséget adott az új jogviszony megléte, könnyebben tudtak az itthoni pályakezdés mellett dönteni. Egy orvos elmondása szerint: *„Határozottan segített a döntésemben az új szolgálati jogviszony bevezetése, jobban elfogadtam az itthoni kezdő fizetést."* A többség, 40% azt a választ adta, hogy a szakvizsga letétele után szívesen eltöltene pár évet külföldön, azonban hosszútávon Magyarországon képzeli el az életét. Azonban arra a kérdésre, hogy felmerült-e a külföldi élet ilyen válasz is érkezett: *„Igen, anyagiak, körülmények, megbecsülés miatt. Felmerült a kettős élet, szakvizsga után, szomszédos országba ingázva."*

Az interjúk eredményei alapján azt hiszem a szolgálati jogviszonnyal bevezetett bértábla sok friss orvost az itthoni pályakezdés felé tudott lendíteni, tehát eredményes volt. Interjúim alapján az orvosi szakma társadalmi megbecsülése, illetve a kórházi körülmények javítása, valamint a fejlődési lehetőségek elérhetősége a legfőbb szempontok a friss rezidensek számára. Az egészségügyi erőforrás itthon tartásához ezeken kellene fejlesztenünk, dolgoznunk.

Ezeken felül a progresszivitás és a terhelés mértékével arányosan is szükség lenne valamilyen kompenzációra. Több interjúalany kifejezte aggodalmait azzal kapcsolatban, hogy az új egységes bérezés miatt kevesebben választanának műtétes, nagyobb terhelést jelentő szakmákat. Egy rezidens így fogalmazott: *„Szakmaspecifikus bérezés lenne igazságosabb, motiválóbb a szakirányválasztásban.”* Azt hiszem az ügyeleti bérek éppen aktuálisan zajló rendezése után az állam következő feladata az egészségügyben ez lehet.

8. Irodalomjegyzék

1. Ismeretlen szerző: Társadalombiztosítás, Wikipédia; https://hu.wikipedia.org/wiki/Társadalombiztos%C3%ADtás (2021).
2. Balogh Gábor: Társadalombiztosítási ismeretek: Bevezetés a társadalombiztosítástanba, Corvinus Kiadó. Budapest, 2016.
3. Nyári János: A társadalombiztosítás elvi alapjai, története és rendszere. Tanulmányi segédlet, BCE, Budapest, 2010.
4. Dr. Kincses Gyula: Az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának problémái, DOTE, Debrecen, 2011; https://adoc.pub/az-egeszseggyi-rendszerek-fenntarthatosaganak-problemai.html.
5. Dr. Ala Alwan: Global status report on noncommunicable diseases, WHO, 2010 https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (2021).
6. Kreiszné Hudák Emese ,Varga Péter, Várpalotai Viktor:A demográfiai változások makrogazdasági hatásai Magyarországon európai uniós összehasonlításban. Hitelintézeti Szemle, 14. évf. 2. szám, 2015. június, 88–127. o. https://hitelintezetiszemle.mnb.hu/letol. 2015;88–127.
7. Ismeretlen szerző: Orvosi, háziorvosi, kórházi, gyógyszertári, fogászati ellátás (1990–) KSH, 2019 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fea001.html (2021).
8. Ismeretlen szerző: Bejelentett új rosszindulatú daganatos megbetegedések (2001-), KSH-Forrás: Országos Onkológiai Intézet, Nemzeti Rákregiszter 2021. júniusi, revideált adatai https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_ege0025.html.
9. Leighl NB, Nirmalakumar S, Ezeife DA, Gyawali B. An Arm and a Leg: The Rising Cost of Cancer Drugs and Impact on Access. Am Soc Clin Oncol Educ B. 2021;(41):e1–12.
10. Ismeretlen szerző: Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–), KSH, 2021 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html (2021).
11. Ismeretlen szerző: Egészségügyi kiadások alrendszerenként, a GDP %-ában, egészségügyi beruházási ráfordítás, KSH, 2021 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001b.html (2022).
12. Ismeretlen szerző: Egészségügyi beruházási ráfordítás, az egészségügyi kiadások alrendszerenként (2003–2018), KSH, 2019 https:www.ksh.hu:stadat_files:ege:hu:ege0002.html.pdf (2021).

13. Ismeretlen szerző: Informatika a COVID-19 járvány menedzselésének szolgálatában, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2021 https://semmelweis.hu/emk/covid-19-menedzsment-ajanlasaink/informatika-a-covid-19-jarvany-menedzselesenek-szolga.
14. Ismeretlen szerző: Kihívásból lehetőségek az egészségügyben. Az ellátórendszer újragondolása (nem csak) a COVID-19 járvány apropóján, PwC Magyarország Kft. , 2021 https://www.pwc.com/hu/hu/szolgaltatasok/kozszolgalati-tanacsadas/Kihivasbol_lehetos. Available from: www.pwc.com/hu
15. Varga Júlia: Mennyi orvos hagyta el valójában Magyarországot? Három ábrán a valóság, KRTK Blog, 2021 https://www.portfolio.hu/krtk/20210216/mennyi-orvos-hagyta-el-valojaban-magyarorszagot-harom-abran-a-valosag-469946 (2021).
16. Varga J, József M, Gapenski LC, Pink GH. Out-migration and attrition of physicians and dentists before and after EU accession (2003 and 2011): the case of Hungary. Book. 2005;18(9):1079–93.
17. Varga Júlia: Az orvosok elvándorlása 2009–2017 között. Munkaerőpiaci tükör, Centre for Economic and Regional Studies, Budapest, 2020 pp. 147-150. http://real.mtak.hu/119645/1/mt_2019_147-150.pdf. 2017;147–50.
18. Ujváriné Siket Adrienn:Pályaválasztás és elvándorlás. Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő piacon.PhD értekekezés. Pécsi Tudományegyetem.Pécs.2011 https://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Tezisfuzetek/UjvarineSiketAdri.
19. Ismeretlen szerző: Egészségügyi beavatkozások és szolgáltatások (2004–2018), KSH, 2019 https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_8_3.html (2021).
20. Ismeretlen szerző: Orvos elvándorlás. Közgyűjteményi és Közművelődési Igazgatóság Képviselői Információs Szolgálat, Infojegyzet, 2017/90. Budapest. https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_90_orvoselvandorlas.pdf/1a89f09d-cb76-c56.
21. Dr. Kásler Miklós: T:13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról, Magyarország Kormánya, Budapest, 2020 https://www.parlament.hu/irom41/13174/13174.pdf.

9. Ábrajegyzék

1. ábra-Egy háziorvosra jutó lakosok száma 12
2. ábra-Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy ..... **Error! Bookmark not defined.**
3. ábra-Bejelentett daganatos betegek száma Magyarországon 13
4. ábra-Egyéb ischaemiás szívbetegség miatti halálozások 14
5. ábra-Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás, ezer Ft 15
6. ábra-Magyar háztartások Egészségügyi kiadásai, milliárd Ft 16
7. ábra-A magyarországi orvosok korösszetétele három különböző évben 18
8. ábra-GDP EÜ-re fordított részaránya 19
9. ábra-Nembéli megoszlás 23
10. ábra-Szakirány szerinti megoszlás 24
11. ábra-Elégedettség a bérezéssel 25
12. ábra-Egészségügyi szolgálati jogviszony döntés béli szerepe 26
13. ábra-Külföldi pályakezdés 27
14. ábra-Lehetséges megoldások 28

10. Táblázatjegyzék

1. táblázat-Interjú kérdések 22
2. táblázat-Béremelés 2022 január 29

11. Köszönetnyilvánítás

A szakdolgozatom elkészültét mindenekelőtt szeretném megköszönni témavezetőmnek, **Dr. Buzás Norbertnek**. Az interjúk elkészítésében minden ötletemre nyitott volt, célravezető tanácsaival a megfelelő pillanatokban tudott engem terelgetni a helyes út felé. Emellett szeretném megköszönni a családomnak, barátaimnak, akik mindvégig mellettem álltak, és átsegítettek a reménytelennek tűnő időszakokon is.

NYILATKOZAT

Alulírott **Révész Barnabás Márk**, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy **A magyar egészségügy humán erőforrás biztosításának anyagi kérdései** című szakdolgozatom, illetve az abban leírtak **saját, önálló munkám**, az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem.

Saját munka tételes felsorolása:

- Szakirodalom felkutatása és feldolgozása
- Személyes Interjúk lebonyolítása és kielemzése friss rezidensekkel
- Ábrák és Táblázatok készítése

Révész Barnabás

.....

Szeged, 2022 év február hó 10. nap